

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN VẾT MỒ TẦNG SINH MÔN SAU CẮT CỤT TRỰC TRÀNG DO UNG THƯ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Mè Quốc Vọng¹, Phạm Hoàng Hà^{1,2},
Nguyễn Đắc Thao², Phạm Quang Thái^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nhiễm khuẩn vết mổ tầng sinh môn sau phẫu thuật cắt đứt trực tràng do ung thư trực tràng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 38 bệnh nhân nhiễm khuẩn vết mổ tầng sinh môn trong tổng số 70 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp sau phẫu thuật cắt đứt trực tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ ngày 01/01/2015 đến 31/12/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ tầng sinh môn là 54,3%. Trong đó 97,4% nhiễm khuẩn vết mổ nông, 2,6% nhiễm khuẩn vết mổ sâu. Tuổi trung bình là 60,1 ± 13,9 (38 - 87). Bệnh nhân suy dinh dưỡng tính theo BMI chiếm 18,4%. Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm khuẩn vết mổ mắc kèm bệnh tăng huyết áp chiếm 26,3% và đái tháo đường chiếm 15,8%. Hóa xạ trị tiền phẫu chiếm tỷ lệ 23,7%. Chỉ số bạch cầu đa nhân trung tính tăng chiếm 71,1%, albumin giảm chiếm 86,8%. Hầu hết bệnh nhân nhiễm khuẩn vết mổ tầng sinh môn có biểu hiện sốt (68,4%); 55,3% chảy dịch, mủ vết mổ, 44,7% vết mổ có sưng nề, đỏ, đau. **Kết luận:** Nhiễm khuẩn vết mổ tầng sinh môn là biến chứng hay gặp sau cắt đứt trực tràng đường bụng - tầng sinh môn do ung thư. Biểu chứng này hay gặp ở người bệnh trên 60 tuổi, chủ yếu là nhiễm khuẩn nông, chẩn đoán dựa vào các dấu hiệu sưng đau, chảy dịch, chảy mủ tại vết mổ tầng sinh môn.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, phẫu thuật cắt đứt trực tràng, nhiễm khuẩn vết mổ tầng sinh môn.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PERINEAL WOUND INFECTION AFTER ABDOMINOPERINEAL RESECTION FOR RECTAL CANCER AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with surgical wound infections after abdominoperineal resection for rectal cancer. **Object and methods:** a cross-sectional descriptive study on 38 patients with perineal wound infections out of a total of 70 rectal cancer patients following abdominoperineal resection at Viet Duc University Hospital from January 1, 2015, to December 31, 2022. **Results:** The perineal wound infection rate

is 54.3%. 97.4% exhibited superficial incisional wound infection, while 2.6% showed deep incisional wound infection. The mean age was 60.1 ± 13.9 (38 - 87). 18.4% malnutrition status based on BMI. The percentage of patients with hypertension is 26.3%, whereas those with diabetes make up 15.8%. Preoperative chemotherapy and radiation have a rate of 23.7%. Elevated neutrophil leukocyte index makes up 71.1%, while reduced albumin accounts for 86.8%. Of those with perineal wound infection, 68.4% had a fever; 55.3% had serous exudation or purulent secretion at the perineal wound, and 44.7% experienced swelling, redness, and pain. **Conclusion:** Perineal wound infection is a frequent complication following abdominoperineal rectal amputation for rectal cancer. It often occurs in patients aged over 60, typically manifesting as exhibited superficial incisional wound infection. Diagnosis relies on identifying symptoms such as experienced swelling, pain, drainage, and pus in the surgical wound.

Keywords: rectal cancer, abdominoperineal resection, perineal wound infection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng (UTTT) là một bệnh lý ác tính hay gặp ở đường tiêu hóa, chiếm tỷ lệ 40 – 65% và chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến [7]. Mặc dù có nhiều tiến bộ về kỹ thuật mổ như làm miệng nối trực tràng thấp, cắt mạc treo trực tràng qua đường hậu môn nhưng phẫu thuật cắt đứt trực tràng (phẫu thuật Miles) vẫn được chỉ định cho khoảng 1/5 các trường hợp ung thư trực tràng thấp [1]. Các biến chứng thường gặp sau phẫu thuật Miles bao gồm: tắc ruột, nhiễm khuẩn vết mổ tầng sinh môn, chảy máu sau phẫu thuật, ... Trong đó, nhiễm khuẩn vết mổ tầng sinh môn (NKVM TSM) vẫn còn chiếm tỷ lệ cao từ 16 - 80% và ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật [2], [3]. NKVM TSM làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh tật của bệnh nhân, kéo dài thời gian nằm viện sau phẫu thuật, gia tăng chi phí điều trị và tỷ lệ tử vong, là gánh nặng cho cả người bệnh và hệ thống y tế [4], [8]. Chẩn đoán NKVM TSM sớm giúp cho bệnh nhân hồi phục nhanh, cải thiện chất lượng cuộc sống, giảm tình trạng quá tải bệnh viện. Để chẩn đoán sớm biến chứng này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nhiễm khuẩn vết mổ tầng sinh môn sau cắt đứt trực tràng do ung thư tại Bệnh

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Hà

Email: hadrvd@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024

Ngày duyệt bài: 25.7.2024

viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng 1/3 dưới (có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến) và được phẫu thuật cắt cụt trực tràng đường bụng - tầng sinh môn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ ngày 01/01/2015 đến 31/12/2022.

- Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn vết mổ tầng sinh môn sau mổ và phân loại mức độ nhiễm khuẩn theo hướng dẫn của Bộ Y tế [9]:

NKVM nông: tổn thương chỉ xuất hiện ở vùng da hay vùng dưới da tại đường mổ, có ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- Chảy dịch, mủ từ vết mổ.
- Phân lập được vi khuẩn từ dịch, mủ được lấy vô trùng từ vết mổ.
- Có dấu hiệu hay triệu chứng đau, sưng, nóng, đỏ.

NKVM sâu: tổn thương xảy ra ở mô mềm, cân/cơ của đường mổ, có ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- + Chảy mủ từ vết mổ sâu nhưng không từ cơ quan hay khoang nơi phẫu thuật.
- + Có dấu hiệu hay triệu chứng đau, sưng, nóng, đỏ, sốt > 38°C, đau tự nhiên tại vết mổ và toác vết mổ tự nhiên.
- + Cây dịch phân lập được vi khuẩn từ mủ, dịch hoặc mô vết mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt cụt trực tràng từ trước chuyển đến Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức tiếp tục điều trị hoặc phẫu thuật.

- Bệnh nhân đã điều trị NKVM TSM tại bệnh viện khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: lấy tất cả các bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật cắt cụt trực tràng đường bụng tầng sinh môn đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian từ ngày 01/01/2015 đến 31/12/2022.

Các biến số nghiên cứu: tuổi, giới, BMI, bệnh toàn thân kèm theo bao gồm: tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh khác (COPD, đặt stent mạch vành, tai biến mạch máu não, ...); hóa xạ trị tiền phẫu, triệu chứng lâm sàng của NKVM tầng sinh môn, chỉ số hemoglobin, bạch cầu, albumin.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu: dữ liệu sau khi thu thập được mã hóa và nhập bằng phần mềm Microsoft Excel 2019, sau đó được xử

lý theo các thuật toán thống kê y học bằng phần mềm Stata 14.0.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: nghiên cứu được sự chấp thuận của Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội và Ban lãnh đạo Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Kết quả nghiên cứu đảm bảo tính khoa học, tin cậy và chính xác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2022, có 70 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp, được phẫu thuật cắt cụt trực tràng đường bụng - tầng sinh môn, trong đó có 38 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn vết mổ tầng sinh môn, chiếm tỷ lệ 54,3%.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng trước mổ

Đặc điểm		n	%
Nhóm tuổi	≥ 60	24	63,2
	< 60	14	36,8
	Tuổi trung bình (bé nhất – lớn nhất)	60,1±13,9 (38 - 87)	
Chỉ số khối cơ thể (BMI) (kg/m ²)	≤ 18,5	7	18,4
	18,5 - < 23	25	65,8
	≥ 23	6	15,8
Bệnh toàn thân kèm theo	Tăng huyết áp	10	26,3
	Đái tháo đường	6	15,8
	Bệnh khác	10	26,3
Hóa xạ trị tiền phẫu	Có	9	23,7
	Không	29	76,3

Bảng 2. Triệu chứng nhiễm khuẩn vết mổ tầng sinh môn

Triệu chứng lâm sàng		n	%
Sốt	Có	26	68,4
	Không	12	31,6
Tại chỗ vết mổ	Sưng nề, tấy đỏ, đau	17	44,7
	Chảy dịch, mủ vết mổ	21	55,3

Bảng 3. Mức độ nhiễm khuẩn vết mổ tầng sinh môn

Mức độ NKVM	n	%
Nông	37	97,4
Sâu	1	2,6

Bảng 4. Đặc điểm xét nghiệm

Chỉ số xét nghiệm		n	%
Hemoglobin	Giảm	7	18,4
	Bình thường	31	81,6
Bạch cầu đa nhân trung tính tăng	Tăng	27	71,1
	Bình thường	11	28,9
Albumin giảm	Giảm	33	86,8
	Bình thường	5	13,2

IV. BÀN LUẬN

NKVM tầng sinh môn là một biến chứng thường gặp sau cắt cụt trực tràng do ung thư. Tỷ lệ NKVM tầng sinh môn trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 54,3% (38/70 bệnh nhân).

Nghiên cứu của El - Gazzaz (2009) trên 696 bệnh nhân cắt cục trực tràng cho thấy có 113 bệnh nhân NKVM TSM chiếm tỉ lệ 16,2%. Tác giả Nakamura (2017) tiến hành nghiên cứu trên 154 bệnh nhân cắt cục trực tràng do ung thư chỉ ra 19% (30/154) bệnh nhân có NKVM TSM và nghiên cứu của W. Huang (2022) với tỉ lệ 33,62% (159/473) [2], [4], [5]. NKVM TSM xảy ra ở 80% (12/15) bệnh nhân được phẫu thuật Miles trong nghiên cứu của Papaconstantinou H.T (2006) [3]. Sự khác biệt này có thể do thời điểm, thời gian nghiên cứu khác nhau nên số lượng bệnh nhân cắt cục trực tràng do ung thư trong mỗi nghiên cứu cũng khác nhau.

Triệu chứng lâm sàng. Biểu hiện những triệu chứng lâm sàng đầu tiên sau phẫu thuật là một trong những yếu tố đánh giá kết quả phẫu thuật, các biến chứng liên quan ở bệnh nhân sau phẫu thuật cắt cục trực tràng đường bụng - tầng sinh môn. Phần lớn (68,4%) bệnh nhân NKVM TSM trong nghiên cứu của chúng tôi có biểu hiện sốt. Hầu hết tại chỗ vết mổ nhiễm khuẩn có biểu hiện chảy dịch, mủ (55,3%) và tỉ lệ sưng nề, tấy đỏ, đau tại vết mổ chiếm 44,7% (Bảng 3). Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Lê Phương Thảo (2019) trên 85 bệnh nhân NKVM tại Khoa Phẫu thuật Tiêu hóa, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho thấy phần lớn (72,8%) bệnh nhân có biểu hiện chảy dịch, mủ vết mổ; tỉ lệ sưng nề, tấy đỏ, đau chiếm 28,2% [10]. Nghiên cứu của Bùi Thị Tú Quyên (2013) chỉ ra NKVM xuất hiện với các triệu chứng đơn thuần như sưng, nóng, đỏ, đau chiếm 48,3%, còn lại là các bệnh nhân có triệu chứng đơn lẻ của NKVM.

Mức độ NKVM cũng thể hiện tình trạng vết mổ có thể bị nặng lên, gây những hậu quả nặng nề cho bệnh nhân: nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa phần (97,4%) bệnh nhân bị NKVM TSM nông, NKVM sâu chiếm tỉ lệ thấp 2,6%. Phần lớn các nghiên cứu đều cho thấy NKVM thường xuất hiện ở cả 3 thể là NKVM nông, NKVM sâu và nhiễm khuẩn cơ quan/khoang phẫu thuật [9], [10]. Những bệnh nhân có biểu hiện chảy dịch, mủ tại vết mổ, kết hợp với triệu chứng sưng nề, đỏ, đau vết mổ nếu không được điều trị kháng sinh kịp thời và thay băng không nặn hết dịch sẽ có nguy cơ làm vết mổ diễn biến nặng hơn như từ NKVM nông thành NKVM sâu [10]. Vết mổ nhiễm khuẩn trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết được điều trị ổn định bằng kháng sinh và thay băng, vệ sinh hàng ngày.

NKVM TSM trong nghiên cứu thường gặp ở những bệnh nhân trên 60 tuổi (chiếm 63,2%) (Bảng 1). Việc bệnh nhân cao tuổi chiếm tỉ lệ cao sẽ ảnh hưởng không nhỏ đến quá trình phẫu

thuật, điều trị và công tác dự phòng NKVM TSM; vì bệnh nhân cao tuổi thường có sức đề kháng và khả năng phục hồi vết mổ kém hơn so với các bệnh nhân trẻ tuổi.

Bên cạnh đó, mắc các bệnh toàn thân kèm theo như tăng huyết áp, đái tháo đường, ... sẽ làm tăng nguy cơ NKVM [8]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ bệnh nhân NKVM TSM tăng huyết áp chiếm 26,3% (10/38 bệnh nhân) và đái tháo đường chiếm 15,8% (6/38 bệnh nhân). Nghiên cứu của W. Huang (2022) cho thấy tỉ lệ bệnh nhân NKVM TSM có tiền sử tăng huyết áp lên đến 79,24% (126/159 bệnh nhân NKVM) và đái tháo đường chiếm tỉ lệ 91,19% (145/159 bệnh nhân NKVM) [4]. Sự khác biệt là do đặc điểm của mẫu và địa bàn nghiên cứu.

Tỉ lệ bệnh nhân NKVM TSM suy dinh dưỡng chiếm 18,4% và thừa cân - béo phì là 15,8% (Bảng 1). Nghiên cứu của Lê Phương Thảo (2019) cho kết quả 18,8% bệnh nhân có thể trạng gầy và bệnh nhân béo phì chiếm tỉ lệ 8,3% [10]. Nghiên cứu của Nakamura (2017) chỉ ra tỉ lệ bệnh nhân NKVM có BMI \geq 25 kg/m² chiếm 23% [2]. Lý giải cho điều này có thể do những bệnh nhân trong nghiên cứu gặp các bệnh về tiêu hóa nặng, đặc biệt là ung thư đường tiêu hóa và trong một thời gian dài có khả năng ảnh hưởng đến khả năng hấp thu, tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân.

Hóa xạ trị tiền phẫu có tác dụng làm giảm kích thước khối u và giai đoạn bệnh, cải thiện đáng kể tỉ lệ triệt căn. Tuy nhiên, phương pháp này được ghi nhận là một yếu tố nguy cơ tăng tỉ lệ NKVM TSM sau cắt cục trực tràng trong những năm gần đây [6]. Tỉ lệ bệnh nhân NKVM TSM có hóa xạ trị tiền phẫu trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỉ lệ 23,7% (9/38 bệnh nhân NKVM) (Bảng 1). Kết quả nghiên cứu của W. Huang (2022) cho thấy bệnh nhân NKVM TSM có hóa xạ trị tiền phẫu chiếm tỉ lệ thấp 15,09% (24/159 bệnh nhân NKVM TSM) [4]. Nghiên cứu của El - Gazzaz (2009) với tỉ lệ bệnh nhân NKVM có hóa xạ trị tiền phẫu là 49,6% (56/113 bệnh nhân NKVM TSM) [5]. Kết quả của chúng tôi không tương đương với nghiên cứu của Nakamura (2017) cho thấy trong tổng số 30 bệnh nhân NKVM TSM thì bệnh nhân có hóa xạ trị tiền phẫu chiếm tỉ lệ cao 73% (22/30 bệnh nhân) [2]. Điều này có thể do số lượng bệnh nhân được hóa xạ trị tiền phẫu trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít (17/70 bệnh nhân cắt cục trực tràng), vì vậy chúng tôi mong muốn sẽ thực hiện nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân lớn hơn để đưa ra đánh giá khách quan hơn về tỉ lệ hóa xạ trị tiền phẫu và NKVM TSM.

Chỉ số xét nghiệm của bệnh nhân NKVM TSM: bệnh nhân NKVM có chỉ số hemoglobin giảm chiếm tỉ lệ thấp 18,4%. Phần lớn chỉ số bạch cầu đa nhân trung tính của bệnh nhân NKVM tăng cao chiếm 71,1%. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương đương nghiên cứu của Lê Phương Thảo (2019) với phần lớn (63,9%) bạch cầu đa nhân trung tính của bệnh nhân NKVM tăng cao trên 10,0 G/L [10]. Tỉ lệ bệnh nhân NKVM có chỉ số albumin giảm (86,8%) cao hơn bệnh nhân có chỉ số albumin bình thường (13,2%).

V. KẾT LUẬN

NKVM TSM là biến chứng hay gặp sau phẫu thuật cắt ruột trực tràng đường bụng - tầng sinh môn do ung thư trực tràng. Biến chứng này hay gặp ở người bệnh trên 60 tuổi, chủ yếu là nhiễm khuẩn nông, chẩn đoán dựa vào các dấu hiệu sưng đau, chảy dịch, chảy mủ tại vết mổ tầng sinh môn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Riva, C. G., M. E. Kelly, M. Vitellaro, M. Rottoli, A. Aiolfi, D. Ferrari, G. Bonitta, and E. Rausa, A comparison of surgical techniques for perineal wound closure following perineal excision: a systematic review and network meta-analysis. *Tech Coloproctol*, 2023. 27(12): p. 1351-1366.
2. Nakamura, T., Sato, T., Hayakawa, K., et al, Risk factors for perineal wound infection after abdominoperineal resection of advanced lower rectal cancer. *Ann Med Surg (Lond)*, 2017. 15: p. 14-18.

3. Papaconstantinou, H. T., K. M. Bullard, D. A. Rothenberger, and R. D. Madoff, Salvage abdominoperineal resection after failed Nigro protocol: modest success, major morbidity. *Colorectal Dis*, 2006. 8(2): p. 124-9.
4. Huang, W., Z. Q. Wei, Y. H. Qiu, G. Tang, and H. Sun, Effects of wound infection on prognosis after laparoscopic abdominoperineal resection of rectal cancer. *Front Oncol*, 2022. 12: p. 1036241.
5. El-Gazzaz, G., R. P. Kiran, and I. Lavery, Wound complications in rectal cancer patients undergoing primary closure of the perineal wound after abdominoperineal resection. *Dis Colon Rectum*, 2009. 52(12): p. 1962-6.
6. Sutton, E., Miyagaki, H., Bellini, G., et al, Risk factors for superficial surgical site infection after elective rectal cancer resection: a multivariate analysis of 8880 patients from the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program database. *J Surg Res*, 2017. 207: p. 205-214.
7. Nguyễn Hoài Bắc, Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng bằng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng thấp. *Chuyên đề phẫu thuật nội soi can thiệp*, Tạp chí Y học Việt Nam, 2006. 2(1): p. 31-7.
8. Phạm Văn Tân, Nghiên cứu nhiễm khuẩn vết mổ các phẫu thuật tiêu hóa tại Khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai. *Luận văn Tiến sĩ Y học*, 2016: p. 1-162.
9. Bộ Y tế, Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ, Ban hành kèm theo Quyết định số: 3671/QĐ/BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế. Bộ Y tế, Hà Nội, 2012.
10. Lê Phương Thảo, Thực trạng và kết quả chăm sóc nhiễm khuẩn vết mổ tại Khoa Phẫu thuật tiêu hóa Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. *Luận văn Thạc sĩ*, Trường Đại học Y Hà Nội, 2019.

HIỆU QUẢ GIÁO DỤC SỨC KHỎE BẰNG VIDEO VỀ NÂNG CAO KIẾN THỨC CHĂM SÓC DẪN LƯU KEHR CHO NGƯỜI BỆNH SỎI ĐƯỜNG MẬT

Trần Thị Bé Thi^{1,3}, Trần Thiện Trung¹, Võ Nguyên Trung², Vũ Thị Tuyết Nga³, Lê Thị Ngọc Hạnh³, Nguyễn Thị Thiên Nga³, Đặng Thế Bảo⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ kiến thức đúng về chăm sóc ống dẫn lưu Kehr của người bệnh trước và sau khi tham gia chương trình giáo dục sức khỏe bằng video. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên

cứ bán thực nghiệm được thực hiện trên 40 người bệnh có mang ống dẫn lưu Kehr về nhà sau phẫu thuật điều trị sỏi đường mật tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 12/2023 đến tháng 06/2024. **Kết quả nghiên cứu:** Chương trình giáo dục sức khỏe cho người bệnh sỏi đường mật bằng video trong nghiên cứu của chúng tôi đã làm thay đổi tổng tỷ lệ kiến thức chung đúng về ống dẫn lưu Kehr sau khi được can thiệp chiếm 57,5% (23/40) cao hơn so với người bệnh trước can thiệp là 7,5% (3/40), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Trong đó, kiến thức tổng quát đúng về ống dẫn lưu Kehr của người bệnh sau can thiệp là 72,5% (29/40) cao hơn so với người bệnh trước can thiệp là 7,5% (3/40), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$; tỷ lệ NB có kiến thức đúng về theo dõi ống dẫn lưu Kehr chiếm 57,5% (23/40) cao hơn người bệnh có kiến

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh Cơ Sở 2

³Bệnh viện Chợ Rẫy Thành phố Hồ Chí Minh

⁴Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Bé Thi

Email: tranthibethiids11@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 22.7.2024