

– 3.1%. Kết quả của Lê Quang Thuận, nghiên cứu trên các bệnh nhân viêm gan nhiễm độc được điều trị thay huyết tương có sự khác biệt, có một tỷ lệ nhỏ trong nghiên cứu này có biến chứng nặng như sốc phản vệ hoặc tụt huyết áp; ngoài các biến chứng nhẹ khác cũng ở mức độ ít gặp. Các biến chứng được ghi nhận trong nghiên cứu này chiếm 22.1%, bao gồm: 0.3 % sốc phản vệ, 0.5% tụt huyết áp, dị ứng nhẹ 14%, nhiễm trùng và xuất huyết chân catheter lần lượt là 0.4 và 0.8% [6]

V. KẾT LUẬN

Thay huyết tương là biện pháp hỗ trợ điều trị suy gan cấp hiệu quả, tác động trên nhiều khâu sinh lý bệnh của bệnh lý suy gan, giúp cải thiện tình trạng hôn mê gan, suy đa tạng, hỗ trợ chức năng đông máu, thải độc của gan. Ngoài ra, phương pháp này cũng khá an toàn, với các biến chứng thường nhẹ và chiếm tỷ lệ thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wendon, J, et al.** EASL Clinical Practical Guidelines on the management of acute (fulminant) liver failure. J Hepatol. 2017;66(5): 1047-1081. doi:10.1016/j.jhep.2016.12.003
2. **Lee WM.** Etiologies of acute liver failure. Semin Liver Dis 2008; 28:142.
3. **Bernal W, et al.** Acute liver failure. Lancet 2010; 76:190.
4. **Ngô Toàn Thắng, và Trần Quốc Thắng.** "Đánh giá tác dụng của liệu pháp thay huyết tương điều trị suy gan cấp tính tại Bệnh viện Quân Y 354, từ năm 2018 - 2020". Tạp Chí Y học Quân sự, vol 365, số p.h 365, Tháng Chín 2023,
5. **Nguyễn Đăng Đức và cs.** "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng Và Nguyên nhân gây bệnh ở bệnh nhân suy gan cấp được điều trị hỗ trợ thay huyết tương thể tích cao". Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy, Vol 17, số p.h 7, Tháng Chạp 2022
6. **Lê Quang Thuận.** Nghiên cứu hiệu quả điều trị viêm gan nhiễm độc cấp nặng bằng phương pháp thay huyết tương tích cực. 2017; luận án tiến sĩ Y học; Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG GÃY KÍN THÂN XƯƠNG ĐÙI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐÓNG ĐINH NỘI TỦY CÓ CHỐT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Trần Hoàng Anh¹, Nguyễn Quốc Tú¹

CHARACTERISTICS COMPOUND FRACTURES OF THE FEBRUARY BODY ARE TREATED WITH METHOD OF INTRUDAL NAILING WITH POT AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Objective: The study has objectives: Survey the clinical and paraclinical characteristics of closed femoral shaft fractures treated with intramedullary nailing with pins at Can Tho Central General Hospital. **Methods:** Designed a descriptive retrospective study on 32 patients diagnosed with closed femoral shaft fractures and underwent intramedullary nailing surgery with pins at Can Tho Central General Hospital from February 2023 to December 2023. **Result:** Clinical and paraclinical characteristics: Causes of femoral shaft fractures: traffic accidents account for 52.5%, daily life accidents account for 40%. Mechanism of injury: 82.5% direct mechanism. First aid before admission: 65% of patients did not receive first aid. Damaged limbs: 55% right, 45% left. Fracture location: 40% fractured at 1/3 D, 37.5% fractured at 1/3G. Fracture line: 50% diagonal fracture, 40% horizontal fracture. Winquist – Hansen classification: 75% type 0, 22.5% type 1.

Keywords: fracture, intramedullary nailing, clinical, paraclinical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xương đùi là một xương lớn, khi gãy làm mất máu nhiều có thể mất từ 1 - 1,5 lít máu. Vì

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng gãy kín thân xương đùi được điều trị bằng phương pháp đóng đinh nội tủy có chốt tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 32 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín thân xương đùi và được phẫu thuật đóng đinh nội tủy có chốt tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ trong thời gian từ 2/2023 đến 12/2023. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Nguyên nhân gãy thân xương đùi: tai nạn giao thông chiếm 52,5%, tai nạn sinh hoạt chiếm 40%. Cơ chế chấn thương: 82,5% cơ chế trực tiếp. Sơ cứu trước khi nhập viện: 65% bệnh nhân không được sơ cứu. Chi tổn thương: 55% bên phải, 45% bên trái. Vị trí gãy: 40% gãy ở 1/3 D, 37,5% gãy ở 1/3G. Đường gãy: 50% gãy chéo, 40% gãy ngang. Phân loại Winquist – Hansen: 75% loại 0, 22,5% loại 1. **Từ khoá:** gãy xương, đóng đinh nội tủy, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

SURVEY OF CLINICAL AND NEAR-CLINICAL

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoàng Anh

Email: thanh@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.7.2024

Ngày duyệt bài: 8.8.2024

vậy, bệnh nhân gãy xương đùi dễ bị sốc do đau và mất máu [1],[2]. Phương pháp đóng đinh nội tủy dưới màn tầng sáng giúp phẫu thuật chính xác hơn, không mở ổ gãy hoặc mở ổ gãy tối thiểu (1-3cm) giúp đảm bảo nguồn máu nuôi, giúp lành xương tốt hơn và hạn chế nguy cơ nhiễm trùng [3]. Tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, đóng đinh nội tủy có chốt xương đùi được áp dụng điều trị cách đây nhiều năm và thu được kết quả rất khả quan bên cạnh những phương pháp điều trị khác. Do đó, nhằm đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi bằng đóng đinh nội tủy có chốt và nâng cao chất lượng điều trị gãy thân xương đùi, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng gãy kín thân xương đùi được điều trị bằng phương pháp đóng đinh nội tủy có chốt tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín thân xương đùi và được phẫu thuật đóng đinh nội tủy có chốt tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong thời gian từ 2/2023 đến 12/2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: bệnh nhân thỏa các điều kiện sau: Gãy kín thân xương đùi, có chỉ định phẫu thuật kết hợp xương bằng đinh nội tủy có chốt, tổng trạng bệnh nhân cho phép phẫu thuật, bệnh nhân và gia đình được đồng ý phương pháp điều trị và tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có một trong các đặc điểm sau: Gãy xương bệnh lý, các trường hợp gãy xương đùi kèm theo gãy cổ xương đùi hoặc gãy liên mấu chuyển, gãy xương cùng bên, tổn thương dây chằng chéo trước, chéo sau, các trường hợp gãy xương có tổn thương mạch máu, thần kinh chính, đang điều trị tổn thương phổi hợp như: chấn thương sọ não nặng, chấn thương bụng kín, chấn thương ngực kín, đợt diễn biến cấp của bệnh mạn tính như: đái tháo đường, lao phổi, suy thận cấp, bệnh lý vùng gối: viêm, thoái hóa khớp gối.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện Trung tâm Chấn thương chỉnh hình, bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 2 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: tính theo công thức ước tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ:

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

Trong đó:

- n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.
- $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là giá trị phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê 5%.
- d: sai số tuyệt đối, $d = 0,05$.
- p: bệnh nhân được phẫu thuật điều trị thành công, chúng tôi chọn $p = 0,975$ (theo kết quả nắn chỉnh sau mổ của Larson - Botsman, kết quả chung rất tốt và tốt đạt 97,5%), nên chúng tôi chọn p là 0,975 [5]. Thay vào công thức trên: $n \approx 31,46$ bệnh nhân. Do đó cỡ mẫu tối thiểu cần có là 32 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn, loại bỏ các mẫu có bất kỳ tiêu chuẩn loại trừ nào, lấy tối thiểu 32 mẫu. Chọn mẫu toàn bộ được tiến hành qua các bước sau: Tất cả bệnh nhân có chẩn đoán xác định gãy kín thân xương đùi và được phẫu thuật đóng đinh nội tủy có chốt tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương từ 2/2023 đến 12/2023. Các bệnh nhân được theo dõi đánh giá trước, trong và sau mổ, các biến số nghiên cứu đã xây dựng từ trước.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm lâm sàng: nguyên nhân, cơ chế chấn thương, tổn thương phối hợp, sưng nề, bầm tím, biến dạng, cử động bất thường, ngăn chi, biến chứng gãy xương.

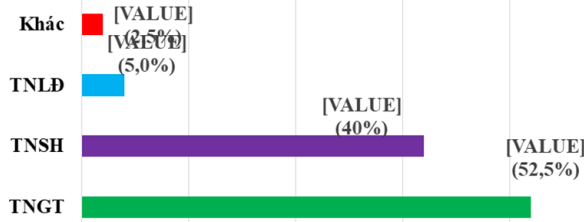
Đặc điểm cận lâm sàng: đặc điểm xương gãy: vị trí gãy, tính chất đường gãy, phân loại theo Winquist và Hansen

Công cụ thu thập và xử lý số liệu: chọn những bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và loại trừ để đưa vào nghiên cứu. Trước khi phân tích kiểm tra lại những giá trị bị sai, bị thiếu để bổ sung vào bộ số liệu. Kiểm tra tính hoàn tất, tính chính xác, tính phù hợp thông tin, tiêu chuẩn chọn bệnh. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0, Word 2013, Excel 2013. Số liệu được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm, kiểm định mối quan hệ giữa các yếu tố bằng test Chi-square. Đánh giá hệ số p: $p > 0,05$: Không có ý nghĩa thống kê; $p < 0,05$: Có ý nghĩa thống kê.

2.3. Ý đức: Nghiên cứu đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y học, các thông tin cá nhân của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật, những người tham gia thu thập số liệu đảm bảo tính trung thực khi tiến hành nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ được tiến hành sau khi đủ điều kiện và thông qua Hội đồng khoa học của trường Đại học Võ Trường Toản.

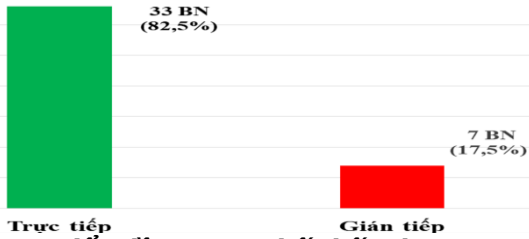
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng



Biểu đồ 3.1. Nguyên nhân gây gãy kín thân xương đùi

Nhận xét: đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có nguyên nhân gãy xương là tai nạn giao thông với 21/40 bệnh nhân chiếm 52,5%, tiếp theo là nguyên nhân do TNSH với 16 bệnh nhân chiếm 40%. Nguyên nhân do tai nạn lao động chỉ có 2 bệnh nhân chiếm 5%.



Biểu đồ 3.2. Cơ chế chấn thương

Nhận xét: chúng tôi ghi nhận số bệnh nhân có cơ chế chấn thương trực tiếp chiếm đa số với 33 bệnh nhân chiếm 82,5% và có 7 bệnh nhân có cơ chế chấn thương gián tiếp với 17,5%. Không ghi nhận trường hợp bệnh nhân nào có cơ chế chấn thương phối hợp.

Bảng 3.1. Tổn thương phối hợp

Tổn thương phối hợp	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Vết thương phần mềm	15	37,5
Chấn thương sọ não	2	5
Chấn thương bụng	1	2,5
Chấn thương khác	27	67,5

Nhận xét: bệnh nhân có tổn thương phối hợp kèm theo gãy thân xương đùi chiếm tỷ lệ khá cao. Chấn thương sọ não ghi nhận có 2 bệnh nhân chiếm 5%, chấn thương bụng gặp ở 1 bệnh nhân chiếm 2,5%, có 15 bệnh nhân có vết thương phần mềm chiếm 37,5%. Các chấn thương khác đi kèm gặp ở 27 bệnh nhân chiếm 67,5%.

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	
Sưng nề	Có	33	82,5
	Không	7	17,5
Tổng	40	100	

Bầm tím	Có	5	12,5
	Không	35	87,5
Tổng		40	100
Biến dạng	Có	20	50
	Không	20	50
Tổng		40	100
Cử động bất thường	Có	22	55
	Không	18	45
Tổng		40	100
Ngắn chi	Có	15	37,5
	Không	25	62,5
Tổng		40	100

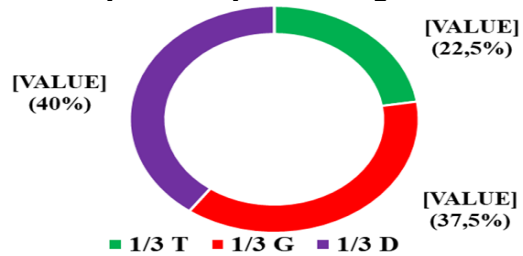
Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng chúng tôi ghi nhận 2 nhóm dấu hiệu chắc chắn và không chắc chắn của gãy xương. Dấu hiệu sưng nề có 82,5% bệnh nhân có kết quả dương tính. Biến dạng đùi ghi nhận (+) trong 50% số bệnh nhân. Dấu hiệu cử động bất thường có 55% bệnh nhân có dấu hiệu này. Dấu hiệu ngắn chi ghi nhận được ở 15 bệnh nhân chiếm 37,5%.

Bảng 3.3. Biến chứng gãy xương

Biến chứng gãy xương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	2	5,0
Không	38	95,0
Tổng	40	100

Nhận xét: Biến chứng của gãy xương được ghi nhận có 2 bệnh nhân chiếm 5%, đa số bệnh nhân không có biến chứng với 38 bệnh nhân chiếm 95%.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng



Biểu đồ 3.3. Vị trí gãy

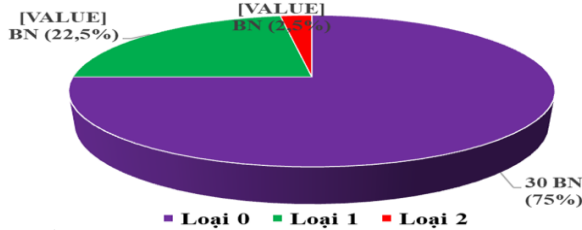
Nhận xét: Vị trí gãy chiếm nhiều nhất là 1/3D và 1/3G. Trong 40 bệnh nhân, gãy 1/3D có tỷ lệ nhiều nhất với 16 bệnh nhân chiếm 40%, gãy 1/3G có 15 bệnh nhân chiếm 37,5%, gãy 1/3T chiếm tỷ lệ thấp nhất với 9 bệnh nhân chiếm 22,5%.

Bảng 3.4. Tính chất đường gãy

Tính chất đường gãy	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Gãy ngang	16	40
Gãy chéo	20	50
Gãy có mảnh rời	10	25
Đoạn trung gian	1	2,5

Nhận xét: Đường gãy chéo chiếm nhiều

nhất với 20 bệnh nhân chiếm 50%, đường gãy ngang có 16 bệnh nhân chiếm 40%, gãy có mảnh rời có 10 bệnh nhân chiếm 25%, gãy 2 tầng có đoạn trung gian chỉ có 1 bệnh nhân chiếm 2,5%.



Biểu đồ 3.4. Phân loại gãy theo Winqvist và Hansen

Nhận xét: Phân loại theo Winqvist và Hansen chiếm nhiều nhất là loại 0 với 30 bệnh nhân chiếm 75%, tiếp theo là loại 1 với 9 bệnh nhân chiếm 22,5%, chiếm thấp nhất là gãy loại 2 với 1 bệnh nhân chiếm 2,5%. Không ghi nhận bệnh nhân nào gãy loại 3, loại 4.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng. Về nguyên nhân và cơ chế gãy xương, nghiên cứu ghi nhận nguyên nhân hàng đầu là tai nạn lao động với 21 bệnh nhân chiếm 52,5%. Kết quả này cũng tương tự các nghiên cứu khác. Trần Minh Chiến [3] ghi nhận gãy thân xương đùi chủ yếu do TNGT với 82,5%. Nguyên nhân tai nạn giao thông cũng là nguyên nhân hàng đầu gây gãy thân xương đùi trong các nghiên cứu của Nguyễn Triết Hiền [6], Vũ Trường Thịnh [5], Nguyễn Thành Tấn [6].

Xương đùi là xương dài nhất cơ thể, xung quanh xương đùi có rất nhiều cơ to khỏe do vậy khi gãy thân xương đùi thì trọng lực chi thể và các cơ co rút sẽ tạo nên các di lệch rất điển hình với gập góc, ngắn chi, bàn chân đổ ngoài. Triệu chứng lạo xạo xương và cử động bất thường được phát hiện khi sơ cứu tại hiện trường hoặc tại khoa cấp cứu, ngay sau khi được chẩn đoán thì nguyên tắc đầu tiên trong điều trị gãy xương là phải bất động nên dấu hiệu cử động bất thường ít gặp. Hơn nữa, chúng tôi không chủ động tìm 2 triệu chứng này vì các nguy cơ xảy ra trên bệnh nhân. Theo Trần Minh Chiến thì 100% bệnh nhân trong nghiên cứu đều có dấu hiệu sưng nề và ngắn chi [3].

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có tổn thương phối hợp kèm theo gãy thân xương đùi chiếm tỷ lệ khá cao, chấn thương sọ não ghi nhận có 2 bệnh nhân chiếm 5%, chấn thương bụng gập ở 1 bệnh nhân chiếm 2,5%, có 15 bệnh nhân có vết thương phần mềm chiếm

37,5%, các chấn thương khác đi kèm gập ở 27 bệnh nhân chiếm 67,5%. Theo Dương Đình Toàn có tổng số 72,5% có tổn thương kèm theo như gãy xương cẳng chân, gãy xương bánh chè, chấn thương sọ não,...[7].

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng. Trong nghiên cứu chúng tôi có 100% bệnh nhân được chụp X-quang xương đùi thẳng – nghiêng để chẩn đoán xác định, đánh giá loại gãy, vị trí gãy và tính chất di lệch.

Về vị trí gãy chúng tôi có 9 bệnh nhân gãy 1/3 T chiếm 22,5%, 15 bệnh nhân gãy 1/3 G chiếm 37,5% và 16 bệnh nhân gãy 1/3D chiếm 40%. Tỷ lệ này có sự khác biệt giữa các nghiên cứu do tiêu chuẩn chọn mẫu và cỡ mẫu khác nhau (bảng 4.3). nghiên cứu của Trần Minh Chiến [3] chỉ nghiên cứu những bệnh nhân đóng đinh nội tủy xuôi dòng nên tỷ lệ gãy 1/3 giữa là chủ yếu, gãy 1/3 dưới khá ít. nghiên cứu của Nguyễn Thành Tấn chọn mẫu ở bệnh nhân đóng đinh nội tủy xuôi dòng và ngược dòng nên tỷ lệ 1/3 dưới cao hơn [6].

Tính chất ổ gãy, dạng đường gãy tùy thuộc vào cơ chế chấn thương và lực chấn thương nên kiểu gãy xảy ra rất đa dạng trong các nghiên cứu. Về tính chất ổ gãy nghiên cứu chúng tôi ghi nhận đường gãy chéo chiếm nhiều nhất với 20 bệnh nhân (50%), đường gãy ngang có 16 bệnh nhân (40%), gãy có mảnh rời có 10 bệnh nhân (25%), gãy 2 tầng có đoạn trung gian chỉ có 1 bệnh nhân chiếm 2,5%. Trần Minh Chiến ghi nhận 15% bệnh nhân đường gãy ngang, 20% gãy chéo vát, 40% gãy có mảnh thứ 3, 15% gãy 3 đoạn, 10% gãy xoắn [3].

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Nguyên nhân gãy thân xương đùi: tai nạn giao thông chiếm 52,5%, tai nạn sinh hoạt chiếm 40%. Cơ chế chấn thương: 82,5% cơ chế trực tiếp. Sơ cứu trước khi nhập viện: 65% bệnh nhân không được sơ cứu. Chi tổn thương: 55% bên phải, 45% bên trái. Vị trí gãy: 40% gãy ở 1/3 D, 37,5% gãy ở 1/3G. Đường gãy: 50% gãy chéo, 40% gãy ngang. Phân loại Winqvist – Hansen: 75% loại 0, 22,5% loại 1.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đặng Hoàng Anh** (2012), Kết quả phẫu thuật kết hợp xương đinh nội tủy có chốt SIGN điều trị gãy kín thân xương đùi tại Bệnh viện 103, Học viện quân Y.
- Trần Đình Chiến** (2006), "Gãy xương đùi", Bệnh học Chấn thương Chính hình, Học viện quân Y, tr. 107-113.
- Trần Minh Chiến** (2020), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều

- trị gãy kín thân xương đùi bằng phương pháp đóng đinh nội tủy có chốt dưới màn tăng sáng tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2018 - 2020", Luận văn Bác Sĩ Nội Trú, Đại học Y Dược Cần Thơ.
4. **Nguyễn Triết Hiền** (2010), Đánh giá kết quả đóng đinh nội tủy có chốt Sign ngược dòng trong điều trị gãy thân xương đùi tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, Kỷ yếu hội nghị khoa học, Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang.
 5. **Vũ Trương Thịnh, Dương Ngọc Lê Mai, Trần Minh Long Triều, Nguyễn Xuân Thuý, Lê Việt**

- Thống** (2021), Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi phức tạp bằng đinh SIGN tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, Tạp chí nghiên cứu Y học, 145 (9) – 2021.
6. **Nguyễn Thành Tân** (2005), Đánh giá kết quả điều trị gãy thân xương đùi bằng đinh SIGN, Học viện Quân Y.
 7. **Dương Đình Toàn, Nguyễn Xuân Thùy** (2007), Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi ở người lớn bằng đinh Sign có chốt tại Bệnh viện Việt Đức từ 2004 - 2005, Tạp chí Y học Việt Nam, số 7/2007, tr. 23 - 28.

KIẾN THỨC VÀ KỸ NĂNG ỨNG DỤNG QUY TRÌNH CHĂM SÓC TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG CỦA ĐIỀU DƯỠNG HỒI SỨC

Lê Thị Hoàn¹, Lương Văn Hoan¹, Trần Thụy Khánh Linh¹, Nguyễn Thị Oanh², Phạm Thị Nhi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát kiến thức, kỹ năng ứng dụng và ứng dụng quy trình chăm sóc trong thực hành lâm sàng của điều dưỡng viên Hồi sức tại Bệnh viện Chợ Rẫy và các yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Thực hiện trên 100 điều dưỡng viên tại 4 khoa hồi sức gồm: Hồi sức Ngoại Thần Kinh, Hồi sức cấp cứu khu B, Hồi sức cấp cứu khu D, Phòng Hồi sức khoa Nội Tim Mạch năm 2023 đến năm 2024. Kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện trên tất cả Điều dưỡng đã có chứng chỉ hành nghề. Điều dưỡng trả lời Bộ câu hỏi đã sử dụng bởi Bùi Thị Thanh Huyền (2022) gồm 56 câu hỏi. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0, mức ý nghĩa thống kê được thiết lập khi $p < 0,05$ với khoảng tin cậy 95%. Thống kê mô tả tần số, phần trăm, thống kê phân tích dùng phép kiểm Chi bình phương, hồi quy Logistic đơn biến. **Kết quả:** Tỷ lệ điều dưỡng viên có ứng dụng quy trình chăm sóc trong thực hành lâm sàng là 61%. Tỷ lệ Điều dưỡng viên có kiến thức đúng về quy trình chăm sóc là 64% chưa có kiến thức đúng là 36%. Tỷ lệ Điều dưỡng viên có kỹ năng cao, kỹ năng vừa phải lần lượt là 45%; 55%. Kỹ năng ứng dụng QTCS có mối liên quan với ứng dụng quy trình chăm sóc (OR = 3,205; KTC 95% = 1,355 - 7,583). Bầu không khí nơi làm việc (OR = 0,157 KTC 95% = 0,062 - 0,395). Căng thẳng trong giờ làm việc với nguyên nhân từ người quản lý (OR = 0,325; KTC 95% = 0,142 - 0,743) và nguyên nhân từ đồng nghiệp (OR = 0,295; KTC 95% = 0,129 - 0,674) là những yếu tố ảnh hưởng đến kỹ năng ứng dụng của điều dưỡng viên Hồi sức. **Kết luận:** Kết quả cho thấy tỷ lệ kiến thức đúng, kỹ năng ứng dụng cao và việc

ứng dụng quy trình chăm sóc của điều dưỡng viên còn ở mức trung bình. Bầu không khí nơi làm việc, căng thẳng trong giờ làm việc là những yếu tố ảnh hưởng tới kỹ năng ứng dụng của điều dưỡng viên và kỹ năng ứng dụng có mối liên quan đến ứng dụng quy trình chăm sóc trong thực hành lâm sàng. Qua đó, Điều dưỡng cần có nỗ lực, chủ động học tập, nâng cao nghề tay nghề để tăng chất lượng chăm sóc. Về phía Bệnh viện cần xây dựng môi trường làm việc chuyên nghiệp và Đào tạo tạo điều kiện để điều dưỡng được học tập phát triển chuyên môn, kỹ năng.

Từ khóa: Kiến thức, kỹ năng, ứng dụng quy trình chăm sóc, điều dưỡng viên.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND SKILLS TO APPLY NURSING PROCESS TO CLINICAL PRACTICE OF INTENSIVE CARE NURSES AT A HO CHI MINH CITY HOSPITAL

Objective: Surveying the knowledge, applied skills and application of nursing process in clinical practice of intensive care nurses at Cho Ray hospital and related factors. **Research methodology:** A Descriptive cross-sectional study was implemented by 100 nurses in 4 intensive care departments (Neurological Resuscitation, Emergency Resuscitation in Ward B, Emergency Resuscitation in Ward D, Cardiovascular Intensive Care Department) from March, 2023 to July, 2023. The convenience sampling technique was implemented on all registered nurses. Nurses answered the questionnaire used by Bui Thi Thanh Huyen (2022), which included 56 questions. Data were analyzed by using SPSS 22.0 software, statistical significance was established when p -value < 0.05 with a 95% confidence interval. Descriptive statistics of frequencies, percentages, analytical statistics by using Chi-square test, univariate Logistic regression. **Results:** The percentage of nurses who applied nursing process to clinical practice was 61%. The percentage of nurses who had correct knowledge about the nursing process was 64%, and incorrect knowledge was 36%. The percentage of nurses with

¹Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hoàn

Email: khangle2007@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.7.2024

Ngày duyệt bài: 6.8.2024