

and late onset ventilator associated pneumonia in the intensive care unit of a tertiary care hospital in bangalore, India. J Clin Diagn Res JCDR. 2013;7(11): 2462-2466. doi:10.7860/JCDR/2013/6344.3580

6. **Đỗ Danh Quỳnh** (2019). Đặc điểm lâm sàng viêm phổi liên quan đến thở máy ở bệnh nhân chấn thương và mức độ kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh. Luận văn bác sĩ chuyên khoa Cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Trịnh Thị Hoàng Anh** (2020), "Đánh giá vi khuẩn và tình trạng kháng kháng sinh của các

loại vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy tại Đơn Vị Hồi Sức Ngoại Khoa Bệnh Viện Bạch Mai Hà Nội", Luận văn Thạc Sĩ Y Học, Đại Học Y Hà Nội.

8. **Trần Hữu Thông** (2014). Nghiên cứu căn nguyên gây viêm phổi liên quan đến thở máy và hiệu quả dự phòng biến chứng này bằng phương pháp hút liên tục hạ thanh môn, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Trần Công Tiến** (2016). Đánh giá mức độ nhạy cảm với kháng sinh của vi khuẩn gây viêm phổi liên quan đến thở máy. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO VỪA VÀ NHẸ NĂM 2023 TẠI KHOA PHẪU THUẬT THẦN KINH 2 - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Hoàng Bích Ngọc¹, Hoàng Thị Hoa¹, Nguyễn Thị Hòa¹,
Nguyễn Thị Quyên¹, Nguyễn Hữu Trung¹, Nguyễn Duy Tuyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng chăm sóc sau phẫu thuật chấn thương sọ não vừa và nhẹ của điều dưỡng năm 2023 nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc, phục hồi của người bệnh sau phẫu thuật chấn thương sọ não nhẹ và trung bình. **Kết quả:** Điều dưỡng đã thực hiện tốt các chăm sóc cấp cứu: phát hiện kịp thời người bệnh giảm tri giác: 8/195 người bệnh (chiếm 4,1%), trong đó có 6 người bệnh phẫu thuật lần 2. Thời gian điều trị ngắn, thời gian người bệnh nằm điều trị trung bình 3 – 5 ngày chiếm 88,2%. Thời điểm chuyển viện, người bệnh có tổn thương máu tụ ngoài màng cứng, máu tụ dưới màng cứng và vết thương sọ não có tình trạng tỉnh táo. Người bệnh có tổn thương dạng máu tụ trong não và máu tụ phổi hợp dập não có tình trạng lơ mơ lúc ra viện chiếm 14,3% và 2,4%. Những người bệnh có tổn thương máu tụ ngoài màng cứng, máu tụ dưới màng cứng và vết thương sọ não trong nghiên cứu của chúng tôi hồi phục vận động tốt sau mổ, không có người bệnh liệt vận động. Những người bệnh có tổn thương dạng máu tụ trong não và máu tụ phổi hợp dập não có tỷ lệ liệt nửa người lần lượt là 17,5% và 2,4%. Việc phục hồi chức năng, tập vận động sớm sau mổ chưa được chú trọng. **Kết luận:** Điều dưỡng đã thực hiện tốt các chăm sóc cấp cứu. Nên có kế hoạch tập vận động phục hồi sớm cho người bệnh sau phẫu thuật chấn thương sọ não.

Từ khóa: Chăm sóc, sau phẫu thuật, chấn thương sọ não

SUMMARY

RESULTS OF NURSING CARE AFTER SURGERY MODERATE AND MILD BRAIN INJURY 2023 AT

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Bích Ngọc

Email: ngoccktk2@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.7.2024

Ngày duyệt bài: 7.8.2024

NEUROSURGERY DEPARTMENT 2 - VIET DUC HOSPITAL UNIVERSITY

Objectives: Describe the current state of nursing care after surgery for moderate and mild traumatic brain injury in 2023 to improve the quality of care and recovery of patients after surgery for mild and moderate traumatic brain injury. **Result:** Nurses performed emergency care well: promptly detected patients with reduced consciousness: 8/195 patients (accounting for 4.1%), including 6 patients who had surgery for the second time. Treatment time short, the average time patients stay for treatment is 3 - 5 days, accounting for 88.2%. At the time of transfer to the hospital, the patient with epidural hematoma, subdural hematoma and traumatic brain injury was conscious. Patients with hematoma damage in the brain and hematoma combined with brain contusion had drowsiness at discharge, accounting for 14.3% and 2.4%. Patients with epidural hematoma, subdural hematoma and traumatic brain injury in our study recovered good movement after surgery, no patients had motor paralysis. Patients with hematoma damage in the brain and hematoma combined with brain contusion have a rate of hemiplegia of 17.5% and 2.4%, respectively. Rehabilitation and exercise early after surgery have not been focused. **Conclusion:** Nurses performed emergency care well. There should be an early recovery exercise plan for patients after traumatic brain injury surgery. **Keywords:** Care, postoperative, Trauma Brain Injury (TBI)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não (CTSN) là một tác động lên đầu hoặc chấn thương xuyên qua sọ gây phá vỡ chức năng bình thường của não bộ. Chấn thương sọ não nhẹ và trung bình được phân loại là nhóm người bệnh (NB) có điểm Glasgow coma scale từ 13 – 15 điểm và từ 9 -12 điểm[1]. Khoảng 75% bệnh nhân chấn thương sọ não được chăm sóc y tế được phân loại là chấn

thương sọ não nhẹ, 15% ở mức trung bình và 10% là nặng. Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, mỗi năm khám và điều trị khoảng 10.000 bệnh nhân chấn thương sọ não và trong đó có khoảng 6000 - 8000 bệnh nhân chấn thương sọ não nhẹ và trung bình. Theo dữ liệu gần đây nhất của Mỹ, ước tính có 1.700.000 ca chấn thương sọ não xảy ra hàng năm, bao gồm 275.000 ca nhập viện và 52.000 ca tử vong. Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO) thì tới 2030, chấn thương sọ não sẽ là một trong những nguyên nhân dẫn đầu gây tử vong và tàn phế trên toàn cầu[1]. Quyết định điều trị và chăm sóc (CS) nội khoa hay ngoại khoa (phẫu thuật) NB CTSN phụ thuộc vào mức độ tổn thương, tình trạng của NB. Một số biện pháp phẫu thuật NB CTSN gồm: phẫu thuật loại bỏ khối máu tụ, cầm máu, dẫn lưu não thất, giải phóng chèn ép, mở sọ giải áp... Kết quả đầu ra của NB không chỉ dừng ở khâu phẫu thuật thành công hay không, mà còn phụ thuộc vào các khâu CS, điều trị sau mổ. CS đóng một vai trò quan trọng trong quá trình tiến triển, phục hồi của bệnh cũng như theo dõi chặt chẽ những biến chứng cấp tính (máu tụ tái phát, rò dịch não tủy và nhiễm trùng vết mổ...) và lâu dài (động kinh, sự khiếm khuyết các chức năng, hoạt động của cơ quan khác do hệ thần kinh trung ương chi phối). Từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện đề tài "Mô tả thực trạng chăm sóc sau phẫu thuật chấn thương sọ não vừa và nhẹ của điều dưỡng tại khoa phẫu thuật thần kinh 2 bệnh viện Hữu nghị Việt Đức 2023" với mục tiêu: "Mô tả thực trạng chăm sóc sau phẫu thuật chấn thương sọ não vừa và nhẹ của điều dưỡng" nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc, phục hồi của người bệnh sau phẫu thuật chấn thương sọ não nhẹ và trung bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Khoa phẫu thuật Thần kinh 2, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 05/2023 đến hết tháng 11/2023.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh chấn thương sọ não có phẫu thuật tại khoa phẫu thuật Thần kinh 2, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn:

- NB sau mổ sọ não do chấn thương (tính từ ngay sau mổ đến khi ra khỏi khoa phẫu thuật thần kinh).
- NB có điểm Glasgow 9 đến 15 điểm lúc vào khoa
- NB và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ:

- NB CTSN nặng có điểm Glasgow 3 đến 8 điểm

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn toàn bộ người bệnh chấn thương sọ não được điều trị tại khoa trong thời gian nghiên cứu thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu. Chúng tôi chọn được 195 NB tham gia.

2.3.2. Các biến số nghiên cứu và cách đánh giá

- Tuổi, giới tính, nghề nghiệp
- Nguyên nhân CTSN, tiền sử bệnh kèm theo, chẩn đoán trước mổ, tổn thương phối hợp, đặc điểm (tri giác, đau đầu, nôn, liệt nửa người), tình trạng hô hấp, tần suất thay băng, tần suất mổ lần 2.
- Phương pháp xử lý số liệu: Dữ liệu sau khi thu thập được làm sạch và mã hóa, xử lý theo các thuật toán thống kê y học bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 195 NB cho thấy đa số người bệnh thuộc độ tuổi từ 18-60 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 36,4 tuổi. Tỷ lệ người bệnh là nam giới chiếm 82,1%, cao hơn tỷ lệ nữ giới (17,9%). Có 37,9% người bệnh là công nhân; học sinh chiếm 15,4%. Nguyên nhân chủ yếu của chấn thương sọ não là tai nạn giao thông (72,3%), tai nạn sinh hoạt chiếm 19,5%, tai nạn lao động chiếm 4,6%, bạo lực chiếm 2,6% và có 1% người bệnh không rõ nguyên nhân chấn thương.

3.1. Một số đặc điểm kết quả điều trị người bệnh phẫu thuật chấn thương sọ não

Bảng 3.1. Thời gian điều trị sau phẫu thuật

Thời gian điều trị	Tần số	Tỷ lệ %
≤ 3 ngày	22	11,3
4 – 5 ngày	150	76,9
≥ 6 ngày	23	11,8

Nhận xét: Đa số người bệnh điều trị 3-5 ngày sau phẫu thuật, chiếm 76,9%

Bảng 3.2. Tần suất phẫu thuật lần 2 (n=195)

Phẫu thuật lần 2	Tần suất	Tỉ lệ %
Sau mổ 6h	0	0
Sau mổ 24h	3	1,5
Sau mổ 48h	2	1
Sau mổ 72h	1	0.5
Tổng số	6	3%

Nhận xét: Có 7/195 người bệnh phải phẫu thuật lần 2 chiếm 3%

3.2. Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật CTSN

Bảng 3.3. Đặc điểm tri giác (n=195)

GCS	9- 12 điểm		13 – 15 điểm	
	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %
Trước mổ	45	23,1	150	76,9
Sau mổ 6h	28	14,4	167	85,6
Sau mổ 24h	18	9,2	177	90,8
Sau mổ 48h	15	7,7	180	92,3
Sau mổ 72h	12	6,2	177	93,8
Chuyển viện	10	5,1	185	94,9

Nhận xét: Trước mổ, đa số người bệnh có Glasgow từ 13-15 điểm chiếm 76,9%. Sau mổ, tỉ lệ người bệnh có Glasgow từ 13- 15 điểm tăng dần, đến khi chuyển viện, tỉ lệ người bệnh tỉnh là 94,9%.

Bảng 3.4. Mức độ tăng giảm GCS so với trước mổ (n=195)

GCS	GCS giảm		GCS giữ nguyên		GCS Tăng	
	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %
Sau mổ 6h	0	0	178	91,3	17	8,7
Sau mổ 24h	4	2,1	164	84,1	27	13,8
Sau mổ 48h	3	1,5	158	81	34	17,4
Sau mổ 72h	1	0,5	157	80,5	37	19
Chuyển viện	0	0	156	80	39	20
Tổng	8	4,1	148	75,9	39	20

Nhận xét: Người bệnh có GCS giảm ở 24 giờ đầu sau mổ là 4/195 chiếm 2,1%, Người bệnh có GCS giảm ở 48 giờ sau mổ là 3/195 chiếm 1,5%, Người bệnh có GCS giảm ở 72 giờ

Bảng 3.7. Tình trạng vết mổ (n=195)

	VM khô		VM thâm máu, dịch ổ mổ		VM thâm dịch não tủy		VM tây đỏ		VM chảy dịch viêm	
	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %
Sau mổ 6h	187	95,9	8	4,1	0	0	0	0	0	0
Sau mổ 24h	189	96,9	6	3,1	0	0	0	0	0	0
Sau mổ 48h	191	97,9	2	1	2	1	0	0	0	0
Sau mổ 72h	187	95,9	0	0	6	3,1	2	1	0	0
Sau mổ ngày 4	187	95,9	0	0	6	3,1	2	1	0	0
Sau mổ ngày 5	185	94,9	0	0	6	3,1	2	1	2	1
Chuyển viện	195	100	0	0	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Tình trạng vết mổ khô chiếm tỉ lệ cao, có 2/195 người bệnh có tình trạng vết mổ tây đỏ sau mổ ngày thứ 3, 2/195 người bệnh có tình trạng chảy dịch viêm sau mổ ngày thứ 5

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm kết quả điều trị của người bệnh phẫu thuật CTSN

***Đặc điểm về điều trị của người bệnh CTSN.** Kết quả nghiên cứu cho thấy, số ngày điều trị chủ yếu của người bệnh sau phẫu thuật CTSN tại bệnh viện Việt Đức chỉ từ 3-5 ngày. Với tình trạng quá tải, người bệnh có tình trạng tạm

sau mổ là 1/195 người bệnh. Tổng số người bệnh có điểm GCS giảm sau phẫu thuật là 8/195 chiếm 4,1%.

Bảng 3.5. Tình trạng thở của người bệnh sau phẫu thuật (n=195)

Tình trạng thở	Tự thở không hỗ trợ oxy		Hỗ trợ oxy mask		NB có ống NKQ	
	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %
Sau mổ 6h	155	79,5	20	10,3	20	10,3
Sau mổ 24h	175	89,7	6	3,1	14	7,1
Sau mổ 48h	178	91,3	10	5,1	7	3,6
Sau mổ 72h	182	93,3	8	4,1	5	2,6
Chuyển viện	195	100	0	0	0	0

Nhận xét: Thời điểm 6h sau mổ có 79,5% người bệnh tự thở, 10,3% phải hỗ trợ oxy mask, 10,3% người bệnh thở qua NKQ. Thời điểm chuyển viện, 100% người bệnh tự thở không cần hỗ trợ oxy.

Bảng 3.6. Tần suất thay băng (n=195)

	Tần suất	Tỉ lệ %
1 lần	95	48,7
2 lần	83	42,6
3 lần	5	2,6
4 lần	7	3,6
5 lần	2	1
>5 lần	3	1,5

Nhận xét: Phần lớn người bệnh được thay băng 1 lần (48,7%), và 2 lần (42,6%). Người bệnh thay băng 3 lần trở lên chiếm tỉ lệ thấp

ôn sẽ được chuyển tuyến dưới điều trị tiếp. Có 7/195 người bệnh phải phẫu thuật lần 2 chiếm 3%. Đây là những người bệnh có tình trạng chảy máu hoặc phù não, tụ dịch sau mổ đã được xử trí kịp thời.

4.2. Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật CTSN

***Chăm sóc về hô hấp.** Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau phẫu thuật 6h, có 79,5% người bệnh tự thở không cần hỗ trợ oxy, 10,3% người bệnh cần hỗ trợ oxy mask, và có 10,3% người bệnh phải thở qua ống NKQ. Ở thời điểm ngày đầu sau mổ, tỷ lệ người bệnh tự thở tăng lên

89,7%, 3,1% người bệnh cần hỗ trợ oxy, và tỷ lệ người bệnh thở qua ống NKQ giảm xuống 7,1%. Thời điểm ra viện, 100% người bệnh tự thở, không cần hỗ trợ oxy. Kết quả này thể hiện công tác chăm sóc về hô hấp của điều dưỡng cho người bệnh sau phẫu thuật CTSN được thực hiện tốt, đầy đủ và đạt hiệu quả. Tỷ lệ người bệnh tự thở tăng lên với đường hô hấp thông thoáng giúp cho tình trạng sức khỏe sau phẫu thuật của người bệnh được hồi phục tốt và ổn định. Đồng thời, việc người bệnh khi ra viện, chuyển tuyến dưới không phải thở qua ống nội khí quản giúp hạn chế những biến chứng như viêm phổi bệnh viện, xẹp phổi, suy hô hấp...

***Chăm sóc về tri giác.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, ở thời điểm 6h sau mổ, có 85,6% người bệnh có GCS từ 13-15 điểm và 14,4% người bệnh có điểm GCS từ 9 - 12 điểm. Vào ngày đầu sau mổ, tỷ lệ người bệnh có điểm GCS 13-15 điểm tăng lên 90,8% và tỷ lệ người bệnh có điểm GCS 9-12 điểm giảm xuống 9,2%. Ở thời điểm ngày 2, tỷ lệ người bệnh có điểm GCS 9 - 12 điểm giảm xuống 7,7% và tỷ lệ người bệnh có điểm GCS 13-15 điểm tăng lên 92,3%. Thời điểm chuyển viện, tỉ lệ người bệnh có điểm GCS 9 - 12 điểm giảm xuống 5,1% và tỷ lệ người bệnh có điểm GCS 13-15 điểm tăng lên 94,9%. Người bệnh được điều dưỡng theo dõi đầy đủ về tri giác tại các thời điểm.

Phần lớn người bệnh sau phẫu thuật chấn thương sọ não có điểm tri giác giữ nguyên hoặc tăng. Tuy nhiên, có 4 người bệnh có điểm tri giác giảm ở thời điểm 24 giờ sau mổ, chiếm 2,1%, có 3 người bệnh có điểm tri giác giảm ở thời điểm 48 giờ sau mổ, có 1 người bệnh có điểm tri giác giảm ở thời điểm 72 giờ sau mổ. Tổng số người bệnh có tình trạng tri giác giảm sau mổ là 8/195 chiếm 4,1%. Trong số 8 người bệnh có tri giác giảm thì có tới 6 người bệnh có chỉ định phẫu thuật lần 2. Điều này cho thấy vai trò rất quan trọng của điều dưỡng trong việc theo dõi sát tình trạng tri giác của người bệnh sau phẫu thuật chấn thương sọ não. Việc phát hiện sớm tình trạng giảm tri giác sẽ giúp cứu sống người bệnh như phẫu thuật kịp thời, hỗ trợ thở kịp thời, hút đờm rãi thông thoáng đường thở, và nhiều quyết định khác.

Kết quả nghiên cứu của tác giả Vũ Minh Hải tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2021 cho kết quả tương tự với nghiên cứu của chúng tôi. Tại thời điểm ra viện, có 90,7% người bệnh có tri giác tốt với GCS 14-15 điểm, có 4,3% người bệnh có tri giác mức độ khá với GCS 12-13 điểm [2]

***Chăm sóc vết mổ.** Kết quả nghiên cứu

cho thấy, vào thời điểm 6h sau mổ có 95,9% người bệnh có vết mổ khô và có 4,1% người bệnh có vết mổ thấm máu và dịch vết mổ. Thời điểm ngày thứ 2 sau phẫu thuật đã phát hiện 2 người bệnh (1%) chảy dịch não tủy qua vết mổ. Thời điểm ngày thứ 3 sau phẫu thuật điều dưỡng đã phát hiện ra 6 người bệnh (3,1%) có chảy dịch não tủy qua vết ổ. Tại thời điểm ra viện không có vết mổ nào thấm máu và dịch. Tỷ lệ vết mổ khô đạt 100%.

Kết quả này chỉ ra rằng người bệnh được chăm sóc vết mổ tốt, tỉ lệ vết mổ khô sạch khi chuyển viện là 100%, tuy nhiên người bệnh có thời gian điều trị sau mổ ngắn (chủ yếu từ 3 -5 ngày) nên việc đánh giá sự liền thương chưa được đầy đủ. Tỉ lệ vết thương khô sạch sau mổ lớn, tuy nhiên có tình trạng thấm máu, thấm dịch, thậm chí chảy dịch não tủy cần sự theo dõi và đánh giá rất sát tình trạng vết mổ. Việc đánh giá này nhằm phát hiện biến chứng chảy máu sau mổ và đặc biệt là tình trạng chảy dịch não tủy cần xử lý kịp thời để tránh biến chứng nguy hiểm như nhiễm trùng vết mổ, viêm màng não... Bên cạnh đó, công tác thay băng sau mổ được điều dưỡng tuân thủ tốt, không tiến hành thay băng thường quy hàng ngày mà điều dưỡng chủ động đánh giá và tiến hành thay băng cho người bệnh. Theo đó, có 48,7% người bệnh được thay băng 1 lần, có 42,6% người bệnh được thay băng 2 lần, 2,6% người bệnh được thay băng 3 lần, có 1,5% người bệnh được thay băng nhiều hơn 5 lần trong suốt quá trình điều trị. Người bệnh được sử dụng kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật và công tác chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật được thực hiện tốt cũng góp phần làm giảm tỉ lệ nhiễm trùng sau mổ.

Theo kết quả nghiên cứu của Đặng Sỹ Tuấn tại Bệnh viện Việt Đức, sau phẫu thuật 24h đầu, Tỷ lệ người bệnh sau mổ 24 giờ có sưng, nóng, đỏ, đau từ vết mổ chiếm 59,3%, vết mổ không liền chiếm 52,5%. Tại thời điểm ra viện, tỷ lệ sưng, nóng đỏ, đau chày mủ từ vết mổ giảm xuống còn 8,5%. Tỷ lệ vết mổ không liền giảm xuống 13,6%[3].

V. KẾT LUẬN

- Điều dưỡng đã thực hiện tốt các chăm sóc cấp cứu: phát hiện kịp thời người bệnh giảm tri giác: 8/195 người bệnh (chiếm 4,1%), trong đó có 6 người bệnh phẫu thuật lần 2.

- Thời gian điều trị ngắn, thời gian người bệnh nằm điều trị trung bình 3 - 5 ngày chiếm 88,2%.

- Thời điểm chuyển viện, người bệnh có tổn thương máu tụ ngoài màng cứng, máu tụ dưới

màng cứng và vết thương sọ não có tình trạng tinh táo. Người bệnh có tổn thương dạng máu tụ trong não và máu tụ phối hợp dập não có tình trạng lơ mơ lúc ra viện chiếm 14,3% và 2,4%.

- Những người bệnh có tổn thương máu tụ ngoài màng cứng, máu tụ dưới màng cứng và vết thương sọ não trong nghiên cứu của chúng tôi hồi phục vận động tốt sau mổ, không có người bệnh liệt vận động. Những người bệnh có tổn thương dạng máu tụ trong não và máu tụ phối hợp dập não có tỷ lệ liệt nửa người lần lượt là 17,5% và 2,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Ngọc Anh, Dương Đại Hà.** Kết quả điều trị bệnh nhân chấn thương sọ não nặng và nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến nguy cơ tử vong. <http://dulieuso.hmu.edu.vn/handle/hmu/3567>
2. **Vũ Minh Hải** (2021), "Kết quả điều trị chấn thương sọ não ở người cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình", Tạp Chí Y học Việt Nam. 503(2), tr. 36-39.
3. **Đặng Sỹ Tuấn** (2019), Chăm sóc người bệnh chấn thương sọ não và các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn mắt phải sau mổ tại Bệnh Viện Việt Đức, Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Đại Học Thăng Long, Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ SỰ PHÙ HỢP KHOẢNG THAM CHIẾU MỘT SỐ XÉT NGHIỆM HÓA SINH THEO HƯỚNG DẪN CLSI EP28-A3C

Đào Thanh Hiền^{1,2}, Văn Hy Triết^{1,2}, Lê Nguyễn Nhật Quỳnh¹,
Nguyễn Thị Bích Nga², Đỗ Trần Quốc Toàn², Đặng Hồng Trúc²,
Đoàn Thanh Hải², Hà Mạnh Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự phù hợp khoảng tham chiếu các xét nghiệm hóa sinh cơ bản: glucose, cholesterol, triglyceride, SGPT, SGOT trên máy Beckman Coulter DxC 700 AU và máy Roche Cobas 8000 tại Khoa Xét nghiệm - Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM cơ sở 2. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, sử dụng 20 mẫu huyết tương của người đạt tiêu chuẩn đối với từng loại xét nghiệm khác nhau trên hai máy Beckman Coulter DxC 700 AU và máy Roche Cobas 8000. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy các xét nghiệm trên hai máy sinh hóa có thể dùng chung khoảng tham chiếu như sau: glucose (74 – 109 mg/dL), cholesterol (<200 mg/dL), triglyceride (<150 mg/dL), SGOT (<40 U/L), SGPT (<41 U/L). **Kết luận:** Kết quả các xét nghiệm glucose, cholesterol, triglyceride, SGPT, SGOT trong các mẫu khảo sát đều nằm trong khoảng tham chiếu của nhà sản xuất và giữa hai máy có thể dùng chung khoảng tham chiếu.

Từ khóa: EP28-A3c, khoảng tham chiếu, người khỏe mạnh

SUMMARY

VERIFICATION THE REFERENCE INTERVALS OF SOME CLINICAL CHEMICAL ASSAYS ACCORDING TO CLSI EP28-A3c

Objectives: This study aimed to verify the reference intervals of five biochemical assays: glucose, cholesterol, triglyceride, SGPT and SGOT on Beckman Coulter DxC 700 AU and Roche Cobas 8000 at

University Medical Center HCMC – Branch 2. **Methods:** Cross – sectional study, using 20 human plasma samples from qualified reference individuals performed assays on Beckman Coulter DxC 700 AU and Roche Cobas 8000. **Results:** The results of these tests on two instruments can use the same reference intervals as below: glucose (74 – 109 mg/dL), cholesterol (<200 mg/dL), triglyceride (<150 mg/dL), SGOT (<40 U/L), SGPT (<41 U/L). **Conclusion:** All results of glucose, cholesterol, triglyceride, SGPT, SGOT are within the manufacturer's reference intervals and two instruments can be used the same reference intervals. **Keywords:** EP28-A3c, reference interval, qualified reference individuals.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoảng tham chiếu (KTC) là phạm vi các giá trị mong đợi cho một tỉ lệ xác định của dân số mục tiêu (thường là khỏe mạnh), bao gồm khoảng giá trị từ giới hạn dưới đến giới hạn trên, được xây dựng dựa trên nhóm quần thể bao gồm 95% nam giới và phụ nữ khỏe mạnh trong độ tuổi từ 18 đến 65 tuổi.⁵ Bất kỳ xét nghiệm định lượng nào đều cần có KTC riêng để nhà lâm sàng dùng đối chiếu đưa ra các quyết định phù hợp.

Theo CLSI, việc xây dựng KTC đòi hỏi số lượng mẫu lớn, tối thiểu từ 120 trở lên, thường gây tốn kém kinh phí, hóa chất, nguồn lực và không cần thiết do đã có nghiên cứu về KTC của xét nghiệm đó.⁵ Tuy nhiên, phòng xét nghiệm (PXN) phải xác nhận KTC sử dụng có phù hợp với đặc điểm dân số mà PXN phục vụ hay không và đó cũng là yêu cầu của tiêu chuẩn quốc tế ISO 15189:2022.⁶ Xác nhận KTC của các xét nghiệm trên các thiết bị khác nhau là một trong những yêu cầu bắt buộc trong hoạt động quản lý

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Văn Hy Triết

Email: vanhytriet@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.7.2024

Ngày duyệt bài: 5.8.2024