

THỰC TRẠNG CÔNG TÁC KHÁM, ĐIỀU TRỊ BỆNH NHI DỊ TẬT BẨM SINH TIM GIAI ĐOẠN TRƯỚC TRONG VÀ SAU ĐẠI DỊCH COVID 19 TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Trịnh Hữu Tùng^{1,2}, Trần Văn Hưng¹, Đặng Minh Xuân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tiếp nhận khám, điều trị bệnh nhi dị tật bẩm sinh tim tại bệnh viện Nhi Đồng 2 trong 03 giai đoạn trước đại dịch COVID 19 (2018 – 2019), trong đại dịch COVID 19 (2020 – 2021), sau đại dịch COVID 19 (2022 – 2023)

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

Kết quả: Thực trạng công tác khám điều trị bệnh nhi DTTBS tại bệnh viện Nhi Đồng 2 có thay đổi rõ rệt về số lượng khám điều trị trong giai đoạn dịch Covid 19 ở cả nhóm nội và ngoại trú. Lượng bệnh nhi DTBST đến khám tại bệnh viện trong giai đoạn dịch giảm chỉ còn hơn phân nửa so với giai đoạn trước dịch. Tuổi trung bình BN đến được chẩn đoán DTTBS trong điều trị ngoại trú sau dịch cao hơn so với trước và trong dịch. Tuổi trung bình BN đến được chẩn đoán DTTBS trong điều trị nội trú ở 3 giai đoạn tương đối đồng đều. Bệnh nhi tại TP.HCM khám điều trị ngoại trú trong dịch cao hơn ở tỉnh, và ngược lại bệnh nhi ở tỉnh khám điều trị nội trú trong dịch và sau dịch cao hơn TP.HCM. Tỷ lệ bệnh nhân DTTBS tương đối đồng đều ở các giai đoạn

trong dịch (0,53%), trước dịch (0,5%), sau dịch (0,42%). Tỷ lệ bệnh nhi đăng ký được phẫu thuật trung bình qua các giai đoạn là 46%. Tỷ lệ nhóm TBS không Shunt chiếm tỉ lệ cao ở giai đoạn sau dịch trong điều trị ngoại trú. Tỷ lệ nhóm TBS không tím chiếm tỉ lệ cao ở giai đoạn sau dịch trong điều trị nội trú. Bệnh nhi DTBST điều trị nội trú trong tình trạng cấp cứu ở giai đoạn trong dịch chiếm tỉ lệ cao so với trước và sau dịch. Trong điều trị nội trú, nhóm có thời gian điều trị khỏi ≥ 20 ngày chiếm tỉ lệ cao ở giai đoạn trong dịch, và nhóm điều trị khỏi < 5 ngày chiếm tỉ lệ cao ở giai đoạn sau dịch. Ngày điều trị trung bình TBS của 1 lượt điều trị nội trú trong dịch cao hơn so với trước và sau dịch. Tỉ lệ điều trị đỡ giảm chiếm cao nhất, tỷ lệ khỏi chiếm thấp với bệnh nhi DTBST điều trị nội trú qua các giai đoạn, trong đó tỉ lệ điều trị khỏi và tỉ lệ điều trị không thay đổi ở giai đoạn sau dịch tăng so với trong dịch, tỉ lệ nặng xin về/tử vong sau dịch giảm so với trong dịch. Tỷ lệ BN được tuyến trước chẩn đoán BST gửi lên và có chẩn đoán đúng tăng dần ở các giai đoạn.

Kết luận: Thực trạng công tác khám điều trị bệnh nhi DTTBS tại bệnh viện Nhi Đồng 2 qua các giai đoạn trước trong và sau dịch COVID 19 có sự thay đổi về số lượng khám điều trị ở cả nhóm nội ngoại trú, có sự thay đổi về phân bố của các đặc điểm chung qua các giai đoạn và tình hình khám điều trị nội trú qua các giai đoạn

Từ khóa: Dị tật bẩm sinh tim, đại dịch COVID-19.

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Hữu Tùng

ĐT: 0903607673

Email: trinhhuutung@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

SUMMARY

**SITUATION OF THE EXAMINATIONS
AND THE TREATMENTS OF
PEDIATRIC CONGENITAL HEART
DISEASES IN 03 PERIODS: BEFORE,
DURING AND AFTER THE COVID 19
PANDEMIC AT CHILDREN'S
HOSPITAL 2**

Object: To describe the examinations and the treatments of pediatric congenital heart diseases in 03 periods: before, during and after the COVID 19 Pandemic at Children's Hospital 2.

Method: A retrospective descriptive study.

Results: The situation of the examinations and the treatments of CHD patients at Children's Hospital 2 decreased significantly during the COVID 19 pandemic in both inpatient and outpatient groups. The average age of outpatients diagnosed with CHD after the pandemic is higher than those who came to the hospital before and during the pandemic. Meanwhile, the average age of inpatients in 3 periods are relatively equal. During pandemic, the number of outpatients in Ho Chi Minh City is higher than those from provinces, otherwise, the number of inpatients in Ho Chi Minh City is outnumbered by those from provinces. The rates of CHD patients are nearly equivalent in 3 periods, (0.53%, 0.5% and 0.42%, respectively). The average rate of children who had registered for surgery in 3 groups is 46%. The rate of outpatient of CHD without shunt stays significant after pandemic. The proportion of inpatients with acyanotic CHD is high. The number of patients in the emergency room is higher during the pandemic than pre and post-pandemic, and the recovery rate after ≥ 20 days of treatment stays high. The recovery group within < 5 days of treatment is numerous in the post-pandemic period. The average hospitalized time of one patient is longer during the pandemic in comparison to the pre and post-pandemic

periods. In the inpatient group, the rate of partial recovery is highest, the rate of full recovery is lowest through the periods. Severe hospitalization/death rates after the pandemic has decreased compared to those during the pandemic. The number of transferred patients with the correct diagnosis gradually increases throughout the periods.

Conclusions: The situation of the examinations and the treatments of CHD patients at Children's Hospital 2 throughout the periods before, during and after the Covid 19 pandemic has changed in the number of examinations and treatment in both inpatient and outpatient groups, in the characteristics of outpatients and inpatients through 03 periods.

Key word: Congenital Heart Disease - CHD, the COVID 19 pandemic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Như chúng ta đều biết đại dịch COVID 19 đã trở thành nỗi ám ảnh của toàn cầu, theo Bộ Y Tế từ khi dịch COVID 19 bùng phát tại Việt Nam đã trải qua 4 giai đoạn (trong 2 năm 2020 và 2021), được đánh giá là dịch bệnh nguy hiểm và ảnh hưởng nhất đến mọi mặt đời sống ở Việt Nam từ trước tới nay. Việc tiếp nhận điều trị bệnh nhân nói chung của các bệnh viện cũng chịu ảnh hưởng trực tiếp do hậu quả của đại dịch COVID 19 gây ra. Bệnh viện Nhi Đồng 2 hàng năm tiếp nhận khám trên 1.500.000 lượt bệnh nhi và điều trị nội trú cho khoảng 80.000 lượt bệnh nhi, trong đó các bệnh nhi bị bệnh tim bẩm sinh (TBS) hay dị tật bẩm sinh tim (Congenital Heart Disease - CHD) chiếm khoảng 0,5% trên tổng số ⁽¹⁾. Bệnh tim bẩm sinh là dị tật bẩm sinh phổ biến nhất, tỷ lệ bệnh tim bẩm sinh trên toàn thế giới là

khoảng 1/1000 trẻ sinh sống. Trẻ em mắc dị tật bẩm sinh tim rất cần được các phát hiện sớm và điều trị⁽²⁾. Trong 2 năm diễn ra đại dịch COVID 19 (2020-2021), việc tiếp nhận khám và điều trị cho bệnh nhi mắc tim bẩm sinh cũng bị ảnh hưởng không nhỏ. Để đánh giá thực trạng công tác khám, điều trị cho bệnh nhi dị tật bẩm sinh tim tại bệnh viện Nhi Đồng 2 chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thực trạng tiếp nhận khám, điều trị bệnh nhi dị tật bẩm sinh tim tại bệnh viện Nhi Đồng 2 trong 3 giai đoạn trước đại dịch COVID 19 (2018 – 2019), trong đại dịch COVID 19 (2020 – 2021) và sau đại dịch COVID 19 (2022 – 2023)

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhi mắc DTBST đến khám và điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ ngày

01/01/2018 - 31/12/2023, bao gồm: bệnh nhi nội trú, ngoại trú.

Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được bắt đầu thực hiện từ tháng 07/2023 đến tháng 01/2024

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, hồi cứu có sử dụng số liệu thứ cấp.

Cỡ mẫu nghiên cứu và cách chọn mẫu

Toàn bộ bệnh nhi mắc DTBST đến khám và điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 2, từ 01/01/2018 - 31/12/2023. Được ghi nhận trong các báo cáo thống kê về công tác thu dung điều trị của bệnh viện Nhi Đồng 2, từ năm 2018 - 2023.

Công cụ nghiên cứu

Bảng thu thập số liệu thứ cấp từ các báo cáo hằng năm của bệnh viện.

Xử lý và phân tích số liệu

Các số liệu thu thập bằng Excel và xử lý, phân tích bằng SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phân bố bệnh nhi DTBST theo phương thức điều trị qua các giai đoạn

Bảng 1. Số lượng bệnh nhi DTBST theo phương thức điều trị qua các giai đoạn

Phương thức điều trị/giai đoạn	Số lượng điều trị ngoại trú	Số lượng điều trị nội trú	Tổng cộng
Trước dịch	14.846	3.228	18.074
Trong dịch	8.318	1.688	10.006
Sau dịch	9.748	1.523	11.271

Nhận xét: Số lượng bệnh nhi DTBST trong 03 giai đoạn là từ 10.006 đến 18.074 bệnh nhi. Số lượng ngoại trú cao hơn nội trú. Trong đó phần ngoại trú ở giai đoạn trong dịch số bệnh nhi ngoại trú (8.318) thấp hơn

trước dịch (14.846) và sau dịch (9.748) đã tăng trở lại. Phần nội trú trong dịch số bệnh nhi nội trú (1.688) thấp hơn trước dịch (3.228) và sau dịch (1.523) vẫn còn thấp hơn trong dịch.

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu qua các giai đoạn**Bảng 2. Phân bố bệnh nhi DTBST ngoại trú theo nhóm tuổi qua các giai đoạn**

Giai đoạn	Nhóm tuổi điều trị ngoại trú											
	<30 ngày		1 - <6 th		6 -<12 th		1-< 2 tuổi		2-5 tuổi		> 5 tuổi	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Trước dịch	786	5,3	3.934	26,5	2.385	16,1	2.521	17	2.866	19,3	2.354	15,8
Trong dịch	414	5	2.127	25,6	1.342	16,1	1.391	16,7	1.645	19,8	1.399	16,8
Sau dịch	301	3,09	1.717	17,6	1.543	15,8	1.730	17,7	2.259	23,2	2.198	22,5

Nhận xét: Trong điều trị ngoại trú các nhóm tuổi đến điều trị ngoại trú qua 3 giai đoạn có xu hướng giảm dần, tuy nhiên sau dịch nhóm tuổi 2-5 (23,2%) và trên 5 tuổi (22,5%) có xu hướng đến khám tăng lên.

Bảng 3. Phân bố bệnh nhi DTBST nội trú theo nhóm tuổi qua các giai đoạn

Giai đoạn	Nhóm tuổi điều trị nội trú											
	<30 ngày		1 - <6 th		6 -<12 th		1-< 2 tuổi		2-5 tuổi		> 5 tuổi	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Trước dịch	687	21,3	818	25,3	585	18,1	397	12,3	412	12,8	329	10,2
Trong dịch	296	17,5	514	30,5	309	18,3	223	13,2	202	12	144	8,5
Sau dịch	309	20,9	295	19,37	252	16,55	220	14,45	243	15,96	204	13,39

Nhận xét: Trong điều trị nội trú trong dịch nhóm tuổi 1 - <6 th, 6 -<12 th, 1-< 2 tuổi có xu hướng đến khám tăng lên. Sau dịch nhóm tuổi <30 ngày, 1-< 2 tuổi, 2-5 tuổi, > 5 tuổi có xu hướng đến khám nội trú tăng lên

Bảng 4. Tuổi trung bình của BN được chẩn đoán BST qua các giai đoạn

Tuổi trung bình/giai đoạn	Tuổi (theo năm) trung bình của BN đến được chẩn đoán BST điều trị ngoại trú	Tuổi (theo năm) trung bình của BN đến khi được chẩn đoán BST điều trị nội trú
Trước dịch	1,68±2,76 (0-15,82)	2,29±2,82 (0-15,94)
Trong dịch	1,57±2,68 (0-15,97)	2,43±3,00 (0,01-15,83)
Sau dịch	3,09±3,37 (0-15,93)	2,05±2,98 (0-15,83)

Nhận xét: Tuổi trung bình BN đến được chẩn đoán BST điều trị ngoại trú sau dịch (3,09±3,37) cao hơn trước dịch và trong dịch. Tuổi (theo năm) trung bình của BN đến khi được chẩn đoán BST điều trị nội trú ở 03 giai đoạn tương đối đồng đều.

Bảng 5. Phân bố bệnh nhi DTBST điều trị ngoại trú theo giới tính qua các giai đoạn

Giới tính/giai đoạn	Nữ		Nam	
	n	%	n	%
Trước dịch	7.660	51,6	7.186	48,4
Trong dịch	4.225	50,8	4.093	49,2
Sau dịch	4.843	49,7	4.905	50,3

Nhận xét: Trong điều trị ngoại trú tỉ lệ nam nữ đến khám ngoại trú phân bố tương đối đồng đều ở các giai đoạn.

Bảng 6. Phân bố bệnh nhi DTBST điều trị nội trú theo giới tính qua các giai đoạn

Giới tính/giai đoạn	Nữ		Nam	
	n	%	n	%
Trước dịch	1.582	49	1.646	51
Trong dịch	756	44,8	932	52,2
Sau dịch	737	48,4	786	51,6

Nhận xét: Trong điều trị nội trú tỉ lệ nam nữ đến khám nội trú phân bố tương đối đồng đều ở các giai đoạn.

Bảng 7. Phân bố bệnh nhi DTBST điều trị ngoại trú theo nơi cư trú qua các giai đoạn

Nơi cư trú/giai đoạn	TP.HCM		Tỉnh	
	n	%	n	%
Trước dịch	10.232	68,92	4.614	31,08
Trong dịch	5.902	70,95	2.416	29,05
Sau dịch	2.556	26,2	7.192	73,8

Nhận xét: Trong điều trị ngoại trú trong dịch số bệnh nhân tại TP.HCM đến khám điều trị ngoại trú (70,95%) cao hơn so với trước dịch (68,92%), và số bệnh nhân tại tỉnh đến khám điều trị ngoại trú (29,05%) thấp hơn so với trước dịch (31,08%). Sau dịch số

bệnh nhân tại TP.HCM đến khám điều trị ngoại trú (26,2%) vẫn còn thấp hơn so với trong dịch (71%), tuy nhiên số bệnh nhân tại tỉnh đến khám điều trị ngoại trú (73,8%) đã tăng trở lại so với trong dịch (29%)

Bảng 8. Phân bố bệnh nhi DTBST điều trị nội trú theo nơi cư trú qua các giai đoạn

Nơi cư trú/giai đoạn	TP.HCM		Tỉnh	
	n	%	n	%
Trước dịch	539	16,7	2.689	83,3
Trong dịch	260	15,4	1.428	84,6
Sau dịch	198	13	1.325	87

Nhận xét: Trong dịch số bệnh nhân tại TP.HCM đến khám điều trị nội trú (15,4%) thấp hơn so với trước dịch (16,7%), và số bệnh nhân tại tỉnh đến khám điều trị nội trú (84,6%) cao hơn so với trước dịch (83,3%). Sau dịch tỷ lệ bệnh nhân tại TP.HCM đến khám điều trị nội trú ít hơn trong dịch, tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân ở tỉnh đến khám điều trị nội trú tăng lên

Bảng 9. Phân bố bệnh nhi DTBST và bệnh nhi mắc các bệnh lý khác qua các giai đoạn

Tình trạng bệnh nhi/giai đoạn	Bệnh nhi DTTBS		Bệnh nhi bệnh lý khác	
	n	%	n	%
Trước dịch	18.074	0,5	3.921.811	99,5
Trong dịch	10.006	0,53	1.877.294	99,47
Sau dịch	11.271	0,42	2.687.060	99,58

Nhận xét: Trong dịch tỷ lệ bệnh nhân DTTBS (0,53%) đến khám điều trị so với trước dịch (0,5%) là gần như nhau. Sau dịch tỷ lệ bệnh nhân DTTBS (0,42%) đến khám có giảm so với trong dịch (0,53%)

Bảng 10. Số bệnh nhi DTBST đăng ký và được phẫu thuật can thiệp (PTCT) qua các giai đoạn

Tình hình phẫu thuật can thiệp/giai đoạn	Số lượng bệnh nhi đăng ký PTCT	Bệnh nhi được PTCT sau khi đăng ký	
		n	%
Trước dịch	950	488	51%
Trong dịch	950	453	48%
Sau dịch	1.240	486	39%
Trung bình/giai đoạn	1.046,6	475,6	46%

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhi đăng ký được phẫu thuật trung bình qua các giai đoạn là 46%. Trong đó, tỷ lệ được phẫu thuật ở giai đoạn trong dịch (48%) cao hơn so với sau dịch (39%)

Bảng 11. Phân bố bệnh nhi DTBST ngoại trú theo cơ cấu bệnh (1 đợt điều trị, BN có 1-3 bệnh lý tim mạch)

Cơ cấu bệnh/giai đoạn	Bệnh TBS tím		TBS không tím		TBS không Shunt		TBS khác	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trước dịch	1.491	10	8.942	60,2	666	4,5	3.747	25,2
Trong dịch	875	10,5	5.222	62,8	518	6,2	1.703	20,5
Sau dịch	1.159	11,9	6.220	63,8	1.009	10,4	1.359	13,9

Nhận xét: Trong điều trị ngoại trú tỷ lệ bệnh nhi ở nhóm bệnh TBS tím, TBS không tím và TBS khác phân bố tương đối đồng đều ở các giai đoạn. Tuy nhiên sau dịch nhóm TBS không Shunt (10,4%) có xu hướng tăng lên.

Bảng 12. Phân bố bệnh nhi DTBST nội trú theo cơ cấu bệnh

Cơ cấu bệnh/giai đoạn	Bệnh TBS tím		TBS không tím		TBS không Shunt		TBS khác	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trước dịch	700	21,7	1.393	43,2	317	9,8	818	25,3
Trong dịch	361	21,4	789	46,7	147	8,7	391	23,2
Sau dịch	245	16,1	944	62	92	6,0	242	15,9

Nhận xét: Trong điều trị ngoại trú tỷ lệ bệnh nhi ở nhóm bệnh TBS tím, TBS không tím và TBS khác phân bố tương đối đồng đều ở các giai đoạn, tuy nhiên sau dịch nhóm TBS không Shunt (10,4%) chiếm tỉ lệ cao hơn. Trong điều trị nội trú tỷ lệ bệnh nhi ở nhóm bệnh TBS tím, TBS không Shunt và TBS khác có xu hướng giảm dần ở các giai đoạn, tuy nhiên sau dịch nhóm TBS không tím (62%) chiếm tỉ lệ cao hơn.

Tình hình điều trị nội trú bệnh nhi DTBST qua các giai đoạn**Bảng 13. Phân bố bệnh nhi DTBST điều trị nội trú theo tình trạng nhập viện qua các giai đoạn**

Tình trạng nhập viện /giai đoạn	Cấp cứu		Thông thường	
	n	%	n	%
Trước dịch	650	20,1	2.578	79,9
Trong dịch	476	31,25	1.047	68,75
Sau dịch	397	23,5	1.291	76,5

Nhận xét: Bệnh nhi DTBST điều trị nội trú theo tình trạng thì tỷ lệ bệnh nhi DTBST điều trị nội trú ở tình trạng cấp cứu trong khoảng 20,1%-31,25% qua các giai đoạn, riêng ở giai đoạn trong dịch (31,25%) chiếm tỉ lệ cao hơn so với trước và sau dịch.

Bảng 14. Phân bố bệnh nhi DTBST điều trị nội trú theo ngày điều trị khỏi qua các giai đoạn

Ngày điều trị khỏi/giai đoạn	< 5 ngày		5-9 ngày		10-14 ngày		15-19 ngày		≥20 ngày	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Trước dịch	684	21,19	863	26,73	477	14,78	324	10,04	880	27,26
Trong dịch	374	22,20	433	25,70	243	14,40	146	8,65	492	29,10
Sau dịch	589	38,7	409	26,9	204	13,4	101	6,63	220	14,4

Nhận xét: Bệnh nhi DTBST điều trị nội trú theo ngày điều trị khỏi thì trong dịch tỷ lệ nhóm điều trị khỏi ≥20 ngày (29,1%) chiếm tỷ lệ cao nhất, sau dịch tỷ lệ nhóm điều trị khỏi < 5 ngày (38,7%) chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 15. Ngày điều trị trung bình BST của 1 lượt điều trị nội trú qua các giai đoạn

Ngày điều trị trung bình BST của 1 lượt điều trị nội trú	Giai đoạn trước dịch	Giai đoạn trong dịch	Giai đoạn sau dịch
	17,88±22,88	18,13±22,5	12,9±15,8

Nhận xét: Ngày điều trị trung bình BST của 1 lượt điều trị nội trú trong dịch (18,13±22,5) cao hơn so với trước dịch (17,88±22,88) và sau dịch (12,9±15,8)

Bảng 16. Phân bố bệnh nhi DTBST điều trị nội trú theo kết quả điều trị qua các giai đoạn

Kết quả điều trị /giai đoạn	Khỏi		Chuyển viện		Đỡ giảm		Không thay đổi		Nặng xin về/tử vong	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Trước dịch	8	0,25	54	1,67	2.849	88,3	108	3,35	209	6,47
Trong dịch	8	0,47	55	3,26	1.464	86,7	50	2,96	111	6,58
Sau dịch	109	7,18	0	0	1.227	80,8	125	8,23	58	3,82

Nhận xét: Bệnh nhi DTBST điều trị nội trú theo kết quả điều trị thì sau dịch tỉ lệ điều trị khỏi (7,18%) và tỉ lệ điều trị không thay đổi (8,23%) tăng lên, trong khi tỉ lệ nặng xin về/tử vong (3,82) giảm xuống sau dịch

Bảng 17. BN điều trị nội trú được chẩn đoán BST tuyến trước gửi lên BVNĐ2 qua các giai đoạn

Tuyến trước chuyển/giai đoạn	Số BN được tuyến trước chẩn đoán BST gửi lên		Số BN được tuyến trước chẩn đoán BST gửi lên và có chẩn đoán đúng	
	n	%	n	%
Trước dịch	1.660	64,4	919	35,6
Trong dịch	927	60,5	606	39,5
Sau dịch	905	60,3	595	39,7

Nhận xét: Tỷ lệ BN được tuyến trước chẩn đoán BST gửi lên và có chẩn đoán đúng có xu hướng tăng dần ở các giai đoạn, trước dịch là 35,6%, trong dịch là 39,5%, sau dịch là 39,7%

IV. BÀN LUẬN

Số lượng và phân bố bệnh nhi DTBST theo phương thức điều trị qua các giai đoạn

Số lượng bệnh nhi DTBST trong 03 giai đoạn trước, trong và sau dịch Covid 19 là từ 10.006 đến 18.074 bệnh nhi, do ảnh hưởng của cách ly xã hội vì dịch Covid 19 nên lượng bệnh nhi DTBST đến khám tại bệnh viện trong giai đoạn dịch giảm chỉ còn hơn phân nửa so với giai đoạn trước dịch. Sau đó vào năm 2022 số lượng bệnh nhi đã tăng trở lại sau khi đất nước nới lỏng các biện pháp giãn cách xã hội, cuộc sống sinh hoạt của người dân trở lại bình thường. Số lượng bệnh nhi ngoại trú cao hơn bệnh nhi nội trú, do phần lớn trẻ tới khám bị bệnh tim bẩm sinh nhẹ không cần can thiệp điều trị ngay, những trẻ này chỉ cần theo dõi định kỳ hàng năm bởi các bác sĩ chuyên khoa tim mạch nhi là đủ. Đa phần các bệnh nhi đến khám và điều trị tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 đều có hộ khẩu tại TP.Hồ Chí Minh và các tỉnh lân cận nên quá trình tái khám cũng có nhiều thuận lợi. Kết quả tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Thanh Hương và cộng sự (2010)⁽⁵⁾, khảo sát 517 trẻ sơ sinh bị TBS tại khoa Sơ Sinh bệnh viện Nhi Đồng I từ 01-01-2009 đến 31-08-2009 thấy tỉ lệ bệnh nhi TBS nhập khoa là 11,2%. Trong đó, ở giai đoạn trong dịch số bệnh nhi ngoại trú (8.318) thấp hơn trước dịch (14.846) do ảnh hưởng của cách ly xã hội vì dịch Covid 19 nên lượng bệnh nhi DTBST không thể đến khám, đặc biệt ở các Tỉnh và sau dịch (9.748) đã tăng trở lại. Trong dịch số bệnh nhi nội trú (1.688) cũng

thấp hơn trước dịch (3.228) và sau dịch (1.523) vẫn còn thấp hơn trong dịch. Như vậy tổng lượng bệnh nhi DTTBS giảm rõ rệt trong giai đoạn dịch Covid 19 ở cả nhóm nội và ngoại trú. Chúng ta có thể nhận thấy số lượng sụt giảm này là do những tác động của dịch Covid 19, giai đoạn này cả nước thực hiện Chỉ thị 16 của Thủ tướng Chính phủ, giãn cách xã hội khiến cho số lượng bệnh nhi tới khám giảm cùng lúc đó các bệnh viện tập trung nguồn lực ưu tiên cấp cứu, điều trị cho những bệnh nhi Covid 19⁽⁷⁾.

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu qua các giai đoạn

Phân bố bệnh nhi DTBST theo nhóm tuổi qua các giai đoạn

Trong điều trị ngoại trú, các nhóm tuổi đến điều trị ngoại trú qua 3 giai đoạn có xu hướng giảm dần, tuy nhiên sau dịch nhóm tuổi 2-5 (23,2%) và trên 5 tuổi (22,5%) có xu hướng tăng lên, điều này có thể giải thích là do ở giai đoạn Covid 19, các bệnh nhi DTTBS không được chẩn đoán sớm.

Trong điều trị nội trú, ở giai đoạn trong dịch nhóm tuổi 01 - < 06 tháng (30,5%), 06 - < 12 tháng (18,3%), và 01 - < 02 tuổi (13,2%) chiếm tỷ lệ cao do bệnh nhi DTTBS có biểu hiện nặng hơn ở lứa tuổi nhỏ dù đang trong giai đoạn có dịch cũng phải nhập viện điều trị nội trú, kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Lệ Thủy năm 2022 cho thấy tỷ lệ bệnh nhi TBS < 6 tháng tuổi chiếm cao nhất (42,9%)⁽⁶⁾, hay của tác giả Doãn Thị Thu năm 2017⁽⁴⁾ (42,6%). Sau dịch, nhóm tuổi 01 - < 02 tuổi, 02 - 05 tuổi, > 05 tuổi cũng có xu hướng đến khám nội trú tăng lên, điều này có thể giải thích như trên ở phần ngoại trú, do tình hình dịch bệnh làm hạn chế việc phát hiện bệnh và điều trị nên khi trở nặng cần điều trị nội trú thì nhóm tuổi đã bị tăng dần theo thực tế.

Tuổi trung bình BN đến được chẩn đoán tim bẩm sinh

Tuổi trung bình của BN điều trị nội trú đến khi được chẩn đoán DTTBS ở 3 giai đoạn tương đối đồng đều. Tuổi trung bình của BN điều trị ngoại trú đến được chẩn đoán DTTBS sau dịch ($3,09 \pm 3,37$) cao hơn trước dịch ($1,68 \pm 2,76$) và trong dịch ($1,57 \pm 2,68$), giai đoạn sau dịch tuổi trung bình đến khám ngoại trú cao hơn có thể là do sau khoảng thời gian 02 năm dịch bệnh, các bệnh nhi không được tới bệnh viện khám kịp thời do ảnh hưởng của các lệnh giãn cách, do đó tuổi phát hiện bệnh có xu hướng tăng ở nhóm ngoại trú này.

Phân bố bệnh nhi DTBST điều trị theo giới tính

Tỉ lệ nam nữ đến khám nội ngoại trú phân bố tương đối đồng đều và cân bằng ở các giai đoạn. Một số nghiên cứu cũng ghi nhận kết quả tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Thị Ly Ly và cộng sự (tỷ lệ nam/nữ = 1/1), các số liệu tổng kết và ghi nhận ở một số nghiên cứu khác như Viện Tim TP. Hồ Chí Minh, bệnh viện Nhi đồng I, tác giả Vũ Minh Phúc⁽⁵⁾: tỉ lệ này là 1:1, tác giả Alabdugader: 1,05:1⁽¹⁰⁾.

Phân bố bệnh nhi DTBST điều trị theo nơi cư trú

Trong dịch, số bệnh nhân điều trị ngoại trú cư trú tại TP.HCM đến khám cao hơn (70,95%) so với trước dịch (68,92%) và cả sau dịch (26,2%) so với BN cư trú tại tỉnh có thể lý giải bởi vì ở trong dịch do có sự giãn cách xã hội, ở khoảng cách địa lý gần nên việc đến khám sẽ dễ dàng hơn, vì vậy đa phần là cư trú tại TP.HCM là hoàn toàn hợp lý.

Trong dịch, số bệnh nhân điều trị nội trú cư trú tại tỉnh đến khám và điều trị nội trú (84,6%) cao hơn trước dịch (83,3%), tuy

nhiên thấp hơn sau dịch (87%) so với bệnh nhân cư trú tại TP.HCM là do khi có dịch dù có giãn cách xã hội nhưng vì lý do bệnh nặng cần phải nhập viện điều trị nội trú. Điều này cũng có thể là do bệnh nhi ở TP.HCM có nhiều điều kiện khám điều trị ngoại trú hơn bệnh nhi ở tỉnh, nên đã làm gia tăng tỉ lệ bệnh nhi điều trị nội trú cư trú ở tỉnh lên. Bệnh nhi cư trú ở tỉnh không được khám và theo dõi ngoại trú thường xuyên nên tình trạng bệnh có thể kéo dài và nặng dần hơn nên khi khám là cần phải nhập viện điều trị nội trú. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hương và cộng sự năm 2010⁽⁵⁾ có số bệnh nhi sơ sinh có DTBST điều trị nội trú là 75,7% ở ngoại thành và các tỉnh lân cận và 24,3% thuộc nội thành.

Phân bố bệnh nhi DTBST và bệnh nhi mắc các bệnh lý khác

Tỷ lệ bệnh nhân DTTBS trong dịch (0,53%) so với trước dịch (0,5%) là gần như nhau. Sau dịch tỷ lệ bệnh nhân DTTBS (0,42%) tỷ lệ này có giảm so với trong dịch (0,53%). Kết quả này thấp hơn đôi chút so với nghiên cứu của một số tác giả trong nước tỉ lệ mắc CHD từ 1-2% trong tổng số trẻ mới sinh (dao động từ 0,5-6%) (8,9)

Tỷ lệ bệnh nhi đăng ký được phẫu thuật

Tỷ lệ bệnh nhi đăng ký được phẫu thuật trung bình qua các giai đoạn là 46%. Trong đó, tỷ lệ được phẫu thuật ở giai đoạn trong dịch (48%) cao hơn so với sau dịch (39%). Theo kết quả thì tỉ lệ bệnh nhân được phẫu thuật sau khi đã đăng ký ở giai đoạn trong dịch cao hơn giai đoạn sau dịch, điều này chứng tỏ vì ở giai đoạn trong dịch đa phần bệnh nhân đến khám là có triệu chứng nặng, cần phải được can thiệp, phẫu thuật.

Phân bố bệnh nhi DTBST theo cơ cấu bệnh

Trong điều trị ngoại trú tỷ lệ bệnh nhi ở nhóm bệnh TBS tím, TBS không tím và TBS không có Shunt phân bố tương đối đồng đều ở các giai đoạn, tuy nhiên sau dịch nhóm TBS không Shunt (10,4%) chiếm tỉ lệ cao. Trong điều trị nội trú tỷ lệ bệnh nhi ở nhóm bệnh TBS tím, TBS không Shunt và TBS không Shunt có xu hướng giảm dần ở các giai đoạn, tuy nhiên sau dịch nhóm TBS không tím (62%) chiếm tỉ lệ cao.

Tình hình điều trị nội trú bệnh nhi DTBST qua các giai đoạn

Bệnh nhi DTBST điều trị nội trú nhập viện theo tình trạng cấp cứu lần lượt trước, trong và sau dịch là 20,1%, 31,25% và 23,5% cho thấy các bệnh nhi mắc DTBST trong dịch đa số là nặng hơn giai đoạn trước và sau dịch, có thể lý giải do ảnh hưởng nhiều yếu tố khách quan và giãn cách xã hội nên thường những trường hợp đến khi tiến triển nặng mới nhập viện điều trị. Các bệnh nhi mắc DTBST giai đoạn trước và sau dịch ở mức 20,1% đến 23,5% tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hương năm 2010 (5) có tình trạng nhập viện cấp cứu chiếm tỷ lệ là 22%. Bệnh nhi DTBST điều trị nội trú theo ngày điều trị khởi thì giai đoạn trong dịch tỷ lệ nhóm điều trị khởi ≥ 20 ngày (29,1%) chiếm tỷ lệ cao nhất, điều này được lý giải vì ở giai đoạn trong dịch đa phần bệnh nhân đến nhập viện điều trị là nặng, cần phải được điều trị thời gian lâu hơn. Trong giai đoạn sau dịch, tỷ lệ nhóm điều trị khởi < 5 ngày (38,7%) chiếm tỷ lệ cao nhất, có thể là đa phần bệnh nhân đến nhập viện điều trị không nặng như giai đoạn trong dịch nên thời gian điều trị ngắn hơn. Tương tự, ngày điều trị trung bình TBS của 1 lượt điều trị nội trú trong dịch ($18,13 \pm 22,5$) cao hơn so với trước dịch ($17,88 \pm 22,88$) và sau dịch ($12,9 \pm 15,8$). Theo

kết quả điều trị thì bệnh nhi DTBST điều trị nội trú qua các giai đoạn có tỉ lệ đỡ giảm chiếm tỉ lệ cao nhất, tỉ lệ khởi thấp nhất. Số khởi chỉ chiếm tỉ lệ thấp bởi vì muốn điều trị khởi bệnh nhi cần được thông tim can thiệp hoặc phẫu thuật triệt để. Các bệnh nhi đến khám muộn hoặc không có chỉ định điều trị phẫu thuật chủ yếu được theo dõi, điều trị nội khoa để điều trị và dự phòng các biến chứng do bệnh tim bẩm sinh gây ra, cải thiện chất lượng sống của trẻ do đó trong nghiên cứu số bệnh nhi điều trị bệnh đỡ là đa số là phù hợp. Tuy nhiên, ở giai đoạn sau dịch chúng ta có thể thấy tỉ lệ khởi chiếm tỉ lệ cao nhất (7,18%) và tỉ lệ tử vong/nặng xin về chiếm tỉ lệ thấp nhất (3,82%), có thể lý giải là bệnh nhi DTBST ở giai đoạn này được phát hiện sớm hơn, tiến triển của DTBST chưa nặng. Tỷ lệ BN được tuyến trước chẩn đoán DTBST gửi lên và có chẩn đoán đúng có xu hướng tăng dần ở các giai đoạn, trước dịch là 35,6%, trong dịch là 39,5%, sau dịch là 39,7%. Tỷ lệ này cho thấy việc chẩn đoán đúng của các bệnh viện trong và ngoài tuyến có tăng dần dù không phải là tăng đột phá, vấn đề này cũng là một bài toán khó đòi hỏi công tác đào tạo chỉ đạo tuyến của bệnh viện Nhi Đồng 2 trong tương lai trong lĩnh vực này cần thêm thời gian dài và nhân sự đào tạo của các tuyến cũng phải ổn định.

V. KẾT LUẬN

Thực trạng công tác khám điều trị bệnh nhi DTTBS tại bệnh viện Nhi Đồng 2 có thay đổi rõ rệt về số lượng khám điều trị trong giai đoạn dịch Covid 19 ở cả nhóm nội và ngoại trú. Lượng bệnh nhi DTBST đến khám tại bệnh viện trong giai đoạn dịch giảm chỉ còn hơn phân nửa so với giai đoạn trước dịch. Tuổi trung bình BN đến được chẩn đoán DTTBS trong điều trị ngoại trú sau dịch cao hơn so với trước và trong dịch. Tuổi

trung bình BN đến được chẩn đoán DTTBS trong điều trị nội trú ở 3 giai đoạn tương đối đồng đều. Bệnh nhi tại TP.HCM khám điều trị ngoại trú trong dịch cao hơn ở tỉnh, và ngược lại bệnh nhi ở tỉnh khám điều trị nội trú trong dịch và sau dịch cao hơn TP.HCM. Tỷ lệ bệnh nhân DTTBS tương đối đồng đều ở các giai đoạn trong dịch (0,53%), trước dịch (0,5%), sau dịch (0,42%). Tỷ lệ bệnh nhi đăng ký được phẫu thuật trung bình qua các giai đoạn là 46%. Tỷ lệ nhóm TBS không Shunt chiếm tỉ lệ cao ở giai đoạn sau dịch trong điều trị ngoại trú. Tỷ lệ nhóm TBS không tím chiếm tỉ lệ cao ở giai đoạn sau dịch trong điều trị nội trú. Bệnh nhi DTBST điều trị nội trú trong tình trạng cấp cứu ở giai đoạn trong dịch chiếm tỉ lệ cao so với trước và sau dịch. Trong điều trị nội trú, nhóm có thời gian điều trị khỏi ≥ 20 ngày chiếm tỉ lệ cao ở giai đoạn trong dịch, và nhóm điều trị khỏi < 5 ngày chiếm tỉ lệ cao ở giai đoạn sau dịch. Ngày điều trị trung bình TBS của 1 lượt điều trị nội trú trong dịch cao hơn so với trước và sau dịch. Tỉ lệ điều trị đỡ giảm chiếm cao nhất, tỷ lệ khỏi chiếm thấp với bệnh nhi DTBST điều trị nội trú qua các giai đoạn, trong đó tỉ lệ điều trị khỏi và tỉ lệ điều trị không thay đổi ở giai đoạn sau dịch tăng so với trong dịch, tỉ lệ nặng xin về/tử vong sau dịch giảm so với trong dịch. Tỷ lệ BN được tuyến trước chẩn đoán BST gửi lên và có chẩn đoán đúng tăng dần ở các giai đoạn.

VI. KIẾN NGHỊ

Đào tạo nguồn nhân lực cho các ê kíp chẩn đoán phẫu thuật DTBST, phân loại chính xác tình trạng nặng nhằm đáp ứng tốt hơn nhu cầu được phẫu thuật của người bệnh trong mọi tình huống. Đặc biệt tăng cường truyền thông cập nhật các kiến thức và tăng cường phối hợp giữa bệnh nhân và nhân viên

y tế trong tầm soát, khám phát hiện và chẩn đoán DTTBS góp phần xử lý ngay sau sinh, góp phần tăng tỷ lệ cứu sống trẻ

Tiếp tục nghiên cứu thêm những nội dung khác liên quan, vì đề tài này chúng tôi chỉ dừng lại ở việc mô tả các số liệu thu thập được, chưa nghiên cứu sâu về các yếu tố kinh tế, văn hóa, cơ chế chính sách, cũng như các vấn đề liên quan khác cũng có thể ảnh hưởng đến việc khám điều trị bệnh nhi DTTBS trong mùa dịch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Nhi Đồng 2** (2023). Báo cáo thống kê tình hình khám, chữa bệnh tại Bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2020,2021,2022,2023.
2. **Bệnh viện Nhi Đồng 2** (2019). Hướng dẫn điều trị nhi khoa 2019
3. **Bộ Y Tế** (2022), Cổng thông tin của Bộ Y tế về đại dịch Covid-19, <https://covid19.gov.vn/>
4. **Doãn Thị Thu** (2017), “Nghiên cứu tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi bị tim bẩm sinh”, Luận văn thạc sỹ - Bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y dược Huế.
5. **Nguyễn Thị Thanh Hương, Vũ Minh Phúc** (2010). Đặc điểm bệnh lý tim bẩm sinh ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Nhi đồng 1. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 14(1).
6. **Nguyễn Thị Lệ Thủy** (2022), Tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi mắc tim bẩm sinh điều trị nội trú tại Bệnh viện Tim Hà Nội, Tạp chí khoa học Điều dưỡng - tập 05 - số 03.
7. **Thủ tướng chính phủ**, Chỉ thị 16/CT-TTg ngày 31/3/2000, Công TTTĐTCP, <https://vanban.chinhphu.vn/?pageid=27160&docid=199607>
8. **Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh** (2006), Bài giảng nhi khoa tập 2 - Sách đào tạo sau đại học, NXB Y học, Hà Nội.
9. **Trường Đại học Y Hà Nội** (2019), Bài giảng nhi khoa - Sách đào tạo sau đại học, NXB Y học, Hà Nội.
10. **AAA Alabdulgader** (2006), "Congenital heart disease in Saudi Arabia: current epidemiology and future projections", EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal, 12 (Supp. 2), S157-S167, 2006.

TÌNH HÌNH HOẠT ĐỘNG TÀI CHÍNH TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2 CÁC GIAI ĐOẠN TRƯỚC TRONG VÀ SAU ĐẠI DỊCH COVID-19

Trịnh Hữu Tùng^{1,2}, Phan Thị Hồng Lệ¹, Đặng Minh Xuân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình hình hoạt động tài chính của bệnh viện Nhi Đồng 2 (BVND2) trong 3 giai đoạn trước dịch COVID-19 (2018-2019), trong dịch COVID-19 (2020-2021) và sau dịch COVID-19 (2022-2023), các vấn đề khó khăn và thách thức. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu thông qua biểu mẫu thu thập được thiết kế sẵn. **Kết quả:** Tổng nguồn thu trong dịch (1.770.126.822.742 đ) thấp hơn giai đoạn trước (2.688.821.081.439 đ) và sau dịch (2.643.513.480.535 đ). Tổng các khoản chi trong dịch (1.887.233.800.967 đ) cao hơn giai đoạn trước (1.712.151.877.091 đ) và sau dịch (1.623.234.128.633 đ). Quản lý việc trích lập các quỹ, giai đoạn trước dịch tổng số tiền đã trích lập vào các quỹ là 943.093.463.229 đ; trong dịch tổng số tiền đã trích lập vào quỹ là 181.131.484.952 đ; sau dịch là 782.833.254.947 đ. Nhóm thu từ viện phí và các dịch vụ từ các hoạt động khám chữa bệnh chiếm tỉ lệ cao nhất ở 03 giai đoạn trước dịch (76,7%), trong dịch (77,4%), sau dịch (73,1%). Nhóm chi cho cá nhân chiếm tỉ lệ cao nhất ở 3 giai đoạn trước dịch (51,1%), trong dịch (45,2%), sau dịch (57%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm thu từ viện phí và các dịch vụ từ các hoạt động khám

chữa bệnh trước và trong dịch với $P=0,003$. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm thu dịch vụ từ hoạt động quây thuốc trước và trong dịch với $P=0,001$. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa Nhóm thu từ tài trợ và nguồn thu hợp pháp khác trước và trong dịch với $P=0,015$. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm thu từ viện phí và các dịch vụ từ các hoạt động khám chữa bệnh trong và sau dịch với $P = 0,026$. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm thu từ tài trợ và nguồn thu hợp pháp khác trong và sau dịch với $P = 0,005$. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm chi mua sắm TTB, sửa chữa tài sản cố định ở giai đoạn trước và trong dịch với $P = 0,017$. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm chi mua sắm TTB, sửa chữa tài sản cố định ở giai đoạn trong và sau dịch với $P = 0,010$. **Kết luận:** Tổng nguồn thu giảm và một số khoản chi tăng trong giai đoạn 2020-2021 do ảnh hưởng dịch COVID-19. Bệnh viện cần có chiến lược phát triển đúng đắn về tài chính theo từng giai đoạn; trong đó, tập trung quản lý và phát triển tốt các nguồn thu và các khoản chi; và quản lý trích quỹ từ phân phối chênh lệch thu chi để đảm bảo hoạt động.

Từ khóa: Hoạt động tài chính bệnh viện, đại dịch Covid-19, Bệnh viện Nhi đồng 2.

SUMMARY

FINANCIAL PERFORMANCE AT CHILDREN'S HOSPITAL 2 PERIODS BEFORE, DURING AND AFTER THE COVID-19 PANDEMIC

Objective: This paper describes the financial performance of the Children's Hospital 2 in three periods: before the COVID-19

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Hữu Tùng

ĐT: 0903607673

Email: trinhhuutung@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

pandemic (2018-2019), during the COVID-19 pandemic (2020-2021), and after the COVID-19 pandemic (2022-2023); difficult and challenge issues.

Methods: Retrospective descriptive study through pre-designed data collection forms.

Result: Total revenue during the pandemic (1,770,126,822,742 VND) is lower than the pre-pandemic (2,688,821,081,439 VND) and post-pandemic (2,643,513,480,535 VND). Total expenses during the pandemic (1,887,233,800,967 VND) are higher than the pre-pandemic (1,712,151,877,091 VND) and post-pandemic (1,623,234,128,633 VND). Managing the appropriation of funds, in the pre-pandemic period, the total amount of money appropriated to the fund was 943,093,463,229 VND; During the pandemic, the total amount appropriated to the fund was 181,131,484,952 VND; After the pandemic, it was 782,833,254,947 VND. The group with revenue from hospital fees and services from medical examination, treatment activities had the highest rate in three periods: before the pandemic (76.7%), during the pandemic (77.4%), and after the pandemic (73.1%). The spending group for individuals had the highest rate in three periods: before the pandemic (51.1%), during the pandemic (45.2%), and after the pandemic (57%). There is a statistically significant difference between the group collecting revenue from hospital fees and services from medical examination, treatment activities in previous and during the pandemic with $P=0.003$. There is a statistically significant difference between the group collecting services from pharmacy activities in previous and during the pandemic with $P=0.001$. There is a statistically significant difference between the sponsorship revenue group and other legal revenue sources in previous and during the pandemic with $P=0.015$. There is a statistically significant difference

between the group collecting revenue from hospital fees and services from medical examination, treatment activities during and after the pandemic with $P=0.026$. There is a statistically significant difference between the sponsorship revenue group and other legal revenue sources during and after the pandemic with $P=0.005$. There is a statistically significant difference between the group of expenditures for purchasing medical equipment and repairing fixed assets in previous and during the pandemic with $P=0.017$. There is a statistically significant difference between the group of expenditures for purchasing medical equipment and repairing fixed assets in the period during and after the epidemic with $P=0.010$.

Conclusion: The Hospital's total revenue decreased and some expenses increased in 2020-2021 due to the impact of the COVID-19 pandemic. Hospital need to have the right financial development strategy in each stage; in particular, focus on managing and developing well revenue sources and expenses; and manage fund deductions from the distribution of revenue and expenditure differences to ensure good operations.

Keywords: Hospital's financial activities, COVID-19 pandemic, Children's Hospital 2.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tài chính bệnh viện (TCBV) luôn giữ vai trò vô cùng quan trọng đối với hoạt động của bệnh viện, có nhiệm vụ huy động các nguồn tài chính y tế một cách thích hợp và quản lý, phân bổ nguồn tài chính bệnh viện hiệu quả. Quản lý tài chính (QLTC) trong bệnh viện được xem là việc quản lý toàn bộ các nguồn vốn như vốn ngân sách nhà nước, vốn viện trợ, vốn vay và các nguồn vốn khác; tài sản, vật tư của bệnh viện để phục vụ nhiệm vụ khám chữa bệnh (KCB), đào tạo, nghiên cứu khoa học (NCKH), chỉ đạo tuyến... Việc

chuyển đổi nền kinh tế sang hoạt động theo cơ chế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa và chủ trương thực hiện xã hội hóa dịch vụ công là một nhiệm vụ đã được thực hiện từ nhiều năm nay. Theo đó, các đơn vị sự nghiệp công lập cũng đang từng bước chuyển sang hoạt động theo cơ chế tự chủ, nâng cao quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm của đơn vị, nâng cao chất lượng phục vụ. Trong lúc, các đơn vị đang từng bước thực hiện các nhiệm vụ, đại dịch COVID-19 đã xảy ra, sự bùng phát của đại dịch COVID-19 đã dẫn đến những thách thức chưa từng có, cũng như những tác động đáng kể đến sự phát triển của nền kinh tế, cũng như những tác động sâu sắc đến tất cả mọi thành phần, mọi ngành nghề và mọi đơn vị trong xã hội tại Việt Nam. Thời điểm đó, BVNĐ2 cũng như các đơn vị khác đối mặt thêm những khó khăn liên quan đến tình hình hoạt động tài chính của bệnh viện, việc phân bổ ngân sách thu chi và các chính sách khác để đảm bảo và nâng cao hiệu quả sử dụng các nguồn lực tài chính nhằm thực hiện các mục tiêu, nhiệm vụ của bệnh viện; đặc biệt, để bệnh viện có thể đứng vững được trong và sau giai đoạn nỗ lực chống dịch COVID-19. Rõ ràng, đây là một thách thức lớn. Chính vì vậy, việc nghiên cứu, phân tích và đánh giá tình hình hoạt động tài chính của BVNĐ2 trong 3 giai đoạn trước dịch COVID-19, trong dịch COVID-19 và sau dịch COVID-19 là thật sự cần thiết và mang ý nghĩa khoa học thực tiễn. Từ đó, các giải pháp và chiến lược tài chính hiệu quả có thể đạt được nhằm giúp cho hoạt động tài chính của bệnh viện được hợp lý và hiệu quả hơn, đặc biệt trong giai đoạn sau đại dịch COVID-19.

Mục tiêu nghiên cứu

- Mục tiêu chung:

Mô tả tình hình hoạt động tài chính của BVNĐ2 trong 3 giai đoạn trước trong và sau đại dịch COVID-19. Từ đó, xác định các vấn đề khó khăn và thách thức

- Mục tiêu cụ thể:

Xác định tổng kinh phí thu chi và quản lý trích lập các quỹ của BVNĐ2 trong 3 giai đoạn.

Xác định tỉ lệ hoạt động thu chi theo từng nội dung chi tiết và theo nhóm trong 3 giai đoạn

Sự liên quan của các khoản thu chi theo từng nhóm ở các giai đoạn trước và trong dịch, trong và sau dịch

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Các hoạt động tài chính của BVNĐ2 trong giai đoạn từ năm 2018 đến 2023.

Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được bắt đầu thực hiện từ tháng 10/2023 đến tháng 03/2024 tại BVNĐ2.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, kết hợp định lượng, hồi cứu số liệu từ báo cáo tài chính của BVNĐ2.

Công cụ nghiên cứu

Bảng thu thập số liệu thứ cấp từ các báo cáo tài chính từ năm 2018 đến 2023.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập, được tổng hợp bằng Microsoft Excel và xử lý bằng SPSS.

Định nghĩa biến số

Nhóm biến số về thu

Nhóm thu từ viện phí và các dịch vụ từ các hoạt động khám chữa bệnh là biến định lượng gồm các khoản thu: Kinh phí thu từ viện phí do Quỹ KCB BHYT chi trả, kinh phí thu từ viện phí do bệnh nhân đóng, nguồn thu dịch vụ từ các hoạt động khám

bệnh ngoài giờ, nguồn thu dịch vụ từ các hoạt động giường yêu cầu, nguồn thu dịch vụ từ các hoạt động dịch vụ tiêm chủng vắc xin, nguồn thu dịch vụ từ các dịch vụ theo yêu cầu khác

Nhóm thu dịch vụ từ hoạt động quầy thuốc là biến định lượng gồm các khoản thu từ quầy thuốc

Nhóm thu dịch vụ từ các hoạt động dịch vụ khác là biến định lượng gồm các khoản thu: nguồn thu dịch vụ thu từ hoạt động giữ xe, nguồn thu dịch vụ từ dịch vụ căn tin, Nguồn thu dịch vụ thu từ dịch vụ siêu thị, quán tạp hóa, nguồn thu từ hoạt động đào tạo NCKH

Nhóm thu từ tài trợ và nguồn thu hợp pháp khác là biến định lượng gồm các khoản thu: nguồn thu từ Viện trợ, tài trợ, hỗ trợ của tổ chức, cá nhân trong và ngoài nước, các nguồn thu hợp pháp khác

Nhóm biến số về chi

Nhóm chi cho cá nhân là biến định lượng gồm các khoản chi: chi thanh toán cá nhân cho tiền lương, chi thanh toán cá nhân: cho tiền công, phụ cấp tăng thêm theo lương, chi thanh toán cá nhân: cho các khoản trích nộp BHXH, BHYT, BHTN, phúc lợi tập thể, chi thanh toán cá nhân: cho tiền lương làm thêm ngoài giờ, chi thanh toán cá nhân: cho tiền thưởng các ngày lễ lớn trong năm, chi thanh toán cá nhân: cho tiền năng suất cuối năm,

thường tết nguyên đán, các khoản chi cá nhân khác.

Nhóm chi nghiệp vụ chuyên môn là biến định lượng gồm các khoản chi: chi thanh toán vật tư tiêu hao, VPP tại các khoa phòng, chi thanh toán in ấn các thông tin tuyên truyền, tờ rơi, sổ tay, chi thanh toán chi phí điện thoại liên lạc, chi thanh toán các dịch vụ công cộng như rác, vệ sinh, cảnh quan cây xanh, chi thanh toán cho học phí/ phí đi đường nhân viên tham dự hội nghị hội thảo hoặc các lớp đào tạo bên ngoài, chi thanh toán mua thuốc, máu, dịch truyền, VTYT, hóa chất, sinh phẩm, XN, chi cho công tác mời hội chẩn chuyên môn, mời chuyên gia, chi cho giảng viên mời bên ngoài tham gia giảng dạy các lớp cho bệnh viện, chi cho hội đồng nghiên cứu khoa học xét duyệt đề tài.

Nhóm chi mua sắm, sửa chữa tài sản cố định là biến định lượng gồm các khoản chi: Mua sắm bảo trì, bảo dưỡng phòng ốc và các tài sản cố định, mua sắm hàng hóa phục vụ công tác hành chính như vật tư điện, nước, mua sắm TTB y tế, mua sắm cải tạo, nâng cấp, xây mới phòng ốc, buồng bệnh,

Nhóm các khoản chi khác là biến định lượng gồm các khoản chi: chi tiếp khách, Chi thuê cho các công ty vệ sinh chi thuê cho hoạt động bảo vệ của bệnh viện, chi thuê khoán nhỏ lẻ khác như văn nghệ, công đoàn,...

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng thu chi và quản lý việc trích lập các quỹ của BVNĐ2 trong 3 giai đoạn trước trong và sau đại dịch COVID-19

Bảng 1. Phân bổ thu chi qua các giai đoạn

Nội dung	Trước dịch (2018-2019)	Trong dịch (2020-2021)	Sau dịch (2022-2023)
	Tổng kinh phí (vnd)	Tổng kinh phí (vnd)	Tổng kinh phí (vnd)
Thu	2.688.821.081.439	1.770.126.822.742	2.643.513.480.535
Chi	1.712.151.877.091	1.887.233.800.967	1.623.234.128.633

Nhận xét: Nguồn thu trong dịch (1.770.126.822.742 đ) thấp hơn giai đoạn trước (2.688.821.081.439 đ) và sau dịch (2.643.513.480.535 đ). Các khoản chi trong dịch (1.887.233.800.967 đ) cao hơn giai đoạn trước (1.712.151.877.091 đ) và sau dịch (1.623.234.128.633 đ)

Bảng 2. Tình hình hoạt động quản lý việc trích lập các quỹ và phân phối kết quả tài chính

Các quỹ đã trích lập	Giai đoạn trước dịch		Giai đoạn trong dịch		Giai đoạn sau dịch	
	Số tiền (VNĐ)	%	Số tiền (VNĐ)	%	Số tiền (VNĐ)	%
Quỹ cải cách tiền lương	240.922.291.443	25,5	56.666.106.538	31,28	60.000.000.000	7,66
Quỹ phát triển sự nghiệp	187.870.268.773	19,9	31.116.344.604	17,18	180.708.313.737	23,1
Quỹ khen thưởng	90.810.676.555	9,63	33.030.466.777	18,24	104.217.204.814	13,3
Quỹ phúc lợi	10.000.000.000	1,06	5.000.000.000	2,76	11.579.689.424	1,48
Quỹ thu nhập tăng thêm	413.490.226.458	43,8	55.318.567.033	30,54	426.328.046.973	54,5
Tổng cộng	943.093.463.229	100	181.131.484.952	100	782.833.254.947	100

Nhận xét: Quản lý việc trích lập các quỹ, giai đoạn trước dịch tổng số tiền đã trích lập vào các quỹ là 943.093.463.229 đ; trong dịch tổng số tiền đã trích lập vào quỹ là 181.131.484.952 đ; sau dịch là 782.833.254.947 đ.

Hoạt động thu chi

Bảng 3. Nguồn thu của bệnh viện qua 03 giai đoạn theo từng nhóm thu

TT	Nội dung thu	Giai đoạn trước dịch		Giai đoạn trong dịch		Giai đoạn sau dịch	
		Tổng thu (VNĐ)	%	Tổng thu (VNĐ)	%	Tổng thu (VNĐ)	%
1	Nhóm thu từ viện phí và các dịch vụ từ các hoạt động khám chữa bệnh	2.061.235.398.566	76,7	1.370.154.990.986	77,4	1.933.720.041.979	73,1
2	Nhóm thu dịch vụ từ hoạt động quây thuốc	572.981.663.588	21,3	322.371.523.687	18,2	655.775.695.749	24,8
3	Nhóm thu dịch vụ từ các hoạt động dịch vụ khác	36.485.243.500	1,36	27.497.433.137	1,55	35.469.036.625	1,34
4	Nhóm thu từ tài trợ và nguồn thu hợp pháp khác	18.118.775.785	0,67	50.102.874.932	2,83	18.548.706.182	0,7
Tổng cộng		2.688.821.081.439	100	1.770.126.822.742	100	2.643.513.480.535	100

Nhận xét: Nhóm thu từ viện phí và các dịch vụ từ các hoạt động khám chữa bệnh chiếm tỉ lệ cao nhất ở 03 giai đoạn trước dịch (76,7%), trong dịch (77,4%), sau dịch (73,1%)

Bảng 4. Các khoản chi của bệnh viện qua 03 giai đoạn theo từng nhóm chi

TT	Nội dung chi	Giai đoạn trước dịch		Giai đoạn trong dịch		Giai đoạn sau dịch	
		Tổng chi (VNĐ)	%	Tổng chi (VNĐ)	%	Tổng chi (VNĐ)	%
1	Nhóm chi cho cá nhân	875.397.165.591	51,1	853.191.876.267	45,2	925.174.785.289	57
2	Nhóm chi nghiệp vụ chuyên môn	645.761.068.571	37,7	606.106.632.563	32,1	497.801.571.186	30,7
3	Nhóm chi mua sắm TTB, sửa chữa tài sản cố định	155.650.904.483	9,09	381.573.279.227	20,2	144.348.739.562	8,89
4	Nhóm các khoản chi khác	35.342.738.446	2,06	46.362.012.910	2,46	55.909.032.596	3,44
Tổng cộng		1.712.151.877.091	100	1.887.233.800.967	100	1.623.234.128.633	100

Nhận xét: Nhóm chi cho cá nhân chiếm tỉ lệ cao nhất ở 3 giai đoạn trước dịch (51,1%), trong dịch (45,2%), sau dịch (57%)

Sự liên quan của các khoản thu chi theo từng nhóm ở các giai đoạn trước trong và sau đại dịch COVID-19

Bảng 5. Sự khác biệt giữa các nhóm thu ở giai đoạn trước và trong dịch

TT	Nội dung thu	GD trước dịch		GD trong dịch		*Giá trị P
		Tổng kinh phí (vnd)	%	Tổng kinh phí (vnd)	%	
1	Nhóm thu từ viện phí và các dịch vụ từ các hoạt động khám chữa bệnh	2.061.235.398.566	76,7	1.370.154.990.986	77,4	0,003
2	Nhóm thu dịch vụ từ hoạt động quây thuốc	572.981.663.588	21,3	322.371.523.687	18,2	0,001
3	Nhóm thu dịch vụ từ các hoạt động dịch vụ khác	36.485.243.500	1,36	27.497.433.137	1,55	0,240
4	Nhóm thu từ tài trợ và nguồn thu hợp pháp khác	18.118.775.785	0,67	50.102.874.932	2,83	0,015
Tổng cộng		2.688.821.081.439	100	1.770.126.822.742	100	

* Kiểm định Independent Samples T-Test

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm thu từ viện phí và các dịch vụ từ các hoạt động khám chữa bệnh trước và trong dịch với P=0,003. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm thu dịch

vụ từ hoạt động quây thuốc trước và trong dịch với P=0,001. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa Nhóm thu từ tài trợ và nguồn thu hợp pháp khác trước và trong dịch với P=0,015

Bảng 6. Sự khác biệt giữa các nhóm thu ở giai đoạn trong và sau dịch

TT	Nội dung thu	GD trong dịch		GD sau dịch		*Giá trị P
		Tổng kinh phí (vnd)	%	Tổng kinh phí (vnd)	%	
1	Nhóm thu từ viện phí và các dịch vụ từ các hoạt động khám chữa bệnh	1.370.154.990.986	77,4	1.933.720.041.979	73,1	0,026
2	Nhóm thu dịch vụ từ hoạt động quay thuốc	322.371.523.687	18,2	655.775.695.749	24,8	0,286
3	Nhóm thu dịch vụ từ các hoạt động dịch vụ khác	27.497.433.137	1,55	35.469.036.625	1,34	0,270
4	Nhóm thu từ tài trợ và nguồn thu hợp pháp khác	50.102.874.932	2,83	18.548.706.182	0,7	0,005
Tổng cộng		1.770.126.822.742	100	2.643.513.480.535	100	

* Kiểm định Independent Samples T-Test

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm thu từ viện phí và các dịch vụ từ các hoạt động khám chữa bệnh trong và sau dịch với P = 0,026. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm thu từ tài trợ và nguồn thu hợp pháp khác trong và sau dịch với P = 0,005

Bảng 7. Sự khác biệt giữa các nhóm chi ở giai đoạn trước và trong dịch

TT	Nội dung chi	Giai đoạn trước dịch		Giai đoạn trong dịch		*Giá trị P
		Tổng kinh phí (vnd)	%	Tổng kinh phí (vnd)	%	
1	Nhóm chi cho cá nhân	875.397.165.591	51,1	853.191.876.267	45,2	0,744
2	Nhóm chi nghiệp vụ chuyên môn	645.761.068.571	37,7	606.106.632.563	32,1	0,869
3	Nhóm chi mua sắm TTB, sửa chữa tài sản cố định	155.650.904.483	9,09	381.573.279.227	20,2	0,017
4	Nhóm các khoản chi khác	35.342.738.446	2,06	46.362.012.910	2,46	0,599
Tổng cộng		1.712.151.877.091	100	1.887.233.800.967	100	

* Kiểm định Independent Samples T-Test

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm chi mua sắm TTB, sửa chữa tài sản cố định ở giai đoạn trước và trong dịch với P = 0,017.

Bảng 8. Sự khác biệt giữa các nhóm chi ở giai đoạn trong và sau dịch

TT	Nội dung chi	Giai đoạn trong dịch		Giai đoạn sau dịch		*Giá trị P
		Tổng kinh phí (vnd)	%	Tổng kinh phí (vnd)	%	
1	Nhóm chi cho cá nhân	853.191.876.267	45,2	925.174.785.289	57	0,873
2	Nhóm chi nghiệp vụ chuyên môn	606.106.632.563	32,1	497.801.571.186	30,7	0,692
3	Nhóm chi mua sắm TTB, sửa chữa tài sản cố định	381.573.279.227	20,2	144.348.739.562	8,89	0,010
4	Nhóm các khoản chi khác	46.362.012.910	2,46	55.909.032.596	3,44	0,621
Tổng cộng		1.887.233.800.967	100	1.623.234.128.633	100	

* Kiểm định Independent Samples T-Test

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm chi mua sắm TTB, sửa chữa tài sản cố định ở giai đoạn trong và sau dịch với $P = 0,010$

IV. BÀN LUẬN

Tổng thu chi và quản lý việc trích lập các quỹ của BVND2 trong 3 giai đoạn trước trong và sau đại dịch COVID-19

Nguồn thu trong dịch (1.770.126.822.742 đ) thấp hơn giai đoạn trước (2.688.821.081.439 đ) và sau dịch (2.643.513.480.535 đ). Như vậy tổng doanh thu của bệnh viện trong giai đoạn COVID 19 đã giảm rõ rệt so với giai đoạn trước và sau dịch, số liệu cho thấy việc thu của bệnh viện sau dịch chưa phục hồi so với trước dịch nhưng chi thì vẫn tăng, điều này cũng thấy từ bất cập lương trả theo hệ số dù nguồn thu có giảm. Điều này phù hợp với một nghiên cứu của Chen Y và cộng sự năm 2021⁽⁹⁾ khi nghiên cứu về tác động của đại dịch COVID-19 đối với các bệnh viện công ở Thượng Hải, Trung Quốc cho thấy rằng doanh thu từ dịch vụ y tế của các bệnh viện này đã giảm mạnh trong đại dịch COVID-19, hay nghiên cứu của Masoud Behzadifar và cộng sự năm 2022⁽¹¹⁾ đánh giá rằng doanh thu của các bệnh viện công giảm trung bình hàng tháng là 172.636 nghìn USD (giá trị $P = 0,01232$) khi nghiên cứu về ảnh hưởng của COVID-19 đến doanh thu của bệnh viện công ở Iran năm 2022. Thực tế nguồn thu chính của bệnh viện là từ các hoạt động liên quan đến khám chữa bệnh và cấp phát thuốc, nhưng trong giai đoạn dịch bị giảm sút trầm trọng, bài học rút ra ở đây là cần chủ động trong mọi thời điểm để tăng cường mở rộng hình thức hoạt động như tăng quy mô khám bệnh yêu cầu, giường yêu cầu, phòng yêu cầu, phẫu thuật yêu cầu, điều trị kỹ thuật cao yêu cầu...cũng

như tăng cường truyền thông với tiêu chí luôn luôn đáp ứng sự hài lòng của người bệnh. Giải pháp này sẽ giúp gia tăng nguồn thu cho bệnh viện. Khi đó, có thể giúp bệnh viện nâng cao đời sống cho nhân viên; có thêm kinh phí để cải tạo, nâng cấp, xây mới khoa/phòng, buồng bệnh, đầu tư mua sắm trang thiết bị hiện đại phục vụ hoạt động KCB cho người bệnh. Điều này cũng hoàn toàn hợp lý như một nghiên cứu của Mai Phương⁽⁶⁾ năm 2012 khi nghiên cứu về giải pháp cải cách, tăng cường tự chủ tài chính của các đơn vị sự nghiệp đã chỉ ra rằng khai thác và phát triển các hoạt động sự nghiệp nhằm gia tăng nguồn thu cho đơn vị thông qua các hoạt động hợp pháp như: tiếp cận các nguồn viện trợ, tài trợ trong và ngoài nước, đẩy mạnh các hoạt động hợp tác để tạo nguồn thu từ sự đóng góp trên cơ sở nâng cao chất lượng dịch vụ, thực hiện cơ chế giá dịch vụ, tăng cường liên kết, thúc đẩy hợp tác công tư và đẩy mạnh hợp tác quốc tế với các đối tác có cùng lĩnh vực hoạt động hay một nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Thủy⁽⁷⁾ năm 2021 khi nghiên cứu về công tác quản lý tài chính tại các bệnh viện công lập tự chủ tài chính đã kết luận rằng bệnh viện phải chủ động khai thác và đẩy mạnh các nguồn thu đặc biệt là nguồn thu từ viện phí và thu từ các hoạt động dịch vụ yêu cầu, giảm gánh nặng cho NSNN, tiết kiệm chi, góp phần tăng thu nhập cho viên chức.

Các khoản chi trong dịch (1.887.233.800.967 đ) cao hơn giai đoạn trước (1.712.151.877.091 đ) và sau dịch (1.623.234.128.633 đ). Như vậy trong giai đoạn dịch các khoản chi lại không giảm đi mà lại tăng cao hơn so với 2 giai đoạn trước và sau dịch.

Chúng ta có thể giải thích rằng có một số lý do khiến các khoản chi trong dịch tăng cao

hơn so với trước và sau dịch COVID-19 đó là chi phí VTTTB y tế tăng cao trong giai đoạn dịch như khẩu trang, găng tay và các vật liệu y tế khác đã trở nên đắt đỏ hơn do tăng cung cầu trong dịch, việc tăng chi phí vận chuyển và lưu trữ các vật liệu y tế an toàn trong dịch cũng tăng chi phí do các biện pháp an toàn và tiêu chuẩn mới, các khoản chi trong phòng chống dịch cũng tăng cao vì bệnh viện phải áp dụng nhiều biện pháp phòng chống dịch như kiểm tra nhiệt độ, tiêm vaccine, làm sạch và diệt khuẩn, dẫn đến tăng chi phí hoạt động. Từ kết quả nghiên cứu đòi hỏi chúng ta phải tăng cường quản lý hiệu quả các khoản chi, bệnh viện cần xây dựng và cập nhật quy chế chi tiêu nội bộ; thống nhất áp dụng trong toàn bệnh viện với các mức chi phù hợp theo quy định của Nhà nước để phù hợp với đặc thù và tình hình hoạt động tài chính của một bệnh viện chuyên khoa Nhi hạng 1 của TP.Hồ Chí Minh. Đây cũng là cơ sở để bệnh viện quản lý và sử dụng các nguồn tài chính hiệu quả nhất theo định hướng tăng thu và chi hiệu quả. Ngoài ra, bệnh viện cũng cần một chiến lược chủ động bố trí các nguồn tài chính để thực hiện các nhiệm vụ KCB trên cơ sở chủ động xây dựng đề án vị trí việc làm; chủ động xây dựng phương án sắp xếp lại hệ thống bộ máy tổ chức nhằm nâng cao y đức và chất lượng chuyên môn của đội ngũ y bác sỹ trong từng từng đơn vị của bệnh viện.

Hoạt động quản lý việc trích lập các quỹ và phân phối kết quả tài chính: Giai đoạn trước dịch tổng số tiền đã trích lập vào các quỹ là 943.093.463.229 đ; trong dịch tổng số tiền đã trích lập vào quỹ là 181.131.484.952 đ; sau dịch là 782.833.254.947 đ, trong đó, quỹ thu nhập tăng thêm và quỹ cải cách tiền lương là cao nhất. Việc trích lập quỹ và sử dụng phần chênh lệch thu chi khác nhau từng

giai đoạn có thể là tình trạng chung của một số bệnh viện, điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Đức Kiên⁽⁵⁾ mức độ chênh lệch thu chi ở các bệnh viện công lập là khác nhau. Việc trích lập quỹ tại các giai đoạn trong và sau dịch giảm đáng kể so với trước dịch. Sau dịch, trong giai đoạn 2 năm 2022-2023, quỹ được trích trong 02 năm này chưa bằng 02 năm trước dịch. Điều này cho thấy sự ảnh hưởng kéo dài của dịch COVID 19 kéo theo nhiều khó khăn. Trong đó, có các khó khăn liên quan đến tài chính. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Trịnh Đăng Anh, Nguyễn Quỳnh Anh⁽²⁾ tổng số tiền trích lập quỹ của bệnh viện có xu hướng giảm. Nói thêm về việc quản lý các khoản trích lập quỹ và phân phối kết quả tài chính, do BVNĐ2 là bệnh viện công lập; vì vậy, khi thanh toán tiền lương cho người lao động bệnh viện căn cứ vào lương ngạch, bậc do Nhà nước quy định. Nếu bệnh viện muốn trả mức lương cao hơn ở một số vị trí trọng điểm để thu hút nhân tài là không thể thực hiện được. Mặt khác, theo Nghị định số 60/2021/NĐ-CP ngày 21/06/2021⁽⁴⁾ về cơ chế TCTC, mức trích quỹ bổ sung thu nhập tối đa không quá 2 lần quỹ tiền lương ngạch, bậc, chức vụ và các khoản phụ cấp lương do Nhà nước quy định. Vì vậy, bệnh viện không thể chi lương và thu nhập tăng thêm vượt quá quy định. Điều này dễ dẫn đến tình trạng người có trình độ chuyên môn cao sẽ xin nghỉ việc để sang cơ sở y tế tư nhân làm việc với mức thu nhập cao hơn.

Hoạt động thu chi

Hoạt động thu theo nhóm: Nhóm thu từ viện phí và các dịch vụ từ các hoạt động khám chữa bệnh chiếm tỉ lệ cao nhất ở 03 giai đoạn trước dịch chi (76,7%), trong dịch (77,4%), sau dịch (73,1%), điều này hoàn toàn phù hợp vì ngay cả trong dịch COVID-

19 hoặc không thì nhu cầu về chăm sóc sức khỏe vẫn rất cao, mọi người vẫn cần được khám bệnh, chữa trị các bệnh tình khác ngoài Covid-19

Hoạt động chi theo từng nhóm: Nhóm chi cho cá nhân chiếm tỉ lệ cao nhất ở 3 giai đoạn trước dịch (51,1%), trong dịch (45,2%), sau dịch (57%) như vậy việc chi thanh toán cá nhân đòi hỏi cần sự quan tâm và có những chế về nhân sự vì đề nâng cao chất lượng dịch vụ thì phải đi kèm nhân lực cao để thu hút bệnh nhân và gia tăng quỹ thu nhập tăng thêm.

Sự liên quan của các khoản thu chi theo từng nhóm ở các giai đoạn trước trong và sau đại dịch COVID-19

Sự khác biệt giữa các nhóm thu ở giai đoạn trước và trong dịch: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm thu từ viện phí và các dịch vụ từ các hoạt động khám chữa bệnh trước và trong dịch với $P=0,003$, trong dịch nguồn thu từ viện phí và các dịch vụ từ các hoạt động khám chữa bệnh giảm sút, đây là tình hình chung của các đơn vị y tế khi diễn ra dịch, nghị định của chính phủ nên bệnh nhân bị hạn chế đi lại, thất nghiệp làm thu nhập bị hạn chế từ đó lượt đến khám điều trị tại bệnh viện bị giảm kéo theo hàng loạt các nguồn thu khác liên quan đến con người cũng giảm theo như đã kể ở phần trên. Một nghiên cứu của Karima Lalani⁽¹⁰⁾ đã báo cáo rằng có sự sụt giảm thu nhập đáng kể từ việc triển khai các dịch vụ chăm sóc bệnh nhân vào năm 2020 khi nghiên cứu về tác động của COVID-19 đến hiệu quả tài chính của các bệnh viện lớn tại Mỹ. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm thu dịch vụ từ hoạt động quây thuốc trước và trong dịch với $P=0,001$, trong dịch nguồn thu dịch vụ từ hoạt động quây thuốc giảm sút, điều này cũng hợp lý vì trong dịch số bệnh nhân đến

khám giảm, một số hoạt động của bệnh viện bị hạn chế như giảm giờ làm việc, hạn chế các dịch vụ làm giảm việc thu của quây thuốc so với bình thường.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm thu từ tài trợ và nguồn thu hợp pháp khác trước và trong dịch với $P=0,015$, trong dịch nguồn thu từ tài trợ và nguồn thu hợp pháp khác tăng lên, điều này hoàn toàn hợp lý vì trong giai đoạn dịch bởi ngay tại thời điểm này các tổ chức cá nhân trong ngoài nước đều một lòng hướng về chống dịch nên đã hỗ trợ bệnh viện tối đa có thể, điều này cũng phù hợp với qui định của Chính phủ trong giai đoạn 2021 này đó là ưu tiên ngân sách và các nguồn lực hợp pháp bảo đảm kinh phí cho công tác phòng chống dịch COVID 19.

Sự khác biệt giữa các nhóm thu ở giai đoạn trong và sau dịch: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm thu từ viện phí và các dịch vụ từ các hoạt động khám chữa bệnh trong và sau dịch với $P = 0,026$, như vậy sau dịch nguồn thu từ viện phí và các dịch vụ từ các hoạt động khám chữa bệnh tăng lên cho thấy có sự phục hồi kinh tế sau dịch, và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân cũng tăng cao do việc hạn chế trước đó. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm thu từ tài trợ và nguồn thu hợp pháp khác trong và sau dịch với $P = 0,005$, sau dịch nguồn tài trợ và nguồn thu hợp pháp khác giảm xuống, điều này hợp lý vì các tổ chức và cá nhân tài trợ có thể chuyển hướng nguồn lực và quan tâm của họ từ các lĩnh vực hỗ trợ dịch bệnh sang các lĩnh vực khác như phục hồi kinh tế, giáo dục, hoặc hỗ trợ cộng đồng khác và dịch bệnh có thể đã gây ra sự suy giảm tài chính và nguồn lực cho nhiều tổ chức và cá nhân, làm giảm khả năng tài trợ và hỗ trợ cho các hoạt động và dự án.

Sự khác biệt giữa các nhóm chi ở giai đoạn trước và trong dịch: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm chi mua sắm TTB, sửa chữa tài sản cố định với $P = 0,017$, trong dịch chi mua sắm TTB, sửa chữa tài sản cố định nhiều hơn trước dịch. Sự khác biệt giữa các nhóm chi ở giai đoạn trong và sau dịch: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm chi mua sắm TTB, sửa chữa tài sản cố định với $P = 0,010$, trong dịch chi mua sắm TTB, sửa chữa tài sản cố định nhiều hơn sau. Như vậy trong dịch việc chi mua sắm TTB, sửa chữa tài sản cố định cao hơn giai đoạn trước và sau dịch, điều này có thể do tình trạng vẫn duy trì các cơ chế mua sắm tập trung quá trình mua sắm kéo dài nguồn vốn trong nước và các nhà tài trợ được tái phân bổ để ứng phó với đại dịch, dẫn đến các hoạt động mua sắm chung bị trì hoãn của năm trước kéo dài cho đến giai đoạn hiện tại mới giải quyết xong nên dẫn đến tình trạng tăng cao ở giai đoạn này, điều này cũng phù hợp với một báo cáo của Angela Kairu (2023) khi nghiên cứu về tác động của COVID-19 đối với tài chính y tế ở Kenya.

Các vấn đề khó khăn và thách thức từ kết quả nghiên cứu

Từ kết quả trong quản lý nguồn thu qua các giai đoạn khó khăn đó là nguồn thu giảm kéo dài, sẽ dẫn đến thu nhập của y, bác sĩ thấp, khi đó khó giữ chân được nhân sự của bệnh viện.

Từ kết quả trong quản lý các khoản chi, phân phân bổ thu chi và phân kết quả quản lý việc trích lập các quỹ tài chính qua các giai đoạn thì khó khăn đó là mức chi có xu hướng tăng cao trong khi nguồn thu giảm dẫn đến có nguy cơ mất cân đối chênh lệch thu chi ảnh hưởng đến các nguồn quỹ trích lập, tuy bệnh viện không mất cân đối thu-chi, nhưng

nguồn chênh lệch thu-chi giảm thấp nên giảm thu nhập của nhân viên và hạn chế cho tái đầu tư phát triển. Chúng ta cũng thấy Chính phủ, bộ ngành khi ban hành các văn bản thì chỉ tính trong điều kiện bình thường, chưa tính các điều kiện khác như dịch bệnh, sự cố bất ngờ, nên khi xảy ra dịch bệnh thì hầu hết đơn vị đều bị khó khăn khi áp dụng.

Ngoài các vấn đề trên bệnh viện Nhi Đồng 2 cũng đang gặp những khó khăn chung giống như các bệnh viện công lập tự chủ khác trong việc quản lý nguồn thu giá dịch vụ KCB, khó khăn trong thanh toán chi phí KCB BHYT do quy định định mức vật tư tiêu hao trong cơ cấu giá chưa được thống nhất giữa Bộ Y tế và BHXH Việt Nam; vì vậy, chi phí này thường bị xuất toán làm ảnh hưởng đến nguồn thu BHYT của bệnh viện. Việc đấu thầu mua sắm trang thiết bị y tế, mua sắm thuốc, sinh phẩm xét nghiệm, hóa chất (trong điều kiện Sở Y tế chưa tổ chức đấu thầu) gặp nhiều khó khăn do phải trải qua nhiều quy trình với nhiều thủ tục làm giảm tính cạnh tranh so với các cơ sở y tế tư nhân khác, mặc dù quy chế chi tiêu nội bộ của bệnh viện thường xuyên được sửa đổi và bổ sung hàng năm nhưng vẫn còn nhiều điểm chưa phù hợp với thực tế.

V. KẾT LUẬN

Tổng nguồn thu giảm, một số khoản chi tăng trong giai đoạn 2020-2021 do ảnh hưởng dịch Covid-19. Bệnh viện cần có chiến lược dự phòng để phát triển đúng đắn về tài chính theo từng giai đoạn; trong đó, tập trung quản lý và phát triển tốt các nguồn thu và các khoản chi và quản lý trích quỹ từ phân phối chênh lệch thu chi để có thể đảm bảo tốt các hoạt động trong mọi tình huống

VI. KIẾN NGHỊ

Bệnh viện cần có các chiến lược quản lý tài chính cho phù hợp với thực tiễn. Cần có kế hoạch sử dụng hiệu quả các nguồn kinh phí, cần tăng thêm các nguồn kinh phí từ các dịch vụ y tế như viện phí, BHYT (thanh toán đủ và đúng), các nguồn hỗ trợ y tế từ các dự án trong và ngoài nước, cần có chế độ linh hoạt trong chi trả lương vì Nghị định số 60/2021/NĐ-CP ngày 21/6/2021 vẫn có một số vấn đề chưa phù hợp với thực tế. Phát triển các dịch vụ kỹ thuật cao trong khám, chữa bệnh nhằm tăng tính cạnh tranh, thu hút bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Việt Anh** (2023), Thách thức trong quản lý tài chính bệnh viện công lập theo cơ chế tự chủ - góc nhìn từ Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, Tạp chí công thương, 5(6): 57-62.
2. **Trịnh Đăng Anh, Nguyễn Quỳnh Anh** (2019), Thực trạng thu chi tài chính và một số thuận lợi khó khăn của bệnh viện y học cổ truyền tỉnh Đắk Lắk giai đoạn 2016-2018, Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển, 3(3): 76-81.
3. **Cổng thông tin điện tử bộ tài chính** (2020). Tác động của dịch Covid-19 đến thu, chi ngân sách nhà nước và nợ công của Việt Nam, https://mof.gov.vn/webcenter/portal/btcvn/pages_r/l/tin-bo-tai-chinh?dDocName=MOFUCM176210
4. **Chính phủ** (2021). Nghị định số 60/2021/NĐ-CP ngày 21/6/2021 quy định cơ chế tự chủ tài chính của đơn vị sự nghiệp công lập.
5. **Đỗ Đức Kiên** (2019), Nghiên cứu tác động tự chủ tài chính đến chất lượng bệnh viện công lập tại Việt Nam, Luận án Tiến sĩ, Đại học Kinh tế Quốc dân.
6. **Mai Phương** (2012), Giải pháp cải cách, tăng cường tự chủ tài chính của các đơn vị sự nghiệp, Tạp chí Tài chính, 10(8): 117-122.
7. **Nguyễn Thị Thanh Thủy** (2021), Hoàn thiện công tác quản lý tài chính tại các bệnh viện công lập tự chủ tài chính, Tạp chí Tài chính, 1(6): 97-102.
8. **Angela Kairu, Stacey Orangi, Boniface M buthia, Brian Arwah, Fatuma Guleid, Janet Keru, Ileana Vilcu, Anne Musuva, Nirmala Ravishankar, Edwine Barasa** (2023). The Impact Of COVID-19 on Health Financing in Kenya, doi: <https://doi.org/10.1101/2023.04.05.23288177>,
9. **Chen Y , Cai M , Li Z , Lin X , Wang L** (2021). Impacts of the COVID-19 Pandemic on Public Hospitals of Different Levels: Six-Month Evidence from Shanghai, China. published 1 September 2021 Volume 2021:14 Pp: 3635—3651, DOI <https://doi.org/10.2147/RMHP.S314604>Karima
10. **Lalani, Jeffrey Helton, Francine R. Vega,1 Marylou Cardenas-Turanzas, Tiffany Champagne-Langabeer, James R. Langabeer** (2020). The Impact of COVID-19 on the Financial Performance of Largest Teaching Hospitals. Healthcare (Basel). 2023 Jul; 11(14): 1996, Published online 2023 Jul 11. doi: 10.3390/healthcare11141996
11. **Masoud Behzadifar, Afshin Aalipour, Mohammad Kehsvari, Banafsheh Darvishi Teli, Mahboubeh Khaton Ghanbari, Hasan Abolghasem, Gorji, Alaeddin Sheikhi, Samad Azari, Mohammad Heydarian, Seyed Jafar Ehsanzadeh, Jude Dzevela Kong, Maryam Ahadi, Nicola Luigi Bragazzi** (2022). The effect of COVID-19 on public hospital revenues in Iran: An interrupted time-series analysis, Published: March 31, 2022, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266343>

TÌNH TRẠNG KIẾT SỨC TRONG CÔNG VIỆC CỦA NHÂN VIÊN ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Phạm Thị Ngọc Quyên¹, Trần Thị Mộng Hiệp²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ kiệt sức trong công việc và các yếu tố liên quan ở điều dưỡng tại Bệnh viện Nhi đồng 2 từ tháng 9 năm 2022 đến tháng 05 năm 2023.

Phương pháp: nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên 269 điều dưỡng đang công tác từ 12 tháng trở lên tại bệnh viện Nhi đồng 2, sử dụng bộ câu hỏi MBI-HSS gồm 22 mục.

Kết quả: Tỷ lệ điều dưỡng có tình trạng kiệt sức chung trong công việc là 54,6%. Tỷ lệ điều dưỡng có tình trạng kiệt sức nặng trong công việc về tinh thần (EE) chiếm 10,4%, về thái độ tiêu cực (DP) chiếm 32,0%, về giảm thành tích cá nhân (PA) chiếm 35,3%. Yếu tố ảnh hưởng đến kiệt sức trong công việc của điều dưỡng là sự hài lòng về mối quan hệ với lãnh đạo. Các nguyên nhân gây kiệt sức trên điều dưỡng: quá nhiều công việc, thủ tục hành chính cần thực hiện (50,6%), bệnh nhân đông, nặng (39,8%), tua trực dày, không có ngày lễ, thứ 7, chủ nhật (17,5%), thân nhân bệnh nhân đòi hỏi nhiều, gây áp lực (12,6%), thiếu nhân sự, phải gồng gánh thêm việc (11,2%).

Kết luận: Tỷ lệ điều dưỡng có tình trạng kiệt sức trong công việc tương đối cao (54,6%). Bệnh

viện cần xây dựng quy trình tư vấn hỗ trợ tâm lý cho điều dưỡng kiệt sức trong công việc và cải thiện sự hài lòng về mối quan hệ giữa lãnh đạo với nhân viên điều dưỡng.

Từ khoá: Kiệt sức trong công việc, điều dưỡng, bệnh viện.

SUMMARY

THE JOB BURNOUT STATUS OF NURSING STAFF AT CHILDREN'S HOSPITAL 2

Object: The study aims to determine the rate of job burnout and associated factors among nurses at Children's Hospital 2 from September 2022 to May 2023."

Method: The cross-sectional descriptive study was conducted on 269 nurses with at least 12 months of experience at Children's Hospital 2, utilizing the structured MBI-HSS questionnaire consisting of 22 assessment items.

Result: The overall prevalence of job burnout among nurses is 54.6%. The rate of nurses experiencing emotional exhaustion (EE) is 10.4%, those with depersonalization (DP) account for 32.0%, and those with reduced personal accomplishment (PA) constitute 35.3%. Factors influencing job burnout among nurses include satisfaction with relationships with leadership. Causes of burnout in nurses: too much work and administrative procedures to carry out (50.6%), many heavy patients (39.8%), thick duty hours, no holidays, Saturday and Sunday (17.5%), patient relatives make a lot of demands and pressure (12.6%), lack of staff, and have to shoulder extra work (11.2%).

¹Bệnh viện Nhi đồng 2

²Trường ĐH Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ngọc Quyên

ĐT: 0985888648

Email: ngocquyen0401@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

Conclusion: The rate of nurses experiencing job burnout is relatively high (54.6%). Children's Hospital 2 need to develop a counseling process to provide psychological support for nurses exhausted at work and improve satisfaction with the relationship between leaders and nursing staff.

Keywords: Job burnout, nurses, hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiệt sức nghề nghiệp được WHO định nghĩa là một hội chứng do căng thẳng mạn tính liên quan đến công việc, với các triệu chứng đặc trưng bởi cảm thấy mệt mỏi và trì trệ; thiếu động lực và có cảm giác tiêu cực hoặc hoài nghi với công việc, dẫn đến sự suy giảm hiệu quả làm việc⁶. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng kiệt sức trên điều dưỡng đang chiếm tỷ lệ cao và ngày càng nghiêm trọng, vai trò của điều dưỡng trong hệ thống y tế Việt Nam là nguồn nhân lực quan trọng không thể thiếu, thực hiện và chịu trách nhiệm hơn 70% việc chăm sóc, điều trị cho người bệnh^{2,7}.

Bệnh viện Nhi đồng 2 là bệnh viện chuyên khoa hạng I và là một trong bốn bệnh viện hàng đầu về chỉ đạo tuyến trong lĩnh vực khám chữa bệnh chuyên khoa nhi. Bệnh viện hiện có 1.400 giường bệnh với công suất sử dụng giường bệnh trung bình mỗi ngày của bệnh viện khoảng 128%, số lượng điều dưỡng hiện tại của bệnh viện là 701 thiếu so với chỉ tiêu Sở Y tế giao là 854. Từ những lý do trên, nghiên cứu “Tình trạng kiệt sức trong công việc của nhân viên điều dưỡng tại bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2022” được thực hiện nhằm xác định thực trạng tình trạng kiệt sức của điều dưỡng, giúp bản thân điều dưỡng nhận thức về tình trạng kiệt sức của bản thân, tự điều chỉnh áp lực của bản thân và đề xuất ban Giám đốc bệnh viện có biện

pháp cải thiện giảm tình trạng kiệt sức của điều dưỡng, nâng cao an toàn người bệnh và giảm sai sót liên quan kiệt sức của điều dưỡng tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang tiến hành chọn 269 trong số 656 điều dưỡng đã công tác từ 12 tháng trở lên tại 24 khoa lâm sàng. Nghiên cứu sử dụng kỹ thuật chọn mẫu phân tầng theo đặc điểm nhân viên y tế thuộc khối các khoa: khoa chăm sóc cấp 1 và khối các khoa thường. Những điều dưỡng vắng mặt quá 3 thời điểm tiến hành khảo sát trực tiếp sẽ loại khỏi danh sách lựa chọn và lựa chọn ngẫu nhiên thay thế.

Bộ công cụ: sử dụng bộ câu hỏi tự điền được thiết kế sẵn. Thông tin đặc điểm cá nhân, đặc tính công việc bao gồm 12 câu hỏi lần lượt về giới tính, năm sinh, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, vị trí công tác, thời gian làm việc tại bệnh viện, thời gian làm việc tại khoa hiện tại, thời gian trung bình làm việc tại khoa mỗi tuần, chế độ trực, hài lòng trong các mối quan hệ công việc giữa đối tượng – đồng nghiệp, giữa đối tượng – lãnh đạo và giữa đối tượng – bệnh nhân. Tình trạng kiệt sức nghề nghiệp của điều dưỡng được đánh giá dựa trên bộ câu hỏi Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS) được Maslach và cộng sự phát triển, gồm 22 câu hỏi và được chia làm ba phần: Kiệt sức về tinh thần (Emotional Exhaustion: EE) 7 câu, Thái độ tiêu cực (Depersonalization: DP) 7 câu và Thành tích cá nhân (Personal Accomplishment: PA) 8 câu.

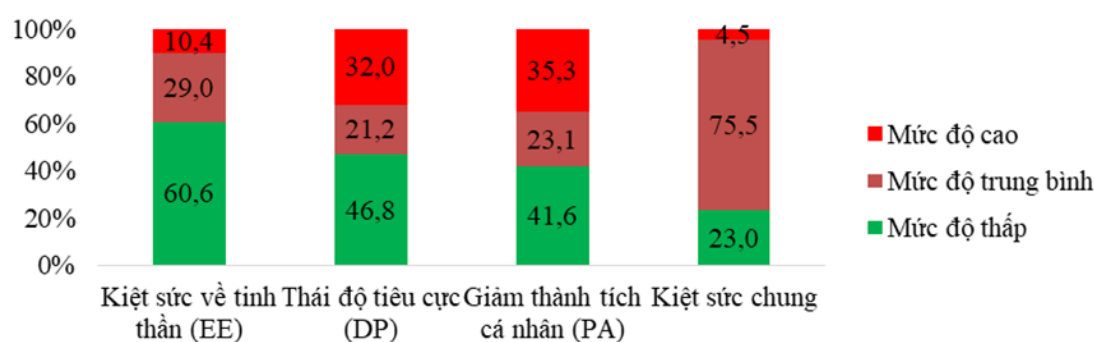
Tiêu chí chọn vào: Các điều dưỡng có thời gian công tác ít nhất trên 12 tháng và đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chí loại ra: Các điều dưỡng vắng mặt trong thời gian

thực hiện khảo sát do đang trong thời gian nghỉ thai sản, đi học, hay vắng mặt quá 3 tháng hoặc vắng mặt ở cả 3 thời điểm lấy mẫu.

Xử lý và phân tích số liệu: Thu thập và làm sạch dữ liệu bằng Epidata 3.1 và phân tích bằng Stata 16. Nghiên cứu sử dụng so sánh biến định tính dùng kiểm định Chi-Square Test hay kiểm định Fisher's exact (được sử dụng khi có quá 20% số ô trong bảng có tần số mong đợi nhỏ hơn 5). Với độ tin cậy 95%, $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Sau đó sử dụng kiểm định mô hình hồi quy Logistic phân tích mối liên quan giữa biến kết cục nhị giá (tình trạng kiệt sức trong công việc) và các yếu tố liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Điều dưỡng tham gia nghiên cứu chủ yếu là nữ, chiếm 86,3%. Độ tuổi tham gia nghiên cứu chủ yếu từ 31 đến 40 tuổi chiếm 60,2% và có trình độ đại học chiếm 54,7%. Điều dưỡng các khoa khối nội tham gia khảo sát chiếm tỷ lệ 42,0%. Thời gian làm việc tại bệnh viện nhiều nhất là nhóm 11 - 15 năm chiếm tỷ lệ 38,7%. Thời gian làm việc tại khoa nhiều nhất là nhóm 11 - 15 năm chiếm tỷ lệ 37,2%. Có 33,5% điều dưỡng có thời gian làm việc mỗi tuần từ 60 - 79 giờ. Và 63,2% điều dưỡng tham gia khảo sát có chế độ trực 24. HÀi lòng về mối quan hệ làm việc với đồng nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất 82,5%, hài lòng về mối quan hệ làm việc với lãnh đạo chiếm tỷ lệ thấp nhất 71,0%.



Hình 1. Phân độ kiệt sức trong công việc theo mức độ

Có 147 (54,6%) điều dưỡng có tình trạng kiệt sức trong công việc. Trong đó, kiệt sức trong công việc về tinh thần (EE) mức độ cao chiếm tỷ lệ 10,4%, về thái độ tiêu cực (DP) mức độ cao chiếm tới 32,0%, về giảm thành tích cá nhân (PA) mức độ cao chiếm tới 35,3%.

Bảng 1. Mối liên quan hài lòng về mối quan hệ với lãnh đạo và tình trạng kiệt sức chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc tính	Tình trạng kiệt sức chung		Giá trị p	PR (KTC 95%)
	Có (n = 147) Tần số (%)	Không (n = 122) Tần số (%)		
Có sự hài lòng	89 (46,6)	102 (53,4)	< 0,001	0,63 (0,51 – 0,77)
Chưa có sự hài lòng	58 (74,4)	20 (25,6)		

Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng kiệt sức trong công việc với yếu tố hài lòng về mối quan hệ với lãnh đạo. Nhóm hài lòng về mối quan hệ với lãnh đạo có tỷ lệ kiệt sức công việc chung ít hơn 0,63 lần so với nhóm chưa có sự hài lòng (46,6% so với 74,4%).

Bảng 2. Mối liên quan giữa hài lòng về mối quan hệ với đồng nghiệp và tình trạng kiệt sức chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc tính	Tình trạng kiệt sức chung		Giá trị p	PR (KTC 95%)
	Có (n = 147) Tần số (%)	Không (n = 122) Tần số (%)		
Có sự hài lòng	115 (51,8)	107 (48,2)	0,042	0,76 (0,60 – 0,96)
Chưa có sự hài lòng	32 (68,1)	15 (31,9)		

Kết quả cho thấy có mối quan hệ có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng kiệt sức chung trong công việc với yếu tố hài lòng về mối quan hệ với đồng nghiệp. Nhóm có sự hài lòng về mối quan hệ với đồng nghiệp có tỷ lệ kiệt sức công việc ít hơn 0,76 lần so với nhóm chưa có sự hài lòng (51,8% so với 68,1%).

Bảng 3. Kiểm định mô hình Hồi quy Logistic mối liên quan kiệt sức nghề nghiệp

Đặc tính	Giá trị	Giá trị P	OR (KTC 95%)
Thời gian làm việc tại bệnh viện	1 – 5 năm	-	1
	6 – 10 năm	0,287	2,08 (0,54 – 8,01)
	11 – 15 năm	0,491	1,64 (0,40 – 6,76)
	Từ trên 16 năm	0,786	1,23 (0,28 – 5,42)
Thời gian làm việc tại khoa	Dưới 6 năm	-	1
	6 – 10 năm	0,553	1,49 (0,40 – 5,50)
	11 – 15 năm	0,996	1,00 (0,26 – 3,81)
	Trên 16 năm	0,542	1,58 (0,36 – 6,91)
Mối quan hệ với lãnh đạo	Có sự hài lòng	0,001	0,28 (0,13 – 0,61)
	Chưa đạt sự hài lòng		
Mối quan hệ với đồng nghiệp	Có sự hài lòng	0,591	1,33 (0,47 – 3,71)
	Chưa đạt sự hài lòng		
Mối quan hệ với bệnh nhân	Có sự hài lòng	0,814	0,90 (0,39 – 2,08)
	Chưa đạt sự hài lòng		

Sau khi phân tích hồi quy Logistic, cho thấy yếu tố thực sự có tác động đến tình trạng kiệt sức chung trong công việc là yếu tố hài lòng về mối quan hệ với lãnh đạo. Nhóm có sự hài lòng về mối quan hệ với lãnh đạo có tỷ lệ kiệt sức công việc bằng 0,28 lần so với nhóm chưa có sự hài lòng.

Nhóm nguyên nhân dẫn đến tình trạng kiệt sức của điều dưỡng nhiều nhất là nhóm Quá nhiều công việc, thủ tục hành chính, giấy tờ (50,6%), bệnh đông, nặng (39,8%), tua trực dày, không có ngày lễ, thứ 7, chủ

nhật (17,5%), thân nhân bệnh nhân đòi hỏi nhiều, gây áp lực khi chăm sóc bệnh nhân (12,6%), thiếu nhân sự, phải gồng gánh thêm việc (11,2%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, điều dưỡng tham gia khảo sát chủ yếu là nữ chiếm tỷ lệ 86,3%, tương tự nghiên cứu của một số tác giả tại Việt Nam ^{1,3,4}. Điều này cho thấy đặc thù công việc điều dưỡng, đặc biệt nhi khoa cần sự tận tâm, tỉ mỉ, chi tiết phù hợp với đặc

tính nữ giới. Bên cạnh đó, trình độ bậc đại học chiếm tỷ lệ cao nhất 54,7% cao hơn nghiên cứu của tác giả Chế Thị Thuý Diệu, Lê Thị Thanh Nguyễn và Nguyễn Tiến Hoàng^{1,3,4}. Điều này phù hợp với quy định tuyển dụng chức danh nghề nghiệp và hoạt động chuyên môn nhi khoa của bệnh viện. Tỷ lệ điều dưỡng các khoa nội chiếm tỷ lệ cao nhất 42,0% tương tự nghiên cứu của tác giả Chế Thị Thuý Diệu tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hoà là 39,7%¹. Điều này cũng phù hợp mô hình tổ chức tại bệnh viện Nhi Đồng 2 có số các khoa nội cao gấp 3 lần số khoa thuộc ngoại khoa. Thời gian thâm niên làm việc tại bệnh viện từ 11 – 15 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 38,7% phù hợp với đặc điểm đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu từ 30 đến 40 tuổi. Do đặc thù bệnh viện nhi công lập, đa số điều dưỡng thường đánh giá khả năng thích nghi công việc trong 1 năm đầu, nếu không thích nghi thường nghỉ việc, nếu đã thích nghi thì thường gắn bó lâu dài với bệnh viện do yêu thích trẻ em và quen với môi trường làm việc.

Tỷ lệ hài lòng về mối quan hệ làm việc với lãnh đạo là 71,0%, tỷ lệ hài lòng về mối quan hệ làm việc với đồng nghiệp là 82,5%, tỷ lệ hài lòng về mối quan hệ với bệnh nhân là 77,3%. Những kết quả trên tương đồng với kết quả nghiên cứu của Chế Thị Thuý Diệu tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hoà¹. Đa phần điều dưỡng chọn làm tại bệnh viện Nhi Đồng đều yêu thương trẻ em, mong muốn chăm sóc tốt nhất cho các bé, thời gian làm việc của điều dưỡng là thời gian chăm sóc bệnh nhân, giao tiếp, bàn giao công việc giữa các điều dưỡng trong tua trực, ít làm việc với lãnh đạo khoa nên sự hài lòng về mối quan hệ với đồng nghiệp, bệnh nhân cao hơn lãnh đạo khoa.

Về tình trạng kiệt sức chung, đa phần kiệt sức chung mức độ trung bình 75,5%, tuy nhiên có 4,5% điều dưỡng kiệt sức chung mức độ nặng cả 3 thành phần, tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Linh và cộng sự là 5,6%⁴. Tỷ lệ kiệt sức trong công việc là 54,6%, tương tự như nghiên cứu của tác giả Chế Thị Thuý Diệu tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hoà¹.

Phân tích mô hình đa biến cho thấy tình trạng kiệt sức nghề nghiệp của điều dưỡng có mối tương quan với sự hài lòng về mối quan hệ làm việc với lãnh đạo. Mối tương quan này tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Linh trên 305 điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ngãi năm 2019. Một nghiên cứu về sự ảnh hưởng của nhà lãnh đạo đến kiệt sức ở điều dưỡng được thực hiện tại Jordan nhận định, lãnh đạo được coi là một yếu tố quan trọng trong việc tạo ra sự trao quyền ở nơi làm việc và tạo một môi trường làm việc tích cực⁸. Kết quả này có sự tương quan với nghiên cứu tại Hy Lạp khi tìm thấy có mối liên hệ giữa kiệt sức tinh thần và thành tích cá nhân thấp với sự hài lòng trong mối quan hệ giữa điều dưỡng và cấp trên có ý nghĩa thống kê với p lần lượt bằng 0,002 và 0,044⁵.

Nghiên cứu ghi nhận nguyên nhân dẫn đến tình trạng kiệt sức của điều dưỡng chiếm tỷ lệ nhiều nhất là có quá nhiều công việc, thủ tục hành chính, giấy tờ cần thực hiện trong hồ sơ bệnh án chiếm tỷ lệ 50,6%. Hiện nay, do các quy định về quy chế hồ sơ bệnh án, các quy định về phân cấp chăm sóc, quy định khoảng thời gian phải ghi hồ sơ bệnh án, quy định về chăm bảo hiểm y tế, dịch vụ, tư vấn thuốc và kỹ thuật đắt tiền, nên khoảng phân nửa thời gian làm việc của điều dưỡng phải giải quyết các thủ tục hành chính theo đúng quy định. Điều này dẫn đến quá tải

công việc cho điều dưỡng, đặc biệt trong các ca trực bệnh nhân có nhiều vấn đề phát sinh chuyên môn cần giải quyết, từ đó, dẫn đến kiệt sức trong công việc.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu là bằng chứng về thực trạng kiệt sức công việc của điều dưỡng và các yếu tố liên quan trên đối tượng điều dưỡng. Đồng thời kết quả nghiên cứu là thông tin hữu ích, sẽ giúp cho các cấp quản lý, ban lãnh đạo bệnh viện Nhi đồng 2 có cái nhìn toàn diện để đưa ra các quyết định, chính sách cải thiện cũng như có biện pháp dự phòng phù hợp tình trạng kiệt sức của điều dưỡng trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chế Thị Thúy Diệu**, Áp lực công việc và các yếu tố liên quan trên điều dưỡng tại bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hoà năm 2018, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh, Khoa y tế công cộng, 2018.
2. **Nguyễn Hoàng Long và cộng sự**, Mức độ kiệt sức nghề nghiệp của nhân viên khối điều dưỡng tại một số bệnh viện ngoài công lập khu vực phía bắc, Tạp chí Y học Việt Nam, 2022.
3. **Nguyễn Tiến Hoàng và cộng sự**, Tình trạng kiệt sức của nhân viên y tế và các yếu tố liên quan đến an toàn người bệnh tại bệnh viện Đa khoa Khu vực Củ Chi năm 2019, tạp chí Y học Việt Nam, 2020.
4. **Lê Thị Thanh Nguyễn., Trần Ngọc Đăng, và cộng sự**, Kiệt sức nghề nghiệp ở điều dưỡng Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh và yếu tố liên quan, Tạp Chí Nghiên Cứu Học, 2022, 155(7), 177–186.
5. **Alfuqaha O., Alkawareek M., et al**, Self-evaluation and professional status as predictors of burnout among nurses in Jordan. PLoS ONE, 2019, 14.
6. **Edú-Valsania S., Laguía A., et al**, Burnout: A Review of Theory and Measurement, Int J Environ Res Public Health, 2022, 19(3), 1780.
7. **Lahana E., Papadopoulou K., et al**, Burnout among nurses working in social welfare centers for the disabled, BMC Nurs, 2017, 16, 15.
8. **Nguyen H.T.T., Kitaoka K., et al**, Burnout Study of Clinical Nurses in Vietnam: Development of Job Burnout Model Based on Leiter and Maslach's Theory, Asian Nurs Res, 2018, 12(1), 42–49.

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG VĂN HÓA CHẤT LƯỢNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2 NĂM 2023

Lê Thị Minh Hồng¹, Phạm Thị Ngọc Quyên¹,
Đỗ Nguyễn Tố Nga¹, Lâm Thiên Kim¹, Trần Quốc Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định điểm văn hóa chất lượng và các yếu tố liên quan đến điểm văn hóa chất lượng tại bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2023.

Phương pháp: cắt ngang mô tả được tiến hành trên 351 nhân viên đang công tác từ 12 tháng trở lên tại 38 khoa bệnh viện Nhi đồng 2, sử dụng thang đo đánh giá văn hóa chất lượng (Quality Culture Assessment Tool) đã được chuẩn hóa tại bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2022.

Kết quả: Điểm văn hóa chất lượng tại bệnh viện là $3,34 \pm 0,71$, trong đó, điểm “Quy trình cải tiến chất lượng” cao nhất là $3,4 \pm 0,79$ và điểm “Lượng giá kết quả lâm sàng/cận lâm sàng và đánh giá chất lượng” thấp nhất là $3,23 \pm 0,85$. Có mối liên quan giữa chức vụ với điểm văn hóa chất lượng, cụ thể, nhóm đối tượng quản lý khoa/bộ phận có điểm văn hóa chất lượng cao hơn 0,3 điểm so với nhân viên.

Kết luận: Điểm văn hóa chất lượng tại bệnh viện tương đối cao, tương ứng với mức “Đã triển khai văn hóa chất lượng toàn bệnh viện”. Bệnh viện Nhi đồng 2 cần tiếp tục cải tiến quy trình hoạt động, tăng cường đào tạo và trao đổi thông tin về chất lượng.

Từ khóa: văn hóa chất lượng

SUMMARY

QUALITY CULTURE ASSESSMENT IN CHILDREN'S HOSPITAL 2 IN 2023

Object: The study aims to access the quality of culture and determine the factors related to quality culture score in Children's Hospital 2 in 2023.

Methods: The cross-sectional descriptive study was conducted on 351 health workers with at least 12 months of experience in Children's Hospital 2, using the standardized Quality Culture Assessment Tool in Children's Hospital 2 in 2022.

Result: The quality culture score in Children's Hospital 2 was 3.34 ± 0.71 , the aspect “Quality improvement processes” is considered the highest score in quality culture, with a rating of 3.4 ± 0.79 and the aspect “Clinical audit and performance review” has the highest score in quality culture, with a rating of 3.23 ± 0.85 . There is a relationship between position and quality culture score in the hospital, specifically the subjects from department/department management have higher quality culture score by 0.3 points scores than employees.

Conclusion: The quality culture score in the hospital was relatively high, corresponding to the level of "Hospital-wide Quality Culture Implementation." Children's Hospital 2 needs to continue to improve operational processes, enhance training and promote information exchange regarding quality.

Keyword: quality culture.

¹Bệnh viện Nhi đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Minh Hồng

ĐT: 0903987424

Email: bshongnd2@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, với sự phát triển không ngừng của ngành y tế, các bệnh viện công và tư muốn tồn tại bền vững và phát triển thì phải duy trì sự cạnh tranh lành mạnh trên nhiều phương diện như chất lượng dịch vụ, hiệu quả điều trị, cơ sở vật chất,... Trong đó, chất lượng dịch vụ là yếu tố ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn cơ sở chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân^{1,2}. Vì vậy, xây dựng và duy trì văn hóa chất lượng là điều kiện tiên quyết để đảm bảo cung cấp liên tục các dịch vụ có chất lượng, đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân và duy trì sự thành công của bệnh viện⁸. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá thực trạng văn hóa chất lượng tại bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2023” nhằm xác định điểm văn hóa chất lượng và các yếu tố liên quan đến điểm văn hóa chất lượng để tìm ra giải pháp nâng cao văn hóa chất lượng, chất lượng bệnh viện và tăng sự hài lòng của người bệnh tại bệnh viện Nhi đồng 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang, tiến hành chọn 351 trong số 1.337 nhân viên (bao gồm bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, dược sĩ và các nhân viên khác) đã công tác từ 12 tháng trở lên tại 38 khoa bệnh viện Nhi đồng 2. Nghiên cứu sử dụng kỹ thuật chọn mẫu phân tầng nhiều bậc kết hợp ngẫu nhiên đơn, phân tầng dựa theo chức danh nhân viên tại 38 khoa.

Tiêu chí chọn vào: Các nhân viên có thời gian công tác ít nhất trên 12 tháng và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra: Các nhân viên vắng mặt trong thời gian thực hiện khảo sát do đang trong thời gian nghỉ thai sản, đi học, hay vắng mặt quá 3 tháng.

Bộ công cụ: Thang đo đánh giá văn hóa chất lượng (Quality Culture Assessment Tool) đã được chuẩn hóa tại bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2022³, gồm 14 câu hỏi và được chia làm bốn phần: cải tiến chất lượng là ưu tiên đối với bệnh viện (A) 4 câu, lãnh đạo/quản lý hỗ trợ và tham gia tích cực (B) 3 câu, lượng giá kết quả lâm sàng/cận lâm sàng và đánh giá chất lượng (C) 4 câu và Quy trình cải tiến chất lượng (D) 3 câu. Mỗi câu được đánh giá dựa trên thang đo Likert 5 mức độ; với 0 = “Không biết hoặc chưa triển khai tại bệnh viện”, 1 = “Có biết và bàn luận nhưng chưa triển khai”, 2 = “Đã triển khai ở một số khoa”, 3 = “Đã triển khai toàn bệnh viện” và 4 = “Đã triển khai toàn bệnh viện và có đánh giá”

Xử lý và phân tích số liệu: Thu thập và làm sạch dữ liệu bằng Epidata 3.1 và phân tích bằng Stata 16. Thống kê mô tả bằng tần số và tỷ lệ về từng nhận định và thành phần văn hóa chất lượng. Điểm văn hóa chất lượng được tính bằng trung bình và độ lệch chuẩn, sử dụng hồi quy tuyến tính đa biến phân tích mối liên quan giữa điểm văn hóa chất lượng với các đặc điểm nền. Điểm văn hóa chất lượng từng nhận định là trung bình cộng điểm nhận định. Điểm văn hóa chất lượng từng thành phần là trung bình cộng điểm các nhận định trong thành phần. Điểm văn hóa chất lượng là trung bình cộng điểm 14 nhận định.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm nền của đối tượng nghiên cứu (n = 351)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm cá nhân		
Giới tính		
Nam	89	25,35%
Nữ	262	74,64%
Tuổi	39 (34 – 49)* (nhỏ nhất: 25; lớn nhất: 61)	
Trình độ học vấn		
Trung học phổ thông	29	8,26%
Trung cấp, sơ cấp, cao đẳng	94	26,78%
Đại học và sau đại học	228	64,96%
Đặc tính công việc		
Khoa công tác		
Khối Nội khoa	139	39,6
Khối Ngoại khoa	73	20,8
Khối Hồi sức – Cấp cứu	57	16,24
Khối Cận lâm sàng	55	15,67
Khối Ngoại trú	27	7,69
Chức danh		
Điều dưỡng	166	47,29
Bác sĩ	96	27,35
Kỹ thuật viên và dược sĩ	45	12,82
Khác **	44	12,54
Chức vụ		
Nhân viên	292	83,19
Quản lý khoa/bộ phận	59	16,81
Thời gian công tác tại bệnh viện		
≤ 5 năm	62	17,66
Từ 6 – 10 năm	57	16,24
> 10 năm	232	66,1
Thời gian công tác tại khoa		
≤ 5 năm	107	30,48
Từ 6 – 10 năm	67	19,09
> 10 năm	177	50,43
Tổng thời gian làm việc tại bệnh viện trong 1 tuần		
< 40 giờ/tuần	4	1,14
Từ 40 – 59 giờ/tuần	253	72,08
≥ 60 giờ/tuần	94	26,78

(*) Trung vị (Khoảng tứ phân vị)

(**) Nhân viên khác bao gồm thư ký y khoa, bảo vệ, hộ lý,...

Đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là nữ, chiếm 74,64%. Phần lớn đối tượng thuộc độ tuổi trung niên từ 34 đến 49 tuổi chiếm 56,41% và có trình độ đại học trở lên chiếm 64,96%.

Đối tượng đang công tác tại khối Nội khoa chiếm 39,6%. Trong các đối tượng tham gia nghiên cứu, điều dưỡng chiếm

47,29% và bác sĩ chiếm 27,35%. Thời gian làm việc tại bệnh viện nhiều nhất là nhóm trên 10 năm chiếm 66,1%. Thời gian làm việc tại khoa nhiều nhất là nhóm trên 10 năm chiếm 50,43%. Đa số đối tượng có tổng thời gian làm việc tại bệnh viện từ 40 – 59 giờ/tuần chiếm 72,08%.

Bảng 2. Kết quả đánh giá văn hóa chất lượng (n = 351)

Câu	Nội dung	Phân bố điểm					Điểm
		Tần số (Tỷ lệ %)					trung bình
		0	1	2	3	4	TB ± DLC
A. Cải tiến chất lượng là ưu tiên đối với bệnh viện							
A1	Cải tiến chất lượng là một phần trong tuyên bố định hướng chiến lược của bệnh viện	7 (1,99)	11 (3,13)	28 (7,98)	119 (33,9)	186 (52,99)	3,33 ± 0,9
A2	Đào tạo về chất lượng và tiêu chuẩn chất lượng được tổ chức cho toàn thể nhân viên	12 (3,42)	12 (3,42)	41 (11,68)	142 (40,46)	144 (41,03)	3,12 ± 0,98
A3	Có xây dựng các chính sách chất lượng và an toàn người bệnh	7 (1,99)	3 (0,85)	16 (4,56)	96 (27,35)	229 (65,24)	3,53 ± 0,8
A4	Có tổ chức các hoạt động cải tiến chất lượng	7 (1,99)	5 (1,42)	15 (4,27)	96 (27,35)	228 (64,96)	3,52 ± 0,8
A	Cải tiến chất lượng là ưu tiên đối với bệnh viện					3,37 ± 0,74	
B. Lãnh đạo/Quản lý hỗ trợ và tham gia tích cực							
B1	Lãnh đạo bệnh viện quan tâm và hỗ trợ các hoạt động cải tiến chất lượng	7 (1,99)	6 (1,71)	15 (4,27)	126 (35,9)	197 (56,13)	3,42 ± 0,82
B2	Quản lý khoa/bộ phận hỗ trợ các hoạt động cải tiến chất lượng	7 (1,99)	2 (0,57)	24 (6,84)	126 (35,9)	192 (54,7)	3,41 ± 0,81
B3	Các vấn đề về chất lượng luôn là vấn đề được thảo luận trong các cuộc họp định kỳ	8 (2,28)	6 (1,71)	24 (6,84)	135 (38,46)	178 (50,71)	3,34 ± 0,86
B	Lãnh đạo/quản lý hỗ trợ và tham gia tích cực					3,39 ± 0,76	
C. Lượng giá kết quả lâm sàng/cận lâm sàng và đánh giá chất lượng							
C1	Những chỉ số chất lượng được thu thập	11	7	31	121	181	3,29 ± 0,94

	và báo cáo từ dữ liệu đánh giá lâm sàng/cận lâm sàng	(3,13)	(1,99)	(8,83)	(34,47)	(51,57)	
C2	Có diễn đàn đa ngành để thảo luận về kết quả đánh giá lâm sàng/cận lâm sàng và tiêu chuẩn chất lượng	36 (10,26)	13 (3,7)	48 (13,68)	134 (38,18)	120 (34,19)	2,82 ± 1,23
C3	Có hệ thống chịu trách nhiệm báo cáo việc áp dụng các đề xuất cải tiến chất lượng từ kết quả đánh giá lâm sàng/cận lâm sàng	11 (3,13)	6 (1,71)	26 (7,41)	123 (35,04)	185 (52,71)	3,32 ± 0,92
C4	Có hệ thống đánh giá chất lượng định kỳ so với các tiêu chuẩn hoặc điểm chuẩn (bộ 83 tiêu chí)	11 (3,13)	5 (1,42)	20 (5,7)	90 (25,64)	225 (64,1)	3,46 ± 0,91
C	Lượng giá kết quả lâm sàng/cận lâm sàng và đánh giá chất lượng						3,23 ± 0,85
D. Quy trình cải tiến chất lượng							
D1	Có bổ nhiệm nhân viên chịu trách nhiệm về cải tiến chất lượng	6 (1,71)	7 (1,99)	15 (4,27)	106 (30,2)	217 (61,82)	3,48 ± 0,81
D2	Chất lượng bệnh viện được đánh giá và công nhận bởi tổ chức chứng nhận phù hợp	10 (2,85)	9 (2,56)	15 (4,27)	124 (35,33)	193 (54,99)	3,37 ± 0,9
D3	Có tổ chức cuộc họp chất lượng hoặc cuộc họp đa ngành để xem xét và thảo luận các kết quả chất lượng	10 (2,85)	10 (2,85)	20 (5,7)	122 (34,76)	189 (53,85)	3,34 ± 0,92
D	Quy trình cải tiến chất lượng						3,4 ± 0,79
Điểm văn hóa chất lượng							3,34 ± 0,71

Điểm văn hóa chất lượng là $3,34 \pm 0,71$. Trong đó, thành phần “Quy trình cải tiến chất lượng” có điểm cao nhất là $3,4 \pm 0,79$, “Lãnh đạo/quản lý hỗ trợ và tham gia tích cực” là $3,39 \pm 0,76$, “Cải tiến chất lượng là ưu tiên đối với bệnh viện” là $3,37 \pm 0,74$ và “Lượng giá kết quả lâm sàng/cận lâm sàng và đánh giá chất lượng” có điểm thấp nhất là $3,23 \pm 0,85$.

Trong thành phần “Quy trình cải tiến chất lượng” có điểm văn hóa chất lượng cao nhất, nhận định “Có bổ nhiệm nhân viên chịu trách

nhiệm về cải tiến chất lượng” có điểm cao nhất là $3,48 \pm 0,81$. Trong thành phần “Lượng giá kết quả lâm sàng/cận lâm sàng và đánh giá chất lượng” có điểm văn hóa chất lượng thấp nhất, nhận định “Có diễn đàn đa ngành để thảo luận về kết quả đánh giá lâm sàng/cận lâm sàng và tiêu chuẩn chất lượng” có điểm thấp nhất là $2,82 \pm 1,23$. Trong đó, có 10,26% đối tượng không biết hoặc chưa thấy bệnh viện triển khai diễn đàn đa ngành để thảo luận.

Bảng 3. Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến mối liên quan giữa điểm văn hóa chất lượng với đặc điểm nền của đối tượng nghiên cứu (n = 351)

Đặc điểm	Hệ số	KTC 95%	Giá trị p
Giới tính (Nam là nhóm tham chiếu)			
Nữ	-0,01	(-0,19) – 0,17	0,91
Tuổi	0,01	(-0,00) – 0,02	0,14
Trình độ học vấn (Trung học phổ thông là nhóm tham chiếu)			
Trung cấp, sơ cấp, cao đẳng	0,12	(-0,31) – 0,55	0,58
Đại học và sau đại học	0,23	(-0,24) – 0,70	0,34
Chức danh (Bác sĩ là nhóm tham chiếu)			
Điều dưỡng	-0,14	(-0,35) – 0,07	0,20
Kỹ thuật viên và dược sĩ	0,13	(-0,13) – 0,39	0,34
Khác*	-0,03	(-0,46) – 0,40	0,90
Chức vụ (Nhân viên là nhóm tham chiếu)			
Quản lý khoa/bộ phận	0,3	0,06 – 0,55	0,02

(*) Nhân viên khác bao gồm thư ký y khoa, bảo vệ, hộ lý,...

Hệ số R^2 hiệu chuẩn = 0,1

Sau khi phân tích hồi quy tuyến tính đa biến, loại bỏ đi các yếu tố tác động và gây nhiễu, chỉ chức vụ có tác động thực sự đến điểm văn hóa chất lượng, cụ thể đối tượng quản lý khoa/bộ phận có điểm văn hóa chất lượng cao hơn 0,3 điểm so với nhân viên (Điểm văn hóa chất lượng = $2,89 + 0,3 \times$ Chức vụ)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, nhân viên tham gia khảo sát chủ yếu là nữ chiếm 74,64%, tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hải Liên tại bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh cơ sở 2 năm 2017⁴. Kết quả cho thấy có sự chênh lệch giữa tỷ lệ nam và nữ do đặc thù công việc chăm sóc bệnh nhi cần sự tận tâm, tỉ mỉ, chi tiết phù hợp với đặc tính nữ giới. Hơn một nửa nhân viên nằm trong độ tuổi trung niên từ 34 đến 49 tuổi chiếm 56,41% và có trình độ đại học trở lên chiếm 64,96%, phù hợp với thâm niên công tác tại bệnh viện của nhân viên và các chính sách nâng cao chất lượng nguồn nhân lực. Đa

số nhân viên đang công tác tại khối Nội khoa chiếm 39,6%, điều dưỡng chiếm 47,29% và nhóm thời gian làm việc từ 40 - 59 giờ/tuần chiếm 72,08%, tương tự một số nghiên cứu trước tại bệnh viện^{3,5}. Nhóm thời gian công tác tại bệnh viện và khoa chiếm ưu thế với tỷ lệ lần lượt là 66,1% và 50,43%; phần lớn đối tượng có chức vụ là nhân viên chiếm 83,19%, gấp 4,95 lần so với nhóm quản lý. Tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hải Liên⁴.

Điểm văn hóa chất lượng tại bệnh viện là $3,34 \pm 0,71$ tương ứng với mức “Đã triển khai văn hóa chất lượng toàn bệnh viện”. Trong đó, thành phần “Quy trình cải tiến chất lượng” có điểm cao nhất là $3,4 \pm 0,79$, thành phần “Lãnh đạo/quản lý hỗ trợ và tham gia tích cực” là $3,39 \pm 0,76$, thành phần “Cải tiến chất lượng là ưu tiên đối với bệnh viện” là $3,37 \pm 0,74$ và thành phần “Lượng giá kết quả lâm sàng/cận lâm sàng và đánh giá chất lượng” có điểm thấp nhất là $3,23 \pm 0,85$. Nhìn chung, điểm văn hóa chất lượng tại bệnh viện Nhi đồng 2 được đánh giá cao (> 3

điểm) và đồng đều giữa các thành phần với mức điểm dao động từ 3,23 đến 3,4. Kết quả cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hải Liên tại bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh cơ sở 2 năm 2017⁴; cụ thể, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hải Liên cho kết quả điểm văn hóa chất lượng từng thành phần từ thấp đến cao như sau: các hoạt động giám sát, kiểm tra ($2,45 \pm 0,87$), quy trình cải tiến chất lượng ($2,57 \pm 0,83$), lãnh đạo/quản lý quan tâm hỗ trợ ($2,6 \pm 0,91$) và cải tiến chất lượng là ưu tiên đối với tổ chức ($2,65 \pm 0,89$). Điều này cho thấy, bệnh viện Nhi đồng 2 có tích cực triển khai các công tác về chất lượng, với sự quan tâm, hỗ trợ và tham gia tích cực các hoạt động cải tiến chất lượng từ lãnh đạo/quản lý.

Sau khi phân tích hồi quy tuyến tính đa biến, loại bỏ đi các yếu tố tác động và gây nhiễu, chỉ chức vụ có tác động thực sự đến điểm văn hóa chất lượng, cụ thể đối tượng quản lý khoa/bộ phận có điểm văn hóa chất lượng cao hơn 0,3 điểm so với nhân viên. Tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hải Liên tại bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh cơ sở 2 năm 2017⁴, quản lý phòng/khoa/đơn vị có điểm điểm văn hóa chất lượng ($3,25 \pm 0,59$) cao hơn 0,74 điểm so với nhóm nhân viên ($2,51 \pm 0,82$). Sự khác biệt này có thể do nhiều yếu tố phức tạp tương quan: đặc điểm công việc (như: vai trò quản lý, tầm ảnh hưởng, tầm quan trọng của quản lý trong tổ chức) và trách nhiệm quản lý. Về đặc điểm công việc, quản lý đóng vai trò chủ chốt trong việc hướng dẫn, điều hành và quản lý đơn vị, chịu trách nhiệm đưa ra các quyết định liên quan đến chất lượng và an toàn. Để

đáp ứng yêu cầu công việc, quản lý cần tìm hiểu và tham gia tích cực vào các hoạt động cải tiến hệ thống chất lượng (như: các cuộc họp chiến lược của tổ chức, các khóa đào tạo về chất lượng – hệ thống quản lý chất lượng,...)⁷. Về trách nhiệm quản lý, quản lý nhận thức rõ về tầm quan trọng của chất lượng trong việc đảm bảo sự thành công và sự tồn tại của bệnh viện⁶. Vì vậy, để đảm bảo chất lượng tại đơn vị, quản lý cần thúc đẩy và duy trì môi trường làm việc chất lượng – văn hóa chất lượng. Thông qua việc thực hiện, đáp ứng các yêu cầu công việc và trách nhiệm quản lý, quản lý có nhận thức rõ nét hơn về văn hóa chất lượng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 351 nhân viên đang công tác tối thiểu 12 tháng tại bệnh viện Nhi đồng 2 cho thấy điểm văn hóa chất lượng tại bệnh viện là $3,34 \pm 0,71$, tương ứng với mức “Đã triển khai văn hóa chất lượng toàn bệnh viện”. Trong đó, điểm “Quy trình cải tiến chất lượng” cao nhất là $3,4 \pm 0,79$ và điểm “Lượng giá kết quả lâm sàng/cận lâm sàng và đánh giá chất lượng” thấp nhất là $3,23 \pm 0,85$. Nhóm đối tượng quản lý khoa/bộ phận có điểm văn hóa chất lượng cao hơn 0,3 điểm so với nhân viên.

VI. KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu khuyến nghị lãnh đạo bệnh viện Nhi đồng 2 tiếp tục duy trì khảo sát văn hóa chất lượng, lập và thực hiện kế hoạch nâng cao văn hóa chất lượng bệnh viện, chú trọng vào hoạt động đào tạo, cập nhật và trao đổi thông tin về chất lượng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Nam Khánh Giao, Lê Thị Quỳnh Nga.** (2018) “Xu hướng lựa chọn của khách hàng đối với dịch vụ khám chữa bệnh tại Viện Y dược dân tộc thành phố Hồ Chí Minh”.
2. **Lương Thị Hương** (2020) Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định của bệnh nhân trong việc lựa chọn nơi chăm sóc sức khỏe tại Thành phố Hồ Chí Minh, Luận văn thạc sĩ kinh tế phát triển, Trường Đại học Kinh tế TP. Hồ Chí Minh.
3. **Lê Thị Minh Hồng, Phạm Thị Ngọc Quyên, Hoàng Thị Ngọc Chà, Cao Thị Hồng Phúc, Huỳnh Ngọc Tinh Khôi** (2022) “Chuẩn hóa thang đo Quality Culture Assessment Tool trong đánh giá văn hóa chất lượng tại bệnh viện Nhi Đồng 2, TP.HCM, năm 2022”.
4. **Nguyễn Thị Hải Liên** (2018) “Điểm số văn hóa chất lượng và các yếu tố liên quan ở bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh cơ sở 2 năm 2017”. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, Tập 22 (5), tr. 276-280.
5. **Phạm Thị Ngọc Quyên, Cao Thị Hồng Phúc, Huỳnh Ngọc Tinh Khôi, Hoàng Thị Ngọc Chà.** (2021) “Đánh giá thực trạng Văn hóa An toàn người bệnh tại bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2021”.
6. **Carson F. Dye** (2014) Leadership in Healthcare: Values at the Top, Springer New York State.
7. **Sinek Simon** (2014) Leaders Eat Last, Penguin Books Ltd, New York State,
8. **Talib F, Rahman Z, Qureshi M.N.** (2011) “Prioritising the practices of total quality management: An analytic hierarchy process analysis for the service industries”. Total Quality Management & Business Excellence, 22 (12), 1331-1351.

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG VÀ CẢI TIẾN KHO THUỐC CỦA KHOA DƯỢC BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2 - THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH ĐÁP ỨNG TIÊU CHUẨN THỰC HÀNH TỐT BẢO QUẢN THUỐC THEO THÔNG TƯ SỐ 36/2018/TT-BYT

Võ Công Nhận¹, Nguyễn Hoàng Bảo Duy¹, Nguyễn Lâm Hoàng Vũ¹,
Nguyễn Ngọc Xuân Lam¹, Nguyễn Minh Tú¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng và cải tiến kho thuốc của khoa Dược bệnh viện Nhi Đồng 2 - TP. Hồ Chí Minh đáp ứng tiêu chuẩn Thực hành tốt bảo quản thuốc theo Thông tư số 36/2018/TT-BYT.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu khảo sát và phân tích thực trạng thông qua mô hình xương cá, với các yếu tố phân tích liên quan đến con người, hồ sơ tài liệu, cơ sở vật chất. Từ kết quả phân tích, đề xuất và áp dụng các giải pháp cải tiến, đánh giá lại mức độ đáp ứng theo quy định của Thông tư số 36/2018/TT-BYT theo mục tiêu “Tăng tỉ lệ đáp ứng tiêu chuẩn Thực hành tốt bảo quản thuốc theo Thông tư số 36/2018/TT-BYT lên trên 90% từ tháng 10/2020 đến tháng 10/2021”.

Kết quả: Tỉ lệ đáp ứng tiêu chuẩn thực hành tốt bảo quản thuốc theo Thông tư số 36/2018/TT-BYT trước cải tiến chung là 29/50 tiêu chí, đạt 58% (nhân sự: 4/6, đạt 66,7%; cơ sở vật chất: 15/28, đạt 53,6%; hồ sơ – tài liệu: 10/16, đạt 62,5%). Tỉ lệ đáp ứng tiêu chuẩn Thực hành tốt bảo quản thuốc theo Thông tư số 36/2018/TT-BYT sau cải tiến chung là 50/50 tiêu chí, đạt

100% (nhân sự: 6/6, đạt 100%; cơ sở vật chất: 28/28, đạt 100%; hồ sơ – tài liệu: 16/16, đạt 100%).

Kết luận: Nghiên cứu ghi nhận việc áp dụng các giải pháp cải tiến đã thu được các kết quả tích cực, đạt được các mục tiêu đề ra, vẫn đang được tiếp tục duy trì, điều chỉnh, và phát triển nhân rộng. Đề án cải tiến chất lượng dựa trên nhu cầu thực tế cần thiết của khoa. Hiệu quả là thực tế, rõ ràng, có thể đo lường được.

Từ khóa: Thực hành tốt bảo quản thuốc, GSP

SUMMARY

EVALUATION ACTUAL SITUATION AND IMPROVEMENT OF DRUG STORAGE OF FACILITY AT CHILDREN'S HOSPITAL 2 IN HO CHI MINH CITY TO MEET GOOD STORAGE PRACTICE STANDARDS ACCORDING TO CIRCULAR No. 36/2018/TT-BYT

Objectives: To assess the actual situation and improve the Drug Storage Facility at Children's Hospital 2 in Ho Chi Minh City to meet the Good Storage Practice Standards according to Circular No. 36/2018/TT-BYT.

Study Population and Methods: The study surveyed and analyzed the actual situation using a fishbone diagram, considering factors related to human resources, documentation, and infrastructure. Based on the analysis results, improvement solutions were proposed and

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Võ Công Nhận

ĐT: 0908154980

Email: pharmacistnhan@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

implemented, thereby evaluating the compliance rate by Circular 36/2018/TT-BYT with the goal of “Achieving over 90% compliance with Good Storage Practice standards according to Circular 36/2018/TT-BYT from October 2020 to October 2021”.

Results: The general compliance rate for Good Storage Practice standards according to Circular 36/2018/TT-BYT before improvement was 29/50 criteria, achieving 58% [human resources: 4/6 (66.7%); infrastructure: 15/28 (53.6%); documentation: 10/16 (62.5%)]. The general compliance rate after improvement was 50/50 criteria, achieving 100% [human resources: 6/6 (100%); infrastructure: 28/28 (100%); documentation: 16/16 (100%)].

Conclusion: The study observed that the implementation of improvement project got positive results, achieving the set objectives and ongoing maintenance, adjustment, and expansion. This quality improvement project based on practical needs of the Pharmacy department. The effect was actual, tangible, and measurable.

Keywords: Good Storage Practice, GSP

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thông tư số 22/2011/TT-BYT ngày 10 tháng 06 năm 2011 của Bộ Y tế quy định khoa Dược là khoa chuyên môn chịu sự lãnh đạo trực tiếp của Giám đốc bệnh viện, có chức năng quản lý và tham mưu cho Giám đốc bệnh viện về toàn bộ công tác dược trong bệnh viện nhằm đảm bảo cung cấp đầy đủ, kịp thời thuốc có chất lượng và tư vấn, giám sát việc thực hiện sử dụng thuốc an toàn, hợp lý⁽¹⁾. Để cung ứng thuốc có chất lượng đến tay người bệnh cần phải thực hiện tốt tất cả các giai đoạn liên quan đến sản xuất, bảo quản, tồn trữ, lưu thông phân phối thuốc. Trong đó, chiếm phần lớn thời gian là giai đoạn thuốc được lưu kho. Vì vậy, công tác thực hành tốt bảo quản thuốc đã được đề

cập trong khoản 2, Điều 84, Luật Dược số 105/2016/QH13 và Nghị định 54/2017/NĐ-CP: “Việc bảo quản thuốc trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải tuân thủ các quy định về thực hành tốt trong bảo quản thuốc và quy định khác của pháp luật có liên quan”^{(6),(7)}. Cụ thể hơn, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 36/2018/TT-BYT ngày 22 tháng 11 năm 2018 quy định về Thực hành tốt bảo quản thuốc, nguyên liệu làm thuốc.

Hiện nay, bệnh viện Nhi Đồng 2 đã thông báo đáp ứng Thực hành tốt bảo quản thuốc, nguyên liệu làm thuốc. Tuy nhiên, bệnh viện chưa thực hiện đánh giá thực trạng kho thuốc theo tiêu chuẩn Thực hành tốt bảo quản thuốc trong Thông tư số 36/2018/TT-BYT. Xuất phát từ thực tế trên, nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá thực trạng và cải tiến hệ thống kho thuốc bệnh viện Nhi Đồng 2 đáp ứng tiêu chuẩn thực hành tốt bảo quản thuốc đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được quy định trong Thông tư số 36/2018/TT-BYT và duy trì đáp ứng các nguyên tắc, tiêu chuẩn này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

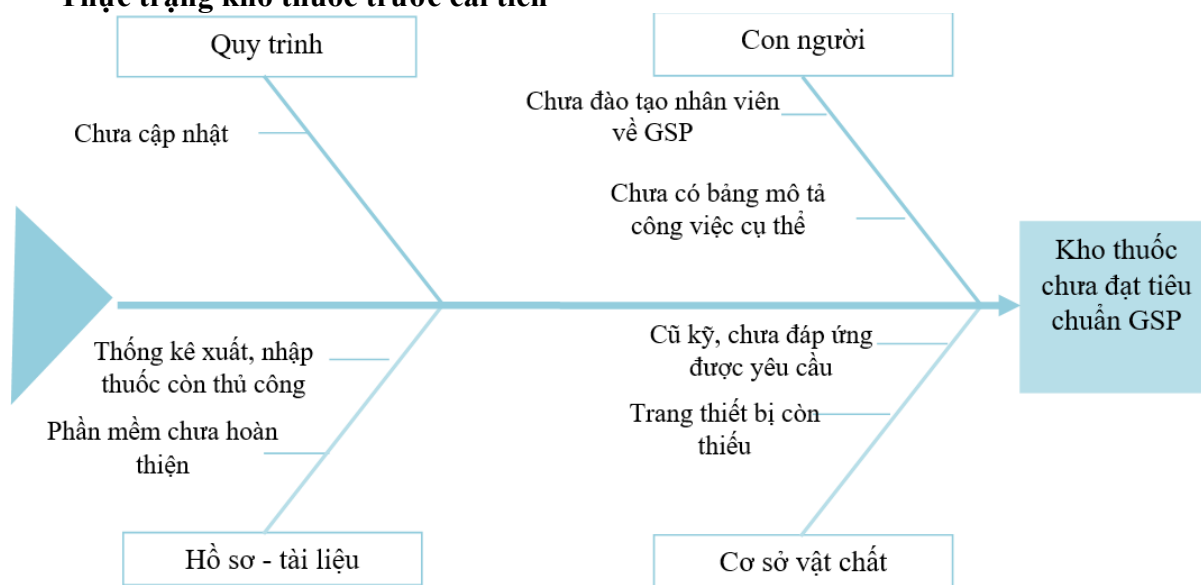
Nghiên cứu khảo sát và phân tích thực trạng thông qua mô hình xương cá, với các yếu tố phân tích liên quan đến quy trình, con người, hồ sơ tài liệu, cơ sở vật chất. Từ kết quả phân tích, đề xuất và áp dụng các giải pháp cải tiến, đánh giá mức độ đáp ứng theo quy định Thông tư số 36/2018/TT-BYT theo mục tiêu Tăng tỉ lệ đáp ứng tiêu chuẩn thực hành tốt bảo quản thuốc theo Thông tư số 36/2018/TT-BYT trên 90% trong thời gian từ tháng 10/2020 đến tháng 10/2021.

Phân tích và xử lý thống kê

Các biến số phân loại được mô tả thông qua tần số và tỷ lệ %. Dữ liệu được tổng hợp, sau đó xử lý và phân tích bằng Excel.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thực trạng kho thuốc trước cải tiến



Hình 1. Phân tích nguyên nhân gốc “kho thuốc chưa đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn GSP”

Bảng 2. Phân tích nguyên nhân kho thuốc chưa đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn GSP

Nguyên nhân	Mục tiêu	Giải pháp
Con người Chưa có kế hoạch tập huấn dài hạn cho nhân viên kho các nguyên tắc, tiêu chuẩn của GSP. Chưa có bảng mô tả công việc cụ thể cho từng cá nhân trong kho.	Nâng cao năng lực cho dược sĩ quản lý kho, lập kế hoạch tập huấn chi tiết, cập nhật các quy chế chuyên môn của kho. Để nhân viên hiểu rõ vai trò, nhiệm vụ và trách nhiệm của bản thân.	Tự đào tạo và tổ chức các buổi sinh hoạt chuyên môn có lượng giá tại khoa Dược. Thống nhất và lập bảng mô tả công việc cụ thể trình Trưởng khoa xem xét và phê duyệt.
Cơ sở vật chất Cơ sở vật chất hao mòn, không đáp ứng được yêu cầu qua thời gian sử dụng lâu dài. Trang thiết bị bảo quản, sắp xếp thuốc, theo dõi nhiệt độ - độ ẩm còn thiếu so với quy định. Chưa thẩm định độ đồng đều điều kiện bảo quản (quy định mới).	Cải tạo đồng bộ cả 3 kho thuốc, đảm bảo đủ diện tích các khu vực chức năng theo quy định. Đảm bảo bảo quản thuốc đạt chất lượng tốt nhất.	Trình kế hoạch sửa chữa, nâng cấp kho với Ban Giám đốc, phối hợp với phòng HCQT thiết kế, xây dựng lại cho phù hợp. Lập danh sách đề xuất trang thiết bị bảo quản, sắp xếp, theo dõi nhiệt độ - độ ẩm còn thiếu. Lập hồ sơ theo dõi bảo dưỡng định kỳ. Tiến hành nghiên cứu, thẩm định độ đồng đều điều kiện bảo quản (nhiệt độ - độ ẩm).

Hồ sơ - tài liệu Các quy trình còn được kế thừa từ quy trình cũ theo những thông tư cũ và theo kinh nghiệm.	Cập nhật, xây dựng lại những quy trình theo đúng thông tư, quy định hiện hành.	Dựa trên những văn bản mới được ban hành, tiến hành rà soát, cập nhật, xây dựng các quy trình cho hoạt động kho trình Trưởng khoa, phòng QLCL, Ban Giám đốc phê duyệt.
Phần mềm Còn chạy song song việc xuất, nhập thuốc bằng thủ công. Phần mềm mới chưa hoàn thiện.	Theo dõi 1 cách tự động xuất, nhập, tồn của thuốc và các biểu mẫu liên quan.	Cung cấp các biểu mẫu theo thông tư, theo dõi, đối chiếu số liệu, hỗ trợ để phần mềm nhanh chóng hoàn thiện.

Kết quả cải tiến chất lượng kho thuốc

Bảng 2. Kết quả đạt được sau khi thực hiện cải tiến chất lượng

Nhóm tiêu chí	Số lượng tiêu chí	Số lượng tiêu chí đạt		Tỉ lệ đạt sau khi cải tiến
		Trước cải tiến	Sau cải tiến	
Nhân sự	6	4	6	100%
Cơ sở vật chất	28	15	28	100%
Hồ sơ – tài liệu	16	10	16	100%

Bảng 3. Danh mục các trang thiết bị đã được thêm hoặc thay mới trong kế hoạch cải tiến

TT	Tên thiết bị	SL	Ghi chú
1	Hệ thống kho lạnh	01	Đã được thẩm định và nghiệm thu
2	Hệ thống giám sát nhiệt độ và độ ẩm trong kho thuốc	03	Chờ thẩm định và nghiệm thu
3	Hệ thống giám sát nhiệt độ tủ lạnh (log tag)	02	Được thẩm định định kỳ và tái sử dụng
4	Hệ thống chuông/dèn cảnh báo sự cố có kết nối wifi	01	Kết nối với điện thoại của Trưởng khoa được, thủ kho vác xin và trực được
5	Điều hòa không khí	12	Được thẩm định định kỳ và tái sử dụng
6	Tủ lạnh	02	Được thẩm định định kỳ và tái sử dụng
7	Xe nâng	01	Tài trợ (tải trọng tối đa 2.500 kg)
8	Xe đẩy	06	Tài trợ
9	Máy hút ẩm	03	Tài trợ
10	Đèn diệt muỗi/ côn trùng	03	Tài trợ
11	Máy hút bụi tự động	01	Tài trợ
12	Máy ép bao bì tự động	01	Hỗ trợ ra lẻ thuốc
13	Hệ thống giá, kệ mới	35	Được thay mới và sơn sửa theo tiêu chuẩn
14	Tủ sắt	04	2 tủ lắp đặt mới và 2 tủ sơn sửa tân trang lại
15	Tủ gỗ	04	Lắp đặt mới
16	Hệ thống bảng hiệu, bảng chỉ dẫn trong kho	60	Lắp đặt mới

Bảng 4. Danh mục các quy trình thao tác chuẩn được soạn thảo, cập nhật mới

Các quy trình thực tế khoa được đã ban hành			
TT			
01	Quy trình nhập thuốc và kiểm tra thuốc nhập kho	19	Quy trình kiểm tra, theo dõi chất lượng vắc xin
02	Quy trình bảo quản thuốc trong kho	20	Quy trình cấp phát vắc xin
03	Quy trình kiểm tra theo dõi chất lượng thuốc trong kho	21	Quy trình xử lý sự cố dây chuyền lạnh
04	Quy trình vệ sinh kho	22	Quy trình xử lý sự cố tràn nước
05	Quy trình kiểm tra, bảo trì, bảo dưỡng thiết bị bảo quản	23	Quy trình xử lý sự cố mất điện
06	Quy trình kiểm soát mối, mọt, côn trùng, chuột bọ trong kho	24	Quy trình dự trữ thuốc
07	Quy trình tiếp nhận, xử lý thuốc hỏng hóc, cận hạn dùng trả về và biệt trữ thuốc	25	Quy trình chống nhầm lẫn thuốc
08	Quy trình theo dõi, ghi chép điều kiện bảo quản	26	Quy trình quản lý thuốc cần chia liều
09	Quy trình cấp phát thuốc trong bệnh viện từ khoa được đến người bệnh	27	Quy trình dự trữ thuốc nhà thuốc
10	Quy trình tiếp nhận và xử lý thuốc trả về	28	Quy trình nhập thuốc và kiểm tra thuốc nhập kho tại nhà thuốc
11	Quy trình biệt trữ thuốc	29	Quy trình bảo quản và theo dõi chất lượng thuốc trong kho nhà thuốc
12	Quy trình định kỳ đối chiếu thuốc, vắc xin, sinh phẩm trong kho	30	Quy trình chuyển lĩnh thuốc cho các nhà thuốc
13	Quy trình quản lý thuốc kiểm soát đặc biệt	31	Quy trình vệ sinh kho nhà thuốc
14	Quy trình biên soạn và quản lý tài liệu	32	Quy trình kiểm kê định kỳ nhà thuốc
15	Quy trình quản lý nhân sự và đào tạo nhân viên	33	Quy trình kiểm tra, bảo trì, bảo dưỡng thiết bị bảo quản tại kho nhà thuốc
16	Quy trình hủy thuốc	34	Quy trình kiểm soát mối, mọt, côn trùng, chuột bọ trong kho nhà thuốc
17	Quy trình tiếp nhận vắc xin và dung môi	35	Quy trình chống nhầm lẫn
18	Quy trình bảo quản vắc xin		

IV. BÀN LUẬN

Thực hành tốt bảo quản thuốc, nguyên liệu làm thuốc là bộ nguyên tắc, tiêu chuẩn về bảo quản thuốc, nguyên liệu làm thuốc nhằm bảo đảm và duy trì một cách tốt nhất sự an toàn và chất lượng của thuốc, nguyên liệu làm thuốc thông qua việc kiểm soát đầy đủ trong suốt quá trình bảo quản. Hiện tại, các tiêu chuẩn này quy định cụ thể và chi tiết tại Thông tư số 36/2018/TT-BYT ngày 22 tháng 11 năm 2018 của Bộ Y tế. Nhóm nghiên cứu tiến hành xây dựng bảng kiểm⁽³⁾ kiểm tra toàn bộ các tiêu chí thực hành tốt bảo quản thuốc dựa trên thông tư này và đánh giá thực trạng của các kho thuốc tại khoa Dược theo bộ tiêu chí này, với kết quả đạt 29/50 tiêu chí (58%), với 21 tiêu chí chưa đạt của kho được chia thành ba nhóm chính: nhân sự, cơ sở vật chất và hồ sơ, tài liệu.

Theo kết quả đánh giá ban đầu có 15/28 tiêu chí về cơ sở vật chất đạt tiêu chuẩn của bộ tiêu chí GSP, tỷ lệ 53,57%. Qua thời gian thực hiện đề án, cả 14/14 tiêu chí chưa đạt đã được khắc phục, đạt tỷ lệ hoàn thành 28/28 tiêu chí, góp phần vào kết quả đánh giá GSP của hệ thống kho. Kho lạnh đã được Trung tâm kỹ thuật tiêu chuẩn đo lường chất lượng Thành phố Hồ Chí Minh cấp giấy chứng nhận vào ngày 09/06/2021. Hệ thống kho và các bộ phận liên quan đã nỗ lực hoàn thiện, kết hợp giữa các quy định trong Thông tư, Nghị định, Luật hiện hành và điều kiện thực tế của đơn vị để soạn thảo, trình ký, ban hành bộ quy trình hoàn chỉnh. Bộ quy trình bao quát từ quá trình dự trữ thuốc, sử dụng, tiếp nhận, kiểm nhập hàng hóa cho đến việc bảo

quản, theo dõi, kiểm tra chất lượng thuốc trong kho, quản lý các thuốc phải kiểm soát đặc biệt, vắc xin, giải quyết hầu hết các vấn đề có thể xảy ra trong quá trình bảo quản và cuối cùng là việc xử lý, biệt trữ thuốc trả về, trả thuốc, hủy thuốc^{(2),(4),(5)}.

Bên cạnh đó, việc thực hiện nghiêm các quy trình đã ban hành được tiên hành song song với việc rà soát, bổ sung, cập nhật các quy trình phù hợp với thực tế, nâng cao chất lượng làm việc. Hiện tại, khoa Dược đã hoàn thiện 35 quy trình thao tác chuẩn, thống nhất các quy trình giữa các kho, giúp giảm thời gian để một nhân viên khi được điều chuyển, tăng cường giữa các vị trí có thể nhanh chóng nắm bắt công việc, hoàn thành chính xác nhiệm vụ được giao tại vị trí đó.

Việc chuẩn hóa các quy trình, hoàn thiện phần mềm, tập huấn cho nhân viên giúp nhân viên thực hiện công việc được nhanh chóng, chính xác.

Kết quả đánh giá lại sau cải tiến kho đạt 100% tiêu chí theo Thông tư số 36/2018/TT-BYT là một thành quả đáng tự hào của bệnh viện Nhi Đồng 2. Tuy nhiên, việc duy trì đáp ứng kho thuốc đạt chuẩn GSP cần thực hiện liên tục như: Bảo trì, bảo dưỡng, kiểm định cơ sở vật chất và trang thiết bị; Cập nhật, tập huấn quy trình, phần mềm cho nhân viên theo từng quý; Đảm bảo nhân sự đúng quy định; Tự thanh tra định kỳ hàng năm và đột xuất.

Với các kết quả đạt được, có thể nhân rộng nguyên tắc thực hành tốt bảo quản thuốc cho tủ thuốc trực tại các khoa lâm sàng, góp phần đảm bảo chất lượng thuốc

đồng nhất từ khi được sản xuất đến tay bệnh nhân, từ đó nâng cao chất lượng điều trị.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận việc áp dụng các giải pháp cải tiến đã thu được các kết quả tích cực, đạt được các mục tiêu đề ra và vẫn đang được tiếp tục duy trì, điều chỉnh và phát triển nhân rộng. Đề án cải tiến chất lượng dựa trên nhu cầu thực tế cần thiết của khoa. Hiệu quả thực tế, rõ ràng, có thể đo lường được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2011). Thông tư số 22/2011/TT-BYT. Quy định tổ chức và hoạt động của khoa Dược bệnh viện.: 1-55;
2. **Bộ Y tế** (2011). Thông tư số 23/2011/TT-BYT. Hướng dẫn sử dụng thuốc trong các cơ sở y tế có giường bệnh. 1-76;
3. **Bộ Y tế** (2018). Thông tư số 36/2018/TT-BYT. Ban hành quy định về Thực hành tốt bảo quản thuốc, nguyên liệu làm thuốc.: 1-95;
4. **Bộ Y tế**. Thông tư số 11/2018/TT-BYT. Quy định về chất lượng thuốc, nguyên liệu làm thuốc. 2018: 1-52;
5. **Bộ Y tế** (2020). Thông tư số 03/2020/TT-BYT. Sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 11/2018/TT-BYT ngày 04 tháng 5 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về chất lượng thuốc, nguyên liệu làm thuốc.: 1-48.
6. **Chính phủ** (2017). Nghị định số 54/2017/NĐ-CP. Quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật dược.: 1-55;
7. **Quốc hội** (2016). Luật Dược số 105/2016/QH13.: 1-75.

PHẦN MỀM THÔNG TIN THUỐC – BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Võ Công Nhận¹, Lê Phạm Tường Vân¹, Trịnh Thị Hồng Anh¹

TÓM TẮT

Phần mềm Thông tin thuốc – Bệnh viện Nhi đồng 2 được Khoa Dược Bệnh viện Nhi đồng 2 Thành phố Hồ Chí Minh xây dựng xuất phát từ nhu cầu tìm kiếm thông tin thuốc của nhân viên y tế. Phần mềm được áp dụng trong thực hành lâm sàng, hỗ trợ cho các y bác sĩ, dược sĩ và điều dưỡng trong điều trị, với các chức năng chính: cung cấp thông tin thuốc sử dụng tại bệnh viện, phác đồ điều trị và các công thức tính toán sử dụng trên bệnh nhân nhi. Tất cả nhân viên y tế trong bệnh viện được cung cấp tài khoản đăng nhập có thể truy cập được mọi lúc mọi nơi, đáp ứng được nhu cầu tìm kiếm thông tin nhanh chóng, tin cậy và thuận tiện, mang lại nhiều hiệu quả tích cực trong công tác điều trị và chăm sóc sức khỏe bệnh nhân.

Từ khóa: Phần mềm Thông tin thuốc

SUMMARY

CHILDREN'S HOSPITAL 2 - DRUG INFORMATION APPLICATION

Children's Hospital 2 - Drug Information application has been built and developed by Pharmacy Department of Children's Hospital 2, stemming from the need for healthcare professionals to access drug information. This application assists physicians, pharmacists, and nurses in treatment, with primary functions

including providing information on hospital-used medications, treatment protocols, and calculation formulas for pediatric patients. All medical staff are provided with login account that they can get information quickly, reliably and conveniently, thereby bringing significant positive effects in patient treatment and healthcare provision.

Keyword: Drug Information Application

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thông tin thuốc đóng vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe bệnh nhân. Thông tin thuốc được cung cấp chính xác, rõ ràng, kịp thời giúp cho việc sử dụng thuốc hợp lý, an toàn và hiệu quả. Tại Bệnh viện Nhi đồng 2, nhiều nhân viên y tế có nhu cầu thông tin thuốc cao, tuy nhiên thông tin chi tiết về hướng dẫn sử dụng của các thuốc đang sử dụng tại bệnh viện còn hạn chế vì chưa có phần mềm hỗ trợ. Do đó, phần mềm Thông tin thuốc – bệnh viện Nhi đồng 2 được Khoa Dược xây dựng và triển khai để đáp ứng các nhu cầu thông tin của nhân viên y tế tại bệnh viện.

Phần mềm hiện có những chức năng chính: (1) cung cấp thông tin thuốc sử dụng tại bệnh viện, (2) tra cứu phác đồ điều trị, (3) tra cứu tương tác thuốc, (4) các công thức tính toán dành cho trẻ em. Điểm đặc biệt của phần mềm là chứa cơ sở dữ liệu thông tin của các thuốc trong danh mục thuốc nội trú, ngoại trú và nhà thuốc đang sử dụng tại bệnh viện, có cập nhật chỉnh sửa liên tục mỗi năm. Phần mềm cũng cung cấp tờ hướng dẫn sử dụng đi kèm của các thuốc để nhân viên y tế tra cứu những thông tin cần thiết khác một cách thuận tiện và nhanh chóng. Ngoài ra,

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Võ Công Nhận

ĐT: 0908154980

Email: pharmacistnhan@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

phần mềm còn hỗ trợ tra cứu một thuốc có thuộc phác đồ điều trị hiện có của bệnh viện hay không, hỗ trợ trong công tác kê đơn thuốc. Về chức năng tính toán các công thức, nhân viên y tế có thể dễ dàng hiệu chỉnh liều vancomycin ở trẻ em dựa vào chỉ số được động học AUC/MIC, với 2 nồng độ đỉnh và đáy có thể ước tính được liều sử dụng có đạt mục tiêu điều trị và hiệu chỉnh liều. Đây là điểm nổi bật của phần mềm vì hiện tại có rất ít phần mềm miễn phí có thể hỗ trợ tính toán hiệu chỉnh liều vancomycin trên đối tượng nhi khoa.

Cơ sở dữ liệu được xây dựng dựa trên những tài liệu tham khảo có độ tin cậy cao và mang tính pháp lý như Dược thư quốc gia Việt Nam, Hướng dẫn sử dụng của nhà sản xuất, Phác đồ điều trị của bệnh viện Nhi Đồng 2, Uptodate^{1,2,3,4,5,6}.

Nhân viên y tế tại bệnh viện sẽ được cung cấp tài khoản và mật khẩu để đăng nhập

phần mềm theo đường dẫn sau: <http://sotayduoc.giaiphapmem.com.vn/>⁷.

II. MÔ TẢ CÁC CHỨC NĂNG CỦA PHẦN MỀM TRA CỨU

Phần mềm cho phép tra cứu nhiều thông tin về thuốc, phác đồ điều trị, tương tác thuốc.

Tra cứu thông tin thuốc

Phần mềm chứa cơ sở dữ liệu thông tin thuốc của các thuốc trong danh mục thuốc nội trú, ngoại trú và nhà thuốc đang sử dụng tại bệnh viện, có cập nhật chỉnh sửa liên tục mỗi năm. Nhân viên y tế có thể tra cứu nhanh thông tin về tên thuốc, dạng bào chế, nhà sản xuất, chỉ định, chống chỉ định, thận trọng, liều dùng và những thuốc có tương tác với thuốc cần tra cứu. Phần mềm cũng cung cấp tờ hướng dẫn sử dụng đi kèm của các thuốc để nhân viên y tế tra cứu những thông tin cần thiết khác một cách thuận tiện và nhanh chóng.

The screenshot displays the 'Tra cứu thông tin thuốc' (Drug Information Search) interface. At the top, there's a search bar with 'Nội trú' (Inpatient) selected. Below it, there are two tabs: 'Theo tên thuốc' (By drug name) and 'Theo hoạt chất' (By active ingredient). The 'Theo hoạt chất' tab is active, and the search results for 'amphotericin B' are displayed in a table.

STT	TÊN THUỐC	NỒNG ĐỘ/HL	HOẠT CHẤT	ĐƯỜNG DÙNG	DẠNG BẢO CHẾ	SBK/GPNK
1	_Amphotericin B (Thông tin chu...		amphotericin B	Tiêm	Thuốc tiêm	
2	Ampholip	50mg (5mg/ml)	amphotericin B	Tiêm	Thuốc tiêm liposome/nano/phứ...	VN-19392-15
3	Amphotret	500mg + 62.5mg	amphotericin B	Tiêm	Bột đông khô pha tiêm	VN-18166-14

Hình 1. Tra cứu thông tin thuốc

Để biết thêm thông tin chi tiết của từng thuốc, chọn vào thuốc đó, sẽ hiển thị các thông tin bao gồm tên thuốc, số đăng ký, đường dùng, dạng bào chế, nhà sản xuất, và hướng dẫn sử dụng thuốc. Mục “Hướng dẫn sử dụng nhà sản xuất”: cung cấp tờ hướng dẫn sử dụng thuốc của nhà sản xuất.

Tên thuốc	
Ampholip	
Số đăng ký	Hoạt chất
VN-19392-15	amphotericin B
Đường dùng	Dạng bào chế
Tiêm	Thuốc tiêm liposome/nano/phức hợp lipid
Nhà sản xuất	
BharatSerumsAndVaccinesLtd	
Hướng dẫn sử dụng thuốc	
Chỉ định: Nhiễm nấm xâm lấn trên BN kháng hoặc không dung nạp Amphotericin B thường Liều dùng: Liều trẻ em và người lớn: 5 mg/kg/ngày 1 lần. Chống chỉ định: Mẫn cảm với amphotericin B hoặc với bất cứ một thành phần nào trong chế phẩm. Thận trọng: - Không dùng cho nhiễm nấm thông thường hoặc nhiễm nấm da, không có biểu hiện lâm sàng. - Theo dõi chức năng thận, gan, huyết học. Nguồn: (Hướng dẫn sử dụng của nhà sản xuất)	
Hướng dẫn sử dụng nhà sản xuất	

[Quay lại](#)

Hình 2. Thông tin chi tiết của thuốc

Tra cứu phác đồ điều trị

Phần mềm hỗ trợ tra cứu một thuốc có trong phác đồ của bệnh viện hay không hoặc tra cứu phác đồ điều trị của bệnh viện. Phác đồ điều trị bao gồm 3 phác đồ điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 2: phác đồ ngoại trú nhi khoa 2016, phác đồ hướng dẫn điều trị nhi khoa 2019, phác đồ điều trị ngoại nhi 2021.

Tra cứu phác đồ							
Theo tên bệnh				Theo hoạt chất			
Chọn hoạt chất							
amlodipin							
Tra cứu							
STT	MÃ ICD	TÊN BỆNH	LOẠI PHÁC ĐỒ	NHÓM BỆNH	ĐIỀU TRỊ	TÀI LIỆU THAM KHẢO	FILE TÀI LIỆU
1	I10	Cao huyết áp vô căn (nguyên phát)	Tất cả	Tim mạch	Nội trú	Hướng dẫn điều trị nhi khoa 2019 bệnh ...	+
Số kết quả : 1							
K 1 20							

Hình 3. Tra cứu phác đồ điều trị

Tra cứu tương tác thuốc

Hỗ trợ tra nhanh tương tác thuốc của hai hay nhiều thuốc (tra cứu tương tác đơn và tương tác đa): chọn các thuốc cần tra cứu, nhấn nút Tra cứu, nếu có tương tác sẽ trả ra kết quả với tương tác ở 2 mức độ (nghiêm trọng hay chống chỉ định).

Hình 4. Tra cứu tương tác thuốc

Chọn vào cặp tương tác vừa hiển thị để biết thông tin chi tiết về tương tác: Mức độ tương tác, cơ chế/hậu quả tương tác, xử lý, tài liệu tham khảo.

III. TÍNH TOÁN

Phần mềm hỗ trợ người dùng các công thức tính toán dành cho trẻ em bao gồm: tính chức năng thận, tính BSA, chỉ số cân nặng (trẻ thừa cân, béo phì), hiệu chỉnh liều vancomycin, các thang điểm tiên lượng, các công thức liên quan chất điện giải (Natri, Kali).

Để tính chức năng thận, nhập các thông tin cần thiết để ước tính chức năng thận của trẻ (xây dựng dựa trên công thức Schwartz): tuổi, sinh non, giới tính, chiều cao, SCr.

Hình 5. Tính chức năng thận của trẻ em

Về Chỉ số cân nặng, nhập các thông tin cần thiết để xác định trẻ có thừa cân hay béo phì: giới tính, ngày sinh, chiều cao, cân nặng. Nếu trẻ béo phì, có thể ước tính được cân nặng lý tưởng của trẻ.

TÍNH TOÁN LIỀU

Chức năng thận **BSA** Chỉ số cân nặng Hiệu chỉnh liều Vancomycin

Giới tính: ☒ Nam ☐ Nữ

Ngày sinh: 01/07/2003

Ngày hiện tại: 01/07/2022

Chiều cao: 140 m ☐ m ☒ cm

Cân nặng: 60 kg

[Xem kết quả](#)

Kết Quả

Đối tượng : Trẻ trên 05 tuổi đến 19 tuổi
Số tháng tuổi : 228 (tháng)
Kết luận : Béo phì
Cân nặng lý tưởng (IBW) : 43.51 (kg)

Hình 6. Chỉ số cân nặng xác định trẻ thừa cân, béo phì

Phần mềm hỗ trợ hiệu chỉnh liều vancomycin, là một công cụ rất hữu hiệu trong việc theo dõi nồng độ thuốc vancomycin. Hiệu chỉnh liều vancomycin ở trẻ em dựa vào chỉ số được động học AUC/MIC, với 2 nồng độ đỉnh và đáy có thể ước tính được liều sử dụng có đạt mục tiêu điều trị và hiệu chỉnh liều.

Điền những thông tin cần thiết bao gồm:

- Thông tin bệnh nhân: cân nặng, liều dùng 1 lần, khoảng cách liều.

- Định lượng nồng độ: Liều lấy mẫu (liều đầu hay trạng thái ổn định), thời điểm truyền, thời gian truyền, nồng độ đỉnh, nồng độ đáy, thời gian lấy mẫu đỉnh và đáy.

- Nhấn Xem kết quả. Kết quả trả về AUC ước tính, nồng độ đáy thực tế, và các chế độ liều khuyến cáo có thể sử dụng để đạt mục tiêu AUC. Với 3 màu: xanh – được áp dụng, vàng – nên thận trọng và đỏ – không được dùng.

TÍNH TOÁN LIỀU

Chức năng thận **BSA** Chỉ số cân nặng Hiệu chỉnh liều Vancomycin

Thông tin bệnh nhân

Cân nặng (kg): 20

Liều 1 lần (mg): 300

Khoảng cách liều (giờ): 6

Liều 1 lần theo cân nặng: 15 (mg/kg/lần)

Tổng liều/ngày: 1200 (mg/ngày)

Tổng liều/ngày theo cân nặng: 60 (mg/kg/ngày)

[Xem kết quả](#)

Định lượng nồng độ

Liều lấy mẫu: ☐ Liều đầu ☒ Trạng thái ổn định

Bắt đầu truyền vào lúc: 28/06/2022 1:00 AM

Thời gian truyền (giờ): 1

Đỉnh (mg/mL): 25 tại lúc: 28/06/2022 2:00 AM

Đáy (mg/mL): 10 tại lúc: 28/06/2022 6:30 AM

Áp dụng
Thận trọng
Không được dùng

Chế độ liều hiện tại **Thông số được động**

- AUC ước tính ở trạng thái ổn định: 3817 (mcg*giờ/mL)

- Nồng độ đáy thực tế: 6 (mcg/mL)

- So sánh các chế độ liều:

AUC 400-600

Khoảng cách liều (giờ)	Liều thấp (mg)	Liều cao (mg)	Khuyến cáo (mg) (đạt AUC =500)	Khoảng nồng độ đáy dự đoán (mg/mL)*
6	313	470	692	9.4 - 14.2
8	418	627	922	7.3 - 11
12	627	940	104	4.3 - 6.4
18	940	1411	1176	1.8 - 2.7
24	1254	1881	1568	0.7 - 1
36	1881	2821	2851	0.1 - 0.1
48	2508	3761	3134	0 - 0

Hình 7. Hiệu chỉnh liều vancomycin

Sau khi có bảng chế độ liều khuyến cáo, lựa chọn chế độ liều phù hợp nhất (màu xanh hoặc vàng) rồi nhập số liệu vào Chế độ liều mới. Phần mềm trả về kết quả AUC ước tính đạt mục tiêu điều trị ở chế độ liều mới.

Chế độ liều mới:

Liều mới

Liều 1 lần (mg): 390

Khoảng cách liều (giờ): 6

Thời gian truyền (giờ): 1

- Liều 1 lần theo cân nặng : 19.5 (mg/kg/lần)

- Tổng số liều/ngày : 1560 (mg/ngày)

- Tổng liều/ngày theo cân nặng : 78 (mg/kg/ngày)

Kết quả ước tính :

- Nồng độ đáy : 11.7 (mcg/mL)

- AUC ở trạng thái ổn định : 496.3 (mcg*giờ/mL)

- Khoảng nồng độ đáy để đạt được AUC mục tiêu : 9.4 - 14.2 (mcg/mL)

Hình 8. Chế độ liều mới của vancomycin để đạt mục tiêu điều trị

Ngoài ra, phần mềm còn hỗ trợ tính các thang điểm tiên lượng bệnh như thang điểm PAS (xác định khả năng bị viêm ruột thừa), thang điểm viêm họng liên cầu của M.WJ.GOELV, thang điểm của TMMPSG (tiên lượng viêm tụy cấp), thang điểm Glasgrow.

THANG ĐIỂM GLASGROW

☒ Trên 2 tuổi ☐ Dưới 2 tuổi

STT	TIÊU CHÍ ĐÁNH GIÁ	PHẢN ỨNG	ĐIỂM	""
1	Mở mắt	Mở tự nhiên	4	☐
		Mở để phản ứng với kích thích bằng lời nói	3	☐
		Mở chỉ để phản ứng với cơn đau	2	☐
		Không đáp ứng	1	☒
2	Trả lời bằng lời nói	Định hướng và trả lời đúng	5	☒
		Lú lẫn	4	☐
		Dùng từ không phù hợp	3	☐
		Những từ không thể hiểu được hoặc những âm thanh không xác định	2	☐
		Không đáp ứng	1	☐
3	Đáp ứng vận động	Làm theo yêu cầu	6	☐
		Xác định được vị trí kích thích đau	5	☐
		Phản ứng lại để đáp ứng với cơn đau	4	☐
		Đáp ứng với đau bằng tư thế co cứng mắt võ (phản xạ gấp bất thường)	3	☐
		Đáp ứng với đau bằng tư thế duỗi cứng mắt võ (phản xạ duỗi bất thường)	2	☒
		Không đáp ứng	1	☐

Kết quả: Tổng điểm :8

Nhận xét : Chấn thương đầu nặng (Điểm ≤8)

Hình 9. Thang điểm Glasgrow

Một số công thức điện giải (Natri, Kali) cũng được xây dựng để tính toán nồng độ điện giải cũng như nồng độ pha loãng và tốc độ truyền dung dịch.

CÔNG THỨC ĐIỆN GIẢI

- Nồng độ NATRI hiệu chỉnh(khi tăng đường huyết)
- Lượng NATRI thiếu cần bù
- Tốc độ truyền dung dịch chứa NATRI

- Nồng độ KALI hiệu chỉnh trong toan chuyển hóa
- Nồng độ và tốc độ truyền dung dịch KALI 10%

NỒNG ĐỘ VÀ TỐC ĐỘ TRUYỀN DUNG DỊCH KALI 10% (Tính toán nồng độ và tốc độ truyền dung dịch Kali đậm đặc 10%)

* V_kcl(ml)::

* V_dung môi (ml)

* Cách truyền : ☒ Truyền ngoại vi ☐ Truyền TMTT

* Tốc độ truyền dung dịch (mL/h)

* Cân nặng (kg)

KẾT QUẢ:

1. Truyền ngoại vi: nồng độ K+ pha loãng = 30.55 (mEq/L) → Nồng độ Kali phù hợp

2. Tốc độ truyền K+ = 0.09 (mEq/kg/h) → Tốc độ truyền K+ phù hợp

Hình 10. Các công thức điện giải

IV. TỔNG KẾT

Phần mềm Thông tin thuốc – Bệnh viện Nhi đồng 2 cung cấp công cụ hữu ích trong thực hành khám chữa bệnh tại bệnh viện. Tuy vẫn còn một số hạn chế như kết nối chưa được ổn định, phần mềm cũng đã góp phần hỗ trợ nhân viên y tế tra cứu thông tin đa dạng, nhanh chóng, phục vụ quá trình công tác và điều trị. Bệnh viện đang tiếp tục cập nhật thông tin và xây dựng thêm một số tính năng mới để hoàn thiện phần mềm, đáp ứng nhu cầu thông tin thuốc của nhân viên y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Nhi đồng 2** (2019). Hướng dẫn điều trị nhi khoa 2019 . Nhà xuất bản y học.
2. **Bệnh viện Nhi đồng 2** (2021). Hướng dẫn điều trị ngoại nhi 2021. Nhà xuất bản Y học.
3. **Bệnh viện Nhi đồng 2** (2022). Hướng dẫn điều trị ngoại trú phần nội khoa năm 2022. Nhà xuất bản Y học.
4. **Bộ Y tế** (2018, 2022). Dược thư Quốc gia Việt Nam 2018-2022. Nhà xuất bản Y học.
5. **General drug information. Uptodate.** [Online]. Link truy cập: <https://www.uptodate.com/contents/table-of-contents/drug-information/general-drug-information>
6. **Hướng dẫn sử dụng thuốc của nhà sản xuất**
7. **Thông tin thuốc – bệnh viện Nhi đồng 2.** [Online]. Link truy cập: <http://sotayduoc.giaiphapmem.com.vn/>

CHƯƠNG TRÌNH QUẢN LÝ RUỘT: MÔ HÌNH QUẢN LÝ BỆNH TIÊU HÓA MẠN TÍNH VỀ RỐI LOẠN ĐẠI TIỆN SAU PHẪU THUẬT BỆNH HIRSCHSPRUNG Ở TRẺ EM ĐẦU TIÊN TẠI VIỆT NAM

Trần Quốc Việt¹, Nguyễn Minh Ngọc¹, Lâm Thiên Kim¹,
Trần Thị Mi Na¹, Mai Thị Trọn¹, Trịnh Hữu Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: khảo sát tính hiệu quả của chương trình quản lý ruột (CTQLR) trong việc cải thiện triệu chứng của trẻ em có biểu hiện rối loạn đại tiện (RLĐT) nặng và kéo dài sau phẫu thuật bệnh Hirschsprung

Phương pháp: mô tả cắt ngang loạt trường hợp bệnh nhi bị RLĐT sau phẫu thuật bệnh Hirschsprung được điều trị bằng CTQLR tại phòng thăm dò chức năng HMTT bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 1/2020 đến 12/2022.

Kết quả: Có 36 trường hợp bệnh nhân bị RLĐT nặng sau phẫu thuật bệnh Hirschsprung được đưa vào nghiên cứu: Tuổi trung bình: $5,4 \pm 3,9$ năm. Tỷ lệ nam/ nữ: 25/11. Chương trình quản lý ruột giúp làm giảm tỷ lệ tiêu bón từ 33,3% tại thời điểm bắt đầu khảo sát và xuống còn 16,7% tại thời điểm 06 tháng sau. Giảm tỷ lệ són phân từ 76,7% tại thời điểm bắt đầu khảo sát và xuống còn 23,5% tại thời điểm 06 tháng sau.

Kết luận: chương trình quản lý ruột giúp cải thiện đáng kể triệu chứng trẻ em mắc bệnh RLĐT nặng và kéo dài sau phẫu thuật bệnh Hirschsprung.

Từ khóa: bệnh Hirschsprung, rối loạn đại tiện, trẻ em, chương trình quản lý ruột.

SUMMARY

BOWEL MANAGEMENT PROGRAM: THE FIRST CHRONIC DIGESTIVE DISEASE MANAGEMENT MODEL OF DEFECATION DISORDERS AFTER HIRSCHSPRUNG DISEASE IN CHILDREN IN VIETNAM

Objective: to investigate the effectiveness of bowel management program in improving symptoms of children with severe and long-lasting defecation disorders after surgery for Hirschsprung's disease

Methods: a cross-sectional description of a series cases with defecation disorders after surgery for Hirschsprung's disease treated with bowel management program at the anorectal function examination room of Children's Hospital 2 from January 2020 to December 2022.

Results: There were 36 cases of patients with severe defecation disorders after surgery for Hirschsprung's disease included in the study: Average age: 5.4 ± 3.9 years. Male/female ratio: 11/25. The bowel management program helped reduce the rate of constipation from 33.3% at the beginning of the survey to 16.7% 6 months later. Reduced fecal incontinence rate from 76.7% at the beginning of the survey and down to 23.5% 6 months later.

Conclusion: bowel management program helps significantly improve symptoms of

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Việt

ĐT: 0909490527

Email: dr.tranquocviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

children with severe and persistent after surgery for Hirschsprung's disease.

Keywords: Hirschsprung disease, defecation disorders, children, bowel management program.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong dân số trẻ em, tỷ lệ tiêu bón thay đổi từ 1 đến 30%; và tỷ lệ són phân thay đổi từ 1,6 đến 4,4% [1]. Đặc biệt ở những trẻ sau phẫu thuật bệnh Hirschsprung, tỷ lệ RLĐT trong y văn được báo cáo rất khác nhau và thường tăng rất cao; dao động từ 10 – 90 % [2]. Một số trường hợp bệnh nhi bị RLĐT nặng gây ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống của trẻ và cả gia đình: trẻ ngại tiếp xúc và không thích đến trường vì tâm lý tránh xa đám đông do mặc cảm xấu hổ về tình trạng bệnh [3].

Hằng năm, Bệnh viện Nhi Đồng 2 phẫu thuật hàng trăm trường hợp bệnh Hirschsprung. Trên thực tế số lượng bệnh được ước lượng là rất lớn đến TP. Hồ Chí Minh để được chẩn đoán và điều trị. Vì thành phố là một trung tâm y tế lớn của cả nước; với 03 bệnh viện chuyên khoa Nhi hạng 1. Do đó, nhu cầu các bệnh nhân cần được chẩn đoán và điều trị các RLĐT sau mổ một cách đúng mức là không ít.

Chương trình Quản lý Ruột (Bowel Management Program), do Alberto Peña và Marc Levitt phát triển trong hơn 30 năm, có chi phí thấp, có thể thực hiện tại nhà và đảm bảo bệnh nhân kiểm soát vấn đề đại tiện trong 24 giờ. Chương trình quản lý ruột (CTQLR) rất phổ biến ở Hoa Kỳ cũng như một số nước Nam Mỹ và châu Á phát triển. Tuy nhiên, chưa có báo cáo nào liên quan đến CTQLR ở Việt Nam. Kể từ khi triển khai CTQLR năm 2022, đến nay Bệnh viện Nhi Đồng 2 là đơn vị đầu tiên có báo cáo chính thức về phương pháp này. Mục tiêu của

nghiên cứu này là đánh giá thực trạng triển khai CTQLR tại một trung tâm y tế chuyên sâu dành cho trẻ em. Chúng tôi đã tóm tắt tính hiệu quả của CTQLR trong việc cải thiện triệu chứng của trẻ em có biểu hiện RLĐT nặng và kéo dài sau phẫu thuật bệnh Hirschsprung tại Bệnh viện Nhi Đồng 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang loạt trường hợp.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 2 năm 2023 đến tháng 10 năm 2023 tại Bệnh viện Nhi Đồng 2.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhi bị RLĐT sau phẫu thuật bệnh Hirschsprung được điều trị bằng CTQLR tại phòng thăm dò chức năng HMTT (đo HRAM) bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 1/2020 đến 12/2022.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh sau PT là bệnh Hirschsprung và bờ phẫu thuật có tế bào hạch thần kinh phân bố bình thường. Theo dõi hậu phẫu trên 12 tháng. Các trường hợp bệnh nhi được chẩn đoán rối loạn đại tiện nặng trên lâm sàng, kéo dài trên 6 tháng và không đáp ứng với các điều trị nội khoa trước đó. Không có chống chỉ định đo HRAM và đã thực hiện đo HRAM tại phòng thăm dò chức năng HMTT của bệnh viện Nhi đồng 2. Tuân thủ điều trị theo chương trình CTQLR và được thăm khám lâm sàng, đo HRAM ít nhất 2 lần theo qui trình, và theo dõi kết quả đáp ứng với điều trị CTQLR tại thời điểm thu nhận vào nghiên cứu và theo dõi ít nhất 6 tháng sau đó để đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị này.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được kiểm tra, thu thập mã hóa nhập máy tính bằng phần mềm Microsoft Excel (MS Excel), và được phân tích bằng phần mềm SPSS Statistics cho Windows, version 20.0 (SPSS Inc., Chicago, Ill., USA). Thống kê mô tả các biến định lượng và biến định tính. Biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất – lớn nhất.

Y đức

Đề tài được hội đồng đạo đức bệnh viện Nhi Đồng 2 thông qua theo quyết định số

1694-QĐ-BVNĐ2 chấp thuận ngày 13/10/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023, có 36 trường hợp bệnh nhân sau phẫu thuật bệnh Hirschsprung có biểu hiện RLĐT mạn tính nặng được đưa vào nghiên cứu này.

Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm dịch tễ học bệnh nhân sau phẫu thuật bệnh Hirschsprung có biểu hiện RLĐT nặng được mô tả trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học bệnh nhân sau phẫu thuật bệnh Hirschsprung có biểu hiện RLĐT nặng (n=36)

Biến số	Kết quả
Tuổi (TB $\pm$ ĐLC, năm)	5,6 $\pm$ 3,2
Nhóm tuổi, n (n/N %)	
Dưới 5 tuổi	7 (19,4)
Từ 5 tuổi trở lên	29 (80,6)
Giới, n (n/N %)	
Nam	25 (69,4)
Nữ	11 (30,6)
Địa chỉ, n (n/N %)	
Tp.HCM	12 (33,3)
Tỉnh khác	24 (66,7)
Trình độ học vấn, n (n/N %)	
Cấp I – II	16 (44,4)
Cấp III - Cao đẳng	12 (33,3)
Đại học trở lên	8 (22,3)
Tình trạng hôn nhân gia đình, n (n/N %)	
Bố mẹ sống chung	28 (7,8)
Ly dị, sống với bố hoặc mẹ, hoặc người khác	8 (22,3)
Nghề nghiệp, n (n/N %)	
Viên chức	16 (44,4)
Công nhân	8 (22,3)
Nội trợ và các nghề khác	12 (33,3)

Kết quả chức năng đại tiện tại thời điểm khảo sát của những BN Hirschsprung RLĐT nặng được mô tả trong bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm chức năng đại tiện của những BN Hirschsprung RLĐT nặng

Đặc điểm rối loạn đại tiện	Nhóm phẫu thuật (n=36)
Tiêu bón ^S , (n, %)	12 (12,6)
Khả năng kiểm soát phân *, (n, %)	
▪ Rất tốt	5 (13,9)
▪ Tốt	7 (19,4)
▪ Trung bình	6 (16,7)
▪ Kém	18 (50)

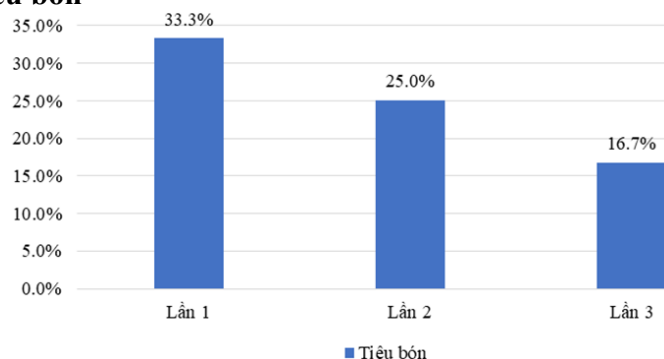
Kết quả đo ALHMTT bệnh nhân sau phẫu thuật bệnh Hirschsprung có biểu hiện RLĐT nặng thực hiện tại 2 thời điểm: lần 1 lúc bắt đầu khảo sát và 6 tháng sau thời gian theo dõi và áp dụng chương trình quản lý ruột được mô tả trong bảng 3.

Bảng 3. Kết quả đo ALHMTT bệnh nhân sau phẫu thuật bệnh Hirschsprung có biểu hiện RLĐT nặng (n=36)

Đặc điểm	Kết quả đo ALHMTT		
	Lần 1 (n=36)	Lần 2 sau 6 tháng (n=36)	P #
Áp lực hậu môn (TB $\pm$ SD, mmHg)			
▪ Lúc nghỉ	55,6 $\pm$ 16,9	53,2 $\pm$ 16,1	0,80 (T-test)
▪ Nghiệm pháp ho	123,7 $\pm$ 34,1	134,3 $\pm$ 35,1	0,20 (T-test)
▪ Nghiệm pháp co thắt HM chủ động	115,2 $\pm$ 39,8	111,8 $\pm$ 38,7	0,13 (T-test)
Chiều dài ống hậu môn			
▪ TB $\pm$ SD, cm	2,2 $\pm$ 0,3	2,2 $\pm$ 0,2	0,54 (T-test)
Co thắt chủ động kéo dài (thời gian hoàn thành)			
▪ TB $\pm$ SD, giây	21,4 $\pm$ 7,4	21,2 $\pm$ 7,2	0,62 (T-test)
Phản xạ ức chế trực tràng hậu môn (RAIR) (n, %)			
▪ RAIR (+)	18 (50)	20 (55,6)	0,63 (Chi 2 test)
Nghiệm pháp đánh giá cảm giác (trung bình $\pm$ SD, mL)			
▪ Thể tích cảm nhận tối đa (Vmax)	159,4 $\pm$ 57,3	66,6 $\pm$ 58,3	0,59 (T-test)
Tăng áp lực cơ thắt hậu môn nghịch thường (IAAP), (n, %)			
▪ Có	14 (38,9)	7 (19,4)	0,07 (Chi 2 test)

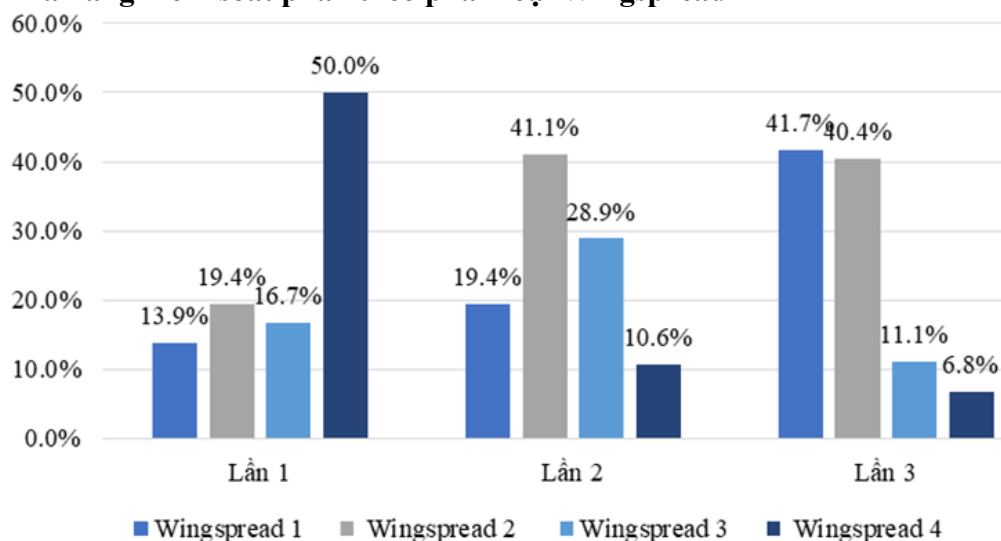
Diễn tiến chức năng đại tiện nhóm BN rối loạn đại tiện

❖ **Đặc điểm tiêu bón**



Biểu đồ 1. Diễn tiến tỷ lệ triệu chứng tiêu bón khảo sát tại các thời điểm lần 1: lúc bắt đầu khảo sát, lần 2 sau 03 tháng và lần 03 sau 06 tháng theo dõi

❖ Khả năng kiểm soát phân theo phân loại Wingspread



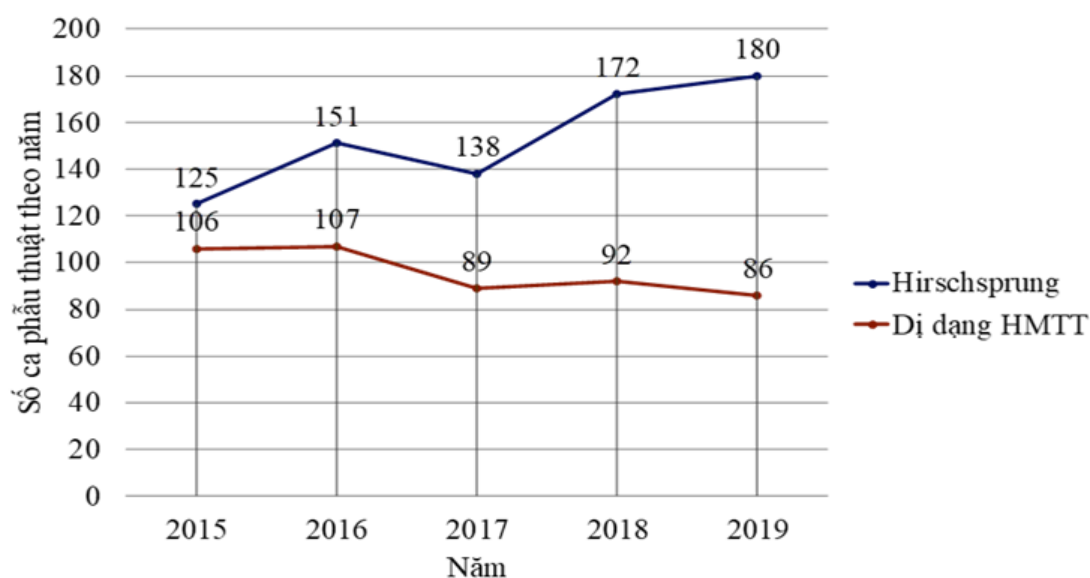
Biểu đồ 2. Diễn tiến tỷ lệ khả năng kiểm soát phân khảo sát tại các thời điểm lần 1: lúc bắt đầu khảo sát, lần 2 sau 03 tháng và lần 03 sau 06 tháng theo dõi

IV. BÀN LUẬN

Nhu cầu về chương trình quản lý ruột ở trẻ em và mô hình quản lý bệnh Hirschsprung tại bệnh viện Nhi Đồng 2

Tại Bệnh viện Nhi Đồng 2, theo thống kê chưa được báo cáo, lượng bệnh nhân được

phẫu thuật bệnh Hirschsprung dao động từ 80 - 100 trường hợp mỗi năm. Do vậy, số lượng BN có RLĐT sau mổ là không ít, và rất cần được chăm sóc chuyên sâu.



Hình 1. Thống kê số lượng các trường hợp phẫu thuật liên quan đến bệnh Hirschsprung (màu xanh) và dị dạng hậu môn trực tràng tại BV Nhi Đồng 2 giai đoạn 2012 – 2019

Trong giai đoạn 2012 – 2017, bệnh viện Nhi Đồng 2 là nơi thực hiện đầu tiên nhiều kỹ thuật mới trong chẩn đoán bệnh Hirschsprung. Tại Việt Nam, báo cáo chính thức đầu tiên được ghi nhận về ứng dụng đo ALHMTT và sinh thiết hút với nhuộm hóa mô miễn dịch calretinin trong chẩn đoán bệnh Hirschsprung ở trẻ em năm 2015 tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 của nhóm tác giả Trần Quốc Việt và cộng sự [4]. Các số liệu thống kê cho thấy số lượng các trường hợp phẫu thuật liên quan đến bệnh Hirschsprung tại BV Nhi Đồng 2 tăng rõ rệt trong giai đoạn sau 2017 (Hình 1).

Kết quả từ nghiên cứu

Đây là nghiên cứu đầu tiên minh họa thực tiễn và kết quả của chăm sóc ruột cho bệnh nhi RLĐT ở Việt Nam. Rối loạn đại tiện sau PT bệnh Hirschsprung luôn là thách thức và rất khó điều trị trên thực tế lâm sàng [5]. Kết quả của nghiên cứu trước đó tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 tỷ lệ són phân ở nhóm PT là 25,3%, so với nhóm tham chiếu là 2,1% [2]. Theo nghiên cứu của Neuvonen et al. ở Phần Lan, 25% bệnh nhân có biểu hiện són phân so với 2% ở nhóm chứng ($p < 0,001$) [6]. Tỷ lệ tiêu bón là 13,7% đối với nhóm PT và 4,2% đối với tham chiếu, thấp hơn so với 59% được báo cáo bởi Gosemann và cộng sự. Ngược lại, theo Neuvonen và cộng sự, tỷ lệ tiêu bón là 5% ở bệnh nhân so với 4% ở nhóm chứng.

Nghiên cứu sử dụng phương pháp đo ALHMTT như một công cụ hỗ trợ để đánh giá khách quan chức năng HMTT của BN sau PT và có so sánh với nhóm tham chiếu không PT [5, 6]. Kết quả áp lực HM lúc nghỉ trung bình của nhóm PT thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm tham chiếu. Hơn nữa, trong nhóm PT, những BN són phân có áp lực HM lúc nghỉ thấp hơn có ý nghĩa thống

kê so với những BN không són phân (Bảng 3) [7]. Báo cáo trước đây của chúng tôi cho thấy, cũng như mô tả trong y văn, rằng những BN són phân sau PT thực sự có áp lực HM lúc nghỉ, và thậm chí áp lực HM lúc thực hiện các nghiệm pháp gắng sức như khi ho khi co thắt chủ động, giảm hơn đáng kể so với nhóm tham chiếu không PT. Nguyên nhân có thể do cơ vòng HM bị tổn thương một phần hoặc hoàn toàn trong quá trình PT [6].

Trong nghiên cứu này chúng tôi tập trung mô tả nhóm BN sau PT bệnh Hirschsprung có biểu hiện lâm sàng RLĐT nặng. Mặc dù, chúng tôi không thể đo lường trực tiếp chỉ số sức đàn trực tràng, giá trị Vmax gián tiếp cung cấp thông tin hữu ích về độ đàn hồi và cảm giác “bóng trực tràng mới”. Đây có thể là nguyên nhân các trường hợp BN són phân nặng, đặc biệt những trường hợp giảm Vmax đáng kể (giảm sức đàn quá mức hoặc tăng cảm giác quá mức). Ngược lại, có nhiều trường hợp BN bị ứ phân kéo dài gây ra tình trạng giãn lớn bóng trực tràng, hay còn gọi là tăng sức đàn quá mức hoặc giảm cảm giác [6].

Dựa trên các kết quả tham chiếu với nhóm dân số không phẫu thuật, chúng tôi ước lượng mức độ cảm nhận tối đa của từng trường hợp bệnh nhân để chỉ định lượng dung dịch thực tháo (nước muối sinh lý) cho phù hợp. Tần suất thực tháo sẽ tùy chỉnh theo mức độ đáp ứng qua các thời điểm tái khám theo dõi. Lượng giá lại kết quả tại các thời điểm tái khám đó [2].

Hiệu quả của chương trình quản lý ruột áp dụng lần đầu tiên ở trẻ em tại Việt Nam

Chương trình quản lý ruột dựa trên kết quả đo ALHMTT giúp làm giảm tỷ lệ tiêu bón từ 33,3% tại thời điểm bắt đầu khảo sát

và xuống còn 16,7% (Biểu đồ 1); và đồng thời giúp làm tăng tỷ lệ kiểm soát phân tốt và rất tốt từ 13,9% và 19,4% tại thời điểm bắt đầu khảo sát lên 41,7% và 40,4% tại thời điểm 06 tháng sau (Biểu đồ 2). Như vậy chúng ta có thể thấy chương trình quản lý ruột giúp cải thiện đáng kể tỷ lệ các triệu chứng của RLĐT như tiêu bón và són phân.

Tuy nhiên, còn tỷ lệ 11,1% kiểm soát phân trung bình và 6,8% kiểm soát phân kém sau quá trình áp dụng chương trình quản lý ruột. Trên thực tế, một số bệnh nhân bị giảm cảm nhận quá mức hoặc tăng quá mức là yếu tố tiên lượng kém đáp ứng với phương pháp quản lý ruột này. Ngược lại, tình trạng giảm cảm giác trực tràng qua mức (hyposensation), hoặc tăng sức đàn quá mức (hypercompliance), là một vấn đề phức tạp khác, trong đó giá trị Vmax của chúng được ghi nhận với thể tích rất lớn nhưng không có hoặc làm giảm đáng kể cảm giác muốn đại tiện khi thực hiện các nghiệm pháp cảm giác. Huấn luyện phản hồi sinh học có thể cải thiện cảm giác trực tràng ở những bệnh nhân bị rối loạn kiểu giảm cảm giác này [8].

Về kết quả lâu dài, một số bệnh nhân có thể bị són phân hoặc táo bón kéo dài thậm chí nhiều năm sau PT. Trên thực tế lâm sàng, RLĐT sau PT đặc biệt bệnh Hirschsprung còn là vấn đề không hiếm gặp và việc điều trị còn gặp rất nhiều khó khăn. Tuy nhiên, trên thực tế chưa có nhiều hướng tiếp cận giúp chẩn đoán điều trị và theo dõi ở các nước đang phát triển [45, 46]. Xử trí không can thiệp PT, chẳng hạn như quản lý ruột, nên được coi là lựa chọn đầu tiên trong hầu hết các trường hợp với tỷ lệ thành công cao, ngay cả trong những trường hợp nặng [47]. Tất cả các phương án quản lý này phải được lựa chọn cẩn thận khi xem xét các kết quả ARM. ARM có thể cung cấp thông tin hữu

ích về căn nguyên của các vấn đề liên tục. Do đó, chiến lược điều trị cho từng trường hợp phải được cá nhân hóa và không chỉ dựa trên các triệu chứng lâm sàng của chúng tiêu phân hoặc táo bón [10, 15, 28, 34].

Tại bệnh viện Nhi Đồng 2, đối với từng bệnh nhân cụ thể bị RLĐT nặng sẽ được áp dụng “chương trình quản lý ruột” phù hợp. Chương trình bao gồm việc huấn luyện thói quen đại tiện hàng ngày (nhịp sinh học), điều chỉnh liều lượng thuốc nhuận tràng trong trường hợp ứ phân (u phân); xác định chính xác lượng nước cần để thụt tháo trực tràng mỗi ngày trong trường hợp có chỉ định (đào tạo cách thụt tháo tích cực ngược dòng thường xuyên tại nhà) dựa theo chỉ số Vmax đo được, và điều chỉnh tần suất thụt tùy theo sự cải thiện của các triệu chứng và sự thích nghi của bệnh nhân cũng như cơ địa của họ, các gia đình.

Hướng phát triển

Hiện chưa có nhiều trung tâm hoặc đơn vị y tế chưa triển khai lĩnh vực này. Chương trình quản lý ruột đòi hỏi sự kiên trì, bệnh mạn tính kéo dài, không thể điều trị triệt để... Mục tiêu của chương trình là xây dựng đơn vị chuyên về thăm dò chức năng HMTT cho trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 2. Từng bước nâng cao nhận thức và trình độ chuyên môn của nhân viên y tế và cả người bệnh nhằm mục đích cải thiện chất lượng phục vụ cho bệnh nhân ngày càng tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại, nghiên cứu này chứng minh rằng chương trình quản lý ruột có thể được triển khai làm đầu tiên tại Bệnh Viện Nhi Đồng 2. Nó có thể giúp cải thiện đáng kể triệu chứng trẻ em mắc bệnh RLĐT nặng và kéo dài. Tuy nhiên, cần phải nỗ lực rất nhiều để chương trình này được các phổ biến rộng

hơn nữa. Nhằm mục đích cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và giảm tác động tâm lý đối với trẻ mắc chứng RLDT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **N Koppen I J, H Vriesman M, M Saps, S Rajindrajith, X Shi, S van Etten-Jamaludin F, et al.** Prevalence of Functional Defecation Disorders in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of pediatrics* 2018;198:121-30 e6.
2. **Trinh H.T. Tran Q.V., Nguyen M.N., Lam T.K., Vu T.N., Truong N.U.L., et al.** Anorectal Manometry Findings in Relation to Long-term Outcomes of The Patients Operated on for Anorectal Malformations. *J Neurogastroenterol Motil* (Submitted) 2023.
3. **Q Tran V, T Mahler, M Dassonville, Q Truong D, A Robert, P Goyens, et al.** Long-Term Outcomes and Quality of Life in Patients after Soave Pull-Through Operation for Hirschsprung's Disease: An Observational Retrospective Study. *European journal of pediatric surgery: official journal of Austrian Association of Pediatric Surgery [et al] = Zeitschrift fur Kinderchirurgie* 2018;28(5):445-54.
4. **Việt Trần Quốc, Kim Lâm Thiên, Trí Trần Thanh, Linh Trương Nguyễn Uy, Hậu Trần Vĩnh, Mahler Tania, Et Al.** Đánh Giá Kết Quả Ứng Dụng Đo Áp Lực Hậu Môn Trực Tràng Trong Chẩn Đoán Bệnh Hirschsprung Tại Bệnh Viện Nhi Đồng 2. *Tạp Chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh* 2015;5(19):81-7.
5. **Meinds R. J., Eggink M. C., Heineman E., Broens P. M.** Dyssynergic defecation may play an important role in postoperative Hirschsprung's disease patients with severe persistent constipation: analysis of a case series. *Journal of pediatric surgery* 2014;49(10):1488-92.
6. **Tran Q.V., Mahler T., Truong Q.D., Bontems P., Robert A., Goyens P., et al.** Quality of Life and Continence After Pull Through Procedure for Hirschsprung's Disease: a retrospective observational study. submitted in *Eur J Pediatr Surg* 2016.
7. **Powers M. K., Brown E. T., Hogan R. M., Martin A. D., Ortenberg J., Roth C. C.** Trends in Toilet Training and Voiding Habits among Children with Down Syndrome. *The Journal of urology* 2015;194(3):783-7.
8. **Gladman M. A., Lunniss P. J., Scott S. M., Swash M.** Rectal hyposensitivity. *The American journal of gastroenterology* 2006;101(5):1140-51.

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG VIỆC TUÂN THỦ PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT THỪA TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Huỳnh Minh Thu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tuân thủ phác đồ điều trị viêm ruột thừa (VRT) và mối liên quan giữa sự tuân thủ này với biến chứng, chi phí điều trị bệnh VRT tại bệnh viện Nhi Đồng 2.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả tỉ lệ tuân thủ Hướng dẫn điều trị VRT trên 5 tiêu chí gồm: thời gian chờ mổ, thời điểm sử dụng kháng sinh (KS) dự phòng, KS sử dụng trước mổ, KS sử dụng sau mổ, thời gian sử dụng KS sau mổ.

Kết quả: Thời gian chờ mổ, KS sử dụng sau mổ, thời gian sử dụng KS sau mổ là những tiêu chí có tỉ lệ tuân thủ cao (trên 85%). Thời điểm sử dụng KS dự phòng phẫu thuật, KS sử dụng trước mổ là những tiêu chí có tỉ lệ tuân thủ còn thấp (dưới 50%). Tỉ lệ tuân thủ toàn bộ năm tiêu chí là 20%. Tỉ lệ tuân thủ của nhóm VRT chưa biến chứng là 11,8%, của nhóm VRT có biến chứng là 26,6%. tỉ lệ tuân thủ chung còn thấp, nhưng không có mối liên quan ý nghĩa giữa tuân thủ và biến chứng sau mổ.

Kết luận: Việc tuân thủ hướng dẫn điều trị hay không tuân thủ không làm ảnh hưởng đến kết quả điều trị hay biến chứng sau mổ. Chi phí điều trị trung bình của nhóm VRT chưa biến chứng

tuân thủ Hướng dẫn điều trị thấp hơn nhóm không tuân thủ có ý nghĩa thống kê.

Từ khoá: Viêm ruột thừa, yếu tố ảnh hưởng, phác đồ điều trị.

SUMMARY

FACTORS AFFECT COMPLIANCE WITH APPENDICITIS TREATMENT PROTOCOL IN CHILDREN'S HOSPITAL 2

Object: The study aims to determine the rate of work motivation and the correlation between background characteristics, job characteristics, and work motivation rate of employees in Children's Hospital 2 in 2023.

Methods: The cross-sectional descriptive study was conducted on 436 employees currently working in various departments in Children's Hospital 2 for at least 12 months, using a questionnaire consisting of 34 questions divided into two parts: personal information and assessment of employees' work motivation.

Result: The work motivation score of employees in Children's Hospital 2 was 3.64 ± 0.39 . The work motivation rate of employees was 71.56%. Multivariate analysis found a correlation between job position and work motivation level, with the group of employees having lower work motivation levels than leaders and managers by 73%. There was also a correlation between working in the Internal Clinical Department and work motivation level, with employees working in the Internal Clinical Department having lower work motivation levels than those working in other departments.

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Minh Thu

ĐT: 09830917098

Email: minhthu.huynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

Conclusion: The work motivation rate of employees is relatively high. The hospital needs to develop plans and solutions to support, reduce workloads for employees, create a professional working environment, establish reward systems, and provide timely encouragement for each group.

Keywords: Working motivation, health staffs, hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa là một tình trạng cấp cứu ngoại khoa thường gặp nhất đã được mô tả cách đây 500 năm¹. Tần suất VRT trẻ em khoảng 70.000 trẻ/năm và tỉ lệ khoảng 1/1.000 trẻ mỗi năm bị viêm ruột thừa. Nguy cơ viêm ruột thừa ở nam cao hơn nữ, tỉ số nam: nữ là 2:1. Viêm ruột thừa có thể xuất hiện ở bất kỳ tuổi nào từ 1 đến 18 tuổi, cao nhất là nhóm 11 đến 13 tuổi. Viêm ruột thừa là bệnh thường gặp và nếu không được điều trị có thể dẫn đến các tình trạng toàn thân, đặc biệt là nhiễm trùng và sốc nhiễm trùng^{2,7}. Vì vậy, việc tuân thủ hướng dẫn điều trị VRT là rất quan trọng.

Năm 2015, Hiệp hội Ngoại khoa Cấp cứu Thế giới (World Society of Emergency Surgery – WSES)³ đưa ra đồng thuận đầu tiên về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị VRT ở người lớn và trẻ em dựa trên khoa học chứng cứ. Năm 2019, tổ chức này tiếp tục cập nhật những khuyến cáo mới có liên quan đến nhiều vấn đề lớn khác³. Dựa trên những tiêu chuẩn này, chúng tôi khảo sát tỉ lệ tuân thủ hướng dẫn điều trị VRT tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 qua 5 tiêu chí thời gian chờ mổ, thời điểm sử dụng KS dự phòng, KS sử

dụng trước mổ, KS sử dụng sau mổ, thời gian sử dụng KS sau mổ. Đồng thời nghiên cứu và phân tích các yếu tố từ chủ quan đến khách quan xung quanh nhân viên y tế ảnh hưởng và làm thay đổi tỉ lệ tuân thủ phác đồ điều trị VRT của bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả tỉ lệ tuân thủ Hướng dẫn điều trị VRT, được thực hiện tại khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Nhi đồng 2 - TP. HCM từ 01/2022 đến 07/2022.

Xử lý và phân tích số liệu: Thu thập và làm sạch dữ liệu bằng Epidata 3.1 và phân tích bằng Stata 14.0. Nghiên cứu sử dụng so sánh biến định tính dùng kiểm định χ^2 (Chi-Square Test) hay kiểm định Fisher's exact (được sử dụng khi có quá 20% số ô trong bảng có tần số mong đợi nhỏ hơn 5). Với độ tin cậy 95%, $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Các yếu tố gây nhiễu sẽ được kiểm soát bằng mô hình hồi quy tuyến tính đa biến trên Stata 14.0.

Tiêu chí chọn vào: Các hồ sơ bệnh án có chẩn đoán ra viện là VRT và VRT có biến chứng với mã ICD là K35.2, K35.3, K35.8 có ghi nhận đầy đủ thông tin về quá trình nhập viện, phẫu thuật, hậu phẫu tại khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Nhi đồng 2 - TP.HCM.

Tiêu chí loại ra: Những hồ sơ bệnh án ghi nhận người bệnh có các bệnh lý nội khoa khác đi kèm trong cùng đợt nhập viện. Các trường hợp (TH) không đủ thông tin nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Đặc điểm dân số nghiên cứu – bệnh nhân được chẩn đoán VRT (Bảng 1)****Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu**

Đặc điểm	Tần số (n = 420)	Tỉ lệ (%)
Giới tính		
Nam	272	64,8
Nữ	148	35,2
Nhóm tuổi		
< 6 tuổi	54	12,9
6-11 tuổi	270	64,2
> 11 tuổi	96	22,9
Nơi cư trú		
Tp. HCM	227	54
Tỉnh	193	46
Thời gian khởi bệnh		
≤ 24 giờ	268	63,8
>24giờ	152	36,2
Chẩn đoán trước mổ		
VRT chưa biến chứng	288	68,6
VRT có biến chứng	132	31,4
Chẩn đoán sau mổ		
VRT chưa biến chứng	187	44,5
VRT có biến chứng	233	55,5

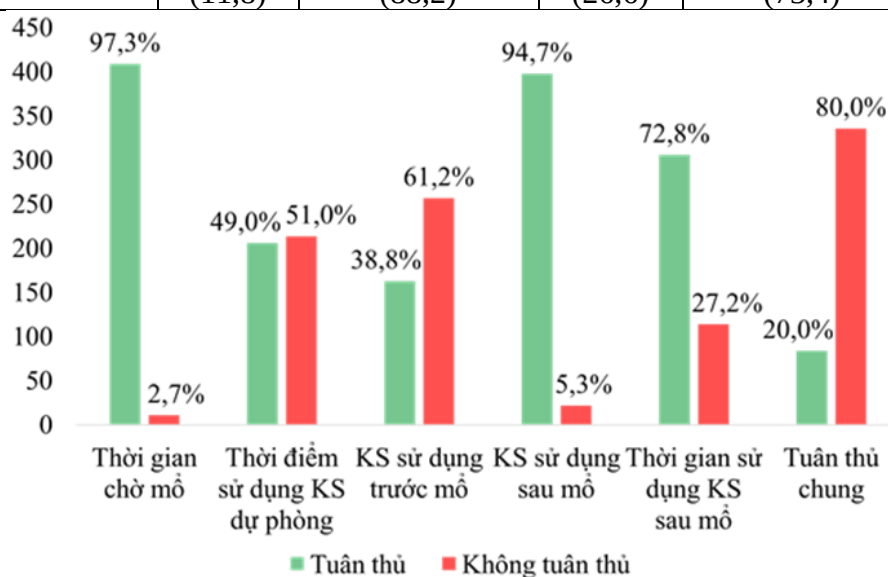
Tỷ lệ tuân thủ Hướng dẫn điều trị VRT được trình bày trong bảng 2 và biểu đồ 1. Tỷ lệ tuân thủ Hướng dẫn điều trị VRT trẻ em chung (tuân thủ cả 5 tiêu chí) là 20% (84 TH), trong đó tỉ lệ tuân thủ cao nhất là thời gian chờ mổ chiếm 97,3% (409/420 TH), thấp nhất là KS sử dụng trước mổ chiếm 38,8% (163/420 TH). Tỷ lệ tuân thủ Hướng dẫn điều trị chung của nhóm BN VRT chưa biến chứng là 11,8% (22/187 TH) và nhóm BN VRT có biến chứng là 26,6% (62/233 TH).

Thời điểm trước mổ, tỉ lệ tuân thủ chung của nhóm VRT chưa biến chứng là 21,5% so với nhóm VRT có biến chứng là 68,9%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$, OR: 8,090, KTC 95% 5,089-12,861).

Thời điểm sau mổ, tỉ lệ tuân thủ của nhóm VRT chưa biến chứng là 87,7% so với nhóm VRT có biến chứng là 60,5%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$, OR: 4,652, KTC 95% 2,795-7,743).

Bảng 2. Tỷ lệ tuân thủ các yếu tố khảo sát theo nhóm bệnh

Yếu tố tuân thủ	VRT không biến chứng		VRT có biến chứng		Tuân thủ chung
	Tuân thủ	Không tuân thủ	Tuân thủ	Không tuân thủ	
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Thời gian chờ mổ	288/288 (100)	00/288 (0)	121/132 (91,7)	11/132 (8,3)	409/420 (97,3)
Thời điểm sử dụng KS dự phòng	74/288 (25,7)	214/288 (74,3)	132/132 (100)	00/132 (0)	206/420 (49)
KS sử dụng trước mổ	62/288 (21,5)	226/288 (78,5)	101/132 (76,5)	31/132 (23,5)	163/420 (38,8)
KS sử dụng sau mổ	165/187 (88,2)	22/187 (11,8)	233/233 (100)	00/233 (0)	398/420 (94,7)
Thời gian sử dụng KS sau mổ	165/187 (88,2)	22/187 (11,8)	141/233 (60,5)	92/233 (39,5)	306/420 (72,8)
Tuân thủ chung	22/187 (11,8)	165/187 (88,2)	62/233 (26,6)	171/233 (73,4)	84/420 (20,0)

**Biểu đồ 1. Tỷ lệ tuân thủ chung các yếu tố của dân số nghiên cứu**

Để so sánh việc tuân thủ và không tuân thủ phác đồ điều trị ảnh hưởng lên biến chứng sau mổ và chi phí điều trị, chúng tôi phân tích số liệu như trong bảng dưới đây

Bảng 3. Biến chứng sau mổ với sự tuân thủ các yếu tố khảo sát

Yếu tố tuân thủ	Biến chứng sau mổ		Kiểm định chi bình phương/ Fisher's Exact	P
	Có	Không		
	n = 18	n = 402		
Thời gian chờ mổ				
Không tuân thủ	0 (0%)	11 (100%)	0,506	1,000
Tuân thủ	18 (4.4%)	391 (95.6%)		

Thời điểm sử dụng KS dự phòng				
Không tuân thủ	7 (3,3%)	207 (96,7%)	1,095	0,295
Tuân thủ	11 (5,3%)	165 (94,6%)		
KS sử dụng trước mổ				
Không tuân thủ	8 (3,1%)	249 (96,6%)	2,221	0,136
Tuân thủ	10 (6,1%)	153 (93,6%)		
KS sử dụng sau mổ				
Không tuân thủ	0 (0%)	22 (100%)	1,040	0,613
Tuân thủ	18 (4,5%)	380 (95,5%)		
Thời gian sử dụng KS sau mổ				
Không tuân thủ	13 (11,4%)	101 (88,6%)	19,325	0,000
Tuân thủ	5 (1,6%)	301 (98,4%)		
Tuân thủ chung				
Không tuân thủ	15 (4,5%)	321 (95,5%)	0,131	1,000
Tuân thủ	3 (3,6%)	81 (96,4%)		

Kết quả nghiên cứu có 18 TH (chiếm 4,3%) có biến chứng sau mổ liên quan đến nhiễm trùng bao gồm 8 TH nhiễm trùng ổ bụng có liên quan liệt ruột sau mổ, 6 TH nhiễm trùng vết mổ, 4 TH áp xe tồn lưu. Tỷ lệ biến chứng sau mổ của mẫu nghiên cứu là 4,3%.

Chúng tôi nhận thấy các tiêu chí như thời gian chờ mổ, thời điểm sử dụng KS dự

phòng, KS sử dụng trước mổ và KS sử dụng sau mổ không liên quan về mặt thống kê đến tỷ lệ các biến chứng sau mổ ($P>0,05$). Kết quả được trình bày tại bảng 3.5. Tỷ lệ biến chứng sau mổ ở nhóm không tuân thủ chung là 4,9% cao hơn nhóm tuân thủ chung là 1,4% nhưng không khác biệt về mặt thống kê.

Bảng 4. So sánh chi phí điều trị trong các nhóm tuân thủ phác đồ

Yếu tố tuân thủ	Chi phí điều trị trung bình (x 1000 đồng)	Kiểm định T	P
Thời gian chờ mổ			
Tuân thủ	4.821 ± 1.455	0,014	0,213
Không tuân thủ	5.112 ± 693		
Thời điểm sử dụng KS dự phòng			
Tuân thủ	5.250 ± 1.540	0,000	0,000
Không tuân thủ	4.423 ± 1.209		
KS sử dụng trước mổ			
Tuân thủ	5.305 ± 1.621	0,000	0,000
Không tuân thủ	4.527 ± 1.223		
KS sử dụng sau mổ			
Tuân thủ	4.857 ± 1.463	0,004	0,005
Không tuân thủ	4.310 ± 785		

Thời gian sử dụng kháng sinh sau mổ			
Tuân thủ	4.381 ± 1.157	0,050	0,000
Không tuân thủ	6.030 ± 1.443		
Tuân thủ chung			
Tuân thủ	4.915 ± 1.531	0,045	0,558
Không tuân thủ	4.807 ± 1.418		

Kết quả nghiên cứu ghi nhận, chi phí điều trị trung bình giữa 2 nhóm tuân thủ và không tuân thủ các tiêu chí thời điểm sử dụng KS dự phòng, KS sử dụng trước mổ, thời gian sử dụng KS sau mổ có sự khác biệt về mặt thống kê ($P < 0,05$). Nhóm tuân thủ KS sử dụng sau mổ có chi phí điều trị trung bình cao hơn nhóm không tuân thủ không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$). Nhóm tuân thủ thời gian chờ mổ có chi phí điều trị trung bình thấp hơn nhóm không tuân thủ không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$). Nhóm tuân thủ chung có chi phí điều trị trung bình thấp hơn nhóm không tuân thủ không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, không có TH nào bị trì hoãn phẫu thuật trên 24 giờ, 97,3% TH có thời gian chờ mổ tuân thủ theo khuyến cáo của tiêu chí. Nghiên cứu của Krisllyn⁵ trên trẻ VRT chưa biến chứng ghi nhận thời gian chờ mổ ở nhóm tuân thủ thời điểm sử dụng KS dự phòng là 5,92 giờ, nhóm không tuân thủ là 6,5 giờ ($P < 0,05$), ở nhóm tuân thủ KS trước mổ là 6,13 giờ và nhóm không tuân thủ là 5,08 giờ ($P > 0,05$). Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của tác giả Krisllyn⁵.

Tỉ lệ tuân thủ chung về thời điểm sử dụng KS dự phòng trong nghiên cứu của chúng tôi là 48,6%. Theo Krisllyn⁵ tỉ lệ tuân thủ thời điểm sử dụng KS ≤ 60 phút trước rạch da là 91%. Năm 2021, Ferguson⁴ cho thấy tỉ lệ tuân thủ KS dự phòng là 97%. Hai

nghiên cứu này đều quy định dự phòng phẫu thuật bằng cefoxitin trước rạch da 60 phút. Theo khảo sát của chúng tôi, 100% bác sĩ thống nhất thời điểm sử dụng KS dự phòng từ 30 đến 60 phút trước rạch da. Tuy nhiên, 90,3% các BS cũng cho rằng thời điểm này bị ảnh hưởng bởi nhân viên thực hiện y lệnh (điều dưỡng khoa lâm sàng, nhân viên phòng mổ). Một số bác sĩ có khuynh hướng áp dụng các Hướng dẫn KS dự phòng trong phẫu thuật khác cho phép sử dụng cephalosporin thế hệ thứ ba làm KS dự phòng phẫu thuật và không cần lặp lại liều vì tính thuận tiện của nó.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ tuân thủ sử dụng KS trước mổ là 38,8%. Trong đó, tỉ lệ tuân thủ ở nhóm VRT chưa biến chứng là 21,5% và ở nhóm VRT có biến chứng là 76,5%. Theo Ferguson⁴, các TH không tuân thủ KS sử dụng trước mổ gồm không sử dụng KS điều trị trước mổ 30,8% (có sự khác biệt về mặt thống kê giữa hai nhóm VRT chưa biến chứng và VRT có biến chứng, $P < 0,05$). KS điều trị trước mổ không phù hợp Hướng dẫn 10,8% (có sự khác biệt về mặt thống kê giữa hai nhóm VRT chưa biến chứng và VRT có biến chứng, $P < 0,05$). Không có KS dự phòng phẫu thuật 1%. KS dự phòng phẫu thuật không phù hợp Hướng dẫn điều trị 1,5%.

Sau mổ, KS có được tiếp tục sử dụng hay không tùy thuộc vào phân loại ruột thừa viêm, chủ yếu dựa vào quan sát thực thể khi phẫu thuật. Tỉ lệ chỉ định KS điều trị sau mổ phù hợp Hướng dẫn điều trị trong nghiên cứu

của chúng tôi ở nhóm VRT chưa biến chứng là 88,2% và của nhóm VRT có biến chứng là 100%, tỉ lệ tuân thủ chung là 94,8%. Những TH không tuân thủ là BN VRT chưa biến chứng được chỉ định tiếp tục sử dụng KS sau mổ. Nghiên cứu của Surlemont⁷ năm 2020 cho thấy tỉ lệ tuân thủ về KS điều trị sau mổ là 27,4%, trong đó có 43,6% TH sử dụng KS phối hợp không cần thiết. Hướng dẫn điều trị của bệnh viện này cho phép sử dụng KS sau mổ đối với TH VRT chưa biến chứng lên đến 48 giờ.

Theo kết quả khảo sát ý kiến của BS về thời gian sử dụng KS sau mổ: từ 3 đến 7 ngày chiếm 51,4%, từ 7 đến 14 ngày chiếm 13,5% và tùy thuộc diễn tiến lâm sàng chiếm 35,1%. Những yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sử dụng KS sau mổ gồm: chẩn đoán sau mổ, xét nghiệm huyết đồ, CRP sau mổ, lâm sàng sau mổ, kết quả siêu âm sau mổ, thời gian cho ăn lại đường miệng hoàn toàn. Nghiên cứu của Surlemont⁶ cho thấy có 65% TH trong nghiên cứu không tuân thủ về thời gian điều trị KS, kéo dài 2,9 ngày so với Hướng dẫn khuyến cáo (5 ngày) và là nội dung chính của việc không tuân thủ. Nghiên cứu của Zachary Willis⁸ cho thấy thời gian điều trị KS sau mổ là 4,6 ngày ở nhóm tuân thủ và 5,1 ngày ở nhóm không tuân thủ ($P<0,05$). Thời gian sử dụng KS sau mổ kéo dài làm cho thời gian nằm viện kéo dài, tăng chi phí điều trị và có thể liên quan đến tăng nguy cơ đề kháng KS.

Có 74,3% những TH sử dụng KS dự phòng không đúng thời điểm là những TH được chỉ định KS hơn mức cần thiết (kháng sinh phổ rộng, có tác dụng kéo dài) cho BN VRT chưa biến chứng, còn những TH tuân thủ là những TH sử dụng KS phổ hẹp. Khi xem xét nhóm 288 TH VRT không biến chứng, tỉ lệ biến chứng sau mổ ở nhóm tuân

thủ thời điểm sử dụng KS dự phòng thấp hơn nhóm không tuân thủ (0% so với 3,3%) nhưng không có ý nghĩa thống kê. Theo Krisllyn⁵, thời điểm sử dụng kháng sinh dự phòng là yếu tố duy nhất có liên quan đến tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ một cách ý nghĩa ($P<0,05$).

Tỉ lệ biến chứng sau mổ ở nhóm không tuân thủ chung cao hơn nhóm tuân thủ chung (4,5% so với 3,6%) nhưng không có ý nghĩa thống kê. Nói cách khác, không có liên quan giữa tuân thủ điều trị và tỉ lệ biến chứng sau mổ.

Chi phí điều trị trung bình của nhóm tuân thủ thời gian chờ mổ thấp hơn nhóm không tuân thủ có ý nghĩa thống kê ($P<0,05$), do phải trả thêm chi phí cho ngày giường điều trị, chi phí thuốc (đặc biệt là kháng sinh), chi phí xét nghiệm... Trong nhóm VRT chưa biến chứng, chi phí điều trị trung bình của nhóm tuân thủ thời điểm sử dụng KS, loại KS dự phòng trước mổ, thời gian và việc sử dụng KS sau mổ thấp hơn nhóm không tuân thủ có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Như vậy, chi phí điều trị trung bình của nhóm tuân thủ ở những TH VRT có biến chứng và toàn bộ mẫu nghiên cứu so với nhóm không tuân thủ khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Ngược lại, chi phí điều trị trung bình của nhóm VRT chưa biến chứng tuân thủ Hướng dẫn điều trị thấp hơn nhóm không tuân thủ có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Thời gian chờ mổ, KS sử dụng sau mổ, thời gian sử dụng KS sau mổ là những tiêu chí có tỉ lệ tuân thủ cao (trên 85%). Tỉ lệ tuân thủ toàn bộ năm tiêu chí là 20%. Tỉ lệ tuân thủ của nhóm VRT chưa biến chứng là 11,8%, của nhóm VRT có biến chứng là 26,6%.

Mặc dù tỉ lệ tuân thủ chung còn thấp, nhưng không có mối liên quan ý nghĩa giữa tuân thủ và biến chứng sau mổ. Nói cách khác, việc không tuân thủ có thể do những chỉ định điều trị dưới mức hoặc trên mức nhưng không quá xa rời mức khuyến cáo. Chi phí điều trị trung bình của nhóm VRT chưa biến chứng tuân thủ Hướng dẫn điều trị thấp hơn nhóm không tuân thủ có ý nghĩa thống kê. Do đó, cần có giải pháp nâng cao tỉ lệ tuân thủ Hướng dẫn điều trị cho nhóm BN VRT chưa biến chứng nói riêng và VRT nói chung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hamill JK, Hill AG.** A history of the treatment of appendicitis in children: lessons learned. *ANZ journal of surgery.* Oct 2016;86(10):762-767. doi:10.1111/ans.13627
2. **Holcomb GW, Murphy JP, St Peter SD.** Holcomb and Ashcraft's pediatric surgery. Elsevier Health Sciences; 2019.
3. **Di Saverio S, Podda M, De Simone B, et al.** Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World Journal of Emergency Surgery.* 2020/04/15 2020; 15(1):27. doi:10.1186/s13017-020-00306-3
4. **Ferguson DM, Ferrante AB, Orr HA, et al.** Clinical Practice Guideline Nonadherence and Patient Outcomes in Pediatric Appendicitis. *Journal of Surgical Research.* 2021/01/01/ 2021; 257: 135-141. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.07.042>
5. **Krisllyn Mueck M, Putnam LR, Anderson KT, Lally KP, Tsao K, Kao LS.** Does compliance with antibiotic prophylaxis in pediatric simple appendicitis matter? *The Journal of surgical research.* Aug 2017;216:1-8. doi:10.1016/j.jss.2017.04.002
6. **Surlemont J, Lecuelle D, Courbier G, Haraux E, Delforge X.** Antibiotic therapy in pediatric acute appendicitis: Compliance with local protocol to reduce antibiotic overuse. *Archives de pediatrie: organe officiel de la Societe francaise de pediatrie.* Jul 2020;27(5): 261-264. doi: 10.1016/j.arcped.2020.04.001
7. **Vettoretto N, Mandalà V.** Single port laparoscopic appendectomy: are we pursuing real advantages? *World journal of emergency surgery: WJES.* Aug 10 2011;6:25. doi: 10.1186/1749-7922-6-25
8. **Willis ZI, Duggan EM, Bucher BT, et al.** Effect of a Clinical Practice Guideline for Pediatric Complicated Appendicitis. *JAMA Surg.* May 18 2016;151(5):e160194. doi: 10.1001/jamasurg.2016.0194

GÁNH NẶNG BỆNH TẬT Ở TRẺ EM NHẬP VIỆN BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2: PHÂN TÍCH DỮ LIỆU TỪ HỆ THỐNG THÔNG TIN BỆNH VIỆN

Nguyễn Thành Đạt¹, Phạm Bảo Châu¹, Trần Thị Xuân Uyên¹,
Đoàn Thị Mỹ Linh¹, Nguyễn Lương Huyền Trân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định gánh nặng bệnh tật và tử vong ở trẻ em nhập viện Bệnh viện Nhi đồng 2 trong 5 năm từ 1/1/2018 đến 31/12/2022.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang 471.345 hồ sơ lưu trữ của bệnh nhi nhập viện tại bệnh viện Nhi đồng 2 trong 5 năm từ 1/1/2018 – 31/12/2022. Dựa trên số liệu bệnh tật và tử vong, chúng tôi tính DALY của trẻ em nhập viện bệnh viện Nhi đồng 2.

Kết quả: Tổng gánh nặng bệnh tật và tử vong sớm (DALY) của trẻ em nhập viện tại bệnh viện Nhi đồng 2 từ 1/1/2018 – 31/12/2022 là 2.508.499 DALY. Trong đó, nhóm bệnh truyền nhiễm, các vấn đề sức khỏe bà mẹ, bệnh lý thời kỳ chu sinh và rối loạn dinh dưỡng chiếm 90.613 DALY (3,6%), nhóm bệnh không truyền nhiễm chiếm 2.415.054 DALY (96,3%), còn lại nhóm chấn thương, ngộ độc và tai nạn thương tích chiếm 2.833 DALY (0,1%).

Kết luận: Tổng gánh nặng bệnh tật của trẻ em nhập viện tại bệnh viện Nhi đồng 2 từ 1/1/2018 – 31/12/2022 là 2.508.499 DALY, trong đó nhóm bệnh không truyền nhiễm chiếm 96,3% tổng gánh nặng.

Từ khoá: Gánh nặng bệnh tật.

SUMMARY

THE BURDEN OF DISEASE IN CHILDREN HOSPITALIZED CHILDREN'S HOSPITAL 2: ANALYSIS OF DATA FROM HOSPITAL INFORMATION SYSTEMS

Object: Determine the burden of morbidity and mortality among children admitted to Children's Hospital 2 for 5 years from January 1, 2018 to December 31, 2022.

Methods: The cross-section study describes 471,345 records of pediatric patients hospitalized at Children's Hospital 2 for 5 years from January 1, 2018 – December 31, 2022. Based on morbidity and mortality data, we calculate DALY of children admitted to Children's Hospital 2

Result: The total burden of disability and premature death (DALY) of children hospitalized at Children's Hospital 2 from January 1, 2018 – December 31, 2022 was 2,508,499 DALY. In which, the group of infectious diseases, maternal health problems, perinatal diseases and nutritional disorders was 90,613 DALY (3.6%), the non- infectious disease group was 2,415,054 DALY (96.3%), the residual group including traumas, poisonings and injuries was 2,833 DALY (0.1%).

Conclusion: The total disease burden of children hospitalized at Children's Hospital 2 from January 1, 2018 – December 31, 2022 was 2,508,499 DALYs. In which, the non- infectious disease group accounted for the majority, up to 96.3%

Keyword: burden of disease

¹Bệnh viện Nhi đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Đạt

ĐT: 0903950043

Email: bsthanhdatt74@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gánh nặng bệnh tật là khoảng cách giữa tình hình sức khỏe hiện tại của quần thể và tình trạng lý tưởng mà mọi người sống đến già, không bị giảm chức năng và một DALY (Disability-Adjusted Life Year) là một năm sống “khỏe mạnh” bị mất⁴.

DALY là thước đo cơ bản về tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ khuyết tật và tỷ lệ tử vong đặc biệt theo tuổi, giới tính, nguyên nhân gây bệnh và khu vực – giống như chỉ số khác về tình trạng sức khỏe, chẳng hạn như tuổi thọ hoặc tỷ lệ tử vong được tiêu chuẩn hóa theo tuổi (cả hai đều chỉ liên quan đến tỷ lệ tử vong)⁵.

Báo cáo gánh nặng bệnh tật toàn cầu (GBD: Global Burden of Disease) đầu tiên đã định lượng các ảnh hưởng sức khỏe của hơn 100 bệnh tật và chấn thương ở 8 khu vực trên thế giới vào năm 1990⁶. Báo cáo gánh nặng bệnh tật của Việt Nam năm 2008 cho thấy bệnh không truyền nhiễm gây ra, chiếm tới 70% tổng gánh nặng bệnh tật; chấn thương chiếm 16% tổng gánh nặng bệnh tật Việt Nam, còn lại là gánh nặng do các bệnh truyền nhiễm, vấn đề sức khỏe bà mẹ và các bệnh lý thời kỳ chu sinh¹. Báo cáo gánh nặng bệnh tật toàn cầu 2019 cho thấy 06 bệnh truyền nhiễm trong số 10 nguyên nhân có DALY cao hàng đầu ở trẻ em dưới 10 tuổi năm 2019: nhiễm trùng đường hô hấp dưới (xếp thứ hai), tiêu chảy (thứ ba), sốt rét (thứ năm), viêm màng não (thứ sáu), ho gà (thứ chín) và bệnh lây truyền qua đường tình dục (trong đó, ở nhóm tuổi này chủ yếu là do giang mai bẩm sinh)⁷.

Hiện nay chỉ có một số nghiên cứu đánh giá gánh nặng bệnh tật trên một vài bệnh cụ thể tại Việt Nam như nghiên cứu gánh nặng bệnh tật ở tỉnh Đắk Lắk năm 2015², chưa có một nghiên cứu nào đi sâu đánh giá gánh

nặng bệnh tật bằng phương pháp năm sống hiệu chỉnh theo khuyết tật (DALY) ở trẻ em tại các bệnh viện. Nhằm mục đích trả lời câu hỏi: “Số năm sống mất đi do bệnh tật và tử vong ở trẻ em nhập viện điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng 2 là bao nhiêu?”; chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Gánh nặng bệnh tật ở trẻ em nhập viện Bệnh viện Nhi đồng 2: phân tích dữ liệu từ hệ thống thông tin bệnh viện”, với các mục tiêu xác định gánh nặng bệnh tật và tử vong ở trẻ em nhập viện Bệnh viện Nhi đồng 2 trong 5 năm từ 1/1/2018 đến 31/12/2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang 471.345 hồ sơ lưu trữ của bệnh nhi nhập viện tại bệnh viện Nhi đồng 2 trong 5 năm từ 1/1/2018 – 31/12/2022. Dựa trên số liệu bệnh tật và tử vong, chúng tôi tính DALY của trẻ em nhập viện bệnh viện Nhi đồng 2

Xử lý và phân tích số liệu: dữ liệu từ hệ thống thông tin bệnh viện được xuất vào phần mềm Excel. Dữ liệu tại phần mềm Excel được mã hóa chẩn đoán theo ICD-10, làm sạch dữ liệu, sắp xếp chẩn đoán nguyên nhân bệnh đã được mã hoá ICD-10 theo phân loại gánh nặng bệnh tật trong GHE 2019 của Tổ chức Y tế Thế giới gồm: 3 nhóm bệnh, 23 phân nhóm bệnh và nguyên nhân bệnh tật. Dữ liệu sau khi được phân loại theo gánh nặng bệnh tật từ phần mềm Excel sẽ được chuyển vào phần mềm Stata 17.0 để tạo biến số, thống kê biến số. Các biến số được thống kê sẽ được nhập vào phần mềm Excel để phân tích số liệu bệnh tật và tử vong, từ đó tính DALY.

Tiêu chí chọn vào: tất cả hồ sơ bệnh án thỏa các tiêu chuẩn sau: hồ sơ bệnh án có đầy đủ dữ liệu thông tin trên hệ thống quản lý

thông tin của bệnh viện bao gồm tuổi, giới tính, ngày nhập viện, ngày xuất viện, chẩn đoán, mã chẩn đoán theo ICD-10, kết quả điều trị, tình trạng xuất viện.

Tiêu chí loại trừ: Hồ sơ bệnh án không

đủ các dữ liệu và có mã ICD-10 không phù với bảng phân loại bệnh tật theo phương pháp nghiên cứu Ước tính sức khoẻ toàn cầu năm 2019 (GHE 2019) thì sẽ bị loại khỏi nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhi trong mẫu nghiên cứu (N=471.345)

	Chung (N=471.345)		Chẩn đoán chính (N=471.345)		Chẩn đoán phụ (N=195.169)	
	N	%	N	%	N	%
Giới tính						
Nam	282.306	59,9	282.306	59,9	115.947	59,4
Nữ	189.039	40,1	189.039	40,1	79.222	40,6
Tuổi						
< 1 tuổi	129.369	27,4	129.369	27,4	63.242	32,4
1-4 tuổi	211.150	44,8	211.150	44,8	86.299	44,2
5-9 tuổi	85.381	18,1	85.381	18,1	28.618	14,6
10-<16 tuổi	45.445	9,6	45.445	9,6	17.010	8,7

Bảng 2: Đặc điểm dân số nghiên cứu (N = 471.345)

Đặc điểm dân số nghiên cứu	Tần số	%
Nhóm tuổi		
< 1 tuổi	129.369	27,5
1 – 4 tuổi	211.150	44,8
5 – 9 tuổi	85.381	18,1
10 – <16 tuổi	45.445	9,6
Giới tính		
Nam	282.306	59,9
Nữ	189.039	40,1
Nơi cư ngụ		
Tỉnh	319.832	67,9
Tp.HCM	151.513	32,1
Chẩn đoán phụ		
Chẩn đoán chính	471.345	100
Chẩn đoán phụ	195.169	41,4
Tình trạng xuất viện		
Tử vong	1.825	0,39
Không tử vong	469.520	99,61

Số năm sống điều chỉnh theo khuyết tật (DALY)**Bảng 3: Phân bố DALY của ba nhóm bệnh**

Danh số Nhân số Dân số Nhân số Dân số

	Nhóm I		Nhóm II		Nhóm III		Tổng
	N	%	N	%	N	%	
Nhóm tuổi							
< 1 tuổi	59.219	9,3	579.534	90,6	382	0,1	639.135
1-4 tuổi	15.900	1,4	1.102.255	98,5	1.066	0,1	1.119.221
5-9 tuổi	7.476	1,6	454.835	98,3	533	0,1	462.843
10-<16 tuổi	8.019	2,8	278.430	96,9	852	0,3	287.300
Giới tính							
Nam	50.113	3,7	1.308.435	96,2	1.451	0,1	1.359.999
Nữ	40.500	3,5	1.106.618	96,3	1.382	0,2	1.148.500
Nơi cư ngụ							
Tỉnh	74.245	4	1.797.694	95,9	2.231	0,1	1.874.171
Tp.HCM	16.368	2,6	617.359	97,3	602	0,1	634.328
Tổng	90.613	3,6	2.415.054	96,3	2.833	0,1	2.508.499

Nhóm I: Bệnh truyền nhiễm, các vấn đề sức khỏe bà mẹ, bệnh lý thời kỳ chu sinh và rối loạn dinh dưỡng.

Nhóm II: Bệnh không truyền nhiễm.

Nhóm III: Chấn thương, ngộ độc và tai nạn thương tích.

Bảng 4: Mười phân nhóm bệnh có DALY cao nhất

Phân nhóm bệnh	Chung (N=2.508.499)		Nam (N=1.359.999)		Nữ (N=1.148.500)	
	N	%	N	%	N	%
Bệnh lý thần kinh	696.212	27,7	384.666	28,3	311.546	27,1
U ác tính	498.607	19,9	267.320	19,7	231.287	20,1
Bệnh lý tiêu hoá	362.649	14,5	212.424	15,6	150.225	13,1
Dị tật bẩm sinh	269.789	10,8	153.212	11,3	116.576	10,2
U tân sinh khác	184.598	7,4	78.420	5,8	106.178	9,2
Bệnh lý hô hấp	93.638	3,7	56.592	4,2	37.046	3,2
Bệnh lý tim mạch	89.864	3,6	48.699	3,6	41.165	3,6
Bệnh cơ xương khớp	89.200	3,6	37.287	2,7	51.913	4,5
Bệnh truyền nhiễm và KST	54.914	2,2	30.644	2,3	24.270	2,1
RL sử dụng chất kích thích và RLTT	43.804	1,7	23.665	1,7	20.138	1,7

RL: rối loạn; RLTT: rối loạn tâm thần; KST: ký sinh trùng

Bảng 5: Mười phân nhóm bệnh có DALY cao nhất theo nhóm tuổi

Phân nhóm bệnh	<1 tuổi (N=639.135)		1-4 tuổi (N=1.119.221)		5-9 tuổi (N=462.843)		10-<16 tuổi (N=287.300)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
BLTK	134.360	21,0	414.850	37,1	104.419	22,6	42.584	14,8
U ác tính	27.506	4,3	226.326	20,2	158.967	34,3	85.808	29,9
BLTH	167.063	26,1	165.903	14,8	19.830	4,3	9.854	3,4
DTBS	138.851	21,7	95.029	8,5	26.800	5,8	9.109	3,2
U tân sinh khác	36.295	5,7	60.418	5,4	54.001	11,7	33.884	11,8
BL hô hấp	16.561	2,6	59.198	5,3	13.463	2,9	4.415	1,5
BLTM	27.116	4,2	21.731	1,9	21.704	4,7	19.312	6,7
Bệnh CXK	9.115	1,4	20.547	1,8	19.982	4,3	39.554	13,8
Bệnh truyền nhiễm và KST	26.783	4,2	14.273	1,3	6.552	1,4	7.307	2,5
RL sử dụng CKT và RLTT	8.485	1,3	18.588	1,7	9.694	2,1	7.037	2,4
BLTK: bệnh lý thần kinh; BLTH: bệnh lý tiêu hoá; DTBS: dị tật bẩm sinh; BLTM: bệnh lý tim mạch; CXK: cơ xương khớp; CKT: chất kích thích; RLTT: rối loạn tâm thần								

Bảng 6: Mười nguyên nhân bệnh có DALY cao nhất

Nguyên nhân	Chung (N=2.508.499)		Nam (N=1.359.999)		Nữ (N=1.148.500)	
	N	%	N	%	N	%
Co giật, không phân loại nơi khác (R56)	233.901	9,3	137.531	10,1	96.370	8,4
Bệnh bạch cầu dạng lympho (C91)	209.928	8,4	118.915	8,7	91.013	7,9
Động kinh (G40)	176.609	7,0	97.138	7,1	79.471	6,9
Bệnh Thalassemia (D56)	88.615	3,5	47.147	3,5	41.468	3,6
U mạch máu và u bạch huyết (D18)	44.852	1,8	20.246	1,5	24.606	2,1
Ban xuất huyết và tình trạng xuất huyết khác (D69)	36.809	1,5	20.928	1,5	15.881	1,4
Suy thận mạn tính (N18)	34.038	1,4	16.291	1,2	17.747	1,5
Các dị tật bẩm sinh của vách tim (Q21)	32.530	1,3	16.970	1,2	15.560	1,4
U ác của thận ngoài bể thận (C64)	29.871	1,2	17.046	1,2	12.825	1,1
Bệnh bạch cầu tủy (C92)	19.715	0,8	11.272	0,8	8.443	0,7

IV. BÀN LUẬN**Đặc tính dân số nghiên cứu**

Trong tổng số 471.345 hồ sơ được đưa vào nghiên cứu có 195.169 (41,4%) hồ sơ có chẩn đoán phụ, 20.257 hồ sơ sốt xuất huyết được chuyển mã ICD-10 từ A90-A91 theo phân loại của ICD-10 Quốc tế thành A97 (phân loại ICD-10 của Bộ Y tế Việt Nam).

Bảng 3.1 cho thấy trong số 195.169 hồ sơ có chẩn đoán phụ, nam chiếm 59,4% và lứa tuổi 1-4 tuổi chiếm tỷ cao nhất 44,2%. Nhóm tuổi có tỷ lệ chẩn đoán phụ thấp nhất là 10-<16 tuổi (8,7%). Bảng 1 cũng cho thấy tỷ lệ phân bố theo giới tính và các nhóm tuổi của chẩn đoán chính và chẩn đoán phụ khá tương đồng nhau.

Bảng 2 cho thấy, các đối tượng nghiên cứu từ 1-4 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (44,8%), kế đến là nhóm < 1 tuổi (27,5%), nhóm 5-9 tuổi (18,1%), và thấp nhất là nhóm 10-<16 tuổi (8,9%). Kết quả này khá phù hợp với cơ cấu tuổi dân số theo kết quả chủ yếu điều tra biến động dân số và kế hoạch hoá gia đình thời điểm 1/4/2021 của Tổng cục Thống kê Việt Nam ³. Ngoài ra, nam có tỷ lệ cao hơn nữ (59,9% so với 40,1% của nữ), đối tượng cư ngụ tại Tp.HCM chiếm 32,1%. Kết quả này cũng tương đối phù hợp với cơ cấu tuổi giới tính của Tổng cục Thống kê Việt Nam ³.

Số năm sống điều chỉnh theo khuyết tật (DALY)

Bảng 3 cho thấy tổng gánh nặng bệnh tật và tử vong (DALY) của trẻ em nhập viện Bệnh viện Nhi đồng 2 trong 5 năm từ 1/1/2018 đến 31/12/2022 là 2.508.499 DALY, với N=471.345 hồ sơ nhập viện thì ước tính tổng DALY cho 100.000 lượt hồ sơ của trẻ bị bệnh nhập viện là 532.200 DALY/100.000 lượt nhập viện.

Bảng 3.3 cho thấy gánh nặng bệnh tật gây ra do các bệnh không truyền nhiễm (nhóm II) chiếm 96,3% tổng gánh nặng. Tỷ lệ gánh nặng bệnh tật còn lại của các bệnh truyền nhiễm, các vấn đề sức khoẻ bà mẹ trẻ em, dinh dưỡng và bệnh lý chu sinh (nhóm I) là 3,6%, còn gánh nặng do chấn thương (nhóm III) chỉ chiếm 0,1%. Về sự phân bố nhóm bệnh, nghiên cứu của chúng tôi tương đối phù hợp với các nghiên cứu khác. Tuy nhiên, tỷ lệ % của nhóm bệnh II trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nhiều nghiên cứu khác. So với báo cáo nghiên cứu gánh nặng bệnh tật ở tỉnh Đắk Lắk năm 2015 của tác giả Châu Dương ², nghiên cứu của tác giả Châu Dương cũng ghi nhận bệnh không truyền nhiễm (nhóm II) chiếm ưu thế là 60% trên tổng gánh nặng bệnh tật, còn lại

là bệnh truyền nhiễm (nhóm I) 9,5% và bệnh lý do chấn thương (nhóm III) chiếm 30,5%. Ở đây có sự không tương đồng về tỷ lệ phân bố các nhóm bệnh, nghiên cứu của chúng tôi có nhóm bệnh II chiếm tới 96,3% tổng gánh nặng, còn nghiên cứu của tác giả Châu Dương nhóm bệnh II chỉ chiếm 60%.

So với nghiên cứu gánh nặng bệnh tật và chấn thương ở Việt Nam 2008 của tác giả Nguyễn Thị Trang Nhung. Kết quả của tác giả Nguyễn Thị Trang Nhung cho thấy, tổng gánh nặng bệnh tật và tử vong của nhóm bệnh không truyền nhiễm (nhóm bệnh II) là 71%, chiếm ưu thế so với nhóm bệnh I và nhóm bệnh III ¹. Kết quả này tương đối phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi, tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ phân bố của nhóm bệnh II cao hơn nhiều so với của tác giả Nguyễn Thị Trang Nhung (96,3% so với 71%). Điều này do hai nguyên nhân, thứ nhất: là phương pháp thu thập số liệu, tác giả Nguyễn Thị Trang Nhung thu thập số liệu tử vong trong các sổ sách báo cáo ở các cơ sở y tế địa phương, còn số liệu bệnh tật thì dùng phương pháp ngoại suy từ các báo cáo gánh nặng bệnh tật tại Thái Lan nên số liệu có thể không đầy đủ và đại diện cho mô hình bệnh tật tại Việt Nam, nhất là các bệnh mạn tính và thương tật, có thể làm giảm tổng gánh nặng bệnh và tử vong nhất là gánh nặng do các bệnh mạn tính gây ra (phần nhiều được xếp vào nhóm bệnh II), trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi thu thập dữ bệnh tật và tử vong từ hệ thống quản lý thông tin của bệnh viện, do đó số liệu thu thập được sẽ thể hiện được chính xác gánh nặng bệnh tật và tử vong ở trẻ em nhập viện; thứ hai: là phương pháp nghiên cứu, cả hai nghiên cứu đều tiếp cận theo quan điểm số mới mắc nên cả hai nghiên cứu đều thể hiện được gánh nặng do các bệnh mạn tính và thương tật gây ra. Tuy

nhiên, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Trang Nhung có sử dụng chiết khấu và không sử dụng trọng số tuổi. Trong khi nghiên cứu của chúng tôi không sử dụng chiết khấu, không sử dụng trọng số tuổi, và không điều chỉnh đồng bệnh tật trong tính YLD nên kết quả YLD trong nghiên cứu của chúng tôi có thể cao hơn đặc biệt là nhóm bệnh mạn tính và thương tật. Vì vậy tỷ lệ nhóm bệnh II trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của tác giả Nguyễn Thị Trang Nhung.

Theo báo cáo gánh nặng bệnh tật cho 313 bệnh và chấn thương tại Hàn Quốc năm 2012 của tác giả Jihuyn Yoon. Kết quả cho thấy, nhóm bệnh không nhiễm trùng (nhóm II) chiếm 85,21% tổng DALY; nhóm bệnh truyền nhiễm, rối loạn sinh sản, sơ sinh và dinh dưỡng (nhóm I) chiếm 7,02%, nhóm chấn thương (nhóm III) chiếm 7,77%⁸. Điều này khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, có thể do có sự tương đồng trong phương pháp nghiên cứu như sử dụng số mới mắc, không chiết khấu thời gian và trọng số tuổi, không xử lý đồng bệnh tật. Tuy nhiên, tỷ lệ của nhóm II trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn cao hơn so với nghiên cứu của Jihuyn Yoon (96,3% so với 85,21%), có thể là do sự khác biệt về số liệu bệnh tật.

Về phân bố theo các phân nhóm bệnh, bảng 3.4 cho thấy 8/10 phân nhóm bệnh có tỷ lệ DALY cao nhất là phân nhóm bao gồm các bệnh như bệnh lý thần kinh (27,1%), u ác tính (20,1%), bệnh lý tiêu hoá (13,1%), dị tật bẩm sinh (10,2%), u tân sinh khác (7,4%), bệnh lý hô hấp (3,7%), bệnh lý tim mạch (3,6%), bệnh truyền nhiễm và ký sinh trùng xếp hạng thứ 9, kết quả này cho thấy gánh nặng gây ra do các bệnh mạn tính là rất lớn. So với báo cáo của tác giả Châu Dương về gánh nặng bệnh tật tại tỉnh Đắk Lắk, phân nhóm bệnh chấn thương không chủ ý chiếm

tỷ lệ cao nhất (21,7%), kế đến là nhóm bệnh tim mạch, u ác tính và nhóm bệnh tâm thần. Điều này cho thấy gánh nặng gây ra do bệnh mạn tính trong nghiên cứu của tác giả Châu Dương thấp hơn gánh nặng gây ra do chấn thương, có thể là do phương pháp tiếp cận theo số hiện mắc của tác giả Châu Dương không thể hiện được hết mức độ nghiêm trọng về gánh nặng gây ra do các bệnh mạn tính. Theo báo cáo gánh nặng bệnh tật và chấn thương Việt Nam năm 2008, các nhóm nguyên nhân dẫn đầu bao gồm: nhóm bệnh tâm thần kinh, bệnh tim mạch, chấn thương không chủ định và ung thư¹, phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Báo cáo gánh nặng bệnh tật của 313 bệnh và chấn thương tại Hàn Quốc năm 2012 của tác giả Jihuyn Yoon, kết quả cho thấy phân nhóm bệnh rối loạn nội tiết, huyết học và miễn dịch chiếm tỷ lệ cao nhất (13,83%), kế đến là nhóm bệnh không truyền nhiễm khác (12,48%), bệnh tim mạch (12,04%) đứng hàng thứ ba⁸. Kết quả này tương đối phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

Về nguyên nhân bệnh mã hoá theo ICD-10, bảng 3.5 cho thấy có giạt không phân loại nơi khác (R56), bệnh bạch cầu dạng lympho (C91), động kinh (G40), bệnh Thalassemie (D56) là các bệnh có tỷ lệ DALY cao nhất. Mặt khác, bảng 3.30 còn cho thấy mười bệnh có tỷ lệ DALY cao nhất đều là các bệnh mạn tính. Điều này cho thấy phương pháp tiếp cận theo số mới mắc đã thể hiện được gánh nặng bệnh tật do các bệnh mạn tính gây ra.

Theo báo cáo gánh nặng bệnh tật tại tỉnh Đắk Lắk năm 2015², kết quả cho thấy dẫn đầu là đuối nước (10,8%), kế đến là tai nạn giao thông (10,0%), tự tử (8,1%), tai biến mạch máu não (6,8%), bại não (5,4%), ung thư gan (5,1%), viêm loét dạ dày (3,8%), suy tim (2,8%), ung thư não (2,5%) và sinh non

(2,1%); như vậy, các nguyên nhân dẫn đầu của DALY là các bệnh do chấn thương và bệnh không truyền nhiễm. Kết quả này không phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi, mười nguyên nhân có tỷ lệ DALY cao nhất là các bệnh không nhiễm trùng như co giật không phân loại nơi khác (R56), bệnh bạch cầu dạng lympho (C91), động kinh (G40), bệnh Thalassemie (D56),.... Sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về tiếp cận số hiện mắc và mới mắc như đã phân tích ở trên.

Phân bố DALY theo nhóm tuổi

Bảng 3.4 cho thấy nhóm bệnh II có tỷ lệ DALY cao nhất ở tất cả các nhóm tuổi, trong đó nhóm < 1 tuổi (90,6%), nhóm 1-4 tuổi (98,5%), nhóm 5-9 tuổi (98,3%) và nhóm 10-16 tuổi là 96,9%. Sở dĩ nhóm bệnh II gây DALY nhiều nhất ở tất cả các nhóm tuổi là do các bệnh mạn tính và thương tật được phân loại chủ yếu ở nhóm bệnh II nên gánh nặng do bệnh mạn tính chủ yếu xảy ra ở nhóm bệnh II (bệnh không truyền nhiễm). Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi chọn lựa cách tiếp cận theo quan điểm số mới mắc nên gánh nặng gây ra do bệnh mạn tính và thương tật càng lớn hơn.

Theo báo cáo gánh nặng bệnh tật tại tỉnh Đắk Lắk năm 2015 của tác giả Châu Đương², bệnh nhóm I chủ yếu xảy ra ở trẻ từ 0-4 tuổi; vì nhóm này chủ yếu là những bệnh nhiễm trùng, chu sinh và dinh dưỡng, là những bệnh thường gặp ở em dưới 5 tuổi. Nhóm 0-4 cũng có nguy cơ cao mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp, tiêu chảy; tử vong do nhiễm khuẩn hô hấp cấp, tiêu chảy ở nhóm 0-4 cũng cao so với các nhóm khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh của nhóm I chủ yếu tập trung ở lứa < 1 tuổi và 1-4 tuổi, điều này phù hợp với báo cáo của tác giả Châu Đương; tuy nhiên, tổng số DALY của các bệnh nhóm I vẫn thấp hơn rất nhiều so các bệnh nhóm II ở trẻ < 1

tuổi và 1-4 tuổi. Sở dĩ có sự khác biệt này là do quan điểm tiếp cận theo số mới mắc và số hiện mắc trong cách tính YLD. Cũng theo tác giả Châu Đương, nhóm bệnh II (nhóm bệnh không truyền nhiễm), chiếm tỷ lệ lớn nhất trong tổng DALY, diễn ra ở hầu hết các nhóm tuổi, tuy nhiên xảy ra nhiều ở nhóm 0-4 tuổi, giảm dần đến rất thấp ở nhóm 5-14 tuổi, sau đó tăng cao trở lại (bằng với nhóm 0-4 tuổi) ở nhóm 30-59 tuổi, rồi giảm dần nhưng ở mức cao ở các tuổi từ 60 trở đi; nhóm bệnh III (nhóm chấn thương), chủ yếu xảy ra ở nhóm 15-29 tuổi; điều này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh II có DALY chiếm tỷ lệ lớn nhất trong tổng số DALY.

Về mười phân nhóm bệnh có DALY cao nhất, bảng 3.5 cho thấy ba phân nhóm bệnh có tỷ lệ DALY cao nhất trong từng tuổi là, nhóm < 1 tuổi phân nhóm bệnh có tỷ lệ DALY nhất là bệnh lý hệ tiêu hoá (26,1%), kế đến là dị tật bẩm sinh (21,7%) và bệnh lý thần kinh (21%); nhóm 1-4 tuổi là bệnh lý thần kinh (37,1%), u ác tính (20,2%) và bệnh lý tiêu hoá (14,8%); nhóm 5-9 tuổi là u ác tính (34,3%), bệnh lý thần kinh (22,6%) và u tân sinh khác (11,7%); nhóm 10-16 tuổi là u ác tính (29,9%), bệnh lý thần kinh (14,8%), bệnh cơ xương khớp (13,8%). Điều này cho thấy một số phân nhóm bệnh có DALY cao ở trẻ là bệnh lý thần kinh, u ác tính, bệnh lý đường tiêu hoá, bệnh cơ xương khớp. Đây là các nhóm bệnh mạn tính, gây ra gánh nặng bệnh tật và tử vong nhiều cho trẻ em.

Phân bố DALY theo giới

Cũng theo bảng 3.3, tổng số DALY của nam là 1.359.999 DALY, chiếm 54,2% tổng số DALY, nữ là 1.148.500 DALY, 45,8%; điều này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Châu Đương (57,6% và 42,4%). Điều này cho thấy trẻ em nam dễ mắc bệnh hơn nữ.

Về mười phân nhóm bệnh có tỷ lệ DALY cao nhất, bảng 3.4 cho thấy các phân nhóm bệnh có tỷ lệ DALY cao ở nam giới là bệnh lý thần kinh (27,7%), u ác tính (19,9%), bệnh lý tiêu hoá (14,5%); ở nữ là bệnh lý thần kinh (27,1%), u ác tính (20,1%), bệnh lý tiêu hoá (13,1%). Điều này cho các phân nhóm bệnh có tỷ lệ DALY cao ở nam và nữ là tương đồng nhau.

Về mười bệnh mã hoá theo ICD-10 có tỷ lệ DALY cao nhất, bảng 3.6 cho thấy các nguyên nhân có DALY cao ở nam là co giật, không phân loại nơi khác (R56) 9,3%, bệnh bạch cầu dạng lympho (C91) 8,4%, động kinh (G40) 7,0%; ở nữ là co giật, không phân loại nơi khác (R56) 8,4%, bệnh bạch cầu dạng lympho (C91) 7,9%, động kinh (G40) 6,9%. Điều này cho thấy các nguyên nhân gây DALY cao ở nam và nữ tương đồng nhau.

V. KẾT LUẬN

Qua mô tả cắt ngang 471.345 hồ sơ bệnh án được lưu trữ trên hệ thống quản lý thông tin của bệnh viện tại Bệnh viện Nhi đồng 2 từ ngày 1/1/2018 đến 31/12/2022 cho thấy tổng gánh nặng do khuyết tật và tử vong sớm (DALY) từ 1/1/2018 – 31/12/2022 tại Bệnh viện Nhi đồng 2 là 2.508.499 DALY. Trong đó, nhóm bệnh truyền nhiễm, các vấn đề sức khoẻ bà mẹ, bệnh lý thời kỳ chu sinh và rối loạn dinh dưỡng chiếm 90.613 DALY (3,6%), nhóm bệnh không truyền nhiễm chiếm 2.415.054 DALY (96,3%), còn lại nhóm chấn thương, ngộ độc và tai nạn thương tích chiếm 2.833 DALY (0,1%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Trang Nhung, Trần Khánh Long, Bùi Ngọc Linh, Ngô Đức Anh,

Nguyễn Thanh Hương (2008). Gánh nặng bệnh tật và chấn thương ở Việt Nam năm 2008. Nhà xuất bản Y học - Hà Nội, tr.1-92.

2. **Châu Dương** (2019). Gánh nặng bệnh tật ở tỉnh Đắk Lắk năm 2015. Luận án tiến sĩ Y học. Đại học Y Dược Tp.HCM . 2019.
3. **Kết quả chủ yếu Điều tra biến động dân số và kế hoạch hóa gia đình thời điểm 01/4/2021**. General Statistics Office of Vietnam. Accessed September 8, 2023. <https://www.gso.gov.vn/tin-tuc-thong-ke/2022/12/ket-qua-chu-yeu-dieu-tra-bien-dong-dan-so-va-ke-hoach-hoa-gia-dinh-thoi-diem-01-4-2021>
4. **Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T** (2023), World Health Organization. Basic epidemiology. Published online 2006. Accessed August 3, 2023. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43541>
5. **Murray CJL, Lopez AD** (1997). The utility of DALYs for public health policy and research: a reply. 1997;75.
6. **Murray CJ, Lopez AD, Jamison DT** (1994). The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions. Bull World Health Organ. 1994;72(3):495-509.
7. **Vos T, Lim SS, Abbafati C, et al** (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 2020;396(10258): 1204-1222. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9
8. **Yoon J, Oh IH, Seo H, et al** (2016). Disability-Adjusted Life years for 313 diseases and injuries: The 2012 Korean burden of disease study. J Korean Med Sci. 2016;31:S146-S157. doi:10.3346/jkms.2016.31.S2.S146

THỰC TRẠNG CUNG ỨNG THUỐC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2 THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2023

Trần Văn Hưởng¹, Đào Thiên Phước², Đồng Thị Huệ Lan³,
Nguyễn Hồng Chương⁴, Đồng Đức Hùng², Trịnh Hữu Tùng⁵

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng và phân tích một số yếu tố liên quan đến cung ứng thuốc tại Bệnh viện Nhi đồng 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2023.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, kết hợp định lượng và định tính trên 160 người nhà người bệnh, bảo quản bằng cách chọn mẫu thuận tiện trong thời gian từ tháng 2/2023 đến tháng 11/2023 tại khu vực cấp phát thuốc Bệnh viện Nhi đồng 2.

Kết quả: Hoạt động xây dựng danh mục thuốc của Bệnh viện Nhi đồng 2 đã được thực hiện các bước đầy đủ theo quy định. Phân tích DMT thấy BV có 28/28 nhóm phân loại theo nhóm ATC, trong 780 loại thuốc (54,1% thuốc nội trú và 45,9% thuốc ngoại trú), tỷ lệ cao nhất ở nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn 20,66%; nhóm thuốc tác dụng trên đường hô hấp 13,42%, nhóm thuốc tác dụng trên đường tiêu hóa 10,1%. Tỷ lệ chủng loại thuốc ngoại

nhập vẫn cao hơn thuốc sản xuất trong nước. Về số lượng thuốc, tỷ lệ thuốc ngoại nhập tỷ lệ thuốc ngoại nhập là 62,9%, thuốc trong nước là 37,1%. Về kinh phí chi cho nhập thuốc, tỷ lệ kinh phí cho thuốc ngoại nhập là đa số với 76,9% và thuốc trong nước là 23,1%.

Kết luận: Hoạt động cung ứng thuốc tại Bệnh viện Nhi đồng 2 thực hiện tương đối tốt, vẫn còn một số khó khăn về số lượng nhân sự khoa Dược, hạn chế trong thao tác đấu thầu qua cổng muasamcon, lượng bệnh đông và phân loại bệnh tật đa dạng.

Từ khóa: Cung ứng thuốc, Danh mục thuốc, Đấu thầu thuốc, Bệnh viện Nhi đồng 2.

SUMMARY

CURRENT STATUS OF MEDICINE SUPPLY AND SOME INFLUENCING FACTORS AT HO CHI MINH CITY 2 CHILDREN'S HOSPITAL IN 2023

Objective: Describe the current situation and analyze some factors related to drug supply at Children's Hospital 2, Ho Chi Minh City in 2023.

Method: Descriptive cross-sectional study design, combining quantitative and qualitative on 160 patients' family members, preserved by convenient sampling during the period from February 2023 to November 2023 in the region Dispensing medicine at Children's Hospital 2.

Results: Children's Hospital 2's drug list development activities have been fully implemented according to regulations. DMT analysis shows that the hospital has 28/28 groups classified according to ATC group, in 780 drugs

¹Trường Đại học Thăng Long thành phố Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Nam Anh tỉnh Bình Dương

³Trung tâm Y tế thành phố Dĩ An, tỉnh Bình Dương

⁴Sở Y tế tỉnh Bình Dương

⁵Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Hưởng

ĐT: 0913977653

Email: bshuong67@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

(54.1% inpatient drugs and 45.9% outpatient drugs), the highest rate is in the group of antiparasitic drugs, anti-infection 20.66%; 13.42% of drugs acting on the respiratory tract, 10.1% of drugs acting on the digestive tract. The proportion of imported drugs is still higher than domestically produced drugs. Regarding the quantity of drugs, the proportion of imported drugs is 62.9%, domestic drugs is 37.1%. Regarding funding for importing drugs, the majority of funding for imported drugs is 76.9% and domestic drugs is 23.1%.

Conclusion: Drug supply activities at Children's Hospital 2 are performing relatively well, there are still some difficulties in the number of Pharmacy Department personnel, limitations in bidding through muasamcon portal, large number of patients and distribution. diverse types of diseases.

Keywords: Drug supply, Drug list, Drug bidding, Children's Hospital 2.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cung ứng thuốc kịp thời, đầy đủ đồng thời đảm bảo sử dụng thuốc hợp lý là nhiệm vụ trọng tâm của mỗi bệnh viện (BV) [2],[8]. Nhiệm vụ đó đòi hỏi tổ chức và hoạt động công tác dược bệnh viện phải được đổi mới, tăng cường, trong đó ứng dụng tiến bộ khoa học, công nghệ vào lĩnh vực tổ chức, quản lý và điều hành, triển khai hoạt động như một tất yếu khách quan [5]. Mặc dù việc tổ chức và hoạt động của công tác cung ứng thuốc đã tốt hơn, nhưng thực tế cho thấy hoạt động cung ứng và sử dụng thuốc trong các cơ sở y tế ở nước ta vẫn còn nhiều bất cập. Sự yếu kém này có thể xảy ra ở tất cả giai đoạn của chu trình cung ứng thuốc: trong lựa chọn thuốc là việc xây dựng danh mục thuốc không phù hợp với yêu cầu điều trị; trong cấp phát/tồn trữ là việc quản lý kho kém hiệu

quả; trong giám sát sử dụng thuốc là kê đơn sai, không đảm bảo hợp lý an toàn,...[6], Bệnh viện Nhi đồng 2 là bệnh viện tuyến cuối về Nhi khoa, trực thuộc Sở Y tế TP.HCM; đồng thời cũng là một trong 4 bệnh viện Nhi hàng đầu tại Việt Nam. Tuy nhiên đến nay tại BV vẫn chưa đánh giá đầy đủ về và phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến cung ứng thuốc tại BV. Do đó nghiên cứu “Thực trạng cung ứng thuốc và yếu tố ảnh hưởng tại bệnh viện Nhi đồng 2 thành phố Hồ Chí Minh năm 2023” được thực hiện với mục tiêu: Mô tả thực trạng và phân tích một số yếu tố liên quan đến thực trạng cung ứng thuốc tại Bệnh viện Nhi đồng 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, kết hợp phương pháp định lượng và định tính. Phương pháp định lượng đáp ứng cho mục tiêu mô tả thực trạng cung ứng thuốc. Phương pháp định tính được tiến hành song song với định lượng nhằm bổ sung cho kết quả định lượng và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng cung ứng thuốc.

Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu định lượng gồm: Các văn bản, báo cáo, số liệu thống kê về thuốc và giá trị tiền thuốc; danh mục thuốc bệnh viện; hồ sơ thầu mua sắm thuốc; quy trình liên quan đến mua, cấp phát, giám sát sử dụng thuốc. Thân nhân của bệnh nhi khám và điều trị ngoại trú là người trực tiếp chăm sóc và đưa trẻ đi khám.

Đối tượng nghiên cứu định tính gồm trưởng/phó khoa Dược, khoa lâm sàng, nhân viên khoa Dược, Đơn vị Dược lâm sàng, thành viên Hội đồng thuốc và điều trị tại BV.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 02 đến tháng 11 năm 2023 tại BVNĐ2 TP.HCM

Cỡ mẫu, chọn mẫu:

Nghiên cứu tiến hành trên 160 người nhà người bệnh đến lãnh thuốc tại khu vực cấp phát thuốc

Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:

Số liệu định lượng được thu thập bằng phát vấn dựa trên bảng kiểm. Thông tin định tính được thu thập thông qua phỏng vấn sâu (PVS) ĐTNC. Chủ đề PVS gồm các yếu tố thuộc về cơ cấu tổ chức, nhân lực khoa Dược; Hội đồng thuốc và điều trị, hoạt động khám chữa bệnh và phân loại bệnh tật của bệnh viện

Xử lý và phân tích số liệu:

Đề tài nghiên cứu sử dụng phần mềm Excel for Windows để xử lý số liệu, Thống kê mô tả sử dụng số lượng, tỷ lệ để phân tích và trình bày các biến định tính, sử dụng chỉ số trung bình và độ lệch chuẩn để biểu thị các biến định lượng. Kết quả phân tích số liệu định lượng được trình bày dưới dạng các bảng với số lượng và tỷ lệ phần trăm của các biến số trong từng nhóm. Số liệu định tính được ghi âm, gõ băng và phân tích theo chủ đề.

Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học – Trường Đại học Thăng Long. Việc tham gia của các đối tượng hoàn toàn tự nguyện.

- Đảm bảo bí mật các thông tin mà đối tượng tham gia nghiên cứu cung cấp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thực trạng cung ứng thuốc tại Bệnh viện Nhi đồng 2, TP. Hồ Chí Minh năm 2023

Bảng 1. Thực hiện quy định về lựa chọn thuốc tại Bệnh viện Nhi đồng 2

Nội dung	Đạt	Không đạt
Có thống kê mô hình bệnh tật, xây dựng DMT có dựa vào mô hình bệnh tật.	X	
Có bản thu thập, phân tích tình hình sử dụng thuốc năm trước về số lượng và giá trị sử dụng	X	
Có bản phân tích ABC - VEN	X	
Có bản đánh giá các thuốc đề nghị bổ sung hoặc loại bỏ từ các khoa lâm sàng	X	
Xây dựng danh mục thuốc và phân loại các thuốc trong danh mục theo nhóm điều trị và theo phân loại VEN	X	
Có văn bản về các nội dung hướng dẫn sử dụng DMT	X	
Có báo cáo về tập huấn, hướng dẫn cho cán bộ y tế sử dụng DMT	X	
Có đánh giá, sửa đổi, bổ sung danh mục thuốc (cụ thể bằng văn bản)	X	
DMT thiết yếu và không thiết yếu tuân thủ theo nguyên tắc của thông tư Số: 19/2018/TT-BYT của Bộ Y tế	X	

Bệnh viện đã xây dựng quy trình lựa chọn thuốc phù hợp với các quy định về lựa chọn thuốc theo thông tư 21/2013/TT-BYT của Bộ Y tế và thông tư số: 19/2018/TT-BYT của Bộ Y tế. Những căn cứ của hệ thống pháp lý căn cứ Luật đấu thầu Luật số: 43/2013/QH13 ngày 26 tháng 11 năm 2013 trong quá trình xây dựng danh mục thuốc là hoàn toàn phù hợp

Bảng 2. Thực hiện một số quy định về mua sắm thuốc tại Bệnh viện

Nội dung	Đạt	Không đạt
Có kế hoạch lựa chọn nhà thầu thuốc	X	
Có kế hoạch lựa chọn nhà thầu đối với các đợt đấu thầu bổ sung	X	
Nội dung các bản kế hoạch lựa chọn nhà thầu	X	
Có văn bản trình duyệt kế hoạch lựa chọn nhà thầu cung cấp thuốc	X	
Có văn bản thẩm định và văn bản phê duyệt kế hoạch lựa chọn nhà thầu	X	

Bệnh viện thực hiện đạt các quy định về mua sắm thuốc. Ngoài ra, BV đã xây dựng quy trình mua thuốc và được quản lý chặt chẽ, đúng quy định. Việc tổ chức đấu thầu diễn ra mỗi năm một lần dưới sự hướng dẫn

ng nghiệp vụ của phòng Quản lý dược. Các hoạt động đấu thầu mua sắm thuốc được bệnh viện thực hiện đạt ở các tiêu chí đánh giá của nghiên cứu trong nội dung này.

Bảng 3. Kết quả các bước trong quy trình cấp phát thuốc

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Bước 1: Tiếp nhận và kiểm tra đơn thuốc		
Đơn thuốc được xếp theo đúng thứ tự	160	100
Kiểm tra tính hợp lệ của đơn (chữ ký bác sĩ, hành chính)	160	100
Bước 2: Kiểm tra chi tiết đơn thuốc		
Kiểm tra thông tin thuốc (tên thuốc, nồng độ hàm lượng, liều dùng, cách dùng, thời gian)	160	100
Kiểm tra số lượng thuốc	160	100
Bước 3: Chuẩn bị thuốc và dán nhãn		
Xem nhãn thuốc và đối chiếu đơn	160	100
Kiểm tra hạn sử dụng và lấy thuốc theo nguyên tắc FIFO/FEFO	160	100
Thực hiện ra lẻ bằng dụng cụ thích hợp	160	100
Thực hiện bao bì riêng cho từng loại thuốc ra lẻ	160	100
Thực hiện dán nhãn cho từng loại thuốc ra lẻ	157	98,1
Bước 4: Kiểm tra lại lần cuối		
Kiểm tra lại đơn và thuốc	160	100
Nhân viên khác kiểm tra lại đơn và thuốc	154	96,3
Bước 5: Lưu giữ các thông tin		
Lưu giữ đơn thuốc sau khi cấp phát, lưu các thông tin vào máy tính hoặc sổ ghi chép	160	100
Bước 6: Cấp phát, tư vấn, hướng dẫn sử dụng thuốc		
Cấp phát đúng theo thứ tự đơn thuốc, gọi tên và tiến hành cấp phát chính xác cho người bệnh	159	99,4
Tư vấn liều dùng, cách dùng, thời điểm dùng thuốc, một số tác dụng không mong muốn	147	91,9
Đánh giá chung về cấp phát theo quy trình	139	86,9

Nhận xét:

Bước 1: Tiếp nhận và kiểm tra đơn thuốc: Việc xếp đơn theo thứ tự và kiểm tra tính hợp lệ của đơn đều được thực hiện đầy đủ (100%).

Bước 2: Kiểm tra chi tiết đơn thuốc, 100% người bệnh được Kiểm tra thông tin thuốc, kiểm tra số lượng thuốc đầy đủ.

Bước 3: chuẩn bị thuốc và dán nhãn, các hoạt động trong bước này đều được thực hiện đầy đủ, từ việc xem nhãn thuốc và đối chiếu đơn đến việc thực hiện bao bì nhưng có 3 trường hợp không được thực hiện dán nhãn cho từng loại thuốc ra lẻ.

Bước 4: Kiểm tra lại lần cuối, 96,3% được kiểm tra lại đơn thuốc và đơn thuốc bởi 2 người.

Bước 5: 100% người bệnh được lưu giữ đơn thuốc sau khi cấp phát, lưu các thông tin vào máy tính hoặc sổ ghi chép.

Bước 6: Cấp phát, tư vấn, hướng dẫn sử dụng thuốc: 99,9% được cấp phát đúng theo thứ tự đơn thuốc, gọi tên và tiến hành cấp phát chính xác cho người bệnh nhưng chỉ 91,9% trường hợp được tư vấn liều dùng, cách dùng, thời điểm dùng thuốc, một số tác dụng không mong muốn.

Tổng thể có 86,9% người bệnh được thực hiện đạt quy trình cấp phát thuốc.

Bảng 4. Kinh phí thuốc sử dụng theo phân nhóm I, II, III

Nhóm	Kinh phí (triệu đồng)	Tỷ lệ (%)
Nhóm I	66.024,8	82,9%
Nhóm II	13.566,5	17,1%
Nhóm III	0.0	0.0%
Tổng	79.591,2	100%

Kết hợp phân tích ABC và VEN theo 3 phân nhóm ta được các kết quả: Nhóm I là những thuốc sử dụng kinh phí lớn, thiết yếu bao gồm: AV, AE, AN, BV, CV. Chiếm tỷ lệ nhỏ 23,2% nhưng chiếm tỷ lệ kinh phí lớn 82,9%; Nhóm II là những thuốc ít quan trọng

hơn bao gồm BE, BN, CE. Với tỷ lệ lớn 76,7% nhưng chiếm tỷ lệ kinh phí nhỏ 17,1%. Thuốc thuộc nhóm III là các thuốc không thiết yếu CN, bệnh viện chỉ sử dụng 1 loại thuốc.

Bảng 5. Khảo sát kiến thức người nhà người bệnh nắm được hướng dẫn dùng thuốc

Các thông tin về sử dụng thuốc	Số lượng	Tỷ lệ%
Đường dùng	Có	153
	Không	7
Liều 1 lần	Có	156
	Không	4
Số lần dùng/ngày	Có	148
	Không	12
Thời điểm dùng	Có	155
	Không	5

Tương tác cần tránh	Có	21	13,1
	Không	139	86,9
Cách theo dõi ADR	Có	14	8,8
	Không	146	91,3

Nhận xét: Trong 160 người bệnh được khảo sát, 95,6% người bệnh nắm được thông tin về đường dùng thuốc, 97,5% người bệnh đã hiểu rõ về liều lượng cần sử dụng mỗi lần, 92,5% người bệnh nắm được thông tin về số lần dùng thuốc trong một ngày, 96,9% người bệnh nắm được thông tin về thời điểm nên sử dụng thuốc, chỉ có 13,1% người bệnh đã biết về tương tác thuốc cần tránh và chỉ 8,8% biết cách theo dõi các phản ứng không mong muốn khi sử dụng thuốc.

Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động cung ứng thuốc của Bệnh viện Nhi Đồng 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2023

Cơ cấu, tổ chức, nhân lực của khoa Dược

Khoa Dược của BVNĐ2 được tổ chức đầy đủ các bộ phận chuyên môn giúp các công việc liên quan đến cung ứng thuốc được thực hiện đầy đủ, kịp thời, phù hợp có chất lượng và tư vấn, giám sát việc sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, đảm bảo được hệ thống kho và khu vực, phục vụ tốt công tác dược trong bệnh viện. Về hạ tầng TTB khoa Dược BV hoàn toàn đảm bảo và ảnh hưởng tích cực đến hoạt động cung ứng thuốc. Đơn vị Dược Lâm sàng hỗ trợ hiệu quả vai trò giám sát phản ứng có hại của thuốc và sai sót trong điều trị.

Tuy nhiên vẫn còn gặp phải một số khó khăn: nhân lực cho hoạt động dược lâm sàng vẫn còn thiếu các hoạt động về thông tin, hướng dẫn sử dụng thuốc và giám sát ADR vẫn còn gặp khó khăn nhất định. Công mua sắm thuốc, đầu thầu vẫn còn bất cập: điều chỉnh kế hoạch lựa chọn nhà thầu không cho tùy chọn phiên bản đã chỉnh sửa, Nhà thầu

không tìm được thông báo trúng thầu trên cổng muasamcong, giá thuốc tăng so với giá kế hoạch,...

Tổ chức và hoạt động của Hội đồng Thuốc và Điều trị

Hội đồng thuốc và điều trị hoạt động đảm bảo theo thông tư quy định, tuy nhiên do kiêm nhiệm công việc nên khi họp hội đồng còn chưa đảm bảo đủ số lượng, nhất là thiếu cán bộ chủ chốt. Tuy nhiên thuận lợi là tại Bệnh viện Nhi đồng 2, Chủ tịch HĐT & ĐT là Giám đốc bệnh viện và Thư ký là Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp, do đó góp phần trong việc triển khai các hoạt động của Hội đồng. Cùng với đó là việc phân công công việc rõ ràng, xuất bản phác đồ điều trị đầy đủ theo các chuyên khoa và theo mặc bệnh ICD-10 đã góp phần quản lý hoạt động sử dụng thuốc một cách hợp lý.

Hoạt động khám chữa bệnh của bệnh viện

Hoạt động khám chữa bệnh của Bệnh viện có ảnh hưởng sâu rộng đến hoạt động cung ứng thuốc. Sự đông đúc của người bệnh và sự đa dạng của mô hình bệnh tật cung cấp cơ hội để phục vụ nhiều người hơn, nhưng cũng đòi hỏi quản lý cung ứng thuốc thông minh và hiệu quả để đảm bảo sự cung cấp đúng đắn và an toàn của thuốc cho người bệnh.

IV. BÀN LUẬN

Thực trạng cung ứng thuốc tại Bệnh viện Nhi đồng 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2023

Hoạt động xây dựng danh mục thuốc bệnh viện là một tiền đề rất quan trọng cho

việc sử dụng hợp lý, an toàn thuốc tại các khoa lâm sàng. Hoạt động xây dựng danh mục thuốc của BV đã được thực hiện theo thông tư liên tịch số 10/2007/TTLT-BYT-BTC về “Hướng dẫn thực hiện đấu thầu cung ứng thuốc trong các cơ sở y tế công lập” và Thông tư số 15/2019/TT-BYT ngày 11 tháng 7 năm 2019 của Bộ Y tế về quy định việc đấu thầu thuốc tại các cơ sở y tế công lập [1], [3]. Hội đồng thuốc và điều trị có nhiệm vụ chính trong quá trình xây dựng danh mục thuốc của bệnh viện, xây dựng DMT cho phù hợp với đặc thù bệnh tật và chi phí về thuốc, giám sát việc thực hiện quy chế chẩn đoán bệnh, hồ sơ bệnh án, quy chế sử dụng thuốc.

DMT của Bệnh viện Nhi đồng 2 cho thấy sự đầy đủ theo phân loại thuốc ATC của Tổ chức Y tế thế giới, BV Nhi đồng 2 năm 2023 có tổng cộng 28/28 nhóm thuốc thuộc danh mục bệnh viện đang sử dụng với tổng số loại thuốc là 780 loại. Danh mục và tỷ lệ nhóm thuốc phù hợp với mô hình phân loại bệnh tật năm 2023.

Hoạt động mua sắm thuốc thực hiện thông qua vai trò chỉ đạo của Hội đồng thuốc và Điều trị. Hoạt động này được thực hiện đúng quy định trong Thông tư 11/2016/TT-BYT quy định việc đấu thầu thuốc tại các cơ sở y tế công lập [4]. Mặc dù vậy, trên thực tế, tình trạng thiếu thuốc, vật tư, trang thiết bị y tế tại nhiều bệnh viện công lập và tư nhân diễn ra trầm trọng trên diện rộng trong thời gian gần đây. Việc kéo dài việc đấu thầu thuốc, vật tư y tế hoặc phải gia hạn thời gian sử dụng kết quả đấu thầu thuốc, vật tư y tế của năm liền kề là nguyên nhân gây thiếu, hết thuốc, vật tư phục vụ người bệnh tại các Bệnh viện khác nói chung và BVNĐ2 nói riêng.

Hoạt động cấp phát đã đáp ứng ba yêu cầu: Đúng, đủ, kịp thời. Các quy trình của

việc cấp phát và tồn trữ thuốc trong bệnh viện đã được xây dựng và triển khai, từ các bộ phận duyệt thuốc cho đến khi nhận thuốc. Tổng thể có 86,9% người bệnh được thực hiện đạt quy trình cấp phát thuốc. Trong đó, hầu hết các bước đều thực hiện đạt 100%, tuy nhiên bước kiểm tra đối chiếu lần cuối và khâu tư vấn cho người bệnh vẫn còn nhiều NVYT chưa tuân thủ. Nghiên cứu của Phạm Thị Thúy Liễu tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021 thấy rằng tỷ lệ đơn thuốc cấp phát đúng quy trình 88,3%, trong đó khâu tư vấn cũng là một khâu ít được chú trọng hơn. Ngoài ra tác giả này còn thấy nhiều NVYT không thực hiện tốt việc dán nhãn/giấy tư vấn sử dụng thuốc lên các thuốc [7]. Về tồn trữ thuốc: thời gian lý tưởng và đảm bảo an toàn khi sử dụng là 2 tháng. Muốn hạn chế được việc thiếu thuốc cần xem xét lượng tồn kho cho hợp lý, không chỉ đối với tổng giá trị tiền thuốc mà cần xem xét từng loại thuốc thường xuyên và duy trì ở mức tồn kho an toàn hoặc trên mức tồn kho tối thiểu. Hạn chế của nghiên cứu là chưa đánh giá được cơ cấu thuốc tồn kho và các thuốc hết, từ đó chưa đưa ra được khuyến nghị phù hợp nhằm tránh tình trạng thiếu thuốc khi chưa bổ sung kịp thời.

Hoạt động sử dụng thuốc tại bệnh viện cho thấy tỷ lệ chủng loại thuốc ngoại nhập vẫn cao hơn thuốc sản xuất trong nước. Về số lượng thuốc, tỷ lệ thuốc ngoại nhập tỷ lệ thuốc ngoại nhập là 62,9%, thuốc trong nước là 37,1%. Về kinh phí chi cho nhập thuốc, tỷ lệ kinh phí cho thuốc ngoại nhập là đa số với 76,9% và thuốc trong nước là 23,1%. Tỷ lệ thuốc theo tên generic là chiếm đa số 89% (chiếm 82,2% tổng chi phí thuốc điều trị. Kết quả này phù hợp với tình hình thực tế về mô hình bệnh tật tại BV Nhi đồng 2, do đây là BV chuyên khoa tuyến cuối, nhiều trường

hợp bệnh nặng hoặc bệnh hiểm đòi hỏi phải đáp ứng với các loại thuốc mới, chất lượng cao trong bối cảnh thuốc trong nước chưa đáp ứng đủ. Kết hợp phân tích ABC và VEN theo 3 phân nhóm được các kết quả: Nhóm I là những thuốc sử dụng kinh phí lớn, thiết yếu bao gồm: AV, AE, AN, BV, CV. Chiếm tỷ lệ nhỏ 23,2% nhưng chiếm tỷ lệ kinh phí lớn 82,9%; Nhóm II là những thuốc ít quan trọng hơn bao gồm BE, BN, CE. Với tỷ lệ lớn 76,7% nhưng chiếm tỷ lệ kinh phí nhỏ 17,1%. Thuốc thuộc nhóm III là các thuốc không thiết yếu CN, bệnh viện chỉ sử dụng 1 loại thuốc. Đánh giá về việc người bệnh có nắm được cách sử dụng thuốc của 160 người bệnh đến khám và điều trị ngoại trú, cho thấy tỷ lệ người bệnh nắm được đường dùng, liều 1 lần, số lần sử dụng/ngày, thời điểm dùng là khá cao, tuy nhiên về thông tin tương tác thuốc cần tránh hay theo dõi phản ứng có hại về thuốc thì tỷ lệ lại khá thấp (13,1%; 8,8%). Việc hướng dẫn sử dụng thuốc được thực hiện bởi dược sĩ và bác sĩ là rất ít (32,1%; 11,3%) do thời gian khám bệnh của người bệnh là khá ngắn (khoảng 3 phút) và số lượng người bệnh khám đông.

Yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động cung ứng thuốc của Bệnh viện Nhi Đồng 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2023

Việc cung ứng thuốc tại BVND2 được thực hiện đầy đủ, kịp thời, phù hợp có chất lượng và tư vấn, giám sát việc sử dụng thuốc an toàn, hợp lý. Bệnh viện xác định “Thực hành tốt bảo quản thuốc” (GSP) là yêu cầu bắt buộc. Hệ thống kho đảm bảo chuẩn để bảo quản thuốc, vắc xin, sinh phẩm ở nhiệt độ từ 20°C đến 80°C với hệ thống cảnh báo tự động nhiệt độ - độ ẩm môi trường bảo quản 24/7 bằng chuông, đèn và tin nhắn SMS. Hồ sơ tài liệu gồm 26 quy trình thao tác chuẩn, hoạt động xuất nhập thuốc được quản lý

bằng phần mềm chuyên dụng. mức độ tuân thủ nguyên tắc “Thực hành tốt bảo quản thuốc” (GSP) của Bệnh viện Nhi đồng 2 đạt mức độ 1 từ đó nâng cao chất lượng KCB và tạo niềm tin từ người bệnh.

Đơn vị Dược lâm sàng hỗ trợ tốt cho hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị trong tổ chức hoạt động cung ứng thuốc. Tuy nhiên công tác đấu thầu qua mạng trên hệ thống mới còn nhiều bất cập, số lượng nhân sự phục vụ hoạt động Dược lâm sàng còn chưa đảm bảo, Dược sĩ đảm nhận vai trò chính là cấp phát thuốc và còn mờ nhạt trong việc cung cấp kiến thức cho người bệnh.

Hoạt động khám chữa bệnh và mô hình bệnh tật đa dạng cũng đặt ra cơ hội và thách thức đối với quản lý và cung ứng thuốc. Bệnh viện cần có hệ thống theo dõi tồn kho và cung ứng linh hoạt để đáp ứng các yêu cầu cấp bách và thay đổi trong danh mục thuốc.

V. KẾT LUẬN

Thực trạng cung ứng thuốc tại Bệnh viện Nhi đồng 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2023

Hoạt động lựa chọn thuốc: Hoạt động xây dựng danh mục thuốc của Bệnh viện Nhi đồng 2 đã được thực hiện các bước đầy đủ theo quy định. Phân tích DMT thấy BV có 28/28 nhóm phân loại theo nhóm ATC, trong 780 loại thuốc (54,1% thuốc nội trú và 45,9% thuốc ngoại trú), tỷ lệ cao nhất ở nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn 20,66%; nhóm thuốc tác dụng trên đường hô hấp 13,42%, nhóm thuốc tác dụng trên đường tiêu hóa 10,1%.

Hoạt động mua sắm thuốc: Bệnh viện thực hiện đạt các quy định về mua sắm thuốc.

Hoạt động cấp phát và tồn trữ thuốc: có 86,9% người bệnh được thực hiện đạt quy trình cấp phát thuốc. Tỷ lệ thuốc tồn kho trung bình mỗi tháng của bệnh viện không cao, kho dự trữ có thể cung cấp thuốc trong vòng khoảng 1 tháng.

Hoạt động sử dụng thuốc:

+ Tỷ lệ thuốc ngoại nhập là 62,9% số loại, chiếm 76,9% kinh phí sử dụng thuốc. Chủ yếu thuốc tên generic với 89,4% số loại, chiếm 82,2% kinh phí sử dụng thuốc. Đa số là loại thuốc đơn thành phần với 76,2% số loại, chiếm 92,4% kinh phí sử dụng thuốc.

+ Phân tích ABC: thuốc nhóm A 11,7% chủng loại (chiếm 79,9% kinh phí sử dụng thuốc); nhóm B là 15,4% chủng loại (15,1% kinh phí sử dụng thuốc); nhóm C là 72,9% chủng loại (5,0% kinh phí sử dụng thuốc).

+ Phân tích VEN: thuốc nhóm V (thuốc sống còn) là 14,1% số loại (32,2% kinh phí thuốc), nhóm E (thuốc thiết yếu) là 85,8% số loại (67,8% kinh phí thuốc) và chỉ 1 loại thuốc nhóm N.

+ Phân tích ABC/VEN: nhóm I là 23,2% chủng loại (82,9% kinh phí thuốc), Nhóm II là 76,7% (17,1% kinh phí thuốc) và nhóm III chỉ 1 loại thuốc.

Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động cung ứng thuốc của Bệnh viện Nhi Đồng 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2023

Yếu tố tích cực: Cơ cấu tổ chức khoa Dược đầy đủ các bộ phận chuyên môn; cơ cấu nhân sự tổ chức tốt; đơn vị Dược lâm sàng, Hội đồng thuốc và điều trị hoạt động hiệu quả

Yếu tố tiêu cực: Số lượng nhân sự khoa Dược chưa đảm bảo; còn khó khăn trong công tác đấu thầu như còn chỉnh sửa thủ công thông ua cổng muasamcong; số lượng

bệnh nhân đông; phân loại bệnh tật đa dạng nên còn khó khăn trong xây dựng danh mục thuốc và hóa động mua sắm sử dụng thuốc của BV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Tài chính, Bộ Y tế** (2007) Thông tư liên tịch số 10/2007/TTLT-BYT-BTC ngày 10 tháng 08 năm 2007 của Bộ Y tế về hướng dẫn đấu thầu mua thuốc trong các cơ sở y tế công lập,
2. **Bộ Y tế** (2001) Công tác dược bệnh viện, nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Bộ Y tế** (2019) Thông tư số: 15/2019/TT-BYT ngày 11 tháng 7 năm 2019 của Bộ Y tế về quy định việc đấu thầu thuốc tại các cơ sở y tế công lập.
4. **Bộ Y tế** (2016) Thông tư 11/2016/TT-BYT ngày 11/05/2016 về việc quy định việc đấu thầu thuốc tại các cơ sở y tế công lập.
5. **Trương Quốc Cường** (2008) Kien toan cong tac quan ly nha nuoc ve Duoc trong boi canh hoi nhap khu vuc va quoc te.
6. **Hoàng Thị Minh Hiền** (2012) Hoạt động cung ứng thuốc tại bệnh viện Hữu Nghị - Thực trạng và một số giải pháp, Luận án Tiến sĩ Dược học, Chuyên ngành Tổ chức Quản lý Dược, Trường Đại học Dược Hà Nội, 42-99.
7. **Phạm Thị Thúy Liễu, Trịnh Ngọc Hân, Phạm Nguyễn Trúc Ly, et al.** (2022) "Khảo sát việc thực hiện quy trình và một số chỉ số cấp phát thuốc cho người bệnh khám, điều trị ngoại trú bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021". Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, số 54, 63-70.
8. **Vụ Điều trị** (2004) Bước đầu đánh giá thực hiện chỉ thị 05/2004/CT-BYT về việc chấn chỉnh công tác dược bệnh viện.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐÀO TẠO LIÊN TỤC CỦA BÁC SĨ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2022-2023

Nguyễn Hồng Chương¹, Mai Hàn Giang²,
Nguyễn Lê Ngọc Thùy³, Nguyễn Thị Mỹ Trang⁴

TÓM TẮT

Giới thiệu: Đào tạo y khoa liên tục luôn gắn với lịch sử ra đời và phát triển của ngành y, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương là bệnh viện đa khoa hạng I, đã được cấp mã đào tạo liên tục, và cần có thông tin đánh giá về thực trạng đào tạo liên tục tại đây. Nhằm mô tả thực trạng đào tạo liên tục và phân tích một số yếu tố liên quan đến đào tạo liên tục tại bệnh viện đa khoa Bình Dương năm 2022-2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang phân tích, kết hợp giữa phương pháp lấy mẫu định lượng và mẫu định tính, với 218 bác sĩ và đại diện Ban Giám đốc, lãnh đạo phòng Kế hoạch tổng hợp, lãnh đạo phòng Tổ chức cán bộ, thảo luận nhóm với 06 đại diện lãnh đạo của khoa/phòng và 06 đại diện bác sĩ. Nghiên cứu triển khai từ tháng 02/2023 đến tháng 06/2023 tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương.

Kết quả nghiên cứu: 90,4% bác sĩ được đào tạo liên tục, 78,9% bác sĩ hiểu công tác đào tạo liên tục, 69,3% bác sĩ hiểu đúng số tiết phải học.

Các bác sĩ có chứng chỉ hành nghề có xu hướng tham gia các khóa đào tạo liên tục nhiều hơn so với nhóm còn lại. Có sự khác biệt về tham gia đào tạo liên tục giữa các nhóm tuổi, thâm niên công tác, giới tính, học vị, bậc ngạch của bác sĩ. Khó khăn của bác sĩ liên quan đến thiếu thuốc và thiếu kỹ năng.

Kết luận: Đào tạo liên tục tại bệnh viện đang gặp khó khăn do thiếu thuốc và thiếu kỹ năng của bác sĩ, các bác sĩ có chứng chỉ hành nghề ý thức về việc đào tạo liên tục tốt hơn các bác sĩ chưa có chứng chỉ hành nghề.

Từ khóa: chứng chỉ hành nghề, đào tạo liên tục, thông tư 26/2020/TT-BYT

SUMMARY

FACTORS RELATED TO CONTINUOUS MEDICAL TRAINING OF DOCTORS AT BINH DUONG PROVINCE GENERAL HOSPITAL IN 2022-2023

Introduction: Continuous medical training is always associated with the history of birth and development of the medical profession. Binh Duong Provincial General Hospital is a class I general hospital, has been granted a continuous training code, and needs Information on the current state of continuing education can be found here. To describe the current status of continuous training and analyze some factors related to continuous training at Binh Duong General Hospital in 2022-2023.

Materials and Methods: The study used a cross-sectional descriptive analytical design,

¹Sở Y tế tỉnh Bình Dương

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương

³Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Bình Dương

⁴Bệnh viện Đa khoa Nam Anh tỉnh Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Chương
ĐT: 0918597354

Email: hongchuongdr@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

combining quantitative and qualitative sampling methods, with 218 doctors and representatives of the Board of Directors and leaders of the Accounting department. General planning, leaders of the Department of Personnel Organization, group discussion with 06 leadership representatives of the department/department and 06 physician representatives. The study will be implemented from February 2023 to June 2023 at Binh Duong Provincial General Hospital.

Results: 90.4% of doctors received continuous training, 78.9% of doctors understood continuous training, 69.3% of doctors understood the correct number of classes to study. Doctors with practice certificates tend to participate in more continuing education courses than the other group. There are differences in participation in continuous training between age groups, seniority, gender, education, and rank of doctors. Doctors' difficulties are related to lack of medicine and lack of skills.

Conclusions: Continuous training at hospitals is facing difficulties due to lack of drugs and lack of skills of doctors. Doctors with practice certificates are more aware of continuous training than doctors without certificates. work.

Keywords: practicing certificate, continuous training, Circular 26/2020/TT-BYT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, với sự phát triển một cách nhanh chóng của các ngành khoa học kỹ thuật thì nhu cầu được cập nhật, bổ sung kiến thức chuyên môn cùng các kỹ năng làm việc cho lực lượng lao động ngày càng trở nên quan trọng. Đặc biệt đối với lĩnh vực y tế là một ngành có những đặc thù riêng, nhiệm vụ của cán bộ y tế (CBYT) gắn liền với sức khỏe tính mạng con người. Do vậy, việc cập

nhật liên tục những kiến thức, kỹ thuật mới, hạn chế tối thiểu những sai sót chuyên môn là nhiệm vụ bắt buộc với mọi cán bộ y tế [1].

Tại Việt Nam, Bộ Y tế đã ban hành thông tư 22/2013/TT-BYT và thông tư 26/2020/TT-BYT (sửa đổi bổ sung một số điều của thông tư 22/2013/TT-BYT) về hướng dẫn ĐTLT cho CBYT. Theo đó, Thông tư này quy định rõ CBYT đã được cấp chứng chỉ hành nghề và đang hành nghề khám bệnh, chữa bệnh có nghĩa vụ tham gia ĐTLT tối thiểu 48 tiết học trong 2 năm liên tiếp [2, 3].

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương là bệnh viện đa khoa hạng I, với quy mô 1500 giường bệnh, là tuyến điều trị cao nhất của tỉnh, chịu trách nhiệm chăm sóc sức khỏe, khám chữa bệnh cho nhân dân trong tỉnh và có 346 bác sĩ [4]. Mặc dù bệnh viện đã thực hiện đúng theo hướng dẫn của BYT đã có mã ĐTLT C61.01, với nhiều chương trình ĐTLT đã được phê duyệt dành cho bác sĩ,... đến nay, chưa có một nghiên cứu nào đánh giá về thực trạng ĐTLT cho Bác sĩ bệnh viện một cách đầy đủ và có hệ thống. Từ tình hình trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này. Nhằm mô tả thực trạng đào tạo liên tục và phân tích một số yếu tố liên quan đến đào tạo liên tục của Bác sĩ làm việc tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương năm 2022-2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang phân tích, kết hợp giữa phương pháp lấy mẫu định lượng và mẫu định tính

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu triển khai tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương, từ tháng 02/2023 đến

tháng 08/2023, trong đó thời gian thu thập số liệu từ tháng 02/2023 đến tháng 06/2023.

Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu định lượng: Tất cả những người đang công tác/làm việc tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương đang giữ chức danh bác sĩ

Đối tượng nghiên cứu định tính: Lãnh đạo Bệnh viện, Lãnh đạo phòng Kế hoạch tổng hợp, Lãnh đạo phòng Tổ chức Cán bộ, Lãnh đạo của khoa lâm sàng hoặc cận lâm sàng trong Bệnh viện, Bác sĩ bất kỳ là nhân viên của các khoa phòng trong Bệnh viện.

Cỡ mẫu, chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng 1 tỉ lệ

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

Trong đó:

$p = 0,9$, đây là tỷ lệ đào tạo liên tục cho bác sĩ trong năm 2023 [4]. $n = 138$, dự kiến mất mẫu 5%. Tổng mẫu cần lấy là $n = 145$ mẫu. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương hiện có 346 bác sĩ đang làm việc tại 42 khoa/phòng của bệnh viện, sau khi thu thập được 218 mẫu, đạt yêu cầu của cỡ mẫu tối thiểu.

03 cuộc phỏng vấn sâu: 01 đại diện Ban Giám đốc bệnh viện, 01 đại diện Lãnh đạo phòng Kế hoạch tổng hợp, 01 đại diện Lãnh đạo phòng Tổ chức cán bộ

Biến số, chủ đề nghiên cứu

Biến số nghiên cứu bao gồm 26 biến được chia thành 3 nhóm, Nhóm thông tin chung (06 biến), Thực trạng đào tạo liên tục (13 biến), Các yếu tố liên quan đến đào tạo liên tục (7 biến).

Kỹ thuật thu thập số liệu

Lập danh sách 346 bác sĩ đang làm việc tại 42 khoa/phòng của bệnh viện, sau đó bốc

thăm ngẫu nhiên có được danh sách số lượng 218 bác sĩ, từ đó phân loại vào các khoa, phòng để xây dựng kế hoạch thu thập dữ liệu cho thuận tiện.

Dựa trên bảng kế hoạch xin ý kiến phê duyệt của lãnh đạo bệnh viện, thuyết phục các đối tượng tham gia cung cấp thông tin theo chức năng nhiệm vụ và quyền hạn của phòng, khoa và cá nhân.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sẽ được làm sạch trước khi nhập liệu vào Excel và sau đó được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả tần số và tỷ lệ phần trăm theo biến số nghiên cứu, các phép kiểm định được sử dụng để xác định mối liên quan giữa biến độc lập và biến phụ thuộc với $p < 0,05$.

Băng ghi âm các cuộc phỏng vấn sâu được gỡ, đánh máy dưới dạng văn bản Word. Nghiên cứu viên đọc nội dung các cuộc phỏng vấn sâu để mã hóa thông tin. Phương pháp phân tích theo chủ đề được áp dụng.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện sau khi được thông qua Hội đồng đề cương của trường Đại học Thăng Long và sự chấp thuận của Ban lãnh đạo Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương.

Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích, nội dung của nghiên cứu trước khi tiến hành phát vấn và chỉ tiến hành khi có sự chấp nhận hợp tác tham gia của đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang mô tả phân tích trên 218 đối tượng là bác sĩ trả lời phát vấn bằng bộ công cụ soạn sẵn với nội dung liên quan đến ĐTLT và 4 cuộc phỏng vấn sâu và 02 thảo luận nhóm để làm rõ thêm kết quả định lượng.

Bảng 1. Thông tin về thực hiện ĐTLT tại bệnh viện (n = 218)

Các đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tham gia Đào tạo liên tục	Có	197	90,4
	Không	21	9,6

Nhận xét: 90,4% đã tham gia ĐTLT trong 9 tháng đầu năm 2023.

Bảng 2. Phân bố đặc điểm loại hình khóa đào tạo liên tục cho Bác sĩ tại Bệnh viện năm 2023 (n = 218)

Hình thức ĐTLT	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tập huấn, đào tạo	141	64,7
Chuyển giao kỹ thuật	21	9,6
Hội nghị, hội thảo, tọa đàm khoa học	177	81,2
Nghiên cứu khoa học	19	8,7

Nhận xét: 81,2% tham gia hội nghị, hội thảo, tọa đàm khoa học, sau là 64,7% tham gia các lớp tập huấn.

Bảng 3. Những khó khăn của bác sĩ trong công tác hàng ngày (n = 218)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thiếu kiến thức	56	25,7
Thiếu kỹ năng	53	24,3
Thiếu trang thiết bị	186	85,3
Thiếu thuốc	166	76,1
Thiếu tài liệu chuyên môn	72	33,0
Thiếu thời gian	63	28,9
Khác	5	2,3

Nhận xét: 25,7% cho rằng thiếu kiến thức là khó khăn trong công tác hàng ngày của họ, 24,3% thiếu kỹ năng, 85,3% là thiếu trang thiết bị, 76,1% thiếu thuốc, 33% thiếu tài liệu chuyên môn.

Bảng 4. Liên quan giữa đặc tính xã hội, nghề nghiệp với thực trạng đào tạo liên tục của bác sĩ

Nội dung		Đào tạo liên tục		OR (KTC 95%)	p
		Có	Không		
Chứng chỉ hành nghề	Có	152 (93,3)	11 (6,7)	0,3 (0,13 – 0,82)	0,013
	Chưa có	45 (81,8)	10 (18,2)		
Thiếu kỹ năng	Có	44 (83,0)	9 (17,0)	2,6 (1 – 6,6)	0,04
	Không	153 (92,7)	12 (7,3)		
Thiếu trang thiết bị	Có	171 (91,9)	15 (8,1)	2,6 (0,9 – 7,4)	0,06
	Không	26 (81,2)	6 (18,8)		
Thiếu thuốc	Có	155 (93,4)	11 (6,6)	0,3 (0,1 – 0,7)	0,007
	Không	42 (80,8)	10 (19,2)		

Nhận xét: Kết quả bảng 3.12 cho thấy công tác tổ chức ĐTLT cho các bác sĩ chỉ liên quan có ý nghĩa thống kê ($p = 0,013$) khi bác sĩ có chứng chỉ hành nghề tiếp nhận ĐTLT hơn 3,1 lần so với bác sĩ chưa có chứng chỉ hành nghề. Sự khó khăn trong thiếu kỹ năng có mối liên quan có ý nghĩa

thống kê ($p < 0,05$) với việc ĐTLT. Sự khó khăn trong thiếu trang thiết bị không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) với việc ĐTLT. Sự khó khăn trong thiếu thuốc có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với việc ĐTLT.

Thuận lợi

Hộp (box) 1: Yếu tố thuận lợi trong chủ trương tổ chức đào tạo liên tục tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương

“Bệnh viện có kế hoạch, dự kiến xây dựng từ năm trước để lựa chọn đưa cán bộ đi tập huấn tại các cơ sở đào tạo uy tín chuyên ngành phù hợp với nhân sự và nhu cầu đào tạo... Bệnh viện, khoa phòng có kế hoạch từ năm trước, nên ít ảnh hưởng đến hoạt động chuyên môn chung của khoa phòng và bệnh viện”; “...tiếp cận được các điều kiện, môi trường học tập làm việc của các cơ sở tuyển trên, các bệnh viện lớn, kỹ thuật chuyên môn cao, cán bộ có trình độ”; “Bệnh viện là đơn vị tự chủ do đó công tác đào tạo cho cán bộ viên chức được thực hiện từ nguồn thu của đơn vị, một số thực hiện từ nguồn quỹ phát triển sự nghiệp. Bệnh viện không có phân tỉ lệ cụ thể, mà tùy theo tình hình thực tế hằng năm nhu cầu của bệnh viện để xem xét chọn cử cán bộ công chức tham gia đào tạo.” – Cán bộ phòng Tổ chức.

“Lãnh đạo các khoa phối hợp tạo điều kiện cho bác sĩ tham gia; Sự nhiệt tình ham học hỏi, cập nhật kiến thức y khoa của bác sĩ” – Lãnh đạo bệnh viện

Nhận xét: ĐTLT được xem là một nội dung quan trọng được Bệnh viện quyết liệt thực hiện.

Hộp (box) 2: Yếu tố thuận lợi trong đăng ký lĩnh vực muốn được đào tạo liên tục tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương

“Đào tạo chỉ đạo tuyển có nội dung do khoa phòng đề xuất hoặc theo nhu cầu của tuyển dưới, từ đó xây dựng kế hoạch, xây dựng chương trình, sau đó thông qua hội đồng học kỹ thuật của bệnh” – Bác sĩ nữ.

Nhận xét: Nội dung đào tạo liên tục được đăng ký và triển khai theo phương pháp từ dưới lên là phù hợp với mỗi người.

Khó khăn

Hộp (box) 3: Yếu tố khó khăn trong tổ chức đào tạo liên tục tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương

“Việc cử đi ĐTLT dễ...ảnh hưởng đến công tác tại đơn vị, sắp xếp học và làm phù hợp. Trang thiết bị, cán bộ viên chức không phù hợp với chuyên môn đã đào tạo, sự phối hợp để triển khai các kỹ thuật đã học.” – Cán bộ phòng Tổ chức.

Nhận xét: Đến từ việc sắp xếp lịch làm việc, trang thiết bị và đôi khi người tham gia không phù hợp với chuyên môn.

Hộp (box) 4: Yếu tố khó khăn trong kinh phí đào tạo liên tục tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương

“Khó khăn do tự chủ nguồn kinh phí đơn vị nên đôi lúc số lượng cử đi đào tạo bị hạn chế. Một số chuyên ngành cần theo nhu cầu nhưng các cơ sở tại các tỉnh lân cận không có đào tạo” – Cán bộ phòng Tổ chức.
 “Yếu tố ảnh hưởng: Kinh phí, trang thiết bị, chính sách” – Lãnh đạo bệnh viện

Nhận xét: Nguồn kinh phí tự chủ do đó để bố trí lớp học đôi khi gặp nhiều khó khăn, nhất là cử bác sĩ đi đào tạo ở các đơn vị có tính phí khác.

Hộp (box) 5: Yếu tố khó khăn trong giảng viên tại chỗ phục vụ cho đào tạo liên tục tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương

“Thiếu kỹ năng kinh nghiệm trong công tác tổ chức lớp, công tác giảng dạy” – Cán bộ phòng Tổ chức.

Nhận xét: Thiếu kỹ năng và kinh nghiệm giảng dạy là một khó khăn của đội ngũ giảng viên tại chỗ.

Hộp (box) 6: Yếu tố khó khăn trong các yêu cầu tổ chức, hành chính cho đào tạo liên tục tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương

“Chưa đáp ứng đủ theo yêu cầu do một số khó khăn như việc tổ chức lớp, bố trí nhân sự đi học, cán bộ viên chức, trang thiết bị chưa đáp ứng, ...” – Cán bộ phòng Tổ chức.
 Bác sĩ trong tua trực sẽ khó sắp xếp được thời gian tham gia trọn vẹn buổi tập huấn, ĐTLT” – Lãnh đạo Bệnh viện

“Bệnh viện có 43 khoa, phòng cho nên khó sắp xếp ĐTLT theo các văn bản mà BHYT quy định (Thông tư số 22/2013/TT-BYT ngày 09/8/2013, Thông tư số 26/2020/TT-BYT ngày 28/12/2020)” – Lãnh đạo bệnh viện

Nhận xét: Vẫn có khó khăn về sắp xếp lịch học, trang thiết bị phục vụ cho công tác giảng dạy.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ bác sĩ của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương được đào tạo liên tục trong nghiên cứu đạt 90,4%. Tỷ lệ này là phù hợp với qui định trong bảng điểm 83 tiêu chí bệnh viện [5]. Tỷ lệ được ĐTLT trong nghiên cứu này cao hơn rất nhiều so với kết quả trong nghiên cứu của Phạm Văn Đông với tỷ lệ được đào tạo là 63,9%, trong đó 43,8% là đào tạo tại chỗ và 40,1% là tuyển trên, tỷ lệ các lớp mở theo báo cáo của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương trong 6 tháng đầu năm 2023 đạt tỷ lệ 73,1% (19 lớp tại chỗ / 26 tổng số lớp tập huấn + hội nghị, không

tính nghiên cứu khoa học) là cao hơn [6]. Trong nghiên cứu này không xây dựng tìm hiểu nguồn kinh phí chi cho đào tạo tập huấn vì tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương 100% chi phí ĐTLT cho các bác sĩ là do Bệnh viện tự chi trả bằng nguồn kinh phí tự chủ, trừ các nghiên cứu khoa học sẽ do các bác sĩ tự chi trả hoặc bằng nguồn tài trợ hợp pháp khác ngoài ngân sách bệnh viện, thông tin này là khác biệt so với tác giả Phạm Văn Đông khi 56,2% lớp tập huấn đến từ dự án/chương trình chi trả, 36,5% do đơn vị chi trả, số ít 7,3% do bác sĩ tự chi trả cùng với đơn vị, không có lớp ĐTLT nào bác sĩ phải tự bỏ tài chính chi trả 100% cả [6].

85,3% bác sĩ cho biết công việc hiện tại đang gặp khó khăn do thiếu trang thiết bị, 76,1% bác sĩ cho rằng công việc của mình

đang gặp khó khăn do tình trạng thiếu thuốc của bệnh viện. Việc thiếu trang thiết bị và thuốc ở một cách nhìn nào đó cũng ảnh hưởng đến công tác ĐTLT vì thiếu thiết bị thực hành hoặc thiếu nguồn thuốc để đưa bài học mới vào công việc kê toa và chỉ định thuốc cho bệnh nhân. 33,0% bác sĩ cho biết ở bệnh viện thiếu tài liệu chuyên môn để tham khảo và nghiên cứu thêm, thêm nữa là 28,9% bác sĩ cho rằng khó khăn của mình là thiếu thời gian, có 25,7% bác sĩ trả lời khó khăn là thiếu kiến thức, thiếu kỹ năng là khó khăn của 24,3% bác sĩ. Số ít 2,3% có khó khăn khác, nhưng không bao gồm thiếu kinh phí dự học với nguyên nhân các lớp được Bệnh viện chi trả 100%. Kết quả của tác giả Phạm Văn Đông cho thấy có khác biệt nhiều tỷ lệ thiếu trang thiết bị chiếm 73,1% là khó khăn cao nhất của bác sĩ trong công việc, tiếp theo là khó khăn do thiếu kỹ năng chiếm 37%, thiếu kiến thức chiếm 15,7%, khó khăn thấp nhất là thiếu tài liệu chuyên môn và thiếu thời gian chiếm 1,9% [6].

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố khó khăn trong công tác của bác sĩ có liên quan đến thiếu thuốc và thiếu kỹ năng ($p < 0,05$), điều này là phù hợp với thời điểm và tình hình chung hiện tại, ngoài ra với tình hình thiếu trang thiết bị mới để phục vụ người bệnh là vấn đề nan giải, chưa có hồi kết nên có thể đối với các bác sĩ đã xem việc thiếu trang thiết bị và thuốc điều trị là chuyện bình thường.

Vấn đề về kinh phí cho đào tạo cũng là vấn đề được chính bác sĩ và các cấp lãnh đạo quan tâm và có hướng đa dạng hóa nguồn kinh phí.

VI. LỜI CẢM ƠN

Tôi xin được gửi lời cảm ơn chân thành nhất đến tất cả các thầy, cô giáo trường đại học Thăng Long, Tiến Sĩ Nguyễn Hồng Chương, Phó Giáo Sư Tiến Sĩ Trần Như Nguyên, những người thầy đầy nhiệt huyết và tận tụy đã giúp đỡ, hướng dẫn tôi từ suốt quá trình nghiên cứu. Tôi xin cảm ơn Lãnh Đạo và quý đồng nghiệp Bệnh Viện đa khoa tỉnh Bình Dương hỗ trợ cho nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Chính trị.** Nghị quyết công tác bảo vệ chăm sóc nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới, số 46-NQ/TW, ngày 23/02/2005. 2005.
2. **Bộ Y tế** Thông tư số 22/2013/TT-BYT ngày 09 tháng 8 năm 2013 về hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế, số 22/2013/TT-BYT. 2013.
3. **Bộ Y tế** Thông tư số 26/2020/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2020 về sửa đổi, bổ sung một số điều của thông tư 22/2013/TT-BYT ngày 09 tháng 8 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế. 2020.
4. **Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương.** Báo cáo công tác đào tạo liên tục 6 tháng đầu năm 2023. Hội nghị sơ kết 6 tháng đầu năm 2023, phương hướng 6 tháng cuối năm 2023; 2023.
5. **Bộ Y tế** Phê duyệt Kế hoạch phát triển nhân lực trong hệ thống khám, chữa bệnh giai đoạn 2015-2020. 2015.
6. **Phạm Văn Đông.** Thực trạng công tác đào tạo liên tục cho bác sĩ và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện C Thái Nguyên năm 2019 [Luận văn Thạc sĩ]: Trường Đại học Y tế công cộng; 2020.

YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI NHÀ NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA BỆNH PHỔI KHÔNG LAO, BỆNH VIỆN PHẠM NGỌC THẠCH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Võ Thị Kim Anh¹, Nguyễn Hữu Hưng Phát²,
Nguyễn Thị Đoan Trang², Nguyễn Quốc Định³, Đồng Đức Hùng³

TÓM TẮT

Giới thiệu: Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch là BV hạng I của thành phố Hồ Chí Minh, khoa Bệnh phổi không lao là một khoa lâm sàng đóng vai trò lớn trong việc tạo dựng “hình ảnh” về chất lượng của bệnh viện, nhằm cung cấp thông tin về các yếu tố liên quan đến hài lòng của người nhà người bệnh tại khoa Bệnh phổi không lao, bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, kết hợp với những khảo sát thường quy về sự hài lòng của người bệnh, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu định lượng và định tính thực hiện từ tháng 02 đến tháng 10/2023 trên 250 người nhà người bệnh, 8 cuộc phỏng vấn sâu, 1 cuộc thảo luận nhóm. Nghiên cứu sử dụng phiếu khảo sát xây dựng dựa trên bộ câu hỏi khảo sát hài lòng của người bệnh nội trú của Bộ Y tế.

Kết quả nghiên cứu: 86,0% người nhà người bệnh hài lòng chung về dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa, tiêu mục hài lòng về kết quả cung

cấp dịch vụ có tỷ lệ người nhà người bệnh hài lòng cao nhất 89,2%. Yếu tố liên quan đến hài lòng của người nhà người bệnh bao gồm trình độ học vấn, thu nhập gia đình, là người nhà người bệnh là cán bộ, nhân viên bệnh viện, chính sách lấy người bệnh làm trung tâm và tự chủ tài chính đã tạo điều kiện thuận lợi cho hài lòng của người nhà người bệnh, các quy định sử dụng bảo hiểm y tế, quy trình khám bệnh, thông tin tư vấn vẫn còn gây khó khăn cho người bệnh.

Kết luận: Tỷ lệ hài lòng của người nhà người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa Bệnh phổi không lao là ở mức cao, các yếu tố liên quan đến hài lòng của người nhà người bệnh chủ yếu là yếu tố thuộc về người nhà người bệnh.

Từ khóa: hài lòng, người nhà người bệnh, bệnh viện Phạm Ngọc Thạch.

SUMMARY

FACTORS RELATED TO SATISFACTION OF PATIENT'S RELATIVE AT THE DEPARTMENT OF NON-TBUBBER PULMONARY DISEASE, PHAM NGOC THACH HOSPITAL, HO CHI MINH CITY

Introduction: Pham Ngoc Thach Hospital is a class I hospital in Ho Chi Minh City, the Non-TB Lung Disease Department is a clinical department that plays a big role in creating the "image" of the hospital's quality, aiming to Providing information about factors related to patient's relative satisfaction at the Department of Non-TB Lung Diseases, Pham Ngoc Thach

¹Trường Đại học Thăng Long thành phố Hà Nội

²Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Đa khoa Nam Anh tỉnh Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Kim Anh

ĐT: 0973946494

Email: kimanh7282@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

Hospital, combined with routine surveys on patient satisfaction, we conduct research. save this.

Materials and Methods: research using quantitative and qualitative research design conducted from February to October 2023 on 250 patient's relative, 8 in-depth interviews, 1 group discussion. The study used survey questionnaires based on the Ministry of Health's inpatient satisfaction survey questionnaire.

Results: 86.0% of patients' relative satisfaction with medical examination and treatment services at the department, the target of satisfaction with service delivery results has the highest patient's relative satisfaction rate of 89.2%. Factors related to patient's relative satisfaction include education level, family income, patient's relative are hospital officials and staff, patient-centered policies and financial autonomy have created favorable conditions for patient satisfaction. Favorable conditions for patient's satisfaction, health insurance usage regulations, medical examination procedures, and consultation information still cause difficulties for patients.

Conclusions: The patient's relative satisfaction rate with medical examination and treatment services at the Non-TB Lung Disease Department is at a high level, the factors related to patient's relative satisfaction are mainly patient's relative factors.

Keywords: satisfaction, patient's relative, Pham Ngoc Thach hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Người bệnh là những người có vấn đề sức khỏe và chịu ảnh hưởng trực tiếp từ dịch vụ khám chữa bệnh, trong khi đó người nhà người bệnh (NNNB) là người chăm sóc chính cho người bệnh, có mối quan hệ thân thích với người bệnh, họ cũng là đối tượng

đóng vai trò quan trọng trong quy trình khám chữa bệnh (KCB), chịu ảnh hưởng trực tiếp của một số khâu trong quy trình KCB, môi trường bệnh viện, các dịch vụ tiện ích..., ý kiến của NNNB về chất lượng dịch vụ KCB cũng có ý nghĩa rất lớn (tương tự như người bệnh) trong việc cải tiến chất lượng dịch vụ KCB.

Tuy nhiên hiện nay, đã có rất nhiều nghiên cứu đánh giá sự hài lòng của người bệnh, cả nội trú và ngoại trú theo thang đo của Bộ Y tế (BYT), nhưng trên đối tượng là NNNB lại ít nghiên cứu đề cập tới, một số nghiên cứu đã thực hiện cho kết quả khác nhau giữa các cơ sở y tế [1-3]. [4, 5]. Các nghiên cứu này cũng đã phân tích định tính và nhận định rằng các yếu tố trên góc độ quản lý y tế như chính sách, quy định, quy trình KCB, yếu tố về nhân lực của BV, cơ sở vật chất trang thiết bị hay yếu tố thông tin, tư vấn... là những yếu tố có ảnh hưởng đến sự hài lòng của NNNB.

Khoa Bệnh phổi không lao của bệnh viện Phạm Ngọc Thạch là một khoa lâm sàng đóng vai trò lớn trong việc tạo dựng “hình ảnh” về chất lượng của bệnh viện. Khoa có nhiệm vụ tiếp nhận, chẩn đoán và điều trị các thể bệnh phổi, trên thực tế vẫn thường có bất đồng về mức độ xử lý có thể xảy ra giữa người nhà người bệnh (NNNB) và nhân viên y tế (NVYT), thường phải tiếp nhận ý kiến phản ánh, phản nàn liên quan đến hoạt động KCB, do đó để mô tả thực trạng hài lòng của người nhà người bệnh và phân tích một số yếu tố liên quan tại Khoa Bệnh Phổi Không Lao, Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch năm 2023, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định

lượng và nghiên cứu định tính. Nghiên cứu định lượng được tiến hành trước và nghiên cứu định tính được tiến hành sau.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Thời gian nghiên cứu từ tháng 02 đến tháng 10 năm 2023, tại Khoa bệnh phổi không lao, Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch.

Đối tượng nghiên cứu: Người chăm sóc cho người bệnh trong quá trình điều trị của người bệnh tại khoa bệnh phổi không lao, Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch. Cán bộ quản lý của Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch (trưởng/phó phòng Quản lý chất lượng, Trưởng/phó khoa bệnh phổi không lao). NVYT công tác tại Khoa bệnh phổi không lao, Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch.

Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu định lượng được ước tính theo công thức ước lượng cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

$$Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

$p = 0,75$ là tỷ lệ hài lòng của người nhà người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh ước đoán, dựa trên nghiên cứu của Lương Thái Thiện Tâm tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức năm 2022 [4]. Thay các giá trị trên tính được cỡ mẫu tối thiểu là $n \approx 246$ người, để thuận tiện trong việc lấy mẫu nghiên cứu khảo sát 250 người nhà người bệnh.

Phòng vấn sâu và thảo luận nhóm với tổng cộng số người là 16, bao gồm: Phòng vấn sâu 1 đại diện quản lý khoa bệnh phổi không lao. Phòng vấn sâu 1 đại diện quản lý phòng Quản lý chất lượng. Phòng vấn sâu 3 bác sỹ; 3 điều dưỡng tại khoa bệnh phổi không lao. Thảo luận nhóm 8 NNNB điều trị tại khoa bệnh phổi không lao.

Biến số, chủ đề nghiên cứu

Các biến số: tuổi, giới tính, nơi cư trú, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề

nghiệp, thu nhập bình quân gia đình, người nhà của người bệnh có sử dụng BHYT, số lần khám chữa bệnh tại BV của người bệnh, người bệnh được chuyển viện đến, thời gian NB điều trị tại khoa bệnh phổi không lao. Biến số về sự hài lòng của người bệnh: theo thang đo sự hài lòng của người bệnh Nội trú, Bộ Y tế năm 2019. 02 biến số về khả năng đáp ứng của BV so với mong đợi và khả năng quay lại sử dụng dịch vụ.

Chủ đề nghiên cứu định tính gồm: Chính sách, quy định, quy trình KCB, yếu tố cơ sở vật chất, kinh phí, thông tin – tư vấn.

Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Nghiên cứu thực hiện phát vấn: một phiếu khảo sát được gửi đến người chăm sóc chính cho trẻ để họ tự trả lời các câu hỏi bằng cách lựa chọn các tùy chọn hoặc điền câu trả lời. Nghiên cứu định tính sử dụng phương pháp thảo luận nhóm đối với người bệnh và phỏng vấn sâu đối với nhân viên y tế, cán bộ quản lý theo các chủ đề nghiên cứu, các câu hỏi mở được gợi ý sẵn trong bản hướng dẫn phỏng vấn sâu

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm EpiData và sau đó chuyển sang Stata để phân tích (Stata 14.0). Thống kê mô tả sử dụng tần số, tỷ lệ để phân tích và trình bày các biến định tính. Phép kiểm chi bình phương (hoặc kiểm định chính xác Fisher thay thế khi hơn 20% số ô vọng trị nhỏ hơn 5) logistic với ngưỡng ý nghĩa thống kê là $p < 0,05$. Các cuộc PVS được ghi âm và gỡ băng hai nghiên cứu viên độc lập đọc kỹ phân loại sắp xếp theo chủ đề lớn, chủ đề nhỏ, cho vào bản ma trận) theo nội dung, chủ đề. Sau đó, phân tích theo từng chủ đề.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng xét duyệt

đề cương trường Đại học Thăng Long thông qua, được chấp thuận của Lãnh đạo Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch. Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu trước khi tiến hành điều tra và chỉ tiến hành khi có sự chấp nhận tham gia của đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

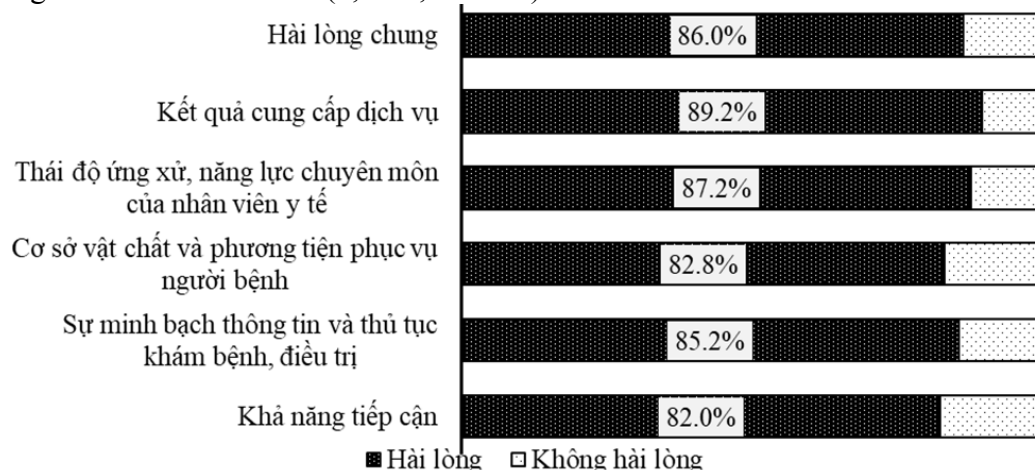
Tỷ lệ người nhà người bệnh giới tính nữ cao hơn nam (56,8% so với 43,2%). Nhóm tuổi từ 21 – 39 chiếm tỷ lệ cao nhất 52,0% và thấp nhất ở nhóm tuổi 18 – 20 tuổi, chiếm 5,7%. Người nhà người bệnh chủ yếu là người đã kết hôn chiếm 74,8% và nơi cư trú

đa số là ở TP.HCM với 69,2%, có 30,8% đến từ tỉnh khác. Về trình độ học vấn của người nhà người bệnh, tỷ lệ cao nhất là trình độ từ đại học, sau đại học chiếm 31,6%, tiếp đến là trung cấp/cao đẳng 29,2%, THPT là 21,6%, có 17,6% trình độ THCS trở xuống. Về thu nhập, tỷ lệ cao nhất là thu nhập 5-10 triệu đồng (32,8%), tiếp đến là < 5 triệu đồng với 24,8%, từ 10-15 triệu đồng (24,4%), 15-20 triệu đồng (12%) và cuối cùng là >20 triệu đồng (6,0%). Về nghề nghiệp, chủ yếu là nghề tự do/kinh doanh (41,2%), cán bộ nhân viên, viên chức là 12,4%. Tỷ lệ sử dụng thẻ BHYT trong đợt vào viện này chiếm tỷ lệ cao (86,8%).

Bảng 1. Điểm hài lòng trung bình của NNNB theo các tiêu chí

Mã số	Tiêu chí	TB ± DLC
A	Khả năng tiếp cận	4,06 ± 0,57
B	Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị	4,20 ± 0,61
C	Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh	4,11 ± 0,56
D	Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT	4,28 ± 0,50
E	Kết quả cung cấp dịch vụ	4,38 ± 0,56
	Điểm hài lòng chung	4,20 ± 0,51

Điểm hài lòng chung về dịch vụ KCB của NNNB đạt $4,20 \pm 0,51$ điểm. Điểm hài lòng khá đồng đều theo các tiêu chí (4,06-4,38 điểm).



Biểu đồ 1. Hài lòng chung của NNNB về dịch vụ khám chữa bệnh (n=250)

Hài lòng chung của NNNB đạt 86%. Tỷ lệ hài lòng cao nhất ở tiêu chí kết quả cung cấp dịch vụ (89,2%) và thấp nhất là tiêu chí khả năng tiếp cận (82,0%).

Bảng 2. Một số đặc điểm liên quan đến hải lòng chung của NNNB qua phân tích hồi quy logistic

Đặc điểm		Hải lòng chung				OR _{hc} (95%CI) P
		Có		Không		
		SL	%	SL	%	
Giới tính	Nữ	94	87,0	14	13,0	0,89 (0,28-2,80), p = 0,839
	Nam	121	85,2	21	14,8	
Nhóm tuổi	<60 tuổi	121	84,6	22	15,4	0,71 (0,13-3,84), p = 0,692
	≥ 60 tuổi	94	87,9	13	12,1	
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn/li dị	56	84,8	10	15,2	3,15 (0,67-14,74), p = 0,145
	Đã kết hôn	159	86,4	25	13,6	
Nơi cư trú hiện tại	Nơi khác	59	76,6	18	23,4	1,82 (0,30-11,01), p = 0,514
	TPHCM	156	90,2	17	9,8	
Trình độ học vấn	≤ THPT	90	91,8	8	8,2	0,12 (0,02-0,68), p = 0,016
	>THPT	124	81,6	28	18,4	
Thu nhập bình quân gia đình (VNĐ)	≤ 15 triệu	196	95,6	9	4,4	0,03 (0,01-0,10), p < 0,001
	>15 triệu	19	42,2	26	57,8	
Nghề nghiệp	Nhóm nghề khác	200	91,3	19	8,7	0,07 (0,01-0,33), p = 0,001
	Cán bộ, nhân viên	15	48,4	16	51,6	
Người nhà của NB có BHYT	Không	16	48,5	17	51,5	9,03 (1,77-46,15), p = 0,008
	Có	196	90,3	21	9,7	
Số ngày điều trị của người bệnh	≤ 7 ngày	117	85,4	20	14,6	0,65 (0,21-2,03), p = 0,455
	> 7 ngày	98	86,7	15	13,3	
Đối tượng người bệnh	Chuyển viện đến	198	85,7	33	14,3	0,61 (0,09-4,20), p = 0,619
	Tự đến	17	89,5	2	10,5	

BHYT: bảo hiểm y tế, THPT: Trung học phổ thông, VNĐ: việt nam đồng, OR_{hc}: OR hiệu chỉnh

Qua phân tích hồi quy logistic, kết quả cho thấy, nhóm NNNB có trình độ học vấn cao (>THPT) có khả năng hải lòng chung thấp hơn so với nhóm ≤THPT (OR_{hc}=0,12, 95%CI: 0,02-0,68, p=0,016). Nhóm NNNB có thu nhập >15 triệu VNĐ có khả năng hải lòng chung thấp hơn nhiều so với nhóm có thu nhập ≤15 triệu VNĐ (OR_{hc}=0,03, 95%CI: 0,01-0,10, p<0,001). Nhóm NNNB là cán bộ, nhân viên có khả năng hải lòng chung thấp hơn so với nhóm nghề khác (OR_{hc}=0,07, 95%CI: 0,01-0,33, p=0,001).

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hải lòng chung của NNNB theo đặc điểm giới tính, nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân, nơi cư trú hiện tại (p<0,05) Người nhà của người bệnh có BHYT có khả năng hải lòng chung cao hơn so với người nhà không có BHYT (OR_{hc}=9,03, 95%CI: 1,77-46,15, p=0,008). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hải lòng chung của người nhà người bệnh theo số ngày điều trị của người bệnh, chuyển viện đến (p>0,05).

Một số yếu tố liên quan đến sự hải lòng của người nhà người bệnh qua nghiên cứu định tính

Chính sách, quy định

Yếu tố chính sách, quy định là một yếu tố làm tăng sự hài lòng của người nhà người bệnh tại khoa bệnh phổi không lao. Bởi vì chính sách của BV là chú trọng đến hoạt động quản lý chất lượng, thực hiện nhiều giải pháp lấy người bệnh làm trung tâm. BV triển

khai đội ngũ hướng dẫn người bệnh, người nhà người bệnh tại các khu vực cửa vào của BV, giúp người nhà người bệnh không gặp khó khăn khi tìm kiếm các lối đi trong BV hoặc có thể được giải đáp các thắc mắc.

Hộp 1. Ý kiến của người bệnh về sự hướng dẫn tại các khu vực trong BV và tổng đài tư vấn của Bệnh viện

“Trước khi vào viện, cứ lo không quen đường biết lối, gặp nhiều khó khăn, nhưng thực tế thì khi điều trị tại đây, tôi đã bớt lo lắng hơn vì có sự hướng dẫn của nhân viên ngoài sảnh, thấy chuyên nghiệp, tận tình” (TLN NNNB).

“Sau khi điều trị về thì thỉnh thoảng tôi cũng được các nhân viên tổng đài của BV gọi điện hỏi thăm tình hình bệnh của con, cũng như hỏi xem có những điều gì chưa hài lòng” (TLN NNNB).

Cơ sở vật chất, trang thiết bị, kinh phí

Cơ sở hạ tầng, trang thiết bị y tế là yếu tố ảnh hưởng tích cực đến sự hài lòng của người bệnh. Cơ sở hạ tầng khang trang, sạch đẹp và được xây dựng trên quỹ đất rộng, do

đó đảm bảo được nhiều hạng mục nhằm phục vụ người bệnh, trong đó có môi trường xanh sạch đẹp. Đây là điều khiến cho người bệnh hài lòng hơn. Qua thảo luận nhóm người bệnh, đa số ý kiến hài lòng về điều này:

Hộp 2. Ý kiến của NNNB về cơ sở hạ tầng và môi trường tại Bệnh viện

“Bệnh viện ở đây thoáng mát, sạch sẽ và phục vụ cũng tốt” (TLN NNNB)

“Diện tích rộng, môi trường xanh sạch đẹp, nhìn ưng mắt” (TLN NNNB)

Đối với các vật tư, thuốc điều trị, khoa bệnh phổi không lao luôn được đảm bảo, danh mục thuốc đã bổ sung đầy đủ những thuốc thiết yếu kể cả những loại thuốc hiếm, vật tư thiết bị được trang bị đầy đủ.

Hộp 3. Ý kiến của nhân viên y tế về tình hình thuốc, vật tư và hóa chất tại Bệnh viện

“Thuốc và vật tư luôn đáp ứng, thuốc loại đầy đủ nhất trong các khoa” (PVS bác sĩ)

“Danh mục thuốc của Khoa hiện đã bổ sung đầy đủ những loại thuốc cứu mạng người bệnh, kể cả những thuốc hiếm” (PVS bác sĩ)

Đối với hoạt động ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý khám chữa bệnh, hệ thống phần mềm khám chữa bệnh hoạt động tốt, tuy nhiên một số ý kiến cho rằng cần cải tiến về phần mềm để tạo thuận lợi và rút ngắn thời gian chờ đợi của NB.

Hộp 4. Ý kiến của NVYT về ứng dụng công nghệ thông tin trong hoạt động khám chữa bệnh tại BV

“IT cần có cải tiến để hỗ trợ những NNNB gặp khó khăn trong đăng ký nhập khoa bệnh phổi không lao, để tạo thuận lợi và rút ngắn thời gian điều trị” (PVS điều dưỡng).

“IT cần cải tiến hệ thống để mà trả tất cả kết quả cận lâm sàng trên máy tính chứ hiện nay nhiều kết quả cận lâm sàng vẫn còn về trễ” (PVS bác sĩ)

Yếu tố kinh phí, đầu tư

Bệnh viện đã chú trọng đầu tư nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ, trong đó, Khoa bệnh phổi không lao được ưu tiên hàng đầu, vì khoa có vai trò quan trọng trong việc tạo dựng hình ảnh của Bệnh viện. Bên cạnh đầu tư về cơ sở vật chất, Khoa cũng chú trọng đầu tư vào yếu tố con người, Lãnh đạo khoa luôn tạo điều kiện để nhân viên được tham gia các lớp

đào tạo, tập huấn nhằm nâng cao trình độ, kỹ năng chuyên môn. Tuy nhiên, Khoa bệnh phổi không lao vẫn gặp khó khăn nhất định trong đầu tư kinh phí cho các hoạt động cải tiến chất lượng. Mặc dù được sự quan tâm và ưu tiên triển khai hoạt động cải tiến chất lượng nhưng về kinh phí cho các đề án cải tiến chất lượng của Khoa chưa đủ, khoa phải tự túc và tìm sự hỗ trợ từ bên ngoài.

Hộp 5. Ý kiến của nhân viên y tế và quản lý khoa phòng về yếu tố kinh phí, đầu tư cho nâng cao chất lượng dịch vụ

"Khoa bệnh phổi không lao là một trong những ưu tiên hàng đầu. Các trang thiết bị chẩn đoán, điều trị hiện đại được bệnh viện đầu tư, đầy đủ" (PVS cán bộ quản lý).
 "Trưởng khoa luôn tạo điều kiện để anh em được đi học nâng cao kỹ năng chuyên môn, nâng cao trình độ" (PVS bác sĩ).
 "Đề án cải tiến chất lượng về thông tin tư vấn cho người bệnh thì hầu hết kinh phí là tự túc hoặc tìm hỗ trợ bên ngoài" (PVS Điều dưỡng).
 "Kinh phí của BV vẫn chưa đủ để triển khai các hoạt động trong đề án cải tiến chất lượng của khoa" (PVS Điều dưỡng).

Thông tin – tư vấn trong khoa bệnh phổi không lao

Yếu tố thông tin tư vấn là một yếu tố làm giảm sự hài lòng của NNNB tại khoa bệnh phổi không lao. Qua nghiên cứu định tính, kể cả nhân viên y tế cũng như NNNB cho rằng khâu thông tin tư vấn đối với các trường hợp điều trị tại khoa là chưa tốt. Từ đó dẫn đến nhiều sự kiện NNNB không hài lòng về giao tiếp, thái độ phục vụ của NVYT tại khoa

bệnh phổi không lao.

Các sự kiện gây gổ hoặc căng thẳng của NNNB hoặc ý kiến phản nàn qua đường dây nóng khá thường gặp tại khoa bệnh phổi không lao, có thể xảy ra ở mọi khung giờ, trong đó thường gặp nhất là vào các giờ ban đêm. Các khâu thường gặp xảy ra sự kiện không hài lòng là khâu tiếp nhận người bệnh và thủ tục hành chính.

Hộp 6. Ý kiến của nhân viên y tế về các vấn đề trong khâu thông tin, tư vấn cho NNNB

"Sự kiện gây gổ của NNNB và phản hồi không hài lòng về giao tiếp qua đường dây nóng hoặc khảo sát trực tiếp khá thường gặp ở khu vực phòng nhận bệnh của khoa" (PVS quản lý khoa)
 "Các sự kiện gây gổ hoặc căng thẳng có thể xảy ra 24/7, gặp nhiều nhất là những giờ khuya" (PVS bác sĩ)
 "Thường gặp ở bước/khâu tiếp nhận người bệnh đến yêu cầu làm thủ tục hành chính..." (PVS bác sĩ).

Khi phân tích nguyên nhân dẫn đến việc thông tin tư vấn tại khoa bệnh phổi không lao chưa thực hiện tốt, đa số ý kiến của người nhà người bệnh và NVYT cho rằng có một số nguyên nhân chính như: NVYT không/thiếu thông tin về tình trạng của người

bệnh hoặc các thủ tục cần thiết cho người nhà người bệnh, kỹ năng giao tiếp của NVYT chưa tốt, một số thủ tục hành chính còn rườm rà, bất đồng quan điểm giữa NVYT và người nhà người bệnh.

Hộp 7. Ý kiến của NNNB về việc NVYT không thông tin đầy đủ cho NNNB và các thủ tục hành chính tại BV

"Có lúc thấy mấy bác sĩ không có chủ động nói gì với chúng tôi, chỉ khi hỏi thì mới nói, nhưng mà tỏ vẻ khó chịu" (TLN NNNB)
 "Có bác sĩ nói khó hiểu, tui không hiểu, hỏi lại thì bị rầy, cũng không giải thích kỹ cho tui" (TLN NNNB).
 Thủ tục hành chánh gì mà rườm rà quá, thủ tục đóng tiền 2 lần, 1 lần khám, 1 lần cận lâm sàng" (TLN NNNB).

IV. BÀN LUẬN

Qua phân tích hồi quy logistic chúng tôi thấy rằng nhóm NNNB có trình độ học vấn cao ($>THPT$) có khả năng hài lòng chung thấp hơn so với nhóm $\leq THPT$ ($OR_{hc}=0,12$, $95\%CI: 0,02-0,68$, $p=0,016$). Kết quả này phù hợp nghiên cứu của Trần Thị Lý, học vấn càng cao thì trải nghiệm tốt hơn [6]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Phương Hà trên 360 người chăm sóc bệnh nhi 0-6 tuổi tại Khoa nhi, Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy, tỉnh Tiền Giang năm 2020 [2]. Một số lý giải cho vấn đề này có thể do những người có trình độ học vấn thấp có thể cảm thấy khó khăn hơn trong việc hiểu và áp dụng các thông tin liên quan đến y tế. Do đó, khi họ cảm thấy hài lòng về các khía cạnh của dịch vụ y tế, điều này có thể gây ra một sự hài lòng toàn diện hơn. Ngoài ra những người có trình độ học vấn thấp hơn có thể có kỳ vọng thấp hơn đối với dịch vụ y tế, và do đó, khi dịch vụ đáp ứng được kỳ vọng này, họ cảm thấy hài lòng hơn. Cũng có thể rằng người có trình độ học vấn thấp hơn đã trải qua những trải nghiệm khó khăn hơn trong

việc tìm hiểu thông tin y tế hoặc giao tiếp với nhân viên y tế. Khi họ nhận được sự chú ý và hỗ trợ tốt hơn, họ có thể cảm thấy hài lòng hơn. Bệnh viện nhìn nhận đây là điểm thuận lợi, không chỉ trong vấn đề dễ dàng hơn để triển khai các quy trình, thủ tục có áp dụng công nghệ, mà còn là khả năng nhận được sự thông cảm cao hơn.

Thu nhập bình quân có liên quan chặt chẽ với sự hài lòng của NNNB. Qua hồi quy logistic chúng tôi thấy rằng nhóm NNNB có thu nhập >15 triệu VND có khả năng hài lòng chung thấp hơn nhiều so với nhóm có thu nhập ≤ 15 triệu VND ($OR_{hc}=0,03$, $95\%CI: 0,01-0,10$, $p<0,001$), ở tất cả các tiêu chí riêng biệt cũng thấy được mối tương quan này. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Võ Thị Kim Phượng tại BV Nhi đồng 1 hay nghiên cứu của Nguyễn Phương Hà tại Tiền Giang [2, 7]. Sự khác biệt trong tỷ lệ hài lòng toàn diện giữa nhóm người chăm sóc trẻ thuộc nhóm thu nhập bình quân gia đình < 15 triệu đồng và nhóm có thu nhập bình quân gia đình từ 15 triệu đồng trở lên có thể được giải thích bởi một

loạt các yếu tố liên quan đến ưu tiên tài chính, trải nghiệm chất lượng, thái độ của nhân viên y tế và sự kỳ vọng. Những người có thu nhập thấp hơn có thể chịu áp lực tài chính lớn hơn và có thể có mức độ ưu tiên cao hơn đối với việc chăm sóc y tế cho trẻ em. Khi họ cảm nhận được sự hỗ trợ và đáp ứng tốt từ phía dịch vụ y tế, họ có thể cảm thấy hài lòng hơn. Ngoài ra những người có thu nhập thấp hơn có thể chưa từng có cơ hội trải nghiệm dịch vụ y tế chất lượng cao. Khi họ nhận thấy rằng dịch vụ tại phòng khám hoặc bệnh viện đáp ứng được yêu cầu và cung cấp chất lượng tốt, họ có thể cảm thấy hài lòng hơn. Ngoài ra, những người có thu nhập cao hơn có thể có kỳ vọng cao hơn về dịch vụ y tế dựa trên trải nghiệm hoặc so sánh với các trải nghiệm khác. Điều này có thể gây ra một mức độ không hài lòng cao hơn.

Nhóm NNNB là cán bộ, nhân viên có khả năng hài lòng chung thấp hơn so với nhóm nghề khác (ORhc=0,07, 95%CI: 0,01-0,33, p=0,001). Trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình và cộng sự cũng thấy rằng nhóm nghề cán bộ nhân viên có trải nghiệm tốt thấp hơn, tại Bệnh viện quận 2, TPHCM [8]. Nghề nghiệp ảnh hưởng tới sự hài lòng của NNNB, thực tế cho thấy nghề nghiệp thuộc nhóm có thu nhập cao thường có mức chi trả tốt đối với các dịch vụ y tế của bệnh viện.

Người nhà của người bệnh có BHYT có khả năng hài lòng chung cao hơn so với người nhà không có BHYT (ORhc=9,03, 95%CI: 1,77-46,15, p=0,008). Nghiên cứu của Trang Giang Sang cho kết quả có mối liên quan chặt chẽ giữa việc sử dụng thẻ BHYT cho đợt khám chữa bệnh của trẻ với sự hài lòng của thân nhân người bệnh: tỷ lệ hài lòng ở nhóm có sử dụng thẻ BHYT cao

hơn 2,56 lần so với nhóm không sử dụng (p < 0,05) [9]. Kết quả này cũng tương tự trong nghiên cứu của Võ Kim Phụng (tại khoa Tiêu hóa - BV Nhi Đồng 1) hay nghiên cứu của Đỗ Văn Niệm (phòng Quản lý Chất lượng -BV Nhi Đồng 1), có mối liên quan chặt chẽ giữa việc sử dụng thẻ BHYT với tỷ lệ hài lòng của thân nhân người bệnh (p<0,05) [7]. Có lẽ việc sử dụng thẻ BHYT đã giúp giảm gánh nặng về chi phí điều trị cho trẻ, đặc biệt là đối với những trường hợp trẻ mắc dị tật bẩm sinh tim, khi khám và điều trị phải tốn chi phí rất lớn, điều này giúp NCST dễ dàng cảm thông và hài lòng hơn.

V. KẾT LUẬN

Hài lòng chung của người nhà người bệnh đạt 86,0%. Hài lòng về khả năng tiếp cận là 82,0%; Hài lòng về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám chữa bệnh là 85,5%; Hài lòng về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh là 82,8%; Hài lòng với thái độ ứng xử, chuyên môn của nhân viên y tế là 87,2%; Hài lòng về kết quả cung cấp dịch vụ là 89,2%

Qua phân tích hồi quy logistic, xác định một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng chung của người nhà người bệnh: Nhóm người nhà người bệnh có trình độ học vấn >trung học phổ thông có khả năng hài lòng chung thấp hơn so với nhóm ≤trung học phổ thông (ORhc=0,12, 95%CI: 0,02-0,68, p=0,016). Nhóm người nhà người bệnh có thu nhập gia đình >15 triệu đồng có khả năng hài lòng chung thấp hơn nhiều so với nhóm có thu nhập ≤15 triệu đồng (ORhc=0,03, 95%CI: 0,01-0,10, p<0,001). Nhóm người nhà người bệnh là cán bộ, nhân viên có khả năng hài lòng chung thấp hơn so với nhóm nghề khác (ORhc=0,07, 95%CI: 0,01-0,33, p=0,001).

Qua phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm, một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người nhà người bệnh bao gồm: Bệnh viện đã thực hiện nhiều hoạt động nhằm hướng tới lấy người bệnh làm trung tâm, ngoài ra chính sách tự chủ tài chính cũng tạo điều kiện thuận lợi để triển khai nhiều giải pháp cải tiến chất lượng; cơ sở vật chất khang trang, sạch sẽ, trang thiết bị hiện đại. Tuy nhiên một số quy định sử dụng bảo hiểm y tế gây khó khăn cho người bệnh; quy trình khám chữa bệnh còn hạn chế dẫn đến thời gian chờ đợi lâu và nhiều thủ tục hành chính; thông tin tư vấn cho người bệnh chưa được thực hiện tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Tấn Phương.** Sự hài lòng của thân nhân người bệnh về dịch vụ khám chữa tại khoa Cấp cứu, bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2021 [Luận văn chuyên khoa cấp II]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế Công cộng; 2021.
2. **Nguyễn Phương Hà, Bùi Thị Mỹ Anh, Nguyễn Hùng Vĩ.** Sự hài lòng của người chăm sóc bệnh nhi 0-6 tuổi điều trị nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh tại Khoa Nhi, bệnh viện Đa khoa Khu vực Cai Lậy, tỉnh Tiền Giang năm 2020 và một số yếu tố liên quan. Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển. 2020;Tập 4(số 4):tr. 32-9.
3. **Đinh Thanh Bình.** Sự hài lòng của người nhà bệnh nhân nhi với dịch vụ khám nhi tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện Sản nhi tỉnh Ninh Bình năm 2020 [Luận văn Chuyên khoa II Tổ chức quản lý y tế]: Trường Đại học Y tế công cộng; 2020.
4. **Lương Thái Thiện Tâm.** Sự hài lòng về dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của thân nhân người bệnh và một số yếu tố ảnh hưởng tại khoa Cấp cứu, bệnh viện thành phố Thủ Đức năm 2022 [Luận văn chuyên khoa cấp 2]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế Công cộng; 2022.
5. **Ngô Thanh Giàu.** Khảo sát sự hài lòng của thân nhân người bệnh đối với sự phục vụ của điều dưỡng khoa Hồi sức tích cực chống độc, Bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang. Bệnh viện đa khoa Trung tâm Tiền Giang; 2019.
6. **Trần Thị Lý, Trần Băng Đại, Cao Ánh Ngọc.** Phân tích một số yếu tố liên quan đến trải nghiệm người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định, năm 2020. Tạp chí Y học cộng đồng. 2023;64(4).
7. **Võ Kim Phụng.** Sự hài lòng của thân nhân người bệnh điều trị nội trú tại Khoa tiêu hóa Bệnh viện Nhi đồng 1 [Luận văn (Thạc sĩ Quản lý bệnh viện)]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế công cộng; 2017.
8. **Nguyễn Thanh Bình, Vũ Thị Thu Hương, Nguyễn Duy Tài, Phan Thị Hồng Lệ, Nguyễn Phi Hồng Ngân, Lê Thị Ngọc.** Trải nghiệm của người bệnh trong quá trình điều trị nội trú tại Bệnh viện Quận 2, thành phố Hồ Chí Minh, năm 2020. Tạp chí Y học Dự phòng. 2021;Tập 31(số 2):117-25.
9. **Trang Giang Sang.** Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của thân nhân người bệnh tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Nhi Đồng 1, năm 2019 [Luận văn chuyên khoa II]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế Công cộng; 2020.

SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2023

Nguyễn Hồng Chương¹, Nguyễn Lê Ngọc Thùy²,
Mai Hàn Giang³, Trần Thị Phương Lan⁴

TÓM TẮT

Giới thiệu: “Sự hài lòng của người bệnh” là một chỉ số có giá trị trong việc đánh giá hiệu quả trong quản lý chất lượng bệnh viện. Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Bình Dương là một bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh tiếp đón ngày một nhiều người bệnh đăng ký khám, điều trị. Nhằm mô tả sự hài lòng của người bệnh và phân tích một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Bình Dương năm 2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang phân tích từ 02/2023 đến tháng 11/2023 trên 200 người bệnh đến khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Bình Dương. Thang đo PSS đã được sử dụng trong nghiên cứu này.

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh điều trị ngoại trú là 80,5%. Các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh

bao gồm mức thu nhập, nhóm tuổi, giới tính của người bệnh.

Kết luận: Tỷ lệ hài lòng của người bệnh điều trị ngoại trú tại bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Bình Dương chưa được cao. Các yếu tố liên quan được tìm thấy trong nghiên cứu bao gồm thu nhập, nhóm tuổi, nghề nghiệp của người bệnh.

Từ khóa: hài lòng người bệnh, nội trú, quản lý chất lượng.

SUMMARY

PATIENT SATISFACTION AND RELATED FACTORS AT BINH DUONG PROVINCIAL REHABILITATION HOSPITAL IN 2023

Introduction: "Patient satisfaction" is a valuable indicator in evaluating the effectiveness of hospital quality management. Binh Duong Provincial Rehabilitation Hospital is a provincial specialized hospital that welcomes more and more patients registering for examination and treatment. To describe patient satisfaction and analyze some factors related to patient satisfaction with medical examination and treatment services at Binh Duong Provincial Rehabilitation Hospital in 2023.

Materials and Methods: The study used a cross-sectional descriptive analysis method from February 2023 to November 2023 on 200 patients coming for outpatient examination and treatment at Binh Duong Provincial Rehabilitation Hospital. . The PSS scale was used in this study.

¹Sở Y tế tỉnh Bình Dương

²Bệnh viện Phục hồi Chức năng tỉnh Bình Dương

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương

⁴Bệnh viện Đa khoa Năm Anh tỉnh Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Chương
ĐT: 0918597354

Email: hongchuongdr@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

Results: The overall satisfaction rate of outpatient treatment patients is 80.5%. Factors related to patient satisfaction include income level, age group, and gender of the patient.

Conclusions: The satisfaction rate of patients treated as outpatients at Binh Duong Provincial Rehabilitation Hospital is not high. Related factors found in the study include income, age group, and occupation of the patient.

Keywords: patient satisfaction, inpatients, quality management.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong hai thập kỷ gần đây, các đề tài về sự hài lòng người bệnh đã được nhiều nhà nghiên cứu quan tâm [1, 2]. Trên thế giới, các nghiên cứu cho thấy người bệnh hài lòng cao ở các khía cạnh về sự chẩn đoán chính xác, thái độ phục vụ của nhân viên y tế nhiệt tình và thời gian chờ khám chữa bệnh phù hợp [1, 3]. Tuy nhiên, một phần người bệnh cũng chưa hài lòng với cơ sở vật chất và phí dịch vụ khám chữa bệnh quá cao [4, 5].

Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Bình Dương là một bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh được thành lập năm 2004, trong những năm qua, bệnh viện đã có nhiều bước tiến, chất lượng bệnh viện ngày càng nâng cao, lượng bệnh nhân đến khám chữa bệnh ngày càng đông. Áp lực tăng cao đòi hỏi nhiều sự đầu tư mạnh mẽ và tăng cường công tác quản lý chất lượng bệnh viện, nâng cao sự hài lòng của người bệnh.

Bệnh viện chưa có các đánh giá sự hài lòng của người bệnh một cách chính xác, khách quan từ nhiều góc độ, để tìm ra những hạn chế về mặt tổ chức và quản lý hoạt động, do đó, câu hỏi hiện tại được đặt ra là mức độ hài lòng của người bệnh như thế nào khi đến khám chữa bệnh tại bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Bình Dương, những yếu tố nào về mặt quản lý bệnh viện có ảnh hưởng đến sự

hài lòng của người bệnh? Đây là một vấn đề cần thiết trong giai đoạn hiện nay để có các giải pháp nâng cao chất lượng bệnh viện hiệu quả cho đơn vị, do vậy tôi thực hiện nghiên cứu đề tài nhằm mô tả sự hài lòng của người bệnh và phân tích một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh tại Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Bình Dương năm 2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Thời gian nghiên cứu từ tháng 02/2023 đến tháng 11/2023, tại bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Bình Dương.

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh đến khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Bình Dương.

Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu người bệnh điều trị ngoại trú được tính theo công thức ước lượng cho một tỷ lệ trong nghiên cứu mô tả:

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

$p = 0,63$. Theo nghiên cứu của Đánh giá sự hài lòng người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa khu vực Củ Chi và bệnh viện Quận Tân Phú năm 2017, kết quả cho thấy tỷ lệ hài lòng về dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện đa khoa khu vực Củ Chi là 62,78% và tại bệnh viện Quận Tân Phú là 73,89% [6]. Như vậy để có cỡ mẫu lớn nhất với sai số d được lựa chọn, nghiên cứu sử dụng tỷ lệ gần với 50% nhất, do đó $p = 0,63$.

$d = 0,07$: Là sai số tuyệt đối cho phép.

Thay các giá trị trên ta tính được cỡ mẫu tối thiểu là $n = 183$. Cỡ mẫu được điều chỉnh thêm 10% để dự trù các trường hợp từ chối

hoặc thu thập thông tin không đầy đủ, như vậy tổng cộng cần thu thập 200 người bệnh.

Biến số nghiên cứu

Nhóm các biến số về đặc điểm của người bệnh: bao gồm biến số tuổi, giới tính, nơi ở, trình độ học vấn, nghề nghiệp hiện tại, mức thu nhập bình quân gia đình, tham gia bảo hiểm y tế, nơi thường lựa chọn để khám chữa bệnh, tần suất khám chữa bệnh.

Nhóm biến số về sự hài lòng của người bệnh: bao gồm 26 biến số theo thang đo PSS:

Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Sử dụng thang đo PSS được phát triển từ thang đo SERVPERF đã được kiểm định tính giá trị và độ tin cậy [7, 8]. Thang đo này bao gồm 5 tiêu chí từ thang đo SERVPERF và 1 tiêu chí về thủ tục hành chính được phát triển bởi các tác giả Lê Tấn Phùng, Gerard FitzGerald năm 2014 với 4 câu hỏi [7]. Phát vấn trực tiếp người bệnh về sự hài lòng của người bệnh sau khi sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh bằng bảng câu hỏi thiết kế.

Xử lý và phân tích số liệu

Làm sạch số liệu trước khi nhập. Số liệu được nhập bằng phần mềm EpiData 3.1 và sau đó chuyển sang Stata để phân tích (Stata 14.0). Thống kê mô tả sử dụng tần số, tỷ lệ để phân tích và trình bày các biến định tính. Trung bình, độ lệch chuẩn hoặc trung vị được sử dụng để phân tích và trình bày các biến định lượng. Sử dụng kiểm định thống kê trong đánh giá các yếu tố liên quan tới sự hài lòng của người bệnh.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ quy trình xét duyệt của Hội đồng khoa học trường Đại học Thăng Long, được chấp thuận của Lãnh đạo Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Bình Dương bằng văn bản. Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích và nội dung của

nghiên cứu trước khi tiến hành điều tra và chỉ tiến hành khi có sự chấp nhận tham gia của đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tỷ lệ người bệnh nam cao hơn so với nữ (52,5% so với 47,5%); người bệnh thuộc nhóm 20-39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 48,0%; tiếp đến người bệnh thuộc nhóm 40-59 tuổi chiếm tỷ lệ 30,0%; người bệnh thuộc nhóm ≥ 60 tuổi chiếm 18,0%, và cuối cùng là người bệnh thuộc nhóm < 20 tuổi chiếm 4,0%. Tỷ lệ người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế đạt 92,5% cao so với người bệnh không có thẻ bảo hiểm y tế với 7,5%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy về nghề nghiệp của người bệnh là công nhân, nông dân chiếm tỉ lệ cao nhất với 38,5%, tiếp đến người bệnh kinh doanh, tự do, nội trợ chiếm 29,5%; người bệnh là học sinh sinh viên chiếm 15,0%; người bệnh là hưu trí chiếm 13,0%; thấp nhất là cán bộ nhân viên, nhân viên văn phòng chiếm 4,0%.

Về mức thu nhập bình quân gia đình, người bệnh có thu nhập bình quân gia đình hàng tháng là 5-10 triệu đồng chiếm nhiều nhất với 56,0%, tiếp đến là nhóm 10-15 triệu đồng chiếm 22,0%; nhóm người bệnh thu nhập dưới 5 triệu chiếm 18,0%, và cuối cùng là nhóm người bệnh có thu nhập trên 15 triệu đồng chiếm 4,0%.

Người bệnh đến khám tại cơ sở y tế khá thường xuyên. Trong nghiên cứu; có 52,5% người bệnh tới khám bệnh tại cơ sở y tế hàng quý; 21,5% người bệnh thỉnh thoảng khám bệnh tại cơ sở y tế và 13,5% người bệnh hiếm khi tới khám bệnh tại cơ sở y tế.

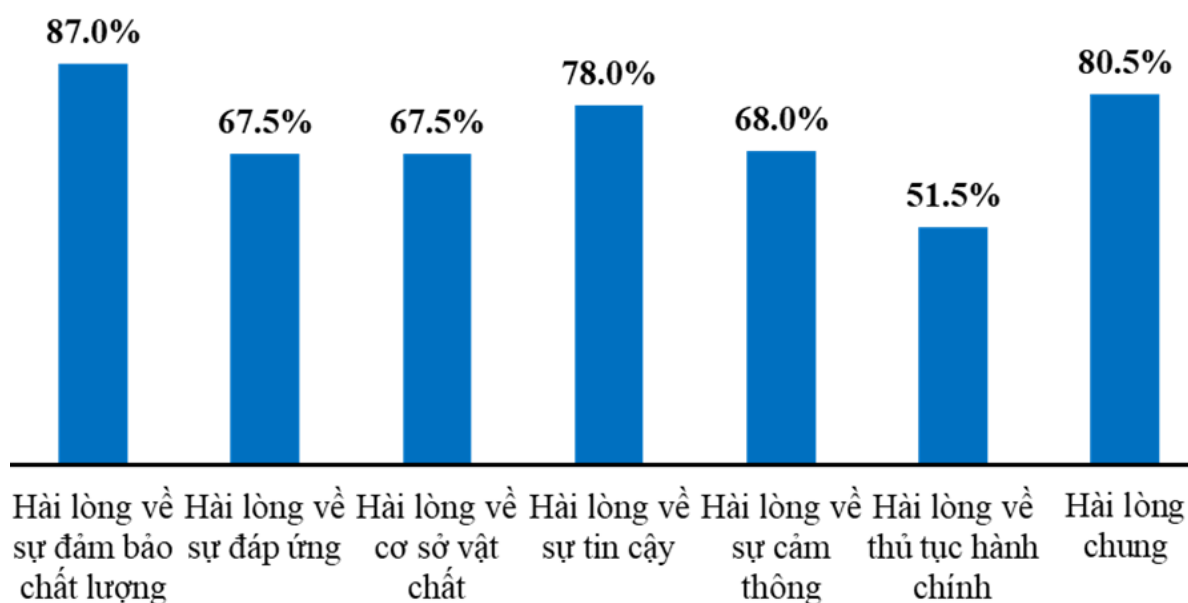
Người bệnh lựa chọn nơi thường khám bệnh là Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Bình Dương chiếm tỷ lệ cao nhất với 82,5%, tiếp đến là các bệnh viện tuyến Quận/ huyện khác với 12,5%; bệnh viện tuyến trên là 3,5% và thấp nhất là người bệnh chọn cơ sở y tế tư nhân với 1,5%.

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

Tiêu chí	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Sự bảo đảm chất lượng	4,05	0,80
Sự đáp ứng	3,35	0,45
Cơ sở vật chất	3,65	0,80
Sự tin cậy	3,95	0,85
Sự cảm thông	3,65	0,85
Thủ tục hành chính	3,35	0,70
Sự hài lòng chung	3,75	0,55

Điểm trung bình của các tiêu chí cấu thành sự hài lòng của người bệnh theo thang điểm PSS là $3,75 \pm 0,55$ điểm. Tiêu chí sự đảm bảo chất lượng có điểm trung bình cao nhất với $4,05 \pm 0,80$ điểm, tiếp đến là sự tin cậy với điểm trung bình $3,95 \pm 0,85$ điểm, sự

cảm thông với điểm trung bình $3,65 \pm 0,85$ điểm, hài lòng về cơ sở vật chất là $3,65 \pm 0,80$ điểm, hài lòng về thủ tục hành chính là $3,35 \pm 0,70$ điểm và sự đáp ứng có điểm trung bình thấp nhất với $3,35 \pm 0,45$ điểm.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ hài lòng theo các tiêu chí cấu thành nên sự hài lòng chung của người bệnh

Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh về dịch vụ điều trị tại khoa của bệnh viện theo thang đo PSS là 80,5%. Sự đảm bảo chất lượng là tiêu chí cấu thành nên sự hài lòng chung của người bệnh chiếm tỷ lệ hài lòng

cao nhất với 87,0%; hài lòng về sự tin cậy là 78,0%; hài lòng về cơ sở vật chất và sự đáp ứng là 67,5%; và cuối cùng là thủ tục hành chính có tỷ lệ hài lòng thấp nhất với 51,5%.

Bảng 2. Yếu tố liên quan đến sự hài lòng chung của người bệnh (n=200)

Yếu tố liên quan		Hài lòng chung				OR (95%CI)	p
		Hài lòng		Không hài lòng			
		SL	%	SL	%		
Giới tính	Nam	86	81,9	19	18,1	2,04 (1,1-4,2)	0,03
	Nữ	86	90,5	9	9,5		
Nhóm tuổi	< 20 tuổi	6	75,0	2	25,0	1	1
	20-39 tuổi	84	87,5	12	12,5	2,96 (0,7-10,3)	0,05
	40-59 tuổi	52	86,7	8	13,3	2,2 (1,8-5,6)	0,04
	≥ 60 tuổi	32	88,9	4	11,1	2,7 (1,7-5,8)	0,04
Nghề nghiệp	Cán bộ viên chức/ NVVP	7	87,5	1	12,5	2,2 (0,8-7,8)	0,1
	Công nhân/Nông dân	69	89,6	8	10,4	1	1
	Học sinh, sinh viên	24	80,0	6	30,0	0,9 (0,2-5,7)	0,97
	Kinh doanh, tự do, nội trợ	53	89,8	6	10,2	2 (0,9-4,7)	0,08
	Hưu trí	23	88,5	3	11,5	1,9 (0,7-6,7)	0,2
Thu nhập bình quân gia đình (VNĐ)	< 5 triệu	28	77,8	8	22,2	1	1
	5-10 triệu	100	89,3	12	10,7	2,4 (1,9-5,1)	0,03
	10-15 triệu	39	88,6	5	11,4	2,4 (0,9-7,1)	0,06
	>15 triệu	5	62,5	3	37,5	0.4 (0.1-1.6)	0,1

Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh nữ gấp 2,04 lần so với nam, sự khác biệt có mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tỷ lệ hài lòng chung nhóm 40 -59 tuổi và nhóm từ 60 tuổi gấp 2,2 và 2,7 lần so với nhóm từ 20 tuổi trở lên, sự khác biệt có mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Mức thu nhập bình quân của gia đình của nhóm thu nhập từ 5 – 10 triệu đồng có tỷ lệ hài lòng chung cao gấp 2,4 lần so với nhóm thu nhập dưới 5 triệu đồng, sự khác biệt có mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nghiên cứu không chỉ ra được mối liên quan giữa hài lòng chung với nghề nghiệp.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh nam gấp

2,04 lần so với nữ, sự khác biệt có mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong nghiên cứu của Phạm Như Quang và cộng sự cho kết quả tương đồng, tỷ lệ không hài lòng ở nữ là 19,3% cao hơn 2,265 (KTC 95%: 1,185-4,331) so với nam là 9,6%. Sự khác biệt này ghi nhận ý nghĩa thống kê với $p = 0,012$, điều đó có nghĩa là nam giới có xu hướng hài lòng hơn[9].

Nhóm tuổi: Trong nghiên cứu chung tôi thấy tỷ lệ hài lòng chung nhóm 40 -59 tuổi và nhóm từ 60 tuổi gấp 2,2 và 2,7 lần so với nhóm từ 20 tuổi trở lên, sự khác biệt có mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong một nghiên cứu khác của Phạm Như Quang và cộng sự tại BV đa khoa khu vực Củ Chi lại cho kết quả tỷ lệ hài lòng ở nhóm ≥ 60 tuổi lại thấp hơn nhóm < 60 tuổi, chỉ số chênh OR=0,368, (KTC 95%: 0,214-0,635).

Các tác giả giải thích rằng tâm trạng và cảm xúc của người cao tuổi thay đổi trong thời gian bị bệnh. Trong trường hợp người cao tuổi, cần lưu ý một số điểm trong quá trình khám bệnh: Người cao tuổi mắc nhiều bệnh mãn tính và có thể mắc các bệnh cấp tính hơn cần được khám sức khỏe cẩn thận [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự chênh lệch có thể phản ánh sự chuyển đổi trong kỳ vọng và mong đợi của người bệnh theo độ tuổi. Nhóm từ 60 tuổi trở lên có thể đặt ra những tiêu chuẩn và mong đợi khác nhau đối với thái độ giao tiếp từ nhân viên y tế. Kết quả này cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc cung cấp chăm sóc đặc biệt cho nhóm người cao tuổi, đồng thời tôn trọng và đáp ứng đúng đắn với mong muốn và kỳ vọng của họ.

Về thu nhập gia đình: trong tình hình kinh tế nước ta hiện nay, dịch vụ chăm sóc sức khỏe được coi là một ngành dịch vụ, trong đó bệnh viện là đơn vị ứng dụng dịch vụ, người bệnh là người sử dụng dịch vụ. Tuy nhiên, ngành Y tế là một ngành đặc biệt, liên quan đến sinh mạng người bệnh, vì vậy không thể coi dịch vụ y tế là một dịch vụ thông thường như các dịch vụ khác. Kết quả nghiên cứu này thấy rằng mức thu nhập bình quân của gia đình của nhóm thu nhập từ 5 – 10 triệu đồng có tỷ lệ hài lòng chung cao gấp 2,4 lần so với nhóm thu nhập dưới 5 triệu đồng, sự khác biệt có mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Chuyên thấy rằng tỷ lệ không hài lòng ở nhóm đối tượng nghiên cứu có thu nhập dưới 5 triệu đồng chiếm 18,3% trong nhóm thu nhập từ 5 – 10 triệu đồng chiếm 55,3%, sự

khác biệt này ghi nhận ý nghĩa thống kê với $p = 0,002$ và tỷ số chênh $OR = 2,3$ (KTC 95%: 1,9-1,5). Điều này có nghĩa là những người có thu nhập gia đình thấp thì có xu hướng ít hài lòng so với nhóm thu nhập cao. Thu nhập gia đình thấp có thể đối mặt với nhiều hạn chế về tài chính và do đó có thể không tận hưởng trải nghiệm tốt như nhóm thu nhập cao hơn. Kết quả này có thể gợi ý về sự cần thiết của các chính sách y tế, mức chi trả BHYT hỗ trợ cho nhóm thu nhập thấp, cũng như những biện pháp cải thiện dịch vụ để đảm bảo rằng mọi người, đặc biệt là nhóm có thu nhập thấp, đều có quyền và cơ hội trải nghiệm dịch vụ y tế chất lượng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đạt 80,5%, trong đó: Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh về dịch vụ điều trị là 87,0%; Tỷ lệ người bệnh hài lòng về sự đáp ứng của bệnh viện là 67,5%; Tỷ lệ người bệnh hài lòng về sự tin cậy là 78,0%; Tỷ lệ người bệnh sự cảm thông chiếm tỷ lệ 68,0%; Tỷ lệ người bệnh hài lòng về cơ sở vật chất 67,5%; Tỷ lệ người bệnh hài lòng thấp nhất về thủ tục hành chính là 51,5%.

Nhóm người bệnh 40 -59 tuổi và nhóm từ 60 tuổi trở lên có tỷ lệ hài lòng chung cao gấp 2,2 và 2,7 lần so với nhóm từ 20 tuổi trở lên. Nhóm người bệnh có mức thu nhập bình quân của gia đình từ 5 – 10 triệu đồng có tỷ lệ hài lòng chung cao gấp 2,4 lần so với nhóm thu nhập dưới 5 triệu đồng. Người bệnh nữ giới có tỷ lệ hài lòng cao gấp 2,04 lần so với nam giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khattak A, Alvi MI, Yousaf MA, Shah SZ-u-A, Turial D, Akhter S.** Patient satisfaction—a comparison between public & private hospitals of Peshawar. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*. 2012;4(5):713-22.
2. **Majeed Alhashem A, Alquraini H, Chowdhury RI.** Factors influencing patient satisfaction in primary healthcare clinics in Kuwait. *International journal of health care quality assurance*. 2011;24(3):249-62.
3. **Saad Andaleeb S.** Determinants of customer satisfaction with hospitals: a managerial model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 1998;11(6):181-7.
4. **Muhondwa E, Leshabari M, Mwangi M, Mbembati N, Ezekiel M.** Patient satisfaction at the Muhimbili national hospital in Dar Es Salaam, Tanzania. *East Afr J Public Health*. 2008;5(2):67-73.
5. **Khamis K, Njau B.** Patients' level of satisfaction on quality of health care at Mwananyamala hospital in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC health services research*. 2014;14(1):400.
6. **Võ Chí Thương, Lương Khánh Duy, Trương Phi Hùng.** Sự hài lòng của người bệnh về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú tại bệnh viện nội và ngoại thành phố Hồ Chí Minh, năm 2018. *Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh*. 2018;Tập 23(Phụ bản số 2):193 - 9.
7. **Lê Tấn Phùng, Gerard FitzGerald.** Nghiên cứu đánh giá độ tin cậy và tính giá trị của thang đo đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân tại Khánh Hòa. *Tạp chí Y tế Công cộng*. 2014;30(30):46-51.
8. **Le P, Fitzgerald G.** Applying the SERVPERF scale to evaluate quality of care in two public hospitals at Khanh Hoa Province, Vietnam. *Asia Pacific Journal of Health Management*. 2014;9(2):66.
9. **Phạm Như Quang, Nguyễn Phương Toại.** Nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh tại bệnh viện đa khoa khu vực Củ Chi, thành phố Hồ Chí Minh năm 2022-2023. *Tạp chí y dược học Cần Thơ*. 2023;61: 121-7.

HÀI LÒNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI PHÒNG KHÁM DỊ TẬT BẨM SINH TIM, BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2, TP. HỒ CHÍ MINH, NĂM 2023

Võ Thị Kim Anh¹, Trần Văn Hưởng¹, Nguyễn Minh Đăng²,
Nguyễn Hồng Chương³, Đồng Đức Hùng², Trịnh Hữu Tùng⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sự hài lòng của người bệnh/người chăm sóc là một “thước đo” quan trọng thể hiện chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của cơ sở y tế. Đặc biệt với hoạt động khám và điều trị dị tật tim bẩm sinh cho trẻ dưới 5 tuổi, tìm ra mức độ hài lòng và các yếu tố liên quan sẽ giúp cung cấp các bằng chứng hữu ích cho việc đề xuất các biện pháp cải tiến nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh tại phòng khám này.

Mục tiêu: Mô tả thực trạng hài lòng và phân tích một số yếu tố liên quan ở đối tượng người chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi tại phòng khám dị tật bẩm sinh tim, Bệnh viện Nhi đồng 2.

Đối tượng và phương pháp: Cắt ngang mô tả, 247 người chăm sóc trẻ là cha, mẹ, người trực tiếp chăm sóc đưa trẻ đi khám tại phòng khám dị tật bẩm sinh tim, Bệnh viện Nhi đồng 2.

Kết quả: Tỷ lệ hài lòng chung của người chăm sóc trẻ là 91,1%. Trong đó: tỷ lệ hài lòng với tiêu chí “Ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế” 92,7%, “Kết quả cung cấp dịch

vụ” 92,3%, “Minh bạch thông tin và thủ tục khám chữa bệnh” 91,1%, “Khả năng tiếp cận” 89,5%, “Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh” 85,4%. Một số yếu tố liên quan với tỷ lệ hài lòng toàn diện của đối tượng nghiên cứu là: nhóm tuổi, thu nhập bình quân gia đình, có sử dụng thẻ bảo hiểm y tế ($p < 0,05$). Yếu tố liên quan với tỷ lệ hài lòng về tiêu chí “Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ” là: nhóm tuổi, thu nhập bình quân gia đình, có sử dụng thẻ bảo hiểm y tế và tiêu chí “Kết quả cung cấp dịch vụ” là: tình trạng hôn nhân ($p < 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ hài lòng chung của người chăm sóc trẻ là 91,1%. Qua kết quả nghiên cứu, đề xuất một số biện pháp góp phần nâng cao chất lượng phục vụ của khoa để góp phần cải thiện những phần người nhà người bệnh có tỷ lệ hài lòng chưa cao.

Từ khóa: hài lòng người chăm sóc, dị tật tim bẩm sinh, trẻ dưới 5 tuổi, yếu tố liên quan

SUMMARY

SATISFACTION AND SOME RELATED FACTORS OF CAREGIVERS OF CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT CONGENITAL CARDIAC DEFECTS CLINIC, DONG 2 CHILDREN'S HOSPITAL, HO CHI MINH CITY, 2023

Background: Patient/caregiver satisfaction is an important "measure" showing the quality of medical examination and treatment services of a medical facility. Especially with the examination and treatment of congenital heart defects for

¹Trường Đại học Thăng Long thành phố Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Nam Anh tỉnh Bình Dương

³Sở Y tế tỉnh Bình Dương

⁴Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Kim Anh

ĐT: 0973946494

Email: kimanh7282@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

children under 5 years old, finding out the level of satisfaction and related factors will help provide useful evidence for proposing improvement measures. to improve the quality of medical examination and treatment at this clinic.

Objective: Describe the current state of satisfaction and analyze some related factors among caregivers of children under 5 years old at the congenital heart defects clinic, Children's Hospital 2.

Subjects and methods: Cross-sectional description, 247 child caregivers who are fathers, mothers, and direct caregivers took the child for examination at the congenital heart defects clinic, Children's Hospital 2.

Results: The overall satisfaction rate of caregivers was 91.1%. In which: the rate of satisfaction with the criteria "Conduct and professional capacity of medical staff" is 92.7%, "Service delivery results" is 92.3%, "Transparency of information and procedures medical examination and treatment" 91.1%, "Accessibility" 89.5%, "Facilities and facilities to serve patients" 85.4%. Some factors related to the overall satisfaction rate of research subjects are: age group, average family income, and use of health insurance card ($p < 0.05$). Factors related to the satisfaction rate of the criterion "Facilities and service facilities" are: age group, average family income, using a health insurance card and the criterion "Results of providing service level" is: marital status ($p < 0.05$).

Conclusion: The overall satisfaction rate of child caregiver is 91.1%. Through the research results, we propose a number of measures to contribute to improving the quality of service of the department to contribute to improving areas where patient's family members have low satisfaction rates.

Keywords: Caregiver satisfaction, congenital heart defects, children under 5 years old, related factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

“Sự hài lòng của người bệnh” là một “thước đo” chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, đồng thời cũng là chỉ số đánh giá hiệu quả trong quản lý tại các cơ sở y tế [13,45,16]. Khảo sát sự hài lòng người bệnh đóng vai trò đặc biệt quan trọng trong việc cung cấp cho cơ sở y tế những phản hồi của người bệnh về cảm nhận trong quá trình chăm sóc sức khỏe. Đây là cơ sở để các cơ sở y tế xây dựng và hoàn thiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhằm đáp ứng tốt hơn nhu cầu ngày càng cao của người bệnh [15].

Tại Việt Nam, nhiều văn bản chỉ đạo về nâng cao chất lượng dịch vụ và khảo sát sự hài lòng người bệnh đã được ban hành. Trong đó các văn bản quan trọng là Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 về Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam; Quyết định số 3869/QĐ-BYT ngày 28/08/2019 ban hành các mẫu phiếu và hướng dẫn khảo sát hài lòng người bệnh và nhân viên y tế [1, 2]. Đã có nhiều nghiên cứu đánh giá sự hài lòng của người bệnh ngoại trú theo thang đo của Bộ Y tế (BYT) ghi nhận được nhiều kết quả khác nhau giữa các cơ sở y tế. Tuy nhiên, các nghiên cứu về sự hài lòng của người chăm sóc bệnh, đặc biệt là người chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi về dịch vụ khám và điều trị tim bẩm sinh là rất ít trong khi đây lại là đối tượng đặc biệt vì các dị tật bẩm sinh tim (DTBST) là vấn đề sức khỏe lớn, để lại nhiều gánh nặng đối với trẻ và gia đình.

Bệnh viện Nhi đồng 2 là một trong những bệnh viện tuyến cuối về chuyên khoa nhi, đây là sự lựa chọn hàng đầu trong điều trị các DTBST tại khu vực phía Nam. Thống kê báo cáo năm 2021 cho thấy bệnh viện tiếp nhận điều trị hơn 4.000 trường hợp DTBST. Từ đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm tìm hiểu sự hài lòng của người chăm sóc trẻ (NCST) về các phòng khám này, các yếu tố ảnh hưởng tới sự hài lòng. Kết quả nghiên cứu sẽ là một trong những bằng chứng khoa học cho việc nâng cao chất lượng khám chữa bệnh tại đây, nghiên cứu được tiến hành với 2 mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng hài lòng của NCST dưới 5 tuổi tại phòng khám dị tật bẩm sinh tim, Bệnh viện Nhi đồng 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2023. (2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của NCST dưới 5 tuổi tại phòng khám dị tật bẩm sinh tim, Bệnh viện Nhi đồng 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 3/2023 đến tháng 10/2023 (thời gian thu thập số liệu: tháng 5 – 6/2023), tại phòng khám dị tật bẩm sinh tim, Bệnh viện Nhi đồng 2, Thành phố Hồ Chí Minh.

Đối tượng nghiên cứu: NCST là cha, mẹ, người trực tiếp chăm sóc trẻ đưa trẻ đi khám. Mỗi NCST dưới 5 tuổi đưa con đến phòng khám chỉ được phỏng vấn 01 lần duy nhất. Chỉ phỏng vấn 01 người chăm sóc trẻ đại diện cho nhiều người chăm sóc trẻ nếu đi cùng.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tiêu chí đưa vào: NCST tự nguyện, đồng ý tham gia nghiên cứu; phải có sức khỏe bình thường.

- Tiêu chí loại ra:

+ Không hợp tác trong quá trình làm nghiên cứu;

+ Không đủ sức khỏe tinh thần và trí tuệ, tình trạng sức khỏe không đáp ứng đủ cho việc trả lời phỏng vấn và không đồng ý tham gia nghiên cứu;

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Cỡ mẫu nghiên cứu cắt ngang tính theo công thức nhằm xác định một tỷ lệ.

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu

α : mức ý nghĩa thống kê ($\alpha = 0.05$, CI 95% ta tìm được giá trị $Z_{(1-\alpha/2)} = 1.96$)

p: Tỷ lệ NCST hài lòng về dịch vụ khám và điều trị ước đoán

d: Độ chính xác tuyệt đối, chọn $d=0.04$

Giá trị p được ước lượng theo báo cáo khảo sát sự hài lòng của người chăm sóc trẻ của Bệnh viện, tỷ lệ hài lòng chung trong năm 2022 là 90,2%. Vậy chọn $p=0,9$.

Thay vào công thức ta được cỡ $n \approx 216$, vậy cỡ mẫu tối thiểu để tiến hành nghiên cứu là 216 NCST. Dự phòng mất mẫu 10% do đó nghiên cứu khảo sát 250 NCST, tuy nhiên có 3 mẫu không đạt yêu cầu bị loại ra khỏi nghiên cứu, còn lại 247 NCST được đưa vào phân tích số liệu.

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện. Trong thời gian thực hiện khảo sát (từ tháng 6 đến tháng 7, tương ứng với 40 ngày), điều tra viên mỗi ngày phỏng vấn 6-7 NCST, được lựa chọn thuận

tiện. Lựa chọn đối tượng trong buổi sáng và buổi chiều, mỗi buổi lựa chọn thuận tiện 3-4 NCST, bằng cách chọn người thứ 1, thứ 2 và thứ 3 vào khoa, nếu NCST không đồng ý thì lựa chọn người kế cận. Thực hiện như vậy cho đến khi đủ số lượng mẫu nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu:

Công cụ thu thập số liệu: phỏng vấn trực tiếp người tham gia sử dụng bộ câu hỏi soạn sẵn được thiết kế dựa trên bộ câu hỏi đánh giá sự hài lòng của người bệnh ngoại trú do Bộ y tế ban hành [5], tiến hành điều tra thử rồi chỉnh sửa cho phù hợp về nội dung và từ ngữ.

Quy trình thu thập số liệu: tiến hành theo các bước: (1): Xác định NCST từ danh sách những bệnh nhi tại phòng khám tim bẩm sinh (TBS) thỏa điều kiện chọn mẫu, tiếp cận và thông tin cho NCST về nghiên cứu, xin ý kiến chấp thuận và mời NCST ký vào phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu. (2): Khi NCST hoàn thành thủ tục, nghiên cứu viên mời NCST vào một nơi yên tĩnh, sạch sẽ thoáng mát, không mặc áo Blouse, giới thiệu là nhân viên của bệnh viện, sau đó phỏng vấn theo bộ câu hỏi đã soạn sẵn về sự hài lòng của NCST. (3): Điều tra viên kiểm tra và làm sạch số liệu ngay sau khi đối tượng nghiên cứu hoàn thành phiếu điều tra. (4): Xử lý và phân tích số liệu.

Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1. Phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 14.

Các yếu tố liên quan đến sự hài lòng được xác định bằng tỷ suất chênh OR (95%CI).

Sự hài lòng với mỗi tiêu mục được xác định khi đối tượng nghiên cứu đánh giá mức độ hài lòng về dịch vụ khám chữa bệnh ở mức 4, 5. Mức 1, 2, 3 được xem là không hài lòng. Sự hài lòng cho: “Khả năng tiếp cận; Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám sàng lọc; Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ khách hàng; Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế; Kết quả cung cấp dịch vụ” được tính điểm trung bình chung các tiêu mục, điểm trung bình chung $\geq 4,00$ điểm là hài lòng. Sự hài lòng chung về dịch vụ được tính tương tự bằng tổng trung bình chung điểm của 5 tiêu chí về đánh giá sự hài lòng. Điểm hài lòng chung $\geq 4,00$ điểm có nghĩa là NCST hài lòng chung về dịch vụ khám chữa bệnh.

Nghiên cứu còn đánh giá sự hài lòng toàn diện theo hướng dẫn khảo sát hài lòng của Bộ Y tế năm 2019.

Đạo đức nghiên cứu

Đề cương luận văn đã được thông qua bởi Hội đồng xét duyệt đề cương Trường Đại học Thăng Long và được sự cho phép của Bệnh viện Nhi đồng 2.

Các đối tượng (phụ huynh, người chăm sóc trẻ) được mời tham gia nghiên cứu đều tự nguyện tham gia, không bị ép buộc, việc từ chối tham gia nghiên cứu không ảnh hưởng đến bất kỳ quyền lợi nào của đối tượng tại.

Bệnh viện. Kết quả nghiên cứu đã được phản hồi cho cơ sở nghiên cứu và đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe trẻ em ngoài ra không phục vụ cho mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Đặc điểm chung của người chăm sóc và trẻ****Bảng 1: Đặc điểm chung NCST (n=247)**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nữ	160	64,8
	Nam	87	35,2
Nhóm tuổi	18-20 tuổi	3	1,2
	21-39 tuổi	203	82,2
	40-59 tuổi	25	10,1
	≥ 60 tuổi	16	6,5
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	15	6,1
	Đã kết hôn	200	81,0
	Li dị/li thân/góa	32	13,0
Nơi cư trú	TP Hồ Chí Minh	220	89,1
	Tỉnh/thành khác	27	10,9
Thu nhập bình quân hàng tháng	5-10 triệu đồng	26	10,5
	10-15 triệu đồng	106	42,9
	15-20 triệu đồng	91	36,8
	>20 triệu đồng	24	9,7
Trình độ học vấn	Dưới tiểu học/tiểu học	18	7,3
	Trung học cơ sở	24	9,7
	THPT	54	21,9
	Trung cấp, cao đẳng	54	21,9
	Đại học, sau đại học	97	39,2
Nghề nghiệp	Cán bộ, nhân viên, viên chức	88	35,6
	Công nhân	50	20,2
	Nông dân	15	6,1
	Kinh doanh buôn bán, nghề tự do	67	27,1
	Già/hưu	24	9,7
	Nghề khác	3	1,2
Mối quan hệ của NCST	Ông/bà	39	15,7%
	Cha/mẹ	167	67,7%
	Người	41	16,6%

Tỷ lệ NCST là nữ giới chiếm 64,8%. Nhóm tuổi từ 21 – 39 chiếm tỷ lệ cao nhất 82,2% và thấp nhất ở nhóm 18 – 20 tuổi chiếm 1,2%. NCST chủ yếu đã kết hôn chiếm 81% và đa số cư trú ở TP.HCM chiếm 89,1%. Về mức thu nhập bình quân của gia đình, chỉ có 9,7% có thu nhập trên 20

triệu/tháng còn lại đa số là 10 – 15 triệu/tháng (42,9%). Trình độ học vấn của NCST đa số là đại học, sau đại học chiếm 39,2%. Về mối quan hệ giữa NCST và bệnh nhi chủ yếu là cha mẹ của bệnh nhi (67,7%), Ông/Bà (16,6%) và người thân khác (15,7%).

Bảng 2. Đặc điểm KCB cho trẻ trong đợt khám này (n=247)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sử dụng thẻ BHYT trong đợt vào viện này	Có	197	79,8
	Không	50	20,2
Số lần khám chữa bệnh tại BV	Lần đầu	87	35,2
	2 lần trở lên	160	64,8
Được chuyển viện	Tự đến	16	6,5
	Chuyển viện đến	231	93,5

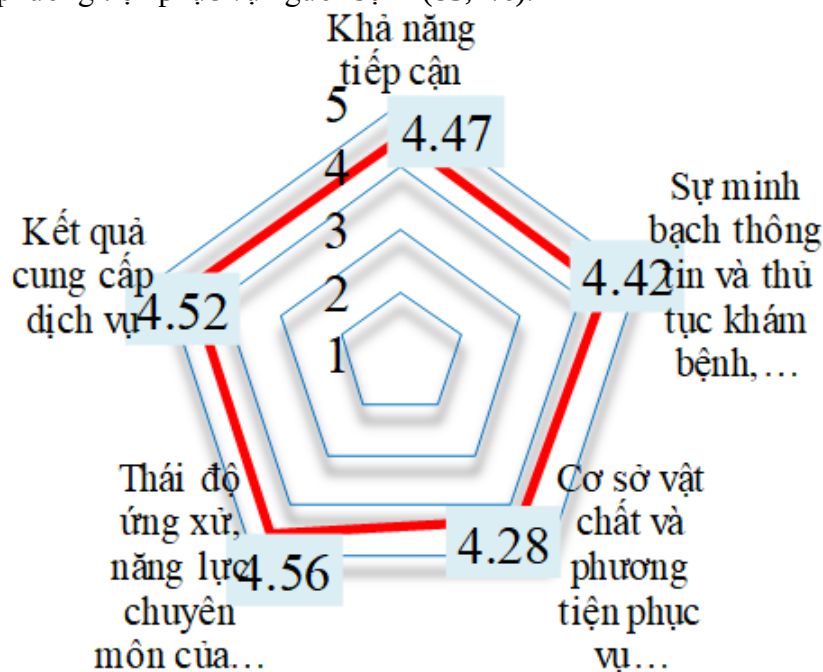
Tỷ lệ sử dụng thẻ BHYT trong đợt vào viện này chiếm tỷ lệ 79,7%, Số lần KCB tại BV chủ yếu từ 2 lần trở lên 64,7%, NB chủ yếu là được chuyển đến từ các cơ sở y tế khác chiếm 93,5%.

Thực trạng hài lòng theo từng tiêu chí và tỷ lệ hài lòng chung của người chăm sóc trẻ

Bảng 3: Tỷ lệ hài lòng của người chăm sóc trẻ theo các tiêu chí (n=247)

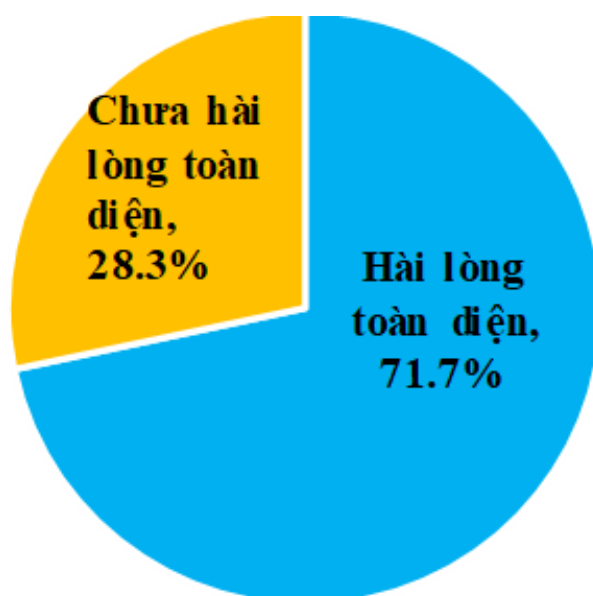
Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khả năng tiếp cận	221	89,5
Sự minh bạch thông tin và thủ tục KCB	225	91,1
Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ	211	85,4
Ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT	229	92,7
Kết quả cung cấp dịch vụ	228	92,3
Hài lòng chung	225	91,1

Tỷ lệ hài lòng chung của NCST đạt 91,1%. Tỷ lệ hài lòng của người chăm sóc trẻ ở tiêu chí “Ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT” cao nhất (92,7%) và thấp nhất là tiêu chí Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh (85,4%).

**Hình 1. Điểm hài lòng trung bình của NCST theo các tiêu chí (n=247)**

Điểm hài lòng chung về dịch vụ KCB của người chăm sóc trẻ đạt $4,43 \pm 0,41$ điểm. Điểm hài lòng trung bình của người chăm sóc trẻ cao và khá đồng đều (4,28-4,68 điểm). Điểm hài lòng cao nhất: tiêu chí khả năng tiếp cận với $4,68 \pm 0,48$ điểm, tiêu chí thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn của

NVYT với $4,56 \pm 0,42$ điểm, tiêu chí kết quả cung cấp dịch vụ $4,52 \pm 0,45$ điểm, tiêu chí sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị $4,42 \pm 0,51$ điểm và thấp nhất là cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh $4,28 \pm 0,54$ điểm.



Hình 2. Tỷ lệ hài lòng toàn diện của người chăm sóc trẻ (n=247)

Tỷ lệ hài lòng toàn diện (hài lòng ở tất cả 31 tiểu mục của thang đo) đạt 71,7%, tỷ lệ tương đương nhau giữa 2 giới.

Về nhận định chủ quan của người tham gia liên quan đến tỷ lệ đáp ứng của BV so với nhu cầu, kết quả cho thấy đa số NCST trả lời rằng BV đáp ứng được 81-90% nhu cầu, tỷ lệ gần như tương giữa 2 giới (55,2% ở nam và 53,8% ở nữ), tỷ lệ chung là 54,3%. Có 17,0% trả lời BV đáp ứng >90% so với nhu cầu.

Hầu hết NCST cho biết chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác về BV chiếm 66,8% hoặc có thể sẽ quay lại là 30,8%. Chỉ có 2,4% chưa hài lòng và trả lời rằng không muốn quay lại BV.

Các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người chăm sóc trẻ tại phòng khám dị tật bẩm sinh tim, Bệnh viện Nhi đồng Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ hài lòng toàn diện

Bảng 4. Một số đặc điểm liên quan đến hài lòng toàn diện về dịch vụ KCB của NCST

Đặc điểm		Hài lòng toàn diện				OR _{hc} (95%CI)	p
		Có		Không			
		n	%	n	%		
Giới tính	Nữ	117	73,1	43	26,9	1	
	Nam	60	69,0	27	31,0	0,84 (0,45-1,58)	0,59
Nhóm tuổi	< 40 tuổi	157	76,2	49	23,8	1	
	≥ 40 tuổi	20	48,8	21	51,2	0,26 (0,12-0,56)	<0,001
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	11	73,3	4	26,7	0,91 (0,24-3,41)	0,89
	Đã kết hôn	142	71,0	58	29,0	1	
	Li dị/li thân	24	75,0	8	25,0	1,18 (0,47-3,00)	0,72
Nơi cư trú	TP. HCM	157	71,4	63	28,6	1	
	Nơi khác	20	74,1	7	25,9	0,97 (0,37-2,55)	0,95
Thu nhập bình quân gia đình	< 15 triệu đồng	102	77,3	30	22,7	1	
	≥ 15 triệu đồng	75	65,2	40	34,8	0,56 (0,31-1,03)	<0,05
Trình độ học vấn	≤ THPT	73	76,8	22	23,2	1	
	> THPT	104	68,4	48	31,6	0,61 (0,32-1,17)	0,14
Nghề nghiệp	Cán bộ, nhân viên	61	69,3	27	30,7	1	
	Kinh doanh, nghề tự do	49	73,1	18	26,9	1,04 (0,48-2,24)	0,93
	Nhóm khác	67	72,8	25	27,2	1,11 (0,55-2,24)	0,76
Mối quan hệ với trẻ	Cha/mẹ	120	71,9	47	28,1	1	
	Ông/Bà hoặc khác	57	71,3	23	28,7	0,93 (0,49-1,77)	0,82
Sử dụng BHYT	Không	27	54,0	23	46,0	1	
	Có	150	76,1	47	23,9	3,06 (1,51-6,18)	<0,001
Số lần KCB tại BV	Lần đầu	56	64,4	31	35,6	1	
	≥ 2 lần	121	75,6	39	24,4	1,72 (0,92-3,19)	0,09
Được chuyển viện	Tự đến	10	62,5	6	37,5	1	
	Chuyển viện đến	167	72,3	64	27,7	1,62 (0,49-5,31)	0,43

Tỷ lệ hài lòng toàn diện ở nhóm ≥ 40 tuổi có khả năng thấp hơn so với nhóm < 40 tuổi (OR=0,26; p<0,001); ở nhóm thu nhập gia đình ≥ 15 triệu đồng có khả năng thấp hơn so với nhóm thu nhập gia đình <15 triệu đồng (OR=0,56; p<0,05). Tỷ lệ hài lòng toàn diện ở nhóm người chăm sóc trẻ có sử dụng thẻ BHYT cho đợt khám chữa bệnh có khả năng cao hơn nhiều so với nhóm không sử dụng thẻ BHYT cho trẻ (OR=3,06; p<0,05).

Không tìm thấy tương quan có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hài lòng toàn diện của NCST với các yếu tố giới tính, tình trạng hôn nhân, nơi cư trú, nghề nghiệp, mối quan hệ với trẻ, số lần KCB tại BV và được chuyển tuyến tới BV (p>0,05).

Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ hài lòng theo từng tiêu chí

Bảng 5: Một số yếu tố có liên quan đến tỷ lệ hài lòng của NCST theo từng tiêu chí

Đặc điểm		Hài lòng				OR (95%CI)	p
		Có		Không			
		n	%	n	%		
Tiêu chí “Minh bạch thông tin và thủ tục”							
Sử dụng thẻ BHYT	Không	42	84,0	8	16,0	1	
	Có	183	92,9	14	7,1	2,65 (1,01-6,96)	<0,05
Tiêu chí “Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh”							
Nhóm tuổi	<40 tuổi	181	87,9	25	12,1	1	
	≥40 tuổi	30	73,2	11	26,8	0,36 (0,15-0,86)	0,02
Thu nhập bình quân gia đình	< 15 triệu đồng	118	89,4	14	10,6	1	
	≥ 15 triệu đồng	93	80,9	22	19,1	0,47 (0,22-1,01)	<0,05
Sử dụng thẻ BHYT	Không	38	76,0	12	24,0	1	
	Có	173	87,8	24	12,2	2,57 (1,12-5,91)	0,03
Tiêu chí “Kết quả cung cấp dịch vụ”							
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	12	80,0	3	20,0	0,15 (0,03-0,71)	0,02
	Đã kết hôn	189	94,5	11	5,5	1	
	Li dị/li thân	27	84,4	5	15,6	0,29 (0,09-0,96)	0,04

Khi phân tích một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ hài lòng theo từng tiêu chí chúng tôi thu được một số kết quả cụ thể như sau:

Hài lòng về tiêu chí “minh bạch thông tin và thủ tục” của NCST có sử dụng BHYT có khả năng cao hơn so với nhóm không sử dụng BHYT (OR=2,65; p<0,05).

Hài lòng về tiêu chí “Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ” ở nhóm NCST ≥40 tuổi có khả năng thấp hơn so với nhóm <40 tuổi (OR= 0,36; p = 0,02), có sự khác biệt ý nghĩa thống kê.

Hài lòng về tiêu chí “Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ” ở nhóm NCST có thu nhập bình quân gia đình ≥15 triệu đồng có khả năng thấp hơn so với người có thu nhập <15 triệu đồng (OR=0,47; p<0,05).

Hài lòng về tiêu chí “Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ” của NCST có sử dụng BHYT cho trẻ có khả năng cao hơn nhóm không sử dụng BHYT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR=2,57; p<0,05).

Tỷ lệ hài lòng về tiêu chí “Kết quả cung cấp dịch vụ” ở nhóm NCST chưa kết hôn và li dị/li thân có khả năng thấp hơn so với nhóm đã kết hôn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR=0,15; p = 0,02 và OR = 0,29; p = 0,04).

Bên cạnh đó kết quả nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hài lòng của NCST ở tiêu chí “Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT” và tiêu chí “Khả năng tiếp cận” theo một số yếu tố đã được khảo sát trong nghiên cứu như: giới tính, tình trạng hôn nhân, nơi cư trú, trình độ học vấn, nghề nghiệp, mối quan hệ với trẻ và một số đặc điểm khám chữa bệnh cho trẻ (p>0,05).

IV. BÀN LUẬN

Sự hài lòng của người chăm sóc trẻ tại Bệnh viện Nhi đồng 2

Hài lòng chung của người chăm sóc trẻ về dịch vụ khám chữa bệnh:

Chất lượng chăm sóc sức khỏe đang trở thành vấn đề toàn cầu, đòi hỏi ngành chăm sóc sức khỏe phải trải qua quá trình chuyển đổi nhanh chóng để đáp ứng nhu cầu và đòi hỏi ngày càng cao của người bệnh và người nhà người bệnh [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ hài lòng chung của NCST đạt 91,1%. So sánh kết quả nghiên cứu với tác giả Nguyễn Huy Ngọc và cộng sự (2022) tại khoa Tâm lý – Vật lý trị liệu của Bệnh viện Nhi đồng 2, kết quả của chúng tôi thấp hơn một chút (91,1% so với 94,9%) [5]. Kết quả này cũng thấp hơn so với báo cáo khảo sát hài lòng của thân nhân người bệnh ngoại trú tại Bệnh viện Nhi đồng 2 trong năm 2021 và 2022 [6, 7]. Bản chất của dịch vụ có thể là nguyên nhân giải thích cho sự khác nhau này. Phòng khám dị tật bẩm sinh tim thường đối diện với các trường hợp bệnh phức tạp và yêu cầu theo dõi thường xuyên. Điều này có thể tạo ra một loạt các thách thức cho NCST, dễ dàng gây ra sự căng thẳng và không hài lòng hơn trong so với nơi có những trường hợp bệnh ít phức tạp hơn.

Tuy nhiên, Kết quả của chúng tôi cao hơn nhiều khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Võ Kim Phụng (tại Khoa Tiêu hóa, bệnh viện Nhi Đồng 1, năm 2017), tỷ lệ hài lòng chung của thân nhân người bệnh tại khoa Tiêu hóa chỉ đạt 62,3% [9]. Sự khác biệt này do nhiều yếu tố, đó là thời điểm nghiên cứu và sự khác biệt về thang đo cũng như cách tính điểm hài lòng trong 2 nghiên cứu có sự khác nhau. Bên cạnh đó, khoa Tim mạch những năm gần đây luôn được Ban Lãnh đạo bệnh viện quan tâm, ưu tiên đầu tư về cơ sở vật chất cũng như triển khai các đề án cải tiến chất lượng và nhiều chương trình hỗ trợ trong khám và điều trị dị tật tim bẩm sinh cho trẻ cũng góp phần nâng cao sự hài lòng của NCST.

Về kết quả nhận định chủ quan của NCST liên quan tới tỷ lệ đáp ứng của BV so với nhu cầu, nghiên cứu cho biết điểm % đáp ứng của BV so với nhu cầu của NCST trung bình là $86,4\% \pm 8,9\%$. Theo từng nhóm, đa số thân nhân trả lời rằng bệnh viện đáp ứng được 81-90% nhu cầu, tỷ lệ gần như tương giữa 2 giới ((55,2% ở nam và 53,8% ở nữ), tỷ lệ chung là 54,3%). Có 17,0% trả lời BV đáp ứng >90% so với nhu cầu. Kết quả này như một sự xác nhận cho tỷ lệ hài lòng từ các câu hỏi định lượng ở trên, tương tự như nghiên cứu của Đinh Tấn Phương tại Bệnh viện Nhi đồng 1 [8] hay báo cáo khảo sát hài lòng của Bệnh viện Nhi đồng 2 [6, 7].

Hài lòng của người chăm sóc trẻ theo từng tiêu chí

Nhóm tiêu chí nhận được sự hài lòng cao nhất thuộc về “ứng xử, chuyên môn”, theo khảo sát của chúng tôi, tỷ lệ hài lòng/rất hài lòng là 92,7%, thấp hơn nghiên cứu của Đinh Tấn Phương - 96,7% [8] và nghiên cứu của các tác giả Võ Kim Phụng – 94,8% [9], nhưng cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kim Dung – 85,7% [3]. Nhóm tiêu chí nhận được sự hài lòng kể đến thuộc về “kết quả cung cấp dịch vụ”. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ hài lòng – rất hài lòng ở nhóm tiêu chí này là 92,3%; thấp hơn nghiên cứu của Đinh Tấn Phương tại BV Nhi đồng 1 (lên đến 96,9%); cao hơn nghiên cứu của tác giả khác như tác giả Võ Kim Phụng (Khoa Tiêu hóa BV Nhi Đồng 1, năm 2017) – 80,5%, tác giả Nguyễn Thị Kim Dung (BV Nhi Đồng Thành phố, năm 2018) – 84,9% [3, 8, 9].

Nhóm tiêu chí tiếp theo cũng nhận được sự hài lòng tương đối cao là “minh bạch thông tin và thủ tục”, với 91,1% NCST trả lời hài lòng – rất hài lòng; thấp hơn tác giả Đinh Tấn Phương - 94,7% nhưng cao hơn

ghi nhận của tác giả Võ Kim Phượng – 74,5% [20] và tác giả Nguyễn Thị Kim Dung – 84,6% [3]. Nhóm tiêu chí nhận được sự hài lòng ở mức tương đối là “khả năng tiếp cận dịch vụ”, tỷ lệ hài lòng – rất hài lòng trong nghiên cứu của chúng tôi là 89,5%, thấp hơn nghiên cứu của Đinh Tấn Phương - 94,5%; cao hơn báo cáo tác giả Võ Kim Phượng – 63% [9] và tác giả Nguyễn Thị Kim Dung – 82,5% [3]. Nhóm tiêu chí nhận được sự hài lòng thấp nhất, kéo tỷ lệ hài lòng chung xuống, là “cơ sở vật chất, phương tiện”, với 85,4% hài lòng/rất hài lòng, kết quả thấp hơn so với tác giả Đinh Tấn Phương - 91,7%, nhưng cao hơn tác giả Võ Kim Phượng – 57,6% [9], tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Kim Dung – 85,1% [3].

Các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người chăm sóc trẻ tại phòng khám dị tật bẩm sinh tim, Bệnh viện Nhi đồng 2

Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ hài lòng toàn diện

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ NCST giới tính nữ cao hơn nam (64,8% so với 35,2%). Khác với khảo sát của Đinh Tấn Phương, tỷ lệ nam và nữ gần tương đương nhau [8]. NCST đa phần là người đã kết hôn (chiếm 81%), nơi cư trú chủ yếu là ở TP.HCM (chiếm 89,1%), ba/mẹ thường là người đưa trẻ đến bệnh viện (67,7%). Khi khảo sát sự phân bố mức độ hài lòng toàn diện theo các yếu tố như giới, nơi cư trú, tình trạng hôn nhân, chúng tôi không ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nào. Điều này tương đồng với báo cáo của tác giả Đinh Tấn Phương, Võ Kim Phượng (Khoa Cấp cứu và khoa Tiêu Hóa bệnh viện Nhi Đồng 1, năm 2017 và năm 2021)[8, 9].

Đối với yếu tố trình độ học vấn của NCST, kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy tỷ lệ hài lòng toàn diện cũng như theo

từng ở nhóm NCST có học vấn >THPT có xu hướng thấp hơn nhóm $\leq$ THPT, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Phương Hà tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy, Tiền Giang năm 2020 cho thấy trình độ học vấn cũng có ảnh hưởng đến sự hài lòng của đối tượng, nhóm có học vấn THCS trở xuống sẽ có khả năng hài lòng cao hơn 2,07 lần nhóm học vấn trên THCS, ($p=0,001$) [4].

Về mức thu nhập bình quân gia đình NCST hàng tháng, kết quả phân tích đa biến cho thấy ở nhóm thu nhập gia đình ≥ 15 triệu đồng có khả năng hài lòng thấp hơn so với nhóm thu nhập gia đình <15 triệu đồng (OR=0,56; $p<0,05$). Điều này hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Võ Thị Kim Phượng tại BV Nhi đồng 1 hay nghiên cứu của Nguyễn Phương Hà tại Tiền Giang [4, 9]. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi một loạt các yếu tố liên quan đến ưu tiên tài chính, trải nghiệm chất lượng, thái độ của nhân viên y tế và sự kỳ vọng.

Về nghề nghiệp, tỷ lệ cao nhất là cán bộ, nhân viên, viên chức (35,6%), tiếp đến là kinh doanh buôn bán, nghề tự do (27,1%), công nhân (20,2%) và thấp nhất là nhóm khác (1,2%). Khi phân tích đa biến, kết quả cho thấy tỷ lệ hài lòng thấp hơn ở những NCST là cán bộ, công nhân viên, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tỷ lệ sử dụng thẻ BHYT trong đợt vào viện này là 79,8%. Kết quả phân tích cho thấy tỷ lệ hài lòng toàn diện ở nhóm NCST có sử dụng thẻ BHYT có khả năng cao hơn nhiều so với nhóm không sử dụng thẻ BHYT (OR=3,06; 95%CI: 1,51-6,18; $p<0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trang Giang Sang cho biết có mối liên quan chặt

chênh lệch giữa việc sử dụng thẻ BHYT cho đợt khám chữa bệnh của trẻ với sự hài lòng của thân nhân người bệnh: tỷ lệ hài lòng ở nhóm có sử dụng thẻ BHYT cao hơn 2,56 lần so với nhóm không sử dụng ($p < 0,05$) [10]. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Võ Kim Phụng (khoa Tiêu hóa - BV Nhi Đồng 1) và Đỗ Văn Niệm (phòng Quản lý Chất lượng - BV Nhi Đồng 1) cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa việc sử dụng thẻ BHYT với tỷ lệ hài lòng của thân nhân người bệnh ($p < 0,05$) [9]. Kết quả này có thể là do việc sử dụng thẻ BHYT đã giúp giảm gánh nặng về chi phí điều trị cho trẻ, đặc biệt là đối với những trường hợp trẻ mắc dị tật bẩm sinh tim, chi phí khám và điều trị rất lớn, điều này giúp NCST dễ dàng cảm thông và hài lòng hơn.

Số lần khám chữa bệnh tại BV chủ yếu từ 2 lần trở lên chiếm (64,7%), người bệnh chủ yếu là được chuyển đến từ các cơ sở y tế khác chiếm (93,5%). Khi phân tích hồi quy đa biến, cho biết không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hài lòng toàn diện của NCST với việc được chuyển tuyến đến hay số lần điều trị trước đây tại BV. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của nghiên cứu của Đinh Tấn Phương, Trang Giang Sang và Võ Kim Phụng [10, 9].

Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ hài lòng của từng tiêu chí

Đối với tiêu chí “Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh”, qua phân tích hồi quy đa biến, chúng tôi nhận thấy NCST ≥ 40 tuổi có khả năng hài lòng về tiêu chí “Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ” thấp hơn so với nhóm < 40 tuổi ($OR = 0,36$; $p = 0,02$). Tuổi càng cao khả năng tiếp cận với các quy trình, thủ tục khám chữa bệnh hiện đại hóa (bệnh viện Nhi Đồng 2 phần đầu áp dụng công nghệ 4.0 ở tất cả các khâu thủ tục,

quy trình đăng ký khám chữa bệnh và nhập viện) càng khó khăn nên sự hài lòng có thể thấp hơn. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Phạm Gia Thế (2022) và Đặng Thùy Trang (2022), người bệnh lớn tuổi thường ít hài lòng hơn [11,12].

Phân tích đa biến cũng thấy rằng NCST có thu nhập bình quân gia đình ≥ 15 triệu đồng có khả năng hài lòng về tiêu chí “Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ” thấp hơn so với người có thu nhập < 15 triệu đồng ($OR = 0,47$; $p < 0,05$). Sự khác biệt trong khả năng hài lòng về tiêu chí “Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh” giữa người chăm sóc trẻ mắc tim bẩm sinh có thu nhập thấp và người có thu nhập cao có thể được giải thích bằng kỳ vọng, sự quan tâm và trải nghiệm khác nhau của họ khi sử dụng dịch vụ y tế.

Tỷ lệ hài lòng về tiêu chí “Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ” của NCST có sử dụng BHYT cho trẻ có khả năng cao hơn nhóm không sử dụng BHYT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($OR = 2,57$; $p < 0,05$). Việc sử dụng bảo hiểm y tế có thể giảm gánh nặng tài chính đối với NCST trong khi được hưởng lợi từ cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ giống nhau, điều này có thể dẫn đến người sử dụng BHYT có xu hướng hài lòng về cơ sở vật chất hơn.

Tình trạng hôn nhân trong nghiên cứu, qua phân tích hồi quy đa biến, chúng tôi thấy tỷ lệ hài lòng về tiêu chí “Kết quả cung cấp dịch vụ” ở nhóm NCST chưa kết hôn có khả năng thấp hơn so với nhóm đã kết hôn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($OR = 0,15$; $p = 0,02$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Phương Hà năm 2020, những người chưa lập gia đình/người không còn sống với vợ, chồng sẽ có khả năng hài lòng cao hơn 1,7 lần nhóm còn lại ($p = 0,018$) [4].

V. KẾT LUẬN

Về thực trạng sự hài lòng của người chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi tại phòng khám dị tật bẩm sinh tim, Bệnh viện Nhi Đồng 2:

+ Tỷ lệ hài lòng chung của NCST là 91,1%.

+ Tỷ lệ hài lòng của NCST với tiêu chí “kết quả cung cấp dịch vụ” là cao nhất (92,7%), tiếp đến là kết quả cung cấp dịch vụ (92,3%), minh bạch thông tin và thủ tục KCB (91,1%), khả năng tiếp cận (89,5%), và với tiêu chí “cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh” là thấp nhất (85,4%).

Về các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của NCST:

+ Nghiên cứu đã tìm thấy sự liên quan giữa các yếu tố nhóm tuổi, thu nhập bình quân gia đình, có sử dụng thẻ BHYT với tỷ lệ hài lòng toàn diện của đối tượng nghiên cứu ($p < 0,05$).

+ Xét theo từng yếu tố riêng biệt: kết quả nghiên cứu cho biết tỷ lệ hài lòng về tiêu chí “Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ” có sự khác biệt giữa các yếu tố: nhóm tuổi, thu nhập bình quân gia đình, có sử dụng thẻ BHYT. Tỷ lệ hài lòng về tiêu chí “Kết quả cung cấp dịch vụ” có sự khác biệt giữa các nhóm có tình trạng hôn nhân khác nhau ($p < 0,05$).

VI. KIẾN NGHỊ

Đối với Bệnh viện: cần chú ý đảm bảo các phương tiện phục vụ người bệnh một cách đầy đủ hơn như nước uống, điều hòa, sảnh chờ,... tại khoa Tim mạch và các Khoa/đơn vị khác để tăng tỷ lệ hài lòng về tiêu chí này.

Đối với khoa Tim mạch: khi triển khai các dịch vụ có ứng dụng công nghệ thông tin, phần mềm ứng dụng cho người bệnh và thân nhân người bệnh, cần chú trọng hướng dẫn cho người chăm sóc trẻ lớn tuổi để tăng hiệu quả quản lý điều trị cũng như tăng sự hài lòng của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2016) Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam (phiên bản 2.0), Hà Nội,
2. **Bộ Y tế** (2019) Quyết định số 3869 /QĐ-BYT ngày 28 tháng 8 năm 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 Government Document, 24.
3. **Nguyễn Thị Kim Dung** (2018) Các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của người nhà bệnh nhi đang điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng thành phố Hồ Chí Minh năm 2018, Luận văn Thạc sĩ, chuyên ngành quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, 104 tr.
4. **Nguyễn Phương Hà, Bùi Thị Mỹ Anh, Nguyễn Hùng Vĩ** (2020) "Sự hài lòng của người chăm sóc bệnh nhi 0-6 tuổi điều trị nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh tại Khoa Nhi, bệnh viện Đa khoa Khu vực Cai Lậy, tỉnh Tiền Giang năm 2020 và một số yếu tố liên quan". Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển, Tập 4 (số 4), tr. 32-39.
5. **Nguyễn Huy Ngọc, Lê Cao Anh Huy, Thái Thị Thanh Thủy, et al.** (2023) "Thực trạng sự hài lòng của người nhà bệnh nhi điều trị ngoại trú tại bệnh viện Nhi đồng 2". Tạp chí Y học Việt Nam, 528 (2), 219-223.
6. **Phòng quản lý chất lượng - Bệnh viện Nhi đồng 2** (2021). Báo cáo kết quả khảo sát hài lòng người bệnh Ngoại trú năm 2021

7. **Phòng quản lý chất lượng - Bệnh viện Nhi đồng 2** (2022). Báo cáo kết quả khảo sát hài lòng người bệnh Ngoại trú năm 2022
8. **Đinh Tấn Phương** (2022) Sự hài lòng của thân nhân người bệnh về dịch vụ khám chữa tại khoa Cấp cứu, bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2021, Luận văn Chuyên khoa Cấp 2, Chuyên ngành Tổ chức Quản lý Y tế, Trường Đại học Y tế Công cộng, 121 tr.
9. **Võ Kim Phượng** (2017) Sự hài lòng của thân nhân người bệnh điều trị nội trú tại Khoa tiêu hóa Bệnh viện Nhi đồng 1, Luận văn (Thạc sĩ Quản lý bệnh viện), Trường Đại học Y tế công cộng, 73 tr.
10. **Trang Giang Sang** (2020) Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của thân nhân người bệnh tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Nhi Đồng 1, năm 2019, Luận văn chuyên khoa II, Chuyên ngành Tổ chức quản lý y tế, Trường Đại học Y tế Công cộng, 124 tr.
11. **Phạm Gia Thế** (2022) Nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh nội trú trước và sau can thiệp và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh tại bệnh viện Lê Văn Thịnh Thành phố Thủ Đức năm 2021-2022, Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y dược Cần Thơ.
12. **Đặng Thùy Trang** (2022) Nghiên cứu chất lượng bệnh viện, sự hài lòng của người bệnh và kết quả can thiệp tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Cà Mau năm 2019-2022, Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y dược Cần Thơ.
13. **Baker A.** (2001) Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. British Medical Journal Publishing Group.
14. **Bloemer J., De Ruyter K., Peeters P.** (1998) "Investigating drivers of bank loyalty: the complex relationship between image, service quality and satisfaction". International Journal of bank marketing, 16 (7), 276-286.
15. **Connor S.J., Shewchuk R.M., Carney L.W.** (1994) "The great gap". Marketing Health Services, 14 (2), 32.
16. **Jabnoun N., Juma AL Rasasi A.** (2005) "Transformational leadership and service quality in UAE hospitals". Managing Service Quality: An International Journal, 15 (1), 70-81.

THỰC TRẠNG HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI NHÀ NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA CẤP CỨU TRUNG TÂM Y TẾ THÀNH PHỐ ĐỒNG XOÀI, TỈNH BÌNH PHƯỚC NĂM 2023 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Võ Thị Kim Anh¹, Trần Văn Hưởng¹,
Nguyễn Minh Đức², Nguyễn Hồng Chương³, Đồng Đức Hùng⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chất lượng dịch vụ y tế tác động đến sự hài lòng của người nhà người bệnh. Sự hài lòng của người nhà người bệnh là tiêu chí quan trọng dùng để đo lường sự đáp ứng của cơ sở y tế với những mong đợi của họ với các dịch vụ y tế.

Mục tiêu: Mô tả thực trạng hài lòng và phân tích một số yếu tố liên quan của người nhà người bệnh tại Khoa cấp cứu, Trung tâm Y tế Thành phố Đồng Xoài, tỉnh Bình Phước năm 2023.

Đối tượng và phương pháp: Cắt ngang mô tả, định lượng kết hợp với định tính, 315 người nhà người bệnh đang điều trị tại khoa cấp cứu Trung tâm Y tế thành phố Đồng Xoài tỉnh Bình Phước.

Kết quả: Tỷ lệ hài lòng chung của người nhà người bệnh là 74,6%. Trong đó: Tỷ lệ hài lòng của người nhà người bệnh với tiêu chí “thái độ giao tiếp ứng xử năng lực chuyên môn của NVYT” là cao nhất với tỷ lệ 80,6% và thấp nhất với tiêu chí “cơ sở vật chất và phương tiện phục

vụ người bệnh” là 67,6%. Một số yếu tố liên quan với tỷ lệ hài lòng toàn diện của đối tượng nghiên cứu là: giới tính, nghề nghiệp, có sử dụng thẻ BHYT và kết quả xuất khoa cấp cứu với tỷ lệ hài lòng của đối tượng nghiên cứu ($p < 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ hài lòng chung của người nhà người bệnh là 74,6%. Qua kết quả nghiên cứu, tác giả đã đề xuất một số biện pháp góp phần nâng cao chất lượng tư vấn thông tin cho người nhà người bệnh nhằm góp phần cải thiện tỷ lệ hài lòng.

Từ khóa: hài lòng người nhà người bệnh, khoa cấp cứu, trung tâm y tế, yếu tố liên quan

SUMMARY

STATUS OF SATISFACTION OF PATIENT'S FAMILY AT EMERGENCY DEPARTMENT OF DONG XOAI CITY MEDICAL CENTER, BINH PHUOC PROVINCE IN 2023 AND SOME RELATED FACTORS

Introduction: The quality of medical services affects the satisfaction of patients' families. Satisfaction of patients' families is an important criterion used to measure the response of medical facilities to their expectations of medical services.

Objective: Describe the satisfaction status and analyze some related factors of patients' families at the Emergency Department, Dong Xoai City Medical Center, Binh Phuoc province in 2023.

¹Trường Đại học Thăng Long thành phố Hà Nội

²TTYT TP Đồng Xoài tỉnh Bình Phước

³Sở Y tế tỉnh Bình Dương

⁴Bệnh viện đa khoa Nam Anh – Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Kim Anh

ĐT: 0973946494

Email: kimanh7282@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

Subjects and methods: Cutting Horizontal description, quantitative combined with qualitative, 315 patients' family members are being treated at the emergency department of Dong Xoai City Medical Center, Binh Phuoc province.

Results: The overall satisfaction rate of patients' families was 74.6%. Among them: The satisfaction rate of patients' families with the criterion "communication attitude and professional capacity of medical staff" is the highest at 80.6% and the lowest with the criterion "facilities". and facilities to serve patients" is 67.6%. Some factors related to the overall satisfaction rate of research subjects are: gender, occupation, use of health insurance card and emergency department discharge results with the satisfaction rate of research subjects ($p < 0.05$). Conclusion: The overall satisfaction rate of patients' families is 74.6%. Through the research results, the author has proposed a number of measures to contribute to improving the quality of information consultation for patients' families to contribute to improving the satisfaction rate.

Keywords: Patient's family satisfaction, emergency department, medical center, related factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng dịch vụ y tế tác động đến sự hài lòng của người nhà người bệnh (NNNB). Sự hài lòng của NNNB là tiêu chí quan trọng dùng để đo lường sự đáp ứng của cơ sở y tế với những mong đợi của NNNB với các dịch vụ y tế. Sự kém hài lòng của NNNB có mối quan hệ nhân quả với khiếu kiện và là nguyên nhân thúc đẩy ý định khiếu kiện [1]. Đây là câu phần quan trọng và là tiêu chí đánh giá chất lượng chăm sóc y tế, giúp bệnh viện đo lường sự đáp ứng của BV đối với

những mong đợi của NNNB về các dịch vụ y tế.

Bộ Y tế đã ban hành các văn bản quy định về nâng cao chất lượng phục vụ và khảo sát sự hài lòng của người bệnh như: Quyết định số 4858/QĐ-BYT ngày 03/12/2013 về áp dụng "Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh i viện" [2]. Chỉ thị 09/CT-BYT ngày 22/11/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc "Tăng cường tiếp nhận và xử lý ý kiến phản ánh của người dân về chất lượng dịch vụ, khám bệnh, chữa bệnh thông qua đường dây nóng" [3]. Quyết định 4448/QĐ-BYT ngày 06/11/2013 về việc phê duyệt đề án "Xác định phương pháp đo lường sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ Y tế công" [1]. Thông tư 07/2014/TT-BYT ngày 25/02/2014 quy định về "Quy tắc ứng xử của công chức, viên chức, người lao động làm việc tại các cơ sở y tế" [4].

Trung tâm y tế (TTYT) thành phố Đồng Xoài, tỉnh Bình Phước hoạt động theo mô hình bệnh viện tuyến huyện trực thuộc Sở Y tế Bình Phước. Từ khi đi vào hoạt động TTYT thành phố Đồng Xoài không ngừng cải tiến, tăng cường chất lượng dịch vụ, để thu hút người bệnh đến khám, chữa bệnh. Tuy nhiên, qua phân tích chi tiết báo cáo khảo sát hài lòng người bệnh nội trú tại trung tâm y tế hàng quý, cho thấy tỷ lệ hài lòng người bệnh tại khoa cấp cứu thấp hơn so với chuẩn của trung tâm và các khoa khác. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm tìm ra các điểm chưa thật sự hợp lý và đề xuất các giải pháp, giúp cải thiện chất lượng khám chữa bệnh, nâng cao sự hài lòng của NNNB đối với Khoa cấp cứu nói riêng và TTYT nói chung. Nghiên cứu được tiến hành với 2 mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng hài lòng của NNNB tại Khoa cấp cứu, Trung tâm Y tế Thành phố Đồng Xoài, tỉnh Bình Phước

năm 2023. (2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của NNNB tại Khoa cấp cứu, Trung tâm Y tế Thành phố Đồng Xoài, tỉnh Bình Phước năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, kết hợp phương pháp nghiên cứu định lượng và định tính.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 02/2023 đến tháng 12/2023, tại khoa Cấp cứu, Trung tâm Y tế thành phố Đồng Xoài tỉnh Bình Phước.

Đối tượng nghiên cứu: Người nhà người bệnh đang điều trị tại khoa cấp cứu Trung tâm Y tế thành phố Đồng Xoài tỉnh Bình Phước.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tiêu chí đưa vào: Người nhà người bệnh phải là người đại diện hợp pháp của người bệnh, tuổi từ 18 trở lên, là người trực tiếp chăm sóc người bệnh và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chí loại ra: Người nhà người bệnh là nhân viên y tế đang công tác tại Trung tâm Y tế thành phố Đồng Xoài tỉnh Bình Phước. Người không đủ khả năng nhận thức và không trả lời được các câu hỏi phỏng vấn.

Cỡ mẫu và chọn mẫu

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu

α : mức ý nghĩa thống kê ($\alpha = 0.05$, CI 95% ta tìm được giá trị $Z_{(1-\alpha/2)} = 1.96$)

p: tỷ lệ NNNB hài lòng ước đoán

d: là sai số cho phép (5%), chọn $d=0.05$

Cỡ mẫu nghiên cứu cắt ngang tính theo công thức nhằm xác định một tỷ lệ.

$p = 0,76$ là mức độ hài lòng với chất lượng KCB theo nghiên cứu của Lương Thái

Thiện Tâm tại khoa cấp cứu, Bệnh viện thành phố Thủ Đức [5].

Thay các giá trị trên ta tính được cỡ mẫu tối thiểu $n = 288$, dự trừ 10% cỡ mẫu nên cỡ mẫu chọn $n = 315$.

Cỡ mẫu cho nghiên cứu định tính: Phỏng vấn sâu 10 người nhà người bệnh: 5 người nhà người bệnh có BHYT, 5 người nhà người bệnh không có BHYT.

Kỹ thuật chọn mẫu

Chọn mẫu cho nghiên cứu định lượng: theo phương pháp lấy mẫu hệ thống. Số người bệnh nhập cấp cứu điều trị khoảng 1.170 trường hợp/năm, cỡ mẫu nghiên cứu là 315 trường hợp, thời gian lấy mẫu là 90 ngày. Do đó khoảng cách mẫu sẽ là: $K \approx 3$. Nghĩa là số thứ tự NNNB được xác định để lấy mẫu nghiên cứu sẽ cách nhau 3 người. Do đó số thứ tự NNNB được chọn là 1, 4, 6... cho đến khi đủ mẫu nghiên cứu.

Chọn mẫu cho nghiên cứu định tính: Chọn mẫu có chủ đích, chọn NNNB sau khi tham gia phát vấn, NNNB đồng ý tham gia phỏng vấn sâu theo chủ đề nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu định lượng: phát vấn người tham gia sử dụng bộ câu hỏi soạn sẵn được thiết kế dựa trên bộ câu hỏi đánh giá sự hài lòng của người bệnh nội trú do Bộ y tế ban hành.

Quy trình thu thập số liệu định lượng: tiến hành theo 4 bước: (1): Điều tra viên chọn ra đối tượng nghiên cứu thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu, điều tra viên mời NNNB đến phòng hành chính khoa để tiến hành phát vấn. (2): Điều tra viên giới thiệu, giải thích về mục đích, ý nghĩa cuộc điều tra nếu NNNB từ chối tham gia thì cảm ơn đối tượng và lựa chọn người tiếp theo. Giám sát viên có mặt tại điểm thu thập thông tin cho đến khi quá trình thu thập thông tin hoàn tất. (3):

Điều tra viên tiến hành phát phiếu thu thập số liệu cho NNNB. (4): Điều tra viên kiểm tra xem phiếu đã được điền đầy đủ chưa. Những trường hợp còn thiếu, điều tra viên yêu cầu NNNB bổ sung đầy đủ. NNNB không ghi hoặc ký tên vào phiếu phát vấn.

Công cụ thu thập số liệu định tính: phỏng vấn sâu dựa vào hướng dẫn phỏng vấn sâu.

Quy trình thu thập số liệu định tính: phỏng vấn theo phương pháp bán cấu trúc. Người tham gia nghiên cứu trả lời các câu hỏi đã được thiết kế sẵn.

Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu định lượng được mã hóa, nhập liệu, phân tích và xử lý với sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 16.0.

Thống kê mô tả sử dụng tần số, tỷ lệ để phân tích và trình bày các biến định tính. Trung bình, độ lệch chuẩn hoặc trung vị được sử dụng để phân tích và trình bày các biến định lượng.

Thống kê phân tích: Phân tích sự liên quan giữa một số đặc điểm của NNNB với sự hài lòng của họ bởi phân tích hồi quy đa biến logistic với các chỉ số OR (95%CI), ngưỡng ý nghĩa thống kê là $p < 0,05$

Số liệu định tính được đọc kỹ phân loại sắp xếp, phân tích theo nội dung, chủ đề để làm rõ và bổ sung cho kết quả nghiên cứu

định lượng về các yếu tố liên quan với sự hài lòng.

Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được Hội đồng xét duyệt Trường Đại học Thăng Long thông qua trước khi tiến hành triển khai nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu được Ban giám đốc Trung tâm Y tế thành phố Đồng Xoài quan tâm và ủng hộ. Kết quả nghiên cứu được phản hồi cho Ban Giám đốc, đội ngũ NVYT của trung tâm khi kết thúc nghiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu trước khi tiến hành phát vấn và chỉ tiến hành khi có sự chấp nhận hợp tác tham gia của đối tượng nghiên cứu.

Mọi thông tin cá nhân về đối tượng nghiên cứu được giữ kín. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sự hài lòng của NNNB tại khoa Cấp cứu, Trung tâm y tế Đồng Xoài, tỉnh Bình Phước năm 2023

Một số đặc điểm của người nhà người bệnh và của người bệnh

Bảng 1: Đặc điểm chung NNNB (n=315)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nữ	139	44,1
	Nam	176	55,9
Nhóm tuổi	18-20 tuổi	9	2,9
	21-39 tuổi	80	25,4
	40-59 tuổi	129	41,0
	≥ 60 tuổi	97	30,8
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	70	22,2
	Đã kết hôn	211	67,0
	Li dị/li thân	33	10,5

Nơi cư trú	TP Đồng Xoài	258	81,9
	Nơi khác	57	18,1
Thu nhập bình quân hàng tháng	5-10 triệu đồng	98	31,1
	10-15 triệu đồng	144	45,7
	15-20 triệu đồng	57	18,1
	>20 triệu đồng	16	5,1
Trình độ học vấn	Dưới tiểu học/tiểu học	59	18,7
	THCS	73	23,2
	THPT	88	27,9
	TC, CD	50	15,9
	ĐH, SĐH	45	14,3
Nghề nghiệp	Cán bộ, nhân viên, viên chức	15	4,8
	Công nhân	50	15,9
	Kinh doanh buôn bán, nghề tự do	91	28,9
	Già/hưu/không làm việc	90	28,6
	Nghề khác	69	21,9

Tỷ lệ NNNB là nam cao hơn chiếm 55,9%. Nhóm tuổi từ 21 – 39 chiếm tỷ lệ cao nhất 52,8% và thấp nhất ở nhóm tuổi 18 – 20 tuổi, chiếm 5,7%. NNNB chủ yếu là người đã kết hôn chiếm 74,8% và nơi cư trú đa số là ở Đồng Xoài với 69,1%. Về trình độ học vấn, tỷ lệ cao nhất là trình độ từ đại học, sau đại học chiếm 31,7%, có 17,7% trình độ THCS trở xuống.

Về mức thu nhập bình quân gia đình NNNB hàng tháng, cao nhất là nhóm 10-15 triệu đồng (45,7%), nhóm >20 triệu đồng là 5,1%. Về nghề nghiệp, đa số là kinh doanh buôn bán, nghề tự do (28,9%), tiếp đến là già/hưu/không đi làm (28,6%), công nhân (15,9%) cán bộ, nhân viên, viên chức (4,8%).

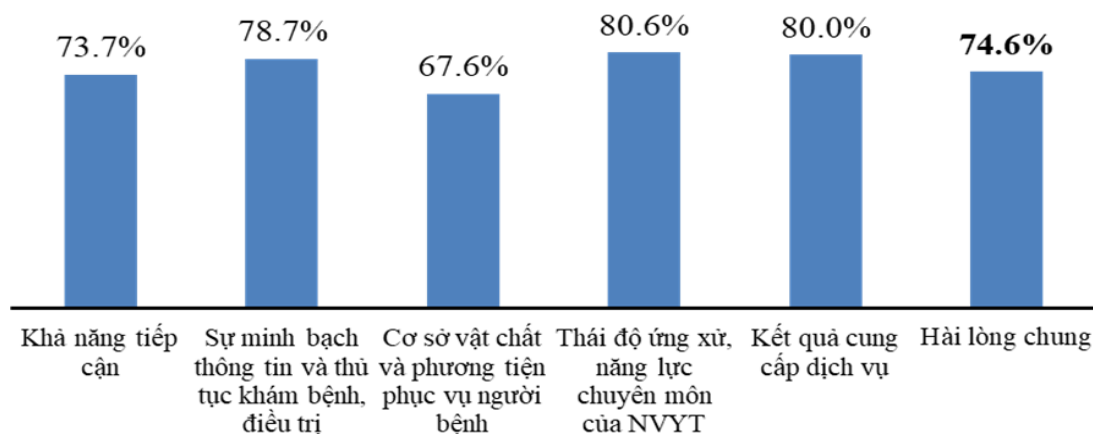
Bảng 2. Đặc điểm khám chữa bệnh của người bệnh (n=315)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sử dụng thẻ BHYT trong đợt vào viện này	Có	274	87,0
	Không	41	13,0
Được chuyển viện	Tự đến	291	92,4
	Chuyển viện đến	24	7,6
Thời gian điều trị hồi sức tích cực	1-2 ngày	292	92,7
	> 2 ngày	23	7,3
Kết quả xuất khoa cấp cứu	Chuyển khoa hồi sức	45	14,3
	Chuyển khoa khác	241	76,5
	Chuyển viện khác	24	7,6
	Nặng xin về	5	1,6

Tỷ lệ NB có sử dụng thẻ BHYT trong đợt vào viện này chiếm tỷ lệ cao (87,0%), NB chủ yếu là tự đến khoa cấp cứu (92,4%). Hầu hết NB được điều trị cấp cứu sau đó được chuyển về các khoa khác điều trị chiếm

(76,5%) trong khi đó có 7,7% phải chuyển viện lên tuyến trên. Hầu hết NB được điều trị hồi sức tích cực ≤ 2 ngày (92,7%).

Thực trạng hài lòng của người nhà người bệnh



Hình 1. Tỷ lệ hài lòng của người nhà người bệnh theo các tiêu chí (n=315)

Tỷ lệ hài lòng chung của người nhà người bệnh về dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại khoa Cấp cứu của TTYT Đồng Xoài là 74,6%. Trong đó, tỷ lệ hài lòng cao hơn về tiêu chí tiêu chí “thái độ giao tiếp ứng xử năng lực chuyên môn của NVYT” với 80,6%; tiếp đến là tiêu chí “kết quả cung cấp dịch vụ” là 80%; tiêu chí “sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị” 78,7%, tiêu chí “khả năng tiếp cận” là 73,7% và cuối cùng là tiêu chí “cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh” là 67,6%.

Các tiểu mục nhận được tỷ lệ hài lòng thấp nhất trong từng nhóm tiêu chí đó là:

Với tiêu chí “khả năng tiếp cận” có tiểu mục “các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường trong bệnh viện rõ ràng, dễ hiểu, dễ tìm” ghi nhận tỷ lệ hài lòng thấp nhất 67,9%.

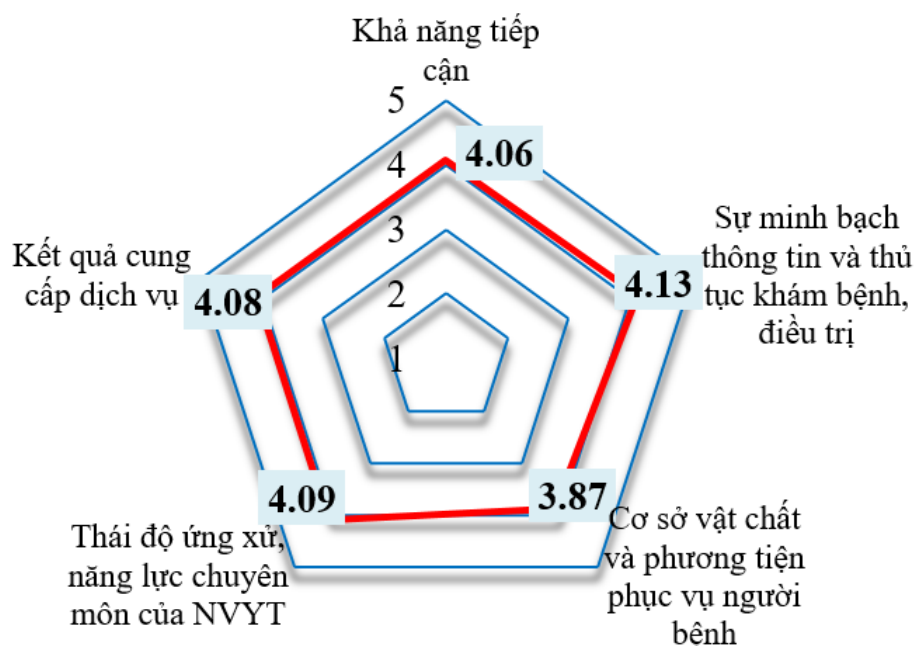
Với tiêu chí “sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị” có tiểu mục “quy trình, thủ tục nhập viện rõ ràng, công khai, thuận tiện” ghi nhận tỷ lệ hài lòng thấp nhất 76,2%.

Với tiêu chí “cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh” có tiểu mục “NB 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” ghi nhận tỷ lệ hài lòng thấp nhất 60,0%.

Với tiêu chí “thái độ giao tiếp ứng xử năng lực chuyên môn của NVYT” có tiểu mục “nhân viên phục vụ (hộ lý, bảo vệ, kế toán...) có thái độ, giao tiếp đúng mực” ghi nhận tỷ lệ hài lòng thấp nhất 75,2%.

Với tiêu chí “kết quả cung cấp dịch vụ” có tiểu mục “cấp phát thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc đầy đủ, chất lượng” ghi nhận tỷ lệ hài lòng thấp nhất 78,7%.

Điểm hài lòng chung của người nhà người bệnh tại khoa Cấp cứu của TTYT chưa cao, trung bình là $4,02 \pm 0,64$ điểm. Trong đó, điểm hài lòng thấp nhất ở tiêu chí “Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh” với $3,90 \pm 0,73$ điểm và cao nhất ở tiêu chí “kết quả cung cấp dịch vụ” với $4,16 \pm 0,68$ điểm.



Hình 2: Điểm hài lòng trung bình của NNNB theo các tiêu chí (n=315)

Sự đáp ứng của bệnh viện so với nhu cầu và khả năng quay lại sử dụng dịch vụ NNNB

Bảng 3. Tỷ lệ đáp ứng của BV so với nhu cầu của người nhà người bệnh

Nhóm % đáp ứng	Nam		Nữ		Chung	
	SL	%	SL	%	SL	%
≤ 50 %	2	1,9	1	0,7	3	1,2
51-60 %	3	2,8	6	4,3	8	3,3
61-70%	11	10,4	17	12,1	29	11,8
71-80%	28	26,4	40	28,6	68	27,6
81-90%	33	31,1	40	28,6	74	30,1
> 90%	29	27,4	36	25,7	64	26,0
Tổng cộng	106	100	140	100	246	100,0
Trung bình	81,8% ± 10,7%		81,1% ± 12,3%		81,4% ± 11,5%	

Nhận định chủ quan tỷ lệ đáp ứng của BV so với nhu cầu, kết quả cho thấy có 56,1% NNNB trả lời rằng BV đáp ứng được hơn 80% nhu cầu, tỷ lệ này cao hơn ở nam (58,5% ở nam), tuy nhiên tỷ lệ NNNB trả lời BV chỉ đáp ứng được dưới 80% so với nhu cầu là cao, cụ thể dưới 60% là 4,5%, 71-80% là 27,6%.

Hầu hết NNNB trả lời chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác chiếm

58,5%, có thể sẽ quay lại là 30,9%. Có 5,7% chưa hài lòng và trả lời rằng không muốn quay lại BV, 4,9% muốn chuyển tuyến khác.

Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người nhà người bệnh tại khoa cấp cứu Trung tâm Y tế thành phố Đồng Xoài tỉnh Bình Phước

Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng chung của người nhà người bệnh

Bảng 4. Một số đặc điểm liên quan đến tỷ lệ hài lòng chung của NNNB

Đặc điểm		Hài lòng toàn diện				OR _{hc} (95%CI)	p
		Có		Không			
		n	%	n	%		
Giới tính	Nữ	106	76,3	33	23,7	1	
	Nam	129	73,3	47	26,7	0,70 (0,37-1,30)	0,254
Nhóm tuổi	< 40 tuổi	72	80,9	17	19,1	1	
	≥ 40 tuổi	163	72,1	63	27,9	0,67 (0,28-1,60)	0,372
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	55	78,6	15	21,4	1,44 (0,64-3,26)	0,377
	Đã kết hôn	154	73,0	57	27,0	1	
	Li dị/li thân	25	75,8	8	24,2	1,17 (0,46-2,96)	0,742
Nơi cư trú	TP. Đồng Xoài	192	74,4	66	25,6	1	
	Nơi khác	43	75,4	14	24,6	0,93 (0,44-1,96)	0,855
Thu nhập bình quân gia đình	< 15 triệu đồng	161	74,2	56	25,8	1	
	≥ 15 triệu đồng	74	75,5	24	24,5	0,99 (0,53- 1,86)	0,984
Trình độ học vấn	≤ THPT	192	74,4	66	25,6	1	
	> THPT	43	75,4	14	24,6	0,93 (0,44-1,96)	0,855
Nghề nghiệp	Cán bộ, nhân viên	10	66,7	5	33,3	0,50 (0,11-2,25)	0,368
	Công nhân	40	80,0	10	20,0	0,65 (0,24-1,75)	0,397
	Kinh doanh, nghề tự do	74	82,2	16	17,8	1	
	Già/không làm việc	56	61,5	35	38,5	0,39 (0,18-0,84)	0,017
	Nhóm khác	55	79,7	14	20,3	0,92 (0,38-2,23)	0,853
Sử dụng thẻ BHYT	Không	22	53,7	19	46,3	1	
	Có	213	77,7	61	22,3	3,21 (1,49- 6,89)	0,003
Được chuyển viện	Tự đến	209	73,3	76	26,7	1	
	Chuyển viện đến	26	86,7	4	13,3	2,24 (0,69- 7,30)	0,180
Thời gian điều trị	≤ 2 ngày	205	74,8	69	25,2	1	
	> 2 ngày	30	73,2	11	26,8	0,82 (0,36- 1,87)	0,642
Kết quả xuất khoa cấp cứu	Chuyển khoa	227	78,0	64	22,0	1	
	Chuyển viện/nặng xin về	8	33,3	16	66,7	0,08 (0,03- 0,22)	<0,001

Tỷ lệ hài lòng chung ở nhóm NNNB là người già hưu hoặc không làm việc có khả năng thấp hơn so với nhóm kinh doanh tự do (OR=0,39; 95%CI: 0,18-0,84). Tỷ lệ hài lòng chung của NNNB có sử dụng thẻ BHYT có khả năng hài lòng cao hơn so với NNNB không sử dụng BHYT (OR = 3,21, 95%CI: 1,49-6,89, p = 0,003). Tỷ lệ hài lòng chung của NNNB phải chuyển viện/nặng xin về có

khả năng hài lòng thấp hơn nhiều so với NNNB đã được xử trí và cho nhập viện điều trị tại khoa khác trong TTYT (OR = 0,08, 95%CI: 0,03-0,22, p < 0,001).

Không tìm thấy tương quan có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hài lòng chung với các yếu tố còn lại (p>0,05).

Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ hài lòng của NNNB theo từng tiêu chí

Bảng 5: Một số yếu tố có liên quan đến tỷ lệ hài lòng của NNNB theo từng tiêu chí

Đặc điểm		Hài lòng				OR (95%CI)	p
		Có		Không			
		n	%	n	%		
Tiêu chí “Khả năng tiếp cận”							
Giới tính	Nữ	127	91,4	12	8,6	1	
	Nam	106	60,2	70	39,8	0,56 (0,31-1,00)	0,045
Nghề nghiệp	CB-VC	10	66,7	5	33,3	0,55 (0,13-2,30)	0,411
	Công nhân	42	84,0	8	16,0	1,38 (0,51-3,71)	0,524
	Buôn bán, tự do	70	77,8	20	22,2	1	
	Già/không làm việc	58	63,7	33	36,3	0,46 (0,22-0,99)	0,049
	Nhóm khác	54	78,3	15	21,7	1,26 (0,55-2,89)	0,582
Sử dụng thẻ BHYT	Không	23	56,1	18	43,9	1	
	Có	211	77,0	63	23,0	2,91 (1,37-6,18)	0,006
Kết quả xuất khoa cấp cứu	Chuyển khoa	225	77,3	66	22,7	1	
	Chuyển viện/ về	9	37,5	15	62,5	0,16 (0,06-0,42)	<0,001
Tiêu chí “Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh”							
Sử dụng thẻ BHYT	Không	26	63,4	15	36,6	1	
	Có	225	82,1	49	17,9	2,73 (1,22-6,13)	0,015
Kết quả xuất khoa cấp cứu	Chuyển khoa	240	82,5	51	17,5	1	
	Chuyển viện/ về	11	45,8	13	54,2	0,12 (0,04-0,35)	<0,001
Tiêu chí “Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh”							
Giới tính	Nữ	99	71,2	40	28,8	1	
	Nam	113	64,2	63	35,8	0,51 (0,29-0,91)	0,023
Nghề nghiệp	CB-VC	8	53,3	7	46,7	0,25 (0,06-0,99)	0,049
	Công nhân	36	72,0	14	28,0	0,84 (0,36-1,98)	0,689
	Buôn bán, tự do	65	72,2	25	27,8	1	
	Già/không làm việc	48	52,7	43	47,3	0,45 (0,22-0,90)	0,024
	Nhóm khác	55	79,7	14	20,3	1,83 (0,81-4,11)	0,145
Sử dụng thẻ BHYT	Không	20	48,8	21	51,2	1	
	Có	192	70,1	82	29,9	2,61 (1,25-5,48)	0,011
Kết quả xuất khoa cấp cứu	Chuyển khoa	203	69,8	88	30,2	1	
	Chuyển viện/ về	9	37,5	15	62,5	0,14 (0,05-0,38)	<0,001
Tiêu chí “Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế”							
Sử dụng thẻ BHYT	Không	28	68,3	13	31,7	1	
	Có	233	85,0	41	15,0	3,13 (1,41-6,98)	0,005
Kết quả xuất khoa cấp cứu	Chuyển khoa	247	84,9	44	15,1	1	
	Chuyển viện/về	14	58,3	10	41,7	0,24 (0,09-0,62)	0,003

Tiêu chí “Kết quả cung cấp dịch vụ”							
Trình độ học vấn	≤ THPT	191	86,8	29	13,2	1	
	> THPT	61	64,2	34	35,8	0,32 (0,16-0,63)	<0,001
Nghề nghiệp	CB-VC	11	73,3	4	26,7	2,48 (0,49-12,5)	0,271
	Công nhân	43	86,0	7	14,0	2,04 (0,66-6,29)	0,212
	Buôn bán, tự do	70	77,8	20	22,2	1	
	Già/không làm việc	67	73,6	24	26,4	0,69 (0,29-1,63)	0,393
	Nhóm khác	61	88,4	8	11,6	3,08 (1,07-8,86)	0,037
Sử dụng thẻ BHYT	Không	26	63,4	15	36,6	1	
	Có	226	82,5	48	17,5	3,00 (1,30-6,90)	0,010
Kết quả xuất khoa cấp cứu	Chuyển khoa	242	83,2	49	16,8	1	
	Chuyển viện/về	10	41,7	14	58,3	0,10 (0,03-0,30)	<0,001

Các yếu tố giới tính, sử dụng thẻ BHYT, kết quả xuất khoa cấp cứu có khả năng liên quan đến tỷ lệ hài lòng của NNNB với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa cấp cứu với sự tương quan có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Sự hài lòng của người nhà người bệnh tại khoa Cấp cứu, Trung tâm y tế Đồng Xoài, tỉnh Bình Phước năm 2023

Hài lòng chung của người nhà người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh:

Tỷ lệ hài lòng chung của NNNB về dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại khoa Cấp cứu, TTYT Thành phố Đồng Xoài là 74,6%, tương đương với nghiên cứu của Lương Thái Thiện Tâm tại khoa Cấp cứu của BV Thành phố Thủ Đức với tỷ lệ 74,8% [5] và nghiên cứu của Trang Giang Sang năm 2019 tại khoa Cấp cứu, Bệnh viện Nhi Đồng 1, với tỷ lệ hài lòng của NNNB là 72,4%. [6]. Sự tương đồng này có thể là do cả 3 nghiên cứu đều giống nhau về bệnh công cụ và phương pháp thực hiện.

So với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kim Dung, ta thấy tỷ lệ hài lòng của NNNB trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn tỷ lệ hài lòng của NNNB đang điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố (TPHCM) là 81,5% [7]. Sự khác biệt này có thể do BV Nhi Đồng Thành Phố là BV hạng I, khang trang, hiện đại và có chất lượng chuyên môn kỹ thuật cao nên dễ nhận được sự đánh giá cao của NNNB.

Kết quả này có thể nói rằng sự hài lòng của NNNB tại khoa Cấp cứu rất khó đạt được tỷ lệ cao. Khoa Cấp cứu của BV hay TTYT có vai trò ý nghĩa rất lớn trong việc KCB, tạo dựng hình ảnh và thương hiệu cho BV, tuy nhiên đây lại là một khu vực đặc biệt do mô hình bệnh đa dạng, mức độ khẩn cấp cao, thường xuyên xảy ra các tình huống khẩn cấp ở cả góc độ chuyên môn y tế và xã hội. Những bất đồng về mức độ cấp cứu có thể xảy ra giữa NNNB và NVYT [8], do đó gặp nhiều khó khăn để đạt được sự hài lòng của NNNB so với các khoa khác trong một cơ sở y tế. Điều này đòi hỏi nhiều giải pháp, đặc biệt liên quan đến khâu thông tin – tư vấn cho NNNB.

Hài lòng của người chăm sóc trẻ theo từng tiêu chí

Tiêu chí nhận được sự hài lòng cao nhất là “thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế” với tỷ lệ rất hài lòng/hài lòng là 80,6%, tương đồng với nghiên cứu của Trang Giang Sang – 78,4% [6], thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Dung – 85,7% [7] hay Võ Kim Phụng – 94,8% [9]. Tiếp theo là tiêu chí “kết quả cung cấp dịch vụ” với 80% NNNB trả lời hài lòng/rất hài lòng, tương đồng với nghiên cứu của Trang Giang Sang – 78,4% [6], nhưng thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Dung – 85,7% [7], Võ Kim Phụng – 94,8% [9]. Tiêu chí “sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị” 78,7%, cao hơn so với ghi nhận của Võ Kim Phụng – 74,5% [9], tương đồng với Trang Giang Sang – 78,4% [6] và thấp hơn Nguyễn Thị Kim Dung – 84,6% [7]. Hai tiêu chí nhận được sự hài lòng thấp là tiêu chí “khả năng tiếp cận” với 73% hài lòng và tiêu chí “cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh” với 67% hài lòng. Kết quả này cao hơn so với tác giả Trang Giang Sang tại khoa Cấp cứu, BV Nhi đồng 1 (tỷ lệ 2 tiêu chí này lần lượt là 63,8% và 57,8%) [6] và nghiên cứu của tác giả Võ Kim Phụng (lần lượt là 63% và 57,6%) [9], nhưng thấp hơn so với tác giả Nguyễn Thị Kim Dung (lần lượt là 82,5% và 85,1%) [7]. Nhìn chung, tỷ lệ NNNB hài lòng về dịch vụ khám chữa bệnh tại Khoa Cấp Cứu TTYT Đồng Xoài theo từng tiêu chí chất lượng là thấp.

Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người nhà người bệnh tại khoa cấp

cứu Trung tâm Y tế thành phố Đồng Xoài tỉnh Bình Phước

Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người nhà người bệnh

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ hài lòng về tiêu chí khả năng tiếp cận ở nhóm NNNB giới tính nam có khả năng hài lòng thấp hơn so với nữ (OR = 0,56, 95%CI: 0,31-1,00, p = 0,045). NNNB giới nam có khả năng hài lòng về tiêu chí cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh cũng thấp hơn so với NNNB giới nữ (OR = 0,51, 95%CI: 0,29-0,91, p = 0,023). Có thể có các trải nghiệm cụ thể khác nhau mà NNNB giới tính nam và nữ đã trải qua trong quá trình chăm sóc người bệnh và những trải nghiệm này có thể tác động đến đánh giá của họ về khả năng tiếp cận. Kết quả này khác với báo cáo của tác giả Võ Kim Phụng, Trang Giang Sang [6, 9], không thấy có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính với tỷ lệ hài lòng chung.

Với nhóm NNNB có nghề nghiệp già, hưu/không làm việc có khả năng hài lòng về khả năng tiếp cận thấp hơn so với các nhóm nghề tự do, buôn bán (OR = 0,46; 95%CI: 0,22-0,99, p = 0,049) và tỷ lệ hài lòng về tiêu chí cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh ở nhóm già/hưu/không làm việc có khả năng thấp hơn nhóm nghề tự do, kinh doanh (OR=0,45; 95%CI: 0,22-0,90; p<0,05). Sự khác biệt này có thể liên quan đến độ tuổi, những người già/hưu (người cao tuổi) thường hạn chế hơn người trẻ trong tiếp cận với các dịch vụ, đặc biệt là các ứng dụng công nghệ thông tin. Ngoài ra, chúng tôi cũng phát hiện tỷ lệ hài lòng về tiêu chí cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh

ở nhóm NNNB là cán bộ, nhân viên có khả năng thấp hơn nhóm kinh doanh, tự do (OR=0,14; 95%CI: 0,03-0,60; $p < 0,05$). Trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình và cộng sự cũng thấy rằng nhóm nghề cán bộ nhân viên có trải nghiệm tốt thấp hơn tại Bệnh viện quận 2, TP.HCM [10].

Kết quả nghiên cứu cho thấy NNNB có sử dụng thẻ BHYT có khả năng hài lòng cao hơn so với NNNB không sử dụng BHYT (OR = 3,21, 95%CI: 1,49-6,89, $p = 0,003$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trang Giang Sang cho biết có mối liên quan chặt chẽ giữa việc sử dụng thẻ BHYT với sự hài lòng của NNNB, tỷ lệ hài lòng ở nhóm có sử dụng thẻ BHYT cao hơn 2,56 lần so với nhóm không sử dụng ($p < 0,05$) [6]. Kết quả này cũng tương tự trong nghiên cứu của Võ Kim Phượng (tại khoa Tiêu hóa - BV Nhi Đồng 1) hay nghiên cứu của Đỗ Văn Niệm (phòng Quản lý Chất lượng -BV Nhi Đồng 1) [9]. Có lẽ việc sử dụng thẻ BHYT đã giúp giảm gánh nặng về chi phí điều trị, đặc biệt là đối với nhiều trường hợp bệnh nặng nhập khoa Cấp cứu, điều này giúp người nhà người bệnh dễ dàng cảm thông và hài lòng hơn.

Người nhà của NB phải chuyển viện/nặng xin về có khả năng hài lòng thấp hơn nhiều so với NNNB đã được xử trí và cho nhập viện điều trị tại khoa khác trong TTYT (OR = 0,08, 95%CI: 0,03-0,22, $p < 0,001$). NNNB mà người thân của họ phải chuyển viện hoặc xin về khi bệnh tình nặng có thể cảm thấy không kiểm soát được tình huống, do đó có thể dẫn đến sự không hài lòng. Trong khi đó, khi NNNB được chuyển vào khoa điều trị tiếp, gia đình có thể cảm

thấy yên tâm hơn vì họ biết NB đang được điều trị tại một nơi có khả năng giải quyết bệnh tình của họ.

Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người nhà người bệnh qua nhận định của người bệnh

Yếu tố thông tin tư vấn là có ảnh hưởng tiêu cực đến sự hài lòng của NNNB tại khoa Cấp cứu [11]. Tương tự như những phân tích hệ thống tại khoa cấp cứu của BV Nhi đồng 1 [8], nghiên cứu của chúng tôi yếu tố thông tin tư vấn: là một yếu tố làm giảm sự hài lòng của NNNB tại khoa Cấp cứu. Khâu thông tin tư vấn đối với các trường hợp cấp cứu tại khoa là chưa tốt. Đa số NNNB cho rằng có một số nguyên nhân chính như: NVYT không/thiếu thông tin về tình trạng của NB hoặc các thủ tục cần thiết cho NNNB, kỹ năng giao tiếp của NVYT chưa tốt, một số thủ tục hành chính còn rườm rà, bất đồng quan điểm giữa NVYT và NNNB. Thái độ và kỹ năng giao tiếp, ứng xử đối với người bệnh của NVYT có vai trò quan trọng bởi thái độ giao tiếp tốt, ứng xử hài hòa giữa các bên không chỉ mang đến sự hài lòng, mà còn tạo môi trường tích cực, góp phần nâng cao chất lượng điều trị và hiệu quả chăm sóc [12].

Về thuốc và trang thiết bị, phương tiện: NNNB phản nản tình trạng thiếu thuốc và vật tư tiêu hao, hóa chất vẫn thường xảy ra, dẫn đến người bệnh không được điều trị một cách tốt nhất.

Các phương tiện phục vụ người bệnh: TTYT không đáp ứng đầy đủ các phương tiện, tiện nghi cần thiết cho người bệnh và người nhà, kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của Lương Thái Thiện Tâm,

về hạ tầng, đây là yếu tố ảnh hưởng tiêu cực đến sự hài lòng của NNNB [11].

Quy định khám chữa bệnh: vẫn còn một số điểm hạn chế gây nên một số bức xúc cho NNNB. Một số NNNB chia sẻ về quy định áp dụng thanh toán BHYT tại khoa Cấp cứu hiện nay là cứng nhắc, trong những tình huống khẩn cấp và tâm lý lo lắng của NNNB dẫn đến một số trường hợp NNNB không hiểu các hướng dẫn của NVYT về các quy định trong KCB của BV dẫn đến căng thẳng với NVYT.

Quy trình khám chữa bệnh: việc thực hiện quy trình khám bệnh còn chậm, thời gian chờ đợi quá lâu ở các bước đăng ký khám, tiếp nhận hồ sơ, xét nghiệm và thanh toán. Điều này gây ra sự mất kiên nhẫn, bức bối và phiền toái cho NB/NNNB, đặc biệt là khi họ đang cảm thấy đau đớn hoặc lo lắng. Quy định và giải quyết khám, thực hiện các cận lâm sàng cho các người bệnh ưu tiên chưa được đảm bảo nghiêm túc dẫn đến việc NNNB không hài lòng. Do đó, cải tiến quy trình, rút ngắn thời gian chờ đợi nhưng vẫn đảm bảo chất lượng chuyên môn đang là một trong những thử thách nhưng cũng là mục tiêu trọng điểm mà các bệnh viện tập trung hướng đến vì thời gian chờ đợi được đánh giá là có sự ảnh hưởng rất lớn đến sự hài lòng của người bệnh, từ đó ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ chung của toàn bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

Về thực trạng hài lòng của NNNB tại khoa Cấp cứu, Trung tâm y tế Đồng Xoài, tỉnh Bình Phước năm 2023:

+ Tỷ lệ hài lòng chung của NNNB là 74,6%.

+ Tỷ lệ hài lòng của NNNB với tiêu chí “thái độ giao tiếp ứng xử năng lực chuyên môn của NVYT” là cao nhất 80,6%, thấp nhất là tiêu chí “cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh” là 67,6%.

Về các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của NCST: Nghiên cứu đã tìm thấy sự liên quan giữa các yếu tố giới tính, nghề nghiệp, có sử dụng thẻ BHYT và kết quả xuất khoa cấp cứu với tỷ lệ hài lòng của đối tượng nghiên cứu ($p < 0,05$).

VI. KIẾN NGHỊ

Đối với TTYT: Cần cải thiện điều kiện môi trường, sắp xếp lại các lối đi trong TTYT nhằm thuận tiện cho NB. Cung cấp đầy đủ các tiện nghi cho NB như nước uống, quạt/máy lạnh, ... cần đảm bảo tính riêng tư, thoải mái cho NB. Khắc phục tình trạng thiếu thuốc trong TTYT.

Đối với khoa Cấp cứu: Cần nghiên cứu và khắc phục một số hạn chế trong quy định thủ tục hành chính khi người bệnh nhập và xuất khoa Cấp cứu; Cần xây dựng và triển khai đề án cải tiến chất lượng toàn diện, trong đó chú trọng giải pháp hướng dẫn thông tin – tư vấn của NVYT cho NNNB; Tăng cường tập huấn, giám sát về thái độ giao tiếp ứng xử với người bệnh, NNNB của NVYT đặc biệt đối với các NVYT trẻ tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Quyết định 4448/QĐ-BYT về việc phê duyệt đề án xác định phương pháp đo lường sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ Y tế công. 2013.
2. **Bộ Y tế.** Quyết định số 4858/QĐ-BYT ngày 3/12/2013 về việc ban hành Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện. Hà Nội 2013.

3. **Bộ Y tế.** Chỉ thị 09/CT-BYT ngày 22/11/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc tăng cường tiếp nhận và xử lý ý kiến phản ánh của người dân về chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh thông qua đường dây nóng. Hà Nội 2013.
4. **Bộ Y tế.** Thông tư Số: 07/2014/TT-BYT ngày 25 tháng 02 năm 2014 của Bộ Y tế về quy định về quy tắc ứng xử của công chức, viên chức, người lao động làm việc tại các cơ sở y tế. Hà Nội 2014.
5. **Lương Thái Thiện Tâm.** Sự hài lòng về dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của thân nhân người bệnh và một số yếu tố ảnh hưởng tại khoa Cấp cứu, bệnh viện thành phố Thủ Đức năm 2022 [Luận văn chuyên khoa cấp 2]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế Công cộng; 2022.
6. **Trang Giang Sang.** Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của thân nhân người bệnh tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Nhi Đồng 1, năm 2019 [Luận văn chuyên khoa II]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế Công cộng; 2020.
7. **Nguyễn Thị Kim Dung.** Các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của người nhà bệnh nhi đang điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng thành phố Hồ Chí Minh năm 2018 [Luận văn Thạc sĩ]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế công cộng; 2018.
8. **Bệnh viện Nhi Đồng 1, Khoa Cấp cứu.** Đề án cải tiến chất lượng nâng cao chất lượng thông tin – tư vấn cho người bệnh ở khoa cấp cứu và phòng lọc bệnh cấp cứu – lưu, Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 8-12 năm 2020. Thành phố Hồ Chí Minh 2020. p. 1-20.
9. **Võ Kim Phượng.** Sự hài lòng của thân nhân người bệnh điều trị nội trú tại Khoa tiêu hóa Bệnh viện Nhi đồng 1 [Luận văn Thạc sĩ]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế công cộng; 2017.
10. **Nguyễn Thanh Bình, Vũ Thị Thu Hương, Nguyễn Duy Tài, Phan Thị Hồng Lệ, Nguyễn Phi Hồng Ngân, Lê Thị Ngọc.** Trải nghiệm của người bệnh trong quá trình điều trị nội trú tại Bệnh viện Quận 2, thành phố Hồ Chí Minh, năm 2020. Tạp chí Y học Dự phòng. 2021;Tập 31(số 2):117-25.
11. **Đinh Tấn Phương.** Sự hài lòng của thân nhân người bệnh về dịch vụ khám chữa tại khoa Cấp cứu, bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2021 [Luận văn chuyên khoa cấp II]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế Công cộng; 2021.
12. **Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al.** The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. 2002. Health Technology Assessment. 2002;6:32.

HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN PHẠM NGỌC THẠCH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2023

Võ Thị Kim Anh¹, Nguyễn Thị Đoàn Trang²,
Nguyễn Hữu Hưng Phát², Nguyễn Minh Đức³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: “Sự hài lòng của người bệnh” là một “thước đo” chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh (KCB), đồng thời cũng là chỉ số đánh giá hiệu quả trong quản lý tại các cơ sở y tế. Đã có nhiều nghiên cứu đánh giá sự hài lòng của người bệnh đã được báo cáo, kết quả rất khác nhau giữa các cơ sở y tế và giữa các tuyến, giữa tư nhân và công lập. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu đầy đủ tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch - đơn vị đầu ngành thực hiện khám chữa bệnh và chỉ đạo tuyến về lao và bệnh phổi cho các tỉnh thành miền Nam.

Mục tiêu: Mô tả thực trạng hài lòng và phân tích một số yếu tố liên quan đến hài lòng của người bệnh khám bảo hiểm y tế tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2023.

Đối tượng và phương pháp: Cắt ngang mô tả, kết hợp định lượng và định tính. Phỏng vấn người bệnh khám bệnh ngoại trú dựa trên bộ câu hỏi có cấu trúc soạn sẵn, kết hợp phỏng vấn sâu

và thảo luận nhóm. **Kết quả:** Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh là 78,7%. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh cao nhất ở

tiêu chí cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh (91,5%) và thấp nhất là tiêu chí khả năng tiếp cận (74%). Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh BHYT ngoại trú: nghề nghiệp, học vấn, nơi cư trú, số lần khám bệnh tại bệnh viện ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh là 78,7%. Qua kết quả nghiên cứu, đề xuất một số biện pháp tăng sự hài lòng của người bệnh khám bệnh tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch.

Từ khóa: sự hài lòng, người bệnh ngoại trú, khám bệnh

SUMMARY

SATISFACTION OF HEALTH INSURANCE PATIENTS AND SOME RELATED FACTORS AT THE DEPARTMENT OF MEDICAL EXAMINATION, PHAM NGOC THACH HOSPITAL IN HO CHI MINH CITY IN 2023

Background: "Patient satisfaction" is a "measure" of the quality of medical examination and treatment services, and is also an index to evaluate the effectiveness of management at medical facilities. There have been many studies evaluating patient satisfaction reported, the results are very different between medical facilities and between levels, between private and public. However, there has not been adequate

¹Trường Đại học Thăng Long thành phố Hà Nội

²Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch thành phố Hồ Chí Minh

³TTYT TP Đồng Xoài tỉnh Bình Phước

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Kim Anh

ĐT: 0973946494

Email: kimanh7282@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

research at Pham Ngoc Thach Hospital - the leading unit performing medical examination and treatment and directing tuberculosis and lung diseases in the southern provinces.

Objectives: Describe the current state of satisfaction and analyze some factors related to satisfaction of patients with health insurance examinations at the Examination Department, Pham Ngoc Thach Hospital, Ho Chi Minh City in 2023.

Methods: Cross-sectional study, combining quantitative and qualitative. Interviewing outpatient patients based on a set of pre-prepared structured questions, combined with in-depth interviews and group discussions.

Results: The overall patient satisfaction rate was 78.7%. The highest patient satisfaction rate is in the criteria of facilities and patient service facilities (91.5%) and the lowest is in the criteria of accessibility (74%). Some factors related to satisfaction of outpatient health insurance patients: occupation, education, place of residence, number of medical examinations ($p < 0.05$).

Conclusions: The overall patient satisfaction rate is 78.7%. Through the research results, we propose some measures to increase patient satisfaction at Pham Ngoc Thach hospital.

Keywords: satisfaction, outpatients, medical examination

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

“Sự hài lòng của người bệnh” là một “thước đo” chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh (KCB), đồng thời cũng là chỉ số đánh giá hiệu quả trong quản lý tại các cơ sở y tế [8], [9], [10]. Việc khảo sát sự hài lòng người bệnh đóng vai trò đặc biệt quan trọng trong việc cung cấp cho cơ sở y tế (CSYT) những phản hồi của người bệnh về cảm nhận trong

quá trình chăm sóc sức khỏe. Đây là cơ sở để các CSYT xây dựng và hoàn thiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhằm đáp ứng tốt hơn nhu cầu ngày càng cao của người bệnh.

Tại Việt Nam, sự hài lòng của người bệnh đang được các nhà quản lý y tế rất quan tâm, những năm gần đây, Bộ Y tế (BYT) đã ban hành nhiều văn bản chỉ đạo về nâng cao chất lượng dịch vụ và khảo sát sự hài lòng người bệnh [2], [3]. Ngoài ra cũng đã có rất nhiều nghiên cứu đánh giá sự hài lòng của người bệnh đã được báo cáo, kết quả rất khác nhau giữa các cơ sở y tế và giữa các tuyến, giữa tư nhân và công lập. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu đầy đủ tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch - đơn vị đầu ngành thực hiện khám chữa bệnh và chỉ đạo tuyến về lao và bệnh phổi cho các tỉnh thành miền Nam, trong bối cảnh Bệnh viện thường xảy ra tình trạng quá tải và thực hiện quy trình khám chữa bệnh vẫn có một số hạn chế nhất định.

Việc quá tải khiến người bệnh phải chờ đợi lâu hơn và dẫn đến việc người bệnh không hài lòng, không muốn quay lại với bệnh viện, ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng của bệnh viện. Ngoài ra một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh ngoại trú trên góc độ quản lý y tế chưa được làm rõ. Nhằm cung cấp thông tin quan trọng trong các đề án cải tiến chất lượng của Bệnh viện và của khoa, đề tài nghiên cứu: “Hài lòng của người bệnh bảo hiểm y tế và một số yếu tố liên quan tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch Thành phố Hồ Chí Minh năm 2023” được thực hiện với 2 mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng hài lòng của người bệnh khám bảo hiểm y tế tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, Thành

phố Hồ Chí Minh năm 2023 và (2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến hài lòng của người bệnh khám bảo hiểm y tế tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả, kết hợp định lượng và định tính.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 11 năm 2023, tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện quận Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh

Đối tượng nghiên cứu:

- Nghiên cứu định lượng: Người bệnh BHYT ngoại trú tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch: 18-75 tuổi, có thời gian khám từ 07 giờ 30 phút đến 16 giờ 30 phút, đã hoàn thành quy trình khám bệnh trong ngày

Tiêu chí loại:

+ Những người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu;

+ Người nhà đi cùng người bệnh.

Nghiên cứu định tính: Nhân viên y tế có tham gia vào quy trình khám bệnh BHYT ngoại trú (Đăng ký hướng dẫn, khám bệnh, xét nghiệm, CDHA, TDCN, Thu phí, phát thuốc), lãnh đạo phòng, lãnh đạo khoa tham gia quy trình khám bệnh BHYT ngoại trú, ban lãnh đạo BV. Người bệnh BHYT ngoại trú tại BV hoàn thành khám bệnh trong ngày từ 18-75 tuổi

Tiêu chí loại:

+ Người bệnh BHYT ngoại trú hoặc người nhà người bệnh từ chối tham gia nghiên cứu. Người bệnh BHYT ra về khi chưa kết thúc quy trình khám bệnh, người bệnh BHYT được hẹn trả kết quả ngày hôm

sau.

+ Trường hợp đối tượng là nhân viên bệnh viện đang đi công, nghỉ ốm, nghỉ thai sản và không tự nguyện tham gia nghiên cứu.

+ Người nhà đi cùng người bệnh

Cỡ mẫu và chọn mẫu:

- Cỡ mẫu cho nghiên cứu định lượng:

Số đối tượng nghiên cứu được tính theo công thức:

$$Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Với $p = 0,90$ (p là tỷ lệ người bệnh hài lòng chung với dịch vụ khám chữa bệnh của Bệnh viện năm 2022)

d là Sai số cho phép là 4%, $d=0,04$.

Tính được $n \approx 217$ người bệnh, dự phòng 10% sai số. Vậy tổng số mẫu cho nghiên cứu được là 242 người bệnh. Thực tế nghiên cứu đã khảo sát 258 người bệnh ngoại trú.

Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, nhóm nghiên cứu đã tiếp cận bất kỳ người bệnh nào tới đăng ký khám bệnh BHYT tại quầy đăng ký khám bệnh BHYT của bệnh viện trong tháng 5-6 năm 2023, điều tra viên (ĐTV) trình bày về mục đích nghiên cứu và mời người bệnh tham gia nghiên cứu, mỗi người bệnh đồng ý tham gia đều ký vào giấy đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu cho nghiên cứu định tính: bao gồm 14 người cho các cuộc phỏng vấn sâu (PVS) và thảo luận nhóm (TLN)

Phương pháp thu thập số liệu:

- Thu thập thông tin định lượng:

+ Sử dụng phiếu khảo sát xây dựng dựa trên bộ câu hỏi khảo sát hài lòng của người bệnh ngoại trú của Bộ Y tế [3]. Đây là thang đo hài lòng của người bệnh đã được đánh giá có giá trị và tin cậy nhằm đánh giá chất lượng khám chữa bệnh, được Bộ Y tế

khuyến cáo sử dụng để khảo sát hài lòng người bệnh hoặc thân nhân người bệnh hàng quý tại các bệnh viện trên cả nước [2].

+ Nghiên cứu thực hiện phỏng vấn trực tiếp người bệnh trong vòng 15-20 phút theo bộ câu hỏi cấu trúc.

- Thu thập thông tin định tính: Phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm. NCV gửi thư ngỏ qua email đối với những đối tượng tham gia PVS gồm 1 lãnh đạo BV, 1 cán bộ quản lý là Trưởng phòng, 2 cán bộ quản lý là trưởng các khoa trực tiếp tham gia và quy trình khám bệnh, còn đối với 9 nhân viên trực tiếp tham gia vào quy trình khám bệnh (3 cuộc PVS, 1 TLN – 6 người), NCV liên hệ đặt lịch qua điện thoại. Đối với đối tượng là người bệnh đã hoàn tất quy trình khám bệnh thì ĐTV sẽ chủ động tiếp cận và mời tham gia nghiên cứu. Thông tin thu thập dựa vào các câu hỏi gợi ý đã được soạn sẵn, định hướng trước. Xin phép được ghi chép/ghi âm trong buổi PVS và thảo luận nhóm để tăng tính khách quan, thu thập thông tin chính xác nhất.

- Sự hài lòng của người bệnh ở mỗi tiêu mục được đánh giá theo thang đo Likert 5 (tương ứng với các mức độ rất không hài lòng đến rất hài lòng).

- Điểm trung bình của từng tiêu chí bằng điểm trung bình các câu hỏi cấu thành nên tiêu chí đó. Người bệnh có hài lòng với tiêu chí khi điểm trung bình $>3,5$ điểm.

- Điểm hài lòng trung bình chung bằng điểm trung bình của tất cả 31 câu hỏi trong thang đo. Người bệnh hài lòng chung khi điểm trung bình của 31 câu hỏi đạt $>3,5$ điểm.

Phân tích và xử lý số liệu

Xử lý và phân tích số liệu nghiên cứu định lượng: Số liệu được làm sạch trước khi nhập liệu. Nhập số liệu bằng phần mềm EPIDATA 3.1, phân tích được tiến hành dựa trên phần mềm thống kê SPSS 20.0.

Thống kê mô tả sử dụng tần số, tỷ lệ để phân tích và trình bày các biến định tính. Trung bình, độ lệch chuẩn hoặc trung vị được sử dụng để phân tích và trình bày các biến định lượng.

Thống kê phân tích: Nghiên cứu phân tích sự liên quan giữa một số đặc điểm của người nhà người bệnh với sự hài lòng của họ qua hồi quy logistic và mối tương quan giữa nhận định của người bệnh về một số yếu tố thuộc về quản lý được xác định bởi phép kiểm chi bình phương (hoặc kiểm định chính xác Fisher thay thế khi hơn 20% số ô vọng trị nhỏ hơn 5) với ngưỡng ý nghĩa thống kê là $p < 0,05$, số đo kết hợp để biểu thị độ mạnh của yếu tố liên quan là OR và 95%CI.

Số liệu nghiên cứu định tính được gỡ băng và phân tích bằng phương pháp mã hóa và trích dẫn lời.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu có sự chấp thuận của Hội đồng xét duyệt đề cương trường Đại học Thăng Long. Nghiên cứu được sự chấp thuận của Ban Giám đốc Bệnh viện về việc cho phép triển khai nghiên cứu và thu thập số liệu trước khi tiến hành.

Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu và tự nguyện tham gia. Đối tượng nghiên cứu có thể ngừng tham gia bất cứ giai đoạn nào. Đảm bảo bí mật các thông tin mà đối tượng tham gia nghiên cứu cung cấp, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=258)

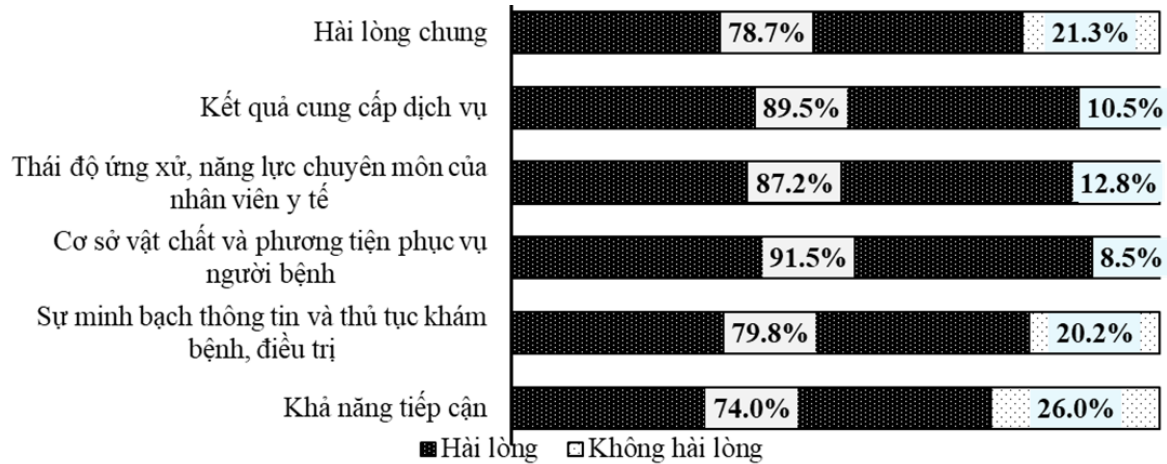
	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	<30 tuổi	32	12,4
	30-59 tuổi	173	67,1
	≥60 tuổi	53	20,5
Giới tính	Nữ	88	34,1
	Nam	170	65,9
Nghề nghiệp	Cán bộ, viên chức	21	8,1
	Công nhân	38	14,7
	Tự do, kinh doanh	107	41,5
	Già/hưu	53	20,5
	Khác	39	15,1
Trình độ học vấn	≤ Tiểu học	36	14,0
	THCS, THPT	156	60,5
	≥ THPT	66	25,6
Nơi cư trú	TP.HCM	229	88,8
	Nơi khác	29	11,2

Người bệnh mắc các bệnh phổi đa số người bệnh nam bởi vì đây là đối tượng thường mắc các bệnh về phổi do có nhiều yếu tố nguy cơ. Đây cũng là điều lý giải vì sao tỷ lệ nhóm tuổi 30 – 59 chiếm tỷ lệ cao nhất 67,1% và thấp nhất ở nhóm tuổi 18 – 29 tuổi (12,4%), trong khi đó nhóm ≥ 60 tuổi cũng tương đối cao (20,5%). Đối tượng tham gia nghiên cứu là giới tính nam cao hơn nữ (65,9% so với 33,1%). Kết quả này khác với nhiều nghiên cứu trước, ví dụ nghiên cứu của Trương Long Vĩ tại BV quận Thủ Đức, nam chỉ 43% [6] và tác giả Võ Chí Thương (2018) tại BV Quận Tân Phú khi cho tỷ lệ nữ giới là 59,44% [7]. Người bệnh là lao động tự do, kinh doanh chiếm tỷ lệ 41,5%, người bệnh có nghề nghiệp là công nhân chiếm tỷ lệ 14,7%, cán bộ viên chức chiếm tỷ lệ 8,1%, người bệnh già hưu là 20,5% và các nghề nghiệp khác chiếm tỷ lệ 15,1%. Tỷ lệ người bệnh có trình độ học vấn là THCS hoặc THPT chiếm tỷ lệ 60,5%, ≤ tiểu học 14% và trên THPT là 25,6%.

Sự hài lòng của người bệnh khám bảo hiểm y tế tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch

Hài lòng chung của người bệnh đạt 78,7%. So sánh với báo cáo kết quả khảo sát hài lòng của người bệnh ngoại trú của chính BV này trong năm 2022, chúng tôi thấy rằng sự hài lòng của người bệnh thấp hơn, bởi vì trong báo cáo năm 2022 cho thấy tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú đối với dịch vụ khám chữa bệnh là 95% [1]. Khi so sánh với một số nghiên cứu trước đây, thấy rằng kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hồng Hoa năm 2020 tại Bệnh viện Bưu Điện cơ sở 1, tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh ngoại trú về dịch vụ khám chữa bệnh là 80,4% [5].

Tỷ lệ hài lòng của người bệnh cao nhất ở tiêu chí cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh (91,5%) và thấp nhất là tiêu chí khả năng tiếp cận (74%).

**Biểu đồ 1. Hai lòng chung của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh (n=258)****Các yếu tố liên quan****Một số đặc điểm của người bệnh liên quan đến hai lòng của người bệnh****Bảng 2. Một số đặc điểm của người bệnh liên quan đến tỷ lệ hai lòng chung qua phân tích hồi quy logistic**

Đặc điểm		Hải lòng				OR (95%CI)	p
		Có		Không			
		SL	%	SL	%		
Nhóm tuổi	<30 tuổi	25	78,1	7	21,9	1	
	30-59 tuổi	131	75,7	42	24,3	0,82 (0,22-3,03)	0,770
	≥60 tuổi	47	88,7	6	11,3	1,92 (0,41-8,94)	0,404
Giới tính	Nữ	65	73,9	23	26,1	1	
	Nam	138	81,2	32	18,8	1,79 (0,88-3,64)	0,111
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn/ li dị/góa	35	79,5	9	20,5	1	
	Đã kết hôn	168	78,5	46	21,5	1,30 (0,41-4,14)	0,651
Nghề nghiệp	CB-NV	11	52,4	10	47,6	1	
	Công nhân	29	76,3	9	23,7	3,49 (0,93-13,1)	0,063
	Tự do	91	85,0	16	15,0	5,37 (1,70-16,92)	0,004
	Già/hưu	46	86,8	7	13,2	7,04 (1,91-25,9)	0,003
	Khác	26	66,7	13	33,3	2,06 (0,60-7,05)	0,249
Trình độ học vấn	≤ Tiểu học	32	88,9	4	11,1	1,67 (0,50-5,63)	0,406
	THCS, THPT	132	84,6	24	15,4	1	
	> THPT	39	59,1	27	40,9	0,26 (0,13-0,54)	<0,001
Nơi cư trú	TP.HCM	183	79,9	46	20,1	1	
	Nơi cư trú	20	69,0	9	31,0	0,25 (0,09-0,70)	0,008
Số lần KCB tại BV năm qua	Lần đầu	56	83,6	11	16,4	1	
	≥ 2 lần	147	77,0	44	23,0	0,35 (0,14-0,87)	0,023
Khoảng cách đến BV	≤ 5 km	83	82,2	18	17,8	1	
	> 5 km	120	76,4	37	23,6	0,74 (0,36-1,51)	0,404

Các nhóm nghề nghiệp tự do, già/hưu đều có khả năng hài lòng cao hơn so với nhóm cán bộ nhân viên (OR lần lượt là 5,37 và 7,04; $p < 0,05$). Trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình và cộng sự cũng thấy rằng nhóm nghề cán bộ nhân viên có trải nghiệm tốt thấp hơn, tại Bệnh viện quận 2, TPHCM [4]. Nghề nghiệp ảnh hưởng tới sự hài lòng của người bệnh, thực tế cho thấy nghề nghiệp thuộc nhóm có thu nhập cao thường có mức chi trả tốt đối với các dịch vụ y tế của bệnh viện.

Nhóm học vấn $> \text{THPT}$ có khả năng hài lòng chung thấp hơn so với nhóm THCS và THPT (OR=0,26; 95%CI: 0,13-0,54; $p < 0,05$). Một số lý giải cho vấn đề này có thể do những người có trình độ học vấn thấp có thể cảm thấy khó khăn hơn trong việc hiểu và áp dụng các thông tin liên quan đến y tế.

Do đó, khi họ cảm thấy hài lòng về các khía cạnh của dịch vụ y tế, điều này có thể gây ra một sự hài lòng toàn diện hơn.

Nhóm người bệnh cư trú ở tỉnh thành khác có khả năng hài lòng chung thấp hơn so với nhóm cư trú tại TP.HCM (OR=0,25; 95%CI: 0,09-0,70; $p < 0,05$). Nhóm người bệnh đến lần đầu tại BV có khả năng hài lòng chung thấp hơn so với nhóm khám từ 2 lần trở lên (OR = 0,35; 95%CI: 0,14-0,87; $p < 0,05$). Các đặc điểm như giới tính, tình trạng hôn nhân, và khoảng cách đến bệnh viện không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh ($p > 0,05$).

Một số yếu tố về quản lý liên quan đến hài lòng người bệnh

Thời điểm khám trong ngày

Bảng 3. Liên quan giữa thời điểm khám trong ngày và tỷ lệ hài lòng của người bệnh

Thời điểm khám trong ngày	Hài lòng				OR (95%CI)	p
	Có		Không			
	SL	%	SL	%		
Buổi sáng	146	74,9	49	25,1	1	
Buổi chiều	57	90,5	6	9,5	3,19 (1,26-9,56)	0,009
Tổng cộng	203	78,7	55	21,3		

Tỷ lệ hài lòng ở nhóm người bệnh đến khám vào buổi chiều có khả năng cao hơn nhiều so với nhóm đến khám vào buổi sáng (OR=3,19; $p < 0,05$). Vì sự tập trung lớn vào buổi sáng tại khu khám bệnh của bệnh viện, dẫn đến tình trạng quá tải và kéo dài thời gian chờ đợi của người bệnh. Một số người

bệnh thậm chí phải chờ từ buổi sáng đến buổi chiều để được khám. Qua nghiên cứu định tính, thấy rằng khi người bệnh quyết định thời điểm khám bệnh, đó cũng đồng nghĩa với việc xác định liệu họ nên đến sớm hay muộn.

Hộp 1. Ý kiến của người bệnh và NVYT về sự liên quan giữa thời điểm khám và sự hài lòng đối với dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú

“Tôi thấy vào buổi sáng, bệnh viện thường rất đông đúc, và việc phải chờ lâu là điều dễ hiểu. Mặc dù tôi biết rằng vào thời điểm đó vẫn phải chờ, bởi vì bạn cần tranh thủ để làm xét nghiệm và các kiểu, cộng thêm việc có những người thân ở xa muốn khám sớm để có thể về trước buổi chiều”(TLN NB).

“Thường thì thứ hai và thứ sáu vào buổi sáng sẽ rất đông, điều này là do người bệnh thường sẽ khám vào đầu tuần trước khi và sau khi bệnh viện nghỉ hai ngày cuối tuần thứ bảy và chủ nhật”(TLN-NVYT).

Yếu tố thuộc về nhân viên y tế***Bảng 4. Nhận xét của người bệnh về số lượng NVYT liên quan đến sự hài lòng của người bệnh***

Nhận xét của NB về số lượng NVYT	Hài lòng chung				OR (95%CI)	p
	Có		Không			
	SL	%	SL	%		
Không đủ để phục vụ tốt cho NB	119	71,7	47	28,3	1	
Đủ để phục vụ tốt cho NB	84	91,3	8	8,7	4,15 (1,81-10,6)	<0,001
Tổng cộng	203	78,7	55	21,3		

Tỷ lệ hài lòng chung ở nhóm người bệnh nhận xét rằng số lượng NVYT tại khoa Khám bệnh đủ để phục vụ tốt cho người bệnh có khả năng cao hơn nhiều so với nhóm nhận xét nhân lực không đủ (OR=4,15; p<0,05).

Qua nghiên cứu định tính, các ý kiến cũng cho biết số lượng nhân viên đầy đủ, đáp

ứng được nhu cầu của người bệnh cũng giúp tăng năng suất công việc và sự hài lòng của người bệnh. Bệnh viện đảm bảo có đủ lượng nhân viên để xử lý cả công việc hàng ngày và phân công thêm khi cần thiết. Điều này giúp đối phó với tình trạng quá tải và giảm thời gian chờ đợi cho người bệnh.

Hộp 2. Ý kiến của người bệnh và NVYT về liên quan giữa yếu tố số lượng nhân lực tại khoa khám bệnh với sự hài lòng của người bệnh ngoại trú

“Tôi thấy khi đi khám tới bộ phận nào cũng rất đông nhân viên, phòng nào nhiều bệnh chờ thì cũng nhiều nhân viên, gọi vào một lúc vài người, vì thế thấy cũng nhanh chứ không phải chờ lâu lắm” (TLN NB).

“Bệnh viện đã bổ sung nhân sự để phục vụ cho công tác khám bệnh BHYT, vì các khoa có khám bệnh sẽ chủ động điều động nhân sự khám theo phương án phân công tăng cường nhân sự của khoa” (PVS đại diện P.QLCL).

Trình độ chuyên môn***Bảng 5. Nhận xét của người bệnh về trình độ NVYT liên quan đến sự hài lòng của người bệnh***

Nhận xét của NB về trình độ chuyên môn NVYT	Hài lòng				OR (95%CI)	p
	Có		Không			
	SL	%	SL	%		
Chuyên môn bình thường	25	54,3	21	45,7	1	
Trình độ chuyên môn cao	178	84,0	34	16,0	4,40 (2,07-9,21)	<0,001
Tổng cộng	203	78,7	55	21,3		

Những người bệnh nhận xét về trình độ chuyên môn cao của nhân viên y tế có khả năng hài lòng chung cao hơn so với nhóm nhận xét về trình độ chuyên môn bình thường (OR = 4,40, p<0,05).

Qua nghiên cứu định tính, các ý kiến cho rằng chất lượng nhân lực tốt, nhiều y bác sĩ

có trình độ sau đại học làm việc tại đây với tay nghề chuyên môn giỏi, đã có kinh nghiệm làm việc lâu năm. Đây là yếu tố ảnh hưởng tích cực đến sự hài lòng của người bệnh khám BHYT tại Bệnh viện.

Hộp 3.3. Ý kiến của các NVYT và người bệnh về chất lượng nhân lực tại BV liên quan đến sự hài lòng của người bệnh

“Đội ngũ bác sĩ tại bệnh viện đều giỏi về chuyên môn và đã có kinh nghiệm làm việc lâu năm, do đó khi khám chữa bệnh thì người bệnh yên tâm hơn, hài lòng hơn” (PVS đại diện P. QLCL)

“BV có chất lượng thăm khám tốt, đội ngũ tay nghề cao. Bên cạnh chuyên môn, thì tôi cũng đánh giá cao về sự tận tình của các y bác sĩ ở đây” (TLN NB)

“Chúng tôi luôn tạo điều kiện, tổ chức các khóa học ngắn hạn, dài hạn cấp chứng chỉ vvv cho cán bộ nhân viên, nhằm nâng cao trình độ, nâng cao chuyên môn. Vừa rồi cũng mới tổ chức xong Khóa học Quản lý vận hành an toàn bệnh viện thời hậu COVID-19, nói chung được sự hưởng ứng tốt” (PVS LD khoa).

Hệ thống thông tin y tế

Qua nghiên cứu định tính, người bệnh cho rằng việc công khai quy trình khám bệnh giúp người bệnh nắm bắt các giai đoạn khám bệnh và tiết kiệm thời gian chờ khám, thời gian tìm kiếm các khu vực trong bệnh viện. Đây là yếu tố làm tăng sự hài lòng của người bệnh.

Hộp 3.4. Ý kiến của người bệnh về công khai quy trình và thời gian chờ khám liên quan đến sự hài lòng của người bệnh

“Tôi rất vui khi nghe bạn chia sẻ rằng bệnh viện có bảng lớn trước lối vào khu khám bệnh, hiển thị quy trình khám dịch vụ và quy trình khám bệnh BHYT một cách rõ ràng và dễ hiểu. Việc này không chỉ giúp người bệnh dễ dàng nắm bắt quy trình mà còn tạo ra sự minh bạch và tăng sự tin tưởng trong hệ thống y tế” (TLN NB).

Bảng 6. Nhận xét của người bệnh về thời gian chờ liên quan đến sự hài lòng của người bệnh

Nhận xét của NB về thời gian thực hiện quy trình KCB	Hài lòng				OR (95%CI)	p
	Có		Không			
	SL	%	SL	%		
Thời gian chờ bình thường	151	83,9	29	16,1	1	
Phải chờ đợi lâu	52	66,7	26	33,3	0,38 (0,20-0,75)	0,002
Tổng cộng	203	78,7	55	21,3		

Những người bệnh nhận xét về thời gian chờ đợi lâu thì khả năng tỷ lệ hài lòng thấp hơn nhiều so với nhóm nhận xét thời gian chờ đợi bình thường (OR = 0,38, p<0,05).

Yếu tố quản lý, điều hành

Chính sách mở rộng dịch vụ y tế phục vụ người dân và lấy người bệnh làm trung tâm là yếu tố có ảnh hưởng tích cực và quan trọng nhất đến việc nâng cao sự hài lòng của người bệnh về BV Phạm Ngọc Thạch. Chất lượng chăm sóc không chỉ phụ thuộc vào

máy móc, vật tư - trang thiết bị mà còn phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố đi kèm như kiến thức - thái độ nhân viên y tế, kỹ năng tay nghề, quy trình chăm sóc hiệu quả,... mức độ hài lòng của người bệnh, thân nhân người bệnh là nguồn thông tin quan trọng góp phần phát triển BV. Chính vì vậy, cải tiến chất lượng khám chữa bệnh luôn là mục tiêu trọng tâm, xuyên suốt và được BV tiến hành liên tục nhằm đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của người bệnh.

Hộp 3.5. Ý kiến của người bệnh và nhân viên y tế về yếu tố quản lý điều hành trong BV liên quan đến sự hài lòng của người bệnh

“Trước khi vào viện, cứ lo không quen đường biết lối, gặp nhiều khó khăn, nhưng thực tế thì khi điều trị tại đây, tôi đã bớt lo lắng hơn vì có sự hướng dẫn của nhân viên ngoài sảnh, thấy chuyên nghiệp, tận tình” (TLN NB).

“Sau khi điều trị về thì thỉnh thoảng tôi cũng được các nhân viên tổng đài của BV gọi điện hỏi thăm tình hình bệnh của con, cũng như hỏi xem có những điều gì chưa hài lòng” (TLN NB).

“Người bệnh, gia đình người bệnh cùng đưa ra quyết định điều trị khi thích hợp và được tự quyết định phương pháp điều trị qua sự tư vấn hướng dẫn của NVYT” (TLN NVYT).

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh là 78,7%. Tỷ lệ chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác là 83,6%, có thể sẽ quay lại là 16%.

Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh BHYT ngoại trú: Các nhóm nghề nghiệp tự do, già/hưu đều có khả năng hài lòng cao hơn so với nhóm cán bộ nhân viên; Nhóm học vấn >THPT có khả năng hài lòng chung thấp hơn so với nhóm THCS và THPT; Nhóm người bệnh cư trú ở tỉnh thành khác có khả năng hài lòng chung thấp hơn so với nhóm cư trú tại TP.HCM; Nhóm người bệnh đến lần đầu tại BV có khả năng hài lòng chung thấp hơn so với nhóm khám từ 2 lần trở lên ($p < 0,05$)

Yếu tố về tổ chức, quản lý: Tỷ lệ hài lòng ở nhóm người bệnh đến khám vào buổi chiều có khả năng cao hơn nhiều so với nhóm đến khám vào buổi sáng; Tỷ lệ hài lòng chung ở nhóm người bệnh nhận xét rằng số lượng NVYT tại khoa Khám bệnh đủ để phục vụ tốt cho người bệnh có khả năng cao hơn nhiều so với nhóm nhận xét nhân lực không đủ ($p < 0,05$)

V. KIẾN NGHỊ

BV cần rà soát các biển báo, hướng dẫn, chỉ dẫn trong bệnh viện và bố trí các lối đi một cách phù hợp để cải thiện sự hài lòng

của người nhà người bệnh về tiêu chí khả năng tiếp cận.

Khoa Khám bệnh cần chú ý đảm bảo các phương tiện phục vụ người bệnh một cách đầy đủ hơn như nước uống, điều hòa, sảnh chờ,... tại khoa Bệnh phổi không lao và các Khoa/đơn vị khác để tăng tỷ lệ hài lòng về tiêu chí này.

Phòng CNTT: Tăng cường triển khai, truyền thông các ứng dụng đặt lịch khám, nhắc hẹn qua tin nhắn điện thoại, thông tin cho người bệnh các giờ cao điểm nhằm giúp người bệnh chủ động trong quá trình khám chữa bệnh của bản thân.

Phòng Quản lý chất lượng: Tăng cường tổ chức các hoạt động nâng cao nhận thức của NVYT, cải tiến quy trình tại khoa Khám bệnh nhằm làm giảm thời gian chờ, nâng cao sự hài lòng của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch** (2022) Khảo sát hài lòng người bệnh ngoại trú tại Bệnh viện năm 2022. TP.HCM.
2. **Bộ Y tế** (2016) Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam (phiên bản 2.0), Hà Nội,
3. **Bộ Y tế** (2019) Quyết định số 3869 /QĐ-BYT ngày 28 tháng 8 năm 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 Hà Nội.

4. **Nguyễn Thanh Bình, Vũ Thị Thu Hương, Nguyễn Duy Tài, Phan Thị Hồng Lệ, Nguyễn Phi Hồng Ngân, Lê Thị Ngọc** (2021) "Trải nghiệm của người bệnh trong quá trình điều trị nội trú tại Bệnh viện Quận 2, thành phố Hồ Chí Minh, năm 2020". Tạp chí Y học Dự phòng, Tập 31, (số 2), 117-125.
5. **Nguyễn Thị Hồng Hoa, Phạm Huy Tuấn Kiệt** (2022) "Sự hài lòng của người bệnh điều trị ngoại trú tại khoa khám bệnh, bệnh viện Bưu Điện cơ sở 1 năm 2020 và một số yếu tố liên quan". Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 512, (2), 150-154.
6. **Trương Long Vỹ** (2020) Sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh và một số yếu tố ảnh hưởng tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh năm 2019, Luận văn chuyên khoa Cấp 2
7. **Võ Chí Thương, Lương Khánh Duy, Trương Phi Hùng** (2018) "Sự hài lòng của người bệnh về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú tại bệnh viện nội và ngoại thành phố Hồ Chí Minh, năm 2018". Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 23, (Phụ bản số 2), 193 - 199.
8. **Alastair Baker** (2001) Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. British Medical Journal Publishing Group.
9. **Josee Bloemer, Ko De Ruyter, Pascal Peeters** (1998) "Investigating drivers of bank loyalty: the complex relationship between image, service quality and satisfaction". International Journal of bank marketing, 16, (7), 276-286.
10. **Naceur Jabnoun, Aisha Juma AL Rasasi** (2005) "Transformational leadership and service quality in UAE hospitals". Managing Service Quality: An International Journal, 15, (1), 70-81.

ĐỘNG LỰC LÀM VIỆC CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN KHỐI NỘI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2 – TP. HỒ CHÍ MINH NĂM 2023 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Võ Thị Kim Anh¹, Nguyễn Thị Mỹ Trang²,
Nguyễn Quốc Định², Nguyễn Hồng Chương³, Trịnh Hữu Tùng⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Động lực làm việc của người lao động là một khía cạnh quan trọng tại mọi nơi làm việc dẫn đến năng suất cao của tổ chức. Tạo động lực làm việc cho người lao động là hoạt động thường xuyên của người quản lý tổ chức, nhằm thúc đẩy tinh thần và cam kết của người lao động để thực hiện nhiệm vụ và trách nhiệm được giao hiệu quả hơn, do đó đạt được mục tiêu của mọi tổ chức. Đánh giá động lực làm việc của NVYT nói chung và điều dưỡng nói riêng trong giai đoạn hiện nay là rất cấp thiết đối với Bệnh viện Nhi đồng 2.

Mục tiêu: Mô tả động lực làm việc và phân tích một số yếu tố liên quan đến động lực làm việc của điều dưỡng viên khối Nội Bệnh viện Nhi Đồng 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2023.

Đối tượng và phương pháp: Cắt ngang mô tả. Phát vấn trực tiếp hoặc trực tuyến bằng bộ câu hỏi tự điền qua Google biểu mẫu, kết hợp phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm.

Kết quả: Tỷ lệ điều dưỡng viên khối Nội của BV Nhi đồng 2 có động lực làm việc chung là 73,5%. Một số yếu tố liên quan đến động lực làm việc của điều dưỡng viên khối Nội tại Bệnh viện Nhi đồng 2: nhóm tuổi, giới, tình trạng hôn nhân, thâm niên công tác. Về tổ chức và quản lý: nhận xét tốt về giao tiếp và ứng xử, quản lý và điều hành, tiền lương, phụ cấp, môi trường làm việc tốt ($p < 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ điều dưỡng viên khối Nội của BV Nhi đồng 2 có động lực làm việc chung là 73,5%. Qua kết quả nghiên cứu, đề xuất một số biện pháp tăng động lực làm việc của nhân viên y tế tại bệnh viện Nhi đồng 2.

Từ khóa: động lực làm việc, nhân viên y tế, điều dưỡng

SUMMARY

WORK MOTIVATION OF NURSINGS IN THE INTERNAL DEPARTMENT OF CHILDREN'S HOSPITAL 2 - HO CHI MINH CITY IN 2023 AND SOME RELATED FACTORS

Background: Employee motivation is an important aspect in every workplace that leads to high organizational productivity. Motivating employees is a regular activity of organizational managers, aiming to boost the morale and commitment of employees to perform assigned tasks and responsibilities more effectively, thus achieving be the goal of every organization. Assessing the work motivation of medical staff

¹Trường Đại học Thăng Long thành phố Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Nam Anh tỉnh Bình Dương

³Sở Y tế tỉnh Bình Dương

⁴Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Kim Anh

ĐT: 0973946494

Email: kimanh7282@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

in general and nurses in particular in the current period is very urgent for Children's Hospital 2.

Objectives: Describe work motivation and analyze some related factors on the work motivation of internal medicine nurses at Children's Hospital 2, Ho Chi Minh City in 2023.

Methods: Cross-sectional description. Interview face-to-face or online with a set of self-filling questions via Google forms, combined with in-depth interviews and group discussions.

Results: The percentage of nurses in the Internal Medicine Department of Children's Hospital 2 who are motivated to work together is 73.5%. Some factors related to the work motivation of internal nurses at Children's Hospital 2: age group, gender, marital status, seniority. Regarding organization and management: good comments on communication and behavior, management and administration, salary, allowances, good working environment ($p < 0.05$).

Conclusions: The percentage of nurses in the Internal Medicine Department of Children's Hospital 2 who are motivated to work together is 73.5%. Through the research results, we propose some measures to increase the work motivation of medical staff at Children's Hospital 2.

Keywords: work motivation, medical staff, nurses

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động lực làm việc của người lao động là một khía cạnh quan trọng tại mọi nơi làm việc dẫn đến năng suất cao của tổ chức. Tạo động lực làm việc cho người lao động là hoạt động thường xuyên của người quản lý tổ chức, nhằm thúc đẩy tinh thần và cam kết của người lao động để thực hiện nhiệm vụ và trách nhiệm được giao hiệu quả hơn, do đó đạt được mục tiêu và mục tiêu của mọi tổ chức (1). Một trong những vấn đề thách thức

nhất ảnh hưởng đến việc quản lý của hầu hết các tổ chức hiện nay là làm thế nào để người lao động của họ nhiệt tình và nhanh nhẹn để làm việc hiệu quả. Sự thành công của bất kỳ tổ chức nào phụ thuộc vào mức độ động viên người lao động và nhà quản lý của tổ chức được trang bị kiến thức và kỹ năng rộng lớn để thúc đẩy các đối tượng của nó (2).

Động lực làm việc được coi là công cụ quan trọng khiến người lao động hăng hái và cam kết đạt được các mục tiêu và mục tiêu của tổ chức. Đối với các cơ sở y tế cũng không có ngoại lệ, để nâng cao chất lượng thực hiện công việc của nhân viên y tế, yếu tố động lực làm việc là một trong những nội dung quan trọng của công tác quản lý nhân lực y tế (3).

Bệnh viện Nhi đồng 2 là bệnh viện tuyến cuối về Nhi khoa, trực thuộc Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh, phụ trách công tác khám, chữa bệnh cho các bé từ 0 đến dưới 16 tuổi, Bệnh viện có quy mô 1.400 giường bệnh. Điều đó cho thấy áp lực công việc rất lớn đối với nhân viên đặc biệt là đối với điều dưỡng của Bệnh viện. Tuy nhiên, chưa có đánh giá đầy đủ về động lực làm việc của họ, trong bối cảnh Thành phố Hồ Chí Minh vừa mới trải qua đại dịch COVID-19 với số lượng người nhiễm và tử vong do COVID-19 rất lớn, ảnh hưởng tiêu cực đến mọi mặt hoạt động khám chữa bệnh cùng tình trạng kiệt sức nghề nghiệp rất cao và các hỗ trợ tinh thần đối với nhân viên y tế còn nhiều hạn chế. Đánh giá động lực làm việc của NVYT nói chung và điều dưỡng nói riêng trong giai đoạn hiện nay là rất cấp thiết đối với Bệnh viện Nhi đồng 2. Do đó, nghiên cứu "**Động lực làm việc của điều dưỡng viên khối Nội tại Bệnh viện Nhi Đồng 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2023 và một số yếu tố liên quan**" được thực hiện với 2 mục tiêu: (1)

Mô tả động lực làm việc của điều dưỡng viên khối Nội Bệnh viện Nhi Đồng 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2023 và (2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến động lực làm việc của của điều dưỡng viên khối Nội Bệnh viện Nhi Đồng 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 09 năm 2023, tại khối Nội BV Nhi đồng 2, thành phố Hồ Chí Minh.

Đối tượng nghiên cứu:

- Nghiên cứu định lượng: Điều dưỡng làm việc tại khối Nội Bệnh viện Nhi đồng 2, thành phố Hồ Chí Minh từ 6 tháng.

Tiêu chí loại: Điều dưỡng đang nghỉ chế độ thai sản, nghỉ ốm, nghỉ dài ngày... hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu

Nghiên cứu định tính: Lãnh đạo bệnh viện, một số lãnh đạo khoa, phòng và một số ĐDV

Cỡ mẫu và chọn mẫu:

- Cỡ mẫu cho nghiên cứu định lượng:

Số đối tượng nghiên cứu được tính theo công thức:

$$Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Với $p = 0,64$ (p là tỷ lệ điều dưỡng có ĐLLV, Theo nghiên cứu của Trịnh Thị Bảo Khanh (2018) tại BV Quận 11, Thành phố Hồ Chí Minh, kết quả cho thấy tỷ lệ có động lực chung của NVYT tại bệnh viện Quận 11 là 63,77% (4))

d là độ chính xác mong muốn (sai số cho phép = 0,06).

Tính được cỡ mẫu tối thiểu $n \approx 246$ ĐDV. Dự trừ mất mẫu 10%, chúng tôi khảo

sát 274 ĐDV. Thực tế có chúng tôi đã khảo sát 321 điều dưỡng viên tại khối Nội.

Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, các điều dưỡng thỏa các điều kiện chọn mẫu được mời lần lượt vào nghiên cứu. Tại bệnh viện Nhi đồng 2 với khoảng 1800 nhân viên y tế trong đó điều dưỡng các khoa tại bệnh viện khoảng 900 nhân viên. Khối Nội của bệnh viện gồm 400 điều dưỡng tại các khoa. Nghiên cứu tiến hành chọn mẫu theo tiêu chuẩn lựa chọn, loại trừ những trường hợp không đạt yêu cầu cho đến khi đủ số lượng mẫu $n = 321$ điều dưỡng.

Phương pháp thu thập số liệu:

- Thu thập thông tin định lượng: Phát vấn trực tiếp hoặc trực tuyến bằng bộ câu hỏi tự điền qua Google biểu mẫu. Được xây dựng trên cơ sở những bộ câu hỏi đã được thẩm định và đã áp dụng trên nhiều nghiên cứu được công bố trong và ngoài nước. Nghiên cứu này tham khảo bộ câu hỏi phát vấn của tác giả Patrick Mbindyo và cộng sự (2009) (5).

- Thu thập thông tin định tính: Phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm. Nghiên cứu viên chính sẽ trực tiếp tiến hành PVS một số nội dung đối với lãnh đạo BV, một số lãnh đạo khoa, phòng và một số ĐDV. TLN trực tiếp với một số BS bằng bộ câu hỏi TLN. Bộ câu hỏi sẽ được thử nghiệm trước trên 10 ĐDV sau đó điều chỉnh lại để đảm bảo rằng bộ câu hỏi được rõ ràng và mọi người đều hiểu câu hỏi đúng. Thời lượng trong một buổi PVS hoặc TLN sẽ kéo dài trong khoảng 30 – 45 phút. Nội dung của các cuộc PVS, các cuộc TLN sẽ được ghi âm bằng điện thoại có mặt khẩu bảo mật và ghi chú bằng sổ tay.

Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập sẽ được nhập vào phần mềm Epidata 3.1. Dữ liệu được làm

sạch và kiểm tra các sai sót do nhập liệu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.

Các biến liên tục có phân phối chuẩn được mô tả dưới dạng: trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Các biến số phân loại sẽ được mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm. So sánh hai trung bình bằng phân tích phép kiểm t. So sánh 2 tỉ lệ bằng phép kiểm chi bình phương. Các phép kiểm khác biệt có ý nghĩa thống kê khi trị số $p < 0,05$.

Thiết kế bộ câu hỏi nghiên cứu định lượng được trả lời theo thang đo Likert 05 mức độ. Điểm trung bình của động lực trung sẽ là trung bình cộng của cả 10 tiểu mục trong bộ câu hỏi. Điều dưỡng được gọi là có ĐLLV khi đạt điểm trung bình từ 4,0 đến 5,0 điểm. Điểm trung bình thấp hơn 4,0 thì được coi là chưa có động lực (6).

Dữ liệu trong nghiên cứu định tính sẽ được phiên giải bản ghi âm và phân tích theo chủ đề và mục tiêu nghiên cứu.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng xét duyệt Trường Đại học Thăng Long và được chấp thuận từ Ban giám đốc bệnh viện Nhi Đồng 2 trước khi tiến hành.

Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu và tự nguyện tham gia. Chỉ tiến hành nghiên cứu khi các đối tượng nghiên cứu ký vào phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu. Tất cả các thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho việc nghiên cứu của đề tài, không nhằm mục đích khác.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm nhân khẩu học và công việc của điều dưỡng (n=321)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính	Nữ	220	68,5
	Nam	101	31,5
Tuổi	Dưới 30 tuổi	140	43,6
	30-39 tuổi	149	46,4
	40-49 tuổi	24	7,5
	≥ 50 tuổi	7	2,5
Tình trạng hôn nhân	Chưa có gia đình	87	27,1
	Có gia đình	229	71,3
	Ly hôn/góa	5	1,6
Thu nhập bình quân hàng tháng	< 5 triệu đồng	6	1,9
	5 – 10 triệu đồng	218	67,9
	10 – 20 triệu đồng	84	26,2
	> 20 triệu đồng	13	4,0
Trình độ học vấn	Trung cấp	12	3,7
	Cao đẳng	75	23,4
	Đại học	170	53,0
	Sau đại học	64	19,9

Thâm niên công tác tại bệnh viện	< 5 năm	83	25,9
	5-10 năm	120	37,4
	Trên 10 năm	118	36,8
Thời gian làm việc mỗi tuần	≤ 48 giờ/tuần	45	14,0
	> 48 giờ/tuần	276	86,0

Đa số ĐD tham gia nghiên cứu là nữ giới, chiếm 68%. Tỷ lệ ĐD trẻ tương đối cao, nhóm <30 tuổi là 43,5%, nhóm 30 – 39 tuổi là 46,5%, trong khi đó nhóm 40-49 tuổi và > 50 tuổi lần lượt là 7,9% và 2,1%. Đa số ĐD đã kết hôn (59,3%). Về thu nhập bình quân hàng tháng, chủ yếu ĐD có thu nhập 5-10

triệu đồng (74,3%) trong khi thu nhập > 10 triệu đồng là ít (23,9%). Về thâm niên công tác, tỷ lệ ĐD làm việc tại BV < 5 năm cao nhất (37,2%), tiếp đến là 5-10 năm (31,8%), trên 10 năm (31,0%).

Động lực làm việc của điều dưỡng viên khối Nội

Bảng 2. Điểm động lực làm việc chung của điều dưỡng viên (n=321)

Động lực làm việc	Điểm TB ± DLC	NN-LN
Tiêu chí sự hài lòng trong công việc	3,98 ± 0,67	2,00-5,00
Tiêu chí sự tận tâm trong công việc	4,38 ± 0,52	2,67-5,00
Tiêu chí cam kết tổ chức	4,21 ± 0,61	1,50-5,00
Động lực làm việc chung	4,20 ± 0,56	2,10-5,00

TB: trung bình, DLC: độ lệch chuẩn

Điểm động lực làm việc chung của ĐDV trung bình là $4,20 \pm 0,56$ điểm. Trong đó, điểm ĐLLV về tiêu chí sự tận tâm trong công việc cao nhất với $4,38 \pm 0,52$ điểm, tiếp đến là tiêu chí cam kết tổ chức với $4,21 \pm 0,61$ điểm và cuối cùng là tiêu chí sự hài lòng trong công việc với $3,98 \pm 0,67$ điểm.

Bảng 3. Tỷ lệ động lực làm việc theo từng tiêu chí của điều dưỡng viên (n=321)

Tiêu chí	Động lực làm việc	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tiêu chí sự hài lòng trong công việc	Có động lực	236	73.5
	Không có động lực	85	26.5
Tiêu chí sự tận tâm trong công việc	Có động lực	294	91.6
	Không có động lực	27	8.4
Tiêu chí cam kết tổ chức	Có động lực	261	81.3
	Không có động lực	60	18.7

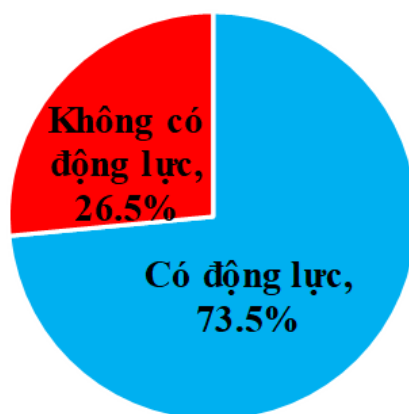
Tỷ lệ có động lực làm việc cao nhất đối với tiêu chí tận tâm trong công việc với 91,6%, tiếp đến là tiêu chí cam kết tổ chức với 81,3% và cuối cùng là tiêu chí hài lòng trong công việc thấp hơn cả với 73,5%.

Tỷ lệ điều dưỡng có động lực làm việc chung là 73,5% và có 26,5% điều dưỡng viên không có ĐLLV. Kết quả cao hơn so với

nghiên cứu của tác giả Mai Huy Trức tại Bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang (năm 2021), điểm số động lực làm việc trung bình của NVYT là $3,15 \pm 0,48$ điểm trong thang đo 1-5 điểm và tỷ lệ NVYT có động lực làm việc chỉ hơn 60% (7). Kết quả này tương đồng khi so sánh với một số nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh. Trong

nghiên cứu của Đỗ Huy Lượng tại Bệnh viện Quận 11, thành phố Hồ Chí Minh năm 2019, điểm trung bình động lực làm việc của NVYT là 4,07/5 điểm, tỷ lệ có động lực làm việc chung là 73,3 % cho thấy động lực làm việc của bác sĩ tương đối cao (8). Nghiên cứu

Dương Ngọc Phương Trang tại Bệnh viện Truyền máu huyết học, Thành phố Hồ Chí Minh, 72,1% NVYT tại bệnh viện có ĐLLV chung và điểm trung bình ĐLLV đạt mức 3,9/5 (9).



Biểu đồ 2. Động lực làm việc chung của điều dưỡng viên (n=321)

Nhìn chung, tỷ lệ có ĐLLV trong nghiên cứu này là tương đối cao khi so sánh với một số nghiên cứu, nhưng điều này không có nghĩa là tốt, bởi vì vẫn còn tới 26,5% số điều dưỡng không có ĐLLV chung, dự báo những ảnh hưởng đến nguồn nhân lực điều dưỡng trong tương lai. Nguyên nhân làm giảm động lực làm việc trong nghiên cứu này cũng có thể kể đến là do đối tượng nghiên cứu, trong nghiên cứu này, đối tượng nghiên cứu đều là điều dưỡng, đây là nhóm đối tượng thường đối mặt với áp lực công việc lớn, đặc biệt là

tại các bệnh viện chuyên khoa như Bệnh viện Nhi đồng. Sự gia tăng áp lực này có thể gắn liền với sự phụ thuộc vào khối lượng công việc, số bệnh nhân và trạng thái sức khỏe thay đổi liên tục, gây mệt mỏi cho nhân viên và ảnh hưởng đến động lực làm việc.

Một số yếu tố liên quan đến động lực làm việc của điều dưỡng viên tại khối Nội Bệnh viện Nhi đồng 2

Một số yếu tố ảnh hưởng đến động lực làm việc của điều dưỡng

Bảng 4. Nhận xét chủ quan về một số yếu tố ảnh hưởng đến động lực làm việc (n=321)

Nội dung	Nhận xét tốt	
	Số lượng	Tỷ lệ %
Điều kiện, môi trường làm việc tại Bệnh viện	276	86,0
Mối quan hệ giao tiếp ứng xử trong đơn vị	263	81,9
Chính sách, chế độ quản trị tại đơn vị	272	84,7
Việc quản lý điều hành tại bệnh viện của điều dưỡng viên	246	76,6
Yếu tố tiền lương, phụ cấp tại Bệnh viện	243	75,7

sự nhiệt tình thông qua các mối quan hệ với đồng nghiệp và với người bệnh.

Các yếu tố giới tính, tình trạng hôn nhân, trình độ đào tạo, thu nhập/tháng, thâm niên

công tác và thời gian làm việc/tuần không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với DLLV chung của điều dưỡng viên ($p > 0,05$).

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến DLLV chung của điều dưỡng viên qua phân tích hồi quy logistic (tiếp theo)

Đặc điểm		DLLV chung				OR _{hc} (95%CI)	p
		Có		Không			
		n	%	n	%		
Nhận xét về điều kiện, môi trường làm việc	Chưa tốt	8	17,8	37	82,2	3,28 (0,74-14,6)	0,118
	Tốt	228	82,6	48	17,4		
Nhận xét về giao tiếp ứng xử trong đơn vị	Chưa tốt	10	17,2	48	82,8	5,70 (1,46-22,3)	0,012
	Tốt	226	85,9	37	14,1		
Nhận xét về chính sách, chế độ quản trị	Chưa tốt	12	24,5	37	75,5	1,36 (0,29-6,42)	0,697
	Tốt	224	82,4	48	17,6		
Nhận xét về quản lý điều hành	Chưa tốt	9	12,0	66	88,0	8,68 (2,45-30,8)	0,001
	Tốt	227	92,3	19	7,7		
Nhận xét về tiền lương, phụ cấp	Chưa tốt	6	8,0	69	92,0	36,6 (8,91-149,9)	<0,001
	Tốt	230	93,5	16	6,5		

Điều kiện làm việc kém sẽ tác động tiêu cực đến NVYT vì làm việc trong một môi trường không lành mạnh, thường không được nghỉ ngơi đầy đủ không đảm bảo được sức khỏe. Qua nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng điều kiện môi trường làm việc của BV Nhi đồng 2 khá tốt. Môi trường làm việc là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến mức độ động viên của nhân viên. Nếu các tổ chức không thể cung cấp môi trường làm việc tốt hơn, sự không hài lòng sẽ xuất hiện từ phía nhân viên.

Nhóm có nhận xét tốt về giao tiếp và ứng xử trong đơn vị có tỷ lệ DLLV cao hơn với sự chênh lệch đạt đến mức ý nghĩa thống kê ($OR = 5,70$, $p = 0,012$). Trong nghiên cứu của Đỗ Huy Lượng cũng cho thấy điều tương tự, đa số các BS hài lòng về mối quan hệ với lãnh đạo BV và đồng nghiệp, các BS có sự tôn trọng với Ban giám đốc và có niềm tin về sự lãnh đạo đa BV phát triển, ngoài ra các

BS đều cho rằng môi trường làm việc tại BV thân thiện, vui vẻ, hòa đồng, đồng nghiệp giúp đỡ lẫn nhau (8).

Quản lý nhân lực chặt chẽ nhằm góp phần thực hiện công tác quy hoạch và phát triển, bồi dưỡng cán bộ ngày càng hợp lý, góp phần đảm bảo số lượng, chất lượng cán bộ, nâng cao chất lượng toàn diện mọi mặt công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân. Mọi cá nhân, mọi cơ sở đều cần thực hiện quản lý nhân lực trong phạm vi trách nhiệm của mình. Quản lý tốt nguồn nhân lực cũng có nghĩa là phải xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực hợp lý, xác định các loại hình cán bộ và tổ chức đào tạo, triển khai và sử dụng đúng số lượng, đúng khả năng và trình độ ngành đào tạo của cán bộ. Nhóm có nhận xét tốt về quản lý điều hành có tỷ lệ DLLV cao hơn, có ý nghĩa thống kê ($OR = 8,68$, $p = 0,001$).

Cơ chế chính sách, quản lý của bệnh viện là yếu tố quan trọng, chi phối hoạt động của toàn bộ nhân lực của Bệnh viện, bên cạnh một số chế độ chính sách chung của các cơ quan cấp trên như lương, các chế độ bảo hiểm... thì các quy định riêng của bệnh viện như quy chế dân chủ, quy chế chi tiêu nội bộ, chế độ khen thưởng... là yếu tố riêng do bệnh viện chủ động xây dựng, thu hút nguồn nhân lực cũng như nâng cao động lực làm việc của nhân viên y tế. Nhóm có nhận xét tốt về tiền lương, phụ cấp có tỷ lệ ĐLLV cao hơn, có ý nghĩa thống kê ($OR = 36,6$, $p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Tuyết Mai tại BV Bệnh nhiệt đới (10) hay nghiên cứu của Phạm Xuân Anh Đào tại BV quận Tân Phú (11).

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ điều dưỡng viên khối Nội của BV Nhi đồng 2 có động lực làm việc chung là 73,5%. Tỷ lệ có động lực làm việc cao nhất đối với tiêu chí tận tâm trong công việc với 91,6%, tiếp đến là tiêu chí cam kết tổ chức với 81,3% và cuối cùng là tiêu chí hài lòng trong công việc thấp hơn cả với 73,5%.

Một số yếu tố liên quan đến động lực làm việc của điều dưỡng viên khối Nội tại Bệnh viện Nhi đồng 2: Nhóm dưới 40 tuổi có tỷ lệ ĐLLV chung cao hơn so với nhóm từ 40 tuổi trở lên. Nhóm có thâm niên công tác dưới 10 năm có tỷ lệ ĐLLV khía cạnh sự hài lòng trong công việc thấp hơn đáng kể thống kê ($p < 0,001$). Nữ có tỷ lệ ĐLLV về sự tận tâm và tỷ lệ ĐLLV cam kết tổ chức cao hơn so với nam. Nhóm chưa lập gia đình có tỷ lệ ĐLLV cao hơn so với nhóm đã từng lập gia đình về sự tận tâm trong công việc. Nhóm có thâm niên công tác ít hơn 10 năm có tỷ lệ ĐLLV về sự tận tâm thấp hơn so với nhóm có thâm niên công tác từ 10 năm trở lên.

Yếu tố thuộc về tổ chức và quản lý: Nhóm có nhận xét tốt về giao tiếp và ứng xử trong đơn vị có tỷ lệ ĐLLV cao hơn với sự chênh lệch đạt đến mức ý nghĩa thống kê. Nhóm có nhận xét tốt về quản lý điều hành có tỷ lệ ĐLLV cao hơn, và sự chênh lệch đạt đến mức ý nghĩa thống kê. Nhóm có nhận xét tốt về tiền lương, phụ cấp có tỷ lệ ĐLLV cao hơn đáng kể thống kê. Nhóm đánh giá môi trường làm việc tốt có tỷ lệ ĐLLV tận tâm cao hơn so với nhóm đánh giá môi trường làm việc chưa tốt ($p < 0,05$).

V. KIẾN NGHỊ

Đối với ngành y tế: Hiện nay vai trò của điều dưỡng rất quan trọng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe nhân dân, vì vậy ngành y tế cần có cơ chế đặc thù với ngành điều dưỡng.

Đối với Bệnh viện: Có chính sách tiền lương phù hợp để đảm bảo cuộc sống của điều dưỡng

Đối với cấp khoa: Các khoa cần chú trọng và đảm bảo sự công bằng trong phân công nhiệm vụ cũng như chế độ khen thưởng đối với điều dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Heryati R.** Why Employee Motivation Is Important (& How to Improve It). 2016.
2. **Gana AB, Bababe FB.** The effects of motivation on workers performance (a case study of Maiduguri Flour Mill Ltd. Borno State, Nigeria). Continental J Social Sciences. 2011;4(4):2.
3. **World Health Organization.** A universal truth: no health without a workforce. Global Health Workforce Alliance World Health Organization. 2014.
4. **Trịnh Thị Bảo Khanh.** Động lực làm việc và các yếu tố ảnh hưởng của điều dưỡng tại

- Bệnh viện quận 11 thành phố Hồ Chí Minh năm 2018 [Luận văn Thạc sĩ]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế Công cộng; 2018.
5. **Mbindyo PM, Blaauw D, Gilson L, English M.** Developing a tool to measure health worker motivation in district hospitals in Kenya. Hum Resour Health. 2009;7:40.
 6. **Cao Huy Tùng.** Động lực làm việc của bác sĩ và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh thuận năm 2018 [Luận văn Chuyên khoa II- Tổ chức, Quản lý y tế]: Trường Đại học Y tế công cộng; 2018.
 7. **Mai Huy Trúc, Lê Bảo Châu.** Thực trạng động lực làm việc của bác sĩ tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021; Tập 508(Số 2):242-6.
 8. **Đỗ Huy Lượng.** Động lực làm việc của bác sĩ và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Quận 11 thành phố Hồ Chí Minh năm 2019 [Luận văn Chuyên khoa II]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế công cộng; 2020.
 9. **Dương Ngọc Phương Trang, Bùi Thị Mỹ Anh, Nguyễn Đức Thành.** Động lực làm việc của điều dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Truyền máu huyết học, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2020. Tạp chí Khoa học Nghiên cứu sức khỏe và Phát triển. 2020;Tập 4(số 3):tr. 124-32.
 10. **Huỳnh Ngọc Tuyết Mai.** Động lực làm việc và một số yếu tố ảnh hưởng của điều dưỡng tại các khoa Lâm sàng Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Thành phố Hồ Chí Minh năm 2017 [Luận văn Thạc sĩ Quản lý Bệnh viện]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế Công Cộng; 2017.
 11. **Phạm Xuân Anh Đào.** Động lực làm việc của bác sĩ và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện quận Tân Phú, thành phố Hồ Chí Minh năm 2018 [Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế Công cộng; 2018.

THỰC TRẠNG VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH VỀ CÔNG TÁC KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA DĨ AN, TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2023

Nguyễn Hồng Chương¹, Võ Thị Kim Anh²,
Trần Phương Nam³, Trần Thị Phương Lan³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: “Sự hài lòng của người bệnh” là một chỉ số quan trọng thể hiện chất lượng của bệnh viện. Khảo sát sự hài lòng người bệnh là công tác cần thực hiện để đánh giá được những mặt còn tồn tại để đưa ra các giải pháp cải tiến, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh của cơ sở y tế. Đặc biệt tại bệnh viện đa khoa Dĩ An tới nay vẫn chưa có nghiên cứu nào về tỷ lệ hài lòng của người bệnh với dịch vụ khám chữa bệnh BHYT.

Mục tiêu: Mô tả sự hài lòng và phân tích một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh khám chữa bệnh BHYT ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Dĩ An tỉnh Bình Dương năm 2023.

Đối tượng và phương pháp: Cắt ngang mô tả có phân tích. Phỏng vấn trực tiếp 360 người bệnh tới điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Dĩ An.

Kết quả: Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh 76,5%. (1) Tỷ lệ hài lòng chung về khả năng tiếp cận 78,9% (2) Tỷ lệ hài lòng chung về sự minh bạch thông tin, thủ tục hành chính

75,0%; (3) Tỷ lệ hài lòng chung về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ 74,7%; (4) Tỷ lệ hài lòng chung về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn 76,1%; (5) Tỷ lệ hài lòng về kết quả cung cấp dịch vụ 77,8%. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ hài lòng là: nhóm tuổi, nghề nghiệp, ngày điều trị trung bình và mức thu nhập bình quân của gia đình ($p < 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh điều trị ngoại trú là 76,5%. Qua kết quả nghiên cứu, đề xuất một số biện pháp tăng tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Dĩ An.

Từ khóa: Hài lòng người bệnh, ngoại trú, bảo hiểm y tế

SUMMARY

CURRENT SITUATION AND FACTORS RELATED TO PATIENT SATISFACTION WITH OUTPATIENT HEALTH INSURANCE EXAMINATION AND TREATMENT AT GENERAL HOSPITAL DI AN, BINH DUONG PROVINCE IN 2023

Introduction: "Patient satisfaction" is an important indicator showing the quality of the hospital. Patient satisfaction survey is a task that needs to be done to evaluate existing areas to come up with solutions to improve and improve the quality of medical examination and treatment of medical facilities. Especially at Di An General Hospital, up to now there has been no research on the rate of patient satisfaction with health

¹Sở Y tế tỉnh Bình Dương

²Trường Đại học Thăng Long thành phố Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa Nam Anh tỉnh Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Chương
ĐT: 0918597354

Email: hongchuongdr@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

insurance medical examination and treatment services.

Objective: Describe satisfaction and analyze some factors related to satisfaction of patients with outpatient health insurance examination and treatment at Di An General Hospital, Binh Duong province in 2023.

Subjects and methods: Cross-sectional description with analysis. Directly interviewed 360 patients coming for outpatient treatment at Di An General Hospital.

Results: Overall patient satisfaction rate 76.5%. (1) Overall satisfaction rate with accessibility 78.9% (2) Overall satisfaction rate with information transparency and administrative procedures 75.0%; (3) Overall satisfaction rate of facilities and services 74.7%; (4) Overall satisfaction rate of behavior and professional capacity 76.1%; (5) Satisfaction rate with service delivery results 77.8%. Some factors related to satisfaction rate are: age group, occupation, average treatment days and average family income ($p < 0.05$).

Conclusion: The overall satisfaction rate of outpatient treatment patients is 76.5%. Through the research results, we propose some measures to increase the satisfaction rate of outpatients at Di An General Hospital.

Keywords: Patient satisfaction, outpatient, health insurance

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

“Sự hài lòng của người bệnh” là một chỉ số quan trọng thể hiện chất lượng của bệnh viện. Khảo sát sự hài lòng người bệnh giúp cung cấp những phản hồi của người bệnh về cảm nhận của họ trong quá trình chăm sóc sức khỏe, đây là cơ sở để các bệnh viện xây dựng, hoàn thiện các dịch vụ của mình [16].

Theo báo cáo chính sách và chỉ số hài lòng người bệnh của Bộ Y tế khảo sát trên 29

bệnh viện, chỉ số hài lòng người bệnh trung bình đạt 3,98/5, tương ứng với mức độ hài lòng của người bệnh với chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh đạt mức 79,6% so với kỳ vọng [2].

Bệnh viện đa khoa Dĩ An, trực thuộc Sở Y tế tỉnh Bình Dương thời gian qua đã có nhiều giải pháp cải tiến nhằm tăng cao sự hài lòng người bệnh. Tuy nhiên, tới nay vẫn chưa có nghiên cứu nào về việc người bệnh đã thực sự hài lòng với dịch vụ khám chữa bệnh Bảo hiểm y tế (BHYT) của bệnh viện hay chưa, những điểm còn tồn tại là gì để có những biện pháp can thiệp phù hợp. Do đó, nghiên cứu **“Thực trạng và yếu tố liên quan đến hài lòng của người bệnh về công tác khám chữa bệnh BHYT ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Dĩ An, tỉnh Bình Dương năm 2023”** được thực hiện với 2 mục tiêu: (1) Mô tả sự hài lòng của người bệnh khám chữa bệnh BHYT ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Dĩ An, tỉnh Bình Dương năm 2023 và (2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh khám chữa bệnh BHYT ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Dĩ An, tỉnh Bình Dương năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 11 năm 2023, tại Bệnh viện đa khoa Dĩ An, số 500 ĐT743B, Tân Đông Hiệp, Dĩ An, Bình Dương.

Đối tượng nghiên cứu:

- Người bệnh điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Dĩ An, tỉnh Bình Dương.

Tiêu chí loại trừ: Người bệnh là nhân viên hoặc người nhà nhân viên bệnh viện, các trường hợp người bệnh đang trong tình

trạng sức khỏe nguy kịch hoặc không đủ sức khỏe để trả lời phỏng vấn.

Cỡ mẫu và chọn mẫu:

- Cỡ mẫu cho nghiên cứu định lượng:

Số đối tượng nghiên cứu được tính theo công thức:

$$Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Với $p = 0,831$ (p là tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú theo nghiên cứu của đánh giá sự hài lòng người bệnh ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2017 của Bùi Tuấn Khoa [23])

d là độ chính xác mong muốn (sai số cho phép = 0,04).

Tính được cỡ mẫu tối thiểu $n \approx 338$ NB. Dự trừ mất mẫu 5%, chúng tôi khảo sát 355 NB. Thực tế chúng tôi đã khảo sát 360 NB.

Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, Trung bình, mỗi ngày có khoảng 200 lượt bệnh tới khám ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Dĩ An, tiến hành lựa chọn 7 – 10 người thỏa tiêu chí chọn mẫu. Thực hiện thu thập mẫu trong 8 tuần làm việc, cho tới khi đủ cỡ mẫu.

Phương pháp thu thập số liệu:

Nghiên cứu sử dụng phiếu khảo sát xây dựng dựa trên bộ câu hỏi khảo sát hài lòng của người bệnh ngoại trú của Bộ Y tế [9]. Sự hài lòng người bệnh được đánh giá theo 5 tiêu chí: (1) Tiêu chí về khả năng tiếp cận, (2) Tiêu chí sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị, (3) Tiêu chí về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh, (4) Tiêu chí về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT, (5) Tiêu chí về kết quả cung cấp dịch vụ và thông tin NB đánh giá bệnh viện đáp ứng được bao nhiêu % so với mong đợi, khả năng quay lại hoặc giới

thiệu cho người khác và những ý kiến đóng góp.

Kỹ thuật thu thập số liệu: Phỏng vấn người bệnh về sự hài lòng của người bệnh sau khi sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh bằng bộ câu hỏi trong phiếu điều tra thiết kế sẵn.

Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập sẽ được nhập vào phần mềm Epidata 3.1. Phân tích, xử lý số liệu bằng phần mềm Stata (Stata 14.0).

Thống kê mô tả: tần số, tỷ lệ để phân tích và trình bày các biến định tính. Trung bình, độ lệch chuẩn hoặc trung vị được sử dụng để phân tích và trình bày các biến định lượng.

Thống kê phân tích: phân tích sự liên quan giữa một số đặc điểm của người bệnh với sự hài lòng của họ bởi phép kiểm chi bình phương (hoặc kiểm định chính xác Fisher thay thế khi hơn 20% giá trị kỳ vọng nhỏ hơn 5) với ngưỡng ý nghĩa thống kê là $p < 0,05$.

Sử dụng kiểm định thông kê trong đánh giá các yếu tố liên quan tới sự hài lòng của người bệnh.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ quy trình xét duyệt của Hội đồng thông qua đề cương nghiên cứu trường Đại học Thăng Long, được chấp thuận của Lãnh đạo Bệnh viện đa khoa Dĩ An.

Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu và tự nguyện tham gia. Chỉ tiến hành nghiên cứu khi các đối tượng nghiên cứu ký vào phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tất cả các thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho việc nghiên cứu, không nhằm mục đích khác.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu****Bảng 1. Một số đặc điểm của người bệnh (n=360)**

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	171	47,5
	Nữ	189	52,5
Nhóm tuổi	Dưới 20 tuổi	16	4,4
	20-39 tuổi	173	48,1
	40-59 tuổi	109	30,3
	≥ 60 tuổi	62	17,2
Nghề nghiệp	Học sinh sinh viên	16	4,4
	Cán bộ viên chức/ NVVP	54	15,0
	Công nhân/ Nông dân	136	37,8
	Nội trợ, Buôn bán, kinh doanh	107	29,7
	Hưu trí	47	13,1
Mức thu nhập bình quân của gia đình	Dưới 5 triệu đồng	66	18,3
	5-10 triệu đồng	199	55,3
	10-15 triệu đồng	80	22,2
	Trên 15 triệu đồng	15	4,2
Mắc bệnh mạn tính	Có	0	0
	Không	360	100
Nơi thường KCB	BV tuyến quận huyện	349	96,9
	BV tuyến tỉnh	4	1,1
	Bệnh viện tuyến trung ương	5	1,4
	Khác	2	0,6
Số ngày điều trị ngoại trú	1-3 ngày	220	61,1
	4-7 ngày	107	29,7
	> 7 ngày	33	9,2

Tỷ lệ người bệnh nữ chiếm 52,5%; nhóm 20-39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 48,1%; nhóm <20 tuổi chiếm 4,4%. Người bệnh là công nhân, nông dân chiếm tỉ lệ cao nhất 37,8%; thu nhập bình quân gia đình hàng tháng là 5-10 triệu đồng 55,3%, nhóm trên 15 triệu đồng chiếm 4,2%. 100% người bệnh không

có bệnh mạn tính. 96,9% đăng ký nơi khám chữa bệnh thường xuyên thuộc bệnh viện tuyến quận huyện. thời gian điều trị ngoại trú từ 1-3 ngày chiếm 61,1%, điều trị trên 7 ngày chiếm 9,2%.

Sự hài lòng chung của người bệnh tới khám chữa bệnh ngoại trú

Bảng 2. Sự hài lòng chung của người bệnh khám chữa bệnh ngoại trú (n=360)

Tiêu chí	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Min-Max (%)
Hài lòng chung về khả năng tiếp cận	284	78,9	77,3% - 85,3%
Hài lòng chung về sự minh bạch thông tin, thủ tục hành chính	270	75,0	78,1% - 84,7%
Hài lòng chung về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ	268	74,7	85,8% - 75,0%
Hài lòng chung về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn	274	76,1	82,8% - 76,4%
Hài lòng chung về kết quả cung cấp dịch vụ	280	77,8	79,6% - 77,8%
Hài lòng chung	277	76,5	

Min – Max (%): điểm hài lòng thấp nhất – cao nhất ở từng tiểu mục trong mỗi tiêu chí.

Tỷ lệ hài lòng chung về chất lượng KCB là 76,5%. Trong 5 tiêu chí thì “sự minh bạch thông tin, thủ tục hành chính” và “cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh” là

hai khía cạnh chính ghi nhận tỷ lệ hài lòng thấp nhất là: 74,7% và 75%.

Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh khám chữa bệnh BHYT ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Dĩ An, tỉnh Bình Dương

Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ hài lòng theo từng tiêu chí

Bảng 2. Một số yếu tố có liên quan đến tỷ lệ hài lòng của NB theo từng tiêu chí

Đặc điểm		Hài lòng				OR (95%CI)	p
		Có		Không			
		SL	%	SL	%		
Tiêu chí “Khả năng tiếp cận dịch vụ y tế”							
Mức thu nhập bình quân của gia đình	< 5 triệu đồng	50	75,8	16	24,2	1	1
	5-10 triệu đồng	181	91,0	18	9,0	3,2 (1,4-7,2)	<0,01
	10-15 triệu đồng	71	88,8	9	11,3	2,5 (1,1-7,0)	0,04
	> 15 triệu đồng	10	66,7	5	33,3	0,64 (0,2-2,8)	0,5
Số ngày điều trị ngoại trú	1-3 ngày	212	96,4	8	3,6	1	1
	4-7 ngày	75	70,1	32	29,9	0,1 (0,03-0,2)	<0,01
	> 7 ngày	25	75,8	8	24,2	0,1 (0,04-0,4)	<0,01
Tiêu chí “Minh bạch thông tin, thủ tục khám chữa bệnh”							
Nhóm tuổi	< 20 tuổi	5	31,3	11	68,8	1	1
	20-39 tuổi	36	20,8	137	79,2	1,3 (0,4-5,1)	0,6
	40-59 tuổi	63	57,8	46	42,2	3,01 (1,9-5,7)	0,04
	≥ 60 tuổi	37	59,7	25	40,3	3,3 (1,9-6,3)	0,04
Nghề nghiệp	Công nhân/ Nông dân	35	25,7	101	74,3	1	1
	CBVC/ NVVP	25	46,3	29	53,7	2,5 (1,2-5,1)	<0,01
	Học sinh, sinh viên	6	37,5	10	62,5	1,7 (0,5-5,7)	0,3
	KD, tự do, nội trợ	70	65,4	37	34,6	1,2 (0,6-2,5)	0,5
	Hưu trí	5	10,6	42	89,4	0,3 (0,1-0,9)	0,03

Tiêu chí “Thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn của NVYT”							
Nhóm tuổi	< 20 tuổi	9	56,3	7	43,8	1	1
	20-39 tuổi	125	72,3	48	27,7	2,0 (0,6-6,5)	0,2
	40-59 tuổi	95	87,2	14	12,8	5,3 (1,4-8,7)	<0,01
	≥ 60 tuổi	50	80,6	12	19,4	3,2 (1,2-12,0)	0,04
Số ngày điều trị	1-3 ngày	154	70,0	66	30,0	1	1
	4-7 ngày	95	88,8	12	11,2	3,4 (1,7-7,2)	<0,01
	> 7 ngày	30	90,9	3	9,1	0,4 (0,2-0,8)	0,01
Tiêu chí “Kết quả cung cấp dịch vụ”							
Mức thu nhập bình quân của gia đình	Dưới 5 triệu đồng	22	33,3	44	66,7	1	1
	5-10 triệu đồng	87	43,7	112	56,3	1,6 (0,8-2,9)	0,1
	10-15 triệu đồng	42	52,5	38	47,5	2,2 (1,1-4,6)	0,02
	Trên 15 triệu đồng	9	60,0	6	40,0	3 (0,8-11,5)	0,06
	Dưới 5 triệu đồng	22	33,3	44	66,7	1	1
	5-10 triệu đồng	87	43,7	112	56,3	1,6 (0,8-2,9)	0,1

Tỷ lệ hài lòng về khả năng tiếp cận dịch vụ y tế ở nhóm có mức thu nhập bình quân từ 5 – 10 triệu cao gấp 3,2 lần so với nhóm có mức thu nhập <5 triệu đồng; nhóm có mức thu nhập bình quân 10 - 15 triệu đồng cao gấp 2,5 lần so với nhóm có mức thu nhập <5 triệu đồng, sự khác biệt có mối quan hệ có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Số ngày điều trị 4-7 ngày và trên 7 ngày có số chênh lệch về khả năng tiếp cận dịch vụ y tế bằng 0,1 lần so với số ngày điều trị từ 1-3 ngày, sự khác biệt có mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Tỷ lệ hài lòng về minh bạch thông tin, thủ tục khám chữa bệnh ở nhóm 40- 59 tuổi cao gấp 3,01 lần so với nhóm trên 20 tuổi, nhóm từ 60 tuổi có tỷ lệ hài lòng cao gấp 3,3 lần so với nhóm trên 20 tuổi, sự khác biệt có mối quan hệ có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Nhóm cán bộ viên chức/NVVP có tỷ lệ hài lòng cao gấp 2,5 lần và nhóm hưu trí có tỷ lệ hài lòng cao gấp 0,3 lần so với nhóm công

nhân/Nông dân, sự khác biệt có mối quan hệ có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Tỷ lệ hài lòng về thái độ ứng xử của NVYT ở nhóm 40 – 59 tuổi cao gấp 5,3 lần so với nhóm trên 20 tuổi, nhóm trên 60 tuổi cao gấp 3,2 lần so với nhóm trên 20 tuổi, sự khác biệt có mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Tỷ lệ hài lòng ở nhóm có số ngày điều trị trên 7 ngày cao gấp 0,4 lần so với nhóm điều trị 1- 3 ngày và nhóm điều trị 4 – 7 ngày có tỷ lệ hài lòng về sự tin cậy cao gấp 3,4 lần so với nhóm điều trị 1-3 ngày, sự khác biệt có mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Tỷ lệ hài lòng về kết quả cung cấp dịch vụ y tế điều trị ở nhóm có mức thu nhập bình quân từ 10 – 15 triệu cao gấp 2,2 lần so với nhóm có mức thu nhập dưới 5 triệu đồng, sự khác biệt có mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng chung của người bệnh

Bảng 3. Yếu tố liên quan đến sự hài lòng chung của người bệnh

Đặc điểm		Hài lòng				OR (95%CI)	p
		Có		Không			
		SL	%	SL	%		
Giới tính	Nữ	156	82,5	33	17,5	2,04 (1,1-4,2)	0,03
	Nam	155	90,6	16	9,4		
Nhóm tuổi	< 20 tuổi	11	68,8	5	31,3	1	1
	20-39 tuổi	150	86,7	23	13,3	2,96 (0,7-10,3)	0,05
	40-59 tuổi	95	87,2	14	12,8	3,4 (1,8-5,6)	0,04
	≥ 60 tuổi	55	88,7	7	11,3	3,6 (1,7-5,8)	0,04
Nghề nghiệp	CBVC/ NVVP	49	90,7	5	9,3	2,2 (0,8-7,8)	0,1
	Công nhân/Nông dân	111	81,6	25	18,4	1	1
	Học sinh, sinh viên	13	81,3	3	18,8	0,9 (0,2-5,7)	0,97
	KD, tự do, nội trợ	96	89,7	11	10,3	2 (0,9-4,7)	0,08
	Hưu trí	42	89,4	5	10,6	1,9 (0,7-6,7)	0,2
Mức thu nhập bình quân của gia đình	Dưới 5 triệu đồng	52	78,8	14	21,2	1	1
	5-10 triệu đồng	178	89,4	21	10,6	2,3 (1,9-5,1)	0,03
	10-15 triệu đồng	72	90,0	8	10,0	2,4 (0,9-7,1)	0,06
	Trên 15 triệu đồng	9	60,0	6	40,0	0,4 (0,1-1,6)	0,1
Số ngày điều trị	1-3 ngày	185	84,1	35	15,9	1	1
	4-7 ngày	99	92,5	8	7,5	2,3 (1,01-6,1)	0,03
	> 7 ngày	27	81,8	6	18,2	0,9 (0,3-2,7)	0,7

Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh nam gấp 2,04 lần so với nữ, sự khác biệt có mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, $OR = 2,04$ (1,1-4,2)). Tỷ lệ hài lòng chung nhóm 40 -59 tuổi và nhóm từ 60 tuổi trở lên, sự khác biệt có mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nghiên cứu không tìm ra mối liên quan giữa hài lòng chung với nghề nghiệp người bệnh.

Mức thu nhập bình quân của gia đình từ 5 – 10 triệu đồng có tỷ lệ hài lòng chung cao gấp 2,3 lần so với nhóm thu nhập dưới 5 triệu đồng, sự khác biệt có mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tỷ lệ hài lòng chung về số ngày điều trị ở nhóm điều trị từ 4 -7 ngày cao gấp 2,3 lần so với nhóm điều trị từ 1 - 3 ngày, sự khác biệt

có mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Sự hài lòng của người bệnh KCB BHYT ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Dĩ An, tỉnh Bình Dương

Đối tượng nghiên cứu có giới tính nữ chiếm tỷ lệ 52,5% tương đồng với nghiên cứu Vũ Duy Tùng và cộng sự trên đối tượng người bệnh khám điều trị ngoại trú tại bệnh viện Bà Rịa với tỷ lệ người bệnh nam là 43,75% thấp hơn so với nữ là 56,25% [14]. Người bệnh điều trị ngoại trú tại bệnh viện trong độ tuổi lao động nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm 20-39 tuổi (48,1%), tiếp đến là nhóm 40-59 tuổi (30,3%) tương đồng với nghiên cứu của Tạ Quốc Dũng tại Bệnh

viện Chấn thương Chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh [4].

Nghề nghiệp người bệnh là công nhân, nông dân chiếm tỉ lệ cao nhất 37,8%, nội trợ, buôn bán, kinh doanh 29,7%; cán bộ viên chức, NVVP 15,0%, hưu trí 13,1%, tương đồng với tỷ lệ phân bố người bệnh trong các báo cáo nghiên cứu các lĩnh vực tại Bệnh viện đa khoa Dĩ An. 55,3% người bệnh có thu nhập bình quân gia đình hàng tháng là 5-10 triệu đồng, 10-15 triệu đồng (22,2%), nhóm dưới 5 triệu (18,4%), nhóm trên 15 triệu đồng (5,3%). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Phương với thu nhập của người bệnh từ 6 triệu đồng trở lên 13,3% [10].

Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh điều trị ngoại trú về dịch vụ điều trị đạt 76,5%. Cao hơn nghiên cứu của Tạ Quốc Dũng (2017), bệnh viện Chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh, tỷ lệ hài lòng của người bệnh với chất lượng dịch vụ đạt 71,8% [4]. Tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hồ Kim về sự hài lòng của người tại bệnh viện Mắt tỉnh Bình Định năm 2017 [8]. Kết quả nghiên cứu cho thấy, sự đảm bảo chất lượng dịch vụ về khả năng tiếp cận là tiêu chí cấu thành nên sự hài lòng chung của người bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất 78,9%, tiếp theo là kết quả về cung cấp dịch vụ y tế 77,8%, hài lòng của người bệnh về cơ sở vật chất 74,7% có tỷ lệ thấp nhất, khác với nghiên cứu của Tạ Quốc Dũng, “kết quả cung cấp dịch vụ có tỷ lệ hài lòng cao nhất (85,9%) và nhóm tiêu chí “cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh” có tỷ lệ hài lòng thấp nhất (69,0%)[4] và Nguyễn Thị Chuyên tỷ lệ hài lòng chung đạt 85,6% với tỷ lệ hài lòng cao nhất mà người bệnh cảm nhận là tiêu chí về sự minh bạch trong thủ tục khám chữa bệnh đạt 77,0% [3]. Sự khác biệt này có thể là do

mỗi bệnh viện, mỗi chuyên khoa chuyên môn có các đặc điểm khác biệt về cơ sở vật chất trang thiết bị, nhân lực cũng như trong việc triển khai các hoạt động nhằm đảm bảo sự hài lòng người bệnh, do đó dẫn đến sự hài lòng của người bệnh khác biệt theo các thành tố cấu thành.

Một số yếu tố liên quan đến người bệnh khám chữa bệnh BHYT ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Dĩ An, tỉnh Bình Dương

Yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh với khả năng tiếp cận dịch vụ

Kết quả nghiên cứu chỉ ra có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức thu nhập bình quân tháng và số ngày điều trị với sự hài lòng về khả năng tiếp cận dịch vụ điều trị. Nhóm có mức thu nhập bình quân từ 5 – 10 triệu và nhóm có mức thu nhập bình quân 10 - 15 triệu đồng có mức hài lòng cao gấp 3,2 lần và gấp 2,5 lần so với nhóm có mức thu nhập dưới 5 triệu đồng ($p < 0,05$). Thu nhập và điều kiện kinh tế rất quan trọng đối với người bệnh trong việc lựa chọn dịch vụ chăm sóc và điều trị phù hợp, khi có khả năng chi trả cao hơn người bệnh sẽ có nhu cầu về chất lượng dịch vụ nhận được cao hơn.

Số ngày điều trị ngoại trú có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với hài lòng về khả năng tiếp cận dịch vụ. Điều trị 4-7 ngày và >7 ngày có có mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), ghi nhận tỷ số chênh OR bằng 0,1 lần so với người bệnh có số ngày điều trị từ 1-3 ngày khác với nghiên cứu tác giả Tạ Quốc Dũng cho thấy những đối tượng có thời gian điều trị trên 4 ngày có sự hài lòng cao hơn so với nhóm đối tượng khác ($p < 0,001$) [4], sự khác biệt này là do sự khác nhau về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

Yếu tố liên qua tới hài lòng về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị và cơ sở vật chất, trang thiết bị

Nghiên cứu tìm thấy mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa sự hài lòng về minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị với nhóm tuổi, số ngày điều trị. Tỷ lệ hài lòng về sự tin cậy trong điều trị ở nhóm 40 – 59 tuổi và nhóm từ 60 tuổi trở lên lần lượt cao gấp 5,3 và gấp 3,2 lần so với nhóm trên 20 tuổi. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Sương, Tạ Quốc Dũng cho thấy nhóm người trong độ tuổi lao động thường có sự hài lòng về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh cao hơn [4], [13].

Tỷ lệ hài lòng về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh trong điều trị ở nhóm có số ngày điều trị trên 7 ngày cao gấp 0,4 lần so với nhóm điều trị 1-3 ngày và nhóm điều trị 4 – 7 ngày có tỷ lệ hài lòng về sự tin cậy cao gấp 3,4 lần so với nhóm điều trị 1-3 ngày, sự khác biệt có mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong phạm vi nghiên cứu của đề tài chúng tôi chưa chỉ ra được mối liên quan giữa các yếu tố với sự hài lòng về cơ sở vật chất của bệnh viện, kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Lưu Quốc Hùng, tác giả Nguyễn Thị Việt Hằng [6], [15]. Kết quả này có thể do nguyên nhân cơ sở vật chất tại bệnh viện chúng tôi được xây dựng tương đối đồng bộ, chất lượng cơ sở vật chất giữa các khoa phòng không có nhiều sự khác biệt, một số khu vực phòng điều trị mới hiện vẫn đang trong quá trình hoàn thiện.

Yếu tố liên quan tới thái độ ứng xử của NVYT với người bệnh

Thái độ của NVYT trong cung cấp dịch vụ y tế tại bệnh viện ảnh hưởng tới sự hài lòng của người bệnh. Nhóm độ tuổi lao động và từ 60 tuổi trở lên hài lòng về thủ tục hành

hơn so với nhóm >20 tuổi. Tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hoa Pháp: người bệnh từ 60-74 tuổi có tỷ lệ hài lòng về chăm sóc điều dưỡng khi ra viện cao gấp 4,1 lần so với người bệnh dưới 60 tuổi [9], nghiên cứu Phạm Ngọc Dương cho thấy tỷ lệ hài lòng về thái độ của NVYT ở người bệnh thuộc nhóm 36- 59 tuổi và nhóm từ 60 tuổi lần lượt cao gấp 1,1 và 1,12 lần lần so với nhóm nhóm 18 – 35 tuổi [5]. Với nhóm nghề nghiệp kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm cán bộ viên chức/ NVVP và nhóm hưu trí có tỷ lệ hài lòng cao gấp 2,5 lần và 0,3 lần so với nhóm công nhân/Nông dân. Kết quả này có thể là do nhóm cán bộ/NVVP và hưu trí có sự hiểu biết tốt hơn về đặc thù nghề nghiệp liên quan đến y tế nên có sự hài lòng về thái độ giao tiếp ứng xử cao hơn.

Yếu tố liên quan đến sự hài lòng với cung cấp dịch vụ y tế

Nghiên cứu của chúng tôi đã phản ánh một điểm quan trọng về tình hình hài lòng với cung cấp dịch vụ y tế điều trị trong cộng đồng với sự tập trung vào mức thu nhập bình quân. Kết quả cho thấy rằng nhóm có mức thu nhập bình quân từ 10 – 15 triệu đồng có tỷ lệ hài lòng cao hơn gấp 2,2 lần so với nhóm có mức thu nhập dưới 5 triệu đồng. Sự chênh lệch này không chỉ đơn thuần là số liệu thống kê mà còn mang ý nghĩa quan trọng trong việc đánh giá tác động của yếu tố thu nhập đối với quan điểm và cảm nhận của người nhà người bệnh đối với dịch vụ y tế.

Yếu tố liên quan đến sự hài lòng chung của người bệnh

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh nam gấp 2,04 lần so với nữ, sự khác biệt có mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tương tự nghiên cứu của Phạm Như Quang và cộng sự [11] cho thấy

nam giới có xu hướng hài lòng chung cao hơn nữ giới.

Gia đình có thu nhập từ 5 – 10 triệu có tỷ lệ hài lòng chung cao gấp 2,3 lần so với nhóm thu nhập dưới 5 triệu. Tương đồng với kết quả nghiên cứu của Phạm Như Quang thấy rằng tỷ lệ không hài lòng ở nhóm đối tượng nghiên cứu có kinh tế nghèo cận nghèo chỉ 5,4% trong khi tỷ lệ này ở nhóm đối tượng nghiên cứu có điều kiện kinh tế không nghèo là 19,2% [11]. Điều này có nghĩa là những người có thu nhập gia đình thấp thì có xu hướng hài lòng hơn. Nghiên cứu của Nguyễn Trọng Sơn cũng có kết quả tương tự đó là khả năng chi trả của người bệnh có liên quan đến trải nghiệm tốt của người bệnh, nhóm khả năng chi trả kém (thu nhập thấp) có khả năng trải nghiệm tốt hơn so với nhóm có khả năng chi trả tốt (thu nhập cao hơn) [12].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hài lòng chung người bệnh điều trị ngoại trú sử dụng thẻ BHYT đạt 76,5%, trong đó: (1) Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh về khả năng tiếp cận đạt 78,9% (2) Tỷ lệ người bệnh hài lòng chung về sự minh bạch thông tin, thủ tục hành chính đạt 75,0%; (3) Tỷ lệ người bệnh hài lòng về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ đạt 74,7%; (4) Tỷ lệ người bệnh hài lòng hài lòng chung về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn đạt 76,1%; (5) Tỷ lệ người bệnh hài lòng về kết quả cung cấp dịch vụ đạt 77,8%.

Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh điều trị bảo hiểm y tế ngoại trú:

(1) Về khả năng tiếp cận dịch vụ y tế: Mức thu nhập bình quân của gia đình từ 5 – 10 triệu và 10 - 15 triệu có tỷ lệ hài lòng cao hơn.

(2) Về sự minh bạch thông tin, thủ tục khám chữa bệnh: nhóm tuổi: 40- 59 tuổi, nhóm nghề nghiệp cán bộ viên chức/NVVP có tỷ lệ hài lòng cao hơn.

(3) Về thái độ ứng xử của NVYT: nhóm 40 – 59 tuổi, nhóm có số ngày điều trị từ 4 – 7 ngày và trên 7 ngày có tỷ lệ hài lòng cao hơn.

(4) Về kết quả cung cấp dịch vụ y tế: nhóm có mức thu nhập bình quân từ 10 – 15 triệu có tỷ lệ hài lòng cao hơn.

VI. KIẾN NGHỊ

Bệnh viện xây dựng và thực hiện các phương án để sắp xếp lịch hẹn khám một cách hợp lý, tránh để người bệnh chờ đợi quá lâu khi đợi được NVYT giúp đỡ và đợi thực hiện các xét nghiệm lâm sàng, sử dụng đội ngũ nhân viên tư vấn, hướng dẫn cho người bệnh và người nhà để giảm thiểu thời gian chờ đợi của người bệnh, giúp người bệnh hài lòng hơn trong quá trình thăm khám và điều trị tại bệnh viện

Mở các lớp đào tạo về kỹ năng mềm, kỹ năng giao tiếp cho đội ngũ y bác sĩ và nhân viên y tế thường xuyên phải tiếp xúc với người bệnh song song với đào tạo chuyên môn về lâm sàng để nâng cao chất lượng phục vụ của bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2019). Quyết định số 3869 /QĐ-BYT ngày 28 tháng 8 năm 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 Government Document, 47
2. **Bộ Y tế, Tổ chức Oxfam tại Việt Nam** (2018). Báo cáo chính sách chỉ số hài lòng người bệnh
3. **Nguyễn Thị Chuyên** (2022). Sự hài lòng của người bệnh nội trú tại khối ngoại Bệnh viện

- Nội tiết Trung ương năm 2022 và một số yếu tố liên quan, Luận văn thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Thăng Long
4. **Tạ Quốc Dũng** (2017). Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh nội trú khoa Chi Dưới - Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh năm 2017, Luận văn thạc sĩ, Y tế Công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng
 5. **Phạm Ngọc Dương** (2020). Đánh giá sự hài lòng của người bệnh nội trú tại khối ngoại bệnh viện K Trung ương và một số yếu tố liên quan, Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Thăng Long 96tr.
 6. **Lưu Quốc Hùng, Tạ Văn Trầm** (2018). "Khảo sát sự hài lòng của người bệnh và thân nhân đối với sự phục vụ của điều dưỡng tại khoa nội tim mạch bệnh viện đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2017". Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh, 22 (6), tr. 109-114.
 7. **Bùi Tuấn Khoa, Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Thị Thùy Linh, et al.** (2018) "Nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2017". Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 13 (3), 162-168
 8. **Nguyễn Hồ Kim** (2017). Sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ phẫu thuật đục thủy tinh thể tại bệnh viện Mắt tỉnh Bình Định năm 2017, Luận văn Thạc sĩ Quản lý Bệnh viện, Chuyên ngành Quản lý Bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng, 68
 9. **Nguyễn Hoa Pháp** (2016). Mức độ hài lòng của người bệnh điều trị nội trú về chăm sóc điều dưỡng tại trung tâm tim mạch Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Luận văn Thạc sĩ Quản lý Bệnh viện, Trường Đại học y Hà Nội
 10. **Nguyễn Thị Ngọc Phương, Nguyễn Thị Cẩm Hồng, Nguyễn Thanh Phong, et al.** (2022) "Các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh với chất lượng khám chữa bệnh tại các bệnh viện công TP Hồ Chí Minh". Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam, 64 (2), 30-36.
 11. **Phạm Như Quang, Nguyễn Phương Toại** (2023). "Nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh tại bệnh viện đa khoa khu vực Củ Chi, thành phố Hồ Chí Minh năm 2022-2023". Tạp chí y dược học Cần Thơ, (số 61), 121-127.
 12. **Nguyễn Trọng Sơn, Đinh Ngọc Anh, Đàm Thị Thúy Dung, et al.** (2022) "Trải nghiệm của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2021". Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 520 (số 5A), 252-257.
 13. **Nguyễn Thị Ngọc Sương** (2017). Hài lòng của người bệnh nội trú về dịch vụ khám, chữa bệnh và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Quận 3 thành phố Hồ Chí Minh, năm 2017, Quản lý Bệnh viện, Quản lý Bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng.
 14. **Vũ Duy Tùng, Dương Phúc Lam** (2023). "Nghiên cứu tình hình hài lòng người bệnh ngoại trú về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh và đánh giá kết quả can thiệp tại bệnh viện Bà Rịa năm 2021-2022.". Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 57, 50-56.
 15. **Nguyễn Thị Việt Hằng** (2019). Sự hài lòng và một số yếu tố liên quan của người nhà người bệnh điều trị nội trú tại Khoa Ngoại, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2019, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng., Trường Đại học Thăng Long
 16. **Connor S.J., Shewchuk R.M., Carney L.W.** (1994) "The great gap". Marketing Health Services, 14 (2), 32

TRẢI NGHIỆM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH KHÁM CHỮA BỆNH NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2023

Trần Văn Hưởng¹, Trần Thị Phương Lan²,
Đồng Thị Huệ Lan³, Nguyễn Hồng Chương⁴, Đồng Đức Hùng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trải nghiệm người bệnh là một chỉ số quan trọng để đánh giá chất lượng dịch vụ y tế. Số liệu về trải nghiệm người bệnh giúp làm tăng việc tuân thủ kế hoạch điều trị của người bệnh giúp người bệnh tích cực, nắm bắt thông tin tốt hơn từ đó chủ động tham gia vào quá trình điều trị, giảm thiểu những khiếu nại, những phàn nàn. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu về trải nghiệm người bệnh ngoại trú tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức – nơi tiếp đón 5000 – 6000 người bệnh ngoại trú/ngày.

Mục tiêu: Mô tả thực trạng và phân tích một số yếu tố liên quan đến trải nghiệm của người bệnh ngoại trú tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2023.

Đối tượng và phương pháp: Cắt ngang mô tả, kết hợp định lượng và định tính. Phát vấn người bệnh khám bệnh ngoại trú dựa trên bộ câu hỏi có cấu trúc soạn sẵn, kết hợp phỏng vấn sâu.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh có trải nghiệm tốt là 85,6%. Người bệnh có trải nghiệm tốt nhất về dịch vụ khám chữa bệnh là 86,2% và thấp nhất về việc cung cấp dịch vụ tiện ích là 54,6%. Một số yếu tố liên quan đến trải nghiệm tốt của người bệnh là giới tính, trình độ học vấn, thu nhập bình quân ($p < 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ người bệnh có trải nghiệm tốt là 85,6%. Qua kết quả nghiên cứu, đề xuất một số biện pháp làm cải thiện sự trải nghiệm của người bệnh đến khám bệnh ngoại trú tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức.

Từ khóa: Trải nghiệm người bệnh, ngoại trú, nghiên cứu định tính, PEPAP-Q và OPEQ

SUMMARY

EXPERIENCES AND SOME RELEVANT FACTORS OF PATIENTS RECEIVING OUTPATIENT MEDICAL EXAMINATION AND TREATMENT AT THU DUC CITY HOSPITAL HO CHI MINH CITY IN 2023

Background: Patient experience is an important indicator to evaluate the quality of medical services. Data on patient experience helps increase patient compliance with treatment plans, helping patients be more proactive and better grasp information, thereby proactively participating in the treatment process, minimizing complaints, complaints. However, there has been no research on outpatient experiences at Thu Duc City Hospital - which welcomes 5000 - 6000 outpatients/day.

¹Trường Đại học Thăng Long Thành phố Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Nam Anh tỉnh Bình Dương

³Trung tâm Y tế thành phố Dĩ An

⁴Sở Y tế tỉnh Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Hưởng

ĐT: 0913977653

Email: bshuong67@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

Objective: Describe the current situation and analyze some factors related to the experience of outpatients at the Examination Department, Thu Duc City Hospital, Ho Chi Minh City in 2023.

Methods: Describe the current situation and analyze some factors related to the experience of outpatients at the Examination Department, Thu Duc City Hospital, Ho Chi Minh City in 2023. Subjects and methods: Cross-sectional tissue descriptive, combining quantitative and qualitative. Interviewing outpatient patients based on a set of pre-prepared structured questions, combined with in-depth interviews. Results: The rate of patients having a good experience was 85.6%. Patients had the best experience regarding medical examination and treatment services at 86.2% and the lowest regarding the provision of utility services at 54.6%. Some factors related to good patient experience are gender, education level, and average income ($p < 0.05$).

Conclusion: The rate of patients having a good experience is 85.6%. Through the research results, we propose some measures to improve the experience of patients coming for outpatient medical examination at Thu Duc City Hospital.

Keywords: Patient experience, outpatient, qualitative research, PEPAP-Q và OPEQ

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh mối quan hệ tích cực giữa “hiệu quả điều trị”, “an toàn người bệnh” và “trải nghiệm của người bệnh” cho thấy trải nghiệm của người bệnh (TNCNB) là một trong những chỉ số quan trọng để đánh giá chất lượng dịch vụ y tế [14]. Khảo sát TNCNB giúp làm tăng việc tuân thủ kế hoạch điều trị của người bệnh (NB), giúp NB tích cực, nắm bắt thông tin tốt hơn từ đó chủ động tham gia vào quá trình điều trị, giảm

thiểu những khiếu nại, những phàn nàn và quan trọng hơn hết là kết quả khảo sát TNCNB giúp nhà quản lý nắm bắt cụ thể những điểm cần chấn chỉnh để gia tăng hài lòng NB. TNCNB có liên quan đáng kể đến sự hài lòng với hệ thống chăm sóc sức khỏe và giải thích 10,4% biến thể xung quanh khái niệm về sự hài lòng [13]. TNCNB phản ánh toàn bộ các sự kiện xảy ra trong suốt quá trình NB tham gia khám chữa bệnh, so sánh khả năng đáp ứng của cơ sở y tế với mong đợi, kì vọng của NB [16].

Năm 2018, Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh đã xây dựng và ban hành bộ công cụ đánh giá trải nghiệm NB. Năm 2020, kết quả khảo sát của Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh tại 79 bệnh viện trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh cho thấy nhiều NB có trải nghiệm chưa tốt đối với các vấn đề thời gian thực hiện các thủ tục hành chính (40,8%), thời gian chờ bác sĩ khám (21,1%) và các hoạt động hỗ trợ NB có hoàn cảnh khó khăn (23,3%) [7].

Bệnh viện thành phố Thủ Đức đã thực hiện khảo sát TNCNB nội trú nhưng các thông tin liên quan tới TNCNB ngoại trú thì vẫn còn khuyết thiếu trong khi số lượng NB tới khám ngoại trú hàng ngày là 5000 – 6000 người và có nhiều ý kiến phàn nàn, phản ánh, góp ý của người bệnh ngoại trú về quy trình khám chữa bệnh của Bệnh viện. Do vậy cần thiết phải thực hiện đề tài nghiên cứu: “Trải nghiệm và một số yếu tố liên quan của người bệnh ngoại trú tại bệnh viện Thành phố Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh, năm 2023” với 2 mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng trải nghiệm của người bệnh khám chữa bệnh ngoại trú tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Thành phố Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh năm 2023 và (2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến trải nghiệm của người bệnh khám chữa bệnh

ngoại trú tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Thành phố Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả, kết hợp định lượng và định tính.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ 01 tháng 3 năm 2023 đến 30 tháng 11 năm 2023, tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh

Đối tượng nghiên cứu:

- Nghiên cứu định lượng: NB KCB ngoại trú tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Thành phố Thủ Đức trong thời gian khảo sát từ 18 tuổi trở lên, đã kết thúc quy trình khám chữa bệnh ngoại trú tại bệnh viện.

Tiêu chí loại:

+ Những người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu;

+ Người bệnh mắc các bệnh làm ảnh hưởng đến nhận thức và tri giác.

- Nghiên cứu định tính: Các bên liên quan cung cấp dịch vụ y tế: đại diện lãnh đạo bệnh viện, bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, nhân viên bảo vệ, nhân viên tiếp đón, nhân viên thu phí, nhân viên phát thuốc có thời gian công tác trên 6 tháng kể từ lúc ký hợp đồng chính thức

Tiêu chí loại:

+ Không có mặt tại thời điểm nghiên cứu: đi học dài hạn, thai sản; Từ chối tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu và chọn mẫu:

- Cỡ mẫu cho nghiên cứu định lượng:

Số đối tượng nghiên cứu được tính theo công thức:

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

Với $p = 0,675$ (tỷ lệ NB trải nghiệm tốt theo nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình và cộng sự (2020) tại Bệnh viện Quận 2 [1])

d là Sai số cho phép là 5%, $d = 0,05$.

Tính được cỡ mẫu tối thiểu $n \approx 337$ người bệnh, dự phòng 5% sai số. Vậy cỡ mẫu cần thiết là 355 NB.

Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Cần lấy đủ mẫu là 355 người bệnh trong 04 tuần (20 ngày làm việc), như vậy mỗi ngày thu thập 18 người bệnh. Nghiên cứu tiến hành phỏng vấn mỗi ngày khoảng 10 người bệnh bất kỳ thỏa mãn điều kiện chọn mẫu vào buổi sáng và 8 người vào buổi chiều, liên tục cho đến khi đủ số lượng mẫu..

Cỡ mẫu cho nghiên cứu định tính: chọn mẫu có chủ đích bao gồm 11 cuộc phỏng vấn sâu (PVS), trong đó có 05 NB (03 NB khối nội, 02 NB khối ngoại) và 6 NVYT (01 quản lý khoa KB, 02 bác sĩ, 02 điều dưỡng, 01 kỹ thuật viên).

Phương pháp thu thập số liệu:

- Thu thập thông tin định lượng:

+ Bộ công cụ sử dụng chính “Phiếu khảo sát trải nghiệm người bệnh trong thời gian điều trị nội trú tại bệnh viện” đã được chuẩn hóa kết hợp với các bộ công cụ khảo sát trải nghiệm người bệnh ngoại trú PEPAP-Q và OPEQ.

+ Thực hiện phát vấn NB theo bộ câu hỏi cấu trúc.

- Thu thập thông tin định tính: Phỏng vấn sâu. Thực hiện PVS tại văn phòng làm việc của đối tượng nghiên cứu. Thời điểm phỏng vấn được lựa chọn bởi chính đối tượng nghiên cứu để đảm bảo sự thuận tiện. PVS khoảng từ 60-90 phút. Điều tra viên gợi ý các câu hỏi mở theo chủ đề đã được xây dựng sẵn. Ngoài ra trong khi phỏng vấn, các vấn đề khác liên quan đến nghiên cứu phát sinh cũng sẽ được khai thác thêm. Xin phép

ghi âm/ghi chép lại câu trả lời bằng thiết bị ghi âm hoặc sổ ghi chép.

- Phiếu khảo sát được thiết kế với 32 câu hỏi và 05 phương án trả lời theo thang thứ bậc từ thấp đến cao tăng dần tương ứng với chất lượng trải nghiệm, mức độ trải nghiệm càng tốt thì được điểm càng cao. Với mỗi tiểu mục đạt điểm 4 và 5: Trải nghiệm tốt; 1-3 điểm: trải nghiệm chưa tích cực/tiêu cực.

- Mức trải nghiệm của mỗi yếu tố được tính bằng điểm trung bình cộng của các tiểu mục. Trải nghiệm chung: tổng điểm trung bình của tất cả các yếu tố.

Phân tích và xử lý số liệu

Xử lý và phân tích số liệu nghiên cứu định lượng: Số liệu được làm sạch trước khi nhập liệu. Nhập số liệu bằng phần mềm EPIDATA 3.1, phân tích được tiến hành dựa trên phần mềm thống kê SPSS 20.0.

Thống kê mô tả sử dụng tần số, tỷ lệ để phân tích và trình bày các biến định tính. Trung bình, độ lệch chuẩn hoặc trung vị được sử dụng để phân tích và trình bày các biến định lượng.

Thống kê phân tích: Nghiên cứu phân tích sự liên quan giữa một số đặc điểm của NB với TNCNB được xác định thống kê phân tích T-test, ANOVA cho biến phụ thuộc có phân phối bình thường (thời gian chờ); thống kê Chi bình phương, phân tích OR, khoảng tin cậy 95% cho các biến phụ thuộc định tính.

Số liệu nghiên cứu định tính được gỡ băng và phân tích bằng phương pháp mã hóa và trích dẫn lời.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu có sự chấp thuận của Hội đồng xét duyệt đề cương trường Đại học Thăng Long và sự đồng ý của Bệnh viện.

Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu và tự nguyện tham gia. Đối tượng nghiên cứu có thể ngừng tham gia bất cứ giai đoạn nào. Đảm bảo bí mật các thông tin mà đối tượng tham gia nghiên cứu cung cấp, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=355)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính	Nữ	198	55,8
	Nam	157	44,2
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	317	89,3
	≥ 60 tuổi	38	10,7
Nơi cư trú	Thành phố Hồ Chí Minh	235	66,2
	Tỉnh/thành khác	120	33,8
Trình độ học vấn	≤ THPT	136	38,3
	> THPT	219	61,7
Nghề nghiệp	Nhân viên văn phòng	78	22
	Công nhân	90	25,4
	Kinh doanh, nghề tự do	108	30,4
	Nông dân	19	5,4

	Học sinh/sinh viên	20	5,9
	Già, hưu/khác	40	11,3
Thu nhập bình quân/tháng	< 5 triệu	162	45,6
	≥ 5 triệu	193	54,4
Sử dụng thẻ BHYT trong đợt khám này	Có	261	73,5
	Không	94	26,5
Số lần khám chữa bệnh tại BV	Lần đầu	152	42,8
	2 lần trở lên	203	57,2

55,8% đối tượng nghiên cứu là nữ tương đồng với nghiên cứu của Trương Long Vỹ tại khoa Khám bệnh của Bệnh viện quận Thủ Đức năm 2019 [11]. Người dưới 60 tuổi chiếm đa số 89,3% tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Triệu Vũ, Mai Hóa và Trương Long Vỹ tại khoa Khám bệnh [4, 9, 12]. Tỷ lệ người bệnh có học vấn > THPT chiếm phần lớn 61,7%.

Phân bố nghề nghiệp của NB đa dạng, với nhân viên văn phòng, công nhân và kinh doanh/ngề tự do chiếm tỷ lệ cao nhất. Có 54,4% người bệnh có thu nhập ≥ 5 triệu đồng/tháng, điều này có thể giải thích đa số

cư dân quanh Bệnh viện chủ yếu là công nhân vì nơi đây tập trung nhiều nhà máy, xí nghiệp. Tỷ lệ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế trong đợt khám này là 73,5% nguyên nhân là do chính sách thông tuyến BHYT quận huyện từ 1/1/2016 nên số lượng NB khám BHYT tại đây chiếm tỷ lệ cao. 57,2% người bệnh đã khám tại Bệnh viện từ 2 lần trở lên, tỷ lệ này phần nào phản ánh về sự quay lại của NB sau khi trải nghiệm chất lượng dịch vụ tại Bệnh viện lần đầu.

Trải nghiệm của người bệnh về quy trình khám bệnh chữa bệnh ngoại trú

Bảng 2. Tỷ lệ trải nghiệm tốt chung của người bệnh ngoại trú (n=355)

Nhóm	Trải nghiệm không tốt		Trải nghiệm tốt	
	SL	%	SL	%
Thủ tục quy trình	103	29,0	252	71,0
Cơ sở vật chất	103	29,0	252	71,0
Thái độ giao tiếp	113	31,8	242	68,2
Dịch vụ khám chữa bệnh	49	13,8	306	86,2
Dịch vụ tiện ích	161	45,4	194	54,6
Chi trả viện phí	78	22,0	277	78,0
Trải nghiệm chung	51	14,4	304	85,6

Trải nghiệm tốt chung về quy trình KCB ngoại trú tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức là khá cao 85,6%. Trong đó trải nghiệm về việc cung cấp dịch vụ KCB được NB đánh giá cao nhất 86,2% và việc cung cấp các dịch vụ tiện ích là thấp nhất với 54,6%. Nguyên nhân là do bệnh viện đã đầu tư vào công nghệ

thông tin, cải tiến quy trình KCB và con người rất nhiều nhưng những tồn tại về cơ sở vật chất thì vẫn cần thêm thời gian và kinh phí để cải thiện. Kết quả này có khác biệt với một số nghiên cứu khác như: nghiên cứu TNCNB nội trú tại Viện Tim TP.HCM (2019) với tỷ lệ là 77,5% [10], Nghiên cứu

của Nguyễn Thanh Bình và cs tại Bệnh viện Đặng Tấn Duy và cs tại Viện Y học dân tộc Quận 2, TP.HCM (2020) với tỷ lệ trải nghiệm tốt là 49.3% [1], Nghiên cứu của TP.HCM (2021): Tỷ lệ trải nghiệm tốt 52.2% [3].

Hộp 1. Ý kiến của người bệnh về trải nghiệm KCB ngoại trú tại Bệnh viện

“Bác đi đến BV này khám rất nhiều lần rồi nhưng vẫn chưa nhớ đường đến phòng khám, nhiều phòng khám thay đổi liên tục, khi thì khu này, khi ở khu khác không theo thứ tự nên rất khó tìm” (PVS – NB)

“Tôi đi khám đây nhiều rồi, lần này tôi làm nhiều xét nghiệm cùng lúc nên tôi phải đi từ sáng sớm 5 giờ sáng, chứ tôi biết bệnh viện đông, tôi mà không đi sớm thì không biết phải chờ đến bao giờ mới xong” (PVS-NB)

“Tôi tìm mãi mới thấy khu vực phát thuốc, không ngờ nó lại nằm dưới tầng hầm, tôi sợ chất lượng thuốc để dưới này không đảm bảo, còn chỗ ngồi đợi thì tạm được” (PVS NB)

“Bác sĩ mặt hơi nghiêm, mong bác sĩ sẽ vui vẻ hơn khi tiếp xúc với chúng tôi, còn lại thì bác sĩ khám rất tận tình chu đáo” (PVS –NB)

“Nhiều bác sĩ hỏi bệnh ít hoặc qua loa quá, dấu biết là có thể họ đã nắm được vấn đề của bệnh nhân nhưng mà thấy hỏi sơ sơ rồi không giải thích kỹ và cứ cho đi chụp chiếu” (PVS-NB)

“Nhà vệ sinh dơ quá cô ơi, biết bao nhiêu là người bệnh mà chỉ có mấy nhà vệ sinh, tôi chạy vòng vòng đi kiếm vì người bệnh đông quá” (PVS-NB)

“Người bệnh đông, chen lấn khu vực khám bệnh và lấy thuốc dễ bị kẻ gian móc túi lắm, cô thì không dám cầm nhiều tiền đi khám vì giờ tình trạng trộm cắp tinh vi quá” (PVS-NB)

Các yếu tố liên quan đến trải nghiệm của người bệnh

Một số đặc điểm của người bệnh liên quan đến hài lòng của người bệnh

Bảng 3. Một số đặc điểm của người bệnh liên quan đến trải nghiệm của người bệnh

Đặc điểm		Hài lòng				OR (95%CI)	p
		Có		Không			
		SL	%	SL	%		
Giới tính	Nam	125	79,6	32	20,4	1	
	Nữ	179	90,4	19	9,6	2,41 (1,26-4,71)	0,004*
Nhóm tuổi	≥ 60 tuổi	32	84,2	6	15,8	1	
	< 60 tuổi	272	85,8	45	14,2	1,13 (0,37-2,96)	0,791*
Nơi cư trú hiện tại	TP,HCM	203	86,4	32	13,6	1	
	Khác	101	84,2	19	15,8	0,84 (0,44-1,65)	0,573*
Học vấn	≤ THPT	97	71,3	39	28,7	1	
	> THPT	207	94,5	12	5,5	6,94 (3,36-15,1)	<0,001*
Nghề nghiệp	Kinh doanh, nghề tự do	92	85,2	16	14,8	1	
	Công nhân	76	84,4	14	15,6	0,94 (0,40-2,34)	0,885*
	CB-NV	71	91,0	7	9,0	1,76 (0,64-5,34)	0,233*
	Nông dân	16	84,2	3	15,8	0,93 (0,24-5,53)	0,913**
	Sinh viên	16	80,0	4	20,0	0,56 (0,16-2,23)	0,307**
	Khác	34	85,0	6	15,0	0,99 (0,33-3,33)	0,978*

Thu nhập bình quân/tháng	< 5 triệu	154	95,1	8	4,9	1	
	≥ 5 triệu	154	79,8	39	20,2	4,88 (2,14-12,4)	<0,001*
Sử dụng thẻ BHYT	Có	222	85,1	39	14,9	1	
	Không	82	87,2	12	12,8	1,20 (0,58-2,64)	0,606*
Số lần khám chữa bệnh tại BV	2 lần trở lên	171	84,2	32	15,8	1	
	Lần đầu	133	87,5	19	12,5	1,31 (0,68-2,56)	0,386*

(*) Kiểm định chi bình phương, (**) Kiểm định chính xác Fisher

Kết quả cho biết, người bệnh nữ có tỷ lệ trải nghiệm tốt (90,4%) có khả năng cao hơn đáng kể so với người bệnh nam (79,6%), OR = 2,41 (95%CI: 1,26-4,71, p = 0,004) khác biệt với nghiên cứu của tác giả Mai Thị Kiều Oanh tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, NB nam có điểm trải nghiệm cao hơn nữ ($3,88 \pm 0,11$) tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) [5]. Điều này có thể do sự nhạy cảm và sự mong đợi được chăm sóc đặc biệt so với nhu cầu và mong muốn của từng giới tính trong quá trình khám chữa bệnh.

Người bệnh có học vấn >THPT có tỷ lệ trải nghiệm tốt (94,5%) có khả năng cao hơn so với nhóm học vấn ≤THPT (71,3%), OR = 6,94 (95%CI: 3,36-15,1, p < 0,001). Sự chênh lệch có thể phản ánh sự hiểu biết sâu sắc và khả năng hiểu thông tin y tế của nhóm có trình độ học vấn cao hơn do khả năng hiểu biết và thấu hiểu về y học hơn nhóm có trình độ học vấn thấp hơn.

Tỷ lệ trải nghiệm chung tốt ở nhóm thu nhập bình quân <5 triệu VNĐ/tháng có khả năng thấp hơn so với nhóm ≥ 5 triệu (OR=4,88; 95%CI: 2,14-12,4; p<0,05). Tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Diệp và Nguyễn Trọng Sơn cho biết NB có tình trạng kinh tế tốt thì khả năng trải nghiệm tốt thấp hơn nhóm có thu nhập thấp hơn [2, 8].

Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa yếu tố sử dụng BHYT và số lần đến khám với trải nghiệm NB về khám chữa bệnh ngoại trú tại bệnh viện Thành phố Thủ Đức ($p > 0,05$). Kết quả này khác với Nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền Trâm về TNCNB nội trú, BV Đại học Y Hà Nội (2018), cho thấy NB có BHYT có trải nghiệm tốt cao gấp 1,9 lần so với nhóm không có BHYT [9].

Một số yếu tố liên quan đến trải nghiệm của người bệnh theo từng yếu tố và qua nghiên cứu định tính

Bảng 4. Một số yếu tố có liên quan đến trải nghiệm tốt của NB theo từng khía cạnh

Đặc điểm		Hài lòng				OR (95%CI)	p
		Có		Không			
		n	%	n	%		
Về thủ tục, quy trình							
Học vấn	≤ THPT	112	82,4	24	17,6	1	
	> THPT	140	63,9	79	36,1	0,38 (0,22-0,65)	<0,001*
Về cơ sở vật chất							
Thu nhập bình quân/tháng	< 5 triệu	134	82,7	28	17,3	1	
	≥ 5 triệu	118	61,1	75	38,9	0,33 (0,19-0,56)	<0,001*

Về thái độ giao tiếp							
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	210	66,2	107	33,8	1	
	≥ 60 tuổi	32	84,2	6	15,8	2,72 (1,07-8,18)	0,025*
Học vấn	≤ THPT	113	83,1	23	16,9	1	
	> THPT	129	58,9	90	41,1	0,29 (0,17-0,50)	<0,001*
Thu nhập bình quân/tháng	< 5 triệu	122	75,3	40	24,7	1	
	≥ 5 triệu	120	62,2	73	37,8	0,54 (0,33-0,87)	0,008
Về dịch vụ KCB							
Học vấn	≤ THPT	124	91,2	12	8,8	1	
	> THPT	182	83,1	37	16,9	0,48 (0,22-0,98)	0,032*
Nghề nghiệp	CB-NV	63	80,8	15	19,2	0,43 (0,16-1,10)	0,049*
	Công nhân	77	85,6	13	14,4	0,60 (0,22-1,59)	0,257*
	Buôn bán/tự do	98	90,7	10	9,3	1	
	Nông dân	16	84,2	3	15,8	0,54 (0,12-3,42)	0,387**
	HS-SV	18	85,7	3	14,3	0,61 (0,14-3,81)	0,484**
	Già, hưu/khác	34	85,0	6	15,0	0,58 (0,18-2,10)	0,318*
Thu nhập bình quân/tháng	< 5 triệu	155	95,7	7	4,3	1	
	≥ 5 triệu	151	78,2	42	21,8	0,16 (0,10-0,38)	<0,001*
Về dịch vụ tiện ích							
Thu nhập bình quân/tháng	< 5 triệu	110	67,9	52	32,1	1	
	≥ 5 triệu	84	43,5	109	56,5	0,36 (0,23-0,58)	<0,001*
Về viện phí							
Học vấn	≤ THPT	114	83,8	22	16,2	1	
	> THPT	163	74,4	56	25,6	0,56 (0,31-0,99)	0,038*
Thu nhập bình quân/tháng	< 5 triệu	148	91,4	14	8,6	1	
	≥ 5 triệu	129	66,8	64	33,2	0,19 (0,10-0,37)	<0,001*

(*) Kiểm định chi bình phương, (**) Kiểm định chính xác Fisher

Các yếu tố liên quan đến trải nghiệm người bệnh tốt theo từng khía cạnh trong nghiên cứu là: nghề nghiệp CB-NV có tỷ lệ trải nghiệm tốt về cơ sở vật chất và về thái độ giao tiếp của NVYT và kết quả cung cấp dịch vụ thấp hơn so với các nghề nghiệp tự do (OR lần lượt là 0,46, 0,35 và 0,43, $p < 0,05$) và nhóm từ 60 tuổi trở lên có khả năng trải nghiệm tốt về thái độ giao tiếp cao

hơn so với nhóm dưới 60 tuổi (OR = 2,72, 95%CI: 1,07-8,18, $p = 0,025$).

Tài chính y tế

Bệnh viện thực hiện tự chủ tài chính có tác động đến việc đảm bảo hoạt động KCB và nỗ lực làm hài lòng NB. NB có sự so sánh giá viện phí (mức đóng đồng chi trả trong trường hợp NB có sử dụng thẻ BHYT) giữa các bệnh viện.

Hộp 2. Ý kiến của NB và NVYT về tài chính y tế có liên quan đến trải nghiệm của người bệnh

“Bệnh viện giao về cho các khoa tự hạch toán thu chi, giao quyền về cho trưởng khoa, các khoa phải chủ động, tích cực, cố gắng làm hài lòng người bệnh thì mới thu hút và giữ chân được người bệnh” (PVS-NVYT).

“Tôi đi khám thôi chứ không làm các xét nghiệm nào khác, mặc dù tôi có sử dụng BHYT mà tôi còn phải đóng thêm 80.000 đồng, trong khi những nơi khác tôi không phải đóng thêm” (PVS-NB).

“Chi phí khám hơi cao so với nơi khác nhưng tôi vẫn tới đây khám vì gần nhà mà tôi khám ở đây quen rồi. Trước đây tôi khám BHYT không phải đóng thêm vừa rồi tôi phải mang thêm tiền để đóng” (PVS-NB)

Nhân lực

Hộp 3. Ý kiến chủ quan của cán bộ quản lý khoa về sự liên quan giữa yếu tố nhân lực đến trải nghiệm của người bệnh ngoại trú

“Số lượng, cơ cấu giữa lâm sàng, cận lâm sàng, dược và khối phòng ban được xây dựng phù hợp. Các khoa, phòng đều có chính sách thu hút nhân lực để đảm bảo đủ nhân sự hoạt động. Chính vì vậy, đáp ứng được nhu cầu người bệnh. Tuy nhiên còn một số khoa vẫn không thu hút được đủ nhân lực, ví dụ kiểm soát nhiễm khuẩn, bảo vệ, bảo trì... làm ảnh hưởng vệ sinh, công tác sửa chữa cơ sở vật chất... gây ảnh hưởng nhất định đến trải nghiệm người bệnh” (PVS quản lý)

Sự cân đối và đảm bảo đủ nhân sự trong các khối là yếu tố quan trọng để tạo ra trải nghiệm tốt cho người bệnh, trong khi sự thiếu hụt nhân lực có thể dẫn đến trải nghiệm không tốt. Áp lực công việc cao, người bệnh đông, tình trạng bệnh phức tạp cùng những yêu cầu của người bệnh dễ khiến NVYT rơi vào tình trạng căng thẳng. Nghiên cứu của tác giả Stacey A. Passalacqua & Chris Segrin (2012) cho thấy rằng NVYT càng căng thẳng nguy cơ kiệt sức và suy giảm sự đồng cảm đối với người bệnh càng cao, điều

này có thể ảnh hưởng đến trải nghiệm của người bệnh khi tương tác với NVYT [15].

Hệ thống thông tin

Việc sử dụng công nghệ và hệ thống thông tin trong quản lý hồ sơ bệnh án và thông tin liên quan giữa các khoa phòng giúp giảm bớt phiền phức cho người bệnh khi mang theo nhiều giấy tờ khi đi khám, mà còn giúp tăng tốc quy trình lãnh thuốc BHYT và giảm thời gian chờ kết quả cận lâm sàng giúp tăng tỷ lệ trải nghiệm tốt của người bệnh khi tới KCB tại bệnh viện.

Hộp 4. Ý kiến về hệ thống công nghệ thông tin tại Bệnh viện

“Đội ngũ bác sĩ tại bệnh viện đều giỏi về chuyên môn và đã có kinh nghiệm làm việc lâu năm, do đó khi khám chữa bệnh thì người bệnh yên tâm hơn, hài lòng hơn” (PVS đại diện P. QLCL)

“BV có chất lượng thăm khám tốt, đội ngũ tay nghề cao. Bên cạnh chuyên môn, thì tôi cũng đánh giá cao về sự tận tình của các y bác sĩ ở đây” (TLN NB)

“Chúng tôi luôn tạo điều kiện, tổ chức các khóa học ngắn hạn, dài hạn cấp chứng chỉ cho cán bộ nhân viên, nhằm nâng cao trình độ chuyên môn. Vừa rồi cũng mới tổ chức xong Khóa học Quản lý vận hành an toàn bệnh viện thời hậu COVID-19, nói chung được sự hưởng ứng tốt” (PVS LĐ khoa).

Thuốc và trang thiết bị

Vật tư tiêu hao, hóa chất, sinh phẩm, thuốc điều trị, đây là một trong những yếu tố quan trọng của chất lượng và kết quả dịch vụ KCB. Bệnh nhân được chẩn đoán ra bệnh nhưng không có thuốc để điều trị thì cũng không thể có trải nghiệm tốt. Thiếu hụt vật tư, thuốc không chỉ xảy ra ở bệnh viện Thành phố Thủ Đức mà còn là vấn đề của nhiều bệnh viện trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh.

Quản trị trong hệ thống y tế

Quy trình khám chữa bệnh ngoại trú dành cho đối tượng có sử dụng thẻ BHYT và người bệnh dịch vụ được công khai rõ ràng, minh họa bằng hình ảnh trực quan. Mô hình khoa khám bệnh thông minh được triển khai thông qua việc ứng dụng công nghệ thông tin trong KCB ngoại trú đem lại nhiều đánh giá, nhận xét tích cực. Các hoạt động kiểm tra giám sát được thực hiện thường xuyên đem lại hiệu quả thiết thực trong công tác quản lý bệnh viện.

Hộp 5. Một số ý kiến về yếu tố quản trị trong hệ thống y tế liên quan đến TNCNB ngoại trú

“BV có 2 hệ thống quy trình lấy người bệnh làm trung tâm, dưới góc độ người bệnh đi đâu, làm gì, gặp ai” (PVS-NVYT)

“quy trình có ghi rõ thời gian chờ đợi cụ thể theo từng nhóm kỹ thuật, kết quả được trả tại phòng khám, tiết kiệm thời gian và công sức, nên chỉ cần người bệnh cầm phiếu hẹn và chờ theo phiếu hẹn là được” (PVS –NVYT).

“BV tăng cường kiểm tra, giám sát, các tổ giám sát định kỳ báo cáo, tìm nguyên nhân tồn tại, đưa ra biện pháp khắc phục từ đó giúp tăng chất lượng phục vụ” (PVS-NVYT).

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trải nghiệm tốt là 85,6%. Trong đó, trải nghiệm tốt nhất là 86,2% về dịch vụ khám chữa bệnh và tỷ lệ thấp nhất về việc cung cấp dịch vụ tiện ích 54,6%. Tỷ lệ người bệnh đánh giá ở mức độ tạm được và sẽ quay trở lại là 50%.

Một số yếu tố liên quan đến trải nghiệm người bệnh: Người bệnh nữ, Người bệnh có học vấn > THPT đều có khả năng có trải nghiệm tốt hơn so với nhóm người bệnh nam và có trình độ học vấn <THPT. Nhóm NB có

thu nhập bình quân <5 triệu VNĐ/tháng có khả năng thấp hơn so với nhóm ≥ 5 triệu.

Nghề nghiệp CB-NV có tỷ lệ trải nghiệm tốt về cơ sở vật chất và về thái độ giao tiếp của NVYT và kết quả cung cấp dịch vụ thấp hơn so với các nghề nghiệp tự do. Nhóm từ 60 tuổi trở lên có khả năng trải nghiệm tốt về thái độ giao tiếp cao hơn so với nhóm dưới 60 tuổi.

Một số yếu tố liên quan qua nghiên cứu định tính: về tài chính y tế đó là hiệu quả của tự chủ tài chính, công khai, minh bạch, rõ ràng về viện phí. Về nhân lực đó là đảm bảo

về số lượng và cơ cấu nhân sự; về hệ thống thông tin của bệnh viện đó là ứng dụng công nghệ thông tin tốt; về thuốc- trang thiết bị đó là cung ứng thuốc và vật tư chưa đảm bảo đủ trong một số thời điểm; về quản trị hệ thống đó là BV đã tiêu chuẩn hóa, công khai quy trình, ứng dụng công nghệ thông tin và kiểm tra giám sát.

V. KIẾN NGHỊ

Bệnh viện cần cải thiện một số điểm chính: về cơ sở hạ tầng, cần sắp xếp và bố trí lại các phòng khám một cách hợp lý, làm rõ lại các biển báo, hướng dẫn và lối đi trong BV. Cải thiện tình trạng nhà vệ sinh đảm bảo sạch sẽ và đầy đủ các tiện nghi. Cải tiến quy trình KCB. Đảm bảo đầy đủ các khu vực chờ khám đầy đủ các tiện ích như nước uống và ghế ngồi, thoáng mát, rộng rãi.

Tăng cường nhắc nhở, tập huấn về quy tắc giao tiếp ứng xử với người bệnh của nhân viên y tế, đặc biệt là đối với các nhân viên phục vụ như hộ lý, bảo vệ...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Bình, Vũ Thị Thu Hương, Nguyễn Duy Tài, et al. (2021) "Trải nghiệm của người bệnh trong quá trình điều trị nội trú tại Bệnh viện Quận 2, thành phố Hồ Chí Minh, năm 2020". Tạp chí Y học Dự phòng, Tập 31 (số 2), 117-125.
2. Trần Thị Diệp, Nguyễn Thị Hoài Thu, Phùng Thanh Hùng, et al. (2022) "Trải nghiệm của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện Thanh Nhân năm 2021 và một số yếu tố liên quan". Journal of Health and Development Studies, Tập. 6 (Số. 05), 9-17,
3. Đặng Tấn Duy, Trương Thị Ngọc Lan, Nguyễn Khánh Thị Liên, et al. (2022) "Trải nghiệm của người bệnh điều trị nội trú tại viện Y Dược học Dân Tộc thành phố Hồ Chí Minh năm 2021". Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển, tập 6 (số 01), 33-40
4. Mai Hóá (2020). Sự hài lòng của người bệnh nội trú về dịch vụ điều trị và một số yếu tố ảnh hưởng tại khoa ngoại tổng hợp bệnh viện Thủ Đức Thành phố Hồ Chí Minh năm 2019, Luận văn Chuyên khoa II, chuyên ngành Tổ chức Quản lý Y tế, Trường Đại học Y tế công cộng, 124 tr.
5. Mai Thị Kiều Oanh, Nguyễn Thị Hồng, Nguyễn Thị Tươi, et al. (2022). "Nghiên cứu trải nghiệm của người bệnh điều trị nội trú tại Viện Điều trị cán bộ cao cấp, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, năm 2022". Tạp chí y dược lâm sàng 108, tập 17 (số 8 - Hội nghị Khoa học Điều dưỡng Bệnh viện TWQĐ 108 năm 2022), 68-76.
6. Nguyễn Minh Quân, Trương Long Vỹ, Đinh Văn Quỳnh (2020). "Sự hài lòng của người bệnh ngoại trú về dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện quận Thủ Đức năm 2019". Tạp chí Y học thực hành, Số 1 (tháng 9/2020), 34-39.
7. Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh (2021). Kết quả khảo sát trải nghiệm của người bệnh trong thời gian điều trị nội trú tại các bệnh viện trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh trong năm 2020.
8. Nguyễn Trọng Sơn, Đinh Ngọc Anh, Đàm Thị Thúy Dung, et al. (2022) "Trải nghiệm của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2021". Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 520 (số 5A), 252-257.
9. Nguyễn Thị Huyền Trâm (2019). Trải nghiệm của người bệnh điều trị nội trú tại Khoa Ngoại, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

- năm 2018 và một số yếu tố liên quan, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội
10. **Lê Minh Trung** (2019). Trải nghiệm của người bệnh sau thời gian điều trị nội trú tại Viện tim TP.HCM năm 2019, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Phạm Ngọc Thạch, TP. HCM,
 11. **Trương Long Vĩ** (2020). Sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh và một số yếu tố ảnh hưởng tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh năm 2019, Luận văn chuyên khoa cấp 2, Chuyên ngành Tổ chức Quản lý Y tế, Trường Đại học Y tế Công cộng, 128 tr.
 12. **Nguyễn Triệu Vũ** (2020). Sự hài lòng của bệnh nhân ngoại trú về dịch vụ khám chữa bệnh và một số yếu tố ảnh hưởng tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Quận Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2019, Luận văn Chuyên khoa II, chuyên ngành Tổ chức quản lý y tế, Trường Đại học Y tế công cộng, 119 tr.
 13. **Bleich S.N., Özaltın E., Murray C.J.** (2009). "How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?". *Bulletin of the World Health Organization*, 87, pp. 271-278.
 14. **Doyle C., Lennox L., Bell D.** (2013). "A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness". *BMJ open*, 3 (1), pp. e001570.
 15. **Passalacqua S.A., Segrin C.** (2012). "The effect of resident physician stress, burnout, and empathy on patient-centered communication during the long-call shift". *Health communication*, 27 (5), pp. 449-456.
 16. **Wolf J.A., Niederhauser V., Marshburn D., et al.** (2014) "Defining Patient Experience". *Patient Experience Journal* 1 (1), pp. 7-19.

CÁC YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG BIẾN CHỨNG TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI TRONG SINH THIẾT KHỐI U PHỔI XUYÊN THÀNH NGỰC DƯỚI HƯỚNG DẪN CẮT LỚP VI TÍNH TẠI BỆNH VIỆN TP. THỦ ĐỨC

Nguyễn Bá Tùng¹, Trần Nguyễn Ái Thanh¹, Nguyễn Hoàng Anh Vũ¹,
Vũ Trí Thanh^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Hương³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ biến chứng tràn khí màng phổi và các yếu tố có thể tiên lượng trong sinh thiết khối u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính.

Phương pháp: Nghiên cứu theo dõi trên 221 người bệnh có tổn thương phổi dạng u nhập viện tại Khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện Thành phố Thủ Đức.

Kết quả: tỷ lệ biến chứng tràn khí màng phổi là 27,6%. Ngoài ra 19,9% có ho ra máu và 5,4% vừa có ho ra máu và tràn khí màng phổi. Khoảng cách thành ngực – mép u trung bình là 37,2mm và xa nhất là 63,2mm. Ngoài ra, khoảng cách đâm kim trung bình ghi nhận là $57,4 \pm 8,8$ mm với khoảng cách ngắn nhất là 30mm và xa nhất là 92,7mm. Kích thước khối u nhỏ nhất là 10mm³ còn kích thước lớn nhất ghi nhận được lên đến 325mm³. Diện tích dưới đường cong ROC của khoảng cách từ thành ngực đến mép u trong tiên lượng biến chứng tràn khí màng phổi là 0,841; ngưỡng 23mm trở lên cho thấy độ nhạy;

độ đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 72,13%; 80,50% và 78,18%. Diện tích dưới đường cong ROC của khoảng cách từ da đến mép u trong dự đoán biến chứng tràn khí màng phổi là 0,839; ngưỡng 39,4mm cho thấy độ nhạy; độ đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 83,61%; 72,50% và 75,57%. Diện tích dưới đường cong ROC của khoảng cách từ da đến thành ngực trong tiên lượng biến chứng tràn khí màng phổi là 0,501 và của khoảng cách từ da đến trung tâm u là 0,678 và của kích thước khối u là 0,308.

Kết luận: Ghi nhận toàn bộ 100% người bệnh lấy được mẫu và tỷ lệ biến chứng tràn khí màng phổi là 27,6% (61/211 người bệnh). Ngoài ra 19,9% có ho ra máu và 5,4% vừa có ho ra máu và tràn khí màng phổi. Toàn bộ 221 người bệnh đều được thực hiện sinh thiết xuyên ngực và trường hợp xa nhất cách thành ngực 63,2mm và khoảng cách trung bình được ghi nhận là 37,2mm. Ngoài ra, khoảng cách đâm kim trung bình ghi nhận là $57,4 \pm 8,8$ mm với khoảng cách ngắn nhất là 30mm và xa nhất là 92,7mm. Kích thước khối u nhỏ nhất là 10mm³ còn kích thước lớn nhất ghi nhận được lên đến 325mm³.

Từ khóa: biến chứng tràn khí màng phổi, sinh thiết khối u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính, Bệnh viện Thành phố Thủ Đức.

SUMMARY

PREDICTIVE FACTORS FOR PNEUMOTHORAX COMPLICATIONS

¹Bệnh viện Thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Công ty Dược phẩm FPT Long Châu

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Tùng
ĐT: 0934912000

Email: ba.tungyds@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

IN TRANSTHORACIC LUNG BIOPSY UNDER COMPUTED TOMOGRAPHY GUIDANCE AT THU DUC CITY HOSPITAL

Objective: To determine the rate of pneumothorax complications and prognostic factors in transthoracic lung tumor biopsy guided by computed tomography.

Methods: Follow-up study on 221 patients with tumor-like lung lesions hospitalized at the Department of General Internal Medicine, Thu Duc City Hospital.

Results: pneumothorax complication rate of 27.6%. Additionally, 19.9% had haemoptysis, and 5.4% had both haemoptysis and pneumothorax. The average chest wall - tumor distance was 37.2mm, with the farthest being 63.2mm. Moreover, the average needle traversal distance was recorded at 57.4 ± 8.8 mm, with the shortest distance being 30mm and the farthest 92.7mm. The smallest tumor size was 10mm³, while the largest recorded size was up to 325mm³. The area under the ROC curve for the distance from the chest wall to the tumor edge in predicting pneumothorax complications was 0.841; a threshold of 23mm or more shows sensitivity, specificity, and accuracy rates of 72.13%, 80.50%, and 78.18%, respectively. The area under the ROC curve for the distance from the skin to the tumor edge in predicting pneumothorax complications was 0.839; a threshold of 39.4mm shows sensitivity, specificity, and accuracy rates of 83.61%, 72.50%, and 75.57%, respectively. The area under the ROC curve for the distance from the skin to the chest wall in predicting pneumothorax complications was 0.501, for the distance from the skin to the center of the tumor was 0.678, and for the tumor size was 0.308.

Conclusion: All 100% of patients had samples taken and the complication rate of pneumothorax was 27.6% (61/211 patients). In addition, 19.9% had hemoptysis and 5.4% had both hemoptysis and pneumothorax. All 221

patients had transthoracic biopsy performed and the furthest case was 63.2mm from the chest wall and the average distance was recorded as 37.2mm. In addition, the average needle insertion distance recorded was 57.4 ± 8.8 mm with the shortest distance being 30mm and the farthest being 92.7mm. The smallest tumor size is 10mm³ while the largest recorded size is up to 325mm³.

Keywords: complications of pneumothorax, transthoracic lung tumor biopsy under computed tomography guidance, Thu Duc City Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong do ung thư trên toàn cầu. Tại Việt Nam, ung thư phổi khá thường gặp nhưng đa số trường hợp thường được phát hiện khá muộn với tiên lượng tử vong cao. Lấy mẫu xuyên thành ngực bao gồm chọc hút hoặc sinh thiết cắt từ lâu được coi là một kỹ thuật tương đối an toàn và có khả năng chẩn đoán cao đặc biệt với bệnh lý ác tính (độ nhạy 64-97%, độ đặc hiệu 86-100%) cho những tổn thương ngoại vi lồng ngực mà nội soi không với tới được [1]. Sinh thiết cắt cho mẫu mô lớn thích hợp cho chẩn đoán giải phẫu bệnh, mẫu mô lớn giúp đạt tới chẩn đoán được một u lành đặc hiệu với độ chính xác cao (52-91%). Tuy nhiên kỹ thuật này vẫn có các biến chứng thường gặp như: tràn khí màng phổi (26%) và chảy máu (10%) [2],[3]. Tràn khí màng phổi được báo cáo rộng rãi là biến chứng phổ biến nhất của sinh thiết xuyên ngực. Tràn khí màng phổi đủ nghiêm trọng để yêu cầu đặt dẫn lưu màng phổi cũng thường được ghi nhận là biến chứng nghiêm trọng nhất, cần phải thực hiện thủ thuật mà có thể gây đau và phải nằm viện. Tại khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện thành phố Thủ Đức, hầu hết người bệnh

được chỉ định nội soi phế quản nếu có u phổi. Ở những người bệnh không có được chẩn đoán mô bệnh học sau nội soi vì không thấy u trong lòng phế quản hoặc sinh thiết cho kết quả âm tính sẽ được chỉ định sinh thiết u phổi xuyên ngực bằng kim Trucut, sau khi được đánh giá giai đoạn phù hợp và hội chẩn với các chuyên khoa có liên quan. Tuy đã triển khai và ứng dụng trên 5 năm tuy nhiên vẫn ghi nhận những ca có biến chứng. Do đó, nghiên cứu này được tiến hành nhằm theo dõi tỷ lệ biến chứng tràn khí màng phổi và các yếu tố có thể tiên lượng cho biến chứng này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả, hồi cứu

Đối tượng nghiên cứu: 221 người bệnh có tổn thương phổi dạng u nhập viện tại Khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện Thành phố Thủ Đức trong thời gian từ 01/01/2017 đến 30/12/2022.

Tiêu chuẩn nhận bệnh

- Người bệnh được xác định tổn thương phổi và màng phổi dạng u qua chụp CT ngực và không thể chẩn đoán bản chất bằng những phương pháp khác mô học như soi phế quản chọc hút xuyên thành phế quản, xét nghiệm tế bào của dịch rửa phế quản.

- Người bệnh có chỉ định thực hiện sinh thiết xuyên thành ngực

- Người bệnh đồng ý tiến hành thủ thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Có rối loạn đông, cầm máu nặng không điều chỉnh được: số lượng tiểu cầu < 50 giga/lít; tỷ lệ prothrombin < 50%.

- Nghi tổn thương u mạch.

- Có kén hơi ở vùng định chọc kim qua.

- Đã cắt phổi bên đối diện.

- Ho quá nhiều không cầm được.

- Suy tim, rối loạn nhịp tim, suy hô hấp nặng, huyết động không ổn định.

- Người bệnh không hợp tác (chống chỉ định tương đối).

- Có bệnh phổi tắc nghẽn vừa hoặc nặng (FEV1 < 1L). Người bệnh thở máy.

- Người bệnh không nằm được.

- Người bệnh không đồng ý thực hiện kỹ thuật.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm STATA 14.0 để phân tích, sử dụng phép thống kê mô tả cho đặc điểm người bệnh; sử dụng phép kiểm Chi bình phương để xác định yếu tố liên quan đến biến chứng tràn khí màng phổi, mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Đánh giá ngưỡng tiên lượng biến chứng tràn khí màng phổi ở người bệnh thông qua các chỉ số đo lường kích thước u, các khoảng cách đến khối u bằng phương pháp phân tích đường cong ROC với các chỉ số độ nhạy, độ đặc hiệu. Biểu diễn đường cong ROC có tọa độ tương ứng ở trục hoành là tỷ lệ dương tính giả của xét nghiệm, trục tung là độ nhạy của xét nghiệm và phần diện tích dưới đường cong ROC (gọi tắt là AUROC), nếu đường cong lệch lên trên và sang trái càng nhiều thì xét nghiệm càng có giá trị chẩn đoán. Chọn các biến số có diện tích dưới đường cong ROC lớn hơn 0,7 rồi mới sử dụng hệ số độ nhạy và độ đặc hiệu để xác định ngưỡng tiên lượng từ vong.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu được ghi nhận trên 221 người bệnh tổn thương phổi và màng phổi dạng u có chỉ định sinh thiết xuyên ngực trong giai đoạn từ 01/01/2017 đến 30/12/2022 tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n=221)

Đặc điểm		Tần suất	Tỷ lệ
Giới	Nam	140	63,4
	Nữ	81	36,6
Độ tuổi	20 đến 39 tuổi	15	6,8
	40 đến 59 tuổi	93	42,1
	60 trở lên	113	51,1
Đặc điểm		Trung bình	Độ lệch chuẩn
Tuổi		59,7	11,9

Đặc điểm của người bệnh bao gồm: nam giới là 140 người (chiếm tỷ lệ 63,4%), nữ giới chiếm 81 người (tỷ lệ 36,6%). Tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là $59,7 \pm 11,9$ tuổi. Khả năng lấy được mẫu là 100% và số lần chọc kim trung bình là 4,1 lần/1 người bệnh, trong đó ghi nhận 11 người bệnh lấy mẫu lại lần 2.

Bảng 2. Kích thước u và các khoảng cách (n=221)

Đặc điểm	TB $\pm$ DLC	Trung vị (Khoảng tứ vị)	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Khoảng cách da – thành ngực (mm)	$19,8 \pm 1,2$	19,8 (18,9 – 20,5)	17	23,4
Khoảng cách da – mép u (mm)	$37,2 \pm 11,4$	38 (29 – 46)	17	63,2
Khoảng cách thành ngực – mép u (mm)	$17,5 \pm 11,3$	18,5 (10,7 – 26,4)	0	44,3
Khoảng cách đâm kim (mm)	$57,4 \pm 8,8$	57,6 (51 – 62)	30	92,7
Khoảng cách thành ngực – trung tâm u (mm)	$36,6 \pm 8,7$	37,7 (30,8 – 42)	9,6	71,5
Kích thước u (mm ³)	$101,5 \pm 338,6$	21 (3,1 – 71,2)	10	325

Tất cả 221 người bệnh đều được tiến hành sinh thiết dưới hướng dẫn của CT, trường hợp gần nhất là sát thành ngực, trường hợp xa nhất cách thành ngực 63,2mm và khoảng cách trung bình được ghi nhận là 37,2mm. Ngoài ra, khoảng cách đâm kim trung bình ghi nhận là $57,4 \pm 8,8$ mm với

khoảng cách ngắn nhất là 30mm và xa nhất là 92,7mm. Kích thước khối u nhỏ nhất là 10mm³ còn kích thước lớn nhất ghi nhận được lên đến 325mm³.

Tỷ lệ biến chứng tràn khí màng phổi của sinh thiết xuyên ngực

Bảng 3. Biến chứng sinh thiết xuyên ngực (n=221)

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Ho ra máu	44	19,9
Ho ra máu + tràn khí màng phổi	12	5,4
Tràn khí màng phổi	61	27,6

Kết quả nghiên cứu ghi nhận không có trường hợp thuyên tắc khí nào xảy ra. Chỉ có 44/221 trường hợp có ho ra máu, chiếm tỷ lệ 19,9%. Các trường hợp ho ra máu tự giới hạn trong vòng 24h mà không cần điều trị. Ghi nhận 12/221 trường hợp (tỷ lệ 5,4%) vừa có ho ra máu và tràn khí màng phổi, cả 12 người bệnh đều tự giới hạn với thở oxy 5L/phút qua Cannula.

Kết quả theo dõi ghi nhận 61/221 trường hợp (27,6%) có tràn khí màng phổi đơn thuần, và trong đó chỉ 4 trường hợp tràn khí màng phổi lượng nhiều cần đặt dẫn lưu màng phổi.

Các yếu tố tiên lượng biến chứng tràn khí màng phổi của sinh thiết xuyên ngực

Bảng 4. Tương quan giữa tràn khí màng phổi và các khoảng cách

	Tràn khí màng phổi		p (*)
	Có (n=61)	Không (n=150)	
Khoảng cách thành ngực – mép u <20mm	10 (8,3%)	112 (91,7%)	<0,0001
Khoảng cách thành ngực – mép u ≥20mm	51 (51,5%)	48 (48,5%)	
Khoảng cách da – mép u <40mm	10 (7,2%)	118 (92,8%)	<0,0001
Khoảng cách da – mép u ≥40mm	51 (54,8%)	42 (45,2%)	

Ghi chú: (*) kiểm định Chi bình phương

Kết quả ghi nhận có mối liên hệ giữa các khoảng cách và biến chứng tràn khí màng phổi. Trong đó ghi nhận, trên tổng số 99 người bệnh có khoảng cách thành ngực – mép u ≥20mm thì tỷ lệ tràn khí màng phổi là

51,5% trong khi ở nhóm <20mm chỉ là 8,3% (p<0,0001). Tương tự, ghi nhận trong tổng số 93 người bệnh có khoảng cách da – mép u ≥40mm thì tỷ lệ tràn khí màng phổi là 54,8% trong khi ở nhóm có khoảng cách da – mép u <40mm chỉ là 7,2%.

Bảng 5. Độ nhạy và độ đặc hiệu của khoảng cách từ thành ngực đến mép u trong tiên lượng biến chứng tràn khí màng phổi

Ngưỡng cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ chính xác
≥ 10 mm	98,36%	32,08%	50,45%
≥ 16 mm	83,61%	72,50%	75,57%
≥ 20,3 mm	83,61%	70,44%	74,09%
≥ 23 mm	72,13%	80,50%	78,18%

Thông quan phân tích ngưỡng cắt ghi nhận nếu khoảng cách từ thành ngực đến mép u ≥23mm sẽ có độ chính xác cao nhất với 78,18%; độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 72,13% và 80,50%.

Bảng 6. Độ nhạy và độ đặc hiệu của khoảng cách từ da đến mép u trong tiên lượng biến chứng tràn khí màng phổi

Ngưỡng cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ chính xác
$\geq 35,7$ mm	91,80%	50,00%	61,54%
$\geq 39,4$ mm	83,61%	72,50%	75,57%
≥ 42 mm	78,69%	75,63%	76,47%

Thông quan phân tích ngưỡng cắt ghi nhận nếu khoảng cách từ da đến mép u ≥ 42 mm sẽ có độ chính xác cao nhất với 76,47%; độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 78,69% và 75,63%.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Người bệnh trong nhóm nghiên cứu tuổi trung bình 59,7 phù hợp với các nghiên cứu khảo sát các người bệnh u phổi khác. Tỷ lệ nam cao hơn nữ (63,4% so với 36,6%) cũng phù hợp vì ung thư là chẩn đoán phổ biến trong nhóm nghiên cứu, thường gặp hơn ở nam do tỷ lệ hút thuốc lá cao. Bên cạnh đó theo nhiều nghiên cứu cho thấy hút thuốc lá là nguy cơ chủ yếu dẫn đến các tổn thương trên phổi, đặc biệt là u phổi. Khả năng lấy được mẫu là 100% và ghi nhận 11 người bệnh lấy mẫu lại lần 2. Tỷ lệ lấy mẫu được là 100% trong khi Harrison ghi nhận 81/89 trường hợp (82,7%). Trong nghiên cứu này khả năng lấy mẫu được cao là do tất cả các người bệnh đều được làm dưới hướng dẫn của CT dù u nằm sát thành ngực. Có thể thấy, sinh thiết dưới hướng dẫn của CT có thể làm tăng khả năng lấy mẫu lên đáng kể, có thể tránh cho người bệnh phải sinh thiết lại do lấy mẫu thất bại. Một số nguyên nhân thất bại trong khi lấy mẫu đã được báo cáo: Tràn khí màng phổi trước khi lấy được mẫu, bệnh nhân không giữ yên tư thế, không thể nín thở, hợp tác kém (giảm thị lực, lú lẫn ở

người lớn tuổi...).

Biến chứng tràn khí màng phổi của sinh thiết xuyên ngực

Tỷ lệ tràn khí màng phổi trong nghiên cứu là 27,6% (61 người bệnh), số người bệnh phải đặt dẫn lưu màng phổi là 1,9%. Thấp hơn so với nghiên cứu phân tích gộp gần đây là 38.8% tràn khí màng phổi và 5,7% cần dẫn lưu màng phổi. Theo nghiên cứu này các yếu tố như giới tính, tuổi, số lượng mẫu thu được không phải là yếu tố nguy cơ làm tăng biến chứng khi sinh thiết, tương tự như nghiên cứu của Bozbaş và Tongbai và cs. Tuy nhiên một vài nghiên cứu chỉ ra rằng, nhóm người bệnh ở độ tuổi 60 và 70 có vẻ có nguy cơ cao hơn và nhóm người bệnh ở độ tuổi ≥ 80 lại có nguy cơ thấp hơn. Các yếu tố như kích thước khối u, khoảng cách sinh thiết ảnh hưởng đến nguy cơ biến chứng tràn khí màng phổi tương tự như những nghiên cứu khác.

Các nghiên cứu của tác giả khác cũng chỉ ra thêm những yếu tố nguy cơ khác: Kim đi xuyên qua rãnh liên thùy, vùng phổi xơ hay khí phế thũng. Biến chứng ho ra máu trong nghiên cứu khoảng 20%, đa số là ho ra máu thoáng qua, tự cầm sau 3 - 6 giờ và không có người bệnh nào kéo dài quá 12 giờ. Tỷ lệ này tương tự những nghiên cứu khác, 20 - 30%. Các nghiên cứu cũng ghi nhận khoảng cách từ màng phổi đến u có thể liên quan đến tỷ lệ chảy máu sau sinh thiết. Nghiên cứu trên, họ có lượng bệnh mà khối u nằm xa màng phổi không nhiều (22,75% >

2,5cm). Trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng thuyên tắc khí. Đây là biến chứng rất hiếm gặp. Theo y văn và những nghiên cứu khác, tỷ lệ biến chứng thuyên tắc khí và gieo rắc tế bào ung thư dọc đường đi của kim chỉ khoảng 0,2 - 1%. Các nghiên cứu nhận thấy nguy cơ tràn khí màng phổi cao nhất ở những người bệnh trong độ tuổi 60-69, với nguy cơ thấp hơn ở những người bệnh trẻ tuổi (có thể phản ánh dân số khỏe mạnh hơn, khỏe mạnh hơn) và ở những người bệnh cao tuổi (có thể phản ánh sự thiên vị lựa chọn mà qua đó người bệnh cao tuổi yếu đuối có nguy cơ mắc bệnh cao hơn). nguy cơ biến chứng không được chuyển đến sinh thiết). Ở cấp độ trung tâm y tế, không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số lượng thủ tục sinh thiết được thực hiện và nguy cơ biến chứng. Zhao YF và cs (2017) ghi nhận tràn khí màng phổi xảy ra ở 31,4% (271/864) trường hợp. Phân tích đơn biến cho thấy các yếu tố nguy cơ đáng kể của tràn khí màng phổi bao gồm tuổi tác, khí thũng, kích thước tổn thương nhỏ, không có sự tiếp xúc giữa tổn thương và màng phổi, tư thế nằm sấp hoặc nằm nghiêng. Các yếu tố nguy cơ độc lập của tràn khí màng phổi trong phân tích hồi quy logistic đa biến bao gồm khí thũng ($p=0,000$), không có tiếp xúc giữa tổn thương và màng phổi ($p=0,000$), tư thế nằm sấp hoặc nằm nghiêng ($p=0,002$) và số lần đâm kim ($p=0,000$). Độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của mô hình dự đoán tràn khí màng phổi lần lượt là 56,8%, 79,6% và 72,5%. Trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi tập trung xác định mức độ nguy cơ của các yếu tố về khoảng cách với khối u. Polat và cs (2023) ghi nhận kích thước trung bình của khối u là $34,67 \pm 18,73$ mm và độ sâu tổn thương tính từ bề mặt màng phổi là $27,21$

$\pm 19,41$ mm. Kích thước khối u trung bình ở người bệnh có và không có ống dẫn lưu màng phổi lần lượt là $37,14 \pm 19,97$ mm và $33,21 \pm 17,85$ mm ($p=0,09$). Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận không có mối liên hệ giữa kích thước u và các biến chứng của sinh thiết. Ngoài ra nghiên cứu trên cũng ghi nhận độ sâu tổn thương tính từ bề mặt màng phổi là $34,62 \pm 19,80$ mm ở người bệnh đặt ống dẫn lưu màng phổi, trong khi đó là $22,81 \pm 17,82$ mm ở người bệnh không đặt ống dẫn lưu màng phổi ($p<0,01$). Mặc dù không có mối liên quan giữa kích thước tổn thương và vị trí đặt ống dẫn lưu màng phổi, nhưng độ sâu của tổn thương tính từ bề mặt màng phổi có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm. Phân tích ROC được thực hiện để ước tính nhu cầu đặt ống dẫn lưu màng phổi theo độ sâu của tổn thương tính từ bề mặt màng phổi. Nếu độ sâu tổn thương tính từ bề mặt màng phổi >24 mm thì độ nhạy là 70,1% và độ đặc hiệu là 64,5%. Tương tự như nghiên cứu của chúng tôi khi cho thấy 23mm là ngưỡng bắt đầu dự đoán được nguy cơ.

Hạn chế của nghiên cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu lớn nhưng chưa có nhóm so sánh. Các trường hợp chủ yếu nguyên nhân xác định bằng theo dõi và điều trị trong khi đó thời gian theo dõi còn khá ngắn vì vậy có nhiều trường hợp chẩn đoán xác định còn chưa ghi nhận. Chúng tôi chưa mở rộng nghiên cứu trên các đối tượng u lành, u ác mà không có chỉ định phẫu thuật chưa được nội soi theo như y văn.

V. KẾT LUẬN

Ghi nhận toàn bộ 100% người bệnh lấy được mẫu và tỷ lệ biến chứng tràn khí màng phổi là 27,6% (61/211 người bệnh). Ngoài ra 19,9% có ho ra máu và 5,4% vừa có ho ra

máu và tràn khí màng phổi. Toàn bộ 221 người bệnh đều được thực hiện sinh thiết xuyên ngực và trường hợp xa nhất cách thành ngực 63,2mm và khoảng cách trung bình được ghi nhận là 37,2mm. Ngoài ra, khoảng cách đâm kim trung bình ghi nhận là $57,4 \pm 8,8$ mm với khoảng cách ngắn nhất là 30mm và xa nhất là 92,7mm. Kích thước khối u nhỏ nhất là 10mm³ còn kích thước lớn nhất ghi nhận được lên đến 325mm³.

Diện tích dưới đường cong ROC của khoảng cách từ thành ngực đến mép u trong tiên lượng biến chứng tràn khí màng phổi là 0,841; ngưỡng 23mm trở lên cho thấy độ nhạy; độ đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 72,13%; 80,50% và 78,18%. Diện tích dưới đường cong ROC của khoảng cách từ da đến mép u trong dự đoán biến chứng tràn khí màng phổi là 0,839; ngưỡng 39,4mm cho thấy độ nhạy; độ đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 83,61%; 72,50% và 75,57%. Diện tích dưới đường cong ROC của khoảng cách từ da đến thành ngực trong tiên lượng biến chứng tràn khí màng phổi là 0,501 và của khoảng cách từ da đến trung tâm u là 0,678 và của kích thước khối u là 0,308. Kết quả ghi nhận có mối liên hệ giữa các khoảng cách và biến chứng tràn khí màng phổi. Tỷ lệ tràn khí màng phổi là 51,5% ở người bệnh có khoảng cách thành ngực – mép u ≥ 20 mm thì trong khi ở nhóm < 20 mm là 8,3% ($p < 0,0001$). Tỷ lệ tràn khí màng phổi là 54,8% ở người bệnh có khoảng cách da – mép u ≥ 40 mm trong khi

ở nhóm có khoảng cách da – mép u < 40 mm là 7,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Parkin, D.M., et al.,** *Estimating the world cancer burden: Globocan 2000*. Int J Cancer, 2001. **94**(2): p. 153-6.
2. **Thắng, P.L.,** Nghiên cứu điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn II, IIIa bằng phẫu thuật triệt căn và hóa - xạ trị hỗ trợ, in Luận án tiến sĩ. 2017.
3. **Toàn, N.K. and T.V.** Tờ, Hiệu quả điều trị bước một ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn iv bằng pembrolizumab phối hợp bộ đôi platinum. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2023. 162(1): p. tr.121-128.
4. **Ost, D.,** The Solitary Pulmonary Nodule: A Systematic Approach. Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders. Fourth Edition. 2008: p. p.1816-1830.
5. **Nooreldeen, R. and H. Bach,** Current and Future Development in Lung Cancer Diagnosis. Int J Mol Sci, 2021. 22(16).
6. **Rivera, M.P., A.C. Mehta, and M.M. Wahidi,** Establishing the diagnosis of lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest, 2013. 143(5 Suppl): p. e142S-e165S.
7. **Winokur, R.S., et al.,** Percutaneous lung biopsy: technique, efficacy, and complications. Semin Intervent Radiol, 2013. 30(2): p. 121-7.
8. **Beslic, S., F. Zukic, and S. Milisic,** Percutaneous transthoracic CT guided biopsies of lung lesions; fine needle aspiration biopsy versus core biopsy. Radiol Oncol, 2012. **46**(1): p. 19-22.
9. **Harrison, B.D., et al.,** Percutaneous Trucut lung biopsy in the diagnosis of localised pulmonary lesions. Thorax, 1984. 39(7): p. 493-9

TỈ LỆ NHIỄM GIANG MAI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI SỬ DỤNG DỊCH VỤ DỰ PHÒNG TRƯỚC PHƠI NHIỄM TẠI BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC

Trần Nguyễn Ái Thanh¹, Nguyễn Hoàng Anh Vũ¹, Phan Thị Hoài Yên^{1,2},
Nguy Như Ngọc Chiêu¹, Vũ Trí Thanh^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Hương³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) đã làm thay đổi cách phòng ngừa HIV và ứng dụng của nó trên toàn thế giới. Tuy nhiên, các nghiên cứu đã chỉ ra một nghịch lý trong đó PrEP giúp giảm tỉ lệ HIV nhưng lại tăng nguy cơ nhiễm STIs, đặc biệt là trong các nhóm có nguy cơ cao như nam giới quan hệ tình dục với nam giới (MSM) và nữ hành nghề mại dâm. Nghiên cứu được tiến hành nhằm xác định tỉ lệ nhiễm giang mai và các yếu tố liên quan ở người sử dụng PrEP tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức.

Phương pháp: kiểm định chi-bình phương và OR được sử dụng để phân tích nguy cơ của các yếu tố như tuổi, giới tính, nghề nghiệp với nhiễm giang mai.

Kết quả: Tỉ lệ nhiễm giang mai ở người sử dụng PrEP là 11,3%. Các yếu tố nguy cơ làm gia tăng nguy cơ nhiễm giang mai bao gồm: là nam giới (OR=8,21 KTC 95%: 1,38 – 32,96; p=0,013); tuổi từ 26 đến 35 (OR=2,31; KTC95%: 1,48 – 3,61; p<0,0001). Trong khi dân

tộc không liên quan và nghề nghiệp như lao động tự do, buôn bán làm giảm nguy cơ nhiễm giang mai so với làm công nhân (OR= 0,46; KTC 95%: 0,23 – 0,89; p=0,023).

Kết luận: Cần phải có các chương trình sàng lọc định kỳ và phát hiện sớm STIs ở người dùng PrEP để tối ưu hóa hiệu quả điều trị.

Từ khóa: bệnh lây truyền qua đường tình dục, giang mai, HIV, dự phòng trước phơi nhiễm.

SUMMARY

SYPHILIS INFECTION RATE AND RELATED FACTORS AMONG PRE-EXPOSURE PROPHYLAXIS USERS AT THU DUC CITY HOSPITAL

Introduction: Pre-exposure prophylaxis (PrEP) has changed the way HIV prevention is approached and its application worldwide. However, studies have indicated a paradox where PrEP reduces HIV rates but increases the risk of STIs, especially in high-risk groups such as men who have sex with men (MSM) and female sex workers. This study was conducted to determine the rate of syphilis infection and related factors among PrEP users at Thu Duc City Hospital. Methods: Chi-square tests and ORs were used to analyze the risk factors such as age, gender, and occupation with syphilis infection.

Results: The rate of syphilis infection in PrEP users was 11.3%. Risk factors that increased the risk of syphilis infection included: being male (OR=8.21, 95% CI: 1.38 – 32.96;

¹Bệnh viện Thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Công ty Dược phẩm FPT Long Châu

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Ái Thanh
ĐT: 0917156617

Email: dotranaithanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

$p=0.013$); aged between 26 and 35 ($OR=2.31$; 95% CI: 1.48 – 3.61; $p<0.0001$). Ethnicity was not related, and occupations such as freelance work and trading reduced the risk of syphilis infection compared to being a factory worker ($OR=0.46$; 95% CI: 0.23 – 0.89; $p=0.023$).

Conclusion: Regular screening programs and early detection of STIs in PrEP users are necessary to optimize treatment efficacy.

Keywords: sexually transmitted diseases, syphilis, HIV, pre-exposure prophylaxis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phòng ngừa lây nhiễm HIV vẫn là một thách thức lớn đối với sức khỏe cộng đồng. Dự phòng trước phơi nhiễm, hay còn gọi là PrEP, đã được chứng minh là hiệu quả chống lại việc nhiễm HIV trong các nhóm dân số có nguy cơ cao và ngày càng được mở rộng sử dụng. Gói phòng ngừa HIV bao gồm sàng lọc các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STIs), tư vấn giảm thiểu rủi ro và khuyến cáo sử dụng bao cao su [1]. Dịch vụ PrEP đường uống đã có mặt tại Việt Nam từ năm 2017 và có thể được tiếp cận ở 29 trong số 63 tỉnh của Việt Nam, với 32,000 người đang sử dụng vào năm 2021 [2]. PrEP được coi là một chiến lược phòng ngừa cho các nhóm dân số có “nguy cơ cao” nhiễm HIV tại Việt Nam, bao gồm nam giới quan hệ tình dục với nam giới (MSM), người chuyển giới, người sử dụng ma túy tiêm, phụ nữ mại dâm và nam giới hoặc nữ quan hệ tình dục với bạn tình có nguy cơ cao nhiễm HIV [2-4]. Đối với những người trên 50 tuổi có nguy cơ cao nhiễm HIV, WHO đã khuyến cáo mạnh mẽ về việc sử dụng PrEP vào năm 2015 [5].

PrEP hiệu quả trong việc ngăn chặn sự lây truyền HIV qua đường tình dục; tuy nhiên liệu pháp này không cung cấp bảo vệ chống lại STIs [6, 7]. Trên toàn cầu, tỉ lệ

STIs đang gia tăng, đáng chú ý là giang mai, lậu và chlamydia trong nhóm MSM và/hoặc nhóm có nhiều bạn tình, đặc biệt là ở các nước thu nhập thấp và trung bình. Hơn nữa, đã có báo cáo ghi tỉ lệ nhiễm STIs liên quan đến việc bắt đầu sử dụng PrEP. Mặc dù có những phát hiện từ các nghiên cứu theo dõi, dữ liệu từ các nước thu nhập thấp và trung bình vẫn còn hạn chế [8]. Việc sử dụng PrEP có thể tạo ra hiện tượng gọi là “sự bù trừ rủi ro”, trong đó người dùng có thể (1) giảm sử dụng bao cao su, (2) có thêm bạn tình mới nhanh chóng, (3) tham gia vào hoạt động tình dục thường xuyên hơn, (4) chuyển từ các hoạt động tình dục có rủi ro thấp sang những hoạt động có rủi ro cao hơn (ví dụ, chuyển từ quan hệ tình dục qua đường miệng sang quan hệ tình dục qua đường hậu môn), (5) thay đổi từ các tư thế tình dục có rủi ro thấp sang tư thế có rủi ro cao hơn [9].

Giang mai là một bệnh lây truyền qua đường tình dục do vi khuẩn *Treponema pallidum* gây ra, có thể dẫn đến các biến chứng nặng về thần kinh và mắt nếu không được điều trị [10-12]. Giang mai có thể được truyền từ người này sang người khác qua quan hệ tình dục miệng, âm đạo hoặc hậu môn, trong quá trình mang thai và thông qua truyền máu. Giang mai là một dạng bệnh lan rộng, trong đó sự xâm nhập của vi khuẩn vào hệ thần kinh trung ương xảy ra sớm trong quá trình nhiễm bệnh, bất kể tình trạng kháng thể của bệnh nhân [13]. WHO (2023) ước tính rằng có 22,3 triệu người bị nhiễm giang mai, với khoảng 7,1 triệu người trưởng thành từ 15–49 tuổi nhiễm giang mai trong năm 2020, bảy trên mỗi 1,000 phụ nữ mang thai bị giang mai vào năm 2016. Gao và cs (2013) phát hiện rằng sự tăng cao nhất trong số ca nhiễm giang mai xảy ra ở những người từ 20–29 tuổi từ năm 1999 đến 2012 [14].

Ngoài ra các nghiên cứu cũng ghi nhận rằng nam giới có tỉ lệ giang mai cao hơn phụ nữ [15, 16].

Sự đồng nhiễm các bệnh lý STIs có thể gây ra gánh nặng lớn cho người dùng PrEP và hệ thống y tế [17]. Mặc dù các nghiên cứu trước đây đã khám phá tỉ lệ mắc giang mai và các yếu tố ảnh hưởng liên quan tại Việt Nam, hầu hết các nghiên cứu chỉ đề cập đến các nhóm dân số chủ chốt như MSM, người sử dụng ma túy tiêm, người làm việc trong lĩnh vực mại dâm, người chuyển giới, phụ nữ mang thai, v.v. Do đó nghiên cứu được tiến hành nhằm: **Xác định tỉ lệ nhiễm giang mai và các yếu tố liên quan ở người dùng PrEP tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu và thu thập dữ liệu

Dữ liệu được thu thập trên 875 người sử dụng PrEP ≥ 18 tuổi tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ ngày 1 tháng 12 năm 2022 đến ngày 31 tháng 12 năm 2023. Các đối tượng tham gia là người dùng PrEP đồng ý tham gia nghiên cứu và có đầy đủ thông tin như đặc điểm nhân khẩu (giới tính, nơi cư trú, tuổi, nghề nghiệp). Ngoài ra các đối tượng tham gia phải có đầy đủ các xét nghiệm sàng lọc

HBsAg, kháng thể HCV, xét nghiệm HIV bằng phương pháp Elisa. Tất cả mẫu huyết thanh đều được xét nghiệm bằng phương pháp phản ứng hemagglutination *Treponema pallidum* (TPHA; Sanofi Diagnostics Pasteur, Paris, Pháp) cho giang mai. Tính dương tính của TPHA được coi là dấu hiệu suốt đời của nhiễm giang mai quá khứ hoặc hiện tại. Tất cả các xét nghiệm đều được thực hiện tại Phòng xét nghiệm, Bệnh viện Thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam.

Phân tích dữ liệu

Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 25.0.

Đặc điểm nhân khẩu học xã hội được trình bày bằng thống kê mô tả. Kiểm định chi-square được thực hiện để xác định các yếu tố liên quan đến dương tính với giang mai. Giá trị $p < 0.05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Tỉ số Odds (OR) và khoảng tin cậy 95% (CI) được biểu diễn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu trên 875 người sử dụng dịch vụ PrEP tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh ghi nhận có 99 người dương tính với giang mai (chiếm tỉ lệ 11,3%). Đặc điểm nhân khẩu được trình bày trong bảng dưới:

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học

Đặc điểm	Kết quả xét nghiệm giang mai		
	Dương tính	Âm tính	Tổng
Giới tính			
Nam	98 (12,1)	716 (87,9)	814
Nữ	1 (1,6)	60 (98,4)	61
Tuổi			
18 đến 25 tuổi	41 (8)	472 (92)	513
26 đến 35 tuổi	47 (16,7)	234 (83,3)	281
36 đến 45 tuổi	7 (11,9)	52 (88,1)	59
46 tuổi trở lên	4 (18,2)	18 (81,8)	22

Dân tộc			
Kinh	98 (11,2)	773 (88,8)	871
Khác	1 (25)	3 (75)	4
Nghề nghiệp			
Công nhân	43 (15,6)	233 (84,4)	276
Học sinh, sinh viên	18 (10,2)	158 (89,8)	176
Lao động tự do/Không có việc ổn định	12 (7,8)	142 (92,2)	154
Khác	26 (9,7)	243 (90,3)	269

Kết quả cho thấy nam giới dương tính với giang mai cao với 12,1% người sử dụng PrEP. Ngoài ra nghiên cứu ghi nhận độ tuổi từ 18 đến 25 có tỉ lệ người sử dụng PrEP cao nhất với hơn 50%.

Bảng 2. Mối liên hệ giữa giới và giang mai ở người sử dụng PrEP

Giới tính	Kết quả xét nghiệm giang mai		OR (KTC95%)	Giá trị p
	Dương tính	Âm tính		
Nữ	1 (1,6)	60 (98,4)	1	0,013
Nam	98 (12,1)	716 (87,9)	8,21 (1,38 – 32,96)	

Kết quả ghi nhận có mối liên hệ giữa giới tính và giang mai, trong đó nam giới có nguy cơ giang mai cao hơn nữ giới (OR=8,21 KTC95%: 1,38 – 32,96; p=0,013).

Bảng 3. Mối liên hệ giữa nhóm tuổi và giang mai ở người sử dụng PrEP

Nhóm tuổi	Kết quả xét nghiệm giang mai		OR (KTC95%)	Giá trị p
	Dương tính	Âm tính		
18 đến 25 tuổi	41 (8)	472 (92)	1	
26 đến 35 tuổi	47 (16,7)	234 (83,3)	2,31 (1,48 – 3,61)	<0,0001
36 đến 45 tuổi	7 (11,9)	52 (88,1)	1,55 (0,66 – 3,63)	0,313
46 tuổi trở lên	4 (18,2)	18 (81,8)	2,56 (0,83 – 7,91)	0,103

Kết quả bảng 4 ghi nhận độ tuổi từ 26 đến 35 là yếu tố nguy cơ của nhiễm giang mai ở những người sử dụng dịch vụ PrEP so với nhóm từ 18 đến 25 tuổi (OR=2,31; KTC95%: 1,48 – 3,61; p<0,0001).

Bảng 4. Mối liên hệ giữa dân tộc và giang mai ở người sử dụng PrEP

Dân tộc	Kết quả xét nghiệm giang mai		OR (KTC95%)	Giá trị p
	Dương tính	Âm tính		
Kinh	98 (11,2)	773 (88,8)	1	0,405
Khác	1 (25)	3 (75)	2,63 (0,27 – 25,52)	

Không ghi nhận có mối liên hệ giữa dân tộc và nhiễm giang mai ở những người sử dụng dịch vụ PrEP.

Bảng 5. Mối liên hệ giữa nghề nghiệp và giang mai ở người sử dụng PrEP

Giới tính	Kết quả xét nghiệm giang mai		OR (KTC95%)	Giá trị p
	Dương tính	Âm tính		
Công nhân	41 (8)	472 (92)	1	
Học sinh, sinh viên	47 (16,7)	234 (83,3)	0,62 (0,34 – 1,11)	0,107
Lao động tự do/Buôn bán	7 (11,9)	52 (88,1)	0,46 (0,23 – 0,89)	0,023
Khác	4 (18,2)	18 (81,8)	0,58 (0,35 – 1,02)	0,055

Kết quả bảng 5 cho thấy có các nghề nghiệp như lao động tự do, buôn bán làm giảm nguy cơ nhiễm giang mai so với nghề nghiệp là công nhân (OR= 0,46; KTC 95%: 0,23 – 0,89; p=0,023)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 875 người sử dụng dịch vụ PrEP tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, ghi nhận có 99 người dương tính với giang mai, chiếm tỉ lệ 11,3%. So sánh với nghiên cứu của Pathela và cs (2013), trong đó tỉ lệ nhiễm giang mai trong nhóm sử dụng PrEP cũng được báo cáo là tương đối cao, cho thấy rằng việc sử dụng PrEP có thể dẫn đến việc giảm cảnh giác với việc lây nhiễm các STI khác ngoài HIV [18]. Điều này càng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc giáo dục về sức khỏe tình dục toàn diện, không chỉ tập trung vào việc ngăn chặn HIV mà còn bao gồm cả các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác như giang mai.

Nghiên cứu của chúng tôi xác định giới tính, độ tuổi và nghề nghiệp là các yếu tố nguy cơ của nhiễm giang mai ở những người sử dụng dịch vụ PrEP. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nam giới có nguy cơ nhiễm giang mai. Kết quả này tương đồng

với các nghiên cứu khác trên thế giới [15, 19, 20]. Tỉ lệ nam giới nhiễm giang mai cao được cho là do số lượng lớn nam giới tham gia vào các mối quan hệ tình dục nguy cơ cao như quan hệ với nam giới khác hoặc là nguy cơ có nhiều bạn tình, trong khi phụ nữ có khả năng cao hơn bị nhiễm giang mai thông qua các đối tác tình dục. Một nghiên cứu tại Cần Thơ ghi nhận tỉ lệ thực hành hành vi tình dục không an toàn ở đối tượng MSM là 48,3% [21].

Độ tuổi từ 25 đến 39 cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu là làm gia tăng tỉ lệ nhiễm giang mai [16]. Độ tuổi từ 25 đến 39 cũng được ghi nhận là yếu tố làm gia tăng tỷ lệ nhiễm giang mai [16], có thể do nhóm tuổi này có xu hướng có hoạt động tình dục cao và ít sử dụng các biện pháp phòng tránh bệnh tình dục so với các nhóm tuổi khác. Điều này nhấn mạnh nhu cầu về các chương trình giáo dục và can thiệp sức khỏe cộng đồng nhắm vào nhóm tuổi này để tăng cường nhận thức và sử dụng các biện pháp phòng tránh hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ cao của nhiễm giang mai cao có thể gây ra những thách thức đáng kể cho quá trình điều trị. Phát hiện cho thấy nam giới, độ

tuổi từ 26 đến 35 làm tăng nguy cơ nhiễm giang mai. Cần phát triển một số chiến lược phòng ngừa giang mai tập trung vào các nhóm có nguy cơ cao như MSM. Nghiên cứu cũng chỉ ra sự cần thiết của việc tăng cường kiến thức cộng đồng thông qua giáo dục và truyền thông xã hội về thông tin HIV, STIs, PrEP,... để thúc đẩy các biện pháp chủ động và tìm kiếm sự trợ giúp y tế khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Scott, H.M. and J.D. Klausner**, Sexually transmitted infections and pre-exposure prophylaxis: challenges and opportunities among men who have sex with men in the US. *AIDS Research and Therapy*, 2016. 13(5): p. 1-5.
2. **Doan, A.H., et al.**, Caring for the whole person: transgender-competent HIV pre-exposure prophylaxis as part of integrated primary healthcare services in Vietnam. *Journal of the International AIDS Society*, 2022. 25(55): p. 77-84.
3. **Oldenburg, C.E., et al.**, Antiretroviral pre-exposure prophylaxis preferences among men who have sex with men in Vietnam: results from a nationwide cross-sectional survey. *Sexual Health*, 2016. 13(5): p. 465-473.
4. **Nadol, P., et al.**, High HIV prevalence and risk among male clients of female sex workers in Hanoi and Ho Chi Minh City, Vietnam. *AIDS and Behavior*, 2017. 21(8): p. 2381-2393.
5. **WHO**, Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV, ed. WHO. 2015, Switzerland: World Health Organization. 76.
6. **Anderson, P.L., et al.**, Emtricitabine-tenofovir concentrations and pre-exposure prophylaxis efficacy in men who have sex with men. *Sci Transl Med*, 2012. 4(151): p. 151ra125.
7. **Baeten, J.M., et al.**, Single-agent tenofovir versus combination emtricitabine plus tenofovir for pre-exposure prophylaxis for HIV-1 acquisition: an update of data from a randomised, double-blind, phase 3 trial. *Lancet Infect Dis*, 2014. 14(11): p. 1055-1064.
8. **Stewart, J. and J.M. Baeten**, HIV pre-exposure prophylaxis and sexually transmitted infections: intersection and opportunity. *Nat Rev Urol*, 2022. 19(1): p. 7-15.
9. **Kumar, S., L.T. Haderxhanaj, and I.H. Spicknall**, Reviewing PrEP's Effect on STI Incidence Among Men Who Have sex with Men-Balancing Increased STI Screening and Potential Behavioral Sexual Risk Compensation. *AIDS Behav*, 2021. 25(6): p. 1810-1818.
10. **Dombrowski, J.C., et al.**, Prevalence estimates of complicated syphilis. *Sexually Transmitted Diseases*, 2015. 42(12): p. 702-704.
11. **Ghanem, K.G.**, Neurosyphilis: a historical perspective and review. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 2010. 16(5): p. e157-e168.
12. **Woolston, S., et al.**, Notes from the Field: a cluster of ocular syphilis cases—Seattle, Washington, and San Francisco, California, 2014–2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2015. 64(40): p. 1150-1.
13. **Workowski, K.A.**, Sexually transmitted infections and HIV: diagnosis and treatment.

- Topics in Antiviral Medicine, 2012. 20(1): p. 11-16.
14. **Gao, J., et al.,** Increasing trend of syphilis and infection resistance: a retrospective study. *International Journal of Infectious Diseases*, 2013. 17(11): p. e971-e976.
 15. **Read, P., C.K. Fairley, and E.P. Chow,** Increasing trends of syphilis among men who have sex with men in high income countries. *Sexual Health*, 2015. 12(2): p. 155-163.
 16. **Gomes, N.C.R.C., et al.,** Prevalence and factors associated with syphilis in a Reference Center. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2017. 50(01): p. 27-34.
 17. **Getaneh, Y., et al.,** Burden of hepatitis B virus and syphilis co-infections and its impact on HIV treatment outcome in Ethiopia: nationwide community-based study. *Ann Med*, 2023. 55(2): p. 2239828.
 18. **Pathela, P., et al.,** HIV incidence among men with and those without sexually transmitted rectal infections: estimates from matching against an HIV case registry. *Clin Infect Dis*, 2013. 57(8): p. 1203-9.
 19. **Garfinkel, M. and H. Blumstein,** Gender differences in testing for syphilis in emergency department patients diagnosed with sexually transmitted diseases. *The Journal of Emergency Medicine*, 1999. 17(6): p. 937-940.
 20. **ECDC, E.C.f.D.P.a.C.,** Sexually transmitted infections in Europe 2013 2015: Stockholm.
 21. **Huỳnh Nguyễn Phương Quang and Huỳnh Nguyễn Phương Thảo,** Hành vi tình dục không an toàn và các yếu tố liên quan đến việc chấp nhận sử dụng PrEP ở nhóm MSM tại thành phố Cần Thơ năm 2020. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 2022. 55.

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN VỀ KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2 THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2023

Trần Văn Hưởng¹, Nguyễn Đức Minh², Võ Châu Duyên³,
Mê Quốc Vọng⁴, Thái Nhật Lệ⁴, Đồng Thị Huệ Lan⁵,
Mai Hàn Giang⁶, Đồng Đức Hùng⁸, Trịnh Hữu Tùng⁷

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức, thực hành của điều dưỡng viên (ĐDV) về kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) tại Bệnh viện (BV) Nhi Đồng 2, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2023.

Phương pháp: thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, khảo sát 290 điều dưỡng viên tiếp xúc, chăm sóc trực tiếp bệnh nhân và đang công tác tại bệnh viện Nhi Đồng 2, Thành phố Hồ Chí Minh. Sử dụng bộ câu hỏi cấu trúc được xây dựng để khảo sát kiến thức, thực hành về KSNK dựa trên hướng dẫn KSNK và vệ sinh tay (Quyết định 3916/QĐ-BYT, ngày 28/8/2017 của Bộ Y tế).

Kết quả: Tỷ lệ ĐDV có kiến thức chung đạt về KSNK thấp, chỉ 64,1%. Kiến thức đạt về xử trí phơi nhiễm là cao nhất với 85,5%, tiếp đến là về NKBV với 72,4%, về vệ sinh tay thường quy là 69%, về sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân là 59,3%, cuối cùng là về tiết khuẩn-khử khuẩn thấp nhất với 29,7%. Tỷ lệ có thực hành đạt về KSNK trong nghiên cứu là 71,0%.

Kết luận: BV cần tăng cường công tác đào tạo và tập huấn và giám sát về KSNK của nhân viên y tế, chú ý các nội dung về vệ sinh tay, sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân và tiết khuẩn khử khuẩn.

Từ khóa: kiến thức, thực hành, kiểm soát nhiễm khuẩn, điều dưỡng viên.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF NURSES ON INFECTION CONTROL AT CHILDREN'S HOSPITAL 2, HO CHI MINH CITY IN 2023

Objectives: Describe the current status of knowledge and practice of nurses on infection control at Children's Hospital 2, Ho Chi Minh City in 2023.

Methods: Descriptive cross-sectional study design, survey of 290 nurses who directly contact and care for patients and are working at Children's Hospital 2, Ho Chi Minh City. Use a set of structured questions built to survey knowledge and practice of infection control based on guidance on infection control and hand

¹Trường Đại học Thăng Long

²Ủy ban Nhân dân Thành phố Dĩ An

³Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

⁴Trường Đại học Y Dược - Đại học quốc gia Hà Nội

⁵Trung tâm Y tế Thành phố Dĩ an, tỉnh Bình Dương

⁶Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Bình Dương

⁷Bệnh viện Nhi Đồng 2

⁸Bệnh viện đa khoa Nam Anh – Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Hưởng

ĐT: 0913977653

Email: bshuong67@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

hygiene (Decision 3916/QĐ-BYT, dated August 28, 2017 of the Ministry of Health).

Results: The percentage of nurses with good general knowledge about infection control is low, only 64.1%. Knowledge about exposure management is highest at 85.5%, followed by about hospital-acquired infections at 72.4%, about routine hand hygiene at 69%, and about using personal protective equipment is 59.3%, finally sterilization-disinfection is the lowest with 29.7%. The rate of achieving good practice in infection control in the study was 71.0%.

Conclusions: Hospitals need to strengthen training and supervision of medical staff on infection control, paying attention to hand hygiene, use of personal protective equipment and sterilization.

Keywords: knowledge, practice, infection control, nurses.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng liên quan đến chăm sóc sức khỏe (HAIs) gây ra mối đe dọa đáng kể cho những bệnh nhân nhập viện. Theo Hiệp hội KSNK bệnh viện quốc tế, mặc dù đã có những nỗ lực đáng kể trong việc phòng ngừa và kiểm soát HAIs, tỷ lệ HAIs ở các nước đang phát triển vẫn cao hơn so với các quốc gia phát triển [13]. Việc tuân thủ các quy trình KSNK có ý nghĩa quan trọng đối với việc giảm HAIs. Các ĐDV phải tiếp xúc thường xuyên và trực tiếp với bệnh nhân, do đó, kiến thức và nhận thức của họ về thực hành KSNK là không thể thiếu. Mặt khác, ĐDV cũng có nguy cơ tự lây nhiễm khi chăm sóc cho bệnh nhân [12]. Một số yếu tố có thể liên quan đến thực hành KSNK, trong đó nổi bật là kiến thức, trình độ học vấn và đào tạo cũng như kinh nghiệm của điều dưỡng. Việc nhân viên y tế thiếu kiến thức về thực hành KSNK có liên quan đến kết quả

cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngày càng kém đi, đặc biệt là ở các nước đang phát triển [11].

Tại Việt Nam, để phòng chống nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV), Bộ Y tế đã đưa ra một số biện pháp khuyến cáo như VST, tuân thủ nghiêm ngặt vô khuẩn khi thực hiện các thủ thuật [1]. Nhận thức được đầy đủ việc phòng chống NKBV trong công tác KSNK của BV, nhân viên y tế đặc biệt là đội ngũ điều dưỡng, kỹ thuật viên, hộ sinh (điều dưỡng viên) trở nên bức thiết hơn bao giờ hết vì đây là đối tượng thường xuyên chăm sóc người bệnh. Nhằm cung cấp thông tin để có cơ sở đó đưa ra khuyến nghị phù hợp cho Bệnh viện trong công tác KSNK nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu mô tả thực trạng kiến thức, thái độ thực hành của điều dưỡng viên về KSNK tại Bệnh viện Nhi Đồng 2, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Điều dưỡng viên tiếp xúc, chăm sóc trực tiếp bệnh nhân và đang công tác tại bệnh viện Nhi Đồng 2, Thành phố Hồ Chí Minh.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: sử dụng công thức ước lượng cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu cần nghiên cứu, p = 0,79 là tỷ lệ ĐDV có kiến thức đạt về KSNK, tham chiếu từ nghiên cứu Nguyễn Xuân Thủy tại BV Vimec Times City năm 2021, tỷ lệ này là 79,3% [9]. d=0,05 là sai số cho phép; $\alpha=0,05$ là xác suất sai lầm loại 1, $Z(1-\alpha/2) = 1,96$ là trị số từ phân phối chuẩn.

Vậy cỡ mẫu tối thiểu tính được là 254 ĐDV, thực tế nghiên cứu đã khảo sát 290 ĐDV.

Chọn mẫu: theo phương pháp thuận tiện.

Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập theo phương pháp phát vấn. Một phiếu khảo sát soạn sẵn được gửi đến các ĐDV để họ tự đọc và trả lời trên phiếu, thời gian trả lời các phiếu khảo sát trong 20-30 phút.

Các biến số nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu bao gồm:

- Các biến số về đặc điểm của điều dưỡng (nhân khẩu học và đặc điểm công việc).

- Biến số về kiến thức KSNK: bao gồm kiến thức về NKBV (7 câu hỏi); kiến thức về vệ sinh tay (8 câu hỏi); về phương tiện phòng hộ cá nhân (6 câu hỏi); về tiết khuẩn – khử khuẩn (4 câu hỏi); về xử trí phơi nhiễm (5 câu hỏi). Tổng số điểm tối đa về kiến thức là 30 điểm (tương ứng với 30 câu trả lời đúng cho 30 câu hỏi), kiến thức chung đạt khi đạt $\geq 3/4$ tổng số điểm tối đa, tức là 23 điểm trở lên

- Biến số về thực hành KSNK: bao gồm 20 biến số về tần suất thực hiện các biện pháp KSNK cho các nhóm nội dung VST; tiêm an toàn; sử dụng phương tiện phòng hộ

cá nhân; phân loại chất thải lây nhiễm. Thực hành chung đúng được xác định khi đạt $\geq 3/4$ tổng số điểm tối đa có thể đạt được, tức là 15 điểm trở lên.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Thống kê mô tả được thực hiện qua số lượng và tỷ lệ ĐDV có kiến thức, thực hành đúng về KSNK.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đảm bảo thực hiện theo các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng xét duyệt đề cương của Trường Đại học Thăng Long và được sự chấp thuận của Bệnh viện Nhi đồng 2 theo công văn số ...

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Một số đặc điểm của điều dưỡng viên

Nữ giới chiếm đa số (89,3%), tỷ lệ nhóm 30-39 tuổi cao nhất (47,6%), tiếp đến là nhóm <30 tuổi (34,5%), nhóm 49-50 tuổi (13,1%) và nhóm >50 tuổi (3,8%). Tỷ lệ ĐDV làm việc tại các khoa hồi sức, cấp cứu cao nhất (36,6%), tiếp đến là các khoa Nội, (25,9%), khoa Nhiễm (13,8%), khoa Hô hấp (10,7%), các khoa Ngoại (10,0%) và các khoa khác (3,0%).

Bảng 1. Một số đặc điểm về công việc của điều dưỡng viên (n=290)

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Trình độ chuyên môn	Sau đại học	4	1,4
	Đại học	164	56,6
	Cao đẳng	74	25,5
	Trung cấp	48	16,6
Thâm niên công tác trong chuyên ngành đào tạo	< 10 năm	134	46,2
	≥ 10 năm	156	53,8
Công việc tiếp xúc trực tiếp người bệnh	Có	282	97,2
	Không	8	2,8
Được đào tạo KSNK	Có	229	79,0
	Không	61	21,0

Tỷ lệ trình độ đại học cao nhất với 56,6%, tiếp đến là cao đẳng 25,5%, trung cấp 16,6% và sau đại học là 1,4%. Đa số (79%) ĐDV đã từng được đào tạo về KSNK.

Bảng 2. Kiến thức của điều dưỡng về nhiễm khuẩn bệnh viện (n=290)

Kiến thức đúng về:	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Định nghĩa về NKBV	201	69,3
Đường lây truyền vi khuẩn trong BV	290	100,0
Các loại NKBV thường gặp	264	91,0
Yếu tố thuận lợi gây NKBV	280	96,6
Hậu quả NKBV	233	80,3
Mục tiêu cơ bản của chương trình KSNK	283	97,6

Có 69,3% ĐDV hiểu đúng về định nghĩa về NKBV. Tất cả 100% ĐDV biết cả 3 đường lây truyền vi khuẩn. Về các loại NKBV thường gặp có 91,0% trả lời đạt, 96,6% trả lời được cả 3 yếu tố thuận lợi gây NKBV. Có 80,3% biết các hậu quả của NKBV và 97,6% đã trả lời được mục tiêu cơ bản nhất của chương trình KSNK.

Bảng 3. Kiến thức của điều dưỡng về vệ sinh tay thường quy (n=290)

Kiến thức đúng về:	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Hình thức VST	184	63,4
Loại bỏ vi khuẩn định cư	36	12,4
Mục đích của VST	168	57,9
Phương tiện không cần thiết	275	94,8
Thời điểm không cần VST	236	81,4
Lượng cồn cần lấy để VST	197	67,9
Thời gian sát khuẩn tay	208	71,7

Có 63,4% ĐDV biết được các hình thức VST; 57,9% ĐDV biết được cả 3 mục đích của VST; 94,8% ĐDV biết phương tiện không cần thiết cho VST; 81,4% ĐDV biết thời điểm không cần VST; có 67,9% ĐDV biết lượng cồn cần lấy để VST; 71,7% ĐDV biết thời gian sát khuẩn tay.

Bảng 4. Kiến thức của điều dưỡng về phòng hộ cá nhân (n=290)

Kiến thức đúng về:	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Chỉ định mang găng sạch	182	62,8
Không bắt buộc mang găng	248	85,5
Bắt buộc dùng khẩu trang	137	47,2
Khẩu trang thích hợp phòng ngừa chuẩn	238	82,1
Mục đích mang phương tiện phòng hộ	267	92,1
Các loại phương tiện phòng hộ cá nhân	286	98,6

Có 62,8% ĐDV trả lời đúng về thời điểm cần mang găng sạch, 85,5% ĐDV biết các tình huống không bắt buộc mang găng, 47,2% biết các tình huống bắt buộc dùng khẩu trang, 82,1% biết loại khẩu trang thích hợp phòng ngừa chuẩn, 92,1% biết mục đích mang phương tiện phòng hộ cá nhân, 98,6% biết các loại phương tiện phòng hộ cá nhân.

Bảng 5. Kiến thức của điều dưỡng về nguyên tắc tiết khuẩn, khử khuẩn (n=290)

Kiến thức đúng về:	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Hóa chất xử lý dụng cụ	176	60,7
Khái niệm tiết khuẩn	126	43,4
Phương pháp tiết khuẩn	165	56,9
Khái niệm khử khuẩn mức độ cao	115	39,7

Có 60,7% ĐDV có kiến thức đúng về hóa chất xử lý dụng cụ, 43,4% có kiến thức đúng về khái niệm tiết khuẩn, 56,9% có kiến thức đúng về phương pháp tiết khuẩn và 39,7% có kiến thức đúng về khái niệm khử khuẩn mức độ cao.

Bảng 6. Kiến thức của điều dưỡng về xử lý phơi nhiễm (n=290)

Kiến thức đúng về:	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Khái niệm tiêm an toàn	274	94,5
Giải pháp tiêm an toàn	275	94,8
Phòng ngừa tác nhân do mũi tiêm	223	76,9
Phòng ngừa tác nhân cho người tiêm	274	94,5
Không tạo chất thải nguy hại	248	85,5

Có 94,5% biết khái niệm tiêm an toàn, 94,8% có kiến thức đúng về giải pháp tiêm an toàn, 76,9% có kiến thức đúng về phòng ngừa tác nhân do mũi tiêm và 85,5% có kiến thức đúng về việc không tạo chất thải nguy hại.

Bảng 7. Tỷ lệ kiến thức đạt về các khía cạnh KSNK của ĐDV (n=290)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhiễm khuẩn khuẩn bệnh viện	210	72,4
Vệ sinh tay	200	69,0
Phòng hộ cá nhân	172	59,3
Tiết khuẩn – khử khuẩn	86	29,7
Xử trí phơi nhiễm	248	85,5
Kiến thức chung đạt	186	64,1

Tỷ lệ kiến thức đạt của điều dưỡng về xử trí phơi nhiễm là cao nhất với 85,5%, tiếp đến là kiến thức đạt về nhiễm khuẩn bệnh viện là 72,4%, kiến thức đạt về vệ sinh tay thường quy là 69%, kiến thức đạt về phòng hộ cá nhân là 59,3%, tỷ lệ kiến thức đạt về tiết khuẩn – khử khuẩn là rất thấp với 29,7%.

Tỷ lệ ĐDV có kiến thức chung đạt về KSNK trong Bệnh viện chỉ là 64,1%.

IV. BÀN LUẬN

Kiến thức của điều dưỡng về KSNK

Trong nghiên cứu tỷ lệ ĐDV có kiến thức chung đạt về KSNK là chưa cao với chỉ 64,1%, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn

Xuân Thủy tại BV Vimec Times City năm 2021, tỷ lệ này là 79,3% [9], khi sử dụng cùng một thang đo và cách đánh giá gần tương tự nhau. Nhiều nghiên cứu gần đây cũng thấy rằng tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đạt về KSNK cũng chưa thực sự cao, ví dụ nghiên cứu tại BV Mắt Trung ương với 70,3% [5], tại BV Sản Nhi tỉnh Trà Vinh là 58,7% [2], nghiên cứu tại BV tỉnh Hải Dương là 43,8% [6], nghiên cứu tại BV tỉnh Ninh Bình thậm chí còn thấp hơn nhiều với chỉ 27,5% [4]. Mỗi nghiên cứu có một đánh giá khác nhau về kiến thức đối với KSNK của điều dưỡng nhưng kết luận từ các nghiên cứu này đều đề cập đến việc nhiều ĐDV chưa có kiến thức tốt về KSNK trong Bệnh viện, tương đồng với nghiên cứu này.

Một số lý do có thể do thiếu nhận thức về tầm quan trọng của công tác KSNK, không tích cực trong việc cập nhật kiến thức về KSNK khi được đào tạo tập huấn. Thực tế, BV Nhi đồng 2 đã triển khai các chương trình KSNK, trong đó có việc tổ chức các đợt tập huấn, tuy vậy các đợt tập huấn này còn hạn chế về chất lượng. Nguyên nhân khác cũng có thể là tình trạng áp lực công việc tăng cao, đặc biệt đối với một BV chuyên khoa tuyến cuối về Nhi khoa như BV Nhi đồng 2. ĐDV thường có ít thời gian dành cho việc đào tạo và cập nhật kiến thức và như vậy mỗi đợt tập huấn về KSNK, nhiều khoa chỉ cử một số đại diện đi tham gia.

Thực hành về kiểm soát nhiễm khuẩn của điều dưỡng

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ thực hành chung đạt về KSNK là 71,0%, tương đồng

với nghiên cứu tại BV Vimec Times City, với 76,5% [9].

VST thường quy: hầu hết ĐDV rửa tay sau mỗi lần tiếp xúc với người bệnh, tuy vậy chỉ 50,3% không thực hiện đúng việc rửa tay bằng xà phòng, 67,2% đã thực hiện đúng cách xoa tay bằng cồn khi tay không bị bẩn. Nhiều nghiên cứu khác thấy rằng tỷ lệ tuân thủ VST thường quy là thấp ví dụ như nghiên cứu của Nguyễn La Chí Dũng [3] với 41,1%, nghiên cứu của Trần Thanh Tú là 49,6% [10]. Thực tế ĐDV thường không rửa đúng các bước theo trình tự, bỏ bước và không thực hiện đủ số lần cho mỗi bước do quy trình rửa tay thường quy gồm 6 bước.

Tiêm an toàn: chỉ có 26,9% ĐDV đặt kim tiêm sau khi tiêm, tỷ lệ tuân thủ quy trình thấp. Nguyên nhân thường là do ĐDV thiếu ý thức tuân thủ tuân thủ, ngoài ra ngoài ra do tình trạng quá tải người bệnh, quá tải công việc [7, 8].

Sử dụng phương tiện bảo hộ cá nhân: 97,6%-99,7% ĐDV thực hiện đúng bỏ trang phục bảo hộ cá nhân ở khu vực quy định hay đeo găng tay, khẩu trang đúng khi tiếp xúc với các chất tiết nguy hiểm, nhưng chỉ 58,3% đeo găng tay giữa các lần tiếp xúc với bệnh nhân và chỉ 64,1% thực hiện đúng về không sử dụng lại phương tiện bảo hộ dùng một lần. Kết quả này tương đồng với Nguyễn Xuân Thủy, tỷ lệ thực hành đúng về các nội dung đeo găng tay khi tiếp xúc dịch cơ thể, dịch tiết của người bệnh hay bỏ trang phục bảo hộ cá nhân đúng quy định là tương đối cao (87,4% và 79,3%), nhưng tỷ lệ đeo găng tay mỗi lần tiếp xúc bệnh nhân là rất thấp với

24,8% (thấp hơn nghiên cứu này), bên cạnh đó thực hành đúng về các nội dung như sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân dùng 1 lần cũng rất thấp với 36,2% [9]

Dự phòng và xử trí phơi nhiễm: hầu hết (hơn 90%) thực hiện đúng việc băng vết thương trước khi tiếp xúc với bệnh nhân, khử trùng tay ngay sau khi tháo găng hay làm sạch ngay sau khi có nước tiết có thể bị tràn ra bằng chất khử trùng. Kết quả này là khá tốt, tương đồng với nghiên cứu của Nguyên Xuân Thủy [9].

Về vệ sinh, khử trùng: Có 92,1% thực hiện đúng việc tẩy trùng bề mặt thiết bị sau mỗi lần sử dụng và 86,2% đeo găng tay khi tẩy uế thiết bị có bám đất. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu tại BV Vinmec Times City [9].

Đảm bảo nhận thức và kiến thức cơ bản về KSNK giúp nâng cao thực hành KSNK của ĐDDV. Ngoài ra, một hệ thống theo dõi và đánh giá hiệu quả về việc thực hiện KSNK là rất quan trọng giúp theo dõi sự cải thiện và đảm bảo rằng mọi ĐDDV thực hiện đúng KSNK theo quy định.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ ĐDDV có kiến thức chung đạt về KSNK chỉ là 64,1%. Kiến thức đạt về xử trí phơi nhiễm cao nhất với 85,5%, tiếp đến là về NKBV với 72,4%, về VST thường quy 69,0%, sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân 59,3%, cuối cùng là về tiết khuẩn-khử khuẩn 29,7%. Tỷ lệ thực hành đạt về KSNK trong nghiên cứu là 71,0%. BV cần tăng cường công tác đào tạo và tập huấn và giám

sát về KSNK của nhân viên y tế, chú ý các nội dung về vệ sinh tay, sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân và tiết khuẩn khử khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2017) "Quyết định số 3916/ QĐ-BYT ngày 28 tháng 8 năm 2017, phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh".
2. **Vũ Thị Đào** (2022) "Kiến thức, thái độ về kiểm soát nhiễm khuẩn của điều dưỡng tại bệnh viện Sản Nhi tỉnh Trà Vinh năm 2021". Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, (số 48), 113-121.
3. **Nguyễn La Chí Dũng** (2020) Kiến thức và thực hành về kiểm soát nhiễm khuẩn tại cơ sở răng hàm mặt trên địa bàn thành phố Dĩ An, tỉnh Bình Dương, Luận văn Thạc sĩ, chuyên ngành Quản lý Bệnh viện, Trường Đại học Thăng Long, 99 tr.
4. **Trần Thị Hương Giang, Trần Văn Long** (2023) "Thực trạng kiến thức, thái độ và một số yếu tố liên quan về phòng nhiễm khuẩn bệnh viện của điều dưỡng tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2023". Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, Tập 6 (Số 04), 137-144.
5. **Lê Thị Hằng, Trần Thị Lý** (2023) "kiến thức về phòng ngừa chuẩn trong kiểm soát nhiễm khuẩn và một số yếu tố liên quan của nhân viên y tế Bệnh viện mắt Trung Ương". Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 525 (Số 1B), 108-111.
6. **Nguyễn Thị Huế** (2019) Kiến thức, thái độ về kiểm soát nhiễm khuẩn của điều dưỡng tại một số khoa lâm sàng hệ ngoại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội,

7. **Phạm Thị Luân, Ngô Thị Nhu, Phí Đức Long, et al.** (2019) "Thực trạng và kiến thức của điều dưỡng viên về tiêm an toàn tại bệnh viện đa khoa huyện vũ thư năm 2018". Tạp chí Y học Cộng đồng, 51 (4), 58-62.
8. **Chu Thị Hồng Huế** (2017) Thực trạng nguồn lực và kiến thức, thực hành của cán bộ y tế về tiêm an toàn tại trạm y tế xã/phường thành phố Phủ Lý tỉnh Hà Nam năm 2016, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Dược Thái Bình,
9. **Nguyễn Xuân Thủy** (2022) Kiến thức, thực hành của điều dưỡng viên về kiểm soát nhiễm khuẩn tại bệnh viện Vinmec Times City năm 2021, Luận văn thạc sỹ chuyên ngành: Điều dưỡng, Chuyên ngành Điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long,
10. **Trần Thanh Tú** (2022) Thực trạng tuân thủ một số quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong Bệnh viện và hiệu quả can thiệp tại Bệnh viện Thanh Nhân năm 2018-2020, Luận án tiến sỹ Y học, Chuyên ngành Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, 179 tr.
11. **Alhumaid S., Al Mutair A., Al Alawi Z., et al.** (2021) "Knowledge of infection prevention and control among healthcare workers and factors influencing compliance: a systematic review". Antimicrobial Resistance & Infection Control, 10 (1), 86.
12. **Nasa P., Modi P., Setubal G., et al.** (2023) "Demographic and risk characteristics of healthcare workers infected with SARS-CoV-2 from two tertiary care hospitals in the United Arab Emirates". World Journal of Virology, 12 (2), 122.
13. **Rosenthal V.D., Bat-Erdene I., Gupta D., et al.** (2020) "International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 45 countries for 2012-2017: Device-associated module". American journal of infection control, 48 (4), 423-432.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN VỀ KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2023

Trần Văn Hưởng¹, Nguyễn Đức Minh², Võ Châu Duyên³,
Mê Quốc Vọng⁴, Thái Nhật Lệ⁴, Đồng Thị Huệ Lan⁵,
Mai Hàn Giang⁶, Trịnh Hữu Tùng⁷

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành của điều dưỡng viên (ĐDV) về kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) tại Bệnh viện (BV) Nhi Đồng 2, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2023.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, khảo sát 290 ĐDV tiếp xúc, chăm sóc trực tiếp bệnh nhân và đang công tác tại bệnh viện Nhi Đồng 2, Thành phố Hồ Chí Minh. Sử dụng bộ câu hỏi cấu trúc được xây dựng để khảo sát kiến thức, thực hành về KSNK dựa trên hướng dẫn KSNK và vệ sinh tay (Quyết định 3916/QĐ-BYT, ngày 28/8/2017 của Bộ Y tế).

Kết quả: Khả năng kiến thức chung đạt về KSNK ở các ĐDV khoa Hô hấp cao hơn so với

ĐDV các khoa Nội, tiêu hóa, tim mạch, thận nội tiết (OR=3,27; $p<0,05$); ở nhóm đã được đào tạo cao hơn nhóm không được đào tạo về KSNK (OR=2,21; $p<0,05$). Khả năng thực hành chung đạt ở nhóm ĐDV ở khoa Hô hấp (OR=2,91), Nhiễm (OR=3,32), Hồi sức cấp cứu (OR=1,96) và các khoa Ngoại (OR=2,7) cao hơn có ý nghĩa so với ĐDV tại các khoa Nội với $p<0,05$; ở ĐDV nam cao hơn nữ (OR=3,02); ở nhóm thâm niên ≥ 10 năm thấp hơn nhóm <10 năm (OR=0,41); ở nhóm được tập đào tạo về KSNK cao hơn nhóm chưa được đào tạo (OR=2,14).

Kết luận: BV cần tăng cường công tác đào tạo và tập huấn và giám sát về KSNK của nhân viên y tế, tập trung nhóm ĐDV các khoa Nội, nhóm chưa được đào tạo tập huấn.

Từ khóa: Yếu tố liên quan, kiến thức, thực hành, kiểm soát nhiễm khuẩn, điều dưỡng viên.

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO KNOWLEDGE AND PRACTICE OF NURSES ON INFECTION CONTROL AT CHILDREN'S HOSPITAL 2, HO CHI MINH CITY IN 2023

Objectives: Analyze some factors related to knowledge and practice of nurses on infection control at Children's Hospital 2, Ho Chi Minh City in 2023.

Methods: Descriptive cross-sectional study design, survey of 290 nurses who directly contact and care for patients and are working at

¹Trường Đại học Thăng Long

²Ủy ban Nhân dân Thành phố Dĩ An

³Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

⁴Trường Đại học Y Dược - Đại học quốc gia Hà Nội

⁵Trung tâm Y tế Thành phố Dĩ An, tỉnh Bình Dương

⁶Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Bình Dương

⁷Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Hưởng

ĐT: 0913977653

Email: bshuong67@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

Children's Hospital 2, Ho Chi Minh City. Use a set of structured questions built to survey knowledge and practice of infection control based on guidance on infection control and hand hygiene (Decision 3916/QĐ-BYT, dated August 28, 2017 of the Ministry of Health).

Results: The ability to have good general knowledge about infection control among nurses in the Department of Respiratory Medicine is higher than that of nurses in the departments of Internal Medicine, Gastroenterology, Cardiology, and Endocrine Nephrology (OR=3.27; $p<0.05$); In the group that received training, it was higher than the group that did not receive training in infection control (OR=2.21; $p<0.05$). General practice ability is good among nurses in the Respiratory Department (OR=2.91), Infectious Diseases (OR=3.32), Emergency Resuscitation (OR=1.96) and Surgery Departments (OR=2.7) higher than nurses at Internal Medicine departments; in male nurses is higher than in women (OR=3.02); In the seniority group ≥ 10 years, it was lower than in the group <10 years (OR=0.41); In the group that received training on infection control, it was higher than in the group that did not receive training (OR=2.14).

Conclusions: The hospital needs to strengthen training and supervision on infection control of medical staff, focusing on groups of nurses from Internal Medicine departments and groups that have not yet been trained.

Keywords: Related factors, knowledge, practice, infection control, nurses.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng liên quan đến chăm sóc sức khỏe (HAIs) gây ra mối đe dọa đáng kể cho những bệnh nhân nhập viện. Theo báo cáo giám sát do Hiệp hội KSNK bệnh viện quốc tế, mặc dù đã có những nỗ lực đáng kể trong việc phòng ngừa và kiểm soát HAIs, tỷ lệ

HAIs ở các nước đang phát triển vẫn cao hơn so với các quốc gia phát triển [12]. Do đó, chương trình KSNK với sự tham gia của các bên liên quan đa ngành là điều cần thiết để giảm thiểu mối đe dọa của HAI[10]. Tuy nhiên, việc tuân thủ các quy trình KSNK có ý nghĩa quan trọng đối với việc triển khai chương trình KSNK. Các ĐDV phải tiếp xúc thường xuyên và trực tiếp với bệnh nhân, do đó, kiến thức và nhận thức của họ về thực hành KSNK là không thể thiếu [13]. Mặt khác, ĐDV cũng có nguy cơ tự lây nhiễm khi chăm sóc cho bệnh nhân [11]. Một số yếu tố có thể liên quan đến thực hành KSNK, trong đó nổi bật là kiến thức, trình độ học vấn và đào tạo cũng như kinh nghiệm của điều dưỡng [9]. Việc nhân viên y tế thiếu kiến thức về thực hành KSNK có liên quan đến kết quả cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngày càng kém đi, đặc biệt là ở các nước đang phát triển [9].

Tại Việt Nam, để phòng chống nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV), Bộ Y tế đã đưa ra một số biện pháp khuyến cáo như VST, tuân thủ nghiêm ngặt vô khuẩn khi thực hiện các thủ thuật [1]. Tuy vậy, nhiều nghiên cứu thấy rằng kiến thức và thực hành của điều dưỡng về KSNK tại nhiều cơ sở y tế chưa tốt [3-5, 7]. Các nghiên cứu ít khi tập trung phân tích kiến thức, thực hành riêng biệt theo các đặc điểm của ĐDV. Hiểu biết về các yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về KSNK giúp ích trong công tác kiểm tra, giám sát cũng như việc triển khai kế hoạch đào tạo, tập huấn phù hợp nhằm nâng cao tuân thủ các quy định về KSNK trong BV. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ thực hành của ĐDV về KSNK tại BV Nhi Đồng 2, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Điều dưỡng viên tiếp xúc, chăm sóc trực tiếp bệnh nhân và đang công tác tại bệnh viện Nhi Đồng 2, Thành phố Hồ Chí Minh.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: sử dụng công thức ước lượng cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu cần nghiên cứu, p = 0,79 là tỷ lệ ĐDV có kiến thức đạt về KSNK, tham chiếu từ nghiên cứu Nguyễn Xuân Thủy tại BV Vimec Times City năm 2021, tỷ lệ này là 79,3% [7]. d=0,05 là sai số cho phép; $\alpha=0,05$ là xác suất sai lầm loại 1, $Z(1-\alpha/2) = 1,96$ là trị số từ phân phối chuẩn. Vậy cỡ mẫu tối thiểu tính được là 254 ĐDV, thực tế nghiên cứu đã khảo sát 290 ĐDV.

Chọn mẫu: theo phương pháp thuận tiện.

Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập theo phương pháp phát vấn. Một phiếu khảo sát soạn sẵn được gửi đến các ĐDV để họ tự đọc và trả lời trên phiếu, thời gian trả lời các phiếu khảo sát trong 20-30 phút.

Các biến số nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu bao gồm:

- Các biến số về đặc điểm của điều dưỡng:

+ Đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới tính.

+ Đặc điểm công việc: trình độ chuyên môn, đơn vị làm việc, thâm niên công tác, được đào tạo hoặc tập huấn về KSNK, công việc trực tiếp tiếp xúc với người bệnh.

- Biến số về kiến thức KSNK: bao gồm 30 câu hỏi, tổng số điểm tối đa về kiến thức là 30 điểm (tương ứng với 30 câu trả lời đúng cho 30 câu hỏi), kiến thức chung đạt khi đạt $\geq 3/4$ tổng số điểm tối đa, tức là 23 điểm trở lên.

- Biến số về thực hành KSNK: bao gồm 20 câu hỏi về tần suất thực hiện các biện pháp KSNK cho các nhóm nội dung VST; tiêm an toàn; sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân; phân loại chất thải lây nhiễm. Thực hành chung đúng được xác định khi đạt $\geq 3/4$ tổng số điểm tối đa có thể đạt được, tức là 15 điểm trở lên.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Thống kê mô tả được thực hiện qua số lượng và tỷ lệ ĐDV có kiến thức, thực hành đúng về KSNK.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đảm bảo thực hiện theo các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng xét duyệt đề cương của Trường Đại học Thăng Long và được sự chấp thuận của Bệnh viện Nhi đồng 2 theo công văn số ...

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Một số đặc điểm của điều dưỡng viên

Nữ giới chiếm đa số (89,3%), tỷ lệ nhóm 30-39 tuổi cao nhất (47,6%), tiếp đến là nhóm <30 tuổi (34,5%), nhóm 49-50 tuổi (13,1%) và nhóm >50 tuổi (3,8%). Tỷ lệ ĐDV làm việc tại các khoa hồi sức, cấp cứu cao nhất (36,6%), tiếp đến là các khoa Nội, (25,9%), khoa Nhiễm (13,8%), khoa Hô hấp (10,7%), các khoa Ngoại (10,0%) và các khoa khác (3,0%).

Bảng 1. Một số đặc điểm về công việc của điều dưỡng viên (n=290)

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Trình độ chuyên môn	Sau đại học	4	1,4
	Đại học	164	56,6
	Cao đẳng	74	25,5
	Trung cấp	48	16,6
Thâm niên công tác trong chuyên ngành đào tạo	< 10 năm	134	46,2
	≥ 10 năm	156	53,8
Công việc tiếp xúc trực tiếp người bệnh	Có	282	97,2
	Không	8	2,8
Được đào tạo KSNK	Có	229	79,0
	Không	61	21,0

Tỷ lệ trình độ đại học cao nhất với 56,6%, tiếp đến là cao đẳng 25,5%, trung cấp 16,6% và sau đại học là 1,4%. Đa số (79%) ĐDV đã từng được đào tạo về KSNK.

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức chung đạt về KSNK của ĐDV

Yếu tố		Kiến thức chung				OR (95%CI)	p
		Đạt		Chưa đạt			
		n	%	n	%		
Khoa công tác	Các khoa Nội: tiêu hóa, tim mạch, thận nội tiết	42	56,0	33	44,0	1	
	Khoa Hô hấp	25	80,6	6	19,4	3,27 (1,12-10,8)	0,017*
	Khoa Nhiễm	21	52,5	19	47,5	0,87 (0,37-2,02)	0,720*
	Các khoa hồi sức, cấp cứu	72	67,9	34	32,1	1,66 (0,86-3,21)	0,102*
	Các khoa Ngoại	20	69,0	9	31,0	1,75 (0,65-4,93)	0,227*
	Các khoa khác	6	66,7	3	33,3	1,57 (0,31-10,4)	0,541*
Giới tính	Nữ	166	64,1	93	35,9	1	
	Nam	20	64,5	11	35,5	1,02 (0,44-2,46)	0,963*
Nhóm tuổi	< 30	66	66,0	34	34,0	1	
	30 – 39	91	64,5	50	35,5	0,94 (0,53-1,66)	0,815*
	40 – 49	23	60,5	15	39,5	0,79 (0,34-1,86)	0,548*
	> 50	6	54,5	5	45,5	0,62 (0,15-2,77)	0,513*
Trình độ chuyên môn	Đại học	108	65,9	56	34,1	1	
	Sau ĐH	3	75,0	1	25,0	1,56 (0,12-83,1)	0,703*
	CĐ	44	59,5	30	40,5	0,76 (0,42-1,40)	0,342*
	TC	31	64,6	17	35,4	0,95 (0,46-1,99)	0,871*
Thâm niên công tác	< 10 năm	84	62,7	50	37,3	1	
	≥ 10 năm	102	65,4	54	34,6	1,12 (0,68-1,87)	0,634*
Tiếp xúc trực tiếp NB	Không	7	87,5	1	12,5	1	
	Có	179	63,5	103	36,5	0,24 (0,01-1,98)	0,266*
Được đào tạo KSNK	Không	30	49,2	31	50,8	1	
	Có	156	68,1	73	31,9	2,21 (1,19-4,08)	0,006*

Chú thích: (*) kiểm định chi bình phương, (**) kiểm định chính xác Fisher

Khả năng tỷ lệ kiến thức chung đạt về KSNK ở các ĐDV khoa Hô hấp cao hơn so với ĐDV các khoa Nội, tiêu hóa, tim mạch, thận nội tiết (OR=3,27; 95%CI: 1,12-10,8; $p<0,05$); ở các ĐDV các khoa Hồi sức cấp cứu hay các khoa Ngoại đều cao hơn so với các khoa Nội (67,9% và 69% so với 56%) nhưng sự khác biệt lại không có ý nghĩa

thống kê ($p>0,05$). Khả năng tỷ lệ kiến thức chung đạt về KSNK ở ĐDV đã được đào tạo cao hơn so với nhóm không được đào tạo về KSNK (OR=2,21; 95%CI: 1,19-4,08; $p<0,05$). Không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, nhóm tuổi, trình độ chuyên môn, thâm niên công tác hay có tiếp xúc trực tiếp với người bệnh ($p>0,05$).

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến thực hành chung đạt về KSNK của ĐDV

Yếu tố		Thực hành chung				OR (95%CI)	p
		Đạt		Chưa đạt			
		n	%	n	%		
Khoa công tác	Các khoa Nội, tiêu hóa, tim mạch, thận nội tiết	44	58,7	31	41,3	1	
	Khoa Hô hấp	23	74,2	8	25,8	2,91 (1,11-8,23)	0,017*
	Khoa Nhiễm	33	82,5	7	17,5	3,32 (1,22-9,97)	0,010*
	Các khoa hồi sức, cấp cứu	78	73,6	28	26,4	1,96 (1,00-3,87)	0,035*
	Các khoa Ngoại	23	79,3	6	20,7	2,70 (0,92-9,00)	0,049*
	Các khoa khác	5	55,6	4	44,4	0,88 (0,17-4,82)	0,858**
Giới tính	Nữ	179	69,1	80	30,9	1	
	Nam	27	87,1	4	12,9	3,02 (1,00-12,2)	0,037*
Nhóm tuổi	< 30	80	80,0	20	20,0	1	
	30 – 39	96	68,1	45	31,9	0,53 (0,28-1,01)	0,040*
	40 – 49	24	63,2	14	36,8	0,43 (0,18-1,07)	0,040*
	> 50	6	54,5	5	45,5	0,30 (0,07-1,39)	0,120**
Trình độ chuyên môn	Đại học	113	68,9	51	31,1	1	
	Sau ĐH	4	100	0	0,0	-	0,181**
	Cao đẳng	56	75,7	18	24,3	1,40 (0,72-2,80)	0,286*
	Trung cấp	33	68,8	15	31,2	0,99 (0,47-2,15)	0,984*
Thâm niên công tác	< 10 năm	108	80,6	26	19,4	1	
	≥ 10 năm	98	62,8	58	37,2	0,41 (0,23-0,72)	<0,001*
Tiếp xúc trực tiếp NB	Không	4	50,0	4	50,0	1	
	Có	202	71,6	80	28,4	2,53 (0,46-13,8)	0,235**
Được đào tạo KSNK	Không	35	57,4	26	32,8	1	
	Có	170	74,2	59	27,9	2,14 (1,13-4,00)	0,010*

Chú thích: (*) kiểm định chi bình phương, (**) kiểm định chính xác Fisher

Khả năng thực hành chung đạt ở ĐDV khoa Hô hấp cao hơn đáng kể so với Các khoa Nội, tiêu hóa, tim mạch, thận nội tiết (OR = 2,91; 95%CI: 1,11-8,23, p=0,017); ở ĐDV khoa Nhiễm cao hơn so với cao hơn đáng kể so với Các khoa Nội, tiêu hóa, tim mạch, thận nội tiết (OR=3,32; 95%CI: 1,22-9,97, p=0,010); ở nhóm ĐDV khoa các khoa hồi sức cấp cứu hoặc các khoa Ngoại cũng cao hơn so với ĐDV các khoa Nội (OR lần lượt là 1,96 và 2,70; p<0,05).

Khả năng tỷ lệ thực hành chung đạt ở ĐDV nam cao hơn so với nữ (OR=3,02;

95%CI: 1,00-12,2; p<0,05); ở ĐDV 30-39 tuổi và 40-49 tuổi thấp hơn so với nhóm <30 tuổi (OR lần lượt là 0,53 và 0,43; p<0,05); ở nhóm ĐDV có thâm niên ≥ 10 năm thấp hơn so với nhóm thâm niên <10 năm (OR=0,41; 95%CI: 0,23-0,72; p<0,001); ở nhóm đã từng được tập đào tạo về KSNK cao hơn so với nhóm chưa từng được đào tạo (OR=2,14; 95%CI: 1,13-4,00 và p<0,05).

Không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thực hành chung đạt của ĐDV theo trình độ chuyên môn, công việc tiếp xúc trực tiếp với người bệnh (p>0,05).

Bảng 4. Liên quan giữa kiến thức và thực hành KSNK của ĐDV

Kiến thức về:		Thực hành chung				OR (95%CI)	p
		Đạt		Chưa đạt			
		n	%	n	%		
Nhiễm khuẩn bệnh viện	Đạt	156	74,3	54	25,7	1,73 (0,96-3,10)	0,048*
	Không đạt	50	62,5	30	37,5	1	
Vệ sinh tay	Đạt	144	72,0	56	28,0	1,16 (0,65-2,06)	0,589*
	Không đạt	62	68,9	28	31,1	1	
Phòng hộ cá nhân	Đạt	131	76,2	41	23,8	1,83 (1,06-3,16)	0,020*
	Không đạt	75	63,6	43	36,4	1	
Tiệt khuẩn – khử khuẩn	Đạt	66	76,7	20	23,3	1,51 (0,82-2,85)	0,164*
	Không đạt	140	68,6	64	31,4	1	
Xử trí phơi nhiễm	Đạt	178	71,8	70	28,2	1,27 (0,58-2,67)	0,500*
	Không đạt	28	66,7	14	33,3	1	
Kiến thức chung	Đạt	145	78,0	41	22,0	2,49 (1,43-4,34)	<0,001
	Không đạt	61	58,7	43	41,3	1	

Chú thích: (*) kiểm định chi bình phương, (**) kiểm định chính xác Fisher

Khả năng thực hành chung đạt ở nhóm ĐDV có kiến thức đạt về NKBV là cao hơn so với nhóm kiến thức không đạt (OR=1,73; 95%CI: 0,96-3,10; p<0,05); ở nhóm có kiến

thức đạt về sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân cao hơn so với nhóm kiến thức không đạt (OR= 1,83; 95%CI: 1,06-3,16; p<0,05); ở nhóm ĐDV có kiến thức chung đạt cao hơn nhiều so với nhóm có kiến thức chung không

đạt về KSNK trong BV (OR=2,49; 95%CI: 1,43-4,34; $p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Một số yếu tố liên quan đến kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn của ĐDV

Tương tự nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk [6], trong nghiên cứu này đã phân tích một khía cạnh đáng chú ý về khả năng tỷ lệ kiến thức chung đạt đối với KSNK ở các ĐDV thuộc các khoa khác nhau. Điều thú vị là nghiên cứu này thấy khả năng đạt kiến thức KSNK ở các ĐDV khoa Hô hấp cao hơn so với các ĐDV thuộc các khoa khác như Nội, Tiêu hóa, Tim mạch, và Thận nội tiết. Sự khác biệt này được thể hiện qua OR=3,27 ($p < 0,05$). Sự khác biệt này có thể được hiểu qua nhiều yếu tố, bao gồm chuyên môn chuyên biệt và tiếp xúc thường xuyên với các trường hợp liên quan đến nhiễm khuẩn hô hấp. Tương tự, chúng tôi đã quan sát rằng tỷ lệ kiến thức chung đạt về KSNK ở các ĐDV thuộc các khoa Hồi sức cấp cứu và Ngoại đều cao hơn so với các ĐDV thuộc các khoa Nội. Có thể có các yếu tố khác ảnh hưởng đến kết quả, như sự đào tạo trước đó của ĐDV, môi trường làm việc, hoặc yếu tố văn hóa tổ chức trong từng khoa.

Về đào tạo tập huấn, rõ ràng khả năng tỷ lệ kiến thức chung đạt về KSNK ở ĐDV đã được đào tạo là cao hơn so với nhóm không được đào tạo về KSNK (OR=2,21; $p<0,05$), phù hợp với nghiên cứu tại BV tỉnh Ninh Bình [4] hay nghiên cứu tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Trà Vinh [2], nghiên cứu tại BV Vinmec Times city [7]. Điều này cho thấy

tầm quan trọng của việc đào tạo và tập huấn trong việc nâng cao kiến thức KSNK của đội ngũ ĐDV. Đào tạo giúp cung cấp kiến thức và kỹ năng cần thiết để hiểu và thực hiện các biện pháp KSNK một cách hiệu quả, đặc biệt trong môi trường y tế nhạy cảm với nguy cơ lây nhiễm.

Một số yếu tố liên quan đến thực hành về kiểm soát nhiễm khuẩn của ĐDV

Kết quả cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ thực hành chung đạt về KSNK ở ĐDV giữa các khoa trong Bệnh viện. Thực hành chung đạt ở ĐDV khoa Hô hấp cao hơn đáng kể so với Các khoa Nội, tiêu hóa, tim mạch, thận nội tiết (OR = 2,91; $p=0,017$, tương tự, ở khoa Nhiễm cao hơn các khoa Nội, tiêu hóa, tim mạch, thận nội tiết (OR=3,32; $p=0,010$). Có thể do các đặc thù các loại bệnh tại các khoa Hô hấp và Nhiễm thường là các bệnh nhiễm khuẩn, dẫn đến sự hiểu biết sâu sắc và thực hành tốt hơn về KSNK trong nhóm này.

Về giới tính: khả năng tỷ lệ thực hành chung đạt ở ĐDV nam cao hơn so với nữ (OR=3,02; $p<0,05$), tương đồng với nghiên cứu của Trần Văn Long [6]. Có thể thấy ĐDV nam thực hành KSNK tốt hơn có thể do cách tiếp cận và thái độ trong công việc, tuy nhiên mối quan hệ này có thể được ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác nhau, cần thêm nghiên cứu để tìm hiểu sâu hơn về mối liên quan này. Nghiên cứu cũng thấy rằng khả năng thực hành chung đạt ở ĐDV 30-39 tuổi và 40-49 tuổi thấp hơn so với nhóm <30 tuổi (OR lần lượt là 0,53 và 0,43; $p<0,05$), khác với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Thủy lại

không thấy có mối tương quan giữa tuổi và thực hành chung [7]. Về thâm niên công tác, thực hành đạt về KSNK của ĐDV có thâm niên ≥ 10 năm thấp hơn so với nhóm < 10 năm ($OR=0,41$; $p<0,001$), ĐDV có thâm niên công tác lâu hơn có thể thiếu động lực để áp dụng các biện pháp KSNK hoặc ít tuân thủ quy định trong một số trường hợp dựa trên kinh nghiệm làm việc lâu năm.

Về đào tạo tập huấn và kiến thức về KSNK: kết quả thấy rằng việc được đào tạo và bồi dưỡng kiến thức làm tăng rất đáng kể tỷ lệ thực hành chung đạt của ĐDV về KSNK, điều này hoàn toàn phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây [7, 8], cho thấy rằng giải pháp tăng cường công tác đào tạo, tập huấn, nâng cao kiến thức về KSNK là nền tảng giúp cải thiện khả năng thực hành đúng về KSNK của điều dưỡng viên trong các Bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

Khả năng kiến thức chung đạt về KSNK ở các ĐDV khoa Hô hấp cao hơn so với ĐDV các khoa Nội, tiêu hóa, tim mạch, thận nội tiết ($OR=3,27$; $p<0,05$); ở nhóm đã được đào tạo cao hơn nhóm không được đào tạo về KSNK ($OR=2,21$; $p<0,05$). Khả năng thực hành chung đạt ở nhóm ĐDV ở khoa Hô hấp ($OR=2,91$), Nhiễm ($OR=3,32$), Hồi sức cấp cứu ($OR=1,96$) và các khoa Ngoại ($OR=2,7$) cao hơn có ý nghĩa so với ĐDV tại các khoa Nội với $p<0,05$; ở ĐDV nam cao hơn nữ ($OR=3,02$); ở nhóm thâm niên ≥ 10 năm thấp hơn nhóm < 10 năm ($OR=0,41$); ở nhóm được tập đào tạo về KSNK cao hơn nhóm

chưa được đào tạo ($OR=2,14$). BV cần tăng cường công tác đào tạo và tập huấn và giám sát về KSNK của nhân viên y tế, chú ý các nội dung về vệ sinh tay, sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân và tiệt khuẩn khử khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2018) Thông tư 16/2018/TT- BYT quy định về KSNK trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh., Hà Nội.
2. **Vũ Thị Đào** (2022) "Kiến thức, thái độ về kiểm soát nhiễm khuẩn của điều dưỡng tại bệnh viện Sản Nhi tỉnh Trà Vinh năm 2021". Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, (số 48), 113-121.
3. **Nguyễn La Chí Dũng** (2020) Kiến thức và thực hành về kiểm soát nhiễm khuẩn tại cơ sở răng hàm mặt trên địa bàn thành phố Dĩ An, tỉnh Bình Dương, Luận văn Thạc sĩ, chuyên ngành Quản lý Bệnh viện, Trường Đại học Thăng Long, 99 tr.
4. **Trần Thị Hương Giang, Trần Văn Long** (2023) "Thực trạng kiến thức, thái độ và một số yếu tố liên quan về phòng nhiễm khuẩn bệnh viện của điều dưỡng tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2023". Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, Tập 6 (Số 04), 137-144.
5. **Nguyễn Thị Huế** (2019) Kiến thức, thái độ về kiểm soát nhiễm khuẩn của điều dưỡng tại một số khoa lâm sàng hệ ngoại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội,
6. **Trần Văn Long, Nguyễn Thảo Trúc Chi** (2021) "Thực trạng kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn của điều dưỡng viên tại một số khoa ngoại bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk". Tạp chí Nghiên cứu Y học, Tập 04 (Số 02), 154-159.

7. **Nguyễn Xuân Thủy** (2022) Kiến thức, thực hành của điều dưỡng viên về kiểm soát nhiễm khuẩn tại bệnh viện Vinmec Times City năm 2021, Luận văn thạc sĩ chuyên ngành: Điều dưỡng, Chuyên ngành Điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long,
8. **Trần Thanh Tú** (2022) Thực trạng tuân thủ một số quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong Bệnh viện và hiệu quả can thiệp tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2018-2020, Luận án tiến sĩ Y học, Chuyên ngành Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, 179 tr.
9. **Alhumaid S., Al Mutair A., Al Alawi Z., et al.** (2021) "Knowledge of infection prevention and control among healthcare workers and factors influencing compliance: a systematic review". Antimicrobial Resistance & Infection Control, 10 (1), 86.
10. **Marano L., Carbone L., Poto G.E., et al.** (2022) "Antimicrobial prophylaxis reduces the rate of surgical site infection in upper gastrointestinal surgery: a systematic review". Antibiotics, 11 (2), 230.
11. **Nasa P., Modi P., Setubal G., et al.** (2023) "Demographic and risk characteristics of healthcare workers infected with SARS-CoV-2 from two tertiary care hospitals in the United Arab Emirates". World Journal of Virology, 12 (2), 122.
12. **Rosenthal V.D., Bat-Erdene I., Gupta D., et al.** (2020) "International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 45 countries for 2012-2017: Device-associated module". American journal of infection control, 48 (4), 423-432.
13. **Stewart S., Robertson C., Pan J., et al.** (2021) "Epidemiology of healthcare-associated infection reported from a hospital-wide incidence study: considerations for infection prevention and control planning". Journal of Hospital Infection, 114, 10-22.

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN VÀ VIÊM PHỔI THỞ MÁY TẠI BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC GIAI ĐOẠN 2020 – 2023

Trần Nguyễn Ái Thanh¹, Nguyễn Bá Tùng¹,
Nguyễn Hoàng Anh Vũ¹, Vũ Trí Thanh^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Hương³

TÓM TẮT

Hiểu biết y tế về viêm phổi ngày càng tăng nhưng tỷ lệ mắc bệnh dường như không giảm. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm khảo sát đặc điểm vi khuẩn gây VPBV và VPTM tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức trong giai đoạn 2020 – 2023. Trong thời gian 3 năm ghi nhận có 1446 mẫu cấy bệnh phẩm đường hô hấp dưới và thỏa tiêu chí chọn vào là 94 bệnh nhân. Các kết quả ghi nhận 36 bệnh nhân VPBV (38,3%), 58 bệnh nhân là VPTM (61,7%) và tỷ lệ chung của VPBV cùng VPTM là 48,94%. Ba tác nhân gây viêm phổi bệnh viện và viêm phổi thở máy phổ biến nhất là *Acinetobacter* spp (bao gồm *Acinetobacter baumannii*), *Klebsiella* spp (bao gồm *Klebsiella pneumoniae*) và *Pseudomonas* spp (bao gồm *Pseudomonas aeruginosa*) với tỷ lệ lần lượt là 30,8%, 22,3% và 10,6%. Tai biến mạch máu não và nhiễm *Acinetobacter* spp là hai yếu tố độc lập liên quan đến kết cục không thuận lợi của bệnh nhân.

SUMMARY

SURVEY ON THE STATUS OF HOSPITAL-ACQUIRED PNEUMONIA AND VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA AT THU DUC CITY HOSPITAL FROM 2020 TO 2023

Medical understanding of pneumonia is increasing, but the incidence rate seems not to decrease. This study was conducted to survey the bacterial characteristics causing HAP (Hospital-Acquired Pneumonia) and VAP (Ventilator-Associated Pneumonia) at Thu Duc City Hospital during the period from 2020 to 2023. Over the three years, 1,446 lower respiratory tract specimens were collected, with 94 patients meeting the inclusion criteria. The results showed 36 patients with HAP (38.3%), 58 patients with VAP (61.7%), and a combined rate of HAP and VAP of 48.94%. The three most common pathogens for both hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia were *Acinetobacter* spp (including *Acinetobacter baumannii*), *Klebsiella* spp (including *Klebsiella pneumoniae*), and *Pseudomonas* spp (including *Pseudomonas aeruginosa*), with rates of 30.8%, 22.3%, and 10.6%, respectively. Cerebrovascular accidents and infection with *Acinetobacter* spp were two independent factors associated with adverse patient outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi bệnh viện (VPBV) và viêm phổi thở máy (VPTM) là vấn đề quan trọng

¹Bệnh viện Thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Công ty Dược phẩm FPT Long Châu

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Tùng
ĐT: 0934912000

Email: ba.tungyds@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

trong hoạt động liên quan đến an toàn người bệnh, quản lý bệnh viện [1, 2]. VPBV được định nghĩa là viêm phổi xuất hiện ≥ 48 giờ sau nhập viện và không đặt nội khí quản tại thời điểm nhập viện [3], còn VPTM là viêm phổi xuất hiện $> 48 - 72$ giờ sau đặt nội khí quản và không bao hàm trong định nghĩa này, những bệnh nhân VPBV nặng cần đặt nội khí quản nên được điều trị như viêm phổi thở máy [3].

Viêm phổi là gánh nặng hệ thống y tế và làm gia tăng chi phí điều trị. Các nghiên cứu ghi nhận khoảng 10% bệnh nhân được thở máy tiến triển thành VPTM [4] và tỷ lệ tử vong do VPTM được ước tính là 13% [5]. Bên cạnh đó, các nghiên cứu ghi nhận các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tử vong của VPBV rất cao từ 20 – 70% [3, 6-8]. VPBV và VPTM cùng nhau chiếm 22% số ca nhiễm trùng mắc phải tại bệnh viện trong một cuộc khảo sát năm 2014 tại 183 bệnh viện ở Hoa Kỳ [9]. Bệnh nhân mắc VPBV và VPTM phải nằm viện lâu hơn và mất chi phí chăm sóc sức khỏe cao hơn so với những bệnh nhân mắc bệnh tương tự không mắc viêm phổi [1]. Mặc dù cơ sở vật chất, trang thiết bị hỗ trợ cho thở máy và các biện pháp điều trị ngày càng hiện đại và an toàn, nhưng các dữ liệu gần đây cho thấy tỷ lệ mắc viêm phổi liên quan thở máy không giảm hơn so với các thập kỷ trước [4]. Chính vì vậy, để giảm tỷ lệ tử vong do VPBV và VPTM cần phải được chẩn đoán sớm và điều trị đúng, kịp thời.

Vi khuẩn gây bệnh kháng thuốc đang gia tăng trên toàn cầu khi nhiều nghiên cứu mới đây cho thấy vi khuẩn VPBV đã gia tăng đề kháng với nhiều loại kháng sinh mạnh phổ rộng [3, 6, 8, 10]. Tại Việt Nam, tình hình vi khuẩn VPBV kháng thuốc cũng rất trầm trọng với nhiều chủng đa kháng kháng sinh gia tăng khiến việc điều trị rất khó khăn và gia tăng tỷ lệ bệnh nhân tử vong [11-13]. Do vậy, việc hiểu biết đặc điểm và tình hình vi

khuẩn VPBV là rất quan trọng nhằm bảo đảm điều trị kháng sinh trúng đích và cải thiện tử vong cho bệnh nhân.

Bệnh viện thành phố Thủ Đức là một bệnh viện đa khoa nằm trên một khu vực rộng lớn giao nhau giữa các tỉnh trọng điểm khu vực Đông Nam Bộ với nhiều chuyên khoa, trong đó hàng năm có tới hàng trăm bệnh nhân nặng cần phải điều trị nội trú và thở máy. Do đó nghiên cứu này được tiến hành nhằm khảo sát đặc điểm vi khuẩn gây VPBV và VPTM tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức trong giai đoạn 2020 – 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân viêm phổi bệnh viện và viêm phổi thở máy tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức trong thời gian từ 1/1/2020 – 31/11/2023.

Tiêu chuẩn chọn vào:

- Bệnh nhân trên 18 tuổi
- Bệnh nhân có kết quả cấy đàm dương tính
- Bệnh nhân có viêm phổi mới xuất hiện sau 48h nhập viện hoặc sau 48h thông khí cơ học.
- Chẩn đoán viêm phổi bao gồm: dấu hiệu lâm sàng; nhiệt độ $> 38.3^{\circ}\text{C}$ hoặc $< 36^{\circ}\text{C}$; bạch cầu đa nhân trung tính $> 10 \times 10^9/\text{L}$ hoặc $< 4 \times 10^9/\text{L}$; tăng tiết đàm/dàm mủ; suy hô hấp mới xuất hiện/suy hô hấp tiến triển và tổn thương phổi mới xuất hiện trên hình ảnh học [3].

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân suy giảm miễn dịch (HIV/AIDS,...)
- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định lao phổi
- Bệnh nhân ghi nhận nhiễm SARS-CoV-2
- Bệnh nhân có bệnh phẩm được lấy trong vòng 48 giờ nhập viện
- Bệnh nhân không đầy đủ thông tin trong hồ sơ bệnh án

- Các ca bệnh trùng nhau và các bệnh phẩm của cùng một bệnh nhân

Quy trình chọn bệnh: Các trường hợp cấy bệnh phẩm đường hô hấp dưới (đàm, đàm hút qua nội khí quản, dịch rửa phế quản) có kết quả vi trùng học dương tính. Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn vào và không có tiêu chuẩn loại trừ được hồi cứu hồ sơ bệnh án, thu thập các biến số và thông tin về nhân chủng học, lâm sàng, cận lâm sàng và vi trùng học.

Phương pháp vi sinh học

- Phương pháp nuôi cấy: Nuôi cấy vi khuẩn bằng phương pháp đĩa thạch truyền thống. Khi nhận mẫu đàm, kỹ thuật viên vi sinh sẽ kiểm tra mẫu đàm có đạt chuẩn hay không. Sau khi đĩa cấy mọc vi khuẩn, kỹ thuật viên vi sinh sẽ chọn lọc tác nhân gây bệnh và tác nhân thường trú. Định danh tác nhân bằng tính chất sinh hóa, tính chất vật lý và hình thái.

- Kháng sinh đồ được thực hiện theo phương pháp đĩa khuếch tán.

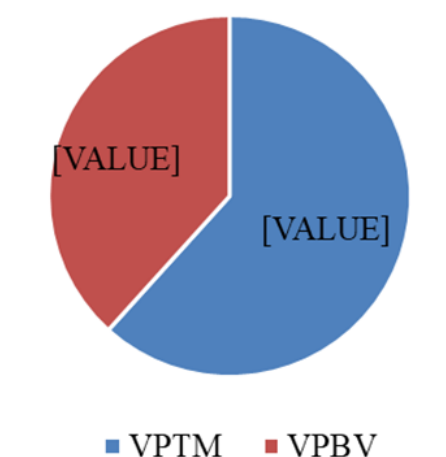
- Quy trình tuân thủ theo CLSI phiên bản mới nhất (2022).

Phương pháp thu thập, phân tích và xử lý số liệu: Dữ liệu được nhập vào phần mềm SPSS 20. Số liệu sau đó được làm sạch để phân tích bằng các phép kiểm thống kê y học như kiểm định T, kiểm định Chi bình phương. Giá trị p có ý nghĩa thống kê khi $< 0,05$.

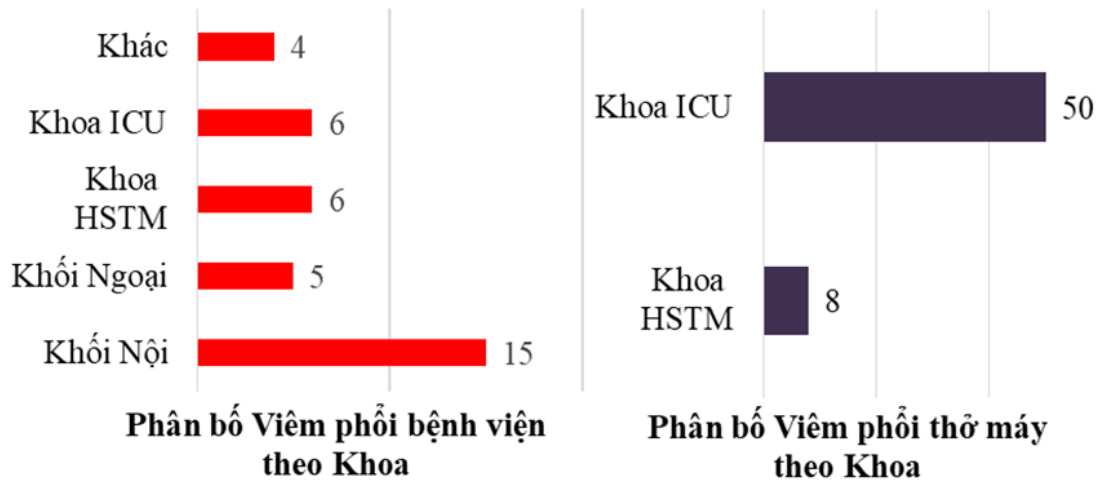
Đạo đức trong nghiên cứu: Số liệu của nghiên cứu được thu thập tại các Khoa lâm sàng và Khoa hồi sức, Bệnh viện thành phố Thủ Đức với sự cho phép của lãnh đạo Khoa và lãnh đạo Bệnh viện. Nghiên cứu không ảnh hưởng tới phác đồ chẩn đoán và điều trị cũng như các vấn đề về khác của bệnh nhân. Các thông tin thu thập được từ các đối tượng nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và hoàn toàn được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 1/1/2020 – 31/11/2023, Bệnh viện thành phố Thủ Đức đã cấy 1446 mẫu, trong đó xác định viêm phổi bệnh viện và thở máy là 94 bệnh nhân. Trong đó ghi nhận 36 bệnh nhân là VPBV (tỷ lệ 38,3%) và 58 bệnh nhân là VPTM (tỷ lệ 61,7%).

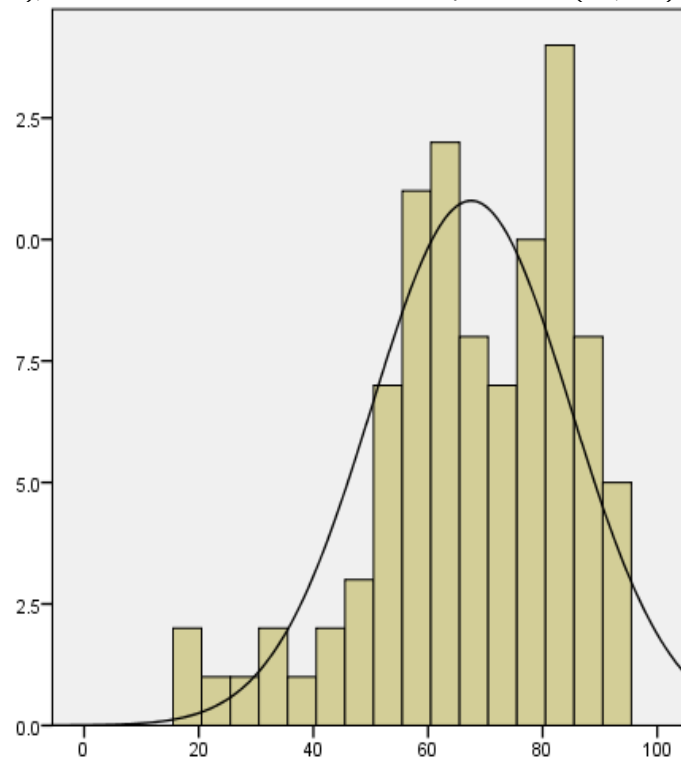


Biểu đồ 1. Tỷ lệ VPBV và VPTM



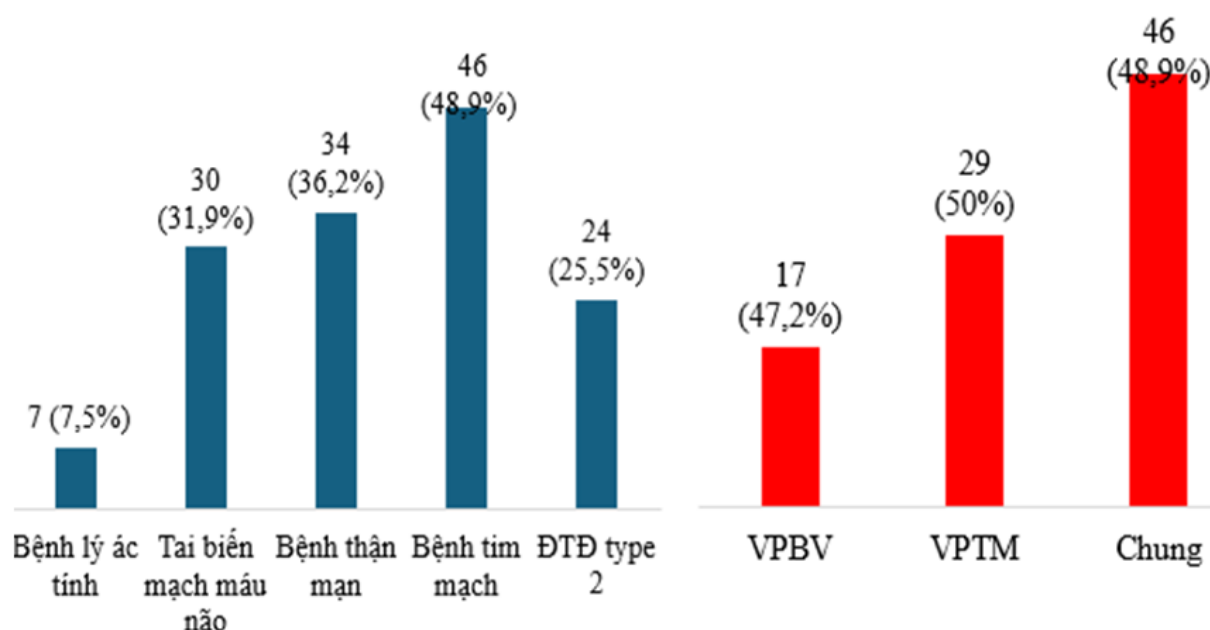
Biểu đồ 2. Tỷ lệ VPBV và VPTM theo Khoa

Kết quả nghiên cứu cũng ghi nhận trong tổng số 58 bệnh nhân VPTM, có 50 bệnh nhân (86,2%) nằm tại Khoa ICU và còn lại nằm ở Khoa Hồi sức tim mạch. Bệnh nhân VPBV có tỷ lệ cao nhất là tại Khởi Nội bao gồm Khoa Nội tổng hợp, Nội thần kinh và Nội tim mạch với 15 bệnh nhân (41,7%), kế đến là khởi hồi sức với 12 bệnh nhân (33,3%).



Biểu đồ 3. Phân bố giới, tuổi ở bệnh nhân VPBV và VPTM

Bệnh nhân viêm phổi nam chiếm tỷ lệ cao hơn bệnh nhân nữ (57,4% so với 42,6%). Tuổi trung bình của bệnh nhân viêm phổi là $67,5 \pm 17,4$ (nhỏ nhất: 18 tuổi và cao nhất: 95 tuổi). Không có sự khác biệt về độ tuổi giữa hai nhóm VPBV và VPTM ($p > 0,05$).



Biểu đồ 4. Đặc điểm bệnh lý nền và kết cục của bệnh nhân viêm phổi

Trong tổng số 94 bệnh nhân viêm phổi, bệnh lý tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất với 48,9%, kế đến là bệnh thận mạn (36,2%) và tai biến mạch máu não (31,9%).

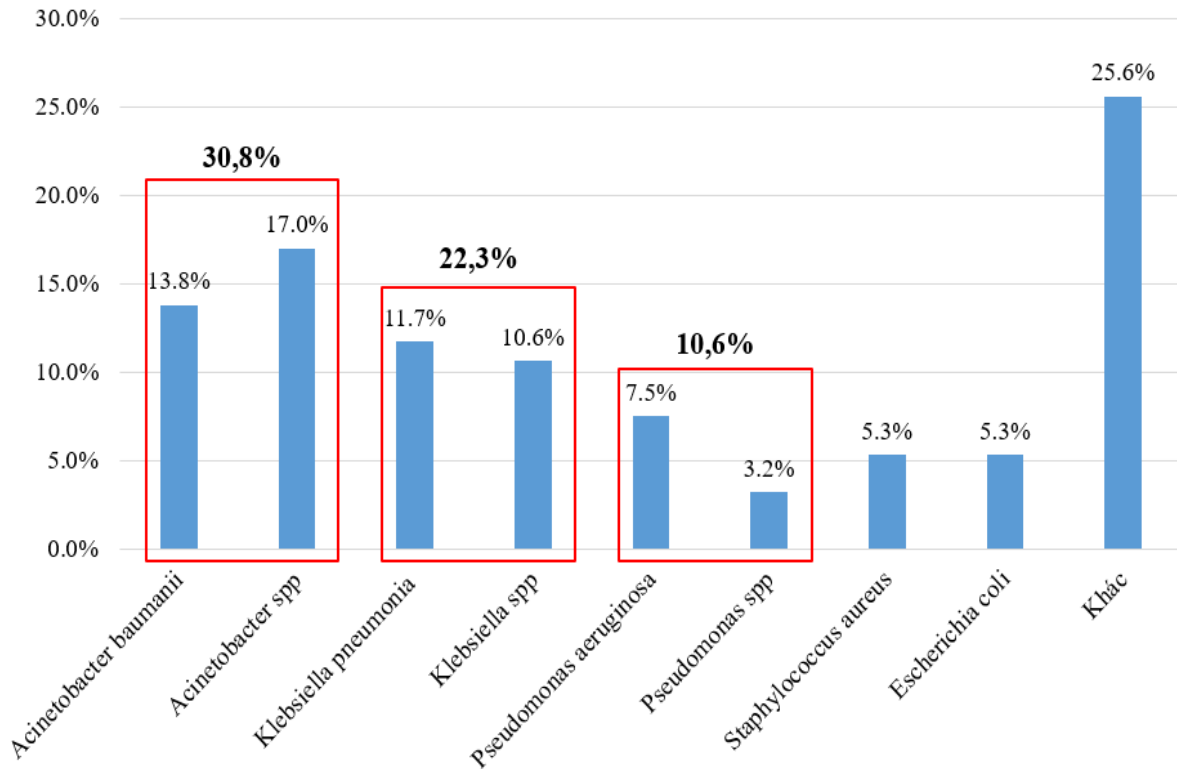
Kết quả nghiên cứu cũng ghi nhận tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân là 48,9% trong đó ở bệnh nhân VPBV là 47,2% và ở bệnh nhân VPTM là 50%.

Bảng 1. Mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng và kết cục

Đặc điểm	%	p (*)
Tuổi ≥ 60 tuổi	69,15%	0,061
Giới nam	57,45%	0,283
Bệnh lý ác tính	7,45%	0,652
TBMMN	31,91%	0,019
Bệnh thận mạn	36,17%	0,257
Bệnh tim mạch	48,94%	0,533
Đái tháo đường type 2	25,52%	0,725
WBC (G/L)	14,5 $\pm$ 6,82	0,191

(*) phân tích Chi bình phương

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân viêm phổi có chẩn đoán TBMMN sẽ gia tăng nguy cơ tử vong ($p=0,019$).



Biểu đồ 5. Phân bố vi trùng học của bệnh nhân viêm phổi

Về phân bố vi trùng học của bệnh nhân VPBV và VPTM tại bệnh viện thành phố Thủ Đức, ghi nhận chủng A.baumannii và các chủng acinetobacter khác chiếm tỷ lệ cao nhất với 30,8%. Kế đến là Klebsiella

pneumonia và các chủng Kleb chiếm tỷ lệ 22,3%. Đứng hàng thứ 3 là P.aeruginosa và các chủng Pseudomonas với tỷ lệ 10,6%. Tỷ lệ cấy dương tính với S.aureus ghi nhận được trong nghiên cứu này là 5,3%.

Bảng 2. Mối liên quan giữa chủng vi khuẩn và kết cục

Chủng vi khuẩn	%	p (*)
Acinetobacter spp (Bao gồm Acinetobacter baumannii)	30,85%	0,032
Klebsiella spp (Bao gồm Klebsiella pneumoniae)	23,40%	0,214
P. aeruginosa	7,45%	0,263
Pseudomonas spp	3,19%	0,516
E. Coli	5,32%	0,199
S.aureus	5,32%	0,199

(*) phân tích Chi bình phương

Kết quả bảng 2 ghi nhận vi khuẩn Acinetobacter spp (bao gồm Acinetobacter baumannii) có mối liên hệ với kết cục tử vong.

Bảng 3. Tuổi và tỷ lệ tử vong của bệnh nhân viêm phổi trong các nghiên cứu

Tác giả	Độ tuổi trung bình	Tỷ lệ tử vong
Kentaro Itawa và cs (2012)	67,1 ± 18.3	23,8%
Đoàn Ngọc Duy và Trần Văn Ngọc (2012)	60,7 ± 20,19	53,7%
Ding Yun Feng và cs (2019)	//	42,8%
Pavaruch Sangmuang và cs (2019)	68,4 ± 13,6	28,7%
Thu Vo-Pham-Minh và cs (2021)	70,49 ± 15,04	75,8%
Chúng tôi (2023)	67,5 ± 17,4	48,9%

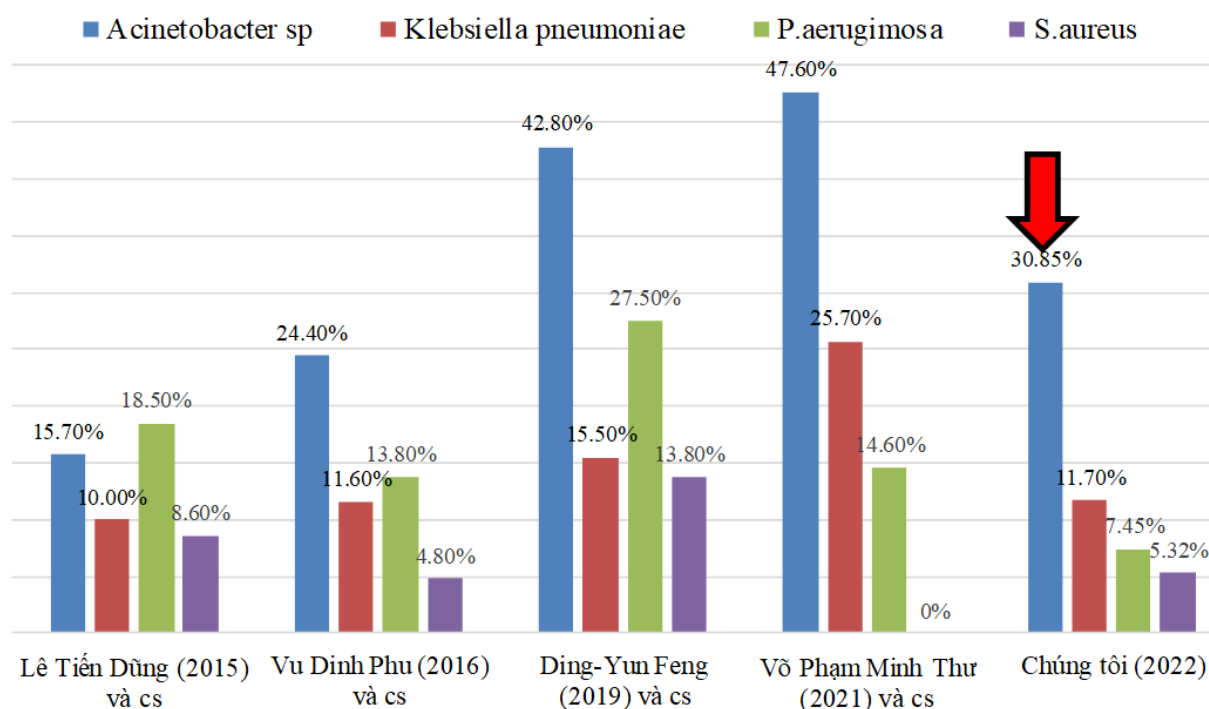
IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình của bệnh nhân VPBV và VPTM là 67,5 ± 17,4 (18 tuổi - 95 tuổi), tương đồng nhất định với độ tuổi bệnh nhân ghi nhận được trong các nghiên cứu khác khi độ tuổi trung bình dao động trong 60 đến 70 tuổi [12, 14-16]. Về đặc điểm lâm sàng, 1/3 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có tiền căn TBMMN, tương tự như tác giả Võ Phạm Minh Thư [16].

Tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân chúng tôi ghi nhận được trong nghiên cứu là 48,9%. Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ ghi nhận được trong các nghiên cứu của nước trong khu vực như ở Nhật [14], Trung Quốc [17] và Thái Lan [18], nhưng có sự tương đồng nhất định với một nghiên cứu khác tại TP HCM như tác giả Đoàn Ngọc Duy (Bệnh viện Chợ Rẫy) [12]. Ngoài ra nghiên cứu của Võ Phạm Minh Thư và cs (2021) có tỷ lệ tử vong cao nhất với 75,8% [16]. Sự khác biệt về tỷ lệ tử vong giữa chúng tôi và tác giả Võ Phạm Minh Thư (2021) có lẽ một phần do dân số trong nghiên cứu này lớn tuổi hơn và nghiên cứu được tiến hành tại khoa ICU.

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 100% các trường hợp VPTM và 33,3%

các trường hợp VPBV là bệnh nhận tại hai khoa hồi sức. Các nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ lưu hành các nhiễm trùng và VPBV tại các Khoa ICU dao động từ 9,1% ở Hoa Kỳ đến khoảng 23,0%-23,5% ở Châu Âu và Anh [9, 19, 20], cao hơn ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình trong đó có Việt Nam với tỷ lệ lưu hành gộp là 35,2% [21]. Một báo cáo của Hiệp hội kiểm soát nhiễm trùng bệnh viện quốc tế 2007–2012 từ 503 Khoa ICU trên toàn thế giới cho thấy viêm phổi liên quan đến máy thở tăng gấp 15 lần ở hơn ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình cao gấp 4 lần so với các cơ sở có nguồn lực tốt hơn [22]. Do sự phát triển kinh tế ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, hệ thống chăm sóc sức khỏe đang thay đổi nhanh chóng, với năng lực ICU ngày càng tăng. Tuy nhiên, những hạn chế về nguồn lực thường dẫn đến tỷ lệ sử dụng cao, đông đúc, thiếu cơ sở cách ly và không đủ nguồn lực để kiểm soát nhiễm trùng đầy đủ, tất cả những điều này có thể góp phần vào tỷ lệ mắc nhiễm trùng bệnh viện nói chung, VPBV và VPTM nói riêng cao được báo cáo tại các khoa ICU ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình [20].



Biểu đồ 6. Các chủng vi khuẩn ở bệnh nhân viêm phổi trong các nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận ba tác nhân gây VPBV và VPTM phổ biến nhất là *Acinetobacter* spp (bao gồm *Acinetobacter baumannii*), *Klebsiella* spp (bao gồm *Klebsiella pneumoniae*) và *Pseudomonas* spp (bao gồm *Pseudomonas aeruginosa*) với tỷ lệ lần lượt là 30,8%, 22,3% và 10,6%. Kết quả tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới [17, 23].

So với các nghiên cứu trong nước, tỷ lệ các chủng vi khuẩn của chúng tôi tương tự tác giả Vũ Đình Phú nghiên cứu trên 15 khoa ICU trên toàn Việt Nam từ năm 2012 [20], cao hơn tác giả Lê Tiến Dũng (2015) [15], thấp hơn tác giả Võ Phạm Minh Thư (2021) [16]. Sự khác biệt về tỷ lệ các chủng gây bệnh giữa chúng tôi và tác giả Lê Tiến Dũng và tác giả Võ Phạm Minh Thư có lẽ một phần là do địa điểm nghiên cứu. Khi phân tích chúng tôi ghi nhận nhiễm *Acinetobacter*

có liên quan đến kết cục không thuận lợi của bệnh nhân với $p = 0,032$.

Nghiên cứu này có những hạn chế như là một nghiên cứu hồi cứu với cỡ mẫu nhỏ. Bên cạnh đó, phương pháp cấy tại bệnh viện của chúng tôi là phương pháp thủ công, phụ thuộc vào kỹ thuật viên. Tuy nhiên nghiên cứu được tiến hành theo dõi trong thời gian dài và ghi chú bệnh án rõ ràng.

V. KẾT LUẬN

Trong 94 bệnh nhân VPBV và VPTM tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức thì tỷ lệ tử vong là 48,94%. Các chủng vi khuẩn thường gặp trong VPBV và VPTM là *Acinetobacter* sp, *Klebsiella* spp, *Pseudomonas* sp.

TBMMN và nhiễm *Acinetobacter* spp là hai yếu tố độc lập liên quan đến kết cục không thuận lợi của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kalil, A.C., et al.,** Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. *Clin Infect Dis*, 2016. 63 (5): p. e61-e111.
2. **Lindgren, M.L., et al.,** Applying public health strategies to primary immunodeficiency diseases: a potential approach to genetic disorders. *MMWR Recomm Rep*, 2004. 53 (Rr-1): p. 1-29.
3. **American Thoracic Society,** Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med*, 2005. 171 (4): p. 388-416.
4. **Wang, Y., et al.,** National trends in patient safety for four common conditions, 2005-2011. *N Engl J Med*, 2014. 370 (4): p. 341-51.
5. **Melsen, W.G., et al.,** Attributable mortality of ventilator-associated pneumonia: a meta-analysis of individual patient data from randomised prevention studies. *Lancet Infect Dis*, 2013. 13 (8): p. 665-71.
6. **Chawla, R., Epidemiology,** etiology, and diagnosis of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia in Asian countries. *Am J Infect Control*, 2008. 36 (4 Suppl): p. S93-100.
7. **Song, J.H.,** Treatment recommendations of hospital-acquired pneumonia in Asian countries: first consensus report by the Asian HAP Working Group. *Am J Infect Control*, 2008. 36 (4 Suppl): p. S83-92.
8. **Tablan, O.C., et al.,** Guidelines for preventing health-care--associated pneumonia, 2003: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *MMWR Recomm Rep*, 2004. 53 (Rr-3): p. 1-36.
9. **Magill, S.S., et al.,** Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections. *N Engl J Med*, 2014. 370 (13): p. 1198-208.
10. **Fluit, A.C., J. Verhoef, and F.J. Schmitz,** Antimicrobial resistance among isolates cultured from patients hospitalized with lower respiratory tract infection in Europe. *Int J Infect Dis*, 2002. 6 (2): p. 144-6.
11. **Giang Thục Anh, Vũ Thế Hồng, and Vũ Văn Đính,** Tìm hiểu tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện và tỷ lệ kháng kháng sinh tại khoa điều trị tích cực từ 1/2002 – 6/2002. Công trình NCKH BV Bạch mai, 2002. 1: p. 209-2018.
12. **Đoàn Ngọc Duy and Trần Văn Ngọc,** Đặc điểm viêm phổi bệnh viện do *Pseudomonas aeruginosa* tại BV Chợ Rẫy từ 6/2009 đến 6/2010. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2012. 16 (1): p. 87-93.
13. **Dương Hồng Lâm, et al.,** Tình hình nhiễm *Acinetobacter* spp. trên bệnh nhân nhập viện tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/09/2010 – 31/12/2010. *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 2012. 16 (1): p. 104-109.
14. **Iwata, K., et al.,** Hospital-acquired pneumonia in Japan may have a better mortality profile than HAP in the United States: a retrospective study. *Journal of Infection and Chemotherapy*, 2012. 18 (5): p. 734-740.

15. **Lê Tiến Dũng and Nguyễn Thị Mai Anh**, Đặc điểm vi khuẩn gây viêm phổi bệnh viện tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM 2015. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2016. 20 (2): p. 198-203.
16. **Vo-Pham-Minh, T., et al.**, The Impact of Risk Factors on Treatment Outcomes of Nosocomial Pneumonia Due to Gram-Negative Bacteria in the Intensive Care Unit. Pulm Ther, 2021. 7 (2): p. 563-574.
17. **Feng, D.Y., et al.**, Differences in microbial etiology between hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: a single-center retrospective study in Guang Zhou. Infect Drug Resist, 2019. 12: p. 993-1000.
18. **Sangmuang, P., A. Lucksi, and W. Katip**, Factors Associated with Mortality in Immunocompetent Patients with Hospital-acquired Pneumonia. J Glob Infect Dis, 2019. 11 (1): p. 13-18.
19. **Erdem, H., et al.**, Surveillance, control and management of infections in intensive care units in Southern Europe, Turkey and Iran--a prospective multicenter point prevalence study. J Infect, 2014. 68 (2): p. 131-40.
20. **Phu, V.D., et al.**, Burden of Hospital Acquired Infections and Antimicrobial Use in Vietnamese Adult Intensive Care Units. PLoS One, 2016. 11 (1): p. e0147544.
21. **WHO**, Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide: a system review of the literature. 2011.
22. **Rosenthal, V.D., et al.**, International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 43 countries for 2007-2012. Device-associated module. Am J Infect Control, 2014. 42 (9): p. 942-56.
23. **Abdalla, J.S., et al.**, Narrative Review of the Epidemiology of Hospital-Acquired Pneumonia and Ventilator-Associated Pneumonia in Gulf Cooperation Council Countries. Infect Dis Ther, 2023. 12 (7): p. 1741-1773.

QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM HUYẾT HỌC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Linh Trung Thành¹, Phạm Đình Nguyên²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các kỹ thuật xét nghiệm hiện nay có vai trò quan trọng trong công tác chẩn đoán xác định và điều trị. Để đảm bảo chất lượng xét nghiệm, nâng cao hiệu quả và chất lượng trong công tác khám, chữa bệnh, Các cơ quan quản lý và cơ sở khám chữa bệnh thường xuyên triển khai các hoạt động kiểm tra, giám sát về trang thiết bị, cách thức tổ chức và quản lý phòng xét nghiệm, chuyên môn kỹ thuật.

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng quản lý chất lượng kết quả xét nghiệm huyết học và xác định các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng xét nghiệm tại bệnh viện Thống Nhất, thành phố Hồ Chí Minh năm 2023.

Phương pháp: Một nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp mô tả định lượng và định tính dựa rong thời gian từ tháng 4 đến tháng 9/2023 trên 60 lượt giám sát quy trình đảm bảo chất lượng xét nghiệm, 60 lượt giám sát trung bình cho từng hoạt động nội kiểm dải thấp, dải cao, 06 mẫu ngoại kiểm và 438 lượt giám sát tiến trình xét nghiệm tại khoa Huyết học, bệnh viện Thống Nhất.

Kết quả: Tỷ lệ đạt của hoạt động nội kiểm là 9,1% đối với dải trung bình và 96,5% đối với dải cao. Đối với hoạt động ngoại kiểm tỷ lệ đạt chung từ mức tốt trở lên là 88/90 lượt đánh giá các thông số, đạt tỷ lệ 97,8%. Về hoạt động đảm bảo các tiến trình xét nghiệm, ghi nhận có 95,1% tỷ lệ tuân thủ trước xét nghiệm, 96,2% trong xét nghiệm và 96,8% sau xét nghiệm.

Kết luận: Thông qua khảo sát định tính, nghiên cứu ghi nhận các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng xét nghiệm huyết học bao gồm: nhân sự, cơ sở vật chất và hệ thống trang thiết bị.

Từ khóa: xét nghiệm, huyết học, bệnh viện Thống Nhất

SUMMARY

QUALITY MANAGEMENT OF HEMATOLOGICAL TEST RESULTS AND ASSOCIATED INFLUENCING FACTORS AT THONG NHAT HOSPITAL, HO CHI MINH CITY

Introduction: Current testing techniques play an important role in diagnosis and treatment. To ensure the quality of testing and improve efficiency and quality in medical examination and treatment, management agencies and medical examination and treatment facilities regularly carry out inspection and supervision activities on equipment. , how to organize and manage the laboratory, and technical expertise.

Objective: Assess the current status of quality management of hematology test results and identify factors affecting test quality at Thong Nhat Hospital, Ho Chi Minh City in 2023.

¹Bệnh viện Thống Nhất

²Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Linh Trung Thành

ĐT: 0918298631

Email: linhtrungthanh1977@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

Method: A study Cross-sectional description combining quantitative and qualitative descriptions based on the period from April to September 2023 on 60 monitoring sessions of the testing quality assurance process, 60 average monitoring sessions for each internal activity. tested low range, high range, 06 external samples and 438 times of monitoring the testing process at the Department of Hematology, Thong Nhat Hospital.

Results: The pass rate of internal inspection is 9.1% for the medium range and 96.5% for the high range. For external inspection activities, the overall passing rate of good or better is 88/90 parameter assessments, reaching a rate of 97.8%. Regarding activities to ensure testing processes, it was recorded that there was a compliance rate of 95.1% before the test, 96.2% during the test and 96.8% after the test.

Conclusion: Through qualitative survey, the study recorded factors affecting the quality of hematology tests including: personnel, facilities and equipment system.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các kỹ thuật xét nghiệm hiện nay có vai trò quan trọng trong công tác chẩn đoán xác định và điều trị. Có thể thấy rằng, việc đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc và hướng dẫn về thực hiện xét nghiệm góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, chăm sóc sức khỏe người dân. Mặc dù đã có nhiều hướng dẫn, tiêu chí chất lượng xét nghiệm đã được ban hành. Tuy nhiên trên thực tế, việc thực hiện và đánh giá chất lượng xét nghiệm vẫn còn nhiều khó khăn.. Các áp lực, nguy cơ nguy hiểm của nghề nghiệp tác động không nhỏ đến kỹ thuật viên. Ngoài ra, kỹ năng thao tác của nhân viên là một trong những yếu tố quan trọng, ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả xét nghiệm (1).

Bệnh viện Thống Nhất là một bệnh viện công lập tại thành phố Hồ Chí Minh. Việc phải đảm bảo chất lượng xét nghiệm là một trong những tiêu chí quan trọng giúp đảm bảo chất lượng điều trị cũng như chất lượng chung của toàn bệnh viện. Trước tình hình đó, với mong muốn đề ra giải pháp cải tiến chất lượng xét nghiệm nhằm góp phần nâng cao sự chính xác, hiệu quả, an toàn trong công tác chẩn đoán và điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá thực trạng quản lý chất lượng kết quả xét nghiệm huyết học và xác định các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng xét nghiệm tại bệnh viện Thống Nhất, thành phố Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính.

Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu định lượng: Các phiếu chỉ định xét nghiệm Huyết học, kết quả các mẫu nội kiểm, ngoại kiểm cho chỉ tiêu của xét nghiệm, nhân viên khoa Huyết học đồng ý tham gia nghiên cứu

Nghiên cứu định tính: Tất cả nhân viên y tế tham gia vào các tiến trình xét nghiệm, Lãnh đạo khoa.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 02 đến tháng 10 năm 2023.

Địa điểm: Khoa Huyết học, Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh.

Cỡ mẫu

Hoạt động nội kiểm: hoạt động này được thực hiện mỗi ngày theo hướng dẫn của ISO 15189, nghiên cứu tiến hành lấy ngẫu nhiên 10 kết quả nội kiểm mỗi tháng để phân tích trong khoảng thời gian từ tháng 04 đến tháng 09 năm 2023.

Hoạt động ngoại kiểm: hoạt động này được thực hiện 01 lần/tháng, nghiên cứu tiến

hành lấy kết quả toàn bộ để phân tích từ tháng 04 đến tháng 09 năm 2023.

Tuân thủ tiến trình xét nghiệm: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ. Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó.

- n: Cỡ mẫu nghiên cứu, α : Xác suất sai lầm loại I, với $\alpha = 0,05$

- Z: Trị số từ phân phối chuẩn, với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

- d: Sai số dự kiến, với $d = 0,05$, $p = 0,5$ ước tính tỉ lệ tuân thủ toàn bộ tiến trình xét nghiệm của nhân viên

Vậy $n = 385$ lượt giám sát. Thực tế giám sát 438 lượt.

Phương pháp chọn mẫu

Trong nghiên cứu định lượng: Tiến hành xét nghiệm với huyết thanh chuẩn, máu

chuẩn đã mua trong vòng 5 tháng, mỗi tháng một lần bắt đầu từ lúc triển khai đề tài. Thu thập bí mật các kết quả và số liệu ghi nhận được trong 5 tháng thực hiện xét nghiệm, mỗi tháng một lần, sau đó xử lý và phân tích dữ kiện. Thống kê kết quả từ phiếu khảo sát, xây dựng 10 tiêu chuẩn để đánh giá chất lượng phòng xét nghiệm

Trong nghiên cứu định tính: chọn mẫu có chủ đích. Tiến hành phỏng vấn sâu 10 cán bộ y tế đang làm việc tại khoa Huyết học thuộc bệnh viện Thống Nhất gồm Lãnh đạo khoa (02) và nhân viên (08).

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi thu thập được kiểm tra, làm sạch và hoàn thiện nội dung. Sử dụng phần mềm Epidata 3.1 để nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 14.2 cho các thông tin mô tả trong nghiên cứu định lượng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm khoa Huyết học

Bảng 1. Đặc điểm của nhân sự của khoa Huyết học (n=17)

Đặc điểm nhân sự	Tần số	Tỉ lệ (%)
Giới tính		
Nam	11	64,7
Nữ	6	35,3
Nhóm tuổi		
Dưới 25 tuổi	2	11,7
Từ 25 đến 35 tuổi	8	47,1
Trên 35 tuổi	7	41,2
Trình độ chuyên môn		
Cao đẳng	1	5,9
Đại học trở lên	16	94,1
Thâm niên công tác tại khoa		
Dưới 5 năm	6	35,3
Từ 5 năm trở lên	11	64,7

Kết quả ghi tỉ lệ nam giới cao hơn so với nữ giới (64,7%, so với 35,3%). Độ tuổi từ 25 tuổi trở lên chiếm đa số mẫu nghiên cứu với 88,3%. Về trình độ chuyên môn, hầu hết mẫu nghiên cứu có trình độ từ đại học trở lên từ 94,1%. Có 64,7% mẫu nghiên cứu có thâm niên công tác tại khoa từ 5 năm trở lên.

Quản lý chất lượng xét nghiệm Huyết học

Kết quả đánh giá nội kiểm

Trong khoảng thời gian từ tháng 04 đến tháng 09 năm 2023, nghiên cứu tiến hành ghi nhận kết quả tại khoa Huyết học về 60 mẫu

nội kiểm dải thấp, 60 mẫu nội kiểm dải bình thường, 60 mẫu nội kiểm dải cao và 6 mẫu ngoại kiểm về phân tích huyết học. Trong mỗi phòng xét nghiệm, việc thực hiện đánh giá chất lượng nội bộ (QC) đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo chất lượng của quá trình xét nghiệm. Quá trình này thường bao gồm việc sử dụng các mẫu có giá trị thấp (đại diện cho trạng thái bệnh lý), mẫu có giá trị trung bình, và mẫu có giá trị cao (đại diện cho trạng thái bệnh lý) để thực hiện các kiểm tra.

Bảng 2. Kết quả đánh giá nội kiểm dải thấp (n=60)

STT	Chỉ số	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Độ biến thiên	Tỉ lệ đạt (%)
1	Lượng huyết sắc tố	4,2	0,1	0,61	98,1
2	Thể tích khối hồng cầu	12,4	0,3	1,03	94,2
3	Huyết sắc tố TB hồng cầu	27,0	0,4	0,74	94,2
4	Nồng độ huyết sắc tố trung bình hồng cầu	34,0	0,5	0,80	94,2
5	Thể tích trung bình hồng cầu	79,5	1,0	0,65	96,2
6	Thể tích trung bình tiểu cầu	9,6	0,2	0,93	96,2
7	Thể tích khối tiểu cầu	0,066	0,003	2,49	98,1
8	Số lượng tiểu cầu	69	3	2,31	98,1
9	Số lượng hồng cầu	1,56	0,03	0,92	98,1
10	Phân bố kích thước hồng cầu	17,2	0,4	1,09	96,2
11	Phân bố kích thước hồng cầu -SD	50,5	1,4	1,43	98,1
12	Số lượng bạch cầu	3,1	0,1	1,53	96,2
Tổng					96,5

Tỉ lệ nội kiểm dải thấp đạt chung là 96,5%. Đối với từng chỉ số xét nghiệm, tỉ lệ đạt yêu cầu cao nhất là Hb, PCT, PLT, RBC và RDW-SD. Các thông số như HCT, MCH, MCHC chưa đạt tỉ lệ 95%. Tuy nhiên, nhìn chung hoạt động đánh giá nội kiểm dải thấp đạt mục tiêu đề ra.

Bảng 3. Bảng đánh giá nội kiểm dải cao (n=60)

STT	Chỉ số	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Độ biến thiên	Tỉ lệ đạt (%)
1	Lượng huyết sắc tố	15,4	0,2	0,61	92,5
2	Thể tích khối hồng cầu	45,8	0,8	0,90	98,1
3	Huyết sắc tố trung bình hồng cầu	29,9	0,6	1,021	100

4	Nồng độ huyết sắc tố TB	33,7	0,6	0,83	98,1
5	Thể tích trung bình hồng cầu	88,8	1,2	0,65	96,2
6	Thể tích trung bình tiểu cầu	10,4	0,2	0,98	98,1
7	Thể tích khối tiểu cầu	0,222	0,008	1,77	96,2
8	Số lượng tiểu cầu	214	8	1,96	96,2
9	Số lượng hồng cầu	5,16	0,11	1,08	98,1
10	Phân bố kích thước hồng cầu	15,7	0,4	1,28	98,1
11	Phân bố kích thước hồng cầu	52,7	1,7	1,61	92,5
12	Số lượng bạch cầu	8,8	0,43	1,2	94,3
Tổng					96,5

Kết quả nội kiểm dài cao ghi nhận tỉ lệ đạt là 96,5%. Thông số Hb có độ ổn định cao nhất, kém ổn định nhất là PLT.

Kết quả đánh giá ngoại kiểm

Trong thời gian từ tháng 04 đến tháng 09/2023, khoa Huyết Học đã thực hiện 6 chu kỳ đánh giá với 15 chỉ số đã đăng ký với trung tâm kiểm chuẩn theo RANDOX.

Bảng 4. Kết quả ngoại kiểm tháng 04 đến tháng 09 năm 2023

STT	Chỉ số	Tháng					
		4	5	6	7	8	9
1	Lượng huyết sắc tố	Tốt (0,74)	Rất tốt (0,17)	Rất tốt (0,30)	Rất tốt (0,03)	Rất tốt (0,06)	Rất tốt (0,03)
2	Thể tích khối hồng cầu	Rất tốt (0,32)	Rất tốt (0,46)	Rất tốt (0,33)	Tốt (0,83)	Rất tốt (0,24)	Tốt (0,77)
3	Huyết sắc tố trung bình hồng cầu (MCH)	Rất tốt (0,07)	Rất tốt (0,23)	Rất tốt (0,20)	Rất tốt (0,19)	Rất tốt (0,20)	Rất tốt (0,28)
4	Nồng độ huyết sắc tố trung bình hồng cầu	Tốt (0,58)	Rất tốt (0,21)	Rất tốt (0,42)	Tốt (0,66)	Rất tốt (0,07)	Tốt (0,67)
5	Thể tích trung bình hồng cầu	Tốt (0,77)	Tốt (0,51)	Tốt (0,58)	Tốt (0,53)	Rất tốt (0,24)	Tốt (0,53)
6	Thể tích trung bình tiểu cầu	Tốt (0,48)	Tốt (0,61)	Tốt (0,68)	Rất tốt (0,21)	Chấp nhận được (1,49)	Rất tốt (0,30)
7	Thể tích khối tiểu cầu	Rất tốt (0,28)	Rất tốt (0,30)	Tốt (0,98)	Rất tốt (0,30)	Chấp nhận được (1,27)	Tốt (0,99)
8	Số lượng tiểu cầu	Tốt (0,83)	Rất tốt (0,14)	Rất tốt (0,48)	Rất tốt (0,48)	Rất tốt (0,21)	Rất tốt (0,44)
9	Số lượng hồng cầu	Tốt (0,88)	Rất tốt (0,26)	Tốt (0,54)	Tốt (0,85)	Rất tốt (0,06)	Rất tốt (0,09)
10	Phân bố kích thước hồng cầu	Rất tốt (0,33)	Rất tốt (0,04)	Rất tốt (0,23)	Rất tốt (0,02)	Tốt (0,99)	Tốt (0,55)
11	Fibrinogen	Tốt (0,13)	Rất tốt (1,49)	Rất tốt (0,30)	Rất tốt (0,78)	Rất tốt (1,57)	Rất tốt (0,223)

12	aPTT in seconds	Rất tốt (0,13)	Rất tốt (0,21)	Rất tốt (0,33)	Tốt (1,48)	Rất tốt (0,38)	Tốt (0,48)
13	PT as an INR	Rất tốt (0,27)	Rất tốt (0,18)	Rất tốt (0,20)	Rất tốt (0,84)	Rất tốt (0,07)	Rất tốt (0,05)
14	PT activity	Tốt (0,33)	Rất tốt (0,25)	Rất tốt (0,42)	Tốt (0,84)	Rất tốt (0,15)	Tốt (0,05)
15	PT in second	Tốt (0,25)	Tốt (0,27)	Tốt (0,58)	Tốt (1,52)	Rất tốt (0,15)	Tốt (0,10)

Kết quả đánh giá ngoại kiểm ghi nhận tất cả các thông số đăng ký đều đạt theo tiêu chuẩn, không có thông số nào phải xem xét lại. Mặc dù vậy, các chỉ số MPV và PLT vào tháng 8/2023 ở mức độ chấp nhận được. Việc ghi nhận kết quả trên theo đánh giá từ khảo sát định tính ghi nhận là do yếu tố khách quan.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm khoa Huyết học

Về nhân sự, khoa Huyết học bệnh viện Thống Nhất hiện tại đang có 17 nhân viên đang trực tiếp làm việc, được tuyển dụng và phân bổ theo đúng đề án vị trí việc làm của bệnh viện năm 2023. Theo kết quả nghiên cứu ghi nhận về phân bố giới tính, tỉ lệ nam giới cao hơn so với nữ giới (64,7%, so với 35,3%). Điều này là hoàn toàn phù hợp về đặc điểm nghề nghiệp của lĩnh vực xét nghiệm vì làm việc trong môi trường độc hại, tiếp xúc hóa chất và máy móc nhiều hơn. Nhân sự tại khoa Xét nghiệm hiện tại chủ yếu là nhân sự có kinh nghiệm với độ tuổi từ 25 tuổi trở lên chiếm đa số mẫu nghiên cứu với 88,3%. Điều này là hoàn toàn phù hợp với đặc điểm trình độ chuyên môn hầu hết từ đại học trở lên 94,1% và thâm niên công tác tại khoa từ 5 năm trở lên. Để đảm bảo thực hiện tốt mục tiêu chất lượng nhân sự từ đại học trở lên, khoa và phòng Tổ chức cán bộ đã phối hợp để cập nhật trình độ cho nhân viên tại khoa đối với các nhân viên làm việc lâu năm nhưng chưa có trình độ đại học được học liên thông. Đây là một trong những chiến lược quan trọng giúp cho khoa Huyết học

nâng cao đáng kể về chất lượng và trình độ chuyên môn của nguồn nhân sự hiện đang công tác tại khoa.

Quản lý chất lượng xét nghiệm Huyết học

Đối với hoạt động xét nghiệm Huyết học, các tiêu chuẩn đều áp dụng cả hình thức nội kiểm và cả ngoại kiểm chất lượng để làm cơ sở so sánh, đối chứng và công nhận các quy chuẩn chất lượng đối với hoạt động xét nghiệm.

Đối với hoạt động nội kiểm: Trong khoảng thời gian từ tháng 04 đến tháng 09 năm 2023, nghiên cứu tiến hành ghi nhận kết quả tại khoa Huyết học về 60 mẫu nội kiểm dải thấp, 60 mẫu nội kiểm dải cao. Tỉ lệ nội kiểm dải thấp đạt chung là 96,5%. Đối với từng chỉ số xét nghiệm, tỉ lệ đạt yêu cầu cao nhất là Hb, PCT, PLT, RBC và RDW-SD. Kết quả nội kiểm dải cao ghi nhận tỉ lệ đạt là 96,5%. Thông số Hb có độ ổn định cao nhất, kém ổn định nhất là PLT.

Theo hướng dẫn về lĩnh vực kiểm chuẩn xét nghiệm, với các máy đếm tế bào, kết quả tốt nhất được đánh giá khi hệ số biến thiên (CV) dưới 2%, trong khoảng từ 2 đến 5% được coi là chấp nhận được, và giá trị CV trên 5% là không đạt yêu cầu. Riêng đối với xét nghiệm tiểu cầu (PLT), CV dưới 10% được xem là chấp nhận được. Tuy nhiên, một số quan điểm lại cho rằng có thể cho phép CV dưới 15% đối với xét nghiệm tiểu cầu. Ngoài ra, theo khuyến cáo của nhân viên kỹ thuật từ các hãng cung ứng máy móc, trang thiết bị cho bệnh viện Thống Nhất, việc lưu trữ mẫu kiểm soát chất lượng (QC) của

máu chuẩn, huyết thanh trong thời gian quá lâu có thể dẫn đến sự thay đổi đáng kể trong thành phần của mẫu.

Thông qua kết quả nghiên cứu, việc thực hiện nội kiểm nhìn chung đạt yêu cầu và kết quả nội kiểm thể hiện được hoạt động đảm bảo chất lượng xét nghiệm tại khoa Huyết học, Bệnh viện Thống Nhất được thực hiện và tuân thủ nghiêm ngặt. Tuy nhiên, đối với việc đo lường lượng tiểu cầu (PLT), yếu tố ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng kiểm soát chất lượng là quá trình bảo quản, cách sử dụng mẫu chuẩn và ảnh hưởng từ yếu tố nhiễu.

Đối với hoạt động ngoại kiểm

Định kì mỗi tháng khoa Huyết Học tiến hành thực hiện ngoại kiểm 1 lần, mẫu đánh giá ngoại kiểm được gửi về Trung tâm kiểm chuẩn xét nghiệm theo hướng dẫn thực hiện của các cơ quan chuyên môn nhằm đảm bảo kết quả khách quan và chất lượng. Trong thời gian từ tháng 04 đến tháng 09 năm 2023, khoa Huyết học đã thực hiện 6 lần ngoại kiểm. Mặc dù với số lượng mẫu nhỏ, nhưng việc ngoại kiểm đã phần nào thể hiện được mức độ chất lượng tại khoa. Cụ thể, với mỗi kì đánh giá, khoa thực hiện ngoại kiểm 15 thông số Huyết học. Như vậy có tổng cộng 90 lượt đánh giá. Trong số đó, chỉ có 2/90 lượt tại tháng 8 với 02 thông số MPV và PCT ở mức chấp nhận được, còn lại đều đạt mức đánh giá tốt và rất tốt. Tỷ lệ đạt từ tốt trở lên theo tiêu chuẩn RANDOX là 97,8%.

Theo khuyến cáo của RANDOX, các thông số có kết quả đánh giá là cần xem xét lại là những thông số chưa được yêu cầu chất lượng. Trong kết quả đánh giá, nghiên cứu không có thông số nào ở mức cần xem xét lại. Điều này chứng tỏ các hoạt động đảm bảo chất lượng xét nghiệm và việc thực hiện ngoại kiểm của khoa đạt hiệu quả cao. Trong đó chú trọng yếu tố về thao tác, kỹ năng của kỹ thuật viên thực hiện theo khuyến cáo của

nhà sản xuất như để ở nhiệt độ phòng 30 phút, lắc đều từ 5 đến 8 lần trước khi chạy mẫu (5). Việc này cũng được lưu ý chung cho toàn bộ hoạt động ngoại kiểm trong các hướng dẫn từ các chuyên gia và tổ chức tiêu chuẩn quốc tế. Bên cạnh đó, theo khuyến cáo từ ISO, cần thiết phải cài lại hệ số Calibration của máy mỗi 6 tháng, điều này cũng được khoa Huyết học tuân thủ thực hiện nhằm đảm bảo kết quả chất lượng xét nghiệm tốt nhất.

V. KẾT LUẬN

Thực trạng quản lý kết quả xét nghiệm Huyết học tại khoa Huyết học rất tốt (tất cả các chỉ tiêu khảo sát đều đạt hoặc lớn hơn 95%). Tuy nhiên bên cạnh đó vẫn còn một số tồn tại cần khắc phục về tuân thủ quy trình của nhân viên, để ngày càng nâng cao chất lượng kết quả xét nghiệm huyết học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Hữu Tâm.** (2015). Những vấn đề cơ bản trong đảm bảo chất lượng xét nghiệm Y học: Nhà xuất bản Y học.
2. **Bộ Y tế.** (2016). Bộ Tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam (phiên bản 2.0) (Ban hành kèm theo Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18 tháng 11 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
3. **Bộ Y tế.** (2017). Bộ Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm Y học (Ban hành kèm theo Quyết định số 2429/QĐ-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
4. **Ngô Gia Lương.** (2008). Áp dụng tiêu chuẩn ISO- 17025/ISO 15189 với phòng xét nghiệm sinh học phân tử. Paper presented at the Báo cáo khoa học hội nghị Hóa sinh Quốc gia, Đại học Quốc gia Hà Nội tháng 10/2008, Hà Nội.
5. **Trần Hữu Tâm.** (2021). Một số nguyên nhân chủ yếu dẫn đến sai số trong ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm tại Việt Nam. Tạp chí Y học Việt Nam, pp. 322-325.

SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH NGOẠI TRÚ TẠI KHOA XÉT NGHIỆM BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TIỀN GIANG NĂM 2023

Nguyễn Văn Quảng¹, Đỗ Quang Thành², Tạ Văn Trâm²

TÓM TẮT

Một nghiên cứu cắt ngang tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang năm 2023 trên 381 đối tượng người bệnh nhằm xác định tỉ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú đối với hoạt động, dịch vụ xét nghiệm và các yếu tố liên quan. Kết quả ghi nhận tỉ lệ hài lòng chung của người bệnh ngoại trú đối với dịch vụ xét nghiệm tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang là 93,7%. Kết quả hài lòng đối với từng yếu tố trong đánh giá hài lòng là: 92,9% đối với yếu tố “Sự tin cậy”, 95,8% đối với yếu tố “Sự đáp ứng”, 91,86% đối với yếu tố “Năng lực phục vụ”, 87,4% đối với yếu tố “Sự hữu hình” và 94% đối với yếu tố “Sự đồng cảm”.

Từ khóa: hài lòng, dịch vụ xét nghiệm, người bệnh, Tiền Giang

SUMMARY

OUTPATIENT SATISFACTION AT THE TEST DEPARTMENT OF TIEN GIANG PROVINCE GENERAL HOSPITAL IN 2023

A cross-sectional study conducted at Tien Giang Provincial General Hospital in 2023 on 381 patients to determine the satisfaction rate of outpatients with testing activities, services and

related factors. The results recorded that the overall satisfaction rate of outpatients with testing services at Tien Giang Provincial General Hospital was 93.7%. Satisfaction results for each factor in the satisfaction assessment are: 92.9% for the factor "Reliability", 95.8% for the factor "Responsiveness", 91.86% for the factor "Service capacity", 87.4% for factor "Tangibility" and 94% for factor "Empathy".

Keywords: satisfaction, testing services, patients, Tien Giang.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng của bệnh nhân ngoại trú đối với dịch vụ xét nghiệm là yếu tố quan trọng trong đánh giá chất lượng của cơ sở y tế [1]. Đánh giá này không chỉ giúp nâng cao chất lượng dịch vụ y tế mà còn tạo ra sự nhận thức về quyền lợi của người dân trong việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Sự hài lòng của bệnh nhân cũng ảnh hưởng đến sự lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh và tạo ra sự trung thành của bệnh nhân. Tuy nhiên, việc đánh giá sự hài lòng cần xét đến cả cảm nhận của bệnh nhân và bác sĩ lâm sàng để có cái nhìn toàn diện về chất lượng dịch vụ xét nghiệm [6]. Hiện tại, tại Việt Nam, vẫn còn ít nghiên cứu về sự hài lòng của bệnh nhân ngoại trú đối với dịch vụ xét nghiệm, điều này góp phần hạn chế trong việc đánh giá tổng thể chất lượng dịch vụ y tế.

Mục tiêu nghiên cứu:

Mô tả sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ xét nghiệm tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang, năm 2023.

¹Bệnh viện Hùng Vương

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Quảng

ĐT: 0939067868

Email: nguyenvanquanghv72@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng: người bệnh ngoại trú đến sử dụng dịch vụ xét nghiệm tại khoa Xét nghiệm, Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Tiền Giang

Tiêu chí lựa chọn: người bệnh trên 18 tuổi, có đủ năng lực để trả lời các câu hỏi điều tra và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10 năm 2023 đến tháng 01 năm 2024.

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại khoa xét nghiệm Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Tiền Giang,

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu định lượng

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ ta có:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (hệ số tin cậy ở mức 95%); $d = 0,05$ (độ chính xác mong muốn); $p = 0,81$ (theo nghiên cứu tác giả Ngô Thị Kim Giàu nghiên cứu về sự hài lòng của người bệnh ngoại trú tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang đạt tỷ lệ hài lòng chung 81,1%). Cỡ mẫu tối thiểu cần có 236. Thực tế cỡ mẫu chúng tôi thu được là 381 người bệnh.

Công cụ thu thập số liệu: Dựa vào thực tế dịch vụ xét nghiệm của Bệnh viện và mô hình SERQUAL, nghiên cứu xây dựng bộ câu hỏi phỏng vấn đánh giá sự hài lòng của người bệnh ngoại trú đối với dịch vụ xét nghiệm, bao gồm 5 thành phần và 20 biến quan sát, thang đo Likert chia thành 05 mức độ để đánh giá. Tiến hành nghiên cứu định lượng, thực hiện khảo sát đối với nhóm khách hàng là người bệnh nhằm đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ xét nghiệm.

Quy trình thu thập số liệu: Nhóm nghiên cứu gồm 03 người: 01 kỹ thuật viên trưởng khoa Xét nghiệm; 01 điều dưỡng hành chánh của khoa và nghiên cứu viên. Nghiên cứu viên tập huấn cho 02 điều tra viên là kỹ thuật viên trưởng khoa Xét nghiệm và 01 điều dưỡng hành chánh của khoa nắm rõ mục đích cuộc điều tra; cách chọn đối tượng nghiên cứu; nội dung bộ câu hỏi; các mức độ hài lòng theo thang điểm Likert; kỹ năng tiến hành điều tra theo bộ câu hỏi. Điều tra viên thực nghiệm trên 50 người bệnh, rà soát kỹ từng câu hỏi đảm bảo từng đối tượng nghiên cứu thấy dễ hiểu trước khi tiến hành điều tra thu thập số liệu chính thức.

Phương pháp phân tích số liệu: phân tích bằng phần mềm excel 2010.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đánh giá hài lòng của người bệnh ngoại trú về dịch vụ xét nghiệm

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=381)

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	Tần số	Tỉ lệ (%)
Độ tuổi		
Dưới 25 tuổi	5	1,3
Từ 25 đến dưới 40 tuổi	69	18,1
Từ 40 tuổi trở lên	307	80,6

Giới tính		
Nam	230	60,4
Nữ	151	39,6
Nghề nghiệp		
Nông dân	160	42,0
Lao động tự do	191	50,1
Cán bộ, công nhân viên chức	30	7,9
Nơi ở		
Thành thị	150	39,4
Nông thôn	231	60,6
Trình độ học vấn		
THCS	259	68,0
THPT	60	15,7
Trên THPT	62	16,3

Về đối tượng nghiên cứu là người bệnh tham gia nghiên cứu, độ tuổi từ 40 tuổi trở lên chiếm đa số mẫu nghiên cứu với 80,6%. Nam giới có tỉ lệ cao hơn so với nữ giới (60,4% so với 39,6%). Nghề nghiệp chủ yếu có mẫu nghiên cứu là lao động tự do với 50,1%, nơi sinh sống chủ yếu ở nông thôn với 60,6%. Về trình độ học vấn chiếm đa số là trình độ THCS với 68,0%.

Bảng 2. Đánh giá về yếu tố “Sự tin cậy” (n=381)

Nội dung	Tỉ lệ hài lòng (%)	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn
Có báo cáo kết quả XN rõ ràng	95,5	4,3	0,54
Công khai quy trình XN	89,2	4,2	0,61
NB nhận được thông tin đầy đủ về tình trạng bệnh và được hướng dẫn trở lại khoa lâm sàng	96,8	4,3	0,51
NB cảm thấy tin tưởng vào kỹ thuật XN	96,2	4,4	0,70
Hài lòng chung về yếu tố “Sự tin cậy”	92,9	4,3	0,46

Nghiên cứu ghi nhận điểm đánh giá sự hài lòng chung đối với yếu tố “Sự tin cậy” theo đánh giá của người bệnh là $4,3 \pm 0,46$ điểm, tương đương tỉ lệ hài lòng chung là 92,9%. Trong số các nội dung đánh giá về yếu tố “Sự tin cậy”, tỉ lệ hài lòng cao nhất ở nội dung tin tưởng vào kỹ thuật xét nghiệm với 96,2% và thấp nhất ở nội dung người bệnh nhận được thông tin đầy đủ về tình trạng bệnh và được hướng dẫn trở lại khoa lâm sàng với 89,2%.

Bảng 3. Đánh giá về yếu tố “Sự đáp ứng” (n=381)

Nội dung	Tỉ lệ hài lòng (%)	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn
NB được khám theo đúng thứ tự	95,5	4,42	0,57
NB được thông báo chính xác về thời gian khám và trả kết	94,7	4,41	0,58

qua XN			
Tổ chức thực hiện dịch vụ linh hoạt	96,3	4,43	0,55
Dịch vụ XN đáp ứng kịp thời	93,2	4,41	0,61
Hài lòng chung về yếu tố “Sự đáp ứng”	95,8	4,42	0,54

Nghiên cứu ghi nhận điểm đánh giá hài lòng trung bình đối với yếu tố “Sự đáp ứng” theo đánh giá của người bệnh là $4,42 \pm 0,54$ điểm, tương đương tỉ lệ hài lòng chung là 95,8%. Đối với yếu tố “Sự đáp ứng”, tỉ lệ hài lòng chung cao nhất ghi nhận ở nội dung tổ chức thực hiện dịch vụ linh hoạt, thấp nhất ở nội dung Dịch vụ xét nghiệm đáp ứng kịp thời với tỉ lệ 93,2%.

Bảng 4. Đánh giá về yếu tố “Năng lực phục vụ” (n=381)

Nội dung	Tỉ lệ hài lòng (%)	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn
NVYT luôn tỏ ra lịch sự, tôn trọng vấn đề riêng tư của NB	92,91	4,4	0,67
NVYT thực hiện cuộc khám một cách tỉ mỉ, toàn diện	98,91	4,99	0,7
NB tin tưởng vào NVYT	90,29	4,3	0,67
NVYT có kiến thức tốt để trả lời những câu hỏi của NB	95,8	4,5	0,61
Hài lòng chung về “Năng lực phục vụ”	91,86	4,66	0,48

Nghiên cứu ghi nhận điểm đánh giá hài lòng trung bình đối với yếu tố “Năng lực phục vụ” theo đánh giá của người bệnh là $4,66 \pm 0,48$ điểm, tương đương tỉ lệ hài lòng chung là 91,86%. Tỉ lệ hài lòng chung cao nhất ghi nhận ở nội dung nhân viên y tế thực hiện cuộc khám một cách tỉ mỉ, toàn diện với 98,91%, thấp nhất ở nội dung Người bệnh tin tưởng vào nhân viên y tế với 90,29%.

Bảng 5. Đánh giá về yếu tố “Sự hữu hình” (n=381)

Nội dung	Tỉ lệ hài lòng (%)	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn
Nơi ngồi chờ sạch sẽ, vệ sinh, các phòng lấy mẫu ngăn nắp	94,2	4,5	0,64
NVYT ăn mặc sạch sẽ, gọn gàng	93,44	4,4	0,65
Trang thiết bị, phương tiện chẩn đoán đầy đủ	96,3	4,4	0,61
NVYT vui vẻ, hoà nhã khi tiếp xúc với NB	90,55	4,4	0,7
Hài lòng chung về yếu tố “Sự hữu hình”	87,4	4,45	0,51

Nghiên cứu ghi nhận điểm đánh giá hài lòng trung bình đối với yếu tố “Sự hữu hình” theo đánh giá của người bệnh là $4,45 \pm 0,51$ điểm, tương đương tỉ lệ hài lòng chung là 87,4%. Trong đó, tỉ lệ hài lòng chung cao nhất là trang thiết bị, phương tiện chẩn đoán đầy đủ với 96,3% và thấp nhất ở nội dung nhân viên y tế vui vẻ, hòa nhã khi tiếp xúc với người bệnh với 90,55%.

Bảng 6. Đánh giá về yếu tố “Sự đồng cảm” (n=381)

Nội dung	Tỉ lệ hài lòng (%)	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn
NVYT khoa XN giải thích rõ ràng và yêu cầu hợp tác khi	90,3	4,5	0,7

thực hiện kỹ thuật XN			
NVYT khoa XN chia sẻ, động viên trước những lo lắng về bệnh tật	95,5	4,85	0,61
NVYT luôn sẵn lòng giúp đỡ NB	96,1	4,87	0,6
Thời gian thực hiện kỹ thuật XN phù hợp, đáp ứng kịp thời cho NB	95,3	4,4	0,80
Hài lòng chung về yếu tố “Sự đồng cảm”	94,0	4,57	0,46

Nghiên cứu ghi nhận điểm đánh giá hài lòng trung bình đối với yếu tố “Sự đồng cảm” theo đánh giá của người bệnh là $4,57 \pm 0,46$ điểm, tương đương tỉ lệ hài lòng chung là 94,0%. Trong đó, tỉ lệ hài lòng chung cao nhất ghi nhận ở nội dung nhân viên y tế luôn sẵn lòng giúp đỡ người bệnh với 96,1% và thấp nhất ở nội dung nhân viên y tế khoa Xét nghiệm giải thích rõ ràng và yêu cầu hợp tác khi thực hiện kỹ thuật xét nghiệm với 90,3%.

So sánh giữa các yếu tố đánh giá đối với hài lòng người bệnh, nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ người bệnh hài lòng cao nhất đối với yếu tố về “Sự đáp ứng” và “Sự đồng cảm” lần lượt là 95,8%, 94,0%, sau đó tới “Năng lực phục vụ” là 91,86%, thấp nhất là “Sự hữu hình” 87,4%.

Bảng 7. Hài lòng chung của người bệnh về dịch vụ xét nghiệm

Nội dung	Tỉ lệ hài lòng (%)	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn
Hài lòng chung	93,7	4,75	0,64

Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ HL chung của người bệnh đối với dịch vụ xét nghiệm là 93,7%, điểm trung bình HL chung là $4,75 \pm 0,64$ điểm.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm của người bệnh

Nghiên cứu tiến hành trên 381 người bệnh sử dụng dịch vụ xét nghiệm tại bệnh

viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang, ghi nhận chiếm đa số là độ tuổi từ 40 tuổi trở lên với 80,6%. Về giới tính, ghi nhận tỉ lệ nam giới có tỉ lệ cao hơn so với nữ giới (60,4% so với 39,6%). Về nghề nghiệp, nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ mẫu nghiên cứu có nghề nghiệp là nông dân và lao động tự do chiếm đa số (42,0% và 50,1%). Về đặc điểm nơi ở của đối tượng đến khám, chủ yếu là đối tượng đến từ nông thôn với 60,6%. Điều này là hoàn toàn phù hợp với đặc thù người bệnh đến khám tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang với hầu hết là những người từ trung niên trở lên. Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với các nghiên cứu trước đó khi đối tượng sử dụng các dịch vụ xét nghiệm có độ tuổi trung bình là 40 tuổi, tập trung ở nông thôn [4],[7],[8].

Đối với đặc điểm về trình độ học vấn, nghiên cứu ghi nhận có trình độ trung học cơ sở trở xuống là 68,0%, từ trung học phổ thông trở lên là 32,0%. Trình độ học vấn được ghi nhận là yếu tố có liên quan đến việc tự chăm sóc sức khỏe bản thân. Theo các nghiên cứu, trình độ học vấn cao, người dân có xu hướng quan tâm đến sức khỏe bản thân, hiểu biết nhiều hơn về sức khỏe và tự quyết định các vấn đề sức khỏe bản thân tốt hơn so với nhóm có trình độ học vấn thấp [4],[8].

Sự hài lòng của người bệnh ngoại trú về dịch vụ xét nghiệm

Sự hài lòng của người bệnh là một trong những chỉ số cơ bản phản ánh chất lượng của dịch vụ y tế. Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang, số lượt người bệnh ngoại trú sử dụng dịch vụ xét nghiệm hàng ngày đang ở mức cao, vượt quá mặt bằng chung của tỉnh. Đánh giá sự hài lòng của người bệnh ngoại trú về dịch vụ xét nghiệm là cơ sở quan trọng để hiểu rõ hơn về chất lượng của các dịch vụ đang triển khai. Mô hình phổ biến để đánh giá sự hài lòng là SERVQUAL, được ứng dụng rộng rãi trong nhiều lĩnh vực và quốc gia, bao gồm Việt Nam. Kết quả ghi nhận về yếu tố "Sự tin cậy" cho thấy điểm trung bình hài lòng chung là $4,3 \pm 0,46$ điểm, tương đương tỉ lệ hài lòng chung là 92,9%. Trong số các nội dung đánh giá về yếu tố "Sự tin cậy", tỉ lệ hài lòng cao nhất ở nội dung tin tưởng vào kỹ thuật xét nghiệm với 96,2% và thấp nhất ở nội dung người bệnh nhận được thông tin đầy đủ về tình trạng bệnh và được hướng dẫn trở lại khoa lâm sàng với 89,2%. Ở môi trường hiện tại, với sự phát triển của khoa học công nghệ, người bệnh có thể tự tìm hiểu nhiều thông tin về y tế, bao gồm cả các kỹ thuật xét nghiệm. Thông qua việc tìm kiếm thông tin, họ sẽ hiểu rõ hơn về các kỹ thuật, tăng sự tin tưởng. Tuy nhiên, nhân viên y tế vẫn cần cung cấp thông tin trực tiếp để đáp ứng nhu cầu của người bệnh, nhưng thực tế với số lượng bệnh nhân đông đúc, họ thường không có đủ thời gian để làm điều này. Đối với yếu tố "Sự đáp ứng", đây là yếu tố chính đánh giá mức độ cung ứng dịch vụ. Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ hài lòng chung là 95,8%, với điểm trung bình của các

nội dung đánh giá là $4,42 \pm 0,54$ điểm. Cần tăng cường các hình thức truyền thông, hướng dẫn để nâng cao sự hài lòng của người bệnh và tăng cường yếu tố "Sự tin cậy" đối với khoa xét nghiệm.

Yếu tố "Năng lực phục vụ" được đánh giá thông qua trải nghiệm của người bệnh khi tiếp xúc với nhân viên y tế. Kết quả ghi nhận tỉ lệ hài lòng chung là 91,86%, tuy thấp hơn so với một số nghiên cứu trước đó. Cần cải thiện kiến thức của nhân viên y tế để đáp ứng nhu cầu thông tin của người bệnh. Yếu tố "Hữu hình" được đánh giá thông qua cơ sở vật chất, thiết bị, trang phục và thái độ phục vụ của nhân viên y tế. Tỉ lệ hài lòng chung là 87,4%, với điểm trung bình là $4,45 \pm 0,51$ điểm. Cơ sở vật chất giúp gia tăng sự hài lòng, trong khi cần cải thiện hơn về thái độ của nhân viên y tế. Yếu tố "Đồng cảm" tập trung vào sự hỗ trợ và động viên của nhân viên y tế. Kết quả ghi nhận điểm trung bình là $4,57 \pm 0,46$ điểm, tỉ lệ hài lòng là 94,0%. Cần cung cấp thông tin và hướng dẫn chi tiết hơn cho người bệnh. Tóm lại, tỉ lệ hài lòng chung của người bệnh ngoại trú đối với dịch vụ xét nghiệm là 93,7%.

V. KẾT LUẬN

Sự hài lòng của người bệnh về tỉ lệ hài lòng chung của người bệnh ngoại trú đối với dịch vụ xét nghiệm tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang là 93,7%. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh đối với hoạt động xét nghiệm bao gồm: chất lượng nguồn nhân sự thực hiện xét nghiệm, quy trình thực hiện dịch vụ xét nghiệm, cơ sở vật chất và trang thiết bị chẩn đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2016). Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam (phiên bản 2.0) (Ban hành kèm theo Quyết định số 6858/QĐ-BYT, ngày 18 tháng 11 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
2. **Phạm Đức Mục** (2016). “Nhận thức về đổi mới phong cách thái độ hướng đến sự hài lòng của người bệnh”. Hội Điều dưỡng Việt Nam.
3. **Lê Thị Hoàng Mỹ, Nguyễn Văn Vĩnh** (2023). Nghiên cứu thực trạng chất lượng xét nghiệm hóa sinh máu định lượng ở một số cơ sở y tế công lập tỉnh Vĩnh Long năm 2022-2023, Tạp chí Y dược học Cần Thơ.
4. **Hoàng Ngọc Quyên** (2020). “Chất lượng dịch vụ khám bệnh tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức”. Học viện Khoa học và Xã hội.
5. **Vương Quan Thành** (2016). Sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám bệnh ngoại trú tại khoa Khám bệnh và giải pháp cải thiện tại bệnh viện Quân Dân Y Đồng Tháp. Trường Đại Học Y Tế Công cộng.
6. **Nguyễn Chí Vinh và các cộng sự** (2023). Khảo sát tỉ lệ hài lòng của nhân viên y tế đối với dịch vụ xét nghiệm tại bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, Tạp chí Y học Việt Nam, 525(1A).
7. **Abebe DD, Temesgen MM, & Abozin AT** (2023). Clinicians' satisfaction with laboratory services and associated factors at public health facilities in Northeast Ethiopia. BMC Health Serv Res, 23(1), pp. 475.
8. **Aggarwal K, Jhajharia S, Pradhan T, & Acharya V** (2022). Evaluation of Patient Satisfaction with Clinical Laboratory and Phlebotomy Services in a NABL Accredited Laboratory in a Tertiary Care Hospital, Eastern India: A Cross-sectional Study, Journal of Clinical and Diagnostic Research, 16(5), pp. EC19-EC22.

KẾT QUẢ QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN CHÂU THÀNH, TỈNH KIÊN GIANG

Phạm Thành Đạt¹, Tạ Văn Trầm², Danh Ngọc Minh³,
Nguyễn Hữu Vinh², Phạm Thị Thanh Tiến⁴, Danh Ngọc Trâm⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc không kiểm soát, quản lý theo dõi bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường type 2 dẫn đến khả năng tuân thủ điều trị ở người bệnh thấp không chỉ dẫn tới nguy cơ tàn tật, tử vong, giảm chất lượng cuộc sống mà còn gia tăng chi phí và gánh nặng cho hệ thống y tế.

Mục tiêu: Mô tả kết quả quản lý người bệnh đái tháo đường type 2 tại Trung tâm Y tế huyện Châu Thành, tỉnh Kiên Giang năm 2023.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 414 người bệnh đái tháo đường típ 2 từ 20 tuổi trở lên được điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Châu Thành, từ tháng 3 đến tháng 8 năm 2023.

Kết quả: Các đối tượng tham gia nghiên cứu tuân thủ điều trị dùng thuốc theo thang đo MMSA cho thấy ở mức độ thấp, trung bình và cao chiếm tỷ lệ lần lượt là 20%; 21,5%; 58,5%. Tuân thủ chế độ ăn chiếm 52,9%; không tuân thủ

chiếm 47,1%. Tuân thủ chế độ luyện tập chiếm 28%; không tuân thủ chiếm 72%.

Kết luận: Việc quản lý người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Châu Thành được thực hiện tốt và đầy đủ các nội dung. Kết quả hoạt động quản lý người bệnh đạt kết quả tốt.

Từ khóa: quản lý, đái tháo đường.

SUMMARY

RESULTS OF MANAGEMENT OF TYPE 2 DIABETES WITH TREATMENT COMPLIANCE AT CHAU THANH DISTRICT MEDICAL CENTER, KIEN GIANG PROVINCE

Background: failure to control, manage, and monitor patients with type 2 diabetes leads to low patient compliance with treatment, not only leading to the risk of disability, death, and reduced quality of life. life but also increases costs and burdens on the health system.

Objective: describe the results of management of type 2 diabetes patients at Chau Thanh District Medical Center, Kien Giang province in 2023.

Methods: a descriptive cross-sectional study was conducted on 414 people with type 2 diabetes aged 20 years and older receiving outpatient treatment at Chau Thanh District Medical Center, from March to August 2023.

Results: the subjects participating in the study adhered to medication treatment according to the MMSA scale, showing low, medium and

¹Trung tâm Y tế huyện Châu Thành, tỉnh Kiên Giang

²Bệnh viện đa khoa Tiền Giang

³Bệnh viện đa khoa Kiên Giang

⁴Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thành Đạt

ĐT: 0817733731

Email: dr.datphamyds@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

high levels, accounting for 20%, respectively; 21.5%; 58.5%. Diet compliance accounts for 52.9%; non-compliance accounted for 47.1%. Compliance with exercise regimen accounts for 28%; non-compliance accounts for 72%.

Conclusion: the management of type 2 diabetes patients treated as outpatients at Chau Thanh District Medical Center is well implemented and has complete content. The results of patient management activities achieved good results.

Keywords: management, diabetes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) không những tăng nhanh ở khu vực thành thị mà còn cả những vùng nông thôn. Nhiều người dân không phát hiện sớm bệnh lý ĐTĐ, chỉ phát hiện khi đã có những biến chứng nguy hiểm như: Suy thận, biến chứng tim mạch, thần kinh, bàn chân ĐTĐ... Tuy nhiên, các nghiên cứu cho thấy tại các địa phương khác nhau vấn đề khám điều trị, quản lý theo dõi bệnh nhân mắc bệnh ĐTĐ type 2 cũng khác nhau, việc không kiểm soát, quản lý theo dõi bệnh nhân mắc bệnh ĐTĐ type 2 dẫn đến khả năng tuân thủ điều trị ở người bệnh thấp không chỉ dẫn tới nguy cơ tàn tật, tử vong, giảm chất lượng cuộc sống mà còn gia tăng chi phí và gánh nặng cho hệ thống y tế. Mục tiêu nghiên cứu: *Mô tả kết quả quản lý người bệnh đái tháo đường type 2 tại Trung tâm Y tế huyện Châu Thành, tỉnh Kiên Giang năm 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu định lượng

Đối tượng trong nghiên cứu là người bệnh và hồ sơ bệnh án của những người bệnh

đã được chẩn đoán đái tháo đường type 2.

Báo cáo về cơ sở vật chất, thuốc, trang thiết bị, vật tư y tế tại phòng khám phục vụ cho công tác quản lý khám chữa bệnh đái tháo đường type 2.

Đối tượng nghiên cứu định tính

Đối tượng chính: Người bệnh đang được quản lý tại khoa Khám bệnh thuộc Trung tâm Y tế Châu Thành.

Đối tượng phụ: Cán bộ y tế gồm Ban Giám đốc, Lãnh đạo khoa Khám bệnh, bác sỹ điều trị, điều dưỡng tại phòng khám thuộc Trung tâm Y tế Châu Thành.

Tiêu chí chọn mẫu

Tiêu chí đưa vào: Người bệnh từ 20 tuổi trở lên, đang được điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh Trung tâm Y tế Châu Thành, được chẩn đoán là đái tháo đường type 2. Người bệnh đến khám tại khoa Khám bệnh ít nhất từ 6 tháng trở lên để đảm bảo người bệnh đã được thăm khám, tư vấn, hướng dẫn điều trị và tuân thủ điều trị. Người bệnh có thẻ giao tiếp để trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu loại ra: Người bệnh không tinh tảo, không đủ sức khỏe tham gia phỏng vấn và không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 8 năm 2023.

Địa điểm: Tại khoa Khám bệnh thuộc Trung tâm Y tế huyện Châu Thành, tỉnh Kiên Giang.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

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

Dân số mục tiêu

Người bệnh đã được chẩn đoán ĐTĐ type 2 cùng lãnh đạo TTYT, khoa khám bệnh, bác sỹ và điều dưỡng tại phòng khám.

Dân số chọn mẫu

Người bệnh đã được chẩn đoán ĐTĐ type 2 và đang điều trị tại phòng khám từ 6 tháng trở lên.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu định lượng

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu so sánh

1 tỷ lệ:

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

Trong đó:

n: Là số người bệnh đái tháo đường type 2 cần cho nghiên cứu.

p: Ước lượng tỷ lệ người bệnh ĐTĐ type 2 tuân thủ điều trị, chọn $p = 0,5$.

d: Độ chính xác tuyệt đối (lấy $d = 0,05$)

α : Chọn mức ý nghĩa thống kê 95%, có $\alpha = 0,05$.

$Z_{1-\alpha/2}$: Giá trị thu được bằng cách tra bảng Z, có $\alpha = 0,05$; $Z = 1,96$.

Thay vào công thức, thu được $n = 385$ bệnh nhân. Tuy nhiên, trong quá trình nghiên cứu, ước lượng khoảng 8% người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu, vì vậy cỡ mẫu $n = 415$ người bệnh. Trên thực tế thu thập được 414 mẫu

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng công thức chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống.

Nghiên cứu định tính

Mục đích: Tìm hiểu, phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của người bệnh ĐTĐ type 2, phỏng vấn sâu (PVS) với cán bộ y tế và thảo luận nhóm (TLN) người bệnh được thực hiện.

Phương pháp chọn mẫu: Tiến hành PVS 06 cuộc. Chọn mẫu có chủ đích, thực hiện phỏng vấn cho tới khi đạt được thông tin bão hòa, để tìm ra những khó khăn và thuận lợi

của người bệnh trong thực hiện quản lý bệnh ĐTĐ type 2:

- 01 Lãnh đạo bệnh viện
- 01 Lãnh đạo khoa Khám bệnh
- 04 nhân viên y tế: 02 Bác sỹ, 02 Điều dưỡng tại 02 phòng khám thuộc khoa khám bệnh.

Thảo luận nhóm 02 cuộc:

- Nhóm người bệnh tuân thủ điều trị tốt: 10 người bệnh.

- Nhóm người bệnh không tuân thủ điều trị tốt: 10 người bệnh.

Phương pháp phân tích số liệu

Phân tích số liệu định lượng

Số liệu sau khi được làm sạch mã hóa được nhập vào máy tính bằng phần mềm epidata 3.1, xử lý số liệu phần mềm Stata, kết quả được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ.

Phân tích số liệu định tính

Giải băng ghi âm các cuộc phỏng vấn sâu và tổng hợp các vấn đề liên quan định tính nhằm giải thích bổ sung cho kết quả định lượng, trích dẫn theo các chủ đề nghiên cứu.

Đạo đức nghiên cứu

Trước khi tiến hành lấy mẫu, nghiên cứu này đã được Hội đồng Đạo đức của trường Đại học Trà Vinh thông qua.

Nghiên cứu này đã được trình lên Ban Giám đốc TTYT Châu Thành, tỉnh Kiên Giang, để tiến hành lấy mẫu. Các đối tượng tham gia nghiên cứu đã được giải thích rõ ràng và đồng ý tham gia. Kết quả nghiên cứu được phản hồi với Lãnh đạo Bệnh viện để có cơ sở khoa học trong công tác quản lý điều trị người bệnh ĐTĐ type 2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Kết quả xét nghiệm****Bảng 1. Kết quả xét nghiệm ở người bệnh đái tháo đường**

Chỉ số	Đơn vị	Tốt	Chấp nhận	Kém
Glucose máu lúc đói	Mmol/l	78(18,8)	52(12,6)	284(68,6)
HbA1c	%	188(45,4)	89(21,5)	137(33,1)
Huyết áp	mmHg	106(25,6)	224(54,1)	84(20,3)
Cholesterol toàn phần	Mmol/l	158(38,2)	140(33,8)	116(28)
HDL-c	Mmol/l	251(60,6)	108(26,1)	55(13,3)
Triglycerid	Mmol/l	93(22,5)	146(35,3)	175(42,3)
LDL	Mmol/l	231(55,8)	118(28,5)	65(15,7)

Tỷ lệ đường huyết máu lúc đói đạt kết quả tốt là 18,8%, chấp nhận 12,6%, kém 68,6%. HbA1c đạt kết quả tốt là 45,4%, chấp nhận 21,5%, kém 33,1%. Chỉ số huyết áp: Đạt kết quả tốt là 25,6%, chấp nhận 54,1%, kém 20,3%. Cholesterol toàn phần: Đạt kết quả tốt là 38,2%, chấp nhận 33,8%, kém

28%. HDL-c: Đạt kết quả tốt là 60,6%, chấp nhận 26,1%, kém 13,3%. LDL đạt kết quả tốt là 55,8%, chấp nhận 28,5%, kém 15,7%; Triglycerid đạt kết quả tốt là 22,5%, chấp nhận 35,3%, kém 42,3%.

Kết quả tuân thủ dùng thuốc**Bảng 2. Kết quả tuân thủ dùng thuốc của người bệnh theo Morisky**

Nội dung	Có	Không
Thỉnh thoảng quên uống thuốc	114(27,5)	300(72,5)
Trong 2 tuần vừa qua có lúc quên uống thuốc	61(14,7)	353(85,3)
Tự ý ngưng thuốc khi thấy khỏe	61(14,7)	353(85,3)
Tự ý ngưng thuốc khi không khỏe	22(5,3)	392(94,7)
Quên mang thuốc khi đi xa	54(13)	360(87)
Ngày hôm qua chưa uống thuốc	13(3,1)	401(96,9)
Cảm thấy khó khăn khi phải điều trị dài ngày	57(13,8)	357(86,2)
Khó khăn khi phải nhớ uống thuốc đầy đủ	61(14,7)	353(85,3)

Kết quả tuân thủ dùng thuốc của người bệnh theo Morisky: Thỉnh thoảng quên uống thuốc không là 72,5%, có 27,5%; Trong 2 tuần vừa qua có lúc quên uống thuốc không thực hiện là 85,3%, có 14,7%; Tự ý ngưng thuốc khi thấy khỏe không thực hiện là 85,3%, có 14,7%; Tự ý ngưng thuốc khi thấy không khỏe, không thực hiện là 94,7%, có 5,3%; Quên mang thuốc khi đi xa không thực hiện là 87%, có 13%; Chưa uống thuốc ngày hôm qua không thực hiện là 96,9%, có 3,1%; Cảm thấy khó khăn khi phải điều trị dài ngày không thực hiện là 86,2%, có 13,8%;

Khó khăn khi phải nhớ uống thuốc đầy đủ, không thực hiện là 85,3%, có 14,7%.

Kết quả đánh giá tuân thủ dùng thuốc: Tuân thủ tốt 58,5%; Tuân thủ trung bình 21,5%; Tuân thủ kém 20%.

Kết quả tuân thủ chế độ ăn và tập luyện

Tỷ lệ tuân thủ chế độ ăn 52,9%, không tuân thủ 47,1%. Tỷ lệ tuân thủ chế độ luyện tập 28%, không tuân thủ 72%

Kết quả nhận xét nội dung tư vấn và hài lòng chất lượng dịch vụ

Bảng 3. Kết quả nhận xét nội dung tư vấn, chất lượng dịch vụ

Nội dung		Tần số (n)	Tỷ lệ %
Kết quả nhận xét của người bệnh về nội dung tư vấn của NVYT	Rõ ràng, dễ hiểu	372	89,9%
	Không rõ ràng	31	7,5%
	Không giải thích	11	2,7%
NVYT hướng dẫn người bệnh về ăn uống và dùng thuốc	Thường xuyên	285	68,8%
	Thỉnh thoảng (3-4 tháng/lần)	121	29,2%
	Hoàn toàn không có	8	2%
Hài lòng về chất lượng dịch vụ y tế	Hài lòng	323	78%
	Bình thường	85	20,5%
	Không hài lòng	6	1,4%

Tỷ lệ kết quả nhận xét của người bệnh về nội dung tư vấn của NVYT rõ ràng, dễ hiểu là 89,9%, không rõ ràng 7,5%, không giải thích 2,7%. NVYT tư vấn về ăn uống và dùng thuốc cho người bệnh mức độ thường xuyên là 68,8%, thỉnh thoảng 29,2%, hoàn toàn không có 2,2%. Hài lòng về chất lượng dịch vụ y tế: Hài lòng 78%, bình thường 20,5%, không hài lòng là 1,4%.

Qua thảo luận nhóm người bệnh: Đa số hài lòng với hoạt động của BV, nhất là chất lượng dịch vụ y tế, tinh thần thái độ phục vụ như: Giao tiếp, hướng dẫn, chỉ dẫn của NVYT.

“Lần nào tôi đến khám cũng được Bác sĩ căn dặn về cách ăn uống cũng như tập thể dục, sợ tui quên. Nhưng mà nhờ vậy nên đường huyết tôi bây giờ mới ổn, không còn cao như lúc trước” (TLN). “Từ khâu bác sĩ đăng ký khám bệnh, tới lúc vào gặp Bác sĩ tôi luôn được quan tâm hướng dẫn tận tình, chu đáo, tôi hài lòng với bệnh viện mình” (TLN).

Hiệu quả hoạt động quản lý ngày càng hoàn thiện

“Những hoạt động quản lý như: bệnh nhân đi khám tại BV hàng năm thực hiện tốt, sau dịch Covid-19 người bệnh đến khám đông hơn trước” (PVS-LĐTTYT). “Bản thân tôi khi được nhân viên y tế hướng dẫn về

uống thuốc, ăn uống cũng như tập thể dục tôi luôn nghe theo. Do vậy đường huyết của tôi lúc nào cũng ổn định và tôi bớt lo lắng về căn bệnh của mình, tôi rất hài lòng về các Bác sĩ đã điều trị cho tôi” (TLN). Tuy nhiên việc tư vấn với lượng bệnh đông thì 1 BS không thể tư vấn tốt được. “Mỗi ngày số lượng bệnh mà 1 bác sĩ khám quá đông có thể trên 100 ca, thì vấn đề thời gian để đảm bảo vừa tư vấn và vừa điều trị sẽ không thực hiện tốt được” (PVS-BSĐT).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả xét nghiệm

Bệnh ĐTĐ là một loại bệnh mạn tính không lây nhiễm, cần phải điều trị suốt đời, vấn đề kiểm soát đường huyết, HbA1c trong giới hạn cho phép là rất quan trọng. Qua kết quả nghiên cứu tỷ lệ đường huyết đói đạt kết quả tốt là 18,8%; thấp hơn tác giả Trần Thị Thanh Xuân (2018) là 83,3% [7], hay nghiên cứu của Dương Thị Hương (2019) tại bệnh viện Đa khoa quận Lê Chân, thành phố Hải Phòng, tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát đường huyết lúc đói 58,2% và tác giả Vũ Minh Hiếu (2020) tỷ lệ đường huyết lúc đói đạt kết quả tốt là 36,7%. HbA1c đạt kết quả tốt là 45,4% cao hơn khi so với nghiên cứu của Nguyễn Hiếu (2018) tỷ lệ người bệnh kiểm soát tốt HbA1c là 40,9% [3]; thấp hơn tác giả

Nguyễn Ngọc Thảo (2021) Chỉ số HbA1c đạt kết quả tốt 47,2% [6] và tác giả Trịnh Thanh Xuân (2021) tỷ lệ HbA1c đạt được mục tiêu là 64,9% [8]. Điều này cho thấy vấn đề nhận thức về điều trị bệnh ở bệnh nhân đến khám vẫn chưa tốt, bên cạnh đó trong công tác chuyên môn TTYT cần nâng cao hơn nữa để có kết quả điều trị đường huyết ở mức tốt sẽ cao hơn. Kiểm soát lipid máu: Cholesterol toàn phần: Đạt kết quả tốt là 38,2%; HDL: Đạt kết quả tốt là 60,6%; LDL đạt kết quả tốt là 55,8%; Triglycerid đạt kết quả tốt là 22,5%. Kết quả này cao hơn kết quả của tác giả Vũ Minh Hiếu (2020) kiểm soát loại lipid tốt như HDL là 56,5% [4] và kết quả nghiên cứu của Trần Thị Thanh Xuân (2018) tại Bến tre là 58,6% [7], với kết quả HDL ở mức tốt cao hơn các đơn vị khác là do TTYT Châu Thành là tuyến huyện nên những người bệnh đến khám chưa có biến chứng nhiều, tuy vậy kiến thức chuyên môn sâu vẫn chưa có nên vấn đề kiểm soát một số bệnh đi kèm để có kết quả tốt vẫn chưa cao, như kiểm soát huyết áp ở mức tốt của chúng tôi là 25,6%; thấp hơn của tác giả Vũ Minh Hiếu (2020) là 70,2% [4]; của Lưu Thị Thu Thủy (2018) người bệnh ĐTĐ kiểm soát tốt HA là 87,7% [2]; và Nguyễn Hiếu (2018) là 31,5%.

Kết quả tuân thủ dùng thuốc và mức độ tuân thủ dùng thuốc theo thang đo Morisky

Sự tuân thủ điều trị là mức độ người bệnh tuân theo lời khuyên của thầy thuốc về việc uống thuốc đúng toa, tái khám đúng hẹn, cũng như thay đổi lối sống và chế độ ăn uống. Thang đánh giá tuân thủ điều trị theo thang điểm Morisky (MMSA-8) được thiết kế nhằm phân biệt sự tuân thủ điều trị dùng thuốc theo các mức độ thấp, trung bình, cao. Kết quả tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân

theo Morisky: Thỉnh thoảng quên uống thuốc là 27,5%; trong 2 tuần vừa qua có lúc quên uống thuốc là 14,7%; ngưng thuốc khi thấy khỏe 14,7% cho thấy tỷ lệ bệnh nhân không tự ý ngưng thuốc khi đường huyết ở mức ổn định; ngưng thuốc khi thấy không khỏe là 5,3% nguyên nhân tự ý ngưng thuốc, khi có các triệu chứng làm bệnh nhân khó chịu và đa số bệnh nhân phải uống rất nhiều thuốc ngoài điều trị bệnh ĐTĐ type 2 bệnh nhân còn điều trị các bệnh kèm theo, vì thế bệnh nhân ngưng thuốc để tái khám lại tránh trường hợp liều thuốc quá cao gây hạ đường huyết; Điều trị ĐTĐ type 2 là điều trị lâu dài và suốt đời nên uống thuốc mỗi ngày là điều rất quan trọng để kiểm soát lượng đường trong máu, kết quả khảo sát cho thấy có 96,9% đối tượng uống thuốc đầy đủ ngày hôm qua và chỉ 13% quên mang thuốc khi đi xa; không cảm thấy khó khăn khi phải điều trị dài ngày là 86,2% điều này phù hợp với phần lớn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có thời gian điều trị ĐTĐ từ 3-5 năm trở lên; cảm thấy khó khăn khi phải nhớ uống thuốc đầy đủ là 14,7%. Trong 8 câu hỏi trên tỷ lệ thỉnh thoảng quên uống thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất 27,5% và kết quả này là một trong những nguyên nhân gây ảnh hưởng đến cả quá trình điều trị. Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thị Thùy Nhi (2021) thỉnh thoảng quên uống thuốc là 38,9%; cảm thấy khó khăn khi phải nhớ uống thuốc đầy đủ là 39,4% [5].

Qua khảo sát có 58,5% đối tượng tuân thủ điều trị dùng thuốc ở mức tốt theo thang điểm Morisky, kết quả này thấp hơn với kết quả của tác giả Đỗ Văn Doanh (2016) tại BV Quảng Ninh tuân thủ dùng thuốc tốt chiếm đến 69,2% [1]; Trịnh Thanh Xuân (2021) Trung Tâm Y tế Gia Lộc, Hải Dương là 70,8% [8]. Tuân thủ điều trị dùng thuốc ở

mức kém theo nghiên cứu của chúng tôi chiếm đến 20% kết quả này có ý nghĩa rất quan trọng đối với chúng tôi vì với kết quả như thế cho thấy số người dân này, không tuân thủ điều trị sẽ dễ dẫn đến nguy cơ bị biến chứng, gánh nặng kinh tế gia đình và xã hội nếu vấn đề sức khỏe không được giải quyết.

Kết quả tuân thủ chế độ ăn và tập luyện

Trong quá trình điều trị bệnh ĐTĐ type 2, không chỉ vấn đề tuân thủ điều trị dùng thuốc mà người bệnh cần phải chú trọng hơn nữa vào vấn đề tuân thủ điều trị không dùng thuốc như tuân thủ chế độ ăn và tập luyện đúng quy tắc. Điều này đóng vai trò hết sức quan trọng trong việc quản lý hiệu quả bệnh ĐTĐ type 2. Việc tuân thủ chế độ ăn phải đảm bảo rằng người bệnh được cung cấp đủ dinh dưỡng và năng lượng cần thiết cho các hoạt động thường ngày. Tập luyện đúng quy tắc, không chỉ giúp ổn định mức đường huyết mà còn giúp giảm được cân nặng và chỉ số huyết áp. Đa phần người dân đến khám tập trung nhóm tuổi từ 61-70 tuổi chiếm tỷ lệ cao và trình độ học vấn đa phần chỉ học hết cấp tiểu học vì thế vấn đề tập luyện và ăn uống chưa được quan tâm nhiều. Tỷ lệ chế độ ăn được tuân thủ là 52,9%; chế độ luyện tập được tuân thủ 28%. Kết quả tỷ lệ tuân thủ chế độ ăn, chế độ luyện tập thấp hơn Đỗ Văn Doanh (2016) lần lượt là 58,1% và 66,7% [1]; Nguyễn Trung Anh (2020) là 75%; 46% và của tác giả Trịnh Thanh Xuân (2021) có tỷ lệ tuân thủ chế độ ăn và luyện tập lần lượt là 68% và 53,9% [8]. Sự khác biệt là do sự phát triển về phương tiện thông tin đại chúng, tuy được Bác sĩ điều trị tư vấn tận tâm nhưng đồng thời ý thức của người dân cũng cần phải quan tâm hơn nữa đến sức khỏe bản thân.

Kết quả nhận xét nội dung tư vấn, chất lượng dịch vụ

Tổng số lượt người bệnh đến khám điều trị ngoại trú mỗi ngày tại Khoa Khám bệnh rất đông, quá tải về số lượng người bệnh, tuy nhiên qua nghiên cứu xác định được NVYT vẫn dành thời gian tư vấn cho người bệnh ĐTĐ type 2 về tuân thủ điều trị dùng thuốc và tuân thủ điều trị không dùng thuốc như hoạt động thể lực và dinh dưỡng, như vậy là rất tốt. Tổng lượng bệnh đến khám mỗi ngày khoảng 500 đến 600 lượt bệnh, trong đó ĐTĐ type 2 khoảng 50 đến 100 bệnh, cho thấy Bs điều trị cùng với Điều dưỡng thực hiện khá tốt về tư vấn cho người bệnh. Qua kết quả nghiên cứu tỷ lệ nhận xét của người bệnh về nội dung tư vấn của NVYT rõ ràng, dễ hiểu là 89,9%; không rõ ràng là 7,5%; Không giải thích là 2,7%. NVYT hướng dẫn người bệnh về ăn uống và dùng thuốc: Thường xuyên 68,8%; Thỉnh thoảng 29,2%; Hoàn toàn không có 2%. Hải lòng về chất lượng dịch vụ y tế: Hải lòng 78%; bình thường 20,5%; không hải lòng là 1,4%. Người bệnh đa số hải lòng với nội dung tư vấn và chất lượng dịch vụ của Trung tâm Y tế, nhất là hải lòng về nội dung tư vấn và thái độ giao tiếp cùng với hướng dẫn của NVYT.

V. KẾT LUẬN

Tuân thủ điều trị dùng thuốc

Đối tượng thỉnh thoảng quên uống thuốc chiếm tỷ lệ 27,5%.

Quên uống thuốc trong vòng 2 tuần và quên mang thuốc khi đi xa lần lượt là 14,7% và 13%.

Tự ý ngưng thuốc khi thấy sức khỏe chiếm tỷ lệ 14,7%.

Tự ý ngưng thuốc khi thấy không khỏe chiếm tỷ lệ 5,3%.

Tỷ lệ ngày hôm qua chưa uống thuốc

chiếm 3,1%.

Cảm thấy khó khăn khi phải điều trị dài ngày chiếm 13,8%.

Không thấy khó khăn khi phải nhớ uống thuốc đầy đủ chiếm tỷ lệ 14,7%.

Các đối tượng tham gia nghiên cứu tuân thủ điều trị dùng thuốc theo

thang đo MMSA cho thấy ở mức độ thấp, trung bình và cao chiếm tỷ lệ lần lượt là 20%; 21,5%; 58,5%.

Tuân thủ điều trị không dùng thuốc

Tuân thủ chế độ ăn và tập luyện: Tuân thủ chế độ ăn chiếm 52,9%; không tuân thủ chiếm 47,1%. Tuân thủ chế độ luyện tập chiếm 28%; không tuân thủ chiếm 72%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Văn Doanh** (2016) "Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh đái tháo đường type 2 ngoại trú tại bệnh viện Quảng Ninh năm 2016". Tạp chí khoa học điều dưỡng, tập 2 (số 2).
2. **Lưu Thị Thu Thủy** (2018) Đánh giá hoạt động quản lý điều trị người bệnh đái tháo đường tại phòng khám Nội tiết Bệnh viện Đa khoa Khánh Hòa, Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y tế Công cộng.
3. **Nguyễn Hiếu** (2018) Thực trạng công tác quản lý điều trị bệnh đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Ninh Phước tỉnh Ninh Thuận giai đoạn 2015-2017, Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa II, Đại học Y tế Công cộng
4. **Vũ Minh Hiếu** (2020) Thực trạng hoạt động quản lý người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại khoa Nội Tiết, bệnh viện quận Thủ Đức, Thành Phố Hồ Chí Minh, năm 2018-2019, Luận văn tốt nghiệp, Đại học Y tế Công cộng.
5. **Trần Thị Thùy Nhi** (2021) "Nghiên cứu tuân thủ sử dụng thuốc theo thang điểm Morisky (MMAS-8) và hiệu quả tư vấn trên bệnh nhân đái tháo đường type 2". Tạp chí Nội tiết đái tháo đường, (Số 46).
6. **Nguyễn Ngọc Thảo** (2021) Kết quả quản lý điều trị ngoại trú người bệnh đái tháo đường type 2 tại phòng khám Nội tiết, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang và một số yếu tố ảnh hưởng năm 2020, Luận văn Trường Đại học Y tế Công cộng.
7. **Trần Thị Thanh Xuân** (2018) Thực trạng hoạt động quản lý bệnh nhân đái tháo đường type 2 ngoại trú của khoa khám bệnh, bệnh viện đa khoa khu vực Ba Tri, Bến Tre giai đoạn 2016-2017 Luận văn tốt nghiệp, Trường Đại học Y tế Công cộng.
8. **Trịnh Thanh Xuân** (2021) "Thực trạng quản lý bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Trung tâm Y tế Gia Lộc Hải Dương". Tạp Chí Y học Việt Nam, (Tập 515).

QUẢN LÝ HOẠT ĐỘNG MUA BÁN THUỐC TẠI CÁC NHÀ THUỐC TƯ NHÂN TRÊN ĐỊA BÀN QUẬN PHÚ NHUẬN, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2023

Trần Thế Trung¹, Nguyễn Hữu Vinh¹, Nguyễn Thanh Hải¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhà thuốc tư nhân đóng vai trò quan trọng trong hệ thống cung ứng thuốc đến tay người dân.

Mục tiêu: Mô tả kết quả quản lý hoạt động mua bán thuốc và các yếu tố liên quan đến kiến thức đúng về SOP tại các nhà thuốc tư nhân trên địa bàn quận Phú Nhuận, thành phố Hồ Chí Minh năm 2023.

Phương pháp: Nghiên Cứu Cắt Ngang Mô Tả Thực Hiện 110 Nhà Thuốc Tư Nhân Và 386 Người Bán Lẻ Thuốc Tại Các Nhà Thuốc tư nhân tại quận Phú Nhuận, thành phố Hồ Chí Minh, từ 11/2022 - 6/2023.

Kết quả: tỷ lệ dược sĩ có kiến thức đúng về SOP bán thuốc theo đơn là 33,68%, không theo đơn là 42,49%. Có mối liên quan giữa kiến thức đúng về SOP bán thuốc theo đơn với: giới tính; trình độ chuyên môn; kinh nghiệm chuyên môn; thời gian làm việc mỗi ngày và được tập huấn về kiến thức pháp luật y tế trong 2 năm trở lại đây ($p<0,05$). Có mối liên quan giữa kiến thức đúng về SOP bán thuốc không theo đơn với: độ tuổi; giới tính; trình độ chuyên môn; kinh nghiệm chuyên môn và thời gian làm việc mỗi ngày ($p<0,05$).

Kết luận: Kết quả nghiên cứu sẽ giúp các nhà hoạch định chính sách đưa ra các giải pháp can thiệp để nâng cao chất lượng hoạt động mua bán thuốc tại các nhà thuốc tư nhân, nhằm đảm bảo hoạt động cung ứng thuốc an toàn, hiệu quả đến tay người tiêu dùng.

Từ khóa: Quản lý dược, nhà thuốc tư nhân, tiêu chuẩn SOP nhà thuốc.

SUMMARY

MANAGEMENT OF DRUG BUYING ACTIVITIES AT PRIVATE PHARMACIES IN PHU NHUAN DISTRICT, HO CHI MINH CITY IN 2023

Background: Private pharmacies play an important role in the drug supply system to people.

Objective: describe the results of managing drug purchasing activities and factors related to correct knowledge of SOPs at private pharmacies in Phu Nhuan district, Ho Chi Minh City in 2023.

Method: Descriptive cross-sectional study conducted on 110 private pharmacies and 386 drug retailers at private pharmacies in Phu Nhuan district, Ho Chi Minh City, from November 2022 - June 2023.

Results: The percentage of pharmacists with correct knowledge about SOPs for selling prescription drugs is 33.68%, and 42.49% for non-prescription drugs. There is a relationship between correct knowledge of SOPs for selling prescription drugs and: gender; qualification; professional experience; working time every day and received training on medical law knowledge

¹Phòng Y tế Quận Phú Nhuận, TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thế Trung

ĐT: 0918851065

Email: trungtt76@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

in the past 2 years ($p < 0.05$). There is a relationship between correct knowledge of SOPs for selling non-prescription drugs and: age; sex; qualification; Professional experience and working time per day ($p < 0.05$).

Conclusion: The research results will help policy makers propose intervention solutions to improve the quality of drug purchasing activities at private pharmacies, to ensure safe drug supply activities, effectively reach consumers.

Keywords: Pharmacy management, private pharmacies, pharmacy SOP standards.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhà thuốc bán lẻ đóng vai trò đặc biệt quan trọng trong hệ thống y tế nước ta, đây được coi là một trong những cơ sở y tế tuyến đầu, dễ dàng tiếp cận và cung cấp thuốc một cách nhanh chóng cho người dân. Sự xuất hiện của các nhà thuốc bán lẻ ở khắp mọi nơi đã mang lại hiệu quả to lớn đến khả năng tiếp cận thuốc của người dân trên cả nước, từ đó góp phần nâng cao và cải thiện đời sống, sức khỏe người dân. Tuy nhiên, hệ thống bán lẻ thuốc còn tồn tại nhiều bất cập: tình trạng bán các thuốc phải kê đơn mà không có đơn còn rất phổ biến, ngoài ra tỷ lệ bán thuốc không có đơn ở thành thị được ghi nhận lên đến 88% và ở nông thôn thậm chí lên đến 91%.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả kết quả quản lý hoạt động mua bán thuốc và các yếu tố liên quan đến kiến thức đúng về SOP tại các nhà thuốc tư nhân trên địa bàn quận Phú Nhuận, thành phố Hồ Chí Minh năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: các cơ sở nhà thuốc tư nhân, người bán lẻ thuốc tại các nhà thuốc tư nhân nói trên tại quận Phú Nhuận,

thành phố Hồ Chí Minh, từ 11/2022 - 6/2023.

Tất cả nhà thuốc tư nhân và nhân viên bán thuốc tại nhà thuốc tư nhân thuộc quận Phú Nhuận,

Tiêu chí chọn mẫu

Tiêu chí chọn vào: các nhà thuốc tư nhân có đăng ký kinh doanh và đang hoạt động tại quận Phú Nhuận tại thời điểm điều tra. Các dược sĩ đang công tác tại nhà thuốc tư nhân được chọn và có thời gian công tác tại nhà thuốc ≥ 6 tháng.

Tiêu chí loại ra: tủ thuốc lưu động và hoạt động bán lẻ thuốc lưu động. Cơ sở kinh doanh thuốc y học cổ truyền Các cơ sở kinh doanh thuốc không đồng ý tham gia nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ 110 nhà thuốc tư nhân trên địa bàn quận Phú Nhuận, tiến hành phỏng vấn tất cả nhân viên bán thuốc của nhà thuốc tư nhân thỏa tiêu chuẩn chọn vào và không phạm tiêu chuẩn loại ra.

Phân tích và xử lý số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm EpiData 3.1 và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 14.2.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Trường Đại Học Trà Vinh thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua khảo sát 386 dược sĩ làm việc tại các nhà thuốc tư nhân trên địa bàn quận Phú Nhuận năm 2023 thu được kết quả:

Kiến thức đúng về SOP bán thuốc theo đơn, không theo đơn

Bảng 1: Kiến thức đúng về SOP bán thuốc theo đơn

Đặc điểm	Thông tin	Số lượng (n=386)	Tỷ lệ (%)
Kiến thức đúng về SOP bán thuốc theo đơn	Đúng	130	33,68
	Chưa đúng	256	66,32

Bảng 2: Kiến thức đúng về SOP bán thuốc không theo đơn

Đặc điểm	Thông tin	Số lượng (n=386)	Tỷ lệ (%)
Kiến thức đúng về SOP bán thuốc không theo đơn	Đúng	164	42,49
	Chưa đúng	222	57,51

Mối liên quan với kiến thức đúng về SOP bán thuốc theo đơn, không theo đơn

Bảng 3: Mối liên quan giữa kiến thức đúng về SOP bán thuốc theo đơn và các yếu tố nền

Đặc tính	Kiến thức theo đơn		p	PR KTC 95%
	Đúng n = 130 (%)	Chưa đúng n = 256 (%)		
Tuổi				
≤ 35 tuổi	80 (34,63)	151 (65,37)		1
36 – 45 tuổi	21 (31,34)	46 (68,66)	0,622	0,9 (0,61 – 1,35)
> 45 tuổi	29 (32,95)	59 (67,05)	0,779	0,95 (0,67 – 1,35)
Giới				
Nam	15 (20,27)	59 (79,73)		1
Nữ	115 (36,86)	197 (63,14)	0,014	1,82 (1,13 – 2,92)
Trình độ chuyên môn				
Dược trung	31 (39,74)	47 (60,26)		1
Dược cao đẳng	34 (25,56)	99 (74,44)	0,030	0,64 (0,43 – 0,96)
Dược sĩ đại học trở lên	65 (37,14)	110 (62,86)	0,692	0,93 (0,67 – 1,31)
Vai trò tại nhà thuốc				
Chuyên môn	37 (33,33)	74 (66,67)		1
Nhân viên	93 (33,82)	182 (66,18)	0,928	1,01 (0,74 – 1,38)

Bảng 4: Mối liên quan giữa kiến thức đúng về SOP bán thuốc theo đơn và trình độ chuyên môn

Đặc tính	Kiến thức theo đơn		p	PR KTC 95%
	Đúng n = 130 (%)	Chưa đúng n = 256 (%)		
Năm kinh nghiệm chuyên môn				
< 2 năm	17 (80,95)	4 (19,05)		1
2 – 6 năm	51 (25,25)	151 (74,75)	<0,001	0,31 (0,23 – 0,43)
> 6 – 12 năm	32 (33,68)	63 (66,32)	<0,001	0,41 (0,29 – 0,59)
> 12 năm	30 (44,12)	38 (55,88)	<0,001	0,54 (0,39 – 0,76)
Số giờ làm việc/ngày				

0 – 8 giờ/ngày	108 (38,71)	171 (61,29)		1
> 8 – 12 giờ/ngày	19 (39,58)	29 (60,42)	0,908	1,02 (0,7 – 1,5)
>12 giờ/ngày	3 (5,08)	56 (94,92)	<0,001	0,13 (0,04 – 0,4)
Chứng chỉ hành nghề Dược				
Không	81 (33,2)	163 (66,8)		1
Có	49 (34,51)	93 (65,49)	0,793	1,04 (0,78 – 1,39)
Tập huấn về kiến thức pháp luật y tế				
Không	35 (49,3)	36 (50,7)		1
Có	95 (30,16)	220 (69,84)	0,001	0,61 (0,46 – 0,82)
Tập huấn về thực hiện đúng các nguyên tắc GPP				
Không	19 (38,78)	30 (61,22)		1
Có	111 (32,94)	226 (67,06)	0,405	0,84 (0,58 – 1,25)
Cập nhật thông tin kiến thức Dược				
Không	9 (21,95)	32 (78,05)		1
Có	121 (35,07)	224 (64,93)	0,123	1,6 (0,88 – 2,9)

Bảng 5: Mối liên quan giữa kiến thức đúng về SOP bán thuốc không theo đơn và các yếu tố nền

Đặc tính	Kiến thức không theo đơn		p	PR KTC 95%
	Đúng n = 164 (%)	Chưa đúng n = 222(%)		
Tuổi				
≤ 35 tuổi	113 (48,92)	118 (51,08)		1
36 – 45 tuổi	29 (43,28)	38 (56,72)	<0,001	0,55 (0,39 – 0,77)
> 45 tuổi	22 (25,00)	66 (75,00)		0,41 (0,25 – 0,67)
Giới				
Nam	23 (31,08)	51 (68,92)		1
Nữ	141 (45,19)	171 (54,81)	0,042	1,45 (1,01 – 2,08)
Trình độ chuyên môn				
Dược trung	27 (34,62)	51 (65,38)		1
Dược cao đẳng	52 (39,1)	81 (60,9)	0,029	1,12 (0,78 – 1,64)
Dược sĩ đại học trở lên	85 (48,57)	90 (51,43)		1,4 (1 – 1,97)
Vai trò tại nhà thuốc				
Chuyên môn	45 (40,54)	66 (59,46)		1
Nhân viên	119 (43,27)	156 (56,73)	0,627	1,07 (0,82 – 1,39)

Bảng 6: Mối liên quan giữa kiến thức đúng về SOP bán thuốc theo đơn và trình độ chuyên môn

Đặc tính	Kiến thức theo đơn		p	PR KTC 95%
	Đúng n = 164 (%)	Sai n = 222(%)		
Năm kinh nghiệm chuyên môn				
< 2	17 (80,95)	4 (19,05)		1
2 – 6	76 (37,62)	126 (62,38)	<0,001	0,46 (0,35 – 0,61)
7 – 12	38 (40,00)	57 (60,00)	<0,001	0,49 (0,36 – 0,68)
> 12	33 (48,53)	35 (51,47)	0,002	0,6 (0,43 – 0,83)
Số giờ làm việc/ngày*				
0 – 8	135 (48,39)	144(51,61)		1
9 – 12	19 (39,58)	29 (60,42)	<0,001	0,41 (0,26 – 0,64)
>12	10 (16,95)	49 (83,05)		0,26 (0,14 – 0,52)
Chứng chỉ hành nghề Dược				
Không	100 (44,98)	144 (59,02)		1
Có	64 (45,07)	78 (54,93)	0,430	1,1 (0,87 – 1,39)
Tập huấn về kiến thức pháp luật y tế				
Không	32 (45,07)	39 (54,93)		1
Có	132 (41,9)	183 (58,1)	0,620	0,93 (0,7 – 1,24)
Tập huấn về thực hiện đúng các nguyên tắc GPP				
Không	17 (34,69)	32 (65,31)		1
Có	147 (43,62)	190 (56,38)	0,266	1,26 (0,84 – 1,88)
Cập nhật thông tin kiến thức Dược				
Không	9 (21,95)	32 (78,05)		1
Có	155 (44,93)	190 (55,07)	0,017	2,05 (1,13 – 3,69)

IV. BÀN LUẬN**Kiến thức về SOP bán thuốc theo đơn, không theo đơn****Kiến thức về SOP bán thuốc theo đơn**

Đối với kiến thức về bán thuốc theo đơn theo tiêu chuẩn SOP, tỷ lệ dược sĩ có kiến thức đúng về SOP bán thuốc theo đơn trong nghiên cứu đạt 33,68%, tỷ lệ này ở mức tương đối thấp. So với nghiên cứu của chúng tôi, kết quả từ nghiên cứu được thực hiện tại tỉnh Vĩnh Phúc của tác giả Nguyễn Thị Song Hà cho thấy, tỷ lệ dược sĩ kiểm tra đơn thuốc

trước khi bán chỉ đạt 33,3% và tư vấn về cách sử dụng thuốc cho người bệnh chỉ đạt 62,3%. Điều này cho thấy, các dược sĩ trong nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung đã có kiến thức tốt về các yếu tố chuyên môn trong tiêu chuẩn SOP bán thuốc theo đơn, tuy nhiên vẫn cần cải thiện thêm các yếu tố như chào hỏi khách hàng và cảm ơn khách hàng để đảm bảo tuân thủ đúng và đủ các nguyên tắc của SOP bán thuốc theo đơn.

Từ các kết quả trên có thể nói các dược sĩ trong nghiên cứu rất chú trọng về vấn đề

hướng dẫn sử dụng thuốc và cung cấp đầy đủ các thông tin trên đơn thuốc cho người bệnh, giúp người bệnh sử dụng thuốc được đảm bảo an toàn và có hiệu quả nhất, tránh trường hợp gặp phải các vấn đề khi sử dụng thuốc theo đơn.

Kiến thức về SOP bán thuốc không theo đơn

Tỷ lệ các dược sĩ có kiến thức đúng về SOP bán thuốc không theo đơn trong nghiên cứu đạt 42,49%, tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ các dược sĩ có kiến thức đúng về SOP bán thuốc theo đơn (33,68%). Tương tự với kiến thức đúng về SOP bán thuốc theo đơn, tỷ lệ kiến thức đúng về SOP bán thuốc không theo đơn chưa cao chủ yếu vì các dược sĩ cho rằng việc cảm ơn và chào hỏi khách hàng không nằm trong kiến thức đúng về SOP bán thuốc không theo đơn. Từ kết quả này cho thấy phần lớn các dược sĩ đã có kiến thức khá tốt về khía cạnh chuyên môn trong hoạt động tuân thủ SOP về bán thuốc không theo đơn, tuy nhiên vẫn cần đẩy mạnh việc chào hỏi và cảm ơn khách hàng để đảm bảo tuân thủ đúng và đủ tiêu chuẩn SOP về bán thuốc không theo đơn tại nhà thuốc.

Việc có kiến thức đúng về SOP bán thuốc không theo đơn sẽ giúp các dược sĩ hạn chế tình trạng kê đơn thuốc kháng sinh không cần thiết cho người bệnh, từ đó giúp người bệnh tránh được các vấn đề như việc kháng thuốc kháng sinh khi sử dụng kháng sinh quá mức cần thiết, hạn chế nguy cơ gặp các tình trạng tác dụng phụ của thuốc kháng sinh.

Mối liên quan với kiến thức đúng về SOP bán thuốc theo đơn, không theo đơn

Mối liên quan với kiến thức đúng về SOP bán thuốc theo đơn

Căn cứ trên định nghĩa của nghiên cứu về SOP bán thuốc theo đơn cho thấy, việc có

kiến thức đúng về SOP bán thuốc theo đơn chịu tác động nhiều từ việc các dược sĩ cho rằng chào hỏi và cảm ơn khách hàng không thuộc tiêu chuẩn SOP về bán thuốc theo đơn. Thực tế tại các nhà thuốc, các dược sĩ nữ thường có xu hướng cởi mở và chào hỏi khách hàng thường xuyên vì vậy có thể thấy yếu tố giới tính cũng là yếu tố có thể ảnh hưởng đến thực hành cũng như kiến thức đúng về SOP bán thuốc theo đơn tại nhà thuốc.

Các dược sĩ có kinh nghiệm chuyên môn ≤ 2 năm là các dược sĩ trẻ, mới ra trường nên có thể còn nắm vững các lý thuyết trong quá trình đào tạo hơn so với các dược sĩ có kinh nghiệm chuyên môn > 2 năm. Việc làm việc nhiều thời gian/ngày khiến các dược sĩ chịu áp lực lớn từ công việc, từ đó hình thành thói quen hạn chế chào hỏi và cảm ơn khách hàng. Để khắc phục tình trạng này, các nhà thuốc nên có chế độ làm việc với thời gian tương xứng, tránh để dược sĩ làm việc quá nhiều giờ/ngày sẽ làm giảm độ chính xác của công việc cũng như tạo ra nhiều áp lực cho dược sĩ, từ đó ảnh hưởng đến khả năng giao tiếp, chăm sóc khách hàng của dược sĩ.

Mối liên quan với kiến thức đúng về SOP bán thuốc không theo đơn

Độ tuổi càng cao, kiến thức đúng về SOP bán thuốc theo đơn càng giảm, nên có những hoạt động tập huấn, nâng cao kiến thức về SOP bán thuốc không theo đơn cho dược sĩ, đặc biệt là các dược sĩ có độ tuổi > 36 tuổi. Khác với bán thuốc theo đơn, bán thuốc không theo đơn đòi hỏi dược sĩ phải có trình độ chuyên môn cao, biết cách khai thác các thông tin từ người bệnh để có thể bán đơn thuốc đúng nhất với tình trạng sức khỏe của người bệnh, đặc biệt là tránh các tình trạng kê thuốc không đúng bệnh làm nặng thêm vấn đề sức khỏe của người bệnh, vì vậy các

dược sĩ có trình độ chuyên môn càng cao càng có kiến thức đúng về SOP bán thuốc không theo đơn là hoàn toàn hợp lý.

Các nhà thuốc nên khuyến khích thời gian làm việc cho dược sĩ không quá 8 giờ/ngày và để nâng cao kiến thức đúng về SOP bán thuốc không theo đơn cho các dược sĩ, cần có các hoạt động tập huấn, nâng cao kiến thức chuyên môn cho dược sĩ đặc biệt là các dược sĩ có kinh nghiệm chuyên môn từ 2 năm trở lên.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ dược sĩ có kiến thức đúng về SOP bán thuốc theo đơn là 33,68%, không theo đơn là 42,49%. Có mối liên quan giữa kiến thức đúng về SOP bán thuốc theo đơn với: giới tính; trình độ chuyên môn; kinh nghiệm chuyên môn; thời gian làm việc mỗi ngày và được tập huấn về kiến thức pháp luật y tế trong 2 năm trở lại đây ($p < 0,05$). Có mối liên quan giữa kiến thức đúng về SOP bán thuốc không theo đơn với: độ tuổi; giới tính; trình độ chuyên môn; kinh nghiệm chuyên môn và thời gian làm việc mỗi ngày ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Phương Thúy** (2020). Đánh giá thực trạng bán kháng sinh tại cơ sở bán lẻ thuốc ở Việt Nam thông qua phương pháp
2. **Nguyễn Thị Song Hà** (2020). Phân tích một số kỹ năng thực hành của người bán lẻ thuốc tại các nhà thuốc trên địa bàn tỉnh Vĩnh Phúc 2020. Tạp chí Y học Việt Nam, 502(2), tr. 107-111.
3. **Nguyễn Triệu Tín** (2021). Tình hình duy trì “thực hành tốt cơ sở bán lẻ thuốc” theo thông tư 02/2018/TT-BYT tại nhà thuốc, quầy thuốc thuộc thành phố Long Xuyên, tỉnh An Giang. Y Dược học Cần Thơ, 41, tr. 191-203.
4. **Phạm Thị Thùy Linh** (2022). Khảo sát và đánh giá thực trạng ứng dụng công nghệ thông tin trong việc quản lý bán thuốc kê đơn ở các nhà thuốc tư nhân tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2021 - 2022. Y học Việt Nam, 519(2).
5. **Phạm Thùy Linh** (2020). Khảo sát kiến thức và thực trạng về bán kháng sinh của các cơ sở bán lẻ thuốc đạt tiêu chuẩn GPP tại thành phố Chí Linh, Hải Dương năm 2020. Khóa luận tốt nghiệp đại học, Đại học Quốc Gia Hà Nội.
6. **Võ Thảo Nguyên** (2021). Khảo sát thực trạng bán lẻ thuốc dựa trên tình huống mua thuốc kê đơn tại các nhà thuốc tư nhân trên địa bàn huyện Củ Chi, Thành phố Hồ Chí Minh. Y học Việt Nam, 507(2), tr 317-321.

TÁC ĐỘNG CỦA ỨNG DỤNG HỖ TRỢ NEOCALC LÊN THỰC HÀNH DINH DƯỠNG TÍNH MẠCH CHO TRẺ SINH NON THEO HƯỚNG CÁ THỂ HOÁ: KHẢO SÁT TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Phạm Minh Trí², Nguyễn Thanh Thiện²,
Nguyễn Phan Minh Nhật¹, Nguyễn Thu Tịnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tối ưu hoá dinh dưỡng ở trẻ sinh non có liên quan tới bệnh lý và kết quả phát triển thần kinh nhận thức. Mặc dù có nhiều khuyến nghị dinh dưỡng khác nhau cho trẻ sơ sinh non tháng, việc áp dụng các khuyến nghị này giữa các đơn vị chăm sóc sơ sinh đang đối mặt với nhiều thách thức. Để giải quyết vấn đề này, ứng dụng hỗ trợ quyết định dinh dưỡng tính mạch NeoCalc đã được phát triển để hỗ trợ cá thể hoá dinh dưỡng cho trẻ sơ sinh non tháng và giải quyết các thách thức.

Mục tiêu: Xác định tác động của ứng dụng hỗ trợ quyết định dinh dưỡng tính mạch NeoCalc lên thực hành dinh dưỡng tính mạch hợp lý ở trẻ sinh non theo hướng cá thể hóa.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang. Khảo sát đa trung tâm được thực hiện thông qua việc gửi bảng câu hỏi khảo sát ẩn danh được thiết kế với Microsoft Forms tới các đơn vị chăm sóc trẻ sinh non thực hiện dinh dưỡng tính mạch ở khắp 61 tỉnh thành tại Việt Nam.

Kết quả: Có tổng cộng 107 phản hồi trên tổng số 114 gửi đi (93,9%). Từ khi ứng dụng

được phổ biến vào 4/2023 tới khi kết thúc khảo sát vào 9/2023, tổng số lượt tải về ứng dụng là 1.786 lượt. Phản hồi từ các đơn vị chăm sóc sơ sinh tham gia khảo sát gồm cấp I, II, III và IV tương ứng có 12 (11,2%), 38 (35,5%), 42 (39,3%), và 15 (14%). Có 95 phản hồi (89%) đã thể hiện quan tâm và 91 phản hồi (85%) mong muốn được áp dụng ứng dụng tại đơn vị của mình. Tỷ lệ đồng ý ứng dụng có tác động tới thực hành dinh dưỡng tính mạch hợp lý thông qua các chỉ số về cần thiết/hữu ích, dễ sử dụng, tác động tới thực hành hàng ngày và phù hợp/tin cậy lần lượt chiếm tương ứng 60%, 57%, 57% và 57%.

Kết luận: Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số phản hồi có quan tâm và mong muốn áp dụng ứng dụng hỗ trợ quyết định dinh dưỡng tính mạch NeoCalc trong thực hành các thể hoá dinh dưỡng tính mạch tại đơn vị của họ. Ứng dụng hỗ trợ quyết định dinh dưỡng tính mạch NeoCalc đã được chứng minh có tác động tích cực lên thực hành dinh dưỡng tính mạch đối với trẻ sinh non. Áp dụng rộng rãi ứng dụng này có thể hỗ trợ các bác sĩ tối ưu hoá dinh dưỡng tính mạch theo hướng cá thể hoá và thực hiện nghiên cứu đa trung tâm đánh giá thêm kết quả dinh dưỡng tính mạch trẻ sinh non tại Việt Nam.

Từ khóa: dinh dưỡng tính mạch, cá thể hoá, sơ sinh non tháng, ứng dụng hỗ trợ tính toán dinh dưỡng tính mạch.

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Tịnh

ĐT: 0937911277

Email: tinhnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

SUMMARY

**THE IMPACT OF NEOCALC
DECISION SUPPORT APPLICATION
ON PRECISION PARENTERAL
NUTRITION PRACTICES FOR
PRETERM INFANTS: A NATIONWIDE
SURVEY IN VIETNAM**

Introduction: Optimal nutrition is critical for premature infants due to its association with reduced morbidity and improved neurodevelopmental outcomes. However, the implementation of parenteral nutrition (PN) guidelines in neonatal intensive care units (NICUs) encounters many challenges. The NeoCalc decision support application has been introduced to facilitate precision nutrition in this vulnerable population.

Aims: To evaluate the impact of the NeoCalc decision support application on the implementation of precision PN practices for PTI.

Method: A multicenter survey was conducted by sending anonymous survey forms designed with Microsoft Forms to neonatal care units implementing PN across all 61 provinces and cities in Vietnam.

Results: The response rate was 107 of 114 (93.9%). Between April and September 2023, there were 1,786 downloads of the application. NICUs were categorized into levels I (12, 11.2%), II (38, 35.5%), III (42, 39.3%), and IV (15, 14%). The survey showed level of interest (95, 89%) and willingness (91, 85%) to implement the application. The decision support application was rated positively regarding its usefulness (60%), ease of use (57%), effectiveness in daily practice (57%), and reliability (57%).

Conclusion: The survey findings suggested that the majority of respondents expressed an interest and willingness to integrate the NeoCalc

decision support application into their precision PN practice. The NeoCalc decision support application has been shown to have a beneficial impact on PN practice for PTI. Nationwide adoption of the NeoCalc decision support application could significantly facilitate clinicians in optimizing PN nutrition and multicenter research to further investigate PN outcomes in premature infants in Vietnam.

Keywords: parenteral nutrition, precision medicine, premature infant, decision support application.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, tỷ lệ tử vong của trẻ sơ sinh non tháng đã giảm đáng kể¹ nhờ những tiến bộ trong chăm sóc y tế, bao gồm nâng cao kỹ năng và trang thiết bị của đội ngũ y tế, tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc y tế, sử dụng các phương pháp điều trị mới. Dinh dưỡng tối ưu là một trong những nền tảng trong chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng, đặc biệt là ở các nước có thu nhập thấp-trung bình¹. Ngay từ lúc chào đời, trẻ sơ sinh non tháng thường gặp khó khăn trong dinh dưỡng qua đường tiêu hóa do hệ tiêu hóa chưa trưởng thành và các biến chứng do sinh non có khả năng ảnh hưởng đến khả năng dung nạp như suy hô hấp, bơm surfactant². Do đó, dinh dưỡng tĩnh mạch (DDTM), một phương pháp cung cấp dinh dưỡng cho trẻ sơ sinh non tháng khi trẻ chưa thể dung nạp qua đường tiêu hóa, giúp trẻ sơ sinh non tháng nhận đủ các chất dinh dưỡng cần thiết cho sự phát triển và tăng trưởng, hạn chế các biến chứng sớm như hạ đường huyết đồng thời phòng ngừa những biến chứng lâu dài như nhiễm trùng và chậm phát triển thần kinh - nhận thức³. Trước năm 2012, ở Việt Nam, DDTM cho trẻ sinh non chủ yếu tự phát và đơn giản với glucose và

điện giải. Từ năm 2012, Hội Nhi khoa Việt Nam đã ban hành khuyến nghị về DDTM cho trẻ sinh non⁴. Năm 2020, Hội chu sinh và sơ sinh Thành phố Hồ Chí Minh cũng ban hành đồng thuận “Điều trị dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch ở trẻ sanh non”⁵. Những khuyến nghị này đã ban đầu giúp nâng cao nhận thức và cải thiện đáng kể thực hành chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ sinh non ở Việt Nam. Tuy nhiên, cụ thể kiến thức đúng, thực hành hiệu quả, cũng như rào cản trong thực hành dinh dưỡng tĩnh mạch trị liệu của nhân viên y tế chăm sóc trực tiếp trẻ sơ sinh non tháng tại các trung tâm, đơn vị sơ sinh nước ta như thế nào còn chưa rõ. Theo chứng cứ hiện tại, nhu cầu dịch, năng lượng, đại chất, vi chất, khoáng chất, điện giải thay đổi theo tuổi thai, ngày tuổi, các biện pháp chăm sóc, bệnh lý đi kèm^{2,6}. Do đó, thời điểm dùng và liều lượng các chất cần được tính toán và hiệu chỉnh kỹ lưỡng để đảm bảo nhu cầu từng trẻ và hạn chế biến chứng². Tính toán DDTM có thể được thay đổi hàng ngày, dựa trên tình trạng lâm sàng của bệnh nhân và các xét nghiệm liên quan. Sử dụng các công cụ hỗ trợ quyết định dinh dưỡng tĩnh mạch cho thấy đảm bảo tính tuân thủ phác đồ, khả năng điều chỉnh tức thời can thiệp dinh dưỡng tĩnh mạch và giảm thiểu sai sót do tính toán⁷. Như vậy, việc tính toán DDTM ở trẻ sơ sinh non tháng cần được cá thể hóa, việc này đòi hỏi sự thông thạo kiến thức, nhiều kinh nghiệm lâm sàng và tỉ mỉ trong theo dõi bệnh nhân. Do đó nếu có công cụ tính toán hỗ trợ có thể giúp thực hành lâm sàng đơn giản hơn, chuẩn mực hơn và giảm thiểu nguy cơ sai sót. Mục tiêu nghiên cứu nhằm xác định tác động của ứng dụng hỗ trợ quyết định dinh dưỡng tĩnh mạch NeoCalc lên thực hành dinh dưỡng tĩnh mạch hợp lý ở trẻ sinh non theo hướng cá thể hóa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang

Đối tượng nghiên cứu gồm các bác sĩ chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng tại 61 tỉnh thành Việt nam có thực hiện dinh dưỡng tĩnh mạch.

Biến số nghiên cứu:

Liên quan đến đánh giá app: dễ sử dụng, hữu ích/cần thiết, tác động tới thực hành hàng ngày, hài lòng, và độ tin cậy/phù hợp của ứng dụng hỗ trợ tính toán.

Cần thiết/hữu ích: Là mức độ ứng dụng đáp ứng được nhu cầu của người dùng và giúp họ thực hiện công việc hiệu quả hơn.

Dễ sử dụng: Là khả năng của người dùng có thể sử dụng ứng dụng một cách hiệu quả và thành thạo mà không cần phải đào tạo quá nhiều.

Tác động tới thực hành hàng ngày: Là mức độ ứng dụng thay đổi cách thức người dùng thực hiện công việc hàng ngày.

Kết quả phù hợp/tin cậy: Là khả năng của ứng dụng cung cấp kết quả chính xác và phù hợp với nhu cầu của người dùng.

Quan tâm tới ứng dụng sau khi cài dùng thử: Là mức độ người dùng quan tâm tới ứng dụng sau khi cài dùng thử.

Mong muốn áp dụng ứng dụng tại đơn vị: Là mức độ người dùng muốn tiếp tục dùng ứng dụng trong thực hành tính toán dinh dưỡng cho trẻ sinh non tại đơn vị của mình.

Các biến đánh giá được lượng giá theo thang đo Likert 5 mức độ.

Cấp độ đơn vị chăm sóc sơ sinh được phân theo Viện Hàn lâm Nhi khoa Mỹ⁸ bao gồm: (i) Cấp I (Chăm sóc thiết yếu) xử trí trẻ ≥ 35 tuần, ổn định trẻ < 35 tuần, các chăm sóc thiết yếu; (ii) Cấp II (Chăm sóc đặc biệt): Cấp I + xử trí trẻ ≥ 32 tuần và $\geq 1500g$, thở nCPAP, thở máy thời gian ngắn; (iii) Cấp III (Chăm sóc tăng cường): Cấp II + xử trí trẻ

tuổi thai bất kỳ, chăm sóc trẻ bệnh nặng (hỗ trợ hô hấp – tuần hoàn nâng cao: thở máy, surfactant, iNO), phẫu thuật ngực bụng; (iv) Cấp IV (Chăm sóc tăng cường của khu vực): Cấp III + Xử trí dị tật phức tạp, hồi sức và phẫu thuật tim bẩm sinh phức tạp, huấn luyện chỉ đạo tuyến.

Quy trình nghiên cứu

Nhóm nghiên cứu phát triển ứng dụng nhằm hỗ trợ bác sĩ lâm sàng tính toán nhanh chóng và chính xác, có thể cá thể hóa điều trị tùy vào tình trạng bệnh nhân cụ thể. Ứng dụng được phát triển dựa trên (i) chứng cứ khuyến nghị dinh dưỡng tĩnh mạch hiện hành của các hiệp hội chuyên ngành sơ sinh, y văn liên quan, (ii) theo hướng mở, cho phép người dùng có thể thay đổi các thông số dinh dưỡng ở tất cả các giá trị trong quá trình tính toán, (iii) đơn giản và thân thiện, người dùng dễ dàng sử dụng và có thể tính toán ngay trên ứng dụng ở các ô nhập liệu, thực hiện nhanh chóng các tính toán cần thiết (iv) xuất kết quả cần thiết liên quan tới các mục tiêu dinh dưỡng trẻ sinh non (chứng cứ và đánh giá trên thực tế lâm sàng). Các công thức tính toán và dữ liệu áp dụng dựa trên các hướng dẫn điều trị và chứng cứ hiện hành, được xuất cùng lúc để làm giá trị tham chiếu cho quyết định cá thể hoá dinh dưỡng trị liệu^{5,6}.

Tổng cộng gồm 114 bảng câu hỏi khảo sát ẩn danh được thiết kế với Microsoft Forms gồm 29 câu hỏi. Bộ câu hỏi trực tuyến được gửi tới các đơn vị chăm sóc trẻ sinh non có thực hiện dinh dưỡng tĩnh mạch ở

khắp 61 tỉnh thành được lên danh sách trước đó thông qua e-mail, tin nhắn trong thời gian từ 28/08/2023 tới 10/09/2023. Người đại diện phụ trách phản hồi là các bác sĩ có kinh nghiệm thực hiện dinh dưỡng tĩnh mạch tại đơn vị.

Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu thu thập qua Microsoft Forms được kiểm tra tính hoàn tất và lỗi. Phân tích mô tả các dữ liệu được thực hiện theo một kế hoạch phân tích đã được xác định trước với tính năng thống kê và xuất biểu đồ của Microsoft Forms nhằm trả lời cho mục tiêu nghiên cứu. Các biến số được trình bày dưới dạng tần số (tỉ lệ).

Y đức

Nghiên cứu này được chấp thuận của Hội đồng y đức bệnh viện Nhi Đồng 2 với mã số 211/GCN-BVNĐ2, ngày 15/5/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

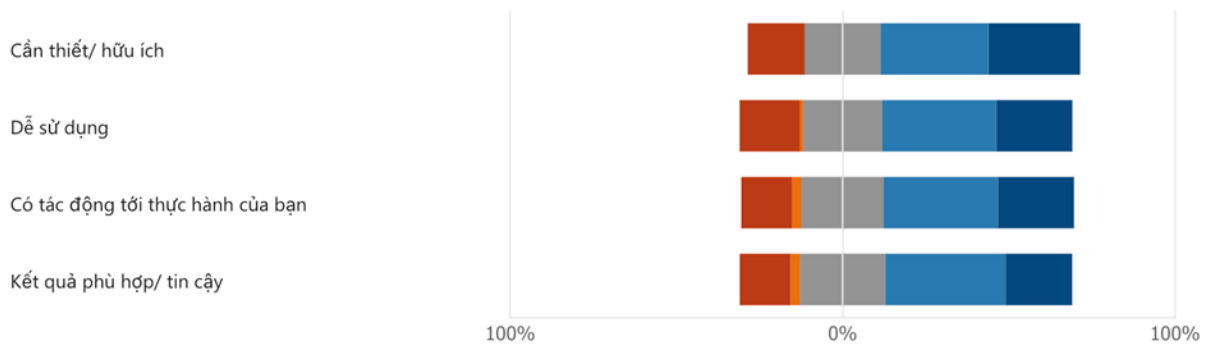
Trong thời gian khảo sát từ 28/08/2023 tới 10/09/2023 có tổng số 107 phản hồi chiếm tỷ lệ 107/114 (93,9%). Tổng số lượt ứng dụng được tải về để sử dụng từ khi phổ biến ứng dụng vào tháng 4/2023 tới kết thúc khảo sát là 1.786, trong đó trên nền tảng iOS có 1.300 lượt (72,8%) và trên nền tảng Android có 486 lượt (27,2%). Tính tới 31/3/2024, tổng số lượt ứng dụng được tải về để sử dụng là 2.414, trong đó trên nền tảng iOS có 1.600 lượt (66,3%) và trên nền tảng Android có 814 lượt (33,7%).

Bảng 1: Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu (N=107), dữ liệu được trình bày n (%).

Đặc điểm	Kết quả
Khu vực	
Hà Nội	13 (12,1)
Thành phố Hồ Chí Minh	34 (31,8)
Hải Phòng	3 (2,8)

Huế	4 (3,7)
Cần Thơ	3 (2,8)
Tỉnh khác miền Bắc	16 (15,0)
Tỉnh khác miền Trung	17 (15,9)
Tỉnh khác miền Nam	17 (15,9)
Bệnh viện	
Chuyên khoa Nhi	18 (16,9)
Sản – Nhi	45 (42,0)
Đa khoa	44 (41,1)
Loại bệnh viện	
Nhà nước	81 (75,7)
Tư nhân	26 (24,3)
Cấp độ đơn vị Hồi sức sơ sinh	
I	12 (11,2)
II	38 (35,5)
III	42 (39,3)
IV	15 (14,0)
Quan tâm tới ứng dụng sau khi cài dùng thử	95 (88,8)
Mong muốn áp dụng ứng dụng tại đơn vị	91 (85,0)

■ Rất không đồng ý ■ Không đồng ý ■ Bình thường ■ Đồng ý ■ Rất đồng ý



Cần thiết / hữu ích	Dễ sử dụng	Tác động tới thực hành	Kết quả phù hợp/tin cậy
60% đồng ý, 23% bình thường, 17% không đồng ý	57% đồng ý, 24% bình thường, 19% không đồng ý	57% đồng ý, 25% bình thường, 18% không đồng ý	57% đồng ý, 25% bình thường, 18% không đồng ý

Hình 1. Kết quả tác động quả ứng dụng hỗ trợ quyết định dinh dưỡng tĩnh mạch NeoCalc lên tính toán dinh dưỡng tĩnh mạch của nhân viên y tế (N=107).

IV. BÀN LUẬN

Dinh dưỡng tối ưu ở trẻ sơ sinh non tháng liên quan bệnh lý và kết quả phát triển thần kinh nhận thức trẻ sơ sinh non tháng². Có nhiều khuyến nghị dinh dưỡng trẻ sơ sinh non tháng khác nhau nhưng khuyến nghị phù hợp trong điều kiện tài nguyên hạn chế như Việt Nam vẫn còn bỏ ngõ. Quyết định dinh dưỡng hợp lý trong thực hành lâm sàng phụ thuộc vào nhiều thông số nên cần thiết có hướng dẫn giúp cá thể hoá tính toán dinh dưỡng hỗ trợ thực hành lâm sàng. Ứng dụng hỗ trợ quyết định dinh dưỡng tĩnh mạch NeoCalc được phát triển để hỗ trợ cá thể hoá tính toán dinh dưỡng cho trẻ sơ sinh non tháng trong thực hành lâm sàng nhằm làm đơn giản hơn, chuẩn mực hơn và giảm thiểu nguy cơ sai sót trong tính toán. Kết quả khảo sát bao phủ rộng khắp các đơn vị có thực hiện dinh dưỡng tĩnh mạch trẻ sơ sinh non tháng, với các cấp độ chăm sóc sơ sinh khác nhau, ở khắp các tỉnh thành Việt Nam cho thấy hầu hết các bác sĩ quan tâm tới ứng dụng và mong muốn áp dụng ứng dụng tại đơn vị sau khi cài dùng thử (Bảng 1). Kết quả tác động của ứng dụng qua các chỉ số cần thiết/hữu ích, dễ sử dụng, tác động tới thực hành, phù hợp/tin cậy chiếm tỷ lệ đồng ý tương ứng 60%, 57%, 57% và 57% (Hình 1). Ngược lại, có 18% không đồng ý với kết quả tác động tích cực của ứng dụng, việc này có thể được giải thích do: (i) các trung tâm được nhận phản hồi chưa có thời gian tìm hiểu kỹ hơn và áp dụng ứng dụng trong thực hành nên đánh giá chủ quan, hoặc (ii) do sai lệch thông tin liên quan lỗi thiết kế form khảo sát, do hạn chế hiển thị cả 5 bậc trên màn hình thiết bị di động với thang Likert 5 bậc nên khi thiết kế phản hồi tiêu cực bên trái và tích cực bên phải, khi đó ưu tiên hiển

thị các bậc tiêu cực bên trái sẽ dễ thiên lệch làm cho người dùng chọn nhầm bên trái là tích cực. Chứng cứ là các phản hồi nhóm này cho thấy sự hài lòng và thiện chí áp dụng ứng dụng cao, lần lượt là 8,8/10 và 8,1/10

Khó để so sánh các kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác trong y văn bởi vì khác biệt về đối tượng nghiên cứu và kết quả đánh giá. Theo hiểu biết của chúng tôi, đây là nghiên cứu đầu tiên khảo sát về vấn đề này ở Việt Nam. Tuy nhiên, kết quả phản hồi bao phủ hầu hết các đơn vị có thực hiện dinh dưỡng tĩnh mạch cho trẻ sinh non, ở hầu hết các tỉnh thành và đa dạng các cấp độ chăm sóc trẻ sơ sinh ở các thể loại bệnh viện khác nhau (Bảng 1).

Trước năm 2013, ở Việt Nam, DDTM cho trẻ sinh non chủ yếu tự phát và đơn giản với glucose và điện giải. Từ năm 2013, Hội Nhi khoa Việt Nam đã ban hành khuyến nghị về DDTM cho trẻ sinh non⁴. Năm 2021, Hội chu sinh và sơ sinh Thành phố Hồ Chí Minh cũng ban hành đồng thuận “Điều trị dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch ở trẻ sanh non”⁵. Những khuyến nghị này đã ban đầu giúp nâng cao nhận thức và cải thiện đáng kể thực hành chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ sinh non ở Việt Nam. Tuy nhiên, theo khảo sát được thực hiện năm 2021 (dữ liệu chưa công bố) cho thấy: (i) sự khác biệt thực hành dinh dưỡng tĩnh mạch cho trẻ sinh non giữa các đơn vị sơ sinh tại Việt Nam, đặc biệt là đạm, lipid và vi chất; (ii) các rào cản thường gặp bao gồm khó khăn trong thiết lập đường truyền tĩnh mạch nuôi ăn (25%), không có phác đồ thống nhất (22%), thiếu vi chất (19%), sợ nhiễm trùng (8,5%), thiếu dưỡng chất chính (7%), thiếu ứng dụng hỗ trợ (5%). Ứng dụng hỗ trợ quyết định dinh dưỡng tĩnh mạch NeoCalc có thể góp phần hạn chế sự khác biệt về cung cấp dinh dưỡng cho trẻ sơ sinh non tháng, giúp hỗ trợ vượt qua một số

rào cản, và giúp tối ưu hóa dinh dưỡng tĩnh mạch trị liệu cho trẻ sinh non theo hướng cá thể hóa. Cần nghiên cứu thêm về mối liên quan tối ưu hóa dinh dưỡng tĩnh mạch và kết quả ở trẻ non tháng tại Việt Nam.

Theo chứng cứ hiện tại, khi bắt đầu DDTM cần xác định nhu cầu dịch, năng lượng từ đại chất và nhu cầu điện giải theo ngày tuổi. Thêm vào đó, nhu cầu dịch ở trẻ sinh non sẽ điều chỉnh theo tuổi thai, cân nặng, tình trạng hỗ trợ hô hấp, điều trị chiếu đèn, tồn tại ống động mạch. Bên cạnh đó, thời điểm sử dụng và liều lượng các đại chất như axit amin, lipid và glucose cần được tính toán kỹ lưỡng để đảm bảo nhu cầu cơ bản và hạn chế biến chứng².

Điểm mạnh:

Khảo sát có tỉ lệ phản hồi cao và có đại diện hầu hết các trung tâm sơ sinh ở các cấp độ khác nhau ở các tỉnh thành khác nhau tại Việt Nam.

Hạn chế:

Các bác sĩ chưa được huấn luyện trước cách sử dụng ứng dụng mà chỉ đọc hướng dẫn đính kèm theo link khảo sát nên có thể ảnh hưởng làm thấp điểm số tính dễ sử dụng. Tuy nhiên, kết quả tác động của ứng dụng ban đầu vẫn có kết quả khả quan. Hạn chế này sẽ giảm thiểu theo thời gian nhân viên y tế làm quen hơn với ứng dụng hỗ trợ quyết định dinh dưỡng tĩnh mạch và khi được huấn luyện thêm về kỹ năng sử dụng phần mềm.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số phản hồi có quan tâm và mong muốn áp dụng ứng dụng hỗ trợ quyết định dinh dưỡng tĩnh mạch NeoCalc trong thực hành các thể hoá dinh dưỡng tĩnh mạch tại đơn vị của họ. Ứng dụng hỗ trợ quyết định dinh dưỡng tĩnh mạch NeoCalc đã được chứng minh có tác động tích cực lên thực hành dinh dưỡng tĩnh mạch đối với trẻ sinh non. Áp dụng rộng rãi ứng dụng này có thể hỗ trợ các bác sĩ tối ưu hoá

dinh dưỡng tĩnh mạch theo hướng cá thể hoá. Cần nghiên cứu đa trung tâm đánh giá hiệu quả lâu dài tác động của ứng dụng lên thực hành lâm sàng của bác sĩ và kết quả dinh dưỡng ở trẻ sinh non.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Konzett K, Riedl D, Blassnig-Ezeh A, Gang S, Simma B.** Outcome in very preterm infants: a population-based study from a regional center in Austria. *Front Pediatr.* 2024;12: 1336469. doi: 10.3389/fped.2024.1336469
2. **Robinson DT, Calkins KL, Chen Y, et al.** Guidelines for parenteral nutrition in preterm infants: The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* Sep 2023; 47(7):830-858. doi: 10.1002/jpen.2550
3. **Ray S.** NICE guideline review: Neonatal parenteral nutrition (NG154). *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* Oct 2021;106(5):292-295. doi:10.1136/archdischild-2020-320581
4. **Hội Nhi khoa Việt Nam.** Hướng dẫn điều trị: Khuyến cáo điều trị dinh dưỡng cho trẻ sinh non - nhẹ cân. *Tạp chí Nhi khoa.* 2013;6(2)
5. **Hội chu sinh và sơ sinh Thành phố Hồ Chí Minh.** Đồng thuận: Điều trị dinh dưỡng tĩnh qua đường tĩnh mạch ở trẻ sanh non. 2020;
6. **Mihatsch WA, Braegger C, Bronsky J, et al.** ESPGHAN/ ESPEN/ ESPR/ CSPEN guidelines on pediatric parenteral nutrition. *Clin Nutr.* Dec 2018;37(6 Pt B):2303-2305. doi:10.1016/j.clnu.2018.05.029
7. **Papandreou P, Ntountaniotis D, Skouroliahou M, Massara P, Siahianidou T.** Does a parenteral nutrition decision support system for total nutrients improve prescription procedure and neonatal growth? *J Matern Fetal Neonatal Med.* Mar 2021; 34(5): 747-754. doi: 10.1080/14767058.2019.1615432
8. **American Academy of Pediatrics Committee on F, Newborn.** Levels of neonatal care. *Pediatrics.* Sep 2012; 130(3):587-97. doi:10.1542/peds.2012-1999

ỨNG DỤNG CHỤP X QUANG SỐ HÓA CẮT LỚP TUYẾN VÚ TRONG CHẨN ĐOÁN TỔN THƯƠNG VÚ DẠNG KHỐI Ở BỆNH NHÂN CÓ MÔ VÚ DÀY

Võ Tấn Đức¹, Đinh Nhã Khoa³,
Nguyễn Thị Thúy Duy², Nguyễn Thị Phương Loan¹

TÓM TẮT

Giới thiệu: Ung thư vú (UTV) được xem là tổn thương nghiêm trọng nhất trong số các tổn thương khác nhau ở vú. Có nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh giúp hỗ trợ tầm soát và chẩn đoán bệnh lý tuyến vú khác nhau. Chụp X quang số hóa cắt lớp tuyến vú (DBT) ra đời mang nhiều ưu điểm hơn X quang vú 2D số hóa (FFDM), cải thiện sự chồng lấp tổn thương với mô vú, đặc biệt là ở những bệnh nhân có vú đặc hoặc có tổn thương dạng khối phát hiện được.

Mục tiêu: Khảo sát giá trị của DBT khi chụp bổ sung vào FFDM làm tăng giá trị chẩn đoán ung thư vú ở những bệnh nhân có vú đặc, tổn thương dạng khối.

Đối tượng và phương pháp: Dữ liệu lâm sàng và hình ảnh chụp từ hệ thống FFDM và DBT được hồi cứu từ tháng 9/2021 đến tháng 9/2022 thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Hình ảnh thu nhận từ hai kỹ thuật chụp được phân tích và xếp loại theo Hệ thống dữ liệu và báo cáo hình ảnh vú (BI-RADS) của Hiệp hội hình ảnh học Hoa Kỳ (ACR) và so sánh sự thay đổi phân độ BI-

RADS. Tính độ nhạy, độ đặc hiệu và các giá trị chẩn đoán của kỹ thuật. Tính chỉ số đồng thuận (Cohen's Kappa) cho phân loại BI-RADS và các giá trị nghi ngờ chẩn đoán ung thư vú của hai phương pháp.

Kết quả: DBT có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán dương và âm tính, độ chính xác lần lượt là 92,8%; 48,7%; 66,1% và 86,3%; 71,6%; cao hơn các giá trị tương ứng so với FFDM là 69,0%; 38,0%; 54,7% và 53,6%; 54,3%. Hai phương pháp chụp DBT và FFDM có mức độ phù hợp với chẩn đoán giải phẫu bệnh là khá trên DBT (Kappa = 0,61) và kém trên FFDM (Kappa = 0,15). Chỉ số Cohen's Kappa đánh giá mức độ phù hợp trong phát hiện dấu hiệu tổn thương khối nghi ngờ trên DBT và FFDM: Khối hình dạng không đều Kappa = 0,68 (phù hợp khá); khối bờ tua gai Kappa = 0,23 (phù hợp thấp); khối đậm độ cao Kappa = 0,17 (phù hợp kém).

Kết luận: Kỹ thuật chụp DBT có giá trị cao trong phát hiện và chẩn đoán các đặc điểm hình ảnh của tổn thương vú, cụ thể là nhóm phụ nữ có mô vú dày và tổn thương dạng khối được đánh giá tốt hơn so với FFDM. Việc bổ sung DBT vào FFDM giúp cải thiện cả độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán dương của kỹ thuật, góp phần nâng cao giá trị chẩn đoán UTV. Vì vậy đối với nhóm phụ nữ có mô vú dày và/hoặc phát hiện tổn thương khối ngay từ đầu, có thể cân nhắc chụp DBT thay cho FFDM ngay từ đầu, giúp giảm liều tia cho bệnh nhân.

Từ khóa: ung thư vú, X quang tuyến vú 2D số hóa, X quang số hóa cắt lớp tuyến vú.

¹Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Trà Vinh

³Bệnh viện Quốc tế City

Chịu trách nhiệm chính: Võ Tấn Đức

ĐT: 0903633186

Email: duc.vt@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

SUMMARY**APPLICATION OF DIGITAL BREAST TOMOSYNTHESIS (DBT) TO DIAGNOSE MASS BREAST LESIONS IN PATIENTS WITH DENSE BREAST TISSUE**

Introduction: Breast cancer is considered the most severe damage among various breast injuries. There are several diagnostic imaging methods to support screening and diagnosing different breast pathologies. Digital breast tomosynthesis (DBT) has many advantages over Full-field digital mammography (FFDM) in improving lesion overlap with breast tissue, especially in patients with dense breasts or detectable mass-like lesions.

Objective: Studying the value of DBT when used as an adjunct to FFDM enhances the diagnostic accuracy for breast cancer in patients with dense breasts and mass lesions.

Method: Clinical data and images from FFDM and DBT systems were collected through a retrospective sampling method from September 2021 to September 2022 meeting the sampling criteria. Images obtained from two imaging techniques were analyzed and classified according to the Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) of the American College of Radiology (ACR) and compared the changes in BI-RADS categories. Assessing sensitivity, specificity, and diagnostic values of the techniques. Calculating Cohen's Kappa coefficient for BI-RADS classification and suspicious values for breast cancer diagnosis of the two methods.

Result: DBT shows higher sensitivity, specificity, positive and negative predictive values, and accuracy at 92.8%, 48.7%, 66.1%, and 86.3%, respectively, compared to FFDM at 69.0%, 38.0%, 54.7%, and 53.6%. Both DBT and FFDM imaging methods are moderately

appropriate with anatomical diagnosis, DBT has moderate appropriateness (Kappa = 0.61), and FFDM with poor appropriateness (Kappa = 0.15). Cohen's Kappa evaluates the appropriateness in detecting suspicious lesion signs on DBT and FFDM: irregular shape mass lesion - Kappa = 0.68 (moderate appropriateness); mass lesion with spiculated margin - Kappa = 0.23 (low appropriateness); high-density mass lesion - Kappa = 0.17 (poor appropriateness).

Conclusion: DBT technique is highly valuable in detecting and diagnosing the imaging features of breast lesions, specifically in women with dense breast tissue and mass lesions, showing better assessment compared to FFDM. Adding DBT to FFDM improves both sensitivities, specificity, and positive predictive value of the technique, contributing to enhancing the diagnostic value of breast imaging. Therefore, for women with dense breast tissue and/or early detection of mass lesions, consider using DBT instead of FFDM from the beginning may help reduce radiation dose for patients.

Keywords: Breast Cancer, Full-field digital mammography, Digital breast tomosynthesis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư phổ biến nhất trên toàn thế giới - lần đầu tiên vượt qua ung thư phổi vào năm 2020 - và là bệnh ung thư phổ biến nhất được chẩn đoán ở phụ nữ Mỹ. Theo thống kê của GLOBOCAN, năm 2020 trên thế giới ước tính có khoảng 2.261.419 ca mới mắc (chiếm 11,7%) và 684.996 ca tử vong do UTV (chiếm 6,9%). Ở Việt Nam, có hơn 21.555 ca UTV (chiếm 11,8% trong tổng số 183.000 ca ung thư) được báo cáo¹. Việc chẩn đoán UTV dựa vào triệu chứng lâm sàng, siêu âm (SA), X quang (XQ) vú 2D số hóa (Full-field

digital mammography - FFDM) luôn được khuyến cáo trong tầm soát UTV. Tuy nhiên, ở những BN có mật độ mô tuyến đặc hay đặc không đồng đều (loại c-d), bản chất hai chiều của FFDM đã tạo ra hiệu ứng chồng lấp, dẫn đến giảm độ nhạy (các tổn thương có thể bị che lấp) và độ đặc hiệu (các cấu trúc bình thường trong mô vú chồng lên nhau và có thể bị nhầm thành tổn thương). Chụp XQ số hóa cắt lớp tuyến vú (Digital Breast Tomosynthesis- DBT) ra đời là một phần mở rộng của công nghệ hình ảnh được tích hợp vào hệ thống FFDM, giúp khắc phục hạn chế trên bằng cách tạo ra hình ảnh gần như 3D của vú và do đó, giảm ảnh hưởng của các cấu trúc chồng lấp. Trên thế giới và ở Việt Nam đã có những nghiên cứu về giá trị của kỹ thuật chụp DBT, tuy nhiên, chưa có nhiều công trình về giá trị của DBT khi bổ sung vào FFDM làm tăng tỷ lệ phát hiện bệnh và mô tả tốt hơn các tổn thương vú, đặc biệt phát hiện những tổn thương khối ở nhóm phụ nữ có mô vú đặc. Từ lý do trên, nhóm nghiên cứu chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm khảo sát các đặc điểm dạng khối ở nhóm bệnh nhân có mô vú đặc trên DBT khi bổ sung vào FFDM; từ đó, đưa ra được giá trị của kỹ thuật chụp DBT trong tầm soát và chẩn đoán UTV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu - mô tả cắt ngang, được tiến hành từ tháng 10/2022 đến tháng 8/2023, đối tượng là những bệnh nhân (BN) nữ trưởng thành (trên 18 tuổi) đến khám với mục đích tầm soát hoặc có triệu chứng lâm sàng hoặc đã phát hiện tổn thương bằng SA/XQ tại cơ sở khám chữa bệnh khác và được chụp XQ số hóa cắt lớp tuyến vú từ tháng 9/2021 đến 9/2022.

Các bước tiến hành nghiên cứu:

Lựa chọn đối tượng phù hợp tham gia vào nghiên cứu: Từ hồ sơ bệnh án điện tử của Bệnh viện Ung bướu (BVUB) TP.HCM, tìm các đối tượng đến khám, được siêu âm, chụp FFDM, DBT và có kết quả giải phẫu bệnh (GPB) (sinh thiết kim lõi dưới hướng dẫn siêu âm, sinh thiết mở hoặc phẫu thuật lấy bệnh phẩm sau mổ). Sau đó chúng tôi sẽ tìm kiếm dữ liệu hình ảnh XQ tuyến vú của đối tượng được chọn từ hệ thống lưu trữ dữ liệu và xử lý hình ảnh tại khoa Chẩn đoán hình ảnh (CDHA), BVUB TP.HCM.

Hình ảnh DBT và FFDM được ghi nhận bằng: Hệ thống máy chụp Selenia Dimension 3D của hãng Hologic ở chế độ Standard mode, với góc quét 15° ($-7,5^{\circ}$ đến $+7,5^{\circ}$), độ dày lát cắt 1mm. Tư thế chụp CC và MLO ở hai bên vú. Hình ảnh thu được được lưu trữ và xử lý bằng hệ thống PACS của BVUB TP.HCM.

Mô tả đặc điểm hình ảnh của các tổn thương vú trên FFDM và DBT theo phân độ BI-RADS 2013:

Những BN nữ đến khám có hoặc không có triệu chứng lâm sàng được chỉ định làm SA vú và chụp FFDM hai tư thế thẳng, chéo. Các kết quả XQ tuyến vú được đọc bởi 02 bác sĩ CDHA khác nhau, sau đó thống nhất kết quả chung để được vào nghiên cứu. Các đặc điểm cần đánh giá bao gồm:

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi (chia thành 5 nhóm: dưới 30 tuổi, 30-39 tuổi, 40-49 tuổi, 50-59 tuổi, trên 60 tuổi), triệu chứng lâm sàng và lý do đến khám (đau vú, sờ thấy khối, chảy dịch núm vú/loét núm vú, phát hiện tình cờ), vị trí tổn thương.

Các tiêu chuẩn đánh giá tổn thương vú dựa vào phân loại BI-RADS 2013²:

+ Phân loại mật độ nhu mô tuyến vú, gồm 4 loại: loại a (vú hầu như có nhiều mỡ,

tuyến vú là các dải mỏng – chụp nhũ ảnh có độ nhạy cao), loại b (có vài vùng mô sợi tuyến đặc rải rác), loại c (tuyến vú đặc không đồng đều, có thể che khuất các khối nhỏ), loại d (tuyến vú đặc toàn bộ làm giảm độ nhạy của nhũ ảnh).

+ Đánh giá tổn thương khối: đánh giá về kích thước khối (<2cm, 2-5cm, >5cm); hình dáng (bầu dục, tròn, không đều); đường bờ (ranh giới rõ, bị che khuất, đa cung nhỏ, tua gai, không xác định); đậm độ (cao, bằng, thấp so với mô vú).

+ Phân loại BI-RADS 2013:

Nếu FFDM không có bất thường (BI-RADS 1,2) hoặc đã được chẩn đoán xác định UTV (BI-RADS 6) thì đưa ra khỏi nghiên cứu.

Nếu nghi ngờ (hoặc trên lâm sàng hoặc siêu âm hoặc FFDM) xếp loại BI-RADS 3, 4, 5; mô vú đặc (xếp loại c, d) thì sẽ được chụp DBT.

Tiến hành chụp DBT với những tổn thương nghi ngờ; sau đó, đánh giá lại phân độ BI-RADS của tổn thương lần 2 và phân tích các đặc điểm hình ảnh ghi nhận được, so sánh với FFDM.

Khảo sát sự thay đổi phân độ BI-RADS của các tổn thương khối sau khi chụp bổ sung DBT và FFDM, từ đó đưa ra được giá trị của kỹ thuật DBT:

So sánh phân độ BI-RADS của tổn thương khối sau 2 lần chụp để đánh giá lại. Nếu trên DBT giảm độ BI-RADS hơn so với FFDM thì theo dõi định kỳ mỗi 3 tháng trên SA. Nếu trên DBT tăng độ BI-RADS hơn so với FFDM, đủ tiêu chuẩn sinh thiết/ phẫu thuật thì tiến hành chọc hút kim nhỏ/ sinh thiết kim lõi/ phẫu thuật đánh giá tổn thương. Sau đó đối chiếu kết quả đánh giá hình ảnh với kết quả GPB.

Thu thập số liệu hình ảnh tổn thương khối trên FFDM và DBT. Các số liệu thống kê được trình bày dưới dạng: tỷ lệ %, so sánh các giá trị % bằng kiểm định Chi bình phương, kiểm định Fisher. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật chụp DBT bằng cách tính các giá trị độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính, độ chính xác của hai phương pháp FFDM và DBT.

Đánh giá độ phù hợp trong phát hiện tổn thương khối của 02 phương pháp dựa vào kết quả đánh giá theo chỉ số về độ phù hợp Kappa có thể có giá trị từ -1 (2 quan sát hoàn toàn không phù hợp) đến +1 (2 quan sát phù hợp hoàn toàn).

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh số: 1077/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 19/12/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu được 81 BN thỏa điều kiện chọn mẫu, trong đó có 42 BN mắc UTV (nhóm UTV) và 39 BN có tổn thương không phải UTV (nhóm không UTV); trong đó có 78 BN có mô vú đặc (loại c và d) và 64/81 BN có tổn thương khối trên DBT.

Tuổi trung bình của nghiên cứu là $48,41 \pm 8,52$ tuổi. Các BN chủ yếu vào viện với lý do sờ thấy khối (chiếm 67,9%). Vị trí tổn thương hay gặp nhất là $\frac{1}{4}$ trên ngoài.

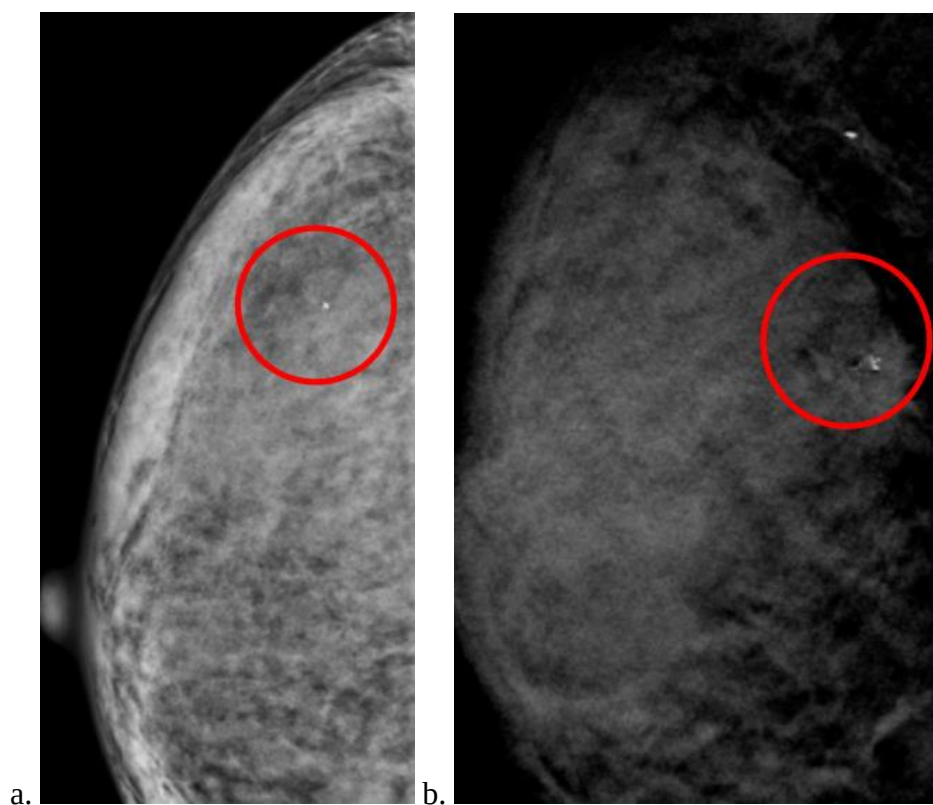
Có 78 BN có mô vú đặc, trong đó có 79% thuộc loại c và 17,3% thuộc loại d phân bố chủ yếu ở nhóm tuổi 40 – 49.

Có 64/81 BN có tổn thương khối trên DBT chiếm 79%, trong đó 78,6% tổn thương là UTV; trong khi có 37/81 BN có tổn thương khối trên FFDM chiếm 45,7%, trong

đó 33,3% tổn thương là UTV, 66,7% tổn thương khối không phải UTV.

Các đặc điểm tổn thương khối nghi ngờ ác tính trên FFDM: Hình dạng không đều (chiếm 48,6%), kích thước 2-5 cm (chiếm 48,6%), bờ bị che khuất chiếm tỷ lệ nhiều nhất (51,4%), mật độ cao chiếm 62,2%. Sau khi chụp bổ sung FFDM vào DBT, các tổn

thương khối trở nên rõ ràng hơn, xóa bỏ sự chồng lấp mô vú và chủ yếu làm rõ hơn các đặc điểm như hình bầu dục (chiếm 25%) và hình dạng không đều (chiếm 62,5%); kích thước 2-5 cm tăng lên 60,9%; bờ ranh giới rõ tăng (21,9%), bờ không xác định (18,8%) và bờ tua gai (35,9%); nhóm mật độ cao tăng 65,6%.



Hình 1. Đặc điểm bờ tua gai trên FFDM và DBT

(BN Phan T.T.G. 54 tuổi; vào viện vì đau vú phải. GPB: Carcinoma vú xâm nhiễm dạng không đặc hiệu (NST), grad 1)

a. Ảnh chụp FFDM: khối hiện diện bờ không rõ. BI-RADS 4;

b. Ảnh chụp DBT: có khối bờ tua gai rõ. BI-RADS 5.

Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính, độ chính xác của DBT lần lượt là 92,8%; 48,7%;

66,1%; 86,3%; 71,6% cao hơn so với FFDM (69%; 38%; 54,7%; 53,6%; 54,3%). Tỷ lệ dương tính giả, âm tính giả của DBT lần lượt là 33,9% và 1,4%, thấp hơn so với FFDM là 45,3% và 46%.

Chỉ số Cohen's Kappa đánh giá độ phù hợp giữa DBT, FFDM với GPB lần lượt là 0,61 (mức độ phù hợp khá) và 0,15 (mức độ phù hợp kém).

Bảng 1 cho thấy: Có 18 trường hợp phân loại BI-RADS như nhau ở 2 phương pháp. Có 21 trường hợp tăng bậc BI-RADS sau khi chụp bổ sung DBT vào FFDM (17 trường hợp từ nhóm lành tính trên FFDM lên ác tính trên DBT và 4 trường hợp trong cùng nhóm ác tính trên FFDM và DBT). Có 4 trường

hợp giảm bậc BI-RADS sau khi chụp bổ sung DBT vào FFDM (từ nhóm ác tính trên FFDM xuống nhóm lành tính trên DBT). Chỉ số Kappa = 0,1233 chỉ thấy sự nhất quán trong phân loại BI-RADS của 2 phương pháp ở mức độ kém.

Bảng 4. So sánh sự phù hợp phân loại BI-RADS giữa 2 phương pháp chụp DBT và FFDM

DBT	FFDM									Tổng
	0	1	2	3	4a	4b	4c	5	6	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	2	2	0	1	0	0	5
2	0	0	1	3	0	0	0	0	0	4
3	0	0	0	5	3	5	0	0	0	13
4a	0	0	0	3	6	2	1	0	0	12
4b	1	0	0	3	6	5	1	0	0	16
4c	0	1	0	7	0	10	1	0	0	19
5	0	1	0	1	4	4	1	0	0	11
6	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Tổng	1	2	1	24	22	26	5	0	0	81
Cohen's Kappa = 0,1233										

Chỉ số Cohen's Kappa đánh giá mức độ phù hợp trong phát hiện dấu hiệu tổn thương khối nghi ngờ trên DBT và FFDM: Khối hình dạng không đều Kappa = 0,68 (phù hợp khá); khối bờ tua gai Kappa = 0,23 (phù hợp thấp); khối đậm độ cao Kappa = 0,17 (phù hợp kém).

IV. BÀN LUẬN

DBT là kỹ thuật tạo hình ảnh ba chiều của vú, giúp làm giảm hiện tượng chồng lấp, đặc biệt ở những mô vú đặc, tăng tỷ lệ phát hiện tổn thương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số BN có mô vú thuộc loại c, nhiều nhất ở nhóm tuổi 40-49 (chiếm 50%),

nhóm mô vú loại d phân bố chủ yếu ở BN dưới 60 tuổi. Theo Boyd và cộng sự (2007),³ nhóm BN dưới 56 tuổi có mật độ mô tuyến vú đặc có nguy cơ mắc UTV cao gấp 4,7 lần so với nhóm còn lại (95% CI: 3,0-7,4). Điều này có thể thấy, mật độ mô vú đặc là một yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ UTV. Hiện nay ở Việt Nam chỉ có nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà (2021)⁴ chứng minh DBT có thể cải thiện chẩn đoán so với FFDM trên cả độ nhạy và độ đặc hiệu do giảm sự chồng hình nhu mô tuyến ở BN vú đặc, chưa có nhiều đề tài nghiên cứu về mật độ mô vú trên XQ nên các yếu tố nguy cơ có thể chưa được đánh giá đầy đủ. Tuy nhiên, chúng ta cũng nên lưu

tâm nhiều hơn cho nhóm BN có mật độ nhu mô tuyến vú loại c và d để tránh bỏ sót tổn thương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, DBT có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm và độ chính xác trong phát hiện tổn thương khối lần lượt là 78,6%; 20,5%; 51,6%; 47,1%; 50,6% cao hơn các giá trị của FFDM lần lượt là 33,3%; 41,0%; 37,8%; 36,4%; 37,0%. Như vậy, DBT giúp làm tăng tỷ lệ phát hiện các tổn thương vú hơn FFDM; tương đồng với hầu hết các nghiên cứu ngoài nước⁵ và trong nước^{6,7}. Điều này có thể giải thích do nguyên lý của DBT là tạo ra những lát cắt mỏng nên các tổn thương khối ít bị che khuất bởi mô tuyến hơn FFDM.

Kết quả cho thấy có 18 trường hợp phân loại BI-RADS như nhau ở 2 phương pháp. Có 21 trường hợp tăng bậc BI-RADS (17 trường hợp từ nhóm lành tính lên ác tính và 4 trường hợp trong cùng nhóm ác tính) và 4 trường hợp giảm bậc BI-RADS (từ nhóm ác tính xuống nhóm lành tính). DBT làm giảm số lượng tổn thương BI-RADS 3 và 4a – nghi ngờ ác tính thấp (hầu hết là các khối có đường bờ bị che khuất), và tăng số lượng tổn thương BI-RADS nhóm lành tính hoặc nhóm ác tính, đặc biệt có sự tăng đáng kể tổn thương BI-RADS 4c và 5. Điều này phù hợp với một số nghiên cứu trong và ngoài nước cho nhận định tương tự⁶⁻⁸.

Nghiên cứu còn đánh giá mức độ tương đồng trong phân loại BI-RADS giữa 02 phương pháp FFDM và DBT là kém với chỉ số Cohen's Kappa = 0,1233; cho giá trị thấp hơn Hoàng Ngân Thủy⁷ là 0,67 và cao hơn Nguyễn Thị Thu Hà⁴ là 0,04.

Khi đánh giá mức độ phù hợp giữa 2 phương pháp DBT và FFDM với kết quả

GPB cho thấy, DBT có sự phù hợp ở mức độ khá (Kappa = 0,61) và FFDM có sự phù hợp ở mức độ kém (Kappa = 0,15). Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà (2021)⁴ cho thấy sự phù hợp giữa FFDM, DBT với GPB lần lượt là 0,037 (mức độ phù hợp thấp) và 0,809 (mức độ phù hợp cao). Điều này cũng tương quan với việc độ nhạy phát hiện các đặc điểm tổn thương của DBT cao hơn FFDM.

Khi đánh giá mức độ phù hợp trong chẩn đoán một số dấu hiệu hình ảnh của UTV giữa 2 phương pháp FFDM và DBT thì đa số kết quả đều đạt mức độ thấp-khá (điển hình ở dấu hiệu khối hình dạng không đều, vôi hóa nghi ngờ và hạch nách nghi ngờ có mức độ phù hợp khá). Kết quả này có sự tương đồng nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Lại Thu Hương (2016)⁶ và Hoàng Ngân Thủy (2020).⁷

Nghiên cứu còn những hạn chế như cỡ mẫu nhỏ, chỉ áp dụng với nhóm đối tượng có mô vú dày và có tổn thương khối. Chúng tôi mong rằng tiếp theo sẽ có những nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn, và có thể so sánh với các kỹ thuật khác như siêu âm, cộng hưởng từ vú.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật chụp X quang số hóa cắt lớp tuyến vú có giá trị cao trong phát hiện và chẩn đoán các đặc điểm hình ảnh của tổn thương vú, đặc biệt là những mô vú dày có tổn thương dạng khối được đánh giá tốt hơn so với FFDM. Việc bổ sung DBT vào FFDM giúp cải thiện cả độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán dương của kỹ thuật, góp phần nâng cao giá trị chẩn đoán UTV, đặc biệt ở những phụ nữ có mô vú dày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **The Global Cancer Observatory.** GLOBOCAN 2020. 2020. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf>
2. **Radiology ACo.** Breast Imaging Reporting & Data System. <https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/RADS/BI-RADS/Mammography-Reporting.2013>;
3. **Boyd NF, Guo H, Martin LJ, et al.** Mammographic Density and the Risk and Detection of Breast Cancer. *New England Journal of Medicine.* 2007/01/18 2007; 356(3): 227-236. doi:10.1056/NEJMoa062790
4. **Nguyễn Thị Thu Hà, Lưu Hồng Nhung, Lại Thu Hương, Phạm Minh Thông.** Nghiên cứu giá trị của X quang cắt lớp trong chẩn đoán ung thư vú ở bệnh nhân có vú đặc hoặc bất xứng khu trú. *Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam.* 01/10 2021; (43):39-46. doi:10.55046/vjrn.43.44.2021
5. **Abdelattf SAA, Ibrahim SF, Abdelhamid WR, Mahmoud FM.** Three-dimensional tomosynthesis versus two-dimensional mammography in detection and characterization of different breast lesions. *Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine.* 2021/11/09 2021; 52(1):268. doi:10.1186/s43055-021-00648-1
6. **Lại Thu Hương.** Đặc điểm hình ảnh và giá trị của x quang cắt lớp tuyến vú trong chẩn đoán ung thư vú: Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú chuyên ngành Chẩn đoán hình ảnh. NXB Y học; 2016. http://125.212.201.8:6008/handle/DHKTYTHD_123/2200
7. **Hoàng Ngân Thủy.** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của Xquang cắt lớp vú (tomosynthesis) trong chẩn đoán ung thư vú ở phụ nữ cao tuổi. Trường đại học y Hà Nội; 2020. <http://dulieuso.hmu.edu.vn/handle/hmu/1143>
8. **Bahrs SD, Otto V, Hattermann V, et al.** Breast tomosynthesis for the clarification of mammographic BI-RADS 3 lesions can decrease follow-up examinations and enables immediate cancer diagnosis. *Acta Radiologica.* 2018;59(10):1176-1183. doi: <https://doi.org/10.1177/0284185118756458>

VIÊM PHỔI DO PHẾ CẦU Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2: ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ TÍNH ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH

Lê Thị Thanh Thảo¹, Phạm Thị Minh Hồng², Huỳnh Xuân Yên³,
Vân Thị Thùy Linh¹, Ngô Thị Hoa³, Ngô Minh Xuân⁴,
Nguyễn Minh Ngọc¹, Nguyễn Hoàng Phong¹, Trịnh Hữu Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và tính đề kháng kháng sinh của phế cầu ở trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi bị viêm phổi tại bệnh viện Nhi đồng 2 từ tháng 08/2020 đến 12/2022.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả 176 trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi có mẫu bệnh phẩm (NTA, máu, dịch màng phổi) dương tính với phế cầu và được chẩn đoán viêm phổi tại bệnh viện Nhi đồng 2 trong thời gian từ 8/2020 đến 12/2022.

Kết quả: Tuổi trung vị là 18 tháng. Tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1. Tỷ lệ trẻ chủng ngừa ít nhất 1 mũi PCV chiếm 34,7% (58/167 trẻ), chủ yếu là PCV10 (33,5%), trong đó tiêm chủng đủ PCV theo tuổi chiếm 24%. Triệu chứng thường gặp nhất là ran ẩm (76,2%), co lõm ngực (67,6%) và thở nhanh (34,1%). Biểu chứng thường gặp nhất là nhiễm trùng huyết, chiếm 11,4%. Tỷ lệ bệnh phế cầu xâm lấn là 12,5%. Tỷ lệ chủng phế cầu đa kháng là 96,1%. Tất cả các chủng đều nhạy

với linezolid và vancomycin. Độ nhạy cảm kháng sinh giảm dần theo thứ tự moxifloxacin (98,1%), levofloxacin (96,2%), chloramphenicol (85,4%), amoxicillin (59,1%), cefotaxime (47,5%), penicillin G (37,1%), cefepime (18,9%), meropenem (12,2%), cotrimoxazole (10,9%). Các kháng sinh như tetracycline, erythromycin và clindamycin chỉ còn nhạy dưới 10%.

Kết luận: Tỷ lệ phế cầu đa kháng thuốc rất cao. Cần cập nhật định kỳ về tính đề kháng kháng sinh của phế cầu gây bệnh ở trẻ em để lựa chọn kháng sinh ban đầu phù hợp.

Từ khóa: Streptococcus pneumoniae, phế cầu, trẻ em, bệnh phế cầu xâm lấn, đề kháng kháng sinh

SUMMARY

PNEUMOCOCCAL PNEUMONIA IN CHILDREN AT CHILDREN'S HOSPITAL 2: CLINICAL CHARACTERISTICS AND ANTIBIOTIC RESISTANCE

Objectives: To describe the clinical characteristics and the antibiotic resistance of pneumococci causing pneumonia in children from 1 month to 5 years old at the Children's hospital No2 from 8/2020 to 12/2022.

Methods: A case series of 176 children from 1 month to 5 years old whose sample culture results (NTA, blood, pleural fluid) were positive for Streptococcus pneumoniae and were diagnosed pneumonia at the Children's Hospital No2 from August 2020 to December 2022.

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

³Trung tâm Bệnh Nhiệt Đới, Đơn vị nghiên cứu lâm sàng Đại học Oxford

⁴Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thanh Thảo

ĐT: 0983222983

Email: drlethithanhthao@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

Results: The median age was 18 months. The male/female ratio was 1.5/1. The rate of children receiving at least 1 dose of PCV was 34.7% (58/167 children), mainly PCV10 (33.5%), of which 24% were fully vaccinated with PCV according to age. The most common symptoms were coarse crackles (76.2%), chest indrawing (67.6%), and tachypnea (34.1%). The most common complication was sepsis (11.4%). The invasive pneumococcal diseases rate were 12.5%. The rate of multidrug resistant pneumococcal strains was 96.1%. All strains were sensitive to linezolid and vancomycin. Antibiotic sensitivity decreased in the order of moxifloxacin (98.1%), levofloxacin (96.2%), chloramphenicol (85.4%), amoxicillin (59.1%), cefotaxime (47.5%), penicillin G (37.1%), cefepime (18.9%), meropenem (12.2%), cotrimoxazole (10.9%). The antibiotics such as tetracycline, erythromycin and clindamycin were only less than 10% sensitive.

Conclusions: The multidrug resistant rate of pneumococci is very high. Periodic updates are needed on antibiotic resistance of pneumococci causing diseases in children in order to select appropriate initial antibiotics.

Keywords: Streptococcus pneumoniae, pneumococci, children, invasive pneumococcal diseases, antibiotic resistance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ em, đặc biệt là nhóm trẻ em dưới 05 tuổi, thuộc các khu vực Nam Á và Nam Phi. Tại Việt Nam, viêm phổi cũng là nguyên nhân nhập viện và gây tử vong hàng đầu ở trẻ em. Trong đó, Streptococcus pneumoniae (phế cầu) là vi khuẩn gây viêm phổi thường gặp nhất. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của phế cầu ngày càng gia tăng trên toàn thế giới¹. Tại Việt Nam, nghiên cứu trên trẻ em từ 6-60 tháng tuổi tại huyện Ba Vì, Hà Nội vào năm 1999, 2007 và 2013 báo cáo tỉ

lệ phế cầu đề kháng với ít nhất một kháng sinh lần lượt là 90%, 95%, và 90%. Tỷ lệ chủng đa kháng thuốc cũng tăng theo thời gian, từ 31% lên 60% và tăng đến 80%, với tổ hợp đa kháng phổ biến nhất là co-trimoxazole, tetracycline, và erythromycin². Từ năm 2014, vắc xin PCV10 được đưa vào chương trình tiêm chủng không bắt buộc tại Việt Nam. Việc chủng ngừa PCV làm giảm sự lưu hành của các chủng phế cầu đề kháng kháng sinh đã được báo cáo trên nhiều khu vực trên thế giới³. Như vậy, sau 8 năm sử dụng PCV10 cho trẻ em Việt Nam, đặc điểm lâm sàng viêm phổi do phế cầu cũng như tình hình đề kháng kháng sinh của phế cầu thay đổi như thế nào? Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng của viêm phổi do phế cầu ở trẻ em dưới 5 tuổi và cập nhật tình hình đề kháng kháng sinh của các chủng phế cầu phân lập được để góp phần vào việc chọn lựa kháng sinh ban đầu phù hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi được chẩn đoán viêm phổi và có mẫu cấy bệnh phẩm (NTA, máu, dịch màng phổi) dương tính với phế cầu tại Bệnh viện Nhi đồng 2 từ 8/2020 đến 12/2022.

Tiêu chuẩn chọn vào

- Trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi theo WHO: ho và thở nhanh (≥ 60 nhịp/phút đối với trẻ dưới 2 tháng tuổi, ≥ 50 nhịp/phút đối với trẻ 2-12 tháng tuổi; ≥ 40 nhịp/phút đối với trẻ 12 tháng-5 tuổi), có thể kèm rút lõm lồng ngực hoặc tím tái.

- X-quang phổi có tổn thương nhu mô phổi

- Cây bệnh phẩm (NTA/đàm, máu, dịch màng phổi) dương tính với phế cầu

Tiêu chuẩn loại trừ: Không

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca

Các bước tiến hành

Chúng tôi thu nhận tất cả trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi nhập khoa Hô hấp 1 và 2 bệnh viện Nhi Đồng 2 được chẩn đoán viêm phổi và có kết quả cây bệnh phẩm (NTA, máu, dịch màng phổi) dương tính với phế cầu trong thời gian từ tháng 8/2020 đến tháng 12/2022, tiến hành thu thập và ghi chép các thông tin về dịch tễ học, bệnh sử, tiền sử, khám lâm sàng và cận lâm sàng vào bệnh án nghiên cứu.

Định nghĩa biến số:

- Bệnh phế cầu xâm lấn: viêm màng não, nhiễm trùng huyết, tràn mủ màng phổi

- Đa kháng kháng sinh: kháng ≥ 3 nhóm kháng sinh khác nhau.

Xử lý số liệu

Các số liệu thu thập sẽ được nhập bằng Excel và phân tích bằng phần mềm thống kê trong y sinh học R. Biến số định lượng được tính trung bình và độ lệch chuẩn với các biến định lượng có phân phối chuẩn, trung vị và khoảng tứ phân vị với các biến định lượng không có phân phối chuẩn. So sánh các giá

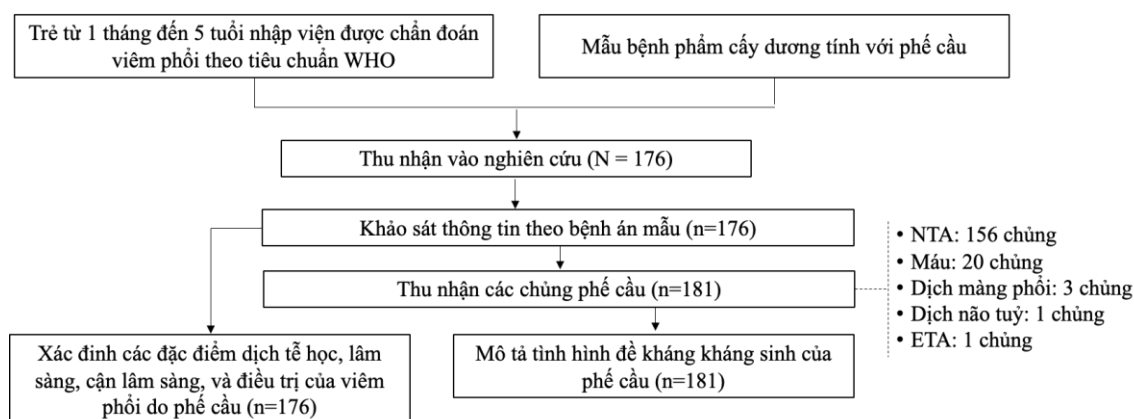
trị bằng phép kiểm Chi bình phương cho các biến định tính, T test cho các biến định lượng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

Y đức

Nghiên cứu này là một nhánh của nghiên cứu hợp tác giữa Bệnh viện Nhi Đồng 2 và Đơn vị nghiên cứu lâm sàng Đại học Oxford (OUCRU) có tên “Khảo sát sự lưu hành của chủng *Streptococcus pneumoniae* trên trẻ em khỏe mạnh trong cộng đồng và trẻ mắc viêm phổi cộng đồng: tỷ lệ hiện diện và phổ kháng sinh nhạy cảm tại Việt Nam (CHANCES)”. Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Nhi Đồng 2 (số: 1727/BVND2-CDT) và của Đại học Oxford (OxTREC 546-20).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 08/2020 đến tháng 12/2022, có 176 trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi nhập vào bệnh viện Nhi đồng 2 với chẩn đoán viêm phổi và có mẫu bệnh phẩm dương tính với phế cầu, trong đó có 5 trẻ cây dương tính với phế cầu từ hai loại mẫu khác nhau, nên nghiên cứu thu nhận được 181 chủng phế cầu để tiến hành khảo sát tính đề kháng kháng sinh.



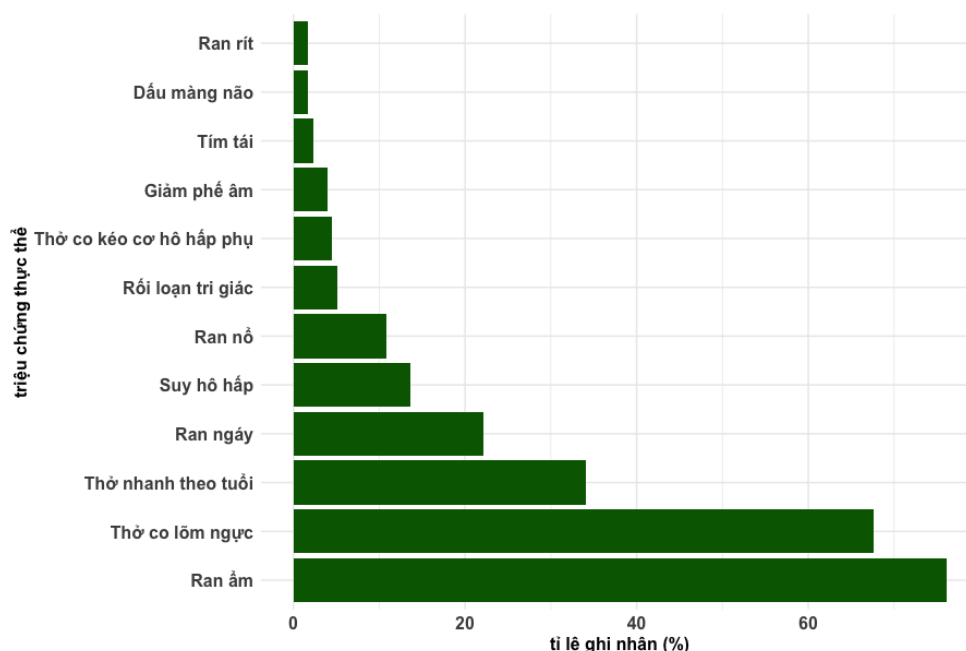
Sơ đồ 1. Phân bố số ca viêm phổi được thu nhận vào nghiên cứu

Đặc điểm dịch tễ

Tuổi trung vị của trẻ là 18 (9-28) tháng tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1. Chỉ có 167/176 trẻ ghi nhận được thông tin chủng ngừa phế cầu (94,9%). Tỷ lệ trẻ chủng ngừa với tối thiểu 1 mũi PCV chiếm 34,7% (58/167 trẻ), chủ yếu là PCV10 (33,5%), chỉ có 2 trẻ được tiêm PCV 13 (1,2%). Tỷ lệ trẻ tiêm chủng PCV đủ theo tuổi 24%.

Đặc điểm lâm sàng

Trong lô nghiên cứu, trẻ nhập viện vào ngày thứ 6 (3-10) của bệnh, 67,1% được điều trị kháng sinh trước khi nhập viện với thời gian sử dụng kháng sinh trung vị là 7 (3-10) ngày. Amoxicillin/clavulanate là kháng sinh được sử dụng nhiều nhất (15,3%), tiếp theo là azithromycin (14,4%).



Biểu đồ 1. Triệu chứng lâm sàng của viêm phổi do phế cầu (n=176)

Các triệu chứng thực thể thường gặp nhất là ran ẩm (76,2%), thở co lõm ngực (67,6%) và thở nhanh (34,1%). Biến chứng thường gặp nhất là nhiễm trùng huyết, chiếm 11,4% (20/176), trong đó có 5 trường hợp kèm viêm màng phổi và 3 trường hợp kèm viêm màng não. Biến chứng viêm màng phổi

đơn thuần chỉ có 2 trường hợp. Tỷ lệ bệnh phế cầu xâm lấn là 12,5% (22/176).

Đặc điểm hình ảnh học

X-quang ngực được chỉ định cho tất cả các bệnh nhi thu nhận vào nghiên cứu. Tổn thương phế nang là đặc điểm thường gặp nhất (72,2%) (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm hình ảnh học

Đặc điểm X-quang ngực	N (%)
Tổn thương phế nang	152 (72,2)
Viêm phổi thùy	32 (18,2)
Tràn dịch màng phổi	7 (4,0)
Hoại tử nhu mô phổi	6 (3,3)
Tổn thương mô kẽ	2 (1,1)

Đặc điểm điều trị

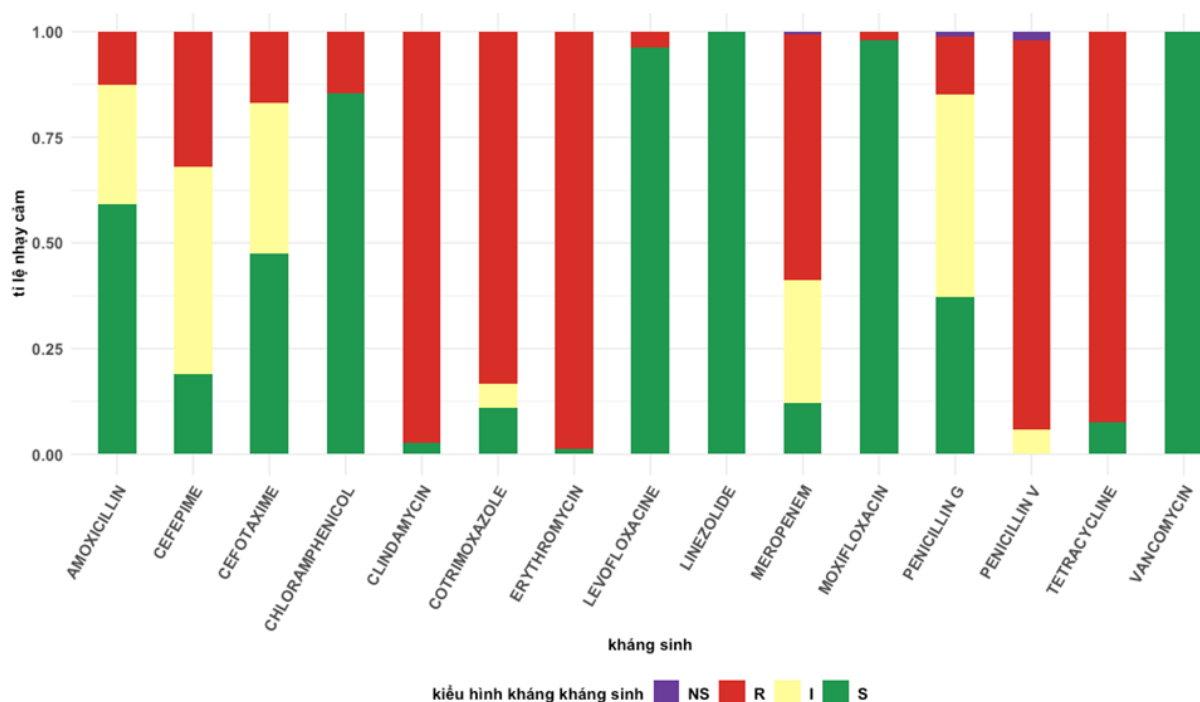
Nghiên cứu ghi nhận số loại kháng sinh sử dụng trong điều trị cho mỗi trẻ trung vị là 2 (1 - 3) loại. Kháng sinh điều trị ban đầu lúc nhập viện được sử dụng phổ biến trong dân số nghiên cứu là ceftriaxone (102/176 trường hợp, 57,9%) và cefepime (13,1%), amoxicillin-clavulanate (6,8%), và cefotaxime (6,3%). Các kháng sinh được thêm vào hoặc thay đổi khi nằm viện thường gặp là azithromycin (29,6%), vancomycin (21,0%), amikacin (14,8%), và levofloxacin (12,5%). Có 44 trường hợp (25,0%) có thay đổi kháng sinh trong quá trình điều trị. Thời điểm bắt đầu đổi kháng sinh là vào ngày thứ 5 (2 - 9) sau khi nhập viện. Thời gian điều trị

trung vị đối với kháng sinh trước khi đổi là 3,5 (2 - 7) ngày. Lâm sàng kém đáp ứng là lý do đổi kháng sinh thường gặp nhất (83,0%), theo sau là dị ứng thuốc (9,4%), viêm phổi bệnh viện (3,8%) và xuống thang (3,8%).

Trẻ viêm phổi phế cầu thu nhận vào nghiên cứu có thời gian nằm viện trung vị là 9 (7 - 13) ngày. Phần lớn các trường hợp đều sống, chiếm 97,7%.

Tính đề kháng kháng sinh của các chủng phế cầu

Nghiên cứu thu nhận 181 chủng phế cầu từ 176 trẻ viêm phổi. Số lượng chủng phân lập được từ mẫu NTA chiếm tỉ lệ cao nhất (86,2%), mẫu máu (11,1%), dịch màng phổi (1,7%), dịch não tủy (0,6%) và ETA (0,6%).



Biểu đồ 2. Tỉ lệ nhạy cảm kháng sinh của các chủng phế cầu (n=181)

Tỉ lệ chủng phế cầu đa kháng thuốc là 96,1%. Tất cả các chủng đều nhạy với linezolid và vancomycin. Tính nhạy cảm kháng sinh giảm dần theo thứ tự moxifloxacin (98,1%), levofloxacin (96,2%), chloramphenicol (85,4%), amoxicillin

(59,1%), cefotaxime (47,5%), penicillin G (37,1%), cefepime (18,9%), meropenem (12,2%), cotrimoxazole (10,9%). Các kháng sinh như tetracycline, erythromycin và clindamycin chỉ còn nhạy dưới 10%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung vị mắc viêm phổi do phế cầu trong nghiên cứu của chúng tôi là 18 (9-28) tháng tuổi, cao hơn so với ghi nhận trong nghiên cứu tại Cambodia (9 tháng tuổi) nhưng vẫn tương đồng với một số báo cáo khác trong khu vực và trên thế giới ^{4,5}. Tỷ lệ trẻ tiêm chủng đủ PCV theo tuổi của chúng tôi chỉ có 24%, thấp hơn tỉ lệ bao phủ trung bình của vắc-xin PCV trên toàn thế giới (50%) ⁶. Tại Việt Nam, việc tiêm chủng PCV vẫn chưa được tổng hợp và báo cáo một cách có hệ thống. Vì vậy, cần có những nghiên cứu giám sát toàn diện tỉ lệ chủng ngừa đối với PCV để đánh giá tác động của nó lên tần suất bệnh tật gây ra bởi phế cầu tại Việt Nam. Mặc dù việc sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện được báo cáo ít tác động lên tần suất phát hiện phế cầu, sử dụng kháng sinh tại thời điểm nhập viện gây giảm 50% tỉ lệ phát hiện phế cầu trong mẫu bệnh phẩm ở nhóm đối tượng đã được điều trị với kháng sinh so với nhóm chưa được điều trị ⁴. Trong nghiên cứu này, phần lớn các mẫu bệnh phẩm được lấy sau khi đã điều trị kháng sinh nên số trường hợp viêm phổi do phế cầu được báo cáo chỉ thể hiện một phần rất nhỏ gánh nặng bệnh tật thực tế gây ra do phế cầu.

Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của phế cầu tăng dần theo thời gian. Nghiên cứu độ nhạy cảm kháng sinh của phế cầu ở trẻ em tại Khánh Hòa năm 2003-2004 ghi nhận 46% đề kháng với penicillin và 7% kháng trung gian với ceftriaxone ⁷. Đến năm 2020-2021, sự đề kháng với penicillin đã tăng lên đến 98,9%, và với ceftriaxone là 16,9% số chủng khảo sát⁸. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của 181 chủng phế cầu được phân lập trong nghiên cứu của chúng tôi năm 2020-2022 cũng tương tự với kháng penicillin 62,9%, kháng cefotaxime 52,5% và kháng amoxicillin 40,9%. Ngoài ra, hơn 90% tập hợp chủng phế cầu này đã đề kháng với cotrimoxazol, tetracycline và erythromycin, cao hơn nhiều

so với nghiên cứu tại Khánh Hòa với tỷ lệ lần lượt là 78, 75 và 70%. Tỷ lệ phế cầu đa kháng trong nghiên cứu của chúng tôi là 96,1%, gấp 1,2 lần so với tỉ lệ đa kháng được báo cáo trong nghiên cứu ở Ba Vì năm 2014 (80%)². Điều này cho thấy Việt Nam cần thiết phải có các biện pháp kiểm soát sử dụng kháng sinh một cách hợp lý cũng như có các chương trình giám sát tính nhạy cảm kháng sinh của phế cầu để có thể có những can thiệp kịp thời nhằm kiểm soát sự tăng lên của tập hợp chủng đề kháng, đặc biệt là đề kháng đối với các kháng sinh hiện nay được xem là điều trị hiệu quả cho phế cầu như cefotaxime và ceftriaxone.

Tỉ lệ đề kháng kháng sinh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khảo sát tính đề kháng kháng sinh của phế cầu trên thế giới. Điều may mắn cần phải nói đến là tất cả các chủng phế cầu phân lập được trong nghiên cứu của chúng tôi đều nhạy với linezolid và vancomycin; tỷ lệ nhạy với moxifloxacin là 98,1% và levofloxacin là 96,2%. Một tổng quan hệ thống về tính đề kháng kháng sinh của phế cầu gồm 559 nghiên cứu với 312.783 chủng phế cầu được phân lập trên tất cả các khu vực cho thấy sau 10 năm thực hiện tiêm chủng PCV, tỉ lệ phế cầu đề kháng với penicillin, cotrimoxazole và cephalosporin thế hệ thứ ba giảm có ý nghĩa thống kê so với giai đoạn trước đó ³. Vì vậy, chủng ngừa được xem như một biện pháp can thiệp nhằm hướng đến mục tiêu giảm sử dụng kháng sinh trong chiến dịch chống lại sự đề kháng kháng sinh của phế cầu.

Kháng sinh được sử dụng phổ biến trong điều trị viêm phổi phế cầu trong nghiên cứu chúng tôi là ceftriaxone (66,3%) và azithromycin (32,0%). Các kháng sinh được chỉ định điều trị thay đổi cho nhóm viêm phổi nặng là vancomycin, amikacin và levofloxacin. Kết quả đặc điểm điều trị này cũng tương đồng với nghiên cứu của Võ Thị

Minh Tuyên trên tập hợp ca bệnh viêm phổi phế cầu tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 trong giai đoạn 2018-2021.

Thời gian nằm viện trung bình của viêm phổi phế cầu báo cáo trong nghiên cứu của chúng tôi cũng không khác biệt so với các nghiên cứu đã được báo cáo trước đây, với thời gian nằm viện dao động trong 9-10 ngày. Tác giả Nguyễn Đăng Quyết (10 ngày so với 10,23 ngày), cao hơn thời gian điều trị viêm phổi cộng đồng chung của tác giả Kiều Thị Kim Hương (8 ngày). Không ghi nhận tử vong trong nghiên cứu của các tác giả kể trên, tỉ lệ tử vong ở nhóm trẻ viêm phổi PC trong nghiên cứu của chúng tôi là 4 ca, chiếm tỉ lệ 2,3%. Các ca này thường tử vong trong bệnh cảnh sốc nhiễm trùng tổn thương đa cơ quan, biến chứng tại phổi nặng nề như viêm phổi hoại tử, tràn mủ màng phổi hoặc kèm theo bệnh nền nặng như lupus, tim bẩm sinh nặng.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ phế cầu đa kháng thuốc rất cao. Cần cập nhật định kỳ về tính đề kháng kháng sinh của phế cầu gây bệnh ở trẻ em để lựa chọn kháng sinh ban đầu phù hợp. Cần nhắc đổi qua các kháng sinh có độ nhạy cảm cao hơn như levofloxacin, vancomycin và linezolid nếu viêm phổi kém đáp ứng sau 48-72 giờ điều trị.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này là một nhánh của nghiên cứu hợp tác giữa bệnh viện Nhi Đồng 2 và Đơn vị nghiên cứu lâm sàng Đại học Oxford (OUCRU). Chúng tôi xin cảm ơn sự hỗ trợ của các đơn vị phối hợp bao gồm Bệnh viện Nhi Đồng 2, OUCRU, Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch và Viện Sanger tại Vương Quốc Anh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **CDC.** Pneumococcal Disease. September 29, 2023 2023. <https://www.cdc.gov/pneumococcal/index.html> (accessed April 15, 2024 2024).
2. **Larsson M, Nguyen HQ, Olson L, Tran TK, Nguyen TV, Nguyen CTK.** Multi-drug resistance in *Streptococcus pneumoniae* among children in rural Vietnam more than doubled from 1999 to 2014. *Acta Paediatr* 2021; 110(6): 1916-23.
3. **Andrejko K, Ratnasiri B, Hausdorff WP, Laxminarayan R, Lewnard JA.** Antimicrobial resistance in paediatric *Streptococcus pneumoniae* isolates amid global implementation of pneumococcal conjugate vaccines: a systematic review and meta-regression analysis. *The Lancet Microbe* 2021; 2(9): e450-e60.
4. **Miliya T, Soputhy C, Leab P, et al.** Pneumococcal colonization and severity of pneumonia in hospitalized Cambodian children following introduction of the 13-valent pneumococcal conjugate vaccine. *IJID Reg* 2023; 8: 9-15.
5. **Zhao W, Pan F, Wang B, et al.** Epidemiology Characteristics of *Streptococcus pneumoniae* From Children With Pneumonia in Shanghai: A Retrospective Study. *Front Cell Infect Microbiol* 2019; 9: 258.
6. **WHO.** Pneumococcal vaccination coverage. <https://immunizationdata.who.int/pages/coverage/pcv.html?CODE=VNM&ANTIGEN=&YEAR=> (accessed 20th, November 2023).
7. **Schultsz C, Vien le M, Campbell JI, et al.** Changes in the nasal carriage of drug-resistant *Streptococcus pneumoniae* in urban and rural Vietnamese schoolchildren. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2007; 101(5): 484-92.
8. **Tran-Quang K, Nguyen-Thi-Dieu T, Tran-Do H, et al.** Antibiotic resistance of *Streptococcus pneumoniae* in Vietnamese children with severe pneumonia: a cross-sectional study. *Front Public Health* 2023; 11: 1110903.

ĐỘNG LỰC LÀM VIỆC CỦA NHÂN VIÊN TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2 NĂM 2023

Trịnh Hữu Tùng^{1,2}, Phạm Thị Ngọc Quyên¹, Nguyễn Minh Ngọc¹,
Phạm Lâm Lạc Thu¹, Đỗ Nguyễn Tố Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ động lực làm việc (ĐLLV) và mối liên quan giữa đặc điểm nền, đặc điểm công việc với tỷ lệ ĐLLV của nhân viên tại bệnh viện Nhi đồng 2 (BVNĐ2) năm 2023.

Phương pháp: cắt ngang mô tả được tiến hành trên 436 nhân viên đang công tác tại các khoa từ 12 tháng trở lên tại BVNĐ2, sử dụng bộ câu hỏi gồm 34 câu hỏi được chia thành 2 phần gồm phần thông tin cá nhân và phần đánh giá động lực làm việc của nhân viên.

Kết quả: Điểm ĐLLV của nhân viên tại bệnh viện Nhi đồng 2 là $3,64 \pm 0,39$. Tỷ lệ ĐLLV của nhân viên là 71,56%. Phân tích đa biến tìm thấy mối liên quan giữa chức vụ với ĐLLV, nhóm nhân viên có ĐLLV thấp hơn 73% so với nhóm lãnh đạo, quản lý. Có mối liên quan giữa khối làm việc Lâm sàng nội với ĐLLV, nhóm nhân viên làm việc tại khối Lâm sàng nội có ĐLLV thấp hơn 73% so với nhân viên làm việc tại khối khác.

Kết luận: Tỷ lệ ĐLLV của nhân viên tương đối cao. Bệnh viện cần xây dựng kế hoạch và có giải pháp hỗ trợ, giảm tải công việc cho nhân viên, tạo môi trường làm việc chuyên nghiệp, có

chế độ khen thưởng, động viên kịp thời cho từng nhóm đối tượng.

Từ khóa: Động lực làm việc, nhân viên, bệnh viện.

SUMMARY

THE WORK MOTIVATION OF EMPLOYEES IN CHILDREN'S HOSPITAL 2 IN 2023

Object: The study aims to determine the rate of work motivation and the correlation between background characteristics, job characteristics, and work motivation rate of employees in Children's Hospital 2 in 2023.

Methods: The cross-sectional descriptive study was conducted on 436 employees currently working in various departments in Children's Hospital 2 for at least 12 months, using a questionnaire consisting of 34 questions divided into two parts: personal information and assessment of employees' work motivation.

Result: The work motivation score of employees in Children's Hospital 2 was 3.64 ± 0.39 . The work motivation rate of employees was 71.56%. Multivariate analysis found a correlation between job position and work motivation level, with the group of employees having lower work motivation levels than leaders and managers by 73%. There was also a correlation between working in the Internal Clinical Department and work motivation level, with employees working in the Internal Clinical Department having lower work motivation levels than those working in other departments.

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Hữu Tùng

ĐT: 0903607673

Email: trinhhuutung@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

Conclusion: The work motivation rate of employees is relatively high. The hospital needs to develop plans and solutions to support, reduce workloads for employees, create a professional working environment, establish reward systems, and provide timely encouragement for each group.

Keywords: Working motivation, health staffs, hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

ĐLLV là sự khao khát và tự nguyện của người lao động nhằm tăng cường nỗ lực để đạt mục tiêu của tổ chức². Với những nhân viên có ĐLLV cao, họ sẽ cố gắng nhiều hơn trong công việc, sẽ có năng suất, hiệu quả làm việc cao hơn và ngược lại². Nhiều nghiên cứu trên Thế giới và tại Việt Nam đã chỉ ra rằng động lực tốt đối với công việc của NVYT sẽ bảo đảm duy trì đủ nguồn nhân lực và nâng cao chất lượng các dịch vụ y tế tại cơ sở y tế. Ngược lại, giảm sự hài lòng đối với công việc của NVYT sẽ làm giảm chất lượng các dịch vụ y tế cung cấp cho bệnh nhân⁸. Trong đó, chất lượng cung cấp dịch vụ và sự hài lòng của NVYT, người bệnh là một trong những mục đích hoạt động chính tại BV.

Bệnh viện Nhi đồng 2 là bệnh viện chuyên khoa Nhi – hạng 1, quy mô 1400 giường bệnh, có hơn 1.700 nhân viên. Những năm gần đây, lãnh đạo BV quan tâm, đầu tư cơ sở vật chất cũng như nhân lực để nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh. Tuy vậy, vấn đề đảm bảo nhân lực vẫn còn nhiều khó khăn. Theo thống kê nội bộ của bệnh viện năm 2022, toàn bệnh viện có 106 nhân viên xin thôi việc, trong đó điều dưỡng chiếm tỉ lệ cao nhất (37,8%), kế đến là bác sĩ (25,5%), nhân viên khối hành chính chiếm 9,4%, kỹ thuật viên chiếm 6,6%, dược sĩ

chiếm 4,7% và 16% các nhân viên khác, đặc biệt có 3 nhân viên giữ vị trí lãnh đạo. Thực tế này đặt ra câu hỏi ĐLLV của nhân viên đang công tác tại bệnh viện Nhi đồng 2 như thế nào và những yếu tố nào ảnh hưởng đến ĐLLV của NV? Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Động lực làm việc của nhân viên tại bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2023” nhằm mục tiêu đảm bảo nguồn nhân lực (NV) đồng thời giảm tải áp lực làm việc cho NV tại BV.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ động lực làm việc (ĐLLV) và mối liên quan giữa đặc điểm nền, đặc điểm công việc với tỷ lệ ĐLLV của nhân viên tại bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang tiến hành khảo sát 436 nhân viên đã công tác từ 12 tháng trở lên tại các khoa. Nghiên cứu sử dụng kỹ thuật chọn mẫu phân tầng nhiều bậc kết hợp ngẫu nhiên đơn.

Bộ công cụ: Sử dụng thang đo SAQ II bao gồm 7 yếu tố với 23 câu hỏi: yếu tố động lực chung (3 câu hỏi), yếu tố sức khỏe (2 câu hỏi), yếu tố hài lòng với công việc (3 câu hỏi), yếu tố hài lòng với khả năng bản thân và giá trị công việc (3 câu hỏi), yếu tố cam kết với tổ chức (5 câu hỏi), yếu tố sự tận tâm (4 câu hỏi) và yếu tố tuân thủ giờ giấc - sự tham gia (3 câu hỏi).

Xử lý và phân tích số liệu: Thu thập và làm sạch dữ liệu bằng Epidata 3.1 và phân tích bằng Stata 14.0. Nghiên cứu sử dụng so sánh biến định tính dùng kiểm định χ^2 (Chi-Square Test) hay kiểm định Fisher's exact (được sử dụng khi có quá 20% số ô trong bảng có tần số mong đợi nhỏ hơn 5). Với độ tin cậy 95%, $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Các yếu tố gây nhiễu sẽ được kiểm

soát bằng mô hình hồi quy tuyến tính đa biến trên Stata 14.0.

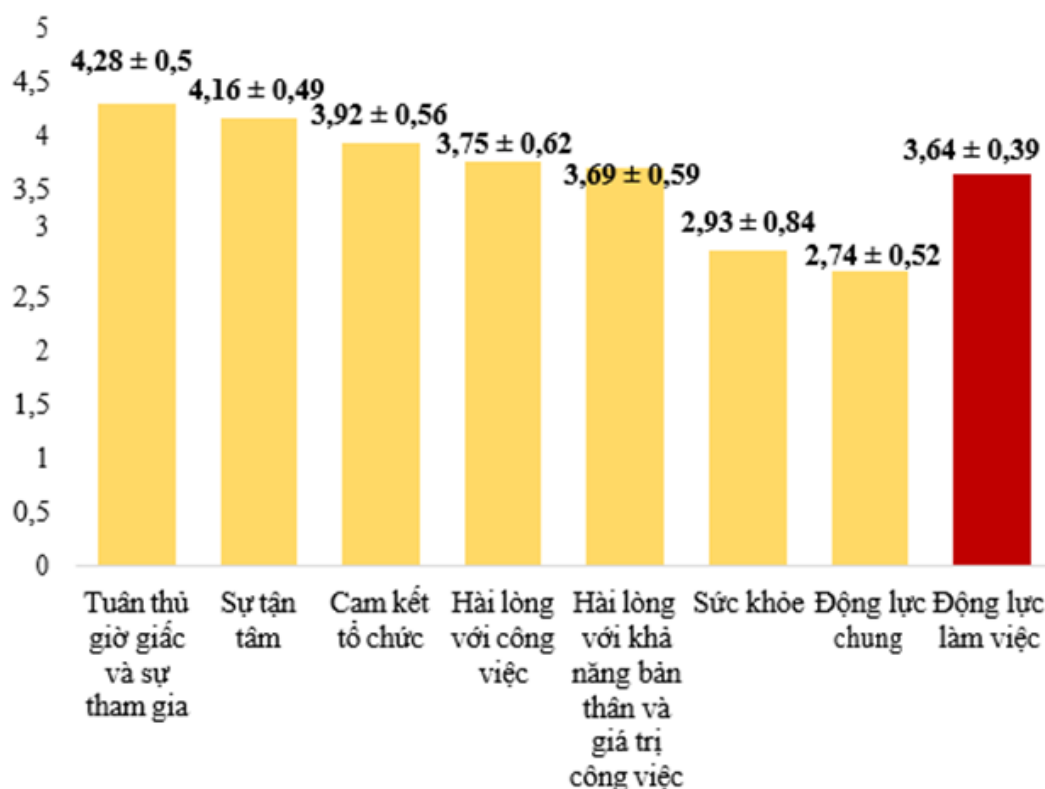
Tiêu chí chọn vào: Nhân viên tại khoa có thời gian công tác ít nhất 12 tháng và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra: Nhân viên vắng mặt trong thời gian thực hiện khảo sát do đang trong thời gian nghỉ thai sản, đi học, hay vắng mặt quá 3 tháng trong thời gian diễn ra nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu: Điều dưỡng tham gia nghiên cứu chủ yếu là nữ,

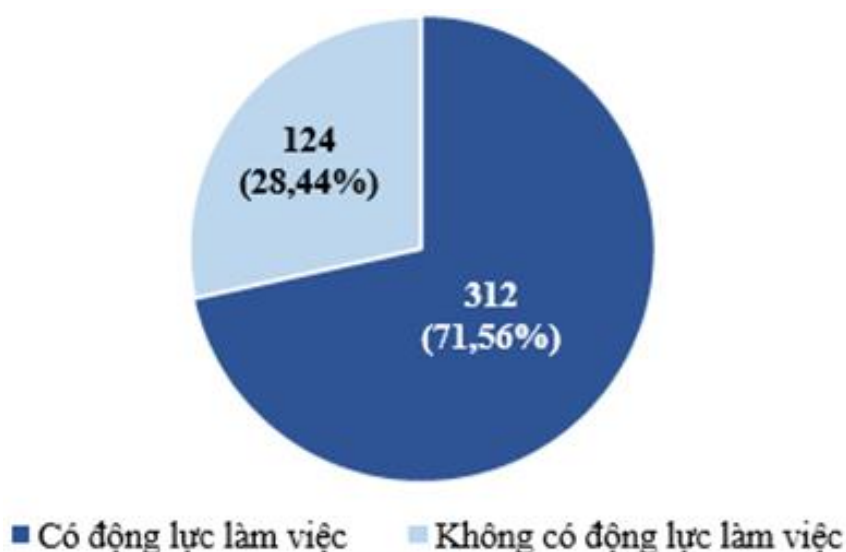
chiếm 73,62%. Độ tuổi tham gia nghiên cứu của điều dưỡng chủ yếu từ 31 đến 40 tuổi chiếm 47,25% và có trình độ đại học trở lên chiếm 63,53% và đã lập gia đình chiếm 71,1%. Đối tượng đang công tác tại khối Lâm sàng nội chiếm 40,37% và thuộc nhóm đối tượng điều dưỡng chiếm 41,97%. Chức vụ là nhân viên chiếm 82,8% với thời gian công tác tại bệnh viện dưới 15 năm chiếm 61,01%. Nguồn thu nhập chính từ bệnh viện chiếm 92,89% với mức thu nhập từ 10 đến dưới 15 triệu đồng chiếm 46,1%.



Hình 1: Điểm động lực làm việc và động lực làm việc theo từng nhóm yếu tố (N=436)

Điểm động lực làm việc: Điểm ĐLLV là $3,64 \pm 0,39$. Yếu tố tuân thủ giờ giấc và sự tham gia có điểm trung bình cao nhất ($4,28 \pm 0,5$), yếu tố sự tận tâm ($4,16 \pm 0,49$), yếu tố cam kết với tổ chức ($3,92 \pm 0,56$), yếu tố hài

lòng với công việc ($3,75 \pm 0,62$), yếu tố hài lòng với khả năng bản thân và giá trị công việc ($3,69 \pm 0,59$), yếu tố sức khỏe ($2,93 \pm 0,84$) và yếu tố động lực chung có điểm trung bình thấp nhất ($2,74 \pm 0,52$).



Hình 2: Tỷ lệ động lực làm việc (N = 436)

Tỷ lệ nhân viên có DLLV: Tỷ lệ nhân viên có DLLV (71,56%) gấp 2,52 lần so với không có DLLV (28,44%) với điểm cắt là 3,5 điểm.

Bảng 1: Mối liên quan các đặc điểm nền của NV với DLLV (N = 436)

ĐLLV			P	PR (KTC 95%)
Đặc điểm	Có	Không		
Nhóm tuổi				
≤ 30 tuổi	29 (60,42%)	19 (39,58%)		1
Từ 31 – 40 tuổi	133 (64,56%)	73 (35,44%)	<0,001 ^a	1,28 (1,13 – 1,45)
Từ 41 – 50 tuổi	88 (83,81%)	17 (16,19%)	<0,001 ^a	1,44 (1,2 – 1,75)
> 50 tuổi	62 (80,52%)	15 (19,48%)	<0,001 ^a	1,63 (1,27 – 2,1)
Tình trạng hôn nhân				
Độc thân	231 (74,52%)	79 (25,48%)		1
Có gia đình	72 (62,07%)	44 (37,93%)	0,02 ^a	1,2 (1,03 – 1,4)
Ly dị/góa	9 (90%)	1 (10%)	0,09 ^a	1,45 (1,13 – 1,86)

Nhân viên có độ tuổi càng cao thì càng có DLLV, cụ thể NV từ 31 đến 40 tuổi có DLLV cao gấp 1,28 lần so với nhân viên từ 30 tuổi trở xuống, NV từ 41 – 50 tuổi có DLLV cao gấp 1,44 lần so với nhân viên từ 30 tuổi trở xuống, nhân viên trên 50 tuổi có DLLV cao gấp 1,63 lần so với nhân viên từ

30 tuổi trở xuống (KTC 95%; 1,27 – 2,1) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá $p < 0,001$. Nhân viên có gia đình có DLLV cao gấp 1,2 lần so với nhân viên độc thân (KTC 95%: 1,03 – 1,4) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p = 0,02$.

Bảng 2: Mối liên quan của ĐLLV với các đặc điểm về công việc của nhân viên

Đặc điểm	ĐLLV		p	PR (KTC 95%)
	Có	Không		
Chức danh nghề nghiệp				
Nhân viên hành chính	25 (62,5%)	15 (37,5%)		1
Điều dưỡng	116 (63,39%)	67 (36,61%)	0,92 ^a	1,01 (0,78 – 1,32)
Bác sĩ	72 (74,23%)	25 (25,77%)	0,21 ^a	1,19 (0,91 – 1,55)
Kỹ thuật viên/Dược sĩ	38 (76%)	12 (24%)	0,03 ^a	1,32 (1,02 – 1,73)
Khác *	40 (88,89%)	5 (11,11%)	0,008 ^a	1,42 (1,09 – 1,85)
Chức vụ				
Lãnh đạo, quản lý	66 (88%)	9 (12%)	0,001 ^a	1
Nhân viên	246 (68,14%)	115 (31,86%)		0,77 (0,69 – 0,86)
Khoa/phòng làm việc hiện tại				
Khối Phòng chức năng	49 (81,67%)	11 (18,33%)		1
Khối Cấp cứu – HS	42 (67,74%)	20 (32,26%)	0,08 ^a	0,83 (0,67 – 1,02)
Khối Lâm sàng nội	112 (63,64%)	64 (36,36%)	0,003 ^a	0,78 (0,66 – 0,92)
Khối Lâm sàng ngoại	58 (73,42%)	21 (26,58%)	0,24 ^a	0,9 (0,75 – 1,08)
Khối Cận lâm sàng	51 (86,44%)	8 (13,56%)	0,48 ^a	1,06 (0,91 – 1,24)

*: Hộ lý, y công, bảo vệ, tài xế.

^a: Kiểm định chi bình phương

Nhân viên hành chính có ĐLLV thấp hơn so với các nhóm đối tượng khác; cụ thể, kỹ thuật viên/dược sĩ có ĐLLV cao gấp 1,32 lần so với nhân viên hành chính và nhân viên khác có ĐLLV cao gấp 1,42 lần so với nhân viên hành chính (KTC 95%: 1,09 – 1,85) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$.

Nhân viên có ĐLLV thấp hơn 23% so với lãnh đạo, quản lý (KTC 95%: 0,69 – 0,86) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p = 0,001$.

Nhân viên khối Lâm sàng nội có ĐLLV thấp hơn 22% so với nhân viên khối Phòng chức năng (KTC 95%: 0,66 – 0,92) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p = 0,003$.

Bảng 3: Kiểm định mô hình Hồi quy Logistic

Đặc tính	Giá trị	Giá trị P	OR (KTC 95%)
Chức vụ	Lãnh đạo, quản lý		1
	Nhân viên	0,01	0,27 (0,1 – 0,74)
Khoa làm việc hiện tại	Khối Phòng chức năng		1
	Khối Cấp cứu – HS	0,16	0,44 (0,14 – 1,37)
	Khối Lâm sàng nội	0,008	0,27 (0,1 – 0,71)
	Khối Lâm sàng ngoại	0,19	0,48 (0,16 – 1,44)
	Khối Cận lâm sàng	0,78	0,84 (0,24 – 2,92)

Sau khi phân tích Hồi quy Logistic, cho thấy yếu tố thực sự có tác động đến ĐLLV là chức vụ và khối làm việc Lâm sàng nội với giá trị $p < 0,05$. Nhân viên có ĐLLV bằng 0,27 lần so với lãnh đạo, quản lý với giá trị $p = 0,01$. NV làm việc tại khối Lâm sàng nội có ĐLLV bằng 0,27 lần so với NV làm việc tại khối khác với giá trị $p = 0,008$.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dân số nghiên cứu: Nữ giới (73,62%) có tỷ lệ cao gấp 2,79 lần so với nam giới (26,38%), tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Danh Thái Lan tại bệnh viện Phổi, tỉnh Sơn La³ (76,3%) và kết quả nghiên cứu phù hợp với đặc điểm của bệnh viện. Do đặc thù bệnh viện Nhi đồng 2 là bệnh viện chăm sóc sức khỏe bệnh nhi nên thường tuyển dụng nhiều nhân viên nữ vào các vị trí như: điều dưỡng, hộ lý,... do đó dẫn đến sự chênh lệch giữa tỷ lệ nam và nữ⁵.

Nhân viên từ 31 đến 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (46,1%). Với đặc thù công việc là chăm sóc bệnh nhi nên cần sự nhanh nhẹn, chính xác, phù hợp hơn với những nhân viên trẻ tuổi. Nhân viên có trình độ chuyên môn từ đại học trở lên (63,53%), tương đồng với KQNC của tác giả Danh Thái Lan tại bệnh viện Phổi, tỉnh Sơn La³ (với tỷ lệ nhân viên có trình độ chuyên môn từ cao đẳng trở lên là 80,1%). Kết quả này phù hợp với đặc điểm tuyển dụng nhân sự và chính sách nâng cao trình độ, bồi dưỡng chuyên môn tại bệnh viện⁵.

Đa số nhân viên tham gia nghiên cứu là điều dưỡng (41,97%), đang làm việc tại khối

Lâm sàng nội (40,37%) và là nhân viên tại khoa (82,80%). Tương đồng kết quả nghiên cứu của tác giả Trương Quốc Dũng tại Trung tâm y tế huyện Cao Lãnh, tỉnh Đồng Tháp¹ và phù hợp với đặc điểm chức danh tại bệnh viện Nhi đồng 2 với tỷ lệ điều dưỡng cao gấp 2 – 3 lần so với nhóm đối tượng khác và số lượng khoa thuộc khối Lâm sàng nội cao gấp 3 lần so với khối Lâm sàng ngoại. Nguồn thu nhập chính từ bệnh viện chiếm 92,89%. Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Trương Quốc Dũng tại Trung tâm y tế huyện Cao Lãnh, tỉnh Đồng Tháp¹.

Điểm yếu tố động lực chung của nhân viên là $2,74 \pm 0,52$. Kết quả này thấp hơn so với các kết quả nghiên cứu khác: tác giả Phan Trần Trúc Mai tại bệnh viện Đa khoa Tây Ninh ($3,04 \pm 0,52$), tác giả Mai Huy Trúc tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang ($3,15 \pm 0,48$)¹², tác giả Trương Quốc Dũng tại Trung tâm y tế huyện Cao Lãnh, tỉnh Đồng Tháp ($3,51 \pm 0,89$)¹.

Yếu tố tuân thủ giờ giấc và sự tham gia có điểm trung bình cao nhất ($4,28 \pm 0,5$). Các yếu tố có điểm trung bình thấp ($< 3,5$ điểm): yếu tố sức khỏe ($2,93 \pm 0,84$) và yếu tố động lực chung ($2,74 \pm 0,52$). Tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả tác giả Trương Quốc Dũng tại Trung tâm y tế huyện Cao Lãnh, tỉnh Đồng Tháp ($4,11$ điểm)¹.

Về yếu tố động lực chung, 49,54% nhân viên đồng ý làm việc tại bệnh viện chỉ vì lương và 83,03%. Tuy nhiên, mức tăng lương vẫn chưa đảm bảo mức sống cơ bản và chưa tương xứng với khối lượng công việc, cường độ làm việc. Mặt khác, một số nghiên

cứu đã chứng minh tài chính là điều kiện cần, song chưa phải là yếu tố quan trọng nhất trong việc tạo ĐLLV cho nhân viên ^{6,8}. Tuy nhiên, tài chính vẫn là mối quan tâm hàng đầu của nhân viên và mang tính ảnh hưởng đến ĐLLV. Bệnh viện cần cải thiện chế độ lương và đãi ngộ để tạo động lực cho nhân viên, khuyến khích sự trung thành và gắn bó với bệnh viện.

Về yếu tố sức khỏe, 20,65% nhân viên đồng ý cảm thấy sợ hãi khi tiếp tục làm việc vào ngày kế tiếp và 48,16% nhân viên đồng ý cảm thấy mệt mỏi vào cuối mỗi ngày làm việc. BV cần phải xác định và phân bổ khối lượng công việc phù hợp với nhân viên.

Tỷ lệ nhân viên có ĐLLV (71,56%) gấp 2,52 lần so với không có ĐLLV (28,44%). Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu tác giả Trương Quốc Dũng tại Trung tâm y tế huyện Cao Lãnh, tỉnh Đồng Tháp (65,2% NV có ĐLLV) ¹. Tuy nhiên, KQ này thấp hơn so với KQNC của tác giả Nguyễn Thùy Trang tại bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long, Cần Thơ (73,9% NV nhân viên có ĐLLV) ⁴.

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhân viên NV có độ tuổi càng cao thì càng có ĐLLV. Nhân viên có gia đình có ĐLLV cao gấp 1,2 lần so với nhân viên độc thân. Những nhân viên từ 31 tuổi trở lên là những người đã gắn bó lâu dài với bệnh viện, có vai trò quan trọng trong bệnh viện, tiền lương hàng tháng cao hơn so với những NV trẻ tuổi, thời gian làm việc chưa lâu tại bệnh viện nên ĐLLV cao hơn so với nhân viên từ dưới 30 tuổi trở xuống.

Nhân viên hành chính có ĐLLV thấp hơn so với các nhóm đối tượng khác. Do đặc điểm công việc của NV hành chính mang tính chất lặp lại, không có sự thay đổi, thú vị và hấp dẫn nhân viên. Ngoài ra, cơ hội thăng tiến không cao và không tiếp xúc trực tiếp với BN đã gây nên tình trạng giảm ĐLLV của nhân viên hành chính.

Nhân viên có ĐLLV thấp hơn 23% so với lãnh đạo, quản lý. Nhân viên khối Lâm sàng nội có ĐLLV thấp hơn 22% so với nhân viên khối Phòng chức năng. Do đặc điểm công việc của nhân viên khối lâm sàng nội là công việc áp lực cao, đòi hỏi phải có sự tập trung và chăm sóc bệnh nhân liên tục đã tạo ra sự căng thẳng tinh thần dẫn đến giảm ĐLLV của nhân viên.

Sau khi phân tích hồi quy tuyến tính tổng quát, cho thấy yếu tố thực sự có tác động đến ĐLLV là chức vụ và khối làm việc Lâm sàng nội với giá trị $p < 0,05$. Nhân viên có ĐLLV thấp hơn 73% so với lãnh đạo, quản lý với giá trị $p = 0,01$. Nhân viên làm việc tại khối Lâm sàng nội có ĐLLV thấp hơn 73% so với nhân viên làm việc tại khối khác với giá trị $p = 0,008$.

V. KẾT LUẬN

Điểm ĐLLV của nhân viên là $3,64 \pm 0,39$. Tỷ lệ ĐLLV của nhân viên là 71,56%. Phân tích đơn biến tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, tình trạng hôn nhân, chức danh nghề nghiệp, chức vụ, khoa/phòng đang làm việc với ĐLLV của nhân viên. Phân tích đa biến tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chức vụ

và khối làm việc lâm sàng Nội với ĐLLV của nhân viên.

Để tăng cường động lực cho nhân viên, lãnh đạo bệnh viện và lãnh đạo khoa/phòng cần quan tâm hơn đến tình trạng sức khỏe của nhân viên và phân công, sắp xếp công việc phù hợp với chuyên môn cũng như tình trạng sức khỏe của nhân viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Quốc Dũng, Lã Ngọc Quang** (2018). Động lực làm việc và một số yếu tố ảnh hưởng của nhân viên y tế tại Trung tâm y tế huyện Cao Lãnh, tỉnh Đồng Tháp năm 2018. Luận văn Chuyên khoa II Tổ chức Quản lý y tế. Trường Đại học Y tế Công cộng
2. **Nguyễn Văn Điềm, Nguyễn Ngọc Quân** (2010). Giáo trình quản trị nhân lực Hà Nội. Nhà xuất bản Đại học Kinh tế quốc dân
3. **Danh Thái Lan, Nguyễn Hữu Thắng, Tống Thị Thảo** (2023). Động lực làm việc của các nhân viên y tế tại bệnh viện Phổi, tỉnh Sơn La, năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam.;523(02).
4. **Nguyễn Thùy Trang, Bùi Thị Mỹ Anh, Lê Ngọc Cửa** (2020). Động lực làm việc của điều dưỡng viên và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long, thành phố Cần Thơ năm 2020. Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển.;60:191-197.
5. **Đặng Xuân Vinh** (2023). Báo Cáo Hoạt Động Bệnh Viện Nhi Đồng 2 - Tháng 01 Năm 2023. Bệnh Viện Nhi Đồng 2;:10.
6. **Willis-Shattuck M, Bidwell P, Thomas S, Wyness L, Blaauw D, Ditlopo P** (2008). Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. BMC Health Serv Res.;8(1):247. doi:10.1186/1472-6963-8-247.
7. **Manongi RN, Marchant TC, Bygbjerg IC** (2006). Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective. Hum Resour Health.;4:6. doi:10.1186/1478-4491-4-6.
8. **WHO** (2018). Health workforce in Viet Nam;

PHÂN TÍCH CHI PHÍ SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2 TRONG GIAI ĐOẠN 2018-2023

Trịnh Hữu Tùng^{1,2}, Võ Công Nhận¹, Hoàng Thy Nhac Vũ³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích chi phí sử dụng thuốc điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 trong giai đoạn 2018-2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả dựa trên chi phí sử dụng điều trị nội trú được bảo hiểm y tế (BHYT) chi trả trong ba giai đoạn trước dịch Covid-19 (2018-2019), trong giai đoạn dịch Covid-19 (2020-2021), và sau đại dịch Covid-19 (2022-2023), theo các biến số: nguồn gốc xuất xứ, tiêu chuẩn kỹ thuật và tác dụng dược lý.

Kết quả: Trong ba giai đoạn (trước dịch, trong dịch và sau dịch Covid – 19), tỷ lệ thuốc Việt Nam tăng dần (21,32%, 26,12% và 28,35%), tỷ lệ thuốc biệt dược gốc giảm dần (31,20%, 25,44% và 18,27%). Kết quả ghi nhận tỷ lệ hai nhóm thuốc chiếm chi phí lớn là nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn và nhóm thuốc điều trị ung thư và điều hòa miễn dịch giảm trong ba giai đoạn (32,91%, 25,08%, 23,82% và 19,77%, 17,75%, 16,98%).

Kết luận: Kết quả nghiên cứu này đã cung cấp những thông tin tổng quan về tình hình sử dụng thuốc trong điều trị nội trú được BHYT chi

trả tại bệnh viện Nhi Đồng 2 qua các giai đoạn của đại dịch Covid-19.

Từ khóa: chi phí sử dụng thuốc.

SUMMARY

ANALYZE INPATIENT DRUG COST AT CHILDREN'S HOSPITAL 2 DURING THE PERIOD FROM 2018 TO 2023

Objective: Analyze inpatient drug cost at Children's Hospital 2 during the period from 2018 to 2023.

Study population and methods: A retrospective descriptive study based on the cost of inpatient drug treatment covered by health insurance in three periods before the Covid-19 pandemic (2018-2019), during the Covid-19 pandemic (2020-2021), and after Covid-19 (2022-2023), according to variables: origin, technical standards, and pharmacological effects.

Results: Over the three periods (pre-pandemic, during the pandemic, and post-pandemic), the proportion of Vietnamese drugs increased gradually (21.32%, 26.12%, and 28.35%), while the proportion of brand name drugs decreased gradually (31.20%, 25.44%, and 18.27%). The results showed that the proportion of two major drug groups (antimicrobial agent group and immunomodulator/cancer drug group) decreased over the three periods (32.91%, 25.08%, 23.82% and 19.77%, 17.75%, 16.98%).

Conclusion: This study's results provide an overview of drug usage trends in inpatient treatment covered by health insurance at

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2.

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

³Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Hữu Tùng

ĐT: 0903607673

Email: trinhhuutung@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

Children's Hospital 2 across different phases of the Covid-19 pandemic.

Keyword: drug costs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bối cảnh đại dịch COVID-19 không chỉ làm thay đổi nhu cầu sử dụng thuốc và dịch vụ y tế, mà còn ảnh hưởng đến các hoạt động cung ứng, tiếp cận và sử dụng thuốc (1, 2). Sự thay đổi này có thể dẫn đến việc thay đổi trong chất lượng chăm sóc, an toàn người bệnh và kết quả điều trị, đặc biệt là điều trị nội trú. Đến nay, nhiều nghiên cứu đã thực hiện để phân tích và đánh giá tình hình sử dụng thuốc tại bệnh viện trong giai đoạn trước dịch COVID-19 (3), trong giai đoạn đỉnh điểm của dịch bệnh (4-7) và sau khi dịch bệnh được kiểm soát (8).

Bệnh viện Nhi Đồng 2 là một cơ sở y tế chủ lực chăm sóc sức khỏe cho trẻ em từ 0 đến 16 tuổi tại Thành phố Hồ Chí Minh nói riêng và các khu vực lân cận nói chung. Trong giai đoạn dịch COVID-19, bệnh viện ghi nhận có thay đổi đáng kể trong nhu cầu và mô hình sử dụng thuốc. Để có thể đánh giá chính xác sự ảnh hưởng của đại dịch Covid-19 đến việc sử dụng thuốc trong bệnh viện, từ đó có thể đề xuất các giải pháp để tối ưu hóa quản lý và sử dụng thuốc, nhóm nghiên cứu thực hiện nghiên cứu: Phân tích chi phí sử dụng thuốc điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 trong giai đoạn 2018-2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được thực hiện nhằm phân tích chi phí sử dụng thuốc được BHYT chi trả trong điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 giai đoạn 2018-2023. Chi phí sử dụng thuốc được mô tả theo nguồn gốc xuất xứ, tiêu chuẩn kỹ thuật, và tác dụng dược lý. Dữ liệu được mô tả theo ba giai đoạn trước dịch Covid-19 (2018-2019), trong giai đoạn dịch Covid-19 (2020-2021), và sau Covid-19 (2022-2023), theo các biến số khác nhau:

– Biến số nguồn gốc thuốc được chia thành hai nhóm là thuốc Việt Nam và thuốc có nguồn gốc sản xuất tại nước ngoài.

– Biến số phân nhóm kỹ thuật được chia thành thuốc biệt dược gốc, thuốc generic, thuốc đông y. Trong đó, các thuốc generic được chia thành 5 nhóm (N1, N2, N3, N4, N5) theo Thông tư 15/2019/TT-BYT của Bộ Y tế.

– Biến số nhóm tác dụng dược lý, được chia thành các nhóm theo Thông tư 30/2018/TT-BYT của Bộ Y tế.

Phân tích và xử lý thống kê:

Các biến số phân loại được mô tả thông qua giá trị chi phí và tỷ lệ % của tổng chi phí sử dụng thuốc trong từng giai đoạn. Chi phí được tính theo đơn vị triệu đồng. Dữ liệu được trích xuất từ phần mềm quản lý của bệnh viện, sau đó được tổng hợp, xử lý, và phân tích bằng Microsoft Excel.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chi phí sử dụng thuốc trong giai đoạn 2018-2023 theo nguồn gốc xuất xứ

Bảng 1. Chi phí sử dụng sử dụng thuốc có BHYT trong điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 giai đoạn 2018-2023 theo nhóm nguồn gốc xuất xứ (đơn vị tính: triệu đồng)

Nguồn gốc xuất xứ của thuốc	Giai đoạn 2018-2019		Giai đoạn 2020-2021		Giai đoạn 2022-2023	
	n=149.244,165	(%)	n=104.055,518	(%)	n=297.704,847	(%)
Việt Nam	43.758,389	21,32	27.179,301	26,12	84.399,324	28,35
Nước ngoài	105.485,776	78,68	76.876,216	73,88	213.305,523	71,65

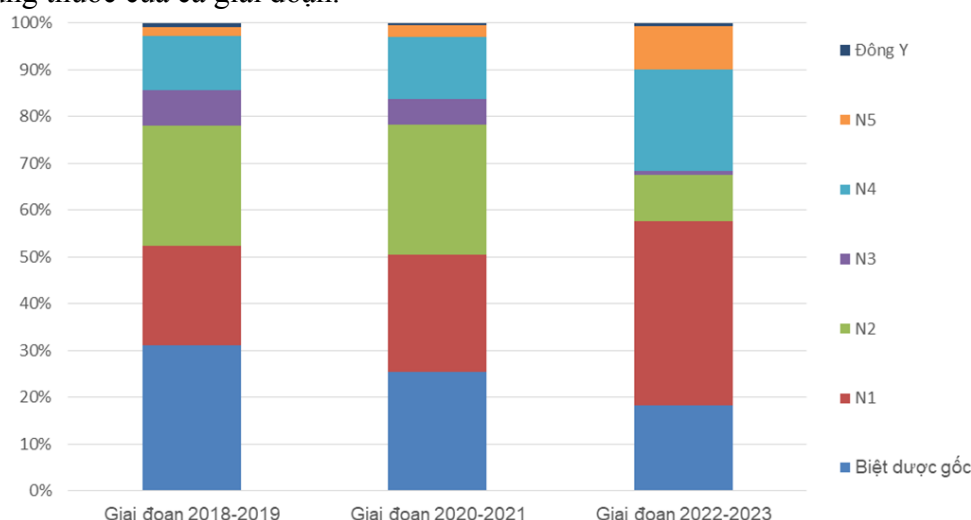
Trong từng giai đoạn, thuốc có nguồn gốc nước ngoài luôn chiếm tỷ lệ cao hơn thuốc Việt Nam. Tuy nhiên, thuốc Việt Nam có tỷ lệ sử dụng tăng dần theo thời gian trong giai đoạn 2018-2023.

Chi phí sử dụng thuốc trong giai đoạn 2018-2023 theo nhóm kỹ thuật

Bảng 2. Chi phí sử dụng sử dụng thuốc có BHYT trong điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 giai đoạn 2018-2023 theo nhóm kỹ thuật (đơn vị tính: triệu đồng)

Nhóm kỹ thuật	Giai đoạn 2018-2019		Giai đoạn 2020-2021		Giai đoạn 2022-2023	
	n=149.244,165	(%)	n=104.055,518	(%)	n= 297.704,847	(%)
Biệt dược gốc	46.559,388	31,20	26.473,499	25,44	54.399,730	18,27
Genegic	101.508,46	68,02	77.126,36	74,12	241.395,73	81,09
N1	31.741,335	21,27	26.075,414	25,06	117.366,194	39,42
N2	38.213,024	25,60	28.888,998	27,76	29.438,970	9,89
N3	11.371,771	7,62	5.721,166	5,50	2.438,541	0,82
N4	17.201,824	11,53	13.788,383	13,25	64.623,061	21,71
N5	2.980,507	2,00	2.652,401	2,55	27.528,967	9,25
Đông Y	1.176,316	0,79	455,656	0,44	1.909,384	0,64

Trong từng giai đoạn, thuốc Đông Y luôn chiếm một tỷ lệ nhỏ (dưới 10%) trong tổng chi phí sử dụng thuốc của cả giai đoạn.



Hình 1 : Tỷ lệ chi phí sử dụng thuốc có BHYT trong điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 giai đoạn 2018-2023 theo các nhóm kỹ thuật

Tỷ lệ sử dụng biệt dược gốc giảm dần theo thời gian, và tỷ lệ sử dụng các thuốc generic nhóm 1 tăng dần theo thời gian.

Chi phí sử dụng của các nhóm thuốc trong giai đoạn 2018-20232

Bảng 3. Chi phí sử dụng của các nhóm thuốc có BHYT trong điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 giai đoạn 2018-2023 (đơn vị tính: triệu đồng)

Nhóm tác dụng dược lý	Giai đoạn 2018-2019		Giai đoạn 2020-2021		Giai đoạn 2022-2023	
	n=149.244,165	(%)	n=104.055,518	(%)	n=297.704,847	(%)
Thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn	49.108,83	32,91	26.098,54	25,08	70.924,54	23,82
Thuốc điều trị ung thư và điều hòa miễn dịch	29.500,84	19,77	18.472,81	17,75	50.547,31	16,98
Huyết thanh và globulin miễn dịch	13.229,22	8,86	15.144,65	14,55	37.564,88	12,62
Thuốc gây tê, gây mê, Thuốc giãn cơ, giải giãn cơ	10.283,45	6,89	8.737,95	8,4	29.423,20	9,88
Dung dịch điều chỉnh nước, điện giải, cân bằng acid-base và các dung dịch tiêm truyền khác	7.474,68	5,01	6.524,15	6,27	20.595,34	6,92
Thuốc tác dụng trên đường hô hấp	8.013,11	5,37	3.792,56	4,08	11.980,84	4,67
Hocmon và các thuốc tác động vào hệ thống nội tiết	6.462,04	4,33	4.832,08	4,64	12.378,02	4,16
Thuốc tác dụng đối với máu	5.912,75	3,96	4.217,29	4,05	11.554,83	3,88
Dung dịch lọc màng bụng, lọc máu	3.457,75	2,32	3.427,98	3,29	14.514,02	4,88
Thuốc giảm đau, hạ sốt; chống viêm không steroid; Thuốc điều trị gút và các bệnh xương khớp	3.916,07	2,62	2.566,49	2,47	5.820,44	1,96
Thuốc chống co giật, chống động kinh	2.760,29	1,85	2.500,18	2,4	6.017,93	2,02
Thuốc tim mạch	2.206,86	1,48	2.389,45	2,3	5.856,25	1,97
Thuốc đường tiêu hóa	2.154,09	1,44	1.613,02	1,55	5.883,72	1,98
Thuốc dùng chẩn đoán	1.580,68	1,06	1.097,84	1,06	4.475,88	1,5
Thuốc chống rối loạn tâm thần và thuốc tác động lên hệ thần kinh	311,403	0,21	695,022	0,67	3.859,02	1,3
Thuốc giải độc và các Thuốc dùng trong trường hợp ngộ độc	1.444,12	0,97	774,768	0,74	1.990,13	0,67
Khoáng chất và vitamin	757,794	0,51	356,674	0,34	1.000,10	0,34
Thuốc tẩy trùng và sát khuẩn	382,436	0,26	260,393	0,25	489,742	0,16
Thuốc điều trị bệnh mắt, tai mũi họng	48,715	0,03	26,235	0,03	690,29	0,23
Thuốc chống dị ứng và dùng trong các trường hợp quá mẫn	123,703	0,08	45,675	0,04	121,572	0,04

Thuốc làm mềm cơ và ức chế cholinesterase	82,807	0,06	9,672	0,01	36,994	0,01
Thuốc lợi tiểu	24,707	0,02	15,728	0,02	38,759	0,01
Thuốc điều trị bệnh da liễu	7,65	0,01	-	-	31,674	0,01
Thuốc có tác dụng thúc đẻ, cầm máu sau đẻ và chống đẻ non	-	-	0,707	0	-	-
Thuốc chống parkinson	0,162	0	0,006	0	-	-

Kết quả ghi nhận Thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn và Thuốc điều trị ung thư và điều hòa miễn dịch là hai nhóm thuốc chiếm chi phí lớn tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 trong giai đoạn 2018-2023. Xem xét tỷ lệ sử dụng của các nhóm thuốc này, nghiên cứu ghi nhận có sự giảm tỷ lệ của cả hai nhóm thuốc lớn theo thời gian.

IV. BÀN LUẬN

Trong bối cảnh đại dịch COVID-19 đã và đang tạo ra những áp lực đáng kể lên hệ thống y tế toàn cầu, việc quản lý và sử dụng thuốc trở thành một vấn đề quan trọng trong quản lý bệnh viện. Nghiên cứu đã cung cấp được những thông tin về tình hình sử dụng thuốc có BHYT trong điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi Đồng 2 giai đoạn 2018-2023, trong đó, có thể thấy được sự thay đổi về chi phí sử dụng thuốc trong giai đoạn trước dịch COVID-19, giai đoạn đỉnh điểm của dịch bệnh, và sau khi dịch bệnh được kiểm soát. Cụ thể, tổng chi phí sử dụng thuốc giảm trong giai đoạn 2020-2021, và tăng trở lại giai đoạn hậu Covid-19. Kết quả này cũng từng được ghi nhận ở một nghiên cứu trước đây tại bệnh viện nhi Lâm Đồng (6).

Liên quan đến nguồn gốc thuốc, nghiên cứu ghi nhận chi phí dành cho các thuốc được sản xuất tại Việt Nam chiếm tỷ lệ thấp hơn thuốc nước ngoài, tuy nhiên, khi xem xét tỷ lệ thuốc Việt Nam trong từng giai đoạn, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ này tăng dần theo thời gian. Kết quả phân tích cho thấy Bệnh

viện đã có sự ưu tiên lựa chọn và sử dụng các thuốc sản xuất trong nước nhằm tối ưu hóa ngân sách dành cho thuốc, và phù hợp với chính sách của Bộ Y tế (9).

Xem xét về tỷ lệ sử dụng biệt dược gốc giữa ba giai đoạn nghiên cứu có thể thấy rằng tỷ lệ này giảm dần theo thời gian. Kết quả này ghi nhận việc lựa chọn thuốc theo hướng giảm chi phí sử dụng thuốc cho người bệnh.

Thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn là nhóm thuốc có chi phí sử dụng lớn nhất tại bệnh viện trong giai đoạn nghiên cứu. Đây cũng là nhóm thuốc đã từng được bệnh viện Nhi Đồng 2 tiến hành nghiên cứu (4), và cùng là nhóm thuốc thường được chọn để nghiên cứu chuyên sâu ở các bệnh viện nhi (7).

Việc nghiên cứu và phân tích các xu hướng này không chỉ có giá trị trong việc đánh giá tác động của đại dịch đối với quản lý thuốc mà còn góp phần vào việc xây dựng các chiến lược phản ứng linh hoạt và hiệu quả trước các khủng hoảng y tế tương lai. Giai đoạn trước đại dịch COVID-19 cung cấp một điểm mốc quan trọng cho việc đánh giá tình hình sử dụng thuốc, khi mà các thủ tục và quy định được thiết lập trong một môi trường ít biến động. Sự bùng phát của đại dịch đã làm nổi bật những hạn chế và thách thức trong hệ thống, từ việc thiếu hụt thuốc do gián đoạn chuỗi cung ứng đến việc tăng cường sử dụng các phác đồ điều trị mới và chưa được kiểm chứng rộng rãi. Trong giai

đoạn đỉnh điểm của đại dịch, bệnh viện Nhi Đồng 2 phải đối mặt với áp lực kép: đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe gia tăng của bệnh nhi mắc COVID-19 và duy trì chất lượng điều trị cho các trường hợp khác. Giai đoạn hậu COVID-19 đòi hỏi sự thích ứng và tái cấu trúc trong cách thức quản lý và sử dụng thuốc, để không chỉ khắc phục những thiếu sót mà còn tận dụng các bài học kinh nghiệm được rút ra trong suốt đại dịch. Trong bối cảnh này, Bệnh viện Nhi Đồng 2 đã thực hiện các hoạt động nhằm tăng cường hệ thống thông tin y tế, cải thiện quản lý kho thuốc, phát triển các hướng dẫn linh hoạt trong việc sử dụng thuốc dựa trên bằng chứng và kinh nghiệm thực tế, cũng như nâng cao năng lực cho đội ngũ y bác sĩ trong việc quản lý tình hình sử dụng thuốc trong các tình huống khẩn cấp.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu này đã cung cấp những thông tin tổng quan về tình hình sử dụng thuốc trong điều trị nội trú được BHYT chi trả tại bệnh viện Nhi Đồng 2 qua các giai đoạn của đại dịch COVID-19, từ đó, giúp lãnh đạo bệnh viện có nguồn cơ sở dữ liệu khoa học hỗ trợ cho việc đưa ra quyết định, có căn cứ ban hành các chính sách và giải pháp cụ thể nhằm tối ưu hóa quản lý thuốc, góp phần vào việc nâng cao chất lượng chăm sóc và an toàn cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2011), “Thông tư 22/2011/TT-BYT Quy định về tổ chức và hoạt động khoa dược bệnh viện”
2. **Bộ Y tế** (2013). “Thông tư số 21/2013/TT-BYT Quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng Thuốc và Điều trị trong bệnh viện”.
3. **Bùi Thị Minh Hiền, Trần Nhật Trường, Trần Ngọc Nhân, Trần Thị Thanh Tuyền, Phan Thị Thanh Nhân, Cù Thanh Tuyền, Trần Thị Ngọc Vân, Hoàng Thy Nhac Vũ** (2019). Khảo sát cơ cấu chi phí sử dụng thuốc tại Bệnh viện Tâm thần Tỉnh Bến Tre giai đoạn 2010-2017”, Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, phụ bản tập 23, số 2, tr. 418-423.
4. **Huỳnh Thị Như Thuý, Lã Đình Hùng** (2020). Khảo sát tình hình sử dụng thuốc kháng sinh trong đơn thuốc điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nhi Đồng 2. Tạp chí Khoa học & Công nghệ, Số 9, tr 84-88.
5. **Trần Thị Lan Anh, Phạm Quốc Huy** (2023). Phân tích danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2020. Tạp Chí Y học Việt Nam, số 527(1), trang 331-336.
6. **Cù Thanh Tuyền, Hoàng Thy Nhac Vũ, Nguyễn Trọng Duy Thức, Nguyễn Đỗ Hồng Nhung, Lê Thọ** (2022). Phân tích chi phí sử dụng thuốc tại Bệnh viện Nhi Lâm Đồng trong giai đoạn 2019-2021. Tạp Chí Y học Việt Nam, số 516(2), tr. 81-85.
7. **Phạm Thành Trọng, Hồ Thanh Tân, Nguyễn Trần Nhật Nguyên, Quách Thị Bảo Trân, Trần Hồng Nguyên Thanh, Nguyễn Thị Thu Hà, Phạm Đoàn Vi** (2021). Tình hình sử dụng Kháng sinh nhóm Carbapenem trong điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố Cần Thơ. Tạp chí Nghiên cứu khoa học và Phát triển kinh tế Trường Đại học Tây Đô, số 12, tr. 276-286.
8. **Hoàng Thy Nhac Vũ, Lê Phước Thành Nhân, Mai Ngọc Quỳnh Anh, Chung Khang Kiệt, Nguyễn Phi Hồng Ngân** (2023). Phân tích chi phí sử dụng thuốc tại bệnh viện Lê Văn Thịnh giai đoạn 01-06/2023. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 530 số 1B, tháng 09/2023, trang 252 – 255
9. **Bộ Y tế** (2012). Theo Quyết định số 4824/QĐ-BYT ngày 03/12/2012. Đề án “Người Việt Nam ưu tiên dùng thuốc Việt Nam”.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CONG DƯƠNG VẬT KHÔNG KÈM LỖ TIỂU THẤP

Phạm Ngọc Thạch¹, Võ Xuân Thành¹,
Hồ Trung Cường¹, Lê Thanh Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Cong dương vật không kèm lỗ tiểu thấp là một bất thường bẩm sinh hiếm gặp. Phẫu thuật điều trị cong dương vật không kèm lỗ tiểu thấp đã được thực hiện ở các bệnh viện nhi. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị dị tật này tại bệnh viện Nhi Đồng 1.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả loạt trường hợp cong dương vật không kèm lỗ tiểu thấp được điều trị và theo dõi tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 2 năm 2022.

Kết quả: Tổng cộng có 115 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, tuổi phẫu thuật trung bình là $4,97 \pm 3,10$ tuổi. Độ cong dương vật trung bình $52,25^\circ \pm 13,54^\circ$. Dương vật thẳng sau phẫu tích đa cân là 68 (59,1%) trường hợp, khâu gấp mặt lưng dương vật 6 (5,2%) trường hợp, tạo hình vật xóp giảm sản 33 (28,7%) trường hợp, cắt sán niệu đạo 6 (5,2%) trường hợp, cắt sán niệu đạo và khâu gấp mặt lưng 2 (1,8%) trường hợp. Biến chứng trong thời gian nằm viện có 8 (6,9%) trường hợp chảy máu, 1 (0,9%) trường hợp nhiễm trùng. Biến chứng xa 1 (0,9%) trường hợp rò niệu đạo, 3 (2,7%) trường hợp cong tái phát. Có 110 (95,7) trường hợp cho kết quả tốt, 5 (4,3%) trường hợp cho kết quả trung bình.

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Thạch

ĐT: 0902187095

Email: dr.thachpham@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

Kết luận: Khi nắm được phân loại của cong dương vật, phẫu thuật điều trị phù hợp sẽ cho kết quả tốt.

Từ khóa: cong dương vật không kèm lỗ tiểu thấp.

SUMMARY

CHORDEE WITHOUT HYPOSPADIAS MANAGEMENT OUTCOMES

Objectives: Chordee without hypospadias is a rare congenital abnormality. We investigate outcomes of chordee without hypospadias treatment in children.

Subjects and methods: Retrospective study. Description of a series of cases who underwent surgery for chordee without hypospadias between Jan 1st, 2016 and Feb 1st, 2022.

Results: A total of 115 cases are detected. The median age is $4,97 \pm 3,10$ ages. The average penile curvature is $52,25^\circ \pm 13,54^\circ$. Straight penis after deglove is 68 (59.1%) cases, dorsal duplication of the penis 6 (5.2%) cases, plastic spongiosum in 33 cases (28.7%) cases, urethralectomy 6 (5.2%) cases, urethralectomy and nesbit suture 2 (1.8%) cases. Complications during hospital stay are 8 (6.9%) cases of bleeding, 1 (0.9%) of infections. Late complications are 1 (0.9%) cases of fistular urethra, 3 (2.7%) cases of recurrent chordee. There were 110 (95.7%) cases with good results, 5 (4.3%) cases with average results.

Conclusion: The operative classification may help in better understanding and management of this difficult entity. Surgical corrections is highly successful.

Keywords: Chordee without hypospadias, congenital short urethra, hypospadias.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cong dương vật không kèm lỗ tiểu thấp là bất thường bẩm sinh hiếm gặp do khiếm khuyết về cấu trúc giải phẫu ở vùng bụng dương vật^{1,2}. Biểu hiện của dị tật này là dư da vùng lưng, dương vật cong về phía bụng, lỗ tiểu đóng ở vị trí bình thường và có thể kèm theo xoay dương vật. Cong dương vật bẩm sinh không kèm theo lỗ tiểu thấp (LTT) chiếm tỉ lệ từ 4 - 10% các trường hợp cong dương vật bẩm sinh¹. Cong dương vật có nhiều thể giải phẫu khác nhau do đó có các phương pháp sửa tật cong tùy theo khiếm khuyết giải phẫu. Yêu cầu của phẫu thuật là làm thẳng dương vật, chỉnh hình da dương vật cũng như sửa xoay dương vật kèm theo^{3,4,5}.

Cong dương vật không kèm lỗ tiểu thấp là bất thường hiếm gặp của dương vật, các phương pháp sửa tật cong dương vật tùy thuộc vào bất thường giải phẫu của vùng bụng dương vật. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài nhằm đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật dị dạng này ở trẻ em, từ đó đưa ra những đúc kết về kinh nghiệm nhằm cải thiện trong thực hành lâm sàng điều trị bệnh này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn vào

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2016 đến tháng 2/2022 có 115 trường hợp cong dương vật bẩm sinh không kèm LTT được chẩn đoán và phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 có hồ sơ bệnh án đầy đủ dữ liệu cần thu thập.

Tiêu chuẩn loại ra

Bệnh nhi đã được can thiệp phẫu thuật tại các cơ sở khác.

Cong dương vật tái phát sau mổ LTT.

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp.

Phương pháp tiến hành

Lập danh sách bệnh nhi có chẩn đoán ra viện phù hợp, mượn hồ sơ bệnh án, chọn những bệnh án thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, thu thập những thông tin cần thiết từ hồ sơ bệnh án theo phiếu thu thập.

Biến số chính trong nghiên cứu

Tuổi phẫu thuật, chiều dài dương vật, độ cong dương vật, phương pháp phẫu thuật, biến chứng sau phẫu thuật

Phương pháp quản lý và phân tích số liệu

Toàn bộ dữ liệu được nhập bằng phần mềm EpiData 3.1; xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 26.0. Biểu đồ được vẽ bằng chương trình Microsoft Excel 2016.

Phép kiểm Mann - WhitneyU và Wilcoxon Test được dùng kiểm định cho biến định tính tìm mối tương quan.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

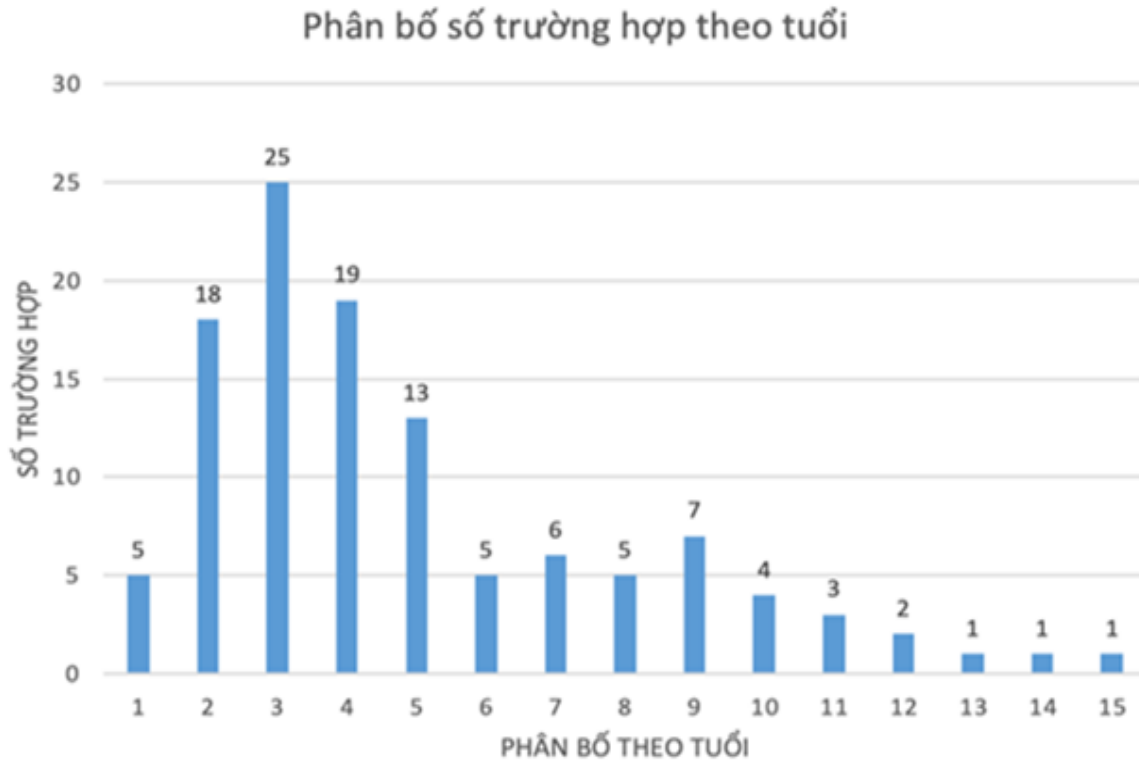
Y đức

Hội đồng xét duyệt đề cương nghiên cứu Bệnh viện Nhi Đồng 1 đã đồng ý cho thực hiện nghiên cứu này, trong quyết định số 58/GCN-BVND1, kí ngày 3/3/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu

Tuổi trung bình của các bệnh nhi trong nghiên cứu là $4,97 \pm 3,10$ năm, tuổi lớn nhất là 15 năm, nhỏ nhất là 1 năm.



Hình 3. Phân bố trường hợp theo tuổi

Đặc điểm cận lâm sàng

Chúng tôi ghi nhận dị tật đi kèm là tinh hoàn ẩn chiếm tỉ lệ 2,6%; thoát vị bẹn chiếm tỉ lệ 4,3%; vớ dính da dương vật - bìu, chiếm tỉ lệ 6,1%; có 11/115 trường hợp có xoay dương vật chiếm tỉ lệ 9,6%, chuyển vị dương vật - bìu không hoàn toàn chiếm tỉ lệ 11,3%.

Đặc điểm phẫu thuật và biến chứng

Độ cong dương vật trung bình trước phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là $52,25^{\circ} \pm 13,54^{\circ}$, trung vị là 45° , nhỏ nhất là

30° , lớn nhất là 90° . Theo phân độ của Donnaho và P. Cain chúng tôi ghi nhận: nhóm I và nhóm II bất thường cân Buck và cân Dartos chiếm 59% với 68/115 trường hợp; kể đến là nhóm III, bất thường thê hang và thê xóp chiếm 34% với 39/115 trường hợp; còn là 8/115 trường hợp được xếp vào nhóm IV do niệu đạo ngắn.

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là $46,72 \pm 17,83$ phút, trung vị là 40 phút, ngắn nhất là 25 phút, dài nhất là 120 phút.

Bảng 5. Thay đổi chiều dài dương vật sau phẫu thuật

		p
Trung bình chiều dài dương vật trước phẫu thuật	$35,61 \pm 11,74$ mm	p<0,05 (Wilcoxon Test)
Trung bình chiều dài dương vật sau phẫu thuật	$47,02 \pm 13,87$ mm	
Độ chênh chiều dài dương vật	$11,41 \pm 3,15$ mm	

Dương vật thẳng sau phẫu tích da cân là 68 (59,1%) trường hợp, khâu gấp mặt lưng dương vật 6 (5,2%) trường hợp, tạo hình vật xóp giảm sản 33 (28,7%) trường hợp, cắt sản niệu đạo 6 (5,2%) trường hợp, cắt sản niệu đạo và khâu gấp mặt lưng 2 (1,8%) trường hợp.



Hình 2: Trường hợp tạo hình vật xóp giảm sản

Biến chứng trong thời gian nằm viện có 8 (6,9%) trường hợp chảy máu, 1 (0,9%) trường hợp nhiễm trùng. Biến chứng xa 1 (0,9%) trường hợp rò niệu đạo, 3 (2,7%) trường hợp cong tái phát. Có 110 (95,7) trường hợp cho kết quả tốt, 5 (4,3%) trường hợp cho kết quả trung bình.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật của chúng tôi trung bình là $5,43 \pm 2,73$ ngày, trung vị là 5 ngày, ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 15 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Hướng dẫn mới nhất có đề cập đến thời điểm phẫu thuật Cong dương vật là từ 6 đến 12 tháng tuổi theo Hướng dẫn điều trị cong dương vật của Hiệp hội tiết niệu châu Âu công bố năm 2012. Matthew 41 trong bài viết mới nhất của mình trên trang web WebMD có đề cập đến thời điểm phẫu thuật lí tưởng cho dị tật cong dương vật là trước 2 tuổi⁶.

Ở cơ sở chúng tôi thực hiện nghiên cứu đã thực hiện phẫu thuật điều trị dị tật lỗ tiểu

thấp từ lứa tuổi 9 – 12 tháng nên thời điểm phẫu thuật của các bệnh nhi cong dương vật chủ yếu phụ thuộc vào thời điểm phát hiện dị tật.

Sau khi phẫu tích da và cân dương vật, tất cả các trường hợp chiều dài đều tăng lên. Tuy nhiên, các phương pháp sửa tật cong sau đó lại có sự tác động đến chiều dài dương vật sau phẫu thuật khác nhau. Phương pháp sửa tật cong bằng khâu gấp mặt lưng chính là tác động vào “bên dài”, sau khâu gấp thì chiều dài dương vật ngắn lại so với thời điểm vừa phẫu tích da và cân nông. Trong nghiên cứu của mình, tác giả Antonie cho bệnh nhân kí đồng thuận về việc “ngắn dương vật” so với trước mổ. Còn trong nghiên cứu của Fatih ghi nhận 5/78 trường hợp dương vật ngắn đi 0,5 – 1 cm. Điều này cho thấy, sửa tật cong bằng phương pháp khâu gấp mặt lưng sẽ ảnh hưởng tới chiều dài dương vật. Phương pháp sửa tật cong bằng tạo hình vật xóp giảm sản, không làm thay đổi chiều dài dương vật so với thời điểm phẫu tích da và cân. Phương

pháp sửa tật cong bằng cắt niệu đạo giúp làm dài dương vật đáng kể.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hơn một nửa số trường hợp (68/115) thẳng dương vật sau khi phẫu tích da và cân nông, các trường hợp này được xếp vào nhóm I và nhóm II theo phân độ cong dương vật của Donnaho và P. Cain. Đối với các trường hợp sau khi phẫu tích da và cân nông, dương vật còn cong nhẹ dưới 30^0 chúng tôi thực hiện hoặc “khâu gấp mặt lưng dương vật” hoặc “tạo hình vật xóp giảm sản” do bất thường thể hang hoặc thể xóp. Tại cơ sở chúng tôi thực hiện nghiên cứu, các phẫu thuật viên có xu hướng lựa chọn phương pháp tạo hình vật xóp giảm sản hơn là khâu gấp mặt lưng dương vật vì lo ngại làm ngắn dương vật và nguy cơ cong dương vật tái phát.

Khi đối chiếu với nghiên cứu với các tác giả khác, kết quả các nhóm phân độ cong dương vật theo Donnaho và P. Cain của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu khác^{7,8,9}. Nhóm I, II với nguyên nhân cong đơn giản chỉ ở lớp da và cân chiếm đa số trong các nghiên cứu, tiếp theo là nhóm cong dương vật do bất thường thể hang, thể xóp và nhóm cong dương vật do ngắn niệu đạo chiếm tỉ lệ thấp nhất trong các nghiên cứu.

Các trường hợp có cắt niệu đạo là do cong dương vật nặng, chính vì vậy cắt các mô xơ cũng như phẫu tích nhiều, chảy máu xảy ra tỉ lệ cao ở các trường hợp này hoàn toàn dễ hiểu. Tuy tỉ lệ cao nhưng không có trường hợp nào cần phải phẫu thuật lại để cầm máu, tất cả các trường hợp chảy trong

trong nhóm có cắt niệu đạo nói riêng và trong nghiên cứu nói chung đều đáp ứng với phương pháp băng ép cầm máu.

Hai trường hợp có biến chứng liên quan đến niệu đạo chiếm 25% tổng số các trường hợp cong dương vật nặng phải cắt niệu đạo và tạo hình lại niệu đạo mới. Kỹ thuật tạo hình niệu đạo cuốn ống niêm mạc là một kỹ thuật khó nên tỉ lệ xảy ra biến chứng có thể cao. Rò niệu đạo thường xảy ra ở 1 trong 2 miệng nối niệu đạo, còn các trường hợp nhiễm trùng thường sẽ làm hỏng một phần hay toàn bộ đoạn niệu đạo tân tạo. Các trường hợp này chúng ta có thể thực hiện phẫu thuật 2 thì, sửa tật cong thì 1 và tạo hình niệu đạo thì 2 sẽ đơn giản hơn nếu như bác sĩ phẫu thuật chưa tự tin.

Ba trường hợp cong tái phát có 1 trường hợp thuộc nhóm I/II theo phân độ Donnaho và P. Cain, trường hợp này được phẫu thuật lại và thực hiện thêm kỹ thuật tạo hình vật xóp giảm sản để sửa tật cong. Hai trường hợp cong còn lại thuộc nhóm III theo phân độ Donnaho và P. Cain, cả 2 trường hợp này đều thực hiện sửa tật cong bằng phẫu tích da và cân, sau đó khâu gấp mặt lưng dương vật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kỹ thuật sửa tật cong bằng cách khâu gấp mặt lưng dương vật khá ít vì xu hướng không muốn làm ngắn dương vật. Hai trường hợp này được phẫu thuật là sửa tật cong bằng tạo hình vật xóp, kết quả hiện đang tốt, dương vật thẳng, lỗ tiểu ở đỉnh quy đầu.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị cong dương vật không kèm lỗ tiểu thấp tùy thuộc vào hình dáng bên ngoài, tuy theo thương tổn giải phẫu mà có cách xử trí khác nhau. Điều trị phẫu thuật sớm thường đem lại tỷ lệ thành công cao với hình dáng dương vật bình thường cũng như chức năng tốt về sau. Các biến chứng đều có thể phẫu thuật sửa chữa và mang lại kết quả tốt sau này, không có biến chứng hay di chứng vĩnh viễn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Donnahoo KK, Cain MP, Pope JC, et al.** Etiology, management and surgical complications of congenital chordee without hypospadias. *The Journal of urology*. 1998; 160(3 Part 2):1120-1122.
2. **Hendren WH, Caesar RE.** Chordee without hypospadias: experience with 33 cases. *The Journal of urology*. 1992;147(1):107-109.
3. **Herranz Y, Arnaiz P.** Long term results of congenital penile curvature treated with cavernosa corpora rotation. *Archivos espanoles de urologia*. 2020;73(2):113-118.
4. **Phạm Ngọc Thạch, Lê Tấn Sơn.** Kết quả điều trị dị tật cong dương vật không kèm lỗ tiểu thấp ở trẻ em. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2018;3(50):351-354.
5. **Lê Tấn Sơn, Nguyễn Thị Trúc Linh, Lê Nguyễn Yên.** Lỗ tiểu thấp. In: Trương Nguyễn Uy Linh, ed. *Ngoại nhi lâm sàng*. Nhà xuất bản y học; 2018:667-671.
6. **Baskin LS.** Hypospadias and urethral development. *The Journal of urology*. 2000;163(3):951-956.
7. **Snodgrass WT.** Hypospadias. *Urology*. 2012;10:3503-3536.
8. **Wilcox DT, Mouriquand P.** Hypospadias. In: Thomas DFM, Duffy PG, Ricwood AMK, eds. *Essential of Paediatric Urology*. 2 ed. Informa Healthcare; 2008:213-231.
9. **Nesbit RM.** Congenital curvature of the phallus: Report of three cases with description of corrective operation. *The Journal of urology*. 2002;167(2 Part 2):1187-1188.

ĐÁNH GIÁ SỰ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THẬN CỦA PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHÚC NỐI BỂ THẬN-NIỆU QUẢN QUA NỘI SOI

Phạm Ngọc Thạch¹, Phan Tấn Đức¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Báo cáo sự phục hồi chức năng thận của phẫu thuật tạo hình khúc nối bể thận-niệu quản qua nội soi tại bệnh viện Nhi đồng 2.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang các trường hợp hẹp khúc nối bể thận-niệu quản được phẫu thuật tạo hình qua nội soi xuyên phúc mạc cho 66 bệnh nhi nhập viện tại bệnh viện nhi đồng 2 từ tháng 4/2016 đến tháng 4/2018.

Kết quả: 66 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc, thời gian phẫu thuật trung bình 129,5 phút, thời gian nằm viện trung bình là 6.1 ngày, không có biến chứng trong và sau mổ. Không có bệnh nhân nào cần truyền máu trong và sau mổ, xạ hình thận DTPA (với lasix) sau phẫu thuật đánh giá sự cải thiện chức năng thận sau mổ.

Kết luận: Phẫu thuật tạo hình khúc nối bể thận niệu quản qua nội soi xuyên phúc mạc ở trẻ em có thể áp dụng an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Thận nước, phẫu thuật nội soi, trẻ em, tắc khúc nối bể thận niệu quản.

SUMMARY

RECOVERY FUNTION RENAL AFTER LAPAROSCOPIC PYELOPLASTY IN CHILDREN

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Thạch

ĐT: 0902187095

Email: dr.thachpham@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

Objective: To report our result of recovery funtion renal of laparoscopic pyeloplasty in children hospital 2.

Methods: A cross – sectional description of on the patient with ureteropelvic junction obstruction underwent laparoscopic pyeloplasty in Children Hospital No 2 from 4/2016 – 04/2018.

Results: 66 children with ureteropelvic junction obstruction underwent laparoscopic pyeloplasty via transperitoneal approach. Mean operative time was 129.5 minutes. Postoperative hospital stay was 6.1 days, no complications occurred in or postoperation. Blood transfusion didn't need. Isotope renography DTPA showed recovery funtion.

Conclusion: Laparoscopic pyeloplasty can be applied safety and feasibly.

Keywords: Hydronephrosis, laparoscopic, children, uteropelvic junction obstruction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thận nước do hẹp khúc nối bể thận niệu quản là di tật bẩm sinh thường gặp nhất trong các di tật về thận tiết niệu ở trẻ em. Những năm trước đây di tật này phát hiện trễ do vậy kết quả điều trị còn hạn chế. Ngày nay với sự phát triển của chẩn đoán tiền sản, bệnh lý này được phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Năm 1949 hai phẫu thuật viên người Anh Anderson và Hynes đã lần đầu tiên mô tả kỹ thuật cắt đoạn hẹp và tạo hình lại chỗ nối niệu quản – bể thận. Hiện nay phương pháp phẫu thuật này là tiêu chuẩn vàng cho điều trị hẹp khúc nối bể thận niệu quản.

Phẫu thuật nội soi điều trị thận nước ở người lớn đã phát triển từ nhiều năm qua, nhưng ở trẻ em chỉ phát triển những năm gần đây. Năm 1996 Tan HL đã lần đầu tiên áp dụng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc để điều trị thận nước ở trẻ em, với ưu thế là phẫu thuật ít xâm hại, có tính thẩm mỹ cao. Nhưng kỹ thuật này đòi hỏi cao về dụng cụ nội soi, kinh nghiệm và khéo léo của phẫu thuật viên do phẫu trường rất chật hẹp.

Phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc điều trị thận nước ở trẻ em có ưu điểm là phẫu trường rộng rãi, tiếp cận khúc nối bể thận dễ dàng, phát hiện được những trường hợp hẹp khúc nối bể thận niệu quản do mạch máu cực dưới bất thường.

Chúng tôi đã tiến hành áp dụng phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc để điều trị cho 66 bệnh nhi từ 1 đến 15 tuổi được chẩn đoán hẹp khúc nối bể thận niệu quản trong thời gian từ tháng 4/2016 đến tháng 4/2018. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi còn dài, không có trường hợp nào bị hẹp tái phát.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc điều trị hẹp khúc nối bể thận niệu quản theo phương pháp Hynes Anderson.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Trong thời gian từ tháng 4/2016 đến tháng 4/2018 chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc để điều trị cho 66 bệnh nhi được chẩn đoán hẹp khúc nối bể thận niệu quản tại bệnh viện Nhi đồng 2.

Phương pháp phẫu thuật: chúng tôi áp dụng kỹ thuật tạo hình khúc nối bể thận niệu quản theo Hynes – Anderson qua nội soi ổ bụng, bên trái tiếp cận khúc nối bằng cách xuyên mạc treo đại tràng góc lách hoặc hạ

đại tràng góc lách, bên phải bằng cách hạ đại tràng góc gan. Tạo hình có đặt sonde JJ từ bể thận niệu quản đến bàng quang, sonde JJ sẽ rút sau mổ 2 tháng.

Kỹ thuật mổ: bệnh nhi nằm nghiêng bên đối diện bên mổ, chân dưới hơi co chân trên thẳng. Nội soi ổ bụng với 3 trocar: trocar rốn 10mm dùng cho nguồn sáng, hai trocar 5mm ở vị trí ngang đường nách trước tạo nên tam giác phẫu thuật. Bơm khí CO₂ vào ổ bụng áp lực khoảng 12mmHg. Nếu vị trí thận nước bên phải sẽ hạ đại tràng góc gan để bộc lộ bể thận bên phải, nếu vị trí thận nước bên trái sẽ tiếp cận bằng cách xuyên mạc treo đại tràng góc lách vị trí vô mạch. Bộc lộ bể thận ứ nước và di động niệu quản vừa đủ. Bóc tách và quan sát kiểm tra vị trí mạch máu cực dưới bất thường. Dùng chỉ vicryl 3.0 khâu vào vị trí bể thận treo lên thành bụng và xuyên ra da ra ngoài để cố định vị trí bể thận. Cắt rời vị trí khúc nối và xẻ dọc niệu quản vị trí đối diện với vị trí đã đánh dấu. Kiểm tra vị trí xẻ niệu quản nếu chưa đủ rộng sẽ di động niệu quản về phía đoạn chậu. Nối bể thận vào niệu quản bằng chỉ vicryl 6.0. Đặt sonde JJ từ bể thận xuống bàng quang. Đặt dẫn lưu Douglas bằng drain 16Fr, đặt dẫn lưu sau phúc mạc nếu mở cửa sổ đại tràng.

Các biến số theo dõi bao gồm: Lâm sàng, siêu âm bụng, x quang hệ niệu có cản quang, chụp bàng quang lúc tiểu (VCUG), xạ hình thận (DTPA với test lasix), thời gian mổ, thời gian nằm viện, biến chứng sau mổ.

Theo dõi và tái khám: Tái khám 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm sau mổ.

Đánh giá lúc tái khám: siêu âm bụng đo DAP, xạ hình thận kiểm tra (sau 6 tháng).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Triệu chứng lâm sàng

Đau bụng là triệu chứng thường gặp ngoài ra bệnh nhi đi khám vì bệnh lý hô hấp hay chậm tăng cân được bác sỹ cho siêu âm bụng và phát hiện thận ứ nước.

Cận lâm sàng:

Siêu âm bụng: tất cả bệnh nhân đều có siêu âm bụng, thận ứ nước độ III, IV. Đường kính trước sau bể thận (DAP) >20mm.

X Quang hệ niệu có cản quang: có hình ảnh bể thận giãn to.

Chụp bàng quang niệu đạo lúc tiểu: không có trường hợp nào trào ngược bàng quang niệu quản cùng bên hay đối bên với thận bị ảnh hưởng.

Xạ hình thận (DTPA) với test Lasix: Tất cả trường hợp đều có tắc nghẽn trên xạ hình

thận với test lasix, chức năng thận giảm <40%

Phân bố theo tuổi: tuổi nhỏ nhất: 3 tháng tuổi và lớn nhất là 15 tuổi, trung bình là 5,78 tuổi.

Phân bố theo giới: nam giới: 53 (80,4%), nữ giới: 13(19,6%).

Phân bố theo vị trí: bên phải: 12 (18,2%), hai bên: 5 (7,6%), bên trái 49 (74,2%)

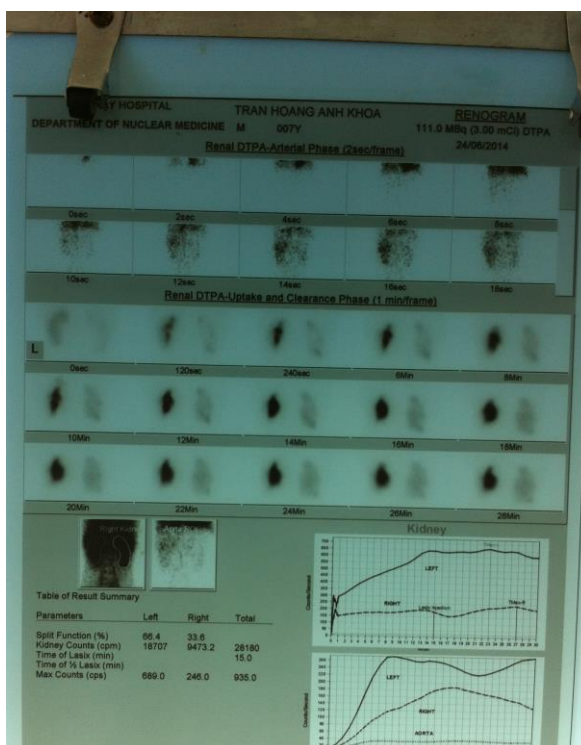
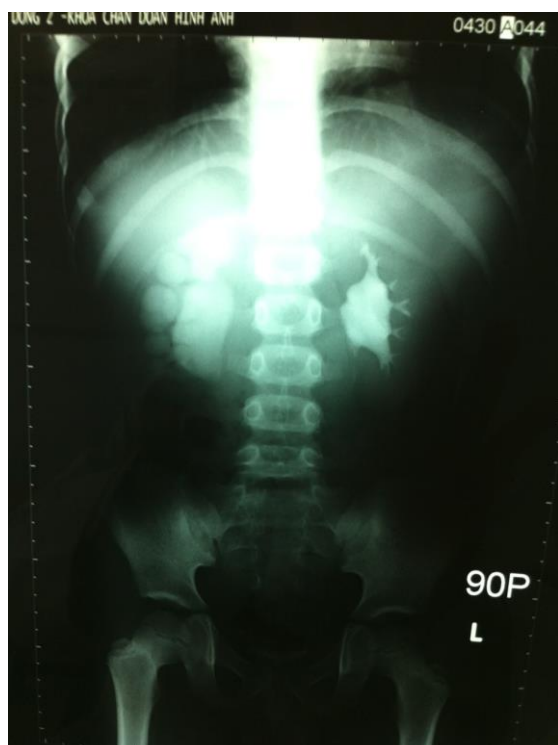
Phân bố theo vị trí phẫu thuật: bên phải 14 (21,2%), bên trái: 52 (78,8%).

Thời gian phẫu thuật: Thấp nhất: 70 phút, dài nhất 140 phút, trung bình: 129,5 phút.

Thời gian nằm viện: Ngắn nhất: 5 ngày, Dài nhất: 7 ngày, trung bình :6,1 ngày

Mạch máu bất thường cực dưới: 2 cas (3%). 2 cas do polyp (3%)

Chuyển mổ mở: 2 trường hợp (10,7%) (2 cas jj chưa xuống bàng quang).



Hình ảnh hệ niệu cản quang và xạ hình trước mổ

IV. BÀN LUẬN

Hẹp khúc nối bể thận niệu quản là bệnh lý thường gặp nhất về dị tật thận ứ nước ở trẻ em, phát hiện sớm và điều trị kịp thời giúp cho bệnh nhi sớm phục hồi. Mổ mở tạo hình theo phương pháp Hynes – Anderson là tiêu chuẩn vàng trong phẫu thuật điều trị thận nước.

Nền kinh tế phát triển, tỷ lệ trẻ em thừa cân, béo phì ngày càng gia tăng, phẫu thuật mổ mở tạo hình khúc nối ở những trẻ này gặp nhiều khó khăn do thận nằm rất sâu. Phẫu thuật nội soi tạo hình khúc nối bể thận niệu quản với ưu điểm là đường mổ nhỏ, ít đau, nhanh hồi phục.

Phẫu thuật nội soi tạo hình khúc nối bể thận xuyên phúc mạc có ưu điểm là phẫu trường rộng rãi, tiếp cận khúc nối bể thận dễ dàng, phát hiện dễ dàng những trường hợp hẹp khúc nối bể thận niệu quản do mạch máu bất thường cục dưới. Tiếp cận sau phúc mạc là điều lý tưởng nhất nhưng phẫu trường rất chật hẹp, thao tác rất khó khăn do khoang sau phúc mạc ở trẻ em nhỏ. Phẫu tích bể thận qua nội soi sau phúc mạc qua 1 lỗ trocar sau đó đưa ra ngoài tạo hình chỉ có thể áp dụng trẻ nhỏ (<5 tuổi), thành lưng không quá dày[3]. Đối với trẻ lớn, thành lưng dày, bể thận không giãn lớn thì không thể phẫu tích và nối ngoài cơ thể được.

Treo bể thận lên thành bụng ra da là yếu tố giúp cho chúng ta dễ dàng cho thao tác phẫu thuật. Qua đó chúng ta có thể quan sát nhóm đài thận dưới để khi nối niệu quản vào bể thận không sai vị trí. Trong kỹ thuật khâu nối, lúc đầu chúng tôi sử dụng chỉ PDS 7.0 có ưu điểm là dễ cột, nhưng sợi chỉ nhanh bị giãn và dễ đứt kim. Do vậy sau đó chúng tôi sử dụng chỉ vicryl 6.0 thì thao tác khâu nối dễ dàng hơn.

Phẫu thuật xuyên phúc mạc tạo hình khúc nối bể thận niệu quản về lý thuyết chúng ta thao tác trong ổ bụng sẽ có nguy cơ dính ruột. Nhưng rất nhiều tác giả đã ghi nhận không có nguy cơ dính ruột sau mổ [1,2,4,5,6]. Thực tế trong 2 năm qua chúng tôi chưa gặp trường hợp dính ruột sau mổ. Những vị trí trocar tiếp xúc rất nhỏ, khả năng viêm dính ruột sau mổ rất thấp

Tạo hình khúc nối niệu quản bể thận nếu tiếp cận qua ngã xuyên mạc treo, chúng tôi sẽ đặt dẫn lưu sau phúc mạc và khâu lại phúc mạc sau khi đặt dẫn lưu. Do cửa sổ mạc treo nhỏ nếu chỉ đặt dẫn lưu Douglas khả năng tự dịch sau phúc mạc do rò miệng nối rất cao. Dẫn lưu sau phúc mạc nếu có rò nước tiểu khả năng tự lành rất nhanh. Nếu bể thận không giãn to, tiếp cận qua ngã nội soi xuyên phúc mạc khó, chúng tôi sẽ tiếp cận qua ngã hạ đại tràng góc lách hoặc góc gan, nếu tiếp cận ngã này chung tôi sẽ không dẫn lưu sau phúc mạc.

Có 1 trường hợp sau khi tạo hình khúc nối chúng tôi đặt sonde JJ không xuống bàng quang chúng tôi phải chuyển mổ mở, nhưng khi chuyển mổ mở thì đặt JJ xuống bàng quang dễ dàng. Như vậy chúng tôi rút ra được kinh nghiệm trong xử dụng nòng của thông JJ quá cứng dẫn đến khả năng xuống bàng quang khó.

Thời gian phẫu thuật của chúng tôi còn dài do kỹ thuật khâu nội soi chúng tôi chưa được tốt. Do kỹ thuật khâu chưa tốt nên chúng tôi vẫn còn đặt sonde jj sau mổ, bệnh nhân còn phải nhập viện lần nữa để rút sonde jj. Khi kỹ thuật khâu hoàn thiện hơn chúng tôi sẽ đặt stent bể thận niệu quản ra da thay cho sonde jj.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tạo hình khúc nối bể thận niệu quản qua nội soi xuyên phúc mạc có thể thực hiện ở trẻ em an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ansari MS, Mandhani A, Singh P** (2008), laparoscopic pyeloplasty in children: long term outcome. *International Journal of Urology* 15. pp 881- 884.
2. **Denes FT, Tavares A** (2008). Laparoscopic renal surgery in infants and children: Is it a feasible and safe procedure for all pediatric age groups? *Intenational Braz J Urol* Vol 34 (6): pp 739-748.
3. **Nguyễn Mai Thủy và cs** (2013). Nội soi sau phúc mạc điều trị hẹp chỗ nối niệu quản bể thận theo phương pháp Anderson Hynes ở trẻ em. *Y học TP Hồ Chí Minh*, tập 17, phụ bản số 3, tr 116-119.
4. **Penn HA, Gatti Mj, Hoestje SM** (2010). Laparoscopic versus open pyeloplasty in children: Preliminary report of a prospective randomized trial. *Journal of Urology*, Vol 184, pp 690-695.
5. **Singhania P, Andankar MG, Pathak HR** (2009): laparoscopic dismembered pyeloplasty: Our experience in 15 cases, *World Journal of laparoscopic surgery*; 2(2): pp 6-11.
6. **Turk IA, Davis JW, Winkelmann B** (2002): Laparoscopic dismembered pyeloplasty: the method of choice in the presene of enlarged renal pelvis and crossing vessels. *European Urology* 42, pp 268 – 275.
7. **Zhou H, Li H, Zhang X** (2009). Retroperitoneoscopic Anderson Hynes dismembered pyeloplasty in infants and children: a 60 cases report. *Pediatric Surg Int*; 25(6): pp 519 -23.

MÔ TẢ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ÁP DỤNG THAY BĂNG SAU PHẪU THUẬT LỖ TIỂU THẤP BẰNG DUNG DỊCH SODIUM CHLORIDE 0,9%

Hà Thị Thu Thủy¹, Phạm Ngọc Thạch¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu áp dụng thay băng sau phẫu thuật lỗ tiểu thấp bằng dung dịch sodium chloride 0,9%.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu mô tả các trường hợp dị tật lỗ tiểu thấp phẫu thuật lần đầu và thay băng sau phẫu thuật với dung dịch sodium chloride 0,9% tại khoa Niệu bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 5/2021 đến tháng 06/2022.

Kết quả: Có 75 bệnh nhi tham gia nghiên cứu tuổi từ 11 tháng đến 12 tuổi. Với thời gian thay băng lần đầu dài nhất là 6 phút, lần cuối là 2 phút (chăm sóc vết mổ để hở). Có 9 (12%) bệnh nhân chảy máu vết mổ khi tháo băng lần đầu, có 2 (2,7%) bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ. Thời gian nằm viện dài nhất 14 ngày, ngắn nhất là 7 ngày. Ở thời điểm xuất viện có 58 (77,3%) bệnh nhân vết mổ khô sạch, 17 (22,7%) bệnh nhân dương vật phù nề nhẹ, không trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ hay rò niệu đạo.

Kết luận: Sử dụng dung dịch sodium chlorid 0,9% thay băng sau phẫu thuật lỗ tiểu thấp bước đầu cho thấy rút ngắn các bước và thời gian thay băng, cải thiện tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ, thời gian nằm viện không thay đổi.

Từ khóa: Thay băng lỗ tiểu thấp, sodium chlorid 0,9%

SUMMARY

DESCRIPTION OF RESULTS FIRST STEP APPLYING BANDAGE REPLACEMENT AFTER SURGERY OF HYPOSPADIAS WITH 0.9% SODIUM CHLORIDE SOLUTION

Objectives: Description of results first step applying banded replacement after surgery of hypospadias with 0.9% sodium chloride solution.

Materials and methods: A prospective descriptive study of pediatric patients with a malformation of the hypospadias who was operated on for the first time and changed the dressing after surgery with 0.9% sodium chloride solution at the Urology Department of Children's Hospital 2 in May 2021 to June 2022

Results: There were 75 pediatric patients enrolled in the study aged 11 months to 12 years. The maximum dressing change time was 6 minutes (first time undressing), and the minimum was 2 minutes (when leaving the wound uncovered). There were 09 (12%) patients bleeding when removing the first dressing, and 02 (2.7%) patients had wound infections. The longest hospital stay was 14 days, the shortest was 7 days. At the time of hospital discharge, there were 58 (77.3%) patients with clean and dry incisions, 17 (22.7%) patients with slight edema of the penis, no urethral fistula was recorded at the time of discharge.

Conclusions: 0.9% sodium chloride solution can be used by all ages, convenient, easy to use. Initial assessment shows that changing the dressing with NaCl 0.9% post operation of midshaft hypospadias repair is not only very

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Thạch

ĐT: 0902187095

Email: dr.thachpham@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

convenient, easy to perform, shortens the procedure time, and the time in hospital is not longer than the others solution but also the rate of wound infection is low.

Keywords: banded replacement hypospadias, sodium chloride 0.9%

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay băng sau phẫu thuật lỗ tiểu thấp là bước thiết yếu góp phần quan trọng trong quá trình điều trị dị tật này ở trẻ em. Thay băng không chỉ giúp đánh giá tình trạng vết mổ, phòng ngừa nhiễm trùng, mà còn cần phải giảm thiểu đau đớn, rút ngắn thời gian trong quá trình thực hiện thủ thuật⁽²⁾. Ngoài việc sử dụng thuốc giảm đau trước khi thực hiện thủ thuật, thao tác nhẹ nhàng thì việc chọn lựa dung dịch thay băng đóng vai trò rất quan trọng trong thay băng lỗ tiểu thấp.

Trên thế giới, theo nghiên cứu của Griffiths (2001) nước muối vô trùng 0,9% là một dung dịch đẳng trương và các dung dịch đẳng trương không làm cản trở đến quá trình chữa lành vết thương, không gây ảnh hưởng đến mô, không gây dị ứng hoặc làm thay đổi hệ vi khuẩn bình thường của da⁽³⁾. Một nghiên cứu khác còn cho thấy tỷ lệ nhiễm trùng vết thương bụng không có sự tăng hoặc giảm khi rửa bằng povidone iodine 5% hoặc nước muối vô trùng 0,9%⁽⁸⁾.

Tại Việt Nam, trước đây hầu hết các bệnh viện đều chọn dung dịch thay băng vết thương vô khuẩn là cồn 70 độ hoặc betadin (povidin)10%. Bệnh viện Nhi Đồng 2 trước đây chọn dung dịch thay băng lỗ tiểu thấp là betadin 2% (povidin 2%) và sodium chloride 0,9% (nước muối sinh lý) với quy trình 2 bước, hiện nay bước đầu áp dụng thay băng vết thương vô khuẩn với dung dịch sodium

chloride 0,9%⁽⁷⁾, Trong quá trình chăm sóc, chúng tôi nhận thấy sử dụng dung dịch sodium chloride 0,9% vừa tiện lợi, vừa dễ dàng thực hiện. Hiện chưa có đánh giá thay băng sau phẫu thuật lỗ tiểu thấp bằng dung dịch sodium chloride 0,9%, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này mô tả kết quả ban đầu áp dụng thay băng sau theo quy trình này.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả kết quả bước đầu áp dụng thay băng sau phẫu thuật lỗ tiểu thấp bằng dung dịch sodium chloride 0,9%

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhi được chẩn đoán tật lỗ tiểu thấp được phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu tại khoa Ngoại Niệu bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 5/2021 đến tháng 06/2022. Không nhận vào nghiên cứu các bệnh nhân lỗ tiểu thấp tái phát hoặc thân nhân bệnh nhân không đồng ý tham gia.

Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu mô tả

Quy trình kỹ thuật: Điều dưỡng đến phòng bệnh - kiểm tra thông tin bệnh nhân, báo và giải thích cho thân nhân và bệnh nhân việc sắp làm đồng thời nhận định tình trạng băng vết mổ, Sau đó, điều dưỡng về phòng rửa tay, mang găng, soạn dụng cụ... Bệnh nhân nằm ngửa, 2 chân dang tư thế cơ năng, lót vải láng dưới mông bệnh nhân, bộc lộ vùng có vết mổ. Tiến hành làm mềm băng bằng cách dùng bơm tiêm 5 ml rút dung dịch sodium chlorid 0,9% đã soạn sẵn bơm nhẹ vào vùng băng (thường từ 2-3 phút), tháo bỏ băng dơ.



Tay không thuận nâng dương vật, tay thuận cầm kèm gấp gòn thấm dung dịch sodium chlorid 0,9% rửa vết may trước (rửa từ hướng lỗ tiểu đến gốc dương vật) rộng ra 5 cm, sau đó rửa lỗ sáo, rửa chân ống thông tiểu cao lên 5-7cm.



Thấm khô, quần băng (lớp urgotull nằm phía trong, gạc phía ngoài), dán băng keo cố định (quần băng keo từ đỉnh dương vật xuống gốc).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm mẫu nghiên cứu: Từ 5/2021 đến 06/2022 có 75 bệnh nhi đến mổ lỗ tiểu thấp lần đầu. Trong đó có 18 bệnh nhân ở TP Hồ Chí Minh (24%) và 57 bệnh nhân (76%) ở tỉnh. Trong 75 bệnh nhi ở nghiên cứu này với tuổi nhỏ nhất là 11 tháng, lớn nhất là 12 tuổi. Nhóm từ 18 tháng – 3 tuổi có 36 bệnh nhi, chiếm tỷ lệ cao nhất (48%).

Kết quả thay băng:

Đặc điểm vết mổ khi thay băng: Đa số vết mổ của bệnh nhân khô ráo khi mở băng lần đầu (65,3%), có 2 (2,7%) trường hợp có vết mổ ướt, tiết dịch, có dấu hiệu nhiễm trùng. Kết quả cấy dịch của 02 trường hợp này có sự hiện diện của E coli.

Bảng 1: Đặc điểm vết mổ trong lần thay băng đầu tiên

Vết mổ khi thay băng lần đầu	Tổng số bệnh nhân (N=75)	%
Khô sạch	49	65,3
Phù nề	24	32
Chảy máu	09	12
Tiết dịch, nhiễm trùng	02	2,7

Thời gian thay băng trung bình: Thời gian thay băng trung bình lần đầu 5,2 phút (5 phút 12 giây), ngắn nhất 4,8 phút, dài nhất là 6 phút. Thời gian thay băng lần cuối (chăm

sóc vết mổ để hở) trung bình 1,6 phút (1 phút 36 giây), ngắn nhất là 1 phút, dài nhất là 2 phút. Thời gian thay băng trung bình lần 2 trở đi cho đến lúc tháo băng là 3,6 phút (3

phút 36 giây), ngắn nhất là 2 phút, dài nhất là 4 phút.

Số lần thay băng: Số lần thay băng ít nhất 4 lần có 23 trường hợp, nhiều nhất là 10 lần với 1 trường hợp.

Bảng 2: Số lần thay băng

Số lần thay băng	Tổng số bệnh nhân (N=75)	%
4 lần	23	30,7
5 lần	12	16
6 lần	14	18,7
7 lần	10	13,3
8 lần	15	20
10 lần	01	1,3

Thời gian để hở vết mổ: Thời gian bắt đầu tháo băng để hở vết mổ sớm nhất là hậu phẫu ngày 5: có 22 trường hợp và trễ nhất là hậu phẫu ngày 9 có 2 trường hợp (do dương vật còn phù nề, tiết dịch nên tiếp tục băng sau khi chăm sóc). Có 27 trường hợp tháo băng để hở ngày thứ 6 hậu phẫu, chiếm tỷ lệ ưu thế 36%.

Thời gian rút ống thông tiểu: Chiếm đa số với 24 trường hợp (32%) vào ngày hậu phẫu thứ 10, có 5 trường hợp phải lưu ống thông tiểu đến ngày thứ 14 sau mổ (6,7%). Số lượng bệnh nhân lưu ống thông tiểu sau 7 ngày có đến 52 trường hợp (chiếm 69%).

Đặc điểm vết mổ trước xuất viện: Đa số các trường hợp trước xuất viện đều có vết mổ khô sạch 58 trường hợp (77,3%), dương vật phù nề nhẹ không nhiễm trùng chiếm 17 trường hợp (22,7%).

IV. BÀN LUẬN

Dung dịch Sodium Chloride 0.9%

Hiện nay chưa có nghiên cứu nào về thay băng lỗ tiểu thấp với dung dịch sodium chlorid 0,9%. Tuy nhiên trên thế giới có rất nhiều nghiên cứu về thay băng các loại vết thương khác với dung dịch sodium chlorid 0,9% cho thấy đây là dung dịch an toàn có thể sử dụng trong thay băng sau mổ lỗ tiểu

thấp. Theo nghiên cứu của Blunt J và cộng sự năm 2001 nước muối vô trùng 0,9% là dung dịch đẳng trương. Nó không thêm vào chất lỏng cũng như không lấy nó ra khỏi vết thương ⁽¹⁾. Theo nghiên cứu của Griffiths và cộng sự năm 2001 các dung dịch đẳng trương không cản trở quá trình lành thương, không làm tổn thương mô, không gây dị ứng hay làm thay đổi hệ vi khuẩn bình thường của da ⁽³⁾. Theo nghiên cứu của Kim và cộng sự năm 2015, nước muối 0,9% thông thường có thể có hiệu quả như một chất khử trùng (0,1% polyhexanide cộng với 0,1% betaine) để điều trị vết thương áp lực âm với nhỏ thuốc trong điều trị nội trú bổ sung cho các vết thương bị nhiễm trùng ⁽⁴⁾. Nghiên cứu của Vinay HG (2019) cho thấy tỷ lệ nhiễm trùng vết thương bụng không có sự tăng hoặc giảm khi rửa bằng povidone iodine 5% hoặc nước muối vô trùng 0,9% ⁽⁸⁾.

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân được chẩn đoán lỗ tiểu thấp thể giữa thân dương vật với cùng phương pháp mổ, được tiến hành cùng nhóm phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm tại trung tâm phẫu thuật chuyên tiết niệu sinh dục nhi với mục đích nhằm hạn chế yếu tố gây nhiễu đến việc đánh giá kết quả chăm sóc sau mổ. Số lượng bệnh

nhân đến từ những tỉnh ngoài Thành phố Hồ Chí Minh chiếm đa số (76%), khá tương đồng với những nghiên cứu về lỗ tiểu thấp trước đây. Đặc điểm địa lý phần nào cho thấy ảnh hưởng đến thời gian nằm viện. Cụ thể trong 75 bệnh nhân được phẫu thuật, số lượng bệnh nhân lưu ống thông sau 7 ngày lên đến 52 trường hợp (chiếm 69%), trong đó có đến 48 trường hợp đến từ tỉnh ngoài TPHCM. Điều này có lẽ xuất phát từ tâm lý thân nhân bệnh nhi luôn mong muốn vết mổ được chăm sóc hoàn toàn trong điều kiện tại bệnh viện.

Kết quả thay băng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù còn hạn chế, chưa so sánh thời gian thay băng với quy trình cũ nhưng thực tế thời gian làm thủ thuật khi thay băng với dung dịch sodium chloride 0,9% ngắn hơn trước đây vì không có giai đoạn rửa vết mổ với dung dịch betadin 10% hoặc betadin 2% (Povidin). Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ tương đối thấp (2,7%), thời gian nằm viện dài nhất 14 ngày – tương đồng với nghiên cứu ở thời điểm còn sử dụng thay băng với dung dịch sodium chloride 0,9% và betadin của tác giả Phan Tấn Đức (2009) ⁽⁵⁾, Phạm ngọc thạch (2012)⁽⁵⁾

Thời gian thay băng trung bình trong lần đầu kéo dài hơn những lần sau do băng khô dính và thêm thời gian chờ dung dịch sodium chloride 0,9% thấm ướt tróc băng.

V. KẾT LUẬN

Sử dụng dung dịch sodium chlorid 0,9% thay băng sau phẫu thuật lỗ tiểu thấp bước đầu cho thấy rút ngắn các bước và thời gian

thay băng, cải thiện tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ, thời gian nằm viện không thay đổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Blunt, J.** (2001) Wound cleansing: ritualistic or evidence-based practice. *Nursing Standard*; 16: 1, 33-36.
2. **PGS.TS. BS. Cao Văn Thịnh** (2017), điều dưỡng cơ bản tập 2, chăm sóc vết thương vô khuẩn-cắt chỉ, trang 141 – 153.
3. **Griffiths, R.D. et al** (2001) Is tap water a safe alternative to normal saline for wound irrigation in the community. *Journal of Wound Care*; 10: 10, 407-411.
4. **Kim, P. J., Attinger, C. E., Oliver, N., Garwood, C., Evans, K. K., Steinberg, J. S., & Lavery, L. A.** (2015). Comparison of Outcomes for Normal Saline and an Antiseptic Solution for Negative-Pressure Wound Therapy with Instillation. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 136(5), 657e–664e.
5. **Phan Tấn Đức** (2009) Phẫu thuật tạo hình niệu đạo một thì bằng vạt da niêm 2 mặt trong tật lỗ tiểu thấp tại BV NĐ2. *Y Học TP.HCM*, tập 13, phụ bản số 6, trang 63.
6. **Phạm Ngọc Thạch** (2012) Kết quả bước đầu điều trị lỗ tiểu thấp thể sao theo phương pháp Snodgrass. *Y Học TP HCM*, tập 16, số 4.
7. **Trịnh Hữu Tùng** (2020). Kỹ thuật điều dưỡng nhi khoa, trang 375 – 381. Nhà xuất bản Y học, bệnh viện Nhi Đồng 2.
8. **Vinay HG, Kirankumar, Rameshreddy G, Arudhra P, Udayeeteja B** (2019) Comparison of the Efficacy of Povidone-Iodine and Normal Saline Wash in Preventing Surgical Site Infections in Laparotomy Wounds-Randomized Controlled Trial. *Surgery Curr Res* 8: 319.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ BƯỚC ĐẦU ỨNG DỤNG CÔNG NGHỆ THÔNG TIN TRONG KIỂM SOÁT TƯƠNG TÁC THUỐC TẠI BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH GIAI ĐOẠN 2023-2024

Hoàng Thy Nhac Vũ^{1,2}, Trần Văn Khanh², Nguyễn Thành Hải³,
Nguyễn Thị Thái Hòa², Đỗ Quang Dương¹, Lê Phước Thành Nhân²,
Đặng Hoàng Lê Vũ², Chung Khang Kiệt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả ứng dụng công nghệ thông tin (CNTT) trong kiểm soát tương tác thuốc (TTT) tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh giai đoạn 2023-2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp có so sánh trước sau. Trước can thiệp, nghiên cứu dựa vào dữ liệu chỉ định thuốc điều trị cho người bệnh trong tháng 6/2023, tiến hành sàng lọc các lượt chỉ định có khả năng xuất hiện các TTT; tiếp theo, cài đặt cảnh báo cho các cặp TTT đã được ghi nhận. Sau khi can thiệp, dữ liệu chỉ định thuốc điều trị cho người bệnh trong tháng 3/2024 được thu thập và phân tích để đánh giá và so sánh sự khác biệt về tỷ lệ xuất hiện các chỉ định có nguy cơ TTT. Dữ liệu được tổng hợp và chuẩn hóa bằng Excel, và tiến hành phân tích bằng power BI.

Kết quả: Tỷ lệ lượt chỉ định có nguy cơ TTT giảm từ 0,022% còn 0,015% ở ngoại trú và từ 0,222% còn 0,185% ở nội trú giữa trước và sau can thiệp ($p < 0,05$). Trong tổng các trường hợp ghi nhận có nguy cơ TTT, tỷ lệ TTT chống chỉ

định tuyệt đối giảm từ 18,6% còn 12,4% trong điều trị nội trú, và giảm từ 80,5% còn 66,7% trong điều trị ngoại trú.

Kết luận: Nghiên cứu đã cung cấp minh chứng cho thấy hiệu quả bước đầu của việc ứng dụng CNTT trong kiểm soát TTT tại bệnh viện, tạo tiền đề cho bệnh viện trong việc định hướng đầu tư phát triển về cơ sở hạ tầng, kỹ thuật và nhân lực để triển khai và hoàn thành kế hoạch ứng dụng CNTT trong kiểm soát TTT tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh trong thời gian nhanh nhất.

Từ khóa: Công nghệ thông tin, tương tác thuốc, phần mềm kê đơn điện tử, Bệnh viện Lê Văn Thịnh.

SUMMARY

INITIAL EFFECTIVENESS ASSESSMENT OF INFORMATION TECHNOLOGY APPLICATION IN DRUG INTERACTION CONTROL AT LE VAN THINH HOSPITAL DURING 2023-2024

Objective: To evaluate the effectiveness of information technology (IT) application in controlling drug interactions at Le Van Thinh Hospital during 2023-2024.

Subjects and Methods: A pre-post intervention study was conducted. Before the intervention, the study relied on data of prescribed medications for patients in June 2023, screening for prescriptions with potential drug-drug interactions (DDIs); then, alerts were set up for the identified interacting drug pairs. After the

¹Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Lê Văn Thịnh

³Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thy Nhac Vũ

ĐT: 0913110200

Email: hoangthyhacvu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

intervention, data on prescribed medications for patients in March 2024 were collected and analyzed to evaluate and compare the difference in the incidence of prescriptions with a risk of DDIs. Data were aggregated and standardized using Excel and analyzed using Power BI.

Results: The incidence of prescriptions with a risk of DDIs decreased from 0.022% to 0.015% in outpatient settings and from 0.222% to 0.185% in inpatient settings between pre- and post-intervention ($p < 0.05$). Among the total cases recorded with a risk of DDIs, the proportion of absolute contraindicated DDIs decreased from 18.6% to 12.4% in inpatient treatment and from 80.5% to 66.7% in outpatient treatment.

Conclusion: The study has provided initial evidence demonstrating the effectiveness of IT application in controlling DDIs at the hospital, creating a premise for the hospital to orient investment in infrastructure, technology, and human resources to implement and complete the plan of IT application in controlling DDIs at Le Van Thinh Hospital in the shortest time.

Keywords: Information technology, drug-drug interactions (DDIs), electronic prescribing software, Le Van Thinh Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm qua, ứng dụng công nghệ thông tin (CNTT) trong y tế đã đạt nhiều thành tựu trong các hoạt động khám chữa bệnh từ xa, quản lý bệnh viện, dự báo dịch bệnh, quản lý trang thiết bị y tế, dược phẩm, đào tạo, khoa học công nghệ và chuyển giao kỹ thuật. Tại Việt Nam, ứng dụng CNTT là một trong những nhiệm vụ trọng tâm trong giai đoạn hiện nay tại các cơ sở y tế, nhằm đáp ứng định hướng chuyển đổi số của quốc gia trong cuộc cách mạng công nghiệp lần thứ tư. Trong bối cảnh này,

để tạo căn cứ pháp lý cho các bệnh viện triển khai thực hiện việc ứng dụng CNTT, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 46/2018/TT-BYT quy định hồ sơ bệnh án điện tử; Thông tư số 49/2017/TT-BYT quy định hoạt động y tế từ xa; Thông tư số 27/2021/TT-BYT quy định kê đơn thuốc bằng hình thức điện tử; Thông tư số 04/2022/TT-BYT sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 52/2017/TT-BYT, Thông tư số 18/2018/TT-BYT và Thông tư số 27/2021/TT-BYT về việc quy định kê đơn thuốc bằng hình thức điện tử.

Từ chỉ thị 02/CT-BYT năm 2009 của Bộ Y tế yêu cầu các cơ sở y tế xem việc ứng dụng CNTT là một trong những ưu tiên để đầu tư phát triển cơ quan đơn vị, nhiều bệnh viện, trong đó có Bệnh viện Lê Văn Thịnh (BVLVT) đã định hướng xây dựng kế hoạch, lộ trình tổ chức thực hiện việc ứng dụng và phát triển công nghệ thông tin trong quản lý, điều hành, cải cách thủ tục hành chính của đơn vị. Theo Quyết định số 1199/QĐ-UBND về tổ chức lại Bệnh viện Quận 2 thành Bệnh viện Lê Văn Thịnh trực thuộc Sở Y tế ngày 7/4/2021 của UBND thành phố Hồ Chí Minh, BVLVT là đơn vị sự nghiệp y tế hạng I, có quy mô 500 giường bệnh. Đến nay, BVLVT đang trên đà phát triển nhanh chóng, với gần 3000 lượt khám ngoại trú và 350 lượt điều trị nội trú mỗi ngày. Với số lượng người bệnh lớn, đặc thù mô hình phục vụ người bệnh tại đô thị, bệnh viện cần tiếp tục hoàn thiện, nâng cấp phần mềm để phục vụ người bệnh tốt hơn, đặc biệt là ứng dụng CNTT để kiểm soát các vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc.

Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu đã ghi nhận nguy cơ tương tác thuốc (TTT) trong điều trị cho người bệnh⁽¹⁻⁹⁾ khi khảo sát thực trạng sử dụng thuốc tại bệnh viện. Bên cạnh đó, việc ứng dụng CNTT trong kiểm soát

TTT tại bệnh viện đã được nhiều nghiên cứu thực hiện và ghi nhận rõ hiệu quả^(4,8,9).

Hiện nay, BVLVT đã ứng dụng phần mềm quản trị bệnh viện phục vụ cho nhiều hoạt động, trong đó, có hoạt động kê đơn điện tử, với 100% các bác sỹ đã kê đơn thuốc bằng máy tính có kết nối mạng, và đơn thuốc được gửi tới các khoa, phòng, nhà thuốc bệnh viện. Hoạt động này nằm trong kế hoạch thực hiện Đề án “Triển khai ứng dụng CNTT nhằm kiểm soát, quản lý đơn thuốc điện tử” do Bộ Y tế ban hành trong Quyết định số 3680/QĐ-BYT tháng 8 năm 2019. Với mục tiêu kiểm soát nguy cơ xảy ra TTT trong bối cảnh BVLVT đang phát triển về quy mô và gia tăng số lượng người bệnh, BVLVT đã xây dựng và tiến đến hoàn thiện hệ thống cảnh báo TTT thông qua ứng dụng CNTT nhằm nâng cao khả năng phát hiện TTT bất lợi, từ đó đảm bảo an toàn trong sử dụng thuốc cho người bệnh. Để có thêm căn cứ sát thực cho việc điều chỉnh và tiếp tục đẩy mạnh việc ứng dụng CNTT trong quản lý sử dụng thuốc nói riêng và quản lý bệnh viện nói chung, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu đánh giá hiệu quả bước đầu ứng dụng CNTT trong kiểm soát TTT tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh giai đoạn 2023-2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp có so sánh trước sau, thực hiện qua ba giai đoạn

(1) khảo sát thực trạng chỉ định thuốc và xác định các trường hợp có nguy cơ xảy ra TTT. Trong giai đoạn 1, nghiên cứu thu thập toàn bộ dữ liệu chỉ định thuốc điều trị cho người bệnh có BHYT trong tháng 6/2023, tiến hành sàng lọc các lượt chỉ định có xuất hiện các thuốc có khả năng tương tác, và đánh giá mức độ TTT cho từng trường hợp.

(2) ứng dụng CNTT để xây dựng mô-đun cảnh báo TTT bất lợi trong hệ thống kê đơn điện tử của bệnh viện. Từ các trường hợp có khả năng xảy ra TTT được xác định trong giai đoạn 1, Khoa Dược lập danh sách và chuyển cho Phòng CNTT của BVLVT để nghiên cứu và tiến hành cài đặt cảnh báo trên hệ thống kê đơn điện tử cho các trường hợp có TTT bất lợi liên quan.

(3) đánh giá lại tỷ lệ TTT sau một thời gian ứng dụng chức năng cảnh báo TTT trong hệ thống kê đơn điện tử của bệnh viện. Sau một thời gian ứng dụng CNTT để cảnh báo các trường hợp có nguy cơ TTT, nghiên cứu thu thập toàn bộ dữ liệu chỉ định thuốc điều trị cho người bệnh có BHYT trong tháng 3/2024 để phân tích và so sánh với tỷ lệ có nguy cơ TTT được ghi nhận ở giai đoạn 1, tiến hành đánh giá hiệu quả bước đầu của việc ứng dụng CNTT trong kiểm soát TTT.

Tổng hợp dữ liệu và phân tích thống kê

Nghiên cứu lựa chọn phân tích trên các lượt chỉ định thuốc cho người bệnh có BHYT, theo lượt chỉ định có nguy cơ TTT chống chỉ định (CCĐ) tuyệt đối và TTT CCĐ có điều kiện trong điều trị nội trú/ngoại trú, thông qua phương pháp thống kê cơ bản theo tần số và tỷ lệ phần trăm. Việc xác định các trường hợp có nguy cơ TTT dựa vào “Danh mục TTT CCĐ trong thực hành lâm sàng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh” ban hành kèm theo Quyết định số 5948/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2021 của Bộ Y tế. Quá trình sàng lọc các trường hợp có nguy cơ TTT được thực hiện bởi phần mềm Navicat; dữ liệu được trích xuất từ phần mềm quản trị bệnh viện, tổng hợp và chuẩn hóa bằng Excel, và tiến hành phân tích bằng phần mềm Power BI.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Mô tả đặc điểm chỉ định thuốc trước và sau khi can thiệp**

Nghiên cứu tổng hợp được 233.759 lượt chỉ định trước can thiệp và 242.697 lượt chỉ định sau can thiệp để đưa vào phân tích. Dựa vào “Danh mục TTT CCD trong thực hành lâm sàng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh” của Bộ Y tế, quá trình sàng lọc bằng phần mềm Navicat ghi nhận có 154 lượt chỉ định có nguy cơ xảy ra TTT trước can thiệp (liên quan đến 22 cặp thuốc) và 119 trường hợp có nguy cơ xảy ra TTT sau can thiệp (liên quan đến 26 cặp thuốc) (Bảng 1). Số trường hợp có nguy cơ TTT được ghi nhận ở nội trú cao hơn ở ngoại trú ở cả trước và sau khi can thiệp (Hình 1).

So sánh sự khác biệt trước và sau khi can thiệp

Trong tổng các trường hợp ghi nhận có nguy cơ TTT, tỷ lệ TTT CCD tuyệt đối giảm từ 18,6% còn 12,4% trong điều trị nội trú, và giảm từ 80,5% còn 66,7% trong điều trị ngoại trú (Bảng 2). Cặp thuốc Linezolid + Tramadol (TTT CCD có điều kiện) và Linezolid + Methyldopa (TTT CCD tuyệt đối) là hai cặp TTT có tần suất chỉ định cao trước khi can thiệp đã không còn xuất hiện sau can thiệp (Bảng 3). So với trước khi can thiệp, tỷ lệ lượt chỉ định có nguy cơ TTT giảm từ 0,022% còn 0,015% ở ngoại trú và từ 0,222% còn 0,185 ở nội trú (Hình 2).

Bảng 1: Mô tả các thông tin về mẫu nghiên cứu trước và sau can thiệp tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh

	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Tổng lượt có TTT/ Tổng lượt chỉ định	154/233.759 (0,066 %)	119/242.697 (0,049%)
Số cặp hoạt chất TTT được ghi nhận (TTT CCD tuyệt đối / TTT CCD có điều kiện)	22 (9/13)	26 (12/14)

Bảng 2: Phân bố các lượt chỉ định có nguy cơ tương tác thuốc trong mẫu nghiên cứu theo phân loại tương tác thuốc trong Quyết định số 5948/QĐ-BYT

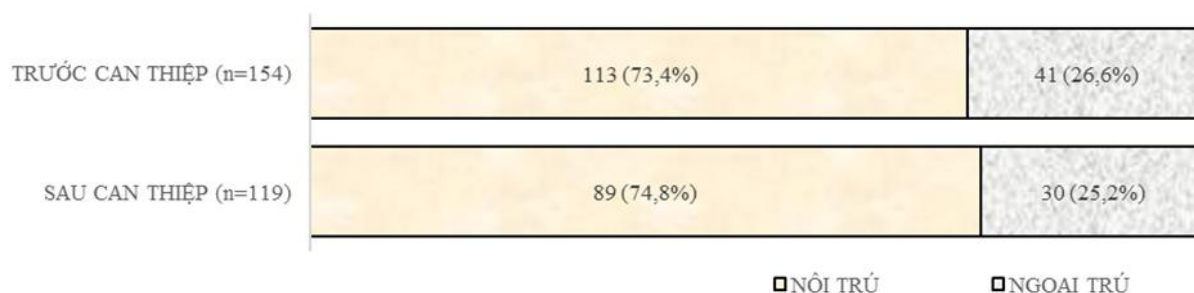
Phân loại TTT	Nội trú		Ngoại trú		Nội + ngoại trú	
	Trước	Sau	Trước	Sau	Trước	Sau
	N=113 (%)	N=89 (%)	N=41 (%)	N=30 (%)	N=154 (%)	N=119 (%)
CCĐ tuyệt đối	21 (18,6)	11 (12,4)	33 (80,5)	20 (66,7)	54 (35,0)	31 (26,1)
CCĐ có điều kiện	92 (81,4)	78 (87,6)	8 (19,5)	10 (33,3)	100 (65,0)	88 (73,9)

Bảng 3: Mô tả các trường hợp chỉ định có nguy cơ xảy ra tương tác thuốc trước và sau khi can thiệp tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh theo Quyết định số 5948/QĐ-BYT

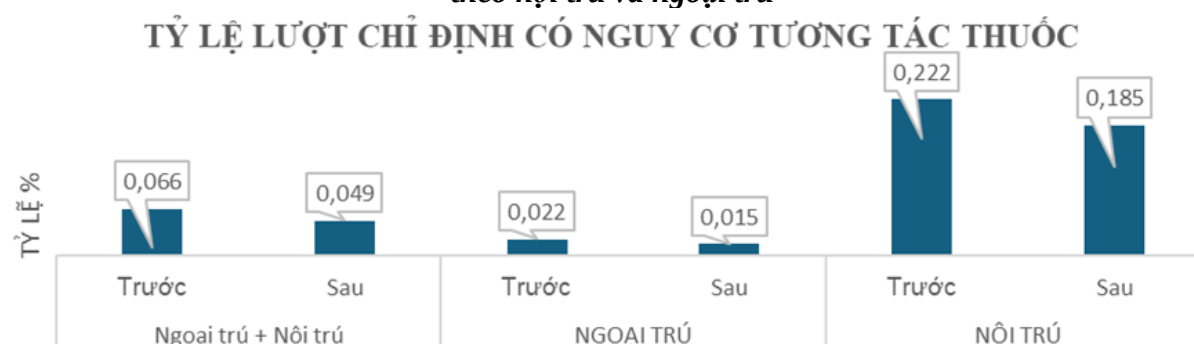
Các cặp thuốc có nguy cơ gây tương tác bất lợi	Trước can thiệp		Sau can thiệp	
	n=154 lượt	(%)	n=119 lượt	(%)
Tương tác thuốc chống chỉ định có điều kiện				
Fentanyl + Linezolid	37	24,0%	48	40,3%
Linezolid + Tramadol	14	9,1%	0	-

Hyoscin butylbromid + Kali clorid	13	8,4%	9	7,6%
Ringer lactat + Ceftriaxon	11	7,1%	1	0,8%
Amitriptylin + Linezolid	5	3,2%	1	0,8%
Haloperidol + Moxifloxacin	5	3,2%	10	8,4%
Iohecol + Metformin	5	3,2%	3	2,5%
Linezolid + Mirtazapin	3	1,9%	0	-
Kali clorid + Atropin	2	1,3%	0	-
Moxifloxacin + Amiodaron	2	1,3%	1	0,8%
Levofloxacin + Haloperidol	1	0,6%	6	5,0%
Metformin + Iopromid	1	0,6%	2	1,7%
Linezolid + Pethidin	1	0,6%	0	-
Amiodaron + Haloperidol	0	-	1	0,8%
Carvedilol + Colchicin	0	-	2	1,7%
Ceftriaxon + Calci clorid	0	-	2	1,7%
Diltiazem + Colchicin	0	-	1	0,8%
Metformin + Iobitridol	0	-	1	0,8%
Tương tác thuốc chống chỉ định tuyệt đối				
Diltiazem + Ivabradin	17	11,0%	3	2,5%
Sulpirid + Levodopa/carbidopa	15	9,7%	5	4,2%
Linezolid + Methyldopa	10	6,5%	0	-
Linezolid + Levodopa/carbidopa	3	1,9%	0	-
Gemfibrozil + Repaglinid	2	1,3%	0	-
Clarithromycin + Ivabradin	1	0,6%	0	-
Ketorolac + Ketoprofen	1	0,6%	0	-
Lovastatin + Itraconazol	1	0,6%	0	-
Nefopam + Linezolid	1	0,6%	4	3,4%
Aspirin + Ketorolac	0	-	1	0,8%
Lercanidipin + Clarithromycin	0	-	3	2,5%
Quetiapin + Itraconazol	0	-	1	0,8%
Verapamil + Ivabradin	0	-	8	6,7%
Itraconazol + Lercanidipin	0	-	1	0,8%
Metoclopramid + Levodopa/carbidopa +/- entacapon	0	-	1	0,8%
Clarithromycin + Simvastatin	0	-	1	0,8%
Ticagrelor + Itraconazol	0	-	1	0,8%
Fluvoxamin + Tizanidin	0	-	1	0,8%

TỶ LỆ LƯỢT ĐIỀU TRỊ NỘI/NGOẠI TRÚ CÓ NGUY CƠ TƯƠNG TÁC THUỐC



Hình 1: Mô tả lượt chỉ định có nguy cơ tương tác trong mẫu nghiên cứu theo nội trú và ngoại trú



Hình 2: Tỷ lệ lượt chỉ định có tương tác thuốc trước và sau can thiệp trong mẫu nghiên cứu

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu ghi nhận hiệu quả rõ nét của việc ứng dụng CNTT trong kiểm soát nguy cơ TTT tại BVLVT. Cụ thể, tỷ lệ chỉ định có TTT nói chung và TTT CCD tuyệt đối đã giảm sau khi cài đặt cảnh báo TTT vào hệ thống kê đơn điện tử của bệnh viện. Nhiều nghiên cứu đã ghi nhận sự xuất hiện của các TTT có thể xảy ra trong điều trị ngoại trú ^(1,2,4,6,8) hoặc nội trú ^(3,6,8,9). Việc ứng dụng CNTT đã giúp nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành thuận lợi, dữ liệu được thu thập và tổng hợp nhanh chóng, chính xác, và đầy đủ, trích xuất và phân tích được toàn bộ số lượt chỉ định trong điều trị nội trú và ngoại trú cho người bệnh có BHYT trong một tháng. Với kết quả phân tích của giai đoạn 1, sau khi ghi nhận các trường hợp có thể xảy ra TTT, Phòng CNTT

của bệnh viện đã nghiên cứu bổ sung chức năng cảnh báo TTT tập trung vào các trường hợp cụ thể, và sau một thời gian triển khai bước đầu, kết quả quá trình đánh giá lại các lượt chỉ định sau khi can thiệp đã ghi nhận tỷ lệ lượt chỉ định thuốc có xuất hiện nguy cơ TTT đã giảm trong điều trị ngoại trú cũng như nội trú. Ngoài ra, sau khi can thiệp, các trường hợp có ghi nhận các cặp TTT CCD tuyệt đối đã giảm về số lượng cũng như tỷ lệ. Đây là kết quả khả quan cho thấy hiệu quả bước đầu trong việc ứng dụng CNTT trong kiểm soát TTT tại BVLVT. Trong 26 cặp TTT ghi nhận sau can thiệp, có 14 cặp thuốc chưa được ghi nhận chỉ định tại BVLVT trước khi can thiệp nên chưa được cài đặt cảnh báo trong hệ thống kê đơn điện tử của bệnh viện. Trong các trường hợp có ghi nhận xuất hiện các cặp TTT trước và sau can

thiệp, số lượng các trường hợp điều trị nội trú chiếm tỷ cao hơn điều trị ngoại trú. Kết quả này có liên quan đến quy trình rà soát các lượt chỉ định, khi nghiên cứu dùng phần mềm Navicat để lọc ra các trường hợp có ghi nhận các cặp thuốc có nguy cơ tương tác được chỉ định trong 24 giờ, nếu trong điều trị ngoại trú, người bệnh được chỉ định 1 lần trong 24 giờ, thì trong điều trị nội trú, số lượt chỉ định sẽ nhiều hơn, và trong nghiên cứu chưa xem xét để loại ra các trường hợp chỉ định hai thuốc có nguy cơ TTT bất lợi nhưng được chỉ định và sử dụng giữa hai thời điểm khác nhau trong cùng một ngày.

Trong thời gian tới, BVLVT sẽ hoàn thiện các điều kiện về yêu cầu kỹ thuật và chuẩn hóa các chức năng cảnh báo TTT bất lợi, đặc biệt là bổ sung chức năng truy vết khi bác sỹ muốn bỏ qua cảnh báo TTT và ghi nhận lý do bỏ qua cảnh báo TTT để có thể ứng dụng CNTT trong kiểm soát TTT một cách đồng bộ và bền vững, mở rộng danh mục cảnh báo TTT, đảm bảo tính cập nhật kịp thời khi có các thông tin mới về TTT theo Cơ sở dữ liệu chuyên khảo về TTT (Micromedex, Lexicomp Drug Interactions) và Cơ sở dữ liệu thông tin sản phẩm được phê duyệt tại các nước tham chiếu của Việt Nam về đăng ký thuốc (Anh/Pháp/Châu Âu/Hoa Kỳ).

Tại BVLVT, kế hoạch ứng dụng phát triển CNTT đã được được lồng ghép trong chiến lược, kế hoạch phát triển chung của đơn vị và triển khai đến từng bộ phận phòng ban. Từ năm 2021, BVLVT đã bắt đầu triển khai xây dựng bệnh án điện tử, đẩy mạnh phát triển ứng dụng công nghệ trong ISO quản lý, phát triển các mô hình ứng dụng tiện ích, thẻ BHYT điện tử, ... góp phần tăng thêm sự hài lòng người bệnh khi đến khám và điều trị tại bệnh viện. Căn cứ theo quy định tại

Thông tư số 54/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ Y tế về ban hành Bộ tiêu chí ứng dụng CNTT tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, hạ tầng kỹ thuật CNTT của BVLVT có 100% tiêu chí đáp ứng ở mức độ cơ bản, một số tiêu chí đáp ứng mức 2, 3, 4, 5, và đang định hướng phát triển để đáp ứng đầy đủ theo yêu cầu vận hành cho mô hình bệnh viện thông minh. Việc ứng dụng CNTT tại BVLVT vẫn còn gặp nhiều khó khăn vì phải thực hiện đồng thời nhiều đề án ứng dụng CNTT và chuyển đổi số với thời gian yêu cầu hoàn thành ngắn, nguồn lực chưa đáp ứng kịp thời nhưng vẫn phải đảm bảo chất lượng, và tuân thủ quy định của pháp luật. Đây cũng là những khó khăn chung của những cơ sở y tế khác tại Việt Nam. Tuy nhiên, với quyết tâm của tập thể lãnh đạo BVLVT, Phòng CNTT đã cùng với các phòng ban chức năng tại bệnh viện đã chủ động triển khai nhanh, kịp thời từng nhiệm vụ cụ thể trong phạm vi năng lực cho phép, trên cơ sở áp dụng quy chế vận hành, quy chế đảm bảo an toàn thông tin, an ninh mạng cho hệ thống thông tin, cơ sở dữ liệu của bệnh viện. Kết quả nghiên cứu cũng góp thêm minh chứng và căn cứ thiết thực để BVLVT cũng như các đơn vị khác có thêm động lực vượt qua những trở ngại trước mắt, quyết tâm hoàn thành mục tiêu chuyển đổi số và ứng dụng CNTT tại đơn vị của mình, tăng chất lượng hoạt động chuyên môn, phục vụ tốt nhất cho người dân trong khu vực, trong đó, tập trung xây dựng và phát triển hệ thống hỗ trợ ra quyết định lâm sàng (Clinical Decision Support System) nhằm cảnh báo TTT ngay trên phần mềm kê đơn điện tử (HIS) và phối hợp với hoạt động của dược sỹ dược lâm sàng để gia tăng hiệu quả của hoạt động kiểm soát TTT tại bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

Cùng với xu thế phát triển của thời đại 4.0, để đáp ứng kịp thời nhu cầu đổi mới trong quản lý và hội nhập quốc tế, việc đưa ứng dụng CNTT vào quản lý dược bệnh viện nói chung và kiểm soát TTT bất lợi nói riêng là điều cần thiết, đóng góp phần không nhỏ vào công tác sử dụng thuốc hợp lý an toàn nhằm chăm sóc sức khỏe cho người dân. Nghiên cứu đã cung cấp minh chứng cho thấy hiệu quả của bước đầu ứng dụng CNTT trong kiểm soát TTT bất lợi tại BVLVT, tạo tiền đề cho bệnh viện trong việc định hướng đầu tư phát triển về cơ sở hạ tầng, kỹ thuật và nhân lực để triển khai và hoàn thành kế hoạch ứng dụng CNTT nói chung và phát triển hệ thống hỗ trợ ra quyết định lâm sàng nói riêng trong thời gian nhanh nhất nhằm kiểm soát tối đa TTT bất lợi tại BVLVT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Anh Tuấn, Phan Thị Kim Anh, Trần Thị Thu Hiền, Bùi Thị Hảo, Nguyễn Thị Hoa Liên** (2023). Khảo sát đặc điểm bệnh nhân và tình hình sử dụng thuốc của bệnh nhân ngoại trú có sử dụng BHYT tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Y Dược Lâm sàng 108, tập 18 số đặc biệt tháng 10/2023, trang 167-174.
2. **Trương Trần Anh Thư, Diệp Gia Hân, Vương Thị Kim Huyền, Lê Văn Thanh, Võ Văn Quyền, Nguyễn Ánh Nhật, Lê Thị Cẩm Tú, Nguyễn Thắng** (2020). Tương tác thuốc trong điều trị cho bệnh nhân ngoại trú mắc bệnh mạch vành tại Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, số 28, trang 143-148.
3. **Nguyễn Văn Linh, Phạm Thành Suôi, Võ Phạm Minh Thư** (2023). Nghiên cứu tình hình tương tác thuốc trên bệnh nhân mắc bệnh hô hấp mạn tính tại khoa khám bệnh Bệnh viện trường đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022-2023. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, số 63, trang 164-172.
4. **Nguyen Thi Thuy An, Pham Van Thinh, Nguyen Thanh Hai, Nguyen Xuan Bach** (2021). Effectiveness of the Management of Drug-drug Interactions in Inpatients through the Drug Interaction Warning System and Clinical Pharmacy Activity at Lao Cai General Hospital. VNU Journal of Science: Medical and Pharmaceutical Sciences, vol 37, number 2, pp. 70-76.
5. **Nguyễn Ngọc Sỹ, Đỗ Văn Mãi, Bùi Tùng Hiệp** (2020). Đặc điểm tương tác thuốc trong đơn thuốc điều trị ngoại trú. Y học cộng đồng, số 58, trang 33-38.
6. **Võ Thị Hồng Phượng, Phạm Thị Quỳnh Như** (2020). Khảo sát các tương tác thuốc trong bệnh án điều trị nội trú tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế. Tạp chí Y Dược học, số 10(3), trang 90-100.
7. **Võ Thị Hồng Phượng, Nguyễn Thị Hiền** (2020). Khảo sát các tương tác thuốc trong đơn thuốc điều trị ngoại trú tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế. Tạp chí Y Dược học, số 08(5), trang 26-36.
8. **Lê Thị Đỗ Quyên, Đinh Thị Thanh Thủy, Khuất Thị Oanh, Nguyễn Thành Hải** (2023). Phân tích hiệu quả trong quản lý tương tác thuốc bất lợi trên bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương. Tạp chí Y Dược Lâm sàng 108, tập 18, số đặc biệt tháng 10/2023, trang 89-97.
9. **Nguyen Thanh Hai, Pham Thi Thuy Van, Ly Cong Thanh, Luong Thi Lap, Can Khanh Linh, Nguyen Xuan Bach** (2023). Effect of Clinical Decision Support System and Clinical Pharmacists' Practice in Preventing Drug-drug Interactions among Inpatients in Bac Ninh General Hospital. VNU Journal of Science: Medical and Pharmaceutical Sciences, Vol. 39, No. 2 (2023) 1-10

PHÂN TÍCH XU HƯỚNG SỬ DỤNG HORMON - NỘI TIẾT TỔ - THUỐC TRÁNH THỤ THAI TRONG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG GIAI ĐOẠN 2019-2023

Đoàn Ngọc Hân¹, Hoàng Thy Nhac Vũ², Nguyễn Đỗ Hồng Nhung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm phân tích xu hướng sử dụng nhóm hormon - nội tiết tố - thuốc tránh thụ thai trong điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hùng Vương thành phố Hồ Chí Minh (BVHV) giai đoạn 2019-2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện thông qua việc hồi cứu dữ liệu sử dụng nhóm thuốc hormon - nội tiết tố - thuốc tránh thụ thai tại BVHV giai đoạn 2019-2023. Dữ liệu được tổng hợp, xử lý, và phân tích bằng Microsoft Excel và Power BI.

Kết quả: Trong 50 thuốc của nhóm được phân tích, thuốc generic chiếm 88%, thuốc đơn thành phần chiếm 88%, thuốc tiêm chiếm 48%, thuốc thuộc nhóm chế phẩm androgen-estrogen-progesterone chiếm 46%. Các thuốc thuộc chế phẩm Androgen-estrogen-progesterone được chỉ định nhiều nhất trong giai đoạn 2019-2023, dao động từ 25.384 đến 40.093 lượt. Các thuốc insulin-hạ đường huyết có lượt chỉ định thấp nhất trong giai đoạn khảo sát. Các thuốc có xu hướng giảm trong giai đoạn Covid-19 so với trước đó, và tăng trở lại giai đoạn hậu Covid-19.

Kết luận: Nghiên cứu đã cung cấp thông tin về đặc điểm, xu hướng sử dụng nhóm hormon - nội tiết tố - thuốc tránh thụ thai trong điều trị ngoại trú tại BVHV giai đoạn 2019-2023, giúp lãnh đạo bệnh viện có những thông tin cần thiết để đánh giá việc sử dụng thuốc và ra các quyết định quản lý và phân bổ ngân sách trong hoạt động chuyên môn.

Từ khóa: Sử dụng thuốc, hormon, hệ nội tiết, bệnh viện Hùng Vương

SUMMARY

ANALYSIS OF THE TREND IN USING HORMONES - ENDOCRINE DRUGS - CONTRACEPTIVES IN OUTPATIENT TREATMENT AT HUNG VUONG HOSPITAL DURING 2019-2023

Objective: The study was conducted to analyze the trend in using hormones - endocrine drugs - contraceptives in outpatient treatment at Hung Vuong Hospital in Ho Chi Minh City (HVH) during 2019-2023.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted through retrospective data on the use of hormones - endocrine drugs - contraceptives at HVH during 2019-2023. Data were aggregated, processed, and analyzed using Microsoft Excel and Power BI.

Results: Among the 50 drugs analyzed, generic drugs accounted for 88%, single-ingredient drugs accounted for 88%, injectable drugs accounted for 48%, and drugs belonging to the androgen-estrogen-progesterone group

¹Bệnh viện Hùng Vương

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thy Nhac Vũ

ĐT: 0913110200

Email: hoangthyhacvu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

accounted for 46%. Drugs belonging to the androgen-estrogen-progesterone group were the most prescribed during 2019-2023, ranging from 25,384 to 40,093 prescriptions. Insulin-hypoglycemic drugs had the lowest number of prescriptions during the study period. The number of prescriptions tended to decrease during the Covid-19 period compared to the pre-Covid-19 period and increased again in the post-Covid-19 period.

Conclusion: The study has provided information on the characteristics and trends in using hormones - endocrine drugs - contraceptives in outpatient treatment at HVH during 2019-2023, helping hospital leaders have the necessary information to evaluate drug use and make management and budget allocation decisions in professional activities.

Keywords: Drug use, hormones, endocrine system, Hung Vuong Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phân tích xu hướng sử dụng thuốc là một trong những hoạt động góp phần đảm bảo sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, hiệu quả, từ đó gia tăng chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại các cơ sở y tế ^(1,2). Trên cơ sở phân tích tình hình sử dụng thuốc trong một giai đoạn cụ thể, những thay đổi về loại thuốc thường dùng và xu hướng lựa chọn thuốc sẽ được nhận định đầy đủ, từ đó tạo căn cứ quan trọng giúp cho hoạt động xây dựng và điều chỉnh danh mục thuốc cũng như lựa chọn liệu pháp điều trị phù hợp nhất với tình trạng nguồn cung ứng hiện có và nhu cầu sử dụng thuốc của người dân trong khu vực. Tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu về xu hướng sử dụng thuốc được thực hiện nhằm cung cấp dữ liệu cho hoạt động đánh giá sử dụng thuốc tại bệnh viện ⁽³⁻⁷⁾, trong đó có cả

các bệnh viện chuyên khoa ⁽³⁻⁵⁾ và đa khoa ^(6,7).

Bệnh viện Hùng Vương là bệnh viện chuyên khoa phụ sản hạng I, trực thuộc Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh, thực hiện nhiệm vụ cấp cứu, khám chữa bệnh, chăm sóc y tế cho người dân. Với đặc thù là bệnh viện chuyên khoa trong lĩnh vực nội tiết và chăm sóc sức khỏe sinh sản, bệnh viện sử dụng một lượng lớn các thuốc hormon-nội tiết tổ-thuốc tránh thụ thai để phục vụ công tác khám, chữa bệnh ngoại trú. Do vậy, việc lựa chọn và sử dụng thuốc, trong đó có nhóm hormon - nội tiết tổ - thuốc tránh thụ thai (một trong những nhóm thuốc được sử dụng nhiều trong ngoại trú tại Bệnh viện Hùng Vương), đảm bảo tính hợp lý, an toàn và hiệu quả là một trong những vấn đề luôn được lãnh đạo bệnh viện quan tâm và chú trọng. Để có những đánh giá khách quan, chính xác, cần có những thông tin về tình hình sử dụng thuốc trong một thời gian dài. Trong bối cảnh này, nghiên cứu được thực hiện nhằm phân tích xu hướng sử dụng nhóm hormon - nội tiết tổ - thuốc tránh thụ thai trong điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hùng Vương thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2019-2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện thông qua việc hồi cứu dữ liệu sử dụng hormon - nội tiết tổ - thuốc tránh thụ thai (Nhóm XVIII/DMTTY) trong điều trị ngoại trú, tại Bệnh viện Hùng Vương giai đoạn 2019-2023. Đây là Nhóm XVIII trong Danh mục thuốc thiết yếu do Bộ Y tế ban hành kèm theo Thông tư số 19/2018/TT-BYT. Nghiên cứu loại trừ các trường hợp sử dụng

thuốc có BHYT để đảm bảo tính đồng nhất trong dữ liệu khi phân tích.

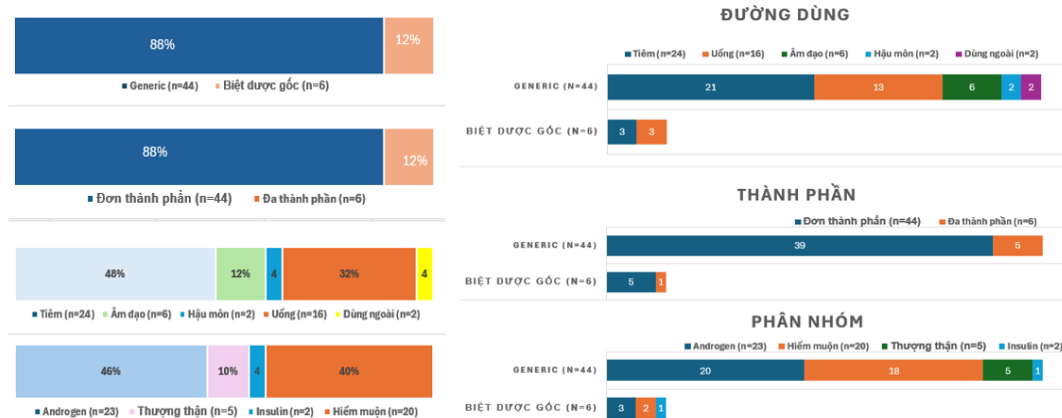
Tổng hợp và xử lý dữ liệu

Đặc điểm của Nhóm XVIII/DMTTY được mô tả thông qua số lượng thuốc theo các đặc điểm về đường dùng, nước sản xuất, tác dụng dược lý. Xu hướng sử dụng nhóm XVIII/DMTTY được mô tả theo lượt chỉ định và chi phí trong từng năm và cả giai đoạn 2019-2023. Việc phân loại thuốc theo nhóm kỹ thuật, tính độc quyền, và mục tiêu điều trị được thực hiện dựa trên quy định tại Thông tư số 15/2019/TT-BYT, Thông tư số 19/2018/TT-BYT. Dữ liệu được trích xuất từ phần mềm của bệnh viện sau đó được tổng hợp, xử lý, và phân tích bằng Microsoft Excel và Power BI.

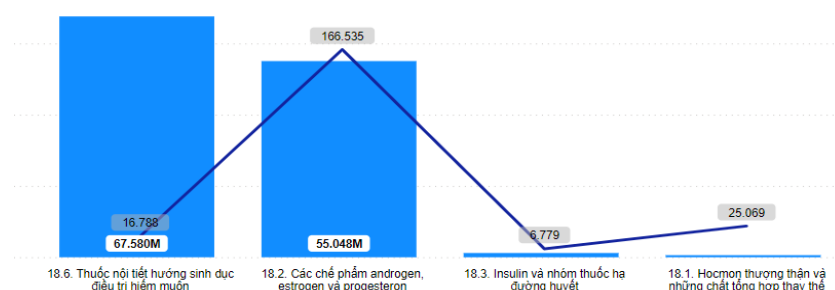
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm Nhóm XVIII/DMTTY sử dụng trong ngoại trú tại Bệnh viện Hùng Vương giai đoạn 2019-2023

Có 50 thuốc thuộc Nhóm XVIII/DMTTY, trong đó thuốc generic chiếm 88%, thuốc đơn thành phần chiếm 88%, thuốc tiêm chiếm 48%, thuốc thuộc nhóm chế phẩm androgen-estrogen-progesterone chiếm 46% (Hình 1). Trong giai đoạn nghiên cứu, nhóm thuốc nội tiết hướng sinh dục điều trị hiếm muộn có chi phí sử dụng cao nhất (67,580 tỷ đồng), được chỉ định cho 16.788 lượt; và nhóm các chế phẩm androgen-estrogen-progesterone có tổng lượt chỉ định cao nhất (166.535 lượt) nhưng có tổng chi phí sử dụng thấp hơn (55,048 tỷ đồng) nhóm thuốc nội tiết hướng sinh dục điều trị hiếm muộn (Hình 2).



Hình 1. Đặc điểm các thuốc nhóm hormon-nội tiết tố-thuốc tránh thai sử dụng tại Bệnh viện Hùng Vương trong mẫu nghiên cứu
CHI PHÍ - LƯỢT CHỈ ĐỊNH CỦA CÁC NHÓM THUỐC

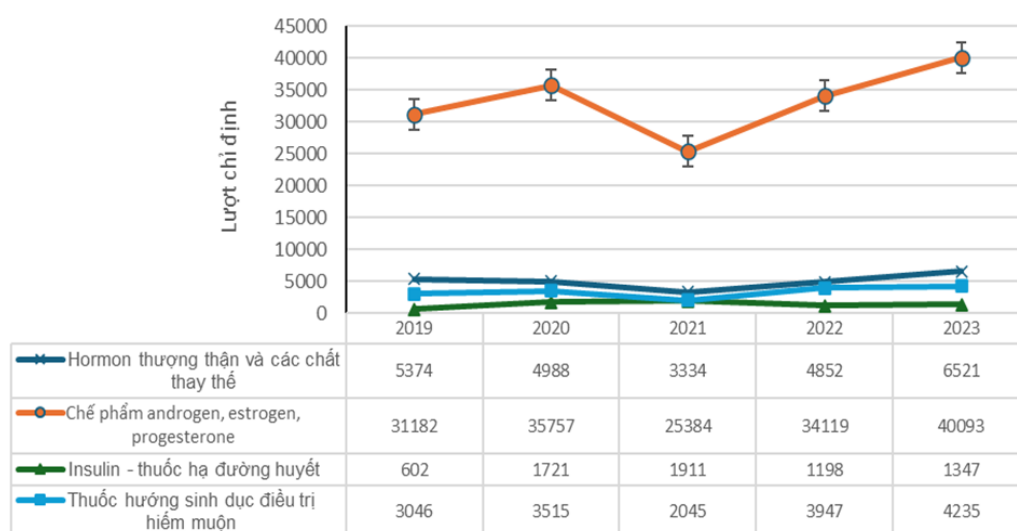


Hình 2. Số lượt điều trị và chi phí sử dụng thuốc nhóm hormone- nội tiết tố - thuốc tránh thai giai đoạn 2019-2023 trong mẫu nghiên cứu

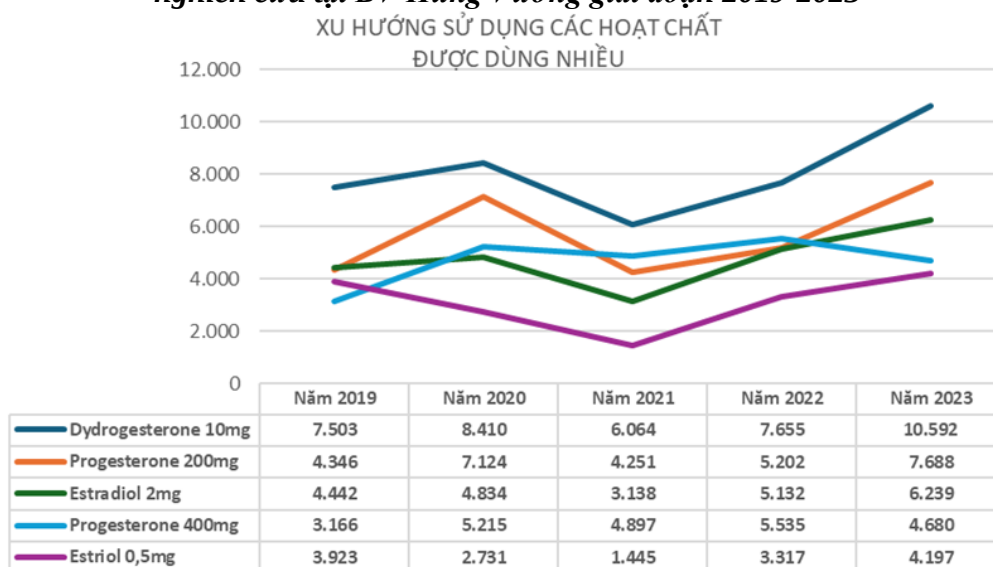
Xu hướng sử dụng thuốc Nhóm XVIII/DMTTY trong ngoại trú tại Bệnh viện Hùng Vương giai đoạn 2019-2023:

Xem xét lượt sử dụng của các chế phẩm trong các phân nhóm, các thuốc thuộc chế phẩm androgen-estrogen-progesterone được chỉ định nhiều nhất trong giai đoạn 2019-2023, với số lượt điều trị dao động từ 25.384 đến 40.093 lượt. Các thuốc insulin-hạ đường

huyết luôn có lượt sử dụng thấp nhất qua các năm khảo sát (Hình 3). Thuốc có hoạt chất Dydrogesterone 10mg có số lượt chỉ định luôn cao nhất ở các năm, Progesterone được sử dụng nhiều nhất ở hai dạng hàm lượng 200mg và 400mg. So với năm 2019, số lượt chỉ định của các thuốc có xu hướng giảm dần ở năm 2021 và tăng trở lại vào năm 2023. (Hình 4).



Hình 3. Xu hướng sử dụng thuốc hormone - nội tiết tố - thuốc tránh thụ thai của mẫu nghiên cứu tại BV Hùng Vương giai đoạn 2019-2023



Hình 4. Mô tả số lượt chỉ định của một số hoạt chất thuộc nhóm hormone - nội tiết tố - thuốc tránh thụ thai được sử dụng nhiều nhất giai đoạn 2019-2023 trong mẫu nghiên cứu

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã phân tích được đặc điểm chính và xu hướng sử dụng của các thuốc thuộc nhóm hormon - nội tiết tố - thuốc tránh thụ thai trong điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hùng Vương giai đoạn 2019-2023. Kết quả nghiên cứu việc sử dụng nhóm thuốc lớn của bệnh viện trong một giai đoạn từ trước khi xảy ra đại dịch COVID-19 cho đến giai đoạn hậu COVID-19 sẽ cung cấp những thông tin cần thiết cho bệnh viện để có những đánh giá đầy đủ về sự thay đổi nhu cầu sử dụng thuốc trong thời gian vừa qua. Kết quả nghiên cứu này cũng tạo căn cứ đánh giá lại hoạt động dự trữ thuốc tại Bệnh viện Hùng Vương⁽⁸⁾. Kết quả phân tích ghi nhận rõ sự tác động của đại dịch đến nhu cầu sử dụng thuốc, trong đó, lượng thuốc sử dụng giảm trong giai đoạn dịch bệnh, nhưng tăng lên trở lại, và tăng nhiều hơn so với giai đoạn trước khi dịch COVID-19 bùng phát. Kết quả này cũng từng được ghi nhận ở một nghiên cứu trước đây tại Bệnh viện nhi Lâm Đồng⁽³⁾. Kết quả phân tích ghi nhận thuốc thuộc nhóm Generic và thuốc đơn thành phần chiếm tỷ lệ lớn, phù hợp với quy định xây dựng danh mục thuốc của Bộ Y tế. Thuốc tiêm chiếm gần một nửa số thuốc nhóm hormon - nội tiết tố - thuốc tránh thụ thai sử dụng tại Bệnh viện Hùng Vương trong giai đoạn 2019-2023 chủ yếu là các thuốc tiêm kích rụng trứng dùng điều trị cho đối tượng người bệnh hiếm muộn, hay các corticoid dùng hỗ trợ trưởng thành phôi thai nhi ở thai phụ có nguy cơ sinh non, đây cũng là một đặc trưng khác biệt của nhóm thuốc này so với các dạng dùng của các nhóm thuốc tại bệnh viện đa khoa^(3,7). Các thuốc thuộc chế phẩm androgen-estrogen-progesterone được chỉ định nhiều nhất trong giai đoạn 2019-2023, tập trung vào các chỉ định thụ tinh trong ống

nghiệm, dọa sảy thai, viêm teo âm đạo sau mãn kinh, viêm vú. Các thuốc nhóm nội tiết hướng sinh dục có chi phí sử dụng cao nhất nhóm thuốc được nghiên cứu, tập trung vào các chỉ định thụ tinh trong ống nghiệm. Hoạt chất được dùng nhiều nhất trong nhóm là Dydrogesterone, tập trung vào chỉ định dọa sảy thai, vô kinh-thiếu kinh-hiếm kinh, thụ tinh ống nghiệm⁽⁹⁾. Kết quả phân tích này giúp bệnh viện đánh giá chính xác mục đích sử dụng của các nhóm thuốc, cơ cấu bệnh tật của bệnh viện, và bước đầu đánh giá tính hợp lý trong lựa chọn thuốc cho người bệnh. Chi phí sử dụng thuốc cũng là thông tin quan trọng giúp lãnh đạo bệnh viện có những đánh giá về việc sử dụng nguồn tài chính của bệnh viện, có căn cứ xem xét trong việc điều chỉnh và phân bổ kinh phí sao cho hợp lý và hiệu quả trong bối cảnh bệnh viện thực hiện tự chủ tài chính. Để có thể thực hiện nghiên cứu một cách thuận lợi, cần có cơ sở dữ liệu điện tử được lưu trữ đầy đủ trong một giai đoạn dài. Bệnh viện Hùng Vương có phần mềm kê đơn điện tử được triển khai từ nhiều năm, do đó, dữ liệu sử dụng để phân tích trong nghiên cứu được trích xuất và tổng hợp từ hệ thống dữ liệu điện tử của bệnh viện, giúp đảm bảo tính đầy đủ và chính xác của dữ liệu, từ đó, kết quả nghiên cứu có độ tin cậy cao. Nghiên cứu loại trừ các trường hợp sử dụng thuốc có BHYT vì thực tế, chỉ có một lượng nhỏ thuốc nhóm hormon - nội tiết tố - thuốc tránh thụ thai có BHYT được sử dụng trong điều trị ngoại trú tại bệnh viện Hùng Vương. Việc loại đi các trường hợp thuốc có BHYT để đảm bảo tính đồng nhất của dữ liệu, nhưng kết quả nghiên cứu vẫn phản ánh được một phần tình hình sử dụng nhóm thuốc nghiên cứu trong điều trị ngoại trú nói chung của bệnh viện giai đoạn 2019-2023.

Từ những kết quả ban đầu cung cấp bởi nghiên cứu, bệnh viện sẽ tiến hành phân tích chuyên sâu về việc sử dụng các thuốc chính theo chẩn đoán, việc phối hợp các thuốc trong điều trị, nhằm cung cấp thêm các thông tin để đánh giá tính hợp lý trong lựa chọn thuốc điều trị các bệnh lý nội tiết và phụ khoa tại bệnh viện, góp phần đảm bảo sử dụng thuốc tại bệnh viện an toàn, hợp lý, hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã cung cấp thông tin đặc điểm, xu hướng sử dụng hormon-nội tiết tổ-thuốc tránh thụ thai trong điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hùng Vương thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2019-2023, tạo căn cứ khoa học cho lãnh đạo bệnh viện đánh giá tính hợp lý trong việc mua sắm và sử dụng so với nhu cầu thực tế, từ đó có những chính sách phù hợp để cải thiện chất lượng quản lý sử dụng thuốc tại bệnh viện trong giai đoạn tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Society of Health-System Pharmacists** (1996). ASHP Guidelines on Medication-Use Evaluation, Vol. 53: 1953-5.
2. **Xie, X., Jin, X., Zhang, L. et al.** (2018). Trends analysis for drug utilization in county public hospitals: a sample study of the pilot area of health care reform in China. *BMC Health Serv Res* 18, 812.
3. **Cù Thanh Tuyền, Hoàng Thy Nhac Vũ, Nguyễn Trọng Duy Thức, Nguyễn Đỗ Hồng Nhung, Lê Thọ** (2022). Phân tích chi phí sử dụng thuốc tại Bệnh viện Nhi Lâm Đồng trong giai đoạn 2019-2021. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, số 516(2), trang. 81-85.
4. **Phan Vũ Cẩm Nhung, Cù Thanh Tuyền, Trần Thị Ngọc Vân, Hoàng Thy Nhac Vũ** (2019). Mô tả đặc điểm sử dụng thuốc tại Bệnh viện ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2012-2017. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, phụ bản tập 23, số 2, trang 387-394.
5. **Bùi Thị Minh Hiền, Trần Nhật Trường, Trần Ngọc Nhân, Trần Thị Thanh Tuyền, Phan Thị Thanh Nhân, Cù Thanh Tuyền, Trần Thị Ngọc Vân, Hoàng Thy Nhac Vũ** (2019). Khảo sát cơ cấu chi phí sử dụng thuốc tại Bệnh viện Tâm thần tỉnh Bến Tre giai đoạn 2010-2017. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, phụ bản tập 23, số 2, trang 416-422.
6. **Hoàng Thy Nhac Vũ, Trần Nhật Trường** (2017). Phân tích xu hướng sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện Phú Nhuận giai đoạn 2012-2018. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 21(5), trang 9-15.
7. **Trần Thị Ngọc Vân, Cù Thanh Tuyền, Đặng Kim Loan, Hoàng Việt, Trình Minh Hiệp, Hoàng Thy Nhac Vũ** (2019). Mô tả tình hình sử dụng thuốc tại bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu tỉnh Bến Tre giai đoạn 2011-2017. *Tạp chí Y Dược học Quân sự*, số 2, trang 21-29.
8. **Lê Phương Thảo, Cù Thanh Tuyền, Huỳnh Thị Ngọc Hạnh, Hoàng Thy Nhac Vũ** (2019). Áp dụng cơ sở dữ liệu sử dụng thuốc trong xây dựng cơ sở dữ trữ: nghiên cứu tại Bệnh Viện Phụ Sản Hùng Vương Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, phụ bản tập 23, số 3, trang 322- 328.
9. **Peng C, Huang Y, Zhou Y**, (2021). Dydrogesterone in the treatment of endometriosis: evidence mapping and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 304(1):231-252.

MỘT TRƯỜNG HỢP TĂNG HUYẾT ÁP CẤP CỨU DO U SẮC BÀO TỤY THƯỢNG THẬN 2 BÊN DO ĐỘT BIẾN GEN VHL Ở BỆNH NHI TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Huỳnh Thị Vũ Quỳnh^{1,2}, Trịnh Kim Huệ²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một trường hợp bệnh nhi u sắc bào tủy thượng thận 2 bên đã phẫu thuật 2 lần cắt bỏ tuyến thượng thận 2 bên và xét nghiệm gen phát hiện đột biến VHL trong hội chứng VHL tại Bệnh viện Nhi Đồng 2.

Phương pháp nghiên cứu: Báo cáo ca lâm sàng.

Kết quả: Bé trai, 6 tuổi 7 tháng nhập viện trong bệnh cảnh co giật, tăng huyết áp cấp cứu. Sau khi tìm nguyên nhân tăng huyết áp, chúng tôi xác định nguyên nhân tăng huyết áp là do u thượng thận 2 bên và bé đã được phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt bỏ tuyến thượng thận 2 bên. Trước phẫu thuật bé được sử dụng thuốc ức chế alpha 1 chọn lọc để kiểm soát huyết áp. Sau phẫu thuật lần đầu, kết quả giải phẫu bệnh cho thấy u thượng thận là u sắc bào 2 bên. Xét nghiệm gen phát hiện đột biến gen VHL. Sau 2 tháng phẫu thuật, huyết áp tăng trở lại, xét nghiệm chẩn đoán u tái phát cần mổ lại lần 2 để cắt toàn bộ u.

Kết luận: U sắc bào tủy thượng thận là một bệnh hiếm, càng hiếm khi ở 2 bên tuyến thượng thận, việc theo dõi và điều chỉnh huyết áp trước phẫu thuật giúp ngoài giúp kiểm soát huyết áp

còn giúp phẫu thuật ít biến chứng. Nếu bệnh nhân có đột biến gen VHL, nguy cơ tái phát sau phẫu thuật cao.

Từ khóa: u sắc bào tủy thượng thận, đột biến gen VHL, hội chứng Von Hippel- Lindau.

SUMMARY

A CASE REPORT: HYPERTENSIVE EMERGENCY CAUSED BY BILATERAL PHEOCHROMOCYTOMA DUE TO VHL GENE MUTATION IN A PEDIATRIC PATIENT IN CHILDREN'S HOSPITAL 2

Objective: We conducted this study to describe a case of a pediatric patient with bilateral pheochromocytoma who underwent two surgeries at Children's Hospital 2. The first surgery was a total bilateral adrenalectomy and the second surgery performed after tumors recurrence. Genetic testing detected a VHL gene mutation in Von Hippel- Lindau syndrome.

Methods: Case report

Case presentation: A 6-year and 7-month-old boy was hospitalized with seizures and a hypertensive emergency. The cause of hypertension was determined to be bilateral pheochromocytoma. He underwent a bilateral laparoscopic adrenalectomy, preceded by administration of a selective alpha-1 blocker to control his blood pressure. Pathological sampling after the first surgery revealed bilateral pheochromocytomas. Follow-up appointments indicated poorly controlled blood pressure, and subsequent genetic testing identified a VHL gene

¹Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thị Vũ Quỳnh

ĐT: 0989350127

Email: quynh.huynh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

mutation. A second surgery was conducted to completely remove the tumor, which recurred two months after the initial surgery.

Conclusion: Pheochromocytoma is a rare disease, even rarer in both adrenal glands. Genetic testing should be performed in patients with pheochromocytoma. Treatment includes antihypertensive drugs, especially alpha blockers pre-surgery, and adrenalectomy. Post-surgery monitoring is crucial, especially for VHL gene mutation pheochromocytoma patients, due to the high risk of tumor recurrence and malignant possibilities.

Keywords: pheochromocytoma, VHL gene mutation, Von Hippel- Lindau syndrome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tủy thượng thận và u tế bào cận hạch là bệnh lý thần kinh - nội tiết và là nguyên nhân hiếm gặp gây tăng huyết áp thứ phát trẻ em với tỉ lệ 0,05% - 0,1%¹. Bệnh này thường được phát hiện trong quá trình chẩn đoán nguyên nhân tăng huyết áp ở trẻ, trong quá trình sàng lọc các triệu chứng ở trẻ mắc hội chứng di truyền như đa u tuyến nội tiết loại 2, bệnh von Hippel-Lindau, hội chứng u cận hạch.¹

Khối u có nguồn gốc từ tế bào chromaffin của tủy thượng thận và hạch thần kinh giao cảm/đối giao cảm tương ứng.^{1,2} Khối u thường tiết ra catecholamine, các triệu chứng gây ra do tăng tiết catecholamine như tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa đường, sụt cân, tăng calci máu, đa hồng cầu... rất nguy hiểm nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Điều đặc biệt là bệnh lý này có liên quan đến đột biến gene^{2,4} nên vấn đề tầm soát cho

người thân cũng là một vấn đề cần được quan tâm để phát hiện và điều trị khối u trong giai đoạn sớm.⁵

Trong bài viết này, chúng tôi sẽ mô tả lại 1 ca lâm sàng bệnh nhân có u sắc bào tủy thượng thận 2 bên, các cận lâm sàng cần làm và các thuốc dùng trước khi phẫu thuật, theo dõi sau mổ.

II. MÔ TẢ CA LÂM SÀNG

Bé trai, 6 tuổi 7 tháng, con 2/2, sanh thường, đủ tháng, cân nặng lúc sinh là 3,4kg, phát triển thể chất và tâm vận phù hợp tuổi cho đến thời điểm phát hiện bệnh, hiện tại cân nặng 24th percentile, chiều cao 34th percentile, BMI 24th percentile.

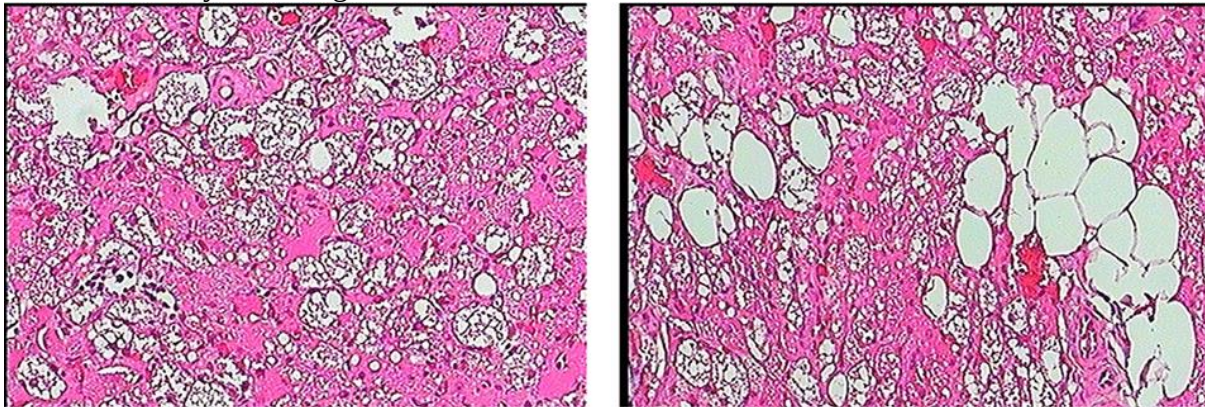
Năm 2022: bệnh nhi thường than đau đầu, nhợt ối nên nhập bệnh viện tỉnh, HA lúc nhập viện: 140/100 mmHg, được truyền Nicardipine huyết áp về bình thường. Sau đó bé được xuất viện và không dùng thuốc, chẩn đoán: cơn tăng huyết áp thoáng qua

Tháng 3 năm 2023: bệnh nhi thường xuyên mệt, vã mồ hôi, than đau đầu nhiều, xảy ra từng cơn. Ngày nhập viện bệnh nhi xuất hiện cơn co gồng toàn thể, trợn mắt, huyết áp 220/160 mmHg, được xử trí tăng huyết áp cấp cứu. Bệnh nhân được làm các xét nghiệm tìm nguyên nhân tăng huyết áp và các xét nghiệm tầm soát biến chứng. Kết quả xét nghiệm cho thấy tăng các nội tiết tố của tủy thượng thận (bảng 1). Kết quả CT scan bụng cho thấy khối choáng chỗ phức tạp 2 bên, kích thước bên trái 24*25*29mm, bên phải 12*16*15mm, không xâm lấn mô xung quanh gợi ý u sắc bào tuyến thượng thận 2 bên (pheochromocytoma).



Hình 1: Hình ảnh CT cho thấy u thượng thận 2 bên

Bệnh nhân được điều trị Trandate liều 15mg/kg/ngày, Amlodipine 0,1mg/kg/ngày và Doxazosine 1mg/ngày trong thời gian chờ phẫu thuật. Sau đó, bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt trọn u tuyến thượng thận 2 bên.



Hình 2: Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy u sắc bào tủy thượng thận (Pheochromocytoma)

Trong 7 ngày đầu gian hậu phẫu, huyết áp cải thiện, bệnh nhân giảm liều các thuốc hạ áp.

Bảng 1: Các xét nghiệm tìm nguyên nhân tăng huyết áp (tháng 3/2023)

Xét nghiệm	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	Ngưỡng tham chiếu
Máu			
Adrenaline	196,9	13,9	<100 pg/ml
Noradrenaline	1262,7	803,9	<600 pg/ml
Dopamine	267,2	51,1	<100 pg/ml
Aldosterone	>100	4,53	2,21 – 35,3 ng/ml
Active renin	4087	20,7	4,4 – 46,1 uIU/ml
Cortisol (8AM)	393,2	233,8	55-580 nmol/L
Nước tiểu			
Adrenaline	29,6	18,9	<20 ug/24h
Noradrenaline	<10	204	< 90 ug/24h
Dopamine	920,2	550,8	< 600 ug/24h

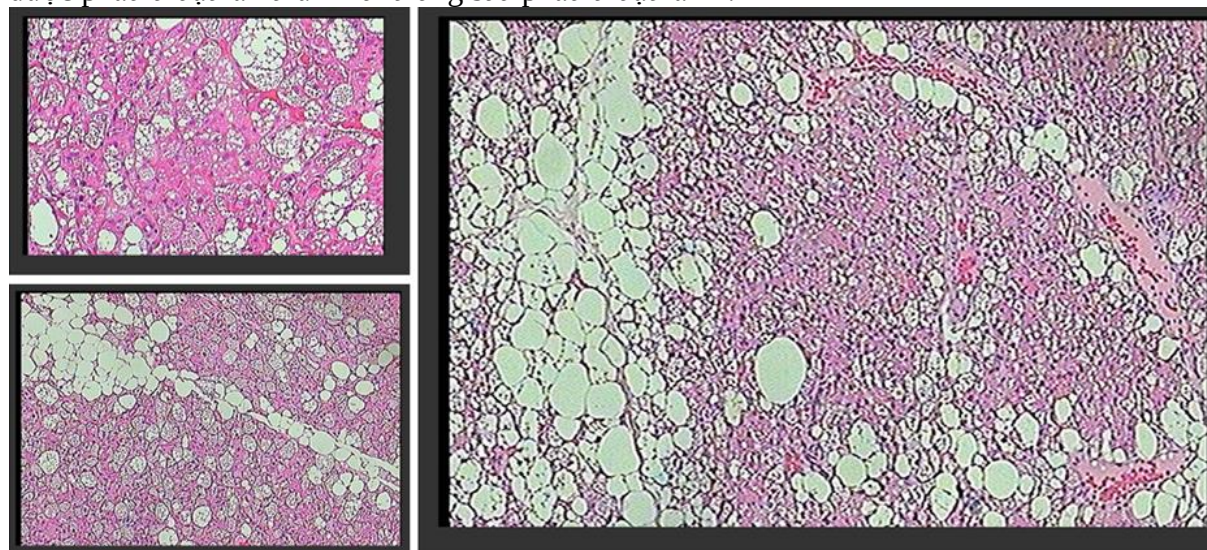
Kết quả xét nghiệm gen của bé phát hiện đột biến tại gen VHL vị trí Chr3: 10142097, thay đổi nucleotide và protein như sau (NM_000551.4: c250G>C (NP_000542.1: pVal84Leu)), đột biến sai nghĩa liên quan đến u sắc bào thượng thận 2 bên.

02 tháng sau phẫu thuật, bệnh nhi xuất hiện tình trạng cao huyết áp, vã mồ hôi, hồi hộp, nhịp tim nhanh, HA cao nhất ghi nhận 135/85 mmHg, bệnh nhi được nhập viện lại khảo sát lại vấn đề tăng huyết áp, tiếp tục ghi nhận xét nghiệm như sau:

Bảng 2: Kết quả xét nghiệm nội tiết tố 2 tháng sau phẫu thuật

Xét nghiệm	Kết quả	Bình thường
Metanephrine máu	345,7	< 65 pg/ml
Normetanephrine máu	1616	< 196 pg/ml
Metanephrine niệu 24h	108,9	<350 ug/24h

Kết quả siêu âm bụng kiểm tra nghi ngờ u tuyến thượng thận tái phát. Với kết quả metanephrine và normetanephrine còn tăng cao, chúng tôi đã tiến hành chụp PET với F18-FDG-PET/CT với kết quả như sau: tổn thương đậm độ mô mềm tuyến thượng thận 2 bên, tăng hoạt động chuyển hoá với max SUV = 4,4 và 7,6 nghi tổn thương ác tính. Bệnh nhân được phẫu thuật lần thứ 2 hai tháng sau phẫu thuật lần 1.



Hình 3: Kết quả giải phẫu bệnh lần 2 cũng cho thấy u sắc bào tủy thượng thận ác tính, biệt hoá trung bình, di căn mô mỡ quanh dây chằng tròn

Sau mổ, bệnh nhi được ngưng toàn bộ các thuốc huyết áp

Bảng 3: Kết quả nội tiết tố tuyến thượng thận sau phẫu thuật lần 2

Xét nghiệm	Kết quả	Giá trị bình thường
Máu		
Adrenaline	81,6	<100 pg/ml
Noradrenaline	211,1	< 600 pg/ml
Dopamine	21,8	< 100 pg/ml
Normetanephrine	153,7	<196 pg/ml

Niệu 24 giờ		
Metanephrine	27,2	< 350 ug/24h
Dopamine	455,2	< 600ug/24h

Sau phẫu thuật 9 tháng bệnh nhi đã ngưng được toàn bộ thuốc huyết áp, huyết áp theo dõi tại nhà ổn và đang được uống hydrocortisone liều sinh lý sau cắt toàn bộ tuyến thượng thận 2 bên.

IV. BÀN LUẬN

Đây là một trường hợp tăng huyết áp thứ phát do u sắc bào tuyến thượng thận 2 bên ở trẻ em. Phần lớn u sắc bào ở trẻ em có yếu tố gia đình và liên quan đột biến gen, tỉ lệ đột biến gen ghi nhận khoảng 30 - 40%, việc tỉ lệ đột biến gen tăng lên là do sự phát triển của sinh học phân tử^{2,6}. Theo EAPPR (European – American – Pheochromocytoma – Paraganglioma – Registry) theo dõi 164 ca được chẩn đoán u sắc bào hoặc u cận hạch ở trẻ em, 80% có liên quan tới bất thường gen^{3,7}. Do đó, việc làm các xét nghiệm di truyền là cần thiết trên bệnh nhân u tuyến thượng thận 2 bên.

Đặc điểm lâm sàng của u sắc bào tuyến thượng thận và u cận hạch: độ tuổi thường được chẩn đoán: 11- 13 tuổi, tỉ lệ nam/nữ: 2/1, biểu hiện lâm sàng đa dạng và tăng huyết áp kéo dài có thể gặp trong 60 - 90% trường hợp. Ngoài ra các triệu chứng khác gồm: đau đầu, đánh trống ngực, đỏ mề hôi,

xanh xao, buồn nôn, đỏ bừng mặt có thể gặp 47 - 57% trẻ em. Các triệu chứng khác có thể gặp như lo lắng, sụt cân, rối loạn thị giác, ...các triệu chứng tùy thuộc vào hormon được tiết ra. Bệnh nhân của chúng tôi chỉ 6 tuổi 7 tháng, thấp hơn tuổi trung bình được chẩn đoán trong nghiên cứu trên. Bệnh nhân trước đó đã có các triệu chứng của tăng huyết áp như mệt, nhức đầu, vã mồ hôi từng cơn, triệu chứng này phù hợp với tăng huyết áp do u tuyến thượng thận. Ngoài cơn, huyết áp bệnh nhân có thể bình thường. Đó là lý do bệnh nhân không được phát hiện tăng huyết áp khi đi khám cho đến khi bệnh nhân nhập viện trong bệnh cảnh tăng huyết áp cấp cứu.

Ở trẻ tăng huyết áp, việc xét nghiệm catecholamines (epinephrine, norepinephrine và dopamine) cả máu và nước tiểu 24h là vô cùng quan trọng, tuy nhiên hiện nay vai trò của chất chuyển hoá catecholamine là metanephrine và normetanephrine được khuyến cáo hơn vì độ nhạy và độ đặc hiệu tốt hơn. Metanephrine tự do trong huyết tương thường hằng định và độc lập với catecholamines – chất được tiết ra theo từng giai đoạn – do vậy metanephrine được sử dụng tốt hơn như bảng dưới³

Bảng 3: Độ nhạy và độ đặc hiệu của xét nghiệm sinh hóa trong chẩn đoán u sắc bào ở trẻ em.

Xét nghiệm	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)
Normetanephrine và metanephrine máu	100	94
Norepinephrine và epinephrine máu	92	91
Normetanephrine và metanephrine niệu	100	95
Norepinephrine và epinephrine niệu	100	83

Bệnh nhân của chúng tôi, khi nhập viện đã được làm các xét nghiệm tầm soát nguyên

nhân, catecholamin máu và nước tiểu tăng cao. Điều này làm chúng tôi nghi ngờ u tuyến

thượng thận. Do đó bệnh nhân được làm các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh. Kết quả siêu âm và CT đều ghi nhận hình ảnh u tuyến thượng thận. Theo y văn, siêu âm là chẩn đoán hình ảnh đầu tay tuy nhiên có thể bỏ sót các u nhỏ. Phương tiện tiếp theo là CTscan hoặc MRI vùng bụng và chậu với độ nhạy 90 - 100% và độ đặc hiệu 70 - 80%³. MRI có độ chính xác hơn CT để xác định các tổn thương ngoài thượng thận và có thể đánh giá mức độ xâm lấn xung quanh và xâm lấn mạch máu⁴. Trong trường hợp cần xác định u di căn hoặc đánh giá các u cạnh hạch giao cảm nhiều nơi, có thể làm CT scan với 18FDOPA (PET) hoặc 18F, 123I-MIBG³.

Điều trị đối với các khối u tuyến thượng thận là phẫu thuật cắt bỏ khối u, trong đó mổ nội soi ổ bụng lấy u có nhiều ưu điểm: thuận lợi hơn khi u 2 bên, giúp giữ lại một phần tuyến thượng thận, hạn chế thiếu hụt cortisol sau mổ. Giữ được 15 - 30% tuyến thượng thận giúp bảo tồn được chức năng của tuyến thượng thận, tuy nhiên bệnh nhân có nguy cơ tái phát u sau đó³. Bệnh nhân của chúng tôi được phẫu thuật nội soi lần 1 cắt bỏ khối u tuyến thượng thận 2 bên. Tuy nhiên, kết quả sau phẫu thuật lần 1 bệnh nhân có giảm mức độ tăng huyết áp. Tuy nhiên, bệnh nhân vẫn còn có những cơn huyết áp tăng cao. Bên cạnh đó, nồng độ catecholamin có giảm về mức bình thường sau phẫu thuật nhưng sau đó lại tăng trở lại rất sớm. Nồng độ cortisol máu vẫn bình thường sau phẫu thuật cắt trọn 2 tuyến thượng thận. Và bệnh nhân phải phẫu thuật lần hai 2 tháng sau phẫu thuật lần 1. Kết quả lần hai, huyết áp bệnh nhân trở về bình thường và các xét nghiệm catecholamine máu, metanephrine và normetanephrine cũng về bình thường. Do đó, chúng tôi đặt ra giả thuyết, thứ nhất là có thể phẫu thuật viên đã bỏ sót mô tuyến

thượng thận sau phẫu thuật lần 1, thứ hai, có thể khối u tái phát trở lại.

Chăm sóc trước phẫu thuật tốt giúp giảm đáng kể các biến chứng trong phẫu thuật, đặc biệt là cơn tăng huyết áp cấp cứu (từ 45 - 69% còn 3% khi sử dụng các thuốc ức chế alpha). Mục tiêu huyết áp trước mổ dưới 50 percentile theo tuổi, giới và chiều cao. Một số thuốc được sử dụng như sau⁴: Phenoxybenzamine, thuốc ức chế alpha 1-2 không chọn lọc, được sử dụng trong việc kiểm soát huyết áp trước phẫu thuật. Doxazosine hoặc prazosin, ức chế thụ thể alpha 1 chọn lọc, thường được sử dụng ở người lớn vì không qua hàng rào máu não như phenoxybenzamine, ngoài ra tác dụng nhanh và ngắn của doxazosin giúp giảm tác dụng phụ hạ huyết áp khi phẫu thuật.

Ở trẻ em, Doxazosine liều khởi đầu từ 1 - 2mg/ngày, tăng dần đến 16mg hàng ngày hoặc chia 2 lần mỗi ngày³. Metyrosine là một chất ức chế tyrosine hydroxylase, ngăn chặn tổng hợp catecholamine – việc sử dụng phối hợp ức chế alpha và ức chế tyrosine hydroxylase giúp kiểm soát huyết áp tốt hơn trước và trong phẫu thuật hơn so với dùng ức chế alpha đơn thuần và giúp giảm nhu cầu sử dụng vận mạch, giảm mất máu khi phẫu thuật, bắt đầu với 20mg/kg/ngày chia mỗi 6 giờ hoặc 125mg/ngày, liều tối đa là 2,5g/ngày trong ít nhất 8 ngày. Thuốc ức chế beta được sử dụng chỉ khi đã dùng ức chế alpha, mục đích sử dụng ức chế beta để kiểm soát nhịp tim, dùng ít nhất 3 ngày trước phẫu thuật. Bệnh nhân của chúng tôi được sử dụng Doxazosine trước mổ, điều này cũng phù hợp với khuyến cáo.

Trên ca lâm sàng này, xét nghiệm gen phát hiện đột biến VHL (von Hippel-Lindau) của hội chứng Von Hippel- Lindau – là một hội chứng vô cùng hiếm, tỉ lệ ước tính 1/36,000 ca sinh sống do sự phát triển của nhiều khối u, với phổ biến nhất là u nguyên bào mạch máu ở hệ thần kinh trung ương, u

biểu mô tế bào thận, u sắc bào tủy thượng thận, u tiểu đảo tụy và u túi nội dịch, có thể kèm u nang thận và u nang mào tinh hoàn ở nam⁸.

Bệnh VHL gây ra bởi sự bất hoạt của protein von Hippel – Lindau (pVHL), mất chức năng của protein này dẫn đến tăng sản xuất các chất tăng sinh vi mạch và phát triển của các tế bào (các chất VEGF, PDGF và TGF- α)⁸ điều này giải thích cho sự tăng trưởng và phát triển của các vi mạch và HIF (hypoxia-inducible factor α) cũng góp phần sản xuất quá mức tyrosine hydroxylase cũng như catecholamine. Điều này cũng là nguyên nhân của quá trình ức chế chết theo chương trình (apoptosis) của tế bào mào thần kinh và phát triển các tế bào ưa crome và u cận hạch. Hội chứng VHL liên quan đến đột biến ở cả 2 alleles của gene trên nhánh gần nhiễm sắc thể số 3⁸, đến nay có thể phát hiện 150 đột biến ở hội chứng này được phát hiện. Một số đặc điểm của u trong bệnh VHL. Một là, khối u liên quan hội chứng von Hippel-Lindau thường hai bên, đa ổ nhưng ít khi ác tính, phù hợp với bệnh nhân của chúng tôi là u hai bên, nhưng trên ca này có kết quả giải phẫu bệnh là ác tính. Hai là, bệnh nhân có thể có các u nguyên bào võng mạc, tiểu não, hệ thần kinh trung ương. Bệnh nhân nên được chụp MRI sọ não định kỳ mỗi năm để đánh giá kích thước. Bệnh nhi chúng tôi đã được chụp PET CT để đánh giá tổn thương não và chưa phát hiện. Theo y văn khuyến cáo, nếu chẩn đoán hội chứng VHL cần làm xét nghiệm gen cho cả bệnh nhân và các thành viên khác trong gia đình.⁵

V. KẾT LUẬN

U sắc bào tủy thượng thận là một bệnh hiếm, càng hiếm khi ở 2 bên tuyến thượng thận, việc theo dõi và điều chỉnh huyết áp trước phẫu thuật giúp ngoài giúp kiểm soát huyết áp còn giúp phẫu thuật ít biến chứng.

Nếu bệnh nhân có đột biến gen VHL, nguy cơ tái phát sau phẫu thuật cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lenders JWM, Duh QY, Eisenhofer G, et al.** Pheochromocytoma and paraganglioma: An endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2014;99(6):1915-1942. doi: 10.1210/jc.2014-1498
2. **Younes A, Elgendy A, Zekri W, et al.** Operative management and outcomes in children with pheochromocytoma. *Asian J Surg*. 2022;45(1): 419-424. doi: 10.1016/j.asjsur.2021.07.029
3. **Bholah R, Bunchman TE.** Review of pediatric pheochromocytoma and paraganglioma. *Front Pediatr*. 2017;5. doi: 10.3389/fped.2017.00155
4. **Karasek D, Frysak Z, Pacak K.** Genetic Testing for Pheochromocytoma. *Curr Hypertens Rep*. 2010;12(6):456-464. doi: 10.1007/s11906-010-0151-1
5. **Brandi ML, Gagel RF, Angeli A, et al.** CONSENSUS: Guidelines for Diagnosis and Therapy of MEN Type 1 and Type 2. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001;86(12):5658-5671. doi:10.1210/jcem.86.12.8070
6. **Garcia-Carbonero R, Matute Teresa F, Mercader-Cidoncha E, et al.** Multidisciplinary practice guidelines for the diagnosis, genetic counseling and treatment of pheochromocytomas and paragangliomas. *Clinical and Translational Oncology*. 2021; 23(10): 1995-2019. doi:10.1007/s12094-021-02622-9
7. **Bausch B, Wellner U, Bausch D, et al.** Long-term prognosis of patients with pediatric pheochromocytoma. *Endocr Relat Cancer*. 2014;21(1):17-25. doi:10.1530/ERC-13-0415
8. **Varshney N, Kebede AA, Owusu-Dapaah H, Lather J, Kaushik M, Bhullar JS.** A Review of Von Hippel-Lindau Syndrome. *J Kidney Cancer VHL*. 2017;4(3):20-29. doi:10.15586/jkcvhl.2017.88

NGUY CƠ TRẦM CẢM Ở TRẺ EM SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI ĐANG ĐƯỢC LỌC MÁU THẬN NHÂN TẠO TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Huỳnh Thị Vũ Quỳnh^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trẻ bệnh thận mạn tính, đặc biệt là những trẻ trải qua quá trình lọc máu thận nhân tạo là những trẻ có nguy cơ cao mắc các vấn đề về sức khỏe tâm thần trong đó có trầm cảm. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào về khảo sát nguy cơ trầm cảm ở trên đối tượng trẻ em suy thận mạn giai đoạn cuối (ESRD) được lọc máu thận nhân tạo.

Mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ trẻ ESRD được lọc máu thận nhân tạo có nguy cơ bị trầm cảm và khảo sát mối liên hệ giữa nguy cơ trầm cảm và các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhi ESRD được lọc máu thận nhân tạo tại đơn vị thận nhân tạo thuộc khoa thận nội tiết - Bệnh viện Nhi Đồng 2, TP. Hồ Chí Minh.

Phương pháp: Báo cáo hàng loạt ca bao gồm 26 bệnh nhi ESRD đang được lọc máu thận nhân tạo. Các bệnh nhi được đánh giá nguy cơ trầm cảm bằng bảng câu hỏi Sức khỏe Tâm thần-9 (PHQ-9).

Kết quả: 38,5% bệnh nhi có nguy cơ trầm cảm, có mối liên quan giữa các triệu chứng tiêu hóa và nguy cơ trầm cảm ($p = 0,046$). Các vấn đề sức khỏe thể chất như suy dinh dưỡng và thiếu máu cũng góp phần ảnh hưởng sức khỏe tâm

thần của các bệnh nhi cũng chiếm tỉ lệ cao trong nghiên cứu.

Kết luận: Tỉ lệ trẻ ESRD được lọc máu thận nhân tạo có nguy cơ trầm cảm cao. Có mối liên hệ đáng kể giữa các triệu chứng tiêu hóa và nguy cơ trầm cảm.

Keywords: trầm cảm, PHQ-9, bệnh thận mạn giai đoạn cuối, lọc máu thận nhân tạo

SUMMARY

RISK OF DEPRESSION IN END-STAGE RENAL DISEASE CHILDREN WHO ARE GOING ON HEMODYLISIS IN CHILDREN'S HOSPITAL 2

Background: Chronic kidney disease, especially in children undergoing hemodialysis, is one of the high-risk factors for developing mental health issues, including depression. In Vietnam, there has not been any study investigating the risk of depression in children with end-stage renal disease (ESRD) undergoing hemodialysis.

Objective: Investigating the incidence of depression risk in children with ESRD undergoing hemodialysis, and examining the relationship between the risk of depression and the epidemiological, clinical, and paraclinical characteristics in pediatric patients with ESRD hemodialysis at Children's Hospital 2, Ho Chi Minh City

Methods: ESRD children on hemodialysis (HD, $n=26$) were enrolled in the study. We used Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) Score for children. Socio-demographic, clinical and paraclinical factors were assessed.

¹Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thị Vũ Quỳnh

ĐT: 0989350127

Email: quynh.huynh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

Results: Among ESRD children the prevalence of risk of depression was 38.5%, prevalence of wasting malnutrition was 42.3%, prevalence of stunting malnutrition was 69.2% and prevalence of anemia was 69.2%. This study showed that there was a significant correlation between the group of children with CKD who have digestive symptoms and the risk of depression ($p=0.046$).

Conclusion: there were 38.5% of children in the study at risk of depression (23.1% mild risk and 15.4% moderate risk). Determined that there is a correlation between the level of depression risk with the gastrointestinal symptoms ($p = 0.046$)

Keywords: Depression, PHQ-9, End stage renal disease children (ESRD), hemodialysis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn giai đoạn cuối (ESRD) là kết quả cuối cùng của bệnh thận mạn đòi hỏi các phương pháp điều trị thay thế thận như lọc máu thận nhân tạo, thẩm phân phúc mạc hoặc ghép thận. Số hiện mắc ESRD ở trẻ em và thanh thiếu niên tại Mỹ là 65/triệu trẻ [1]. Tại Việt Nam, số hiện mắc bệnh thận mạn tại Hà Nội là 5,1/1 triệu trẻ, tuổi trung bình 11,29 tuổi và 65% trong số này là ESRD [2] Các biến chứng từ ESRD, đặc biệt là ở trẻ được lọc máu thận nhân tạo không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất mà còn gây ra các vấn đề về sức khỏe tâm thần và xã hội, trong đó có trầm cảm, là một trong những vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến và nghiêm trọng.

Trẻ em có bệnh thận mạn đa phần chậm phát triển và gặp những vấn đề về rối loạn chuyển hoá xương. Điều này ảnh hưởng đến sức khỏe tinh thần của trẻ em, làm cho trẻ có lòng tự trọng thấp, nhận thức xấu về bản thân, ảnh hưởng đến việc đi học cũng như

các hoạt động xã hội hàng ngày, góp phần gây trầm cảm. Ngoài ra, quy trình tạo một thông nối động tĩnh mạch (FAV) hoặc đặt catheter mạch máu trước khi lọc máu có thể gây đau, một số trẻ em cảm thấy sợ hãi, hoặc lo lắng về sự phát triển tương lai của bản thân. Gánh nặng tài chính cũng gây căng thẳng giữa các thành viên trong gia đình, điều này cũng làm cho trẻ em dễ trầm cảm [3].

Các nghiên cứu trước đây trên người lớn đã cho thấy mối liên hệ giữa bệnh thận mạn và tăng nguy cơ trầm cảm, nhưng số lượng nghiên cứu về trẻ em vẫn còn hạn chế. Mục tiêu nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến nguy cơ trầm cảm ở nhóm trẻ em mắc ESRD được lọc máu thận nhân tạo tại Bệnh viện Nhi Đồng 2, thông qua việc đánh giá mối liên hệ giữa trầm cảm và các biến số về dịch tễ, biến chứng lâm sàng và điều trị của bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả hàng loạt ca được tiến hành tại đơn vị thận nhân tạo bệnh viện Nhi Đồng 2, từ tháng 04 đến tháng 06 năm 2021.

Dân số nghiên cứu: Có 26 bệnh nhi được đưa vào nghiên cứu với tiêu chuẩn chọn vào là những trẻ được chẩn đoán ESRD từ 10 đến 16 tuổi và đang trong quá trình lọc máu thận ít nhất 3 tháng tại nhân tạo tại đơn vị thận nhân tạo bệnh viện Nhi Đồng 2. Chúng tôi chọn các bệnh nhi lọc máu thận nhân tạo từ 10-16 tuổi vì các trẻ này phù hợp để sử dụng bảng công cụ đánh giá trầm cảm sức khỏe tâm thần PHQ-9. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm trẻ em có tiền sử mắc bệnh tâm thần, được chẩn đoán ung thư, hoặc có bất kỳ thay đổi nào trong phương pháp thay thế thận

trong vòng 30 ngày trước khi bắt đầu nghiên cứu.

Thu thập dữ liệu: Thu thập dữ liệu bao gồm thông tin dịch tễ, tiền căn, và các triệu chứng lâm sàng cũng như thông tin về chẩn đoán và điều trị ESRD. Đánh giá trầm cảm được thực hiện bằng Bảng câu hỏi Sức khỏe Tâm thần-9 (PHQ-9), một công cụ đã được chuẩn hóa để sàng lọc trầm cảm. Điểm số từ 5 đến 9 được xếp vào nguy cơ nhẹ, từ 10 đến 14 là nguy cơ trung bình.

Phân tích thống kê: Dữ liệu thu thập được nhập vào phần mềm SPSS phiên bản 22. Biến định lượng được mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn, trong khi biến định tính được thể hiện qua tỷ lệ phần trăm. Mỗi tương quan giữa trầm cảm và các biến số lâm sàng, dân số được đánh giá sử dụng kiểm định Chi-square và kiểm định chính xác Fisher, $p < 0,05$ được xem có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này đã được phê duyệt bởi hội đồng đạo đức tại Đại học Y Dược TP. HCM và Bệnh viện Nhi Đồng 2. Tất cả bệnh nhân và phụ huynh phải ký vào biểu mẫu đồng ý tham gia sau khi được giải thích rõ ràng về mục đích và quy trình của nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số chung

Trong số 26 bệnh nhi tham gia nghiên cứu, có 19 trẻ em là nam (73%) và 7 là nữ (27%). Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là $13,9 \pm 1,4$ năm. Phần lớn các trẻ (73%) đến từ các khu vực ngoài thành phố Hồ Chí Minh. Nghiên cứu cho thấy 84,6% trẻ em được phân loại suy dinh dưỡng trong đó 69,2% thể thấp còi và 42,3% suy dinh dưỡng thể teo. Có 69,2% bệnh nhi bị thiếu máu.

Mức độ nguy cơ trầm cảm

Bảng 1: Tần suất nguy cơ trầm cảm dựa trên điểm PHQ-9 trong bệnh nhi mắc CKD

Mức độ nguy cơ trầm cảm	Số lượng bệnh nhi	Tỷ lệ (%)
Không có nguy cơ	16	61.5
Nguy cơ nhẹ	6	23.1
Nguy cơ trung bình	4	15.4
Tổng	26	100

Dựa trên điểm số PHQ-9, 10 trẻ em (38,5%) được xác định có nguy cơ trầm cảm. Trong đó, 6 trẻ (23,1%) có nguy cơ trầm cảm nhẹ và 4 trẻ (15,4%) có nguy cơ trầm cảm trung bình.

Mối liên hệ giữa trầm cảm và các biến số lâm sàng:

Bảng 2: Mối liên quan giữa nguy cơ trầm cảm và các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng

Biến số				Không	Có	p
Giới tính						
Nam				13	4	0.369
Nữ				3	6	
Vị trí địa lý						
Thành phố Hồ Chí Minh				5	2	0.668
Khác				11	8	

Tình trạng học tập			
Đang học	1	1	1.000
Không đi học	15	9	
Phân loại trình độ học vấn			
Tiểu học	4	4	0.564
Trung học cơ sở	11	6	
Trung học phổ thông	1	0	
Thời gian chạy thận năm			
1 năm	8	2	0.218
> 1 năm	8	8	
Nguyên nhân bệnh thận mạn			
Bệnh thận bẩm sinh	9	4	0.717
Bệnh thận mắc phải	6	5	
Khác	1	1	
Tần suất chạy thận			
Hai ngày một tuần	6	1	0.106
Ba ngày một tuần	8	9	
Bốn ngày một tuần	2	0	
Số lượng FAV			
1	11	8	0.233
2	5	1	
3	0	0	
4	0	1	
Nhiễm trùng FAV			
Có	2	0	0.508
Không	14	10	
Suy dinh dưỡng teo cơ			
Không	9	6	0.428
Có	7	4	
Suy dinh dưỡng thể thấp còi			
Có	5	3	1.000
Không	11	7	
Ngứa			
Có	2		0.069
Không	14	5	
Phù			
Có	5	2	0.668
Không	11	8	
Chuột rút			
Có	5	3	1.000
Không	11	7	

Triệu chứng tiêu hóa			
Có	0	3	0.046
Không	16	7	
Thiếu máu			
Thiếu máu bình thường	6	4	0.731
Thiếu máu nhẹ	2	2	
Thiếu máu vừa	8	3	
Thiếu máu nặng	2	1	
Phospho			
Bình thường	10	7	0.322
Cao	3	3	
Thấp	3	0	
PTH			
Bình thường	6	4	0.331
Cao	3	0	
Thấp	7	6	
Canxi			
Bình thường	11	7	0.110
Cao	5	1	
Thấp	0	2	

Nhận xét: Kết quả phân tích cho thấy chưa thấy mối tương quan đáng kể giữa nguy cơ trầm cảm và các biến số khác như giới tính, nơi ở, tình trạng học tập, nguyên nhân bệnh thận mạn, thời gian và tần suất chạy thận cũng như các triệu chứng lâm sàng (ngoại trừ triệu chứng tiêu hoá: $p=0,046$) và các triệu chứng cận lâm sàng.

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ nguy cơ trầm cảm

Việc lọc máu thận nhận tạo định kỳ hàng tuần không chỉ gây đau đớn cho bệnh nhân mà còn là rào cản lớn khiến họ khó hòa nhập vào cuộc sống (không thể đi học, ít bạn bè, luôn cảm thấy mệt mỏi). Kết quả nghiên cứu cho thấy 10 trẻ (38,5%) có nguy cơ trầm cảm, trong đó 6 trẻ có nguy cơ trầm cảm thấp (23,1%) và 4 trẻ có nguy cơ trầm cảm trung bình (15,4%). Việc sử dụng thang điểm

PHQ-9 để sàng lọc nguy cơ trầm cảm ở trẻ em vẫn còn hạn chế vì đây là thang điểm sử dụng chung cho cả người lớn. Do đó, chúng tôi chỉ chọn lọc các bệnh nhân từ 10-16 tuổi để đảm bảo việc hiểu và trả lời câu hỏi chính xác. Bên cạnh đó, chúng tôi sử dụng phương pháp phỏng vấn trực tiếp để đảm bảo bệnh nhân hiểu chính xác nội dung các câu hỏi. Chẩn đoán chính xác của rối loạn trầm cảm lớn phải dựa trên tiêu chuẩn DSM-5 và được bác sĩ tâm thần đánh giá. Tuy nhiên, thang điểm PHQ-9 đã được nhiều nghiên cứu chỉ ra là công cụ sàng lọc trầm cảm chính xác cao, với độ đặc hiệu từ 88-92% khi điểm ≥ 10 . Thang điểm này có thể giúp các bác sĩ nhận biết sớm các dấu hiệu của trầm cảm ở trẻ em.

Hiện tại, chúng tôi chưa tìm thấy các nghiên cứu khác ở Việt Nam cũng như văn học thế giới về vấn đề này vẫn còn ít. Tương tự như nghiên cứu của chúng tôi, một nghiên

cứ mô tả của Edith G Hernandez sàng lọc nguy cơ trầm cảm bằng thang điểm Birleson trên 24 trẻ em ESRD đang chạy thận cho thấy 53,73% trẻ em có nguy cơ trầm cảm, trong đó nguy cơ cao là 10,45%[4]. Một nghiên cứu của Abdel Aziz Mousa Thabet năm 2017 tại Palestine so sánh nguy cơ trầm cảm ở trẻ em lọc máu thận nhân tạo và các bệnh mãn tính khác thấy rằng trẻ em lọc máu thận nhân tạo có nguy cơ trầm cảm cao hơn nhiều (78,7% so với 29,5%) [5].

Một nghiên cứu của A. Bakr và các cộng sự phân tích 19 trẻ em mắc bệnh thận mãn tính không lọc máu thận nhân tạo và 19 trẻ em mắc bệnh thận mãn tính giai đoạn cuối đang lọc máu thận nhân tạo, phát hiện tỷ lệ rối loạn tâm thần là 52,6%, 18,4% rối loạn thích ứng, 10,3% trầm cảm và 7,7% rối loạn nhận thức thần kinh. Tuy nhiên, ở trẻ em mắc bệnh thận mãn tính giai đoạn cuối, trầm cảm cao tới 15,8%. Nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ rối loạn tâm thần cao hơn ở bệnh nhân lọc máu thận nhân tạo (68,4%) so với bệnh nhân không lọc máu thận nhân tạo (36,8%) [6]

Mối tương quan giữa nguy cơ trầm cảm và đặc điểm dân số

Chúng ta biết rằng giới tính là dấu hiệu quan trọng của sự khác biệt tâm sinh lý trong thời kỳ dậy thì, do đó nó có thể liên quan đến nguy cơ trầm cảm. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối tương quan giữa nguy cơ trầm cảm và giới tính. Tương tự như nghiên cứu của chúng tôi, A. Bakr [6] cho thấy không có mối tương quan giữa giới tính và các rối loạn tâm thần, bao gồm cả trầm cảm. Ngược lại, một nghiên cứu của Edith G. Hernandez [7] đánh giá các triệu chứng trầm cảm ở 67 bệnh nhân nhi trên liệu pháp thay thế thận bằng chạy thận và chạy thận trong bụng, kết quả cho thấy 7

trường hợp có nguy cơ trầm cảm cao, trong đó 100% các trường hợp là nữ.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng không tìm thấy mối tương quan giữa nguy cơ trầm cảm và tuổi, nơi cư trú, người chăm sóc, đi học, trình độ học vấn, thời gian chạy thận, nguyên nhân của ESRD. Tương tự, chúng tôi không tìm thấy mối tương quan giữa trầm cảm và các triệu chứng lâm sàng như: tình trạng dinh dưỡng, ngứa do ure, chuột rút, phù, thiếu máu. Điều này phù hợp với các nghiên cứu khác về tình trạng dinh dưỡng và thiếu máu [7]. Hiện nay, vẫn còn ít nghiên cứu về mối quan hệ giữa trầm cảm và chuột rút, ngứa do ure, phù ở trẻ em ERDS.

Điều đáng chú ý là có mối tương quan giữa các triệu chứng đường tiêu hóa và nguy cơ trầm cảm ($P=0,046$). Hiện tại, chúng tôi không có bằng chứng về mối tương quan giữa các triệu chứng tiêu hóa và trầm cảm ở trẻ em lọc máu thận nhân tạo từ các nghiên cứu khác. Các thay đổi ở trực ruột-não, vi khuẩn ruột và hệ thống thần kinh-miễn dịch có thể là nền tảng cho mối liên hệ giữa các triệu chứng tiêu hóa và trầm cảm [8]. Như đã đề cập trước đây, các triệu chứng tiêu hóa liên quan đến cơ chế bệnh sinh của CKD và chúng tôi chưa chứng minh được liệu các triệu chứng tiêu hóa có góp phần vào trầm cảm hay trầm cảm làm trầm trọng thêm các triệu chứng tiêu hóa.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có mối tương quan giữa số lượng FAV và nguy cơ trầm cảm. Tuy nhiên, chỉ có 1 trẻ có 4 FAV và trẻ có nguy cơ trầm cảm vừa. Liệu đây có phải chỉ là sự trùng hợp khi mẫu nghiên cứu quá nhỏ hay có mối quan hệ giữa số lượng FAV và nguy cơ trầm cảm? Một nghiên cứu cho thấy sự khác biệt trong cơ thể có thể ảnh hưởng đến lòng tự trọng của trẻ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã chọn những trẻ đã lọc máu thận nhân tạo trong 3

tháng hoặc hơn, vì vậy hầu hết các FAV đã được trưởng thành tốt và đang hoạt động tốt. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho thấy bệnh nhân nhi có thể cần hỗ trợ tâm lý đáng kể trước khi có thể đặt FAV. Thời gian chuẩn bị tâm lý bổ sung phải được xem xét khi lên kế hoạch thời gian phẫu thuật VA trước khi bắt đầu chạy thận. 7,7% trẻ em trong nghiên cứu của chúng tôi bị nhiễm trùng FAV nhưng không nguy cơ trầm cảm và không có mối liên hệ giữa nhiễm trùng FAV và nguy cơ trầm cảm ($P = 0,508$).

Chúng tôi không tìm thấy mối liên hệ giữa nguy cơ trầm cảm và một số dấu hiệu sinh học phản ánh mức độ nghiêm trọng của CKD như: PTH ($P = 0,642$), canxi ($P = 0,073$), phospho ($P = 0,669$). Điều này phù hợp với các nghiên cứu của Edith G. Hernandez [7] về PTH và trầm cảm ở trẻ em chạy thận. Đáng tiếc, vẫn còn ít nghiên cứu về mối liên hệ giữa canxi, phospho và nguy cơ trầm cảm ở trẻ em này.

Hạn chế của nghiên cứu: Kích thước mẫu nhỏ và tính chất cắt ngang hạn chế khả năng suy luận nguyên nhân. Nghiên cứu tương lai cần mở rộng quy mô mẫu và áp dụng thiết kế dài hạn để xác định mối quan hệ nguyên nhân và hiểu sâu hơn về các cơ chế tâm sinh lý liên quan.

V. KẾT LUẬN

38,5% trẻ em ESRD đang lọc máu thận nhân tạo trong nghiên cứu có nguy cơ trầm cảm (23,1% nguy cơ nhẹ và 15,4% nguy cơ trung bình). Nghiên cứu đã xác định được mối liên hệ giữa mức độ nguy cơ trầm cảm với triệu chứng đường tiêu hóa ($p = 0,046$). Trẻ em mắc CKD có nguy cơ trầm cảm không chỉ nên được điều trị tâm lý lâu dài mà còn cần tối ưu hóa điều trị y tế và chạy thận để giảm thiểu rối loạn dinh dưỡng, thiếu máu và các triệu chứng lâm sàng. Cần có nhiều nghiên cứu hơn với quy mô lớn hơn và thời gian dài hơn để đánh giá nguy cơ trầm cảm

và mối liên hệ giữa nguy cơ trầm cảm với các yếu tố khác của ESRD được lọc máu thận nhân tạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huong NTQ, Long TD, Bouissou F.** Chronic kidney disease in children: the National Paediatric Hospital experience in Hanoi, Vietnam. *Nephrology*. 2009;14(8): 722-727.
2. **Hiep TTM, Janssen F, Ismaili K.** Etiology and outcome of chronic renal failure in hospitalized children in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Pediatric Nephrology*. 2008;23(6): 965-970.
3. **El-Gamasy MA, Eldeeb MM.** Assessment of physical and psychosocial status of children with ESRD under regular hemodialysis, a single centre experience. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2017;4(2):81-86
4. **Badr H, Federman AD, Wolf M.** Depression in individuals with chronic obstructive pulmonary disease and their informal caregivers. *Aging & mental health*. 2017;21(9):975-982.
5. **Aziz A., Younis.J.** Quality of Life (QoL) and Depression Among Children With End Stage Renal Disease Attending Hemodialysis Units in Gaza Strip. *Psychology and Cognitive Sciences* 2017 (3)
6. **Bakr A, Amr M, Sarhan A.** Psychiatric disorders in children with chronic renal failure. *Pediatric nephrology*. 2007;22(1): 128-131.
7. **Hernandez EG, Loza R, Vargas H.** Depressive symptomatology in children and adolescents with chronic renal insufficiency undergoing chronic dialysis. *International journal of nephrology* 2011; 2011.
8. **Mudyanadzo TA, Hauzaree C, Yerokhina O.** Irritable bowel syndrome and depression: a shared pathogenesis. *Cureus*. 2018;10(8).

ĐÁNH GIÁ SỰ THAY ĐỔI HUYẾT ĐỘNG Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI ĐƯỢC GÂY TÊ TỦY SỐNG TRONG PHẪU THUẬT CHI DƯỚI

Nguyễn Huỳnh Minh Luân¹, Tạ Văn Trâm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gây tê tủy sống có thể gây tụt huyết áp nặng và kéo dài, nguy cơ thiếu máu đến tim, não, thận... Việc theo dõi sát huyết động, dự phòng và điều trị giúp ích rất nhiều cho bệnh nhân cao tuổi.

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi huyết động ở bệnh nhân cao tuổi được gây tê tủy sống trong phẫu thuật chi dưới tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 64 bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên được phẫu thuật chương trình chi dưới tại khoa Phẫu thuật – Gây mê hồi sức, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang từ 6/2021 đến 6/2022.

Kết quả: Việc hiểu rõ những thay đổi sinh lý ở người cao tuổi, những thay đổi huyết động khi gây tê tủy sống áp dụng vào thực tế lâm sàng điều trị, xử trí ngay lập tức, các bệnh nhân cao tuổi được duy trì huyết áp, tần số tim an toàn, không ghi nhận biến chứng hậu phẫu.

Kết luận: Việc sử dụng phối hợp dịch tinh thể, dịch cao phân tử, khối hồng cầu và Ephedrine trong gây tê tủy sống cho phẫu thuật chi dưới ở bệnh nhân cao tuổi giúp duy trì huyết động ổn định trong phẫu thuật.

Từ khóa: thay đổi huyết động, người cao tuổi, gây tê tủy sống, phẫu thuật chi dưới, Tiền Giang.

SUMMARY

ASSESSMENT OF HEMODYNAMIC CHANGES IN ELDERLY PATIENTS RECEIVING SPINAL ANESTHESIA FOR LOWER EXTREMITY SURGERY

Background: Spinal anesthesia can cause severe and prolonged hypotension, risk of anemia to the heart, brain, kidneys... Close monitoring of hemodynamics, prevention and treatment are very helpful for elderly patients.

Objective: Evaluation of hemodynamic changes in elderly patients undergoing spinal anesthesia during lower limb surgery at Tien Giang Provincial General Hospital.

Methods: Descriptive cross-sectional study conducted on 64 patients aged 60 years and older undergoing lower limb surgery at the Department of Surgery - Anesthesia and Resuscitation, Tien Giang Provincial General Hospital from June 2021 to June 2022.

Results: Results: understanding physiological changes in the elderly, hemodynamic changes during spinal anesthesia applied to clinical practice, treatment and immediate management, elderly patients are maintained, safe blood pressure and heart rate, no postoperative complications were recorded.

Conclusion: The combined use of crystalloids, polymeric fluids, red blood cell blocks and Ephedrine in spinal anesthesia for

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huỳnh Minh Luân

ĐT: 0833778005

Email: minhluan1504@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 26/4/2024

Ngày duyệt bài: 26/4/2024

lower extremity surgery in elderly patients helps maintain hemodynamic stability during surgery.

Keywords: hemodynamic changes, elderly people, spinal anesthesia, lower limb surgery, Tien Giang.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện tại, dân số thế giới đang già hóa với tỷ lệ người cao tuổi khoảng 10% và dự báo sẽ tăng lên gấp đôi vào năm 2050. Tại Việt Nam, luật người cao tuổi năm 2009 quy định người cao tuổi là người từ 60 tuổi trở lên. Năm 2019, người cao tuổi chiếm khoảng 11,9% và số lượng người cao tuổi cần được chăm sóc y tế và phẫu thuật ngày càng tăng. Như chúng ta đã biết, người cao tuổi thường có những thay đổi khi sinh lý trên toàn bộ cơ thể đặc biệt về tim mạch như dày thành cơ tim, giảm lưu lượng tim, giảm thể tích nhát bóp, giảm compliance động mạch, giảm đáp ứng thần kinh tự động, tăng tính thấm thành mạch; kết hợp với những bệnh lý tim mạch thường gặp như tăng huyết áp, bệnh mạch vành. Đây cũng là đối tượng có nguy cơ té ngã cao, cần can thiệp phẫu thuật, tăng nguy cơ biến chứng và tỷ lệ tử vong trước, trong và sau phẫu thuật. Chấn thương chi nhất là chi dưới, là loại tổn thương thường gặp nhất trong chấn thương nói chung. Mặc dù đa số tổn thương do chấn thương chi được coi là nhẹ hoặc trung bình, tính mạng của bệnh nhân đặc biệt là số phận của chi gãy vẫn có thể bị đe dọa. Sốc mất máu, hội chứng khoang, hội chứng tiêu hủy cơ, tắc mạch do mỡ là các biến chứng sớm và nguy hiểm trong khi nhiễm trùng chi gãy, tắc mạch, thiếu máu chi là những biến chứng muộn tiếp tục ảnh hưởng đáng kể đối với kết quả điều trị. Độ nặng của chấn thương chi phụ thuộc chủ yếu vào cơ chế chấn thương, thời gian chờ đợi can thiệp, hiệu quả của việc sơ cứu

cũng như điều trị đặc hiệu tại cơ sở chuyên khoa.

Về gây mê hồi sức, gây tê là phương pháp vô cảm chủ yếu trong chấn thương chi. Đặc biệt trong phẫu thuật chi dưới như kết hợp xương đùi, kết hợp xương cẳng chân, thay khớp háng, thay khớp gối... bệnh nhân thường được sử dụng phương pháp vô cảm là gây tê tủy sống thay vì gây mê toàn diện. Với phương pháp gây tê tủy sống, bệnh nhân sẽ hoàn toàn tỉnh táo trong phẫu thuật nhưng không có cảm giác đau do phong bế thần kinh cảm giác, thần kinh vận động và thần kinh giao cảm. Tuy nhiên gây tê tủy sống có thể gây tụt huyết áp nặng và kéo dài, nguy cơ thiếu máu đến tim, não, thận... Việc theo dõi sát huyết động, dự phòng và điều trị giúp ích rất nhiều cho bệnh nhân cao tuổi. Vì vậy, để nâng cao chất lượng phẫu thuật, giảm tỷ lệ biến chứng hậu phẫu, giảm tỷ lệ tử vong ở các bệnh nhân cao tuổi được gây tê tủy sống để phẫu thuật chi dưới, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi huyết động ở bệnh nhân cao tuổi được gây tê tủy sống trong phẫu thuật chi dưới tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên được phẫu thuật chương trình chi dưới như kết hợp xương đùi, kết hợp xương cẳng chân, thay khớp háng, thay khớp gối,...

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tất cả các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật chi dưới, không chống chỉ định gây tê tủy sống.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có tiền sử bệnh van tim, rối loạn nhịp, bệnh lý hô hấp, bệnh nhân hoặc

gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu hay bệnh nhân phải chuyển phương pháp vô cảm.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Phẫu thuật – Gây mê hồi sức, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang từ 6/2021 đến 6/2022.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Phần mềm SPSS 26.0.

Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n=64)

	Trung bình/ n (%)	Min-Max
Tuổi	67,84± 6,25	60-88
Giới: Nữ/Nam	45/19 (70,3%/29,7%)	
Tiền sử tăng huyết áp	21 (32,8%)	
MAP nền (mmHg)	82,31± 10,21	68-115
Thời gian phẫu thuật (phút)	69±19,03	40-110

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 67,84 tuổi. Bệnh nhân nữ chiếm 70,3%. Có 32,8% bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp. Huyết áp trung bình nền của bệnh nhân khoảng 82,31 mmHg.

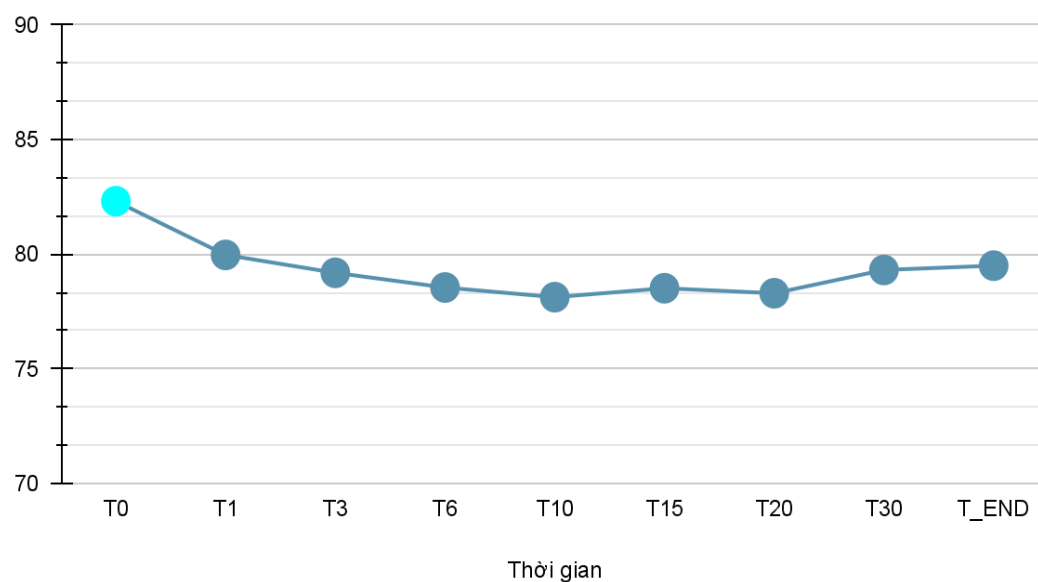
Bảng 2. Thể tích dịch truyền, lượng khối hồng cầu, Ephedrine, Atropin dùng trong phẫu thuật

	n	Trung bình	Min-Max
Lượng dịch tinh thể (ml)	64	495± 226,38	100-1300
Lượng dịch cao phân tử truyền trong phẫu thuật (ml)	1	100	100
Lượng khối hồng cầu truyền trong phẫu thuật (ml)	0		
Lượng Ephedrine dùng trong phẫu thuật (mg)	11	10,36± 6,89	3-27
Lượng Atropin dùng trong phẫu thuật (mg)	1	0,5	0,5

Tổng lượng dịch tinh thể truyền trong phẫu thuật là $495 \pm 226,38$ ml. Lượng dịch cao phân tử truyền là 100 ml. Lượng Ephedrine dùng trong phẫu thuật là $10,36 \pm 6,89$ mg. Lượng Atropin dùng trong phẫu thuật là 0,5 mg.

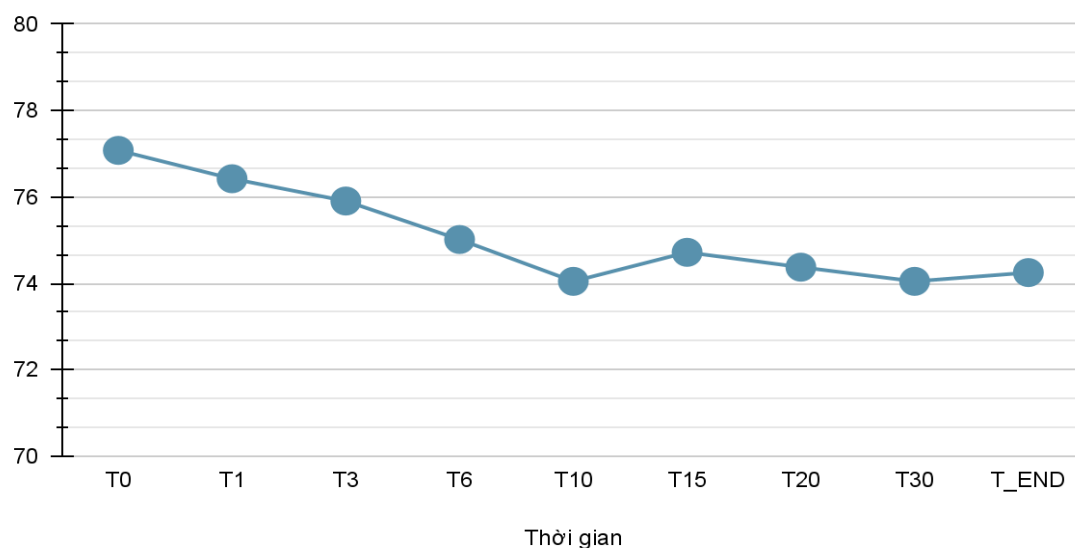
Đáp ứng huyết động với điều trị

MAP



Biểu đồ 1. Sự thay đổi huyết áp trung bình (MAP) trước và sau gây tê tủy sống

Tần số tim



Biểu đồ 2. Sự thay đổi tần số tim trước và sau gây tê tủy sống

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 64 bệnh nhân người cao tuổi. Tuổi trung bình là $67,84 \pm 6,25$, tỷ lệ bệnh nhân nữ nhiều hơn gấp 2 lần bệnh nhân nam. Trong đó, có 32,8% bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp. Huyết áp trung bình khi ở phòng mổ là $82,31 \pm 10,21$ mmHg.

Lượng dịch tinh thể dùng trong phẫu thuật $495 \pm 226,38$ ml. Trong thời gian phẫu thuật $69 \pm 19,03$ phút. Ta tính được tốc độ truyền dịch trung bình 7,17 ml/phút (430 ml/giờ). Trong 64 bệnh nhân phẫu thuật có 11 bệnh nhân cần dùng Ephedrine (17,18%). Lượng Ephedrine trung bình là $10,36 \pm 6,89$ mg. Chỉ có 1 trường hợp (1,56%) truyền 100 ml dịch cao phân tử và 1 trường hợp (1,56%) dùng 0,5 mg Atropin. Qua đó ta thấy được chỉ có 17,18% bệnh nhân tụt huyết áp không đáp ứng với truyền dịch cần sử dụng thuốc co mạch để duy trì huyết áp trung bình trên 65 mmHg. Và 1,56% bệnh nhân cần dùng Atropin, dung dịch cao phân tử để nâng mạch, duy trì huyết áp.

Huyết áp trung bình tại thời điểm trước gây tê tủy sống (T0) khoảng 82,31 mmHg sau đó xu hướng giảm từ thời điểm 1 phút sau gây tê tủy sống (T1) đến 30 phút sau gây tê tủy sống (T30), thấp nhất vào thời điểm 10 phút sau gây tê tủy sống (T10) là 78,12 mmHg. Sau đó ổn định dần đến khi kết thúc phẫu thuật.

Tần số tim tại thời điểm trước gây tê tủy sống (T0) là 77,07 lần/phút, sau đó giảm dần từ thời điểm 1 phút sau gây tê (T1) đến thời điểm 30 phút sau gây tê (T30), thấp nhất vào thời điểm 10 phút sau gây tê tủy sống (T10)

và 30 phút sau gây tê tủy sống (T30) là 74,05 lần/phút; sau đó ổn định dần đến kết thúc phẫu thuật.

Từ đó ta thấy được sau khi gây tê tủy sống có hiện tượng huyết áp và nhịp tim có xu hướng giảm nhưng thay đổi không đáng kể so với thời điểm ban đầu (T0). Cơ chế của hiện tượng này được lý giải do gây tê tủy sống ức chế thần kinh giao cảm gây giãn mạch và phân bố lại thể tích tuần hoàn cho chi dưới và các tạng. Tuy nhiên, gây tê tủy sống liều thấp được chứng minh làm giảm đáng kể tỷ lệ hạ huyết áp và mạch chậm ở người cao tuổi khi phẫu thuật chi dưới. Trong nghiên cứu này, ta thấy được với Bupivacain 0,5% liều 10 đến 11 giúp mạch và huyết áp ổn định, ít cần phải sử dụng thuốc vận co mạch Ephedrine.

Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, việc theo dõi huyết động bằng Monitor không phản ánh đúng, tức thời sự thay đổi huyết động của bệnh nhân, cần có phương pháp theo dõi huyết động chính xác hơn như đo huyết áp động mạch xâm lấn (IBP), chỉ số sức cản mạch hệ thống (SVRI), theo dõi việc bù dịch qua áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) để theo dõi sát và điều trị tức thời cho bệnh nhân, đặc biệt là ở người cao tuổi.

Với việc hiểu rõ những thay đổi sinh lý ở người cao tuổi, những thay đổi huyết động khi gây tê tủy sống áp dụng vào thực tế lâm sàng điều trị, xử trí ngay lập tức, các bệnh nhân cao tuổi được duy trì huyết áp, tần số tim an toàn, không ghi nhận biến chứng hậu phẫu.

V. KẾT LUẬN

Việc sử dụng phối hợp dịch tinh thể, dịch cao phân tử, khối hồng cầu và Ephedrine trong gây tê tủy sống cho phẫu thuật chi dưới ở bệnh nhân cao tuổi giúp duy trì huyết động ổn định trong phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Gây mê hồi sức** Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch (2017), “Gây mê hồi sức trong phẫu thuật người cao tuổi”, Giáo trình Gây mê hồi sức.
2. **Công Quyết Thắng (2015)**, “Gây tê tủy sống-Tê ngoài màng cứng”, Bài giảng Gây mê Hồi sức tập 2, Nhà xuất bản Y học.
3. **Nguyễn Hữu Tú (2015)**, “Gây mê cho bệnh nhân chấn thương chi”, Bài giảng Gây mê Hồi sức tập 2, Nhà xuất bản Y học.
4. **Nguyễn Quốc Kính (2013)**, “Gây mê hồi sức cho phẫu thuật nội soi”, Gây mê hồi sức cho phẫu thuật ở người cao tuổi, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
5. **Aileen Adriano, Brett Athans (2020)**, CA-1 tutorial textbook, Transfusion therapy, Department of Anesthesiology Stanford University Medical Center.
6. **Stu White, Jeffrey Handel (2017)**, “Oxford handbook of anaesthesia” fourth edition, Anaesthesia for the elderly, Oxford Medical Publications.

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG VIÊM KHÔNG STEROID CỦA NGƯỜI DÂN TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lê Thụy Thảo Vy¹, Hoàng Thy Nhac Vũ¹,
Võ Công Nhận², Trịnh Hữu Tùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng sử dụng NSAIDs và sự khác biệt giữa thói quen sử dụng thuốc kháng viêm không Steroid (NSAIDs) với đặc điểm mẫu nghiên cứu trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện thông qua việc sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn để khảo sát người dân 18 tuổi trở lên đang sinh sống tại một số quận thuộc Thành phố Hồ Chí Minh.

Kết quả: Mẫu nghiên cứu gồm 191 người dân đạt tiêu chí nghiên cứu, trong đó, 57,1% là nữ, tuổi trung bình là 43,1 tuổi ($\pm 14,4$ tuổi). 62,8% người dân sử dụng NSAIDs cho bệnh lý cơ xương khớp; thuốc được sử dụng nhiều nhất là meloxicam (31,4%); 57,1% người dân sử dụng NSAIDs trên 5 ngày. Trên 50,0% người dân dự trữ thuốc tại nhà và giới thiệu cho bạn bè sử dụng chung. Việc tự điều trị vẫn còn xảy ra nhiều trong cộng đồng. Ngoài ra, nghiên cứu ghi nhận có sự khác biệt giữa thói quen sử dụng NSAIDs trong cộng đồng với nhóm tuổi, nghề nghiệp, thu

nhập và tình trạng sức khỏe trong 12 tháng qua ($p < 0,05$).

Kết luận: Nghiên cứu đã cung cấp một số thông tin về thói quen sử dụng NSAIDs của người dân tham gia khảo sát tại Thành phố Hồ Chí Minh, tạo tiền đề cho các nghiên cứu chuyên sâu để tìm hiểu thực trạng sử dụng NSAIDs tại những nơi khác, trên những đối tượng khác góp phần giúp cơ quan quản lý có căn cứ áp dụng những giải pháp đảm bảo sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, hiệu quả.

Từ khóa: Thuốc kháng viêm không Steroid, thói quen sử dụng thuốc.

SUMMARY

THE RESEARCH ON THE CURRENT STATUS OF NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS USAGE IN HO CHI MINH CITY

Objectives: Describe the current situation on using NSAIDs and differences in the usage habits of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) with the characteristics of the study sample in Ho Chi Minh City.

Materials and Methods: A cross-sectional descriptive study conducted through a survey of subjects aged 18 years and over and living in districts in Ho Chi Minh City.

Results: Self-medicating still happen in the community. Among 191 survey participants have 62.8% people use NSAIDs for musculoskeletal. Meloxicam was used the most about 31.4%. The common of duration of treatment is over 5 days. More than 50.0% of the population was standby

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thy Nhac Vũ

ĐT: 0913110200

Email: hoangthynhacvu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 26/4/2024

Ngày duyệt bài: 26/4/2024

medicine at home and recommend it to their friends. Self-medication still occurs a lot in the community. There is the difference between age group, occupation, average income/month, a general check up, current health problems to the habit of using NSAIDs in the community ($p < .05$).

Conclusion: The research provided some information on the NSAIDs use habits of survey participants in Ho Chi Minh City. Ho Chi Minh City, pre - creating for in-depth research to understand the status of using non-steroidal anti-inflammatory drugs in other places and other subjects and can help the management agency have a basis for solutions to ensure safe, rational and effective drug use in the community.

Keywords: non-steroidal anti-inflammatory drugs, medication habits.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc kháng viêm không Steroid (NSAIDs) là thuốc có tác dụng giảm đau - hạ sốt -kháng viêm và chống tập kết tiểu cầu (aspirin), chủ yếu dùng để điều trị các bệnh về cơ xương khớp. Tuy nhiên, NSAIDs có thể gây ra những tác dụng không mong muốn như loét dạ dày, nhồi máu cơ tim nếu sử dụng với thời gian, mục đích không phù hợp^{1,2}. Hiện nay, đã có nhiều hướng dẫn cụ thể về việc sử dụng NSAIDs^{1,3-5}, trong đó, Bộ y tế có những lưu ý cho người bệnh có nguy cơ trên hệ tiêu hóa hoặc tim mạch trong điều trị cơ xương khớp khi sử dụng NSAIDs¹; Cục quản lý Dược yêu cầu cập nhật các thông tin về các biến cố tim mạch khi sử dụng NSAIDs vào tờ hướng dẫn sử dụng thuốc và nhãn thuốc, đồng thời, tăng cường quản lý việc đăng ký, nhập khẩu, và sản xuất các thuốc dạng phối hợp (Paracetamol + NSAIDs) nhằm đảm bảo sử dụng NSAIDs an

toàn-hợp lý- hiệu quả³⁻⁵. Đã có một số các nghiên cứu về việc sử dụng NSAIDs của cán bộ y tế⁶⁻⁸ và người dân⁹⁻¹² và. Để cơ quan quản lý có thể ban hành các giải pháp phù hợp để quản lý sử dụng thuốc tại cơ sở y tế cũng như trong cộng đồng cũng, cần có những thông tin cụ thể về thực trạng sử dụng thuốc của người dân. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả thực trạng sử dụng NSAIDs và sự khác biệt giữa thói quen sử dụng NSAIDs với đặc điểm mẫu nghiên cứu trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2021- 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được thực hiện thông qua khảo sát bằng bộ câu hỏi soạn sẵn. Tiến hành chọn mẫu thuận tiện trong 3 tháng, với cỡ mẫu tối thiểu để đạt hiệu lực thống kê là ít nhất 100. Đối tượng nghiên cứu là người dân ≥ 18 tuổi, đã từng sử dụng NSAIDs, đang sinh sống tại Thành phố Hồ Chí Minh, đồng ý tham gia phỏng vấn. Trong ba tháng chọn mẫu, nghiên cứu đã khảo sát người dân tại các khu vực công cộng và nhà thuốc ở các quận trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh (quận 1, quận 2, quận 3, quận 4, quận 5, quận 6, quận 7, quận 8, quận 9, quận 10, quận 11, quận 12, quận Tân Bình, quận Bình Thạnh, quận Phú Nhuận, quận Bình Tân, quận Tân Phú, quận Gò Vấp, quận Thủ Đức) và thu được 191 phiếu khảo sát cho nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu

Nội dung câu hỏi được xây dựng từ kết quả tổng quan tài liệu nghiên cứu trước, liên

quan đến các thói quen sử dụng thuốc đã được nghiên cứu và ghi nhận của tác giả Nguyễn Thanh Liêm và Tô Hồng Ánh ⁷ và hướng dẫn sử dụng NSAIDs trong “Hướng dẫn chuẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp” của Bộ Y Tế ¹. Để phân loại đúng đối tượng cần khảo sát, nghiên cứu liệt kê các thuốc thuộc nhóm NSAIDs và hỏi người dân tham gia khảo sát đã từng sử dụng các thuốc này chưa.

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu được mô tả thông qua tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, mức thu nhập, tình trạng sức khỏe. Ở phần mô tả thực trạng sử dụng NSAIDs sẽ khảo sát lý do phải sử dụng NSAIDs, các NSAIDs đã sử dụng, thời gian sử dụng lâu nhất trong một đợt điều trị, tác dụng phụ từng gặp, nguồn thông tin biết tới NSAIDs. Phần thói quen sử dụng NSAIDs bao gồm các thông tin mục đích, hình thức và số lần mua trong 6 tháng gần nhất, thói quen dự trữ và sử dụng.

Dựa vào các thông tin thu được về việc sử dụng NSAIDs, mẫu nghiên cứu được chia thành hai nhóm « thói quen hợp lý trong sử dụng NSAIDs» / «thói quen chưa hợp lý trong sử dụng NSAIDs» Điểm thói quen sử dụng NSAIDs được mô tả dựa trên mức điểm và mức phân loại bằng cách quy điểm

về thang điểm 10 tương ứng với tỷ lệ phần trăm số điểm đạt được so với điểm tối đa của thang đo theo công thức:

$$\begin{aligned} & \text{Điểm thói quen} \\ &= \frac{\text{Điểm đánh giá ban đầu}}{\text{Điểm tối đa của thang đo}} \times 10 \end{aligned}$$

Người dân được xem là có thói quen hợp lý nếu có trên 70% câu trả lời phù hợp với khuyến cáo chuyên môn liên quan ^{1,7} đến sử dụng NSAIDs.

Phân tích và xử lý dữ liệu

Dữ liệu sau khi thu thập sẽ được tổng hợp vào excel và phân tích bằng SPSS 22.0. các biên số định tính sẽ được mô tả dưới dạng tần số và tỷ lệ %. Dùng kiểm định chi bình phương hoặc Fisher cho sự khác biệt giữa thói quen sử dụng NSAIDs với đặc điểm mẫu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu có 191 người, với 57,1% là nữ; tuổi trung bình là 43,1 tuổi ($\pm 14,4$ tuổi); 56,5% chưa tốt nghiệp đại học; 31,4% không có việc làm; 23,0% không có thu nhập. Liên quan đến tình trạng sức khỏe, có 22,5% người dân không kiểm tra sức khỏe trong một năm; có 40,8 % người dân đang có bệnh lý cơ xương khớp. (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm chung của người dân trong mẫu nghiên cứu (n = 191).

Đặc điểm	Tần số (n = 191 (%))
Giới tính	
Nam	82 (42,9)
Nữ	109 (57,1)
Nhóm tuổi	
$\leq$ tuổi trung bình	93 (48,7)

> tuổi trung bình	98 (51,3)
Trình độ học vấn	
< Đại học	108 (56,5)
≥ Đại học	83 (43,5)
Công việc chính	
Không có việc làm tạo thu nhập	60 (31,4)
Đang làm việc cho đơn vị nhà nước	31 (16,2)
Đang làm việc cho đơn vị tư nhân	100 (52,4)
Thu nhập bình quân một tháng	
Không có thu nhập	44 (23,0)
≤ 9 triệu đồng	72 (37,7)
> 9 triệu đồng	75 (39,3)
Khám sức khỏe trong 12 tháng	
Không kiểm tra sức khỏe	43 (22,5)
< 3 lần	78 (40,8)
≥ 3 lần	70 (36,6)
Vấn đề sức khỏe hiện tại	
Không có bệnh	42 (22,0)
Bệnh lý cơ xương khớp	78 (40,8)
Bệnh khác	71 (37,2)
*Tuổi trung bình = 43,1 tuổi	

Thực trạng sử dụng NSAIDs của mẫu nghiên cứu

Bảng 2. Thực trạng sử dụng NSAIDs của mẫu nghiên cứu (n=191)

Thực trạng sử dụng NSAIDs		Tỷ lệ (%)
Mục đích mua NSAIDs		
Mua thuốc cho bản thân sử dụng	1-2 lần	17,3%
	≥ 3 lần	82,2 %
Mua thuốc giúp cho người khác	1-2 lần	28,3%
	≥ 3 lần	29,3 %
Nguyên nhân sử dụng NSAIDs		
Bệnh lý cơ xương khớp		62,8%
Cảm cúm		14,7%
Đau bụng kinh		9,9%
Khác		16,8%
Các loại NSAIDs từng sử dụng		
Celecoxib		27,2%
Diclofenac		22,0%
Ibuprofen		27,2%
Aspirin		13,6%
Meloxicam		31,4%

Khác	11,4%
Không nhớ tên thuốc	8,9%
Thời gian sử dụng NSAIDs	
1-3 ngày	23,6%
4-5 ngày	18,3%
> 5 ngày	57,1%
Khác	1%
Nguồn thông tin biết tới NSAIDs	
Tư vấn của bác sĩ, dược sĩ	97,9%
Kinh nghiệm bản thân	56,5%
Bạn bè người thân giới thiệu	44,5%
Hội nhóm cộng đồng sức khỏe trên mạng xã hội	24,6%

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 82,2% người dân đã từng ít nhất 3 lần mua thuốc cho bản thân trong 6 tháng qua; 57,6% từng mua thuốc giúp cho người khác; 24,6% người dân biết tới NSAIDs thông qua các hội nhóm sức khỏe cộng đồng trên mạng xã hội; 8,9% người dân khi sử dụng thuốc xong vẫn không nhớ đến tên thuốc. Có 62,8% người dân dùng NSAIDs cho bệnh lý cơ xương

khớp; NSAIDs được sử dụng nhiều nhất là meloxicam (31,4%). Các tác dụng không mong muốn thường gặp trong thời gian sử dụng NSAIDs chủ yếu trên hệ tiêu hóa (buồn nôn, khó tiêu (31,4%); viêm hoặc loét dạ dày (29,0%)). (Bảng 2).

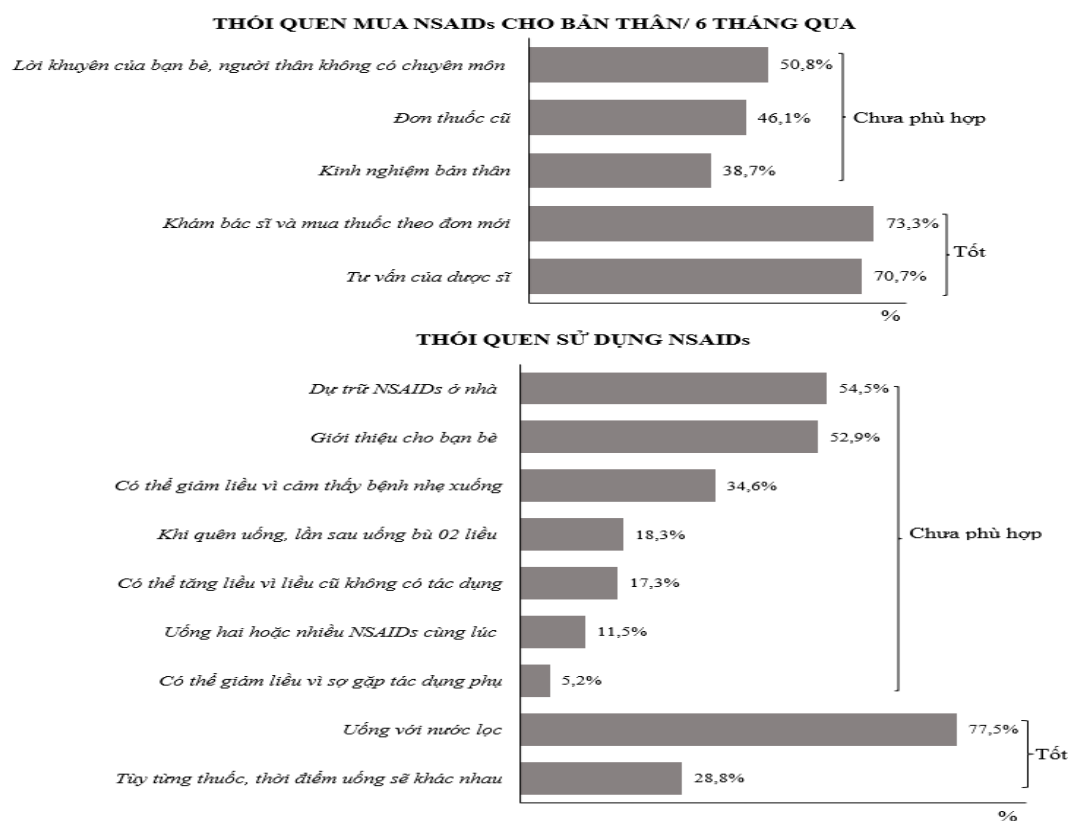
Thói quen liên quan đến việc sử dụng NSAIDs của mẫu nghiên cứu (n= 191)

Bảng 3. Mô tả đặc điểm mẫu nghiên cứu giữa hai nhóm có thói quen « thói quen hợp lý» / thói quen chưa hợp lý» trong sử dụng NSAIDs (n = 191).

	Thói quen sử dụng NSAIDs		p
	Chưa hợp lý n = 100 (%)	Hợp lý n = 91 (%)	
Giới tính			
Nam*	44 (44,0)	38 (41,8)	0,755
Nữ	56 (56,0)	53 (58,2)	
Nhóm tuổi			
≤ 43 tuổi*	59 (59,0)	34 (37,4)	0,003
> 43 tuổi	41 (41,0)	57 (62,6)	
Trình độ học vấn			
< Đại học*	53 (53,0)	55 (60,4)	0,300
≥ Đại học	44 (47,0)	36 (39,6)	
Nghề nghiệp			
Không có việc làm*	13 (13,0)	47 (51,6)	

Đang làm cho đơn vị nhà nước	18 (18,0)	13 (14,3)	< 0,001
Đang làm cho đơn vị tư nhân	69 (69,0)	31 (34,1)	
Thu nhập bình quân một tháng			
Không có thu nhập*	8 (8,0)	36 (39,6)	< 0,001
≤ 9 triệu đồng	45 (45,0)	27 (29,7)	
> 9 triệu đồng	47 (47,0)	28 (30,8)	
Khám sức khỏe trong 12 tháng qua			
Không kiểm tra sức khỏe*	32 (32,0)	11 (12,1)	< 0,001
< 3 lần	45 (45,0)	33 (36,3)	
≥ 3 lần	23 (23,0)	47 (51,6)	
Vấn đề sức khỏe hiện tại			
Không có bệnh*	33 (33,0)	9 (9,9)	< 0,001
Bệnh lý cơ xương khớp	33 (33,0)	45 (49,5)	
Bệnh khác	34(34,0)	37 (40,7)	

Có sự khác biệt về thói quen sử dụng NSAIDs trong mẫu nghiên cứu theo nhóm tuổi, nghề nghiệp, thu nhập, việc kiểm tra sức khỏe trong 12 tháng, và vấn đề sức khỏe hiện tại ($p < 0,05$). (Bảng 3).



Hình 3. Thói quen sử dụng NSAIDs của người dân trong mẫu nghiên cứu ($n = 191$)

Vẫn còn tỷ lệ khá cao người dân tự mua thuốc theo lời khuyên của bạn bè, người thân hoặc những người không có chuyên môn về y dược (50,8%); trên 50% người dân dự trữ thuốc tại nhà và giới thiệu cho bạn bè dùng chung khi thấy thuốc có hiệu quả; 28,8 % người dân cho rằng tùy từng thuốc mà thời điểm uống sẽ khác nhau. (Hình 3).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã mô tả được thực trạng sử dụng thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs) và sự khác biệt giữa thói quen sử dụng NSAIDs với đặc điểm mẫu nghiên cứu trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh. Nghiên cứu ghi nhận thói quen tự điều trị chiếm một tỉ lệ đáng kể trong mẫu nghiên cứu (38,7% người mua thuốc theo kinh nghiệm bản thân; 46,1% người mua thuốc theo đơn cũ; 50,8% mua thuốc theo lời khuyên bạn bè hoặc những người không có chuyên môn về y dược). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Dajana Roshi và cộng sự năm 2015 có 56% người dân tự quyết định mua thuốc 6, và kết quả nghiên cứu của Anna P Nunes và cộng sự năm 2013 có khoảng 50% tự mua NSAIDs¹⁰. Việc tự điều trị xảy ra rất phổ biến trong cộng đồng. Tuy nhiên, không phải người dân nào cũng biết cách sử dụng thuốc hợp lý và an toàn. Người dân có thể tự điều trị qua việc sử dụng theo chỉ định trong tờ hướng dẫn sử dụng, hoặc sử dụng cho những mục đích khác với chỉ định của thuốc. Ngoài ra, tự điều trị còn thể hiện ở việc dùng lại đơn cũ hoặc dùng đơn của người khác, hoặc tham khảo các ý kiến từ các hội nhóm trên mạng xã hội để tự mua thuốc, sử dụng thuốc còn

sót lại ở đợt điều trị trước hay giới thiệu thuốc đang sử dụng cho người khác. Trong quá trình tự điều trị người dân có thể gặp các tác dụng không mong muốn nhưng không biết và vẫn tiếp tục sử dụng hoặc điều trị không đúng bệnh dẫn tới việc sử dụng thuốc lâu dài, từ đó dễ dẫn tới việc xuất hiện những hậu quả nghiêm trọng cho sức khỏe. Vì thế, các bác sĩ, dược sĩ cần tăng cường vai trò tư vấn, hướng dẫn sử dụng thuốc cho người dân trong cộng đồng nhằm mục đích giúp cho người dân có thể sử dụng thuốc một cách an toàn, hiệu quả và hợp lý hơn. Ngoài ra, có trên 50,0% người dân dự trữ thuốc tại nhà và giới thiệu cho bạn bè sử dụng chung, thực trạng này cũng từng được ghi nhận ở một nghiên cứu trước đây¹². Trong các nguyên nhân mà người dân phải dùng NSAIDs, thì bệnh lý cơ xương khớp là cao nhất (62,8%). Người dân từng sử dụng meloxicam là nhiều nhất (31,4%). Người dân từng sử dụng meloxicam là nhiều nhất (31,4%), thực trạng này cũng từng được ghi nhận ở các nghiên cứu trước^{6,11}. Đa số người dân sử dụng NSAIDs trên 5 ngày (57,1%) trong một đợt điều trị. Các tác dụng không mong muốn mà người dân thường gặp trong thời gian sử dụng NSAIDs chủ yếu là trên hệ tiêu hóa như buồn nôn, khó tiêu (31,4%), viêm hoặc loét dạ dày (29,0%), còn lại là dị ứng và một số triệu chứng khác. Những tác dụng không mong muốn này cũng được ghi nhận ở các nghiên cứu trước^{10,11}. Ngoài ra trong một nghiên cứu tại Việt Nam⁷, có 13,9% người bệnh có thói quen tự ý sử dụng NSAIDs không chọn lọc, đây là một trong những nguyên nhân quan trọng gây tái xuất huyết ở những vết loét chưa lành hẳn.

Có 52,4% người dân được hỏi có thói quen sử dụng NSAIDs là chưa phù hợp. Nghiên cứu ghi nhận có sự khác biệt giữa thói quen sử dụng NSAIDs trong cộng đồng với nhóm tuổi, nghề nghiệp, thu nhập và tình trạng sức khỏe trong 12 tháng qua ($p < 0,05$). Kết quả cho thấy, những người lớn tuổi thường có thói quen sử dụng thuốc tốt hơn, có thể do họ dễ mắc các bệnh nền nên có xu hướng chăm sóc sức khỏe bản thân tốt hơn và thường xuyên đi khám sức khỏe, vì thế, họ sẽ tiếp xúc với các nhân viên y tế nhiều hơn, từ đó họ sẽ được tư vấn về cách sử dụng thuốc và có thói quen dùng thuốc tốt hơn. Kết quả cũng ghi nhận nhóm người đang mắc các bệnh lý cơ xương khớp hoặc bệnh khác có thói quen tốt hơn nhóm người không có bệnh, có thể do khi họ đang sử dụng thuốc để điều trị các bệnh hiện tại nên họ sẽ chủ động hơn trong việc sử dụng thuốc và tự chăm sóc sức khỏe bản thân, từ đó thói quen sử dụng thuốc cũng sẽ tốt hơn. Ngoài ra, nhóm người dân có khám sức khỏe ít nhất một lần trong 12 tháng qua có thói quen tốt hơn nhóm người dân không khám sức khỏe, vì khi kiểm tra sức khỏe thì người dân sẽ được các nhân viên y tế hướng dẫn sử dụng thuốc và từ đó thói quen sử dụng thuốc của họ sẽ tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã cung cấp một số thông tin về thói quen sử dụng NSAIDs của người dân tham gia khảo sát tại Thành phố Hồ Chí Minh, tạo tiền đề cho các nghiên cứu chuyên sâu để tìm hiểu thực trạng sử dụng NSAIDs tại những nơi khác và đối với cán bộ y tế, góp phần giúp cơ quan quản lý có những giải

pháp đảm bảo sử dụng thuốc an toàn, hợp lý và hiệu quả. Cần tăng cường công tác giáo dục sức khỏe để nâng cao nhận thức và thói quen sử dụng thuốc trong cộng đồng, đồng thời đẩy mạnh vai trò tư vấn hướng dẫn sử dụng thuốc của cán bộ y tế cho người dân trong cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2014)** Quyết định số 361/QĐ-BYT. Hướng dẫn chuẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp.
2. **Bally M, Beauchamp ME, Abrahamowicz M, Nadeau L, Brophy JM. (2018)** Risk of acute myocardial infarction with real-world NSAIDs depends on dose and timing of exposure. *Pharmacoeconomics and Drug Safety*. 2018;27(1): 69-77.
3. **Cục quản lý dược. (2015)** Công văn số 22982/QLD-ĐK. Cung cấp thông tin liên quan đến tính an toàn của thuốc điều trị ĐTĐ type 2 nhóm DPP-4, thuốc Methotrexate, NSAIDs không phải Aspirin.
4. **Cục quản lý Dược. (2017)** Công văn số 5749/QLD-ĐK. Cập nhật hướng dẫn sử dụng thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs) và không phải aspirin.
5. **Cục quản lý Dược. (2020)** Công văn số 856/QLD-ĐK. Đăng ký, nhập khẩu, sản xuất các thuốc chứa phối hợp [paracetamol + NSAIDs].
6. **Nguyễn Minh Tuấn, Đào Duy Anh, Đỗ Thế Khánh, Nguyễn Tuấn Quang, Nguyễn Cẩm Vân, Nguyễn Lê Thanh Thư. (2020)** Thực trạng sử dụng thuốc giảm đau, chống viêm không steroid (NSAIDs) trên bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Khớp – Bệnh viện Quân y 103 năm 2019. *Tạp chí nội khoa*. Số 19+20, 2020.
7. **Trần Kiều Miên, Quách Trọng Đức. (2003)** Các yếu tố nguy cơ gây xuất huyết

tiêu hóa trên tái phát không do tăng áp tĩnh mạch cửa. Tạp chí Y học Tp. Hồ Chí Minh, Số 7 2003.

8. **Nguyễn Thanh Liêm, Tô Hồng Ánh (2013)** . Khảo sát thực hành sử dụng thuốc kháng viêm không steroid của bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày, tá tràng tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ. Y học thực hành (899). Số 12. 2013.
9. **Roshi D, Toci E, Burazeri G, Schroder-Back P, Malaj L, Brand H. (2017)** Users' Knowledge About Adverse Effects of Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs in Tirana, Albania. Mater Sociomed. 2017; 29(2):138-142.
10. **Nunes AP, Costa IM, Costa FA. (2016)**

Determinants of self-medication with NSAIDs in a Portuguese community pharmacy. Pharm Pract (Granada). 2016;14(1):648.

11. **Amirimoghadam P, Zihayat B, Dabaghzadeh F, Kiani K, Ebrahimi J, Ghazanfari M, Arjmand S. (2017)** Evaluation and awareness of over the counter use of non-steroidal anti-inflammatory drugs. Journal of Applied Pharmaceutical Science, 2017; 7 (03): 154-159.
12. **Jogdand SS, Phalake DB, Nandal DH. (2013)** Knowledge and pattern about medicine use amongst rural people of maharashtra. National Journal of Medical Research. 2013. 3(04), 358–361.

NỒNG ĐỘ HS TROPONIN I TRÊN BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Kha Đắc Lượng¹, Nguyễn Thị Kiều Tiên¹, Đường Thị Hồng Diệp²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng chuyển hóa là một vấn đề sức khỏe đang được quan tâm trong thời đại công nghệ phát triển hiện nay bởi độ tuổi mắc bệnh ngày càng trẻ hóa, các yếu tố nguy cơ (sử dụng thuốc lá, sử dụng rượu, bia) ngày càng phổ biến và quan trọng hơn Hội chứng chuyển hóa đã được chứng minh là có liên quan đến các biến cố tim mạch, đây là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu thế giới, nó làm gia tăng tỷ lệ tử vong cho bệnh nhân mắc hội chứng chuyển hóa, từ đó cho thấy việc đánh giá sự tổn thương cơ tim trên nhóm đối tượng này khi chưa xuất hiện biến cố tim mạch là cần thiết nó giúp cho bác sĩ có thể cá thể hóa điều trị trên mỗi bệnh nhân, lần thay đổi thói quen sinh hoạt, việc khảo sát sự tổn thương cơ tim trên lâm sàng được thực hiện thông qua nhiều cận lâm sàng, mỗi phương pháp đều có ưu điểm và nhược điểm riêng, trong các cận lâm sàng được thực hiện có định lượng hs Troponin I là một xét nghiệm đang được sử dụng rộng rãi trên lâm sàng để chẩn đoán và đánh giá độ nặng của tổn thương cơ tim, vậy nên việc có thể sử dụng định lượng hs Troponin I trên bệnh nhân hội chứng chuyển hóa sẽ giúp việc đánh giá tổn thương cơ tim dễ hơn và điều này

cũng giúp nhìn lại các y văn thế giới và cung cấp dữ liệu cơ sở cho các nghiên cứu chuyên sâu hơn.

Mục tiêu: Mô tả nồng độ nồng độ hs Troponin I bệnh nhân Hội chứng chuyển hóa.

Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả 149 ca bệnh hội chứng chuyển hóa đến khám tại Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Trà Vinh năm 2023.

Kết quả: Trong nghiên cứu này, nồng độ hs Troponin I đã được ghi nhận là tăng theo tuổi và ở độ tuổi 65 trở lên có mức hs Troponin I cao hơn rõ rệt. Tuy nhiên đối với nam giới và nữ giới, sử dụng thuốc lá, sử dụng rượu, bia và không sử dụng ở nghiên cứu chúng tôi chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ hs Troponin I.

Kết luận: Dựa trên các kết quả hội chứng chuyển hóa và các bệnh tim mạch, biến cố tim mạch đã được nghiên cứu trước đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi gợi ý có thể sử dụng xét nghiệm định lượng hs Troponin I để khảo sát tình trạng tổn thương cơ tim khi chưa xảy ra biến cố tim mạch trên bệnh nhân hội chứng chuyển hóa và yếu trên 65 tuổi vừa là yếu tố nguy cơ tim mạch ở người khỏe mạnh cũng vừa liên quan đến mức tăng hs Troponin I.

Từ khóa: hội chứng chuyển hóa, hs Troponin I.

SUMMARY

ANATOMICAL VARIATIONS OF THE DORSALIS PEDIS ARTERY IN VIETNAMESE ADULTS

¹Trường Đại học Trà Vinh

²Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đường Thị Hồng Diệp

SĐT: 0989369390

Email: duongthihongdiep@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 26/4/2024

Ngày duyệt bài: 26/4/2024

Background: Metabolic syndrome is a health issue of concern in the current era of technological development because the age of the disease is getting younger and the risk factors (smoking, drinking alcohol) are increasing. increasingly common and more important Metabolic syndrome has been shown to be associated with cardiovascular events, this is one of the leading causes of death in the world, it increases mortality rates. for patients with metabolic syndrome, thereby showing that it is necessary to evaluate myocardial damage in this group of subjects when cardiovascular events have not yet occurred. It helps doctors to individualize treatment. For each patient, along with changes in living habits, the investigation of clinical myocardial damage is carried out through many clinical trials, each method has its own advantages and disadvantages. performed with quantification of hs Troponin I is a test that is widely used in clinical practice to diagnose and evaluate the severity of myocardial damage, so it is possible to use quantification of hs Troponin I on patients. Metabolic syndrome will make the assessment of myocardial damage easier and this will also help review world medical literature and provide data for more in-depth research.

Objective: Describe hs Troponin I concentration in patients with Metabolic Syndrome.

Methods: Cross-sectional study design describes 149 metabolic syndrome cases examined at Tra Vinh Provincial General Hospital in 2023.

Results: In this study, hs Troponin I levels were found to increase with age, and those aged 65 and older had significantly higher hs Troponin I levels. However, for men and women, tobacco use, alcohol use and non-use in the study, we did not find a statistically significant difference in Troponin I hs concentration.

Conclusion: Based on the results of metabolic syndrome and cardiovascular diseases and cardiovascular events that have been studied previously, our research results suggest that the hs Troponin I quantitative test can be used to survey the condition of the patient. Myocardial damage without cardiovascular events in patients with metabolic syndrome and frailty over the age of 65 is both a cardiovascular risk factor in healthy people and also related to increased Troponin I hs levels.

Keywords: metabolic syndrome, hs Troponin I.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng chuyển hóa là một tập hợp các bệnh rối loạn chuyển hóa các chất trong cơ thể có liên quan với nhau và trong những năm gần đây hội chứng chuyển hóa đang trở thành một vấn đề sức khỏe được quan tâm bởi tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa ở mức cao: năm 2019 tỷ lệ mắc ở Kon Tum là 21,75% (1) ở thành phố Hồ Chí Minh là 36,2% (2) bên cạnh đó độ tuổi mắc hội chứng chuyển hóa ngày càng trẻ hóa: năm 2018 tỷ lệ đối tượng < 50 tuổi mắc hội chứng chuyển hóa gần 20% (3) nhưng chỉ sau một năm tỷ lệ này đã nâng lên 39% (2) điều nổi bật hơn là mối liên quan giữa hội chứng chuyển hóa và tình trạng tổn thương cơ tim thông qua các cơ chế rối loạn chức năng ty thể, rối loạn điều hòa các adipokine, tăng tích tụ lipid máu, ... (4) từ đó gây nên các bệnh tim mạch, và bệnh tim mạch cũng được biết đến là nguyên nhân tử vong đứng hàng đầu trên thế giới, theo WHO năm 2019 có 17,9 triệu người chết vì bệnh lý tim mạch trên toàn thế giới, chiếm 32% tổng số ca tử vong

trên toàn cầu, trong số những ca tử vong đó 85% là do biến cố tim mạch (5) mặc dù kết cục xấu nhất của biến cố tim mạch là tử vong nhưng nếu người bệnh không tử vong sau biến cố tim mạch, người bệnh vẫn phải đối diện với nguy cơ mắc các bệnh: thủng vách liên thất, suy tim, rối loạn nhịp tim (6) từ đó gây mất nhiều chi phí điều trị và làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, từ những điều trên cho thấy hội chứng chuyển hóa góp phần làm tăng gánh nặng kinh tế y tế và tăng tỷ lệ tử vong cho bệnh nhân (3). Tuy mối liên quan giữa hội chứng chuyển hóa và các bệnh tim mạch, biến cố tim mạch đã được nghiên cứu, nhưng mối liên quan giữa hội chứng chuyển hóa và quá trình tổn thương cơ tim vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ, điều này được cho là quan trọng bởi biến cố tim mạch là hậu quả của một quá trình dài tổn thương cơ tim từ giai đoạn không có triệu chứng đến có nhiều triệu chứng của các bệnh tim mạch (7) khi tác động sớm vào quá trình tổn thương có thể làm giảm các biến cố tim mạch cho bệnh nhân điều này đòi hỏi cần có một nghiên cứu về mối liên quan giữa hội chứng chuyển hóa và quá trình tổn thương cơ tim, mà cụ thể hơn là tìm ra một công cụ để phát hiện và theo dõi quá trình diễn tiến của tình trạng tổn thương cơ tim để phục vụ cho việc tác động vào quá trình tổn thương cơ tim tốt hơn, hiện nay trong các xét nghiệm liên quan đến bệnh lý tim mạch thì Troponin I là một xét nghiệm thường dùng trong chẩn đoán và đánh giá mức độ nghiêm trọng trong hội chứng vành cấp, ngoài ra nó phản ánh tình trạng tổn

thương cơ tim do mọi nguyên nhân và nồng độ Troponin I tăng cao có liên quan đáng kể đến việc tăng nguy cơ tử vong do tim mạch và do mọi nguyên nhân với kỹ thuật xét nghiệm đo nồng độ Troponin I thông thường không đủ để phát hiện Troponin I tăng ít, việc áp dụng kỹ thuật đo hs Troponin I đã giúp tăng độ nhạy cho việc phát hiện tăng Troponin I. Nghiên cứu ở Nhật đã chỉ ra rằng có mối liên quan giữa hs Troponin I và hội chứng chuyển hóa (8) nhưng do nồng độ hs Troponin I thay đổi khác nhau giữa các chủng tộc và chưa có nghiên cứu nào về hs Troponin I trên bệnh nhân hội chứng chuyển hóa ở Việt Nam, nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu về “Khảo sát nồng độ hs Troponin I trên bệnh nhân hội chứng chuyển hóa” để biết được trên đối tượng là người Việt Nam nồng độ hs Troponin I và hội chứng chuyển hóa có liên quan hay không, nhằm cung cấp thêm số liệu về vấn đề này làm cơ sở phát triển cho các nghiên cứu lớn hơn, góp phần nâng cao chất lượng trong công tác dự phòng biến cố tim mạch trên bệnh nhân hội chứng chuyển hóa là người Việt Nam

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Dân số chọn mẫu: Các bệnh nhân đến khám sức khỏe tổng quát tại Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Trà Vinh.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Các bệnh nhân hội chứng chuyển hóa đến khám sức khỏe tổng quát tại Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Trà Vinh..

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân bệnh thận mạn với mức eGFR < 30ml/phút/m² da.
- Bệnh nhân ung thư.
- Bệnh nhân đang mắc các bệnh nhiễm trùng.
- Tiền sử các biến cố tim mạch (nhồi máu cơ tim và suy tim).
- Bệnh nhân có bất thường sóng T trên điện tâm đồ.
- Bệnh nhân cấy máy tạo nhịp tim hoặc rối loạn nhịp tim thường xuyên (bao gồm rung nhĩ và cuồng nhĩ) trên điện tâm đồ 12 đạo trình.
- Bệnh nhân hoạt động thể chất cường độ cao.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu:

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

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu liên tục thuận tiện, đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ.

Nội dung nghiên cứu: Dữ liệu được thu thập theo phiếu thu thập số liệu bao gồm số liệu về nồng độ hs Troponin I, tuổi, giới.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được mã hóa, quản lý và xử lý bằng phần mềm SPSS, Microsoft Excel và các phép toán kiểm định.

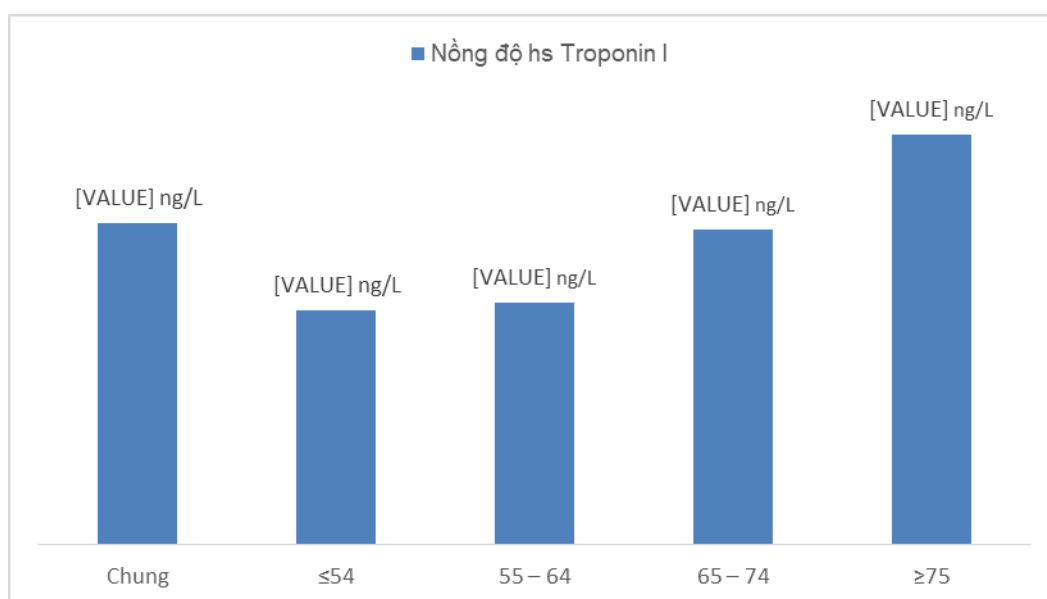
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 149 người tham gia nghiên cứu chúng tôi ghi nhận một số đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung

Biến số	Kết quả
Tuổi trung bình (năm)	69,23
Nhỏ nhất – Lớn nhất	37 – 94
≤54 tuổi	11,4 %
55-64 tuổi	15,44 %
65-74 tuổi	36,92 %
≥75 tuổi	36,24 %
Hút thuốc lá	
Có	14,1 %
Không	85,9 %
Uống rượu, bia	
Có	10,74 %
Không	89,26 %
Giới tính	
Nam	28,16 %
Nữ	71,82 %

Tất cả người tham gia có độ tuổi trung bình là 69,23 tuổi, trong đó nhóm tuổi 65-74 tuổi và ≥75 tuổi chiếm hơn 50%, nữ giới chiếm ưu thế so với nam giới, số lượng người hút thuốc lá, sử dụng rượu bia thấp hơn nhóm không sử dụng.



Biểu đồ 1. Mối liên quan giữa nồng độ hs Troponin I với phân nhóm tuổi

Qua biểu đồ 1 cho thấy nồng độ hs Troponin I chung là 4.4 ng/L tăng dần ở các nhóm tuổi riêng ở 2 nhóm tuổi 65- 75 và ≥75 tuổi có sự chênh lệch cao hơn hẳn 2 nhóm còn lại

Bảng 2. Nồng độ hs Troponin I trong từng nhóm giới tính, thói quen

Biến số	Giá trị	P
Nam	4,4	0,983
Nữ	4,4	
Hút thuốc	4,3	0,585
Không hút thuốc	4,45	
Uống rượu, bia	5,52	0,12
Không uống rượu, bia	4,3	

Qua bảng 2 thấy được trong nghiên cứu nồng độ hs Troponin không có sự khác biệt giữa nam và nữ, hút thuốc và không hút thuốc, uống rượu và không uống rượu, bia.

Bảng 3. Tỷ lệ nồng độ hs Troponin I > 3.8 ng/L theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Tỷ lệ
≤ 54 tuổi	38,8
55-64 tuổi	43,5
65-74 tuổi	61,8
≥75 tuổi	66,7

Theo Xiaoming Jia (9) nồng độ hs Troponin I >3.8 ng/L có mối liên quan biến cố tim mạch trong tương lai, qua bảng 3 thấy được ở các nhóm tuổi càng tăng có tỷ lệ nồng độ hs Troponin I > 3.8 ng/L càng tăng

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nữ giới chiếm đa số so với nam giới lần lượt là 71.82% và 28.16% có nét tương đồng với nghiên cứu của Phạm Ngọc Oanh(2) năm 2019 tại Thành Phố Hồ Chí Minh, nhưng ngược lại với nghiên cứu của tác giả Lê Hữu Lợi năm 2019 tại Kon Tum (1) có thể do khác nhau về thói quen sinh hoạt và mô hình bệnh tật của từng vùng khác nhau.

Về tuổi đối tượng nghiên cứu: kết quả nghiên cứu tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 69,23 với nhóm độ tuổi từ 65 trở lên chiếm hơn 50% điều này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Ngọc Oanh (2) năm 2019 tại Thành Phố Hồ Chí Minh điều này phù hợp với yếu tố tuổi là yếu tố nguy cơ của hội chứng chuyển hóa.

Đặc điểm nồng độ hs Troponin I ở bệnh nhân mắc hội chứng chuyển hóa

Vì nồng độ hs Troponin I có phân phối không chuẩn theo test Kolmogorov-Smirnov và test Shapiro-Wilk nên được trình bày dưới dạng trung vị

Nồng độ hs Troponin I ở nhóm chung là 4,4 ng/L cao hơn so với nghiên cứu của Tomonori Sugiura (8) ở người mắc hội chứng chuyển hóa là 3,4 ng/L và người không mắc hội chứng chuyển hóa là 2,3 ng/L, có thể do tuổi trung bình nghiên cứu chúng tôi cao hơn, nữ giới chiếm nhiều hơn nam giới và nữ giới sau giai đoạn mãn kinh có nguy cơ mắc bệnh tim mạch nhiều hơn. Bên cạnh đó nồng độ hs Troponin I tăng nhưng chưa vượt quá bách phân vị thứ 99 ở bệnh nhân hội chứng chuyển hóa cho thấy có

sự tổn thương cơ tim lặp đi lặp lại và sự chênh lệch này gợi ý mối liên quan giữa hội chứng chuyển hóa với tổn thương cơ tim có thể khảo sát qua việc định lượng nồng độ hs Troponin I.

Về độ tuổi: qua biểu đồ 1 cho thấy nồng độ hs Troponin I tăng dần qua các nhóm tuổi từ 3,2 ng/L ở độ tuổi ≤ 54 tuổi tăng đến 5.6 ng/L ở độ tuổi ≥ 75 tuổi và trong đó độ tuổi từ 65 tuổi trở lên tăng rõ rệt, điều này cho thấy yếu tố tuổi đối với người khỏe mạnh đã là một yếu tố nguy cơ tim mạch thì trên người có hội chứng chuyển hóa thì tuổi vừa là một yếu tố nguy cơ vừa có liên quan đến mức tăng nồng độ hs Troponin I trên nhóm đối tượng này.

Về giới tính: theo y văn cho rằng nồng độ hs Troponin I ở nam giới cao hơn ở nữ giới nhưng vì tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu > 55 tuổi, nên với độ tuổi này phụ nữ đã vào thời kỳ sau mãn kinh, các yếu tố bảo vệ tim mạch như hormone estrogen giảm làm nên nồng độ Troponin I ở cả 2 giới không khác nhau.

Hút thuốc lá và sử dụng rượu, bia được biết đến như một trong những yếu tố nguy cơ tim mạch nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi có thể vì mẫu người hút thuốc lá và sử dụng rượu bia thấp nên chưa thấy được ý nghĩa thống kê.

Đối với mối liên quan với biến cố tim mạch theo Xiaoming Jia nồng độ hs Troponin I $> 3,8$ ng/L (9) có mối liên quan biến cố tim mạch trong tương lai và trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy gần 1/3 nhóm người ở độ tuổi ≤ 54 tuổi có nồng độ hs Troponin I $> 3,8$ ng/L và tỷ lệ này tăng lên khi tuổi tăng lên điều đó vừa nhắc lại hội

chứng chuyển hóa có liên quan đến biến cố tim mạch và yếu tố tuổi ảnh hưởng đến biến cố tim mạch trên bệnh nhân hội chứng chuyển hóa.

V. KẾT LUẬN

Mặc dù Hội chứng chuyển hóa đã được chứng minh là có mối liên quan đến biến cố tim mạch nhưng qua nghiên cứu này có sự khác biệt so với người không mắc hội chứng chuyển hóa tăng nhưng chưa vượt quá bách phân vị thứ 99 ở bệnh nhân hội chứng chuyển hóa cho thấy có sự tổn thương cơ tim lặp đi lặp lại trên đối tượng này đặc biệt đối với bệnh nhân trên 65 tuổi cần phải kiểm soát tốt hơn các bệnh thành tố của hội chứng chuyển hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lợi LH, Thiều NQ, Dương PH.** Tỷ lệ và yếu tố liên quan hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kon Tum (4/2018 – 4/2019). 2019;
2. **Oanh PN, Tâm PT, Minh VT, Cường TQ, Hương VT.** hội chứng chuyển hóa và các yếu tố nguy cơ ở người trưởng thành tại thành phố hồ chí minh năm 2019;
3. **Sơn LNTĐ, Thành NN, Hạnh TTM, Vân NTÁ, Diệp ĐTN, Quý LTK.** Xu hướng tiến triển hội chứng chuyển hóa tại thành phố Hồ Chí Minh trong 5 năm qua (2003-2008). Tạp chí DD&TP/Journal of Food and Nutrition Sciences. 2010;Tập 6(Số 3+4)
4. **Leto D, Saltiel AR.** Regulation of glucose transport by insulin: traffic control of GLUT4. *Nat Rev Mol Cell Biol.* May 23 2012;13(6):383-96. doi:10.1038/nrm3351
5. **World Health Organization.** Cardiovascular diseases (CVDs). 2021;
6. **Hùng PTPM.** Lâm Sàng Tim Mạch Học. Lâm Sàng Tim Mạch Học. 2019:580 - 584.
7. **Scheen AJ.** [From atherosclerosis to atherothrombosis : from a silent chronic pathology to an acute critical event]. *Rev Med Liege.* May 2018;73(5-6):224-228. 65 De l'athérosclérose à l'athérombose: D'une pathologie chronique silencieuse à un accident aigu critique.
8. **Sugiura T, Dohi Y, Takase H, et al.** Close association between circulating high-sensitivity cardiac troponin I and metabolic syndrome in the general population. *Hypertens Res.* Nov 2019;42(11):1768-1775. doi:10.1038/s41440-019- 0283-x
9. **Jia X, Sun W, Hoogeveen RC, Nambi V, Matsushita K, Folsom AR, Heiss G, Couper DJ, Solomon SD, Boerwinkle E, Shah A, Selvin E, de Lemos JA, Ballantyne CM.** High-Sensitivity Troponin I and Incident Coronary Events, Stroke, Heart Failure Hospitalization, and Mortality in the ARIC Study. *Circulation.* 2019 Jun 4;139(23):2642-2653. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.118.038772. Epub 2019 Apr 29. PMID: 31030544; PMCID: PMC6546524.