

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TÚI MẬT NỘI SOI SAU DẪN LƯU TÚI MẬT XUYÊN GAN QUA DA TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI

Nguyễn Văn Định*, Nguyễn Ngọc Thao*, Hà Đê Điền*

TÓM TẮT

Mở đầu: Viêm túi mật cấp (VTMC) do sỏi là bệnh lý thường gặp, 50-70% xảy ra ở người lớn tuổi. Cắt túi mật nội soi (CTMNS) là phương pháp điều trị chính với tỉ lệ tử vong khoảng 5%, tăng lên 14 - 30% ở những bệnh nhân (BN) có nguy cơ cao (người già, bệnh lý phối hợp nặng). **Mục tiêu:** Đánh giá độ an toàn và hiệu quả của Dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da (DLTM) và đánh giá kết quả phẫu thuật CTMNS sau DLTM trong điều trị VTMC do sỏi ở những BN có nguy cơ cao. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả loạt ca. **Kết quả:** Từ tháng 1/2019 đến tháng 8/2021, có 39 trường hợp VTMC do sỏi được điều trị: 17 (43,6%) trường hợp chỉ DLTM qua da, 22 (56,4%) trường hợp được phẫu thuật CTMNS sau DLTM tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn. Độ tuổi trung bình: 76 tuổi; tỉ lệ Nữ/nam: 1,6/1; 43,6% ASA 2; 33,1% ASA 3; 23,1% ASA 4. Chỉ số Charlson index (CCI) > 5: 53,8%. Mức độ viêm túi mật: Độ 2: 64,1%; độ 3: 35,9%. 100% trường hợp đáp ứng tốt sau DLTM. Thời gian nằm viện trung bình sau dẫn lưu túi mật: 8,8 ngày. Thời gian mổ: 111,6 phút. Biến chứng sau mổ: 01 trường hợp tụ dịch, 01 trường hợp viêm phổi, được điều trị nội khoa thành công. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ 5,0 ngày.

*Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Định

Email: drdinh84@yahoo.com

SĐT: 0985 977 701

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

Không có sự khác biệt về thời gian nằm viện, độ dính trong mổ và thời gian phẫu thuật giữa nhóm phẫu thuật trước 3 tuần và sau 3 tuần DLTM. **Kết luận:** DLTM là phương pháp an toàn, hiệu quả, cải thiện triệu chứng sớm ở những trường hợp có nguy cơ phẫu thuật cắt túi mật cao. Phẫu thuật CTMNS sớm sau DLTM có thể thực hiện an toàn khi tình trạng BN ổn định, giúp giảm nguy cơ phẫu thuật, thời gian nằm viện và chi phí điều trị.

Từ khóa: Dẫn lưu túi mật, phẫu thuật cắt túi mật nội soi, viêm túi mật cấp do sỏi

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AFTER TRANSHEPATIC CHOLECYSTECTOMY IN THE TREATMENT OF ACUTE FIBROCYSTIC CHOLECYSTITIS

Background: Acute calculous cholecystitis is a common disease, 50-70% occurs in the elderly. Laparoscopic cholecystectomy is the mainstay of treatment with a mortality rate about 5%, increasing to 14 - 30% in high-risk patients (elderly, severe comorbidities). **Objectives:** Evaluating the safety and efficacy of Percutaneous transhepatic gallbladder drainage and evaluating the results of laparoscopic cholecystectomy after percutaneous transhepatic gallbladder drainage in the treatment of Acute calculous cholecystitis in high-risk patients. **Methods:** case series report. **Results:** From January 2019 to August 2021, there were 39 cases of acute calculous cholecystitis were

treated, 17 (43,6%) cases of only percutaneous gallbladder drainage, 22 (56,4%) cases of laparoscopic cholecystectomy after percutaneous gallbladder drainage at Hoan My Saigon Hospital. Mean age: 76; female/male ratio: 1.6/1; 43.6% ASA 2; 33.1% ASA 3; 23.1% ASA 4. Charlson index (CCI) > 5: 53.8%. The severity of cholecystitis: Grade 2: 64.1%; Grade 3: 35.9%. 100% of cases respond well after gallbladder drainage. Median hospital stay after gallbladder drainage: 8.8 days, drainage time: 111 minutes. Complications after surgery: 01 case of fluid accumulation, 01 case of pneumonia, successfully treated medically. Mean hospital stay after surgery was 5.0 days. There was no difference in hospital stay, intraoperative adhesion and surgical time between the surgery group before 3 weeks and after 3 weeks of percutaneous gallbladder drainage. **Conclusions:** Percutaneous gallbladder drainage is a safe, effective method, early improving symptoms in patients at high risk for cholecystectomy. Early laparoscopic cholecystectomy after gallbladder drainage can be performed safely when the patient's condition is stable, helping to reduce the risk of surgery, length of hospital stay and treatment costs.

Keywords: Percutaneous transhepatic gallbladder drainage, laparoscopic cholecystectomy, Acute calculous cholecystitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp do sỏi là bệnh lý thường gặp trong cấp cứu tiêu hóa, trong đó 50-70% xảy ra ở người lớn tuổi. CTMNS được xem là phương pháp điều trị chính của VTMC do sỏi, với tỉ lệ tử vong được báo cáo cao khoảng 5%, tăng lên 14 - 30% ở những BN có nguy cơ cao như ở người già hoặc có những bệnh lý phối hợp nặng. Phẫu thuật

DLTM dưới hướng dẫn của siêu âm dùng cho mục đích điều trị được báo cáo lần đầu tiên vào năm 1979. DLTM được xem là phương pháp điều trị thay thế đầu tiên ở những BN có bệnh lý phối hợp nặng, lớn tuổi, không thể gây mê cần thiết cho phẫu thuật cắt túi mật nội soi hay cắt túi mật hở.

Như vậy, VTMC có hay không có nhiễm khuẩn huyết nặng, ở những BN có nguy cơ cao liên quan đến phẫu thuật cấp cứu được điều trị bảo tồn với DLTM và theo sau bởi cắt túi mật chương trình là giải pháp thay thế cho cắt túi mật sớm, vẫn chưa được đánh giá đầy đủ. Tokyo 2018, khuyến cáo CTMNS sau DLTM trong vòng 4-6 tuần [5]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khuyến cáo nên mổ cắt túi mật sớm và cho thấy độ an toàn và hiệu quả, đặc biệt ở những BN lớn tuổi hoặc có bệnh lý phức tạp. Vì vậy, mục tiêu của nghiên cứu này: Đánh giá độ an toàn, hiệu quả của DLTM trong điều trị VTMC do sỏi và kết quả của phẫu thuật CTMNS sau DLTM trong điều trị viêm túi mật cấp do sỏi ở những BN có nguy cơ phẫu thuật cao.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 39 trường hợp được chẩn đoán VTMC do sỏi theo Tokyo 2018, được DLTM qua da cấp cứu, có hoặc không phẫu thuật CTMNS sau DLTM trong cùng đợt nằm viện hoặc tái khám sau khi tình trạng bệnh ổn định, cho phép phẫu thuật cắt túi mật (tình trạng nhiễm trùng, rối loạn đông máu, tim mạch, chức năng thận,...) tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn từ tháng 1/2019 đến 8/2021.

Tiêu chuẩn loại trừ: VTMC do sỏi kèm sỏi ống mật chủ hay ung thư đường mật.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả loạt ca.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS, sử dụng các test thống kê Chi-square test, One-way anova test, với mức ý nghĩa $p < 0,05$ có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 39 trường hợp VTMC do sỏi được DLTM, trong đó 22 (56,4%) trường hợp được phẫu thuật CTMNS sau DLTM, 17 (43,6%) trường hợp chỉ được điều trị DLTM.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi	Chỉ Dẫn lưu túi mật	Cắt túi mật nội soi	Tổng (%)
< 60	0	1	1 (2,5%)
60 - < 70	4	7	11 (28,2%)
70 - < 80	4	8	12 (30,8%)
≥ 80	9	6	15 (38,5 %)

Tuổi trung bình 76,1, độ tuổi từ 60-80 tuổi chiếm 58,6%, trên 80 tuổi chiếm 38,5%. Không có sự khác biệt về phân bố độ tuổi giữa nhóm chỉ DLTM và CTMNS ($p=0.386$). Tỉ lệ nữ/nam: 1,6/1.

Bảng 2. Các bệnh lý phối hợp khi nhập viện

Bệnh phối hợp	Chỉ dẫn lưu túi mật	Cắt túi mật nội soi	Tổng (%)
Tăng huyết áp	16	21	37 (94,9)
Đái tháo đường	7	13	20 (51,2)
COPD, viêm phổi	5	5	10 (25,6)
Bệnh mạch vành, stent, Suy tim	7	6	13 (33,3)
Di chứng nhồi máu não	4	5	9 (23,1)
Dùng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu	6	15	21 (53,8)
Bệnh thận mạn	2	4	5 (15,4)
Nhồi máu cơ tim	3	0	3 (7,7)
Sốc nhiễm trùng	3	2	5 (12,8)

Bệnh lý Tăng huyết áp chiếm 94,9%, đái tháo đường typ 2 chiếm 51,2%. Có 3 trường hợp bị nhồi máu cơ tim cấp (7,7%), 5 (12,8%) trường hợp sốc nhiễm trùng.

Bảng 3. Phân độ ASA và chỉ số Charlson khi nhập viện

	Chỉ dẫn lưu túi mật	Cắt túi mật nội soi	Tổng (%)	P
ASA				
2	5	12	17 (43,6)	p=0,032
3	6	7	13 (33,3%)	
4	6	3	9 (23,1)	

Charlson index (CSI)				
< 5	6	12	18 (46,2)	p=0,192
≥ 5	11	10	21 (53,8)	

Đa số có ASA độ 2 (43,6%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ đánh giá ASA trước mổ (p=0,032) của nhóm chỉ DLTM và nhóm CTMNS sau DLTM.

Bảng 4. Mức độ viêm túi mật theo Tokyo 2018

Mức độ viêm túi mật	Chỉ dẫn lưu túi mật	Cắt túi mật nội soi	Tổng (%)
Độ 1	0	0	0
Độ 2	9	16	25 (64,1)
Độ 3	8	6	14 (35,9)

Mức độ viêm túi mật độ 2 chiếm 64,1%, độ 3 chiếm 35,9%. Không có sự khác biệt về mức độ viêm túi mật giữa 2 nhóm (p=0,120).

Bảng 5. Kết quả phẫu thuật dẫn lưu túi mật qua da

Kết quả dẫn lưu túi mật	n	%
Đáp ứng tốt sau dẫn lưu	39	100%
Tụt ống dẫn lưu	1	2,5%
Thời gian dẫn lưu	29,6 ± 2,3 phút (10 – 80 phút)	
Thời gian nằm viện	8,8 ± 3,9 (p=0,888)	

Tỉ lệ đáp ứng tốt sau dẫn lưu là 100%. 01 trường hợp vị tụt ống dẫn lưu sau 02 tuần dẫn lưu, được điều trị nội khoa. Thời gian nằm viện trung bình 8,8 ngày. Kết quả cấy mũ có 32 (82%) mẫu có vi trùng, E. coli chiếm đa số 71,9%, K. pneumonia 6,3%.

Bảng 6. Kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi sau dẫn lưu túi mật

Đảng 6: Kết quả phẫu thuật cắt tá tràng nội soi sau dẫn lưu tá tràng

	Trước 3 tuần (n=11)	Sau 3 tuần (n=11)	Tổng n (%)	P
Thời gian từ khi dẫn lưu đến khi mổ (ngày)	11,0 ± 5,6	36,3 ± 15,2	23,6 ± 17	-
Thời gian mổ (phút)	105,0 ± 45,9	118,2 ± 53,8	111,6 ± 49,2	p=0.544
Mức độ dính trong mổ				
2	6	6	12 (54,5%)	p=1,00
3	4	3	7 (31,8%)	
4	1	2	3 (13,6%)	
Biến chứng sau mổ				
Tụ dịch	0	1	1 (4,5%)	p=0,738
Viêm phổi	0	1	1 (4,5%)	
Thời gian nằm viện (ngày)	5,0 ± 0,89	5,1 ± 1,5	5,0 ± 1,2	

Thời gian mổ trung bình 111 phút. Thời gian nằm viện trung bình 5,0 ngày. Không có trường hợp nào chuyển mổ hở. Có 02 trường hợp tụ dịch, viêm phổi sau mổ, đều được điều trị nội khoa ổn định. Không có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật, mức độ dính trong mổ, thời gian nằm viện giữa 2 nhóm phẫu thuật trước 3 tuần và sau 3 tuần.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong VTMC do sỏi, CTMNS là phương pháp điều trị chính, với tỉ lệ tử vong khoảng 5%, tăng lên 14 - 30% ở những BN có nguy cơ cao như ở người già, người có bệnh lý nặng phối hợp. DLTM qua da được xem là phương pháp can thiệp thay thế đầu tiên đối với những trường hợp có nguy cơ phẫu thuật cao. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình 76, trên 80 tuổi chiếm 38,5%. Có 7,7% trường hợp bị nhồi máu cơ tim cấp, 12,8% sốc nhiễm trùng, ASA trước mổ: độ 3 là 33,3% và độ 4 là 23,1%.

Đối với BN lớn tuổi (>70 tuổi) hoặc có bệnh lý nền phức tạp, việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật cần cân nhắc kỹ. Tác giả Wiggins, nghiên cứu trên 47.500 trường hợp VTMC ở độ tuổi trên 80 tuổi, tỉ lệ điều trị bảo tồn 89,7% (nội khoa, không có can thiệp ngoại khoa, nội soi hay x-quang), cắt túi mật 7,5%, DLTM chỉ 2,8%. Tỉ lệ tử vong trong vòng 30 ngày ở nhóm phẫu thuật cắt túi mật cấp cứu (11,6%) cao hơn so với nhóm điều trị bảo tồn (2,8%) [6]. Tokyo 2018, khuyến cáo có thể xem xét CTMNS ở những trường hợp viêm túi mật nặng (độ 3) nếu có kinh nghiệm phẫu thuật, không có suy cơ quan, không có các yếu tố tiên lượng xấu (rối loạn chức năng thần kinh, hô hấp, vàng da), CCI ≤ 3 , ASA ≤ 2 [5]. Sốc nhiễm trùng tại thời

điểm nhập viện là yếu tố nguy cơ độc lập với tỉ lệ tử vong trong bệnh viện. Do đó DLTM qua da được xem là phương pháp bắt buộc để giải quyết tình trạng nhiễm trùng huyết ở BN có nguy cơ cao trước khi phẫu thuật cắt túi mật [6]. Phẫu thuật cắt túi mật sớm sau DLTM có thể được thực hiện an toàn khi tình trạng nhiễm trùng huyết và nhiễm trùng cấp tính được giải quyết ở những BN này [1], [2].

Theo Nasim và cộng sự, 62 trường hợp DLTM qua da do VTMC, 61% trường hợp >60 tuổi, 76% ASA độ 3,4. Kết quả cho thấy DLTM không chỉ là phương pháp tạm thời trước khi phẫu thuật cắt túi mật, DLTM cũng có thể được xem là phương pháp điều trị triệt để ở những BN già yếu, có nguy cơ phẫu thuật cao [6].

4.2. Kết quả dẫn lưu túi mật

Kết quả nghiên cứu cho thấy, 100% trường hợp đáp ứng tốt sau DLTM với các triệu chứng lâm sàng, nhiễm trùng, đau bụng cải thiện trong vòng 48-72 giờ sau dẫn lưu (hết sốt, triệu chứng giảm dần và bạch cầu giảm). Không có trường hợp nào thất bại phải can thiệp phẫu thuật ngay hoặc phải dẫn lưu lại túi mật. Kết quả này cũng tương tự tác giả Ha, tỉ lệ thành công của DLTM qua da là 100% ở những trường hợp có nguy cơ phẫu thuật cao (ASA 3, 4) [2]. Theo Popowicz và cộng sự, tỉ lệ DLTM qua da trong VTMC chiếm 2,6% - 6%, thời gian nằm viện trung bình sau DLTM là 11,4 ngày [8].

Như vậy, DLTM qua da cho thấy hiệu quả và an toàn, là phương pháp điều trị thay thế ở những BN già yếu, có bệnh lý phối hợp nặng và nguy cơ phẫu thuật cắt túi mật cấp cứu cao [2], [8], [6]. Một số tác giả cho rằng, những trường hợp VTMC có tiền sử kéo dài trên 7 ngày, thường được điều trị bảo tồn vì

làm tăng nguy cơ cắt túi mật trong giai đoạn bệnh tiến triển. Trong giai đoạn này DLTM đóng vai trò rất quan trọng, để cắt túi mật trì hoãn ở giai đoạn sau [8].

4.3. Kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi sau dẫn lưu túi mật

Trong nghiên cứu này, 56,4% trường hợp được CTMNS sau DLTM, 43,6% trường hợp chỉ DLTM. Không có trường hợp nào tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật hay dẫn lưu túi mật. Thời gian trung bình CTMS sau DLTM là 23,6 ngày.

Sau DLTM, CTMNS sẽ được thực hiện, khi tình trạng BN cho phép. Tuy nhiên thời gian thích hợp để phẫu thuật vẫn chưa rõ ràng. Tokyo 2018, khuyến cáo nên CTMNS sau DLTM khoảng 4-6 tuần [5]. Trong nghiên cứu này, BN lớn tuổi, có nhiều bệnh lý nền phối hợp, viêm túi mật độ nặng, có kèm theo suy đa cơ quan hay sốc nhiễm trùng. Do đó BN cần có thời gian để hồi sức, ổn định tình trạng nhiễm trùng và các bệnh lý nền. Theo Wiggins, DLTM có tỉ lệ tái nhập viện là 48,9%, nguyên nhân do viêm túi mật (36,4%), đau quặn mật (5,7%), viêm đường mật (1,7%). Đối với nhóm phẫu thuật cắt túi mật, tỉ lệ tái nhập viện chỉ 16,8% (do tổn thương đường mật, can thiệp ERCP huật) [6]. Do đó các tác giả khuyến cáo nên CTMNS sau khi giải quyết tình trạng viêm túi mật và tối ưu hóa các bệnh lý nội khoa liên quan nhằm làm giảm khả năng tái nhập viện [1], [2], [6].

Một nghiên cứu tổng hợp với 1780 BN, cho thấy CTMNS sau DLTM với thời gian mổ, tỉ lệ chuyển mổ hở và mất máu ít hơn so với phẫu thuật cắt túi mật cấp cứu. Một số tác giả báo cáo, cắt túi mật trong vòng 72 giờ sau DLTM có kết quả xấu hơn nhóm phẫu thuật cắt túi mật >72 giờ. Điều này có thể do thời gian 72 giờ chưa đủ để hình thành đầy

đủ đường hầm dò quanh dẫn lưu và tình trạng viêm chưa được làm giảm bớt đủ để cắt túi mật [3]. Theo Inoue, cắt túi mật nên được thực hiện sau 216 giờ (sau hơn 9 ngày) sau DLTM, mặc dù khả năng có thể có kết quả an toàn của phẫu thuật cắt túi mật sau 72 giờ sau dẫn lưu [4].

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ CTMNS trong nghiên cứu này là 5 ngày. Đối với những trường hợp VTMC thông thường, thời gian nằm viện trung bình sau CTMNS khoảng 4-5 ngày. Popowicz, thời gian trung bình 5,1 ngày đối với trường hợp phẫu thuật cắt túi mật cấp cứu. Tuy thời gian nằm viện của nhóm DLTM nhiều hơn nhóm cắt túi mật cấp cứu, nhưng những biến chứng liên quan đến can thiệp thấp hơn có ý nghĩa của nhóm được điều trị bằng DLTM qua da [8].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 39 trường hợp VTMC do sỏi được DLTM, có hoặc không CTMNS sau dẫn lưu, cho thấy DLTM là phương pháp an toàn, hiệu quả và cải thiện triệu chứng sớm ở những trường hợp có nguy cơ phẫu thuật cắt túi mật cao. CTMNS sớm sau dẫn lưu túi mật có thể thực hiện an toàn khi tình trạng BN ổn định, giúp giảm nguy cơ phẫu thuật, thời gian nằm viện và chi phí điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akyürek N., Salman B., Yüksel O. et al (2005) Management of acute calculous cholecystitis in high-risk patients: percutaneous cholecystotomy followed by early laparoscopic cholecystectomy. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 15(6):315-20.
2. Ha JP, Tsui KK, Tang CN et al (2008) Cholecystectomy or not after percutaneous cholecystostomy for acute calculous

- cholecystitis in high-risk patients. *Hepatogastroenterology*, 55(86-87):1497-502.
3. **Huang, SZ., Chen, HQ., Liao, WX. et al (2021)** Comparison of emergency cholecystectomy and delayed cholecystectomy after percutaneous transhepatic gallbladder drainage in patients with acute cholecystitis: a systematic review and meta-analysis. *Updates Surg*, 73, 481–494
 4. **Inoue, K., Ueno, T., Nishina, O. et al (2017)** Optimal timing of cholecystectomy after percutaneous gallbladder drainage for severe cholecystitis. *BMC Gastroenterol.* 17, 71.
 5. **Kohji O. et al (2018)** Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis, *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 25:55–72.
 6. **Wiggins T., Markar S.R., Mackenzie H. et al (2018)** Evolution in the management of acute cholecystitis in the elderly: population-based cohort study. *Surg Endosc*, 32, 4078–4086.
 7. **Nasim S, Khan S, Alvi R, Chaudhary M. (2011)** Emerging indications for percutaneous cholecystostomy for the management of acute cholecystitis: A retrospective review, *International Journal of Surgery*, 9 (6), 456-459.
 8. **Popowicz A, Lundell L, Gerber P, et al (2016)** Cholecystostomy as Bridge to Surgery and as Definitive Treatment of Acute Cholecystectomy in Patients with Acute Cholecystitis, *Gastroenterol Res Pract*, 2016:3672416.

ĐÁNH GIÁ ĐIỀU TRỊ PHỐI HỢP PHẪU THUẬT VÀ HÓA TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG GIAI ĐOẠN II-III

Lê Thị Thu Sương*, Nguyễn Trần Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phối hợp phẫu thuật và hóa trị ung thư đại tràng giai đoạn II - III qua tỷ lệ sống còn toàn bộ và sống còn không bệnh 3 năm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 45 bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II, III điều trị tại bệnh viện Hoàn Mỹ từ 01/01/2018 đến 31/12/2020.

**Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn*

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Sương

Email: lethithusuong123@gmail.com

SĐT: 0903 868 380

Ngày nhận bài: **25/11/2021**

Ngày phản biện khoa học: **8/12/2021**

Ngày duyệt bài: **13/12/2021**

Kết quả: Tuổi trung bình là 57,5 tuổi. Giai đoạn II chiếm 66,7%. Có 44,4% BN nhập viện trong bệnh cảnh tắc ruột. Trong đó 40% bệnh nhân có CEA ≥ 5 lúc nhập viện. 97,8% là Carcinom tuyến, chủ yếu grad 2. Chỉ có 50% bệnh nhân giai đoạn II làm xét nghiệm MMR. 1/3 bệnh nhân được nạo hơn 12 hạch. Có 53,3% trường hợp sử dụng phác đồ CapeOx, đa số đều hoàn thành 8 chu kỳ (82,5%). Độc tính kiểm soát được, nôn ói và độc tính thần kinh ngoại biên độ 3,4 chiếm tỷ lệ lần lượt là 7,5% và 17,7%. Chúng tôi ghi nhận có 3 trường hợp tử vong (7,1%) và 4 trường hợp tái phát (9,2%). Tỷ lệ sống còn toàn bộ 3 năm 84% (chưa tính được trung vị sống còn), tỷ lệ sống còn không bệnh 3 năm 82,5%.

Kết luận: Nhìn chung bệnh nhân nhập viện khá trẻ và tỉ lệ lấy được > 12 hạch còn thấp cho thấy vai trò quan trọng của tầm soát sớm và phẫu thuật viên.

Từ khóa: ung thư đại tràng giai đoạn II - III

SUMMARY

ASSESSMENT OF SURGERY COMBINED WITH ADJUVANT CHEMOTHERAPY FOR COLON CANCER STAGE II - III

Purpose: To determine result of treatment surgery and chemotherapy colon cancer stage II – III by the overall survival 3 years, the disease free survival 3 years. **Methods:** By retrospectively analyzing of 45 patients diagnosed with stage II and III colon cancer treated at Hoan My Sai Gon Hospital from January 1, 2018 to December 31, 2020. **Results:** The mean age of the patients was 57.5 years old. Stage II accounted for 66.7%. There were 44.4% of patients hospitalized with intestinal obstruction, 40% of which had CEA ≥ 5 before surgery. Most of the pathology were adenocarcinoma (97.8%), mainly tumor grade 2. 50% of patients with stage II have MMR test. Only one third of patients had more than 12 lymph nodes removed. 24 patients (53.3%) received CapeOx regimen, the majority of which (82.5%) completed 8 cycles. Controlled toxicity and the rate of patients with two groups of common side effects, namely vomiting and peripheral neuropathy of grade 3.4, accounted for 7.5% and 17.7%, respectively. The results were recorded with 3 deaths (7.1%) and 4 cases of recurrence (9.2%). The 3-year overall survival rate was 84% (median survival was not calculated), and the 3-year disease-free survival rate was 82.5%. **Conclusions:** In general, almost patients are admitted too late and the rate of lymph node dissection >12 nodes is still low,

indicating the important role of early screening and the surgeon.

Keyword: colon cancer stage II – III

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng (UTĐT) là một bệnh lý ác tính phổ biến trên thế giới và Việt Nam. Theo GLOBOCAN năm 2020, trên toàn thế giới ghi nhận tỷ lệ mắc mới UTĐT đứng hàng thứ ba và là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 2. Ở giai đoạn sớm, phẫu thuật đóng vai trò chính trong điều trị triệt để UTĐT. Bên cạnh phẫu thuật, hóa trị hỗ trợ cũng là một phương thức điều trị quan trọng làm giảm tái phát và kéo dài thời gian sống còn ở bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao và bệnh nhân giai đoạn III.

Từ năm 2017, Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn mở rộng việc thực hiện điều trị hỗ trợ cho người bệnh ung thư đại tràng. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả điều trị phối hợp phẫu thuật và hóa trị trong ung thư đại tràng. Từ đó bổ sung và hoàn thiện quy trình điều trị, nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II, III.

Mục tiêu nghiên cứu

1. Khảo sát đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, bệnh học và điều trị của ung thư đại tràng giai đoạn II, III

2. Khảo sát sống còn không bệnh 3 năm và sống còn toàn bộ 3 năm ở bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II, III

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca.

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ung thư đại tràng nguyên phát

giai đoạn II, III điều trị tại khoa Ung Bướu Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn từ 01/01/2018 đến 31/12/2020.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả loạt ca. Xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Khảo sát sống còn 3 năm bằng phương pháp Kaplan – Meier. Chấm dứt theo dõi: 30/06/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 45 trường hợp phẫu thuật triệt để trong khoảng thời gian từ 01/01/2018 đến 31/12/2020.

3.1. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng

- Tuổi trung bình $57,5 \pm 2,2$. Tuổi trung vị 59
- Tỷ lệ nam: nữ = 1: 1

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng.

Đặc điểm	Số ca (N = 45)	Tỷ lệ (%)
Tắc ruột		
- Có	19	42,2
- Không	26	57,8
CEA		
- <5 ng/mL	27	60,0
- ≥ 5 ng/mL	18	40,0

3.2. Điều trị

- Phẫu thuật

Bảng 2: Đặc điểm bướu và hạch khảo sát

Đặc điểm	Số ca (N = 45)	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật		
- Chương trình	38	84,4
- Cấp cứu	7	15,6
Số hạch khảo sát		
- < 12 hạch	31	68,9
- ≥ 12 hạch	14	31,1
Số hạch dương		
- N0	30	66,7
- N1	12	26,7
- N2	3	6,6
Vị trí bướu		
- Manh tràng	9	20,0
- Đại tràng lên	7	15,6
- Đại tràng ngang	6	13,3
- Đại tràng xuống	11	24,4
- Đại tràng xích-ma	12	26,7
Kích thước bướu (cm)	Trung bình $5,5 \text{ cm} \pm 0,3$	
Giai đoạn bướu sau phẫu thuật		
- pT2	3	6,7
- pT3	23	51,1
- pT4	19	44,2

Giai đoạn sau phẫu thuật		
- GD II	30	66,7
- GD III	15	33,3

- Hóa trị

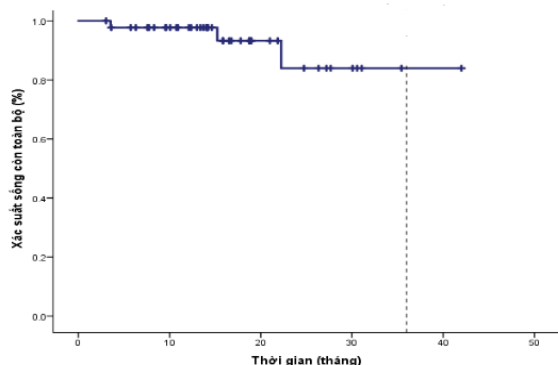
Bảng 3: Phác đồ - chu kỳ - tác dụng phụ hóa trị

Đặc điểm	Số ca (N)	Tỷ lệ (%)
Phác đồ		
- CapeOx	17	37,8
- Capecitabine	21	46,7
- Cả hai	7	15,5
Số chu kỳ		
- 4 – 6 chu kỳ	10	17,5
- 8 chu kỳ	35	82,5
Tác dụng phụ		
- Độc tính TK ngoại biên độ 3,4	8	17,7
- Giảm bạch cầu độ 3, 4	4	7,5
- Giảm tiểu cầu	4	7,5
- Thiếu máu	4	7,5
- Tăng men gan	6	13,3

- Sống còn

Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu (30/06/2021), chúng tôi theo dõi được 42 trường hợp (93,3%), mất dấu 3 trường hợp (6,7%). Trung vị theo dõi: 14 tháng. Trong 42 trường hợp theo dõi có 4 bệnh nhân tái phát (9,5%), 3 bệnh nhân tử vong (7,1%). Trong đó có 2 trường hợp tái phát tại đại tràng, buồng trứng và 2 trường hợp ở gan, phổi..

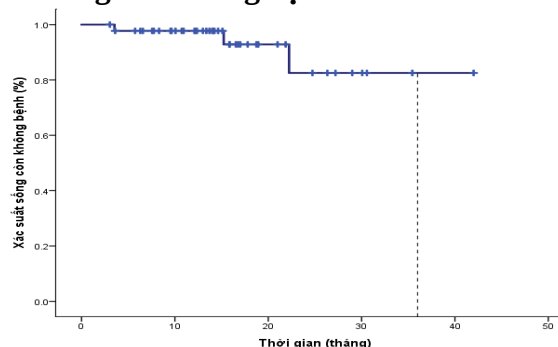
Sống còn toàn bộ



Biểu đồ 1: Xác suất sống còn toàn bộ 3 năm

Tỷ lệ sống còn toàn bộ 3 năm 84% ± 9,9%, chưa tính được trung vị sống còn

Sống còn không bệnh



Biểu đồ 2: Xác suất sống còn không bệnh 3 năm

Tỷ lệ sống còn không bệnh 3 năm 82% ± 10,8%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 42,2%

nhập viện vì tắc ruột trong đó mô cấp cứu là 36,8% (7/19 trường hợp). Cũng giống với 1 số nghiên cứu trong nước như nghiên cứu của Phan Thị Hồng Đức [1] và cao hơn các nghiên cứu ngoài nước. Trong đó có 6,7% với bướu là pT2, có 51,1% bướu pT3 và 44,2% là pT4, giai đoạn II và III lần lượt là 66,7% và 33,3%. Do bệnh nhân đến trong tình huống tắc ruột cấp cứu khá cao nên đa số khối u đã xâm lấn sâu vào thành đại tràng và tổ chức xung quanh đại tràng nên (tỉ lệ pT3, pT4) và hạch di căn là một trong các tiêu chí của hóa trị hỗ trợ. Theo Andre T. Các bệnh nhân giai đoạn II, III hóa trị hỗ trợ có giai đoạn u T2, T3, T4 lần lượt là 4,5%, 76% và 19% [2]. Việc đánh giá mức độ xâm lấn của u và hạch di căn rất quan trọng trong việc xếp giai đoạn chính xác sau mổ để có thể đưa ra quyết định phương thức điều trị hỗ trợ tiếp theo là hóa trị, ngoài ra còn mang ý nghĩa tiên lượng sống còn.

4.2. Điều trị

Vai trò nạo hạch

Swanson và cs đã chứng minh tiên lượng bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn T3N0 liên quan trực tiếp đến số lượng hạch được nạo, cho thấy số hạch nạo ít hơn 13 hạch có tỷ lệ sống còn toàn bộ thấp hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân ung thư T3N0 được nạo trên 13 hạch và các hạch này không có tế bào ung thư di căn tới. Do đó, vai trò của hóa trị hỗ trợ trở nên quan trọng trong việc áp dụng đối với những bệnh nhân giai đoạn 2 không khảo sát đủ số lượng hạch, cải thiện sống còn 86,1% ở nhóm có hóa trị hỗ trợ so với 78% ở nhóm chỉ theo dõi sau phẫu thuật [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 31% trường hợp khảo sát trên 12 hạch, điều này cho thấy rằng khả năng khảo sát số lượng hạch của chúng tôi còn rất thấp, từ đó rất khó để đánh giá chính xác giai đoạn bệnh

sau phẫu thuật. Vì vậy, cần nạo đủ số lượng hạch nhằm xếp giai đoạn sau mổ chính xác cũng như định hướng được bước hóa trị tiếp theo một cách chuẩn mực nhất.

Hóa trị

Dựa trên những kết quả thử nghiệm, FOLFOX và CapeOx hoặc Capecitabine đơn chất nổi lên như những phác đồ hỗ trợ được ưa thích cho ung thư đại tràng giai đoạn II-III sau phẫu thuật triệt để, ít tác dụng phụ, dễ sử dụng, ít tốn kém và được chấp thuận ở nhiều nghiên cứu lớn [2][3][4]. Hướng dẫn hiện tại của NCCN khuyến nghị xem xét hóa trị hỗ trợ ở bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II với các đặc điểm nguy cơ cao sau đây: khối u nguyên phát T4, mô học kém biệt hóa (loại trừ khối u có dMMR), xâm lấn mạch bạch huyết, xâm lấn quanh thần kinh, tắc ruột, thủng ruột, không khảo sát đủ số hạch bạch huyết (<12 hạch) và diện cắt gần hay không xác định hoặc dương [5]. Đa số các thử nghiệm lâm sàng đã dẫn đến 2 kết luận quan trọng: (1) bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn III nhận được lợi ích sống còn rõ ràng từ hóa trị hỗ trợ [2] và những bệnh nhân giai đoạn II nguy cơ cao hoặc giai đoạn II nguy cơ thấp nhưng có yếu tố ổn định vi vệ tinh (MSS) cũng có lợi ích từ hóa trị [7].

Chúng tôi ghi nhận được 30 trường hợp ung thư đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao và 15 trường hợp giai đoạn III có chỉ định hóa trị hỗ trợ. Việc lựa chọn Capecitabine đơn chất hay hóa trị CapeOx phụ thuộc vào các yếu tố nguy cơ cao và tùy thuộc vào tổng trạng của bệnh nhân, bệnh nền có sẵn.

Độc tính.

Trong nghiên cứu này, tác dụng phụ thường gặp nhất là độc tính thần kinh ngoại biên với 17,7% độc tính grad 3,4, tương tự như các tác giả khác trong và ngoài nước

[1][8]. Ngoài ra cũng ghi nhận các độc tính khác cũng thường gặp như tiêu chảy, nôn ói, giảm bạch cầu, tiểu cầu. Đa số các tác dụng phụ đều kiểm soát được, riêng độc tính thần kinh ngoại biên kéo dài chậm thuyên giảm

Sống còn – Tái phát

Mục tiêu chính của điều trị hỗ trợ là loại bỏ di căn vi thể còn sót lại sau khi phẫu thuật cắt bỏ khối u nguyên phát, thời gian sống còn thêm 5 năm (OS) là tiêu chuẩn vàng để xác nhận lợi ích của hóa trị hỗ trợ. Kết quả OS 5 năm tương quan tốt với việc kiểm soát bệnh lâu dài, như đã được chứng minh trong 2 phân tích hồi cứu lớn là nghiên cứu ACCENT với 18 thử nghiệm ngẫu nhiên [6]. Các nghiên cứu hóa trị hỗ trợ dựa trên oxaliplatin cũng ủng hộ quan điểm này. Nhìn chung, tỷ lệ DFS 3 năm được coi là điểm cuối đáng tin cậy để đánh giá hiệu quả của liệu pháp hỗ trợ. Ủy ban cố vấn thuốc của Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) đã chấp nhận tỷ lệ DFS 3 năm như một điểm cuối quy định cho các thử nghiệm hóa trị hỗ trợ trong ung thư đại tràng. Liệu pháp hỗ trợ với FOLFOX (5-FU, LV và oxaliplatin) đã được chấp thuận ở Hoa Kỳ cho ung thư đại tràng giai đoạn III dựa trên sự cải thiện tỷ lệ DFS trong 3 năm được báo cáo trong thử nghiệm MOSAIC [7]. Phân tích gộp IDEA [6], đánh giá tính không kém của hóa trị hỗ trợ được dùng trong 3 tháng so với 6 tháng ở bệnh nhân ung thư giai đoạn III, cũng chọn tỷ lệ DFS 3 năm làm tiêu chí chính. Ngoài ra các nghiên cứu của Andre T. và cs, cũng cho thấy DFS 3 năm ở phác đồ FOLFOX4 là 78,2% và FU/FA là 72,9% ($p=0,002$). OS 3 năm lần lượt là 87,7% và 86,6% ($P = 0,002$) [2].

Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu (30/06/2021), chúng tôi theo dõi được 42 trường hợp (93,3%), mất dấu 3 trường hợp

(6,7%). Trong đó có 4 bệnh nhân tái phát (9,5%), 3 bệnh nhân tử vong (7,1%). Tỷ lệ sống còn toàn bộ 3 năm 84% (chưa tính được trung vị sống còn), tỷ lệ sống còn không bệnh 3 năm 82,5%. Như vậy, dù cỡ mẫu nhỏ, thời gian theo dõi không dài nhưng mốc thời điểm 3 năm cũng đủ để chúng tôi có cái nhìn tổng quan về hiệu quả điều trị khi so sánh với các nghiên cứu và tổng hợp lớn trên thế giới.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi rút ra các kết luận sau:

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 57,5 tuổi, tỷ lệ nam: nữ là tương đương nhau. Giai đoạn II chiếm 66,7%, thường gặp ở đại tràng xuống và đại tràng sigma. Có 44,4% BN nhập viện trong bệnh cảnh tắc ruột, thủng ruột. Chỉ có 40% bệnh nhân có CEA ≥ 5 lúc nhập viện. Đa số có giải phẫu bệnh là Carcinom tuyến (97,8%), chủ yếu là grad 2. Có 50% bệnh nhân giai đoạn II làm xét nghiệm MMR.

Chỉ có 1/3 bệnh nhân được nạo hơn 12 hạch. 53,3% trường hợp sử dụng phác đồ CapeOx, đa số đều hoàn thành 8 chu kỳ (82,5%). Độc tính nôn ói và thần kinh ngoại biên độ 3,4 chiếm tỷ lệ lần lượt là 7,5% và 17,7%, đa số kiểm soát được.

Có 3 trường hợp tử vong (7,1%) và 4 trường hợp tái phát (9,2%). Tỷ lệ sống còn toàn bộ 3 năm 84% (chưa tính được trung vị sống còn), tỷ lệ sống còn không bệnh 3 năm 82,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Thị Hồng Đức (2010), "Hóa trị hỗ trợ carcinoma đại tràng giai đoạn III bằng phác đồ Oxaliplatin, 5-Fluorouracil và Leucovorin", Luận văn tiến sĩ y học, Đại học

- Y dược TP.HCM.
2. **André T., Boni C., Navarro M., et al. (2009)**, "Improved overall survival with oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin as adjuvant treatment in stage II or III colon cancer in the MOSAIC trial". *Journal New England Journal of Medicine*, 27 (19), pp. 3109-3116.
 3. **Casadaban L., Rauscher G., Aklilu M., et al. (2016)**, "Adjuvant chemotherapy is associated with improved survival in patients with stage II colon cancer". *Journal Cancer*, 122 (21), pp. 3277-3287
 4. **Grothey A., Sobrero A., Shields A., et al. (2018)**, "Duration of adjuvant chemotherapy for stage III colon cancer". *Journal New England Journal of Medicine*, 378 (13), pp. 1177-1188
 5. **Network National Comprehensive Cancer. (2021)**, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Colon Cancer (Version 2.2021). [cited 08/15/2021];
 6. **Sargent D., Sobrero A., Grothey A., et al. (2009)**, "Evidence for cure by adjuvant therapy in colon cancer: observations based on individual patient data from 20,898 patients on 18 randomized trials". *Journal of Clinical Oncology*, 27 (6), pp. 872.
 7. **Sato H., Maeda K., Sugihara K., Mochizuki H., et al. (2011)**, "High-risk stage II colon cancer after curative resection". *Journal of surgical oncology*, 104 (1), pp. 45-52.
 8. **Schmoll H., Cartwright T., Tabernero J., et al. (2006)**, "Phase III trial of capecitabine plus oxaliplatin as adjuvant therapy for stage III colon cancer: a planned safety analysis in 1,864 patients". *Journal of Clinical Oncology*, 25 (1), pp. 102-109

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ LẤY HUYẾT KHỐI BẰNG DỤNG CỤ CƠ HỌC Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP DO TẮC ĐỘNG MẠCH LỚN TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ SÀI GÒN NĂM 2021

**Phạm Định Chương, Mai Thị Hương Lan, Bùi Thu Trang,
Trương Việt Trung, Nguyễn Thị Bích Hiền,
Hoàng Thị Tô Uyên, Phan Quốc Dũng(*)**

TÓM TẮT

Tổng quan: Nghiên cứu trên 14 bệnh nhân nhồi máu não cấp được điều trị lấy huyết khối

(*)*Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn*

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Định Chương

Email: dinhchuongpdc@gmail.com

SĐT: 0395 632 633

Ngày nhận bài: **25/11/2021**

Ngày phản biện khoa học: **08/12/2021**

Ngày duyệt bài: **13/12/2021**

bằng dụng cụ cơ học tại Đơn vị Đột quy - Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 10 năm 2021. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phương pháp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn. **Phương pháp:** mô tả loạt ca bệnh, hồi cứu. **Kết quả:** Kết quả ban đầu trên 14 trường hợp nhồi máu não cấp được điều trị lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học tại bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn, chúng tôi nhận thấy: 21,4% bệnh nhân

được điều trị bắc cầu rtPA và lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học; tỷ lệ tái thông hoàn toàn (mTICI: 2b-3) đạt 100%; tỷ lệ hồi phục tốt (mRS 0-2) chiếm 50,0%; tỷ lệ tử vong chiếm 7,1%. Tỷ lệ biến chứng xuất huyết não có triệu chứng chiếm 14,3%, nhồi máu não ác tính chiếm 7,1%. **Kết luận:** Bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn (động mạch cảnh trong, động mạch não giữa, động mạch thân nền) thì lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học là một phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả, tỷ lệ hồi phục lâm sàng cao.

Từ khóa: Nhồi máu não cấp, lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học, can thiệp nội mạch.

SUMMARY

EVALUATE THE EFFICACY OF THROMBECTOMY IN PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE DUE TO LARGE VESSEL OCCLUSION AT HOAN MY SAI GON HOSPITAL IN 2021

Introduce: Study 14 patients with acute ischemic stroke was thrombectomy by mechanical device at Hoan My Sai Gon Hospital from January 2021 to October 2021.

Purpose: The aim of this study is to evaluate the outcome of thrombectomy by mechanical device in patients with acute occlusion of the major intracranial arteries.

Method: Retrospectively study.

Results: Preliminary results in 14 patients with acute ischemic stroke with mechanical thrombectomy (MT) at Hoan My Sai Gon Hospital we found that: 21,4% patients received IVT prior to MT. Complete recanalization rate (mTICI: 2b-3) reached 100%. Modified Rankin Scale (mRS): Good functional outcome in 14 patients (mRS ≤ 2) is 50,0%; mortality rate of 7,1%. The rate of symptomatic intracranial hemorrhage was 14,3%; malignant infarction

was 7,1%.

Conclusion: In acute intracranial large vessel occlusion (internal carotid artery, middle cerebral artery basilar artery) in patients with acute ischemic stroke, the mechanical thrombectomy is technically feasible, safe, rate of good functional outcome is high.

Keywords: Acute ischemic stroke, mechanical thrombectomy, endovascular treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, có khoảng 3-10% bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não giai đoạn cấp được điều trị tiêu sợi huyết tĩnh mạch do cửa sổ điều trị hẹp hoặc do chống chỉ định [6]. Bên cạnh đó, tiêu sợi huyết tĩnh mạch có tỷ lệ tái thông mạch máu não không cao, đặc biệt đối với trường hợp tắc mạch máu lớn và thường bị tái tắc. Từ năm 2015 trở lại đây, phương pháp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học đã được Hội tim mạch/Đột quỵ Mỹ khuyến cáo điều trị bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp. Lợi ích của phương pháp đã được chứng minh bởi nhiều nghiên cứu quốc tế công bố năm 2015 [7].

Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn tiến hành lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học lần đầu tiên tháng 12 năm 2018, thời gian đầu số lượng bệnh nhân còn ít. Hiện nay, số lượng bệnh nhân điều trị có xu hướng tăng lên, đặc biệt trong năm 2021. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: đánh giá kết quả ban đầu điều trị lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 14 bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn, được điều trị bằng phương pháp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học tại Đơn vị Đột quỵ - Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 10 năm 2021.

*** Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân**

Bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn và được điều trị lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học có hoặc không kèm theo điều trị tiêu sợi huyết tĩnh mạch, tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn.

*** Tiêu chuẩn loại trừ**

Bệnh nhân được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não cấp chỉ được điều trị bằng tiêu sợi huyết tĩnh mạch, không có tắc động mạch lớn. Bệnh nhân xuất huyết não, xuất huyết dưới nhện

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, hồi cứu. Cỡ mẫu thuận tiện

2.3. Nội dung nghiên cứu

- Mức độ phục hồi lâm sàng: đánh giá theo thang điểm NIHSS tại hai thời điểm vào viện, ra viện, Rankins cải biên thời điểm ra viện

- Đánh giá các biến chứng sau can thiệp trên lâm sàng và trên hình ảnh sau quá trình can thiệp.

2.4. Phương pháp thống kê: Các biến không liên tục được biểu diễn bằng tỉ lệ phần trăm, các biến liên tục được biểu diễn dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn (SD). Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi ($X \pm SD$)	$71 \pm 16,3$
Giới nam (n, %)	9 (64,3)
Tăng huyết áp (n, %)	10 (71,4)
Đái tháo đường (n, %)	4 (28,6)
Rung nhĩ (n, %)	6 (42,9)
Rối loạn lipid máu (n, %)	11 (78,6)
Bệnh mạch vành (n, %)	4 (28,6)
Suy tim (n, %)	2 (14,3)
Hút thuốc lá (n, %)	3 (21,4)
NIHSS vào viện ($X \pm SD$)	$17,71 \pm 4,98$
Điều trị tiêu sợi huyết tĩnh mạch (n, %)	3 (21,4)

Nhận xét: Tuổi trung bình của 14 bệnh nhân được can thiệp lấy huyết khối là 71, nam giới chiếm tỷ lệ 64,3%. Phần lớn bệnh nhân có tăng huyết áp và rối loạn lipid máu, với tỷ lệ lần lượt là 71,4% và 78,6%, kể đến là rung nhĩ chiếm tỷ lệ 42,9%. Điểm NIHSS trung bình thời

điểm vào viện là 17,71. Số bệnh nhân được điều trị bắc cầu tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch chiếm tỷ lệ 21,4%.

Bảng 3.2: Các nguyên nhân gây nhồi máu não (theo phân loại TOAST)

Nguyên nhân	Tỷ lệ
Huyết khối từ tim	5 (35,7)
Bệnh mạch máu lớn	6 (42,9)
Không xác định	3 (21,4)

Nhận xét: Nguyên nhân hay gặp nhất đó là bệnh mạch máu lớn với tỷ lệ 42,9%. Tiếp theo là huyết khối từ tim với tỷ lệ 35,7%

Bảng 3.3: Vị trí động mạch bị tắc

Vị trí tắc	Số bệnh nhân (n, %)
Động mạch cảnh trong	5 (35,7)
Động mạch não giữa đoạn M1	5 (35,7)
Động mạch thân nền	1 (7,1)
Động mạch cảnh trong + Não giữa	2 (14,3)
Kết hợp tắc ngoài sọ (Tandem)	1 (7,1)

Nhận xét: Vị trí tắc thường gặp nhất là động mạch cảnh trong và động mạch não giữa, chiếm tỷ lệ bằng nhau 35,7%.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 3.4: Các khoảng thời gian điều trị

Khoảng thời gian	Giá trị(phút)
Khởi phát – Nhập viện	90,35±73,30
Khởi phát – Tiêu sợi huyết tĩnh mạch	156,67±23,63
Khởi phát – Can thiệp	249,28±90,95
Khởi phát – Tái thông	342,5±93,86
Nhập viện – Tiêu sợi huyết tĩnh mạch	46,67±15,57
Nhập viện – Can thiệp	158,35±77,3

Nhận xét: Khoảng thời gian nhập viện-tiêu sợi huyết tĩnh mạch tương đối nhanh (46,67 phút), khoảng thời gian từ khi nhập viện tới khi can thiệp còn khá cao 158,35 phút.

Bảng 3.5: Kết quả điều trị

Đặc điểm	Kết quả
Tái thông hoàn toàn (mTICI: 2b-3)	14 (100)
NIHSS thời điểm ra viện (X±SD)	3,78 ± 4,90
Mức giảm điểm NIHSS (vào viện-ra viện) (X±SD)	13,9 ± 5,8
mRS thời điểm ra viện ≤2 (n, %)	7 (50)
Tử vong (n, %)	1 (7,1)
Xuất huyết não (n, %)	3 (21,4)
Xuất huyết não có triệu chứng(n, %)	2 (14,3)
Nhồi máu não ác tính(n, %)	1 (7,1)

Nhận xét: Tỷ lệ tái thông hoàn toàn (mTICI: 2b-3) là 100%. Tỷ lệ hồi phục tốt (mRS: 0-2) tại thời điểm ra viện chiếm tỷ lệ cao 50%, mức giảm điểm NIHSS trung bình 13,9 điểm, tử vong chiếm tỷ lệ thấp 7,1%.

Bảng 3.6: So sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới

	PROACT II	MERCI	MultiMERCI	Penumbra	SWIFT	Nghiên cứu này
Số bệnh nhân	121	141	164	125	58	14
Tuổi	64	67	68	64	67	71
NIHSS vào viện trung bình	17	20	19	18	17	17
mRS ≤ 2 (%)	40	27,7	36	25	58,2	50
Xuất huyết não có triệu chứng (%)	10,9	7,8	9,8	11,2	1,7	14,3
Tử vong (%)	25	43,5	34	32,8	17	7,1

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm đa số 64,3%, khá tương đồng với nghiên cứu SYNTHESIS là 59%. Tỷ lệ nam/nữ có sự khác biệt giữa các nghiên cứu, theo nghiên cứu của Nguyễn Quang Anh và cộng sự có 14 bệnh nhân, gồm 9 bệnh nhân nữ (chiếm 64%) và 5 bệnh nhân nam (chiếm 36%) [1]. Tuổi trung bình $71 \pm 16,3$ cao hơn tỷ lệ này của Nguyễn Quang Anh và cộng sự, tuổi trung bình là $58,2 \pm 7,9$ [1].

Nguyên nhân gây nhồi máu não hay gặp nhất theo phân loại TOAST đó là bệnh mạch máu lớn với tỷ lệ 42,9%, tiếp theo là huyết khối từ tim 35,7%

Các yếu tố nguy cơ nhồi máu não trong nghiên cứu này hay gặp nhất là tăng huyết áp và rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ 71,4% và 78,6%, rung nhĩ chiếm tỷ lệ 42,9%

Vị trí tắc thường gặp nhất là động mạch cảnh trong và động mạch não giữa, chiếm tỷ lệ bằng nhau 35,7%. Theo nghiên cứu của

Sarzetto (2016), tỷ lệ tắc động mạch não giữa chiếm 53,0%, động mạch cảnh trong chiếm 33,8%.

Điểm NIHSS trung bình khi vào viện của nghiên cứu này là khá cao với 17,71 điểm, tương đương với các kết quả với nhóm can thiệp của nghiên cứu MR CLEAN [5]

Số bệnh nhân được tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch chiếm tỷ lệ 21,4%. tỷ lệ này tương đối thấp do tiêu sợi huyết tĩnh mạch còn phụ thuộc vào chỉ định và chống chỉ định của từng bệnh nhân.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

Khoảng thời gian từ khi khởi phát tới can thiệp trung bình là 249,28 phút. Về cơ bản khoảng thời gian từ khi khởi phát tới can thiệp đã được rút ngắn đáng kể, có thể giải thích một phần do tổ chức xử trí đột quy cấp tốt hơn. Thời gian từ khi bệnh nhân nhập viện đến tiêu sợi huyết tĩnh mạch là khá nhanh, trung bình 46,67 phút, kết quả này có được là do chúng tôi đã có một quy trình code stroke đầy đủ, có sự phối hợp nhịp nhàng, nhanh chóng giữa khoa phòng liên quan.

Một điểm rất đáng chú ý đó là, tất cả 14 bệnh nhân được can thiệp đều thành công về mặt kỹ thuật, với tỷ lệ tái thông hoàn toàn (mTICI: 2b-3) là 100% (chỉ có 2 trường hợp

mTICI 2b, còn lại đều là mTICI 3), điều này cho thấy sự thành thực cao về các kỹ thuật lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học của chúng tôi.

Điểm NIHSS giảm sau thời gian điều trị tại bệnh viện trung bình của nghiên cứu này là 13,9 điểm, được giải thích là nhờ kết quả tái thông thành công (mTICI 2b-3) cao.

Đánh giá mức độ hồi phục tại thời điểm ra viện, kết quả cho thấy: tỷ lệ hồi phục tốt (mRS 0-2) chiếm tỷ lệ 50%. Trong nghiên cứu của tác giả Vũ Anh Nhị bệnh viện Chợ Rẫy, tỷ lệ bệnh nhân phục hồi chức năng thần kinh tốt, tương đương điểm Rankin cải biên 0-2 là 55,6%. Tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu của Abou-Chebl A là 43% [3] và Pasquale Mordasini 38% [4]. Tỷ lệ tử vong của nghiên cứu chiếm 7,1%, thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Vũ Anh Nhị 34% [2], và nghiên cứu MR CLEAR 21% [5].

Tỷ lệ các biến chứng thấp, trong đó biến chứng xuất huyết não có triệu chứng chiếm 14,3%, nhồi máu não ác tính chiếm 7,1%. Theo tác giả Nguyễn Quang Anh và cộng sự, tỉ lệ biến chứng xuất huyết não có triệu chứng sau can thiệp chiếm 13,4% [1].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 14 bệnh nhân lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học tại bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn chúng tôi nhận thấy có 21,4% bệnh nhân được điều trị bắc cầu rtPA và lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học, tỷ lệ tái thông hoàn toàn (mTICI: 2b-3) là 100%; tỷ lệ hồi phục tốt (mRS 0-2) chiếm 50,0%, tỷ lệ tử vong chiếm 7,1%.

Đây là một kỹ thuật can thiệp hiệu quả, an

toàn cho các bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn. Cần tiếp tục nghiên cứu để có số liệu đầy đủ hơn trong những năm tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Quang Anh, Vũ Đăng Lưu, Trần Anh Tuấn và cs (2013)**, “Đánh giá hiệu quả bước đầu của phương pháp lấy huyết khối bằng stent Solitaire ở các bệnh nhân nhồi máu não tối cấp”, tạp chí điện quang số 14.
2. **Vũ Anh Nhị, Phạm Nguyên Bình (2012)**, “Đánh giá tính an toàn và hiệu quả bước đầu của phương pháp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học Solitaire ở các bệnh nhân nhồi máu não”
3. **Abou-Chebl A (2010)**, “Endovascular treatment of acute ischemic stroke may be safely performed with no time window limit in appropriately selected patients”, Stroke, 41, pp. 1996-2000.
4. **Pasquale Mordasini, Christoph Zubler, et al (2012)**, “Thrombectomy for acute ischemic stroke treatment: A review”, EJMIT invited review (21th september 2012).
5. **Puck SS Fransen, Debbie Beumer et al (2014)**, “MR Clean, a multicenter randomized clinical trial of endovascular treatment for acute ischemic stroke in the Netherlands: study protocol for a randomized controlled trial”, Fransen et al. trial 2014, 15:343.
6. **Smith WS, Sung G, Saver J, et al (2008)**, “Mechanical thrombectomy for acute ischemic stroke: final results of the multi MERCI trial”, Stroke, 39, pp. 1205-1212.
7. **Bruce C.V. Campbell, Peter J. Mitchell, Timothy J. Kleinig, et al., for the EXTEND-IA Investigators Endovascular (2015)**: Therapy for Ischemic Stroke with Perfusion-Imaging Selection N Engl J Med 2015; 372:1009-1018.

BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC BỤNG TYPE IV VỠ TRONG BAO DO BÓC TÁCH ĐỘNG MẠCH CHỦ MẠN TÍNH.

Lương Công Hiếu*

TÓM TẮT

Giới thiệu và tổng quan: Phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ ngực bụng (TAAA) vẫn là thách thức trong phẫu thuật mạch máu. Rối loạn huyết động và thiếu máu thận, các tạng trong ổ bụng, thiếu máu nuôi tủy trong quá trình phẫu thuật làm tăng tỉ lệ biến chứng, tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật. Phình động mạch chủ ngực bụng chiếm 2-5% so với toàn bộ phình cây động mạch chủ, ít gặp hơn so với phình động mạch chủ bụng dưới thận. **Đối tượng và phương pháp:** Trình bày một trường hợp bệnh nhân nam 65 tuổi nhập viện vì đau bụng, đau lưng dữ dội, tiền sử mổ tách động mạch chủ bụng cách đây 2 năm. Bệnh nhân được chẩn đoán phình động mạch chủ ngực bụng type IV, nguy cơ vỡ rất cao. Điều trị bằng phương pháp phẫu thuật cấp cứu cắt bỏ khối phình, thay bằng ống ghép 18, và làm cầu nối từ động mạch chủ ngực xuống vào động mạch thận trái qua đường mở ngực bụng trái thành công. **Bàn luận và kết luận:** Sự cần thiết phải theo dõi hình thái của phình động mạch chủ nếu quan sát thấy bóc tách động mạch chủ bụng mạn tính.

SUMMARY

CASE REPORT: CHRONIC CONTAINED RUPTURE OF THORACOABDOMINAL AORTIC

*Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Lương Công Hiếu

Email: conghieulg@yahoo.com

SĐT: 0982011560

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

ANEURYSM TYPE IV THAT DEVELOPED FROM CHRONIC ABDOMINAL AORTIC DISSECTION

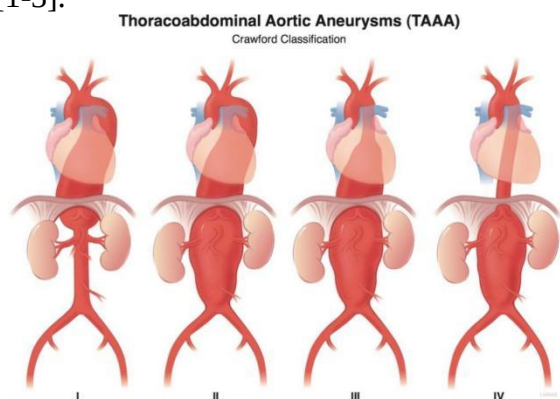
Chronic contained rupture is an extremely rare subtype of thoracoabdominal aortic aneurysm rupture. We report the case of a 65-year-old man with a medical history of abdominal aortic dissection 2 years ago. He presented to us with an emergency thoracoabdominal aortic aneurysm, and surgery was promptly performed after he was hospitalized. Based on the medical history, imaging, blood tests result, we determined that the chronic contained rupture progressed from a localized abdominal aortic dissection. Surgical treatment was successful. This case illustrates the need to follow the morphology of aortic aneurysms if chronic abdominal aortic dissection is observed.

I. GIỚI THIỆU

Hiện nay, phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ ngực bụng (TAAA) vẫn là thách thức trong phẫu thuật mạch máu. Rối loạn huyết động và thiếu máu thận, các tạng trong ổ bụng, thiếu máu nuôi tủy trong quá trình phẫu thuật làm tăng tỉ lệ biến chứng, tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật. Phình động mạch chủ ngực bụng chiếm 2-5% so với toàn bộ phình cây động mạch chủ, ít gặp hơn so với phình động mạch chủ bụng dưới thận.

Phình động mạch chủ ngực bụng type IV (theo phân loại Crawford, hình 1), bắt đầu từ dưới cơ hoành, lan xuống đến ngã ba chủ chậu, chiếm khoảng 20% các trường hợp

phình động mạch chủ ngực bụng được điều trị trong phần lớn nghiên cứu lâm sàng lớn [1-3].



Hình 1: phân loại Crawford về phình động mạch chủ ngực bụng.

Tỉ lệ tử vong hiện nay sau phẫu thuật chương trình TAAA type IV khoảng 2.3-13% (trung bình 8%). Đối với các trường hợp phẫu thuật cấp cứu phình động mạch chủ bụng vỡ, tỉ lệ tử vong lên đến 40- 50%. Hơn nữa, các biến chứng nặng nề vẫn xảy ra: liệt nửa người (1%-12%), suy thận không hồi phục (2,3% - 12,7%), suy hô hấp (4,4% - 33%)... [4-7]. Nhiều chiến lược, kỹ thuật được áp dụng nhằm giảm tỉ lệ tử vong và biến chứng sau mổ.

Chúng tôi báo cáo một ca phình động mạch chủ ngực bụng vỡ trong bao nguyên nhân xuất phát từ bóc tách động mạch chủ bụng mạn tính, nhập viện trong tình trạng dọa vỡ đã được phẫu thuật cấp cứu thành công tại bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Tháng 6/2021, bệnh nhân nam 65 tuổi, nhập viện vì đau bụng, đau lưng dữ dội, huyết áp cao > 140mmHg. Chúng tôi đã dùng Morphin để giảm đau và Nicardipin để điều chỉnh huyết áp. Bệnh nhân có nhiều bệnh lý đi kèm: tăng huyết áp, đái tháo đường type II, bệnh tim thiếu máu cục bộ,

hội chứng Cushing, thoái hóa khớp, thoái hóa cột sống. Không ghi nhận tiền căn lao phổi. Khám bụng khó khăn vì bệnh nhân đau co cứng bụng. X quang ngực thẳng trong giới hạn bình thường. Siêu âm tim cho thấy tim co bóp tốt. Các xét nghiệm sinh hóa cho thấy không có hội chứng nhiễm trùng: bạch cầu, CRP trong giới hạn bình thường, kết quả cấy máu sau đó cho kết quả âm tính. Cortisol máu: > 1649.88; Creatinin máu: 0.7 mg%; AST, ALT <30 U/L, lipase, bilirubin trong giới hạn bình thường, VDRL âm tính. Hình ảnh CT- Scan động mạch chủ ngực bụng cho thấy: phình dạng túi động mạch chủ bụng ngay chỗ chia động mạch thận phải, đường kính # 7 cm, có huyết khối bám thành một lớp dày # 2.8 cm, cổ túi phình # 2.4 cm. Ghi nhận bóc tách động mạch chủ bụng một đoạn # 2 cm cạnh bên túi phình, đường kính lòng giả # 1.3 cm, động mạch thận phải, thận trái, động mạch mạc treo tràng dưới xuất phát từ lòng thật. Khối phình nằm chủ yếu mặt trước, bên phải, bờ trên ngang mức động mạch mạc treo tràng trên.

Bệnh nhân được chẩn đoán phình động mạch chủ ngực bụng type IV, nguy cơ vỡ rất cao. Hội chứng nhiễm trùng được loại trừ. Bệnh nhân được phẫu thuật cấp cứu cắt bỏ khối phình, thay bằng ống ghép 18 và làm cầu nối từ động mạch chủ ngực xuống vào động mạch thận trái qua đường mổ ngực bụng trái.

Sau mổ tình trạng huyết động bệnh nhân ổn định. Trong quá trình hậu phẫu, bệnh nhân tiêu tốt mỗi ngày, chức năng thận cải thiện hoàn toàn vào ngày thứ 3 sau mổ (Creatinin máu cao nhất 3mg% vào ngày thứ nhất sau mổ và về 1,1 mg% vào ngày thứ ba sau mổ), men gan tăng cao nhất 210 U/L, trở về bình thường vào ngày thứ hai sau mổ. Tình trạng bụng bình thường, không biến

chứng. Bệnh nhân có tình trạng viêm phổi, cải thiện sau khi điều trị kháng sinh và được rút nội khí quản ngày thứ sáu sau mổ. Bệnh nhân ổn định được xuất viện sau đó.



Hình 2: CTA của bệnh nhân khi xuất viện.

Cầu nối động mạch chủ ngực xuống – động mạch thận trái (mũi tên).

III. BÀN LUẬN

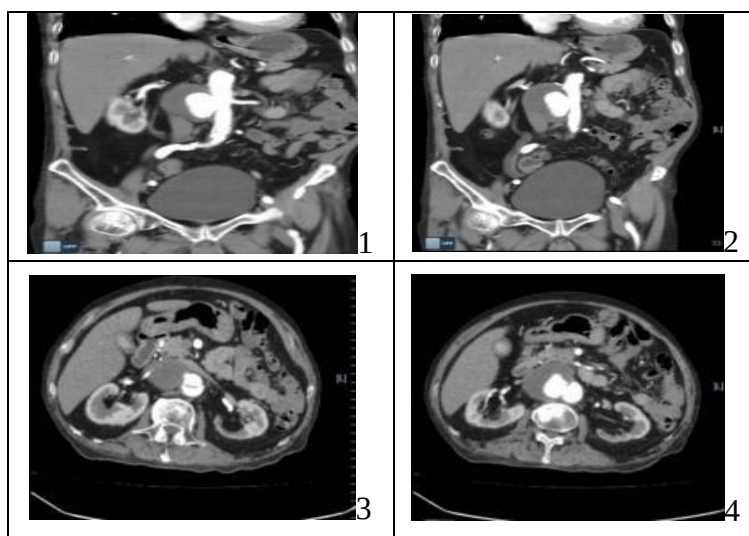
- Nguyên nhân

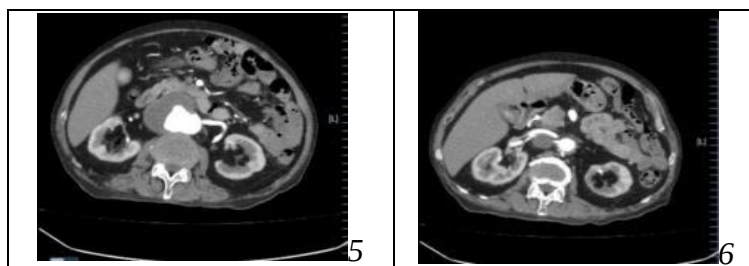
Hầu hết các TAAA là do thoái hóa từ xơ vữa động mạch (80 – 93%). Khoảng 7-20% các trường hợp là di chứng của bóc tách động mạch chủ mạn tính. Nhiễm trùng hoặc

di chứng viêm động mạch chủ là những nguyên nhân hiếm gặp khác. [1,4,6]

Khó để chẩn đoán xác định nguyên nhân khối phình do nhiễm trùng hay do bóc tách, vỡ trong bao nếu đơn thuần chỉ dựa trên hình ảnh CT- Scan của khối phình, đặc biệt trên bệnh nhân có hội chứng Cushing (nguy cơ nhiễm trùng cao). Trên lâm sàng, bệnh nhân không có biểu hiện của hội chứng nhiễm trùng cấp tính (sốt, tăng bạch cầu, tăng CRP). Trong mổ, chúng tôi không ghi nhận có mũ, giả mạc, mô viêm ... Kết quả cấy máu sau đó âm tính. Vì vậy, chúng tôi không nghĩ phình động mạch chủ nhiễm trùng. Các nguyên nhân phình động mạch chủ nhiễm trùng do lao hoặc giang mai cũng ít nghĩ đến.

Hình ảnh CTA (6/2021) cho thấy khối phình động mạch chủ đường kính 70mm, có huyết khối bám thành, ghi nhận bóc tách động mạch chủ một đoạn 20mm, vách nội mạc dày, vôi hóa. Chúng tôi xem lại kết quả CTA vào tháng 9/2019 của bệnh nhân có ghi nhận khối phình kích thước 18x33mm; có ổ tụ máu bóc tách vào lớp áo giữa động mạch chủ bụng kích thước 12x14mm, phù nề thành mạch bị tổn thương.





Hình 3: CTA (06/2021) của bệnh nhân.

Khối phình dạng túi (1,2). Bóc tách động mạch chủ (3).

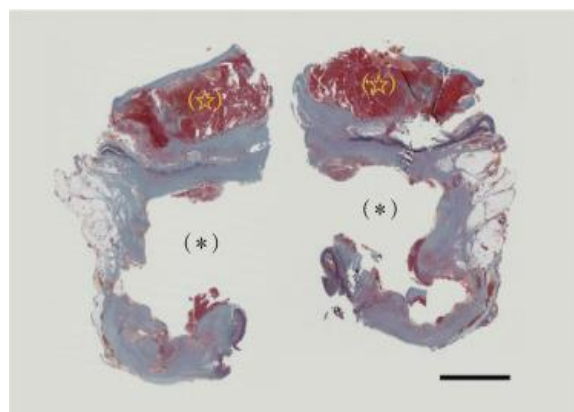
Bờ trên khối phình ngang mức động mạch thận phải, động mạch mạc treo tràng trên (6).

Trong mổ, ghi nhận đại thể, chúng tôi thấy có sự mất liên tục nội mạc của động mạch chủ bụng tương tự vỡ từ một vết loét nội mạc (PAU: penetrating atherosclerosis ulcer) [8], nội mạc 2 đầu dày, xơ cứng (chứng tỏ tình trạng mạn tính). Một túi phình dạng túi rất lớn, có thành rất mỏng, cổ túi nằm ở vị trí mất liên tục nội mạc động mạch chủ bụng.

Nguyên nhân của khối phình rõ ràng do sự bóc tách, mất liên tục thành động mạch chủ bụng, dòng máu vỡ hoặc xoáy vào khu vực thành động mạch chủ bị yếu đi nhưng được bao lại. Tình trạng bóc tách động mạch chủ bụng này đã xảy ra từ năm 2019, diễn tiến lâu ngày tạo nên khối phình động mạch chủ rất lớn như vậy.

Jones và cộng sự đã trích dẫn sự tồn tại của phình động mạch chủ bụng được biết đến như một tiêu chí để xác định vỡ trong bao mạn tính [5]. Trường hợp này nếu có thể cắt thành của khối phình để làm giải phẫu bệnh có thể ghi nhận khiếm khuyết cấu trúc của thành mạch (hình 4).

Chúng tôi kết luận đây là một trường hợp phình động mạch chủ vỡ trong bao mạn tính do bóc tách động mạch chủ mạn tính.



Hình 4. Giải phẫu bệnh thành động mạch chủ.

Lớp áo giữa động mạch chủ mỏng (*). Lòng phát triển từ vỡ phình được bọc lại (☆). Lòng khối phình được tạo ra từ mô sợi bên ngoài lòng động mạch chủ (Elastica-Masson stain).

- Chỉ định

Đây là một trường hợp phình động mạch chủ có nguy cơ vỡ rất lớn. Về lâm sàng, bệnh nhân có biểu hiện đau lưng, đau bụng dữ dội, đau ngày càng tăng. Hình ảnh CT-Scan cho thấy khối phình dạng túi, kích thước lớn 70mm, thành rất mỏng, bóc tách lớp đóng vôi. Vì vậy chỉ định phẫu thuật cấp cứu cho bệnh nhân là phù hợp.

Trường hợp này, nếu bệnh nhân được theo dõi định kì, can thiệp có thể được chỉ định ở thời điểm phù hợp khi hình thái động mạch chủ thay đổi, tránh được nguy cơ vỡ phình, cũng như nguy cơ tử vong tai biến cao

khi phải phẫu thuật cấp cứu [4,5,6,7].

- Kỹ thuật

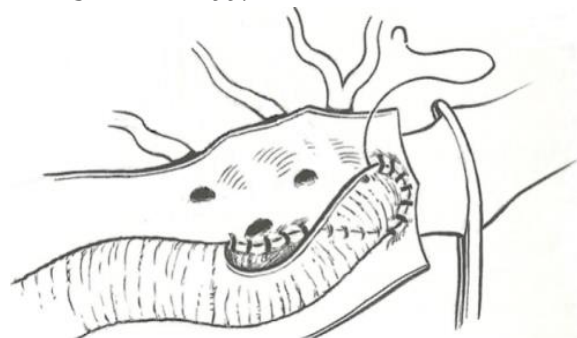
Đường mở qua khoảng liên sườn 8,9,10 sau phúc mạc thường được sử dụng. Đường mở ngực bụng nên hướng về phía rốn nhằm ngăn ngừa biến chứng hoại tử lớp da. Cắt cơ hoành dọc vòng theo chân cơ hoành giúp giảm biến chứng hô hấp sau mổ. Khi cần thiết ống ghép được đặt qua trụ cơ hoành. Để ống ghép đi dưới sườn thường có tỉ lệ biến chứng cao hơn, mổ lại sớm. Hầu hết các biến chứng liên quan đến phẫu thuật sửa chữa phình động mạch chủ ngực bụng là từ sự thiếu máu nuôi các tạng, thận, tụy sống. Có nhiều biện pháp hỗ trợ nhằm cấp máu cho các cơ quan trong quá trình kẹp động mạch chủ: tuần hoàn ngoài cơ thể, shunt tạm với bơm cơ học (left heart bypass), sử dụng các dung dịch nuôi tạng, shunt ngoài giải phẫu...

Trường hợp này chúng tôi tiếp cận qua khoảng liên sườn 8, đi sau phúc mạc, cắt vòng theo chân cơ hoành, bộc lộ rõ ràng động mạch chủ ngực xuống, động mạch chủ bụng, nhánh ĐM thân tạng, ĐM mạch mạc treo tràng trên, ĐM thận trái, ngã ba chủ chậu. Chúng tôi thực hiện nối ống ghép số 8 từ ĐM chủ ngực xuống (tận bên)– ĐM thận trái (tận bên). Ống ghép đi từ ngực xuống bụng qua giữa trụ cơ hoành.

Chúng tôi sử dụng phương pháp tưới máu nóng trong quá trình phẫu thuật. Trong quá trình kẹp thành bệnh động mạch chủ ngực xuống và làm cầu nối ĐMC ngực xuống - ĐM thận trái, thì động mạch thận phải, động mạch mạc treo tràng trên, động mạch thân tạng, nhánh liên sườn vẫn được đảm bảo tưới máu.

Các động mạch thận phải, động mạch mạc treo tràng trên, động mạch thân tạng được nối vào ống ghép chung mảnh ghép (hình 5). Động mạch thận trái được tưới máu từ ĐMC

ngực xuống qua ống ghép. Kẹp động mạch chủ đặt ngay trên động mạch thân tạng nên các nhánh động mạch nuôi tụy sống được đảm bảo tưới máu.



Hình 5: Kỹ thuật thực hiện miệng nối gần.

Sau khi hoàn thành miệng nối gần, kẹp động mạch chủ được dời xuống ống ghép, các tạng được tưới máu lại hoàn toàn. Sau đó, miệng nối xa được thực hiện ngay trên ngã ba chủ chậu.

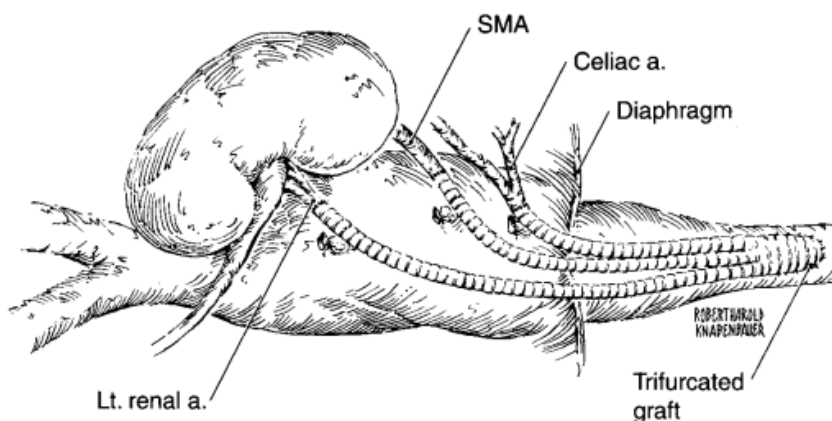
Thời gian thiếu máu nuôi các tạng khoảng 10 – 15 phút khi thực hiện cầu nối vào động mạch thận trái, cũng như thực hiện miệng nối gần.

Tiếp cận qua đường ngực bụng sau phúc mạc giúp tiếp cận động mạch chủ ngực xuống và động mạch chủ bụng, 2 động mạch chậu một cách rõ ràng, an toàn. Chiến lược tưới máu nóng giúp đảm bảo thời gian thiếu máu nuôi các tạng ngắn (10-15 phút). Trường hợp này trên CT-Scan, đánh giá khả năng 3 động mạch thận phải, động mạch mạc treo tràng trên và động mạch thân tạng nằm ở thành động mạch chủ lành, khả năng có thể nối vào ống ghép cùng trên 1 mảnh ghép đồng thời khi thực hiện miệng nối đầu gần. Vì vậy, chúng tôi chỉ thực hiện 1 cầu nối từ động mạch chủ ngực xuống cho động mạch thận trái trước và nối 3 nhánh ĐM cùng lúc với thực hiện miệng nối gần.

Trong trường hợp đánh giá không thể nối các động mạch thận phải, động mạch mạc

treo tràng trên, động mạch thân tạng vào ống ghép trong 1 thì sử dụng ống ghép có nhánh

nối vào các nhánh tạng trước cũng có thể là một chiến lược phù hợp (hình 6).



Hình 6: Kỹ thuật tưới máu nóng bằng ống ghép có nhánh.

- Kết quả

Tỉ lệ tử vong sau mổ cấp cứu của phình động mạch chủ bụng vỡ khoảng 40- 50% liên quan tới nhồi máu cơ tim, thiếu máu ruột, suy thận, suy đa cơ quan. Hơn nữa, tác động của thiếu máu toàn thân do sốc xuất huyết và thiếu máu do kẹp động mạch chủ, hội chứng tái tưới máu sau khi hồi sức, sau thả kẹp động mạch chủ cũng là những nguyên nhân gây suy đa cơ quan, tử vong. [4-7]

Xét nghiệm men gan, Creatinin máu của bệnh nhân có tăng trong 2 ngày đầu sau mổ, tuy nhiên chức năng gan thận của bệnh nhân cải thiện hoàn toàn vào ngày 3 sau mổ (Cre 1.1mg%, AST, ALT < 30U/L). Tình trạng huyết áp dao động trong lúc mổ ảnh hưởng thoáng qua chức năng của gan thận. Tuy nhiên, thời gian thiếu máu nuôi thận, gan ngắn giúp bảo tồn chức năng các cơ quan. Tình trạng bệnh nhân ổn định vào ngày 7 sau mổ. Sau đó, bệnh nhân được tiếp tục điều trị viêm phổi, nội tiết, nâng đỡ, dinh dưỡng và được xuất viện.

Chỉ định phẫu thuật cấp cứu, chiến lược phẫu thuật phù hợp giúp cứu sống được bệnh nhân, và bảo tồn chức năng các cơ quan.

V. KẾT LUẬN

Phình động mạch chủ ngực bụng vỡ trong bao do bóc tách động mạch chủ là một nguyên nhân hiếm gặp. Ở đây, chúng tôi trình bày một trường hợp phình động mạch chủ do nguyên nhân trên nhập viện trong tình trạng dọa vỡ. Bệnh nhân đã được phẫu thuật cấp cứu, và điều trị thành công. Khi một trường hợp bóc tách động mạch chủ mạn tính được phát hiện, thì hình thái động mạch chủ nên được theo dõi sát để có chỉ định can thiệp thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cambria RP, Davison JK, Atamian S. Thoracoabdominal aneurysm repair: perspectives over a decade with the clamp-and-sew technique. *Ann Surg* 1997; 226(3):294-303.
2. Le Maire SA, Koksoy C, Coselli JS. A new predictive model for adverse outcomes after

- elective thoracoabdominal aortic aneurysm repair. *Ann Thorac Surg* 2001;71(4):1233–1238.
3. **Svensson LG, Coselli JS, Safi HJ.** Experience with 1509 patients undergoing thoracoabdominal aortic operations. *J Vasc Surg* 1993;17(2):357–368.
 4. **Cox GS, O'Hara PJ, Piedmonte MR, Krajewski LP, Beven EG.** Thoracoabdominal aneurysm repair: a representative experience. *J Vasc Surg* 1992;15(5):780–787.
 5. **C.S. Jones, M.K. Reilly, M.C. Dalsing, J.L. Glover.** Chronic contained rupture of abdominal aortic aneurysms. *Arch Surg*, 121 (1986), pp. 542-546.
 6. **Martin GH, O'Hara PJ, Hertzer NR, Mascha EJ, Krajewski LP, Beven EG, Clair DG, Ouriel K.** Surgical repair of aneurysms involving the suprarenal, visceral, and lower thoracic aortic segments: early results and late outcome. *J Vasc Surg* 2000;31(5):851–862.
 7. **Gilling-Smith GL, Worswick L, Knight PF, Wolfe JH, Mansfield AO.** Surgical repair of thoracoabdominal aortic aneurysm: 10 years' experience. *Br J Surg* 1995;82(5):624–629.
 8. **Y. Tsuji, Y. Tanaka, K. Sugimoto, et al.** Endovascular stent-graft repair for penetrating atherosclerotic ulcer in the infrarenal abdominal aorta. *J Vasc Surg*, 38 (2003), pp. 383-388

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ TẮC RUỘT DO DÍNH

Hàng Thế Cơ*, Nguyễn Văn Hải**, Nguyễn Ngọc Thao*, Nguyễn Thanh Thoại*, Nguyễn Tiến Cường*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Báo cáo kết quả 39 ca phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột do dính được thực hiện tại bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ Sài Gòn. **Đối tượng và phương pháp:** Nhóm nghiên cứu tiến hành báo cáo loạt ca tiền cứu gồm 39 bệnh nhân nhập viện tại bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn được chẩn

đoán tắc ruột nghi do dính từ tháng 02/2019 đến 08/2021. **Kết quả:** Từ tháng 2/2019 đến tháng 8/2021, có 39 trường hợp tắc ruột do dính được điều trị tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn. Độ tuổi trung bình: 53 tuổi (19-83 tuổi); tỉ lệ nữ/nam: 6/7; 44% ASA1, 28% ASA 2; 28% ASA 3. Mức độ tắc ruột được đánh giá trên CT bụng: 38/39 trường hợp có đường kính quai ruột dẫn dưới 40mm và 1/39 trường hợp có đường kính quai ruột dẫn trên 40mm. Số ca được phẫu thuật nội soi hoàn toàn là 31/39 về mặt kỹ thuật. Số ca được phẫu thuật nội soi thành công (không mổ hở vì bất cứ lý do nào, không mổ lại, không can thiệp mổ lại trong thời gian 30 ngày sau mổ) là 30/39 ca. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ: $4 \pm 1,11$ ngày (3 – 7 ngày). Thời gian mổ: $83 \pm$

*Bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ Sài Gòn

**Trường Đại học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Hàng Thế Cơ

Email: hangtheco.yds@gmail.com

SĐT : 0948 175 939

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

55 phút (26-210 phút). Biến chứng sau mổ: 01 trường hợp mổ lại vì xì tiêu hoá, 02 trường hợp phải nhập viện lại trong thời gian 30 ngày nhưng được điều trị nội khoa thành công. Tỷ lệ thành công: 76.9%. Tỷ lệ chuyển mổ hở 20.5%. Tỷ lệ mổ lại: 3.22%. Không có trường hợp nào tử vong. **Kết luận:** Với những bệnh nhân tắc ruột sau mổ được lựa chọn kỹ, phẫu thuật nội soi tỏ ra an toàn và hiệu quả

Từ khoá: Tắc ruột sau mổ, gỡ dính ruột nội soi.

SUMMARY

RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY IN TREATMENT OF POSTOPERATIVE INTESTINAL

Aims: To determine the results of laparoscopic surgery in treatment of postoperative intestinal obstruction. **Subjects and methods:** To determine the results of laparoscopic surgery in treatment of postoperative intestinal obstruction. A retrospective study with data from a prospectively maintained data base of all patients undergoing surgical treatment of adhesive small bowel obstruction (ASBO) from February 2019 to August 2021 was conducted. There were 39 patients. **Results:** From February 2019 to August 2021, there were 39 patients were treated at Hoan My Saigon Hospital. Mean age: 53 (19-83); female/male ratio: 6/7; 44% ASA 1; 28% ASA 2; 28% ASA 3. Median hospital stay: 4.0 ± 1.11 days (3-7 days), surgery time: 83 ± 55 minutes (26-210 minutes). All of patients admitted with acute obstruction and majority of them had previous abdominal operation. There was 1 case that having CT scan findings of small bowel distension with a size > 40 mm. Of the 39 patients, surgery was completed laparoscopically in 31 (79.4%), but there was 1 case that had to be re-operated because of intestinal perforation after

surgery. Laparoscopic adhesiolysis was successful in 30/39 patients (76.9%). Conversion to open procedure was necessary in only 8 patients (20.5%). Re-operation risk was 3.22%. There was no death in this study population. **Conclusions:** Laparoscopic management of ASBO is feasible, effective and safe. The laparoscopic approach improves postoperative outcomes and functional recovery, and should be considered in patients in whom simple band adhesions are suspected. Patient selection is the strongest key factor for having success.

Keywords: Laparoscopic adhesiolysis, postoperative intestinal obstruction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

- Dính ruột là nguyên nhân hàng đầu gây tắc ruột sau mổ, chiếm khoảng 60% [1]. Tắc ruột do dính là một cấp cứu bụng ngoại khoa thường gặp tại đại đa số các bệnh viện và cho đến nay chỉ định mổ hở hay nội soi vẫn là vấn đề khó quyết định trong quá trình tiếp cận điều trị. Theo một số tài liệu kinh điển, tắc ruột cơ học chiếm khoảng 20% [1] trong các cấp cứu bụng ngoại khoa về bụng. Hiện nay, tỷ lệ tử vong chung của các trường hợp tắc ruột khoảng 5 - 8% [2]; nhưng vẫn còn chiếm một tỷ lệ khoảng 12 - 16% [2] trong các cấp cứu bụng ngoại khoa thường gặp.

- Điều trị tắc ruột do dính kinh điển thường là mổ hở gỡ dính toàn bộ ruột cho những trường hợp thất bại với điều trị nội khoa hoặc những trường hợp có dấu hiệu gợi ý tắc ruột có ảnh hưởng đến mạch máu mạc treo hoặc hoại tử ruột, đặc biệt trên những bệnh nhân có tiền sử mổ bụng nhiều lần.

- Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi lại được xem là một phương pháp xâm lấn tối thiểu trong thời buổi hiện nay, giúp bệnh nhân phục hồi tốt hơn sau mổ, giảm mức độ đau,

giảm tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ. Đặc biệt là giảm được nguy cơ dính ruột và tiên lượng tắc ruột sau đó. Bên cạnh những mặt thành công, phẫu thuật nội soi trong điều trị tắc ruột luôn có những khó khăn nhất định và luôn có một tỉ lệ thất bại phải chuyển mổ hở. Vì vậy, vẫn chưa được áp dụng rộng rãi tại đa số các bệnh viện, đặc biệt là các bệnh viện tuyến dưới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Tất cả bệnh nhân trên 18 tuổi, được chẩn đoán tắc ruột nghi do dính tại bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn từ 02/2019 đến 08/2021. Bệnh nhân có hoặc không tiền sử mổ bụng.

- Chẩn đoán xác định tắc ruột cơ học nghi do dính bằng phương tiện chụp CT bụng.

2.2 Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có chống chỉ định bơm hơi ổ bụng.

- Bệnh nhân nhập viện trong tình trạng sốc, viêm phúc mạc.

- Bệnh nhân nhập viện và theo dõi hoại tử ruột, cần phẫu thuật cắt đoạn ruột.

2.3 Tiêu chuẩn thành công về mặt kỹ thuật:

- Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi hoàn toàn để xử trí các thương tổn, không chuyển mổ hở trong suốt quá trình phẫu thuật.

2.4 Tiêu chuẩn thành công:

- Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi hoàn toàn để giải quyết các thương tổn.

- Bệnh nhân không tử vong, không mổ lại trong thời gian 30 ngày hậu phẫu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Chúng tôi khởi trị bằng đặt thông mũi-dạ dày, truyền bù nước-điện giải, dùng kháng sinh đường tĩnh mạch khi có biểu hiện nhiễm trùng, và theo dõi đáp ứng điều trị trên lâm

sàng và hình ảnh (XQ bụng không sửa soạn hay CT bụng). Nếu không có đáp ứng với điều trị bảo tồn, thì chỉ định mổ. Thời điểm quyết định mổ thường là sau 24-48 giờ điều trị bảo tồn, nhưng cũng có thể sớm hay muộn hơn tùy diễn tiến ở từng bệnh nhân cụ thể.

- Tất cả các bệnh nhân được gây mê toàn thể, ở tư thế nằm ngửa. Vào bụng trocar đầu 10mm kiểu hở, chọn vị trí nào dựa trên hình ảnh CT gợi ý là ít dính và sẽ thuận lợi cho thao tác. Sau khi bơm hơi và quan sát tổng thể, các trocars thêm (thường là 2 trocar 5mm) được đưa vào dưới quan sát trực tiếp ở vị trí thích hợp. Sử dụng kẹp ruột không sang chấn cầm nắm ruột hay mạc treo theo kiểu chuyên tay, đi từ ruột xẹp lần đến ruột dần tìm chỗ tắc. Đánh giá sang thương gây tắc. Nếu có hoại tử ruột mà trước mổ không chẩn đoán được thì chuyển mổ mở ngay. Nếu không thì tiến hành cắt dây dính hay gỡ dính bằng kéo nội soi, chỉ dùng cắt/đốt điện một cách thận trọng khi có chảy máu. Kiểm tra lưu thông ruột qua chỗ dính đã gỡ đến góc hồi manh tràng, không cố gỡ hết các dính ruột trên chỗ tắc. Kiểm tra tìm tổn thương ruột do gỡ dính; nếu có thì tùy mức độ, có thể khâu qua nội soi hay chuyển mổ mở nhỏ (< 5cm) hay lớn để xử lý.

- Sau mổ, tiếp tục bồi hoàn nước-điện giải, nuôi dưỡng tĩnh mạch, khám đánh giá toàn trạng và tại chỗ hàng ngày. Khuyến khích vận động sớm. Rút thông mũi-dạ dày khi có trung tiện hay khi đã có nhu động ruột nhiều mà bụng chỉ còn trướng ít. Cho uống lại tùy theo tình trạng bụng. Cho bệnh nhân xuất viện khi đã hoàn toàn hồi phục lưu thông ruột và không có hay đã kiểm soát biến chứng sớm. Hẹn tái khám sau 1, 2 và 4 tuần sau ra viện. Sau đó, dặn tái khám bất cứ lúc nào đau bụng lại hay có vấn đề về lưu thông tiêu hóa.

- Trong thời gian nghiên cứu có 39 trường hợp thỏa các tiêu chuẩn chọn bệnh, gồm có 21 nam (54%) và 18 nữ (46%). Tuổi trung bình là 53 ± 17 tuổi (19 – 83 tuổi). Tất cả các trường hợp đều nhập viện từ cấp cứu.

- Thời gian trung bình từ lúc khởi phát

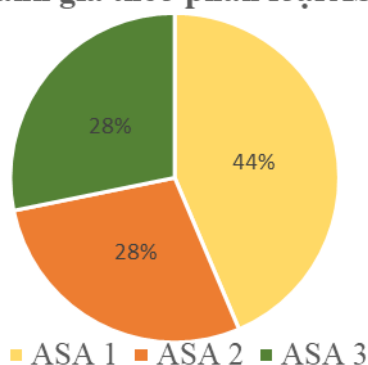
triệu chứng tắc đau đến lúc vào viện là $3 \pm 1,2$ ngày. Trong đó 30 trường hợp có tiền sử mổ bụng 01 lần, 8 trường hợp có tiền sử mổ bụng 2 lần. Có 1 trường hợp chưa có tiền sử mổ bụng lần nào. Tổng cộng có 46 lần mổ ở 39 bệnh nhân (Bảng 1).

Bảng 1. Tiền sử mổ ở 40 bệnh nhân:

Phẫu thuật	Số trường hợp
Viêm ruột thừa và viêm phúc mạc ruột thừa	9
Mổ phụ khoa	8
Mổ bắt con	9
Vết thương hoá khí	1
Tắc ruột	11
Cắt u đại tràng	5
Mổ u tiền liệt tuyến	1
Mổ cắt dạ dày do u	2
Chưa mổ lần nào	1

- Nhìn nhận thấy, tất cả các trường hợp (t.h) đều có triệu chứng đau bụng quặn cơn và chướng bụng lượng ít đến vừa (100%), 38 trường hợp có triệu chứng bí trung đại tiện (97.4%), 30 trường hợp có triệu chứng buồn nôn (76.9%). Không có trường hợp nào ghi nhận chướng bụng nhiều. Phân bố ASA trước mổ (hình 1).

Đánh giá theo phân loại ASA



Hình 1. Phân bố điểm ASA ở 39 bệnh nhân

- Tất cả các trường hợp đều được mê nội khí quản. Vị trí trocar đầu tiên theo bảng 2.

Bảng 2. Vị trí đặt trocar đầu tiên

Vị trí	Số ca
Quanh rốn	29

Hạ sườn trái	5
Hạ sườn phải	4
Hông trái	1

- Sau khi bơm hơi và quan sát các thương tổn, các trocar tiếp theo được đặt vào bụng dưới sự quan sát trực tiếp từ camera. 26 trường hợp mổ với 3 trocar (thành công 24/26 trường hợp), 10 trường hợp mổ cần 4 trocar (thành công 6/10 trường hợp), 1 trường hợp mổ cần 5 trocar (thành công 1/1 trường hợp) và có 2 trường hợp vào trocar đầu tiên quan sát qua camera không thể tiếp cận thương tổn do ruột dính nhiều vào vết mổ cũ nên chuyển mổ hở đường lớn (trên 10cm). Như vậy, không có trường hợp nào vào bụng làm tổn thương ruột.

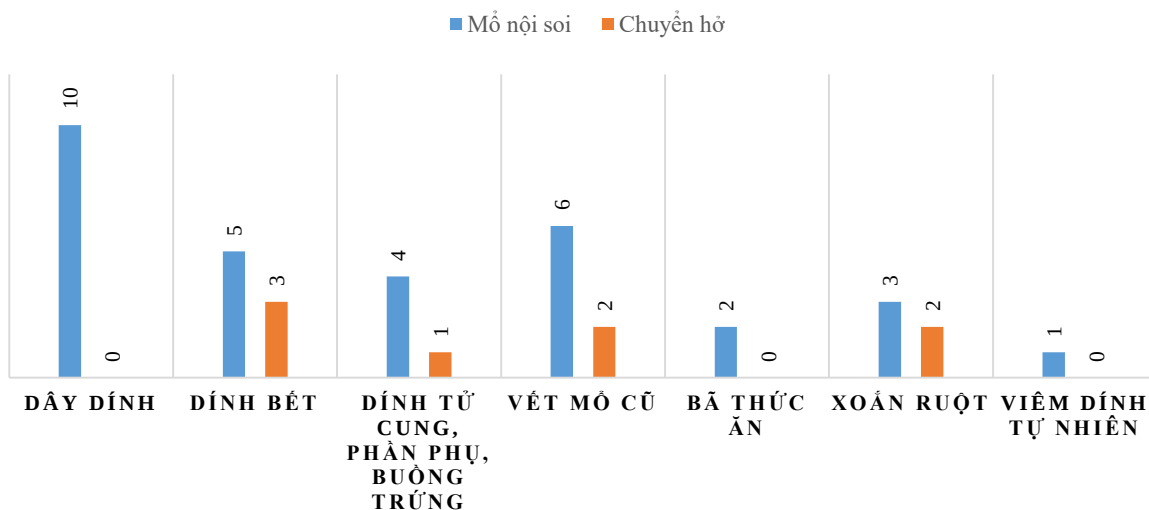
- Về thương tổn ghi nhận trong mổ, khá đa dạng, phân bố như trên bảng 3.

Bảng 3. Thương tổn ghi nhận trong mổ (trên 39 ca)

Đặc điểm	Số ca
Vị trí gây tác: Hồng tràng	11 (28.02%)
Hồng tràng	28 (71.98%)
Nguyên nhân gây tác:	
Dính vào vết mổ:	8 (20.5%)
Xoắn ruột	5 (12.8%)
Dínhбет các quai ruột:	8 (20.5%)
Dây dính:	10 (25.6%)
Dính vào tử cung, phần phụ:	5 (12.8%)
Bã thức ăn	2 (5.1%)
Viêm dính tự nhiên	1 (2.5%)
Mức độ tác: Hoàn toàn	37
Không hoàn toàn	2

- Chúng tôi có 31/39 t.h (79,5%) phẫu thuật nội soi hoàn toàn. Tám t.h (20,5%) phải chuyển mổ hở (Hình 2). Xử trí ở 8 t.h này như trên bảng 4. Trong 8 t.h chuyển mổ hở, có 5 trường hợp mở đường nhỏ trên và dưới rốn (< 5cm), 3 trường hợp phải mở đường mổ lớn (>10 cm).

THƯƠNG TỔN GHI NHẬN TRONG MỔ (39 CA)



Hình 2. Phân bố ca mổ nội soi thành công và chuyển mổ hở theo thương tổn gây tác:

Bảng 4. Lý do và cách xử trí ở 8 t.h chuyển mổ hở

Nguyên nhân tắc	Lý do chuyển mổ hở	Xử trí
Dính lên vết mổ bụng (2 t.h)	Dính nhiều, khó quan sát	Gỡ dính
Dính hết các quai ruột (3 t.h)	Dính chặt, khó gỡ	Nối tắt (1 t.h), cắt đoạn ruột (1 t.h), gỡ dính + khâu thanh cơ ruột nhiều chỗ (1 t.h)
Dính vùng chậu (1 t.h)	Dính chặt, khó gỡ	Nối tắt
Xoắn ruột (2 t.h)	- Nghi hoại tử ruột (1 t.h) - Có kèm đoạn ruột dính hết ngoài chỗ xoắn (1 t.h)	- Cắt đoạn ruột (1 t.h) - Gỡ dính, khâu thanh cơ ruột (1 t.h)

- Theo định nghĩa về chuyển mổ mở, chúng tôi có 2/39 t.h (5,1%) chuyển mổ mở sớm từ đầu, 5/39 t.h (12,8%) chuyển mổ mở nhỏ hỗ trợ và 1/39 t.h (2,6%) chuyển mổ mở lớn bắt buộc.

- Trong số 31 t.h được PTNS hoàn toàn, có 1 t.h (3,2%) bị biến chứng thủng ruột phát hiện được vào ngày hậu phẫu 1, phải mổ mở để giải quyết. Như vậy, tỉ lệ PTNS gỡ dính ruột thành công theo định nghĩa của chúng tôi là 30/39 t.h (76,9%). Không có trường hợp nào tử vong do biến chứng sau mổ hoặc tình trạng bệnh nền kèm theo.

- Trong 31 t.h được phẫu thuật nội soi thành công, thời gian mổ trung bình là 83 ± 55 phút (thay đổi 26 – 210 phút). Thời gian có trung tiện lại trung bình là $2,4 \pm 0,8$ ngày (thay đổi 1-4 ngày). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $4,0 \pm 1,1$ ngày (thay đổi 3-7 ngày).

- Có 2/31 t.h (6,4%) tái nhập viện trong kỳ hậu phẫu sớm. Một t.h vào ngày hậu phẫu 9 và 1 t.h vào ngày hậu phẫu 12. Cả 2 đều nhập viện vì đau bụng quặn cơn và nôn, được chẩn đoán là bán tắc ruột do dính sau mổ, được điều trị bảo tồn thành công và xuất viện sau 2 ngày.

IV. BÀN LUẬN

- Liên quan đến tiền sử mổ bụng, Levard [6], trong 1 nghiên cứu 308 trường hợp, nhận thấy tỉ lệ mổ nội soi thành công ở nhóm có tiền sử mổ bụng ≤ 2 lần cao hơn so với nhóm có tiền sử mổ bụng > 2 lần (56% so với 37%). Các tác giả khác cũng khuyên chỉ nên chọn phẫu thuật nội soi cho bệnh nhân có tiền sử mổ bụng không quá 2 lần. Chúng tôi cũng tôn trọng tiêu chuẩn chọn này. Ngoài số lần mổ ra, đường kính ruột trướng ≤ 40 mm trên X quang hay CT bụng cũng là một tiêu chuẩn chọn được khuyến cáo. Chúng tôi chỉ có 1 t.h ruột trướng với đường kính 42mm nhưng bụng chỉ trướng mức độ vừa và được phẫu thuật nội soi gỡ dính thành công. Theo chúng tôi, số quai ruột trướng có thể quan trọng hơn đường kính ruột trướng. Nếu chỉ 1 hay vài quai ruột trướng > 40 mm mà bụng không đến mức trướng căng thì vẫn có thể chọn để phẫu thuật nội soi gỡ dính. Bụng không trướng nhiều hay trướng căng gợi ý rằng khoảng trống thao tác sau khi vào trocar và bơm hơi ổ bụng sẽ không quá hẹp, không quá nguy cơ cho tổn thương ruột khi thực hiện gỡ dính.

- Phần lớn các tác giả khuyên vào trocar đầu tiên nên theo kiểu hở và ở vị trí xa đường mổ cũ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng thực hiện vào trocar đầu kiểu hở nhưng lại thường chọn vị trí rốn hơn (74,4%). Kinh nghiệm của chúng tôi cho thấy đây là vị trí đặt trocar 10mm để làm kênh camera thuận lợi cho quan sát và thao tác nhất, miễn là được thực hiện một cách thận trọng, tránh tổn thương ruột dính lên vết mổ.

- Tỷ lệ chuyển mổ hở của chúng tôi, bao gồm cả chuyển mổ lớn và chuyển mổ nhỏ (<5cm) để hỗ trợ gỡ dính hay kiểm tra khâu tăng cường các trầy xước thành cơ ruột, là 20,5%. Tỷ lệ này nằm trong khoảng chuyển mổ hở của các tác giả nước ngoài thay đổi 12,5% - 45,4%.

- Với các trường hợp PTNS thành công, thời gian mổ trung bình của chúng tôi là 84 phút, nhanh nhất là trường hợp cắt dây dính đơn độc với thời gian mổ chỉ 26 phút. Thời gian mổ của các tác giả khác dao động 50 – 112 phút. Các tác giả cũng nhận thấy tổn thương dạng dây dính là lý tưởng nhất để chỉ định PTNS điều trị vì xử lý khá đơn giản. Tiếc là cho đến nay, chưa có phương pháp hình ảnh nào đáng tin cậy để xác định trước mổ tắc ruột là do dây dính.

- Thời gian có trung tiện lại trung bình ở 30 t.h được PTNS gỡ dính ruột thành công của chúng tôi là 2,4 ngày, thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 4 ngày. Các tác giả khác báo cáo thời gian trung tiện lại thay đổi 1,5 – 3 ngày, thời gian nằm viện sau mổ thay đổi 2,6 - 6 ngày. Chúng tôi không có nhóm mổ hở tương ứng để so sánh, nhưng theo các nghiên cứu một số tác giả gần đây với số liệu

lớn như Hajime [4] (105 bệnh nhân), Sebastian – Valverde [5] (262 bệnh nhân) và Behman [3] (8584 bệnh nhân): thời gian phục hồi lưu thông ruột, và thời gian nằm viện ở nhóm phẫu thuật nội soi đều ngắn hơn ở nhóm mổ hở một cách có ý nghĩa. Vì thế, phẫu thuật nội soi gỡ dính ruột đã được cho là ưu việt hơn, hiệu quả hơn và an toàn hơn.

- Với định nghĩa thành công của chúng tôi, tỉ lệ thành công của phẫu thuật nội soi trong điều trị tắc ruột tại bệnh viện chúng tôi là 30/39 trường hợp (76,9%). Tỉ lệ này nằm trong khoảng thay đổi tỉ lệ thành công theo số liệu của các tác giả nước ngoài (57-85,7%), nhưng thấp hơn so với số liệu của một số tác giả trong nước. Nguyễn Hoàng Bắc [1] báo cáo tỉ lệ thành công là 100%, trong đó 70% là tắc ruột do dây dính. Nguyễn Hồng Sơn [2] và cs cũng có tỉ lệ thành công đến là 90,8%. Khác biệt này, theo chúng tôi, liên quan đến vấn đề cỡ mẫu và loại thương tổn dính gây tắc ở từng loạt bệnh nghiên cứu. Ngoài ra, có thể còn liên quan đến định nghĩa thành công vì một số tác giả đã bao gồm các trường hợp chuyển mổ hở nhỏ hướng đích vào thành công của phẫu thuật nội soi gỡ dính ruột (coi như là phẫu thuật nội soi hỗ trợ như trong phẫu thuật nội soi đại-trực tràng).

- Chúng tôi chỉ có một trường hợp có biến chứng thủng ruột biểu hiện bằng viêm phúc mạc vào ngày hậu phẫu 1 (3,2% t.h). Tỉ lệ biến chứng thủng ruột theo các tác giả khác là 3-17,6%. Đáng nói là luôn có một tỉ lệ thủng ruột bị "bỏ sót" không phát hiện được trong mổ, như tác giả Suter [7] có 4/13 trường hợp biến chứng thủng ruột được phát hiện từ ngày hậu phẫu 1 trở đi. Theo chúng

tôi, thủng ruột bị "bỏ sót" này có thể là thủng lỗ nhỏ và bị bỏ sót thật sự do trường mổ hẹp, khó quan sát; nhưng cũng có thể là do tổn thương ruột bị hoại tử muộn vì bóng điện hay chấn thương cơ học khi thao tác.

- Tỷ lệ tử vong của phẫu thuật nội soi trong tắc ruột do dính của các tác giả khác là 0 – 3% và được đánh giá là thấp hơn so với tử vong sau mổ hở. Chúng tôi chưa có trường hợp nào tử vong. Trong thời gian hậu phẫu sớm, chúng tôi có 2 t.h (6,4%) phải nhập viện lại vì có biểu hiện tắc ruột sau mổ sớm nhưng đều đáp ứng với điều trị bảo tồn, không phải mổ lại. Tuy nhiên, chúng tôi không theo dõi chặt chẽ được hết số bệnh nhân về kết quả lâu dài. Số liệu theo dõi lâu dài của một số tác giả khác cho thấy có thể đến 87,5% bệnh nhân không có triệu chứng tắc ruột lại sau 5 năm phẫu thuật nội soi gỡ dính ruột.

V. KẾT LUẬN

- Phẫu thuật nội soi trong điều trị tắc ruột do dính theo những tiêu chuẩn chọn bệnh nhất định và trong tay phẫu thuật viên kinh nghiệm có tỷ lệ thành công khá cao, biến chứng thấp, ngày nằm viện sau mổ ngắn, tái phát sớm không nhiều. Vì vậy, nếu bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn, có đủ trang bị và phẫu thuật viên thì nên áp dụng để bệnh nhân được thừa hưởng lợi ích của phẫu thuật xâm hại tối thiểu. Tuy vậy, để đủ độ mạnh cho khuyến cáo áp dụng thực tế, rất cần có thêm những thử nghiệm lâm sàng có đối chứng ngẫu nhiên về lĩnh vực này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hoàng Bắc, Đỗ Minh Đại, Nguyễn Đình Tường Lâm**, "Phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ" Y học TP HCM 2003; 7: 81-4.
2. **Nguyễn Hồng Sơn, Nguyễn Văn Hải, Lê Huy Lưu**, "Kết quả của phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ," Kết quả của phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ, Y học TPHCM, 2010.
3. **Behman R, Nathens AB, Byrne JP, Mason S, Hong NL, Karanicolas PJ**, "Laparoscopic Surgery for Adhesive Small Bowel Obstruction Is Associated with a Higher risk of Bowel Injury: A Population - based Analysis of 8584 Patients," Ann Surg 2017 Sep;266(3):489-98.
4. **Hajime K, Kayano H, Nomura E, Ueda Y, Kuramoto T, Machida T, Uda S, et al**, "Evaluation of laparoscopic surgery for small bowel obstruction and factors related to outcomes," Videosurgery Miniinv 2020;15 (2): 268–75.
5. **Sebastian-Valverde E, Poves I, Membrilla – Fernández E, Pons-Fragero MJ, Grande L**, "The role of the laparoscopic approach in the surgical management of acute adhesive small bowel obstruction," BMC Surg 2019;19(1):40.doi: 10.1186/s12893-019-0504-x.
6. **Levard H, Boudier MJ, Msika S, JM, Hay JM, Laborde Y, et al**, "Laparoscopic treatment of acute small bowel obstruction: a multicenter retrospective study," ANZ J Surg 2001;71(11):641-6.
7. **Suter M, Zermatten P, Halkic N, Martinet O, Bettschart V**, "Laparoscopic management of mechanical small bowel obstruction: are there predictors of success or failure?" Surg Endosc 2000; 14:478–83.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ KHÂU XUYÊN NIÊM MẠC VÁCH NGĂN KHÔNG NHÉT MEROCEL TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN MŨI

Nguyễn Ngọc Quang*, Hồ Ngọc Hiếu*

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh kết quả khâu xuyên vách ngăn với khâu mép vết mổ vách ngăn và nhét merocel sau chỉnh vách ngăn mũi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu bao gồm 52 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn từ tháng 2 đến tháng 10 năm 2020. Bệnh nhân được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm: nhét merocel (nhóm A) và khâu xuyên niêm mạc (nhóm B), và đánh giá thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, biến chứng, và kết quả phẫu thuật thông qua mức độ nghẹt mũi (NOSE score).

Kết quả: Thời gian phẫu thuật nhóm B ($39,5 \pm 9,8$ phút) có dài hơn một ít so với nhóm A ($36,6 \pm 10,6$ phút), nhưng không có ý nghĩa thống kê. Thời gian nằm viện nhóm B ($28,3 \pm 8,1$ giờ) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm A ($49,9 \pm 7,5$ giờ). Chúng tôi nhận thấy bệnh nhân ở nhóm A chịu đau mũi, đau đầu, chảy nước mắt, khó nuốt và khó ngủ hơn sau phẫu thuật. Khám miệng và mũi trong vòng 7 ngày sau phẫu thuật cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng: chảy máu, tụ máu, dính niêm mạc và nhiễm trùng tại chỗ giữa 2 nhóm. Ngoài ra, nhóm A còn ghi nhận cảm giác đau từ vừa đến nặng khi rút merocel. Cuối cùng, điểm số NOSE

giữa 2 nhóm trước và sau phẫu thuật đều có sự cải thiện rất có ý nghĩa thống kê ($P < 0.001$).

Kết luận: Khâu xuyên niêm mạc là thủ thuật an toàn và hiệu quả thay thế cho việc nhét merocel trong phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn mà chỉ tăng thêm một ít thời gian phẫu thuật và chảy máu sau phẫu thuật dễ dàng được kiểm soát.

Từ khóa: khâu xuyên niêm mạc, chỉnh hình vách ngăn.

SUMMARY

EVALUATE EFFECTIVENESS OF CROSSHATCHING INCISION IN SEPTOPLASTY WITHOUT MEROCEL PACKING

Objectives: The aim of this study was to evaluate the efficacy of crosshatching incision in septoplasty without merocel packing.

Patients and methods: This perspective study included 52 patients who underwent septoplasty from February to October 2020. Patients were randomly divided into 2 groups; merocel packing (A) and transseptal suturing group (B), and were assessed for operative time, post-operative hospital stay, complications, and functional outcomes using Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) scale.

Results: Operative times were minor longer in group B ($36,6 \pm 10,6$ mins) than A ($39,5 \pm 9,8$ mins), but no difference significantly. Hospital stay were significantly lower in group B ($28,3 \pm 8,1$ hours) than group A ($49,9 \pm 7,5$ hours). We found that the patients in group A

*Bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Quang

Email: nquang87@gmail.com

SĐT: 0904 773 546

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

experienced significantly more postoperative pain, headache, epiphora, dysphagia, and sleep disturbance on the night of surgery. Oral and nasal examinations 7 days postoperatively revealed no significant difference between the two groups in the incidence of bleeding, septal hematoma, adhesion formation, and local infection. Finally, the group A reported a moderate to high level of pain during removal of the packing.

Conclusion: Crosshatching Incision is a safe procedure and useful alternative to nasal packing in septoplasty with minor increase in operative time and postoperative bleeding which is easy to control..

Keywords: Septoplasty, Crosshatching Incision.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn mũi nhằm loại bỏ những dị hình và phục hồi trở lại giải phẫu bình thường cho vách ngăn mũi. Sau chỉnh hình, để tránh lật mép vết thương, chảy máu vết mổ, phòng, tụ máu vách ngăn, phẫu thuật viên thường khâu mép vết mổ và nhét cố định vách ngăn với nhiều loại như: mèche, merocel, invalon, ngón tay găng độn gạc.

Trên thế giới, có nhiều nghiên cứu về khâu xuyên niêm mạc vách ngăn mà có thể không cần nhét bắc mũi sau mổ nhằm giảm những khó chịu cho bệnh nhân như: ít đau hơn, ít nghẹt mũi, ít chảy mũi, thời gian nằm viện ngắn, thời gian điều trị kháng sinh sau mổ ngắn hơn.

Trong nước có những nghiên cứu của Nguyễn Kim Phong và Huỳnh Khắc Cường và nghiên cứu của Trương Kim Tri cũng cho thấy những ưu điểm của phương pháp khâu xuyên niêm mạc vách ngăn. Nhằm nghiên

cứu hiệu quả của phương pháp này chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu:

So sánh kết quả của khâu xuyên niêm mạc vách ngăn với nhét merocel sau phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn mũi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 52 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn mũi tại bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng trong thời gian từ tháng 2/2020 đến tháng 10/2020.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên.
- Nội soi mũi chẩn đoán gai, mào vách ngăn mũi và xác định vị trí, hình thái gai, mào vách ngăn. Được phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn
- Tái khám bệnh nhân sau 7, 15, 30 ngày để đánh giá kết quả điều trị.

Tiến hành nghiên cứu

Trước khi mổ

Khám và ghi nhận lý do vào viện, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, nội soi mũi xoang, chụp phim CT mũi xoang. Ghi nhận các bất thường về xét nghiệm khác nếu có. Bệnh nhân được tư vấn và ký vào cam kết tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được chia làm 2 nhóm: Nhóm A: nhét merocel 2 bên sau phẫu thuật; Nhóm B: khâu xuyên niêm mạc và không nhét merocel.

Trong khi mổ

Ghi nhận thời gian phẫu thuật, mức độ chảy máu, khả năng kiểm soát chảy máu trong mổ. Ghi nhận các tai biến nếu có và cách xử trí.

Sau khi mổ

Đánh giá mức độ đau sau mổ. Kiểm tra vết thương có tụ dịch, chảy máu hay nhiễm trùng.

+ Nhóm A: bệnh nhân đều được rút merocel sau 24-48 giờ, đánh giá kết quả chảy máu và được xuất viện khi ổn định (không chảy máu, không nhiễm trùng, không có biến chứng khác).

+ Nhóm B: đánh giá vết mổ sau 12 giờ,

cho xuất viện nếu tình trạng ổn và hẹn tái khám.

Tái khám bệnh nhân sau mổ vào ngày thứ 7, 14 và 30 để đánh giá kết quả phẫu thuật bằng khám lâm sàng, nội soi mũi để kiểm tra.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

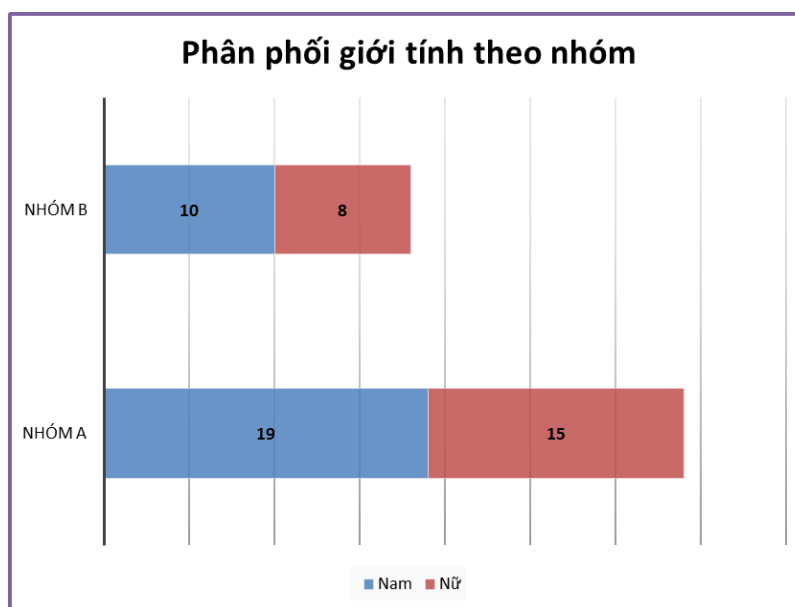
Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu bao gồm 52 bệnh nhân có độ tuổi trung bình $30,4 \pm 8,9$ tuổi (từ 16 đến 64 tuổi), không có sự khác biệt giữa nam và nữ.

Bảng 1. Phân phối theo tuổi

Dạng 1: Phân phối theo tuổi

Tuổi	Nhóm A		Nhóm B		Chi square
	N=34	%	N=18	%	
từ 16-30	20	58,8	13	72,2	X ² =2,001 P=0,572
từ 31-45	11	32,4	5	27,8	
từ 46-50	2	5,9	0	0	
> 50 tuổi	1	2,9	0	0	
Tuổi trung bình	30,4 ± 8,9		26,4 ± 7,1		
T test	T=1,597, p=0,117				



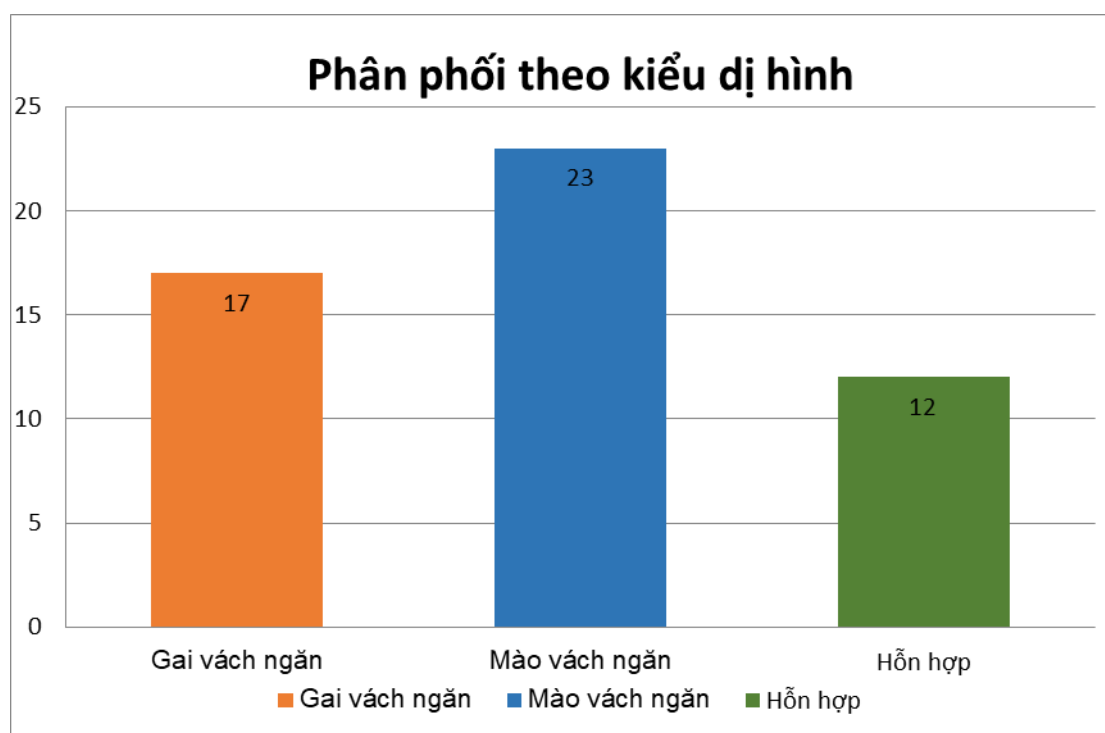
Biểu đồ 1. Tỷ lệ phân bố giới tính

Tiền sử chấn thương tai chiếm 11,5 %. Triệu chứng chính là nghẹt mũi (100%), đau đầu (63,4%), chảy mũi-dị ứng (57,6%).

Bảng 2. Mức độ nghẹt mũi theo thang điểm NOSE (n=52)

	Nhóm A		Nhóm B		Chi square test
Mức độ nghẹt	N	%	N	%	
0-5	1	2,9	1	5,6	X ² =0,232 p=0,972
5-10	16	47,1	8	44,4	
10-15	13	38,2	7	38.9	
15-20	4	11,8	2	11,1	
Trung bình (NOSE)	11,1 ± 3,5		10,7 ± 4,2		
T test	T= 0,310, p=0,758				

Mức độ nghẹt mũi của 2 nhóm bệnh nhân trung bình trong khoảng từ 10 đến 11 điểm, theo thang điểm NOSE của Hiệp hội TMH Hoa Kỳ.

**Biểu đồ 2. Hình thái dị hình vách ngăn (n=52)****Kết quả phẫu thuật****Bảng 3. Thời gian phẫu thuật (n=52)**

	Nhóm A	Nhóm B
Thời gian phẫu thuật trung bình	36,6 $\pm$ 10,6 phút	39,5 $\pm$ 9,8 phút
T test	T=-0,962, p=0,341	

Bảng 4. Thời gian nằm viện(n=52)

Bảng 1: Thời gian làm việc (n=52)					
	Nhóm A		Nhóm B		Chi square test
TGNV	N	%	N	%	X ² =28,503 p<0,001
<24 giờ	0	0	9	50	
24-48 giờ	13	38,2	9	50	
>48 giờ	21	61,8	0	0	
Trung bình	49,9 ± 7,5 giờ		28,3 ± 8,1 giờ		
T test	T=9,642, p<0,001				

Trong nhóm A, không có bệnh nhân được xuất viện trong vòng 24 giờ, số bệnh nhân xuất viện sau 48 giờ chiếm tỷ lệ cao là 61,8%; còn trong nhóm B, 50% bệnh nhân được xuất viện trong vòng 24 giờ và 50% bệnh nhân thì được xuất viện trong vòng 48 giờ. Sự khác biệt này là rất có ý nghĩa thống kê (p<0,001)

Bảng 5. Mức độ đau mũi sau mổ và khi rút merocel (n=52)

Điểm	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nhóm A	0	0	1	7	7	12	4	3	0	0	0
	X ± SD = 4,59 ± 1,28										
Nhóm B	5	1	5	4	3	0	0	0	0	0	0
	X ± SD = 1,94 ± 1,47										
Rút merocel	0	0	0	2	7	7	6	6	6	0	0
T test ghép cặp giữa 2 nhóm A và B	T=6,716, p < 0,001										

Mức độ đau sau mổ của BN nhóm A là cao hơn nhóm B, đặc biệt bệnh nhân có mức độ đau từ trung bình đến nặng khi thực hiện rút merocel.

Bảng 6. Triệu chứng sau phẫu thuật (n=52)

	Nhóm A		Nhóm B		Chi square	
Triệu chứng	N	%	N	%	X ²	p
Nghẹt mũi	34/34	100	3/18	16,7	39,820	<0,001
Đau mũi	34/34	100	5/18	27,8	32,741	<0,001
Đau đầu	22/34	64,7	3/18	16,7	10,880	0,001
Chảy nước mắt	28/34	82,4	1/18	5,6	28,140	<0,001
Ngứa mũi	15/34	44,1	3/18	16,7	3,918	0,048
Khó nuốt	12/34	35,3	1/18	5,6	5,551	0,018
Khó ngủ	10/34	29,4	1/18	5,6	4,016	0,045

Nhóm B: tỷ lệ các triệu chứng khó chịu sau mổ ít hơn nhóm A rất nhiều và đều có ý nghĩa thống kê.

Bảng 7. Biến chứng sau phẫu thuật (n=52)

	Nhóm A		Nhóm B		Chi square test	
	N	%	N	%	X ²	p
Chảy máu	26/34	76,5	3/18	16,7	17,064	<0,0001
Nhiễm trùng	4/34	11,8	0/18	0		
Dính niêm mạc	2/34	5,9	0/18	0		
Tụ máu	0/34	0	0/18	0		
áp xe vách ngăn	0/34	0	0/18	0		
Sập sống mũi	0/34	0	0/18	0		

Biến chứng sau phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn là ít chủ yếu là chảy máu mức độ nhẹ, nhiễm trùng tại chỗ và dính niêm mạc. Nhóm B có ít BC hơn nhóm A ($p<0,001$).

Bảng 8. Biến chứng chảy máu sau mổ (n=52)

	Nhóm A		Nhóm B		Chảy máu lúc rút merocel	
	N	%	N	%	N	%
Chảy máu						
Không chảy máu	32/34	94,1	15/18	83,3	6/34	17,6
Chảy ít tự cầm	2/34	5,9%	3/18	16,7	25/34	73,5
Chảy nhiều	0/34	0	0/18	0	3/34	8,8

Sở dĩ tỷ lệ biến chứng của nhóm A cao là do chảy máu nhẹ khi rút merocel. Nhóm B chỉ chảy máu nhẹ ban đầu và dễ kiểm soát hơn.

Bảng 9. So sánh mức độ nghẹt mũi trước và sau phẫu thuật 1 tháng theo thang điểm NOSE (n=52)

NOSE		Nhóm		T test	
		A	B	T	p-value
Trước mổ	X ± SD	11,1 ± 3,5	10,7 ± 4,2	0,310	0,758
Sau mổ	X ± SD	2,9 ± 1,4	2,1 ± 1,4	1,940	0,058
Khác biệt	X ± SD	8,2 ± 3,7	8,7 ± 4,3		
Paired test	T	13,051	8,583		
	p-value	<0,001	<0,001		

Mức độ nghẹt mũi trước mổ và sau mổ của cả 2 nhóm đều có sự cải thiện đáng kể, mức độ nghẹt mũi giảm xuống ở nhóm A là $8,2 \pm 3,7$ điểm ($p<0,001$), nhóm B là $8,7 \pm 4,3$ điểm ($p<0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm tuổi, giới

Tỷ lệ độ tuổi từ 16-30 và từ 31-45 tuổi là có tỷ lệ cao nhất, chiếm 91,2% ở nhóm A và

100% ở nhóm B. Chỉ có một bệnh nhân lớn trên 50 tuổi thì do triệu chứng nghẹt mũi khó thở nhiều ảnh hưởng đến thông khí vào phổi nên vào phẫu thuật chỉnh vách ngăn. Sự khác biệt về độ tuổi giữa 2 nhóm là không có ý

nghĩa thống kê.

Theo tác giả Nghiêm Đức Thuận [6], Độ tuổi chủ yếu đến phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn là từ 16-30 chiếm 42,85%, từ 31-40 chiếm 33,33%, còn trên 50 tuổi thì ít hơn chỉ có 9,52%. Tác giả Trương Kim Tri cũng cho kết quả tương tự: độ tuổi 18-30 chiếm 43,2%, từ 31-40 chiếm 37,8%, trên 50 tuổi chỉ có 8,1% [5].

Số BN nam giới đến phẫu thuật vách ngăn cao hơn so với nữ nhưng sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê.

Tác giả Nguyễn Ngọc Minh thì nam/ nữ là 29/16 bệnh nhân [5]; hay nghiên cứu của Trương Kim Tri thì tỷ lệ nam giới là 75,7% trong khi đó tỷ lệ nữ giới là 24,3% [5]. Các tác giả nước ngoài: Yilmazer và cộng sự khi nghiên cứu 121 bệnh nhân thì tỷ lệ nam/ nữ là 73/48 [15]; hay trong nghiên cứu 888 bệnh nhân được phẫu thuật vách ngăn của Pedersen và cộng sự thì tỷ lệ nam giới là 71% cao hơn nữ giới là 29%. Cũng theo tác giả Pedersen cho rằng tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới là có 2 yếu tố: thứ nhất là có liên quan đến tiền sử chấn thương hay nguy cơ tổn thương trong thể thao cao hơn, thứ hai có liên quan đến hoạt động thể lực nhiều hơn nữ giới nên đánh giá mức độ nghẹt mũi có thể cao hơn [14].

Tiền sử chấn thương

Tiền sử chấn thương mũi chung là 11,5%. Kết quả này là tương đương với tác giả Nguyễn Quốc Dũng khi nghiên cứu 61 bệnh nhân phẫu thuật vách ngăn thì có 6 bệnh nhân có tiền sử chấn thương, chiếm 9,8%. Chấn thương mũi là điều dễ hiểu vì mũi nằm nhô ra ở giữa mặt, vùng lõm nhất nên các sang chấn đầu mặt, mũi thường là nơi dễ bị tổn thương và cấu trúc mũi gồm xương sụn ít

chịu lực cũng dễ bị tổn thương khi va chạm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy bệnh nhân nam chiếm chủ yếu. Điều này giải thích cho tỷ lệ bệnh nhân nam nhiều hơn bệnh nhân nữ: nam hoạt động xã hội, chơi thể thao, nguy cơ tai nạn cao hơn nữ; trẻ em nam hiếu động hơn trẻ em nữ nên nguy cơ té ngã cũng bị nhiều hơn nhưng không được điều trị kịp thời thích hợp, khi lớn lên để lại di chứng dị hình vách ngăn [1].

Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng nghẹt mũi, nhứ đầu và dị ứng mũi gặp chủ yếu trong dị hình vách ngăn mũi, đây cũng là lý do chính khiến bệnh nhân đến khám và có mong muốn được giải quyết sau khi phẫu thuật. Ngạt mũi không những gây khó chịu cho bệnh nhân mà còn ảnh hưởng đến sinh hoạt, lao động và học tập của bệnh nhân. Nghiên cứu của Lê Thanh Thái cùng cộng sự đã cho thấy có mối liên quan giữa dị hình vách ngăn với sự tắc nghẽn dòng khí ở mũi thông qua đánh giá những thay đổi về trở kháng trong hốc mũi, sự phân chia tốc độ dòng khí qua mũi, vận tốc cục bộ tối đa và áp suất hốc mũi [3].

Chúng tôi đánh giá mức độ nghẹt mũi của bệnh nhân trước mổ dựa và đánh giá chủ quan của bệnh nhân và tính điểm theo thang điểm NOSE của hiệp hội Tai mũi họng Hoa Kỳ. Mức độ nghẹt mũi trung bình trong nghiên cứu này là từ 10-11 điểm. Theo nghiên cứu của Sowerby và cộng sự, bệnh nhân vẹo vách ngăn trước mổ có mức độ nghẹt mũi trung bình là 12 điểm [4]. Nghẹt mũi là triệu chứng chính và cũng là chỉ định đầu tiên cho phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn mũi. Tuy nhiên khác với các bệnh lý khác, vẹo vách ngăn không gây ra nghẹt mũi trực

tiếp mà thường kèm theo quá phát cuốn mũi hoặc viêm mũi xoang, do đó mức độ nghẹt mũi còn phụ thuộc vào tình trạng niêm mạc mũi của bệnh nhân [14]. Đối với những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật vách ngăn đơn thuần thì mức độ nghẹt mũi thường là không quá nặng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mào vách ngăn, vẹo vách ngăn chiếm tỷ lệ cao (thể phối hợp gặp chủ yếu là sự kết hợp của mào và vẹo cũng thuộc nhóm này). Như vậy phân loại của nhóm này chiếm tỷ lệ 68,3%, điều này được giải thích trong quá trình phát triển khuôn mặt thì sụn và xương của vách ngăn phát triển nhanh tạo nên sự căng thẳng của vách ngăn hoặc gây trật các khớp nối. Vẹo lệch vách ngăn chủ yếu xảy ra ở khớp nối sụn tứ giác và xương lá mía, đường khớp này nằm ở tầng thấp của hốc mũi. Dị hình ở vùng này thường là mào hoặc là gai vách ngăn. Còn ở vùng cao hoặc đuôi vách ngăn thì thường là do sự căng thẳng của vách ngăn trong quá trình phát triển tạo nên vẹo lệch. Dị hình phần thấp chiếm tỷ lệ cao, phần ảnh hưởng đến chức năng hô hấp, giải thích cho lý do bệnh nhân nghẹt mũi chiếm tỷ lệ cao khi bị dị hình vách ngăn.

Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình của phẫu thuật vách ngăn khoản từ 36 đến 40 phút, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

Tác giả El- Assi và cộng sự khi nghiên cứu so sánh giữa 2 phương pháp cố định niêm mạc vách ngăn thì nhận thấy, thời gian khâu xuyên niêm mạc là 4.094 ± 1.027 phút cao hơn thời gian nhét merocel là 1.438 ± 0.416 phút ($p < 0,001$) sau khi mổ vách ngăn [10]. Tuy nhiên so với thời gian phẫu thuật

thì việc cố định niêm mạc sau mổ hơn kém nhau 3 phút cũng không là đáng kể.

Thời gian nằm viện

Bệnh nhân trong nghiên cứu này được cho xuất viện dựa vào tình trạng triệu chứng lâm sàng và biến chứng sau mổ của bệnh nhân, cũng như các dấu hiệu tại chỗ do bác sĩ điều trị kiểm tra qua nội soi sau mổ. thời gian nằm viện trung bình của nhóm A là $49,9 \pm 7,5$ ngày cao hơn nhiều so với của nhóm B là $28,3 \pm 8,1$ ngày ($p < 0,001$).

Nhiều nghiên cứu khác cũng cho kết quả thời gian nằm viện của nhóm bệnh nhân được khâu xuyên niêm mạc là thấp hơn nhiều so với nhóm bệnh nhân được nhét merocel hoặc nhét meche mũi [5], [10], [13].

Mức độ đau mũi sau mổ

Sau mổ chúng tôi đánh giá tình trạng đau của bệnh nhân bằng cảm nhận chủ quan của bệnh nhân, theo thang điểm của Wong-Baker. So sánh mức độ đau trung bình giữa 2 nhóm chúng tôi thấy mức độ đau của nhóm A là $4,59 \pm 1,28$ điểm lớn hơn nhiều so với nhóm B $1,94 \pm 1,47$ điểm (t test, $p < 0,001$). Sự chịu đựng cơn đau của bệnh nhân được nhét merocel còn được tăng lên khi rút merocel, đây có thể là một trải nghiệm khó chịu nhất trong quá trình điều trị vẹo vách ngăn của bệnh nhân. Chúng tôi thấy có 6 bệnh nhân cảm thấy đau rất nhiều, 12 bệnh nhân thì thấy đau nhiều và 16 bệnh nhân cảm giác đau vừa hoặc nhẹ khi rút merocel sau mổ.

Nhiều tác giả khác cũng đã nghiên cứu và cho kết luận rằng nhét merocel sau mổ sẽ gây đau đớn nhiều lần cho bệnh nhân. Khâu chỉ xuyên niêm mạc thường chỉ đau nhẹ hoặc thậm chí là không đau sau mổ [10],[12],[13].

Triệu chứng sau phẫu thuật

Ngoài triệu chứng đau sau phẫu thuật còn có các triệu chứng gây khó chịu khác cho BN, theo nghiên cứu chúng tôi thấy việc nhét merocel gây ra nhiều phiền toái hơn cho BN bao gồm: cảm giác nghẹt mũi, đau, chảy nước mắt, khó nuốt, khó ngủ.

Tóm lại nhiều nghiên cứu đã chỉ ra, việc nhét merocel hay các vật liệu cầm máu sau phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn sẽ gây ra một loạt các triệu chứng khó chịu cho bệnh nhân như: nghẹt mũi, đau mũi khi nhét và khi rút, đau đầu, đau tức nặng vùng mặt, tăng tiết nước mắt, khó nuốt, khó ngủ, chảy máu, chảy nước mũi sau, thậm chí một số bệnh nhân có cảm giác ngột ngạt, khó thở [11],[13],[15].

Biến chứng sau phẫu thuật

Chúng tôi thấy phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn là một phẫu thuật khá an toàn, không có các biến chứng nặng, chỉ có một số biến chứng nhẹ và có thể xử trí đơn giản. Trong nhóm A biến chứng chảy máu là 76,5%, nhiễm trùng tại chỗ là 11,8% hay dính niêm mạc sau mổ là 5,9%. Ở nhóm B tỷ lệ biến chứng giảm đáng kể: chảy máu chỉ còn 16,7% và không có biến chứng nhiễm trùng tại chỗ hay dính niêm mạc sau mổ.

Theo nghiên cứu của Awan và cộng sự, chỉ ghi nhận 1 trường hợp có biến chứng chảy máu phải dùng thuốc co mạch tại chỗ trong nhóm khâu xuyên niêm mạc. Còn biến chứng dính niêm mạc, tụ máu và nhiễm trùng chỉ gặp ở nhóm được nhét merocel [7]. Các tác giả khác cũng cho rằng khâu xuyên niêm mạc sẽ giảm các biến chứng tại chỗ như: nhiễm trùng và chảy máu sau mổ [12], [13].

Lý do chủ yếu để các phẫu thuật viên tiến hành nhét merocel vào hốc mũi 2 bên sau mổ

là để chèn ép niêm mạc vách ngăn lại, với mong muốn ngăn chảy máu từ hố mổ và với áp lực cũng hạn chế hình thành khối máu tụ, một số tác giả còn cho rằng nhét merocel sẽ tách được niêm mạc của vách ngăn và cuốn mũi nên sẽ hạn chế được biến chứng dính niêm mạc sau mổ [10],[14],[15].

Như vậy, mục đích chính của nhét merocel sau mổ là để hạn chế biến chứng sau mổ, tuy nhiên theo nghiên cứu của chúng tôi và nhiều nghiên cứu chúng tôi đã nêu trên thì tỷ lệ biến chứng của phương pháp khâu xuyên niêm mạc vách ngăn có tỷ lệ biến chứng tương đương hoặc thậm chí là thấp hơn so với nhét merocel.

Hiệu phẫu thuật sau 1 tháng

Chúng tôi đánh giá hiệu quả phẫu thuật chủ yếu dựa vào mức độ cải thiện triệu chứng nghẹt mũi bằng thang điểm NOSE. Khi so sánh mức độ nghẹt mũi trước mổ và sau mổ của cả 2 nhóm đều có sự cải thiện đáng kể, mức độ nghẹt mũi giảm xuống ở nhóm A là $8,2 \pm 3,7$ điểm ($p < 0,001$), nhóm B là $8,7 \pm 4,3$ điểm ($p < 0,001$).

Nhiều tác giả cũng cho rằng phương pháp khâu xuyên niêm mạc sau phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn không làm thay đổi hiệu quả điều trị triệu chứng nghẹt mũi sau mổ [10],[12],[13].

V. KẾT LUẬN

Khâu xuyên niêm mạc là thủ thuật an toàn và hiệu quả thay thế cho việc nhét merocel trong phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn mà chỉ tăng thêm một ít thời gian phẫu thuật và chảy máu sau phẫu thuật dễ dàng được kiểm soát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quốc Dũng (2011), Nghiên cứu đặc

- điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật dị hình vách ngăn mũi bằng nội soi, Luận án tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Huế. 1
2. **Nguyễn Ngọc Minh (2013)**, “Phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn mũi theo kỹ thuật swing door”, Tạp chí Y học TP HCM, tập 17(3), tr. 201-206. 5
 3. **Lê Thanh Thái, Trần Phương Nam, Nguyễn Thị Ngân An (2017)**, “Đánh giá kết quả điều trị dị hình vách ngăn có quá phát cuốn dưới bằng phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn và cắt một phần cuốn dưới”, Tạp chí Y dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, tập 7 (4), tr.46-52. 7
 4. **Đặng Thanh, Trần Minh Trang (2018)**, “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình thái của dị hình vách ngăn ở bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính”, Tạp chí Y dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, tập 8 (6), tr.40-49. 8
 5. **Trương Kim Tri, Trần Viết Luân (2018)**, Đánh giá hiệu quả khâu xuyên vách ngăn mũi không nhét bấc sau chỉnh hình vách ngăn, Luận án tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Trường đại học Y Phạm Ngọc Thạch. 9
 6. **Nghiêm Đức Thuận, Chữ Thị Hồng Ninh (2012)**, “Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn mũi tại khoa tai mũi họng bệnh viện 103”, Tạp chí Y dược quân sự, số 3. 10
 7. **Mohammad Sohail Awan, MoghiraIqbal (2008)**, “ Nasal packing after septoplasty: a randomized comparison of packing versus no packing in 88 patients”, ENT journal, 87(11), pp. 624 - 627. 14
 8. **M. Dadgarnia, M. Meybodian, A. Karbasi (2017)**, “Comparing nasal packing with trans-septal suturing following septoplasty: a randomized clinical trial”, Eur Arch Otorhinolaryngol, published online 06 July 2018. 21
 9. **Marika R. Dubin ,Steven D. Pletcher (2009)**, “ Postoperative Packing After Septoplasty:Is It Necessary?”, Otolaryngol Clin N Am 42 (2009) pp. 279–285. 23
 10. **I.A.A. El Shafy, et al (2018)**, “Evaluation of the Functional Results and Complications of Trans-Septal Suture Technique in Septoplasty”, Journal of Otolaryngology-ENT Research, 10(1), pp. 31-37. 24
 11. **Illum P., Grymer L.& Hilberg O.(1991)**, “Nasal packing after septoplasty”, Clin. Otolaryngol., 17, pp. 158-162. 31
 12. **Zhengcai Lou, Zi-Han Lou (2017)**, “Nasal packing and trans-septal suturing after septoplasty”, European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, published online 16 November 2017. 42
 13. **Shantanu Mandal, Tripathi Ashwin, et al (2020)**, “Trans-septal Suturing Versus Merocel Nasal Packing: A Post Septoplasty Comparison”, Indian J Otolaryngol Head Neck Surg, published online 03 August 2020. 43
 14. **Lars Pedersen, L. Schiöler (2019)**, “Prognostic factors for outcome after septoplasty in 888 patients from the Swedish National Septoplasty Register”, Euro.Arch. of OtoRhinoLaryngology, 276, pp. 2223–2228. 48
 15. **Cuneyt Yilmazer, Mesut Sener, et al (2007)**, “Pre-emptive analgesia for removal of nasal packing: A double-blind placebo controlled study”, Auris Nasus Larynx, 34, pp. 471–475. 62

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHẪU THUẬT XÂM LẤN TỐI THIỂU HẸN XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG (MIS TLIF)

Vũ Ngọc Bảo Quỳnh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: MIS-TLIF với kỹ thuật và dụng cụ phẫu thuật đặc biệt (banh dạng ống, kính hiển vi, vít bắt qua da và hệ thống bắt vít qua da) đã dần trở nên phổ biến. Với kỹ thuật này, không cần banh vền cơ và mô mềm cạnh sống, do đó cấu trúc cạnh thân sống ít bị tổn thương hơn, ít mất máu trong mổ hơn. Tại bệnh viện Hoàn Mỹ Quốc Tế Đồng Nai, đã áp dụng MIS-TLIF để điều trị những trường hợp bệnh lý và chấn thương vùng cột sống thắt lưng có chỉ định phẫu thuật. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu khảo sát các trường hợp phẫu thuật cột sống thắt lưng MIS-TLIF từ 12/2018 đến 07/2021 tại bệnh viện Quốc Tế Hoàn Mỹ Đồng Nai.

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu hàn xương liên thân sống thắt lưng (MIS -TLIF)

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca

Kết quả: n = 30. Tuổi trung bình 53 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 14/16. Thời gian phẫu thuật chủ yếu là 120 phút đến 240 phút (66,67%), lượng máu mất trung bình 128,33ml. Thời gian nằm viện thường gặp 5-10 ngày. Vị trí đốt sống thường gặp nhất là L4L5. Đánh giá triệu chứng lâm sàng sau phẫu thuật theo tiêu chuẩn McNab sau phẫu thuật 03 tháng, khá chiếm 6,67% (n=2), tốt

chiếm 63,33% (n=19) và rất tốt chiếm 30% (n=9).

Kết luận: Phẫu thuật hàn xương liên thân đốt sống cột sống thắt lưng cho kết quả khả quan tăng dần theo thời gian. Khi xuất viện không có ca nào tốt, nhưng sau 3 tháng có hơn 90% tốt và rất tốt. Không có trường hợp nào tệ hơn trước mổ, không có biến chứng sau mổ.

Từ khóa: phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, phẫu thuật cột sống thắt lưng, MIS TLIF

SUMMARY

EVALUATING EFFECTIVE OF MINIMALLY INVASIVE SPINE TRANSFORAMINAL LUMBAR INTERBODY FUSION

Background: MIS-TLIF with special surgical technique and instruments (tube ball, microscope, percutaneous screw and percutaneous screw system) has gradually become popular. Using this technique, It is not necessary to dissect the muscles and soft tissues cover vertebral, so that the paravertebral structures are less damaged, and there is less blood loss during surgery. At International Hoan My Hospital Dong Nai, we started applying MIS-TLIF to treat diseases of the lumbar spine with indications for surgery. We conducted a survey on cases of lumbar spine surgery MIS-TLIF from December 2018 to July 2021 at Hoan My Dong Nai International Hospital.

Objectives: Evaluating the effective of minimally invasive surgical transforaminal lumbar interbody fusion (MIS TLIF)

*BV Quốc Tế Hoàn Mỹ Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Bảo Quỳnh

Email: drvuquynh@gmail.com

SĐT: 0985 705 701

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

Research Methods: Descriptive series of cases

Result: n = 30. Mean age is 53 years old. The male/female ratio is 14/16. The main surgery time was 120 minutes to 240 minutes (66.67%), the average blood loss was 128.33ml. Time stay at hospital is usually 5-10 days. The most common vertebral failed is L4L5. Evaluation of clinical symptoms after surgery according to McNab scale after 3 months of surgery: fair accounted for 6.67% (n=2), good accounted for 63.33% (n=19) and very good accounted for 30% (n=9).

Conclusion: Intervertebral fusion surgery of the lumbar spine gives positive results that gradually increase over time. At discharge, there were no good cases, but after 3 months, more than 90% were good and very good. There were no cases worse before surgery, no complications after surgery.

Keywords: Minimally invasive, MIS TLIF, lumbar spine surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hàn xương liên thân sống qua lỗ liên hợp (TLIF) đã được sử dụng rộng rãi điều trị bệnh lý cột sống thắt lưng^{2,6} (thoát vị đĩa đệm, trượt cột sống, mất vững cột sống, thoái hoá cột sống,...). TLIF được xem là phương pháp điều trị hiệu quả, tuy nhiên trong quá trình phẫu thuật cần có phẫu trường rộng nên cơ và mô mềm cạnh đốt sống bị tổn thương do kéo banh nhiều². Điều này khiến bệnh nhân trong mổ dễ mất máu nhiều hơn, sau mổ đau nhiều hơn và hay bị căng mỏi cơ về sau.

TLIF với phẫu thuật xâm lấn tối thiểu (Minimally invasive TLIF – MIS TLIF) được mô tả lần đầu bởi Foley vào năm 2003. MIS-TLIF với kỹ thuật và dụng cụ phẫu

thuật đặc biệt (banh dạng ống, kính hiển vi, vít bắt qua da và hệ thống bắt vít qua da) đã dần trở nên phổ biến². Với kỹ thuật này, không cần banh vén cơ và mô mềm cạnh sống, do đó cấu trúc cạnh thân sống ít bị tổn thương hơn, ít mất máu trong mổ hơn.

Tại Việt Nam, MIS-TLIF đã được thực hiện từ năm 2008 ở trung tâm EXSON và vài năm gần đây đã được thực hiện ở một số bệnh Viện tuyến Trung ương và tuyến tỉnh. MIS-TLIF được triển khai lần đầu tiên ở Đồng Nai tại bệnh viện ĐK Thống Nhất vào năm 2016. Lúc đó, phẫu thuật được tiến hành điều trị làm cứng cho bệnh nhân bị gãy cột sống. Tại bệnh viện Hoàn Mỹ Quốc Tế Đồng Nai, tháng 12/2018 bắt đầu áp dụng MIS-TLIF để điều trị những trường hợp bệnh lý và chấn thương vùng cột sống thắt lưng có chỉ định phẫu thuật.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp phẫu thuật này. Nghiên cứu khảo sát các trường hợp phẫu thuật cột sống thắt lưng MIS-TLIF từ 12/2018 đến 07/2021 tại bệnh viện Hoàn Mỹ Quốc Tế Đồng Nai. **Mục tiêu đề tài**

- **Mục tiêu tổng quát:** Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu hàn xương liên thân sống thắt lưng (MIS -TLIF)

- **Mục tiêu cụ thể:**

1. *Đánh giá hiệu quả sau phẫu thuật MIS-TLIF theo tiêu chuẩn McNab vào các thời điểm xuất viện, sau xuất viện 01 tháng, sau xuất viện 03 tháng*

2. *Khảo sát các yếu tố kèm theo: Thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong quá trình phẫu thuật; biến chứng: nhiễm trùng, tụ dịch vết mổ, dò dịch não tủy tổn thương thần kinh; tai biến phẫu thuật*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu :

Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật xâm lấn tối thiểu làm cứng hàn xương cột sống thắt lưng tại bệnh viện Quốc Tế Hoàn Mỹ Đồng Nai từ tháng 12/2018 đến 07/2021.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu : Bệnh nhân được phẫu thuật xâm lấn tối thiểu làm cứng hàn xương liên thân sống cột sống thắt lưng

- Tiêu chuẩn loại trừ : Bệnh nhân bỏ tái khám trong 3 tháng sau phẫu thuật

- Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm : bệnh viện Quốc Tế Hoàn Mỹ Đồng Nai

Thời gian : 12/2018 đến 07/2021

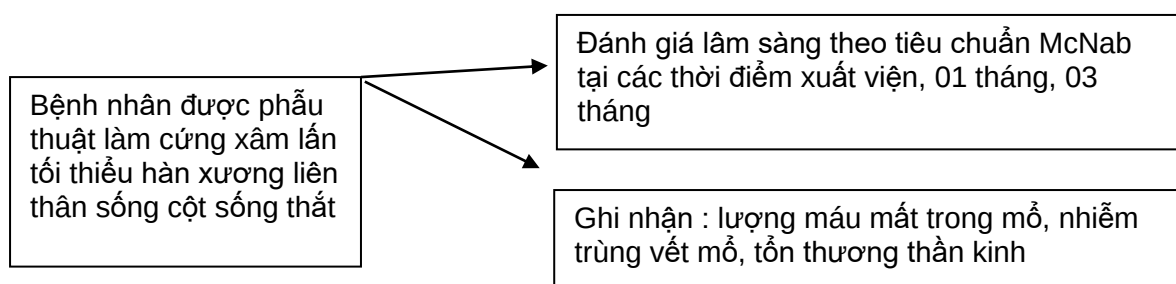
2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca

2.2. Cỡ mẫu: Tất cả bệnh nhân nhập viện bệnh viện Quốc Tế Hoàn Mỹ Đồng Nai đáp ứng tiêu chí chọn mẫu.

2.3. Phương pháp chọn mẫu:



2.4. Biến số và chỉ số trong nghiên cứu:

a) Một vài biến số dịch tễ

- Tuổi: xác định độ tuổi trung bình
- Giới: nam/ nữ

b) Biến số về đặc điểm lâm sàng:

- **Đánh giá theo tiêu chuẩn McNab** (Rất tốt – Tốt – Khá – Trung Bình – Kém) **tại thời điểm:** xuất viện , sau xuất viện 01 tháng, sau xuất viện 03 tháng

- Lượng máu mất trong phẫu thuật

- Thời gian nằm viện sau phẫu thuật : <6 ngày, 6 -10 ngày, > 10ngày

- Biến chứng : Nhiễm trùng vết mổ, Tụ dịch vết mổ, Dò dịch não tủy

- Tai biến : Tổn thương thần kinh, Rách màng cứng

c) Đặc điểm hình ảnh học:

- Số tầng đốt sống được làm cứng hàn xương

- Vị trí tầng đốt sống được làm cứng hàn xương : L1L2, L2L3, L3L4, L4L5, L5S1

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

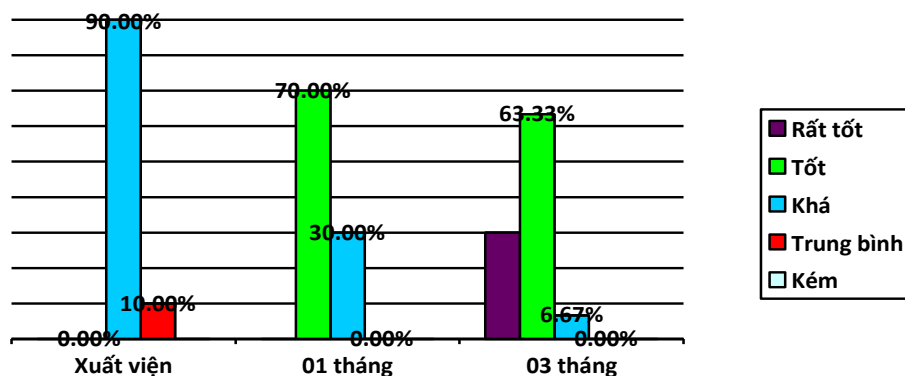
(n=30)

1. **Tuổi** : Trung bình : 53 tuổi Nhỏ nhất : 25 tuổi Lớn nhất : 68 tuổi

2. **Giới** : Nam / nữ : 14/16

3. Đánh giá theo McNab

- Xuất viện : 27/30 khá 3/30 trung bình
- 01 tháng : 21/30 Tốt 9/30 Khá
- 03 tháng : 9/30 rất tốt 19/30 tốt 2/30 Khá



Biểu đồ 1: Đánh giá hiệu quả lâm sàng theo McNab

4. Thời gian phẫu thuật:

Thời gian	< 120p	120-240p	>240p
Ca	7	20	3
Tỷ lệ	23,33 %	66,67 %	10 %

Bảng 1: Thống kê thời gian phẫu thuật

5. Lượng máu mất trung bình : 128,33 ml

6. Thời gian nằm viện sau mổ :

Thời gian	< 6 ngày	6 – 10 ngày	>10 ngày
Ca	13	17	0
Tỷ lệ	43,33 %	56,67 %	0 %

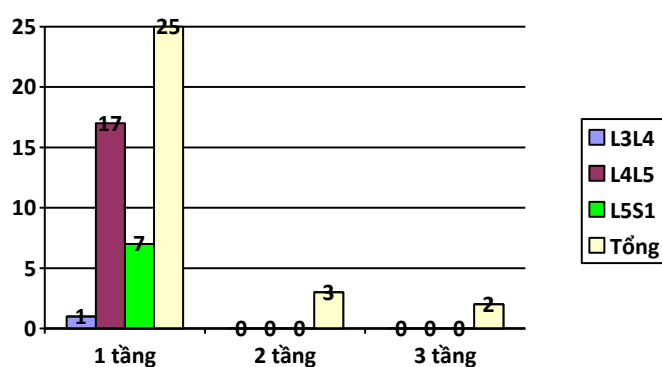
Bảng 2. Thống kê thời gian nằm viện sau mổ

7. Biến chứng : không ghi nhận

8. Tai biến : 1 ca bị rách màng cứng

9. Số tầng và vị trí mổ:

1 tầng 25/30 = 83.33% 2 tầng 3/30 = 10 % 3 tầng 2/30 = 6,67%



Biểu đồ 2 : Thống kê vị trí đốt sống cần phẫu thuật

IV. BÀN LUẬN

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có 30 trường hợp được tiến hành phẫu thuật xâm lấn tối thiểu làm cứng hàn xương (MIS TLIF).

Tỷ lệ giữa nam nữ là gần như nhau. So với của Dương Tùng An và cs thì nữ gấp 4 lần nam. Độ tuổi trung bình nghiên cứu của chúng tôi là 53 tuổi, so với Dương Tùng An thì có già hơn với 47 tuổi. Lứa tuổi này đa số thuộc trong nhóm còn lao động và đã lớn tuổi nên dễ mắc bệnh lý do thoái hóa vùng cột sống thắt lưng. Vị trí cột sống thường cần can thiệp tập trung bị ở tầng đĩa đệm L4L5 và L5S1 (80 %), là phần chịu nhiều lực tác động nhất khi làm việc nặng sai tư thế hoặc ngồi nhiều ít vận động. Nghiên cứu của Võ Văn Thành cũng có 19/25 trường hợp bị ở tầng L4L5. Những trường hợp cần can thiệp nhiều tầng thì thường có yếu tố lớn tuổi đi kèm.

Lượng máu mất trung bình 128,33ml, mất ít hơn so với nghiên cứu của Dương Tùng An và cs (270ml), nhưng so với Zhili Zeng và cs thì cũng gần tương đương (153ml). Nếu so sánh với các nghiên cứu tiến hành thực hiện TLIF truyền thống Open-TLIF) thì thấy máu mất ít hơn, như nghiên cứu của Võ Văn Thành với 01 tầng đốt sống là 324ml, hay với Lars Hackenberg máu mất trung bình 485 ml với một tầng và 560 ml với nhiều tầng.

Thời gian phẫu thuật trung bình thường là từ 120 – 240 phút, với những ca nhiều tầng có thể làm lâu hơn 240 phút, và với những trường hợp bệnh nhân gầy, cơ thể nhỏ nhắn thì quá trình làm dễ dàng hơn, thời gian mổ có thể dưới 120 phút. So với Dương Tùng

An và cs thì cũng gần tương đương với 140 $\pm$ 35 phút. So sánh với các nghiên cứu về thực hiện TLIF “hở” (Open-TLIF) thì thấy thời gian cũng tương đồng, như nghiên cứu của Võ Văn Thành là 176 phút, Lars Hackenberg tại Đức 2005 là 173 phút với 01 tầng và 238 phút với nhiều tầng.

Do độ xâm lấn là tối thiểu nên vấn đề sau mổ cũng nhẹ nhàng hơn, bệnh nhân tập luyện phục hồi sớm hơn, do đó thời gian nằm viện đa phần khoảng 5-7 ngày, không có trường hợp nào nằm quá 10 ngày sau mổ, tương đồng với nghiên cứu của Dương Tùng An và cs là 6 $\pm$ 2,1 ngày. Với nghiên cứu thực hiện mổ hở thời gian nằm viện đa phần là 8-10 ngày.

Theo dõi đánh giá lâm sàng trong 3 tháng sau xuất viện, nhận thấy lâm sàng cải thiện tăng dần. Khi xuất viện thì đa số ở mức hồi phục khá (90%), nhưng sau 01 tháng và 3 tháng, tỷ lệ tốt tăng dần và chiếm đa số. Sau 03 tháng, bệnh nhân hồi phục trên 90% tốt và rất tốt. Một số ca 3 tháng vẫn còn ở mức khá thường kèm theo bệnh lý đi kèm như thoái hóa khớp gối, viêm đa khớp, gout,... So sánh với nghiên cứu của Zhili Zeng thì mức độ hồi phục không bằng (rất tốt chiếm 68,8%) nhưng so với Dương Tùng An và cs thì có khả quan hơn (rất tốt chiếm 12,2%). Nếu so sánh hiệu quả với các nghiên cứu về phẫu thuật TLIF truyền thống, Lê Văn Công năm 2016 cho kết quả sau 03 tháng tốt 88,9%, khá 11,1% , dường như hiệu quả của MIS TLIF cao hơn Open - TLIF.

Trong nghiên cứu chúng tôi không ghi nhận có biến chứng sau mổ, cũng như nghiên cứu của Dương Tùng An và cs. Chúng tôi có một trường hợp do phần đĩa đệm thoát vị

viêm dính chắc vào màng cứng nên khi gỡ lấy gây rách màng cứng # 03mm. Kíp mổ đã thực hiện khâu vá lại chỗ rách qua đường can thiệp tối thiểu chứ không cần mổ hở. Sau mổ đến 3 tháng vẫn không ghi nhận tình trạng chảy dịch hay tụ dịch vết mổ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu làm cứng hàn xương cột sống thắt lưng lồi sau qua lỗ liên hợp (MIS TLIF) đạt được kết quả rất khả quan:

- **Xuất viện** : 10 % trung bình, 90% khá
- **Sau 01 tháng** : 30% khá, 70% tốt
- **Sau 03 tháng** : 7% khá, 63% tốt, 30 % rất tốt

Ngoài ra, cũng ghi nhận nếu so sánh với các nghiên cứu thực hiện TLIF truyền thống (Open-TLIF) thì dường như lượng máu mất ít hơn, và thời gian nằm viện sau mổ ngắn hơn, hiệu quả sau mổ có vượt hơn trong khi thời gian phẫu thuật, vị trí phẫu thuật, tỷ lệ biến chứng gần như tương đồng. Dù sao đây cũng chỉ là nhận định, cần xác định lại bằng nghiên cứu dựa trên hai nhóm mẫu tương đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zhili Zeng, Wei Xu, Long Jia, Yan Yu, Xiao Hu, Zhou Rui Wu, Yongwei Jia, Jianjie Wang, Liming Cheng. 2016.** Clinical outcomes of single-level minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion with tube work channel system. Department of Spine Surgery, Shanghai Tongji Hospital, Tongji University School of Medicine, Shanghai 200065, China.
2. **Lars hackenberg.** Department of orthopaedics, University hospital Münster, Germany (2005). “Transforaminal lumbar interbody fusion: a safe technique with satisfactory three to five year results”
3. **Dương Tùng Anh, Nguyễn Hoàng Long. (6/2021).** Kết quả phẫu thuật xâm lấn tối thiểu hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp điều trị trượt đốt sống thắt lưng. Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Tạp chí Y học tập 503
4. **Võ Văn Thành (2016).** “Điều trị mất vững cột sống thắt lưng do trượt đốt sống thoái hóa bằng phẫu thuật cố định ốc chân cung và hàn liên thân đốt lồi sau bằng nệm PEEK”
5. **Lê Văn Công (2016).** “Đánh giá kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng bằng phẫu thuật cố định vít chân cung và hàn xương liên thân đốt lồi sau tại bệnh viện quân y 121”

PHẪU THUẬT NỘI SOI LẤY SỎI QUA DA ĐƯỜNG HẸM NHỎ: MỘT GIẢI PHÁP THAY THẾ TRONG ĐIỀU TRỊ SỎI NIỆU QUẢN ĐOẠN LƯNG KHI TÁN SỎI NỘI SOI NGƯỢC DÒNG THẤT BẠI – NHÂN 10 TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Văn Truỵn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá tính khả thi, an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da đường hẹm nhỏ trong điều trị sỏi niệu quản đoạn lưng khi tán sỏi nội soi ngược dòng thất bại.

Đối tượng & phương pháp nghiên cứu: các BN bị sỏi niệu quản đoạn lưng thực hiện nội soi tán sỏi ngược dòng thất bại, phải chuyển qua phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da đường hẹm nhỏ. Nghiên cứu tiến cứu, mô tả hàng loạt trường hợp, thực hiện tại BV Hoàn Mỹ ITO Đồng Nai từ tháng 10/2020 – tháng 10/2021.

Kết quả: 10 TH. Nữ 1, nam 9. Tuổi trung bình $47 \pm 8,79$. Kích thước sỏi trung bình $18 \pm 4,24$ mm. Thời gian mổ trung bình $69,50 \pm 18,32$ phút. Không có biến chứng nặng. Kết quả sạch sỏi 100%. Ngày nằm viện trung bình $4,4 \pm 1,34$ ngày.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da đường hẹm nhỏ nên được chọn là phương pháp thay thế khi tán sỏi nội soi ngược dòng thất bại.

Từ khóa: sỏi niệu quản đoạn lưng, phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da đường hẹm nhỏ, tán sỏi nội soi ngược dòng.

SUMMARY

MINI PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY: AN

* BV Hoàn Mỹ ITO Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Truỵn

Email: bsnguyenvantruyn60@gmail.com

SĐT: 0969 633 260

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

ALTERNATIVE PROCEDURE FOR TREATMENT OF PROXIMAL URETERAL STONE WHEN RETROGRADE URETEROSCOPY HAS FAILED: A REPORT OF 10 CASES

Objectives: to evaluate the feasibility, the safety and the efficacy of mPCNL for treatment of proximal ureteral stone when URS has failed.

Materials and Methods: the patients with proximal ureteral stone, be treated by URS but failure, conversion to mPCNL as alternative procedure. This was descriptive prospective study, at Hoan My ITO Dong Nai hospital from October 2020 to October 2021.

Results: 10 cases. 1 female and 9 males. Mean age 47 ± 8.79 . Mean stone size 18 ± 4.24 mm. Mean operation time 69.50 ± 18.32 minutes. No severe complications. Stone free rate 100%. Mean hospital stay 4.4 ± 1.34 days.

Conclusions: mPCNL should be choiced as alternative procedure for treatment of proximal ureteral stone when URS has failed.

Keywords: proximal ureteral stone, mini percutaneous nephrolithotomy, retrograde ureteroscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi niệu quản đoạn lưng (lumbar ureteral stone) còn được gọi là sỏi niệu quản gần (proximal ureteral stone) là một bệnh thường gặp, được định nghĩa là sỏi nằm giữa vị trí khúc nối bể thận – niệu quản và bờ dưới đốt sống thắt lưng thứ 4. Lựa chọn phương pháp điều trị ngoại khoa sỏi niệu

quản đoạn lưng tốt nhất khi có chỉ định vẫn còn nhiều bàn cãi^[1]. Có thể kể ra nhiều phương pháp điều trị như sau: tán sỏi ngoài cơ thể (shock wave lithotripsy - SWL), tán sỏi nội soi ngược dòng (retrograde ureteroscopy - URS), tán sỏi qua da đường hầm nhỏ (mini percutaneous nephrolithotripsy - mPCNL), mổ nội soi (laparoscopic ureterolithotripsy) và mổ mở (open surgery). Mỗi phương pháp đều có chỉ định cụ thể và có ưu điểm, nhược điểm riêng. Có trường hợp để giải quyết sạch sỏi, có thể phải phối hợp nhiều phương pháp nói trên.

Đối với những trường hợp có chỉ định tán sỏi nội soi ngược dòng bằng máy soi niệu quản bán cứng, thường sử dụng hiện nay, khó khăn lớn nhất đối với phẫu thuật viên là không thể lên được máy hoặc sỏi chạy lên thận^[9]. Để giải quyết tình huống, có thể có những giải pháp: dùng máy nội soi nhỏ hơn; đặt JJ, sau đó tán sỏi ngoài cơ thể; chuyển qua tán sỏi nội soi ống mềm; mổ nội soi hông lưng ngoài phúc mạc; mổ nội soi ổ bụng qua phúc mạc; mổ mở,... Tuy nhiên, những giải pháp nói trên mặc dù hợp lý, nhưng đều không phải là những giải pháp lý tưởng do chưa sẵn sàng, chưa được trang bị phương tiện, không có sẵn, xâm lấn nhiều, phải chờ giải quyết lần sau, hiệu quả không được như mong muốn,... Liệu có giải pháp nào thay thế, có thể chuyển đổi được ngay, ít xâm lấn, có thể thực hiện được trong một lần điều trị? Xuất phát từ thực tế, khi thực hiện phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ (mPCNL) điều trị sỏi thận, nếu đường vào từ đài trên hoặc đài giữa, có thể tiếp cận sỏi từ thận xuống niệu quản tới mức bờ dưới đốt sống thắt lưng L4, là cơ sở để tìm ra hướng giải quyết. Như vậy, để trả lời câu hỏi nghiên cứu, chúng tôi thực hiện mPCNL lấy sỏi niệu quản như một giải pháp thay thế với

mục tiêu:

Đánh giá tính khả thi, an toàn và hiệu quả của phương pháp phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ trong điều trị sỏi niệu quản đoạn lưng khi tán sỏi nội soi ngược dòng thất bại.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Các BN bị sỏi niệu quản đoạn lưng thực hiện nội soi tán sỏi ngược dòng thất bại, phải chuyển qua phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ.

Đây là nghiên cứu tiền cứu, mô tả hàng loạt trường hợp, thực hiện tại BV Hoàn Mỹ ITO Đồng Nai từ tháng 10/2020 đến tháng 10/2021.

Tiêu chuẩn nội soi ngược dòng thất bại: máy nội soi niệu quản bán cứng không lên được niệu quản hoặc lên được niệu quản nhưng không tiếp cận được sỏi do lòng niệu quản nhỏ so với kích thước máy soi; niệu quản gấp góc, vặn xoắn, ngoằn ngoèo do ứ nước lâu ngày; hoặc do sỏi chạy lên thận thường vào đài dưới khi lên máy hoặc đang tán sỏi khiến không tiếp cận được nữa.

Tiêu chuẩn sạch sỏi: hoàn toàn hết sỏi hoặc chỉ còn các mảnh sỏi nhỏ ≤ 2 mm không gây bết tắc, không gây triệu chứng tức không có ý nghĩa về mặt lâm sàng vì các vụn sỏi nhỏ này sẽ tự đào thải ra ngoài theo dòng nước tiểu. Xác định được khi nội soi trực tiếp, chụp C-arm lúc mổ. Ngoài ra, siêu âm bụng kiểm tra, chụp KUB sau mổ 1 tháng khi hẹn tái khám để rút ống JJ.

Các biến số được thu thập: giới tính, tuổi, bên phẫu thuật, kích thước sỏi, độ ứ nước thận – niệu quản do sỏi, lý do chuyển phương pháp, đài thận được chọn để đặt máy nội soi, trên hay dưới xương sườn 12, thời gian mổ, ngày nằm viện, các biến chứng trong và sau mổ được phân loại theo Clavien

Dindo như chảy máu phải truyền máu, lượng máu mất thể hiện qua giảm HGB, tổn thương niệu quản như thủng niệu quản, đứt niệu quản; tổn thương tạng như thủng đại tràng, thủng màng phổi, dò nước tiểu sau mổ, nhiễm khuẩn niệu, bế tắc niệu quản gây sốt, cơn đau quặn thận do các mảnh sỏi vỡ dồn tụ lại (steinstrasse); kết quả phẫu thuật.

Dữ liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

Kết quả phẫu thuật, biến chứng được xác định bằng tỉ lệ.

Quy trình kỹ thuật

BN được giải thích trước và chấp nhận có ký giấy cam đoan đồng ý làm mPCNL nếu tán sỏi nội soi ngược dòng thất bại. Thực hiện phẫu thuật tại phòng mổ có C-arm.

BN được gây mê nội khí quản, nằm tư thế tán sỏi (Lithotomy Position) hay tư thế sản phụ khoa (thuật ngữ thường dùng trước đây). Tiến hành quy trình tán sỏi nội soi Laser qua ống nội soi niệu quản – thận bán cứng ngược dòng. Nếu thất bại với phương pháp này thì đặt ống thông niệu quản và ống thông niệu đạo – bàng quang rồi chuyển qua làm mPCNL tư thế nằm sấp ngay.

BN được thay đổi qua tư thế nằm sấp có đệm gối ngực bụng để thực hiện mPCNL.

Phương tiện và dụng cụ phẫu thuật để làm mPCNL đã được chuẩn bị sẵn: bộ chọc dò đài thận, guide wire đầu J, bộ cây nong, Amplatz sheath số 18, ống nội soi thận nhỏ, vớ sử dụng dàn máy nội soi và máy tán sỏi laser Sphinx khi làm tán sỏi nội soi ngược dòng.

Quy trình thực hiện tiếp theo giống như khi làm mPCNL điều trị sỏi thận: chọc dò, nong, tạo đường hầm dưới hướng dẫn của C-arm và siêu âm vào đài thận để đặt Amplatz Sheath số 18, thường là đài giữa trên xương sườn 12 nếu sỏi khám, còn nằm tại niệu

quản. Trường hợp sỏi chạy lên thận vào đài dưới hoặc đài trên có thể chọn đài dưới làm đường vào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 10/2020 đến tháng 10/2021, tại BV Hoàn Mỹ ITO Đồng Nai, chúng tôi thực hiện được 10 trường hợp mPCNL điều trị sỏi niệu quản đoạn lưng khi tán sỏi nội soi ngược dòng thất bại. Kết quả như sau:

- Giới tính: nam 9, nữ 1. Tỉ lệ 9:1.
- Tuổi: tuổi trung bình $47 \pm 8,79$ tuổi (min 27, max 58).
- Bên phẫu thuật: phải 5, trái 5.
- Kích thước sỏi trung bình $18 \pm 4,24$ mm (min 12, max 25).
- Độ ứ nước thận – niệu quản do sỏi: không ứ nước: 1 TH, độ 1: 3 TH, độ 2: 2 TH, độ 3: 4 TH.
- Lý do chuyển phương pháp: sỏi chạy lên thận: 2 TH, không lên được máy: 8 TH.
- Đài thận được chọn để vào thận: đài dưới, dưới xương sườn 12: 2 TH, đài giữa trên xương sườn 12: 8 TH.
- Thời gian mổ trung bình $69,50 \pm 18,32$ phút (min 45, max 100 phút).
- Số lượng máu mất thể hiện qua chỉ số giảm HGB: trung bình $1,23 \pm 0,66$ g/dL (min 0,2; max 2,2 g/dL). Không có trường hợp nào phải truyền máu.
- Biến chứng: không có biến chứng thủng tạng, thủng màng phổi. Có 1 TH (10%) sốt sau mổ phân loại độ 1 theo Clavien Dindo điều trị nội khoa ổn.
- Phẫu thuật chuyển đổi thành công cả 10 TH (100%).
- Kết quả sạch sỏi hoàn toàn 10 TH (100%).
- Ngày nằm viện trung bình $4,4 \pm 1,34$ ngày (min 2, max 6 ngày.)

IV. BÀN LUẬN

Thất bại khi tán sỏi nội soi ngược dòng?

Đối với sỏi niệu quản đoạn lưng, khi chỉ định tán sỏi nội soi ngược dòng bằng ống nội soi bán cứng (SR-URS), phải chấp nhận một tỉ lệ thất bại nhất định do không lên được

máy, do sỏi chạy lên thận khi lên máy hoặc khi tán sỏi. Chúng tôi có 10 TH trong nghiên cứu này. Tỉ lệ thất bại khi tán sỏi nội soi ngược dòng phải chuyển phương pháp theo các tác giả dao động từ 23,5 – 32,8% như sau:

Tác giả	Số BN	Kích thước sỏi (mm)	Tỉ lệ % thất bại
B. Kadyan (2016) ^[1]	60	≥ 15	28,4
E. Alkan (2015) ^[3]	68	$9,1 \pm 0,4$	23,5
E. M. Galal (2016) ^[4]	72		32
I. Kartal (2020) ^[6]	119	11 – 20	32,8
M. A. Karadag (2014) ^[7]	63		24

Các phương pháp chuyển đổi khi tán sỏi nội soi ngược dòng sỏi niệu quản đoạn lưng thất bại

Khi tán sỏi nội soi sỏi niệu quản đoạn lưng thất bại do không lên được máy hoặc do sỏi chạy lên thận không tiếp cận được sỏi nữa, phẫu thuật viên niệu khoa có thể chọn các giải pháp:

Sử dụng máy nội soi niệu quản nhỏ hơn. Thực tế, việc này khó đạt được vì tại Việt Nam, các bệnh viện thường chỉ trang bị một máy và khi máy hư mới thay thế máy mới, ít khi có dự trữ.

Đặt JJ, hôm sau chuyển qua tán sỏi ngoài cơ thể hoặc sau 2 – 4 tuần.

Chuyển qua tán sỏi nội soi ống mềm ngay. Tỉ lệ sạch sỏi khi thực hiện nội soi ống mềm (RIRS) theo Y. Guler^[10] 83,7% với 43 BN. Tuy nhiên, thường thì máy không có sẵn và việc đặt máy nội soi ống mềm cũng rất khó khăn vì niệu quản chưa đủ dẫn để có thể đặt sheath niệu quản làm giá đỡ cho máy soi khi thao tác. Do đó, thường cũng chỉ đặt JJ

và chờ 1 – 2 tuần sau mới thực hiện lại nội soi ống mềm. Ngoài ra, chi phí nội soi ống mềm hiện rất tốn kém, gấp 2 lần mPCNL, gấp 4 lần nội soi ngược dòng bằng ống bán cứng nên có thể vượt khả năng chi trả của nhiều BN, đặc biệt trong giai đoạn Covid còn đang hoành hành, thu nhập thấp, còn rất nhiều khó khăn. Tại Việt Nam vào thời điểm này, chưa có nhiều bệnh viện thực hiện nội soi ống mềm điều trị sỏi niệu quản đoạn lưng!

Chuyển qua mổ nội soi hông lưng hoặc nội soi ổ bụng qua phúc mạc. Tỉ lệ thành công theo Y. Guler^[10] 97,5% với 41 BN. Đây là 1 phương án rất tốt, được nhiều phẫu thuật viên niệu khoa tán thành, ưa chuộng và áp dụng, tỉ lệ sạch sỏi cao, rất phổ biến trong giai đoạn trước đây khi mà nội soi ống mềm, phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ chưa phát triển vì cũng là phẫu thuật ít xâm lấn với 3 lỗ troca để tạo khoang nếu mổ ngoài phúc mạc. Tuy nhiên, chỉ dành cho sỏi niệu quản khảm, còn nằm tại chỗ, không lên

được máy. Ngoài ra, do việc tạo khoang phẫu thuật bằng khí CO₂ nên khi lành rất dính, thậm chí dính rất nhiều so với mổ mở, gây khó khăn nếu sỏi tái phát phải mổ mở lại lần sau.

Mổ mở lấy sỏi là biện pháp cuối cùng khi không thể thực hiện được các phương pháp phẫu thuật không hoặc ít xâm lấn nói trên hoặc tại các bệnh viện không đủ phương tiện hoặc không có các phẫu thuật viên mổ nội soi.

Theo hướng dẫn mới nhất về điều trị sỏi niệu quản của hội niệu khoa Châu Âu năm 2021^[2], mổ nội soi hông lưng ngoài phúc mạc hoặc mổ nội soi ổ bụng qua phúc mạc, mổ mở hầu như không có vai trò hoặc có vai trò rất ít trong điều trị sỏi niệu quản đoạn lưng.

Tính khả thi, an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ (Mini PCNL) điều trị sỏi niệu quản đoạn lưng

Theo hướng dẫn của hội niệu khoa Châu Âu (EAU) 2021^[2] về điều trị sỏi niệu quản đoạn lưng như sau: Sỏi < 10 mm, chọn lựa đầu tiên (first choice) là SWL hoặc URS. Sỏi > 10 mm, chọn lựa đầu tiên là URS (ngược dòng hoặc xuôi dòng) hoặc SWL. Khuyến cáo cấp độ A (GR A): lấy bỏ sỏi niệu quản đoạn lưng xuôi dòng qua da tức mPCNL là biện pháp thay thế khi tán sỏi ngoài cơ thể không được chỉ định hoặc thất bại và khi đường tiết niệu trên có vấn đề khiến không thể thực hiện được tán sỏi nội soi ngược dòng. Như vậy, đối với sỏi niệu quản đoạn lưng, tùy điều kiện trang thiết bị của bệnh viện mà có thể thực hiện tán sỏi ngoài cơ thể trước hoặc tán sỏi nội soi ngược dòng. Nếu tán sỏi ngoài cơ thể thất bại, có thể chuyển

qua tán sỏi nội soi ngược dòng. Nếu vẫn thất bại, chuyển qua tán sỏi nội soi xuôi dòng qua da (Percutaneous Antegrade Ureterscopy - PAU hoặc mPCNL). Còn nếu tán sỏi nội soi ngược dòng thất bại ngay từ đầu, thì chuyển qua tán sỏi nội soi xuôi dòng (PAU hoặc mPCNL).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 10 TH sỏi niệu quản đoạn lưng làm tán sỏi nội soi ngược dòng thất bại, đã chuyển qua làm phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ thay thế, kết quả sạch sỏi 100%, được kiểm tra ngay trong mổ, thời gian mổ trung bình $69,50 \pm 18,32$ phút. Không có TH nào phải truyền máu, chỉ số HGB giảm trung bình $1,23 \pm 0,66$ g/dL. Chưa có biến chứng quan trọng như thủng tạng, thủng màng phổi đối với các TH vào thận trên xương sườn 12. Chỉ có 1 TH bị sốt, nhiễm khuẩn niệu sau mổ, phân loại biến chứng độ 1 theo Clavien Dindo, điều trị nội khoa ổn định. Ngày nằm viện sau mổ trung bình $4,4 \pm 1,34$ ngày. H. Topaloglu^[5] và cộng sự trong một nghiên cứu với 37 BN sỏi niệu quản đoạn lưng làm nội soi tán sỏi niệu quản xuôi dòng qua da có kết quả HGB giảm trung bình $1,6 \pm 1,1$ g/dL, thời gian mổ trung bình $80,1 \pm 44,6$ phút, tỉ lệ sạch sỏi 100%. Q. Long^[8] và cộng sự có 163 BN mPCNL, tuổi trung bình 48.6 tuổi và kích thước sỏi trung bình 18,4 mm, thời gian phẫu thuật trung bình 37 phút, ngày nằm viện trung bình sau mổ 3,6 ngày, tỉ lệ sạch sỏi 95,7%.

Như vậy, phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi niệu quản đoạn lưng có kết quả thành công rất cao, với tỉ lệ sạch sỏi từ 95,7% - 100% theo các tác giả, ít đau sau mổ, biến chứng thấp, ngày nằm viện ngắn, mau hồi phục.

Tác giả	Số BN	Tỉ lệ thành công%
H. Topaloglu (2014) ^[5]	37	100
Q. Long (2013) ^[8]	163	95,7
Y. Guler (2021) ^[10]	38	97,4
N. V. Truyện (2021)	10	100

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi niệu quản đoạn lưng là phẫu thuật có tính khả thi, an toàn và hiệu quả, nên được chọn là phương pháp thay thế khi tán sỏi nội soi ngược dòng thất bại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **B. Kadyan, V. Sabale, D. Mane, V. Satav, A. Mulay, N. Thakur, et al. (2016).** Large proximal ureteral stones: Ideal treatment modality? *Urol Ann* 2016 Vol. 8 Issue 2 Pages 189-92.
2. **C. Türk (Chair), A. Neisius, A. Petřík, C. Seitz, A. Skolarikos (Vice-chair), B. Somani, K. Thomas, G. Gambaro (Consultant nephrologist) (2021).** *The EAU Urolithiasis Guidelines 2021.*
3. **E. Alkan, A. Saribacak, A. O. Ozkanli, M. M. Basar, O. Acar and M. D. Balbay (2015).** Flexible Ureteroscopy Can Be More Efficacious in the Treatment of Proximal Ureteral Stones in Select Patients. *Adv Urol* 2015 Vol. 2015 Pages 416031.
4. **E. M. Galal, A. Z. Anwar, T. K. El-Bab and A. M. Abdelhamid (2016).** Retrospective comparative study of rigid and flexible ureteroscopy for treatment of proximal ureteral stones. *Int Braz J Urol* 2016 Vol. 42 Issue 5 Pages 967-972.
5. **H. Topaloglu, N. Karakoyunlu, S. Sari, H. U. Ozok, L. Sagnak and H. Ersoy (2014).** A comparison of antegrade percutaneous and laparoscopic approaches in the treatment of proximal ureteral stones. *Biomed Res Int* 2014 Vol. 2014 Pages 691946.
6. **I. Kartal, B. Baylan, M. C. Cakici, S. Sari, V. Selmi, H. Ozdemir, et al. (2020).** Comparison of semirigid ureteroscopy, flexible ureteroscopy, and shock wave lithotripsy for initial treatment of 11-20 mm proximal ureteral stones. *Arch Ital Urol Androl* 2020 Vol. 92 Issue 1 Pages 39-44.
7. **M. A. Karadag, A. Demir, K. Cecen, M. Bagcioglu, R. Kocaaslan and F. Altunrende (2014).** Flexible ureterorenoscopy versus semirigid ureteroscopy for the treatment of proximal ureteral stones: a retrospective comparative analysis of 124 patients. *Urol J* 2014 Vol. 11 Issue 5 Pages 1867-72.
8. **Q. Long, J. Guo, Z. Xu, Y. Yang, H. Wang, Y. Zhu, et al. (2013).** Experience of mini-percutaneous nephrolithotomy in the treatment of large impacted proximal ureteral stones. *Urol Int* 2013 Vol. 90 Issue 4 Pages 384-8.
9. **S. Turkan, O. Ekmekcioglu, L. Irkilata and M. Aydin (2016).** Is semirigid ureteroscopy sufficient in the treatment of proximal ureteral stones? When is combined therapy with flexible ureteroscopy needed? *Springerplus* 2016 Vol. 5 Pages 30.
10. **Y. Guler and A. Erbin (2021)** Comparative evaluation of retrograde intrarenal surgery, antegrade ureterorenoscopy and laparoscopic ureterolithotomy in the treatment of impacted proximal ureteral stones larger than 1.5 cm. *Cent European J Urol* 2021 Vol. 74 Issue 1 Pages 57-63.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP GỐI TOÀN PHẦN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HOÀN MỸ CỬU LONG NĂM 2017 -2020

Lê Thế Hiển*, Lê Dũng*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoái hóa khớp gối là bệnh lý có tính chất tiến triển, gây đau kéo dài làm giảm chức năng khớp gối và từ đó giảm chức năng vận động chi dưới. Phẫu thuật thay khớp gối toàn phần (KGTP) được chỉ định cho những trường hợp thoái hóa khớp gối mức độ nặng.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp gối toàn phần điều trị thoái hóa khớp gối nặng tại Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca. Từ tháng 03/2017 đến 12/2020, chúng tôi đã phẫu thuật thay khớp gối toàn phần cho 30 bệnh nhân (BN) với 32 khớp gối có chỉ định thay khớp.

Kết quả: Tuổi trung bình $65,8 \pm 7,8$ tuổi (nhỏ nhất 52, lớn nhất 88). Có 08 nam (31,2%), 24 nữ (68,8%). Tỷ lệ khớp gối trái, phải là 1:1, có 2 bệnh nhân thay cả 2 gối. Thời gian phẫu thuật trung bình $90,5 \pm 25,7$ phút. Điểm trung bình Knee Score (KS) trước mổ $46,2 \pm 11,1$ và sau mổ $81,9 \pm 8$ ($p < 0,05$), điểm trung bình Knee Function Score (KFS) trước mổ $45,6 \pm 15,4$ và sau mổ là $78,8 \pm 8,9$ ($p < 0,05$). Gấp gối trung bình $106,8^\circ \pm 17,1$. Có 93,8% trường hợp rất hài lòng kết quả phẫu thuật.

Kết luận: Thay khớp gối làm giảm đau, cải thiện chức năng vận động khớp gối, giúp đi lại

vững vàng hơn, mang lại chất lượng sống tốt hơn.

Từ khóa: Thoái hóa khớp gối, thay khớp gối toàn phần.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF KNEE REPLACEMENT SURGERY TREATING SEVERE OSTEOARTHRITIS AT HOAN MY CUU LONG GENERAL HOSPITAL

Background: Knee osteoarthritis is the continuous disease, causes persistency pain and decreases the motor functions. Total knee replacement is indicated for severe knee osteoarthritis.

Objective: To evaluate the results of total knee replacement surgery treating severe knee osteoarthritis at the Hoan My Cuu Long General Hospital.

Patients and methods: With prospective observation. From 03/2017 to 12/2020, we have done total knee replacement surgery for 30 patients (32 knees).

Results: the average age $65,8 \pm 7,8$ years old (youngest 52, oldest 88). There were 08 men (31.2%), 24 women (68,8%). 16 left knees and 16 right knees were operated on, 2 patients both knees replaced. The operative time average $90,5 \pm 25,7$ minutes. The mean pre- and KS post-op were $46,2 \pm 11,1$ and $81,9 \pm 8$ respectively ($p < 0,05$). The mean pre- and KFS post-op were $45,6 \pm 15,4$ and $78,8 \pm 8,9$ respectively ($p < 0,05$). The average flexion was $106,8^\circ \pm 17,1$. 93,8% cases were satisfied with the result of surgery.

*Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thế Hiển

Email: lethehientv@gmail.com

SĐT: 977686675

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

Conclusion: Total knee replacement reduces pain, improves motor function of knee, helps to move more stable, brings quality of life to patients with severely damaged joints.

Key words: osteoarthritis, Total knee replacement

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp gối là bệnh lý gây tổn thương trên bề mặt sụn khớp, lâu dần làm hư và mất lớp sụn, hình thành các gai xương ở rìa khớp, biến dạng bề mặt khớp. Bệnh lý có tính chất tiến triển, gây đau kéo dài và giảm chức năng vận động chi dưới [2]. Trường hợp khớp bị hư nặng thì không thể điều trị bảo tồn mà phải phẫu thuật thay khớp. Từ những năm 1970, phẫu thuật thay KGTP được tiến hành và đem lại chất lượng cuộc sống tốt cho những BN thoái hóa khớp nặng. Ở nước ta, phẫu thuật thay KGTP mới được tiến hành khoảng hơn 20 năm gần đây [2]. Tại Cần Thơ, phẫu thuật thay khớp gối toàn phần được thực hiện trong khoảng 10 năm gần đây.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

32 khớp gối của 30 BN thoái hóa khớp gối nặng được phẫu thuật thay KGTP tại Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long. Thời gian Nghiên cứu từ 03/2017 – 12/2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

BN thoái hóa khớp gối mức độ nặng dựa vào các tiêu chí:

- Đau khớp gối dai dẳng, kéo dài, có thể kèm theo biến dạng khớp gối (vẹo trong hoặc vẹo ngoài), co rút gối, mất vững khớp gối, kèm theo tổn thương trên X quang độ III, IV (theo phân loại Kellgren – Lawrence).

- Hoặc BN đau gối dai dẳng trên 5 năm, điều trị nội khoa hoặc các phương pháp khác

không hiệu quả.

Tiêu chuẩn loại trừ

Thay khớp gối toàn phần do thoái hóa khớp gối sau chấn thương.

Bệnh nhân thoái hóa khớp gối có kèm các bệnh lý khác ảnh hưởng đến chức năng đi lại (liệt do tai biến mạch máu não, suy tim độ 3, 4, ...).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

Cỡ mẫu: 32 khớp gối của 30 BN thoái hóa khớp gối nặng được thay KGTP.

Nội dung nghiên cứu: đặc điểm chung: tuổi và giới tính. Đặc điểm lâm sàng: thoái hóa khớp gối nặng, thời gian từ lúc có triệu chứng đến lúc phẫu thuật, đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật, đặc điểm thương tổn trên X quang theo phân loại của Kellgren – Lawrence. Kết quả phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, lượng máu truyền, thời gian nằm viện sau phẫu thuật, kết quả giảm đau theo thang điểm VAS, kết quả cải thiện biên độ gấp duỗi, kết quả phục hồi biến dạng khớp, kết quả lâm sàng khớp gối theo thang điểm Knee Score, kết quả phục hồi chức năng khớp gối theo thang điểm Knee Function Score, đánh giá mức độ hài lòng của BN, tai biến và biến chứng.

Quy trình điều trị:

- Phương pháp phẫu thuật: Rạch da dọc giữa gối đi qua xương bánh chè, từ bờ trong lồi củ chày khoảng 12cm. Vào khớp gối qua bờ trong xương bánh chè, từ bờ trong lồi củ chày 0,5 – 1cm kéo dài lên cực trên xương bánh chè khoảng 3 – 5cm, không thay xương bánh chè, cắt bỏ dây chằng chéo sau. Sử dụng ga rô áp lực khoảng 350 mmHg, xả ga rô cầm máu trước khi đóng vết mổ. Cắt mâm chày vuông góc với trục xương chày nghiêng sau 5 – 7 độ. Cắt lồi cầu đùi dựa vào dụng cụ

đã được thiết kế. Chọn kích cỡ dụng cụ cho mâm chày và lõi cầu đùi, cân bằng khoảng gấp và khoảng duỗi (có thể giải phóng phần mềm hoặc cắt xương bổ sung). Tiến hành lắp khớp nhân tạo. Dẫn lưu kín sau mổ từ 24 – 48 giờ.

- Phục hồi chức năng sau mổ: BN được tập phục hồi chức năng ngay sau mổ, theo dõi và tái khám định kỳ.

Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 23.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Tuổi: Tuổi trung bình $65,8 \pm 7,8$ tuổi (tuổi nhỏ nhất 52, tuổi lớn nhất 88). Lứa tuổi từ 60 đến 80 chiếm nhiều nhất (65,6%), lứa tuổi từ 80 trở lên chiếm tỷ lệ ít nhất (6,3%).

Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật:

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật

Đặc điểm lâm sàng	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Đau gối khi nghỉ ngơi	6	18,8
Đau khớp gối khi vận động	32	100
Cứng khớp gối	12	37,5
Lạo xạo gối	24	75
Hạn chế gấp duỗi	13	40,6
Biến dạng khớp gối	19	59,4

Đau gối khi vận động, lạo xạo khớp gối, biến dạng vẹo trong hoặc vẹo ngoài là những triệu chứng chủ yếu gặp ở đa số BN.

Đặc điểm thương tổn trên Xquang: Có 78,1% trường hợp thoái hóa độ IV theo phân loại của Kellgren – Lawrence.

3.3. Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình là $90,55 \pm 25,7$ phút.

Lượng máu truyền: Có 84% (27 trường hợp) truyền máu. 25/27 Trường hợp được

Giới tính: BN nữ chiếm đa số (68,8%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Thoái hóa khớp gối nặng: Tỷ lệ trái/phải: 1/1. Với mức ý nghĩa 5%, tỷ lệ TKG phải và trái trong mẫu khảo sát là tương tự nhau ($p = 0,9 > 0,05$).

Thời gian từ lúc có triệu chứng đến lúc phẫu thuật:

Bảng 3.1. Thời gian từ lúc có triệu chứng đến lúc phẫu thuật

Thời gian đau khớp gối	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
< 5 năm	10	31,2
5 – 10 năm	18	56,3
> 10 năm	4	12,5

Đa số bệnh nhân đau khớp gối sau 5 – 10 năm (chiếm tỷ lệ 56,3%).

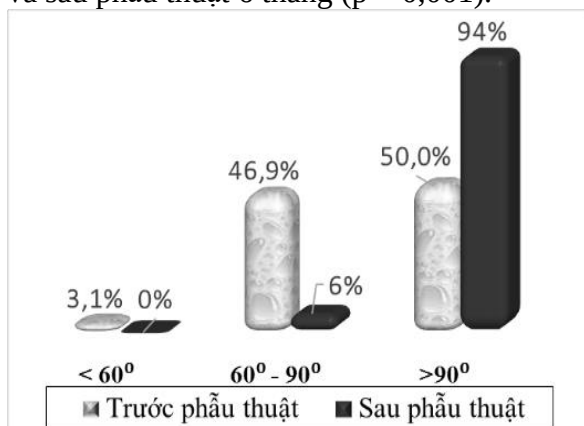
truyền ≤ 350 ml máu.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: trung bình là $8,9 \pm 2,4$ ngày

Kết quả giảm đau: Triệu chứng đau khi đi lại cải thiện rõ rệt sau mổ 1 tháng ($p < 0,001$). Sau 6 tháng, đa số BN đi lại không đau gối hoặc chỉ đau nhẹ, thỉnh thoảng (chiếm 90.7%); có 1 BN đi lại còn đau vừa, đau khi mới bắt đầu đi (do gối chưa duỗi được tốt).

Kết quả cải thiện biên độ gấp duỗi:

Biên độ gấp gối trung bình trước phẫu thuật là $96,7^{\circ} \pm 12,8$; sau phẫu thuật 6 tháng là $106,8^{\circ} \pm 17,1$. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về biên độ gấp gối trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 6 tháng ($p < 0,001$).

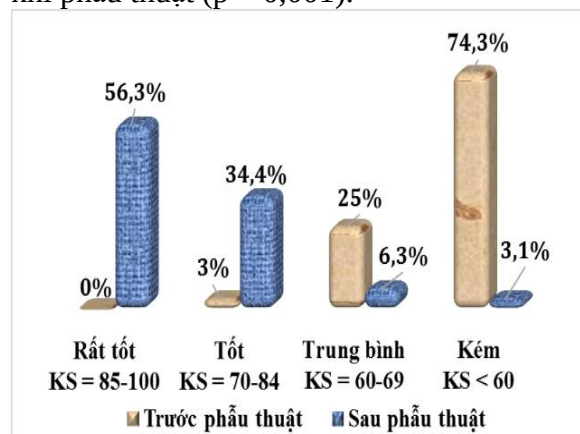


Biểu đồ 3.1. Kết quả cải thiện biên độ gấp duỗi

Kết quả phục hồi biến dạng khớp: Phẫu thuật thay khớp gối cải thiện rõ rệt biến dạng vẹo trong, vẹo ngoài khớp trước và sau mổ ($p < 0,001$). Sau phẫu thuật, có 29 khớp gối chỉnh thẳng trục (90,6%).

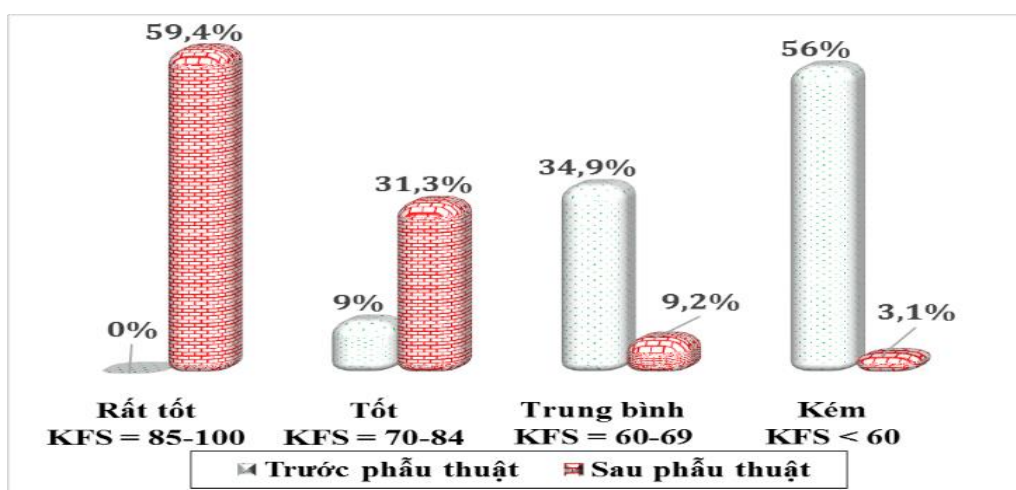
Kết quả lâm sàng khớp gối theo thang điểm KS: Điểm lâm sàng khớp gối KS trước

phẫu thuật là $46,2 \pm 11,1$; sau phẫu thuật 6 tháng là $81,9 \pm 8$. Điểm số lâm sàng khớp gối cải thiện rõ rệt trước phẫu thuật và sau khi phẫu thuật ($p < 0,001$).



Biểu đồ 3.2. Kết quả lâm sàng khớp gối theo KS

Kết quả phục hồi chức năng khớp gối theo thang điểm KFS: Điểm lâm sàng khớp gối KFS trước phẫu thuật là $45,6 \pm 15,4$; sau phẫu thuật 6 tháng là $78,8 \pm 8,9$. Sau phẫu thuật 6 tháng điểm số này cải thiện rõ rệt ($p = 0,01 < 0,05$).



Biểu đồ 3.3. Kết quả phục hồi chức năng khớp gối theo KFS

Mức độ hài lòng: Đa số BN “rất hài lòng” về kết quả phẫu thuật (90,7%).

Tai biến và biến chứng trong và sau phẫu thuật:

Không có trường hợp nào tử vong. Không có trường hợp nào gãy xương lúc mổ hay trật khớp sau mổ.

Có 1 trường hợp nhiễm trùng nông vết mổ.

Có 4 trường hợp (chiếm tỷ lệ 12,5%) có đau khớp chè đùi khi gấp gối quá 90^0 .

Có 1 trường hợp tụ dịch trước gân bánh chè vào ngày 12 sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Bảng 4.1. Bảng so sánh kết quả đề tài của chúng tôi với các nghiên cứu khác

	Chúng tôi (2020)	Lâm Quang Dũng (2012)	Hyung - Min Ji (2015)	Ahmad Haifiz Z. (2011)
Số khớp gối	32	87	80	128
Số BN	30	66	54	90
Tuổi trung bình (tuổi)	$65,8 \pm 7,8$	66,25	$66 \pm 7,05$	61,4
Tỷ lệ nữ (%)	68,8	89	85,7	80,9
Thời gian phẫu thuật (phút)	$90,5 \pm 25,7$	117		$63,8 \pm 44,7$

4.1. Đặc điểm chung

Đa số các BN thoái hóa khớp gối nặng có độ tuổi trên 60 tuổi, trung bình là $65,8 \pm 7,8$, nữ giới chiếm đa số. Các đặc điểm này tương tự với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước [1], [2], [4], [6].

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Tỷ lệ khớp gối trái/ phải: 1/1. Báo cáo nghiên cứu của Ahmad Haifiz Z. [4], Lâm Quang Dũng [2], Tăng Hà Nam Anh, Trương Văn To [3] cũng ghi nhận kết quả tương tự. Điều này cho thấy thoái hóa khớp gối xảy ra đồng thời ở cả 2 bên khớp gối.

Thời gian từ lúc có triệu chứng đến lúc phẫu thuật từ 5 - 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 56,3%. Bệnh lý thoái hóa khớp gối thường kéo dài nhiều năm

Tất cả BN đều đau gối khi vận động. Đau gối, lạo xạo khớp gối, biến dạng vẹo trong hoặc vẹo ngoài là những triệu chứng chính của bệnh lý thoái hóa khớp gối và gặp ở hầu hết BN. Biến dạng hay gặp nhất là gối vẹo

trong. Tuy nhiên, đây cũng là loại biến dạng có thể xử lý được, thông thường chỉ cần giải phóng bao khớp dây chằng bên trong vừa đủ là có thể đạt được cân bằng phần mềm hoàn hảo. Đối với các trường hợp co rút gấp cần phải giải phóng thêm dây chằng chày, bao khớp sau và gân cơ khoeo. Biến dạng vẹo ngoài khó xử trí nhất, cần phải giải phóng thêm dây chằng bên ngoài.

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là $90,5 \pm 25,7$ phút, và của Lâm Quang Dũng (117 phút)[2], dài hơn nghiên cứu của Tăng Hà Nam Anh và cs (50 phút)[1], Ahmad Haifiz Z. ($63,8 \pm 44,7$ phút)[4] ($p > 0,05$).

4.3. Kết quả phẫu thuật

Triệu chứng đau gối khi đi lại cải thiện rõ rệt sau mổ ($p < 0,05$). Sau 6 tháng, 90,7% BN đi lại không đau gối hoặc chỉ đau nhẹ, thỉnh thoảng. Trong báo cáo kết quả nghiên cứu của Ahmad Haifiz Z. (2011) [4], Hyung - Min Ji (2015) [5], Lâm Quang Dũng (2012)

[2] và Đoàn Việt Quân, Nguyễn Tiến Ngọc (2016) [3] cũng ghi nhận kết quả tương tự. Thay khớp gối toàn phần mang lại hiệu quả giảm đau rõ rệt.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về biên độ gấp gối trước và sau phẫu thuật 6

tháng ($p < 0,05$), gấp gối trung bình sau phẫu thuật 6 tháng đạt $106,8^{\circ} \pm 17,1$.

Phẫu thuật thay KGTP cải thiện rõ rệt biến dạng vẹo trong, vẹo ngoài khớp trước và sau mổ ($p < 0,001$).

Bảng 4.2. so sánh kết quả phẫu thuật của chúng tôi với các nghiên cứu khác

	Chúng tôi (2020)	Đoàn Việt Quân (2016)	Lâm Quang Dũng (2012)	Hyung Min Ji (2015)	Ahmad Haifiz Z. (2011)
KS trước mổ (điểm)	$46,2 \pm 11,1$	$48,14 \pm 8,12$	$46,2 \pm 9,7$	$27,2 \pm 1,28$	$38,8 \pm 15,7$
KS sau mổ (điểm)	$81,9 \pm 8$	$86 \pm 7,67$	$83,7 \pm 11,4$	88,5	$90,9 \pm 5,6$
KFS trước mổ (điểm)	$45,6 \pm 15,4$	$40,1 \pm 9,61$	$47,2 \pm 4,7$	$33,4 \pm 1,52$	$19,1 \pm 13,9$
KFS sau mổ (điểm)	$78,8 \pm 8,9$	$82 \pm 7,78$	$79,7 \pm 6,5$	81,6	$62,5 \pm 16,7$

Kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm KS: Điểm KS, KFS trung bình trước và sau phẫu thuật khác biệt rõ rệt ($p < 0,05$). Sự khác biệt này chứng minh hiệu quả của thay khớp gối trong việc cải thiện chất lượng cuộc sống cho BN. Kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu trong và ngoài nước [2], [3], [4], [6].

Có 90,7% trường hợp BN rất hài lòng về kết quả phẫu thuật. Chúng tôi nhận thấy rằng điều mong đợi chính của BN chủ yếu là giảm triệu chứng đau và khả năng đi lại nên đánh giá này thường cho kết quả cao. Nghiên cứu của Lâm Quang Dũng (83,9% BN rất hài lòng), Ahmad Haifiz Z (86%) cũng ghi nhận kết quả tương tự [2], [4].

Biến chứng:

Không có TH nào tử vong. Không có trường hợp nào gãy xương lúc mổ hay trật

khớp sau mổ.

Có 1 trường hợp nhiễm trùng nông vết mổ điều trị chăm sóc vết mổ và dùng kháng sinh. Bệnh nhân lành vết mổ sau 3 tuần.

Có 4 trường hợp (chiếm tỷ lệ 12,5%) có đau khớp chèn gối khi gấp gối quá 90° , nhóm bệnh nhân này có xương bánh chè thoái hóa nặng (biến dạng khớp, mất sụn khớp, nhiều gai xương bánh chè).

Có 1 trường hợp tụ dịch trước gân bánh chè vào ngày 12 sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật thay KGTP mang lại kết quả giảm đau tốt cho người bệnh thoái hóa khớp giai đoạn muộn, đồng thời mang lại chức năng vận động khớp gối tương đối hoàn thiện cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tăng Hà Nam Anh, Trương Văn To (2015)**, “Kết quả thay khớp gối toàn phần: so sánh giữa nhóm cố định Và xoay”, Tạp chí Chấn Thương Chính Hình Việt Nam, số đặc biệt/2015, Tr. 189 – 192.
2. **Lâm Chí Dũng (2012)**, Đánh giá kết quả điều trị thoái hóa khớp gối nặng bằng phẫu thuật thay khớp gối toàn phần tại Bệnh viện Triều An - Thành Phố Hồ Chí Minh, Luận án chuyên khoa cấp II, Học Viện Quân Y, Thành phố Hồ Chí Minh.
3. **Đoàn Việt Quân, Nguyễn Tiến Ngọc (2016)**, “Ứng dụng thay khớp gối nhân tạo trong điều trị bệnh thoái hóa khớp gối”, Tạp chí Chấn Thương Chính Hình Việt Nam, số đặc biệt/2016, Tr. 81 – 86.
4. **Ahmad Hafiz Z., Masbah O., G Ruslan (2011)**, “Total knee replacement: 12 years retrospective review and experience”, Malaysian Orthopaedics Journal, Vol 15, No. 1, pp. 34 – 38.
5. **Demey G., Robert A. Magnussen (2014)**, “Total Knee Replacement in Medial Arthritis: Surgical Technique”, Surgery of the Knee, Springer-Verlag London, pp. 221 – 244.
6. **Hyung-Min Ji, Yong-Chan Ha, Ji-Hoon Baek, Young-Bong Ko (2015)**, “Advantage of Minimal Anterior Knee Pain and Long-term Survivorship of Cemented Single Radius Posterior-Stabilized Total Knee Arthroplasty without Patella Resurfacing”, Clinics in Orthopedic Surgery, Vol. 7, No. 1, 2015, pp 51 – 61.
7. **William M. Mihalko (2013)**, “Arthroplasty of the knee”, Campbell’s Operative Orthopaedics, 12th Edition, pp. 376 – 444.

PHẪU THUẬT TÁI TẠO TỨC THÌ BẰNG VẬT CƠ LƯNG RỘNG TRONG UNG THƯ VÚ TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ SÀI GÒN

Phạm Anh Tú*

TÓM TẮT

Giới thiệu và tổng quan: Phẫu thuật tái tạo tức thì là một phương pháp tiên tiến trong phẫu thuật điều trị ung thư vú đã được thực hiện ở Việt Nam trong nhiều năm qua.

Đối tượng và phương pháp: Chúng tôi báo

cáo các trường hợp phẫu thuật tái tạo vú thành công ở bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn từ tháng 1/2021 đến tháng 6/2021.

Bàn luận và kết luận: Phẫu thuật tái tạo tức thì giúp bệnh nhân ung thư vú có thể loại bỏ hoàn toàn mặc cảm mang bệnh và không làm thay đổi thời gian sống còn của bệnh nhân ung thư, không ảnh hưởng tỉ lệ tái phát.

SUMMARY

INSTANT BACKGROUND RECONSTRUCTION SURGERY IN BREAST CANCER AT HOAN MY SAIGON HOSPITAL

*Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Anh Tú

Email: tupham2603@gmail.com

SĐT: 09728 38263

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

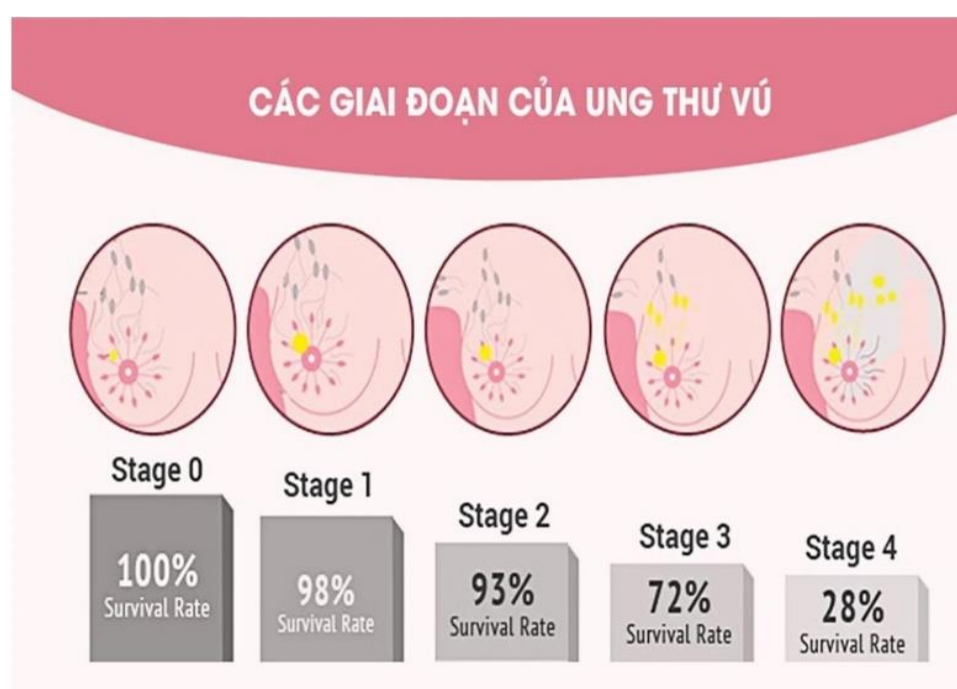
Introduce and overview: Initialization of new terms is an advanced method in the algorithmic treatment that has been implemented in Vietnam for many years.

Subjects and methods: We report successful breast reconstruction surgeries at Hoan My Saigon hospital from January 2021 to June 2021.

Discussion and conclusion: Immediate reconstructive surgery helps breast cancer patients completely eliminate the burden of disease and does not change the survival time of cancer patients and does not affect the recurrence rate.

Ung thư vú là loại ung thư thường gặp và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu cho phụ nữ trên toàn thế giới. Mỗi năm nước ta có khoảng 15 230 ca mới mắc và hơn 6100 người tử vong do ung thư vú. Tỷ lệ sống 5 năm của bệnh nhân ung thư vú ngày càng được cải thiện Thống kê tại Hoa kỳ năm 2001-2002: Giai đoạn 0: 100%; giai đoạn I: 88%; giai đoạn II: 74-81%; giai đoạn III: 41-67%; giai đoạn IV: 15%. Đến năm 2012, tỷ lệ này là: giai đoạn 0 và I: 100%; giai đoạn II: 93%; giai đoạn III: 72%; giai đoạn IV: 22%.

I. GIỚI THIỆU



Hình 1: Các giai đoạn và tỉ lệ sống còn

Phẫu thuật đoạn nhũ là phương pháp kinh điển trong điều trị ung thư vú tuy nhiên để lại những di chứng và mặc cảm nặng nề ở người phụ nữ góp phần làm giảm chất lượng sống của bệnh nhân ung thư vú.



Hình 1: Sau phẫu thuật đoạn nhũ

Tạo hình và tái tạo tuyến vú cho bệnh nhân ung thư vú là nhu cầu cấp thiết và chính đáng của người bệnh trong những năm gần đây. Có nhiều biện pháp tạo hình, tái tạo tuyến vú như sử dụng túi độn (implant), sử dụng các vật da cơ tự thân có cuống hoặc các vật da tự do với kỹ thuật vi phẫu. Có thể kết hợp nhiều phương pháp để tạo thể tích cân đối cho tuyến vú.

Phẫu thuật tái tạo có thể thực hiện ngay sau khi cắt bỏ khối mô tuyến vú ác tính (tái tạo tức thì) hoặc sau một thời gian sau phẫu thuật đoạn nhũ (tái tạo trì hoãn).

Phẫu thuật đoạn nhũ tiết kiệm da tái tạo vú tức thì bằng vật cơ lưng rộng là một trong các phẫu thuật được lựa chọn trong các trường hợp điều trị phòng ngừa và ung thư vú giai đoạn sớm nhằm tránh các di chứng của phẫu thuật đoạn nhũ toàn phần và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân

Từ 1997 đến nay thế giới đã có nhiều nghiên cứu cho thấy phẫu thuật tái tạo an toàn về mặt kỹ thuật cũng như về điều trị ung thư, không thay đổi về thời gian sống còn nhưng cải thiện rõ ràng chất lượng sống về

tinh thần và giải quyết được khiếm khuyết về hình thể của bệnh nhân. Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn đã bước đầu thực hiện thành công Phẫu thuật đoạn nhũ tiết kiệm da tái tạo tức thì bằng vật ca lưng rộng trong thời gian từ tháng 1/2021 đến tháng 6/2021 và đạt được sự hài lòng của bệnh nhân.

2. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Bệnh nhân

Bệnh nhân 1, ID 140008723, 43 tuổi, đi khám vì phát hiện u vú phải #1,5 cm, vị trí 5h và cách núm vú 3 cm. Kết quả siêu âm nhũ ảnh: BIRADS IV - Nghi ngờ di căn hạch nách. Giải phẫu bệnh trước mổ: Carcinoma tuyến vú dạng NST grade 2 xâm nhiễm. Chẩn đoán: U ác vú phải T1N1M0, giai đoạn IIB.

Bệnh nhân 2, ID 1700 27153, 39 tuổi, đi khám vì u vú trái ¼ trên ngoài kích thước 2 cm. Kết quả siêu âm nhũ ảnh: BIRADS IV. Giải phẫu bệnh trước mổ: Carcinoma tuyến vú dạng NST grade 3 xâm nhiễm. Chẩn đoán: U ác vú trái T1N0M0, giai đoạn I.

Bệnh nhân 3, ID 210016667, 47 tuổi, đi khám vì u vú phải 2 cm đã được sinh thiết trọn. Kết quả siêu âm và thăm khám lâm sàng không thấy di căn hạch nách, giải phẫu bệnh trước mổ: Carcinoma dạng nhầy grade 2 xâm nhiễm. Chẩn đoán: U ác vú phải T1N0M0 đã lấy bướu giai đoạn I.

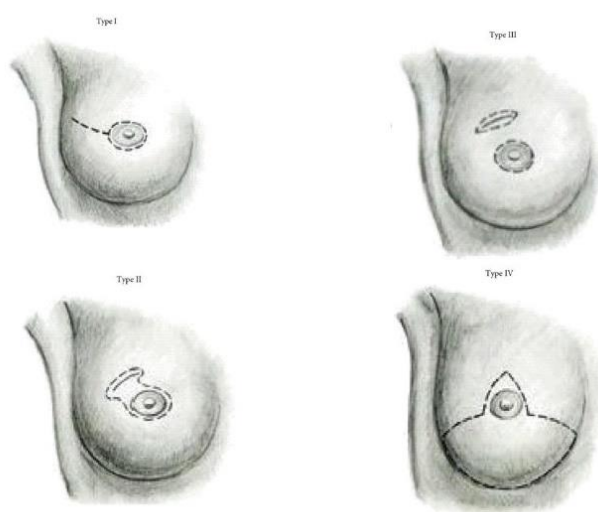
Quy trình kỹ thuật

Các bệnh nhân được tư vấn kỹ và có sự

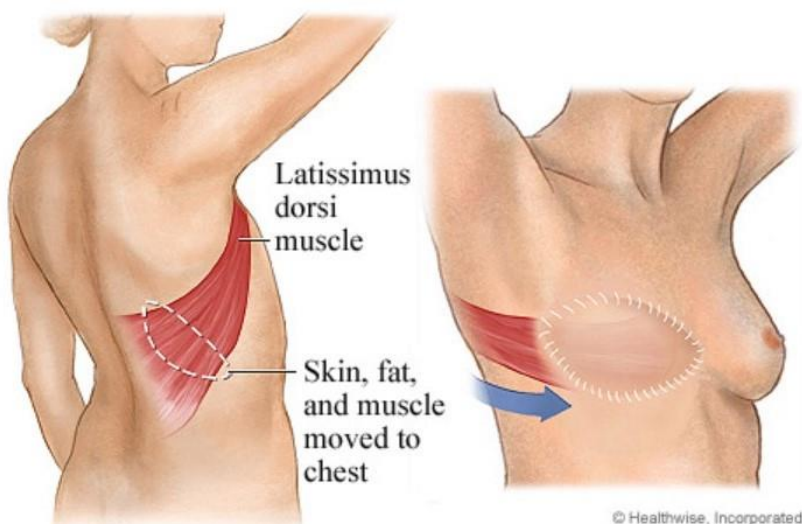
đồng thuận về kỹ thuật, chi phí và theo dõi sau phẫu thuật.

Các bệnh nhân được thăm khám lâm sàng, siêu âm, chụp nhũ ảnh trước mổ và đánh giá đầy đủ bằng các xét nghiệm tiền phẫu.

Thiết kế đường mổ tiết kiệm da hoàn toàn theo vị trí bướu, bảo tồn được toàn bộ hệ thống quầng vú và núm vú mà vẫn đảm bảo diện cắt ung thư an toàn.



Hình 2: Các đường mổ phổ biến



Hình 3: Tái tạo bằng vật cơ lưng rộng

Các bước thi trong phẫu thuật:

1. Phẫu thuật đoạn nhũ tiết kiệm da: lấy toàn bộ mô tuyến vú và cân cơ ngực lớn, bảo tồn da và quầng vú núm vú.

2. Nạo hạch nách bằng đường mổ trên nếp nách bảo tồn thần kinh mạch máu vùng nách và bảo tồn cuốn mạch máu vạt cơ lưng rộng.

3. Cho bệnh nhân nằm nghiêng để phẫu thuật tách vạt cơ lưng rộng luôn qua đường hầm lên thành ngực.

4. Cho bệnh nhân ngửa trở lại tạo hình cân đối tuyến vú mới.

5. May da thẩm mỹ, dẫn lưu 2 ống ở thành ngực và ở lưng.

6. Thời gian phẫu thuật 300 phút, lượng máu mất tầm 20ml, thể tích vú tái tạo 250-300ml.

7. Thời gian nằm viện 5 ngày, chi phí phẫu thuật 30- 40 triệu đồng.

Theo dõi sau mổ:

– Chăm sóc vết thương ở thành ngực và lưng

– Theo dõi ống dẫn lưu và rút toàn bộ khi thể tích dẫn lưu < 25ml trong 24h

– Phối hợp kháng sinh kháng viêm để dự phòng nhiễm trùng do cuộc mổ lớn kéo dài

– Hướng dẫn bệnh nhân tập vận động để phục hồi sau mổ

Bệnh nhân được hóa trị bổ túc sau mổ 6 chu kì theo các phác đồ TAC, hay AC->T.

Kết quả sau mổ 6 tháng:

Về ung thư học: Bệnh nhân được siêu âm kiểm tra không thấy khối u hay hạch nách tái phát tại chỗ tại vùng

Về thẩm mỹ: phục hồi hình dạng cân đối khuôn ngực 2 bên, kết quả thẩm mỹ được 90% như ban đầu, các đường mổ liền da tốt không nhiễm trùng hay tạo khoang tụ dịch

Di chứng sau mổ: cảm giác tê bì và căng cứng khi vận động mạnh, hướng dẫn bệnh nhân tập các động tác tay để phục hồi chức năng vận động.



Hình ảnh sau tái tạo tuyến vú

III. BÀN LUẬN

Phẫu thuật đoạn nhũ tiết kiệm da tái tạo vú tức thì đã góp phần không nhỏ để nâng cao chất lượng sống của bệnh nhân ung thư.

Ưu điểm:

– Không làm thay đổi thời gian sống còn của bệnh nhân ung thư, không làm tỉ lệ tái phát.

– Vết mổ hồi phục nhanh trong vòng 2-3 tuần nên không làm chậm trễ thời gian hóa trị bổ túc của bệnh nhân.

– Vạt cơ tự thân giúp khuôn ngực có tính thẩm mỹ cân đối mềm mại so với bên ngực không bệnh.

– Tránh được các nguy cơ nhiễm trùng hoại tử khi sử dụng các chất liệu độn.

– Không bị ảnh hưởng bởi quá trình hóa trị hay xạ trị tiếp theo của bệnh nhân.

Nhược điểm:

– Thời gian mổ kéo dài hơn phẫu thuật đoạn nhũ kinh điển

– Ê kíp mổ cần có chuyên môn cao về ung thư và tạo hình

– Bệnh nhân không thể cho con bú bằng vú tái tạo

– Cần sử dụng dao Harmonic để bóc tách và cầm máu

– Người bệnh cần có hiểu biết và khả năng kinh tế tốt

Kết quả các ca mổ của chúng tôi không có các biến chứng nghiêm trọng như hoại tử vạt, hoại tử da vú hay hoại tử quầng vú núm vú. Bên cạnh đó chúng tôi có gửi thử các diện cắt sau phẫu thuật và cho thấy kết quả không còn tế bào bướu. Các mốc giải phẫu được bảo tồn như nếp vú ngoài, nếp dưới vú để tạo sự cân đối, độ xệ cho tuyến vú tái tạo. Nhờ dẫn lưu sau mổ và theo dõi sát nên chúng tôi giải quyết được tình trạng tụ dịch sau mổ giúp vết mổ hồi phục nhanh giảm đáng kể các biến chứng như nhiễm trùng hay bung vết mổ

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tái tạo tức thì giúp bệnh nhân ung thư vú có thể loại bỏ hoàn toàn mặc cảm mang bệnh nên chúng tôi đã triển khai bắt đầu kỹ thuật này. Tuy nhiên do dịch bệnh nên số ca thực hiện đến nay vẫn còn hạn chế. Hi vọng trong thời gian tới sẽ tăng cường tư vấn và tầm soát để giúp người bệnh vừa điều trị khỏi bệnh vừa có một cuộc sống tốt đẹp hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Tứ Quý (2015)**, “Kết quả bước đầu phẫu thuật cắt vú chừa da và tái tạo vú tức thì bằng vạt cơ lưng rộng trong điều trị ung thư

vú tại Bệnh viện Đà Nẵng”. Y học TP Hồ Chí Minh, 2 (8), tr. 267- 273.

2. **Trần Văn Thiệp (2008)**, “Đoạn nhũ tiết kiệm da - tái tạo vú tức thì: kết quả thẩm mỹ và Ung bướu học”. Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 12 (04), tr. 377- 382.

3. **Caffo O., Cazzolli D., Scalet A., Zani B., Ambrosini G., et al. (2000)**, “Concurrent adjuvant chemotherapy and immediate breast reconstruction with skin expanders after mastectomy for breast cancer”. Breast Cancer Res Treat, 60 (3), pp. 267-75.

4. **Carlson G. W., Styblo T. M., Lyles R. H., Jones G., Murray D. R., et al. (2003)**, “The use of skin sparing mastectomy in the treatment of breast cancer: The Emory experience”. Surg Oncol, 12 (4), pp. 265-9.

5. **Clough K. B., Louis-Sylvestre C., Fitoussi A., Couturaud B., Nos C. (2002)**, “Donor site sequelae after autologous breast reconstruction with an extended latissimus dorsi flap”. Plast Reconstr Surg, 109 (6), pp. 1904-11.

6. **Delay E., Gounot N., Bouillot A., Zlatoff P., Rivoire M. (1998)**, “Autologous latissimus breast reconstruction: a 3-year clinical experience with 100 patients”. Plast Reconstr Surg, 102 (5), pp. 1461-78.

7. **Fersis N., Hoenig A., Relakis K., Pinis S., Wallwiener D. (2004)**, “Skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction: incidence of recurrence in patients with invasive breast cancer”. Breast, 13 (6), pp. 488-93.

8. **Gerber B., Krause A., Reimer T., Muller H., Kuchenmeister I., et al. (2003)**, “Skin-sparing mastectomy with conservation of the nippleareola complex and autologous reconstruction is an oncologically safe procedure”. Ann Surg, 238 (1), pp. 120-7.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG BÁN PHẦN KHÔNG XI MĂNG ĐIỀU TRỊ GỠY CỔ XƯƠNG ĐÙI TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ CỬU LONG

Lê Dũng*, Nguyễn Minh Tuấn*

TÓM TẮT

Tại Bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long đã tiến hành thay khớp háng bán phần cho 51 bệnh nhân. Kết quả bước đầu khá tốt, Đánh giá từ sau mổ đến hơn 12 tháng kết quả rất tốt, tốt đạt 80%

Kết luận: Thay khớp háng bán phần là phẫu thuật đòi hỏi kỹ thuật cao và phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Bệnh nhân sau mổ thay khớp háng bán phần có thể tập vận động sớm, tránh được các biến chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF CEMENT-FREE PARTIAL HIP REPLACEMENT SURGERY FOR FEMORAL NECK FRACTURES AT HOAN MY CUU LONG HOSPITAL

51 patients were operated with hemiarthroplasty for femoral neck fracture in Hoàn Mỹ Cửu Long General Hospital. The outcome after 12 months operation was : 80% excellent and good.

Conclusion: Hip Hemiarthroplasty is a high-tech surgery. It requires experienced surgeons and close indications. Patients with hip hemiarthroplasty can rehabilitate soon, avoiding

complications and improving their quality of live.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy cổ xương đùi là bệnh lý khá phổ biến hiện nay thường gặp ở những bệnh nhân cao tuổi. Bệnh lý này không chỉ ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống mà còn thúc đẩy các bệnh lý nội khoa kèm theo diễn tiến nặng hơn và bệnh nhân gãy cổ xương đùi trở thành gánh nặng kinh tế của gia đình. Nhiều phương pháp đã áp dụng để điều trị, trong đó phẫu thuật thay khớp háng đã mang lại hiệu quả điều trị tích cực và khả quan. Thay khớp háng bán phần được bác sĩ Moore và Bohlman thực hiện đầu tiên vào năm 1943. Trong nước, phẫu thuật thay khớp háng được thực hiện từ những năm 70 của thế kỷ 20 với số lượng ít và không thường xuyên. Trong khoảng 10 năm trước đây, phẫu thuật thay khớp háng bán phần chỉ thực hiện ở một số trung tâm lớn như Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Trung ương Huế, Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh. Tuy nhiên, ngày nay phẫu thuật này đã được tiến hành ở nhiều nơi trên cả nước và đã điều trị cho một số lượng lớn bệnh nhân bị gãy cổ xương đùi cũng như một số bệnh lý khác của khớp háng.

Từ tháng 1/2017 đến tháng 1/2019. Khoa TK – CXK Bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long đã tiến hành phẫu thuật thay khớp háng bán phần không xi măng cho 51 bệnh nhân gãy cổ xương đùi; đạt kết quả tốt.

*Khoa TK-CXK, Bệnh Viện Hoàn Mỹ Cửu Long

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Tuấn

Email: nmtuan26@gmail.com

SĐT: 0938 084 506

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

Vì vậy đề tài nhằm mục đích: *Đánh giá kết quả điều trị gãy cổ xương đùi bằng thay khớp háng bán phần không xi măng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** Chọn những bệnh nhân gãy cổ xương đùi được phẫu thuật thay khớp háng bán phần không xi măng.

- **Thiết kế nghiên cứu:** Báo cáo loạt ca.
- Đánh giá kết quả:
o Trong lúc mổ.
o Hậu phẫu
o Sau phẫu thuật: ở các thời điểm 1 tháng, 6 tháng, 12 tháng. Đánh giá phục hồi chức năng bằng thang điểm Harris ở thời điểm 6 tháng và 12 tháng sau phẫu thuật:

- Rất tốt: 90-100 điểm.
- Tốt: 80-89 điểm.

- **Tai biến trong lúc mổ**

Tai biến	Tần số	Tỷ lệ %
Tổn thương mạch máu, thần kinh	0	0
Bong máu chuyển lớn	0	0
Nứt xương vùng canca	2	4
Thủng, gãy xương đùi	0	0

Tai biến nứt xương vùng canca trong lúc phẫu thuật thay khớp háng chiếm 4%, không gặp các tai biến như tổn thương mạch máu thần kinh, bong máu chuyển lớn, thủng xương đùi hoặc gãy xương đùi.

- **Kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm Harris**

Kết quả	Sau 6 tháng (n=41)		Sau 12 tháng (n=25)	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	
Rất tốt	14	34	13	52
Tốt	15	37	7	28
Trung bình	11	26	4	16
Kém	1	3	1	4
Tổng	41	100	25	100

Kết quả phục hồi chức năng khớp háng tốt và rất tốt sau 6 tháng là 71% và sau 12 tháng là 80%.

- Trung bình: 70-79 điểm.
- Kém: <70 điểm.
- Xử lý kết quả bằng phần mềm SPSS

16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Tổng số bệnh nhân là 51, Tuổi trung bình khi phẫu thuật 77,4+ 9,7 trong đó có 38 bệnh nhân nữ và 13 bệnh nhân nam. 100% bệnh nhân liền vết mổ kỳ đầu, không có bệnh nhân nào có biểu hiện nhiễm trùng nông hay sâu. Nhóm tuổi từ 80 trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất là 49%. Tuổi nhỏ nhất là 55 tuổi, lớn nhất là 96 tuổi, tuổi trung bình là 77,4 ± 9,7 tuổi.

- Phân loại Garden 3 chiếm tỷ lệ cao nhất với 70,5% so với số trường hợp gãy cổ xương đùi Garden 2 và Garden 4.

IV. BÀN LUẬN

Gãy cổ xương đùi là thương tổn thương gặp ở người cao tuổi. Do đặc điểm cấu trúc về mô học và giải phẫu vùng cổ xương đùi, nên chất lượng xương vùng này thường giảm khi bệnh nhân tuổi cao. Do đó nguy cơ gãy tăng lên và khả năng liền xương giảm xuống, nhất là gãy có di lệch Garden III và Garden IV. Hiện nay tổn thương gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi, chỉ định điều trị chính là phẫu thuật thay khớp háng. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu chúng tôi là 77,4±9,7 tuổi, Nhóm tuổi từ 80 trở lên chiếm tỷ lệ cao

nhất là 49%. Tuổi nhỏ nhất là 55 tuổi, lớn nhất là 96 tuổi. Đối với người cao tuổi, tuổi càng cao chất lượng xương càng giảm. Kết quả phẫu thuật của chúng tôi rất khả quan với tỉ lệ rất tốt và tốt chiếm 80%.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu theo dõi đánh giá trên 51 bệnh nhân gãy cổ xương đùi được phẫu thuật thay khớp háng bán phần không xi măng, chúng tôi nhận thấy rằng: Thay khớp háng là phương pháp điều trị có hiệu quả cao cho những bệnh nhân cao tuổi bị gãy cổ xương đùi.

PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG ĐỒNG THỜI HAI BÊN MỘT THÌ (4 TRƯỜNG HỢP)

Trần Văn Thuyên*

TÓM TẮT¹²

Mục tiêu: Đánh giá tính khả thi và an toàn của phẫu thuật thay khớp háng đồng thời hai bên một thì.

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 04 Người bệnh hoại tử chỏm xương đùi giai đoạn III, IV theo Ficat tại Khoa ngoại Bệnh viện Quốc tế Vinh.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả.

Kết quả: Cả 04 trường hợp hoại tử chỏm xương đùi giai đoạn III, IV theo Ficat sau phẫu

thuật thay khớp háng đồng thời hai bên một thì Người bệnh phục hồi tốt, Harris Hip score tăng và đạt 100 điểm đồng thời Người bệnh cảm thấy hài lòng.

Kết luận: Đây là một điểm sáng để có thể triển khai phẫu thuật này trên những Người bệnh bị thoái hóa hoặc hoại tử chỏm xương đùi hai bên không có bệnh lý nội khoa (Medically fit) và dưới 60 tuổi.

Từ khóa: Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần; Thay khớp háng đồng thời hai bên; Hoại tử chỏm xương đùi.

Chữ viết tắt

BMI: Chỉ số khối lượng cơ thể (BMI = Cân nặng/[(Chiều cao)²])

NMC: Ngoài màng cứng

TS: Tiền sử

TTS: Tê tủy sống

*Bệnh viện Quốc tế Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Thuyên

Email: thuyen.tran@hoanmy.com

SĐT: 983969491

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

SUMMARY**EVALUATING THE RESULT OF ONE-STROKE
SIMULTANEOUS BILATERAL HIP
REPLACEMENT SURGERY**

Purpose: To evaluate the feasibility and safety of one-stroke simultaneous bilateral hip replacement surgery.

Patients: Including 04 patients with stage III, IV femoral head necrosis according to Ficat at the Outpatient Department of Vinh International Hospital.

Method: Descriptive study.

Results: In all 04 cases of stage III, IV femoral head necrosis according to Ficat after hip replacement surgery at the same time on both sides, the patient recovered well, Harris Hip score increased and reached 100 points and the patient felt satisfied.

Conclusions: This is a bright spot to be able to perform this surgery on patients with bilateral femoral head degeneration or necrosis without medical disease (Medically fit) and under 60 years of age.

Keyword: Total Hip Arthroplasty (THA); Bilateral Total Hip Arthroplasty (BLTHA); Femoral Head Avascular Necrosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần (Total Hip Arthroplasty - THA) là lựa chọn ưu tiên cho các trường hợp thoái hóa khớp háng giai đoạn nặng, gãy cổ xương đùi di lệch ở người trẻ, hoại tử chỏm xương đùi giai đoạn nặng để giúp Người bệnh cải thiện chất lượng cuộc sống, vận động và sinh hoạt bình thường. Số lượng phẫu thuật thay khớp háng ngày càng tăng theo năm với nhiều trường hợp phải mổ thêm bên đối diện [1].

Các tài liệu y văn chưa thống nhất phương pháp nào tốt nhất giữa phẫu thuật thay khớp háng 2 bên một thì hay hai thì [2]. Một vài

nguyên cứu chỉ ra rằng tần suất biến chứng cao hơn ở nhóm thay hai khớp háng một thì. Lượng máu mất, cốt hóa bất thường, xuất hiện thuyên tắc tĩnh mạch sâu, nguy cơ biến chứng tại phổi là các biến chứng có thể gặp khi phẫu thuật thay khớp háng hai bên đồng thời [3-5].

Thay khớp háng đòi hỏi phải được thực hiện bởi đội ngũ chuyên khoa giàu kinh nghiệm, chuyên môn cao, hệ thống trang thiết bị hiện đại, đảm bảo phẫu thuật an toàn tuyệt đối. Đồng thời, để thực hiện phẫu thuật thành công thay khớp háng hai bên, Bác sĩ phải hội chẩn liên chuyên khoa: Nội khoa; Gây mê; Hồi sức trước, trong và sau mổ; dự trữ máu, dịch truyền. Trước đây, với Người bệnh thoái hóa khớp háng 2 bên, người ta tiến hành phẫu thuật thay khớp háng từng bên, mỗi bên cách nhau 3 - 6 tháng.

Những ưu điểm nổi trội của phẫu thuật thay khớp háng hai bên cùng lúc:

- Phẫu thuật 1 lần, gây mê (gây tê) 1 lần.
- Tiết kiệm chi phí và giải tỏa tâm lý lo lắng khi phải vào viện phẫu thuật lần 2.
- Người bệnh có thể tập vận động đồng thời cả 2 chân, nhanh chóng hồi phục chức năng của cả 2 khớp háng, giúp Người bệnh sớm trở lại sinh hoạt hàng ngày (không phải tiếp tục chịu đựng cơn đau kéo dài của khớp còn lại) [4,6,7].
- Sử dụng giảm đau sau mổ, giúp Người bệnh có thể luyện tập sớm, tự đi lại sau phẫu thuật 2 ngày, do đó giảm nguy cơ biến chứng như huyết khối tĩnh mạch, loét điểm tỳ, viêm phổi, viêm tiết niệu... rút ngắn thời gian điều trị.
- Dùng kháng sinh dự phòng 1 lần trước mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bao gồm 04 Người bệnh hoại tử chỏm

xương đùi giai đoạn III, IV theo Ficat.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả.

Người Nghiên cứu tiến hành quan sát và đánh giá thực tế tình hình Người bệnh, đồng thời đưa ra những nhận định trong quá trình điều trị. Những trường hợp được lựa chọn sẽ được Nghiên cứu viên tiến hành đánh giá quá trình trước và sau phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bệnh viện Quốc tế Vinh đã thực hiện thành công thay toàn bộ khớp háng đồng thời hai bên thành công cho 04 Người bệnh bị hoại tử chỏm xương đùi hai bên giai đoạn III, IV theo Ficat. Sau mổ Người bệnh hết đau, cải thiện chức năng, điểm Harris Hip Scores đạt 100 sau mổ.

Tiêu chuẩn Ficat

Giai đoạn	Đặc điểm
0	Chỉ phát hiện dựa trên sinh thiết.
I	Xquang bình thường, chẩn đoán dựa vào CT-scanner, MRI.
II	Xquang bình thường, chẩn đoán dựa vào CT-scanner, MRI.
III	Xẹp chỏm xương đùi, vỡ xương dưới sụn.
IV	Thoái hóa khớp thứ phát, biến dạng chỏm xương đùi.

Tóm tắt các ca bệnh

	TH 1	TH 2	TH 3	TH 4
Tuổi	34	43	32	49
TTS và giảm đau NMC	Có	Có	Có	Có
Ngày điều trị	14	14	16	10
Đơn vị máu truyền	3	5	7	2
Kháng sinh dự phòng	Có	Có	Có	Có
Kháng đông	Không	Không	Không	Không

Mô tả chi tiết:

TRƯỜNG HỢP 1: Nam, 34 tuổi.

Tình trạng: Đau nhiều khớp háng hai bên, ảnh hưởng đến giấc ngủ và sinh hoạt.

Nghề nghiệp: Nư dân.

TS: Thói quen hút thuốc, uống rượu thường xuyên.

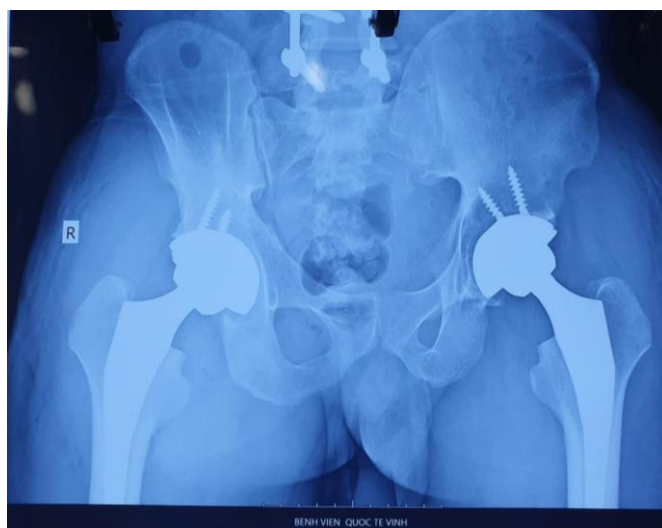
BMI: 22, Harris Hip Scores: 24 điểm.

Chẩn đoán: Tiêu chỏm xương đùi hai bên, Ficat IV.

Chỉ định: Thay khớp háng toàn phần đồng thời hai bên.



Xquang trước mổ



Xquang sau mổ

TRƯỜNG HỢP 2: Nam, 43 tuổi.

Trình trạng: Đau nhiều khớp háng hai bên, ảnh hưởng đến giấc ngủ và lao động.

Nghề nghiệp: Thợ xây.

TS: Thói quen uống rượu thường xuyên.

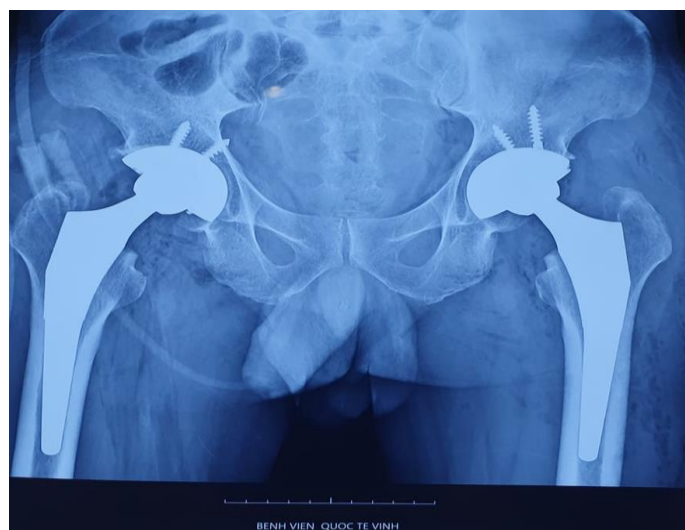
BMI: 23, Harris Hip Scores: 20 điểm.

Chẩn đoán: Tiêu chỏm xương đùi hai bên, Ficat IV.

Chỉ định: Thay khớp háng toàn phần đồng thời hai bên.



Xquang trước mổ



Xquang sau mổ

TRƯỜNG HỢP 3: Nam, 49 tuổi.

Tình trạng: Đau nhiều khớp háng hai bên, ảnh hưởng đến giấc ngủ và sinh hoạt.

Nghề nghiệp: Tự do.

TS: Thói quen uống rượu thường xuyên.

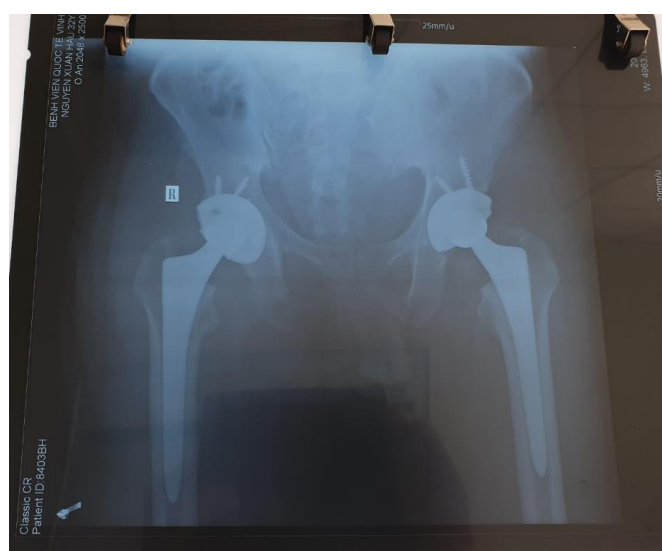
BMI: 23, Harris Hip Scores: 26 điểm.

Chẩn đoán: Tiêu chỏm xương đùi hai bên, Ficat IV.

Chỉ định: Thay khớp háng toàn phần đồng thời hai bên.



Xquang trước mổ



Xquang sau mổ

TRƯỜNG HỢP 4: Nam, 49 tuổi.

Tình trạng: Đau nhiều khớp háng hai bên, ảnh hưởng đến giấc ngủ và sinh hoạt.

Nghề nghiệp: Tự do.

TS: Thói quen uống rượu thường xuyên.

BMI: 24. Harris Hip Scores: 29 điểm.

Chẩn đoán: Tiêu chỏm xương đùi hai bên, Ficat IV.

Chỉ định: Thay khớp háng toàn phần đồng thời hai bên.



Xquang trước mổ



Xquang sau mổ

Một số hình ảnh thực tế của Người bệnh trước phẫu thuật



Và sau phẫu thuật:



IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật thay khớp háng (Total Hip Arthroplasty - THA) ngày càng phổ biến và là lựa chọn điều trị cho giai đoạn cuối của tiêu chỏm, thoái hóa khớp háng... Nghiên cứu của Power [8] và cộng sự chỉ ra rằng phẫu thuật thay khớp háng một thì có thể tiến hành trên một số Người bệnh bị bệnh lý khớp háng hai bên được lựa chọn dựa vào các tiêu chuẩn. Chúng tôi nhận thấy không thể tiến hành thường quy đối với tất cả Người bệnh. Tuy nhiên có thể triển khai phẫu thuật này trên những Người bệnh đặc biệt như: Không có bệnh lý nội khoa (medically fit), dưới 60 tuổi, bị thoái hóa hoặc hoại tử chỏm xương đùi hai bên giai đoạn muộn, thay một khớp háng không đủ hiệu quả và vẫn còn đau bên đối diện nên tập luyện sau mổ khó khăn.

Phẫu thuật thay khớp háng đồng thời hai bên (Bilateral Total Hip Arthroplasty - BLTHA) cho thấy nhiều lợi ích về kinh tế, phục hồi cho Người bệnh và không làm tăng các biến chứng sau mổ. Theo Rolfson và cộng sự [9] khi so sánh phẫu thuật một thì và hai thì thấy giảm 24% viện phí ở những ca thay khớp háng hai bên 1 thì.

Chúng tôi có thể khuyến cáo tiến hành phẫu thuật thay khớp háng hai bên một thì đối với những trường hợp thoái hóa khớp háng hoặc hoại tử chỏm xương đùi hai bên nặng, với thể trạng tốt, không bệnh lý nội khoa (ASA 1,2) và dưới 60 tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alfaro-Adrian J, Bayona F, Rech JA, Murray DW (1999) One- or two-stage bilateral total hip replacement. *J Arthroplasty* 14(4), 439–445.
2. Berend ME, Ritter MA, Harty LD, Keating EM, Meding JB, Thong AE (2005) Simultaneous bilateral versus unilateral total hip arthroplasty an outcomes analysis. *J Arthroplasty* 20(4), 421–426.
3. Parvizi J, Tarity TD, Sheikh E. (2006) Bilateral total hip arthroplasty: one-stage versus two-stage procedures. *Clin Orthop Relat Res* 453, 137–141.
4. Bhan S, Pankaj A, Malhotra R (2006) One - or two-stage bilateral total hip arthroplasty: a prospective, randomised, controlled study in an Asian population. *J Bone Joint Surg (Br)* 88(3), 298–303.
5. Trojani C, d'Ollonne T, Saragaglia D, Vielpeau C, Carles M, Prudhon J-L (2012) One-stage bilateral total hip arthroplasty: Functional outcomes and complications in 112 patients, *Orthop & Traumatol: Surg & Res* 98(6) S120– S123.
6. Taunton MJ, Mason JB, Odum SM, Springer BD (2014) Direct anterior total hip arthroplasty yields more rapid voluntary cessation of all walking aids: a prospective, randomized clinical trial. *J Arthroplasty* 29, 169–172.
7. Martin CT, Pugely AJ, Gao Y, Clark CR (2013) A comparison of hospital length of stay and short-term morbidity between the anterior and the posterior approaches to total hip arthroplasty. *J Arthroplasty* 28, 849–854
8. Power FR, Cawley DT, Curtin PD (2017) Simultaneous bilateral total hip arthroplasties in nonagenarians. *Ir J Med Sci* 186(4), 947–951.
9. Rolfson O, Digas G, Herberts P, Karrholm J, Borgstrom F et al. (2014) One-stage bilateral total hip replacement is cost-saving. *Orthop Muscul Syst* 3, 175.

PHẪU THUẬT LẤY THAI NGƯỜI BỆNH COVID-19 NHỮNG BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA LÂY NHIỄM

Nguyễn Trọng Đại*, Phạm Thị Cẩm Lệ**

TÓM TẮT

Quản lý chu phẫu người bệnh COVID-19 được chỉ định phẫu thuật lấy thai là sự phối hợp đa ngành khó khăn phức tạp, nhằm đảm bảo cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế tối ưu cho mẹ và bé, đồng thời bảo vệ, phòng ngừa lây nhiễm cho nhân viên. Chúng tôi báo cáo 3 ca phẫu thuật lấy thai người bệnh COVID-19 tại Bệnh viện đa khoa Quốc tế Hoàn Mỹ Thủ Đức Thành Phố Hồ Chí Minh.

Từ khóa: phòng ngừa; COVID-19; Phẫu thuật lấy thai

SUMMARY

CAESAREAN SECTION OF PATIENTS WITH COVID-19 INFECTION PREVENTION MEASURES

The perioperative management of COVID-19 patients who are indicated for caesarean section is a complex multidisciplinary collaboration to ensure optimal medical care for mother and baby, simultaneously protect and prevent infection for health-care providers. We report 3 caesarean sections for COVID-19 patients at Hoan My Thu Duc International Hospital in Ho Chi Minh City.

Keywords: Prevent; COVID-19; cesarean section

* *Bệnh viện đa khoa Quốc tế Hoàn Mỹ Thủ Đức*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Đại

Email: dai.nguyen@hoanmy.com

SĐT: 0908345844

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

I. GIỚI THIỆU

COVID-19 lần đầu tiên được phát hiện tại Vũ Hán Trung Quốc vào tháng 12 năm 2019, sau đó nhanh chóng lây lan ra toàn cầu và đã được tổ chức y tế thế giới tuyên bố đại dịch COVID-19 ngày 11 tháng 3 năm 2020 (7). Việt Nam đã có 4 đợt dịch bùng phát và đợt dịch thứ tư là nghiêm trọng nhất với 849.197 ca nhiễm mới (từ ngày 27/4 - 15/10/2021), tổng số tử vong 20.950 (5). Đứng trước tình hình dịch COVID-19 diễn biến nghiêm trọng Bệnh viện đa khoa Quốc tế Hoàn Mỹ Thủ Đức đã chuyển đổi toàn bộ công năng thành bệnh viện điều trị COVID-19 từ ngày 02/08 chung sức cùng Thành Phố Hồ Chí Minh và nhân dân cả nước đẩy lùi dịch bệnh.

Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức đã tiếp nhận những sản phụ nhiễm COVID-19 có chỉ định phẫu thuật lấy thai, đây là phẫu thuật có nguy cơ lây nhiễm rất cao cho nhân viên y tế. Để giải quyết vấn đề này bệnh viện đã xây dựng, ban hành, đào tạo và tuân thủ nghiêm ngặt các nguyên tắc phòng ngừa.

Chúng tôi muốn trình bày trong báo cáo này việc quản lý chăm sóc sản phụ nhiễm COVID-19 cũng như các quy trình liên quan đến gây mê phẫu thuật lấy thai, chia sẻ kinh nghiệm, cung cấp các biện pháp phòng ngừa và kiểm soát lây nhiễm khi phẫu thuật lấy thai sản phụ nhiễm COVID-19 tại Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức.

Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Mọi thông tin từ đối tượng đều thu thập dựa trên hồ sơ bệnh án và đều được giữ bí mật và chỉ

sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Quá trình thu thập thông tin nghiên cứu không can thiệp vào quá trình chẩn đoán, chăm sóc, điều trị.

II. CA BÁO CÁO

Tất cả các ca phẫu thuật lấy thai đều được khám bệnh vào viện, khám và hoàn thành bệnh án truyền nhiễm, bệnh án sản khoa, chỉ định cận lâm sàng tổng quát, cận lâm sàng chuyên khoa, chẩn đoán và đưa ra kế hoạch chăm sóc điều trị, người bệnh cũng được đánh giá tình trạng dinh dưỡng, nguy cơ té ngã và các can thiệp phòng ngừa té ngã, điều trị COVID-19 và theo dõi sản khoa. Khi một sản phụ COVID-19 có chỉ định phẫu thuật lấy thai công tác chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật, thực hiện phẫu thuật trong phòng phẫu thuật, chăm sóc tại phòng hồi tỉnh và chăm sóc hậu phẫu đòi hỏi sự tham gia của nhiều nhân viên nhiều chuyên khoa (02 Bác sĩ phẫu thuật, 02 Bác sĩ gây mê, 01 Bác sĩ nhi chăm sóc và hồi sức sơ sinh, 02 Kỹ thuật viên gây mê, 03 Điều dưỡng dụng cụ, 01 Nữ hộ sinh, 01 Điều dưỡng hồi tỉnh, 01 Hộ lý, 01 nhân viên vệ sinh) nguy cơ lây nhiễm chéo từ người bệnh cho nhân viên rất cao, để giảm thiểu rủi ro này bệnh viện chúng tôi đã xây

dựng, ban hành, triển khai thực hiện và kiểm soát những quy trình, quy định nghiêm ngặt.

1. Chuẩn bị trước phẫu thuật

Dưới sự hướng dẫn của khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh nhân được sắp xếp chuẩn bị tiền phẫu tại phòng chuyển dạ sanh riêng biệt, gần và cùng tầng với phòng phẫu thuật.

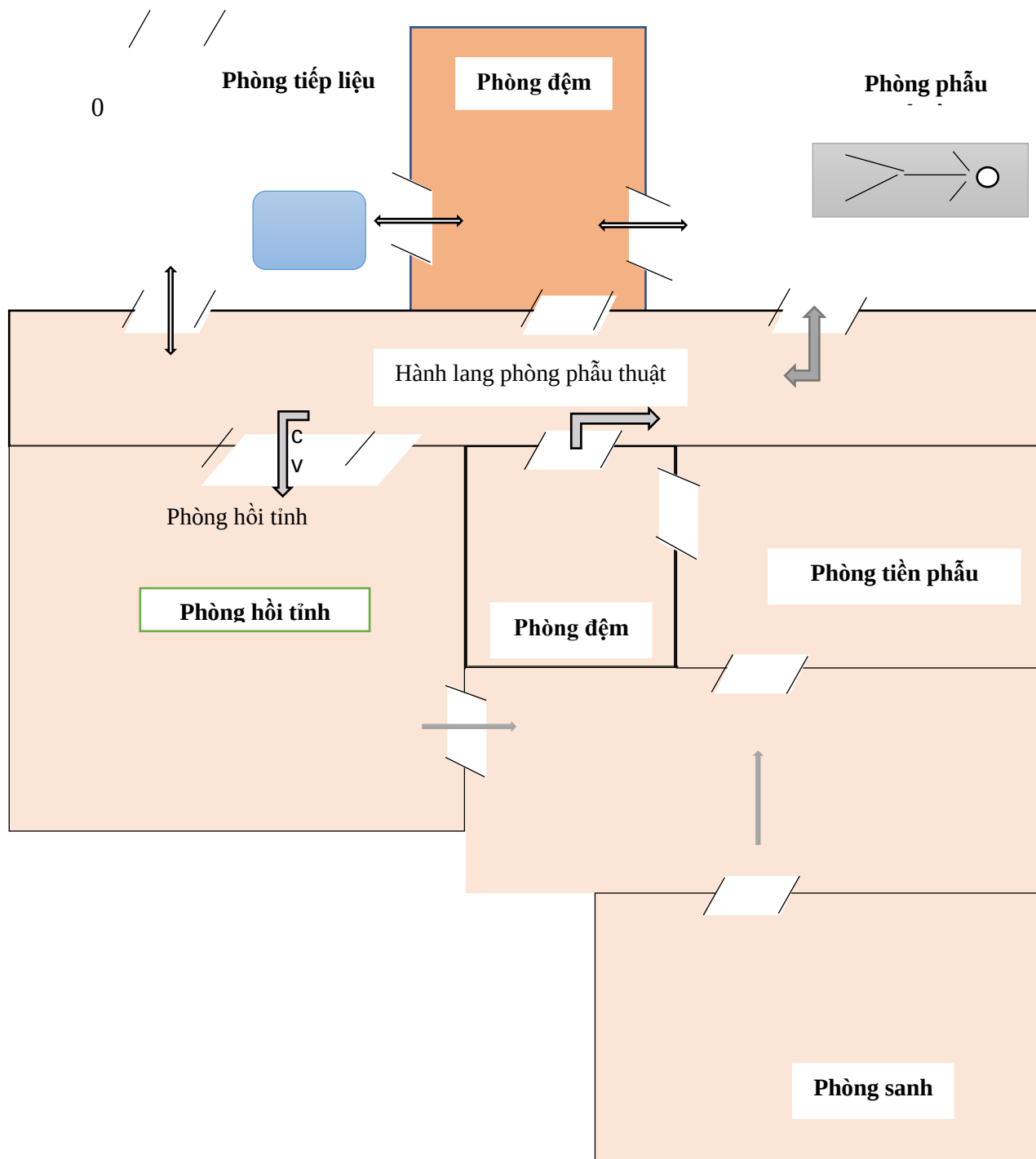
Do không đủ điều kiện và thời gian xây dựng phòng phẫu thuật áp lực âm nên chúng tôi phân định các phòng phẫu thuật hiện có thành các phòng có chức năng riêng biệt: Phòng tiền phẫu, phòng phẫu thuật, phòng đệm, phòng bổ sung vật tư y tế thuốc, phòng hồi tỉnh.

Phòng phẫu thuật được điều chỉnh từ áp lực dương thành cân bằng áp lực, nhưng vẫn đảm bảo 25 lần thay đổi khí/ giờ.

Tất cả các cửa phòng, các xe gây mê, các xe dụng cụ đều được gắn bình xịt khử khuẩn tay nhanh được kiểm tra bổ sung hoặc thay thế thường xuyên.

Chuẩn bị nhân lực, phương tiện phòng hộ cá nhân (PTPHCN): Phương tiện phòng hộ cá nhân được bệnh viện quy định, đào tạo thực hành, kiểm tra PTPHCN, mang PTPHCN, tháo PTPHCN, trang bị đầy đủ PTPHCN phù hợp và kiểm soát việc thực hiện.

Phương tiện phòng	Bộ PPE	Bao	Khẩu	Kính	Tắm	Găng	Găng	Áo
Bác sĩ phẫu thuật:	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Điều dưỡng dụng cụ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Bác sĩ nhi: 01	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
Nữ hộ sinh: 01	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
Bác sĩ gây mê: 02	✓	✓	✓		✓	✓		
Kỹ thuật viên gây	✓	✓	✓		✓	✓		
Điều dưỡng dụng cụ	✓	✓	✓		✓	✓		
Điều dưỡng hỗ trợ	✓	✓	✓		✓	✓		
Điều dưỡng hồi	✓	✓	✓		✓	✓		
Hộ lý: 01	✓	✓	✓		✓	✓		
Nhân viên vệ sinh:	✓	✓	✓		✓	✓		



Chuẩn bị dụng cụ, vật tư, thuốc:

Tất cả máy móc, dụng cụ, vật tư, thuốc được chuẩn bị đầy đủ, đưa vào phòng phẫu thuật sẵn (theo danh sách) bao gồm cả xe hồi sức sơ sinh và hộp thuốc cấp cứu, hạn chế việc mở cửa ra ngoài bổ sung do thiếu, mọi sự trợ giúp cần thiết từ bên ngoài đều thông qua điều dưỡng hỗ trợ bằng bộ đàm

Di chuyển người bệnh:

Người bệnh được di chuyển từ phòng sanh qua phòng phẫu thuật bằng xe chuyên dụng, sau khi vận chuyển xe được khử khuẩn để sử dụng cho lần tiếp theo, người bệnh bắt buộc phải mang khẩu trang phẫu thuật 3 lớp

2. Triển khai trong phòng phẫu thuật

Nhóm phẫu thuật mang PTPHCN đầy đủ theo quy định, Bác sĩ phẫu thuật và Điều dưỡng dụng cụ vòng trong sát khuẩn tay nhanh ngoài cổng thứ nhất, mang áo choàng phẫu thuật, mang găng tay phẫu thuật.

Người bệnh vào phòng phẫu thuật vẫn mang khẩu trang, có sẵn 2 đường truyền tĩnh mạch kim số 18G hoạt động tốt, được lắp thiết bị kiểm báo 5 thông số: Mạch, huyết áp, nhiệt độ, SpO₂, ECG. Việc cho người bệnh thở ôxy bổ sung không cần thực hiện thường quy nếu người bệnh thở không khí phòng mà SpO₂ không dưới 94%, khi cần thở ôxy thì lưu lượng ôxy bổ sung thấp nhất có thể để đạt được SpO₂ mong muốn. Các thuốc chống nôn được sử dụng để giảm nguy cơ phát tán SAR-CoV-2 do nôn ói.

Gây tê tủy sống: Tư thế nằm nghiêng, mức liên đốt sống L3 - L4, điểm châm kim đường giữa, kim tê tủy sống số 25G, thuốc tê Bupivacaine Heavy 0.5% 08-09 mg kết hợp fentanyl 20 mcg, sau khi bơm thuốc tê người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới hông bên phải để người bệnh nghiêng trái 15⁰, dịch truyền và Ephedrine được sử dụng để phòng và

chống hạ huyết áp, Oxytocin, Ergotamine được sử dụng để tăng co hồi tử cung sau khi lấy thai. Dịch truyền được làm ấm bằng máy, người bệnh được chống lạnh bằng mền không khí ấm. Khi mức tê đến T6 phẫu thuật được tiến hành.

Trẻ sơ sinh sau khi lấy khỏi tử cung người mẹ sẽ được chăm sóc, hồi sức tại xe đón bé chuyên dụng có máy hút riêng và máy làm ấm bắt sẵn đảm bảo trẻ không bị lạnh sau khi ra khỏi bụng mẹ, xe đón bé đặt cách bàn phẫu thuật trên 2m, kỹ thuật da kề da sẽ được áp dụng ngay trong phòng phẫu thuật sau khi mẹ đã khử khuẩn tay nhanh và mang khẩu trang liên tục (4).

Chăm sóc sau phẫu thuật: Tại phòng hồi tỉnh bệnh nhân được theo dõi chăm sóc theo quy trình chăm sóc sản phụ phẫu thuật lấy thai, kỹ thuật da kề da vẫn tiếp tục áp dụng, cho bé bú mẹ tự nhiên sau khi mẹ được sát khuẩn tay nhanh, vệ sinh vú và mang khẩu trang phẫu thuật liên tục (4).

3. Thu gom chất thải y tế, vệ sinh, khử khuẩn phòng phẫu thuật

Thu gom vận chuyển đồ vải: Theo quy trình xử lý đồ vải của người bệnh nhiễm SARS-CoV-2 (124430104).

Thu gom vận chuyển chất thải: Theo quy trình xử lý chất thải của người bệnh nhiễm SARS-CoV-2 (124430106)

Sử lý dụng cụ: Theo quy trình xử lý ban đầu dụng cụ sử dụng cho người bệnh nhiễm SARS-CoV-2 (124430101)

Vệ sinh bề mặt phòng phẫu thuật: Theo quy trình vệ sinh phương tiện vận chuyển, môi trường liên quan người bệnh nhiễm SARS-CoV-2 (124430105). Việc vệ sinh bề mặt phòng phẫu thuật còn được tăng cường bằng phun khí dung thuốc diệt khuẩn và chiếu đèn tia cực tím

Bảng 1: Tình trạng của sản phụ COVID-19 phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện đa khoa Quốc tế Hoàn Mỹ Thủ Đức khi nhập viện

Tên người bệnh	Vũ Thị Thu H...	Huỳnh Thị Ngọc H..	Nguyễn T Kim O...
Ngày nhập viện	20 tháng 8	28 tháng 8	07 tháng 9
Năm sinh	1995	1997	1989
Chiều cao (cm)	156	160	154
Cân nặng (Kg)	76	73	60
Mạch (lần/ phút)	90	101	80
Huyết áp (mmHg)	130/70	120/80	110/60
Nhịp thở (lần/ phút)	21	20	20
Nhiệt độ ($^{\circ}\text{C}$)	37	39	36.8
SpO ₂ (%)	93	97	97
Tiền sử bệnh	Khỏe	Khỏe	Khỏe
Tuổi thai	Con so, song thai 37 tuần 2 ngày	Con lần 2. 37 tuần 5 ngày	Con so 39 tuần 4 ngày
Tiền sử sản khoa	Con so	Con lần 2 Vết phẫu thuật cũ, khung chậu giới hạn	Con so
Tình trạng chuyển dạ	Chưa chuyển dạ	Chưa chuyển dạ	Đau bụng ra máu âm đạo 21h 7/9
	BV Quốc tế Mỹ chuyển 19.8	BV thu dung số 7 chuyển 28.8	Chuyển dạ nhập BV HMTĐ 07/9

Bảng 2: Chẩn đoán nhiễm COVID-19

	Vũ Thị Thu H...	Huỳnh Thị Ngọc H...	Nguyễn T Kim O...
Triệu chứng covid-19	không	Ho, sốt 2 ngày	Ho, khó thở >10 ngày
XN COVID lần 1.CT	Dương 19/8 CT 31.33	Dương 27/8 CT 16.64	Dương 8/9 CT 32.5
Ferritin ng/ml	32.47		
D- Dimer ng/ml	6680	889	1869

Bảng 3: Thuốc điều trị COVID-19 sử dụng trước phẫu thuật

	Vũ Thị Thu H...	Huỳnh Thị Ngọc H...	Nguyễn T Kim O...
Xarelto			✓ (ở nhà)
Lovenox	40mg/0.4ml 01ống x 2 (TDD)	40mg/0.4ml 01ống x 2 (TDD)	60mg/0.6ml 01ống x 2 (TDD)
Dexamethasone	4mg 2 ống (TM)	4mg 2 ống (TM)	4mg 2 ống (TM)

Bảng 4: Tình trạng sản phụ và trẻ sơ sinh trong phẫu thuật

	Vũ Thị Thu H...	Huỳnh Thị Ngọc H...	Nguyễn T Kim O...
Thời gian phẫu thuật (phút)	45	55	50
Ngày phẫu thuật	24/8	05/9	08/9
Bé...apgar	Trai 8.9.9 Trai 7.8.9	Trai 7.8.9	Gái 6.8.9
Cân nặng (gr)	3200 2700	3000	2900
Máu mất trong phẫu thuật (ml)	800	200	300
Da kẻ da	✓	✓	✓

Bảng 5: Tình trạng sản phụ sau phẫu thuật và xuất khoa

	Vũ Thị Thu H...	Huỳnh Thị Ngọc H...	Nguyễn T Kim O...
Thời gian nằm hồi tỉnh	4 giờ 20 phút	4 giờ	4 giờ 10 phút
Co hồi tử cung chắc, dưới rốn	✓	✓	✓
Sản dịch	170ml	90ml	70 ml
Phục hồi cảm giác	Hoàn toàn	Hoàn toàn	Hoàn toàn
Phục hồi vận động	Hoàn toàn	Hoàn toàn	Hoàn toàn
Tri giác	Tỉnh	Tỉnh	Tỉnh
Mạch (lần/ phút)	80	72	92
Huyết áp (mmHg)	130/80	110/70	130/80
Nhịp thở (lần/ phút)	21	22	23
SpO ₂ (%)	96	98	98
Nhiệt độ (°C)	36.7	37	36.7

Bảng 6: Tình trạng sản phụ khi xuất viện

	Vũ Thị Thu H...	Huỳnh Thị Ngọc H...	Nguyễn T Kim O...
Thời gian nằm viện	9 ngày 20-28/8	17 ngày 28-13/9	06 ngày 7-12/9
Tri giác	Tỉnh	Tỉnh	Tỉnh
Mạch (lần/ phút)	72	78	72
Huyết áp (mmHg)	100/60	110/70	110/70
Nhịp thở (lần/ phút)	20	20	21
Nhiệt độ (°C)	37	36.7	36.5
SpO ₂ (%)	98	98	99

Ho	Không	Không	Không
Khó thở	Không	Không	Không
Tử cung co hồi dưới rốn	Chắc	Chắc	Chắc
Sản dịch	Ít	Ít	Ít
Vết phẫu thuật	Khô, sạch	Khô, sạch	Khô, sạch
RT- PCR COVID-19	Âm	Âm (test nhanh)	Âm

Bảng 7: Xét nghiệm RT-PCR

	Vũ Thị Thu H...	Huỳnh Thị Ngọc H...	Nguyễn T Kim O...
Mẹ lần 1	Dương (CT: 33.33)	Dương (CT: 16.64)	Dương (CT: 32.5)
Mẹ lần 2	Âm	Dương (CT: 32.4)	Âm
Mẹ khi xuất viện	Âm	Âm (test nhanh)	Âm
Cho con (3 lần)	Âm	Âm	Âm
XN tất cả nhân viên (5 lần)	Âm	Âm	Âm

Không có sản phụ nào được ghi nhận có biểu hiện huyết khối, tắc mạch sau mổ

Sau khi xuất viện không có sản phụ và trẻ sơ sinh nào được thử lại RT- PCR do thấy hoàn toàn khỏe mạnh bình thường (kiểm tra qua điện thoại)

IV. BÀN LUẬN

Ba sản phụ nhiễm COVID-19 được phẫu thuật lấy thai chúng tôi báo cáo đều được xác định nhiễm SAR-CoV-2 bằng xét nghiệm RT-PCR, các bệnh nhân đều có triệu chứng nhẹ hoặc không có triệu chứng. Không có trẻ sơ sinh nào bị nhiễm SAR-CoV-2 ngay sau khi sinh và trước khi xuất viện. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng virus SARS-Cov-2 không được phát hiện trong nước ối, máu cuống rốn hoặc sữa mẹ của phụ nữ mang thai bị nhiễm COVID-19 (2, 3), điều này giải thích cho việc chúng tôi vẫn áp dụng kỹ thuật da kề da, vẫn cho trẻ sơ sinh bú mẹ trực tiếp và cũng không cách ly hoàn toàn mẹ - con nhưng cũng không có hiện tượng lây nhiễm chéo sang con. Chúng tôi đề cao việc giáo dục, hỗ trợ, kiểm soát sản phụ vệ sinh tay,

mang khẩu trang phẫu thuật hoặc N95, vệ sinh vú khi cho trẻ bú hoặc tiếp xúc với trẻ.

Gây tê tùy sống là phương pháp vô cảm được lựa chọn cho phẫu thuật lấy thai sản phụ COVID-19 trừ khi cân nhắc nguy cơ nhiều hơn, trầm trọng hơn lợi ích (1, 6), gây mê nội khí quản trên sản phụ có thể là một tình huống kiểm soát đường thở khó. Phổi là cơ quan đích chính của SARS-Cov-2 nên khi gây mê nội khí quản có thể làm trầm trọng thêm tình trạng tổn thương và các biến chứng phổi, hơn nữa đặt nội khí quản là thủ thuật tạo khí dung tăng nguy cơ lây nhiễm

Phẫu thuật lấy thai sản phụ nhiễm COVID-19 rủi ro lây truyền SAR-CoV-2 cho nhiều nhân viên y tế tham gia phẫu thuật, chuẩn bị và chăm sóc chu phẫu là rất cao từ giọt bắn, khí dung, mô, dịch cơ thể. Để

phòng ngừa lây nhiễm ngoài việc sắp xếp lại phòng phẫu thuật, trang bị đầy đủ phương tiện phòng hộ cá nhân thì việc xây dựng, ban hành, đào tạo và kiểm soát nhân viên tuân thủ nghiêm ngặt mọi quy trình và nguyên tắc phòng ngừa được bệnh viện đặt lên hàng đầu. Qua báo cáo này chúng tôi hy vọng có thể hỗ trợ các bệnh viện có triển khai phẫu thuật lấy thai sản phụ nhiễm COVID-19 một số kinh nghiệm trong quản lý chu phẫu và các biện pháp phòng ngừa lây nhiễm SAR-CoV-2.

V. KẾT LUẬN

Gây tê tùy sống là phương pháp vô cảm được lựa chọn cho phẫu thuật lấy thai sản phụ COVID-19

Xây dựng, tuân thủ nghiêm ngặt mọi quy trình và nguyên tắc phòng ngừa sẽ giảm thiểu nguy cơ lây nhiễm khi phẫu thuật lấy thai sản phụ COVID-19

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Birnbach DJ, Bateman BT. Obstetric anesthesia:** Leading the way in patient safety. *Obstet Gynecol Clin North*

Am. 2019;46:329–37. [PubMed] [Google Scholar]

2. **Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al.** Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID 19 infection in nine pregnant women: A retrospective review of medical records. *Lancet.* 2020;395:809–15. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

3. **Fornari F.** Vertical transmission of Covid-19- A systematic review. *J Pediatr Perinatol Child Health.* 2020;4:7-4:7. [Google Scholar]

4. **Hướng dẫn tạm thời dự phòng và xử trí COVID-19** do chủng vi rút SARS-CoV-2 ở phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh ban hành kèm theo quyết định số: 3982/QĐ-BYT ngày 18/8/2021 của Bộ Y tế

5. https://moh.gov.vn/tin-tong-hop/-/asset_publisher/k206Q9qkZOqn/content/ngay-15-10-co-3-797-ca-mac-covid-19-tai-tp-hcm-soc-trang-va-45-ia-phuong-khac

6. **Sorbello M, El-Boghdadly K, Di Giacinto I, Cataldo R, Esposito C, Falcetta S, et al.** The Italian coronavirus disease 2019 outbreak: Recommendations from clinical practice. *Anaesthesia.* 2020;75:724–32. [PubMed] [Google Scholar]

7. **WHO Director-General's** opening remarks at the media briefing on COVID19 -March 2020

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở PHỤ NỮ MANG THAI NHIỄM COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN ĐIỀU TRỊ COVID-19 HOÀN MỸ THỦ ĐỨC

Mai Phương*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề. Phụ nữ có thai là nhóm đối tượng dễ nhiễm COVID-19 trong dân số chung. Kết quả điều trị ảnh hưởng rất lớn đến thai kỳ hiện tại cũng như sau này. Vì vậy nghiên cứu này với mục đích đánh giá kết quả điều trị ở phụ nữ có thai nhiễm COVID-19 từ đó đưa ra xử trí, tiên lượng sau này.

Phương pháp nghiên cứu: Báo cáo hàng loạt ca ở những phụ nữ có thai nhiễm COVID-19 tại Bệnh viện Điều trị COVID-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức từ 01/08/2021 đến 15/10/2021.

Kết quả: Có tất cả 17 thai phụ nhiễm COVID-19 được chẩn đoán xác định bằng RT-PCR SARS-CoV-2 (có độ tuổi trung bình 30,58), điều trị theo phác đồ của bộ y tế, thời gian nằm viện trung bình 9,11 ngày trong đó có 16 ca mức độ nhẹ, 01 ca mức độ nặng, thành công xuất viện có 15 ca, chuyển viện 02 ca.

Kết luận: Hầu hết phụ nữ có thai nhiễm COVID-19 không có triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ. Kết quả điều trị có tỷ lệ thành công cao.

Từ khóa: phụ nữ có thai, COVID-19

SUMMARY

TREATMENT RESULTS IN PREGNANT WOMEN INFECTED WITH COVID-19 AT

* *Bệnh viện đa khoa Quốc tế Hoàn Mỹ Thủ Đức*

Chịu trách nhiệm chính: Mai Phương

Email: phuong.mai@hoanmy.com

SĐT: 931329923

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

HOAN MY THU DUC COVID-19 TREATMENT HOSPITAL

Pregnant women are among vulnerable population to get COVID-19. The outcome of treatment could be affect to current pregnancy and later. The aim of study is to assess the final outcome of COVID-19 pregnant women in order to manage, prognosis later.

Method: Case-series report. COVID-19 pregnant women are admitted to Hoan My Thu Duc COVID-19 Hospital from 01/08/2021 to 15/10/2021.

Result: A total 17 COVID-19 pregnant women are diagnosed with COVID-19 by RT-PCT test. Sixteen pregnant women have no symptom or mild, only one has severe symptom. The final outcome is fifteen pregnant women had discharged, two had admitted to other hospital.

Conclusions: Most of COVID-19 pregnant women have no symptom or mild. The successful outcome is high.

Key words: Pregnant women, COVID-19.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

COVID-19 là một bệnh lý do coronavirus, đây là một loại virus tương tự các loại virus gây bệnh cúm thông thường khác. Trong khi phần lớn mọi người nhiễm COVID-19 không có triệu chứng hoặc triệu chứng tương tự như cúm thì những người có bệnh lý nền như bệnh phổi, tim mạch, nội tiết và đặc biệt phụ nữ mang thai sẽ có nguy cơ diễn tiến nặng. Kết quả điều trị ở những phụ nữ có thai nhiễm COVID-19 ảnh hưởng trực tiếp đến thai kỳ hiện tại cũng như những lần sau.

Chính vì vậy bài nghiên cứu này với mục đích đánh giá kết quả điều trị ở phụ nữ có thai nhiễm COVID-19 từ đó đưa ra xử trí, tiên lượng sau này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Gồm 17 phụ nữ mang thai nhiễm COVID-19 nhập viện tại Bệnh viện Điều trị COVID-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức từ ngày 01/08/2021 đến 15/10/2021.

2.2.1 Tiêu chuẩn chọn bệnh

Phụ nữ có thai được chẩn đoán nhiễm COVID-19 bằng PCR-RT-SARS-CoV-2 được điều trị nội trú.

2.2.2 Tiêu chuẩn loại trừ

Phụ nữ có thai được chẩn đoán nhiễm COVID-19 bằng PCR-RT-SARS-CoV-2 được điều trị tại nhà.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: báo cáo hàng loạt ca

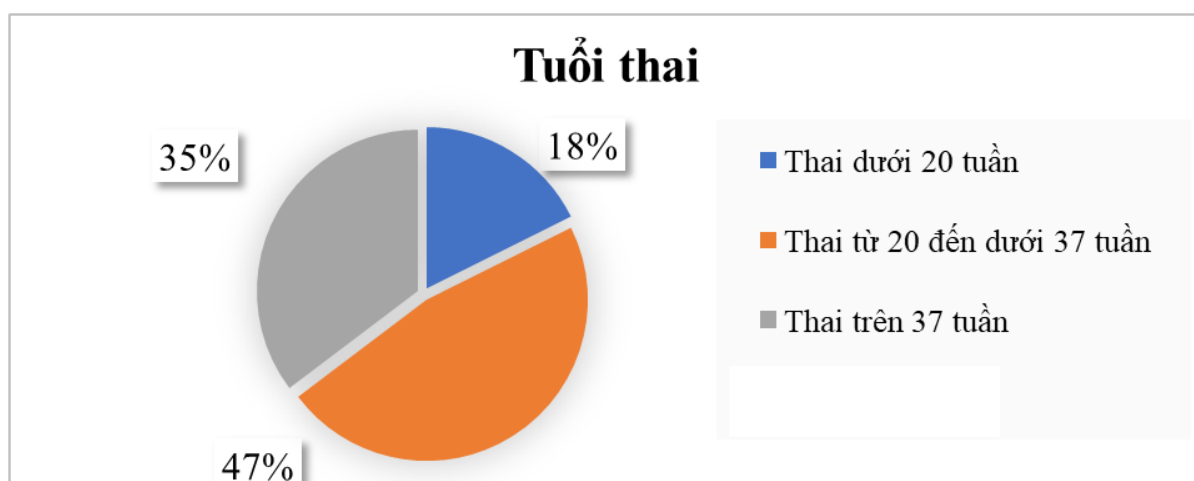
2.2.2 Cách thức tiến hành

Tiêu chuẩn chọn mẫu là tất cả phụ nữ mang thai nhiễm COVID-19 nhập viện tại

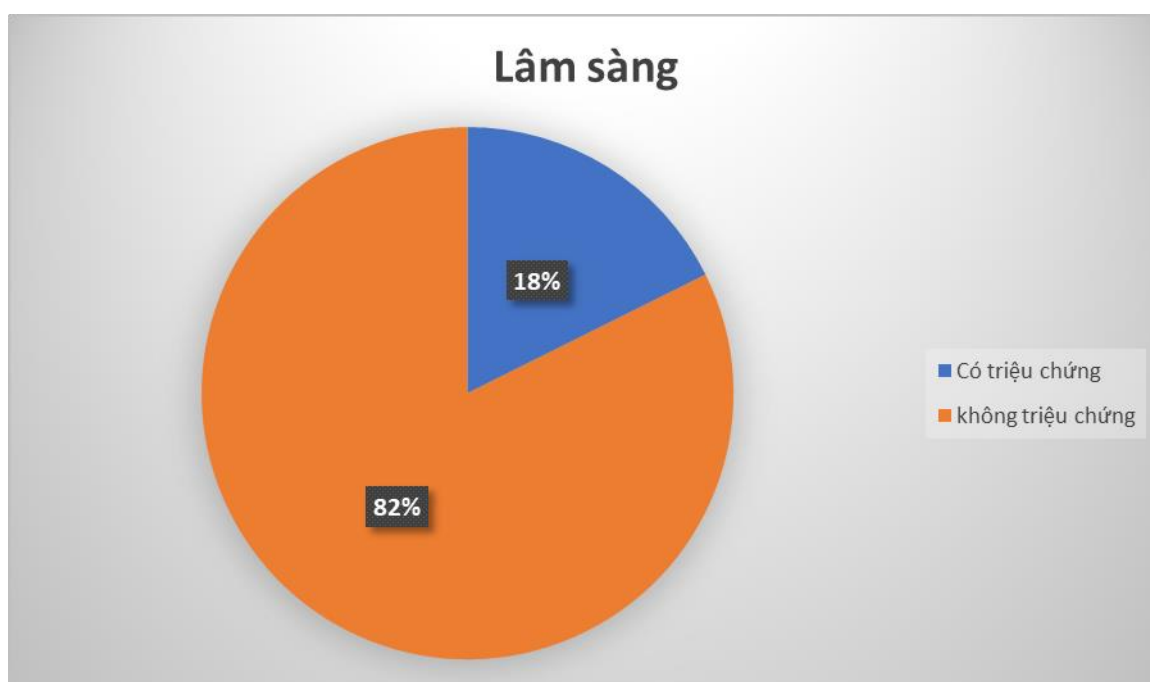
Bệnh viện Điều trị COVID-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức từ ngày 01/08/2021 đến 15/10/2021, có 17 phụ nữ có thai được thống kê trong thời gian này.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

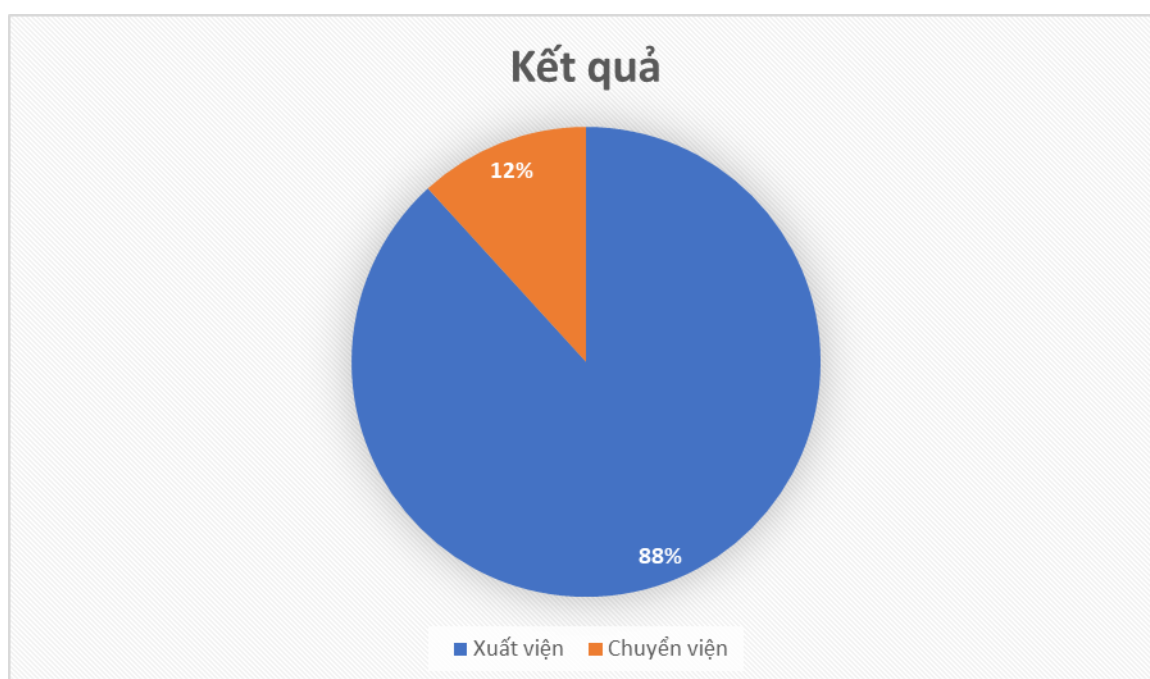
Trong thời gian chọn mẫu có 17 phụ nữ có thai được chẩn đoán nhiễm COVID-19 bằng phương pháp RT-PCR. Tuổi trung bình 30,58. Tuổi thai < 20 tuần có 03 ca, tuổi thai từ 20 đến dưới 37 tuần có 08 ca, tuổi thai trên 37 tuần có 06 ca (Biểu đồ 1). Số ca có triệu chứng (ho) là 03, trong khi 14 ca không có triệu chứng, tất cả các ca đều không có bệnh nền (Biểu đồ 2) . Có 06 ca trên 37 tuần được chấm dứt thai kỳ bằng sinh mổ vì nguyên nhân sản khoa và tất cả các bé sơ sinh có chỉ số Apgar tốt, kết quả RT-PCR âm tính khi xuất viện. Thời gian nằm viện trung bình 09,23 ngày. Trong số 17 ca, có 15 ca được xuất viện, có 02 ca phải chuyển viện (Bảng 01).



Biểu đồ 1. Tuổi thai khi nhiễm COVID-19



Biểu đồ 2. Lâm sàng khi nhiễm COVID-19



Biểu đồ 3. Kết quả điều trị

Kết quả chi tiết của các ca được thể hiện tại bảng sau:

Bảng 01. Kết quả điều trị của thai phụ nhiễm COVID-19

Thai phụ	Tuổi	Tuổi thai	Bệnh nền	Triệu chứng	Sinh thường/ mổ	Lí do mổ	Cân nặng/ APGAR	RT-PCR SARS - CoV bé	Thời gian nằm viện	Kết quả
1	24	38	Không	Không	Mổ	Thai trình ngưng tiến	3000 gram IA 7/8	Âm tính	17	Xuất viện
2	32	38	Không	Không					08	Xuất viện
3	32	39	Không	Không	Mổ	Thai trình ngưng tiến	2900 gram, IA 6/9	Âm tính	06	Xuất viện
4	43	40	Không	Không	Mổ	Đe dọa suy thai	3000 gram IA 7/9	Âm tính	10	Xuất viện
5	33	36	Không	Không					03	Chuyển viện
6	26	38	Không	Không	Mổ	Song thai	Bé 1 : 3200 gram IA 8/9 Bé 2: 2700 gram IA 7/8	Âm tính	09	Xuất viện
7	34	38	Không	Không	Mổ	Vết mổ cũ 02 lần	3880 gram, IA 8/9	Âm tính	07	Xuất viện
8	35	34	Không	Không					09	Xuất viện
9	37	29	Không	Ho					07	Xuất viện
10	24	08	Không	Không					11	Xuất viện
11	32	24	Không	Không					09	Xuất viện
12	32	08	Không	Ho					16	Xuất viện
13	32	26	Không	Không					08	Xuất viện

14	29	34	Không	Không					10	Xuất viện
15	24	36	Không	Không					08	Xuất viện
16	26	08	Không	Không					14	Xuất viện
17	25	24	Không	Ho, khó thở					05	Chuyển viện

IV. BÀN LUẬN

Qua số liệu ghi nhận trên 17 ca, nhận thấy hầu hết các ca không có triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ, điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác ở phụ nữ có thai nhiễm COVID-19. Điều này cũng có thể được lý giải một phần là do tất cả các ca đều không có bệnh nền nên diễn tiến thường tốt hơn.

Trong số 17 ca, có 04 ca được theo dõi sinh ngã âm đạo nhưng thất bại chuyển qua sinh mổ, 02 ca được chỉ định mổ ngay từ đầu. Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mổ lấy thai tăng lên do nhiễm COVID-19, tuy vậy 06 ca sinh mổ trong nghiên cứu đều có chỉ định do nguyên nhân sản khoa, không phải do nguyên nhân COVID-19. Như vậy, đối với những thai phụ nhiễm COVID-19 mức độ nhẹ, quá trình theo dõi xử trí chuyển dạ như những trường hợp không nhiễm COVID-19.

Kết quả 07 em bé sau khi sinh có chỉ số APGAR và kết quả RT-PCR SARS CoV-2 âm tính đều tốt, cũng phù hợp với những nghiên cứu đã có về khả năng thấp em bé nhiễm COVID-19 khi mẹ có thai.

Có 01 ca diễn tiến nặng phải chuyển hồi sức thở máy sau đó được chuyển viện. Thai phụ không có các yếu tố nguy cơ diễn tiến nặng như bệnh lý nền, tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ. Vì nhập viện khi thai 24 tuần, chưa được sàng lọc tiêu đường thai kỳ, cũng

chưa loại trừ đây là một yếu tố làm cho bệnh nặng lên.

Có 02 ca chuyển viện, 01 ca chuyển do nguyên nhân sản khoa (thai chậm tăng trưởng), 01 ca do diễn tiến COVID-19 nặng như đã đề cập.

Trong báo cáo của tôi còn nhiều hạn chế vì đây là nghiên cứu hàng loạt ca, tuy nhiên đây cũng là tiền đề tôi cũng như Bệnh viện có thể dự đoán mô hình thai phụ nhiễm COVID-19 tại Bệnh viện trong thời gian tới, cũng như tiến hành thêm các nghiên cứu sau này.

V. KẾT LUẬN

Thai phụ nhiễm COVID-19 không có bệnh lý nền hay thai kỳ có yếu tố nguy cơ (tiền sản giật, tiểu đường thai kỳ,...), khi nhiễm COVID-19 có kết quả điều trị thành công cao, tỷ lệ xuất viện cũng như kết cục thai kỳ tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arakaki, T., Hasegawa, J., Sekizawa, A. et al. Clinical characteristics of pregnant women with COVID-19 in Japan: a nationwide questionnaire survey. BMC Pregnancy Childbirth 21, 636 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04113-9>.
2. Gupta P, Kumar S, Sharma SS. SARS-CoV-2 prevalence and maternal-perinatal outcomes among pregnant women admitted

- for delivery: Experience from COVID-19-dedicated maternity hospital in Jammu, Jammu and Kashmir (India). *J Med Virol*. 2021 Sep;93(9):5505-5514. doi: 10.1002/jmv.27074. Epub 2021 May 24. PMID: 33974301; PMCID: PMC8242893.
3. **The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2021)**, Coronavirus infection and pregnancy, <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/coronavirus-pregnancy/COVID-19-virus-infection-and-pregnancy/>, truy cập ngày 15/10/2021.
 4. **Dubey, Pallavi et al.** Maternal and neonatal characteristics and outcomes among COVID-19 infected women: An updated systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, Volume 252, 490 – 501.
 5. **Bellos et al.** Maternal and perinatal outcomes in pregnant women infected by SARS-CoV-2: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, November 13, 2020.
 6. **Fox NS, Melka S.** COVID-19 in Pregnant Women: Case Series from One Large New York City Obstetrical Practice. *Am J Perinatol*. 2020 Aug;37(10):1002-1004. doi: 10.1055/s-0040-1712529. Epub 2020 May 21. PMID: 32438425; PMCID: PMC7416214.
 7. **Rasmussen SA, Smulian JC, Lednický JA, Wen TS, Jamieson DJ.** Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 May;222(5):415-426. doi: 10.1016/j.ajog.2020.02.017. Epub 2020 Feb 24. PMID: 32105680; PMCID: PMC7093856.

CẢI THIẾN TỶ LỆ SINH THƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ BÌNH DƯƠNG NĂM 2021

Ngô Thị Tuyết*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ¹⁵

Trong vài thập niên trở lại đây, cùng với tiến bộ trong tay nghề, kỹ thuật mổ lấy thai, kháng sinh, Gây mê hồi sức và điều kiện cơ sở vật chất tại các bệnh viện ngày càng cải thiện nhất là hệ thống bệnh viện tư nhân ngày càng nhiều và hiện đại nên vấn đề mổ

lấy thai an toàn và thuận lợi hơn, chỉ định mổ lấy thai cũng rộng hơn. Cùng với đó là sự xuất hiện ngày càng nhiều các biến chứng nguy hiểm cho cả bà mẹ và thai nhi trong suốt thai kỳ đến khi chuyển dạ và sinh con như nhau cài răng lược, nhau bám vết mổ, nhau tiền đạo... trên sản phụ có vết mổ cũ

Từ năm 1985, Cộng đồng sức khỏe thế giới (The international healthcare community) đã cho rằng tỷ lệ mổ lấy thai (MLT) lý tưởng là trong khoảng 10 – 15%. Kể từ đó tỷ lệ MLT đã tăng dần trong cả các nước và đang tiếp tục phát triển. Mặc dù MLT có thể cứu sống được mẹ, trẻ sinh ra

* Bệnh viện Hoàn Mỹ Tư Nhân Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Tuyết

Email: bstuyetngo@gmail.com

SĐT: 964623678

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

hoặc cho cả hai trong một vài trường hợp, tuy nhiên sự gia tăng nhanh chóng tỷ lệ MLT mà không có bằng chứng rõ ràng về việc làm giảm bệnh suất cũng như tử suất của mẹ và con cho thấy việc chỉ định MLT đã quá rộng rãi.

Nhiều nghiên cứu đã được tiến hành và đưa ra các chiến lược để làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai bao gồm việc tránh mổ lấy thai chủ động không cần thiết. Cải thiện việc lựa chọn các trường hợp kích thích chuyển dạ và mổ lấy thai trước chuyển dạ cũng có thể làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai chung

Sự gia tăng tỷ lệ mổ lấy thai đã trở nên vấn đề quan ngại của các chính phủ và các bác sỹ sản khoa có thể dẫn đến những hậu quả tiêu cực cho sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu “Thực trạng và giải pháp cải thiện tỷ lệ sinh thường tại bệnh viện hoàn mỹ bình dương năm 2021”. **Mục tiêu**

1. *Tìm hiểu thực trạng mổ lấy thai theo phân loại Robson tại khoa sản BV HMBD năm 2021.*

2. *Rút ra giải pháp giúp cải thiện tỷ lệ sinh thường tại khoa sản BV HMBD năm 2021.*

SUMMARY

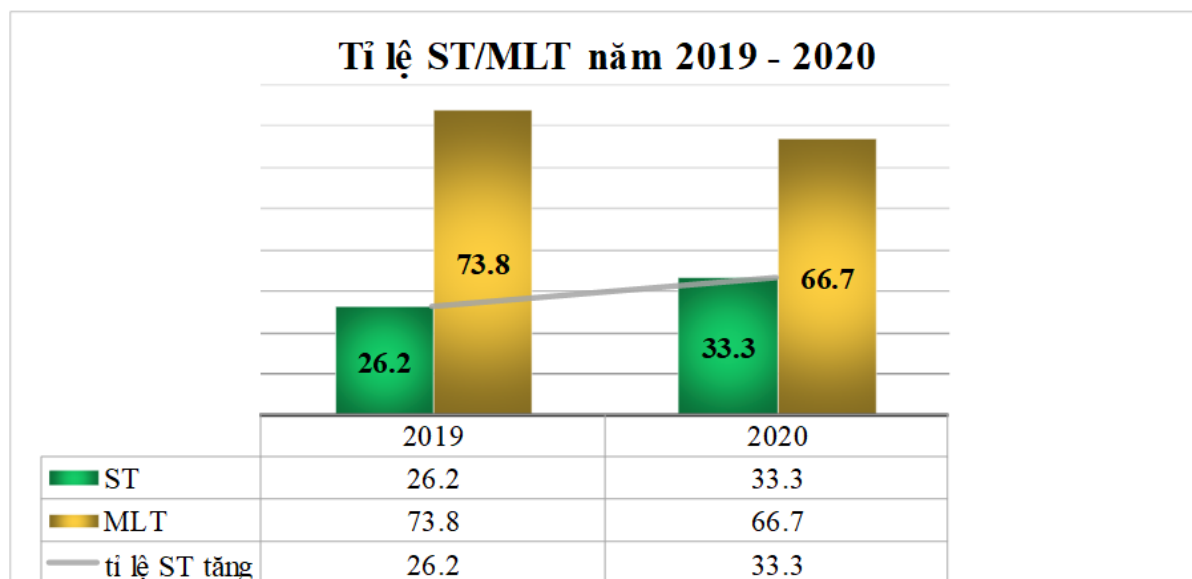
IMPROVING THE RATE OF NORMAL BIRTH AT HOAN MY BINH DUONG HOSPITAL IN 2021

II. THỰC TRẠNG

Trong những năm qua tỷ lệ mổ lấy thai tại bệnh viện vẫn còn rất cao và là điều trăn trở của Ban giám đốc bệnh viện và điều này thúc đẩy hành động phát triển hệ thống sản khoa và các yếu tố liên quan để giảm tỷ lệ mổ lấy thai.

➤ Năm 2019: tổng số sinh **217** cas, mổ thai chiếm 73.8% - T1 sinh thường 26.2%

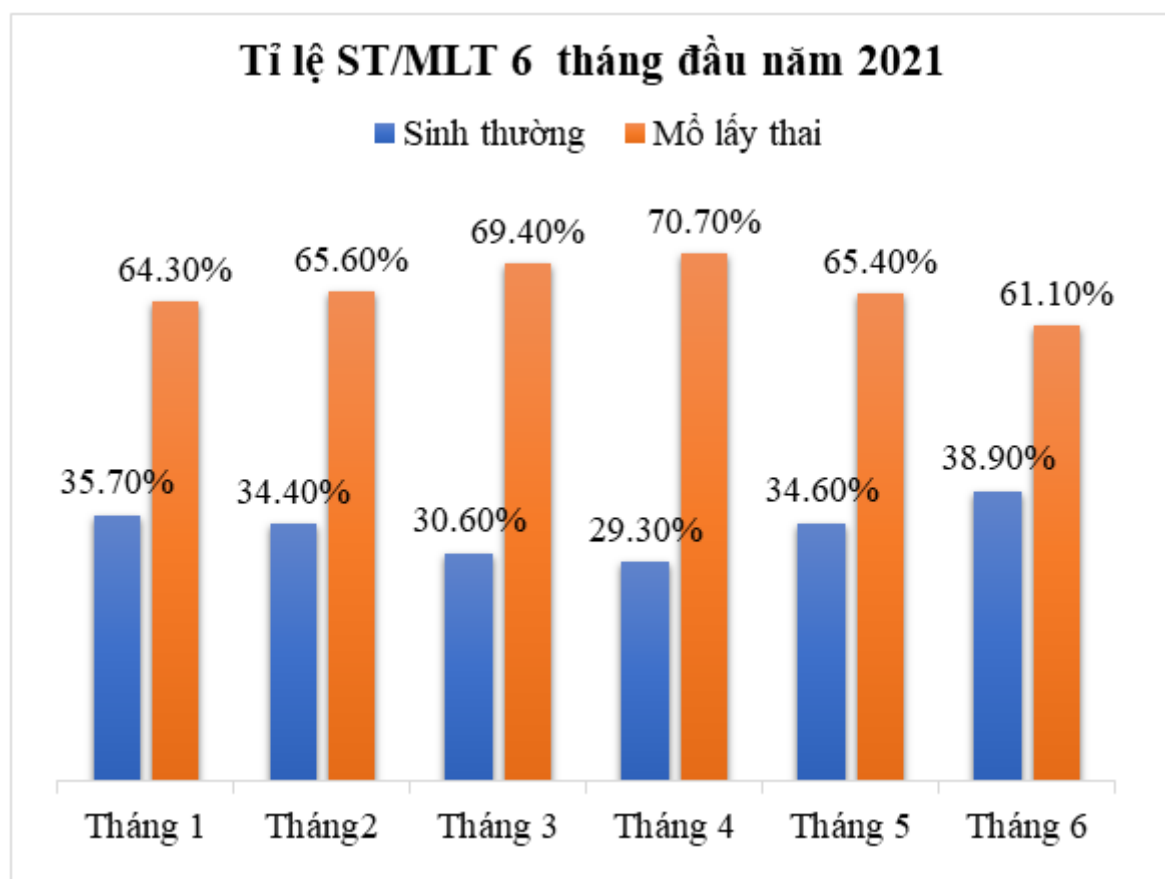
➤ Năm 2020: tổng số sinh **282** cas, mổ lấy thai chiếm 66.7% - Sinh thường 33.3%



• Cùng với sự phát triển của bệnh viện trong 6 tháng đầu năm 2021 lượng bệnh nhân đến sinh tại bệnh viện và tỷ lệ sinh thường có sự chuyển biến tích cực tuy nhiên

tỷ lệ sinh thường vẫn còn thấp.

➢ 6 tháng đầu năm 2021: tổng số sinh 340 cas trong đó tỷ lệ Mổ lấy thai 65.4% - sinh thường 34,6%



III. NGUYÊN NHÂN

1. Lực lượng bác sỹ cơ hữu còn mỏng, các Bs làm bán thời gian có khuynh hướng mổ lấy thai nhiều hơn.

2. Thiếu trang thiết bị và kinh nghiệm trong theo dõi chuyển dạ

3. Lĩnh vực nhi sơ sinh còn yếu, chưa có đơn nguyên sơ sinh làm gia tăng tâm lý mổ lấy thai sẽ an toàn hơn

4. Tâm lý sản phụ sợ đau và ám ảnh lần sinh trước

5. Số người sinh con đầu lòng tăng nhanh. Sản phụ trên 35 tuổi sinh con đầu lòng nhiều

IV. CÁC GIẢI PHÁP

Cải tạo cơ sở hạ tầng

- Đầu tư xây dựng mới 2 phòng mổ đạt tiêu chuẩn có hệ thống áp lực dương.
- Cải tạo phòng điều trị nội trú VIP.
- Cải tạo phòng khám sản, phòng sinh.
- Mua sắm bổ sung trang thiết bị phục vụ sản khoa.



Tập trung nguồn lực khoa nhi vào lĩnh vực nhi sơ sinh

- BS chuyên khoa nhi thăm khám cho nhi sơ sinh vào mỗi buổi sáng.
- Phối hợp Bs Nhi có mặt tại phòng mổ và phòng sinh khi đón bé.
- Điều dưỡng khoa Nhi 100% có chứng chỉ nhi sơ sinh
- Thành lập đơn nguyên sơ sinh.



3.3. Giáo dục kiến thức sinh sản.

- ✓ Tổ chức các lớp học tiền sản cho thai phụ.
- ✓ Tổ chức các lớp học cho bố.
- ✓ Tư vấn về lợi ích sinh ngã âm đạo và nuôi con bằng sữa mẹ.
- ✓ Họp hội đồng người bệnh giải đáp thắc mắc hàng tuần.

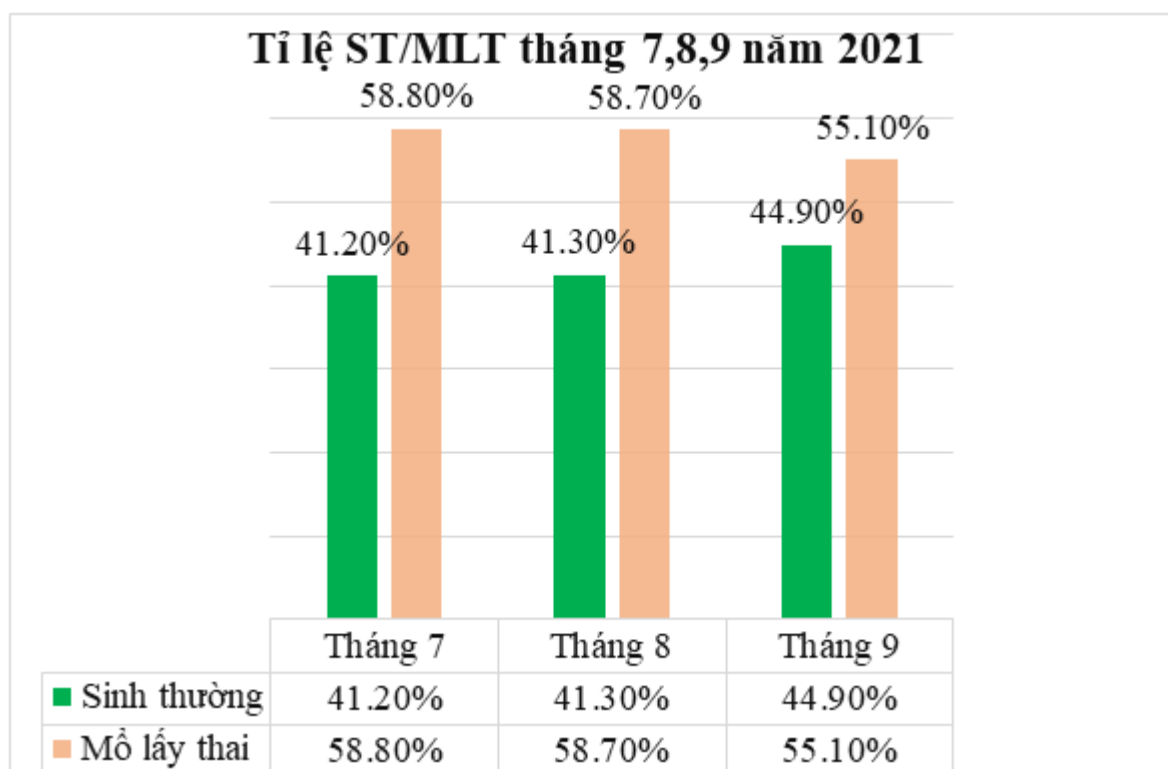


III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 7/2021 sau khi áp dụng một số thay đổi trong chính sách và cải thiện lâm sàng hiệu quả tỷ lệ mổ lấy thai đã giảm rõ rệt đồng nghĩa với gia tăng tỷ lệ sinh thường.

- Tháng 7/2021: tổng số sinh **164 cas** tỷ lệ sinh thường **41.2%**.
- Tháng 8/2021: tổng số sinh **502 cas** tỷ lệ sinh thường **41.3%**.
- Tháng 9/2021: Tổng số sinh **500 cas** tỷ lệ sinh thường **44.9%**.

So với năm 2019 và 2020 tỷ lệ sinh thường đã cải thiện từ 26.2% lên 44.9%



KẾ HOẠCH CẢI THIỆN NHẪM TĂNG TỈ LỆ SANH THƯỜNG

- Phân tích tình hình mổ lấy thai t7,t8,t9 năm 2021 theo phân loại Robson.
- Xác định các phân nhóm có thể can thiệp để giảm tỷ lệ sinh mổ trong thời gian tới.
- Đề xuất giải pháp tăng tỷ lệ sinh thường năm 2022

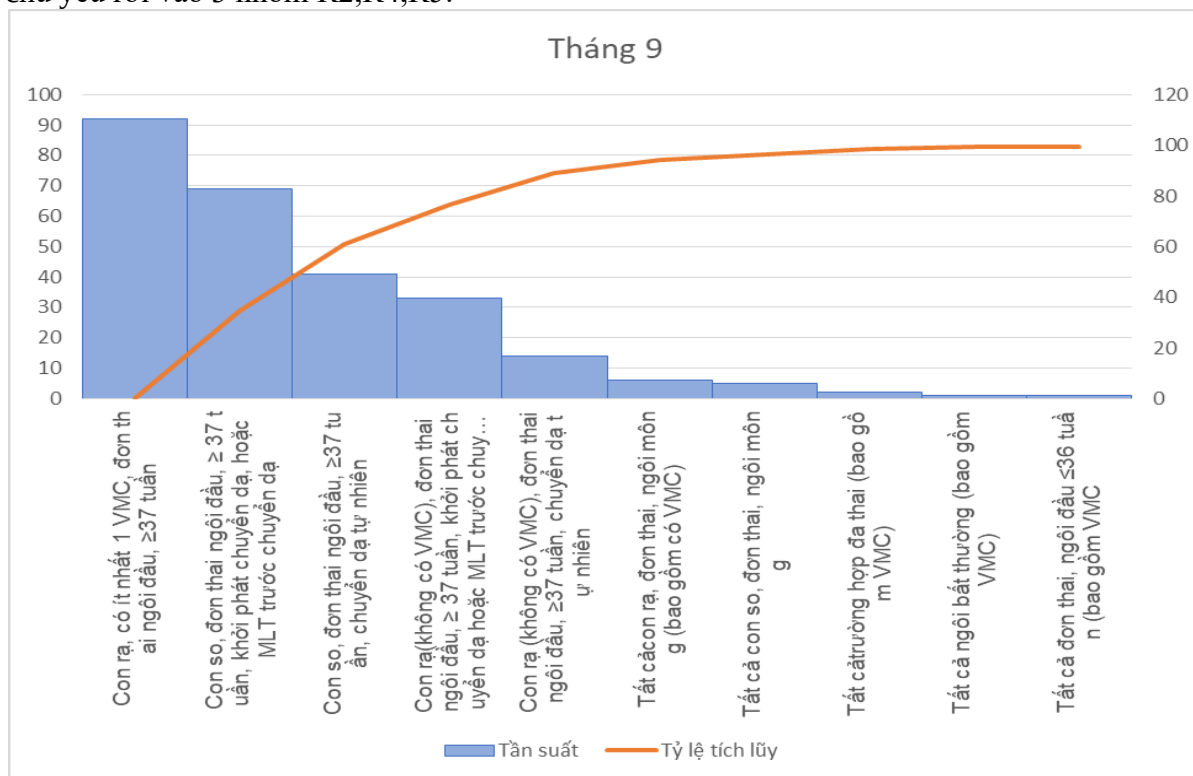
Phân loại các nhóm chỉ định mổ lấy thai dựa theo bảng phân loại Robson tháng 7,8,9 năm 2021

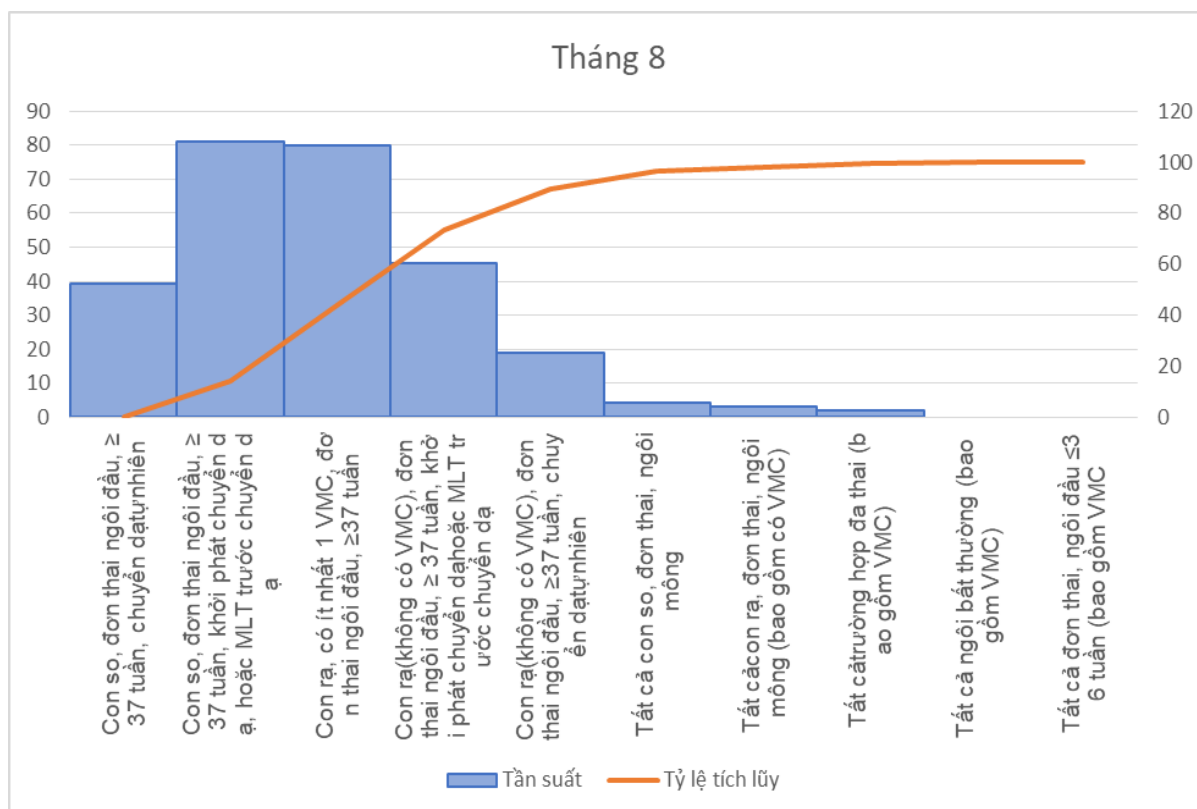
Stt	Nhóm	Tháng 7		Tháng 8		Tháng 9	
		số lượng (n)	tỷ lệ (%)	số lượng (n)	tỷ lệ (%)	số lượng (n)	tỷ lệ (%)
1	Con so, đơn thai ngôi đầu, ≥ 37 tuần, chuyển dạ tự nhiên	13	13.8	39	14.3	41	15.5
2	Con so, đơn thai ngôi đầu, ≥ 37 tuần, khởi phát chuyển dạ, hoặc MLT trước chuyển dạ	14	14.9	81	29.7	69	26.1
3	Con rạ (không có VMC), đơn thai ngôi đầu, ≥ 37 tuần, chuyển dạ tự nhiên	11	11.7	19	7.0	14	5.3
4	Con rạ (không có VMC), đơn	23	24.5	45	16.5	33	12.5

	thai ngôi đầu, ≥ 37 tuần, khởi phát chuyển dạ hoặc MLT trước chuyển dạ						
5	Con rạ, có ít nhất 1 VMC, đơn thai ngôi đầu, ≥ 37 tuần	28	29.8	80	29.3	92	34.8
6	Tất cả con so, đơn thai, ngôi mông	0	0.0	4	1.5	5	1.9
7	Tất cả con rạ, đơn thai, ngôi mông (bao gồm có VMC)	3	3.2	3	1.1	6	2.3
8	Tất cả trường hợp đa thai (bao gồm VMC)	1	1.1	2	0.7	2	0.8
9	Tất cả ngôi bất thường (bao gồm VMC)	0	0.0	0	0	1	0.4
10	Tất cả đơn thai, ngôi đầu ≤ 36 tuần (bao gồm VMC)	1	1.1	0	0.0	1	0.4
	Tổng	94	100	273	100	264	100

Biểu đồ Pareto

Qua phân tích biểu đồ Pareto cho thấy trong tháng 7,8,9 năm 2021 tình trạng mổ lấy thai chủ yếu rơi vào 3 nhóm R2,R4,R5.





Qua biểu đồ Pareto cho thấy 3 nhóm theo Robson chiếm tỷ lệ # 80% chỉ định mổ lấy thai trong T7, T8, T9

➤ Nhóm 2 :

Con so, đơn thai ngôi đầu, ≥ 37 tuần, khởi phát chuyển dạ, hoặc MLT trước chuyển dạ

➤ Nhóm 4:

Con rạ (không có VMC), đơn thai ngôi đầu, ≥ 37 tuần, khởi phát chuyển dạ hoặc MLT trước chuyển dạ.

➤ Nhóm 5:

Con rạ, có ít nhất 1 VMC, đơn thai ngôi đầu, ≥ 37 tuần

Trong 3 nhóm trên thì nhóm có thể tác động mang tính khả thi cao nhất là nhóm số 2 và nhóm 4

ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP TĂNG TỶ LỆ SINH THƯỜNG NĂM 2022

1. Khởi phát chuyển dạ với thai quá ngày dự sinh

- Sonde Foley, thuốc... với thai quá ngày dự sinh.

2. Phòng sanh gia đình : cho người nhà cùng thai phụ đón bé chào đời để thai phụ an tâm và có động lực cố gắng sanh thường.

3. Giảm đau sản khoa: kết hợp với bác sĩ gây mê hồi sức thực hiện giảm đau sản khoa

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MT, Zhang J, Tunçalp Ö, Mori R, Morisaki N, Panozo EOP, Hernandez BH, Pérez-Cuevas R, Qureshi Z, Gülmezoglu AM, Temmerman M. On behalf of the WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Use

- of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Health* 2015; 3: e260–70.
2. **World Health Organization.** Robson classification Implementation manual. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259512/9789241513197-eng.pdf;jsessionid=AF3D95E4BFA6D6A4ACDAAFAE4BFABD22?sequence=1>
3. **Nguyễn Đức Hình, Dương Tử Kỳ.** Nhận xét 247 trường hợp mổ lấy thai ở khoa Sản bệnh viện Bạch Mai. *Y học Việt Nam*, số 1-2005, trg 1-6
4. **Đoàn Vũ Đại Nam, Nguyễn Duy Tài.** Khảo sát tỷ lệ mổ lấy thai theo nhóm phân loại của Robson tại bệnh viện Hùng Vương 2016-2017. *Y học TP Hồ Chí Minh*, phụ bản tập 22, số 1, 2018.
5. **Hoàng Ngọc Tú, Bạch Cẩm Ân, Phan Viết Tâm, Phan Lê Vy Phương, Ngô Hoàng Hiếu, Nguyễn Thị Đông Hiền.** Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai theo phân loại Robson tại bệnh viện Trung Ương Huế. <https://www.tailieumienphi.com/nghien-cuu-chi-dinh-mo-lay-thai-theo-phan-loai-robson-tai-benh-vien-trung-uong-h-x1ofuq.html>.
6. **Robson M, Murphy M, Byrne F.** Quality assurance: The 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, and cesarean delivery. *National Maternity Hospital, Dublin, Ireland. International Journal of Gynecology and Obstetrics* 131 (2015) S23–S27

TỶ LỆ ĐẠT MỤC TIÊU KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI PHÒNG KHÁM NỘI TIẾT BỆNH VIỆN ĐA KHOA HOÀN MỸ CỬU LONG

Thạch Thị Phola*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Để ngăn ngừa và làm giảm các biến chứng của bệnh đái tháo đường, việc kiểm soát đường huyết theo mục tiêu cho bệnh nhân là điều bắt buộc. Tại Việt Nam, có một số nghiên cứu khảo sát tỷ lệ đạt mục tiêu HbA1c trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2, nhìn chung tỷ lệ đạt

còn thấp, dao động khoảng 30 - 40%. Tuy nhiên vẫn chưa có nghiên cứu cụ thể về tỷ lệ này tại Phòng khám Nội tiết, Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long. **Mục tiêu:** 1) Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng; 2) Xác định tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị và một số yếu tố liên quan sau 06 tháng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị tại phòng khám Nội tiết, bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang, được tiến hành trên 514 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 đang điều trị tại Phòng khám Nội tiết, Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long từ tháng 03 năm 2019 đến tháng 12 năm 2019. **Kết quả:** Có 64% đối tượng

*Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long

Chịu trách nhiệm chính: Thạch Thị Phola

Email: tphola@gmail.com

SĐT: 0904580845

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

là nữ, độ tuổi < 65 chiếm 71%, tuổi trung bình $59 \pm 11,88$, nhỏ nhất 17 và lớn nhất 93 tuổi; 41,4% có thời gian mắc bệnh < 5 năm, thời gian trung bình mắc bệnh $6,92 \pm 5,06$. Thể trạng bình thường: 43,8%, thừa cân 28,2%. Có 50% đối tượng mắc bệnh THA, 45,5% bệnh mạch vành, 77,6% rối loạn lipid máu. Tuân thủ chế độ ăn tốt 28,6%, kém 30,9%. Tuân thủ vận động thể lực < 3 lần/tuần đạt 39,5%, không vận động 42%. Điều trị phối hợp 02 nhóm thuốc viên 31,1%, dùng phối hợp insulin và thuốc viên 28%. Kết quả đường huyết đói và HbA1c đạt mục tiêu sau 6 tháng lần lượt là 54,9% và 44,9%. Nhóm tuổi < 65 tuổi có hiệu quả kiểm soát HbA1c $\leq 7\%$ cao gấp 1,82 lần so nhóm ≥ 65 tuổi. Nhóm đối tượng tuân thủ chế độ ăn tốt kiểm soát HbA1c $\leq 7\%$ so với các nhóm còn lại lần lượt: 5,04 lần và 9,39 lần. Nhóm đối tượng trước can thiệp có HbA1c $\leq 7\%$ duy trì tỷ lệ HbA1c cao gấp 5,27 lần. **Kết luận:** HbA1c đạt mục tiêu sau 6 tháng điều trị chiếm tỷ lệ cao. Bệnh nhân nhỏ tuổi, tuân thủ chế độ ăn tốt và mức HbA1c ban đầu là các yếu tố liên quan độc lập đến kiểm soát HbA1c $\leq 7\%$ sau 6 tháng điều trị.

Từ khóa: Đái tháo đường típ 2, đường huyết, HbA1c.

SUMMARY

THE RATE OF ACHIEVEMENT GLYCEMIC CONTROL TARGET ON TYPE 2 DIABETES PATIENTS AT ENDOCRINE DISEASE CLINIC OF HOAN MY CUU LONG GENERAL HOSPITAL

Background: To prevent and reduce the complications of diabetes, targeted blood glucose control for the patient is imperative. In Vietnam, a number of studies have investigated the rate of achieving HbA1c targets in type 2 diabetes patients, in general, the rate is low, ranging from 30 - 40%. However, there are no specific studies

on this ratio at the Endocrinology Clinic, Hoan My Cuu Long General Hospital. **Objectives:** 1) Survey clinical and subclinical characteristics; 2) Determine the rate of achieving treatment goals and some factors related to treatment results after 6 months in type 2 diabetes patients treated in the Endocrinology clinic. Hoan My Cuu Long General Hospital. **Subjects and methods:** Progressive, cross-sectional description Study, conducted on 514 type 2 diabetes patients who are being treated at the Endocrinology Clinic, Hoan My Cuu Long General Hospital from March 2019 to December 2019. **Results:** 64% of subjects are female, accounting for 71% of the age < 65, the mean age 59 ± 11.88 , the minimum age of 17 and the oldest 93 years old; 41.4% had duration of disease < 5 years, mean time was 6.92 ± 5.06 . Normal condition: 43.8%, overweight 28.2%. There are 50% of subjects with hypertension, 45.5% coronary artery, 77.6% dyslipidemia. Adhering to a good diet 28.6%, poor 30.9%. Keeping to exercise < 3 times/week reached 39.5%, not keeping is 42%. Treatment with 2 oral antidiabetes drugs is 31.1%, using a combination of insulin and OAD is 28%. The results of fasting blood sugar and HbA1c reaching the target after 6 months are 54.9% and 44.9% respectively. The control effect of HbA1C $\leq 7\%$ in the group <65 years old is 1.82 times higher than that in the ≥ 65 year old group; The subjects who adhering to a good diet has better controlled HbA1c $\leq 7\%$ than other groups: 5.04 times and 9.39 times, respectively. The pre-intervention group who have HbA1c $\leq 7\%$ have maintained HbA1c rate 5.27 times higher other group. **Conclusion:** HbA1c achieved the target after 6 months of treatment with a high rate. Young patients, good dietary adherence and baseline HbA1c levels were independent factors in controlling HbA1c $\leq 7\%$ after 6 months of treatment.

Keywords: Type 2 diabetes, blood glucose, HbA1c.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Liên đoàn đái tháo đường thế giới, năm 2015 thế giới có 415 triệu người mắc bệnh đái tháo đường, trong đó 56% người bệnh đái tháo đường đang sống ở khu vực Đông Nam Á hoặc vùng Tây Thái Bình Dương [12]. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường là 5,5%, và khu vực Đồng bằng sông Cửu Long có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất 7,2% [1]. Để ngăn ngừa hay làm giảm các biến chứng của bệnh đái tháo đường, việc điều trị nhằm kiểm soát đường huyết theo mục tiêu hiện nay là điều bắt buộc. Mặc dù luôn nỗ lực để điều trị tích cực, nhưng nhiều bệnh nhân đái tháo đường típ 2 vẫn không đạt được mục tiêu đường huyết. Ở Mỹ theo điều tra về sức khỏe và dinh dưỡng năm 2003 – 2004, tỷ lệ đạt mục tiêu HbA1c là 56,8% [11]. Ở 8 nước Châu Á 2005 là 37,3% [8], Tại Việt Nam theo Diabcare-Asia 1998 là 18% [9], theo chương trình JADE là 29% [13]. Biết được thực trạng kiểm soát đường huyết của bệnh nhân đái tháo đường típ 2 và các yếu tố liên quan tại một địa phương, bệnh viện là rất cần thiết vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với 02 mục tiêu: 1) Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2; 2) Xác định tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị và các yếu tố liên quan sau 06 tháng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị tại phòng khám nội tiết Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Tất cả bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại khoa khám

bệnh, Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long từ tháng 3/2019 đến tháng 12/2019.

Tiêu chuẩn chọn: Bệnh nhân đái tháo đường típ 2 được chẩn đoán theo tiêu chí của ADA 2018, còn tỉnh táo để trả lời phỏng vấn, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại: Bệnh nhân đái tháo đường mới phát hiện hoặc đang được điều trị tại phòng khám nhưng dưới 03 tháng; đái tháo đường thai kỳ; đái tháo đường típ 1; có bệnh thận mạn giai đoạn 4 trở lên; xơ gan child B,C; bệnh lý huyết học.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: 514 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được chọn vào nghiên cứu trong thời gian từ tháng 3 năm 2019 đến tháng 12 năm 2019.

Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, nghề nghiệp.

- Đặc điểm lâm sàng: Thời gian mắc bệnh ĐTĐ, tiền sử bệnh tật, BMI, tuân thủ chế độ ăn, vận động thể lực, thuốc đang điều trị: thuốc viên, thuốc viên và insulin, insulin đơn thuần.

- Đặc điểm cận lâm sàng: Glucose, HbA1c, Cholesterol, Triglycerid, LDL-c, HDL-c.

- Đánh giá kết quả đường huyết đạt mục tiêu trước và sau can thiệp: Glucose, HbA1c sau 6 tháng.

Glucose: $\leq 7,2$ mmol/L: đạt mục tiêu.

HbA1c $\leq 7\%$: đạt mục tiêu.

- Một số yếu tố liên quan với kiểm soát HbA1c đạt mục tiêu: Nhóm tuổi, giới, thời gian mắc bệnh ĐTĐ, tuân thủ chế độ ăn, vận động thể lực, BMI, nhóm thuốc đang điều trị, HbA1c, đường huyết đói (glucose).

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n = 514	Tỷ lệ (%)
Tuổi TB $\pm$ DLC (nhỏ nhất - lớn nhất)		59 $\pm$ 11,88 (17 – 93)	
Tuổi	< 65	363	70,6
	$\geq$ 65	151	29,4
Giới	Nam	184	36,0
	Nữ	330	64,0

Nhận xét: Độ tuổi mắc bệnh đái tháo đường trung bình 59 tuổi, nhỏ nhất 17 tuổi, lớn nhất 93, nhóm tuổi < 65 chiếm 70,6%. 64% là nữ giới.

2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

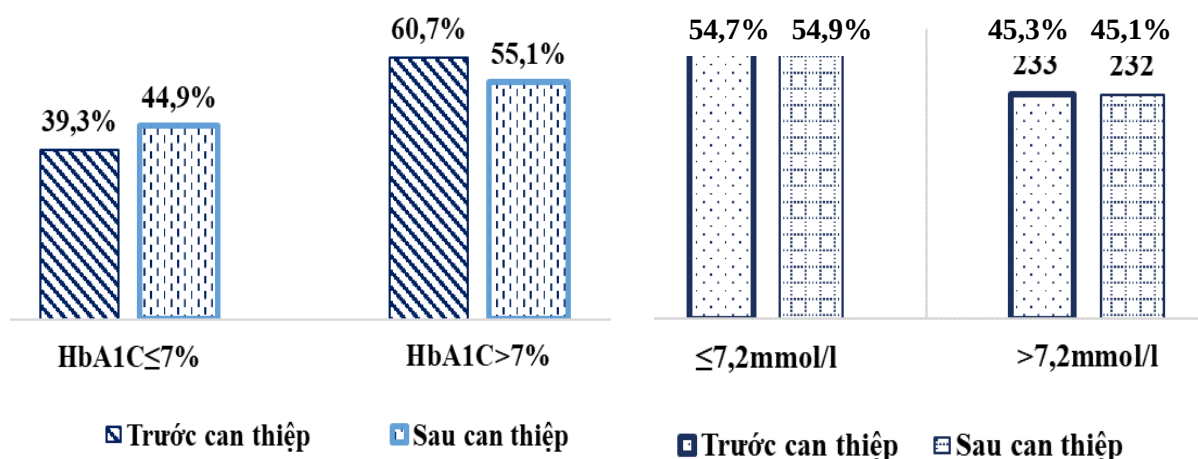
Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Có (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian mắc bệnh TB $\pm$ DLC		6,92 $\pm$ 5,055	
< 5 năm		213	41,4
5 – 10 năm		195	37,9
> 10 năm		106	20,6
Tiền sử bệnh			
Tăng huyết áp		257	50
Bệnh động mạch ngoại biên		27	5,3
Bệnh mạch vành		234	45,5
Bệnh mạch máu não		12	2,3
Bệnh vồng mạc		2	0,4
Rối loạn lipid máu		399	77,6
BMI TB $\pm$ DLC		23,5 $\pm$ 3,0	
< 18,5	Gầy	15	2,9
18,5 - 22,9	Bình thường	225	43,8
23 - 24,9	Thừa cân	145	28,2
25 - 29,9	Béo phì độ I	108	21,0
$\geq$ 30	Béo phì độ II	21	4,1
Thuốc điều trị			
Thuốc viên	1 nhóm	97	18,9
	2 nhóm	160	31,1
	$\geq$ 3 nhóm	77	15
Thuốc viên + insullin		144	28

Insullin	21	4,1
Không dùng thuốc	19	3,7
Tuân thủ chế độ ăn		
Tuân thủ tốt (> 5 ngày/tuần)	147	28,6
Trung bình (> 2 ngày/tuần)	208	40,5
Tuân thủ kém (< 2 ngày/tuần)	159	30,9
Tuân thủ vận động		
Không vận động	216	42,0
< 3 lần/tuần	203	39,5
3 – 5 lần/tuần	95	18,5

Nhận xét: Thời gian mắc bệnh trung bình 6,92 năm. Trong đó nhóm < 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 41,1%. 50% đối tượng có tăng huyết áp, 45,5% có bệnh mạch vành, 77,6% có rối loạn lipid máu. Chỉ số BMI bình thường 43,8%, đối tượng thừa cân và béo phì chiếm 53,3%. Nhóm tuân thủ chế độ ăn tốt 28,6%. Nhóm không vận động thể lực chiếm 42%.

3. Đánh giá kết quả đường huyết đạt mục tiêu trước và sau can thiệp



Nhận xét: Sau can thiệp, tỷ lệ kiểm soát HbA1c đạt mục tiêu chiếm 44,9%. Đường huyết lúc đói trước và sau can thiệp hầu như không thay đổi.

4. Một số yếu tố liên quan đến việc kiểm soát đường huyết đạt mục tiêu

Bảng 3. Các yếu tố liên quan việc kiểm soát đường huyết đạt hiệu quả

Yếu tố		Sau can thiệp		OR CI 95%	p
		HbA1c ≤ 7%	HbA1c >7%		
Đặc điểm chung					
Tuổi	< 65	181 (49,9%)	182 (50,1%)	2,01 (1,35 – 2,99)	p<0,001
	≥ 65	50 (33,1%)	101 (66,9%)		
Giới	Nam	101 (54,9%)	83 (45,1%)	1.89	p<0,001

	Nữ	130 (39,4%)	200 (60,6%)	(1,30 – 2,70)	
Thời gian mắc bệnh					
<5 năm		120 (56,1%)	94 (43,9%)	-	1
5 – 10 năm		81 (41,5%)	114 (58,5%)	1,78 (1,20 – 2,64)	p=0,004
>10 năm		30 (28,6%)	75 (71,4%)	3,06 (1,86 – 5,04)	p<0,001
BMI					
Bình thường		105 (46,7%)	120 (53,3%)	1,16	p=0,421
Thừa cân/Béo phì		118 (43,1%)	156 (56,9%)	(0,81 – 1,65)	
Thuốc điều trị					
Thuốc viên	1 nhóm	61 (62,9%)	36 (37,1%)	1	-
	2 nhóm	84 (52,5%)	76 (47,5%)	1,53 (0,92 – 2,57)	p=0,104
	≥3 nhóm	32 (41,6%)	45 (58,4%)	2,38 (1,29 – 4,40)	p=0,005
Thuốc viên + insullin		35 (24,3%)	109 (75,7%)	3,51 (2,28 – 5,40)	p<0,001
Insullin		7 (33,3%)	14 (66,7%)	1,67 (0,66 – 4,2)	p=0,275
Tuân thủ chế độ ăn					
Tuân thủ tốt (>5 ngày/tuần)		105 (71,4%)	42 (28,6%)	1	-
Trung bình (>2 ngày/tuần)		76 (36,5%)	132 (63,5%)	4,34 (2,75 – 6,85)	p<0,001
Tuân thủ kém (<2 ngày/tuần)		50 (31,4%)	109 (68,6%)	5,5 (3,34 – 8,90)	p<0,001
Tuân thủ vận động					
3 – 5 lần/tuần		59 (62,1%)	36 (37,9%)	1	-
< 3 lần/tuần		96 (47,3%)	107 (52,7%)	1,83 (1,11 – 3,01)	p=0,018
Không vận động		76 (35,2%)	140 (64,8%)	3.02 (1,83 – 5,00)	p<0,001
Trước can thiệp					
HbA1c ≤ 7%		143 (70,8%)	59 (29,2%)	6,17	p<0,001
HbA1c > 7%		88 (28,2%)	224 (71,8%)	(4,17 – 9,12)	
Đường huyết lúc đói trước can thiệp					
≤ 7,2mmol/l		156 (55,5%)	125 (44,5%)	2,63	p<0,001
> 7,2mmol/l		75 (32,3%)	158 (67,8%)	(1,83 – 3,78)	

Nhận xét: Một số yếu tố liên quan đến kiểm soát đường huyết đạt mục tiêu và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê bao gồm: nhóm tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh, thuốc điều trị nhóm thuốc viên hoặc phối hợp insulin và thuốc viên, tuân thủ chế độ ăn và vận động, nhóm đối tượng có chỉ số đường huyết lúc đói và HbA1c trước can thiệp.

Bảng 4: Hồi quy logictis một số đặc điểm liên quan kiểm soát đường huyết

Đặc điểm		OR (CI 95%)	p
Nhóm tuổi	< 65 tuổi	1,82 (1,04 – 3,19)	0,036
	≥ 65 tuổi		
Tuân thủ chế độ ăn			
Tuân thủ tốt (>5 ngày/tuần)		-	-
Trung bình (>2 ngày/tuần)		5,04 (2,88 – 8,84)	p<0,001
Tuân thủ kém (<2 ngày/tuần)		9,39 (4,98 - 17,72)	p<0,001
Trước can thiệp			
HbA1c ≤ 7%		5,27 (3,25 - 8,60)	p<0,001
HbA1c > 7%			

Nhận xét: Kết quả phân tích đa biến cho thấy: có 3 biến độc lập thật sự có ý nghĩa thống kê dự đoán cho việc kiểm soát đường huyết đạt mục tiêu. Nhóm tuổi < 65 tuổi kiểm soát HbA1c đạt mục tiêu cao gấp 1,82 lần so với nhóm có độ tuổi ≥ 65 tuổi. Nhóm đối tượng tuân thủ chế độ ăn tốt có tỷ lệ kiểm soát HbA1c đạt hiệu quả cao gấp 5,04 lần so nhóm tuân thủ trung bình, cao gấp 9,39 lần so nhóm tuân thủ chế độ ăn kém. Nhóm đối tượng trước can thiệp có HbA1c ≤ 7% có tỷ lệ duy trì tỷ lệ kiểm soát HbA1c đạt hiệu quả cao gấp 5,27 lần so với nhóm đối tượng ban đầu có HbA1c >7%.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Thời gian mắc bệnh trung bình là $6,92 \pm 5,05$ năm, trong đó phát hiện đái tháo đường típ 2 sớm nhất là 1 năm và thời gian mắc bệnh dài nhất là 21 năm. Tác giả Bùi Thị

Khánh Thuận ghi nhận thời gian mắc bệnh trung bình là $7,3 \pm 6,5$ năm [7]; Nguyễn Khánh Ly nghiên cứu trên đối tượng bệnh nhân ngoại trú khám ở tuyến quận huyện cũng ghi nhận thời gian mắc bệnh trung bình $7,8 \pm 5,2$ năm [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 28,6% bệnh nhân tuân thủ tốt chế độ ăn và 28,6% vận động thể lực >5 lần/tuần. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ tốt chế độ ăn uống và vận động trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Hứa Thành Nhân: tuân thủ tốt chế độ ăn là 46,7% và tuân thủ tốt chế độ vận động là 46,2% [6].

Chỉ số khối cơ thể (BMI) trong nghiên cứu chúng tôi trung bình là $23,5 \pm 3$ kg/m², tỷ lệ thừa cân là 28,2%, béo phì độ I là 21%, béo phì độ II 4,1%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Nga năm 2003 ghi nhận BMI trung bình là 23,7 kg/m², tỷ lệ béo phì là 31,5% [5]. Đến năm 2014, tỷ lệ béo phì

trong nghiên cứu của tác giả Hứa Thành Nhân là 45% và BMI trung bình là $24,9 \pm 3,5 \text{ kg/m}^2$ [6].

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tiền căn tăng huyết áp, chiếm tỷ lệ 50% và rối loạn lipid máu là 77,6%. Theo nghiên cứu của tác giả Hứa Thành Nhân tỷ lệ tăng huyết áp cũng khá cao 65,8% [6]. Theo thời gian, tỷ lệ tăng huyết áp tăng dần, năm 2005 là 52,2% [3], năm 2007 là 58,2% [2], năm 2014 là 83,3% [4].

2. Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát đường huyết và một số yếu tố liên quan.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ đạt mục tiêu HbA1c là 44,9%. Tại Việt Nam, theo tạp chí đái tháo đường Châu Á năm 1998 ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ đạt mục tiêu HbA1c là 18% [10]. Nghiên cứu của Yeung và cộng sự được thực hiện tại Việt Nam với sự tham gia của 705 bệnh nhân ghi nhận tỷ lệ đạt HbA1c là 29% [13]. Tại thành phố Hồ Chí Minh, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Nga năm 2003 tại Bệnh viện Nguyễn Trãi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường típ 2 đạt mục tiêu HbA1c là 11,11% [5]. Gần đây nhất là nghiên cứu của Hứa Thành Nhân tại phòng khám chuyên khoa Nội tiết, Trung tâm medic thành phố Hồ Chí Minh ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu HbA1c là 33,8% [6].

Một số yếu tố liên quan đến kiểm soát HbA1c đạt mục tiêu và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê bao gồm: nhóm tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh, thuốc điều trị nhóm thuốc viên hoặc phối hợp insulin và thuốc viên. Tuân thủ chế độ ăn và vận động, nhóm đối tượng có chỉ số đường huyết lúc đói và HbA1c trước can thiệp. Sự khác biệt không

có ý nghĩa thống kê trong việc kiểm soát HbA1c đạt mục tiêu: nhóm đối tượng điều trị 2 nhóm thuốc viên và 01 nhóm thuốc viên. Nhóm có BMI bình thường và nhóm thừa cân, béo phì. Giữa nhóm điều trị insulin và nhóm không sử dụng insulin.

Khi phân tích hồi quy đa biến: 03 yếu tố độc lập liên quan đến kiểm soát HbA1c đạt hiệu quả: Nhóm tuổi, tuân thủ chế độ ăn và HbA1c trước can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Đường huyết đói và HbA1c đạt mục tiêu lần lượt là 54,9% và 44,9%.

Có 3 yếu tố độc lập có ý nghĩa thống kê dự đoán cho việc kiểm soát đường huyết đạt mục tiêu. Nhóm tuổi < 65 tuổi kiểm soát HbA1c đạt mục tiêu cao gấp 1,82 lần so với nhóm có độ tuổi ≥ 65 tuổi. Nhóm đối tượng tuân thủ chế độ ăn tốt có tỷ lệ kiểm soát HbA1c đạt mục tiêu cao gấp 5,04 lần so nhóm tuân thủ trung bình, cao gấp 9,39 lần so nhóm đối tượng tuân thủ chế độ ăn kém. Nhóm đối tượng trước can thiệp có HbA1c $\leq 7\%$ có tỷ lệ duy trì tỷ lệ kiểm soát HbA1c đạt mục tiêu cao gấp 5,27 lần so với nhóm đối tượng ban đầu có HbA1c > 7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Bệnh viện Nội Tiết Trung Ương (2013),** Báo cáo Hội nghị tổng kết hoạt động năm 2012 và phương hướng hoạt động năm 2013 của dự án phòng chống đái tháo đường quốc gia và hoạt động phòng chống các rối loạn thiếu iod, Hà Nội.
- 2. Lại Quang Giao (2007),** Khảo sát đặc điểm bệnh đái tháo đường type 2 trong cán bộ chiến sĩ công an nhân dân điều trị tại bệnh

- viện 30-4, Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa II, Đại học Y Dược TP.HCM.
3. **Nguyễn Thy Khuê (2005)**, "Nghiên cứu microdiabet-nghiên cứu cắt ngang dịch tễ học đa trung tâm tại TP.HCM", Kỷ yếu toàn văn các nghiên cứu khoa học - Hội nghị nội tiết và đái tháo đường toàn quốc lần thứ III, Tr. 820-829.
 4. **Nguyễn Khánh Ly (2014)**, "Khảo sát tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát đa yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại phòng khám quận, huyện", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, Tr. 44-52.
 5. **Nguyễn Thị Thanh Nga (2003)**, Theo dõi điều trị đái tháo đường tại một phòng khám bảo hiểm y tế, Luận văn tốt nghiệp cao học, Đại học Y Dược TP.HCM.
 6. **Hứa Thành Nhân (2014)**, Tỷ lệ đạt mục tiêu HbA1c và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại một phòng khám chuyên khoa nội tiết, Luận văn tốt nghiệp Nội trú, Đại học Y Dược TP.HCM.
 7. **Bùi Thị Khánh Thuận (2019)**, Kiến thức, thái độ, hành vi về chế độ ăn và tập luyện ở người bệnh đái tháo đường típ 2, Luận văn tốt nghiệp cao học, Đại học Y Dược TP.HCM.
 8. **Chan, J.C., Gagliardino, J. J., Baik, S. H., et al (2009)**, "Multifaceted determinants for achieving glycemic control: the International Diabetes Management Practice Study (IDMPS)", *Diabetes Care*, 32(2), pp. 227-33.
 9. **Chetthakul, T., Pongchaiyakul, C., Tandhanand, S. (2006)**, "Improvement of diabetic care at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital (the study of Diabcare-Asia from 1997 to 2003)", *J Med Assoc Thai*, 89(1), pp. 56-62.
 10. **Chuang, L.M., Tsai, S. T., Huang, B. Y., et al (2002)**, "The status of diabetes control in Asia--a cross-sectional survey of 24 317 patients with diabetes mellitus in 1998", *Diabet Med*, 19(12), pp. 978-85.
 11. **Ford, E.S., Li, C., Little, R. R., Mokdad, A. H. (2008)**, "Trends in A1C concentrations among U.S. adults with diagnosed diabetes from 1999 to 2004", *Diabetes Care*, 31(1), pp. 102-4.
 12. **Ogurtsova, K., da Rocha Fernandes, J. D., Huang, Y., et al. (2017)**, "IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040", *Diabetes Res Clin Pract*, 128, pp. 40-50.
 13. **Yeung, R.O., Zhang, Y., Luk, A., et al. (2014)**, "Metabolic profiles and treatment gaps in young-onset type 2 diabetes in Asia (the JADE programme): a cross-sectional study of a prospective cohort", *Lancet Diabetes Endocrinol*, 2(12), pp. 935-43.

KHẢO SÁT TƯƠNG QUAN GIỮA NGƯỜI SỬ DỤNG VÀ MÁY TRỢ THÍNH Ở NGƯỜI BỊ LÃO THÍNH

Tô Quang Định*, Nguyễn Vĩnh Phước **, Phạm Ngọc Chất***

TÓM TẮT

Giới thiệu: Lão thính là tình trạng nghe kém tiếp nhận thần kinh ở người lớn tuổi. Theo các nghiên cứu trước đây thì máy trợ thính có hiệu quả cải thiện khả năng giao tiếp của người bị lão thính. Tìm hiểu hiệu quả của máy trợ thính đối với người bị lão thính là việc cần thiết.

Mục tiêu: Khảo sát tương quan về lợi ích và sự hài lòng với các yếu tố giới, nhóm tuổi, kiểu dáng máy trợ thính ở người lão thính có sử dụng máy trợ thính.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Sử dụng bảng câu hỏi tự trả lời SADL (Satisfaction with Amplification in Daily Life) tiếng Việt để khảo sát tương quan hiệu quả và sự hài lòng khi sử dụng máy trợ thính ở những người bị lão thính, trên 50 tuổi có mang máy trợ thính ít nhất 03 tháng.

Kết quả: Tỷ lệ người bị lão thính tăng dần theo tuổi, mức độ nghe kém trung bình nặng chiếm đa số. Tỷ lệ nghe kém nam giới cao hơn nữ giới. Mức độ nghe kém trung bình nặng chiếm đa số và tương đương ở cả 2 tai và 2 giới. Máy trợ thính giúp cải thiện khả năng giao tiếp ở 2 giới, tất cả các nhóm tuổi và kiểu dáng máy trợ thính.

Mức độ hài lòng có sự khác nhau ở các yếu tố chất lượng dịch vụ, kỹ thuật và chất lượng máy trợ thính. Kiểu dáng máy trợ thính cũng ảnh hưởng nhiều đến mức độ hài lòng của người sử dụng.

Kết luận: Máy trợ thính có hiệu quả giúp cải thiện khả năng giao tiếp của người bị nghe kém do lão thính. Bảng câu hỏi SADL tiếng Việt có thể dùng nghiên cứu khảo sát hiệu quả và sự hài lòng của người bị lão thính khi sử dụng máy trợ thính.

SUMMARY

CORRELATION SURVEY BETWEEN USERS AND HEARING AIDS IN THE PRESBYCUSIS INDIVIDUAL USING HEARING AID

Introduction: The term presbycusis refers to sensorineural impairment hearing in elderly individuals. According to the literatures, the hearing aids improved the ability to communicate with the presbycusis individuals.

Objective: To evaluate the relationship between the benefits and satisfaction with variables of age groups, gender, types of hearing aid of the presbycusis individual using hearing aid.

Method: The descriptive-analytic cross-sectional research was conducted on 136 participants with the presbycusis who were using a hearing aid. These participants were 50 years of age and were using the hearing aid for at least 6 months. The Vietnamese version of the Satisfaction with Amplification in Daily Life (V-SADL) questionnaire was the instrument that was evaluated for the benefits and satisfaction

*Phòng khám Đa khoa Hoàn Mỹ Sài Gòn;

**Khoa Tai Mũi Họng, BV Thống Nhất, TP.HCM;

*** Bộ môn Tai Mũi Họng, ĐHYD TP. HCM;

Chịu trách nhiệm chính: Tô Quang Định

Email: dingh.to@hoanmy.com

SĐT: 0903951027

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

with their hearing aid.

Results: The rate of people with hearing loss is gradually increasing with age, meanwhile moderate and severe hearing loss accounting for the majority. The rate of hearing loss in men is higher than in women. Moderate severe hearing loss accounts for almost all cases and is equivalent in both ears and both sexes. Hearing aids improve communication in both sexes, all age groups, and types of hearing aid. Satisfaction levels have a significant difference in service quality, technology, and hearing aid quality. Hearing aid design also greatly affects user satisfaction.

Conclusion: The hearing aids improve the ability of hearing of presbycusis individuals. The V-SADL is able to used in a clinical practice that evaluates the performance of the hearing aids.

I. GIỚI THIỆU

Lão thính vấn đề sức khỏe của người cao tuổi. Suy giảm chức năng thính giác do lão thính làm giảm khả năng giao tiếp, từ đó ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống, tác động đến yếu tố tâm lý gây lo lắng, buồn chán, cô đơn và stress.

Máy trợ thính được cho là có ích lợi vì nó giúp cải thiện khả năng giao tiếp của người bị suy giảm thính lực do lão thính. Ngoài lợi ích giúp cải thiện khả năng giao tiếp, sự hài lòng của người sử dụng máy trợ thính cũng góp phần nâng cao hiệu quả chung của máy trợ thính đối với người sử dụng (1).

Do đó, đánh giá hiệu quả máy trợ thính cần đo lường cả 2 yếu tố: cải thiện khả năng giao tiếp và sự hài lòng khi sử dụng máy trợ thính. Phương pháp đánh giá chủ quan bằng bảng câu hỏi tự trả lời sẽ giúp khảo sát tất cả các yếu tố liên quan đến tất cả các vấn đề mà người sử dụng máy trợ thính quan tâm. Đặc biệt là đánh giá được khả năng giao tiếp

trong các môi trường sống thực tế của người sử dụng máy trợ thính.

Chúng tôi sử dụng bảng câu hỏi tự trả lời SADL tiếng Việt được chuyển ngữ từ tiếng Anh bản SADL của tác giả Robyn M. Cox năm 1999 để khảo sát lợi ích và sự hài lòng của người bị lão thính có sử dụng máy trợ thính.

TỔNG QUAN

Lão thính là tình trạng suy giảm thính lực tiến triển dần theo tuổi tác, vì thế còn được gọi là nghe kém liên quan đến tuổi tác (2). Nghe kém xuất hiện tuần tự, đồng đều cả hai tai. Càng cao tuổi thính lực càng suy giảm (3). Đặc điểm của nghe kém do lão thính là nghe kém và không hiểu được lời người nói, thường xuyên yêu cầu lặp lại câu nói. Tình trạng khó khăn trong hội thoại sẽ nhiều hơn khi ở trong môi trường có nhiều âm thanh ồn ào, hay phòng kín âm thanh vang dội.

Lão thính là loại nghe kém tiếp nhận - thần kinh. Trong một nghiên cứu về mô học bệnh lão thính năm 1964, tác giả Schuknetch chia lão thính làm 04 loại dựa vào tổn thương mô học ở ốc tai (4). Lão thính tiếp nhận (sensory presbycusis) các tế bào của cơ quan Corti bị tổn thương. Thính lực đồ âm đơn có dạng "dốc thẳng đứng" ở vùng có tần số cao. Lão thính thần kinh (neural presbycusis), về mô học tế bào thần kinh ở hạch xoắn ốc bị mất đi là chính, trong khi đó các tế bào thính giác ở cơ quan Corti ít tổn thương hơn, hình dạng thính lực đồ tương tự như lão thính tiếp nhận nhưng độ dốc ít hơn do tế bào thần kinh thính giác bị chết trải đều từ đáy đến đỉnh ốc tai. Lão thính do chuyển hoá (metabolic presbycusis) do vận mạch bị tổn thương làm thay đổi điện thế nội dịch (EP - Endolymphatic Potential), hình thính lực

đồ âm đơn có dạng dẹt ở tất cả các tần số. Lão thính cơ học (mechanical presbycusis) về mô học tổn thương tế bào lông và thần kinh thính giác không nhiều, hình dạng thính lực đồ dẹt và giảm đều ở tất cả các tần số. Vào năm 1993, tác giả Schuknetch đã lập lại nghiên cứu tương tự và cho kết quả tương đương. Nhưng trong năm 1993, Schuknetch bổ sung thêm 2 dạng lão thính là dạng hỗn hợp (mixed presbycusis) và dạng không xác định (intermittent presbycusis, Lão thính từng đợt).

Người càng cao tuổi thì tỉ lệ nghe kém càng gia tăng (5). Theo tác giả M Zhang và cs (6), nhóm người từ 65 đến 75 tuổi có tỉ lệ nghe kém ước khoảng 25%, nhóm người có tuổi 75 đến 80 tuổi có tỉ lệ nghe kém 50% và trên 80% người trên 85 tuổi bị nghe kém (6).

Theo báo cáo của Tổ chức y tế thế giới năm 2018 (7), ước tính dân số toàn cầu có khoảng 7.937 triệu vào năm 2025, trong đó số người trên 65 tuổi khoảng 17%, tính ra số người trên 65 tuổi trên toàn thế giới vào khoảng 1.350 triệu. Nếu lấy tỉ lệ 25% người trên 65 tuổi bị nghe kém, thì vào năm 2025, toàn thế giới có khoảng 540 triệu người bị nghe kém (6).

Lão thính xếp hàng thứ ba trong số các gây ảnh hưởng đến sức khỏe người cao tuổi là bệnh lý khớp và tăng huyết áp (6).

Lão thính làm cho người cao tuổi khó khăn trong giao tiếp với người thân trong gia đình và ngoài xã hội. Họ không hiểu lời nói của người đang giao tiếp. Chính vì mất khả năng giao tiếp làm cho người bị lão thính mất tự tin, tự cô lập mình, tinh thần bị ảnh hưởng, có thể đưa đến stress. Lão thính là một trong nguyên nhân gây giảm chất lượng cuộc sống của người cao tuổi.

Khi khả năng giao tiếp bằng ngôn ngữ bị mất đi thì nhu cầu phục hồi lại khả năng này đối với người bị nghe kém là quan trọng nhất. Khi khả năng nghe được cải thiện, các vấn đề khác liên quan cũng sẽ được cải thiện theo và chất lượng sống của người nghe kém cũng gia tăng.

Sự mất chức năng thính giác do lão thính là không hồi phục, các can thiệp y tế như thuốc, phẫu thuật hiện nay đều chưa có thể phục hồi lại chức năng thính giác đã bị mất. Do vậy cần có các biện pháp khác để trợ giúp khả năng giao tiếp của người bị nghe kém do lão thính và máy trợ thính được xem là có lợi ích trong việc cải thiện khả năng giao tiếp của người bị lão thính (3).

Máy trợ thính là thiết bị khuếch đại âm thanh mang trên người, giúp người bị nghe kém nghe rõ hơn âm thanh mà mình muốn nghe. Hiện nay thế hệ máy trợ thính kỹ thuật số, ngoài chức năng khuếch đại âm thanh, nó còn giúp định hướng vị trí phát ra âm thanh, kết nối điện thoại, truyền hình. Ngoài tính năng kỹ thuật, máy trợ thính cũng cải tiến nhiều về thẩm mỹ để giúp người sử dụng hài lòng với vẻ bề ngoài của mình, tránh tâm lý ngại ngùng về tình trạng sức khỏe.

Máy trợ thính đã chứng minh được hiệu quả khi giúp cải thiện khả năng giao tiếp đối với người bị nghe kém khi sử dụng máy trợ thính (8). Tuy nhiên khi sử dụng ngoài các yếu tố giúp nghe tốt hơn, các yếu tố khác về mặt kỹ thuật, chất lượng máy, tư vấn cũng làm tăng sự hài lòng của người sử dụng máy trợ thính.

Để đánh giá hiệu quả máy trợ thính, các tác giả có thể sử dụng phương pháp khách quan bằng cách sử dụng các nghiệp pháp nghe hiểu lời, hay bằng phương pháp chủ quan với các bảng câu hỏi tự trả lời. Đa số

các nghiên cứu về lợi ích của máy trợ thính hiện nay đều dùng bảng câu hỏi tự trả lời vì nó có thể khảo sát được nhiều yếu tố tạo nên hiệu suất sử dụng máy trợ thính và cũng khảo sát luôn các yếu tố không liên quan đến vấn đề “nghe” của người sử dụng máy (9).

Trong rất nhiều bảng câu hỏi tự trả lời về hiệu quả của máy trợ thính, chúng tôi nhận thấy bảng câu hỏi tự trả lời của tác giả Robyn M. Cox và cộng sự phát triển năm 1999, có thể khảo sát về sự cải thiện khả năng giao tiếp của người bị nghe kém do lão thính, khảo sát các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người sử dụng máy trợ thính. Bảng câu hỏi có tên là SADL (Satisfaction with Amplification in Daily Life) bao gồm 15 câu hỏi với nguyên bản tiếng Anh, được chia thành 04 nhóm (10). Chúng tôi chuyển ngữ bản tiếng Anh sang tiếng Việt và bỏ bớt 1 câu hỏi vì nó không có trong thực tế người bị lão thính tại Việt Nam. Chúng tôi tạm gọi là bảng câu hỏi tự trả lời SADL (Satisfaction with Amplification in Daily Life) bản tiếng Việt. Chúng tôi sử dụng bảng câu hỏi SADL tiếng Việt để tiến hành khảo sát hiệu quả máy trợ thính trong nghiên cứu này.

Mục tiêu của chúng tôi là khảo sát hiệu quả máy trợ thính đối với người bị lão thính có sử dụng máy trợ thính. Hiệu quả về sự cải thiện khả năng giao tiếp, sự hài lòng về các yếu tố liên quan đến máy trợ thính.

Nghiên cứu này đã được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh tại quyết định số 483/HĐĐĐ – ĐHYD ngày 20 tháng 08 năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang,

chọn mẫu thuận tiện. Đối tượng lựa chọn là tất cả những người từ 50 tuổi trở lên, bị lão thính, đang sử dụng máy trợ thính ít nhất 03 tháng và đồng ý tham gia trả lời bảng câu hỏi khảo sát của chúng tôi. Kết quả cuối cùng chúng tôi chọn được 136 người đủ điều kiện và trả lời đầy đủ các nội dung trong bảng câu hỏi SADL tiếng Việt của chúng tôi.

Phương pháp nghiên cứu

Bảng câu hỏi SADL bản gốc tiếng Anh, chúng tôi nhờ 03 công ty dịch thuật chuyên ngữ sang tiếng Việt. Từ 03 bản dịch chúng tôi so sánh lựa chọn lại thành 01 bản. Sau khi tham khảo ý kiến chuyên gia trong ngành thính học chúng tôi chọn 14 câu hỏi đưa vào khảo sát, chúng tôi gọi là bảng câu hỏi tự trả lời SADL bản tiếng Việt. Tổng số 14 câu hỏi được chia làm 04 nhóm. Nhóm Hiệu quả tích cực bao gồm các câu số 1, 3, 5, 6, 9, và 10. Nhóm Dịch vụ và Giá có 3 câu hỏi số 12, 13, và 14. Nhóm Tính năng tiêu cực có câu số 2*, 7* và 11. Nhóm Hình ảnh cá nhân gồm có hai câu hỏi số 4* và số 8. Chúng tôi sẽ tính điểm trung bình của từng câu hỏi, của từng nhóm và điểm trung bình tổng thể của cả 14 câu hỏi (phụ lục 1). Bảng trả lời theo thang điểm 7. Kết quả A tương đương với điểm 1 và cuối cùng kết quả G tương đương với 7 điểm. Trong bảng câu hỏi có các câu số 2, số 4 và số 7 sẽ được tính điểm ngược lại, có nghĩa là kết quả A tương đương 7 điểm và kết quả G tương đương 1 điểm (phụ lục 2).

Chúng tôi phát bảng câu hỏi với 14 câu hỏi và bảng đáp án với các chọn lựa từ A đến G. Người tham gia nghiên cứu sẽ được chúng tôi giải thích kỹ cách thức lựa chọn câu trả lời chính xác và đúng quy định. Sau khi nhận lại bảng câu hỏi đã có câu trả lời

chúng tôi nhập tin vào file excel. Số liệu được chúng tôi xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phân bố theo tuổi và giới

Trong tổng số 136 người tham gia nghiên cứu có 66 nữ, tỉ lệ 36.8%, và 86 nam, tỉ lệ 63.3%. Những người tham gia có tuổi từ 50 trở lên, chúng tôi phân thành 03 nhóm tuổi. Nhóm từ 50 đến 59 tuổi có 25 người, tỉ lệ

18.4%, nhóm từ 60 đến 69 tuổi có 37 người, tỉ lệ 27.2%, và nhóm từ 70 tuổi trở lên có 54.4%.

Nhóm kết quả liên quan thính học

Mức độ nghe kém chung cho toàn bộ 136 người tham gia. Theo bảng phân độ nghe kém ASHA (American Speech – Language – Hearing Association - Hiệp hội Ngôn ngữ và Nghe Nói Hoa Kỳ), chúng tôi chia độ nghe kém cho từng tai phải và tai trái (11).

Bảng 1. 1 So sánh tỉ lệ mức độ nghe kém giữa tai phải và tai trái.

Mức độ nghe kém	Tai phải		Tai trái	
	Tần số	Tỉ lệ	Tần số	Tỉ lệ
Nghe kém vừa (26 dBHL- 40 dBHL)	2	1.5	2	1.5
Nghe kém trung bình (41 dBHL - 55 dBHL)	31	22.8	28	20.6
Nghe kém trung bình nặng (56 dBHL - 70 dBHL)	62	45.6	67	49.3
Nghe kém nặng (71 dBHL- 90 dBHL)	31	22.8	29	21.3
Điếc sâu (> 90 dBHL)	10	7.4	10	7.4
	136	100.0	136	100.0

Kết quả mức độ nghe kém theo nhóm tuổi. Chúng tôi phân mức độ nghe kém theo nhóm tuổi và so sánh giữa 2 tai phải và trái. Mức độ nghe kém trung bình nặng có tỉ lệ cao nhất ở cả tai phải và tai trái. Hai mức độ nghe kém trung bình và nghe kém nặng tương đương nhau giữa 2 nhóm và ở cả 2 tai (bảng 1.1).

Bảng 1. 2 Phân bố tỉ lệ mức độ nghe kém theo giới tính ở 2 tai phải và trái

Mức độ nghe kém	Tai phải		Tai trái	
	Nam	Nữ	Nam	Nữ
Nghe kém vừa (26 dBHL- 40 dBHL)	1 (1.2)	1 (2.0)	0 (0.0)	2 (4.0)
Nghe kém trung bình (41 dBHL - 55 dBHL)	23 (26.7)	8 (16.0)	20 (23.3)	20 (40.0)
Nghe kém trung bình nặng (56 dBHL - 70 dBHL)	39 (45.3)	23 (46.0)	47 (54.7)	20 (40.0)
Nghe kém nặng (71 dBHL- 90 dBHL)	21 (24.9)	10 (20.0)	16 (18.6)	13 (26.0)
Điếc sâu (> 90 dBHL)	3 (2.3)	8 (16.0)	3 (3.5)	7 (14.0)

Kết quả mức độ nghe kém theo giới tính. Mức độ nghe kém trung bình nặng có tỉ lệ tương đương nhau ở hai tai. Còn theo giới thì mức độ nghe kém nặng cũng tương đương nhau giữa 2 giới.

Nhóm kết quả khảo sát tương quan

Trong bảng câu hỏi SADL tiếng Việt, chúng tôi chia ra 04 nhóm nhỏ. Nhóm Hiệu quả tích cực, gồm sáu câu hỏi 1, 3, 5, 6, 9, 10. Đánh giá khả năng giao tiếp, chất lượng âm thanh, định vị vị trí phát âm thanh và yếu tố tâm lý. Nhóm Dịch vụ và giá, gồm ba câu hỏi 12, 13, 14. Đánh giá về chất lượng tư vấn của nhân viên y tế và giá cả. Nhóm Tính năng tiêu cực, có ba câu hỏi số 2, 7, 11. Đánh giá về các âm thanh phát ra từ máy trợ thính gây cảm giác khó chịu cho người sử dụng. Nhóm Hình ảnh cá nhân, có hai câu hỏi số 4 và số 8. Đánh giá về cảm nhận về bản thân của người sử dụng máy trợ thính khi

mang máy. Chúng tôi lần lượt kiểm định các biến số để tìm mối tương quan lợi ích và sự hài lòng của người bị lão thính khi sử dụng máy trợ thính với các biến số giới tính, nhóm tuổi và kiểu dáng máy trợ thính.

Kết quả phân tích liên quan với giới tính.

Kết quả bảng 1.3 cho thấy nhóm Hiệu quả tích cực trung bình giữa 2 giới không có sự khác nhau ở mức có ý nghĩa thống kê ($p = 0.42$).

Nhóm Dịch vụ và giá, sự hài lòng cũng không có sự khác nhau giữa 2 giới ở mức có ý nghĩa thống kê ($p = 0.91$)

Tương tự ở nhóm Tính năng tiêu cực, mức độ hài lòng theo giới tính là không khác nhau ở mức có ý nghĩa thống kê ($p = 0.24$). Chỉ có nhóm Hình ảnh cá nhân là mức hài lòng giữa nam giới và nữ giới khác nhau một cách có ý nghĩa thống kê ($p = 0.03$).

Bảng 1. 3 Kết quả phân tích t - test liên quan giữa 04 nhóm của bảng câu hỏi SADL tiếng Việt và giới tính

	Giới tính	N	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị p
Hiệu quả tích cực	Nam	86	5.21	0.78	0.42
	Nữ	50	5.33	0.83	
Dịch vụ và giá	Nam	86	4.35	0.80	0.91
	Nữ	50	4.60	0.84	
Tính năng tiêu cực	Nam	86	4.90	1.32	0.24
	Nữ	50	4.65	1.09	
Hình ảnh cá nhân	Nam	86	5.66	0.98	0.03
	Nữ	50	5.27	1.08	

Kết quả phân tích liên quan với nhóm tuổi. Kết quả phân tích anova (bảng 1.4) cho thấy hiệu quả máy trợ thính (nhóm Hiệu quả tích cực) không khác nhau giữa các nhóm tuổi ($p = 0.79$).

Tương tự nhóm Tính năng tiêu cực, mức độ hài lòng cũng không khác nhau giữa các nhóm tuổi ($p = 0.22$).

Nhóm Dịch vụ và Giá, sự hài lòng giữa các nhóm tuổi là khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p = 0.00$).

Nhóm Hình ảnh cá nhân, sự hài lòng về máy trợ thính giữa các nhóm tuổi là khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p = 0.005$).

Bảng 1. 4 Kết quả phân tích liên quan giữa 04 nhóm của bảng câu hỏi SADL tiếng Việt và nhóm tuổi.

04 nhóm bảng V-SADL	Nhóm tuổi	N	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Khoảng tin cậy 95%		Giá trị p
					Giới hạn dưới	Giới hạn trên	
Hiệu quả tích cực	$\geq 50 - 59$ tuổi	25	5.3	0.8	5.00	5.68	0.79
	$\geq 60 - 69$ tuổi	37	5.2	0.8	4.93	5.47	
	≥ 70 tuổi trở lên	74	5.3	0.8	5.08	5.45	
Dịch vụ và giá	$\geq 50 - 59$ tuổi	25	4.9	0.9	4.57	5.32	0.00
	$\geq 60 - 69$ tuổi	37	4.5	0.8	4.26	4.80	
	≥ 70 tuổi trở lên	74	4.2	0.7	4.06	4.40	
Tính năng tiêu cực	$\geq 50 - 59$ tuổi	25	4.4	1.2	3.93	4.92	0.22
	$\geq 60 - 69$ tuổi	37	4.8	1.0	4.49	5.17	
	≥ 70 tuổi trở lên	74	4.9	1.3	4.62	5.24	
Hình ảnh cá nhân	$\geq 50 - 59$ tuổi	25	4.9	1.1	4.45	5.39	0.00
	$\geq 60 - 69$ tuổi	37	5.6	0.9	5.32	5.90	
	≥ 70 tuổi trở lên	74	5.7	1.0	5.44	5.91	

Kết quả liên quan kiểu dáng máy trợ thính

Trong tổng số 136 người tham gia nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy số người sử dụng kiểu dáng máy BTE là cao nhất với 95 người, tỉ lệ 69.9%, kể đến nhóm người sử dụng kiểu dáng máy ITC có 23 người, tỉ lệ 16.9%. Nhóm người sử dụng kiểu dáng CIC có 16 người, tỉ lệ chiếm 11.8%. Tỉ lệ thấp nhất đối với người sử dụng kiểu máy ITE là 1.5%, do đó chúng tôi không đưa nhóm người có sử dụng máy trợ thính kiểu ITE vào phân tích, so sánh (bảng 1.5).

So sánh tương quan giữa Hiệu quả tích

cực của máy trợ thính với các kiểu dáng máy trợ thính. Nhóm Hiệu quả tích cực, qua kiểm định chúng tôi thấy trung bình giữa các nhóm kiểu dáng máy trợ thính không khác nhau ở mức có ý nghĩa thống kê ($p = 0.23$). Kết quả phân tích nhóm: Dịch vụ và giá, trung bình giữa 3 kiểu dáng máy trợ thính là khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p = 0.005$). Tương tự kết quả trung bình giữa 3 kiểu máy trợ thính khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p = 0.000$) ở nhóm Tính năng tiêu cực. Kết quả nhóm Hình ảnh cá nhân, trung bình giữa 3 nhóm kiểu máy trợ thính cũng khác nhau ở mức có ý nghĩa thống kê ($p = 0.17$).

Bảng 1. 5 Kết quả phân tích liên quan giữa 04 nhóm (bảng SADL tiếng Việt) và kiểu dáng máy trợ thính. BTE: kiểu máy mang sau tai (Behind The Ear); ITC: kiểu máy mang trong tai (In The Ear); CIC: kiểu máy mang hoàn toàn trong ống tai (Complete In Canal)

4 nhóm của bảng V-SADL	Kiểu dáng máy trợ thính	N	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Khoảng tin cậy 95%		Giá trị p
					Giới hạn dưới	Giới hạn trên	
Hiệu quả tích cực	BTE	95	5.19	0.86	5.02	5.37	0.232
	ITC	23	5.47	0.66	5.19	5.76	
	CIC	16	5.43	0.55	5.13	5.72	
Dịch vụ và giá	BTE	95	4.55	0.87	4.37	4.73	0.005
	ITC	23	4.42	0.71	4.12	4.73	
	CIC	16	3.83	0.46	3.59	4.08	
Tính năng tiêu cực	BTE	95	4.40	1.16	4.16	4.64	0.000
	ITC	23	5.53	0.91	5.14	5.92	
	CIC	16	6.17	0.50	5.90	6.43	
Hình ảnh cá nhân	BTE	95	5.36	1.11	5.14	5.59	0.017
	ITC	23	5.91	0.75	5.59	6.24	
	CIC	16	5.94	0.68	5.58	6.30	

IV. BÀN LUẬN

Về giới tính, chúng tôi nhận thấy không có sự khác nhau về hiệu quả của máy trợ thính ở nhóm Hiệu quả tích cực. Nhóm Dịch vụ và Giá, nhóm Tính năng tiêu cực, mức độ hài lòng giữa hai giới nam và nữ cũng không khác nhau. Chỉ ở nhóm Hình ảnh cá nhân có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ, tuy nhiên mức chênh lệch trung bình giữa 2 giới không cao. Khi tham khảo tài liệu chúng tôi thấy kết quả không có sự khác nhau giữa hai giới về hiệu quả và mức độ hài lòng khi sử dụng máy trợ thính (9). Sự khác biệt này của chúng có thể do mẫu nghiên cứu chúng tôi nhỏ.

Vấn đề tuổi, chúng tôi nhận thấy nhóm người trên 70 tuổi có tỉ lệ nghe kém lớn nhất là 54.5%. Nhóm tuổi từ 50 đến 59 tuổi có tỉ

lệ 18.4%. Tỉ lệ này cho thấy tình trạng lão thính tăng dần theo tuổi. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác trong nước và trên thế giới (12). Xét mối tương quan giữa nhóm tuổi và 04 nhóm của bảng câu hỏi SADL tiếng Việt, chúng tôi nhận thấy, ở tất cả các nhóm tuổi hiệu quả của máy trợ thính đối với nhóm Hiệu quả tích cực là như nhau. Mức hài lòng ở nhóm Tính năng tiêu cực là như nhau ở cả ba nhóm tuổi. Nhóm Dịch vụ và Giá sự hài lòng khác nhau ở các nhóm tuổi, nhóm từ 70 tuổi trở lên có sự hài lòng thấp nhất, và mức hài lòng cao nhất là ở nhóm từ 50 đến 59 tuổi.

Về kiểu dáng máy trợ thính, chúng tôi nhận thấy đối với hiệu quả máy trợ thính thì các kiểu máy BTE, ITC và CIC đều mang đến hiệu quả cải thiện khả năng giao tiếp như

n nhau. Do đó người sử dụng máy trợ thính có thể chọn cho mình loại máy trợ thính yêu thích. Tuy nhiên đối với người từ 70 tuổi trở lên không khuyến khích sử dụng kiểu máy CIC vì khó bảo quản và sử dụng. Loại kiểu dáng máy nhỏ gọn hoàn toàn trong tai chỉ khuyến dùng đối với nhóm người từ 50 đến 59 tuổi (13)

V. KẾT LUẬN

Xem xét và so sánh các nghiên cứu của các tác giả khác, chúng tôi nhận thấy rằng, máy trợ thính thật sự giúp cải thiện khả năng giao tiếp của người lão thính có sử dụng máy trợ thính. Các yếu tố liên quan đến kỹ thuật máy trợ thính, dịch vụ của nhân viên y tế, tính thẩm mỹ có ảnh hưởng khác nhau đến mức hài lòng của người sử dụng máy trợ thính.

Bảng câu hỏi tự trả lời SADL tiếng Việt có thể sử dụng để đánh giá hiệu quả của người bị lão thính có sử dụng máy trợ thính ở 2 khía cạnh chính là cải thiện chức năng giao tiếp và mức độ hài lòng đối với các tính năng của máy trợ thính cũng như chất lượng tư vấn của nhân viên y tế. Tuy nhiên đây là nghiên cứu bước đầu về hiệu quả máy trợ thính, cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thiết kế nghiên cứu tốt hơn để kết quả nghiên cứu có độ tin cậy cao hơn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hosford-Dunn H, Halpern J.** Clinical application of the satisfaction with amplification in daily life scale in private practice I: statistical, content, and factorial validity. *Journal of the American Academy of Audiology.* 2000;11(10):523-39.
2. **Hussain B.** **Hearing impairment, presbycusis and the possible therapeutic interventions.** *BioMed Research International.* 2017;4:1228 - 45.
3. **Blevins NH.** **Presbycusis: Uptodate;** 2020 [updated May 26 2020. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/presbycusis>.
4. **Schuknetch HF.** Further observations on the pathology of presbycusis. *Archives of otolaryngology.* 1964;80(4):369-82.
5. **Nash SD, Cruickshanks KJ, Klein R, Klein BE, Nieto FJ, Huang GH, et al.** The prevalence of hearing impairment and associated risk factors: the Beaver Dam Offspring Study. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011;137(5):432-9.
6. **Zhang M, Gomaa N, Ho A.** Presbycusis: a critical issue in our community. *International Journal of Otolaryngology Head and Neck Surgery.* 2013;2:111 - 20.
7. **Organization WH.** Addressing the rising prevalence of hearing loss. 2018.
8. **Stark P, Hickson L.** Outcomes of hearing aid fitting for older people with hearing impairment and their significant others. *International journal of audiology.* 2004;43(7):390-8.
9. **Mondelli MFCG, Rocha AV, Honório HM.** Degree of satisfaction among hearing aid users. *International archives of otorhinolaryngology.* 2013;17(01):051-6.
10. **Cox RM, Alexander GC.** Measuring satisfaction with amplification in daily life: The SADL scale. *Ear and hearing.* 1999;20(4):306-20.
11. **Clark JG.** Uses and abuses of hearing loss classification. *Asha.* 1981;23(7):493-500.
12. **KeoVanna TTBL.** Khảo sát lão thính ở người trên 50 tuổi có nghe kém. *Y học TP Hồ Chí Minh.* 2012;16:261 - 6.
13. **Hosford-Dunn H, Halpern J.** Clinical Application of the SADL Scale in Private Practice II: Predictive Validity of Fitting Variables. *Journal of the American Academy of Audiology.* 2001;12(1).

GIÁ TRỊ CỦA CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐỊNH LƯỢNG GIÁN TIẾP LDL-CHOLESTEROL TẠI KHOA XÉT NGHIỆM BỆNH VIỆN ĐA KHOA HOÀN MỸ MINH HẢI NĂM 2021

Nguyễn Hồng Hát*, Trần Ngọc Dung*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các phương pháp định lượng gián tiếp LDL-cholesterol của Friedewald và Vujovic đã được sử dụng rộng rãi trong lâm sàng, tuy nhiên giá trị ước tính của chúng so với phương pháp định lượng trực tiếp phụ thuộc nhiều vào đơn vị thực hiện.

Mục tiêu nghiên cứu: 1) Xác định sai biệt nồng độ LDL-cholesterol của các phương pháp ước tính gián tiếp so với phương pháp định lượng trực tiếp. 2) Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu của các phương pháp định lượng gián tiếp nồng độ LDL-cholesterol tại khoa xét nghiệm, Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Minh Hải Cà Mau.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 742 mẫu máu người bệnh (gồm bệnh đái tháo đường, bệnh tim thiếu máu cục bộ và bệnh mạch máu não) có chỉ định cholesterol, triglycerid, HDL-C và LDL-C. Định lượng trực tiếp các chỉ số bằng phương pháp enzym của Sekisui, máy Architect ci4100. Ước tính nồng độ LDL-C bằng công thức Friedewald và Vujovic.

Kết quả: Độ sai biệt nồng độ LDL-C bằng phương pháp gián tiếp Friedewald là 0,27mmol/L, Vujovic là -0,06mmol/L ($p < 0,05$).

Nồng độ LDL-C ước tính theo Friedewald tại điểm cắt=2,52mmol/L, AUC=0,98, Se=90,8%, Sp=96,6% và LDL-C theo Vujovic tại điểm cắt=2,66mmol/L, AUC= 0,98, Se=95,7%, Sp=91,1% ($p < 0,05$).

Kết luận: Giá trị LDL-C của hai phương pháp định lượng gián tiếp Friedewald và Vujovic có độ nhạy, độ đặc hiệu cao và độ sai biệt thấp so với định lượng LDL-C trực tiếp.

Từ khóa: Friedewald, Vujovic, LDL-C, định lượng trực tiếp, Cà Mau

SUMMARY

THE INDIRECT QUANTITY METHODS VALUE OF LDL- CHOLESTEROL AT HOAN MY MINH HAI GENERAL HOSPITAL IN 2021

Background: Indirect methods for determination of LDL-cholesterol such as Friedewald and Vujovic have been widely used in clinical. It is necessary to study its difference, sensitivity, specificity when using these methods in laboratory.

Objectives: 1) To define the difference of LDL-cholesterol concentration of indirect and direct methods. 2) To define the sensitivity and specificity of LDL-cholesterol in indirect methods.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study was carried out of 742 blood samples of patients with diabetes, ischemic heart disease, cerebrovascular disease, have indicated for cholesterol, triglycerides, HDL-C and LDL-C levels. The direct quantification have been done

**Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Minh Hải*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Hát
Email: hat.nguyen1@hoanmy.com
SĐT: 0949 643 673
Ngày nhận bài: 25/11/2021
Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021
Ngày duyệt bài: 13/12/2021

by Sekisui's enzymatic method, Architect ci4100. Estimation of LDL-C concentration by using Friedewald and Vujovic formulas.

Results: The difference of LDL-cholesterol concentration of Friedewald indirect method was 0.27mmol/L, of Vujovic was -0.06mmol/L ($p<0.05$). LDL-C level of Friedewald's indirect method have had the cut off =2,52mmol/L, AUC=0,98, Se=90,8%, Sp=96,6%. LDL-C level of Vujovic indirect method have had the cut off =2,66mmol/L, AUC= 0,98, Se=95,7%, Sp=91,1%

Conclusion: Two methods indirect Friedewald and Vujovic have high sensitivity and specificity for determination of LDL-cholesterol, and have low difference with direct method.

Keywords: Friedewald, Vujovic, LDL-C, direct method, Ca Mau

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, có nhiều công thức khác nhau để định lượng gián tiếp nồng độ LDL-cholesterol đã được đề xuất và phát triển. Trong số đó, công thức của Friedewald [6] ra đời vào năm 1972 và công thức Vujovic [4] ra đời vào 2010 đã được sử dụng rộng rãi trong lâm sàng. Tuy nhiên giá trị ước tính của chúng so với phương pháp định lượng trực tiếp phụ thuộc nhiều vào đơn vị thực hiện. Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu về giá trị của các phương pháp định lượng gián tiếp LDL-C. Năm 2019 tại Iran, nghiên cứu của Azam Kharkhaneh [3] cho thấy ở mức triglycerid 0,56–1,69 mmol/L sai biệt phương pháp gián tiếp LDL-C Friedewald và Vujovic so với trực tiếp là 0,2mmol/L và 0,22mmol/L. Năm 2018 tại Ghana, Ephraim D [5] nghiên cứu phương pháp định lượng gián tiếp LDL-C Friedewald tại điểm cắt

2,92mmol/L có diện tích dưới đường cong là 0,8, độ nhạy 63%, độ đặc hiệu 84%. Tại Việt Nam cho đến nay chúng tôi chưa tìm được các nghiên cứu về giá trị của phương pháp định lượng gián tiếp LDL-C Friedewald và Vujovic. Nghiên cứu giá trị của các phương pháp định lượng gián tiếp LDL-C là cần thiết khi sử dụng tại khoa xét nghiệm, Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Minh Hải Cà Mau. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu sau:

1. *Xác định sai biệt nồng độ LDL-cholesterol của các phương pháp ước tính gián tiếp so với phương pháp định lượng trực tiếp.*

2. *Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu của các phương pháp định lượng gián tiếp nồng độ LDL-cholesterol tại khoa xét nghiệm, Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Minh Hải Cà Mau.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Mẫu máu các người bệnh có chỉ định xét nghiệm cholesterol, triglycerid, HDL-C và LDL-C tại Khoa xét nghiệm, Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Minh Hải Cà Mau, từ tháng 4/2021-10/2021.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu

+ Mẫu máu của người bệnh đái tháo đường chưa có biến chứng tim mạch, người mắc bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh mạch máu não, được chẩn đoán xác định từ kết quả khám lâm sàng và các xét nghiệm sinh hóa, điện tim, hình ảnh học. Người bệnh có chỉ định xét nghiệm các thành phần lipid máu: cholesterol, triglycerid, HDL-C, LDL-C. Người bệnh nhịn ăn trên 12 giờ, không uống rượu bia trong vòng 24 giờ trước khi lấy máu làm xét nghiệm.

+ Mẫu máu đạt chất lượng: đủ lượng

2mL, dùng chất chống đông Li-heparin, thực hiện xét nghiệm dưới 3 giờ sau lấy máu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** mẫu máu bị tán huyết.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu: chúng tôi thu thập được 742 mẫu máu đạt tiêu chuẩn.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ, có chủ đích.

- Nội dung nghiên cứu

+ Phân bố người bệnh có mẫu máu được chỉ định xét nghiệm lipid máu theo nhóm bệnh: bệnh đái tháo đường, bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh mạch máu não và theo nồng độ triglycerid: gồm 4 nhóm (1) <1,7mmol/L, (2) 1,71-3,38mmol/L, (3) 3,39-4,51mmol/L, (4) >4,51mmol/L.

+ Định lượng trực tiếp cholesterol (TC), triglycerid (TG), HDL-C và LDL-C bằng phương pháp enzym của Sekisui trên máy Architect ci4100: nồng độ LDL-C trực tiếp (PPTT) được chia hai nhóm: LDL-C_{PPTT}<2,59mmol/L âm tính, LDL-C_{PPTT}≥2,59mmol/L dương tính [1].

+ Ước tính giá trị LDL-C bằng các phương pháp gián tiếp:

$$\text{LDL-C}_{\text{Friedewald}} = \text{TC} - \text{HDL-C} - \frac{\text{TG}}{2,2}$$

$$\text{LDL-C}_{\text{Vujovic}} = \text{TC} - \text{HDL-C} - \frac{\text{TG}}{3}$$

+ Xác định sai biệt nồng độ LDL-C: tính Mean LDL_{diff}(PPTT-Friedewald), Mean

LDL_{diff}(PPTT-Vujovic) bằng kiểm định test t với mẫu bắt cặp, có sai biệt khi p<0,05. Tính phần trăm sai biệt theo công thức [4]:

$$\% \text{Mean LDL}_{\text{diff}}(\text{PPTT-Friedewald}) = \frac{(\text{Mean LDL-C}_{\text{PPTT}} - \text{Mean LDL-C}_{\text{Friedewald}}) / \text{Mean LDL-C}_{\text{PPTT}}}{100}$$

$$\% \text{Mean LDL}_{\text{diff}}(\text{PPTT-Vujovic}) = \frac{(\text{Mean LDL-C}_{\text{PPTT}} - \text{Mean LDL-C}_{\text{Vujovic}}) / \text{Mean LDL-C}_{\text{PPTT}}}{100}$$

Sai số phân tích đạt yêu cầu trong $\pm 12\%$ theo chương trình giáo dục cholesterol quốc gia (NCEP ATPIII) của Hoa Kỳ [4].

+ Xác định đường cong ROC LDL-C_{Friedewald}, LDL-C_{Vujovic}, tính diện tích dưới đường cong (AUC): từ 0,8-0,9 là chính xác cao, từ 0,6-0,7 là tạm được, từ 0,5-0,6 là không giá trị [2]. Xác định độ nhạy (Se) và độ đặc hiệu (Sp) tại điểm cắt LDL-C của đường cong ROC và AUC.

- Phương pháp xử lý, phân tích số liệu

Kết quả xét nghiệm được thu thập bằng hệ thống thông tin bệnh viện e.hospital FPT và xử lý bằng phần mềm IBM SPSS statistics 22.0.

Đối với các biến số định lượng được trình bày bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu bằng đường cong ROC. Mức có ý nghĩa thống kê khi p<0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố đối tượng bệnh nhân theo nhóm bệnh và nồng độ triglycerid

Triglycerid (mmol/L)	n (%)	Bệnh đái tháo đường	Bệnh tim thiếu máu cục bộ	Bệnh mạch máu não
<1,7	283(38,1%)	112	113	58
1,7-3,38	323(43,5%)	140	122	61
3,39-4,51	63(8,5%)	24	25	14
>4,51	73(9,8%)	46	17	10
Tổng	742 (100%)	322 (43,4%)	277 (37,3%)	143 (19,3)

Nhận xét: Người bệnh đái tháo đường được chỉ định xét nghiệm mẫu máu nhiều nhất (323/742 người, chiếm 43,4%), kế đó là nhóm bệnh tim thiếu máu cục bộ (277/742 người, chiếm 37,3%) và nhóm bệnh mạch máu não (143/742 người, chiếm 19,3%). Đa số người bệnh có nồng độ triglycerid 1,7-3,38mmol/L (43,5%), kế đó là ở nồng độ <1,7 mmol/L, nồng độ triglycerid từ 3,39mmol/L trở lên, chiếm ít nhất.

3.2. Sai biệt nồng độ LDL-cholesterol của các phương pháp định lượng gián tiếp so với phương pháp định lượng trực tiếp ở người bệnh nghiên cứu

Bảng 2. Sai biệt nồng độ LDL-C_{Friedewald}, LDL-C_{Vujovic} so với LDL-C_{PPTT}

Triglycerid	Mean $\pm$ SD LDL _{diff} (PPTT- Friedewald) (mmol/L)	Mean $\pm$ SD LDL _{diff} (PPTT- Vujovic) (mmol/L)	%Mean LDL _{diff} (PPTT- Friedewald) (%)	%Mean LDL _{diff} (PPTT-Vujovic) (%)	p Friedewald	p Vujovic
<1,7	0,13 $\pm$ 0,26	-0,02 $\pm$ 0,26	4,7	-0,7	0,001	0,19
1,7-3,38	0,23 $\pm$ 0,32	-0,5 $\pm$ 0,32	7,3	-16,0	0,001	0,004
3,39-4,51	0,4 $\pm$ 0,36	-0,7 $\pm$ 0,36	12,9	-22,5	0,001	0,126
>4,51	-1,46 $\pm$ 1	-0,58 $\pm$ 2,2	-59,3	-23,6	0,001	0,024
Toàn NC	0,27$\pm$0,59	-0,06$\pm$0,42	9,2	-2,0	0,001	0,001

Nhận xét: Độ sai biệt của LDL-C ở phương pháp gián tiếp Friedewald là 0,27 $\pm$ 0,59mmol/L và ở phương pháp Vujovic là -0,06 $\pm$ 0,42mmol/L so với trực tiếp (p<0,05).

3.3 Độ nhạy, độ đặc hiệu của các phương pháp định lượng gián tiếp nồng độ LDL-cholesterol

Bảng 3. Điểm cắt, diện tích dưới đường cong, độ nhạy, độ đặc hiệu của hai phương pháp định lượng gián tiếp LDL-C theo mức triglycerid

Nhóm Triglycerid mmol/L	Phương pháp gián tiếp LDL-C	Điểm cắt LDL-C (mmol/L)	AUC	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	p
<1,7	LDL _{Friedewald}	2,52	0,99	95,8	96,4	0,004
	LDL _{Vujovic}	2,66	0,991	96,5	95	0,004

1,7-3,38	LDL _{Friedewald}	2,49	0,984	93,2	95,7	0,006
	LDL _{Vujovic}	2,66	0,983	95,7	93,1	0,006
3,39-4,51	LDL _{Friedewald}	2,16	0,980	97,3	88,5	0,013
	LDL _{Vujovic}	2,63	0,979	100	88,5	0,014
>4,51	LDL _{Friedewald}	2,36	0,79	66,7	77,5	0,051
	LDL _{Vujovic}	0,72	0,778	97	52,5	0,054
Toàn NC	LDL_{Friedewald}	2,52	0,983	90,8	96,6	0,003
	LDL_{Vujovic}	2,66	0,979	95,7	91,1	0,005

Nhận xét: ở nhóm triglycerid <1,7mmol/L phương pháp gián tiếp LDL-C Friedewald và Vujovic có Se, Sp cao nhất ($p<0,05$).

Bảng 4. Điểm cắt, diện tích dưới đường cong, độ nhạy, độ đặc hiệu của hai phương pháp định lượng gián tiếp LDL-C theo nhóm bệnh

Nhóm bệnh	n	Phương pháp gián tiếp LDL-C	Điểm cắt LDL-C (mmol/L)	AUC	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	p
Bệnh đái tháo đường	322	LDL _{Friedewald}	2,4	0,99	92,4	97,2	0,003
		LDL _{Vujovic}	2,6	0,998	97,2	94,4	0,004
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	277	LDL _{Friedewald}	2,4	0,972	92,5	92,3	0,008
		LDL _{Vujovic}	2,7	0,958	92,5	88,5	0,13
Bệnh mạch máu não	143	LDL _{Friedewald}	2,5	0,981	93,8	95,7	0,009
		LDL _{Vujovic}	2,8	0,986	96,9	91,3	0,007
Toàn NC	742	LDL_{Friedewald}	2,52	0,983	90,8	96,6	0,003
		LDL_{Vujovic}	2,66	0,979	95,7	91,1	0,005

Nhận xét: ở nhóm bệnh đái tháo đường phương pháp gián tiếp LDL-C Friedewald và Vujovic có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất ($p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong 742 mẫu máu nghiên cứu, số người bệnh được chỉ định xét nghiệm nhiều nhất ở nhóm triglycerid 1,7-3,38mmol/L là 43,5% cao hơn nghiên cứu tác giả Azam Karkhaneh [3] là 29,7% và Ki-Chul Sung [7] là 21,6%. Điều này cho thấy nghiên cứu tập trung ở nhóm có bất thường triglycerid >1,7mmol/L [1].

So với trực tiếp, sai biệt phương pháp định lượng gián tiếp LDL-C Friedewald là 0,27mmol/L, phương pháp Vujovic là -

0,06mmol/L ($p<0,05$). Phần trăm sai biệt phương pháp gián tiếp %MeanLDL_{diff} Friedewald=9,2%, %MeanLDL_{diff} Vujovic=-2%, đạt yêu cầu sai số phân tích $\pm 12\%$ theo hướng dẫn NCEP ATPIII. Kết quả nghiên cứu cao hơn nghiên cứu của Vujovic [4] là -6,1% và -0,9%. Kết quả nghiên cứu thấp hơn của tác giả Ephraim D [5] %MeanLDL_{diff} Friedewald=12,4%. Kết quả nghiên cứu khác nhau có thể do khác nhau về quần thể nghiên cứu và thiết bị xét nghiệm.

Ở nhóm triglycerid $<1,7\text{mmol/L}$ phương pháp gián tiếp LDL-C Friedewald có điểm cắt $=2,52\text{mmol/L}$, $\text{AUC}=0,99$, $\text{Se}=95,8\%$, $\text{Sp}=96,4\%$. Phương pháp gián tiếp LDL-C Vujovic có điểm cắt $=2,66\text{mmol/L}$, $\text{AUC}=0,991$, $\text{Se}=96,5\%$, $\text{Sp}=95\%$. Kết quả nghiên cứu thấp hơn nghiên cứu của Ephraim D [5] trong nhóm triglycerid $\leq 4,51\text{mmol/L}$ phương pháp gián tiếp LDL-C Friedewald có điểm cắt $=2,92\text{mmol/L}$, $\text{AUC}=0,8$, $\text{Se}=63\%$, $\text{Sp}=84\%$. Trong nghiên cứu nhóm triglycerid $3,39-4,51\text{mmol/L}$ hoặc cao hơn, kết quả nghiên cứu phương pháp gián tiếp LDL-C có độ nhạy, độ đặc hiệu thấp hơn so với các nhóm triglycerid thấp. Kết quả tương tự nghiên cứu Ki-Chul Sung [7]. Cho thấy các phương pháp gián tiếp LDL-C có giá trị độ nhạy, độ đặc hiệu thấp ở mức triglycerid cao.

Ở người bệnh đái tháo đường, phương pháp định lượng gián tiếp LDL-C Friedewald tại điểm cắt $=2,4\text{mmol/L}$, $\text{AUC}=0,99$, $\text{Se}=92,4\%$, $\text{Sp}=97,2\%$ ($p<0,05$). Phương pháp gián tiếp LDL-C Vujovic có điểm cắt $=2,6\text{mmol/L}$, $\text{AUC}=0,998$, $\text{Se}=97,2\%$, $\text{Sp}=94,4\%$. Kết quả tương tự nghiên cứu Martins J [8], với phương pháp gián tiếp LDL-C Friedewald có điểm cắt $=2,5\text{mmol/L}$, $\text{AUC}=0,902$, $\text{Se}=84,9\%$, $\text{Sp}=95,4\%$. Trong nghiên cứu phương pháp gián tiếp LDL-C Friedewald có $\text{AUC}=0,983$ và LDL-C Vujovic có $\text{AUC}=0,979$. Tất cả đều lớn hơn 0,9 cho thấy phương pháp gián tiếp LDL-C có mức độ chính xác cao ở tất cả các nhóm bệnh.

V. KẾT LUẬN

Giá trị LDL-C của hai phương pháp định lượng gián tiếp Friedewald và Vujovic có độ nhạy, độ đặc hiệu cao và độ sai biệt thấp so với định lượng LDL-C trực tiếp. Sử dụng phương pháp định lượng gián tiếp

Friedewald và Vujovic có thể mang nhiều lợi ích trong việc giảm gánh nặng điều trị rối loạn lipid máu cho người bệnh đái tháo đường, bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh mạch máu não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội nội tiết đái tháo đường Việt Nam**, Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị đái tháo đường, NXB Y học, 2018, tr. 199-203.
2. **Nguyễn Ngọc Rạng**, Thiết Kế Nghiên Cứu & Thống Kê Y Học, NXB Y học, 2012, tr. 237-242.
3. **Azam Karkhaneh, Molood Bagherieh, Solmaz Sadeghi**, "Evaluation of eight formulas for LDL-C estimation in Iranian subjects with different metabolic health statuses", *Lipids in Health and Disease*, 2019, pp. 1-11.
4. **Ana Vujovic, Jelena Kotur Stevuljevic, Slavica Spasic**, "Evaluation of different formulas for LDL-C calculation", *Lipid Health Dis*, 2010, pp. 27.
5. **Ephraim D, Acheampong E, Swaray M**, "Developing a Modified Low-Density Lipoprotein (M-LDL-C) Friedewald's Equation as a Substitute for Direct LDL-C Measure in a Ghanaian Population: A Comparative Study", *J Lipids*, 2018, pp. 7078409.
6. **Friedewald W T, Levy R I, Fredrickson D S**, "Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge", *Clin Chem*, 1972, pp. 499-502.
7. **Ki-Chul Sung, et al**, "Comparison of Low-Density Lipoprotein Cholesterol Concentrations by Direct Measurement and by Friedewald Calculation", *The American journal of cardiology*, 2020, pp. 866-873.
8. **Martins J, et al**, "Comparison of equations for the calculation of LDL-cholesterol in hospitalized patients", *Clinica Chimica Acta*, 2015, pp. 137-142.

ĐÁNH GIÁ SỰ GẮN KẾT CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ BÌNH PHƯỚC NĂM 2021

Nguyễn Quốc Lê Thuận*

TÓM TẮT

Mở đầu: Sự gắn kết của nhân viên y tế (NVYT) với bệnh viện (BV) là yếu tố đặc biệt quan trọng trong sự hình thành và phát triển của các cơ sở y tế, về cả chuyên môn nghiệp vụ, đến uy tín của đơn vị trong công tác chăm sóc sức khỏe người bệnh.

Mục tiêu: Mô tả thực trạng và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến sự gắn kết của NVYT tại BV Hoàn Mỹ Bình Phước năm 2021.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, kết hợp định lượng và định tính; khảo sát 163 NVYT, 04 cuộc phỏng vấn sâu và 02 cuộc thảo luận nhóm.

Kết quả: 29,5% NVYT có gắn kết với BV, điểm trung bình sự gắn kết chung của NVYT với BV là: $3,6 \pm 0,6$. Các yếu tố như tuổi tác, giới tính, trình độ chuyên môn, mức lương có liên quan đến sự gắn kết của nhân viên y tế với BV.

Khuyến nghị: BV cần tiếp tục cải thiện chính sách quản lý, chính sách chi trả lương, đãi ngộ, khen thưởng cho NVYT tại BV. Cá nhân NVYT cần tích cực tham gia vào các buổi đóng góp ý kiến, xây dựng BV ngày càng phát triển, thân thiện, công bằng.

SUMMARY

EVALUATING THE COHESION OF

* Bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Phước

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Lê Thuận

Email: thuan.nguyen@hoanmy.com

SĐT: 035 9870870

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

MEDICAL STAFF AND SOME INFLUENCING FACTORS AT HOAN MY BINH PHUOC HOSPITAL IN 2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

NVYT là nguồn lực đặc biệt quan trọng, có liên hệ mật thiết đến sự tồn tại và phát triển của ngành y tế nói chung và các cơ sở y tế nói riêng, là tất cả những kiến thức, kỹ năng, kinh nghiệm phục vụ cho mọi hoạt động tại một đơn vị, từ các hoạt động chuyên môn y tế như chăm sóc sức khỏe, điều trị bệnh tật cho người dân đến các hoạt động vận hành bộ máy của đơn vị. BV Hoàn Mỹ - Bình Phước được thành lập từ tháng 10/2011, là BV tư nhân duy nhất hoạt động tại Bình Phước, với mục tiêu không ngừng đổi mới, phát triển nhằm phục vụ tốt nhất cho công tác điều trị và chăm sóc sức khỏe cho người dân. Để có cơ sở xây dựng những chính sách, giải pháp phát triển nguồn nhân lực y tế cho BV phù hợp, câu hỏi được đặt ra là Mức độ gắn kết của NVYT với BV Hoàn Mỹ Bình Phước hiện nay như thế nào? Những yếu tố nào ảnh hưởng đến sự gắn kết của NVYT với BV Hoàn Mỹ Bình Phước? Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá sự gắn kết của NVYT và một số yếu tố ảnh hưởng tại BV Hoàn Mỹ Bình Phước năm 2021". Với mục tiêu mô tả thực trạng và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến sự gắn kết của NVYT tại BV Hoàn Mỹ Bình Phước năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả NVYT

làm việc tại BV Hoàn Mỹ Bình Phước có thời gian làm việc ≥ 3 tháng và đồng ý tham gia vào nghiên cứu. NVYT bị loại trừ khi đang trong thời gian nghỉ thai sản hoặc đang trong thời gian tham gia các khóa học dài hạn (≥ 3 tháng).

Thời gian nghiên cứu: Tháng 01/2021 đến tháng 08/2021.

Địa điểm nghiên cứu: BV Hoàn Mỹ Bình Phước.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, kết hợp định lượng và định tính. Cấu phần định lượng: tiến hành khảo sát 163 NVYT đang làm việc tại BV. Cấu phần định tính: 04 cuộc phỏng vấn sâu (Ban giám đốc BV và 03 Trưởng/phó khoa, phòng); 02 buổi thảo luận nhóm NVYT BV.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi thu thập được nhập liệu vào Epidata và phân tích bằng Stata với lệnh thống kê mô tả và phân tích đơn biến. Các cuộc phỏng vấn được ghi âm, mã hóa, sau đó được gõ bằng và phân tích dữ liệu theo từng nhóm chủ đề nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ NVYT gắn kết với BV là 29,5%; Điểm trung bình sự gắn kết chung của NVYT với BV là: $3,6 \pm 0,6$; trong đó, yếu tố lòng trung thành có điểm trung bình thấp nhất là $3,3 \pm 0,8$; tiếp đến là yếu tố niềm tự hào có điểm trung bình là $3,5 \pm 0,6$ và cao nhất là điểm trung bình yếu tố sự cố gắng, nỗ lực với $3,9 \pm 0,6$. Các yếu tố như tuổi tác, giới tính, trình độ chuyên môn, mức lương có liên quan đến sự gắn kết của NVYT với BV. Các yếu tố ảnh hưởng tích cực ảnh hưởng sự gắn kết của NVYT với BV như: Thu nhập và công bằng trong chi trả lương thưởng càng cao thì NVYT

càng gắn kết với BV; Cơ hội được đào tạo phát triển nghề nghiệp, được thăng tiến, được bố trí công việc phù hợp, môi trường làm việc thân thiện, cơ sở vật chất đầy đủ, được lãnh đạo BV quan tâm đều là những yếu tố tích cực ảnh hưởng đến sự gắn kết của NVYT với BV và ngược lại.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi đưa ra một số khuyến nghị nhằm cải thiện mức độ gắn kết của NVYT với BV như sau, ban giám đốc BV cần tiếp tục quan tâm đến vấn đề cải thiện chính sách quản lý, chính sách chi trả lương, đãi ngộ, khen thưởng cho NVYT tại BV. Đặc biệt, cần có chính sách đặc thù cho các khoa/phòng khó khăn, công việc áp lực cao, nhân viên có thâm niên công tác lâu năm; Thường xuyên khảo sát, ghi nhận các ý kiến của NVYT tại BV để trao đổi, phản hồi những khó khăn, vướng mắc, giúp cho NVYT yên tâm công tác, gắn bó lâu dài với BV. Với cá nhân NVYT cần chủ động tham gia các khóa đào tạo, tập huấn nhằm nâng cao trình độ chuyên môn, nghiệp vụ; Tích cực tham gia vào các buổi đóng góp ý kiến, xây dựng BV ngày càng phát triển, thân thiện, công bằng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Kim Dung.** Đánh giá ý thức gắn bó với tổ chức và sự thỏa mãn đối với công việc trong điều kiện của Việt Nam. Hội nghị quốc tế về quản lý giáo dục. 2005.
2. **Trần Thị Bích Ân.** Sự gắn bó và một số yếu tố liên quan đến sự gắn bó của điều dưỡng lâm sàng với bệnh viện quận Thủ Đức Thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Khoa học nghiên cứu sức khỏe và phát triển. 2017; 1(02).
3. **Bakker A. B., P Leiter M. Work engagement:** A handbook of essential theory and research. Psychology press. 2010; 65(1).

THỰC TRẠNG CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH NGOẠI TRÚ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ BÌNH DƯƠNG NĂM 2021

Trần Quốc Thành*, Phạm Thành Kiên*,
Đỗ Thụy Diễm Quyên*, Trương Văn Trang

TÓM TẮT

Bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Dương là bệnh viện đa khoa đầu tiên trong hệ thống y tế tư nhân tại tỉnh Bình Dương và được gia nhập Tập Đoàn Y Khoa Hoàn Mỹ 3 năm. Mỗi ngày khoa Khám bệnh đón tiếp khoảng hơn 300 lượt khám ngoại trú. Bệnh viện đã và đang có những chính sách và chiến lược rõ ràng nhằm cải tiến và nâng cao chất lượng phục vụ dựa trên cơ sở 19 tiêu chí liên quan đến người bệnh trong 83 tiêu chí của Bộ Y Tế ban hành ngày 18/11/2016 (Quyết định 6858/QĐ-BYT).

Sau 3 năm tiến hành xây dựng và cải tiến Chất lượng dịch vụ. Hiện nay, Bệnh viện đã đạt được một số thành tựu nhất định. Để đánh giá chất lượng bệnh viện và tìm hiểu về một số yếu tố ảnh hưởng dựa trên cảm nhận của người bệnh khám bệnh ngoại trú chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Thực trạng chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Dương năm 2021".

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên 252 trường hợp bằng phương pháp cắt ngang mô tả kết hợp định tính với định lượng tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Dương. Phương pháp nghiên cứu sử dụng bộ công cụ SERVPERF khảo sát 252 người

bệnh đến khám chữa bệnh ngoại trú và tiến hành phỏng vấn sâu một số đối tượng tham gia nghiên cứu gồm đại diện lãnh đạo bệnh viện: 01 người; Đại diện lãnh đạo khoa khám bệnh 01 người; Bác sỹ công tác tại khoa khám bệnh 01 người; Điều dưỡng công tác tại khu vực KCB ngoại trú: 02 người; Nhân viên chăm sóc khách hàng: 01 người.

Mục tiêu nghiên cứu chúng tôi nhằm mô tả chất lượng dịch vụ khám chữa và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú.

Kết quả nghiên cứu cho thấy chất lượng dịch vụ tại khu vực khám chữa bệnh ngoại trú thông qua đánh giá của người bệnh cho kết quả điểm chất lượng dịch vụ trung bình chung đạt được 4,33 ($\pm 0,55$) trên thang điểm 5. Chất lượng dịch vụ tại khu vực KCB ngoại trú thuộc Bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Dương qua phỏng vấn sâu được đánh giá đạt mức tốt. Chất lượng dịch vụ được người bệnh cho điểm cao nhất đó là yếu tố hữu hình và thấp nhất là chất lượng dịch vụ sự tin tưởng. Một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ bao gồm nguồn nhân lực thể hiện ở kỹ năng giao tiếp ứng xử của nhân viên được đánh giá tích cực, cách thức tổ chức quy trình khám chữa bệnh cũng là một điểm mạnh, yếu tố cơ sở vật chất được người bệnh đánh giá cao và thông tin y tế là yếu tố cần cải thiện để nâng cao chất lượng dịch vụ.

Với kết quả có được từ nghiên cứu bệnh viện tiếp tục phát huy ưu thế, đẩy mạnh ứng dụng CNTT hướng đến bệnh viện thông minh.

**Bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Dương*

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Thành

Email: thanh.tran@hoanmy.com

SĐT: 903895599

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

Từ khóa: Chất lượng dịch vụ, SERVPERF, Khám bệnh ngoại trú, Yếu tố hữu hình, Sự tin tưởng.

SUMMARY

CURRENT STATUS OF OUTPATIENT MEDICAL EXAMINATION AND TREATMENT SERVICE QUALITY AND SOME INFLUENCING FACTORS AT HOAN MY BINH DUONG HOSPITAL IN 2021

Hoan My Binh Duong Hospital is the first general hospital in the private healthcare system in Binh Duong province and has been a member of Hoan My Medical Group for 3 years. Every day, the Medical Department receives about 300 outpatient visits. The hospital has and is having clear policies and strategies to improve and improve service quality based on 19 criteria related to patients out of 83 criteria of the Ministry of Health issued on November 18, 2016 (Decision 6858/QĐ-BYT).

After 3 years of building and improving the service quality. Currently, the Hospital has achieved certain achievements. To evaluate hospital quality and learn about some influencing factors based on the perceptions of outpatients, we conducted a study on the topic "The current state of outpatient medical service quality and a Some influencing factors at Hoan My Binh Duong hospital in 2021".

We conducted a study on 252 cases by a descriptive cross-sectional method combining qualitative and quantitative at Hoan My Binh Duong Hospital. Research method using SERVPERF toolkit to survey 252 outpatients and conduct in-depth interviews with some research participants including representatives of hospital leaders: 01 people; Leading representative of medical examination department 01 people; Doctor working at the medical examination

department 01 people; Nursing working in the outpatient medical care area: 02 people; Customer care staff: 01 people.

The purpose of our research is to describe the quality of medical examination and treatment services and to find out some factors affecting the quality of outpatient medical examination and treatment services.

The research results show that the service quality in the outpatient clinic, through the assessment of the patients, results in an overall average service quality score of 4.33 (± 0.55) on a scale of 4.33 (± 0.55). Service quality at the outpatient clinic area of Hoan My Binh Duong Hospital through in-depth interviews is assessed as good. Service quality is given the highest score by patients as a tangible factor and the lowest is service quality, trust. Several factors affecting service quality include human resources, which are reflected in the staff's communication skills, which are positively evaluated, and how the medical examination and treatment process is organized is also a strong and weak point. Facilities are highly appreciated by patients and medical information is an element that needs to be improved to improve service quality.

With the results obtained from the research, the hospital continues to promote its advantages, promoting the application of IT towards smart hospitals.

Keywords: Service quality, SERVPERF, Outpatient examination, Tangible factors, Trust.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng dịch vụ của bệnh viện có đóng vai trò quan trọng để người lựa chọn nơi để khám, chữa bệnh (1). Hiện nay, SERVPERF là công cụ đo lường chất lượng dịch vụ đang được áp dụng rộng rãi trên khắp thế giới. Mô hình SERVPERF đánh giá chất lượng dịch

vụ y tế qua 5 khía cạnh bao gồm: Tin cậy; Đảm bảo; Đáp ứng; Đồng cảm; Yếu tố hữu hình (5).

Bình Dương là một tỉnh với sự cạnh tranh về y tế rất cao vì thế nâng cao chất lượng dịch vụ phục vụ người bệnh là vấn đề cấp thiết hơn bao giờ hết, đồng thời tạo ra sự khác biệt trong công tác chăm sóc sức khỏe mới có thể tăng hài lòng và sự trung thành của khách hàng. Chính vì thế chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với mục tiêu mô tả chất lượng dịch vụ khám chữa và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Dương. **Mục tiêu:**

1. *Mô tả chất lượng dịch vụ tại khu vực khám chữa bệnh ngoại trú Bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Dương năm 2021.*

2. *Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng tới chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú Bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Dương năm 2021.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu.

Sử dụng phương pháp nghiên cứu cắt ngang mô tả với phương pháp định lượng và định tính bằng phương pháp phỏng vấn sâu 6 thành viên đại diện cho bên cung cấp dịch vụ có liên quan đến hoạt động khám chữa bệnh ngoại trú bao gồm: Đại diện lãnh đạo bệnh viện: 01 người; Đại diện lãnh đạo khoa khám bệnh 01 người; Bác sỹ công tác tại khoa khám bệnh 01 người; Điều dưỡng công tác tại khu vực KCB ngoại trú: 02 người; Nhân viên chăm sóc khách hàng: 01 người.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Dương 152 - Huỳnh Văn Cù - P. Chánh Mỹ - TP. Thủ Dầu Một - Bình Dương. Trong thời

gian nghiên cứu từ 01/05/2021 đến 30/6/2021.

Đối tượng nghiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu định lượng.

Bệnh nhân đến khám tại khu vực ngoại trú bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Dương từ 01/5/2021-30/6/2021 đạt tiêu chuẩn lựa chọn.

Đối tượng nghiên cứu định tính:

Đại diện lãnh đạo Bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Dương: Đại diện là giám đốc chuyên môn bệnh viện; Đại diện lãnh đạo Khoa Khám bệnh: Trưởng Khoa khám bệnh; Nhân viên công tác tại khoa khám bệnh như bác sỹ, điều dưỡng, Nhân viên chăm sóc khách hàng.

Người bệnh trong đối tượng nghiên cứu sau khi lấy thông tin bảng khảo sát định lượng.

Cỡ mẫu, chọn mẫu.

Cỡ mẫu nghiên cứu định lượng được tính toán theo công thức cho nghiên cứu mô tả.

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu cần thiết

Z: là Mức độ mong đợi thường là 95%

α : Mức ý nghĩa thống kê (chọn $\alpha = 0.05$ ứng với độ tin cậy 95% thay vào bảng ta được $Z_{(1-\alpha/2)} = 1.96$

P: tỷ lệ khách hàng đánh giá tốt về chất lượng dịch vụ khoảng 80%. Qua một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ khách hàng đánh giá về chất lượng dịch vụ khoảng 80% (Error! Reference source not found.), (Error! Reference source not found.).

d: độ chính xác tuyệt đối mong muốn thường lấy = 0.05 (5%)

Thay các giá trị tính toán ta có 245 mẫu. Lấy 5% dự phòng dự kiến cỡ mẫu = 267. Thực tế thu thập được 252 mẫu.

Phương pháp phân tích số liệu.

Nghiên cứu định lượng: Nghiên cứu viên thống kê và tính tỷ lệ phần trăm các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và điểm trung bình các tiêu mục đánh giá chất lượng dịch vụ dựa theo thang đo SERVPERF.

Nghiên cứu định tính: Sau thu thập tiến hành gỡ băng, mã hóa để dễ phân tích theo chủ đề, làm sạch dữ liệu và phân loại, sau đó chọn những ý kiến tiêu biểu để trích dẫn vào đề tài.

4.1. Đánh giá chất lượng dịch vụ qua tổng hợp 5 khía cạnh

Bảng 3.2 cho thấy điểm trung bình người bệnh đánh giá chất lượng dịch vụ qua tổng hợp 5 khía cạnh là 4,49. Đồng thời cho thấy điểm chất lượng dịch vụ qua các khía cạnh tương đối đồng đều. Trong đó yếu tố hữu hình là khía cạnh được đánh giá cao nhất với 4,57. Khía cạnh có điểm trung bình thấp nhất là sự tin tưởng và khía cạnh sự cảm thông với số điểm bằng nhau 4,46 điểm.

Ngoài ra một cách tổng quan ở 5 khía cạnh đánh giá cho thấy chất lượng dịch vụ đều rất cao, trên 98% và khía cạnh sự đáp ứng có tỷ lệ cao nhất với 98,9%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 4.1 Đánh giá CLDV qua tổng hợp 5 khía cạnh

STT	Nội dung khía cạnh	Trải nghiệm tích cực Tỷ lệ %	Trải nghiệm tiêu cực/ không tốt Tỷ lệ %	Điểm trung bình SD
1	Sự tin tưởng	98,8%	1,2%	4,46 ($\pm 0,38$)
2	Sự đáp ứng	98,9%	1,1%	4,47 ($\pm 0,47$)
3	Sự đảm bảo	98,6%	1,4%	4,48 ($\pm 0,46$)
4	Sự cảm thông	98,6%	1,4%	4,46 ($\pm 0,43$)
5	Yếu tố hữu hình	98,3%	1,7%	4,48 ($\pm 0,38$)
6	Điểm trung bình chung CLDV	98,8%	1,2%	4,33 ($\pm 0,47$)

4.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng khám chữa bệnh ngoại trú

Một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng khám chữa bệnh

Nguồn nhân lực

Trình độ chuyên môn:

Nhìn chung về nhân lực của BV HMBD tương đối đầy đủ. Ngoài các bác sỹ có làm việc toàn thời gian thì bệnh viện còn tăng

cường các bác sỹ làm việc bán thời gian vào những ngày có số bệnh nhân tăng cao như ngày Chủ nhật và Thứ 2 hàng tuần và vào thời gian đông bệnh bệnh viện cũng tăng cường thêm phòng khám cùng với điều chỉnh thời gian khám bệnh phù hợp. Về trình độ chuyên môn của NVYT tại Bệnh viện, phần lớn các Bác sỹ có trình độ sau đại học, thời gian công tác lâu năm và được phân công

nhiệm vụ cụ thể, sắp xếp khoa học. Thể hiện được thái độ chuyên nghiệp, được đào tạo bài bản thể hiện qua sự hiệu quả trong công tác khám và điều trị tạo cho người dân sự tin tưởng khi đến trải nghiệm dịch vụ tại bệnh viện. Trong năm 2020 cũng đã tuyển dụng thêm được nhiều nhân sự có trình độ chuyên môn cao ở nhiều lĩnh vực khác nhau để ngày càng cải thiện hơn nữa chất lượng khám chữa bệnh cho người dân.

Kết quả nghiên cứu cho thấy qua phỏng vấn sâu ghi nhận 9/10 người bệnh đến khám đều thể hiện sự yên tâm vào tay nghề của các bác sỹ. Ngoài việc việc sắp xếp cho bệnh nhân chọn bác sỹ điều trị cho mình cũng làm tăng sự hài lòng người bệnh qua PVS BN06. Nghiên cứu cho thấy lãnh đạo bệnh viện rất quan tâm thông qua đào tạo ngắn hạn và các khóa đào tạo đảm bảo cập nhật kiến thức cho đội ngũ nhân viên (PVS NV LD01).

Nội dung phỏng vấn cụ thể như sau: “Tôi cho rằng ngành y là ngành đặc thù, kiến thức luôn luôn đổi mới cần phải được cập nhật thường xuyên để đảm bảo nâng cao năng lực khám chữa bệnh của các bác sỹ. Chính vì vậy bệnh viện luôn theo sát và chú trọng trong công tác này”

(PVS NV LD01)

Thái độ giao tiếp, ứng xử: Nghiên cứu cho kết quả người bệnh yên tâm và thoải mái chia sẻ và tin tưởng vào nhân viên y tế. Qua việc giao tiếp ân cần chu đáo với người đến KCB và thể hiện sự cảm thông là điểm mạnh tác động đến sự cảm nhận của người đến KCB về chất lượng dịch vụ tại Bệnh viện. Tác phong trong giao tiếp từ cử chỉ, ánh mắt đến trang phục được bệnh viện hết sức chú trọng (PVS BN04).

“Các nhân viên ở đây phục vụ chu đáo, tận tình, nói chuyện rõ ràng trong tư vấn, nhân viên ở đây ăn mặc rất là đẹp... theo mình về hình thức nhân viên như vậy là đạt yêu cầu”

(PVS BN04)

Yếu tố CSVC và trang thiết bị: Với quy mô 100 giường bệnh, bệnh viện sắp xếp các khoa phòng một cách hợp lý. Khoa khám bệnh và tiếp đón dễ tiếp cận, bảng biểu rõ ràng, không gian sạch sẽ thoáng mát. Phòng khám bệnh được đầu tư đầy đủ từ các vật dụng đến thiết bị nội thất cao cấp. Sảnh chờ được thiết kế rộng rãi phục vụ nước uống miễn phí. Ngoài ra còn có hệ thống âm thanh phát những bản nhạc thư giãn nhẹ nhàng. Tạo cảm giác thoải mái nhất với người bệnh đến khám (PVS BN05). Người bệnh cũng đánh giá cao về sự sắp xếp khoa học của các khu vực thăm khám (PVS BN06). Mỗi một khu vực lại có nhà vệ sinh thiết kế hiện đại, sạch sẽ, dễ quan sát dành cho người bệnh (PVS BN08). Về phía bệnh viện cũng có một số nhận xét, bệnh viện tập trung đầu tư các trang thiết bị hiện đại phục vụ cho công tác khám, chẩn đoán và điều trị như máy MS-CT Scanner, máy MRI, Siêu âm 4D, Hệ thống xét nghiệm hiện đại (PVSBN07).

Nội dung phỏng vấn cụ thể như sau:

“Chị thấy khu vực sảnh chờ rộng rãi, thoáng mát, không chen lấn ồn ào, phòng ốc sắp xếp vậy là hợp lý”. (PVS BN05)

“Lần đầu đi khám tìm phòng Siêu âm với xét nghiệm còn phải coi chỉ dẫn nhưng được cái máy cô nhiệt tình chỉ đến tận nơi, lần sau thì rành rồi nên thấy cũng dễ đi”. (PVS BN06)

“Cả nhà chị đều khám bệnh ở bệnh viện này, trước đây bệnh viện cũ, xuống cấp nhiều nhưng bệnh viện nay sạch sẽ thoáng mát, có công viên, phòng chờ kang trang, tốt lên nhiều, chị thấy vậy rất tốt rồi”. (PVS BN08)

Chi phí khám chữa bệnh: Kết quả cho thấy 9/10 người bệnh được phỏng vấn đều cho rằng mức giá ở Bệnh viện là phù hợp và công khai. Người bệnh đến khám không quan tâm đến chi phí và cho rằng chất lượng với chi phí như vậy là tương xứng (PVS BN03).

Hệ thống thông tin y tế: BV HMTNBD sở hữu hệ thống quản lý thông tin y tế qua phần mềm HIS. Một phần mềm tương đối mạnh trong y tế sử dụng trong hệ thống Y Khoa Hoàn Mỹ giúp ghi nhận lại tất cả lịch sử quá trình khám chữa bệnh của bệnh nhân. Nhân viên y tế cho rằng việc sử dụng phần mềm giúp cải thiện rất nhiều thời gian trong công tác khám chữa bệnh và nêu lên một số bất tiện: như cúp điện, máy bị lỗi (PVS NV6).

Bệnh viện chú trọng cung cấp thông tin cho người bệnh qua nhiều kênh thông tin khác nhau như tương tác với khách hàng qua mạng xã hội, cung cấp thông tin các chương trình khám sức khỏe, khám gói qua ứng dụng trên điện thoại thông minh, nhắc khám và thông báo kết quả cận lâm sàng, giải phẫu bệnh cho người bệnh thông qua mạng viễn thông (PVS LD02).

Cách thức tổ chức quy trình khám chữa bệnh: Bệnh viện đã phát triển mạng lưới chăm sóc khách hàng ngoại trú và nội trú, đảm bảo sắp xếp hướng dẫn khách hàng cụ thể và giúp khách hàng dễ tiếp cận như mặc trang phục riêng, bộ phận hướng dẫn chuyên

biệt, bộ phận phân luồng, điều phối giải tỏa áp lực ở những khu vực nhiều khách hàng chờ đợi, bố trí thêm khu lấy mẫu máu xét nghiệm, tăng cường phòng siêu âm. Người bệnh đăng ký trực tuyến để mua các gói khám, đặt lịch hẹn với bác sĩ và hẹn giờ khám bệnh thông qua các ứng dụng trên mạng Internet và thiết bị thông minh...(PVS BN10).

Chiến lược phát triển: Với tầm nhìn chiến lược tập trung vào chất lượng dịch vụ thay vì đi sâu vào chuyên khoa sâu trong điều trị. Bệnh viện đã nâng cấp và tối ưu hóa các điểm tiếp xúc của người bệnh. Mục tiêu chính là tạo nên sự khác biệt trong trải nghiệm dịch vụ và truyền tải được cảm xúc tích cực mỗi khi người bệnh đến khám (PVS LD02).

“Chúng tôi xác định mục tiêu rõ ràng, có chiến lược ngắn hạn và dài hạn và lộ trình từ năm 2021- 2024. Chúng tôi xác định xây dựng chuẩn hóa chất lượng theo mô hình: chất lượng dịch vụ = chất lượng điều trị + an toàn + trải nghiệm tích cực và chiến lược chuyển từ số lượng qua chất lượng...”. (PVS LD02)

V. KẾT LUẬN

Chất lượng dịch vụ tại khu vực khám, chữa bệnh ngoại trú của Bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Dương năm 2021 qua cảm nhận của người bệnh được đánh giá tốt với số điểm là 4,33 ($\pm 0,47$).

Nguồn nhân lực trong đó yếu tố giao tiếp của nhân viên y tế được người bệnh đánh giá cao. Yếu tố cơ sở vật chất kang trang, sạch đẹp, thiết kế thẩm mỹ thoáng mát cũng được người bệnh đánh giá tích cực.

Yếu tố công nghệ thông tin cũng còn một số hạn chế trong việc quản lý thông tin người bệnh cần được chú trọng để phát triển tay nghề cũng như phần mềm quản lý chất lượng tốt hơn. Quy trình khám, chữa bệnh ngoại trú là yếu tố ảnh hưởng vừa tích cực vừa hạn chế đến cảm nhận về chất lượng dịch vụ trong quá trình trải nghiệm có ghi nhận về sự mất cân bằng về số lượng bệnh nhân khám vào buổi sáng và buổi chiều.

Khuyến nghị của chúng tôi cần có chiến lược mở rộng cơ sở khám chữa bệnh vì qua đánh giá các khía cạnh tại bệnh viện đều được người bệnh đánh giá với số điểm rất cao. Cân đối lại nguồn nhân lực và trang thiết bị cho phù hợp với tình hình thực tế là buổi sáng người bệnh đi khám đông hơn. Đẩy mạnh phát triển công nghệ thông tin, đào tạo nhân viên mới sử dụng phần mềm và nâng cấp hệ thống phần mềm thông tin y tế tốt hơn. Khoa khám bệnh tiếp tục phát huy các ưu điểm trong lĩnh vực chuyên môn và tác phong giao tiếp của nhân viên y tế, tạo ra phong trào thi đua có khen thưởng động viên kịp thời. Tiếp tục thực hiện nghiên cứu khảo sát, đánh giá chất lượng dịch vụ hàng năm để cải thiện chất lượng dịch vụ ngày càng tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Akdere M, Top M, Tekingündüz S.** Examining patient perceptions of service quality in Turkish hospitals: The SERVPERF model. *Total Quality Management & Business Excellence.* 2018;1-11.
2. **Hussain A, Asif M, Jameel A, Hwang J, Saito N, Kanwal S.** Promoting OPD Patient Satisfaction through Different Healthcare Determinants: A Study of Public Sector Hospitals. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(19):3719.
3. **Lê Thị Anh Hoa (2020)** Luận văn thạc sỹ quản lý bệnh viện Trường Đại học Y tế Công cộng. Đánh giá chất lượng dịch vụ và các yếu tố ảnh hưởng của người đến khám, chữa bệnh ngoại trú tại Bệnh viện Đại học y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. Hà Nội.
4. **Cao Thị Thanh Hằng (2020)** Luận văn Thạc sỹ Quản lý Bệnh viện Trường Đại học Y tế Công cộng. Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Quân y 175 và một số yếu tố ảnh hưởng. Hà Nội.
5. **Phạm Văn Hưng (2016)** Luận văn Thạc sỹ Y tế Công cộng. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh tại khoa khám bệnh, Bệnh viện đa khoa huyện Nam Sách, tỉnh Hải Dương, Đại học Y Dược Hải Phòng.
6. **Hoàng Thị Hương Giang (2014)** Luận văn Thạc sỹ Quản trị Kinh Doanh Trường Đại học Kinh tế Quốc dân. Nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh viện đa khoa huyện bắc quang tỉnh Hà Giang. Hà Nội.
7. **Hoàng Thị Ngọc (2019)** Luận văn Thạc sỹ Xã hội học. Đánh giá sự hài lòng về dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện đa khoa khu vực Hóc Môn, Thành phố Hồ Chí Minh hiện nay. TP HCM.

NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ VẠN PHÚC 1

Dương Thị Thu Lý¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ (CLDV) tại bệnh viện, từ đó đề xuất những hàm ý quản trị nhằm nâng cao CLDV tại bệnh viện Vạn Phúc 1.

Phương pháp: Sử dụng phương pháp nghiên cứu định tính và nghiên cứu định lượng. Sau khi tìm hiểu cơ sở lý thuyết, tham vấn ý kiến chuyên gia đã xây dựng được thang đo kết hợp dựa trên Bộ Tiêu chí Chất lượng Bệnh viện Việt Nam (phiên bản 2.0) để đánh giá mức độ các nhân tố ảnh hưởng đến CLDV tại bệnh viện, trên cơ sở dữ liệu điều tra với cỡ mẫu khảo sát 250 khách hàng đến khám, chữa bệnh tại bệnh viện Hoàn Mỹ Vạn Phúc 1, số lượng được chọn lọc theo phương pháp thuận tiện. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để kiểm định độ tin cậy Cronbach's Alpha, phân tích nhân tố khám phá và hồi quy đa biến, kiểm định sự khác biệt.

Kết quả: Mô hình nghiên cứu ban đầu được đề xuất bao gồm sáu nhân tố, kết quả sau nghiên cứu còn lại năm nhân tố ảnh hưởng đến CLDV tại bệnh viện: Cơ sở vật chất ($\beta=0.287$), Quyền và lợi ích dành cho người bệnh ($\beta=0.270$), Thái độ phục vụ ($\beta=0.237$), Năng lực chuyên môn ($\beta=0.235$), và Hướng dẫn người bệnh ($\beta=0.092$). Kết quả kiểm định One-Way ANOVA, ngoài mức độ đánh giá chất lượng dịch vụ đối với

khách hàng có địa chỉ nơi ở có sự khác biệt ra (nhóm khách hàng có địa chỉ ở ngoài tỉnh Bình Dương đánh giá cao hơn nhóm khách hàng trong tỉnh Bình Dương) thì không có sự khác biệt về chất lượng dịch vụ đối với những khách hàng có nhóm độ tuổi, giới tính, hình thức khám bệnh.

Biện luận: Nghiên cứu ứng dụng mô hình SERVQUAL kết hợp Bộ Tiêu chí Chất lượng bệnh viện Việt Nam (phiên bản 2.0) xác định có năm nhân tố ảnh hưởng đến CLDV. Có sự khác biệt về mức độ đánh giá CLDV khi khách hàng có địa chỉ nơi ở khác nhau.

Từ khóa: Bệnh viện, Dịch vụ, Chất lượng.

SUMMARY

RESEARCH OF FACTORS AFFECTING SERVICE QUALITY AT HOAN MY VAN PHUC HOSPITAL 1

Objective: To determine the factors affecting service quality at the hospital, thereby proposing managerial implications to improve service quality at Van Phuc 1 hospital.

Methods: Using qualitative and quantitative research methods. After understanding the theoretical basis, consulting with experts has built a combined scale based on the Vietnam Hospital Quality Criteria (version 2.0) to assess the extent to which the factors affecting the quality of service at the hospital, based on survey data with a survey sample size of 250 customers who came for medical examination and treatment at Hoan My Van Phuc 1 hospital, the number was selected by a convenient method. Using SPSS 20.0 software to test Cronbach's Alpha reliability, exploratory factor analysis, and

¹Bệnh viện Hoàn Mỹ Vạn Phúc 1

Chịu trách nhiệm chính: Dương Thị Thu Lý

Email: thuly.duong@gmail.com

SĐT: 0987 217 226

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

multivariate regression, test the difference.

Results: The proposed initial research model included six factors, the results after the study left five factors affecting the quality of service at the hospital: Facilities ($\beta=0.287$), Rights and benefits for patients ($\beta=0.270$), Service Attitude ($\beta=0.237$), Professional Competence ($\beta=0.235$), and Patient Instruction ($\beta=0.092$). The results of One-Way ANOVA test, in addition to the service quality assessment for customers with residential addresses, there is a difference (the group of customers with addresses outside Binh Duong province assesses the service quality at the hospital is higher than in the group of customers in Binh Duong province), there is no difference in service quality for customers with age group, gender, customer group, type of medical examination.

Conclusions: The study and application of SERVQUAL model combined with the Vietnam Hospital Quality Criteria (version 2.0) identified five factors affecting service quality. There is a difference in the level of assessment of quality service when customers have different residential addresses.

Keywords: Hospital, Service, Quality.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh được Bộ Y tế, tất cả các cơ sở y tế công lập và ngoài công lập đặc biệt quan tâm. Trong thời gian qua, Bộ Y tế đã triển khai đồng loạt rất nhiều giải pháp để nâng cao chất lượng làm sao để KH hài lòng, an toàn và có kết quả điều trị tốt nhất.

Bệnh viện Hoàn Mỹ Vạn Phúc 1 (BV) được thành lập và đưa vào hoạt động năm 2011. Với phương châm “Tận tâm chăm sóc”, không ngừng đổi mới phong cách, thái độ phục vụ, lấy sự hài lòng của KH làm thước đo để đánh giá hiệu quả của công tác

khám chữa bệnh và chất lượng bệnh viện, BV đã đạt được nhiều kết quả cao, tạo được lòng tin của người dân khi đến khám chữa bệnh tại bệnh viện. Tuy nhiên, để xác định mức độ các nhân tố ảnh hưởng đến CLDV của bệnh viện, từ đó nhận biết được các khâu nào cần phải cải thiện, ưu tiên cải tiến, đây là lý do tác giả lựa chọn đề tài “Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng chất lượng dịch vụ tại bệnh viện Vạn Phúc 1”. *Mục tiêu nghiên cứu*

Mục tiêu chung: Xác định các nhân tố đến CLDV tại bệnh viện Hoàn Mỹ Vạn Phúc 1.

Mục tiêu cụ thể:

- Xác định mức độ ảnh hưởng các nhân tố đến CLDV tại bệnh viện.
- Đề xuất hàm ý quản trị nhằm nâng cao CLDV tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là CLDV tại BV và các yếu tố tác động đến CLDV tại BV.

2.2. Khách thể nghiên cứu

Khách hàng đến khám chữa bệnh tại BV.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm tại bệnh viện Hoàn Mỹ Vạn Phúc 1. Thời gian từ tháng 03/2021 đến 04/2021.

2.4. Cơ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

2.4.1. Cơ mẫu

Theo Hair và cộng sự (2006), cho rằng kích thước mẫu ít nhất là 50, tốt hơn là 100 và tỷ lệ quan sát / biến đo lường là 5:1, nghĩa là 1 biến đo lường cần tối thiểu là 5 quan sát, tốt nhất 10:1 trở lên. Ở nghiên cứu này có 29 biến được đưa vào phân tích và nếu dùng ở tỷ lệ 5:1, phải cần kích thước mẫu tối thiểu là $29 \times 5 = 145$.

Vì vậy trong nghiên cứu này, thực hiện với cỡ mẫu khảo sát 250 KH đến khám, chữa bệnh tại BV.

2.4.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Đối với KH đang nằm điều trị tại BV (người bệnh nội trú):

Lấy danh sách thống kê NB nội trú đang nằm điều trị tại BV.

Đối với KH đến khám chữa bệnh tại bệnh viện (người bệnh ngoại trú):

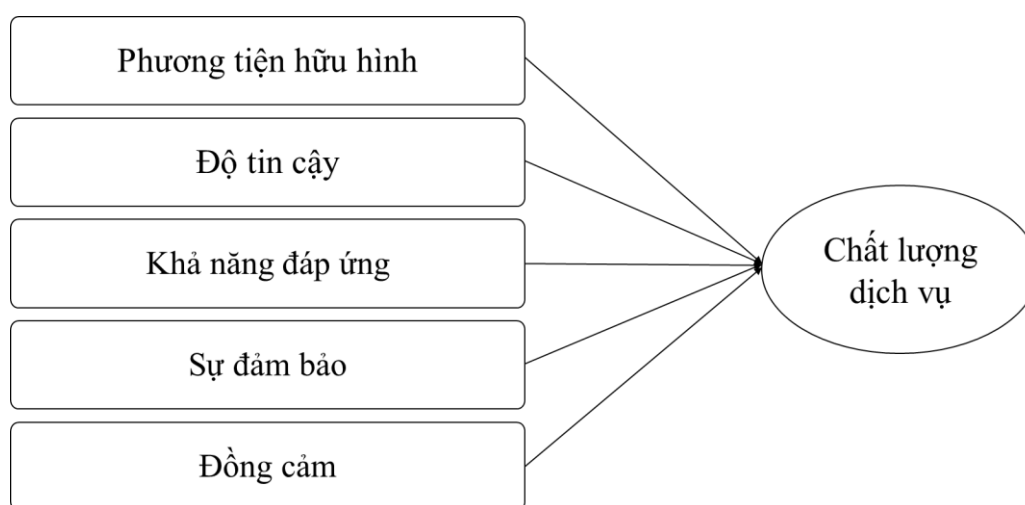
Thực hiện khảo sát sau khi KH đã khám bệnh, thanh toán xong và đang chờ nhận thuốc tại nhà thuốc, hoặc nếu không mua thuốc thì sẽ khảo sát sau khi KH hoàn thành

quy trình khám trước khi ra viện..

2.5. Xây dựng giả thuyết và mô hình nghiên cứu

2.5.1. Lý thuyết về mô hình SERVQUAL

Theo A. Parasuraman & cộng sự (1985, 1988), SERVQUAL là mô hình chất lượng dịch vụ, dựa trên khoảng cách giữa kì vọng của KH về dịch vụ với sự cảm nhận thực tế từ KH nhận được sau khi sử dụng sản phẩm. Chất lượng đánh giá qua kết quả đầu ra và cả quá trình thực hiện.



Hình 2.1: Mô hình chất lượng dịch vụ Servqual

Nguồn: A. Parasuraman và cộng sự (1988)

2.5.2. Bộ Tiêu chí Chất lượng bệnh viện Việt Nam (phiên bản 2.0)

Ngày 18 tháng 11 năm 2016, Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành quyết định số 6858/QĐ-BYT ban hành Bộ tiêu chí CLBV Việt Nam, phiên bản 2.0.

Với mục tiêu khuyến khích, định hướng và thúc đẩy các bệnh viện tiến hành các hoạt động cải tiến và nâng cao chất lượng nhằm cung ứng dịch vụ y tế an toàn, chất lượng, hiệu quả và đem lại sự hài lòng cho người bệnh, người dân và nhân viên y tế, đồng thời phù hợp với bối cảnh kinh tế - xã hội đất nước.

Bộ tiêu chí bao gồm 83 tiêu chí chính thức, được chia làm 5 phần A, B, C, D, E:

Phần A: Hướng đến người bệnh (19 tiêu chí)

Phần B: Phát triển nguồn nhân lực (14 tiêu chí)

Phần C: Hoạt động chuyên môn (35 tiêu chí)

Phần D: Cải tiến chất lượng (11 tiêu chí)

Phần E: Tiêu chí đặc thù chuyên khoa (4 tiêu chí)

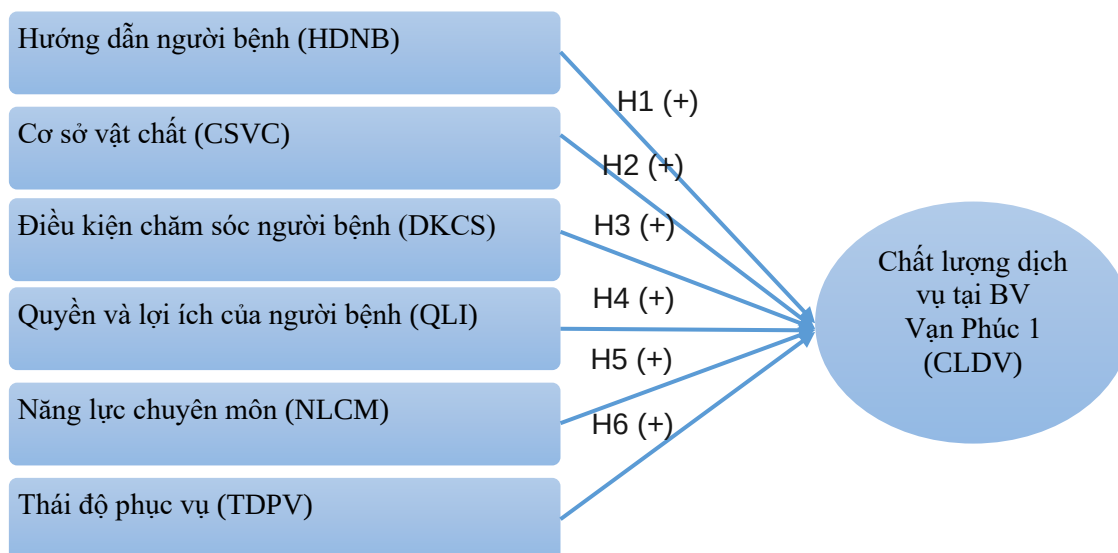
Mỗi phần A, B, C, D, E được chia thành các chương. Trong mỗi chương có một số

tiêu chí (mỗi chương có thể được xem xét như là một tiêu chuẩn chất lượng).

Chất lượng bệnh viện là toàn bộ các khía cạnh liên quan đến người bệnh, người nhà người bệnh, nhân viên y tế, năng lực thực hiện chuyên môn kỹ thuật; các yếu tố đầu vào, yếu tố hoạt động và kết quả đầu ra của hoạt động khám, chữa bệnh.

Một số khía cạnh chất lượng bệnh viện là khả năng tiếp cận dịch vụ, an toàn, người bệnh là trung tâm, hướng về nhân viên y tế, trình độ chuyên môn, kịp thời, tiện nghi, công bằng, hiệu quả...

2.5.3. Đề xuất mô hình và giả thuyết



Hình 2.2: Mô hình chất lượng dịch vụ đề xuất

Nguồn: Tác giả đề xuất

Bảng 2.3: Thang đo

Kí hiệu	Thang đo	Nguồn
HDNB	Hướnɡ dẫn Người bệnh	Bộ Y tế (2016); Parasuraman và cộng sự (1988);
HDNB1	Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướnɡ dẫn cụ thể dễ nhìn, dễ tìm	
HDNB2	Người bệnh được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh tật	
HDNB3	Bệnh viện có quy trình, thủ tục khám bệnh thuận tiện khoa học, đáp ứng sự hài lòng người bệnh	

Kí hiệu	Thang đo	Nguồn
HDNB4	Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời	
HDNB5	Người bệnh được làm các thủ tục, khám bệnh, thanh toán... theo đúng thứ tự bảo đảm tính công bằng và mức ưu tiên	
HDNB6	Người bệnh được hướng dẫn và bố trí làm xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng theo trình tự thuận tiện	
CSVC	Cơ sở vật chất	Bộ Y tế (2016); Parasuraman và cộng sự (1988); Nguyễn Thị Hiền và cộng sự (2017)
CSVC1	Ghế ngồi chờ/ giường bệnh được cung cấp đầy đủ tại khu vực khám bệnh/ điều trị nội trú	
CSVC2	Nhà vệ sinh thuận tiện, sử dụng tốt và sạch sẽ	
CSVC3	Người bệnh được cung cấp vật dụng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ, chất lượng tốt	
CSVC4	Người khuyết tật dễ dàng tiếp cận với các khoa/phòng, phương tiện và dịch vụ khám, chữa bệnh trong bệnh viện	
DKCS	Điều kiện môi trường chăm sóc người bệnh	Bộ Y tế (2016)
DKCS1	Người bệnh được điều trị trong môi trường, cảnh quan xanh, sạch, đẹp	
DKCS2	Người bệnh được khám và điều trị trong khoa/phòng gọn gàng, ngăn nắp, đảm bảo an ninh trật tự	
DKCS3	Người bệnh được hưởng các tiện nghi bảo đảm sức khỏe, nâng cao thể trạng và tâm lý: tivi, tranh ảnh, tờ rơi, nước uống...	
QLI	Quyền và lợi ích của người bệnh	Bộ Y tế (2016);
QLI1	Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị	
QLI2	Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư cá nhân	
QLI3	Người bệnh được nộp viện phí thuận tiện, công khai, minh bạch, chính xác	
QLI4	Người bệnh có ý kiến phản nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi được bệnh viện tiếp nhận, phản hồi, giải quyết kịp thời	
QLI5	Bệnh viện thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh và tiến hành các biện pháp cải tiến	
NLCM	Năng lực chuyên môn	Bộ Y tế (2016);
NLCM1	Năng lực chuyên môn của bác sỹ, điều dưỡng đáp ứng mong đợi	
NLCM2	KH được tư vấn, giáo dục sức khỏe, tư vấn chế độ ăn, vận động, theo dõi và phòng ngừa biến chứng.	

Kí hiệu	Thang đo	Nguồn
NLCM3	Được giải thích về tình trạng bệnh, phương pháp điều trị, cập nhật thông tin về dùng thuốc và thời gian dự kiến điều trị rõ ràng, đầy đủ.	
NLCM4	Được giải thích, tư vấn trước khi yêu cầu làm các xét nghiệm, thăm dò, kỹ thuật cao rõ ràng, đầy đủ.	
TDPV	Thái độ phục vụ	Bộ Y tế (2016); Nguyễn Ngọc Duy Phương và cộng sự (2020);
TDPV1	Bác sỹ, điều dưỡng có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực	
TDPV2	Nhân viên quầy thu ngân, phát thuốc, nhân viên hướng dẫn, chăm sóc KH có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực	
TDPV3	Hộ lý, nhân viên bảo vệ, giữ xe, nhân viên làm sạch có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực	
TDPV4	Được đối xử công bằng, quan tâm, giúp đỡ	
CLDV	ĐÁNH GIÁ CHUNG VỀ CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ TẠI BỆNH VIỆN	Bộ Y tế (2016); Nguyễn Thị Hiền và cộng sự (2017)
CLDV1	Kết quả khám bệnh/ điều trị đã đáp ứng được nguyện vọng	
CLDV2	Hài lòng và tin tưởng với chất lượng dịch vụ tại bệnh viện	
CLDV3	Nếu có nhu cầu khám bệnh, mức độ sẵn sàng quay trở lại hoặc giới thiệu bệnh viện cho những người khác	

Nguồn: Tác giả tổng hợp đề xuất

2.6. Thu thập dữ kiện và phương pháp tiến hành

Sau khi xây dựng được bảng hỏi và thang đo phù hợp, tiến hành khảo sát với cỡ mẫu khảo sát 250.

Bảng câu hỏi dựa vào thang đo (ứng dụng trên mô hình Servqual kết hợp Bộ tiêu chí Chất lượng bệnh viện Việt Nam) đã xây dựng, bao gồm:

Phần 1. Thông tin chung về KH (giới tính, nhóm tuổi, địa chỉ, ...)

Phần 2. Đánh giá việc sử dụng dịch vụ y tế (bao gồm 29 câu hỏi, trong đó 26 câu xoay quanh 6 yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ tại bệnh viện và 3 câu hỏi đánh giá chung về chất lượng dịch vụ tại BV). Phần này sử dụng thang đo Likert 5 mức độ từ

“Rất không đồng ý” đến “Rất đồng ý”.

2.7. Xử lý và phân tích dữ liệu

Sau khi thu thập dữ liệu, các phiếu khảo sát được mã hóa, và làm sạch dữ liệu. Sau đó, thực hiện phân tích thống kê mô tả, kiểm định độ tin cậy thang đo (Cronbach's Alpha), sau đó thực hiện phân tích nhân tố khám phá (EFA), phân tích tương quan hồi quy và phân tích One-Way ANOVA trên SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thông tin mẫu nghiên cứu

Tổng số bảng hỏi phát ra 250 phiếu, thu về được còn **241** kết quả phiếu khảo sát hợp lệ (Đã loại bỏ 9 phiếu không hợp lệ vì thiếu thông tin).

Bảng 3.1: Mô tả đặc điểm nhân khẩu học của mẫu khảo sát

Thông tin mẫu N= 241				
Đặc điểm mẫu	Tần suất	Tỷ lệ phần trăm	Phần trăm hợp lệ	Phần trăm tích lũy
Nhóm tuổi:				
1. Từ 18 – dưới 40 tuổi	117	48.5%	48.5%	48.5%
2. Từ 40 – dưới 60 tuổi	81	33.6%	33.6%	82.2%
3. Trên 60 tuổi	43	17.8%	17.8%	100.0%
Giới tính:				
1. Nam	128	53.1%	53.1%	53.1%
2. Nữ	113	46.9%	46.9%	100.0%
BHYT				
1. Có	198	82.2%	82.2%	82.2%
2. Không	43	17.8%	17.8%	100.0%
KH tái khám				
1. Có	194	80.5%	80.5%	80.5%
2. Không	47	19.5%	19.5%	100.0%
Địa chỉ nơi ở				
1. Trong tỉnh Bình Dương	194	80.5%	80.5%	80.5%
2. Khác tỉnh Bình Dương	47	19.5%	19.5%	100.0%

Nguồn: Kết quả xử lý số liệu khảo sát

Nhận xét:

Nhóm tuổi: Theo kết quả thống kê, thể hiện tỷ lệ KH tham gia phỏng vấn tập trung ở khoảng độ tuổi từ 18 – dưới 40 tuổi chiếm tỷ lệ 48.5%, kế đến là KH thuộc nhóm tuổi từ 40 – dưới 60 tuổi chiếm tỷ lệ 33.6%, còn lại KH ở nhóm trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ 17.8%. Như vậy, phần lớn KH khảo sát nằm trong khoảng độ tuổi từ 18- dưới 40 tuổi.

Giới tính: Tỷ lệ KH có giới tính nam là 128 phiếu khảo sát chiếm 53.1%, KH nữ là 113 phiếu khảo sát chiếm 46.9%. Như vậy, mẫu nghiên cứu nhìn không có sự khác biệt về mẫu ở giới tính nam/ nữ.

KH khám bệnh có sử dụng thẻ bảo hiểm y tế (BHYT): Tỷ lệ KH đến khám bệnh tại BV có thẻ BHYT chiếm 82.2%, còn lại KH khám, chữa bệnh không có thẻ BHYT chỉ

chiếm 19.5%. Như vậy, mẫu nghiên cứu có sự chênh lệch ở hai đối tượng này, đa số KH đến khám chữa bệnh tại BV đều có sử dụng thẻ BHYT.

KH tái khám/ khám mới: tỷ lệ KH cũ, KH đã từng khám chữa bệnh tại bệnh viện chiếm đa số (194 phiếu khảo sát chiếm tỷ lệ 80.5%), KH mới, lần đầu đến khám chữa bệnh (47 phiếu khảo sát chiếm 19.5%).

Địa chỉ nơi ở trong tỉnh / ngoài tỉnh Bình Dương: theo kết quả mô tả thống kê mẫu nghiên cứu, số KH có địa chỉ trong tỉnh Bình Dương là 194 phiếu khảo sát chiếm 80.5%, KH ngoài tỉnh Bình Dương đến khám chữa bệnh được thực hiện khảo sát là 47 phiếu khảo sát chiếm 19.5%. Như vậy, tỷ lệ đa số KH trong địa phương (tỉnh Bình Dương) đến sử dụng dịch vụ tại bệnh viện.

2.8. Kiểm định độ tin cậy Cronbach's Alpha

Thang đo có hệ số Cronbach's Alpha ≥ 0.6 thì được chấp nhận về mặt độ tin cậy, Cronbach's Alpha nhỏ hơn 0.6 được xem xét loại.

Bảng 3.2: Cronbach's Alpha của thang đo

Thang đo	Cronbach's Alpha	Số biến quan sát
Biến độc lập		
HDNB	0.899	6
CSVC	0.874	4
DKCS	0.594	3
QLI	0.923	5
NLCM	0.926	4
TDPV	0.928	4
Biến phụ thuộc		
CLDV	0.930	3

Nguồn: Kết quả xử lý số liệu khảo sát

Như vậy, từ 29 biến ban đầu (26 biến độc lập, 3 biến phụ thuộc) sau khi kiểm định Cronbach's Alpha trong từng nhóm đã loại 3 biến (DKCS1, DKCS2, DKCS3), như vậy nhân tố Điều kiện chăm sóc được loại bỏ khỏi mô hình, còn lại 26 biến (của 5 nhân tố) dùng chạy phân tích nhân tố khám phá EFA).

2.9. Kiểm định thang đo thông qua phân tích nhân tố khám phá

Bảng 3.3: KMO và kiểm định Barlett

Giá trị tham chiếu		Năm biến độc lập	Biến phụ thuộc CLDV
Hệ số KMO	>0.5	0.904	0.760
Kiểm định Barlett (Sig.)	<0.05	0.000	0.000
Giá trị Eigenvalues	>1	1.385	2.630
Tổng phương sai trích	>50%	76.77%	87.66%

Nguồn: Kết quả xử lý số liệu khảo sát

Nhận xét:

Biến độc lập. Hệ số KMO cao (bằng 0.904 > 0.5), Mức ý nghĩa (Sig.) bằng 0.000 < 0.05 chứng tỏ dữ liệu phù hợp để phân tích nhân tố (Hair và cộng sự, 2006).

Cả 5 nhân tố biến độc lập đều đạt yêu cầu khi giá trị Eigenvalues của các nhân tố đều lớn hơn 1. Tại mức giá trị Eigenvalues = 1.385 cho phép trích được 5 nhân tố và tổng phương sai trích = 76.77% (lớn hơn 50%) và

hệ số tải lên các nhân tố đều lớn hơn 0,5 nên đạt yêu cầu.

Kết quả phân tích EFA đã cho ra 5 nhân tố cơ bản của mô hình, giải thích được 76.771% của biến động.

Biến phụ thuộc

- Hệ số KMO = 0.760 > 0.5 phân tích nhân tố là cần thiết cho dữ liệu.

- Kiểm định Barlett có mức ý nghĩa là 0.000, phương sai trích đạt 87.66% giải thích

được 87.66% biến thiên của dữ liệu được chấp nhận. Rút trích nhân tố với EigenValue = 2.630 đạt yêu cầu.

2.10. Phân tích tương quan

Kết quả các hệ số tương quan đều có ý nghĩa về mặt thống kê ($p = 0.000 < 0.01$).

Cụ thể, mối tương quan giữa các biến được thể hiện như sau:

- Tương quan giữa biến Hướng dẫn người bệnh và Chất lượng dịch vụ là $r = 0.574$.
- Tương quan giữa biến Cơ sở vật chất và Chất lượng dịch vụ là $r = 0.662$
- Tương quan giữa biến Quyền và lợi ích và Chất lượng dịch vụ là $r = 0.710$

- Tương quan giữa biến Năng lực chuyên môn và Chất lượng dịch vụ là $r = 0.621$

- Tương quan giữa biến Thái độ phục vụ và Chất lượng dịch vụ là $r = 0.699$

Như vậy, việc phân tích hồi quy tuyến tính theo nghiên cứu là phù hợp.

2.11. Kiểm định tỷ lệ và phân tích hồi quy

2.11.1. Kiểm định tỷ lệ

Để đánh giá mức độ phù hợp của mô hình hồi quy, ta dùng hệ số là hệ số xác định R^2 hiệu chỉnh (Adjusted R Square)

Bảng 3.5: Kiểm định sự phù hợp của mô hình nghiên cứu

R	R^2	R^2 hiệu chỉnh	Độ lệch chuẩn	Hệ số Durbin-Watson
0.864 ^a	0.746	0.741	0.28896	1.562

Nguồn: Kết quả xử lý số liệu khảo sát

R^2 hiệu chỉnh là 0.741 nghĩa là 74.1% sự biến thiên của Chất lượng dịch vụ được giải thích bởi sự biến thiên của 5 nhân tố.

2.11.2. Kết quả phân tích hồi quy

Sử dụng và lựa chọn mô hình hồi quy chuẩn hóa lý thuyết được xây dựng như sau:

$$CLDV = \beta_1 * HDNB + \beta_2 * CSV C + \beta_3 * QLI + \beta_4 * NLCM + \beta_5 * TDPV$$

Bảng 3.6: Kết quả các thông số hồi quy của mô hình

Mô hình	Hệ số chưa chuẩn hóa		Hệ số chuẩn hóa	Kiểm định t	Mức ý nghĩa (Sig.)	Đa cộng tuyến	
	B	Độ lệch chuẩn	Beta (β)			Hệ số Tolerance	VIF
Hằng số	0.235	0.143		1.646	0.101		
HDNB	0.091	0.041	0.092	2.230	0.027	0.634	1.576
CSV C	0.223	0.031	0.287	7.170	0.000	0.674	1.483
QLI	0.213	0.036	0.270	5.981	0.000	0.529	1.891
NLCM	0.181	0.031	0.235	5.849	0.000	0.670	1.492
TDPV	0.180	0.035	0.237	5.202	0.000	0.521	1.920

Nguồn: Kết quả xử lý số liệu khảo sát

Từ các kết quả số liệu trên cho thấy mô hình không bị vi phạm hiện tượng đa cộng tuyến giữa các biến độc lập do hệ số VIF đều

nhỏ hơn 2. Và không giá trị Tolerance nào < 0.5.

Kết quả phương trình hồi quy đã được

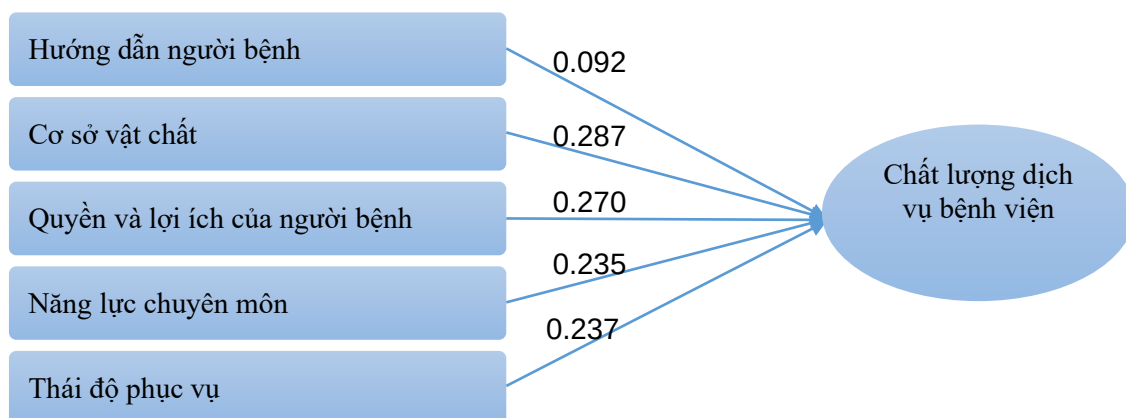
chuẩn hóa:

$$CLDV = 0.092*HDNB + 0.287*CSVC + 0.270*QLI + 0.235*NLCM + 0.237*TDPV$$

2.11.3. Kiểm định giả thuyết

Theo như kết quả phân tích hồi quy, cho thấy tất cả 5 yếu tố là: Hướng dẫn người

bệnh, Cơ sở vật chất, Quyền và lợi ích người bệnh, Năng lực chuyên môn, Thái độ phục vụ đều có ảnh hưởng thuận chiều đến Chất lượng dịch vụ tại bệnh viện Hoàn Mỹ Vạn Phúc 1.



Hình 3.7: Kết quả mô hình CLDV tại BV Hoàn Mỹ Vạn Phúc 1

Nguồn: Phân tích từ dữ liệu của tác giả

2.12. Kiểm định sự khác biệt của mô hình

Sử dụng phương pháp One-Way ANOVA để kiểm tra xem các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ KH tại bệnh viện Vạn Phúc 1 giữa các biến định tính có khác nhau không.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% (hay mức ý nghĩa Sig. < 0.05).



IV. BÀN LUẬN

Mô hình đề xuất ban đầu 06 nhân tố. Kết quả sau nghiên cứu còn 05 nhân tố ảnh hưởng (+) đến CLDV KH tại BV Hoàn Mỹ

Vạn Phúc 1, cảm nhận của KH về chất lượng dịch vụ bị ảnh hưởng mạnh nhất bởi yếu tố cơ sở vật chất (hệ số hồi quy chuẩn hóa $\beta=0.287$), Quyền và lợi ích dành cho người bệnh ($\beta=0.270$), Thái độ phục vụ ($\beta=0.237$), Năng lực chuyên môn ($\beta=0.235$), Hướng dẫn người bệnh ($\beta=0.092$).

Kết quả phân tích sự khác biệt cho thấy:

Không có sự khác biệt về nhóm tuổi, giới tính, KH mới và đã từng khám bệnh tại bệnh viện, nhóm KH có và không sử dụng thẻ BHYT.

Có sự khác biệt về CLDV khi KH có địa chỉ nơi ở khác nhau (nhóm KH có địa chỉ ở ngoài tỉnh Bình Dương đánh giá chất lượng dịch vụ tại bệnh viện cao hơn nhóm KH trong tỉnh Bình Dương).

HÀM Ý QUẢN TRỊ

Tăng cường hướng dẫn, chỉ dẫn KH: Không chỉ nhân viên chăm sóc KH mà phải là toàn bộ nhân viên của bệnh viện biết

hướng dẫn cho KH đến khám, chữa bệnh tại bệnh viện. Triển khai phần mềm điều tiết cận lâm sàng.

Tập huấn kỹ năng giao tiếp theo chủ đề, theo từng đối tượng riêng (Xây dựng kế hoạch, nội dung, chương trình, đưa ra các tình huống giả định, các bài ứng xử với từng đối tượng người bệnh khác nhau, tại từng vị trí khoa phòng khác nhau trong bệnh viện).

Đầu tư, cải tạo cơ sở vật chất, trang thiết bị: BV chủ động lên phương án bảo trì, cải tạo hạ tầng xuống cấp. Cập nhật liên tục tiến bộ khoa học kỹ thuật để có kế hoạch mua sắm trang thiết bị phù hợp.

Tối ưu quyền và lợi ích của người bệnh: Phát triển DV KCB theo yêu cầu/ tại nhà/ chăm sóc sức khỏe toàn diện. Phổ biến quyền và lợi ích trong các buổi họp mặt người bệnh. Tương tác giữa NB-BV, NB được tham gia trong quá trình KCB.

Nâng cao năng lực chuyên môn: hoạt động đào tạo tại chỗ: sinh hoạt khoa học định kỳ, chuỗi hoạt động trao đổi, chia sẻ kinh nghiệm. Xem xét sắp xếp cơ cấu nhân sự hợp lý (số lượng, tùy theo năng lực mỗi cá nhân).

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu xác định nhân tố ảnh hưởng và đề xuất những hàm ý quản trị, giải pháp nâng cao CLDV BV theo trình tự ưu tiên thực hiện.

Hạn chế của đề tài: nghiên cứu này chỉ thực hiện tại BV Hoàn Mỹ Vạn Phúc 1, mô tả cắt ngang tại một khoảng thời gian nhất định. Vì vậy, việc xác định các nhân tố ảnh hưởng và mức độ ảnh hưởng tổng quát hóa của nghiên cứu sẽ cao hơn nếu nghiên cứu này được tiếp tục thực hiện tại các bệnh viện, cơ sở y tế khác tại tỉnh Bình Dương và các tỉnh thành khác.

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 18/11/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế), Hà Nội.
2. **Nguyễn Hữu Thắng, Lê Thị Thanh Hà, Nguyễn Thị Thu Hà, Lê Mạnh Hùng, & Nguyễn Thị Như (2018).** Sự hài lòng của người bệnh đối với chất lượng bệnh viện tại Việt Nam: nghiên cứu tổng quan có hệ thống, giai đoạn 2000-2015, Tạp chí Y tế Công cộng, 45, 33-44.
3. **Nguyễn Ngọc Duy Phương, Lê Đình Minh Trí, Võ Tường Huân, Trần Quốc Cường, & Trịnh Thị Thùy Dương (2020).** Mối quan hệ giữa hành vi đồng tạo sinh giá trị, sự hài lòng và lòng trung thành của KH lĩnh vực y tế, Tạp chí Khoa học Đại học Mở Thành phố Hồ Chí Minh, 15(3), 5-21.
4. **Nguyễn Thị Hiền, Lê Ngọc Quang, Hà Anh Đức (2017).** Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của KH đối với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017, Tạp chí Y học Cộng đồng, 41, 88-93.
5. **Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. (2006).** Multivariate data analysis. Uppersaddle River.
6. **Parasuraman, A., Berry, L. L., & Zeithaml, V. A. (1985).** A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research. Journal of Marketing, 49(4), 41-50.
7. **Parasuraman, A., Berry, L., & Zeithaml, V. (1988).** SERVQUAL: A multi-item scale for measuring consumer perceptions of the service quality. Journal of Retailing, 64(1), 12-40.
8. **World Health Organization. (2007).** Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH) (No. EUR/04/5064212). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THỰC HÀNH SỬ DỤNG ĐÚNG KHẨU TRANG Y TẾ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NHÂN VIÊN BỆNH VIỆN HOÀN MỸ CỬU LONG

Nguyễn Vũ Linh*

TÓM TẮT²²

Đặt vấn đề: Sử dụng khẩu trang y tế(KTYT) là một trong những biện pháp phòng ngừa lây truyền các bệnh đường hô hấp, theo WHO (2020) khẩu trang y tế có thể làm giảm 85% lây lan COVID-19. Tuy nhiên theo một khảo sát của báo Dân Trí (2020) có 42% đối tượng được hỏi chưa biết cách sử dụng KTYT đúng.

Mục tiêu: khảo sát tỷ lệ kiến thức, thực hành sử dụng đúng khẩu trang y tế và một số yếu tố liên quan của nhân viên bệnh viện HMCL.

Phương pháp và đối tượng nghiên cứu: điều tra cắt ngang trên các đối tượng bao gồm: bác sĩ, điều dưỡng, dược sĩ, kỹ thuật viên, nhân viên khối hỗ trợ

Kết quả, bàn luận, kết luận:

Kiến thức đúng sử dụng KTYT đạt 65.3%, có sự khác biệt ý nghĩa giữa kiến thức với trình độ của đối tượng nghiên cứu ($p=0.001$, OR=497), thấp nhất là bậc phổ thông có kiến thức đúng 33.3%, cao nhất là bậc Đại học 83.3%, sau đại học là 67.8%, trung cấp/CD là 56.4%.

Thực hành đúng sử dụng KTYT đạt 62.7%, có sự khác biệt ý nghĩa giữa thực hành với trình độ của đối tượng nghiên cứu ($p=0.001$, OR=0.530), thấp nhất là bậc phổ thông với thực hành đúng 27.7%, cao nhất là bậc Đại học

79.2%, sau đại học là 62.5%, trung cấp/CD là 55.9%.

Yếu tố kiến thức có mối liên quan đến thực hành sử dụng đúng KTYT với $p=0.001$, OR=5.464.

Từ khóa: Nhân viên y tế, khẩu trang y tế.

SUMMARY

SURVEY ON KNOWLEDGE AND PROPER USE OF MEDICAL MASK AND SOME RELATED FACTORS OF STAFF AT HOAN MY CUU LONG HOSPITAL

Introduction: Using medical masks is one of the preventive measures to prevent the transmission of respiratory diseases. According to WHO (2020), medical masks can reduce the spread of COVID-19 by 85%. However, according to a survey of Dan Tri newspaper (2020), 42% of the respondents do not know how to use the medical mask properly.

Objective: to survey the rate of knowledge, practice of using the correct medical mask and some related factors of staff at HMCL.

Methodology to achieve research objective: Cross-sectional study on subjects including: doctors, nurses, pharmacists, technicians and support staff

Conclusion: The correct knowledge to use medical masks reached 65.3%, there was a significant difference between knowledge and the level of the research subjects ($p=0.001$, OR=0.497), the lowest was high school level with correct knowledge of 33.3%, the highest

**Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vũ Linh

Email: linh.nguyen6@hoanmy.com

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

was university level with 83.3%, postgraduate school level is 67.8%, intermediate / college level is 56.4%

Practicing the right practice in using medical masks reached 62.7%, there is a significant difference between practice and the level of research subjects ($p=0.001$, $OR=530$), the lowest is high school level with correct practice of 27.7%, the highest is university level with 79.2%, postgraduate level is 62.5% and intermediate / college reached 55.9%

Knowledge factors related to the practice of using the correct medical mask with $p = 0.05$, $OR=464$

Key words: medical staff, medical masks.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng khẩu trang y tế là một trong những biện pháp phòng ngừa để hạn chế sự lây lan của một số bệnh về đường hô hấp, theo WHO (2020) sử dụng KTYT có thể làm giảm 85% lây lan COVID-19[11].

Sử dụng khẩu trang y tế không đúng chỉ định có thể gây lãng phí không cần thiết, khan hiếm cho cơ sở y tế, đồng thời có thể tạo ra tâm lý sai lầm về sự an toàn, và có thể dẫn đến sự bỏ qua các biện pháp thiết yếu khác như vệ sinh tay, hơn nữa sử dụng khẩu trang y tế không đúng cách có thể ảnh hưởng đến hiệu quả trong dự phòng nguy cơ lây truyền[4].

Tuy nhiên thực hành sử dụng khẩu trang y tế cho đến nay vẫn còn là một vấn đề rất đáng quan tâm, theo một khảo sát mới nhất về sử dụng khẩu trang y tế do báo Dân Trí thực hiện vào tháng 2/2020 thì có đến 42% đối tượng được khảo sát cho kết quả là sử dụng khẩu trang y tế chưa đúng cách. những sai sót trong thực hành mang khẩu trang

như: không che kín mũi miệng, mang khẩu trang dưới cằm, chạm mặt ngoài khi sử dụng khẩu trang, vẫn còn phổ biến[1][5].

Vì vậy nhóm nghiên cứu chúng tôi muốn tiến hành thực hiện nghiên cứu này với những mục tiêu như sau:

1. *Xác định tỷ lệ kiến thức đúng về sử dụng khẩu trang y tế.*
2. *Xác định tỷ lệ thực hành đúng về sử dụng khẩu trang y tế.*
3. *Xác định mối liên quan giữa kiến thức, thực hành về sử dụng khẩu trang y tế.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả nhân viên đang làm việc tại bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long.

Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp kiến thức và quan sát trực tiếp để đánh giá thực hành đối tượng nghiên cứu.

Tiêu chuẩn đánh giá:

- Điểm kiến thức chung (12 câu hỏi về kiến thức tương ứng 1 điểm/1 câu đúng) được chia làm 2 nhóm: Nhóm kiến thức đúng: từ 10 đến 12 điểm, nhóm kiến thức chưa đúng: dưới 10 điểm

- Thực hành sử dụng khẩu trang đánh giá qua 3 giai đoạn: đeo, sử dụng và tháo gồm 10 nội dung, mỗi nội dung tương ứng 1 điểm. Nhóm thực hành đúng khi tổng điểm từ 8 đến 10 điểm, nhóm thực hành chưa đúng có tổng điểm dưới 8.

Địa điểm, thời gian nghiên cứu: tại bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long Từ tháng 4/2020 đến tháng 7/2020.

Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0, sử dụng phép kiểm: so sánh tỷ lệ chi-bình phương, phân tích hồi quy logistic.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành trên 389 đối tượng, trong đó nhóm nữ giới chiếm đa số 62,7%, nhóm tuổi từ 25 đến dưới 35 có tỷ lệ cao nhất chiếm 63,2%, nhóm chức danh điều dưỡng có tỷ lệ 39,6% cao hơn các nhóm chức danh còn lại, đa phần đối tượng nghiên cứu có trình độ trung cấp/cao đẳng chiếm 50,1%, nhóm thâm niên từ 5 năm trở lên là chiếm đa số với tỷ lệ 47,3%.

Tỷ lệ kiến thức sử dụng đúng khẩu trang y tế và một số yếu tố liên quan

Tỷ lệ kiến thức sử dụng KTYT đúng của đối tượng nghiên cứu đạt 65,3%. Trong đó có 37,3% hiểu sai rằng khẩu trang y tế thông thường có thể chống bụi tốt, và đến 26,5% cho rằng mặt trong của khẩu trang y tế không phải có tính hút ẩm, bên cạnh đó thì 19,5% chưa nắm được 2 thời điểm cần vệ sinh tay là trước khi đeo và sau khi tháo bỏ khẩu trang và có 4,4% cho rằng khẩu trang y tế sau khi sử dụng thải bỏ không phải là chất thải y tế lây nhiễm.

Yếu tố kiến thức có mối liên quan với trình độ chuyên môn của đối tượng nghiên cứu với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0.001, OR=0.497$), đối tượng trình độ phổ thông có tỷ lệ kiến thức thấp 33,3%, cao nhất là trình độ đại học đạt 83,3%, sau đại học đạt 67,8%, trung cấp/CĐ đạt 56,4%.

Nữ giới có tỷ lệ kiến thức sử dụng khẩu trang đúng tốt hơn nam giới, đối tượng trong độ tuổi từ 25 đến dưới 35 có tỷ lệ kiến thức cao hơn các nhóm còn lại, về chức danh chúng ta thấy nhóm được sỡ có tỷ lệ kiến thức tốt hơn các chức danh khác và những đối tượng với thâm niên từ 5 năm trở lên có

kiến thức cao hơn các nhóm thâm niên khác, tuy nhiên sự khác biệt của các yếu tố trên không có ý nghĩa về mặt thống kê với $p>0.05$.

Tỷ lệ thực hành sử dụng đúng khẩu trang y tế và một số yếu tố liên quan

Tỷ lệ thực hành sử dụng KTYT đúng của đối tượng nghiên cứu đạt 62,7%, trong đó có đến 50,1% đối tượng nghiên cứu không vệ sinh tay trước khi đeo khẩu trang, không vệ sinh tay sau khi tháo khẩu trang là 18%. Trong quá trình sử dụng có đến 46,5% đối tượng nghiên cứu thường xuyên sờ chạm vào mặt ngoài của khẩu trang và 36,5% đối tượng mang khẩu trang dưới cằm hoặc che không kín mũi miệng, và có 12,9% đối tượng không phân loại đúng khẩu trang sau khi sử dụng vào thùng chứa chất thải lây nhiễm.

Yếu tố thực hành có mối liên quan với trình độ chuyên môn của đối tượng nghiên cứu, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0.001, OR=0.530$), đối tượng trình độ phổ thông có tỷ lệ thực hành đúng thấp 27,7%, cao nhất là trình độ đại học đạt 79,2%, sau đại học đạt 62,5%, trung cấp/CĐ đạt 55,9%.

Nữ giới có tỷ lệ thực hành sử dụng khẩu trang đúng tốt hơn nam giới, đối tượng trong độ tuổi dưới 25 có tỷ lệ thực hành cao hơn các nhóm còn lại, về chức danh chúng ta thấy nhóm điều dưỡng có tỷ lệ thực hành tốt hơn các chức danh khác, và những đối tượng với thâm niên từ 1 đến dưới 3 năm có thực hành đúng cao hơn các nhóm thâm niên khác, tuy nhiên sự khác biệt của các yếu tố trên không có ý nghĩa về mặt thống kê với $p>0.05$.

Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành về sử dụng KTYT

Các biến		Thực hành sử dụng KTYT		OR	p
		Đúng n(%)	Chưa đúng n(%)		
Kiến thức sử dụng KTYT	Đúng	226(58.2%)	28(7.1%)	5.464	0.001
	Chưa đúng	18(4.6%)	117(30.1%)		

Nhận xét: nhóm đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ kiến thức đúng và thực hành đúng là 58.2% cao hơn nhóm đối tượng có kiến thức sai và thực hành sai chiếm 30.1%, sự khác biệt trên có ý nghĩa về mặt thống kê với $p=0.001$, $OR=5.464$.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ kiến thức sử dụng đúng khẩu trang y tế là 65.3%

Tỷ lệ thực hành sử dụng đúng khẩu trang y tế là 62.7%

Nhóm trình độ đại học có tỷ lệ kiến thức đúng đạt 83.3%, thấp nhất là nhóm trình độ phổ thông đạt 33.3% với $p=0.001$, $OR=0.497$

Nhóm trình độ đại học có tỷ lệ thực hành đúng đạt 79.2%, thấp nhất là nhóm trình độ phổ thông đạt 27.7% với $p=0.001$, $OR=0.530$.

Nhóm đối tượng có tỷ lệ kiến thức đúng và thực hành đúng đạt 58.2% cao hơn nhóm đối tượng có kiến thức sai và thực hành sai là 30.1%, với $p=0.001$, $OR=5.461$.

KIẾN NGHỊ:

Duy trì huấn luyện tái huấn luyện hàng năm về nội dung sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân, trong đó có nội dung về sử dụng khẩu trang y tế.

Tăng cường giám sát dưới mọi hình thức và nhắc nhở.

Khuyến khích nhân viên tự nguyện báo cáo sự cố những vấn đề liên quan đến việc sử dụng khẩu trang y tế lên hệ thống HM115.

Cần nghiên cứu sâu hơn về thái độ của nhân viên về vấn đề tuân thủ sử dụng khẩu trang y tế của nhân viên tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế** (2003), Quy trình chống nhiễm khuẩn tập I. Nhà xuất bản y học.
- Bộ Y tế** (2020), Hướng dẫn phòng và kiểm soát lây nhiễm bệnh viêm đường hô hấp cấp do virus Corona 2019 (COVID-19) trong các cơ sở khám bệnh chữa bệnh. QĐ Số: 468/QĐ-BYT.
- Bộ Y tế** (2020), Hướng dẫn lựa chọn và sử dụng khẩu trang trong phòng chống dịch COVID-19, QĐ Số: 1444/Đ-BYT.
- Báo Dân Trí** (2020), Khảo sát sử dụng khẩu trang đúng cách của người dân, <<https://dantri.com.vn/suc-khoe/khao-sat-cua-dan-tri-42-deo-khau-trang-sai-cach-va-nhung-con-so-biet-noi-ve-virus-corona-20200131232536339.htm>>, xem 12/4/2020.
- Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long** (2019), Báo cáo thi đua thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn quý IV-2019.
- Taylor M, Raphael B, Barr M** (2009), el al. Public health measures during an anticipated influenza pandemic: Factors influencing willingness to comply. Risk Manag Healthc Policy. 2009;2:9–20.
- Tang CS, Wong CY** (2004), Factors influencing the wearing of facemasks to prevent the severe acute respiratory syndrome among adult Chinese in Hong Kong. Prev Med. 2004;39:1187–93.

8. Kuo PC, Huang JH, Liu MD (2011), Avian influenza risk perception and preventive behaviour among traditional market workers and shoppers in Taiwan: practical implications for prevention. PLoS One. 2011;6:e24157
9. Condon BJ, Sinha T (2010), Who is that masked person: the use of face masks on Mexico City public transportation during the Influenza A (H1N1) outbreak. Health Policy. 2010;95:50–6.
10. Kumar, Katto, Adeel A. Siddiqui (2020), Knowledge, Attitude, and Practices of Healthcare Workers Regarding the Use of Face Mask to Limit the Spread of the New Coronavirus (COVID-19). DOI: 10.7759/cureus.7737.
11. WHO (2020), Công bố khuyến cáo, <<https://www.livescience.com/face-masks-eye-protection-covid-19-prevention.html>>, xem 9/6/2020.

KHẢO SÁT TUÂN THỦ CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT CỦA CÁC KHOA HỆ NGOẠI BỆNH VIỆN QUỐC TẾ VINH NĂM 2021

Hoàng Ngọc Bảo Quyên¹, Lê Thị Mỹ Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được tiến hành để đánh giá sự tuân thủ công tác chuẩn bị người bệnh trước mổ có kế hoạch của các khoa hệ ngoại bệnh viện Quốc Tế Vinh 2021 và đề xuất giải pháp để hoàn thiện và nâng cao chất lượng công tác chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật tại Bệnh Viện Quốc Tế Vinh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 315 người bệnh có chỉ định phẫu thuật theo kế hoạch, dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, phỏng vấn trực tiếp người bệnh và người nhà, thu thập thông tin theo bảng số liệu.

Kết quả và bàn luận: 100% người bệnh (NB) được tư vấn về chế độ bảo hiểm, dự trữ kinh phí và được Bác sĩ Gây mê (BSGM) khám tiền mê. NB nhập viện và phẫu thuật trong ngày chiếm 61,6%. NB và người nhà được phẫu thuật viên (PTV) giải thích trước mổ chiếm 96,5%. Công tác chuẩn bị của điều dưỡng thực hiện tốt nhiều công tác đạt 100%: Thủ tục duyệt mổ, chuẩn bị kháng sinh dự phòng, đo dấu hiệu sinh tồn (DHST), thụt tháo. Có 94,9% NB có Vòng đeo tay khi xuống phòng mổ, 5,1% NB chưa có (Khoa Ngoại TQ 1,9%, Khoa Sản 1,6%, Khoa Ngoại CT 1,0%). 95,2% NB được đánh dấu vị trí phẫu thuật trước khi chuyển mổ. Thời gian nhịn ăn đảm bảo an toàn cho phẫu thuật 95,6%. Tắm và chuẩn bị da trước phẫu thuật, thay quần áo đạt 99%, 1% là không đạt đều nằm trong nhóm NB dưới 2 tuổi. Đã tháo tư trang trước mổ có 92,5% là đạt (Các khoa không đạt Khoa Sản 3,8%, Khoa Phụ 1,3%, Khoa Ngoại CT 1,6%). Công tác xóa và cắt móng tay đạt 94,1%, 5,9% NB thuộc Khoa Sản và Khoa Ngoại Chấn Thương là không thực hiện tốt.

¹Bệnh viện Quốc Tế Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Ngọc Bảo Quyên

Email: quyen.hoang@hoanmy.com

SĐT: 0986051524

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

Kết luận: Công tác chuẩn bị NB trước mổ được thực hiện theo đúng quy trình của Bệnh Viện, tuy nhiên có một số công tác chuẩn bị chưa tốt. Cần hoàn thiện công tác chuẩn bị NB trước phẫu thuật tại Bệnh Viện Quốc Tế Vinh nhằm đảm bảo quyền lợi cho NB

SUMMARY

THE SURVEY COMPLIES WITH THE PATIENT STANDARD BEFORE THE ALGORITHM OF THE SCIENTISTS OUTSIDE VINH INTERNATIONAL HOSPITAL 2021

Objectives: Research was conducted to assess the status of compliance with the planned pre-operative patient preparation of the outpatient departments of Vinh International Hospital 2021 and propose solutions to improve and improve the quality of patient preparation before surgery at Vinh International Hospital.

Method: A cross-sectional descriptive study of 315 patients with indications for planned surgery, obtaining information from records, directly interviewing patients and their family members, collecting information according to data tables.

Results and discussion: 100% of patients are consulted about insurance regime, budgeting and pre-anesthesia examination. Patients admitted to hospital and had surgery on the same day accounted for 61.6%. The nurse's preparatory work performed well in many tasks, reaching 100%: surgical approval procedures, prophylactic antibiotics, endodontic collection, enemas...

There were 5.1% patients who did not have a bracelet when going to the operating room (General Surgery department 1.9%, Obstetrics department 1.6%, Trauma Surgery department 1.0%). 4.8% of patients had not yet marked the surgical site before surgery. Fasting time does

not guarantee safety for surgery 4.4 % (Obstetrics department 3.5%, Trauma Surgery department, Gynecology department and Surgery department 0.3%). Athing and skin preparation before surgery, changing clothes only 1% is not consistent every year in the group of patients under 2 years old. Having removed the preoperative personal belongings, 7.6% failed (Obstetrics department 3.8%, Gynecology department 1.3%, Trauma Surgery department 1.6%). The work of erasing and cutting irises in Obstetrics and Trauma departments was not done well 5.1%.

Conclusion: The preparation of the patient before surgery was carried out in accordance with the hospital's procedures. However, there were some poor preparations.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Hiện nay, y học đã có những bước phát triển vượt bậc, trong đó có sự phát triển không ngừng của chuyên ngành ngoại khoa, bao gồm những loại hình phẫu thuật từ đơn giản đến phức tạp. Phẫu thuật là một sang chấn có ảnh hưởng lớn đến thể chất và tinh thần của người bệnh. Phẫu thuật cũng có thể gây biến chứng cho người bệnh, do đó phải biết cách chăm sóc, ngăn ngừa và phát hiện sớm các biến chứng có thể xảy ra. Vì vậy, công tác chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật rất quan trọng để đảm bảo an toàn phẫu thuật và góp phần phòng tránh nhiễm khuẩn vết mổ.

Sự thành công của cuộc phẫu thuật phần lớn nhờ vào chuẩn bị trước phẫu thuật. Chuẩn bị trước phẫu thuật là chuẩn bị trên hai phương diện: tinh thần và thể chất cho người bệnh [1]. Công tác chuẩn bị người bệnh phẫu thuật gồm: Việc lên kế hoạch và đánh giá tình trạng người bệnh trước phẫu thuật dựa trên tuổi tác, giới tính và tình trạng

bệnh giúp cho người bệnh có trạng thái tốt nhất, yên tâm sẵn sàng phẫu thuật [2]. Mục đích của công tác chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật là giúp cho người bệnh đạt đến mức cao nhất về sức khỏe trên cả hai phương diện thể chất và tinh thần.

Bệnh Viện Quốc Tế Vinh hoạt động từ tháng 8/2015 đến nay, đã có những thành tựu nhất định trong chăm sóc và điều trị NB, luôn nỗ lực vì sức khỏe an toàn người bệnh và hướng đến chăm sóc NB toàn diện. Công tác chuẩn bị người bệnh trước mổ được thực hiện theo quy trình của Tập Đoàn Y khoa Hoàn Mỹ dựa trên các tiêu chí của Bộ Y Tế. Năm 2018, Điều dưỡng Đặng Thị Trâm [3] cùng với đồng nghiệp đã có bài nghiên cứu tại bệnh viện và chỉ ra: Công tác chuẩn bị và bàn giao NB trước mổ tuy đã có quy định cụ thể nhưng vẫn xảy ra sai sót do không tuân thủ quy trình. Trên cơ sở đó bệnh viện có những bổ sung cho quy trình chuẩn bị người bệnh trước mổ. Với mục đích đánh giá lại quy trình chuẩn bị người bệnh trước mổ theo quy trình mới, kịp thời cải tiến những nội dung chưa đạt yêu cầu chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: *“Khảo sát tuân thủ chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật của các khoa hệ ngoại bệnh viện quốc tế vinh năm 2021”*

Mục tiêu nghiên cứu:

- *Đánh giá tỉ lệ tuân thủ công tác chuẩn bị người bệnh trước mổ có kế hoạch của các khoa hệ ngoại bệnh viện Quốc Tế Vinh năm 2021.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 5/2021 – 7/2021.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Phẫu Thuật - Gây mê Hồi sức (PT-GMHS) Bệnh Viện

Quốc Tế Vinh

2.2 Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người bệnh có chỉ định phẫu thuật có kế hoạch/ mổ trong ngày của các khoa hệ ngoại tại bệnh viện Quốc Tế Vinh từ tháng 5 đến tháng 7 năm 2021.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có chỉ định phẫu thuật có kế hoạch / mổ trong ngày của các khoa hệ ngoại không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3 Kỹ thuật chọn mẫu:

- **Cỡ mẫu:** Nghiên cứu thu thập được 315 NB có chỉ định phẫu thuật kế hoạch/ mổ trong ngày các khoa hệ ngoại từ tháng 5 đến tháng 7 năm 2021.

- Chọn mẫu theo phương pháp thuật tiện lấy mẫu tại khoa nghiên cứu cho đến hết thời gian nghiên cứu.

- Quy trình chọn mẫu: Trong thời gian nghiên cứu, điều tra viên có mặt tại khoa Phẫu thuật- Gây mê Hồi sức tham gia công tác tiếp nhận NB phẫu thuật, thăm khám, ghi chép danh sách NB và thông tin theo bộ công cụ thu thập số liệu sau khi được sự đồng ý của NB và người nhà.

2.4 Phương pháp thu thập số liệu:

- **Công cụ thu thập số liệu:** Bộ công cụ thu thập số liệu do nhóm nghiên cứu tự thiết lập dựa trên quy trình chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật của Bệnh Viện Quốc Tế Vinh. (Phụ lục 1, Phụ lục 2)

+Phần 1: gồm những dữ liệu về thông tin cơ bản của đối tượng nghiên cứu

+Phần 2: gồm 4 câu hỏi về công tác khám, hướng dẫn ban đầu và giải thích trước phẫu thuật.

+Phần 3: gồm 11 nội dung về Công tác chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật của điều dưỡng

- Phương pháp thu thập số liệu

+Phần 1: Phỏng vấn Người bệnh, người nhà người bệnh.

+Phần 2: Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án.

- **Phân tích dữ liệu:** Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

2.4 Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=315)

Thông tin chung	Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ
Giới tính	Nam	118	37,5%
	Nữ	197	62,5%
	Tổng	315	100%
Độ tuổi	Dưới 18	59	18,7%
	Trên 18	256	81,3%
	Tổng	315	100%
Đối tượng được phỏng vấn	Bệnh nhân	255	81%
	Người nhà	60	19%
	Tổng	315	100%

Nhận xét: Tỷ lệ NB nữ cao hơn NB nam chiếm 62,5%, Tỷ lệ NB trên 18 tuổi cao hơn tỷ lệ BN dưới 18 tuổi chiếm 81,3%; Đối tượng được phỏng vấn là NB chiếm tỷ lệ cao 81%.

Bảng 2: Thời gian nhập viện đến lúc thực hiện phẫu thuật (n=315)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ
Nhập viện và phẫu thuật trong ngày	194	61,6%
Nhập viện trước thời gian phẫu thuật 1 ngày	121	38,4%
Tổng	315	100%

Nhận xét: 61,6% NB nhập viện và phẫu thuật trong ngày

Bảng 3: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo khoa (n=315)

Khoa	Đối tượng	Số lượng	Tỷ lệ
	Khoa Ngoại Tổng Quát	65	20,6%
	Khoa Ngoại Chấn Thương	75	23,8%
	Khoa sản	117	37,1%
	Khoa Phụ	17	5,4%
	Khoa Liên Chuyên Khoa	41	13%
	Tổng	315	100%

Nhận xét: - Khoa Sản có tỷ lệ NB phẫu thuật cao nhất chiếm 37,1%.

- Khoa Phụ có tỷ lệ NB phẫu thuật thấp nhất chiếm 5,4%.

3.2 Công tác hướng dẫn tiếp nhận NB ban đầu của Chăm sóc khách hàng(CSKH)**Bảng 4: Công tác tiếp nhận và hướng dẫn ban đầu của CSKH (n=315)**

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ
Giải thích chế độ bảo hiểm	315	100%
Giải thích dự trù kinh phí phẫu thuật	315	100%

Nhận xét: 100% NB phẫu thuật được giải thích về chế độ bảo hiểm và tư vấn dự trù kinh phí.

3.3 Công tác tư vấn giải thích trước mổ của Phẫu thuật viên (PTV)**Bảng 5: Công tác giải thích trước phẫu thuật (n=315)**

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ
PTV giải thích về cuộc mổ trước phẫu thuật	304	96,5%
PTV không giải thích về cuộc mổ trước phẫu thuật	11	3,5%
Tổng	315	100%

Nhận xét: NB được PTV giải thích về cuộc mổ trước phẫu thuật chiếm 96,5 %, có 3,5% NB không được PTV giải thích.

Bảng 6: Công tác giải thích trước mổ của PTV của các khoa hệ Ngoại (n=315)

Nội dung			PTV giải thích trước mổ		Tổng
			Không	Có	
Khoa	Khoa Ngoại Tổng Quát	Số lượng	0	65	65
		Tỷ lệ	0,0%	20,6%	20,6%
	Khoa Ngoại Chấn Thương	Số lượng	0	75	75
		Tỷ lệ	0,0%	23,8%	23,8%
	Khoa Sản	Số lượng	11	106	117
		Tỷ lệ	3,5%	33,7%	37,1%
	Khoa Phụ	Số lượng	0	17	17
		Tỷ lệ	0,0%	5,4%	5,4%
	Khoa Liên chuyên Khoa	Số lượng	0	41	41
		Tỷ lệ	0,0%	13,0%	13,0%
Tổng		Số lượng	11	304	315
		Tỷ lệ	3,5%	96,5%	100,0%

Nhận xét: 3,5% NB không được PTV giải thích trước mổ là NB thuộc Khoa Sản

Bảng 7: Phân bố công tác giải thích của Phẫu thuật viên (n=315)

Nội dung			PTV giải thích trước mổ		Tổng
			Không	Có	
Thời gian nhập viện đến lúc phẫu thuật	Trong ngày	Số lượng	9	185	194
		Tỷ lệ	2,9%	58,7%	61,6%
	Sau 24 giờ	Số lượng	2	119	121
		Tỷ lệ	0,6%	37,8%	38,4%
Tổng		Số lượng	11	304	315
		Tỷ lệ	3.5%	96.5%	100.0%

Nhận xét:

- Có 2,9% NB nhập viện và phẫu thuật trong ngày không được PTV giải thích trước mổ.
- 3,5% NB không được PTV giải thích trước mổ là NB thuộc khoa Sản

3.4 Công tác khám tư vấn trước mổ của Bác sĩ Gây Mê (BSGM)**Bảng 8: Công tác khám giải thích trước phẫu thuật (n=315)**

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ
BSGM khám tiền mê trước phẫu thuật tại phòng bệnh	28	8,9%
BSGM khám tiền mê tại Khoa PT-GMHS	287	91,1%
Tổng	315	100%

Nhận xét: 100% NB phẫu thuật được BSGM khám tiền mê, trong đó có 91,1% được khám trước giờ phẫu thuật Khoa PT-GMHS, 8,9% được BSGM khám tại các khoa nội trú.

Bảng 9: Phân bố công tác khám giải thích trước mổ của BSGM với thời gian nhập viện đến lúc phẫu thuật

Nội dung			Khám tiền mê		Tổng
			Khoa PT-GMHS	Khoa nội trú	
Thời gian nhập viện đến lúc phẫu thuật	Trong ngày	Số lượng	192	2	194
		Tỷ lệ	61,0%	0,6%	61,6%
	Sau 24 giờ	Số lượng	95	26	121
		Tỷ lệ	30,2%	8,2%	38,4%
Tổng		Số lượng	287	28	315
		Tỷ lệ	91,1%	8,9%	100,0%

Nhận xét: Có 61,0% NB được BSGM khám tiền mê tại khoa PT-GMHS là NB nhập viện và phẫu thuật trong ngày.

3.5 Công tác chuẩn bị NB trước phẫu thuật của điều dưỡng các khoa hệ Ngoại.**Bảng 10: Công tác chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật của điều dưỡng các khoa hệ ngoại**

Khoa Nội dung	Mức độ	Khoa Ngoại TQ	Khoa Ngoại CT	Khoa Sản	Khoa Phụ	Khoa LCK	Tổng
Vòng đeo tay	Có Số lượng (%)	59	72	112	15	41	299
		18,7%	22,9%	35,6%	4,8%	13%	94,9%
	Không Số lượng (%)	6	3	5	2	0	16
		1,9%	1,0%	1,6%	0,6%	0%	5,1%
Thủ tục duyệt mổ đã được ký duyệt (HABA)	Có Số lượng (%)	65	75	117	17	41	315
		20,6%	23,8%	37,1%	5,4%	13%	100%
	Không Số lượng (%)	0	0	0	0	0	0
		0%	0%	0%	0%	0%	0%
Kháng sinh dự phòng: tên, liều, đường dùng.	Có Số lượng (%)	57	71	117	17	41	309
		18,1%	22,9%	31,1%	5,4%	13%	96,5%
	Không Số lượng (%)	8	3	0	0	0	11
		2,5%	1,0%	0%	0%	0%	3,5%
Kiểm tra dấu sinh tồn trước chuyên mổ	Có Số lượng (%)	65	75	117	17	41	315
		20,6%	23,8%	37,1%	5,4%	13%	100%
	Không Số lượng (%)	0	0	0	0	0	0
		0%	0%	0%	0%	0%	0%
Thời gian nhịn ăn	Có Số lượng (%)	65	77	106	16	40	301
		20,6%	23,5%	33,7%	5,1%	12,7	95,6%
	Không Số lượng (%)	0	1	11	1	1	14
		0%	0,3%	3,5%	0,3%	0,3%	4,4%
Thay quần áo	Có Số lượng (%)	63	74	117	17	41	312
		20,0%	23,5%	37,1%	5,4%	13,0%	99,0%
	Không	2	1	0	0	0	3

	Số lượng (%)	0,6%	0,3%	0%	0%	0,5%	1,0%
Đánh dấu vị trí phẫu thuật	Có	59	66	117	17	41	300
	Số lượng (%)	18,7%	21,6%	37,1%	5,4%	13%	95,2%
	Không	6	9	0	0	0	15
	Số lượng (%)	1,9%	2,9%	0%	0%	0%	4,8%
Đã tháo răng giả	Có	65	75	117	17	41	315
	Số lượng (%)	20,6%	23,8%	37,1%	5,4%	13%	100%
	Không	0	0	0	0	0	0
	Số lượng (%)	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Đã tháo đồ tư trang trước mổ	Có	63	70	105	13	40	291
	Số lượng (%)	20.0%	2.2%	33.5%	4.1%	12.7%	92.4%
	Không	2	5	12	4	1	24
	Số lượng (%)	0,6%	1,6%	3,8%	1,3%	0,3%	7,6
Đã xóa và cắt móng tay, móng chân	Có	65	70	109	14	41	299
	Số lượng (%)	20,6%	22,2%	34,6%	4,4%	13%	94,9%
	Không	0	5	8	3	0	16
	Số lượng (%)	1,6%	2,5%	1,5%	1,0%	0%	5,1%
Đã thực hiện tháo	Có	65	75	117	17	41	315
	Số lượng (%)	20,6%	23,8%	37,1%	5,4%	13%	100%
	Không	0	0	0	0	0	0
	Số lượng (%)	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Nhận xét:

- Nhiều công tác được các khoa chuẩn vị tốt đạt 100%: Chuẩn bị kháng sinh trước phẫu thuật, hoàn thành thủ tục duyệt mổ, kiểm tra DHST trước mổ, tháo răng giả, thực hiện tháo cho NB.

- 7,6% NB chưa tháo tư trang
- 5,1% NB chưa đeo vòng tay, chưa xóa móng tay khi đến phòng mổ
- 4,8% NB chưa được đánh dấu vị trí phẫu thuật

Bảng 11: Phân bố giữa độ tuổi với công tác tắm và thay quần áo trước mổ

Nội dung			Tắm và thay quần áo trước phẫu thuật		Tổng
			Không	Có	
Độ tuổi	Dưới 18 tuổi	Số lượng	3	56	59
		Tỷ lệ	1,0%	17,8%	18,7%
	Trên 18 tuổi	Số lượng	0	256	256
		Tỷ lệ	0,0%	81,3%	81,3%
Tổng		Số lượng	3	312	315
		Tỷ lệ	1,0%	99,0%	100,0%

Nhận xét: Công tác tắm và thay quần áo trước phẫu thuật đạt tỉ lệ cao 99%. Tuy nhiên, 1% NB chưa được tắm, thay quần áo nằm trong độ tuổi dưới 18 tuổi (3 NB trong độ tuổi dưới 2 tuổi thuộc khoa Ngoại Tổng Quát và Ngoại Chấn Thương).

IV. BÀN LUẬN

2.5 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu cho thấy (Bảng 1, bảng 2, bảng 3): Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là NB Trên 18 tuổi chiếm 81,3%. Trong đó NB nữ chiếm tỷ lệ 62,5%, Khoa Sản là khoa có NB phẫu thuật cao nhất 37,1%, NB nhập viện và được phẫu thuật trong ngày chiếm 61,6%.

4.2 Thực trạng công tác hướng dẫn và tiếp nhận ban đầu

Công tác giải thích và tư vấn về bảo hiểm và dự trù kinh phí của Phòng CSKH đạt 100%.

Qua nghiên cứu có 96,5% NB được PTV giải thích trước mổ, 3,5% NB Khoa Sản chưa được PTV giải thích trước cuộc mổ. Trong đó có 2,9% NB là sản phụ nhập viện và phẫu thuật trong ngày.

Có 100% NB được BSGM khám tiền mê. Có 91,1% NB được khám tại Phòng Tiền Mê ngay trước lúc phẫu thuật, trong đó có 61% NB nhập viện và phẫu thuật trong ngày, 30,2% là NB nhập viện và phẫu thuật sau 24 giờ.

Còn 8,9% NB được khám tại Khoa Nội trú, trong đó có 8,3% là NB nhập viện và phẫu thuật sau 24 giờ

4.3 Thực trạng công tác chuẩn bị NB của điều dưỡng

Công tác chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật là một trong những nhiệm vụ cần phải được thực hiện của điều dưỡng viên. Công tác chuẩn bị này bao gồm nhiều vấn đề như tiếp nhận, hoàn thiện thủ tục hành chính, làm xét nghiệm đánh giá tình trạng NB, đo dấu hiệu sinh tồn, chuẩn bị tâm lý dẫn dò NB trước phẫu thuật, chuẩn bị NB trong ngày phẫu thuật, hoàn thiện hồ sơ chuyển bệnh. Những việc này giúp cho cuộc mổ diễn ra đúng kế hoạch và an toàn.

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 10) công tác chuẩn bị NB trước mổ của điều dưỡng các khoa Hệ Ngoại thực hiện tốt. Trong đó một số công tác đạt 100%: thủ tục duyệt mổ, Kháng sinh dự phòng, kiểm tra DHST trước khi chuyển mổ, đã tháo răng giả, đã thực tháo.

Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là NB nhập viện và phẫu thuật trong ngày. Tại các khoa Hệ Ngoại 1 điều dưỡng làm việc trong

ngày sẽ là người tiếp nhận NB ban đầu và chuẩn bị NB trước phẫu thuật. Chính vì vậy, có một số công tác điều dưỡng chuẩn bị chưa tốt và hoàn thiện. Trong nghiên cứu có 94,9% NB có Vòng đeo tay khi xuống phòng mổ, 5,1% NB chưa có (Khoa Ngoại TQ 1,9%, Khoa Sản 1,6%, Khoa Ngoại CT 1,0%). 95,2% NB được đánh dấu vị trí phẫu thuật trước khi chuyển mổ. Thời gian nhịn ăn đảm bảo an toàn cho phẫu thuật 95,6%, có 4,4% không đạt (Khoa Sản 3,5%, Khoa Ngoại Chấn Thương, Khoa Phụ và Khoa Liên Chuyên Khoa mỗi khoa 0,3%). Tắm và chuẩn bị da trước phẫu thuật, thay quần áo đạt 99%, 1% là không đạt đều nằm trong nhóm NB dưới 2 tuổi. Đã tháo tư trang trước mổ có 92,5% là đạt, các khoa không đạt Khoa Sản 3,8%, Khoa Phụ 1,3%, Khoa Ngoại CT 1,6%). Công tác xóa và cắt móng tay đạt 94,9%, 5,1% NB thuộc Khoa Sản và Khoa Ngoại Chấn Thương là không thực hiện (NB trả lời không thể xóa và cắt móng tay vì không có phương tiện và dụng cụ để xử lý).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả của Đặng Thị Trâm (2018) về đánh giá thực trạng tuân thủ quy trình chuẩn bị và bàn giao người bệnh trước phẫu thuật tại Bệnh viện Quốc Tế Vinh[4]: thủ tục hồ sơ bệnh án đạt 98%, 36% NB chưa được kiểm tra DHST trước chuyển mổ, có 20% NB chưa được đánh dấu vị trí phẫu thuật. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Huyền (2015) tại bệnh viện Quân Y 354[5] có: NB chưa vệ sinh toàn thân hay tại chỗ trước giờ phẫu thuật 58%, chưa thắt tháo 66,7%, chưa xác định vị trí phẫu thuật 84,7%, 1,3% NB chưa được phát hiện và tháo răng giả, 9,4% thời gian nhịn ăn uống chưa đảm bảo.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả cắt ngang 315 NB có chỉ định mổ kế hoạch của các khoa Hệ Ngoại Bệnh Viện Quốc Tế Vinh từ tháng 05/2021 đến tháng 07/2021.

Công tác chuẩn bị NB trước mổ được thực hiện theo đúng quy trình của Bệnh Viện.

- Nhiều công tác thực hiện tốt đạt 100%: hướng dẫn ban đầu, thủ tục duyệt mổ, kiểm tra DHST trước khi chuyển mổ, kháng sinh dự phòng, tháo răng giả, thắt tháo NB.

- Những công tác chuẩn bị chưa tốt: giải thích trước phẫu thuật, đeo vòng tay cho NB, tháo đồ trang sức, xóa móng tay chân...

- Để công tác chuẩn bị NB trước phẫu thuật tại Bệnh Viện Quốc Tế Vinh ngày càng hoàn thiện, đảm bảo quyền lợi cho NB chúng ta cần:

- Đảm bảo tất cả NB khi đến bệnh viện phẫu thuật đều được tư vấn hướng dẫn ban đầu. Nâng cao tỷ lệ NB và người nhà được PTV tư vấn giải thích trước phẫu thuật 100%.

- Các Khoa hệ Ngoại thực hiện tốt và đầy đủ công tác chuẩn bị NB trước phẫu thuật đúng quy định. Hoàn thành tốt những công tác chưa đạt yêu cầu: Tất cả NB đều được sử dụng vòng đeo tay trước khi lên phẫu thuật, ước tư vấn giải thích cụ thể về công tác chuẩn bị trước phẫu thuật: chế độ ăn uống, tắm rửa, thay quần áo, tháo trang sức, xóa và cắt móng tay...

- Tăng cường kiểm tra, giám sát, đánh giá các khoa thực hiện quy trình chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2011), Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.

2. **Hội Điều dưỡng Việt Nam, Cục Quân Y (2014)**, “Tài liệu tập huấn an toàn người bệnh.
3. **Bệnh Viện Quốc Tế Vinh**, Phiếu đánh giá chuẩn bị bệnh nhân trước mổ.
4. **Đặng Thị Trâm (2018)**, “Đánh giá thực trạng tuân thủ quy trình chuẩn bị và bàn giao người bệnh trước phẫu thuật tại Bệnh Viện Quốc Tế Vinh”.
5. **Bùi Thị Huyền (2015)**, “Đánh giá thực trạng chuẩn bị và bàn giao người bệnh trước phẫu thuật tại khoa phẫu thuật- gây mê hồi sức tại Bệnh Viện Quân Y 354 năm 2015. Tạp chí Bệnh Viện Quân Y 354.
6. **Tổng Thị Minh Nhung (2017)**, “Đánh giá thực trạng chuẩn bị người bệnh trước mổ của điều dưỡng các khoa thuộc khối ngoại Bệnh Viện Đa khoa Tỉnh Sơn La năm 2017”. Tạp chí y học Việt Nam.

THỰC HÀNH DỰA VÀO CHỨNG CỨ (EVIDENCE-BASED PRACTICE) CẬP NHẬT VỆ SINH TAY NGOẠI KHOA

**Phạm Bá Thị Mỹ Nghiê¹, Phạm Thị Thạch Trúc¹, Bùi Quang Sang¹,
Phạm Công Thiện¹, Nguyễn Thị Ngọc Sương¹**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thực hành dựa vào chứng cứ (Evidence-based Practice - EBP) ngày càng được sử dụng phổ biến tại các cơ sở y tế. Điều dưỡng nên sử dụng các bằng chứng nghiên cứu cập nhật để đảm bảo kết quả chăm sóc tốt hơn cho người bệnh (NB) và đưa ra các quyết định, hành động và tương tác với NB, để mang lại sự chăm sóc tốt nhất. Trong đề tài này chúng tôi áp dụng mô hình EBP theo IOWA để ứng dụng Vệ sinh tay ngoại khoa (VSTNK) theo Quyết định 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017 Hướng dẫn thực hành vệ sinh tay trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Mục tiêu: 1. Xác định số lượng vi khuẩn trên mẫu cấy lấy từ bàn tay của nhóm vô khuẩn ngay sau khi VSTNK; 2. So sánh tỉ lệ hài lòng của

nhân viên y tế giữa các Kỹ thuật VSTNK truyền thống, VSTNK với xà phòng khử khuẩn, VSTNK với dung dịch VST chứa cồn trong phẫu thuật.

Phương pháp thực hiện: Thực hiện dựa theo 7 bước trong mô hình IOWA: (1) Chọn chủ đề; (2) Thành lập nhóm; (3) Thu thập chứng cứ; (4) Đánh giá, phân loại chứng cứ; (5) Phát triển tiêu chuẩn EBP hay hướng dẫn; (6) Thử nghiệm và thực hiện EBP; (7) Lượng giá.

Kết quả: 100% mẫu cấy định lượng vi khuẩn lấy từ bàn tay của nhóm vô khuẩn âm tính tại thời điểm 24 giờ và 48 giờ sau cấy. Tỉ lệ nhân viên y tế hài lòng với Kỹ thuật VSTNK bằng xà phòng khử khuẩn là 81% cao hơn Kỹ thuật VSTNK bằng dung dịch VST chứa cồn (39%) và Kỹ thuật VSTNK truyền thống (34%) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết luận: Các kỹ thuật VSTNK bằng xà phòng khử khuẩn và bằng dung dịch VST chứa cồn đều được khuyến cáo áp dụng cho VSTNK. Vì vậy, tùy theo điều kiện của từng bệnh viện áp dụng một trong các kỹ thuật VSTNK nói trên để

**Tập đoàn Y khoa Hoàn Mỹ*

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Bá Thị Mỹ Nghiê¹

Email: nghiem.pham@hoanmy.com

SĐT: 972 790 029

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

mang đến sự hài lòng cho nhân viên, đều đó sẽ dẫn đến sự tuân thủ tốt hơn.

Từ khóa: Thực hành dựa vào chứng cứ, mô hình IOWA và rửa tay phẫu thuật

SUMMARY

EVIDENCE-BASED PRACTICE (EBP) SURGICAL HAND HYGIENE

Introduction: Evidence-based practice has gained increasing popularity in all healthcare settings. Nurses are urged to use up-to-date research evidence to ensure better patient outcomes and inform decisions, actions and interactions with patients, to deliver the best possible care. In this article, we apply the IOWA model to apply the surgical hand rub procedure according to Decision 3916/QĐ-BYT dated 28/8/2017 Guiding the practice of hand hygiene in health facilities.

Objectives: Determine the number of bacterial on the sample taken from sterile team immediately after surgical hand hygiene. Compare the satisfaction rate of healthcare workers among Traditional surgical handscrub, medicated soap-based surgical handrub and alcohol-based surgical handrub techniques.

Methods: Seven steps of the IOWA model: (1) Selection of a Topic; (2) Forming a Team; (3) Evidence retrieval; (4) Grading the Evidence; (5) Developing an EBP Standard; (6) Implement the EBP; (7) Evaluation.

Results: 100% of samples for bacterial count taken from hands of sterile team was negative at 24 hours and 48 hours after culturing. The satisfaction rate of healthcare workers with medicated soap-based surgical handrub was 81% that was statistically significantly higher than alcohol-based surgical handrub (39%) and traditional surgical handscrub technique (34%) with $p < 0.05$.

Conclusion: Medicated soap-based and alcohol-based surgical handrub – both are suitable for preparation of the hand prior to surgery. Therefore, based on the conditions of each hospital to apply one of the above surgical handrub techniques to bring to the satisfaction to the staff, that will lead to better compliance.

Key words: Evidence-based practice, IOWA model, and surgical hand hygiene.

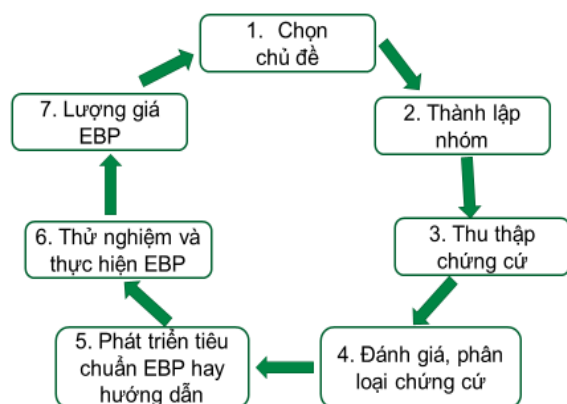
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thực hành dựa vào chứng cứ (Evidence-based Practice - EBP) ngày càng được sử dụng phổ biến tại các cơ sở y tế. Điều dưỡng nên sử dụng các bằng chứng nghiên cứu cập nhật để đảm bảo kết quả chăm sóc tốt hơn cho người bệnh (NB) và đưa ra các quyết định, hành động và tương tác với NB, để mang lại sự chăm sóc tốt nhất (Melnik & Fineout-Overholt 2015).

Sử dụng bằng chứng tốt nhất để đưa ra các hướng dẫn trong thực hành lâm sàng đã được quan tâm trong nhiều thập kỷ qua, nhưng việc áp dụng đầy đủ thực hành dựa trên chứng cứ (EBP) vẫn còn là một thách thức. Vào đầu những năm 1990, một nhóm Điều dưỡng từ Đại học - Bệnh viện – Phòng khám IOWA (UIHC) và Trường Cao đẳng Điều dưỡng đã phát triển một Mô hình IOWA về Thực hành Dựa trên Nghiên cứu để nâng cao chất lượng chăm sóc và để hướng dẫn các nhân viên y tế đánh giá và truyền các kết quả nghiên cứu vào chăm sóc người bệnh (Collaborative và cộng sự, 2017).

Trong đề tài này chúng tôi áp dụng mô hình EBP theo IOWA để ứng dụng Vệ sinh tay ngoại khoa (VSTNK) theo Quyết định 3916/QĐ-BYT của Bộ Y tế ban hành vào ngày 28/8/2017 Hướng dẫn thực hành vệ

sinh tay trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vào thực hành lâm sàng.



Sơ đồ 1. Bảy bước trong mô hình IOWA (Doody, 2011)

I. CHỌN VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn do phẫu thuật là một trong những sự cố gây hậu quả nghiêm trọng cho người bệnh tại bệnh viện. Có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến nhiễm khuẩn vết mổ như Cơ địa người bệnh (Bệnh mãn tính, béo phì...); Vệ sinh da; Vệ sinh tay ngoại khoa (VSTNK); Thời gian phẫu thuật, Luồng di chuyển trong phòng mổ... (Cheng & cộng sự, 2015; Harrop & Cộng sự, 2012; Leaper & Edmiston, 2017; Bộ Y tế, 2017). Trong các biện pháp phải tuân thủ để giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn trong phẫu thuật thì vệ sinh tay (VST) trước khi phẫu thuật là quan trọng nhất. Hầu hết các quy trình kỹ thuật VSTNK yêu cầu phải rửa tay bằng bàn chải và thời gian thực hiện trong 10 phút. Vì vậy, kỹ thuật này thường gây tổn thương da tay (Harrop & Cộng sự, 2012; Kampf & Kramer, 2004; Parienti & cộng sự, 2002; Tavalacci và cộng sự, 2006; Bộ Y tế, 2017).

Cũng theo kết quả nghiên cứu của Tavalacci và cộng sự, chi phí cho một lần chà tay phẫu thuật bằng dung dịch VST chứa cồn (0,366 - 0,386 EUR) giảm hơn 67% so với phương pháp VSTNK truyền thống

(1,074 - 1,124 ERU) (Tavalacci và cộng sự, 2006).

Những nghiên cứu gần đây cho thấy, VSTNK theo 2 giai đoạn: Rửa bằng xà phòng thường sau đó chà tay bằng dung dịch VST chứa cồn là một phương pháp VSTNK rất có hiệu quả, làm giảm lượng vi khuẩn trên da tay của phẫu thuật viên xuống tới mức có thể chấp nhận được (Parienti & cộng sự, 2002; Tavalacci và cộng sự, 2006). Các chế phẩm VST chứa 70%-90% cồn kết hợp với một lượng nhỏ 0,5%-1% Chlorhexidine Gluconat có hoạt tính diệt khuẩn kéo dài tương đương với rửa tay bằng dung dịch VST chứa Chlorhexidine Gluconat 4%, đồng thời hiệu quả diệt khuẩn kéo dài hơn dung dịch VST chứa Chlorhexidine Gluconat 4% (Tavalacci và cộng sự, 2006; Bộ Y tế, 2017). Năm 2017, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017 hướng dẫn thực hành vệ sinh tay trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, trong đó có ban hành quy trình VSTNK bằng dung dịch vệ sinh tay chứa cồn hoặc bằng xà phòng khử khuẩn (Bộ Y tế, 2017).

II. THÀNH LẬP NHÓM

Thành lập 2 nhóm

- Nhóm thực hiện: Gồm 5 thành viên của Phòng Điều dưỡng Tập đoàn chịu trách nhiệm lập kế hoạch, lấy mẫu cấy, mua thạch cấy và que cấy...

- Nhóm hỗ trợ

- + Nhóm kiểm soát nhiễm khuẩn: Hỗ trợ về phân chuyên môn kiểm soát nhiễm khuẩn và cung cấp kết quả cấy tay của nhóm vô khuẩn định kỳ.

- + Nhóm vi sinh thuộc Khoa xét nghiệm: thực hiện việc cấy mẫu, theo dõi và báo cáo kết quả mẫu cấy sau 24 giờ và 48 giờ.

- + Nhóm tài chính: Hỗ trợ về phần kinh phí.
- + Ban Giám đốc: Ủng hộ và hỗ trợ phần triển khai kế hoạch.

III. THU THẬP CHỨNG CỨ

Trong quá trình thu thập chứng cứ, nhóm thực hiện đã thu thập một số chứng cứ như sau:

- Quyết định 3916/QĐ-BYT của Bộ Y tế ban hành năm 2017 về việc Hướng dẫn thực hành vệ sinh tay trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Bộ Y tế, 2017).
- Picheansathian năm 2004 về Hiệu quả của các dung dịch vệ sinh tay chứa cồn: đánh giá có hệ thống (Picheansathian, 2004).
- Tavalacci và cộng sự vào năm 2006 Vệ sinh tay ngoại khoa bằng dung dịch vệ sinh tay chứa cồn so với phương pháp vệ sinh tay ngoại khoa bằng bàn chải: So sánh hiệu quả và chi phí (Tavalacci & cộng sự, 2006).
- Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization - WHO) năm 2009 về việc Hướng dẫn vệ sinh tay trong các cơ sở y tế (WHO, 2009).

Dựa trên chứng cứ đã thu thập, nhóm thực hiện đã đưa ra một số kết quả sau đây:

- Hiệu quả diệt khuẩn của VSTNK truyền thống và VSTNK bằng DDVST chứa cồn tương đương nhau ((Tavalacci, 2006; Picheansathian, 2004)

- Chi phí cho một lần VSTNK bằng dung dịch VST chứa cồn (0,366 - 0,386 EUR) giảm hơn 67% so với VSTNK truyền thống (1,074 - 1,124 ERU) (Tavalacci, 2006).

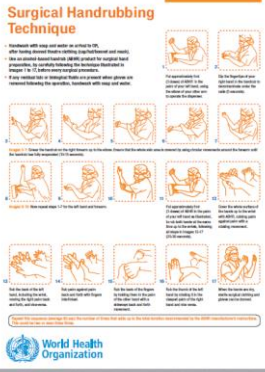
- Các chế phẩm VST chứa cồn (70%-90%) kết hợp với một lượng nhỏ chlorhexidine gluconat 0,5%-1% có hoạt tính diệt khuẩn kéo dài tương đương với VSTNK xà phòng VST chứa chlorhexidine gluconat 4%, đồng thời hiệu quả diệt khuẩn kéo dài hơn (Bộ Y tế, 2017; WHO, 2009; Tavalacci, 2006).

- Ba phương pháp vệ sinh tay ngoại khoa gồm:

a. **VSTNK Truyền thống:** dùng bàn chải và dung dịch xà phòng khử khuẩn (WHO, 2017).

b. **VSTNK bằng dung dịch xà phòng khử khuẩn:** dùng tay chà và dung dịch xà phòng khử khuẩn (BYT, 2017)

c. **VSTNK bằng dung dịch VST chứa cồn:** dùng tay chà và dung dịch VST chứa cồn (WHO, 2009, BYT, 2017)

		
Hình 1. VSTNK Truyền thống	Hình 2. VSTNK bằng dung dịch xà phòng khử khuẩn	Hình 3. VSTNK bằng dung dịch VST chứa cồn

IV. PHÂN LOẠI CHỨNG CỨ

Nội dung	Tác giả, năm	Mức độ chứng cứ
Hiệu quả diệt khuẩn của VSTNK truyền thống và VSTNK bằng DDVST chứa cồn tương đương nhau.	Tavalacci, 2006	1a
	Picheansathian, 2004	1a
Chi phí cho một lần VSTNK bằng dung dịch VST chứa cồn (0,366 - 0,386 EUR) giảm hơn 67% so với VSTNK truyền thống (1,074 - 1,124 ERU)	Tavalacci, 2006	1a
Các chế phẩm VST chứa cồn (70%-90%) kết hợp với một lượng nhỏ chlorhexidine gluconat 0,5%-1% có hoạt tính diệt khuẩn kéo dài tương đương với VSTNK xà phòng VST chứa chlorhexidine gluconat 4%, đồng thời hiệu quả diệt khuẩn kéo dài hơn	Tavalacci, 2006	1a
	Bộ Y tế, 2017	Quyết định 3916
	WHO, 2009	Hướng dẫn

V. PHÁT TRIỂN TIÊU CHUẨN/ HƯỚNG DẪN

Dựa trên các chứng cứ đã thu thập, Phòng Điều dưỡng Tập đoàn Y khoa Hoàn Mỹ đã xây dựng Quy trình Kỹ thuật VSTNK theo hai phương pháp. Đó là VSTNK bằng dung dịch xà phòng khử khuẩn và VSTNK bằng dung dịch vệ sinh tay chứa cồn trong Tài liệu Quy trình Phòng mổ. Tài liệu Quy trình Phòng mổ đã được phê duyệt và ban hành nội bộ vào năm 2019.



CHƯƠNG VI: QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHÒNG MỔ	257
01. Quy trình kỹ thuật tắm bệnh trước mổ chương trình	259
02. Quy trình kỹ thuật cắt lông trước mổ	262
03. Quy trình kỹ thuật rửa tay phẫu thuật.....	265
04. Quy trình kỹ thuật mặc áo choàng vô khuẩn.....	273
05. Quy trình kỹ thuật mang găng tay vô khuẩn	276
06. Quy trình kỹ thuật trải khăn tạo vùng vô khuẩn.....	281
07. Quy trình kỹ thuật tạo và duy trì vùng vô khuẩn	284
08. Quy trình kỹ thuật khử trùng da trước khi phẫu thuật.....	287

Hình 4. Trang bìa quy trình phòng mổ. Tài liệu Ban hành nội bộ 2019

VI. THỬ NGHIỆM VÀ THỰC HIỆN THỰC HÀNH DỰA TRÊN CHỨNG CỨ

6.1 Mục tiêu

1. Xác định số lượng vi khuẩn trên mẫu cấy lấy từ bàn tay của nhóm vô khuẩn ngay sau khi VST ngoại khoa với hai phương pháp VSTNK bằng dung dịch xà phòng khử khuẩn, VSTNK bằng dung dịch VST chứa cồn.

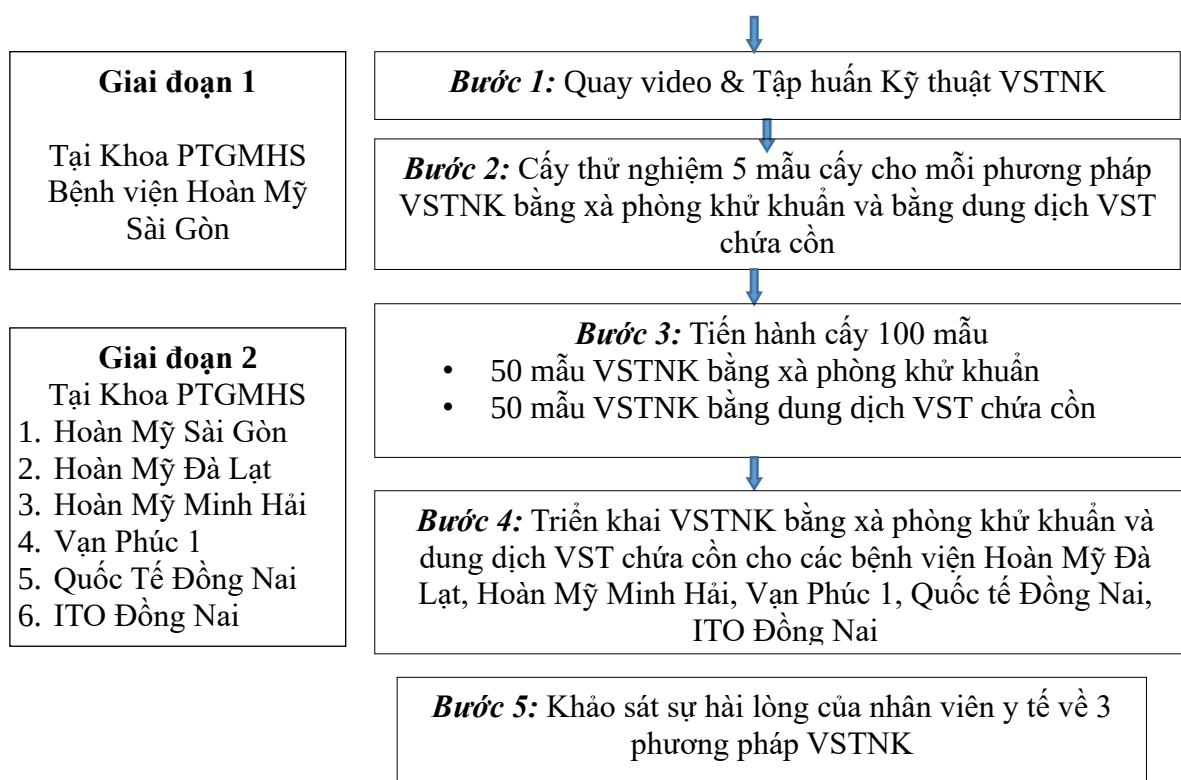
2. So sánh tỉ lệ hài lòng của nhân viên y tế giữa các Phương pháp VSTNK truyền thống, VSTNK bằng dung dịch xà phòng khử khuẩn, VSTNK bằng dung dịch VST chứa cồn trong phẫu thuật.

6.2 Các bước thực hiện

Trước tiên, nhóm thực hiện khảo sát kỹ thuật VSTNK và dung dịch VSTNK đang áp dụng tại Khoa Phẫu thuật - Gây mê Hồi sức (PTGMHS) của Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn, Hoàn Mỹ Minh Hải, Hoàn Mỹ Đà Lạt, Quốc tế Đồng Nai, ITO Đồng Nai và Vạn Phúc 1. Kết quả, sáu bệnh viện này đang áp dụng kỹ thuật VSTNK truyền thống; các dung dịch sát khuẩn đang sử dụng gồm dung dịch xà phòng khử khuẩn Clohexidine Gluconate 4% và dung dịch vệ sinh tay chứa cồn Ethanol 70% và Chlorhexidine Gluconate 0,5%. Hai loại dung dịch này đã đáp ứng đúng theo tiêu chuẩn dung dịch VSTNK theo Quyết định 3916 của Bộ Y tế.

TÓM TẮT CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

Sơ đồ 2. Tóm tắt các bước thực hiện



Mô tả các bước thực hiện

Thời gian thực hiện: Tháng 2 đến tháng 7 năm 2019

Giai đoạn 1: Khoa PTGMHS, Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn.

- **Bước 1:** Thực hiện quay video làm tài liệu hướng dẫn về thực hiện kỹ thuật 2 phương pháp VSTNK bằng xà phòng khử khuẩn và bằng dung dịch VST chứa cồn. Tập huấn cho các nhân viên phòng mổ về kiến thức và kỹ năng thực hành 2 phương pháp VSTNK.

- **Bước 2:** Các nhân viên thực hiện VSTNK bằng cả 2 phương pháp và được lấy mẫu cấy thử nghiệm 5 mẫu cho mỗi phương pháp. Kết quả đều âm tính tại thời điểm 24 giờ và 48 giờ sau khi cấy.

- **Bước 3:** Các nhân viên thực hiện VSTNK bằng dung dịch xà phòng khử khuẩn, sau khi lấy đủ 50 mẫu cho phương pháp này. Tiến hành VSTNK bằng dung dịch VST chứa cồn. Khi nhận được kết quả âm tính của 100 mẫu cấy cho 2 phương pháp này, tiến hành giai đoạn 2.

Giai đoạn 2: Triển khai 2 phương pháp VSTNK cho Khoa PTGMHS tại các bệnh viện Hoàn Mỹ Minh Hải, Hoàn Mỹ Đà Lạt,

Quốc tế Đồng Nai, ITO Đồng Nai và Vạn Phúc 1

- **Bước 4:** Phối hợp với Phòng Điều dưỡng tại các bệnh viện để triển khai 2 phương pháp VSTNK cho Khoa PTGMHS tại các bệnh viện Hoàn Mỹ Minh Hải, Hoàn Mỹ Đà Lạt, Quốc tế Đồng Nai, ITO Đồng Nai và Vạn Phúc 1.

- **Bước 5:** Thực hiện khảo sát Sự hài lòng của nhân viên y tế về ba phương pháp VSTNK truyền thống, VSTNK bằng dung dịch xà phòng khử khuẩn và VSTNK bằng dung dịch VST chứa cồn.

VII. LƯỢNG GIÁ VÀ KẾT QUẢ**7.1 Đối tượng tham gia**

Giai đoạn 1 thực hiện tại Khoa PTGMHS của Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn gồm 17 nhân viên y tế tham gia. Giai đoạn 2 thực hiện khảo sát sự hài lòng của nhân viên y tế về 3 phương pháp VSTNK tại khoa PTGMHS của Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn, Hoàn Mỹ Minh Hải, Hoàn Mỹ Đà Lạt, Quốc tế Đồng Nai, ITO Đồng Nai và Vạn Phúc 1 đã có 100 nhân viên y tế tham gia cho ý kiến phản hồi (Bảng 7.1).

Bảng 7.1: Số lượng đối tượng tham gia qua 2 giai đoạn

Nội dung	n
Giai đoạn 1	17
Giai đoạn 2	100

7.2 Kết quả cấy định lượng vi khuẩn

Bảng 7.2: Kết quả cấy định lượng vi khuẩn lấy từ bàn tay của nhóm vô khuẩn

Nội dung	n	Kết quả 24 giờ	Kết quả 48 giờ
VSTNK truyền thống (Kết quả của viện Pasteur TP.HCM)		Âm tính	Âm tính
VSTNK bằng dung dịch xà phòng khử khuẩn	50	Âm tính	Âm tính
VSTNK bằng dung dịch VST chứa cồn	50	Âm tính	Âm tính

Nhận xét: Kết quả định lượng vi khuẩn mẫu cấy lấy từ bàn tay của nhóm vô khuẩn theo phương pháp VSTNK truyền thống âm tính tại thời điểm 24 giờ và 48 giờ sau cấy. Kết quả này chúng tôi thu thập từ kết quả cấy định kỳ của Viện Pasteur Thành Phố Hồ Chí Minh. Kết quả định lượng vi khuẩn mẫu cấy lấy từ bàn tay của nhóm vô khuẩn theo phương pháp VSTNK bằng dung dịch xà phòng khử khuẩn và VSTNK bằng dung dịch VST chứa cồn đều âm tính tại thời điểm 24 giờ và 48 giờ sau khi cấy.

7.3 Sự hài lòng của nhân viên y tế đối với ba phương pháp VSTNK

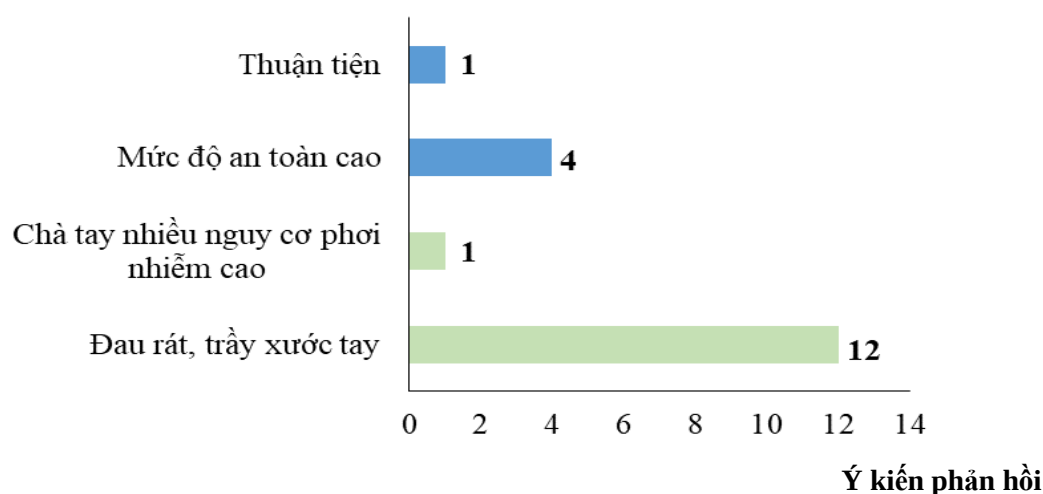
Bảng 7.3 Sự hài lòng của nhân viên y tế về ba Phương pháp VSTNK (n=100)

Nội dung	Tần suất (n)	Tỉ lệ (%)	Giá trị p
VSTNK truyền thống	36	36%	< 0,05
VSTNK bằng dung dịch xà phòng khử khuẩn	81	81%	
VSTNK bằng dung dịch vệ sinh tay chứa cồn	39	39%	

Nhận xét: Theo kết quả bảng 7.3 cho thấy, tỉ lệ nhân viên y tế hài lòng với Phương pháp Vệ sinh tay ngoại khoa bằng xà phòng khử khuẩn là 81% cao hơn phương pháp vệ sinh tay ngoại khoa truyền thống (36%) và phương pháp vệ sinh tay ngoại khoa bằng dung dịch vệ sinh tay chứa cồn (39%), có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

7.4 Phản hồi về ba phương pháp VSTNK

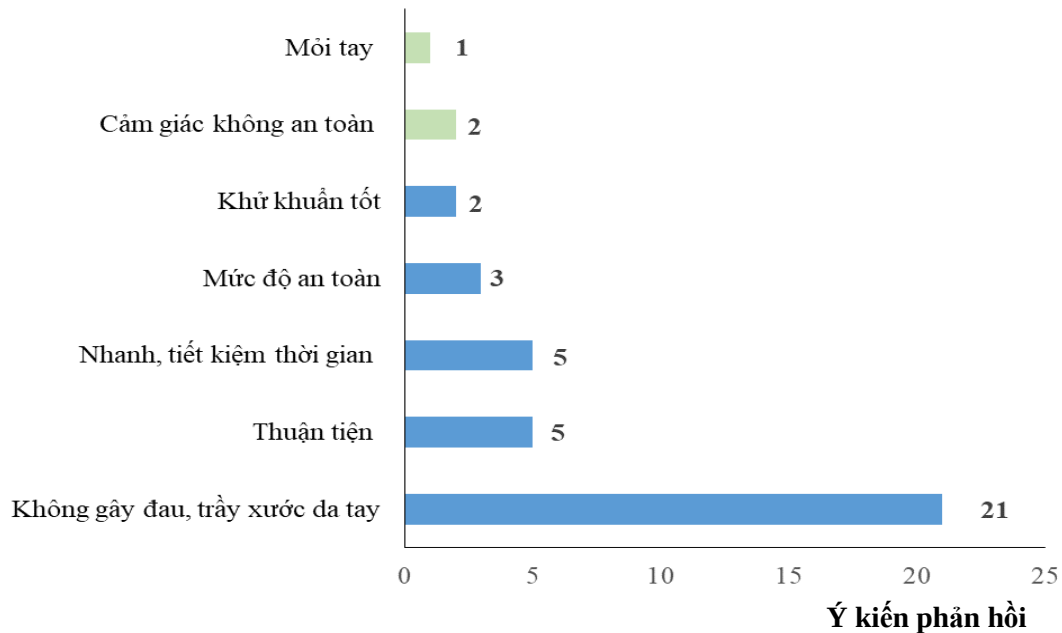
7.4.1 Phản hồi về Phương pháp VSTNK truyền thống



Biểu đồ 7.1 Phản hồi của nhân viên y tế về Phương pháp VSTNK truyền thống

Nhận xét: Kết quả biểu đồ 7.1 cho thấy, Phương pháp VSTNK truyền thống gồm có những phản hồi tích cực như mức độ an toàn cao (4) và thuận tiện (1). Trong khi đó, có 12 ý kiến phản hồi là Đau rát, trầy xước tay.

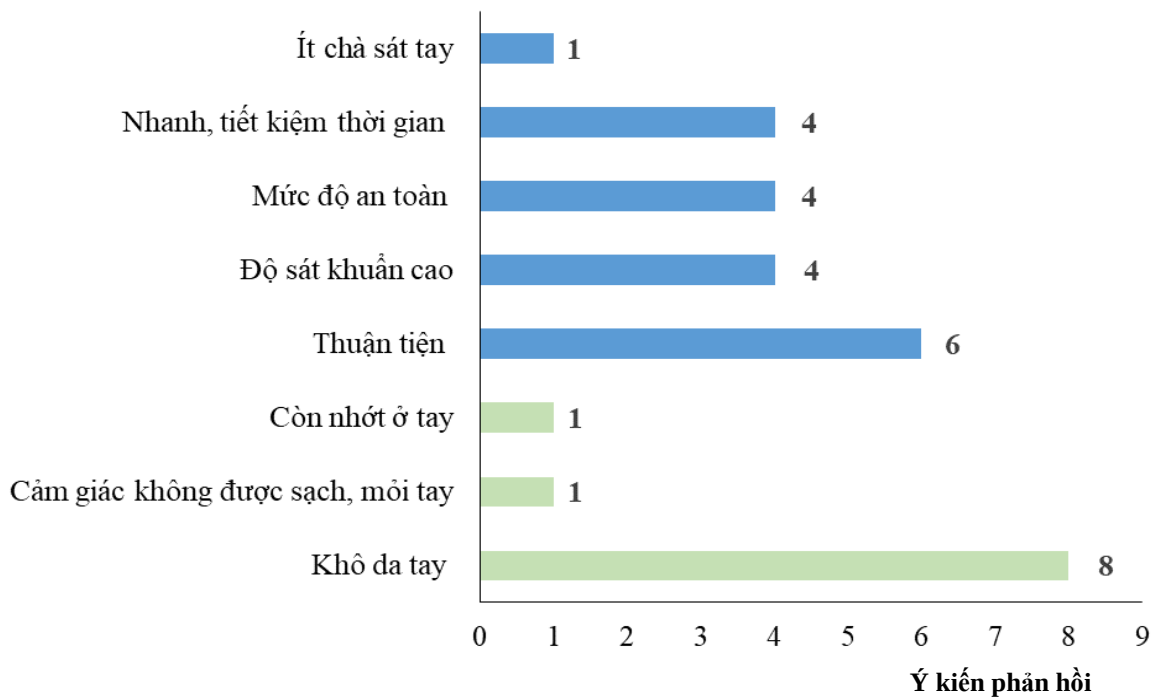
7.4.2 Phản hồi về Phương pháp VSTNK bằng dung dịch xà phòng khử khuẩn



Biểu đồ 7.2 Phản hồi về VSTNK bằng dung dịch xà phòng khử khuẩn

Nhận xét: Kết quả biểu đồ 7.2 cho thấy, Phương pháp VSTNK bằng dung dịch xà phòng khử khuẩn có nhiều phản hồi tích cực như Không gây đau, trầy xước da tay chiếm 21 phản hồi; thuận tiện (5); nhanh tiết kiệm thời gian (5); mức độ an toàn (3). Đồng thời, cũng có một số phản hồi tiêu cực như Cảm giác không an toàn (2) và Mỏi tay (1).

7.4.3 Phản hồi về Phương pháp VSTNK bằng dung dịch vệ sinh tay chứa cồn



Biểu đồ 7.3 Phản hồi về VSTNK bằng dung dịch vệ sinh tay chứa cồn

Nhận xét: Kết quả biểu đồ 7.3 cho thấy, Phương pháp VSTNK bằng dung dịch vệ sinh tay chứa cồn có những phản hồi tích cực như thuận tiện (6), độ sát khuẩn cao (4), an toàn (4), tiết kiệm thời gian (4). Nhưng bên cạnh đó cũng nhận được một số phản hồi tiêu cực như Khô da tay (8), Cảm giác không được sạch, mỗi tay (1) và còn nhớt ở tay (1).

V. KẾT LUẬN

Kết quả cấy định lượng vi khuẩn lấy từ bàn tay của nhóm vô khuẩn theo phương pháp VSTNK truyền thống, Phương pháp VSTNK với dung dịch xà phòng khử khuẩn và VSTNK với dung dịch vệ sinh tay chứa cồn đều Âm tính tại thời điểm 24 giờ và 48 giờ sau khi cấy.

Tỉ lệ nhân viên y tế hài lòng với Phương pháp Vệ sinh tay ngoại khoa bằng xà phòng khử khuẩn là 81% cao hơn phương pháp vệ sinh tay ngoại khoa truyền thống (36%) và phương pháp vệ sinh tay ngoại khoa bằng dung dịch vệ sinh tay chứa cồn (39%), có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Các Phương pháp VSTNK bằng xà phòng khử khuẩn và bằng dung dịch VST chứa cồn đều được khuyến cáo áp dụng cho VSTNK. Vì vậy, tùy theo điều kiện của từng bệnh viện áp dụng một trong các Phương pháp VSTNK nói trên để mang đến sự hài lòng cho nhân viên, điều đó sẽ dẫn đến sự tuân thủ tốt hơn.

KIẾN NGHỊ

- Bệnh viện có thể áp dụng một trong hai Phương pháp VSTNK bằng xà phòng khử khuẩn hoặc bằng dung dịch VST chứa cồn tùy điều kiện của Bệnh viện: nguồn nước, Dung dịch vệ sinh tay chứa cồn sẵn có...
- Khi lựa chọn một trong hai Phương pháp VSTNK, cần lựa chọn những dung dịch

phù hợp để khắc phục các hạn chế trong mỗi phương pháp.

- VSTNK bằng dung dịch vệ sinh tay chứa cồn có thể áp dụng trong một số thủ thuật có rạch da tại Phòng sanh, Khoa Hồi sức tích cực (ICU), Phòng tiểu phẫu...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế. (2017).** Quyết định 3916/QĐ-BYT ngày 28/08/2017 hướng dẫn thực hành vệ sinh tay trong các cơ sở khám bệnh. Bộ Y tế
2. **Cheng, K., Li, J., Kong, Q., Wang, C., Ye, N., & Xia, G. (2015).** Risk factors for surgical site infection in a teaching hospital: a prospective study of 1,138 patients. Patient preference and adherence, 9, 1171.
3. **Collaborative, I. M., Buckwalter, K. C., Cullen, L., Hanrahan, K., Kleiber, C., McCarthy, A. M., ... & Tucker, S. (2017).** Iowa model of evidence-based practice: Revisions and validation. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 14(3), 175-182.
4. **Doody, C. M., & Doody, O. (2011).** Introducing evidence into nursing practice: Using the IOWA model. British Journal of Nursing, 20(11), 661-664.
5. **Harrop, J. S., Styliaras, J. C., Ooi, Y. C., Radcliff, K. E., Vaccaro, A. R., & Wu, C. (2012).** Contributing factors to surgical site infections. JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 20(2), 94-101.
6. **Kampf, G., & Kramer, A. (2004).** Epidemiologic background of hand hygiene and evaluation of the most important agents for scrubs and rubs. Clinical microbiology reviews, 17(4), 863-893.
7. **Leaper, D. J., & Edmiston, C. E. (2017).** World Health Organization: global guidelines for the prevention of surgical site

- infection. Journal of Hospital Infection, 95(2), 135-136.
8. **Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (Eds.). (2015).** Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Lippincott Williams & Wilkins.
 9. **Parienti, J. J., Thibon, P., Heller, R., Le Roux, Y., von Theobald, P., Bensadoun, H., ... & Le Coutour, X. (2002).** Hand-rubbing with an aqueous alcoholic solution vs traditional surgical hand-scrubbing and 30-day surgical site infection rates: a randomized equivalence study. *Jama*, 288(6), 722-727.
 10. **Picheansathian, W. (2004).** Effectiveness of alcohol-based solutions for hand hygiene: a systematic review. *JBIM Evidence Synthesis*, 2(9), 1-27.
 11. **Tập đoàn Y khoa Hoàn Mỹ. (2019).** Quy trình phòng mổ. Ban hành nội bộ.
 12. **World Health Organization. (2009).** Guidelines on Hand Hygiene in Health Care First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva: World Health Organization.

QUẢN LÝ TẬP TRUNG DỤNG CỤ Y TẾ CÁC BÀI HỌC KINH NGHIỆM

Nguyễn Minh Trí*, Dương Thị Linh*

TÓM TẮT

Nhiễm khuẩn Bệnh viện (NKBV) là mối quan tâm của ngành y tế trên toàn thế giới, đặt biệt là nhiễm khuẩn vết mổ. Có đến 10% người bệnh nhiễm khuẩn vết mổ ở các nước thu nhập thấp và trung bình. Hằng năm trên thế giới có hơn 300 triệu ca phẫu thuật, nhiễm khuẩn vết mổ đã kéo dài thời gian điều trị 3-20 ngày, tiêu tốn đến 10 tỷ USD, liên quan đến tỉ lệ tử vong 3% [1][2]. Tác động của NKBV nói chung là không nhỏ, chúng ta có thể phòng ngừa và bắt đầu ở CSSD. Bệnh viện Hoàn Mỹ Thủ Đức triển khai thực hiện QUẢN LÝ TẬP TRUNG DỤNG CỤ Y TẾ.

**Bệnh viện Hoàn Mỹ Thủ Đức*

Chịu trách nhiệm chính: **Nguyễn Minh Trí**

Email: tri.nguyen3@hoanmy.com

SĐT: 0903577058

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

SUMMARY

CENTRALIZED MANAGEMENT OF MEDICAL INSTRUMENTS LESSONS LEARNED

I. THỰC TRẠNG

Năm 2020, Bệnh viện Hoàn Mỹ Thủ Đức (BVHMTĐ) trong giai đoạn chuẩn bị mở cửa hoạt động. Dụng cụ y tế được phòng Thiết bị y tế Bệnh viện mua về trang bị cho các Khoa/ phòng để chuẩn bị cho công tác khám bệnh, chữa bệnh. Công việc được tiến hành như sau:

- Dựa trên nhu cầu hoạt động dự kiến về chuyên môn, số giường bệnh được trang bị, các khoa lên dự trù về dụng cụ y tế.
- Phòng Mua hàng Bệnh viện mua về, cung cấp cho các Khoa/phòng yêu cầu, tự bảo quản.

Ban Giám đốc BVHMTĐ nhận thấy cách quản lý dụng cụ này không hiệu quả:

- Không phải khoa/phòng nào cũng biết rõ về dụng cụ mình đặt, nên nhiều dụng cụ đặt nhầm, hay kém hiệu quả sử dụng. Nhiều bộ

dụng cụ cũng chức năng nhưng không đồng nhất giữa các khoa/phòng.

- Dụng cụ không được bảo quản tốt do NVYT các khoa/phòng không chuyên về xử lý và bảo quản dụng cụ.



Hình 1: Dụng cụ bị hư hỏng do xử lý và bảo quản không đúng

- Số lượng NB ở một đơn vị cụ thể điều trị thường không ổn định, để đảm bảo đủ dùng vào thời điểm NB nhiều, số lượng dụng cụ y tế của Khoa/phòng thường chuẩn bị cho thời điểm này sẽ thừa vào lúc ít người bệnh, dẫn đến sử dụng ít hiệu quả.

- Quy trình xử lý không thống nhất trong toàn Bệnh viện (nhiều loại hóa chất xử lý khác nhau do các khoa/phòng đặt mua qua kinh nghiệm trong công việc trước đây.

- Chuẩn hóa quy trình xử lý tất cả các loại dụng cụ

- Chất lượng xử lý được kiểm soát đạt tiêu chuẩn tiệt khuẩn

- Quy trình vận hành hợp lý so với nguồn lực.

- Đánh ứng nhu cầu phẫu thuật chương trình, phẫu thuật trong ngày

- Tối ưu hóa công năng sử dụng mỗi món dụng cụ.

II. GIẢI PHÁP

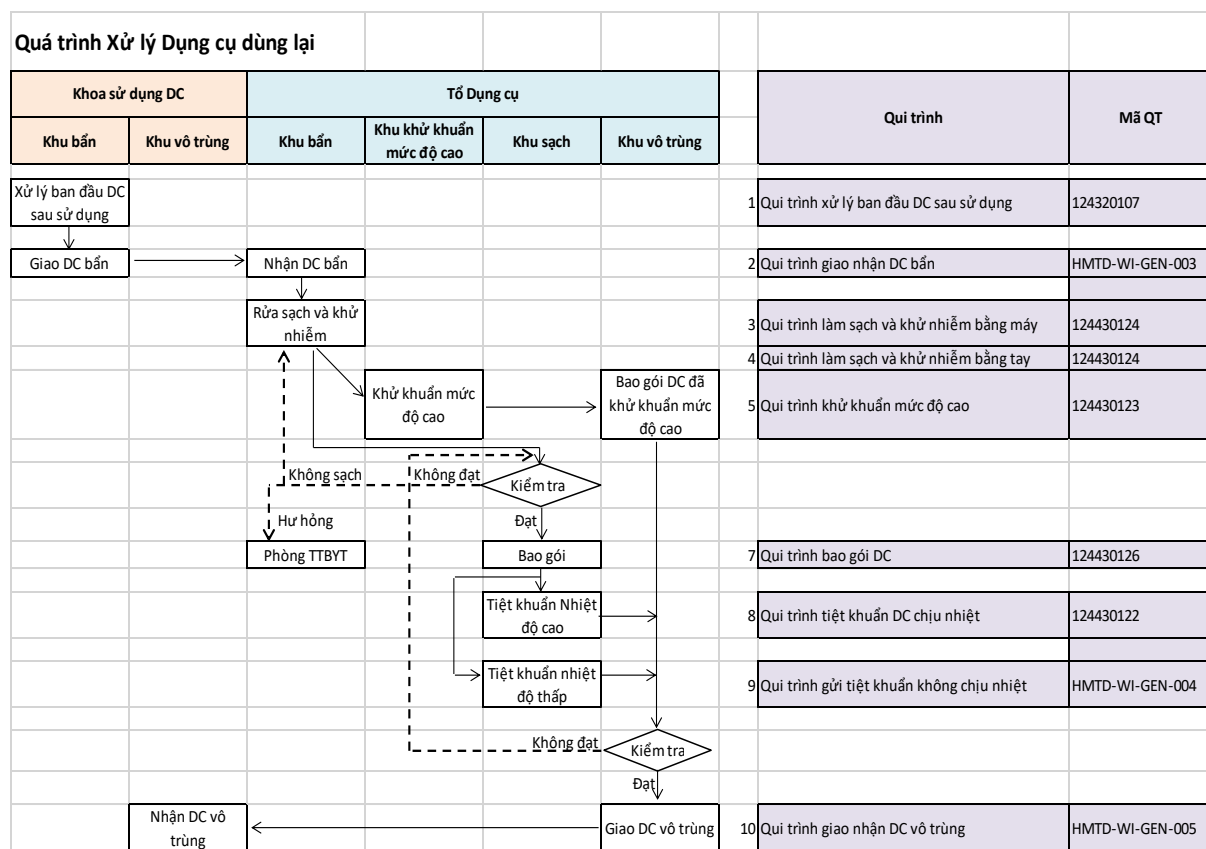
Đổi mô hình quản lý dụng cụ y tế.

Ban Giám đốc Bệnh viện đã chọn mô hình quản lý: Quản lý tập trung Dụng cụ y tế. Đây là mô hình quản lý dụng cụ hiện đại, có nhiều ưu điểm:

III. THỰC HIỆN

- Xây dựng đội ngũ: Bệnh viện đã thành lập tổ CSSD, gửi đi học, tập huấn chuyên về Xử lý dụng cụ những NV chưa qua tập huấn.

- Xây dựng quy trình: Xây dựng các quy trình liên quan đến các công đoạn xử lý sử dụng thống nhất trong bệnh viện [1], [3]



Hình 2: Quá trình Xử lý dụng cụ dùng lại

- Sắp xếp kế hoạch nhận dụng cụ từ các khoa/phòng về CSSD để quản lý:

Bắt đầu nhận dụng cụ từ 25/11/2020, tùy theo tình hình kho bảo quản, giá đựng dụng cụ. Cho đến nay đã nhận hết dụng cụ từ các khoa/phòng trong bệnh viện để quản lý, tiệt khuẩn và phân phối đến các khoa/phòng sử dụng.

- Thống nhất các bộ dụng cụ dùng chung để dễ quản lý. Hiện BV đã xây dựng được 126 danh sách các món trong bộ dụng cụ

(trong đó có 74 bộ dụng cụ phẫu thuật) sử dụng cho tất cả các hoạt động trong Bệnh viện.

- Xây dựng các biểu mẫu/sổ giao nhận và quản lý dụng cụ trong khi chưa có phần mềm tương ứng.

- Để dễ quản lý: xem xét cấp cơ sở cho các đơn vị. Cơ sở này thay đổi theo hàng tháng và khi cần (sự điều phối này do CSSD quản lý, thay cho tự điều phối trước đây, thường dựa trên quan hệ cá nhân)

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM VI SINH VÀ MỨC ĐỘ ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM TRÙNG HUYẾT NGƯỜI LỚN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HOÀN MỸ CỬU LONG NĂM 2020

Ngô Văn Út¹, Nguyễn Thị Mai Lan², Huỳnh Anh Tuấn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mô tả đặc điểm vi sinh và đề kháng kháng sinh của vi trùng gây nhiễm trùng huyết ở người lớn tại Bệnh Viện Đa Khoa Hoàn Mỹ Cửu Long năm 2020.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu ở bệnh nhân nhiễm trùng huyết có kết quả cấy máu dương tính được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long từ tháng 6/2020 đến tháng 12/2020.

Kết quả: Từ tháng 6/2020 đến hết tháng 12/2020 có 60 bệnh nhân nhiễm trùng huyết thỏa tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Tác nhân gây bệnh chủ yếu là *Escherichia coli* 28,3%, *Burkholderia cepacia* 18,3%, *Staphylococcus hominis* 15,0%, *Staphylococcus aureus* 13,3%, *Klebsiella pneumonia* và *Staphylococcus epidermidis* cùng tỷ lệ 6,7%, vi trùng khác 11,7%. Trong đó, vi trùng gram âm 55%, gram dương 45%. *Escherichia coli* sinh men ESBL 88,2%, *Escherichia coli* đề kháng cao với các kháng sinh cefazolin 88,4%, ceftazidim và ceftriaxon với cùng tỷ lệ 82,4%, nhạy 100% với các kháng sinh imipenem, ertapenem và cao với piperacillin 94,1%. *Klebsiella pneumonia* sinh men ESBL 75%, *Klebsiella pneumonia* đề kháng 100% với kháng sinh ampicillin, nhạy 100% với

các kháng sinh amikacin, ertapenem và imipenem. *Burkholderia cepacia* đã kháng 100% với các kháng sinh piperacillin, tobramycin, gentamycin, cefepim, colistin và aztreonam và nhạy 100% với mepropenem, ceftazidim và amikacin. *Staphylococcus spp* kháng oxacillin và ampicillin cùng tỷ lệ 88,0%, vi trùng còn nhạy 100% với vancomycin, rifampicin, kế tiếp là teicoplanin và tygecyclin cùng tỷ lệ 96,0%.

Từ khóa: Nhiễm trùng huyết, kháng kháng sinh.

SUMMARY

SURVEY ON MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND LEVEL OF ANTIBIOTIC RESISTANCE IN ADULT SEPSIS PATIENTS AT HOAN MY CUU LONG GENERAL HOSPITAL IN 2020

Objectives: The study aimed at describing the microbiological characteristics and antibacterial resistance of bacteria causing sepsis in adults at Hoan My Cuu Long General Hospital in 2020.

Population and method: It was the descriptive cross-sectional and prospective study in septic patients with positive blood culture results treated at Hoan My Cuu Long General Hospital from June/2020 to December/2020.

Results: There were 60 patients with sepsis met the criteria for inclusion in the study. The main pathogens are *Escherichia coli* 28,3%, *Burkholderia cepacia* 18,3%, *Staphylococcus hominis* 15,0%, *Staphylococcus aureus* 13,3%, *Klebsiella pneumonia* và *Staphylococcus epidermidis* with the same rate of 6,7%, other

**Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long*

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Út

Email: ut.ngo@hoanmy.com

SĐT: 0939005177

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

bacteria 11,7%. In which, gram negative bacteria 55%, gram positive 45%. *Escherichia coli* produces ESBL 88,2%, *Escherichia coli* resistances highly to cefazolin 88,4%, ceftazidim và ceftriaxon at the same rate 82,4%, sensitives 100% to imipenem, ertapenem and highly to piperacillin 94,1%. *Klebsiella pneumonia* produces ESBL 75%, *Klebsiella pneumonia* resistances 100% to ampicillin, sensitives 100% to amikacin, ertapenem and imipenem. *Burkholderia cepacia* resistances 100% to piperacillin, tobramycin, gentamycin, cefepim, colistin and aztreonam, sensitives 100% to mepropenem, ceftazidim và amikacin. *Staphylococcus spp* resistances to oxacillin và ampicillin with the same rate of 88,0%, bacteria sensitives 100% to vancomycin, rifampicin, followed by teicoplanin and tygecyclin with the same rate of 96,0%.

Key words: Sepsis, antibiotal resistance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng huyết (NTH) là một trong những căn bệnh gây tử vong phổ biến nhất trên thế giới, đặc biệt là ở các nước nghèo và nước đang phát triển. Cây máu là tiêu chuẩn quan trọng nhất trong chẩn đoán xác định nhiễm trùng huyết. phân tích mô hình vi sinh và kháng sinh đồ dựa trên kết quả cấy máu

và bệnh phẩm từ bệnh nhân nhiễm trùng huyết là rất quan trọng để xác định mầm bệnh, lựa chọn liệu pháp kháng sinh theo kinh nghiệm và phương pháp để kiểm soát tình trạng kháng kháng sinh. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu:

Mô tả đặc điểm vi sinh và đề kháng kháng sinh của vi trùng gây nhiễm trùng huyết ở người lớn tại Bệnh Viện Đa Khoa Hoàn Mỹ Cửu Long năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu: Bệnh nhân trên 15 tuổi, nhiễm trùng huyết có kết quả cấy máu dương tính được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long từ tháng 6/2020 đến tháng 12/2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tuổi > 15 tuổi, có hội chứng đáp ứng viêm hệ thống, kết quả cấy máu dương tính ít nhất 1 mẫu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Cấy máu âm tính, cấy máu dương tính nhưng có xét nghiệm ký sinh trùng sốt rét dương tính hoặc xét nghiệm anti HIV dương tính.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Xử lý số liệu: Các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm tuổi của bệnh nhân nhiễm trùng huyết

Tuổi	Tần suất	Tỷ lệ (%)
16-60	13	21,7
>60	47	78,3
Tổng cộng	60	100

- Tuổi trung bình $\pm$ SD: 70 $\pm$ 15,7 tuổi.
- Tuổi nhỏ nhất: 18 tuổi
- Tuổi cao nhất: 95 tuổi

Nhận xét: Tuổi trung bình: $70 \pm 15,7$ tuổi, thấp nhất 18 tuổi, cao nhất 95 tuổi. Bệnh nhân ở độ tuổi > 60 tuổi chiếm tỷ lệ 78,3%.

Bảng 2: Đặc điểm giới tính của nhiễm trùng huyết

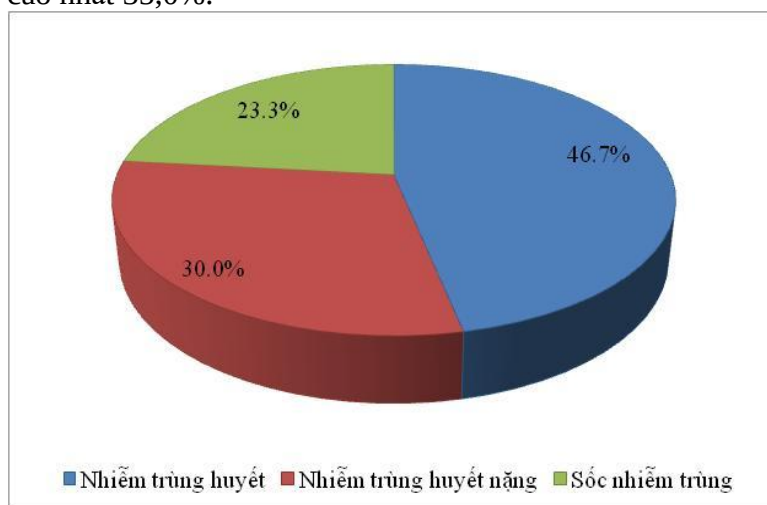
Giới tính	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Nam	23	38,3
Nữ	37	61,7
Tổng cộng	60	100

Nhận xét: Tỷ lệ mắc NTH ở giới nam là 38,3%, ở giới nữ là 61,7%.

Bảng 3: Đường vào của vi trùng gây nhiễm trùng huyết

Đường vào của vi trùng	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Tiết niệu	21	35,0
Hô hấp	20	33,3
Tiêu hóa	8	13,3
Cơ, xương, khớp, da niêm	5	8,4
Không rõ đường vào	6	10,0
Tổng cộng	60	100

Nhận xét: Có 90% bệnh nhân NTH tìm được đường vào của vi trùng. Đường vào từ hệ tiết niệu có tỷ lệ cao nhất 35,0%.



Biểu đồ 1: Phân bố thể lâm sàng nhiễm trùng huyết

Nhận xét: Bệnh nhân NTH nặng không sốc chiếm 30%, sốc nhiễm trùng chiếm 23,3%.

Đặc điểm vi sinh và mức độ đề kháng kháng sinh của vi trùng gây nhiễm trùng huyết

Bảng 4: Kết quả nhuộm gram vi trùng gây nhiễm trùng huyết

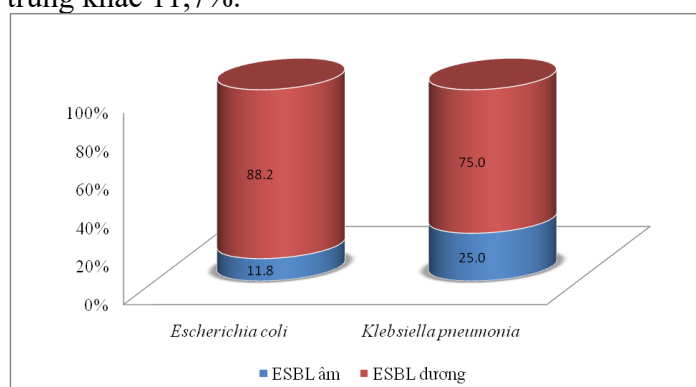
Kết quả nhuộm gram	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Gram âm	33	55,0
Gram dương	27	45,0
Tổng cộng	60	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân NTH do vi khuẩn gram âm 55%, vi khuẩn gram dương 45%.

Bảng 5: Kết quả cấy máu ở bệnh nhân nhiễm trùng huyết

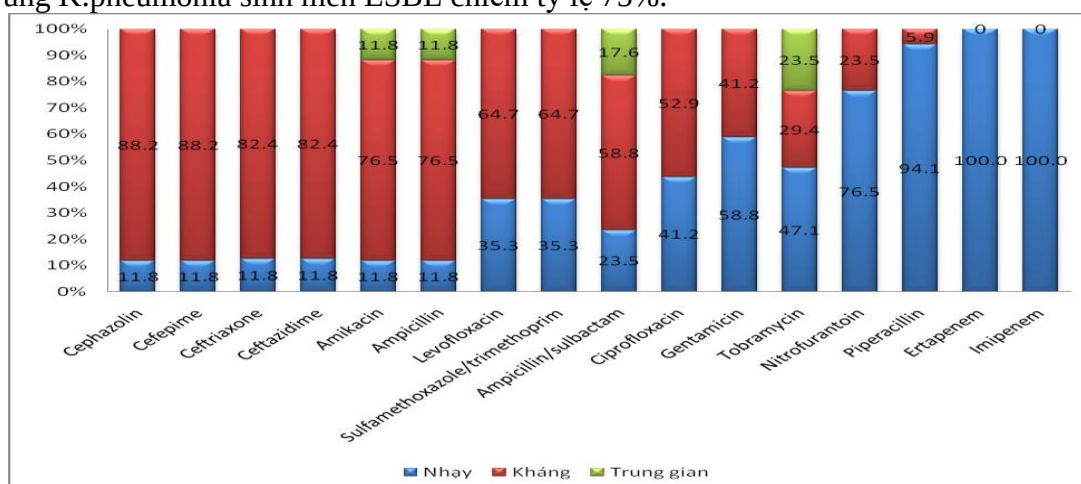
Kết quả cấy máu	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Escherichia coli (E. coli)	17	28,3
Burkholderia cepacia (B. cepacia)	11	18,3
Staphylococcus hominis (S. hominis)	9	15,0
Staphylococcus aureus (S. aureus)	8	13,3
Klebsiella pneumonia (K. pneumonia)	4	6,7
Staphylococcus epidermidis (S. epidermidis)	4	6,7
Vi trùng khác	7	11,7
Tổng cộng	60	100

Nhận xét: Tác nhân gây NTH chủ yếu là E. coli 28,3%, B. cepacia 18,3%, S. hominis 15,0%. Các tác nhân gây bệnh kế tiếp: S. aureus 13,3%, K. pneumonia và S. epidermidis cùng tỷ lệ 6,7%, vi trùng khác 11,7%.



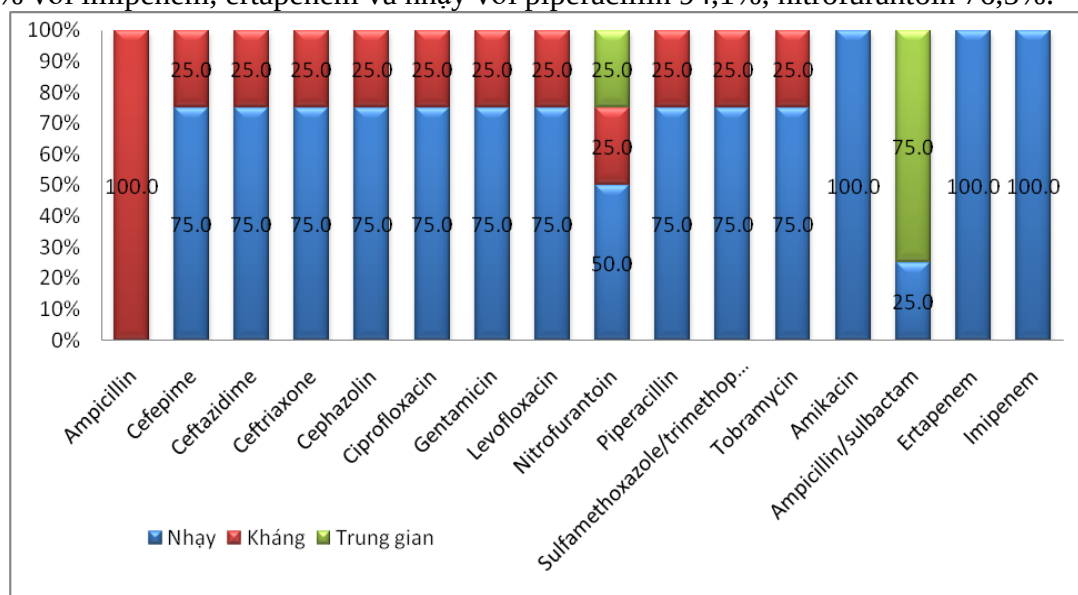
Biểu đồ 2: Tỷ lệ sinh men beta-lactamase phổ rộng của vi trùng

Nhận xét: Vi trùng E.coli sinh men beta-lactamase phổ rộng (ESBL) chiếm tỷ lệ 88,2%, vi trùng K.pneumonia sinh men ESBL chiếm tỷ lệ 75%.



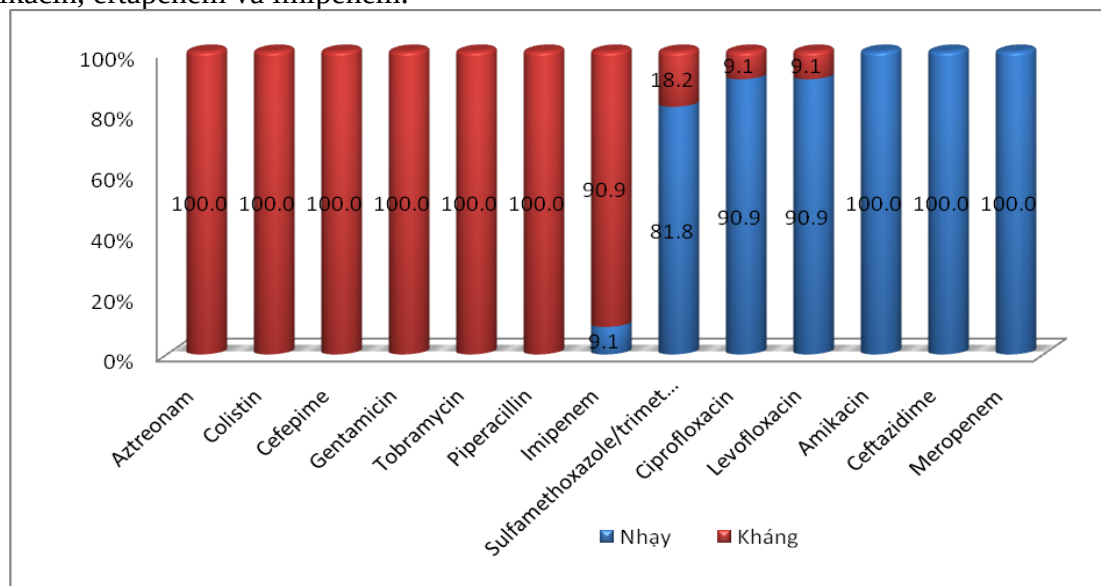
Biểu đồ 3: Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của Escherichia coli

Nhận xét: E. coli kháng cao với cefazolin 88,4%, ceftazidim và ceftriaxon (82,4%), nhạy 100% với imipenem, ertapenem và nhạy với piperacillin 94,1%, nitrofurantoin 76,5%.



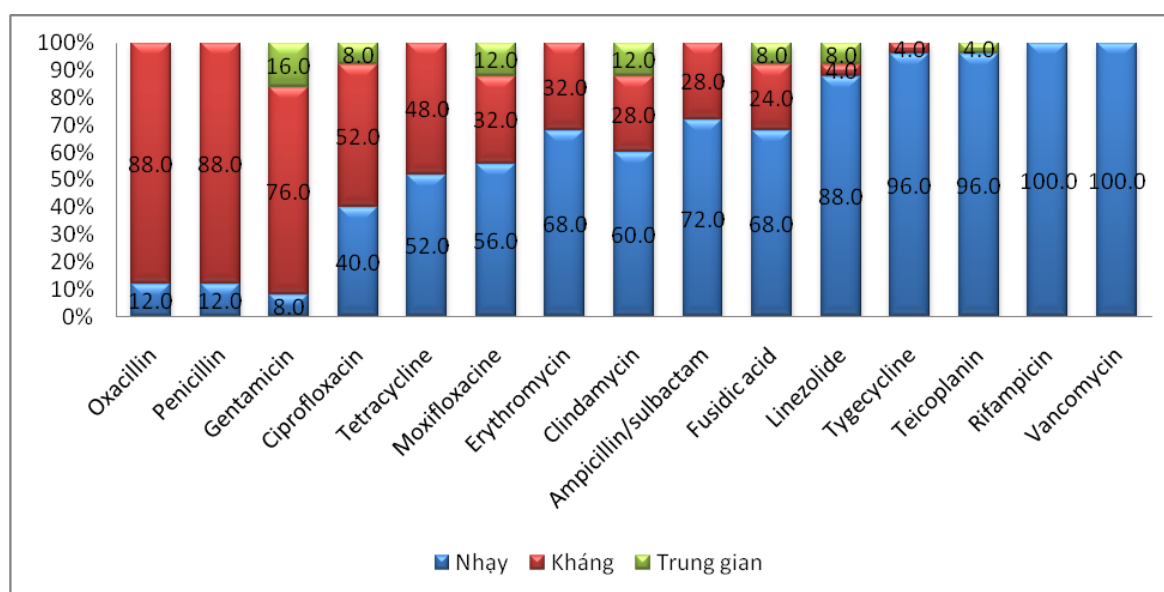
Biểu đồ 4: Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của *Klebsiella pneumonia*

Nhận xét: K. pneumonia kháng ampicillin 100%, nhạy 100% với các kháng sinh amikacin, ertapenem và imipenem.



Biểu đồ 5: Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của *Burkholderia cepcia*

Nhận xét: B. cepcia đã kháng 100% với piperacillin, tobramycin, gentamycin, cefepim, colistin và aztreonam, nhạy 100% với mepropenem, ceftazidim và amikacin.



Biểu đồ 6: Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của *Staphylococcus spp*

Nhận xét: *Staphylococcus spp* kháng oxacillin và ampicillin cùng tỷ lệ 88,0%, nhạy 100% với vancomycin, rifampicin, kế tiếp là teicoplanin và tygecyclin cùng tỷ lệ 96,0%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của 60 bệnh nhân NTH là $70,3 \pm 15,7$ tuổi, cao hơn nghiên cứu của tác giả Trần Văn Sĩ (2011) (tuổi trung bình $60,81 \pm 18,76$ tuổi) [8] và Phạm Thị Ngọc Thảo (2013) (tuổi trung bình $58,2 \pm 18,8$ tuổi) [10]. Độ tuổi > 60 tuổi mắc bệnh 78,3%, cao hơn có ý nghĩa so với các độ tuổi ≤ 60 tuổi ($p < 0,001$). Nghiên cứu của Pradipta IS và cộng sự (2013) tỷ lệ mắc NTH cao nhất ở độ tuổi 55-59 tuổi [15]. Theo Angus DC (2001) bệnh NTH ≥ 65 tuổi chiếm tỷ lệ 58,3% [12]. Tác giả Nguyễn Văn Chinh (2012) bệnh nhân NTH ở độ tuổi > 60 chiếm tỷ lệ 60% [3]. Tỷ lệ NTH ở độ tuổi càng lớn thì càng cao do sức đề kháng của cơ thể yếu, xuất hiện các bệnh kèm theo nên dễ bị nhiễm trùng.

Giới tính

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mắc

NTH ở giới nam (38,3%) thấp hơn ở giới nữ (61,7%), tỷ số nam/nữ là 23/37 tương đương 0,62/1. Tỷ số nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của các tác giả Angus DC (0,97/1) [12] và Trần Văn Sĩ (0,93/1) [8], tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thanh Huyền (2011) (0,66/1) [6].

Đường vào của vi trùng gây NTH

Trong nghiên cứu này, có 90% bệnh nhân NTH xác định được đường vào của vi trùng và 10% bệnh nhân không rõ đường vào của vi trùng gây bệnh. Đường vào chủ yếu từ hệ tiết niệu (35,0%), hô hấp (33,3%) và tiêu hóa (13,3%). Đường vào phổ biến của vi trùng gây NTH trong nghiên cứu của Pradipta IS (2013) gồm: hô hấp (49%), ổ bụng (20%), da và mô mềm (11%) [15] và nghiên cứu của Nguyễn Bách (2011) gồm: đường hô hấp 56,1%, đường tiêu hóa 24,2% và tiết niệu 12,1% [1]. Như vậy, theo nghiên cứu của nhiều tác giả, đường vào của vi

trùng gây NTH thường là từ đường hô hấp và tiêu hóa, còn trong nghiên cứu của chúng tôi thì đường chủ yếu của vi trùng là tiết niệu và hô hấp. Nói chung, đường vào của vi trùng được xác định hiện còn tùy thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó nơi nghiên cứu và đối tượng nghiên cứu là những yếu tố quan trọng làm thay đổi tỷ lệ.

Phân bố thể lâm sàng NTH

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân NTH thể nặng (gồm có sốc và không có sốc) là 53%, cao hơn so với tỷ lệ bệnh nhân NTH thể nhẹ 47%, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa ($p = 0,69$) (Biểu đồ 1). Nghiên cứu của Trần Văn Sĩ (2011) NTH nặng là 26,8% và sốc nhiễm trùng 19,45% [8]. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thanh Huyền (2011) tỷ lệ bệnh nhân NTH thể nặng 74,1% và NTH thể nhẹ là 25,9% [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả cho thấy khi bệnh nhân bị NTH thì dễ diễn tiến nặng và đe dọa sức khỏe của bệnh nhân.

Tác nhân gây bệnh NTH

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân NTH do vi trùng gram âm là 55%, vi trùng gram dương là 45% (Bảng 4). Theo Bộ Y tế Việt Nam (2009), trong số các tác nhân gây bệnh NTH phân lập được, vi khuẩn Gram(-) chiếm đa số với 78,5%, vi khuẩn Gram(+) chiếm 21,5% [2].

Ba tác nhân gây NTH chủ yếu là: *E. coli* 28,3%, *B. cepacia* 18,3%, *S. hominis* 15,0%. Các tác nhân gây bệnh kế tiếp: *S. aureus* 13,3%, *K. pneumoniae* và *S. epidermidis* cùng tỷ lệ 6,7% (Bảng 5). Theo Artero A (2010) các tác nhân gây NTH phổ biến là *E. coli* (25%) và *S. aureus* (21,4%) [13]. Theo Cao Minh Nga (2009) các vi trùng gây NTH thường gặp là: *E. coli* (24,11%), *Klebsiella* spp (17,85%) và *S. aureus* (8,93) [7]. Nghiên

cứu của Trần Xuân Chương (2013) các vi trùng gây NTH thường gặp là *E. coli* (35,1%), *Streptococcus suis* (16,2%), *K. pneumoniae* (14,9%) và *B. cepacia* (7,5%) [4]. Các nghiên cứu cho thấy *E. coli* là tác nhân gây NTH chiếm tỷ lệ cao nhất và kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

Trong số các vi trùng gram âm, tỷ lệ vi trùng *E. coli* sinh men ESBL là 88,2% và *K. pneumoniae* sinh men ESBL là 75% (Biểu đồ 2). Tại Việt Nam, đã có nhiều công trình nghiên cứu cho thấy tỷ lệ vi trùng *E. coli* và *K. pneumoniae* sinh men ESBL khá cao như Bệnh viện Chợ Rẫy (49% và 58%), Bệnh viện Việt Đức (57% và 49%), Bệnh viện Nhiệt Đới Quốc Gia (55% và 73%) và Bệnh viện Bình Định (36% và 54%) [2], [11].

Đề kháng kháng sinh của vi trùng

Theo nghiên cứu của chúng tôi, vi trùng *E. coli* đã đề kháng cao với các kháng sinh cefazolin 88,4%, ceftazidim và ceftriaxon với cùng tỷ lệ 82,4%, nhạy cảm cao với các kháng sinh imipenem, ertapenem (cùng tỷ lệ 100%) và nhạy với piperacillin 94,1%, nitrofurantoin 76,5% (Biểu đồ 3). Theo Dilnawaz Shaikh (2004) thì *E. coli* có tỷ lệ kháng kháng sinh rất cao từ 80 đến 100% ở các kháng sinh: ampicillin/sulbactam, ceftaxitin, ciprofloxacin, levofloxacin, ticarcillin/clavulanid, gentamycin [16]. Theo Phạm Thị Ngọc Thảo (2010) *E. coli* đề kháng cao với ceftriaxon (61,8%), cefotaxim (58,8%), ceftazidim (44,1%), và ciprofloxacin (33,2%), đề kháng thấp với polymyxin B (2,9%), carbapenem (5,8%) và nilmicin (8,8%) [9]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi và nhiều nghiên cứu cho thấy *E. coli* đề kháng kháng rất cao với các nhóm kháng sinh cephalosporin và quinolon.

Vi trùng *K. pneumoniae* đề kháng kháng sinh ampicillin 100%, nhạy 100% với các kháng sinh amikacin, ertapenem và imipenem (Biểu đồ 3.4). Theo Izeta Softic (2011) *K. pneumoniae* có tỷ lệ kháng với ampicillin/sulbactam 91%, gentamycin 43,6%, cefotaxim 53,3%, imipenem 2,1%, trimethoprim/sulfamethox 64% [17]. Theo Trần Văn Sĩ (2013) *K. pneumoniae* kháng với các kháng sinh ampicillin/sulbactam, amikacin, gentamycin, levofloxacin, cefotaxim, ceftriaxone, ciprofloxacin với tỷ lệ gần 48%; kháng với trimethoprim/sulfamethox 86,96% [8].

Kết quả tại Biểu đồ 5 cho thấy, vi trùng *B. cepacia* đã kháng 100% với các kháng sinh piperacillin, tobramycin, gentamycin, cefepim, colistin và aztreonam, vi trùng còn nhạy 100% với mepropenem, ceftazidim và amikacin. Trong nghiên cứu của Diệp Thế Tài (2019) *B. cepacia* kháng hoàn toàn (100%) hai kháng sinh ceftriaxon và colistin, các kháng sinh nhóm cephalosporin khác như cefotaxim, ceftazidim, cefotaxim cũng có tỉ lệ kháng cao [5]. Nhiều nghiên cứu cho thấy các chủng *B. cepacia* về bản chất có khả năng kháng một loạt các chất kháng sinh, bao gồm aminoglycoside, polymyxin, cephalosporin thế hệ thứ nhất và thứ hai, và carboxypenicillin [14].

Vi trùng *Staphylococcus spp* kháng oxacillin và ampicillin cùng tỷ lệ 88,0%, vi trùng còn nhạy 100% với vancomycin, rifampicin, kế tiếp là teicoplanin và tygecyllin cùng tỷ lệ 96,0% (Biểu đồ 6). Theo Dilnawaz Shaikh (2005) *S. aureus* kháng với cefoperazol/sulbactam, ampicillin/sulbactam và cefoxitin với cùng tỷ lệ 30%, cefotaxime 78,8% [16]. Theo Trần Văn Sĩ (2013) *S. aureus* kháng với hầu hết kháng sinh khảo sát, đặc biệt kháng với

gentamycin tới 80%, kháng các kháng sinh khác như cefoxitin, ciprofloxacin, cefotaxim, ceftriaxon, ticarcillin/clavulanid cùng tỷ lệ 40,0%, piperacillin/tozabactam 26,6%, cefoperazol/sulbactam 26,6% và ertapenem 26,6% [8].

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát các đặc điểm vi sinh và đề kháng kháng sinh của vi trùng gây NTH ở người lớn tại Bệnh Viện Đa Khoa Hoàn Mỹ Cửu Long từ tháng 6/2020 đến tháng 12/2020. Chúng tôi rút ra một số kết luận như sau: Ba tác nhân gây bệnh chủ yếu là *E. coli*, *B. cepacia* và *Staphylococcus spp*. Vi trùng gây NTH chủ yếu thuộc nhóm vi trùng gram âm. *E. coli* và *K. pneumoniae* sản xuất men ESBL rất cao. *E. coli* đề kháng rất cao với kháng sinh nhóm cephalosporin, nhạy tốt với imipenem, ertapenem và piperacillin. *K. pneumoniae* kháng hoàn toàn với kháng sinh ampicillin, nhạy hoàn toàn với amikacin, ertapenem và imipenem. *Burkholderia cepacia* đã kháng hoàn toàn với piperacillin, tobramycin, gentamycin, cefepim, colistin và aztreonam, nhạy hoàn toàn với mepropenem, ceftazidim và amikacin. *Staphylococcus spp* kháng cao với oxacillin và ampicillin, nhạy hoàn toàn với vancomycin, rifampicin, và nhạy cao với teicoplanin, tygecyllin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bách, Bùi Văn Thủy, Vũ Đình Hùng (2011), "Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân lớn tuổi suy thận cấp kết hợp với nhiễm khuẩn huyết.". Y Học Thành phố Hồ Chí Minh, Tập 15 (số 3), trang: 113-119.
2. Bộ Y Tế (2018), Báo cáo sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại 15 bệnh viện Việt Nam năm 2008-2009 <http://benhnhietdoi.vn/UploadFiles/2018/12/2>

- 0/Bao_cao_su_dung_khang_sinh_va_khang_khang_sinh_tai_15_benh_vien_nam_2008-2009.pdf, 15/12/2020.
3. **Nguyễn Văn Chinh, Nguyễn Ngọc Quang (2012)**, "Đặc điểm bệnh lý và một số yếu tố tiên lượng sốc nhiễm khuẩn ở người nhiễm khuẩn huyết do E. coli". Y học Quân sự, Số 248 (9-10/2012), trang: 24-29.
 4. **Trần Xuân Chương, Nguyễn Thị Phương Thảo, Lê Vũ Phong, Phan Trung Tiến (2013)**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Trung ương Huế 2009-2012". Truyền Nhiễm Việt Nam, Số 01, trang: 6-8.
 5. **Lưu Trúc Viên, Diệp Thế Tài, Nguyễn Mai Thủy Tiên và cộng sự (2019)**, "Thực trạng nhiễm và kháng kháng sinh của Burkholderia pseudomallei và Burkholderia cepacia tại Bệnh Viện Đa Khoa Khu Vực Củ Chi - Thành Phố Hồ Chí Minh năm 2017- 2018". Tạp chí Y Học Dự Phòng. 29 (05).
 6. **Nguyễn Ngọc Thanh Huyền (2011)**, Khảo sát đặc điểm đường huyết và các yếu tố ảnh hưởng đến đường huyết trên bệnh nhân nhiễm trùng huyết tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ, 21-51.
 7. **Cao Minh Nga (2009)**, "Các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết và sự đề kháng kháng sinh". Y Học Thành phố Hồ Chí Minh, Tập 13 (số 1), trang: 250-261.
 8. **Trần Văn Sĩ (2011)**, Nghiên cứu nồng độ procalcitonin trong máu và mối liên quan với loại vi khuẩn gây bệnh, các thể lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ, trang: 45 - 80.
 9. **Phạm Thị Ngọc Thảo (2010)**, "Đặc điểm bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu Bệnh viện Chợ Rẫy". Y Học Thành phố Hồ Chí Minh, Tập 14 (phụ bản số 2), trang: 384-353.
 10. **Phạm Thị Ngọc Thảo (2013)**, Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị tiên lượng của một số cytokin trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng, Luận án tiến sĩ y học, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, trang: 34-107.
 11. **Phạm Hùng Vân (2017)**, Đề kháng kháng sinh và các cơ chế đề kháng kháng sinh hiện nay, Hội Y Học thành phố Hồ Chí Minh, <http://hoiyoctphcm.org.vn/wp-content/uploads/2018/05/08F-BS-VAN-AntibioticRe-6tr37-42.pdf>,
 12. **Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J, and et al (2001)**, "Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care". Crit Care Med, 29 (7), 1303-1310.
 13. **Artero A, Zaragoza R, Camarena J.J, and et al (2010)**, "Prognostic factors of mortality in patients with community-acquired bloodstream infection with severe sepsis and septic shock". J Crit Care, 25 (2), 276-81.
 14. **Pegues DA (2020)**, **Burkholderia cepacia complex**, [http://www.antimicrobe.org/b19.asp#:~:text=A%20recent%20systematic%20review%20of,most%20effective%20agents%20\(4\),01/12/2020](http://www.antimicrobe.org/b19.asp#:~:text=A%20recent%20systematic%20review%20of,most%20effective%20agents%20(4),01/12/2020).
 15. **Pradipta IS, Sodik DC, Lestari K, and et al (2013)**, "Antibiotic Resistance in Sepsis Patients: Evaluation and Recommendation of Antibiotic Use". North American journal of medical sciences, 5, 344-52.
 16. **Shaikh DA, Safia S, Shaikh K, and et al (2005)**, "Studies on Resistance/Sensitivity Pattern of Bacteria related with Urinary Tract Infections". Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences, 15 (4), 129-133.
 17. **Softić I, Atić N, and Pašić S (2011)**, "Antimicrobial resistance by bacteria that colonize neonates with suspected sepsis". Paediatrics Today, 7 (2), 96-101.

ĐỐI PHÓ LÀN SÓNG THỨ 4 ĐẠI DỊCH COVID-19: BÀI HỌC KINH NGHIỆM

Lê Thu Nga*, Nguyễn Thị Thu Mai*,
Phạm Văn Sĩ*, Võ Thị Thùy Nga*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm rút kinh nghiệm qua làn sóng dịch thứ 4 trong đại dịch Covid-19, chúng tôi đánh giá các số liệu hoạt động của bệnh viện trong giai đoạn chống dịch bao gồm: số liệu hoạt động của sàng lọc, điều trị nhằm xác định tỉ lệ nhiễm qua khám bệnh có nghi ngờ, tỉ lệ tử vong và đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nhiễm Covid-19 tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên tất cả bệnh nhân có triệu chứng nghi nhiễm Covid-19 đến khám, tầm soát và các nhân viên y tế tuyến đầu của bệnh viện, từ tháng 6/2021 – 9/2021. **Kết quả:** Số ca nhiễm tăng nhanh theo từng tháng, cao nhất vào tháng 9 (5,59%). Tuy nhiên, số ca nặng và nhập cấp cứu tăng cao nhất là tháng 8 (38,46%). Tính chung tất cả 04 tháng cao điểm của đợt dịch lần thứ 4, Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn đã tiếp nhận 772 trường hợp Covid-19, điều trị nội trú 596 trường hợp. Có 144 trường hợp chuyển đến đơn vị tại cơ sở 2 (Đơn Vị Điều Trị Covid-19 của Hoàn Mỹ Sài Gòn tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Thủ Đức) để tiếp tục điều trị nếu người bệnh đồng thuận. Xuất viện 301 trường hợp và tử vong là 40 trường hợp. Tỉ lệ tử vong cao nhất là 3.16% vào tháng 8/2021. Trong số tử vong thì

người bệnh trên 60 tuổi chiếm đến 82.5% và nữ là 55%. Khu vực cấp cứu có tỉ lệ nhân viên nhiễm cao nhất là 4.26%, sàng lọc là 2.63%, trong 04 tháng thì khu vực nội trú có tỉ lệ lây nhiễm 3.27%. **Bài học kinh nghiệm:** Bố trí khu vực riêng để tiếp đón người bệnh sàng lọc, nghi nhiễm/nhiễm Covid-19. Sẵn sàng khu vực có thể lưu dung điều trị, mở rộng dần theo tình hình. Tổ chức hoạt động “3 tại chỗ” để đảm bảo nhân sự hoạt động. Tăng cường xét nghiệm tầm soát hạn chế lây nhiễm sớm. Chú trọng tiêm chủng phòng ngừa Covid-19 cho nhân viên y tế và người bệnh trên 60 tuổi, có bệnh lý nền.

Từ khóa: Covid-19, tỷ lệ nhiễm Covid-19, tỷ lệ tử vong Covid-19, phòng ngừa Covid-19.

SUMMARY

COPING WITH THE FOURTH WAVE OF THE COVID-19 PANDEMIC: LESSONS LEARNT

Purpose: To evaluate the hospital's operation data during the fourth outbreak of the Covid-19 pandemic, including the performance data of screening and treatment of the Covid-19 patients. **Methods:** All patients with symptoms suspecting Covid-19 infection (such as fever, cough, sore throat, hoarseness...) who admitted to hospital for Covid-19 screening and treatment, medical frontline staff from June 2021 to September 2021 were collected in our study. This is a descriptive retrospective study. **Results:** The number of infections increased rapidly, peaking in September (5.59%). However, the highest number of severe cases and emergency

*Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thu Nga

Email: nga.le2@hoanmy.com

SĐT: 0908 114 751

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

admission was in August (38.46%). In 4 months of the 4th outbreak of the Covid-19 pandemic, Hoan My Saigon Hospital has received 772 cases of Covid-19, 596 cases inpatient. 144 cases were transferred to the unit at facility 2 (3rd floor Hoan My Thu Duc) for continued treatment if the patient consented. Hospital discharge 301 cases and deaths 40 cases. The highest mortality rate was 3.16% in August 2021. Of the deaths, patients over 60 years old account for 82.5% and women 55%. The emergency has the highest rate of infected staff in August (4.26%), the screening rate is 2.63%. In 4 months, the inpatient area had an infection rate of 3.27%. **Conclusions:** To avoid exposing and spreading Covid-19 infection inside hospital, some lessons can be learned from the fourth outbreak: (1) Arrange a separate area to receive patients for screening, suspected of being infected with Covid-19. (2) Prepare the ward that can be used for the Covid-19 patient treatment, rapidly expanding according to the situation. (3) Organize activities "three in the same place" to ensure keeping hospital operation and workforce. (4) Increase Covid-19 screening tests for the high risk people to recognize patients with early infection. (5) Focus on vaccination against Covid-19 for healthcare workers and patients over 60 years old with chronic medical conditions.

Keywords: Covid-19, Covid-19 infection rate, Covid-19 mortality rate, Covid-19 prevention

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đặt tên chính thức của bệnh viêm đường hô hấp cấp do chủng mới của vi-rút Corona (nCoV) là Covid-19. Tên gọi mới này gọi tắt của Coronavirus disease 2019, là năm mà loại virus gây đại dịch này xuất hiện từ Vũ Hán – Trung Quốc. Khi virus xâm nhập vào cơ thể,

gây tổn thương viêm đặc hiệu ở đường hô hấp, các triệu chứng cấp tính: ho, sốt, khó thở, có thể diễn biến đến viêm phổi nặng, suy hô hấp cấp tiến triển và tử vong; đặc biệt ở những người lớn tuổi, người có bệnh mạn tính, suy giảm miễn dịch.

Tính đến 21h00 ngày 13/11/2021, thế giới đã ghi nhận tổng cộng 253.401.198 ca nhiễm virus SARS-CoV-2, trong đó có 5.108.096 ca tử vong. Số ca đã bình phục là 229.185.490 ca, tuy nhiên hiện còn 77.261 ca trong tình trạng nguy kịch. Mỹ là nước bị ảnh hưởng nhiều nhất với trên 47,8 triệu ca nhiễm và 782.933 ca tử vong. Ấn Độ ghi nhận số ca nhiễm nhiều thứ hai, hiện là trên 34,4 triệu ca, trong khi đó Brazil ghi nhận số ca tử vong cao thứ hai thế giới với 610.935 ca. Khu vực Đông Nam Á dịch vẫn diễn biến phức tạp. Theo số liệu của Bộ Y tế Việt Nam, tính đến ngày 13/11/2021 đã có 1.021.670 ca mắc, ghi nhận khỏi bệnh là 863.311 ca và tử vong là 23.082 ca.

Đợt dịch thứ 4 tại Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) bắt đầu từ ngày 27.4 khi ca tiếp xúc ca nhiễm từ Hà Nam vào. Sau đó, 18.5 phát hiện 2 ca nhiễm cộng đồng tại TP. Thủ Đức và Quận 7, nhiễm chủng Delta. Ngày 27.5, Bệnh viện Nhân dân Gia Định phát hiện cùng lúc 3 ca mắc khi đến khám bệnh. Từ đó truy vết dịch tễ và thấy có liên quan Điểm nhóm truyền giáo Phục Hưng. Tháng 5.2021, số ca mắc mới ở TP.HCM chỉ ở cấp độ 1. Nhưng tháng 6 đã lên cấp độ 2, tháng 7 lên cấp độ 3 và tháng 8 lên cấp độ 4. Những ca mắc mới trong đợt 4 đều do biến chủng Delta gây ra. Tương đương với dịch bệnh xảy ra, TP.HCM thực hiện 4 giai đoạn giãn cách xã hội. Từ ngày 31.5, TP.HCM

thực hiện Chỉ thị 15 của Thủ tướng Chính phủ trên toàn thành phố; Chỉ thị 16 của Thủ tướng Chính phủ ở Quận 12 và Gò Vấp. Từ ngày 19.6 đến 14.8 thực hiện Chỉ thị 16. Nhưng cao điểm nhất là từ ngày 6.8 thì thành phố thực hiện Chỉ thị 16+. Dịch diễn ra nặng nề nhất tại TP.HCM là từ trung tuần tháng 7 đến trung tuần tháng 9. Tương ứng với từng giai đoạn, việc triển khai các biện pháp phòng chống dịch tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn cũng thay đổi cho phù hợp.

Ngay từ giai đoạn đầu, bệnh viện đã nghiêm túc triển khai hướng dẫn toàn bộ nhân viên y tế về các quy định phòng chống dịch Covid-19 trong bệnh viện theo Bộ tiêu chí “Bệnh viện an toàn phòng chống dịch COVID-19 và các dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp” của Bộ Y tế ban hành theo Quyết định 3088/QĐ-BYT ngày 16/7/2020. Triển khai phân công các tổ trực thuộc, giám sát việc thực hiện các quy định phòng chống dịch. Đầu năm 2021, bệnh viện đã triển khai phân luồng cho NB khi vào khám, điều trị tại bệnh viện với khu vực sàng lọc riêng biệt với khu vực khám, điều trị nội trú. Kỹ thuật xét nghiệm test nhanh và PCR SARS-CoV-2 nhanh chóng được triển khai, thẩm định để kịp thời phục vụ cho nhu cầu xét nghiệm tầm soát, chẩn đoán Covid-19.

Trong hơn 4 tháng qua, bệnh viện HMSG đã tiếp nhận nhiều ca liên quan đến Covid, thực hiện các biện pháp sàng lọc và tham gia điều trị covid tại HMTĐ. Dựa trên những số liệu này, bệnh viện thực hiện đánh giá “*Đối phó làn sóng thứ 4 đại dịch covid -19: Bài học kinh nghiệm*” với mục tiêu:

+ **Mục tiêu tổng quát:** Đánh giá số liệu

hoạt động của bệnh viện trong giai đoạn chống dịch bao gồm số liệu hoạt động của sàng Lọc, điều trị và chủng ngừa.

+ **Mục tiêu cụ thể:**

1. Tỷ lệ nhiễm bệnh Covid-19 được phát hiện tại Sàng lọc, cấp cứu.
2. Tỷ lệ tử vong của bệnh nhân Covid-19 tại Bệnh viện
3. Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng của người nhiễm Covid-19
4. Tỷ lệ nhiễm của nhân viên trong giai đoạn dịch đối với nhân viên trực tiếp chăm sóc bệnh Covid-19 và nhân viên gián tiếp.
5. Những kinh nghiệm rút ra được ứng phó với dịch bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 8 Tất cả bệnh nhân đến khám và tầm soát Covid-19, nhân viên y tế của bệnh viện từ tháng 6/2021 – 9/2021. Tất cả các trường hợp nghi ngờ hay được chẩn đoán đều được thực hiện xét nghiệm RT - PCR SARS-CoV-2 để xác minh chẩn đoán, số lần xét nghiệm tuân theo phác đồ của Bộ Y tế. Tất cả các bệnh nhân (BN) sau khi được chẩn đoán, đều được xử lý cơ bản hoặc chuyên sâu theo Hướng dẫn Chẩn đoán Điều trị và Theo Dõi Covid-19.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Tháng 6/2021 – 9/2021, tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn.

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

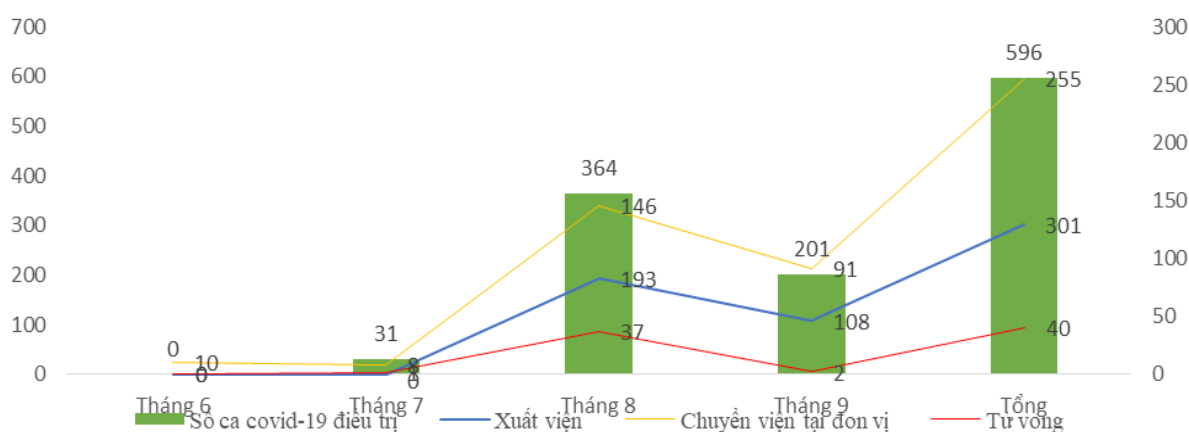
4. Cỡ mẫu nghiên cứu: Đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả, cỡ mẫu thuận lợi cho nên chúng tôi lấy tất cả các trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Ca nhiễm phát hiện từ sàng lọc, cấp cứu và xét nghiệm tầm soát chung

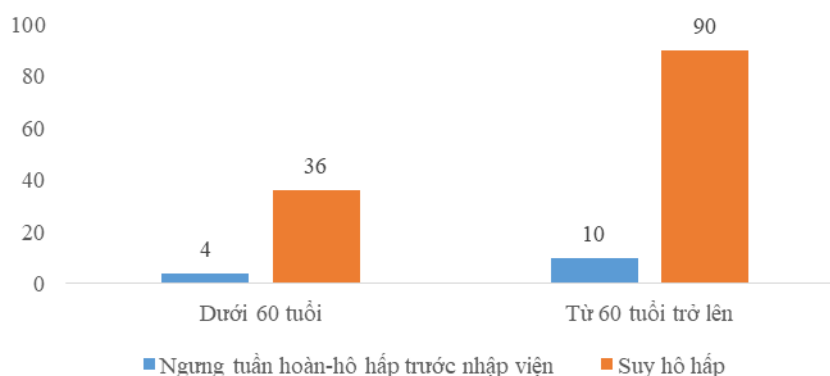
	Khu Sàng Lọc				Khu Cấp cứu			
	T6	T7	T8	T9	T6	T7	T8	T9
Số ca nhiễm	3	128	242	486	7	124	450	191
Tổng số bệnh nhân	9861	9803	9425	8682	1578	1361	1170	1266
Tỷ lệ (%)	0.03	1.3	2.56	5.59	0.44	9.11	38.46	15.08

Nhận xét: Số ca nhiễm tăng nhanh ở cộng đồng theo từng tháng, cao nhất vào tháng 9 (5,59%). Tuy nhiên, số ca nặng và nhập cấp cứu tăng cao nhất là tháng 8 (38,46%).



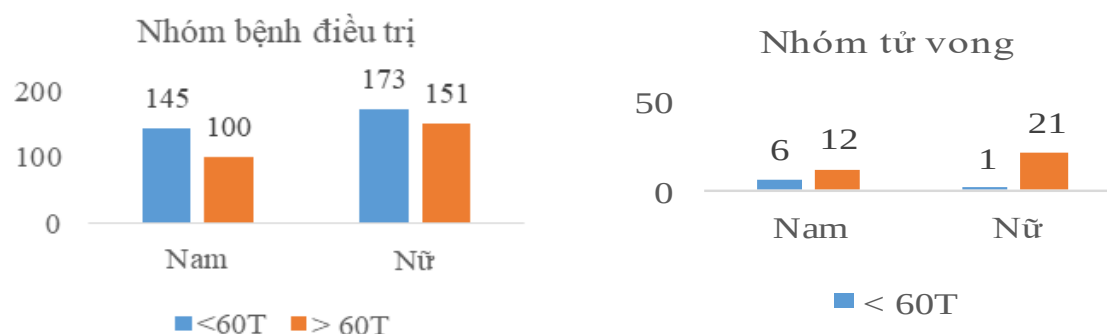
Biểu đồ 1: Số ca bệnh Covid-19 được lưu trị và chuyển viện

Nhận xét: Bệnh viện tiếp nhận bệnh nhân Covid-19 cao nhất vào tháng 8 là 364 ca, số ca tử vong là 40 ca (chiếm 6,7%).



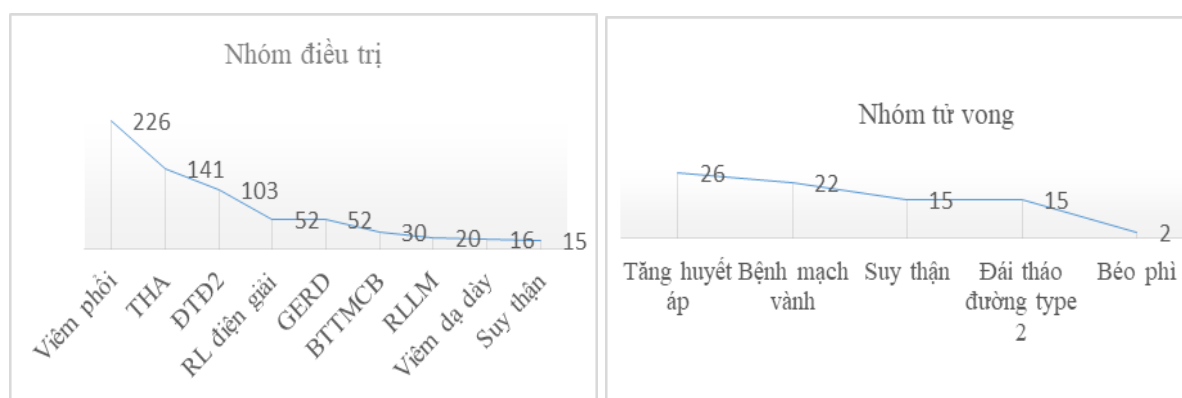
Biểu đồ 2: Tình trạng bệnh cảnh trước khi nhập viện

Nhận xét: Người bệnh suy hô hấp khi vào viện từ 60 tuổi trở lên chiếm đa số.



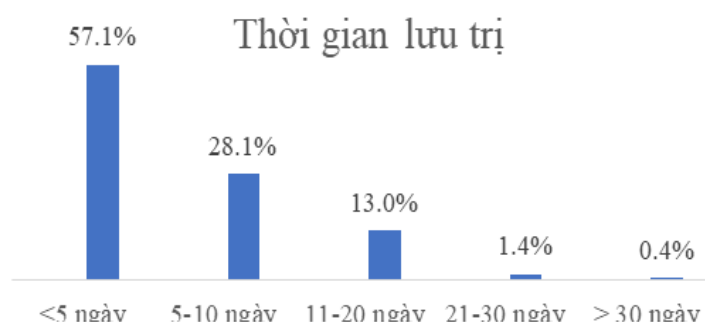
Biểu đồ 3: Phân bố người bệnh nhiễm Covid-19 phân theo nhóm tuổi – giới

Nhận xét: Người bệnh nữ dưới 60 tuổi nhiễm bệnh chiếm tỷ lệ cao 173/324 người. Ở nhóm tử vong, số lượng nữ chiếm 22/40 trường hợp và có 33/40 ca tử vong trên 60 tuổi.



Biểu đồ 4: Phân bố người bệnh nhiễm Covid-19 theo bệnh lý kèm theo

Nhận xét: Trong các trường hợp điều trị tại bệnh viện, tình trạng người bệnh có bệnh nền viêm phổi kèm theo chiếm tỷ lệ cao nhất đến 226 người bệnh. Các bệnh lý nền như tăng huyết áp, đái tháo đường type2, suy thận, bệnh tim thiếu máu cục bộ vừa có số người bệnh cao vừa dễ gây tử vong. Trong đó, người bệnh tử vong có bệnh tăng huyết áp kèm theo chiếm tỷ lệ cao.



Biểu đồ 5: Thời gian lưu trị bệnh nhân Covid-19

Nhận xét: Thời gian điều trị bệnh dưới 5 ngày chiếm tỷ lệ cao 57,1% và chỉ có 0,4% điều trị trên 30 ngày.

Bảng 2: Số nhân viên bị nhiễm trong quá trình làm việc

Khoa/Phòng	Số ca nhiễm	Tổng nhân viên khoa	Tỷ lệ nhiễm (%)	p
Cấp cứu	4	94	4.26 %	P<0,05
Sàng Lọc	1	38	2.63 %	
Đội lấy mẫu	0	12	0.00 %	
Đơn vị điều trị	0	55	0.00 %	
Khoa/Phòng khác	10	306	3.27 %	

Nhận xét: Tỷ lệ nhân viên nhiễm trong quá trình làm việc chiếm tỷ lệ cao nhất tại Cấp cứu là 4,26% và không có nhân viên nào nhiễm ở đội lấy mẫu và đơn vị điều trị Covid-19.

IV. BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ số ca nhiễm phát hiện từ sàng lọc, cấp cứu và XN tầm soát chung:

Thành phố có 2.310.875 hộ dân, theo HCDC thành phố có 396.166 hộ dân thuộc vùng đỏ, 175.721 hộ dân thuộc vùng cam (tháng 7/2021). Test nhanh kháng nguyên cho toàn bộ người dân tại vùng đỏ, tỉ lệ dương tính 3,7%. Đối với vùng xanh, cận xanh và vùng vàng, thực hiện lấy mẫu xét nghiệm RT-PCR gộp theo đại diện hộ gia đình với tỷ lệ dương tính lần lượt 0,9% và 1,8%. Số ca dương tính của TPHCM theo dữ liệu từ Cổng thông tin Covid-19 TP HCM cao nhất vào tháng 9. Trong ngày xét nghiệm 180.944 mẫu và ghi nhận 8.480 ca Covid-19 mới, tất cả đều trong cộng đồng, tính toàn bộ TP.HCM có 8.499 ca Covid-19 mới.

Nằm trong xu hướng trên, tại khu vực sàng lọc của bệnh viện, tỉ lệ số ca nhiễm phát hiện dựa trên kết quả PCR dương tính tăng nhanh chóng từ 0.03% (tháng 06/2021) đến đỉnh điểm là 5.59% (tháng 9/2021). Tháng 8, tháng 9 là thời điểm áp dụng chỉ thị 10, chỉ thị 16 nghiêm ngặt nhất, người dân chỉ đến cơ sở y tế khi có vấn đề về sức khỏe, có nhu cầu xét nghiệm để khẳng định tình trạng lây nhiễm hoặc cần hồ sơ xác nhận để di chuyển.

Chính vì vậy, những người bệnh có triệu chứng mới đến khám, điều trị, tầm soát Covid-19 dẫn đến tỉ lệ phát hiện dương tính tăng cao. Thời điểm này dịch bệnh cộng đồng cũng là thời gian đỉnh dịch qua các số liệu phản ánh trên.

Tuy nhiên tại khu vực cấp cứu, tỉ lệ tiếp nhận người bệnh Covid-19 cao nhất 38.46% (tháng 8). Tháng 9 dù cộng đồng và sàng lọc gia tăng tỉ lệ nhiễm nhưng vào cấp cứu tiếp nhận đã giảm mạnh chỉ còn 15.08%. Trong tháng 8, thành phố mở nhiều cơ sở dã chiến, bệnh viện chuyển đổi công năng để tiếp nhận người bệnh nhiễm Covid-19, hạn chế đi lại theo chỉ thị 16. Ngoài ra, thành phố triển khai cho phép F0 được theo dõi cách ly tại nhà, cung ứng các gói thuốc điều trị và hỗ trợ từ các tổ phản ứng nhanh đã làm giảm tỉ lệ người bệnh suy hô hấp, vào cấp cứu (từ 16/8/2021). Tình hình tiêm chủng cũng đẩy mạnh trong tháng 7, tháng 8 đạt 80% dân số được tiêm chủng mũi 1 (tháng 8/2021), 95% (tháng 9) nên tỉ lệ nhập cấp cứu cũng giảm dần. Tính chung 04 tháng cao điểm của đợt dịch lần thứ 4, Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn đã tiếp nhận 772 trường hợp Covid-19, điều trị nội trú 596 trường hợp. 144 trường hợp chuyển đến đơn vị tại cơ sở 2 (lầu 3- Hoàn

Mỹ Thủ Đức) để tiếp tục điều trị nếu người bệnh đồng thuận. Xuất viện 301 trường hợp và tử vong là 40 trường hợp. Tỷ lệ tử vong cao nhất là 3.16% vào tháng 8/2021.

Chưa có số liệu để so sánh với các cơ sở y tế tương đồng với bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn do trong giai đoạn này vừa đáp ứng nhu cầu khám điều trị của người bệnh Covid-19, vừa duy trì hoạt động khám, điều trị các bệnh nhân không nhiễm cũng là sự nỗ lực rất lớn của bệnh viện, khoa cấp cứu. Không xảy ra tình trạng lây nhiễm tại cơ sở y tế gây ảnh hưởng, đóng cửa hoạt động trong thời gian dịch bệnh bùng phát trong khi phải tiếp nhận gần 40% bệnh nhân vào cấp cứu nhiễm Covid-19. Tỷ lệ sàng lọc cao hơn cộng đồng nhiều lần cho thấy nỗ lực cũng như hiệu quả của các biện pháp ứng phó, phòng ngừa.

2. Tỷ lệ tử vong của người bệnh Covid-19

Tỷ lệ tử vong vào tháng 8/2021 lên tới 10.16%, đây cũng là thời điểm có số lượng người bệnh cao nhất đến cấp cứu trong tình trạng suy hô hấp. Theo báo cáo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), tỷ lệ mắc Covid-19 tử vong dao động từ 2,1 - 4,4%. Số ca tử vong trong tháng 8 tại TP. HCM cao nhất trong 4 tháng của đợt dịch và cao nhất là 340 ca/ngày. Tỷ lệ tử vong của TP. HCM (tính trên cộng đồng) là 4.2%, tuy nhiên tỷ lệ này ở các cơ sở y tế cao vì khi có triệu chứng, đặc biệt khi suy hô hấp người bệnh mới nhập viện. Một số báo cáo trong các kỳ họp giao ban của Sở Y tế, của các đơn vị điều trị, có nơi tỷ lệ này lên đến khoảng 30%.

Rất khó khi so sánh với các tài liệu khác về tỷ lệ tử vong vì đa số tính trên cộng đồng và điều kiện điều trị, tiếp nhận của mỗi khu

vực khác nhau dẫn đến tỷ lệ tử vong trong thời điểm bệnh dịch khác nhau. Nhưng nếu tháng 8/2021 tỷ lệ tử vong đỉnh cao thì sang tháng 9/2021 tỷ lệ tử vong nhanh chóng giảm xuống đáng kể chỉ còn 0.99%. Thực tế từ giữa tháng 8/2021 là thời gian giãn cách xã hội nghiêm ngặt tại TP HCM, điều này làm giảm đáng kể số lượng ca nhiễm mới, đồng thời, số ca trở nặng giảm trong tháng 9/2021. Ngoài ra, từ 01 bệnh viện dã chiến, thành phố đã lập thêm 16 bệnh viện dã chiến, tăng giường oxy lên hơn 13 000 giường và tăng cường bệnh viện hồi sức bên cạnh các khoa hồi sức của các bệnh viện tiếp nhận, điều trị người bệnh Covid-19. Nhân viên y tế cũng được huy động gần 80 000 người, trong đó, có 25 000 cán bộ y tế của các địa phương tăng cường cho TP HCM. Riêng Hoàn Mỹ Sài Gòn, mở rộng khu tiếp nhận điều trị Covid-19 thêm 01 tòa nhà B (tòa nhà hành chánh) cho những người bệnh nhẹ và vừa, mở thêm đơn vị điều trị Covid-19 đặt tại Tầng 3 – Bệnh viện Hoàn Mỹ Thủ Đức để có thể tiếp nhận, chăm sóc và điều trị cho người bệnh Covid-19 hiệu quả hơn. Tất cả các yếu tố này đều tác động rõ rệt, làm giảm tỷ lệ tử vong xuống nhanh chóng.

Ghi nhận tỷ lệ tử vong của nhân viên y tế là 0%, các nhân viên y tế đều đã được chủng ngừa, riêng 02 trường hợp: 01 do bệnh lý ung thư, 01 do thai sản nên chưa chủng ngừa nhưng đều chỉ có biểu hiện triệu chứng nhẹ, không có diễn tiến nặng nhập viện điều trị. Theo nghiên cứu của Sergio và cộng sự, tỷ lệ nhiễm Covid-19 diễn biến nặng của nhân viên y tế trong phân tích gộp là 5% và tỷ lệ tử vong là 0,5%.

Trong số người tử vong do Covid-19,

10% người bệnh tử vong đã ngưng tuần hoàn-hô hấp khi tới bệnh viện, 90% có suy hô hấp khi vào viện. Tăng huyết áp, bệnh lý mạch vành, suy thận, đái tháo đường type 2 là những bệnh lý nền có nguy cơ tử vong cao. Tình trạng béo phì cũng là tình trạng cần lưu ý diễn tiến nặng, tiên lượng tử vong. Các thông tin này cũng phù hợp với các khuyến cáo của Bộ Y tế, WHO về tình trạng người bệnh có bệnh lý nền diễn tiến nặng, tiên lượng tử vong.

Số ca tử vong hầu hết đều trên 60 tuổi (được xếp vào lớp người cao tuổi theo pháp lệnh người cao tuổi 28/04/2000), chiếm 82.5%. Số ca dưới 60 tuổi chỉ chiếm 17.5% cho thấy yếu tố tuổi cao là một yếu tố tiên lượng nặng ở người bệnh nhiễm Covid-19 khi nhập viện. Tất cả các ca tử vong đều chưa được tiêm chủng vaccine phòng ngừa Covid-19. Thực tế cho thấy thời điểm này người bệnh nền, các người bệnh cao tuổi chưa được tiêm vaccine là đối tượng diễn tiến nặng, tử vong cao. Cần có thời gian đánh giá theo dõi hiệu quả của việc tiêm chủng tại TP HCM trong thời gian tới. Không có ca tử vong dưới 40 tuổi và người bệnh trẻ nhất tử vong 44 tuổi có bệnh lý nền béo phì, rối loạn chuyển hóa.

So sánh với báo cáo chung của TP HCM thì kết quả tương tự. Số tử vong ở nam thấp hơn nữ: nam chiếm 41,5% và nữ chiếm 58,5%. Về độ tuổi, 86,5% người tử vong là người trên 50 tuổi. Trong đó, người 50-54 tuổi chiếm 7,8%; từ 55-59 tuổi chiếm 11,6%; 60-64% chiếm 14,8% và trên 65 tuổi chiếm 52,3%.

3. Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng của người bệnh Covid -19 tại đơn vị

Người bệnh cao tuổi nhất là 101 tuổi, nhỏ tuổi nhất mới 08 tháng tuổi. Tỷ lệ người bệnh trên 60 tuổi đến điều trị là 44% trong đó tử vong đều nằm ở lứa tuổi này là 82.5% cho thấy tiên lượng nặng khi tiếp nhận người trên 60 tuổi. Nữ giới chiếm 56,9%, trong khi đó ở nhóm tử vong nữ cũng chiếm tỷ lệ cao hơn nam (55%). So sánh với số liệu của TP. HCM thì tỷ lệ này tại bệnh viện cũng tương tự. Thành phố có tỷ lệ nữ mắc bệnh là 52%, nam chiếm 48%. Tuy nhiên, tại cộng đồng số người bệnh trên 65 tuổi là 8.7%, dưới 18 tuổi là 5.19% và tập trung đến 86.77% là từ 18-65 tuổi. Điều này cho thấy tỷ lệ người cao tuổi dù tại cộng đồng không cao, vì bản thân số người cao tuổi của TP.HCM cũng chỉ chiếm 9.35% dân số thành phố tuy nhiên sự ảnh hưởng của bệnh dịch đến nhóm tuổi này rất lớn. Vì vậy, chính sách ưu tiên vaccine, các thuốc điều trị giai đoạn sớm nên lưu ý cho đối tượng tuổi trên 60. Góp phần làm giảm gánh nặng y tế khi dịch bệnh xảy ra. Đồng thời, có thông tin hướng dẫn, tập trung cho người bệnh cao tuổi các biện pháp phòng ngừa, vệ sinh khử khuẩn tích cực tại nơi cư trú, giảm tỷ lệ lây nhiễm.

Bệnh lý nền là một yếu tố tiên lượng độ nặng của các người bệnh nhiễm Covid -19. Tình trạng viêm phổi chiếm đến 39% các trường hợp điều trị tại đơn vị, trong đó, có tới 24% người bệnh có suy hô hấp phải hỗ trợ hô hấp nhiều mức độ và các bệnh lý nền như tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim mạch đều chiếm tỷ lệ cao. Như vậy ở những người bệnh có bệnh lý tim mạch, đái tháo đường cần phải được theo dõi chặt chẽ tình trạng bệnh lý, tình trạng hô hấp nếu phát hiện nhiễm để kịp thời đưa đến các cơ sở y tế

để được hỗ trợ, tránh tình trạng kiệt công hô hấp dẫn đến tiên lượng tử vong cao. Đồng thời, việc theo dõi tình trạng bệnh lý nền cũng phải được chú trọng, nhiều trường hợp không phát hiện hoặc đã biết tình trạng bệnh lý nhưng không theo dõi điều trị, tự ý bỏ thuốc khi phát hiện nhiễm Covid-19 dẫn đến tình trạng không ổn định, gây nặng nề thêm tình trạng bệnh lý. Theo hướng dẫn của Bộ Y tế thì các bệnh lý nói trên cũng nằm trong 20 bệnh lý cần lưu ý khi mắc Covid-19, nguy cơ trở nặng, diễn tiến không thuận lợi, thúc đẩy tử vong.

Mặc dù đơn vị chỉ giải quyết tình trạng ứ ứ người bệnh Covid-19 trong thời gian dịch bệnh bùng phát. Thực tế, số người nhiễm Covid-19 trong cộng đồng đang gia tăng cho thấy, việc mở ra một khoa điều trị Covid-19 là cần thiết để kiểm soát và điều trị hiệu quả cho bệnh lý này. Bên cạnh đó những người nhiễm Covid-19 thường có nhiều bệnh lý đi kèm và diễn tiến nặng thường xảy ra ở người lớn tuổi. Nhân viên y tế trong khu vực điều trị này cũng phải được đào tạo và thực hành để điều trị các bệnh lý nội khoa chung bên cạnh điều trị theo dõi theo phác đồ điều trị Covid-19. Đối với những trường hợp “hậu Covid-19” khi chưa an toàn nhập viện điều trị cùng với người bệnh không nhiễm cần lưu ý sắp xếp khu vực đệm khi tiếp nhận điều trị.

4. Tỷ lệ nhiễm của nhân viên y tế:

Các nhân viên y tế đối mặt với nhiều áp lực trong điều trị khi phải làm việc nhiều lần hơn bình thường. Họ phải chịu áp lực lớn nữa là số ca bệnh tăng nhanh, bệnh nhân tử vong nhanh chóng khiến các nhân viên y tế bất lực. Nhiều người đã bật khóc, stress vì không cứu được người bệnh. Theo ông

Nguyễn Trọng Khoa, Phó Cục trưởng Quản lý Khám chữa bệnh, tại TP.HCM vào tháng 8/2021 đã có khoảng 900 nhân viên y tế bị nhiễm bệnh. Bộ Y tế đã có nhiều giải pháp bảo vệ nhân viên y tế, như yêu cầu tập huấn kỹ, trang bị đồ phòng hộ chặt chẽ... nhưng thực tế tiếp cận bệnh nhân Covid-19 vẫn còn thiếu kinh nghiệm,

Chưa có báo cáo tình trạng nhiễm Covid-19 của nhân viên y tế tại TP. HCM nói chung, các cơ sở y tế nói riêng để so sánh. Riêng tại bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn cho thấy, tỉ lệ nhiễm của nhân viên y tế tại các khu vực nguy cơ cao nhất, có chăm sóc, điều trị cho người bệnh covid – 19 lại thấp hơn rất nhiều so với các đơn vị khác và riêng đơn vị điều trị chuyên biệt cho người bệnh Covid-19 tại Thủ Đức (100% người bệnh covid) là 0% qua gần 2 tháng hoạt động chứng tỏ nếu tổ chức tốt việc phân luồng, tuân thủ quy định về phòng hộ, vệ sinh tay, vệ sinh bề mặt sẽ cho hiệu quả rõ rệt. Tuy nhiên việc sắp xếp cho nhân sự lưu trú riêng biệt trong thời gian dài là gánh nặng cho cơ sở y tế về chi phí sinh hoạt, vận chuyển nên việc duy trì kéo dài khó có thể thực hiện. Phương án này chỉ phù hợp cho tình huống dịch bệnh bùng phát. Tỷ lệ nhiễm của nhân viên y tế cao hơn tỉ lệ nhiễm tại cộng đồng do đây là môi trường nguy cơ cao, tiếp xúc trực tiếp người bệnh có nguy cơ, chăm sóc cho người bệnh nhiễm Covid-19 cũng như phải thực hiện các thao tác cấp cứu – hồi sức cho người bệnh nghi nhiễm/nhiễm Covid-19. Theo một số tài liệu tỉ lệ lây nhiễm của nhân viên y tế tại các nơi thay đổi khá lớn, từ 1.6% đến 31%, trung bình là 10%-14%, cao hơn tỉ lệ tại cấp cứu. Khu vực cấp cứu tiếp nhận và lưu trị người

bệnh Covid-19 trong 4 tháng chỉ có 4 trường hợp nhiễm tuy chiếm tỉ lệ cao (4,26%) so với các khu vực khác của bệnh viện do tổng số nhân viên hạn chế.

Khu vực sàng lọc, đội lấy mẫu có nguy cơ lây nhiễm thấp hơn, từ tháng 6/2021 đến 9/2021 chỉ có 01 trường hợp nhiễm. Đối với các khoa, phòng khác, nguy cơ thấp, thực hiện tua làm việc 72h. Trong 04 tháng thì có tổng cộng 61 trường hợp phát hiện dương tính tuy nhiên nếu liên quan đến dịch tễ trong bệnh viện chỉ có 10 trường hợp với tỉ lệ là 3,27%.

V. BÀI HỌC KINH NGHIỆM

Qua những kết quả đánh giá trên, chúng tôi rút ra được những bài học kinh nghiệm trong việc phòng chống dịch:

1. Tuân thủ các hướng dẫn về phân luồng người bệnh, chẩn đoán, điều trị người bệnh Covid-19 của Bộ Y tế, Sở Y tế để hạn chế nguy cơ lây nhiễm cho người bệnh, cộng đồng.

2. Chuẩn bị khu vực tiếp đón, lưu trị người bệnh Covid-19 và có bố trí nhân sự dự phòng cho tình huống gia tăng người bệnh nhanh chóng. Trong điều kiện cho phép, cơ sở điều trị tách riêng khỏi khu vực chung của bệnh viện là tốt nhất. Chuẩn bị sẵn hệ thống oxy, cả hệ thống trung tâm lẫn các bình di động đảm bảo cho việc cung ứng khi nhu cầu điều trị tăng cao bất ngờ. Khoa xét nghiệm và khoa Dược theo sát tình hình để dự trữ thuốc, vật tư, hóa chất phục vụ cho việc chẩn đoán, điều trị không bị gián đoạn.

3. Tập huấn về phương tiện phòng hộ, huấn luyện và có phương án lưu trú, di chuyển cho các nhân viên tham gia trực tiếp chăm sóc, điều trị người bệnh Covid-19 đảm

bảo có nhân sự hoạt động, hạn chế tối thiểu lây nhiễm của nhân viên y tế.

4. Thực hiện “3 tại chỗ” là phương án phù hợp trong thời điểm giãn cách xã hội, dịch bệnh bùng phát để đảm bảo hoạt động của bệnh viện vẫn tiếp tục phục vụ cho người bệnh không Covid-19.

5. Nhân viên y tế phải được chủng ngừa đầy đủ theo khuyến cáo, nhanh và sớm nhất có thể để bảo vệ sức khỏe cho nhân viên, hạn chế lây nhiễm.

Trong tình huống dịch bệnh bùng phát trở lại, bệnh viện cần lưu ý triển khai:

1. Triển khai khu vực tiếp đón, điều trị Covid-19:

- Kế hoạch nhân sự tăng cường cho tiếp đón người bệnh, đội điều trị Covid-19 để kịp thời huy động nhân lực.
- Bố trí khu vực riêng để tiếp đón, điều trị, mở rộng dần theo tình hình.
- Nhanh chóng chuẩn bị hệ thống oxy di động, các thiết bị hỗ trợ hô hấp đặc biệt HFNC, máy thở không xâm lấn và xâm lấn.
- Dự trữ thuốc, hoá chất, vật tư cho xét nghiệm, điều trị trong đó lưu ý thuốc kháng đông, thuốc kháng virus.
- Tăng cường nguồn thuốc ức chế virus uống trong giai đoạn sớm để hạn chế tỉ lệ bệnh nặng, nhập viện.

2. Tổ chức hoạt động 3 tại chỗ:

- Kế hoạch tour lưu trú tại bệnh viện trong tình huống có ổ dịch, giãn cách xã hội.
- Tổ hỗ trợ sẵn sàng cho việc lưu trú, ăn uống, cung ứng xử lý đồ vải, xử lý rác thải của bệnh viện phải được chuẩn bị sẵn với nhà cung cấp.
- Nhân viên luôn sẵn sàng cho mọi tình huống, tinh thần hợp tác và thống nhất trong

bệnh viện khi điều động.

3. Tăng cường xét nghiệm tầm soát

- Tăng cường xét nghiệm tầm soát người bệnh đến khám, điều trị có triệu chứng, dịch tể để phát hiện sớm, hạn chế lây nhiễm.

- Tăng cường xét nghiệm định kỳ, xét nghiệm trước khi vào các tua trực của nhân viên y tế.

4. Chú trọng tiêm chủng phòng ngừa Covid-19

- Những trường hợp NB, NVYT chưa chủng ngừa phải được tư vấn chích ngừa đầy đủ. Đây là biện pháp phòng ngừa hiệu quả và cần phải được chú trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **QĐ-4689/QĐ_BYT**. Hướng-dẫn-chẩn- đoán-và-điều-trị-COVID-19, Phiên bản số 7, ngày 6 tháng 10 năm 2021.
2. **Cổng Thông Tin Cập Nhật Covid-19 của Bộ Y Tế Việt Nam**. Website Covid-19 – Viet Nam: <https://covid19.gov.vn/>
3. **Cổng Thông Tin cập Nhật Covid-19 của SYT Thành phố Hồ Chí Minh**. Website: Covid-19 – HCMC: <https://covid19.hochiminhcity.gov.vn/>
4. **Cổng Thông Tin cập Nhật Hội Nghị Covid**. Website: Covid-19:

<https://covidreference.com>

5. **Nguyen Van Vinh Chau, Nghiem My Ngoc, Lam Anh Nguyet et al.** An observational study of breakthrough SARS-CoV-2 Delta variant infections among vaccinated healthcare workers in Vietnam. *E-Clinical Medicine* 41 (2021) 101143
6. **Fang Jiang, Liehua Deng**, Liangqing Zhang, et al. Review of the Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019. *Journal of General Internal Medicine* volume 35, pages1545–1549 (2020).
7. **William Bain, Haopu Yang, Faraaz Ali Shah et al.** COVID-19 versus Non-COVID-19 Acute Respiratory Distress Syndrome: Comparison of Demographics, Physiologic Parameters, Inflammatory Biomarkers, and Clinical Outcomes. *Ann Am Thorac Soc* 2021 Jul;18(7):1202-1210.
8. **Sergio Alejandro Gómez-Ochoa, Oscar H Franco et al.** COVID-19 in Health-Care Workers: A Living Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence, Risk
9. **Factors**, Clinical Characteristics, and Outcomes. *Am J Epidemiol* 2021 Jan 4;190(1):161-175

PHÒNG NGỪA LÂY NHIỄM SARS-COV-2 CHO NHÂN VIÊN Y TẾ KHI THỰC HIỆN THỦ THUẬT – TỪ LÝ THUYẾT ĐẾN KINH NGHIỆM THỰC TẾ

Nguyễn Tuấn¹, Nguyễn Minh Trí¹, Hoàng Nhật¹,
Nguyễn Thiện Minh², Lê Thị Anh Thu³

TÓM TẮT

1. Mở đầu

Nhân viên y tế (NVYT) tham gia các thủ thuật tạo khí dung (ví dụ như đặt nội khí quản cấp cứu) có nguy cơ cao mắc COVID-19.

2. Mục tiêu

Đánh giá chuỗi lây nhiễm SARS-CoV-2 từ thủ thuật đặt nội khí quản ở người bệnh COVID-19 nhằm giảm nguy cơ lây nhiễm cho NVYT tại bệnh viện điều trị COVID-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức.

3. Phương pháp

Kết hợp điều tra thu thập các dữ liệu, xét nghiệm xác định chẩn đoán Realtime RT-PCR và theo dõi những người liên quan đến việc chăm sóc một người bệnh COVID-19 được cho là nguồn lây chính cho các NVYT đã nhập viện điều trị từ ngày 01/8/2021 đến ngày 02/08/2021 tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Thủ Đức để phân tích tìm mối liên quan dịch tễ ở chuỗi lây nhiễm này.

4. Kết quả

Chuỗi lây nhiễm gồm 8 NVYT có liên quan đến một tình huống đặt nội khí quản cấp cứu người bệnh trước đó 4 ngày (vào ngày

02/8/2021) gồm 5 nhân viên trực tiếp cấp cứu và 3 nhân viên sinh hoạt chung theo nhóm làm việc. Ngoài 5 NVYT dương tính, có 8 NVYT khác cũng tham gia tình huống cấp cứu nhưng không nhiễm SARS-CoV-2.

5. Kết luận

Nghiên cứu này cho thấy tầm quan trọng của việc đảm bảo tuân thủ quy định phòng ngừa kiểm soát lây nhiễm trong các tình huống can thiệp y khoa tạo khí dung ở người bệnh COVID-19 thông qua giảm số người tham gia, đảm bảo các khẩu trang N95 ôm sát và kín, thực hành rửa tay, thay phương tiện phòng hộ cá nhân mới sau khi thực hiện thủ thuật tạo khí dung. Ngoài ra, NVYT tham gia điều trị COVID-19 luôn phải tuân thủ mang khẩu trang, vệ sinh tay, giữ khoảng cách với đồng nghiệp kể cả trong giờ nghỉ và sinh hoạt chung.

Từ khóa: COVID-19, SARS-CoV-2, đặt nội khí quản, dịch tễ, nhân viên y tế

SUMMARY

PREVENTION OF SARS-COV-2 TRANSMISSION FOR HEALTHCARE WORKERS DURING PERFORMING PROCEDURE – FROM THEORY TO PRACTICE

1. Introduction

Healthcare workers (HCWs) involved in aerosol-generating procedures (AGPs) (such as emergency intubation) have risk of acquiring COVID-19.

2. Objectives

Evaluation of SARS-CoV-2 infection in staff

¹Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức, TP HCM

²Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, TP HCM

³Tập đoàn Y khoa Hoàn Mỹ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn

Email: tuangn@hoanmy.com

SĐT: 0913154424

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

during intubation procedure in COVID-19 patients in order to reduce the risk of infection for medical staff at the Hoan My Thu Duc COVID-19 hospital (The Hospital).

3. Methods

Investigation and data collection, Realtime RT-PCR diagnostic testing, and tracking of people involved in the care of a patient with COVID-19 believed to be the main source of infection for HCWs hospitalized from 1st August, 2021 to 2nd August, 2021 at Hoan My Thu Duc Hospital were used to analyze and find epidemiological relationships in this infection chain.

4. Results

The chain of infection consists of 8 staff members, related to an emergency intubation situation of a patient 4 days before (on 2nd August, 2021), including 5 emergency staff and 3 staff members with general activity in working group together. In addition to 5 HCWs who were positive, there were 8 other medical staffs who also participated in the emergency situation but were not infected with SARS-CoV-2.

5. Conclusion

This study demonstrates the importance of ensuring compliance with infection control precautions in aerosol-generating medical interventions in COVID-19 patients by reducing the number of participants, ensuring N95 masks are tight-fitting, practice hand washing, change new personal protective equipment after performing aerosol generation procedures. In addition, medical staff participating in the treatment of COVID-19 must always wear masks, wash hands, and maintain a safe-distance from colleagues, even during breaks and common activities.

Key words: COVID-19, SARS-CoV-2, intubation, epidemiology, medical staff

I. TỔNG QUAN

Virus corona mới (SARS-CoV-2) thuộc họ virus Corona – lây truyền từ động vật sang người và gây bệnh từ cảm lạnh thông thường cho đến các tình trạng nặng hơn, như suy hô hấp cấp tiến triển, đe dọa tính mạng của người bệnh (NB). Các hiểu biết hiện tại cho thấy virus SARS-CoV-2 lây trực tiếp từ người sang người qua đường hô hấp (như qua giọt bắn, hạt khí dung) và qua đường tiếp xúc. Trong các bệnh viện điều trị NB COVID-19, nhân viên y tế (NVYT) trực tiếp chăm sóc NB được xem là một trong những nhóm có nguy cơ nhiễm SARS-CoV-2 rất cao (1). Đặc biệt là những nhân viên thực hiện các thủ thuật tạo khí dung, chẳng hạn như thông khí không xâm lấn, liệu pháp ôxy lưu lượng cao qua ống thông mũi (HFNC) và đặt nội khí quản cho NB (8).

Bên cạnh việc phải thường xuyên chăm sóc NB và thực hiện kỹ thuật tạo khí dung thì một số lý do dẫn đến việc tăng nguy cơ nhiễm khuẩn ở NVYT là: tiếp xúc lâu dài với người nhiễm, tuân thủ kiểm soát nhiễm khuẩn chưa tốt (6), chẳng hạn như rửa tay chưa đúng, giữ khoảng cách không phù hợp, và sự không hiệu quả của phương tiện phòng hộ cá nhân (PTPHCN) cũng có thể góp phần vào việc lây nhiễm (2).

Chúng tôi quan sát và mô tả một chuỗi lây nhiễm SARS-CoV-2 ở những NVYT đã được tiêm vaccine phòng COVID-19 bắt nguồn từ một trường hợp NB được cấp cứu ngưng tim ngưng thở, đặt nội khí quản và đã lây nhiễm qua các tiếp xúc không an toàn của NVYT, tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Thủ Đức (BVHMTĐ), Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Điểm nghiên cứu

Nghiên cứu thu thập thông tin của NVYT tại BVHMTĐ là bệnh viện đa khoa với 100 giường bệnh nội trú. Từ ngày 29/7/2021 bệnh viện bắt đầu chuyển công năng sang bệnh viện điều trị NB COVID-19. Cho đến đầu tháng 8/2021, bệnh viện đã tiếp nhận và điều trị cho gần 100 NB. Tất cả các nhân viên bệnh viện đều đã được tiêm đủ 2 mũi vaccine phòng COVID-19 trước ngày 02/8/2021 bằng vaccine AstraZeneca COVID-19. Tuy nhiên thời điểm tiêm đủ 2 mũi vaccine là khác nhau giữa các NVYT.

Thu thập dữ liệu

Các dữ liệu về quá trình điều trị của một NB COVID-19 – DTL được thu thập. NB này được cho là nguồn lây chính cho các NVYT - đã nhập viện điều trị từ ngày 01/8/2021 đến ngày 02/08/2021. Các thông tin này bao gồm quá trình chẩn đoán, các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng quan trọng, các thời điểm NB được cấp cứu và kết cục điều trị.

Ngoài ra, nghiên cứu cũng thu thập thông tin của 16 NVYT thuộc, có liên quan đến quá trình cấp cứu NB DTL và có liên quan đến chuỗi lây nhiễm bao gồm các thông tin như: tuổi, giới tính, chức danh nghề nghiệp, BMI, các hành động nguy cơ khi tiếp xúc, nơi ở vào thời điểm xảy ra hành động nguy cơ lây nhiễm, ngày tiêm vaccine phòng COVID-19 và các phản ứng phụ sau khi tiêm, kết quả các lần xét nghiệm SARS-CoV-2 và giá trị Ct kèm theo nếu kết quả dương tính trong thời gian 28 ngày kể từ ngày 02/8/2021 đến 30/08/2021. Các nhân viên mô tả các đánh giá cá nhân của họ về

các tình huống có nguy cơ lây nhiễm.

Thu thập và xét nghiệm Realtime-PCR

Các mẫu bệnh phẩm để xét nghiệm Realtime-PCR là các mẫu đơn của bệnh phẩm dịch tỵ - hầu. Quy trình thực hiện lấy mẫu tuân thủ theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam. Các mẫu bệnh phẩm đầu tiên được thu thập vào ngày 5/8/2021, và được lặp lại mỗi 2 hoặc 3 ngày cho đến khi kết quả âm tính. Xét nghiệm Realtime-PCR được thực hiện trên hệ thống tách chiết ADN/ARN tự động abGenix của AIT Biotech, và máy REALTIME PCR SACYCLER-96 của Sacace Biotechnologies tại bệnh viện Hoàn Mỹ Thủ Đức. Hóa chất xét nghiệm là ONE-STEP RT-PCR COVID-19 KIT THAI DUONG.

Tất cả NVYT được phát hiện nhiễm SARS-CoV-2 đều được cách ly, nhập viện điều trị và điều tra thông tin tiếp xúc ngay sau đó. Tất cả nhân viên có tiếp xúc với những nhân viên nhiễm SARS-CoV-2 và những NVYT tham gia cấp cứu, đặt nội khí quản cho NB đều được theo dõi tình trạng sức khỏe cho đến sau 28 ngày, kể từ sau ngày 02/08/2021.

Phân tích dữ liệu

Sử dụng phần mềm Microsoft Excel 2019 để quản lý và phân tích các dữ liệu. Đối với các biến số: tuổi, BMI, giá trị Ct, thời gian giữa 2 liều tiêm vaccine, thời gian từ khi tiêm đủ 2 mũi đến khi xảy ra tình huống nguy cơ (vào ngày 02/8/2021), báo cáo giá trị trung bình, trung vị, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất. Với các biến số: giới tính, chức danh nghề nghiệp, báo cáo tần số và tỉ lệ.

Đạo đức

Thông tin được thu thập từ hồ sơ bệnh án

của NB đảm bảo không nhận diện được thông tin cá nhân của NB. Các thông tin về tình trạng tiếp xúc của NVYT là thông tin từ hoạt động điều tra thường quy của bệnh viện và không thể nhận diện cá nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phát hiện chuỗi lây nhiễm

Ngày 05/08/2021, BVHMTĐ định kỳ thực hiện xét nghiệm SARS-CoV-2 cho các nhân viên làm việc tại bệnh viện. Đây là hoạt động định kỳ của bệnh viện, hai lần mỗi tuần, kể từ khi bắt đầu tiếp nhận điều trị NB COVID-19. Trong số các nhân viên thực hiện xét nghiệm, bệnh viện đã phát hiện 10

NVYT có kết quả xét nghiệm Realtime-PCR dương tính với SARS-CoV-2.

Qua quá trình điều tra, thu thập và phân tích thông tin thì xác định được một chuỗi lây nhiễm gồm 8 nhân viên, có liên quan đến một tình huống đặt nội khí quản cấp cứu NB trước đó 4 ngày (vào ngày 02/8/2021) gồm 5 nhân viên trực tiếp cấp cứu và 3 nhân viên có sinh hoạt chung. Đó cũng là ngày đầu tiên bệnh viện bắt đầu chính thức tiếp nhận và điều trị cho NB COVID-19 và là trường hợp NB COVID-19 được đặt nội khí quản cấp cứu đầu tiên của bệnh viện. Ngoài 5 NVYT dương tính, có 8 NVYT khác cũng tham gia tình huống cấp cứu nhưng không nhiễm SARS-CoV-2.

Bảng 1. Một số đặc điểm NVYT (n=8)

		SARS-CoV-2 dương tính (n=8)
Tuổi	Trung bình	29,8
	Trung vị	27,5
	Min-Max	23-43
Giới tính	Nam	1 (12,5%)
BMI	Trung bình	20,9
	Trung vị	20,0
	Min-Max	16,4-26,3
Chức danh	Bác sĩ	3 (37,5)
	Điều dưỡng	5 (62,5)

Nguồn lây

Người bệnh DTL nhập viện tại BVHMTĐ vào ngày 01/08/2021 với tình trạng ho và thở mệt. Sau khi được khám sàng lọc và lấy mẫu xét nghiệm SARS-CoV-2 thì kết quả xét nghiệm cho thấy NB dương tính với SARS-CoV-2 bằng xét nghiệm realtime RT-PCR, giá trị Ct < 30. NB được chẩn đoán viêm phổi do SARS-CoV-2 mức độ nặng, có kèm theo đái tháo đường type 2, tăng huyết áp. NB được chăm sóc trong phòng đơn.

Vào lúc 02 giờ ngày 02/08/2021, NB ngưng thở, không bắt được động mạch cảnh, NVYT báo gọi đội cấp cứu nội viện khẩn cấp. Đội cấp cứu nội viện đến ngay và tiến hành cấp cứu, hồi sức tim phổi, đặt nội khí quản cho NB, bóp bóng qua nội khí quản. Bác sĩ thuộc nhóm cấp cứu và một bác sĩ gây mê đã tiến hành đặt nội khí quản cho NB. Thời gian cấp cứu cho NB dài hơn đối với các NB khác, khoảng trên 45 phút. Trong quá trình cấp cứu, NB có nhiều dịch tiết đường hô hấp, phải hút dịch nhiều lần. Đến

04 giờ 43 phút cùng ngày NB được chuyển đến khoa hồi sức cấp cứu và tiếp tục hồi sức, thở máy. Tuy nhiên, đến 5 giờ 00 cùng ngày, hồi sức tim phổi thất bại, NB tử vong.

Tiếp xúc yếu tố nguy cơ lây nhiễm

Trong toàn bộ quá trình cấp cứu NB tại khoa nội tổng quát và khoa hồi sức cấp cứu tích cực có 12 NVYT tham gia, trong đó có 5 nhân viên nhiễm SARS-CoV-2. Sau đó, có 3 nhân viên nhiễm SARS-CoV-2 do đã sinh hoạt, nghỉ ngơi chung với nhóm 5 nhân viên trực tiếp cấp cứu NB. Trong số 5 nhân viên nhiễm SARS-CoV-2 từ tình huống cấp cứu NB, thì có: một nhân viên thực hiện đặt nội khí quản (tên viết tắt là NTNB, mã hóa là SA1); hai nhân viên bóp bóng ambu (PTT và NTTY, lần lượt mã hóa là SA2, SA3); một nhân viên tiêm adrenaline (NTTT, mã hóa là SA4); một nhân viên hút dịch đường thở, rút ống nội khí quản, thay quần áo cho NB sau khi tử vong (BTH, mã hóa là SA5).

NTNB (SA1) là bác sĩ phụ trách nhóm cấp cứu NB, có thời gian tiếp xúc dài nhất với NB từ khi bệnh nhân cấp cứu cho đến khi NB tử vong. SA1 thực hiện đặt nội khí quản, có thực hiện nhồi tim cho NB trong khi chuyển NB từ phòng bệnh thường đến khoa Hồi sức cấp cứu. Sau khi NB tử vong, SA1 tiếp tục làm việc cho đến hết ca làm việc. Một bác sĩ khác là NTD (mã hóa là SB1), hỗ trợ đặt nội khí quản cho NB, tuy nhiên bác sĩ SB1 không mắc COVID-19 cho đến 28 ngày sau đó. Sau trường hợp cấp cứu NB DTL vào ngày 02/8/2021, SA1 có tham gia cấp cứu 2 trường hợp khác trong 2 ngày sau đó, nghĩa là cho đến trước có mẫu bệnh phẩm dịch tỵ-hầu dương tính với SARS-CoV-2 (với giá trị Ct là 26). Tuy nhiên 2 trường hợp cấp cứu này có thời gian cấp cứu ngắn (khoảng 5 đến 15 phút) và NB có ít dịch tiết ở đường hô hấp.

PTT và NTTY (SA2 và SA3) là hai NVYT phụ trách luân phiên bóp bóng cho NB, mỗi lần bóp bóng trong khoảng 10-15 phút mỗi lần, số lần bóp bóng từ 2-3 lần mỗi người. Vị trí bóp bóng của SA2 VÀ SA3 ở gần đường thở của NB. Cả hai nhân viên này đều được xác định nhiễm SARS-CoV-2 vào ngày 5/8/2021, với giá trị Ct lần lượt là 37,8 và 36,53. Tuy nhiên, ngay sau đó 2 ngày, ngày 7/8/2021 thì cả hai nhân viên này đều có kết quả xét nghiệm âm tính với SARS-CoV-2 và không tái dương tính trở lại. Ngoài SA2 và SA3, thì NTTYH (SB2) cũng tham gia bóp bóng cho NB nhưng có kết quả xét nghiệm SARS-CoV-2 âm tính vào ngày 5/8/2021.

NTTT (SA4) là điều dưỡng tham gia cấp cứu, thiết lập đường truyền cho NB, thực hiện trực tiếp tiêm adrenaline cho NB DTL trong toàn bộ thời gian cấp cứu NB, khoảng 45 phút. SA4 có vị trí đứng gần với bác sĩ SA1, và tiếp xúc liên tục trong khoảng cách gần với đường thở của NB, không có người thay thế. Ngoài ra, SA4 cũng theo nhóm những NVYT chuyển NB đến khoa Hồi sức cấp cứu. SA4 cũng có kết quả dương tính với SARS-CoV-2 vào ngày 05/8/2021.

BTH (SA5) là điều dưỡng tham gia quá trình cấp cứu cấp cứu NB, thực hiện hút đàm nhớt trong quá trình cấp cứu NB do đó có nguy cơ tiếp xúc với dịch tiết đường hô hấp của NB. Ngoài ra, SA5 cũng thực hiện đo điện tim, rút ống nội khí quản, thay quần áo cho NB, thay drap trải giường bệnh khi NB đã được xác định là tử vong. SA5 có kết quả dương tính với SARS-CoV-2 và giá trị Ct bằng 23,28 – thấp nhất trong số các nhân viên được phát hiện vào ngày 05/8/2021. Người ở cùng phòng khách sạn với SA5 thì không nhiễm SARS-CoV-2 vào ngày 05/8/2021 và trong ít nhất 30 ngày sau đó.

DVD, NTDL và HPTH (mã hóa lần lượt là SA6, SA7 và SA8) là những NVYT không trực tiếp tham gia cấp cứu cho NB DTL. SA6 là bác sĩ trực tiếp khám, chữa bệnh cho NB DTL trước khi xảy ra sự kiện cấp cứu ngưng tim, ngưng thở vào sáng ngày 02/8/2021. SA7 và SA8 là hai nhân viên của khoa kiểm soát nhiễm khuẩn. SA7 có tiếp xúc với nhiều NVYT khác trong quá trình nghỉ ngơi giữa ca làm việc, trong đó có bác sĩ SA6, không xác định có tiếp xúc với các nhân viên khác hay không. Còn SA8 ở cùng phòng khách sạn với SA7 trong thời gian trước ngày 02/8/2021 cho đến ngày 05/8/2021. Các nhân viên SA6, SA7, SA8 không có tình huống nguy cơ tiếp xúc với người nhiễm SARS-CoV-2 nào khác.

Phương tiện phòng hộ cá nhân

Khi tiếp xúc với NB tất cả các NVYT đều có mang PTPHCN gồm: găng tay, khẩu trang N95, kính bảo hộ, áo- quần, bao giày. Tuy nhiên, một số nhân viên cũng thừa nhận vào ngày 02/8/2021, do tình huống cấp cứu NB khẩn cấp và do vẫn chưa quen mang PTPHCN, đặc biệt là khẩu trang N95, khẩu trang có thể chưa vừa khít với khuôn mặt, loại khẩu trang sử dụng là loại có dây đeo qua tai. Ngoài ra, nhiều nhân viên cho biết PTPHCN khá dày, kín và nóng nên NVYT ra nhiều mồ hôi trong quá trình sử dụng, đặc biệt trong tình huống cấp cứu của NB DTL.

Có 3 NVYT nhiễm COVID-19 (SA6, SA7, SA8), có sinh hoạt chung với 5 nhân viên trong nhóm cấp cứu NB (SA1-SA5). Trong quá trình sinh hoạt chung vào giờ nghỉ giữa ca làm việc đêm, SA7 có một số hành vi nguy cơ như: ngồi uống nước, không đeo khẩu trang gần vị trí có nhiều NVYT khác qua lại, có ngồi cùng bàn với SA8 và trao đổi công việc với SA6.

Các nhân viên có dương tính với SARS-CoV-2 đều không tắm và thay đồ sau khi thực hiện cấp cứu cho NB DTL. Trong khi đó, có 2 nhân viên trong nhóm không mắc COVID-19 có thực hiện tắm, và thay PTPHCN ngay sau khi kết thúc cấp cứu cho NB DTL là SB1 và SB2. Trong đó SB1 có tham gia đặt nội khí quản cho NB cùng với SA1, còn SB2 có tham gia trong nhóm bóp bóng cùng với SA2 và SA3.

Hồi phục sau khi mắc COVID-19

Tất cả NVYT mắc COVID-19 đều đã hồi phục và không có trường hợp biến chứng nặng, nguy kịch. Trong số 8 NVYT dương tính, có 6 nhân viên có giá trị Ct trên 30, và hai nhân viên có giá trị Ct thấp, lần lượt là 23,28 (SA5) và 26,0 (SA1). Điều dưỡng SA5 có giá trị Ct lúc phát hiện thấp nhất (23,28) và cũng là người có thời gian chuyển âm tính lâu nhất với 22 ngày, kể từ ngày phát hiện. Bác sĩ SA1 trực tiếp thực hiện đặt nội khí quản cho NB có Ct-value là 26,0 và âm tính sau đó 16 ngày. Chỉ sau 2 ngày kể từ khi phát hiện, có 5 nhân viên, là những nhân viên có Ct-value cao, đã âm tính và không dương tính trở lại trong vòng 28 ngày theo dõi.

IV. BÀN LUẬN

BVHMTĐ là một đơn vị điều trị COVID-19 tại thành phố Hồ Chí Minh kể từ ngày 02/08/2021. Tất cả NVYT trực tiếp chăm sóc NB đã được tiêm vaccine phòng COVID-19. Tuy nhiên, thời gian từ khi tiêm vaccine COVID-19 đến khi gặp tình huống nguy cơ là khác nhau giữa các cá nhân. Tuy nhiên, kết cục điều trị của tất cả nhân viên đều tốt, hầu hết nhân viên có giá trị Ct đều trên 30 vào thời điểm phát hiện. Phần lớn nhân viên đã âm tính ngay sau 2 ngày kể từ khi phát hiện. Do cỡ mẫu quá nhỏ, quan sát

này không trực tiếp chứng minh về hiệu quả của vaccine, nhưng cũng không thể loại trừ có tác dụng của vaccine đã dẫn đến kết cục điều trị tốt ở các NVYT.

Tình huống xảy ra chuỗi lây nhiễm này là sự kết hợp của bốn yếu tố. Thứ nhất, NVYT thiếu kinh nghiệm trong xử trí NB COVID-19 cấp cứu. Như đã nói, đây là tình huống đặt nội khí quản cấp cứu NB nhiễm SARS-CoV-2 đầu tiên của bệnh viện. Trong tình huống cấp cứu có đến 11 NVYT tham gia. Sự tập trung đông người, quanh một không gian nhỏ, thực hiện thủ thuật tạo khí dung nên dẫn đến gia tăng nguy cơ nhiễm virus. Sự lúng túng này có thể được giải thích phần nào bởi thời gian chuẩn bị chuyển đổi từ một bệnh viện đa khoa, không điều trị NB COVID-19, trở thành đơn vị tiếp nhận và điều trị NB COVID-19 chỉ diễn ra trong thời gian ngắn (1 tuần). Các NVYT được tập huấn, chuẩn bị trước khi tiếp nhận NB đầu tiên. Tuy nhiên, họ đã gặp nhiều lúng túng trong những trường hợp cấp cứu ngưng tim, ngưng thở đầu tiên. Điều này cho thấy tầm quan trọng của hoạt động diễn tập các tình huống cấp cứu có tạo khí dung (ví dụ như đặt nội khí quản) ở các bệnh viện tiếp nhận và điều trị NB COVID-19 là rất cần thiết, nhằm giảm sự lúng túng của NVYT, nhằm giảm nguy cơ lây nhiễm (3).

Thứ hai, nguy cơ lây nhiễm tăng lên có thể một phần do PTPHCN không kín khi cấp cứu NB. Một số NVYT thừa nhận, do chưa quen, nên trong quá trình cấp cứu NB khẩu trang bị hờ, thêm vào đó khẩu trang là loại đeo qua tai nên dễ thay đổi vị trí, và làm tăng nguy cơ lây nhiễm cho người đeo, đặc biệt là khi phải thực hiện các thủ thuật tạo khí dung. Ngoài ra, NVYT thiếu thời gian làm quen với việc mặc PTPHCN là yếu tố hành vi dẫn đến gia tăng nguy cơ nhiễm virus (7).

Thứ ba, có ba nhân viên có thể bị lây nhiễm do chưa tuân thủ các yêu cầu về phòng ngừa lây nhiễm giữa NVYT. Các NVYT không tiếp xúc trực tiếp với tình huống cấp cứu NB nhưng vẫn bị nhiễm do có nói chuyện và sinh hoạt chung không mang khẩu trang và không giữ khoảng cách 2 mét. Tiếp xúc gần và không mang đầy đủ PTPHCN là hành vi nguy cơ lây nhiễm cao giữa các NVYT với nhau (4). Các chương trình tập huấn và kiểm tra sự tuân thủ của NVYT là thiết yếu với các cơ sở y tế mới chuyển đổi điều trị NB COVID-19. Ngoài ra, các bệnh viện cần có sự hỗ trợ tâm lý giúp NVYT giảm bớt lo lắng, căng thẳng để có thể làm việc hiệu quả hơn.

Thứ tư, thủ thuật đặt nội khí quản, hút đờm NB là những thủ thuật có nguy cơ lây nhiễm cao do tạo ra các hạt khí dung nhưng có 11 người tham gia cấp cứu NB, gây nguy cơ lây nhiễm cao. Có một số khuyến nghị khi đặt nội khí quản cho NB COVID-19: hạn chế số nhân viên trong phòng đặt nội khí quản, hoặc cấp cứu; đảm bảo N95 luôn ôm sát và vừa khít với mặt; thực hành rửa tay trước và sau khi tiếp xúc với NB; bác sĩ có kinh nghiệm nhất nên luôn sẵn sàng đặt nội khí quản (5).

Các NVYT bị lây nhiễm từ người thân khác trong gia đình và sau đó lây nhiễm cho nhân viên bệnh viện là khó xảy ra vì hai lý do. Thứ nhất, từ khi bệnh viện triển khai điều trị tất cả các nhân viên nhiễm COVID-19 không ở nhà cá nhân mà ở trong các khách sạn do bệnh viện bố trí. Thứ hai, cả 5 nhân viên tham gia tình huống nguy cơ nhiễm SARS-CoV-2 ở khác phòng nên khó có sự lây nhiễm giữa nhóm nhân viên này.

Nghiên cứu này có một số hạn chế nhất định. Thứ nhất là nhóm nghiên cứu chưa thể thực hiện đo kháng thể của các NVYT vào

thời điểm bắt đầu nhiễm SARS-CoV-2 và đo lại trong quá trình điều trị. Thứ hai, nhóm nghiên cứu không giải trình tự gene để biết biến thể SARS-CoV-2 mà NVYT nhiễm.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này mô tả chuỗi lây nhiễm SARS-CoV-2 gồm 8 NVYT được theo dõi và tổng kết tại một bệnh viện điều trị NB COVID-19. Nghiên cứu cho thấy tầm quan trọng của việc đảm bảo tuân thủ quy định phòng ngừa kiểm soát lây nhiễm trong các tình huống can thiệp y khoa, đặc biệt là các thủ thuật tạo khí dung ở NB COVID-19 thông qua một số giải pháp: giảm số người tham gia, đảm bảo các khẩu trang N95 ôm sát và kín, thực hành rửa tay, thay PTPHCN mới ngay sau khi thực hiện thủ thuật tạo khí dung. Ngoài ra, NVYT tham gia điều trị COVID-19 luôn phải tuân thủ mang khẩu trang, vệ sinh tay, giữ khoảng cách với đồng nghiệp kể cả trong giờ nghỉ và sinh hoạt chung cũng là những giải pháp cần thiết để phòng chống lây nhiễm SARS-CoV-2 trong NVYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chang D, Xu H, Rebaza A, Sharma L, Dela Cruz CS.** Protecting health-care workers from subclinical coronavirus infection. *Lancet Respir Med.* 2020;8(3):e13.
2. **Gamage B, Moore D, Copes R, Yassi A, Bryce E,** members of The BCIRPSG. Protecting health care workers from SARS and other respiratory pathogens: A review of the infection control literature. *American Journal of Infection Control.* 2005;33(2):114-21.
3. **Jachetti A, Colombo G, Brignolo-Ottolini B, Franchi J, Solbiati M, Pecorino Meli M, et al.** Emergency department reorganisation to cope with COVID-19 outbreak in Milan university hospital: a time-sensitive challenge. *BMC Emergency Medicine.* 2021;21(1):74.
4. **Klompas M, Baker M, Rhee C.** What Is an Aerosol-Generating Procedure? *JAMA Surgery.* 2021;156(2):113-4.
5. **Orser BA.** Recommendations for Endotracheal Intubation of COVID-19 Patients. *Anesthesia & Analgesia.* 2020;130(5):1109-10.
6. **Sepkowitz KA.** Occupationally acquired infections in health care workers. Part I. *Annals of internal medicine.* 1996;125(10):826-34.
7. **Tian Z, Stedman M, Whyte M, Anderson SG, Thomson G, Heald A.** Personal protective equipment (PPE) and infection among healthcare workers – What is the evidence? *International Journal of Clinical Practice.* 2020;74(11):e13617.
8. **Tran K, Cimon K, Severn M, Pessoa-Silva CL, Conly J.** Aerosol generating procedures and risk of transmission of acute respiratory infections to healthcare workers: a systematic review. *PloS one.* 2012;7(4):e35797.

ĐẶC ĐIỂM NHIỄM KHUẨN VẾT MỖ SAU PHẪU THUẬT MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN QUỐC TẾ HẠNH PHÚC TỪ NĂM 1/2018 - 9/2021

Nguyễn Thị Thanh Hà, Trương Thị Bích Ngọc,
Nguyễn Thị Thương và CS

TÓM TẮT

1. Mở đầu: Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) sau phẫu thuật lấy thai là một trong những nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) thường gặp, làm tổn thương cho sản phụ, kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị. Để góp phần làm giảm NKVM chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá đặc điểm dịch tễ các trường hợp NKVM trên sản phụ phẫu thuật mổ lấy thai tại BV Quốc tế Hạnh Phúc.

2. Mục tiêu: xác định tỷ lệ mắc, các yếu tố có thể là nguy cơ gia tăng NKVM sau phẫu thuật mổ lấy thai và các vi khuẩn thường gây NKVM

3. Phương pháp: Mô tả các ca NKVM đã được xác định theo tiêu chuẩn chẩn đoán CDC (2019).

4. Kết quả: NC của chúng tôi được đánh giá trên 6702 ca PT lấy thai trong suốt thời gian 2018 – 9/2021. Tỷ lệ NKVM là 0,3%. Một số yếu tố có thể là yếu tố nguy cơ làm gia tăng NKVM đã được tìm thấy như: con so (73,9%), thai IVF (34,8%), tiểu đường (30,4%), Bạch cầu cao trước PT (30,4%), phẫu thuật cấp cứu (65%). Các yếu tố khác được tìm thấy trên những ca NKVM: thời gian PT kéo dài từ 15 phút < 60 phút (97%), trên 60 phút (13%), có sử dụng KSDP 73,8%, thời gian phát hiện NKVM dưới 7 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 78,3%, và 74% phát hiện trong lúc nằm viện. Vi khuẩn thường gây

NKVM là Staphylococcus sp. và E. coli

5. Kết luận: Phẫu thuật mổ lấy thai trên các sản phụ có rất nhiều yếu tố có thể là nguy cơ làm gia tăng NKVM (con so, thai IVF, tiểu đường). Nghiên cứu cần tiếp tục và một chương trình can thiệp gia tăng kiến thức, kỹ năng thực hành phòng ngừa NKVM cần được tiến hành thường xuyên.

Từ khóa: nhiễm khuẩn vết mổ, sản phụ mổ lấy thai, yếu tố nguy cơ gây NKVM

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SURGICAL SITE INFECTION AFTER CESAREAN SECTION AT HANH PHUC INTERNATIONAL HOSPITAL FROM 1/2018 TO 9/2021

Introduction: Surgical site infection (SSI) after cesarean section is one of the common hospital-acquired infections (HAI), causing injury to pregnant women, prolonging hospital stay and increasing costs. treatment fees. To contribute to the reduction of SSI, we conducted a study to evaluate the epidemiological characteristics of SSI cases in pregnant women with cesarean section at Hanh Phuc International Hospital.

Objectives: to determine the incidence, factors that may increase the risk of UTI after cesarean section and the bacteria that often cause SSI

Methods: Description of SSI cases identified according to CDC diagnostic criteria (2019).

Results: Our study was evaluated on 6702 caesarean sections during 2018 – 9/2021. The SSI rate is 0.3%. Several factors that may be risk factors for increased SSI have been found such as: preterm birth (73.9%), IVF pregnancy

*Bệnh viện Quốc tế Hạnh Phúc

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Hà

Email: thithanhha_n@hanhphuchospital.com

SĐT: 0913629608

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

(34.8%), diabetes (30.4%), white blood cell count high before surgery (30.4%). Other factors found in SSI cases: operative time lasting from 15 minutes < 60 minutes (97%), more than 60 minutes (13%), using prophylactic delivery 73.8%, time detecting SSI under 7 days accounted for the highest rate of 78.3%, and 74% detected during hospital stay. The bacteria that commonly cause SSI is *Staphylococcus* sp. and *E. coli*

Conclusion: Caesarean section on pregnant women has many factors that can increase the risk of SSI (first child, IVF pregnancy, diabetes). Research needs to continue and an intervention program to increase knowledge and practice skills to prevent SSI needs to be conducted regularly.

Keywords: surgical site infection, women undergoing cesarean section, risk factors for hospital-acquired infections (HAI)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một trong những nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) thường gặp sau phẫu thuật, gây tổn thương cho người bệnh, kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị. Nhiều nghiên cứu (NC) cho thấy làm kéo dài thời gian nằm viện thêm 7-10 ngày, tăng tỷ lệ sử dụng kháng sinh, tăng tỷ lệ tái nhập viện và ảnh hưởng đến tâm lý người bệnh, chất lượng bệnh viện.

Các yếu tố làm gia tăng nguy cơ NKBV như: loại phẫu thuật, cơ sở vật chất, loại vi khuẩn, tình trạng của người bệnh (NB), tác nhân gây bệnh và sự kháng thuốc cũng như sự tuân thủ các biện pháp KSNK của NVYT.

Bệnh viện Đa Khoa Quốc tế Hạnh Phúc là một bệnh viện chuyên ngành về sản, phụ khoa và nhi khoa. Hàng năm, bệnh viện có

hàng ngàn bệnh nhân được nhập khám và điều trị, trong đó phẫu thuật mổ bắt con là một trong những mô hình bệnh tật của bệnh viện. Từ năm 2018 - 2021, bệnh viện có 6702 bệnh nhân được phẫu thuật mổ bắt con. Tuy nhiên, tỷ lệ NKVM trên đối tượng này còn chưa được nghiên cứu. Do vậy, chúng tôi làm nghiên cứu này nhằm đánh giá bước đầu đặc điểm nhiễm khuẩn vết mổ sau mổ lấy thai và những yếu tố nguy cơ liên quan, từ đó đưa ra các biện pháp can thiệp nhằm giảm tỷ lệ NKVM, đảm bảo an toàn cho NB, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. *Mục tiêu nghiên cứu*

1. Mục tiêu chung: “Đặc điểm nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật mổ lấy thai và các yếu tố nguy cơ có thể liên quan tại BV Quốc Tế Hạnh Phúc từ năm 2018 đến năm 2021 »

2. Mục tiêu cụ thể:

- Xác định tỷ lệ NKVM trên NB mổ lấy thai tại BVĐK Quốc Tế Hạnh Phúc.

- Xác định yếu tố nguy cơ có thể liên quan đến NKVM trên NB mổ lấy thai: ngày nằm viện, nhiễm khuẩn trước sinh, tuổi, ASA, thời gian phẫu thuật, sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ, loại vi khuẩn gây bệnh, kháng sinh điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật lấy thai xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật [1] [2]. Bao gồm: 1) NKVM nông (Chảy mủ từ vết mổ; Phân lập được vi khuẩn từ dịch hoặc mô của vết mổ; Có 1 trong các dấu hiệu: đau, sưng, nóng, đỏ tại VM; nhà lâm sàng chẩn đoán NKVM. 2) NKVM sâu: Xảy ra ở mô mềm sâu (cân/cơ). Xuất hiện 1

trong các dấu hiệu: Chảy mủ từ vết mổ sâu (Không phải từ cơ quan, khoang cơ thể); Vết mổ tự toát ra hoặc nhà lâm sàng mở ra vì (Bn sốt $> 38^{\circ}\text{C}$, sưng, nóng, đỏ, đau; Có áp xe/nhiễm khuẩn khi mổ lại/qua xét nghiệm mô học; nhà lâm sàng chẩn đoán NKVM sâu. 3) NKVM ở cơ quan hoặc khoang cơ thể: Xuất hiện 1 trong các dấu hiệu: chảy mủ từ dẫn lưu nội tạng; Phân lập được VK từ dịch cơ quan/khoang cơ thể, áp xe hoặc nhiễm khuẩn khi mổ lại; Có kết quả trên xét nghiệm mô học; Nhà lâm sàng chẩn đoán NKVM tại khoang/cơ quan PT

3.1. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả các ca NKVM đã được xác định theo tiêu chuẩn chẩn đoán CDC 2019.

3.2. Đối tượng nghiên cứu: toàn bộ sản phụ có PT mổ lấy thai từ 1/2018 đến 9/2021.

3.3. Tiêu chí chọn mẫu

Tiêu chí chọn:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: NB được PT tại BVQT Hạnh Phúc

- Tiêu chuẩn loại trừ: NB đã được phẫu thuật từ trước khi chuyển đến BV Quốc tế Hạnh Phúc tiếp tục điều trị/phẫu thuật; Sản phụ sau phẫu thuật chuyển ngay đến bệnh viện khác theo yêu cầu gia đình, không nằm điều trị tại BVQT Hạnh Phúc.

Cỡ mẫu: lấy mẫu thuận tiện, toàn bộ NB có phẫu thuật đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu từ năm 2018 đến tháng 9/2021

3.4. Phương pháp thu thập dữ liệu và xử lý số liệu

- Dựa vào hệ thống giám sát NKVM, Bệnh án điện tử, báo cáo từ khoa vi sinh.

- Nhân viên KSNK, khoa lâm sàng, lấy dữ liệu, trao đổi và đi đến thống nhất xác chẩn các ca NKVM theo định nghĩa của BHYT, WHO, CDC

- Phiếu thu thập dữ liệu được làm sẵn và thông qua Hội đồng chuyên môn.

- Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm EpiData và SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Đặc điểm bệnh nhân phẫu thuật lấy thai tại BVQT Hạnh Phúc:

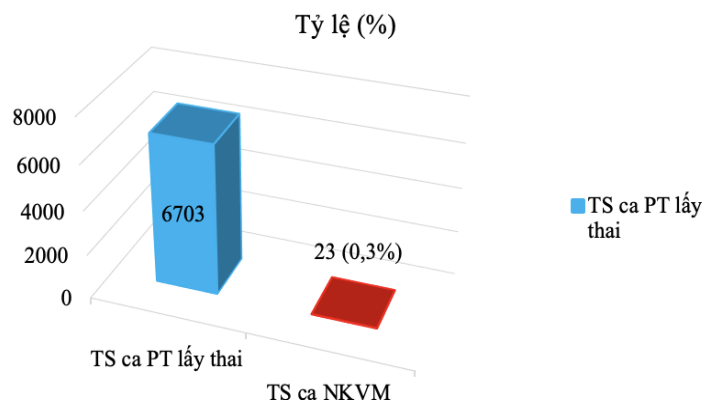
Bảng 1: Phân bố phẫu thuật lấy thai tại BVQT Hạnh Phúc (2018-9/2021)

Đối tượng	TS ca mổ lấy thai	TS ca phẫu thuật khác
Tổng số ca	6702	2642
Tỷ lệ	71,7 %	28,3 %

Tỷ lệ NB nhập viện có phẫu thuật lấy thai khá cao chiếm 71,7%, trên tổng số 9344 ca phẫu thuật từ năm 2018 – tháng 9/ năm 2021

4.2. Đặc điểm nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật mổ lấy thai

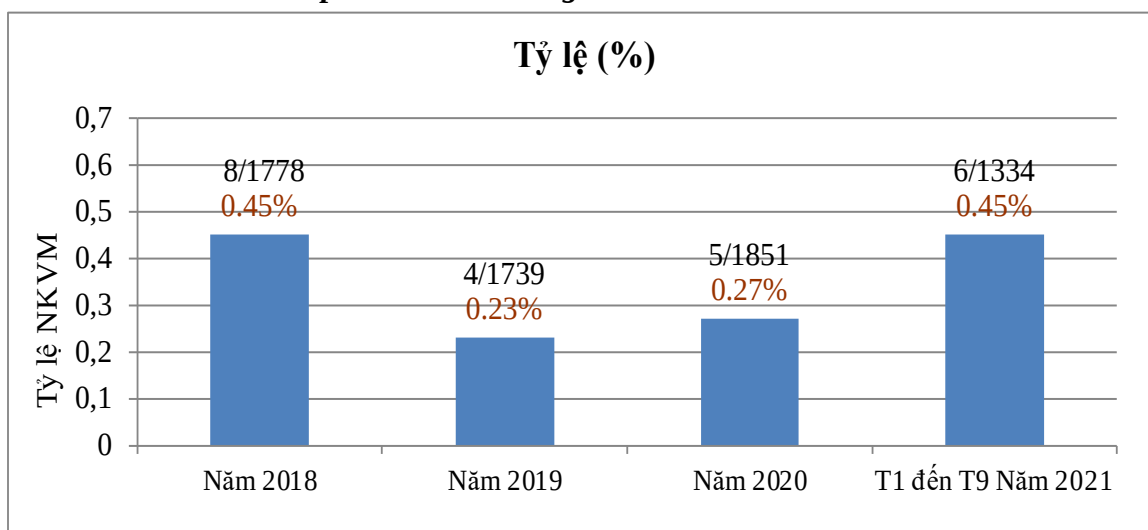
4.2.1. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ



Biểu đồ 2: tỷ lệ NKVM sau mổ lấy thai (1/2018-9/2021)

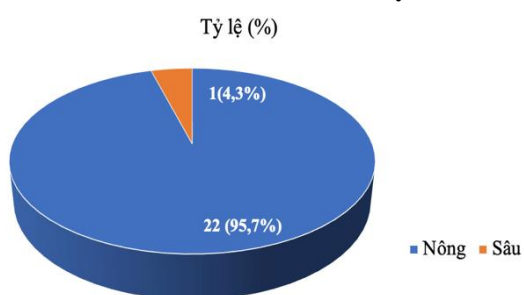
Tỷ lệ NKVM sau mổ lấy thai 0,3%

4.2.2. Phân bố NKVM phân bố theo thời gian

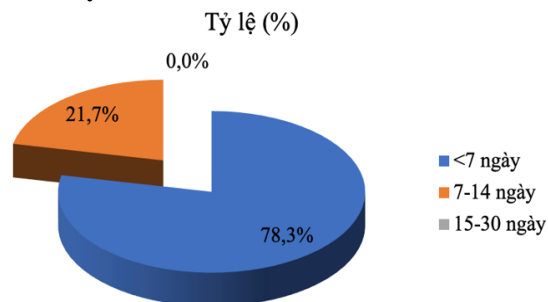


Biểu đồ 3: Biểu đồ tỷ lệ NKVM sau mổ theo từng năm

4.2.3. Phân bố NKVM theo vị trí, thời gian xuất hiện



Biểu đồ: Phân bố loại NKVM



Biểu đồ: Phân bố thời gian xuất hiện NKVM

4.2.4. Phân bố theo loại phẫu thuật và thời gian phát hiện NKVM

Nghiên cứu cho thấy 95,7% là NKVM nông, không có NKVM trong khoang hoặc cơ quan. Thời gian xuất viện NKVM < 7 ngày (78,3); 7-14 ngày (21,7%)

Bảng 2: Thời gian phát hiện NKVM

Thời gian/ thời điểm	Số ca NKVM	Tỷ lệ %
Đang nằm viện	17	74
Xuất viện về nhà	6	26

Đa số các ca NKVM xuất hiện trong thời gian đang nằm viện: 17 ca (74%)

Số ca NKVM xuất hiện sau khi đã xuất viện: 6 ca (26%).

4.2.5. Đặc điểm của NKVM sau phẫu thuật lấy thai

Bảng 3: Đặc điểm lâm sàng NKVM sau PT lấy thai

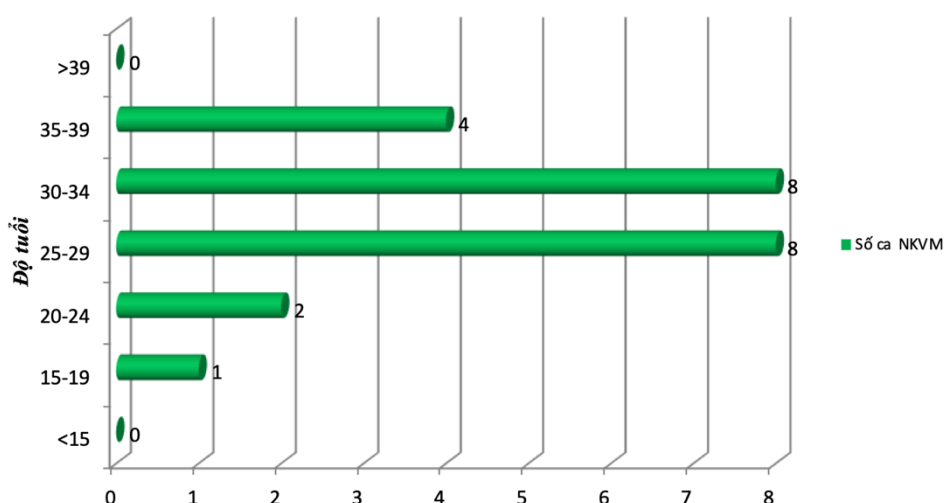
Triệu chứng	Số ca có triệu chứng NKVM (n=23)
Sưng, nóng, đỏ, đau	23 (100%)
Rỉ dịch VM	19 (82.6%)
Vết mổ hở	9 (39.1%)
Sốt	4 (17.4%)

Các dấu hiệu chẩn đoán NKVM thường gặp là triệu chứng tại chỗ sưng, nóng, đỏ, đau (100%), Rỉ dịch vết mổ (82,6%), vết mổ hở (39,1%), sốt (17,4%)

4. 3. Các yếu tố có thể là nguy cơ dẫn đến NKVM trên sản phụ mổ lấy thai

4.3.1. Tuổi sản phụ

Số ca NKVM theo độ tuổi (n= 6702)



Biểu đồ 4: Biểu đồ số lượng ca NKVM theo độ tuổi

Độ tuổi trung bình NKVM trên BN mổ lấy thai là: 30 tuổi. Sản phụ tuổi từ 25-29 và 30-34 chiếm tỷ lệ cao nhất (34.8%), tiếp theo tuổi từ 35-39 (17.4%)

4.3.2. Yếu tố có thể là nguy cơ gây NKVM trước mổ ở sản phụ**Bảng 4: Các yếu tố nguy cơ trước phẫu thuật**

Yếu tố nguy cơ	Tình trạng BN	NKVM				Tỷ lệ (%) n=23
		2018	2019	2020	2021	
Sinh con	Con so	5	3	5	4	17 (73,9)
	Con rạ	3	1	0	2	6 (26,1)
Vỡ ối sớm	Có	2	1	1	0	4 (17,4)
	Không	2	3	4	6	19 (82,6)
Tiền sử sản khoa	Thai IVF	3	1	1	3	8 (34,8)
	Nạo hút thai	0	1	0	0	1 (4,3)
	Sảy thai	0	1	0	0	1 (4,3)
Bệnh kèm theo	Tiểu đường	3	2	2	0	7 (30,4)
Thời gian nằm viện trước mổ	< 1 ngày	1	4	3	4	12 (52,2)
	1-3 ngày	5	0	2	1	8 (34,8)
	> 3 ngày	2	0	0	1	3 (13,0)
Nhiễm khuẩn trước mổ	Có	0	1	0	0	1 (4,3)
	Không	8	3	5	6	22 (95,7)
Loại phẫu thuật	Sạch	8	3	5	6	22 (95,7)
	Nhiễm	0	1	0	0	1 (4,3)
Bạch cầu	Cao	2	1	3	1	7 (30,4)
	Bình thường	4	2	2	3	11 (47,8)
	Không làm	2	1	0	2	5 (21,7)
ASA	1 điểm	3	0	0	1	4 (17,4)
	2 điểm	3	1	5	5	14 (60,9)
	3 điểm	1	1	0	0	2 (8,7)
	4 điểm	1	2	0	0	3 (13,4)
KSDP*	Có	4	2	5	6	17 (73,9)
	Không	4	2	0	0	6 (26,1)
Thời gian chích KSDP	< 30 phút	1	0	5	6	12 (52,2)
	30-60 phút	4	4	0	0	8 (34,7)
	> 60 phút	3	0	0	0	3 (13,4)
Mổ cấp cứu	Có	5	4	3	3	15 (65,2)
	không	3	0	2	3	8 (37,8)

KSDP: kháng sinh dự phòng

NC cho thấy: sinh con so (7,91%); 4 ca vỡ ối sớm (17,4%), 8 ca thai IVF (34,7%);

Có bệnh lý tiểu đường (30,4%). Thời gian nằm viện trước mổ dưới 1 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (52,1%) số ca NKVM, từ 1 - 3 ngày

(34.7%), >3 ngày (13.0%). Phẫu thuật sạch (95,7%), Bạch cầu trước phẫu thuật cao chiếm 30,4%. Thang điểm ASA từ 1 và 2 (17,4 % và 60,9%), 3 và 4 (8,7% và 13,4%). Có KSDP (73,9%), Thời gian tiêm KSDP < 30 phút (52,2%), 30-60 phút (34,7%), trên 60 phút 13,4%). Phẫu thuật cấp cứu (65,2%).

4.3.3 Các yếu tố nguy cơ trong cuộc phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật của các ca NKVM

- Thời gian PT trung bình của các ca NKVM: 49,43 phút.

Bảng 5: yếu tố nguy cơ NKVM

Yếu tố liên quan	Chi tiết	Số ca NKVM	Tỷ lệ
Thời gian phẫu thuật (phút)	30-45 phút	7	30.4%
	>45-60 phút	13	56.5%
	>60 phút	3	13.04%
Lượng máu mất trong PT (ml)	<300 ml	2	8.7%
	300-400 ml	19	82.6%
	>400 ml	2	8.7%
Số ca mổ lại		1	4.35%

Thời gian phẫu thuật từ >45-60 phút (30,4%), từ 30-45 phút (30,4%), > 60 phút (13,4%), lượng máu mất trong PT từ 300-400ml (82.6%)

4.4 Phân lập vi khuẩn trên các ca NKVM

Bảng 6: Vi khuẩn gây NKVM

Loại vi khuẩn	Số ca/tỷ lệ (%) n=23
Có phân lập vi khuẩn (cấy dịch vết mổ)	
Có	19/23 (82,6%)
Kết quả cấy dương tính	14/19 (73,6%)
Tác nhân phân lập	
Gram dương	7 (54)
Staphylococcus coagulase	3 (13,05)
Staphylococcus aureus	2 (8,7)
Staphylococcus Group B	1 (4,35)
Enterococcus	1 (4,35)
Gram âm	6 (46)
E. coli	4 (17,4)
Klebsiella	1 (4,35)
Pseudomonas aeruginosa	1 (4,35)

Tác nhân cấy dương từ dịch VM (82,6%), dương tính 14/19 ca (73,6%). Tác nhân gây NKVM gram dương (54%), trong đó Staphylococcus chiếm chủ yếu 46%. Các vi khuẩn gram âm (46%), nhất là E.coli 17,4%

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ NKVM rất thấp 0,3% (23/6702) trong 3 năm, dao động từ 0,2 – 0,3%. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Khải và Cs (2015) có tỷ lệ cao hơn chúng tôi 2,5%, Nguyễn Duy Minh và Cs (2009) là 2,1%. Có thể do BVĐK Quốc tế Hạnh phúc là một bệnh viện tư nhân, đa số sản phụ vào đây đều ở trong tình trạng sức khỏe tốt ASA với 1 và 2 điểm chiếm đa số 78,3% [2] [3], Nghiên cứu của Zejnullahu và Cs tại Kosovo, cho thấy tỷ lệ này khá cao chiếm 9,8% và của Margaret và Cs (2008) là 5% [5] [6].

Phân bố NKVM sau phẫu thuật lấy thai của chúng tôi chủ yếu là vết mổ nông chiếm 95,7%, sâu 4,3%. Các tác giả khác tỷ lệ này thấp hơn, NC Nguyễn Văn Khải và Cs (2015) là 50%, sâu 30%, cơ quan 20%. Điều này cũng cho chúng tôi thấy cần phải làm nghiên cứu sâu hơn để truy tìm nguyên nhân gốc rễ dẫn đến NKVM nông, theo WHO, BHYT đều cho thấy NKVM nông liên quan đến nhiều khâu từ chuẩn bị BN trước mổ, trong lúc mổ và sau mổ đặc biệt là công tác chăm sóc điều dưỡng [1] [4].

Một số yếu tố có tỷ lệ cao trên các ca NKVM trong nghiên cứu của chúng tôi như: con so (73,9%), tiền sử sản khoa thai IVF (34,8%), tiểu đường (30,4%), Bạch cầu cao trước PT (30,4%), Sử dụng KSDP (73,9%), Thời gian PT kéo dài từ 15 phút < 60 phút chiếm cao nhất (97%), trên 60 phút (13%). Điều này cũng tương tự như nghiên cứu của Tống Văn Khải và Cs, Con so có tỷ lệ NKVM (75%) và cao hơn con đẻ. Nghiên cứu của Zejnullahu và Cs tại Kosovo cho thấy thời gian PT trên 60 phút làm gia tăng

NKVM [5]. Việc sử dụng KSDP là rất quan trọng, theo WHO, BHYT thời gian sử dụng KSDP nên cho dưới 60 phút, và chỉ dùng một liều duy nhất trước mổ, thường cho Cephalosporin thế hệ 1 để giảm nguy cơ nhiễm khuẩn do vi khuẩn gram dương (vi khuẩn thường trú trên da), chỉ cho các KS khác khi kháng sinh đồ có thay đổi. NC của chúng tôi cho thấy 54% VK phân lập được là gram dương, ưu thế là Staphylococcus sp. 46% là vi khuẩn gram âm, chủ yếu là E.coli, có thể là do PT đặc thù trong sản, nhưng trong quá trình chuẩn bị và PT có nguy cơ nhiễm vi khuẩn thường trú từ vùng âm đạo, hay gặp nhất là E.coli, điều này cũng cho chúng tôi thấy cần phải chuẩn bị phẫu trường thật tốt cũng như hướng dẫn điều dưỡng người bệnh vệ sinh môi trường, vệ sinh thân thể cho người bệnh, nhằm hạn chế lây nhiễm vi khuẩn gram âm [4].

NC cũng cho thấy thời gian xuất hiện trong vòng < 7 ngày của phẫu thuật chiếm 78,3%, từ 7 – 15 ngày (21,7%), và 74% phát hiện trong lúc BN nằm viện. Trong khi NC của Zejnullahu và Cs tại Kosovo cho thấy thời gian phát hiện NKVM trung bình là 7 ngày. Điều này cho chúng tôi thấy xuất hiện NKVM rất sớm phải chăng có liên quan đến khâu trước và trong cuộc mổ, đây cũng là mục tiêu mà chúng tôi cần phải nghiên cứu sâu hơn để góp phần làm giảm hơn nữa NKVM sau phẫu thuật mổ lấy con [5]. Theo khuyến cáo của WHO, thời gian phẫu thuật càng và nằm viện càng ngắn, nguy cơ NKVM sẽ giảm [4].

V. KẾT LUẬN

NKVM sau phẫu thuật mổ lấy thai 0,3%. Một số yếu tố có thể là yếu tố nguy cơ làm

gia tăng NKVM đã được tìm thấy như: con so (73,9%), tiền sử sản khoa thai IVF (34,8%), tiểu đường (30,4%), Bạch cầu cao trước PT (30,4%),

Một số yếu tố khác cũng được tìm thấy trên những ca NKVM này như tỷ lệ sử dụng KSDP chỉ đạt 73,9%, Thời gian PT kéo dài từ 15 phút < 60 phút chiếm cao nhất (97%), trên 60 phút (13%), thời gian phát hiện NKVM dưới 7 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 78,3%, và 74% phát hiện trong lúc nằm viện. Vi khuẩn thường gây NKVM là *Staphylococcus* sp. Và *E. coli*

VI. ĐỀ XUẤT-KIẾN NGHỊ

Tăng cường giáo dục, đào tạo nhân viên y tế về kiến thức, kỹ năng thực hành và các biện pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện, trong đó có nhiễm khuẩn vết mổ. Cần chú trọng đến vấn đề vệ sinh tay, vệ sinh tay ngoại khoa, chuẩn bị người bệnh trước mổ và chăm sóc sau mổ, vệ sinh môi trường, đồ vải, chất thải, tư vấn người bệnh cách tự chăm sóc, vệ sinh cá nhân sau mổ.

Cần tiến hành nghiên cứu tiến cứu để tìm ra yếu tố nguy cơ thực sự có ý nghĩa thống kê để đưa ra các biện pháp can thiệp hiệu quả giúp giảm hơn nữa NKVM và đảm bảo an toàn cho các sản phụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2012)**, Quyết định số: 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế “Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ bệnh viện”.
2. **Tổng Văn Khải, Nguyễn Quốc Kỳ, Nguyễn Thị Kim Chi(2005)**, Xác định tỷ lệ NKBV và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân mổ lấy thai tại Bệnh viện đa khoa Thống nhất Đồng Nai, Hội nghị HICS 2015.
3. **Vũ Duy Minh**, Tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Từ Dũ năm 2009, Hội nghị khoa học kỹ thuật bệnh viện Từ Dũ.
4. **World Health Organization (2018)**. Global guidelines for the prevention of surgical site infection, WHO
2. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/277399>.
5. **Zejnullahu VA, Isjanovska R, Sejfiija Z, Zejnullahu VA (2019)**, Surgical site infections after cesarean sections at the University Clinical Center of Kosovo: rates, microbiological profile and risk factors. BMC Infect Dis. 28;19(1):752. doi: 10.1186/s12879-019-4383-7.
6. **Margaret A Olsen, Anne M Butler, Denise M Willers et all (2008)**, Risk factors for surgical site infection after low transverse cesarean section, Infect Control Hosp Epidemiol, 29(6):477-84; discussion 485-6. doi: 10.1086/587810.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA HỘI CHỨNG HẬU COVID-19 Ở NHỮNG NGƯỜI BỆNH TỪNG NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐIỀU TRỊ COVID-19 HOÀN MỸ THỦ ĐỨC

Phan Thanh Toàn¹, Nguyễn Văn Hiệp¹,
Nguyễn Tấn Sang¹, Vũ Thị Ái Vân¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Những ảnh hưởng lâu dài sau nhiễm SARS-CoV-2 đang là một trong những đề tài được cộng đồng y khoa rất quan tâm hiện nay. Đã có nhiều báo cáo cho thấy rằng những hậu quả lâu dài này có thể biểu hiện ở hầu hết các hệ cơ quan như hô hấp, tim mạch, tiêu hóa, tâm thần kinh hay da lông. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mục tiêu của nghiên cứu này là nhằm đánh giá tần suất và đặc điểm của các triệu chứng hậu COVID và xác định các yếu tố nguy cơ liên quan đến các triệu chứng hậu COVID. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên người bệnh được chẩn đoán COVID-19 và nhập viện tại bệnh viện điều trị COVID-19 Hoàn mỹ Thủ Đức trong khoảng thời gian từ ngày 25/07/2021 đến ngày 15/09/2021. **Kết quả:** Có 245 người bệnh tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình 51 ± 16 (18-91), nhóm > 55 tuổi chiếm ưu thế (44,9%), và giới nữ chiếm 52,7%. Ở giai đoạn cấp, tỉ lệ người bệnh ở mức độ nhẹ-trung bình, nặng và nguy kịch lần lượt là 61,2%, 17,1% và 21,6%. Thời gian nằm viện trung vị là 13 (11-16) ngày. Người bệnh có triệu chứng hậu COVID chiếm 64,5%. Nhóm triệu chứng chung, nhóm

triệu chứng tâm thần kinh và nhóm triệu chứng da lông chiếm các tỉ lệ lần lượt là 41,6%, 40% và 29,3%. Các triệu chứng mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ, và rụng tóc là các triệu chứng phổ biến nhất với các tỉ lệ lần lượt là 33,1%, 27,8% và 26,1%. Tuổi cao, giới tính nữ, thời gian nằm viện dài và mức độ bệnh nặng nguy kịch là những yếu tố nguy cơ độc lập cho sự xuất hiện các triệu chứng dai dẳng sau COVID-19. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu trên 245 người bệnh từng nhiễm SARS-CoV-2, cho thấy: Người bệnh có hội chứng hậu COVID chiếm tỉ lệ cao (64,5%). Các triệu chứng hay gặp nhiều nhất là mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ và rụng tóc với các tỉ lệ lần lượt là 33,1%, 27,8% và 26,1%. Tuổi cao, giới tính nữ, thời gian nằm viện dài và mức độ bệnh nặng nguy kịch là những yếu tố nguy cơ độc lập của các triệu chứng dai dẳng sau COVID-19. Kết quả nghiên cứu cho thấy tầm quan trọng và nhu cầu chăm sóc hậu COVID trong đại dịch.

Từ khóa: COVID-19, hậu COVID, SARS-CoV-2, triệu chứng dai dẳng

SUMMARY

STUDY OF CLINICAL CHARACTERISTICS OF POST-COVID 19 SYNDROME AMONG PATIENTS ADMITTED TO HOAN MY THU DUC COVID-19 TREATMENT HOSPITAL

Introduction: Long-term effects of SARS-CoV-2 infection are among the issues of great concern to the medical community currently. Many reports have shown that COVID-19 has

¹Khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thanh Toàn
Email: thanhtoanhm@gmail.com

SĐT: 0983310745

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

various long-term effects on almost all of the body systems such as respiratory, cardiovascular, gastrointestinal, neurological, psychiatric, and dermatological systems. **Objectives:** The objectives of this study are to investigate the prevalence and characteristics of the post-COVID-19 syndrome among COVID-19 survivors and to determine the risk factors associated with persistent post-COVID-19 symptoms. **Method:** This is a cross-sectional and observational study conducted on the patients diagnosed with COVID-19 and thus admitted to Hoan My Thu Duc COVID-19 treatment Hospital between July 25, 2021 and September 15, 2021. **Results:** We enrolled totally 245 patients to our study. The mean age of the study participants was 51 ± 16 (18-91) years, 44.9% of them were older than 55 years of age, and 52.7% were female. In the acute stage, the percentages of patients with mild-to-moderate grade, severe grade, and critical grade were 61.2%, 17.7%, and 21.6% respectively. The median length of hospital stay was 13 (11-16) days. The percentage of the study participants with symptoms of post-COVID-19 syndrome was 64.5%. General symptoms, neuro-psychiatric symptoms, and dermatological symptoms were the most common at 41.6%, 40%, and 29.3%, respectively. Fatigue (or easy fatigability), insomnia, and hair loss were the most common symptoms at 33.1%, 27.8%, and 26.1% respectively. Advanced age, female side, long hospital stays, and severe-critical acute COVID-19 were independent risk factors for the development of persistent post-COVID-19 symptoms. **Conclusion:** Research results on 245 patients who have been infected with SARS-CoV-2, show that: A high percentage (64.5%) of the study participants suffered from long-term effects of SARS-CoV-2 infection. The most common symptoms are fatigue, insomnia, and

hair loss at 33.1%; 27.8%, and 26.1%, respectively. Advanced age, female side, long hospital stays, and severe-critical acute COVID-19 were independent risk factors for the development of persistent post-COVID-19 symptoms. The study indicates the importance of and the need for post-COVID-19 care in the coronavirus pandemic.

Key words: COVID-19, post-COVID-19, SARS-CoV-2, persistent symptoms

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những ảnh hưởng lâu dài sau nhiễm SARS-CoV-2 đang là một trong những đề tài được cộng đồng y khoa rất quan tâm hiện nay. Đã có nhiều báo cáo cho thấy rằng những hậu quả lâu dài này có thể biểu hiện ở hầu hết các hệ cơ quan như hô hấp, tim mạch, tiêu hóa, tâm thần kinh hay da lông. Những hậu quả này được gọi là hội chứng hậu COVID. Hiện nay chưa có sự thống nhất về định nghĩa của hội chứng hậu COVID, tuy nhiên nhiều tác giả trên thế giới cũng thống nhất rằng đây là một hội chứng bao gồm sự tồn tại kéo dài của các triệu chứng hoặc sự xuất hiện các di chứng sau 3 đến 4 tuần kể từ lúc khởi phát các triệu chứng cấp của COVID-19, khi mà sự nhàn lên tiềm tàng của SARS-CoV-2 không còn được phân lập sau 3 tuần. Những dữ liệu về hội chứng hậu COVID ở những người đã khỏi bệnh là rất cần cho việc xây dựng nguồn lực và dịch vụ y tế sau này. Mục tiêu của nghiên cứu này là nhằm đánh giá tần suất và đặc điểm của các triệu chứng hậu COVID, xác định các yếu tố nguy cơ liên quan đến các triệu chứng dai dẳng này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh nghiên cứu được tuyển chọn

và thu thập dữ liệu qua phần mềm HIS từ Bệnh viện điều trị COVID-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức với các người bệnh có thời gian nhập viện từ 15/09/2021 trở về trước, sau đó các người bệnh được phỏng vấn qua điện thoại theo bộ câu hỏi được soạn trước.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người bệnh từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán COVID-19 trong khoảng thời gian từ 25/07/2021 đến 15/09/2021. Đã từng nhập viện điều trị tại Bệnh viện điều trị COVID-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có thai, người bệnh rối loạn tâm thần, người bệnh ung thư giai đoạn cuối, người bệnh có bệnh thận mạn đang điều trị bằng phương pháp thay thế thận, người bệnh tái nhập viện trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm IBM SPSS V.20. Các thống kê mô tả được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị cho biến liên tục không phân bố chuẩn. Các biến định danh được trình bày dưới dạng tần số và phần trăm. Student t-test được dùng để so sánh các biến định lượng liên tục và có phân bố chuẩn. Kiểm định Chi square được dùng để so sánh

các biến định danh. Giá trị p nhỏ hơn 0,05 được gọi là có ý nghĩa thống kê. Phương pháp hồi quy logistic đơn biến và đa biến được dùng để tìm các yếu tố tiên lượng độc lập cho các triệu chứng dai dẳng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số tham gia

Trong khoảng thời gian từ 16/10/2021 đến 27/10/2021, dựa theo tiêu chuẩn chọn bệnh chúng tôi đã tuyển chọn được 330 người bệnh và phỏng vấn được 245 người bệnh và có 85 người bệnh không liên lạc được hoặc từ chối tham gia.

Tuổi trung bình của người bệnh nghiên cứu là 51 ± 16 (18-91). Nhóm từ 56 tuổi trở lên chiếm 44,9%, giới nữ chiếm 52,7% người bệnh nghiên cứu. Người bệnh đến từ TP HCM chiếm 84,9%, người bệnh từ Bình Dương chiếm 12,2%. Tăng huyết áp là bệnh nền phổ biến nhất và chiếm 38,4% người bệnh nghiên cứu, sau đó là đái tháo đường với 21,6%.

Ở giai đoạn cấp, người bệnh có mức độ nhẹ và trung bình chiếm 61,2% và người bệnh có mức độ nguy kịch chiếm 21,6%. Người bệnh cần thở oxy chiếm 38,8% và 18,8% người bệnh phải nhập vào ICU. Thời gian nằm viện trung vị là 13 (11-16)

Bảng 1. Đặc điểm dân số tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi (năm)		
18 – 35	50	20,4
36 – 55	85	34,7
≥ 56	110	44,9
Tuổi trung bình (năm)	51	18-91 (nhỏ nhất-lớn nhất)
Giới tính (nữ)	129	52,7
Địa chỉ		

TP HCM	208	84,9
Thủ Đức	56	22,9
Quận 4	23	9,4
Gò Vấp	16	6,5
Bình Thạnh	16	6,5
Quận 11	15	6,1
Quận 8	11	4,5
Tân Bình	10	4,1
Các quận khác	61	24,9
Bình Dương	30	12,2
Các tỉnh khác	7	2,8
BMI (trung bình $\pm$ SD)	23,85 $\pm$ 3,55	13,78-41,09 (nhỏ nhất- lớn nhất)
≤ 25	166	67,7
> 25	72	29,4
Bệnh nền (có ít nhất 1)	111	45,3
THA	94	38,4
ĐTĐ	53	21,6
THA & ĐTĐ	37	15,1
Từ 3 bệnh nền trở lên	25	10,2
Các đặc điểm COVID-19 giai đoạn cấp		
Mức độ nặng của bệnh		
Nhẹ - Trung bình	150	61,2
Nặng	42	17,1
Nguy kịch	53	21,6
Dữ liệu về phương pháp hỗ trợ hô hấp		
Có thở oxy	95	38,8
Nhập ICU	46	18,8
Thời gian nằm ICU trung vị (ngày)	5,5	2,0-9,25 (khoảng tứ phân vị)
Thở oxy qua cannula	42	17,1
Thở oxy qua mask	32	13,1
Thở oxy qua HFNC	17	6,9
Thở NIV CPAP	3	1,2
Thở máy qua NKQ	1	0,4
Lúc ra viện còn thở oxy	13	5,3
Thời gian nằm viện trung vị (ngày)	13	11-16 (khoảng tứ phân vị)

Đặc điểm của các triệu chứng hậu Covid

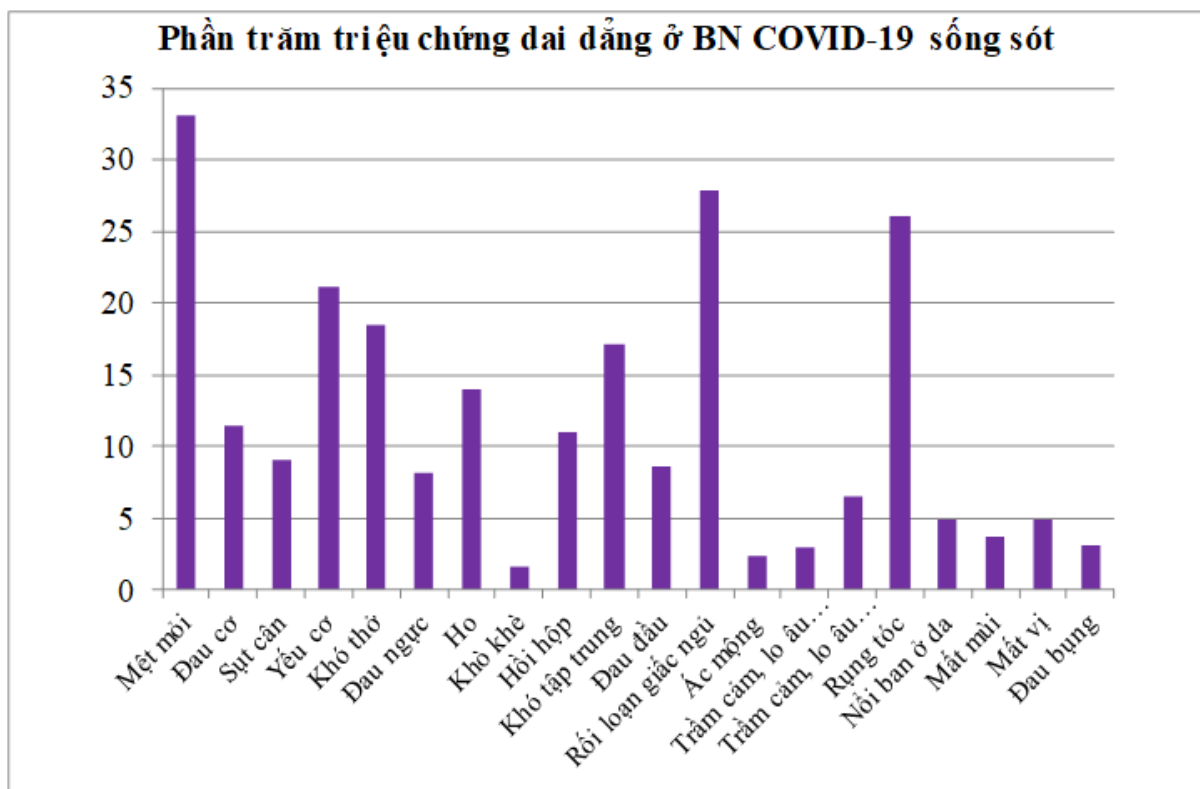
Hơn một nửa người bệnh nghiên cứu (64,5%) có triệu chứng dai dẳng sau nhiễm SARS-CoV-2. Thời gian trung vị từ lúc chẩn đoán COVID-19 là 63 ngày (40-77). Các triệu chứng chung như mệt mỏi, đau cơ, sụt cân, yếu cơ chiếm tỉ lệ cao nhất là 41,6% trong đó triệu chứng mệt mỏi là phổ biến

nhất với tỉ lệ 33,1%, sau đó là nhóm các triệu chứng về tâm thần kinh với tỉ lệ là 40%, nhiều nhất rơi vào triệu chứng rối loạn giấc ngủ với tỉ lệ 27,8%. Nhóm triệu chứng về da lông chiếm tỉ lệ 29,3% và rụng tóc là triệu chứng nổi bật với tỉ lệ 26,1%. Nhóm triệu chứng hô hấp chiếm tỉ lệ 28,1% và khó thở là triệu chứng nổi bật trong nhóm này với tỉ lệ 18,4%.

Bảng 2: Phân bố của các triệu chứng hậu COVID-19

Đặc điểm	Giá trị	Tỉ lệ %
Triệu chứng dai dẳng		
Có	158	64,5
Không	87	35,5
Thời gian từ lúc triệu chứng bắt đầu (ngày)	63 (trung vị)	44-77 (khoảng tứ phân vị)
Triệu chứng chung	102	41,6
Mệt mỏi	81	33,1
Đau cơ	28	11,4
Sụt cân	22	9,0
Yếu cơ	52	21,2
Triệu chứng hô hấp	69	28,1
Khó thở	45	18,4
Đau ngực	20	8,2
Ho	34	13,9
Khò khè	4	1,6
Triệu chứng tim mạch	27	11
Hồi hộp	27	11
Triệu chứng về tâm thần kinh	98	40
Khó tập trung	42	17,1
Đau đầu	21	8,6
Rối loạn giấc ngủ	68	27,8
Ác mộng	6	2,4
Lo âu, trầm cảm trước khi mắc COVID-19	7	2,9
Lo âu, trầm cảm sau khi mắc COVID-19	16	6,5

Triệu chứng về da, lông	72	29,3
Rụng tóc	64	26,1
Nổi ban ở da	12	4,9
Triệu chứng về mũi họng	15	6,1
Mất mùi	9	3,7
Mất vị	12	4,9
Triệu chứng về tiêu hóa	9	3,1
Đau bụng	9	3,1



Biểu đồ 1: Phần trăm của các triệu chứng dai dẳng ở người bệnh COVID-19 sống sót
Các yếu tố nguy cơ của sự xuất hiện các triệu chứng dai dẳng

Các yếu tố như: tuổi cao, giới tính nữ, thời gian nằm viện dài và mức độ bệnh nặng nguy kịch là những yếu tố nguy cơ độc lập cho sự xuất hiện các triệu chứng dai dẳng sau COVID-19 khi phân tích đơn biến và đa biến.

Bảng 3. Các yếu tố nguy cơ của sự xuất hiện các triệu chứng dai dẳng

Yếu tố nguy cơ	Triệu chứng dai dẳng		Giá trị p	OR	95%CI
	Có (158)	Không (87)			
Tuổi, trung vị (nhỏ nhất – lớn nhất)	53 (18-91)	48 (22-84)	0,03		
Giới, nữ, số lượng (%)	94 (72,9)	35 (27,1)	0,004		
Thời gian nằm viện (ngày), trung vị (tứ phân vị)	14 (12-18)	13 (10-15)	0,001	1,103	1,041-1,169
Mức độ nặng của bệnh, nặng-nguy kịch, số ca (%)	75 (47,4)	20 (22,9)	0,001	2,033	1,397-2,957

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ mắc hội chứng hậu COVID

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 64,5% người bệnh nghiên cứu có ít nhất một triệu chứng dai dẳng sau nhiễm SARS-CoV-2. Các nghiên cứu trước đây ghi nhận tỉ lệ này rất dao động từ 13,3% đến 96%. Sự dao động lớn trong kết quả nghiên cứu được lý giải bởi nhiều yếu tố: đặc điểm dân số chọn mẫu (người bệnh ngoại trú/nội trú, khác biệt về mức độ nặng...), thiết kế nghiên cứu, thời điểm thu nhận người bệnh nghiên cứu

Giống như nghiên cứu của chúng tôi, trong phân tích gộp do Cesar Fernandez và cộng sự (1) công bố vào tháng 10-2021 tiến hành trên nhóm người bệnh nội trú, ghi nhận vào ngày thứ 60 sau triệu chứng khởi phát có 71,9% người bệnh có triệu chứng dai dẳng của hội chứng hậu COVID. Trong nghiên cứu của Bircan Kayaaslan và cộng sự (2) trên nhóm người bệnh từng nhập viện và nhóm người bệnh điều trị ngoại trú ghi nhận tỉ lệ 47,5%. Tỉ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn do người bệnh nghiên cứu của chúng tôi là nhóm nhập viện.

Độ rộng của hội chứng hậu COVID lên các cơ quan

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các triệu chứng hậu COVID gần như ảnh hưởng lên rất nhiều cơ quan, trong đó nhóm triệu chứng chung (mệt mỏi, đau cơ, sụt cân, yếu cơ) là phổ biến nhất với tỉ lệ 41,6%, trong đó triệu chứng mệt mỏi chiếm tỉ lệ cao nhất với 33,1%. Nhiều nghiên cứu cho ra kết quả nghiên cứu với triệu chứng mệt mỏi chiếm tỉ lệ cao nhất như của các tác giả Carfi A (3), Kamal M (4), Mahmud R (5), Tenforde MW (6).

Nhóm triệu hay gặp thứ 2 trong nghiên cứu của chúng tôi là nhóm các triệu chứng tâm thần kinh với tỉ lệ 40%, trong đó triệu chứng mất ngủ chiếm tỉ lệ nhiều thứ 2 với 27,8%. Trong phân tích gộp của Cénat JM, Blais-Rochette C (7) cũng ghi nhận có 23,87% người bệnh nghiên cứu có triệu chứng mất ngủ.

Các nhóm triệu chứng nhiều tiếp theo là nhóm triệu chứng da lông và nhóm triệu chứng hô hấp với tỉ lệ lần lượt là 29,3% và 28,1% và triệu chứng rụng tóc là triệu chứng chiếm tỉ lệ nhiều thứ 3 với tỉ lệ là 26,1%. Tỉ

lệ này cũng tương tự như tỉ lệ trong nghiên cứu của Garrigues E và cộng sự (8) ghi nhận có 24% người bệnh nghiên cứu có triệu chứng rụng tóc.

Các yếu tố liên quan đến sự tồn tại dai dẳng của các triệu chứng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận các yếu tố tuổi cao, giới tính nữ, thời gian nằm viện dài, mức độ bệnh nặng-nguy kịch là các yếu tố tiên lượng độc lập cho sự xuất hiện các triệu chứng hậu COVID. Các nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận kết quả tương tự như của Kamal M (4), Garrigues E (8). Trong nghiên cứu trước không tìm thấy được mối liên hệ giữa thời gian nằm viện và sự xuất hiện của các triệu chứng dai dẳng.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu 245 người bệnh hồi phục sau nhiễm SARS-CoV-2 từng điều trị tại Bệnh viện Điều trị COVID-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức cho thấy:

- Tuổi trung bình khá cao, nhóm trên 55 tuổi chiếm 44,9%, tỉ lệ nữ chiếm 52,7%, đa số người bệnh đến từ TP HCM (84,9%)
- Mức độ bệnh nhẹ trung bình chiếm tỉ lệ lớn ở giai đoạn cấp (61,2%), thời gian nằm viện có trung vị là 13 (11-16)
- Người bệnh có triệu chứng của hội chứng hậu COVID chiếm tỉ lệ cao (64,5%). Nhóm các triệu chứng hậu COVID ảnh hưởng lên nhiều hệ thống cơ quan trên nhóm người bệnh nghiên cứu. Nhóm triệu chứng có tỉ lệ cao nhất là nhóm triệu chứng chung, nhóm triệu chứng tâm thần kinh và nhóm triệu chứng da lông với tỉ lệ lần lượt là 41,6%, 40% và 29,3%. Các triệu chứng hay gặp nhiều nhất là mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ, rụng tóc lần lượt với các tỉ lệ 33,1%, 27,8% và 26,1%

- Tuổi cao, giới tính nữ, thời gian nằm viện dài và mức độ bệnh nặng nguy kịch là những yếu tố nguy cơ độc lập cho sự xuất hiện các triệu chứng dai dẳng sau COVID-19.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. César Fernández-de-las-Peñas, Domingo Palacios-Ceña, Víctor Gómez-Mayordomo, Lidiane L Florencio, María L. Cuadrado, Gustavo Plaza-Manzano, and Marcos Navarro-Santana. Prevalence of post-COVID-19 symptoms in hospitalized and non-hospitalized COVID-19 survivors: A systematic review and meta-analysis. Eur J Intern Med. 2021;92: 55-70
2. Bircan Kayaaslan, Fatma Eser, Ayse K. Kalem, Gamze Kaya, Betul Kaplan, Duygu Kacar, Imran Hasanoglu, Belgin Coskun, Rahmet Guner. Post-COVID syndrome: A single-center questionnaire study on 1007 participants recovered from COVID-19. RESEARCH ARTICLE. 2021; <https://doi.org/10.1002/jmv.27198>
3. Carfi A, Bernabei R, Landi F, et al. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. JAMA. 2020;324(6):603-605. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12603>
4. Kamal M, Abo Omirah M, Hussein A, Saeed H. Assessment and characterisation of post-COVID-19 manifestations. Int J Clin Pract. 2020; 75:e13746. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13746>
5. Mahmud R, Rahman MM, Rassel MA, et al. Post-COVID-19 syndrome among symptomatic COVID-19 patients: a prospective cohort study in a tertiary care center of Bangladesh. PLoS One. 2021;16(4):e0249644. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249644>

6. Tenforde MW, Kim SS, Lindsell CJ, et al. Symptom duration and risk factors for delayed return to usual health among outpatients with COVID-19 in a multistate health care systems network - United States, March-June 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;**69**(30):993-998. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6930e1>
7. Cénat JM, Blais-Rochette C, Kokou-Kpolou CK, et al. Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2021;**295**:113599. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599>
8. Garrigues E, Janvier P, Kherabi Y, et al. Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. *J Infect.* 2020;**81**(6):e4-e6. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.08.029>

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH COVID-19 Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN ĐIỀU TRỊ COVID-19 HOÀN MỸ THỦ ĐỨC

Nguyễn Thị Hải Thanh*, Lê Thanh Nhàn*, Phan Xuân Chung*

TÓM TẮT³¹

Mở đầu: Các báo cáo về đặc điểm lâm sàng của COVID-19 ở trẻ em còn hạn chế. Đối mặt với mầm bệnh mới nổi và chưa được biết đến này, việc thu thập bằng chứng hiện tại về COVID-19 ở trẻ em tại một phần tâm dịch lớn nhất Việt Nam – TP Hồ Chí Minh là quan trọng.

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh COVID-19 ở trẻ em tại Bệnh viện điều trị COVID-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức năm 2021.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 40 trẻ em dưới 16 tuổi tại Bệnh viện đáp ứng

tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu. Tất cả số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20,0. Các biến số nghiên cứu là các biến định tính, được trình bày kết quả theo số trường hợp, tỉ lệ phần trăm.

Kết quả: Tuổi và giới tính mắc COVID-19 ở trẻ em không có sự khác biệt. Các triệu chứng lâm sàng tương ứng thu được qua nghiên cứu: Nhóm không triệu chứng chiếm 25%, ho 40%, sốt 52%, thở nhanh 0%, tiêu hóa 10%, phát ban 5%, các triệu chứng khác 35%. Giá trị bạch cầu, CRP, Fibrinogen, D-Dimer trong giới hạn bình thường chiếm đa số ở các nhóm bệnh. Hình ảnh trên phim X quang có tổn thương phổi nhẹ chiếm 10%, còn lại 90% bình thường.

Kết luận: COVID-19 có những đặc điểm riêng biệt ở trẻ em. Mức độ bệnh nhẹ. Trẻ em bị COVID-19 thường ít triệu chứng hoặc không có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng. Việc sớm phát hiện trẻ em bị COVID-19 góp phần ngăn

*Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hải Thanh
 Email: thanh.nguyen8@hoanmy.com
 SĐT: 0914236464
 Ngày nhận bài: 25/11/2021
 Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021
 Ngày duyệt bài: 13/12/2021

ngừa lây truyền dịch bệnh.

Từ khóa: COVID-19, trẻ em, Lâm sàng, Cận lâm sàng.

SUMMARY

SURVEY OF CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF CHILDREN WITH COVID-19 AT TREATING COVID-19

HOAN MY THU DUC HOSPITAL

Backgrounds: There are few reports on the clinical features of COVID-19 in children. Faced with this emerging and unknown pathogen, it is important to gather current evidence on COVID-19 in children in one of the largest epidemic epicenters in Vietnam - Ho Chi Minh City.

Purpose: Survey on clinical and subclinical characteristics of COVID-19 disease in children at Treating COVID-19 Hoan My Thu Duc Hospital in 2021

Methods: A cross-sectional descriptive study of 40 children under 16 years of age at the Hospital who met the inclusion criteria for the study. All data were entered and processed using SPSS 20.0 software. Research variables are qualitative variables, presented results according to the number of cases, in percentage.

Results: There was no difference between age and sex of COVID-19 infection in children. The corresponding clinical symptoms obtained through the study: Asymptomatic group accounted for 25%, cough 40%, fever 52%, tachypnea 0%, digestive 10%, rash 5%, other symptoms 35%. The number of white blood cells, CRP, Fibrinogen, and D-Dimer were within normal limits for the majority of study groups. The image on the X-ray film has mild lung damage accounting for 10%, the rest 90% is normal.

Conclusion: COVID-19 has unique characteristics in children. The illness is mild.

Children with COVID-19 often have few or no clinical and paraclinical symptoms. Early detection of children infected with COVID-19 contributes to the prevention of disease transmission.

Key words: COVID-19, Children, Clinical, Paraclinical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

COVID-19 là thuật ngữ dùng để định nghĩa căn bệnh do coronavirus mới, SARS-CoV-2 gây ra. Loại virus này có nguồn gốc từ thành phố Vũ Hán, tỉnh Hồ Bắc, Trung Quốc vào cuối năm 2019 và nhanh chóng lây lan khắp châu Âu, Hoa Kỳ và các nước Mỹ Latinh khác [1]. Vào tháng 3 năm 2020, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) tuyên bố đại dịch. Cho đến ngày 23 tháng 10 năm 2021, WHO đã báo cáo 242 triệu trường hợp được xác nhận, trong đó có 4,93 triệu trường hợp tử vong trên toàn Thế giới. Tại Việt Nam, con số này là hơn 878 nghìn trường hợp mắc và hơn 21 nghìn trường hợp tử vong [2]. Các bệnh nhân được báo cáo có triệu chứng từ nhẹ đến nặng. Tình hình hiện nay cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ở người lớn tương đối cao, tất cả các quần thể nói chung đều dễ mắc bệnh, và các trường hợp mắc bệnh ở trẻ em không phải là hiếm [3]. Một nghiên cứu dịch tễ học về COVID-19 ở trẻ em cho thấy nhiều trường hợp không có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng ở trẻ em, và không thể bỏ qua nguy cơ lây truyền của những đứa trẻ như vậy [5]. Ở hầu hết các bệnh nhi, SARS-CoV-2 gây ra các triệu chứng nhẹ hoặc trung bình, một số rất ít gây triệu chứng nặng. Thành phố Hồ Chí Minh là tâm điểm của dịch bệnh, Bệnh viện điều trị Covid-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức được chỉ định và tiếp

nhận điều trị người bệnh Covid-19 trong đó trẻ em không là ngoại lệ. Có vẻ như SARS-CoV-2 ít xâm nhập ở trẻ em hơn ở người lớn. Tuy nhiên, các báo cáo về đặc điểm lâm sàng của COVID-19 ở trẻ em còn hạn chế. Đối mặt với mầm bệnh mới nổi và chưa được biết đến này, chúng tôi nhằm thu thập bằng chứng hiện tại về COVID-19 ở trẻ em tại một phần tâm dịch lớn nhất Việt Nam hiện nay với mục tiêu *“Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh Covid-19 ở trẻ em”*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Dân số mục tiêu

Tất cả bệnh nhi < 16 tuổi được chẩn đoán bệnh covid-19 xác định bằng phương pháp Real time RT-PCR, nhập viện điều trị tại bệnh viện điều trị COVID-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức.

2.2.2. Dân số chọn mẫu

Tất cả bệnh nhi < 16 tuổi, được chẩn đoán bệnh COVID-19 xác định bằng phương pháp Realtime RT-PCR, nhập bệnh viện điều trị COVID-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức từ 01/8/2021 và xuất viện trước ngày 15/10/2021.

2.3. Tiêu chuẩn chọn mẫu

2.3.1. Tiêu chuẩn chọn vào

Bệnh nhi điều trị tại bệnh viện điều trị COVID-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức từ 01/8/2021 và xuất viện trước ngày 15/10/2021 thỏa tiêu chuẩn:

➤ Đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh covid-19 của Bộ Y Tế theo quyết định số 3416/QĐ-BYT ngày 14/7/2021 và sửa đổi

theo quyết định số 4689/QĐ-BYT ngày 06/10/2021.

➤ Số liệu thu thập đầy đủ theo phần mềm HIS và hồ sơ bệnh án giấy của bệnh viện.

2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ

➤ Bệnh Nhi xuất viện từ ngày 15/10/2021 trở về sau.

➤ Số liệu thu thập không đầy đủ.

2.4. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu không xác suất, tất cả các bệnh nhi thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ đưa vào lô nghiên cứu.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

2.5.1. Công cụ thu thập số liệu

Tất cả các dữ liệu được thu thập theo một mẫu phiếu thu thập số liệu thống nhất có sẵn (Phiếu thu thập số liệu).

2.5.2. Tiến trình nghiên cứu

Bệnh nhi COVID-19 được chẩn đoán và điều trị theo phác đồ của Bộ Y Tế, ghi nhận các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở từng nhóm bệnh.

Xét nghiệm Real time RT-PCR-SARS-CoV-2: là một phản ứng khuếch đại chuỗi gen của virus SARS-CoV-2. Môi trường được cung cấp bởi Công ty TNHH dịch vụ và thương mại Nam Khoa. Kết quả được phân tích bằng máy realtime Sacycler-96, Italia: gọi là dương tính khi ngưỡng chu kỳ (CT_Cycle Threshold) ≤ 40 .

2.6. Xử lý số liệu

➤ Tất cả số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

➤ Trình bày số liệu:

Các biến số nghiên cứu: nhóm tuổi, giới tính, sốt, ho, đau họng, đau đầu, đau cơ, chảy mũi nước, thở nhanh, tiêu chảy, buồn

nôn/nôn, đau bụng, phát ban, mất khứu giác/vị giác, tăng bạch cầu, tăng CRP, tăng D-dimer, tăng fibrinogen, tổn thương phổi ... là các biến định tính, được trình bày kết quả theo số trường hợp, tỷ lệ phần trăm.

2.7. Vấn đề đạo đức

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng

chuyên môn, Hội đồng Y Đức của bệnh viện Hoàn Mỹ Thủ Đức.

Nghiên cứu hồi cứu, không ảnh hưởng đến quá trình điều trị hoặc can thiệp lên bệnh nhân.

Số liệu thu thập chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố theo tuổi và giới

Bảng 1. Thông tin chung về độ tuổi và giới tính (n=40)

Độ tuổi \ Giới tính	Nam	Nữ	Chung
<5 tuổi	10 (52,6)	9 (47,4)	19 (47,5)
5 – <16 tuổi	10 (47,6)	11 (52,4)	21 (52,5)
Tổng số	20 (50,0)	20 (50,0)	40 (100)

3.2. Phân bố theo triệu chứng lâm sàng

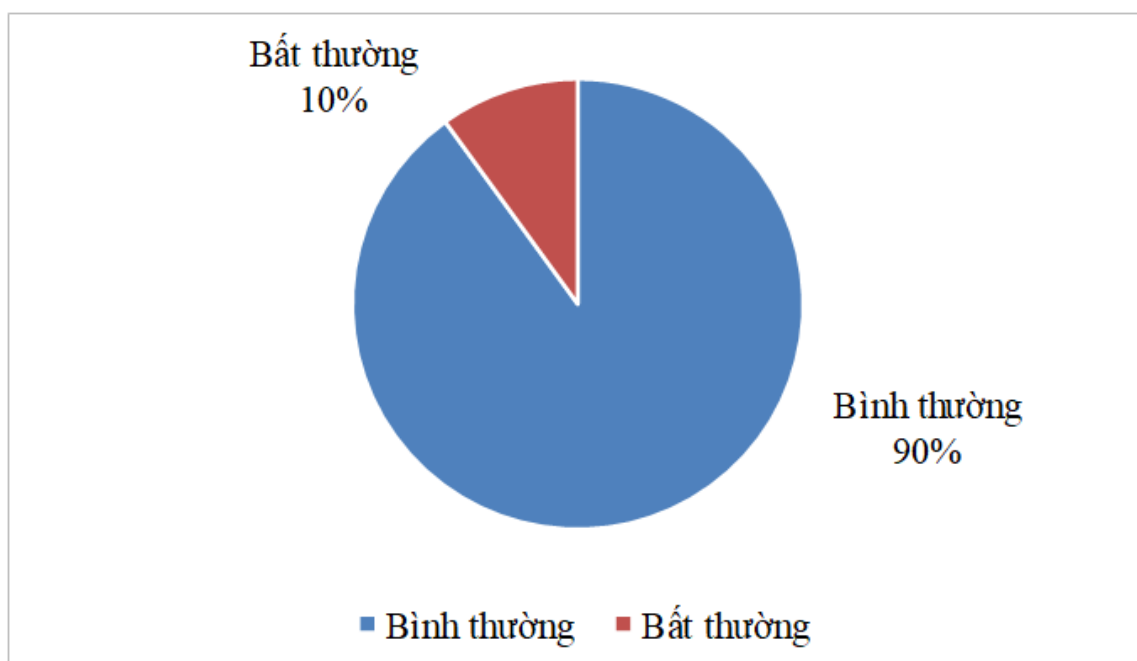
Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng (n=40)

Đặc điểm lâm sàng	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Không triệu chứng	10	25,0
Sốt	21	52,5
Ho	16	40,0
Thở nhanh	0	0
Tiêu hóa (nôn, tiêu chảy..)	4	10,0
Phát ban	2	5,0
Khác(nghe mũi, sổ mũi, đau đầu, đau họng, đau cơ..)	14	35,0

3.3. Phân bố theo triệu chứng cận lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng (n=40)

Đặc điểm cận lâm sàng		Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu (10 ⁹ /L)	Bình thường (≤ 10)	30	75,0
	Tăng (>10)	10	25,0
CRP (mg/L)	Bình thường (< 10)	38	95,0
	Tăng (≥10)	2	5,0
Fibinogen (g/L)	Bình thường (<5)	39	97,5
	Tăng (≥5)	1	2,5
D-Dimer	Bình thường (<500)	38	95,0
	Tăng (≥500)	2	5,0



Biểu đồ 1. Đặc điểm bất thường Xquang phổi

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới

Không có sự khác biệt về giới tính trong nghiên cứu này. Tuổi các bệnh nhi phân bố đều, trong đó có 5 trẻ sơ sinh.

4.2. Triệu chứng lâm sàng

Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả của nhiều tác giả trên Thế giới. Tu-Hsuan Chang và cộng sự (2020), triệu chứng sốt xảy ra ở 59% bệnh nhân, ho gặp ở 46% bệnh nhân; triệu chứng tiêu hóa không phổ biến với 12% bệnh nhân; có 26% bệnh nhân không triệu chứng [7]. Yahuhasa và cộng sự (2020), triệu chứng sốt chiếm 64%, ho (35%), hoặc không có triệu chứng (15%) [6].

Bên cạnh đó, nhiều nghiên cứu cho thấy triệu chứng lâm sàng bệnh COVID-19 ở trẻ em nhẹ hơn nhiều. Vania Giacomet và cộng sự (2020) cho thấy: Trẻ em ít có khả năng phát triển các triệu chứng nghiêm trọng hơn so với các nhóm tuổi khác khi bị nhiễm

SARS - CoV - 2. Ước tính tỷ lệ không triệu chứng từ 1,3% đến 12,9%; 60% -67% trẻ nhiễm SARS - CoV - 2 - cần nhập viện. 19,6% -27% bệnh nhân mắc các tình trạng y tế sơ sinh [8]. Liang Su và cộng sự (2020) cho thấy 22,2% trẻ có sốt; 11,2% ho và 66,7% không có triệu chứng [9].

4.3. Triệu chứng cận lâm sàng

Nghiên cứu của Chen Shi và cộng sự [11] cho thấy bạch cầu, D-Dimer và LDH ở bệnh nhân COVID-19 nặng và nguy kịch cao hơn đáng kể so với những người bị nhiễm trùng thông thường, và Lympho thấp hơn đáng kể. Các nghiên cứu trên trẻ em cho thấy đa số trẻ có số lượng bạch cầu, bạch cầu Lympho bình thường, CRP có tăng nhẹ thoáng qua, PCT bình thường, có thể liên quan đến chức năng gan, bất thường men tim [3], [4], [12]. Theo kết quả bảng 3, 30/40 (75%) trẻ có số lượng bạch cầu bình thường hoặc giảm, phù hợp với đặc điểm chính của nhiễm vi rút. Chỉ có

1 trường hợp có Fibrinogen, 2 trường hợp CRP, 2 trường hợp D-Dimer cao hơn mức bình thường. Kết quả của chúng tôi hầu hết các chỉ số đều nằm trong giới hạn bình thường và chỉ một số trẻ nhỏ có biểu hiện bất thường nhẹ, gần giống với các kết quả nghiên cứu trước đó.

Trong nghiên cứu này, đa số trẻ không có bất thường phổi trên Xquang, 10 % có tổn thương mô kẽ. Kết quả tương tự với nghiên cứu của Liang Su và cộng sự với 11,1% trẻ có biểu hiện viêm phế quản [9]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu báo cáo tỷ lệ bất thường phổi trên Xquang cao hơn rất nhiều. Nghiên cứu của Jun Yasuhara và cộng sự cho thấy có 54% trẻ có hình ảnh phổi bất thường trên Xquang [6]. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Tu-Hsuan Chang là 48% [7]; Xiaojian Cui và cộng sự là 56,5% [10]. Có thể cần cỡ mẫu lớn hơn để nghiên cứu thêm vấn đề này.

V. KẾT LUẬN

✓ Trẻ em bị COVID-19 thường ít triệu chứng hoặc không có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

✓ Trẻ em bị nhiễm bệnh không có triệu chứng lâm sàng hoặc cận lâm sàng có thể là một nguồn lây nhiễm COVID-19 quan trọng. Việc sớm phát hiện trẻ em bị bệnh là bắt buộc để quản lý COVID-19 và ngăn ngừa lây truyền dịch bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Di Nardo M., van Leeuwen G., Loreti A. et al (2021), "A literature review of 2019 novel coronavirus (SARS-CoV2) infection in neonates and children", *Pediatr Res.* 89(5), 1101-1108.
2. WHO (2021), WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard, truy cập ngày 23-10-2021, web <https://covid19.who.int/>.
3. General Office of the National Health Commission, Office of the State Administration of Traditional Chinese Medicine (2020), New Coronavirus Pneumonia Diagnosis and Treatment Plan (Trial Version 7) [EB/OL], truy cập ngày 25-10-2021 web <http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-03/04/5486705/files/ae61004f930d47598711a0d4cbf874a9.pdf>.
4. Wang Yongyan, Wang Xuefeng, Ma Rong (2020), "[Expert Consensus on the Diagnosis, Treatment and Prevention of Novel Coronavirus Infection in Children" (First Edition) Expert Interpretation of TCM Treatment]", *Chinese Science and Technology Journal Database.* 38(3), 1-3.
5. Lu X., Zhang L., Du H. et al (2020), "SARS-CoV-2 Infection in Children", *N Engl J Med.* 382(17), 1663-1665.
6. Yasuhara J., Kuno T., Takagi H. et al (2020), "Clinical characteristics of COVID-19 in children: A systematic review", *Pediatr Pulmonol.* 55(10), 2565-2575
7. Chang T. H., Wu J. L., Chang L. Y. (2020), "Clinical characteristics and diagnostic challenges of pediatric COVID-19: A systematic review and meta-analysis", *J Formos Med Assoc.* 119(5), 982-989.
8. Giacomet V., Stracuzzi M., Paradiso L. et al (2020), "Defining the clinical phenotype of COVID-19 in children", *Pediatr Allergy Immunol.* 31 Suppl 26(Suppl 26), 82-84.
9. Su L., Ma X., Yu H. et al (2020), "The different clinical characteristics of coronavirus disease cases between children and their families in China - the character of children

- with COVID-19", *Emerg Microbes Infect.* 9(1), 707-713.
10. Cui X., Zhang T., Zheng J. et al (2020), "Children with coronavirus disease 2019: A review of demographic, clinical, laboratory, and imaging features in pediatric patients", *J Med Virol.* 92(9), 1501-1510.
11. Zhang Huiting, Gao Xuan, Feng Ling (2020), "Clinical analysis of 8 cases of new coronavirus pneumonia in the perinatal period", *Journal of Chongqing Medical University.* 45(7), 916.
12. Chinese Medical Association Society of Pediatrics (2020), "[Recommendations for the diagnosis, prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection in children (first interim edition)]", *Zhonghua Er Ke Za Zhi.* 58(3), 169-174.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ DỰ ÁN CẢI TIẾN VÀ THỰC TRẠNG TUÂN THỦ VỆ SINH TAY BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HOÀN MỸ THỦ ĐỨC

Nguyễn Minh Trí¹, Lê Thị Diệu Linh¹, Nguyễn Thị Kim Huệ¹

TÓM TẮT³²

Mở đầu: Sự lây truyền qua bàn tay nhân viên y tế (NVYT) là một trong những nguyên nhân hàng đầu làm lây lan tác nhân NKBV. Vệ sinh tay (VST) làm giảm sự lây truyền này. Do vậy Bệnh viện quan tâm cải thiện tỉ lệ tuân thủ VST. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả cải thiện tỉ lệ tuân thủ VST thông qua dự án PDCA và thực trạng VST, các yếu tố liên quan đến mức độ tuân thủ của NVYT tại Bệnh viện.

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, quan sát, có can thiệp. Đánh giá hiệu quả biện pháp can thiệp đa mô thức trong 3 tháng thông qua chu trình cải tiến chất lượng PDCA liên tục. Thống kê mô tả toàn bộ cơ hội VST theo 5 thời điểm quan sát ở NVYT trong quá trình chăm sóc và điều trị người bệnh (NB) từ tháng 01-08/2021.

Kết quả: Áp dụng dự án PDCA, tỉ lệ tuân thủ VST và VST đúng của toàn Bệnh viện nói riêng và của từng khoa/phòng tăng dần theo tháng 01, 02, 03 năm 2021. Tỉ lệ tuân thủ VST, VST đúng toàn Bệnh viện trong 8 tháng đầu năm lần lượt là 98,7% và 93,8%.

Kết luận: Thực hiện đồng thời nhiều giải pháp như: Chọn hóa chất VST phù hợp, trang bị đầy đủ phương tiện VST, tập huấn nâng cao kiến thức, ý thức việc VST với nhiều hình thức khác nhau, có kế hoạch giám sát hàng ngày, nhắc nhở NVYT tuân thủ thực hành đồng thời có các giải pháp hành chính phù hợp. Dự án này có vai trò quan trọng trong việc nâng cao và duy trì việc tuân thủ VST và đạt chỉ tiêu đề ra.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn bệnh viện, dự án PDCA, vệ sinh tay, nhân viên y tế

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF IMPROVEMENT AND HAND HYGIENE COMPLIANCE STATUS AT HOAN MY THU DUC HOSPITAL

¹Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Trí

Email: tri.nguyen3@hoanmy.com

SĐT: 0903577058

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

Background: Transmission through the hands of healthcare workers (HCWs) is one of the leading causes of healthcare-associated infection agent transmission. Hand hygiene (HH) reduces this transmission. Therefore, hospitals are interested in improving the HH compliance rate. This study aims to measure the effectiveness of the PDCA project in improving HH compliance, and HH compliance state in HCWs at Hoan My Thu Duc Hospital.

Method: A prospective, observational study, within an intervention program. Evaluation of the effectiveness of multimodal intervention program via ongoing PDCA cycle. Descriptive statistics were used for all HH opportunities observed in HCWs when they carried out routine care and treatment on patients from January to August 2021.

Results: PDCA project, the HH compliance and correct HH technique rate at each department and the whole hospital generally increasing gradually from January to March 2021. The proportion of compliance and correctness of HH in the first 8 months of this year were 98.7% and 93.8% respectively.

Conclusions: We have been developing a multimodal HH strategy such as: using less irritating hand rub products, ensuring full access to HH facility, applying different approaches to enhance HCWs' knowledge and awareness, observation, and feedback planning, reminding and supervising HCWs to regularly and actively practice HH with different administrative solutions. This improvement project is vitally important to improve, sustain HH practices and achieve the Hospital's HH compliance target.

Keywords: healthcare-associated infections, PDCA project, hand hygiene, healthcare worker

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo tổ chức Y tế thế giới (WHO), nhiễm

khuẩn bệnh viện (NKBV) là những nhiễm khuẩn mắc phải trong thời gian người bệnh (NB) điều trị tại bệnh viện và nhiễm khuẩn này không hiện diện cũng như không nằm trong giai đoạn ủ bệnh tại thời điểm nhập viện. NKBV thường xuất hiện sau 48 giờ kể từ khi người bệnh nhập viện [8].

Có nhiều phương thức lây truyền tác nhân gây NKBV, tuy nhiên sự lây truyền qua bàn tay nhân viên y tế (NVYT) là một trong những nguyên nhân hàng đầu. Các vi khuẩn gây bệnh từ NB truyền qua tay của NVYT, làm cho bàn tay của NVYT có thể là nguồn chứa các vi khuẩn gây bệnh [8].

Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức (HMTĐ) đã và đang triển khai thực hiện các biện pháp nhằm nâng cao chất lượng điều trị, giảm thiểu tuyệt đối NKBV tại Bệnh viện. Việc giám sát tuân thủ VST thường xuyên giúp đánh giá được mức độ tuân thủ, các yếu tố ảnh hưởng việc tuân thủ VST của nhân viên, từ đó có những can thiệp hiệu quả góp phần đảm bảo an toàn trong chăm sóc và điều trị NB. Xuất phát từ thực tế đó, đề tài **Đánh giá hiệu quả các biện pháp can thiệp và thực trạng tuân thủ vệ sinh tay tại Bệnh viện HMTĐ** được tiến hành với mục tiêu (1) Đánh giá hiệu quả cải thiện tỉ lệ tuân thủ VST đạt chỉ tiêu Bệnh viện đề ra thông qua dự án PDCA và (2) Mô tả thực trạng vệ sinh tay và các số yếu tố liên quan, từ đó có giải pháp duy trì mức tuân thủ VST đã đạt được và đạt chỉ tiêu Bệnh viện đề ra.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng: NVYT chăm sóc NB tại Bệnh viện.

Năm thời điểm VST theo WHO: (1) Trước tiếp xúc NB, (2) Trước thực hiện thủ thuật sạch, vô khuẩn (3) Sau tiếp xúc NB (4)

Sau tiếp xúc dịch và (5) Sau tiếp xúc môi trường xung quanh NB

Kỹ thuật VST 6 bước: (B1) Chà 2 lòng bàn tay vào nhau (B2) Chà lòng bàn tay này lên mu bàn tay kia và ngược lại (B3) Chà 2 lòng bàn tay vào nhau và miết mạnh các ngón tay vào các kẽ ngón. (B4) Chà mu các ngón tay vào lòng bàn tay kia và ngược lại. (B5) Chà ngón cái của bàn tay này trong lòng bàn tay kia và ngược lại. (B6) Chà các đầu ngón tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang, bắt đầu bằng đánh giá tỉ lệ tuân thủ VST trong 2 tuần trước thực hiện can thiệp. Sau đó tiến hành can thiệp, thông qua chu trình cải tiến chất lượng PDCA trong thời gian 3 tháng (từ tháng 01-03/2021).

Thống kê mô tả toàn bộ cơ hội VST theo 5 thời điểm quan sát ở NVYT trong quá trình chăm sóc và điều trị NB tại Bệnh viện HMTĐ từ tháng 01-08/2021.

Cỡ mẫu: Lấy toàn bộ các cơ hội VST quan sát được từ tháng 01-08/2021.

Xử lý số liệu: Số liệu thu thập bằng phần mềm “Giám sát VST tập đoàn” và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS, Excel 2016.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện với sự đồng ý của Hội đồng Đạo đức Bệnh viện. Các số liệu thông tin thu thập được chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu, không sử dụng cho bất cứ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1 Kết quả giám sát tuân thủ vệ sinh tay từ 21/12/2020 đến 02/01/2021

Tổng số cơ hội quan sát được: 280, số cơ hội tuân thủ: 212.

Tỉ lệ tuân thủ VST là 75,7% (212/280)

Tỉ lệ tuân thủ VST trong 2 tuần trước can thiệp 75,7% thấp hơn mục tiêu. Áp dụng chu trình cải tiến chất lượng PDCA để cải thiện tỉ lệ tuân thủ VST nhằm đạt mức yêu cầu của Bệnh viện đề ra (tỉ lệ tuân thủ VST, VST đúng lần lượt là >90%, >80%).

3.2 Dự án Cải thiện tỉ lệ tuân thủ vệ sinh tay

Dự án gồm các bước sau:

Bước 1: Lập Kế hoạch

Xác định vấn đề hoặc cơ hội cần cải tiến.

Tỉ lệ tuân thủ VST từ 21/12/2020 đến 02/01/2021 là 75,7% (thấp so với mức cần đạt >90%)

Thu thập và phân tích dữ liệu liên quan đến vấn đề

Xác định nguyên nhân tiềm ẩn của vấn đề:

Thực trạng Bệnh viện vừa bắt đầu hoạt động có các đặc điểm như sau:

Nhân viên tập hợp từ nhiều bệnh viện, vùng miền khác nhau. Vì vậy sự nhận thức về tầm quan trọng cũng như thấy được sự cần thiết của VST là khác nhau.

Công việc tuy chưa nhiều nhưng còn lúng túng khi làm việc trong môi trường có quy trình vận hành khác với nơi làm việc trước đây dẫn đến ít tập trung vào việc VST.

Tìm hiểu nguyên nhân: dựa vào bảng các yếu tố ảnh hưởng đến sự tuân thủ VST ở NVYT của tác giả Pitter D. (2000) [7]. Xem xét các yếu tố phù hợp với các đặc điểm mới bắt đầu hoạt động của Bệnh viện.

Phát triển các giải pháp giải quyết được nguyên nhân gốc rễ của vấn đề:

Phát triển được 6 giải pháp (1) Chọn hóa chất VST phù hợp (2) Sự sẵn có phương tiện VST (3) Tập trung công việc, quên VST (4) Tin tưởng vào hiệu quả, thông tin khoa học (5) Biện pháp thúc đẩy từ lãnh đạo (6) Biện pháp hành chính nếu không tuân thủ.

Bước 2: Thực hiện

Thực hiện đồng thời nhiều giải pháp đã lên kế hoạch để giải quyết nguyên nhân của vấn đề và đạt mục tiêu đề ra.

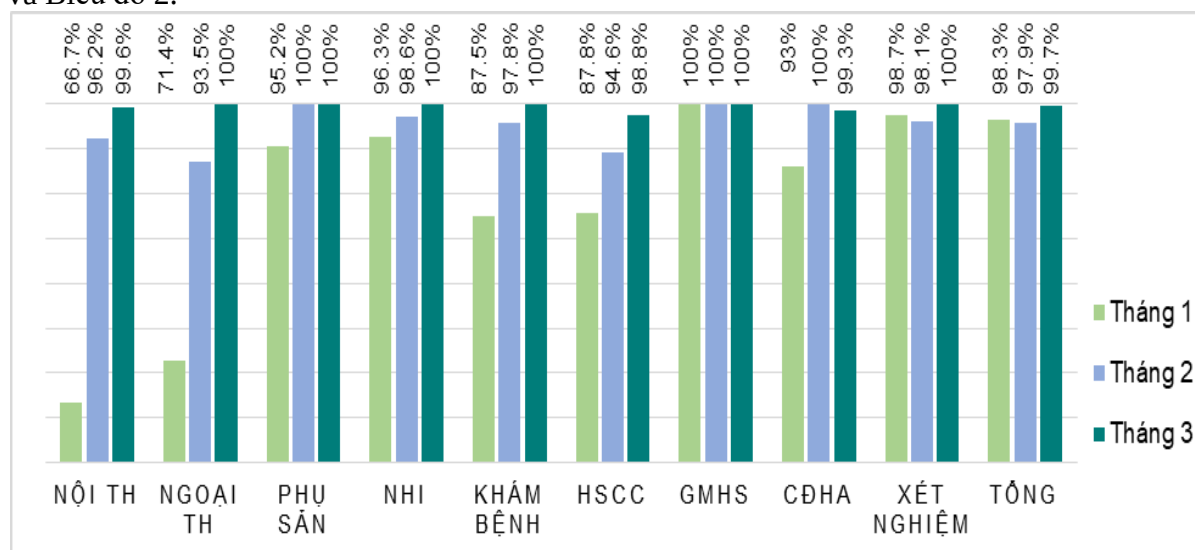
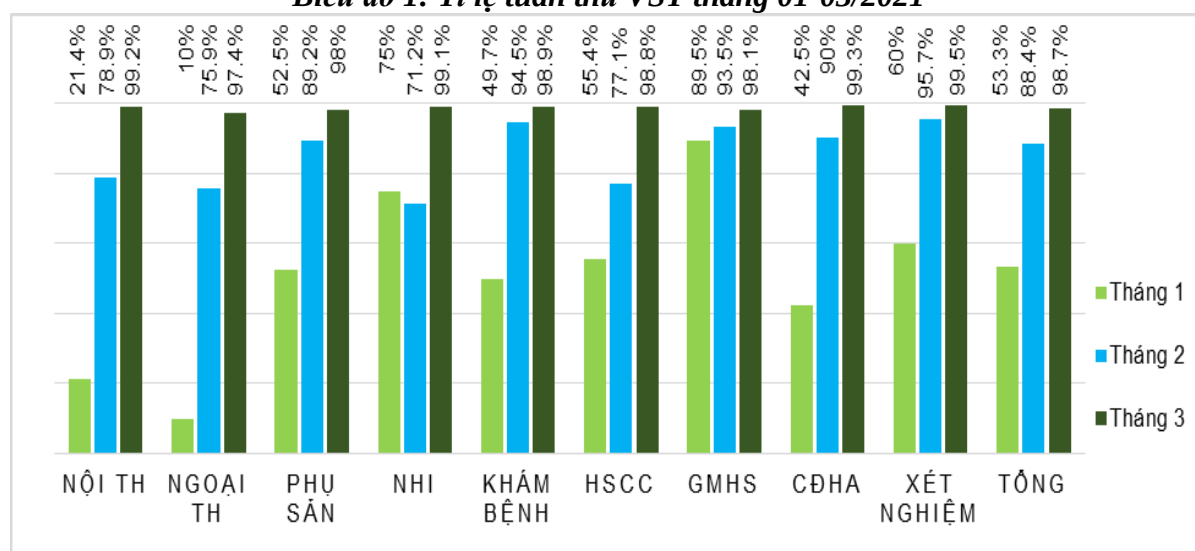
Bước 3: Kiểm tra

Đánh giá kết quả tổng kết hằng ngày, hàng tuần, hằng tháng.

Bảng 1: Số cơ hội VST quan sát được qua các tháng

Tháng	Tháng 1	Tháng 2	Tháng 3
Số cơ hội VST quan sát được	580	979	1862

Tỉ lệ tuân thủ VST và VST đúng tháng 01, 02, 03 năm 2021 được trình bày trên Biểu đồ 1 và Biểu đồ 2.

**Biểu đồ 1: Tỉ lệ tuân thủ VST tháng 01-03/2021****Biểu đồ 2: Tỉ lệ VST đúng tháng 01-03/2021**

Qua Biểu đồ 1 và Biểu đồ 2 cho thấy:

Tỉ lệ tuân thủ VST và VST đúng của toàn Bệnh viện và riêng của từng khoa/phòng tăng dần theo thời gian từ tháng 01-03/2021.

Tháng 3/2021 tỉ lệ tuân thủ VST đạt 99,7%, VST đúng đạt 98,7%. Đã đạt mức yêu cầu của Bệnh viện đề ra (tỉ lệ tuân thủ VST, VST đúng > 90%, > 80%).

Bước 4: Hành động

Duy trì giám sát và các biện pháp tăng cường tuân thủ VST và VST đúng dựa trên kế hoạch đã được Ban Giám đốc phê duyệt.

Kết hợp với phòng Nhân sự tập huấn, phổ biến quy định của Bệnh viện đến nhân viên mới tuyển dụng.

Kế hoạch giám sát liên tục: Duy trì giám

sát tuân thủ VST và VST đúng (số cơ hội >1000 cơ hội/ tháng), tổng kết báo cáo hằng ngày, hằng tháng, hằng quý đến Ban Giám đốc và phụ trách các khoa/phòng trong Bệnh viện.

3.3 Thực trạng tuân thủ VST và hiệu quả can thiệp của Dự án PDCA tại Bệnh viện HMTĐ

Kết quả nghiên cứu trên 8180 cơ hội VST quan sát được có 4341 cơ hội quan sát ở đối tượng ĐD/NHS chiếm 53,1%, gấp hai lần cơ hội quan sát ở Bác sĩ 2139 (26,1%); kế đó là Hộ lý 190 (2,3%); TKYK có cơ hội VST ít nhất 113 (1,4%)

- Tỉ lệ tuân thủ VST chung toàn Bệnh viện

Bảng 2: Tỉ lệ tuân thủ VST toàn Bệnh viện

Số cơ hội quan sát	Số VST	Tỉ lệ tuân thủ (%)	Số VST đúng	Tỉ lệ VST đúng (%)
8180	8074	98,7	7576	93,8

Số liệu về mức độ tuân thủ VST giám sát được trình bày ở Bảng 2. Trên bảng này, tỉ lệ tuân thủ VST và VST đúng lần lượt là 98,7% và 93,8%, đạt chỉ tiêu Bệnh viện đề ra (tỉ lệ tuân thủ VST, VST đúng > 90%, > 80%).

Tỉ lệ này là cao hơn nhiều so với tỉ lệ tuân thủ VST tại Bệnh viện E năm 2020 khảo sát trên 2052 cơ hội VST với tỉ lệ tuân thủ VST chung là 66,67% [1]. Bệnh viện Sản – Nhi Trà Vinh năm 2020 là 33,3% [4]. Bệnh viện Nguyễn Tri Phương tổng kết 9 tháng đầu năm 2018, tỉ lệ tuân thủ VST quan sát ở 5275 cơ hội là 18,16% [5]. Bệnh viện Đa khoa Xuyên Á năm 2017 tỉ lệ tuân thủ VST 74,1% [2]. Là Bệnh viện tư nhân, khám

chữa bệnh dịch vụ, yêu cầu chất lượng cao từ sự chăm sóc và điều trị của NVYT. Bệnh viện luôn chú trọng đến việc tuân thủ VST của NVYT với mục tiêu đặt ra tỉ lệ tuân thủ VST đạt >90%.

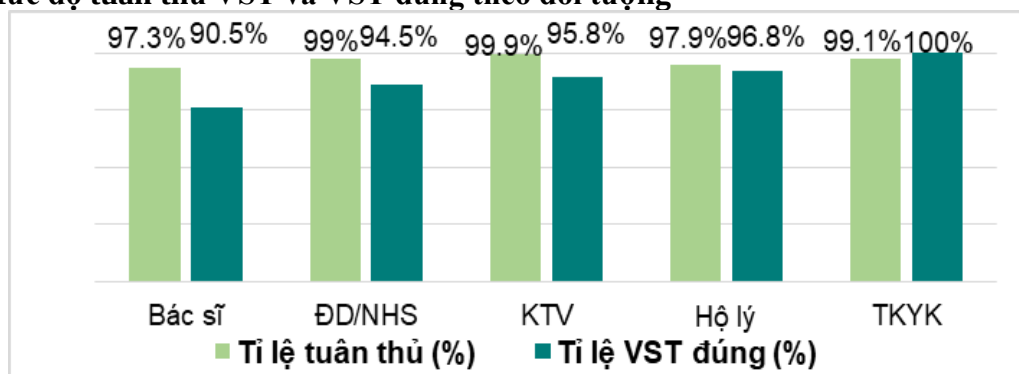
Hiệu quả can thiệp của Dự án PDCA

Thời gian từ 21/12/2020 đến 02/01/2021, tỉ lệ tuân thủ VST là 75,7% thấp hơn mức cần đạt của Bệnh viện (>90%). Tiến hành áp dụng dự án cải thiện tỉ lệ tuân thủ VST theo chu trình cải tiến chất lượng PDCA. Sau can thiệp, tỉ lệ tuân thủ VST 8 tháng đầu năm 2021 của Bệnh viện đạt 98,7%, tăng 23%. Mức này là tương ứng với hiệu quả can thiệp của Bischoff và cs, nghiên cứu đánh giá hiệu quả can thiệp nhiều yếu tố như giáo dục, can

thiệp phản hồi, nâng cao nhận thức và ý nghĩa của việc VST đối với NB ở hai đơn vị chăm sóc tích cực và một bệnh viện hạng ba, kết quả nghiên cứu tỉ lệ tuân thủ VST trước và sau can thiệp tăng 25% [6]. Hiệu quả của

biện pháp can thiệp đa mô thức trong cải thiện tỉ lệ tuân thủ VST của NVYT tại bệnh viện Chợ Rẫy thu được trước và sau can thiệp tăng từ 25,8% lên đến 60,2% [3].

- Mức độ tuân thủ VST và VST đúng theo đối tượng



Biểu đồ 3: Tỉ lệ tuân thủ VST và VST đúng theo đối tượng

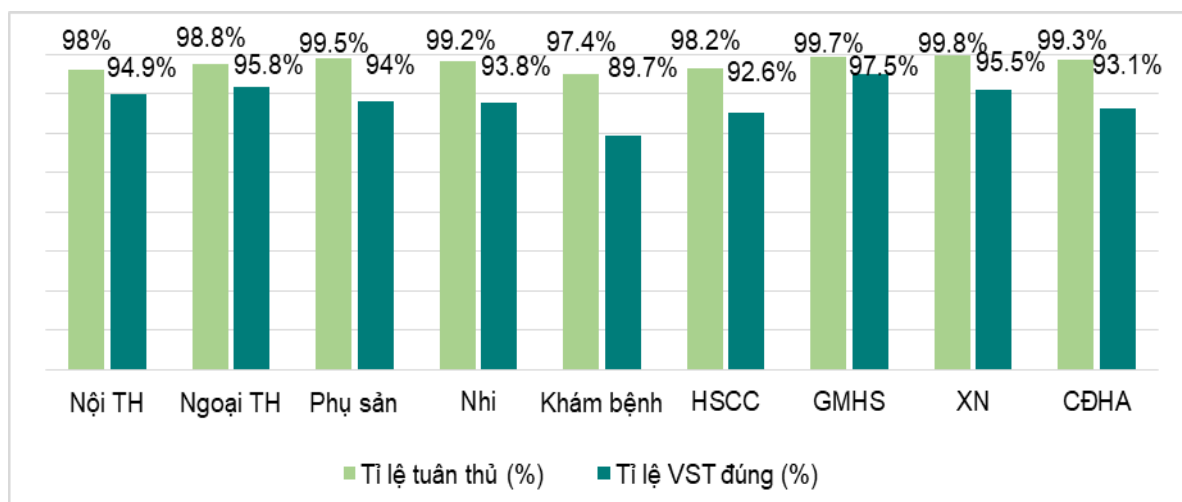
Kết quả về mức độ tuân thủ VST và VST đúng theo đối tượng được trình bày trên Biểu đồ 3. Trên biểu đồ này, tỉ lệ tuân thủ cao nhất là KTV (99,8%) và thấp nhất là Bác sĩ (97,3%). Bác sĩ cũng là đối tượng có tỉ lệ VST đúng thấp nhất. Đặc biệt, TKYK là đối tượng có tỉ lệ VST đúng đạt 100%.

Tỉ lệ tuân thủ xếp theo đối tượng có thứ tự KTV (99,8%), ĐD/NHS (99,1%), TKYK (99,1%), Hộ lý (97,9%) và Bác sĩ (97,3%). Bác sĩ có tỉ lệ tuân thủ VST thấp hơn so với các đối tượng còn lại. Sự khác nhau về việc tuân thủ VST giữa các đối tượng có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$.

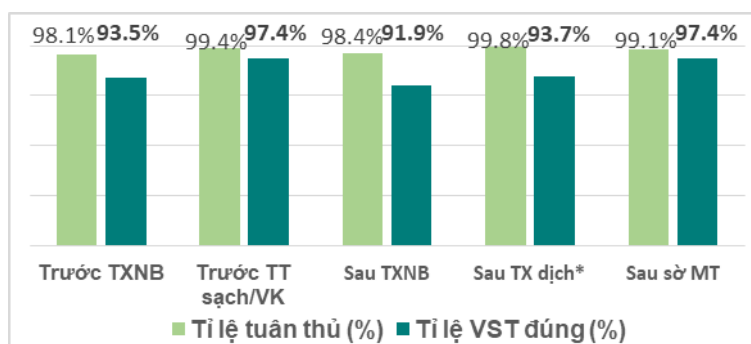
- Mức độ tuân thủ VST và VST đúng theo Khoa/ Phòng

Mức độ tuân thủ VST và VST đúng được trình bày trên Biểu đồ 4. Theo Biểu đồ 4, hầu hết các khoa/phòng có tỉ lệ tuân thủ VST, tỉ lệ VST đúng đạt >90%, ngoại trừ tỉ lệ VST đúng khoa Khám bệnh đạt 89,7%.

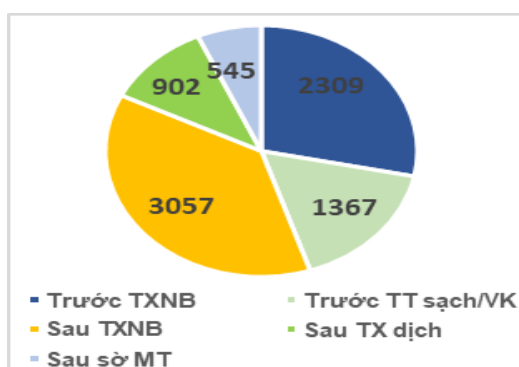
Khoa Khám có tỉ lệ tuân thủ VST thấp nhất trong các khoa tại Bệnh viện. Với đặc thù của khoa có lượt khám bệnh mỗi ngày đông thường tập trung vào giờ cao điểm từ 7h-10h sáng, để tăng cường việc tuân thủ VST và VST đúng cho NVYT cần áp dụng các giải pháp như: trang bị phương tiện VST ở vị trí thuận lợi đồng thời tăng cường giám sát để nhắc nhở NVYT tuân thủ VST.



Biểu đồ 4: Tỷ lệ tuân thủ VST và VST đúng theo khoa/phòng
- Mức độ tuân thủ VST và VST đúng theo thời điểm VST



Biểu đồ 5: Tỷ lệ tuân thủ VST và VST đúng theo thời điểm



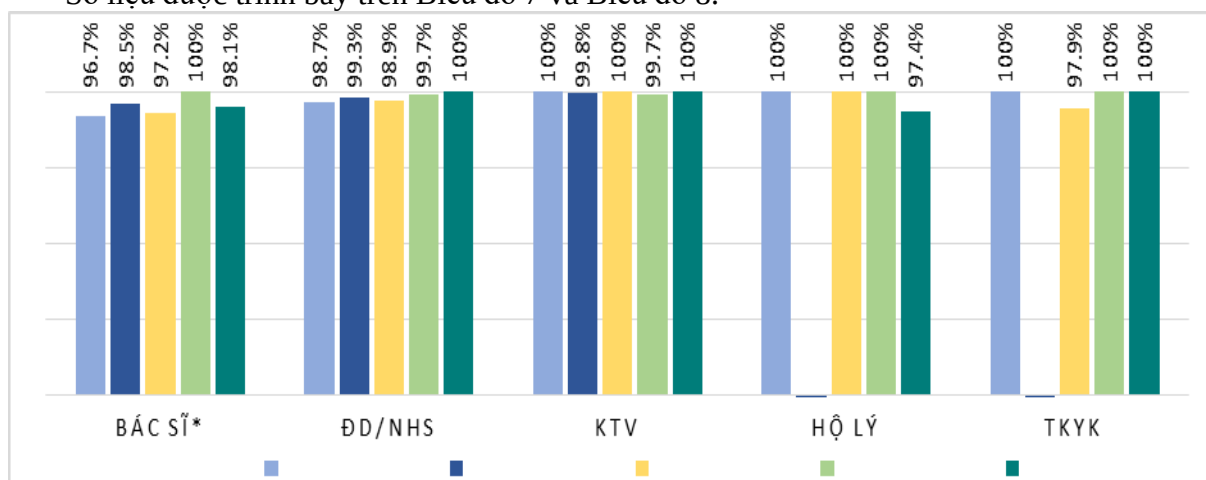
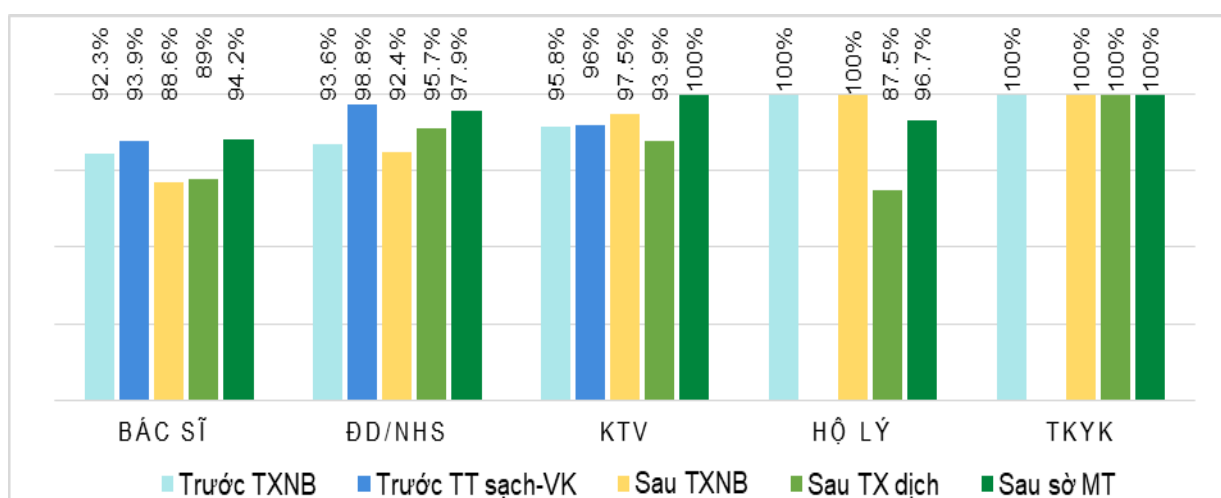
Biểu đồ 6: Phân bố cơ hội VST quan sát theo thời điểm

Phân bố số cơ hội trên Biểu đồ 5 và tỷ lệ tuân thủ VST và VST đúng được trình bày trên Biểu đồ 6. Tỷ lệ tuân thủ VST theo 5 thời điểm có Sau TX dịch cao nhất (99,8%),

thấp nhất là Trước TXNB (98,1%). Thời điểm Sau TXNB có số cơ hội VST nhiều nhất, trong khi đó số cơ hội vệ sinh tay đúng 2765/3057 tổng cơ hội VST quan sát được, dẫn đến nguy cơ lây nhiễm trong Bệnh viện. Ở các thời điểm Trước tiếp xúc NB và Sau tiếp xúc NB với tỷ lệ tuân thủ thấp, đây là hai thời điểm quan sát nhiều ở NVYT trong quá trình khám, tiếp xúc NB ở các bệnh phòng. Các vi khuẩn gây bệnh lây nhiễm không nhìn thấy được bằng mắt thường, nên tầm quan trọng của việc VST chưa được mọi người chú ý. Cần tăng cường giám sát, thảo luận vai trò việc tuân thủ VST, từ đó đi đến sự đồng thuận thực hiện tốt hơn.

- Mức độ tuân thủ VST, VST đúng của các đối tượng theo thời điểm VST

Số liệu được trình bày trên Biểu đồ 7 và Biểu đồ 8.

**Biểu đồ 7: Tỷ lệ tuân thủ VST đối tượng theo thời điểm****Biểu đồ 8: Tỷ lệ VST đúng đối tượng theo thời điểm**

Thời điểm Sau TX dịch, cho thấy mức tuân thủ VST, VST đúng cao hơn ở các thời điểm khác. Sự khác nhau về việc tuân thủ VST giữa thời điểm Sau TX dịch với các thời điểm còn lại có ý nghĩa ($p < 0,01$). Điều này cho thấy nhận thức của NVYT quan trọng trong việc tuân thủ VST. Do vậy việc tăng cường giám sát, hướng dẫn tại chỗ, tập huấn thường xuyên hơn là cần thiết để cải thiện việc VST và VST đúng.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ**Kết luận**

Vệ sinh tay là biện pháp đơn giản và hiệu quả nhất để bảo vệ người bệnh khỏi NKBV. Là một trong những tiêu chí đánh giá chất lượng chăm sóc và điều trị tại Bệnh viện. Thực hiện đồng thời nhiều giải pháp như: chọn hóa chất VST, trang bị đầy đủ phương tiện VST, tập huấn nâng cao kiến thức, ý thức tuân thủ VST bằng nhiều hình thức

khác nhau, có kế hoạch giám sát hàng ngày, nhắc nhở mọi người tuân thủ thực hành đồng thời có các giải pháp hành chính phù hợp. Điều này có vai trò quan trọng trong việc duy trì và nâng cao việc tuân thủ VST để đạt chỉ tiêu đề ra.

Tỉ lệ tuân thủ VST, VST đúng toàn Bệnh viện trong 8 tháng đầu năm 2021 lần lượt là 98,7% và 93,8%. Thời điểm tuân thủ VST cao nhất là sau tiếp xúc với dịch, đối tượng tuân thủ VST thấp nhất là Bác sĩ.

Kiến nghị

- Nhân viên giám sát KSNK theo dõi, đánh giá và áp dụng chu trình cải tiến chất lượng PDCA liên tục và linh hoạt.

- Để duy trì mức độ tuân thủ VST như mong muốn cần phát triển vai trò giám sát của Mạng lưới KSNK và nhân viên giám sát KSNK trong công việc giám sát, theo dõi, đánh giá, phản hồi liên tục đến tất cả nhân viên Bệnh viện về việc tuân thủ VST.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Vân Anh.** "Thực trạng tuân thủ vệ sinh tay thường quy trong chăm sóc người bệnh của nhân viên y tế ở các khoa lâm sàng tại Bệnh viện E năm 2020." (2021).
2. **Nguyễn Thị Bông và cs.** "Kiến thức, thực hành tuân thủ Vệ sinh tay của nhân viên y tế

tại Bệnh viện Xuyên Á năm 2017." Tạp chí Thời sự Y học 12 (2017).

3. **Trương Ngọc Hải và cs.** "Hiệu quả của biện pháp can thiệp đa mô thức trong cải thiện tỷ lệ tuân thủ rửa tay của nhân viên y tế tại Khoa Nội tổng quát Bệnh viện Chợ Rẫy." Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh 17.1 (2013).
4. **Nguyễn Phương Nam.** "Thực trạng tuân thủ vệ sinh tay thường quy của điều dưỡng và hộ sinh tại Bệnh viện Sản-Nhi Trà Vinh năm 2020 và một số yếu tố liên quan." Tạp chí Y học Cộng đồng 63.2 (2021).
5. **Phạm Ngọc Thu Trinh và cs.** "Thực trạng tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương 9 tháng đầu năm 2018." Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh 23.6 (2019).
6. **Bischoff, Werner E., et al.** "Handwashing compliance by health care workers: the impact of introducing an accessible, alcohol-based hand antiseptic." Archives of internal medicine 160.7 (2000): 1017-1021.
7. **Pitter, D.** "Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene." The Lancet 356.14 (2000): 1307-1312.
8. **World Health Organization.** "Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide." (2011)

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM CHUNG MÔ HÌNH BỆNH NGOẠI KHOA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HOÀN MỸ THỦ ĐỨC TỪ THÁNG 1/2021 ĐẾN 9/2021

Đặng Văn Đạt*

SUMMARY

A SURVEY OF GENERAL CHARACTERISTICS OF SURGICAL DISEASE PATTERN AT HOAN MY THU DUC INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL FROM JANUARY 2021 TO SEPTEMBER 2021

Background: With the mission of applying advanced medicine and management science to bring excellent clinical results and reasonable costs in medical examination and treatment activities, it is necessary to determine the target, so defining the disease pattern is extremely important for the development.

Purpose: Describe the general characteristics of patients and disease patterns of surgical specialties.

Method: A descriptive cross-sectional study was conducted on 3019 patients with surgical issues who came for examination and treatment at the clinic, emergency department and general surgery department at Hoan My Thu Duc International General Hospital from January 2021 to September 2021. Data collection based on Patient Records and Hospital information management software (HIS).

Results: Surgery patients are mainly male (54.9%) and 31 - 60 years old (53.1%). The majority of surgical patients come from Binh Duong (44%). April and May with the highest number of cases. Distribution of surgical groups in descending order: Orthopedic, neurological (58%), general surgery (15%), urological surgery (14%), thoracic surgery (13%).

Conclusion: Surgical diseases mainly belong to the group of orthopedic and neurological injuries. Priority should be given to the development of trauma specialties, improving skills in out-patient and in-hospital emergency and trauma care, and strengthening training in accident and injury first aid.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc xác định mô hình bệnh tật chuyên khoa hệ ngoại là rất cần thiết tại khoa cấp cứu, và phòng khám giúp cho bệnh viện và ngành y tế trong khu vực định hướng và chủ động trong công tác xây dựng dự án, đầu tư công tác phòng chống bệnh tật hiệu quả và có chiều sâu nhằm đưa ra các chiến lược định hướng trong tương lai.

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Khảo sát đặc điểm chung mô hình bệnh ngoại khoa tại Bệnh viện đa khoa quốc tế Hoàn Mỹ Thủ Đức”. Nhằm mục tiêu:

Khảo sát đặc điểm chung của các bệnh nhân thuộc chuyên khoa ngoại tại phòng khám và khoa cấp cứu Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ thủ đức.

*Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức

Chịu trách nhiệm chính: **Đặng Văn Đạt**

Email: dat.dang@hoanmy.com

SĐT: 0914118057

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng: Tất cả các bệnh nhân đến khám tại các phòng khám ngoại và tại khoa cấp cứu Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức từ 01/2021 đến 9/2021.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên các bệnh nhân đến khám bệnh tại phòng khám và tại khoa cấp cứu và khoa ngoại Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Chọn tất cả bệnh nhân khám ngoại trú tại phòng khám và điều trị nội trú tại khoa cấp cứu, khoa ngoại tổng hợp Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức từ 01/2021 đến 9/2021.

Phương pháp nghiên cứu: Sử dụng các hồ sơ bệnh án, các báo cáo thống kê lưu trữ tại phòng KHTH.

Thu thập và xử lý số liệu: Tuổi, giới, thời gian, các loại bệnh ngoại khoa thường gặp. Thống kê theo phương pháp thống kê y học

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh được chẩn đoán mà bệnh không có trong ICD - 10 theo khuyến cáo của WHO năm 1993 và các bệnh không thuộc bệnh ngoại khoa.

Số liệu sẽ được trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ phần trăm. Các biến số rời được phân tích được dạng phép kiểm chi bình phương và Fisher's exact test. $P < 0,05$ được xem là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16,0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

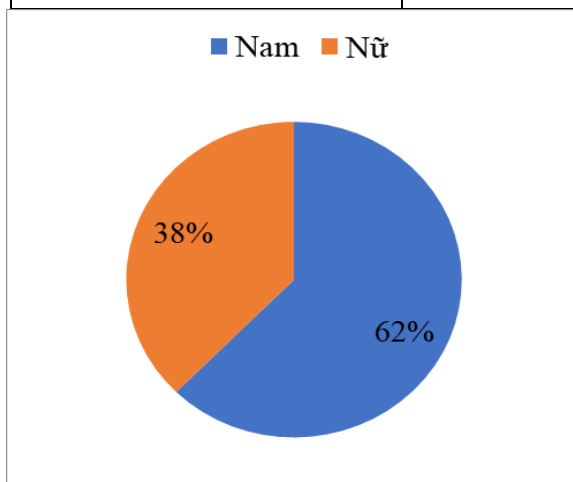
Tổng số bệnh nhân khám và điều trị nội trú tại khoa cấp cứu, khoa ngoại, và các

phòng khám ngoại từ tháng 01/2021 đến tháng 9/2021 là 3019 ca, nội trú là 763 ca, ngoại trú 2256 ca, có 5672 lượt khám ngoại trú.

3.1. Đặc điểm giới tính:

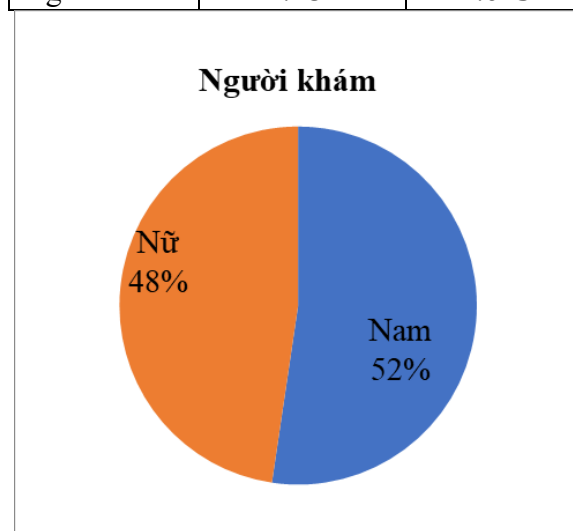
a. Nội trú khoa ngoại và khoa cấp cứu:

Nam	476
Nữ	287



b. Phòng khám ngoại:

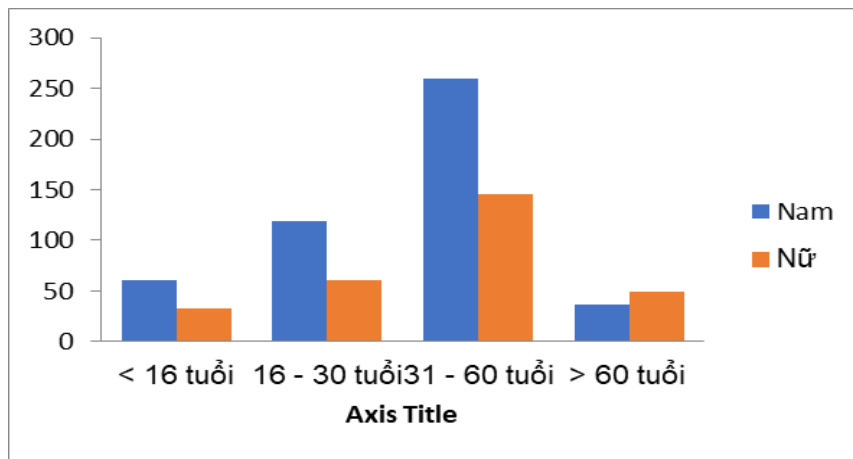
	Nam	Nữ
Người khám	1.181	1.075



3.2 Đặc điểm nhóm tuổi:

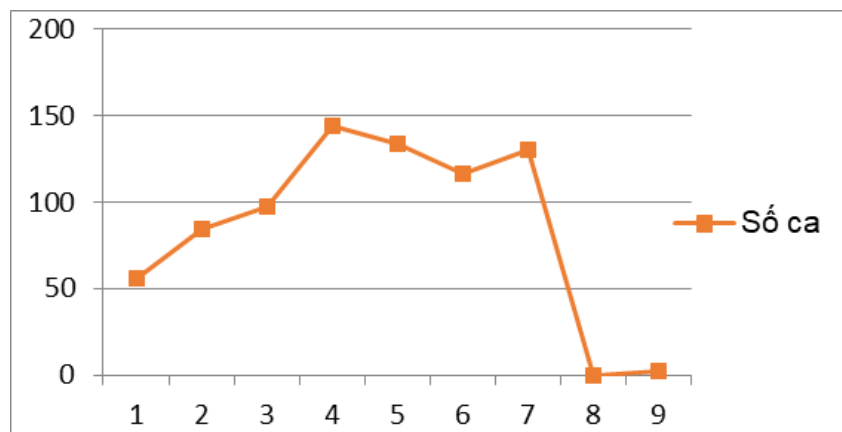
Tại khoa cấp cứu và nội trú khoa ngoại:

	Nam	Nữ
< 16 tuổi	60	33
16 - 30 tuổi	119	60
31 - 60 tuổi	260	145
> 60 tuổi	37	49

**3.3 Đặc điểm cơ cấu thời gian**

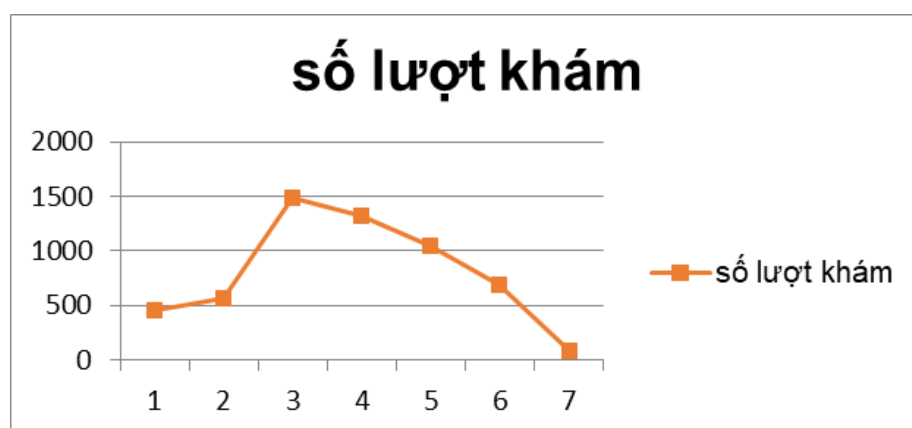
a. Tại khoa cấp cứu và nội trú khoa ngoại:

Tháng	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Số ca	56	84	97	144	134	116	130	0	2



b. Số lượt khám tại phòng khám ngoại:

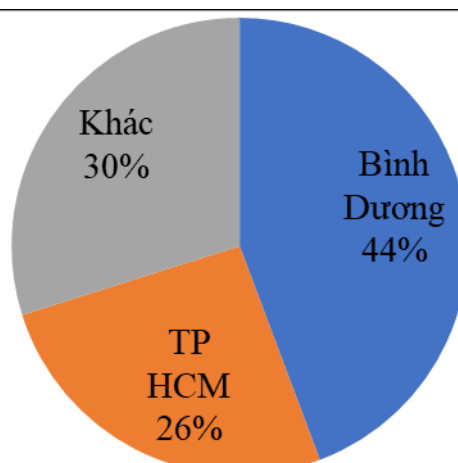
Tháng	1	2	3	4	5	6	7
Số lượt khám	456	571	1491	1320	1052	695	87



3.4 Đặc điểm vị trí địa lý:

Tại phòng khám ngoại:

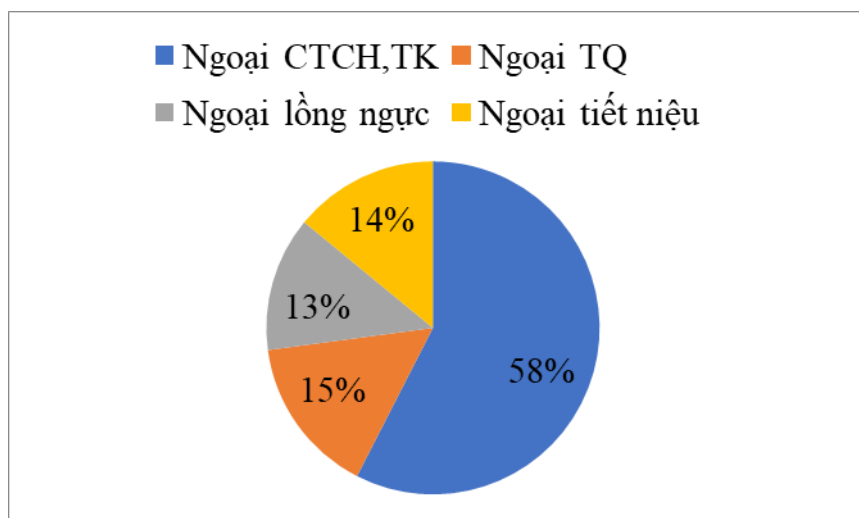
Bình Dương	999
TP HCM	583
Khác	674



3.5 Đặc điểm mô hình bệnh tật:

Phân loại bệnh theo chuyên khoa:

Ngoại CTCH,TK	1298
Ngoại TQ	346
Ngoại lồng ngực	295
Ngoại tiết niệu	317



V. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung: Tổng số bệnh nhân khám và điều trị nội trú tại khoa cấp cứu, khoa ngoại, và các phòng khám ngoại từ tháng 01/2021 đến tháng 9/2021 là 3019 ca.

Trong đó, số bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa cấp cứu và khoa ngoại tăng cao nhất tháng 4,5,6,7 là 524 ca chiếm 69% trong tổng số 763 ca phù hợp với sự phát triển và tăng trưởng chung của bệnh viện. Và thấp nhất vào tháng 8,9 có 02 ca (chiếm 0,0026%) vì đây là giai đoạn Bệnh viện chuyển đổi công năng sang điều trị Covid nên lượng bệnh ngoại khoa giảm đáng kể và thậm chí còn không có.

Đối với tỉ lệ nam nữ có khác biệt Nam chiếm tỉ lệ 62%, nữ chiếm tỉ lệ 38% cũng phù hợp với mô hình chung bệnh tật. Đối với ngoại khoa tỉ lệ chấn thương thường cao hơn so với nữ.

Đặc điểm lứa tuổi nhập viện cao nhất (31 – 60 tuổi) có 405 ca chiếm tỉ lệ 53% tổng số ca nhập viện vì đây là nhóm tuổi lao động thường mắc các bệnh ngoại khoa hơn.

Đối với phòng khám ngoại tổng số người khám 2256 ca và Tổng số lượt khám 5692 lượt, chứng tỏ trung bình một người có

khoảng trên 02 lượt khám, số lượt cao nhất vào tháng 3,4,5 (3863 lượt) chiếm tỉ lệ 68% trong đó nam 1181 lượt chiếm 52%, nữ 1075 lượt chiếm 48% tỉ lệ này tương đối đều nhau đối với số người khám bệnh và số lượt khám bệnh, tỉ lệ này thấp nhất vào tháng 7 (87 lượt khám) tháng 8,9 không lượt khám vì giai đoạn này đỉnh của dịch Covid nên ít người đi khám bệnh.

Đặc điểm về chuyên khoa ngoại chấn thương chỉnh hình và thần kinh có 1298 ca chiếm 58% thể hiện khu vực có tiềm ẩn nhiều về bệnh cơ xương khớp, thần kinh cột sống, cần có những chuyên đề giới thiệu cho người dân về cách phòng chống các bệnh về bệnh cơ xương khớp, thần kinh cột sống nhằm giảm nguy cơ biến chứng của các bệnh trên và tư vấn người dân khám bệnh kịp thời tầm soát bệnh nhằm nâng cao chất lượng sống.

Đặc điểm địa lý có sự phân bố cụ thể Bình dương 999 ca 44% chiếm tỉ lệ cao nhất phù hợp với vị trí địa lý và trục giao thông thuận lợi với khu vực Bình dương, Tp Hồ chí minh có 583 ca chiếm tỉ lệ 26% vì đây là khu vực phía đông thành phố giao thông chưa thuận tiện để người bệnh từ trung tâm chuyển ra khu vực phía đông khám và điều

trị. Còn lại khu vực khác có 764 ca chiếm 30%.

VI. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 3013 bệnh nhân khám và điều trị nội trú tại khoa cấp cứu, khoa ngoại, tăng cao nhất tháng 4,5,6,7 phù hợp với sự phát triển và tăng trưởng chung của bệnh viện. Đặc biệt tăng mạnh về số lượng khám về chấn thương chỉnh hình. Tuy nhiên là bệnh viện nằm khu vực phía đông thành phố giáp danh tỉnh bình dương và đồng nai, vì vậy chúng ta phải tập trung mạnh về chuyên môn kỹ thuật, trang thiết bị, đội ngũ nhân viên chuyên nghiệp, phối hợp Marketing, truyền thông để người dân khu vực Bình dương, Đồng nai biết đến các dịch vụ kỹ thuật để người dân được hưởng những kỹ

thuật mới, hiện đại của chúng ta trong những năm tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2000).** Nghị quyết của chính phủ về định hướng chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân trong thời gian 1996 – 2000
2. **Võ Văn Ty.** Khảo sát mô hình bệnh tật và tử vong tại bệnh viện Thống Nhất năm 2010.
3. Cao Khả Anh. Nhận xét mô hình bệnh tật tại bệnh viện Ninh Hòa – Khánh Hòa từ 1997-1999. Luận văn tốt nghiệp Bs CK1 cộng đồng – ĐH Y Huế.
4. **Đỗ Chí Cường** “Mô hình bệnh tật của người cao tuổi tại bệnh viện Thống Nhất năm 2009-2010”.

TỔNG KẾT CÔNG TÁC DINH DƯỠNG CHO NGƯỜI BỆNH COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN ĐIỀU TRỊ COVID-19 HOÀN MỸ THỦ ĐỨC KHÓ KHĂN VÀ HƯỚNG GIẢI QUYẾT

Phạm Phước Thành*

TÓM TẮT

Trong kế hoạch đối phó của toàn thành phố đối với đại dịch do coronavirus (COVID-19) do Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh chỉ đạo, trong làn sóng dịch COVID-19 lần 4 ở TP.HCM, từ ngày 1 tháng 6 đến ngày 31 tháng 10 năm 2021,

việc chuyển đổi công năng từ Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hoàn Mỹ Thủ Đức (BVĐKQTHMTĐ) thành Bệnh viện Điều trị Covid-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức (BVĐTCHMTĐ) đã diễn ra nhằm hỗ trợ hệ thống chăm sóc sức khỏe đang quá tải của thành phố. BVĐTCHMTĐ giao nhiệm vụ hoạt động dinh dưỡng để cung cấp bữa ăn cho bệnh nhân và đánh giá dinh dưỡng lâm sàng cho bệnh nhân COVID-19 đang điều trị. Trong bài báo cáo này, chúng tôi tổng hợp kinh nghiệm của đội ngũ dinh dưỡng tại BVĐTCHMTĐ, để chia sẻ thực hành của chúng tôi trong điều trị trong thời gian chuyển đổi cho những bệnh viện chuyển đổi cộng năng điều trị Covid-19 trong tương lai. Sau

**Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hoàn Mỹ Thủ Đức*

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Phước Thành

Email: Thanhpham1988@gmail.com

SĐT: 0907222769

Ngày nhận bài: **25/11/2021**

Ngày phản biện khoa học: **08/12/2021**

Ngày duyệt bài: **13/12/2021**

đó, chúng tôi giải thích những thách thức trong việc thực hiện, phục vụ và cung cấp dịch vụ, do sự thiếu hụt nhân sự, nguồn cung cấp và thiết bị. Chúng tôi kết luận bằng cách đề xuất các giải pháp để vượt qua những thách thức này, đồng thời đề xuất thiết lập một mô hình đào tạo, hướng dẫn và tuyển dụng nhân sự để cung cấp các dịch vụ dinh dưỡng tốt hơn trong tương lai.

SUMMARY

SUMMARY OF NUTRITION PRACTICE FOR COVID-19 PATIENTS AT TREATING COVID-19 HOAN MY THU DUC HOSPITAL DIFFICULTIES AND SOLUTIONS

As part of the city-wide approach to the coronavirus disease (COVID-19) pandemic, directed by the Department of Health of Ho-Chi-Minh City (HCMC), during HCMC surge of COVID-19, from 1st of June to 31 October 2021, the conversion of Hoan My Thu Duc International General Hospital (HMTDIGH) to Treating Covid-19 Hoan My Thu Duc Hospital (TCHMTDH) took place to support the city's overwhelmed healthcare system. The TCHMTDH tasked nutrition operations to provide patient meals and clinical nutrition evaluations to convalescent COVID-19 patients. In this case study, we summarize the experiences of the nutrition team at the TCHMTDH, to share our practices for future converting treating Covid-19 hospital. We then explain the challenges in service performance, due to personnel, supply, and equipment shortages. We conclude by suggesting solutions to overcome these challenges, and establishing a training and staffing model for providing better nutrition services in the future.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng là một yếu tố quan trọng trong điều trị và giúp bệnh nhân (BN) phục hồi sau bệnh. Bộ Y tế đã ban hành hướng

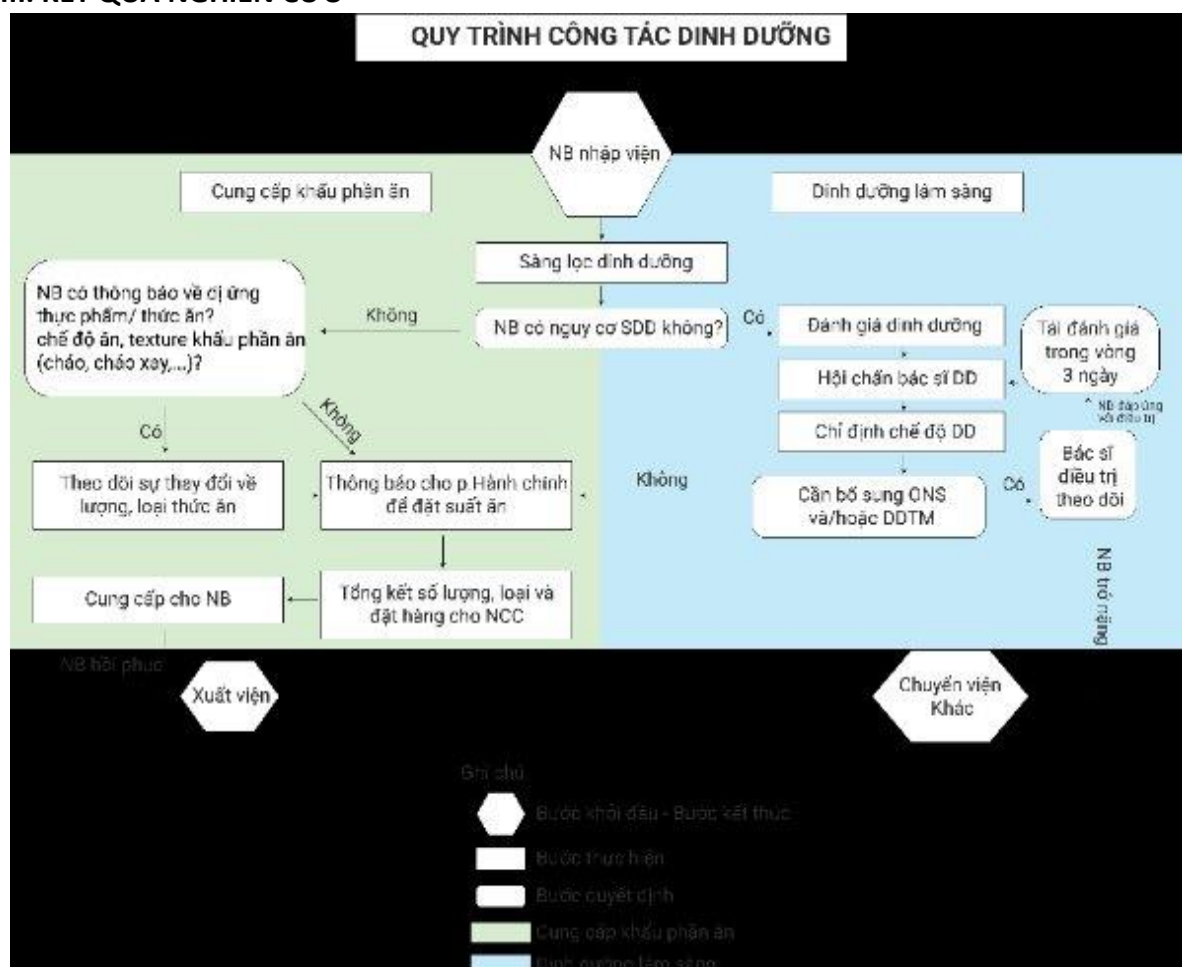
dẫn điều trị dinh dưỡng cho BN Covid vào tháng 08/2020 để phục vụ công tác điều trị dinh dưỡng trong cả nước. Với diễn biến rất phức tạp của làn sóng lần thứ 4, TPHCM đã áp dụng chỉ thị 16+ khiến cho việc vận chuyển thực phẩm giữa các tỉnh lân cận vào TPHCM trở nên rất khó khăn, cũng như những tài xế cũng bị nhiễm bệnh, khiến cho nguồn thực phẩm trở nên hạn chế, về số lượng cũng như chất lượng, giá thực phẩm tăng cao, làm ảnh hưởng trực tiếp đến công tác điều trị dinh dưỡng, cũng như chế biến thức ăn cho bệnh nhân và nhân viên y tế, không chỉ tại bệnh viện Điều trị Covid-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức (BVĐTCHMTĐ) mà cũng như các bệnh viện dã chiến, bệnh viện điều trị Covid khác.

Trong bài tổng kết này, chúng tôi mô tả lại những kinh nghiệm điều trị dinh dưỡng của Tổ Dinh dưỡng (TDD) trong suốt thời gian chuyển đổi công năng, từ 01/08/2021 đến 19/10/2021 của BVĐTCHMTĐ. Cấu trúc của bài này như sau: Đầu tiên chúng tôi mô tả tổ chức hoạt động của BVĐTCHMTĐ, thành viên của mạng lưới dinh dưỡng nội viện, và dòng thời gian của công tác dinh dưỡng. Tiếp theo là Cách vận hành công tác điều trị dinh dưỡng: (i) cung cấp khẩu phần ăn cho BN nằm viện; (ii) hội chẩn dinh dưỡng cho BN cần tăng cường về mặt dinh dưỡng và BN trong ICU. Cuối cùng, chúng tôi bàn luận về những khó khăn trong suốt thời gian chuyển đổi công năng, đồng thời cũng là thời gian giãn cách xã hội theo chỉ thị 16+, và những hướng giải quyết để vượt qua những khó khăn đó.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu điển hình này, chúng tôi mô tả những kinh nghiệm thực hành dinh dưỡng tại BVĐTCHMTĐ trong giai đoạn chuyển đổi công năng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Hình 1: Quy trình công tác dinh dưỡng trong giai đoạn chuyển đổi công năng của BVĐTCHMTĐ

	Báo cáo ngày 21/09/2021	Báo cáo ngày 28/09/2021	Báo cáo ngày 05/10/2021	Báo cáo ngày 12/10/2021
Khoa Nội lều 3	20	0	100	100
Khoa Nội – khu Sản	60	80	100	100
Khoa Nội – khu Nhi	20	80	100	100
Khoa ICU	20	80	100	100

Hình 2: Bảng kiểm tra công tác dinh dưỡng tại các khoa điều trị Covid-19. Nội dung là phần trăm (%) tỉ lệ tuân thủ thực hiện điền phiếu đánh giá dinh dưỡng sau khi kiểm tra ngẫu nhiên 5 hồ sơ tại khoa.

	THỨ 2	THỨ 3	THỨ 4	THỨ 5	THỨ 6	THỨ 7	CHỦ NHẬT
	27/09/2021	28/09/2021	29/09/2021	30/09/2021	01/10/2021	02/10/2021	03/10/2021
SÁ NG	Hủ tiếu sườn	Miến gà	Bún bò huế	Nui thịt băm rau củ	Bún mọc	Bánh canh sườn heo	Phở bò
	Cháo thịt băm cải ngọt	Cháo thịt bò nấu cải	Cháo gà đậu xanh	Cháo thịt băm bí đỏ	Cháo thịt băm cà rốt	Cháo thịt cải ngọt	Cháo thịt băm bí đao
TR U A	Ba rọi kho tiêu	Thịt kho trứng	Cá basa kho tộ	Ba rọi cháy sả	Giò heo hầm đông cô	Cốt lếch cháy tỏi	Cá điêu hồng chiên sốt cà
	Cá saba kho khế	Bò xào hành cần	Xíu mại rim tương	Đậu hũ nhồi thịt	Cá biển chiên	Cá nục kho cà	Bò xào sả ớt
	Cháo thịt bò đậu xanh	Cháo thịt băm đậu đỏ	Cháo thịt băm cà rốt	Cháo tôm cải thảo	Cháo bò đậu trắng	Cháo bò đậu xanh	Cháo tôm cà rốt
CH IÊ U	Đùi gà roti	Cốt lếch ram mặn	Vịt kho gừng	Gà kho sả ớt	Thịt kho củ cải	Cánh gà chiên mắm	Thịt ba rọi sốt thái
	Chả giò tôm thịt	Đậu hũ chiên muối sả	Trứng chiên thịt băm	Cà tím xốt thịt băm	Chả trứng hấp	Chả cá bắp rim tương	Xíu mại sốt cà
	Cháo thịt băm móng toi	Cháo thịt băm bí đỏ	Cháo bò đậu đỏ	Cháo gà cà rốt	Cháo thịt băm cải	Cháo thịt băm bí đỏ	Cháo thịt rau mồng toi

Hình 3: Thực đơn mẫu của một nhà cung cấp cho bệnh viện trong giai đoạn chuyển đổi công năng

IV. BÀN LUẬN

Thiếu sót khi BV quá tải

TDD kiểm tra ngẫu nhiên 5 hồ sơ tại các khoa Nội, Sản, Nhi và ICU; nội dung kiểm tra là thực hiện phiếu đánh giá dinh dưỡng (ĐGDD) (sàng lọc, đánh giá và hướng điều trị); thì tỉ lệ tuân thủ việc thực hiện tăng dần qua đợt kiểm tra. Thời gian đầu khi kiểm tra,

tỉ lệ thực hiện còn thấp, TDD có hỏi các bác sĩ điều trị tại mỗi khoa nguyên nhân của việc không thực hiện phiếu ở một số BN, thì câu trả lời chung là lo tập trung khám bệnh, cho thuốc, ghi hồ sơ.. những việc đó tốn không ít thời gian, khi nào nhớ làm phiếu thì làm, và thường hay bị cuốn theo như vậy nên quên làm. Và khi có kiểm tra, giám sát, báo cáo số

liệu trong giao ban BV hàng tuần, có nhắc nhở thì mới nhớ để thực hiện.

Thiếu hụt nhân sự

Bổ sung thêm một dinh dưỡng viên làm việc toàn thời gian trong thời gian tới đã được lên kế hoạch, và sẽ giải quyết được bài toán nhân sự cũng như cải thiện công tác điều trị dinh dưỡng trong trường hợp một đợt bùng phát nữa có xảy ra.

Đảm bảo chất lượng dinh dưỡng

Đối với các BN sau khi đã được sàng lọc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD), nếu có ghi nhận là ăn ít hơn $\frac{1}{2}$ nhu cầu bình thường trong vòng 7 ngày qua, thì bác sĩ điều trị cho chỉ định truyền dinh dưỡng tĩnh mạch (DDTM) (bao gồm đạm và nhũ dịch béo SMOFlipid) hỗ trợ ăn đường miệng trong vòng 3 ngày đầu nhập viện.

Đối với những BN ăn kém hơn, DDTM và các loại sữa bệnh lý cao năng lượng (1-2 chai/ngày) được áp dụng và mang lại hiệu quả rõ rệt, nhất là đối với BN ăn khẩu phần thường chỉ với vài muỗng đến $< 1/3$ lượng thức ăn mỗi bữa.

BV cần phải tự chủ trong khâu chế biến khẩu phần ăn bệnh lý cần phải được xem xét và triển khai sớm, tránh tình trạng bị động đã xảy ra trong đợt dịch vừa qua.

V. KẾT LUẬN

Dịch Covid-19 đã huy động tất cả các nguồn lực sẵn có của bệnh viện để chăm sóc bệnh nhân một cách tối ưu, bao gồm các kỹ thuật thở máy tiên tiến nhất. Chăm sóc dinh dưỡng là một thành phần quan trọng của chăm sóc toàn diện nhưng việc thực hiện nó có thể bị bỏ qua hoặc gặp khó khăn do bối

cảnh dịch bệnh. Đối mặt với căn bệnh mới này, thực hành dinh dưỡng lâm sàng của chúng ta nên thích ứng, kết hợp linh hoạt các phương pháp chăm sóc khác nhau. Bất chấp những hạn chế này, chúng ta cần phải cải thiện chế độ dinh dưỡng qua đường miệng ở giai đoạn đầu và mở rộng quy mô lên dinh dưỡng qua ống thông hoặc DDTM khi cần. Ngoài ra chúng ta cần tăng cường đào tạo chuyên môn cho đội ngũ dinh dưỡng, dinh dưỡng viên bên cạnh những trụ cột khác trong điều trị và chăm sóc sức khỏe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hiesmayr M, Schindler K, Pernicka E, Schuh C, Schoeniger-Hekele A, Bauer P, et al. Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients: the NutritionDay survey 2006. Clin Nutr. 2009;28:484–91.
2. Sanchez, E.; Gelfand, A.R.; Perkins, M.D.; Tarnas, M.C.; Simpson, R.B.; McGee, J.A.; Naumova, E.N. Providing Food and Nutrition Services during the COVID-19 Surge at the Javits New York Medical Station. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 7430.
3. Singer P, Blaser AR, Berger MM, Alhazzani W, Calder PC, Casaer MP, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Clin Nutr. 2019;38:48–79.
4. Thibault, R., Coëffier, M., Joly, F. et al. How the Covid-19 epidemic is challenging our practice in clinical nutrition—feedback from the field. Eur J Clin Nutr 75, 407–416 (2021).

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ AN TOÀN CỦA THUỐC REMDESIVIR TRONG ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH NHIỄM COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN ĐIỀU TRỊ COVID-19 HOÀN MỸ THỦ ĐỨC

Lê Ngọc Diễm¹, Trương Hồng Ngân¹, Phan Hoàng Nguyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu chính của nghiên cứu này là đánh giá hiệu quả và tác dụng không mong muốn của Remdesivir (RDV) ở người bệnh COVID-19 tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hoàn Mỹ Thủ Đức. Kết quả cho thấy 94,7% người bệnh có kết quả Realtime RT-PCR âm tính và giảm giá trị Ct. Kết quả này cho thấy người bệnh đáp ứng tốt với điều trị bằng RDV. Không có trường hợp người bệnh sử dụng RDV gặp phải tác dụng phụ nghiêm trọng.

Từ khóa: Remdesivir, COVID-19, Hiệu quả điều trị, An toàn

SUMMARY

EVALUATION OF THE TREATMENT EFFICACY AND SAFETY OF REMDESIVIR FOR COVID-19 AT HOAN MY THU DUC COVID-19 TREATMENT HOSPITAL

The main objective of this study is to evaluate efficacy and adverse events of Remdesivir in patients with COVID-19 in the Hoan My Thu Duc International General Hospital. The result showed that 94.7% of patients that have negative results from testing RT-PCR and the Ct value. The result showed patients are treated

effectively. There are no patient that have bad reaction to RDV.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh COVID-19 do vi-rút SARS-CoV-2 gây ra, đã lây lan trên toàn thế giới. Remdesivir (RDV) là loại thuốc điều trị đầu tiên được FDA phê duyệt để điều trị bệnh COVID-19, được WHO khuyến cáo sử dụng, được cấp phép sử dụng khẩn cấp tại một số nước trên Thế giới. Tuy nhiên, có ít dữ liệu được công bố liên quan đến hiệu quả và tác dụng không mong muốn của thuốc.

Nhằm góp phần vào việc nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân COVID-19 đề tài nhằm các mục tiêu sau:

1. *Đánh giá hiệu quả điều trị của RDV ở người bệnh COVID-19 tại Bệnh viện Điều trị COVID-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức*
2. *Theo dõi các tác dụng không mong muốn của RDV ghi nhận được trên người bệnh trong mẫu nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đối tượng: người bệnh nhiễm SARS-CoV-2 nhập viện được điều trị bằng RDV tại Bệnh viện Điều trị COVID-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức từ ngày 02/08/2021 đến ngày 15/10/2021.

3.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh:

- Người bệnh có đủ tiêu chuẩn để bắt đầu điều trị RDV, gồm các đối tượng:

*Bệnh viện đa khoa Quốc tế Hoàn Mỹ Thủ Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Diễm

Email: ngocdiem068@gmail.com

SĐT: 0966775686

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

- + Người bệnh nhiễm SARS-CoV-2 nhập viện
- + Người bệnh có suy hô hấp phải thở oxy, thở HFNC, hoặc thở máy không xâm nhập.
- + Người bệnh thuộc nhóm nguy cơ cao: người trên 65 tuổi, người có bệnh nền, béo phì

3.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh đang tham gia một nghiên cứu lâm sàng khác có liên quan đến thử nghiệm thuốc.
- Người bệnh dưới 12 tuổi.
- Người bệnh suy giảm chức năng thận eGFR < 30mL/phút.

- Người bệnh tăng enzym gan ALT > 5 lần giá trị giới hạn trên.

- Người bệnh suy chức năng đa cơ quan nặng [2].

3.1.4. Thuốc nghiên cứu: Remdesivir

3.1.5. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu. Đánh giá hiệu quả của thuốc dựa trên giá trị Ct trong kết quả xét nghiệm Realtime RT-PCR từ bệnh phẩm dịch tỵ hầu người bệnh.

- Các chỉ số nghiên cứu đánh giá về hiệu quả điều trị và tác dụng không mong muốn của RDV

Bảng 3.1: Biến số nghiên cứu

STT	Tên biến	Giải thích biến	Phân loại biến	PP thu thập
1	Khỏi	PCR âm tính	Biến số	Tài liệu sẵn có
2	Giảm	PCR sau điều trị > PCR trước điều trị	Biến số	Tài liệu sẵn có
3	Không giảm	PCR sau điều trị = PCR trước điều trị	Biến số	Tài liệu sẵn có
4	Nặng hơn	PCR sau điều trị < PCR trước điều trị	Biến số	Tài liệu sẵn có
5	ALT	Chỉ số men gan, đánh giá tình trạng tổn thương gan và các vấn đề liên quan	Biến số	Tài liệu sẵn có
6	eGFR	Độ lọc cầu thận, đánh giá chức năng thận.	Biến số	Tài liệu sẵn có

▪ Phương pháp thu thập số liệu:

+ Công cụ thu thập số liệu: phiếu thu thập số liệu, biểu mẫu thu thập số liệu.

+ Quy trình thu thập số liệu: tiến hành thu thập số liệu từ HIS và bệnh án ghi vào phiếu thu thập số liệu. Sau đó điền vào biểu mẫu thu thập số liệu.

- Phương pháp phân tích và xử lý số liệu:

+ **Xử lý số liệu:** Thống kê danh sách người bệnh sử dụng Remdesivir đủ tiêu

chuẩn nghiên cứu. Đánh mã người bệnh trong nghiên cứu. Người thứ 1 thu thập số liệu tra cứu thông tin cần thu thập từ HIS và bệnh án ghi vào phiếu thu thập, sau đó điền dữ liệu vào biểu mẫu thu thập số liệu. Người thứ 2 tiến hành kiểm tra, đối chiếu thông tin đã thu thập được với HIS và bệnh án. Nếu có sai lệch thông tin, cả hai người sẽ cùng kiểm tra và thống kê lại.

+ Phân tích số liệu: Số liệu nghiên cứu

được xử lý theo phương pháp thống kê y học - Thời điểm đánh giá: trước điều trị và bằng chương trình SPSS 28.0 và Microsoft Excel sau điều trị RDV.
Excel 365 MSO

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Chỉ số nghiên cứu đánh giá về hiệu quả điều trị của thuốc
- + Tải lượng vi rút

Bảng 4.1. Tải lượng vi rút SARS-CoV-2 sau điều trị

STT	Nồng độ vi rút	Số NB	Tỷ lệ %
1	Khỏi	17	22,1
	Giảm	58	75,3
2	Không giảm	2	2,6
Tổng		77	100

Nhận xét: có 77 mẫu trong số 106 mẫu, ghi nhận được thông tin PCT/ CT ở thời điểm trước khi bắt đầu và sau khi kết thúc điều trị RDV. Trong đó, có 17 ca âm tính, chiếm 22,1%, 58 ca giảm nồng độ vi rút, chiếm 75,3%. Chứng tỏ, người bệnh đáp ứng tốt khi điều trị bằng RDV.

Bảng 4.2. Tải lượng vi rút trước và sau thời gian điều trị RDV

STT	PCR/CT	Trước điều trị RDV		Sau điều trị RDV	
		Số NB	Tỷ lệ %	Số NB	Tỷ lệ %
1	8,3 – 9,8	3	4,0	0	0
2	11,8 – 19,9	37	49,3	1	1,3
3	20 – 29,8	30	40,0	28	37,3
4	≥ 30	5	6,7	29	38,7
5	Âm tính	0	0	17	22,7
Tổng		75	100	75	100
Trung bình		19,68 ± 5,39		28,30 ± 4,59	
p		<0,05			

Nhận xét: Ở 75 ca có đáp ứng điều trị, số ca có CT ≥ 30 và âm tính chiếm 62,2 %.

+ Số ngày nằm viện trung bình: Số ngày nằm viện trung bình của 75 ca có đáp ứng điều trị là 16 ngày.

- Các tác dụng không mong muốn của thuốc.

+ Thay đổi về chỉ số ALT

Bảng 4.3. Tỷ lệ ALT

STT	ALT	Số ca	Tỷ lệ %
1	Tăng	29	60,4
2	Giảm	19	39,6
Tổng		48	100

Nhận xét: Sau điều trị RDV, số ca có ALT tăng lên so với trước khi dùng chiếm 60,4%.

+ Thay đổi về chỉ số eGRF

Bảng 4.4. Tỷ lệ eGFR

STT	eGFR	Số ca	Tỷ lệ %
1	Tăng	51	68,9
2	Giảm	23	31,1
Tổng		74	100

Nhận xét: Sau điều trị RDV, số ca có eGFR giảm so với trước khi dùng chiếm 31,1%.

IV. BÀN LUẬN

Trong 77 ca ghi nhận được có 75/77 ca có kết quả Realtime RT-PCR âm tính và giảm giá trị Ct, chiếm 97,4%. Kết quả này cho thấy người bệnh đáp ứng tốt với điều trị bằng RDV. Thời gian nằm viện trung bình của 75 ca có đáp ứng điều trị là 16 ngày, số ngày sử dụng RDV trung bình là 8 ngày. Tỷ lệ tử vong cao hơn ở người bệnh từ 50 tuổi trở lên, chiếm tỷ lệ 13,2%. So với một nghiên cứu R.E Ferrner (2000), thời gian nằm viện trung bình 18 ngày, 25/53 người bệnh (47%) đã được xuất viện và 7 ca (13%) đã tử vong. Xác suất cải thiện tổng thể trong 18 ngày là 68% (khoảng tin cậy 95% là 40% - 80%).

Không có trường hợp người bệnh sử dụng RDV gặp phải tác dụng phụ nghiêm trọng, có 60,4% người bệnh tăng ALT; 31,1% giảm eGFR. So sánh với kết quả nghiên cứu của R.E Ferrner (2000), có 32 (60%) người bệnh có ít nhất 1 tác dụng phụ; 12 (23%) gặp phải các tác dụng phụ nghiêm trọng. Các tác dụng phụ thường gặp nhất là chức năng gan bất thường, tiêu chảy, phát ban, suy thận và hạ huyết áp.

V. KẾT LUẬN

Kết quả điều trị của thuốc RDV có 97,4% người bệnh có đáp ứng điều trị. Kết quả này cho thấy RDV hữu ích trong điều trị COVID-19. Người bệnh không gặp phải tác

dụng phụ nghiêm trọng khi sử dụng RDV trong điều trị COVID-19.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2021)**, Quyết định số 4689/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 ngày 06/10/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. **Bộ Y tế (2021)**, Quyết định số 5666/QĐ-BYT về việc sửa đổi, bổ sung một số điểm của hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 ngày 12/12/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
3. **Bộ Y tế (2021)**, Công văn số 6573/BYT-KCB về việc Hướng dẫn triển khai sử dụng thuốc điều trị COVID-19 do Vingroup hỗ trợ ngày 12/08/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
4. **Abdul Aleem; Jiten P. Kothadia, Remdesivir, 2021**, [trực tuyến]. Địa chỉ: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563261/>. [truy cập 19/10/2021].
5. **John H. Beigel, M.D., Kay M. Tomashek, M.D., M.P.H., Lori E. Dodd, Ph.D., Aneesh K. Mehta, M.D., Barry S. Zingman, M.D., Andre C. Kalil, M.D., M.P.H., Elizabeth Hohmann, M.D., Helen Y. Chu, M.D., M.P.H., Annie Luetkemeyer, M.D., Susan Kline, M.D., M.P.H., Diego Lopez de Castilla, M.D., M.P.H., Robert W. Finberg, M.D., et al., for the ACTT-1 Study Group Members***, “Remdesivir for the Treatment of Covid-19 — Final Report”, The New England Journal of Medicine, 2020.
6. **Robin E Ferner; Jeffrey K Aronson, Remdesivir in covid-19, 2020**, [trực tuyến]. Địa chỉ: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1610> [truy cập 30/10/2021].

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN MẮC COVID - 19 TỬ VONG TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ THỦ ĐỨC

Lã Thị Thanh Ngân*, Phan Hoàng Nguyên*

I. TÓM TẮT

1. Mở đầu:

Covid-19 hiện nay đã trở thành đại dịch toàn cầu. Nhiều nghiên cứu tiến hành nhằm tìm ra các đặc điểm của bệnh lý này.

2. Mục tiêu:

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 30 Bệnh nhân mắc Covid-19 và tử vong nhằm xác định các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của của nhóm bệnh nhân này.

3. Phương pháp:

Nghiên cứu hồi cứu tiến hành trên nhóm bệnh nhân tử vong do nhiễm SARS-CoV-2 được xác định dương tính bằng xét nghiệm Realtime RT-PCR SARS-CoV-2, nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hoàn Mỹ Thủ Đức trong khoảng thời gian từ ngày 01/08/2021 đến ngày 30/09/2021.

4. Kết quả:

Tỷ lệ tử vong của bệnh nhân mắc Covid-19 nhập viện là 5.5%. Trong 30 trường hợp bệnh nhân mắc Covid-19 tử vong, có 17 bệnh nhân nữ (56.7%) và 13 bệnh nhân nam (43.3%), độ tuổi trung bình 73.3 ± 13.9 ; nhóm bệnh nhân lớn tuổi (trên 65 tuổi) chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm trẻ và trung niên (73.3% so với 26.7%). Tất cả bệnh nhân đều là dân tộc kinh, cư ngụ đa phần ở TP. Hồ Chí Minh (83.3%). 80% các ca tử vong

có ít nhất 1 bệnh lý nền, trong đó bệnh tăng huyết áp chiếm đa số (20, 66.7%). BMI trung bình là 24.06 ± 3.47 ; 50% các trường hợp là thừa cân và béo phì. Ho, khó thở, sốt là triệu chứng phổ biến (100%, 86.7% và 63.3%). 99.7% trường hợp nhập viện trong tình trạng tỉnh táo. 86.7% các trường hợp vào viện với tình trạng thở nhanh. Các đặc điểm cận lâm sàng ghi nhận được: Bạch cầu máu trong dân số nghiên cứu có trung vị là 15.6 K/uL (Khoảng tứ phân vị: 13.7 - 16.6), 86.7% có tăng bạch cầu, lympho máu 0.92 K/uL (0.67 - 1.32), 40% có giảm lympho. PaO₂ 63.5 mmHg (57.1 - 71.3). D-dimer 1299.9 ng/ml (795.5 - 2572.2), 90% có tăng D-dimer. Fibrinogen trung bình 4.3 ± 1.2 g/L. LDH 542.3 U/L (490.6 - 670.6). 100% các trường hợp có tổn thương phổi hai phế trường. Số ngày nằm viện trung bình: 14.89 ± 6.2 ngày, thời gian thở máy trung bình là 3 ngày (1; 6).

5. Kết luận:

Bệnh nhân nhiễm Covid-19 tử vong đa số là bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh nền đi kèm, thể trạng thừa cân hoặc béo phì, khởi phát bệnh với các triệu chứng ho, khó thở, sốt, nhập viện với tình trạng suy hô hấp, có tổn thương phổi nặng, giảm oxy máu, tăng bạch cầu máu, giảm lympho máu, tăng procalcitonin, tăng CRP, tăng fibrinogen, tăng D-dimer, tăng ferritin máu, tăng LDH máu. Nhóm bệnh nhân trẻ và trung niên có thời gian nằm viện dài hơn nhóm bệnh nhân lớn tuổi.

Từ khóa: COVID-19, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng.

Ghi chú đơn vị công tác của tác giả/từng thành viên trong nhóm tác giả

*Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hoàn Mỹ Thủ Đức.

Chịu trách nhiệm chính: Lã Thị Thanh Ngân

Email: ngan.la@hoanmy.com

SĐT: 0974065025

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

SUMMARY**CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH COVID-19 DEATH AT HOAN MY THU DUC HOSPITAL****1. Introduction:**

Covid-19 has become a global pandemic. A number of studies made summaries of all patients infected with SARS-CoV-2.

2. Objectives:

We performed a retrospective study of 30 Covid-19 deaths in Hoan My Thu Duc International Hospital for patient's clinical characteristics and laboratory results.

3. Methods:

A retrospective study was conducted on a group of patients who died from SARS-CoV-2 infection who were positive by Realtime RT-PCR SARS-CoV-2 test, hospitalized at Hoan My Thu Duc International Hospital, during the period from August 1, 2021 to September 30, 2021.

4. Results:

The mortality rate in Covid-19 hospitalized patients is 5.5%. In total, 17 patients were female (56.7%), mean age 73.3 ± 13.9 , 73.3% of the decedents were elderly people, 83.3% were Ho Chi Minh City residents. 80% of the decedents had comorbidities, especially hypertension (66.7%). Mean BMI 24.06 ± 3.47 ; 50% of total were overweight and obese. Common symptoms included cough (100%), dyspnea (86.7%), fever (63.3%). 86.7% of patients hospitalized with polypnea and 99.7% of total were alert. Leucocytosis occurred in 86.7%, median leucocyte count 15.6 K/uL (interquartile range - IQR: 13.7 - 16.6), lymphopenia in 40% patients 0.92 K/uL (0.67 - 1.32), median PaO₂ 63.5 mmHg (57.1 - 71.3), D-dimer 1299.9 ng/ml (795.5 - 2572.2), mean fibrinogen 4.3 ± 1.2 g/L, median LDH 542.3 U/L (490.6 - 670.6). Chest

X-rays showed bilateral patchy shadows or ground glass opacity in the lungs of all patients (100%). The mean time from hospitalization to deaths was 14.89 ± 6.2 days. The median time of mechanical ventilation was 3 (1 - 6) days.

5. Conclusion:

The Covid-19 deaths were elderly people, overweight or obese, had comorbidities, common symptoms were cough, dyspnea, fever. All patients had severe lung infiltration, often had hypoxemia, leucocytosis, lymphopenia, increased inflammation markers in blood levels: procalcitonin, CRP, increased D-dimer, fibrinogen, LDH, ferritin in blood levels. The young and middle-age patients had mean survival time in hospital longer than the elderly ones.

Key words: COVID-19, clinical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiên cứu: 30 bệnh nhân mắc Covid-19 và tử vong.

Thời gian: từ ngày 01/8/2021 đến 30/9/2021.

Tại bệnh viện đa khoa quốc tế Hoàn Mỹ Thủ Đức.

Mục tiêu nghiên cứu:

Xác định các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân Covid-19 tử vong.

Xác định các đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân Covid-19 tử vong.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**1. Thiết kế nghiên cứu:**

- Nghiên cứu hồi cứu

2. Đối tượng nghiên cứu:

- Bệnh nhân mắc Covid-19 tử vong tại bệnh viện đa khoa quốc tế Hoàn Mỹ Thủ Đức từ ngày 01/8/2021 đến 30/9/2021

3. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân được chẩn đoán mắc Covid-19 bằng Realtime RT - PCR SARS-CoV-2, trên 18 tuổi và tử vong trong thời gian từ ngày 01/8/2021 đến 30/9/2021.

4. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân dưới 18 tuổi, bệnh nhân ngưng tim ngưng thở trước khi nhập viện.

5. Phương pháp thu thập số liệu:

- Ca xác định nhiễm: xét nghiệm Realtime RT - PCR SARS-CoV-2 lấy mẫu từ tỵ hầu dương tính.

- Thu thập các thông tin: dịch tễ học, nhân khẩu học, chỉ số khối cơ thể.

- Các đặc điểm lâm sàng: tiền sử bệnh, sinh hiệu, các triệu chứng lâm sàng.

- Các đặc điểm cận lâm sàng: các kết quả xét nghiệm.

- Kết cục điều trị: thời gian nằm viện, thời gian thở máy.

6. Phương pháp xử lý số liệu:

- Sử dụng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng thống kê mô tả và thống kê phân tích.

- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: mọi thông tin từ đối tượng đều được thu thập từ hồ sơ bệnh án, bảo mật thông tin và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Không can thiệp vào quá trình chẩn đoán, chăm sóc, điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Các đặc điểm lâm sàng:

Từ ngày 01/8/2021 đến 30/9/2021: có 600 trường hợp bệnh nhân mắc Covid-19 trong đó 33 trường hợp tử vong, 03 trường hợp ngưng tim ngưng thở trước nhập viện được loại ra khỏi nghiên cứu, tỷ lệ tử vong ghi nhận được là 5,5%. Trong 30 trường hợp bệnh nhân mắc Covid-19 tử vong, có 17 bệnh nhân nữ (56,7%) và 13 bệnh nhân nam (43,3%), độ tuổi trung bình 73.3 ± 13.9 ; nhóm bệnh nhân lớn tuổi (trên 65 tuổi) chiếm tỷ lệ

cao hơn so với nhóm trẻ và trung niên (73,3% so với 26,7%). Tất cả bệnh nhân đều là dân tộc kinh, cư ngụ đa phần ở TP. Hồ Chí Minh (83,3%). 80% các ca tử vong có ít nhất 1 bệnh lý nền, trong đó bệnh tăng huyết áp chiếm đa số (20, 66,7%). BMI trung bình là 24.06 ± 3.47 ; 50% các trường hợp là thừa cân và béo phì. Ho, khó thở, sốt là triệu chứng phổ biến (100%, 86,7% và 63,3%). 99,7% trường hợp nhập viện trong tình trạng tỉnh táo. 86,7% các trường hợp vào viện với tình trạng thở nhanh.

2. Các đặc điểm cận lâm sàng:

Các đặc điểm cận lâm sàng ghi nhận được: Bạch cầu máu trong dân số nghiên cứu có trung vị là 15,6 K/uL (Khoảng tứ phân vị: 13,7 - 16,6), 86,7% có tăng bạch cầu, lympho máu 0,92 K/uL (0,67 - 1,32), 40% có giảm lympho. PaO₂ 63,5 mmHg (57,1 - 71,3). D-dimer 1299,9 ng/ml (795,5 - 2572,2), 90% có tăng D-dimer. Fibrinogen trung bình 4.3 ± 1.2 g/L. LDH 542,3 U/L (490,6 - 670,6). 100% các trường hợp có tổn thương phổi hai phế trường. Số ngày nằm viện trung bình: 14.89 ± 6.2 ngày, thời gian thở máy trung vị là 3 ngày.

3. Phân tích dưới nhóm:

Phân tích dưới nhóm theo giới, độ tuổi và thời gian sống. Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân lớn tuổi có bệnh đồng mắc cao hơn so với nhóm bệnh nhân trẻ và trung niên (90,9% so với 50%), đặc biệt là bệnh tăng huyết áp (77,3% so với 37,5%); đái tháo đường (50% so với 12,5%), bệnh thận mạn (27,3% so với 0%). Bệnh nhân mắc Covid-19 tử vong ở nhóm trẻ và trung niên có thời gian nằm viện dài hơn nhóm bệnh nhân lớn tuổi (20.1 ± 4.7 so với 12.9 ± 5.5). Bệnh nhân có thời gian nằm viện lớn hơn hoặc bằng 14 ngày có tuổi trung bình thấp hơn nhóm bệnh nhân sống dưới 14 ngày (68.1 ± 14.1 so với

81.17 $\pm$ 9.3). Tỷ lệ mắc đái tháo đường đi kèm ở nhóm sống trên 14 ngày thấp hơn nhóm bệnh nhân sống dưới 14 ngày (22,2% so với 66,7%).

IV. BÀN LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân nội trú do mắc Covid-19: 5,5% thấp hơn một số nghiên cứu năm 2020 do chúng tôi đã có sự chuẩn bị trước các biện pháp, phương tiện, trang thiết bị y tế, nhân lực y tế khá đầy đủ.

- Bệnh nhân mắc Covid-19 tử vong đa phần là bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh nền đi kèm, có thể trạng thừa cân, béo phì tương tự như các nghiên cứu trên thế giới.

- Giảm lympho máu được giải thích do sự xâm nhập nhắm vào cơ quan đích của SARS CoV gây hủy diệt tế bào lympho vì vậy giảm lympho máu được xem như là một yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân mắc Covid-19.

- Tổn thương phổi do Covid-19 gây ra rất nặng nề, gây tổn thương phổi nghiêm trọng và gây giảm oxy máu động mạch.

- Nhiễm Covid-19 sẽ hoạt hóa dòng thác cytokines, làm tăng các dấu ấn viêm trong cơ thể.

- Các cytokines đáp ứng tiền viêm giai đoạn sớm gây dư thừa quá mức tạo ra cơn bão cytokines.

- Tăng nguy cơ huyết khối, viêm mạch, tăng tính thấm thành mạch, suy đa cơ quan, biểu hiện bằng tăng D-dimer, tăng fibrinogen và các sản phẩm thoái giáng từ fibrin

- Thời gian nằm viện trung bình dài hơn và thời gian thở máy trung vị ngắn hơn so với các nghiên cứu khác trên được lý giải do mô hình bệnh tật, tình hình chống dịch ở các nơi khác nhau và việc sử dụng các biện pháp thông khí không xâm nhập cho bệnh nhân khác nhau, tùy tình hình thực tế.

- Bệnh nhân lớn tuổi có bệnh đồng mắc nhiều hơn nhóm bệnh nhân trẻ tuổi và trung niên, bệnh nhân lớn tuổi có thời gian nằm viện ngắn hơn nhóm bệnh nhân trẻ tuổi và trung niên, bệnh nhân sống lớn hơn hoặc bằng 14 ngày có tuổi trung bình thấp hơn bệnh nhân sống dưới 14 ngày vì vậy tuổi tác được xem là yếu tố tiên lượng nặng của Covid-19.

- Hạn chế: nghiên cứu hồi cứu nên không phải tất cả các bệnh nhân đều được làm tất cả xét nghiệm và cỡ mẫu có số lượng hạn chế vì vậy có thể không làm bộc lộ được sự khác biệt nếu có trong các phân tích.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân nhiễm Covid-19 tử vong trong nghiên cứu đa số là bệnh nhân lớn tuổi có bệnh nền đi kèm, thể trạng thừa cân, béo phì, khởi phát bệnh với các triệu chứng: ho, khó thở, sốt. Nhập viện với tình trạng suy hô hấp, có tổn thương phổi nặng, giảm oxy máu, tăng bạch cầu máu, giảm lympho máu. Tăng các yếu tố viêm: CRP, Procalcitonin. Tăng đông: LDH, D-dimer, ferritin, fibrinogen. Bệnh nhân lớn tuổi có thời gian sống ngắn hơn bệnh nhân trẻ và trung niên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bai, J., et al., The epidemiological characteristics of deaths with Covid-19 in the early stage of epidemic in Wuhan, China. Global Health Research and Policy, 2020. 5(1): p. 54.
2. Bazant, M.Z. and J.W.M. Bush, A guideline to limit indoor airborne transmission of COVID-19. 2021. 118(17).
3. Behrens, E.M. and G.A. Koretzky, Review: Cytokine Storm Syndrome: Looking Toward the Precision Medicine Era. Arthritis & Rheumatology, 2017. 69(6): p. 1135-1143.

4. **Biswas, I. and G.A. Khan**, Coagulation Disorders in COVID-19: Role of Toll-like Receptors. *Journal of inflammation research*, 2020. **13**: p. 823-828.
5. **Channappanavar, R. and S. Perlman**, Pathogenic human coronavirus infections: causes and consequences of cytokine storm and immunopathology. *Seminars in immunopathology*, 2017. **39**(5): p. 529-539.
6. **Chen, G., et al.**, Clinical and immunological features of severe and moderate coronavirus disease 2019. *The Journal of clinical investigation*, 2020. **130**(5): p. 2620-2629.
7. **Chen, N., et al.**, Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*, 2020. **395**(10223): p. 507-513.
8. **Cucinotta, D. and M. Vanelli**, WHO Declares Covid-19 a Pandemic. *Acta Biomed*, 2020. **91**(1): p. 157-160.

CẢI TIẾN LIÊN TỤC ĐẢM BẢO AN TOÀN CHO NHÂN VIÊN Y TẾ TRONG CUỘC CHIẾN CHỐNG COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN ĐIỀU TRỊ COVID-19 HOÀN MỸ THỦ ĐỨC

Nguyễn Tuấn*, Nguyễn Thị Quý*
Nguyễn Thị Hà Giang*, Nguyễn Thị Xuân Tâm*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức chuyển đổi công năng điều trị COVID-19 từ ngày 02/8/2021 đến 20/10/2021. Bệnh viện đã tiếp nhận điều trị cho gần 800 người bệnh mắc COVID-19, với số lượng NVYT tham gia tuyến đầu chống dịch là 267 người.

Các giải pháp cải tiến liên tục: Tăng cường các cuộc họp Ban chỉ đạo phòng chống dịch bằng hình thức trực tuyến, phân luồng di chuyển khoa học giữa vùng đỏ, vùng vàng và vùng xanh. Hạn chế tối đa sự di chuyển giữa các vùng, quy định

các cấp độ PTPHCN sử dụng tại các vị trí làm việc. Phân chia lịch làm việc 2 ca 4 kíp, làm việc liên tục 3 tuần có 1 tuần nghỉ luân phiên. Bố trí nơi ở theo nguyên tắc “3 tại chỗ”, “1 cung đường, 2 điểm đến”. Giám sát tuân thủ 5K và PTPHCN bằng trực tiếp và gián tiếp qua camera. Bữa ăn được thiết kế theo yêu cầu của nhân viên vùng đỏ, bổ sung nước điện giải, sữa tươi, trái cây để cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng. Tập huấn cung cấp kiến thức, kỹ năng về chuyên môn và kiểm soát nhiễm khuẩn. Thực hiện xét nghiệm sàng lọc định kỳ bằng kỹ thuật Realtime RT-PCR SARS-CoV-2 mỗi 3 ngày/lần.

Kết quả: Tỷ lệ NVYT có nguy cơ lây nhiễm SARS-CoV-2 cao vào các tháng 8/2021, 9/2021, 10/2021 lần lượt là 49.6%, 29.2% và 26.7%. Tỷ lệ mắc mới SARS-CoV-2 ở NVYT vào các tháng 8/2021, 9/2021, 10/2021 lần lượt là 6.7%, 5.6% và 3.7%.

**Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quý

Email: quy.nguyen2@hoanmy.com

SĐT: 0905386606

Ngày nhận bài: **25/11/2021**

Ngày phản biện khoa học: **08/12/2021**

Ngày duyệt bài: **13/12/2021**

Kết luận: Đại dịch COVID-19 đòi hỏi các bệnh viện không ngừng đổi mới để thích nghi và thích ứng kịp thời; duy trì tính kỷ luật, tính tuân thủ là rất cần thiết; phân vùng nguy cơ các vị trí làm việc và quy định phân luồng di chuyển giữa các khu vực là rất quan trọng để tối ưu hóa tính sẵn có của PTPHCN và giảm thiểu sự tiếp xúc của NVYT. Tạo dựng môi trường làm việc cởi mở, lấy nhân viên làm trung tâm, nhằm đảm bảo an toàn cho NVYT có giá trị trong việc tiếp tục giảm nguy cơ lây nhiễm và thúc đẩy ý thức tự giác về an toàn trong NVYT.

Từ khóa: Cải tiến liên tục, cải tiến chất lượng, COVID-19, NVYT.

SUMMARY

CONTINUOUS IMPROVE STAFF SAFETY IN COVID TIME

Backgrounds: Hoan My Thu Duc International General Hospital was converted into a COVID-19 treatment hospital from August 2, 2021 to October 20, 2021. The hospital had received and cured nearly 800 patients of COVID-19, with 267 health workers fought against the pandemic at the frontline.

Continuous improvement solutions: The frequency of Steering Committee for Epidemic Prevention and Control online meeting was increased. The movement of staff and patients in red, yellow and green zones had been streamlined scientifically, by which the crossing between regions has been limited and the levels of PPE used at working positions had been set and strictly followed. There were 2 shifts and 4 crews of workers who worked 3 weeks continuously with 1 week off. Accommodation was arranged under "3 stay-in" and "1 route, 2 destinations" principles whilst the workers were supervised on their compliance of 5K and Work Health and Safety directly and indirectly through CCTV. Meals were designed with the addition

of electrolyte water, fresh milk and fruit to provide an adequate diet for red zone workers. Moreover, continuous training had been holding in order to enhance frontiers' knowledge and expertise in infection control area. Additionally, SARS-CoV-2 testing by Realtime RT-PCR techniques was undertaken each 3 days and this routine has been maintaining.

Results: The prevalence of COVID-19 recorded in August 2021, September 2021, and October 2021 was 49.6%, 29.2% and 26.7%, respectively, while its incidence among healthcare staffs in August 2021, September 2021, and October 2021 was 6.7%, 5.6% and 3.7%, respectively.

Conclusion: The COVID-19 pandemic requires the whole healthcare system to constantly innovate to adapt with every potential situation in a timely manner; maintaining disciplines and Work Health and Safety compliance is essential; zoning working sites based on hazard levels and regulating cross-sectional movement are critical to optimize ICP availability and minimize the exposure of health workers to COVID-19. In addition, developing an open-mind, employee-centred working environment and ensuring the safety of health workers is valuable in reducing the risk of infection and promoting the acknowledgement of Work Health and Safety practise in health workers.

Keywords: Continuous improvement, quality improvement, COVID-19, healthcare staff.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ tháng 12 năm 2019, một chủng vi rút corona mới (SARS-CoV-2) đã được xác định là căn nguyên gây dịch viêm đường hô hấp cấp tính (COVID-19) tại thành phố Vũ Hán (tỉnh Hồ Bắc, Trung Quốc), sau đó lan rộng ra toàn thế giới gây đại dịch toàn cầu. Bệnh

COVID-19 là bệnh lây từ người sang người. Đường lây nhiễm xảy ra theo ba cách chính: (1) hít phải các giọt bắn hô hấp rất nhỏ và các hạt khí dung, (2) các giọt bắn và hạt khí dung của dịch hô hấp vẫn bắn trực tiếp lên niêm mạc của miệng, mũi hoặc mắt, và (3) tay có dính dịch hô hấp hoặc các dịch tiết khác chứa virus hoặc gián tiếp chạm vào bề mặt môi trường có vi rút sau đó chạm/tiếp xúc vào các vùng niêm mạc. Lây truyền SARS-CoV-2 giữa người với người xảy ra thường xuyên nhất qua các hoạt động tiếp xúc gần với đã nhiễm COVID-19 [1]. Nhân viên y tế (NVYT) không chỉ là những người có nguy cơ nhiễm bệnh cao mà khi đã nhiễm bệnh, họ còn có thể là nguồn phát tán bệnh trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Theo báo cáo sơ bộ ở nhiều quốc gia cho thấy có khoảng 10% tổng số ca mắc COVID-19 là NVYT [1].

Từ khi xuất hiện dịch COVID-19 đến nay, tại Việt Nam đã trải qua 4 làn sóng dịch COVID-19, trong đó đợt dịch thứ 4 bắt đầu xảy ra từ ngày 27/04/2021 gây ra nhiều ảnh hưởng nặng nề nhất, với tổng số ca nhiễm của cả nước hiện tại là 864.053 và 21.194 ca tử vong. Trong đó nghiêm trọng nhất là Thành phố Hồ Chí Minh với 414.827 ca nhiễm và 16.189 ca tử vong [2]. Để ứng phó và kịp thời điều trị người bệnh mắc COVID-19, trong đợt dịch Thành phố Hồ Chí Minh đã có 90 cơ sở thu dung điều trị người bệnh COVID-19 được thành lập từ các mô hình bệnh viện dã chiến hoặc chuyển đổi một phần hoặc toàn phần từ các bệnh viện hiện hữu [3].

Cùng chung tay với y tế thành phố và các bệnh viện công lập trong cuộc chiến chống lại đại dịch COVID-19, ngày 02/08/2021, sau 1 tuần thần tốc chuẩn bị về cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế, nhân lực, Bệnh viện

đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức đã chính thức chuyển đổi công năng trở thành Bệnh viện điều trị COVID-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức. Trong quá trình chuyển đổi công năng điều trị COVID-19 ở phân tầng 2 theo phân loại tháp điều trị 3 tầng của Bộ Y tế [4], Bệnh viện đã tiếp nhận điều trị cho gần 800 người bệnh mắc COVID-19. Số lượng NVYT tham gia tuyến đầu chống dịch là 267 người, bao gồm bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, hộ lý và cán bộ nhân viên thuộc khối hỗ trợ. Thời gian đầu chuyển đổi công năng bệnh viện có 100 giường bệnh điều trị COVID-19, đến cuối tháng 8 năm 2021 công suất tăng lên 150 giường. Tất cả người bệnh điều trị tại bệnh viện đều được chăm sóc toàn diện, kể cả những trường hợp sản phụ sinh con.

Đại dịch COVID-19 đã đặt ra những thách thức đặc biệt đối với việc cải tiến chất lượng trong các cơ sở chăm sóc sức khỏe [5], đặc biệt là các bệnh viện thực hiện chuyển đổi công năng điều trị COVID-19. Ngoài việc duy trì các tiêu chuẩn đã thiết lập và đảm bảo tuân thủ các mô hình thực hành tốt nhất, đội ngũ NVYT của bệnh viện chúng tôi luôn thực hiện các nhiệm vụ đổi mới, thích ứng và phát triển các hướng dẫn mới để hướng dẫn chăm sóc người bệnh COVID-19 cũng như bảo vệ NVYT tuyến đầu chống dịch. Chúng tôi chia sẻ kinh nghiệm quản lý các khía cạnh khác nhau của cải tiến chất lượng trong những tháng tham gia chuyển đổi công năng điều trị COVID-19.

II. CÁC GIẢI PHÁP CẢI TIẾN LIÊN TỤC

2.1. Ban chỉ đạo phòng chống dịch

Trong thời gian thực hiện chuyển đổi công năng, vai trò, vị trí của Ban chỉ đạo phòng chống dịch được nâng cao và góp phần to lớn, quan trọng trong việc lãnh đạo

kịp thời, hiệu quả, gắn kết các khoa phòng với nhau. Ban chỉ đạo của chúng tôi luôn xác định phương châm “Chống dịch như chống giặc”, “Quân lệnh như sơn”. Việc phòng chống, ngăn chặn dịch bệnh nguy hiểm không chỉ đòi hỏi sự quyết liệt, đồng tâm, hợp lực của Ban lãnh đạo và toàn thể NVYT bệnh viện mà còn đặt ra yêu cầu tất cả mọi người phải tuân thủ nghiêm ngặt các quy định của bệnh viện và của ngành Y tế.

Tần suất các cuộc họp của Ban chỉ đạo chúng tôi được tăng từ hàng tháng lên hàng tuần hoặc các cuộc họp hàng ngày, tùy thuộc vào tình hình thực tế của bệnh viện. Tất cả các cuộc họp đều được chuyển qua hình thức trực tuyến và các thành viên trong nhóm đã thảo luận về các cập nhật của lãnh đạo, các thay đổi trong chính sách và các quy trình vận hành mới. Các tình huống bao gồm quản lý người bệnh, quản lý phương tiện phòng hộ cá nhân (PTPHCN) và sự an toàn cho NVYT.

2.2. Cải tiến sự tuân thủ các biện pháp phòng ngừa chung

Phân luồng các khu vực làm việc tại Bệnh viện điều trị COVID-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức của chúng tôi được chia thành 3 khu vực dựa trên phân loại nguy cơ lây nhiễm, vùng xanh – nguy cơ thấp gồm khu vực không có người bệnh, vùng vàng – nguy cơ trung bình gồm khu vực hành lang, buồng đệm để phương tiện chăm sóc và điều trị người bệnh, vùng đỏ - nguy cơ cao gồm buồng tiếp nhận, cấp cứu, điều trị người bệnh, nhà vệ sinh, buồng xử lý dụng cụ. Tất cả sự di chuyển giữa các vùng nguy cơ đều được hạn chế tối đa và yêu cầu phải được tuân thủ nghiêm ngặt các quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn. Một quy định về việc sử dụng các cấp độ PTPHCN cho từng khu vực làm việc cũng được chúng tôi quy định, đưa vào áp dụng và yêu cầu

nhân viên tuân thủ.

Tất cả nhân viên tham gia vào bệnh viện điều trị COVID-19 của chúng tôi đều được tiêm phòng 2 mũi vắc xin ngừa COVID-19 đầy đủ [1]. Các nhân viên y tế trực tiếp tham gia điều trị và chăm sóc người bệnh COVID-19 được chia thành 2 ca 4 kíp, trung bình mỗi ca khoảng 60 NVYT, mỗi ca làm việc kéo dài 12 giờ đồng hồ. Nhân viên của chúng tôi làm việc liên tục 3 tuần sẽ được nghỉ 1 tuần để thư giãn và tái tạo sức lao động. Phân chia ca kíp, bố trí nơi ở đảm bảo nhân viên làm giữa các ca không gặp nhau. Bên cạnh đó, chúng tôi còn hoạt động theo nguyên tắc “3 tại chỗ”, “1 cung đường, 2 điểm đến” theo đúng quy định của chính quyền địa phương. Nhân viên được bố trí nghỉ ngơi tại các khách sạn ở gần bệnh viện, thực hiện đưa rước nhân viên từ chỗ ở đến bệnh viện và ngược lại. Nhân viên chỉ được làm việc ở Bệnh viện và về khách sạn nghỉ ngơi, hạn chế việc tiếp xúc với người ngoài nhằm kiểm soát tối đa các nguy cơ lây nhiễm chéo giữa nhân viên với gia đình, nhân viên với cộng đồng và nhân viên với nhân viên.

Vào giờ nghỉ giữa ca và khi về nghỉ ngơi tại khách sạn, tất cả nhân viên của chúng tôi đều được yêu cầu thực hiện nghiêm quy định 5K (Khẩu trang – Khử khuẩn – Khoảng cách – Không tập trung – Khai báo y tế). Để đảm bảo các quy định tuân thủ 5K được nhân viên tuân thủ nghiêm ngặt, chúng tôi lắp đặt hệ thống camera tại căn tin và thành lập nhóm giám để kịp thời phát hiện, nhắc nhở, hướng dẫn các quy định và sự tuân thủ của nhân viên.

Ngoài ra, để đảm bảo mọi nhân viên đều có đầy đủ sức khỏe thể chất và tinh thần tham gia chống dịch COVID-19, nhân viên chúng tôi được yêu cầu ăn đủ 3 bữa/ngày và bữa ăn được thiết kế theo yêu cầu của nhân

viên vùng đỏ. Họ bị mất mồ hôi nhiều do mặc PTPHCN trong thời gian dài nên chế độ ăn của họ được bổ sung thêm nước điện giải, ngoài ra còn bổ sung đầy đủ sữa tươi, trái cây để cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng.

2.3. Cải tiến ngăn ngừa lây nhiễm theo đường lây truyền của SARS-CoV-2 khi lấy mẫu bệnh phẩm, khi chăm sóc và thực hiện các thực hành có tiếp xúc với dịch sinh học của người bệnh COVID-19

Trước khi thực hiện chuyển đổi công năng điều trị COVID-19, bệnh viện chúng tôi tổ chức nhiều lớp đào tạo online qua phần mềm zoom meeting như hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19, quy trình mang, tháo phùng tiện phòng hộ cá nhân (PTPHCN), hướng dẫn các kỹ thuật lấy mẫu xét nghiệm để nhân viên thành thạo các thao tác lấy mẫu, quy trình xử lý và dự phòng sau phơi nhiễm. Việc giám sát các quy trình thực hiện của nhân viên cũng được chúng tôi bố trí nhân lực để nhắc nhở thường xuyên, liên tục.

Để đảm bảo an toàn cho tất cả nhân viên chúng tôi bố trí 1 khu vực mặc PTPHCN và 1 khu vực tháo bỏ PTPHCN riêng biệt. Khu vực mặc chúng tôi bố trí 2 gương soi lớn để NVYT có thể kiểm tra sự toàn vẹn của PTPHCN sau khi hoàn tất mặc. NVYT của chúng tôi được yêu cầu sử dụng PTPHCN trong suốt thời gian làm việc tại khu vực người bệnh COVID-19, chỉ tháo bỏ PTPHCN trong các trường hợp nghỉ giữa ca, ra ca hoặc các trường hợp nhân viên nhìn nhận được sự bất an khi mặc PTPHCN có thể ảnh hưởng đến sự an toàn của bản thân như: bị rách, bị lỗi, hoặc các trường hợp thực hiện các thủ thuật như: CRP, bị văng, bắn dịch tiết,... Luôn sử dụng các PTPHCN đúng chủng loại, đúng chất lượng, đúng quy trình trong suốt thời gian tiếp xúc, chăm sóc NB. Nhân viên của chúng tôi cũng được yêu cầu

không ăn, uống hoặc sử dụng nhà vệ sinh trong suốt quá trình mặc PTPHCN và làm việc tại vùng đỏ. Đối với những nhân viên trực tiếp tham gia các thủ thuật đặt CPR sẽ được chúng tôi yêu cầu sử dụng mạng che ngăn giọt bắn khi đặt nội khí quản nhằm hạn chế tối đa nguy cơ tiếp xúc với các yếu tố lây nhiễm.

2.4. Tổ chức sàng lọc, phát hiện sớm và cách ly kịp thời NVYT nhiễm, nghi nhiễm SARS-CoV-2

Để kịp thời phát hiện và cách ly các trường hợp NVYT nhiễm, nghi nhiễm SARS-CoV-2, chúng tôi yêu cầu nhân viên xét nghiệm sàng lọc định kỳ bằng kỹ thuật Realtime RT-PCR SARS-CoV-2 mẫu gộp 5 hoặc gộp 10 mỗi 3 ngày/lần. Bên cạnh đó, nhân viên của chúng tôi cũng được yêu cầu tự theo dõi sức khỏe của bản thân. Nếu có bất cứ dấu hiệu nghi ngờ mắc COVID-19 như ho, sốt, chảy mũi, đau họng, giảm hoặc mất vị khác hoặc khứu giác,... đều phải báo ngay cho Ban chỉ đạo phòng chống dịch để kịp thời khám sàng lọc, xét nghiệm loại trừ SARS-CoV-2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi đo lường hiệu quả các cải tiến liên tục bằng cách xác định nguy cơ lây nhiễm SARS-CoV-2 cao và tỉ lệ mắc mới SARS-CoV-2 ở NVYT.

3.1. Tỉ lệ nguy cơ lây nhiễm SARS-CoV-2 cao ở nhân viên y tế

Các đối tượng NVYT có nguy cơ lây nhiễm SARS-CoV-2 cao như: có mặt trong cùng buồng bệnh hoặc trực tiếp thực hiện các thủ thuật có tạo khí dung, trong buồng phẫu thuật NB nhiễm SARS-CoV-2. Lấy mẫu bệnh phẩm đường hô hấp để làm xét nghiệm SARS-CoV-2. Thực hiện xét nghiệm mẫu bệnh phẩm đường hô hấp để phát hiện

SARSCoV-2. Làm việc tại khu sàng lọc và điều trị, cách ly người nhiễm, nghi nhiễm SARS-CoV-2. Sinh hoạt cùng buồng hoặc làm việc cùng ca, cùng vị trí với NVYT khác nhiễm, nghi nhiễm SARS-CoV-2. Trực tiếp thu gom, vận chuyển, xử lý chất thải, đồ vải, dụng cụ phát sinh từ khu sàng lọc, cách ly người nhiễm, nghi nhiễm SARS-CoV-2. Vận chuyển người nhiễm, nghi nhiễm SARS-

CoV-2. Nhân viên y tế bị phơi nhiễm qua niêm mạc và vùng da không nguyên vẹn với các dịch tiết của người nhiễm, nghi nhiễm SARS-CoV-2 được chúng tôi tổ chức đánh giá nguy cơ lây nhiễm hằng ngày qua hình thức khảo sát bằng link google form được thiết kế sẵn dựa trên bộ câu hỏi của Bộ Y tế [1]. Nguy cơ phơi nhiễm SARS-CoV-2 ở NVYT của chúng tôi được thể hiện ở bảng 1.

Bảng 1. Nguy cơ lây nhiễm SARS-CoV-2 ở NVYT Bệnh viện điều trị COVID-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức

	Tháng 8/2021		Tháng 9/2021		Tháng 10/2021	
	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nguy cơ lây nhiễm SARS-CoV-2 thấp	63	50.4	87	70.8	88	73.3
Nguy cơ lây nhiễm SARS-CoV-2 cao	62	49.6	36	29.2	32	26.7
Tổng	125	100	123	100	120	100

Nhận xét: tỉ lệ NVYT có nguy cơ lây nhiễm SARS-CoV-2 cao ở tháng 08/2021 là cao nhất với 62 nhân viên chiếm 49.6%, sau đó giảm dần vào các tháng 09/2021 và tháng 10/2021 với tỉ lệ NVYT có nguy cơ lây nhiễm cao lần lượt là 29.2% và 26.7%.

3.2. Tỉ lệ mắc mới SARS-CoV-2 ở nhân viên y tế. Nhân viên y tế của chúng tôi được xét nghiệm sàng lọc SARS-CoV-2 mỗi 3

ngày/lần. Các nhân viên được lấy mẫu dịch tỵ hầu để làm xét nghiệm mẫu gộp 5 hoặc gộp 10 bằng kỹ thuật Realtime RT-PCR SARS-CoV-2. Các trường hợp mẫu gộp dương tính sẽ được lấy mẫu dịch tỵ hầu và dịch họng để giải gộp bằng phương pháp mẫu đơn Realtime RT-PCR SARS-CoV-2. Tỉ lệ mắc mới SARS-CoV-2 ở nhân viên y tế được thể hiện ở bảng 2

Bảng 2. Tỉ lệ mắc mới SARS-CoV-2 ở NVYT Bệnh viện điều trị COVID-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức

	Tháng 8/2021		Tháng 9/2021		Tháng 10/2021	
	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tỉ lệ nhân viên âm tính với SARS-CoV-2*	249	93.3	252	94.4	257	96.7
Tỉ lệ nhân viên dương tính với SARS-CoV-2*	18	6.7	15	5.6	10	3.7
Tổng	267	100	267	100	267	100

*: Được xác định bằng phương pháp Realtime RT-PCR SARS-CoV-2.

Nhận xét: tỉ lệ mắc mới SARS-CoV-2 ở NVYT cao nhất vào tháng 08/2021 với 18 NVYT bị lây nhiễm, chiếm 6.7%; sau đó tỉ lệ giảm dần vào tháng 9/2021 với 15 NVYT bị lây nhiễm, chiếm 5.6%; tháng 9/2021 với 10 NVYT bị lây nhiễm, chiếm 3.7%.

IV. BÀN LUẬN

Đối mặt với đại dịch COVID-19, NVYT và các nhà lãnh đạo quản lý buộc phải học hỏi kinh nghiệm từ các bệnh viện khác và thay đổi liên tục để đảm bảo an toàn cho lực lượng tuyến đầu chống dịch [6]. Khoa học về an toàn NVYT có nhiều biện pháp can thiệp được phát triển để sử dụng trong các tình huống khẩn cấp, khủng hoảng và thừa nhận rằng thành công đến từ việc thích ứng nhanh với các điều kiện khác nhau [7].

Trong 3 tháng chuyển đổi công năng điều trị COVID-19, tỉ lệ NVYT có nguy cơ lây nhiễm SARS-CoV-2 cao giảm dần từ 49.6% ở tháng 08/2021, 29.2% ở tháng 09/2021 và 26.7% ở tháng 10/2021. Thời gian đầu bệnh viện chuyển đổi công năng điều trị COVID-19, phân luồng sàng lọc chưa hợp lý, NVYT chưa nắm quy trình, chưa tuân thủ các nguyên tắc KSNK, chưa triển khai kiểm tra, giám sát, nhắc nhở, vì vậy tỉ lệ NVYT phơi nhiễm với SARS-CoV-2 cao. Sau một thời gian hoạt động, các quy trình được điều chỉnh liên tục, các sự không phù hợp được phát hiện và điều chỉnh kịp thời, các hoạt động kiểm tra, giám sát được triển khai liên tục, vì vậy sự tuân thủ của nhân viên tăng lên theo chiều hướng tích cực, tỉ lệ NVYT phơi nhiễm với SARS-CoV-2 dần giảm xuống vào tháng 09 và tháng 10. Như vậy, các cải

tiến liên tục của chúng tôi bước đầu có hiệu quả trong việc giảm tỉ lệ NVYT có nguy cơ lây nhiễm SARS-CoV-2.

Ngoài ra, tỉ lệ mắc mới SARS-CoV-2 của NVYT Hoàn Mỹ Thủ Đức cũng giảm, vào tháng 08/2021 tỉ lệ này là 6.7%, tháng 09/2021 là 5.6% và tháng 10/2021 là 3.7%. Như vậy, việc quyết liệt đưa các giải pháp cải tiến liên tục vào vận hành của bệnh viện điều trị COVID-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức đã làm giảm tỉ lệ mắc mới SARS-CoV-2 của NVYT tham gia tuyến đầu chống dịch.

V. KẾT LUẬN

Cải tiến chất lượng trong thời kỳ đại dịch đòi hỏi một cách tiếp cận chu trình năng động, nhanh chóng. Đại dịch COVID-19 đã tạo ra một mô hình mới trong đó các quy tắc tham gia cũ không còn hợp lệ, đòi hỏi các bệnh viện phải không ngừng đổi mới để thích nghi và thích ứng kịp thời trong từng hoàn cảnh. Việc duy trì tính kỷ luật, tính tuân thủ là rất cần thiết. Phân vùng nguy cơ các vị trí làm việc và quy định phân luồng di chuyển giữa các khu vực là rất quan trọng để tối ưu hóa tính sẵn có của PTPHCN và giảm thiểu sự tiếp xúc của NVYT. Đặc biệt, tạo dựng một môi trường làm việc cởi mở, lấy nhân viên làm trung tâm, nhằm đảm bảo an toàn cho NVYT là hết sức có ý nghĩa, điều này đã mang lại một đóng góp có giá trị trong việc tiếp tục giảm nguy cơ lây nhiễm và thúc đẩy ý thức tự giác về an toàn trong NVYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quyết định số 4158/QĐ-BYT ngày 28 tháng 8 năm 2021 về việc ban hành Hướng dẫn phòng ngừa và quản lý nhân viên y tế có

- nguy cơ lây nhiễm SARS-CoV-2 trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. 2021.
2. **Bộ Y tế.** Thông tin của Bộ Y tế về đại dịch COVID-19. 2021; Available from: <https://covid19.gov.vn/>, truy cập ngày 18/10/2021.
 3. **Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh,** Báo cáo hoạt động phòng chống dịch COVID-19 9 tháng đầu năm. 2021.
 4. **Bộ Y tế,** Quyết định số 4111/QĐ-BYT ngày 26 tháng 8 năm 2021 về việc Ban hành tài liệu Hướng dẫn thiết lập cơ sở thu dung, điều trị COVID-19 theo mô hình tháp 3 tầng. 2021.
 5. **Oesterreich, S., et al.,** Quality improvement during the COVID-19 pandemic. *Cleve Clin J Med*, 2020.
 6. **Spagnolello, O., et al.,** Bergamo Field Hospital Confronting COVID-19: Operating Instructions. *Disaster Med Public Health Prep*, 2020: p. 1-3.
 7. **Hollnagel, E., R.L. Wears, and J. Braithwaite,** From Safety-I to Safety-II: a white paper. The resilient health care net: published simultaneously by the University of Southern Denmark, University of Florida, USA, and Macquarie University, Australia, 2015.

CẢI TIẾN NÂNG CAO MỨC ĐỘ AN TOÀN PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19 VÀ CÁC DỊCH BỆNH VIÊM ĐƯỜNG HÔ HẤP KHÁC

Phan Hoàng Nguyên*, Nguyễn Thị Quý*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Cải tiến, hoàn thiện các tiêu chí chưa đạt để nâng cao mức độ Bệnh viện an toàn phòng chống dịch COVID-19 và các dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp tại Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức từ 32 điểm lên 140 điểm.

Giải pháp: Triển khai đồng bộ, tuân thủ nghiêm ngặt Bộ Tiêu chí Bệnh viện an toàn phòng chống dịch COVID-19 và các dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp của Bộ Y tế

Kết quả: Từ 14/8/2020 đến 14/9/2020 điểm tự đánh giá đạt từ 32 lên 143 điểm. Trong đó, Chương 1 đạt từ 7 điểm lên 24 điểm; Chương 2 đạt từ 0 lên 6 điểm; Chương 3 đạt từ 0 điểm lên 13 điểm; Chương 4 đạt từ 8 điểm lên 23 điểm, Chương 5 đạt từ 11 lên 29 điểm; Chương 6 đạt từ 6 lên 31 điểm; Chương 7 đạt từ 0 lên 11 điểm và Chương 8 đạt từ 0 lên 6 điểm.

Kết luận: Trong thời gian 1 tháng khẩn trương nghiêm túc triển khai đề án, mức độ an toàn phòng chống dịch COVID-19 tăng từ 21,3% với 32 điểm (bệnh viện không an toàn) lên 95,3% với 143 điểm (bệnh viện an toàn), vượt so với mong đợi. Sự ra đời của Bộ Tiêu chí Bệnh viện an toàn phòng chống dịch COVID-19 và các dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp trong thời điểm dịch bệnh diễn biến phức tạp là hết sức kịp thời và cần thiết, giúp Bệnh viện định hướng được những việc cần làm trong hoạt động xây dựng bệnh viện an toàn phòng chống dịch.

*Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức

Chịu trách nhiệm chính: **Nguyễn Thị Quý**

Email: quy.nguyen2@hoanmy.com

SĐT: 0905386606

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

Từ khóa: COVID-19, Bộ Tiêu chí Bệnh viện an toàn.

SUMMARY

IMPROVE THE SAFETY LEVEL IN COVID-19 PANDEMIC AND OTHER RESPIRATORY TRACT INFECTION PREVENTION

Backgrounds: Improve, complete the unachieved criteria to raise safety level in COVID-19 pandemic and other respiratory tract infection prevention of Hoan My Thu Duc International General Hospital, from score 32 to 140.

Solutions: Deploy synchronously and observe strictly in Ministry of Health's Criteria Set for safety level in COVID-19 pandemic and other respiratory tract infection prevention.

Results: Increase self-evaluated score from 32 to 143 from August 14, 2020 to September 14, 2020. Particularly, Chapter 1 raises from score 7 to 22; Chapter 2 raises from score 0 to 6; Chapter 3 raises from score 0 to 13; Chapter 4 raises from score 8 to 22; Chapter 5 raises from score 11 to 28; Chapter 6 raises from score 6 to 29; Chapter 1 raises from score 0 to 10; Chapter 8 raises from score 0 to 6.

Conclusions: in 1 month that promptly and seriously deploy the project, the safety level in COVID-19 pandemic prevention increases over the expectation from 21.3% with 32 score (unsafe hospital) to 95.3% with 143 score (safe hospital). The promulgation of Ministry of Health's Criteria Set for safety level in COVID-19 pandemic and other respiratory tract infection prevention, in the time that COVID-19 pandemic happens un-anticipatable, is timely and necessary to direct the Hospital in the works need to do to build a safe hospital.

Key words: COVID-19, Criteria Set for safe hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm đường hô hấp cấp do SARS-CoV-2 (COVID-19) là bệnh truyền nhiễm cấp tính thuộc nhóm A, đặc biệt nguy hiểm có khả năng lây truyền nhanh, phát tán rộng và tỉ lệ tử vong cao. Đến nay, chưa có thuốc điều trị đặc hiệu. Phòng bệnh chủ yếu dựa vào biện pháp vệ sinh cá nhân, phát hiện và cách ly sớm, giám sát chặt chẽ các trường hợp bệnh nghi ngờ, phòng chống lây truyền tại cộng đồng và vệ sinh môi trường [1]. Từ tháng 12/2019, bệnh viêm phổi do vi rút corona chủng mới gây ra đã xuất hiện và lây lan nhanh chóng tới hầu hết các nước ở mọi châu lục trên thế giới. Bệnh COVID-19 đã trở thành đại dịch toàn cầu [2]. Tính đến ngày 04/12/2020, trên thế giới đã có trên 65 triệu ca nhiễm và gần 2 triệu ca tử vong do COVID-19. Tại Việt Nam, có 1362 ca nhiễm và 35 ca tử vong [3].

Trong cuộc chiến chống COVID-19, bệnh viện là nơi phát hiện sớm, điều trị các ca bệnh, giúp ngăn chặn không chế dịch bệnh. Bệnh viện cũng là nơi có nhiều nguy cơ lây nhiễm và phát tán dịch bệnh. Bên cạnh đó, bệnh viện không chỉ đối phó với dịch bệnh COVID-19 mà còn đối mặt với các dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp khác đang tiềm ẩn trong cộng đồng như bệnh cúm, bệnh sởi, bệnh ho gà, bệnh bạch hầu, bệnh do não mô cầu,... Chính vì vậy, bệnh viện cần quan tâm ưu tiên đối phó với dịch bệnh COVID-19 trong giai đoạn trước mắt và các dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp khác về mặt lâu dài, đảm bảo hoạt động an toàn, hiệu quả và chất lượng.

Trước tình hình dịch bệnh đang diễn biến rất phức tạp, ngày 16 tháng 7 năm 2020, Bộ Y tế Ban hành Quyết định số 3088/QĐ-BYT về việc ban hành Bộ Tiêu chí Bệnh viện an toàn phòng chống dịch COVID-19 và các

dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp nhằm góp phần bảo đảm hoạt động khám, chữa bệnh an toàn và hiệu quả của bệnh viện trong dịch COVID-19 và các dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp [2]. Bộ Tiêu chí “Bệnh viện An toàn phòng, chống dịch COVID-19 và các dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp” được xây dựng và ban hành để chỉ đạo, hướng dẫn các bệnh viện đánh giá thực trạng công tác chuẩn bị, ứng phó với COVID-19 và các dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp khác, giúp bảo vệ người bệnh, người nhà người bệnh và nhân viên y tế phòng ngừa lây nhiễm [2].

Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức là Bệnh viện tư nhân thuộc Tập đoàn Y khoa Hoàn Mỹ. Trong quá trình hoạt động, Bệnh viện luôn xác định việc đảm bảo an toàn cho nhân viên y tế và người bệnh khi tham gia khám bệnh, chữa bệnh tại Bệnh viện là điều tiên quyết. Vì vậy, Bệnh viện đã triển khai đề án “Cải tiến nâng cao mức độ an toàn phòng chống dịch COVID-19 và các dịch bệnh viêm đường hô hấp khác” theo Bộ

Tiêu chí Bệnh viện an toàn phòng chống dịch COVID-19 và các dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp của Bộ Y tế với mục tiêu: Cải tiến, hoàn thiện các tiêu chí chưa đạt để nâng cao mức độ Bệnh viện an toàn phòng chống dịch COVID-19 và các dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp tại Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức từ 32 điểm lên 143 điểm.

II. ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG

Vào tháng 07/2020, ngay khi Bộ Y tế Ban hành Bộ Tiêu chí Bệnh viện an toàn phòng chống dịch COVID-19 và các dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp, Bệnh viện lập tức phân công đơn vị phụ trách đánh giá thực trạng và nghiên cứu việc triển khai nghiêm túc, quyết liệt, đồng bộ và đầy đủ tất cả các tiêu chí. Bước đầu, mức độ An toàn toàn phòng chống dịch theo Bộ Tiêu chí Bệnh viện an toàn phòng chống dịch COVID-19 và các dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp tại bệnh viện đạt được kết quả như sau:

Bảng 1. Thực trạng các tiêu chí an toàn phòng chống dịch trước khi triển khai đề án cải tiến

Tên tiêu chí	Điểm chuẩn	Điểm đánh giá
Chương 1: Thành lập Ban chỉ đạo và xây dựng kế hoạch phòng chống dịch	24	7
Chương 2: Đào tạo và tập huấn	6	0
Chương 3: Các biện pháp phòng ngừa	13	0
Chương 4: Sàng lọc và phân luồng	25	8
Chương 5: Phòng ngừa lây nhiễm tại một số khu vực tập trung đông người	34	11
Chương 6: Quản lý an toàn người bệnh và người nhà người bệnh	31	6
Chương 7: Quản lý an toàn nhân viên y tế	11	0
Chương 8: Vệ sinh bệnh viện	6	0
Tổng điểm	150	32

III. XÁC ĐỊNH CÁC VẤN ĐỀ ƯU TIÊN

Sau khi đánh giá thực trạng mức độ An toàn toàn phòng chống dịch COVID-19 và các dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp, chúng tôi xác định tất cả các tiêu chí đều phải được ưu tiên cải tiến đồng bộ, không được để bất cứ nguy cơ lây lan và bùng phát dịch bệnh

nào xảy ra trong khuôn viên bệnh viện. Vì vậy, đã đề ra mục tiêu các tiêu chí cần phải đạt được sau khi triển khai đề án “Cải tiến nâng cao mức độ an toàn phòng chống dịch COVID-19 và các dịch bệnh viêm đường hô hấp khác” như sau:

Bảng 2. Mục tiêu đề ra các tiêu chí an toàn phòng chống dịch sau khi triển khai đề án cải tiến

Tên tiêu chí	Điểm chuẩn	Điểm mục tiêu cần đạt
Chương 1: Thành lập Ban chỉ đạo và xây dựng kế hoạch phòng chống dịch	24	24
Chương 2: Đào tạo và tập huấn	6	6
Chương 3: Các biện pháp phòng ngừa	13	13
Chương 4: Sàng lọc và phân luồng	25	22
Chương 5: Phòng ngừa lây nhiễm tại một số khu vực tập trung đông người	34	28
Chương 6: Quản lý an toàn người bệnh và người nhà người bệnh	31	30
Chương 7: Quản lý an toàn nhân viên y tế	11	11
Chương 8: Vệ sinh bệnh viện	6	6
Tổng điểm	150	140

IV. GIẢI PHÁP

Phân công trách nhiệm các công việc cần triển khai cụ thể cho từng cá nhân và khoa phòng liên quan. Triển khai đồng bộ các biện pháp phòng và kiểm soát lây nhiễm dịch bệnh tại bệnh viện để bệnh viện không trở thành nơi lây nhiễm COVID-19. Tăng cường công tác kiểm tra, giám sát hằng ngày sự tuân thủ các nguyên tắc kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế tại các khoa, phòng trong toàn bệnh viện, xử lý nghiêm, quy trách nhiệm người đứng đầu đối với các khoa, phòng, cá nhân không tuân thủ quy định.

Dự trù, đề xuất, liên hệ nhà cung cấp đặt hàng hóa, vật tư, thuốc, trang thiết bị y tế phục vụ cho hoạt động phòng chống dịch, đảm bảo cung ứng đầy đủ các phương tiện phòng hộ cá nhân cho tất cả nhân viên y tế, luôn luôn trong trạng thái sẵn sàng ứng phó nếu dịch bệnh xảy ra trên diện rộng và xâm nhập vào bệnh viện.

Nghiêm túc thực hiện sàng lọc và kiểm tra y tế ở cổng ra vào của bệnh viện, áp dụng cho mọi người bệnh, người nhà người bệnh, nhân viên các dịch vụ thuê ngoài, công nhân nhà thầu xây dựng và khách liên hệ công tác. Đảm bảo tất cả mọi người phải mang khẩu

trang, đo thân nhiệt, vệ sinh tay và thực hiện tờ khai y tế, đánh dấu nhận diện người đã qua sàng lọc.

Thực hiện giãn cách tại các khu vực thường tập trung đông người trong bệnh viện, đảm bảo môi trường bệnh viện luôn thoáng khí. Triển khai các trạm vệ sinh tay tự động tại khoa Khám bệnh và các khoa, phòng trong bệnh viện. Khuyến khích, nhắc nhở người bệnh, người nhà người bệnh, cán bộ nhân viên bệnh viện, nhân viên các dịch vụ thuê ngoài, nhân viên nhà thầu xây dựng, khách liên hệ công tác thường xuyên rửa tay hoặc sát khuẩn tay.

Đào tạo và đào tạo lại về kiểm soát nhiễm khuẩn, quy trình tiếp nhận, sàng lọc, thu dung người bệnh nghi ngờ mắc COVID-19 và các nội dung khác có liên quan đến công tác phòng chống dịch COVID-19 cho tất cả nhân viên tùy theo vị trí công tác. Riêng bác sĩ, điều dưỡng phải được đào tạo cập nhật các hướng dẫn chẩn đoán, điều trị viêm đường hô hấp cấp tính do vi rút SARS-CoV-2 do Bộ Y tế ban hành, kỹ thuật sử dụng máy thở, khuyến khích tổ chức sinh hoạt chuyên môn cập nhật các thể lâm sàng khác nhau của dịch COVID-19 được đăng tải trên các tạp chí khoa học có giá trị. Yêu cầu tất cả cán bộ nhân viên y tế, người bệnh, người nhà người bệnh, nhân viên các dịch vụ thuê ngoài đều phải cài đặt và bật ứng dụng truy vết Bluezone.

Đầu tư hạ tầng công nghệ thông tin của bệnh viện để đẩy mạnh và duy trì đăng ký lịch khám, chữa bệnh, tư vấn sức khỏe, khám bệnh từ xa, hình thức họp trực tuyến, giao ban trực tuyến, hội chẩn từ xa.

Triển khai, bố trí buồng khám sàng lọc,

buồng cách ly, khu vực cách ly cho nhân viên y tế đúng theo quy định của Bộ Y tế và Sở Y tế.

Tăng cường các giải pháp quản lý sức khỏe đối với nhân viên của bệnh viện, các nhân viên thuê ngoài như vệ sinh, căn tin, bảo vệ, khách liên hệ công tác. Tất cả phải được trang bị phương tiện phòng hộ cá nhân phù hợp khi tiếp xúc với người bệnh, người nhà người bệnh và nhân viên bệnh viện, phải được theo dõi tình trạng sức khỏe liên tục, nếu có sốt hoặc triệu chứng hô hấp cần báo ngay với nhân viên phụ trách y tế được bệnh viện phân công để cách ly, làm xét nghiệm và điều trị kịp thời.

Xây dựng các quy trình, quy định liên quan về COVID-19 để thực hiện và duy trì các hoạt động kiểm soát nhiễm khuẩn và phòng chống dịch.

V. TRIỂN KHAI THỰC HIỆN

Ban chỉ đạo họp 1 lần/tuần để kịp thời đôn đốc và chỉ đạo các công việc. Tổ chức đánh giá lại mức đạt của bệnh viện, giúp bệnh viện tiếp tục xác định những vấn đề ưu tiên để hoạt động khám bệnh, chữa bệnh an toàn, phòng chống lây nhiễm trong bệnh viện.

5.1. Thành lập Ban chỉ đạo và xây dựng kế hoạch phòng chống dịch

Thành lập Ban chỉ đạo phòng, chống dịch và các Tổ công tác của bệnh viện. Phân công công việc, xác định rõ vai trò lãnh đạo với Giám đốc Bệnh viện làm Trưởng ban, Giám đốc Y khoa làm tổ trưởng tổ Chuyên môn và các tổ giúp việc: Tổ Chuyên môn, tổ Điều tra dịch tễ, tổ Truyền thông, tổ Tài chính - Hậu cần, tổ Giám sát. Xây dựng quy chế làm việc và phân công nhiệm vụ của các tổ giúp việc

và các thành viên liên quan.

Chuẩn bị chi tiết kế hoạch ứng phó khi dịch bệnh xảy ra trong bệnh viện, chuẩn bị đầy đủ các phương án ứng phó với tình huống dịch bệnh khi có công bố dịch theo từng cấp độ dịch.

Bố trí sẵn sàng khu vực cách ly cho nhân viên y tế, buồng cách ly được bố trí ở gần buồng khám sàng lọc, đảm bảo thông thoáng và tách biệt khỏi khối nhà chính của bệnh viện. Xây dựng quy chế quản lý hoạt động của khu vực cách ly và lên kế hoạch hậu cần duy trì trong khu vực cách ly cho nhân viên y tế.

Cung ứng đầy đủ phương tiện phòng hộ cá nhân tại khoa Cấp cứu, buồng khám sàng lọc, buồng cách ly, tất cả nhân viên y tế trực tiếp tham gia công tác khám bệnh, chữa bệnh hoặc thực hiện các kỹ thuật cận lâm sàng, trực tiếp chăm sóc, điều trị người bệnh nghi ngờ mắc COVID-19 hoặc có biểu hiện của hội chứng cúm hoặc nhiễm trùng đường hô hấp cấp tính nặng nghi do vi rút và phục vụ cho hoạt động đào tạo, tập huấn các kiến thức về COVID-19 cho nhân viên y tế của bệnh viện.

5.2. Đào tạo và tập huấn

Tổ chức 25 buổi tập huấn cho 1850 lượt nhân viên y tế về các quy trình phòng chống dịch bệnh, Hướng dẫn của Bộ Y tế về khám sàng lọc, chẩn đoán và điều trị COVID-19, sử dụng máy thở, lấy mẫu và vận chuyển bệnh phẩm cho các bác sĩ, điều dưỡng trong toàn bệnh viện. Tập huấn các kiến thức cơ bản về kiểm soát nhiễm khuẩn, về phòng chống lây nhiễm COVID-19, mang phương tiện phòng hộ cá nhân cho toàn thể nhân viên y tế bệnh viện, nhân viên dịch vụ thuê ngoài. Bên cạnh đó, còn kết hợp đào tạo

nhân lực dự bị trong trường hợp thiếu hụt nhân lực chính do dịch bệnh.

5.3. Áp dụng các biện pháp phòng ngừa chung

Xây dựng các quy định về kiểm soát việc mang khẩu trang. Phân công đơn vị phụ trách giám sát và nhắc nhở việc tuân thủ của nhân viên y tế, nhân viên các dịch vụ thuê ngoài, người bệnh và người nhà người bệnh.

Khảo sát, bố trí, lắp đặt thêm 131 máy rửa tay tự động và 105 các vị trí đặt chai sát khuẩn tay nhanh tại các vị trí đông người, nhà thuốc, quầy bán hàng, nhà ăn, căn tin, thang máy,... Phân công bộ phận kiểm tra thường xuyên để đảm bảo cung cấp đầy đủ dung dịch rửa tay.

5.4. Thực hiện sàng lọc và phân luồng

Bố trí 15 bảng hướng dẫn, thực hiện sàng lọc, phân luồng. Xây dựng 3 video truyền thông về phòng chống dịch COVID-19. Thực hiện sàng lọc và kiểm tra y tế 24/7 ở cổng vào của bệnh viện, áp dụng cho mọi người khi đến bệnh viện, đảm bảo mỗi người đều mang khẩu trang, đo thân nhiệt, vệ sinh tay và thực hiện tờ khai y tế. Nội dung tờ khai y tế được cập nhật thường xuyên để phù hợp với tình hình mới về diễn biến của dịch bệnh và phù hợp quy định của bệnh viện. Triển khai ứng dụng công nghệ thông tin trong thực hiện tờ khai y tế cho nhân viên y tế, nhân viên dịch vụ thuê ngoài, công nhân nhà thầu, cho toàn bộ người bệnh và khách thăm.

Bệnh viện thực hiện triển khai và họp đánh giá, rà soát, kiểm điểm và báo cáo sự tuân thủ thực hiện phòng chống COVID-19 của toàn thể cán bộ, nhân viên ở tất cả các khoa, phòng, các nhân viên dịch vụ thuê ngoài và các nhà thầu xây dựng hàng tuần để

Ban Giám đốc kịp thời nắm bắt và chỉ đạo việc thực hiện.

5.5. Phòng ngừa lây nhiễm tại một số khu vực tập trung đông người

Xây dựng quy định, hướng dẫn hạn chế người nhà đưa người bệnh đi khám. Thực hiện giãn cách trong khoảng cách 1-2 m tùy vào tình hình dịch tại các khu vực chờ khám, khu xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, cấp phát thuốc,...

Xây dựng quy định hướng dẫn không để 2 người bệnh đồng thời vào một buồng siêu âm, chụp X quang, CT, MRI, nội soi. Lắp đặt hệ thống đèn cảnh báo có người trong phòng chiếu chụp cận lâm sàng.

5.6. Quản lý an toàn người bệnh và người nhà người bệnh

Tổ chức sắp xếp, cải tạo khu điều trị nội trú nhằm đảm bảo an toàn tối đa, phòng chống lây nhiễm cho toàn bộ những người bệnh có nguy cơ cao, đảm bảo mỗi khoa lâm sàng có một phòng cách ly người bệnh nhiễm.

Xây dựng quy định quản lý người bệnh nội trú trong thời gian nằm điều trị tại bệnh viện.

Bố trí 2 xe lăn và 1 băng ca dành cho người nghi nhiễm/người nhiễm bệnh viêm đường hô hấp cấp, xe lăn và băng ca được đánh dấu phân biệt rõ ràng. Bố trí khu vực để xe lăn và băng ca.

Xây dựng quy trình vận chuyển người bệnh trong khuôn viên bệnh viện và quy định về khử khuẩn phương tiện vận chuyển sau mỗi lần sử dụng. Hướng dẫn cho nhân viên tham gia vận chuyển người bệnh quy trình xử lý khử khuẩn phương tiện vận chuyển người bệnh.

Các buồng điều trị được tăng cường thông khí, mở cửa thông thoáng. Các giường bệnh được bố trí khoảng cách giữa các giường đảm bảo tối thiểu 2 m. Trang bị rèm che bằng vật liệu chống thấm, kháng khuẩn.

5.7. Quản lý an toàn nhân viên y tế

Xây dựng quy trình hội chẩn online, quy trình chuyển tuyến người bệnh nhiễm COVID-19 và các dịch viêm đường hô hấp cấp khác.

Xây dựng quy định yêu cầu nhân viên y tế tự giác theo dõi sức khỏe bản thân, gia đình và các triệu chứng bệnh đường hô hấp. Theo dõi và kiểm soát chặt chẽ sức khỏe của nhân viên bệnh viện, nhân viên các dịch vụ thuê ngoài, nhân viên các nhà thầu xây dựng, nếu có sốt hoặc triệu chứng hô hấp phải báo ngay với quản lý khoa, phòng để cách ly, làm xét nghiệm và điều trị kịp thời.

Xây dựng và áp dụng mẫu nghỉ phép COVID-19, tất cả cán bộ nhân viên y tế phải khai báo lịch trình nghỉ phép và thực hiện khai báo y tế ngay ngày đầu trở lại bệnh viện làm việc.

5.8. Kiểm soát vệ sinh bề mặt môi trường bệnh viện

Xây dựng các quy trình, quy định vệ sinh COVID-19. Hướng dẫn quy trình vệ sinh cho nhân viên vệ sinh. Phân công nhân sự giám sát theo từng vị trí, khu vực cụ thể.

VI. KẾT QUẢ

Sau một tháng nỗ lực thực hiện đề án “Cải tiến nâng cao mức độ an toàn phòng chống dịch COVID-19 và các dịch bệnh viêm đường hô hấp khác”, kết quả tự đánh giá của Bệnh viện vào ngày 14/9/2020 đạt được như sau:

Bảng 3. Kết quả đạt được các tiêu chí an toàn phòng chống dịch sau khi triển khai đề án cải tiến

Tên tiêu chí	Điểm chuẩn	Điểm đạt được
Chương 1: Thành lập Ban chỉ đạo và xây dựng kế hoạch phòng chống dịch	24	24
Chương 2: Đào tạo và tập huấn	6	6
Chương 3: Các biện pháp phòng ngừa	13	13
Chương 4: Sàng lọc và phân luồng	25	23
Chương 5: Phòng ngừa lây nhiễm tại một số khu vực tập trung đông người	34	29
Chương 6: Quản lý an toàn người bệnh và người nhà người bệnh	31	31
Chương 7: Quản lý an toàn nhân viên y tế	11	11
Chương 8: Vệ sinh bệnh viện	6	6
Tổng điểm	150	143

VII. THUẬN LỢI VÀ KHÓ KHĂN

7.1. Thuận lợi

Chính phủ, Bộ Y tế và Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh quan tâm, hướng dẫn chỉ đạo sâu sát hoạt động triển khai thực hiện.

Các Hội, các ban ngành luôn quan tâm, có những chương trình chia sẻ và có nhiều mô hình tiêu biểu để học hỏi kinh nghiệm triển khai của các Bệnh viện trên cả nước.

Lãnh đạo Bệnh viện quan tâm, ủng hộ, luôn đặt vấn đề An toàn phòng, chống dịch COVID-19 và các bệnh viêm đường hô hấp là vấn đề tiên quyết, là điều kiện cần và đủ để Bệnh viện mở cửa tiếp nhận người bệnh khám bệnh, chữa bệnh.

Bệnh viện được xây dựng theo chuẩn quốc tế, được đầu tư đồng bộ về cơ sở vật chất và trang thiết bị, đặc biệt được chú trọng về bố trí các phòng cách ly áp lực âm và các phòng cách ly bệnh nhiễm tại từng khoa nội trú.

Bệnh viện mới, việc thay đổi các chính

sách, quy định và quy trình làm việc của cán bộ nhân viên y tế dễ dàng thực hiện và được tuân thủ nghiêm ngặt.

7.2. Khó khăn

Là Bệnh viện mới, cán bộ nhân viên từ nhiều bệnh viện chuyển tới, từ nhiều vùng miền, khác biệt về văn hóa tổ chức, nhận thức về tầm quan trọng của dịch khác nhau. Đặc biệt, Việt Nam là một trong những nước thành công trong hoạt động phòng chống dịch COVID-19, không để xảy ra tình trạng không kiểm soát được dịch bệnh như các nước khác. Vì vậy, một bộ phận không nhỏ cán bộ nhân viên có tâm lý chủ quan trong phòng chống dịch.

Để bệnh viện hoạt động được, điều kiện sống còn là phải triển khai và đạt được bệnh viện an toàn phòng chống dịch COVID-19, Ban chỉ đạo phòng chống dịch đã thảo luận, đề xuất nhiều mô hình phòng chống dịch với Bệnh viện. Có những mô hình chưa phù hợp và phải làm đi làm lại nhiều lần.

VII. KẾT LUẬN

An toàn phòng chống COVID-19 và các dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp là vấn đề đặc biệt quan trọng đối với các bệnh viện. Tại Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức, sau khi thực hiện đề án cải tiến, nâng cao mức độ an toàn phòng chống dịch đã thu được kết quả vượt hơn cả mong đợi so với mục tiêu đã đề ra. Điểm tự đánh giá mức độ an toàn phòng chống dịch sau khi thực hiện đề án tăng từ 21,3% với 32 điểm (bệnh viện không an toàn) lên 95,3% với 143 điểm (bệnh viện an toàn). Để đạt được kết quả vượt mong đợi như trên là nhờ vào sự chỉ đạo sâu sát, kịp thời, quyết liệt của Ban chỉ đạo phòng chống dịch. Sự quan tâm, đôn đốc của Ban Giám đốc và sự đoàn kết, nỗ lực không ngừng nghỉ của tập thể cán bộ nhân viên bệnh viện. Với mong muốn không để dịch bệnh COVID-19 xâm nhập vào bệnh viện, đảm bảo an toàn cho tất cả người bệnh, người nhà người bệnh, nhân viên y tế và khách liên hệ công tác. Và đảm bảo Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức là địa chỉ uy tín và tin cậy để người dân lựa chọn sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong giai đoạn dịch bệnh vẫn đang diễn ra

phức tạp và cả giai đoạn hậu COVID-19 sau này.

Bên cạnh đó, sự ra đời của Bộ Tiêu chí Bệnh viện an toàn phòng chống dịch COVID-19 và các dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp trong thời điểm dịch bệnh diễn biến phức tạp là hết sức kịp thời và cần thiết. Đã giúp Bệnh viện định hướng được những việc cần làm trong hoạt động xây dựng bệnh viện an toàn phòng chống dịch, giúp Bệnh viện an tâm, tin tưởng trong con đường đưa Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức đi vào hoạt động, thực hiện sứ mệnh với sức khỏe của cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Sổ tay Hướng dẫn phòng, chống dịch COVID-19 tại cộng đồng trong trạng thái bình thường mới, 2020
2. **Bộ Y tế**, Bộ Tiêu chí Bệnh viện an toàn phòng chống dịch COVID-19 và các dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp, Government Document, 7, 2020.
3. **Bộ Y tế**, Tình hình mắc bệnh COVID-19, <https://ncov.moh.gov.vn/>, truy cập ngày 04/12/2020.

CHUẨN HÓA VIỆC LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

Phạm Bá Thị Mỹ Nghiê⁽¹⁾, Phạm Thị Thạch Trúc⁽¹⁾,
Bùi Thị Hoàng Sa⁽¹⁾, Jessica Lubiano Rodriguez⁽¹⁾
Trương Thị Mai Quyên⁽²⁾, Nguyễn Thị Lệ Xuân⁽³⁾,
Nguyễn Văn Bằng⁽⁴⁾, Quách Văn Tiệp⁽⁵⁾

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kế hoạch chăm sóc là tiêu chuẩn thiết yếu trong cung cấp dịch vụ chăm sóc người bệnh. Lập và áp dụng kế hoạch chăm sóc tạo điều kiện cho việc chăm sóc liên tục và an toàn cho người bệnh nhằm mang đến chất lượng tốt nhất trong chăm sóc. Việc lập kế hoạch chăm sóc hiện nay vẫn chưa đạt hiệu quả do thiếu sự đồng nhất và chưa đạt được tiêu chuẩn theo yêu cầu của một kế hoạch chăm sóc.

Mục tiêu: Đo lường tỉ lệ đạt trong việc lập kế hoạch chăm sóc trước và sau khi can thiệp và Đánh giá sự hài lòng của Điều dưỡng trong việc chuẩn hóa kế hoạch chăm sóc.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu trước - sau được chia thành 3 giai đoạn. Giai đoạn I (Trước can thiệp) kiểm tra tỉ lệ đạt trong việc lập kế hoạch chăm sóc bằng Bảng kiểm kế hoạch chăm sóc. Giai đoạn II (can thiệp) là giai đoạn chuẩn hóa dữ liệu và biểu mẫu lập kế hoạch chăm sóc, tập huấn cho Điều dưỡng. Giai đoạn III (sau can thiệp) kiểm tra tỉ lệ đạt trong việc lập kế hoạch chăm sóc và khảo sát sự hài lòng của Điều dưỡng

trong việc chuẩn hóa lập kế hoạch chăm sóc. Bộ câu hỏi gồm 15 câu theo thang điểm Liker scale chia thành 2 lĩnh vực và 2 câu hỏi mở.

Kết quả: Đã thực hiện việc lập kế hoạch chăm trong hồ sơ bệnh trước can thiệp là 133 mẫu và sau can thiệp là 249 mẫu. Kết quả khảo sát cho thấy Tỉ lệ đạt trong việc lập kế hoạch chăm sóc trước can thiệp là 45% và sau cải tiến là 89%. Thực hiện khảo sát 111 Điều dưỡng và tỉ lệ hài lòng chung của Điều dưỡng trong việc chuẩn hóa lập kế hoạch chăm sóc là 79,4%.

Kết luận: Tỉ lệ đạt trong lập kế hoạch chăm sóc sau can thiệp là 89% cao hơn so với trước can thiệp là 45% và tỉ lệ hài lòng của Điều dưỡng về Chuẩn hóa lập kế hoạch chăm sóc là 79,4%. Tuy nhiên, kết quả khảo sát 2 câu hỏi mở cho thấy, để duy trì và cải thiện việc Lập kế hoạch chăm sóc cần phải cải thiện các nội dung như Nâng cao năng lực chuyên môn trong việc nhận định tình trạng sức khỏe người bệnh để xác định vấn đề cần chăm sóc; Tích hợp ứng dụng công nghệ thông tin để giám các công việc hành chính có tính chất lặp lại; Bổ sung thêm dữ liệu những chẩn đoán điều dưỡng cho đối tượng Nhi sơ sinh và Sản khoa.

Từ khóa: Kế hoạch chăm sóc, Quy trình điều dưỡng

SUMMARY

PAPER-BASED NURSING CARE PLAN DEVELOPMENT STANDARDIZATION

Background: The nursing care plan plays an essential role in supporting care provision in hospital. The use of nursing care ensures safe and

(1) *Tập đoàn Y khoa Hoàn Mỹ*

(2) *Bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Lạt*

(3) *Bệnh viện Hoàn Mỹ Quốc tế Vinh*

(4) *Bệnh viện Hoàn Mỹ Minh Hải*

(5) *Bệnh viện ITO Đồng Nai*

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Bá Thị Mỹ Nghiê

Email: nghiem.pham@hoanmy.com

SĐT: 0972 790 029

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

continuous care for the patient to provide quality nursing care. Current nursing care plan development was ineffective due to lack of uniformity and lack of standardization required by a nursing care plan.

Objective: To measure the completeness rate of nursing care plan development in pre-intervention and post-intervention periods and assess nurse's satisfaction on nursing care plan development standardization.

Methods: Before and after study conducted in three phase. Phase I (Pre-intervention) with completeness rate of nursing care plan development by using nursing care plan audit checklist. Phase II (intervention), where specific intervention strategies were conducted such as standardization of nursing care plan data and nursing care plan form, training to Nurse. Phase III (Post-intervention), in which the completeness rate of nursing care plan development was audited by using the nursing care plan audit checklist and Nurse's satisfaction on paper-based nursing care plan standardization was surveyed by using the self-report questionnaire. The survey questionnaire included 15 Liker Scale items divided into 2 areas and 2 open-ended questions.

Result: This study showed that The rate of completeness of nursing care plan development in pre-intervention period was 45% and the rate of completeness of nursing care plan development in post-intervention period was 89%. Overall Nurse's satisfaction rate on paper-based nursing care plan standardization was 79.4%

Conclusion: The completeness rate of nursing care planning in post-intervention period which was 89%, was higher than pre-intervention (45%) and the nursing satisfaction rate on paper-based nursing care plan standardization was 79.4%. However, the results of the two open-

ended question survey show that, in order to maintain and improve the nursing care plan development, it is necessary to improve the contents such as Improve professional capacity in assessing the patient's health condition to identify patient's problems that need care; Integrating information technology applications to reduce repetitive administrative/paper tasks; Provide more data on nursing diagnoses for neonatal and obstetric patients.

Key words: Nursing care plan; Nursing process

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

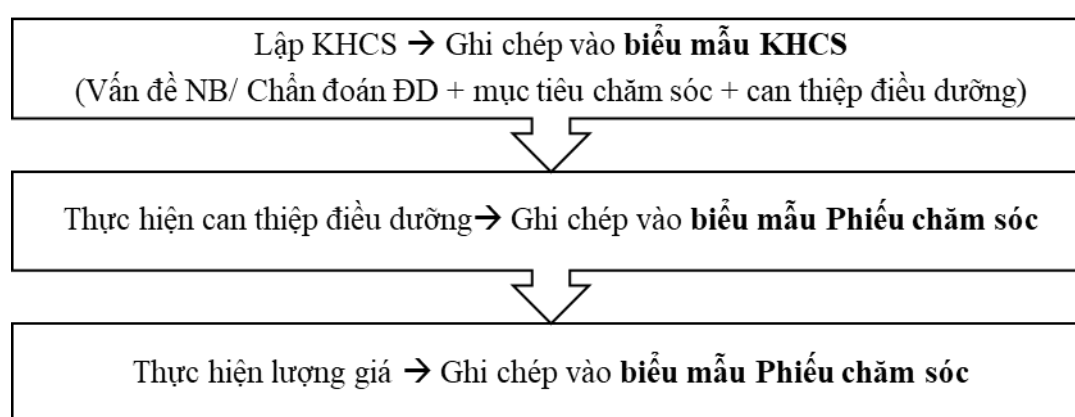
Kế hoạch chăm sóc (KHCS) ghi lại quá trình chăm sóc, là tài liệu chủ yếu để hỗ trợ và chứng minh dịch vụ chăm sóc chất lượng. Các tiêu chuẩn chăm sóc theo từng cá nhân được thiết lập trong KHCS, được cập nhật thường xuyên cho từng cá nhân, cung cấp tài liệu tham khảo hợp lệ cho các Điều dưỡng để tạo điều kiện cho việc chăm sóc liên tục và an toàn cho người bệnh (Banamwana và Cộng sự, 2015; Wang, 2015).

Hơn nữa, lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh đã được các tổ chức y tế đưa vào tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện. Mức 4 của tiêu chí C6.3 trong Bộ Tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam: Toàn bộ người bệnh chăm sóc cấp I & II được điều dưỡng, hộ sinh đánh giá, xác định nhu cầu và lập kế hoạch chăm sóc để thực hiện (BYT, 2016); Tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện JCI, tại Tiểu mục COP2.2 của chương Chăm sóc người bệnh: Lập kế hoạch chăm sóc và ghi vào hồ sơ bệnh án cho từng người bệnh (JCI, 2021).

Theo kết quả khảo sát 1099 Điều dưỡng đang làm việc tại các bệnh viện Hoàn Mỹ,

cho kết quả như sau: 100% bệnh viện thực hiện lập KHCS cho người bệnh chăm sóc cấp 1; 35% bệnh viện thực hiện lập KHCS cho người bệnh chăm sóc cấp 2; Các bệnh viện chưa thực hiện lập KHCS cho người bệnh chăm sóc cấp 3; Chưa lập KHCS đầy đủ cho các người bệnh nội trú. 32% điều

dưỡng không có đủ thời gian để lập KHCS đầy đủ cho người bệnh. Ghi chép KHCS: Hơn 50% các bệnh viện không sử dụng biểu mẫu KHCS; Mỗi bệnh viện sử dụng một biểu mẫu KHCS khác nhau (Phòng Điều dưỡng Tập đoàn, 2021).



Biểu đồ 1: Các bước ghi chép lập kế hoạch chăm sóc hiện tại

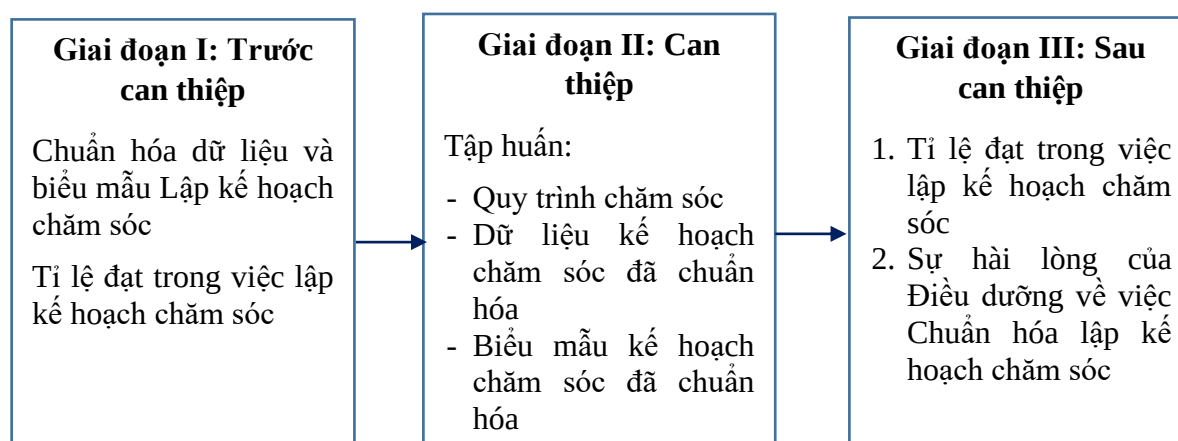
Do đó, việc lập KHCS hiện nay gặp rất nhiều thách thức, như là Điều dưỡng phải ghi chép lặp lại hàng ngày các KHCS, các biện pháp can thiệp và đánh giá tình trạng của người bệnh dẫn tốn nhiều thời gian; Thông tin đánh giá của người bệnh không được thể hiện liên tục trên phiếu điều dưỡng do vậy không thuận tiện theo dõi liên tục tình trạng của người bệnh.

MỤC TIÊU

1. *Đo lường tỉ lệ đạt trong lập Kế hoạch chăm sóc đầu tiên khi người bệnh nhập viện trước và sau can thiệp.*
2. *Đánh giá tỉ lệ hài lòng của Điều dưỡng trong việc Chuẩn hóa kế hoạch chăm sóc sau can thiệp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu trước - sau được chia thành 3 giai đoạn. Giai đoạn I (Trước can thiệp) kiểm tra tỉ lệ đạt trong việc lập kế hoạch chăm sóc bằng Bảng kiểm kế hoạch chăm sóc. Giai đoạn II (can thiệp) là giai đoạn chuẩn hóa dữ liệu và biểu mẫu lập kế hoạch chăm sóc, tập huấn cho Điều dưỡng. Giai đoạn III (sau can thiệp) kiểm tra tỉ lệ đạt trong việc lập kế hoạch chăm sóc và khảo sát sự hài lòng của Điều dưỡng trong việc chuẩn hóa lập kế hoạch chăm sóc. Bộ câu hỏi gồm 15 câu theo thang điểm Likert scale chia thành 2 lĩnh vực và 2 câu hỏi mở.



Biểu đồ 2. Khung nghiên cứu trước - sau

Thời gian thực hiện: Tháng 03 đến tháng 12 năm 2021

Địa điểm thực hiện: Các khoa lâm sàng Nội, Ngoại, Sản, Nhi, VIP, ICU tại bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Lạt, Hoàn Mỹ Quốc tế Vinh, Hoàn Mỹ Minh Hải; ITO Đồng Nai.

Các giai đoạn nghiên cứu

Giai đoạn I: Trước can thiệp

Chuẩn hóa dữ liệu lập kế hoạch chăm sóc

- Xác định danh mục các vấn đề của người bệnh dựa trên khảo sát nhu cầu của các bệnh viện và đã Xây dựng dữ liệu Kế hoạch chăm sóc dựa trên vấn đề người bệnh. Cơ sở dữ liệu được tạo ra bằng cách lựa chọn trong danh mục chẩn đoán điều dưỡng của NANDA I - 2012/2014, những chẩn đoán phù hợp với tình trạng người bệnh khi nằm viện (Doenges và cộng sự, 2016).

- Sáu mươi bốn chẩn đoán điều dưỡng được phân loại dựa trên mô hình chăm sóc toàn diện cho người bệnh gồm Thể chất, Tâm lý, Tinh thần và Xã hội. Các chẩn đoán điều dưỡng (CĐDD) dựa trên cơ sở dữ liệu của NANDAI 2012/2014 gồm 12 lĩnh vực, cụ thể như sau: 5 CĐDD liên quan đến Hoạt động và nghỉ ngơi; 11 CĐDD liên quan đến

Tuần hoàn; 5 CĐDD liên quan đến Hô hấp; 12 CĐDD liên quan đến Thực phẩm và dinh dưỡng; 8 CĐDD liên quan đến Thần Kinh; 1 CĐDD liên quan đến Tương tác xã hội; 2 CĐDD liên quan đến Dạy và Học; 4 CĐDD liên quan đến Sự hoàn thiện bản thân; 6 CĐDD liên quan đến Bài tiết; 1 CĐDD liên quan đến Vệ sinh; 2 CĐDD liên quan đến Đau và thoải mái; 7 CĐDD liên quan đến An toàn.

Hoạt động và nghỉ ngơi (5 CĐDD): Hạn chế vận động; Mệt mỏi; Mất ngủ; Ngủ không ngon giấc; Giảm hoạt động thể chất.

Tuần hoàn (11 CĐDD): Nguy cơ chảy máu; Chảy máu; Giảm cung lượng tim; Nguy cơ giảm cung lượng tim; Nguy cơ suy giảm chức năng tim mạch; Nguy cơ sốc; Nguy cơ tụt máu mô ngoại biên không hiệu quả; Thiếu dịch/giảm thể tích dịch; Thừa/dư thể tích dịch; Nguy cơ Thiếu dịch/giảm thể tích dịch; Nguy cơ Thừa/dư thể tích dịch. **Hô hấp (5 CĐDD):** Tắc nghẽn đường thở; Nguy cơ hít sặc; Kiểu thở không hiệu quả; Giảm trao đổi khí; Giảm chức năng đáp ứng với việc cai máy thở;

Thực phẩm và dinh dưỡng (12 CĐDD): Thiếu dinh dưỡng; Tăng đường huyết; Hạ đường huyết; Nguy cơ đường huyết không ổn định; Nuôi con bằng sữa mẹ không hiệu quả; Nguy cơ mất cân bằng điện giải; Nguy cơ suy giảm chức năng gan; Giảm khả năng nuốt; Dinh dưỡng không đủ so với nhu cầu của cơ thể; Nôn ói; Phương pháp nuôi dưỡng trẻ không hiệu quả; Tổn thương niêm mạc miệng.

Thần kinh (8 CĐDD): Rối loạn tri giác; Rối loạn tri giác cấp tính; Rối loạn tri giác mạn tính; Suy giảm trí nhớ; Căng thẳng quá mức; Nguy cơ rối loạn chức năng mạch máu ngoại vi; Rối loạn giác quan; Mất nhận thức nửa thân người.

Tương tác xã hội (1 CĐDD): Cách ly xã hội;

Dạy và Học (2 CĐDD): Thiếu kiến thức; Không tuân thủ điều trị.

Sự hoàn thiện bản thân (4 CĐDD): Lo lắng; Lo lắng về hình ảnh cơ thể; Sợ hãi; Đau buồn. **Bài tiết (6 CĐDD):** Rối loạn nhu động đường tiêu hóa; Bí tiểu (Cấp/ mãn tính); Táo bón; Tiêu chảy; Tiêu không tự chủ; Tiểu không tự chủ. **Vệ sinh (1 CĐDD):** Giảm khả năng tự chăm sóc.

Đau và thoải mái (2 CĐDD): Không thoải mái; Đau.

An toàn (7 CĐDD): Nguy cơ nhiễm trùng; Nguy cơ tổn thương da; Tổn thương da; Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ; Nguy cơ nhiễm trùng tiểu liên quan đến đặt ống thông tiểu; Hạ thân nhiệt; Tăng thân nhiệt

Các mục tiêu chăm sóc, các can thiệp điều dưỡng và tiêu chuẩn lượng giá tương ứng với các chẩn đoán điều dưỡng được lấy từ nguồn tài liệu NANDA, liên kết NOC-NIC.

Chuẩn hóa biểu mẫu Lập kế hoạch chăm sóc: Thu thập các biểu mẫu kế hoạch chăm sóc tại các bệnh viện đang sử dụng và xây dựng biểu mẫu thống nhất chung cho các bệnh viện.

Xây dựng bảng kiểm Kế hoạch chăm sóc: Xây dựng bảng kiểm để đánh giá việc lập Kế hoạch chăm sóc trước và sau can thiệp. Bảng kiểm gồm 13 câu trong đó có 4 câu kiểm phần Chẩn đoán Điều dưỡng; 3 câu kiểm phần Mục tiêu chăm sóc; 3 câu kiểm phần Can thiệp Điều dưỡng và 3 câu kiểm phần Lượng giá.

Xây dựng đội ngũ Cộng tác viên: Xây dựng tiêu chuẩn Cộng tác viên và đã thực hiện tập huấn Quy trình điều dưỡng; Cách sử dụng dữ liệu các chẩn đoán điều dưỡng và can thiệp điều dưỡng; Lập KHCS theo biểu mẫu thống nhất; Bảng kiểm lập KHCS và được lượng giá sau khi hoàn thành tập huấn.

Đánh giá việc lập Kế hoạch chăm sóc trước khi can thiệp.

- Công cụ: Bảng kiểm lập KHCS
- Phương pháp: Kiểm xét hồ sơ bệnh án hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện
- Tiêu chuẩn chọn: KHCS được lập đầu tiên khi người bệnh nhập viện.
- Số lượng cỡ mẫu: 133

Giai đoạn II: Can thiệp

- Tập huấn Điều dưỡng tại các khoa
- Quy trình điều dưỡng đã được chuẩn hóa
- Cách sử dụng dữ liệu các chẩn đoán điều dưỡng và can thiệp điều dưỡng
- Lập KHCS theo biểu mẫu thống nhất.

Giai đoạn III: Sau can thiệp

Đánh giá việc lập Phiếu KHCS sau tập huấn

- Công cụ: Bảng kiểm lập KHCS
- Phương pháp: Kiểm xét hồ sơ bệnh án, chọn mẫu thuận tiện.
- Tiêu chuẩn chọn: KHCS được lập đầu tiên khi người bệnh nhập viện.
- Số lượng cỡ mẫu: 249

Khảo sát sự hài lòng của Điều dưỡng với việc chuẩn hóa lập Kế hoạch chăm sóc sau cải tiến: Bộ khảo sát gồm 2 phần, phần 1 bao gồm các câu hỏi về nhân khẩu học và phần 2 gồm các câu hỏi sự hài lòng về chuẩn hóa lập kế hoạch chăm sóc. Phần 1 gồm các câu hỏi về nhân khẩu học (Tuổi, giới tính, năm kinh nghiệm làm việc, trình độ học vấn). Phần 2 gồm 17 câu trong đó: 10 câu hỏi sự hài lòng về bộ dữ liệu lập kế hoạch

chăm sóc; 5 câu hỏi sự hài lòng về biểu mẫu kế hoạch chăm sóc theo thang điểm Likert 4 là Rất hài lòng; 3 là Hài lòng; 2 là Không hài lòng và 1 là rất không hài lòng; và 2 câu hỏi mở định tính hỏi về “Theo ý kiến của bạn, yếu tố nào ảnh hưởng đến việc lập kế hoạch chăm sóc” và “Theo ý kiến của bạn, cần làm gì để cải thiện việc lập kế hoạch chăm sóc?”

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Thời gian thực hiện: Tháng 03 đến tháng 12 năm 2021

Địa điểm thực hiện: Thực hiện tại các khoa lâm sàng của 4 bệnh viện gồm Hoàn Mỹ Đà Lạt, Hoàn Mỹ Quốc tế Vinh, Hoàn Mỹ Minh Hải, ITO Đồng Nai.

Bảng 1: Địa điểm thực hiện

Bệnh viện	Hoàn Mỹ Đà Lạt	Hoàn Mỹ Quốc tế Vinh	Hoàn Mỹ Minh Hải	ITO Đồng Nai
1	Khoa Nội	Khoa Nội	Khoa Nội	Khoa Nội
2	Khoa Ngoại	Khoa Ngoại	Khoa Ngoại	Khoa Ngoại
3	Khoa Sản	Khoa Sản	Khoa Sản	Khoa VIP
4	Khoa Nhi	Khoa Nhi	Khoa Nhi	
5			ICU	

1. Tỷ lệ lập Kế hoạch chăm sóc đạt trước và sau khi cải tiến

Khảo sát hồi cứu hồ sơ bệnh án 133 kế hoạch chăm sóc đầu tiên của người bệnh khi nhập viện trước can thiệp và Khảo sát hồi cứu 249 Kế hoạch chăm sóc đầu tiên khi người bệnh nhập viện sau can thiệp tại khoa Nội, Ngoại, Nhi, Sản, VIP và khoa ICU. Kết quả như sau:

Bảng 2: Tỷ lệ lập kế hoạch chăm sóc đạt trước và sau can thiệp

Nội dung	Trước can thiệp (n = 133)		Sau can thiệp (n = 249)	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Đạt	60	45%	220	89%
Không đạt	73	55%	29	11%
TỔNG	133	100%	249	100%

Nhận xét: Tỷ lệ đạt trong việc lập kế hoạch chăm sóc sau khi can thiệp là 89%, cao hơn so với trước can thiệp là 45%. Dựa trên dữ liệu kế hoạch chăm sóc đã được chuẩn hóa, các Điều

dưỡng đã biết xác định được chẩn đoán của người bệnh là Chẩn đoán điều dưỡng = Vấn đề người bệnh + nguyên nhân + (biểu hiện).

2. Số lượng Chẩn đoán điều dưỡng trung bình cho một Kế hoạch chăm sóc và số lượng can thiệp trung bình cho một chẩn đoán Điều dưỡng trước và sau can thiệp

Bảng 3: Số lượng chẩn đoán điều dưỡng trung bình cho một Kế hoạch chăm sóc và số lượng can thiệp trung bình cho 1 chẩn đoán Điều dưỡng trước và sau can thiệp

Nội dung	Trước can thiệp (n = 133)	Sau can thiệp (n = 249)
Số lượng chẩn đoán điều dưỡng trung bình cho 1 kế hoạch chăm sóc	3,0	3,0
Số lượng can thiệp trung bình cho 1 chẩn đoán điều dưỡng	3,0	5,7

Nhận xét: Số lượng chẩn đoán điều dưỡng trung bình cho 1 kế hoạch chăm sóc lần đầu tiên nhập viện sau can thiệp là 3,0, bằng với trước can thiệp (3,0). Số lượng can thiệp trung bình cho 1 chẩn đoán điều dưỡng sau can thiệp là 5,7 cao hơn so với trước can thiệp là 3,0.

3. Sự hài lòng của Điều dưỡng về việc Chuẩn hóa kế hoạch chăm sóc

Khảo sát 111 Điều dưỡng trực tiếp chăm sóc người bệnh dựa trên bộ câu hỏi khảo sát tự trả lời về sự hài lòng trong việc cải tiến lập kế hoạch chăm sóc.

Đặc điểm đối tượng khảo sát

Bảng 4: Đặc điểm của đối tượng khảo sát (n = 111)

Nội dung	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Tuổi	28,8	22	40
Kinh nghiệm làm việc (năm)	5,7	1	16

Bảng 5: Đặc điểm của đối tượng khảo sát (n = 111) (tiếp theo)

Nội dung	Tần số	Tỉ lệ
Giới tính	Nam	8
	Nữ	103
	Tổng	111
Trình độ học vấn	Trung cấp	4
	Cao đẳng	57
	Đại học	50
	Tổng	111

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của đối tượng khảo sát là 28,8 tuổi, nhỏ nhất là 22 tuổi và lớn nhất là 40 tuổi. Kinh nghiệm làm việc trung bình của đối tượng khảo sát là 5,7 năm, nhỏ nhất là 1 năm và lớn nhất là 16 năm (bảng 4). Đa số đối tượng khảo sát là nữ (93%) và nam là 7%. Phần lớn Các đối tượng khảo sát đạt trình độ Cao đẳng và Đại học chiếm 96% (bảng 5).

Sự hài lòng chung của Điều dưỡng về việc Chuẩn hóa lập kế hoạch chăm**Bảng 6: Sự hài lòng của Điều dưỡng về việc chuẩn hóa lập kế hoạch chăm sóc (n = 111)**

Nội dung	Hài lòng	Không hài lòng	Tổng
Sự hài lòng chung của Điều dưỡng về việc Chuẩn hóa lập kế hoạch chăm sóc	79,4%	20,6%	100%
Sự hài lòng của điều dưỡng đối với dữ liệu kế hoạch chăm sóc đã được chuẩn hóa	78,8%	21,2%	100%
Sự hài lòng của Điều dưỡng đối với biểu mẫu Kế hoạch chăm sóc mới	80,7%	19,3%	100%

Nhận xét: Sự hài lòng chung về việc Chuẩn hóa lập kế hoạch chăm sóc của Điều dưỡng là 79,4%. Tỷ lệ hài lòng trung bình của Điều dưỡng đối với dữ liệu kế hoạch chăm sóc đã được chuẩn hóa là 78,8%. Tỷ lệ hài lòng trung bình của Điều dưỡng về việc áp dụng biểu mẫu kế hoạch chăm sóc mới đã được chuẩn hóa là 80,7%.

Sự hài lòng của Điều dưỡng đối với dữ liệu kế hoạch chăm sóc đã được chuẩn hóa**Bảng 7: Sự hài lòng của điều dưỡng đối với dữ liệu kế hoạch chăm sóc đã được chuẩn hóa (n=111)**

Stt	Nội dung	Hài lòng	Không hài lòng	Tổng
B1	Khi Tôi cần tìm chẩn đoán điều dưỡng để lập kế hoạch chăm sóc (KHCS) cho người bệnh (người bệnh), Tôi thường tìm thấy chẩn đoán điều dưỡng trong dữ liệu đã được chuẩn hóa.	71,2%	28,8%	100%
B2	Có những can thiệp điều dưỡng thích hợp được liệt kê mà tôi có thể chọn liên quan đến chẩn đoán điều dưỡng.	85,6%	14,4%	100%
B3	Tôi thường có thể tìm thấy một chẩn đoán điều dưỡng mà xác định rõ ràng các vấn đề của người bệnh.	76,6%	23,4%	100%
B4	Tôi thấy quy trình lập KHCS được chuẩn hóa dữ liệu của chúng tôi là một cách hiệu quả để lập KHCS cho người bệnh.	79,3%	20,7%	100%
B5	Tôi thấy mình có thể dễ dàng lập KHCS cho từng người bệnh với tình trạng bệnh khác nhau dựa trên dữ liệu đã được chuẩn hóa.	70,3%	29,7%	100%
B6	Việc lựa chọn các biện pháp can thiệp cho từng vấn đề của người bệnh đã chọn giúp tôi sắp xếp kế hoạch chăm sóc người bệnh của mình.	87,4%	12,6%	100%
B7	Tôi xác định được các chẩn đoán điều dưỡng thích hợp cho các vấn đề của người bệnh một cách dễ dàng nhờ vào danh sách vấn đề đã được chuẩn hóa.	79,3%	20,7%	100%

B8	Dễ dàng truy cập danh sách chẩn đoán điều dưỡng và các biện pháp can thiệp thông dựa trên dữ liệu đã được chuẩn hóa.	74,8%	25,2%	100%
B9	Danh sách chẩn đoán điều dưỡng trong dữ liệu đã được chuẩn hóa giúp tôi ghi chép chính xác hơn việc chăm sóc người bệnh.	86,5%	13,5%	100%
B10	Tôi thấy dễ dàng lập KHCS cho người bệnh đầy đủ bằng cách sử dụng danh sách chẩn đoán điều dưỡng hiện tại trong dữ liệu đã được chuẩn hóa.	76,6%	23,4%	100%
Tỉ lệ hài lòng trung bình		78,8%	21,2%	100%

Nhận xét: Tỉ lệ hài lòng trung bình của Điều dưỡng đối với dữ liệu kế hoạch chăm sóc đã được chuẩn hóa là 78,8%. Trong đó, tỉ lệ hài lòng cao nhất tại 3 yếu tố gồm “Việc lựa chọn các biện pháp can thiệp cho từng vấn đề của người bệnh đã chọn giúp tôi sắp xếp kế hoạch chăm sóc người bệnh của

minh”; “Danh sách chẩn đoán điều dưỡng trong dữ liệu đã được chuẩn hóa giúp tôi ghi chép chính xác hơn việc chăm sóc người bệnh” và “Có những can thiệp điều dưỡng thích hợp được liệt kê mà tôi có thể chọn liên quan đến chẩn đoán điều dưỡng” lần lượt là 87,4%; 86,5% và 85,6%.

Sự hài lòng của Điều dưỡng đối với biểu mẫu Kế hoạch chăm sóc mới

Bảng 8: Sự hài lòng của Điều dưỡng đối với biểu mẫu Kế hoạch chăm sóc đã được chuẩn hóa (n=111)

Stt	Nội dung	Hài lòng	Không hài lòng	Tổng
B11	Các kế hoạch chăm sóc theo biểu mẫu đã được chuẩn hóa giúp tôi dễ dàng đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh.	87,4%	12,6%	100%
B12	Tôi có thể nhanh chóng xác định kế hoạch chăm sóc tiếp theo bằng cách xem lại danh sách vấn đề và can thiệp trước đó.	90,1%	9,9%	100%
B13	Cách lập kế hoạch chăm sóc trên biểu mẫu được chuẩn hóa giúp tôi tiết kiệm thời gian trong việc lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh.	72,1%	27,9%	100%
B14	Tôi nhận thấy quy trình lập kế hoạch chăm sóc trên biểu mẫu chuẩn hóa hỗ trợ việc cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng liên tục.	78,4%	21,6%	100%
B15	Tôi hài lòng với cách hiện tại mà chúng tôi lập kế hoạch chăm sóc trên dữ liệu và biểu mẫu đã được chuẩn hóa.	75,7%	24,3%	100%
Tỉ lệ hài lòng trung bình		80,7%	19,3%	100%

Nhận xét: Tỷ lệ hài lòng trung bình của Điều dưỡng về việc áp dụng biểu mẫu kế hoạch chăm sóc đã được chuẩn hóa là 80,7%. Trong đó, tỉ lệ hài lòng cao nhất về yếu tố “Tôi có thể nhanh chóng xác định kế hoạch chăm sóc tiếp theo bằng cách xem lại danh sách vấn đề và can thiệp trước đó” và “Các kế hoạch chăm sóc theo biểu mẫu đã được

chuẩn hóa giúp tôi dễ dàng đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh” lần lượt là 90,1% và 87,4%.

Kết quả 2 câu hỏi mở về việc lập kế hoạch chăm sóc

Câu B16: Theo ý kiến của bạn, yếu tố nào ảnh hưởng đến việc lập kế hoạch chăm sóc (n=111)

Bảng 9: Ý kiến phản hồi về Yếu tố ảnh hưởng đến lập kế hoạch chăm sóc

Nội dung	Tần số	Tỉ lệ
Tốn nhiều thời gian trong việc lập kế hoạch chăm sóc.	50	45%
Thiếu kỹ năng trong việc nhận định tình trạng người bệnh	20	18%
Khó khăn trong việc xác định vấn đề NB	3	3%
Trong giai đoạn chăm sóc nhiều người bệnh sẽ không đủ thời gian lập kế hoạch chăm sóc đầy đủ cho người bệnh	5	5%

Nhận xét: 45% Điều dưỡng có ý kiến rằng tốn nhiều thời gian trong việc lập kế hoạch chăm sóc, thêm vào đó thiếu kỹ năng trong việc nhận định tình trạng người bệnh và khó khăn trong việc xác định vấn đề NB lần lượt chiếm tỷ lệ 18% và 3%, và yếu tố

khác có ảnh hưởng đến việc lập kế hoạch lập kế hoạch chăm sóc là số lượng người bệnh quá đông và kèm theo nhiều diễn biến của bệnh sẽ dẫn đến không đủ thời gian lập kế hoạch chăm sóc đầy đủ cho người bệnh.

Câu B17: Theo ý kiến của bạn, cần làm gì để cải thiện việc lập kế hoạch chăm sóc (n=111)

Bảng 10: Ý kiến phản hồi về các Biện pháp cải thiện để lập kế hoạch chăm sóc

Nội dung	Tần số	Tỉ lệ
Cải tiến việc ghi chép thông tin hành chính (Ghi chép thông tin người bệnh lặp lại trên các biểu mẫu)	43	39%
Giảm bớt thủ tục giấy tờ trên hồ sơ bệnh án	14	13%
Lập kế hoạch ngắn gọn	5	5%
Cần bổ sung thêm vấn đề người bệnh của trẻ sơ sinh và sản khoa	5	5%
CNE các loại bệnh ít gặp để nhân viên có kiến thức	10	9%
Kế hoạch chăm sóc mẫu theo từng bệnh	5	5%

Nhận xét: Phần lớn ý kiến cho rằng cần cải thiện việc ghi chép hành chính để tránh ghi chép thông tin người bệnh lặp lại trên các biểu mẫu (39%) và cần giảm bớt thủ tục

giấy tờ trên hồ sơ bệnh án (13%) để điều dưỡng có thời gian nhiều hơn trong việc lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh. Việc lập kế hoạch ngắn gọn và huấn luyện các loại

bệnh ít gặp để nhân viên có kiến thức lập chăm sóc cũng là ý kiến được ghi nhận với các tỷ lệ lần lượt là 5% và 9%. Cần bổ sung thêm vấn đề người bệnh của trẻ sơ sinh và sản khoa (5%) và có kế hoạch chăm sóc mẫu theo từng bệnh (5%) cũng là đề xuất để nhằm đạt được hiệu quả tốt hơn trong các chăm sóc chuyên khoa được ghi nhận.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ đạt trong lập kế hoạch chăm sóc sau can thiệp là 89% cao hơn so với trước can thiệp là 45% và tỉ lệ hài lòng của Điều dưỡng về Chuẩn hóa lập kế hoạch chăm sóc là 79,4%. Tuy nhiên, kết quả khảo sát 2 câu hỏi mở cho thấy, để duy trì và cải thiện việc Lập kế hoạch chăm sóc cần phải cải thiện các nội dung như Nâng cao năng lực chuyên môn trong việc nhận định tình trạng sức khỏe người bệnh để xác định vấn đề cần chăm sóc; Tích hợp ứng dụng công nghệ thông tin để giảm các công việc hành chính có tính chất lặp lại; Bổ sung thêm dữ liệu những chẩn đoán điều dưỡng cho đối tượng Nhi sơ sinh và Sản khoa.

ĐỀ XUẤT

- Nâng cao năng lực chuyên môn trong việc nhận định/đánh giá tình trạng sức khỏe người bệnh để xác định vấn đề cần chăm sóc trên người bệnh.

- Tích hợp ứng dụng công nghệ thông tin để giảm các công việc hành chính có tính chất lặp lại.

- Bổ sung thêm dữ liệu những chẩn đoán điều dưỡng cho đối tượng Nhi sơ sinh và sản khoa.

- Xây dựng kế hoạch nhằm tối ưu hóa

trong việc lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Banamwana, G., & Smith, A. M. (2015).** Evaluation of the use and value of nursing care plans in nursing practice at a referral hospital, Kigali, Rwanda: Nurses' perspectives. *Rwanda Journal*, 2(2), 76-76.
2. **Bộ Y tế. (2016).** Bộ Tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam. Tiêu chí C6.3 Người bệnh được theo dõi, chăm sóc phù hợp với tình trạng bệnh và phân cấp chăm sóc, Phiên bản 2.0, 96.
3. **Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2016).** Nursing diagnosis manual: Planning, individualizing, and documenting client care. FA Davis.
4. **Joint Commission International, & Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2021).** Joint Commission International accreditation standards for hospitals. Joint Commission Resources. Chapter of Care of Patient, COP2.2 An individualized plan of care is developed and documented for each patient, Phiên bản 7.0, 108
5. **Joint Commission International, & Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2019).** Joint Commission International Accreditation Standards in Hospital. Appendix I: Measure Sampling.
6. **Phòng Điều dưỡng Tập đoàn. (2021).** Báo cáo kết quả khảo sát tại các khoa lâm sàng tại Bệnh viện
7. **Wang, N., Yu, P., & Hailey, D. (2015).** The quality of paper-based versus electronic nursing care plan in Australian aged care homes: A documentation audit study. *International journal of medical informatics*, 84(8), 561-569.

KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN ĐIỀU TRỊ COVID-19 HOÀN MỸ THỦ ĐỨC: NHỮNG KHÓ KHĂN VÀ KINH NGHIỆM

Nguyễn Thị Ngọc Hà, Phan Thanh Toàn, Nguyễn Văn Hiệp,
Vũ Thị Ái Vân, Nguyễn Tấn Sang(*)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh COVID-19 là đại dịch toàn cầu. Bệnh do Coronavirus-2 (SARS-CoV 2) gây ra hội chứng hô hấp cấp nghiêm trọng và lây lan nhanh chóng ảnh hưởng đến nhiều người trên toàn thế giới. Ngày 19 tháng 3 năm 2020, có 81.174 ở người Trung Quốc và 128.665 người ngoài Trung Quốc đã xác định bệnh COVID-19, trong đó có 8778 ca tử vong. Do đó, bệnh COVID-19 được xem là đe dọa đến sự an toàn của toàn nhân loại[1].

Đái tháo đường được xem là đại dịch thế giới. Ngày nay, với lối sống tĩnh tại ít vận động và tuổi thọ trung bình ngày càng cao dẫn đến số người bệnh đái tháo đường đang gia tăng theo thời gian. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế 2015, số người mắc bệnh đái tháo đường ở: Bắc Mỹ là 44,3 triệu người năm 2015, dự kiến đến năm

2040 có 60,5 triệu người. Nam và Trung Mỹ năm 2015 có 29,6 triệu người ước tính đến năm 2041 có 48,8 triệu người. Châu Âu năm 2015 có 59,8 triệu người, ước tính đến năm 2040 có 71,1 triệu người. Trung Đông và Bắc Phi năm 2015 có 35,4 triệu người,

ước tính năm 2040 có 72,1 triệu người. Châu Phi năm 2015 có 14,2 triệu người, ước tính năm 2040 có 34,2 triệu người. Châu Á ở Đông Nam năm 2015 có 78,3 triệu người, ước tính năm 2040 có 140,4 triệu người và Miền Tây năm 2015 có 153,2 triệu người, ước tính năm 2040 có 214,8 triệu người [2].

Khi bị bệnh COVID-19, người bệnh đái tháo đường thường có triệu chứng nặng, biến chứng nặng hơn và dễ tử vong hơn so với người bình thường. Một nghiên cứu trên 138 bệnh nhân Covid-19 tại Bệnh viện Vũ Hán, Trung Quốc, cho thấy bệnh nhân đái tháo đường chỉ chiếm 5,9% trong số bệnh nhân Covid-19 nhập viện nhưng lại chiếm tới 22,2% số bệnh nhân Covid-19 phải điều trị tại khoa Hồi sức tích cực. Nguy cơ bị bệnh Covid-19 nặng không khác biệt giữa đái tháo đường typ 1 và đái tháo đường typ 2 nhưng có thể khác biệt tùy theo tuổi của bệnh nhân và có hay không các biến chứng của đái tháo đường. Người cao tuổi, kiểm soát đường huyết kém hoặc để đường huyết dao động nhiều, có các biến chứng mạn tính, nhất là biến chứng tim mạch, biến chứng thận... là những yếu tố dự báo bệnh tiến triển nặng và nguy cơ tử vong cao. Một nghiên cứu khác trên 44.672 bệnh nhân Covid-19 tại Trung Quốc công bố tháng 2 năm 2020 cho thấy tỷ lệ tử vong chung là 2,3%, nhưng tỷ lệ tử vong ở những người có đái tháo đường là 7,3%, tăng gấp 3,2 lần [3],[4], [8].

- Tăng đường huyết có liên quan đến cả 3

(*)*Bệnh viện Hoàn Mỹ Thủ Đức*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Hà

Email: nguyenthingocha201729@gmail.com

SĐT: 0917900388

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

cơ chế chính ở các bệnh nhân đái tháo đường nhiễm Covid-19 dễ bị biến chứng nặng và tử vong:

+ Tăng đường huyết làm suy yếu hệ miễn dịch bảo vệ, nếu bị nhiễm bệnh Covid-19 thì cơ thể giảm khả năng ngăn chặn virus lan tràn và tấn công các cơ quan. Các nghiên cứu cho thấy chức năng hệ miễn dịch và chức năng bạch cầu được cải thiện rõ sau khi đường huyết được kiểm soát tốt.

+ Có thể đường huyết cao là môi trường tốt cho virus phát triển. Đường huyết cao làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn.

+ Tăng đường huyết kéo dài gây các biến

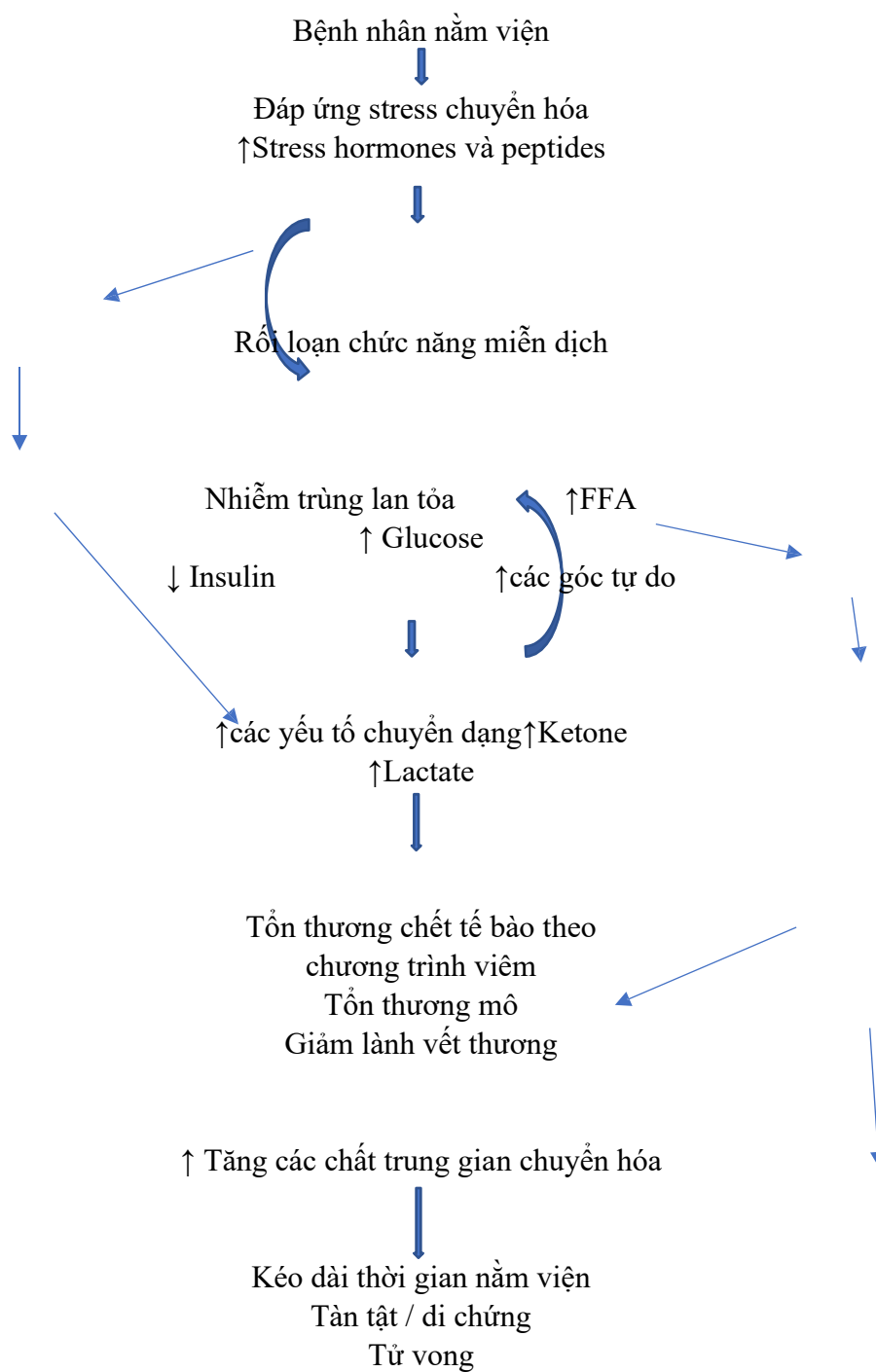
chứng tim mạch, tăng huyết áp, suy thận... Những bệnh nhân nhiễm Covid-19 có các biến chứng này sẽ dễ bị suy hô hấp, suy tim..., nên nguy cơ tử vong cao.

Kiểm soát đường huyết đạt mục tiêu có vai trò cực kỳ quan trọng, nếu đường huyết không đạt mục tiêu ở người đái tháo đường bị bệnh COVID-19 làm tăng thời gian nằm viện, độ nặng của bệnh, chi phí điều trị và nguy cơ tử vong cao. Nhận thấy tính cần thiết và nghiêm trọng liên quan đến sự sống còn của người bệnh đái tháo đường bị nhiễm COVID-19 nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

Cơ chế bệnh đái tháo đường



Hình 1. Cơ chế tăng đường huyết ở người bệnh đái tháo đường [7] Cơ chế tăng đường huyết ở người đái tháo đường nằm viện



Sơ đồ 1. Tăng đường huyết và kết cục tại bệnh viện [6]

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**1. Đối tượng nghiên cứu**

1.1. Dân số mục tiêu. Người bệnh đái tháo đường đủ 16 tuổi trở lên bị nhiễm bệnh COVID-19. II.1.2. Dân số chọn mẫu

Người bệnh đái tháo đường đủ 16 tuổi trở lên bị nhiễm bệnh COVID-19 nhập viện điều trị tại Bệnh viện điều trị COVID-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức từ ngày 25 tháng 7 năm 2021 đến ngày 01 tháng 10 năm 2021.

1.2. Tiêu chí chọn vào

- Người bệnh đủ 16 tuổi trở lên
- Xuất viện có chẩn đoán theo mã ICD 10 của Bộ Y Tế:

- + Bệnh chính U07.1

- + Bệnh phụ: E10, E11II. 1. 4. Tiêu chí loại trừ

Tất cả người bệnh không thỏa tiêu chí chọn vào. II. 2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

Các bệnh nhân đái tháo đường đồng mắc bệnh COVID-19 nằm viện từ ngày 25 tháng 7 đến ngày 01 tháng 10 năm 2021. Có 42 ca được đưa vào nghiên cứu.

2. Phương pháp xử lý số liệu

- Nhập liệu bằng Excel.

- Phân tích số liệu bằng stata14.0

3. Vấn đề y đức

Nghiên cứu của chúng tôi đã được Ban Giám Đốc và Hội Đồng Y Đức Bệnh viện

Đa khoa Quốc tế Hoàn Mỹ Thủ Đức thông qua.

Chúng tôi hồi cứu từ hồ sơ giấy và hồ sơ từ phần mềm điện tử HIS của bệnh viện. Chúng tôi không yêu cầu người bệnh trả thêm bất kỳ chi phí hay xét nghiệm để phục vụ cho nghiên cứu này.

Thông tin của người bệnh chúng tôi tuân thủ quá trình bảo mật theo quy trình bảo mật của bệnh viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm mẫu nghiên cứu: Có 42 đối tượng tham gia nghiên cứu.

Bảng 3.1 Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu

Đặc điểm chung	Trung bình $\pm$ ĐLC	Tỷ lệ %(n)
Tuổi (n = 42)	64 $\pm$ 11,8	
Nam giới		59,5 (n=25)
Cân nặng (n = 40)	64,5 $\pm$ 12,9	
Thời gian nằm viện (n =42)	15 $\pm$ 6	
Đường huyết nhập viện (n=39)	13,3 $\pm$ 5,7	
Đường huyết nằm viện (n=35)	12,4 $\pm$ 2,9	
Đái tháo đường đã chẩn đoán lúc vào viện		85,7 (36)
ĐTĐ mới phát hiện		14,3 (6)
Truyền insulin tĩnh mạch		12,2 (5)
Tiêm insulin dưới da		85 (35)
Insulin		90,5 (40)
Medrol		0% (0)

Dexa		84 (26)
Kháng sinh		90 (27)
Đo ĐH 1 lần/ ngày		100 (35)
Đo ĐH 2 lần/ ngày		52,3 (n=22)
Đo ĐH ≥ 3 lần/ ngày		28,5 (n=12)

ĐLC: độ lệch chuẩn

Nhận xét:

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, khoảng tuổi dao động rộng từ 34 đến 92.
- Cân nặng của người bệnh có sự chênh lệch rất lớn từ 47 đến 118 ký.
- Tất cả các bệnh nhân đều được xét nghiệm đường huyết ít nhất 1 lần/ngày.

- Thời gian nằm viện không đều từ 3 đến 28 ngày.

- Mức độ kiểm soát đường huyết ngoại trú của người bệnh không đều, đường lúc nhập viện từ 5,16 đến 34,4 mmol/l. Trong quá trình nằm viện đường huyết được kiểm soát nhưng khoảng dao động vẫn rất rộng từ 6,3 đến 19,7 mmol/l.

Bảng 3.2. Đặc điểm liều insulin trung bình với đường huyết trung bình

Đặc điểm	Trung bình $\pm$ KTV	Tỷ lệ%(n)
Đơn vị insulin/ kg(n=35)	1.3 $\pm$ 1.3-3.8	
ĐH ≤ 10 mmol/l (n=35)		22,9(n=8)

KTV: khoảng tứ vị

Nhận xét:

- Liều insulin theo đơn vị/ kí lô cân nặng ở người đái tháo đường bệnh COVID-19 cao hơn liều insulin theo đơn vị/ kí lô cân nặng ở người đái tháo đường không COVID- 19, nhu cầu insulin có sự khác biệt rất lớn giữa các đối tượng khác nhau trung bình từ 0,9 đến 4,6 đơn vị/kg.

- Người đái tháo đường bệnh COVID-19 cần nhiều insulin hơn người đái tháo đường không nhiễm COVID-19, chỉ có 23% người đái tháo đường nhiễm COVID-19 đạt mục tiêu đường huyết từ 10 mmol/l trở xuống mặc dù đã dùng đến liều insulin trung bình 1,3 đơn vị/ kí lô cân nặng.

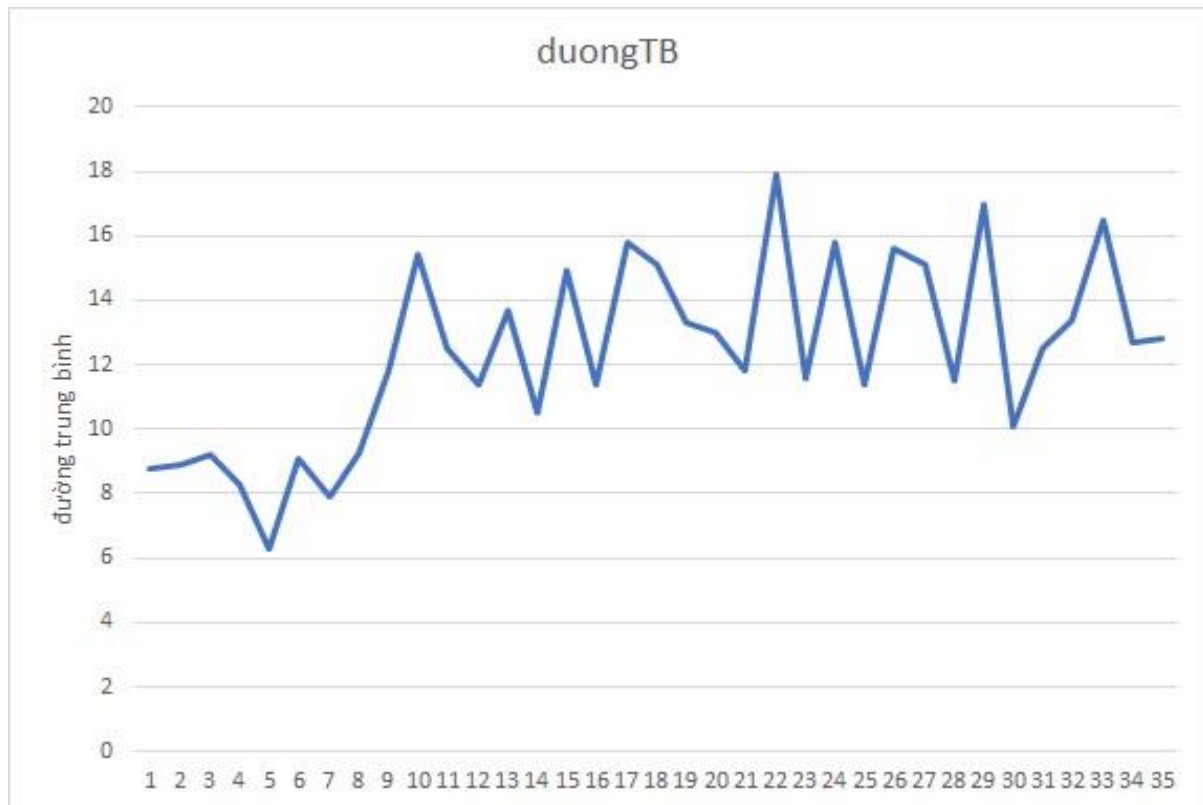
Bảng 3.3. Đặc điểm số lần tiêm insulin trong ngày với đường huyết

Đặc điểm	Tỷ lệ % ĐH ≤ 10 mmol/l(n)	Tỷ lệ % ĐH >10 mmol/l(n)
Tiêm insulin ≤ 2 lần /	62,5 (15)	37,5 (9)
Tiêm insulin > 2 lần/	72,7 (8)	27,3 (3)

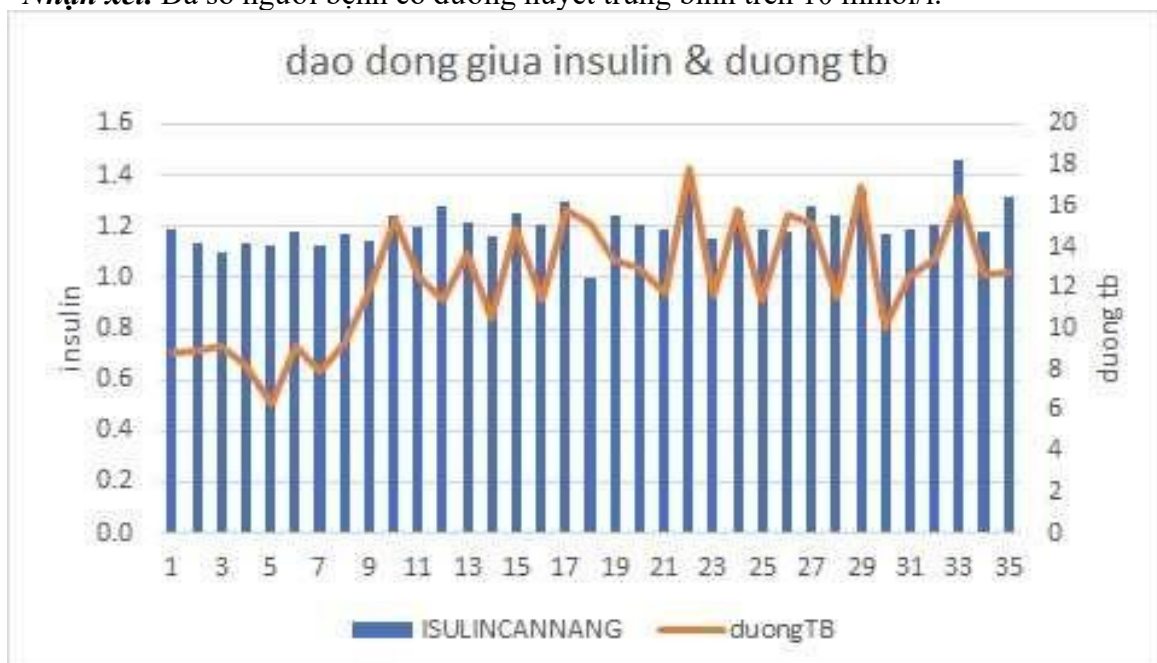
ĐH: đường huyết

Nhận xét:

Số lần tiêm insulin tỷ lệ nghịch với giá trị đường huyết. Số lần tiêm insulin trên 2 cho thấy tỷ lệ đạt giá trị đường huyết từ 10mmol/l trở xuống chiếm tỷ lệ cao.

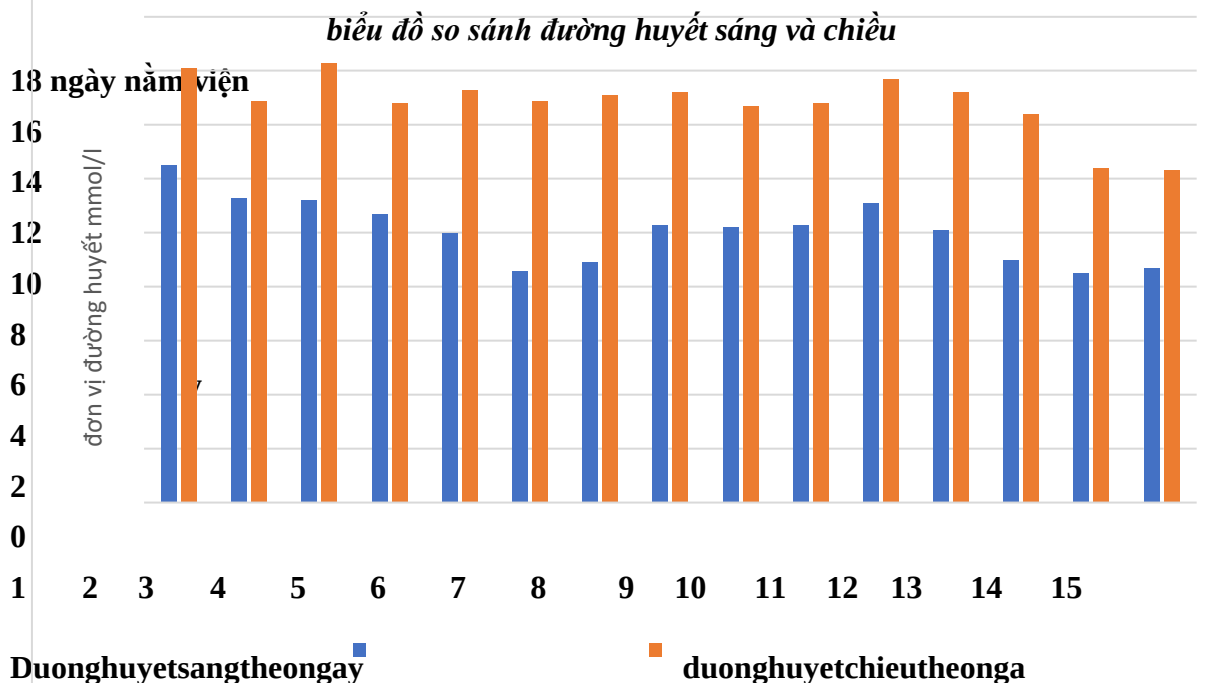


Biểu đồ 3.1. Đường trung bình của từng người bệnh trong thời gian nằm viện
Nhận xét. Đa số người bệnh có đường huyết trung bình trên 10 mmol/l.



Biểu đồ 3.2. Biểu đồ dao động insulin trung bình theo cân nặng với đường huyết trung bình ở từng người bệnh

Nhận xét: Liều insulin trung bình khoảng 1,3 đơn vị/ kg cân nặng, chỉ có số ít người đạt giá trị đường huyết mục tiêu.



Biểu đồ 3.3. Biểu đồ dao động đường huyết trung bình sáng, chiều trong 15 ngày nằm viện.

Nhận xét: Tất cả các ngày trong 15 ngày nằm viện có đường huyết sáng đều thấp hơn chiều, đường huyết chiều cao vượt ngưỡng an toàn.

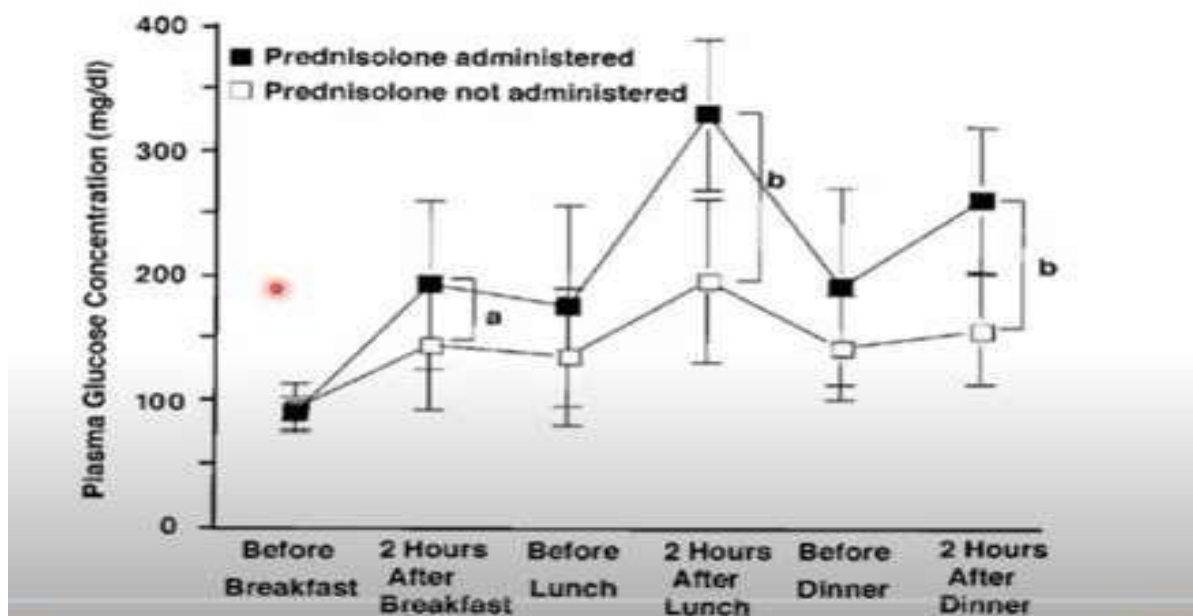
IV. BÀN LUẬN

- Từ các hướng dẫn của Hội Nội tiết Việt Nam, Hội Nội Tiết Hoa Kỳ đã cho chúng ta thấy được tầm quan trọng của nồng độ insulin sinh lý, tác hại của nồng độ đường huyết không đạt mục tiêu. Nồng độ insulin sinh lý thay đổi theo số lần ăn và tỷ lệ cũng như đặc tính về chỉ số đường huyết của các thành phần thức ăn trong khẩu phần ăn cho mỗi lần ăn của từng người.



Biểu đồ 4.1. Biểu đồ nồng độ insulin sinh lý

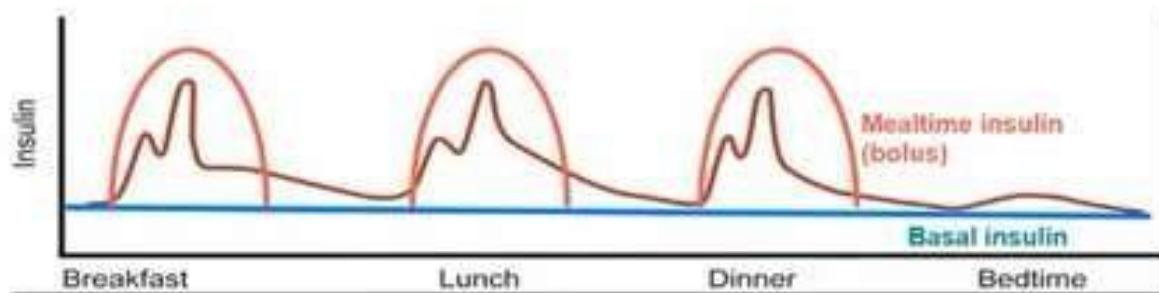
- Nồng độ đường huyết của người dùng corticoide có đặc điểm đường huyết đói thường thấp và gần giống với người đái tháo đường không dùng corticoid, sự khác biệt nổi bật là tăng đường huyết sau ăn. Sự dao động đường huyết phụ thuộc thời gian tác dụng của loại corticoid đã dùng.



Biểu đồ 4.2. Biểu đồ nồng độ đường huyết của người dùng prednisolone

- Khi điều trị người bệnh đái tháo đường, chúng tôi cố gắng thiết lập lại nồng độ insulin sinh lý cho người bệnh. Theo Hội Nội tiết Hoa Kỳ năm 2021, để ổn định đường huyết về mục tiêu không chỉ đưa ra phác đồ điều trị bằng thuốc, có thể thuốc gây hạ đường huyết không phải insulin, hoặc insulin

hay kết hợp cả hai mà còn luôn luôn có sự chọn lựa đầu tiên là điều trị tiết chế và vận động [5]. Do đó, chế độ ăn uống, chế độ tập luyện của người đái tháo đường có sự thay đổi là vô cùng quan trọng so với người không bị đái tháo đường.



Biểu đồ 4.3. Biểu đồ tạo nồng độ insulin sinh lý

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành tại Bệnh viện điều trị COVID-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức từ ngày 25 tháng 7 năm 2021 đến ngày 01 tháng 10 năm 2021, có 42 người tham gia nghiên cứu có đặc điểm như: Tuổi trung bình thuộc Sơ lão, tỷ lệ Nam nhiều hơn Nữ. Thời gian nằm viện trung bình trên 15 ngày. Đường huyết lúc nhập viện trung bình 13,3 mmol/l. Tỷ lệ đái tháo đường mới chẩn đoán chiếm 14,3%. Người bệnh đo đường huyết hai lần/ ngày chiếm tỷ lệ 52,3%.

- Từ lý thuyết đến thực hành cho thấy tỷ lệ người bệnh chưa đạt được đường huyết mục tiêu chiếm tỷ lệ cao. Liều insulin 1,3 đơn vị/kg chưa đưa được đường huyết về mục tiêu và đặc biệt đường huyết chiều vượt ngưỡng an toàn. Trong thực hành lâm sàng, chúng tôi gặp khó khăn trong kiểm soát đường huyết người bệnh vì:

+ Không có đủ đội ngũ chuyên về Nội tiết: Bác sĩ, điều dưỡng.

+ Không thực hiện được khẩu phần ăn dành riêng cho cá thể người đái tháo đường.

+ Không có đủ đội ngũ vật lý trị liệu, huấn luyện viên cho người bệnh tập vận động.

+ Không có Bác sĩ Tâm lý giúp người bệnh giảm stress.

- Đường huyết dao động nhiều, tăng nguy cơ xuất hiện biến chứng của tăng đường huyết, tăng nhiễm trùng, nhiễm nấm, suy giảm miễn dịch làm chậm đào thải virus dẫn đến thời gian nằm viện kéo dài, tăng tỉ lệ tàn tật/ tàn phế và nguy cơ tử vong cao.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành tại Bệnh viện điều trị COVID-19 Hoàn Mỹ Thủ Đức từ ngày 25 tháng 7 năm 2021 đến ngày 01 tháng 10 năm 2021, có 42 người tham gia nghiên cứu với kết quả:

- Tuổi trung bình: 64 tuổi

- Tỷ lệ % nam giới: 59,5 %
- Cân nặng trung bình: 64,5 kg
- Thời gian nằm viện trung bình: 15,6 ngày

- Tỷ lệ người bệnh mới phát hiện ĐTĐ trong thời gian nằm viện là: 14,3%

- Tỷ lệ người bệnh truyền insulin là: 12,2%

Tỷ lệ người bệnh điều trị bằng tiêm insulin dưới da có xét nghiệm đường huyết mỗi ngày: 100%

- Tỷ lệ người bệnh có đường huyết từ 10 mmol/l trở xuống chiếm tỷ lệ: 23%

- Trung bình liều insulin tiêm dưới da (đơn vị)/ kí lô cân nặng là: 1,3 đơn vị/ kg cân nặng.

- Tiêm insulin từ 2 lần trở xuống có ĐH mục tiêu ≤ 10 mmol/l chiếm tỷ lệ: 62,5%

- Tiêm insulin từ 2 lần trở lên có ĐH mục tiêu ≤ 10 mmol/l chiếm tỷ lệ: 72,7%

- Đường huyết trong 15 ngày nằm viện: sáng luôn thấp hơn chiều.

VI. KIẾN NGHỊ

- Kiểm soát đường huyết theo cá thể hóa người bệnh, cần phối hợp đa chuyên khoa: Nội tiết, Dinh dưỡng, Tâm lý, Thử nghiệm thể thao.

- Cần tôn trọng nồng độ insulin sinh lý

- Kiểm soát đường huyết theo hướng dẫn: Bộ Y Tế, Hội Nội tiết Việt Nam, Hội nội tiết Hoa Kỳ, ...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hu R, Gao H, Huang D, Jiang D, et al, (2020), "Successful blood glucose management of a severe COVID-19 patient with diabetes: A case report", Medicine, 99 (26), e20844.

2. Ogurtsova K, da Rocha Fernandes J D, Huang Y, Linnenkamp U, et al, (2017), "IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040", Diabetes Res Clin Pract, 128 40-50.
3. Wang A, Zhao W, Xu Z, Gu J, (2020), "Timely blood glucose management for the outbreak of 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) is urgently needed", Diabetes Res Clin Pract, 162 108118.
4. Zhou J, Tan J, (2020), "Diabetes patients with COVID-19 need better blood glucose management in Wuhan, China", Metabolism, 107 154216.
5. Association A D, (2021), "15. Diabetes Care in the Hospital: Standards of Medical Care in Diabetes—2021", Diabetes Care, 44 (Supplement 1), S211-S220.
6. Clement S, Braithwaite S S, Magee M F, Ahmann A, et al, (2004), "Management of Diabetes and Hyperglycemia in Hospitals", Diabetes Care, 27 (2), 553-591.
7. Lee P G, Halter J B, (2017), "The Pathophysiology of Hyperglycemia in Older Adults: Clinical Considerations", Diabetes Care, 40 (4), 444-452.
8. Wu Z, McGoogan J M, (2020), "Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention", JAMA, 323 (13), 1239-1242.

XÂY DỰNG VÀ ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VIỆC ÁP DỤNG “DANH MỤC TƯƠNG TÁC THUỐC CẦN CHÚ Ý” TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ VẠN PHÚC 2

Phan Hữu Đức*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xây dựng và đánh giá hiệu quả của việc áp dụng “Danh mục Tương tác thuốc (TTT) cần chú ý trong thực hành lâm sàng” tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Vạn Phúc 2. **Đối tượng và phương pháp:** Dựa trên dữ liệu khảo sát thực tế đơn thuốc ngoại trú và y lệnh thuốc nội trú, Danh

mục TTT cần chú ý được xây dựng. Áp dụng Danh mục vào thực hành (tháng 10/2020), và đánh giá hiệu quả can thiệp dựa trên xu hướng và tần suất xuất hiện các cặp TTT chống chỉ định, hay có lựa chọn thay thế theo chuỗi thời gian. **Kết quả:** Danh mục 18 cặp TTT cần lưu ý đã được xây dựng, trong đó có 4 cặp chống chỉ định. Can thiệp đã thể hiện những hiệu quả bước đầu trong việc kê đơn, cấp phát thuốc ngoại trú. Tuy nhiên, can thiệp không có hiệu quả trong việc chỉ định, cấp phát thuốc nội trú (nơi hoạt động được lâm sàng còn hạn chế) hay đối với các cặp còn nhiều ý kiến trái chiều về mức độ nghiêm trọng hay hướng xử trí (các tương tác với

*Bệnh viện Hoàn Mỹ Vạn Phúc

Chịu trách nhiệm chính: Phan Hữu Đức

Email: phanhuuctb@gmail.com

SĐT: 0395 707274

Ngày nhận bài: 25/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 08/12/2021

Ngày duyệt bài: 13/12/2021

domperidon làm kéo dài khoảng QT hay cặp clopidogrel – omeprazol, esomeprazol). **Kết luận:** Việc xây dựng và áp dụng Danh mục TTT tuy cần thiết, nhưng không thể thay thế vai trò của dược sĩ lâm sàng trong quản lý TTT trên từng cá thể người bệnh, đặc biệt đối với các cặp TTT còn nhiều ý kiến trái chiều.

Từ khóa: tương tác thuốc, danh mục, Bệnh viện Đa khoa Vạn Phúc 2

SUMMARY

ESTABLISHING AND ASSESSING THE EFFECTIVENESS OF THE APPLICATION OF “LIST OF CLINICALLY SIGNIFICANT DRUG-DRUG INTERACTION” AT HOÀN MỸ VẠN PHÚC 2 HOSPITAL

Objectives: This study was aimed at establishing and assessing the effectiveness of the application of “List of clinically significant drug-drug interaction (DDI)” at Hoàn Mỹ Vạn Phúc 2 Hospital. **Subjects and methods:** The DDI list was built based on the actual survey data of out-patient prescriptions and in-patient medication orders. Applying the List into clinical practice (October 2020), and assessing the effectiveness of interventions based on the trend and frequency of occurrence of contraindicated or alternative DDI pairs over time. **Result:** A list of 18 DDI pairs was developed, including 4 DDIs to avoid. The intervention has shown initial effectiveness in the outpatient clinic. However, the intervention is not effective in the inpatient care (where clinical pharmacology activities is limited) or for pairs with mixed opinions about the severity or clinical management (interactions with domperidone prolonging the QTc interval or the clopidogrel - omeprazole, esomeprazole pair). **Conclusion:** The establishing and application of the DDI list, although necessary, cannot replace the role of the clinical pharmacist

in the management of DDIs on each individual patient, especially for pairs with mixed opinions.

Keywords: drug-drug interaction, list, Hoàn Mỹ Vạn Phúc 2 Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tương tác thuốc (TTT) là một trong những nguyên nhân gây biến cố bất lợi trong quá trình sử dụng thuốc, và biến cố bất lợi do TTT có thể phòng tránh được trong nhiều trường hợp. Trong hoạt động quản lý TTT, xây dựng Danh mục TTT được triển khai tại nhiều bệnh viện trong cả nước. Danh mục TTT được xây dựng dựa trên nguồn tra cứu chất lượng, tập trung vào những tương tác có ý nghĩa lâm sàng là công cụ hỗ trợ cần được xem xét, đặc biệt đối với những bệnh viện có nguồn nhân lực còn hạn chế. Nghiên cứu này được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Vạn Phúc 2 với hai mục tiêu tương ứng với hai giai đoạn:

- (1) *Xây dựng danh mục TTT cần chú ý;*
- (2) *Áp dụng danh mục vào thực hành lâm sàng và bước đầu ghi nhận hiệu quả.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

▪ Giai đoạn 1: tiến hành khảo sát:

- Đơn thuốc ngoại trú từ ngày 01 tháng 7 năm 2020 đến 20 tháng 9 năm 2020 được lấy từ phần mềm Hsoft Report.

- Y lệnh thuốc nội trú tháng 8 năm 2020 được lấy từ phần mềm Hsoft Report. Một y lệnh thuốc bao gồm tất cả thuốc bệnh nhân lãnh/ bù từ kho Dược trong một ngày.

▪ **Giai đoạn 2:** bao gồm đối tượng nghiên cứu của giai đoạn 1 (trước can thiệp) và đơn thuốc ngoại trú, y lệnh thuốc nội trú từ ngày

01 tháng 10 năm 2020 đến ngày 31 tháng 09 năm 2021 (sau can thiệp).

Phương pháp nghiên cứu

▪ Giai đoạn 1: gồm 2 bước

- Bước 1

Truy xuất từ phần mềm Hsoft Report tất cả các y lệnh thuốc nội trú tháng 8 năm 2020 và đơn thuốc ngoại trú từ ngày 01 tháng 7 năm 2020 đến 20 tháng 9 năm 2020. Sau đó tiến hành tra cứu tương tác bằng phần mềm thongtinthuoc.com, từ đó lọc ra các cặp tương tác có mức độ nghiêm trọng là “chống chỉ định” hoặc “nặng”. Các cặp tương tác này sau đó được kiểm tra lại bằng phần mềm IBM Micromedex (MM). Từ đó nhóm nghiên cứu thu được “Danh mục cặp tương tác thuốc đồng thuận giữa thongtinthuoc.com và MM”.

- Bước 2:

Tổng hợp danh mục TTT cần chú ý toàn viện (ngoại trú và nội trú), đồng thời hoàn thiện hướng xử trí của các cặp tương tác trong danh mục. Các cặp tương tác thuốc được lựa chọn để đưa vào danh mục trong trường hợp chống chỉ định, tránh phối hợp hoặc cần hiệu chỉnh liều/ thời gian dùng thuốc dựa trên chủ yếu thông tin tham khảo từ hai cơ sở dữ liệu điện tử Micromedex và Lexicomp, cũng như công văn của Cục Quản lý Dược.

▪ Giai đoạn 2:

Can thiệp “áp dụng Danh mục TTT vào thực hành lâm sàng” được tiến hành từ tháng 10 năm 2019. Hoạt động can thiệp cụ thể bao gồm:

- Thiết kế bảng tra cứu tương tác cần lưu ý để tại Khoa/Phòng

- Tích hợp danh mục báo tương tác cần lưu ý vào phần mềm kê đơn/hỗ trợ kê đơn của Bệnh viện

- Dược sĩ sử dụng danh mục tương tác cần lưu ý trong quá trình đi buồng bệnh, duyệt thuốc hoặc cấp phát thuốc

- Đào tạo, tập huấn cho bác sĩ về danh mục tương tác thuốc cần lưu ý

- Tổng kết, rút kinh nghiệm về các tương tác thuốc đã được ghi nhận

Thời điểm bắt đầu tiến hành can thiệp này được sử dụng để phân chia 2 giai đoạn trước và sau nghiên cứu.

Đánh giá hiệu quả của can thiệp dựa trên xu hướng và tần suất xuất hiện các cặp TTT chống chỉ định, hay có lựa chọn thay thế.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Danh mục các cặp TTT cần lưu ý

Khảo sát 22049 đơn thuốc ngoại trú phát hiện được 13 cặp tương tác mức độ nặng theo Micromedex, với 178 lượt tương tác. Không phát hiện ra cặp tương tác chống chỉ định nào.

Khảo sát 5231 y lệnh thuốc nội trú phát hiện được 1 cặp tương tác chống chỉ định, 25 cặp tương tác mức độ nặng theo Micromedex, với 120 lượt tương tác.

Tổng hợp danh mục TTT ngoại và nội trú, danh mục 18 cặp TTT cần chú ý đã được xây dựng, bao gồm 4 cặp là tương tác chống chỉ định và 15 cặp là tương tác mức độ nặng. Danh mục được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Danh mục tương tác thuốc cần chú ý trong thực hành lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa Vạn Phúc 2

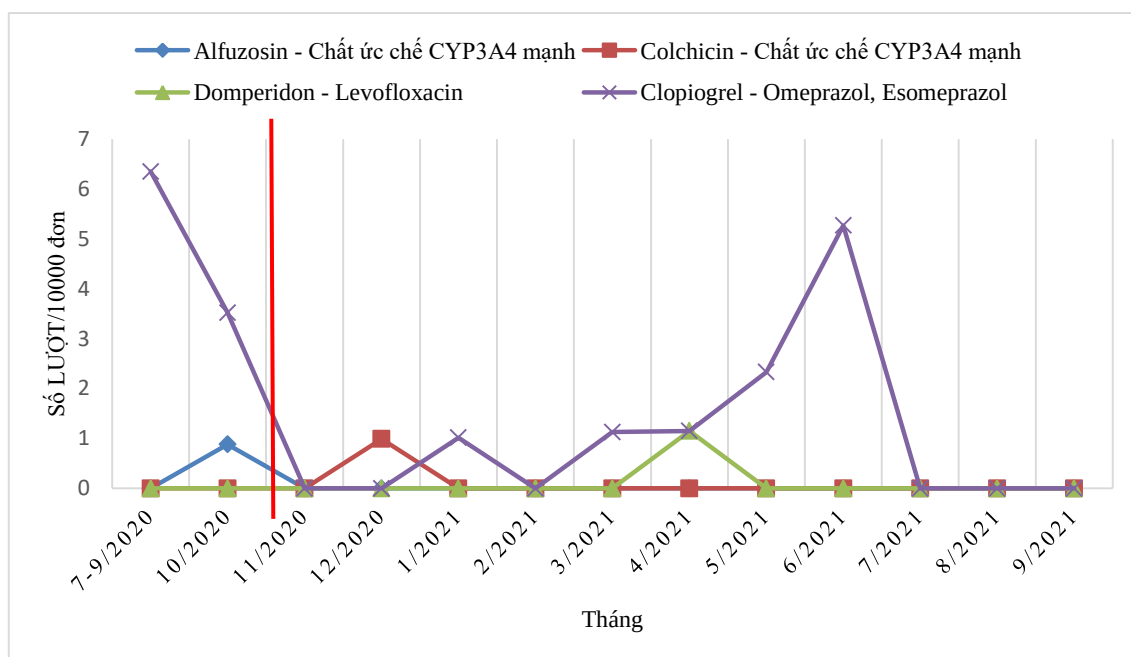
STT	THUỐC 1	THUỐC 2	HẬU QUẢ	HƯỚNG XỬ TRÍ
1	Domperidon	Các thuốc làm kéo dài khoảng QT (amiodaron, levofloxacin,...)	Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT	CHỐNG CHỈ ĐỊNH ²
2	Domperidon	Chất ức chế CYP3A4 mạnh (fluconazol, itraconazol, clarithromycin)	Tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT	CHỐNG CHỈ ĐỊNH ²
3	Colchicin	Chất ức chế CYP3A4 mạnh (clarithromycin, itraconazol)	Tăng nguy cơ ngộ độc colchicin	Ở BN suy gan/ suy thận: CHỐNG CHỈ ĐỊNH. Ở BN chức năng gan, thận bình thường: tránh phối hợp. Xem xét azithromycin hay dùng colchicin. ³ Nếu bắt buộc phối hợp: giảm liều, theo dõi các biểu hiện độc tính của colchicin.
4	Chẹn kênh calci (lercanidipin, amlodipin, nifedipin)	Chất ức chế CYP3A4 mạnh (clarithromycin, itraconazol)	Tăng phơi nhiễm thuốc chẹn kênh calci	Clarithromycin – lercanidipin: CHỐNG CHỈ ĐỊNH Clarithromycin – amlodipin, nifedipin: tránh phối hợp. Xem xét azithromycin . Nếu phối hợp, xem xét chỉnh liều, theo dõi tác dụng thuốc chẹn kênh calci.
5	Spironolacton	Kali, chế phẩm chứa kali	Tăng kali máu	Tránh phối hợp. Nếu phối hợp, giám sát chặt chẽ nồng độ kali huyết thanh và chức năng thận của bệnh nhân.
6	Spironolacton	Ức chế men chuyển (perindopril, captopril, lisinopril, imidapril)	Tăng kali máu	Tránh phối hợp, đặc biệt trên bệnh nhân có độ lọc cầu thận (GFR) < 30 mL/phút. Nếu phối hợp, giám sát chặt chẽ nồng độ kali huyết thanh và chức năng thận của bệnh nhân.

				Sử dụng liều spironolacton thấp nhất có hiệu quả (không nên quá 25 mg/ngày). ⁴
STT	THUỐC 1	THUỐC 2	HẬU QUẢ	HƯỚNG XỬ TRÍ
7	Thuốc ức chế thụ thể angiotensin II (telmisartan, losartan, valsartan)	Thuốc ức men chuyển (perindopril, captopril, lisinopril, imidapril)	Tăng nguy cơ hạ huyết áp, ngất, tăng kali máu, thay đổi chức năng thận, suy thận cấp	Tránh phối hợp. Nếu phối hợp, theo dõi huyết áp, chức năng thận và điện giải.
8	Clopidogrel	Omeprazol, esomeprazol	Giảm hiệu quả của clopidogrel	Sử dụng pantoprazol thay thế. Nếu không có pantoprazol, sử dụng rabeprazol thay thế (dùng clopidogrel sau ăn sáng; dùng rabeprazol 4 giờ sau). ⁵
9	Clopidogrel	Chẹn kênh calci (amlodipin, nifedipin, lercanidipin)	Giảm hiệu quả của clopidogrel	Thận trọng, theo dõi.
10	Fentanyl	Thuốc ức chế TKTU (midazolam, diazepam,...)	Tăng nguy cơ ức chế TKTU (suy hô hấp, hạ huyết áp, tăng tác dụng an thần, có nguy cơ dẫn đến hôn mê và tử vong)	Theo dõi chặt chẽ, xem xét giảm liều 1 hoặc cả 2 thuốc.
11	Atorvastatin	Clarithromycin	Tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp (đau cơ, mỏi cơ, yếu cơ)	Xem xét pravastatin , rosuvastatin. Nếu phối hợp, liều atorvastatin không vượt quá 20 mg/ngày . Theo dõi dấu hiệu, triệu chứng bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp.
12	Atorvastatin	Fluconazol, itraconazol	Tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp (đau cơ, mỏi cơ, yếu cơ)	Xem xét pravastatin , rosuvastatin. Nếu phối hợp, sử dụng liều atorvastatin thấp nhất có hiệu quả. ⁶ Theo dõi dấu hiệu, triệu chứng bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp.

STT	THUỐC 1	THUỐC 2	HẬU QUẢ	HƯỚNG XỬ TRÍ
1 3	Atorvastatin	Colchicin	Tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp (đau cơ, mỏi cơ, yếu cơ)	Xem xét pravastatin , rosuvastatin. Nếu phối hợp, chỉnh liều colchicin: Không quá 0,6-1,2 mg cho liều nạp & 0,3-0,6 mg/ngày cho liều duy trì. Theo dõi dấu hiệu, triệu chứng bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp. ⁷
1 4	Fenofibrat	Colchicin	Tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp (đau cơ, mỏi cơ, yếu cơ)	Theo dõi dấu hiệu, triệu chứng bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp, đặc biệt khi bắt đầu điều trị trên đối tượng người cao tuổi, suy giảm chức năng thận.
1 5	Fenofibrat	Atorvastatin	Tăng nguy cơ bệnh cơ hoặc tiêu cơ vân cấp (đau cơ, mỏi cơ, yếu cơ)	Nếu bắt buộc phối hợp, theo dõi dấu hiệu, triệu chứng viêm cơ, đau cơ hoặc tiêu cơ vân cấp.
1 6	Clopidogrel	Aspirin	Tăng nguy cơ xuất huyết	Nếu bắt buộc phối hợp, theo dõi dấu hiệu, triệu chứng xuất huyết.
1 7	Thuốc chống kết tập tiểu cầu (aspirin, clopidogrel)	NSAID (diclofenac, meloxicam, celecoxib,...)	Tăng nguy cơ xuất huyết	Nếu bắt buộc phối hợp, theo dõi dấu hiệu, triệu chứng xuất huyết.
1 8	Diclofenac	NSAID khác (ibuprofen, meloxicam, celecoxib)	Tăng nguy cơ xuất huyết (mà ít hoặc không tăng hiệu quả)	Tránh phối hợp.

2. Xu hướng xuất hiện của một số cặp tương tác thuốc cần chú ý trong kê đơn ngoại trú

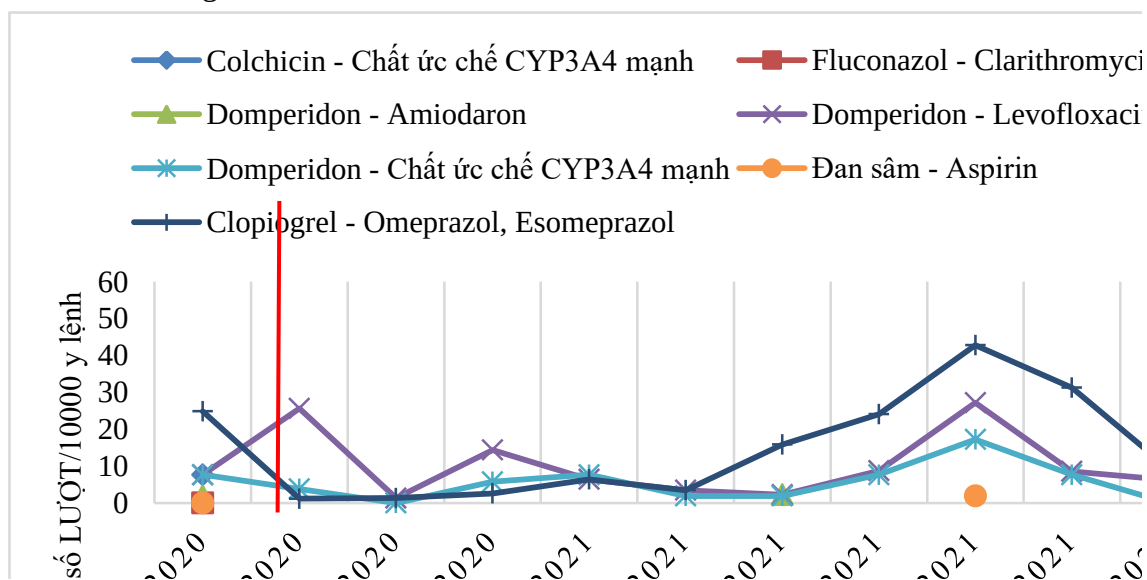
Xu hướng và tần suất xuất hiện 4 cặp TTT cần chú ý (chống chỉ định, có lựa chọn thay thế) trong kê đơn ngoại trú được thể hiện trong hình 1.



Hình 1. Xu hướng và tần suất xuất hiện của một số cặp tương tác thuốc cần chú ý trong kê đơn ngoại trú

Các cặp TTT chống chỉ định (alfuzosin – clarithromycin, colchicin – clarithromycin, domperidon – levofloxacin) chỉ xuất hiện 1 lượt tương tác trong hơn 12 tháng. Cặp clopidogrel – omeprazol, esomeprazol có xu hướng giảm, nhưng tăng lại vào cuối quý II năm 2021.

3. Xu hướng xuất hiện của một số cặp tương tác thuốc cần chú ý trong chỉ định thuốc nội trú. Xu hướng và tần suất xuất hiện 7 cặp TTT cần chú ý trong chỉ định thuốc nội trú được thể hiện trong hình 2.



Hình 2. Xu hướng và tần suất xuất hiện của một số cặp tương tác thuốc cần chú ý trong chỉ định thuốc nội trú

Nhiều cặp TTT chống chỉ định (colchicin – clarithromycin, fluconazol – clarithromycin, domperidon – amiodaron, đan sâm – aspirin) chỉ gặp trong một đợt điều trị trong khoảng thời gian khảo sát. Cùng với đó, 3 cặp TTT thường gặp bao gồm: domperidon – clarithromycin, domperidon – levofloxacin, clopidogrel – omeprazol, esomeprazol.

Cặp domperidon – các thuốc làm kéo dài khoảng QT, hay domperidon – chất ức chế CYP3A4 mạnh không có xu hướng giảm sau can thiệp, một số khoảng thời gian còn có xu hướng tăng. Trong khi đó, cặp clopidogrel – omeprazol, esomeprazol có xu hướng giảm trong 5 tháng sau can thiệp, nhưng sau đó tăng trở lại.

IV. BÀN LUẬN

1. Xây dựng danh mục các cặp TTT cần lưu ý. Danh mục 18 cặp TTT cần chú ý trong thực hành lâm sàng đã được xây dựng dựa trên khảo sát thực tế đơn thuốc và y lệnh tại bệnh viện. Trong hoàn cảnh phần mềm kê đơn chưa đáp ứng được đầy đủ mong đợi của các bác sĩ, việc xây dựng danh mục TTT cần chú ý có ý nghĩa rất quan trọng trong việc hỗ trợ kê đơn và kiểm soát tương tác. Hoạt động này đã được triển khai tại nhiều bệnh viện ở Việt Nam như: Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thái Hà tại Trung tâm Y tế huyện Bình Lục, Hà Nam đã đưa ra 45 cặp tương tác cần lưu ý trên thực hành lâm sàng tại bệnh viện này [2]; Nghiên cứu của Đàm Văn Nồng tại Trung tâm Y tế huyện Bã Chẽ, Quảng Ninh cũng đưa ra 39 cặp tương tác cần lưu ý [4]. Các nghiên cứu trên về cơ bản, đều thực hiện qua 3 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: Xây dựng danh mục tương tác thuốc cần chú ý dựa trên dữ liệu y văn từ danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện.

- Giai đoạn 2: Xây dựng danh mục tương tác thuốc có tần suất gặp cao qua khảo sát đơn thuốc, bệnh án thực tế.

- Giai đoạn 3: Tổng hợp danh mục tương tác từ 2 giai đoạn trên.

Như vậy, so với hai nghiên cứu trên, nghiên cứu của chúng tôi không thực hiện giai đoạn 1, một phần do nguồn nhân lực và thời gian có hạn, một phần cho nhu cầu cấp thiết cần phải có một danh mục TTT cập nhật đáp ứng nhu cầu bác sĩ và dược sĩ trong thực hành lâm sàng. Điều này dẫn đến số cặp tương tác trong danh mục của chúng tôi (18 cặp) ít hơn nhiều so với hai nghiên cứu.

Với số lượng đơn thuốc, y lệnh rất lớn được đưa vào tầm soát bằng phần mềm, nghiên cứu của chúng tôi đã ghi nhận được một tỷ lệ nhỏ TTT chống chỉ định. Hai cặp tương tác chống chỉ định “domperidon - các thuốc làm kéo dài khoảng QT”, “domperidon - chất ức chế CYP3A4 mạnh” là cặp tương tác được bổ sung theo công văn của Cục Quản lý Dược [1].

2. Xu hướng xuất hiện tương tác thuốc trước và sau can thiệp

Xây dựng và áp dụng danh mục tương tác thuốc vào thực hành lâm sàng đã thể hiện những hiệu quả nhất định trong việc kê đơn, cấp phát thuốc ngoại trú. Tuy nhiên, can thiệp không có hiệu quả trong việc chỉ định, cấp phát thuốc nội trú. Khác biệt này có thể do hai nguyên nhân chính sau:

- Do nguồn nhân lực hạn chế, hoạt động được lâm sàng mới được chú trọng triển khai tại ngoại trú, hoạt động được lâm sàng nội trú còn nhiều thiếu sót.

- Bệnh nhân điều trị nội trú, nên bác sĩ có thể xem xét chỉ định đồng thời các thuốc có tương tác ở mức độ cần theo dõi. Thí dụ, domperidon và levofloxacin, tuy đây là cặp tương tác chống chỉ định theo công văn của

Cục Quản lý Dược, nhưng Lexicomp, Micromedex phân loại mức độ nghiêm trọng lần lượt là “Theo dõi trị liệu + Trung bình” (Monitor therapy + Moderate) và “Nặng” (Major). Lexicomp khuyến cáo nếu phối hợp hai thuốc trên, cần theo dõi khả năng kéo dài khoảng QT và loạn nhịp (bao gồm xoắn đỉnh). Các yếu tố nguy cơ khác bao gồm: người cao tuổi (> 60 tuổi), giới tính nữ, nhịp tim chậm, hạ kali máu, hạ magesi máu, bệnh tim mạch và liều cao domperidon (> 30 mg/ngày). Do đó, đối với những trường hợp ít yếu tố nguy cơ, sử dụng đồng thời domperidon và levofloxacin được bác sĩ cân nhắc.

Cặp tương tác clopidogrel – omeprazol, esomeprazol, từ quý II năm 2021, cả nội trú và ngoại trú, đều có xu hướng tăng cao trở lại, do nhiều cán bộ y tế nhận định đây là tương tác không có ý nghĩa lâm sàng dựa trên một số nghiên cứu [5]. Tại nội trú, hai cặp tương tác thường gặp còn lại, không có xu hướng giảm là domperidon – các thuốc làm kéo dài khoảng QT và domperidon – chất ức chế CYP3A4 mạnh. Một nghiên cứu về hiệu quả của phần mềm cảnh báo hỗ trợ kê đơn trong quản lý tương tác thuốc bất lợi tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Bạch Mai, cũng cho thấy can thiệp bằng phần mềm chưa làm giảm được xu hướng xuất hiện TTT với cặp phối hợp các thuốc làm kéo dài khoảng QT (thường liên quan đến tương tác của domperidon), đây cũng là cặp có tần suất xuất hiện cao [3].

Một số cặp tương tác chống chỉ định tuy tần suất xuất hiện rất thấp (1 lượt trong khoảng thời gian 12 tháng), không có tên trong Danh mục như alfuzosin – clarithromycin, fluconazol – clarithromycin, đan sâm – aspirin nhưng cần lưu ý quản lý (cập nhật danh mục, thông tin thuốc), để không tái xuất hiện.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã xây dựng được danh mục 18 cặp TTT cần lưu ý. Can thiệp áp dụng Danh mục TTT vào thực hành lâm sàng đã thể hiện những hiệu quả bước đầu trong việc kê đơn, cấp phát thuốc ngoại trú. Tuy nhiên, can thiệp không có hiệu quả trong việc chỉ định, cấp phát thuốc nội trú (nơi hoạt động được lâm sàng còn hạn chế) hay đối với các cặp còn nhiều ý kiến trái chiều về mức độ nghiêm trọng hay hướng xử trí. Đối với những trường hợp này, cần tăng cường hoạt động được lâm sàng trong rà soát, ngăn đơn thuốc, y lệnh thuốc có tương tác chống chỉ định và tư vấn kịp thời để quản lý TTT trên từng trường hợp cụ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cục Quản lý Dược (2015)**, Công văn số 9234/QLD-ĐK.
2. **Nguyễn Thị Thái Hà (2019)**. “Xây dựng danh mục tương tác thuốc đáng chú ý trong điều trị tại trung tâm Y tế huyện Bình Lục - Hà Nam”. Luận văn tốt nghiệp dược sĩ chuyên khoa cấp I, ĐH Dược Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Huế, Lê Thị Hoàng Hà, Cẩm Tuyết Nga, Nguyễn Mai Hoa, Nguyễn Hoàng Anh, Dương Đức Hùng (2020)**. “Hiệu quả của phần mềm cảnh báo hỗ trợ kê đơn trong quản lý tương tác thuốc bất lợi tại Khoa Khám bệnh”. Tạp chí Y học lâm sàng, 119 (12), tr. 92-99.
4. **Đàm Văn Nông (2019)**. “Xây dựng danh mục tương tác thuốc bất lợi cần chú ý trong thực hành lâm sàng tại trung tâm Y tế huyện Ba Chẽ, tỉnh Quảng Ninh”. Luận văn dược sĩ chuyên khoa cấp I, ĐH Dược Hà Nội.
5. **Cardoso, Rhanderson N et al (2015)**. Incidence of cardiovascular events and gastrointestinal bleeding in patients receiving clopidogrel with and without proton pump inhibitors: an updated meta-analysis. Open heart vol. 2,1 e000248.