

lượng của SH-HCC. Nhiều nghiên cứu cho thấy SH-HCC không có sự khác biệt về thời gian sống còn hay thời gian sống không bệnh, so với nhóm C-HCC. Nghiên cứu của Shibahara J cho thấy không có sự khác biệt về thời gian sống không bệnh (HR = 0,864, KTC 95% = 0,609 – 1,226, p = 0,414) hay sống còn toàn bộ (HR = 0,786, KTC 95% = 0,391 – 1,578, p = 0,498) [2, 4, 7]. Nghiên cứu của Sweed D cho thấy giữa các phân nhóm HCC, SH-HCC là nhóm có thời gian sống còn tốt nhất [9]. Mặt khác, Chan AW cho thấy nhóm SH-HCC có tỷ lệ tái phát muộn cao hơn so với nhóm C-HCC (HR = 2,118, KTC 95% = 1,303 – 3,441, p = 0,002) [2]. Vì SH-HCC có các đặc điểm mô bệnh học riêng biệt ở cả mô gan không u so với các phân nhóm khác [2, 5], chúng tôi cho rằng tình trạng mô gan không u có thể ảnh hưởng đến sự khác biệt về tiên lượng bệnh ở các nghiên cứu khác nhau.

V. KẾT LUẬN

SH-HCC là loại phân nhóm thường gặp thứ 2 trong tất cả trường hợp HCC với tỷ lệ 15,7% trong tổng số tất cả các trường hợp HCC. Chúng tôi không thấy sự khác biệt trong nguy cơ tái phát sớm giữa phân nhóm SH-HCC và C-HCC. Tuy nhiên, yếu tố xâm nhập mạch máu làm tăng đáng kể tỷ lệ tái phát sớm trong các trường hợp SH-HCC so với C-HCC.

LỜI CẢM ƠN. Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo hợp đồng số 138/2022/HĐ-ĐHYD, ngày 15 tháng 9 năm 2022.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Calderaro J., Couchy G., et al. (2017).** "Histological subtypes of hepatocellular carcinoma are related to gene mutations and molecular tumour classification". *J Hepatol.* 67 (4), pp. 727-738.
2. **Chan A. W., Yu S., et al. (2016).** "Steatotic hepatocellular carcinoma: a variant associated with metabolic factors and late tumour relapse". *Histopathology.* 69 (6), pp. 971-984.
3. **Lokuhetty Dilani, White Valerie A., et al. (2019).** "Digestive system tumours". International Agency for Research on Cancer Lyon Lyon, pp. xi, 635 pages : color illustrations ; 27 cm.
4. **Salomao M., Remotti H., et al. (2012).** "The steatohepatic variant of hepatocellular carcinoma and its association with underlying steatohepatitis". *Hum Pathol.* 43 (5), pp. 737-46.
5. **Salomao M., Yu W. M., et al. (2010).** "Steatohepatic hepatocellular carcinoma (SH-HCC): a distinctive histological variant of HCC in hepatitis C virus-related cirrhosis with associated NAFLD /NASH". *Am J Surg Pathol.* 34 (11), pp. 1630-6.
6. **Shin S. H., Park J. Y., et al. (2023).** "Histological subtypes of hepatocellular carcinoma: Their clinical and prognostic significance". *Ann Diagn Pathol.* 64, pp. 152134.
7. **Shibahara Junji, Ando Sumiyo, et al. (2014).** "Hepatocellular carcinoma with steatohepatic features: a clinicopathological study of Japanese patients". *Histopathology.* 64 (7), pp. 951-962.
8. **Sun Li-Yang, Wang Nan-Ya, et al. (2023).** "Comparison between models for detecting hepatocellular carcinoma in patients with chronic liver diseases of various etiologies: ASAP score versus GALAD score". *Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International.* pp.
9. **Sweed Dina, Sweed Enas, et al. (2022).** "The clinicopathological and prognostic factors of hepatocellular carcinoma: a 10-year tertiary center experience in Egypt". *World Journal of Surgical Oncology.* 20 (1), pp. 298.
10. **Torbenson Michael S. and Yeh Mathew M. %J Hepatoma Research (2021).** "Steatohepatic hepatocellular carcinoma". 7, pp.

THỰC TRẠNG CẤP CỨU BỆNH NHÂN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TIẾP NHẬN, PHÂN LOẠI VÀ XỬ TRÍ CẤP CỨU TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ BÌNH MINH NĂM 2023

Lê Minh Tâm¹, Dương Phúc Lam²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cấp cứu thường được dùng để chỉ các tình trạng bệnh lý nội, ngoại khoa cần được đánh

giá và điều trị ngay. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ bệnh nhân được cấp cứu đúng và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tiếp nhận, phân loại và xử trí cấp cứu theo quy trình kỹ thuật tại Trung tâm Y tế thị xã Bình Minh năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp cắt ngang mô tả có phân tích trên cỡ mẫu là 242 bệnh nhân tại Trung tâm Y tế thị xã Bình Minh. **Kết quả:** Tỷ lệ cấp cứu bệnh nhân đúng theo quy trình kỹ thuật chiếm 53,3%. Các yếu tố liên quan đến tiếp nhận, phân loại và xử trí cấp cứu theo quy trình kỹ thuật gồm nơi sơ cứu ban đầu; sự phối hợp giữa bệnh nhân và nhân viên y tế; nhân viên y tế được tập huấn quy trình tiếp nhận và

¹Trung tâm Y tế thị xã Bình Minh, tỉnh Vĩnh Long.

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Tâm

Email: leminhtamtgdd2021@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 18.9.2024

xử trí cấp cứu; nhân viên y tế được tập huấn quy trình kỹ thuật cấp cứu; điều dưỡng được đào tạo về chuyên khoa hồi sức cấp cứu; bác sĩ được đào tạo về chuyên khoa hồi sức cấp cứu; đủ thuốc, vật tư y tế, trang thiết bị dùng cho cấp cứu và nhân viên y tế sử dụng thành thạo trang thiết bị trong cấp cứu. **Kết luận:** Tỷ lệ cấp cứu bệnh nhân đúng theo quy trình kỹ thuật chiếm 53,3%. Cần thiết thực hiện ngay các giải pháp cải thiện phù hợp nhằm nâng cao hiệu quả cấp cứu bệnh nhân để người bệnh được tiếp cận và xử trí hơn, trong đó chú trọng vấn đề đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn cho đội ngũ nhân viên y tế trong thời gian tới. **Từ khóa:** Cấp cứu, tiếp nhận, phân loại, xử trí, quy trình kỹ thuật.

SUMMARY

EMERGENCY PATIENTS STATUS, AND ASSOCIATED FACTORS WITH RECEIVING, CLASSIFICATION AND TREATMENT OF EMERGENCY IN BINH MINH TOWN MEDICAL CENTER IN 2023

Background: Emergency is often used to refer to medical or surgical conditions that require immediate evaluation and treatment. **Objectives:** To determine the proportion of patients receiving correct emergency care and to identify the related factors to receiving, classifying, and treating emergencies according to technical procedures at Binh Minh Town Medical Center in 2023. **Methods:** Using a cross-sectional descriptive study with analysis on a sample size of 242 patients at Binh Minh Town Medical Center. **Results:** The proportion of emergency patients who receive care according to technical procedures is 53.3%. Associated factors with receiving, classifying, and treating emergencies according to technical procedures included the place of initial first aid; coordination between patients and medical staff; medical staff are trained in reception and emergency treatment procedures; medical staff are trained in emergency technical procedures; nurses trained in emergency resuscitation; doctors trained in emergency resuscitation; enough medicine, medical supplies, and emergency equipment, and medical staff are proficient in using emergency equipment. **Conclusions:** The rate of emergency patient care according to technical procedures is 53.3%. It's necessary to immediately implement appropriate improvement solutions to improve the effectiveness of emergency patient care so that patients can be more accessible and treated, with a focus on training to improve professional qualifications for medical staff in the near future. **Keywords:** Emergency, receiving, classifying, treating, technical procedures.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cấp cứu thường được dùng để chỉ các tình trạng bệnh lý nội, ngoại khoa cần được đánh giá và điều trị ngay [3]. Các trường hợp cấp cứu về sức khỏe xảy ra hàng ngày và ở mọi nơi. Mặc dù dịch vụ chăm sóc đặc biệt có thể không bao giờ có sẵn ở mọi lúc, mọi nơi nhưng một cách tiếp cận có hệ thống đối với các tình trạng cấp cứu

sẽ giúp cứu được mạng sống của con người.

Nhằm góp phần hiểu rõ về thực trạng cấp cứu ở bệnh nhân (BN) cũng như tìm hiểu những yếu tố liên quan đến tiếp nhận, phân loại và xử trí cấp cứu theo quy trình kỹ thuật để có thể đề xuất những giải pháp cải thiện phù hợp tại đơn vị trong thời gian tới, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "*Thực trạng cấp cứu bệnh nhân và một số yếu tố liên quan đến tiếp nhận, phân loại và xử trí cấp cứu theo quy trình kỹ thuật tại Trung tâm Y tế thị xã Bình Minh năm 2023*". Với 2 mục tiêu

1. *Xác định tỷ lệ bệnh nhân cấp cứu đúng theo quy trình kỹ thuật tại Trung tâm Y tế Thị xã Bình Minh năm 2023-2024.*

2. *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tiếp nhận, phân loại và xử trí cấp cứu theo quy trình kỹ thuật tại Trung tâm Y tế Thị xã Bình Minh năm 2023-2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân và người nhà của bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức - Cấp cứu (HSCC), Trung tâm Y tế (TTYT) thị xã (TX) Bình Minh và Nhân viên y tế tại khoa HSCC, TTYT TX Bình Minh, tỉnh Vĩnh Long. Từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2023

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Bệnh nhân và người nhà của bệnh nhân điều trị tại khoa HSCC, TTYT TX Bình Minh và nhân viên y tế tại khoa HSCC, TTYT TX Bình Minh, tỉnh Vĩnh Long tại thời điểm nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân hoặc người nhà của bệnh nhân mắc các rối loạn tâm thần hoặc mắc các tình trạng bệnh tật khác khiến họ không hiểu được nghiên cứu và/hoặc không trả lời được câu hỏi nghiên cứu. Đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

- Cỡ mẫu:

+ Mục tiêu 1: 242 bệnh nhân và người nhà của bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức - Cấp cứu, Trung tâm y tế thị xã Bình Minh, tỉnh Vĩnh Long, đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Mục tiêu 2: Chọn toàn bộ nhân viên y tế (20 người) tại khoa Hồi sức - Cấp cứu, trung tâm y tế thị xã Bình Minh, tỉnh Vĩnh Long.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Chọn toàn bộ bệnh nhân và người thân đến điều trị vào thứ hai, thứ tư, thứ sáu và chủ nhật thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu để thực hiện nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu cần thiết. Toàn bộ nhân viên y tế tại

khoa Hồi sức - Cấp cứu.

- **Công cụ nghiên cứu:** Chúng tôi sử dụng bệnh án chính thức và phiếu phỏng vấn được soạn sẵn để tiến hành thu thập thông tin bệnh nhân. Đồng thời, chúng tôi sẽ dùng bảng kiểm để quan sát việc thực hiện cấp cứu của nhân viên y tế để thu thập dữ liệu.

- **Nội dung nghiên cứu**

Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân (Tuổi, giới và nơi ở) và nhân viên y tế (Giới, học vấn, chuyên môn và thâm niên công tác).

Thực trạng cấp cứu bệnh nhân: Tỷ lệ bệnh nhân cấp cứu đúng quy trình kỹ thuật (QTKT) được đánh giá thông qua quá trình tiếp nhận, phân loại cấp cứu đúng và thực hiện đúng QTKT cấp cứu theo quy trình của trung tâm y tế và Bộ Y tế (BYT) [3], [4]. Bệnh nhân được cấp cứu đúng QTKT nếu đạt cả 02 tiêu chí sau:

+ Về tiếp nhận và phân loại: Điều dưỡng (ĐD) tiếp nhận bệnh nhân ngay lập tức, điều dưỡng tiếp nhận bệnh nhân bằng băng-ca hoặc xe ngời, ĐD kiểm tra dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân, ĐD phân loại đúng mức độ ưu tiên cấp cứu của bệnh nhân, ĐD hướng dẫn người nhà bệnh nhân làm thủ tục hành chính đầy đủ và ĐD nhập liệu thông tin bệnh nhân và hồ sơ bệnh án (HSBA) đầy đủ. BN được tiếp nhận và phân loại đúng khi đạt tất cả tiêu chí vừa nêu.

+ Về thực hiện đúng QTKT cấp cứu: e65be65nh nhân được xử trí cấp cứu đúng quy định về thời gian theo tiêu chuẩn của BYT [1], [2], [10], bệnh nhân được xử trí cấp cứu đúng theo QTKT cấp cứu trong từng trường hợp bệnh cụ thể theo quy định của BYT [2], ĐD thực hiện y lệnh của bác sĩ (BS) đầy đủ và HSBA được hoàn thiện trong thời gian quy định. Bệnh nhân được thực hiện đúng QTKT cấp cứu khi đạt tất cả tiêu chí vừa nêu.

Một số yếu tố liên quan đến tiếp nhận, phân loại và xử trí cấp cứu theo quy trình kỹ thuật:

+ Một số yếu tố thuộc bệnh nhân: Tuổi, bảo hiểm y tế, người thân đi cùng, thời gian từ lúc khởi phát đến khi nhập viện, nơi sơ cứu ban đầu, thời gian nhập viện, sự phối hợp giữa bệnh nhân và nhân viên y tế.

+ Một số yếu tố thuộc về nhân viên y tế: Trình độ người tiếp nhận và xử trí cấp cứu; thâm niên công tác; hiện diện của BS trường tua trực; số lượng nhân viên y tế trực theo lịch; nhân viên y tế được tập huấn quy trình tiếp nhận và xử trí cấp cứu; nhân viên y tế được tập huấn QTKT cấp cứu; ĐD được đào tạo về chuyên khoa HSCC; BS được đào tạo về chuyên khoa HSCC; đủ thuốc,

vật tư y tế (VTYT), trang thiết bị dùng cho cấp cứu; nhân viên y tế sử dụng thành thạo TTB trong cấp cứu và trường khoa kiểm tra lại HSBA.

- **Xử lý thống kê số liệu:** Nhập số liệu bằng phần mềm EpiData 3.1. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 23.0: Kết quả biến định tính dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm (%), tỷ số chênh (OR) khoảng tin cậy 95% của OR; kiểm định Khi bình phương (χ^2) có ý nghĩa với $\alpha \leq 0,05$, biến định lượng (Mô tả giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất).

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ chấp thuận thực hiện. Nghiên cứu cũng được cho phép thực hiện bởi trung tâm y tế thị xã Bình Minh. Các thông tin thu thập hoàn toàn được bảo mật. Các đối tượng tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

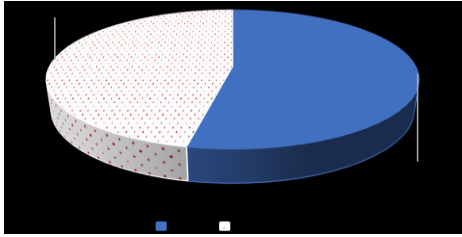
3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Đặc điểm chung BN (n=242)			
Tuổi	<20 tuổi	20	8,3
	20-40 tuổi	46	19,0
	41-60 tuổi	60	25,2
	>60 tuổi	115	47,5
Giới tính	Nữ	104	43,0
	Nam	138	57,0
Nơi ở	Nông thôn	178	73,6
	Thành thị	64	26,4
Đặc điểm chung của nhân viên y tế (n=20)			
Giới tính	Nam	15	75,0
	Nữ	5	25,0
Học vấn	Trung cấp	7	35,0
	Cao đẳng	4	20,0
	Đại học	8	40,0
	Sau Đại học	1	5,0
Chuyên môn	Bác sĩ	7	35,0
	Điều dưỡng	13	65,0
Thâm niên công tác	<1 năm	4	20,0
	1-5 năm	3	15,0
	>5 năm	13	65,0

Nhận xét: Về bệnh nhân, nhóm trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 47,5%, nam chiếm đa số với 57% và có 73,6% sống tại nông thôn. Đối với nhân viên y tế, đa số nhân viên y tế là nam giới với 75%, phần lớn có trình độ đại học với 40%, 65% nhân viên y tế là ĐD và đa phần có thâm niên >5 năm (65%).

3.2 Tỷ lệ cấp cứu bệnh nhân theo quy trình kỹ thuật



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân cấp cứu đúng quy trình kỹ thuật (n=242)

Tỷ lệ bệnh nhân cấp cứu đúng theo quy trình kỹ thuật chiếm 53,3%.

3.3 Một số yếu tố liên quan đến tiếp nhận, phân loại và xử trí cấp cứu theo QTKT

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan thuộc về bệnh nhân

Nội dung (n=242)		Tiếp nhận, phân loại, xử trí theo QTKT		OR (KTC 95%)	P
		Đúng n (%)	Không đúng n (%)		
Nơi sơ cứu ban đầu	Trạm Y tế	10 (83,3)	2 (16,7)	4,7 (1,0-21,8)	0,032
	Đến TTYT	119 (51,7)	111 (48,3)		
Phối hợp giữa nhân viên y tế	Phối hợp	126 (55,0)	103 (45,0)	4,1 (1,1-15,2)	0,025
	Không	3 (23,1)	10 (76,9)		

Nhận xét: Bệnh nhân được sơ cứu ban đầu tại TYT thì tỷ lệ tiếp nhận, phân loại và xử trí cấp cứu đúng theo QTKT cao hơn nhóm đến thẳng TTYT (p=0,032). Nhóm có sự phối hợp giữa bệnh nhân và nhân viên y tế thì tỷ lệ tiếp nhận, phân loại và xử trí cấp cứu đúng theo QTKT cao hơn nhóm không có sự phối hợp (p=0,025).

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan thuộc về nhân viên y tế

Nội dung (n=242)		Tiếp nhận, phân loại, xử trí theo QTKT		OR (KTC 95%)	P
		Đúng n (%)	Không đúng n (%)		
Nhân viên y tế được tập huấn quy trình tiếp nhận và xử trí	Có	119 (57,8)	87 (42,2)	3,6 (1,6-7,8)	0,001
	Không	10 (27,8)	26 (72,2)		
Nhân viên y tế được tập huấn QTKT	Có	119 (56,9)	90 (43,1)	3,0 (1,4-6,7)	0,004
	Không	10 (30,3)	23 (69,7)		
ĐD được đào tạo chuyên khoa	Có	111 (58,4)	79 (41,6)	2,7 (1,4-5,0)	0,002
	Không	18 (34,6)	34 (65,4)		
BS được đào tạo chuyên khoa	Có	119 (56,1)	93 (43,9)	2,6 (1,1-5,7)	0,019
	Không	10 (33,3)	20 (66,7)		
Thuốc, VTYT, TTB	Đủ	122 (55,5)	98 (44,5)	2,7 (1,0-6,8)	0,034
	Không	7 (31,8)	15 (68,2)		
Nhân viên y tế sử dụng TTB	Thành thạo	128 (54,7)	106 (45,3)	8,5 (1,0-69,8)	0,027*
	Không	1 (12,5)	7 (87,5)		

* Fisher's Exact Test.

Nhận xét: Tiếp nhận, phân loại và xử trí cấp cứu đúng theo QTKT có liên quan với các yếu tố sau: nhân viên y tế được tập huấn quy trình tiếp nhận và xử trí (p=0,001), nhân viên y tế được tập huấn QTKT (p=0,004), ĐD được đào tạo về chuyên khoa hồi sức, cấp cứu (p=0,002), BS được đào tạo về chuyên khoa hồi sức, cấp cứu (p=0,019), nhóm có đủ thuốc, VTYT, TTB (p=0,034) và nhân viên y tế sử dụng thành thạo TTB (p=0,027).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Về đặc điểm chung của bệnh nhân, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp về cơ cấu độ tuổi, giới tính, nơi ở và mang tính đại diện cho quần thể nghiên cứu tại thị xã Bình Minh, tỉnh Vĩnh Long [8].

Về đặc điểm chung của nhân viên y tế, khảo sát ghi nhận tỷ lệ nam giới chiếm phần cao với 75%, đa số đối tượng có trình độ đại học với

40%, nhân viên y tế là điều dưỡng và đa phần có thâm niên >5 năm (65%).

4.2 Tỷ lệ cấp cứu bệnh nhân theo quy trình kỹ thuật. Qua khảo sát, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ cấp cứu bệnh nhân đúng theo QTKT trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ 53,3%.

Kết quả của chúng tôi thấp hơn khảo sát của tác giả Khu Thị Khánh Dung (77,9%) [4], tác giả Ngô Anh Vinh (84,1%) [9] và tác giả Nguyễn Trung Kiên (96%) [6]. Điều này chứng minh chúng tôi cần thực hiện ngay các giải pháp can thiệp phù hợp trong thời gian tới tại đơn vị nhằm cải thiện và nâng cao hiệu quả cấp cứu bệnh nhân đúng theo QTKT để người bệnh được tiếp cận, xử trí và phục hồi tốt hơn.

4.3 Một số yếu tố liên quan đến tiếp nhận, phân loại và xử trí cấp cứu theo QTKT. Một số yếu tố liên quan thuộc về bệnh nhân. Về nơi sơ cứu ban đầu, BN được sơ cứu ban đầu tại TYT thì tỷ lệ tiếp nhận, phân loại và xử trí cấp cứu đúng cao hơn so với nhóm bệnh nhân đến thẳng TTYT ($p=0,032$). Tác giả Nguyễn Xuân Hoàng cũng ghi nhận kết quả cấp cứu tốt chiếm tỷ lệ cao có ý nghĩa thống kê ở bệnh nhân được sơ cứu trước khi vào viện [5]. Bệnh nhân được sơ cấp cứu tốt sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho nhân viên y tế tại khoa HSCC có thể tiếp nhận, phân loại và xử trí phù hợp, giúp bệnh nhân đạt được kết quả khả quan trong cấp cứu.

Nhóm BN và nhân viên y tế có sự phối hợp với nhau thì tỷ lệ tiếp nhận, phân loại và xử trí cấp cứu đúng cao hơn so với nhóm không có sự phối hợp ($p=0,025$). Kết quả cho thấy việc phối hợp, trao đổi, hỗ trợ lẫn nhau giữa bệnh nhân và nhân viên y tế rất quan trọng trong hoạt động cấp cứu. Sự phối hợp tích cực sẽ giúp nâng cao hiệu quả xử trí cấp cứu đối với người bệnh.

Một số yếu tố liên quan thuộc về nhân viên y tế. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho biết tỷ lệ tiếp nhận, phân loại và xử trí cấp cứu đúng sẽ cao hơn ở các nhóm nhân viên y tế được tập huấn quy trình tiếp nhận ($p=0,001$), nhân viên y tế được tập huấn quy trình kỹ thuật ($p=0,004$), Điều dưỡng được đào tạo về chuyên khoa hồi sức, cấp cứu ($p=0,002$) và bác sĩ được đào tạo về chuyên khoa hồi sức, cấp cứu ($p=0,019$) so với các nhóm còn lại. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của tác giả Hàn Khởi Quang cho biết tác giả đã tăng cường công tác đào tạo, đào tạo lại cho đội ngũ nhân viên y tế làm việc trong lĩnh vực HSCC, kết quả ghi nhận bệnh nhân đến cấp cứu được phân loại và xử trí chính xác hơn so với nhóm không được đào tạo, tập huấn [7]. Việc tập huấn, bồi dưỡng, đào tạo

và đào tạo liên tục là hoạt động cần thiết trong việc nâng cao trình độ, đáp ứng yêu cầu xử trí cấp cứu người bệnh ngày càng cao, giúp cải thiện được hiệu quả điều trị cho người bệnh.

Chúng tôi ghi nhận rằng nhóm bệnh nhân cấp cứu khi đủ thuốc, VTYT, TTB thì tỷ lệ tiếp nhận, phân loại và xử trí cấp cứu đúng sẽ cao hơn so với nhóm không đủ ($p=0,034$). Khi có đầy đủ thuốc, VTYT cần thiết sẽ có tác động tích cực đến việc cấp cứu bệnh nhân, người bệnh có thể được điều trị đầy đủ và hiệu quả hơn.

Trong phân tích của chúng tôi, nhóm bệnh nhân cấp cứu khi nhân viên y tế sử dụng thành thạo TTB sẽ có tỷ lệ tiếp nhận, phân loại và xử trí cấp cứu cao hơn nhóm không thành thạo ($p=0,027$). Khi nhân viên y tế sử dụng thành thạo các TTB dùng trong cấp cứu sẽ giúp tiết kiệm được thời gian xử trí người bệnh, từ đó giúp bệnh nhân được cấp cứu đạt hiệu quả về thời gian và điều trị.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân cấp cứu đúng theo quy trình kỹ thuật chiếm 53,3%. Các yếu tố liên quan đến tiếp nhận, phân loại và xử trí cấp cứu theo quy trình kỹ thuật thuộc về bệnh nhân gồm nơi sơ cứu ban đầu và sự phối hợp giữa bệnh nhân và nhân viên y tế. Có mối liên quan giữa một số yếu tố thuộc về nhân viên y tế với tiếp nhận, phân loại và xử trí cấp cứu theo quy trình kỹ thuật gồm nhân viên y tế được tập huấn quy trình tiếp nhận và xử trí cấp cứu; nhân viên y tế được tập huấn quy trình kỹ thuật cấp cứu; điều dưỡng được đào tạo về chuyên khoa HSCC. Bác sĩ được đào tạo về chuyên khoa HSCC; đủ thuốc, vật tư y tế, trang thiết bị dùng cho cấp cứu và nhân viên y tế sử dụng thành thạo trang thiết bị trong cấp cứu. Cần thiết thực hiện ngay các giải pháp cải thiện phù hợp nhằm nâng cao hiệu quả cấp cứu bệnh nhân để người bệnh được tiếp cận và xử trí hơn, trong đó chú trọng vấn đề đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn cho đội ngũ nhân viên y tế trong thời gian tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2008)**, Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT ngày 21 tháng 01 năm 2008 ban hành quy chế cấp cứu, hồi sức tích cực và chống độc.
- Bộ Y tế (2014)**, Quyết định số 1904/QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 2014 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức-Cấp cứu và Chống độc".
- Cục quản lý khám chữa bệnh (2014)**, Tài liệu đào tạo cấp cứu cơ bản, Nhà xuất bản Y học.
- Khu Thị Khánh Dung, Đinh Phương Hòa, Lê Thị Hà và cộng sự (2021)**, "Thực trạng cấp cứu sơ sinh và mô hình bệnh tật cấp cứu sơ sinh

tại các tuyến bệnh viện tỉnh Hòa Bình", Tạp chí Nhi khoa, 14(1), tr. 23-29.

5. **Nguyễn Xuân Hoàng, Phạm Thị Tâm (2019)**, "Tình hình bệnh nhân chấn thương sọ não đến khám và điều trị tại khoa cấp cứu Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai năm 2018-2019", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 20.
6. **Nguyễn Trung Kiên, Phạm Thị Tâm (2021)**, "Nghiên cứu tình hình chấn thương và kết quả xử trí cấp cứu bệnh nhân bị tai nạn giao thông tại Bệnh viện Quân y 121", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 36, tr. 81-82.
7. **Hàn Khởi Quang, Nguyễn Văn Tính, Trương Đình Nhân và cộng sự (2018)**, Nghiên cứu thực trạng cấp cứu, đề xuất các giải pháp củng cố

nâng cao chất lượng cấp cứu tại khoa Cấp cứu hồi sức Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương, Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp tỉnh, Sở Khoa học và Công nghệ tỉnh Bình Dương.

8. **Tông cuc thông kê (2023)**, Niên giám Thống kê Việt Nam năm 2022, tr. 105-118.
9. **Ngô Anh Vinh, Phạm Ngọc Toàn, Lại Thùy Thanh (2022)**, "Kết quả cấp cứu ngừng tuần hoàn ở trẻ tại Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2018-2019", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 152(4), tr. 118-126.
10. **Australasian College for Emergency Medicine (2015)**, Guidelines on the Implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Departments.

HÚT THUỐC LÁ VÀ BỆNH ALZHEIMER

Trương Hồng Sơn*, Lưu Liên Hương*
*Viện y học ứng dụng Việt Nam

Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới, thuốc lá có thể gây ra 14% tổng số ca suy giảm nhận thức. Mặc dù có nhiều hiệu quả của chương trình Phòng chống tác hại thuốc lá tại Việt Nam trong 10 năm qua, nhưng hút thuốc lá vẫn còn rất phổ biến ở Việt Nam. Hiện nay, theo thống kê vẫn có 22,5% người trưởng thành tại Việt Nam sử dụng thuốc lá, tương ứng với 15,6 triệu người. Trong đó, nam giới hút thuốc chiếm 45.3% và nữ giới hút thuốc chiếm 1.1%.

Bệnh Alzheimer là gì?

Hiện tại, theo thống kê năm 2020, Việt Nam có khoảng 660.000 người sống chung với chứng suy giảm nhận thức. Suy giảm nhận thức là một cụm từ mô tả một nhóm các triệu chứng, mà phổ biến nhất là mất trí nhớ, lú lẫn và gặp vấn đề trong giao tiếp. Suy giảm nhận thức xảy ra khi các tế bào não không hoạt động đúng chứng năng, có thể là do bệnh tật. Hai chứng suy giảm trí nhớ phổ biến nhất là bệnh Alzheimer (chiếm 60-80%) và chứng mất trí do mạch máu.

Bệnh Alzheimer được đặc trưng bởi tình trạng tích tụ 2 loại protein là amyloid và tau ở trong não, dẫn đến mất sự kết nối giữa các tế bào não, thậm chí là khiến các tế bào não bị chết. Có hơn 20 gen có liên quan đến tăng nguy cơ Alzheimer. Những yếu tố này kết hợp với yếu tố môi trường và nguy cơ sức khỏe có thể làm tăng nguy cơ bị Alzheimer.



Thuốc lá và nguy cơ suy giảm nhận thức. Hút thuốc là làm tăng nguy cơ suy giảm nhận thức của Lancet vào năm 2019 đã xếp hút thuốc lá là nguy cơ đứng hàng thứ 3 trong tổng số 9 yếu tố nguy cơ của chứng suy giảm nhận thức.

Nghiên cứu tổng hợp trên 37 nghiên cứu cho thấy so với những người chưa bao giờ hút thuốc, những người hút thuốc lá có nguy cơ mắc chứng suy giảm nhận thức cao hơn 30% và đặc biệt, nguy cơ mắc chứng Alzheimer cao hơn 40%. Nghiên cứu cũng cho thấy những người hút thuốc lá mức độ trung bình và nặng sẽ có nguy cơ bị Alzheimer cao hơn đáng kể so với những người hút thuốc lá mức độ nhẹ.

Cơ chế giữa việc hút thuốc lá và nguy cơ suy giảm nhận thức hiện vẫn chưa được hiểu rõ. Tuy nhiên, hút thuốc lá có thể dẫn đến những hậu quả sau:

- Hút thuốc lá làm tăng tình trạng stress oxy hóa của cơ thể. Stress oxy hóa là sự mất cân bằng giữa các phân tử độc hại trong các tế bào và các chất chống oxy hóa cần để loại bỏ các chất độc hại này. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng stress oxy hóa có liên quan đến sự khởi phát