

III. KẾT LUẬN

Căng thẳng, stress nghề nghiệp ở điều dưỡng lâm sàng xảy ra hầu hết ở các bệnh viện. Các trung tâm y tế và các bệnh viện tuyến dưới mức độ stress, căng thẳng trong nghề nghiệp có xu hướng và mức độ thấp hơn các bệnh viện tuyến trên. Điều dưỡng viên làm việc tại các chuyên khoa, hệ nội, hệ ngoại có áp lực và căng thẳng nghề nghiệp thấp hơn so với điều dưỡng làm việc tại các khoa cấp cứu, hồi sức tích cực hay phòng mổ. Những năm gần đây do nhu cầu chăm sóc sức khỏe người dân ngày càng tăng cao, tính chất công việc của người điều dưỡng ngày càng đa dạng và phức tạp hơn. Ngoài công tác chuyên môn chăm sóc người bệnh, điều dưỡng còn chịu áp lực từ người nhà, cấp trên cũng như đồng nghiệp. Bên cạnh đó, với sự phát triển của khoa học, người điều dưỡng ngoài chăm sóc người bệnh còn phải tham gia nghiên cứu khoa học để theo kịp xu thế của thế giới. Chính vì thế áp lực trong công việc của người điều dưỡng ngày càng nhiều hơn, nhất là điều dưỡng viên lâm sàng

IV. KHUYẾN NGHỊ

Các bệnh viện cần xây dựng môi trường làm việc an toàn, thoải mái cho điều dưỡng như nâng cấp cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ chăm sóc, phân công công việc rõ ràng hơn, tính toán số nhân lực chăm sóc phù hợp với từng bộ phận làm việc để đảm bảo không bị quá tải công việc. Cung cấp các giải pháp để người điều dưỡng ứng phó với căng thẳng nghề nghiệp kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Siddaway AP, Wood AM, Taylor PJ** (2017), The Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale measures a continuum from well-being to depression: Testing two key predictions of positive clinical psychology. *J Affect Disord.* 213:180-186. doi:10.1016/j.jad.2017.02.015
- Hamaideh S h et al** (2008), Jordanian nurses' job stressors and social support. *International Nursing Review.* 55(1):40-47. doi:10.1111/j.1466-7657.2007.00605.x
- Lê Thị Thanh Xuân.** Stress nghề nghiệp của điều dưỡng lâm sàng tại bệnh viện đại học Y Hà Nội năm 2017, *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 2017, 129(5), 2020.
- Căng thẳng nghề nghiệp của nhân viên y tế tại Bệnh viện tỉnh Xiêng-Khoàng, Lào**, năm 2020. Accessed March 16, 2024. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/531/415>
- Nguyễn Thị Thùy Linh** (2023), Thực trạng căng thẳng nghề nghiệp của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Bưu Điện năm 2023. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng.* 2023; 6(06):6-14. doi:10.54436/jns.2023.06.691.
- Phạm Thị Ngọc Thúy** (2023), Thực trạng stress nghề nghiệp của điều dưỡng phòng mổ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng.* 6(02):141-152. doi:10.54436/ins.2023.02.570
- Huỳnh Thị Phương Linh** (2018), Thực trạng căng thẳng nghề nghiệp của điều dưỡng lâm sàng và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Đại học Y dược TPHCM năm 2018. *Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng.*
- Nauvễn Anh Tú** (2020), Phân tích gánh nặng và các yếu tố liên quan đến công việc của điều dưỡng viên bệnh viện Bạch Mai năm 2020, *Luận Văn thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Thăng Long.*
- Vũ Văn Thành** (2023), Thực trạng stress của điều dưỡng viên tại trung tâm y tế huyện Cao Lộc tỉnh Lạng Sơn năm 2022. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng.* 6(02):6-15. doi:10.54436/jns.2023.02.585

YẾU TỐ NGUY CƠ LIÊN QUAN ĐẾN TỔN THƯƠNG THẬN CẤP SAU PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Lương Mạnh Hùng^{1,3}, Hà Trần Hưng^{1,2}, Nguyễn Đức Phúc³, Trần Thị Thu Hoài³

Bệnh viện Đa khoa Hữu Nghị Nghệ An. **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả phân tích trên 138 bệnh được phẫu thuật và chuyển về điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Ngoại, Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An từ 04/2023 đến 03/2024. **Kết quả:** Các yếu tố nguy cơ AKI sau phẫu thuật gồm có tiền sử nhiều bệnh lý nền (OR = 2,3), phẫu thuật tiêu hóa (OR = 2,5), phẫu thuật lồng ngực (OR = 3,1), sốc trước hoặc trong phẫu thuật (OR = 5,0 và 2,9), lượng dịch truyền cho người bệnh trước quá trình phẫu thuật, $p < 0,05$. Điểm SOFA, APACHE II tại thời điểm nhập viện ở nhóm phải lọc máu liên tục cao hơn so với nhóm không lọc. Dịch truyền trước phẫu thuật và trong phẫu thuật ở nhóm phải lọc máu liên tục lần lượt là 1,3 ±

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích các yếu tố nguy cơ liên quan đến tổn thương thận cấp (AKI) sau phẫu thuật tại

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Lương Mạnh Hùng

Email: drhungicu2004@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2024

Ngày duyệt bài: 13.6.2024

0,3 (lít) và $1,8 \pm 0,4$ (lít) cao hơn nhóm không phải lọc máu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ sốc trước và trong phẫu thuật cũng là yếu tố nguy cơ gia tăng tỷ lệ lọc máu liên tục ở người bệnh AKI sau phẫu thuật. Điểm SOFA cao và số lượng nước tiểu ít là hai yếu tố nguy cơ chính gây AKI sau phẫu thuật khi tiến hành kiểm định hồi qui đa biến. **Kết luận:** Tiền sử nhiều bệnh nền, phẫu thuật lồng ngực, phẫu thuật tiêu hóa và lượng dịch truyền dương nhiều trong phẫu thuật là các yếu tố nguy cơ của AKI sau phẫu thuật. Điểm SOFA, APACHE II, lượng dịch dương trước và trong phẫu thuật là yếu tố nguy cơ khiến người bệnh AKI sau phẫu thuật phải lọc máu. **Từ khóa:** tổn thương thận cấp, sau phẫu thuật, yếu tố nguy cơ

SUMMARY

PREDICTORS OF ACUTE KIDNEY INJURY AFTER SURGERY AT NGHE AN GENERAL HOSPITAL

Objectives: to recognize the risk factors for acute kidney injury after surgery at Nghe An General Hospital. **Subjects and methods:** An analysis observational study on 138 patients treated at Department of Surgical Intensive Care, Nghe An General Hospital from April 2023 to March 2024. **Results:** Risk factors for postoperative AKI included many underlying diseases (OR = 2.3), gastrointestinal surgery (OR = 2.5), thoracic surgery (OR = 3.1), shock before or during surgery (OR = 5.0 and 2.9), amount of fluid given to the patient before surgery, $p < 0.05$. SOFA and APACHE II scores on admission in the group requiring continuous hemodialysis were higher than those in the group without dialysis. Preoperative and intraoperative fluid infusion in the group requiring continuous dialysis were 1.3 ± 0.3 (liters) and 1.8 ± 0.4 (liters), respectively, significantly higher than those in the group without dialysis, with $p < 0.05$. The rate of shock before and during surgery was also a risk factor for increasing the rate of continuous dialysis in patients with AKI after surgery. High SOFA score and low urine output were two main risk factors for postoperative AKI when conducting multivariate regression testing. **Conclusion:** Underlying diseases, thoracic and gastrointestinal surgery, and large amounts of positive-balance fluids during surgery were risk factors for postoperative AKI. SOFA, APACHE II scores, and positive-balance fluid volume before and during surgery were predictors for post-operative AKI patients requiring extracorporeal dialysis. **Keywords:** Acute kidney injury (AKI), after surgery, predictors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương thận cấp (AKI - Acute Kidney Injury) thường gặp ở bệnh nhân hồi sức sau phẫu thuật. Nhiều cơ chế sinh lý bệnh góp phần tiến triển AKI ở các bệnh nhân nặng như chết tế bào tgho chương trình, biến đổi trung mô, thâm nhiễm tế bào, rối loạn đông máu, kích hoạt bổ thể, biến đổi các loại tế bào và quá trình đáp ứng miễn dịch¹. Hiện nay, tổn thương thận cấp được chẩn đoán theo tiêu chuẩn KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) năm 2012

dựa trên thể tích nước tiểu và nồng độ creatinine huyết thanh². Tuy nhiên, AKI xảy ra trên đối tượng bệnh nhân sau phẫu thuật có những đặc điểm riêng với một số cơ chế sinh lý bệnh đặc thù. Những nghiên cứu gần đây cho thấy lượng nước tiểu chịu ảnh hưởng của thuốc gây mê, aldosterone và vasopressin nên đặt ra giả thuyết rằng lượng nước tiểu có thể không phải là tiêu chí đáng tin cậy để chẩn đoán AKI sau phẫu thuật. Creatinine huyết là xét nghiệm thường quy, được sử dụng rộng rãi nhưng thay đổi chậm và phụ thuộc nhiều yếu tố (tuổi, giới, khối lượng cơ bắp, tốc độ dị hóa, cân bằng thanh thải và tái hấp thu ...)³. Tác giả Grams và cộng sự báo cáo tỷ lệ AKI trên bệnh nhân phẫu thuật là 11,8%; trong đó các yếu tố như cao tuổi, nam giới, chủng tộc người Mỹ gốc Phi và chỉ số khối cơ thể là những yếu tố nguy cơ của AKI sau phẫu thuật⁴. Tác giả Li và cộng sự nghiên cứu trên 3499 bệnh nhân Trung Quốc cho thấy tuổi, chỉ số khối cơ thể, mức lọc cầu thận và thiếu máu là những yếu tố nguy cơ của AKI sau phẫu thuật⁵. Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu phân tích các yếu tố nguy cơ tiến triển tổn thương thận cấp sau phẫu thuật. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu phân tích các yếu tố nguy cơ liên quan đến tổn thương thận cấp (AKI) sau phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Hữu Nghị Nghệ An từ đó làm cơ sở để cải thiện chất lượng điều trị bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên.
 - Sau phẫu thuật được chuyển từ khoa Gây mê Hồi sức về điều trị tại Khoa Hồi sức Tích cực Ngoại.
 - Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu
- #### Tiêu chuẩn loại trừ:
- Bệnh nhân có tiền sử bệnh thận mạn trước đó.
 - Bệnh nhân bị tổn thương thận cấp trước khi phẫu thuật.
 - Bệnh nhân được lọc máu liên tục trong vòng 01 tuần trước khi phẫu thuật.
 - Thời gian điều trị tại khoa Hồi sức tích cực ngoại khoa nhỏ hơn 48 giờ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Cơ mẫu nghiên cứu. Lựa chọn mẫu toàn bộ. Trong thời gian nghiên cứu, có 138 bệnh nhân tự nguyện tham gia và đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu, chúng tôi chọn tất cả làm mẫu nghiên cứu.

2.2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả phân

tích tiến cứu.

2.3. Thời gian và địa điểm

- Thời gian: 04/2023 – 03/2024.
- Địa điểm: Khoa Hồi sức tích cực Ngoại – Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An.

2.4. Quy trình nghiên cứu. Các đặc điểm trước phẫu thuật được thu thập gồm có tình trạng sốc, kháng sinh đã sử dụng, lượng dịch truyền, lượng máu truyền. Các đặc điểm về quá trình phẫu thuật được thu thập gồm có loại phẫu thuật, vị trí phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, bệnh nhân có phẫu thuật lại hay không, lượng dịch truyền trong quá trình phẫu thuật, lượng máu truyền trong quá trình phẫu thuật. Đánh giá mức độ nặng của bệnh dựa trên thang điểm APACHE II và SOFA tại thời điểm nhập khoa Hồi sức tích cực Ngoại.

Bệnh nhân được theo dõi ghi nhận lượng nước tiểu và giá trị creatinin máu trong vòng 48 giờ sau nhập khoa Hồi sức tích cực Ngoại. Nếu bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán AKI theo KDIGO 2012 thì bệnh nhân được chẩn đoán là AKI sau phẫu thuật. Ngoài ra các kết cục khác cũng được thu thập bao gồm cần lọc máu liên tục, thời gian nằm tại Hồi sức tích cực Ngoại, và tử vong.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu

- Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 25.0

- Tính tỷ lệ phần trăm, trung bình mẫu, độ lệch SD. So sánh các giá trị trung bình và tỉ lệ bằng thuật toán t-test và Chi - Square, chọn mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

- Sử dụng hồi quy đa biến để xác định mức độ ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ và tình trạng suy thận cấp sau phẫu thuật, chọn mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Các bệnh nhân được giải thích đầy đủ về mục đích nghiên cứu và tự nguyện hợp tác trong nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu hoàn toàn có quyền từ chối tham gia chương trình nghiên cứu. Nghiên cứu này chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cộng đồng mà không nhằm mục đích nào khác. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố người bệnh theo tuổi

Nhóm tuổi	n	%
< 40	39	28,3
40 - 49	12	8,7
50 - 59	14	10,1

60 - 69	25	18,1
≥ 70	48	34,8
Tổng	138	100
$\bar{X} \pm SD$	57,5 ± 20,6	

Nhận xét: Bệnh nhân thuộc nhóm ≥ 70 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất.

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới tính	n	%	Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	p
Nam	91	65,9	56,3 ± 20,4	0,64
Nữ	47	34,1	60,1 ± 21,3	
Tổng	138	100	57,5 ± 20,6	

Tỷ lệ nam/nữ = 1,9/1

Nhận xét: Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ nhiều hơn so với bệnh nhân nữ.

3.2. Các yếu tố nguy cơ gây tổn thương thận cấp sau phẫu thuật

Bảng 3. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và tổn thương thận cấp

Chi số	Tổn thương thận cấp		p	
	Có (n=51)	Không (n=87)		
Tuổi	59,5±14,6	55,6±22,8	0,51	
BMI	21,5±8,8	20,9±10,5	0,55	
Tiền sử 2 bệnh nền trở lên	26(50,1%)	27(31,1%)	0,012	
Phẫu thuật cấp cứu	41(80,3%)	74(85,1%)	0,71	
Loại phẫu thuật	Lồng ngực	12(23,5%)	14(16,1%)	0,023
	Tiêu hóa	38(70,6%)	47(54,1%)	0,034
	Tiết niệu	0	4(4,6%)	
	Chỉnh hình	1(1,9%)	22(25,2%)	0,44
Sốc trước PT	43(84,3%)	45(51,7%)	0,013	
NK huyết trước PT	34(66,7%)	14(16,1%)	0,041	
Dịch truyền trước PT (lít)	1,3±0,3	0,6±0,1	0,022	
Sốc trong PT	38(74,5%)	44(50,6%)	0,023	
Sử dụng kháng sinh độc cho thận	30(58,8%)	35(40,2%)	0,78	

Nhận xét: Người bệnh có tiền sử từ 2 bệnh nền, có sốc trước, hoặc trong phẫu thuật, phẫu thuật lồng ngực, tiêu hóa, được truyền nhiều dịch trước phẫu thuật có nguy cơ tổn thương thận cấp cao hơn ($p < 0,05$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và lọc máu liên tục

Chi số	Lọc máu thay thế thận		p
	Có (n = 52)	Không (n = 28)	
SOFA	12,3 ± 4,6	9,4 ± 5,5	0,02
APACHE II	24,5 ± 8,5	18,5 ± 6,6	0,03
Sốc trước PT	41(78,8%)	10(35,7%)	0,01
NK huyết trước PT	20(38,5%)	8(28,5%)	0,04

Dịch truyền trước PT (lít)	1,3±0,3	0,5±0,1	0,02
Dịch truyền trong PT (lít)	1,8±0,4	0,9±0,2	0,01
Sốc trong PT	40(76,9%)	8(28,6%)	0,02

Nhận xét: Người bệnh có điểm SOFA, APACHE II cao tại thời điểm nhập viện, có sốc trước, trong phẫu thuật, balance dịch dương trước và trong phẫu thuật là yếu tố nguy cơ tổn thương thận cấp phải lọc máu ($p < 0,05$).

Bảng 5. Hồi quy đa biến các yếu tố gây tổn thương thận cấp

	Các chỉ tiêu			VIF
	Creatinin B	p	R bình phương hiệu chỉnh	
Tuổi	0,68	0,00	0,38	1,23
BMI	0,54	0,00	0,38	1,26
SOFA	0,88	0,02	0,38	5,10
APACHE II	0,36	0,01	0,38	5,32
Bilan dịch	0,32	0,03	0,38	1,15
Số lượng nước tiểu	0,88	0,01	0,38	1,06

Nhận xét: Khi tiến hành so sánh hồi quy đa biến trong các yếu tố nguy cơ tuổi, BMI, điểm SOFA, điểm APACHE II, bilan dịch dương, số lượng nước tiểu trước và sau phẫu thuật ta thấy $p < 0,05$ (95% CI). Như vậy tất cả các yếu tố trên đều làm tăng mức Creatinin ở người bệnh, đặc biệt số lượng nước tiểu và điểm SOFA là hai giá trị có hệ số hồi quy cao nhất nên đây là các yếu tố nguy cơ chính gây ra tổn thương thận cấp ở người bệnh sau phẫu thuật. Hệ số phóng đại phương sai (VIF) cao nhất là 5,32 lớn hơn 2, nên có thể kết luận có sự tương tác giữa các biến nêu trên cũng như tương tác giữa các biến và chỉ số creatinin.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả của chúng tôi tương tự với một số nghiên cứu: Dương Phước Động năm 2018⁶. Nguyễn Thùy Dương, Lê Thị Diễm Tuyết và cộng sự năm 2021⁷. Nguyễn Trường Sơn và cộng sự (2016) là 59,0%⁸. Cũng tương tự nghiên cứu của Renato và cộng sự năm 2015.

4.2. Các yếu tố nguy cơ gây tổn thương thận cấp sau phẫu thuật

4.2.1. Mối liên quan giữa yếu tố nguy cơ và tổn thương thận cấp. Nghiên cứu của O'Concor và cộng sự năm 2016 cũng cho kết quả tỷ lệ AKI ở người bệnh phẫu thuật tiêu hóa cao hơn so với các loại phẫu thuật khác⁹. Nghiên cứu của Bùi Mỹ Hạnh, Trần Quốc Hòa (2021) tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội cũng thu được kết quả tương tự, tỷ lệ suy thận cấp sau phẫu thuật

cao nhất là ở nhóm phẫu thuật tiêu hóa với 45,4%, đứng thứ hai là phẫu thuật tim - lồng ngực với 28,2%. Đối với phẫu thuật tim - lồng ngực, đa phần người bệnh cần sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể, cần truyền lượng máu lớn nên dễ có nhiều thay đổi về mặt huyết động dẫn tới nhiều nguy cơ suy thận cấp hơn so với các nhóm phẫu thuật khác.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sốc trước và trong phẫu thuật là yếu tố nguy cơ làm gia tăng tỷ lệ tổn thương thận cấp sau phẫu thuật trên người bệnh. Nghiên cứu của tác giả Hallqvist và cộng sự công bố năm 2017, đánh giá ảnh hưởng của tụt huyết áp trong lúc phẫu thuật đến AKI sau phẫu thuật cho thấy trên tổng số 470 người bệnh được đưa vào nghiên cứu, tụt huyết áp trong lúc phẫu thuật là nguy cơ của AKI sau phẫu thuật với OR = 2,27 (KTC 95% 1,2 - 4,3)¹⁰. Nghiên cứu của tác giả Flutier và cộng sự công bố năm 2017 nhằm đánh giá chiến lược quản lý huyết áp theo đúng mục tiêu cá thể hoá có làm giảm suy chức năng cơ quan sau phẫu thuật hay không. Đây là nghiên cứu ngẫu nhiên đa trung tâm tại Pháp, thực hiện trên 298 người bệnh, nhóm người bệnh điều trị sớm theo mục tiêu huyết áp cá thể hoá sao cho HATT giảm không quá 10% so với giá trị HATT nền lúc nghỉ của người bệnh, nhóm chứng áp dụng điều trị khi HATT < 80 mmHg hoặc nhỏ hơn 40% so với giá trị HATT nền trong vòng bốn giờ sau phẫu thuật. Kết quả thu được cho thấy tỷ lệ suy thận cấp ở nhóm hạ huyết áp sâu, kéo dài trong phẫu thuật cao hơn so với nhóm được điều trị sớm.

Thiếu hụt dịch bắt đầu từ giai đoạn trước phẫu thuật, người bệnh thường được cho nhịn ăn uống, đồng thời mất dịch từ các bệnh lý kèm theo. Trong lúc phẫu thuật sẽ gây mất máu, giảm thể tích lòng mạch, mất nước không nhận biết và mất dịch vào khoang thứ 3, do dịch thoát ra khỏi khoang mạch máu. Việc thở máy còn góp phần vào cơ chế mất nước không nhận biết trong quá trình phẫu thuật. Vì vậy, nhu cầu của lượng dịch chu phẫu rất khác nhau giữa các người bệnh, tùy vào loại phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, việc bù dịch tích cực cho người bệnh trước phẫu thuật có liên quan đến tăng nguy cơ AKI với $p = 0,022 < 0,05$. Khi lượng dịch trong cơ thể dư thừa sẽ dẫn tới tăng áp lực tĩnh mạch, tăng áp lực mô kẽ dẫn tới phù thận, phản ứng viêm cục bộ, sung huyết tĩnh mạch cuối cùng là dẫn đến tổn thương cầu thận gây ra suy thận cấp. Nghiên cứu của Quách Hồng Giang (2021) cũng cho kết quả tương tự nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh có dịch dương sẽ làm tăng nguy cơ suy thận cấp gấp

1,76 lần so với nhóm còn lại¹⁰.

V. KẾT LUẬN

Tiền sử nhiều bệnh nền, phẫu thuật lồng ngực, tiêu hóa, và lượng dịch truyền dương nhiều trong phẫu thuật làm gia tăng AKI sau phẫu thuật. Điểm SOFA, APACHE II, lượng dịch dương trước và trong phẫu thuật khiến là yếu tố nguy cơ khiến người bệnh AKI sau phẫu thuật phải lọc máu ngoài cơ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Skorecki K (2016), "Brenner and Rector's The Kidney tenth edition", 1, pp. 958-1011.
2. Khwaja A. (2012). KDIGO clinical practice guidelines for acute kidney injury. Nephron Clin Pract, 120(4), c179-184.
3. Bell S. và Prowle J. (2019). Postoperative AKI—Prevention Is Better than Cure?. JASN, 30(1), 4–6.
4. Hahn R.G. (2010). Volume kinetics for infusion fluids. Anesthesiology, 113(2), 470–481.

5. Grams M.E., Sang Y., Coresh J. và cộng sự (2016). Acute Kidney Injury After Major Surgery: A Retrospective Analysis of Veterans Health Administration Data. Am J Kidney Dis, 67(6), 872–880.
6. Nguyễn Trường Sơn (2016). Khảo sát tình hình tổn thương thận cấp ở bệnh nhân điều trị tại khoa hồi sức bệnh viện Chợ Rẫy. Luận văn chuyên khoa II. Khoa Y – Đại học Quốc Gia TP HCM.
7. Hà Hoàng Kiêm (2023). Lọc máu điều trị thay thế thận. Bệnh thận tiết niệu, Nhà xuất bản Y Học, tr. 115.
8. Lê Thị Diễm Tuyết (2010). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị suy thận cấp tại khoa Điều trị tích cực Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Tiến sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Nguyễn Thế Anh, Tô Hoàng Dương (2021). Đánh giá thực trạng tổn thương thận cấp theo thang điểm RIFLE ở bệnh nhân điều trị tại khoa hồi sức tích cực và chống độc. Tạp chí Y học Việt Nam; 508(1).
10. Quách Hoàng Giang (2021). Yếu tố nguy cơ tổn thương thận cấp sau phẫu thuật tại khoa hồi sức cấp cứu. Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y dược TP HCM.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH ĐIỀU TRỊ, QUẢN LÝ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SAU CAN THIỆP Ở MỘT SỐ TRẠM Y TẾ TẠI TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2023-2024

Lê Văn Huấn¹, Nguyễn Thanh Liêm²,
Lê Nguyễn Đăng Khoa, Huỳnh Minh Chính³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp có nguy cơ gây bệnh tật và tử vong hàng đầu trên phạm vi toàn cầu. Để quản lý được tăng huyết áp, cần có những nỗ lực đồng bộ gồm củng cố hệ thống y tế, tài chính y tế, nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, đảm bảo trang thiết bị và thuốc, cung cấp đầy đủ dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Trong đó, hệ thống y tế cơ sở đóng vai trò quan trọng trong quản lý và điều trị bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Xác định tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức về điều trị, quản lý bệnh tăng huyết áp đạt yêu cầu ở các trạm y tế tại tỉnh Bình Dương năm 2023-2024. 2. Đánh giá kết quả sau can thiệp kiến thức về điều trị, quản lý bệnh tăng huyết áp của cán bộ y tế tại các trạm y tế thuộc một thành phố, một huyện, một thị xã tại tỉnh Bình Dương năm 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tại mục tiêu 1, thực hiện nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 182 cán bộ y tế phụ trách quản lý và điều trị bệnh tăng huyết

áp tại các trạm y tế thuộc tỉnh Bình Dương với phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Tại mục tiêu 2, thực hiện nghiên cứu can thiệp so sánh trước sau trên 54 cán bộ y tế tại các trạm y tế thuộc huyện Bàu Bàng, Bến Cát, Tân Uyên. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức đạt yêu cầu về chẩn đoán, điều trị là 70,9%, về quản lý, tư vấn là 63,7%, kiến thức chung là 67,0%. Trong kiến thức về chẩn đoán và điều trị, kiến thức phân tầng nguy cơ tim, kiến thức chú trọng trong chẩn đoán và điều trị chiếm tỷ lệ thấp, lần lượt là 41,2%, 50,0%. Trong kiến thức quản lý và tư vấn bệnh, kiến thức chỉ định chuyển tuyến, kiến thức nguyên tắc trong duy trì điều trị chiếm tỷ lệ thấp, lần lượt là 56,0%, 61,5%. Sau can thiệp, tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức về điều trị, quản lý bệnh tăng huyết áp đạt yêu cầu tăng lên có ý nghĩa thống kê: kiến thức về chẩn đoán, điều trị ($p < 0,001$; HQCT: 57,6%), kiến thức về quản lý, tư vấn ($p < 0,001$; HQCT: 112,9%), kiến thức chung ($p < 0,001$; HQCT: 80,9%). **Kết luận:** Kiến thức về điều trị, quản lý bệnh tăng huyết áp của cán bộ y tế đạt yêu cầu là 67,0%. Cần chú trọng việc tập huấn nâng cao kiến thức quản lý và kiến thức chuyên môn cho các cán bộ y tế.

Từ khóa: kiến thức, quản lý, điều trị, tăng huyết áp, trạm y tế, hiệu quả can thiệp

SUMMARY

RESEARCH IN TREATMENT AND MANAGEMENT OF HYPERTENSION AND THE

¹Trung tâm y tế huyện Dầu Tiếng, tỉnh Bình Dương

²Trường Đại học Y dược Cần Thơ

³Sở Y tế tỉnh Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Huấn

Email: bschinkhnv.bvdt@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 13.6.2024