

## MỨC ĐỘ ĐAU VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI CÁC ĐẶC ĐIỂM CỦA NGƯỜI BỆNH BỎNG TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Võ Thanh Phong<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Quỳnh Giao<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Xuân Thảo<sup>1</sup>,  
Lê Thị Mỹ Chi<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hoa<sup>1</sup>, Ngô Thị Ánh Nguyệt<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Ngọc Lan<sup>1</sup>, Dương Thị Dung<sup>1</sup>, Văng Thị Yến Nhi<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bỏng là một trong những chấn thương đau đớn nhất mà con người phải chịu đựng. Kiểm soát cơn đau tốt sẽ giúp nâng cao chất lượng cuộc sống và giúp người bệnh (NB) phục hồi nhanh hơn. Điều dưỡng bỏng có vai trò quan trọng giúp đánh giá, kiểm soát và làm giảm mức độ đau (MĐĐ) cho NB.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu (NC) mô tả cắt ngang trên 260 người bệnh bỏng (NBB) tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 3/2023 - 8/2023.

**Kết quả:** MĐĐ trung bình của NBB là 7 [6-8]. Không có sự khác biệt về MĐĐ giữa NB có bỏng sâu riêng lẻ và NB không có bỏng sâu riêng lẻ ( $p=0,09$ ). Không có sự khác biệt giữa MĐĐ và các đặc điểm nhân khẩu học. Phân tích hồi quy đa biến về vị trí bỏng cho thấy có sự khác biệt về MĐĐ ở NBB ở thân hoặc chi dưới với NB không bỏng ở thân hoặc chi dưới. Ngoài ra, NB bỏng diện tích  $\geq 60\%$  diện tích bề mặt cơ thể (TBSA) có MĐĐ cao hơn so với NB bỏng  $<10\%$  TBSA là 2,851 điểm với  $p=0,026$ .

**Kết luận:** Hầu hết NBB đều cảm thấy đau. MĐĐ trung bình của NBB là 7 [6-8]. NB bỏng

diện tích và số lượng lớn, bỏng ở thân hoặc chi dưới sẽ bị đau nhiều hơn.

**Từ khóa:** đau, mức độ đau, bỏng, người bệnh bỏng

### SUMMARY

#### PAIN SEVERITY AND THE RELATION TO THE CHARACTERISTICS OF BURN PATIENTS AT CHO RAY HOSPITAL

**Background:** Burns are among the most painful traumas that humans endure. Good pain management can help improve the quality of life and enhance the recovery process for patients. Burn nurses play an essential role in assessing, managing, and reducing pain severity in burn patients.

**Methods:** From March 2023 to August 2023, 260 burn patients at Cho Ray Hospital participated in this cross-sectional descriptive study.

**Results:** The average pain severity of burn patients is 7 [6-8]. There is no difference in pain severity between patients with and without isolated deep burns ( $p = 0.09$ ). There is no difference between pain severity and demographic characteristics. Multivariate regression analysis of burn location shows a difference in pain severity in patients with burns on the trunk or lower limbs compared to those without burns on the trunk or lower limbs. Additionally, patients with burns covering  $\geq 60\%$  of total body surface area (TBSA) have higher

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thanh Phong

SĐT: 0904919944

Email: windy21193@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 26/6/2024

Ngày duyệt bài: 27/7/2024

pain severity than those with burns covering less than 10% TBSA by 2.851 points ( $p = 0.026$ ).

**Conclusion:** Most burn patients experience pain. The average pain level of burn patients is 7 [6-8]. Patients with large and extensive burns, particularly on the trunk or lower limbs, experience more pain.

**Keywords:** pain, pain severity, burns, burn patients

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng là vấn đề sức khỏe lớn trên thế giới, theo ước tính của Tổ chức y tế thế giới có khoảng 180.000 người tử vong mỗi năm. Bỏng là loại chấn thương phổ biến đứng thứ 4 trên thế giới [8]. Chấn thương bỏng là một trong những chấn thương đau đớn nhất mà con người phải chịu đựng. Đau trong bỏng rất đặc biệt, đau có nhiều mặt và thường xuyên thay đổi theo thời gian khi NB trải qua các thủ thuật điều trị lặp đi lặp lại trên vết thương bỏng của họ [6]. Kiểm soát cơn đau tốt sẽ làm giảm các triệu chứng rối loạn căng thẳng và chấn thương tâm lý đối với NBB [5]. Mỗi năm khoa Phỏng, bệnh viện Chợ Rẫy tiếp nhận và điều trị cho hơn một nghìn NBB. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá MĐĐ và tìm ra mối liên quan giữa MĐĐ và các đặc điểm của NBB.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** NB được chẩn đoán bỏng và điều trị tại khoa Phỏng, bệnh viện Chợ Rẫy.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** NB từ 16 tuổi trở lên, tỉnh táo, có thể hiểu và trả lời bằng tiếng Việt, không bị sốc phỏng, không bị khiếm thị và khiếm thính, không có tiền sử nhập viện do phỏng và đồng ý tham gia NC.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** NB không bị phỏng, NB phỏng nặng, không tỉnh táo, đang sốc phỏng, chưa đủ 16 tuổi, không biết tiếng Việt, bị khiếm thị hoặc khiếm thính, có tiền sử nhập viện do phỏng, không đồng ý tham gia NC.

**2.2. Thiết kế và địa điểm nghiên cứu:** NC mô tả cắt ngang tại khoa Phỏng, bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 3/2023 đến hết tháng 8/2023.

**2.3. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu:** Số liệu được thu thập bằng kỹ thuật phỏng vấn bằng bộ câu hỏi về đặc điểm của NB, đặc điểm chấn thương bỏng và bộ câu hỏi về cơn đau dạng ngắn (SF-MPQ) phát triển bởi Melzack (1987) được dịch sang tiếng Việt và kiểm định độ tin cậy với hệ số Cronbach's alpha là 0,79. Bộ câu hỏi có 15 nội dung, trong đó 11 nội dung mô tả khía cạnh cảm giác đau và 4 nội dung mô tả khía cạnh ảnh hưởng của cơn đau. Hai câu hỏi riêng biệt về MĐĐ hiện tại và MĐĐ. MĐĐ hiện tại có cường độ tăng dần với 6 mức độ: không đau, đau nhẹ, đau khó chịu, đau khổ sở, đau khủng khiếp và đau cực kỳ dữ dội. MĐĐ được đánh giá bằng thang điểm nhìn với MĐĐ tăng dần từ 0 đến 10 tương ứng với không đau đến đau dữ dội.

**2.4. Xử lý và phân tích số liệu:** Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Thống kê mô tả: tần số, phần trăm, trung bình và độ lệch chuẩn. Thống kê phân tích: T-Test, ANOVA, hồi quy đơn biến và đa biến với khoảng tin cậy 95%, mối liên quan có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**2.5. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học bệnh viện Chợ Rẫy số 1504/GCN-HĐĐĐ ngày 06/03/2023.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

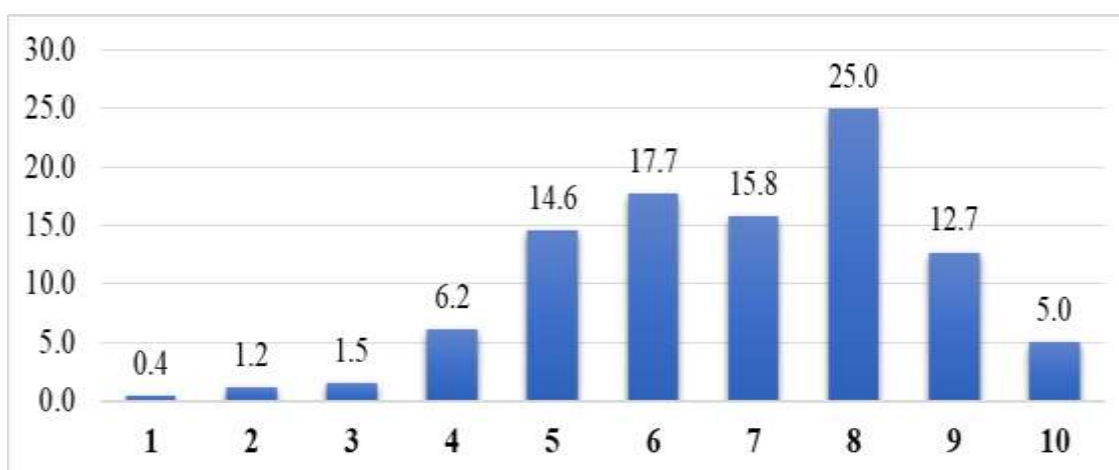
#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

**Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n= 260)**

| Đặc điểm          |                 | Tần số (%) |
|-------------------|-----------------|------------|
| Giới tính         | Nam             | 184 (70,8) |
| Nhóm tuổi         | Từ 16 - 29 tuổi | 72 (27,7)  |
|                   | Từ 30 - 39 tuổi | 77 (29,6)  |
|                   | Từ 40 - 49 tuổi | 56 (21,5)  |
|                   | ≥ 50 tuổi       | 55 (21,2)  |
| Dân tộc           | Kinh            | 245 (94,2) |
| Tác nhân gây bỏng | Nhiệt khô       | 160 (61,5) |
|                   | Nhiệt ướt       | 35 (13,5)  |
|                   | Điện            | 49 (18,8)  |
|                   | Hoá chất        | 16 (6,2)   |
| Diện tích bỏng    | < 10% TBSA      | 105 (40,4) |
|                   | 10 - 19% TBSA   | 64 (24,6)  |
|                   | 20 - 39% TBSA   | 71 (27,3)  |
|                   | 40 - 59% TBSA   | 18 (6,9)   |
|                   | ≥ 60% TBSA      | 2 (0,8)    |
| Mức độ bỏng       | Độ II           | 226 (86,9) |
|                   | Độ III          | 128 (49,2) |
| Vị trí bỏng       | Đầu/mặt/cổ      | 110 (42,3) |
|                   | Thân            | 136 (52,3) |
|                   | Chi trên        | 205 (78,8) |
|                   | Chi dưới        | 180 (69,2) |
| Số lượng vết bỏng | 1 vết bỏng      | 45 (17,3)  |
|                   | 2 vết bỏng      | 37 (14,2)  |
|                   | 3 vết bỏng      | 43 (16,5)  |
|                   | 4 vết bỏng      | 41 (15,8)  |
|                   | ≥ 5 vết bỏng    | 94 (36,2)  |

Đa số NB là Nam giới (70,8%). Nhóm tuổi từ 30 đến 39 tuổi có tỷ lệ cao nhất là 29,6%. Hầu hết là dân tộc Kinh (94,2%). NBB nhiệt khô có tỷ lệ cao nhất là 61,5%. Chủ yếu NBB dưới 10% TBSA chiếm 40,4%. NBB độ II chiếm tỷ lệ cao nhất là

86,9%, bỏng độ III là 49,2%. Đa số NBB nhiều vị trí trên cơ thể, nhiều nhất là chi trên chiếm 78,8% và chi dưới là 69,2%. Số lượng vết bỏng nhiều nhất là trên năm vết bỏng, chiếm tỷ lệ là 36,2%.



**Biểu đồ 1. Tỷ lệ người bệnh bỏng và mức độ đau (n=260)**

NB có MĐĐ ở mức trung bình đến nhiều, chủ yếu ở mức độ từ 5/10 đến 9/10. Khoảng tứ phân vị của MĐĐ là 7 [6-8]. NB đau ở mức độ 8/10 có tỷ lệ cao nhất là 25%.

**Bảng 3.2. Mối liên quan giữa mức độ đau và diện tích bỏng (n=260)**

| Đặc điểm              | Mean $\pm$ SD   | p     | Tukey HSD test                             |
|-----------------------|-----------------|-------|--------------------------------------------|
| <b>Diện tích bỏng</b> | 6,86 $\pm$ 1,79 | 0,000 | (3) > (1) (p=0,002)<br>(4) > (1) (p=0,018) |
| (1) < 10% TBSA        | 6,3 $\pm$ 1,8   |       |                                            |
| (2) 10 - 19% TBSA     | 6,95 $\pm$ 1,45 |       |                                            |
| (3) 20 - 39% TBSA     | 7,31 $\pm$ 1,85 |       |                                            |
| (4) 40 - 59% TBSA     | 7,67 $\pm$ 1,57 |       |                                            |
| (5) $\geq$ 60% TBSA   | 9,5 $\pm$ 0,71  |       |                                            |

MĐĐ tăng khi diện tích bỏng tăng (p<0,001). Trong đó, NB có diện tích bỏng 20-39% TBSA có MĐĐ cao hơn NB có diện tích bỏng dưới 10% với p=0,002. NB có diện tích bỏng 40 - 59% TBSA có MĐĐ cao hơn NB có diện tích bỏng dưới 10% với p=0,018.

**Bảng 3.3. Mối liên quan giữa mức độ đau và số lượng vết bỏng (n=260)**

| Đặc điểm           | Mean $\pm$ SD   | p     | Tukey HSD test                             |
|--------------------|-----------------|-------|--------------------------------------------|
| Số lượng vết bỏng  | 6,86 $\pm$ 1,79 | 0,002 | (5) > (1) (p=0,011)<br>(5) > (2) (p=0,005) |
| (1) Một vết bỏng   | 6,33 $\pm$ 2.06 |       |                                            |
| (2) Hai vết bỏng   | 6,19 $\pm$ 1,66 |       |                                            |
| (3) Ba vết bỏng    | 6,72 $\pm$ 1,71 |       |                                            |
| (4) Bốn vết bỏng   | 7,02 $\pm$ 1,54 |       |                                            |
| (5) > Năm vết bỏng | 7.36 $\pm$ 1.7  |       |                                            |

MĐĐ tăng theo số lượng vết bỏng (p<0,05). Trong đó, NB có số lượng vết bỏng từ năm trở lên có MĐĐ cao hơn NB có một vết bỏng (p=0,011). NB có số lượng vết bỏng từ năm trở lên có MĐĐ cao hơn NB có hai vết bỏng (p=0,005).

**Bảng 3.4. Mối liên quan giữa mức độ đau và vị trí bỏng (n=260)**

| Đặc điểm    |            |       | Mean $\pm$ SD   | p     |
|-------------|------------|-------|-----------------|-------|
| Vị trí bỏng | Đầu/mặt/cổ | Có    | 6,88 $\pm$ 1,77 | 0,852 |
|             |            | Không | 6,84 $\pm$ 1,8  |       |
|             | Thân       | Có    | 7,22 $\pm$ 1,81 | 0,001 |
|             |            | Không | 6,46 $\pm$ 1,68 |       |
|             | Chi trên   | Có    | 6,95 $\pm$ 1,73 | 0,132 |
|             |            | Không | 6,51 $\pm$ 1,96 |       |
|             | Chi dưới   | Có    | 7,09 $\pm$ 1,66 | 0,001 |
|             |            | Không | 6,33 $\pm$ 1,95 |       |

NBB ở thân và NBB chi dưới có MĐĐ trung bình cao hơn so với NB không bị bỏng thân hoặc chi dưới, với MĐĐ trung bình lần lượt là 7,22 và 7,09 với  $p=0,001$ .

**Bảng 3.5. Phân tích hồi quy đa biến diện tích, số lượng vết bỏng và mức độ đau**

| Yếu tố                         |                     | B      | 95% CI        | p     |
|--------------------------------|---------------------|--------|---------------|-------|
| Diện tích và số lượng vết bỏng |                     |        |               | 0,001 |
| (Constant)                     |                     | 6,304  | 5,795-6,813   | 0,000 |
| Diện tích bỏng                 | < 10% TBSA*         |        |               |       |
|                                | 10 - 19% TBSA       | 0,438  | -0,225-1,102  | 0,194 |
|                                | 20 - 39% TBSA       | 0,706  | -0,046-1,1458 | 0,066 |
|                                | 40 - 59% TBSA       | 1,034  | -0,023-2,091  | 0,055 |
|                                | $\geq$ 60% TBSA     | 2,851  | 0,339-5,364   | 0,026 |
| Số lượng vết bỏng              | Một vết bỏng*       |        |               |       |
|                                | Hai vết bỏng        | -0,200 | -0,957-0,556  | 0,602 |
|                                | Ba vết bỏng         | 0,127  | -0,661-0,915  | 0,751 |
|                                | Bốn vết bỏng        | 0,268  | -0,600-1,137  | 0,544 |
|                                | $\geq$ năm vết bỏng | 0,345  | -0,522-1,211  | 0,434 |

Khi diện tích và số lượng vết bỏng tăng thì MĐĐ tăng. Trong đó, NB có diện tích bỏng từ 60% TBSA trở lên có MĐĐ cao hơn NB có diện tích bỏng dưới 10% TBSA là 2,851 điểm ( $p=0,026$ ).

**Bảng 3.6. Phân tích hồi quy đa biến vị trí bỏng và mức độ đau**

| Yếu tố          | B       | 95% CI          | p     |
|-----------------|---------|-----------------|-------|
| Constant        | 5,773   | 5,192 - 6,354   | 0,000 |
| Bỏng thân       | 0,699   | 0,257 - 1,142   | 0,002 |
| Bỏng chi dưới   | 0,717   | 0,258 - 1,175   | 0,002 |
| Bỏng đầu/mặt/cổ | - 0,242 | - 0,696 - 0,213 | 0,296 |
| Bỏng chi trên   | 0,412   | - 0,127 - 0,952 | 0,133 |

NBB thân hoặc bông chi dưới có MĐĐ cao hơn so với NB không bị bông thân hoặc chi dưới. Trong đó, NB có bông thân có MĐĐ cao hơn NB không có bông thân là 0,699 điểm ( $p=0,002$ ). NB có bông chi dưới có MĐĐ cao hơn NB không có bông chi dưới là 0,717 điểm với ( $p=0,002$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

MĐĐ của NBB trong NC khá cao, chủ yếu ở mức độ 5/10 đến 9/10. Khoảng tứ phân vị của MĐĐ là 7 [6-8]. MĐĐ của NBB trong NC của chúng tôi cao hơn kết quả NC của Adam Singer (2015) với MĐĐ trung bình là 5 [2-8] và có 19% NB trả lời là họ không cảm thấy đau khi đến bệnh viện [7]. Một NC khác của Atulya Prasad (2019) tại Mỹ với 2,1 triệu người bị bông. Kết quả cho thấy MĐĐ trung bình của NBB khi nhập viện là 6,4 [5,9-6,9]. MĐĐ trung bình của người bị gãy xương là 6,7 [6,6-6,9] và MĐĐ trung bình của NB trật khớp là 6,7 [6,3-7,1]. Tuy nhiên, NBB ít có khả năng nhận được thuốc giảm đau opioid/non-opioid so với người bị gãy xương hay trật khớp [4]. Điều này cho thấy cơn đau trong chấn thương bông rất dữ dội và khủng khiếp. Do đó, NBB cần phải được đánh giá đau và can thiệp giảm đau càng sớm càng tốt. NC của Sevgi Deniz (2017) cũng khuyến cáo rằng các nhân viên y tế nên kiểm soát cơn đau và giảm mức độ lo lắng cho NBB một cách tốt nhất [2].

MĐĐ trung bình tăng theo diện tích bông và số lượng vết bông. Vì khi bị bông làm da bị tổn thương và trở nên nhạy cảm hơn làm cho NB cảm thấy đau nhiều hơn, đặc biệt

MĐĐ trung bình cao hơn ở NB bị bông độ II các đầu thần kinh cảm giác bị tổn thương và dễ bị kích thích bởi các tác động nhẹ [3]. Tuy nhiên, không có sự khác biệt về MĐĐ trung bình giữa NB có bông sâu riêng lẻ và bông nông, kết quả này tương tự với kết quả của Adam Singer (2015) với MĐĐ trung bình ở NB có bông sâu riêng lẻ là 4 [1-8] thấp hơn so với NBB nông 6 [2-8] với  $p=0,09$ . NC cũng chỉ ra rằng MĐĐ trung bình tăng theo số lượng vết bông với  $p=0,007$ . NBB vùng đầu/mặt/cổ có MĐĐ trung bình thấp hơn so với bông ở thân và tứ chi với  $p=0,02$  [7] và Atulya Prasad (2019) cũng chỉ ra rằng MĐĐ trung bình tăng theo diện tích bông, diện tích bông càng nhiều thì MĐĐ trung bình càng lớn và không có sự khác biệt về độ sâu của bông với MĐĐ trung bình [4]. Theo Nguyễn Ngọc Tuấn (2018) NB bị bông sâu (độ III) sẽ không cảm thấy đau do các tế bào thần kinh cảm giác đã bị phá hủy [1]. Trong NC của chúng tôi, MĐĐ trung bình của NB có bông sâu riêng lẻ tương đối cao là 6,38. Có thể NB không cảm thấy đau ở vị trí bề mặt bị bông sâu. Tuy nhiên, chúng ta nên xem xét ở vùng rìa vết thương, nơi tiếp giáp với vùng da lành. Do đó, cần quan tâm hơn và đánh giá MĐĐ đầy đủ ở những NB có bông sâu riêng lẻ. NC của chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt giữa MĐĐ trung bình và giới tính, cũng như với độ tuổi. Điều này có thể do sự khác biệt về chủng tộc và các đặc điểm sinh lý của các đối tượng NC khác nhau và cần có một NC lớn hơn, đa quốc gia để tìm hiểu mối quan này.

## V. KẾT LUẬN

MĐĐ trung bình của NBB khi nhập viện là 7 [6-8]. MĐĐ tăng theo diện tích và số lượng vết bỏng. Không có mối liên quan giữa MĐĐ trung bình và các đặc điểm nhân khẩu học. NBB từ 60% TBSA trở lên có MĐĐ cao hơn NBB dưới 10% TBSA là 2,851 điểm. NBB thân hoặc bỏng chi dưới có MĐĐ cao hơn so với NB không bị bỏng thân hoặc chi dưới.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Giáo trình Bỏng: Nguyễn Ngọc Tuấn, Nhà xuất bản quân đội nhân dân** (2018), pp. 95-99, Hà Nội.
2. **Deniz S., Arslan S. J. I. J. o. C. S.**, Pain and anxiety in burn patients, (2017), pp. 1723, 10 (3).
3. **Total Burn Care: Herndon D. N.**, (2018), pp. 122-128.
4. **Prasad A., Thode H. C., Jr., Sandoval S., et al.**, The association of patient and burn characteristics with itching and pain severity, Burns (2019), pp. 348-353, 45 (2).
5. **Romanowski K. S., Carson J. S., Pape K., et al.**, Management of Acute Pain in the Burn Patient: Reaching a New Guideline, Journal of Burn Care & Research (2020), pp. S84-S85, 41 (Supplement\_1).
6. **Romanowski K. S., Carson J., Pape K., et al.**, American Burn Association Guidelines on the Management of Acute Pain in the Adult Burn Patient: A Review of the Literature, a Compilation of Expert Opinion, and Next Steps, J Burn Care Res (2020), pp. 1129-1151, 41 (6).
7. **Singer A. J., Beto L., Singer D. D., et al.**, Association between burn characteristics and pain severity, Am J Emerg Med (2015), pp. 1229-31, 33 (9).
8. **WHO.** Burn. 2018; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>.

## ĐỘNG LỰC LÀM VIỆC CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2024

Phan Thị Loan<sup>1</sup>, Lê Thị Hương Lan<sup>1</sup>, Hoàng Thị Thùy Linh<sup>1</sup>,  
Đoàn Thị Hường<sup>1</sup>, Nguyễn Phương Minh<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Giang<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Động lực làm việc của điều dưỡng đóng vai trò quan trọng và quyết định đến chất lượng chăm sóc và điều trị cho người bệnh. Tuy nhiên, nghiên cứu về vấn đề này còn hạn chế.

**Mục tiêu:** Khảo sát thực trạng động lực làm việc của điều dưỡng tại Bệnh viện trung ương Thái Nguyên năm 2024.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang được tiến hành ở 202 điều dưỡng đang công tác tại các khoa/trung tâm, bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 5/2024 - 12/2024. Bộ công cụ đo lường động lực làm việc của điều dưỡng gồm 31 câu, 9 lĩnh vực được sử dụng và phần mềm SPSS 25.0 được dùng để phân tích số liệu.

**Kết quả:** Tuổi trung bình của điều dưỡng là 35,8 tuổi, với tỷ lệ có động lực làm việc là 86,1%. Trong đó, tiêu chí về Cam kết với bệnh viện, Yếu tố kỷ luật bản thân, Cơ hội phát triển nghề nghiệp và Môi trường làm việc là động lực để Điều dưỡng làm việc tại bệnh viện với tỷ lệ đạt trên 90%. Các yếu tố như Trình độ chuyên môn, kinh nghiệm làm việc và vị trí công tác là

các yếu tố liên quan đến động lực làm việc của Điều dưỡng ( $p < 0,05$ ).

**Kết luận:** Động lực làm việc của điều dưỡng tại bệnh viện đạt tỷ lệ cao. Bệnh viện cần chú trọng hơn nữa đến Cơ hội phát triển nghề nghiệp, môi trường làm việc và nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ cho điều dưỡng. Giúp họ tự tin và chủ động trong công việc.

**Từ khóa:** Điều dưỡng, Động lực làm việc, nghề nghiệp, chuyên môn nghiệp vụ.

### SUMMARY

#### THE STATUS OF WORK MOTIVATION AMONG NURSES AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL IN 2024

**Background:** Nurses' work motivation plays an important and decisive role in the quality of care and treatment for patients. However, research on this issue is limited.

**Objective:** Survey the current state of work motivation among nurses at Thai Nguyen National Hospital in 2024.

**Research subjects and methods:** A crosssectional study conducted on 202 nurses working in clinical departments or centers. Thai Nguyen National Hospital from May to Dec, 2024. The questionnaire to measure nurses' work motivation includes 31 questions, 9 subscales are used, and SPSS 25.0 software is used to analyze the data.

**Results:** The average age of nurses is 35.8 years old, with the rate of working motivation being 86.1%. In particular, the criteria of

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

<sup>2</sup>Trường Đại Học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Loan

SĐT: 0967908333

Email: phanloan967@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 26/6/2024

Ngày duyệt bài: 27/7/2024



commitment to the hospital, self-discipline, career development opportunities, and working environment are the motivations for nurses to work at the hospital, with a rate of over 90%. Related factors such as professional qualifications, work experience, and work position related to nurses' work motivation ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** The work motivation of nurses at the hospital is relative high. Hospitals need to pay more attention to career development opportunities, the working environment, and improving professional qualifications for nurses. That helps them be confident and proactive in their work.

**Keywords:** nursing, work motivation, career, professional expertise.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động lực làm việc của Điều dưỡng là sự khát khao và tự nguyện giúp họ có được những kinh nghiệm, kiến thức mới, thể hiện khía cạnh sáng tạo của họ, được trao quyền và có khả năng cạnh tranh. Nghiên cứu trước đây cho thấy điều dưỡng có động lực làm việc thì hành vi, lời nói và kết quả chăm sóc người bệnh đạt hiệu quả hơn so với điều dưỡng không có động lực [5,6]. Đồng thời, một điều dưỡng viên năng động và hài lòng với công việc giúp họ chăm sóc người bệnh đạt hiệu quả cũng như cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt hơn [7,8]. Đội ngũ Điều dưỡng không thể thiếu trong bệnh viện, có thời gian tiếp xúc với bệnh nhân và thân nhân nhiều nhất. Đồng thời, đảm bảo nhiều vị trí quan trọng trong các cơ sở y tế. Do đó, chất lượng làm việc của đối tượng này đóng vai trò quyết định đến chất lượng chăm sóc và điều trị [1,2,3,4]. Hiện nay, nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng nhiều làm gia tăng áp lực đối với điều dưỡng viên như kiêm nhiều

vị trí, đối mặt với quá tải công việc, còn phải đối mặt với những nguy cơ: lây nhiễm, tổn thương, trực đêm, thái độ bất hợp tác của người bệnh và người nhà [8].

Các nghiên cứu trước đây về động lực làm việc của điều dưỡng viên tại các bệnh viện khác nhau và cho thấy các kết quả chưa nhất quán. Nghiên cứu trước đây cho thấy kết quả tỷ lệ điều dưỡng có động lực làm việc chưa cao, chỉ có 55,5% nhân viên điều dưỡng là có động lực làm việc, tỷ lệ này trong nhóm điều dưỡng trưởng là 42,9% và ở điều dưỡng viên là 56,3% [6,8]. Một nghiên cứu khác gần đây cho thấy động lực làm việc của điều dưỡng tương đối thấp với điểm trung bình động lực làm việc là 3,72 và động lực làm việc của điều dưỡng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với khoa làm việc, một số yếu tố tác động tích cực là lãnh đạo và đồng nghiệp, trong khi đó yếu tố tác động tiêu cực là điều kiện làm việc [6,7,8]. Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, bệnh viện hạng đặc biệt với số giường bệnh gần 2500 giường, với đội ngũ điều dưỡng chiếm thành phần nhân lực quan trọng trong điều trị và chăm sóc. Bệnh viện luôn quan tâm đến đời sống vật chất và tinh thần cho cán bộ nhân viên giúp họ yên tâm công tác với tinh thần trách nhiệm cao, đem lại kết quả tốt nhất cho người bệnh. Tuy nhiên, cùng với sự phát triển của bệnh viện thì số lượng người bệnh khám chữa bệnh ngày càng tăng, kèm theo lượng công việc mà Điều dưỡng phải làm tăng lên để đảm bảo chất lượng chăm sóc và điều trị. Vậy câu hỏi đặt ra là điều dưỡng viên có gặp khó khăn gì không? Điều gì làm ảnh hưởng đến động lực làm việc của họ? Để trả lời cho những câu hỏi đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu **"Động lực làm việc của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên năm 2024"**.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 202 điều dưỡng đang công tác tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. Thỏa mãn tiêu chí sau:

#### \* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Là điều dưỡng chính thức có thời gian công tác lớn hơn 1 năm tại các khoa lâm sàng của Bệnh viện

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

#### \* Tiêu chuẩn loại trừ

- Những đối tượng đi học, nghỉ thai sản, nghỉ ốm trong thời gian nghiên cứu.

- Những đối tượng hợp đồng, điều dưỡng học việc tại khoa.

### 2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Thời gian tiến hành: 5/2024 - 07/2024.

- Địa điểm nghiên cứu: tại tất cả các khoa lâm sàng/cận lâm sàng/trung tâm trong Bệnh viện trung ương Thái Nguyên.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả, cắt ngang

### 2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- **Cỡ mẫu:** Chọn toàn bộ điều dưỡng đang công tác tại các khoa, trung tâm lâm sàng Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đáp ứng tiêu chí chọn.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện có chủ đích để chọn đối tượng tham gia nghiên cứu. Nhóm thu thập thông tin gồm 3 người được đào tạo về cách lấy số liệu, thống nhất nội dung bộ câu hỏi, kỹ thuật và cách thức tiến hành thu thập số liệu.

### 2.5. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Tỷ lệ giới tính nam và nữ.

- Tỷ lệ các nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu và độ tuổi trung bình.

- Tỷ lệ tình trạng hôn nhân, trình độ, nguồn thu nhập, thời gian công tác, chức vụ, vị trí công tác.

- Tỷ lệ điều dưỡng có động lực làm việc tại bệnh viện.

### 2.6. Công cụ nghiên cứu

Trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi được xây dựng, chuẩn hóa phù hợp với đặc điểm của địa bàn nghiên cứu [6,7,8]. Bộ công cụ gồm 2 phần:

Phần 1: Đặc điểm của Điều dưỡng gồm 12 câu về tuổi, giới, trình độ văn hóa, kinh nghiệm làm việc, vị trí, chức vụ...

Phần 2: Bộ công cụ đo động lực làm việc điều dưỡng viên có tổng số 31 câu, 9 yếu tố về động lực theo thang điểm Likert 1 - 5. Tổng điểm là 31 đến 155. Với điểm  $\geq 124$  điểm là có động lực và  $< 124$  điểm là chưa có động lực [6,8].

### 2.7. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi làm sạch được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 25.0. Thống kê mô tả (tần số, tỉ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn) được sử dụng để mô tả động lực làm việc của Điều dưỡng. Thuật toán Hồi quy đa biến được sử dụng để kiểm định sự ảnh hưởng của các yếu tố đến động lực làm việc của điều dưỡng.

### 2.8. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài được sự đồng ý tự nguyện của đối tượng nghiên cứu và xét duyệt của hội đồng đạo đức bệnh viện trung ương Thái Nguyên.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (N=202)**

| Đặc điểm             |     | Số lượng (n)    | Tỷ lệ (%) |
|----------------------|-----|-----------------|-----------|
| Tuổi (Mean $\pm$ SD) |     | 35,8 $\pm$ 8,49 |           |
| Giới tính            | Nam | 21              | 10,4      |
|                      | Nữ  | 181             | 89,6      |

|                      |                   |     |      |
|----------------------|-------------------|-----|------|
| Đơn vị công tác      | Hệ Ngoại          | 38  | 18,8 |
|                      | Hệ Nội            | 61  | 30,2 |
|                      | Sản               | 14  | 6,9  |
|                      | Nhi               | 15  | 7,4  |
|                      | Ung Bướu          | 15  | 7,4  |
|                      | Chuyên khoa lẻ    | 26  | 12,9 |
|                      | Khoa cận lâm sàng | 33  | 16,3 |
| Trình độ chuyên môn  | Trung cấp         | 38  | 18,8 |
|                      | Cao đẳng          | 79  | 39,1 |
|                      | Đại học           | 76  | 37,6 |
|                      | Sau đại học       | 9   | 4,5  |
| Kinh nghiệm làm việc | Dưới 5 năm        | 102 | 50,5 |
|                      | Từ 5 đến 10       | 43  | 21,3 |
|                      | Trên 10 năm       | 57  | 28,2 |
| Vị trí công tác      | Quản lý           | 162 | 80,2 |
|                      | Nhân viên         | 40  | 19,8 |
| Động lực làm việc    | Có động lực       | 174 | 86,1 |
|                      | Chưa có động lực  | 28  | 13,9 |

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của đối tượng NC là 35,8 tuổi, tỷ lệ nữ chiếm đa số 89,6% và được phân bố đều ở tất cả các khoa/trung tâm trong bệnh viện. Đa số ở trình độ chuyên môn là đại học và cao đẳng lần lượt là 37,6% và 39,1 %. Kinh nghiệm làm việc chủ yếu dưới 5 năm (50,5%) và có 80,2% làm công tác lâm sàng. Tỷ lệ Điều dưỡng có động lực làm việc chung là 86,1%, tỷ lệ chưa có động lực là 13,9%.

**Bảng 2. Động lực làm việc theo yếu tố công việc và cam kết với bệnh viện (N=202)**

| Nội dung                                                              | Có động lực |      | Chưa có động lực |      | Mean ± SD |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------|------|------------------|------|-----------|
|                                                                       | n           | %    | n                | %    |           |
| Yếu tố công việc                                                      |             |      |                  |      |           |
| Làm việc chỉ vì để lĩnh lương                                         | 139         | 68,8 | 63               | 31,2 | 4,02±1,18 |
| Làm việc để đảm bảo cuộc sống lâu dài                                 | 175         | 86,6 | 27               | 13,4 | 4,15±0,78 |
| Cảm thấy có động lực để làm việc chăm chỉ                             | 168         | 83,2 | 34               | 16,8 | 4,23±0,78 |
| Cam kết với bệnh viện                                                 |             |      |                  |      |           |
| Bệnh viện là nơi tôi tự hào                                           | 187         | 92,6 | 5                | 2,5  | 4,47±0,63 |
| Nhận thấy giá trị của bản thân và giá trị của bệnh viện là tương đồng | 177         | 87,6 | 25               | 17,4 | 4,21±0,65 |
| Làm việc ở đây tốt hơn ở những cơ sở khác                             | 189         | 93,6 | 13               | 6,4  | 4,23±0,61 |
| Bản thân có sự cam kết cao với bệnh viện                              | 188         | 93,1 | 14               | 6,9  | 4,26±0,55 |
| Bệnh viên đã truyền cảm hứng để làm việc tốt hơn                      | 189         | 93,6 | 13               | 6,4  | 4,38±0,69 |

**Nhận xét:** Động lực làm việc của điều dưỡng về yếu tố công việc cao nhất ở nội dung “làm việc để đảm bảo cuộc sống lâu dài” (86.6%), điểm trung bình là 4.15. “Cảm

thấy có động lực để làm việc chăm chỉ”, tỷ lệ có động lực cao (83.2%), điểm trung bình là 4.23. Tỷ lệ “Làm việc chỉ vì để lĩnh lương” là 73.8% điều dưỡng có động lực. Về yếu tố Cam kết với bệnh viện tất cả Điều dưỡng có

động lực làm việc chiếm trên 87% ở tất cả các nội dung. Trong đó "Bệnh viện là nơi truyền cảm hứng" và "Làm việc ở đây tốt hơn chỗ khác chiếm trên 93,6%.

**Bảng 3. Động lực làm việc về yếu tố tính kỷ luật của bản thân và sức khỏe (N=202)**

| Nội dung                                | Có động lực |       | Chưa có động lực |       | Mean ± SD |
|-----------------------------------------|-------------|-------|------------------|-------|-----------|
|                                         | n           | %     | n                | %     |           |
| Yếu tố tính kỷ luật của bản thân        |             |       |                  |       |           |
| Luôn hoàn thành hiệu quả và chính xác   | 173         | 85,6  | 29               | 14,4  | 4,17±0,78 |
| Là một nhân viên chăm chỉ.              | 187         | 92,6  | 15               | 7,4   | 4,04±0,59 |
| Làm việc luôn đúng giờ                  | 185         | 91,6  | 7                | 3,5   | 4,17±0,56 |
| Thường hay nghỉ làm việc                | 184         | 91,1  | 18               | 8,9   | 4,37±0,89 |
| Thỉnh thoảng đi làm muộn cũng không sao | 175         | 86,6  | 27               | 13,4  | 4,31±0,93 |
| Yếu tố sức khỏe                         |             |       |                  |       |           |
| Sức khỏe vào buổi sáng                  | 118         | 58,4% | 118              | 58,4% | 3,85±1,11 |
| Sức khỏe vào cuối ngày làm việc         | 103         | 51,0% | 103              | 51,0% | 3,79±1,23 |

**Nhận xét:** Yếu tố tính kỷ luật với bản thân. Nội dung đi làm việc đúng giờ có 91,6% điều dưỡng có động lực, chiếm tỷ lệ cao nhất (SD = 4.17). Về yếu tố “sức khỏe bản thân” thì “sức khỏe vào cuối ngày làm việc” chỉ có 58.4% điều dưỡng không có động lực làm việc, còn lại 51% điều dưỡng có động lực làm việc (SD = 3.79).

**Bảng 4. Động lực làm việc về yếu tố ghi nhận thành tích và cơ hội phát triển nghề nghiệp (N=202)**

| Nội dung                                     | Có động lực |      | Chưa có động lực |      | Mean±SD   |
|----------------------------------------------|-------------|------|------------------|------|-----------|
|                                              | n           | %    | n                | %    |           |
| Yếu tố ghi nhận thành tích                   |             |      |                  |      |           |
| Sự ghi nhận của đồng nghiệp                  | 162         | 80,2 | 40               | 19,8 | 3,96±0,67 |
| Sự ghi nhận của lãnh đạo                     | 158         | 78,2 | 44               | 21,8 | 4,03±0,75 |
| Việc bình xét, thi đua, khen thưởng kịp thời | 152         | 75,2 | 50               | 24,8 | 4,13±1,85 |
| Yếu tố cơ hội phát triển nghề nghiệp         |             |      |                  |      |           |
| Đào tạo, bồi dưỡng nâng cao chuyên môn       | 189         | 93,6 | 13               | 6,4  | 4,12±1,05 |
| Nâng cao kinh nghiệm qua làm việc            | 200         | 99,0 | 2                | 1,0  | 4,39±1,58 |
| Công tác nhân sự đúng quy trình              | 174         | 86,1 | 28               | 13,9 | 4,10±0,69 |
| Công bằng trong làm việc và học tập          | 161         | 79,7 | 41               | 20,3 | 4,08±0,67 |

**Nhận xét:** Tỷ lệ có động lực làm việc của điều dưỡng theo yếu tố thành tích về “ Sự ghi nhận của đồng nghiệp” và “Ghi nhận của lãnh đạo lần lượt là 80,2% và 78,2%. Trên 93% Điều dưỡng có động lực khi họ được “Đào tạo, bồi dưỡng nâng cao chuyên môn” và “ Nâng cao kinh nghiệm qua làm việc”



Đa số ở trình độ chuyên môn là đại học và cao đẳng lần lượt là 37,6% và 39,1 %. Kinh nghiệm làm việc chủ yếu dưới 5 năm (50,5%) và có 80,2% làm công tác lâm sàng. Điều này cho thấy bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên liên tục mở rộng nhân sự, tuyển thêm nhân viên điều dưỡng nên tỷ lệ điều dưỡng làm việc từ 5-10 năm thấp dần qua từng năm. Phần lớn điều dưỡng có trình độ cao đẳng, đại học, cho thấy lực lượng điều dưỡng tại bệnh viện có trình độ tốt, điều này cũng ảnh hưởng tích cực đến chăm sóc bệnh nhân. Bệnh viện có chính sách và khuyến khích điều dưỡng học sau đại học. Để sau này nâng cao năng lực quản lý và nghiên cứu khoa học.

#### **4.2. Động lực làm việc chung của Điều dưỡng**

Nghiên cứu của chúng tôi thấy động lực làm việc chung của điều dưỡng là 86,1%. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu của Phùng Thanh Hùng và cộng sự năm 2029 nghiên cứu động lực làm việc của điều dưỡng lâm sàng tại Bệnh viện Bà Rịa - Vũng Tàu là 62.1 % [8], nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ tương đương. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có tỷ lệ thấp hơn nghiên cứu của Chu Thị Huyền và cộng sự nghiên cứu động lực làm việc của điều dưỡng lâm sàng tại Bệnh viện Bà Rịa, tỷ lệ điều dưỡng có động lực làm việc chung là 73.1% [8]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Trung Thành và cộng sự nghiên cứu động lực làm việc của các nhân viên y tế hiện đang làm việc tại Hồ Chí Minh thấy tỷ lệ nhân viên có động lực làm việc chung là 47% [7]. Nghiên cứu của Dương Ngọc Phương Trang và cộng sự về động lực làm việc của điều dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Truyền máu huyết học, Thành phố Hồ Chí

Minh năm 2020: Tỷ lệ điều dưỡng có động lực làm việc chung là 72.1% [6,7]. Lý giải nguyên nhân là do đặc điểm chức năng phân hạng, đặc điểm địa lý, chức năng hoạt động khác nhau. Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên so với các nghiên cứu trên có thêm trách nhiệm về đào tạo và chỉ đạo tuyến cho các tỉnh vùng núi phía bắc. Là bệnh viện thực hành của trường Đại học Y Dược Thái Nguyên. Nên hàng năm, số lượng ứng tuyển vào làm việc tại bệnh viện đạt tỷ lệ rất cao. Điều này chứng minh cho thấy tỷ lệ Điều dưỡng có động lực cao khi họ thấy “Tự hào về bệnh viện”, “Bệnh viện là nơi truyền cảm hứng làm việc”, “bệnh viện có cam kết với nhân viên” và “ mong muốn làm tại đây so với nơi khác” đều chiếm tỷ lệ trên 90% (Bảng 2). Điều dưỡng có động lực cao khi họ được đảm bảo thăng tiến nghề nghiệp, có cơ hội được đào tạo, nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ, chiếm trên 94% (Bảng 3 và 4). Đặc biệt là điều dưỡng được làm việc trong môi trường được trang bị đầy đủ cơ sở vật chất, trang thiết bị. Và được chăm lo đời sống vật chất tinh thần toàn diện, đạt 99% có động lực [5,7,8].

#### **4.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến động lực làm việc của Điều dưỡng**

Kết quả của nghiên cứu này chỉ ra rằng, các yếu tố như trình độ chuyên môn, kinh nghiệm làm việc và vị trí công tác. Kết quả này cũng tương đồng với các kết quả của nghiên cứu trước đây [3,6,8]. Điều này lý giải là Điều dưỡng có chuyên môn, có kinh nghiệm và vị trí công tác phù hợp. Họ sẽ có nhiều động lực để làm việc, phát huy năng lực và chuyên môn của mình. Càng ở vị trí quản lý, họ lại có nhiều đam mê và làm việc hơn [1,3,8]. Điều dưỡng khi bổ nhiệm làm công tác quản lý là những điều dưỡng có kinh nghiệm, họ sẽ phải trải qua nhiều vị trí

công tác, nhiều công việc thì họ lại hiểu hơn về ngành nghề, giúp họ có động lực làm việc hơn.

## V. KẾT LUẬN

Động lực làm việc của điều dưỡng tại bệnh viện đạt ở mức cao (86,1%). Trong đó, tiêu chí về Cam kết với bệnh viện, Yếu tố kỹ thuật bản thân, Cơ hội phát triển nghề nghiệp và Môi trường làm việc là động lực để Điều dưỡng làm việc tại bệnh viện. Các yếu tố như Trình độ chuyên môn, kinh nghiệm làm việc và vị trí công tác là các yếu tố liên quan đến động lực làm việc của Điều dưỡng. Bệnh viện cần chú trọng và phát huy hơn nữa để ngày càng nâng cao tỷ lệ động lực làm việc cho Nhân viên y tế.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Tuấn Ngọc và cộng sự** (2020), "Động lực làm việc của điều dưỡng lâm sàng và một số yếu tố ảnh hưởng tại Viện Y dược học dân tộc thành phố Hồ Chí Minh năm 2019", Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển. 4(2), tr. 123-132.
2. **Nguyễn Đức Thành và cộng sự** (2020), "Động lực làm việc của điều dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện huyện Không Pắc, tỉnh Đắk Lắk năm 2019", Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển. 4(3), tr. 42-49.
3. **Dương Ngọc Phương Trang và cộng sự** (2020), "Động lực làm việc của điều dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện

Truyền máu huyết học, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2020", Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển. 4(5), tr. 124-131.

4. **Nguyễn Thùy Trang, Bùi Thị Mỹ Anh và Lê Ngọc Cửa** (2020), "Động lực làm việc của Điều dưỡng viên và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long, thành phố Cần Thơ năm 2020", Tạp chí Y học Cộng đồng. 60(7), tr. 191-197.
5. **Huỳnh Ngọc Tuyết Mai** (2017), "Động lực làm việc và một số yếu tố ảnh hưởng của điều dưỡng tại 14 khoa Lâm sàng Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Thành phố Hồ Chí Minh năm 2017", Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển. 1(1), tr. 69-77.
6. **Hồ Ngọc Thành** (2016), Động lực làm việc của nhân viên y tế và một số yếu tố ảnh hưởng, Bệnh viện đa khoa huyện Tam Nông, Đồng Tháp năm 2016, Luận văn Chuyên khoa II Tổ chức quản lý
7. **Nguyễn Trung Thành và Nguyễn Đức Thành** (2021), "Động lực làm việc của điều dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng tại bệnh viện Da Liễu thành phố Hồ Chí Minh năm 2021", Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển. 5(5), tr. 25-32.
8. **Phùng Thanh Hùng và các cộng sự.** (2020), "Động lực làm việc của điều dưỡng lâm sàng tại Bệnh viện Bà Rịa Tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu năm 2019", Tạp chí Y học Cộng đồng. 1(54), tr. 79-85.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TAI GIỮA Ứ DỊCH BẰNG KỸ THUẬT ĐẶT ống THÔNG KHÍ TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG - BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Ngọc Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Công Hoàng<sup>1</sup>, Lê Thị Hương Lan<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đánh giá kết quả điều trị viêm tai giữa ứ dịch bằng kỹ thuật đặt ống thông khí tại Khoa Tai mũi họng - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. **Đối tượng:** Đối tượng nghiên cứu gồm 49 bệnh nhân chẩn đoán viêm tai ứ dịch, được phẫu thuật đặt ống thông khí màng nhĩ tại khoa Tai mũi họng-Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ tháng 04/2023 đến tháng 02/2024.

**Đối tượng, phương pháp:** mô tả tiền cứu có can thiệp trước-sau. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm 55,1%; nam chiếm 44,9%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 27,8. Nhóm tuổi trên 15 chiếm 53,1%. Triệu chứng cơ năng thường gặp là ù tai chiếm 81,6%, nghe kém chiếm 46,9%. Màng nhĩ co lõm chiếm 52,9%; màng nhĩ trong, có bóng khí chiếm 58,6%. Nhĩ lượng đồ type B gặp nhiều nhất với tỷ lệ 71,4%. Sau đặt ống thông khí đa số có sự cải thiện về triệu chứng cơ năng và sức nghe. Tình trạng ống thông khí khô, thông, còn đúng vị trí gặp nhiều nhất với 85,7%. Kết quả tốt là 91,1%; kết quả trung bình là 6,3% và kết quả kém là 2,5%.

**Kết luận:** Đặt ống thông khí qua nội soi mang lại hiệu quả tích cực trong điều trị bệnh lý viêm tai giữa ứ dịch.

**Từ khóa:** Viêm tai giữa ứ dịch, ống thông khí, kết quả phẫu thuật.

### SUMMARY

#### VALUATE THE RESULTS OF OTITIS MEDIA WITH EFFUSION TREATMENT BY USING VENTILATION TUBE INSERTION TECHNIQUE AT THE OTORHINOLARYNGOLOGY DEPARTMENT OF THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

**Background:** To evaluate the results of otitis media with effusion treatment by using ventilation tube insertion technique at the Otorhinolaryngology Department of Thai Nguyen National Hospital.

**Methods:** prospective description with before-after intervention.

**Results:** The mean age of the study sample was 27,8 years; 44,9% patients were males, and 55.1% were females. The age group over 15 accounted for 53.1% of the patients. Common functional symptoms included tinnitus (81,6%) and hearing loss (46,9%). There were 52,9% of patients had a concave eardrum, while 58,6% had a clear tympanic membrane with air bubbles. Type B tympanogram is the most common with a rate of 71.4%. After ventilation tube insertion, most have improvement in functional symptoms and hearing. The condition of the ventilation tube being dry, clear, and in the correct position is the most common condition with 85.7%. Good

<sup>1</sup>Bộ môn Tai mũi họng - Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Anh  
SĐT: 0386235933

Email: ngocanh86yktn@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 19/6/2024

Ngày duyệt bài: 25/7/2024



results are 91.1%; average results were 6.3% and poor results were 2.5%.

**Conclusion:** Endoscopic ventilation tube insertion brings positive results in the treatment of otitis media with effusion.

**Keywords:** Otitis media with effusion, ventilation tube, surgical results.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa ứ dịch là tình trạng viêm tai giữa nhưng không có các triệu chứng viêm cấp, màng nhĩ không sưng, dịch tai giữa có thể là thanh dịch, dịch nhầy, nhày keo, nhày mủ. Viêm tai ứ dịch ngày càng gặp nhiều ở cả người lớn và trẻ em, bệnh liên quan đến sự suy giảm chức năng vòi nhĩ, nguyên nhân thường do viêm đường hô hấp trên, phì đại V.A, khối u vòm mũi họng, hở hàm ếch, chấn thương áp khí, dị ứng...[5], [7].

Viêm tai giữa ứ dịch biểu hiện lâm sàng kín đáo nên dễ bị bỏ qua. Hậu quả là suy giảm sức nghe, ảnh hưởng đến đời sống sinh hoạt của người bệnh. Ở trẻ em ảnh hưởng đến sự phát triển tiếng nói, học tập ở trường và hành vi giao tiếp xã hội. Viêm tai giữa ứ dịch có thể gây nên các biến chứng như: túi co kéo màng nhĩ, xẹp nhĩ, xơ nhĩ, viêm tai giữa mạn tính thường, cholesteatoma, phá huỷ hoặc cố định hệ thống xương con. Vì vậy bệnh phải được phát hiện kịp thời và điều trị tích cực để tránh các biến chứng và phục hồi sức nghe [2], [6].

Phẫu thuật đặt ống thông khí màng nhĩ là phương pháp điều trị đơn giản, kinh tế và hiệu quả trong điều trị viêm tai giữa ứ dịch. Phương pháp được thực hiện thường qui tại khoa Tai mũi họng - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, tuy nhiên đến nay chưa có nghiên cứu đánh giá kết quả sau phẫu thuật đầy đủ, chi tiết do đó chúng tôi tiến hành đề

tài **“Đánh giá kết quả điều trị viêm tai giữa ứ dịch bằng kỹ thuật đặt ống thông khí tại Khoa Tai mũi họng - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên”.**

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 49 bệnh nhân (BN) chẩn đoán viêm tai ứ dịch, được phẫu thuật đặt ống thông khí màng nhĩ.

- **Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:**

+ Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tai giữa ứ dịch có chỉ định đặt ống thông khí màng nhĩ

+ Bệnh nhân được phẫu thuật đặt ống thông khí màng nhĩ

+ Bệnh nhân được làm đầy đủ xét nghiệm: thính lực đồ, nhĩ lượng đồ, chụp phim Schuller.

+ Bệnh nhân được theo dõi hậu phẫu vào ngày 1, 7 và sau mổ 01 tháng.

+ Bệnh nhân/người nhà đồng ý hợp tác nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật, chấn thương tai, dị tật bẩm sinh gây nghe kém tiếp nhận.

+ Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu hoặc không theo dõi đầy đủ.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang tiến cứu.

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn

- Lấy mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi nghiên cứu trên 49 bệnh nhân với 70 tai.

- Các chỉ số nghiên cứu

\* **Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu**

- Tuổi: Dưới 6 tuổi, 6-15 tuổi, 15-35 tuổi,

trên 35 tuổi.

- Giới: Nam, nữ.

- Các triệu chứng lâm sàng thường gặp: nghe kém, ù tai, chóng mặt, triệu chứng mũi (ngạt mũi, chảy mũi, rối loạn khứu giác...). Đánh giá triệu chứng cơ năng trước điều trị và sau điều trị 01 tuần, 01 tháng.

+ Đặc điểm hình thái màng nhĩ: bình thường, co lõm, phồng...

+ Màu sắc màng nhĩ: mờ đục, trong có bóng khí, vàng...

+ Hình thái nhĩ lượng đồ: A, B, As....

+ Ngưỡng nghe PTA trung bình

**\* Kết quả phẫu thuật đặt ống thông khí màng nhĩ điều trị viêm tai ứ dịch**

+ Đánh giá kết quả điều trị: Bệnh nhân sau đặt ống thông khí (gây mê hoặc gây tê tại chỗ), được đánh giá tại các thời điểm sau phẫu thuật 01 tuần và 01 tháng.

Thay đổi tính chất dịch trong hòm nhĩ: bình thường, phồng, co lõm.

Cải thiện triệu chứng cơ năng: nghe kém, ù tai, đầy tai, chảy mũi...

Tình trạng ống thông khí: khô, thông, đúng vị trí; tắc; chảy dịch.

- Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Tháng 04/2023-02/2024.

- Địa điểm: Khoa Tai mũi họng-Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

- Các kỹ thuật, tiêu chuẩn sử dụng trong

nghiên cứu

**\* Thu thập số liệu trước và sau điều trị**

- Thiết kế bệnh án mẫu thu thập số liệu.

- Tập huấn các cán bộ tham gia thu thập số liệu nghiên cứu.

- Tiến hành thu thập số liệu theo bệnh án mẫu.

**\* Đánh giá kết quả sau phẫu thuật:**

Đánh giá tại các thời điểm sau phẫu thuật 01 ngày, 01 tuần và 01 tháng.

- Đánh giá kết quả phẫu thuật: Kết quả tổng thể

Tốt: hết triệu chứng cơ năng, ống thông khí thông tốt, đúng vị trí

Trung bình: Cải thiện triệu chứng cơ năng, ống thông khí rơi sớm, tái phát viêm tai ứ dịch.

Kém: Ống thông khí còn chảy dịch, thính lực giảm..[5].

- Phương pháp xử lý số liệu

Mã hóa, nhập và xử lý số liệu trên máy vi tính theo chương trình SPSS 22.0

- Đạo đức trong nghiên cứu

Những BN được chọn vào mẫu nghiên cứu phải tự nguyện tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao hiệu quả điều trị bệnh. Mọi thông tin của BN đảm bảo giữ bí mật.

Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức bệnh viện trước khi tiến hành.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm lâm sàng

**\* Tuổi, giới**

**Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới**

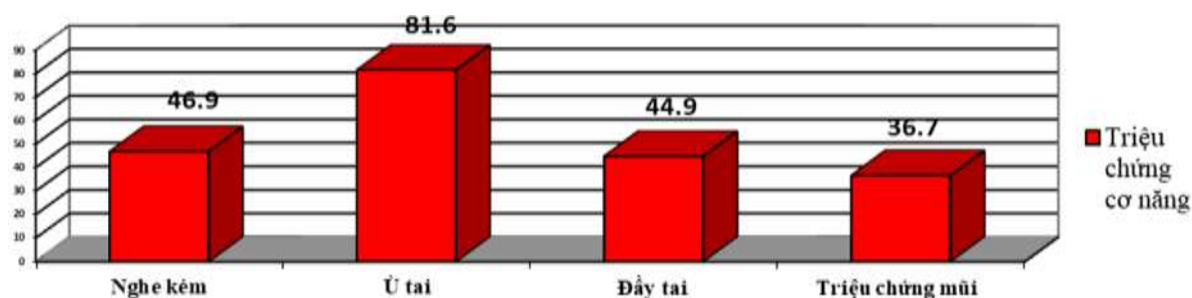
| Tuổi \ Giới    | Số bệnh nhân |           | n         | %          |
|----------------|--------------|-----------|-----------|------------|
|                | Nam          | Nữ        |           |            |
| Dưới 6 tuổi    | 4            | 4         | 8         | 16,3       |
| 6-15 tuổi      | 6            | 9         | 15        | 30,6       |
| Trên 15 tuổi   | 12           | 14        | 26        | 53,1       |
| <b>Tổng số</b> | <b>22</b>    | <b>27</b> | <b>49</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:**

- Tuổi: Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 27,8 tuổi. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là trên 15 tuổi có 26/49 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 53,1%. Nhóm tuổi từ 6-15 tuổi có 15/49 bệnh nhân chiếm 30,6% và nhóm dưới 6 tuổi

ít gặp nhất chiếm tỷ lệ 16,3% (8/49 bệnh nhân).

- Giới: Trong tổng số 49 bệnh nhân có 27/49 bệnh nhân nữ chiếm 55,1% và 22/49 bệnh nhân nam chiếm 44,9%.

**\* Triệu chứng cơ năng****Biểu đồ 1. Các triệu chứng cơ năng trước đặt ống thông khí**

**Nhận xét:** Û tai là triệu chứng cơ năng hay gặp nhất, có 40/49 bệnh nhân chiếm 81,6%; tiếp đến là nghe kém với 23/49 bệnh nhân chiếm 46,9%.

**\* Hình thái màng nhĩ trước đặt ống thông khí****Bảng 2. Hình thái màng nhĩ trước đặt ống thông khí**

| Hình thái màng nhĩ | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%)  |
|--------------------|--------------|------------|
| Bình thường        | 8            | 11,4       |
| Phồng              | 25           | 35,7       |
| Co lõm             | 37           | 52,9       |
| <b>Tổng</b>        | <b>70</b>    | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Màng nhĩ co lõm chiếm tỷ lệ cao nhất với 37/70 tai chiếm 52,9%; tiếp theo là màng nhĩ phồng chiếm 35,7%; có 8/70 tai có màng nhĩ bình thường.

**Bảng 3. Màu sắc màng nhĩ trước đặt ống thông khí**

| Màu sắc màng nhĩ          | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%)  |
|---------------------------|--------------|------------|
| Trong, có bóng khí        | 41           | 58,6       |
| Mờ, dày đục, mất nón sáng | 20           | 28,6       |
| Vàng hồ phách             | 9            | 12,8       |
| <b>Tổng</b>               | <b>70</b>    | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Màng nhĩ trong, có bóng khí gặp nhiều nhất với 41/70 tai (58,6%), tiếp đến là mờ, dày đục, mất nón sáng chiếm 28,6%. Màng nhĩ màu vàng hồ phách ít gặp nhất (12,8%).

**\* Đặc điểm cận lâm sàng****Bảng 4. Hình thái nhĩ lượng đồ trước đặt ống thông khí**

| Hình thái nhĩ lượng đồ | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%)  |
|------------------------|--------------|------------|
| B                      | 50           | 71,4       |
| C                      | 20           | 28,6       |
| <b>Tổng</b>            | <b>70</b>    | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Nhĩ lượng đồ type B gặp nhiều nhất với 50/70 tai (71,4%), sau đó là nhĩ lượng đồ type C với 20/70 tai (28,6%).

**Bảng 5. Ngưỡng nghe trung bình đường khí (PTA) trước đặt ống thông khí**

|          | Nhỏ nhất | Lớn nhất | Trung bình | SD    |
|----------|----------|----------|------------|-------|
| PTA (dB) | 18       | 60       | 28,67      | 11,43 |

**Nhận xét:** Ngưỡng nghe trung bình đường khí là  $28,67 \pm 11,43$  dB. Ngưỡng nghe trung bình đường khí nhỏ nhất là 18 dB, lớn nhất là 60 dB.

### 3.2. Đánh giá kết quả điều trị viêm tai giữa ứ dịch

**Bảng 6. Sự cải thiện triệu chứng cơ năng sau đặt ống thông khí**

| Triệu chứng | Trước điều trị |      | Sau 1 tuần |      | Sau 1 tháng |      | P      |
|-------------|----------------|------|------------|------|-------------|------|--------|
|             | n              | %    | n          | %    | n           | %    |        |
| Nghe kém    | 23             | 46,9 | 15         | 31,3 | 10          | 20,8 | < 0,05 |
| Ù tai       | 40             | 81,6 | 26         | 54,2 | 8           | 16,7 | < 0,05 |
| Đầy tai     | 22             | 44,9 | 0          | 0    | 0           | 0    | < 0,01 |
| Chảy mũi    | 18             | 36,7 | 3          | 6,3  | 0           | 0    | < 0,01 |

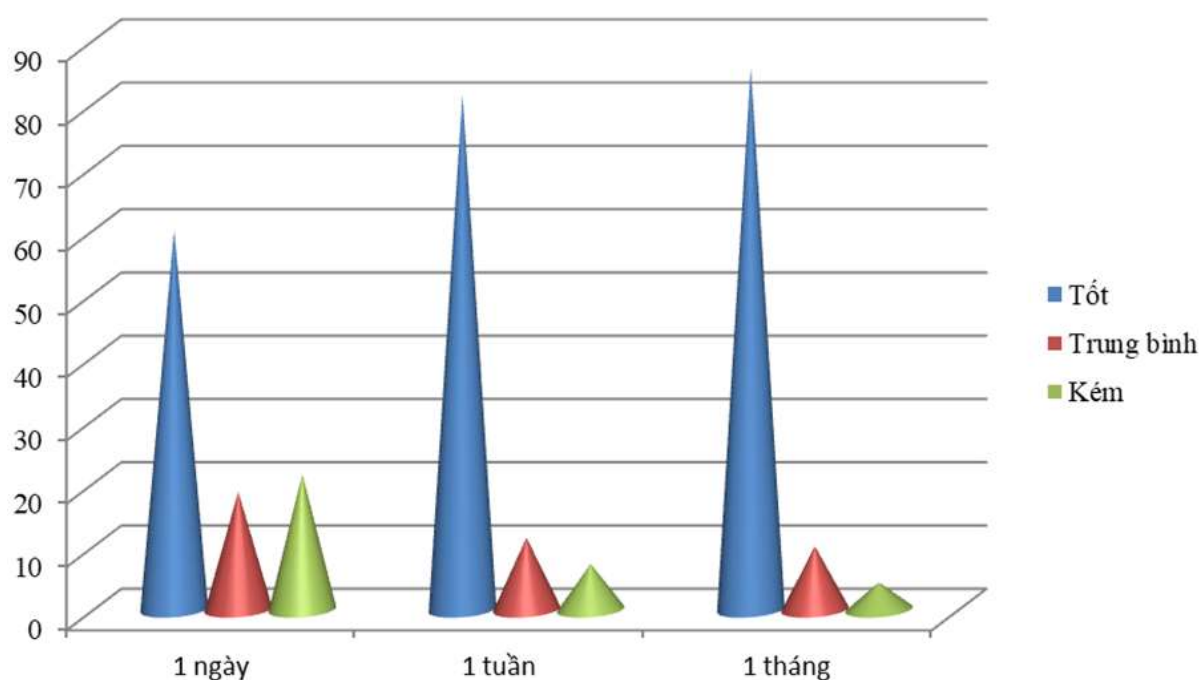
**Nhận xét:** Trong nghiên cứu sau đặt ống thông khí đa số bệnh nhân có sự cải thiện về triệu chứng cơ năng như các triệu chứng như ù tai giảm từ 81,6% xuống còn 31,3% sau 01 tuần và 16,7% sau 01 tháng. Triệu chứng nghe kém sau đặt ống thông khí giảm từ 46,9% xuống 20,8%. 100% bệnh nhân hết đầy tai sau đặt ống thông khí 01 tuần. Sự khác biệt cải thiện triệu chứng trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.01$ .

**Bảng 7. Tình trạng ống thông khí sau phẫu thuật**

| Tình trạng ống thông khí    | Sau 01 ngày |            | Sau 01 tuần |            | Sau 01 tháng |            |
|-----------------------------|-------------|------------|-------------|------------|--------------|------------|
|                             | n           | %          | n           | %          | n            | %          |
| Khô, thông, còn đúng vị trí | 42          | 60         | 57          | 81,4       | 60           | 85,7       |
| Tắc                         | 13          | 18,6       | 8           | 11,4       | 5            | 7,1        |
| Rơi                         | 0           | 0          | 0           | 0          | 2            | 2,9        |
| Chảy dịch                   | 15          | 21,4       | 5           | 7,2        | 3            | 4,3        |
| <b>Tổng</b>                 | <b>70</b>   | <b>100</b> | <b>70</b>   | <b>100</b> | <b>70</b>    | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Tình trạng ống thông khí khô, thông, còn đúng vị trí gặp nhiều nhất với 57/70 tai sau 1 tuần (81,4%); 60/70 tai sau 1 tháng (85,7%). Chảy dịch tai, tắc ống thông khí là các biến chứng hay gặp sau mổ. Sau 01 tuần, tỷ lệ tắc ống thông khí là 11,4% và có 5 bệnh nhân chảy dịch tai chiếm 7,2%. Sau 01 tháng có 05 bệnh nhân tắc ống và 3 bệnh nhân chảy dịch, 2 bệnh nhân rơi ống thông khí sớm phải đặt lại.

#### \* Kết quả sau đặt ống thông khí



**Biểu đồ 2. Đánh giá kết quả sau đặt ống thông khí**

**Nhận xét:** Sau đặt ống thông khí, kết quả tốt chiếm 91,1%; trung bình 6,3%. Có 2,5% cho kết quả kém.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi gặp nhiều nhất là trên 15 tuổi với 53,1%, trong đó bệnh nhân lớn tuổi nhất là 70 tuổi. Kết quả của chúng tôi tương đồng với Châu Chiêu Hòa là 56,3%, cao hơn của Nguyễn Văn Tư là 33,3% và Phạm Hồng Nhung là 33,9% [7], [9].

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

Về triệu chứng cơ năng, các biểu hiện của viêm tai giữa ứ dịch kín đáo, dễ bỏ sót trên lâm sàng. Qua khai thác bệnh sử (biểu đồ 1), triệu chứng cơ năng chiếm tỷ lệ cao nhất là ù tai với 40/49 bệnh nhân (81,6%). Nghe kém gặp ở 23/49 bệnh nhân. Đây là hai

triệu chứng thường gặp trong viêm tai giữa ứ dịch. Kết quả này phù hợp với Huỳnh Thị Mỹ Hiền khi cho rằng nghe kém là một triệu chứng cơ năng để phát hiện bệnh với tỷ lệ 81,8% và ù tai chiếm 57,6% [2]. Theo các nghiên cứu đều thống nhất ở nhóm trẻ nhỏ, viêm tai giữa ứ dịch được phát hiện khi bố mẹ đưa trẻ đến khám bệnh vì lý do chảy mũi, còn triệu chứng nghe kém thường biểu hiện gián tiếp qua các dấu hiệu như chậm nói, gọi không đáp ứng, kết quả học tập sa sút,... Ở nhóm trẻ lớn và người lớn, các triệu chứng như nghe kém, ù tai, đầy tai có thể dễ dàng phát hiện.

Về triệu chứng thực thể, kết quả (bảng 2 và 3) cho thấy co lõm màng nhĩ chiếm tỷ lệ cao nhất 52,9%. Theo Phạm Hồng Nhung tỷ lệ này là 39,2% và Nguyễn Duy Quảng là 47,1% [7], [8]. Viêm tai giữa ứ dịch kéo dài thường kèm theo tình trạng áp lực âm trong

hòm nhĩ có thể dẫn tới xẹp nhĩ. Nếu bệnh nhân không phát hiện sớm bệnh sẽ tiến triển đến giai đoạn muộn như xẹp nhĩ độ III, độ IV hoặc hình thành cholesteatoma, khi đó việc điều trị gặp nhiều khó khăn hơn. Hình ảnh màng nhĩ phòng gặp ở 25/70 tai, đây là dấu hiệu cho thấy có sự ứ dịch tai giữa ở giai đoạn đầu. Đặc biệt có 8/70 tai có màng nhĩ bình thường, dễ bị bỏ sót và gây nhầm lẫn trong chẩn đoán viêm tai giữa ứ dịch. Vì vậy, thăm khám lâm sàng kết hợp với đo nhĩ lượng là cần thiết để chẩn đoán xác định trong các trường hợp nghi ngờ, tránh bỏ sót. Về màu sắc màng nhĩ, màng nhĩ trong, có bóng khí gặp nhiều nhất ở 41/70 tai với tỷ lệ 58,6%. Màng nhĩ mờ, dày đục, mất nón sáng chiếm 28,6%. Màng nhĩ màu vàng hồ phách ghi nhận ở 9/70 tai (12,8%). Theo Châu Chiêu Hòa, các tỷ lệ này lần lượt là 57%; 35,4% và 7,6%. Màng nhĩ trong, có bóng khí là dấu hiệu cho thấy có sự ứ dịch trong hòm nhĩ, quan trọng trong việc chẩn đoán bệnh [3].

Khi khảo sát nhĩ lượng đồ cho thấy trong tổng số 70 tai, kết quả bảng 4 cho thấy nhĩ lượng đồ type B chiếm tỷ lệ cao nhất với 71,4%, type C chiếm 28,6%. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Phạm Hồng Nhung với tỷ lệ 68,5% nhĩ lượng đồ type B và 11,5% type C [7]. Theo Yousaf nhĩ lượng đồ type B gặp ở 286/294 bệnh nhân với độ nhạy 91,7% và độ đặc hiệu 92,2%. Các hình thái nhĩ lượng đồ phụ thuộc vào tính chất và mức độ dịch. Nhĩ lượng đồ type C có độ thông thuận thấp, đỉnh âm, biểu hiện của sự

rối loạn chức năng vòi nhĩ gây tắc vòi, ứ dịch tai giữa [10].

Kết quả thính lực đồ thì trong 40 bệnh nhân ghi nhận mức giảm thính lực trung bình là 28,67 dB. Kết quả này phù hợp với kết quả của các tác giả trong và ngoài nước như Ngô Thanh Bình là 36,03 dB; Châu Chiêu Hòa là 30,28 dB; Gray mức giảm thính lực từ 10-40 dB. Mức giảm sức nghe này có ảnh hưởng ít đến khả năng giao tiếp của BN, tuy nhiên chủ yếu gặp nghe kém ở mức độ nhẹ và vừa nên rất nhiều bệnh nhân không để ý. Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng những bệnh nhân có mức giảm thính lực lớn thường có nhiều dịch trong hòm nhĩ, thường là dịch keo, hút khó sạch vì vậy nếu chỉ điều trị nội khoa đơn thuần sẽ khó hết được dịch trong hòm nhĩ [1], [3], [6] .

#### **4.2. Kết quả điều trị viêm tai giữa ứ dịch**

Để đánh giá kết quả điều trị bằng kỹ thuật đặt ống thông khí qua nội soi, chúng tôi đã theo dõi bệnh nhân tại các thời điểm ngay sau phẫu thuật ngày thứ 1, ngày thứ 7 và sau phẫu thuật 1 tháng. Sau đặt ống thông khí các triệu chứng cải thiện rõ rệt. Triệu chứng nghe kém giảm từ 46,9% xuống còn 31,3% sau 1 tuần và 20,8% sau 1 tháng. Triệu chứng ù tai giảm từ 81,6% xuống còn 54,2% và 16,7% sau 1 tuần và 1 tháng. Không còn trường hợp nào chảy tai, chảy mũi sau phẫu thuật 1 tháng. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Phạm Hồng Nhung và Ngô Thanh Bình [1], [7]. Trong tổng số 70 tai được đặt ống thông khí chúng tôi ghi nhận nhiều tình trạng ống thông khí khác nhau

trong quá trình theo dõi bệnh nhân. Sau 1 tuần, những trường hợp ống thông khí khô, thông, còn đúng vị trí là những tai có đáp ứng tốt với điều trị chiếm 81,4%. Tình trạng chảy dịch chiếm 7,2% sau 1 tuần và 4,3% sau 1 tháng. Tỷ lệ chảy dịch của Châu Chiêu Hòa là 8,9% sau 1 tháng. Đối với những trường hợp này chúng tôi tiến hành vệ sinh, hút rửa tai, nhỏ kháng sinh, kháng viêm. Tỷ lệ tắc ống thông khí gặp ở 11,4% sau 1 tuần và 7,1% sau 1 tháng. Theo Phạm Hồng Nhung tỷ lệ này là 8,6%. Nguyên nhân tắc ống thông khí là do dịch keo đặc, vảy máu khô và tổ chức hạt làm bít tắc ống thông khí. Các bệnh nhân được lấy bỏ nút tắc, sau điều trị các ống thông khí đều thông thoáng, không có trường hợp nào phải thay ống thông khí. Trong nghiên cứu chúng tôi gặp 02 trường hợp rơi ống thông khí sớm sau 1 tháng do bệnh nhân bị viêm mũi xoang sau phẫu thuật. 2 bệnh nhân chúng tôi tiến hành điều trị nội khoa tích cực và tiến hành đặt ống thông khí lại cho bệnh nhân. Theo dõi sau phẫu thuật bệnh nhân ổn định [4], [7].

Đánh giá chung kết quả điều trị sau 01 tuần và 01 tháng đa số ghi nhận kết quả tốt chiếm lần lượt 91,1%. Kết quả kém gặp ở 8,9% bệnh nhân, đây là những bệnh nhân có tình trạng chảy dịch kéo dài hoặc rơi ống thông khí. Đối chiếu trước phẫu thuật thì các bệnh nhân này có kết quả nhĩ lượng đồ type C, màng nhĩ ngoài tình trạng ứ dịch có tình trạng xẹp nhĩ kèm theo và tính chất dịch là keo đặc. Theo nhiều nghiên cứu đối với các trường hợp này nên đặt ống thông khí chữ T ngay từ đầu để tránh tình trạng rơi ống thông

khí. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của Ngô Thanh Bình là 93,5%. [1], [3]. Qua kết quả trên chứng tỏ vai trò của ống thông khí trong vấn đề cải thiện sức nghe, dẫn lưu dịch và tái tạo thông khí tai giữa. Đây là phương pháp đơn giản, hiệu quả trong điều trị viêm tai giữa ứ dịch, có thể áp dụng rộng rãi tại các bệnh viện tuyến huyện trở lên.

## V. KẾT LUẬN

Trong bệnh lý viêm tai giữa ứ dịch triệu chứng ù tai là triệu chứng cơ năng hay gặp nhất trong nghiên cứu chiếm 81,6%. Hình thái màng nhĩ lõm gặp nhiều nhất với 50,6%. Màng nhĩ trong, có bóng khí gặp nhiều nhất với 52,9%. Nhĩ lượng đồ type B chiếm 71,4%. Sau đặt ống thông khí thu được kết quả cải thiện rõ rệt về triệu chứng cơ năng và sự phục hồi về mặt giải phẫu chức năng tai giữa như ù tai giảm còn 16,7%. Tỷ lệ ống thông khí khô, thông, còn đúng vị trí là 85,7%. Kết quả tốt sau đặt ống thông khí 1 tháng là 91,1%. Qua đó thấy rằng kỹ thuật đặt ống thông khí qua nội soi đã mang lại hiệu quả tích cực và đóng vai trò quan trọng trong điều trị bệnh lý viêm tai giữa ứ dịch.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Thanh Bình** (2017), Kết quả điều trị viêm tai giữa tiết dịch bằng phương pháp đặt ống thông khí hòm nhĩ tại Bệnh viện đa khoa Thái Bình, Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 454, số 1- tháng 5, tr.283-286.
2. **Huỳnh Thị Mỹ Hiền** (2015), Khảo sát đặc điểm viêm tai giữa tiết dịch kèm quá phát V.A ở trẻ em, Tạp chí Y học Thành phố Hồ

- Chí Minh, số 5, tr.114-117.
3. **Châu Chiêu Hòa** (2023), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh viêm tai giữa ứ dịch bằng kỹ thuật đặt ống thông khí qua nội soi tai Bệnh viện Tai mũi họng Cần Thơ năm 2019-2021”, Chuyên đề Tai mũi họng và phẫu thuật đầu cổ, tr. 97-103.
  4. **P Dong R.** (2012), Assessment of middle ear effusion and audiological characteristics in young children with adenoid hypertrophy, Chin Med J, vol 125 (7), pp.1276-1281.
  5. **Erdolija M., Sotirovic J., Baletic M.** (2012), Early postoperative complications in children with secretory otitis media after tympanostomy tube insertion in the Military Medical Academy during 2000-2009, Vojnosanit Pregl, 69 (5), pp.409-413.
  6. **Gray S., Lusk R.p.** (1993), Tympanic membrane-tympanostomy tubes, Head and neck surgery otolaryngology, vol 4, pp.2971-2977.
  7. **Phạm Hồng Nhung** (2016), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín, Tạp chí dược học Cần Thơ, số 7/2016, tr.82- 87.
  8. **Nguyễn Duy Quảng** (2015), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và các hình thái nhĩ lượng đồ trong bệnh viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học y dược Huế, Huế, tr. 15-20.
  9. **Nguyễn Văn Tư** (2014), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm tai giữa ứ dịch bằng đặt ống thông khí qua màng nhĩ tại Bệnh viện Tai mũi họng Cần Thơ năm 2013-2014, Luận án Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học y dược Cần Thơ, tr. 11-18.
  10. **Yousaf M.** (2012), Medical versus surgical management of otitis media with effusion in children, Ayub Med Coll Abbottabad, vol 24 (1), pp. 83-90



## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN VIRUT B MẠN BẰNG THUỐC ENTERCAVIR TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lê Thị Hương Lan<sup>1</sup>, Đỗ Thị Oanh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

85 bệnh nhân viêm gan virus B mạn tuổi từ 20 đến 71 chưa từng điều trị hoặc ngưng điều trị với các thuốc kháng virus khác ít nhất 6 tháng trước khi bắt đầu được lựa chọn vào nghiên cứu. Bệnh nhân được làm xét nghiệm đo hoạt độ enzym gan, đo độ xơ hóa gan và đo tải lượng virus trước khi điều trị bằng entercavir 0,5 mg / ngày, thời gian điều trị 12 tháng. Đánh giá kết quả sinh hóa máu, mô học và tải lượng virus ở tháng thứ 3, 6, 12. Tác dụng phụ được theo dõi ghi nhận trong suốt quá trình điều trị. Kết quả sau 12 tháng điều trị 100% bệnh nhân có hoạt độ ALT trở về bình thường, mức độ xơ hóa gan trở về bình thường chiếm tỷ lệ rất cao 95,3%. Tải lượng HBVDNA trở về dưới ngưỡng phát hiện là 85,8%. Tác dụng phụ không đáng kể, không có bệnh nhân nào phải ngưng thuốc điều trị. Kết luận: Entercavir có hiệu quả cao trong điều trị bệnh nhân viêm gan B mạn tính, an toàn, hầu như không có tác dụng phụ.

**Từ khóa:** Viêm gan virus B, điều trị gan B, xơ hóa gan, tải lượng virus, entercavir

### SUMMARY

#### RESULTS OF CHRONIC HEPATITIS B VIRUS TREATMENT WITH ENTERCAVIR AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

85 patients with chronic hepatitis B virus aged 20 to 71 years old who had never been treated or stopped treatment with other antiviral drugs at least 6 months before the start of the study were selected. Patients were tested to measure liver enzyme activity, measure liver fibrosis, and measure viral load before treatment with entercavir 0.5 mg/day for a 12-month treatment period. Evaluate the results of blood chemistry, histology, and viral load at months 3, 6, and 12. Side effects are monitored and recorded throughout the treatment process. Results: After 12 months of treatment, 100% of patients had ALT activity returned to normal, and the level of liver fibrosis returned to normal, accounting for a very high rate of 95.3%. HBVDNA load returned below the detection limit of 85.8%. Side effects were insignificant; no patient had to stop treatment. Conclusion: Entercavir is highly effective in treating patients with chronic hepatitis B, is safe, and has almost no side effects.

**Keywords:** Hepatitis B virus, hepatitis B treatment, liver fibrosis, viral load, entercavir

<sup>1</sup>Khoa Sinh hóa, Bệnh viện trung ương Thái

<sup>2</sup>Khoa Khám chữa bệnh yêu cầu, Bệnh viện trung ương Thái

Chịu trách nhiệm chính : Lê Thị Hương Lan,  
SĐT: 0982090308

Email: lanhuong.bvtutn@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 10/6/2024

Ngày duyệt bài: 25/7/2024

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm virus B gây viêm gan (Hepatitis B Virus = HBV) vẫn được coi là một vấn đề sức khỏe toàn cầu. Hiện nay, trên thế giới ước tính có trên 2 tỷ người đã từng hay đang

bị nhiễm HBV, khoảng 400 triệu người mang HBV mạn (HBV carrier), trong đó 75% là người châu Á [1]. Hàng năm, có gần 1 triệu người chết do những bệnh lý liên quan đến nhiễm HBV như xơ gan, ung thư gan... HBV lây nhiễm gấp 100 lần so với HIV qua đường máu. HBV là một yếu tố gây ung thư đứng hàng thứ 2 sau thuốc lá, là nguyên nhân gây ra 60-80% trường hợp ung thư gan nguyên phát và 50% trường hợp xơ gan[3]. Vì thế, mặc dù chương trình tiêm chủng đã đạt hiệu quả rộng rãi trong thời gian qua đã giảm đáng kể tỷ lệ nhiễm HBV cấp, nhưng nhiễm HBV cho đến nay vẫn còn là một nguyên nhân quan trọng gây mắc bệnh và tử vong. Hiện tại có nhiều thuốc để điều trị viêm gan virus B (VGVRB) mạn với mục đích ức chế lâu dài nồng độ HBV DNA trong huyết thanh để có thể ngăn ngừa tiến triển đến xơ gan, ung thư tế bào gan (hepatocellular carcinoma = HCC) và tử vong. Quyết định điều trị, tùy thuộc nhiều yếu tố và dựa trên quyết định lâm sàng của bác sỹ. Thuốc điều trị có nhiều loại, trong đó Entecavir là thuốc có tác dụng kháng virus mạnh, ít kháng thuốc nên được khuyến cáo là một trong những thuốc ưu tiên hàng đầu trong các hướng dẫn điều trị viêm gan B mạn, đặc biệt entecavir được ưu tiên chọn lựa trên những bệnh nhân xơ gan, kể cả xơ gan mất bù. [4]-[7]. Nhằm đánh giá kết quả điều trị nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu: **Xác định sự thay đổi về sinh hóa máu, tải lượng virus HBV và sự biến đổi về độ xơ hóa gan sau điều trị 12 tháng bằng entecavir ở bệnh nhân viêm gan virus B mạn.**

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

85 Bệnh nhân viêm gan B mạn đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nhóm nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** BN từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán viêm gan virus B với HbsAg dương tính trên 6 tháng chưa được điều trị hoặc ngưng điều trị với các thuốc kháng virus khác ít nhất 6 tháng trước khi bắt đầu tham gia điều trị bằng entecavir. Có các xét nghiệm như sau: HbeAg dương hoặc âm tính; HbeAg dương tính: HBVDNA  $>10^5$  copies/mL; HbeAg âm tính: HBVDNA  $>10^4$  copies/mL; Hoạt độ AST, ALT tăng gấp đôi giá trị bình thường.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Xơ gan mất bù; Bệnh nhân mang thai, cho con bú; viêm gan tự miễn dịch; do thuốc; do rượu; Bệnh nhân dị ứng thuốc Entecavir; có các bệnh gây giảm tiểu cầu khác, thiếu máu, suy tim, suy thận nặng.

**2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Khoa KCB Theo yêu cầu, khoa nội tiêu hóa từ tháng 12/2021 đến tháng 12/ 2022.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu có theo dõi dọc trước và sau điều trị

**2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu**

Chọn mẫu thuận tiện, cỡ mẫu nghiên cứu Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z_{21-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Z là hệ số tin cậy,  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ,  $\alpha = 0,05$  (mức ý nghĩa thống kê)

P là tỷ lệ ước tính. chúng tôi chọn giá trị p = 0,312 là tỷ lệ đáp ứng xơ hóa gan (giảm từ F4 xuống  $\leq$  F3 theo SWV) từ nghiên cứu của Trần Văn Huy và cs (2016) [1].

### 2.3.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

Tuổi và nhóm tuổi: Phân nhóm tuổi được chia thành 3 nhóm: < 40 tuổi, 40 - 60 tuổi và ≥ 60 tuổi. Giới: chia thành 2 nhóm nam và nữ.

Triệu chứng lâm sàng:

+ Các triệu chứng cơ năng: chia thành các nhóm không có triệu chứng hoặc có các triệu chứng thường gặp như chán ăn, mệt mỏi, tức hạ sườn phải, tiểu đậm màu, vàng da/mắt, sốt, nôn ra máu.

+ Các triệu chứng thực thể: chia thành các nhóm không có triệu chứng hoặc có triệu

chứng như vàng da/mắt, tuần hoàn bàng hệ, phù...

\* Các xét nghiệm cơ bản: Công thức máu, creatinin, glucose, biliubin, albumin, Đo hoạt độ AST, ALT... để đánh giá tình trạng chung của bệnh nhân trên máy Sinh hóa AU 5822 của Beck man coulter,

\* Các chỉ điểm huyết thanh của HBV: HBeAg, test nhanh: định tính (dương tính hoặc âm tính)

Đo tải lượng virus HBV DNA: ngưỡng phát hiện ≥ 20 IU/mL.

\* Bảng phân độ xơ gan [2];[5]

| Phân độ | Đánh giá hình ảnh trên siêu âm             |
|---------|--------------------------------------------|
| Fo -1   | Không xơ hóa hoặc xơ hóa nhẹ <7,0 Kpa      |
| F2      | Xơ hóa trung bình ( Vừa ) : 7,0 - <9,5 Kpa |
| F3      | Xơ hóa gan 9,5 - < 11 Kpa                  |
| F4      | Xơ gan nặng ≥ 11 Kpa                       |

Tiêu chí đánh giá kết quả sau điều trị:

+ Hoạt độ AST, ALT bình thường hoặc giảm

+ Đo tải lượng HBV: Dựa theo tiêu chuẩn của APASL năm 2016 và EASL năm 2017 [4],[5]: Được xác định đáp ứng tốt khi tải lượng HBVDNA dưới ngưỡng phát hiện bằng xét nghiệm PCR sau 6 tháng điều trị bằng entecavir (ngưỡng của nghiên cứu này là < 20 UI/ L).

+ Độ xơ hóa gan: theo giá trị FibroScan giảm ≥ 1kPa: Giảm từ F4 xuống < F3 tại thời điểm 6 tháng.

Các loại xét nghiệm Xét nghiệm sinh hóa, huyết học, huyết thanh học virus B và siêu âm Fibroscan được thực hiện cùng một thời điểm: Thời điểm ban đầu (T1); 3 tháng (T2), (T3) 6 tháng, và (T4): 12 tháng.

HBV-DNA định lượng được làm tại khoa sinh học phân tử vào các thời điểm trên. Sử dụng máy Rottor gen Q5 plus - Qiagen - của Đức, sử dụng hóa chất: Accupid HBV quantification Kit- Khoa Thương / Việt nam.

Siêu âm được thực hiện tại phòng siêu âm của khoa khám chữa bệnh theo yêu cầu máy Fibroscan Model: FT100 của Đức.

### 2.3.4. Thuốc sử dụng trong nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu được sử dụng thuốc: Entecavir là đồng đẳng của nucleoside, có hoạt tính chọn lọc kháng virus viêm gan B. Thuốc sử dụng trong đề tài có biệt dược là hepavix, viên 0,5 mg, sản xuất bởi công ty Atra pharmaceuticals Limited của Ấn độ. Liều dùng 0,5 mg/ ngày uống sau ăn 2 giờ.

### 2.3.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu khoa học của BVTUTN chấp thuận. Thuốc Entecavir viên 0,5 mg đã được FDA công nhận cho phép để điều trị bệnh nhân trên 2 tuổi bị viêm gan B mạn [3];[4];[5].

### 2.3.6. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu thu thập được xử lý bằng máy vi tính với phần mềm SPSS 20.0

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

#### 3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới**

| <div>Độ tuổi \ Giới</div> | Giới       |      |    |      | Tổng |      |
|---------------------------|------------|------|----|------|------|------|
|                           | Nam        |      | Nữ |      |      |      |
|                           | n          | %    | N  | %    | n    | %    |
| < 40                      | 19         | 22,4 | 23 | 27,1 | 42   | 49,4 |
| 40 - 60                   | 18         | 21,2 | 12 | 14,1 | 30   | 35,3 |
| > 60                      | 11         | 12,9 | 2  | 2,4  | 13   | 15,3 |
| Tổng                      | 48         | 56,5 | 37 | 43,5 | 85   | 100  |
| P                         | <0.05      |      |    |      |      |      |
| Tuổi TB                   | 42.13±13.8 |      |    |      |      |      |

Kết quả tại bảng 1: Đối tượng nghiên cứu tuổi nhỏ nhất 20 tuổi, cao nhất 71 tuổi, tuổi TB: 42,13± 13,8, tuổi < 40 chiếm tỷ lệ cao nhất 49,4%. Tuổi >60 chiếm tỷ lệ thấp. Sự khác biệt về tỷ lệ mắc giữa các lứa tuổi có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ . Tuổi mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu trong và ngoài nước [1], [4].

**Bảng 2. Xét nghiệm huyết thanh học, tải lượng virus và siêu âm ở đối tượng nghiên cứu tại T1**

| Đặc điểm                  | Nhóm HBeAg (+)<br>n=48 | Nhóm HBeAg (-)<br>n=37 | P        |
|---------------------------|------------------------|------------------------|----------|
| Tuổi trung bình           | 44,55±14,3             | 33,8±12,6              | P > 0.05 |
| ALT (U/L)                 | 245,3 ± 76,9           | 87,3 ± 7,66            | P < 0.05 |
| HBVDNA (Log 10 copies/mL) | 7, 97 ± 1,7            | 5.98± 0.8              | P < 0.05 |
| Mô học (Kpa), (FibroScan) | 11,38 ± 3,02           | 7,8 ± 1,3              | P < 0.05 |

Nhóm bệnh nhân có kết quả HbeAg (dương tính) chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm HbeAg âm tính. Hoạt độ ALT, tải lượng virus và chỉ số Kpa ở nhóm có HbeAg (+) cao hơn nhóm HbeAg (-). HBeAg là một đoạn kháng nguyên vỏ capsid của virus viêm gan B. Sự xuất hiện HBeAg chứng tỏ virus đang nhân lên và có khả năng lây lan mạnh. HBeAg dương tính là một chỉ tiêu chứng tỏ virus đang hoạt động. HBeAg âm tính có 2 khả năng: Virus không hoạt động hoặc virus

có hoạt động nhưng đột biến vùng gen mã hóa tổng hợp HbeAg. Để khẳng định virus đột biến cần xét nghiệm HBVDNA và HBV genotyping [3,4]. Hoạt độ ALT và tải lượng virus HBVDNA trong nhóm nghiên cứu này đều cao ở nhóm có HbeAg(+) so với nhóm HbeAg(-) có ý nghĩa thống kê.

#### 3.2. Sự thay đổi một số chỉ số Sinh hóa, mức độ xơ hóa gan và tải lượng virus trước và sau điều trị

**Bảng 3. Kết quả thay đổi hoạt độ ALT sau 12 tháng điều trị**

| <b>ALT (UI/L)</b> | <b>HbeAg</b> | <b>HbeAg (+)<br/>n=49</b> | <b>HbeAg (-)<br/>n=36</b> | <b>Tổng</b>  |
|-------------------|--------------|---------------------------|---------------------------|--------------|
| ALT (T1)          |              | 247,4 ± 75,5              | 87,26 ± 7,66              | 179,55 ± 98  |
| ALT (T2)          |              | 104,45 ± 38,93            | 39,4 ± 7,4                | 76,9 ± 43,9  |
| ALT (T3)          |              | 42,12 ± 8,7               | 29,47 ± 4,2               | 36,76 ± 9,45 |
| ALT (T4)          |              | 28,16 ± 4,7               | 25,19 ± 4,4               | 26,91 ± 4,8  |
| <b>P</b>          |              | <b>&lt; 0,05</b>          |                           |              |

Giá trị trung bình của hoạt độ ALT ở cả hai nhóm HbeAg (+) và HbeAg (-) đều giảm dần theo các mốc thời gian. Sau 12 tháng hoạt độ ALT trở về mức bình thường. Sự khác biệt giữa chỉ số hoạt độ gan ban đầu và sau điều trị là có ý nghĩa thống kê với  $P < 0.05$  (Bảng 3). Sau 6 tháng hoạt độ ALT đã

trở về bình thường (ALT: 36,76 ± 9,45 U/L). Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho thấy hiệu quả đáp ứng điều trị rất tốt cho cả hai nhóm HBeAg (+) và HBeAg (-). Nghiên cứu của Poke Hsu sau 6 tháng hoạt độ ALT là 27,2 U/L[8].

**Bảng 4. Kết quả thay đổi độ xơ gan sau 12 tháng điều trị (trị số Kpa TB)**

| <b>X Kpa</b>   | <b>HbeAg</b> | <b>Nhóm HbeAg (+)<br/>n=49</b> | <b>Nhóm HbeAg (-)<br/>n=36</b> | <b>Tổng<br/>n=85</b> |
|----------------|--------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Fibroscan (T1) |              | 11,38 ± 3                      | 8,02 ± 0,9                     | 9,96 ± 2,9           |
| Fibroscan (T2) |              | 8,48 ± 1,67                    | 6,57 ± 0,8                     | 7,67 ± 1,66          |
| Fibroscan (T3) |              | 4,7 ± 1,6                      | 3,6 ± 1,3                      | 3,9 ± 1,04           |
| Fibroscan (T4) |              | 3,4 ± 1,2                      | 3,1 ± 1,1                      | 3,2 ± 1,02           |
| <b>P</b>       |              | <b>&lt; 0.05</b>               |                                |                      |

Giá trị trung bình Kpa ở cả hai nhóm HbsAg (+) và HbsAg (-) đều giảm dần theo thời gian tương ứng với mức độ xơ gan giảm dần. Theo hướng dẫn của EASL-ALEH (2015) khuyến cáo sử dụng các phương pháp đánh giá xơ hóa gan không xâm nhập bao gồm các chỉ điểm huyết thanh hoặc TE (Fibroscan) để theo dõi cải thiện xơ gan hóa

ở những bệnh nhân viêm gan B mạn trong quá trình điều trị kháng virus [8]. Kết quả bảng 4 ta thấy chỉ số xơ gan sau 6 tháng chỉ số kpa giảm rõ rệt. Đặc biệt giảm ở cả hai nhóm HbsAg(-) và HbsAg (+). Sự khác biệt giữa chỉ số Fibroscan trước và sau điều trị là có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,05$ .

**Bảng 5. Kết quả sau 12 tháng điều trị theo phân độ xơ gan**

| <b>Phân độ Kpa</b> | <b>Thời gian</b> | <b>Thời gian (tỷ lệ)</b> |            |             |           |
|--------------------|------------------|--------------------------|------------|-------------|-----------|
|                    |                  | <b>T1</b>                | <b>T2</b>  | <b>T3</b>   | <b>T4</b> |
| F0-F1: < 7,0 Kpa)  |                  | 2(2,4%)                  | 34(40%)    | 74 (87,05%) | 81(95,3%) |
| F2: 7,0 - ≤ 9.5    |                  | 45(52,9%)                | 36 (42,4%) | 11(12,9%)   | 4 (4,7%)  |
| F3: 9.5 - 11       |                  | 9 ( 10,6 %)              | 6 ( 7,0%)  | 0           | 0         |
| F4 : ≥ 11          |                  | 29 (34,1)                | 9(10.6%)   | 0           | 0         |
| <b>Tổng</b>        |                  | 85 (100%)                | 85 (100%)  | 85(100%)    | 85(100%)  |

Mức độ xơ gan nặng giảm dần theo thời gian điều trị. Trước điều trị tỷ lệ xơ gan F4 là: 34,1%. Sau 3 tháng tỷ lệ F4 giảm còn 10,6% sau 6 tháng và 12 tháng là 0%. Ở nghiên cứu này chúng tôi chỉ chọn bệnh nhân xơ gan còn bù, nên tình trạng cải thiện xơ gan có thể tốt hơn các nghiên cứu khác trong và ngoài nước [1,6,8].

**Bảng 6. Tải lượng virus HBV-DNA trước điều trị (T1)**

| <b>HBV - DNA</b>                      | <b>Nhóm</b>   | <b>HbeAg (+)</b> | <b>HbeAg (-)</b> | <b>P</b> |
|---------------------------------------|---------------|------------------|------------------|----------|
|                                       | $10^4 < 10^6$ | 1 (2%)           | 13 (36,1%)       | < 0.05   |
|                                       | $10^6 - 10^8$ | 21(42,9%)        | 19(52,8%)        | < 0.05   |
|                                       | $> 10^8$      | 27(55,1%)        | 4(11,1%)         | < 0.05   |
|                                       | <b>Tổng</b>   | <b>49 (100%)</b> | <b>36 (100%)</b> |          |
| HBV- DNA trung bình Log 10 copies/ ml |               | 7,12 ± 1,4       |                  |          |

Kết quả bảng 6 chỉ ra: Tỷ lệ BN có nồng độ HBVDNA trước điều trị từ  $10^6$  đến  $10^8$  là cao nhất, đặc biệt ở những BN có HbeAg (+) có chỉ số HBVDNA cao chiếm 55,1% (27/49). Tải lượng HBV DNA là một chỉ điểm khẳng định nhân lên của virus Viêm gan B nhưng các nghiên cứu trên thế giới và trong nước cho thấy thường mức độ xơ hóa gan ít phụ thuộc vào tải lượng HBV DNA, trong pha dung nạp miễn dịch tải lượng HBV DNA có thể rất cao ( $> 10^6$  copies/mL) nhưng hầu như không có tình trạng xơ hóa. Ngược lại, khi xảy ra đáp ứng miễn dịch sẽ gây ra tình trạng viêm và đưa đến gây xơ

hóa. Vì vậy, điều trị ức chế virus hiệu quả sẽ làm giảm đáp ứng miễn dịch, giảm viêm; từ đó đem lại sự thoái triển xơ hóa gan [6]. Hơn nữa, sự nhân lên của HBV nhờ vào tế bào gan. Vì vậy, khi gan bị xơ hoá nặng có thể làm giảm tải lượng virus [8]. Ngược lại, khi tải lượng HBV DNA cao có thể phản ánh gián tiếp tình trạng xơ hóa gan chưa trầm trọng nên khả năng cải thiện mức độ xơ hóa gan càng cao sau khi điều trị kháng virus hiệu quả. Ở nghiên cứu này kết quả cho thấy trước điều trị HBV DNA trung bình là  $7,12 \pm 1,4$ .

**Bảng 7. Kết quả HBVDNA sau điều trị 12 tháng**

| <b>HBV - DNA</b>      | <b>Thời gian</b> | <b>Thời gian điều trị</b> |                  |                  |                 |
|-----------------------|------------------|---------------------------|------------------|------------------|-----------------|
|                       |                  | <b>T1</b>                 | <b>T2</b>        | <b>T3</b>        | <b>T4</b>       |
| Dưới ngưỡng phát hiện |                  | 0                         | 25 (29,4)        | 65 ( 76, 5%)     | 73( 85,8%)      |
| $< 10^4$              |                  | 0                         | 53 (62,35)       | 20 ( 23,5%)      | 12( 14,12)      |
| $10^4 - < 10^6$       |                  | 14 (11,9%)                | 7 (8,23)         | 0                | 0               |
| $10^6 - 10^8$         |                  | 40 (47,05%)               | 0                | 0                | 0               |
| $> 10^8$              |                  | 31 (36,5%)                | 0                | 0                | 0               |
| <b>Tổng</b>           |                  | <b>85 (100%)</b>          | <b>85 (100%)</b> | <b>85 (100%)</b> | <b>85(100%)</b> |

Trước điều trị tải lượng virus tăng rất cao ngưỡng  $> 10^4$  bản copy. Tải lượng viruts giảm dần theo theo thời gian, 3 tháng đầu đều giảm ít nhất 2 log. Sau 6 tháng điều trị tỷ lệ đạt dưới ngưỡng phát hiện là 76,5% và 12 tháng là 85,8 %. Sự nhân lên của virus viêm gan B nhờ vào tế bào gan. Vì vậy, khi gan bị xơ hoá nặng có thể làm giảm tải lượng virus [6];[8]. Ngược lại, khi tải lượng HBV DNA cao có thể phản ánh gián tiếp tình trạng xơ hóa gan chưa trầm trọng nên khả năng cải

thiện mức độ xơ hóa gan càng cao sau khi điều trị kháng virus hiệu quả. Nghiên cứu của Poke Hsu [8] sau 6 tháng tỷ lệ HBVDNA không phát hiện được là 81%. Nghiên cứu của JeLuo [7] theo dõi bệnh nhân điều trị bằng entercavir trong 5 năm cho thấy: tỷ lệ HBVDNA không phát hiện được ở tháng thứ 3 là: 67%, ở tháng thứ 6 là 85%, 1 năm là 89,4%, 3 năm là 94,4%, 4 năm là 97,6%, 5 năm là 100%.

**Bảng 8. Theo dõi tác dụng phụ ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

| Các triệu chứng     | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------|--------------|-----------|
| Nhức đầu            | 12           | 14,11     |
| Mệt mỏi             | 10           | 11,8      |
| Chóng mặt, buồn nôn | 2            | 2,3       |
| Tiêu chảy           | 0            | 0         |
| Khó tiêu, đầy bụng  | 4            | 4,7       |
| Tăng ALT            | 5            | 5,88      |
| Không triệu chứng   | 52           | 61,17     |

Khảo sát tác dụng phụ tại bảng 8: Triệu chứng thường gặp nhất là đau đầu, mệt mỏi, đặc biệt có 5 trường hợp xét nghiệm sau 1 tháng hoạt độ ALT tăng cao hơn. Còn lại 61,17 % không có triệu chứng của tác dụng phụ. Trường hợp này chúng tôi cho thêm thuốc Lornithin -Laspastart sau tháng thứ 3 kiểm tra lại hoạt độ enzyme gan cải thiện tốt hơn. Số bệnh nhân còn lại 61,17% không có triệu chứng gì trong quá trình điều trị được ghi nhận.

#### IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu kết quả điều trị bằng Entercavir ở 85 bệnh nhân viêm gan B mạn

và viêm gan B có xơ gan còn bù kết quả cho thấy:

Hoạt độ ALT, tải lượng virus HBVDNA và mức độ xơ hóa gan cao ở nhóm có HbeAg(+) so với nhóm HbeAg(-) có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ . Hoạt độ ALT giảm dần theo thời gian điều trị, hoạt độ ALT trở về bình thường sau 6 tháng điều trị.

Tình trạng xơ gan giảm đáng kể theo thời gian, sau 3 tháng tỷ lệ xơ gan nặng chỉ còn 10%; Sau 6 tháng và 12 tháng tỷ lệ trở lại không xơ hóa F0-F1 là 95,3%, chỉ còn 4,7% F2.

Tải lượng virus HBVDNA giảm dần theo thời gian điều trị tỷ lệ đạt dưới ngưỡng phát

hiện sau 6, 12 tháng lần lượt là 76,5%, 85,8%.

Sử dụng entecavir chưa thấy tác dụng phụ nguy hiểm, không có bệnh nhân nào phải bỏ thuốc.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Huy, Nguyễn Phước Bảo Quân** (2016), “Nghiên cứu đáp ứng về sinh hóa, virus và xơ hóa gan ở bệnh nhân xơ gan còn bù do virus viêm gan B điều trị bằng tenofovir disoproxil fumarate”, Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, số 6(4), tr. 14 -18.
2. **Trần Thị Khánh Tường** (2018). “Đánh giá xơ hóa gan từ lý thuyết đến thực hành lâm sàng, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr. 68 - 87, 115 .
3. **European Association for the study of liver** (2017), “EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection”, J Hepatol, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2017.03.021>, pp.370 - 398.
4. **Quyết định số 3310/QĐ-BYT** về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan virus B của Bộ Y tế . ngày 29/7/2019.
5. **Shiha G, Ibrahim A, Helmy A, Sarin SK et al** (2016), “Asian-Pacific Association for the Study of the Liver (APASL) consensus guidelines on invasive and non-invasive assessment of hepatic fibrosis: a 2016 update”, Hepatol Int, 11, pp.1 - 30.
6. **Fumitaka Suzuki Tetsuya Hosaka et al** (2019). Long-term outcome of entecavir treatment of nucleos(t)ide analogue-naïve chronic hepatitis B patients in Japan.
7. **Jie Luo, Xiangyong Li, et al.** (2013) Efficacy of entecavir treatment for up to 5 years in nucleos(t) ide-naïve chronic hepatitis B patients in real life.
8. **Po-Ke Hsu Pei-Yuan Su, Chia-Lin Wu et al** (2022). Analysis of antiviral efficacy after switching from brand to generic entecavir in patients with treatment-naïve chronic hepatit.



## KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH SUY TIM MẠN TẠI BỆNH VIỆN A THÁI NGUYÊN

Dương Thị Tố Anh<sup>1</sup>, Hoàng Thị Thúy Hằng<sup>1</sup>, Trần Văn Lợi<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Lệ Ninh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thúy Hương<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Quỳnh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kiến thức và thực hành tự chăm sóc; đồng thời tìm hiểu một số yếu tố liên quan tới thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn điều trị tại khoa Nội tim mạch - Bệnh viện A Thái Nguyên, năm 2023.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 115 người bệnh được chẩn đoán suy tim mạn điều trị nội trú tại khoa Nội Tim mạch - Bệnh viện A Thái Nguyên.

**Kết quả:** Kiến thức tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tham gia nghiên cứu thấp với điểm trung bình kiến thức là  $10,9 \pm 2,7$  điểm trên tổng điểm 22. Trong đó có: kiến thức trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất là 58,3%; sau đó đến kiến thức khá chiếm tỷ lệ 41,7%; không có bệnh nhân nào có kiến thức kém và tốt. Điểm trung bình thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn là  $52,5 \pm 9,5$ . Các điểm thành phần của thực hành tự chăm sóc của người bệnh về thực hành duy trì chăm sóc là  $45,2 \pm 13,8$ ; thực hành quản lý chăm sóc  $55,1 \pm 12,7$ ; sự tự tin  $57,3 \pm 18,9$ . Trong đó, chỉ có 11,3% người bệnh ở mức độ đạt về thực hành duy trì chăm sóc; 13,9% người bệnh ở

mức đạt về thực hành quản lý chăm sóc và 38,3% đạt về sự tự tin trong thực hành tự chăm sóc của người bệnh. Kiến thức và sự hỗ trợ xã hội có mối tương quan thuận với thực hành tự chăm sóc của người bệnh với  $r$  lần lượt là 0,29 ( $p < 0,01$ ) và 0,23 ( $p < 0,05$ ).

**Kết luận:** Người bệnh suy tim mạn đã có kiến thức và thực hành tự chăm sóc suy tim mạn nhưng chưa cao. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự cần thiết phải có biện pháp nâng cao kiến thức và thực hành tự chăm sóc cho người bệnh suy tim mạn.

**Từ khóa:** Suy tim mạn, kiến thức, thực hành, tự chăm sóc.

### SUMMARY

#### KNOWLEDGE AND SELF-CARE PRACTICE FOR CHRONIC HEART FAILURE PATIENTS AT A THAI NGUYEN HOSPITAL

**Objective:** To describe the knowledge and practice of self-care, and explore some factors related to self-care practice among patients with chronic heart failure treated at the Cardiology Department of A Hospital in Thai Nguyen province in 2023.

**Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 115 inpatients diagnosed with chronic heart failure at the Cardiology Department of A Hospital in Thai Nguyen province.

**Results:** The self-care knowledge of patients with chronic heart failure participating in the study was low, with an average knowledge score

<sup>1</sup>Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

<sup>2</sup>Đại học Công nghệ Đông Á

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh

SĐT: 0961579325

Email: quynhnt@eaut.edu.vn

Ngày nhận bài: 14/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 25/6/2024.

Ngày duyệt bài: 27/7/2024

of  $10.9 \pm 2.7$  out of a total of 22 points. Specifically, the proportion of patients with moderate knowledge was the highest at 58.3%; followed by those with fair knowledge at 41.7%; none of the patients had poor or good knowledge. The average self-care practice score of patients with chronic heart failure was  $52.5 \pm 9.5$ . The components of patients' self-care practice scores regarding care maintenance, care management, and confidence were  $45.2 \pm 13.8$ ,  $55.1 \pm 12.7$ , and  $57.3 \pm 18.9$ , respectively. Only 11.3% of patients achieved maintenance care at an adequate level, 13.9% achieved care management at an adequate level, and 38.3% achieved confidence in self-care practice. Knowledge and social support were positively correlated with patients' self-care practice, with correlation coefficients of 0.29 ( $p < 0.01$ ) and 0.23 ( $p < 0.05$ ), respectively.

**Conclusion:** Patients with chronic heart failure have moderate knowledge and practice of self-care, indicating the need for interventions to enhance their self-care knowledge and practice.

**Keywords:** Chronic heart failure, knowledge, practice, self-care.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thời đại hiện nay, suy tim mạn đang trở thành một trong những vấn đề sức khỏe nghiêm trọng và phổ biến trên toàn thế giới, đặc biệt là tại Việt Nam. Bệnh này không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe mà còn gây ra nhiều vấn đề về chất lượng cuộc sống và tài chính cho người bệnh và gia đình họ. Trong ngữ cảnh này, việc nâng cao kiến thức và thúc đẩy thực hành tự chăm sóc cho người bệnh suy tim mạn tại các cơ sở y tế trở nên cấp bách và cần thiết hơn bao giờ hết.

Bệnh Viện A Thái Nguyên cũng như nhiều cơ sở y tế khác, đang đối mặt với một số thách thức đặc biệt trong việc quản lý và điều trị cho bệnh nhân suy tim mạn. Mặc dù

các phương pháp điều trị y tế tiên tiến đã được áp dụng, nhưng hiệu quả của chúng thường bị hạn chế do sự thiếu hiểu biết và tuân thủ điều trị thấp từ phía người bệnh. Điều này thúc đẩy sự cần thiết của việc tạo ra một sự kết hợp chặt chẽ giữa kiến thức y tế và thực hành tự chăm sóc, nhằm tăng cường khả năng tự quản lý bệnh tình và cải thiện chất lượng cuộc sống.

Việc tìm hiểu về kiến thức và thực hành của người bệnh là việc làm cần thiết của người điều dưỡng khi chăm sóc người bệnh suy tim mạn, từ đó có những biện pháp can thiệp giúp người bệnh kiểm soát bệnh tốt hơn. Nói cách khác, tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn có vai trò quan trọng. Để có cơ sở hỗ trợ người bệnh trong điều trị và kiểm soát bệnh, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tại Bệnh viện A Thái Nguyên” với mục tiêu cụ thể như sau:

1. *Mô tả kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn đang điều trị tại bệnh viện A Thái Nguyên*

2. *Phân tích một số yếu tố liên quan đến hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn đang điều trị tại bệnh viện A Thái Nguyên.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### \* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh  $\geq 18$  tuổi, được chẩn đoán là suy tim mạn nằm điều trị tại khoa Nội tim mạch - Bệnh viện A Thái Nguyên. (Suy tim mạn theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn của Bộ Y tế năm 2022 là đề cập đến những bệnh nhân đã được chẩn đoán và đang điều trị suy tim ổn định hoặc những người bệnh có triệu chứng suy tim khởi phát từ từ. Chẩn đoán suy tim dựa trên

sự kết hợp các triệu chứng cơ năng, thực thể và các xét nghiệm, thăm dò cận lâm sàng. Người bệnh được chẩn đoán suy tim khi có triệu chứng cơ năng của suy tim và/hoặc triệu chứng thực thể của suy tim kèm theo bằng chứng khách quan của rối loạn chức năng tim.) [1].

- Có bệnh án đầy đủ, chi tiết phục vụ nghiên cứu.

\* **Tiêu chuẩn loại trừ:** có các bệnh lý cấp tính kèm theo

## 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 02/2023 đến hết tháng 10/2023

- Địa điểm nghiên cứu: khoa Nội tim mạch - Bệnh viện A Thái Nguyên.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả

## 2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

\* **Cỡ mẫu:** 115 bệnh nhân suy tim mạn điều trị tại Bệnh viện A Thái Nguyên

\* **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

## 2.5. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính, nghề nghiệp, học vấn, hôn nhân.

- Thực trạng về kiến thức, thực hành tự chăm sóc và mức độ hỗ trợ xã hội của người bệnh.

Đánh giá trên cơ sở bộ câu hỏi gốc (bản tiếng Anh) về đánh giá kiến thức, thực hành tự chăm sóc trong suy tim và mức độ hỗ trợ xã hội của người bệnh thường được các tác giả nước ngoài sử dụng, bộ câu hỏi đã được dịch sang tiếng Việt và sử dụng bởi một số nghiên cứu trong nước. Hệ số Cronbach alpha cho cả phần kiến thức, thực hành của bộ công cụ đều đạt 0,8.

Phần kiến thức sử dụng bộ câu hỏi Atlanta Heart Failure Knowledge Test (AHFKT - V2), được phát triển bởi tác giả Carolyn Miller Reilly, gồm 22 câu từ 0-5 điểm là kiến thức kém; 6-11 điểm là kiến thức trung bình; 12-17 điểm là kiến thức khá; 18-22 điểm là kiến thức tốt.

Phần thực hành sử dụng bộ câu hỏi về hành vi tự chăm sóc Self-care of heart failure index (SCHFI), được phát triển bởi tác giả Riegel Barbara (2009) gồm 22 câu hỏi chia làm 3 lĩnh vực [2].

| Nội dung đánh giá                              | Cách tính điểm                          | Không đạt | Đạt |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------|-----|
| Thực hành duy trì chăm sóc (từ 10 đến 40 điểm) | (Tổng điểm duy trì chăm sóc - 10)*3,333 | <70       | ≥70 |
| Thực hành quản lý chăm sóc (từ 4-24)           | (Tổng điểm quản lý chăm sóc - 4)*5      |           |     |
| Sự tự tin (từ 6 đến 24 điểm)                   | (Tổng điểm sự tự tin-6)*5,56            |           |     |

Bộ công cụ đánh giá sự hỗ trợ xã hội dựa vào bộ công cụ MSPSS.

MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support), được phát triển bởi Zimet và cộng sự, được sử dụng để đo lường mức độ hỗ trợ nhận từ ba nguồn như gia đình, bạn bè và những người khác quan trọng. MSPSS được sử dụng trong nhiều nghiên cứu. Độ tin cậy nội bộ của bản tiếng

Anh ban đầu của MSPSS đã được kiểm tra bởi Zimet và cộng sự, với hệ số Cronbachalpha là 0.88 và độ tin cậy thử nghiệm lại với giá trị 0,85.

MSPSS bao gồm thang đo 12 mục, đánh giá theo thang điểm Likert 7 điểm, từ (1) rất không đồng ý với (7) rất đồng ý. MSPSS được chia thành 3 lĩnh vực như gia đình (4 câu hỏi), bạn bè (4 câu hỏi), và những người

khác quan trọng (4 câu hỏi). Khoảng MSPSS từ 12 đến 84 điểm. Điểm số của mỗi gia đình, bạn bè hoặc những người quan trọng khác là từ 4 đến 28, với điểm số cao hơn cho thấy sự hỗ trợ xã hội được nhận thức cao hơn.

Đánh giá sự hỗ trợ xã hội dựa trên điểm tổng MPSS và điểm từng lĩnh vực. Điểm trung bình của mỗi lĩnh vực từ 4 đến 11,9 được xem là mức hỗ trợ thấp; Từ 12 đến 20 được coi là hỗ trợ vừa phải; Từ 20,1 đến 28 được coi là hỗ trợ cao. Điểm trung bình của toàn bộ thang đo MSPSS từ 12 đến 35,9 được coi là mức hỗ trợ thấp; Điểm từ 36 đến 60 được coi là mức hỗ trợ vừa phải; Và điểm số từ 60,1 đến 84 được coi là hỗ trợ cao.

- Các yếu tố liên quan đến thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn

+ Mỗi liên quan giữa kiến thức với thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn

+ Mỗi liên quan giữa sự hỗ trợ xã hội với thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn.

## 2.6. Phương pháp phân tích số liệu

- Phần mềm sử dụng để xử lý số liệu

+ SPSS 23.0: phân tích số liệu.

- Phân tích số liệu thống kê mô tả bằng tỷ lệ %, giá trị trung bình.

- Mỗi liên quan được đo lường bằng Pearson Correlation.

**2.7. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Bệnh viện A Thái Nguyên cho phép. Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện và có quyền dừng tham gia nghiên cứu hoặc từ chối trả lời bất cứ câu hỏi nào mà không cần giải thích. Nghiên cứu viên không tiến hành bất kỳ can thiệp nào trên người tham gia nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Thông tin chung của người bệnh

**Bảng 3.1. Một số đặc điểm của người bệnh tham gia nghiên cứu (n=115)**

| Đặc điểm    | Số người bệnh                                          | Tỷ lệ % |
|-------------|--------------------------------------------------------|---------|
| Tuổi (năm)  | <60 tuổi                                               | 38      |
|             | ≥ 60 tuổi                                              | 67      |
|             | Trung bình: 66,0 ± 9,6 ; Trẻ nhất - Già nhất = 50 - 85 |         |
| Giới tính   | Nam                                                    | 90      |
|             | Nữ                                                     | 25      |
| Nghề nghiệp | Nông nghiệp                                            | 53      |
|             | Hưu trí                                                | 32      |
|             | Khác                                                   | 30      |
| Học vấn     | Tiểu học trở xuống                                     | 25      |
|             | THPT + THCS                                            | 73      |
|             | TCCN, Cao đẳng trở lên                                 | 17      |
| Hôn nhân    | Có gia đình                                            | 105     |
|             | Mất vợ/chồng                                           | 8       |
|             | Ly hôn                                                 | 2       |

Tuổi trung bình của 115 người bệnh tham gia nghiên cứu là  $66,0 \pm 9,6$ , người trẻ tuổi nhất là 50 tuổi, người cao tuổi nhất là 85 tuổi. Nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất với 67,0%. Trong nghiên cứu này, nam giới (78,3%) chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới (21,7%). Đa số người bệnh có gia đình chiếm tỷ lệ 91,3%. Về nghề nghiệp của đối tượng

nghiên cứu thuộc nhóm lao động nông nghiệp chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 46,1%. Tỷ lệ người bệnh có trình độ học vấn chủ yếu là trung học cơ sở và trung học phổ thông chiếm 63,5%.

### 3.2. Kiến thức, thực hành tự chăm sóc của người bệnh và các yếu tố liên quan

#### 3.2.1. Kiến thức của người bệnh

**Bảng 3.2. Kiến thức của người bệnh về tự chăm sóc (n=115)**

| Kiến thức của người bệnh (Mean $\pm$ SD): 10,9 $\pm$ 2,7 | Số lượng | Phần trăm |
|----------------------------------------------------------|----------|-----------|
| Kiến thức kém                                            | 0        | 0         |
| Kiến thức trung bình                                     | 67       | 58,3      |
| Kiến thức khá                                            | 48       | 41,7      |
| Kiến thức tốt                                            | 0        | 0         |

Điểm trung bình về kiến thức của người bệnh là 10,9 $\pm$ 2,7. Trong đó có: kiến thức trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất là 58,3%; sau đó đến kiến thức khá chiếm tỷ lệ 41,7%. Không có bệnh nhân nào có kiến thức kém và tốt

#### 3.2.2. Thực hành tự chăm sóc của người bệnh

**Bảng 3.3. Điểm thực hành tự chăm sóc của người bệnh (n=115)**

| Tự quản lý (Điểm trung bình: 52,5 $\pm$ 9,5) | Điểm đạt (Mean $\pm$ SD) | Mức độ đạt (%) |
|----------------------------------------------|--------------------------|----------------|
| Thực hành duy trì chăm sóc                   | 45,2 $\pm$ 13,8          | 11,3%          |
| Thực hành quản lý chăm sóc                   | 55,1 $\pm$ 12,7          | 13,9%          |
| Sự tự tin                                    | 57,3 $\pm$ 18,9          | 38,3%          |

Điểm trung bình thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn là 52,5 $\pm$ 9,5. Các điểm thành phần của thực hành tự chăm sóc của người bệnh về thực hành duy trì chăm sóc là 45,2 $\pm$ 13,8; thực hành quản lý chăm sóc 55,1 $\pm$ 12,7; sự tự tin 57,3 $\pm$ 18,9. Trong đó,

chỉ có 11,3% người bệnh ở mức độ đạt về thực hành duy trì chăm sóc; 13,9% người bệnh ở mức đạt về thực hành quản lý chăm sóc và 38,3% đạt về sự tự tin trong thực hành tự chăm sóc của người bệnh.

**Bảng 3.4. Mức độ hỗ trợ xã hội đối với người bệnh (n =115)**

| Điểm hỗ trợ xã hội      | Điểm đạt (Mean $\pm$ SD) | Mức độ     |
|-------------------------|--------------------------|------------|
| Tổng điểm hỗ trợ xã hội | 48,3 $\pm$ 4,0           | Trung bình |
| Những người quan trọng  | 13,7 $\pm$ 2,1           | Trung bình |
| Gia đình                | 20,4 $\pm$ 2,6           | Cao        |
| Bạn bè                  | 14,3 $\pm$ 2,2           | Trung bình |

Tổng điểm hỗ trợ xã hội ở mức trung bình (48,3  $\pm$  4,0). Trong đó hỗ trợ từ gia đình ở mức độ cao (20,4  $\pm$  2,6), hỗ trợ từ bạn bè cũng ở mức độ trung bình (14,3  $\pm$  2,2), hỗ trợ từ những người quan trọng ở mức độ trung bình (13,7  $\pm$  2,1).

**3.2.3. Một số yếu tố liên quan đến tự chăm sóc của người bệnh****Bảng 3.5. Tương quan kiến thức, hỗ trợ xã hội với thực hành tự chăm sóc của người bệnh (n=115)**

| <b>Yếu tố</b>            | <b>Mean (SD)</b> | <b>Tương quan</b>     | <b>p</b> |
|--------------------------|------------------|-----------------------|----------|
| Kiến thức của người bệnh | 10,9 (2,7)       | 0,29** <sub>(P)</sub> | =0,002   |
| Hỗ trợ xã hội            | 48,3 (4,0)       | 0,23* <sub>(P)</sub>  | =0,012   |

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức, sự hỗ trợ xã hội với thực hành tự chăm sóc của người bệnh. Trong đó, điểm kiến thức càng cao thì thực hành tự chăm sóc của người bệnh càng tốt ( $r=0,29$ ;  $p=0,002$ ). Mức độ hỗ trợ xã hội càng cao thì thực hành tự chăm sóc của người bệnh càng cao ( $r=0,23$ ;  $p=0,012$ ).

**IV. BÀN LUẬN****4.1. Thực trạng kiến thức tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn**

Kiến thức chung của người bệnh suy tim mạn còn hạn chế với điểm trung bình đạt  $10,9 \pm 2,7$  điểm, điểm thấp nhất 6, điểm cao nhất 16. Trong đó, số lượng bệnh nhân có kiến thức trung bình về bệnh suy tim mạn chiếm tỷ lệ cao nhất là 58,3%; sau đó đến kiến thức khá chiếm tỷ lệ 41,7%. Không có bệnh nhân nào có kiến thức kém và tốt. Thống kê nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Hồng Nhung [3], kiến thức chung của người bệnh cũng chỉ đạt  $10,41 \pm 3,54$  điểm trên tổng số 22 điểm. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Đào Thị Phương và Trần An Dương (2021), kiến thức của người bệnh còn hạn chế với điểm trung bình đạt  $11,1 \pm 2,1$  điểm [2].

Mặc dù nhiều người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi, cũng như trong các nghiên cứu trên, đã nhận được một số hướng dẫn về tự chăm sóc, tuy nhiên, thông tin này có thể chưa đầy đủ. Nguyên nhân có thể là

(P) Pearson correlation,  $*p<0,05$ ,  $**p<0,01$  do người bệnh quên, hoặc có thể do các hướng dẫn trước đây chưa được thường quy hoặc hệ thống, hoặc phương pháp hướng dẫn vẫn chưa phù hợp [2]. Từ kết quả này chúng ta thấy điều dưỡng cần tăng cường tư vấn cho người bệnh để nâng cao kiến thức về suy tim.

**4.2. Mức độ thực hành tự chăm sóc của người bệnh**

Điểm trung bình của 3 lĩnh vực trong tự chăm sóc còn thấp. Điểm trung bình duy trì chăm sóc, quản lý chăm sóc, sự tự tin lần lượt là  $45,2 \pm 13,8$ ;  $55,1 \pm 12,7$ ;  $57,3 \pm 18,9$  điểm. Trong đó chỉ có 11,3% người bệnh đạt duy trì chăm sóc; 13,9% đạt quản lý chăm sóc và 38,3% người bệnh đạt tự tin trong tự chăm sóc. Trong nghiên cứu của chúng tôi có điểm tương đồng với nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung điểm trung bình cho ba lĩnh vực trên lần lượt là  $41,5 \pm 20,5$ ;  $35,5 \pm 15,2$ ;  $50,4 \pm 16,1$  [3]. Mặc dù nhiều người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi, cũng như trong nghiên cứu của Phạm Thị Hồng Nhung, đã có ý thức thực hiện việc tự theo dõi và tự xử trí các triệu chứng bệnh, nhưng hiệu quả chưa cao. Do đó, việc áp dụng các biện pháp thay đổi hành vi tự chăm sóc là cần thiết, nhằm cải thiện sức khỏe, giảm nguy cơ tái nhập viện và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh.

**4.3. Liên quan giữa một số yếu tố với thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim**

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy

kiến thức và sự hỗ trợ xã hội có mối tương quan với điểm số thực hành tự chăm sóc của người bệnh. Điều này phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu khác.

Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức có mối tương quan với thực hành tự chăm sóc của người bệnh. Một số nghiên cứu trước đây cho thấy giữa kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh luôn có mối liên quan chặt chẽ với nhau. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng cho thấy giữa điểm kiến thức và điểm thực hành có mối tương quan thuận ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,01$ ). Kết quả cho thấy bệnh nhân càng có kiến thức tốt về suy tim thì càng thực hành tự chăm sóc tốt. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Hà Thị Thúy và cộng sự (2022), nghiên cứu được tiến hành trên 143 người bệnh suy tim tại bệnh viện Vinmec Times City cho thấy giữa điểm kiến thức và điểm thực hành có mối tương quan thuận, mức độ tương quan khá tốt ( $R = 0,61$ ;  $p < 0,001$ ) [4]. Trong nghiên cứu này, cũng chỉ ra kiến thức về bệnh suy tim của bệnh nhân. Đây có thể là nguyên nhân dẫn đến điểm số thực hành chăm sóc của người bệnh còn hạn chế. Chính vì vậy, công tác giáo dục sức khỏe cho người bệnh suy tim tại các bệnh viện cần được tăng cường.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự tương quan thuận giữa sự hỗ trợ xã hội và thực hành tự chăm sóc của người bệnh với  $r = 0,23$  ( $p < 0,05$ ), có nghĩa là sự hỗ trợ xã hội càng cao thì thực hành tự chăm sóc của người bệnh càng tốt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nhiều nghiên cứu khác, nghiên cứu của Song và cộng sự (2017), sự hỗ trợ xã hội có mối tương quan thuận với thực hành tự chăm sóc của người bệnh với  $r = 0,28$  ( $p < 0,001$ ). Nghiên cứu của Song (2017) cũng chỉ ra mối tương quan

manh giữa sự tự theo dõi với sự hỗ trợ xã hội ( $r = 0,21$ ) [5]. Nghiên cứu của Walker và cộng sự (2016) cũng chỉ ra mối tương quan thuận giữa sự hỗ trợ xã hội và thực hành tự chăm sóc của người bệnh [6]. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng sự hỗ trợ xã hội là yếu tố rất quan trọng với người bệnh, giúp người bệnh cải thiện được tình trạng thể chất, thay đổi hành vi, tăng khả năng tự chăm sóc. Đặc biệt sự quan tâm, sự đồng cảm chia sẻ từ bạn bè có thể nắm bắt được tâm lý của người bệnh là giảm tỷ lệ trầm cảm và giảm tỷ lệ tử vong ở người bệnh.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu về kiến thức và thực hành tự chăm sóc ở người bệnh suy tim mạn tại Bệnh viện A Thái Nguyên, tiến hành trên 115 đối tượng, trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy:

- Kiến thức chung của người bệnh suy tim mạn còn hạn chế với điểm trung bình đạt  $10,9 \pm 2,7$  điểm.

- Điểm trung bình duy trì chăm sóc, quản lý chăm sóc và tự tin trong chăm sóc của người bệnh còn thấp.

- Kiến thức và sự hỗ trợ xã hội có mối tương quan với điểm số thực hành tự chăm sóc của người bệnh. Trong đó, điểm kiến thức càng cao thì thực hành tự chăm sóc của người bệnh càng tốt ( $r = 0,29$ ;  $p = 0,002$ ). Mức độ hỗ trợ xã hội càng cao thì thực hành tự chăm sóc của người bệnh càng cao ( $r = 0,23$ ;  $p = 0,012$ ).

## VI. KHUYẾN NGHỊ

### 6.1. Đối với thực hành điều dưỡng

Kết quả nghiên cứu tìm ra kiến thức và thực hành tự chăm sóc ở người bệnh suy tim mạn còn thấp. Do vậy, thực hành điều dưỡng cần quan tâm và có can thiệp để nâng cao

kiến thức và thực hành tự chăm sóc cho người bệnh. Đặc biệt là quan tâm những người bệnh có kiến thức và sự hỗ trợ xã hội kém vì đây là những đối tượng có nguy cơ có thực hành tự chăm sóc thấp.

## 6.2. Đối với nghiên cứu điều dưỡng

Từ kết quả của nghiên cứu và hạn chế của nghiên cứu chúng tôi có một số đề xuất cho nghiên cứu tiếp theo về căn bệnh này như: Cần làm trên cỡ mẫu lớn hơn, phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên, xem xét thêm nhiều yếu tố khác. Ngoài ra có thể tìm hiểu thêm về những rào cản khó khăn đối với thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn. Từ đó có cơ sở để có những nghiên cứu can thiệp vào từng yếu tố để nâng cao thực hành tự chăm sóc ở người bệnh suy tim mạn

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2022). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn.
2. **Đào Thị Phương, Trần An Dương** (2021). Kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2021. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng - Tập 04 - Số 03, tr. 69-82.
3. **Phạm Thị Hồng Nhung** (2019). Đánh giá thay đổi kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tại khoa Nội Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2018. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 2, tr. 22-27.
4. **Hà Thị Thúy, Nguyễn Thị Tuyền, Bùi Thị Hoài** (2022). Kiến thức và hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim. Tạp chí Y học Việt Nam 512 - Tháng 3 - Số 2 - 2022, tr. 220-224
5. **Song Y, Nam S, Park S, Shin IS, Ku BJ.** The Impact of Social Support on Self-care of Patients With Diabetes: What Is the Effect of Diabetes Type? Systematic Review and Meta-analysis. Diabetes Educ. 2017;43(4): 396-412. doi:10.1177/0145721717712457
6. **Walker, R. J., Williams, J. S., & Egede, L. E.** (2016). Influence of race, ethnicity and social determinants of health on diabetes outcomes. The American journal of the medical sciences, 351(4), 366-373.



## KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH VỀ DỊCH VỤ PHẪU THUẬT THEO KẾ HOẠCH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Đặng Hoàng Nga<sup>1</sup>, Lê Thị Hương Lan<sup>1</sup>, Dương Thị Minh Nguyệt<sup>1</sup>,  
Đỗ Thị Tuyết Nhung<sup>1</sup>, Nguyễn Phương Ngân<sup>1</sup>, Cù Thị Thúy<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** 1. Đánh giá sự hài lòng của người bệnh (NB) về dịch vụ phẫu thuật theo kế hoạch tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên; 2. Đề xuất giải pháp nhằm làm tăng sự hài lòng của người bệnh sử dụng dịch vụ phẫu thuật theo kế hoạch tại Bệnh viện;

**Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang;

**Kết quả:** Tỷ lệ hài lòng của NB phẫu thuật: 87,48% (trong đó rất hài lòng là 59,52; (99,2%) người bệnh được bác sỹ giải thích rõ ràng, chi tiết tình trạng bệnh trước phẫu thuật; (98,3%) NB Có được giải thích rõ ràng, chi tiết các vật tư y tế tiêu hao phải cùng chi trả trước khi phẫu thuật; 100% NB được dặn dò nhịn ăn trước phẫu thuật; 84/121 (69,4%) NB được đánh dấu vị trí phẫu thuật; 93/121 (76,9%) NB được vệ sinh bằng vùng mổ trước phẫu thuật; 55/121 (45,5%) NB phàn nàn phải chờ lâu từ khi bàn giao trong phòng mổ đến khi mổ; 101/121 (83,47%) NB chắc chắn sẽ quay trở lại bệnh viện điều trị (nếu cần) hoặc giới thiệu cho người thân.

**Kết luận:** mức hài lòng chung của NB về chất lượng dịch vụ y tế là 92,6% và mức hài lòng chung của NB về dịch vụ phẫu thuật theo kế hoạch là: 87,48%

**Từ khóa:** sự hài lòng của người bệnh; phẫu thuật

### SUMMARY

**SURVEY OF PATIENT SATISFACTION IN THE ON-DEMAND TREATMENT ROOMS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL**

**Objectives:** 1. Assess patient satisfaction about planned surgery services at Thai Nguyen Central Hospital; 2. Proposing solutions to increase patient satisfaction using planned surgical services at the Hospital;

**Research methods:** cross-sectional description;

**Results:** Satisfaction rate of surgical patients: 87.48% (of which very satisfied is 59.52%); (99.2%) of the patient was clearly and clearly explained by the doctor in detail about the condition of the patient before surgery; (98.3%) patients are clearly explained, in detail the consumable medical supplies must be co-paid before surgery; 100% of patients were told to fast before surgery; 84/121 (69.4%) patients were marked with surgical sites; 93/121 (76.9%) patients were cleaned with surgical bandages before surgery; 55/121 (45.5%) patients complained of a long wait from the time of handover in the operating room to the time of surgery; 101/121 (83.47%) patients will definitely return to the hospital for treatment (if needed) or refer to their relatives.

**Conclusion:** the overall satisfaction level of patients with quality of medical services is 92,6% and the overall satisfaction level of patients with planned surgical services is 87,48%

**Keywords:** patient's satisfaction; surgery

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Hoàng Nga

SĐT: 0912004887

Email: danghoangngatn@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/6/2024.

Ngày phản biện khoa học: 10/6/2024.

Ngày duyệt bài: 25/7/2024

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Y tế là một trong những lĩnh vực dịch vụ vì vậy chỉ số hài lòng của người bệnh (NB) là tiêu chí dùng để đo lường sự đáp ứng của các cơ sở y tế đối với những mong đợi của người bệnh khi sử dụng các dịch vụ y tế

Sự hài lòng của người bệnh nói chung và sự hài lòng của người bệnh sau phẫu thuật nói riêng là một mục tiêu mà tất cả các bệnh viện (BV) đều mong muốn đạt được.

Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là bệnh viện hạng Đặc biệt trực thuộc Bộ Y tế đã và đang nỗ lực cải tiến chất lượng bệnh viện đáp ứng sự hài lòng của người bệnh theo mục tiêu của Bộ Y tế và Bệnh viện.

Nhằm mục đích đánh giá thực trạng sự hài lòng của người bệnh đã sử dụng dịch vụ phẫu thuật theo kế hoạch tại bệnh viện và tìm ra những điểm người bệnh còn chưa hài lòng. Chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu sau:

1. Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ phẫu thuật theo kế hoạch tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

2. Đề xuất giải pháp nhằm làm tăng sự hài lòng của người bệnh sử dụng dịch vụ phẫu thuật theo kế hoạch tại Bệnh viện

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 121 người bệnh đã sử dụng dịch vụ phẫu thuật theo kế hoạch tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

#### - Tiêu chuẩn lựa chọn

- + Những người bệnh đã phẫu thuật theo kế hoạch ở bệnh viện tại thời điểm 1 ngày trước khi ra viện hoặc đúng ngày ra viện

- + Đồng ý tham gia nghiên cứu, đọc và trả lời được các câu hỏi trong phiếu điều tra

#### - Tiêu chuẩn loại trừ

- + Những người bệnh đã phẫu thuật tại bệnh viện khác

- + Những người bệnh không phẫu thuật; Những người bệnh phẫu thuật cấp cứu

- + Không đồng ý tham gia nghiên cứu; không đủ khả năng đọc, trả lời câu hỏi trong phiếu điều tra

### 2.2. Địa điểm và thời gian khảo sát

- Địa điểm: tại khoa NGTH-GM, CTCH, TMH, NGTK-CS, RHM, NGTM-LN, Sản Bệnh viện Trung ương Thái nguyên

- Thời gian nghiên cứu: tháng 8-9/2022

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu: sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho điều tra cắt ngang

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

n: Cỡ mẫu cho bệnh nhân điều tra sự hài lòng.  $Z(1 - \alpha/2)$ : Hệ số tin cậy với ngưỡng xác suất  $\alpha = 95\%$  là 1,96. d: Khoảng sai lệch 10%,  $d = 0,1$ .  $p=50\%=0,5$ : Tỷ lệ giả định chất lượng và sự hài lòng người bệnh đạt 50%. Thay vào công thức được  $n = 96$ , chúng tôi làm tròn lấy  $n=100$ . Trên thực tế chúng tôi khảo sát được 121 người bệnh

- Cách chọn mẫu:

- + Chúng tôi tiến hành bốc thăm ngẫu nhiên chọn 50% số các khoa hệ Ngoại để tiến hành lấy mẫu của những người bệnh đã phẫu thuật tại Bệnh viện

- + Lựa chọn những người bệnh đủ tiêu chuẩn nghiên cứu đang nằm điều trị tại phòng điều trị Hậu phẫu của khoa Hệ Ngoại đã bốc thăm tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong thời điểm khảo sát 2 tháng (tháng 8-9) năm 2022

- Kỹ thuật thu thập số liệu: phát phiếu cho người bệnh trả lời các câu hỏi trong phiếu khảo sát thống nhất của nhóm nghiên cứu dựa trên các mức độ theo mẫu khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú của Bộ Y tế với 5 mức độ [1]

Ông/Bà đánh dấu gạch chéo vào một số từ **1 đến 5**, tương ứng với **mức độ hài lòng hoặc nhận xét từ rất kém đến rất tốt** cho từng câu hỏi dưới đây:

| là: ①                               | là: ②                       | là: ③                           | là: ④                 | là: ⑤                         |
|-------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| Rất không hài lòng<br>hoặc: Rất kém | Không hài lòng<br>hoặc: Kém | Bình thường<br>hoặc: Trung bình | Hài lòng<br>hoặc: Tốt | Rất hài lòng<br>hoặc: Rất tốt |

- Chỉ số nghiên cứu:
- + Thông tin hành chính của đối tượng nghiên cứu
- + Bác sỹ, điều dưỡng có giải thích rõ ràng, căn cứ tình trạng bệnh và tiên lượng bệnh cho người bệnh không
- + Sự minh bạch thông tin và thủ tục dịch vụ phẫu thuật
- + Tỷ lệ hài lòng của NB về dịch vụ phẫu thuật
- + Sự hài lòng của NB về dịch vụ y tế trước phẫu thuật
- + Sự hài lòng về công tác chuẩn bị NB trước phẫu thuật
- + Sự hài lòng của NB về thái độ nhân viên y tế và các khoản viện phí dịch vụ ngoài Bảo hiểm y tế

- + Sự không hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện
- + Khảo sát sự mong muốn của người bệnh nếu phải quay trở lại bệnh viện điều trị hoặc giới thiệu cho người thân về dịch vụ phẫu thuật tại bệnh viện

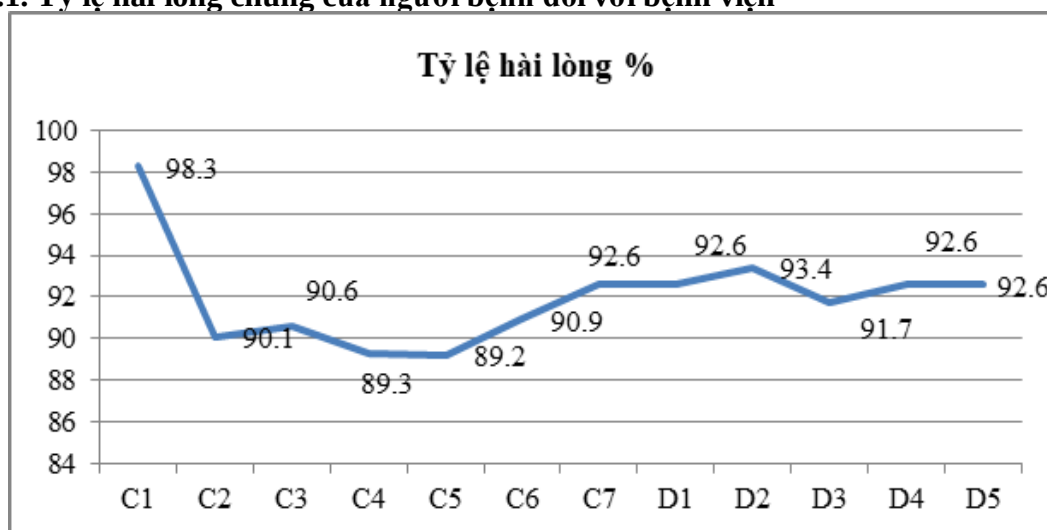
**2.4. Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

#### **2.5. Đạo đức trong nghiên cứu:**

- Đề tài đã được thông qua Hội đồng Đạo đức bệnh viện
- Thông tin của người bệnh được bảo mật tuyệt đối
- Số liệu phục vụ cho công tác cải tiến chất lượng bệnh viện

### **III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

#### **3.1. Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh đối với bệnh viện**



**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế và kết quả cung cấp dịch vụ**

C1: Bác sỹ, điều dưỡng có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực; C2: Nhân viên phục vụ (hộ lý, bảo vệ, kế toán...) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực; C3: Được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng, quan tâm, giúp đỡ; C4: Bác sỹ, điều dưỡng hợp tác tốt và xử lý công việc thành thạo; C5: Được bác sỹ thăm khám, động viên tại phòng điều trị; C6: Được tư vấn về chế độ ăn, vận động, theo dõi và phòng ngừa biến chứng; C7: Nhân viên y tế không có biểu hiện gợi ý bồi dưỡng; D1: Cấp phát thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc đầy đủ, chất lượng; D2: Trang thiết bị, vật tư y tế đầy đủ, chất lượng, hiện đại; D3: Kết quả điều trị đã đáp ứng được nguyện vọng; D4: Đánh giá mức độ tin tưởng về chất lượng dịch vụ y tế; D5: Đánh giá mức độ hài lòng về giá cả dịch vụ y tế

**Nhận xét:** Đa số người bệnh hài lòng về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế và kết quả cung cấp dịch vụ đều đạt >89%. Đặc biệt người bệnh hài lòng về Bác sỹ, điều dưỡng có lời nói, thái độ giao tiếp đúng mực đạt tỷ lệ cao 98,3%; Kết quả cung cấp dịch vụ đạt >91,7%

### 3.2. Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ phẫu thuật theo kế hoạch tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

- 100% người bệnh được Bác sỹ giải thích kỹ tình trạng bệnh trước khi ký cam đoan mổ
- 100% người bệnh được nhân viên y tế đưa lên phòng mổ
- Tỷ lệ hài lòng của NB phẫu thuật: 87,48% (trong đó rất hài lòng là 59,52%)
- Có 30/121 (24,79%) người bệnh có ý kiến góp ý với BV

**Bảng 3.1. Sự hài lòng của NB về dịch vụ y tế trước phẫu thuật**

| Tiêu chí                                                                                                              |                                              | n   | %    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----|------|
| <b>H1.</b> Ông/bà có được bác sỹ giải thích kỹ tình trạng bệnh trước khi phẫu thuật không?                            | Có được giải thích rõ ràng, chi tiết         | 120 | 99,2 |
|                                                                                                                       | Được giải thích nhưng qua loa, không rõ ràng | 1   | 0,8  |
|                                                                                                                       | Không được giải thích                        | 0   | 0    |
| <b>H2.</b> Ông/Bà thấy khi làm các xét nghiệm, chiếu chụp... do bác sỹ chỉ định trước khi phẫu thuật như thế nào?     | Được làm XN sớm và nhanh chóng               | 120 | 99,2 |
|                                                                                                                       | Phải hỏi nhiều lần mới được làm xét nghiệm   | 1   | 0,8  |
| <b>H3.</b> Ông bà có được Bác sỹ giải thích kỹ các vật tư y tế tiêu hao phải cùng chi trả trước khi phẫu thuật không? | Có được giải thích rõ ràng, chi tiết         | 119 | 98,3 |
|                                                                                                                       | Được giải thích nhưng qua loa, không rõ ràng | 2   | 1,7  |
|                                                                                                                       | Không được giải thích                        | 0   | 0    |

**Nhận xét:** 99,2% người bệnh được bác sỹ giải thích rõ ràng, chi tiết tình trạng bệnh trước phẫu thuật; 99,2% người bệnh được làm xét nghiệm sớm và nhanh chóng; 98,3% người bệnh được giải thích kỹ các vật tư y tế tiêu hao phải cùng chi trả trước phẫu thuật

**Bảng 3.2. Sự hài lòng về công tác chuẩn bị NB trước phẫu thuật**

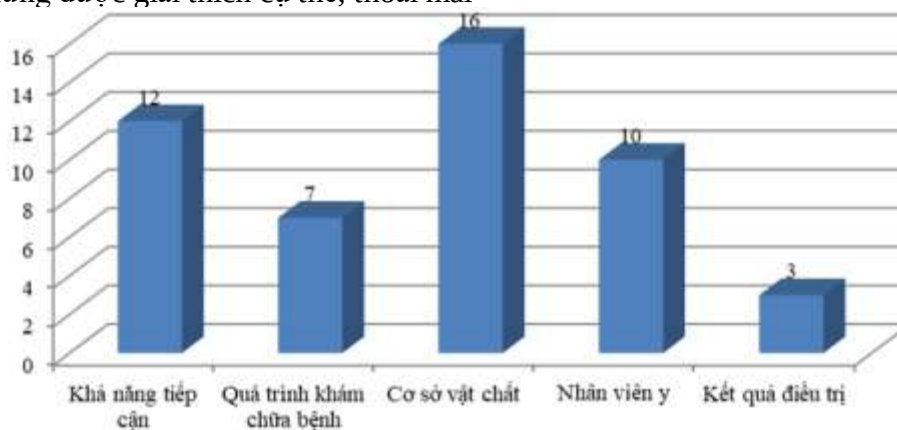
| Tiêu chí                                                                           |                                    | n   | %    |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----|------|
| <b>H5.</b> Ông bà có được BS/ĐD chuẩn bị chu đáo trước mổ không?                   | Được dặn dò nhịn ăn trước khi mổ   | 121 | 100  |
|                                                                                    | Được đánh dấu vị trí PT            | 84  | 69,4 |
|                                                                                    | Vệ sinh, băng vùng mổ trước khi PT | 93  | 76,9 |
| <b>H7.</b> Từ khi bàn giao trong phòng mổ đến khi mổ ông/bà có phải chờ lâu không? | Phải chờ đợi lâu                   | 55  | 45,5 |
|                                                                                    | Không phải chờ đợi lâu             | 66  | 54,5 |
| <b>H8.</b> Ông/bà có được hỏi lại tên, tuổi trước khi phẫu thuật không?            | Có được hỏi tên tuổi               | 119 | 98,3 |
|                                                                                    | Không được hỏi tên tuổi            | 2   | 1,7  |

**Nhận xét:** 100% người bệnh được dặn dò nhịn ăn trước khi phẫu thuật; 69,4% người bệnh được đánh dấu vị trí trước phẫu thuật; 76,9% người bệnh được vệ sinh, băng vùng mổ trước phẫu thuật; 45,5% số người bệnh phải chờ lâu từ khi bàn giao trong phòng mổ đến khi phẫu thuật; 98,3% số người bệnh được hỏi lại tên tuổi trước khi phẫu thuật

**Bảng 3.3. Sự hài lòng của NB về thái độ nhân viên y tế và các khoản viện phí dịch vụ ngoài Bảo hiểm y tế**

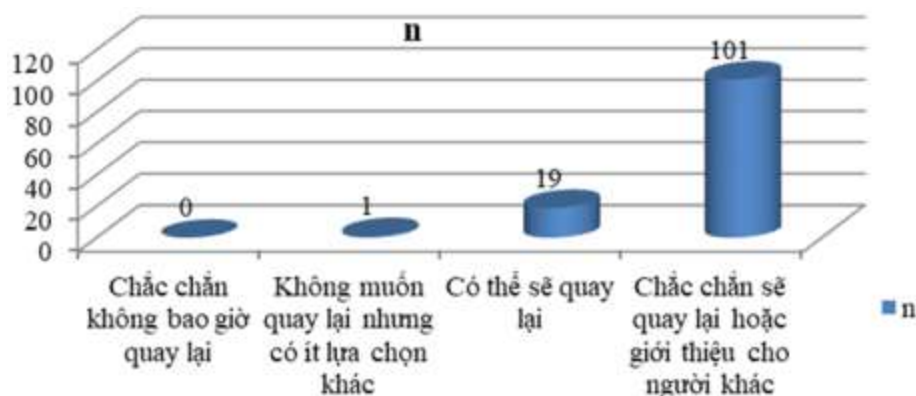
| Tiêu chí                                                                                                                      |                                                                                       | n   | %    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|
| <b>H10.</b> Khi sử dụng vật dụng cá nhân như quần áo, vỏ chăn, gối...                                                         | Quần áo, chăn, gối không sạch, có mùi khó chịu.                                       | 0   | 0    |
|                                                                                                                               | Quần áo, chăn, gối không vừa, bị rách                                                 | 3   | 2,5  |
|                                                                                                                               | Quần áo, chăn, gối vừa vặn, sạch sẽ                                                   | 118 | 97,5 |
| <b>H11.</b> Thái độ của nhân viên y tế (NVYT)?                                                                                | NVYT quát mắng, không tôn trọng người bệnh                                            | 0   | 0    |
|                                                                                                                               | NVYT nói trống không, thiếu tôn trọng NB                                              | 0   | 0    |
|                                                                                                                               | NVYT có người vừa có thái độ tốt vừa chưa tốt                                         | 6   | 4,9  |
|                                                                                                                               | NVYT ân cần, lễ phép                                                                  | 45  | 37,2 |
|                                                                                                                               | NVYT niềm nở, lễ phép, chỉ dẫn, hướng dẫn nhiệt tình                                  | 70  | 57,9 |
| <b>H12.</b> Ngoài các khoản tiền nộp cho bệnh viện trong hóa đơn, Ông/Bà có phải nộp thêm các khoản khác ngoài hóa đơn không? | Có phải nộp thêm một số khoản khác mà không có hóa đơn, không được giải thích rõ ràng | 0   | 0    |
|                                                                                                                               | Có phải nộp thêm ngoài hóa đơn, đã được giải thích nhưng vẫn không thoải mái          | 0   | 0    |
|                                                                                                                               | Có phải nộp thêm, đã được giải thích cụ thể và thấy thoải mái                         | 41  | 33,9 |
|                                                                                                                               | Chưa bao giờ phải nộp thêm các khoản khác ngoài hóa đơn                               | 80  | 66,1 |

**Nhận xét:** 97,5% người bệnh hài lòng về quần áo, chăn, gối sạch sẽ, vừa vặn; 95,1% người bệnh được nhân viên y tế hướng dẫn ân cần, lễ phép; 66,1% người bệnh không phải nộp thêm các khoản khác ngoài hóa đơn; 33,9% người bệnh phải nộp thêm các khoản ngoài hóa đơn nhưng được giải thích cụ thể, thoải mái



**Biểu 3.2. Sự không hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện**

**Nhận xét:** có 12/121 (9,9%) người bệnh không hài lòng về khả năng tiếp cận; 7/121 (5,87%) người bệnh không hài lòng trong quá trình khám chữa bệnh; 16/121 (13,22%) người bệnh không hài lòng về cơ sở vật chất; 10/121 (8,26%) người bệnh không hài lòng về nhân viên y tế; 3/121 (2,47%) người bệnh không hài lòng về kết quả điều trị



**Biểu 3.3. Khảo sát sự mong muốn của người bệnh nếu phải quay trở lại bệnh viện điều trị hoặc giới thiệu cho người thân về dịch vụ phẫu thuật tại bệnh viện**

**Nhận xét:** có 101/121 (83,47%) người bệnh khẳng định sẽ quay trở lại sử dụng dịch vụ phẫu thuật (nếu cần) hoặc sẽ giới thiệu cho người thân; 19/121 (15,7%) người bệnh cân nhắc có thể sẽ quay trở lại; 1/121 (0,8%) không muốn quay trở lại nhưng có ít sự lựa chọn khác

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đánh giá sự hài lòng chung của người bệnh về dịch vụ y tế tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

- Tỷ lệ hài lòng chung của NB đánh giá mức độ tin tưởng về chất lượng dịch vụ y tế là 92,6%

- Biểu đồ 3.1 cho thấy 98,3% NB hài lòng về Bác sĩ, điều dưỡng có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực, nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Cán Mạnh Hùng là 95% [4], và thấp hơn Vũ Thị Tú Uyên là 99,25% [6]; 90,1% NB hài lòng nhân viên phục vụ (hộ lý, bảo vệ, kế toán...) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực; 90,6% NB hài lòng được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng, quan tâm, giúp đỡ; 89,3% NB hài lòng về Bác sĩ, điều dưỡng hợp tác tốt và xử lý công việc thành thạo; 89,2% NB hài lòng được bác sĩ thăm khám, động viên tại phòng điều trị, nghiên cứu của

chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Cán Mạnh Hùng là 94,1% [4]; 90,9% NB hài lòng được tư vấn về chế độ ăn, vận động, theo dõi và phòng ngừa biến chứng; 92,6% NB hài lòng nhân viên y tế không có biểu hiện gợi ý bồi dưỡng, nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Cán Mạnh Hùng là 95,3% [4]; 92,6% NB hài lòng được cấp phát thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc đầy đủ, chất lượng; 93,4% NB hài lòng về Trang thiết bị, vật tư y tế đầy đủ, chất lượng, hiện đại; 91,7% NB hài lòng kết quả điều trị đã đáp ứng được nguyện vọng; 92,6% NB hài lòng đánh giá mức độ tin tưởng về chất lượng dịch vụ y tế, nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với Vũ Văn Du là 91% [2]; 92,6% NB đánh giá mức độ hài lòng về giá cả dịch vụ y tế. Qua các kết quả trên của chúng tôi cho thấy nhân viên y tế cần quan tâm thăm khám, giải thích, động viên và hướng dẫn người bệnh hàng ngày giải quyết những thắc mắc, tâm tư của NB để NB thoải mái tư tưởng, yên tâm điều trị.

##### 4.2. Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ phẫu thuật theo kế hoạch tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

- 100% người bệnh được Bác sĩ giải thích kỹ tình trạng bệnh trước khi ký cam đoan mổ

- 100% người bệnh được nhân viên y tế đưa lên phòng mổ

- Tỷ lệ hài lòng của NB phẫu thuật: 87,48% (trong đó rất hài lòng là 59,52%). Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với Tạ Đức Chung là 87,18% [3], thấp hơn so với nghiên cứu của Cấn Mạnh Hùng là 93,3% [4], Vũ Văn Du là 91% [2]

- Qua Bảng 3.1 cho thấy có 120/121 (99,2%) người bệnh được bác sỹ giải thích rõ ràng, chi tiết tình trạng bệnh trước phẫu thuật; có 01/121 (0,8%) người bệnh được giải thích nhưng qua loa, không rõ ràng; 120/121 (99,2%) NB được làm XN sớm và nhanh chóng; có 01/121 (0,8%) người bệnh phải hỏi nhiều lần mới được làm xét nghiệm. Qua đây cho thấy vẫn còn tình trạng nhân viên y tế chưa thật sự quan tâm đến NB trong quá trình điều trị đặc biệt là khâu làm các xét nghiệm cận lâm sàng; Có 119/121 (98,3%) NB Có được giải thích rõ ràng, chi tiết các vật tư y tế tiêu hao phải cùng chi trả trước khi phẫu thuật, tuy nhiên vẫn còn 2/121 (1,7%) NB được c giải thích nhưng qua loa, không rõ ràng gây những thắc mắc, không thoải mái của NB và gia đình khi phải cùng chi trả viện phí ngoài bảo hiểm. Như vậy các phẫu thuật viên cần chú ý giải thích căn kẽ, chi tiết tình trạng bệnh cho người bệnh trước phẫu thuật, các vật tư y tế tiêu hao phải cùng chi trả ngoài BHYT để người bệnh và gia đình cảm thấy thoải mái và vui vẻ thanh toán viện phí khi ra viện đáp ứng sự hài lòng của NB.

- Bảng 3.2 đánh giá sự hài lòng của NB về công tác chuẩn bị trước mổ kết quả cho thấy: 100% NB được dặn dò nhịn ăn trước phẫu thuật; 84/121 (69,4%) NB được đánh dấu vị trí phẫu thuật; 93/121 (76,9%) NB được vệ sinh băng vùng mổ trước phẫu thuật. Qua kiểm tra kỹ số liệu chúng tôi thấy có 1

số NB phẫu thuật ở các vị trí hốc tự nhiên nên theo quy định của bệnh viện những vị trí này không cần phải đánh dấu và không cần băng trước phẫu thuật, 1 số trường hợp do nhân viên y tế chưa tuân thủ đúng quy trình chuẩn bị NB trước phẫu thuật: không đánh dấu, băng vị trí mổ trước phẫu thuật. Có tới 55/121 (45,5%) NB phản nản phải chờ lâu từ khi bàn giao trong phòng mổ đến khi mổ, nguyên nhân là do 1 số phòng mổ như C-ARM và phòng mổ nội soi so thiếu trang thiết bị nên các kíp phẫu thuật của các khoa cứ phải chờ đợi nhau cho nên NB của các khoa mổ sau phải chờ lâu. Tuy nhiên việc Điều dưỡng các khoa hệ Ngoại đưa NB lên bàn giao cho phòng mổ quá sớm để NB phải chờ lâu cũng là nguyên nhân làm cho NB phải chờ đợi được phẫu thuật bị kéo dài; Có 2/121 (1,7%) NB nói rằng không được hỏi lại tên tuổi trước khi phẫu thuật, như vậy việc thực hiện Bảng kiểm An toàn phẫu thuật chưa được thực hiện nghiêm túc tại phòng mổ, khoa Gây mê hồi sức cần thực hiện nghiêm túc bảng kiểm an toàn phẫu thuật để tránh nhầm người bệnh trong quá trình phẫu thuật

- Bảng 3.3 Có 118/121 (97,5%) NB hài lòng về quần áo, chăn, gối vừa vặn, sạch sẽ, có 3/121 (2,5%) NB phản nản về quần áo không vừa, có 1 trường hợp phản nản về ga trải giường bị rách, 1 trường hợp áo bị đứt cúc, và 1 trường hợp quần không có dải rút. Như vậy Điều dưỡng khoa lâm sàng cần kiểm tra kỹ quần áo, chăn, ga, gối trước khi co người bệnh mượn đồ, đồng thời thu hồi và báo ngay lên khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn để xử lý tránh để người bệnh phản nản gây xấu hình ảnh bệnh viện. 95,1% NB hài lòng về thái độ ân cần, lễ phép, niềm nở của nhân viên y tế, nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Vũ Văn Du là 88% [2], tuy nhiên vẫn

còn 6/121 (4,9%) NB phàn nàn vẫn còn có nhân viên y tế có thái độ vừa tốt vừa chưa tốt; Có 41/121 (33,9%) NB phải nộp thêm các khoản ngoài BHYT nhưng đã được giải thích căn kẽ, tỷ mỉ và NB và gia đình cảm thấy thoải mái không thắc mắc gì

- Qua Biểu đồ 3.3 cho thấy có 12/121 (9,9%) người bệnh không hài lòng về khả năng tiếp cận; 7/121 (5,87%) người bệnh không hài lòng trong quá trình khám chữa bệnh; 16/121 (13,22%) người bệnh không hài lòng về cơ sở vật chất; 10/121 (8,26%) người bệnh không hài lòng về nhân viên y tế; 3/121 (2,47%) người bệnh không hài lòng về kết quả điều trị. Số liệu này cho thấy bệnh viện cần phải cải tiến chất lượng hơn nữa từ kỹ năng giao tiếp của NB, nâng cao chất lượng cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và trình độ chuyên môn để NB tin tưởng yên tâm đến khám và điều trị tại bệnh viện

- Biểu đồ 3.4 cho thấy 101/121 (83,47%) NB chắc chắn sẽ quay trở lại bệnh viện điều trị (nếu cần) hoặc giới thiệu cho người thân, nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thanh Thúy là 84,8% [5]; 19/121 (15,7%) NB có thể sẽ quay trở lại bệnh viện điều trị (nếu cần); 1/121 (0,8%) NB không muốn quay trở lại BV điều trị nhưng không có sự lựa chọn khác.

#### **4.3. Đề xuất giải pháp nhằm làm tăng sự hài lòng của người bệnh sử dụng dịch vụ phẫu thuật theo kế hoạch tại Bệnh viện**

Qua các kết quả nghiên cứu chúng tôi đưa ra 1 số biện pháp nhằm làm tăng sự hài lòng của NB khi sử dụng dịch vụ phẫu thuật tại bệnh viện như sau:

- Nhân viên y tế cần nâng cao kỹ năng giao tiếp, giải thích căn kẽ, hướng dẫn chu đáo người bệnh ngay từ khi tiếp xúc lần đầu khám và điều trị, thăm khám bệnh hàng ngày, giải thích kỹ tình trạng bệnh của NB,

động viên, an ủi NB trong quá trình điều trị nội trú và hậu phẫu

- Các vật dụng các nhân cho NB mượn cần xem xét kỹ tránh cho NB mượn đồ bị rách, hỏng, bẩn

- Sắp xếp người bệnh nằm phòng nam, nữ riêng biệt, có rèm che hoặc vách ngăn để đảm bảo quyền riêng tư của NB

- Phẫu thuật viên cần giải thích kỹ những xét nghiệm, kỹ thuật cao để người bệnh cùng lựa chọn, những vật tư y tế tiêu hao ngoài BHYT để người bệnh hiểu rõ và vui vẻ chấp nhận cùng chi trả

- Lãnh đạo các khoa Hệ Ngoại cần nhắc nhở và tập huấn thường xuyên về việc tuân thủ Quyết định 7482/2018/BYT về việc tuân thủ bộ tiêu chí đánh giá mức độ an toàn phẫu thuật và Bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo mẫu chung của Bệnh viện

- Phòng Điều dưỡng, Phòng Quản lý chất lượng, phòng Công tác xã hội và khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn cần tăng cường công tác kiểm tra, giám sát để chất lượng bệnh viện ngày càng được nâng cao hơn đáp ứng sự hài lòng của người bệnh

- Phòng Hành chính quản trị phối hợp với phòng TCKT xây dựng kế hoạch nâng cấp, cải tạo, xây mới các khối nhà điều trị đáp ứng sự hài lòng của NB

#### **V. KẾT LUẬN**

Qua khảo sát 121 phiếu người bệnh phẫu thuật tại 1 số khoa hệ ngoại trong bệnh viện chúng tôi đưa ra 1 số kết luận sau:

##### **5.1. Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ phẫu thuật theo kế hoạch tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên**

- Tỷ lệ hài lòng chung của NB đánh giá mức độ tin tưởng về chất lượng dịch vụ y tế là 92,6%



- Tỷ lệ hài lòng của NB phẫu thuật: 87,48% (trong đó rất hài lòng là 59,52%)

- 89,2% NB hài lòng được bác sỹ thăm khám, động viên tại phòng điều trị

- 92,6% NB hài lòng được cấp phát thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc đầy đủ, chất lượng; 93,4% NB hài lòng về Trang thiết bị, vật tư y tế đầy đủ, chất lượng, hiện đại;

- 100% người bệnh được Bác sỹ giải thích kỹ tình trạng bệnh trước khi ký cam đoan mổ; 100% người bệnh được nhân viên y tế đưa lên phòng mổ

- có 120/121 (99,2%) NB được bác sỹ giải thích rõ ràng, chi tiết tình trạng bệnh trước phẫu thuật

- Có 119/121 (98,3%) NB Có được giải thích rõ ràng, chi tiết các vật tư y tế tiêu hao phải cùng chi trả trước khi phẫu thuật

- 100% NB được dặn dò nhịn ăn trước phẫu thuật; 84/121 (69,4%) NB được đánh dấu vị trí phẫu thuật; 93/121 (76,9%) NB được vệ sinh băng vùng mổ trước phẫu thuật

- 55/121 (45,5%) NB phân nân phải chờ lâu từ khi bàn giao trong phòng mổ đến khi mổ

- 97,5% NB hài lòng về quần áo, chăn, gối vừa vặn, sạch sẽ

- 41/121 (33,9%) NB phải nộp thêm các khoản ngoài BHYT nhưng đã được giải thích căn kẽ, tỷ mỉ

- 101/121 (83,47%) NB khẳng định chắc chắn sẽ quay trở lại bệnh viện điều trị (nếu cần) hoặc giới thiệu cho người thân

## **5.2. Đề xuất giải pháp nhằm làm tăng sự hài lòng của người bệnh sử dụng dịch vụ phẫu thuật theo kế hoạch tại Bệnh viện**

- Nhân viên y tế cần tuân thủ đúng những nội quy, quy định, các văn bản hướng dẫn, quy trình của Ngành, của Bệnh viện

- Bệnh viện cần bổ sung, cải tạo, chỉnh sửa nâng cấp cơ sở hạ tầng, trang thiết bị đáp ứng nhu cầu khám và điều trị của NB

- Nhân viên y tế cần học tập nâng cao trình độ chuyên môn đáp ứng nhu cầu của NB

- Các khoa triển khai dịch vụ mổ sớm đảm bảo sự hài lòng của người bệnh

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Bộ Y tế** (2016), Quyết định 3869 ngày 28/8/2019/BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành các mẫu phiếu và hướng dẫn khảo sát hài lòng người bệnh và nhân viên y tế của Bộ Trưởng Bộ Y tế
2. **Vũ Văn Du**, “Đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh nội trú về chất lượng dịch vụ y tế tại khoa điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2016”. Tạp chí Y học dự phòng, 2016, Tập 27 (Số 3 2017): 154
3. **Tạ Đức Chung và cs** (2019), “Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ chăm sóc sau phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, năm 2019”. Tạp chí y dược lâm sàng 108, tập 14 - số 7/2019
4. **Cần Mạnh Hùng** (2018) Sự hài lòng và một số yếu tố liên quan của người bệnh đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân Y 105 năm 2018. Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Thăng Long
5. **Nguyễn Thanh Thúy và cs**. Đánh giá sự hài lòng của sản phụ sau khi sinh mổ lấy thai tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. <https://tcydl108.benhvien108.vn/index.php/YDLS/article/view/1069>
6. **Vũ Thị Tú Uyên** (2017). Nghiên cứu sự hài lòng của người chăm sóc trẻ và một số yếu tố ảnh hưởng tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017. Luận văn Thạc sỹ quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng.

## THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ SỰ TỰ TIN TRONG THỰC HÀNH CHĂM SÓC GIẢM NHẸ CỦA ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Hoàng Thị Thùy Linh<sup>1</sup>, Trần Bảo Ngọc<sup>2</sup>, Phan Thị Loan<sup>1</sup>,  
Nguyễn Phương Sinh<sup>3</sup>, Vũ Bích Huyền<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá thực trạng kiến thức và sự tự tin trong thực hành chăm sóc giảm nhẹ của điều dưỡng

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 268 điều dưỡng đang làm việc tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ tháng 3 đến tháng 6 năm 2024.

**Kết quả nghiên cứu:** Có 28,4% điều dưỡng có trình độ Đại học và sau ĐH, có 62,3% điều dưỡng có trình độ cao đẳng còn lại 9,3% điều dưỡng có trình độ trung học. Có 46,6% điều dưỡng đã được đào tạo về chăm sóc giảm nhẹ. Còn lại 53,4% chưa được đào tạo.

Điểm trung bình kiến thức chung về CSGN của điều dưỡng trong nghiên cứu  $21,05 \pm 4,35$ , kết quả kiến thức về quản lý đau và một số triệu chứng khác trong CSGN của điều dưỡng còn thấp. Trong đó kiến thức về nghiện thuốc là vấn đề nghiêm trọng khi Morphine được sử dụng lâu dài để quản lý đau đối với người bệnh ung thư có

tới 75%, Kiến thức về việc hỗ trợ tâm lý, tâm linh trong CSGN ở mức khá.

Điểm trung bình sự tự tin trong thực hành CSGN là  $75,91 \pm 19,02$  tương đương 69,0% Điểm trung bình sự tự tin của các tiểu mục từ 66,5% đến 70,9%. Trong đó cao nhất là nhóm đánh giá sự tự tin liên quan đến sự giao tiếp và hợp tác chuyên nghiệp 70,9%, nhóm đánh giá sự tự tin về chăm sóc cuối đời 70,4%. Thấp nhất là sự tự tin trong thực hành quản lý đau 66,5%.

**Kết luận:** Điểm trung bình kiến thức về CSGN của điều dưỡng nhìn chung là ở mức trung bình khá với  $21,05 \pm 4,35$  tương đương tỷ lệ 70,2%.

**Từ khóa:** Điều dưỡng, kiến thức, sự tự tin, thực hành, chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện trung ương Thái Nguyên

### SUMMARY

#### CURRENT STATUS OF KNOWLEDGE AND CONFIDENCE IN PALLIATIVE CARE PRACTICE OF NURSES AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

**Objective:** Assess the knowledge and self-efficacy of nurses in palliative care practice

**Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study was conducted on 268 nurses working at Thai Nguyen National Hospital from March to June 2024.

**Research results:** There was 28.4% of nurses have bachelor and postgraduate degrees, 62.3% of nurses have college degrees, and the remaining 9.3% of nurses have intermediate level. 46.6% of nurses have been trained in

<sup>1</sup>Phòng Điều dưỡng Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

<sup>2</sup>Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Thùy Linh:  
SĐT: 0985000666

Email: linhbvdkt@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 28/6/2024

Ngày duyệt bài: 27/7/2024

palliative care. The remaining 53.4% have not been trained.

The average score of nurses' general knowledge about palliative care was  $21.05 \pm 4.35$ . The results of nurses' knowledge of management physical pain and other symptoms in palliative care were low level. In particular, correct knowledge about drug addiction is a serious problem when Morphine is used long-term for pain management in cancer patients was accounted for 75%. Knowledge about psychological and spiritual support in palliative was good level.

The average score of self-efficacy in practicing preventive medicine was  $75.91 \pm 19.02$ , equivalent to 69.0%. The proportion of self-efficacy in the subscale ranges from 66.5% to 70.9%. In particular, the percentage of self-efficacy about professional communication and collaboration was highest with 70.9%, and following by the proportion of self-efficacy about end-of-life care was 70.4%. The lowest percentage was self-efficacy about pain management practice, accounted for 66.5%.

**Conclusion:** The average score of nurses' knowledge about palliative care was moderate level with  $21.05 \pm 4.35$ , equivalent to 70.2%.

**Keywords:** Nursing, knowledge, self-efficacy, practice, palliative care, Thai Nguyen National Hospital

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc giảm nhẹ (CSGN) cho người bệnh là nội dung hết sức quan trọng của nhân viên y tế nói chung và đặc biệt là của điều dưỡng viên. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) định nghĩa: " CSGN là các biện pháp chăm sóc nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình người bệnh, những người đang đối mặt với những vấn đề liên quan tới sự ốm đau đe dọa đến tính

mạng thông qua sự ngăn ngừa, làm giảm gánh nặng họ chịu đựng bằng cách nhận biết sớm, đánh giá toàn diện, điều trị đau, các vấn đề khác, thể lực, tâm lý xã hội, tinh thần" [8].

Trên toàn thế giới, CSGN đã phát triển kể từ cuối những năm 1960 và chỉ có khoảng 14% số người cần CSGN hiện đang nhận được CSGN [8]. Tại Việt Nam, nhu cầu khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe trong đó có CSGN cho người bệnh ngày càng tăng bởi mô hình bệnh tật thay đổi, tuổi thọ trung bình của người Việt Nam ngày càng cao, tỷ lệ người mắc bệnh ung thư, bệnh tim mạch, rối loạn chuyển hoá, các bệnh mạn tính khác tại Việt Nam ngày càng tăng đặc biệt ở người cao tuổi [5]. Trên thế giới cũng như tại Việt Nam, kiến thức và sự tự tin trong thực hành CSGN của điều dưỡng còn ở mức thấp. Điều dưỡng còn có những quan niệm sai lầm về CSGN [3], [4]. Nghiên cứu của Trịnh Thị My và Trịnh Thị Lý điểm trung bình kiến thức về CSGN của điều dưỡng nhìn chung là ở mức thấp là  $13,34 \pm 1,91$  trên tổng 30 (đạt 44,5 % so với điểm tối đa) [6]

Bệnh viện TW Thái nguyên là một trong 6 bệnh viện hạng đặc biệt trên toàn quốc vì vậy số lượng người bệnh đến khám và điều trị lên đến hàng chục nghìn người mỗi năm. Trong số đó số người bệnh mắc các bệnh ung thư, bệnh mạn tính, bệnh tim mạch. .ngày một tăng vì vậy nhu cầu CSGN trên các đối tượng này cũng tăng cao. Do vậy, để đáp ứng được yêu cầu chăm sóc sức khỏe toàn diện cho người bệnh cả về mặt thể chất, tinh thần, xã hội thì việc phát triển CSGN cho người bệnh tại bệnh viện là hết sức cần thiết trong giai đoạn hiện nay.

Trong các chương trình CSGN, ngoài vai trò của bác sỹ thì kiến thức, thực hành chăm sóc giảm nhẹ của điều dưỡng cũng đóng một vai trò hết sức quan trọng. Từ thực tế đó một

số câu hỏi được đặt ra là liệu các điều dưỡng đã có đủ kiến thức cơ bản về CSGN hay chưa? Mức độ tự tin trong thực hành CSGN của điều dưỡng như thế nào? Xuất phát từ những câu hỏi đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: ***Đánh giá thực trạng kiến thức và sự tự tin trong thực hành chăm sóc giảm nhẹ của điều dưỡng BVTWTN năm 2024.***

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Điều dưỡng tại các khoa lâm sàng BVTWTN.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Điều dưỡng chăm sóc người bệnh.
- Điều dưỡng đồng ý tham gia nghiên cứu

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Điều dưỡng vắng mặt trong thời gian nghiên cứu.
- Điều dưỡng không đồng ý tham gia nghiên cứu

## 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ tháng 03/ 2024 đến tháng 06/2024

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện trung ương Thái Nguyên

## 2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

### 2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- *Cỡ mẫu:* Tính cỡ mẫu mô tả theo công thức tính cỡ mẫu ước tính một tỷ lệ như sau:

$$n = z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu.

$z_{1-\alpha/2}$ : Hệ số giới hạn tin cậy (tra từ bảng z: với mức ý nghĩa thống kê  $\alpha=5\%$  thì  $z=1,96$ ).

p: Ấn định  $p = 0,445$  ( Tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức đạt về chăm sóc giảm nhẹ trong nghiên cứu của tác giả Trịnh Thị My năm 2018 là 44,5%) [6]

d: Sai số mong muốn là 0,05

Từ công thức trên, cỡ mẫu tính được tối thiểu là  $n = 380$  người. Tuy nhiên, quần thể điều dưỡng của bệnh viện là quần thể hữu hạn với 761 điều dưỡng. Chính vì vậy, cỡ mẫu điều chỉnh cho quần thể hữu hạn được tính theo công thức.

$$n_f = \frac{n \cdot N}{(n + N)}$$

Trong đó

$n_f$ : Cỡ mẫu điều chỉnh cho quần thể hữu hạn

N: Kích thước quần thể hữu hạn,  $N = 761$

n: Cỡ mẫu tính theo công thức,  $n = 380$

Từ đó, tính ra cỡ mẫu điều chỉnh là  $n_f = 253$  điều dưỡng, cộng thêm 5% để hạn chế sai số. Cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là 268 người.

- *Phương pháp chọn mẫu:* Chọn mẫu thuận tiện

**2.4. Phương pháp thu thập số liệu:** Số liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi tự điền. Đối tượng nghiên cứu trả lời bằng cách điền vào chỗ trống hoặc đánh dấu vào các đáp án tương ứng trong bộ câu hỏi.

**2.5. Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được làm sạch, mã hóa sau đó được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 23.0

**2.6. Đạo đức nghiên cứu :** Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

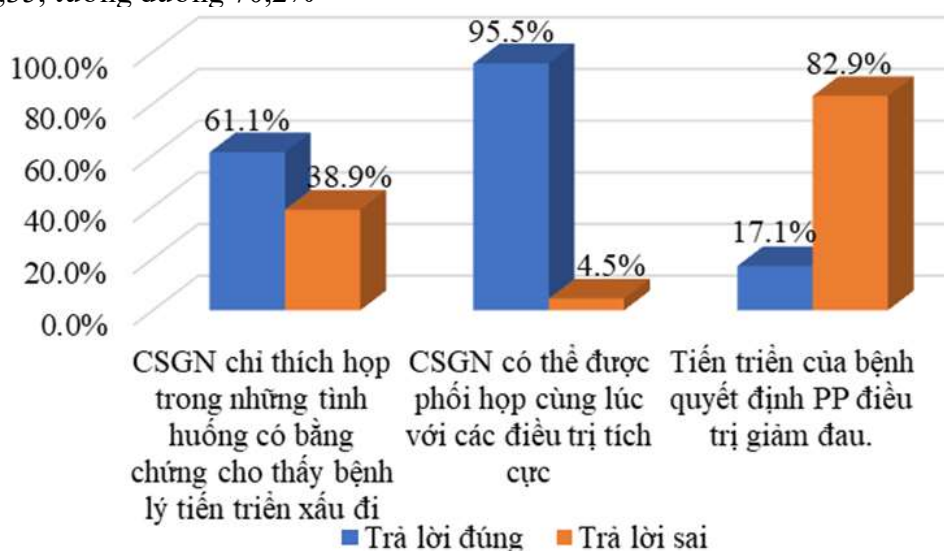
Điều dưỡng tham gia nghiên cứu chủ yếu là nữ giới chiếm tỷ lệ 83,6%, nam giới chiếm tỷ lệ 16,4%, độ tuổi trung bình  $33,7 \pm 7,2$ , trong đó nhóm tuổi 30-39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 47,0%. ĐTNC tham gia chiếm tỷ lệ cao nhất là ở khối nội 45,1%, tiếp đến khối ngoại 39,9% thấp nhất là sản nhi với tỷ lệ 6,4% và 5,2%.

Về trình độ điều dưỡng có trình độ đại học và sau đại học, cao đẳng và trung học tương ứng là 28,4%, 62,3% và 9,3%. Tỷ lệ ĐD được đào tạo, chưa được đào tạo về CSGN tương ứng là 46,6% và 53,4%. Tỷ lệ điều dưỡng có kinh nghiệm chăm sóc người bệnh mắc bệnh hiểm nghèo của điều dưỡng là gần 46,6%, còn lại 53,4% chưa có kinh nghiệm.

**Bảng 3.1. Kiến thức chung về chăm sóc giảm nhẹ của điều dưỡng**

| Nội dung kiến thức                                     | Điểm đạt        |                |                           | Tỷ lệ % điểm trung bình so với điểm tối đa |
|--------------------------------------------------------|-----------------|----------------|---------------------------|--------------------------------------------|
|                                                        | Thấp nhất (Min) | Cao nhất (Max) | Trung bình ( $X \pm SD$ ) |                                            |
| Các nguyên tắc cơ bản của chăm sóc giảm nhẹ (0-3 điểm) | 0               | 3              | $2,17 \pm 0,64$           | 72,3%                                      |
| Quản lý đau và các triệu chứng khác (0 - 20 điểm)      | 1               | 20             | $14,15 \pm 3,22$          | 70,8%                                      |
| Chăm sóc tâm lý và tâm linh (0 - 7 điểm)               | 0               | 7              | $4,73 \pm 1,59$           | 65,6%                                      |
| <b>Tổng điểm</b>                                       | 2               | 30             | $21,05 \pm 4,35$          | 70,2%                                      |

**Nhận xét:** Điểm trung bình kiến thức chung về CSGN của điều dưỡng trong nghiên cứu  $21,05 \pm 4,35$ , tương đương 70,2%



**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ kiến thức về nguyên tắc cơ bản của chăm sóc giảm nhẹ**

Kết quả trên cho thấy trong nhóm kiến thức về các nguyên tắc cơ bản CSGN chỉ có 17,1% điều dưỡng có kiến thức đúng về tiến triển của bệnh quyết định phương pháp điều trị giảm đau.

**Bảng 3.2. Kiến thức về quản lý đau trong CSGN của điều dưỡng**

| STT | Nội dung câu hỏi                                                                                                                                                                              | Đúng     |      | Sai      |      |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|----------|------|
|     |                                                                                                                                                                                               | Số lượng | %    | Số lượng | %    |
| 1   | Liều dùng Morphine cho người bệnh được xác định là liều thấp nhất có thể giảm đau hoàn toàn hoặc giảm đau tới mức mà người bệnh có thể chấp nhận được.                                        | 192      | 71,6 | 76       | 28,4 |
| 2   | Sử dụng các liệu pháp hỗ trợ (VD: được phẩm hỗ trợ:thuốc chống trầm cảm, thuốc chống nôn hoặc các biện pháp không dùng thuốc: giáo dục sức khỏe, thư giãn) là quan trọng trong kiểm soát đau. | 198      | 73,9 | 70       | 26,1 |
| 3   | Nghiện thuốc là vấn đề nghiêm trọng khi Morphine được sử dụng lâu dài để quản lý đau đối với người NB ung thư.                                                                                | 67       | 25,0 | 201      | 75,0 |
| 4   | Việc sử dụng giả dược là phù hợp trong điều trị một số loại đau.                                                                                                                              | 103      | 38,4 | 165      | 61,6 |
| 5   | Các biểu hiện của đau mạn tính khác với đau cấp tính.                                                                                                                                         | 211      | 78,7 | 57       | 21,3 |
| 6   | Phương pháp điều trị đau tối ưu có thể khác nhau tùy thuộc nền văn hóa và giá trị tín ngưỡng                                                                                                  | 108      | 40,3 | 160      | 59,7 |
| 7   | Có liều tối đa Opioids để giảm đau đối với mỗi NB                                                                                                                                             | 62       | 23,1 | 206      | 76,9 |
| 8   | Ngưỡng chịu đau có thể bị giảm do sự mệt mỏi và lo lắng                                                                                                                                       | 203      | 75,7 | 65       | 24,3 |

**Nhận xét:** Kiến thức về liều morphin; quản lý đau đối với người bệnh ung thư và các liệu pháp hỗ trợ, phân biệt biểu hiện đau cấp với mạn ngưỡng chịu đau của các điều dưỡng là khá tốt với tỷ lệ hiểu đúng >70%. kiến thức về quản lý đau thuốc có liều tối đa Opioids của điều dưỡng còn khá thấp với tỷ lệ hiểu sai lần lượt là 75% và 76,9%

Kiến thức về nghiện thuốc là vấn đề nghiêm trọng khi Morphine được sử dụng lâu dài để

**Bảng 3.3. Kiến thức về quản lý một số triệu chứng khác trong CSGN**

| STT | Nội dung câu hỏi                                                                                                | Đúng     |      | Sai      |      |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|----------|------|
|     |                                                                                                                 | Số lượng | %    | Số lượng | %    |
| 1   | Trong những ngày cuối đời, tình trạng lơ mơ do rối loạn điện giải có thể làm giảm nhu cầu sử dụng thuốc an thần | 201      | 75,0 | 67       | 25,0 |
| 2   | Người sử dụng opioidis cũng nên được kê đơn thuốc nhuận tràng.                                                  | 199      | 74,3 | 69       | 25,7 |
| 3   | Trong giai đoạn cuối của bệnh, những loại thuốc có thể gây ức chế hô hấp vẫn phù hợp để điều trị khó thở nặng.  | 165      | 62,6 | 103      | 38,4 |
| 4   | Khi sử dụng liều cao, codeine gây buồn nôn và nôn nhiều hơn so với Morphine                                     | 184      | 68,7 | 84       | 31,3 |

|    |                                                                                                                                                    |     |      |     |      |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|-----|------|
| 5  | Một trong những can thiệp quan trọng nhất đối với điều trị ngứa do bất kỳ nguyên nhân nào là đảm bảo các móng tay của người bệnh được cắt rất ngắn | 150 | 56,0 | 118 | 44,0 |
| 6  | Lơ mơ do Opioids thường sẽ biến mất sau vài ngày                                                                                                   | 172 | 64,2 | 96  | 35,8 |
| 7  | Morphine thường dẫn đến trạng thái phản kích                                                                                                       | 80  | 29,8 | 188 | 70,2 |
| 8  | Sau một thời gian, hiệu quả của liều cố định Opioids có thể bị suy giảm do sự dung nạp của Opioids                                                 | 230 | 85,8 | 38  | 14,2 |
| 9  | Morphine hiệu quả trong việc giảm cảm giác khó thở                                                                                                 | 118 | 44,0 | 150 | 56,0 |
| 10 | Viscous xylocaine có thể dùng cho người bệnh bị loét ở miệng và họng.                                                                              | 171 | 63,8 | 97  | 36,2 |
| 11 | Nước có thể kiểm soát bằng đồ uống có ga                                                                                                           | 180 | 67,2 | 88  | 32,8 |
| 12 | Thuốc có thể là nguyên nhân gây trầm cảm                                                                                                           | 211 | 78,7 | 57  | 21,3 |

**Nhận xét:** Bảng trên cho thấy kiến thức sau một thời gian, hiệu quả của liều cố định Opioids có thể bị suy giảm do sự dung nạp của Opioids chiếm tỷ lệ cao nhất 85,8%, vẫn còn một tỷ lệ khá cao 70,2% chưa biết Morphine thường dẫn đến trạng thái phản kích còn 33%. Còn 56% chưa có kiến thức Morphine hiệu quả trong việc giảm cảm giác khó thở.

**Bảng 3.4. Kiến thức về việc hỗ trợ tâm lý, tâm linh trong CSGN**

| STT | Nội dung câu hỏi                                                                                                          | Đúng     |      | Sai      |      |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|----------|------|
|     |                                                                                                                           | Số lượng | %    | Số lượng | %    |
| 1   | Các thành viên trong gia đình luôn phải duy trì bên giường bệnh cho tới khi người bệnh qua đời là điều vô cùng cần thiết. | 46       | 17,2 | 222      | 82,8 |
| 2   | Thực hành chăm sóc giảm nhẹ đòi hỏi người điều dưỡng phải tách rời cảm xúc.                                               | 137      | 51,1 | 131      | 48,9 |
| 3   | Nỗi đau mất mát của một quan hệ họ hàng xa sẽ luôn dễ giải quyết hơn nỗi đau mất mát của quan hệ họ hàng gần, thân thiết. | 112      | 41,7 | 156      | 58,3 |
| 4   | Nam giới nói chung vượt qua sự mất mát nhanh hơn nữ giới..                                                                | 91       | 34,0 | 177      | 66,0 |
| 5   | Sự tích tụ các mất mát khiến cho nhân viên chăm sóc giảm nhẹ không tránh khỏi cảm thấy kiệt sức.                          | 212      | 79,1 | 56       | 20,9 |
| 6   | Cụ tuyệt sự giúp đỡ luôn cho thấy rằng người chăm sóc không chuyên (gia đình người bệnh) quá mệt mỏi                      | 105      | 39,2 | 163      | 60,8 |
| 7   | Mối quan hệ giữa gia đình và người bệnh tạo nên những gánh nặng chủ quan đối với các thành viên trong gia đình.           | 185      | 69,0 | 83       | 31,0 |

**Nhận xét:** Bảng trên cho thấy còn 82,8% điều dưỡng trả lời sai về các thành viên trong gia đình luôn phải duy trì bên giường bệnh cho tới khi người bệnh qua đời là điều vô cùng cần thiết, còn 66,0% trả lời sai nam giới

nói chung vượt qua sự mất mát nhanh hơn nữ giới. Trong nhóm kiến thức này có 79,1% trả lời đúng về sự tích tụ các mất mát khiến cho nhân viên CSGN không tránh khỏi cảm thấy kiệt sức.

**Bảng 3.5. Đánh giá chung sự tự tin của điều dưỡng trong các nhóm thực hành CSGN**

| Lĩnh vực tự tin trong thực hành                                   | Điểm tự đánh giá |                |                         | Tỷ lệ % điểm trung bình so với điểm tối đa |
|-------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|-------------------------|--------------------------------------------|
|                                                                   | Thấp nhất (Min)  | Cao nhất (Max) | Trung bình (X $\pm$ SD) |                                            |
| Quản lý đau (3 -1 5 điểm)                                         | 3                | 15             | 9,98 $\pm$ 3,03         | 66,5                                       |
| Quản lý các triệu chứng khác (3 - 15 điểm)                        | 3                | 15             | 10,32 $\pm$ 2,97        | 68,8                                       |
| Chăm sóc tâm lý (3 -15 điểm)                                      | 3                | 15             | 10,47 $\pm$ 2,93        | 69,8                                       |
| Chăm sóc xã hội (2 -10 điểm)                                      | 2                | 10             | 6,84 $\pm$ 2,11         | 68,4                                       |
| Chăm sóc tinh thần, tâm linh (4 - 20 điểm)                        | 4                | 20             | 13,59 $\pm$ 3,59        | 67,9                                       |
| Liên quan đến sự giao tiếp và hợp tác chuyên nghiệp (3 -1 5 điểm) | 3                | 15             | 10,63 $\pm$ 3,02        | 70,9                                       |
| Chăm sóc cuối đời (4 - 20 điểm)                                   | 4                | 20             | 14,07 $\pm$ 4,07        | 70,4                                       |
| Tổng điểm (22 - 110điểm)                                          | 22               | 110            | 75,91 $\pm$ 19,02       | 69,0                                       |

Điểm trung bình sự tự tin trong thực hành CSGN là 75,91  $\pm$  19,02 tương đương 69,0%. Điểm trung bình sự tự tin của các tiêu mục từ 66,5% đến 70,9%. Trong đó cao nhất là nhóm đánh giá sự tự tin liên quan đến sự

giao tiếp và hợp tác chuyên nghiệp 70,9%, nhóm đánh giá sự tự tin về chăm sóc cuối đời 70,4%. Thấp nhất là sự tự tin trong thực hành quản lý đau 66,5%.

**Bảng 3.6. Sự tự tin của điều dưỡng trong thực hành quản lý đau và quản lý các triệu chứng khác**

| Nội dung                                                                                                | Điểm tự đánh giá |                |                   | Tỷ lệ % điểm trung bình so với điểm tối đa |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|-------------------|--------------------------------------------|
|                                                                                                         | Thấp nhất (Min)  | Cao nhất (Max) | Trung bình (X±SD) |                                            |
| Sự tự tin thực hành quản lý đau                                                                         |                  |                |                   |                                            |
| Đánh giá đau trên người bệnh CSGN không thể giao tiếp được (1-5 điểm)                                   | 1                | 5              | 3,2 ± 1,2         | 64                                         |
| Sử dụng các thuốc giảm đau một cách hiệu quả để giảm đau cho người bệnh CSGN (1-5 điểm)                 | 1                | 5              | 3,4 ± 1,3         | 68                                         |
| Áp dụng các phương pháp điều trị không dùng thuốc và phụ trợ để giảm đau cho người bệnh CSGN (1-5 điểm) | 1                | 5              | 3,3 ± 1,1         | 66                                         |
| Sự tự tin thực hành quản lý các triệu chứng khác                                                        |                  |                |                   |                                            |
| Chăm sóc, kiểm soát buồn nôn và nôn hiệu quả trên người bệnh CSGN (1-5 điểm)                            | 1                | 5              | 3,4 ± 1,1         | 68                                         |
| Chăm sóc, kiểm soát táo bón hiệu quả trên người bệnh CSGN (1-5 điểm)                                    | 1                | 5              | 3,5 ± 1,1         | 70                                         |
| Chăm sóc, kiểm soát khó thở hiệu quả trên người bệnh CSGN (1-5 điểm)                                    | 1                | 5              | 3,4 ± 1,1         | 68                                         |



Kết quả trên cho thấy trong thực hành quản lý đau thì sự tự tin về thực hành đánh giá đau cho người bệnh có điểm trung bình thấp nhất là 3,2/5 điểm tương đương 64%.

Bảng 6 cho thấy sự tự tin về thực hành quản lý các triệu chứng khác trong CSGN thì

điểm trung bình sự tự tin trong chăm sóc, kiểm soát táo bón hiệu quả trên người bệnh CSGN có điểm cao nhất ( $3,5 \pm 1,1$ ) tương đương 70% so với điểm tối đa còn lại các tiểu mục khác là 68%

**Bảng 3.7. Sự tự tin của điều dưỡng trong thực hành chăm sóc tâm lý và xã hội**

| Nội dung                                                                                                                       | Điểm tự đánh giá |                |                   | Tỷ lệ % điểm trung bình so với điểm tối đa |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|-------------------|--------------------------------------------|
|                                                                                                                                | Thấp nhất (Min)  | Cao nhất (Max) | Trung bình (X±SD) |                                            |
| Chăm sóc tâm lý                                                                                                                |                  |                |                   |                                            |
| Phát hiện sớm tình trạng mê sảng ở người bệnh chăm sóc giảm nhẹ (1-5 điểm)                                                     | 1                | 5              | 3,5 ± 1,1         | 70                                         |
| Cung cấp chăm sóc hiệu quả để giảm sự căng thẳng tâm lý ở người bệnh CSGN và gia đình của họ (1 - 6 điểm)                      | 1                | 5              | 3,5 ± 1,1         | 70                                         |
| Hỗ trợ người bệnh CSGN và gia đình trong lúc đau buồn mất mát (1-5 điểm)                                                       | 1                | 5              | 3,5 ± 1,1         | 70                                         |
| Chăm sóc xã hội                                                                                                                |                  |                |                   |                                            |
| Đánh giá tác động của căn bệnh đe dọa tính mạng lên các hoạt động và tinh thần của gia đình NB (1-5 điểm)                      | 1                | 5              | 3,4 ± 1,1         | 68                                         |
| Giúp người bệnh CSGN và gia đình trong việc tìm kiếm các nguồn lực hỗ trợ các vấn đề liên quan đến đe dọa tính mạng (1-5 điểm) | 1                | 5              | 3,4 ± 1,1         | 68                                         |

Sự tự tin trong thực hành chăm sóc tâm lý của điều dưỡng trong nghiên cứu này khá cao các tiểu mục đều đạt 70%, sự tự tin tin trong thực hành chăm sóc xã hội điểm trung bình đều đạt  $3,4 \pm 1,1$  tương đương 68%.

**Bảng 3.8. Sự tự tin của điều dưỡng trong thực hành chăm sóc tinh thần và tâm linh**

| Nội dung                                                                                    | Điểm tự đánh giá |                |                           | Tỷ lệ % điểm trung bình so với điểm tối đa |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|---------------------------|--------------------------------------------|
|                                                                                             | Thấp nhất (Min)  | Cao nhất (Max) | Trung bình ( $X \pm SD$ ) |                                            |
| Đánh giá nhu cầu tâm linh ở người bệnh CSGN và gia đình của họ (1- 5 điểm)                  | 1                | 5              | $3,3 \pm 1,1$             | 66                                         |
| Nhận biết các dấu hiệu căng thẳng tinh thần ở người bệnh CSGN và gia đình của họ (1-5 điểm) | 1                | 5              | $3,4 \pm 1,1$             | 68                                         |

|                                                                                                            |   |   |           |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-----------|----|
| Hỗ trợ người bệnh CSGN khám phá ý nghĩa những trải nghiệm bệnh tật của họ (1-5 điểm)                       | 1 | 5 | 3,4 ± 1,0 | 68 |
| Điều chỉnh chăm sóc điều dưỡng để phù hợp với niềm tin tâm linh của người bệnh CSGN và gia đình (1-5 điểm) | 1 | 5 | 3,4 ± 1,1 | 68 |

Sự tự tin trong thực hành chăm sóc tinh thần và tâm linh có tỷ lệ khá đều nhau với điểm trung bình 3,4 ± 1,1 điểm tương đương 68%.

**Bảng 3.9. Sự tự tin của điều dưỡng trong thực hành liên quan đến giao tiếp**

| Nội dung                                                                                                                       | Điểm tự đánh giá |                |                   | Tỷ lệ % điểm trung bình so với điểm tối đa |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|-------------------|--------------------------------------------|
|                                                                                                                                | Thấp nhất (Min)  | Cao nhất (Max) | Trung bình (X±SD) |                                            |
| Chủ động tham gia trong các thảo luận về tình huống lâm sàng hên quan đến CSGN tại các cuộc họp giao ban chuyên môn (1-5 điểm) | 1                | 5              | 3,5 ± 1,1         | 70                                         |
| Khuyến khích thảo luận giữa các nhân viên y tế về người bệnh CSGN để hỗ trợ chăm sóc liên tục (1- 5 điểm)                      | 1                | 5              | 3,5 ± 1,1         | 70                                         |
| Khuyến khích giao tiếp giữa người bệnh, gia đình và NVYT để đảm bảo sự chia sẻ thông tin (1- 5 điểm)                           | 1                | 5              | 3,6 ± 1,1         | 72                                         |

Sự tự tin của điều dưỡng trong thực hành liên quan đến giao tiếp khuyến khích giao tiếp giữa người bệnh, gia đình và các nhân viên y tế để đảm bảo sự chia sẻ thông tin có điểm trung bình 3,6 ± 1,1 tương đương 72% so với điểm tối đa.

**Bảng 3.10. Sự tự tin của điều dưỡng trong thực hành chăm sóc cuối đời cho NB**

| Nội dung                                                                                                                              | Điểm tự đánh giá |                |                   | Tỷ lệ % điểm trung bình so với điểm tối đa |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|-------------------|--------------------------------------------|
|                                                                                                                                       | Thấp nhất (Min)  | Cao nhất (Max) | Trung bình (X±SD) |                                            |
| Chăm sóc, kiểm soát hiệu quả tình hạng khó thở nặng khi người bệnh hấp hối (1- 5 điểm)                                                | 1                | 5              | 3,6 ± 1,2         | 72                                         |
| Xác định những dấu hiệu và triệu chứng của cái chết sắp đến ở người bệnh CSGN (1-5 điểm)                                              | 1                | 5              | 3,5 ± 1,2         | 70                                         |
| Luôn bên cạnh người bệnh CSGN và gia đình của họ trong những giờ phút cuối đời (1-5 điểm)                                             | 1                | 5              | 3,5 ± 1,2         | 70                                         |
| Khuyến khích người bệnh CSGN, gia đình của họ thực hiện các phong tục văn hóa và tín ngưỡng trong những giờ phút cuối đời (1- 5 điểm) | 1                | 5              | 3,5 ± 1,2         | 70                                         |

Kết quả cho thấy sự tự tin trong thực hành chăm sóc các vấn đề liên quan đến chăm sóc cuối đời của điều dưỡng trong nghiên cứu này khá đồng đều với điểm trung bình  $3,5 \pm 1,2$  tương đương ở mức 70% so với điểm tối đa.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Có 268 điều dưỡng tham gia nghiên cứu. Số điều dưỡng nữ (83,6%) chiếm tỉ lệ gấp ba điều dưỡng nam (14,6%). Độ tuổi trung bình của các điều dưỡng 33,7 tuổi, kết quả NC của chúng tôi gần tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thúy Ly, tuổi trung bình của điều dưỡng là 30,97 tuổi [4], nghiên cứu của Bùi Minh Thu, tuổi trung bình của điều dưỡng là 33 tuổi [3].

Trong nghiên cứu này đối tượng điều dưỡng tham gia nghiên cứu có 28,4% điều dưỡng có trình độ Đại học và sau ĐH, có 62,3% điều dưỡng có trình độ cao đẳng còn lại 9,3% điều dưỡng có trình độ trung học.

So với một số nghiên cứu khác điều dưỡng trình độ cao đẳng, đại học trong nghiên cứu này khá cao. Cụ thể tỷ lệ trong nghiên cứu Trịnh Thị My và Trịnh Thị Lý (2019) tỷ lệ điều dưỡng trình độ trung cấp chiếm khoảng 40% còn lại 60% là cao đẳng, đại học [6]

Vì trình độ chuyên môn cao hơn nên có thể là yếu tố dẫn đến kiến thức về CSGN nói riêng và chăm sóc điều dưỡng nói chung trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn những nghiên cứu trước và cũng có thể do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành vào thời gian sau nghiên cứu của tác giả trên nên mức độ chuẩn hóa từ điều dưỡng trung cấp lên điều dưỡng cao đẳng cao hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 46,6% điều dưỡng đã được đào tạo về

CSGN, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của tác giả Bùi Minh Thu (36%) [3] và thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thúy Ly (64,5%) [4]. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau trong địa điểm nghiên cứu.

##### 4.2. Kiến thức chung về chăm sóc giảm nhẹ của điều dưỡng

Với người bệnh cần CSGN thì các vấn đề chính mà họ gặp phải và cần đến sự chăm sóc nhằm giảm nhẹ tác động của các vấn đề đó thường là: tình trạng đau, khó thở, buồn nôn/nôn, tiêu chảy, táo bón, đau miệng, loét đau ngứa da, loét do tỳ đè, tình trạng chán ăn, mê sảng, mất ngủ hay các vấn đề tâm lý như lo lắng, tâm trạng buồn chán cũng như các vấn đề xã hội, tâm linh. Chính vì vậy đây cũng là những nội dung chính mà nhân viên CSGN nói chung và điều dưỡng tham gia CSGN nói riêng cần thực hiện để hỗ trợ người bệnh [2].

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.1 cho thấy: Điểm trung bình kiến thức chung về CSGN của điều dưỡng trong nghiên cứu là  $21,05 \pm 4,35$ , tương đương 70,2%, tỷ lệ này cao hơn nhiều nghiên cứu của nhóm tác giả Trịnh Thị My và Trịnh Thị Lý kiến thức về CSGN của điều dưỡng Bệnh viện Kiến An trong nghiên cứu này kiến thức của điều dưỡng ở mức còn khá thấp với điểm trung bình về kiến thức CSGN là  $13,34 \pm 1,91$  tương đương khoảng 44,5% [7]. Tương tự mức độ kiến thức CSGN của điều dưỡng trong nghiên cứu của Nguyễn Thúy Ly có sử dụng bộ công cụ tương đồng là  $19,8 \pm 3,38$  tương đương 52% [3].

Mức độ điểm trung bình của nhóm kiến thức về chăm sóc tâm lý và yếu tố tâm linh là  $4,73 \pm 1,59$  tương đương 65,6% và cao nhất là nhóm kiến thức về các nguyên tắc cơ bản của CSGN  $2,17 \pm 0,64$  tương đương mức 72,3%.

#### 4.3. Kiến thức về quản lý đau và một số triệu chứng khác đau trong CSGN của điều dưỡng

Trong CSGN quản lý đau và giảm nhẹ các triệu chứng khác là vô cùng quan trọng trong việc nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh. Chính vì vậy để nâng cao chất lượng CSGN cần tập trung nâng cao kiến thức và thực hành quản lý đau cho điều dưỡng bệnh viện [2] Bảng 3.1 cho thấy kiến thức về quản lý đau và các triệu chứng khác là  $14,15 \pm 3,22$  tương đương 70,8%. Kết quả NC cao hơn kết quả NC của Trịnh Thị My và Trịnh Thị Ly với điểm trung bình kiến thức về nhóm các nội dung về kiến thức và quản lý đau cũng như các triệu chứng khác là  $8,988 \pm 1,922$  tương đương mức 44,9% [6].

Khi phân tích kết quả từng tiểu mục trong nhóm kiến thức về quản lý đau tỷ lệ kiến thức trả lời đúng chỉ thể hiện ở mức trung bình. Kết quả cho thấy trong 268 điều dưỡng tham gia nghiên cứu chỉ có 67 điều dưỡng có quan niệm đúng là sử dụng Morphine không có nguy cơ cao dẫn đến nghiện thuốc nếu tuân thủ điều trị. Như vậy, có tới 201 điều dưỡng (tương đương 75%) cho rằng khi sử dụng lâu dài Morphine có thể dẫn đến một vấn đề nghiêm trọng đó là nghiện thuốc. Quan điểm này là hoàn toàn sai lầm, cần phải thay đổi quan niệm này trong kiến thức của điều dưỡng bởi lẽ trong CSGN thì giảm đau nói chung và giảm đau bằng Morphine nói riêng là yếu tố then chốt, quyết định đến thành công của CSGN.

Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy: có 29,8% điều dưỡng có kiến thức đúng là khi sử dụng Morphine không dẫn đến trạng thái phản kích. 44% điều dưỡng có kiến thức đúng là Morphine có hiệu quả trong việc giảm cảm giác khó thở. Ngoài ra vấn đề sử dụng Opioids để giảm đau cũng là

vấn đề mà điều dưỡng chưa có kiến thức đúng: chỉ có 23,1% điều dưỡng có quan niệm đúng dẫn cho rằng có liều tối đa Opioids để giảm đau đối với mỗi người bệnh; 64,2% điều dưỡng biết rằng triệu chứng lơ mơ do Opioids thường sẽ mất sau vài ngày, điều này cho thấy cần còn 35,8% điều dưỡng có kiến thức sai. Từ thực trạng trên bên cạnh việc làm thế nào để nâng cao kiến thức của điều dưỡng viên, việc cập nhật các kiến thức, hướng dẫn đào tạo sử dụng các loại thuốc giảm đau cho an toàn, phù hợp cho điều dưỡng là hết sức cần thiết.

Các kiến thức về quản lý đau cũng như các kiến thức khác trong CSGN của Điều dưỡng mới chỉ dừng ở mức trung bình, còn khá nhiều những vấn đề mà điều dưỡng còn có kiến thức cũng như những quan niệm sai.

#### 4.4. Kiến thức về việc hỗ trợ tâm lý, tâm linh trong CSGN

Kết quả của nghiên cứu cho thấy mức độ kiến thức của điều dưỡng ở nhóm các yếu tố kiến thức hỗ trợ tâm lý, tâm linh trong CSGN là  $4,73 \pm 1,59$  tương đương mức 65,6 % so với điểm tối đa. Đây là tỷ lệ thấp nhất trong ba nhóm các yếu tố về kiến thức CSGN và mức độ kiến thức về hỗ trợ tâm lý, tâm linh trong nghiên cứu này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thúy Ly là 4,82 điểm [4]. Kết quả này cho chúng ta thấy có thể việc theo dõi và hỗ trợ chăm sóc các vấn đề liên quan đến tâm lý, tâm linh của người bệnh cần CSGN của các điều dưỡng trong nghiên cứu này chưa được đề cao so với tình trạng đau cũng như các triệu chứng khác. Sự thiếu hụt rất lớn trong kiến thức về hỗ trợ tâm lý, tâm linh trong CSGN của điều dưỡng có thể là nguyên nhân dẫn đến việc người bệnh phải chịu nhiều đau đớn về mặt tinh thần.

#### 4.5. Thực trạng sự tự tin trong thực hành chăm sóc giảm nhẹ của điều dưỡng

Kết quả bảng 3.5 cho thấy: Điểm trung bình về sự tự tin trong thực hành CSGN của điều dưỡng là  $75,91 \pm 19,02$  điểm tương đương 69%. Mức độ điểm trung bình của các nhóm yếu tố thực hành CSGN cũng khá tương đồng nhau, các kết quả của chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng [7], cao hơn kết quả nghiên cứu của Trịnh Thị My với tỷ lệ trung bình là 58,1%.

Các mức độ tự đánh giá sự tự tin trong thực hành của nghiên cứu này cao hơn so với mức độ điểm tự đánh giá sự tự tin trong thực hành của điều dưỡng bệnh viện Kiến An Hải phòng của Trịnh Thị My và Trịnh Thị Ly[6] Điều này có thể do kiến thức về CSGN của điều dưỡng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nên sự tự tin trong thực hành CSGN cũng cao hơn, bên cạnh đó trình độ chuyên môn của điều dưỡng trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ đại học, sau đại học và tỷ lệ cao đẳng đều cao hơn hẳn các nghiên cứu trước chỉ còn 1 số ít điều dưỡng có trình độ trung học.

Về sự tự tin của điều dưỡng trong việc thực hành quản lý đau và các triệu chứng khác: Kết quả cho thấy sự tự tin của điều dưỡng trong việc đánh giá đau cho người bệnh không thể giao tiếp được là thấp nhất 66,2% so với điểm tối đa. Kết quả này cho thấy việc thực hành nhận định, đánh giá đau bằng các công cụ đánh giá mức độ đau không cần dùng đến giao tiếp lời nói của điều dưỡng tại Bệnh viện nhiều hạn chế, cần phải tập huấn cho điều dưỡng tại Bệnh viện về cách đánh giá đau trên người bệnh bằng các công cụ đánh giá mức độ đau.

Về sự tự tin trong việc thực hành chăm sóc tâm lý, xã hội, tâm thần và tâm linh trong CSGN. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Sự tự tin về việc thực hiện chăm sóc phù hợp với

niềm tin tâm linh của người bệnh, gia đình cũng như đánh giá nhu cầu tâm linh của người bệnh cần CSGN là thấp. Lần lượt là 3,3/5 điểm tương đương 66% và 3,4/5 điểm (68% so với điểm tối đa).

Sự tự tin cao nhất ở các khía cạnh là chăm sóc có hiệu quả để làm giảm sự căng thẳng tâm lý ở người bệnh CSGN 3,5/5 điểm, cũng như là tự tin trong việc hỗ trợ NB cần CSGN và gia đình khi họ đau buồn 3,5/5 điểm, tiếp đó là phát hiện sớm những tình trạng mê sảng ở NB cũng với 3,5/5 điểm

Sự tự tin trong thực hành chăm sóc cuối đời cho người bệnh của điều dưỡng khá đồng đều ở mức 3,5/5 điểm kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Trịnh Thị My và Trịnh Thị Ly [7].

## V. KẾT LUẬN

- Điểm trung bình kiến thức về CSGN của điều dưỡng nhìn chung là ở mức trung bình khá với  $21,05 \pm 4,35$  tương đương tỷ lệ 70,2%.

- Sự tự tin trong thực hành CSGN của điều dưỡng trong nghiên cứu ở mức trung bình với số điểm trung bình sự tự tin trong thực hành CSGN của điều dưỡng là  $75,91 \pm 19,02$  tương đương 69%.

## VI. KHUYẾN NGHỊ

Để nâng cao kiến thức về CSGN của điều dưỡng từ đó cải thiện sự tự tin trong thực hành, thực hành CSGN của điều dưỡng, đảm bảo chăm sóc cho người bệnh được tốt hơn, nhóm nghiên cứu đưa ra một số khuyến nghị:

Cần mở các lớp tập huấn về CSGN cho điều dưỡng, đặc biệt là kiến thức về chăm sóc tâm lý và yếu tố tâm linh, quản lý đau cũng như các triệu chứng khác trong CSGN, cách đánh giá đau trên người bệnh bằng các công cụ đánh giá mức độ đau.

Cần tiến hành nghiên cứu thêm các yếu tố liên quan đến kiến thức thực hành và sự tự tin của điều dưỡng trong CSGN.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2006). Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
2. **Bộ Y tế** (2017). Mở rộng đối tượng được chăm sóc giảm nhẹ <https://kcb.vn/mo-rong-doi-tuong-duoc-cham-soc-giam-nhe.html/>.
3. **Bùi Minh Thu** (2015). Đánh giá kiến thức và nhu cầu đào tạo về chăm sóc giảm nhẹ của điều dưỡng Bệnh viện Bạch Mai năm 2015, đề tài cơ sở bệnh viện Bạch Mai, 2015.
4. **Nguyễn Thúy Ly, Yvonne Osborne và Patsty Yates** (2014). Kiến thức, thái độ và sự tự tin trong thực hành chăm sóc giảm nhẹ của điều dưỡng tại một số bệnh viện chuyên khoa Ung bướu Hà Nội. International journal of palliative nursing, 20(9), 448.
5. **Nguyễn Thị Kim Tiến** (2016). Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2005, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
6. **Trịnh Thị My và Trịnh Thị Lý** (2019). Thực trạng kiến thức chăm sóc giảm nhẹ và một số yếu tố liên quan của điều dưỡng bệnh viện Kiến An- Hải Phòng năm 2018. Tạp chí khoa học Điều dưỡng, Tập 2. Số 01, tr. 12-18.
7. **Nguyễn Văn Hùng** (2021). Sự tự tin trong thực hành chăm sóc giảm nhẹ của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec Times city năm 2021. Tạp chí Y dược học số 41, tr51-55
8. **World Health Organization** (2014). Global atlas of palliative care at the end of life. London: Worldwide Palliative Care Alliance

## KHẢO SÁT CÁC VI KHUẨN GÂY NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH THUẬN

Nguyễn Vĩnh Nghi<sup>1</sup>, Lê Huy Thạch<sup>1</sup>, Nguyễn Huỳnh Như Ý<sup>1</sup>, Lê Thị Hoa<sup>1</sup>,  
Võ Vĩnh Châu<sup>1</sup>, Nguyễn Thái Đăng Khoa<sup>1</sup>, Lê Quốc Thắng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nhiễm khuẩn tiết niệu có tỷ lệ tử vong thấp hơn các nhiễm khuẩn khác nhưng là nguy cơ cao dẫn đến nhiễm khuẩn huyết và tăng thời gian, chi phí điều trị.

**Đối tượng, phương pháp:** Mô tả cắt ngang có phân tích. Lấy 249 mẫu nước tiểu nuôi cấy có các chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu phân lập được tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận từ 01/10/2022 đến 30/9/2023.

**Kết quả:** Tỷ lệ cấy vi khuẩn có trong nước tiểu dương tính là 98.8%; Trong đó, vi khuẩn Gram âm chiếm 96.4% và vi khuẩn Gram dương chiếm 3.6%. Tổng số chủng *Escherichia coli* phân lập được chiếm tỷ lệ cao nhất là 62.2%, *Klebsiella* spp. (19.3%), *Proteus* spp. (5.6%), *Pseudomonas aeruginosa* (5.3%), *Acinetobacter* spp. (3.6%), *Enterococcus* spp. (2.0%), *Staphylococcus aureus* (1.2%), *Streptococcus* spp. (0.4%), Nấm *Candida* spp. (0.4%). Số lượng vi khuẩn phân lập được chủ yếu ở mức  $\geq 10^5$  CFU/ml. *Escherichia coli* đề kháng với Ampicilin (97%), Bactrim (88.3%), Tetracycline (75.4%), Cefuroxime (75%), Ciprofloxacin (65.7%), Cefotaxim (65.5%), Levofloxacin (63.9%), Ceftazidime (60.8%), Ceftriaxone (60.6%), Cefepime (52.8%). *Klebsiella* spp.: đề

kháng Ampicilin (100%), Bactrim (95.8%), Ciprofloxacin (77.8%), Tetracycline (71.1%), Cefuroxime (62.5%), Levofloxacin (60.0%), Ampicilin-Sulbactam (60.0%), Cefotaxim (57.1%), Ceftriaxone (52.6%), Ceftazidime (50.0%). *Proteus* spp.: đề kháng với Ceftazidime (53.3%), Gentamycin (41.7%), Ciprofloxacin (33.3%), Levofloxacin (33.3%), Cefepime (20%). *Enterococcus* spp.: đề kháng với Tetracycline (86.7%), Ciprofloxacin (64.3%), Levofloxacin (57.1%).

**Kết luận:** Tình hình kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu ngày càng gia tăng. Vì thế, trong việc điều trị nhiễm trùng tiểu các bác sĩ lâm sàng hiện tại cần chú ý theo đúng các hướng dẫn điều trị để tránh làm gia tăng mức độ kháng thuốc của các vi khuẩn để có thể đạt được kết quả điều trị tối ưu.

**Từ khóa:** Kháng kháng sinh, nhiễm khuẩn tiết niệu.

### SUMMARY

#### SURVEY OF BACTERIA CAUSING URINARY INFECTION AT NINH THUAN PROVINCE GENERAL HOSPITAL

**Background:** Urinary tract infections have a lower mortality rate than other infections but pose a high risk of leading to sepsis and increasing treatment time and costs.

**Methods:** Analytical cross-sectional description. Take 249 urine culture samples containing bacterial strains that cause urinary tract infections isolated at Ninh Thuan Provincial General Hospital from October 1, 2022 to September 30, 2023.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận

<sup>2</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vĩnh Nghi  
SĐT: 0833146181

Email: nguyenvinhnghi0607@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 24/6/2024

Ngày duyệt bài: 27/7/2024

**Results:** The rate of positive bacterial cultures in urine is 98.8%; Of these, Gram-negative bacteria account for 96.4% and Gram-positive bacteria account for 3.6%. The total number of isolated *Escherichia coli* strains accounted for the highest proportion of 62.2%, *Klebsiella* spp. (19.3%), *Proteus* spp. (5.6%), *Pseudomonas aeruginosa* (5.3%), *Acinetobacter* spp. (3.6%), *Enterococcus* spp. (2.0%), *Staphylococcus aureus* (1.2%), *Streptococcus* spp. (0.4%), *Candida* spp. (0.4%). The number of isolated bacteria was mainly  $\geq 10^5$  CFU/ml. *Escherichia coli* resistant to Ampicillin (97%), Bactrim (88.3%), Tetracycline (75.4%), Cefuroxime (75%), Ciprofloxacin (65.7%), Cefotaxim (65.5%), Levofloxacin (63.9%), Ceftazidime (60.8 %), Ceftriaxone (60.6%), Cefepime (52.8%). *Klebsiella* spp.: resistant to Ampicillin (100%), Bactrim (95.8%), Ciprofloxacin (77.8%), Tetracycline (71.1%), Cefuroxime (62.5%), Levofloxacin (60.0%), Ampicillin-Sulbactam (60.0%), Cefotaxime (57.1%), Ceftriaxone (52.6%), Ceftazidime (50.0%). *Proteus* spp.: resistant to Ceftazidime (53.3%), Gentamycin (41.7%), Ciprofloxacin (33.3%), Levofloxacin (33.3%), Cefepime (20%). *Enterococcus* spp.: resistant to Tetracycline (86.7%), Ciprofloxacin (64.3%), Levofloxacin (57.1%).

**Conclusions:** Antibiotic resistance among bacteria causing urinary tract infections is increasing. Therefore, in the treatment of UTIs, current clinicians need to pay attention to following treatment instructions to avoid increasing the level of drug resistance of bacteria to achieve optimal treatment results. pros.

**Keywords:** Antibiotic resistance, Urinary tract infections.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn tiết niệu hiện vẫn đang là vấn đề được quan tâm của ngành y tế nước ta cũng như nhiều nước trên thế giới vì tỷ lệ mắc, tái phát cao, nếu không được điều trị

kịp thời có thể gây nhiều biến chứng như nhiễm khuẩn huyết, suy thận [7]. Đặc biệt, trên các nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao như dị tật đường tiết niệu, có thai, sỏi thận, đái tháo đường, điều trị thuốc ức chế miễn dịch, các bệnh lý tắc nghẽn đường niệu và sỏi tiết niệu... thì tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu tăng lên nhiều lần [1].

Các nghiên cứu ở trong và ngoài nước trong những năm qua đều cho thấy căn nguyên vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm tỷ lệ cao là các trực khuẩn đường ruột (*Enterobacteriaceae*) đứng đầu và một số loại vi khuẩn Gram dương khác như *S.aureus*, *Streptococcus*... Tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận, hàng năm có hàng trăm người bệnh nhập viện có nguy cơ mắc nhiễm khuẩn tiết niệu nên việc giám sát căn nguyên vi khuẩn và tỷ lệ kháng kháng sinh là rất cần thiết. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích: “Khảo sát các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận”.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả các chủng vi khuẩn phân lập được từ tất cả các mẫu nước tiểu của các bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn tất cả các mẫu phân lập được các vi khuẩn trong bệnh phẩm nước tiểu tại phòng vi sinh, khoa Hóa Sinh - Vi Sinh, Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận từ 01/10/2022 đến 30/9/2023.



Phương pháp nuôi cấy vi khuẩn: Thực hiện theo thường quy của labo và các quy định của WHO (Nhuộm Gram xem hình thể, tính chất bắt màu vi khuẩn, tế bào bạch cầu đa nhân; Nuôi cấy bằng cách ria phân vùng trên các loại môi trường phân lập; Ủ ấm 35°C -37°C/24 giờ, Nhận định khuẩn lạc; Định danh vi khuẩn bằng IDS 14GN,... nếu cần khẳng định lại bằng máy định danh vi khuẩn tự động BD Phoenix 100).

Kỹ thuật kháng sinh đồ: Theo kỹ thuật Kirby-Bauer hoặc trên máy định danh vi khuẩn và kháng sinh đồ BD Phoenix 100.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh phẩm nước tiểu tạp nhiễm, không có kết quả kháng sinh đồ.

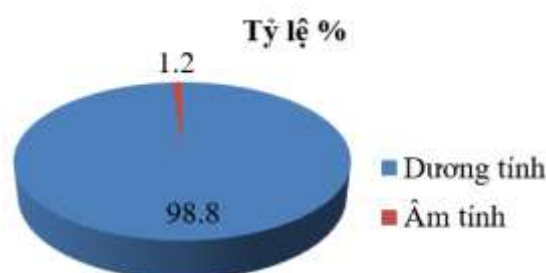
### 2.3. Xử lý và phân tích kết quả:

- Thu thập số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1.

- Phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm Stata 10.0 và phương pháp thống kê mô tả.

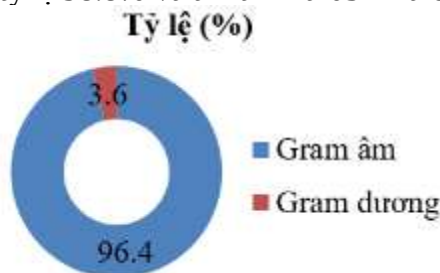
**2.4. Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu này không vi phạm y đức, vì đối tượng chọn vào nghiên cứu là các vi khuẩn và mẫu nước tiểu được thực hiện ở những bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm khuẩn tiết niệu, cần được nuôi cấy phân lập vi khuẩn và làm kháng sinh đồ điều trị tại bệnh viện. Nghiên cứu không thực hiện các thủ thuật có hại cho bệnh nhân. Mọi thông tin khác liên quan đến đối tượng đều được giữ bí mật.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



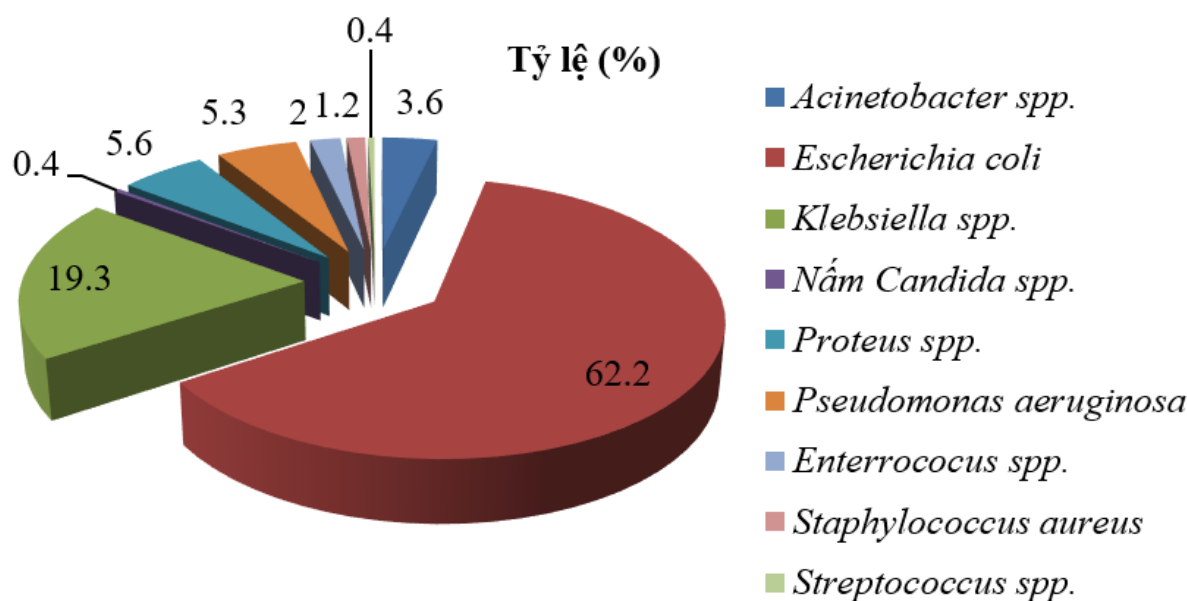
**Biểu đồ 1. Tỷ lệ cấy vi khuẩn dương tính có trong mẫu bệnh phẩm nước tiểu**

Trong thời gian nghiên cứu, tổng số bệnh phẩm nước tiểu được các khoa lâm sàng chỉ định nuôi cấy là 252 mẫu nước tiểu. Trong đó, số bệnh phẩm nước tiểu nuôi cấy có kết quả dương tính là 249 mẫu chiếm tỷ lệ 98.8% và âm tính là 03 mẫu chiếm tỷ lệ 1.2%.



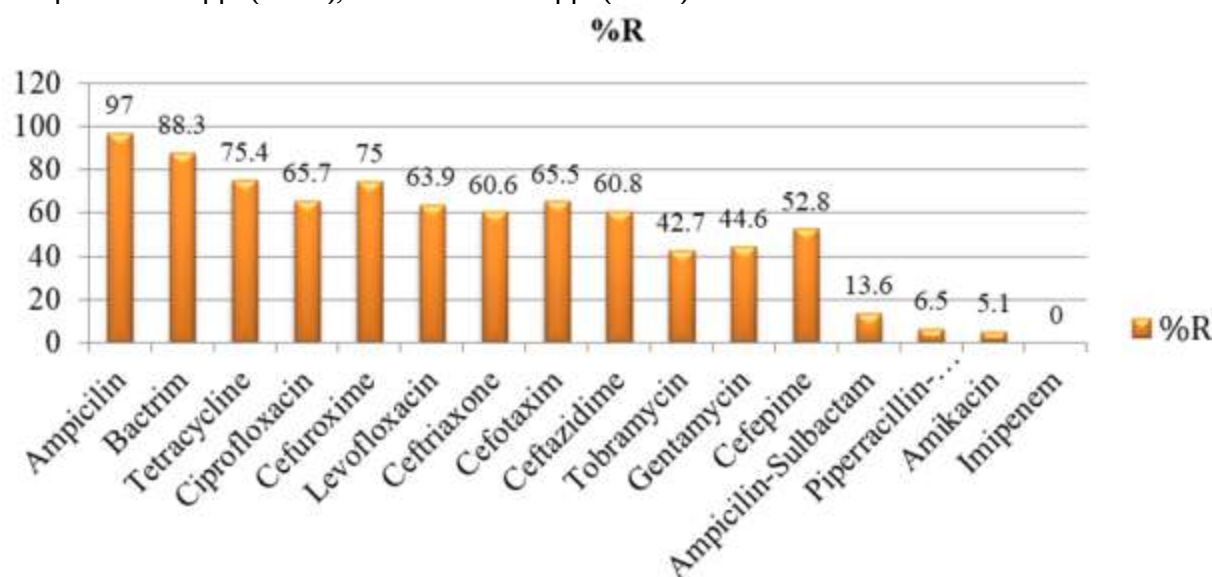
**Biểu đồ 2. Tỷ lệ cấy vi khuẩn nước tiểu dương tính theo nhuộm Gram**

Trong thời gian thực hiện nghiên cứu; tổng số bệnh phẩm nước tiểu nuôi cấy dương tính là 249 mẫu nước tiểu. Trong đó, số bệnh phẩm nước tiểu nuôi cấy có kết quả dương tính vi khuẩn Gram âm là 240 mẫu chiếm tỷ lệ 96.4% và vi khuẩn Gram dương là 09 mẫu chiếm tỷ lệ 3.6%.



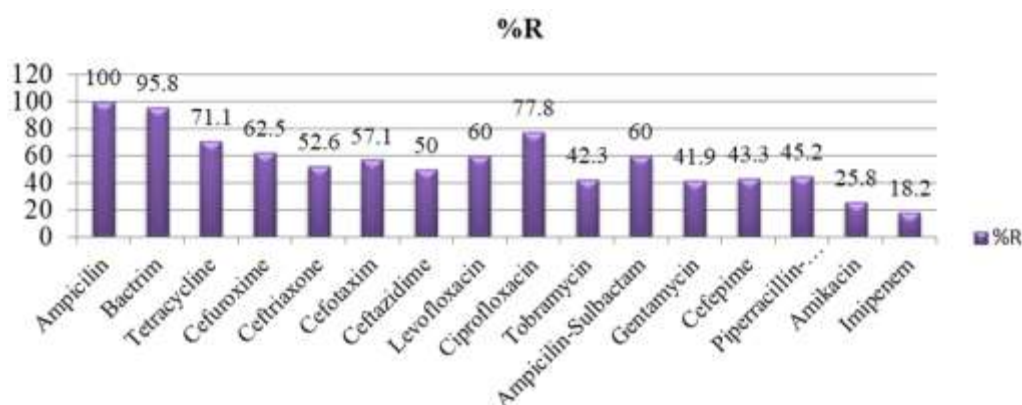
**Biểu đồ 3. Tỷ lệ phân bố các chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu**

Tổng số chủng *Escherichia coli* phân lập được là 155 chủng, chiếm tỷ lệ cao nhất là 62.2%, *Klebsiella spp.* (19.3%), *Proteus spp.* (5.6%), *Pseudomonas aeruginosa* (5.3%), *Acinetobacter spp.* (3.6%), *Enterrococcus spp.* (2.0%), *Staphylococcus aureus* (1.2%), *Streptococcus spp.* (0.4%), *Nấm Candida spp.* (0.4%).



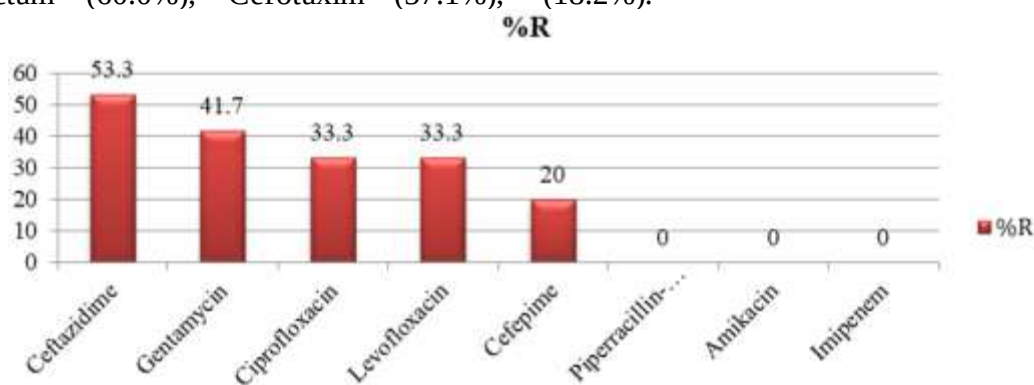
**Biểu đồ 4. Tỷ lệ kháng kháng sinh của *Escherichia coli***

*Escherichia coli* đề kháng với Ampicilin (60.6%), Cefepime (52.8%), Gentamycin (97%), Bactrim (88.3%), Tetracycline (44.6%), Tobramycin (42.7%), Ampicilin-Sulbactam (13.6%), Piperracillin-Tazobactam (6.5%), Amikacin (5.1%).



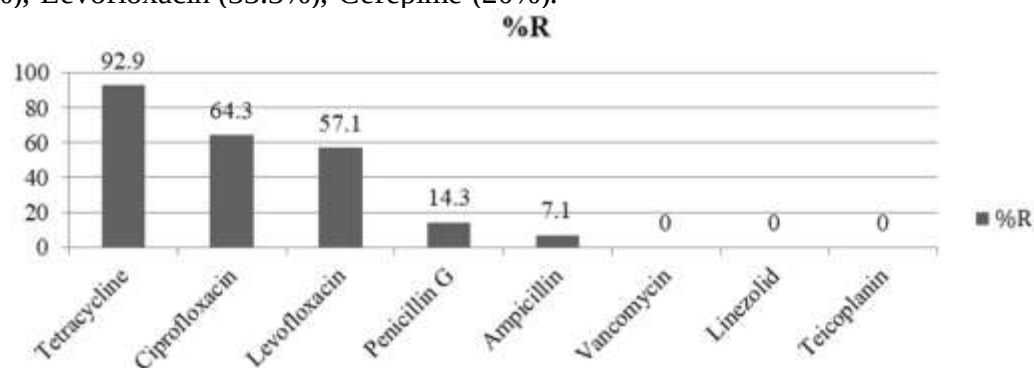
**Biểu đồ 5. Tỷ lệ kháng kháng sinh của *Klebsiella* spp.**

*Klebsiella* spp. đề kháng với Ampicillin (100%), Bactrim (95.8%), Ciprofloxacin (77.8%), Tetracycline (71.1%), Cefuroxime (62.5%), Levofloxacin (60.0%), Ampicilin-Sulbactam (60.0%), Cefotaxim (57.1%), Ceftriaxone (52.6%), Ceftazidime (50.0%), Piperracillin-Tazobactam (45.2%), Cefepime (43.3%), Tobramycin (42.3%), Gentamycin (41.9%), Amikacin (25.8%), Imipenem (18.2%).



**Biểu đồ 6. Tỷ lệ kháng kháng sinh của *Proteus* spp.**

*Proteus* spp. đề kháng với Ceftazidime (53.3%), Gentamycin (41.7%), Ciprofloxacin (33.3%), Levofloxacin (33.3%), Cefepime (20%).



**Biểu đồ 7. Tỷ lệ kháng kháng sinh của *Enterococcus* spp.**

*Enterococcus* spp. đề kháng 92,9% với Tetracycline (86.7%), Ciprofloxacin (64.3%), Levofloxacin (57.1%), Penicillin G (14.3%), Ampicillin (7.1%).

#### IV. BÀN LUẬN

- Tỷ lệ cấy vi khuẩn đường tính có trong mẫu bệnh phẩm nước tiểu: Kết quả của chúng tôi có số bệnh phẩm nước tiểu cấy dương tính với vi khuẩn gây bệnh cao so với các nghiên cứu của Trần Thị Thanh Nga về tác nhân gây nhiễm trùng tiểu và tình hình đề kháng kháng sinh tại Bệnh viện Chợ Rẫy 2013 thì tỉ lệ cấy dương tính vi khuẩn trong nước tiểu là 20% [5]; nghiên cứu thực trạng nhiễm khuẩn đường tiểu trên trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi có sốt tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2016 của Lê Quang Phương và cộng sự thì kết quả cấy nước tiểu dương tính cấy vi khuẩn chiếm 47,5% [6]; nghiên cứu tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu tại bệnh viện 103 bằng phương pháp nuôi cấy, định danh vi khuẩn bằng kỹ thuật VITEK, kết quả cho thấy tỷ lệ cấy khuẩn nước tiểu dương tính là 27,5% [7]. Điều này cho thấy các bác sĩ chỉ định cho xét nghiệm nuôi cấy, định danh và làm kháng sinh đồ rất phù hợp với bệnh lý liên quan đến nhiễm khuẩn tiết niệu.

- Tỷ lệ cấy vi khuẩn nước tiểu dương tính theo nhuộm Gram: Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu về tình hình kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm trùng tiết niệu tại Bệnh viện Thống Nhất Tp.Hồ Chí Minh năm 2011 của Đặng Mỹ Hương thì trực khuẩn Gram âm gồm vi khuẩn đường ruột và vi khuẩn không lên men chiếm 72,03%, *Escherichia coli* chiếm tỉ lệ cao 38,33% [2]; trong một nghiên cứu tại Pakistan (2019), thì tỷ lệ vi khuẩn Gram âm gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu phân lập

được là 71,94%, Gram dương là 28,06% [3]; nghiên cứu thực trạng nhiễm khuẩn đường tiểu trên trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi có sốt tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2016 của Lê Quang Phương và cộng sự thì kết quả phân lập vi khuẩn cho thấy 4 loại vi khuẩn phân lập được gồm: *E.coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacter* đều là vi khuẩn Gram âm thuộc họ *Enterobacteriaceae* [7].

- Tỷ lệ phân bố các chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu về tình hình kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm trùng tiết niệu tại Bệnh viện Thống Nhất Tp. Hồ Chí Minh năm 2011 của Đặng Mỹ Hương thì *Escherichia coli* chiếm tỉ lệ cao 38,33% [2]; nghiên cứu của Trần Thị Thanh Nga về tác nhân gây nhiễm trùng tiểu và tình hình đề kháng kháng sinh tại Bệnh viện Chợ Rẫy 2013 thì tỉ lệ cấy dương tính vi khuẩn *Escherichia coli* trong nước tiểu là 52,96% [5]; nghiên cứu thực trạng nhiễm khuẩn đường tiểu trên trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi có sốt tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2016 của Lê Quang Phương và cộng sự thì trong số các vi khuẩn phân lập được có *E.coli* chiếm tỉ lệ cao nhất (63,2%) sau đó đến *Klebsiella* (15,8%), *Proteus* (10,5%), *Enterobacter* khác (10,5%) [6]; nghiên cứu tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu tại bệnh viện 103 bằng phương pháp nuôi cấy, định danh vi khuẩn bằng kỹ thuật VITEK, kết quả cho thấy các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu thường gặp là: *E.coli* 26,8%; *Enterococcus* spp. 14,6%;

*Pseudomonas* spp. 9,2%; *S.aureus* 7,7% và *Acinetobacter* spp. 7,3% [7]; nghiên cứu của Trần Hữu Toàn (2020) báo cáo 207 nhiễm khuẩn huyết và choáng nhiễm khuẩn ở bệnh nhân bết tắc đường tiết niệu trên tại Bệnh viện Chợ Rẫy, trong đó vi khuẩn *E. coli* chiếm 69,4% [8].

- Tỷ lệ kháng kháng sinh của *Escherichia coli*: Kết quả nghiên cứu của đề tài phù hợp với các nghiên cứu về tình hình kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm trùng tiết niệu tại Bệnh viện Thống Nhất Tp.Hồ Chí Minh năm 2011 của Đặng Mỹ Hương thì *Escherichia coli* đề kháng cao với kháng sinh thông thường kể cả nhóm fluoroquinolon: ciprofloxacin 65,77%, ofloxacin 57,79%, norfloxacin 68,57% và nhóm cephalosporine như ceftriaxone 55,03%, đối với kháng sinh Timentin tỉ lệ kháng là 24,16%, nhóm Aminoglycoside tỉ lệ kháng Amikacin là ít nhất 12,08%, Imipenem và Meropenem tỉ lệ kháng rất thấp 2% [2]; nghiên cứu của Trần Thị Thanh Nga về tác nhân gây nhiễm trùng tiểu và tình hình đề kháng kháng sinh tại Bệnh viện Chợ Rẫy 2013 thì *E.coli* đề kháng cao với Quinolone và các cephalosporin thế hệ 3,4, vi khuẩn này còn nhạy cảm tốt với nhóm Carbapenem, nitrofurantone, Piperacilline/Tazobactam, amikacine, netilmicine [5]; nghiên cứu tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu tại Bệnh viện 103 bằng phương pháp nuôi cấy, định danh vi khuẩn bằng kỹ thuật VITEK, kết quả cho thấy *E.coli* kháng với ampicillin(81,2%); kháng các kháng sinh khác với tỷ lệ dao động từ

65,4% đến 76,7%, còn nhạy cảm cao với nhóm carbapenem(>90%) [7].

- Tỷ lệ kháng kháng sinh của *Klebsiella* spp.: Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu về tình hình kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm trùng tiết niệu tại Bệnh viện Thống Nhất Tp.Hồ Chí Minh năm 2011 của Đặng Mỹ Hương thì *Klebsiella* tỉ lệ kháng với Tazocin 28,95%, kháng với Amikacin 15,79%, tỉ lệ kháng Imipenem và Meropenem là 10,53% [2]; nghiên cứu tại Pakistan (2019) cho thấy, 37,5% chủng *K.pneumoniae* kháng ceftriaxone [3]; nghiên cứu của Trần Thị Thanh Nga về tác nhân gây nhiễm trùng tiểu và tình hình đề kháng kháng sinh tại Bệnh viện Chợ Rẫy 2013 thì *Klebsiella* đề kháng cao với tất cả các loại kháng sinh đang dùng, chỉ còn nhạy cảm với nhóm Carbapenem ở mức độ 30% [5]; nghiên cứu về tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu tại bệnh viện 103 bằng phương pháp nuôi cấy, định danh vi khuẩn bằng kỹ thuật VITEK, kết quả cho thấy *Klebsiella* spp. Kháng nhóm cephalosporin, quinolones và các kháng sinh thử nghiệm dao động từ 60% đến 72,7%. *Klebsiella* còn nhạy cảm với nhóm carbapenem từ 77,8% - 85,7% [7].

- Tỷ lệ kháng kháng sinh của *Proteus* spp.: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần với các nghiên cứu tình hình kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm trùng tiết niệu tại Bệnh viện Thống Nhất Tp.Hồ Chí Minh năm 2011 của Đặng Mỹ Hương thì *Proteus* kháng với nhóm Fluroquinolone (44% - 63%) cao hơn nhóm Cefalosporine(8,53%-31,82%), kháng

18,18% với Amikacin, nhạy tốt với Imipenem và Meropenem [2]; nghiên cứu của Cao Minh Nga và cộng sự năm 2010 thì *Proteus* spp. kháng với Nitrofurantoin và Trimethoprim/sulfamethoxazole (88,89% và 78,95%) [4].

- Tỷ lệ kháng kháng sinh của *Enterococcus* spp.: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu về tình hình kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm trùng tiết niệu tại Bệnh viện Thống Nhất Tp.Hồ Chí Minh năm 2011 của Đặng Mỹ Hương thì *Enterococcus faecalis* kháng với nhóm Fluoroquinolone cao: Ciprofloxacin 69,44%; Norfloxacin 79,17%, nhạy tốt với Vancomycin 100% và Nitrofurantoin 81,67% [2]; nghiên cứu của Trần Thị Thanh Nga về tác nhân gây nhiễm trùng tiểu và tình hình đề kháng kháng sinh tại Bệnh viện Chợ Rẫy 2013 thì *Enterococcus faecalis* và *Enterococcus faecium* đề kháng cao với tất cả các loại kháng sinh đang dùng, chỉ còn nhạy cảm duy nhất với Vancomycin, Nitrofurantoin, Fosfomycin [5].

## V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận: Tỷ lệ cấy khuẩn nước tiểu dương tính là 98,8%; Trong đó, vi khuẩn Gram âm chiếm 96,4% và vi khuẩn Gram dương chiếm 3,6%. Tổng số chủng *Escherichia coli* phân lập được chiếm tỷ lệ cao nhất là 62,2%, *Klebsiella* spp. (19,3%), *Proteus* spp. (5,6%), *Pseudomonas aeruginosa* (5,3%),

*Acinetobacter* spp. (3,6%), *Enterococcus* spp. (2,0%), *Staphylococcus aureus* (1,2%), *Streptococcus* spp. (0,4%), Nấm *Candida* spp. (0,4%). Số lượng vi khuẩn phân lập được chủ yếu ở mức  $\geq 10^5$  CFU/ml.

- Tính kháng kháng sinh của một số chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu phân lập được: *Escherichia coli*: đề kháng với Ampicilin (97%), Bactrim (88,3%), Tetracycline (75,4%), Cefuroxime (75%), Ciprofloxacin (65,7%), Cefotaxim (65,5%), Levofloxacin (63,9%), Ceftazidime (60,8%), Ceftriaxone (60,6%), Cefepime (52,8%). *Klebsiella* spp.: đề kháng Ampicilin (100%), Bactrim (95,8%), Ciprofloxacin (77,8%), Tetracycline (71,1%), Cefuroxime (62,5%), Levofloxacin (60,0%), Ampicilin-Sulbactam (60,0%), Cefotaxim (57,1%), Ceftriaxone (52,6%), Ceftazidime (50,0%). *Proteus* spp.: đề kháng với Ceftazidime (53,3%), Gentamycin (41,7%), Ciprofloxacin (33,3%), Levofloxacin (33,3%), Cefepime (20%). *Enterococcus* spp.: đề kháng với Tetracycline (86,7%), Ciprofloxacin (64,3%), Levofloxacin (57,1%)

## VI. KIẾN NGHỊ

Trước tình hình kháng kháng sinh ngày càng gia tăng, vấn đề đặt ra cho các bác sĩ lâm sàng là làm thế nào kéo dài tuổi thọ của các kháng sinh còn đang hiệu lực. Vì vậy, việc điều trị nhiễm trùng tiểu hiện tại cần chú ý theo đúng các hướng dẫn điều trị để tránh làm gia tăng mức độ kháng thuốc của các vi khuẩn để có thể đạt được kết quả điều trị tối ưu.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Bùi Khắc Hậu và nhóm tác giả** (2008), Dịch tễ học phân tử các chủng *Pseudomonas aeruginosa* đa kháng thuốc nhiễm trùng bệnh viện tại Hà Nội. Báo cáo kết quả nghiên cứu Đề tài cấp Bộ, Đại học Y Hà Nội.
2. **Đặng Mỹ Hương** (2011), Tình hình kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm trùng tiết niệu tại Bệnh viện Thống nhất(01/10/2009 - 30/09/2010). Tạp chí Y học Tp.Hồ Chí Minh.
3. **Kaleem Ullah Zubair và các cộng sự.** (2019). "Frequency of urinary tract infection and antibiotic sensitivity of uropathogens in patients with diabetes", Pakistan Journal of Medical Sciences. 35(6), tr.1664.
4. **Cao Minh Nga, Lục Thị Vân Bích, Nguyễn Thị Túy An, Võ Trần Dương Di** (2010), Sự đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở người lớn. Tạp chí y học Tp. Hồ Chí Minh năm 2010, Tập 14, Số 1.
5. **Trần Thị Thanh Nga** (2013), Tác nhân gây nhiễm trùng tiểu và tình hình đề kháng kháng sinh tại Bệnh viện Chợ Rẫy 2013. Tạp chí Y học Tp. Hồ Chí Minh, Tập 18, Phụ bản của số 4, 2014.
6. **Lê Quang Phương, Phạm Văn Đếm, Nguyễn Thị Quỳnh Hương** (2016), Thực trạng nhiễm khuẩn đường tiểu trên trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi có sốt tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí khoa học ĐHQGHN: Khoa Y Dược, Tập 32, Số 2 (2016)117 - 123.
7. **Kiều Chí Thành, Lê Thu Hồng, Nguyễn Văn An, Đinh Thị Huyền Trang** (2016), Nghiên cứu tỷ lệ kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu tại Bệnh viện quân y 103(2014 - 2016). Tạp chí Hội Y học Tp.Hồ Chí Minh.
8. **Trần Hữu Toàn** (2020). Đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị nhiễm khuẩn huyết và choáng nhiễm khuẩn ở bệnh nhân bế tắc đường tiết niệu trên tại bệnh viện Chợ Rẫy. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú.

## KHẢO SÁT MỨC ĐỘ LO ÂU CỦA NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG NĂM 2023

Nguyễn Thị Phương<sup>1</sup>, Lê Thị Thu Hằng<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thị Trang<sup>3</sup>, Tưởng Thúy Hằng<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ lo âu của người bệnh trước phẫu thuật và phân tích một số yếu tố liên quan.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 190 người bệnh bệnh trước phẫu thuật tại khoa Ngoại Tiêu hóa và khoa Thần kinh Lồng ngực Bệnh viện đa khoa Hà Đông được đánh giá mức độ lo âu dựa trên thang điểm DASS-21. Nghiên cứu từ tháng 1 đến tháng 5/2023.

**Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh lo âu 68%. NB lo âu ở khoa ngoại tiêu hóa 68,4%, khoa Thần kinh Lồng Ngực 67,4% sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $P > 0,05$ . Người bệnh chủ yếu là sợ đau sau phẫu thuật 85,3%, sợ tai biến sau phẫu thuật chiếm 53,2%. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh lo âu trước phẫu thuật liên quan tới giới tính, trình độ học vấn, hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,05$ .

**Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy mức độ lo âu của người bệnh với một số yếu tố như giới tính, trình độ học vấn và hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe.

**Từ khóa:** Lo âu, người bệnh trước phẫu thuật

### SUMMARY

#### SURVEY ON ANXIETY LEVEL OF PATIENTS BEFORE SURGERY AT HA DONG GENERAL HOSPITAL IN 2023

**Study objectives:** The aim of this research is to assess the anxiety levels of patients prior to surgery and examine various associated factors.

**Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 190 preoperative patients at Ha Dong General Hospital's Department of Gastroenterology and Thoracic Neurology. Anxiety levels were evaluated using the DASS-21 scale. The study took place from January to May 2023.

**Results:** The findings revealed that 68% of the patients experienced anxiety. Specifically, the anxiety rate among patients in the gastrointestinal surgery department was 68.4%, Department of Thoracic Neurology 67.4% The difference is not statistically significant, p-value greater than 0.05. The primary concerns expressed by patients were fear of post-surgical pain (85.3%) and anxiety regarding potential complications after the surgery (53.2%). The study demonstrated a statistically significant relationship between preoperative anxiety disorder and factors such as gender, education level, and participation in health education counseling activities ( $P < 0.05$ ).

<sup>1</sup>Phòng Điều dưỡng - Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

<sup>2</sup>Khoa Phục Hồi chức năng - Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

<sup>3</sup>Khoa Nhi - Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

<sup>4</sup>Sở Y tế Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương  
SĐT: 0988961318

Email: phuongbvh1981@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 24/6/2024

Ngày duyệt bài: 27/7/2024



**Conclusion:** This study establishes a correlation between the anxiety levels of patients and several factors, including gender, education level, and participation in health education counseling activities.

**Keywords:** Anxiety, patients before surgery

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cuộc sống ngày càng hiện đại và văn minh, con người có nhiều sự lo âu, đặc biệt là khi người bệnh phải trải qua cuộc phẫu thuật [1]. Lo âu trước khi phẫu thuật có thể làm phức tạp quá trình phẫu thuật, kéo dài khả năng phục hồi sau phẫu thuật và thời gian nằm viện. Những cảm xúc tiêu cực như quá lo âu, nghi ngờ kết quả điều trị có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị, tác động xấu đến tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, gây rối loạn giấc ngủ... Ngoài ra lo âu trước phẫu thuật có thể dẫn đến nhiều biến chứng như tăng nhịp tim, tăng huyết áp, co mạch, buồn nôn và ảnh hưởng đến nhịp tim người bệnh [2,3] điều này có thể làm tăng co thắt cơ trơn phế quản, cũng như cần tăng liều thuốc mê và thuốc giảm đau sau phẫu thuật. Trong một số nghiên cứu mức độ lo âu dao động từ 30-90% [1,3,5]. Hậu quả là sự lo âu có thể làm phức tạp quá trình phẫu thuật, kéo dài tình trạng phục hồi sau phẫu thuật và tăng thời gian nằm viện, những tác động tiêu cực này có thể làm tăng chi phí điều trị và tăng gánh nặng kinh tế cho người bệnh và gia đình người bệnh.

Người bệnh khi biết mình phải đối mặt với một cuộc phẫu thuật thì hầu hết đều lo âu, Stress ở các mức độ khác nhau. Nhiều nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng tác động tiêu cực của tình trạng lo âu, Stress trước phẫu thuật tới kết quả điều trị [6,7]

Nhằm tạo cho người bệnh tâm lý tốt nhất trước phẫu thuật và giúp cho việc nâng cao

chất lượng chăm sóc chúng tôi nghiên cứu đề tài “Khảo sát mức độ lo âu và tìm hiểu một số yếu tố liên quan của người bệnh trước phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa Hà Đông năm 2023” với mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ lo âu của người bệnh trước phẫu thuật tại khoa Ngoại Tiêu Hóa và Ngoại Thần Kinh, Lồng Ngực năm 2023.

2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu của người bệnh trước phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa Hà Đông năm 2023.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

\* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh  $\geq 18$  tuổi, có phẫu thuật từ tháng 1 đến tháng 5 năm 2023, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

\* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh tình trạng nặng, nhiều bệnh phức tạp không thể tham gia phỏng vấn được, người bệnh mắc rối loạn lo âu và tâm thần, người bệnh từ chối tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích

- Cỡ mẫu: Áp dụng công thức ước tính một tỷ lệ trong quần thể.

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

n là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu

p: Theo kết quả NC của Thái Hoàng Đế (p=0,8). Tỷ lệ lo âu là 80% [1]

d: Sai số cho phép 6%

$\alpha$ : sai số ước tính = 0,05 với độ tin cậy là 95%. Hệ số tin cậy  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ .

Thay vào công thức trên, số lượng nghiên cứu n= 171. Thực tế trong thời gian nghiên cứu khảo sát 190 NB có chỉ định phẫu thuật

### Phương pháp tiến hành

Điều tra viên gặp người bệnh sau khi đã được nghe bác sỹ giải thích trước mổ - Giải thích cho người bệnh về đề tài, nội dung nghiên cứu, cách thức tiến hành, lợi ích của nghiên cứu và động viên họ tham gia.

Khi người bệnh đồng ý tham gia, tiến hành phỏng vấn theo bộ câu hỏi đã chuẩn bị trong phiếu điều tra.

Dữ liệu được thu thập bằng cách sử dụng bộ câu hỏi gồm

Phần 1. Thông tin về đặc điểm nhân khẩu học và thông tin liên quan đến bệnh

Phần 2. Bảng câu hỏi mức độ lo âu của người bệnh (DASS 21) gồm 07 câu hỏi ( câu

2, 4, 7, 9, 15, 19, 20) [8].

Phần 3. Bảng câu hỏi về vấn đề người bệnh lo âu

**Phân tích và xử lý số liệu:** Phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

#### **Đạo đức trong nghiên cứu:**

Nghiên cứu được sự cho phép của ban lãnh đạo Bệnh viện. Người bệnh được giải thích về mục đích và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Danh sách và thông tin về người bệnh được giữ bí mật. Nghiên cứu chỉ với mục đích nhằm nâng cao chất lượng điều trị, chăm sóc cho người bệnh.

### **III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

#### **3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.1. Đặc điểm của người bệnh tham gia vào nghiên cứu theo các yếu tố**

| <b>Biến số</b>              |                      | <b>Số lượng (%)</b> |
|-----------------------------|----------------------|---------------------|
| Giới tính                   | Nam                  | 84 (44,2)           |
|                             | Nữ                   | 106 (55,8)          |
| Nhóm Tuổi                   | < 50 tuổi            | 97 (51,1)           |
|                             | ≥ 50 tuổi            | 93 (48,9)           |
| Khu vực sinh sống           | Thành Thị            | 61(32,1)            |
|                             | Nông thôn            | 129 (67,9)          |
| Trình độ học vấn            | Không đi học         | 10 (5,3)            |
|                             | TH/THCS/THPT         | 95 (50,0)           |
|                             | TC/Cao đẳng          | 45 (23,7)           |
|                             | ĐH/SDH"              | 40 (21,1)           |
| Nghề nghiệp                 | Ở nhà làm ruộng      | 50 (26,3)           |
|                             | Lao động tự do       | 89 (46,8)           |
|                             | Công chức, viên chức | 31 (16,3)           |
|                             | Nghỉ hưu             | 20 (10,5)           |
| Thu nhập TB (triệu)/ tháng) | < 5                  | 69 (36,3)           |
|                             | 5-10                 | 108 (56,8)          |
|                             | ≥10                  | 13 (6,8)            |
| Tình trạng BHYT             | Có                   | 165 (86,8)          |

|                                |                      |            |
|--------------------------------|----------------------|------------|
|                                | Không                | 25 (13,2)  |
| Tình trạng phụ thuộc kinh tế   | Không phụ thuộc      | 122 (64,2) |
|                                | Phụ thuộc một phần   | 29 (15,3)  |
|                                | Phụ thuộc hoàn toàn  | 39 (20,5)  |
| Khoảng cách đến bệnh viện (km) | < 10                 | 89 (46,8)  |
|                                | ≥ 10                 | 101 (53,2) |
| Hoạt động tư vấn GDSK          | Có và đầy đủ         | 127 (66,8) |
|                                | Có nhưng chưa đầy đủ | 63 (33,2)  |

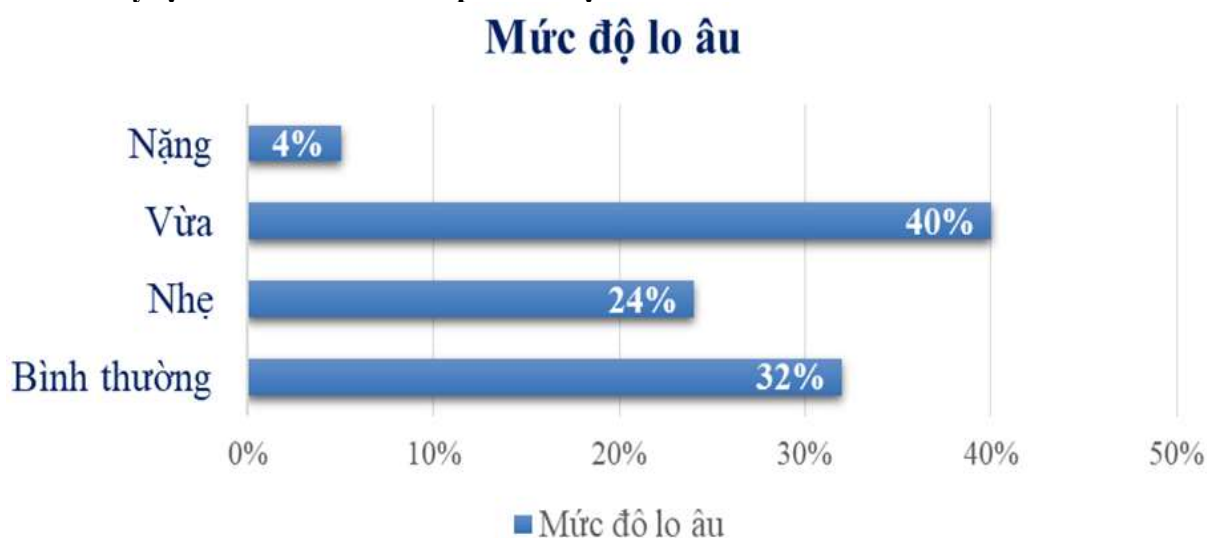
Tỷ lệ nữ nhiều hơn nam. Nhóm tuổi người bệnh có bảo hiểm y tế 86,8%. Người tương đồng nhau. Phần lớn người bệnh ở bệnh chủ yếu không phụ thuộc kinh tế nông thôn chiếm 67,9%. Trình độ học vấn 64,2%. Khoảng cách đến bệnh viện ≥ 10 km nhiều nhất ở nhóm THCS/THPT chiếm 50%, chiếm 53,2 %. Đa phần người bệnh được tư vấn giáo dục sức khỏe 66,8%. Đa phần là lao động tự do 46,8%. Thu nhập chủ yếu từ 5-10 triệu chiếm 56,8%. Phần lớn

**Bảng 3.2 Đặc điểm về bệnh tật của đối tượng nghiên cứu**

| Biến số                       | Số lượng (%)            |
|-------------------------------|-------------------------|
| Tiền sử phẫu thuật            | Chưa bao giờ            |
|                               | 112 (58,9)              |
| Bệnh kèm theo                 | ≥ 1 lần                 |
|                               | 78 (41,1)               |
|                               | Đái tháo đường          |
|                               | 4 (2,1)                 |
| Phương pháp phẫu thuật        | Cao huyết áp            |
|                               | 12 (6,3)                |
|                               | Không có hoặc bệnh khác |
| Hình thức phẫu thuật          | 174 (91,6)              |
|                               | Mổ mở                   |
|                               | 108 (56,8)              |
| Mức độ đau khi vào viện (VAS) | Mổ nội soi              |
|                               | 82 (43,2)               |
|                               | Mổ phiên                |
|                               | 110 (57,9)              |
|                               | Mổ cấp cứu"             |
|                               | 80 (42,1)               |
|                               | Không đau (0 điểm)      |
|                               | 32 (16,8)               |
|                               | Đau nhẹ (1-3)           |
|                               | 57 (30,0)               |
|                               | Đau TB (4-6)            |
|                               | 77 (40,5)               |
|                               | Đau dữ dội (7-10)       |
|                               | 24 (12,6)               |

Có 41,1% người bệnh đã từng phẫu thuật đau của người bệnh khi vào viện chủ yếu đau ít nhất 1 lần. Có 6,3% người bệnh có cao trung bình chiếm 40,5%, có 16,8% người bệnh không có đau. bệnh không có đau. Tỷ lệ người bệnh có bệnh kèm theo là đái tháo đường 2,1%, cao huyết áp 6,3%. Phương pháp phẫu thuật mổ mở 56,8%, mổ nội soi 43,2%. Hình thức phẫu thuật mổ cấp cứu 42,1%, mổ phiên 57,9%. Mức độ đau khi vào viện (VAS) đau nhẹ 30,0%, đau TB 40,5%, đau dữ dội 12,6%, không đau 16,8%.

### 3.2. Tỷ lệ lo âu của NB trước phẫu thuật



**Biểu đồ 3.1 Phân loại mức độ lo âu**

Tỷ lệ người bệnh lo âu chiếm 68%, chủ yếu là mức độ vừa 40 %

**Bảng 3.3. So sánh tỷ lệ lo âu của người bệnh giữa 2 khoa**

| Biến số               | Lo âu N (%) | Giá trị P |
|-----------------------|-------------|-----------|
| <b>Khoa</b>           |             |           |
| Ngoại Tiêu hóa (n=95) | 65 (68,4)   | 0,87      |
| TKLN (n=95)           | 64 (67,4)   |           |

Mức độ lo âu của người bệnh trước phẫu thuật ở 2 khoa tương đồng nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $P = 0,87$ .

**Bảng 3.4. Một số vấn đề lo âu của người bệnh trước khi phẫu thuật**

| Vấn đề lo âu của NB                  | Số lượng (%) |
|--------------------------------------|--------------|
| Đau sau phẫu thuật                   | 162 (85,3)   |
| Các tai biến trong phẫu thuật        | 101 (53,2)   |
| Không đủ khả năng chi trả viện phí   | 74 (38,9)    |
| Thời gian chờ đợi phẫu thuật lâu     | 62 (32,6)    |
| Các biến chứng từ thuốc gây mê       | 87 (45,8)    |
| Phẫu thuật có khả năng bị hoãn lại   | 50 (26,3)    |
| Không có thu nhập vì nằm viện        | 84 (44,2)    |
| Môi trường bệnh viện không thoải mái | 61 (32,1)    |
| Sợ lây nhiễm các bệnh khác           | 59 (31,1)    |
| Không nhận được sự quan tâm          | 85 (44,7)    |

Nguyên nhân dẫn đến lo âu của người bệnh trước phẫu thuật chủ yếu là sợ đau sau phẫu thuật (85,3%), sợ các tai biến sau phẫu thuật (53,2%), các biến chứng của thuốc (45,8%).

**Bảng 3.5. Một số yếu tố liên quan đến lo âu của người bệnh: Phân tích hồi quy logistic đơn biến**

| Biến số                      | Lo âu N (%) | OR (KTC 95%)      | Giá trị P |
|------------------------------|-------------|-------------------|-----------|
| Giới tính                    |             |                   |           |
| Nam                          | 47 (56,0)   | 1                 | 0,02      |
| Nữ                           | 82 (77,4)   | 2,69 (1,44 -5,03) |           |
| Nhóm Tuổi                    |             |                   |           |
| < 50 tuổi                    | 66 (68,0)   | 1,01 (0,56 - 1,9) | 0,96      |
| ≥ 50 tuổi                    | 63 (67,7)   | 1                 |           |
| Khu vực sống                 |             |                   |           |
| Thành Thị                    | 42 (68,9)   | 1                 | 0,85      |
| Nông thôn                    | 87 (67,4)   | 1,07 (0,56 -2,06) |           |
| Trình độ                     |             |                   |           |
| THPT xuống                   | 65 (61,9)   | 1                 | 0,049     |
| Từ trung cấp trở lên         | 64 (75,3)   | 1,87 (1,0-3,5)    |           |
| Nghề nghiệp                  |             |                   |           |
| Lao động tự do, làm ruộng    | 93 (66,9)   | 1                 | 0,63      |
| Công chức và nghỉ hưu        | 36 (70,6)   | 1,2 (0,6-2,4)     |           |
| BHYT                         |             |                   |           |
| Có                           | 111(67,3)   | 1                 | 0,63      |
| Không                        | 18 (72,0)   | 1,25 (0,5- 3,2)   |           |
| Thu nhập TB (triệu)/tháng    |             |                   |           |
| < 7triệu                     | 73 (64,6)   | 1                 | 0,24      |
| ≥ 7 triệu                    | 56 (72,7)   | 1,4 (0,8-2,7)     |           |
| Tình trạng phụ thuộc kinh tế |             |                   |           |
| Không phụ thuộc              | 84 (68,9)   | 1,1 (0,6-2,1)     | 0,71      |
| Có phụ thuộc                 | 45 (66,2)   | 1                 |           |
| Hoạt động tư vấn GDSK        |             |                   |           |
| Có và đầy đủ                 | 72 (56,7)   | 1                 | <0,01     |
| Có nhưng chưa đủ             | 57 (90,5)   | 7,25 (2,9-18,1)   |           |
| PP phẫu thuật                |             |                   |           |
| Mổ mở                        | 69 (63,9)   | 1,1 (0,4-1,3)     |           |
| Mổ nội soi                   | 60 (73,2)   | 1                 | 0,29      |
| Hình thức phẫu thuật         |             |                   |           |
| Mổ phiên                     | 71 (64,5)   | 1                 | 0,43      |
| Mổ cấp cứu                   | 58 (72,5)   | 1,3 (0,7-2,5)     |           |
| Tiền sử phẫu thuật           |             |                   |           |
| Chưa bao giờ                 | 73 (65,2)   | 1                 | 0,34      |
| > 1 lần                      | 56 (71,8)   | 1,36 (0,72 -2,5)  |           |

Lo âu có liên quan với giới tính Nữ  $P = 0,02$  (OR=2,69, KTC 95%: 1,44 -5,03). Liên quan với trình độ từ trung cấp trở lên  $P = 0,049$  (OR=1,87, KTC 95%: 1,0-3,5) và hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe  $P < 0,01$  (OR=7,25, KTC 95%: 2,9- 18,1).

Không có mối liên quan giữa lo âu với nhóm tuổi, khu vực sống, nghề nghiệp, BHYT, tôn giáo, hình thức phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật và tiền sử phẫu thuật với  $p > 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Chuẩn bị trước mổ và chăm sóc sau mổ là công việc quan trọng nhằm chủ động ngăn ngừa các biến chứng, nó phụ thuộc vào tâm lý, bệnh lý, mức độ nặng nhẹ của bệnh... Điều dưỡng cần nắm vững các nguyên tắc về chăm sóc, tư vấn, giải thích cho NB để người bệnh phối hợp và an tâm điều trị để đảm bảo chắc chắn cho sự thành công của cuộc mổ.

Qua khảo sát 190 NB ở hai khoa ngoại tiêu hóa và Thần kinh lồng ngực, đa số NB là nữ chiếm 55,8%, NB có nhóm tuổi < 50 chiếm 51,1%. NB ở khu vực nông thôn (67,9%), nghề nghiệp chủ yếu là lao động tự do và làm ruộng (73,1%). NB chủ yếu có BHYT (86,8%).

Trong nghiên cứu này cho thấy hình thức phẫu thuật chủ yếu là mổ phiến chiếm 57,9%, có 41,1% NB đã từng trải qua ít nhất một cuộc phẫu thuật.

Lo âu của người bệnh không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe mà còn ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật, chăm sóc và điều trị. Tỷ lệ NB lo âu trong nghiên cứu là 68% chủ yếu là mức độ nhẹ (23,7%), vừa (39,5%), nặng (4,7%). Tỷ lệ này thấp hơn một số tác giả

khác Nguyễn Thu Thụ 79,3% [3], Tác giả Thái Hoàng Đế (83,4%) [1]; kết quả cao hơn Phạm Quang Minh (22,8%) [2], kết quả cao hơn có thể lý giải NB tại Bệnh viện Đại học y Hà Nội 100% có thể do người bệnh mổ phiến nên có sự chuẩn bị và giải thích chu đáo hơn.

Vấn đề lo âu lớn nhất đối với hầu hết người bệnh trước khi mổ các tai biến trong phẫu thuật (53,2%) thấp hơn tác giả Nguyễn Thị Thu Thụ (69,4%) [3]; Tác giả Phạm Quang Minh (72%) [2]; biến chứng từ thuốc gây mê (45,8%). Vì vậy, nếu điều trị bằng thuốc hoặc phẫu thuật thôi thì chưa đủ, mà cần phải hỗ trợ tâm lý, hoạt động giao tiếp giữa thầy thuốc và bệnh nhân góp phần quan trọng cho sự thành công của điều trị.

Sợ đau sau phẫu thuật theo nghiên cứu của chúng tôi chiếm 85,3%, tỷ lệ này cao hơn so với Nguyễn Thu Thụ (79,3%) [3], Thái Hoàng Đế (64,1%) [1], điều này có thể lý giải tỷ lệ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các tác giả khác. Tương đồng với tác giả Phạm Thị Hoàng Yến [4] người bệnh sợ đau sau phẫu thuật chiếm 87,1%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có yếu tố có thể kiểm soát được các yếu tố liên quan đến lo âu của người bệnh đó là hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe, tư vấn tập chung vào các vấn đề người bệnh lo lắng như đau, bệnh viện hiện nay triển khai rất nhiều phương pháp giảm đau sau mổ làm người bệnh an tâm và hài lòng hơn.

Người bệnh có thu nhập cao  $\geq 7$  triệu có tỷ lệ lo âu cao hơn NB có thu nhập thấp < 7 triệu, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, điều này có thể lý giải những người thu nhập cao thường có công việc với thu

nhập ổn định do vậy khi nhập viện sẽ khiến lo sợ công việc, thu nhập bị ảnh hưởng.

Người bệnh mổ cấp cứu có tỷ lệ lo âu (72,5%) cao hơn người bệnh mổ phiên (64,5%), điều này có thể lý giải khi NB mổ phiên sẽ có sự chuẩn bị, hướng dẫn chu đáo về mặt tinh thần, thể chất và điều kiện kinh tế.

Với các chỉ số có được qua khảo sát, chúng tôi nhận thấy khi NB chuẩn bị phẫu thuật không được tiếp xúc với gia đình họ, không có người thân bên cạnh thì việc quan tâm, động viên, giải thích của điều dưỡng nói riêng và NVYT nói chung để chia sẻ, hướng dẫn giúp họ vượt qua được các lo lắng, sợ hãi trước mỗi cuộc phẫu thuật là hết sức cần thiết và quan trọng. Trên thực tế, lo âu trước phẫu thuật có thể ảnh hưởng đến bệnh nhân cả về thể chất và tâm lý. Về mặt tâm lý, nó có thể thay đổi cách thức một cá nhân suy nghĩ, cảm nhận và hành động. Về thể chất, lo lắng làm tăng epinephrine vào tuần hoàn gây co thắt mạch máu, tăng nhịp tim và lực co bóp, tăng huyết áp và nhiệt độ, đổ mồ hôi và đỏ mồm. Nó cũng dẫn đến việc không tập trung hoặc khó khăn trong việc thực hiện các nhiệm vụ [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, việc giảm mức độ lo âu của bệnh nhân trước phẫu thuật đóng vai trò hết sức quan trọng trong hồi phục của bệnh nhân sau mổ.

Khi phân tích tìm mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với lo âu, chúng tôi thấy nữ giới lo âu nhiều hơn nam giới, do đặc điểm tâm lý của nữ giới có xu hướng dễ dàng bộc lộ các cảm xúc và suy nghĩ của bản thân hơn do vậy đứng trước cuộc mổ, người bệnh là nữ giới sẽ có nguy cơ mắc lo âu cao hơn

nam giới. Giới nữ từ lâu đã mang trong mình tâm lý dễ giao động nhất là khi phải đứng trước những tình huống khó khăn và điều này cũng không có sự khác biệt khi sắp phải trải qua một cuộc mổ ảnh hưởng đến đi lại của họ sau đó. KQ này có sự tương đồng với nhiều NC của các tác giả trong nước và trên thế giới như Nguyễn Thị Thu Thư 2020 [3], Phạm Quang Minh- 2020 [2]

Chúng tôi cũng tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ người bệnh với sự lo âu ( $p < 0,05$ ), nhóm có trình độ từ Trung cấp/cao đẳng trở lên lo âu cao hơn nhóm trình độ từ PTTH trở xuống. Để lý giải cho kết quả này những người học vấn cao, thường có điều kiện làm các công việc thiên về trí óc, nên họ cũng có xu hướng dễ gặp phải các vấn đề liên quan đến tâm lý, tinh thần hơn so với những người có trình độ học vấn thấp. Nghiên cứu này cũng tìm thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về lo âu giữa nhóm được tư vấn GDSK và nhóm có được tư vấn nhưng chưa đầy đủ ( $p < 0,05$ ). Điều này có thể đc giải thích những người được tư vấn có kiến thức sẽ hiểu biết và an tâm hơn.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ lo âu của người bệnh trước phẫu thuật là 68%, trong đó mức độ lo âu vừa chiếm 40%. Người bệnh trước phẫu thuật chủ yếu sợ đau (85,3%); sợ tai biến sau phẫu thuật (53,2%).

Một số yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu của người bệnh trước phẫu thuật gồm: giới tính, trình độ học vấn và hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thái Hoàng Đế và cộng sự** (2011). Đánh giá tâm lý người bệnh trước và sau phẫu thuật tại khoa ngoại Bệnh viện đa khoa huyện An Phú. Kỷ yếu Hội nghị khoa học bệnh viện An Giang - Số 10/2011 trang 187-193
2. **Phạm Quang Minh và cộng sự** (2020). Khảo sát tình trạng lo âu, Stress trước phẫu thuật ở bệnh nhân mổ phôi thai tại khoa Chấn thương chỉnh hình và y học Thể Thao bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí nghiên cứu y học số 10 năm 2020 trang 85 -91
3. **Nguyễn Thị Thu Thư và cộng sự** (2020). Khảo sát mức độ lo âu và một số yếu tố liên quan của NB trước phẫu thuật dạ dày tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2020. Tài liệu hội nghị khoa học Điều dưỡng Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức lần thứ XII năm 2022
4. **Phạm Thị Hoàng Yến và cộng sự** (2021). Khảo sát tâm lý người bệnh trước phẫu thuật có kế hoạch tại khoa Gây mê hồi sức bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam tập 516- tháng 7 số 1 năm 2022, trang 268-271
5. **Nguyễn Tấn Việt và cộng sự** (2018). Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến sự lo âu của NB trước phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh số 5 trang 158 -164
6. **Pedras, S., Carvalho, R., & Pereira, MG** (2018). Một mô hình dự đoán về các triệu chứng lo lắng và trầm cảm sau khi cắt cụt chi dưới. Tạp chí Người khuyết tật và Sức khỏe , 11 (1), 79-85.
7. **Costa, VADSF, Silva, SCFD, & Lima, VCPD** (2010). Nỗi lo của bệnh nhân trước mổ:: liên minh giữa điều dưỡng và bác sĩ tâm lý. Revista da SBPH , 13 (2), 282-298.
8. <http://ninh.gov.vn/thang-danh-gia-lo-au-tram-cam-stress-dass-21>



## THỰC TRẠNG STRESS, LO ÂU, TRẦM CẢM CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG NĂM 2023

Trần Thị Hương Trà<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Luyện<sup>2</sup>

### TÓM TẮT.

**Đặt vấn đề:** Cùng với sự phát triển của xã hội thì các rối loạn sức khỏe tinh thần đang là mối lo ngại không chỉ ở một quốc gia nào, mà đang ở cấp độ toàn cầu. Do đặc thù nghề nghiệp thì nhân viên y tế thường có tỷ lệ stress cao, đặc biệt là điều dưỡng.

**Mục tiêu:** mô tả thực trạng stress, lo âu, trầm cảm của điều dưỡng viên (ĐDV) và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Lão khoa trung ương (BVLKTW) năm 2023.

**Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang và chọn mẫu toàn bộ, được tiến hành trên 209 ĐDV trực tiếp hỗ trợ, chăm sóc người bệnh tại BVLKTW. ĐDV trả lời theo bộ câu hỏi được thiết kế sẵn dựa trên thang đo DASS 21.

**Kết quả:** tỷ lệ ĐDV có stress, lo âu, trầm cảm lần lượt là 18,7%, 43,5%, 29,7%, đa số ở mức độ nhẹ và vừa. Điều dưỡng ở các đơn vị Hồi sức - Cấp cứu và Khám bệnh - Cận lâm sàng có tỷ lệ stress, lo âu, trầm cảm cao hơn. Tuổi của ĐDV, thâm niên công tác, không có nhà riêng, khoảng cách từ nơi ở tới bệnh viện làm tăng nguy cơ mắc stress, lo âu, trầm cảm ( $p < 0,05$ ).

**Kết luận:** Cần tổ chức khám tâm soát, phát hiện sớm các vấn đề về sức khỏe tâm thần cho ĐDV.

**Từ khóa:** điều dưỡng, stress, lo âu, trầm cảm, DASS-21.

### SUMMARY

#### STRESS, ANXIETY, DEPRESSION OF NURSES AT NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL IN 2023

**Background:** Along with the development of society, mental health disorders are a concern not only in one country, but at the global. Due to occupational characteristics, medical staff often have high prevalence of stress, especially nurses.

**Objectives:** This study aims to describe the current situation of stress, anxiety, depression of nurses and association with related factors at National Geriatric Hospital in 2023.

**Method:** It was a cross-sectional study with systematic sampling and conducted on 209 nurses who directly support and care for patients at National Geriatric Hospital. The nurses answered according to a pre-designed questionnaire and the stress, anxiety and depression assessed by the DASS 21 scale.

**Results:** the proportion of nurses with stress, anxiety, and depression were 18.7%, 43.5%, 29.7%, respectively. Most are mild and moderate stage. Nurses in Resuscitation - Emergency and Outpatient and Subclinical units have higher rates of stress, anxiety, and depression. The nurse's age, seniority in work, not having a home, and distance from residence to the hospital

<sup>1</sup>Phòng Điều dưỡng - Bệnh viện Lão khoa Trung ương

<sup>2</sup>Khoa Chẩn đoán hình ảnh - Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hương Trà  
SĐT: 0353876168

Email: tra6168@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 24/6/2024

Ngày duyệt bài: 25/7/2024

increase the risk of stress, anxiety, and depression ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** It is necessary to screen frequently mental health problems for nurses.

**Keywords:** nurse, stress, anxiety, depression, DASS - 21.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển của xã hội thì các rối loạn sức khỏe tinh thần đang là mối lo ngại không chỉ ở một quốc gia nào, mà đang ở cấp độ toàn cầu, ở cả các nước phát triển và đang phát triển, nước giàu hay nghèo. Nghiên cứu của Siddaway và cộng sự năm 2017 “Lo lắng tâm lý mối liên quan đến sự hài lòng trong công việc của các điều dưỡng làm việc tại bệnh viện” sử dụng thang đo DASS-21 cho 932 điều dưỡng ở Malaysia cho thấy tỷ lệ căng thẳng, lo âu và trầm cảm lần lượt là 14,4%, 39,3% và 18,8% [7]. Tại Việt Nam, trong những năm gần đây các nghiên cứu về sức khỏe tâm thần của nhân viên y tế cũng bắt đầu được quan tâm. Nghiên cứu của Nguyễn Thành Tấn (2022) về thực trạng sức khỏe tâm thần của điều dưỡng tại các bệnh viện trên địa bàn thành phố Cần Thơ cho thấy tỷ lệ điều dưỡng mắc stress, lo âu và trầm cảm lần lượt là 9,2%; 7,6%; 6,7% đa số ở mức độ nhẹ và vừa, 5,1% điều dưỡng có cùng ba dạng rối loạn trên [5]. Chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương là bệnh viện chuyên khoa đầu ngành về khám chữa bệnh và chăm sóc người cao tuổi trong phạm vi cả nước. Việc nắm bắt được tình trạng sức khỏe tinh thần và các yếu tố liên quan sẽ cung cấp các luận cứ khoa học giúp các nhà quản lý đưa ra giải pháp hiệu quả và khả thi góp phần nâng cao sức khỏe tinh thần của điều dưỡng, qua đó góp phần nâng cao chất lượng công tác chăm sóc, phục vụ người

bệnh. Với những cơ sở như trên chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu cụ thể sau:

- Mô tả thực trạng stress, lo âu, trầm cảm của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2023 theo thang điểm DASS 21.

- Xác định một số yếu tố liên quan đến stress, lo âu, trầm cảm của điều dưỡng viên bệnh viện.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Điều dưỡng viên đã được ký hợp đồng làm việc chính thức, trực tiếp tham gia công tác thăm khám, chăm sóc người bệnh hàng ngày tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Tiêu chuẩn loại trừ: Điều dưỡng đi học, nghỉ thai sản, nghỉ phép hoặc nghỉ ốm trong thời gian thực hiện nghiên cứu; Các điều dưỡng viên làm tại các đơn vị thuộc khối hành chính; Điều dưỡng không đồng ý tham gia nghiên cứu

### 2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại 12 khoa lâm sàng, 02 khoa cận lâm sàng và 01 phòng chức năng (phòng Công tác xã hội phụ trách tiếp đón, hướng dẫn người bệnh tại khoa Khám bệnh), từ tháng 4/2023 đến tháng 10/2023.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu cứu mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang.

### 2.4. Cỡ mẫu

Chọn mẫu toàn bộ, tổng số 209 điều dưỡng tham gia nghiên cứu.

### 2.5. Chỉ tiêu nghiên cứu

Thông tin chung của điều dưỡng:

- + Các yếu tố cá nhân: tuổi, giới, trình độ chuyên môn, tình trạng hôn nhân, số con, tôn giáo, có nhà riêng không, khoảng cách từ nơi

ở tới bệnh viện.

+ Các yếu tố công việc: thâm niên công tác, đơn vị công tác, trực chuyên môn, thu nhập trung bình, đối tượng lao động.

Thực trạng stress, lo âu, trầm cảm của điều dưỡng theo thang đo DASS 21.

Yếu tố liên quan đến stress, lo âu, trầm cảm của điều dưỡng viên: các yếu tố cá nhân, các yếu tố công việc

## 2.6. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Điều dưỡng viên trả lời theo bộ câu hỏi phát vấn được xây dựng dựa trên nội dung của thang đo DASS 21. Thang đo DASS 21 được sử dụng để đánh giá tình trạng stress, lo âu, trầm cảm do Lovibond và cộng sự xây dựng, được phát triển và cung cấp bởi quỹ tâm lý Úc, dịch ra tiếng Việt bởi Viện Sức khỏe tâm thần Bệnh viện Bạch Mai [1]. Chỉ số Cronbach's Alpha từ 0,70 đến 0,88 cho các tiểu mục và toàn bộ thang đo. Độ nhạy

và độ đặc hiệu của thang đo là 79,1% và 77,0% [4].

Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch, nhập bằng phần mềm Excel, sau đó phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0 cho các thông tin mô tả và phân tích thống kê. Phần mô tả: thể hiện tần số, tỷ lệ của các biến trong nghiên cứu. Phần phân tích: test thống kê kiểm định  $X^2$  (biến định danh), One Way ANOVA (biến liên tục) và mô hình Hồi quy Logistic được sử dụng để tìm mối liên quan giữa các đặc điểm thông tin chung và tình trạng stress, lo âu, trầm cảm của điều dưỡng.

**2.7. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được sự thông qua của Hội đồng đạo đức Bệnh viện Lão khoa Trung ương và nghiên cứu nhằm mục đích nâng cao chất lượng sức khỏe tâm thần của điều dưỡng. Thông tin của đối tượng nghiên cứu chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu và tham gia tự nguyện.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

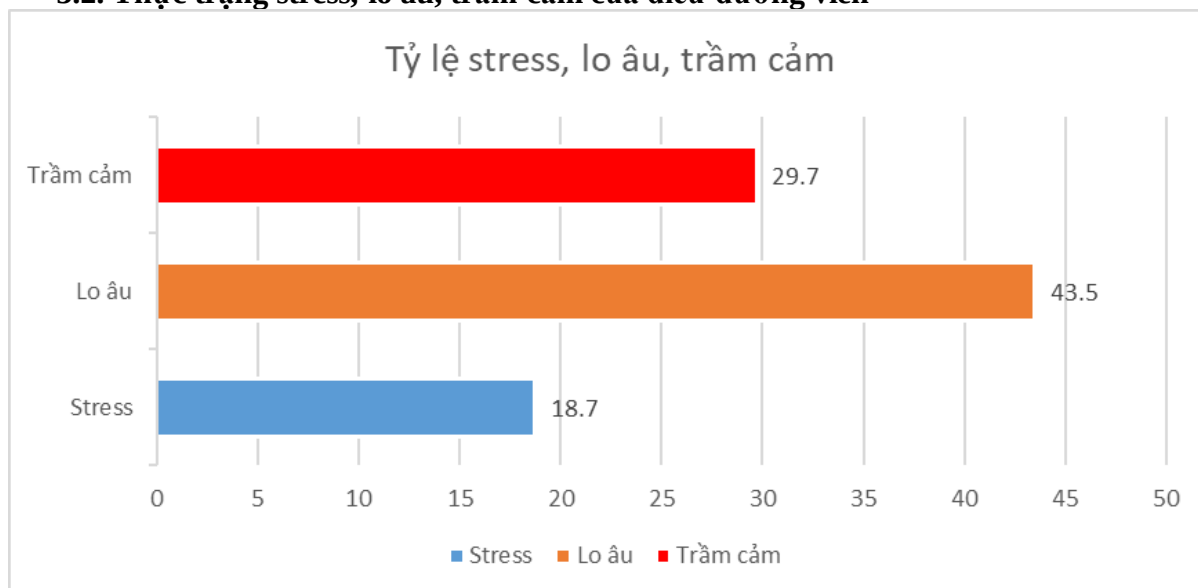
### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1. Thông tin chung của điều dưỡng viên (n=209)**

|                 | Nội dung               | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------|------------------------|------------|-----------|
| Tuổi            | < 30 tuổi              | 77         | 36,8      |
|                 | ≥ 30 tuổi              | 132        | 63,2      |
| Giới            | Nam                    | 47         | 22,5      |
|                 | Nữ                     | 162        | 77,5      |
| Trình độ        | Trung cấp, Cao đẳng    | 111        | 53,1      |
|                 | Đại học, Sau ĐH        | 98         | 46,9      |
| Thâm niên       | < 5 năm                | 37         | 17,7      |
|                 | ≥ 5 năm                | 172        | 82,3      |
| Đơn vị công tác | Hồi sức - Cấp cứu      | 68         | 32,5      |
|                 | Nội lâm sàng nhà C     | 37         | 17,7      |
|                 | Nội lâm sàng nhà B     | 48         | 22,9      |
|                 | Khám bệnh-Cận lâm sàng | 56         | 26,8      |

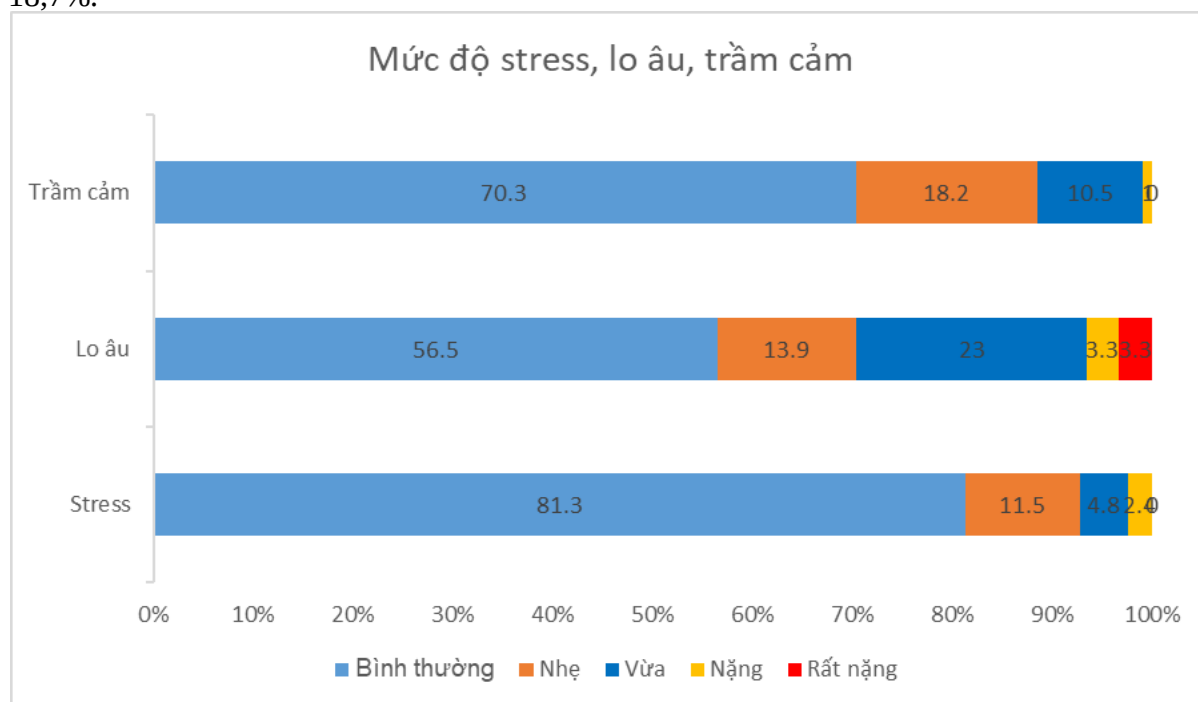
**Nhận xét:** Trong số 209 điều dưỡng tham gia nghiên cứu thì nhóm từ 30 tuổi trở lên chiếm 63,2%, 77,5% là nữ giới; 46,9% trình độ đại học và sau đại học, nhóm có thâm niên công tác từ 5 năm trở lên chiếm 82,3%, 32,5% làm việc tại đơn vị hồi sức và cấp cứu.

### 3.2. Thực trạng stress, lo âu, trầm cảm của điều dưỡng viên



**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ stress, lo âu, trầm cảm chung của điều dưỡng**

**Nhận xét:** Trong 209 điều dưỡng tham gia nghiên cứu thì số điều dưỡng có lo âu chiếm tỷ lệ cao nhất 43,5%, tiếp đến là tỷ lệ trầm cảm chiếm 29,7% và thấp nhất là stress chiếm 18,7%.



**Biểu đồ 3.2. Mức độ stress, lo âu, trầm cảm của điều dưỡng bệnh viện**

**Nhận xét:** Kết quả cho thấy tỷ lệ mắc lo âu mức độ vừa, nặng và rất nặng cao nhất chiếm tỷ lệ 23,0%, 3,3% và 3,3%; tiếp đến là tỷ lệ mắc trầm cảm vừa, nặng và rất nặng chiếm 18,2%, 10,5% và 1,0%; thấp nhất là tỷ lệ stress chiếm 4,8%, 2,4% và 0,0%.

### 3.3. Các yếu tố liên quan đến stress, lo âu, trầm cảm ở điều dưỡng viên

**Bảng 3.2. Mối liên quan giữa một số đặc điểm cá nhân với tình trạng stress, lo âu, trầm cảm ở điều dưỡng viên**

| Biến số                |                          | Stress       |               |       | Lo âu        |               |       | Trầm cảm     |               |       |
|------------------------|--------------------------|--------------|---------------|-------|--------------|---------------|-------|--------------|---------------|-------|
|                        |                          | Có           | Không         | P     | Có           | Không         | P     | Có           | Không         | P     |
|                        |                          | n (%)        | n (%)         |       | n (%)        | n (%)         |       | n (%)        | n (%)         |       |
| <b>Tuổi</b>            | < 30 tuổi                | 20<br>(26,0) | 57<br>(74,0)  | 0,038 | 36<br>(46,8) | 41<br>(53,2)  | 0,474 | 25<br>(32,5) | 52<br>(67,5)  | 0,498 |
|                        | ≥ 30 tuổi                | 19<br>(14,4) | 113<br>(85,6) |       | 55<br>(41,7) | 77<br>(58,3)  |       | 37<br>(28,0) | 95<br>(72,0)  |       |
| <b>Giới</b>            | Nam                      | 8<br>(17,0)  | 39<br>(83,0)  | 0,743 | 19<br>(40,4) | 28<br>(59,6)  | 0,625 | 12<br>(25,5) | 35<br>(74,5)  | 0,481 |
|                        | Nữ                       | 31<br>(19,1) | 131<br>(80,9) |       | 72<br>(44,4) | 90<br>(55,6)  |       | 50<br>(30,9) | 112<br>(69,1) |       |
| <b>Thâm niên</b>       | < 5 năm                  | 6<br>(16,2)  | 31<br>(83,8)  | 0,674 | 20<br>(54,1) | 17<br>(45,9)  | 0,155 | 16<br>(43,2) | 21<br>(56,8)  | 0,046 |
|                        | ≥ 5 năm                  | 33<br>(19,2) | 139<br>(80,8) |       | 71<br>(41,3) | 101<br>(58,7) |       | 46<br>(26,7) | 126<br>(73,3) |       |
| <b>Đơn vị công tác</b> | Hồi sức - Cấp cứu        | 16<br>(23,5) | 52<br>(76,5)  | 0,515 | 32<br>(47,1) | 36<br>(52,9)  | 0,115 | 24<br>(35,5) | 44<br>(64,7)  | 0,281 |
|                        | Nội lâm sàng nhà C       | 7<br>(18,9)  | 30<br>(81,1)  |       | 16<br>(43,2) | 21<br>(56,8)  |       | 9<br>(24,3)  | 28<br>(75,7)  |       |
|                        | Nội lâm sàng nhà B       | 6<br>(12,5)  | 42<br>(87,5)  |       | 14<br>(29,2) | 34<br>(70,8)  |       | 10<br>(20,9) | 38<br>(79,1)  |       |
|                        | Khám bệnh - Cận lâm sàng | 10<br>(17,9) | 46<br>(82,1)  |       | 29<br>(51,8) | 27<br>(48,2)  |       | 19<br>(34,0) | 37<br>(66,0)  |       |
| <b>Có nhà riêng</b>    | Có                       | 11<br>(12,1) | 80<br>(87,9)  | 0,032 | 37<br>(40,7) | 54<br>(59,3)  | 0,461 | 21<br>(23,1) | 70<br>(76,9)  | 0,067 |
|                        | Không                    | 28<br>(23,7) | 90<br>(76,3)  |       | 54<br>(45,8) | 64<br>(54,2)  |       | 41<br>(34,7) | 77<br>(65,3)  |       |

**Nhận xét:** Kết quả cho thấy yếu tố tuổi của điều dưỡng và không có nhà riêng có mối liên quan với stress của điều dưỡng, thâm niên công tác có mối liên quan với trầm cảm của điều dưỡng ( $p < 0,05$ ). Nhóm điều dưỡng ở Hồi sức - Cấp cứu và Khám bệnh - Cận lâm sàng có tỷ lệ stress, lo âu, trầm cảm cao hơn các nhóm khác.

**Bảng 3.3. Mô hình hồi quy đa biến giữa stress, lo âu, trầm cảm và các yếu tố liên quan**

| Biến số                 | Stress                   |       | Lo âu                    |       | Trầm cảm                 |       |
|-------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|-------|
|                         | OR<br>(CI 95%)           | P     | OR<br>(CI 95%)           | P     | OR<br>(CI 95%)           | P     |
| Tuổi                    |                          |       | 0,857<br>(0,414 - 1,773) | 0,677 | 1,327<br>(0,601 - 2,927) | 0,484 |
| Thâm niên               | 2,238<br>(0,775 - 6,458) | 0,136 | 0,543<br>(0,225 - 1,310) | 0,174 | 0,518<br>(0,208 - 1,287) | 0,157 |
| Đơn vị công tác         | 0,943<br>(0,860 - 1,034) | 0,213 | 1,029<br>(0,956 - 1,107) | 0,448 | 1,015<br>(0,937 - 1,099) | 0,717 |
| Tình trạng hôn nhân     |                          |       | 1,512<br>(0,490 - 4,670) | 0,472 | 0,962<br>(0,294 - 3,152) | 0,949 |
| Trực chuyên môn         | 0,373<br>(0,100 - 1,395) | 0,143 | 0,825<br>(0,281 - 2,418) | 0,726 | 1,521<br>(0,434 - 5,325) | 0,512 |
| Số con                  |                          |       | 0,692<br>(0,213 - 2,243) | 0,539 | 0,715<br>(0,208 - 2,465) | 0,596 |
| Trình độ                | 0,594<br>(0,258 - 1,365) | 0,219 | 0,664<br>(0,333 - 1,326) | 0,246 | 0,908<br>(0,431 - 1,915) | 0,800 |
| Có nhà riêng            | 2,306<br>(1,043 - 5,098) | 0,039 | 1,259<br>(0,687 - 2,307) | 0,457 | 1,635<br>(0,838 - 3,190) | 0,149 |
| Đối tượng lao động      | 1,578<br>(0,710 - 3,508) | 0,139 | 0,823<br>(0,429 - 1,579) | 0,558 | 0,956<br>(0,475 - 1,925) | 0,900 |
| Khoảng cách tới BV      |                          |       | 2,087<br>(1,054 - 4,130) | 0,035 | 0,952<br>(0,476 - 1,902) | 0,888 |
| Thu nhập TB trong tháng |                          |       | 1,527<br>(0,825 - 2,826) | 0,178 | 1,118<br>(0,579 - 2,157) | 0,740 |

**Nhận xét:** Kết quả cho thấy yếu tố không có nhà riêng có mối liên quan với stress, khoảng cách từ nơi ở tới bệnh viện có mối liên quan với lo âu của điều dưỡng với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Thực trạng stress, lo âu, trầm cảm của điều dưỡng

Qua sàng lọc theo thang điểm DASS 21 cho thấy trong 209 điều dưỡng tham gia nghiên cứu thì tỷ lệ có lo âu, trầm cảm, stress lần lượt là 43,5%, 29,7%, 18,7%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Lê Thị Phương Liên về stress, lo âu, trầm cảm và một số yếu tố

liên quan ở điều dưỡng viên bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2019 thì điều dưỡng viên có tỷ lệ lo âu, trầm cảm và stress lần lượt là 33,3%, 22,0% và 18,5% [2]. Nghiên cứu cho thấy kết quả phân loại theo mức độ nhẹ, vừa và nặng với tỷ lệ tương ứng là: lo âu 13,9%, 23,0%, 3,3%; trầm cảm 18,2%, 10,5%, 1,0%; stress 11,5%, 4,8%, 2,4%. Kết quả của chúng tôi cũng cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thành Tấn về thực trạng sức khỏe tâm thần của điều dưỡng viên tại các bệnh viện trên địa bàn thành phố Cần Thơ năm 2022 (mức độ nhẹ, vừa, nặng lần lượt là: lo âu 2,8%, 2,2%, 1,3%; trầm cảm 3,2%, 2,6%, 0,6%; stress 6,7%, 1,6%, 0,9% [5].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác, có thể lý giải do sự khác nhau về thời gian, địa điểm nghiên cứu, đối tượng khám chữa bệnh. Đối tượng khám chữa bệnh của chúng tôi là người cao tuổi đa bệnh lý, có nhiều thay đổi tâm sinh lý khác với người trẻ, phần lớn có suy giảm hoạt động chức năng, mức độ phụ thuộc cao.

Các điều dưỡng viên làm việc tại đơn vị Hồi sức và Cấp cứu có tỷ lệ stress, trầm cảm, lo âu cao nhất chiếm tỷ lệ lần lượt là 23,5%, 35,3%, 47,1%; tiếp đến là nhóm làm việc tại các đơn vị nhóm Khám bệnh - Cận lâm sàng với tỷ lệ stress, trầm cảm, lo âu lần lượt là 17,9%, 34,0%, 51,8%. Kết quả này của chúng tôi cũng khá tương đồng với hai nghiên cứu về tình trạng trầm cảm, lo âu, stress của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 thì điều dưỡng viên khoa Cấp cứu - hồi sức (nghiên cứu của Nguyễn Xuân Trường năm 2021) có tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress cao hơn điều dưỡng làm việc tại các khoa nội của bệnh viện (nghiên cứu của Nguyễn Bạch Ngọc năm 2019) với tỷ lệ lần lượt là 32,4%, 35,1%, 63,1% với 24,5%, 43,2%, 19,6% [3] [6].

#### **4.2. Một số yếu tố liên quan đến stress, lo âu, trầm cảm của điều dưỡng**

Khi so sánh tìm mối liên quan thống kê giữa các yếu tố cá nhân, đặc điểm công việc với tình trạng mắc stress, lo âu, trầm cảm của điều dưỡng thì nhóm chưa kết hôn, đã ly hôn hoặc góa, nhóm chưa có con, nhóm trình độ trung cấp và cao đẳng, là lao động hợp đồng, làm việc tại đơn vị Hồi sức - Cấp cứu và Khám bệnh - Cận lâm sàng, trực chuyên môn có tỷ lệ stress, lo âu, trầm cảm cao hơn các nhóm khác. Tuy nhiên sự khác biệt giữa các nhóm yếu tố này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Khi xét đến yếu tố tuổi và thâm niên công tác của điều dưỡng viên thì tuổi càng thấp, thâm niên càng ít thì càng có nguy cơ stress, trầm cảm cao hơn. Nhóm dưới 30 tuổi có tỷ lệ stress cao hơn nhóm trên 30 tuổi (26,0% với 14,4%); nhóm có thâm niên công tác dưới 5 năm có tỷ lệ trầm cảm cao hơn nhóm từ 5 năm trở lên (43,2% với 26,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nghiên cứu cũng cho thấy nhóm điều dưỡng không có nhà riêng có tỷ lệ stress cao hơn nhóm có nhà riêng (23,7% so với 12,1%); nhóm điều dưỡng có khoảng cách từ nơi ở tới bệnh viện từ 5 km trở lên có tỷ lệ lo âu cao hơn nhóm dưới 5 km (47,4% với 33,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Lý giải điều này có thể do đây là lứa tuổi mới vào nghề chưa lâu, chưa có nhiều kinh nghiệm, trong khi đó đối tượng khám chữa bệnh là người cao tuổi đa bệnh lý, có nhiều yếu tố đặc thù, đòi hỏi người điều dưỡng cần có kiến thức tổng hợp và kỹ năng chăm sóc phù hợp. Đây cũng là độ tuổi chuẩn bị hoặc mới lập gia đình nên phát sinh nhiều vấn đề về gia đình và xã hội...

Hạn chế của nghiên cứu này là chỉ tìm hiểu các yếu tố liên quan thông qua thống kê mà chưa phân tích được những yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng lo âu, trầm cảm và stress của điều dưỡng viên như điều kiện, môi trường làm việc, mối quan hệ trong công việc, đối tượng chăm sóc và một số yếu tố về gia đình và xã hội khác. Trong một nghiên cứu định tính tiếp theo, chúng tôi sẽ phân tích tìm hiểu thêm các yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng sức khỏe tâm thần của điều dưỡng viên bệnh viện.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ điều dưỡng bệnh viện có stress, lo âu, trầm cảm qua sàng lọc bằng thang điểm DASS 21 lần lượt là 18,7%, 43,5% và 29,7%. Có mối liên quan thống kê giữa yếu tố tuổi, thâm niên công tác, không có nhà riêng, khoảng cách từ nơi ở tới bệnh viện với tình trạng stress, lo âu, trầm cảm của điều dưỡng. Bệnh viện cần tổ chức khám tầm soát phát hiện sớm các vấn đề về sức khỏe tâm thần cho điều dưỡng, nhất là nhóm tuổi dưới 30, thâm niên dưới 5 năm và làm việc tại Hồi sức - Cấp cứu - Khám bệnh - Cận lâm sàng. Tổ chức các hoạt động vui chơi, giải trí, thể dục thể thao nâng cao sức khỏe đồng thời tạo sân chơi sau giờ làm việc làm giảm căng thẳng, tăng tình đoàn kết gắn bó với khoa và bệnh viện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Thu Hồng** (2023), “Căng thẳng, lo âu, trầm cảm của điều dưỡng lâm sàng tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương năm 2023 và một số yếu tố ảnh hưởng”, Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 528 - TN, NG 7 - số 1 - 2023, tr 345-349.
2. **Lê Thị Phương Liên** (2019), “Stress, lo âu, trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở điều dưỡng viên”, Y học cộng đồng 2020, Tập 60, số 7-2020. tr125-130.
3. **Nguyễn Bạch Ngọc** (2019), “Mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến stress, trầm cảm và lo âu ở nhân viên điều dưỡng khối nội tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108”, Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy, Tập 14, số 6/2019, tr 108-116.
4. **Rối loạn lo âu**, Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1, <https://bvtttw1.gov.vn/roi-loan-lo-ai/>.
5. **Nguyễn Thành Tấn** (2022), “Thực trạng sức khỏe tâm thần của điều dưỡng tại các bệnh viện trên địa bàn thành phố Cần Thơ”, Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 524 tháng 3, số 1B -2023, tr 193-198.
6. **Nguyễn Xuân Trường** (2021), “Khảo sát tình trạng trầm cảm, lo âu, stress ở điều dưỡng viên Khoa Cấp cứu, các khoa hồi sức tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2021”, Tạp chí Y dược lâm sàng 108, Tập 16, số 7/2021, tr 147-153.
7. **Siddaway A. P. , Wood A. M. and Taylor P. J.** (2017), "The Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) scale measures a continuum from well-being to depression: Testing two key predictions of positive clinical psychology", Journal of Affective Disorders, Vol 213, pp. 180-186.



## NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH NHÂN VIÊM GAN VIRUS B TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2021

Trần Thị Phụng<sup>1</sup>, Phạm Thị Hồng Nhung<sup>1</sup>,  
Nguyễn Việt Hương, Hoàng Thị Thu<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm của bệnh nhân viêm gan virus B tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

**Đối tượng:** Bệnh nhân nhiễm virus viêm gan B đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, từ tháng 1 đến tháng 11 năm 2021.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện, có chủ đích.

**Kết quả:** Trong 566 đối tượng nghiên cứu, tỉ lệ nam giới nhiều hơn nữ giới, 296 bệnh nhân (52,3%) so với 270 bệnh nhân (47,7%); lứa tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $44,11 \pm 16,43$  tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 41 - 50 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 31,5%. Bệnh nhân sống tại Thành phố 58,7%; nhiễm HBV gặp chủ yếu ở nhóm đối tượng là công nhân, người lao động, chiếm 47,7%; sau đó là nhóm cán bộ, viên chức chiếm 22,3%. Bệnh nhân có sử dụng thẻ bảo hiểm y tế cao, chiếm 81,8%. Tiêm phòng vắc xin HBV là 33%; 315 (55,7%) bệnh nhân đã được phát hiện nhiễm HBV từ trước, 245 (43,3%) bệnh nhân có người thân trong gia đình cũng bị nhiễm HBV; 11,3% bệnh nhân đã từng làm việc tại cơ sở y tế, phơi nhiễm với máu, 10,1% đã

từng được truyền máu, 0,4% đã, đang được lọc máu chu kỳ, 1,8 % đã từng tiêm chính ma túy, 0,4% có quan hệ tình dục không an toàn, 1,6% từng là tù nhân

**Từ khoá:** Viêm gan virus B, Tiền sử, tỉ lệ phơi nhiễm

### SUMMARY

#### DESCRIBE SOME CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH HEPATITIS B VIRUS AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL IN 2021

**Aim:** Describe some characteristics of patients with hepatitis B virus at Thai Nguyen Central Hospital

**Subjects:** Patients infected with hepatitis B virus coming for examination and treatment at Thai Nguyen Central Hospital, from January to November 2021.

**Method:** Descriptive, cross-sectional study, convenient and purposive sampling.

**Results:** Among 566 study subjects, the proportion of men was higher than that of women, 296 patients (52.3%) compared to 270 patients (47.7%); The average age of the research subjects is  $44.11 \pm 16.43$  years old, of which the age group from 41 - 50 years old accounts for the highest proportion of 31.5% . Patients living in the City 58.7%; HBV infection occurs mainly in workers and laborers, accounting for 47.7%; followed by the group of officials and employees accounting for 22.3%. Patients using health insurance cards are high, accounting for 81.8%. HBV vaccination is 33%. 315 (55.7%) patients were found to be infected with HBV before, 245 (43.3%) patients had family members also

<sup>1</sup>Khoa Bệnh Nhiệt đới - Bệnh viện Trung ương Thái nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Phụng  
SĐT: 0984315239

Email: phuongdakhoatn@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 10/6/2024

Ngày duyệt bài: 20/7/2024

infected with HBV; 11.3% of patients have ever worked at a medical facility, been exposed to blood, 10.1% have ever received a blood transfusion, 0.4% have had, are currently undergoing dialysis, 1.8% have ever received blood transfusion. injected drugs, 0.4% had unsafe sex, 1.6% were prisoners

**Keywords:** Hepatitis B virus, History, exposure rate

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm virus B gây viêm gan (Hepatitis B Virus = HBV) vẫn còn là một vấn đề sức khỏe toàn cầu. Bệnh viêm gan virus B (VGVR B) là một bệnh truyền nhiễm nguy hiểm do virus viêm gan B (HBV) gây ra. Bệnh có khả năng lây nhiễm rất cao. Hiện nay, trên thế giới ước tính có trên 2 tỉ người đã từng hay đang bị nhiễm HBV, khoảng 400 triệu người mang HBV mạn trong đó 75% là người châu Á. Hàng năm, trên thế giới có khoảng 1 triệu trường hợp tử vong có liên quan đến bệnh viêm gan virus (chiếm khoảng 2,7% tổng số các trường hợp tử vong). Virus viêm gan B và C là nguyên nhân gây ung thư gan hàng đầu, ước tính có khoảng 57% các trường hợp xơ gan và 78% trường hợp ung thư gan tiên phát do nhiễm virus viêm gan B và C. Vì thế, mặc dù chương trình tiêm chủng mở rộng có hiệu quả rộng rãi trong thời gian qua đã giảm đáng kể tỉ lệ nhiễm HBV cấp trong nhiều nước, nhưng nhiễm HBV cho đến nay vẫn còn là một nguyên nhân quan trọng gây mắc bệnh và tử vong [1].

Theo thống kê mới đây cho thấy, Việt Nam là một trong các nước thuộc khu vực có tỉ lệ lưu hành virus viêm gan B cao trên thế giới (10 - 20%). Trong cộng đồng, cứ khoảng 8 người sẽ có 01 người mắc VGVR B mạn, khoảng 40% các trường hợp tử vong do ung thư gan có liên quan đến VGVR B [2].

Thái Nguyên là tỉnh trung du miền núi phía Bắc, có đặc điểm địa dư phong phú, với số dân trên một triệu người. Ngoài ra, còn có nhiều cán bộ, người dân lao động, học sinh, sinh viên từ nhiều vùng miền tới làm việc, lao động, học tập trên địa bàn. Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là Bệnh viện hạng đặc biệt trực thuộc Bộ Y tế, tuyến cuối ở khu vực Miền núi phía Bắc. Bệnh viện có số lượng bệnh nhân khám và điều trị lớn trong khu vực, có mô hình bệnh tật đa dạng, phong phú. Trong đó, có số lượng lớn bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm gan virus B. Tuy nhiên, chưa có báo cáo cụ thể về đặc điểm bệnh nhân viêm gan virus B đến khám và điều trị tại Bệnh viện. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục đích: **Mô tả một số đặc điểm của bệnh nhân viêm gan virus B tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.**

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

566 bệnh nhân nhiễm virus viêm gan B đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

#### \* Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên có kết quả xét nghiệm viêm gan (HBsAg hoặc Anti - HBC IgM) dương tính.

#### \* Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân dưới 18 tuổi và những đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

#### 2.2.2. Mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, có chủ đích. Chọn 566 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm virus viêm gan B đến khám và

điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, từ tháng 01 đến tháng 11 năm 2021.

### 2.3. Nội dung và các chỉ số nghiên cứu

- Một số đặc điểm chung: Tuổi, giới tính, tình trạng sử dụng bảo hiểm y tế; Địa dư (thành phố, nông thôn); Nghề nghiệp (học sinh, sinh viên, cán bộ, viên chức, công nhân lao động, dịch vụ).

- Tiền sử được chẩn đoán viêm gan virus B, tiền sử gia đình có người nhiễm HBV

- Lý do được phát hiện nhiễm virus viêm gan B: khám sức khỏe định kỳ, Khám bệnh kèm theo, khám bệnh có chủ đích.

- Tiền sử tiêm phòng vắc xin viêm gan virus B: Đã tiêm đủ; chưa tiêm; không rõ

- Tình trạng phơi nhiễm chung: Làm việc tại cơ sở y tế, có bị phơi nhiễm máu; đã từng được truyền máu; đã hoặc đang lọc máu chu kỳ; từng tiêm thuốc heroin hoặc thuốc gây nghiện khác, từng quan hệ tình dục không an

toàn, từng là tù nhân hoặc bị giam giữ trước đây.

- Một số chẩn đoán lâm sàng: Nhiễm virus viêm gan B thể không hoạt động, viêm gan virus B cấp, viêm gan virus B mạn, các biến chứng của Viêm gan virus B mạn (Biến chứng xơ gan, biến chứng ung thư gan).

### 2.4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

- Số liệu được khai thác từ hồ sơ bệnh án nội trú và phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn, sau đó điền vào mẫu phiếu nghiên cứu đã được xây dựng.

- Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học dựa trên phần mềm SPSS 16.0

**2.5. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên chấp thuận.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (N=566)**

| Biến số       |             | Tần số (n)        | Tỉ lệ (%) |
|---------------|-------------|-------------------|-----------|
| Giới tính     | Nam         | 296               | 52,3      |
|               | Nữ          | 270               | 47,7      |
| Nhóm tuổi     | 18 - 20     | 42                | 7,4       |
|               | 21 - 30     | 57                | 10,1      |
|               | 31 - 40     | 120               | 21,2      |
|               | 41 - 50     | 178               | 31,5      |
|               | 51 - 60     | 102               | 18        |
|               | > 60        | 67                | 11,8      |
|               | TB $\pm$ SD | 44,11 $\pm$ 16,43 |           |
| Bảo hiểm y tế | Có          | 463               | 81,8      |
|               | Không       | 103               | 18,2      |

**Nhận xét:** Trong tổng số 566 đối tượng nghiên cứu có 296 bệnh nhân (chiếm 52,3%) là nam giới; 270 bệnh nhân (chiếm 47,7%) là nữ giới.

Tuổi trung bình của đối tượng tham gia

nghiên cứu là 44,11  $\pm$  16,43 tuổi; Nhóm tuổi có tỉ lệ cao nhất là 41-50 tuổi với 31,5%; Nhóm tuổi trên 60 tuổi có tỉ lệ thấp nhất, chỉ 11,8%%; 81,8% bệnh nhân sử dụng thẻ bảo hiểm y tế;

**Bảng 3.2. Đặc điểm địa dư và nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu**

|             | <b>Biến số</b>            | <b>Tần số (n)</b> | <b>Tỉ lệ</b> |
|-------------|---------------------------|-------------------|--------------|
| Địa dư      | Thành phố                 | 332               | 58,7         |
|             | Nông thôn                 | 234               | 41,3         |
| Nghề nghiệp | Học sinh, sinh viên       | 48                | 8,5          |
|             | Cán bộ, viên chức         | 126               | 22,3         |
|             | Công nhân, người lao động | 270               | 47,7         |
|             | Nghề khác                 | 122               | 21,5         |

**Nhận xét:** Trong số 566 đối tượng nghiên cứu, có 332 (58,7%) bệnh nhân sống ở thành phố, có 234 (41,3%) bệnh nhân sống ở nông thôn. Bệnh nhân có nghề nghiệp là công nhân, người lao động chiếm tỉ lệ cao nhất 270 (47,7%). Sau đó đến cán bộ, viên chức là 126 (22,3%). Nhóm học sinh, sinh viên có tỉ lệ thấp nhất là 48 (8,5%).

**Bảng 3.3. Tiền sử liên quan**

|                                      | <b>Biến số</b>        | <b>Tần số (n)</b> | <b>Tỉ lệ (%)</b> |
|--------------------------------------|-----------------------|-------------------|------------------|
| Đã được phát hiện nhiễm HBV từ trước | Có                    | 315               | 55,7             |
|                                      | Không                 | 240               | 44,3             |
| Tiền sử gia đình có người nhiễm HBV  | Có                    | 245               | 43,3             |
|                                      | không                 | 224               | 39,6             |
|                                      | Không rõ              | 97                | 17,1             |
| Lý do phát hiện nhiễm HBV            | Khám sức khoẻ định kỳ | 250               | 44,2             |
|                                      | Khám bệnh lý hiện tại | 175               | 30,9             |
|                                      | Khám chủ động         | 141               | 24,9             |
| Tiêm phòng vắc xin HBV               | Có tiêm đủ            | 236               | 33               |
|                                      | Không tiêm            | 205               | 57,6             |
|                                      | Không nhớ             | 125               | 9,4              |

**Nhận xét:** Có 315 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 55,7% được phát hiện nhiễm HBV từ trước, 245 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 43,3% trong gia đình có người nhiễm HBV. Lý do phát hiện HBV do khám sức khoẻ định kỳ chiếm tỉ lệ 44,2%, do khám các bệnh lý hiện tại chiếm tỉ lệ 30,9%, chỉ có 24,9% bệnh nhân đi khám chủ động do vấn đề về sức khoẻ liên quan đến bệnh.

**Bảng 3.4. Tình trạng phơi nhiễm chung của đối tượng nghiên cứu (N=566)**

|                                         | <b>Biến số</b> | <b>Tần số (n)</b> | <b>Tỉ lệ (%)</b> |
|-----------------------------------------|----------------|-------------------|------------------|
| Làm việc tại cơ sở y tế, phơi nhiễm máu | Có             | 64                | 11,3             |
|                                         | Không          | 488               | 86,2             |
|                                         | Không rõ       | 14                | 2,5              |
| Đã từng được truyền máu                 | Có             | 57                | 10,1             |
|                                         | Không          | 507               | 89,6             |

|                                            |          |     |      |
|--------------------------------------------|----------|-----|------|
|                                            | Không rõ | 2   | 0,4  |
| Lọc máu chu kỳ                             | Có       | 2   | 0,4  |
|                                            | Không    | 562 | 99,3 |
|                                            | Không rõ | 2   | 0,4  |
| Từng tiêm heroin hoặc thuốc khác           | Có       | 10  | 1,8  |
|                                            | Không    | 553 | 97,7 |
|                                            | Không rõ | 3   | 0,5  |
| Từng quan hệ tình dục không an toàn        | Có       | 2   | 0,4  |
|                                            | Không    | 559 | 98,8 |
|                                            | Không rõ | 3   | 0,5  |
| Từng là tù nhân hoặc bị giam giữ trước đây | Có       | 9   | 1,6  |
|                                            | Không    | 554 | 97,9 |
|                                            | Không rõ | 1   | 0,2  |

**Nhận xét:** Có 64 (chiếm 11,3%) bệnh nhân cho biết đã từng làm việc tại cơ sở y tế, có bị phơi nhiễm máu. 17 bệnh nhân đã từng truyền máu chiếm 10,1%. 02 bệnh nhân phải lọc máu chu kỳ chỉ chiếm 0,4%. Có 10 bệnh nhân (chiếm 1,8%) cho biết đã từng tiêm heroin hoặc thuốc khác. Có 9 bệnh nhân (chiếm 1,6%) bệnh nhân từng là tù nhân hoặc bị giam giữ.

**Bảng 3.5. Chẩn đoán lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

| Biến số                                    |                        | Tần số (n) | Tỉ lệ (%) |
|--------------------------------------------|------------------------|------------|-----------|
| Nhiễm virus viêm gan B thể không hoạt động |                        | 129        | 22,8      |
| Viêm gan virus B cấp                       |                        | 15         | 2,7       |
| Viêm gan virus B mạn                       | Chưa có biến chứng     | 313        | 55,3      |
|                                            | Biến chứng xơ gan      | 101        | 17,8      |
|                                            | Biến chứng ung thư gan | 8          | 1,4       |

**Nhận xét:** 63 bệnh nhân (chiếm 11,1%) có biến chứng xơ gan, 8 bệnh nhân (chiếm 1,4%) có biến chứng ung thư gan và 111 bệnh nhân (chiếm 19,6%) có chỉ định điều trị thuốc kháng virus.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 566 bệnh nhân nhiễm virus viêm gan B, kết quả cho thấy tỉ lệ bệnh nhân là nam giới gặp nhiều hơn nữ giới, 296 bệnh nhân (52,3%) so với 270 bệnh nhân (47,7%); lứa tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $44,11 \pm 16,43$  tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 41 - 50 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 31,5%. Nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thu Hương thì tỉ lệ nhiễm tập trung ở lứa tuổi 30 - 50[3].

Nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Kim Ngân cho thấy tỉ lệ nhiễm HBV tập trung ở lứa tuổi > 50 [4]. Tác giả Phạm Ngọc Thanh cũng đưa ra kết quả nam giới có tỉ lệ mắc cao hơn nữ giới (với tỉ suất chênh tương ứng lần lượt là  $OR=1,56$ ,  $95\%CI=1,09-2,21$ ) [5]. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Cường tại Quảng Bình cũng cho thấy nhóm tuổi lao động chính là nhóm 20-50 tuổi, chiếm đến 65,42%, sự khác biệt về tỉ lệ nhiễm vi rút VGB giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,005$  [6].

Bệnh nhân có sử dụng thẻ bảo hiểm y tế khi khám bệnh chiếm 81,8%, đây là số liệu ấn tượng và có giá trị trong chăm sóc sức khỏe người dân. Hiện tại, tỉ lệ bao phủ thẻ bảo hiểm y tế trên toàn dân đã đạt mức

93,35% dân số [7], việc sử dụng thẻ bảo hiểm y tế sẽ hỗ trợ người dân nhiều trong khám và điều trị, đặc biệt đối với những bệnh mãn tính, kéo dài như viêm gan virus B.

332 đối tượng nghiên cứu sinh sống tại Thành phố, chiếm tỉ lệ 58,7%; công nhân, người lao động chiếm đa số với 47,7 %, tiếp sau đó là đến cán bộ, viên chức, chiếm tỉ lệ 22,3 %, đối tượng là dịch vụ, bao gồm những người làm nghề tự do, thương mại dịch vụ chiếm tỉ lệ 21,5%. Trong khi đó, kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đức Cường cho thấy tỉ lệ nhiễm HBV ở nông thôn cao hơn ở thành thị (13,5% so với 9,18%) với  $P < 0,05$  [6].

Nghiên cứu một số tiền sử liên quan đến bệnh viêm gan virus B ở đối tượng nghiên cứu cho thấy: 55,7% bệnh nhân đã được phát hiện nhiễm HBV từ trước, 245 bệnh nhân trong gia đình có người nhiễm virus HBV, chiếm tỉ lệ 43,3%. Nghiên cứu về lý do phát hiện nhiễm HBV ở đối tượng nghiên cứu cho thấy: 44,2% bệnh nhân được phát hiện tình cờ do khám sức khỏe định kỳ; 30,9% bệnh nhân được phát hiện khi khám và điều trị các bệnh lý hiện tại; 24,9% bệnh nhân được phát hiện do chủ động đi khám, xét nghiệm để chẩn đoán bệnh khi thấy bất thường về sức khỏe.

Số bệnh nhân được tiêm vắc xin phòng viêm gan virus B là 33%, Kết quả này cũng hoàn toàn phù hợp với lứa tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $44,11 \pm 16,43$  tuổi, ở nhóm tuổi này chưa được tiêm phòng vắc xin HBV trong chương trình tiêm chủng mở rộng (CTTCMR). Mãi đến năm 2006, CTTCMR mới được bao phủ rộng trên toàn quốc. Do vậy, những người sinh trước năm 2006 phải chủ động tiêm phòng vắc xin virus viêm gan B. Đây là vấn đề cần đặc biệt quan tâm trong công tác tuyên truyền, giáo dục

sức khỏe cộng đồng về phòng, chống viêm gan virus trong cộng đồng. [8].

Nghiên cứu tình trạng phơi nhiễm chung của 566 đối tượng nghiên cứu cho thấy, 64 (chiếm 11,3%) bệnh nhân cho biết đã từng làm việc tại cơ sở y tế, có bị phơi nhiễm máu. 17 bệnh nhân đã từng truyền máu chiếm 10,1%. 02 bệnh nhân phải lọc máu chu kỳ chỉ chiếm 0,4%. Có 10 bệnh nhân, chiếm 1,8% cho biết đã từng tiêm heroin hoặc thuốc khác. Có 9 bệnh nhân, chiếm 1,6% bệnh nhân từng là tù nhân hoặc bị giam giữ. Kết quả cho thấy, lây truyền HBV ở đối tượng nghiên cứu qua phơi nhiễm với máu và truyền máu cũng phù hợp với y văn và các nghiên cứu khác. Theo công nhận của Liên Bộ Y tế, Lao động - Thương binh và Xã hội và Tổng Liên đoàn Lao động Việt Nam về căn bệnh này, khoảng 17,6% nhân viên y tế có thể bị nhiễm virus gây ra bệnh viêm gan B [8].

Trong số 566 bệnh nhân nghiên cứu, có 129 (22,8%) bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm virus HBV thể không hoạt động, chỉ có 15 (2,7%) bệnh nhân được chẩn đoán viêm gan virus B cấp. Trong tổng số 422 bệnh nhân viêm gan virus B mạn, có 313 (55,3%) bệnh nhân chưa có biến chứng, 101(17,8%) bệnh nhân có biến chứng xơ gan, 8 (1,4%) bệnh nhân có biến chứng ung thư gan.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 566 bệnh nhân nhiễm virus viêm gan B, kết quả cho thấy tỉ lệ bệnh nhân là nam giới gặp nhiều hơn nữ giới, 296 (52,3%) bệnh nhân so với 270 (47,7%) bệnh nhân; lứa tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $44,11 \pm 16,43$  tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 41 - 50 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 31,5%

Đa số bệnh nhân sống tại Thành phố, chiếm tỉ lệ 58,7%, tỉ lệ nhiễm HBV gặp chủ yếu ở nhóm đối tượng là công nhân, người lao động, chiếm 47,7%, sau đó là nhóm cán bộ, viên chức chiếm 22,3%. Tỉ lệ bệnh nhân có sử dụng thẻ bảo hiểm y tế cao, chiếm 81,8%. Tỉ lệ tiêm phòng vắc xin HBV là 33%.

315 (55,7%) bệnh nhân đã được phát hiện nhiễm HBV từ trước, 245 (43,3%) bệnh nhân có người thân trong gia đình cũng bị nhiễm HBV.

11,3% bệnh nhân đã từng làm việc tại cơ sở y tế, phơi nhiễm với máu, 10,1% đã từng được truyền máu, 0,4% đã, đang được lọc máu chu kỳ, 1,8% đã từng tiêm chính ma túy, 0,4% có quan hệ tình dục không an toàn, 1,6% từng là tù nhân

22,8% được chẩn đoán nhiễm virus HBV thể không hoạt động, chỉ có 15 bệnh nhân được chẩn đoán viêm gan virus B cấp, chiếm tỉ lệ 2,7%. 422 bệnh nhân, chiếm được chẩn đoán viêm gan B mạn tính, trong đó có 313 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 55,3% chưa có biến chứng, 101 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 17,8% đã có biến chứng xơ gan, 8 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 1,4% đã có biến chứng ung thư gan

## VI. KIẾN NGHỊ

Tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tới người dân nhằm nâng cao nhận thức về bệnh viêm gan virus B để có thái độ đúng trong phòng ngừa lây truyền bệnh bằng các biện pháp chủ động như tiêm phòng vắc xin, áp dụng các biện pháp an toàn phòng lây truyền qua đường máu, đường quan hệ tình dục... chủ động kiểm tra

sức khỏe nhằm phát hiện sớm và điều trị kịp thời bệnh viêm gan virus B.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế và WHO** (2017), Phổ biến kết quả mô hình ước tính gánh nặng bệnh tật do viêm gan vi rút B và C và phân tích hiệu quả đầu tư.
2. **Nguyen, V. T., Law, M. G. and Dore, G. J.** (2008), "An enormous hepatitis B virus-related liver disease burden projected in Vietnam by 2025", *Liver Int.* 28(4), p. 525-31
3. **Vũ Thị Thu Hương**, Tỉ lệ nhiễm virus viêm gan b tại một số địa phương khu vực phía bắc việt nam. *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*, 2021. 3(35): p. 85-88.
4. **Bùi Thị Kim Ngân**, Thực trạng mang HbsAg và một số yếu tố liên quan tới nhiễm virus viêm gan B ở thuyền viên. 2021.
5. **Chỉ thị số 38-CT/TW, ngày 7/9/2009** của Ban Bí thư về "Đẩy mạnh công tác BHYT trong tình hình mới".
6. **Phạm Ngọc Thanh**, Thực trạng, một số yếu tố liên quan đến nhiễm virus viêm gan B ở người trưởng thành tại khu vực Tây Nguyên và Hiệu quả can thiệp dự phòng lây nhiễm. *Dịch tễ học*. 2021, Viện vệ sinh dịch tễ Trung ương. Hà Nội
7. <https://moh.gov.vn/web/phong-chong-benh-nghe-nghiep/he-thong-bao-cao>
8. **Bộ Y tế**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh viêm gan virus B. Ban hành kèm theo Quyết định số: 3310/QĐ-BYT ngày 29 tháng 7 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế. 3310/QĐ-BYT, 2019.

## THỰC TRẠNG TUÂN THỦ VÀ HIỆU QUẢ ÁP DỤNG GÓI DỰ PHÒNG VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY CHO BỆNH NHÂN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - CHỐNG ĐỘC, BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2023

Nguyễn Văn Giang<sup>1</sup>, La Văn Luân<sup>1</sup>, Đoàn Thị Huệ<sup>1</sup>,  
Đào Tiến Thịnh<sup>1</sup>, Hoàng Trung Lâm<sup>2</sup>, Phan Thị Loan<sup>2</sup>

### TÓM TẮT.

**Đặt vấn đề:** Viêm phổi liên quan đến máy thở là một trong những bệnh nhiễm trùng phổ biến nhất phát triển ở các đơn vị chăm sóc đặc biệt và do đó góp phần làm tăng tỷ lệ tử vong. Gói dự phòng viêm phổi thở máy là biện pháp hiệu quả để giảm tỷ lệ này nhưng việc đánh giá tuân thủ còn chưa cao.

**Mục tiêu:** Đánh giá thực trạng tuân thủ và hiệu quả áp dụng của gói dự phòng viêm phổi liên quan thở máy tại Bệnh viện trung ương Thái Nguyên.

**Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu 1 nhóm can thiệp trước-sau được thực hiện ở 39 điều dưỡng và quan sát 250 lần việc điều dưỡng thực hiện gói dự phòng liên quan thở máy từ tháng 6/2023 đến 3/2024.

**Kết quả:** Tổng số có 39 điều dưỡng với độ tuổi trung bình là 32,1 tuổi. Chủ yếu là nữ chiếm 85%. Đa số có trình độ Cao đẳng trở lên chiếm 88,7%. Chỉ 41% biết về gói dự phòng viêm phổi. Tỷ lệ tuân thủ đúng và đầy đủ gói dự phòng viêm phổi đạt trên 70% khi thực hiện các kỹ thuật Vệ

sinh răng miệng, thay đổi tư thế và hút đờm dãi. Tỷ lệ viêm phổi và số ca viêm phổi mới giảm so với trước can thiệp.

**Kết luận và khuyến nghị:** Tỷ lệ tuân thủ thực hành gói dự phòng viêm phổi liên quan đến thở máy trong nghiên cứu này đạt yêu cầu. Số ca viêm phổi và tỷ lệ viêm phổi mới giảm so với trước can thiệp gói dự phòng viêm phổi. Tuy nhiên, tỷ lệ điều dưỡng biết về gói dự phòng viêm phổi chuẩn còn hạn chế. Công tác đào tạo cho điều dưỡng viên về kiến thức, thực hành các biện pháp dự phòng VPTM là cần thiết và cần được thực hiện thường xuyên, liên tục, có kiểm tra và giám sát chặt chẽ hơn.

**Từ khóa:** Viêm phổi liên quan thở máy, gói dự phòng viêm phổi, tỷ lệ viêm phổi, điều dưỡng tuân thủ thực hành

### SUMMARY

#### STATUS OF COMPLIANCE AND EFFECTIVENESS OF IMPLEMENTING THE VENTILATOR- ASSOCIATED PNEUMONIA BUNDLE CARE AT INTENSIVE CARE UNIT, THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL IN 2023

**Background:** Ventilator - associated pneumonia (VAP) is one of the most common infections developing at intensive care units and contributes to increased mortality rate. The ventilator pneumonia prevention bundle is an

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Giang  
SĐT: 0982682875

Email: vangiangddls@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 28/6/2024

Ngày duyệt bài: 27/7/2024



effective method to reduce this rate, but compliance to this bundle is not high.

**Objective:** To evaluate the compliance status and effectiveness of the VAP prevention bundle at Thai Nguyen National Hospital.

**Methods:** One group before-and-after intervention study was conducted on 39 nurses and observed 250 nurses implementing VAP bundle from June 2023 to March 2024.

**Results:** A total of 39 nurses were included, with an average age of 32,1 years old and females is account for 85%. The majority have college degrees or higher, accounting for 88,7%. Only 41% know about VAP bundle. The rate of correct and complete compliance with the VAP bundle reached over 70% when implemented oral hygiene, changing positions, and suctioning techniques. The rate of pneumonia and the number of new pneumonia cases decreased compared to before the VAP bundle intervention.

**Conclusions and recommendations:** The rate of compliance with the ventilator-associated pneumonia prevention package in this study was satisfactory. The number of pneumonia cases and new pneumonia cases decreased after implementing VAP bundle. However, the proportion of nurses who know about the standard VAP bundle is still limited. Training for nurses on the knowledge and practice of VAP prevention is necessary and should be carried out regularly and continuously, with closer inspection and supervision.

**Keywords:** ventilator-associated pneumonia, VAP bundle, pneumonia rate, nurses, practice compliance

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thở máy là một trong những kỹ thuật quan trọng không thể thiếu trong hồi sức cấp cứu [1]. Thở máy cũng là một trong những lý do phổ biến nhất khiến bệnh nhân phải nhập viện chăm sóc tích cực, nhưng việc điều trị vẫn đi kèm với các biến chứng. Viêm phổi

liên quan đến máy thở là một trong những bệnh nhiễm trùng phổ biến nhất phát triển ở các đơn vị chăm sóc đặc biệt và do đó góp phần làm tăng tỷ lệ tử vong [2]. Viêm phổi liên quan đến máy thở (VAP), được định nghĩa là bệnh viêm phổi bệnh viện phát triển sau 48 giờ bắt đầu thở máy [3,4]. Nó có thể được đặc trưng là có sự phát triển mới hoặc tiến triển ở thâm nhiễm phổi, tiết mủ, tăng bạch cầu hoặc sốt [5]. Do gánh nặng mà VAP đặt lên kết quả của bệnh nhân và khối lượng công việc của điều dưỡng tăng lên, một số biện pháp phòng ngừa đã được thiết lập để chống lại tỷ lệ lây nhiễm ngày càng tăng này [4,6]. Việc giáo dục điều dưỡng là cần thiết để thực hiện các phương pháp phòng ngừa và bao gồm nâng đầu giường, thực hiện chăm sóc răng miệng định kỳ và hút đờm dãi thường xuyên, kiểm tra áp lực bóng chèn khí quản, hay được gọi là gói dự phòng viêm phổi thở máy. Năng lực lâm sàng là một trong những yêu cầu quan trọng nhất của nghề điều dưỡng và nếu không có kỹ năng tốt nhất thì việc chăm sóc và an toàn cho bệnh nhân cuối cùng sẽ gặp nguy hiểm [8].

Tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc (HSTC-CĐ), Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên đã áp dụng các chỉ số được khuyến cáo phòng viêm phổi thở máy vào trong chăm sóc người bệnh thở máy mong muốn giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện và tỷ lệ viêm phổi liên quan đến thở máy (VPLQTM). Tuy nhiên, việc đánh giá hiệu quả gói dự phòng VPLQTM trên người bệnh thở máy tại khoa HSTC-CĐ, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên vẫn chưa được thực hiện đầy đủ và chặt chẽ. Do đó nhóm nghiên cứu đã thực hiện đề tài với mục tiêu:

1. *Đánh giá sự tuân thủ gói dự phòng viêm phổi liên quan thở máy tại khoa HSTC-CD, bệnh viện trung ương Thái Nguyên.*

2. *Đánh giá hiệu quả áp dụng gói dự phòng viêm phổi liên quan thở máy tại khoa HSTC-CD, bệnh viện trung ương Thái Nguyên.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** là toàn bộ Điều dưỡng và người bệnh tại khoa HSTC-CD, bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên thỏa mãn tiêu chí sau:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn Điều dưỡng:** Toàn bộ điều dưỡng tham gia trực tiếp chăm sóc người bệnh tại khoa HSTC-CD. Tiêu chuẩn loại trừ: Điều dưỡng hợp đồng hoặc làm việc ít hơn 03 tháng, trợ lý Điều dưỡng.

- **Tiêu chuẩn chọn người bệnh:** Tất cả người bệnh từ 18 tuổi trở lên có thở máy qua mở khí quản hoặc nội khí quản tại khoa HSTC-CD trong thời điểm nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh thở máy không xâm nhập.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp 01 nhóm, trước - sau, không đối chứng.

**Cỡ mẫu:** Toàn bộ trong thời gian từ 06/2023 đến 03/2024.

**Phương pháp chọn mẫu:** Thuận tiện có chủ đích

### 2.3. Gói dự phòng viêm phổi và thực hiện can thiệp

Gói dự phòng viêm phổi cho người bệnh thở máy được xây dựng dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế và các nghiên cứu liên quan [2],[7,8]. Nội dung gói dự phòng viêm phổi gồm thực hiện đúng và đầy đủ các bước của quy trình Kỹ thuật chăm sóc răng miệng, Thay đổi tư thế và Hút đờm dãi cho người bệnh thở máy. Gói dự phòng viêm phổi được

hướng dẫn, đào tạo và cập nhật cho Điều dưỡng tại khoa vào các buổi giao ban hàng ngày (30 phút) và được giám sát khi Điều dưỡng thực hiện chăm sóc trực tiếp bệnh nhân.

### 2.4. Bộ công cụ và chỉ tiêu nghiên cứu

\* Bộ công cụ số liệu được xây dựng dựa trên bảng kiểm sẵn có của Bộ Y tế, bảng kiểm của Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên gồm: (1) Đặc điểm nhân khẩu học của Điều dưỡng, (2) Bảng kiểm quy trình Chăm sóc răng miệng (8 bước), Thay đổi tư thế (4 bước) và Hút đờm dãi (14 bước); các bảng kiểm này được đánh giá theo 3 mức độ từ 0 đến 2 gồm: 2= Đúng và thực hiện đầy đủ, 1 = Đúng và thực hiện chưa đầy đủ, 0 = Không thực hiện. Tỷ lệ % được tính để đánh giá mức độ thực hiện Đúng và đầy đủ các bước của mỗi kỹ thuật.

\* Chỉ tiêu nghiên cứu gồm: (1) Đặc điểm của Điều dưỡng như: Tuổi, giới, trình độ học vấn, hôn nhân, kinh nghiệm làm việc, biết về gói dự phòng viêm phổi, (2) Tỷ lệ (%) thực hiện Đúng và đầy đủ các bước của kỹ thuật Vệ sinh răng miệng, Thay đổi tư thế, Hút đờm dãi, (3) Kết quả bệnh nhân về số ngày thở máy (ngày), số ca viêm phổi (ca) và tỷ lệ viêm phổi mới (%).

### 2.5. Thu thập số liệu

Sau khi Điều dưỡng được đào tạo và hướng dẫn về tuân thủ gói dự phòng viêm phổi. Nhóm nghiên cứu sẽ quan sát sự tuân thủ về quy trình kỹ thuật trong gói dự phòng viêm phổi và đánh giá theo 3 mức độ: 2= Đúng và thực hiện đầy đủ, 1 = Đúng và thực hiện chưa đầy đủ, 0 = không thực hiện. Hiệu quả trên bệnh nhân được thực hiện hồi cứu số liệu về số ngày thở máy, số ca viêm phổi và tỷ lệ mắc mới trước can thiệp (tháng 06/2023 - 12/2023) và sau can thiệp (01/2024 đến 03/2024).

**2.6. Phân tích số liệu:** Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 25.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của Điều dưỡng**

| Đặc điểm                              |                   | N                        | %    |
|---------------------------------------|-------------------|--------------------------|------|
| Tuổi (Trung bình $\pm$ SD; Min - Max) |                   | 32,1 $\pm$ 6,59; 24 - 51 |      |
| Giới tính                             | Nam               | 6                        | 15,4 |
|                                       | Nữ                | 33                       | 84,6 |
| Trình độ học vấn                      | Trung cấp         | 4                        | 10,3 |
|                                       | Cao đẳng          | 25                       | 64,1 |
|                                       | Đại học           | 10                       | 25,6 |
| Hôn nhân                              | Đã kết hôn        | 33                       | 84,6 |
|                                       | Chưa kết hôn      | 6                        | 15,4 |
| Kinh nghiệm làm việc                  | <5 năm            | 7                        | 17,9 |
|                                       | $\geq$ 5 - 10 năm | 14                       | 35,9 |
|                                       | $\geq$ 10 năm     | 18                       | 46,2 |
| Được đào tạo về chuyên ngành          | Không             | 17                       | 43,6 |
|                                       | Có                | 22                       | 56,4 |
| Biết về gói dự phòng viêm phổi        | Không             | 23                       | 59,0 |
|                                       | Có                | 16                       | 41,0 |

**Nhận xét:** Tổng số có N = 39 điều dưỡng tại khoa HSTC-CD, độ tuổi trung bình là 32,1 tuổi. Chủ yếu là nữ chiếm 85%. Đa số có trình độ Cao đẳng trở lên chiếm 88,7%. Rất ít Điều dưỡng có kinh nghiệm dưới 5 năm (17,9%). Chỉ 41% biết về gói dự phòng viêm phổi liên quan thở máy.

**Bảng 2. Tỷ lệ Điều dưỡng được quan sát khi thực hiện gói dự phòng viêm phổi**

| Cơ hội quan sát/1 bệnh nhân (ngày) | Tổng số cơ hội quan sát (n=250) |      |
|------------------------------------|---------------------------------|------|
|                                    | n                               | %    |
| > 3 lần                            | 86                              | 34,4 |
| 2 - 3 lần                          | 135                             | 54,0 |
| $\leq$ 1 lần                       | 250                             | 100  |

**Nhận xét:** Trong tổng số 250 lần quan sát thì 100% Điều dưỡng được quan sát 1 lần. Số lần được quan sát trên 3 lần chiếm 34,4%.

**Bảng 3. Tuân thủ quy trình vệ sinh răng miệng (n=250)**

| Các bước                                            | Đúng và đầy đủ n (%) |           |           |            |
|-----------------------------------------------------|----------------------|-----------|-----------|------------|
|                                                     | Tháng 1              | Tháng 2   | Tháng 3   | Tổng       |
| 1. Vệ sinh tay                                      | 78 (97,5)            | 87 (96,7) | 79 (98,8) | 244 (97,6) |
| 2. Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ                          | 75 (93,8)            | 83 (92,2) | 73 (91,3) | 231 (92,4) |
| 3. Chuẩn bị máy hút đầy đủ                          | 72 (90,0)            | 79 (87,8) | 73 (91,3) | 224 (89,6) |
| 4. Lấy kem đánh răng đảm bảo vô khuẩn               | 40 (50,0)            | 54 (60,0) | 48 (60,0) | 142 (56,8) |
| 5. Vệ sinh răng, lưỡi và bên trong (ít nhất 2 phút) | 77 (96,3)            | 86 (95,6) | 76 (95,0) | 239 (95,6) |
| 6. Làm sạch toàn bộ khoang miệng                    | 77 (96,3)            | 87 (96,7) | 77 (96,3) | 241 (96,4) |
| 7. Làm ẩm môi cho bệnh nhân                         | 38 (47,5)            | 54 (60,0) | 58 (72,5) | 150 (60,0) |
| 8. Tàn xuất đánh răng 8 tiếng/lần                   | 39 (48,8)            | 38 (42,2) | 32 (40,0) | 117 (46,8) |

**Nhận xét:** Trong tổng số 250 quan sát Điều dưỡng thực hiện vệ sinh răng miệng cho người bệnh cho thấy: Điều dưỡng tuân thủ đúng và đầy đủ quy trình và các bước của vệ sinh răng miệng đạt trên 90%. Lấy kem đánh răng đảm bảo vô khuẩn đạt gần 56,8%. Tần xuất đánh răng đảm bảo 8 tiếng/lần là 46,8%, làm ẩm môi sau khi vệ sinh là 60%.

**Bảng 4. Tuân thủ quy trình thay đổi tư thế (n=250)**

| Các bước                                 | Đúng và đầy đủ n (%) |           |           |            |
|------------------------------------------|----------------------|-----------|-----------|------------|
|                                          | Tháng 1              | Tháng 2   | Tháng 3   | Tổng       |
| 1. Vệ sinh tay                           | 75 (93,8)            | 82 (91,1) | 77 (96,3) | 231 (92,4) |
| 2. Cho bệnh nhân nằm đầu cao 30-45 độ    | 63 (78,8)            | 80 (89,9) | 73 (91,3) | 216 (86,4) |
| 3. Thay đổi tư thế với gối cứ 2 h/lần    | 44 (55,0)            | 74 (82,2) | 70 (87,5) | 188 (75,2) |
| 4. Kê cao 2 chân người bệnh thường xuyên | 66 (82,5)            | 82 (91,1) | 76 (95,0) | 224 (89,6) |

**Nhận xét:** Trong tổng số 250 quan sát Điều dưỡng thực hiện thay đổi tư thế cho người bệnh cho thấy: Đa số các bước đều đạt trên 86%. Trong đó nằm đầu cao đạt 86,4%. Tuy nhiên tần xuất thay đổi tư thế 2h/lần đạt 75,2%.

**Bảng 5. Tuân thủ quy trình hút đờm dãi (n=250)**

| Các bước                                                  | Đúng và đầy đủ n (%) |           |           |            |
|-----------------------------------------------------------|----------------------|-----------|-----------|------------|
|                                                           | Tháng 1              | Tháng 2   | Tháng 3   | Tổng       |
| 1. Vệ sinh tay lần 1                                      | 75 (93,8)            | 84 (93,3) | 78 (97,5) | 237 (94,8) |
| 2. Kiểm tra áp lực Cuff                                   | 45 (56,3)            | 61 (67,8) | 72 (90,0) | 176 (70,4) |
| 3. Làm ẩm các thiết bị đường thở                          | 54 (67,5)            | 64 (71,1) | 65 (81,3) | 183 (73,2) |
| 4. Làm sạch bể nước                                       | 60 (75,0)            | 69 (76,7) | 67 (83,8) | 196 (78,4) |
| 5. Vỗ rung cho người bệnh                                 | 75 (93,8)            | 84 (93,3) | 79 (98,8) | 236 (94,4) |
| 6. Kiểm tra hoạt động của máy                             | 80 (100)             | 90 (100)  | 78 (97,5) | 248 (99,2) |
| 7. Điều chỉnh áp lực máy hút 120-180mmHg                  | 58 (72,5)            | 74 (82,2) | 75 (93,8) | 207 (82,8) |
| 8. Duy trì nồng độ Oxy (100% FiO <sub>2</sub> cho 2 phút) | 70 (87,5)            | 79 (87,7) | 77 (96,3) | 226 (90,4) |
| 9. Vệ sinh tay lần 2 và mang găng vô khuẩn                | 59 (73,8)            | 70 (77,8) | 70 (87,5) | 197 (78,8) |
| 10. Kết nối ống hút và test máy                           | 80 (100)             | 87 (96,7) | 79 (98,8) | 246 (98,4) |
| 11. Thực hiện hút hiệu quả                                | 80 (100)             | 86 (95,6) | 80 (100)  | 246 (98,4) |
| 12. Theo dõi người bệnh                                   | 63 (78,8)            | 76 (84,4) | 75 (93,8) | 211 (84,4) |
| 13. Đảm bảo 100% FiO <sub>2</sub> sau hút                 | 80 (100)             | 88 (97,8) | 80 (100)  | 248 (99,2) |
| 14. Nhận định dịch hút và ghi chép                        | 52 (65,0)            | 66 (73,3) | 72 (90,0) | 188 (75,2) |

**Nhận xét:** Trong tổng số 250 lần quan sát, thì tỷ lệ Điều dưỡng thực hiện đúng và đầy đủ về gói dự phòng liên quan thở máy là kiểm tra áp lực cuff đạt 70,4%, vỗ rung chiếm 94,4%, làm ẩm thiết bị thở 73,2% vệ sinh tay đạt gần 95%. Thực hiện hiệu quả hút cho bệnh nhân đạt 98,4%.

**Bảng 5. Số ngày thở máy, số ca viêm phổi và tỷ lệ mắc viêm phổi**

| Biến                   | Trước thực hiện gói dự phòng 2023 (tháng) |     |      |      |     |      |     | Sau thực hiện gói dự phòng 2024 (tháng) |     |     |
|------------------------|-------------------------------------------|-----|------|------|-----|------|-----|-----------------------------------------|-----|-----|
|                        | 6                                         | 7   | 8    | 9    | 10  | 11   | 12  | 1                                       | 2   | 3   |
| Số ngày thở máy (ngày) | 311                                       | 346 | 377  | 469  | 580 | 603  | 418 | 416                                     | 441 | 405 |
| Số ca viêm phổi (ca)   | 6                                         | 2   | 4    | 5    | 4   | 6    | 4   | 1                                       | 3   | 2   |
| Tỷ lệ viêm phổi (%)    | 19,3                                      | 5,8 | 10,6 | 10,7 | 6,9 | 10,0 | 9,6 | 2,4                                     | 6,8 | 4,9 |

**Nhận xét:** Số ngày thở máy trước thực hiện gói dự phòng viêm phổi dao động từ 311 đến 603 ngày, sau khi can thiệp dao động từ 405 đến 441 ngày. Số ca viêm phổi sau can thiệp thấp nhất 1 ca và cao nhất 3 ca/tháng. Trước can thiệp thấp nhất 2 ca và cao nhất 6 ca/tháng. Tỷ lệ viêm phổi mới sau can thiệp cao nhất là 6,8%. Trước can thiệp là 19,3%.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này được thực hiện ở 39 điều dưỡng thỏa mãn tiêu chí lựa chọn, với độ tuổi trung bình là trên 32 tuổi. Số năm kinh nghiệm tại khoa HSTC-CĐ là trên 5 năm. Đa số có trình độ Cao đẳng trở lên và được đào tạo về chuyên ngành HSCC. Điều này lý giải là chuyên ngành HSCC là chuyên ngành đặc biệt, chăm sóc cấp 1 và toàn diện. Nên bắt buộc điều dưỡng phải có kinh nghiệm và trình độ học vấn cao để đảm bảo chất lượng chăm sóc. Đặc điểm này tương đồng với các nghiên cứu trước đây [4,5] [7]. Tuy nhiên, tỷ lệ điều dưỡng biết về gói dự phòng viêm phổi còn ít. Điều này lý giải gói dự phòng viêm phổi không hề mới, tuy nhiên có nhiều trường phái, nhiều gói dự phòng và các quốc gia áp dụng các nội dung khác nhau. Nên việc điều dưỡng trả lời chưa biết có thể kiến thức chưa đồng nhất. Nên cần có tập huấn về hướng dẫn chuẩn về gói dự phòng viêm phổi liên quan thở máy, phù hợp với đặc điểm bệnh của từng bệnh viện.

Trong nghiên cứu chúng tôi, thông qua 250 lần quan sát, tỷ lệ đạt đúng và đầy đủ các bước về thực hành đạt tương đối cao trên 75%, nếu so sánh về nội dung riêng lẻ mà các bệnh viện áp dụng gói dự phòng như vệ sinh tay, nâng đầu cao 30-45 độ, vỗ rung lồng ngực, kiểm tra áp lực bóng chèn, vệ sinh làm ẩm đường thở, làm sạch bề nước và hút đờm hiệu quả. Kết quả chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu trước đây [4,5],[7]. Các nghiên cứu này chỉ quan sát và đánh giá tuân thủ các bước nhỏ. Trong nghiên cứu chúng tôi giám sát cả 3 kỹ thuật quan trọng trong chăm sóc toàn diện người bệnh HSCC là vệ sinh răng miệng, thay đổi tư thế và hút đờm dãi. Tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, khoa HSTC-CĐ coi đây là 3 kỹ thuật bắt buộc và điều dưỡng chủ động làm hàng ngày cho tất cả các bệnh nhân phải thở máy xâm nhập. Lý giải nguyên nhân tỷ lệ tuân thủ cao về vệ thực hành có thể do bệnh viện thường xuyên cập nhật và tập huấn về HSCC với các bệnh viện tuyến trên. Tập huấn về HSTC được thực hiện hàng năm. Gói dự phòng viêm phổi sau khi được tập huấn luôn luôn được giám sát và yêu cầu thực hiện thường xuyên. Một số bước trong tuân thủ thực hành còn chưa cao như lấy kem đánh răng đảm bảo vô khuẩn (56,8%) và thay đổi tư thế 2h/lần (46,8). Điều này có thể lý giải do tần suất quy định thực hiện thay đổi tư thế mỗi bệnh viện khác nhau, có nơi quy định 8h/lần, có nơi quy định sáng/chiều. Khi lấy kem đánh răng đảm bảo vô khuẩn, có thể điều dưỡng còn chưa chú ý đến bước thực hành hành. Do đó cần có quy định, hướng

dẫn chuẩn về tần xuất và quy trình kỹ thuật vệ sinh răng miệng.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ viêm phổi mới và số ca viêm phổi có xu thế giảm dần sau khi điều dưỡng thực hiện gói dự phòng viêm phổi thường xuyên. Điều này cũng được chứng minh hiệu quả của gói dự phòng viêm phổi được thực hiện ở một số bệnh viện trong nước [7,8]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ viêm phổi liên quan đến thở máy ít liên quan đến gói dự phòng. Có thể khi thực hiện gói dự phòng viêm phổi, các nội dung của gói dự phòng không bao trùm hết được vấn đề của bệnh nhân thở máy [3], [5].

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ thực hành gói dự phòng viêm phổi liên quan đến thở máy trong nghiên cứu này đạt yêu cầu ở cả 3 quy trình kỹ thuật là vệ sinh răng miệng, thay đổi tư thế và hút đờm dãi. Hiệu quả sau áp dụng gói dự phòng viêm phổi làm giảm số ca viêm phổi và tỷ lệ viêm phổi mới so với trước can thiệp. Tuy nhiên, tỷ lệ điều dưỡng biết về gói dự phòng viêm phổi chuẩn còn hạn chế. Một số bước trong gói dự phòng viêm phổi còn đạt tỷ lệ chưa cao. Công tác đào tạo cho điều dưỡng viên về kiến thức, thực hành các biện pháp dự phòng VPTM là cần thiết và cần được thực hiện thường xuyên, liên tục, có kiểm tra và giám sát chặt chẽ hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2015). Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội sức tích cực, Ban hành kèm theo Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế** (2017), Quyết định 3916/QĐ-BYT, ngày 28/8/2017 của Bộ Y tế về việc phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh
3. **Do, T. T. T.** (2020). Evaluation of nursing

knowledge-practice before and after training some measures to prevent pneumonia associated with mechanical ventilation (Doctoral thesis, Hanoi Medical University). <http://dulieuso.hmu.edu.vn/handle/hmu/1087>

4. **Ly, V. T. K., Ha, P. H., Anh, N. T. L., Thang, N. T., & Kham, V. V.** (2024). Evaluation of nurses' knowledge and practices on prevention of ventilation-associated pneumonia at the anesthesia center-bach mai hospital. Vietnam Medical Journal, 536(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v536i1.8664>
5. **Nguyễn Đình Quân** (2020). Evaluating the compliance and effectiveness of the ventilator-associated pneumonia prevention package at the Intensive Care Department of Bach Mai Hospital (Doctoral thesis, Hanoi medical university). <http://dulieuso.hmu.edu.vn/handle/hmu/2983>
6. **Nhu HV & Thuy L.T.T** (2022) Knowledge and practice for prevention of ventilator-associated pneumonia among nurses working in intensive care unit, Bach Mai hospital, Vietnam Journal of Preventive Medicine, 27 (5).
7. **Phan, T. T., Hoang, T. U., Pham, N. A., & Hoang, C. H.** (2021). Evaluating the knowledge and practice of preventive care for mechanically ventilated pneumonia of nurses at the Department of Intensive Care, Le Huu Trac National Burn Hospital in 2020. Journal of Disaster and Burn Medicine, 1, 48- 58. <https://jbdmp.vn/index.php/yhthvb/article/view/28>
8. **Shivananda, P. M., & Yashoda, S.** (2020). Effectiveness of an educational intervention on knowledge and practice of staff nurses on prevention of ventilator associated pneumonia among neonates in neonatal intensive care unit. International Journal of Caring Sciences, 13(2), 1421-1430.

## THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH MÁT XA VÚ CỦA SẢN PHỤ SAU PHẪU THUẬT LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Bích Huệ<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hương<sup>1</sup>,  
Dương Thị Thu Hiền<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Kim Tiến<sup>2</sup>, Lê Đức Thọ<sup>2</sup>

### TÓM TẮT.

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành mát xa vú của sản phụ sau phẫu thuật lấy thai tại khoa Sản dịch vụ chất lượng cao, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2024.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 490 sản phụ sau phẫu thuật lấy thai tại khoa Sản dịch vụ chất lượng cao, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2024.

**Kết quả:** Tỷ lệ sản phụ dưới 30 tuổi chiếm 66,5%; có thai  $\geq 37$  tuần 80,6%; sinh con lần đầu 48,0%. Tỷ lệ sản phụ mát xa vú lần đầu tiên trong 24-48 giờ sau phẫu thuật 78,2%; sản phụ được mát xa vú 1 lần chiếm 51,2% và 2 lần 30,2%. Người hướng dẫn mát xa vú cho sản phụ tại bệnh viện chủ yếu là điều dưỡng/hộ sinh (100,0%). Tỷ lệ sản phụ có kiến thức chung mức độ tốt về mát xa vú 83,3%. Tỷ lệ thực hành chung mức độ tốt về mát xa vú 96,3%.

**Kết luận:** Kiến thức và thực hành mát xa vú của sản phụ sau phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đạt kết quả cao.

**Từ khóa:** mát xa vú, kiến thức, thực hành, phẫu thuật lấy thai.

### SUMMARY

#### CURRENT STATUS OF KNOWLEDGE AND PRACTICE OF BREAST MASSAGE OF PREGNANT WOMEN AFTER CESAREAN SECTION AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

**Objective:** To describe the current status of knowledge and practice of breast massage of pregnant women after cesarean section at the High-quality Obstetrics Department, Thai Nguyen National Hospital in 2024.

**Study subject and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 490 pregnant women after cesarean section at the High-quality Obstetrics Department, Thai Nguyen National Hospital in 2024.

**Results:** The proportion of pregnant women under 30 years old was 66.5%; pregnancy  $\geq 37$  weeks 80.6%; giving birth for the first time 48.0%. The proportion of pregnant women had breast massage for the first time within 24-48 hours after cesarean section was 78.2%; pregnant women received the first breast massage 51.2%, and the second 30.2%. Breast massage instructors for pregnant women at the hospital are nurses and midwives (100.0%). The proportion of pregnant women with good general knowledge about breast massage was 83.3%. The good general practice in breast massage was 96.3%.

**Conclusion:** Knowledge and practice of breast massage of pregnant women after cesarean

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên,

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bích Huệ  
SĐT: 0986060353

Email: huebichtn1982@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 25/6/2024

Ngày duyệt bài: 27/7/2024

section at Thai Nguyen National Hospital achieved high results.

**Keywords:** breast massage, knowledge, practice, cesarean section.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhu cầu sữa mẹ là rất cần thiết cho trẻ sơ sinh và là thức ăn tốt nhất cho sự phát triển của trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ [3]. Công tác tư vấn lợi ích của việc nuôi con bằng sữa mẹ khi mẹ mang thai qua những lớp tiền sản, những lần khám thai, sau sinh mổ nhằm đáp ứng nhu cầu cơ bản cần thiết cho sản phụ [4]. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), nên cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu và tiếp tục cho bú mẹ đồng thời bổ sung thêm các thực phẩm thích hợp khác cho đến 2 tuổi hoặc lâu hơn tùy trường hợp [6]. Cho trẻ bú mẹ hoàn toàn có thể ngăn ngừa tử vong do tiêu chảy và nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính trong 3 tháng đầu [7]. Với lợi ích to lớn từ sữa mẹ thì việc đảm bảo cho trẻ có đủ sữa mẹ sau sinh là cực kỳ cần thiết. Ngoài việc cho bú sớm sau sinh, ăn uống, nghỉ ngơi hợp lý, mát xa vú cũng đóng vai trò quan trọng trong việc tiết sữa sớm sau sinh và ngăn ngừa viêm tắc tuyến sữa [1]. Mát xa vú giúp giảm tình trạng căng cơ, giúp thư giãn cũng như làm săn chắc cơ, giúp tăng cường khả năng miễn dịch và kích thích dây thần kinh tiết oxytocin [3]. Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đã thực hiện thường quy kỹ thuật mát xa vú cho sản phụ sau mổ lấy thai. Đề tài nghiên cứu: “Thực trạng kiến thức và thực hành mát xa vú của sản phụ sau phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên” nhằm mục tiêu: **Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành mát xa vú của sản phụ sau phẫu thuật lấy thai tại khoa Sản dịch vụ chất lượng cao, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2024.**

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Sản phụ sau phẫu thuật lấy thai tại khoa Sản dịch vụ chất lượng cao, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/9/2023 đến 31/03/2024.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả các sản phụ sau mổ lấy thai được mát xa vú và nuôi con bằng sữa mẹ tại khoa Sản chất lượng cao, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: không nuôi con bằng sữa mẹ, mẹ mắc bệnh lý: sốt, nhiễm trùng, HIV, suy tim..., và không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Thu số liệu từ 01/9/2023 đến 31/03/2024 tại khoa Sản dịch vụ chất lượng cao, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu: Toàn bộ

- Chọn mẫu: Thuận tiện. Chọn tất cả các trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

### 2.4. Chỉ số nghiên cứu

- Phân bố sản phụ theo nhóm tuổi, nơi cư trú, trình độ học vấn và nghề nghiệp

- Phân bố sản phụ theo tuổi thai và số lần sinh

- Phân bố sản phụ theo thời điểm mát xa vú lần đầu và số lần mát xa vú

- Tỷ lệ đặc điểm nguồn thông tin về lợi ích của mát xa vú

- Tỷ lệ người hướng dẫn mát xa vú cho sản phụ tại bệnh viện

- Đặc điểm hiệu quả của mát xa vú

- Kiến thức của sản phụ về mát xa vú

- Thực hành các bước mát xa vú của sản phụ sau khi được hướng dẫn

### 2.5. Phân tích số liệu: Các thông tin thu



được từ phiếu khảo sát sẽ được mã hóa và nhập số liệu và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 25.0.

mục đích nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh và đã được thông qua Hội đồng y đức, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

## 2.6. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài nhằm

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Phân bố sản phụ theo nhóm tuổi, nơi cư trú, trình độ học vấn và nghề nghiệp**

| Chỉ số           |                   | SL         | %            |
|------------------|-------------------|------------|--------------|
| Nhóm tuổi        | ≤30 tuổi          | 326        | 66,5         |
|                  | >30 tuổi          | 164        | 33,5         |
| Nơi cư trú       | Thành thị         | 236        | 48,2         |
|                  | Nông thôn         | 254        | 51,8         |
| Trình độ học vấn | Tiểu học          | 37         | 7,6          |
|                  | THCS, THPT        | 282        | 57,6         |
|                  | Cao đẳng, ĐH, SDH | 171        | 34,9         |
| Nghề nghiệp      | Công nhân         | 247        | 50,4         |
|                  | Nội trợ           | 42         | 8,6          |
|                  | Khác              | 201        | 41,0         |
| <b>Tổng</b>      |                   | <b>490</b> | <b>100,0</b> |

Tỉ lệ sản phụ dưới 30 tuổi chiếm 66,5%; sinh sống ở nông thôn chiếm 51,8%; có trình độ học vấn THCS và THPT là 57,6%; sản phụ là công nhân chiếm 50,4%.

**Bảng 2. Phân bố sản phụ theo tuổi thai và số lần sinh**

| Chỉ số      |          | SL         | %            |
|-------------|----------|------------|--------------|
| Tuổi thai   | <37 tuần | 95         | 19,4         |
|             | ≥37 tuần | 395        | 80,6         |
| Số lần sinh | Lần 1    | 235        | 48,0         |
|             | Lần 2    | 194        | 39,6         |
|             | ≥ Lần 3  | 61         | 12,4         |
| <b>Tổng</b> |          | <b>490</b> | <b>100,0</b> |

Tỉ lệ sản phụ có thai ≥ 37 tuần chiếm 80,6%; sản phụ sinh con lần đầu là 48,0% và lần hai là 39,6%.

**Bảng 3. Phân bố sản phụ theo thời điểm mát xa vú lần đầu và số lần mát xa vú**

| Chỉ số                      |           | SL         | %            |
|-----------------------------|-----------|------------|--------------|
| Thời điểm mát xa vú lần đầu | < 24 giờ  | 117        | 21,8         |
|                             | 24-48 giờ | 383        | 78,2         |
| Số lần mát xa vú            | 1 lần     | 251        | 51,2         |
|                             | 2 lần     | 148        | 30,2         |
|                             | ≥ 3 lần   | 91         | 18,6         |
| <b>Tổng</b>                 |           | <b>490</b> | <b>100,0</b> |

Đa số sản phụ (78,2%) thực hiện mát xa vú lần đầu tiên trong 24-48 giờ sau phẫu thuật; sản phụ được mát xa vú 1 lần chiếm 51,2% và 2 lần chiếm 30,2%.

**Bảng 4. Đặc điểm nguồn thông tin về lợi ích của mát xa vú (n=490)**

| Nguồn thông tin  | SL  | %    |
|------------------|-----|------|
| Tự tìm hiểu      | 40  | 8,2  |
| Nhân viên y tế   | 452 | 92,2 |
| Mạng xã hội      | 203 | 41,4 |
| Gia đình, bạn bè | 376 | 76,7 |

Nguồn cung cấp thông tin chủ yếu về lợi ích của mát xa vú cho sản phụ là từ nhân viên y tế (92,2%) và từ gia đình, bạn bè (76,6%).

**Bảng 5. Người hướng dẫn mát xa vú cho sản phụ tại bệnh viện (n=490)**

| Người hướng dẫn về mát xa vú | SL  | %     |
|------------------------------|-----|-------|
| Bác sĩ                       | 274 | 55,9  |
| Điều dưỡng/hộ sinh           | 490 | 100,0 |
| Khác                         | 21  | 4,3   |

Tất cả (100,0%) điều dưỡng/hộ sinh tại phòng bệnh đều hướng dẫn cho sản phụ về phương pháp mát xa vú trong quá trình điều trị tại bệnh viện và 55,9% bác sĩ tham gia hướng dẫn cho sản phụ về phương pháp này.

**Bảng 6. Hiệu quả của mát xa vú (n=490)**

| Hiệu quả của mát xa vú               | SL  | %    |
|--------------------------------------|-----|------|
| Sữa về đều                           | 407 | 83,1 |
| Căng tức sữa                         | 72  | 14,7 |
| Tắc tia sữa                          | 0   | 0,0  |
| Áp xe vú                             | 0   | 0,0  |
| Ra sản dịch nhanh hơn sau phẫu thuật | 316 | 64,5 |

Sau khi được mát xa vú, đa số sản phụ (83,1%) thấy sữa về đều, 14,7% sản phụ thấy có hiện tượng cương tức sữa và 64,5% sản phụ thấy ra sản dịch nhanh hơn sau phẫu thuật.

### 3.2. Kiến thức và thực hành mát xa vú của sản phụ sau phẫu thuật lấy thai

**Bảng 7. Kiến thức của sản phụ về phương pháp mát xa vú tại bệnh viện (n=490)**

| Bảng 7: Kiến thức của sản phụ về phương pháp mát xa vú và tại bệnh viện(n = 470)                                        |          |      |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|------|
| Kiến thức về mát xa vú vú sau sinh                                                                                      | SL       | %    |      |
| Biết phương pháp mát xa vú từ trước sinh                                                                                | 415      | 84,7 |      |
| Biết về dịch vụ mát xa vú tại viện                                                                                      | 423      | 86,3 |      |
| Biết áp dụng phương pháp mát xa vú cho những lần sinh trước (bản thân/người thân)                                       | 361      | 73,7 |      |
| Biết có tranh ảnh, tờ rơi hay góc truyền thông của bệnh viện, khoa phòng về hiệu quả của phương pháp mát xa vú sau sinh | 302      | 61,6 |      |
| Biết cách mát xa vú                                                                                                     | 463      | 94,5 |      |
| Sau khi được mát xa vú và hướng dẫn, có tự tin mát xa vú cho bản thân                                                   | 465      | 94,9 |      |
| Kiến thức chung                                                                                                         | Tốt*     | 408  | 83,3 |
|                                                                                                                         | Chưa tốt | 82   | 16,7 |

Phần lớn (83,3) sản phụ có kiến thức tốt về mát xa vú sau phẫu thuật. Tỷ lệ sản phụ biết về hiệu quả của mát xa vú thông qua tranh ảnh, tờ rơi, góc truyền thông của khoa/phòng chiếm 61,6%.

\* Kiến thức tốt khi đạt  $\geq 5/6$  tiêu chí theo bảng kiểm

**Bảng 8. Thực hành các bước mát xa vú của sản phụ sau khi được hướng dẫn (n=490)**

| Quan sát thực hiện mát xa vú                                  |          | SL  | %     |
|---------------------------------------------------------------|----------|-----|-------|
| Chuẩn bị đồ dùng (khăn bông sạch, khăn mềm, nước ấm)          |          | 309 | 63,1  |
| Tháo bỏ nhẫn, đồ trang sức trên tay                           |          | 327 | 66,7  |
| Rửa sạch tay trước khi mát xa vú                              |          | 490 | 100,0 |
| Vệ sinh theo thứ tự: núm vú, quầng vú, bầu vú                 |          | 490 | 100,0 |
| Chườm khăn ấm 2 bên vú trong 5 phút                           |          | 251 | 51,2  |
| Mát xa núm vú                                                 |          | 490 | 100,0 |
| Mát xa quầng vú                                               |          | 490 | 100,0 |
| Mát xa bầu vú                                                 |          | 490 | 100,0 |
| Vắt sữa                                                       |          | 489 | 99,8  |
| Lau sạch bầu vú bằng khăn sạch, ấm và ẩm.                     |          | 486 | 99,2  |
| Lặp lại nhiều lần với từng bên vú (tổng thời gian 15-20 phút) |          | 467 | 95,3  |
| Cho trẻ bú đúng cách                                          |          | 459 | 93,7  |
| Thực hành chung                                               | Tốt*     | 472 | 96,3  |
|                                                               | Chưa tốt | 18  | 3,7   |

Sau khi được hướng dẫn cách mát xa vú, hầu hết các sản phụ thực hành được các bước cơ bản của quy trình mát xa vú. Thực hành mát xa vú của sản phụ ở mức tốt, rất tốt đạt 96,3%.

\* Thực hành tốt khi đạt  $\geq 9/12$  tiêu chí theo bảng kiểm

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy: tỉ lệ sản phụ dưới 30 tuổi chiếm 66,5%; sinh sống ở nông thôn chiếm 51,8%; có trình độ học vấn THCS và THPT là 57,6%; sản phụ là công nhân chiếm 50,4%, tiếp theo là nhóm nghề nghiệp khác (giáo viên, kế toán,...) chiếm 41,0% và nhóm chỉ ở nhà chiếm 8,6%. Sự phân bố trên là đặc điểm chung của sản phụ trên địa bàn thành phố Thái Nguyên, nơi đại diện cho khu vực trung du miền núi phía

Bắc. Bảng 2 cho thấy, tỉ lệ sản phụ sinh khi thai đạt  $\geq 37$  tuần tuổi chiếm đa số ở mức 80,6% trong khi nhóm sinh  $< 37$  tuần tuổi chỉ chiếm 19,4%. Điều này cho thấy đa số thai kỳ của các sản phụ đều được kiểm soát khá kỹ lưỡng và chỉ có một phần nhỏ cần chấm dứt thai kỳ trước 37 tuần tuổi thai. Đa số sản phụ tham gia nghiên cứu sinh lần đầu tiên chiếm tỷ lệ 48,0%; 39,6% số sản phụ sinh lần thứ hai và chỉ có 12,4% sản phụ sinh lần thứ ba trở lên. Tỷ lệ sinh con thứ 3 trở lên chiếm 12,4%, thấp hơn so với tỷ lệ phụ nữ từ 15 - 49 tuổi sinh con thứ 3 trong nghiên cứu trước (18,25%) [5].

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 78,2% sản phụ được mát xa vú lần đầu tiên trong thời điểm từ 24 - 48 giờ sau sinh, trong khi đó chỉ có 21,8% sản phụ được mát xa vú trong 24h sau sinh. Sự khác biệt về thời điểm này chủ yếu lệ thuộc vào thời điểm sản phụ sinh và nằm trong phòng theo dõi sau sinh

Sau khi sản phụ được xuống phòng điều trị thì mới được thực hiện mát xa vú. Nếu thời điểm sản phụ xuống phòng vào buổi đêm thì đến sáng hôm sau họ mới được tiếp cận với dịch vụ mát xa vú nên dẫn đến việc đa số sản phụ được mát xa vào thời điểm sau 24 giờ sau sinh. Nghiên cứu của Colen C.G. và cs phân chia thời điểm bắt đầu mát xa từ 2 giờ, 12 giờ và 24 giờ với số lượng sản phụ tham gia mỗi nhóm đều bằng nhau [8]. Các nghiên cứu khác về mát xa vú ít đề cập đến thời điểm thực hiện kỹ thuật do phụ thuộc vào quy trình thực hiện kỹ thuật tại mỗi đơn vị thực hành lâm sàng. Bảng 3 cũng cho thấy: đa số sản phụ được mát xa vú 01 lần chiếm 51,2%; 30,2% sản phụ được mát xa 2 lần và chỉ có 18,6% được mát xa từ 3 lần trở lên. Việc này chủ yếu phụ thuộc vào nhu cầu của sản phụ khi mát xa vú và cho con bú. Đối với một đơn vị khuyến khích nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn như tại khoa Sản chất lượng cao, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, sản phụ được tư vấn thường xuyên bởi nhân viên y tế về việc cho bé bú và theo dõi lượng sữa phù hợp, do đó sản phụ sẽ dễ dàng tiếp cận và yêu cầu dịch vụ mát xa vú để đảm bảo chất lượng nuôi con bằng sữa mẹ.

Nhân viên y tế là nguồn cung cấp thông tin chính về lợi ích của mát xa vú cho sản phụ (92,2%), từ gia đình bạn bè 76,7% và từ mạng xã hội là 41,4%. Điều này cho thấy vai trò của nhân viên y tế trong việc cung cấp kiến thức về chăm sóc mẹ và bé sau sinh. Sau khi phẫu thuật lấy thai thì toàn bộ các sản phụ được điều dưỡng/hộ sinh tại phòng bệnh hướng dẫn mát xa vú (100%). Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả của các nghiên cứu khác [2], [9]. Người trực tiếp

hướng dẫn là điều dưỡng/hộ sinh chăm sóc tại bệnh phòng là cách hiệu quả nhất để cho sản phụ được trực tiếp thực hiện mà không bị áp lực về thời gian cũng như có thể thoải mái đặt câu hỏi. Có 83,1% sản phụ thấy sữa về đều sau khi mát xa vú đều hàng ngày, 14,7% sản phụ thấy có hiện tượng cương tức sữa và 64,5% sản phụ thấy ra sản dịch nhanh hơn sau phẫu thuật. Việc kích thích ra sữa nhanh còn giúp cho buồng tử cung co bóp đẩy sản dịch ra. Không có trường hợp nào bị tắc tia sữa hoặc áp xe vú. Với các sản phụ có chỉ định phẫu thuật lấy thai thì việc mát xa vú lại càng quan trọng hơn vì sẽ kích thích sữa về nhanh hơn [3], [6].

#### **4.2. Kiến thức và thực hành mát xa vú của sản phụ sau phẫu thuật lấy thai**

Trong nghiên cứu của chúng tôi sản phụ có kiến thức về mát xa vú sau khi đẻ là tương đối tốt. Có 84,7% sản phụ biết về phương pháp mát xa vú trước khi sinh điều đó chứng tỏ các sản phụ cũng biết tìm hiểu kiến thức về mát xa vú mang đến rất nhiều lợi ích trong việc nuôi con bằng sữa mẹ. Tỷ lệ sản phụ biết về dịch vụ mát xa tại bệnh viện là 86,3% và đã có 73,7% các sản phụ đã áp dụng việc mát xa vú cho bản thân hoặc người nhà ở những lần sinh trước. Công việc mát xa vú là của đội ngũ điều dưỡng và hộ sinh - những người trực tiếp chăm sóc sản phụ hàng ngày, chính vì vậy việc truyền thông của điều dưỡng/hộ sinh hướng dẫn trực tiếp các sản phụ biết được về mát xa vú là tốt. Có 61,6% sản phụ đọc được tranh ảnh, tờ rơi hay các góc truyền thông về mát xa vú, tỷ lệ này là chưa cao. Giải thích cho điều này, nguyên nhân có thể do sau phẫu thuật lấy thai, các sản phụ còn mệt mỏi không để ý những vấn đề xung

quanh hoặc góc truyền thông của khoa còn để góc khuất không thuận tiện cho việc quan sát các hình ảnh. Chính vì vậy công việc của người điều dưỡng/hộ sinh cần đẩy mạnh truyền thông, tích cực tuyên truyền bằng các hình ảnh, video và hướng dẫn thực hành cho các sản phụ sau đẻ [1]. Phần lớn các sản phụ sau khi được mát xa vú và hướng dẫn về mát xa vú có đủ tự tin để thực hiện mát xa vú cho bản thân. Điều này cho thấy sự nhận thức của các sản phụ là rất tốt, và vai trò của điều dưỡng/hộ sinh trong việc giáo dục sức khỏe và truyền thông về lợi ích của mát xa vú, hướng dẫn quy trình mát xa cần được thực hiện thường quy.

Khi quan sát các sản phụ thực hiện mát xa vú dựa vào bảng kiểm, có thể dễ dàng thấy rằng tỷ lệ sản phụ thực hiện đúng theo quy trình khá tốt. Có 63,1% sản phụ chuẩn bị đầy đủ đồ dùng (khăn bông sạch, khăn mềm, nước ấm). Như vậy, các sản phụ nhận thức tương đối tốt về vấn đề chuẩn bị vệ sinh trước khi mát xa vú. Tuy nhiên còn một số sản phụ không cần chuẩn bị dụng cụ mà thực hiện luôn mát xa vú. Tỷ lệ sản phụ tháo bỏ đồ trang sức, nhẫn trước khi mát xa vú là 66,7%. Nếu không được tháo bỏ đồ nhẫn và trang sức trên tay, vi khuẩn có thể bám lên vật dụng đó sẽ làm nhiễm khuẩn vú khi thực hiện mát xa vú. Có 51,2% sản phụ chườm khăn ấm 5 phút trước khi mát xa vú. Điều này cho thấy, các sản phụ còn lười, làm tắt và không thực hiện đúng quy trình mát xa vú. Vì vậy, công tác truyền thông trong lĩnh vực này cần chú ý nhấn mạnh để cho các sản phụ thực hiện tốt các bước của quy trình giúp tuyến sữa được mềm ra và không bị vón cục, tránh dẫn đến viêm tắc tia sữa [1], [3]. Tỷ lệ

sản phụ biết mát xa núm vú và quầng vú, bầu vú là 100,0%, có 99,8% sản phụ biết cách vắt sữa sau khi thực hiện công việc mát xa vú, có 99,3 sản phụ sau khi mát xa và vắt sữa xong phải lau bằng khăn ẩm để phòng tránh nhiễm khuẩn nấm ở bầu vú và núm vú của sản phụ. Có 93,5 % sản phụ cho trẻ bú đúng cách, qua đó cho thấy các sản phụ cũng thực hiện đúng theo sự hướng dẫn của điều dưỡng/hộ sinh. Việc sản phụ thực hành tốt cao đã cho thấy các sản phụ hiểu rất rõ về vấn đề sau khi mát xa xong cần vắt sữa để phòng tránh vấn đề tắc tia sữa; không bị nứt cổ gà và hạn chế được vấn đề sặc sữa [3], [6], [7].

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 490 sản phụ đã được sinh mổ tại khoa Sản Dịch vụ chất lượng cao, chúng tôi đưa ra một số kết luận sau:

Tỷ lệ sản phụ  $\leq 30$  tuổi chiếm 66,5%; có thai  $\geq 37$  tuần 80,6%; sinh con lần đầu 48,0%. Tỷ lệ sản phụ mát xa vú lần đầu tiên trong 24-48 giờ sau phẫu thuật 78,2%; sản phụ được mát xa vú 1 lần chiếm 51,2% và 2 lần 30,2%. Người hướng dẫn mát xa vú cho sản phụ tại bệnh viện chủ yếu là điều dưỡng/hộ sinh (100,0%). Tỷ lệ sản phụ có kiến thức chung mức độ tốt về mát xa vú 83,3%. Tỷ lệ thực hành chung về mát xa vú của sản phụ ở mức tốt, rất tốt đạt 96,3%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2016), “Thông tư Quy định một số biện pháp thúc đẩy việc nuôi con bằng sữa mẹ tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”, Bộ Y tế, Hà Nội.
2. **Phan Thị Tâm Khuê** (2009), Khảo sát kiến thức, thái độ thực hành về nuôi con bằng sữa

- mẹ của các bà mẹ sau sinh tại Khoa Sản Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Huế, Khóa luận tốt nghiệp chuyên ngành phụ sản, Trường Đại Học Y Dược Huế.
3. **Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên** (2020), Nuôi con bằng sữa mẹ - Bài giảng Nhi khoa, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên
  4. **UNICEF, Dự án AliverThrive** (2010), Tác động của việc cho bú mẹ sớm và cho bú mẹ hoàn toàn, UNICEF.
  5. **Lê Thị Hoàng Uyên** (2016), Tỷ lệ nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn đến 6 tháng và các yếu tố liên quan
  6. **WHO** (2014), Chăm sóc sơ sinh thiết yếu - Cẩm nang thực hành lâm sàng bỏ túi, World Health Organization.
  7. **WHO, UNICEF** (2018). Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE, World Health Organization.
  8. **Colen C.G., Ramey D.M.** (2014), "Is breast truly best? Estimating the effects of breastfeeding on long-term child health and wellbeing in the United States using sibling comparisons", *Social Science & Medicine*, 109: 55-65.
  9. **Kremer K.P., Kremer T.R.** (2018), "Breastfeeding Is Associated with Decreased Childhood Maltreatment, *Breastfeeding Medicine*, 13 (1): 18-22.

## THỰC TRẠNG ÁP DỤNG MÔ HÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TOÀN DIỆN THEO ĐỘI TẠI CÁC KHOA LÂM SÀNG HỆ NỘI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2024

Phạm Thị Bích Thương<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Giang<sup>1</sup>, Phan Thị Loan<sup>2</sup>,  
Hoàng Thị Thuỳ Linh<sup>2</sup>, Nguyễn Anh Tú<sup>3</sup>

### TÓM TẮT.

**Đặt vấn đề:** Chăm sóc người bệnh toàn diện theo mô hình đội được chứng minh là đáp ứng được tất cả nhu cầu toàn diện của người bệnh, tuy nhiên việc đánh giá hiệu quả của hoạt động mô hình này từ Điều dưỡng, bệnh nhân và người nhà còn hạn chế.

**Mục tiêu:** Khảo sát thực trạng áp dụng Mô hình chăm sóc người bệnh toàn diện theo đội tại các khoa lâm sàng Hệ Nội tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên năm 2024.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang được tiến hành ở 340 người bệnh, 245 người nhà và 30 lần quan sát đánh giá hoạt động của mô hình đội tại 06 khoa lâm sàng hệ Nội, Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

**Kết quả:** Tỷ lệ Điều dưỡng nắm vững đầy đủ bệnh nhân và nhận định đầy đủ lâm sàng lần lượt là 53,3% và 70%. Tỷ lệ Điều dưỡng đưa ra được đầy đủ Vấn đề chăm sóc, chẩn đoán chăm sóc và các can thiệp chăm sóc lần lượt là 33,3%, 6,7% và 6,7%. Tỷ lệ Nhân viên y tế hài lòng với mô hình chăm sóc đội là 60%. Tỷ lệ Người bệnh

được chào hỏi khi khám, chăm sóc và được thăm khám hàng ngày đạt lần lượt là 91,5% và 82,6%. Có trên 80 % người bệnh biết tên Điều dưỡng chăm sóc cho mình. Tỷ lệ Người bệnh được Giáo dục sức khỏe là 74,1%. Tỷ lệ Người bệnh và người nhà hài lòng với mô hình chăm sóc đội lần lượt là 98,2% và 99,2%. Tỷ lệ người nhà biết mình là thành viên đội chăm sóc và biết tên Điều dưỡng tham gia chăm sóc cho người nhà mình lần lượt là 58,8% và 53,9%.

**Kết luận:** Tỷ lệ hài lòng về của nhân viên y tế, người bệnh và người nhà về hoạt động của mô hình chăm sóc theo đội đạt mức cao. Tuy nhiên, tỷ lệ Điều dưỡng đưa ra nhận định lâm sàng, vấn đề chăm sóc và chẩn đoán chăm sóc chiếm tỷ lệ thấp. Tỷ lệ người bệnh biết tên Điều dưỡng và biết được vấn đề chăm sóc trong ngày còn chiếm tỷ lệ chưa cao. Do đó, việc tập huấn về quy trình chăm sóc để đưa ra nhận định đầy đủ, vấn đề chăm sóc phù hợp và chẩn đoán chăm sóc cho điều dưỡng hệ nội là rất cần thiết.

**Từ khóa:** Mô hình chăm sóc theo đội, chăm sóc toàn diện, điều dưỡng, quy trình chăm sóc.

### SUMMARY

#### STATUS OF IMPLEMENTING THE COMPREHENSIVE PATIENT CARE BY TEAM - BASED CARE AT THE INTERNAL CLINICAL DEPARTMENTS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL IN 2024

**Background:** Comprehensive patient care meets all the patient's basic needs. Team-based

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

<sup>3</sup>Trường Cao Đẳng Y Tế Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Giang

SĐT: 0982682875

Email: vangiangddls@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 26/6/2024

Ngày duyệt bài: 02/8/2024

care has been shown to meet all of these needs, but evaluation of the effectiveness of this model's activities by nurses, patients, and family members is limited.

**Methods:** A cross-sectional study was conducted on 340 patients, 245 family members, and 30 times observed and evaluated the performance of team-based care at six internal clinical departments at Thai Nguyen National Hospital.

**Results:** The percentage of nurses who fully grasped the patient and completed a complete clinical assessment was 53,3% and 70%, respectively. The percentage of nurses who can provide nursing assessment, nursing diagnoses, and care interventions is 33,3%, 6,7%, and 6,7%, respectively. The percentage satisfied with the team-based care was 60% among healthcare providers. The percentage of patients being greeted during examination and care and being examined daily is 91,5% and 82,6%, respectively. Over 80% of patients know the name of their nurse. The percentage of patients and family members satisfied with team-based care was 98,2% and 99,2%, respectively. The percentage of family members who know they are a member of the care team and know the names of nurses involved in caring for their family members is 58,8% and 53,9%, respectively.

**Conclusion:** The satisfaction rate of healthcare providers, patients, and family members of the team-based care model is high. However, the prevalence of nurses making clinical assessments and providing nursing diagnosis and care interventions is relatively low. The percentage of patients who know the names of the nurses providing care and know the care issues during the day is still not high. Therefore, training on the nursing process to make a complete assessment, identify appropriate care

issues, and provide appropriate nursing diagnostics for clinical nurses is necessary.

**Keywords:** team-based caring, comprehensive care, nursing, nursing process.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc người bệnh toàn diện sự chăm sóc đáp ứng tất cả nhu cầu cơ bản của người bệnh hàng ngày về thể chất, tinh thần và xã hội” [4]. Một trong những mô hình chăm sóc có hiệu quả cao để chăm sóc toàn diện là tổ chức chăm sóc người bệnh toàn diện theo mô hình Đội. Tại Việt Nam mô hình chăm sóc người bệnh toàn diện theo mô hình Đội được áp dụng thành công tại các bệnh viện như Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển, bệnh viện Vimec Time City, Bệnh viện 108 và một số Bệnh viện khác, mô hình này được Bộ Y tế đánh giá cao và khuyến khích nhân rộng trong cả nước [4],[5],[6].

Theo mô hình thì người bệnh được chăm sóc điều trị toàn diện với kế hoạch ngay từ sáng. Các diễn biến kịp thời được phát hiện và xử trí. Điều dưỡng nắm được tiến triển của người bệnh tại giường. Bác sĩ được cập nhật thông tin người bệnh kịp thời, ra y lệnh điều trị phù hợp với tình trạng người bệnh. Người bệnh được chăm sóc toàn diện về các chăm sóc, điều trị hàng ngày, gồm cả phương diện xã hội, tinh thần, y tế và thể chất, người nhà cùng được tham gia vào quá trình chăm sóc, với sự chỉ dẫn, giúp đỡ của nhân viên y tế, họ được cung cấp kiến thức chăm sóc người bệnh, khi bệnh nhân về nhà, họ tiếp tục chăm sóc giúp bệnh nhân mau phục hồi sức khỏe nhanh hơn” người bệnh và người nhà bệnh nhân có mối quan hệ gắn bó, thân thiện hơn với nhân viên y tế, chất lượng chăm sóc người bệnh được nâng lên đem lại sự hài lòng cho người bệnh [7],[8].

Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên



đã áp dụng triển khai mô hình Đội tại các khoa lâm sàng, các đội chăm sóc được thành lập và hoạt động của đội đã được áp dụng đến từng khoa, từng buồng bệnh và từng bệnh nhân từ năm 2013 [1]. Tuy nhiên, cho đến nay việc đánh giá hoạt động của việc triển khai này tại bệnh viện chưa được đánh giá một cách có hệ thống. Để xác định được NVYT thực hiện nhiệm vụ trong Đội của mình đến đâu? ở mức độ nào? người bệnh và gia đình người bệnh có được hưởng lợi từ hoạt động mô hình này chưa. Nhóm nghiên cứu tiến hành đề tài ***“Thực trạng áp dụng Mô hình chăm sóc người bệnh toàn diện theo đội tại các khoa lâm sàng Hệ Nội tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên năm 2024”***

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân và người nhà người bệnh nằm nội trú tại bệnh viện;
- Nhân viên y tế đang điều trị và chăm sóc bệnh nhân tại các khoa lâm sàng hệ nội thỏa mãn các tiêu chuẩn sau;

#### \* **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Người nhà, người bệnh >18 tuổi điều trị được 3 ngày trở lên tại các khoa lâm sàng, đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Các Bác sỹ và Điều dưỡng trực tiếp đang làm việc tại các khoa đó.

#### \* **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Những người bệnh đang tiến triển nặng, người bệnh không đồng ý, gia đình không hợp tác.
- Bác sỹ và điều dưỡng đang ốm, nghỉ phép, đi học hoặc thai sản trong thời gian nghiên cứu.

### 2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

**Địa điểm:** Các khoa lâm sàng hệ Nội trong bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

gồm 06 khoa: Khoa Nội Nội Tiết, Khoa Nội Tiêu Hóa, Khoa Nội Hô Hấp, Khoa Nội Cơ Xương Khớp, Nội Tim Mạch và Nội Lão Khoa.

**Thời gian:** Từ tháng 5 năm 2024 đến tháng 07 năm 2024

**2.3. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

**Cỡ mẫu:** Toàn bộ bệnh nhân đang điều trị tại 06 khoa lâm sàng hệ Nội và Toàn bộ nhân viên y tế là bác sỹ và điều dưỡng tại các khoa lâm sàng trên tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

**Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích.

### 2.5. Phương pháp thu thập số liệu

\* **Bộ công cụ:** Bộ công cụ được xây dựng dựa trên các nghiên cứu trước đây [5],[6],[7]. Bộ công cụ gồm 02 phần:

Phần I: Hoạt động của mô hình đội dành cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân gồm 15 câu về các hoạt động Đi buồng buổi sáng của khoa. Các câu hỏi được đánh giá dưới dạng đúng-sai và dưới dạng nhiều lựa chọn. Tỷ lệ % NB, NN biết được hoạt động và lợi ích của mô hình đội được sử dụng làm tiêu chí đánh giá.

Phần II. Hoạt động của mô hình đội dành cho NVYT gồm 15 câu đánh giá hoạt động của NVYT tham gia chăm sóc đội. Các câu hỏi được lượng giá đúng - sai và nhiều lựa chọn. Tiêu chí đánh giá là tỷ lệ % nhân viên y tế có kiến thức về mô hình đội.

#### \* **Cách lấy số liệu**

Tại 06 khoa, nghiên cứu viên phối hợp với Phòng Điều Dưỡng tham gia đi buồng cùng với các khoa và quan sát ngẫu nhiên vào các buổi sáng để đánh giá hoạt động đi buồng của các đội trong khoa. Sau mỗi buổi

đi buồng xin xác nhận của khoa về các hoạt động đánh giá được.

Tại 06 khoa vào chiều thứ ba hàng tuần, nhóm nghiên cứu lấy danh sách bệnh nhân nằm viện  $\geq 04$  ngày tại 06 khoa trên, sau đó phát phiếu và điền phiếu xin ý kiến bệnh nhân hoặc thân nhân những người bệnh đó.

### 2.6. Biến số nghiên cứu

\* Thực trạng hoạt động của NVYT trong chăm sóc đội.

\* Hoạt động của người bệnh trong chăm sóc đội.

\* Hoạt động của người nhà trong chăm sóc đội.

### 2.7. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm phân tích số liệu SPSS, tính tỷ lệ % cho các biến định tính. Tính giá trị trung bình (TB), độ lệch chuẩn (SD), giá trị tối đa (Max), tối thiểu (Min), khoảng tin cậy 95% cho các biến định lượng.

**2.8. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu này được sự đồng ý của Hội Đồng Đạo Đức Bệnh Viện Trung Ương Thái Nguyên và đối tượng nghiên cứu là tự nguyện.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Hoạt động chăm sóc đội của Nhân viên y tế (Bác sĩ, Điều dưỡng)**

| TT | Tiêu chí đánh giá                                                                      |              | Số lượng<br>N=30 | Tỷ lệ % |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------|---------|
| 1  | Tham gia đi buồng hàng ngày đầy đủ các thành viên                                      | Đầy đủ       | 12               | 40,0    |
|    |                                                                                        | Không đầy đủ | 18               | 60,0    |
| 2  | Buồng bệnh đảm bảo trật tự vệ sinh theo 5S                                             | Có           | 23               | 76,7    |
|    |                                                                                        | Không        | 7                | 23,3    |
| 3  | Điều dưỡng nắm vững bệnh nhân của mình chăm sóc (tên bệnh nhân, hoàn cảnh gia đình)    | Đầy đủ       | 16               | 53,3    |
|    |                                                                                        | Không đầy đủ | 14               | 46,7    |
| 4  | Điều dưỡng nhận định lâm sàng đầy đủ về bệnh nhân theo đúng TT31/BYT                   | Đầy đủ       | 21               | 70,0    |
|    |                                                                                        | Không đầy đủ | 9                | 30,0    |
| 5  | Điều dưỡng đưa ra được vấn đề chăm sóc trong ngày theo đúng TT31/BYT                   | Đầy đủ       | 10               | 33,3    |
|    |                                                                                        | Không đầy đủ | 18               | 60,0    |
|    |                                                                                        | Không đưa ra | 2                | 6,7     |
| 6  | Điều dưỡng đưa ra được chẩn đoán chăm sóc trong ngày theo đúng TT31/BYT                | Đầy đủ       | 2                | 6,7     |
|    |                                                                                        | Không đầy đủ | 4                | 13,3    |
|    |                                                                                        | Không đưa ra | 24               | 80,0    |
| 7  | Điều dưỡng đưa ra được can thiệp chăm sóc trong ngày cho người bệnh theo đúng TT31/BYT | Đầy đủ       | 2                | 6,7     |
|    |                                                                                        | Không đầy đủ | 4                | 13,3    |
|    |                                                                                        | Không đưa ra | 24               | 80,0    |
| 8  | Sự phối hợp giữa các thành viên (thảo luận khi lên kế hoạch chăm sóc)                  | Có           | 26               | 86,7    |
|    |                                                                                        | Không        | 4                | 13,3    |
| 9  | Bác sĩ góp ý vào kế hoạch chăm sóc cho Điều dưỡng                                      | Có           | 5                | 16,7    |
|    |                                                                                        | Không        | 25               | 83,3    |
| 10 | Điều dưỡng cung cấp các nguy cơ biến chứng có thể xảy ra và có biện pháp phòng ngừa... | Có           | 28               | 93,3    |
|    |                                                                                        | Không        | 2                | 6,7     |

|    |                                                                           |                |    |      |
|----|---------------------------------------------------------------------------|----------------|----|------|
| 11 | Điều dưỡng tư vấn - giáo dục sức khỏe cho người bệnh                      | Có             | 22 | 73,3 |
|    |                                                                           | không          | 8  | 26,7 |
| 12 | Điều dưỡng hướng dẫn thân nhân người bệnh để họ tự chăm sóc cho bệnh nhân | Có             | 25 | 83,3 |
|    |                                                                           | không          | 5  | 16,7 |
| 13 | Hài lòng với mô hình chăm sóc đội                                         | Hài lòng       | 18 | 60,0 |
|    |                                                                           | Không hài lòng | 12 | 40,0 |

**Nhận xét:** Trong tổng số 6 khoa lâm sàng hệ Nội với 30 lượt quan sát trực tiếp (trung bình là 5 lần quan sát/khoa) cho thấy: Tỷ lệ tham gia đầy đủ các thành viên là 40%, Đảm bảo theo trật tự vệ sinh theo 5S là 76,7%, Điều dưỡng nắm vững đầy đủ bệnh nhân và nhận định đầy đủ lâm sàng lần lượt là 53,3% và 70%. Điều dưỡng đưa ra được

đầy đủ vấn đề, chẩn đoán và các can thiệp chăm sóc lần lượt là 33,3%, 6,7% và 6,7%. Bác sĩ tham gia góp ý vào bản kế hoạch chăm sóc chiếm tỷ lệ 16,7%. Điều dưỡng TT-GDSK cho bệnh nhân và hướng dẫn người thân chăm sóc cho bệnh nhân lần lượt là 73,3% và 83,3%. Tỷ lệ NVYT hài lòng với mô hình chăm sóc đội là 60%.

**Bảng 2. Hoạt động của người bệnh trong chăm sóc đội.**

| TT | Tiêu chí đánh giá                                                |                 | Số lượng<br>N=340 | Tỷ lệ % |
|----|------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------|
| 1  | Được NVYT chào hỏi khi đến khám, chăm sóc                        | Có              | 311               | 91,5    |
|    |                                                                  | Không           | 29                | 8,5     |
| 2  | Thăm khám của NVYT hàng ngày vào buổi sáng                       | Có              | 281               | 82,6    |
|    |                                                                  | Không           | 59                | 17,4    |
| 3  | Biết tên Điều dưỡng phòng chăm sóc mình                          | Biết            | 274               | 80,6    |
|    |                                                                  | Không biết      | 66                | 19,4    |
| 4  | Biết tên bác sĩ điều trị cho mình                                | Biết            | 231               | 67,9    |
|    |                                                                  | Không biết      | 109               | 32,1    |
| 5  | Được báo về các chăm sóc sẽ được thực hiện hàng ngày             | Có              | 240               | 70,6    |
|    |                                                                  | Không           | 100               | 29,4    |
| 4  | Được hướng dẫn quy chế, nghĩa vụ, trật tự buồng bệnh             | Có              | 304               | 89,4    |
|    |                                                                  | Không           | 36                | 10,6    |
| 5  | Được hướng dẫn sử dụng thuốc, chế độ ăn, vệ sinh                 | Có              | 290               | 85,3    |
|    |                                                                  | Không           | 50                | 14,7    |
| 6  | Được hướng dẫn tư vấn - Giáo dục sức khỏe                        | Có              | 252               | 74,1    |
|    |                                                                  | không           | 88                | 25,9    |
| 7  | Thái độ của điều dưỡng khi thực hiện chăm sóc trực tiếp cho mình | Chấp nhận được  | 326               | 95,9    |
|    |                                                                  | Không chấp nhận | 14                | 4,1     |
| 9  | Hiểu biết bệnh tật của mình và cách tự chăm sóc                  | Có              | 284               | 83,5    |
|    |                                                                  | Không           | 56                | 16,5    |

|    |                                             |                |     |      |
|----|---------------------------------------------|----------------|-----|------|
| 10 | Yên tâm với các kỹ thuật can thiệp của NVYT | Có             | 316 | 92,9 |
|    |                                             | Không          | 24  | 7,1  |
| 11 | Bị biến chứng/tai biến                      | Có             | 42  | 12,4 |
|    |                                             | không          | 298 | 87,6 |
| 12 | Hài lòng với quá trình điều trị, chăm sóc   | Rất hài lòng   | 63  | 18,5 |
|    |                                             | Hài lòng       | 271 | 79,7 |
|    |                                             | Không hài lòng | 6   | 1,8  |

**Nhận xét:** Trong tổng số 340 NB được khảo sát thì tỷ lệ được chào hỏi và được thăm khám hàng ngày đạt lần lượt là 91,5% và 82,6%. Lần lượt có 80,6% và 67,9% NB biết tên Điều dưỡng và Bác sĩ chăm sóc và điều trị cho mình. NB được báo các chăm sóc sẽ

được thực hiện hàng ngày là 70,6%. Các can thiệp khác như nội quy, quy chế buồng bệnh (89,4%), sử dụng thuốc, ăn, vệ sinh (85,3%), GDSK (74,1%). Tỷ lệ NB yên tâm với các can thiệp của NVYT và hài lòng với mô hình chăm sóc đội lần lượt là 92,9 % và 98,2%.

**Bảng 3. Hoạt động của người nhà trong chăm sóc đội**

| TT | Tiêu chí đánh giá                                                        |       | Số lượng<br>N=245 | Tỷ lệ % |
|----|--------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------|---------|
| 1  | Biết mình là thành viên của đội chăm sóc                                 | Có    | 144               | 58,8    |
|    |                                                                          | Không | 101               | 41,2    |
| 2  | Biết được tên Điều dưỡng điều trị/chăm sóc cho người nhà mình            | Có    | 132               | 53,9    |
|    |                                                                          | Không | 113               | 46,1    |
| 3  | Biết được tên bác sĩ điều trị/chăm sóc cho người nhà mình                | Có    | 232               | 94,7    |
|    |                                                                          | Không | 13                | 5,3     |
| 3  | Được nhân viên y tế phân công nhiệm vụ chăm sóc người bệnh               | Có    | 200               | 81,6    |
|    |                                                                          | Không | 45                | 18,4    |
| 4  | Được cán bộ y tế hướng dẫn cách chăm sóc người bệnh                      | Có    | 214               | 87,3    |
|    |                                                                          | Không | 31                | 12,7    |
| 5  | Được nhân viên y tế giám sát, kiểm điểm sự thực hiện chăm sóc người bệnh | Có    | 183               | 74,7    |
|    |                                                                          | Không | 62                | 25,3    |
| 6  | Hài lòng với điều trị/ chăm sóc cho người thân                           | Có    | 243               | 99,2    |
|    |                                                                          | Không | 2                 | 0,8     |

**Nhận xét:** Trong tổng số 245 người nhà người bệnh được khảo sát thì có 58,8% biết bản thân là thành viên của đội chăm sóc. Tỷ lệ biết tên điều dưỡng và bác sĩ là người chăm sóc/điều trị cho người nhà của mình đạt lần lượt là 53,9% và 94,7%. Tỷ lệ được nhân viên y tế phân công nhiệm vụ chăm sóc người bệnh là 81,6%, được cán bộ y tế hướng dẫn cách chăm sóc người bệnh là

87,3%; và được nhân viên y tế giám sát, kiểm điểm sự thực hiện chăm sóc là 74,7%. Tỷ lệ hài lòng với mô hình chăm sóc đội là 99,2%.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Hoạt động chăm sóc đội của Nhân viên y tế

Hoạt động đi buồng là phần quan trọng

nhất của đội chăm sóc. Các thành viên trong đội được nghe thông tin báo cáo về NB từ Điều dưỡng phụ trách NB. Qua quan sát cho thấy, tỷ lệ hài lòng của điều dưỡng về mô hình chăm sóc đội đạt 60%, tỷ lệ đạt trật tự nội vụ theo 5S đạt mức chấp nhận được 76,7%; hai tỷ lệ này thấp hơn chút ít so với nghiên cứu trước đây [5],[7]. Tỷ lệ thành phần tham gia đi buồng đầy đủ các thành viên và Điều dưỡng viên báo cáo đầy đủ các thông tin về NB chiếu tỷ lệ chưa cao lần lượt là 40% và 53,3%. Tỷ lệ này gần tương đồng so với nghiên cứu của tác giả Hà Thị Hương Bưởi năm 2019 với tỷ lệ Điều dưỡng báo cáo đạt đầy đủ là 59,7% [5]. Nguyên nhân tỷ lệ này còn chưa cao có thể do điều dưỡng chưa tự tin khi nhận định bệnh nhân là công việc của bác sĩ. Điều này chứng minh qua tỷ lệ điều dưỡng nhận định lâm sàng đầy đủ trong nghiên cứu này là 70%. Trong khi đó yêu cầu điều dưỡng phải nhận định đầy đủ các nhu cầu chăm sóc của người bệnh [8]. Trong nghiên cứu này, điều dưỡng đưa ra được thành phần trong quy trình điều dưỡng tương đối thấp như Vấn đề chăm sóc, chẩn đoán chăm sóc và các can thiệp chăm sóc lần lượt là 33,3%, 6,7% và 6,7%. Điều này cho thấy rằng việc áp dụng quy trình chăm sóc vào thực tế cho bệnh nhân còn rất hạn chế. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng so với nghiên cứu trước đây về việc điều dưỡng áp dụng quy trình chăm sóc vào bệnh nhân [4],[5],[6],[7]. Tuy nhiên, theo thông tư 31/2021 Bộ y tế quy định rất rõ vai trò chủ động của điều dưỡng trong chăm sóc bệnh nhân đúng với quy trình từ nhận định đến đánh giá chủ động bệnh nhân [2]. Do đó việc tập huấn cho NVYT đặc biệt là điều dưỡng về quy trình chăm sóc là rất cần thiết, nó nâng tính chủ động và tâm của điều dưỡng.

#### **4.2. Hoạt động chăm sóc theo đội của người bệnh**

Trong mô hình chăm sóc theo đội thì người bệnh được coi là trung tâm của mọi sự chăm sóc do vậy đánh giá của người bệnh là một trong những chỉ số quan trọng phản ánh kết quả của việc triển khai thực hiện mô hình. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ người bệnh hài lòng về mô hình chăm sóc và những điều trị và chăm sóc nhận được là 98,2%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu trước đây về sự hài lòng của người bệnh đối với chăm sóc đội như Ngô Thị Tuyết năm 2019 (94,7%) [6], và Ngô Thị Thảo năm 2013 [7]. Tỷ lệ này giải thích tại sao tỷ lệ người bệnh hài lòng với thái độ của Điều dưỡng khi trực tiếp chăm sóc cho mình hàng ngày (95,9%). Tuy nhiên vẫn còn 19,4% và 29,4% người bệnh chưa biết tên điều dưỡng chăm sóc mình và các vấn đề mình được chăm sóc trong ngày. Thêm vào đó chỉ 74,1% người bệnh báo cáo là được Tư vấn-giáo dục sức khỏe. Lý giải nguyên nhân này có thể do khối lượng công việc hàng ngày của điều dưỡng rất nhiều, số lượng bệnh nhân phải chăm sóc khá đông. Thêm vào đó, kỹ năng nhận định lâm sàng của điều dưỡng còn hạn chế để đưa ra vấn đề chăm sóc hàng ngày cho người bệnh [4],[5],[6],[7]. Việc tập huấn về kỹ năng nhận định chính xác theo mặt bệnh nên được thực hiện thường xuyên cho điều dưỡng. Kỹ năng nhận định được nâng cao, thì điều dưỡng sẽ tự tin hơn trong việc tư vấn -giáo dục sức khỏe cho người bệnh.

#### **4.3. Hoạt động chăm sóc theo đội của người nhà người bệnh**

Trong mô hình chăm sóc theo đội thì người nhà được coi là thành phần của đội chăm sóc. Trên thực tế, vai trò của người nhà người bệnh đóng vai trò hết sức quan trọng. Người mà chăm sóc về vật chất, tinh thần

đồng thời là thành viên của đội chăm sóc, điều này được chứng minh bằng các nghiên cứu trước đây [7], [8]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ người nhà hài lòng về mô hình đạt khá cao 99,2%, tỷ lệ được nhân viên y tế phân tham gia chăm sóc người bệnh và được hướng dẫn chăm sóc đạt tỷ lệ cao trên 80%. Kết quả này tương đồng với kết quả của Vũ Thành Nhân năm 2016 tại bệnh viện Phú Lương - Thái Nguyên [8]. Tuy nhiên, người nhà biết mình là thành viên đội chăm sóc và biết tên điều dưỡng tham gia chăm sóc cho người nhà mình còn chưa cao, lần lượt là 58,8% và 53,9%. Do đó, việc gắn kết người nhà người bệnh vào mô hình đội là hết sức cần thiết.

## V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu trên cho thấy, tỷ lệ hài lòng về của nhân viên y tế, bệnh nhân và người nhà về hoạt động của mô hình chăm sóc theo đội đạt mức cao. Tỷ lệ người nhà người bệnh biết mình là thành viên đội chăm sóc chăm nhận được. Tuy nhiên, tỷ lệ điều dưỡng nhận định lâm sàng, đưa ra vấn đề chăm sóc và chẩn đoán chăm sóc còn hạn chế. Tỷ lệ người bệnh biết tên điều dưỡng chăm sóc và biết được vấn đề chăm sóc trong ngày còn chiếm tỷ lệ chưa cao. Do đó, việc tập huấn về quy trình chăm sóc để đưa ra nhận định, vấn đề và chẩn đoán chăm sóc cho điều dưỡng hệ nội là rất cần thiết.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên** (2013). Quy định việc thực hiện mô hình

chăm sóc theo đội tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

2. **Bộ Y tế** (2021). Thông tư 31/2011/TT-BYT Ngày của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn công tác Điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.
3. **Bộ Y tế** (2023). Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 về Quy định chi tiết về một số điều khám chữa bệnh
4. **Đào Thị Kim Hạnh Hạnh** (2023). Chăm sóc người bệnh theo đội tại trung tâm Chấn thương chỉnh hình và y học thể thao tại bệnh viện Vinmec Times City năm 2022.
5. **Hà Thị Hương Bưởi và cộng sự.** (2020). Thực trạng công tác chăm sóc người bệnh theo mô hình nhóm tại 4 khoa lâm sàng Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019. Tạp Chí Khoa học Điều dưỡng, 3(4), 64-70.
6. **Ngô Thị Tuyết., Hoàng, T. U., Nông, V. D., & Phan, T. T.** (2020). Thực trạng công tác chăm sóc người bệnh theo mô hình đội tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2019. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 3(4), Tr 48-57.
7. **Trần Thị Thảo** (2013). Đánh giá thực hiện mô hình chăm sóc người bệnh theo đội tại Bệnh viện Việt nam - Uông Bí Thụy Điển. Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng. Trường Đại học Y tế công cộng.
8. **Vũ Thành Nhân và cộng sự** (2016). Đánh giá thực trạng chăm sóc bệnh nhân toàn diện theo mô hình đội tại bệnh viện Phú Lương. Luận Văn Chuyên khoa 1 Điều dưỡng. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

# THỰC TRẠNG TUÂN THỦ BỘ TIÊU CHÍ ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ AN TOÀN PHẪU THUẬT TẠI KHOA GÂY MÊ HỒI SỨC BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lương Thị Thoa<sup>1</sup>, Đặng Hoàng Nga<sup>2</sup>, Phan Thị Hồng Nhung<sup>1</sup>,  
Nguyễn Huy Hiệp<sup>1</sup>, Đặng Hải Giang<sup>1</sup>

## TÓM TẮT.

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng tuân thủ an toàn phẫu thuật của nhân viên y tế tại khoa GMHS Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2023 và một số yếu tố liên quan.

**Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện từ 01/4/2023 đến 30/4/2023. Trên 83 nhân viên y tế thực hiện 646 ca phẫu thuật tại khoa GMHS. Số liệu được thu thập thông qua phiếu thu thập thông tin và bảng kiểm quan sát việc tuân thủ quy trình ATPT được xây dựng dựa trên 8 tiêu chí trong quyết định 7482/QĐ-BYT. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

**Kết quả:** Nhóm điều dưỡng dụng cụ/vòng ngoài có tỷ lệ tuân thủ cao nhất đạt 98,9%. Nhóm bác sỹ/điều dưỡng gây mê đạt tỷ lệ tuân thủ 97,8 % trong đó có 14 ca người bệnh không được cố định trên bàn mổ trong khi phẫu thuật. Tỷ lệ tuân thủ thấp nhất là nhóm PTV trong tiêu mục đánh dấu vị trí phẫu thuật chỉ đạt 79,2%. Những ca

phẫu thuật đặc biệt có tỷ lệ tuân thủ đạt 100%, thời gian phẫu thuật trên 60 phút đạt 97,8%.

**Kết luận:** Tỷ lệ tuân thủ ATPT giữa các nhóm NVYT là cao từ 79,2%, Những ca mổ ngắn loại 3 có tỷ lệ tuân thủ thấp nhất chiếm 18,8%.

**Từ khóa:** An toàn phẫu thuật, gây mê hồi sức.

## SUMMARY

### THE ADHERENCE STATUS TO THE SURGICAL SAFETY CHECKLIST IN THE ANESTHETIC AND RESUSCITATION DEPARTMENT AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

**Objective:** To describe the current adherence to surgical safety by healthcare staff in the Anesthetic and Resuscitation Department at Thai Nguyen Central Hospital in 2023 and related factors.

**Method and subjects:** A cross-sectional study was conducted from April 1, 2023, to April 30, 2023. The study involved 83 healthcare staff who performed 646 surgical procedures in the Anesthetic and Resuscitation Department. Data were collected through information collection forms and observation checklists for adherence to the Surgical Safety Checklist based on the 8 criteria outlined in Decision 7482/QĐ-BYT. Data were analyzed using SPSS 20.0 software.

**Results:** The instrument/circulating nursing group had the highest adherence rate of 98.9%. The group of Anesthesiologists/ Nurse

<sup>1</sup>Khoa Gây mê Hồi sức - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

<sup>2</sup>Phòng Quản lý chất lượng - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Thoa  
SĐT: 0914177346

Email: thoagm@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/6/2024

Ngày duyệt bài: 25/7/2024

Anesthetists had adherence rate of 97.8%, with 14 cases of patients not being correctly positioned on the operating table during surgery. The lowest adherence rate was observed in the group of surgeons for the site marking component, reaching only 79.2%. Surgical procedures that were considered special had an adherence rate of 100%, and surgical procedures lasting over 60 minutes had an adherence rate of 97.8%.

**Conclusion:** The adherence rate to Surgical Safety among different healthcare staff groups ranged from 79.2% to 98.9%. Short Type 3 surgeries had the lowest adherence rate at 18.8%.

**Keywords:** Surgical safety, anesthesia resuscitation.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo tổ chức y tế thế giới (WHO), an toàn người bệnh trong phẫu thuật là thuật ngữ chỉ việc chăm sóc và điều trị người bệnh ngoại khoa, liên quan trước, trong và sau phẫu thuật được an toàn và không có biến chứng, tai biến do nhân viên y tế gây nên. An toàn phẫu thuật (ATPT) là tâm điểm của hoạt động cải thiện chất lượng trong chăm sóc sức khỏe. Mỗi năm trên toàn thế giới ước chừng có trên 230 triệu ca phẫu thuật được thực hiện và số biến chứng xảy ra gây nguy hiểm đến tính mạng tới 7 triệu trường hợp (khoảng 16%), trong đó gần 1 triệu trường hợp tử vong liên quan đến ATPT (gần 10%) các biến chứng chết người xảy ra tại các phòng mổ lớn [8].

Tại Việt Nam, công tác quản lý chất lượng bệnh viện nói chung cũng như ATPT đã được quan tâm từ lâu và càng được chú trọng hơn trong những năm gần đây. Những

vấn đề về an toàn phẫu thuật đã được đề cập đến trong Thông tư 19/2013/TT-BYT Triển khai an toàn trong phẫu thuật, thực hiện bảng kiểm ATPT cũng được đưa vào các bệnh viện. Tuy nhiên để đánh giá mức độ ATPT tại mỗi bệnh viện và cơ sở y tế, Bộ Y tế đã ban hành Bộ tiêu chí đánh giá mức độ ATPT tại Quyết định số 7482/QĐ-BYT ngày 18/12/2018 với 8 tiêu chí được cụ thể hóa trong 51 tiểu mục thiết yếu và 16 tiểu mục mở rộng [1].

Thực hiện đảm bảo ATPT là công tác vô cùng quan trọng, đòi hỏi đội ngũ cán bộ, nhân viên y tế (NVYT) phải nâng cao nhận thức, nghiêm túc triển khai nhằm hướng đến mục tiêu lấy người bệnh làm trung tâm. Trong mỗi êkip phẫu thuật mỗi vị trí có vai trò khác nhau và đều có ảnh hưởng nhất định đến vấn đề an toàn người bệnh trong phẫu thuật [6].

Tại khoa gây mê hồi sức Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, trung bình hàng năm phẫu thuật trên 15.000 ca. Vấn đề ATPT, an toàn người bệnh luôn là vấn đề được quan tâm và đặt lên hàng đầu. Phòng Quản lý chất lượng Bệnh viện đã đưa quyết định 7482 vào tiêu chí kiểm tra đánh giá chất lượng bệnh viện hàng tháng tại khoa Gây mê hồi sức (GMHS). Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá mức độ tuân thủ. vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu:

1. *Mô tả thực trạng tuân thủ an toàn phẫu thuật của nhân viên y tế tại khoa Gây mê hồi sức Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2023.*



2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến việc tuân thủ an toàn phẫu thuật tại khoa Gây mê hồi sức Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2023.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### - Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Các ca phẫu thuật có kế hoạch tại khoa GMHS Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên
- + Bác sỹ gây mê, bác sỹ phẫu thuật, điều dưỡng phụ mê, điều dưỡng dụng cụ, điều dưỡng vòng ngoài tham gia thực hiện
- + Người bệnh, NVYT đồng ý tham gia nghiên cứu

#### - Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Người bệnh tử vong trên bàn mổ
- + Những phẫu thuật không đủ thành viên tham gia trong ekip phẫu thuật

### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/04 đến 30/04 năm 2023

Địa điểm nghiên cứu: khoa GMHS Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

### 2.4. Cỡ mẫu của nghiên cứu

- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện

**2.5. Phương pháp và công cụ đo lường, thu thập số liệu**

Sử dụng bảng kiểm để quan sát trực tiếp các ca phẫu thuật nhằm đánh giá thực trạng tuân thủ quy trình ATPT, tra cứu số liệu hồ sơ bệnh án của người bệnh được phẫu thuật để hoàn thiện số liệu nghiên cứu.

Cơ sở xây dựng bộ công cụ: Sử dụng phiếu thu thập thông tin bằng phương pháp quan sát trực tiếp và sử dụng số liệu qua hồ sơ bệnh án.

+ Phần 1: Phiếu thu thập thông tin ca phẫu thuật, thông tin người bệnh được phẫu thuật, thông tin nhân viên y tế tham gia phẫu thuật dựa trên các thông tin hành chính cơ bản từ HSBA.

+ Phần 2: Bảng kiểm quan sát việc tuân thủ quy trình ATPT trong nghiên cứu được xây dựng dựa trên cơ sở các tiêu mục của 8 tiêu chí trong quyết định 7482/QĐ - BYT [1]

### 2.6. Quy trình nghiên cứu

Điều tra viên là các điều dưỡng phụ mê trong các ca mổ được lựa chọn.

Các điều tra viên thực hiện quan sát trực tiếp việc tuân thủ quy trình an toàn trong phẫu thuật của NVYT khoa GMHS bằng bộ công cụ bảng kiểm quan sát được xây dựng và thu thập thông tin gián tiếp qua hồ sơ bệnh án, phiếu chỉ định phẫu thuật.

**2.7. Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

### 2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi đảm bảo trung thực. Các số liệu và kết quả nghiên cứu đảm bảo bí mật và chỉ sử dụng cho mục tiêu nghiên cứu với mục đích cải tiến chất lượng, không sử dụng cho mục đích khác.

Các đối tượng nghiên cứu đều được giải thích đầy đủ về mục đích, nội dung nghiên cứu, chỉ khi có sự đồng ý tham gia nghiên cứu của đối tượng nghiên cứu thì mới tiến hành quan sát, phỏng vấn và đối tượng nghiên cứu có quyền từ chối hoặc ngừng tham gia nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Thông tin chung

**Bảng 3.1. Thông tin chung về NVYT thực hiện phẫu thuật**

| Nội dung               |             | PTV  |    | BsGM - ĐD<br>phụ mê |      | ĐDDC - ĐD<br>vòng ngoài |      | Tổng |      |
|------------------------|-------------|------|----|---------------------|------|-------------------------|------|------|------|
|                        |             | n=50 | %  | n=19                | %    | n=14                    | %    | n=83 | %    |
| Trình độ<br>chuyên môn | Trung cấp   | 0    | 0  | 2                   | 10,5 | 5                       | 35,7 | 7    | 8,4  |
|                        | Cao đẳng    | 0    | 0  | 2                   | 10,5 | 7                       | 50,0 | 9    | 10,8 |
|                        | Đại học     | 03   | 6  | 8                   | 42,1 | 2                       | 14,3 | 13   | 15,7 |
|                        | Sau đại học | 47   | 94 | 7                   | 36,9 | 0                       | 0    | 54   | 65,1 |
| Thâm niên<br>công tác  | < 5 năm     | 12   | 24 | 3                   | 15,8 | 0                       | 0    | 15   | 18,1 |
|                        | 5 - 10 năm  | 07   | 14 | 07                  | 36,9 | 8                       | 57,1 | 22   | 26,5 |
|                        | > 10 năm    | 31   | 62 | 09                  | 47,3 | 6                       | 42,9 | 46   | 55,4 |

**Nhận xét:** Nhóm NVYT có trình độ sau đại học là cao nhất chủ yếu là nhóm PTV có đến 94%. Thâm niên công tác trên 10 năm chủ yếu là nhóm PTV chiếm 55,4%.

**Bảng 3.2. Thông tin chung về ca phẫu thuật**

| Các thông tin chung  |                 | Tần số (n = 646) | Tỷ lệ (%)  |
|----------------------|-----------------|------------------|------------|
| Loại phẫu thuật      | Loại đặc biệt   | 198              | 30,6       |
|                      | Loại 1          | 244              | 37,8       |
|                      | Loại 2          | 172              | 26,6       |
|                      | Loại 3          | 32               | 5,0        |
|                      | <b>Tổng</b>     | <b>646</b>       | <b>100</b> |
| Thời gian phẫu thuật | Dưới 30 phút    | 50               | 7,7        |
|                      | 30-60 phút      | 240              | 37,2       |
|                      | Trên 60 phút    | 356              | 55,1       |
|                      | <b>Tổng</b>     | <b>646</b>       | <b>100</b> |
| Khoa phẫu thuật      | Ngoại THGM      | 27               | 4,2        |
|                      | Ngoại tiết niệu | 101              | 15,6       |
|                      | CTCH            | 146              | 22,6       |
|                      | Ngoại TKCS      | 48               | 7,5        |
|                      | Ngoại nhi       | 29               | 4,5        |
|                      | NGTM-LN         | 59               | 9,1        |
|                      | Sản phụ         | 17               | 2,6        |
|                      | Ung Bướu        | 76               | 11,8       |
|                      | TMH             | 64               | 9,9        |
|                      | RHM             | 29               | 4,5        |
|                      | Yêu cầu         | 30               | 4,6        |
|                      | Thăm mỹ         | 20               | 3,1        |
|                      | <b>Tổng</b>     | <b>646</b>       | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Phẫu thuật chủ yếu là loại 1 đến 37,8% và các ca loại đặc biệt chiếm tỷ lệ đến 30,6%. phẫu thuật trên 60 phút chiếm tỷ lệ 55,1%. Tỷ lệ phẫu thuật của khoa chấn thương chỉnh hình là cao nhất chiếm 22,6%.

**3.2. Mô tả thực trạng tuân thủ ATPT của NVYT****Bảng 3.3. Đánh giá tuân thủ ATPT của Bác sỹ gây mê, điều dưỡng phụ mê**

| Tiêu chí                                                | Số ca cần thực hiện (n) | Có thực hiện |      |
|---------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|------|
|                                                         |                         | (n=646)      | (%)  |
| Xác định danh tính NB                                   |                         | 646          | 100  |
| Xác định phương pháp PT                                 |                         | 646          | 100  |
| Xác nhận bản cam đoan PT                                |                         | 646          | 100  |
| Thực hiện bảng kiểm ATPT                                |                         | 646          | 100  |
| Khởi động và test máy mỗi ngày                          |                         | 646          | 100  |
| Đủ phương tiện cấp cứu                                  |                         | 646          | 100  |
| Đủ phương tiện kiểm soát đường thở                      |                         | 646          | 100  |
| Khai thác tiền sử dị ứng                                |                         | 646          | 100  |
| Đánh giá nguy cơ mất KS đường thở trước PT              |                         | 646          | 100  |
| Đánh giá nguy cơ mất máu, chuẩn bị đường truyền         |                         | 646          | 100  |
| Phòng ngừa nguy cơ ngã, khô giác mạc, liệt chi trong PT |                         | 632          | 97,8 |
| An toàn trong sử dụng thuốc                             |                         | 646          | 100  |
| Người bệnh được theo dõi liên tục                       |                         | 646          | 100  |
| Kiểm tra đặt NKQ                                        | 235                     | 235          | 100  |
| Kiểm tra thông số thở của NB                            |                         | 235          | 100  |

**Nhận xét:** Tiêu chí phòng ngừa nguy cơ ngã chỉ đạt 97,8%, có 14 ca không thực hiện cố định người bệnh trên bàn trong khi phẫu thuật.

**Bảng 3.4. Đánh giá tuân thủ ATPT của PTV**

| Tiêu chí                             | Số ca cần thực hiện (n) | Có thực hiện |           |
|--------------------------------------|-------------------------|--------------|-----------|
|                                      |                         | Số lượt      | Tỷ lệ (%) |
| Xác định danh tính NB                | 646                     | 646          | 100       |
| Giải thích, cam đoan phẫu thuật      |                         | 646          | 100       |
| Thực hiện bảng kiểm ATPT             |                         | 646          | 100       |
| Kiểm soát nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ |                         | 646          | 100       |
| Tiên lượng cuộc phẫu thuật           |                         | 646          | 100       |
| Tiên lượng mất máu, dự trữ máu       |                         | 646          | 100       |
| Kiểm soát gạc mét, dụng cụ           |                         | 646          | 100       |
| Đánh dấu vị trí vết mổ               | 486                     | 385          | 79,2      |
| An toàn trong quản lý bệnh phẩm      | 286                     | 286          | 100       |

**Nhận xét:** Đánh dấu vị trí vết mổ là chưa đạt chiếm 79,2%, các tiêu chí khác đạt tỷ lệ cao 100%.

**Bảng 3.5. Đánh giá tuân thủ ATPT của điều dưỡng dụng cụ, điều dưỡng chạy ngoài**

| Tiêu chí                                                                                  | Số ca cần<br>TH (n) | Có thực hiện |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|-----------|
|                                                                                           |                     | Số lượt      | Tỷ lệ (%) |
| Xác định danh tính NB                                                                     | 646                 | 646          | 100       |
| Xác định phương pháp PT                                                                   |                     | 646          | 100       |
| Thực hiện bảng kiểm ATPT                                                                  |                     | 646          | 100       |
| Chuẩn bị và kiểm tra TTB đầy đủ, hoạt động tốt                                            |                     | 639          | 98,9      |
| Dụng cụ, vật tư tiêu hao đầy đủ, đảm bảo vô khuẩn                                         |                     | 646          | 100       |
| Kiểm soát nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ                                                      |                     | 646          | 100       |
| Có Bảng thông tin theo dõi phẫu thuật                                                     |                     | 646          | 100       |
| Đếm và kiểm tra dụng cụ, gạc meche tối thiểu 2 lần, có ghi lại số lượng lên bảng theo dõi |                     | 646          | 100       |
| Ghi chép tên và chức trách, kết quả kiểm đếm vào HSBA                                     |                     | 646          | 100       |
| Phòng nguy cơ cháy nổ, điện giật do sử dụng dao điện                                      | 358                 | 358          | 100       |
| Xác định thông tin ghi trên mẫu bệnh phẩm cùng PTV                                        | 286                 | 286          | 100       |
| Bệnh phẩm được cho vào túi đựng có dán nhãn, đánh dấu                                     |                     | 286          | 100       |
| Có sổ bàn giao mẫu BP cho người nhận và có ký nhận                                        |                     | 286          | 100       |
| An toàn trong lĩnh, truyền máu                                                            | 23                  | 23           | 100       |

**Nhận xét:** Chuẩn bị TTB đầy đủ hoạt động tốt đạt 98,9%, các tiêu chí khác đạt tỷ lệ cao 100%.

### 3.3. Mô tả một số yếu tố liên quan đến việc tuân thủ ATPT tại khoa GMHS

**Bảng 3.6. Nhân viên y tế**

|                  |             |      | Có thực hiện |      | Không thực hiện |      |
|------------------|-------------|------|--------------|------|-----------------|------|
|                  |             |      | n            | %    | n               | %    |
| <b>Thâm niên</b> | Dưới 5 năm  | n=15 | 13           | 86,7 | 2               | 13,3 |
|                  | 5-10 năm    | n=22 | 17           | 86,4 | 3               | 13,6 |
|                  | Trên 10 năm | n=46 | 42           | 91,3 | 4               | 8,7  |
| <b>Trình độ</b>  | Trung cấp   | n=7  | 6            | 85,7 | 1               | 14,3 |
|                  | Cao đẳng    | n=9  | 8            | 88,9 | 1               | 11,1 |
|                  | Đại học     | n=13 | 11           | 84,6 | 2               | 15,4 |
|                  | Sau đại học | n=54 | 49           | 90,7 | 5               | 9,3  |

**Nhận xét:** Nhóm NVYT có thâm niên công tác trên 10 năm có tỷ lệ tuân thủ là cao nhất chiếm 91,3%, nhóm nhân viên có trình độ sau đại học có tỷ lệ tuân thủ 90,7%.

**Bảng 3.7. Loại phẫu thuật, thời gian phẫu thuật**

|                |          |     | Thực hiện đầy đủ |      | Thực hiện không đầy đủ |      |
|----------------|----------|-----|------------------|------|------------------------|------|
|                |          |     | n                | %    | n                      | %    |
| <b>Loại PT</b> | Đặc biệt | 198 | 198              | 100  | 0                      | 0    |
|                | Loại 1   | 244 | 215              | 88,1 | 29                     | 11,9 |
|                | Loại 2   | 172 | 126              | 73,3 | 46                     | 26,7 |
|                | Loại 3   | 32  | 6                | 18,8 | 26                     | 81,2 |

|                     |           |     |     |      |    |      |
|---------------------|-----------|-----|-----|------|----|------|
| <b>Thời gian PT</b> | Dưới 30 p | 50  | 21  | 42   | 29 | 58   |
|                     | 30-60 p   | 240 | 176 | 73,3 | 64 | 26,7 |
|                     | Trên 60 p | 356 | 348 | 97,8 | 8  | 2,2  |

**Nhận xét:** Phẫu thuật loại 3 có tỷ lệ tuân thủ thấp nhất chiếm 18,8%, thời gian phẫu thuật dưới 30 phút tỷ lệ tuân thủ thấp nhất chiếm 42%.

**Bảng 3.8. Yếu tố khác**

|                                                                                                             | <b>Đảm bảo</b> | <b>Không đảm bảo (&lt;50%)</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------|
| Hệ thống điện đảm bảo hoạt động 24/24h                                                                      | <b>X</b>       |                                |
| Phương án ứng phó cụ thể khi có sự cố mất điện: Nhân lực, phương tiện, chỉ huy điều hành...                 | <b>X</b>       |                                |
| Hệ thống điện dự phòng đảm bảo tự động kích hoạt thay thế không quá 15 giây                                 | <b>X</b>       |                                |
| Có nguồn dự phòng cung cấp oxy độc lập thứ 2                                                                |                | <b>X</b>                       |
| Có nhân viên chuyên ngành trang thiết bị của bệnh viện trực tiếp phụ trách bảo dưỡng, bảo trì               | <b>X</b>       |                                |
| Có chính sách quy định về kế hoạch bảo trì, bảo dưỡng thiết bị, cơ chế thay thế thiết bị, VTTT của thiết bị | <b>X</b>       |                                |
| Được cung cấp đủ thuốc, vật tư tiêu hao theo đề nghị                                                        | <b>X</b>       |                                |
| Trang thiết bị đầy đủ, hoạt động tốt                                                                        |                | <b>X</b>                       |
| Trao đổi thông tin trong PT                                                                                 | <b>X</b>       |                                |
| Bác sỹ gây mê được bảo đảm đủ năng lực chuyên môn thông qua các chương trình đào tạo                        |                | <b>X</b>                       |

**Nhận xét:** Các tiêu chí có nguồn dự phòng cung cấp oxy độc lập thứ 2, trang thiết bị đầy đủ, hoạt động tốt và Bác sỹ gây mê được bảo đảm đủ năng lực chuyên môn thông qua các chương trình đào tạo là đạt dưới 50%.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Thông tin chung về NVYT thực hiện phẫu thuật

Ê kíp phẫu thuật gồm 3 nhóm NVYT chủ chốt: nhóm bác sỹ - điều dưỡng gây mê, nhóm phẫu thuật viên và nhóm điều dưỡng dụng cụ - điều dưỡng vòng ngoài. Nhóm NVYT có trình độ sau đại học là cao nhất, trong đó chủ yếu là nhóm PTV có đến 94% do tính chất và nhu cầu công việc, phù hợp

với sự phát triển của Bệnh viện. Tỷ lệ điều dưỡng trung cấp còn khá cao do mô hình đào tạo của ngành trong những năm trước. 55,4% NVYT có thâm niên công tác trên 10 năm chủ yếu là nhóm PTV. Bác sỹ gây mê chủ yếu có thâm niên dưới 10 năm do ngành gây mê phát triển mạnh trong những năm gần đây.

##### 4.2. Thông tin chung về ca phẫu thuật

Do đặc thù là 1 Bệnh viện Trung ương hạng đặc biệt của khu vực nên các ca phẫu thuật chủ yếu là loại 1 đến 37,8% và các ca loại đặc biệt chiếm tỷ lệ đến 30,6%. Tỷ lệ thuận với phân loại là thời gian phẫu thuật, các ca phẫu thuật trên 60 phút chiếm tỷ lệ 55,1%. Là 1 bệnh viện đa khoa khu vực nên phẫu thuật đa dạng, 12 khoa tham gia phẫu

thuật, sự tuân thủ của nhóm phẫu thuật viên là khó khăn, phụ thuộc vào từng khoa phòng và tính chất của từng loại phẫu thuật [2]. Tỷ lệ phẫu thuật của khoa chấn thương chỉnh hình là cao nhất chiếm 22,6%, mặt bệnh đa dạng phức tạp là yếu tố ảnh hưởng đến sự tuân thủ ATPT. 4.3. Mô tả thực trạng tuân thủ ATPT của NVYT

#### **4.2.1. Đánh giá tuân thủ ATPT của Bác sỹ gây mê, điều dưỡng phụ mê**

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.3 cho thấy các tiêu chí về kiểm soát đường thở và suy chức năng hô hấp, nhận định sớm và phòng ngừa kịp thời với nguy cơ mất máu cấp trong phẫu thuật và bảo đảm phòng ngừa và giảm thiểu tối đa nguy cơ dị ứng và các phản ứng có hại của thuốc được đánh giá thực hiện đạt 100%. Tiêu chí về chuẩn bị trang thiết bị cũng được đánh giá đạt 100%, trước mỗi ngày làm việc, điều dưỡng sẽ kiểm tra và test hoạt động của các thiết bị đảm bảo hoạt động tốt.

Người bệnh được xác định danh tính, phương pháp phẫu thuật trước khi phẫu thuật tối thiểu 2 lần đạt 100%. Từ khi có chỉ định mổ điều dưỡng sẽ in “thẻ định danh người bệnh phẫu thuật” được ánh xạ trên phần mềm các thông tin nhận diện đảm bảo chính xác, 1 dán trên HSBA và 1 trên thẻ đeo cho người bệnh, người bệnh có thể tự xác nhận lại thông tin. Trước khi đưa vào phòng phẫu thuật, NVYT xác nhận lại qua HSBA và hỏi người bệnh đối chiếu với thẻ định danh, sau đó được xác nhận lại khi thực hiện bảng kiểm ATPT.

Các tiêu chí ATPT đều đạt 100% cao hơn kết quả nghiên cứu về tuân thủ thực hiện bảng kiểm ATPT năm 2018[2], tuy nhiên tiêu chí phòng ngừa nguy cơ ngã chỉ đạt 97,8%, có 14 ca không thực hiện cố định người bệnh trên bàn trong khi phẫu thuật đều

là các ca mổ ngắn, phẫu thuật loại 3 và phương pháp vô cảm là gây tê tại chỗ hoặc mê tĩnh mạch, tuy nhiên cần cần khuyến cáo về nguy cơ và ý thức chủ quan trong việc tuân thủ ATPT.

#### **4.2.2. Đánh giá tuân thủ ATPT của PTV**

Kết quả bảng 3.4 cho thấy các tiêu chí về an toàn trong xác định danh tính người bệnh, kiểm soát nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ, dự trữ máu, kiểm soát gạc mét dụng cụ, an toàn trong quản lý bệnh phẩm được nhóm thực hiện 100%. Tuy nhiên cần lưu ý theo thiết yếu 6 của tiêu chí 1 thì đánh dấu vị trí vết mổ là chưa đạt chiếm 79,2% vì vậy tiêu chí 1 chỉ đạt 15/18 điểm thiết yếu.

Sau khi Quyết định số 7482/QĐ-BYT ngày 18/12/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành, Bệnh viện TWTN đã ra Quyết định số 12/QĐ-BV ngày 6/01/2020 về việc ban hành quy định đánh dấu vị trí phẫu thuật. theo đó số lượng vị trí cần đánh dấu là 858 vị trí, tuy nhiên việc tuân thủ tại 1 số khoa còn gặp khó khăn do tính chất đặc thù của từng khoa. Tại khoa chấn thương chỉnh hình, số ca mổ phiên có tỷ lệ cao nhất chiếm 22,6%, do tính chất đặc thù của khoa, người bệnh thường được cố định, vùng phẫu thuật rất đau khi bị tác động nên các bác sỹ thường không muốn gây đau thêm cho người bệnh. Khoa ngoại tiết niệu là khoa tỷ lệ phẫu thuật nội soi qua đường tự nhiên khá cao nên không cần đánh dấu vị trí phẫu thuật theo quy định, vì vậy tạo thành thói quen, với các ca thuộc nhóm cần đánh dấu thì bác sỹ cũng bỏ qua [2].

Việc tuân thủ đánh dấu vị trí vết mổ nhằm mục đích đảm bảo chính xác người bệnh với dịch vụ y tế cung cấp, đảm bảo chính xác phẫu thuật đúng vị trí, vì vậy cần có sự kiểm tra và giám sát chặt chẽ trong quá trình giao nhận người bệnh trước phẫu thuật.

#### **4.2.3. Đánh giá tuân thủ ATPT của điều dưỡng dụng cụ, điều dưỡng chạy ngoài.**

Tuân thủ của nhóm có tỷ lệ cao nhất, Phù hợp với nhóm tác giả Paul O'Connor và cộng sự khi cho thấy thái độ tích cực của ĐD/KTV đối với sự an toàn và làm việc nhóm [8].

Ngoài các tiêu chí chung cho cả 3 nhóm NVYT thì tiêu chí số 6 và 7 về bảo đảm ngăn ngừa để quên dụng cụ phẫu thuật, vật tư tiêu hao tại vị trí phẫu thuật và bảo đảm bảo quản và xác định chính xác tất cả các mẫu bệnh phẩm phẫu thuật cũng được thực hiện. 100% các ca phẫu thuật đều được kiểm đếm gạc mết, kim chỉ và dụng cụ nghiêm ngặt trước khi rạch da, kiểm soát suốt trong quá trình phẫu thuật và trước khi đóng vết mổ. Việc kiểm đếm được thực hiện bởi tối thiểu 3 người và được ghi chép đầy đủ lên bảng thông tin treo trên tường phòng mổ. Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác của Phan Thị Dung, Nguyễn Viết Tiến[3], Nguyễn Viết Thanh [4], Huỳnh Thanh Phong[5], Lê Thị Hằng và cộng sự [7].

Các tiêu chí cần thực hiện của nhóm đạt 100%, duy chỉ có vấn đề chuẩn bị TTB đầy đủ hoạt động tốt chỉ đạt 98,9%. Trong đó 5 ca không kiểm tra hoạt động của bàn mổ, 2 ca không kiểm tra hoạt động của dao điện, không gây hậu quả nghiêm trọng nhưng đã ảnh hưởng đến thời gian cuộc mổ

#### **4.3. Mô tả một số yếu tố liên quan đến việc tuân thủ ATPT tại khoa GMHS**

##### **4.3.1. Nhân viên y tế**

Theo nghiên cứu của chúng tôi, nhóm NVYT có thâm niên công tác trên 10 năm có tỷ lệ tuân thủ là cao nhất chiếm 91,3%, nhóm nhân viên có trình độ sau đại học có tỷ lệ tuân thủ 90,7% cao hơn so với các nhóm khác, tương đồng với nghiên cứu định tính của Phạm Ngọc Độ cho rằng nhóm NVYT

có trình độ học vấn cao, thâm niên công tác lâu dài và có kiến thức đúng, đủ về ATPT sẽ có thực hành tuân thủ quy trình ATPT tốt hơn [6].

Theo như bảng 3.4 thì tỷ lệ tuân thủ thấp nhất là không đánh dấu vị trí vết mổ chiếm 79,2% và nhóm thực hiện là nhóm phẫu thuật viên cũng là nhóm có trình độ đại học cao nhất chiếm 15,4%. Cần tăng cường kiểm tra giám sát công tác chuẩn bị phẫu thuật - đánh dấu vị trí vết mổ theo đúng quy định.

##### **4.3.2. Loại phẫu thuật, thời gian phẫu thuật**

Loại phẫu thuật, thời gian phẫu thuật tỷ lệ thuận với vấn đề tuân thủ ATPT. những ca phẫu thuật khó, kéo dài thì việc tuân thủ sẽ nghiêm ngặt hơn. Điều này phù hợp với thực tế. Có 101 ca không tuân thủ đều là không đánh dấu vị trí vết mổ trong đó có trong đó 5 ca không kiểm tra hoạt động của bàn mổ, 2 ca không kiểm tra hoạt động của dao điện chủ yếu là các ca phẫu thuật loại 2, loại 3 thời gian mổ ngắn.

##### **4.3.3. Yếu tố khác**

Theo tiêu chí 2 Thiết yếu 4: Hiện tại nguồn oxy độc lập thứ 2 do thiết kế phòng mổ giai đoạn trước không đảm bảo hoạt động an toàn, Phòng Vật tư đã lên kế hoạch sửa chữa thay thế, giải pháp trước mắt dùng bình oxy dự phòng cho mỗi máy mê, tuy nhiên đây là biện pháp tạm thời.

Máy monitor cần có đủ các thông số cơ bản: SpO<sub>2</sub>, tần số tim (ECG), HA, nhiệt độ, EtCO<sub>2</sub>, tuy nhiên có 4 buồng mổ monitor không có thông số EtCO<sub>2</sub>, bố trí tại các buồng mổ ít gây mê NKQ, tuy nhiên đây là 1 thông số hết sức quan trọng trong theo dõi và đánh giá NB trong mê, cần bổ sung để đảm bảo AT trong PT. Vì vậy trong tiêu chí này hiện tại chúng tôi chỉ đạt 22/26 điểm thiết yếu.

Việc mỗi bác sỹ gây mê thực hiện tối đa 2 ca phẫu thuật 2 bàn liên kế tại cùng 1 thời điểm nhiều khi chưa thực hiện được do đội ngũ bác sỹ gây mê chưa có chứng chỉ hành nghề còn nhiều, đa số tuổi còn trẻ đang tham gia các khóa đào tạo, đi học sau đại học là khá cao, vì vậy nhân lực bác sỹ gây mê hiện đang thiếu tạm thời. Hiện khoa đã đưa ra giải pháp sắp xếp các ca phẫu thuật, các buồng phẫu thuật hợp lý nhất theo khu vực hoạt động của các bác sỹ gây mê để đảm bảo an toàn nhất.

## V. KẾT LUẬN

1. Đánh giá tuân thủ ATPT tại khoa GMHS Bệnh viện TWTN cao nhất là nhóm điều dưỡng dụng cụ, vòng ngoài đạt 98,9%, thấp nhất là nhóm PTV với tỷ lệ 79,2%

2. Nhóm NV có trình độ sau đại học có tỷ lệ tuân thủ cao nhất 90,7%, Cần tăng cường kiểm tra giám sát công tác chuẩn bị phẫu thuật - đánh dấu vị trí vết mổ theo đúng quy định.

3. Những ca mổ ngắn, loại 3 có tỷ lệ tuân thủ thấp chiếm 18,8%, cần tăng cường giám sát nhắc nhở việc tuân thủ tránh yếu tố chủ quan

4. Một số yếu tố liên quan đến ATPT như nguồn cung cấp oxy dự phòng độc lập thứ 2, trang thiết bị thiếu hỏng, không đảm bảo ATPT

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Quyết định 7482/QĐ-BYT ngày 18/12/2018 của Bộ Y tế về việc ban hành Bộ tiêu chí chất lượng đánh giá mức độ an toàn phẫu thuật.2018;
2. **Lương Thị Thoa.** Đánh giá sự tuân thủ thực

hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật tại khoa gây mê hồi sức Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam 2018; 4; 64-71.

3. **Phan Thị Dung, Nguyễn Viết Tiến.** Đánh giá tuân thủ bảng kiểm an toàn phẫu thuật của nhân viên y tế tại một bệnh viện, Tạp Chí Phụ sản, 20(4), 62-67. <https://doi.org/10.46755/vjog.2022.4.1541>, 2023.
4. **Nguyễn Viết Thanh.** Đánh giá hiệu quả quy trình kiểm soát an toàn phẫu thuật trước trong và sau mổ tiêu hóa.2015 [Available from: <http://www.benhvien103.vn/vietnamese/bao-cao-hoi-nghi-khoa-hoc-chaomung-65-nam-truyen-thong-bvqy103/hoi-nghi-khoa-hoc-dieu-duong/2015-12/1377/>;
5. **Huỳnh Thanh Phong.** Khảo sát việc thực hiện bảng kiểm an toàn người bệnh trong phẫu thuật và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện nhân dân 115 thành phố Hồ Chí Minh năm 2018, Trường Đại học y tế công cộng.2018;
6. **Phạm Ngọc Độ.** Thực trạng tuân thủ quy trình an toàn phẫu thuật và một số yếu tố liên quan của nhân viên y tế tại Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2020. Luận văn thạc sỹ quản lý bệnh viện 2020;24-27
7. **Lê Thị Hằng.** Tuân thủ quy trình an toàn trong phẫu thuật của nhân viên y tế tại khoa Gây mê hồi sức Bệnh viện quân y 6 năm 2022. Tạp Chí Y học Việt Nam, 524(1A). <https://doi.org/10.51298/vmj.v524i1A.4683>;
8. **Paul O'Connor 1, Catriona Reddin, Michael O'Sullivan, Fergal O'Duffy, Ivan Keogh.** Surgical checklists: the human factor. Patient Saf Surg. 2013 May 14;7(1):14. doi: 10.1186/1754-9493-7-14.



## NỒNG ĐỘ VITAMIN D VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ VI LƯỢNG CỦA HỌC SINH Ở MỘT SỐ TRƯỜNG TRUNG HỌC CƠ SỞ TẠI THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thu Hà<sup>1</sup>, Lê Thị Hương Lan<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Anh<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thanh Hải<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hồng Anh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT.

**Mục tiêu:** Xác định nồng độ Vitamin D và 1 số yếu tố vi lượng ở học sinh ở học trung học cơ sở tại Thành phố Thái Nguyên tỉnh Thái Nguyên.

**Đối tượng nghiên cứu:** gồm 2600 học sinh được khám sàng lọc, trong đó xác định 273 trẻ thừa cân béo phì và 100 trẻ có BMI bình thường được lựa chọn định lượng vitamin D và 1 số các chất vi lượng Fe, Ferritin, Canxi, phosphor, Mg, Zn huyết thanh.

**Phương pháp nghiên cứu:** Áp dụng phương pháp mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang.

**Kết quả nghiên cứu** cho thấy: chiều cao cân nặng của trẻ tăng trưởng nhanh từ lứa tuổi 12-15; trong đó nam tăng mạnh về chiều cao cân nặng ở lứa tuổi 12-13; nữ cân nặng và chiều cao tăng mạnh ở lứa tuổi 12-13. Nồng độ fe huyết thanh và dự trữ fe trung bình ở nhóm trẻ béo phì cao hơn trẻ bình thường có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Ở nhóm trẻ béo phì tỷ lệ thiếu fe và dự trữ sắt huyết thanh mức thấp hơn lần lượt là 21,2%; Ferritin thấp là 22,3%. Nồng độ canxi, phosphor, Mg ở nhóm trẻ bình thường và nhóm trẻ béo phì không có sự khác biệt. Riêng nồng độ Zn trung bình ở nhóm trẻ béo phì có xu hướng cao hơn nhóm trẻ có BMI bình thường với giá trị trung bình lần lượt là:

45,6 ± 11,8 µg/dl; 59,6 ± 11,8 µg/dl. Nồng độ vitamin D trung bình ở nhóm trẻ có BMI bình thường là 30,59 ± 5,85 ng/ml cao hơn ở nhóm trẻ béo phì 27,59 ± 4,85 ng/ml. Ở nhóm trẻ BMI bình thường (31%) trẻ có nồng độ vitamin D thấp dưới ngưỡng tham chiếu; trong khi đó tỷ lệ này cao hơn ở nhóm béo phì có 112/273 (41,1%) trẻ có nồng độ vitamin dưới ngưỡng 30 ng/ml.

**Kết luận:** Tỷ lệ thiếu vitamin D và fe huyết thanh cao ở nhóm học sinh trung học cơ sở cần quan tâm bổ sung cho lứa tuổi này.

**Từ khóa:** Học sinh trung học cơ sở, nồng độ VTM D, Yếu tố vi lượng.

### SUMMARY

#### VITAMIN D CONCENTRATION AND SOME TRACE ELEMENTS OF STUDENTS IN SOME JUNIOR HIGH SCHOOLS IN THAI NGUYEN PROVINCE

**Objective:** Determine the concentration of vitamin D and some trace elements in middle school-aged students in Thai Nguyen City, Thai Nguyen Province. Subjects included 2600 students who were screened, including 273 overweight and obese children and 100 children with a normal BMI who were selected to quantify vitamin D and a number of trace elements (Fe, Ferritin, Calcium, Phosphorus, Serum Mg, and Zn). The research method applies the descriptive method and cross-sectional research design. Research results show that children's height and weight grow rapidly from ages 12 to 15; males increase sharply in height and weight at the age of 12-13; and women's weight and height increase sharply between the ages of 12 and 13. The average serum Fe

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

<sup>2</sup>Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hương Lan

SĐT: 0982090308

Email: lanhuong.bvtutn@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 25/6/2024

Ngày duyệt bài: 02/8/2024

concentration and Fe reserves in obese children were higher than those in normal children, with a statistically significant difference of  $p < 0.05$ . In the obese children group, the rate of iron deficiency and serum iron stores were lower at 21.2%, respectively; low ferritin is 22.3%. Calcium, phosphorus, and Mg concentrations in the normal children group and the obese children group had no difference. Particularly, the average Zn concentration in the obese children group tends to be higher than the group of children with normal BMI, with average values of  $45.6 \pm 11.8 \mu\text{g/dl}$  and  $59.6 \pm 11.8 \mu\text{g/dl}$ . The average vitamin D concentration in the group of children with normal BMI was  $30.59 \pm 5.85 \text{ ng/ml}$ , higher than in the group of children with obesity,  $27.59 \pm 4.85 \text{ ng/ml}$ . In the group of children with normal BMI (31%), children had vitamin D levels below the reference threshold. Meanwhile, this rate is higher in the obese group, with 112/273 (41.1%) children having vitamin concentrations below the threshold of 30 ng/ml. **Conclusion:** The high rate of vitamin D and serum Fe deficiency in middle school students requires attention for supplementation for this age group.

**Keywords:** Middle school students, VTM D concentration, trace elements,

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vitamin D (calciferol) gồm một nhóm seco-sterol tan trong chất béo, được tìm thấy rất ít trong thức ăn tự nhiên. Vitamin D là loại vitamin, một trong những yếu tố quan trọng trong việc xây dựng và phát triển xương, chuyển hóa canxi và miễn dịch ở trẻ nhỏ, [1]-[3]. Vitamin D và các yếu tố vi lượng có liên quan đến còi xương ở trẻ. Tình trạng còi xương ở trẻ nhỏ có thể dẫn đến một số vấn đề như kém phát triển, cột sống cong bất thường, dị tật xương, khiếm khuyết về răng, co giật...[1],[2],[3]. Vitamin D giữ vai trò quan trọng trong việc tạo nên cấu trúc xương, răng thông qua cơ chế phân phối

canxi và phospho của cơ thể. Vitamin D làm tăng quá trình hấp thu canxi và phospho tại đường tiêu hóa. Tại xương, vitamin D cùng hormone tuyến cận giáp PTH kích thích chuyển hóa canxi và phospho, làm tăng quá trình lắng đọng canxi của xương. Vì vậy, lượng vitamin D đầy đủ là điều kiện thiết yếu để canxi và phospho được gắn trong mô xương. Vitamin D cũng là một chất quan trọng giúp điều hòa cân bằng nội mô của hai chất này trong cơ thể. Một số nghiên cứu đã chứng minh, tình trạng đủ vitamin D có liên quan đến giảm nguy cơ phát triển ung thư vú, đại tràng và tuyến tiền liệt. Trẻ em trong lứa tuổi học trung học cơ sở là lứa tuổi phát triển thể chất nhanh. Điều kiện học tập ngày càng tốt, thời gian học tập nhiều, không có thời gian tiếp xúc với ánh nắng mặt trời.. khả năng thiết vitamin D là rất cao. Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu “Nghiên cứu nồng độ vitamin D và yếu tố vi lượng ở học của học sinh một số trường trung học cơ sở tại thành phố Thái Nguyên”

Xác định nồng độ vitamin D và một số yếu tố vi lượng của học sinh một số trường trung học cơ sở tại thành phố Thái Nguyên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Đối tượng: 2600 em trong lứa tuổi học sinh trung học cơ sở đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu khám sàng lọc, trong đó 100 trẻ có chỉ số BMI bình thường và 273 trẻ béo phì được thực hiện xét nghiệm máu.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8/2022 đến tháng 6/2023.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Sinh-hóa và 6 trường trung học cơ sở trên địa bàn thành phố Thái nguyên

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang

Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu cắt ngang

$$n = \frac{z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}{d^2}$$

Cỡ mẫu tính được 2365 học sinh trung học cơ sở (11-16 tuổi), cộng thêm 10% dự kiến mất mẫu, tổng số cá thể tham gia nghiên cứu là 2600 học sinh. Trong đó,  $p = 0,166$  là tỉ lệ học sinh trung học bị thừa cân béo phì theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tâm tại hai trường trung học trên địa bàn thành phố năm 2016, độ tin cậy  $\alpha = 0,05$  và độ chính xác tuyệt đối mong muốn là  $d = 0,015$ .

\* Chọn mẫu: Lập danh sách 37 trường trung học cơ sở trên địa bàn thành phố, theo nội thành (18 trường) và ngoại thành (19 trường). Dựa trên tổng số lượng học sinh của hai nhóm và số lượng học sinh trung bình của mỗi trường, chọn ngẫu nhiên mỗi nhóm 3 trường. Tiến hành thu thập số liệu nhân trắc và một số thông tin liên quan của toàn bộ học sinh ở mỗi trường. Như vậy, chọn 6 trường để lấy số liệu-

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Học sinh Trung học cơ sở từ 11-16 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu, có sự chấp thuận của cha mẹ hoặc người giám hộ.

- Không có những dị dạng ảnh hưởng đến chiều cao của học sinh như: dị dạng cột sống, gãy xương chân đang điều trị.

- Có mặt tại trường tại thời điểm nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu**

Trẻ em được lựa chọn ngẫu nhiên

Học sinh không uống các thuốc, các thực phẩm chức năng giàu vi lượng và vitamin tổng hợp trong thời gian nghiên cứu.

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ**

Trẻ mắc các bệnh mạn tính

Trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu

Trẻ không lấy được máu xét nghiệm

### 2.3. Các chỉ số nghiên cứu và phương pháp thu thập số liệu

\* Biến số và chỉ số nghiên cứu

+ Thông tin chung: tuổi, giới tính của học sinh. Các chỉ số nhân khẩu học: dân tộc, địa chỉ, điều kiện kinh tế gia đình, nghề nghiệp của bố mẹ, tuổi của bố mẹ.

+ Biến số nhân trắc học: cân nặng, chiều cao, độ dày nếp gấp da (mm) dưới cơ tam đầu, cơ nhị đầu và cơ bụng. Giá trị vòng bụng (cm), hông (cm) và chỉ số vòng bụng/vòng hông. Chỉ số BMI được tính dựa trên giá trị chiều cao (m) và cân nặng (kg) theo công thức của WHO.

\* Phương pháp thu thập số liệu

+ Nhân trắc học: chiều cao được đo bằng cách sử dụng thước gỗ đo chiều cao dựa tường của Unicef. Cân nặng được đo bằng cân điện tử Tanita, kiểm tra đáp ứng các tiêu chí của WHO, sai số 0,01 kg. Độ dày nếp gấp da đo bằng thước cặp nếp gấp da Lange. Chỉ số BMI được phân loại dựa trên biểu đồ tăng trưởng của WHO cho trẻ em từ 5 đến 19 tuổi theo Z-score. Toàn bộ quá trình đo lường được chuẩn hóa theo hướng dẫn của WHO trong Đánh giá tăng trưởng trẻ em.

Người cân đo được đào tạo dựa trên tài liệu hướng dẫn của WHO.

+ Thông tin chung được thu thập bằng cách phỏng vấn trực tiếp sử dụng bộ câu hỏi thiết kế sẵn, được thử nghiệm nhiều lần và đo lường độ tin cậy bằng chỉ số Cronbach alpha.

+ Định lượng vitamin D, Mg, Phospho, Fe, Ca, Zn

\* Phân tích số liệu

+ Nhân trắc học: Cao, cân nặng, tuổi sẽ được tính chỉ số BMI sau đó so sánh với chuẩn của WHO là gầy ( $< -2$  SD), bình thường (2 đến 1SD) hay thừa cân:  $> + 1$ SD

(tương đương BMI 25 kg/m<sup>2</sup> lúc 19 tuổi) và béo phì: > + 2SD (tương đương BMI 30 kg / m<sup>2</sup> khi 19 tuổi).

- Thu thập các thông tin như mã số, tuổi, giới, tiền sử bệnh tật, ngày xét nghiệm

- Bệnh nhân được làm khám lâm sàng và làm các xét nghiệm

- Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi trên máy ADVIA 2120i, hãng SIEMENS;

- Xét nghiệm sinh hóa máu trên máy sinh hóa tự động và máy miễn dịch tự động.

#### 2.4. Một số tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu

Nồng độ canci huyết thanh, huyết tương 2.1 - 2.6 mmol/L): Nếu thấp hơn giá trị tham chiếu được xác định là thiếu canci; Nồng độ

phospho máu bình thường ở người trưởng thành là từ 0.81-1.45 mmol/L (2,5-4,5 mg/dL). Nồng độ Mg Huyết thanh/ huyết tương : 0.66 - 1,07 mmol/l. Nồng độ zn ở người trưởng thành 9,18 - 18,4 µmol/L ( 60 - 120 µg/dl); ở trẻ em : 11,5 - 15,3 µmol/L (75- 100 µg/dl).

Bình thường, nồng độ vitamin D trong máu ≥ 30ng/mL, được gọi là thiếu vitamin D khi nồng độ < 30ng/mL. Thiếu vitamin D mức độ nhẹ: 20-29 ng/mL, mức độ trung bình: 10-19 ng/mL, mức độ nặng: < 10 ng/mL.

#### 2.5. Phân tích và xử lý số liệu:

Số liệu được phân tích trên phần mềm SPSS 22.0.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu**

| Tuổi        | Số lượng    | Cân nặng ( $\bar{X} \pm SD$ ) |            | Chiều cao ( $\bar{X} \pm SD$ ) |             |
|-------------|-------------|-------------------------------|------------|--------------------------------|-------------|
|             |             | Nam                           | Nữ         | Nam                            | Nữ          |
| 12          | 612         | 50,7 ± 8,9                    | 45,5 ± 8,9 | 156,1 ± 8,9                    | 152,5 ± 4,8 |
| 13          | 658         | 53,6 ± 11,2                   | 46,3 ± 8,9 | 158,7 ± 7,7                    | 154,7 ± 5,8 |
| 14          | 630         | 56,9 ± 12,4                   | 50,4 ± 9,1 | 160,9 ± 6,9                    | 155,8 ± 6,8 |
| 15          | 700         | 57,7 ± 10,4                   | 52,4 ± 9,9 | 162,9 ± 7,9                    | 157,8 ± 6,9 |
| <b>Tổng</b> | <b>2600</b> |                               |            |                                |             |

**Nhận xét:** Chiều cao cân nặng của trẻ tăng trưởng nhanh từ lứa tuổi 12- 15; trong đó nam tăng mạnh về chiều cao cân nặng ở lứa tuổi 12-13; nữ cân nặng và chiều cao tăng mạnh ở lứa tuổi 12 -13.

#### 3.2. Nồng độ vitamin D và một số yếu tố vi lượng ở đối tượng béo phì so với nhóm trẻ bình thường

**Bảng 2. Nồng độ Fe huyết thanh và dự trữ sắt ở trẻ BMI bình thường và trẻ béo phì trong nghiên cứu**

| Chỉ số      | Nhóm trẻ bình thường |      |        | Nhóm trẻ béo phì |      |       |
|-------------|----------------------|------|--------|------------------|------|-------|
|             | $\bar{X} \pm SD$     | Min  | Max    | $\bar{X} \pm SD$ | Min  | Max   |
| Fe (µmol/L) | 13,6 ± 5,6 *         | 1,8  | 38,9   | 15,6 ± 4,3**     | 5,7  | 40,3  |
| Ferritin    | 87,2± 60,0*          | 4,39 | 403,08 | 97,8 ± 60,0**    | 9,80 | 505,7 |
| P* **       | P< 0.05              |      |        |                  |      |       |

**Nhận xét:** Nồng độ fe huyết thanh và dự trữ fe trung bình ở nhóm trẻ béo phì cao hơn trẻ bình thường có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

**Bảng 3. Tỷ lệ thiếu fe huyết thanh và dự trữ fe ở nhóm học sinh trung học phổ thông**

| Nhóm học sinh<br>Nồng độ fe huyết thanh      | Nhóm trẻ bình thường<br>(Số lượng = 100) |           | Béo phì<br>(Số lượng=273) |           |
|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------|---------------------------|-----------|
|                                              | Số lượng                                 | Tỷ lệ (%) | Số lượng                  | Tỷ lệ (%) |
| Sắt huyết thanh thấp < 6,6 $\mu\text{mol/L}$ | 32                                       | 32        | 58                        | 21,2      |
| Sắt huyết thanh $\geq 6,6 \mu\text{mol/L}$   | 68                                       | 68        | 215                       | 78,8      |
| Ferritin thấp $\leq 13 \text{ ng/dl}$        | 26                                       | 26        | 61                        | 22,3      |
| Ferritin thấp > 13 ng/dl                     | 74                                       | 74        | 212                       | 77,7      |
| P                                            | < 0.001                                  |           |                           |           |

**Nhận xét:** Lấy ngưỡng fe huyết thanh tham chiếu theo khuyến cáo của ngưỡng Fe huyết thanh 6,6  $\mu\text{mol/L}$ , có 32 % số học sinh PTCS có nồng độ fe huyết thanh thấp, đồng thời dự trữ Fe thấp 22,6 %. Ở nhóm trẻ béo phì tỷ lệ thiếu fe và dự trữ sắt huyết thanh mức thấp hơn lần lượt là 21,2%; Ferritin thấp là 22,3% với ngưỡng ferritin tham khảo là 13 ng/dl.

**Bảng 4. Nồng độ 1 số yếu tố vi lượng khác được khảo sát ở 2 nhóm nghiên cứu**

| Nồng độ các yếu tố vi lượng | Mean $\pm$ SD   | Min  | Max  | Mean $\pm$ SD   | Min  | Max   | p      |
|-----------------------------|-----------------|------|------|-----------------|------|-------|--------|
| Canci (mmol/L)              | 2,27 $\pm$ 0,07 | 0,79 | 2,67 | 2,17 $\pm$ 0,09 | 0,98 | 1,17  | >0.05  |
| Phospho (mmol/L)            | 1,19 $\pm$ 0,26 | 0,89 | 1,42 | 1,29 $\pm$ 0,23 | 0,84 | 1,52  | >0.05  |
| Mg (mmol/L)                 | 0,76 $\pm$ 0,09 | 0,7  | 0,8  | 0,86 $\pm$ 0,07 | 0,7  | 1,1   | >0.05  |
| Zn ( $\mu\text{g/dl}$ )     | 45,6 $\pm$ 11,8 | 27,8 | 90,9 | 59,6 $\pm$ 11,8 | 32,8 | 110,9 | < 0.05 |

**Nhận xét:** Nồng độ các yếu tố vi lượng canci, phosphor, Mg ở nhóm trẻ bình thường và nhóm trẻ béo phì không có sự khác biệt. Riêng nồng độ Zn trung bình ở nhóm trẻ béo phì có xu hướng cao hơn nhóm trẻ có BMI bình thường với giá trị trung bình lần lượt là: 45,6  $\pm$  11,8  $\mu\text{g/dl}$ ; 59,6  $\pm$  11,8  $\mu\text{g/dl}$ .

**Bảng 5. Nồng độ vitamin D ở đối tượng nghiên cứu**

| Chỉ số          | Nhóm trẻ có BMI bình thường |           |          | Nhóm béo phì     |           |          |
|-----------------|-----------------------------|-----------|----------|------------------|-----------|----------|
|                 | Mean $\pm$ SD               | Thấp nhất | Cao nhất | Mean $\pm$ SD    | Thấp nhất | Cao nhất |
| Vitamin D ng/ml | 30,59 $\pm$ 8,85            | 16,87     | 55,25    | 27,59 $\pm$ 4,85 | 1,87      | 45,25    |
| P               | P< 0.05                     |           |          |                  |           |          |

**Nhận xét:** Nồng độ vitamin D trung bình ở nhóm trẻ có BMI bình thường là 30,59  $\pm$  5,85 ng/ml cao hơn ở nhóm trẻ béo phì 27,59  $\pm$  4,85 ng/ml

**Bảng 6. Tỷ lệ thiếu vitamin D ở 2 nhóm nghiên cứu**

| Nhóm<br>Nồng độ vitamin D                 | Nhóm trẻ bình thường<br>(n=100) |           | Nhóm béo phì<br>(n=273) |           |
|-------------------------------------------|---------------------------------|-----------|-------------------------|-----------|
|                                           | Số lượng                        | Tỷ lệ (%) | Số lượng                | Tỷ lệ (%) |
| Nồng độ VTM D thấp < 30 ng/ml             | 31                              | 31        | 112                     | 41,1      |
| Nồng độ VTM D cao $\geq 30 \text{ ng/ml}$ | 69                              | 69        | 131                     | 47,9      |
| P                                         | < 0.0001                        |           |                         |           |

**Nhận xét:** Lấy ngưỡng tham chiếu là 30 ng/ml. Ở nhóm trẻ bình thường kết quả chỉ ra có 31/100 (31%) trẻ có nồng độ vitamin D thấp dưới ngưỡng tham chiếu; trong khi đó tỷ lệ này cao hơn ở nhóm béo phì có 112/273 (41,1%) trẻ có nồng độ vitamin dưới ngưỡng 30 ng/ml.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Về đặc điểm chiều cao cân nặng của trẻ lứa tuổi học sinh phổ thông cơ sở tại Thái Nguyên

Kết quả nghiên cứu cho thấy chiều cao, cân nặng của trẻ ở lứa tuổi THCS tăng nhanh, mức tăng nhanh cả chiều cao và cân nặng ở nữ là từ 12 - 13 tuổi, trong khi ở nam thì muộn hơn ở 13 - 14 tuổi. Đây là giai đoạn thay đổi rất nhanh các chỉ số nhân trắc, do vậy gia đình và nhà trường cần có những biện pháp can thiệp để giúp các em có thể phát triển một cách tốt nhất. Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự nghiên cứu của Lê Thị Thu Hương (2020) tại 1 số quận tại Hà Nội của mức tăng nhanh cả chiều cao và cân nặng ở nữ là từ 11 - 12 tuổi (chiều cao tăng 2,7cm, cân nặng tăng 2,3kg), trong khi ở nam thì muộn hơn ở 12 - 13 tuổi (chiều cao tăng 5,6cm và cân nặng tăng 3,9kg) [1].

##### 4.2. Về nồng độ fe huyết thanh và dự trữ sắt ở đối tượng nghiên cứu

Nồng độ fe huyết thanh và dự trữ fe trung bình ở nhóm trẻ béo phì cao hơn trẻ bình thường có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả bảng 3: Khi lấy ngưỡng fe huyết thanh tham chiếu theo khuyến cáo của ngưỡng Fe huyết thanh 6,6  $\mu\text{mol/L}$ , có 32 % số học sinh PTCS có nồng độ fe huyết thanh thấp, đồng thời dự trữ Fe thấp 22,6 %. Ở nhóm trẻ béo phì tỷ lệ thiếu fe và dự trữ sắt huyết thanh mức thấp hơn lần lượt là 21,2%; Ferritin thấp là 22,3% với ngưỡng ferritin tham khảo là 13 ng/dl. Fe huyết thanh là chất vi lượng được cung cấp bởi chế độ ăn, thực phẩm bổ sung sắt. Ở lứa tuổi này trẻ đang lớn, nhu cầu fe cao, Tuy nhiên chế độ ăn uống hạn chế các chất xơ,

rau xanh... món ăn đơn thuần thức ăn nhanh làm ảnh hưởng đến nồng độ fe. Ngoài ra nhiễm giun, làm giảm tình trạng hấp thu sắt. Trẻ gái đang lớn, kinh nguyệt kéo dài cũng là những nguyên nhân làm giảm sắt ở lứa tuổi này. Một nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng giảm trọng lượng cơ thể ở những người thừa cân, béo phì làm giảm viêm mãn tính và nồng độ hepcidin huyết thanh, dẫn đến cải thiện tình trạng sắt do tăng hấp thu sắt [2]; Béo phì có thể phá vỡ cân bằng nội môi của sắt, dẫn đến thiếu máu do thiếu sắt [3]; và Millutionovic cho rằng nồng độ ferritin huyết thanh là yếu tố dự báo độc lập liên quan trong cơ chế bệnh sinh của hội chứng chuyển hóa [4]; Điều đó cho thấy tính hợp lý trong kết quả nghiên cứu đó là mối tương quan tuyến tính ngược chiều giữa chỉ số Zscore BMT theo tuổi với hàm lượng ferritin huyết thanh; đồng thời có xu hướng tương đồng với nghiên cứu Gillum F cho thấy nồng độ ferritin huyết thanh có liên quan đến các chỉ số khác của sự phân bố chất béo trong cơ thể [5]; cùng với mối tương quan thuận chiều giữa nồng độ ferritin và cùng với mối tương quan thuận chiều giữa nồng độ ferritin và chỉ số Zscore chiều cao theo tuổi nên cũng cho thấy rằng tình trạng dinh dưỡng có liên quan đến tình trạng dự trữ sắt trong cơ thể, tương tự như bàn luận trong nghiên cứu [2]; cùng với kết luận rằng nồng độ hemoglobin chỉ bị ảnh hưởng khi tình trạng dự trữ sắt đã cạn kiệt [3], nhưng cơ chế chưa được tác giả giải thích rõ; nên rất cần nghiên cứu sâu hơn về tương quan này để có thể giải thích và bàn luận.

Nồng độ các yếu tố vi lượng canci, phosphor, Mg ở nhóm trẻ bình thường và

nhóm trẻ béo phì không có sự khác biệt (bảng 4). Riêng nồng độ Zn trung bình ở nhóm trẻ béo phì có xu hướng cao hơn nhóm trẻ có BMI bình thường với giá trị trung bình lần lượt là:  $45,6 \pm 11,8$   $\mu\text{g/dl}$ ;  $59,6 \pm 11,8$   $\mu\text{g/dl}$ . Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự theo một số các nghiên cứu của Nguyễn Song Tú đã Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 551 học sinh 11 - 14 tuổi tại Điện Biên, tỉnh miền núi phía Bắc để xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng kẽm. Kết quả cho thấy có tương quan tuyến tính giữa chiều cao, chỉ số Zscore BMT/T, nồng độ hemoglobin và retinol huyết thanh với nồng độ kẽm huyết thanh. Một vài yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu kẽm đó là tình trạng dự trữ sắt thấp và cạn kiệt, tình trạng thiếu vitamin A tiền lâm sàng (VAD-TLS) và nguy cơ VAD-TLS, thiếu máu và ăn trưa tại trường. Vì vậy, cần can thiệp bổ sung đa vi chất dinh dưỡng (vitamin A, kẽm, sắt) và phòng chống thiếu máu; nâng cao chất lượng bữa ăn, tăng cường sử dụng thực phẩm bổ sung kẽm, vitamin A và sắt để cải thiện tình trạng thiếu kẽm.

Kết quả bảng 3.5, 3.6 Nồng độ vitamin D trung bình ở nhóm trẻ có BMI bình thường là  $30,59 \pm 5,85$  cao hơn ở nhóm trẻ béo phì  $27,59 \pm 4,85$  ng/dl. Lây ngưỡng tham chiếu là 30 ng/ml. Ở nhóm trẻ bình thường kết quả chỉ ra có 31/100 (31%) trẻ có nồng độ vitamin D thấp dưới ngưỡng tham chiếu; trong khi đó tỷ lệ này cao hơn ở nhóm béo phì có 112/273 (41,1%) trẻ có nồng độ vitamin dưới ngưỡng 30 ng/ml. Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ VTMD ở ngưỡng thấp và dưới ngưỡng là khá cao. Vitamin D là một loại vitamin thiết yếu mà

cơ thể cần, tham gia vào rất nhiều quá trình chuyển hóa, bao gồm cả quá trình hình thành, phát triển và duy trì sự vững chắc của xương. Tình trạng vitamin D thấp và thiếu làm tăng nguy cơ dự trữ sắt thấp và cạn kiệt gấp 2 lần; cùng mối tương quan thuận chiều giữa nồng độ 25(OH)D huyết với hàm lượng ferritin huyết thanh phù hợp với nghiên cứu năm 2020 cho thấy thiếu 25 (OH) D có liên quan đáng kể đến thiếu sắt và/hoặc thiếu máu [7]. Ánh nắng mặt trời chính là nguồn cung cấp Vitamin D tốt nhất cho cơ thể; Do vậy, cần dành thời gian hoạt động ngoài trời nắng nhiều hơn, sử dụng các thực phẩm giàu vitamin D hay sử dụng thuốc là hình thức cải thiện tình trạng vitamin D, cũng như tình trạng dự trữ sắt. Từ kết quả trên cho thấy để cải thiện tình trạng dự trữ sắt trong máu ở học sinh trung học cơ sở cần cải thiện điều kiện kinh tế, nâng cao chất lượng bữa ăn góp phần cải thiện tình trạng dinh dưỡng, tăng cường hoạt động thể lực, hoạt động ngoài trời góp phần cải thiện tình trạng vitamin D; Lưu ý can thiệp đặc thù theo dân tộc, tình trạng sinh lý của trẻ ngoài các can thiệp cải thiện môi trường và điều kiện sống có ảnh hưởng đến nồng độ VTM D và các yếu tố vi lượng.

## V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ học sinh trung học cơ sở thiếu vitamin D ở mức cao. Trong đó học sinh có BMI bình thường, trẻ béo phì có nồng độ VTM D dưới người tham chiếu 30 ng/ml có tỷ lệ lần lượt là: 31%; 41%. Nồng độ vitamin D trung bình ở nhóm trẻ có BMI bình thường là  $30,59 \pm 5,85$  ng/ml cao hơn ở nhóm trẻ béo phì  $27,59 \pm 4,85$  ng/ml.

- Nồng độ fe huyết thanh và dự trữ fe trung bình ở nhóm trẻ béo phì cao hơn trẻ bình thường có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Ở nhóm trẻ béo phì tỷ lệ thiếu fe và dự trữ sắt huyết thanh mức thấp hơn lần lượt là 21,2%; Ferritin thấp là 22,3%. Nồng độ canci, phosphor, Mg ở nhóm trẻ bình thường và nhóm trẻ béo phì không có sự khác biệt. Riêng nồng độ Zn trung bình ở nhóm trẻ béo phì có xu hướng cao hơn nhóm trẻ có BMI bình thường với giá trị trung bình lần lượt là:  $45,6 \pm 11,8 \mu\text{g/dl}$ ;  $59,6 \pm 11,8 \mu\text{g/dl}$ .

## VI. KHUYẾN NGHỊ

Tỷ lệ thiếu vitamin D và fe huyết thanh cao ở nhóm học sinh trung học cơ sở cần quan tâm bổ sung cho lứa tuổi này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Thu Hương\*, Trịnh Bảo Ngọc.** Trường Đại học Y Hà Nội “Tình trạng dinh dưỡng của học sinh 11-14 tuổi tại 2 quận nội thành Hà Nội năm 2020”, Tạp chí nghiên cứu Y học.

2. **Nguyễn Song Tú.** Hiệu quả bổ sung đa vi chất đối với tình trạng vi chất dinh dưỡng và nhân trắc của trẻ gái từ 11-13 tuổi tại một số trường dân tộc bán trú tỉnh Yên Bái. Báo cáo nghiệm thu đề tài cấp Viện Dinh dưỡng, 2022.
3. **UNICEF; WHO and World Bank Group** (2015), "Levels and trends in child malnutrition", UNICEF - WHO - World Bank Group joint child malnutrition estimates.
4. **Martha E van Stuijvenberg** (2015), "Low intake of calcium and vitamin D, but not zinc, iron or vitamin A, is associated with stunting in 2- to 5-year-old children", Nutrition. 31 (6): 841-846.
5. **"Vitamin D Tests"** (2013), Lab Tests Online (USA). American Association for Clinical Chemistry.
6. **Akhtar S** (2013), " Zinc status in South Asian populations--an update", J Health Popul Nutr. 31(2): 139-149.
7. **Galia Gat-Yablonski and Moshe Phillip** (2015), "Nutritionally-Induced Catch-Up Growth", Nutrients. 7 (1): 517 - 551.



## THỰC TRẠNG RỐI LOẠN GIẤC NGỦ CỦA CÁN BỘ VÀ SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG SAU NHIỄM COVID-19 TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI NGUYÊN

Đào Trọng Quân<sup>1</sup>, Trần Lệ Thu<sup>1</sup>,  
Nguyễn Ngọc Huyền<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thanh Thùy<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nhiều bệnh nhân mắc hội chứng hậu COVID-19 với các triệu chứng phổ biến là mệt mỏi, khó thở, giảm tập trung, rối loạn giấc ngủ thậm chí rối loạn nhận thức.

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng rối loạn giấc ngủ của cán bộ và sinh viên điều dưỡng sau nhiễm covid-19 tại Trường Đại học Y -Dược Thái Nguyên và xác định các yếu tố liên quan.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Kết quả:** Trung bình thời lượng giấc ngủ trong vòng 1 tháng sau Covid là 6 giờ; thời gian đi vào giấc ngủ trung bình khoảng 33 phút; Hiệu suất giấc ngủ  $\geq 85\%$  là 66,7% người tham gia. Có 58,3% người không có rối loạn giấc ngủ; 41,7% người có rối loạn giấc ngủ. Có sự liên quan giữa tập thể dục, uống rượu, sử dụng các chất kích thích với tình trạng rối loạn giấc ngủ sau Covid ( $p < 0,05$ ). Có mối tương quan nghịch giữa tần suất tập thể dục với rối loạn giấc ngủ ( $r = -0,43$ ); mối tương quan thuận về thời gian sử dụng mạng xã hội với rối loạn giấc ngủ ( $r = 0,51$ ) ( $p < 0,05$ ).

**Kết luận:** Có 41,7% người bị mắc Covid-19

có rối loạn giấc ngủ trong vòng 1 tháng sau khi khỏi bệnh. Tập thể dục, sử dụng chất kích thích và thời gian sử dụng mạng xã hội là các yếu tố liên quan đến rối loạn giấc ngủ.

**Từ khóa:** Rối loạn giấc ngủ, sinh viên, điều dưỡng, Covid-19

### SUMMARY

#### SLEEP DISTURBANCE OF NURSING LECTURES AND STUDENTS AFTER COVID-19 AT THAI NGUYEN UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

**Background:** A lot of patients with post-COVID-19 syndrome with common symptoms are fatigue, shortness of breath, decreased concentration, sleep disturbance, even cognitive dysfunction. **Objectives:** Describe the sleep disturbance of nursing lecture and students after being infected with covid-19 at Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy and identify related factors.

**Method:** Cross-sectional descriptive study.

**Results:** The average amount of sleep within 1 month after Covid was 6 hours; average time to fall asleep is about 33 minutes; Sleep quality  $\geq 85\%$  was 66.7% of participants. There were 58.3% of people had no sleep disturbance; 41.7% of people have sleep disturbance. There is a relationship between exercise, drinking alcohol, using stimulants with sleep disturbance after Covid ( $p < 0.05$ ). There is a negative correlation between exercise frequency and sleep

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Y học Cổ truyền Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đào Trọng Quân  
SĐT: 0983276340

Email: daotrongquan@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 15/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 25/6/2024

Ngày duyệt bài: 02/8/2024

disturbance ( $r = -0.43$ ); positive correlation of time using social networks with sleep disorders ( $r = 0.51$ ) ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** 41.7% of people infected with Covid-19 had sleep disturbance within 1 month after recovering from the disease. Exercise, substance use, and time spent on social media are factors associated with sleep disturbances.

**Keywords:** Sleep disturbance, Student, Nursing, Covid-19

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch COVID-19 là cuộc khủng hoảng sức khỏe toàn cầu nghiêm trọng nhất trong thế kỷ này. Theo dữ liệu của Hệ thống Quốc gia quản lý ca bệnh COVID-19 tính đến ngày 18 tháng 3 năm 2022 ghi nhận được Việt Nam có 7.367.112 ca nhiễm với tỷ lệ số ca nhiễm/1 triệu dân là 74.542 ca nhiễm[1].

Trong số đó, nhiều bệnh nhân mắc hội chứng hậu COVID-19 với các triệu chứng phổ biến là mệt mỏi, khó thở, giảm tập trung, rối loạn giấc ngủ thậm chí rối loạn nhận thức. Nghiên cứu của tác giả Sayed S.E trên 500 người bệnh sau nhiễm COVID-19 cho thấy, 59,2% người bệnh bị mất ngủ dưới ngưỡng, 26,6% người bệnh mất ngủ ở mức độ trung bình và 5,4% người bệnh mất ngủ ở mức độ nặng[3]. Rối loạn giấc ngủ ở người bệnh sau nhiễm Covid 19 sẽ ảnh hưởng lớn đến quá trình phục hồi của người bệnh, ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống, tăng khả năng tái nhiễm cũng như giảm hệ thống miễn dịch của họ[3].

Trong đại dịch Covid-19 đã có nhiều giảng viên và sinh viên của khoa điều dưỡng mắc Covid-19 và có nhiều triệu chứng hậu Covid. Các triệu chứng này, đặc biệt là rối loạn giấc ngủ, gây ảnh hưởng rất lớn đến kết quả học tập và làm việc của cán bộ giảng viên và sinh viên của khoa.

Câu hỏi đặt ra là thực trạng rối loạn giấc ngủ của cán bộ và sinh viên điều dưỡng sau nhiễm Covid-19 ra sao? Những yếu tố nào liên quan đến việc rối loạn giấc ngủ của cán bộ và sinh viên điều dưỡng sau nhiễm Covid-19? Để trả lời cho những câu hỏi đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu **“Thực trạng rối loạn giấc ngủ của cán bộ và sinh viên điều dưỡng sau nhiễm covid-19 tại trường Đại học Y Dược Thái Nguyên”** với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả thực trạng rối loạn giấc ngủ của cán bộ và sinh viên điều dưỡng sau nhiễm covid-19 tại Trường Đại học Y -Dược Thái Nguyên*

2. *Xác định các yếu tố liên quan đến rối loạn giấc ngủ của cán bộ và sinh viên điều dưỡng sau nhiễm Covid 19 tại trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Là cán bộ và sinh viên Khoa điều dưỡng, trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

#### \* **Tiêu chuẩn chọn cán bộ:**

- Là cán bộ đang công tác tại khoa Điều dưỡng

- Được xác định đã bị nhiễm Covid-19 và đã khỏi bệnh

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

#### \* **Tiêu chuẩn chọn sinh viên:**

- Sinh viên đang học tập tại Khoa điều dưỡng

- Được xác định đã bị nhiễm Covid-19 và đã khỏi bệnh.

- Đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

#### \* **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Đối tượng đang trong thời gian sử dụng các loại thuốc hướng thần.

- Có tiền sử rối loạn giấc ngủ trước khi bị Covid-19.

### 2.2. Địa điểm và thời gian: Trường Đại

học Y Dược Thái Nguyên từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

+ Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

+ Cỡ mẫu: Sử dụng phần mềm tính cỡ mẫu WHO Sample size cho nghiên cứu mô tả cắt ngang một tỷ lệ với tỷ lệ ước đoán  $p = 0,26$  (tỷ lệ người bệnh sau Covid-19 có mất ngủ mức độ trung bình trong nghiên cứu của EI Sayed và cộng sự [3] năm 2021 là 26,6%, độ chính xác tuyệt đối  $d = 0,07$ ). Cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là  $n = 151$  mẫu. Trên thực tế chọn được 168 người tham gia nghiên cứu.

+ Phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, có chủ đích để chọn đủ số lượng mẫu tham gia nghiên cứu.

### 2.4. Bộ công cụ

Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ gồm 2 phần. Phần I: đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu. Phần 2 là công cụ đánh giá chất lượng giấc ngủ Pittsburgh sleep quality index (PSQI) bản Tiếng Việt, đã được dịch và sử dụng nhiều lần trong các nghiên cứu tại Việt Nam bởi Viện Sức khỏe tâm thần Quốc Gia[2]. Sau khi xây dựng, bộ câu hỏi được thử nghiệm trên 30 cán bộ, sinh viên điều dưỡng xác định tính nhất quán và độ tin cậy của nội dung bộ công cụ trước khi đưa vào nghiên cứu. Chỉ số Cronbach Alpha = 0.81 cho thấy độ tin cậy của bộ công cụ ở mức cao để sử dụng trên đối tượng cán bộ và sinh viên.

### 2.5. Chỉ tiêu nghiên cứu và cách đánh giá

- Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, nghề nghiệp, giới tính, thói quen tập thể dục, thói quen sử dụng chất kích thích, thời gian sử dụng mạng xã hội trước

khí ngủ.

-Tình trạng rối loạn giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu được tính bằng điểm PSQI. Chỉ số PSQI là tổng hợp điểm của một bảng câu hỏi mà người được hỏi tham gia trả lời gồm 4 câu hỏi có kết thúc mở, 14 câu hỏi khi trả lời cần dựa trên tần suất sự kiện (không, ít hơn 1 lần/ tuần, 1 - 2 lần/tuần, 3 hoặc trên 3 lần/tuần) trên 7 phương diện: Chất lượng giấc ngủ chủ quan, thời gian để đi vào giấc ngủ, hiệu quả giấc ngủ theo thói, các yếu tố ảnh hưởng đến giấc ngủ, việc sử dụng thuốc ngủ và những bất thường về thời gian ngủ trong ngày. Với số điểm dao động từ 0 - 21 điểm, với điểm càng cao thì chất lượng giấc ngủ càng kém, nếu tổng điểm PSQI lớn hơn 5 điểm thì đánh giá có chất lượng giấc ngủ kém (Có rối loạn giấc ngủ) và ngược lại (tổng điểm  $PSQI \leq 5$  điểm thì đánh giá chất lượng giấc ngủ tốt (không rối loạn giấc ngủ).

### 2.6. Phương pháp thu thập số liệu

+ Gửi link Google form được thiết kế sẵn, gửi cho sinh viên và cán bộ khoa điều dưỡng để sàng lọc và chọn lựa đối tượng nghiên cứu phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu. Sau đó mời họ tham gia vào nghiên cứu và gửi link Google form của bộ câu hỏi nghiên cứu cho đối tượng nghiên cứu đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Bộ câu hỏi nghiên cứu được thiết kế dưới dạng Google form và gửi link cho đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu hoàn thành bộ câu hỏi tự điền trên nền tảng Google form và gửi lại cho nghiên cứu viên

+ Nhóm nghiên cứu nhận lại bộ câu hỏi đã trả lời, kiểm tra và thu thập thêm thông tin trong phạm vi của nghiên cứu (nếu cần thiết).

### 2.7. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 23.0.

+ Sử dụng phương pháp thống kê mô tả (Descriptive statistics), frequencies (bao

gồm: Tần xuất, tỷ lệ %, trung bình và độ lệch chuẩn) để tóm tắt đặc điểm thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

+ Mô tả mối tương quan được thực hiện bởi hệ số tương quan Pearson và Spearman; xác định một số yếu tố liên quan bởi phép kiểm định Chi - square.

### 2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua hội đồng đánh giá Đạo đức Y sinh của Trường Đại học Y Dược.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

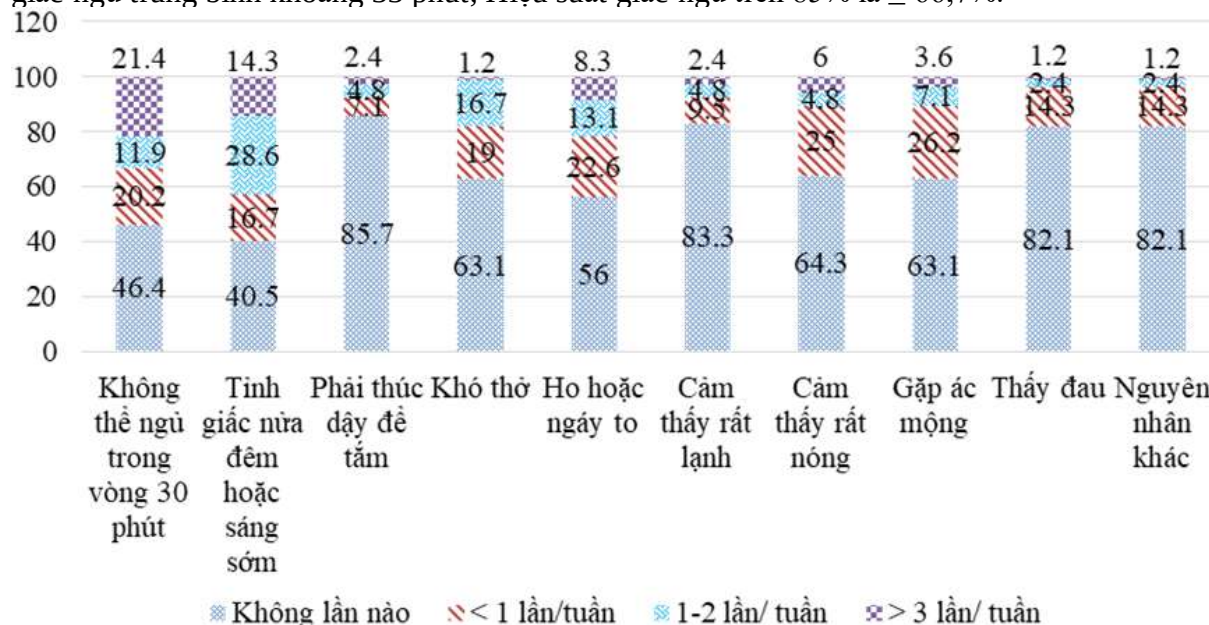
Trong số 168 người tham gia nghiên cứu trong đó 20 cán bộ giảng viên có độ tuổi trung bình là 43 tuổi; 148 sinh viên có độ tuổi trung bình là 21 tuổi. Chủ yếu đối tượng nghiên cứu là nữ giới, chiếm 86,9%.

### 3.2. Đặc điểm rối loạn giấc ngủ sau Covid-19 của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm về thời lượng ngủ, giai đoạn đi vào giấc ngủ, hiệu suất giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu trong vòng 1 tháng sau Covid-19 (n=168)**

| Đặc điểm                  | Số lượng                                    | Tỷ lệ % |
|---------------------------|---------------------------------------------|---------|
| Thời lượng ngủ            | Trung bình $\pm$ SD: 6,23 $\pm$ 1,4 (giờ)   |         |
| Thời gian đi vào giấc ngủ | Trung bình $\pm$ SD: 33,4 $\pm$ 30,2 (phút) |         |
| Hiệu suất giấc ngủ        | $\geq 85\%$                                 | 112     |
|                           | 75-84%                                      | 24      |
|                           | 65-74%                                      | 16      |
|                           | <65%                                        | 16      |

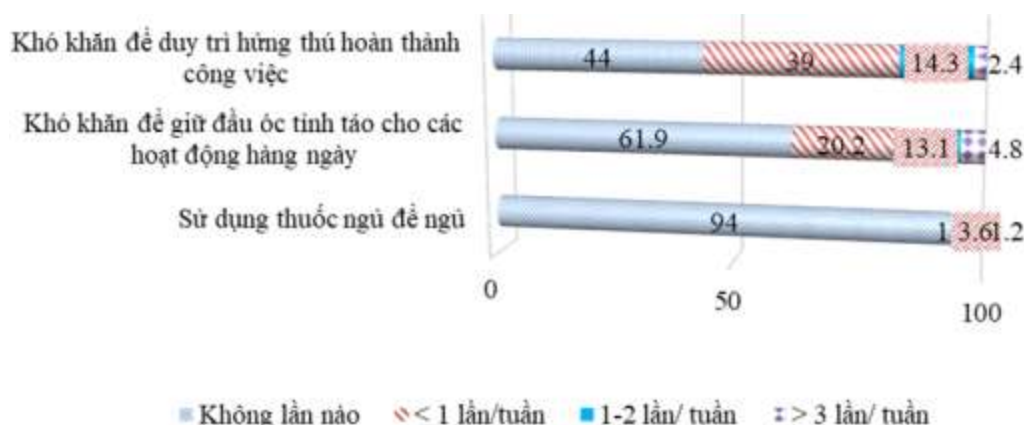
Trung bình thời lượng giấc ngủ trong vòng 1 tháng sau Covid là 6 giờ; thời gian đi vào giấc ngủ trung bình khoảng 33 phút; Hiệu suất giấc ngủ trên 85% là  $\geq 66,7\%$ .



**Biểu đồ 1. Các rối loạn giấc ngủ trong vòng 1 tháng sau Covid-19 của đối tượng nghiên cứu**

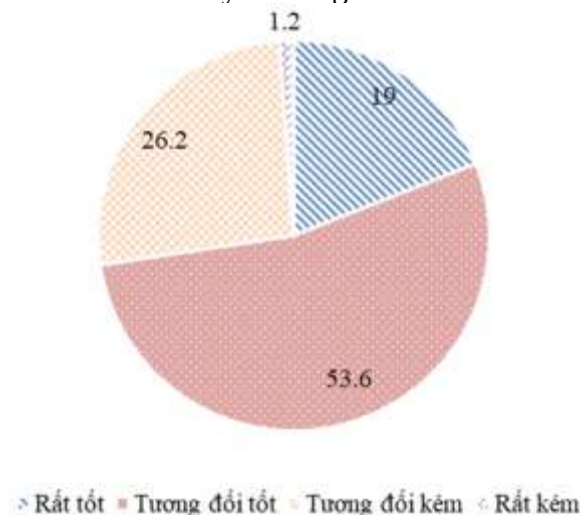
**Nhận xét:** Về tình trạng rối loạn giấc ngủ trong vòng 1 tháng sau Covid của đối tượng nghiên cứu; 21,4% người có từ 3 lần trở lên/tuần không thể ngủ trong 30 phút; 14,3% người có từ 3 lần trở lên/tuần có tỉnh giấc nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng; 2,4% người có từ 3 lần trở lên/tuần phải thức dậy để tắm; 1,2% người có từ 3 lần trở lên/tuần

có khó thở; 8,3% người có từ 3 lần trở lên/tuần có ho hoặc ngứa to; 2,4% người có từ 3 lần trở lên/tuần có cảm thấy rất lạnh; 6% người có từ 3 lần trở lên/tuần cảm thấy rất nóng; 3,6% người có từ 3 lần trở lên/tuần gặp ác mộng; 1,2% người có từ 3 lần trở lên/tuần thấy đau; 1,2% người có từ 3 lần trở lên/tuần rối loạn giấc ngủ vì nguyên nhân khác.



**Biểu đồ 2. Các rối loạn chức năng hoạt động ban ngày và việc sử dụng thuốc ngủ trong vòng 1 tháng sau Covid-19**

**Nhận xét:** Có 1,2% người có từ 3 lần trở lên/tuần có sử dụng thuốc ngủ để ngủ; 4,8% người có từ 3 lần trở lên/tuần thấy khó khăn để giữ đầu óc tỉnh táo để hoạt động hàng ngày; 2,4% người thấy gặp khó khăn lớn để duy trì hứng thú hoàn thành công việc.



**Biểu đồ 3. Chất lượng giấc ngủ theo cảm giác chủ quan trong vòng 1 tháng sau Covid-19**

**Nhận xét:** Về chất lượng giấc ngủ theo cảm giác chủ quan trong vòng 1 tháng sau Covid-19 của đối tượng nghiên cứu; có 19% người tự đánh giá có chất lượng giấc ngủ rất tốt; 1,2% người đánh giá có chất lượng giấc ngủ rất kém.

**Bảng 2. Đánh giá chất lượng giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu trong vòng 1 tháng sau Covid-19**

| Chất lượng giấc ngủ theo PSQI                | Số lượng | Tỷ lệ % |
|----------------------------------------------|----------|---------|
| Tốt/không rối loạn giấc ngủ (PSQI $\leq 5$ ) | 98       | 58,3    |
| Kém/ Có rối loạn giấc ngủ (PSQI $> 5$ )      | 70       | 41,7    |
| Tổng                                         | 168      | 100     |

**Nhận xét:** Đánh giá chất lượng giấc ngủ trong vòng 1 tháng sau Covid, có 58,3% người không có rối loạn giấc ngủ, có 41,7% có rối loạn giấc ngủ

### 3.3. Các yếu tố liên quan đến rối loạn giấc ngủ sau Covid-19 của cán bộ và sinh viên khoa Điều dưỡng

**Bảng 3. Mối liên quan giữa uống rượu và tập thể dục với rối loạn giấc ngủ sau Covid-19**

| Yếu tố      |       | CLGN Tốt/ Không RLGN |         | CLGN kém/ RLGN |         | P      |
|-------------|-------|----------------------|---------|----------------|---------|--------|
|             |       | Số lượng             | Tỷ lệ % | Số lượng       | Tỷ lệ % |        |
| Tập thể dục | Không | 24                   | 30,8    | 54             | 69,2    | <0,001 |
|             | Có    | 74                   | 82,2    | 16             | 17,8    |        |
| Uống rượu   | Không | 83                   | 68,6    | 38             | 31,4    | <0,001 |
|             | Có    | 15                   | 31,9    | 32             | 68,1    |        |

**Nhận xét:** Có sự liên quan giữa tập thể dục, uống rượu với tình trạng rối loạn giấc ngủ sau Covid ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 4. Mối liên quan giữa sử dụng các chất kích thích với rối loạn giấc ngủ sau Covid-19**

| Yếu tố                        |       | CLGN Tốt/Không RLGN |         | CLGN kém/ RLGN |         | P      |
|-------------------------------|-------|---------------------|---------|----------------|---------|--------|
|                               |       | Số lượng            | Tỷ lệ % | Số lượng       | Tỷ lệ % |        |
| Uống nước có ga trước khi ngủ | Không | 92                  | 80,7    | 22             | 19,3    | <0,001 |
|                               | Có    | 6                   | 11,1    | 48             | 88,9    |        |
| Uống cà phê vào buổi tối      | Không | 96                  | 73,3    | 35             | 26,7    | <0,001 |
|                               | Có    | 2                   | 5,4     | 35             | 94,6    |        |

**Nhận xét:** Có mối liên quan giữa sử dụng các chất kích thích: uống nước có ga, cà phê với rối loạn giấc ngủ sau Covid-19 ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 5. Mối tương quan giữa tuổi, tần suất tập thể dục, thời gian sử dụng mạng xã hội với tổng điểm PSQI**

| Yếu tố                        | Tổng điểm PSQI |          |
|-------------------------------|----------------|----------|
|                               | r              | p        |
| Tuổi                          | 0,01           | $>0,05$  |
| Tần suất tập thể dục/ tuần    | -0,43          | $<0,001$ |
| Thời gian sử dụng mạng xã hội | 0,51           | $<0,011$ |

**Nhận xét:** Có mối tương quan nghịch giữa tần suất tập thể dục với rối loạn giấc ngủ; mối tương quan thuận về thời gian sử dụng mạng xã hội với rối loạn giấc ngủ ( $p < 0,05$ ).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Thực trạng rối loạn giấc ngủ của cán bộ và sinh viên điều dưỡng sau nhiễm covid-19 tại Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

Kết quả cho thấy trung bình thời lượng giấc ngủ trong vòng 1 tháng sau Covid là 6 giờ; thời gian đi vào giấc ngủ trung bình khoảng 33 phút; Hiệu suất giấc ngủ tốt  $\geq 66,7\%$ . Theo Tổ chức Y tế thế giới năm 2020 khuyến cáo thời gian ngủ trung bình của người trên 18 tuổi là 7-9h/ngày[7]. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số thời gian ngủ trung bình của đối tượng nghiên cứu là thấp hơn so với khuyến cáo. Thực tế, sau nhiễm Covid, hệ miễn dịch sẽ hoạt động để bảo vệ cơ thể khỏi những ảnh hưởng của virus gây bệnh. Tuy nhiên, nếu lượng cytokine hoặc chemokine được sản sinh quá so với nhu cầu, chúng sẽ ảnh hưởng tiêu cực tới hoạt động của hệ thần kinh. Hậu quả là bệnh nhân rơi vào tình trạng rối loạn giấc ngủ, hay chính là mất ngủ hậu Covid. Bên cạnh đó, hiện tượng mất ngủ hậu Covid có thể xảy ra do tình trạng tâm lý của bệnh nhân không ổn định. Thêm vào đó, đối tượng nghiên cứu là giảng viên và sinh viên ngành y nên thực tế thời gian ngủ ít trong ngày trở thành tính chất đặc thù do khối lượng công việc/học tập; áp lực nghề nghiệp, thời gian học tập và thực hành tại cơ sở thực hành thường vào ban ngày... nên vào buổi tối và ban đêm, họ thường dành nhiều thời gian để làm việc, học tập; giải trí và các hoạt động khác và có thể giấc ngủ không được ưu tiên hàng đầu đã tạo nên thói quen thời gian đi vào giấc ngủ trung bình là 33 phút nhưng có 73,9% người có thời gian đi vào giấc ngủ

dưới 30 phút. Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Công Cường năm 2020 cho thấy 7,8% sinh viên không thể ngủ trong vòng 30 phút[4].

Về tình trạng rối loạn giấc ngủ trong vòng 1 tháng sau Covid của đối tượng nghiên cứu; 21,4% người có từ 3 lần trở lên/tuần không thể ngủ trong 30 phút; 14,3% người có từ 3 lần trở lên/tuần có tỉnh giấc nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng; 8,3% người có từ 3 lần trở lên/tuần có ho hoặc ngáy to; 3,6% người có từ 3 lần trở lên/tuần gặp ác mộng. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Công Cường với 72,9% cảm thấy nóng; 53,2% người hay bị tỉnh giấc nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng[4]. Có thể thời gian nhiễm Covid, bệnh nhân thường phải tỉnh dậy để ho, ngạt mũi, khó thở... do các triệu chứng Covid gây nên.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, có 1,2% người có từ 3 lần trở lên/tuần có sử dụng thuốc ngủ để ngủ; 4,8% người có từ 3 lần trở lên/tuần thấy khó khăn để giữ đầu óc tỉnh táo để hoạt động hàng ngày; 2,4% người thấy gặp khó khăn lớn để duy trì hứng thú hoàn thành công việc. Tỷ lệ người thường gặp khó khăn trong việc giữ tỉnh táo và duy trì hứng thú làm việc thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Công Cường[4]. Có thể do môi trường học tập và làm việc khác nhau, các biện pháp thúc đẩy năng lực học tập cho sinh viên khác nhau.

Về chất lượng giấc ngủ theo đánh giá chủ quan trong vòng 1 tháng sau Covid-19 của đối tượng nghiên cứu; có 19% người tự đánh giá có chất lượng giấc ngủ rất tốt; 53,6% người cho rằng có chất lượng giấc ngủ khá tốt; 1,2% người đánh giá có chất

lượng giấc ngủ rất kém. Tương tự như kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Công Cường với 1,1% sinh viên cho rằng chất lượng giấc ngủ rất kém[4] và thấp hơn so với nghiên cứu của Singh với 0% sinh viên cho rằng có chất lượng giấc ngủ kém[8].

Dựa vào tổng điểm các thành phần của thang đo đánh giá Chất lượng giấc ngủ theo thang đo PSQI và điểm cắt  $\leq 5$  thì đối tượng có chất lượng giấc ngủ tốt theo thang đo PSQI. Đánh giá chất lượng giấc ngủ trong vòng 1 tháng sau Covid theo PSQI, có 58,3% người không có rối loạn giấc ngủ; 41,7% có rối loạn giấc ngủ. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với tỷ lệ sinh viên có rối loạn giấc ngủ ở Thái Lan là 42,2%; Ấn Độ là 53%[6].

#### **4.2. Các yếu tố liên quan đến rối loạn giấc ngủ sau Covid-19 của cán bộ và sinh viên khoa Điều dưỡng**

Kết quả nghiên cứu; có sự liên quan giữa tập thể dục, uống rượu với tình trạng rối loạn giấc ngủ sau Covid ( $p < 0,05$ ). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Công Cường tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chất lượng giấc ngủ và tần suất thể dục[4]. Việc tập luyện thể dục thể thao với cường độ đều đặn trong tuần giúp sinh viên thư giãn, giải tỏa căng thẳng, áp lực trong công việc, học tập và sinh hoạt, mang lại lợi ích sức khỏe từ đó mang lại chất lượng giấc ngủ tốt hơn.

Nghiên cứu cũng chỉ ra mối liên quan giữa việc sử dụng chất kích thích: rượu, cà phê, nước có ga với rối loạn giấc ngủ sau Covid ( $p < 0,05$ ). Việc cung cấp chất kích thích khiến cơ thể dư thừa năng lượng đến mức khó ngủ, nếu sử dụng quá mức và liên tục trong thời gian dài rất dễ gây mất ngủ. Việc sử dụng cocain và thuốc lắc mãn tính

đều làm giảm giấc ngủ REM, gây ra tình trạng thiếu ngủ có tác động rõ rệt đến hiệu suất nhận thức ban ngày của họ.

Nghiên cứu chỉ ra có mối tương quan nghịch giữa tần suất tập thể dục với rối loạn giấc ngủ; mối tương quan thuận về thời gian sử dụng mạng xã hội, áp lực về sự kỳ vọng bản thân, áp lực về mối quan hệ gia đình với rối loạn giấc ngủ ( $p < 0,05$ ). Tất cả cán bộ và sinh viên tham gia nghiên cứu đều sử dụng điện thoại di động, phương tiện di động thông minh. Trong đó có 100% người sử dụng điện thoại trước khi ngủ để lên mạng xã hội: Facebook, Zalo, Tiktok... Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Gunes Z với hơn 50% sinh viên dùng điện thoại để liên lạc với người thân, bạn bè và chỉ có 11,5% truy cập Internet[5]. Kết quả này rất phù hợp với tình hình phát triển của xã hội với sự bùng nổ của thời đại công nghệ số 4.0; nhu cầu tiếp cận với các thông tin, sự kiện cũng như nhu cầu giải trí tỷ lệ thuận với khối lượng công việc/học tập của cán bộ và sinh viên ngành y.

#### **V. KẾT LUẬN**

Trung bình thời lượng giấc ngủ trong vòng 1 tháng sau Covid là 6 giờ; thời gian đi vào giấc ngủ trung bình khoảng 33 phút; Hiệu suất giấc ngủ  $\geq 85\%$  là 66,7%. Về chất lượng giấc ngủ theo cảm giác chủ quan trong vòng 1 tháng sau Covid-19 của đối tượng nghiên cứu; có 19% người tự đánh giá có chất lượng giấc ngủ rất tốt; 1,2% người đánh giá có chất lượng giấc ngủ rất kém. Đánh giá chất lượng giấc ngủ trong vòng 1 tháng sau Covid theo thang đo PSQI, có 58,3% người không có rối loạn giấc ngủ; 41,7% người có



rối loạn giấc ngủ. Bên cạnh đó, có sự liên quan giữa tập thể dục, uống rượu, sử dụng các chất kích thích: uống nước có ga, cà phê với tình trạng rối loạn giấc ngủ sau Covid ( $p < 0,05$ ). Có mối tương quan nghịch giữa tần suất tập thể dục với rối loạn giấc ngủ; mối tương quan thuận về thời gian sử dụng mạng xã hội với rối loạn giấc ngủ ( $p < 0,05$ ).

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2022), Bản tin Covid 19. Truy cập <https://covid19.gov.vn/ban-tin-covid-19.htm>.
2. **Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc Gia** (2020), "Thang đánh giá chất lượng giấc ngủ Pittsburgh". <https://tracnghiemtamly.vn/>.
3. **El Sayed S., et al.** (2021), "Sleep in post-COVID-19 recovery period and its impact on different domains of quality of life", *Egypt J Neurol Psychiatr Neurosurg.* 57(1), pp. 172.
4. **Nguyễn Công Cường** (2019), Chất lượng giấc ngủ và một số yếu tố liên quan ở sinh viên trường Cao đẳng Y dược Hồng Đức Thành Phố Hồ Chí Minh năm 2020, Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
5. **Güneş Z & Arslantaş H** (2017), "Insomnia in nursing students and related factors: A cross-sectional study", *International journal of nursing practice.* 23(5), pp. e12578.
6. **Lohsoonthorn V., et al.** (2013), "Sleep quality and sleep patterns in relation to consumption of energy drinks, caffeinated beverages, and other stimulants among Thai college students", *Sleep and Breathing.* 17, pp. 1017-1028.
7. **World Health Organization** (2020), Sleep Deprivation and Deficiency.
8. **Singh G.K & Kenney M. K** (2013), "Rising prevalence and neighborhood, social, and behavioral determinants of sleep problems in US children and adolescents, 2003-2012", *Sleep disorders.* 2013.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG CÓ NHIỄM *HELICOBACTER PYLORI* BẰNG PHÁC ĐỒ BỐN THUỐC CÓ BISMUTH TẠI KHOA NỘI TIÊU HOÁ BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Đinh Thị Ánh Nguyệt<sup>1</sup>, Hoàng Thị Thuỳ Linh<sup>2</sup>, Nguyễn Hải Yến<sup>3</sup>,  
Mẫn Thị Thuý Thanh<sup>1</sup>, Đinh Văn Cảnh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT.

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả diệt trừ *Helicobacter pylori* của phác đồ bốn thuốc có Bismuth ở bệnh nhân loét dạ dày - tá tràng và kết quả lành ổ loét trên nội soi sau điều trị của phác đồ.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 41 bệnh nhân loét dạ dày - tá tràng có *Helicobacter pylori* dương tính tại khoa Tiêu hóa, bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong thời gian từ tháng 03 năm 2023 đến tháng 10 năm 2023.

**Kết quả:** Kết quả phác đồ diệt trừ *Helicobacter pylori* đạt 90,2%. Triệu chứng lâm sàng có cải thiện sau điều trị. 85,4% bệnh nhân liền sẹo tốt. Tác dụng không mong muốn của phác đồ với các triệu chứng chiếm tỷ lệ thấp.

**Kết luận:** Phác đồ 4 thuốc có Bismuth có tỷ lệ diệt trừ *Helicobacter pylori* cao.

**Từ khóa:** Phác đồ 4 thuốc có Bismuth, *Helicobacter pylori*, loét dạ dày tá tràng

### SUMMARY

#### TREATMENT RESULTS OF PATIENTS WITH GASTRIC AND DUODENAL ULCERS INFECTED WITH *HELICOBACTER PYLORI* AND TREATED WITH THE BISMUTH-CONTAINING QUADRUPLE THERAPY AT GASTROENTEROLOGY DEPARTMENT, THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate the results of *Helicobacter pylori* eradication with the Bismuth-containing quadruple therapy in patients with gastric and duodenal ulcers, ulcer healing results on endoscopy after treatment of the regimen.

**Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 41 patients with gastric and duodenal ulcers infected with *Helicobacter pylori* at Gastroenterology Department, Thai Nguyen National Hospital.

**Results:** The findings showed that the effectiveness of the *Helicobacter pylori* eradication regimen was 90,2%. Besides, the clinical symptoms all improved after treatment. 85,4% of patients had satisfactory scar healing whereas. Low rates of undesirable side effects from the regimen account are associated with symptoms.

**Conclusion:** Bismuth-containing quadruple regimen achieved very high radication rates.

**Keywords:** Bismuth-containing quadruple therapy, *Helicobacter pylori*, Gastric and duodenal ulcers.

<sup>1</sup>Khoa Nội Tiêu hóa - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

<sup>2</sup>Phòng Điều dưỡng - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

<sup>3</sup>Khoa Dinh dưỡng - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Ánh Nguyệt  
SĐT: 0977724184

Email: dinhanhnguyet1985@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 24/6/2024

Ngày duyệt bài: 02/8/2024

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét dạ dày - tá tràng là bệnh nội khoa thường gặp ở Việt Nam cũng như ở nhiều nước trên thế giới, bệnh diễn biến có tính chất chu kỳ, hay tái phát và dễ gây ra các biến chứng như: chảy máu, thủng ổ loét, hẹp môn vị hoặc ung thư hóa...làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, khả năng lao động và gây nguy hiểm cho tính mạng người bệnh. Tỷ lệ mắc bệnh loét dạ dày tá tràng chiếm khoảng 5 - 10% dân số ở các nước. Tại Việt Nam báo cáo sơ bộ cho thấy khoảng 5% dân số có triệu chứng của bệnh loét dạ dày tá tràng. Bệnh thường gặp ở nhóm tuổi 20 - 40, nam nhiều hơn nữ và tỷ lệ loét tá tràng cao hơn loét dạ dày.

Bệnh loét dạ dày tá tràng do nhiều nguyên nhân phối hợp gây ra, một trong những nguyên nhân quan trọng là do vi khuẩn *Helicobacter pylori* (*H.pylori*). *H. pylori* được tìm thấy ở 90% bệnh nhân loét tá tràng và 70% bệnh nhân loét dạ dày. Việc phát hiện ra vi khuẩn *H. pylori* đã làm thay đổi quan điểm điều trị. Loét dạ dày tá tràng do *H. pylori* được coi là một bệnh nhiễm khuẩn và mục tiêu điều trị là diệt *H. pylori* bằng các thuốc diệt khuẩn để tạo nên hiệu quả chữa lành ổ loét, cải thiện rõ rệt tiên lượng cho bệnh nhân. Tuy nhiên, phác đồ điều trị diệt trừ *H. pylori* không đơn giản là dùng một thuốc kháng sinh mà cần phối hợp kháng sinh với các thuốc ức chế bơm proton.

Hiện nay, có nhiều phác đồ thuốc dùng điều trị diệt trừ vi khuẩn *Helicobacter pylori* trong bệnh lý loét dạ dày tá tràng. Trong đó, phác đồ ba thuốc tiêu chuẩn (thuốc ức chế bơm proton - PPI, Amoxicillin, Clarithromycin) đã được sử dụng rộng rãi ở nhiều quốc gia như là phương pháp điều trị đầu tay. Tuy nhiên các nghiên cứu gần đây cho thấy hiệu quả diệt trừ *H. pylori* của phác

đồ ba thuốc ngày càng giảm, từ 90% trước kia nay chỉ còn dưới 75% do vi khuẩn kháng Clarithromycin. Trước tình trạng kháng thuốc nêu trên, nhiều phác đồ khác nhau được đề nghị để sử dụng thay thế cho phác đồ chuẩn, trong đó phác đồ 4 thuốc có Bismuth là lựa chọn tốt trong trường hợp điều trị thất bại với phác đồ bộ ba hay có thể là lựa chọn hàng đầu. Kết quả nghiên cứu của tỷ lệ diệt *H.pylori* của phác đồ bốn thuốc theo tác giả Bùi Chí Nam (2016) là 88,6% [3], Khúc Thu Trang (2018) là 91,7% [5]. Phác đồ bốn thuốc có Bismuth điều trị cho bệnh nhân loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H.pylori* cải thiện tốt các triệu chứng lâm sàng và nội soi cũng như giảm tỷ lệ tái phát. Để góp phần đánh giá một cách toàn diện, hệ thống hiệu quả diệt trừ *H.pylori* của phác đồ này, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài “Đánh giá kết quả điều trị loét dạ dày tá tràng có nhiễm *Helicobacter pylori* bằng phác đồ bốn thuốc có Bismuth” với mục tiêu: ***Đánh giá kết quả diệt trừ Helicobacter pylori của phác đồ bốn thuốc có Bismuth ở bệnh nhân loét dạ dày - tá tràng và kết quả lành ổ loét trên nội soi sau điều trị của phác đồ.***

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân trên 16 tuổi, được nội soi chẩn đoán loét DDTT *H.pylori* (+).
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân tuân thủ điều trị, đến tái khám và kiểm tra đúng hẹn.

### 2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân loét dạ dày tá tràng kèm theo: có bệnh lý ác tính, xuất huyết tiêu hoá, nhiễm khuẩn nặng, suy gan, suy thận, bệnh tim nặng.
- Bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

- Phụ nữ mang thai và cho con bú
- Bệnh nhân không trở lại tái khám và nội soi lần 2 sau 2 tuần kể từ ngày kết thúc điều trị.

### 2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Khoa nội Tiêu hóa - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên
- Thời gian: Từ tháng 02 năm 2023 đến tháng 10 năm 2023.

### 2.4. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang
- Cỡ mẫu và cách chọn mẫu
- Chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.
- Cỡ mẫu : Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả :

$$n = (Z^2_{1-\alpha/2} pq) / d^2$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần có

$\alpha$ : Mức ý nghĩa thống kê (quy ước bởi người nghiên cứu)

$Z_{1-\alpha/2}$ : hệ số giới hạn tin cậy. Giá trị Z thu được ứng với giá trị  $\alpha$  được chọn. Trong nghiên cứu, chúng tôi chọn  $\alpha = 0,05 \Rightarrow Z = 1,96$

p: Tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* bằng phác đồ bốn thuốc là 88,6% [3]

d: Độ chính xác mong muốn. Trong nghiên cứu chúng tôi chọn  $d = 0,1$ .

Dựa vào công thức trên có  $n \geq [(1,96)^2 * 0,886 * 0,114] / (0,1)^2 \approx 37,6$

Như vậy cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là 38 bệnh nhân.

Trong thời gian từ tháng 02/2023 đến tháng 10/2023, chúng tôi chọn được 41 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia vào nghiên cứu.

### 2.5. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Chỉ tiêu chung: Tuổi: chia các nhóm tuổi (16 - 29, 30 - 39, 40 - 49, 50 - 59,  $\geq 60$ ). Giới: Nam/Nữ

- Chỉ tiêu lâm sàng: đau bụng, buồn nôn, nôn, đầy bụng, chướng hơi, ợ hơi, ợ chua, rối loạn đại tiện

- Chỉ tiêu về xét nghiệm: test urease (âm tính, dương tính)

- Chỉ tiêu về hình ảnh nội soi: số lượng ổ loét: 1 ổ,  $\geq 2$  ổ, kích thước ổ loét:  $\leq 10$ mm, 11 - 15mm,  $>15$ mm, hình ảnh liền ổ loét: đã liền sẹo, đang liền sẹo, đang hoạt động.

### 2.6. Phương tiện nghiên cứu

- Máy nội soi dạ dày tá tràng ống mềm hiệu Olympus CV-170 và trang thiết bị kèm theo (kìm sinh thiết).

- Test urease: test urease nhanh sử dụng trong nghiên cứu do phòng nghiên cứu các vi khuẩn đường ruột Viện vệ sinh dịch tễ sản xuất. Cách thức pha chế dung dịch test theo hướng dẫn của nhà sản xuất, dung dịch test sau khi pha chỉ dùng trong ngày, trước khi sử dụng dung dịch có màu vàng.

### 2.7. Các quy trình kỹ thuật trong nghiên cứu

**2.7.1. Nội soi dạ dày tá tràng:** Quy trình kỹ thuật nội soi được tiến hành theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại khoa Tiêu hóa, bệnh viện Trung ương Thái Nguyên có sự tham gia của người nghiên cứu.

- Thứ tự đưa ống soi vào hầu họng, qua thực quản, xuống dạ dày và tá tràng.

- Nhận định các tổn thương loét DDTT: vị trí, kích thước, đặc điểm ổ loét.

Mỗi bệnh nhân được tiến hành nội soi 2 lần, trước điều trị và sau khi kết thúc điều trị 2 tuần.

### 2.7.2. Sinh thiết niêm mạc dạ dày để chẩn đoán *H.pylori* bằng test urease

Tiến hành làm test: lấy mảnh sinh thiết tại hang vị ngậm vào thuốc thử. Quan sát sự đổi màu của dung dịch thuốc thử sau 10 - 15 phút. Nếu dung dịch thuốc thử chuyển từ màu vàng sang màu đỏ cánh sen là test

dương tính. Không đổi màu là test âm tính.

## **2.8. Can thiệp điều trị bằng phác đồ bốn thuốc có Bismuth [6]**

- Esomeprazole 40 mg (Nexium mups), 2 tuần đầu: ngày uống 2 lần, lần 1 viên, trước ăn sáng và tối 30 phút. 2 tuần sau: ngày uống 1 viên, trước ăn sáng 30 phút.

- Bismuth subcitrate 120 mg (Trymo): ngày uống 2 lần, lần 2 viên, trước ăn trưa 1 giờ và trước đi ngủ tối, trong vòng 14 ngày.

- Metronidazol 250 mg: ngày uống 4 lần, lần 1 viên và Tetracycline 500 mg, ngày uống 4 lần, lần 1 viên, sau ba bữa ăn 30 phút và trước đi ngủ tối ít nhất 15 phút, trong vòng 14 ngày

## **2.9. Các tiêu chuẩn đánh giá**

\* Đánh giá bệnh nhân có nhiễm H.pylori trước điều trị

Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm H.pylori khi test urease dương tính

\* Đánh giá hiệu quả diệt trừ H.pylori sau điều trị

- Thời gian: sau khi bệnh nhân kết thúc phác đồ 2 tuần

- Khẳng định một bệnh nhân đã được diệt trừ H.pylori khi bệnh nhân nội soi lần 2 có test urease âm tính.

\* Đánh giá hiệu quả lành ổ loét trên hình ảnh nội soi

- Tốt (ổ loét đã liền sẹo): ổ loét có đáy đầy, phẳng, mặt không còn viêm (liền sẹo tốt) hoặc ổ loét liền sẹo nhưng còn viêm (liền sẹo chưa tốt)

- Trung bình (ổ loét đang liền sẹo): ổ loét thu nhỏ so với trước, bờ phù nề xung quanh.

- Kém (ổ loét hoạt động): Ổ loét không thay đổi, bờ phù nề, đáy có giả mạc hoặc tiến triển rộng hơn.

## **2.10. Cách thức tiến hành nghiên cứu**

- Sàng lọc, lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chỉ định nội soi thực

quản - dạ dày - tá tràng (nếu không có chống chỉ định), được chẩn đoán xác định loét dạ dày tá tràng.

- Bệnh nhân được làm test urease để chẩn đoán nhiễm H.pylori hay không

- Thu thập số liệu bằng phiếu soạn sẵn

- Ghi nhận các thông tin hành chính, tiền sử bệnh, triệu chứng lâm sàng.

- Chỉ định thuốc điều trị bằng phác đồ EBMT sau khi bệnh nhân ra viện (hướng dẫn bệnh nhân dùng thuốc, theo dõi tác dụng phụ từ ngày 1 đến ngày 14 hẹn tái khám).

- Tái khám và đánh giá bệnh nhân: Bệnh nhân được hẹn tái khám sau 6 tuần sau khi ra viện (bao gồm 4 tuần dùng thuốc theo phác đồ và 2 tuần nghỉ thuốc sau đó). Khi tái khám bệnh nhân được chỉ định nội soi lần 2 mục đích đánh giá kết quả lành ổ loét đồng thời làm test urease. Bệnh nhân được khẳng định đã diệt trừ H.pylori khi test urease âm tính. Nếu test dương tính, khẳng định diệt trừ H.pylori thất bại.

## **2.11. Xử lý và phân tích số liệu**

Số liệu sau khi thu thập sẽ được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

- Mô tả tần số và tỷ lệ % với biến định tính, mô tả giá trị trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn ( $\bar{x} \pm SD$ ) cho biến định tính.

- So sánh sự khác biệt của 2 biến định tính bằng Chi - square test. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**2.12. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

## **III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

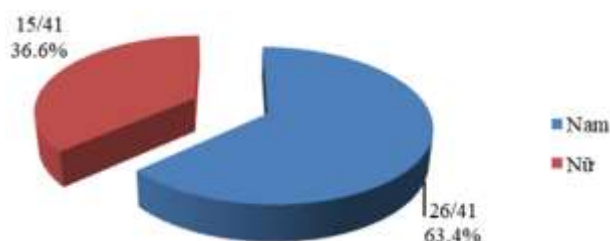
Từ tháng 2/2023 đến tháng 10/2023, tại khoa Tiêu hóa - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên chúng tôi đã chọn được 41 bệnh nhân loét dạ dày - tá tràng có Helicobacter pylori dương tính đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, kết quả thu được như sau:

### **3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi**

| Nhóm tuổi       | n               | %          |
|-----------------|-----------------|------------|
| 16 - 29         | 4               | 9.8        |
| 30 - 39         | 7               | 17.1       |
| 40 - 49         | 8               | 19.5       |
| 50 - 59         | 10              | 24.4       |
| $\geq 60$       | 12              | 29.3       |
| <b>Tổng</b>     | <b>41</b>       | <b>100</b> |
| Tuổi trung bình | 48.4 $\pm$ 13.7 |            |
| Min/Max         | 19/73           |            |

**Nhận xét:** Tuổi bệnh nhân trung bình là: 48.4  $\pm$  13.7, nhỏ nhất 19 tuổi, lớn nhất 73 tuổi. Bệnh nhân ở nhóm tuổi  $\geq 50$  chiếm 53.7% tổng số bệnh nhân, trong đó nhóm tuổi  $\geq 60$  chiếm tỷ lệ cao nhất 29.3 %.

**Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới**

**Nhận xét:** Trong các bệnh nhân nghiên cứu, nam giới chiếm tỷ lệ 63.4%, cao hơn so với nữ giới 36.6%.

**Bảng 3.3. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng trước điều trị**

| Triệu chứng lâm sàng | Số lượng | Tỷ lệ % |
|----------------------|----------|---------|
| Đau bụng             | 32       | 78.0    |
| Buồn nôn, nôn        | 9        | 22.0    |
| Đầy bụng, chướng hơi | 8        | 19.5    |
| Ợ hơi, ợ chua        | 20       | 48.8    |
| Rối loạn đại tiện    | 5        | 12.2    |

**Nhận xét:** Trong tổng số 41 bệnh nhân nghiên cứu có 32 bệnh nhân có triệu chứng đau bụng (78.0%), 20 bệnh nhân có triệu chứng ợ hơi, ợ chua (48.8%), các triệu chứng hay gặp khác như buồn nôn, nôn, đầy bụng, chướng hơi, rối loạn đại tiện có tỷ lệ thấp hơn.

**Bảng 3.4. Đặc điểm số ổ loét và kích thước ổ loét dạ dày - tá tràng**

| Đặc điểm                      | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------|--------------|-----------|
| <b>Số ổ loét</b>              |              |           |
| Đơn ổ (1 ổ)                   | 29           | 70.7      |
| Đa ổ ( $\geq 2$ ổ)            | 12           | 29.3      |
| <b>Kích thước ổ loét (mm)</b> |              |           |
| $\leq 10$                     | 31           | 75.6      |
| 11 - 15                       | 8            | 19.5      |
| $> 15$                        | 2            | 4.9       |

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân nghiên cứu có 1 ổ loét với tỷ lệ 70.7%; chỉ có 29.3% bệnh nhân có từ 2 ổ loét trở lên. Ổ loét có kích thước  $\leq 10$ mm chiếm tỷ lệ cao nhất (75.6%).

### 3.2. Kết quả diệt trừ *H.pylori* của phác đồ bốn thuốc có Bismuth và kết quả lành ổ loét trên nội soi sau điều trị của phác đồ.

**Bảng 3.5. Tỷ lệ diệt trừ *H.pylori* của phác đồ bốn thuốc**

| Hiệu quả diệt trừ        | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|--------------------------|--------------|---------|
| Thành công (HP âm tính)  | 37           | 90.2    |
| Thất bại (HP dương tính) | 4            | 9.8     |
| <b>Tổng</b>              | 41           | 100.0   |

**Nhận xét:** Tỷ lệ diệt trừ *H.pylori* thành công sau điều trị là 90.2%. Có 4 bệnh nhân điều trị thất bại, chiếm tỷ lệ 9.8%.

**Bảng 3.6. Kết quả điều trị dựa vào triệu chứng lâm sàng**

| Triệu chứng lâm sàng | Trước điều trị |      | Sau điều trị |     |
|----------------------|----------------|------|--------------|-----|
|                      | n              | %    | n            | %   |
| Đau bụng             | 32             | 78.0 | 3            | 7.3 |
| Buồn nôn, nôn        | 9              | 22.0 | 1            | 2.4 |
| Đầy bụng, chướng hơi | 8              | 19.5 | 2            | 4.9 |
| Ợ hơi, ợ chua        | 20             | 48.8 | 0            | 0   |
| Rối loạn đại tiện    | 5              | 12.2 | 0            | 0   |

**Nhận xét:** Trong 41 bệnh nhân nghiên cứu các triệu chứng đều thuyên giảm hoặc hết sau điều trị. Triệu chứng đau bụng giảm rõ rệt nhất, từ 78% còn 7.3%; không còn trường hợp ợ hơi, ợ chua và rối loạn đại tiện.

**Bảng 3.7. Hiệu quả liền ổ loét sau dùng phác đồ**

| Hiệu quả liền ổ loét | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|----------------------|--------------|---------|
| Tốt                  | 35           | 85.4    |
| Trung bình           | 6            | 14.6    |
| Kém                  | 0            | 0       |
| <b>Tổng</b>          | 41           | 100     |

**Nhận xét:** Ổ loét liền sẹo tốt sau điều trị chiếm tỷ lệ cao (85.4%). Không có ổ loét nào giữ nguyên sau điều trị.

**Bảng 3.8. Hiệu quả liền ổ loét theo kết quả diệt trừ *H. pylori***

| Hiệu quả liền ổ loét | Kết quả diệt <i>H. pylori</i> |           | p      |
|----------------------|-------------------------------|-----------|--------|
|                      | Thành công                    | Thất bại  |        |
| Tốt                  | 33<br>94.3                    | 2<br>5.7  | < 0.05 |
| Trung bình           | 4<br>66.7                     | 2<br>33.3 |        |

**Nhận xét:** Sau điều trị tỷ lệ liền sẹo ổ loét tốt ở nhóm diệt trừ HP thành công là 94.3% cao hơn so với nhóm diệt trừ HP thất bại. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.9. Tác dụng phụ của phác đồ EBM**

| <b>Tác dụng phụ</b> | <b>Số bệnh nhân (n)</b> | <b>Tỷ lệ (%)</b> |
|---------------------|-------------------------|------------------|
| Mệt mỏi             | 12                      | 29.3             |
| Mất ngủ             | 2                       | 4.9              |
| Đắng miệng          | 2                       | 4.9              |
| Nôn, buồn nôn       | 3                       | 7.3              |
| Đau đầu             | 1                       | 2.4              |
| Chóng mặt           | 2                       | 4.9              |
| Phân sạm màu        | 2                       | 4.9              |
| Phân nát            | 4                       | 9.8              |

**Nhận xét:** Tác dụng phụ mệt mỏi thường gặp nhất, chiếm 29.3% số bệnh nhân. Các tác dụng phụ khác cũng thường gặp nhưng với tỷ lệ thấp hơn.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

###### *Đặc điểm về tuổi, giới*

Có nhiều đề tài nghiên cứu trong nước và thế giới đề cập đến tuổi của bệnh nhân loét dạ dày tá tràng. Đa số các nghiên cứu đều thấy rằng loét dạ dày tá tràng có thể gặp ở mọi lứa tuổi, thường trước 60 tuổi và tuổi trung niên dễ bị loét hơn so với các lứa tuổi khác. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tuổi trung bình của bệnh nhân là:  $48.4 \pm 13.7$ , nhỏ nhất 19 tuổi, lớn nhất 73 tuổi. Bệnh nhân ở nhóm tuổi  $\geq 50$  chiếm 53.7% tổng số bệnh nhân, trong đó nhóm tuổi  $\geq 60$  chiếm tỷ lệ 29.3 %. Độ tuổi trung bình tương đồng với tác giả Lương Quốc Hùng (2019) là  $48,14 \pm 13,71$  [1]. Các nghiên cứu ghi nhận tuổi trung bình thấp hơn như Nguyễn Thanh Liêm (2021) là  $43,8 \pm 13,9$ ; Đoàn Thái Ngọc (2021) là  $42,7 \pm 13,7$  [4]. Nghiên cứu của Kwangwoo Nam (2018) tuổi trung bình là  $51,9 \pm 12,7$ , nhóm  $<40$  tuổi chiếm tỷ lệ 18,8% [8].

Phân bố giới tính trong nghiên cứu cho kết quả nam giới chiếm tỷ lệ 63.4%, cao hơn

so với nữ giới 36.6%, tương tự với tác giả Lương Quốc Hùng (2019) giới nam chiếm 60,98% [1]. Tác giả Jung Won Lee (2019) giới nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (59,2% so với 40,8%). Có sự khác biệt với tác giả Diğdem Özer Etik (2019) ghi nhận tỷ lệ nữ chiếm 62% cao hơn nam 38% [7]. Kết quả của chúng tôi có sự khác nhau về giới tính so với các nghiên cứu có thể lý giải do quần thể nghiên cứu khác nhau, và do khu vực sống tại từng địa phương.

###### *Đặc điểm về triệu chứng lâm sàng*

Triệu chứng lâm sàng của loét dạ dày tá tràng rất đa dạng. Bệnh có thể biểu hiện rõ nhiều triệu chứng cùng xuất hiện gây khó chịu cho người bệnh, nhưng cũng có thể có biểu hiện triệu chứng nhẹ, thoáng qua. Trong tổng số 41 bệnh nhân nghiên cứu có 32 bệnh nhân có triệu chứng đau bụng (78.0%), 20 bệnh nhân có triệu chứng ợ hơi, ợ chua (48.8%), các triệu chứng hay gặp khác như buồn nôn, nôn, đầy bụng, chướng hơi, rối loạn đại tiện có tỷ lệ thấp hơn. Đau bụng là biểu hiện lâm sàng chính bệnh nhân đến khám bệnh, tuy nhiên vai trò của H.pylori và đau bụng là vấn đề còn nhiều tranh cãi. Một vài nghiên cứu như Chong, Ashorn tìm thấy mối liên quan giữa H. pylori và đau bụng. Ngược lại một số tác giả lại không tìm thấy mối liên quan giữa H. pylori và đau bụng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu



chứng lâm sàng của bệnh loét DDTT thu thập được thông qua hỏi bệnh và thăm khám. Tuy nhiên đây chỉ là các triệu chứng bổ sung thêm cho chẩn đoán. Do vậy, nội soi dạ dày tá tràng đóng vai trò quan trọng, giúp cho chẩn đoán xác định bệnh.

#### **4.2. Kết quả diệt trừ H.pylori của phác đồ bốn thuốc có Bismuth và kết quả lành ổ loét trên nội soi sau điều trị của phác đồ**

Sự phát hiện ra vi khuẩn Helicobacter Pylori đã mở ra cuộc cách mạng trong chiến lược điều trị loét dạ dày, tá tràng. Vai trò của H.pylori trong loét dạ dày tá tràng đã được khẳng định qua nhiều nghiên cứu với trên 90% loét hành tá tràng, 70 - 90% loét dạ dày. Người mang H.pylori có nguy cơ bị loét dạ dày tá tràng gấp 3,5 lần so với nhóm không mang vi khuẩn. Chính vì vậy việc điều trị loét dạ dày tá tràng là lựa chọn phác đồ sử dụng phối hợp kháng sinh phù hợp nhằm mục đích diệt được vi khuẩn H.pylori và lành ổ loét giảm tỷ lệ tái phát trong bối cảnh kháng kháng sinh như hiện nay. Có rất nhiều phác đồ để điều trị loét dạ dày tá tràng nhưng phác đồ được lựa chọn phải đạt được các tiêu chuẩn: Có hiệu quả diệt trừ lớn hơn 80%, có tỷ lệ kháng thuốc thấp, dung nạp tốt tránh các tác dụng phụ dẫn đến tuân thủ cao của bệnh nhân.

Điều trị diệt trừ H. pylori trong nghiên cứu của chúng tôi đã sử dụng phác đồ 4 thuốc có Bismuth. Đồng thuận Masstricht V (2016) đã khuyến cáo sử dụng phác đồ EBMT chỉ định cho điều trị lần đầu bắt buộc với những khu vực có tỷ lệ H.pylori kháng kép với cả Clarithromycin và Metronidazole cao hơn 15%; là một trong những lựa chọn cùng với phác đồ đồng thời ở khu vực có tỷ lệ kháng CLR  $\geq 15\%$ , là lựa chọn thay thế cho phác đồ ba thuốc có CLR ở vùng có tỷ lệ kháng CLR  $< 15\%$  hoặc cho bệnh nhân dị

ứng penicilline. Phác đồ EBMT được đề nghị sử dụng cho cả bệnh nhân chưa điều trị lần bệnh nhân sau thất bại lần đầu. PPI trong phác đồ EBMT làm tăng pH dịch vị dạ dày, giúp tăng khả năng diệt khuẩn của TET, giúp Bismuth thẩm thấu tốt hơn vào niêm mạc dạ dày để phát huy tác dụng; làm tăng nồng độ kháng sinh trong dịch vị và do đó làm tăng hiệu quả diệt trừ H.pylori. Esomeprazole liều cao làm tăng hiệu quả diệt trừ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, tỷ lệ diệt trừ H.pylori thành công sau điều trị là 90.2%. Có 4 bệnh nhân điều trị thất bại, chiếm tỷ lệ 9.8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của tác giả Đoàn Thái Ngọc (2021) trên 75 bệnh nhân trong đó H.pylori âm tính sau điều trị chiếm 94,7% [4]. Lương Quốc Hùng ghi nhận diệt trừ thành công H.pylori chiếm 95,12 %, thất bại 4,88% [1]. Đối với tác giả ngoài nước cũng ghi nhận tỷ lệ diệt trừ H.pylori khá cao như Jun Wong Chung là 96,2%. Kết quả của các nghiên cứu đã bàn luận ở trên khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, điều này cho thấy tỷ lệ nhiễm H.pylori giảm đáng kể sau điều trị, đánh giá cao hiệu quả của phác đồ 4 thuốc có Bismuth.

Sau điều trị, các triệu chứng đều thuyên giảm hoặc hết. Triệu chứng đau bụng giảm rõ rệt nhất, từ 78% còn 7.3%; không còn trường hợp ợ hơi, ợ chua và rối loạn đại tiện. Kết quả của chúng tôi giống với tác giả Nguyễn Thanh Liêm (2021), ghi nhận triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân sau điều trị diệt trừ H. pylori thấp hơn rất nhiều so với trước, với  $p < 0,01$  [2].

Ổ loét dạ dày tá tràng được tạo ra do sự mất cân bằng giữa các yếu tố tấn công và yếu tố bảo vệ, trong đó nhấn mạnh vai trò của acid và H.pylori. Điều trị loét dạ dày tá tràng

không chỉ mục đích tiêu diệt *H.pylori* mà lành sẹo ổ loét cũng là một trong những tiêu chuẩn quan trọng đánh giá hiệu quả phác đồ điều trị, ổ loét lành sẹo sẽ làm giảm các triệu chứng và hạn chế biến chứng xảy ra. Các bệnh nhân đều được theo dõi và tiến hành nội soi trước khi điều trị và sau đợt điều trị 6 tuần để đánh giá lại ổ loét. Hiệu quả làm liền sẹo ổ loét được chia thành 3 mức: liền sẹo, thu nhỏ và giữ nguyên. Đánh giá về hình ảnh nội soi sau điều trị, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận kết quả hình ảnh loét DDTT cải thiện rõ qua nội soi. Ổ loét liền sẹo tốt chiếm tỷ lệ cao (85.4%). Không có ổ loét nào giữ nguyên sau điều trị. Hiệu quả lành sẹo ổ loét là một dấu ấn quan trọng đánh giá hiệu quả của phác đồ diệt trừ *H.pylori*, khi ổ loét lành sẹo sẽ làm giảm triệu chứng lâm sàng và giúp hạn chế biến chứng xảy ra. Lương Quốc Hùng ghi nhận kết quả lành sẹo ổ loét sau điều trị chiếm 93,9% [2].

Đã có nhiều nghiên cứu cho thấy những ổ loét DDTT cũng có khả năng tự lành sẹo sau 4 tuần với tỷ lệ khoảng 30 - 40%. Những trường hợp loét DDTT với *H.pylori* dương tính chỉ sử dụng thuốc kháng acid đơn thuần cũng làm lành ổ loét, tuy nhiên tỷ lệ tái phát cao do chưa loại trừ được căn nguyên. Do vậy việc chọn lựa phác đồ điều trị loét DDTT có nhiễm *H.pylori* chính là phối hợp kháng sinh và giảm tiết acid để loại trừ nguyên nhân gây bệnh. Các nghiên cứu cho thấy vai trò của *H.pylori* trong sự liền sẹo, nếu tỷ lệ diệt *H.pylori* cao thì tỷ lệ liền sẹo cao và giảm tỷ lệ tái phát kèm cải thiện các triệu chứng và rối loạn chức năng sau điều trị thành công.

Tác dụng phụ thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là một mõi, chiếm 29.3% số bệnh nhân. Các tác dụng phụ khác cũng thường gặp nhưng với tỷ lệ thấp hơn:

mất ngủ 4.9%, đắng miệng 4.9%, nôn, buồn nôn 7.3%, đau đầu 2.4%, chóng mặt 4.9%, phân sậm màu 4.9%, phân nát 9.8%. Tư vấn kỹ cho bệnh nhân trước khi điều trị về hiệu quả, tác dụng phụ có thể gặp của phác đồ và tư vấn động viên bệnh nhân trong quá trình điều trị kịp thời khi cần thiết sẽ giúp bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt, hạn chế tối đa những tác dụng phụ xảy ra.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, đánh giá 41 bệnh nhân loét dạ dày - tá tràng có *Helicobacter pylori* dương tính, chúng tôi rút ra kết luận như sau:

### 5.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là:  $48.4 \pm 13.7$ , nhóm tuổi  $\geq 60$  chiếm tỷ lệ cao nhất 29.3 %.

- Nam giới chiếm tỷ lệ 63,4% cao hơn so nữ giới 36,6 %. Tỷ lệ nam/nữ là 1,7/1.

- Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau bụng (78%)

### 5.2. Kết quả diệt trừ *H.pylori* của phác đồ bốn thuốc có Bismuth và kết quả lành ổ loét trên nội soi sau điều trị của phác đồ

- Tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* thành công sau điều trị cao (90.2%).

- Các triệu chứng lâm sàng thuyên giảm sau điều trị.

- 85,4% bệnh nhân có ổ loét liền sẹo tốt

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lương Quốc Hùng, Phạm Văn Linh và Kha Hữu Nhân (2019), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân loét dạ dày tá tràng có *Helicobacter pylori* dương tính theo phác đồ 4 thuốc có Bismuth tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ,, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ.

2. **Nguyễn Thanh Liêm** (2021), Nghiên cứu mối liên quan của đa hình gen CYP2C19, MDR1 với hiệu quả điều trị bằng phác đồ RBTT ở bệnh nhân loét tá tràng có nhiễm *Helicobacter pylori*, Học viện Quân Y, Hà Nội.
3. **Bùi Chí Nam** (2016), "Đánh giá hiệu quả điều trị diệt *Helicobacter pylori* bằng phác đồ PCA, PTMB, PLA", Tạp chí khoa học Tiêu hóa tr. 2851-2854.
4. **Đoàn Thái Ngọc và Huỳnh Hiếu Tâm** (2021), "Đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ 4 thuốc có Bismuth diệt trừ *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân viêm loét dạ dày - tá tràng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2020-2021", Tạp chí Y Dược Cần Thơ. 43, tr. 29-35.
5. **Khúc Thu Trang** (2018), Nghiên cứu hiệu quả điều trị của phác đồ bốn thuốc có Bismuth trên bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá do loét hành tá tràng có *Helicobacter pylori*, Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
6. **William D Chey và các cộng sự** (2017), "ACG clinical guideline: treatment of *Helicobacter pylori* infection", Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG. 112(2), tr. 212-239.
7. **Diğdem Özer Etik và các cộng sự** (2019), "Can the treatment duration be shortened in bismuth-containing therapies for *Helicobacter pylori* eradication?", The Turkish Journal of Gastroenterology. 30(8), tr. 667.
8. **Kwangwoo Nam và các cộng sự** (2018), "Prevalence and risk factors for upper gastrointestinal diseases in health check-up subjects: a nationwide multicenter study in Korea", Scandinavian journal of gastroenterology. 53(8), tr. 910-916.

## KHẢO SÁT CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ VÀ THỂ NANG SAU PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN GIÁP TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2023

Vũ Bích Huyền<sup>1</sup>, Lê Diệu Thu<sup>1</sup>, Lê Thị Như Quỳnh<sup>1</sup>,  
Trần Bảo Ngọc<sup>2</sup>, Hoàng Thị Thùy Linh<sup>3</sup>

### TÓM TẮT.

**Đặt vấn đề:** Ung thư tuyến giáp (UTTG) là loại ung thư hay gặp nhất trong các tuyến nội tiết. Mặc dù UTTG được xem như là một loại ung thư “tốt” nhưng nhiều nghiên cứu hiện nay trên thế giới đã chỉ ra rằng phẫu thuật cùng với các phương pháp kết hợp điều trị UTTG ảnh hưởng lên CLCS của bệnh nhân trong thời gian sống thêm sau đó về cả thể chất lẫn tinh thần và kinh tế xã hội.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến hành trên 151 bệnh nhân chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến giáp đã được phẫu thuật cắt tuyến giáp tại Trung tâm Ung Bướu Thái Nguyên từ tháng 01/2023 đến tháng 10/2023. Bệnh nhân hoàn thành bộ câu hỏi EORTC - C30 đánh giá CLCS tại thời điểm tái khám và vào đợt điều trị I131.

**Mục tiêu:** Khảo sát chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú và thể nang sau phẫu thuật cắt tuyến giáp.

**Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy điểm CLCS trung bình là:  $81,23 \pm 14,78$ . (trên thang điểm 0 - 100, 100 điểm là tốt nhất). Qua phân tích số liệu cho thấy các yếu tố giới nữ, tổn thương thần kinh thanh quản, giai đoạn bệnh, số lần điều trị I131, sự thiếu hụt hay dư thừa quá mức hoocmon tuyến giáp có ảnh hưởng tới sự giảm điểm CLCS của bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp.

**Kết luận:** Điểm chất lượng cuộc sống chung của bệnh nhân là  $81,23 \pm 14,78$ .

**Từ khóa:** Chất lượng cuộc sống, sau phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp

### SUMMARY

#### SURVEY THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH PAPILLARY AND FOLLICULAR THYROID CARRCINOMA POST THYROIDECTOMY IN THAI NGUYEN ONCOLOGY CENTRE

**Background:** Thyroid cancer (TC) is the most common type of cancer in the endocrine glands. Although TC is considered a "good" type of cancer, many current studies around the world have shown that surgery and combined approaches affect the patient's quality of life and survivals physically, mentally and socio-economically.

**Research subjects and methods:** The study was conducted on 151 patients with a confirmed diagnosis of thyroid carcinoma who underwent

<sup>1</sup>Trung tâm Ung bướu Bệnh viện TW Thái Nguyên

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

<sup>3</sup>Phòng Điều dưỡng Bệnh viện TW Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Bích Huyền

SĐT: 0912349678

Email huyenubtn@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 22/6/2024

Ngày duyệt bài: 04/8/2024

thyroidectomy at Thai Nguyen Oncology Center from January 2023 to October/ 2023. Patients completed the EORTC - C30 questionnaire to assess QoL at the time of follow-up examination and at treatment session I131.

**Objective:** To survey the quality of life of patients with papillary and follicular thyroid carcinoma after thyroidectomy.

**Results:** Research shows that the average QOL score is:  $81,23 \pm 14,78$ . (on a scale of 0 - 100, 100 points is best). Through data analysis, it has been shown that female gender factors, laryngeal nerve damage, stage of disease, number of I131 treatments session, thyroid hormone deficiency or excess have an impact on the reduction in QoL scores of patients who underwent thyroidectomy.

**Conclusion:** mean QoL score was  $81,23 \pm 14,78$

**Keywords:** Quality of life, after thyroid carcinoma surgery

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tuyến giáp là bệnh lý ác tính xuất phát từ tế bào nang giáp, tế bào cận nang và tổ chức liên kết, tế bào miễn dịch. Ung thư tuyến giáp (UTTG) là loại ung thư hay gặp nhất trong các tuyến nội tiết. Theo thống kê của GLOBOCAN 2018 UTTG chiếm 3,1% trong tất cả các loại ung thư, có hơn 40.000 ca tử vong/ năm, đứng hàng thứ 5 trong các loại ung thư ở nữ giới, tỉ lệ nam/nữ là 1/3. Riêng Việt Nam có 5.418 ca mắc mới mỗi năm [1]

Hiện nay có rất nhiều phương pháp để điều trị UTTG như: Phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, iod phóng xạ, điều trị đích, hormone thay thế.

Phẫu thuật cắt tuyến giáp đóng vai trò quan trọng nhất có tính quyết định đến kết quả điều trị. Nếu được phát hiện và điều trị

phù hợp thì tỉ lệ sống trên 5 năm cho các bệnh nhân là hơn 95% [2]. Mặc dù UTTG được xem như là một loại ung thư “tốt” nhưng nhiều nghiên cứu hiện nay trên thế giới đã chỉ ra rằng phẫu thuật cùng với các phương pháp kết hợp điều trị UTTG ảnh hưởng lên CLCS của bệnh nhân trong thời gian sống thêm sau đó về cả thể chất lẫn tinh thần và kinh tế xã hội.

Tổ chức Y tế thế giới đã định nghĩa “Chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe là những ảnh hưởng do một bệnh tật hoặc một rối loạn sức khỏe của một cá nhân đến sự thoải mái và khả năng hưởng thụ của cá nhân đó”. Hướng dẫn mới nhất của Hiệp hội tuyến giáp Hoa Kỳ (ATA) cũng nêu bật ý nghĩa của việc quan tâm đến CLCS lâu dài của bệnh nhân trong quá trình điều trị [3]. Những thông tin về CLCS này là một trong các cơ sở để nhân viên y tế lập kế hoạch tư vấn tâm lý, phục hồi chức năng cho bệnh nhân sau điều trị giúp họ cải thiện khả năng thích nghi và hòa nhập với cuộc sống. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: **Khảo sát chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhũ và thể nang sau phẫu thuật cắt tuyến giáp.**

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### - Tiêu chuẩn lựa chọn:

151 bệnh nhân chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến giáp đã được phẫu thuật cắt bán phần/toàn bộ tuyến giáp tính từ thời điểm sau phẫu thuật ổn định từ 4 - 6 tuần hẹn vào điều trị xạ I131 và hẹn tái khám định kỳ 3 đến 6 tháng tại Trung tâm Ung Bướu Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/2023 đến tháng 10/2023

#### - Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân UTTG mà tại thời điểm phát hiện bệnh đã có di căn xa hoặc có đồng thời khối ung thư nguyên phát thứ hai.

+ Bệnh nhân suy kiệt, không đủ khả năng hiểu và tự trả lời các câu hỏi trong bộ câu hỏi.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

- Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi EORTC - C30, phiên bản tiếng Việt là bảng đánh giá chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân ung thư đã được kiểm định giá trị và độ tin cậy

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**2.2.2. Thời gian và địa điểm:** Nghiên cứu thực hiện tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong thời gian từ 01/2023 - 10/2023.

**2.2.3. Cơ mẫu:** bệnh nhân chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến giáp đã được phẫu thuật cắt bán phần/toàn bộ tuyến giáp

## 2.2.4. Chỉ số nghiên cứu

Các chỉ số dự đoán ảnh hưởng đến CLCS bao gồm: nhóm tuổi, giới, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, khu vực sống, bệnh kèm theo, mô bệnh học, giai đoạn bệnh trước phẫu thuật, phương pháp điều trị, thời gian sau phẫu thuật, nồng độ hoocmon tuyến giáp, tổn thương dây thần kinh thanh quản.

- Tổn thương dây thần kinh thanh quản

+ Cơ năng: khàn tiếng hoặc khó thở thanh quản.

+ Nội soi tai mũi họng: dây thanh hạn chế di động (so sánh với bên đối diện) hoặc cố định (một bên hay hai bên).

+ Tổn thương được coi là tạm thời nếu các triệu chứng kéo dài < 6 tháng sau phẫu thuật và là vĩnh viễn nếu triệu chứng kéo dài ≥ 6 tháng sau phẫu thuật.

- Nồng độ Hoocmon tuyến giáp sau điều

trị:

+ Cường giáp: TSH < 0,1  $\mu$ U/ml và FT4 > 22 pmol/L (trong nghiên cứu sử dụng để chỉ tình trạng tuyến giáp trước phẫu thuật).

+ Nhiễm độc giáp: TSH < 0,1  $\mu$ U/ml và FT4 > 22 pmol/L (trong nghiên cứu sử dụng để chỉ sự quá liều hoocmon tuyến giáp sau điều trị).

+ Suy giáp: FT3 < 3,5pmol/L, FT4 < 12 pmol/L. TSH > 5  $\mu$ U/ml (là tiêu chuẩn bắt buộc).

- Mô bệnh học: Dựa vào kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật. Phân loại giai đoạn ung thư tuyến giáp theo AJCC phiên bản thứ 8 (dành cho nhóm bệnh nhân nghiên cứu)

- Chỉ số chất lượng cuộc sống:

Sử dụng bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30 phiên bản 3.0 của Tổ chức nghiên cứu và điều trị ung thư châu Âu gồm 30 câu hỏi đánh số từ 1- 30 có 5 thang đo chức năng (hoạt động thể lực, vai trò xã hội, hòa nhập xã hội, tâm lý - cảm xúc, khả năng nhận thức), CLCS chung, khó khăn tài chính và 8 thang đo triệu chứng (mệt mỏi, buồn nôn và nôn, đau, khó thở, mất ngủ, mất cảm giác ngon miệng, táo bón và tiêu chảy). Mỗi bệnh nhân sẽ được tính điểm theo thang điểm 100 cho mỗi chỉ số theo quy định của EORTC. Điểm tóm tắt được tính toán từ 13 thang đo (không bao gồm QoL toàn cầu và khó khăn tài chính) với thang đo triệu chứng được đảo ngược (thang đo 100 triệu chứng) để có được hướng thống nhất của tất cả các thang đo

## 2.3. Thu thập số liệu

- Thu thập số liệu từ bảng câu hỏi có sẵn, phỏng vấn trực tiếp người bệnh, chăm sóc bệnh nhân và tham khảo hồ sơ bệnh án. Thông tin được nhập vào bệnh án nghiên cứu

- Địa điểm: Tại trung tâm Ung bướu Thái Nguyên

**2.4. Phân tích số liệu**

- Tổng hợp số liệu chấm điểm CLCS với thang điểm cao nhất là 100 dựa vào công cụ EORTC. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 21.0. Phân tích số liệu được sử dụng để đánh giá được mối liên hệ của các yếu tố liên quan đến sự giảm điểm CLCS. Mức ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$

**2.5. Đạo đức trong nghiên cứu**

- Nghiên cứu đã được thông qua bởi hội đồng đạo đức của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

- Nghiên cứu không can thiệp gì lên bệnh nhân, chỉ nhằm mục đích khảo sát chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và cảnh báo về các yếu tố nguy cơ chứ không có mục đích nào khác.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU****Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu**

| Đặc điểm chung      | Chỉ số          | N   | Tỷ lệ (%) |
|---------------------|-----------------|-----|-----------|
| Giới tính           | Nam             | 19  | 12.58     |
|                     | Nữ              | 132 | 87.42     |
| Tuổi                | <55 tuổi        | 107 | 70.86     |
|                     | $\geq 55$ tuổi  | 44  | 29.14     |
| Học vấn             | Dưới THPT       | 25  | 16.56     |
|                     | Tốt nghiệp THPT | 36  | 23.84     |
|                     | Trên THPT       | 90  | 59.60     |
| Nghề nghiệp         | Nông dân        | 92  | 60.93     |
|                     | Công nhân       | 20  | 13.25     |
|                     | Hưu trí         | 8   | 5.30      |
|                     | Khác            | 31  | 20.52     |
| Nơi sinh sống       | Nông thôn       | 105 | 69.54     |
|                     | Thành thị       | 46  | 30.46     |
| Tình trạng hôn nhân | Chưa kết hôn    | 15  | 9.93      |
|                     | Đã kết hôn      | 136 | 90.07     |

Nhóm tuổi hay gặp nhất là < 55 tuổi với 107 bệnh nhân chiếm 70.86 %. Đa số bệnh nhân là nữ 87.42%. Trong đó bệnh nhân lớn tuổi nhất là 71 tuổi, nhỏ nhất là 16 tuổi. Đã kết hôn 90.07%. Trình độ học vấn trên THPT là 59.60%.

**Bảng 3.2. Bệnh kèm theo trước phẫu thuật**

| Bệnh kèm theo trước phẫu thuật | N   | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------------|-----|-----------|
| Không                          | 93  | 61.59     |
| Bướu giáp                      | 15  | 9.93      |
| Cường giáp                     | 2   | 1.32      |
| Suy giáp                       | 0   | 0         |
| Bệnh khác                      | 41  | 27.16     |
| Tổng số                        | 151 | 100       |

Khảo sát 151 bệnh nhân cho thấy không có bệnh kèm theo trước mổ chiếm 61.59%. Có bướu giáp là 9.93%. Bệnh khác chiếm 27.16%. Không có bệnh nhân suy giáp

**Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

| Đặc điểm                              | Chỉ số                   | N   | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------------------|--------------------------|-----|-----------|
| Mô bệnh học                           | Thể nhú                  | 139 | 92.05     |
|                                       | Thể nang                 | 12  | 7.95      |
| Giai đoạn bệnh                        | I                        | 129 | 85.43     |
|                                       | II                       | 21  | 13.91     |
|                                       | III                      | 1   | 0.66      |
| Phương pháp phẫu thuật cắt tuyến giáp | Cắt 1 thùy TG            | 23  | 15.23     |
|                                       | Cắt toàn bộ TG           | 128 | 84.77     |
|                                       | Cắt toàn bộ TG + xạ I131 | 124 | 82.11     |
| Số lần điều trị I131                  | 1 lần                    | 114 | 91.93     |
|                                       | 2 lần                    | 19  | 15.3      |
|                                       | 3 lần                    | 1   | 0.8       |
| Tổn thương dây TK thanh quản          | Không                    | 146 | 96.69     |
|                                       | Có                       | 5   | 3.31      |
| Hoocmon tuyến giáp sau điều trị       | Bình giáp                | 132 | 87.42     |
|                                       | Nhiễm độc giáp           | 13  | 8.61      |
|                                       | Suy giáp                 | 6   | 3.97      |
| Thời gian sau phẫu thuật              | 1,5 tháng (6 tuần)       | 30  | 19.87     |
|                                       | 3 tháng                  | 61  | 40.40     |
|                                       | 6 tháng                  | 49  | 32.45     |
|                                       | 12 tháng                 | 11  | 7.28      |

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng cho thấy ung thư tuyến giáp thể nhú chiếm phần lớn 92.05%. Chủ yếu bệnh ở giai đoạn I là 85.43%. Không có tổn thương thanh quản (96.69%), mổ cắt toàn bộ tuyến giáp chiếm 84.77%, Cắt toàn bộ tuyến giáp + uống xạ I<sup>131</sup> là 124 bệnh nhân (82.11%). Có 30 bệnh nhân sau phẫu thuật 1,5 tháng (6 tuần) đến khám lại theo đúng hẹn, 61 bệnh nhân sau 3 tháng, 49 bệnh nhân sau 6 tháng, 11 bệnh nhân sau 12 tháng.

**Bảng 3.4. Điểm chất lượng cuộc sống theo công cụ EORTC-QLQC30**

| Các chỉ số                        | $\bar{X}$ | $\pm SD$    |
|-----------------------------------|-----------|-------------|
| <b>Chất lượng cuộc sống chung</b> | 81,23     | $\pm 14,78$ |
| Khó khăn tài chính                | 75,89     | $\pm 18,41$ |
| <b>Chức năng chung</b>            |           |             |
| Hoạt động thể lực                 | 83,53     | $\pm 11,75$ |
| Vai trò xã hội                    | 89,73     | $\pm 18,34$ |
| Tâm lý cảm xúc                    | 82,67     | $\pm 13,92$ |
| Khả năng nhận thức                | 94,36     | $\pm 17,47$ |
| Hòa nhập xã hội                   | 96,31     | $\pm 14,83$ |



| Các triệu chứng   |       |             |
|-------------------|-------|-------------|
| Mệt mỏi           | 14,53 | $\pm 8,83$  |
| Rối loạn giấc ngủ | 21,73 | $\pm 15,32$ |
| Đau               | 19,67 | $\pm 16,93$ |
| Khó thở           | 10,34 | $\pm 6,49$  |
| Chán ăn           | 17,31 | $\pm 11,86$ |
| Buồn nôn - nôn    | 15,53 | $\pm 12,78$ |
| Tiêu chảy         | 2,36  | $\pm 5,34$  |
| Táo bón           | 3,27  | $\pm 2,42$  |

Điểm chất lượng cuộc sống chung của bệnh nhân là  $81,23 \pm 14,78$ . “Khó khăn tài chính” có điểm trung bình là  $75,89 \pm 18,41$ . “Rối loạn giấc ngủ” có điểm trung bình là 21,73 điểm

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi với 151 bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp thì ở bảng 1 cho thấy nhóm tuổi hay gặp nhất là  $< 55$  tuổi với 107 bệnh nhân chiếm 70.86 %. Đa số bệnh nhân là nữ 87.42%. Trong đó bệnh nhân lớn tuổi nhất là 71 tuổi, nhỏ nhất là 16 tuổi. Đã kết hôn 90.07%. Trình độ học vấn trên THPT là 59.60%. Không có bệnh kèm theo trước mổ chiếm 61.59% (bảng 1). Qua khảo sát và so sánh kết quả cho thấy các đặc điểm về nhân khẩu học như tuổi, giới tính, nơi sống, nghề nghiệp, học vấn và tình trạng hôn nhân chưa cho thấy sự khác biệt về điểm số CLCS giữa các bệnh nhân, bệnh nhân càng có ít gánh nặng tài chính CLCS càng cao. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Đậu Thị Hồng Nhung Trường Đại học Y Hà Nội [8]

Bảng 2 cho thấy trong 151 bệnh nhân có 93 bệnh nhân không có bệnh kèm theo trước mổ (61.59%). Bệnh nhân có bướu giáp là 9.93%. Bệnh khác chiếm 27.16%. Không có bệnh nhân suy giáp

Theo bảng 3: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng cho thấy ung thư tuyến giáp thể nhú

chiếm phần lớn 92.05%. Chủ yếu bệnh ở giai đoạn I là 85.43%. Không có tổn thương thanh quản (96.69%), mổ cắt toàn bộ tuyến giáp chiếm 84.77%, Cắt toàn bộ tuyến giáp + uống xạ I <sup>131</sup> là 124 bệnh nhân (82.11%) [4]. Có 30 bệnh nhân sau phẫu thuật 1,5 tháng đến khám lại đúng theo hẹn, 61 bệnh nhân sau 3 tháng, 49 bệnh nhân sau 6 tháng, 11 bệnh nhân sau 12 tháng. Ở bảng này tổn thương thần kinh thanh quản, giai đoạn bệnh, số lần điều trị I131, nồng độ hoocmon tuyến giáp là các yếu tố nguy cơ có thể làm giảm điểm CLCS của bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp. [7]

Nghiên cứu cho thấy điểm chất lượng cuộc sống chung của bệnh nhân là  $81,23 \pm 14,78$  (Bảng 4). Về các chỉ số chức năng ngoại trừ chỉ số “Khó khăn tài chính” có điểm trung bình là  $75,89 \pm 18,41$  (dưới 80 điểm) cho thấy có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân còn lại các chỉ số khác đều có điểm trung bình trên 80 và không gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh [6;8]

Về các chỉ số triệu chứng chúng tôi ghi nhận chỉ số “Rối loạn giấc ngủ” có điểm trung bình là 21,73 điểm (trên 20 điểm) có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân còn lại các chỉ số khác đều dưới ngưỡng 20 điểm và không có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [5]

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy điểm trung bình chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư biểu mô tuyến giáp sau phẫu thuật là  $81,23 \pm 14,78$ . Tuổi hay mắc < 55 tuổi chiếm 70.86%. chủ yếu là nữ 87.42%. Bệnh thường ở giai đoạn I chiếm 85.43%.

Qua khảo sát thấy các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn làm suy giảm chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp sau phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp, giai đoạn bệnh, số lần điều trị I<sup>131</sup>, nồng độ hoocmon tuyến giáp sau điều trị, tình trạng kinh tế

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOCOBAN** 2018
2. **Nguyễn Quốc Bảo.** (2010). Ung thư tuyến giáp. Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư 2010. Nhà xuất bản y học, tr. 92-113.
3. **Bùi Vũ Bình và cs** (2015), “Khảo sát chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư và một số yếu tố ảnh hưởng tại bệnh viện Đại học y Hà Nội năm 2015”, báo cáo hội nghị khoa học chào mừng 65 năm truyền thông bệnh viện quân y 103
4. **Vũ Trung Chính** (2002), “Nghiên cứu áp dụng phương pháp điều trị ung thư giáp trạng thể biệt hóa bằng cắt bỏ tuyến giáp toàn bộ kết hợp I - 131”, Luận văn thạc sĩ y học, Hà Nội.
5. **Hồ Thị Mỹ Châu và cộng sự** (2017), Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư đang điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị năm 2017.
6. **Trịnh Xuân Dương** (2012), “Đánh giá kết quả ung thư tuyến giáp thể nhú tại bệnh viện K”, Luận văn thạc sĩ y học, Hà Nội.
7. **Trần Hữu Hiệu, Trần Bảo Ngọc, Hoàng Thanh Quang** (2020), “Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại Trung tâm Ung Bướu Thái Nguyên”, Tạp chí Ung thư học Việt Nam, số 1 - 2020, tr. 44 - 48.
8. **Đậu Thị Hồng Nhung, Hồ Thị Kim Thanh** (2022), “Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú và thể nang sau phẫu thuật cắt tuyến giáp”. Tạp chí Nghiên cứu y học (Đại học Y Hà Nội). số 03 - 2022, Tr63-72

## ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG GÁNH NẶNG CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU ĐÀ NẴNG

Nguyễn Thị Thanh Trà<sup>1</sup>, Trần Thị Nghĩa<sup>2</sup>, Nguyễn Sinh Nhật<sup>3</sup>

### TÓM TẮT.

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng. Xác định các yếu tố liên quan đến tình trạng gánh nặng chăm sóc (GNCS) của người chăm sóc chính (NCSC) tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 162 người chăm sóc chính người bệnh ung thư tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng từ tháng 01/2024 đến hết tháng 04/2024.

**Kết quả:** Phần lớn Người chăm sóc người bệnh ung thư là nữ chiếm tỷ lệ (59.3%) và Người chăm sóc người bệnh ung thư đã kết hôn chiếm tỷ lệ 66.0%, làm nghề nông chiếm tỷ lệ cao nhất 41.4%, Mối quan hệ với Người bệnh ung thư chủ yếu là vợ chồng (46.3%), Có 96.3% số Người chăm sóc dành thời gian trên 2 giờ/ngày để chăm sóc người bệnh ung thư. Tất cả Người chăm sóc đều có gánh nặng chăm sóc và Gánh nặng chăm sóc ở mức trung bình khá cao (60.5%), gánh

nặng mức nghiêm trọng (32.7%), chỉ có (6.8%) Người chăm sóc có gánh nặng ở mức độ nhẹ. Điểm trung bình Gánh nặng chăm sóc người bệnh ung thư là  $57,17 \pm 9.16$ . Ở nghiên cứu này Người chăm sóc có điểm gánh nặng chăm sóc cao nhất là 79 điểm và thấp nhất là 35 điểm. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy Gánh nặng chăm sóc có mối liên quan với giới tính Người chăm sóc, tình trạng hôn nhân Người chăm sóc, trình độ học vấn Người chăm sóc, nghề nghiệp Người chăm sóc, thu nhập kinh tế Người chăm sóc, thời gian mắc bệnh Người bệnh, thời gian chăm sóc hàng ngày Người bệnh, giai đoạn bệnh Người bệnh.

**Kết luận:** Người chăm sóc đóng vai trò vô cùng quan trọng trong quá trình chăm sóc sức khỏe cho người bệnh ung thư, là yếu tố then chốt để duy trì sức khỏe thể chất và tinh thần của người bệnh. Công việc chăm sóc người bệnh là một công việc đầy thách thức về mặt thể chất, cảm xúc, tài chính đối với người chăm sóc và gây ra nhiều gánh nặng cũng như ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của họ. Để nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh ung thư cần có kế hoạch và biện pháp hỗ trợ người chăm sóc, nhằm giảm bớt gánh nặng chăm sóc như hỗ trợ tâm lý, giúp đỡ về tài chính và cung cấp các dịch vụ chăm sóc để giảm bớt gánh nặng cho người chăm sóc là rất cần thiết.

**Từ khóa:** Gánh nặng chăm sóc; Người chăm sóc chính; ung thư.

<sup>1</sup>Phòng Điều dưỡng - Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

<sup>2</sup>Phòng Điều dưỡng - Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

<sup>3</sup>Khoa ngoại 2- Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng  
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Trà  
SĐT: 0905762714

Email: thanhtra87.nt@gmail.com

Ngày nhận bài: 08/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 18/6/2024

Ngày duyệt bài: 25/7/2024

**SUMMARY****EVALUATING THE STATUS OF CAREGIVER BURDEN IN PRINCIPAL CAREGIVERS OF CANCER PATIENT IN DA NANG ONCOLOGY HOSPITAL**

**Purpose:** Describing the status of caregiver burden in principal caregivers of cancer patients in Da Nang oncology hospital. Determining the factors related to caregiver burden of principal caregivers in Da Nang oncology hospital.

**Methods:** cross-sectional descriptive study was conducted in 162 principal caregivers who take care for cancer patients in Da Nang Oncology Hospital.

**Results:** Almost the principal caregiver of cancer patients was female (59,3%) and caregivers of cancer patients were married at 66.0%, Almost all of them were farmers at 41,4%. The relationship with a cancer patient was mainly couples (46,3%). 96,3% caregivers spent more than 2 hours/a day taking care of cancer patients. All caregivers had a caregiver burden and the caregiver burden on average was quite high (60,5%), the serious caregiver burden was 32,7%, The mild caregiver burden was only 6,8%. The average score of caregiver burden in cancer patients was 57,17<sup>±</sup>9.16. In this research it was shown that the caregiver had the highest score care burden was 79 score. The lowest score was 35. In our research, caregiver burden had the relation with gender, marital status, literacy level, occupation, income of caregiver, duration of illness of patient, daily care time of patient, disease stage of patient.

**Conclusion:** Caregivers play a very important role in health care progress for cancer patient, and are a main factor in maintaining the patient's physical and mental health. Caring for patients is a physically, emotionally, and financially challenging job for caregivers and causes a lot of burden as well as affects their

quality of life. Improving the quality of care for cancer patients, it requires to have plans and methods to support caregivers, to reduce the burden of care such as psychological support, financial assistant and providing of care services to reduce the burden of caregiver is very necessary.

**Keywords:** Caregiver burden, principal caregiver, cancer.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Theo thống kê mới đây của GLOBOCAN năm 2020, số ca tử vong do ung thư tại Việt Nam là 122.690, số ca mắc mới khoảng 182.563. Đáng chú ý hơn, trung bình cứ 100.000 người thì đã có đến 106 người tử vong vì ung thư và 159 người được chẩn đoán mắc mới ung thư. Ngoài ra, số liệu trong năm 2020 cho thấy về tỷ suất mắc mới trên 100.000 dân của Việt Nam đứng thứ 91/185, tỷ suất tử vong đứng thứ 50/185 trên thế giới; trong khi thứ hạng tương ứng năm 2018 lần lượt là 99/185 và 56/185.

Người chăm sóc (NCS) có vai trò rất quan trọng đối với người bệnh (NB) và phần lớn công việc chăm sóc được thực hiện bởi thành viên trong gia đình thay vì nhân viên y tế. Người chăm sóc trợ giúp người bệnh không chỉ các hoạt động chăm sóc sức khỏe như vệ sinh cá nhân, hỗ trợ tinh thần, quản lý sử dụng thuốc, đưa người bệnh đi thăm khám sức khỏe, mà còn trợ giúp thiết thực các công việc hàng ngày như nấu ăn, dọn dẹp nhà cửa, mua sắm đồ dùng... Chính khối lượng công việc nặng nề khi chăm sóc người mắc ung thư gây ảnh hưởng tới sức khỏe của người chăm sóc. Chăm sóc là công việc đòi hỏi nhiều về thể chất, tình cảm và tài chính, gây ra gánh nặng cho người chăm sóc, giảm chất lượng cuộc sống của họ. Những người chăm sóc người mắc bệnh ung thư cho biết

họ có nhiều gánh nặng bao gồm mệt mỏi, bị cô lập xã hội, bối rối, mất tự do cá nhân, rối loạn giấc ngủ và cảm giác lo âu.

Trong văn hóa truyền thống Việt Nam, người thân của người bệnh, đặc biệt là người nhà, là những người trực tiếp chăm sóc các thói quen hàng ngày và các hoạt động sinh hoạt của người bệnh. Do đó, gia đình đóng một vai trò quan trọng trong việc chăm sóc, hỗ trợ tốt nhất về thể chất và tâm lý cho người bệnh ung thư [4]. Tuy nhiên, khi nhu cầu chăm sóc của người bệnh vượt quá nguồn lực của người chăm sóc, gây ra những áp lực và căng thẳng và là gánh nặng đối với người chăm sóc [5]. Gánh nặng đó đe dọa đến tâm lý, cảm xúc, chức năng và thậm chí cả sức khỏe của người chăm sóc người bệnh ung thư [6].

Phần lớn các nghiên cứu cho đến nay được thực hiện để mô tả bản chất của gánh nặng chăm sóc cho những người chăm sóc chuyên nghiệp và những đề tài nghiên cứu về gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc các bệnh khác như: tâm thần phân liệt, động kinh, hôn mê, đột quỵ.... Tuy nhiên ít có đề tài đánh giá về gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc bệnh nhân ung thư. Ngoài ra, tại bệnh viện Ung Bướu Đà Nẵng chưa có nghiên cứu nào về gánh nặng của người chăm sóc chính người bệnh ung thư. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu: Mô tả thực trạng gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng. Xác định các yếu tố liên quan đến tình trạng gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu là người chăm

sóc chính của người bệnh ung thư đang điều trị tại BV Ung bướu Đà Nẵng.

Người chăm sóc chính được xác định là người chịu trách nhiệm chăm sóc trực tiếp cho người bệnh trong thời gian người bệnh nằm viện điều trị. Họ là người thân gần gũi với người bệnh như vợ chồng, con, anh chị em ruột, họ hàng; là người thường xuyên chăm sóc người bệnh, có thời gian chăm sóc người bệnh nhiều nhất.

- Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

Là người chăm sóc chính, biết đọc, biết viết, tự nguyện tham gia nghiên cứu trên cơ sở được giải thích rõ ràng các thông tin, quyền lợi và nghĩa vụ người tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ trong nghiên cứu: Có vấn đề về bệnh tâm thần. Người được thuê để chăm sóc người bệnh.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Nội dung và các biến số nghiên cứu**

+ Biến số độc lập: Tuổi, giới tính, nơi cư trú, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng kinh tế, đang điều trị tại Khoa, mối quan hệ Người chăm sóc và Người bệnh, mức độ hoạt động cá nhân của Người bệnh (Mức độ hoạt động cá nhân của NB dựa vào Thông tư 31/2021/TT-BYT quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện và phân cấp chăm sóc của Bác sĩ và Điều dưỡng), thời gian mắc bệnh của NB, thời gian chăm sóc hàng ngày, giai đoạn bệnh (giai đoạn bệnh của NB được xem theo hồ sơ bệnh án của NB).

+ Biến số phụ thuộc: Gồm cảm nhận gánh nặng của người chăm sóc theo mức độ được trình bày dưới 5 mức điểm. 0 - Không bao giờ, 1- Hiếm khi, 2 - đôi khi, 3 - khá

thường xuyên và 4 - thường xuyên.

- **Mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

- Cỡ mẫu cho nghiên cứu định lượng: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu sau:

+ Cỡ mẫu Người chăm sóc chính

$$n = \frac{Z_2 \times P \times (1-P)}{e^2}$$

Trong đó:

n: Là số người chăm sóc chính cần điều tra.

P: Là tỷ lệ ước tính người chăm sóc chính có gánh nặng chăm sóc trung bình và nặng giá trị P được lấy dựa theo nghiên cứu của Mai Thị Yến và cộng sự tại Trung tâm ung bướu Bệnh viện đa Khoa Tỉnh Nam Định 2020 = 0,88 [3].

q = 1- p = 1- 0,88 = 0,12

Z: Ứng với  $\alpha = 5\%$  thì Z = 1,96

e: Sai số cho phép 0,05

Thay vào công thức ta tính được n = 162.

+ Cách chọn mẫu: Chọn người chăm sóc chính có thời gian chăm sóc nhiều nhất người bệnh ung thư đang điều trị tại 10 khoa lâm sàng Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng cho đến khi đủ 162 người chăm sóc chính đủ tiêu chuẩn chọn lựa.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Sử dụng bộ câu hỏi tự điền để thu thập số liệu.

- **Công cụ thu thập số liệu:** Thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi để phỏng vấn trực tiếp NCSC bằng phiếu điều tra được thiết kế sẵn gồm 2 phần:

Phần 1: Thông tin chung đối tượng nghiên cứu.

Phần 2: Đánh giá gánh nặng người chăm sóc chính người bệnh ung thư sử dụng thang đo gánh nặng Zarit (ZBI) đã được việt hóa và nhiều tác giả sử dụng. Bộ câu hỏi gồm 22 câu hỏi về những cảm giác của người chăm sóc chính. Phần trả lời của mỗi câu hỏi sẽ được trình bày dưới 5 mức điểm: 0 - Không

bao giờ, 1- Hiếm khi, 2 - đôi khi, 3 - khá thường xuyên và 4 - thường xuyên. Tổng điểm từ 0 đến 88, điểm càng cao tương ứng với gánh nặng càng cao tương ứng với gánh nặng càng cao. Người tham gia sẽ trả lời bằng cách khoanh vào 1 trong các số từ 0 đến 4 tương ứng. Mức độ gánh nặng chăm sóc được phân 4 nhóm: không có gánh nặng (dưới 20 điểm); gánh nặng mức độ nhẹ (21 - 40 điểm); gánh nặng mức độ trung bình (41- 60 điểm); gánh nặng mức độ nghiêm trọng (trên 61 điểm). Trong vòng 15 năm qua, các công cụ được sử dụng nhiều nhất là Thang đánh giá gánh nặng Zarit (Zarit's Burden Interview). Ở Việt Nam chỉ có thang gánh nặng Zarit đã được Việt hóa và nghiên cứu độ tin cậy, do đó nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang điểm này để tận dụng kinh nghiệm và tham khảo kết quả của những tác giả trước đã nghiên cứu trên người Việt Nam [3],[9].

- **Tính giá trị và độ tin cậy của bộ công cụ:** Độ tin cậy của bộ công cụ được đánh giá dựa trên chỉ số Cronbach alpha. Một điều tra thử nghiệm được tiến hành trên 30 người chăm sóc NB ung thư thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Kết quả phân tích chỉ số Cronbach alpha trên nghiên cứu thử nghiệm với  $\alpha = 0,88$ , đảm bảo độ tin cậy ở mức tốt ( $\alpha > 0,70$ ) [3].

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0 với các test thống kê: tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, khi bình phương để so sánh hai biến. Các kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng bảng.

### 2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu này được tiến hành sau khi Hội đồng xét duyệt đề cương do BV Ung bướu Đà Nẵng thành lập phê duyệt và được

sự đồng ý cũng như sự tự nguyện tham gia của đối tượng nghiên cứu. Quá trình thu thập số liệu, quá trình công bố kết quả nghiên cứu sẽ giữ kín bí mật đối với người tham gia nghiên cứu, đảm bảo an toàn và đảm bảo tính tự nguyện tham gia nghiên cứu. Người tham gia nghiên cứu được giải thích, cung cấp đầy đủ các thông tin về nghiên cứu. Khi có sự tự nguyện tham gia nghiên cứu của đối tượng nghiên cứu thì mới tiến hành phỏng vấn theo quy định, các đối tượng nghiên cứu có quyền rút khỏi nghiên cứu khi không muốn tham gia nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Phần lớn NCS người bệnh ung thư là nữ chiếm tỷ lệ (59.3%) và Người chăm sóc người bệnh ung thư đã kết hôn chiếm tỷ lệ (66.0%), làm nghề nông chiếm tỷ lệ cao nhất (41.4%), trình độ học vấn phần lớn là trung học cơ sở (38.9%) Mỗi quan hệ với Người bệnh ung thư chủ yếu là vợ chồng (46.3%), Có 96.3% số Người chăm sóc dành thời gian trên 2 giờ/ngày để chăm sóc người bệnh ung thư.

#### 3.2. Gánh nặng chăm sóc người bệnh ung thư

**Bảng 3.1. Cảm nhận của người chăm sóc chính về gánh nặng, khi chăm sóc người bệnh ung thư theo thang đo ZBI**

| STT | Các nội dung theo thang đo ZBI                                                                                                 | TL %          |          |         |                  |              |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|---------|------------------|--------------|
|     |                                                                                                                                | Không bao giờ | Hiếm khi | Đôi khi | Khá thường xuyên | Thường xuyên |
| 1   | Cảm thấy người bệnh đòi hỏi việc chăm sóc nhiều hơn mức họ cần                                                                 | 5.6           | 7.7      | 48.8    | 37.3             | 0.6          |
| 2   | Cảm thấy mình phải dành hết thời gian cho người bệnh mà không còn thời gian dành cho bản thân                                  | 0.8           | 0.6      | 43.8    | 44.3             | 10.5         |
| 3   | Cảm thấy căng thẳng giữa việc chăm sóc người bệnh và cố gắng thực hiện nghĩa vụ đối với gia đình hoặc công việc                | 0.0           | 1.9      | 38.3    | 55.6             | 4.3          |
| 4   | Cảm thấy bị rắc rối vì hành vi của người bệnh                                                                                  | 5.2           | 3.7      | 42.6    | 44.8             | 3.7          |
| 5   | Cảm thấy bức bối khi phải ở bên cạnh người bệnh                                                                                | 4.6           | 2.5      | 57.4    | 34.3             | 1.2          |
| 6   | Cảm thấy người bệnh làm ảnh hưởng xấu đến mối quan hệ hiện nay của mình với các thành viên khác trong gia đình hoặc với bạn bè | 0.7           | 11.9     | 50.4    | 31.5             | 5.6          |
| 7   | Cảm thấy lo lắng về những nguy cơ sẽ xảy ra đối với người bệnh                                                                 | 0.0           | 0.6      | 24.1    | 58.6             | 16.7         |
| 8   | Cảm thấy người bệnh bị phụ thuộc vào mình                                                                                      | 0.0           | 4.3      | 48.1    | 45.7             | 1.9          |

|    |                                                                                                                     |     |      |      |      |      |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|------|------|------|
| 9  | Cảm thấy căng thẳng khi phải ở bên cạnh người bệnh                                                                  | 4.5 | 1.9  | 43.8 | 48.6 | 1.2  |
| 10 | Cảm thấy sức khỏe của mình bị giảm sút vì phải chăm sóc người bệnh                                                  | 0.0 | 1.2  | 16.7 | 73.5 | 8.6  |
| 11 | Cảm thấy bị giảm bớt cuộc sống riêng tư của mình vì phải chăm sóc người bệnh                                        | 0.0 | 3.1  | 41.4 | 50.6 | 4.9  |
| 12 | Cảm thấy cuộc sống xã hội của mình bị giảm bớt vì phải chăm sóc người bệnh                                          | 1.4 | 3.1  | 34.6 | 52.9 | 8.0  |
| 13 | Cảm thấy bất tiện khi có nhiều bạn bè đến thăm người bệnh                                                           | 6.0 | 7.4  | 43.2 | 42.8 | 0.6  |
| 14 | Cảm thấy dường như người bệnh trông đợi mình chăm sóc nếu như người bệnh chỉ có thể nhờ một người chăm sóc duy nhất | 7.2 | 3.7  | 37.0 | 50.2 | 1.9  |
| 15 | Cảm thấy mình không có đủ tiền để chi phí cho người bệnh và bản thân                                                | 0.0 | 0.0  | 25.2 | 57.5 | 17.3 |
| 16 | Cảm thấy mình không thể chăm sóc người bệnh lâu dài hơn nữa                                                         | 0.0 | 1.9  | 50.6 | 45.7 | 1.9  |
| 17 | Cảm thấy mất kiểm soát cuộc sống của mình kể từ khi người bệnh mắc bệnh                                             | 0.0 | 2.5  | 40.1 | 53.7 | 3.7  |
| 18 | Có mong muốn để người khác chăm sóc người bệnh thay cho mình                                                        | 1.2 | 6.2  | 42.0 | 48.2 | 2.5  |
| 19 | Cảm thấy không chắc chắn về những việc mình đã làm cho người bệnh                                                   | 2.5 | 3.1  | 45.7 | 46.3 | 2.5  |
| 20 | Cảm thấy cần phải làm nhiều việc hơn nữa cho người bệnh                                                             | 0.0 | 9.1  | 29.0 | 54.5 | 7.4  |
| 21 | Cảm thấy mình có thể chăm sóc người bệnh tốt hơn nữa                                                                | 0.0 | 17.5 | 25.9 | 53.5 | 3.1  |
| 22 | Nói chung, tôi cảm thấy bị gánh nặng trong chăm sóc người bệnh                                                      | 0.0 | 3.2  | 36.4 | 53.0 | 7.4  |

**Nhận xét:** Người chăm sóc có nhiều mức độ cảm nhận khác nhau về từng khía cạnh của gánh nặng chăm sóc, trong các mức độ cảm nhận theo thang đo ZBI có những mức độ cảm nhận ở mức 3 (khá thường xuyên) và mức 4 (thường xuyên) có tỷ lệ cao như: Cảm thấy lo lắng về những nguy cơ sẽ xảy ra đối với người bệnh (mức 3: 58.6%; mức 4:

16.7%), Cảm thấy sức khỏe của mình bị giảm sút vì phải chăm sóc người bệnh (mức 3: 73.5%; mức 4: 8.6%), cảm thấy mình không đủ tiền để chi phí cho người bệnh và bản thân (mức 3: 57.5%, mức 4: 17.3), mức độ cảm thấy cần phải làm nhiều việc hơn nữa cho người bệnh (mức 3: 54.5%; mức 4: 7.4%),



**Bảng 3.2. Phân loại mức độ gánh nặng chăm sóc người bệnh ung thư**

| Gánh nặng chăm sóc                   | Số lượng                   | Tỉ lệ % |
|--------------------------------------|----------------------------|---------|
| Không có gánh nặng ( $\leq 20$ điểm) | 0                          | 0       |
| Nhẹ (21 - 40 điểm)                   | 11                         | 6.8     |
| Trung bình (41 - 60 điểm)            | 98                         | 60.5    |
| Gánh nặng nghiêm trọng ( $>61$ điểm) | 53                         | 32.7    |
| Tổng                                 | 162                        | 100     |
| $\bar{X} \pm SD$ ; range             | 57,17 $\pm$ 9.16; (35, 79) |         |

**Nhận xét:** Tất cả Người chăm sóc của Người bệnh ung thư đều cảm thấy có gánh nặng. Trong đó gánh nặng chăm sóc ở mức trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất là 60.5%, gánh nặng nghiêm trọng 32.7% chỉ có 6.8% Người chăm sóc có gánh nặng ở mức độ nhẹ. Điểm trung bình gánh nặng chăm sóc cao nhất là 79 điểm và thấp nhất là 35 điểm.

### 3.3. Mối liên quan giữa GNCS và một số yếu tố

**Bảng 3.3. Mối liên quan giữa Gánh nặng chăm sóc và một số yếu tố**

| Nội dung                        |                      | N   | Mức độ Stress                  |      |
|---------------------------------|----------------------|-----|--------------------------------|------|
|                                 |                      |     | Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn | P    |
| Nghề nghiệp                     | Cơ quan Nhà nước     | 12  | 2.17 $\pm$ 0.33                | 0.00 |
|                                 | Buôn bán/ tự do      | 18  | 2.46 $\pm$ 0.46                |      |
|                                 | Hưu trí              | 10  | 2.48 $\pm$ 0.55                |      |
|                                 | Công nhân            | 55  | 2.60 $\pm$ 0.35                |      |
|                                 | Nông dân             | 67  | 2.73 $\pm$ 0.37                |      |
| Tình trạng hôn nhân             | Độc thân             | 36  | 2.53 $\pm$ 0.37                | 0.00 |
|                                 | Đã lập gia đình      | 107 | 2.55 $\pm$ 0.39                |      |
|                                 | Ly thân/ly dị/góa    | 19  | 3.03 $\pm$ 0.39                |      |
| Trình độ                        | Tiểu học             | 14  | 3.01 $\pm$ 0.34                | 0.00 |
|                                 | Trung học cơ sở      | 63  | 2.66 $\pm$ 0.39                |      |
|                                 | Trung học phổ thông  | 50  | 2.59 $\pm$ 0.36                |      |
|                                 | Từ trung cấp trở lên | 35  | 2.34 $\pm$ 0.37                |      |
| Thu nhập kinh tế                | < 5 triệu            | 45  | 2.98 $\pm$ 0.31                | 0.00 |
|                                 | 5 - 10 triệu         | 87  | 2.55 $\pm$ 0.29                |      |
|                                 | 10 triệu trở lên     | 30  | 2.17 $\pm$ 0.37                |      |
| Thời gian mắc bệnh              | Dưới 6 tháng         | 12  | 2.19 $\pm$ 0.35                | 0.00 |
|                                 | Từ 6 tháng - 2 năm   | 52  | 2.57 $\pm$ 0.41                |      |
|                                 | 2 - 5 năm            | 63  | 2.62 $\pm$ 0.39                |      |
|                                 | Trên 5 năm           | 35  | 2.73 $\pm$ 0.40                |      |
| Thời gian chăm sóc hàng ngày NB | 1 giờ/ngày           | 6   | 2.44 $\pm$ 0.12                | 0.04 |
|                                 | 2 - 4 giờ/ngày       | 41  | 2.48 $\pm$ 0.39                |      |
|                                 | 6 - 8 giờ/ngày       | 49  | 2.59 $\pm$ 0.44                |      |
|                                 | 10 giờ/ngày          | 56  | 2.66 $\pm$ 0.41                |      |
|                                 | Trên 12 giờ/ngày     | 10  | 2.87 $\pm$ 0.30                |      |

|                                 |                      |    |             |      |
|---------------------------------|----------------------|----|-------------|------|
| Mức độ hoạt động cá nhân của NB | Phụ thuộc ít         | 23 | 2.39 ± 0.44 | 0.00 |
|                                 | Phụ thuộc trung bình | 94 | 2.56 ± 0.39 |      |
|                                 | Phụ thuộc hoàn toàn  | 45 | 2.79 ± 0.37 |      |
| Giai đoạn bệnh của NB           | Giai đoạn 1          | 15 | 2.31 ± 0.26 | 0.00 |
|                                 | Giai đoạn 2          | 30 | 2.46 ± 0.49 |      |
|                                 | Giai đoạn 3          | 60 | 2.52 ± 0.34 |      |
|                                 | Giai đoạn 4          | 57 | 2.84 ± 0.35 |      |

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy Gánh nặng chăm sóc có mối liên quan với giới tính Người chăm sóc, nghề nghiệp Người chăm sóc, thu nhập kinh tế Người chăm sóc, thời gian mắc bệnh Người bệnh, thời gian chăm sóc hàng ngày Người bệnh của Người chăm sóc, mức độ hoạt động cá nhân Người bệnh, giai đoạn bệnh của Người bệnh.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành trên 162 người chăm sóc đang chăm sóc Người bệnh tại các Khoa lâm sàng, trong Bệnh viện Ung Bướu Đà Nẵng. Qua kết quả cho ta thấy: Phần lớn Người chăm sóc người bệnh ung thư là nữ chiếm tỷ lệ 59.3%, nam chiếm tỷ lệ 40.7%, tỷ lệ này phù hợp với thực tế Người chăm sóc tại Việt Nam, Nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của một số tác giả: Seyed Reza Mirsoleymani (nữ chiếm 55.8%, nam chiếm 44.2%), Jotsna Akter (nữ chiếm 69.9%), Mai Thị Yên (nữ chiếm 66.1%, nam chiếm 33.9%) [3]. Có sự khác biệt với tác giả Eman Ali (nam chiếm 56.8%, nữ chiếm 46.2%). Vì vậy, nữ giới là đối tượng phù hợp hơn nam giới cho công việc chăm sóc người bệnh tại bệnh viện. Độ tuổi người chăm sóc chủ yếu ở nhóm tuổi 40 đến dưới 60 tuổi chiếm 57.4%, thấp nhất là độ tuổi dưới 40 tuổi chiếm 20.4%.

- Phần lớn Người chăm sóc người bệnh ung thư đã kết hôn chiếm tỷ lệ 66.0%, đối tượng ly thân/ly dị/góa chiếm tỷ lệ thấp với 11.7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Rahmatial (đã kết hôn chiếm 65.4%, chưa kết hôn chiếm 32.3%, góa phụ/góa chiếm 2.3%), Eman Ali (chưa kết hôn chiếm 23.3%, đã kết hôn chiếm 66.6%, góa phụ 4.9%), [7], Mai Thị Yên (đã kết hôn chiếm 84.5%, chưa kết hôn chiếm 10.7%, ly thân/ly dị/góa chiếm 4.8%) [3]. Nghề nghiệp, về trình độ Người chăm sóc: Người chăm sóc làm nghề nông chiếm tỷ lệ cao nhất 41.4%, sau đó đến công nhân chiếm 34.0%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả T.nguyen (công nhân/nông dân chiếm 56.1%), Mai Thị Yên (Nghề nông chiếm tỷ lệ cao nhất 31.5%).

- Về trình độ học vấn, số Người chăm sóc có trình độ trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất 38.9%, chỉ có 21.6% Người chăm sóc có trình độ từ trung cấp trở lên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả T.nguyen (NCS có trình độ học vấn trung học cơ sở chiếm 68.2%), Eman Ali (NCS có trình độ sơ đẳng chiếm 32.6%, chỉ có 18.2% trình độ mức cao hơn).

- Mối quan hệ với Người chăm sóc với Người bệnh chủ yếu là vợ chồng (46.3%), con cái là (27.2%), bố mẹ (22.2%), chiếm tỷ lệ thấp nhất là họ hàng (4.3%) trong việc chăm sóc Người bệnh ung thư. Kết quả của chúng tôi tương đồng với Su - Ching Kuo như sau: vợ chồng (57.1%) con trưởng thành

(26.7%) [49] và cũng tương đồng với kết quả của tác giả Mai Thị Yến vợ chồng (47%), bố mẹ (3.6%), con cái (47%) [3].

- Thời gian chăm sóc hàng ngày người bệnh: Có 96.3% số Người chăm sóc dành thời gian trên 2 giờ/ngày để chăm sóc người bệnh ung thư. Tuy nhiên chỉ có 3.7% NCS dành thời gian 1 giờ/ngày để chăm sóc người bệnh ung thư. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Mai Thị Yến (có 96,4% dành thời gian trên 2 giờ/ngày, có 3.6% dành thời gian chăm sóc 1 giờ/ngày) [3].

#### **4.2. Thực trạng gánh nặng chăm sóc của đối tượng nghiên cứu**

Ở Việt Nam, trong việc chăm sóc và đáp ứng các nhu cầu cơ bản của Người bệnh ung thư như ăn uống, tắm rửa, vệ sinh cá nhân, uống thuốc...người nhà đóng vai trò chính. Do đó, trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả Người chăm sóc đều có gánh nặng chăm sóc và Gánh nặng chăm sóc ở mức trung bình khá cao (60.5%), gánh nặng mức nghiêm trọng (32.7%), chỉ có (6.8%) Người chăm sóc có gánh nặng ở mức độ nhẹ. Điểm trung bình Gánh nặng chăm sóc người bệnh ung thư là  $57,17 \pm 9.16$ . Ở nghiên cứu này Người chăm sóc có điểm gánh nặng chăm sóc cao nhất là 79 điểm và thấp nhất là 35 điểm.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Mai Thị Yến, điểm trung bình gánh nặng chăm sóc là  $56.73 \pm 12.5$ , gánh nặng ở mức trung bình khá cao 57.1%, gánh nặng ở mức nghiêm trọng 31.5%, gánh nặng ở mức độ nhẹ 11.3%. Nhưng nghiên cứu của chúng tôi có khác so với một số tác giả: Seyed Reza Mirsoleymami (điểm trung bình GNCS  $36.92 \pm 19$ , GNCS mức nghiêm trọng 48.1%, GNCS mức độ nhẹ 26%); Abbasi và cộng sự

điểm trung bình GNCS là  $55.30 \pm 16.65$ . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với thực tế tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng bởi Người bệnh ung thư tại bệnh viện chủ yếu ở giai đoạn 3 và giai đoạn 4, thời gian mắc bệnh lâu năm, Số giờ chăm sóc nhiều, mức độ phụ thuộc trung bình và hoàn toàn chiếm tỷ lệ cao vì vậy giảm khả năng Người bệnh tự chăm sóc các hoạt động cá nhân hàng ngày. Người chăm sóc phần lớn ở nông thôn (63.0%) làm chủ yếu là nghề nông (41.4%) và công nhân (34.0%) nên mức thu nhập kinh tế thấp, trong khi đó nhu cầu về tài chính trong điều trị ung thư là rất lớn. Những chi phí y tế dành cho bệnh nhân gồm thuốc, chi phí đi khám bệnh, viện phí khi nằm viện. Nếu người chăm sóc chính hoặc người bệnh là người lao động chính của gia đình thì vấn đề kinh tế, tài chính sẽ bị ảnh hưởng nghiêm trọng. Đặc biệt tâm lý Người chăm sóc cảm thấy lo lắng những nguy cơ sẽ xảy ra với Người bệnh, những căng thẳng về tâm lý này tăng cao sẽ có xu hướng kéo theo gánh nặng hơn cho Người chăm sóc. Vì vậy không ai trong số những người tham gia nghiên cứu này không có gánh nặng.

#### **4.3. Mối liên quan giữa gánh nặng chăm sóc và một số yếu tố**

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy Gánh nặng chăm sóc có mối liên quan với giới tính Người chăm sóc, nghề nghiệp Người chăm sóc, thu nhập kinh tế Người chăm sóc, thời gian mắc bệnh Người bệnh, thời gian chăm sóc hàng ngày Người bệnh của Người chăm sóc, mức độ hoạt động cá nhân Người bệnh, giai đoạn bệnh của Người bệnh.

## V. KẾT LUẬN

Nhìn chung tất cả người chăm sóc đều có gánh nặng và gánh nặng chăm sóc ở mức trung bình khá. Gánh nặng chăm sóc có mối liên quan giới tính Người chăm sóc, tình trạng hôn nhân Người chăm sóc, trình độ học vấn Người chăm sóc, nghề nghiệp Người chăm sóc, thu nhập kinh tế Người chăm sóc, thời gian mắc bệnh Người bệnh, thời gian chăm sóc hàng ngày Người bệnh, giai đoạn bệnh Người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Hà và cộng sự** (2021) “Thực trạng gánh nặng chăm sóc và một số cách ứng phó của người chăm sóc chính bệnh nhân ung thư phụ khoa tại Bệnh viện Phụ Sản Nhi Hà Nội năm 2021”, Khoa học Điều dưỡng 4 (4) 43-55.
2. **Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hiền và cộng sự** (2021), “Mối quan hệ giữa chất lượng cuộc sống với gánh nặng chăm sóc và các yếu tố liên quan của người chăm sóc người bệnh ung thư”, Tạp chí y học Việt Nam 527(1).
3. **Mai Thị Yến** (2020), "Thực trạng gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính người bệnh ung thư điều trị tại trung tâm ung bướu bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định", Khoa học Điều dưỡng. 3(3), tr. 116-123.
4. **Nguyen, L. T., and Ta, N. D. T.** (2015). Caregiving burden among relatives of cancer patients in Vietnamese national oncology hospital. Vietnam Journal of Medicine and Pharmacy. 8(2).
5. **Effendy, C., Vissers, K, and et al.** (2015). Family caregivers' involvement in caring for a hospitalized patient with cancer and their quality of life in a country with strong family bonds. Psycho-Oncology. 24(5), pp. 585-591.
6. **Utne, I., Miaskowski, C., and Paul, S. M.** (2013). Association between hope and burden reported by family caregivers of patients with advanced cancer. Supportive Care in Cancer. 21(9), pp. 2527-2535.
7. **Eman Ali et al,** (2022). Predictors of caregiver burden among primary caregivers of cancer patients at Hawassa oncology center Northern, Ethiopia.
8. **Rooeintan et al,** (2022). Caregiver Burden and Quality of Life among Caregivers of Cancer Patients in Ahvaz, 2021 - 2022.
9. **Zarit, SH.,Reever, K.E., and Bach-Peterson, J.** (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. The gerontologist, 20(6), 649-655

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG KỸ THUẬT TẠO THUẬN THẦN KINH CƠ CẢM THỤ BẢN THỂ (PNF) Ở BỆNH NHÂN LIỆT THẦN KINH VII NGOẠI BIÊN DO LẠNH

Vũ Thị Tâm<sup>1</sup>, Trần Văn Tuấn<sup>2</sup>, Nguyễn Phương Sinh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT.

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả của kỹ thuật tạo thuận thần kinh-cơ cảm thụ bản thể (PNF) trên bệnh nhân liệt thần kinh số VII ngoại biên do lạnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** gồm 44 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là liệt dây thần kinh số VII ngoại biên do lạnh điều trị tại bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên và bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Thời gian từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 10 năm 2023. Phương pháp nghiên cứu can thiệp có đối chứng so sánh trước và sau điều trị. **Kết quả:** Tuổi thường gặp ở hai nhóm là trên 60 tuổi chiếm 75%, nam giới nhiều hơn nữ giới; thời gian mắc bệnh từ 7 ngày trở lên chiếm 81,82%. Sau điều trị ở nhóm can thiệp có 63,64% bệnh nhân có dấu hiệu Charles Bell âm tính, nhóm chứng có 22,73%. Có 72,73% bệnh nhân nhóm can thiệp sau điều trị không bị méo miệng. Về kết quả điều trị, ở nhóm can thiệp có 72,27% bệnh nhân khỏi, nhóm chứng 59,09% bệnh nhân khỏi bệnh. Có sự cải thiện về chất lượng cuộc sống ở nhóm can thiệp về tâm lý chiếm 76,6%, về môi trường chiếm 76,2%. **Kết luận:** Kỹ thuật tạo thuận thần kinh cơ cảm thụ bản thể (PNF)

mang lại kết quả điều trị tốt cho bệnh nhân liệt thần kinh số VII ngoại biên do lạnh.

**Từ khóa:** Liệt thần kinh số VII ngoại biên, vật lý trị liệu, phục hồi chức năng, PNF.

### SUMMARY

#### RESULTS OF TREATMENT WITH PROPRIOCEPTIVE NEUROMUSCULAR FACILITATION (PNF) TECHNIQUE IN PATIENTS WITH PERIPHERAL FACIAL NERVE PALSY DUE TO COLD

**Objectives:** Evaluate the results of Peripheral facial nerve palsy due to cold were treated at the hospital of Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy and the Thai Nguyen National Hospital, from January 2023 to October 2023. Controlled intervention study method comparing before and after treatment. **Results:** The common age in both groups is over 60 years old (75%), the rate of men is more than women; The duration of illness is 7 days or more, accounting for 81.82%. After treatment, in the intervention group, 63.64% of patients had negative Charles Bell signs, while the control group had 22.73%. After treatment, 72.73% of patients in the intervention group did not have mouth distortion. Regarding treatment results, in the intervention group, 72.27% of patients recovered, and in the control group, 59.09% of patients recovered. There was an improvement in quality of life in the psychological intervention group, accounting for 76.6%, and in the environmental intervention group, accounting for

<sup>1</sup>Bộ môn PHCN, ĐHY Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bộ môn Thần Kinh, ĐHY Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Tâm

SĐT: 0334994999

Email: bstamphcn@gmail.com

Ngày nhận bài: 19/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 29/6/2024

Ngày duyệt bài: 10/8/2024

76.2%. Conclusion: Proprioceptive neuromuscular facilitation (PNF) technique brings effective treatment for patients with peripheral nerve VII paralysis due to cold.

**Keywords:** with peripheral nerve VII paralysis due to cold, physical therapy, rehabilitation, PNF.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt dây thần kinh số VII ngoại biên (liệt Bell), là tình trạng mất vận động hoàn toàn hay một phần các cơ của nửa mặt có kèm theo rối loạn cảm giác như tê bì hoặc rối loạn cảm giác vị giác. Liệt dây thần kinh số VII ngoại biên là bệnh khá phổ biến đứng đầu trong số các bệnh của dây thần kinh mặt với số người mắc bệnh khoảng 20-60/100.000 người/năm và cứ một trong 60 người mắc bệnh một lần trong suốt cuộc đời của họ. Liệt dây thần kinh số VII ngoại biên xảy ra ở mọi giới, lứa tuổi, nguyên nhân do lạnh chiếm khoảng 60%, ngoài ra còn gặp một số nguyên nhân khác như nhiễm trùng, chấn thương, u hoặc các rối loạn trong xương đá. Bệnh không nguy hiểm đến tính mạng nhưng ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt, tâm lý, thẩm mỹ, làm hạn chế các mối quan hệ xã hội của người bệnh. Mất chức năng thần kinh trên khuôn mặt do liệt dây thần kinh số VII ngoại biên làm thay đổi sâu sắc hình ảnh, khả năng giao tiếp và thể hiện cảm xúc của người bệnh. Bệnh còn ảnh hưởng đến thị lực và cản trở khả năng thực hiện nhiều hoạt động thường ngày. Nặng nề hơn cả là di chứng co thắt cơ mặt lan tỏa, chảy nước mắt khi hoạt động cơ mặt do sự hồi phục vận động không hoàn toàn hay tái tạo bất thường của dây thần kinh. Vì vậy, việc phát hiện sớm, điều trị sớm nhằm phục hồi lại khả năng làm việc và sinh hoạt của bệnh nhân là vấn đề quan trọng và cần thiết. Hiện nay, có nhiều phương pháp

điều trị liệt mặt như y học cổ truyền, nội khoa, ngoại khoa, phục hồi chức năng. Kỹ thuật PNF (Proprioceptive neuromuscular facilitation) là kỹ thuật tạo thuận thần kinh-cơ cảm thụ bản thể được nghiên cứu và áp dụng thành công trên nhiều bệnh nhân liệt mặt ở nhiều nước trên thế giới. Kỹ thuật PNF nhằm thúc đẩy khả năng vận động thông qua tạo thuận, ức chế, làm mạnh, thư giãn các nhóm cơ vùng liệt mặt, kích thích các cảm thụ bản thể ở da để cải thiện vận động cơ mặt. Tại Thái Nguyên, hàng năm có rất nhiều bệnh nhân liệt dây thần kinh số VII vào nhập viện, nhưng chưa có nhiều nghiên cứu hệ thống áp dụng kỹ thuật PNF vào điều trị. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: “Đánh giá kết quả của kỹ thuật tạo thuận thần kinh-cơ cảm thụ bản thể (PNF) trên bệnh nhân liệt dây thần kinh số VII ngoại biên do lạnh”. Trên cơ sở đó sẽ giúp nâng cao hiệu quả điều trị bệnh lý này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 44 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là liệt dây thần kinh số VII ngoại biên do lạnh được điều trị tại bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên và bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 10 năm 2023

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Chọn những bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng liệt dây thần kinh số VII ngoại biên do lạnh [1] bao gồm các rối loạn vận động các cơ: mất nếp nhăn trán, mất rãnh mũi má, lệch nhân trung, dấu hiệu Souques (+), dấu hiệu Charles - Bell (+), méo miệng, sức cơ cơ khi cười yếu hoặc không cơ được.

+ Bệnh nhân có thể có: rối loạn thần kinh

thực vật: khô mắt, chảy nước mắt, giảm tiết nước bọt. Rối loạn cảm giác: cảm giác đau vùng sau tai, nghe vang đau.

+ Các xét nghiệm: công thức máu, tốc độ lắng máu... đều cho kết quả bình thường.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân không có tổn thương các dây thần kinh sọ não khác kèm theo.

+ Tiền sử chấn thương hoặc phẫu thuật vùng đường đi của dây thần kinh VII.

+ Khám tai mũi họng có biểu hiện viêm tai giữa, viêm tai xương chũm, zona tai...

+ Bệnh nhân có kèm theo các bệnh khác như: suy tim, bệnh phổi, bệnh tâm thần, HIV

- AIDS, rối loạn đông máu.

+ Bệnh nhân không tuân thủ nguyên tắc điều trị, bỏ điều trị quá 3 ngày hoặc dùng thêm các phương pháp điều trị khác.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

\* Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp có đối chứng so sánh trước và sau điều trị.

\* Công cụ đánh giá:

- Đánh giá liệt mặt theo thang điểm House - Brackmann [2], đánh giá chức năng vận động của cơ bám da mặt qua các động tác: nhắm mở mắt, nhăn trán, huýt sáo, cười, phồng má:

**Bảng 1. Thang đánh giá mức độ liệt mặt theo House- Brackmann**

| Mức độ | Xếp loại        | Biểu hiện                                                                      |
|--------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Độ I   | Bình thường     | Cử động mặt bình thường, không có đồng vận                                     |
| Độ II  | Nhẹ             | Chức năng cơ vùng trán tốt, có đồng vận nhẹ, yếu nhẹ, mất cân xứng ở mặt nhẹ   |
| Độ III | Trung bình      | Hoạt động cơ vùng trán yếu, mắt nhắm được khi cố gắng, bất đối xứng, liệt Bell |
| Độ IV  | Trung bình-nặng | Không có hoạt động của cơ vùng trán, mắt không nhắm được                       |
| Độ V   | Nặng            | Bất đối xứng khi nghỉ, mắt không nhắm được                                     |
| Độ VI  | Toàn bộ         | Không còn trương lực cơ                                                        |

- Đánh giá kết quả điều trị trên lâm sàng theo 3 mức độ (căn cứ mức độ cải thiện chức năng dây thần kinh số VII ngoại vi trước và sau điều trị, theo thang điểm House-Brackmann):

+ Khởi bệnh: hết triệu chứng lâm sàng, HB độ I, không có di chứng.

+ Bệnh đỡ: giảm triệu chứng lâm sàng, giảm độ liệt, không có di chứng.

+ Không khởi bệnh: triệu chứng không giảm, độ liệt không giảm hoặc giảm không đáng kể, có di chứng.

- Đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân: công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống của Tổ chức Y tế Thế giới (WHOQOL-BREF) năm 1996 [3]. Bộ câu hỏi

WHOQOL-BREF gồm 24 câu chia thành 4 mục nhỏ gồm 7 câu về sức khỏe thể chất (câu 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18), 6 câu về sức khỏe tâm thần (câu 5, 6, 7, 11, 19, 26), 3 câu về quan hệ xã hội (câu 20, 21, 22), và 8 câu về môi trường sống (câu 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25).

\* Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: Tuổi, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, tiền sử mắc bệnh

- Các triệu chứng liệt dây thần kinh số VII ngoại biên

- Mức độ liệt theo thang điểm House - Brackmann (HB)

- Đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân

\* Quy trình điều trị: bệnh nhân liệt dây thần kinh số VII ngoại biên do lạnh được khám và sàng lọc đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Bệnh nhân được chia làm 2 nhóm ngẫu nhiên bằng cách theo ngày vào viện ngày chẵn thì vào nhóm chứng, ngày lẻ thì vào nhóm can thiệp.

- Nhóm 1 (nhóm chứng) được điều trị bằng phương pháp:

+ Chiếu đèn hồng ngoại trong 20 phút, khoảng cách đèn đến mặt 60cm, tia chiếu đèn vuông góc với mặt da, xoa bóp vùng mặt 20 phút.

+ Điện xung trị liệu: Dùng dòng xung có tác dụng kích thích như dòng FAS, TENS trong 10 phút và 1 lần/ngày, cực dương đặt vùng góc hàm, cực âm đặt nửa mặt bên liệt.

+ Xoa bóp vùng mặt 15 phút, ngày 1 lần.

- Nhóm 2 (nhóm can thiệp) được sử dụng các phương pháp như nhóm 1 và có thêm phương pháp vận động bên liệt mặt bằng kỹ thuật tạo thuận thần kinh cơ bản thể PNF ngày 1 lần, mỗi lần tập 30 phút, bao gồm các

bài tập hỗ trợ cho động tác nhăn trán, nhíu mày, nhắm mở mắt, nhăn mũi, cười, chum môi, mỗi động tác tập lặp lại 10-15 lần.

- Các bệnh nhân ở hai nhóm đều được đánh giá 1 lần trước khi vào viện và sau khi điều trị ra viện 1 tháng.

### 2.3. Tai biến, tác dụng không mong muốn

Điều trị hồng ngoại không đúng sẽ gây tổn thương bỏng vùng chiếu. Vì vậy cần phải theo dõi sát bệnh nhân trong liệu trình điều trị.

### 2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu này đã được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của trường Đại học Y Dược Thái Nguyên. Các thông tin của bệnh nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

**2.5. Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý và phân tích theo chương trình SPSS 16.0. So sánh 2 tỉ lệ bằng Chi-square test.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu**

| Đặc điểm           |            | Nhóm chứng |       | Nhóm can thiệp |       | Tổng |       | p      |
|--------------------|------------|------------|-------|----------------|-------|------|-------|--------|
|                    |            | n          | %     | n              | %     | n    | %     |        |
| Tuổi               | ≤ 40 tuổi  | 2          | 9,09  | 1              | 4,55  | 3    | 6,82  | > 0,05 |
|                    | 41-60 tuổi | 5          | 22,73 | 3              | 13,64 | 8    | 18,18 |        |
|                    | > 60 tuổi  | 15         | 68,18 | 18             | 81,82 | 33   | 75,00 |        |
| Giới tính          | Nam        | 13         | 59,09 | 16             | 72,73 | 29   | 65,91 | > 0,05 |
|                    | Nữ         | 9          | 40,91 | 6              | 27,27 | 15   | 34,09 |        |
| Thời gian mắc bệnh | ≤ 7 ngày   | 3          | 13,64 | 5              | 22,73 | 8    | 18,18 | > 0,05 |
|                    | > 7 ngày   | 19         | 86,36 | 17             | 77,27 | 36   | 81,82 |        |
| Tổng               |            | 22         | 100   | 22             | 100   | 44   | 100   |        |

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân liệt dây thần kinh số VII ngoại vi do lạnh ở cả 2 nhóm trên 60 tuổi (chiếm 75%); bệnh nhân là nam giới (chiếm 65.91%); thời gian mắc bệnh từ 7 ngày trở lên (81.82%). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa ( $p > 0,05$ ).



**Bảng 2. So sánh kết quả triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị của 2 nhóm**

| Triệu chứng                  |                               | Trước điều trị |             |       | Sau điều trị |             |       |
|------------------------------|-------------------------------|----------------|-------------|-------|--------------|-------------|-------|
|                              |                               | Nhóm 1         | Nhóm 2      | p     | Nhóm 1       | Nhóm 2      | p     |
| <b>Dấu hiệu Charles Bell</b> | Nặng: khe mắt hở > 3mm        | 2 (9,09%)      | 2 (9,09%)   | >0,05 | 0 (0%)       | 0 (0%)      | <0,05 |
|                              | Trung bình: khe mắt hở 2-3mm  | 16 (72,73%)    | 16 (72,73%) |       | 2 (9,09%)    | 1 (4,55%)   |       |
|                              | Nhẹ: khe mắt < 2mm            | 4 (18,18%)     | 4 (18,18%)  |       | 15 (68,18%)  | 7 (31,82%)  |       |
|                              | Không: có thể khép kín mi mắt | 0 (0%)         | 0 (0%)      |       | 5 (22,73%)   | 14 (63,64%) |       |
| <b>Dấu hiệu Sòuques (+)</b>  |                               | 21 (95,45%)    | 20 (90,91%) | >0,05 | 7 (31,82%)   | 1 (4,55%)   | <0,05 |
| <b>Mắt nếp nhăn trán</b>     |                               | 20 (90,91%)    | 21 (95,45%) | >0,05 | 9 (40,91%)   | 3 (13,64%)  | <0,05 |
| <b>Méo miệng</b>             | Mức độ nhiều                  | 9 (40,91%)     | 7 (31,82%)  | >0,05 | 0 (0%)       | 0 (0%)      | <0,05 |
|                              | Mức độ trung bình             | 11 (50%)       | 13 (59,09%) |       | 5 (22,73%)   | 1 (4,55%)   |       |
|                              | Mức độ ít                     | 2 (9,09%)      | 2 (9,09%)   |       | 8 (36,36%)   | 5 (22,73%)  |       |
|                              | Không méo miệng               | 0 (0%)         | 0 (0%)      |       | 9 (40,91%)   | 16 (72,73%) |       |

**Nhận xét:** Các triệu chứng lâm sàng sau điều trị của nhóm can thiệp cải thiện theo hướng tích cực so với nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3. So sánh mức độ liệt trước và sau điều trị của 2 nhóm bệnh nhân**

| Thang điểm HB          | Trước điều trị |             |       | Sau điều trị |             |       |
|------------------------|----------------|-------------|-------|--------------|-------------|-------|
|                        | Nhóm 1         | Nhóm 2      | p     | Nhóm 1       | Nhóm 2      | p     |
| HB I (Bình thường)     | 0 (0%)         | 0 (0%)      | >0,05 | 9 (40,91%)   | 15 (68,18%) | <0,05 |
| HB II (Nhẹ)            | 1 (4,55%)      | 2 (9,09%)   |       | 10 (45,45%)  | 6 (27,27%)  |       |
| HB III (Vừa)           | 2 (9,09%)      | 2 (9,09%)   |       | 3 (13,64%)   | 1 (4,55%)   |       |
| HB IV (Nặng)           | 12 (54,55%)    | 12 (54,55%) |       | 0 (0%)       | 0 (0%)      |       |
| HB V (Rất nặng)        | 7 (31,82%)     | 6 (27,27%)  |       | 0 (0%)       | 0 (0%)      |       |
| HB VI (Liệt hoàn toàn) | 0 (0%)         | 0 (0%)      |       | 0 (0%)       | 0 (0%)      |       |

**Nhận xét:** Lúc vào viện, đa số bệnh nhân ở mức độ nặng chiếm 54,55% ở cả hai nhóm. Sau điều trị ở nhóm can thiệp có 68,18% đạt mức bình thường. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng với  $p < 0,05$ .

**Bảng 4. Kết quả điều trị chung**

| Kết quả điều trị chung | Nhóm chứng |            | Nhóm can thiệp |            | p     |
|------------------------|------------|------------|----------------|------------|-------|
|                        | n          | %          | n              | %          |       |
| Khỏi                   | 13         | 59,09      | 17             | 77,27      | <0,05 |
| Đỡ giảm                | 8          | 36,36      | 5              | 22,73      |       |
| Không đỡ               | 1          | 4,55       | 0              | 0,00       |       |
| <b>Tổng</b>            | <b>22</b>  | <b>100</b> | <b>22</b>      | <b>100</b> |       |

**Nhận xét:** Sau điều trị, mức độ liệt mặt ở bệnh nhân trong hai nhóm đều cải thiện rõ rệt, nhóm can thiệp có 77,27% khỏi. Còn ở nhóm chứng có 59,09% khỏi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm với  $p < 0,05$ .

**Bảng 5. Sự cải thiện chất lượng cuộc sống trước và sau điều trị**

| Các khía cạnh | Trước điều trị |      |                  |                  | Sau điều trị |      |                  |                  | p     |
|---------------|----------------|------|------------------|------------------|--------------|------|------------------|------------------|-------|
|               | $\bar{X}$      | SD   | Giá trị nhỏ nhất | Giá trị lớn nhất | $\bar{X}$    | SD   | Giá trị nhỏ nhất | Giá trị lớn nhất |       |
| Thể chất      | 69,5           | 12,1 | 44               | 84               | 72,9         | 12,4 | 50               | 92               | <0,05 |
| Tâm lý        | 58,3           | 12,0 | 19               | 85               | 76,6         | 12,2 | 44               | 98               |       |
| Xã hội        | 68,7           | 11,4 | 50               | 100              | 74,8         | 11,1 | 50               | 100              |       |
| Môi trường    | 69,0           | 13,0 | 44               | 87               | 76,2         | 10,7 | 50               | 94               |       |

**Nhận xét:** Sau điều trị cả 2 nhóm đều có sự cải thiện về chất lượng cuộc sống. Khía cạnh cải thiện nhất là về tâm lý với giá trị trung bình trước điều trị là 58,3, sau điều trị là 76,6. Có sự cải thiện về thể chất, môi trường, xã hội. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh liệt dây thần kinh số VII ngoại vi do lạnh trong nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng gặp ở tất cả các lứa tuổi, nhưng độ tuổi hay gặp nhất là trên 60 tuổi; tỉ lệ mắc bệnh ở nữ ít hơn nam ở cả hai nhóm, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa giữa hai nhóm. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Đăng Đức (tuổi hay gặp nhất từ 41-60 tuổi (46,7%), nam mắc bệnh (66,67%) cao hơn nữ (33,33%) [4]. Theo nghiên cứu của Đoàn Văn Minh (2019) nghiên cứu trên 30 bệnh nhân cho thấy nam giới cao hơn nữ và tỷ lệ nam/nữ gần bằng 2; Về nhóm tuổi từ 18-49 chiếm tỷ lệ cao nhất (56,7%); Về môi trường sống, đa số các đối tượng nghiên cứu đều có môi trường sống và thói quen sinh hoạt tiếp xúc với gió lạnh (>40,0%) [5]. Tuy nhiên, qua nghiên cứu này, chúng tôi cùng quan điểm với nhiều tác giả khác: bệnh liệt dây thần kinh số VII ngoại vi do lạnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Đa số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 7 ngày nhóm nghiên cứu:

77,27% và nhóm đối chứng: 86,36%.

##### 4.2. Sự cải thiện về các triệu chứng lâm sàng, mức độ liệt trước và sau điều trị

Qua bảng 2 cho thấy trước khi điều trị tất cả các vùng đánh giá (trán, mắt, rãnh mũi má, miệng) đều có biểu hiện yếu rõ (yếu hơn 50% so với lúc bình thường), đặc biệt vùng trán và rãnh mũi má có biểu hiện yếu liệt rõ nhất. Trán và rãnh mũi má khi cử động tạo ra các nếp nhăn tự nhiên trên khuôn mặt. Dấu hiệu Charles Bell là dấu hiệu rất đặc trưng đối với bệnh nhân liệt mặt ngoại biên, trước điều trị phần lớn bệnh nhân đều có dấu hiệu mắt nhắm không kín độ hở mi 2-3mm chiếm 72,73% ở hai nhóm. Sau điều trị ở nhóm can thiệp chỉ còn 1 bệnh nhân chiếm 4,55% có độ hở mi 2-3mm, có 63,64% bệnh nhân có dấu hiệu Charles Bell âm tính. Trong khi đó ở nhóm chứng chỉ có 22,73% bệnh nhân có dấu hiệu Charles Bell âm tính. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Lê Văn Thuyên (2019) cho thấy dấu hiệu Charles Bell trước điều trị ở nhóm chứng là 80,9%, nhóm can thiệp 76,2%. Sau điều trị bằng siêu âm kết hợp với điện châm thì có 14,2% bệnh nhân còn dấu hiệu Charles Bell. Dấu hiệu Charles - Bell dương tính biểu hiện là khi bệnh nhân nhắm mắt chủ động, mắt bên liệt nhắm không kín, nhãn cầu vận động lên trên. Dấu hiệu Charles - Bell dương tính sẽ khiến bệnh nhân bị khô mắt, bị bụi bẩn, dị vật rơi vào mắt, gây đau

nhức mắt, ảnh hưởng thị lực. Trong bệnh lý này, vùng trán ngoài biểu hiện sự mất cân đối giữa lông mày 2 bên còn thể hiện nếp nhăn trán mờ hoặc mất khi cau mày. Các biểu hiện này không những xuất hiện sớm khi khởi phát bệnh, càng rõ khi bệnh nhân đến điều trị ngoài giai đoạn cấp mà còn thường hồi phục chậm nhất.

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3 về sự cải thiện mức độ liệt trước và sau điều trị của 2 nhóm bệnh nhân cho thấy: lúc vào viện, đa số bệnh nhân ở mức độ nặng chiếm 54,55% ở cả hai nhóm. Sau điều trị ở nhóm can thiệp có 68,18% đạt mức bình thường. Theo thang điểm House- Brackmann thì mức độ I cử động mặt bình thường, không có đồng vận, mức độ II thì chức năng cơ vùng trán tốt, có đồng vận nhẹ, yếu nhẹ, mất cân xứng ở mặt.

Tại bảng 4 về kết quả điều trị chung cho thấy mức độ liệt ở bệnh nhân cả 2 nhóm đều giảm rõ rệt, đặc biệt, nhóm nghiên cứu có tới 72,27% bệnh nhân khỏi, không có bệnh nhân nào không đỡ. Còn ở nhóm chứng có 59,09% khỏi và 4,55% không đỡ. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Trần Đăng Đức (tỷ lệ khỏi là 65%, đỡ là 35%) [4]. Có thể nói rằng, kỹ thuật PNF kết hợp với phương pháp vật lý hồng ngoại, xoa bóp, điện xung trong điều trị liệt dây thần kinh số VII ngoại vi do lạnh có tác dụng vượt trội hơn so với việc chỉ dùng các phương pháp vật lý đơn thuần. Với bệnh nhân liệt dây thần kinh số VII ngoại biên do lạnh chiếu đèn hồng ngoại có tác dụng sưởi ấm vùng mặt bên liệt, thời gian bệnh nhân đến viện thường khoảng 7 -10 ngày, đây là thời điểm mặt bệnh nhân đã có biểu hiện tê bì, co cứng, có thể gây biến dạng mặt nếu liệt mức độ nặng, vì vậy chiếu đèn hồng ngoại sẽ chống co cứng cơ, làm giãn mạch, tăng chuyển hóa và dinh dưỡng tại chỗ... Các dòng điện xung có tác dụng kích

thích thần kinh cơ, làm tăng dẫn truyền thần kinh, tăng trương lực cơ, tăng khối lượng cơ, giúp phục hồi chức năng cho phần cơ mặt bên liệt. Xoa bóp bấm huyệt là phương pháp điều trị có tác dụng tăng tuần máu, lưu thông khí huyết đạt được hiệu quả điều trị cao, rút ngắn thời gian điều trị [6].

Kỹ thuật PNF là một tiếp cận vận động trị liệu dựa trên các nguyên lý của giải phẫu và sinh lý thần kinh của người. Kỹ thuật này sử dụng các kích thích (input) cảm thụ bản thể, da, và thính giác để tạo nên một sự cải thiện chức năng vận động và có thể là một thành phần quan trọng trong quá trình phục hồi của nhiều bệnh lý liệt mặt, liệt nửa người, liệt chi và chấn thương [7]. Nguyên lý của kỹ thuật PNF trên vùng cơ liệt là sự tạo thuận để hỗ trợ sự co cơ, đồng thời loại bỏ sự co cứng, biến dạng mặt khi cử động. Theo tác giả AnKumar (2015) [8] kết luận PNF hiệu quả hơn so với kỹ thuật xoa bóp mặt đơn thuần trong việc cải thiện chức năng khuôn mặt và làm giảm biến dạng khuôn mặt.

#### **4.3. Sự cải thiện về chất lượng cuộc sống (WHOQOL- BREF)**

Trong nghiên cứu này, dựa vào bảng 5 cho thấy sau điều trị cả 2 nhóm đều có sự cải thiện về chất lượng cuộc sống. Khía cạnh cải thiện nhất là về tâm lý với giá trị trung bình sau điều trị là 76,6 (trước điều trị là 58,3). Có sự cải thiện về thể chất, môi trường, xã hội. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn trên 60 tuổi, đây là độ tuổi gặp nhiều vấn đề khó khăn về sức khỏe thể chất càng giảm như sự vận động hàng ngày giảm, gặp khó khăn trong vấn đề giấc ngủ và nghỉ ngơi dễ dẫn đến những thay đổi về tâm lý. Liệt mặt gây ảnh hưởng đến khả năng ăn, nhai, nuốt, nói, sự khó khăn trong khi cử động gương mặt. Chính vì vậy làm cho chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bị suy giảm.

Đặc biệt về thể chất và tâm lý. Đặc biệt khi được hỏi các câu hỏi liên quan đến khía cạnh tâm lý bao gồm những lo lắng về về ngoại hình, cảm xúc tiêu cực hoặc tích cực, vấn đề về tâm linh và tôn giáo, tâm lý trong công việc, học tập... thì đa số các đối tượng đều chọn mức điểm thấp và than phiền về vấn đề ngoại hình. Qua quá trình điều trị, chúng tôi đều ghi nhận sự cải thiện chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu. Cụ thể, điểm số ở tất cả các khía cạnh đều có sự tăng đáng kể sau khi điều trị, đáng chú ý là khía cạnh tâm lý mặc dù có điểm số thấp nhất nhưng sau khi điều trị có sự tăng lên rõ ràng nhất.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 44 bệnh nhân liệt dây thần kinh số VII ngoại vi do lạnh, điều trị bằng kỹ thuật tạo thuận cảm thụ bản thể PNF, từ tháng 1/2023 đến tháng 10/2023, cho thấy tuổi trên 60 (75% ở cả hai nhóm), nam giới nhiều hơn nữ giới.

- Các triệu chứng lâm sàng sau điều trị của 2 nhóm bệnh nhân đều giảm rõ rệt, trong đó, nhóm can thiệp cải thiện có ý nghĩa so với nhóm chứng.

- Kết quả điều trị chung: nhóm nghiên cứu có 72,27% bệnh nhân khỏi hoàn toàn, không có bệnh nhân nào gặp tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị.

- Có sự cải thiện về chất lượng cuộc sống trước và sau điều trị ở nhóm can thiệp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Hữu Lương**, (2001), Khám lâm sàng hệ thần kinh, Nhà xuất bản Y học tr 20-25.

2. **Insu Song** (2013), “Profiling Bell’s palsy based on House-Brackmann Score”, Journal of Artificial Intelligence and Soft Computing Research, 3(1), 41-50.
3. **World Health Organization**, (1996), WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment.
4. **Trần Đăng Đức** (2018), “Đánh giá kết quả điều trị liệt dây VII ngoại vi bằng điện châm kết hợp với thủy châm”, Tạp chí Y dược học cổ truyền quân sự, số 2, tập 8/2018, tr. 35-40.
5. **Đoàn Văn Minh, Lê Thị Thảo Quyên, Nguyễn Quang Tâm, Trần Nhật Minh** (2019), Đánh giá hiệu quả điều trị liệt dây thần kinh số VII ngoại biên thể phong hàn giai đoạn bán cấp và phục hồi bằng điện châm kết hợp với thuốc cổ truyền, Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Tập 9, số 4 - tháng 7/2019, tr 104-110.
6. **Bộ Y tế** (2014), Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng, Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06/01/2014, tr 37-39.
7. **Pooja Kumari Digra1, Singh** (2020) Proprioceptive Neuromuscular Facilitation in LMN Facial Palsy: A Case Report, Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy. July-September 2020, Vol. 14, No. 3 171-174.
8. **An Kumar** (2015), Comparision between proprioceptive Neuromuscular Facilitation and Neuromuscular re- education for reducing facial disability and synkinesis in patient with Bells palys: A Randomised clinical Trial. 2015.

## KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC - ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN VỀ MÔI TRƯỜNG THỰC HÀNH LÂM SÀNG

Nông Phương Mai<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Huyền<sup>1</sup>,  
Đào Trọng Quân<sup>1</sup>, Hà Thị Ly<sup>2</sup>

### TÓM TẮT.

**Đặt vấn đề:** Môi trường thực hành bao gồm phòng thực hành kỹ năng và môi trường thực hành lâm sàng có ảnh hưởng đến năng lực của sinh viên điều dưỡng.

**Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 190 sinh viên Điều dưỡng được thực hiện nhằm khảo sát sự hài lòng của sinh viên điều dưỡng về môi trường thực hành lâm sàng và tìm hiểu một số yếu tố liên quan.

**Kết quả:** Kết quả cho thấy tỷ lệ sinh viên Điều dưỡng hài lòng về môi trường thực hành lâm sàng chiếm tỷ lệ cao là 92,1%. Mức độ hài lòng của sinh viên Điều dưỡng về môi trường thực hành lâm sàng cao ( $M = 3,98 \pm 0,40$ ), trong đó mức độ hài lòng về vai trò giảng viên lâm sàng của ĐTNV là cao nhất ( $4,11 \pm 0,45$ ). Sự hài lòng về môi trường thực hành lâm sàng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với việc được hướng dẫn lâm sàng trước khi thực tập, có phòng trực, giảng đường tại khoa lâm sàng, được điều dưỡng trưởng tiếp nhận giới thiệu với khoa lâm sàng, số buổi trực của sinh viên trong 1 tuần, số bệnh nhân được phân công chăm sóc trong ngày

( $p < 0,001$ ).

**Kết luận:** Đa số sinh viên điều dưỡng hài lòng với môi trường thực hành lâm sàng. Việc được hướng dẫn lâm sàng trước khi thực tập, có phòng trực, giảng đường tại khoa lâm sàng, được điều dưỡng trưởng tiếp nhận giới thiệu với khoa lâm sàng, số buổi trực của sinh viên trong 1 tuần, số người bệnh được phân công chăm sóc trong ngày là các yếu tố liên quan với sự hài lòng về môi trường thực hành lâm sàng.

**Từ khoá:** Điều dưỡng, Môi trường thực hành lâm sàng, Sinh viên, Sự hài lòng

### SUMMARY

#### SURVEY ON SATISFACTION OF NURSING STUDENTS AT UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY - THAI NGUYEN UNIVERSITY ABOUT CLINICAL PRACTICE ENVIRONMENT

**Background:** Clinical education environment includes the skills practice room and the clinical environment that affects the competencies of nursing students.

**Methods:** A cross - sectional study was conducted among 190 nursing students to describe the level of satisfaction of nursing students at Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy about the clinical environment and find out some related factors.

**Results:** Results showed that the percentage of nursing students who were satisfied with the clinical environment was high, accounted for

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nông Phương Mai  
SĐT: 0988520079

Email: nongphuongmai@tnmc.edu.vn.

Ngày nhận bài: 17/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 27/6/2024

Ngày duyệt bài: 06/8/2024

92.1%. The satisfaction level of students about the clinical environment was high (Mean  $\pm$  SD =  $3.98 \pm 0.40$ ), in which the satisfaction level about the role of clinical lecturer was the highest ( $4.11 \pm 0.45$ ). There was a statistically significant relationship between satisfaction with the clinical environment and receiving clinical instruction before practice, having an on-call room, having a lecture hall at the clinical department, the head nurse received and introduced to the clinical department, the number of on-call sessions per week, the number of patients assigned to care ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions:** The majority of nursing students were satisfied with the clinical environment. Receiving clinical instructions before practice, having an on-call room and lecture hall at the clinical department, being introduced to the clinical department by the head nurse, number of on-call sessions per week for students, number of patients be assigned to care are factors associated with satisfaction of nursing students about the clinical environment.

**Keywords:** Nursing, Clinical environment, Student, Satisfaction

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng môi trường thực hành lâm sàng là một trong những yếu tố góp phần cấu thành nên năng lực thực hành cho sinh viên sau khi ra trường, giúp cho sinh viên phát triển năng lực thực hành, sự tự tin và trang bị các kỹ năng thực hành nghề nghiệp sau này. Môi trường thực hành bao gồm phòng thực hành kỹ năng và môi trường thực hành lâm sàng có ảnh hưởng đến năng lực của sinh viên điều dưỡng. Năm 2016, Flott và Linden đã mô tả môi trường học tập lâm sàng bao gồm: cơ sở vật chất, các yếu tố tâm lý xã hội và tương tác, văn hóa tổ chức và phương pháp dạy/học [6]. Nghiên cứu của Phillips và

cộng sự cũng chỉ ra rằng một môi trường học tập lâm sàng tốt là môi trường có sự giao tiếp hiệu quả giữa sinh viên và giảng viên hướng dẫn [7]. Học phần Thực hành lâm sàng được xây dựng như một phần thiết yếu trong chương trình đào tạo Điều dưỡng. Sinh viên điều dưỡng luôn có cơ hội được nhận định và chăm sóc trực tiếp trên người bệnh, giao tiếp hiệu quả với gia đình người bệnh và nhân viên y tế khi ở trong môi trường thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, trên thực tế môi trường thực hành lâm sàng đáp ứng được nhu cầu học tập của sinh viên còn nhiều hạn chế. Sundler đã chỉ ra rằng việc giám sát quá trình thực hành lâm sàng rất quan trọng đối với trải nghiệm học tập và sự hài lòng của sinh viên điều dưỡng [9]. Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên là một trong những cơ sở đào tạo điều dưỡng trình độ đại học và sau đại học với gần 200 sinh viên thuộc trình độ đại học điều dưỡng được tuyển sinh mỗi năm. Sinh viên được thực hành tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và được hướng dẫn bởi nhân viên y tế là điều dưỡng và giảng viên lâm sàng. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá về sự hài lòng của sinh viên Điều dưỡng về môi trường thực hành lâm sàng. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với mục tiêu:

1. Mô tả mức độ hài lòng của sinh viên Điều dưỡng trường Đại học Y dược - Đại học Thái Nguyên về môi trường thực hành lâm sàng.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của sinh viên điều dưỡng trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên về môi trường thực hành lâm sàng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả sinh viên cử nhân điều dưỡng năm

2 đến năm 4 Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Sinh viên điều dưỡng Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên năm 2 đến năm 4 đã hoàn thành tín chỉ đi thực hành lâm sàng học kì I và đồng ý tham gia vào nghiên cứu này.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Sinh viên không có mặt trong quá trình thu thập dữ liệu hoặc những người không tham gia vào chương trình học.

## 2.2. Địa điểm nghiên cứu và thời gian

Tại trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, từ tháng 1 - 12 năm 2022

## 2.3. Phương pháp nghiên cứu

### 2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

+ Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang  
+ Cỡ mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, trong nghiên cứu đã chọn được 190 sinh viên điều dưỡng.

+ Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

### 2.3.2. Chỉ số nghiên cứu

+ Đặc điểm nhân khẩu học: Tuổi, giới, điểm trung bình tích lũy, Được sự hướng dẫn làm quen trước khi bắt đầu đi lâm sàng

+ Mức độ hài lòng của sinh viên điều dưỡng về môi trường thực hành lâm sàng được đánh giá bằng thang đo CLES + T (Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher Scale) được phát triển bởi Saarikoski và cộng sự [8] gồm 34 câu với 5 khía cạnh: không khí tại khoa phòng; mối quan hệ với giảng viên hướng dẫn; phong cách lãnh đạo của quản lý khoa; cơ sở điều dưỡng ở khoa; Môi trường thực hành lâm sàng tại khoa. Các lĩnh vực được đánh giá theo thang điểm Likert 5 mức độ; Điểm số được lấy điểm trung bình, độ lệch chuẩn. Bộ

công cụ đã được đánh giá bằng chỉ số Cronbach's Alpha là 0,8.

+ Một số yếu tố liên quan: Được hướng dẫn của giảng viên trước khi thực tập lâm sàng; Khoa lâm sàng: có phòng trực, giảng đường đầy đủ; Điều dưỡng trưởng (ĐDT) tiếp nhận giới thiệu sinh viên với Khoa thực hành lâm sàng. Số buổi trực của sinh viên trong 1 tuần. Số BN được phân công chăm sóc trong ngày.

### 2.3.3. Phương pháp thu thập số liệu

Sau khi kết thúc vòng thực hành lâm sàng của học kỳ I tại các khoa lâm sàng sinh viên sẽ được đề hướng dẫn cách trả lời bộ câu hỏi nghiên cứu và nhóm nghiên cứu sẽ giải đáp những thắc mắc của sinh viên. Sau đó, mỗi sinh viên sẽ hoàn thành bộ câu hỏi qua Google form và gửi lại vào email của nhóm nghiên cứu (không phải là giảng viên hướng dẫn lâm sàng để đảm bảo tính khách quan).

### 2.3.4. Phương pháp xử lý số liệu

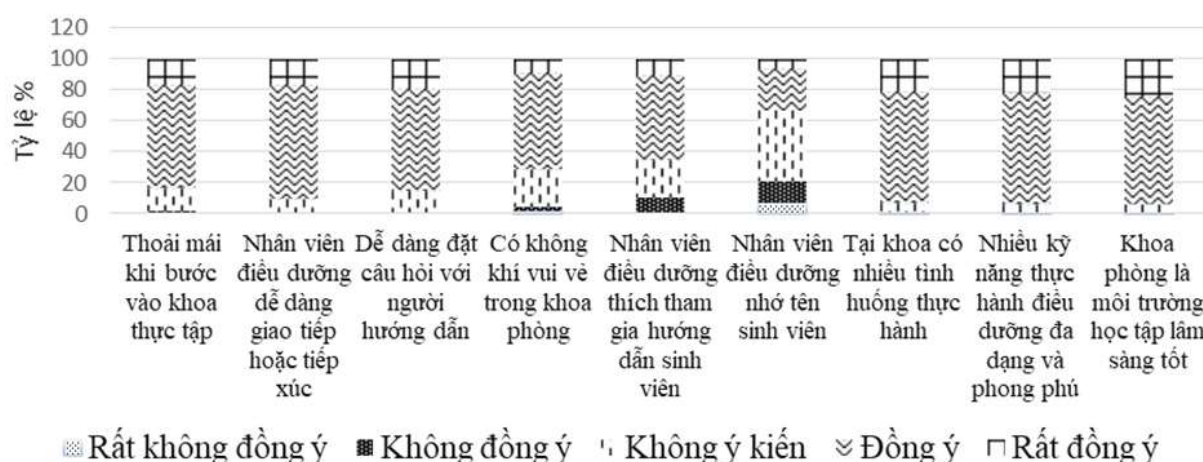
Phân tích, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0 và các thuật toán của thống kê y học.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Trong 190 sinh viên điều dưỡng, tuổi trung bình là  $21,7 \pm 0,5$  tuổi.; Sinh viên nữ chiếm đa số với tỷ lệ là 90.5%. Về học lực, điểm trung bình tích lũy  $> 2,5$  (Khá trở lên) chiếm tỷ lệ cao hơn là 88.9% và  $< 2,5$  với 11,1%. Đa số sinh viên điều dưỡng được hướng dẫn làm quen trước khi bắt đầu đi lâm sàng với tỷ lệ là 95,3%.

### 3.2. Mức độ hài lòng về môi trường thực hành lâm sàng



**Biểu đồ 1. Sự hài lòng của sinh viên CNDD về môi trường sư phạm lâm sàng (n=190)**

Tỷ lệ sinh viên hài lòng về môi trường sư phạm lâm sàng cao, lần lượt là: Nhân viên điều dưỡng dễ dàng giao tiếp hoặc tiếp xúc (74,2%); Tại khoa có nhiều tình huống thực hành (72,1%); Nhiều kỹ năng thực hành điều dưỡng đa dạng và phong phú (71,6%).

**Bảng 2. Sự hài lòng của sinh viên CNDD về phong cách lãnh đạo của quản lý khoa (n=190)**

| Nội dung                                      | Rất không đồng ý % | Không đồng ý % | Không ý kiến % | Đồng ý % | Rất đồng ý % |
|-----------------------------------------------|--------------------|----------------|----------------|----------|--------------|
| ĐDT lắng nghe ý kiến của nhân viên            | 0,5                | 1,6            | 16,8           | 68,4     | 12,6         |
| ĐDT tham gia hướng dẫn lâm sàng cho sinh viên | 0,5                | 5,3            | 16,3           | 65,3     | 12,6         |
| SV học từ những ý kiến, nhận xét của ĐDT      | 5,6                | 0,0            | 14,7           | 67,9     | 11,6         |
| ĐDT có phân công nhân viên hướng dẫn SV       | 0,5                | 2,1            | 12,1           | 68,9     | 16,3         |

Tỷ lệ sinh viên đồng ý về phong cách lãnh đạo của quản lý khoa cao, lần lượt là: ĐDT có phân công nhân viên hướng dẫn sinh viên thực hành lâm sàng (68,9%); ĐDT lắng nghe ý kiến của nhân viên (68,4%).

**Bảng 3. Sự hài lòng của sinh viên CNDD về công tác chăm sóc điều dưỡng tại khoa (n=190)**

| Nội dung                                                   | Rất không đồng ý % | Không đồng ý % | Không ý kiến % | Đồng ý % | Rất đồng ý % |
|------------------------------------------------------------|--------------------|----------------|----------------|----------|--------------|
| Tại khoa có khẩu hiệu trong chăm sóc NB                    | 0,0                | 1,1            | 13,2           | 82,6     | 23,2         |
| NB được chăm sóc tốt                                       | 0,0                | 0,5            | 5,3            | 77,4     | 16,8         |
| Nhân viên ít sai sót khi cung cấp thông tin cho NB         | 0,5                | 0,0            | 11,1           | 70,5     | 17,9         |
| Các tài liệu về điều dưỡng được cung cấp rõ ràng và đầy đủ | 0,5                | 2,1            | 11,6           | 65,8     | 20,0         |

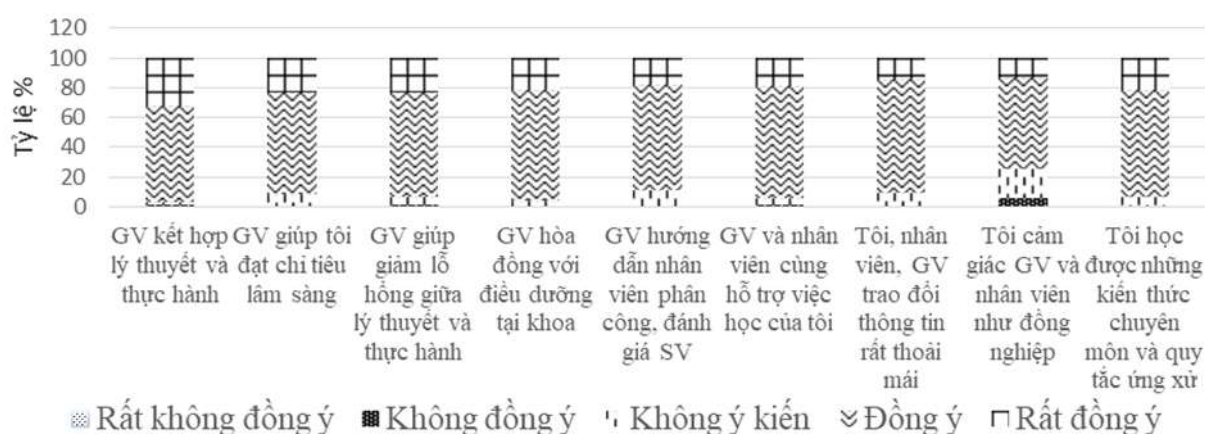
Kết quả nghiên cứu trên 190 sinh viên CNDD cho thấy tỷ lệ sinh viên đồng ý về công tác chăm sóc điều dưỡng tại khoa cao, lần lượt là: Tại khoa có khẩu hiệu trong chăm sóc người bệnh (82,6%); Người bệnh được chăm sóc điều dưỡng tốt (77,4%).





**Biểu đồ 2. Sự hài lòng của sinh viên CNDD về mối quan hệ hướng dẫn lâm sàng (n=190)**

Tỷ lệ sinh viên hài lòng về mối quan hệ hướng dẫn lâm sàng cao, lần lượt là: Người hướng dẫn cho tôi nhận xét sau khi thực hành kỹ thuật điều dưỡng (75,8%); Người hướng dẫn tích cực hướng dẫn sinh viên (73,2%); Ít có sự bất đồng ý kiến giữa người hướng dẫn và sinh viên (73,2%); Tôi cảm thấy tôi đã được hướng dẫn cá nhân (72,1%); Tôi hài lòng với sự hướng dẫn mà tôi nhận được (72,1%).



**Biểu đồ 3. Sự hài lòng của sinh viên CNDD về vai trò giảng viên lâm sàng (n=190)**

Tỷ lệ sinh viên hài lòng về vai trò giảng viên lâm sàng cao, lần lượt là: Ngoài giờ thực hành, tôi, nhân viên và giảng viên trao đổi thông tin rất thoải mái (75,8%); Giảng viên và nhân viên cùng làm việc với nhau để hỗ trợ việc học của tôi (75,3%); Giảng viên hòa đồng với nhân viên điều dưỡng tại khoa (74,7%).

**Bảng 4. Phân loại mức độ hài lòng của đối tượng nghiên cứu về môi trường thực hành lâm sàng (n=190)**

| Phân loại mức độ hài lòng | Tần số (N=190) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------|----------------|-----------|
| Không hài lòng            | 15             | 7,9       |
| Hài lòng                  | 175            | 92,1      |

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ sinh viên CNDD hài lòng về môi trường thực hành lâm sàng chiếm tỷ lệ cao là 92,1%.

**Bảng 5. Mức độ hài lòng của đối tượng nghiên cứu về môi trường thực hành lâm sàng (n=190)**

| Sự hài lòng của sinh viên             | Mean $\pm$ SD   |
|---------------------------------------|-----------------|
| Về môi trường sư phạm lâm sàng        | 3,87 $\pm$ 0,47 |
| Phong cách lãnh đạo của quản lý khoa  | 3,89 $\pm$ 0,56 |
| Công tác chăm sóc điều dưỡng tại khoa | 4,06 $\pm$ 0,45 |
| Mối quan hệ hướng dẫn lâm sàng        | 3,91 $\pm$ 0,50 |
| Vai trò giảng viên lâm sàng           | 4,11 $\pm$ 0,45 |
| Môi trường thực hành lâm sàng (Chung) | 3,98 $\pm$ 0,40 |

Mức độ hài lòng của sinh viên về môi trường thực hành lâm sàng cao ( $M = 3,98 \pm 0,40$ ), trong đó mức độ hài lòng của ĐTNC về vai trò giảng viên lâm sàng là cao nhất ( $4,11 \pm 0,45$ )

**Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của SV CNĐD về môi trường thực hành lâm sàng (n=190)**

| STT | Nội dung                                                       |          | Không hài lòng |      | Hài lòng |      | p       |
|-----|----------------------------------------------------------------|----------|----------------|------|----------|------|---------|
|     |                                                                |          | n              | %    | n        | %    |         |
| 1   | Được hướng dẫn lâm sàng trước khi bắt đầu thực tập             | Có       | 12             | 6,6  | 169      | 93,4 | p<0,001 |
|     |                                                                | Không    | 3              | 33,3 | 6        | 66,7 |         |
| 2   | Khoa lâm sàng: phòng trực, giảng đường                         | Có       | 5              | 3,7  | 131      | 96,3 | p<0,001 |
|     |                                                                | Không    | 10             | 18,5 | 44       | 81,5 |         |
| 3   | ĐDT tiếp nhận giới thiệu sinh viên với Khoa thực hành lâm sàng | Có       | 5              | 3,1  | 158      | 95,9 | p<0,001 |
|     |                                                                | Không    | 10             | 37   | 17       | 63   |         |
| 4   | Số buổi trực của sinh viên trong 1 tuần                        | 1 buổi   | 2              | 1,3  | 154      | 98,7 | p<0,001 |
|     |                                                                | > 2 buổi | 13             | 38,2 | 21       | 61,8 |         |
| 5   | Số BN được phân công chăm sóc trong ngày                       | 1 BN     | 2              | 1,5  | 135      | 98,5 | p<0,001 |
|     |                                                                | > 2 BN   | 13             | 24,5 | 40       | 75,5 |         |

Có mối liên hệ giữa mức độ hài lòng của ĐTNC và có được hướng dẫn lâm sàng trước khi đi thực tập ( $p < 0,001$ ); Khoa lâm sàng có phòng trực, giảng đường; ĐDT tiếp nhận giới thiệu sinh viên với Khoa thực hành lâm sàng có liên quan đến mức độ hài lòng của sinh viên về môi trường thực hành lâm sàng; Số buổi trực của sinh viên 1 buổi trong tuần có liên quan đến mức độ hài lòng của sinh viên, trong đó mức độ hài lòng của sinh viên trực 1 buổi/1 tuần (98,7%) cao hơn so với sinh viên trực > 2 buổi/tuần (61,8%); Số BN được phân công chăm sóc 1 BN trong ngày, mức độ hài lòng của sinh viên khi chăm sóc 1 BN/ngày (98,5%) cao hơn so với chăm sóc >

2 BN/ngày (75,5%). Sự khác biệt về tỷ lệ có ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$ .

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Mức độ hài lòng của sinh viên về môi trường thực hành lâm sàng

###### 4.1.1. Về môi trường sư phạm lâm sàng

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, hầu hết sinh viên điều dưỡng hài lòng với môi trường sư phạm lâm sàng. Điều này có thể lý giải là do sinh viên Điều dưỡng, trường Đại Học Y Dược Thái Nguyên chủ yếu được thực hành lâm sàng tại các khoa lâm sàng của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Đây là một bệnh viện Trung ương hạng đặc biệt với hơn

1300 giường bệnh và khoảng 30 khoa lâm sàng. Là môi trường đào tạo chuyên nghiệp và phong phú với nhiều mặt bệnh trên lâm sàng. Đồng thời, tại các khoa lâm sàng các điều dưỡng và bác sĩ rất nhiệt tình trong việc hướng dẫn sinh viên và một số điều dưỡng trưởng còn giữ vai trò là giảng viên thỉnh giảng của trường. Do đó, đây chính là môi trường thực hành có chất lượng cao trong việc đào tạo sinh viên Y nói chung và sinh viên Điều dưỡng nói riêng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Hồ Thị Lan Vi và cộng sự. Trong nghiên cứu này, điểm trung bình môi trường học tập tại khoa đạt  $3,77 \pm 0,51$  trên 5 điểm [10]. Bên cạnh đó, nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Vui và Trần Minh Hậu cho kết quả 100% sinh viên điều dưỡng hài lòng với môi trường học tập tại khoa và 81,7% hài lòng và 10,6% rất hài lòng về không khí tại khoa phòng [11].

#### **4.1.2. Phong cách lãnh đạo của quản lý khoa**

Phong cách lãnh đạo của quản lý khoa có ảnh hưởng quan trọng đến chất lượng chăm sóc người bệnh cũng như chất lượng giảng dạy sinh viên. Việc xây dựng một môi trường làm việc, học tập thân thiện nhằm thúc đẩy động cơ làm việc, ý thức làm việc theo nhóm, đồng thời quan tâm đến lợi ích của nhân viên, giúp đỡ nhân viên giải quyết những vấn đề riêng tư của họ, đối xử với nhân viên một cách thân thiện và gần gũi, đồng thời có khen thưởng kịp thời những nhân viên hoàn thành tốt công việc là những yếu tố góp phần đánh giá phong cách lãnh đạo đối với nhân viên và sinh viên trong môi trường thực hành lâm sàng. Theo kết quả

nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sinh viên có mức độ hài lòng về phong cách lãnh đạo của quản lý khoa khá cao. Như chúng tôi đã bàn luận ở phần trên, vì là bệnh viện tuyến trung ương hạng đặc biệt nên hầu hết điều dưỡng trưởng ở các khoa lâm sàng đều có trình độ đại học và sau đại học và thâm niên công tác lâu năm. Bên cạnh đó, có rất nhiều điều dưỡng trưởng đã được đào tạo về kỹ năng phương pháp giảng dạy lâm sàng và là giảng viên thỉnh giảng của nhà trường. Chính vì vậy, họ thường xuyên tham gia đào tạo và hỗ trợ sinh viên trong quá trình thực hành lâm sàng. Đây chính là một thế mạnh của mà không phải bệnh viện thực hành nào cũng có được và chính nó đã góp phần nâng cao chất lượng đào tạo lâm sàng cho sinh viên điều dưỡng của trường. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ hài lòng của sinh viên điều dưỡng về phong cách lãnh đạo của quản lý khoa cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Quốc Dũng. Trong nghiên cứu này, gần 60% sinh viên đồng ý rằng Điều dưỡng trưởng lắng nghe ý kiến của nhân viên. Điều dưỡng trưởng có tham gia hướng dẫn thực hành cho sinh viên tỷ lệ này chiếm gần 45%; Hơn 50% sinh viên cho rằng họ học hỏi được những ý kiến thức bổ ích từ nhận xét của Điều dưỡng trưởng; 60,3% Điều dưỡng trưởng có phân công nhân viên hướng dẫn sinh viên thực hành. Tuy nhiên, gần 30% sinh viên báo cáo rằng họ không được Điều dưỡng trưởng hướng dẫn [1].

#### **4.1.3. Công tác chăm sóc điều dưỡng tại khoa**

Theo kết quả nghiên cứu, đa số sinh viên điều dưỡng hài lòng về công tác chăm sóc điều dưỡng tại khoa. Kết quả này chính là cơ

sở cho thấy rằng sinh viên điều dưỡng được học tập trong một môi trường chuyên nghiệp và bài bản. Những điều dưỡng trực tiếp chăm sóc người bệnh tại các khoa lâm sàng chính là những người hướng dẫn, “cầm tay chỉ việc” cho các sinh viên điều dưỡng khi họ thực hành lâm sàng. Nếu họ thực hiện đúng và bài bản sẽ tạo ra những kiến thức và kỹ năng đúng cho sinh viên. Đây chính là hành trang theo suốt sinh viên trong quá trình thực hành nghề nghiệp sau này. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu của tác giả Lê Quốc Dũng, có nhiều hơn 80% sinh viên đồng ý rằng tại môi trường thực hành có phương châm, khẩu hiệu trong việc chăm sóc người bệnh. Người bệnh được chăm sóc tốt ở môi trường thực hành chiếm tỷ lệ cao nhất hơn 90%. Hơn 2/3 sinh viên đồng ý rằng nhân viên ít gây sai sót khi cung cấp thông tin cho người bệnh và những phiếu chăm sóc của điều dưỡng thì được ghi chép rõ ràng chiếm tỷ lệ cũng cao nhiều hơn 80% [1].

#### **4.1.4. Môi quan hệ hướng dẫn lâm sàng**

Trong hoạt động giảng dạy và học thực hành lâm sàng thì vai trò người hướng dẫn lâm sàng là một trong những yếu tố quan trọng giúp sinh viên áp dụng được kiến thức lý thuyết vào thực hành chăm sóc người bệnh và ngược lại từ những kỹ năng từ thực tế bổ sung cho lý thuyết đã được học ở trường. Trong nghiên cứu này, kết quả về tỷ lệ sinh viên hài lòng với mối quan hệ giữa hướng dẫn lâm sàng và người học cao. Đặc trưng trong đào tạo lâm sàng cho sinh viên điều dưỡng đó là phương pháp hướng dẫn trực tiếp hay còn gọi là “cầm tay chỉ việc”. Người hướng dẫn cho sinh viên đóng vai trò rất lớn, họ có thể là giảng viên lâm sàng cũng có thể

là các điều dưỡng tại khoa. Do vậy, nếu sinh viên được hướng dẫn tận tình và bài bản sẽ đóng góp rất lớn vào chất lượng đào tạo lâm sàng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lê Quốc Dũng năm 2016. Nghiên cứu này, cho thấy khoảng 80% ý kiến của sinh viên cho rằng người hướng dẫn tích cực hướng dẫn sinh viên; 83,5% đồng ý rằng người hướng dẫn thường xuyên cho nhận xét sau khi thực hiện những kỹ thuật; 85,2% cho rằng người hướng dẫn có lắng nghe những thông tin phản hồi từ sinh viên; Tuy nhiên, Có 10,8% cho rằng mình không được hướng dẫn cá nhân; Và hầu hết sinh viên hài lòng với sự hướng dẫn mà mình nhận được [5]. Theo tác giả Giang Nhân Trí Nghĩa, sinh viên có đánh giá tích cực về người hướng dẫn đã lắng nghe những phản hồi từ sinh viên khi người hướng dẫn cho phản hồi trong thực hiện kỹ thuật điều dưỡng (trung bình =4,39) [2].

#### **4.1.5. Vai trò của giảng viên lâm sàng**

Giảng viên lâm sàng giữ vai trò không thể thiếu khi hướng dẫn, hỗ trợ và quản lý sinh viên khi đi thực hành lâm sàng. Có 3 vai trò chủ yếu của giảng viên lâm sàng, thứ nhất là giảng dạy lý thuyết kết hợp với thực hành, thứ hai là cầu nối giữa nhân viên điều dưỡng với sinh viên giúp các em hòa nhập với môi trường lâm sàng mới nhanh hơn. Kết quả cho thấy 68,4% đồng ý và 23,2% rất đồng ý rằng giảng viên giúp sinh viên đạt được chỉ tiêu thực hành; 93,2% sinh viên hài lòng với việc giảng viên giúp giảm những lỗ hổng giữa lý thuyết và thực hành cho sinh viên. Vai trò của giảng viên lâm sàng là cầu nối giữa nhân viên điều dưỡng và sinh viên được thể hiện qua thái độ, cách giao tiếp và hướng dẫn

sinh viên, cách phân công, kiểm tra, giám sát sinh viên. Kết quả nghiên cứu cho thấy, sinh viên cho rằng giảng viên và nhân viên cùng kết nối và hợp tác để hỗ trợ việc học tập trong cơ sở thực hành lâm sàng của sinh viên (75,3% đồng ý và 18,9% rất đồng ý). Có thể thấy rằng ngoài vai trò giảng dạy lâm sàng, giảng viên còn phải có mối quan hệ tốt với nhân viên điều dưỡng tại khoa. Điều này hỗ trợ cho việc trao đổi những thông tin cũng như hướng dẫn, giám sát sinh viên có hiệu quả hơn. Sinh viên còn nhận được sự hướng dẫn nhiệt tình từ nhân viên điều dưỡng. Nhìn chung sinh viên hài lòng với sự hướng dẫn mà mình nhận được từ giảng viên. Giảng viên đã thể hiện được vai trò của mình không chỉ là người hướng dẫn giúp các em giảm bớt những lỗ hổng và còn là cầu nối để các em có thể hòa nhập với môi trường học tập mới tốt hơn. Khẳng định vai trò của giảng viên lâm sàng là không thể thiếu và là một trong những yếu tố góp phần tạo nên chất lượng môi trường thực hành lâm sàng [5].

#### **4.1.6. Mức độ hài lòng của sinh viên CNDD về môi trường thực hành lâm sàng**

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ sinh viên CNDD hài lòng về môi trường thực hành lâm sàng chiếm tỷ lệ cao là 92,1%. Kết quả nghiên cứu này cho thấy môi trường thực hành của sinh viên điều dưỡng tại Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên là một môi trường học tập khá tốt. Hiện nay, các trường đào tạo điều dưỡng khi xây dựng và chỉnh sửa chương trình đào tạo đều thấy được tầm quan trọng của việc hình thành năng lực thực hành lâm sàng tại bệnh viện cho sinh viên nên đã chú trọng quan tâm và cải thiện môi trường thực hành lâm sàng.

Tuy nhiên để tạo được môi trường thực hành lâm sàng tối ưu hơn nữa cần có sự hợp tác trao đổi giữa các cơ sở đào tạo điều dưỡng và các bệnh viện thực hành về cơ sở vật chất cũng như việc đào tạo các giảng viên thỉnh giảng có kinh nghiệm và kỹ năng sư phạm. Tìm hiểu về sự hài lòng của sinh viên sẽ giúp cho người hướng dẫn đánh giá lại những nội dung đã cung cấp, hỗ trợ cho sinh viên từ đó áp dụng những phương pháp hướng dẫn, hỗ trợ phù hợp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đỗ Thị Vui và Trần Minh Hậu. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ rất hài lòng của ĐTNC về môi trường thực hành lâm sàng là 5,6%, hài lòng là 90,0% và 4,4% sinh viên không hài lòng [4].

#### **4.2. Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của sinh viên CNDD trường Đại học Y - Dược; Đại học Thái Nguyên**

##### **4.2.1. Được hướng dẫn trước khi đi thực hành lâm sàng**

Kết quả cho thấy có mối liên quan giữa mức độ hài lòng của sinh viên điều dưỡng và được hướng dẫn lâm sàng trước khi đi thực tập, trong đó mức độ hài lòng của sinh viên có được hướng dẫn lâm sàng trước khi đi thực tập (93,4%) cao hơn so với không được hướng dẫn lâm sàng trước khi đi thực tập (66,7%),  $p < 0,001$ . Việc sinh viên được hướng dẫn trước khi đi thực tập lâm sàng sẽ trang bị cho sinh viên những kiến thức cần thiết về phương pháp học tập có hiệu quả, mục tiêu học tập, nội dung học tập cũng như nội quy, quy định khi sinh viên đi thực tập tại cơ sở thực hành. Đồng thời, giảng viên cũng cung cấp cho sinh viên những tình huống có thể gặp khi sinh viên đi thực hành lâm sàng.

Chính việc này sẽ giúp cho sinh viên cảm thấy tự tin, tránh được những ngỡ ngàng, sai lầm và có khả năng giải quyết vấn đề tốt hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Quốc Dũng năm 2016. Sinh viên được hướng dẫn theo nhóm và hướng dẫn theo ca thì hài lòng về môi trường sư phạm lâm sàng hơn sinh viên không có người hướng dẫn hoặc ít được hướng dẫn ( $F_{(4,292)}=4,77$ ;  $p=0,001$ ) [1].

#### **4.2.2. Có phòng trực, giảng đường tại khoa lâm sàng**

Nghiên cứu cũng chỉ ra mức độ hài lòng của sinh viên về khoa lâm sàng có phòng trực, giảng đường (96,3%) cao hơn với khoa lâm sàng không có phòng trực, giảng đường (81,5%) ( $p < 0,001$ ). Số buổi trực của sinh viên trong tuần cũng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ hài lòng của sinh viên, trong đó, số buổi trực của sinh viên 1 buổi trong tuần, trong đó mức độ hài lòng của sinh viên trực 1 buổi/1 tuần (98,7%) cao hơn so với sinh viên trực  $> 2$  buổi/tuần (61,8%). Đặc thù của sinh viên ngành điều dưỡng đó là việc tham gia trực đêm. Thực tế cho thấy sinh viên thực hành lâm sàng được trang bị phòng trực tại khoa lâm sàng còn hạn chế, nếu được trang bị đầy đủ để sinh viên có thể nghỉ ngơi phù hợp khi tham gia trực đêm thì mức độ hài lòng của họ khi thực hành lâm sàng sẽ được cao hơn. Bên cạnh đó, theo quy định về thực hành lâm sàng của nhà trường, mỗi sinh viên phải tham gia trực ít nhất 1 lần/ tuần. Nếu sinh viên có phải trực nhiều hơn sẽ có thể ảnh hưởng đến cả sức khỏe thể chất và tinh thần của họ.

#### **4.2.3. Được điều dưỡng trưởng tiếp nhận, giới thiệu và số bệnh nhân được**

#### ***phân công chăm sóc***

Kết quả nghiên cứu cho thấy, có mối liên quan giữa việc được điều dưỡng trưởng tiếp nhận, giới thiệu sinh viên với khoa lâm sàng và số lượng bệnh nhân được phân công chăm sóc với sự hài lòng của sinh viên ( $p < 0,001$ ). Khi sinh viên thực hành lâm sàng tại khoa còn nhiều ngỡ ngàng và khác biệt giữa các khoa, vì vậy, nếu được điều dưỡng trưởng tiếp nhận và giới thiệu sinh viên với khoa lâm sàng thì việc thực hành của sinh viên sẽ được thuận lợi hơn. Kết quả này chỉ ra rằng, việc hướng dẫn sinh viên điều dưỡng làm quen với công tác chăm sóc người bệnh tại khoa thực hành, đồng thời nhân viên y tế tăng cường sự quan tâm và hướng dẫn sinh viên học tập. Bên cạnh đó các ca lâm sàng có ý nghĩa cho sinh viên học tập và chính những điều này sẽ có ảnh hưởng tích cực nhất đối với sự hài lòng của sinh viên.

### **V. KẾT LUẬN**

- Đa số sinh viên điều dưỡng hài lòng với môi trường thực hành lâm sàng với tỷ lệ 92,1%. Mức độ hài lòng của sinh viên về môi trường thực hành lâm sàng cao ( $M = 3,98 \pm 0,40$ ), trong đó mức độ hài lòng của ĐTNC về vai trò giảng viên lâm sàng là cao nhất ( $4,11 \pm 0,45$ ). Còn lại 7,9% sinh viên điều dưỡng không hài lòng về môi trường thực hành lâm sàng, lý do chủ yếu là về cơ sở vật chất như thiếu giảng đường, phòng trực và số buổi sinh viên đi trực trong tuần từ 2 lần trở lên do số lượng sinh viên đi lâm sàng ít.

- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sự hài lòng về môi trường thực hành lâm sàng với việc được hướng dẫn lâm sàng trước khi thực tập, có phòng trực, giảng

đường tại khoa lâm sàng, được điều dưỡng trưởng tiếp nhận giới thiệu với khoa lâm sàng, số buổi trực của sinh viên trong 1 tuần, số người bệnh được phân công chăm sóc trong ngày ( $p < 0,001$ ).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Quốc Dũng.** Mức độ hài lòng của sinh viên điều dưỡng về môi trường thực hành lâm sàng, Đại học Y dược Thành Phố Hồ Chí Minh, (2016).
2. **Giang Nhân Trí Nghĩa và cộng sự.** Nhận thức của sinh viên điều dưỡng về môi trường học lâm sàng Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh 23, 113-119 (2019).
3. **Hồ Thị Lan Vi và cộng sự.** Khảo sát sự hài lòng về môi trường học tập lâm sàng của sinh viên Điều dưỡng Trường Đại học Duy Tân. Tạp chí Khoa học và Công nghệ Đại học Duy Tân 4, 128-136 (2020).
4. **Đỗ Thị Vui và Trần Minh Hậu.** Sự hài lòng về môi trường học tập lâm sàng của sinh viên điều dưỡng năm cuối tại Trường Cao đẳng Y- Dược ASEAN năm 2021 và các yếu tố liên quan. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng 5, 34-38 (2022).
5. **Fakhr-Movahedi, A., Sadeghi, S. & Yousefpour, M.** Assessment of the Effect of Lecturers Behavior on Clinical Learning from the Viewpoints of Nursing Students. Strides in Development of Medical Education 11, 523-533 (2015).
6. **Flott, E. A., & Linden, L.** (2016). The clinical learning environment in nursing education: A concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 72(3), 501-513. <https://doi.org/10.1111/jan.12861>
7. **Phillips, K.F. et al** (2017). Clinical education and student satisfaction: An integrative literature review. International Journal of Nursing Sciences, 4, 205 - 213.
8. **Saarikoski, M.** Mentor relationship as a tool of professional development of student nurses in clinical practice. The International Journal of Psychiatric Nursing Research 9, 1014-1024 (2003).
9. **Sundler, A. J., Björk, M., Bisholt, B., Ohlsson, U., Engström, A., & Gustafsson, M.** (2014). Student nurses' experiences of the clinical learning environment in relation to the organization of supervision: A questionnaire survey. Nurse Education Today, 34, 661-666. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.06.023>

## MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY ĐỘT QUỴ NÃO NGƯỜI CAO TUỔI TẠI THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Minh Nguyệt<sup>1</sup>, Trần Văn Tuấn<sup>1</sup>, Lê Thị Quyên<sup>1</sup>,  
Món Thị Uyên Hồng<sup>1</sup>, Nguyễn Tiến Dũng<sup>1</sup>, Đặng Hoàng Nga<sup>2</sup>,  
Bùi Thị Huyền<sup>2</sup>, Dương Văn Tuyền<sup>3</sup>

### TÓM TẮT.

**Đặt vấn đề:** Đột quỵ là bệnh lý không lây nhiễm có tỷ lệ mắc cao, đồng thời là nguyên nhân gây tử vong và khuyết tật chủ yếu của người cao tuổi hiện nay.

**Mục tiêu:** Mô tả một số yếu tố nguy cơ gây đột quỵ não ở người cao tuổi tại thành phố Thái Nguyên.

**Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 901 người cao tuổi đang sinh sống trên địa bàn Thành phố Thái Nguyên.

**Kết quả:** Tuổi trung bình là 69,20 (năm), nữ giới chiếm tỉ lệ cao (63,3%); Tỷ lệ cao người cao tuổi bị tăng huyết áp (38,8%), đái tháo đường (15%), hút thuốc lá (9%), lạm dụng rượu (7,5%), có kiến thức đúng về thực phẩm chứa nhiều muối (68,1%), biết cách giảm lượng muối trong chế độ ăn (51,5%), không biết lượng muối ăn trong ngày hợp lý (72,8%). Người cao tuổi thường xuyên cho thêm muối vào thực phẩm khi chế biến (36,3%) và thêm muối trong khi ăn (39,4%), tuy nhiên phần lớn người cao tuổi hiếm khi hoặc không bao giờ ăn thực phẩm chế biến sẵn (75,6%) và thường xuyên ăn rau xanh (89,6%), ăn trái cây tươi (71,1%).

**Kết luận:** Tăng huyết áp, chế độ ăn nhiều muối, hút thuốc lá, lạm dụng rượu là những yếu tố nguy cơ gây đột quỵ não ở người cao tuổi tại thành phố Thái Nguyên.

**Từ khóa:** đột quỵ não, người cao tuổi, yếu tố nguy cơ gây đột quỵ

### SUMMARY

#### SOME RISK FACTORS FOR STROKES ON THE ELDERLY IN THAI NGUYEN CITY

**Background:** Stroke is a non-infectious disease with a high incidence rate, and is the main cause of death and disability in the elderly.

**Objectives:** Describe some risk factors for stroke on the elderly in Thai Nguyen.

**Methods:** Cross-sectional descriptive study conducted on 901 elderly people living in Thai Nguyen City.

**Results:** The average age is 69,20 (years), the rate of women (63,3%); hypertension (38,8%), diabetes (15%), smoke (9%); abuse alcohol (7,5%); 68,1% of the participants have good knowledge about food which contains a lot of salt, 51,5% of them know how to reduce the amount of salt in the diet and 72,8% do not know the appropriate amount of salt to eat in a day. The elderly people often add salt to food when cooking (36,3%) and adding salt while eating (39, 4%), however the majority of elderly people rarely or never eat processed foods (75, 6%) and regularly eat green vegetables (89,6%) and fresh fruits (71,1%).

**Conclusion:** Hypertension, high salt diet, smoking, alcohol abuse are risk factors for stroke

<sup>1</sup>Trường ĐHYD Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện TƯ Thái Nguyên

<sup>3</sup>ĐH Y khoa Đà Bắc

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Nguyệt  
SĐT: 0987273484

Email: nguyettkdhyd@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 08/7/2024

Ngày duyệt bài: 12/8/2024



on the elderly in Thai Nguyen city.

**Keywords:** stroke, elderly people, risk factors for stroke

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là một bệnh lý không lây nhiễm có tỷ lệ mắc cao và có xu hướng tăng lên ở người cao tuổi [1]. Đồng thời, đột quỵ não là nguyên nhân gây tử vong và khuyết tật chủ yếu của người cao tuổi hiện nay. Nhiều yếu tố nguy cơ gây đột quỵ não đã được xác định, như: tuổi cao, tăng huyết áp, bệnh lý tim mạch, rối loạn chuyển hóa lipid máu, hút thuốc lá, lạm dụng rượu, lười vận động, tiền sử từng xảy ra các cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua (TIAs)[2]... Trong các yếu tố nguy cơ đó, có những yếu tố nguy cơ hoàn toàn có thể thay đổi được thông qua việc điều trị bằng thuốc, thay đổi lối sống, chế độ ăn, chế độ vận động... Điều này có ý nghĩa quan trọng trong việc dự phòng đột quỵ não. Nhiều nghiên cứu được thực hiện trên thế giới, đặc biệt ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam, cho thấy sự thiếu hiểu biết của cộng đồng, của người cao tuổi về đột quỵ, các yếu tố nguy cơ gây đột quỵ và các hoạt động có ích cho việc dự phòng đột quỵ. Hàng năm, khoa Thần kinh - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên chẩn đoán và điều trị hàng nghìn người bệnh đột quỵ và số lượng bệnh nhân đột quỵ vẫn có xu hướng tăng lên. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu “Mô tả một số yếu tố nguy cơ gây đột quỵ não ở người cao tuổi tại thành phố Thái Nguyên”, từ đó đề ra các giải pháp can thiệp góp phần nâng cao hiểu biết của cộng đồng, đặc biệt là người cao tuổi tại Thái Nguyên về đột quỵ não.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 901 người cao tuổi đang sinh sống tại Phường Phan Đình Phùng và Phường

Hoàng văn Thụ, TP Thái Nguyên, Tỉnh Thái Nguyên.

Tiêu chuẩn chọn: Người cao tuổi đủ từ 55 tuổi trở lên, có khả năng giao tiếp được và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người cao tuổi có rối loạn về tâm thần, không hợp tác hoặc không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Thời gian: Từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 04 năm 2024.

Địa điểm nghiên cứu: Phường Phan Đình Phùng và Phường Hoàng văn Thụ, TP Thái Nguyên, Tỉnh Thái Nguyên.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang

Phương pháp: nghiên cứu mô tả

Cỡ mẫu tính theo công thức:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{(1-p)p}{(p\varepsilon)^2}$$

Trong đó:

- n : Số đối tượng cần nghiên cứu.

-  $Z_{1-\alpha/2}^2$ : Hệ số tin cậy của nghiên cứu.

Với  $\alpha = 0,05$  thì  $z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96^2$ .

- p là tỷ lệ người cao tuổi có các yếu tố nguy cơ đột quỵ là 30%.

-  $\varepsilon$ : Sai số tương đối của ước lượng, chúng tôi chọn  $\varepsilon = 10\%$  của p.

- Thay các giá trị vào công thức trên ta có:  $n = 896,3$

Số lượng người cao tuổi tối thiểu cần khảo sát trong nghiên cứu là 900 người.

Các bước tiến hành:

- Chọn 2 phường của thành phố Thái Nguyên có điều kiện tự nhiên, kinh tế, văn hoá - xã hội tương đối đồng nhất và đại diện cho thành phố Thái Nguyên.

- Lập danh sách người tuổi cao tuổi trên địa bàn, mỗi phường chọn tối thiểu 450 người đáp ứng tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

- Xây dựng bảng câu hỏi phỏng vấn người cao tuổi về các yếu tố nguy cơ gây đột quỵ não.

- Tiến hành phỏng vấn người cao tuổi theo mẫu phiếu thống nhất.

### 2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Thông tin về người cao tuổi: tuổi, giới, trình độ học vấn, thu nhập bình quân trong một năm, khả năng chi trả dịch vụ y tế...

- Một số yếu tố nguy cơ gây đột quỵ não

ở người cao tuổi: tuổi, giới, tình trạng hôn nhân, chế độ ăn, hút thuốc lá, lạm dụng rượu, chế độ vận động, tiền sử bệnh.

### 2.4. Xử lý số liệu

Theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 27.

### 2.5. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài đã được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

*Bảng 3.1. Một số đặc điểm đối tượng nghiên cứu*

| Tuổi (năm)                                                          | Trung bình $\bar{X} \pm SD$ | Nhỏ nhất     | Lớn nhất  |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------|-----------|
|                                                                     | 69,20±6,47                  | 55           | 93        |
|                                                                     | Độ tuổi                     | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|                                                                     | ≤ 65                        | 287          | 31,9      |
|                                                                     | 66-75                       | 465          | 51,6      |
|                                                                     | >75                         | 149          | 16,5      |
| Đặc điểm                                                            | Số lượng (n)                |              | Tỷ lệ (%) |
| Giới                                                                | Nam                         | 331          | 36,7      |
|                                                                     | Nữ                          | 570          | 63,3      |
| Dân tộc                                                             | Kinh                        | 788          | 87,5      |
|                                                                     | Khác                        | 113          | 12,5      |
| Tình trạng hôn nhân                                                 | Kết hôn/Sống cùng           | 726          | 80,6      |
|                                                                     | Góa/ Ly hôn/Độc thân        | 175          | 19,4      |
| Trình độ học vấn                                                    | Không đi học/ Cấp 1, 2      | 326          | 36,2      |
|                                                                     | Cấp 3 trở lên               | 575          | 63,8      |
| Thu nhập hàng năm và phân loại kinh tế hộ gia đình (triệu đồng/năm) | Trung bình $\bar{X} \pm SD$ | Nhỏ nhất     | Lớn nhất  |
|                                                                     | 108,60±102,19               | 10           | 853       |
|                                                                     | Phân loại kinh tế           | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|                                                                     | Nghèo, cận nghèo            | 43           | 5,8       |
|                                                                     | Trung bình                  | 774          | 85,9      |
|                                                                     | Khá giả                     | 84           | 9,3       |
| Khả năng chi trả DVYT                                               | Đặc điểm                    | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|                                                                     | Rất dễ                      | 83           | 9,2       |
|                                                                     | Tương đối dễ                | 579          | 64,3      |
|                                                                     | Khó, rất khó                | 239          | 26,5      |

Kết quả bảng 3.1 cho thấy, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 69,20 (năm), tỷ lệ đối tượng nghiên cứu là nữ giới chiếm 63,3%, người dân tộc kinh là 87,5%, học hết cấp 3 trở lên là 63,8% và đang trong mối quan hệ hôn nhân hoặc sống cùng là 80,6%.



**Biểu đồ 3.1. Một số tiền sử của đối tượng nghiên cứu**

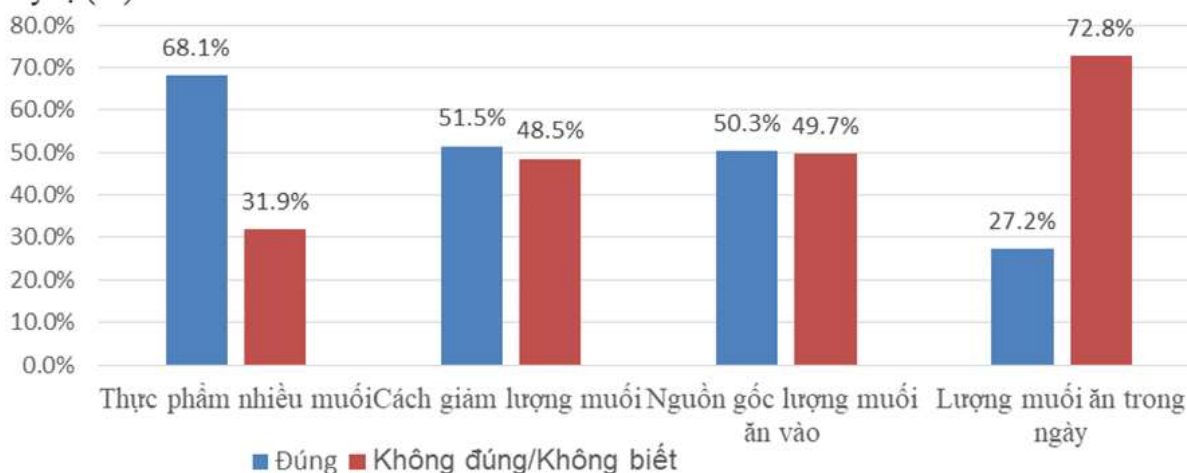
Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy, tỷ lệ người cao tuổi tăng huyết áp là 38,8% và đái tháo đường 15,0%

**Bảng 3.2. Tiền sử tiêm vắc xin Covid 19 và mắc Covid 19**

| Tiền sử                 |       | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------|-------|--------------|-----------|
| Số mũi tiêm VX Covid 19 | Không | 5            | 0,6       |
|                         | 1-2   | 79           | 8,6       |
|                         | ≥ 3   | 817          | 90,8      |
| Mắc Covid 19            | Không | 411          | 45,6      |
|                         | Có    | 490          | 54,4      |

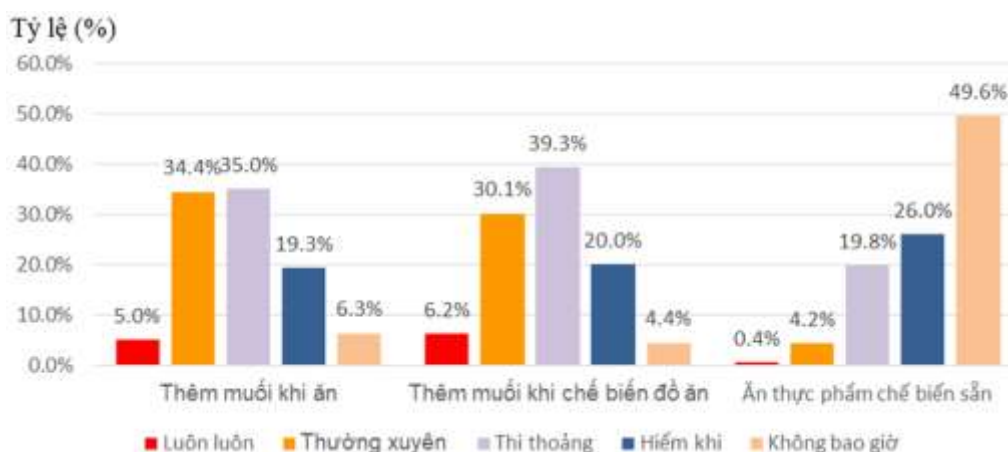
Kết quả bảng 3.2 cho thấy, người cao tuổi được tiêm từ 3 mũi vắc xin phòng Covid 19 chiếm 90,8%.

Tỷ lệ (%)



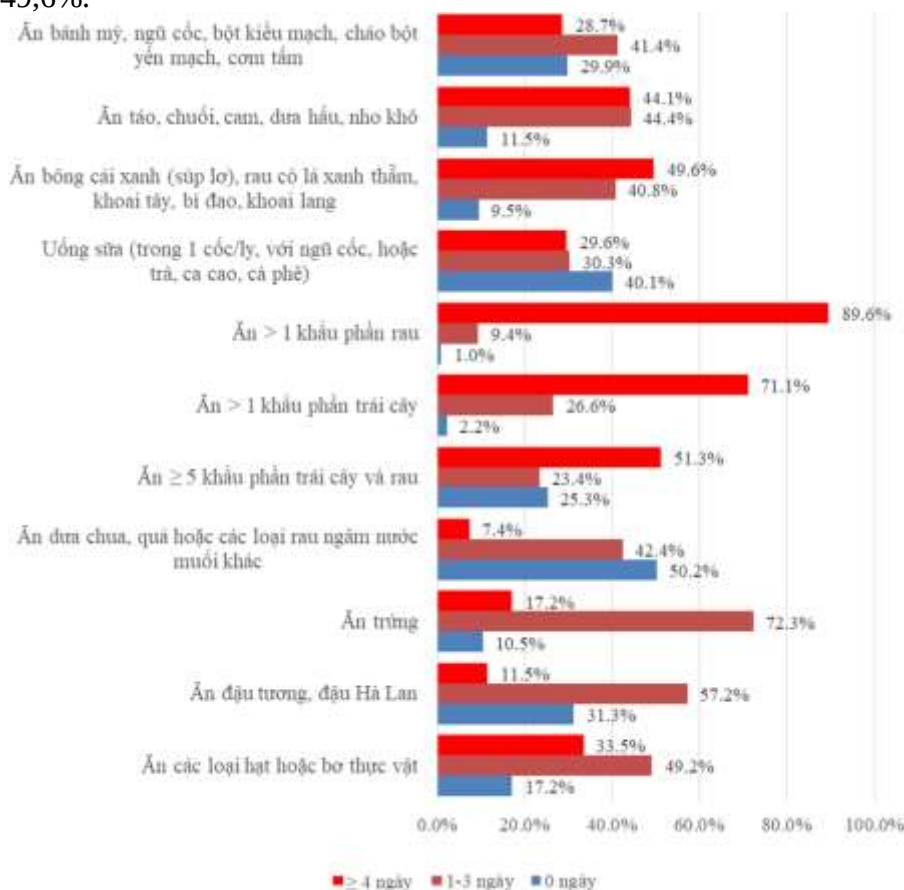
**Biểu đồ 3.2. Kiến thức về muối của người cao tuổi tại Thái Nguyên**

Kết quả biểu đồ 3.2 cho thấy, tỷ lệ người cao tuổi có kiến thức đúng về thực phẩm chứa nhiều muối là 68,1%, chưa biết lượng muối ăn trong ngày hợp lý là bao nhiêu là 72,8%.



**Biểu đồ 3.3. Thực trạng sử dụng muối của người cao tuổi tại Thái Nguyên**

Kết quả biểu đồ 3.3 cho thấy, tỷ lệ người cao tuổi thường xuyên thêm muối vào thực phẩm khi chế biến là 34,4%, thêm vào khi ăn là 30,1% và không bao giờ ăn thực phẩm chế biến sẵn là 49,6%.



**Biểu đồ 3.4. Thực trạng khẩu phần ăn của người cao tuổi tại Thái Nguyên**

Kết quả biểu đồ 3.4 cho thấy, tỷ lệ người cao tuổi có từ 4 ngày trở lên trong mỗi tuần ăn trên một khẩu phần rau mỗi ngày là 89,6% và ăn trên một khẩu phần trái cây mỗi ngày là 71,1%.

**Bảng 3.3. Hoạt động thể lực ở người cao tuổi tại Thái Nguyên**

| Tiền sử                                                     |              | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------------------------------------|--------------|--------------|-----------|
| <b>Hoạt động thể lực gắng sức<br/>(ít nhất 10 phút/lần)</b> | Không        | 697          | 77,4      |
|                                                             | 1-2 ngày     | 45           | 5,0       |
|                                                             | $\geq 3$ lần | 159          | 17,6      |
| <b>Hoạt động thể lực vừa sức<br/>(ít nhất 10 phút/lần)</b>  | Không        | 215          | 23,9      |
|                                                             | 1-2 ngày     | 45           | 5,0       |
|                                                             | $\geq 3$     | 641          | 71,1      |
| <b>Đi bộ (ít nhất 10 phút/lần)</b>                          | Không        | 153          | 17,0      |
|                                                             | 1-2 ngày     | 48           | 5,3       |
|                                                             | $\geq 3$     | 700          | 77,7      |

Kết quả bảng 3.3 cho thấy, tỷ lệ người cao tuổi có ít nhất 10 phút mỗi ngày và trên 3 ngày mỗi tuần thực hiện hoạt động thể lực vừa sức là 71,1% và đi bộ là 77,7%.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 901 người cao tuổi trên địa bàn thành phố Thái Nguyên, từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 4 năm 2024. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $69,20 \pm 6,47$  (năm), thấp nhất là 55 tuổi và cao nhất là 93 tuổi, trong đó độ tuổi từ 55 đến 75 tuổi chiếm tỷ lệ cao (83,4%), kết quả này của chúng tôi cao hơn với độ tuổi trung bình là  $64,85 \pm 9,69$  (năm) trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Triệu [3], sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Triệu là người bệnh tăng huyết áp đang điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, trong khi đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là người cao tuổi tại cộng đồng. Đối tượng nghiên cứu là nữ giới chiếm đa số (63,3%) và phần lớn là người dân tộc kinh (87,5%), đây là dân tộc phổ biến sinh sống trên địa bàn thành phố Thái Nguyên. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu vẫn đang trong mối quan hệ hôn nhân (80,6%), cao hơn với tỷ lệ 66% trong nghiên

cứu của Sakr F [4]. Trình độ học vấn từ hết cấp 3 trở lên chiếm tỷ lệ khá cao (63,8%), cao hơn tỷ lệ 44% trong nghiên cứu của Sakr F [4] và tỷ lệ 46,4% trong nghiên cứu của Malaeb D [5]. Hầu hết đối tượng nghiên cứu có mức thu nhập từ trung bình trở lên (95,2%) và đa số họ tự nhận thấy khả năng chi trả cho các dịch vụ y tế tương đối dễ dàng (73,5%).

##### 4.2. Mô tả một số yếu tố nguy cơ đột quỵ não ở người cao tuổi tại thành phố Thái Nguyên

Ở người cao tuổi, tăng huyết áp được xác định là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất có liên quan đến đột quỵ não [3]. Đồng thời, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid máu, thói quen uống rượu, bia, hút thuốc lá, ít hoạt động thể lực cũng là những yếu tố nguy cơ của đột quỵ não đã được nhiều nghiên cứu chỉ ra [3]. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, tăng huyết áp được xác định là bệnh lý đi kèm thường gặp nhất ở người cao tuổi (38,8%), kết quả này của chúng tôi thấp hơn rất nhiều so với tỷ lệ tăng huyết áp là 65,24% trong nghiên cứu của Liu X [6], sự khác biệt này có thể do chúng tôi lựa chọn đối tượng nghiên cứu từ 55 tuổi trở lên và có nhiều người cao tuổi trong nghiên cứu cho biết họ không có thói quen khám bệnh định kỳ mà chỉ đi khám bệnh khi có các vấn đề sức khỏe

nên chưa được phát hiện và chẩn đoán bệnh lý tăng huyết áp. Bên cạnh tăng huyết áp, đái tháo đường cũng là một bệnh lý gặp ở nhiều người cao tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ người cao tuổi mắc đái tháo đường trong nghiên cứu này là 15,0%. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn nhiều so với tỷ lệ 24,89% trong nghiên cứu của Liu X [6]. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có một tỷ lệ không nhỏ người cao tuổi sống một mình, không có bảo hiểm y tế, không có điều kiện chi trả cho các dịch vụ y tế và không có thói quen khám sàng lọc sức khỏe định kỳ. Tuy nhiên, tỷ lệ người cao tuổi tăng huyết áp và đái tháo đường trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tỷ lệ tăng huyết áp là 12,3% và đái tháo đường là 7,2% trong nghiên cứu của Malaeb D [5], sự khác biệt này có thể do nghiên cứu thực hiện tại hai khu vực khác nhau nên có sẵn những khác biệt về chủng tộc, thói quen ăn uống của người dân ở những khu vực này.

Người cao tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi đã được tiêm vắc xin covid 19 từ một mũi trở lên là 99,4% và có đến 54,4% người cao tuổi trong nghiên cứu từng được chẩn đoán mắc covid 19 ít nhất một lần trước đó. Nhiều nghiên cứu chỉ ra mối liên quan giữa tiêm vắc xin covid 19 với sự gia tăng nguy cơ xuất hiện đột quỵ nhồi máu não, đặc biệt sau liều đầu tiên trong vòng 21 ngày [7], tuy nhiên thời điểm sau mũi tiêm vắc xin covid 19 cuối cùng của người cao tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn 21 ngày rất nhiều.

Về việc lạm dụng rượu, bia và hút thuốc lá, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ đáng kể người cao tuổi đang hút thuốc lá (9,0%), lạm dụng rượu (7,5%), kết quả này của chúng tôi thấp hơn không đáng kể với tỷ lệ hút thuốc lá 13,52% và lạm dụng rượu

8,8% nghiên cứu của Liu X [6]. Tuy nhiên, tỷ lệ người cao tuổi ghi nhận có sử dụng rượu, bia vài lần mỗi tuần và mỗi lần từ 5 chén rượu hoặc 5 cốc bia trở lên lại cao hơn tỷ lệ này khá nhiều (9,8%). Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra, việc sử dụng rượu với lượng hơn 2 ly mỗi ngày hoặc hút thuốc lá có thể gây tăng huyết áp, gây ra một số vấn đề về tim như rung nhĩ, bệnh cơ tim, tổn thương thành mạch, hoặc ảnh hưởng đến quá trình đông máu[1], từ đó dẫn đến tăng nguy cơ đột quỵ não.

Bên cạnh các yếu tố nguy cơ gây đột quỵ như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid, lạm dụng rượu, hút thuốc lá hoặc thuốc lá, khi tìm hiểu về một số yếu tố nguy cơ gây đột quỵ não ở người cao tuổi tại thành phố Thái Nguyên, chúng tôi tìm hiểu thêm về kiến thức của người cao tuổi trong việc thực hiện chế độ ăn giảm muối, một trong các yếu tố quan trọng góp phần điều trị và dự phòng tăng huyết áp và dự phòng các bệnh lý tim mạch khác [1]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ cao người cao tuổi trả lời đúng các câu hỏi liên quan đến kiến thức sử dụng muối như biết được đúng loại thực phẩm chứa nhiều muối (68,1%), biết cách giảm lượng muối ăn vào (51,5%) và biết nguồn gốc lượng muối ăn vào cơ thể đến từ đâu (50,3%). Tuy nhiên, khi được hỏi về lượng muối trung bình mà mỗi người cần bổ sung hàng ngày là bao nhiêu thì phần lớn người cao tuổi trả lời không đúng hoặc không biết (72,8%). Điều này cho thấy, kiến thức về sử dụng muối trong dự phòng và điều trị tăng huyết áp của người cao tuổi tại Thái Nguyên chưa được đầy đủ và chưa toàn diện. Mặt khác, trong thực hành hàng ngày có tỷ lệ khá cao người cao tuổi thường xuyên cho thêm muối vào thực phẩm khi chế biến thức ăn (36,3%) và

thêm muối vào thức ăn trên bàn ăn (39,4%), có thể thấy phần lớn người cao tuổi biết chế độ ăn nhạt là tốt và cần thiết giúp dự phòng và điều trị tăng huyết áp nhưng lại chưa biết ăn nhạt như thế nào là đúng và chưa thực hành tốt việc ăn nhạt trong đời sống hàng ngày. Nguyên nhân chính của tình trạng này có thể bắt nguồn từ thói quen ăn mặn của người dân trong quá khứ, đồng thời việc thiếu hiểu biết về nguyên nhân gây tăng huyết áp, nguyên nhân gây đột quỵ não, mối liên quan giữa tăng huyết áp và đột quỵ não và những hậu quả nghiêm trọng như tử vong và di chứng tàn phế do đột quỵ não gây ra cũng là những yếu tố ảnh hưởng không nhỏ đến nhận thức của người cao tuổi và quyết tâm thực hiện chế độ ăn nhạt ở người cao tuổi. Mặc dù vậy, phần lớn trong số họ lại không ăn hoặc hiếm khi ăn đồ ăn chế biến sẵn, một loại thực phẩm được biết đến có hàm lượng muối cao. Khảo sát về chế độ ăn của người cao tuổi tại thành phố Thái Nguyên, chúng tôi dùng bảng câu hỏi ghi tần suất sử dụng một số loại thực phẩm theo số khẩu phần ăn mỗi ngày và số ngày ăn mỗi tuần. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ cao người cao tuổi trong nghiên cứu có ít nhất 4 ngày trong một tuần ăn nhiều hơn một khẩu phần rau xanh mỗi ngày (89,6%) và ăn nhiều hơn một khẩu phần trái cây mỗi ngày (71,1%), đồng thời, tỷ lệ cao người cao tuổi tại Thái Nguyên ăn các bơ thực vật, dầu thực vật thay cho mỡ động vật và ăn các loại hạt như đậu tương, đậu Hà Lan, bông cải xanh, rau có lá xanh thẫm, bí đao, khoai tây, khoa lang nhưng với tần suất thưa hơn, khoảng 1-3 lần mỗi tuần, đây là những loại thực phẩm được khuyến khích sử dụng trong chế độ ăn giúp cải thiện tình trạng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid máu và có ý nghĩa trong việc dự phòng dự phòng các bệnh lý tim

mạch, dự phòng đột quỵ não [1] [8]. Tuy nhiên, vẫn còn một tỷ lệ đáng kể người cao tuổi thường xuyên ăn trứng gà hoặc trứng vịt ít nhất một quả mỗi ngày và ăn từ bốn ngày trở lên mỗi tuần (17,2%), đây là những yếu tố nguy cơ có liên quan đến sự xuất hiện đột quỵ não nhưng có thể thay đổi được.

Về hoạt động thể lực, tỷ lệ cao người cao tuổi tại Thái Nguyên hoạt động thể lực mức độ vừa như chơi cầu lông, bóng bàn, đạp xe trên mười phút mỗi lần, trên 3 ngày mỗi tuần (71,7%), đi bộ mỗi lần khoảng mười phút và trên 3 ngày mỗi tuần (77,7%), đây là những yếu tố tích cực góp phần giảm nguy cơ gây tăng huyết áp, các bệnh tim mạch khác và giảm nguy cơ tử vong, đồng thời giảm nguy cơ gây đột quỵ não [1]. Tỷ lệ cao người cao tuổi tại thành phố Thái Nguyên duy trì các hoạt động thể lực có thể do người cao tuổi trên địa bàn thành phố Thái Nguyên phần lớn thuộc đối tượng hưu trí nên họ có thời gian tham gia các câu lạc bộ người cao tuổi, tham gia các hoạt động, phong trào thể thao tại khu phố nơi họ sống như đi bộ, chạy, cầu lông, bóng chuyền hơi, bóng bàn... Bên cạnh đó, một số người cao tuổi trên địa bàn thực hiện nghiên cứu này làm nghề tự do, không có lương hưu, không có các khoản bảo trợ xã hội khác nên họ vẫn tham gia lao động nặng nhọc hoặc vừa sức để mưu sinh. Do vậy, họ có hoạt động thể lực và đi bộ trong thời gian dài hàng ngày.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu “Mô tả một số yếu tố nguy cơ gây đột quỵ não ở người cao tuổi tại thành phố Thái Nguyên” cho thấy: Tăng huyết áp, chế độ ăn nhiều muối, hút thuốc lá, lạm dụng rượu là những yếu tố nguy cơ gây đột quỵ não ở người cao tuổi tại Thái Nguyên.

## VI. KIẾN NGHỊ

Cần thiết phải tổ chức các buổi truyền thông, tư vấn cho người cao tuổi về các yếu tố nguy cơ gây đột quỵ, về việc dự phòng và điều trị các bệnh lý liên quan đến đột quỵ, tư vấn lối sống và chế độ ăn góp phần dự phòng đột quỵ. Đây là hoạt động cần được thực hiện thường xuyên.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tô Mười** (2020). Nghiên cứu tỷ lệ tiền tăng huyết áp và ảnh hưởng lên cơ quan đích ở người trưởng thành tỉnh Quảng Nam, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế.
2. **Nguyễn Văn Triệu** (2023). Khảo sát sự hiểu biết về các yếu tố nguy cơ và mức độ nguy hiểm của bệnh lý đột quỵ não ở 726 bệnh nhân tăng huyết áp, Tạp chí Y Học Quân sự 364(5-6/2023), 8-12.
3. **Nguyễn Văn Triệu** (2023). Khảo sát kiến thức về các yếu tố nguy cơ gây đột quỵ não ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Tạp chí Y dược học lâm sàng 108, 18(5/2023), 8-15.
4. **Sakr F, Safwan J, Cherfane M, et al** (2023). Knowledge and Awareness of Stroke among the Elderly Population: Analysis of Data from a Sample of Older Adults in a Developing Country, Medicina (Kaunas), 59(12).
5. **Malaeb D, Dia N, Haddad C, et al** (2022). Factors associated with knowledge and awareness of stroke among the Lebanese population: A cross-sectional study, F1000Res, 11, 425.
6. **Liu X, Gui H, Yao S, et al** (2021). Age-Related Disparities in Stroke Knowledge Among Community Older Adults, Front Neurol, 12, 717472.
7. **Nahab F, Bayakly R, Sexton ME, et al** (2023). Factors associated with stroke after COVID-19 vaccination: a statewide analysis, Front Neurol, 14, 1199745.
8. **David Spence J** (2018). Advances in Stroke Prevention, J Transl Int Med, 6(3), 105-114.



## THỰC TRẠNG CÔNG TÁC CHUẨN BỊ BỆNH NHI TRƯỚC PHẪU THUẬT CÓ KẾ HOẠCH TẠI KHOA NGOẠI NHI - BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Hùng Thị Thu Hòa<sup>1</sup>, Đào Trọng Quân<sup>2</sup>,  
Hoàng Thị Thùy Linh<sup>3</sup>, Ngô Thị Thanh Thủy<sup>4</sup>

### TÓM TẮT.

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng chuẩn bị bệnh nhi trước phẫu thuật có kế hoạch tại khoa Ngoại nhi - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2022.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu tiến hành trên 158 bệnh nhi được phẫu thuật có kế hoạch từ 3/2022 đến 8/2022

**Kết quả:** Có 67,1% bệnh nhi chưa được đánh dấu vị trí phẫu thuật, 65,8% người bệnh chưa được băng vùng da mổ trước phẫu thuật, có 3,2% bệnh nhi chưa có đủ phiếu khám mê trước mổ, 100% bệnh nhi được thắt tháo phân, thay quần áo, tắm gội, đeo vòng tay, được vận chuyển bằng phương tiện vận chuyển và được bàn giao với phòng mổ, 100% bệnh nhi được đo chiều cao cân nặng, được tắm gội, được làm đầy đủ xét nghiệm, đủ phiếu khám và có đủ phiếu cam kết, duyệt mổ trước phẫu thuật.

**Kết luận:** Hầu hết công tác chuẩn bị bệnh nhi trước mổ tại Khoa Ngoại nhi được thực hiện khá tốt, tuy nhiên công tác đánh dấu vị trí phẫu thuật và khám mê trước mổ chưa được tiến hành kỹ lưỡng.

**Từ khóa:** Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ, khám mê, đánh dấu vị trí phẫu thuật.

### SUMMARY

#### CURRENT STATUS OF PREPARATION OF PEDIATRIC PATIENTS BEFORE PLANNED SURGERY AT THE PEDIATRIC SURGICAL DEPARTMENT - THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

**Objective:** Describe the current situation of preparing pediatric patients before planned surgery at the Department of Pediatric Surgery - Thai Nguyen National Hospital in 2022.

**Subjects and methods:** Prospective descriptive study was conducted on 158 pediatric patients undergoing planned surgery from March 2022 to August 2022.

**Results:** 67.1% of pediatric patients did not have the surgical site marked, 65.8% of patients did not have the surgical skin bandaged before surgery, and 3.2% of pediatric patients did not have enough pre-operative anesthesia examination sheets, 100% of pediatric patients received enemas, changed clothes, bathed, wore bracelets, were transported by means of transport and were handed over to the operating room, 100% of pediatric patients had their height and

<sup>1</sup>Khoa Ngoại Nhi - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

<sup>3</sup>Phòng Điều dưỡng - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

<sup>4</sup>Khoa Hô hấp - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hùng Thị Thu Hòa  
SĐT: 0817728383

Email: hungthuhua1234@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 21/6/2024

Ngày duyệt bài: 02/8/2024

weight measured, and were bathed, have all the tests done, have all the examination forms and have all the commitment forms and pre-operative approval.

**Conclusion:** Most of the pre-operative preparation of pediatric patients at the Pediatric Surgery Department is done quite well, however the work of marking the surgical site and pre-operative anesthesia examination has not been carried out carefully.

**Keywords:** Preoperative patient preparation, anesthesia examination, marking the surgical site.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với lịch sử hình thành và phát triển lâu đời qua nhiều thời kỳ, ngày nay ngoại khoa đã và đang khẳng định vai trò của mình trong nền y học thế giới. Nếu phẫu thuật là một sự can thiệp trực tiếp vào hệ thống giải phẫu sinh lý của bệnh nhân thì công tác của người điều dưỡng là chuẩn bị tiền đề về thể chất và tinh thần cho người bệnh để tiếp nhận sự can thiệp đó một cách thuận lợi và thành công hơn.

Phẫu thuật là một sang chấn có ảnh hưởng lớn đến thể chất và tinh thần của người bệnh đặc biệt là bệnh nhi. Vì vậy phải chăm sóc trước mổ cho người bệnh một cách chu đáo về thể chất, tinh thần. 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 không thể thiếu vai trò của công việc chuẩn bị bệnh nhân trước mổ. Công việc này được thể hiện bởi một ê-kíp: điều dưỡng, bác sĩ điều trị, phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê... Trong đó vai trò của người điều dưỡng rất quan trọng trong việc chuẩn bị bệnh nhi trước mổ. Điều dưỡng cần nắm những thông

tin cơ bản về người bệnh như bệnh tật và các rối loạn kèm theo; hiểu và biết phản ứng của người bệnh trước mổ; biết cách đánh giá những xét nghiệm tiền phẫu và biết lượng giá những thay đổi của cơ thể, nguy cơ, biến chứng liên quan đến phẫu thuật.

Tại Việt Nam, theo kết quả nghiên cứu năm 2015 của Dương Quốc Nhật khảo sát thực trạng công tác chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật tim hở ở người trưởng thành, tại đơn vị phẫu thuật tim mạch - viện Tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai cho thấy 100% người bệnh đều được đảm bảo công tác về chăm sóc: thực tháo, vệ sinh, thay quần áo, động viên tinh thần, hướng dẫn chế độ ăn. 98,9% người bệnh được đeo vòng tay ghi thông tin người bệnh và 100% đều được đưa đến phòng phẫu thuật [4], chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật tốt sẽ làm giảm đi các tai biến trong và sau phẫu thuật, giúp người bệnh có tâm lý tốt yên tâm tin tưởng hơn khi phẫu thuật giảm các thắc mắc khiếu kiện liên quan đến thiếu hiểu biết của người nhà về tình trạng bệnh người thân của họ. xuất phát từ những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: ***Mô tả thực trạng chuẩn bị bệnh nhi trước phẫu thuật có kế hoạch tại khoa Ngoại nhi - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2022.***

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhi mổ có kế hoạch tại khoa Ngoại nhi - Bệnh Viện trung ương Thái Nguyên.

\* Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhi phẫu thuật có kế hoạch tại khoa Ngoại Nhi.

\* Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhi phẫu thuật cấp cứu, người đại diện cho bệnh nhi không đồng ý tham gia nghiên cứu.

## **2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

- Thời gian: nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3 năm 2022 đến tháng 8 năm 2022

- Địa điểm: khoa Ngoại Nhi- Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

## **2.3. Phương pháp nghiên cứu**

### **2.3.1. Thiết kế nghiên cứu**

Mô tả cắt ngang

### **2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

- Cỡ mẫu: chọn toàn bộ bệnh nhi mổ có kế hoạch tại khoa Ngoại Nhi. Trong nghiên cứu chọn được 158 bệnh nhi tham gia nghiên cứu

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

### **2.4. Biến số nghiên cứu**

Bệnh nhi là trẻ em dưới 15 tuổi

- Tuổi: là số tuổi dương lịch được tính bằng năm 2022 trừ đi năm sinh trong nghiên cứu chia làm 3 nhóm

+Nhóm 1 từ 0 đến 5 tuổi

+Nhóm 2 từ 6 đến 10 tuổi

+ Nhóm 3 từ 11 đến 15 tuổi

- Giới tính: Giới nam hoặc nữ

- Dân tộc: kinh/khác

- Trẻ em tính theo chiều cao/ cân nặng

- Tuân thủ quy trình chuẩn bị trước phẫu thuật: sự thực hiện chuẩn bị trước phẫu thuật cho người bệnh của điều dưỡng

Bộ công cụ và tiêu chí đánh giá

Bộ công cụ được nhóm nghiên cứu tự xây dựng gồm 2 phần

Phần 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu: Họ tên, tuổi, giới, dân tộc, chỉ số

chiều cao cân nặng của trẻ

Phần 2: Bảng kiểm quy trình chuẩn bị trước phẫu thuật gồm 2: gồm phần chuẩn bị bệnh nhi trước ngày phẫu thuật (gồm 15 nội dung). Phần chuẩn bị bệnh nhi ngày phẫu thuật gồm 9 nội dung. Mỗi được thực hiện được tính 1 điểm, không thực hiện tính 0 điểm. Tổng điểm cao nhất là 24 điểm, thấp nhất là 0 điểm.

Đánh giá chung về quy trình chuẩn bị bệnh nhi trước phẫu thuật được chia làm 2 mức độ: Đầy đủ là khi chuẩn bị đạt tất cả các bước trong quy trình (24 điểm) và không đầy đủ là khi thực hiện thiếu ít nhất 1 bước theo quy trình (< 24 điểm)

### **2.5. Phương pháp thu thập số liệu**

- Số liệu được thu thập qua các bước sau:

+ Sử dụng thông tin trên hồ sơ bệnh án

+ Quan sát và chăm theo bảng kiểm thực hiện chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật. Mỗi điều dưỡng được quan sát ngẫu nhiên 2 lần thực hiện quy trình chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật có kế hoạch và họ không được thông báo trước

### **2.6. Phương pháp xử lý số liệu**

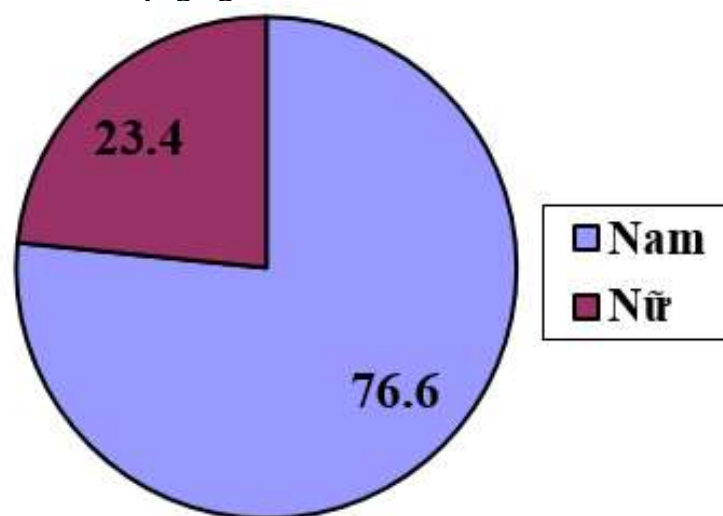
Dữ liệu sau khi được thu thập được mã hóa, nhập và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 23.0, với mức ý nghĩa thống kê là <0,05.

### **2.7. Đạo đức trong nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được sự đồng ý của Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Đối tượng nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Thông tin của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

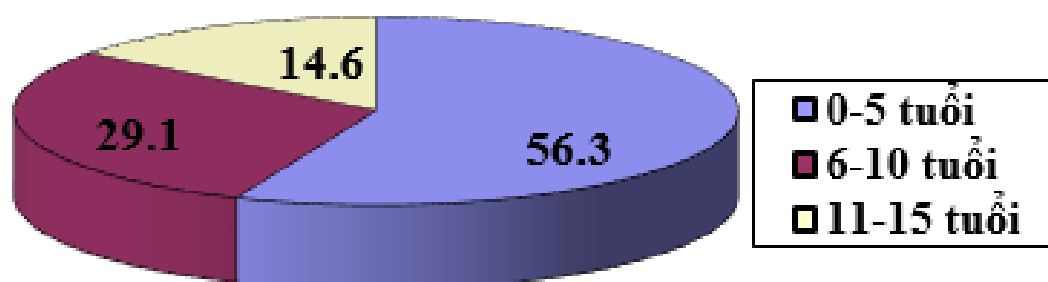
### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu



**Biểu đồ 3.1. Đặc điểm giới tính của bệnh nhi**

**Nhận xét:** Trong số 158 bệnh nhi tham gia nghiên cứu, có 76,6% là trẻ nam và 23,4% là trẻ nữ



**Biểu đồ 3.2. Đặc điểm độ tuổi của bệnh nhi**

**Nhận xét:** Có 56,3% bệnh nhi ở độ tuổi dưới 5 tuổi. Có 29,1% bệnh nhi ở độ tuổi từ 6 đến 10 tuổi và 14,6% bệnh nhi ở độ tuổi từ 11 đến 15 tuổi.

**Bảng 3.1. Đặc điểm dân tộc và thời gian chờ mổ**

| Đặc điểm         |             | Số lượng | Tỷ lệ % |
|------------------|-------------|----------|---------|
| Dân tộc          | Kinh        | 109      | 69,0    |
|                  | Khác        | 49       | 31,0    |
| Thời gian chờ mổ | 1 ngày      | 66       | 41,8    |
|                  | 2-3 ngày    | 62       | 39,2    |
|                  | Trên 3 ngày | 30       | 19,0    |

**Nhận xét:** Chủ yếu bệnh nhi là dân tộc kinh, chiếm 69,0%. Có 41,8% bệnh nhi được mổ ngay trong ngày đầu tiên, có 39,2% người bệnh phải chờ mổ từ 2-3 ngày và 19,0% người bệnh phải chờ mổ trên 3 ngày.

**3.2. Kết quả khảo sát việc chuẩn bị bệnh nhi trước phẫu thuật****Bảng 3.2. Công tác tư vấn, giải thích và động viên người bệnh của bác sĩ, điều dưỡng**

| STT | Nội dung                                                                                                | Có thực hiện |     | Không thực hiện |   |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----|-----------------|---|
|     |                                                                                                         | SL           | %   | SL              | % |
| 1   | Người bệnh được NVYT động viên                                                                          | 158          | 100 | 0               | 0 |
| 2   | Người nhà được nghe bác sỹ tư vấn tình trạng bệnh, phương pháp mổ, nguy cơ biến chứng                   | 158          | 100 | 0               | 0 |
| 3   | Người nhà được Đ D hướng dẫn chế độ ăn uống vệ sinh, PHCN phòng ngừa biến chứng trong và sau phẫu thuật | 158          | 100 | 0               | 0 |
| 4   | Người nhà được Đ D thông báo các ảnh hưởng sau phẫu thuật như đau, có dẫn lưu                           | 158          | 100 | 0               | 0 |
| 5   | Người nhà được Đ D hướng dẫn phối hợp cùng nhân viên y tế                                               | 158          | 100 | 0               | 0 |
| 6   | Người nhà được Đ D hướng dẫn tắm gội vệ sinh trước ngày mổ                                              | 158          | 100 | 0               | 0 |
| 7   | Người nhà được Đ D hướng dẫn nhịn ăn uống trước phẫu thuật 6h                                           | 158          | 100 | 0               | 0 |
| 8   | Người nhà được Đ D hướng dẫn cắt lông móng, tóc trước phẫu thuật                                        | 158          | 100 | 0               | 0 |

**Nhận xét:** Tất cả các bệnh nhân được bác sỹ và điều dưỡng tư vấn, giải thích và động viên đầy đủ ở ngày trước mổ.

**Bảng 3.3. Kết quả chuẩn bị bệnh nhi và các thủ tục hành chính cần thiết trước mổ**

| STT | Nội dung                                                                                                                                              | Có thực hiện |      | Không thực hiện |     |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|-----------------|-----|
|     |                                                                                                                                                       | SL           | %    | SL              | %   |
| 1   | Người bệnh được điều dưỡng đo chiều cao cân nặng                                                                                                      | 158          | 100  | 0               | 0   |
| 2   | Người bệnh đã tắm, gội trước ngày mổ theo quy định                                                                                                    | 158          | 100  | 0               | 0   |
| 3   | Bệnh nhi có đầy đủ các kết quả cận lâm sàng (Công thức máu, sinh hóa máu, đông máu, nhóm máu, vi sinh, X-quang, điện tim...) theo chỉ định của bác sỹ | 158          | 100  | 0               | 0   |
| 4   | Bệnh nhi có đủ kết quả khám chuyên khoa                                                                                                               | 158          | 100  | 0               | 0   |
| 5   | Bệnh nhi có đủ phiếu chuẩn bị bệnh nhi trước mổ của điều dưỡng                                                                                        | 158          | 100  | 0               | 0   |
| 6   | Bệnh nhi có đủ phiếu cam kết, duyệt mổ...                                                                                                             | 158          | 100  | 0               | 0   |
| 7   | Bệnh nhi có đủ phiếu khám mê trước mổ                                                                                                                 | 153          | 96,8 | 5               | 3,2 |

**Nhận xét:** Có 3,2% bệnh nhi chưa có đủ phiếu khám mê trước mổ. Tất cả bệnh nhi được đo chiều cao cân nặng, được tắm gội, được làm đầy đủ xét nghiệm

**Bảng 3.4. Kết quả chuẩn bị bệnh nhi của bác sỹ và điều dưỡng ngày phẫu thuật**

| STT | Nội dung                                                                          | Có thực hiện |      | Không thực hiện |      |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|-----------------|------|
|     |                                                                                   | SL           | %    | SL              | %    |
| 1   | Người bệnh được ĐD thực tháo phân                                                 | 158          | 100  | 0               | 0    |
| 2   | Người bệnh nhịn ăn uống trước phẫu thuật 6h                                       | 157          | 99,4 | 1               | 0,6  |
| 3   | Người bệnh được bác sỹ đánh dấu vị trí phẫu thuật                                 | 52           | 32,9 | 106             | 67,1 |
| 4   | Người bệnh được điều dưỡng sát khuẩn băng kín vùng da mổ                          | 54           | 34,2 | 104             | 65,8 |
| 5   | Bệnh nhi được vệ sinh tắm gội thay quần áo, tháo bỏ trang sức, răng giả           | 158          | 100  | 0               | 0    |
| 6   | Bệnh nhi được Đ D đo dấu hiệu sinh tồn trước khi chuyển mổ                        | 158          | 100  | 0               | 0    |
| 7   | Bệnh nhi được Đ D đeo vòng tay ghi tên, tuổi, chẩn đoán, khoa                     | 158          | 100  | 0               | 0    |
| 8   | Bàn giao bệnh nhi và hồ sơ bệnh án được Đ D giữa hai khoa giao nhận theo quy định | 158          | 100  | 0               | 0    |
| 9   | Bệnh nhi được vận chuyển bằng phương tiện vận chuyển                              | 158          | 100  | 0               | 0    |

**Nhận xét:** Có 67,1% bệnh nhi chưa được đánh dấu vị trí phẫu thuật. 65,8% người bệnh chưa được băng vùng da mổ trước phẫu thuật.

**Bảng 3.5. Đánh giá chung công tác chuẩn bị bệnh nhi trước phẫu thuật có kế hoạch**

| Chuẩn bị bệnh nhi trước phẫu thuật | Số lượng | Tỷ lệ |
|------------------------------------|----------|-------|
| Đầy đủ                             | 49       | 31,0  |
| Chưa đầy đủ                        | 109      | 69,0  |

**Nhận xét:** Có 31,0% bệnh nhi được chuẩn bị được thực hiện đầy đủ tất cả các bước trong quy trình chuẩn bị trước phẫu thuật. Có 69,0% người bệnh còn thiếu 1-2 bước trong quy trình chuẩn bị trước phẫu thuật

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

###### \* Đặc điểm về tuổi và giới của bệnh nhi

Kết quả nghiên cứu cho thấy, Trong số 158 bệnh nhi tham gia nghiên cứu, có 76,6%

là trẻ nam và 23,4% là trẻ nữ. Có 56,3% bệnh nhi ở độ tuổi dưới 5 tuổi. Có 29,1% bệnh nhi ở độ tuổi 29,1% và 14,6% bệnh nhi ở độ tuổi từ 11 đến 15 tuổi. Can thiệp ngoại khoa luôn là một trong những sự kiện quan trọng đối với một người. Đặc biệt với trẻ em, đó là một trải nghiệm vô cùng khác biệt, có thể tạo nên những ấn tượng mạnh mẽ tác động đến tâm sinh lý, sức khỏe trẻ về lâu dài. Chính vì vậy, công tác chuẩn bị trước phẫu thuật cho trẻ em càng cần phải đầy đủ và chu đáo hơn.

###### \* Thời gian chờ phẫu thuật

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, có 41,8% bệnh nhi được mổ ngay trong ngày đầu tiên, có 39,2% người bệnh phải chờ mổ từ 2-3 ngày và 19,0% người bệnh phải chờ mổ trên 3 ngày. Phẫu thuật có kế hoạch (hay còn gọi là mổ chương trình) là loại phẫu thuật gồm những bệnh có thể điều trị nội khoa trong một thời gian nhất định (thời gian chờ mổ) mà không nguy hiểm đến tính mạng người bệnh (vd: Thoát vị đĩa đệm cột sống, lấy vật liệu, các loại u, sỏi thận, sỏi mật...) sau khi hội chẩn bệnh, người có trách nhiệm cao nhất chỉ định mổ.

#### **4.2. Công tác chuẩn bị bệnh nhi trước phẫu thuật có kế hoạch**

##### ***\* Công tác chuẩn bị tâm lý, tư vấn giải thích cho người bệnh trước phẫu thuật***

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tất cả các bệnh nhân được bác sỹ và điều dưỡng tư vấn, giải thích và động viên đầy đủ ở ngày trước mổ.

Việc giải thích và chuẩn bị tâm lý cho bệnh nhi trước phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong việc chuẩn bị cho người bệnh trước phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi có kết quả tốt hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Mai Phương. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mai Phương, có 18,1% điều dưỡng chưa thực hiện việc giải thích và chuẩn bị tâm lý cho người bệnh trước mổ. có 28,1% không thực hiện đầy đủ việc thông báo về thời gian mổ và tiên lượng cuộc mổ; có 10,9% điều dưỡng không dặn dò đầy đủ về chế độ ăn uống trước phẫu thuật [5].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương

đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thảo và Nguyễn Cao Cường tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang. Trong nghiên cứu này, 100% người bệnh đã được thông báo về cuộc mổ; thực tháo cho người bệnh, thay quần áo bệnh viện, hỏi tiền sử dị ứng, lấy dấu hiệu sinh tồn của người bệnh; bàn giao thuốc và vật tư [7].

Kết quả nghiên cứu của Đoàn Quốc Hưng và cộng sự cho thấy, có 46% bệnh nhân nói họ chỉ được điều dưỡng căn dặn những việc phải làm như vệ sinh, tắm gội và nhịn ăn trước phẫu thuật còn lại không được động viên tinh thần. Có 97,8% bệnh nhân được thông báo ngày giờ phẫu thuật và được điều dưỡng và bác sỹ căn dặn trước phẫu thuật. [2].

##### ***\* Công tác chuẩn bị bệnh nhi và các thủ tục hành chính cần thiết trước mổ***

Kết quả chỉ ra rằng, có 3,2% bệnh nhi chưa có đủ phiếu khám mê trước mổ. Tất cả bệnh nhi được đo chiều cao cân nặng, được tắm gội, được làm đầy đủ xét nghiệm, đủ phiếu khám và có đủ phiếu cam kết, duyệt mổ trước phẫu thuật.

Theo tác giả Nguyễn Thị Mai Phương, năm 2018 đã nghiên cứu cho kết quả có 96,2% số người bệnh được ghi chép đầy đủ tên, tuổi, mã số người bệnh, mã số hồ sơ; Nhiều biên bản hội chẩn phẫu thuật còn thiếu chữ ký của trưởng khoa, chữ ký phẫu thuật viên, chữ ký của chủ toạ với tỉ lệ lần lượt là 25,7%; 24,8% và 16,7%. Vẫn còn tỉ lệ 2,4% người bệnh chưa thực hiện cam kết trước mổ. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), mỗi năm trên toàn thế giới có trên 230 triệu ca

phẫu thuật, biến chứng nguy hiểm đến tính mạng tới 7 triệu trường hợp (16%) trong đó gần 1 triệu trường hợp tử vong liên quan đến an toàn phẫu thuật (gần 10% [5]).

**\* Công tác chuẩn bị bệnh nhi của bác sĩ và điều dưỡng ngày phẫu thuật**

Có 67,1% bệnh nhi chưa được đánh dấu vị trí phẫu thuật. 65,8% người bệnh chưa được băng vùng da mổ trước phẫu thuật. Kết quả này phản ánh tình trạng bỏ sót việc vệ sinh tại chỗ và đánh dấu vị trí phẫu thuật còn hạn chế. Vệ sinh toàn thân và vệ sinh tại chỗ mổ bao gồm việc tắm rửa, toàn thân, nhất là vùng mổ, loại bỏ lông vùng mổ, đồng thời sát khuẩn vùng mổ và băng lại. Trong kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mai Phương, Các công việc được điều dưỡng thực hiện tốt trước phẫu thuật bao gồm đeo băng tên nhận dạng trước mổ (chiếm 99,5%); mặc quần áo của bệnh viện theo quy định (chiếm 99,1%) [5].

**\* Đánh giá chung công tác chuẩn bị trước phẫu thuật cho bệnh nhi**

Phẫu thuật là một phương pháp điều trị gây sang chấn và có ảnh hưởng nhất định tới người bệnh. Phẫu thuật là một can thiệp lớn và có thể ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh. Do đó để đảm bảo an toàn cho người bệnh, kiểm soát được tai biến, hạn chế biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật thì vai trò rất lớn thuộc về công tác chuẩn bị trước mổ.

Đánh giá chung về công tác chuẩn bị bệnh nhi trước phẫu thuật, có 31,0% bệnh nhi được chuẩn bị được thực hiện đầy đủ tất cả các bước trong quy trình chuẩn bị trước

phẫu thuật. Có 69,0% người bệnh còn thiếu 1-2 bước trong quy trình chuẩn bị trước phẫu thuật. Kết quả này cho thấy công tác chuẩn bị bệnh nhi trước phẫu thuật tại Khoa Ngoại Nhi, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là khá tốt. Tuy nhiên, các điều dưỡng, bác sĩ trong khoa cũng cần chú ý hơn để cải thiện hơn nữa việc chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật giúp cho người bệnh đạt đến mức cao nhất về sức khỏe trên cả hai phương diện thể chất và tinh thần, góp phần vào sự thành công của phẫu thuật.

## **V. KẾT LUẬN**

Tất cả các bệnh nhân được bác sĩ và điều dưỡng tư vấn, giải thích và động viên đầy đủ ở ngày trước mổ. Các nội dung được tư vấn và giải thích đầy đủ bao gồm tư vấn về tình trạng bệnh, phương pháp mổ, chế độ ăn, phòng biến chứng sau mổ, vệ sinh ngày trước phẫu thuật.

Có 3,2% bệnh nhi chưa có đủ phiếu khám mê trước mổ. Tất cả bệnh nhi được đo chiều cao cân nặng, được tắm gội, được làm đầy đủ xét nghiệm, đủ phiếu khám và có đủ phiếu cam kết, duyệt mổ trước phẫu thuật

Có 67,1% bệnh nhi chưa được đánh dấu vị trí phẫu thuật. 65,8% người bệnh chưa được băng vùng da mổ trước phẫu thuật. Tất cả bệnh nhi được thụt tháo phân, thay quần áo, tắm gội, đeo vòng tay, được vận chuyển bằng phương tiện vận chuyển và được bàn giao với phòng mổ

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1. Phạm Đăng Chính và cộng sự (2014), Đánh**



- giá công tác chuẩn bị trước mổ của điều dưỡng gây mê hồi sức cho người bệnh phẫu thuật tim tại Bệnh viện Trung ương Huế, Hội nghị Khoa học Quốc tế Điều dưỡng năm 2014, chủ biên, Huế.
2. **Đoàn Quốc Hưng và cộng sự** (2013), "Nhận xét quy trình chuẩn bị bệnh nhân trước mổ tim hở có chuẩn bị ở người trưởng thành tại Khoa Phẫu thuật Tim Mạch - Lồng ngực Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức", Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. 63, tr. 20-26.
  3. **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 bệnh viện quân Y 354 năm 2015", Tạp chí Bệnh viện Quân Y 354.
  4. **Dương Quốc Nhật** (2015), Khảo sát thực trạng công tác chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật tim hở ở người trưởng thành, tại Đơn vị phẫu thuật tim mạch - Viện Tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai, Vietnam National Congress of Cardiology Scientific Meeting 2018, chủ biên, Hà Nội.
  5. **Nguyễn Thị Mai Phương và cộng sự** (2018), "Đánh giá thực trạng công tác chuẩn bị tiền phẫu và bàn giao bệnh nhân trước mổ tại Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh năm 2016", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 22(1), tr. 36-43.
  6. **Trần Thị Thảo, Phạm Văn Hiến, Phạm Hồng Thành, Vương Thị Mai Phương** (2016), "Thực trạng chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật có kế hoạch tại bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí tháng 6 đến tháng 7 năm 2016". Tài Liệu Hội Nghị Khoa Học Điều Dưỡng Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức Lần Thứ X.
  7. **Nguyễn Thị Thảo và Nguyễn Cao Cường** (2020), Hiệu quả can thiệp về công tác chuẩn bị bàn giao người bệnh trước phẫu thuật có kế hoạch của điều dưỡng tại khoa Gây mê hồi sức- Bệnh viện Sản nhi Bắc Giang năm 2020, chủ biên, Đề tài cấp cơ sở.

## NHỮNG YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, KỸ NĂNG VÀ VIỆC ÁP DỤNG TRONG THỰC HÀNH DỰA TRÊN BẰNG CHỨNG CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG: TỔNG QUAN HỆ THỐNG

Tô Thị Liên<sup>1</sup>, Đoàn Thành Nhân<sup>2</sup>

### TÓM TẮT.

**Đặt vấn đề:** Thực hành dựa trên bằng chứng (EBP) là yếu tố thiết yếu đối với ngành y tế hiện đại, nhằm cải thiện kết quả điều trị và giảm chi phí. Mặc dù có tầm quan trọng rõ rệt, kiến thức và việc áp dụng EBP ở sinh viên điều dưỡng vẫn còn hạn chế do các rào cản giáo dục và hệ thống. Bài tổng quan này khám phá các yếu tố ảnh hưởng đến năng lực EBP bao gồm kiến thức, thái độ, kỹ năng và việc áp dụng, đồng thời xác định các trở ngại và yếu tố hỗ trợ trong giáo dục điều dưỡng.

**Đối tượng, phương pháp:** Tổng quan hệ thống này tuân theo các hướng dẫn PRISMA và MOOSE, với một quy trình được đăng ký tại PROSPERO (CRD42020176803). Chúng tôi đã tìm kiếm trong các cơ sở dữ liệu như PubMed, EMBASE, Web of Science, CINAHL và VHL, lựa chọn các nghiên cứu tập trung vào năng lực EBP của sinh viên điều dưỡng. Chất lượng phương pháp được đánh giá bằng công cụ của Viện Joanna Briggs.

**Kết quả:** Từ 26 nghiên cứu với số lượng tham gia từ 82 đến 1.387 người, chúng tôi nhận

thấy rằng sinh viên có năng lực EBP từ trung bình đến cao. Tuy nhiên, tồn tại sự không nhất quán rõ ràng giữa sự đánh giá cao EBP và khả năng áp dụng thực tế, với các khoảng trống lớn trong kỹ năng đánh giá phê bình và áp dụng thực tiễn. Các yếu tố hỗ trợ bao gồm nền tảng giáo dục vững chắc và sự tham gia tích cực vào EBP và đào tạo nghiên cứu tốt. Ngược lại, các rào cản chính bao gồm thiếu quyền truy cập vào các tạp chí và nguồn thông tin trực tuyến, sự chống đối đối với sự thay đổi, áp lực thời gian và thiếu quyền hạn. Đề xuất áp dụng các chiến lược giáo dục mới, như tăng cường sử dụng mô phỏng và nghiên cứu tình huống, để nâng cao hiệu quả của chương trình đào tạo.

**Kết luận:** Sự chênh lệch đáng kể giữa kiến thức lý thuyết và kỹ năng thực hành EBP trong sinh viên điều dưỡng làm nổi bật một khoảng trống giáo dục quan trọng. Việc tăng cường giáo dục và giải quyết các rào cản đã xác định có thể cải thiện đáng kể việc tích hợp EBP vào thực hành điều dưỡng và nâng cao kết quả chăm sóc sức khỏe.

**Từ khóa:** Thực hành dựa trên bằng chứng, giáo dục điều dưỡng, tổng quan hệ thống, năng lực

### SUMMARY

THE FACTORS INFLUENCING KNOWLEDGE, ATTITUDES, SKILLS AND IMPLEMENTATION IN EVIDENCE-BASED PRACTICE AMONG NURSING STUDENTS: A SYSTEMATIC REVIEW

<sup>1</sup>Khoa Điều dưỡng, Đại học Nguyễn Tất Thành

<sup>2</sup>Khoa Phục Hồi Chức năng, Bệnh viện Đa khoa khu vực miền núi phía Bắc Quảng Nam

Chịu trách nhiệm chính: Tô Thị Liên

SĐT: 0766706072

Email: ttlien@ntt.edu.vn

Ngày nhận bài: 09/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 19/6/2024

Ngày duyệt bài: 25/7/2024

**Background:** Evidence-Based Practice (EBP) is a critical component of modern healthcare aimed at improving treatment outcomes and reducing costs. Despite its significance, the knowledge and application of EBP among nursing students are limited due to educational and systemic barriers. This review explores the factors influencing EBP capabilities—including knowledge, attitudes, skills, and application—and identifies both obstacles and facilitators within nursing education.

**Methods:** This systematic review adhered to PRISMA and MOOSE guidelines and was registered with PROSPERO (CRD42020176803). We conducted searches in databases such as PubMed, EMBASE, Web of Science, CINAHL, and VHL, selecting studies focused on the EBP capabilities of nursing students. Methodological quality was assessed using the Joanna Briggs Institute tools.

**Results:** From 26 studies involving 82 to 1,387 participants, we found that nursing students possess EBP capabilities ranging from moderate to high. However, there is a clear inconsistency between the high valuation of EBP and the practical application, with significant gaps in critical appraisal skills and practical implementation. Facilitating factors include a robust educational foundation and active participation in EBP and quality research training. Conversely, major barriers comprise limited access to journals and online resources, resistance to change, time pressures, and lack of authority. Proposals for educational strategies include enhancing the use of simulations and case studies to improve training effectiveness.

**Conclusions:** The significant disparity between theoretical knowledge and practical skills in EBP among nursing students highlights a crucial educational gap. Enhancing education

and addressing identified barriers could significantly improve the integration of EBP into nursing practice and enhance healthcare outcomes.

**Keywords:** Evidence-based practice, nursing education, systematic review, competency

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thực hành Dựa trên Bằng chứng (EBP) là phương pháp hệ thống để tích hợp chuyên môn lâm sàng với bằng chứng nghiên cứu tốt nhất hiện có và giá trị của người bệnh nhằm cải thiện kết quả chăm sóc sức khỏe [1]. Được công nhận là một thành phần cơ bản trong y tế hiện đại, EBP nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh, giảm chi phí không cần thiết [2], và là một phần không thể thiếu trong sự phát triển chuyên môn của điều dưỡng. Viện Y tế Quốc gia Hoa Kỳ ủng hộ việc 90% các quyết định y tế phải dựa trên bằng chứng vào năm 2020, nhấn mạnh tầm quan trọng của nó trong các lĩnh vực sức khỏe [3].

Mặc dù có nhiều lợi ích, việc tích hợp EBP vẫn còn gặp nhiều thách thức. Một khoảng cách tồn tại giữa nghiên cứu học thuật và ứng dụng thực tiễn [4], thường làm trầm trọng thêm bởi sự hiểu biết hạn chế của các nhà chuyên môn y tế về quy trình EBP, điều này có thể tạo ra thái độ không thuận lợi và gây cản trở đến việc áp dụng hiệu quả của phương pháp này. Các nghiên cứu đã xác định một sự khác biệt giữa nhận thức tích cực về EBP và kiến thức thực tế cũng như việc áp dụng của các điều dưỡng [5], cho rằng điều này do cả rào cản tổ chức—như hạn chế nguồn lực và khả năng tiếp cận—và các yếu tố cá nhân bao gồm rào cản về thời gian và sự kháng cự đối với thay đổi [6].

Việc áp dụng hiệu quả EBP đòi hỏi các năng lực cụ thể, bao gồm sự quen thuộc với

phương pháp nghiên cứu, truy cập các tạp chí học thuật, và kỹ năng phân tích dữ liệu và phê bình [7]. Những năng lực này là thiết yếu để chuyển đổi kết quả nghiên cứu thành các giải pháp chăm sóc sức khỏe thực tế. Do đó, có nhu cầu cấp thiết về việc tăng cường đào tạo và giáo dục để cải thiện kỹ năng EBP cho điều dưỡng.

Trong khi tầm quan trọng của EBP trong ngành điều dưỡng đã được khẳng định, vẫn có một khoảng trống đáng kể trong nghiên cứu tập trung vào cách thức các năng lực EBP—kiến thức, thái độ, kỹ năng và việc áp dụng—được nuôi dưỡng ở sinh viên điều dưỡng. Các nghiên cứu trước đây chủ yếu nhắm vào các điều dưỡng đang hành nghề, với những hiểu biết hạn chế về nền tảng giáo dục được cung cấp ở cấp đại học [8]. Bài tổng quan này tìm cách giải quyết những khoảng trống này bằng cách xem xét các yếu tố ảnh hưởng đến năng lực EBP và các thách thức chính trong việc áp dụng EBP trong sinh viên điều dưỡng, qua đó nâng cao các chiến lược giáo dục cần thiết để chuẩn bị hiệu quả cho họ trong môi trường chăm sóc sức khỏe.

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Đối tượng nghiên cứu của đề tài này là các bài báo liên quan đến thực hành dựa trên bằng chứng (EBP) ở đối tượng sinh viên Điều dưỡng. Nghiên cứu tổng quan này đã được đăng ký tại PROSPERO, một cơ sở dữ liệu quốc tế về nghiên cứu hệ thống với số đăng ký CRD42020176803. Tổng quan hệ thống này tuân theo các hướng dẫn báo cáo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Quản lý trích dẫn tài liệu được thực hiện bằng phần mềm EndNote (Phiên bản V9.3.3,

McCracken).

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

#### ***Nguồn dữ liệu và chiến lược tìm kiếm***

Một tìm kiếm tài liệu hệ thống đã được tiến hành trên các thư viện PubMed, EMBASE, Web of Science, CINAHL và VHL Portal. Việc tìm kiếm được giới hạn chỉ cho các bài báo được xuất bản bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt cho đến ngày 30 tháng 4 năm 2024, chỉ bao gồm các nghiên cứu liên quan đến con người. Các thuật ngữ tìm kiếm chính bao gồm "thực hành dựa trên bằng chứng," "điều dưỡng dựa trên bằng chứng," "y học dựa trên bằng chứng," "kiến thức," "thái độ," "kỹ năng," và "áp dụng," được tùy chỉnh cho mỗi cơ sở dữ liệu để thu thập toàn bộ tài liệu liên quan.

#### ***Tiêu chí đủ điều kiện***

Các tiêu chí đủ điều kiện được định nghĩa chặt chẽ để bao gồm các nghiên cứu tập trung vào sinh viên điều dưỡng ở cả bậc đại học và sau đại học, điều tra kiến thức EBP, kỹ năng, thái độ và việc áp dụng. Các tiêu chí loại trừ bao gồm tài liệu từ các viện dưỡng lão hoặc bệnh viện, các nghiên cứu lý thuyết và các ấn phẩm không dựa trên nghiên cứu.

#### ***Phương pháp chọn lựa nghiên cứu***

Quá trình lựa chọn nghiên cứu bao gồm hai giai đoạn xem xét do hai nhà đánh giá độc lập thực hiện nhằm đảm bảo độ chính xác và giảm thiểu sai lệch. Việc sàng lọc ban đầu tiêu đề và bảng tóm tắt, tiếp theo sau đó là đánh giá toàn văn để xác định tính phù hợp. Các bất đồng được giải quyết thông qua thảo luận cho đến khi đạt được sự đồng thuận.

#### ***Đánh giá chất lượng phương pháp***

Chất lượng phương pháp của các nghiên cứu bao gồm được đánh giá bằng công cụ đánh giá phê bình của Viện Joanna Briggs

Institute (JBI), đánh giá các khía cạnh chính như tiêu chí bao gồm mẫu, bối cảnh nghiên cứu, phương pháp đo lường và phân tích thống kê. Các nghiên cứu có điểm số  $\geq 5$  được coi là có chất lượng tốt.

### **Trích xuất dữ liệu**

Việc trích xuất dữ liệu được thực hiện bởi một nhà điều tra và được xác minh bởi một người khác, đảm bảo tính toàn diện và chính xác. Dữ liệu trích xuất bao gồm tác giả đầu tiên và năm xuất bản, đặc điểm nghiên cứu (cỡ mẫu, thiết kế nghiên cứu, phương pháp lấy mẫu, công cụ đo), và các kết quả liên quan đến EBP, được tổ chức hệ thống trong Excel để phân tích.

## **III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

### **3.1. Quá trình lựa chọn**

Quá trình tìm kiếm tài liệu ban đầu đã xác định 4,293 bản ghi từ các cơ sở dữ liệu điện tử. Sau khi loại bỏ các bản sao và sàng lọc dựa trên tiêu đề và tóm tắt, 28 bài báo—27 bằng Tiếng Anh và một bằng tiếng Việt—đã được đánh giá về tính đủ điều kiện như được minh họa trong sơ đồ luồng PRISMA (Hình 1). Cuối cùng, 28 nghiên cứu đã đáp ứng các tiêu chí đủ điều kiện.

### **3.2. Đánh giá chất lượng phương pháp**

Thang đo của Viện Joanna Briggs (JBI) đã được sử dụng để đánh giá chất lượng phương pháp của các nghiên cứu được bao gồm. Điểm số cho 28 bài báo được phân tích đã được tính toán thủ công. Hai nghiên cứu có điểm dưới 5 đã được loại bỏ khỏi phân tích. Bốn nghiên cứu đạt điểm tối đa là 8 điểm, chỉ ra chất lượng xuất sắc.

### **3.3. Đặc điểm nghiên cứu**

Tổng quan đã bao gồm 26 nghiên cứu quan sát, với phân bố địa lý bao gồm mười bốn nghiên cứu ở Châu Á, hai ở Châu Âu, một ở Châu Phi, một ở Úc, bốn ở Bắc Mỹ, và

một ở Nam Mỹ. Ngoài ra, ba nghiên cứu đa quốc gia bao gồm Châu Á và Châu Phi, và Nam Mỹ và Châu Âu.

Kích thước mẫu dao động từ 82 đến 1,387 người tham gia, tất cả là sinh viên điều dưỡng đại học. Các nghiên cứu đã đánh giá ảnh hưởng của EBP qua năm lĩnh vực chủ đề: tổng quát ( $n=13$ ), kiến thức ( $n=12$ ), thái độ ( $n=14$ ), kỹ năng ( $n=7$ ), và áp dụng ( $n=11$ ). Nhiều thang đo khác nhau đã được sử dụng, bao gồm Evidence-Based Practice Competence Questionnaire (EBP-COQ) (Bảng câu hỏi Năng lực Thực hành Dựa trên Bằng chứng) trong bảy nghiên cứu, EBP Beliefs (EBP-B) (các thang đo Niềm tin EBP) và EBP Implementation (EBP-I) scales (Áp dụng EBP) trong ba nghiên cứu, Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ) (Bảng câu hỏi Thực hành Dựa trên Bằng chứng) trong ba nghiên cứu, và Student Evidence-Based Practice Questionnaire (S-EBPQ) (Bảng câu hỏi Thực hành Dựa trên Bằng chứng của Sinh viên) trong ba nghiên cứu. Hai nghiên cứu áp dụng bảng câu hỏi Knowledge, Attitudes, and Behavior questionnaire (KAB) (Kiến thức, Thái độ và Hành vi), và các nghiên cứu khác sử dụng các công cụ đánh giá khác nhau. Các phương pháp nghiên cứu chủ yếu là định lượng, bên cạnh đó có một nghiên cứu sử dụng cả phương pháp định lượng và định tính. Thông tin chi tiết về các bài báo được cung cấp trong **Bảng 1**.

### **3.4. Đo lường kết quả**

#### **Kết quả tổng thể về Thực hành Dựa trên Bằng chứng (EBP)**

Một đánh giá toàn diện về EBP trong sinh viên điều dưỡng sử dụng các công cụ khác nhau cho thấy năng lực ở mức khá cao. EBP-COQ ghi nhận điểm số từ  $2,29 \pm 0,74$  đến  $3,68 \pm 0,46$  ở nhiều quốc gia bao gồm

Tunisia, Chile, Colombia, Tây Ban Nha và Oman. Tương tự, EBPQ cho thấy điểm số từ  $4,69 \pm 0,64$  đến  $4,92 \pm 0,99$  ở Brazil, Hoa Kỳ và Hàn Quốc. S-EBPQ tiết lộ điểm số là  $5,29 \pm 0,71$  ở Thái Lan và  $4,24 \pm 0,70$  ở Oman. Đáng chú ý, ở Chile, Colombia và Tây Ban Nha, năng lực EBP của sinh viên điều dưỡng dao động từ 71,6% đến 73,6%.

#### **Kiến thức của sinh viên Điều dưỡng về EBP**

Trên toàn cầu, kiến thức EBP trong sinh viên điều dưỡng có sự khác biệt đáng kể. Đặc biệt, 90,6% sinh viên nhận thức được về EBP, 90% thể hiện sự hiểu biết rõ ràng, và 84% có xu hướng ưu tiên nghiên cứu sử dụng thử nghiệm lâm sàng do độ tin cậy của chúng. Hơn nữa, 79,6% sinh viên đã nhận được đào tạo EBP tại trường đại học của họ, và 24,4% trong quá trình thực tập lâm sàng. Các nghiên cứu chỉ ra rằng 79,7% sinh viên thành thạo trong việc tạo câu hỏi PICO (Problem, Intervention, Comparison, Outcome), trong khi 59% có thể tìm kiếm hiệu quả các cơ sở dữ liệu chính. Ở Rwanda, 92% sinh viên nhận thức được tầm quan trọng của việc tìm kiếm và truy cập bằng chứng hiệu quả. Các nguồn bằng chứng phổ biến bao gồm sách giáo khoa (84%), internet (68,2%-77%), và bài báo nghiên cứu gốc (48,7%), cùng với việc tham vấn các chuyên gia y tế.

Tuy nhiên, các đánh giá kiến thức thường cho thấy điểm số thấp hơn so với các năng lực EBP khác. Sử dụng EBP-COQ, điểm số dao động từ  $2,70 \pm 0,74$  đến  $3,41 \pm 0,66$ , và EBPQ phản ánh điểm số từ  $4,55 \pm 0,86$  đến  $4,92 \pm 0,99$ . Kết quả S-EBPQ cho việc thu thập và áp dụng bằng chứng lần lượt là  $5,10 \pm 0,81$  và  $5,37 \pm 0,8$ , với tổng điểm kiến thức là  $3,785 \pm 0,84$ .

Mặc dù có sự quan tâm cao đến EBP

(71,6%), vẫn tồn tại những khoảng trống, đặc biệt là chỉ có 31,3% sinh viên định nghĩa đúng EBP và ít người thể hiện kỹ năng đánh giá phê bình và hiểu biết về phân tích tổng hợp. Những thiếu sót này nhấn mạnh nhu cầu tăng cường đào tạo, khi có ít hơn 40% sinh viên nhận được đào tạo nghiên cứu đáng kể, làm nổi bật một khoảng trống lớn trong sự chuẩn bị cho EBP.

#### **Thái độ của sinh viên Điều dưỡng đối với EBP**

Sinh viên nói chung có quan điểm tích cực về vai trò của EBP trong việc cải thiện chăm sóc người bệnh, với đa số lớn nhận thức được lợi ích của nó đối với chất lượng chăm sóc lâm sàng—89,4% tin rằng các hướng dẫn của EBP cải thiện chăm sóc, và 87,2% coi đó là yếu tố quan trọng cho kết quả lâm sàng tối ưu. Hầu hết sinh viên ủng hộ vai trò của EBP trong quyết định lâm sàng (92%) và tỏ ra háo hức sử dụng nó trong môi trường chuyên nghiệp (76,9%), nhiều người coi đó là phương tiện để định nghĩa vai trò điều dưỡng (81,7%) và tăng cường quyền tự chủ (81,2%). Sự tự tin trong việc đánh giá nghiên cứu cũng cao, với 76,4% thoải mái phê bình các nghiên cứu khoa học.

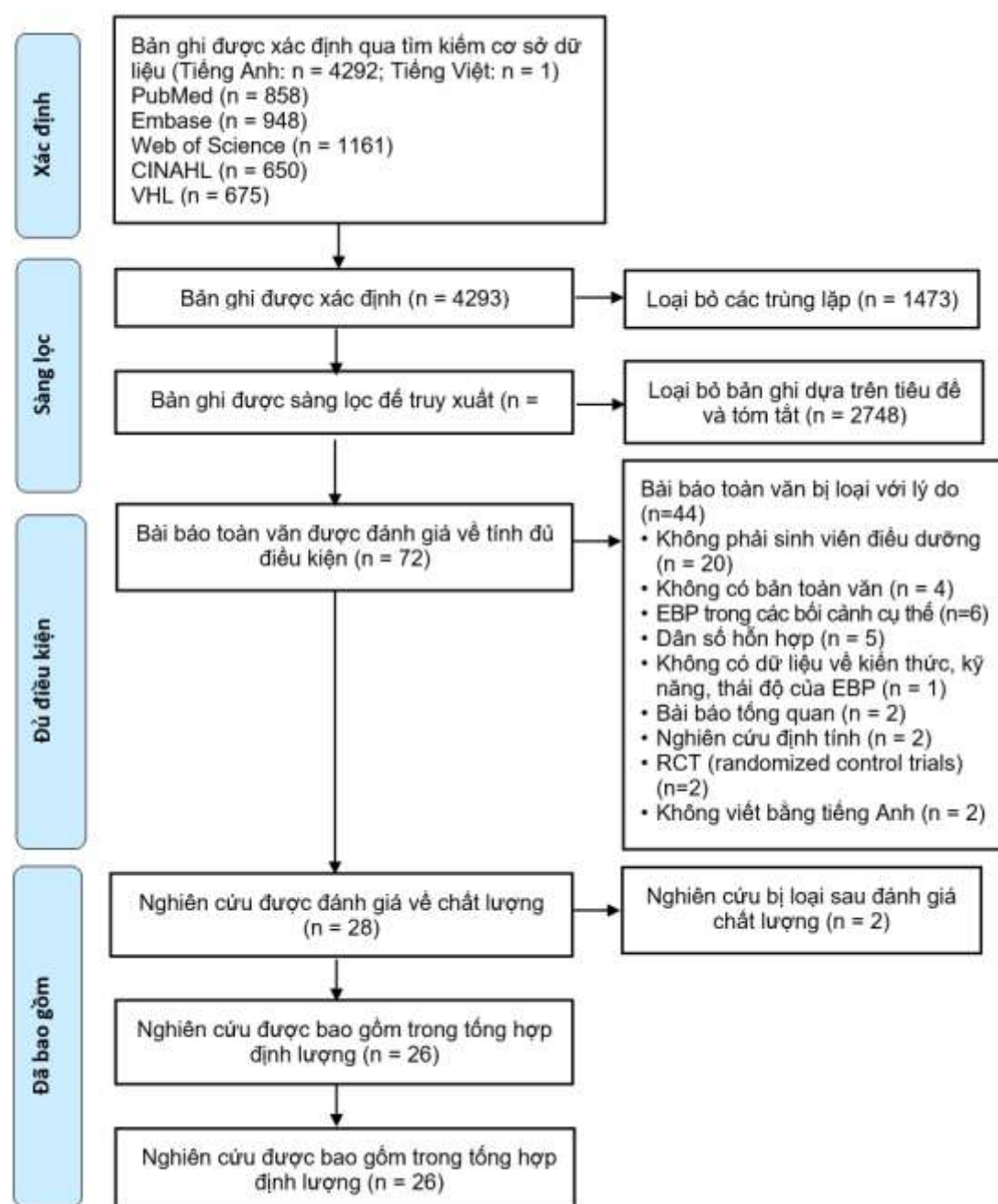
Mặc dù có sự đồng thuận cao, một số nghiên cứu ghi nhận sự hoài nghi đáng kể, với 50% sinh viên cảm thấy EBP quá cứng nhắc và 56% nghi ngờ tính độc đáo của nó đối với ngành điều dưỡng. Ngoài ra, một phần đáng kể cho rằng EBP quá tốn thời gian, chỉ có 28,7% không đồng ý với quan điểm này. Mọi quan tâm về việc EBP mang tính lý thuyết và tác động hạn chế đến kết quả người bệnh cũng phổ biến, đề xuất các lĩnh vực cần cải thiện trong giáo dục.

Các công cụ đánh giá như EBP-COQ và EBPQ phản ánh những thái độ này với điểm số nói chung ủng hộ quan điểm tích cực đối

với EBP. Tuy nhiên, các thái độ thấp nhất, như quan điểm về tác động thực tế của EBP, nhấn mạnh thách thức liên tục trong việc nuôi dưỡng một văn hóa hỗ trợ đầy đủ cho EBP trong giáo dục điều dưỡng.

Sự chấp nhận rộng rãi nhưng đa dạng này

nhấn mạnh nhu cầu về một chương trình giáo dục không chỉ dạy các nguyên tắc EBP mà còn hiệu quả trong việc giải quyết và tích hợp các ứng dụng thực tiễn và tư duy phản biện về EBP trong thực hành lâm sàng.



Hình 1. Sơ đồ luồng PRISMA của Quá trình Lựa chọn Nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm của các nghiên cứu được bao gồm trong phân tích tổng hợp**

| STT | Tác giả và năm xuất bản         | Quốc gia    | Thiết kế nghiên cứu/Phương pháp lấy mẫu                   | Công cụ            | Kích thước mẫu hiệu quả/Tỷ lệ nữ (%) | Tuổi (Trung bình hoặc Trung vị và Phạm vi) | Các yếu tố ảnh hưởng                                                                                                                                                                                        |
|-----|---------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | Nantsupawat et al., 2023        | Thái Lan    | Nghiên cứu cắt ngang/Mẫu thuận tiện                       | S-EBPQ             | 470/88.5%                            | 21.5 ±1.04                                 | - Tổng quát và các thành phần:<br>- Nghiên cứu EBP trước đó<br>- Quen thuộc với phương pháp nghiên cứu<br>- Tự tin trong quyết định lâm sàng<br>- Sẵn sàng trong thực hành<br>- Truy cập tạp chí            |
| 2   | Madhavanprabakaran et al., 2023 | Oman        | Khảo sát cắt ngang chất lượng/Mẫu thuận tiện              | S-EBPQ             | 610/87.4%                            | —                                          | Kết quả định lượng:<br>- Tổng quát: đào tạo nghiên cứu + đào tạo EBP - Thái độ +<br>Kiến thức: đào tạo nghiên cứu<br>Kết quả định tính: Rào cản trong Áp dụng EBP<br>- Rào cản cá nhân<br>- Rào cản tổ chức |
| 3   | Gómez-Salgado et al., 2023      | Tây Ban Nha | Nghiên cứu quan sát cắt ngang đa trung tâm/Mẫu thuận tiện | CACH-PBE & UWES-9S | 755/80.1%                            | 22.5 ±5.59                                 | - Tổng quát và các thành phần:<br>Giới tính (Nam), Năm học (năm thứ nhất-thứ hai & thứ ba-thứ tư), Loại trường đại học, Ý định làm Thạc sĩ hoặc Tiến sĩ, Mức độ cam kết công việc, Đào tạo EBP trước đó     |
| 4   | Zhou et al., 2022               | Trung Quốc  | Nghiên cứu cắt ngang trực tuyến/Mẫu nhóm                  | EBP-COQ            | 601/90.43 %                          | 19.08 ±0.89                                | - Kiến thức và kỹ năng: tăng lên theo các khóa học từ năm thứ nhất đến năm thứ tư<br>- Cả hai nhóm: tổng điểm EBP và thành phần Thái độ: điểm nhập học của sinh viên (điểm số) và trình độ tiếng Anh        |
| 5   | Tlili et al., 2022              | Tunisia     | Nghiên cứu cắt ngang mô                                   | EBP-COQ            | 365/86%                              | 20.93 ±1.48                                | - Tổng quát/Và các thành phần: Nữ, Cấp độ học vấn (cử                                                                                                                                                       |



|    |                            |            |                                           |                   |               |                          |                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|----------------------------|------------|-------------------------------------------|-------------------|---------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                            |            | tả                                        |                   |               |                          | nhân và thạc sĩ), Kỹ năng đọc tiếng Anh , Đối mặt với sự kháng cự của nhân viên trong việc triển khai thủ tục dựa trên bằng chứng mới, Khó khăn trong việc lấy bài báo đầy đủ, Đào tạo về phương pháp luận, Đã hoàn thành khóa học về thống kê |
| 6  | Myakava et al., 2021       | Brazil     | Nghiên cứu mô tả phân tích, thăm dò       | EBPQ              | 125/7<br>9.2% | 4.73<br>±0.79            | - Tổng quát: Năm tốt nghiệp tăng dần (từ năm thứ nhất đến năm thứ tư), Nguồn tài nguyên thường xuyên sử dụng để cập nhật kiến thức, Thói quen đọc sách, Kiến thức về ngôn ngữ nước ngoài                                                       |
| 7  | Karabey & Karagozolu, 2021 | Thổ Nhĩ Kỳ | Nghiên cứu mô tả và cắt ngang             | EBPAS             | 213/8<br>8.3% | Không rõ                 | Thái độ:<br>- Giới tính (Nữ)<br>- Tuổi cao hơn                                                                                                                                                                                                 |
| 8  | González et al., 2021      | Colombia   | Nghiên cứu mô tả và quan sát              | CACH-EBP          | 207/8<br>4.5% | 18-49                    | - Tổng quát:<br>- Học kỳ học thuật (học kỳ 9 > học kỳ 10)<br>- Trình độ tin học<br>- Kiến thức về thống kê sinh học                                                                                                                            |
| 9  | Cardoso et al., 2021       | Bồ Đào Nha | Nghiên cứu cắt ngang                      | EBP-B, EBP-I, OCR | 167/8<br>3.8% | 22.13<br>±4.20           | Mối quan hệ vừa phải, tích cực giữa:<br>- Niềm tin EBP và Thực thi EBP<br>- Niềm tin EBP và văn hóa/ sẵn sàng tổ chức EBP<br>- Thực thi EBP và văn hóa/ sẵn sàng tổ chức                                                                       |
| 10 | Abu-Baker et al., 2021     | Jordan     | Khảo sát cắt ngang                        | EBP-B và EBP-I    | 241/7<br>3.4% | 22.09<br>±1.55           | Niềm tin + Áp dụng<br>- Đã nhận đào tạo EBP                                                                                                                                                                                                    |
| 11 | Wonder & Spurlock Jr, 2020 | Hoa Kỳ     | Nghiên cứu cắt ngang đa trang, tương quan | EBPQ, EKAN        | 674/8<br>9.6% | 28.9±1<br>0.12,<br>18-62 | - Tổng quát: EBPQ: tính gần đây của các khóa học nghiên cứu và thống kê dành cho sinh viên<br>- Kiến thức: EKAN & EBPQ: số năm kinh nghiệm, loại                                                                                               |

|    |                                |                              |                                          |                                         |                                            |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|--------------------------------|------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                |                              |                                          |                                         |                                            |                                     | chương trình giáo dục điều dưỡng mà sinh viên tham gia, trình độ học vấn giáo dục điều dưỡng đạt được                                                                                                                                                                                                                                           |
| 12 | Iradukunda & Mayers, 2020      | Rwanda                       | Khảo sát cắt ngang                       | KAB                                     | 82                                         | Không rõ                            | - Kiến thức/Thái độ: năm học<br>- Áp dụng: thiếu kiến thức (29%), thiếu thời gian (28%) và thiếu mô hình từ giảng viên, hướng dẫn viên thực hành và y tá (21%).                                                                                                                                                                                 |
| 13 | Amit-Aharon et al., 2020       | Israel                       | Nghiên cứu cắt ngang                     | S-EBPQ, động lực học tập học thuật, A-R | 148/79.1%                                  | 26.9 ±4.74                          | - Áp dụng: Hiểu biết thông tin hiệu quả, nhận thức EBP, và động lực học tập nội tại để trải nghiệm kích thích                                                                                                                                                                                                                                   |
| 14 | Tumala & Alshehri, 2019        | Ả Rập Xê Út                  | Nghiên cứu mô tả cắt ngang/ Mẫu mục đích | EBP-COQ                                 | 212/42.5%                                  | 26.1 ±4.7                           | - Kiến thức và kỹ năng: giới tính (nam), cấp độ học vấn (năm thứ tư đến thứ tám), điểm GPA (thấp), tuổi cao<br>- Thái độ: giới tính (nữ), cấp độ học vấn cao, tuổi trẻ                                                                                                                                                                          |
| 15 | Sánchez-García et al., 2019    | Chile, Colombia, Tây Ban Nha | Nghiên cứu cắt ngang                     | EBP-COQ                                 | 846<br>334/79.0%<br>291/77.0%<br>221/75.1% | 20.3 ±1.9<br>20.2 ±2.4<br>22.2 ±5.3 | Nằm trong chương trình điều dưỡng<br>- Chile & Colombia: Tổng quát và các thành phần<br>- Tây Ban Nha: thái độ Học về phương pháp nghiên cứu:<br>- Chile & Colombia: tổng quát, kỹ năng và kiến thức<br>- Tây Ban Nha: tổng quát và các thành phần Học về EBP:<br>-Chile & Colombia: kiến thức<br>- Tần suất đọc các bài báo tạp chí điều dưỡng |
| 6  | Labrague McEnroe-Petitte, 2019 | Oman                         | Nghiên cứu định lượng, mô tả, cắt ngang  | EBP-COQ                                 | 248/81.9%                                  | 23.5 ±5.29                          | - Kiến thức: phân loại sinh viên điều dưỡng, truy cập internet, truy cập tạp chí<br>- Kỹ năng: phân loại sinh viên điều dưỡng nữ, truy cập internet, truy cập tạp chí                                                                                                                                                                           |

|    |                                       |                                    |                                                  |                               |                                                               |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17 | Labrague McEnroe-Petitte et al., 2019 | Ấn Độ, Saudi Arabia, Nigeria, Oman | Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, khảo sát so sánh    | EBP-COQ                       | 1383/334/8<br>9.92%<br>395/33.67%<br>407/89.68%<br>247/82.19% | 20.29<br>±4.88<br>22.81<br>±5.27<br>28.24<br>±6.86<br>23.46<br>±17.81 | - Tổng quát: quốc gia gốc, giới tính (nữ), loại trường (công), và loại sinh viên (chuyên tiếp từ RN đến BSN)<br>- Rào cản chính:<br>1. Tổ chức/Môi trường:<br>2. Đổi mới/Nghiên cứu:<br>- Xuất bản nghiên cứu chậm<br>- Lượng thông tin quá tải<br>3. Giao tiếp/Trình bày:<br>- Văn học không được tổng hợp tại một nơi<br>- Tài liệu nghiên cứu không dễ tiếp cận |
| 18 | Al Qadire, 2019                       | Jordan                             | Nghiên cứu cắt ngang                             | EBP KAACE                     | 316/48.1%                                                     | 21.6<br>±2.7,<br>18-44                                                | - Kiến thức: đã tham gia khóa học về phương pháp nghiên cứu trong điều dưỡng                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 19 | Sang Suk et al., 2018                 | Hàn Quốc                           | Nghiên cứu cắt ngang/Mẫu thuận tiện              | EBPQ, CTD                     | 266/90.2%                                                     | 22.3±2.2                                                              | - Thực hành: 23 tuổi trở lên, số tuần của thực tập lâm sàng<br>- Tổng điểm EBPQ và Thực hành: Nam, sinh viên hài lòng với chuyên ngành của mình<br>- Điểm EBPQ Tổng và Thực hành: tất cả bảy loại điểm danh mục                                                                                                                                                    |
| 20 | Blackman & Giles, 2017                | Úc                                 | Khảo sát mô tả, không thí nghiệm/ Mẫu thuận tiện | Thang đo hiệu quả tự nhận EBP | 375/82%                                                       | SD: 27                                                                | Hiểu biết về phân tích, phê bình và tổng hợp các nghiên cứu điều dưỡng lâm sàng, khả năng giao tiếp nghiên cứu với người khác và liệu họ có chứng kiến nhân viên khác thực hiện EBP hay không.                                                                                                                                                                     |
| 21 | Cruz et al., 2016                     | Ả Rập Saudi                        | Nghiên cứu mô tả, cắt ngang/ Mẫu thuận tiện      | EBP-B, EBP-I                  | 188/43.1%                                                     | 28.93<br>±3.27                                                        | - Niềm tin: nhận thức về EBP, nam giới, sinh viên lớn tuổi, và tham gia các buổi đào tạo/hội thảo EBP - Thực thi: nhận thức về EBP, nữ giới, và tham gia các buổi đào tạo/hội thảo EBP                                                                                                                                                                             |
| 22 | Askktorab et al., 2015                | Iran                               | Nghiên cứu cắt ngang/ Mẫu điều tra toàn diện     | Câu hỏi Rubin và Parrish      | 170/77.6%                                                     | 22.75<br>±0.99                                                        | - Kiến thức: quen thuộc với phương pháp nghiên cứu<br>- Thái độ: quen thuộc với EBP và phương pháp nghiên cứu                                                                                                                                                                                                                                                      |

|    |                       |                                    |                                                      |                           |                                  |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|-----------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23 | Ulasus et al., 2014   | Hoa Kỳ                             | Nghiên cứu mô tả, tương quan, cắt ngang              | ACE-ERI, Stevens' ACE-ERI | 174/84.5%                        | 19-35       | Sự sẵn sàng EBP đã làm trung gian cho mối quan hệ giữa kiến thức và thực thi (sự gia tăng trong thực thi EBP liên quan đến sự gia tăng trong sẵn sàng EBP và giảm trong kiến thức EBP)                                                                                                                                                                                                                                 |
| 24 | Brown et al., 2010    | Hoa Kỳ                             | Khảo sát cắt ngang/ Mẫu thuận tiện                   | KAB                       | 436/91%                          | SD: 27      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kiến thức, Thái độ, Sử dụng Tương lai: tiến bộ học vấn</li> <li>- Sử dụng EBP: sự chuẩn bị lâm sàng và tự tin trong ra quyết định lâm sàng</li> <li>- Sử dụng EBP tương lai: đăng ký tạp chí, sự chuẩn bị lâm sàng và tự tin trong ra quyết định lâm sàng</li> </ul>                                                                                                          |
| 25 | Labrague et al., 2020 | Oman, Ấn Độ, Nigeria, Saudi Arabia | Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, so sánh/ Mẫu thuận tiện | EBP-CBS                   | 1387<br>251<br>334<br>407<br>395 | -           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ý định áp dụng EBP: giới tính (nữ), hướng đi của sinh viên, năm học, quốc gia gốc, truy cập internet, và niềm tin về năng lực EBP</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                  |
| 26 | Dương et al., 2022    | Việt Nam                           | Nghiên cứu mô tả, cắt ngang/ Mẫu thuận tiện          | EBP-COQ                   | 134/76.9%                        | 20.65 ±0.60 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rào cản chính: thiếu thời gian, thiếu hứng thú và thích thú, thiếu các khóa học EBP, thiếu kiến thức và kỹ năng nghiên cứu</li> <li>- Kiến thức: năm học, nơi cư trú, đào tạo/nghiên cứu EBP</li> <li>- Thái độ: xếp hạng học tập, tần suất sử dụng internet</li> <li>- Kỹ năng: xếp hạng học tập, quan tâm đến EBP, tần suất sử dụng internet, trình độ tiếng Anh</li> </ul> |

### **Kỹ năng của sinh viên Điều dưỡng đối với EBP**

Một đánh giá toàn cầu về kỹ năng EBP của sinh viên cho thấy sự thành thạo khác nhau: trong khi 59% sinh viên cảm thấy thoải mái với những nhiệm vụ này, chỉ có 39.6% tìm kiếm các cơ sở dữ liệu chính một cách tự tin, và 45.3% gặp khó khăn trong việc đánh giá phân tích nghiên cứu. Đáng chú ý, các đánh giá cho thấy điểm kỹ năng trung bình từ EBP-COQ là  $3.41 \pm 0.68$  và  $3.71 \pm 0.69$ , với S-EBPQ đạt điểm cao hơn một chút cho ứng dụng là  $3.93 \pm 0.79$ .

Vẫn gặp nhiều thách thức khi nghiên cứu trực tuyến, với sinh viên đối mặt với các vấn đề như quá tải thông tin và trình độ tin học không đủ, có thể cản trở khả năng sử dụng EBP một cách hiệu quả. Những phát hiện này cho thấy nhu cầu cấp thiết về đào tạo mục tiêu nhằm nâng cao năng lực trong các kỹ năng liên quan đến EBP cho sinh viên điều dưỡng.

### **Việc thực hiện EBP của sinh Viên Điều dưỡng**

Dữ liệu cho thấy mức độ thực hiện chung là khá thấp, với Thang Điểm Áp dụng EBP dành cho Sinh viên (EBP-I) cho thấy điểm số dao động từ  $17,61 \pm 11,81$  đến  $32,37 \pm 16,97$ . EBPQ ghi nhận điểm thực hành từ  $4,27 \pm 1,74$  đến  $4,76 \pm 1,15$ .

Sự tham gia vào các hoạt động EBP vẫn còn hạn chế; khoảng 50% sinh viên thu thập dữ liệu người bệnh nhiều lần trong một năm, nhưng ít hơn một nửa tạo ra câu hỏi PICO hoặc tham gia tích cực vào các hoạt động EBP nhiều hơn bốn lần trong tám tuần. Hơn nữa, vẫn tồn tại những khoảng trống lớn trong việc truy cập và sử dụng các cơ sở dữ liệu nghiên cứu chính, với tỷ lệ tham gia thấp cho thấy nhu cầu cấp thiết về việc tăng cường đào tạo và cung cấp nguồn lực. Ví dụ,

chỉ một số ít truy cập thường xuyên vào các cơ sở dữ liệu Cochrane hoặc MEDLINE, và gần 57,5% tránh sử dụng các nguồn lực chính như cơ sở dữ liệu Cochrane.

Những phát hiện này nhấn mạnh nhu cầu về sự hỗ trợ tăng cường từ các cơ sở giáo dục và nguồn lực để cải thiện việc thực hiện EBP trong sinh viên điều dưỡng, đảm bảo họ được trang bị đầy đủ để thực hành hiệu quả trong môi trường chăm sóc sức khỏe.

**Các yếu tố ảnh hưởng đến EBP trong sinh viên Điều dưỡng** Các yếu tố ảnh hưởng đến năng lực EBP của sinh viên điều dưỡng được phân loại thành các yếu tố hỗ trợ và rào cản.

1. **Các yếu tố hỗ trợ:** Các yếu tố này tăng cường năng lực EBP và được tổ chức thành năm chủ đề:

- **Nền tảng giáo dục và tiến trình:** Cấp độ học vấn và sự tham gia ảnh hưởng đến kiến thức, thái độ và kỹ năng EBP. Loại hình sinh viên và điểm số GPA cũng đóng vai trò quan trọng, cùng với việc tiếp xúc với các khóa học EBP và đào tạo nghiên cứu.

- **Yếu tố nhân khẩu:** Sự khác biệt về giới tính và tuổi tác ảnh hưởng đến năng lực EBP, với sự khác biệt được ghi nhận giữa các giới và các nhóm tuổi.

- **Kỹ năng và năng lực:** Tư duy phản biện, kỹ năng nghiên cứu và phân tích, trình độ ngôn ngữ và tin học, cùng với sự tự tin trong quyết định lâm sàng là then chốt cho việc áp dụng EBP.

- **Tiếp cận nguồn lực:** Việc truy cập vào các tạp chí, internet, và các bài báo đầy đủ là thiết yếu cho EBP hiệu quả.

- **Yếu tố tổ chức và văn hóa:** Loại hình cơ sở, môi trường giáo dục, và văn hóa tổ chức ảnh hưởng đáng kể đến việc áp dụng EBP, nơi mà sự hỗ trợ và sự kháng cự trong tổ chức đóng vai trò quan trọng.

2. *Rào cản trong việc thực hiện:* Các rào cản này cản trở việc áp dụng thực tiễn EBP:

- Hạn chế về áp dụng thực tiễn: Các ràng buộc về thời gian, thiếu quyền hạn, và sự hỗ trợ không đủ từ môi trường học thuật và lâm sàng là những trở ngại lớn.

- Kháng cự với sự thay đổi: Sự kháng cự tổ chức và sự khác biệt văn hóa trong môi trường lâm sàng ngăn cản việc áp dụng EBP.

- Khoảng trống về kiến thức và kỹ năng: Sự không tham gia thường xuyên vào các hoạt động EBP làm nổi bật các khoảng trống về giáo dục.

Việc giải quyết cả các yếu tố hỗ trợ và rào cản là thiết yếu để cải thiện việc tích hợp EBP trong giáo dục và thực hành điều dưỡng, đảm bảo sinh viên được trang bị đầy đủ để áp dụng EBP một cách hiệu quả trong vai trò chuyên nghiệp của họ.

#### IV. BÀN LUẬN

Tổng quan hệ thống này xem xét những phức tạp của Thực hành Dựa trên Bằng chứng (EBP) trong sinh viên điều dưỡng, tiết lộ một sự không nhất quán giữa sự đánh giá cao của họ đối với EBP và khả năng thực hiện thực tế. Mặc dù có sự hào hứng cao, việc chuyển giao vào thực tiễn lại bị ảnh hưởng bởi những thiếu sót về kiến thức và kỹ năng cũng như các trở ngại hệ thống.

Năng lực EBP trong sinh viên bị ảnh hưởng đáng kể bởi môi trường giáo dục và đào tạo trước đó. Những can thiệp giáo dục được cải thiện, bao gồm các kịch bản mô phỏng và nghiên cứu tình huống, có thể tăng cường năng lực EBP. Giới tính và tuổi tác cũng góp phần vào sự khác biệt trong mức độ tham gia vào EBP; nam giới thường hiển thị kiến thức nhiều hơn [9], trong khi nữ giới thể hiện thái độ và thực hành mạnh mẽ hơn. Những hiểu biết về nhân khẩu học như vậy

đòi hỏi các chiến lược giáo dục EBP được cá nhân hóa để tối ưu hóa kết quả.

Có một khoảng cách kỹ năng đáng chú ý trong các ứng dụng thực tiễn như phân tích dữ liệu và tổng hợp bằng chứng, nhấn mạnh nhu cầu về một chương trình giáo dục nhấn mạnh các kỹ năng EBP chức năng. Các khung tổ chức và văn hóa đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ hoặc cản trở các thực hành EBP, với việc tiếp cận các nguồn lực là yếu tố then chốt [10]. Ngược lại, các rào cản phổ biến như khối lượng công việc và hạn chế nguồn lực thường xuyên cản trở sự tích hợp đầy đủ của EBP vào thực tiễn sinh viên.

Để giảm thiểu khoảng cách giữa kiến thức lý thuyết và kỹ năng thực tế, chương trình giáo dục điều dưỡng cần bao gồm đào tạo EBP thực tế toàn diện. Điều này đòi hỏi sự mở rộng trong phân bổ nguồn lực và điều chỉnh chương trình học để phản ánh nhu cầu lâm sàng thực tế. Hơn nữa, các cơ sở y tế nên nuôi dưỡng một môi trường hỗ trợ EBP thông qua cải tiến chính sách và cung cấp nguồn lực. Sự tích hợp hệ thống của đào tạo EBP trong chương trình giáo dục điều dưỡng là rất quan trọng. Nhà hoạch định chính sách nên đảm bảo rằng các khóa học EBP bao gồm cả nền tảng lý thuyết và ứng dụng thực tiễn, với việc cập nhật liên tục trong các chương trình giáo dục liên tục để duy trì tính liên quan đến thực tiễn.

Mặc dù các phương pháp kỹ lưỡng, tổng quan này có thể đã bỏ sót một số nghiên cứu liên quan do phạm vi tìm kiếm trong cơ sở dữ liệu và các thiên vị xuất bản tiềm ẩn. Nỗ lực để đảm bảo tính toàn diện bao gồm các tìm kiếm độc lập kép và tổng hợp dữ liệu hệ thống. Bên cạnh đó, phân tích toàn diện các yếu tố đa dạng ảnh hưởng đến EBP trong các bối cảnh giáo dục và tổ chức toàn cầu cung cấp một cái nhìn tinh tế về các yếu tố hỗ trợ

và rào cản cụ thể đối với EBP, nâng cao tính ứng dụng của các phát hiện đối với các môi trường giáo dục khác nhau.

## V. KẾT LUẬN

Sự chênh lệch giữa việc đánh giá EBP của sinh viên điều dưỡng và năng lực hoạt động của họ làm nổi bật một khoảng trống giáo dục đáng kể. Sự hợp tác giữa các cơ sở giáo dục và y tế là cần thiết để thúc đẩy việc học và áp dụng EBP liên tục. Việc giải quyết các rào cản môi trường và giáo dục được xác định có thể cải thiện đáng kể năng lực điều dưỡng và kết quả chăm sóc sức khỏe trên toàn cầu.

## VI. KIẾN NGHỊ

Các nghiên cứu tương lai nên sử dụng các thiết kế thử nghiệm nghiêm ngặt để đánh giá hiệu quả đào tạo EBP và xác định các chiến lược để giải quyết các rào cản được nêu bật trong tổng quan này, đảm bảo sinh viên điều dưỡng được trang bị đầy đủ để áp dụng EBP một cách hiệu quả trong thực hành chuyên nghiệp của họ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dang, D., et al.,** in Johns Hopkins Evidence-Based Practice for Nurses and Healthcare Professionals Model and Guidelines, 4e. 2022, Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing: New York, NY.
2. **Melnyk, B.M., et al.,** The State of Evidence-Based Practice in US Nurses: Critical Implications for Nurse Leaders and Educators. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 2012. 42(9).
3. **Institute of Medicine Roundtable on Evidence-Based, M.,** in Leadership Commitments to Improve Value in Healthcare: Finding Common Ground: Workshop Summary. 2009, National Academies Press (US) Copyright © 2009, National Academy of Sciences.: Washington (DC).
4. **Hickman, L.D., et al.,** Improving evidence based practice in postgraduate nursing programs: A systematic review: Bridging the evidence practice gap (BRIDGE project). *Nurse Educ Today*, 2018. 63: p. 69-75.
5. **Nantsupawat, A., et al.,** Factors influencing evidence-based practice among undergraduate nursing students: A cross-sectional analysis. *Int J Nurs Sci*, 2023. 10(3): p. 367-372.
6. **Madhavanprabhakaran, G., et al.,** Evidence-based practice competency and barriers among undergraduate nursing students in a Middle Eastern country. *Teaching & Learning in Nursing*, 2023. 18(4): p. e233-e240.
7. **Straus, S.E., et al.,** Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. Fifth edition ed. 2019, Edinburgh: Elsevier Edinburgh.
8. **Li, S., M. Cao, and X. Zhu,** Evidence-based practice: Knowledge, attitudes, implementation, facilitators, and barriers among community nurses-systematic review. *Medicine (Baltimore)*, 2019. 98(39): p. e17209.
9. **Tumala, R.B. and A.S. Alshehri,** Perceptions of Competence About Evidence-Based Practice Among Saudi Baccalaureate Nursing Students: A Cross-Sectional Survey. *Nurs Sci Q*, 2019. 32(2): p. 101-105.
10. **Duncombe, D.C.,** A multi-institutional study of the perceived barriers and facilitators to implementing evidence-based practice. *J Clin Nurs*, 2018. 27(5-6): p. 1216-1226.

## HÀNH VI TỰ CHĂM SÓC VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH GOUT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2023

Nguyễn Thị Chinh<sup>1</sup>, Nguyễn Phương Hoa<sup>2</sup>,  
Trần Thị Ngọc Xuyên<sup>3</sup>, Nguyễn Thị Tĩnh<sup>4</sup>, Nguyễn Thị Thu Hà<sup>4</sup>

### TÓM TẮT.

**Mục tiêu:** (1) Mô tả hành vi tự chăm sóc của người bệnh Gout tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2023. (2) Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh Gout tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2023.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, đối tượng nghiên cứu gồm 163 bệnh nhân được chẩn đoán Gout theo tiêu chuẩn EULAR/ACR2015, điều trị tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 1/2023 đến tháng 9/2023.

**Kết quả:** (1) Bệnh nhân Gout đa số là nam giới (78,5%), trên 60 tuổi (82,8%); kiến thức chung về tự chăm sóc bản thân ở mức đạt yêu cầu (90,8%); hành vi tự chăm sóc bản thân ở mức hài lòng chiếm 66,9%. (2) Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Gout theo SF-36 chủ yếu dưới mức trung bình (77,3%); điểm chất lượng cuộc sống trung bình chung là  $44,1 \pm 9,1$ . Từ kết quả có thể nhận thấy bệnh nhân Gout bị ảnh hưởng đáng kể cả về sức khỏe thể chất lẫn tinh thần.

**Kết luận:** Bệnh nhân có kiến thức cao về việc tự chăm sóc bản thân nhưng hành vi tự chăm

sóc còn thấp. Chất lượng cuộc sống chung của bệnh nhân Gout chủ yếu dưới mức trung bình.

**Từ khóa:** Bệnh Gout, chất lượng cuộc sống, hành vi tự chăm sóc, SF-36.

### SUMMARY

#### SELF-CARE BEHAVIORS AND QUALITY OF LIFE OF GOUT PATIENTS AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2023

**Objectives:** (1) Describe the self-care behavior of Gout patients at Duc Giang General Hospital in 2023. (2) Assess the quality of life of Gout patients at Duc Giang General Hospital in 2023.

**Method:** Cross-sectional descriptive study, includes 163 patients diagnosed with Gout according to EULAR/ACR2015 standards, treated at Duc Giang General Hospital from January to September 2023.

**Results:** (1) Most Gout patients are men (78.5%), over 60 years old (82.8%); General knowledge about self-care is at a satisfactory level (90.8%); Self-care behavior at a satisfactory level accounts for 66.9%. (2) Quality of life of Gout patients according to SF-36 is mainly below average (77.3%); The overall mean quality of life score was  $44.1 \pm 9.1$ . From the results, it can be seen that Gout patients are significantly affected in both physical and mental health.

**Conclusions:** Patients have high knowledge about self-care but low self-care behavior. The overall quality of life of Gout patients is mostly below average.

**Keywords:** Gout, quality of life, self-care behavior, SF-36.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>4</sup>Trường Trung cấp Y Dược Tuệ Tĩnh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Chinh  
SĐT: 0986090901

Email: chinhnguyen260182@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 26/6/2024

Ngày duyệt bài: 02/8/2024



## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Gout là bệnh do rối loạn chuyển hóa các nhân purin, có đặc điểm chính là tăng acid uric máu. Khi acid uric bị bão hòa ở dịch ngoại bào, sẽ gây lắng đọng các tinh thể monosodium urat ở các mô [1]. Khi tinh thể monosodium tích tụ ở khớp gây ra một dạng viêm khớp bởi sự tích tụ axit uric trong máu, dẫn đến sự hình thành các tinh thể urat trong các khớp, gây đau đớn và sưng tấy. Bệnh này thường ảnh hưởng đến ngón chân cái, nhưng cũng có thể ảnh hưởng đến các khớp khác như mắt cá chân, gối, tay và cổ tay.

Tại châu Âu, tỷ lệ mắc bệnh Gout dao động khoảng 1-2% trong dân số trưởng thành. Tỷ lệ này có thể khác nhau tùy thuộc vào quốc gia và khu vực cụ thể trong châu Âu. Tại Mỹ, tỷ lệ mắc bệnh Gout khoảng 3-4% trong dân số trưởng thành [2]

Tại Việt Nam, bệnh gout chiếm tỷ lệ khoảng 1,5-3% trong dân số nói chung, và chiếm khoảng 10-15% trong tổng số các bệnh lý viêm khớp [3]. Bệnh Gout thường mắc kèm các bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, suy thận [4]...do đó chất lượng cuộc sống không chỉ là kết quả của bệnh Gout thông thường mà còn do các bệnh đi kèm liên quan.

Tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang, tỷ lệ bệnh nhân Gout đến khám và điều trị chiếm 25-30% tổng số người bệnh mắc bệnh về cơ xương khớp. Có nhiều người bệnh chưa hiểu rõ về bệnh Gout cũng như về chế độ ăn uống và lối sống dẫn đến bệnh tiến triển nặng, nhiều biến chứng, tăng gánh nặng cho chi phí và điều trị. Nâng cao kiến thức cho người bệnh Gout, giúp người bệnh có thể thực hiện tốt việc phòng, tránh và theo dõi điều trị Gout là một việc làm hết sức cần thiết. Tuy nhiên tính đến thời điểm hiện nay, chưa có

ngghiên cứu nào của Bệnh viện đa khoa Đức Giang nghiên cứu về hành vi và chất lượng cuộc sống của người bệnh Gout theo thang điểm SF-36 do đó nhóm nghiên cứu đã chọn đề tài: **“Hành vi tự chăm sóc và chất lượng cuộc sống của người bệnh Gout tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2023”** với hai mục tiêu: (1) Mô tả hành vi tự chăm sóc của người bệnh Gout tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2023. (2) Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh Gout theo SF- 36 tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2023.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 163 bệnh nhân được chẩn đoán Gout theo tiêu chuẩn EULAR/ACR2015 [1], điều trị tại Khoa Cơ xương khớp Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 1/2023 đến tháng 9/2023.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính được chẩn đoán xác định bệnh Gout theo tiêu chuẩn EULAR/ACR2015 điều trị tại Khoa Cơ xương khớp Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 1-9/2023. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Gout và điều trị bệnh Gout dưới 1 tháng. Bệnh nhân không có khả năng giao tiếp để hoàn thành phiếu phỏng vấn.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Thu thập số liệu tiến cứu từ tháng 1/2023 đến tháng 9/2023

Cỡ mẫu: Chọn toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, với n=163 bệnh nhân

Địa điểm: Khoa Cơ xương khớp- Bệnh viện đa khoa Đức Giang, Hà Nội

### 2.2.2. Nội dung nghiên cứu

Tất cả đối tượng nghiên cứu được hỏi bệnh, khám bệnh, làm các xét nghiệm cơ bản.

Phát phiếu để bệnh nhân trả lời bộ câu hỏi.

Bộ câu hỏi Đánh giá hành vi tự chăm sóc của người bệnh Gout được dựa trên bộ câu hỏi “Questionnaires about Factors Influencing the Performance of Self-care in Gout Patients” của tác giả Kang Sung Gum (năm 2014) [4], đồng thời chỉnh sửa phù hợp theo Hướng dẫn quản lý và chăm sóc bệnh Gout của Hội Khớp học Việt Nam khuyến cáo.

Bộ câu hỏi gồm có 2 phần:

Phần I: Kiến thức về tự chăm sóc của người bệnh Gout.

Phần II: Hành vi tự chăm sóc của người bệnh Gout.

\* Biến số và chỉ số nghiên cứu

Thông tin chung: tuổi, giới tính, cân nặng, chiều cao

Thông tin về tiền sử, bệnh sử: thời gian mắc bệnh Gout, tần xuất nhập viện điều trị, bệnh lý kèm theo, đặc điểm lâm sàng (hạt Tophi).

Kiến thức về tự chăm sóc: biến chứng của bệnh, lối sống, chế độ ăn, bệnh đồng mắc

Hành vi tự chăm sóc: hành vi uống thuốc theo chỉ định, lối sống, chế độ ăn uống

Chất lượng cuộc sống về sức khỏe thể chất: hoạt động thể chất, hạn chế về thể chất, cảm giác đau, sức khỏe nói chung

Chất lượng cuộc sống về sức khỏe tinh thần: hoạt động xã hội, hạn chế về cảm xúc, sức sống, sức khỏe tâm lý

\* Cách đánh giá: Mỗi câu trả lời đúng của người bệnh được 1 điểm, trả lời không đúng hoặc không trả lời là 0 điểm.

Phân loại: Kiến thức tự chăm sóc của người bệnh được chia thành 2 mức:

+ Mức độ kiến thức tự chăm sóc chưa đạt: Khi tổng số điểm < 50%.

+ Mức độ kiến thức tự chăm sóc đạt: Khi số điểm đạt  $\geq 50\%$  tổng số điểm.

Hành vi tự chăm sóc của người bệnh được chia làm 2 mức độ:

+ Mức độ hành vi tự chăm sóc chưa đạt: Khi tổng số điểm < 50%.

+ Mức độ hành vi tự chăm sóc đạt: Khi số điểm đạt  $\geq 50\%$  tổng số điểm.

Phần III: Đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu theo bộ câu hỏi SF-36. Gồm 36 câu hỏi với 8 yếu tố [5].

**Bảng 1. Các lĩnh vực sức khỏe được đánh giá trong bộ câu hỏi SF-36**

| Lĩnh vực sức khỏe            | Câu hỏi                | Số lượng | Thành phần         |
|------------------------------|------------------------|----------|--------------------|
| Hoạt động thể chất           | 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 | 10       | Sức khỏe thể chất  |
| Hạn chế do sức khỏe thể chất | 13,14,15,16            | 4        |                    |
| Cảm giác đau                 | 21,22                  | 2        |                    |
| Tình trạng sức khỏe chung    | 1,33,34,35,36          | 5        |                    |
| Hạn chế do vấn đề cảm xúc    | 17,18,19               | 3        | Sức khỏe tinh thần |
| Sức sống                     | 23,27,29,31            | 4        |                    |
| Tình trạng tinh thần         | 24,25,26,28,30         | 5        |                    |
| Hoạt động xã hội             | 20,32                  | 2        |                    |

(Nguồn: Theo The TAND 36- Item Health Survey (2016))

Điểm càng cao thì các định tình trạng sức khỏe càng tốt. Mỗi câu trả lời đều có điểm số thay đổi từ 0 đến 100, sau đó tính điểm 8 yếu tố. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Gout theo SF-36 được đánh giá mức độ qui định như sau:

Từ 0 - 25: Chất lượng cuộc sống kém.

Từ 26 - 50: Chất lượng cuộc sống trung bình.

Từ 51 - 75: Chất lượng cuộc sống khá.

Từ 76 - 100: Chất lượng cuộc sống tốt.

### 2.3. Xử lý và phân tích số liệu

- Phần mềm SPSS 22.0

### 2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng khoa học Bệnh viện đa khoa Đức Giang phê duyệt. Người bệnh được giải thích

về mục đích và chấp nhận tham gia nghiên cứu. Dữ liệu thu thập chỉ phục vụ cho nghiên cứu, chẩn đoán, giúp cho việc điều trị bệnh được tốt hơn.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

#### 3.1.1. Đặc điểm về tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu

Trong số 163 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, gặp chủ yếu ở nam giới, chiếm 78,5%. Tỷ lệ nam/nữ là 3,7/1. Tuổi mắc cao nhất từ 60 tuổi chiếm 82,8%; tuổi 30-59 tuổi chiếm 16,6%, tuổi dưới 30 chiếm 0,6%

#### 3.1.2. Chỉ số BMI

**Bảng 2. Đặc điểm BMI của người bệnh Gout (n=163)**

| Đặc điểm |         | n   | %    |
|----------|---------|-----|------|
| BMI      | <18,5   | 4   | 2,5  |
|          | 18,5-23 | 40  | 24,5 |
|          | >23     | 119 | 73   |

**Nhận xét:** Có 73% đối tượng có tình trạng thừa cân trong nghiên cứu này với BMI>23; đối tượng có chỉ số BMI trong khoảng giới hạn từ 18,5- 23 chiếm 24,5%.

#### 3.1.3. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh và tần xuất nhập viện

**Bảng 3. Thời gian mắc bệnh và tần xuất nhập viện trong một năm (n=163)**

| Đặc điểm           |                                          | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|--------------------|------------------------------------------|--------------|-----------|
| Thời gian mắc bệnh | Dưới 5 năm                               | 16           | 9,8       |
|                    | 6-10 năm                                 | 44           | 27,0      |
|                    | 11-15 năm                                | 74           | 45,4      |
|                    | Trên 15 năm                              | 29           | 17,8      |
|                    | Thời gian mắc trung bình: $11,7 \pm 4,5$ |              |           |
| Tần xuất nhập viện | 1 lần                                    | 13           | 8         |
|                    | 2-3 lần                                  | 56           | 34        |
|                    | > 3 lần                                  | 94           | 58        |

**Nhận xét:** Từ bảng 2 có thể thấy phần lớn đối tượng nghiên cứu có thời gian mắc bệnh từ 11 đến 15 năm chiếm 45,4%; có 17,8% mắc bệnh trên 15 năm, chỉ có 9,8% người bệnh mắc bệnh dưới 5 năm. Thời gian

mắc bệnh trung bình là  $11,7 \pm 4,5$ . Có tới 58% đối tượng phải nhập viện trên 3 lần trong năm vì tình trạng cấp tính của bệnh Gout; có 34% đối tượng nhập viện 2-3 lần trong một năm.

**3.1.4. Đặc điểm mắc bệnh kèm theo****Bảng 4. Đặc điểm mắc bệnh kèm theo của đối tượng nghiên cứu (n=163)**

| Bệnh kèm theo                   | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------------|--------------|-----------|
| Tăng huyết áp                   | 22           | 13,5      |
| Thấp khớp hoặc bệnh mô liên kết | 105          | 64,4      |
| Loét dạ dày - tá tràng          | 97           | 59,5      |
| Đái tháo đường                  | 59           | 36,2      |
| Bệnh thận                       | 47           | 28,8      |

**Nhận xét:** Bệnh mắc kèm về loét dạ dày tá tràng chiếm cao nhất 59,5%; bệnh đái tháo đường chiếm 36,2%; bệnh tăng huyết áp chiếm thấp nhất 13,5%

**3.1.5. Đặc điểm hạt tophi****Bảng 5. Đặc điểm hạt tophi của bệnh nhân (n=163)**

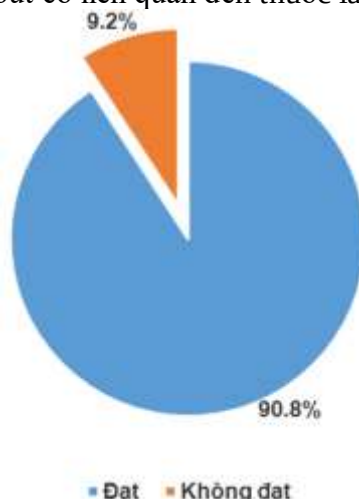
| Đặc điểm              | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------|--------------|-----------|
| Hạt tophi             | Có           | 122       |
|                       | không        | 41        |
| Nhiễm trùng hạt tophi | Có           | 24        |
|                       | Không        | 139       |

**Nhận xét:** Người bệnh có hạt tophi tại khớp chiếm 75%, trong đó tỷ lệ người bệnh nhiễm trùng hạt tophi chiếm 15% trong số bệnh nhân có hạt tophi.

**3.2. Hành vi tự chăm sóc của người bệnh Gout****3.2.1. Kiến thức tự chăm sóc của người bệnh Gout****Bảng 6. Thực trạng kiến thức tự chăm sóc của người bệnh Gout (n=163)**

| Câu hỏi                                                                                            | Trả lời đúng (n=163) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------|
| Để điều trị bệnh Gout, nên dùng thuốc theo chỉ định thường xuyên                                   | 160                  | 98,2      |
| Vì rượu gây ra cơn Gout nên cần hạn chế uống rượu                                                  | 121                  | 74,2      |
| Bệnh nhân Gout bị đau dữ dội ở các khớp bị tổn thương                                              | 160                  | 98,2      |
| Điều trị tốt bệnh Gout, để tận hưởng cuộc sống bình thường mà không gây tổn hại đến các khớp xương | 150                  | 92,0      |
| Nếu viêm khớp do Gout bùng phát, sụn và xương bị phá hủy                                           | 155                  | 95,0      |
| Để điều trị bệnh Gout, điều hữu ích là uống nhiều nước                                             | 151                  | 92,6      |
| Gout là bệnh bùng phát khi axit uric trong cơ thể tăng cao                                         | 147                  | 90,2      |
| Với bệnh nhân Gout, tốt hơn nên uống bia hoặc rượu vang đỏ                                         | 154                  | 94,4      |
| Bệnh nhân Gout nên ăn nhiều thịt bò hơn                                                            | 146                  | 89,6      |
| Bệnh nhân Gout nên dùng nhiều cá                                                                   | 144                  | 88,3      |
| Bệnh Gout là một căn bệnh xâm lấn các mô khác của cơ thể cũng như các khớp                         | 149                  | 91,4      |
| Bệnh nhân Gout không nên ăn sữa, pho mát và trứng                                                  | 146                  | 89,5      |
| Bệnh Gout không liên quan đến cân nặng                                                             | 144                  | 88,3      |
| Bệnh Gout không liên quan đến THA, ĐTD và xơ cứng động mạch                                        | 146                  | 89,5      |
| Để điều trị bệnh Gout, hạn chế đồ uống có cà phê hoặc cafein                                       | 147                  | 90,1      |
| Bệnh Gout có liên quan đến hút thuốc lá                                                            | 148                  | 90,8      |

**Nhận xét:** Kiến thức về tự chăm sóc của người bệnh bị Gout các kiến thức khác về tự chăm sóc người bệnh Gout có tỷ lệ người bệnh trả lời đúng khá cao như dùng thuốc thường xuyên, đau khớp tổn thương, Gout có liên quan đến thuốc lá lần lượt 98,2%; 98,2 và 90,8%



**Biểu đồ 1. Kiến thức chung về tự chăm sóc của người bệnh Gout (n=163)**

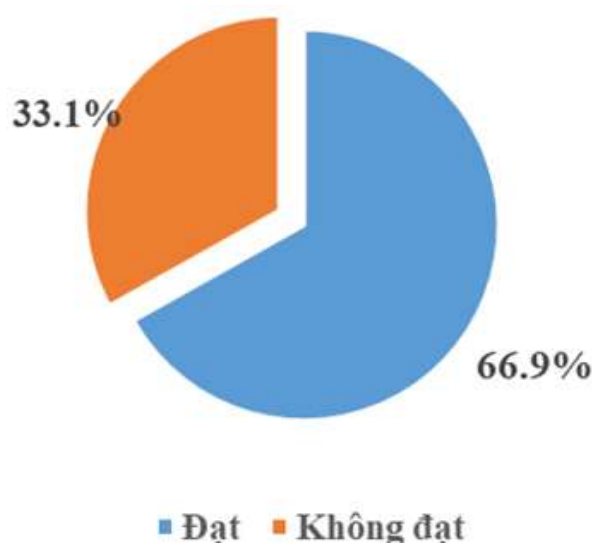
**Nhận xét:** Người bệnh Gout có kiến thức chung về tự chăm sóc ở mức độ đạt, chiếm 90,8%. Tỷ lệ người bệnh có kiến thức không đạt chiếm 9,2%

### 3.2.2. Thực trạng hành vi tự chăm sóc về chế độ điều trị của người bệnh Gout

**Bảng 7. Thực trạng hành vi tự chăm sóc của người bệnh Gout (n=163)**

| Nội dung                                                         | n (%)      |
|------------------------------------------------------------------|------------|
| 1. Không dùng thuốc khi không có đơn của bác sĩ                  | 163 (100)  |
| 2. Uống thuốc đều đặn.                                           | 114 (69,9) |
| 3. Tìm kiếm sự chăm sóc y tế cho bệnh Gout.                      | 155 (95)   |
| 4. Ăn đậu, các sản phẩm từ hạt, gạo lứt và các loại ngũ cốc nhỏ. | 148 (90,8) |
| 5. Hãy chú ý đến cơ thể của bạn xem có vấn đề gì không.          | 159 (97,5) |
| 6. Cố gắng duy trì cân nặng bình thường.                         | 160 (98,2) |
| 7. Không được uống rượu.                                         | 125 (76,6) |
| 8. Hạn chế ăn chất đạm (cảm thực phẩm giàu chất đạm)             | 156 (95,7) |
| 9. Uống ít nhất 2 lít nước mỗi ngày.                             | 80 (49,1)  |
| 10. Hạn chế ăn thịt đỏ.                                          | 30 (18,4)  |
| 11. Không uống đồ uống có hàm lượng đường cao                    | 129 (79,1) |
| 12. Tập thể dục thường xuyên để không làm tổn thương khớp        | 132 (81,0) |
| 13. Hạn chế ăn cá, động vật có vỏ và hải sản                     | 25 (15,3)  |
| 14. Uống Vitamin C (1,400mg/ ngày)                               | 64 (39,3)  |
| 15. Dùng các sản phẩm từ sữa không béo hoặc ít béo               | 87 (53,4)  |
| 16. Không hút thuốc                                              | 18 (11,0)  |

**Nhận xét:** 69,9% người bệnh Gout uống thuốc đều đặn và đúng cách. Tất cả bệnh nhân đều uống thuốc theo chỉ định của bác sĩ. 39,3% người bệnh có hành vi sử dụng thuốc vitamin C. Bệnh nhân không uống rượu chiếm 76,6%, hạn chế ăn thịt đỏ là 18,4%, không hút thuốc là 11%.



**Biểu đồ 2. Đánh giá chung hành vi tự chăm sóc của người bệnh Gout (n=163)**

**Nhận xét:** Tỷ lệ người bệnh Gout có hành vi tự chăm sóc ở mức độ đạt chiếm 66,9%. Tỷ lệ có hành vi tự chăm sóc không đạt chiếm 33,1%.

### 3.3. Chất lượng cuộc sống của người bệnh Gout theo SF- 36

**Bảng 8. Đánh giá chất lượng cuộc sống về sức khỏe thể chất của người bệnh Gout**

| Khía cạnh chất lượng cuộc sống | Trung bình $\pm$ SD | Min-Max   |
|--------------------------------|---------------------|-----------|
| Hoạt động thể chất (HĐTC)      | 33,1 $\pm$ 12,6     | 5-75      |
| Giới hạn thể chất (GHTC)       | 43,9 $\pm$ 14,2     | 0-75      |
| Cảm giác đau (CGĐ)             | 41,6 $\pm$ 10,5     | 22,5-67,5 |
| Sức khỏe tổng quát (SKTQ)      | 47,2 $\pm$ 10,9     | 25-70     |
| CLCS sức khỏe thể chất         | 41,5 $\pm$ 9,8      | 19,4-69,4 |

**Nhận xét:** Điểm trung bình khía cạnh hoạt động thể chất là  $33,1 \pm 12,6$ . Điểm trung bình giới hạn thể chất là  $43,9 \pm 14,2$ . Điểm trung bình khía cạnh cảm giác đau là  $41,6 \pm 10,5$ . Điểm trung bình khía cạnh sức khỏe tổng quát là  $47,2 \pm 10,9$ . Điểm chất lượng cuộc sống về sức khỏe thể chất là  $41,5 \pm 9,8$

**Bảng 9. Đánh giá chất lượng cuộc sống về sức khỏe tinh thần của người bệnh Gout**

| Khía cạnh chất lượng cuộc sống | Trung bình $\pm$ SD (n=163) | Min-Max   |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------|
| Cảm nhận sức sống (CNSS)       | 57,1 $\pm$ 8,8              | 50-87,5   |
| Hoạt động xã hội (HĐXH)        | 47,4 $\pm$ 11,5             | 25-75     |
| Giới hạn cảm xúc (GHCS)        | 43,8 $\pm$ 15,3             | 0-75      |
| Sức khỏe tâm lý (SKTL)         | 55,9 $\pm$ 9,4              | 40-100    |
| CLCS sức khỏe tinh thần        | 51,1 $\pm$ 9,2              | 33,3-80,6 |

**Nhận xét:** Điểm trung bình khía cạnh cảm nhận sức sống là  $57,1 \pm 8,8$ . Điểm trung bình khía cạnh hoạt động xã hội là  $47,4 \pm 11,5$ . Điểm trung bình khía cạnh giới hạn cảm xúc là  $43,8 \pm 15,3$ . Điểm trung bình khía cạnh sức khỏe tâm lý là  $55,9 \pm 9,4$ . Điểm trung bình chất lượng cuộc sống về sức khỏe tinh thần là  $51,1 \pm 9,2$ .

**Bảng 10. Phân loại chất lượng cuộc sống của người bệnh Gout**

| Chất lượng cuộc sống      | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------|--------------|-----------|
| Kém                       | 3            | 1,8       |
| Trung bình                | 126          | 77,3      |
| Khá                       | 34           | 20,9      |
| Tốt                       | 0            | 0         |
| Tổng CLCS: $44,1 \pm 9,1$ |              |           |

**Nhận xét:** Người bệnh Gout có chất lượng cuộc sống ở mức độ trung bình, chiếm 77,3%. Tỷ lệ người bệnh có chất lượng cuộc sống ở mức độ kém chiếm 1,8% và chất lượng cuộc sống ở mức độ khá chiếm 20,9%. Không có chất lượng cuộc sống ở mức độ tốt. Điểm trung bình chất lượng cuộc sống chung là  $44,1 \pm 9,1$ .

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm của người bệnh Gout

Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nam giới, chiếm tỷ lệ 78,5%, lứa tuổi mắc cao nhất trên 60 tuổi, chiếm 82,8%. Có 73% đối tượng có tình trạng thừa cân trong nghiên cứu này với BMI > 23; đối tượng có chỉ số BMI trong khoảng giới hạn từ 18,5- 23 chiếm 24,5%. Người bệnh có hạt tophi tại khớp chiếm 75%, trong đó tỷ lệ người bệnh nhiễm trùng hạt tophi chiếm 15% trong số bệnh nhân có hạt tophi, có 45,4% người bệnh mắc bệnh từ 11 đến 15 năm, có 17,8% mắc bệnh trên 15 năm, chỉ có 9,8% người bệnh mắc bệnh dưới 5 năm. Thời gian mắc bệnh trung bình là  $11,7 \pm 4,5$  năm. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Đặng Hồng Khanh và cộng sự (2019): có hạt tophi 89,2%; hạt tophi nhiễm trùng 18,6% [6].

So sánh của chúng tôi với nghiên cứu của tác giả Chandratre P và cộng sự (2018) cho thấy: tuổi trung bình của bệnh Gout thường là 65,6 tuổi; nam giới chiếm 83,6%; tần suất tấn công của cơn Gout cấp trong 12 tháng qua gồm 1 cơn chiếm 20,6 %; 2 cơn chiếm

16,7% và từ 5 cơn trở lên chiếm 12,2%; thời gian mắc bệnh trung bình là 16,8 năm (SD 21,1); hạt tophi chiếm 2,4% [10]

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Ting Fu và cộng sự. Kết quả nghiên cứu cho thấy, đa số người bệnh có các bệnh kèm theo như tăng huyết áp (chiếm 42,5%), đái tháo đường (chiếm 10,2%), rối loạn chuyển hóa lipid (chiếm 11,1%) [7].

##### 4.2. Hành vi tự chăm sóc của người bệnh Gout

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Kang S. G và cộng sự [4]. Trong nghiên cứu này, tác giả đã chỉ ra rằng, chỉ có 17,4% người bệnh có kiến thức đúng về liên quan giữa bệnh Gout và hút thuốc lá, 19,7% người bệnh có kiến thức đúng về hạn chế những thức uống có cafe. Kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Hương và cộng sự năm 2017 kết quả tương tự rằng, tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng về hạn chế sử dụng các loại phủ tạng động vật chiếm 37,1%, hạn chế sử dụng các loại thịt đỏ chiếm 32,3%, hạn chế các loại hải sản chiếm 48,4%, hạn chế sử dụng bia chiếm 27,4% [3]. Tác giả Rulan Yin và cộng sự, năm 2018 đã thực hiện nghiên cứu trên 37699 người bệnh bị Gout tại Trung Quốc cho thấy hành vi tự chăm sóc và tuân thủ điều trị của người bệnh bị Gout là 47%, trong đó tỷ lệ người bệnh tuân thủ chế độ dùng thuốc là 71%, chế độ tự chăm sóc là 66%, tuân thủ chế độ ăn là 42% và vận động là

63% [8]. Do đó, vai trò của các yếu tố dinh dưỡng và chế độ ăn uống trong quá trình phát triển của bệnh Gout được xem xét một cách có hệ thống để đề xuất các chiến lược điều chỉnh chế độ ăn uống để quản lý bệnh Gout [11].

#### 4.3. Chất lượng cuộc sống của người bệnh Gout

Kết quả nghiên cứu tại bảng 8 cho thấy, điểm trung bình chất lượng cuộc sống về sức khỏe thể chất cụ thể như sau: khía cạnh hoạt động thể chất là  $33,1 \pm 12,6$ ; khía cạnh giới hạn thể chất là  $43,9 \pm 14,2$ ; khía cạnh cảm giác đau là  $41,6 \pm 10,5$  và khía cạnh sức khỏe tổng quát là  $47,2 \pm 10,9$ . Điểm chất lượng cuộc sống về sức khỏe thể chất là  $41,5 \pm 9,8$ .

Kết quả nghiên cứu tại bảng 9; điểm trung bình chất lượng cuộc sống về sức khỏe tinh thần cụ thể: Điểm trung bình khía cạnh cảm nhận sức sống là  $57,1 \pm 8,8$ ; khía cạnh hoạt động xã hội là  $47,4 \pm 11,5$ ; khía cạnh giới hạn cảm xúc là  $43,8 \pm 15,3$ ; khía cạnh sức khỏe tâm lý là  $55,9 \pm 9,4$ . Điểm trung bình chất lượng cuộc sống về sức khỏe tinh thần là  $51,1 \pm 9,2$ . Đồng thời điểm trung bình chất lượng cuộc sống chung là  $44,1 \pm 9,1$ .

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn với kết quả nghiên cứu của tác giả Khanna P. P và cộng sự năm 2011 tại Mỹ [9]. Nghiên cứu này chỉ ra rằng, điểm trung bình khía cạnh hoạt động thể chất là  $43,39 \pm 11$ ; khía cạnh giới hạn vai trò do các vấn đề thể chất là  $43,68 \pm 11,41$ , cảm giác đau trung bình là  $39,91 \pm 11,23$ , điểm sức khỏe tổng quát trung bình là  $43,04 \pm 8,92$ . Bên cạnh đó, khía cạnh cảm nhận sức sống trung bình là  $50,74 \pm 12,24$ ; khía cạnh hoạt động xã hội trung bình là  $45,5 \pm 11,89$ ; sự giới hạn vai trò do các vấn đề tinh thần trong nghiên cứu này có mức điểm trung bình là  $48,98 \pm 11,04$ ;

Sức khỏe tinh thần trung bình là  $49,73 \pm 11,92$  [9].

Kết quả này cho thấy, tất cả các khía cạnh của chất lượng cuộc sống về sức khỏe thể chất đều ở mức độ trung bình kém: hạn chế các hoạt động thể lực của người bệnh như đi lại, di chuyển, mang vác đồ vật, suy giảm hoạt động thể lực, hoạt động xã hội do bệnh Gout gây ra cho người bệnh có thể dẫn đến những trạng thái tâm lý tiêu cực như buồn chán, lo âu, thất vọng. Từ đó ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe tâm thần của người bệnh. Điều này được thể hiện rõ tại kết quả bảng 10 với đa số người bệnh Gout có chất lượng cuộc sống ở mức độ trung bình, chiếm 77,3%; ở mức độ kém chiếm 1,8% và chất lượng cuộc sống ở mức độ khá chiếm 20,9%. Không có chất lượng cuộc sống ở mức độ tốt.

#### V. KẾT LUẬN

Bệnh Gout gặp chủ yếu ở nam giới, tỷ lệ 78,5%; lứa tuổi mắc nhiều trên 60 tuổi. Béo phì, thừa cân là yếu tố nguy cơ quan trọng dẫn tới mắc Gout (BMI >23 chiếm 73%). Người bệnh mắc Gout từ 11-15 năm, chiếm 45,4%. Người bệnh Gout mắc các bệnh kèm theo như đái tháo đường, tăng huyết áp. Hạt tophi xuất hiện ở bệnh nhân Gout mắc trên 5 năm, bệnh Gout càng lâu năm thì tần suất nhập viện càng nhiều.

Kiến thức về hành vi tự chăm sóc đạt 90,8%; hành vi tự chăm sóc đạt 66,9%. Có kiến thức nhưng thực hành không tốt thì ảnh hưởng bệnh tật nặng nề.

Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Gout chủ yếu ở mức trung bình và kém. Bệnh nhân Gout bị ảnh hưởng nặng nề cả sức khỏe thể chất lẫn tinh thần. Thang đo SF-36 phản ánh tình trạng sức khỏe thể chất bị ảnh hưởng nhiều hơn sức khỏe tinh thần.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Thị Thanh Bình, Nguyễn Văn Hùng và Trần Huyền Trang** (2017), “Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân Gout theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2015”, Tạp chí Nội khoa Việt Nam. 5, 8-15
2. **Danve A, Sehra ST, Neogi T.** Role of diet in hyperuricemia and gout. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2021 Dec;35(4):101723. doi: 10.1016/j.berh.2021.101723. Epub 2021 Nov 19. PMID: 34802900; PMCID: PMC8678356
3. **Bùi Thị Hương, Ngô Huy Hoàng, Bùi Thị Khánh Thuận và cs** (2018), "Thay đổi kiến thức của người bệnh Gout về chế độ ăn uống và lối sống sau can thiệp giáo dục sức khỏe tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Nam Định năm 2017", Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 1, 7-14.
4. **Kang S. G., Lee E. N., Lee S. W.** (2014). Factors influencing the performance of self-care in Gout patients. *Journal of Muscle and Joint Health*, 21, 55-64.
5. **Hays RD, Sherbourne CD, Mazel RM.** The RAND 36-item health survey 1.0. *Health economics.* 1993;2(3):217227. doi: 10.1002/hec.4730020305. [PubMed][CrossRef] [Google Scholar]
6. **Đặng Hồng Khanh** (2019). Đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân Gout tại Khoa Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Bạch Mai năm 2019. *Tạp chí Y học lâm sàng.* 63, 79-84.
7. **Fu, T., Cao, H., Yin R. et al.** (2018). Depression and anxiety correlate with disease-related characteristics and quality of life in Chinese patients with Gout: a case-control study. *Psychol Health Med.* 23(4), 400-410.
8. **Yin R., Li L., Zhang G. et al.** (2018). Rate of adherence to urate-lowering therapy among patients with Gout: a systematic review and meta-analysis, *BMJ open.* 8(4), e017542.
9. **Khanna PP, Nuki G, Bardin T. et al.** 2012. Tophi and frequent Gout flares are associated with impairments to quality of life, productivity, and increased healthcare resource use: Results from a cross-sectional survey. *Health Qual Life Outcomes.* 2012 Sep 22;10:117. doi: 10.1186/1477-7525-10-117. PMID: 22999027; PMCID: PMC3499162.
10. **Chandratre P, Mallen C, Richardson J. et al** 2018. Health-related quality of life in gout in primary care: Baseline findings from a cohort study. *Semin Arthritis Rheum.* 2018 Aug;48(1):61-69. doi: 10.1016/j.semarthrit.2017.12.005. Epub 2018 Jan 5. Erratum in: *Semin Arthritis Rheum.* 2022 Feb;52:151800. doi: 10.1016/j.semarthrit.2021.02.009. PMID: 29398125; PMCID: PMC6089841.
11. **Zhang Y, Chen S, Yuan M, Xu Y, Xu H.** 2022. Gout and Diet: A Comprehensive Review of Mechanisms and Management. *Nutrients.* 2022, 26;14(17):3525. doi: 10.3390/nu14173525. PMID: 36079783; PMCID: PMC9459802.

## THỰC TRẠNG STRESS NGHỀ NGHIỆP Ở ĐIỀU DƯỠNG VIÊN VÀ HỘ SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÙNG VƯƠNG NĂM 2023

Bùi Thị Hiền<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Giang<sup>2</sup>

### TÓM TẮT.

**Mục tiêu:** Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: Đánh giá thực trạng stress nghề nghiệp ở điều dưỡng viên và hộ sinh tại Bệnh viện đa khoa Hùng Vương năm 2023.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện với N=215 cán bộ điều dưỡng viên và hộ sinh tại Bệnh viện đa khoa Hùng Vương trong thời gian từ tháng 01 đến tháng 12 năm 2023. Bộ công cụ là bộ câu hỏi nhân khẩu học và bộ câu hỏi theo thang đo Expanded Nursing Stress Scale. Mức độ stress được phân thành 3 nhóm: thấp, trung bình, cao.

**Kết quả:** Tổng số có N=215 đối tượng tham gia nghiên cứu, đa số là nữ giới chiếm 77,2%, trình độ chuyên môn là cao đẳng trở lên chiếm 71,6%, thâm niên công tác dưới 5 năm chiếm 60,9%, trung bình số giờ làm từ 8 đến dưới 9 giờ là 74,4%, trung bình số buổi trực trên tuần từ 2 buổi trở lên là 81,4%, thu nhập trung bình/tháng từ 5 đến dưới 10 triệu đạt 76,7%. Các đối tượng trong nhóm nghiên cứu có mức độ stress trung bình là 2,26 ( $\pm 0,47$ ). Thấp nhất là khi có các vấn

đề liên quan đến đồng nghiệp điều dưỡng là 1,75 ( $\pm 0,5$ ). Cao nhất là nhóm vấn đề đối mặt với cái chết của người bệnh là 2,9 ( $\pm 0,66$ ).

**Kết luận:** Kết quả chỉ ra các đối tượng trong nhóm nghiên cứu có mức độ stress trung bình. Yếu tố gây stress nhiều nhất là: khi thấy người bệnh tử vong. Yếu tố gây stress ít nhất là: khó làm việc với người điều dưỡng khác giới. Để cải thiện tình trạng trên nhóm đối tượng nghiên cứu cần phải giữ được bình tĩnh trong các tình huống nghiêm trọng.

**Từ khoá:** Stress nghề nghiệp, điều dưỡng, bệnh viện.

### SUMMARY

#### THE CURRENT SITUATION OF NURSES AND MIDWIVES' OCCUPATIONAL STRESS AT HUNG VUONG GENERAL HOSPITAL IN 2023

**Objective:** The study was to assess the current state of occupational stress among nurses and midwives working at Hung Vuong General Hospital in 2023.

**Methods:** A cross-sectional study was conducted with 215 staff nurses and midwives at Hung Vuong General Hospital during the period from January to December 2023. The questionnaire included demographic characteristic sheet and the Expanded Nursing Stress Scale. Stress are classified into 3 levels: low, medium, and high.

**Results:** A total of N=215 subjects participated in the study. Specifically, the majority are women accounting for 77,2%; professional qualifications from college or higher

<sup>1</sup>Khoa Nội Tổng Hợp, Bệnh viện đa khoa Hùng Vương

<sup>2</sup>Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hiền

SĐT: 0333675835

Email: buihienbvhhv@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/06/2024

Ngày phản biện khoa học: 10/6/2024

Ngày duyệt bài: 27/7/2024

education and working experience of less than 5 years account for 71,6% and 60,9 %, respectively; the average number of working hours from 8 to less than 9 hours make up 74,4%; the average number of hours per week that is 2 or more hours is 81,4%; and the average income/month from 5 to less than 10 million reaches account for 76,7%. Subjects in the study group had medium stress levels was 2,26 ( $\pm 0,47$ ). The lowest is those with problems related to nursing colleagues was 1,75 ( $\pm 0,5$ ). The highest belongs to the group of problems facing the patient's death was 2,9 ( $\pm 0,66$ ).

**Conclusion:** The results show that the subjects in the study group have medium stress levels. The most stressful factor is seeing the death of a patient, while the least stressful one is having difficulty working with nurses of opposite gender. Therefore, it is necessary to remain calm in serious situations to improve the research subjects' state.

**Keywords:** Occupational stress, nurse, hospital.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), stress liên quan đến nghề nghiệp là phản ứng có thể có của con người khi yêu cầu, áp lực công việc không phù hợp với kiến thức và khả năng, cũng như thách thức sự ứng phó của họ [8]. Stress nghề nghiệp là yếu tố gây tổn thương chủ yếu cho hệ thần kinh, góp phần làm gia tăng tỷ lệ các bệnh tim mạch, cơ xương khớp cũng như tăng tỷ lệ nghỉ hưu sớm do thường xuyên làm việc trong môi trường nhiều áp lực. Ảnh hưởng của stress nghề nghiệp đến sức khỏe là stress, lo âu, trầm cảm, không thỏa mãn với công việc, giảm chất lượng chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân,...

Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy,

điều dưỡng viên (ĐDV), hộ sinh (HS) là một trong những nhân viên y tế có nhiều stress nghề nghiệp. Hàng ngày, các điều dưỡng viên, hộ sinh luôn phải tiếp xúc với các tình huống có khả năng gây căng thẳng bao gồm khối lượng công việc nhiều, ca kíp trực không cố định, thay đổi giờ làm việc gây ảnh hưởng trực tiếp lên bản thân họ và người bệnh. Điều dưỡng viên phải đối mặt với những căn bệnh hiểm nghèo và cái chết của người bệnh khiến điều dưỡng trở thành nghề có áp lực cao [6].

Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Thư và cộng sự năm 2023 tại Bệnh viện phụ sản Trung ương cho thấy tỷ lệ điều dưỡng bị stress chiếm 66,7%, trong đó có 31,7% bị stress ở mức độ nặng [4]. Trong bối cảnh ngày nay, đi cùng với sự phát triển của đất nước là nguy cơ xảy ra các tai nạn, bệnh tật khiến người bệnh phải đến viện ngày càng đông. Điều này vô tình làm tăng gánh nặng công việc cho nhân viên y tế, dẫn đến nguy cơ bị stress nghề nghiệp cao, đặc biệt là điều dưỡng viên, hộ sinh khối lâm sàng. Để đảm bảo sức khỏe cho nhân viên y tế, phòng ngừa stress có hiệu quả - cách tốt nhất là cần có các biện pháp dự phòng, kiểm soát stress nghề nghiệp.

Bệnh viện đa khoa Hùng Vương đã trải qua hơn 10 năm hình thành và phát triển với đội ngũ cán bộ y tế vững chắc về chuyên môn, ứng dụng kỹ thuật cao, đổi mới trong điều trị và chăm sóc để hướng tới sự hài lòng của người bệnh. Đi cùng với sự phát triển thì vấn đề cần quan tâm là stress nghề nghiệp do công việc cường độ cao và trách nhiệm nặng nề của cán bộ y tế và đặc biệt là của điều dưỡng viên, hộ sinh. Cho đến nay, tại bệnh viện chưa có nghiên cứu nào về stress nghề nghiệp của các nhân viên y tế, từ thực tế đó, tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “**Thực trạng**

**stress nghề nghiệp ở điều dưỡng viên và hộ sinh tại Bệnh viện đa khoa Hùng Vương năm 2023”** với mục tiêu: **Đánh giá thực trạng stress nghề nghiệp ở điều dưỡng viên và hộ sinh tại Bệnh viện đa khoa Hùng Vương năm 2023.**

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Đối tượng nghiên cứu là điều dưỡng viên và hộ sinh làm việc tại Bệnh viện đa khoa Hùng Vương.

#### **\* Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Là tất cả các điều dưỡng viên và hộ sinh làm việc tại Bệnh viện đa khoa Hùng Vương từ năm 2022 trở về trước.

- Làm công việc tiếp xúc trực tiếp với người bệnh trong thời gian nghiên cứu.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### **\* Tiêu chuẩn loại trừ**

- Những ĐDV, HS đi học, nghỉ thai sản, nghỉ ốm, nghỉ phép dài hạn trong thời gian nghiên cứu.

### **2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

- Thời gian tiến hành: Từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2023.

- Địa điểm nghiên cứu: tại các khoa phòng và chi nhánh của Bệnh viện đa khoa Hùng Vương.

### **2.3. Phương pháp nghiên cứu**

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

### **2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

- Cỡ mẫu: Chọn toàn bộ điều dưỡng viên, hộ sinh đáp ứng tiêu chí lựa chọn.

- Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện có chủ đích.

### **2.5. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu**

#### **2.5.1. Thu thập số liệu**

#### **\* Công cụ nghiên cứu**

Trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi có cấu trúc soạn sẵn thông qua hình thức phát vấn. Bộ công cụ bao gồm 2 phần: phần 1 thông tin chung về ĐDV, HS và phần 2: Bộ công cụ đo lường vấn đề stress nghề nghiệp.

Thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi tự điền dựa trên bộ câu hỏi Expanded Nursing Stress Scale (ENSS) được sử dụng để khảo sát thực trạng stress của ĐDV. Bộ câu hỏi ENSS gồm 54 câu được French và đồng nghiệp phát triển năm 1995. Cronbach's Alpha của bộ câu hỏi ENSS là  $\alpha = 0,96$  [7]. Bộ câu hỏi ENSS đã được dịch sang tiếng Việt và khảo sát trên 145 ĐDV tại Bệnh viện Nhi Thái Bình bởi tác giả Tăng Thị Hảo năm 2019 [2]. Bộ công cụ này được xây dựng để đo vấn đề stress nghề nghiệp, gồm 08 lĩnh vực, 54 câu.

+ Đối mặt với cái chết của người bệnh (7 câu)

+ Mâu thuẫn với bác sĩ (5 câu)

+ Chưa có sự chuẩn bị về mặt cảm xúc (3 câu)

+ Các vấn đề liên quan đến đồng nghiệp điều dưỡng (6 câu)

+ Các vấn đề liên quan đến cấp trên (người quản lý) (7 câu)

+ Khối lượng công việc (9 câu)

+ Không chắc chắn về hướng điều trị cho người bệnh (9 câu)

+ Người bệnh và gia đình người bệnh (8 câu)

#### **\* Tiêu chí đánh giá**

- Các yếu tố đo lường vấn đề stress nghề nghiệp được đánh giá dựa vào thang điểm Likert với 4 mức độ: Chưa bao giờ căng thẳng (stress), thỉnh thoảng căng thẳng (stress), thường xuyên căng thẳng (stress), rất căng thẳng (stress). Trong đó ứng với mỗi câu chưa bao giờ căng thẳng tương ứng với 1

điểm, thỉnh thoảng căng thẳng tương ứng với 2 điểm, thường xuyên căng thẳng tương ứng với 3 điểm, rất căng thẳng tương ứng với 4 điểm.

Tổng điểm chung dao động từ 54 - 216

| Điểm trung bình | Mức độ stress |
|-----------------|---------------|
| 1,00 - < 2,00   | Thấp          |
| 2,00 - 3,00     | Trung bình    |
| > 3,00 - 4,00   | Cao           |

\* Quy trình thu thập số liệu

- Tập huấn điều tra viên

Nhóm thu thập số liệu gồm các điều dưỡng trưởng đang công tác tại các khoa phòng và chi nhánh của Bệnh viện đa khoa Hùng Vương. Nhóm nghiên cứu thống nhất nội dung bộ câu hỏi, kỹ thuật và cách thức tiến hành thu thập số liệu về thời gian trả lời bộ câu hỏi của đối tượng nghiên cứu, địa điểm, tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu thỏa mãn yêu cầu, định nghĩa các biến số trong bộ câu hỏi, cách thức trả lời bộ câu hỏi để phổ biến lại cho đối tượng nghiên cứu (ĐTNC).

- Tiến hành thu thập số liệu

+ Bước 1: Nghiên cứu viên chính liên hệ trước với lãnh đạo bệnh viện và khoa phòng nói rõ mục đích của nghiên cứu và hẹn thời gian thu thập số liệu.

+ Bước 2: Nghiên cứu viên chính đến từng khoa phòng và chi nhánh phát bộ câu hỏi thu thập số liệu cho điều dưỡng trưởng khoa phòng đó phụ trách.

+ Bước 3: Trước cuối các buổi làm việc khoảng 30 phút điều dưỡng trưởng khoa phòng tập trung các đối tượng nghiên cứu tại phòng hành chính các khoa của bệnh viện để thông báo mục đích và nội dung của nghiên cứu đồng thời phổ biến, hướng dẫn cách trả

lời vào bộ câu hỏi đã thiết kế, giải đáp rõ các thắc mắc trước khi các điều dưỡng, hộ sinh tham gia trả lời.

+ Bước 4: Sau đó phát phiếu điều tra đến từng đối tượng nghiên cứu có mặt, không để người tham gia nghiên cứu trao đổi thông tin, thu phiếu sau 30 phút.

+ Bước 5: Khi nhận lại phiếu, điều tra viên kiểm tra phiếu đã điền đầy đủ thông tin chưa nếu còn thiếu sẽ yêu cầu người tham gia nghiên cứu bổ sung cho đầy đủ.

+ Bước 6: Tổng hợp.

### 2.5.2. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu sau khi làm sạch được nhập vào máy tính phân tích bằng phần mềm SPSS (Statistical Package for Social Sciences) phiên bản 25.0 cho các thông tin mô tả và phân tích thống kê.

- Thống kê mô tả (tần số, tỉ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn) được sử dụng để mô tả nhân khẩu học và vấn đề stress nghề nghiệp.

### 2.6. Đạo đức nghiên cứu

- Nội dung nghiên cứu phù hợp, được sự quan tâm và ủng hộ của lãnh đạo Bệnh viện đa khoa Hùng Vương nơi tiến hành nghiên cứu.

- ĐTNC được giải thích rõ ràng về mục

đích nghiên cứu trước khi trả lời phỏng vấn và chỉ tiến hành khi được sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu. ĐTNC có quyền từ chối tham gia nghiên cứu. Các đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu được ký vào bản đồng thuận tham gia nghiên cứu.

- Các thông tin thu thập được chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu và được giữ bí mật, chỉ nghiên cứu viên mới được phép tiếp cận.

- Kết quả nghiên cứu sẽ được phản hồi tới lãnh đạo bệnh viện Đa khoa Hùng Vương sau khi kết thúc nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 215 điều dưỡng viên và hộ sinh. Các điều dưỡng viên và hộ sinh đa số là các cán bộ trẻ, cụ thể độ tuổi trung bình là  $28,86 \pm 4,6$ , nhóm tuổi từ 25 đến 35 chiếm tỷ lệ cao nhất là 69,3%. Về giới tính có sự chênh lệch rõ rệt giữa 2 giới, giới tính nữ chiếm 77,2%, trình độ chuyên môn là cao đẳng trở lên chiếm 71,6%, tình trạng đã kết hôn là 60,9%.

Phân bố về khoa phòng và vị trí làm việc của đối tượng nghiên cứu cho thấy 19,1% đối tượng công tác tại khu hồi sức cấp cứu, 64,7% tại khu nội trú là cao nhất, thấp nhất là khu khám bệnh chiếm 16,3%; tỷ lệ điều dưỡng viên cao nhất là 93,5%, vai trò công tác là nhân viên chiếm 96,3%; thâm niên công tác dưới 5 năm chiếm 60,9% là cao nhất, thấp nhất là từ 10 năm trở lên là 15,8%; đối tượng nghiên cứu chủ yếu là biên chế chiếm 88,4%, trung bình số giờ làm việc/ngày từ 8 đến dưới 9 giờ là chủ yếu chiếm 74,4%, trung bình đối tượng nghiên cứu trực 2 buổi trực/tuần là 67,9%, trực từ 3 buổi trở lên chiếm tỷ lệ 13,5%; sự hài lòng về công việc hiện tại chỉ chiếm 67,5%.

Trong số 215 đối tượng tham gia nghiên cứu thì chủ yếu đối tượng có nơi ở tại nông thôn là 87%, thu nhập trung bình 1 tháng từ 5 đến dưới 10 triệu chiếm tỷ lệ cao nhất là 76,7%, thu nhập từ 15 triệu trở lên chỉ chiếm rất ít là 0,5%.

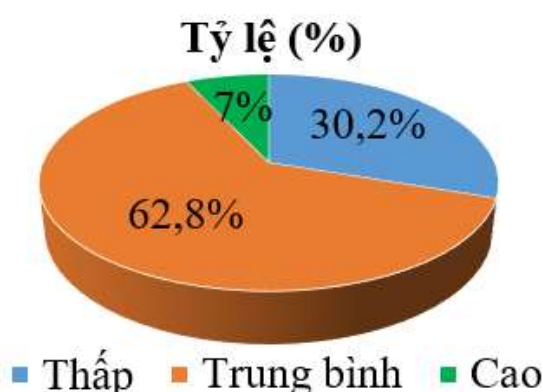
#### 3.2. Thực trạng stress nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1. Mức độ stress của đối tượng nghiên cứu theo từng nhóm**

| STT                                                       | Nhóm nội dung vấn đề                             | Trung bình (độ lệch chuẩn) | Mức độ stress |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------|---------------|
| Nhóm 1                                                    | Đối mặt với cái chết của người bệnh              | $2,9 \pm 0,66$             | Trung bình    |
| Nhóm 2                                                    | Mâu thuẫn với bác sĩ                             | $2,22 \pm 0,62$            | Trung bình    |
| Nhóm 3                                                    | Chưa có sự chuẩn bị về mặt cảm xúc               | $2,25 \pm 0,73$            | Trung bình    |
| Nhóm 4                                                    | Các vấn đề liên quan đến đồng nghiệp điều dưỡng  | $1,75 \pm 0,5$             | Thấp          |
| Nhóm 5                                                    | Các vấn đề liên quan đến cấp trên                | $1,94 \pm 0,66$            | Thấp          |
| Nhóm 6                                                    | Khối lượng công việc                             | $2,23 \pm 0,6$             | Trung bình    |
| Nhóm 7                                                    | Không chắc chắn về hướng điều trị cho người bệnh | $2,3 \pm 0,65$             | Trung bình    |
| Nhóm 8                                                    | Người bệnh và gia đình người bệnh                | $2,46 \pm 0,73$            | Trung bình    |
| <b>Đánh giá chung tình trạng stress của 8 nhóm yếu tố</b> |                                                  | $2,26 \pm 0,47$            | Trung bình    |

**Nhận xét:** Bảng 3.1 chỉ ra đa số các điều dưỡng viên, hộ sinh có tình trạng stress ở mức độ trung bình về các vấn đề đối mặt với cái chết của người bệnh, mâu thuẫn với bác sĩ, chưa có sự chuẩn bị về mặt cảm xúc, khối lượng công việc, không chắc chắn về hướng điều trị cho người bệnh, người bệnh và gia đình người bệnh. Đặc biệt, vấn đề đối mặt với cái chết của người bệnh có điểm trung

bình stress cao nhất là  $2,9 \pm 0,66$ . Về vấn đề liên quan đến đồng nghiệp điều dưỡng, vấn đề liên quan đến cấp trên có tình trạng stress ở mức độ thấp. Thấp nhất là khi có các vấn đề liên quan đến đồng nghiệp điều dưỡng ( $\bar{X} \pm SD = 1,75 \pm 0,5$ ). Đánh giá chung tình trạng stress của 8 nhóm yếu tố ở mức độ trung bình với điểm trung bình là  $2,26 \pm 0,47$ .



**Biểu đồ 3.1. Phân loại mức độ stress của đối tượng nghiên cứu (N=215)**

**Nhận xét:** Qua biểu đồ 3.1 cho thấy đối tượng tham gia nghiên cứu biểu hiện mức độ stress thấp chiếm tỷ lệ 30,2%, 62,8% stress mức độ trung bình và 7,0% stress mức độ cao.

**Bảng 3.2. Mười yếu tố gây stress nhiều nhất**

| STT | Yếu tố                                                                                                   | Trung bình | Độ lệch chuẩn |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|
| 1   | Khi thấy người bệnh tử vong                                                                              | 3,2        | 0,97          |
| 2   | Bác sĩ không có mặt khi người bệnh tử vong                                                               | 3,16       | 1,05          |
| 3   | Cảm giác bất lực khi không cứu chữa được người bệnh                                                      | 3,11       | 0,92          |
| 4   | Khi thấy người bệnh mà mình đã phát triển một mối quan hệ thân thiết trong quá trình chăm sóc bị tử vong | 3,06       | 1,04          |
| 5   | Chứng kiến sự chịu đựng của người bệnh (cơn đau, sự mất mát...)                                          | 2,94       | 0,87          |
| 6   | Phải làm việc với người bệnh có lời lẽ lăng mạ/si nhục                                                   | 2,67       | 1,02          |
| 7   | Phải làm việc với người bệnh hung hăng/bạo lực                                                           | 2,65       | 1,01          |
| 8   | Phải làm việc với sự cư xử tồi tệ từ gia đình của người bệnh                                             | 2,63       | 1,0           |
| 9   | Bác sĩ không có mặt trong tình huống cấp cứu                                                             | 2,61       | 1,03          |
| 10  | Lắng nghe hoặc nói chuyện với người bệnh về cái chết đang đến với họ                                     | 2,6        | 0,99          |

**Nhận xét:** Về các yếu tố gây stress nhiều nhất cho điều dưỡng viên, hộ sinh, số liệu bảng 3.2 chỉ ra trong số 10 yếu tố gây stress nghề nghiệp nhiều nhất: yếu tố stress có điểm trung bình cao nhất là “Khi thấy người bệnh tử vong” ( $\bar{X} \pm SD = 3,2 \pm 0,97$ ), thấp nhất là “Lắng nghe hoặc nói chuyện với người bệnh về cái chết đang đến với họ” ( $\bar{X} \pm SD = 2,6 \pm 0,99$ ).

**Bảng 3.3. Mười yếu tố gây stress ít nhất**

| STT | Yếu tố                                                                                                       | Trung bình | Độ lệch chuẩn |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|
| 1   | Khó làm việc với người điều dưỡng khác giới                                                                  | 1,5        | 0,65          |
| 2   | Phải chuẩn bị dụng cụ/trợ giúp cho bác sĩ trong công việc                                                    | 1,65       | 0,74          |
| 3   | Có mâu thuẫn với điều dưỡng trưởng của anh/chị                                                               | 1,72       | 0,92          |
| 4   | Khó làm việc với một điều dưỡng (hoặc nhiều điều dưỡng) cùng khoa                                            | 1,73       | 0,73          |
| 5   | Thiếu hỗ trợ của điều dưỡng trưởng bệnh viện                                                                 | 1,74       | 0,78          |
| 6   | Khó làm việc với một điều dưỡng (hoặc nhiều điều dưỡng) ở khoa khác                                          | 1,75       | 0,71          |
| 7   | Thiếu cơ hội nói chuyện cởi mở với đồng nghiệp khác khoa về các vấn đề liên quan tới nơi làm việc, công việc | 1,77       | 0,68          |
| 8   | Thiếu hỗ trợ của điều dưỡng trưởng                                                                           | 1,77       | 0,85          |
| 9   | Thiếu cơ hội chia sẻ kinh nghiệm và cảm giác với đồng nghiệp trong khoa                                      | 1,87       | 0,67          |
| 10  | Không thể dự đoán được kế hoạch phân công công việc và lịch làm việc                                         | 1,88       | 0,83          |

**Nhận xét:** Về các yếu tố gây stress ít nhất cho điều dưỡng viên, hộ sinh, số liệu bảng 3.3 chỉ ra trong số 10 yếu tố gây stress nghề nghiệp ít nhất: yếu tố stress có điểm trung bình thấp nhất là “Khó làm việc với người điều dưỡng khác giới” ( $\bar{X} \pm SD = 1,5 \pm 0,65$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả bảng 3.1 cho thấy nhóm vấn đề có mức độ stress thấp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là các vấn đề liên quan đến đồng nghiệp điều dưỡng ( $1,75 \pm 0,5$ ), kết quả này tương tự với kết quả của Trần Thị Phương Hà đây cũng là nhóm vấn đề có mức độ stress thấp nhất ( $1,82 \pm 0,36$ ) [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6/8 nhóm vấn đề có mức độ stress trung bình: đối mặt với cái chết của người bệnh ( $2,9 \pm 0,66$ ), mâu thuẫn với bác sĩ ( $2,22 \pm 0,62$ ), chưa có sự chuẩn bị về mặt cảm xúc ( $2,25 \pm 0,73$ ), khối lượng công việc ( $2,23 \pm 0,6$ ), không chắc chắn về hướng điều trị cho người bệnh ( $2,3 \pm 0,65$ ), người bệnh và gia đình người bệnh

( $2,46 \pm 0,73$ ). Nghiên cứu của Tăng Thị Hảo chỉ có nhóm vấn đề người bệnh và gia đình người bệnh ( $2,11 \pm 0,26$ ) có mức độ stress trung bình [2]. Kết quả của Trần Thị Phương Hà là có 4/8 nhóm vấn đề có mức độ stress trung bình, cụ thể: đối mặt với cái chết của người bệnh ( $2,11 \pm 0,48$ ), khối lượng công việc ( $2,10 \pm 0,40$ ), không chắc chắn về hướng điều trị cho người bệnh ( $2,03 \pm 0,40$ ), người bệnh và gia đình người bệnh ( $2,45 \pm 0,46$ ) [1]. Nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Huyền có 2/8 nhóm vấn đề có mức độ stress trung bình là: chưa có sự chuẩn bị về mặt cảm xúc ( $2,11 \pm 0,67$ ), người bệnh và gia đình người bệnh ( $2,03 \pm 0,52$ ) [3]. Về điểm trung bình chung của mức độ stress của điều dưỡng viên, hộ sinh cho cả 8 nhóm vấn đề trong nghiên cứu của chúng tôi là  $2,26 \pm 0,47$  (mức độ stress trung bình) cao hơn nghiên cứu của Tăng Thị Hảo có điểm trung bình là  $1,76 \pm 0,19$  [2], nghiên cứu của Trần Thị Phương Hà là  $2,03 \pm 0,33$  [1]. Sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi về điểm trung bình chung và điểm trung bình các



nhóm yếu tố ở trên có thể do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại các bệnh viện có chuyên ngành với đặc thù công việc, môi trường làm việc khác nhau.

Biểu đồ 3.1 cho thấy đa phần điều dưỡng viên, hộ sinh có mức độ stress trung bình là 62,8%, mức độ stress thấp là 30,2%, cao là 7,0%. Cao hơn kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Huyền: điều dưỡng viên có mức độ stress thấp là 79,7% và 20,3% mức độ stress trung bình [3]. Khác với nghiên cứu của tác giả Dagget và cộng sự nghiên cứu ở Ethiopia có 33,3% điều dưỡng viên có mức độ stress thấp, 34% mức độ stress trung bình và 32,7% mức độ stress cao [5]. Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi thấy điều dưỡng viên, hộ sinh tại bệnh viện có mức độ stress cao hơn so với các bệnh viện khác trong nước. Sự khác biệt trong phân loại mức độ stress trong nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác có thể do địa điểm nghiên cứu hoặc cỡ mẫu nghiên cứu khác nhau, đối với nghiên cứu ngoài nước sự khác biệt còn có thể do yếu tố văn hóa, tôn giáo và môi trường làm việc khác với ở nước ta.

Phải chứng kiến cơn đau đớn, cái chết của người bệnh thường làm cho điều dưỡng viên, hộ sinh ám ảnh, làm thay đổi suy nghĩ, cảm xúc của bản thân mỗi điều dưỡng viên, hộ sinh và điều đó gây ra stress ở điều dưỡng viên, hộ sinh. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các yếu tố khi thấy người bệnh tử vong ( $3,2 \pm 0,97$ ), bác sĩ không có mặt khi người bệnh tử vong ( $3,16 \pm 1,05$ ), cảm giác bất lực khi không cứu chữa được người bệnh ( $3,11 \pm 0,92$ ), khi thấy người bệnh mà mình đã phát triển một mối quan hệ thân thiết trong

quá trình chăm sóc bị tử vong ( $3,06 \pm 1,04$ ), chứng kiến sự chịu đựng của người bệnh (cơn đau, sự mất mát...) ( $2,94 \pm 0,87$ ) đều ở mức độ cao và trung bình. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Tăng Thị Hảo ở nhóm điều dưỡng viên tại Bệnh viện Nhi Thái Bình có mức điểm stress yếu tố khi thấy người bệnh tử vong là  $2,03 \pm 0,87$ , chứng kiến sự chịu đựng của người bệnh (cơn đau, sự mất mát...) là  $2,14 \pm 0,73$  [2]. Cao hơn kết quả nghiên cứu của Trần Thị Phương Hà: khi thấy người bệnh tử vong ( $2,22 \pm 0,81$ ), bác sĩ không có mặt khi người bệnh tử vong ( $1,77 \pm 0,87$ ), cảm giác bất lực khi không cứu chữa được người bệnh ( $2,21 \pm 0,73$ ), khi thấy người bệnh mà mình đã phát triển một mối quan hệ thân thiết trong quá trình chăm sóc bị tử vong ( $2,22 \pm 0,74$ ), chứng kiến sự chịu đựng của người bệnh (cơn đau, sự mất mát...) ( $2,32 \pm 0,62$ ) [1]. Điều dưỡng viên, hộ sinh là một nghề không chỉ đòi hỏi trình độ chuyên môn, kỹ năng mà còn đòi hỏi đạo đức, tình thương đối với mỗi người bệnh. Để đáp ứng sự hài lòng của người bệnh và gia đình người bệnh, nhân viên y tế phải hiểu, thấu hiểu những nỗi đau bệnh tật, những cảm giác mất mát mà người bệnh gặp phải như mất đi phần cơ thể, mất đi người thân trong gia đình. Luôn coi nỗi đau của họ như là nỗi đau của mình. Chính sự bình tĩnh của điều dưỡng viên, hộ sinh trong các tình huống nghiêm trọng này sẽ tạo ra môi trường ổn định cho người bệnh và bình ổn tâm lý tốt.

Hành vi của người bệnh ảnh hưởng đến mối quan hệ giữa nhân viên y tế và người bệnh. Khi xử lý các tình huống trong bất cứ một môi trường chăm sóc sức khỏe nào, luôn

có sức ép làm nhân viên y tế phải thực hiện công việc của họ một cách có hiệu quả. Trong đó có nhiều yếu tố làm ảnh hưởng đến công việc đang thực hiện của họ, sự thô lỗ và thái độ không tốt của người bệnh và gia đình người bệnh đóng một vai trò lớn. Trên thực tế chỉ ra rằng, thái độ thô lỗ và khó chịu của người bệnh và gia đình người bệnh đối với các nhân viên y tế đã làm giảm năng lực xử lý hiệu quả các công việc đơn giản và phải làm nhiều thủ tục hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy top 10 yếu tố làm cho điều dưỡng viên, hộ sinh stress nhiều nhất có yếu tố phải làm việc với người bệnh có lời lẽ lăng mạ/sỉ nhục ( $2,67 \pm 1,02$ ), phải làm việc với người bệnh hung hăng/bạo lực ( $2,65 \pm 1,01$ ), phải làm việc với sự cư xử tồi tệ từ gia đình của người bệnh ( $2,63 \pm 1,0$ ). Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Tăng Thị Hảo với số điểm trung bình của các yếu tố trên lần lượt là:  $2,32 \pm 0,84$ ,  $2,25 \pm 0,79$  và  $2,17 \pm 0,79$  [2]. Tương đồng với kết quả của Trần Thị Phương Hà với số điểm trung bình của các yếu tố phải làm việc với người bệnh có lời lẽ lăng mạ/sỉ nhục ( $2,78 \pm 0,73$ ), phải làm việc với sự cư xử tồi tệ từ gia đình của người bệnh ( $2,65 \pm 0,72$ ) [1]. Trên thực tế, người nhà và người bệnh trong tâm lý trạng thái chờ đợi dưới áp lực của yếu tố môi trường bên ngoài tác động như thời gian, cơ sở vật chất không đủ, môi trường phòng bệnh không đủ cách ly hoặc các yếu tố bệnh nền, sự đau đớn về thể xác, sự phụ thuộc chăm sóc làm cho người bệnh/người nhà người bệnh dễ có tâm lý ức chế, kích động dẫn đến các hành vi bạo lực. Đây cũng là vấn đề bức thiết đòi hỏi cần giải pháp khắc phục cho nhân viên y tế nói

chung.

Yếu tố gây ít stress nhất cho các điều dưỡng viên, hộ sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là: Khó làm việc với người điều dưỡng khác giới ( $1,5 \pm 0,65$ ). Kết quả của tác giả Tăng Thị Hảo cũng tương tự kết quả của chúng tôi đều ở mức thấp: khó làm việc với điều dưỡng khác giới ( $1,32 \pm 0,54$ ) (cũng là yếu tố gây stress ít nhất) [2]. Nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Huyền yếu tố khó làm việc với điều dưỡng khác giới cũng là yếu tố gây stress ít nhất ( $1,05 \pm 0,22$ ) [3]. Mục tiêu của điều dưỡng viên, hộ sinh là chăm sóc người bệnh, phải chú ý đến từng chi tiết nhỏ nhất của người bệnh và báo cáo với bác sĩ. Khả năng giữ bình tĩnh, linh hoạt kết hợp với sự cẩn trọng và lòng trắc ẩn là tố chất cần thiết để trở thành một điều dưỡng viên, hộ sinh chuyên nghiệp. Chính vì vậy khi đã là điều dưỡng viên, hộ sinh chuyên nghiệp thì yếu tố trên không thể trở thành yếu tố gây trở ngại cũng như gây stress trong công việc.

## V. KẾT LUẬN

- Điểm trung bình chung mức độ stress của điều dưỡng viên, hộ sinh là  $2,26 \pm 0,47$  (mức độ stress trung bình). Trong đó, cao nhất là nhóm vấn đề “Đối mặt với cái chết của người bệnh” ( $2,9 \pm 0,66$ ), thấp nhất là nhóm vấn đề “Các vấn đề liên quan đến đồng nghiệp điều dưỡng” ( $1,75 \pm 0,5$ ).

- Điểm trung bình và mức độ stress của 8 nhóm vấn đề: Đối mặt với cái chết của người bệnh là  $2,9 \pm 0,66$  (mức độ stress trung bình), mâu thuẫn với bác sĩ là  $2,22 \pm 0,62$  (mức độ stress trung bình), chưa có sự chuẩn bị về mặt cảm xúc là  $2,25 \pm 0,73$  (mức độ stress trung bình), các vấn đề liên quan đến đồng

ng nghiệp điều dưỡng là  $1,75 \pm 0,5$  (mức độ stress thấp), các vấn đề liên quan đến cấp trên là  $1,94 \pm 0,66$  (mức độ stress thấp), khối lượng công việc là  $2,23 \pm 0,6$  (mức độ stress trung bình), không chắc chắn về hướng điều trị cho người bệnh là  $2,3 \pm 0,65$  (mức độ stress trung bình), người bệnh và gia đình người bệnh là  $2,46 \pm 0,73$  (mức độ stress trung bình).

- Phân loại stress chung của điều dưỡng viên, hộ sinh: mức độ stress thấp chiếm tỷ lệ 30,2%, 62,8% mức độ stress trung bình và 7,0% mức độ stress cao.

- Trong số 10 yếu tố gây stress nghề nghiệp nhiều nhất: yếu tố stress có điểm trung bình cao nhất là “Khi thấy người bệnh tử vong” ( $3,2 \pm 0,97$ ), thấp nhất là “Lắng nghe hoặc nói chuyện với người bệnh về cái chết đang đến với họ” ( $2,6 \pm 0,99$ ).

- Trong số 10 yếu tố gây stress nghề nghiệp ít nhất: yếu tố stress có điểm trung bình thấp nhất là “Khó làm việc với người điều dưỡng khác giới” ( $1,5 \pm 0,65$ ).

## VI. KHUYẾN NGHỊ

### 6.1. Đối với Bệnh viện

- Cần có các biện pháp để ổn định tinh thần, cảm xúc cho điều dưỡng viên, hộ sinh để không ảnh hưởng đến chất lượng công việc.

- Chú trọng công tác bồi dưỡng chuyên môn, nghiệp vụ cho điều dưỡng viên, hộ sinh để đáp ứng nhu cầu vị trí việc làm nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

- Thường xuyên tổ chức các hoạt động đào tạo, tập huấn chuyên môn cũng như liên kết đào tạo, tổ chức các hội thảo chuyên môn, hội nghị khoa học kỹ thuật nhằm không

ngừng trao đổi kiến thức chuyên môn cho đội ngũ điều dưỡng viên, hộ sinh trong bệnh viện.

- Cần tăng cường tuyên truyền người bệnh, gia đình người bệnh thực hiện tốt các quy định của cơ sở điều trị, tăng cường công tác đào tạo kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế, mặt khác cần có biện pháp cương quyết đối với những phản ứng thái quá thiếu chuẩn mực của người bệnh, gia đình người bệnh, tạo môi trường làm việc tốt, đảm bảo an toàn, hạn chế tối đa bạo lực y tế cho nhân viên y tế, giúp họ chuyên tâm công tác và giảm áp lực tâm lý đến từ người bệnh và gia đình người bệnh.

### 6.2. Đối với điều dưỡng viên, hộ sinh

- Người điều dưỡng, hộ sinh cần phải giữ được bản thân cân bằng và cố gắng không để bị rơi vào trạng thái căng thẳng.

- Điều dưỡng viên, hộ sinh cần trao đổi kiến thức, cố gắng học tập tích lũy kinh nghiệm làm việc, khả năng xử lý tình huống cấp cứu.

- Cần chủ động trang bị thêm cho mình những kiến thức cần thiết về stress để tự mình có thể chủ động phòng ngừa stress, có những cách ứng phó ngăn chặn kịp thời, để nó không gây ra những ảnh hưởng tiêu cực.

- Yêu cầu sự giúp đỡ của các nhà chuyên môn khi gặp khó khăn và cần lập kế hoạch làm việc và sắp xếp thời gian nghỉ ngơi hợp lý.

- Cần thực sự yêu nghề Điều dưỡng, hộ sinh, tránh mọi biểu hiện tự ti, sống có bản lĩnh, vững chắc, kiên cường, có nghị lực vượt mọi khó khăn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Phương Hà** (2020), Thực trạng stress nghề nghiệp ở điều dưỡng viên tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Yên năm 2020, Thạc sĩ Điều dưỡng, Đại học Điều dưỡng Nam Định.
2. **Tăng Thị Hảo, Tăng Thị Hải và Đỗ Minh Sinh** (2019). “Thực trạng Stress nghề nghiệp ở điều dưỡng viên tại Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2019”. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 2(3), tr. 5-12.
3. **Hoàng Thị Thanh Huyền** (2021), "Thực trạng stress và các yếu tố liên quan của Điều dưỡng tại Bệnh viện K cơ sở 2 năm 2021". Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 4(3), tr. 159-168.
4. **Phạm Thị Ngọc Thu và cộng sự** (2023), “Thực trạng stress nghề nghiệp của điều dưỡng phòng mổ tại Bệnh viện phụ sản Trung ương và một số yếu tố liên quan”, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 06(02), tr 141-152.
5. **Dagget T, Molla A, Belachew T.** Job related stress among nurses working in Jimma Zone public hospitals, South West Ethiopia: a cross sectional study. BMC Nurs. 2016 Jun 16;15:39.
6. **Ezenwaji I. O., Eseadi C., Okide C. C., Nwosu N. C., Ugwoke S. C., OloloK. O., et al.** Work-related stress, burnout, and related sociodemographic factors among nurses: Implications for administrators, research, and policy. Medicine. 2019;98(3):e13889. Doi: 10.1097/MD.00000000000013889.
7. **French SE, Lenton R, Walters V, Eyles J.** An empirical evaluation of an expanded Nursing Stress Scale. J Nurs Meas. 2000 Fall-Winter;8(2):161-78. PMID: 11227582.
8. **WHO** (2020), Occupational health: Stress at the workplace.

## SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI NHÀ NGƯỜI BỆNH VỚI HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Lê Thị Huệ<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Quỳnh Mai<sup>1</sup>, Hồ Đức Thương<sup>1</sup>

### TÓM TẮT.

**Đặt vấn đề:** Đánh giá sự hài lòng của người nhà người bệnh với hoạt động chăm sóc để đưa ra các biện pháp can thiệp hỗ trợ người bệnh tốt hơn, đảm bảo dịch vụ chăm sóc được cung cấp đáp ứng nhu cầu của cả người bệnh và người nhà người bệnh.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 202 người nhà người bệnh được phát vấn bằng bộ câu hỏi Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit tại khoa Hồi sức tích cực 2 bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ tháng 04 đến tháng 12 năm 2023.

**Kết quả:** Về các thực hiện chăm sóc của nhân viên y tế: tỷ lệ hài lòng của người nhà người bệnh là 96,25%, bình thường là 3,75%. Về ứng xử của nhân viên y tế: tỷ lệ hài lòng của người nhà người bệnh là 96,3%, bình thường là 3,7%, không hài lòng là 0,12%. Về kỹ năng và giao tiếp của nhân viên y tế: tỷ lệ hài lòng là 97,25%, bình thường là 2,5%, không hài lòng là 0,25%. Về phòng chờ và phòng bệnh tại khoa Hồi sức tích cực 2: tỷ lệ hài lòng là 93,05%, bình thường là 5,83%, không hài lòng là 1,12%. Về việc trao đổi thông tin liên quan đến người bệnh:

tỷ lệ hài lòng là 96,4%, bình thường là 3,6%. Về quá trình đưa ra quyết định liên quan đến người bệnh: tỷ lệ hài lòng là 81,8%, bình thường là 16,83%, không hài lòng là 1,37%.

**Kết luận:** Tỷ lệ hài lòng chung của người nhà người bệnh với hoạt động chăm sóc là 93,5%. Trong đó, rất hài lòng là 62,43%, hài lòng là 31,07%, bình thường là 6,03%, tỷ lệ không hài lòng và rất không hài lòng 0,47%.

**Từ khóa:** Hài lòng, người nhà người bệnh, hồi sức tích cực

### SUMMARY

#### THE SATISFACTION OF THE PATIENT'S FAMILY WITH THE CARE ACTIVITIES IN THE INTENSIVE CARE UNIT AT VIET DUC HOSPITAL

**Background:** To evaluate the satisfaction of family members of patients with the care activities to provide interventions to better support patients, ensuring care services provided meet the needs of both patients and family members of patients.

**Subjects and research method:** A cross-sectional descriptive study on 202 family members of patients using the Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit questionnaire in Intensive care unit 2 at Viet Duc Hospital from April to December 2023.

**Results:** Regarding the healthcare activities of medical staff: the satisfaction rate of family members of patients was 96.25%, normal was 3.75%. Regarding the behavior of medical staff: the satisfaction rate of family members of

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Huệ

SĐT: 0973190262

Email: lehuehsvd@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 22/6/2024

Ngày duyệt bài: 06/8/2024

patients was 96.3%, normal was 3.7%, dissatisfaction was 0.12%. Regarding the skills and communication of medical staff: the satisfaction rate was 97.25%, normal was 2.5%, dissatisfaction was 0.25%. Regarding the waiting and ward conditions at Intensive care unit 2: the satisfaction rate was 93.05%, normal was 5.83%, dissatisfaction was 1.12%. Regarding the exchange of patient-related information: the satisfaction rate was 96.4%, normal was 3.6%. Regarding the decision-making process related to patients: the satisfaction rate was 81.8%, normal was 16.83%, dissatisfaction was 1.37%.

**Conclusion:** The overall satisfaction rate of family members of patients with the care activities was 93.5%. Specifically, very satisfaction was 62.43%, satisfaction was 31.07%, normal was 6.03%, and the dissatisfaction and very dissatisfaction rates were 0.47%.

**Keywords:** Satisfaction, family members of patients, intensive care.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo tổ chức y tế thế giới chất lượng chăm sóc sức khỏe tác động đến sự hài lòng của người bệnh (NB). Bởi vậy sự hài lòng của NB là thước đo chất lượng các hoạt động chăm sóc (HĐCS) sức khỏe. HĐCS tại bệnh viện phần lớn do người điều dưỡng thực hiện. Chăm sóc điều dưỡng là việc nhận định, can thiệp chăm sóc, theo dõi nhằm đáp ứng các nhu cầu cơ bản của mỗi NB [3]. Theo tác giả Denis Dohert (2003): Sự hài lòng của NB là một thái độ hướng tới một trải nghiệm về chăm sóc sức khỏe [5]. Khái niệm này nhấn mạnh khía cạnh tâm lý của NB và tâm trạng NB tại thời điểm điều tra. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là bệnh viện ngoại khoa hạng đặc biệt, nơi tiếp nhận và

điều trị cho NB có bệnh lý, chấn thương nặng phức tạp với trên 80.000 ca bệnh mỗi năm. Khoa Hồi sức tích cực (HSTC) 2 thành lập năm 2015, phần lớn NB tại khoa không thể giao tiếp với nhân viên y tế (NVYT) hoặc tham gia vào việc đưa ra quyết định điều trị của mình do tình trạng bệnh hoặc dùng thuốc an thần. Vì vậy, sự đo lường chất lượng chăm sóc NB tại khoa Hồi sức dựa trên quan điểm, đánh giá của người nhà người bệnh (NNNB), từ đó đưa ra các biện pháp can thiệp hỗ trợ NB tốt hơn, đảm bảo dịch vụ chăm sóc được cung cấp đáp ứng nhu cầu của cả NB và NNNB. Trên thế giới đã có một số nghiên cứu đánh giá sự hài lòng của NNNB tại các đơn vị HSTC bằng bộ câu hỏi FS-ICU (Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit) [4] như nghiên cứu của Henrich và cộng sự [6], của Randi Olsson Haave và cộng sự [7]. Tuy nhiên, ở Việt Nam có rất ít nghiên cứu về sự hài lòng của NNNB tại các đơn vị HSTC. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: ***“Đánh giá sự hài lòng của NNNB với HĐCS tại Khoa HSTC2 - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 04 đến tháng 12 năm 2023”***.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Các NNNB có NB điều trị tại Khoa HSTC2 - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức thời gian từ tháng 04 đến tháng 12 năm 2023.

### + **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Người nhà người bệnh ở khoa HSTC2 có thời gian chăm NB đang điều trị tại khoa từ 03 ngày trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Người nhà người bệnh  $\geq 18$  tuổi.

### + **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Người nhà người bệnh không thỏa mãn

các tiêu chuẩn lựa chọn.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

+ **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

+ **Phương pháp chọn mẫu:** lấy mẫu toàn bộ, loại mẫu có chủ đích

+ **Cỡ mẫu:** 202 NNNB thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ

## 2.3. Phương pháp thu thập số liệu:

- Phát vấn 202 NNNB tại Khoa HSTC2 bằng bộ câu hỏi FS-ICU. Mỗi NB chỉ phát phiếu cho 01 người nhà đủ điều kiện. Điều tra viên thông báo cho NNNB về mục đích nghiên cứu, phát phiếu, giải thích thắc mắc (nếu có). Đối tượng nghiên cứu trả lời phiếu dưới hướng dẫn của điều tra viên sau đó nộp lại, nếu có thiếu sót thông tin thì yêu cầu đối tượng nghiên cứu bổ sung kịp thời.

- Bộ câu hỏi FS-ICU: Do Ts Daren Heyland và cộng sự ở Canada phát triển chuyên sử dụng tại các khoa HSTC, gồm 3

phần. Phần 1: 14 câu hỏi khảo sát sự hài lòng của NNNB với HĐCS. Phần 2: 15 câu (câu 15 đến câu 29) khảo sát sự hài lòng của NNNB với việc ra quyết định của mình xung quanh việc chăm sóc, điều trị cho NB. Phần 3: 07 câu về thông tin chung của người tham gia nghiên cứu.

- Cách tính điểm: chấm theo thang điểm 5 của Likert - type scale. Điểm từ 1 đến 5 tương ứng với “rất không hài lòng đến rất hài lòng”. Đối với mỗi tiểu mục được chấp thuận là “hài lòng” khi có điểm trung bình  $\geq 4$  và chấp thuận là “không hài lòng” khi điểm trung bình  $< 4$ .

**2.4. Xử lý xử số liệu:** xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 16.0

**2.5. Đạo đức nghiên cứu:** Đề cương nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học Bệnh viện hữu nghị Việt Đức. Nghiên cứu chỉ thực hiện khi NNNB đồng ý.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Về sự hài lòng của NNNB với HĐCS tại Khoa HSTC

**Bảng 3.1. Tỷ lệ hài lòng của NNNB với các thực hiện chăm sóc của NVYT**

| Câu | Nội dung                                            | Rất không hài lòng |   | Không hài lòng |   | Bình thường |     | Hài lòng |      | Rất hài lòng |      |
|-----|-----------------------------------------------------|--------------------|---|----------------|---|-------------|-----|----------|------|--------------|------|
|     |                                                     | N                  | % | N              | % | N           | %   | N        | %    | N            | %    |
| 1   | NVYT lịch sự, tôn trọng, ân cần với NB              | 0                  | 0 | 0              | 0 | 10          | 5,0 | 51       | 25,2 | 141          | 69,8 |
| 2.1 | NVYT đánh giá và hỗ trợ giảm đau cho NB             | 0                  | 0 | 0              | 0 | 5           | 2,5 | 66       | 32,7 | 131          | 64,8 |
| 2.2 | NVYT đánh giá, chăm sóc cải thiện đường thở cho NB  | 0                  | 0 | 0              | 0 | 5           | 2,5 | 62       | 30,7 | 135          | 66,8 |
| 2.3 | NVYT đánh giá, chăm sóc tình trạng kích động của NB | 0                  | 0 | 0              | 0 | 10          | 5,0 | 60       | 29,7 | 132          | 65,3 |

**Nhận xét:** NNNB hài lòng cao nhất về đánh giá, hỗ trợ giảm đau và cải thiện khó thở cho NB của NVYT (97,5%), sau đó đến xử lý tình trạng kích động của NB và NVYT lịch sự ân cần với NB (95%). Không có NNNB nào không hài lòng với các thực hiện chăm sóc của NVYT.

**Bảng 3.2. Tỷ lệ hài lòng với ứng xử của NVYT**

| Câu | Nội dung                                                 | Rất không hài lòng |   | Không hài lòng |     | Bình thường |     | Hài lòng |      | Rất hài lòng |      |
|-----|----------------------------------------------------------|--------------------|---|----------------|-----|-------------|-----|----------|------|--------------|------|
|     |                                                          | N                  | % | N              | %   | N           | %   | N        | %    | N            | %    |
| 3   | NVYT quan tâm đến nhu cầu của gia đình NB                | 0                  | 0 | 1              | 0,5 | 9           | 4,5 | 58       | 28,7 | 134          | 66,3 |
| 4   | NVYT hỗ trợ về tinh thần cho gia đình NB                 | 0                  | 0 | 0              | 0   | 8           | 4,0 | 60       | 29,7 | 134          | 66,3 |
| 5   | NVYT cùng phối hợp chăm sóc NB                           | 0                  | 0 | 0              | 0   | 7           | 3,5 | 56       | 27,7 | 139          | 68,8 |
| 6   | NVYT tôn trọng, quan tâm đến nguyện vọng của gia đình NB | 0                  | 0 | 0              | 0   | 4           | 2,0 | 59       | 29,2 | 139          | 68,8 |

**Nhận xét:** NNNB hài lòng cao nhất về NVYT tôn trọng, quan tâm đến nguyện vọng của gia đình NB (98%), các tiểu mục còn lại có tỷ lệ hài lòng khá ngang bằng nhau. Không có NNNB nào không hài lòng với ứng xử của NVYT.

**Bảng 3.3. Tỷ lệ hài lòng với kỹ năng và giao tiếp của NVYT**

| Câu | Nội dung                                     | Rất không hài lòng |   | Không hài lòng |     | Bình thường |     | Hài lòng |      | Rất hài lòng |      |
|-----|----------------------------------------------|--------------------|---|----------------|-----|-------------|-----|----------|------|--------------|------|
|     |                                              | N                  | % | N              | %   | n           | %   | N        | %    | N            | %    |
| 7   | Điều dưỡng hồi sức chăm sóc NB tốt           | 0                  | 0 | 0              | 0   | 5           | 2,5 | 58       | 28,7 | 139          | 68,8 |
| 8   | Tần xuất giao tiếp của điều dưỡng            | 0                  | 0 | 0              | 0   | 6           | 3,0 | 66       | 32,6 | 130          | 64,4 |
| 9   | Bác sỹ điều trị cho NB tốt                   | 0                  | 0 | 0              | 0   | 3           | 1,5 | 53       | 26,2 | 146          | 72,3 |
| 10  | Bác sỹ thường xuyên trao đổi thông tin về NB | 0                  | 0 | 2              | 1,0 | 6           | 3,0 | 57       | 28,3 | 137          | 67,7 |

**Nhận xét:** Tỷ lệ NNNB hài lòng nhất là về bác sỹ điều trị cho NB tốt với 98,5%, sau đó là điều dưỡng chăm sóc tốt với 97,5%.

**Bảng 3.4. Tỷ lệ hài lòng với phòng chờ và phòng bệnh tại HSTC**

| Câu | Nội dung                                                           | Rất không hài lòng |   | Không hài lòng |     | Bình thường |      | Hài lòng |      | Rất hài lòng |      |
|-----|--------------------------------------------------------------------|--------------------|---|----------------|-----|-------------|------|----------|------|--------------|------|
|     |                                                                    | N                  | % | N              | %   | N           | %    | N        | %    | N            | %    |
| 11  | Cảm nhận về môi trường phòng chờ                                   | 0                  | 0 | 8              | 4,0 | 23          | 11,3 | 62       | 30,7 | 109          | 54,0 |
| 12  | Cảm nhận về môi trường buồng bệnh (vệ sinh, ánh sáng, âm thanh...) | 0                  | 0 | 1              | 0,5 | 9           | 4,5  | 59       | 29,2 | 133          | 65,8 |
| 13  | Cảm nhận khi cùng NVYT tham gia chăm sóc NB                        | 0                  | 0 | 0              | 0   | 5           | 2,5  | 53       | 26,2 | 144          | 71,3 |



|    |                                                                   |   |   |   |   |    |     |    |      |     |      |
|----|-------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|----|-----|----|------|-----|------|
| 14 | Mức độ chăm sóc mà NB nhận được trong quá trình điều trị tại HSTC | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 5,0 | 67 | 33,1 | 125 | 61,9 |
|----|-------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|----|-----|----|------|-----|------|

**Nhận xét:** Tỷ lệ NNNB hài lòng khi được cùng nhân viên tham gia chăm sóc NB cao nhất với 97,5%, thấp nhất là tỷ lệ hài lòng về môi trường phòng chờ 84,7%, có 4% NNNB không hài lòng về môi trường phòng chờ.

### 3.2. Sự hài lòng của NNNB với việc ra quyết định liên quan đến NB tại Khoa HSTC

**Bảng 3.5. Tỷ lệ hài lòng về việc trao đổi thông tin**

| Câu | Nội dung                             | Rất không hài lòng |   | Không hài lòng |   | Bình thường |     | Hài lòng |      | Rất hài lòng |      |
|-----|--------------------------------------|--------------------|---|----------------|---|-------------|-----|----------|------|--------------|------|
|     |                                      | N                  | % | N              | % | n           | %   | N        | %    | N            | %    |
| 15  | Dễ dàng nhận được thông tin          | 0                  | 0 | 0              | 0 | 9           | 4,5 | 63       | 31,1 | 130          | 64,4 |
| 16  | Mức độ hiểu biết thông tin nhận được | 0                  | 0 | 0              | 0 | 6           | 3,0 | 75       | 37,1 | 121          | 59,9 |
| 17  | Tính chân thực của thông tin         | 0                  | 0 | 0              | 0 | 8           | 4,0 | 72       | 35,6 | 122          | 60,4 |
| 18  | Tính đầy đủ của thông tin            | 0                  | 0 | 0              | 0 | 9           | 4,5 | 65       | 32,2 | 128          | 63,3 |
| 19  | Tính thống nhất của thông tin        | 0                  | 0 | 0              | 0 | 4           | 2,0 | 73       | 36,1 | 125          | 61,9 |

**Nhận xét:** NNNB hài lòng về tính thống nhất của thông tin là cao nhất với 98%, tiếp đến là mức độ hiểu biết về thông tin (97%), thấp nhất là tiêu mục dễ dàng nhận được thông tin và tính đầy đủ của thông tin (95,5%). Không có NNNB nào không hài lòng về việc trao đổi thông tin.

**Bảng 3.6. Tỷ lệ hài lòng về quá trình đưa ra quyết định**

| Câu | Nội dung                                             | Rất không hài lòng |     | Không hài lòng |     | Bình thường |      | Hài lòng |       | Rất hài lòng |       |
|-----|------------------------------------------------------|--------------------|-----|----------------|-----|-------------|------|----------|-------|--------------|-------|
|     |                                                      | N                  | %   | N              | %   | N           | %    | N        | %     | N            | %     |
| 20  | NNNB được quyền đưa ra quyết định                    | 1                  | 0,5 | 3              | 1,5 | 11          | 5,43 | 52       | 25,74 | 135          | 66,83 |
| 21  | NNNB được hỗ trợ trong quá trình đưa ra quyết định   | 0                  | 0   | 1              | 0,5 | 7           | 3,5  | 80       | 39,6  | 114          | 56,4  |
| 22  | NNNB nắm bắt được các hoạt động chăm sóc NB tại Khoa | 0                  | 0   | 3              | 1,5 | 8           | 4,0  | 106      | 52,5  | 85           | 42,0  |
| 23  | NNNB đủ thời gian suy nghĩ đưa ra quyết định         | 0                  | 0   | 3              | 1,5 | 110         | 54,4 | 44       | 21,8  | 45           | 22,3  |

**Nhận xét:** NNNB hài lòng về việc được hỗ trợ trong quá trình đưa ra quyết định là cao nhất với 96%, tiếp đến là nắm bắt được các HĐCS người bệnh (94,5%), thấp nhất là thời gian suy nghĩ để đưa ra quyết định quan đến NB với 44,1%.

- **Cảm nhận của NNNB khi người thân không may qua đời tại HSTC (Câu 24, 25, 26)**

Trong 202 NNNB tham gia nghiên cứu

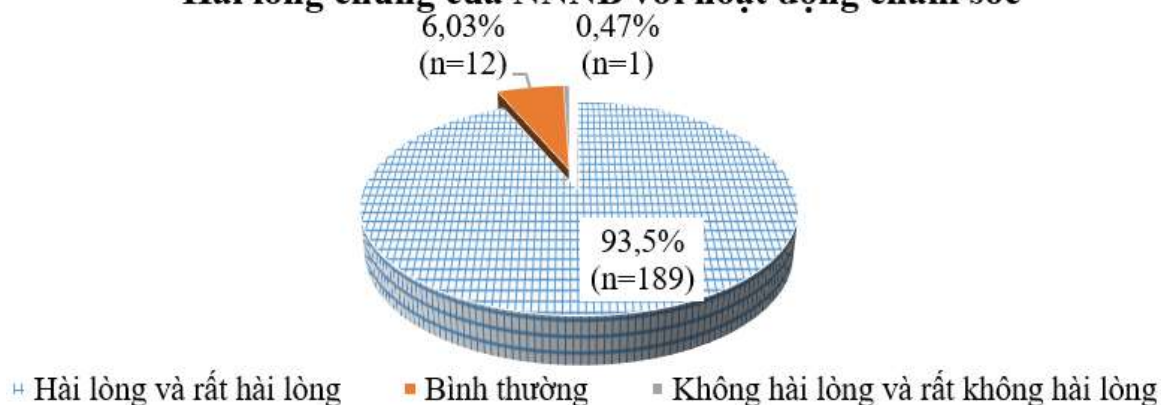
có 02 NB không may qua đời tại Khoa hồi sức. Người nhà của cả hai NB này đều cảm thấy: thời gian điều trị cho NB bị rút ngắn, người nhà cảm thấy NB hoàn toàn có được sự thanh thản trong quãng thời gian còn lại của mình và người nhà cảm thấy được hỗ trợ rất nhiều từ NVYT trong những giờ phút cuối cùng của người thân mình.

### 3.3. Tỷ lệ hài lòng chung của NNNB với HĐCS tại Khoa HSTC

**Bảng 3.7. Tỷ lệ hài lòng chung của NNNB với từng yếu tố**

| STT | Nội dung                                           | Rất không hài lòng | Không hài lòng | Bình thường | Hài lòng     | Rất hài lòng |
|-----|----------------------------------------------------|--------------------|----------------|-------------|--------------|--------------|
|     |                                                    | %                  | %              | %           | %            | %            |
| 1   | Hài lòng với các thực hiện chăm sóc của NVYT       | 0                  | 0              | 3,75        | 29,55        | 66,70        |
| 2   | Hài lòng với ứng xử của NVYT                       | 0                  | 0,12           | 3,70        | 28,80        | 67,50        |
| 3   | Hài lòng với kỹ năng và giao tiếp của NVYT         | 0                  | 0,25           | 2,50        | 28,95        | 68,30        |
| 4   | Hài lòng với phòng chờ và phòng bệnh tại Khoa HSTC | 0                  | 1,12           | 5,83        | 29,80        | 63,25        |
| 5   | Hài lòng về việc trao đổi thông tin                | 0                  | 0              | 3,60        | 34,42        | 61,98        |
| 6   | Hài lòng về quá trình đưa ra quyết định            | 0,12               | 1,25           | 16,83       | 34,92        | 46,88        |
|     | <b>Chung</b>                                       | <b>0,02</b>        | <b>0,45</b>    | <b>6,03</b> | <b>31,07</b> | <b>62,43</b> |

**6**  
**Hài lòng chung của NNNB với hoạt động chăm sóc**



**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ hài lòng chung của NNNB với HĐCS tại Khoa HSTC**

**Nhận xét:** NNNB hài lòng và rất hài lòng với HĐCS người bệnh tại Khoa HSTC2 là 93,5%, bình thường là 6,03%, tỷ lệ không hài lòng và rất không hài lòng thấp với 0,47%.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Về sự hài lòng của người nhà người bệnh với hoạt động chăm sóc

#### 4.1.1. *Hài lòng của NNNB với các thực hiện chăm sóc của NVYT với NB*

Tỷ lệ NNNB hài lòng với các thực hiện chăm sóc của NVYT là 96,25%, bình thường 3,75%. Trong đó NNNB có tỷ lệ hài lòng cao nhất về đánh giá, hỗ trợ giảm đau và cải thiện khó thở cho NB với 97,5%. Xử trí tình trạng khó thở của NB có lẽ là điều mà nhân viên hồi sức làm tốt nhất, thể hiện năng lực và tính chuyên nghiệp nhất so với nhân viên các khoa lâm sàng khác. Nghiên cứu của Daren K Heyland và cộng sự cũng cho kết quả NNNB hài lòng nhất với năng lực của điều dưỡng và khả năng kiểm soát cơn đau cho NB [8]. Nhiều NB bị chấn thương sọ não hay ảnh hưởng của thuốc gây mê, an thần dẫn đến tình trạng kích động, vật vã. Nhân viên y tế đã có các biện pháp xử lý nhưng do tình trạng NB kích thích không thể hết ngay được, NNNB có tâm lý sốt ruột nên sự hài lòng về tiêu mục này có tỷ lệ thấp hơn.

#### 4.1.2. *Hài lòng của NNNB với cách ứng xử của NVYT*

Nghiên cứu cho thấy 96,3% NNNB hài lòng với ứng xử của NVYT, 3,7% cảm thấy bình thường, có 01 NNNB không hài lòng về mục NVYT quan tâm đến nhu cầu của NNNB. Hồi sức tích cực là nơi tiếp nhận NB nặng nhất trong bệnh viện, họ đứng giữa ranh giới sự sống và cái chết nên người thân họ luôn lo lắng. Hiểu được tâm lý này NVYT luôn cố gắng quan tâm và tôn trọng nguyện vọng của NNNB, luôn giải thích và chia sẻ

với những lo lắng của họ. Người nhà bệnh nhân T.T.Thành giường 27 nhận xét: “NVYT nhiệt tình chăm sóc, tích cực giải đáp tình trạng NB”. Theo Nguyễn Bá Anh có 81,3% NB cho rằng công tác chăm sóc hỗ trợ tinh thần của điều dưỡng đạt yêu cầu, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi [1]. Tuy vậy, vẫn còn NNNB chưa hài lòng khi NVYT chưa đáp ứng được hết nhu cầu, nguyện vọng của họ. Ví dụ: “Điều dưỡng đã không đồng ý cho con trai ở lại buồng bệnh hôm chồng tôi có diễn biến xấu đi, sau khi nó phải bắt xe vội từ quê ra để ở với bố”. Người nhà NB cũng rất hài lòng với sự phối hợp của các NVYT để chăm sóc điều trị NB được tốt nhất. So với nghiên cứu của Ngô Thanh Giàu thì tỷ lệ hài lòng của chúng tôi cao hơn, nghiên cứu của ông tỷ lệ NNNB hài lòng về ứng xử của điều dưỡng là 92.82%, bình thường 5.83%, không hài lòng chiếm 1.32% [2].

#### 4.1.3. *Hài lòng của NNNB với kỹ năng và giao tiếp của NVYT*

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy NNNB thấy hài lòng về khả năng chăm sóc tốt cho NB, cũng như tần suất giao tiếp của điều dưỡng với tỷ lệ 97,5% và 97%. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Randi Olsson Haave với điểm trung bình hài lòng về mức độ chăm sóc tốt của điều dưỡng và tần suất giao tiếp của họ ở mức cao [7]. Tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức tinh thần thái độ, giao tiếp của NVYT luôn được Ban Giám Đốc quan tâm. Với phương châm thực hiện chuẩn mực trong giao tiếp, thực hiện “4 xin, 4 luôn” để NB và NNNB không những hài lòng về tần suất giao tiếp mà còn hài lòng về chuẩn mực

trong giao tiếp. Nghiên cứu cũng cho thấy NNNB thấy bác sỹ hỏi sức điều trị cho NB tốt với tỷ lệ hài lòng cao nhất (98,5%). Tuy nhiên tỷ lệ hài lòng về tần suất trao đổi thông tin về tình trạng sức khỏe của NB với gia đình lại chiếm tỷ lệ thấp nhất (96%), có 02 NNNB không hài lòng. Kết quả này giống nhiều nghiên cứu trên thế giới như của Henrich năm 2011 [6] hay của Heyland năm 2002 [8], nghiên cứu của Randi năm 2021 cũng cho thấy tỷ lệ hài lòng về tần suất trao đổi thông tin của bác sỹ với gia đình là thấp nhất trong toàn bộ nghiên cứu [7]. Lý giải điều này, có thể do Điều dưỡng luôn ở bên trực tiếp chăm sóc NB và có nhiều thời gian giao tiếp với NB và NNNB hơn. Gia đình NB không phải lúc nào cũng gặp được bác sỹ điều trị. Có người nhà được hỏi có phần thất vọng khi không tìm được bác sỹ điều trị, bởi một bác sỹ phải điều trị cho nhiều NB và phải phụ trách các công việc khác, không phải lúc nào cũng ở buồng bệnh.

#### **4.1.4. Hài lòng của NNNB với phòng chờ và phòng bệnh**

Hoạt động chăm sóc tại bệnh viện phần lớn do người điều dưỡng thực hiện. Người bệnh hỏi sức phần lớn phân cấp chăm sóc cấp 1 và cấp 2, tuy vậy nghiên cứu cho thấy NNNB mong được cùng NVYT tham gia chăm sóc NB với 97,5%. Môi trường điều trị tại khoa như: bầu không khí, vệ sinh, âm thanh, ánh sáng... cũng được đánh giá cao với tỷ lệ hài lòng là 95%, bình thường 4,5% và có 01 NNNB không hài lòng. Có lẽ do ở hỏi sức vệ sinh buồng bệnh tốt nhưng âm thanh nhiều, ánh sáng điện cũng bật 24h NB

tỉnh cảm thấy rất khó để ngủ. Hài lòng của NNNB về vệ sinh của khoa phòng trong nghiên cứu của Nguyễn Bá Anh cao hơn của chúng tôi với 97,1% [1]. Về môi trường phòng chờ được NNNB đánh giá thấp nhất với tỷ lệ hài lòng là 84,7%, bình thường 11,3% và có 4,0% không hài lòng. Khoa HSCT2 nằm tại tầng 8 nhà D, khu vực chờ của NNNB khá đông, không có bảo vệ riêng cho hỏi sức nên vẫn còn tình trạng “NNNB ra vào phòng bệnh lộn xộn khi chưa đến giờ vào thăm” (ý kiến NNNB N. Đ. Huế giường 4). Khu vực chờ trang trí cơ bản, không có cây xanh. Khoa không có nhà vệ sinh cho NNNB, người nhà muốn đi vệ sinh phải xuống nhà vệ sinh chung tầng 1 hoặc đi nhờ khoa khác. Điều này cũng gây bất tiện và giảm đi sự hài lòng của NNNB. Nghiên cứu của Heyland tại sáu đơn vị HSTC Canada cũng cho thấy NNNB ít hài lòng nhất với môi trường phòng chờ ( $65,0 \pm 30,6$ ) và tần suất giao tiếp của bác sỹ ( $70,7 \pm 29,0$ ) [8]. Nghiên cứu của Henrich năm 2011 cũng cho thấy NNNB có nhận xét tiêu cực về môi trường phòng chờ [6].

#### **4.2. Hài lòng của NNNB với việc ra quyết định liên quan đến NB**

##### **4.2.1. Hài lòng của NNNB về việc trao đổi thông tin**

Tỷ lệ NNNB hài lòng về tính thống nhất của thông tin là cao nhất (98%). Điều này chứng tỏ những thông tin về tình trạng sức khỏe của NB mà NNNB được cung cấp từ NVYT là thống nhất. Thông tin thống nhất sẽ giúp NNNB yên tâm, tin tưởng điều trị. Nghiên cứu của Randi Olsson Haave tại Na

Uy cho kết quả khác chúng tôi khi điểm trung bình về tính thống nhất thông tin là thấp nhất và dễ dàng nhận thông tin là cao nhất [7]. Khi cung cấp thông tin cho NNNB NVYT cũng cố gắng sử dụng từ ngữ ngắn gọn, dùng những so sánh gần gũi để người nhà dễ hiểu nhất. Do đó, mức độ hiểu của người nhà về những giải thích của NVYT là cao (97%).

#### **4.2.2. *Hài lòng của NNNB về quá trình đưa ra quyết định liên quan đến NB***

Người bệnh tại HSTC thường không có năng lực đưa ra quyết định bởi tình trạng bệnh của mình, nhiều quyết định đã được NNNB đưa ra. Đó có thể là quyết định về việc có làm các kỹ thuật cao, có đồng ý cho NB mổ hay tiếp tục điều trị không...? Kết quả nghiên cứu cho thấy NNNB cảm thấy được hỗ trợ và hỗ trợ rất nhiều từ NVYT trong quá trình đưa ra quyết định với 96%. Trong việc đưa ra quyết định, có 66,83% NNNB thấy rõ việc mình được tham gia vào quá trình đưa ra quyết định. Đó phần lớn là bố, mẹ hoặc con trai NB nên họ có vai trò quyết định trong quá trình điều trị của NB. Về thời gian đưa ra quyết định, có 44,1% người nhà thấy có nhiều thời gian suy nghĩ. Phần lớn NNNB cảm thấy chỉ có đủ thời gian đưa ra quyết định (54,4%). Nghiên cứu của Randi tại Na Uy (2021) cũng cho thấy 73,7% người nhà thấy rằng họ có đủ thời gian ra quyết định, trong khi 26,3% mong muốn có nhiều thời gian hơn để suy nghĩ giải quyết các vấn đề của mình [7]. Kết quả này phù hợp với đặc điểm của NB hồi sức khi NB nặng và diễn biến nhanh, sự chậm trễ ra

quyết định có thể làm tình trạng bệnh nặng thêm.

#### **4.3. *Hài lòng chung của NNNB với HĐCS***

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, HĐCS tại Khoa HSTC2 phần lớn thực hiện tốt và đáp ứng được nguyện vọng của NNNB. Tỷ lệ hài lòng chung là 93,5%. Trong đó, rất hài lòng là 62,43%, hài lòng là 31,07%, bình thường là 6,03%, không hài lòng 0,45% và rất không hài lòng là 0,02%. Kết quả này giống của Nguyễn Bá Anh tại một số khoa lâm sàng bệnh viện Việt Đức với tỷ lệ hài lòng của chung của NB với chất lượng chăm sóc của điều dưỡng là 93,5% [1]. Nghiên cứu của Ngô Thanh Giàu cho tỷ lệ thấp hơn với tỷ lệ hài lòng chung của NNNB khoảng 90,09% [2].

### **V. KẾT LUẬN**

Tỷ lệ hài lòng chung của NNNB với HĐCS tại khoa HSTC2 Bệnh viện hữu nghị Việt Đức năm 2023 là 93,5%. Trong đó, rất hài lòng là 62,43%, hài lòng là 31,07%, bình thường là 6,03%, không hài lòng 0,45% và rất không hài lòng là 0,02%.

### **VI. KHUYẾN NGHỊ**

- Nhân viên y tế cần nâng cao hơn nữa kỹ năng giao tiếp và tinh thần thái độ với NB và NNNB. Bác sỹ thường xuyên giải thích, trao đổi thông tin về tình trạng sức khỏe của NB cho người nhà hơn.

- Bệnh viện tăng cường điều kiện cơ sở vật chất cho khu vực chờ của NNNB: cảnh quan, thiết kế nhà vệ sinh cho người nhà, lắp đặt hệ thống micro và loa thông báo, phân công bảo vệ riêng cho đơn vị hồi sức...

# TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bá Anh.** Đánh giá và sự hài lòng của người bệnh về chất lượng chăm sóc của điều dưỡng tại một số khoa lâm sàng bệnh viện hữu nghị Việt Đức năm 2012, luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y tế công cộng.
2. **Ngô Thanh Giàu.** Khảo sát sự hài lòng của thân nhân người bệnh đối với sự phục vụ của điều dưỡng Khoa Hồi sức tích cực chống độc Bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang. <<http://benhvientiengiang.vn/chi-tiet-tin/khao-sat-su-hai-long-cua-than-nhan-nguoi-benh-oi-voi-su-phuc-vu-cua-iieu-duong-khoa-hoi-suc-tich-cuc-chong-oc-benh-vien-a-khoa-trung-tam-tien-giang/11623642>>, accessed: 19/12/2023.
3. **Thông tư 31/2021/TT-BYT** hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện mới nhất.Thư viện pháp luật, <<https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Thong-tu-31-2021-TT-BYT-hoat-dong-dieu-duong-trong-benh-vien-499198.aspx>>, accessed: 19/12/2023.
4. **ICU Professionals.** FS-ICU, <<https://fsicu.org/professionals/>>, accessed: 04/01/2024.
5. **Executive (HeBE) H.B.** (2003). Measurement of patient satisfaction guidelines: health strategy implementation project 2003 / The Health Boards Executive. .
6. **Henrich N.J., Dodek P., Heyland D. và cộng sự.** (2011). Qualitative analysis of an intensive care unit family satisfaction survey\*. Crit Care Med, 39(5), 1000.
7. **Haave R.O., Bakke H.H., và Schröder A.** (2021). Family satisfaction in the intensive care unit, a cross-sectional study from Norway. BMC Emerg Med, 21, 20.
8. **Heyland D.K., Rocker G.M., Dodek P.M. và cộng sự.** (2002). Family satisfaction with care in the intensive care unit: Results of a multiple center study\*. Crit Care Med, 30(7), 1413.

# TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG CỦA BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC VÀ CHỐNG ĐỘC, BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH VINH PHÚC NĂM 2023

Khổng Thị Thúy Lan<sup>1</sup>, Ngô Thị Thanh Thủy<sup>2</sup>, Bùi Thị Phương<sup>1</sup>

## TÓM TẮT.

**Mục tiêu:** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh khoa Hồi sức tích cực & Chống độc, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc, năm 2023.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 251 người bệnh điều trị tại khoa HSTC&CD, BVĐK tỉnh Vĩnh Phúc từ tháng 01 đến tháng 6 năm 2023.

**Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân thiếu năng lượng trường diễn (CED) theo BMI và SGA lần lượt 32,7% và 50,6% (SGA-B: 43,4% và SGA-C 7,2%). Một số yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng: Hiểu biết về chế độ ăn, bình quân thu nhập, học vấn, albumin.

**Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân nhẹ cân theo BMI là 32,7%. Tỷ lệ bệnh nhân suy dinh dưỡng theo SGA là 43,4%. Một số yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh là tuổi, trình độ học vấn, mức thu nhập, triệu chứng tiêu hóa, bệnh đường tiêu hóa, sự hiểu biết về dinh dưỡng và albumin với  $P < 0,05$ . Việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng để làm cơ sở cho can thiệp dinh

dưỡng là cần thiết nhằm giảm biến chứng và tăng kết quả điều trị.

**Từ khóa:** Dinh dưỡng, BMI, SGA, Suy dinh dưỡng, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc.

## SUMMARY

### NUTRITIONAL STATUS AND SOME INFLUENCING FACTORS OF PATIENTS TREATMENT AT THE INTIMATIVE RECOVERY AND POISONING DEPARTMENT, VINH PHUC PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL, FROM JANUARY TO JUNE 2023

**Objective:** To assess the nutritional status and comment on some factors related to the nutritional status of patients hospitalized at the Intensive Care & Poison Control Department, Vinh Phuc Provincial General Hospital, 2023.

**Methods:** Cross-sectional descriptive study, 251 patients hospitalized in Intensive Care - Poison Control, Vinh Phuc Provincial General Hospital.

**Results:** The proportion of patients with chronic energy deficiency according to BMI and subjective global assessment method SGA is 32.7% and 50.6% (SGA-B: 43.4% và SGA-C 7.2%). Several factors influence nutritional status: Dietary literacy, average income, education, albumin.

**Conclusion:** The proportion of underweight patients according to BMI is 32.7%. The rate of malnourished patients according to SGA is 43.4%. Some factors that affect the patient's

<sup>1</sup>Khoa Dinh dưỡng - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

<sup>2</sup>Khoa Hồi sức tích cực & Chống độc - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

Chịu trách nhiệm chính: Khổng Thị Thúy Lan  
SĐT: 0906223477

Email: thuylanvp1987@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 28/6/2024

Ngày duyệt bài: 06/8/2024

nutritional status are age, education level, income level, digestive symptoms, gastrointestinal diseases, understanding of nutrition and albumin with  $P < 0.05$ . Assessment of nutritional status as a basis for nutritional intervention is necessary to reduce complications and increase treatment outcomes.

**Keywords:** Nutrition, SGA, Malnutrition, BMI, Vinh Phuc Provincial General Hospital.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng dinh dưỡng và bệnh tật có mối quan hệ mật thiết tác động qua lại lẫn nhau. Suy dinh dưỡng làm tăng nguy cơ các biến chứng như nhiễm trùng, viêm phổi, suy hô hấp... Tại Úc, tỉ lệ suy dinh dưỡng ở người bệnh mới nhập viện chiếm khoảng 40%, ở Argentina là 47% trong đó SDD nặng chiếm 12%<sup>1</sup>. Năm 2009, tại Bệnh viện Chợ Rẫy, theo Lưu Ngân Tâm và cộng sự, tỉ lệ suy dinh dưỡng của bệnh nhân nhập viện là hơn 50% theo SGA và 2/3 số bệnh nhân nhập viện có nguy cơ cao suy dinh dưỡng cần được hỗ trợ dinh dưỡng sớm<sup>2</sup>. Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc trong vài năm trở lại đây việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nằm viện đã được tiến hành thường xuyên nhằm sàng lọc người bệnh có suy dinh dưỡng để tiến hành can thiệp, nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng phục vụ bệnh nhân. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có báo cáo cụ thể nào về thực trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nặng nằm viện và theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong quá trình điều trị, đặc biệt là bệnh nhân nặng phải ăn sonde. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: ***“Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng của bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực & Chống độc, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc năm 2023”***.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh  $\geq 18$  tuổi nằm viện tại khoa Hồi sức tích cực & Chống độc không bị tâm thần hoặc rối loạn trí nhớ, không phù, không lọc máu liên tục, người nhà hợp tác và đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Tháng 01/2023 đến hết tháng 10/2023.

### 2.3. Địa điểm nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Khoa HSTC&CD, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc.

### 2.4. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**Cỡ mẫu:**

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

Cỡ mẫu được tính toán theo công thức tính nghiên cứu tỉ lệ và theo kết quả tỉ lệ bệnh nhân bị suy dinh dưỡng khi nhập viện tại một số bệnh viện ở thành phố Hồ Chí Minh<sup>3</sup> cho cỡ mẫu 251 đối tượng.

Số người bệnh tham gia nghiên cứu là 251 đối tượng.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân mới nhập khoa HSTC&CD trong vòng 36h,  $\geq 18$  tuổi.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh nằm viện  $> 36$ h, không hợp tác, bị tâm thần hoặc rối loạn trí nhớ, bệnh nhân phù, lọc máu liên tục, cấp cứu, cắt chi, người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.5. Kỹ thuật thu thập thông tin

Chỉ số nhân trắc: Thực hiện theo quy chuẩn hướng dẫn cân điện tử tanita với độ chính xác 100g và thước đo chiều cao (thước gỗ đo chiều cao loại 2 mảnh UNICEF) với độ chính xác 0,1cm.

Chỉ số khối cơ thể BMI (Body Mass Index) được Adolphe Quetelet người Bỉ đưa



ra năm 1832 để đánh giá mức độ gầy béo của một người, chỉ số BMI là một công cụ đánh giá tình trạng dinh dưỡng đơn giản và hiệu quả được tính theo công thức:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Cân nặng (kg)}}{\text{Chiều cao (m)}^2}$$

**Bảng 2.1. Phân loại tình trạng dinh dưỡng cho người trưởng thành theo WHO 2006**

| Chỉ số BMI (kg/m <sup>2</sup> ) | Tình trạng dinh dưỡng                      |
|---------------------------------|--------------------------------------------|
| < 18,5                          | nhẹ cân/thiếu năng lượng trường diễn (CED) |
| 18,5 - 24,9                     | bình thường                                |
| 25,0 - 29,9                     | thừa cân                                   |
| ≥ 30                            | béo phì                                    |

Xét nghiệm hóa sinh, huyết học: Bảng máy xét nghiệm ADVIA 1800 bằng phương pháp đo quang. Tiêu chí đánh giá hạ Albumin/ máu < 32 g/l.

Các thông tin thu thập về nhân khẩu, tiền sử, bệnh sử, thói quen của đối tượng nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi được thử nghiệm trước khi điều tra chính thức.

Đánh giá tổng thể chủ quan SGA (Subjective global assessment of nutritional status): Là phương pháp đánh giá nguy cơ dinh dưỡng một cách chủ quan với các biến số để đánh giá là thay đổi cân nặng gần đây (6 tháng và 2 tuần gần đây), thay đổi khẩu phần, thay đổi vận động hiện tại, các stress

liên quan đến nhu cầu dinh dưỡng, khám lâm sàng phát hiện các dấu hiệu liên quan đến dinh dưỡng để phân loại dinh dưỡng tốt, nguy cơ dinh dưỡng vừa, nặng. Bảng đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan SGA<sup>4</sup>.

\* Tiêu chí đánh giá SGA

SGA A: Không có nguy cơ/dinh dưỡng tốt.

SGA B: nguy cơ suy dinh dưỡng từ mức độ nhẹ đến vừa.

SGA C: nguy cơ dinh dưỡng mức độ nặng.

## 2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Nhập liệu bằng Epi Data 3.1; Phân tích bằng SPSS 20.0. Sử dụng các test  $\chi^2$  (Chi-square) kiểm định sự khác biệt của hai tỉ lệ hoặc Test Fisher chính xác và Kruskal-Wallis và Mann-Whitney.

## 2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua Hội đồng khoa học Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc. Đối tượng nghiên cứu và người nhà được cung cấp đầy đủ thông tin về mục đích, nội dung nghiên cứu. Số liệu được quản lý chặt chẽ và chỉ phục vụ công tác nghiên cứu khoa học không phục vụ bất kỳ mục đích nào khác.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Thực trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1. Một số đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n=251)**

| TT | Đặc điểm  | Số lượng (n)                                              | Tỉ lệ (%) |
|----|-----------|-----------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Giới tính | Nam                                                       | 145       |
|    |           | Nữ                                                        | 106       |
| 2  | Nhóm tuổi | ≤ 29 tuổi                                                 | 30        |
|    |           | 30 - 49 tuổi                                              | 71        |
|    |           | 50 - 65 tuổi                                              | 76        |
|    |           | > 65 tuổi                                                 | 74        |
|    |           | $\bar{X} \pm \text{SD (min;max)} = 55,0 \pm 19,7 (18;93)$ |           |

|   |                                                          |                                                  |     |      |
|---|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----|------|
| 3 | <b>Hiểu biết về kiến thức, hành vi chế độ dinh dưỡng</b> | Hiểu đầy đủ (kiến thức, thực hành đúng)          | 46  | 18,3 |
|   |                                                          | Hiểu một phần (một số kiến thức, thực hành đúng) | 130 | 51,8 |
|   |                                                          | Không quan tâm/ không biết                       | 75  | 29,9 |
| 4 | <b>Thu nhập bình quân</b>                                | Thu nhập thấp (< 1 triệu/người/tháng)            | 19  | 7,6  |
|   |                                                          | Thu nhập trung bình (1-5 triệu/người/tháng)      | 172 | 68,5 |
|   |                                                          | Thu nhập cao (≥ 5 triệu/người/tháng)             | 60  | 23,9 |

Tỉ lệ nam giới tham gia nghiên cứu 57,8%; nữ giới 42,2%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu  $55,0 \pm 19,7$ ; Tuổi cao nhất 93 tuổi: trong đó nhóm tuổi  $\leq 29$  tuổi chiếm 12,0%; ba nhóm tuổi còn lại có tỉ lệ xấp xỉ nhau lần lượt 28,3%; 30,3%; 29,5%.

**Bảng 3.2. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu (n=251)**

| TT | Đặc điểm                             |                                                            | Số lượng (n) | Tỉ lệ (%) |
|----|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------|-----------|
| 1  | <b>TTDD theo nhân trắc học (BMI)</b> | Thiếu năng lượng trường diễn (CED) <18,5 kg/m <sup>2</sup> | 82           | 32,7      |
|    |                                      | Bình thường 18,5-25 kg/m <sup>2</sup>                      | 154          | 61,4      |
|    |                                      | Thừa cân- Béo phì $\geq 25$ kg/m <sup>2</sup>              | 15           | 5,9       |
| 2  | <b>TTDD theo SGA</b>                 | Không có nguy cơ SDD SGA-A                                 | 124          | 49,4      |
|    |                                      | Nguy cơ SDD vừa/nhẹ SGA-B                                  | 109          | 43,4      |
|    |                                      | Nguy cơ SDD nặng SGA-C                                     | 18           | 7,2       |
| 3  | <b>Tỉ lệ mỡ cơ thể</b>               | Cao                                                        | 12           | 4,8       |
|    |                                      | Trung bình                                                 | 174          | 69,3      |
|    |                                      | Thấp                                                       | 65           | 25,9      |

TTDD theo nhân trắc học (BMI): Có 32,7% ĐTNC thiếu năng lượng trường diễn; 5,9% béo phì và 61,4% TTDD bình thường.

TTDD theo SGA: SDD nặng chiếm 7,2%; Nguy cơ SDD vừa 43,4%; Bình thường chiếm 49,4%.

Tỉ lệ mỡ cơ thể ở mức cao 4,8%; mức trung bình 69,3%; mức thấp 25,9%.

### 3.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.3. Mối tương quan giữa hiểu biết về chế độ ăn và mức thay đổi cân nặng ở đối tượng nghiên cứu (n=251)**

| Mức độ hiểu chế độ ăn<br>Thay đổi cân nặng | Hiểu đầy đủ (n=46) | Hiểu một phần (n=129) | Không quan tâm/không biết (n=76) | Tổng (n=251) | P     |
|--------------------------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------------------|--------------|-------|
| Nhẹ <5%                                    | 41(89,1)           | 80(62,0)              | 3(3,9)                           | 124(49,4)    | 0,000 |
| Vừa 5%-10%                                 | 3(6,5)             | 46(35,7)              | 60(78,9)                         | 109(43,4)    |       |
| Nặng ≥ 10%                                 | 2(4,3)             | 3(2,3)                | 13(17,1)                         | 18(7,2)      |       |

Có mối liên quan về sự hiểu biết thực hành chế độ dinh dưỡng với sự giảm cân không mong muốn và tình trạng dinh dưỡng của người bệnh với  $p < 0,001$ .

**Bảng 3.4. Thu nhập bình quân và tình trạng dinh dưỡng (BMI)**

| TTDD                | CED <18,5 kg/m <sup>2</sup> | Bình thường 18,5-25 kg/m <sup>2</sup> | Thừa cân/ béo phì ≥ 25 kg/m <sup>2</sup> | Tổng            | p     |
|---------------------|-----------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|-----------------|-------|
| Thu nhập thấp       | 7(36,8)                     | 9(47,4)                               | 3(15,8)                                  | 19(7,6)         | 0,023 |
| Thu nhập trung bình | 64(37,2)                    | 100(58,1)                             | 8(4,7)                                   | 172(68,5)       |       |
| Thu nhập cao        | 11(18,3)                    | 45(75,0)                              | 4(6,7)                                   | 60(23,9)        |       |
| <b>Tổng</b>         | <b>82(32,7)</b>             | <b>154(61,4)</b>                      | <b>15(6,0)</b>                           | <b>251(100)</b> |       |

Có mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng (BMI) và bình quân thu nhập của đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ suy dinh dưỡng trên đối tượng thu nhập thấp (36,8%), thu nhập trung bình (37,2%) cao hơn đối tượng có thu nhập cao (18,3%) có ý nghĩa thống kê ( $p=0,023$ ).

**Bảng 3.5. Mối liên quan giữa học vấn và SGA của đối tượng nghiên cứu**

| SGA              | SGA-A (n=124) | SGA-B (n=109) | SGA-C (n=18) | Tổng (n=251) | P     |
|------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|-------|
| Trình độ học vấn |               |               |              |              |       |
| Tiểu học         | 15(42,9)      | 13(37,1)      | 7(20,0)      | 35(13,9)     | 0,021 |
| THCS             | 57(44,5)      | 62(48,4)      | 9(7,0)       | 128(50,9)    |       |
| THPT             | 32(56,1)      | 24(42,1)      | 1(1,8)       | 57(22,7)     |       |
| Trung cấp        | 11(78,6)      | 3(21,4)       | 0            | 14(5,6)      |       |
| CĐ/ĐH/SĐH        | 9(52,9)       | 7(41,2)       | 1(5,9)       | 17(6,9)      |       |

\* SGA-A: Không có nguy cơ, SGA-B: Nguy cơ vừa/nhẹ, SGA-C: Nguy cơ nặng

Có mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng (SGA) và trình độ học vấn của ĐTN. ĐTN có trình độ học vấn càng cao nguy cơ suy dinh dưỡng càng thấp có ý nghĩa thống kê ( $p=0,021$ ).

**Bảng 3.6. Mối liên quan của albumin với tình trạng dinh dưỡng**

| Albumin/máu       | TTDD theo SGA |               |              | P     |
|-------------------|---------------|---------------|--------------|-------|
|                   | SGA-A (n=124) | SGA-B (n=109) | SGA-C (n=18) |       |
| ≥ 32 g/l (n= 82)  | 111(65,7)     | 57(33,7)      | 1(0,6)       | 0,000 |
| < 32 g/l (n= 169) | 13(15,9)      | 52(63,4)      | 17(20,7)     |       |
| Tổng              | 124(49,4)     | 109(43,4)     | 18(7,2)      |       |

\* SGA-A: Không có nguy cơ, SGA-B: Nguy cơ vừa/nhẹ, SGA-C: Nguy cơ nặng

Có 17/18 (94,4%) đối tượng nguy cơ suy dinh nặng SGA-C có albumin < 32 g/l. Tìm thấy mối liên quan giữa Albumin/máu và TTDD theo SGA ( $p < 0,001$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nhóm đối tượng nghiên cứu có tuổi  $55,0 \pm 19,7$ .

Đánh giá theo BMI đối tượng nghiên cứu có CED 32,7% cao hơn so với nghiên cứu tại cộng đồng tỉ lệ 9%, thấp hơn nghiên cứu của Allard J.P (2016) chỉ ra tỉ lệ 71,24% và báo cáo của Chu Thị Tuyết tại Bệnh viện Bạch Mai (2010) với tỉ lệ chung 30-60%; tỉ lệ ở khoa HSTC&CD Bệnh viện Đa khoa Đồng Đa năm 2018 là 65%<sup>5,6</sup>.

Theo SGA tỉ lệ SDD 50,6% (SGA-B: 43,4% và SGA-C 7,2%) tương tự nghiên cứu tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2013 nhưng cao hơn so với nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Đa Hà Nội (2018) (SGA-B: 21,6% và SGA-C 3,2%)<sup>2,7</sup>. Sự khác biệt này có thể phần nào do đánh giá chủ quan cũng như tình trạng dinh dưỡng khác nhau của bệnh nhân mỗi vùng miền, mỗi bệnh viện, đặc điểm bệnh tật và tuyến điều trị của bệnh viện.

Đối tượng nghiên cứu có tỉ lệ mỡ cơ thể ở mức bình thường tỉ lệ thấp 19,5%; cao nhất đối tượng nghiên cứu gầy mòn (59,3%); béo 19,9% và thấp nhất là béo phì (1,3%). Từ đó đưa ra thực trạng cần đánh giá phát hiện sớm để can thiệp dinh dưỡng kịp thời để cải thiện kết cục lâm sàng, tăng khả năng hồi phục ở người bệnh nặng.

##### 4.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Triệu chứng tiêu hóa có mối liên quan với tình trạng dinh dưỡng của người bệnh

( $p = 0,024$ ). Nhóm đối tượng nghiên cứu thiếu năng lượng trường diễn gặp triệu chứng nôn mức độ vừa cao gấp 1,6 lần bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng bình thường (61,5% so với 38,5%).

Albumin trong nghiên cứu này có ảnh hưởng đến TTDD theo SGA. Có tới 63,4% nguy cơ vừa, 15,9% nặng và 20,7% nguy cơ SGA-A trong những đối tượng có albumin < 32g/l cao hơn nghiên cứu của Khúc Thị Hồng Anh tại Bệnh viện Đồng Đa (2018) và nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hương (2013) với tỉ lệ SDD theo Albumin lần lượt 48,7%; 31,4%. Nghiên cứu của Lưu Ngân Tâm (2013) tỉ lệ ĐTNC có albumin huyết thanh < 3,5 g/dL là: 17,9%. Tỉ lệ bệnh nhân có prealbumin huyết thanh < 20 mg/dL là: 50,5%<sup>7,8,2</sup>. Điều này có thể giải thích rằng định lượng Albumin càng thấp nguy cơ SDD theo SGA càng cao.

#### V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ bệnh nhân thiếu năng lượng trường diễn (CED) là 32,7%; Tỉ lệ này ở nam 62,2% giới cao hơn ở nữ giới 37,8% sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Theo SGA tỉ lệ SDD và nguy cơ SDD của bệnh nhân là rất cao 50,6% (SGA-B: 43,4% và SGA-C 7,2%); nam giới (60,6%); nữ giới (39,4%). CED theo đánh giá bằng nhân trắc (BMI) ở nam 62,2%, nữ 37,8%.

Một số yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng: Hiểu biết về chế độ ăn, bình quân thu nhập, học vấn, albumin.

#### VI. KHUYẾN NGHỊ

Đối với những bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng cần được tư vấn, can thiệp dinh dưỡng phù hợp nhằm giảm nguy cơ biến chứng và tăng hiệu quả điều trị.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Lewis S.R, Schofield-Robinson O.** Enteral versus parenteral nutrition and enteral versus a combination of enteral and parenteral nutrition for adults in the intensive care unit. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;6(6).
2. **Lưu Ngân Tâm, Nguyễn Thị Quỳnh Hoa.** Tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân lúc nhập viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh.* 2009;13:305-312.
3. **Cuong T.Q., Banks M., Hannan-Jones M., et al.** (2018). Prevalence and associated risk factors of malnutrition among hospitalized adults in a multisite study in Ho Chi Minh city Viet Nam. *Asia Pac J Clin Nutr,* 27(5), 986-995.
4. **Bộ môn Dinh dưỡng và ATTP, Trường Đại học Y Dược Thái Bình** (2017). Các phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng bệnh viện, Dinh dưỡng điều trị, Nhà xuất bản Y học.
5. **Allard JP, Keller H, Jeejeebhoy KN, et al.** Decline in nutritional status is associated with prolonged length of stay in hospitalized patients admitted for 7 days or more: A prospective cohort study. *Clinical Nutrition.* 2016;35(1): 144-152. doi:10.1016/j.clnu.2015.01.009
6. **Chu Thị Tuyết.** Hội thảo Khoa học Dinh dưỡng lâm sàng toàn quốc. Hội thảo Khoa học Dinh dưỡng lâm sàng toàn quốc. Published online 2019.
7. **Khúc Thị Hồng Anh, Nguyễn Thanh Thủy, Đinh Thị Nhâm, Nguyễn Thị Hương.** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh nhập viện và một số yếu tố liên quan tại khoa nội Bệnh viện Đa khoa Đống Đa năm 2018. *Cao đẳng Y tế Hà Nội.* Published online 2019.
8. **Phạm Thị Thu Hương.** Thực trạng dinh dưỡng, kiến thức và thực hành dinh dưỡng của người bệnh ung thư đại tràng điều trị hóa chất tại Trung tâm Y học, hạt nhân và ung bướu Bệnh viện Bạch Mai. *Đại học Y Hà Nội.* 2013;9(4):34-40.

## TÁC DỤNG PHỤ TRÊN DA, MÓNG VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ ĐIỀU TRỊ TKIS TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI NĂM 2021-2022

Hoàng Thu Phương<sup>1</sup>, Lê Thị Lệ Quyên<sup>2</sup>

### TÓM TẮT.

**Đặt vấn đề:** Thuốc ức chế Tyrosine Kinase (TKIs) trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn tiến xa đã được chứng minh mang lại hiệu quả, cải thiện thời gian sống thêm cho bệnh nhân với đặc điểm dung nạp tốt, mức độ độc tính hạn chế hơn nhiều so với hóa trị. Tuy vậy, liệu pháp này cũng có một số tác dụng phụ, nổi bật là tổn thương tại da và móng. Vì vậy nghiên cứu này nhằm mô tả các tác dụng phụ của TKIs trên da, móng và lượng giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân UTPKTBN có điều trị bằng TKIs.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên 237 bệnh nhân UTPKTBN điều trị TKIs tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ 3/2021 -10/2022. Đánh giá tác dụng phụ trên da và móng dựa theo CTCAE 5.0. Chất lượng cuộc sống được tính theo bảng điểm EROTC-QLQ30.

**Kết quả:** Tuổi trung bình là  $62,62 \pm 10,54$ , đa số từ 60 tuổi trở lên (67,5%). Viêm da ở bệnh nhân dùng TKIs thế hệ 1, thế hệ 2, thế hệ 3 lần

lượt là 98 (55,4%); 40 (80%); 7 (35%). Vị trí viêm da thường gặp nhất là mặt, lưng, đầu. Tỷ lệ gặp viêm móng theo nhóm TKIs thế hệ 1, 2, 3 lần lượt là: 40 (22,6%), 21 (52,5%), 4 (20%). Điểm CLCS của bệnh nhân theo nhóm điều trị TKIs thế hệ 1, thế hệ 2, thế hệ 3 lần lượt là 73,33; 77,54; 85,43.

**Kết luận:** Tác dụng phụ của TKIs trên da và móng của bệnh nhân UTPKTPN là thường gặp và phổ biến nhất ở nhóm sử dụng TKIs thế hệ 2, và ít gặp nhất ở thế hệ 3. Tác dụng phụ trên da gặp nhiều hơn trên móng. Chất lượng cuộc sống của người bệnh sử dụng TKIs thế hệ 3 tốt hơn nhóm sử dụng thế hệ 1, 2.

**Từ khóa:** TKIs, UTPKTBN, tác dụng phụ, viêm da, viêm móng, CLCS

### SUMMARY

#### SKIN AND NAIL ADVERSE EVENT AND QUALITY OF LIFE AMONG NSCLC PATIENTS RECEIVING EGFR-TKI THERAPY TREATMENT IN HANOI ONCOLOGY HOSPITAL

**Background:** Tyrosine Kinase inhibitors (TKIs) as the treatment for advanced-stage non-small cell lung cancer have been proven to be effective, improving patients' survival with good tolerance and lower toxicity compared to chemotherapy. However, TKI therapy also has certain adverse events (AEs), notably in the skin and nails. Therefore, this study aimed to describe the AEs of TKIs on the skin and nails of NSCLC patients and to measure those patients' quality of life.

<sup>1</sup>ĐDT Khoa Nội Tổng hợp TYC, Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

<sup>2</sup>BSCKII Trưởng khoa Nội Tổng hợp TYC, Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thu Phương  
SĐT: 0365910261

Email: phuonght@bvubhn.vn

Ngày nhận bài: 09/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 19/6/2024

Ngày duyệt bài: 02/8/2024

**Methods:** A cross-sectional study was conducted on 237 NSCLC patients who received EGFR-TKI therapy at Hanoi Oncology Hospital from March 2021 to October 2022. Evaluating skin and nail AEs based on the CTCAE 5.0, quality of life (QoL) was scored using the EROTC-QLQ30.

**Results:** The average patients' age is  $62.62 \pm 10.54$  years old, the majority of them are 60 years old or older (67.5%). Dermatitis in the patient groups using the 1<sup>st</sup>, 2<sup>nd</sup>, 3<sup>rd</sup> TKI generation were 98 (55.4%); 40 (80%); 7 (35%), respectively. Paronychia were observed in 40 (22.6%), 21 (52.5%), 4 (20%) of the 1<sup>st</sup>, 2<sup>nd</sup>, 3<sup>rd</sup> TKI generation patient groups respectively. Most AEs appeared 7 to 15 days after taking TKIs. QoL scores in the respective patient groups were 73.33 (1<sup>st</sup> generation TKIs); 77.54 (2<sup>nd</sup> generation TKI); 85.43 (3<sup>rd</sup> generation TKI)

**Conclusions:** Skin and nail AEs are common in NSCLC patients receiving TKI therapy and most common in the group using the 2<sup>nd</sup> generation of TKIs, while least common in the group using the 3<sup>rd</sup> generation. Skin AE (dermatitis) was more common than nail AE (paronychia). QoL score of the 3<sup>rd</sup> generation TKI users was higher than that of the group using the 1<sup>st</sup>, 2<sup>nd</sup> generation of TKIs. Hence, managing TKIs' AEs and educating patients about them are important tasks of nurses.

**Keywords:** TKIs, NSCLC, adverse event (AE), dermatitis, paronychia, quality of life (QoL)

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong những bệnh ung thư phổ biến nhất, đồng thời là loại ung thư gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Theo Globocan 2020, trên thế giới có khoảng 2,2 triệu ca mới mắc và 1,9 triệu ca tử vong do UTP [1]. Tại Việt Nam, UTP cũng đứng

thứ hai ở nam giới, đứng thứ hai ở nữ với khoảng 26.262 ca mới mắc chiếm tỷ lệ 14,4% và 23.797 ca tử vong, chiếm tỷ lệ 19,4% trong tổng số ca tử vong do ung thư [2]. Theo phân loại của tổ chức Y tế thế giới, UTP được chia thành 2 nhóm chính là UTP tế bào nhỏ và UTP không tế bào nhỏ (UTPKTBN), trong đó UTPKTBN chiếm khoảng 80 - 85% [3]. Nhằm mục tiêu theo con đường thụ thể yếu tố tăng trưởng biểu bì đã trở thành phương pháp tiêu chuẩn để điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ tiến triển. So với hóa trị liệu, các chất ức chế EGFR tyrosine kinase (TKIs) có liên quan đến việc cải thiện hiệu quả ở những bệnh nhân có đột biến EGFR. Cùng với sự gia tăng hiệu quả, các tác dụng phụ (AE) khác với cấu hình của hóa trị. Trong các thử nghiệm lâm sàng lớn, việc sử dụng các thuốc ức chế tyrosine kinase (TKIs) thế hệ 1 như erlotinib, gefitinib và thế hệ 2 như afatinib nhằm tác động vào thụ thể yếu tố phát triển biểu mô (EGFR) ở những trường hợp có đột biến gen EGFR cho kết quả về sống bệnh không tiến triển cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với hóa trị liệu với thời gian 9-13 tháng [4]. [4] Tuy nhiên liệu pháp TKIs cũng kèm theo một số tác dụng phụ trong quá trình điều trị, bao gồm: nổi mụn, tiêu chảy, viêm miệng, viêm quanh móng, tăng men gan. Tác dụng phụ trên da và viêm móng là thường gặp và khiến cho bệnh nhân cảm thấy khó chịu, mất tự tin và ảnh hưởng đến sinh hoạt của người bệnh. Chính vì thế nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài “*Tác dụng phụ trên da, móng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ điều trị TKIs tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội năm 2021-2022*” với 2 mục tiêu sau:

1. *Mô tả tác dụng phụ trên da và móng của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào*

nhỏ đang điều trị TKIs tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội.

2. Mô tả chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ đang điều trị TKIs tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

Bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ điều trị bằng TKIs

Bệnh nhân trên 18 tuổi.

Thời gian điều trị bằng TKIs ít nhất 3 tháng tính đến thời điểm chốt số liệu.

Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu và có đủ sức khỏe để trả lời câu hỏi.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

Bệnh nhân tiền sử dị ứng với thuốc TKIs.

Bệnh nhân có tiền sử mắc các bệnh da liễu mạn tính trước khi dùng TKIs

Bệnh nhân dùng thuốc TKIs chưa đủ 3 tháng, có chỉ định ngừng thuốc do mức độ nghiêm trọng của các tác dụng phụ khác (tiêu chảy, viêm phổi...)

Bệnh nhân có vấn đề về sức khỏe tâm thần

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### **2.2.1. Thiết kế và quy trình nghiên cứu:**

Nghiên cứu mô tả, cắt ngang

**2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** từ tháng 01/2021 đến hết tháng 06/2022.

**2.2.3. Địa điểm nghiên cứu:** tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

**2.2.4. Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu:** ước lượng 1 tỷ lệ với tỷ lệ ước đoán:  $p = 80,8\%^{[5]}$  với mức sai số tuyệt đối chấp nhận:  $d = 0,05$ , cỡ mẫu tính được là: 122. Cộng thêm 10%: 134. Lấy tất cả bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn: 237 người.

Phương pháp chọn mẫu: ngẫu nhiên

**2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được làm sạch và được phân tích bằng phần mềm SPSS 20

#### **2.2.6. Biến số/chỉ số nghiên cứu:**

- Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu: tuổi, giới, dân tộc, nghề nghiệp

- Tỷ lệ người bệnh gặp phải tác dụng phụ trên da và móng, mức độ tác dụng phụ trên da và móng được thu thập dựa trên phân loại của Viện Ung thư quốc gia Hoa Kỳ (CTCAE 5.0) đã được chuẩn hoá theo tiếng Việt dùng thuốc theo phân nhóm TKIs. Vị trí xuất hiện tác dụng phụ trên da được thu thập qua quan sát.

- Chất lượng cuộc sống của NB được đánh giá theo thang điểm EROTC-QLQ30.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu:** Người bệnh được mời tham gia nghiên cứu được giải thích về ý nghĩa của nghiên cứu và quyền được từ chối tham gia nghiên cứu tại bất cứ thời điểm nào. Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức của Bệnh viện Ung bướu Hà Nội. Số liệu của nghiên cứu được bảo mật bởi nhóm nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu không có thông tin định danh người bệnh.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

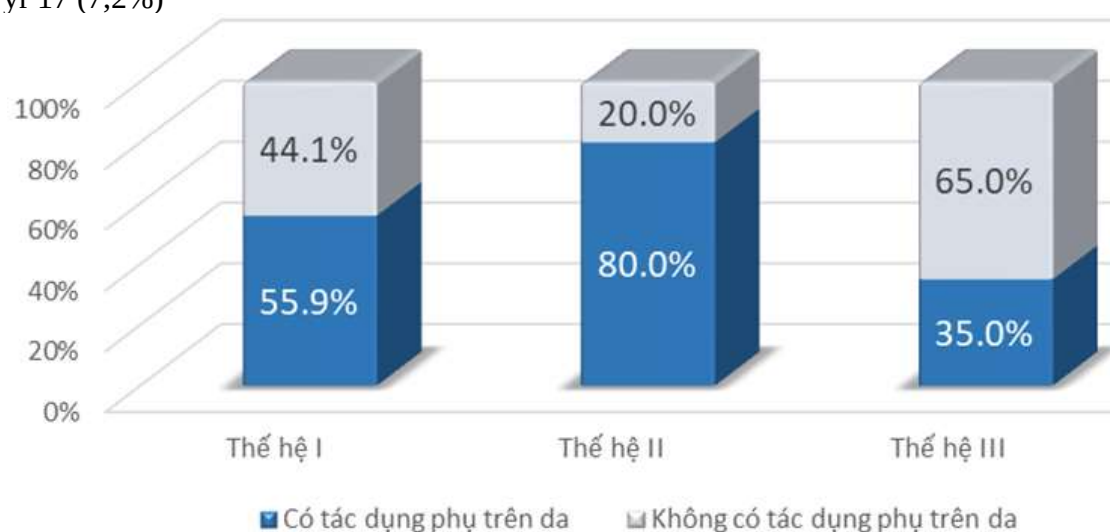
Trong tổng số 237 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, nữ giới nhiều hơn nam với tỷ lệ lần lượt là 51,9% và 48,1%. Phần lớn là dân tộc Kinh (99,2%). Tuổi trung bình là  $62,62 \pm 10,54$ ; tuổi thấp nhất là 35 tuổi, cao nhất là 88 tuổi. Đối tượng nghiên cứu đa số có nghề nghiệp Nội trợ/ở nhà chiếm 41,4%; hưu trí có tỷ lệ là 26,6%; khối hành chính/văn phòng chiếm tỷ lệ 4,6%. Phân bố theo địa chỉ, tỷ lệ bệnh nhân thuộc khu vực nội thành chiếm đa số với  $n = 104$  (43,9%); 32,9% thuộc khu vực nông thôn và 23,2% đến từ các tỉnh thành khác.



**Bảng 1. Phân bố mẫu trong nghiên cứu theo loại biệt dược**

| Hoạt chất   | erlortinib   |      | gefitinib    |           | afatinib     | osimetinib  | Tổng |
|-------------|--------------|------|--------------|-----------|--------------|-------------|------|
| Biệt dược   | Tarceva      | Hyrr | Iressa       | Bigefinib | Giotrif      | Tagrisso    |      |
| Số lượng    | 72           | 17   | 77           | 11        | 40           | 20          | 237  |
| Tỷ lệ %     | 30,4         | 7,2  | 32,5         | 4,6       | 16,9         | 8,4         | 100  |
| <b>Tổng</b> | <b>37,6%</b> |      | <b>37,1%</b> |           | <b>16,9%</b> | <b>8,4%</b> |      |

Trong 237 mẫu tham gia nghiên cứu, có 177 (74,7%) thuộc nhóm TKIs thế hệ I, 40 (16,9%) thuộc thế hệ II và 20 (8,4%) thuộc thế hệ III. Trong đó TKIs thế hệ I gồm 2 loại: erlortinib 89 (37,6%) và gefitinib 88 (37,1%). Nhóm gefitinib bao gồm 2 thuốc: Iressa 77(32,5%) và Begefinib 11(4,6%). Nhóm erlortinib gồm 2 thuốc: Tarceva 72 (30,4%) và Hyrr 17 (7,2%)

**Biểu đồ 1. Tỷ lệ người bệnh gặp tác dụng phụ trên da theo TKIs thế hệ I, II và III**

Trong tổng số 237 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 138 người bệnh có gặp tác dụng phụ trên da chiếm 58,2%. Tỷ lệ người bệnh gặp phải tác dụng phụ trên da có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với thế hệ TKIs ( $p=0,002$ ). Triệu chứng viêm da gặp ở các nhóm TKIs thế hệ 1, thế hệ 2, thế hệ 3 lần lượt là 99 (55,9%); 32 (80%); 7 (35%).

**Bảng 2. Vị trí có tác dụng phụ trên da**

| Vị trí | Có tác dụng phụ trên da |       |
|--------|-------------------------|-------|
|        | Số lượng                | Tỷ lệ |
| Mặt    | 67                      | 48,6% |
| Đầu    | 33                      | 23,9% |
| Ngực   | 13                      | 9,4%  |
| Lưng   | 47                      | 34,1% |
| Khác   | 15                      | 10,8% |

Vị trí thường xuất hiện tác dụng phụ trên da nhất là mặt (48,6%), lưng (34,1%), đầu (23,9%), sau đó là các vị trí ngực (9,4%) và các vị trí khác (10,8%) như chân, tay.

**Bảng 3. Mức độ tác dụng phụ trên da tính theo TKIs thế hệ I, II và III**

| Nhóm TKIs      | Tác dụng phụ trên da độ I, II |       | Tác dụng phụ trên da độ III, IV |      | Tổng |       | p     |
|----------------|-------------------------------|-------|---------------------------------|------|------|-------|-------|
|                | n                             | %     | n                               | %    | n    | %     |       |
| TKI thế hệ I   | 87                            | 88,8  | 11                              | 11,2 | 98   | 100   | 0,423 |
| TKI thế hệ II  | 30                            | 93,8  | 2                               | 6,2  | 32   | 100   |       |
| TKI thế hệ III | 7                             | 100   | 0                               | 0    | 20   | 100   |       |
| Tổng           | 125/237                       | 52,7% | 13                              | 5,5% | 138  | 58,2% |       |

Trong tổng số 237 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 138 người bệnh gặp tác dụng phụ trên da trong đó độ I, II có 125 (52,7%) và độ III có 13 (5,5%). Tỷ lệ mức độ tác dụng phụ trên da không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với thế hệ TKIs ( $p=0,423$ )

**Bảng 4. Tỷ lệ người bệnh gặp tác dụng phụ viêm quanh móng tính theo TKIs thế hệ I, II và III**

| Nhóm TKIs      | Không có viêm quanh móng |      | Có viêm quanh móng |      | Tổng |     | p     |
|----------------|--------------------------|------|--------------------|------|------|-----|-------|
|                | n                        | %    | n                  | %    | n    | %   |       |
| TKI thế hệ I   | 137                      | 77,4 | 40                 | 22,6 | 177  | 100 | 0,000 |
| TKI thế hệ II  | 19                       | 47,5 | 21                 | 52,5 | 40   | 100 |       |
| TKI thế hệ III | 16                       | 80   | 4                  | 20   | 20   | 100 |       |
| Tổng           | 172                      | 72,6 | 65                 | 27,2 | 237  |     |       |

Trong tổng số 237 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 65 người bệnh có gặp tác dụng phụ viêm quanh móng chiếm 27,4%. Tỷ lệ gặp phải tác dụng phụ viêm quanh móng có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với thế hệ TKIs ( $p=0,000$ ). Tỷ lệ viêm móng gặp nhiều nhất ở nhóm TKIs thế hệ 2 là 52,5%; sau đó là nhóm TKIs thế hệ I là 22,6% và thấp nhất là nhóm TKIs thế hệ 3 là 20%. Tỷ lệ người bệnh có tác dụng phụ viêm quanh móng tăng dần theo thứ tự: TKIs thế hệ III < TKIs thế hệ I < TKIs thế hệ II.

**Bảng 5. Mức độ viêm móng tính theo TKIs thế hệ I, II và III**

| Nhóm TKIs      | Viêm móng độ I, II |      | Viêm móng độ III |      | Tổng   |       | p     |
|----------------|--------------------|------|------------------|------|--------|-------|-------|
|                | n                  | %    | n                | %    | n      | %     |       |
| TKI thế hệ I   | 32                 | 13,5 | 8                | 3,4  | 40     | 16,9  | 0,615 |
| TKI thế hệ II  | 17                 | 7,2  | 4                | 1,7  | 21     | 8,9   |       |
| TKI thế hệ III | 4                  | 1,6  | 0                | 0    | 4      | 1,6   |       |
| Tổng           | 53/237             | 22,3 | 12/237           | 5,1% | 65/237 | 27,4% |       |

Trong tổng số 237 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 53 người bệnh có viêm quanh móng độ I, II chiếm 22,3% và độ III chiếm 5,1%. Tỷ lệ mức độ viêm móng không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với thế hệ TKIs ( $p=0,615$ ). Trong số người bệnh có viêm móng, nhóm TKIs thế hệ I có 8 người bệnh (3,4%) có viêm móng độ III; nhóm

TKIs thể hệ II có 4 người bệnh (1,7%) có viêm móng độ III; nhóm TKIs thể hệ III không có viêm móng độ III (0%)

Nhóm TKIs thể hệ I có điểm CLCS chung và CLCS tổng quát thấp hơn các nhóm còn lại. Điểm CLCS Tổng quát của các nhóm TKIs theo thang điểm 100 lần lượt là: thể hệ I = 77,67 điểm; thể hệ II = 80,87 điểm; thể hệ III = 85,43. Nhóm bệnh nhân điều trị bằng TKIs thể hệ III có điểm CLCS cao hơn các

nhóm còn lại.

Điểm CLCS trung bình của bệnh nhân dùng TKIs tại bệnh viện Ung Bướu Hà Nội năm 2021, 2022 là 73,95 điểm. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p=0,016$  điểm trung bình CLCS giữa các nhóm TKIs. Điểm CLCS có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với phân nhóm TKIs theo thể hệ các thuốc TKIs: điểm CLCS tăng dần theo thứ tự TKIs thể hệ I < TKIs thể hệ II < TKIs thể hệ III

**Bảng 6. So sánh điểm trung bình CLCS với tình trạng viêm da và viêm quanh móng**

| Nhóm có tác dụng phụ               | Điểm CLCS trung bình | Std          | Điểm CLCS thấp nhất | Điểm CLCS cao nhất | P     |
|------------------------------------|----------------------|--------------|---------------------|--------------------|-------|
| Nhóm không có tác dụng phụ trên da | 72,58                | $\pm 20,378$ | 23                  | 100                | 0,367 |
| Nhóm có tác dụng phụ trên da       | 74,92                | $\pm 19,177$ | 18                  | 100                |       |
| Nhóm không có viêm móng            | 72,6                 | $\pm 19,59$  | 26                  | 100                | 0,131 |
| Nhóm có viêm móng                  | 77,54                | $\pm 18,49$  | 18                  | 100                |       |

Điểm CLCS trung bình của bệnh nhân dùng TKIs tại bệnh viện Ung Bướu Hà Nội năm 2021, 2022 là 73,95 điểm. Phân tích mối tương quan giữa nhóm có tác dụng phụ trên da và móng cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê  $p=0,367$  và  $p=0,131$  về điểm trung bình CLCS giữa các nhóm.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong 237 mẫu tham gia nghiên cứu, có 75% thuộc nhóm TKIs thể hệ I, 17% thuộc thể hệ II và 8% thuộc thể hệ III. Trong đó TKIs thể hệ I gồm 2 loại: erlotinib chiếm 38% và Gefitinib chiếm 37%. Nhóm gefitinib bao gồm 2 biệt dược: Iressa (32,5%) và Begefinib (4,6%). Nhóm erlotinib gồm 2 biệt dược: Tarceva (30,4%) và Hyrr (7,2). Tỷ lệ này cũng phù hợp với nghiên cứu của

Đỗ Hùng Kiên và Nguyễn Văn Tài tại khoa Nội I - Bệnh viện K trên 261 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn có đột biến EGFR được điều trị thuốc TKIs từ 3/2018 đến 04/2022. Nhóm nghiên cứu nhận thấy Tỷ lệ người bệnh có tác dụng phụ trên da có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với thể hệ TKIs ( $p=0,002$ ). Tỷ lệ viêm da gặp nhiều nhất ở nhóm TKIs thể hệ 2 với tỷ lệ 80%; sau đó là nhóm TKIs thể hệ 1 có tỷ lệ 55,9% và thấp nhất là nhóm TKIs thể hệ 3 với 35%. Các tỷ lệ này cũng đồng nhất với kết quả của nghiên cứu IPASS có 66,2% BN có tác dụng phụ trên da khi dùng Gefitinib; nghiên cứu LUX- Lung6 có kết quả 80,8% BN có tác dụng phụ trên da khi dùng Afatinib; nghiên cứu AURA có kết quả 34% BN có tác dụng phụ trên da khi dùng

osimetinib. Tỷ lệ người bệnh có tác dụng phụ trên da tăng dần theo thứ tự: TKIs thế hệ III < TKIs thế hệ I < TKIs thế hệ II. Nghiên cứu đưa ra tỷ lệ người bệnh dùng erlotinib có tác dụng phụ trên da là 62,9%, tương đồng với nghiên cứu ENSURE cho tỷ lệ 70,9% người bệnh có tác dụng phụ trên da. Nghiên cứu EURTAC cho tỷ lệ người bệnh dùng erlotinib có tác dụng phụ trên da là 79,8% và nghiên cứu OPTIMAL cho tỷ lệ 73,5%. Chênh lệch giữa các tỷ lệ này có thể lý giải do sự khác biệt giữa thiết kế của các nghiên cứu. Tương tự, nghiên cứu đưa ra tỷ lệ người bệnh dùng gefitinib có tác dụng phụ trên da là 48,9%, tương đồng với nghiên cứu IFUM cho tỷ lệ 44,9% có tác dụng phụ trên da; tuy nhiên tỷ lệ chênh lệch so với nghiên cứu IPASS (66,2%), NEJ002 (71,1%) và WJTOG3405 (85,1%). Nghiên cứu của chúng tôi đưa ra tỷ lệ 46,8% có tác dụng phụ trên da khi dùng Iressa và 63,9% đối với nhóm bệnh nhân dùng Tarceva.

Tỷ lệ tác dụng phụ trên móng độ I, II của nhóm TKIs thế hệ I là 13,5% tương đồng với kết quả của nghiên cứu IPASS với tỷ lệ viêm móng là 13,5 và nghiên cứu ENSURE có tỷ lệ viêm móng là 15,5%.<sup>[6]</sup>

Tỷ lệ viêm móng độ III trở lên của nhóm TKIs thế hệ I là 3,4% tương đồng với nghiên cứu NEJ002 là 2,6% và thấp hơn nghiên cứu IPASS có tỷ lệ là 0,3%. Nhóm TKIs thế hệ II có tỷ lệ viêm móng độ I, II và độ 3 trở lên lần lượt là 7,2% và 1,7% thấp hơn so với tỷ lệ trong nghiên cứu Lux Lung 3 và Lux Lung 6.<sup>[5]</sup> Chênh lệch này có thể lý giải do sự khác biệt giữa thiết kế của các nghiên cứu.

Nghiên cứu cho thấy điểm CLCS của người bệnh có mối tương quan có ý nghĩa với nhóm thế hệ TKIs, có xu hướng tăng dần theo thứ tự: TKIs thế hệ I < TKIs thế hệ II < TKIs thế hệ III. Trung bình, điểm CLCS của bệnh nhân dùng TKIs tại bệnh viện Ung Bướu Hà Nội năm 2021, 2022 là 73,95 điểm. Điểm CLCS của các nhóm TKIs lần lượt là: thế hệ I = 73,33 điểm; thế hệ II = 77,54 điểm; thế hệ III = 85,43. Nghiên cứu quan sát được, CLCS của người bệnh đang điều trị TKIs có xu hướng ít bị ảnh hưởng bởi tác dụng phụ trên da và viêm quanh móng.

## V. KẾT LUẬN

Tác dụng phụ của TKIs trên da và móng của bệnh nhân UTPKTPN là thường gặp và phổ biến nhất ở nhóm sử dụng TKIs thế hệ 2, và ít gặp nhất ở thế hệ 3. Tác dụng phụ trên da gặp nhiều hơn trên móng. Chất lượng cuộc sống của người bệnh sử dụng TKIs thế hệ 3 tốt hơn nhóm sử dụng thế hệ 1, thế hệ 2.

## VI. KIẾN NGHỊ

Tuy các tác dụng phụ trên da và móng của TKIs không ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh nhưng vẫn gây ra cho người bệnh cảm giác khó chịu. Việc quản lý các tác dụng phụ là một vai trò quan trọng và cần thiết của người điều dưỡng. Kiến nghị: Tăng cường đào tạo tập huấn và trao quyền để điều dưỡng hiểu và có đủ năng lực để quản lý các tác dụng phụ mà người bệnh gặp phải khi dùng thuốc. Có thêm các tài liệu hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc tại nhà khi có tác dụng phụ trên da và móng liên quan đến điều trị bằng TKIs.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **International Agency for Research on Cancer World Health Organization** (2020), GLOBOCAN 2018: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2020. Lung Cancer, truy cập ngày-2021, tại trang web [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx).
2. **Trần Văn Thuận, Lê Văn Quảng, Nguyễn Tiến Quang** (2019), “Ung thư phổi”, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung thư, 176-187.
3. **Masters G. A., Temin S., Azzoli C. G. et al** (2015), Systemic Therapy for Stage IV Non-Small-Cell Lung Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update, J Clin Oncol. 33(30), 3488-515.
4. **Takeda M. and Nakagawa K.** (2017), Toxicity profile of epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitors in patients with epidermal growth factor receptor gene mutation-positive lung cancer, Mol Clin Oncol. 6(1), 3-6.
5. **Wu Y-L, Zhou C, Hu C-P, Feng J, Lu S, Huang Y, et al.** Afatinib versus cisplatin plus gemcitabine for first-line treatment of Asian patients with advanced non-small-cell lung cancer harbouring EGFR mutations (LUX-Lung 6): an open-label, randomised phase 3 trial. The lancet oncology. 2014;15(2):213-22.
6. **Wen F, Zheng H, Zhang P, Hutton D, Li Q.** OPTIMAL and ENSURE trials-based combined cost-effectiveness analysis of erlotinib versus chemotherapy for the first-line treatment of Asian patients with non-squamous non-small-cell lung cancer. BMJ open. 2018;8(4):e020128

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ LÀM SẠCH CỦA SIMETHICONE TRONG CHUẨN BỊ NỘI SOI ĐƯỜNG TIÊU HÓA DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2023

Nông Văn Dương<sup>1</sup>, Hoàng Hữu Chung<sup>1</sup>, Dương Tuấn Linh<sup>1</sup>  
Tạ Thị Nhân<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Thủy<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Giang<sup>2</sup>

### TÓM TẮT.

Nội soi đại tràng toàn bộ được coi là phương pháp thăm dò quan trọng nhất để chẩn đoán và điều trị bệnh lý đường tiêu hóa dưới. Bổ sung thêm simethicone trong chuẩn bị NSĐT đã được chứng minh giúp làm tan bọt, tăng khả năng quan sát tổn thương.

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả làm sạch bọt của simethicone trong chuẩn bị nội soi tiêu hóa tại khoa Nội soi Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

**Phương pháp nghiên cứu:** Can thiệp có nhóm chứng được thực hiện ở 150 đối tượng có chỉ định nội soi tiêu hóa. Nhóm can thiệp được dùng sinmethicone + Fortran, nhóm chứng được dùng Fortran. Số liệu được phân tích dựa trên phần mềm SPSS.

**Kết quả:** Có 150 NB tham gia nghiên cứu với độ tuổi trung bình là 52,5 tuổi, nhóm tuổi trên 51 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (56%). Tỷ lệ Nam/nữ và Thành thị/nông gần tương đương nhau. Hiệu quả làm sạch, thời gian soi đại tràng của nhóm Sinmethicone + Fortran là sạch, ít bọt hơn so với nhóm chứng ở tất cả phân đoạn đại

tràng theo phân loại McNally ( $p < 0,05$ ).

**Kết luận:** Tỷ lệ làm sạch bọt đại tràng ở nhóm sử dụng simethicone cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng. Thời gian soi cũng giảm đi so với uống Fortran thông thường.

**Khuyến nghị:** Bổ sung simethicone là phương pháp hỗ trợ chuẩn bị NSĐT có tính ứng dụng cao, đồng thời cải thiện đáng kể mức độ sạch bọt nên rất đáng được cân nhắc áp dụng rộng rãi tại các khoa có NB phải nội soi tiêu hóa và nhiều cơ sở khám chữa bệnh khác.

**Từ khóa:** Nội soi tiêu hóa, Sinmethicone, Fortran.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE CLEANING RESULTS OF SIMETHICONE IN PREPARATION FOR LOWER GASTROINTESTINAL TRACT ENDOSCOPY AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL IN 2023

Digestive endoscopy is considered the most important investigation method for diagnosing and treating lower gastrointestinal diseases. Adding simethicone in the preparation of digestive endoscopy has been proven to help dissolve foam and increase the ability to observe lesions.

**Objective:** Evaluate the foam cleaning effectiveness of simethicone in preparation for digestive endoscopy at the Endoscopy Department of Thai Nguyen National Hospital.

**Methods:** Intervention with a control group was

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

<sup>2</sup>Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nông Văn Dương  
SĐT: 0984333878

Email: duonghuongubtn@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/6/2024.

Ngày phản biện khoa học: 24/6/2024

Ngày duyệt bài: 02/8/2024

performed in 150 patients with indications for gastrointestinal endoscopy. The intervention group was given simethicone + Fortran, the control group was given Fortran only. Data are analyzed based on SPSS software.

**Results:** There were 150 patients participating in the study with an average age of 52.5 years old, the age group over 51 years old accounted for the highest proportion (56%). The male/female and urban/rural ratios are nearly equal. The cleaning efficiency and colonoscopy time of the Simethicone + Fortran group were cleaner and less foamy than their group in all colon segments according to McNally classification ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** The colon foam clearance rate in the simethicone group was significantly higher than the control group. Scanning time is also reduced compared to taking regular Fortran.

**Recommendation:** Supplementing simethicone is a highly applicable method of supporting the preparation of gastrointestinal tracts, while also significantly improving the level of foam cleanliness, so it is worth considering for widespread application in departments with patients undergoing gastrointestinal endoscopy, and many other medical facilities.

**Keywords:** Gastrointestinal endoscopy, Simethicone, Fortran.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Làm sạch đại tràng là một bước không thể thiếu được trong qui trình nội soi đại tràng (NSĐT). Tỷ lệ đại tràng chuẩn bị không tốt dao động tùy theo từng nghiên cứu tới 1/3 các trường hợp làm gia tăng rủi ro và thất bại của thủ thuật nội soi [1,2].

Nội soi đại tràng toàn bộ được coi là phương pháp thăm dò quan trọng nhất để chẩn đoán và điều trị bệnh lý đường tiêu hóa

dưới. Để quá trình NSĐT được thực hiện một cách thuận lợi và tránh bỏ sót tổn thương, việc làm sạch lòng đại tràng đóng vai trò hết sức quan trọng. Ngoài việc đại tràng chuẩn bị chưa sạch, bọt cũng là một trong những nguyên nhân chính gây cản trở cho quá trình quan sát tổn thương ở niêm mạc đại tràng, làm ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc soi và kết quả chẩn đoán bệnh. Dù người bệnh đã tuân thủ hướng dẫn nhịn ăn uống và sử dụng thuốc nhưng bọt vẫn có thể che lấp các tổn thương nhỏ như polyp, tổn thương viêm, loét, v.v. [3][4]. Thuốc làm sạch đại tràng được sử dụng phổ biến hiện nay là dung dịch polyethylene glycol với biệt dược là Fortrans, thuốc làm tan bọt an toàn được dùng rộng rãi trên thế giới là simethicone.[4][5][6][8]. Tại Việt Nam, chưa có nhiều dữ liệu về việc kết hợp simethicone trong làm sạch đại trực tràng. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng nhằm xác định hiệu quả làm sạch bọt của simethicone trong chuẩn bị NSĐT tại khoa Nội soi Bệnh viện TW Thái Nguyên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu:

150 bệnh nhân đến khám và có chỉ định NSĐT toàn bộ tại Khoa Nội soi, Bệnh viện trung ương Thái Nguyên từ tháng 02/2023 đến tháng 10/2023

### 2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh trên 18 tuổi, đến khám, được chỉ định NSĐT toàn bộ trong ngày và được hướng dẫn uống thuốc Fortrans để chuẩn bị NSĐT tại khoa Nội soi, Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu

### 2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh bị hoặc có tiền sử dị ứng với Fortans,
- Người bệnh đã phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng, nghi ngờ tắc ruột, thủng.
- Mắc các bệnh mãn tính như suy tim, suy thận mãn, tăng huyết áp
- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu

## **2.4. Phương pháp nghiên cứu**

### **2.4.1. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu can thiệp có nhóm đối chứng ngẫu nhiên, mù đơn

- Nhóm 1 (can thiệp) Fortans với simethicone: Người bệnh được sử dụng 2 gói Fortans pha với 2 lít nước uống trong vòng 2 giờ, 40mg simethicone lọ 30ml pha với 500ml uống sau khi kết thúc Fortans. Người bệnh được hướng dẫn lắc nhẹ dung dịch Fortans cho đến khi simethicone được phân tán và dung dịch trong suốt [4] [7].

- Nhóm 2 (nhóm chứng) Người bệnh nhận được 2 gói Fortasn và được hướng dẫn pha với 2 lít nước để uống trong vòng 2 giờ.

- Phân ngẫu nhiên và làm mù: Sau khi được sàng lọc đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu, chỉ người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu mới được phân ngẫu nhiên vào một trong hai nhóm. Nếu người bệnh đến soi vào ngày chẵn sẽ được uống simethicone + Fortans (nhóm can thiệp) nếu người bệnh đến soi vào ngày lẻ sẽ được uống Fortans (nhóm chứng). Nghiên cứu mù đơn với bác sĩ nội soi đánh giá kết quả làm sạch đại tràng: các bác sĩ này sẽ không biết người bệnh được phân vào nhóm nào.

**2.4.2. Cỡ mẫu:** cỡ mẫu của nghiên cứu này dựa trên phần mềm G.Power cho 2 nhóm với mức ý nghĩa thống kê 95% và lực kiểm định 80% và alpha 0,05. Thay vào công thức cho cỡ mẫu tối thiểu là 70, mỗi nhóm là 35 đối tượng.

### **2.4.3. Phương pháp thu thập dữ liệu**

Người bệnh sẽ được đánh giá mức độ sạch bọt trong quá trình NSĐT bởi một bác sĩ nội soi có kinh nghiệm đánh giá qua các hình ảnh nội soi bằng thang điểm McNally, bao gồm bốn mức độ từ A đến D, nếu mức độ bọt được đánh giá là A hoặc B thì người bệnh được coi là sạch bọt, còn lại C và D được coi là không sạch bọt.

Bác sĩ thực hiện cuộc soi trực tiếp ghi nhận mức độ bọt dựa trên thang phân độ hình ảnh với 4 mức độ A, B, C, D theo phân loại McNally như sau:

- Mức độ A: Vùng khảo sát sạch bọt hoàn toàn
- Mức độ B: Vùng khảo sát còn ít bọt
- Mức độ C: Vùng khảo sát còn nhiều bọt, phải rửa 50 ml nước để quan sát
- Mức độ D: Vùng khảo sát còn rất nhiều bọt, vón cục cần rửa >100ml nước mới quan sát được

\* Đánh giá mức độ bọt trên nội soi ở 5 phân đoạn của đại trực tràng

- Manh tràng đến hết đại tràng lên
- Góc gan đến hết đại tràng ngang
- Góc lách đến hết đại tràng xuống
- Đại tràng Sigma
- Trực tràng

\* Đánh giá: Kết quả nghiên cứu là mức độ bọt ở đại tràng được đánh giá trong quá trình NSĐT. Kết cục được đo bằng thang điểm McNally, bao gồm bốn mức độ từ A đến D; nếu mức độ bọt được đánh giá là A hoặc B thì người bệnh được coi là sạch bọt, còn lại được coi là không sạch bọt [8].

## **2.5. Đạo đức nghiên cứu**

- Đối tượng nghiên cứu được biết thông tin đầy đủ về mục đích của nghiên cứu, thời gian và quy trình thực hiện, quyền của đối tượng nghiên cứu được rút ra khỏi cuộc nghiên cứu bất cứ lúc nào. Đảm bảo sự riêng



tư của các đối tượng được nghiên cứu

- Tuân thủ các quy định yêu cầu sự chấp thuận và được thông tin đầy đủ của các đối tượng tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

## 2.6. Xử lý số liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0. Biến định tính được biểu diễn

bằng số đếm (tỉ lệ phần trăm), biến định lượng được biểu diễn bằng trung bình (độ lệch chuẩn) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị). Các đặc điểm nền, mức độ tuân thủ hướng dẫn chuẩn bị đại tràng, và kết cục nghiên cứu được so sánh giữa hai nhóm. Kiểm định t-test hoặc MannWhitney được sử dụng; giá trị  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm chung của người bệnh tham gia nghiên cứu (N=150)**

| Đặc điểm             |               | (n)             | (%)  |
|----------------------|---------------|-----------------|------|
| Nhóm tuổi            | $\leq 30$     | 10              | 6,7  |
|                      | 31- 50        | 56              | 37,3 |
|                      | $\geq 51$     | 84              | 56,0 |
| Tuổi (Mean $\pm$ SD) |               | 52,8 $\pm$ 13,2 |      |
| Giới tính:           | Nam           | 76              | 50,7 |
|                      | Nữ            | 74              | 49,3 |
| Nơi sống             | Thành thị     | 79              | 52,7 |
|                      | Nông thôn     | 71              | 47,3 |
| Trình độ văn hóa     | Cấp 1+2       | 24              | 16,0 |
|                      | Cấp 3         | 69              | 46,0 |
|                      | Trên cao đẳng | 57              | 38,0 |

**Nhận xét:** Có 150 NB tham gia nghiên cứu với độ tuổi trung bình là 52,5 tuổi, nhóm tuổi trên 51 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (56%). Tỷ lệ Nam/nữ và Thành thị/nông gần tương đương nhau. Người bệnh học hết cấp 3 và trên cao đẳng chiếm tỷ lệ lần lượt là 46% và 38%.

**Bảng 2. Đặc điểm bệnh của người bệnh tham gia nghiên cứu (N=150)**

| Đặc điểm                       |                        | (n)             | (%)  |
|--------------------------------|------------------------|-----------------|------|
| Tiền sử nội soi                | Lần đầu                | 116             | 77,3 |
|                                | Trên 2                 | 34              | 22,7 |
| Nơi gửi NB                     | Nội trú                | 31              | 20,7 |
|                                | Ngoại trú              | 116             | 77,3 |
| Bệnh kèm theo                  | Không                  | 122             | 81,3 |
|                                | Có                     | 28              | 18,7 |
| Phương pháp làm sạch đại tràng | Fortran                | 76              | 50,7 |
|                                | Fortran + Sinmethicone | 74              | 49,3 |
| Thời gian soi (Mean $\pm$ SD)  |                        | 9,68 $\pm$ 3,46 |      |

**Nhận xét:** Trong số 150 bệnh nhân thì có 116 (77,3%) soi lần đầu. Đa số bệnh nhân ở Ngoại trú (77,3%). Thời gian soi trung bình tại khoa là gần 10 phút/1 lần soi.

**Bảng 3. Đặc điểm phân bố nhận khẩu học của người bệnh theo phương pháp làm sạch (N=150)**

| Đặc điểm             |               | Nhóm Fortran + Simethicone |      | Nhóm Fortran    |      | p<br>t-test hoặc Chi-square test |
|----------------------|---------------|----------------------------|------|-----------------|------|----------------------------------|
|                      |               | n                          | %    | n               | %    |                                  |
| Tuổi (Mean $\pm$ SD) |               | 53,3 $\pm$ 13,5            |      | 52,4 $\pm$ 12,9 |      | 0,67                             |
| Nơi gửi NB           | Nội trú       | 13                         | 8,6  | 18              | 12   | 0,55                             |
|                      | Ngoại trú     | 61                         | 40,7 | 58              | 38,7 |                                  |
| Nơi sống             | Thành thị     | 37                         | 24,7 | 42              | 28   | 0,52                             |
|                      | Nông thôn     | 34                         | 22,6 | 37              | 24,7 |                                  |
| Trình độ văn hóa     | Cấp 1+2       | 18                         | 12   | 13              | 8,6  | 0,53                             |
|                      | Cấp 3         | 56                         | 37,3 | 60              | 40   |                                  |
|                      | Trên cao đẳng | 2                          | 1,3  | 1               | 0,7  |                                  |

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt về tuổi, nơi gửi NB, nơi sống và trình độ văn hóa với phương pháp làm sạch đường tiêu hóa ( $p>0,05$ )

**Bảng 4. Đặc điểm phân bố bệnh của người bệnh theo phương pháp làm sạch (N=150)**

| Đặc điểm                      |            | Nhóm Fortran + Simethicone (n= 74) |      | Nhóm Fortran (n = 76) |      | p<br>t-test hoặc Chi-square test |
|-------------------------------|------------|------------------------------------|------|-----------------------|------|----------------------------------|
|                               |            | n                                  | %    | n                     | %    |                                  |
| Thời gian soi (Mean $\pm$ SD) |            | 6,8 $\pm$ 1,3                      |      | 12,5 $\pm$ 2,5        |      | <0,05                            |
| Tiền sử nội soi               | Lần đầu    | 56                                 | 37,3 | 60                    | 40   | 0,63                             |
|                               | Trên 2 lần | 18                                 | 12   | 16                    | 10,7 |                                  |
| Bệnh kèm theo                 | Không      | 67                                 | 44,7 | 73                    | 48,7 | 0,18                             |
|                               | Có         | 7                                  | 4,7  | 3                     | 2    |                                  |

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt về tiền sử soi và bệnh kèm theo với phương pháp làm sạch đường tiêu hóa ( $p>0,05$ ). Nhóm Simethicone + Fortran có thời gian soi ít hơn so với nhóm Fortran. Kiểm định Chi-square test cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ).

**Bảng 5. Hiệu quả làm sạch của Simethicone kết hợp Fortran**

| Các phân đoạn của đại tràng      | Mức độ sạch bọt | Nhóm Fortran (n = 76) |      | Nhóm Fortran + Simethicone (n= 74) |      | p<br>Chi-square test |
|----------------------------------|-----------------|-----------------------|------|------------------------------------|------|----------------------|
|                                  |                 | n                     | %    | n                                  | %    |                      |
| Manh tràng đến hết đại tràng lên | Không sạch      | 66                    | 44   | 0                                  | 0    | <0,05                |
|                                  | Sạch            | 10                    | 6,7  | 74                                 | 49,3 |                      |
| Góc gan đến hết đại tràng ngang  | Không sạch      | 58                    | 38,7 | 1                                  | 0,7  | <0,05                |
|                                  | Sạch            | 18                    | 12   | 73                                 | 48,7 |                      |
| Góc lách đến hết đại tràng xuống | Không sạch      | 46                    | 30,7 | 0                                  | 0    | <0,05                |
|                                  | Sạch            | 30                    | 20   | 74                                 | 49,3 |                      |
| Đại tràng Sigma                  | Không sạch      | 22                    | 14,7 | 0                                  | 0    | <0,05                |
|                                  | Sạch            | 54                    | 36   | 74                                 | 49,3 |                      |

**Nhận xét:** Nhóm NB uống Simethicone + Fortran có tỷ lệ làm sạch ở tất cả các phân đoạn đường tiêu hóa dưới (Manh tràng, Góc gan, Góc lách và Đại tràng) cao hơn so với nhóm NB uống Fortran. Kiểm định Chi-square test cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 52,5 tuổi, nhóm tuổi trên 51 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (56%). Đa số bệnh nhân ngoại trú đến nội soi. Điều này chứng tỏ có thực tế là đa số bệnh nhân cao tuổi quan tâm hoặc có những bệnh lý đường tiêu hóa đi khám và điều trị. Kết quả này tương đồng với kết quả của Wang năm 2018, bệnh lý đường tiêu hóa chủ yếu gặp ở lứa tuổi 40 đến 60 và kết quả của tác giả Lương Thị Mai Hương năm 2022, lứa tuổi đến nội soi chỉ yếu trên 51 tuổi chiếm 34%. Điều này đưa ra khuyến cáo là trên 40 tuổi nên khám và nội soi để tìm ra bệnh đường tiêu hóa.

Kết quả của nghiên cứu này không có sự khác biệt giữa 2 nhóm bệnh nhân uống Simethicone + Fortran và uống Fortran với nhóm tuổi, nơi sống, trình độ văn hóa, nơi gửi bệnh nhân. Không có sự khác biệt giữa đặc điểm bệnh tật với 2 nhóm NB uống thuốc làm sạch đường tiêu hóa. Điều này cho thấy nghiên cứu chúng tôi là phân nhóm đảm bảo tính ngẫu nhiên và có ý nghĩa khoa học cao.

##### 4.2. Hiệu quả làm sạch đường tiêu hóa của simethicone

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá hiệu quả làm sạch bọt của việc kết hợp simethicone trong quá trình chuẩn bị NSĐT thường quy. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ

lệ sạch bọt ở người bệnh sử dụng simethicone cao hơn đáng kể so với người bệnh ở nhóm chứng là 100% so với 18,7%. Đồng thời cho thấy rằng thời gian bác sĩ nội soi ở nhóm kết hợp simethicone cũng nhanh hơn so với nhóm chứng. Nhiều nghiên cứu cũng cho kết quả tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của tác giả Lương Thị Mai Hương và cộng sự cho thấy tỷ lệ sạch bọt của nhóm kết hợp simethicone so với nhóm chứng là 100% so với 40%.[8] Nghiên cứu của tác giả Trần Lý Thảo Vy cùng cộng sự (2019), tỷ lệ sạch bọt khi sử dụng simethicone là 100% [3]. Theo tác giả Tongprasert cùng các cộng sự (2009), người bệnh sử dụng simethicone có tỷ lệ sạch bọt 100% so với 43,3% ở nhóm chứng [6]. Bọt cũng là một trong những nguyên nhân chính gây cản trở cho quá trình quan sát tổn thương ở niêm mạc đại trực tràng, làm ảnh hưởng trực tiếp đến cuộc soi và kết quả chẩn đoán bệnh. Simethicone là thuốc có tác dụng chống tạo bọt, giảm đầy hơi, có độ an toàn cao và hiếm khi có tương tác thuốc [1], và là thuốc kết hợp với thuốc làm sạch đại tràng giúp cải thiện đáng kể việc quan sát tổn thương ở niêm mạc đại tràng do đó thời gian soi cũng được giảm đi đáng kể. Điều này giúp bệnh nhân được soi nhanh hơn, nhân viên y tế tiết kiệm được thời gian, cải thiện chất lượng dịch vụ soi. Với kết quả thu được, chúng tôi nhận thấy việc sử dụng thêm simethicone trong chuẩn bị NSĐT là một phương pháp có tính khả thi cao và hiệu quả tốt. Trong quá trình nội soi, bọt được làm sạch giúp cải thiện tầm nhìn, hỗ trợ chẩn đoán được chính xác, hạn chế việc bỏ sót các tổn thương.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ làm sạch bọt đại tràng ở nhóm sử dụng simethicone cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng. Thời gian soi cũng giảm đi so với uống Fortran thông thường.

## VI. KHUYẾN NGHỊ

Bổ sung simethicone là phương pháp hỗ trợ chuẩn bị NSĐT có tính ứng dụng cao, đồng thời cải thiện đáng kể mức độ sạch bọt nên rất đáng được cân nhắc áp dụng rộng rãi tại các khoa có NB phải nội soi tiêu hóa và nhiều cơ sở khám chữa bệnh khác.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hunter A Mamula P** (2010). Bowel preparation for Pediatric Colonoscopy Procedures. JPediatr. Gastroenterol Nutr 2010; 51:254-61.
2. **Gordon M, Karlsen F, Isaji S et al.** Bowel preparation for elective procedures in children: a systematic review and meta-analysis. BMJ Paediatric open 2017: 1-9.
3. **David Kastenber, MD et al.** The Effect on Colon Visualization During Colonoscopy of the Addition of simethicone to Polyethylene Glycol- Electrolyte Solution: A Randomized Single-Blind Study. Clinical and Translational Gastroenterology volume3, page26 (2012).
4. **Tongprasert S, Sobhonslidsuk A, Rattanasiri S.** Improving quality of colonoscopy by adding simethicone to sodium phosphate bowel preparation. World J Gastroenterol 2009; 15: 3032-3037.
5. **Pall H, Zacur GM, Kramer RE al.** Bowel Preparation for Pediatric Colonoscopy: Report of the NASPGHAN Endoscopy and Procedures Committee. JPGN 2014; 59, 3: 409-16.
6. **Trần Lý Thảo Vy.** Nghiên cứu hiệu quả tan bọt của simethicone trong chuẩn bị nội soi tiêu hóa dưới. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2019; tập 23 - số 1.
7. **Trần Lý Thảo Vy.** Nghiên cứu hiệu quả tan bọt của simethicone trong chuẩn bị nội soi tiêu hóa dưới. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2019; tập 23 - số 1.
8. **Lương, T. M. H., Đào, V. Q., Đào, V. H., Lê, Q. H., Hoàng, B. L., Vũ, T. V.,... & Đào, V. L.** (2022). Đánh Giá Kết Quả Làm Sạch Của Simethicone Có Kết Hợp Fortrans Trong Chuẩn Bị Nội Soi Đại Tr tràng Toàn Bộ Tại Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội. Tạp Chí Y Học Việt Nam, 519(1).

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THEO DÕI, CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU CƠ TIM ĐƯỢC CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH TẠI KHOA CẤP CỨU & CAN THIỆP TIM MẠCH BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Đức Thành<sup>1</sup>, Đặng Văn Minh<sup>1</sup>,  
Nguyễn Quang Toàn<sup>1</sup>, Hoàng Văn Tiếp<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hiền<sup>1</sup>

### TÓM TẮT.

**Mục tiêu:** Chúng tôi khảo sát kết quả chăm sóc, theo dõi, phát hiện biến chứng điều dưỡng của bệnh nhân nhồi máu cơ tim (NMCT) được can thiệp động mạch vành qua da (PCI). **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. Người bệnh Nhồi máu cơ tim sau can thiệp stent động mạch vành tại Khoa Cấp cứu & Can thiệp Tim Mạch - Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong thời gian từ 2/2023 - 09/2023. **Kết quả:** Trong số 36 bệnh nhân NMCT được can thiệp động mạch vành tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 02 năm 2023 đến tháng 09 năm 2023, bao gồm 23 bệnh nhân nhỏ hơn 65 tuổi 13 bệnh nhân từ 65-75 tuổi, 0 bệnh nhân trên 75 tuổi. Trong 36 bệnh nhân có 2BN chiếm 5,6% tăng huyết áp, 8% bệnh nhân ĐTĐ và 22% bệnh nhân có cả hai bệnh lý này. Nhịp tim, huyết áp, số lượng nước tiểu, tình trạng đau và tình trạng băng ép là những chỉ số bệnh lý cần được theo dõi sát để điều chỉnh kịp thời. Như vậy, nghiên cứu cho thấy sự thành công trong việc đưa người bệnh ra viện khỏe mạnh một phần quan trọng đến từ sự theo dõi chặt chẽ và chăm sóc cẩn thận của nhân điều dưỡng viên. **Kết luận:** Sự chăm sóc của điều dưỡng viên đóng vai trò quan trọng góp phần vào sự thành công trong

điều trị bệnh nhân NMCT được can thiệp động mạch vành. TVGDSK cho người bệnh để người bệnh có kiến thức về bệnh, biết cách tự chăm sóc và kịp thời phát hiện các triệu chứng cần đến khám bệnh và điều trị giúp người bệnh có thể nâng cao chất lượng cuộc sống.

**Từ khóa:** Chăm sóc điều dưỡng, nhồi máu cơ tim, can thiệp động mạch vành

### SUMMARY

#### ASSESSMENT OF THE RESULTS OF MONITORING, CARING FOR THE PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION UNDERGOING CORONARY ARTERY INTERVENTION AT THE EMERGENCY AND INTERVENTIONAL CARDIOVASCULAR DEPARTMENT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

**Objective:** We investigated nurse's care of myocardial infarction (MI) patients being treated by percutaneous coronary intervention (PCI). **Methods:** Cross - sectional study of patients (pts) with MI were treated by PCI in Cardiology intervention Department - Thai Nguyen National Hospital from Jan 2023 to September 2023. **Results:** There were 36 pts, consists of 23 pts have age less than 65 age, 13 pts have age from 65 to 75, and 0 pts have age over 75. In 36 pts, 2 (5,6) % pts due to hypertension, 8 (22,2%) due to diabetes melitus, 22(61,1%) due to hypertension, diabetes. Heart rate, blood pressure, urine, pain and compression conditions are pathological indicators that need to be closely monitored for timely correction. Our study showed that almost all successful cases completely discharge with

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thành  
SĐT: 0986527484

Email: thanhnguyenduc.ubtn@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/6/2024.

Ngày phản biện khoa học: 24/6/2024.

Ngày duyệt bài: 06/8/2024

good condition (blood pressure, heart rate, clinical condition) because of good care and carefully follow-up. **Conclusion:** Basic care of nurses is an important thing to participate in the success of the health of myocardial infarction patients who are treated by PCI.

**Keywords:** nurse's care, myocardial infarction, percutaneous coronary intervention.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mạch vành là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu thế giới. Trong đó nhồi máu cơ tim là một trong những thể lâm sàng hay gặp với diễn biến nhanh chóng và tỷ lệ tử vong cao. NMCT xảy ra khi một nhánh động mạch vành bị tắc hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn, làm giảm lưu lượng máu nghiêm trọng, khiến vùng cơ tim được cấp máu bởi động mạch đó bị thiếu dưỡng dẫn đến nhồi máu trên lâm sàng. Đây là một trong những nguyên nhân chủ yếu gây tử vong trên toàn cầu và tại Việt Nam. Can thiệp động mạch vành qua da (PCI) được xem như một chiến lược tái lưu thông mạch máu hiệu quả của bệnh mạch vành từ năm 1977. Nhiều nghiên cứu lâm sàng quan trọng chứng tỏ lợi điểm của can thiệp động mạch vành qua da đã làm cho số lượng thủ thuật PCI mỗi năm gia tăng đáng kể. Vào khoảng 1.2 triệu ca PCI được thực hiện mỗi năm ở Mỹ và khoảng 2000.000 ca /năm trên toàn thế giới (1-4). Với sự phát triển của các biện pháp chẩn đoán và phát hiện, phương tiện cấp cứu và các loại thuốc như tiêu sợi huyết, thuốc chống kết tập tiểu cầu và đặc biệt là can thiệp động mạch vành qua da làm giảm tỷ lệ tử vong do nhồi máu cơ tim cấp giảm đáng kể. Trong 20 năm qua, một trong những can thiệp điều trị phát triển nhanh nhất cho người bệnh nhồi máu cơ tim là can thiệp mạch vành qua da (PCI), đây là kỹ thuật phổ biến nhất để cải thiện tưới máu cơ tim. Đánh giá thực

trạng người bệnh nhồi máu cơ tim cấp về tuổi, giới, tình trạng người bệnh khi nhập viện, điều kiện kinh tế xã hội, mức độ đau.... sẽ giúp cho Điều dưỡng có những tiếp cận tốt hơn để chăm sóc người bệnh. Hơn thế nữa, điều này sẽ giúp cho các Bác sĩ có một tổng quan về tình hình bệnh tật giúp nâng cao chăm sóc và điều trị cho người bệnh. Trên đây chính là lí do chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với mục tiêu:

1. *Nhận xét một số đặc điểm người bệnh nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp Động mạch vành qua da tại khoa Cấp cứu & Can thiệp tim mạch - Trung Tâm Tim Mạch - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.*

2. *Đánh giá kết quả theo dõi, chăm sóc của Điều dưỡng đối với người bệnh sau can thiệp động mạch vành qua da.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 36 người bệnh có chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp được chỉ định can thiệp mạch vành qua da (PCI).

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp đến khám và điều trị tại khoa cấp cứu & Can thiệp tim mạch Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên; - BN đủ 18 tuổi trở lên, có chỉ định và BN đồng ý can thiệp động mạch vành qua da (PCI).

Các tiêu chuẩn chính gồm biến đổi men tim, biến đổi ST-T trên điện tâm đồ, chỉ số Grace > 140. Tiêu chuẩn phụ gồm: Đái tháo đường, mức lọc cầu thận < 60ml/p/m<sup>2</sup>, EF < 40%.....

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

Các bệnh nhân không thuộc nhóm đối tượng nguy cơ cao theo tiêu chuẩn ECS 2018  
Người bệnh hôn mê, có bệnh lý mạch

máu, người bệnh có huyết động không ổn định sau can thiệp.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, mô tả, cắt ngang

## 2.3. Chọn mẫu: Có chủ đích

Cỡ mẫu: 36 người bệnh có can thiệp động mạch vành qua da

## 2.4. Nội dung nghiên cứu

Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu: Thu thập dữ liệu nhân khẩu học từ hồ sơ bệnh án điện tử bao gồm tuổi, giới tính, nghề nghiệp, thu nhập bình quân, mức thẻ bảo hiểm y tế...

+ Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

+ Bộ câu hỏi đánh giá đau sau can thiệp

+ Đánh giá tình trạng BN sau can thiệp

+ Chăm sóc điều dưỡng sau can thiệp

mạch vành qua da

## 2.5. Kỹ thuật thu thập số liệu

Tất cả bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn chọn mẫu được thu thập qua phần mềm máy tính medisoft.

**2.6. Thời gian địa điểm nghiên cứu:** Từ tháng 2/2023 đến tháng 9/2023 tại Khoa Cấp Cứu & Can Thiệp Tim Mạch - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

**2.7. Phương pháp xử lý số liệu:** Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm spss 20.0

## 2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

- Các thông tin do đối tượng nghiên cứu cung cấp được đảm bảo giữ bí mật

- Nghiên cứu chỉ mô tả, công tác chăm sóc điều dưỡng là chủ yếu, mọi chỉ định điều trị hoàn toàn do các bác sĩ điều trị quyết định theo tình trạng của người bệnh.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Đặc điểm chung người bệnh nhồi máu cơ tim được can thiệp động mạch vành:**

**Bảng 1. Phân bố theo tuổi và giới**

| Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu |       | n  | %    |
|------------------------------------|-------|----|------|
| <b>Giới</b>                        | Nam   | 28 | 78,8 |
|                                    | Nữ    | 8  | 22,2 |
| <b>Tổng</b>                        |       | 36 | 100  |
| <b>Tuổi</b>                        | < 65  | 23 | 63,9 |
|                                    | 65-75 | 13 | 36,1 |
|                                    | >75   | 0  | 0    |
| <b>Tổng</b>                        |       | 36 | 100  |

**Nhận xét:** Qua nghiên cứu cho thấy nam 28 người bệnh chiếm (78,8%), số người bệnh nữ (8) 22,2%. Nhóm đặt stent xảy ra ở nhóm nhỏ hơn 65 tuổi có tỉ lệ cao chiếm tới 63,9%.

**Bảng 2. Các bệnh kèm theo**

| Các bệnh kèm theo | n  | %    |
|-------------------|----|------|
| Đái tháo đường    | 8  | 22,2 |
| THA               | 2  | 5,6  |
| ĐTĐ, THA          | 22 | 61,1 |
| ĐTĐ, THA, Suy tim | 1  | 2,8  |
| THA, Lao Phổi     | 1  | 2,8  |

|                 |   |     |
|-----------------|---|-----|
| Suy tim         | 1 | 2,8 |
| THA, ĐTD, TBMMN | 1 | 2,7 |

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân có bệnh ĐTD, THA phối hợp 22 (61,1%). Chủ yếu bệnh nhân trong nghiên cứu mắc bệnh ĐTD và tăng huyết áp.

**Bảng 3. Huyết áp bệnh nhân khi nhập viện**

| Phân độ THA     | n         | %          |
|-----------------|-----------|------------|
| THA độ 1        | 5         | 13,9       |
| Tối ưu          | 10        | 27,8       |
| Bình thường     | 14        | 38,9       |
| Bình thường cao | 7         | 19,4       |
| <b>Tổng</b>     | <b>36</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Qua nghiên cứu Huyết áp người bệnh khi nhập viện có 5 người bệnh tăng huyết áp độ 1 chiếm (13,9%), 10 người bệnh huyết áp tối ưu chiếm (27,8%). 14 người bệnh chỉ số huyết áp bình thường chiếm (38,9%), có 7 người bệnh huyết áp bình thường cao chiếm (19,4%).

**Bảng 4. Phân loại THA theo VSH/VNHA 2022**

| Phân loại                              | HA Tâm Thu (mmHg) |         | HA Tâm Trương (mmHg) |
|----------------------------------------|-------------------|---------|----------------------|
| Tối ưu                                 | <130              | và      | <85                  |
| Bình thường - cao (Tiền tăng huyết áp) | 130-139           | và/hoặc | 85-89                |
| THA độ 1                               | 140-159           | và/hoặc | 90-99                |
| THA độ 2                               | ≥ 160             | và/hoặc | ≥100                 |
| THA độ 3                               | ≥ 180             | và/hoặc | ≥ 120                |
| THA Tâm thu đơn độc                    | ≥ 140             | và      | ≤ 90                 |

Tăng huyết áp khi huyết áp tâm thu (HATT) và/hoặc huyết áp tâm trương (HATTr) tương ứng lớn hơn hoặc bằng 140 hoặc 90 mmHg. HA bình thường khi cả HATT < 130 mmHg và HATTr < 85mmHg. Khi HATT lớn hơn hoặc bằng 130 nhưng dưới 140 mmHg và/hoặc HATTr lớn hơn hoặc bằng 85 nhưng dưới 90 mmHg, bệnh nhân được coi là HA bình thường - cao hoặc tiền THA. HA bình thường-cao nhằm để xác định những người có thể được điều trị bằng

các biện pháp thay đổi lối sống và những người cần được điều trị bằng thuốc nếu có chỉ định. Con THA được định nghĩa là HATT và/hoặc HATTr lớn hơn hoặc bằng 180 và/hoặc 120 mmHg; trong tình huống đó cần đánh giá tổn thương cơ quan đích để chẩn đoán THA khẩn cấp hoặc cấp cứu để có hướng xử trí thích hợp.

**Kết quả công tác Điều dưỡng trước và sau can thiệp động mạch vành, các chỉ số theo dõi bệnh lý:**

**Bảng 5. Theo dõi người bệnh sau can thiệp**

| Các chỉ số |             | Thời điểm |  | 2h |      | 6h |      | 24h |      | Ra viện |      |
|------------|-------------|-----------|--|----|------|----|------|-----|------|---------|------|
|            |             |           |  | n  | %    | n  | %    | n   | %    | n       | %    |
| HA         | Bình thường |           |  | 28 | 77,8 | 32 | 88,9 | 33  | 91,7 | 34      | 94,4 |
|            | Tăng HA     |           |  | 6  | 16,7 | 2  | 5,6  | 2   | 5,6  | 2       | 5,6  |



|                 |                |    |      |    |      |    |      |    |      |
|-----------------|----------------|----|------|----|------|----|------|----|------|
|                 | Tụt HA         | 2  | 5,6  | 2  | 5,6  | 1  | 2,8  | 0  | 0    |
| <b>Nhịp tim</b> | Bình thường    | 27 | 75   | 29 | 80,5 | 32 | 88,9 | 32 | 88,9 |
|                 | Nhịp chậm      | 4  | 11,1 | 2  | 5,6  | 2  | 5,6  | 2  | 5,6  |
|                 | Nhịp nhanh     | 5  | 13,9 | 5  | 13,9 | 2  | 5,6  | 2  | 5,6  |
| <b>Nhịp thở</b> | Bình thường    | 20 | 55,6 | 30 | 83,3 | 34 | 94,4 | 34 | 94,4 |
|                 | Khó thở        | 16 | 44,4 | 6  | 16,7 | 2  | 5,6  | 2  | 5,6  |
| <b>Đau ngực</b> | Giảm           | 0  | 0    | 30 | 83,3 | 34 | 94,4 | 34 | 94,4 |
|                 | Không thay đổi | 30 | 83,3 | 4  | 11,1 | 1  | 2,8  | 2  | 5,6  |
|                 | Tăng           | 6  | 16,7 | 2  | 5,6  | 1  | 2,8  | 0  | 0    |

**Nhận xét:**

- Về huyết áp: 16,7% (6) bệnh nhân tăng huyết áp sau 2h đầu, 5,6% (2) bệnh nhân tăng huyết áp sau 6 giờ đầu, 5,6% bệnh nhân có tụt huyết áp sau can thiệp 2 giờ đầu, 5,6% có tụt huyết áp 6 giờ đầu, tuy nhiên khi ra viện chỉ có 5,6% (2) người bệnh có tăng huyết áp khi ra viện.

- Về nhịp tim: 75% (27) bệnh nhân có nhịp tim bình thường 2 giờ đầu khi vào viện, 80,5% bệnh nhân có nhịp tim bình thường 6 giờ tiếp theo, 88,9% người bệnh có nhịp tim bình thường sau 24h và khi ra viện.

Có 13,9% (5) người bệnh có nhịp tim

nhanh sau 2h, 6h tuy nhiên tỉ lệ này giảm đi còn 5,6% (2) tại thời điểm 24h và lúc ra viện.

- Về nhịp thở: 44,4% (16) người bệnh có khó thở sau can thiệp 2h, 16,7% (2) người bệnh có khó thở sau 6h khi ra viện tỉ lệ này là (5,6%) do bệnh nhân có bệnh lý suy tim kèm theo.

- Về đau ngực: 83,3% bệnh nhân không thay đổi đau ngực sau 2h, nhưng giảm nhiều còn 11,1% tại thời điểm 6h, 5,6% cảm thấy đau ngực không thay đổi khi ra viện.

**Bảng 5. Chăm sóc điều dưỡng sau can thiệp**

| Thời điểm                 |                             | 2h |      | 6h |      | 24h |      | Ra viện |      |
|---------------------------|-----------------------------|----|------|----|------|-----|------|---------|------|
|                           |                             | n  | %    | n  | %    | n   | %    | n       | %    |
| <b>Nhiệt độ</b>           | Bình thường                 | 32 | 88,9 | 35 | 97,2 | 35  | 97,2 | 36      | 100  |
|                           | Sốt                         | 4  | 11,1 | 1  | 2,8  | 1   | 2,8  | 0       | 0    |
|                           | Hạ nhiệt                    | 0  | 0    | 0  | 0    | 0   | 0    | 0       | 0    |
| <b>Tình trạng băng ép</b> | Hematoma                    | 2  | 5,6  | 2  | 5,6  | 3   | 8,4  | 1       | 2,8  |
|                           | Chảy máu                    | 3  | 8,4  | 0  | 0    | 0   | 0    | 0       | 0    |
|                           | Đau                         | 11 | 30,6 | 16 | 44,4 | 2   | 5,6  | 0       | 0    |
|                           | Tốt                         | 20 | 55,6 | 18 | 50   | 31  | 86,1 | 35      | 97,2 |
| <b>Bắt mạch mu chân</b>   | Mạch mu chân bắt tốt        | 36 | 100  | 36 | 100  | 36  | 100  | 36      | 100  |
|                           | Mạch mu chân không bắt được | 0  | 0    | 0  | 0    | 0   | 0    | 0       | 0    |

**Nhận xét:**

- Về nhiệt độ: 32 người bệnh (88,9%) bệnh nhân có nhiệt độ bình thường trong 2h, 35 bệnh nhân chiếm (97,2%) lúc 6h và 24h

và 100% tại thời điểm ra viện. Có 4 người bệnh chiếm tỉ lệ 11,1% sốt tuy nhiên sau 6h và 24h chỉ có 1 người bệnh còn sốt và sau khi ra viện không có người bệnh nào sốt.

- Tình trạng băng ép: Đa phần người bệnh sau can thiệp là tốt tuy nhiên có:11 (30,6%) người bệnh đau vùng ép 2h đầu, 16(44,4%) đau trong 6h sau, 2(5,6%) đau trong 24h, 0% còn đau khi ra viện. Có 3BN (8,4%) có chảy máu tại vết băng ép sau can thiệp 2h sau đó hết chảy máu khi ra viện. Có

2BN (5,6%) bệnh nhân xuất hiện Hematoma vùng cánh tay 2h sau can thiệp sau 24h có 3BN chiếm (8,4%) tuy nhiên sau khi băng ép vùng cánh tay bằng gạc mỏng chỉ còn 1BN(2,8%) cong sưng vùng cánh tay sau can thiệp và hết sưng đau vùng cánh tay 3 ngày sau khi xuất viện và tái khám.

**Bảng 6. Đánh giá một số triệu chứng và biến cố sau can thiệp:**

| Biến cố sau can thiệp             |                   | 3h         | 12h        | 24h       |
|-----------------------------------|-------------------|------------|------------|-----------|
| Bí tiểu                           |                   | 7 (19,4)%  | 1 (2,7%)   | 0 (0%)    |
| Tụ máu, sưng nề, vị trí can thiệp |                   | 2 (33,3%)  | 0(0%)      | 0(0%)     |
| Đau tại vị trí chọc mạch          | Đau nhẹ (VAS 1-3) | 22 (61,2%) | 34 (96,3%) | 36 (100%) |
| Đau trung bình                    | (VAS 4-6)         | 12 (33,3%) | 2 (3,7%)   | 0 (0%)    |
| Đau nặng                          | (VAS 7-10)        | 2 (5,5%)   | 0 (0%)     | 0 (0%)    |

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến cố sau can thiệp thường gặp nhất là bí tiểu cấp sau can thiệp trong vòng 3 giờ 7 (19,4) %. Theo dõi tình trạng đau tại vị trí chọc mạch sử dụng thang điểm VAS đa số người bệnh đau nhẹ tại vị trí chọc mạch sau 3h 22 (61,2%) sau đó tăng lên 34BN (96,3%)

sau 12 giờ, 36BN (100%) hết đau sau 24h. Đau trung bình điểm số VAS (4-6) có 12 BN (33,3%), 2BN (3,7%) không có BN nào đau nặng sau 24h. Có 2BN (5,5%) đau nặng sau 3h tuy nhiên không có bệnh nhân nào đau nặng sau 12h và 24h.

**Bảng 7. Hoạt động can thiệp chăm sóc của Điều dưỡng đối với người bệnh:**

| Hoạt động can thiệp                  |                                                        | 3h       | 12h      | 24h    |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------|----------|--------|
| Điều dưỡng                           |                                                        |          |          |        |
| Can thiệp giúp người bệnh đỡ bí tiểu | Chườm ấm                                               | 3 (8,3%) | 1 (2,7%) | 0 (0%) |
|                                      | Đặt sonde tiểu                                         | 1 (2,7%) | 2 (5,4%) | 0 (0%) |
| Tụ máu, sưng nề, vị trí can thiệp    | Băng ép lại quanh cánh tay, băng ép lại động mạch quay | 3 (8,3%) | 0(0%)    | 0(0%)  |
|                                      | Thực hiện y lệnh thuốc giảm đau, chống viêm            | 3 (8,3%) | 0(0%)    | 0(0%)  |

**Nhận xét:** Có 7 BN(19,4%) bệnh nhân bí tiểu sau can thiệp. 3BN (8,3%) phải can thiệp chườm ấm bằng quang sau 3h, 1 BN (2,7%) chườm ấm sau 12h và đi tiểu được, không có bệnh nhân nào bí tiểu sau 24h. Có 1 BN (2,7%) phải can thiệp đặt sonde tiểu sau 3h và 2 BN (5,4%) phải can thiệp đặt sonde tiểu sau 12h.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Phân bố theo tuổi, giới Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong số các người bệnh bị NMCT, nam giới chiếm chủ yếu, gấp gần 4 lần số người bệnh nữ giới. Kết quả cũng tương đồng với các nghiên cứu trong và

ngoài nước về nhồi máu cơ tim cấp. Điều này có thể do việc liên quan đến nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch hơn của nam như hút thuốc lá, uống rượu bia... cũng như nữ giới có các yếu tố bảo vệ như hormon Estrogen. Về tuổi, chiếm đa số là nhóm bệnh nhân từ 55 đến 75 tuổi. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy tuổi trung bình giao động 65-68 tuổi. Goodman và cộng sự (2009) khảo sát 31.982 HCMVC từ 25 quốc gia gia có tuổi trung bình là 65 tuổi [19], nghiên cứu Euro Heart 2 (2006) là 67,4 tuổi [20].

**Các yếu tố nguy cơ:** Các yếu tố nguy cơ tim mạch: Việc hiểu rõ các nguy cơ tim mạch là quan trọng vì: Goodman và cộng sự (2009) khảo sát 31.982 NMCT từ 25 quốc gia có tuổi trung bình là 65 tuổi, nghiên cứu Euro Heart 2 (2006) là 67,4 tuổi. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp nhất trong dân số chung. Trong NMCT, tỷ lệ tăng huyết áp còn cao hơn, dao động từ 55% đến 65%. Còn đái tháo đường đi kèm trong HCMVC qua các nghiên cứu dao động từ 20% đến 30%. Cả tăng huyết áp và đái tháo đường có liên quan với hình thành xơ vữa động mạch, từ đó dễ đưa đến NMCT [14], [15]. Chúng tôi ghi nhận có 50% số người bệnh có tăng huyết áp và khoảng 8% người bệnh có đái tháo đường, thấp hơn so với các nghiên cứu trên, có thể giải thích do điều kiện tại Việt Nam còn khó khăn nên bệnh nhân ít khi được phát hiện ra bệnh. Cũng như tỷ lệ bệnh chuyển hóa Việt Nam cũng thấp hơn so với các nước đã phát triển.

#### **4.2. Kết quả công tác điều dưỡng trước và sau can thiệp động mạch vành: Các yếu tố theo dõi về bệnh lý**

Theo dõi sát lâm sàng sau can thiệp động mạch vành là điều hết sức quan trọng trong chăm sóc bệnh nhân NMCT trong và sau thủ thuật PCI. Có hơn một nửa người bệnh có

tăng hoặc giảm huyết áp khi nhập viện. Huyết áp thấp lúc nhập viện là yếu tố tiên lượng xấu. Tuy nhiên hầu hết người bệnh đều được điều chỉnh và đạt được huyết áp bình thường sau khi ra viện. Khoảng 1/3 bệnh nhân có nhịp tim nhanh hoặc chậm khi nhập viện. Trong đó nhịp chậm chiếm khoảng 11%, thường gặp ở những người bệnh nhồi máu cơ tim thất phải hoặc vùng dưới. Tương tự với chỉ số huyết áp, đa số bệnh nhân có nhịp tim bình thường sau khi ra viện. Đau ngực là triệu chứng thường gặp nhất chiếm 86% trong số người bệnh bị NMCT, là một trong yếu tố để chẩn đoán NMCT. Thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Quang Tuấn tại BV TW Huế với 94,6%. Chăm sóc người bệnh giảm triệu chứng đau ngực cũng là một trong những mục tiêu của “Heart Teams”, bên cạnh đó là tuyên truyền giáo dục người bệnh cũng như người nhà biết 1 dấu hiệu quan trọng trong nhận biết bệnh mạch vành mà đặc biệt là NMCT để vào viện kịp thời, đây là 1 công việc quan trọng của đội ngũ điều dưỡng. Như vậy, việc cải thiện tốt các triệu chứng lâm sàng của các người bệnh trong nghiên cứu chứng tỏ việc chăm sóc hiệu quả. Việc theo dõi nhiệt độ là quan trọng và kịp thời để phát hiện biểu hiện của nhiễm trùng nguy hiểm, cũng như kiểm soát nhiệt độ sẽ giúp giảm nhu cầu hoạt động của cơ tim, góp phần cải thiện triệu chứng, tổn thương cơ tim và tiên lượng của người bệnh. Khoảng 8,4% người bệnh có triệu chứng sốt, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh năm 2014 [11]. Và sau 6 giờ, 3/4 số người bệnh bị sốt đó đã được kiểm soát sốt. người bệnh NMCT thường có thể gây suy thận cấp trong mối quan hệ tương tác 2 chiều tim thận. Việc phát hiện dấu hiệu tiểu ít, thiểu niệu là đơn giản và cũng quan trọng tương tự với theo dõi chức

năng thận trên cận lâm sàng (Ure, Creatinine...). Trong số 36 người bệnh tham gia nghiên cứu, chỉ có 1 người bệnh có tình trạng thiếu niệu, đây là người bệnh cần được theo dõi sát, và đề ra chiến lược chăm sóc kịp thời cho tình trạng thiếu niệu này của người bệnh. Có 44,4% người bệnh đau sau can thiệp, khoảng 14% người bệnh Hematoma hoặc chảy máu tại chỗ. Vai trò của người điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh cần phải theo dõi, giải thích và trấn an người bệnh là công việc hết sức quan trọng và kịp thời sau PCI. Việc theo dõi sát tình trạng chảy máu và đau của người bệnh, để có biện pháp, chiến lược băng ép tăng cường hơn, hoặc nới lỏng hơn, quyết định thời điểm để tháo ép phù hợp. Người điều dưỡng cần hiểu, có chiến lược hiệu quả để đa số người bệnh được kiểm soát hiệu quả bằng băng ép đồng thời giảm thiểu đau cho người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các người bệnh cải thiện hoàn toàn trước khi ra viện.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 36 người bệnh NMCT được can thiệp động mạch vành được theo dõi tại các thời điểm khác nhau cho đến lúc ra viện nhận thấy: Có sự thay đổi tích cực về mặt huyết động, cũng như lâm sàng khi người bệnh được theo dõi sát và chặt chẽ. Dựa vào kết quả cho thấy mức Huyết áp, nhịp tim, nhiệt độ được điều chỉnh với kết quả rất tốt đánh giá tại thời điểm người bệnh ra viện Tình trạng băng ép tốt hạn chế được các biến chứng đường vào do được theo dõi và can thiệp kịp thời. Do đó những yếu tố theo dõi và đánh giá chủ động của nhân viên y tế đặc biệt điều dưỡng góp phần không chỉ

ảnh hưởng đến kết quả điều trị mà còn ảnh hưởng tốt đến giá trị tinh thần của người bệnh NMCT.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Knebel AV, Cardoso CO, La Hore Correa Rodrigues RE, Gomes Sarmento Leite ASdQ, Gottschall CAM.** Safety and feasibility of transulnar cardiac catheterization. *Tex Heart Inst J* 2008;35(3): 268e72. PubMed Central PMCID: PMCPMC2565534.
2. **Lins S, Guffey D, VanRiper S, Kline-Rogers E.** Decreasing vascular complications after percutaneous coronary interventions partnering to improve outcomes. *Crit Care Nurse* 2006;26(6): 38e45.
3. **Rao SV, O'Grady K, Pieper KS, Granger CB, Newby LK, Mahaffey KW, et al.** A comparison of the clinical impact of bleeding measured by two different classifications among patients with acute coronary syndromes.
4. **AHA/ACC/SCAI** 2005 guideline update for Percutaneous Coronary Intervention.
5. **2007 focus update of the AHA/ACC/SCAI** 2005 guideline update for Percutaneous Coronary Intervention.
6. **2007 chronic angina focused update of AHA/ACC** 2002 guideline for management of patient with chronic stable angina.
7. **AHA.** Heart Disease and Stroke Statistics - 2005 Update. Dallas, TX: AHA, 2004.
8. **Nguyễn Thị Minh** (2014), Công tác chăm sóc điều dưỡng trên bệnh nhân sau đặt Stent động mạch vành. Đại hội Tim Mạch toàn quốc 20/10/2014 tại Đà Nẵng.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ HƯỚNG DẪN DỰ PHÒNG LOÉT TỖ ĐỀ TẠI NHÀ CHO BỆNH NHÂN CÓ DI CHỨNG SAU PHẪU THUẬT SỌ NÃO

Cao Thị Dinh<sup>1</sup>, Vũ Văn Khâm<sup>1</sup>

### TÓM TẮT.

Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của các biện pháp hướng dẫn dự phòng loét tỳ đè tại nhà cho bệnh nhân sọ não tại khu Hồi sức ngoại - Trung tâm Gây mê hồi sức bệnh viện Bạch Mai. Từ tháng 3 đến tháng 10 năm 2023 đã có 70 người nhà bệnh nhân có di chứng sau phẫu thuật sọ não được truyền thông bằng các biện pháp trực tiếp và gián tiếp. Hiệu quả truyền thông, mức độ hiểu biết và thực hành tại nhà của người nhà bệnh nhân được chúng tôi ghi nhận và đánh giá. Kết quả, tỷ lệ loét tỳ đè tại nhà giảm từ 25% xuống còn 10%, tỷ lệ hiểu biết đúng về dự phòng loét tỳ đè tại nhà là 100%, tỷ lệ người nhà bệnh nhân thực hiện đúng tất cả các biện pháp dự phòng tăng từ 10% lên 91,4 %. Kết luận, việc áp dụng kết hợp giữa truyền thông trực tiếp và gián tiếp mang lại hiệu quả tốt và có thể áp dụng rộng rãi trong việc hướng dẫn người nhà bệnh nhân thực hiện các biện pháp dự phòng loét tỳ đè tại nhà.

**Từ khóa:** Loét tỳ đè, dự phòng loét tỳ đè, loét tỳ đè tại nhà

### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF HOME PRESSURE ULCER

<sup>1</sup>Trung tâm Gây mê hồi sức - Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Dinh

SĐT: 0328258786

Email: caodinhk112hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 25/6/2024

Ngày duyệt bài: 12/8/2024

### PROPHYLAXIS GUIDELINES FOR PATIENTS WITH POST-CRANIOTOMY SEQUELAE

The study aimed to evaluate the effectiveness of home pressure ulcer prevention measures for cranial patients in the Outpatient Recovery Department - Anesthesia and Resuscitation Center of Bach Mai Hospital. From March to October 2023, 70 family members of patients with sequelae after craniofacial surgery were communicated through direct and indirect measures. The effectiveness of communication, level of understanding and practice at home of the patient's family are recorded and evaluated by us. As a result, the rate of pressure ulcers at home decreased from 25% to 10%, the rate of correct knowledge about preventing pressure ulcers at home was 100%, the rate of patients' families correctly implementing all measures. Provision increased from 10% to 91.4%. In conclusion, applying a combination of direct and indirect communication brings good results and can be widely applied in guiding patients' families to implement pressure ulcer prevention measures at home.

**Keywords:** Pressure ulcers, pressure ulcer prevention, pressure ulcers at home

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét tỳ đè là một vấn đề sức khỏe lớn ở các bệnh viện, cơ sở y tế và ngay cả trong chăm sóc bệnh nhân ở nhà. Đây là hậu quả của quá trình bị tỳ đè kéo dài gây thiếu máu tổ chức và chết tế bào, thường xảy ra ở những bệnh nhân phải nằm lâu.

Tại Mỹ từ năm 1993 đến 2006, số bệnh nhân nhập viện do loét tỳ đè đã tăng hơn 75%, tỷ lệ này gấp hơn 5 lần tỷ lệ nhập viện nói chung. Ước tính có khoảng 2,5 triệu trường hợp loét tỳ đè được điều trị mỗi năm tại các cơ sở chăm sóc cấp tính, dẫn đến chi phí ước tính hàng năm lên đến 17,8 tỷ đô la chỉ riêng ở Mỹ<sup>1</sup>. Tại Anh tỷ lệ mắc loét tỳ đè tại cộng đồng lên đến 22%<sup>5</sup>. Tại Indonesia một nghiên cứu cắt ngang năm 2016 với 325 người tham gia thấy rằng tỷ lệ mắc loét tỳ đè tại cộng đồng là 16% và không ai trong số đó nhận được dịch vụ chăm sóc vết thương hoặc thông tin về loét tỳ đè từ nhân viên y tế<sup>7</sup>. Trong tạp chí chăm sóc giảm nhẹ tại Ấn Độ năm 2023<sup>1</sup>, một cuộc khảo sát về kiến thức dự phòng và chăm sóc loét tại nhà trên 20 người thấy rằng 10% người có kiến thức tốt, 40% có kiến thức trung bình, 50% có kiến thức kém.

Loét tỳ đè tại cộng đồng làm tăng chi phí chăm sóc y tế, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân giảm, tăng tỷ lệ bệnh tật và có thể phải quay trở lại bệnh viện, thậm chí là tử vong do những hệ quả tất yếu của loét tỳ đè gây nên. Nếu đã mắc loét tỳ đè thì rất khó điều trị, chính vì thế vấn đề dự phòng chăm sóc loét tỳ đè tại cộng đồng đang dần trở thành một vấn đề quan trọng trong công tác chăm sóc của điều dưỡng<sup>5,8</sup>.

Hiện nay tỷ lệ mắc loét tỳ đè tại cộng đồng ngày càng tăng đặc biệt trên những đối tượng gặp vấn đề về vận động như: bệnh nhân chấn thương cột sống, bệnh nhân có di chứng sau phẫu thuật sọ não, bệnh nhân sau tai biến mạch máu não,... Với những đối tượng bệnh nhân này sau khi về lại cộng đồng họ cần có sự hỗ trợ chăm sóc của người nhà trong một thời gian dài. Chính vì vậy nếu những người nhà của bệnh nhân có kiến thức về dự phòng loét tỳ đè thì họ có thể hỗ trợ

bệnh nhân đạt được chất lượng cuộc sống tốt nhất.

Tại khu Hồi sức ngoại - Trung tâm Gây mê hồi sức Bệnh viện Bạch Mai chúng tôi đã khảo sát trên 40 người nhà bệnh nhân (năm 2022) thấy rằng có đến 95% người nhà của bệnh nhân có di chứng sau phẫu thuật sọ não chưa có đủ kiến thức để dự phòng và chăm sóc loét tỳ đè khi trở về cộng đồng. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm nâng cao chất lượng truyền thông hướng dẫn về dự phòng và chăm sóc loét tỳ đè tại nhà cho người bệnh có di chứng thần kinh sau phẫu thuật sọ não.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người nhà của các bệnh nhân phẫu thuật sọ não có mở khí quản điều trị tại đơn nguyên hồi sức ngoại - trung tâm Gây mê hồi sức.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người nhà không hiểu tiếng Việt.
- Người nhà từ chối tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu can thiệp trên hai nhóm trước và sau can thiệp.

- Cỡ mẫu: 40 người nhà bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trước can thiệp và 70 người nhà bệnh nhân đủ tiêu chuẩn sau can thiệp.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 3/2023 - tháng 10/2023

- Phương pháp nghiên cứu:

Bước 1: Tiến hành nghiên cứu chứng (trước can thiệp) trên 40 người nhà bệnh nhân về mức độ hiểu biết, và thực hành giải pháp dự phòng loét tỳ đè tại nhà.

Bước 2: Lên kế hoạch truyền thông gồm:

- Truyền thông trực tiếp: Tổ chức các buổi truyền thông trực tiếp tại khoa, xây

dựng tờ rơi.

- Truyền thông gián tiếp: Xây dựng video, lập nhóm zalo chung cho người nhà khi ra khỏi khoa.

Bước 3: Thực hiện truyền thông trên 70 người nhà bệnh nhân.

Bước 4: Làm khảo sát đánh giá kiến thức, thực hành dự phòng loét tỳ đè và tỷ lệ loét tại nhà của 70 người nhà bệnh nhân sau khi được truyền thông.

Bước 5: Phân tích kết quả.

### 2.3. Các biến số đo lường

- Hiệu quả truyền thông: Số lượt truyền thông trực tiếp (số lượt người được truyền thông, được phát tờ rơi); lượt hoạt động, tương tác trên nhóm Zalo; lượt xem video trên youtube.

- Mức độ hiểu biết của người nhà về loét tỳ đè: Qua bộ câu hỏi trắc nghiệm làm vào tuần cuối cùng của đề án.

- Thái độ của người nhà về dự phòng loét tỳ đè: Qua bộ câu hỏi trắc nghiệm làm vào tuần cuối cùng của đề án.

- Mức độ thực hành của người nhà về dự phòng loét tỳ đè: Qua bộ câu hỏi trắc nghiệm làm vào tuần cuối cùng của đề án.

Bộ câu hỏi được tiến hành khảo sát qua Zalo gồm 15 câu hỏi trong đó gồm 5 câu về kiến thức, 5 câu về thái độ, 5 câu về thực hành. Từng phần của bộ câu hỏi người nhà bệnh nhân trả lời đúng 3/5 câu hỏi sẽ được

tính là đạt. Bộ câu hỏi với đánh giá độ tin cậy thông qua hệ số tương quan nội bộ nhóm (ICC) là 0,64 với EE, 0,79 với DP, và 0,80 với PA. Kiểm tra tính giá trị về nội dung, chỉ số I-CVIs từ 0,8 tới 1, chỉ số S-CVI/Ave là 0,9.

### 2.4. Các tiêu chí đánh giá

- Mục tiêu đánh giá quá trình: Tỷ lệ người nhà BN được truyền thông hiểu được loét tỳ đè và các biện pháp dự phòng loét tỳ đè tại nhà.

- Mục tiêu đánh giá kết quả: Tỷ lệ người nhà BN được truyền thông thực hành đúng các biện pháp dự phòng và chăm sóc loét tỳ đè tại nhà.

- Phân tích yếu tố liên quan đến thực hành đúng các biện pháp dự phòng.

### 2.5. Xử lý số liệu

- Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng n và %, biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn. So sánh giá trị trung bình của 2 nhóm độc lập bằng test T-student và so sánh tỷ lệ bằng test khi bình phương để. Giá trị  $p < 0,05$  được coi là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

### 2.6. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học và Đạo đức của Bệnh viện Bạch Mai (Theo quyết định số 118/ QĐ - BM ngày 15 tháng 01 năm 2024).

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Một số đặc điểm của nhóm nghiên cứu

#### 3.1.1. Đặc điểm chung của người nhà bệnh nhân

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của người nhà bệnh nhân**

| Đặc điểm \ Nhóm |                  | Nhóm chứng<br>(N=40) | Nhóm can thiệp<br>(N=70) | P      |
|-----------------|------------------|----------------------|--------------------------|--------|
| Tuổi            | $\bar{X} \pm SD$ | 30,5 $\pm$ 3,9       | 31,7 $\pm$ 4,0           | > 0,05 |
|                 | Min-Max          | 20 - 60              | 22 - 65                  |        |

|                                           |                         |            |            |
|-------------------------------------------|-------------------------|------------|------------|
| <b>Giới</b>                               | Nam (%)                 | 18 (45%)   | 30 (42,9%) |
|                                           | Nữ (%)                  | 22 (55%)   | 40 (57,1%) |
| <b>Trình độ học vấn</b>                   | Tiểu học (%)            | 2 (5%)     | 5 (7,1%)   |
|                                           | Trung học phổ thông (%) | 10 (25%)   | 22 (31,4%) |
|                                           | 12/12 (%)               | 20 (50%)   | 33 (47,2%) |
|                                           | Khác (%)                | 8 (20%)    | 10 (14,3%) |
| <b>Số người chăm sóc trên 1 bệnh nhân</b> | 1 người (%)             | 5 (12,5%)  | 10 (14,3%) |
|                                           | 2 người (%)             | 27 (67,5%) | 36 (51,4%) |
|                                           | 3 người (%)             | 7 (17,5%)  | 20 (28,6%) |
|                                           | Khác (%)                | 1 (2,5%)   | 4 (5,7%)   |

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của nhóm chứng và nhóm nghiên cứu về đặc điểm của người nhà: tuổi, giới, trình độ học vấn, số người chăm sóc trên một bệnh nhân

### 3.1.2. Đặc điểm chung của bệnh nhân

**Bảng 3.2. Đặc điểm chung của bệnh nhân**

| <b>Đặc điểm</b>                              |                  | <b>Nhóm chứng<br/>(N= 40)</b> | <b>Nhóm can thiệp<br/>(N=70)</b> | <b>P</b> |
|----------------------------------------------|------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------|
| <b>Tuổi</b>                                  | $\bar{X} \pm SD$ | 45,5 $\pm$ 3,8                | 47,8 $\pm$ 4,1                   | > 0,05   |
|                                              | Min-Max          | 30 - 71                       | 31 - 75                          |          |
| <b>Giới</b>                                  | Nam (%)          | 19 (47,4%)                    | 32 (45,7%)                       |          |
|                                              | Nữ (%)           | 21 (52,5%)                    | 38 (54,3%)                       |          |
| <b>Điểm Glasgow khi về cộng đồng</b>         | $\bar{X} \pm SD$ | 8,2 $\pm$ 1                   | 7,8 $\pm$ 1,5                    |          |
|                                              | Min-Max          | 6 - 10                        | 5 - 10                           |          |
| <b>Loét tỳ đè trước khi trở về cộng đồng</b> |                  | 0 (0%)                        | 0 (0%)                           |          |

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của nhóm chứng và nhóm nghiên cứu về đặc điểm của bệnh nhân: tuổi, giới, điểm Glasgow khi về cộng đồng, loét tỳ đè từ trước khi trở về cộng đồng.

### 3.4. Đánh giá hiểu biết của người nhà về các biện pháp dự phòng loét tỳ đè

**Bảng 3.3. Sự hiểu biết của người nhà về dự phòng loét tỳ đè sau truyền thông**

| <b>Tiêu chí</b>                                 | <b>Nhóm chứng<br/>(N = 40)</b> | <b>Nhóm can thiệp<br/>(N = 70)</b> |
|-------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Tỷ lệ người nhà hiểu đúng về khái niệm LTD      | 2 (5%)                         | 70 (100%)                          |
| Tỷ lệ người nhà hiểu đúng về phân độ LTD        | 1 (2,5%)                       | 70 (100%)                          |
| Tỷ lệ người nhà biết các yếu tố nguy cơ LTD     | 1 (2,5%)                       | 70 (100%)                          |
| Tỷ lệ người nhà biết các biện pháp dự phòng LTD | 1 (2,5%)                       | 70 (100%)                          |

**Nhận xét:** Sau khi thực hiện các biện pháp truyền thông thì số người nhà bệnh nhân hiểu



đúng về loét tỳ đè và các biện pháp dự phòng là 100%.

### 3.5. Đánh giá thái độ của người nhà bệnh nhân về các biện pháp dự phòng loét tỳ đè

**Bảng 3.4. Thái độ của người nhà về dự phòng loét tỳ đè sau truyền thông**

| Tiêu chí                                                        | Nhóm chứng (N= 40) | Nhóm can thiệp (N=70) |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| Tỷ lệ người nhà cảm thấy dự phòng loét tỳ đè là cần thiết       | 6 (15%)            | 70 (100%)             |
| Tỷ lệ người nhà cảm thấy dự phòng loét tỳ đè là không cần thiết | 34 (85%)           | 0 (0%)                |

**Nhận xét:** Sau khi thực hiện các biện pháp về truyền thông thì tỷ lệ người nhà cảm thấy dự phòng loét tỳ đè là cần thiết tăng từ 15% lên 100%.

### 3.6. Đánh giá thực hành các biện pháp dự phòng của người nhà bệnh nhân và hiệu quả dự phòng loét tỳ đè sau khi được truyền thông

**Bảng 3.5. Tỷ lệ thực hiện đúng các biện pháp dự phòng loét tỳ đè**

| Tiêu chí         | Nhóm chứng (N=40) | Nhóm can thiệp (N=70) |
|------------------|-------------------|-----------------------|
| Thay đổi tư thế  | 4 (10%)           | 64 (91,4 %)           |
| Massage, xoa bóp | 4 (10%)           | 100 (%)               |
| Sử dụng đệm hơi  | 5 (12,5%)         | 65 (92,8 %)           |

**Nhận xét:** Sau khi thực hiện các biện pháp truyền thông tỷ lệ người nhà thực hiện đúng cả ba phương pháp dự phòng loét tỳ đè tại nhà là 91,4%. Thay đổi tư thế là tỷ lệ làm thấp nhất với 91,4%.

Trong khảo sát, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ loét tỳ đè tại nhà mới phát sinh là 7 ca (tương ứng với 10%), thấp hơn so với nhóm chứng là 25%.

**Bảng 3.6. Mối liên quan giữa thực hành đúng các biện pháp dự phòng và tỷ lệ loét tỳ đè tại nhà**

|                                | Bệnh nhân không loét (N=63) | Bệnh nhân có loét (N=7) | P     |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------|-------|
| Người nhà thực hành đúng       | 61 (96,8 %)                 | 1 (14,2 %)              | <0.05 |
| Người nhà thực hành không đúng | 2 (3,2%)                    | 6 (85,7%)               |       |

**Nhận xét:** Tỷ lệ loét tỳ đè thấp hơn ở nhóm thực hành đúng, so với nhóm thực hành không đúng, đủ các biện pháp.

## IV. BÀN LUẬN

- Kết quả ở bảng 3.1 và 3.2 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm về các yếu tố: tuổi, giới, trình độ học vấn, số lượng người chăm sóc của người nhà và tuổi, giới, điểm Glasgow khi về cộng đồng của bệnh nhân. Điều này cho phép việc so sánh hiệu quả của các biện pháp truyền

thông mới giữa hai nhóm khách quan hơn. Ở hai nhóm nghiên cứu trình độ học vấn của người nhà chiếm tỷ lệ cao nhất là 12/12 (nhóm chứng 50%, nhóm nghiên cứu 47,2%), trình độ học vấn chiếm tỷ lệ thấp nhất là tiểu học (nhóm chứng 5%, nhóm nghiên cứu 7,1%). Điều này tạo điều kiện thuận lợi cho nhóm nghiên cứu có thể dễ dàng tiếp cận, phổ biến đến người nhà những biện pháp truyền thông mới.

- Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các biện pháp truyền thông mới đem lại hiệu quả

dự phòng loét tỳ đè tại nhà tốt hơn. Trước khi thực hiện các biện pháp truyền thông mới thì mức độ hiểu biết của người nhà về các biện pháp dự phòng loét tỳ đè là rất thấp chỉ từ 2,5% đến 5%, trong đó tỷ lệ người nhà hiểu đúng về khái niệm là cao nhất 5% (bảng 3.3). Sau khi áp dụng các biện pháp truyền thông mới thì mức độ hiểu biết của người nhà về các biện pháp dự phòng loét tỳ đè tại nhà tăng lên 100%<sup>3,4</sup>. Kết quả 100% người nhà hiểu đúng về khái niệm, phân độ, các yếu tố nguy cơ của loét tỳ đè, biết được các biện pháp dự phòng loét tỳ đè tại nhà. Ngoài ra các biện pháp truyền thông được áp dụng trên các nền tảng trực tuyến chính vì vậy người nhà có thể xem, ôn lại khi cần. Thái độ của người nhà đối với các biện pháp dự phòng loét tỳ đè tại nhà: trước khi áp dụng các biện pháp truyền thông mới thì 85% người nhà cảm thấy dự phòng loét tỳ đè tại nhà là không cần thiết, sau khi áp dụng các biện pháp truyền thông mới thì 100% người nhà đã thấy được vai trò quan trọng của việc dự phòng loét tỳ đè tại nhà (bảng 3.4). Từ đó người nhà quan tâm đến các biện pháp dự phòng và thực hành dự phòng loét tỳ đè tại nhà tốt hơn. Trước khi áp dụng các biện pháp truyền thông mới tỷ lệ thực hành đúng, đủ các biện pháp dự phòng loét tỳ đè chỉ chiếm 10%, tỷ lệ này rất thấp, vì vậy số bệnh nhân bị mắc loét tỳ đè khi trở về cộng đồng là 25%. Sau khi áp dụng các biện pháp truyền thông mới thì tỷ lệ thực hành đúng, đủ các biện pháp dự phòng loét tỳ đè được nâng lên 91,4% (bảng 3.5), do đó số bệnh nhân bị loét tỳ đè khi trở về cộng đồng giảm xuống còn 10%<sup>2</sup>.

- Trong 70 bệnh nhân được áp dụng các biện pháp truyền thông mới chúng tôi thấy rằng ở những người nhà bệnh nhân thực hành đúng các biện pháp thì tỷ lệ bị loét tỳ đè tại

nhà thấp hơn 14,2% so với nhóm thực hành không đúng các biện pháp 85,7% (bảng 3.6). Do vậy chúng ta còn cần đặc biệt quan tâm đến phương pháp, cách thức, tần suất người nhà bệnh nhân áp dụng các biện pháp dự phòng tại nhà. Chúng ta cần theo sát bệnh nhân khi về nhà để kịp thời giải đáp các thắc mắc của người nhà bệnh nhân khi họ trở về cộng đồng.

## V. KẾT LUẬN

- 100% người nhà bệnh nhân được tiếp cận truyền thông hiểu được dự phòng và chăm sóc loét tỳ đè tại nhà.
- 100% người nhà cảm thấy các biện pháp dự phòng loét tỳ đè tại nhà là cần thiết.
- 91.4% thực hành đúng và đủ các biện pháp dự phòng loét tỳ đè
- Tỷ lệ loét tỳ đè thấp hơn ở nhóm được truyền thông (10%) so với nhóm chứng (25%).
- Đa số các người nhà đều thấy cả truyền thông trực tiếp và gián tiếp đều dễ tiếp cận và có ích đặc biệt là qua kênh Zalo và Youtube.

## VI. KHUYẾN NGHỊ, KẾ HOẠCH TRIỂN KHAI ÁP DỤNG

### 6.1. Khuyến nghị, bài học kinh nghiệm từ kết quả của nghiên cứu

- Cần truyền thông về loét tỳ đè và các biện pháp dự phòng cho người nhà bệnh nhân bằng cả hình thức trực tiếp và gián tiếp.
- Việc hỗ trợ qua các kênh liên lạc như Zalo là hết sức cần thiết để giải đáp và giúp đỡ người nhà trong quá trình chăm sóc bệnh nhân.

### 6.2. Kế hoạch triển khai áp dụng trong thực tiễn hoạt động của đơn vị

Trung tâm Gây mê hồi sức sẽ áp dụng triển khai các biện pháp truyền thông (trực

tiếp và gián tiếp) cho tất cả bệnh nhân có tổn thương sọ não bắt đầu từ tháng 01/2024.

### **6.3. Đề xuất khả năng nhân rộng của đề án trong bệnh viện và trong ngành**

- Các biện pháp truyền thông này có thể áp dụng rộng rãi tại các khoa khác trong bệnh viện, đặc biệt các khoa có bệnh nhân nguy cơ cao loét tỳ đè khi chăm sóc tại nhà như: Hồi sức tích cực, thần kinh, đột quỵ, tim mạch, cơ xương khớp.

- Có thể áp dụng các phương pháp truyền thông của nghiên cứu vào nhiều vấn đề khác ngoài loét tỳ đè như: dinh dưỡng tại nhà cho bệnh nhân, vận động tại nhà, chăm sóc bệnh nhân có mở khí quản tại nhà.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Antony, L., & Thelly, A. S.** (2022). Knowledge on Prevention of Pressure Ulcers Among Caregivers of Patients Receiving Home-based Palliative Care. *Indian journal of palliative care*, 28(1), 75-79. [https://doi.org/10.25259/IJPC\\_84\\_2021](https://doi.org/10.25259/IJPC_84_2021)
2. **Funmilayo Oni, Mercedes Echevarria, Geraldine Mbaye.** (2022). TITLE: Implementing SSKIN Bundle for pressure ulcer prevention in long-term care facility.
3. **Liang Q. Liu, Jacinta Kelly, Mariachiara Di Cesare, Helen T. Allan, Michael Traynor.** (2023). The knowledge and attitudes regarding pressure ulcer prevention among healthcare support workers in the UK: A cross-sectional study.
4. **Manderier B., Van Damme N., Vanderwee K., Verhaeghe S., Van Hecke A, Beeckman D.** Development and psychometric validation of PUKAT 2.0, a knowledge assessment tool for pressure ulcer prevention. *Int Wound J* 2017.
5. **McGraw, CA.** Nurses' perceptions of the root causes of community-acquired pressure ulcers: Application of the Model for Examining Safety and Quality Concerns in Home Healthcare. *J Clin Nurs.* 2019; 28: 575-588. <https://doi.org/10.1111/jocn.14652>
6. **Posthauer, Mary Ellen RDN, LD, CD, FAND; Banks, Merrilyn PhD; Dorner, Becky RDN, LD, FAND; Schols, Jos M. G. A. MD, PhD.** (2015). The Role of Nutrition for Pressure Ulcer Management.
7. **Sari, S. P., Everink, I. H. J., Lohrmann, C., Amir, Y., Sari, E. A., Halfens, R. J. G., Beeckman, D., & Schols, J. M. G. A.** (2022). Development and psychometric evaluation of an instrument to assess Knowledge, Attitude and Practice of Family Caregivers at Preventing Pressure Injuries (KAP-PI) in Indonesian community-dwelling older adults. *BMC nursing*, 21(1), 222. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00957-4>
8. **Shanley, E., Moore, Z., Patton, D., Connor, T. O., Avsar, P., Nugent, L., & Beeckman, D.** (2020). Development and psychometric evaluation of the patient knowledge of, and attitudes and behaviours towards pressure ulcer prevention instrument (KPUP). *International wound journal*, 17(2), 339-350. <https://doi.org/10.1111/iwj.13278>

## KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ DẪN LƯU NÃO THẮT RA NGOÀI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Ngô Thị Hạnh<sup>1</sup>, Nguyễn Đình Hưởng<sup>1</sup>, Bùi Thị Kim Huệ<sup>1</sup>,  
Đỗ Văn Đăng<sup>1</sup>, Hoàng Thị Tình<sup>1</sup>

### TÓM TẮT.

**Đặt vấn đề:** Dẫn lưu não thất ra ngoài trong các trường hợp giãn não thất do xuất huyết não làm giảm tỷ lệ tử vong của người bệnh. Trong đó công tác chăm sóc dẫn lưu của điều dưỡng là vô cùng quan trọng trong quá trình chăm sóc. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh có dẫn lưu não thất ra ngoài do xuất huyết não thất tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

**Phương pháp:** Mô tả cắt ngang 16 người bệnh có dẫn lưu não thất ra ngoài do xuất huyết não thất điều trị tại khoa Ngoại Thần kinh - Cột sống, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

**Kết quả:** tuổi trung bình là 60,5 tuổi, tỉ lệ nam/nữ là 4,3/1. Trong 16 hồ sơ bệnh án nghiên cứu, 100% dẫn lưu được theo dõi màu sắc, lượng dịch não tủy. 88% điều dưỡng thay băng ghi đầy đủ hồ sơ bệnh án. 33% được kẹp dẫn lưu khi vận chuyển. 81,25% người bệnh được cứu sống và không có bệnh nhân nào bị nhiễm trùng dẫn lưu.

**Kết luận:** Xuất huyết não thất gặp ở người trung niên được dẫn lưu não thất ra ngoài có tỷ lệ sống cao. Công tác chăm sóc người bệnh của điều dưỡng đúng quy trình giúp làm tăng tỉ lệ

sống và giảm biến chứng tại chỗ cho người bệnh.

**Từ khóa:** Dẫn lưu não thất ra ngoài, Chảy máu não thất

### SUMMARY

#### CARING FOR INTRAVENTRICULAR HEMORRHAGE PATIENTS WITH EXTERNAL VENTRICULAR DRAIN AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate the results of caring for intraventricular hemorrhage patients with external ventricular drain at Thai Nguyen National Hospital.

**Methods:** Cross-sectional description of 16 patients with ventricular drainage due to intraventricular hemorrhage treated at the Department of Neurosurgery - Spine, Thai Nguyen National Hospital.

**Results:** The mean age was 60.5 years old, the male/female ratio was 4.3/1. In 16 patients, 100% of drainages were monitored for color and over- and under-drainage of cerebrospinal fluid. 88% of nurses changed the dressing and recorded the complete medical records. 33% had drainage clamped during transportation. 81.25% of patients survived and no patient had drainage infection.

**Conclusion:** Intraventricular hemorrhage in middle-aged people with external ventricular drainage has a high survival rate. Nursing care of patients according to the correct procedure helps increase the survival rate and reduce local complications for patients.

**Keywords:** Ventricular Drainage Catheter, Intraventricular hemorrhage

<sup>1</sup>Khoa Ngoại Thần kinh - Cột sống, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Hạnh

SĐT: 0915189286

Email: cachua0509@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/6/2024

Ngày duyệt bài: 25/7/2024

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dẫn lưu não thất ra ngoài là phương pháp phẫu thuật đặt ống dẫn lưu vào hệ thống não thất để dẫn lưu nước não tủy ra ngoài với một hệ thống kín chuyên dụng, hoặc hệ thống kín tự tạo. Phẫu thuật này được chỉ định trong bệnh giãn não thất (não úng thủy) cấp do nhiều nguyên nhân khác nhau như u não chèn ép cống não gây ứ nước, chấn thương sọ não, tai biến mạch máu não, viêm màng não, bẩm sinh và trong bệnh chảy máu não thất do chấn thương sọ não, tai biến mạch máu não.[1]

Dẫn lưu nước não tủy ra ngoài sẽ làm giảm áp lực trong sọ và cứu sống người bệnh, dẫn lưu thường được cố định trong một thời gian và chúng ta có thể gặp một số biến chứng như: nhiễm trùng, chảy máu não thất, chảy máu nhu mô não, máu tụ dưới màng cứng, động kinh. Vì vậy, nếu không được chăm sóc, theo dõi và phát hiện kịp thời sẽ dẫn tới hậu quả nghiêm trọng cho người bệnh<sup>1</sup>.

Chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật dẫn lưu não thất đóng vai trò rất quan trọng, góp phần thành công cuộc phẫu thuật. Nhận định tốt tình trạng người bệnh, xây dựng tốt kế hoạch chăm sóc, đánh giá được tiến triển của các triệu chứng lâm sàng, đồng thời theo dõi sát tình trạng dẫn lưu, chế độ dinh dưỡng, vận động của người bệnh, hiệu quả điều trị, tư vấn cho người bệnh trong quá trình nằm viện và sau khi xuất viện nhằm mang lại kết quả điều trị và sự hài lòng của người bệnh, gia đình người bệnh<sup>2</sup>.

Tại Bệnh viện Trung ương Thái nguyên đã tiến hành phẫu thuật dẫn lưu não thất ra ngoài từ năm 2012, và đến nay đã trở thành thường quy. Tuy nhiên, hiện tại chưa có một nghiên cứu hoàn chỉnh của Bệnh viện để đánh giá về công tác điều dưỡng trong việc

chăm sóc người bệnh có dẫn lưu não thất ra ngoài, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu ***“Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh có dẫn lưu não thất ra ngoài do xuất huyết não tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên”***.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả người bệnh được phẫu thuật dẫn lưu não thất ra ngoài do xuất huyết não thất tại khoa Ngoại Thần Kinh - Cột sống Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh

- Người bệnh được phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất ra ngoài chăm sóc và theo dõi tại Khoa Ngoại Thần kinh - Cột sống.

- Người bệnh có dẫn lưu não thất ra ngoài > 24h.

- Người bệnh phẫu thuật dẫn lưu não thất ra ngoài do xuất huyết não

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh phẫu thuật dẫn lưu não thất ra ngoài do các nguyên nhân khác.

- Phẫu thuật dẫn lưu não thất tại các bệnh viện khác.

- Người bệnh có thiếu năng, chậm phát triển trước đó.

#### 2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2/2022 đến 01/2/2023

Địa điểm: tại khoa Ngoại Thần kinh - Cột sống, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

Cách chọn mẫu: thuận tiện

Cỡ mẫu: Toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu

chuẩn chọn trong thời gian nghiên cứu.

### 2.2.3. Phương pháp, thu thập số liệu

- Lập bảng thu thập số liệu
- Phát phiếu thành viên nghiên cứu
- Điền số liệu theo biểu mẫu.
- Thu thập thông tin, xử lý số liệu.

### 2.3. Biến số và chỉ số trong nghiên cứu

- Tuổi, giới tính.

\* Đánh giá quá trình theo dõi người bệnh và dẫn lưu:

- Tần xuất theo dõi người bệnh và dẫn lưu: 1h/lần; 1-6h/ lần; 1-2 lần/ngày; không theo dõi.

- Thực hiện các chỉ số theo dõi: mức áp lực đặt dẫn lưu; số lượng dịch, màu sắc dịch, thay túi dẫn lưu ít nhất 1 lần/24h; thay băng dẫn lưu ít nhất 1 lần/24h.

- Vận chuyển bệnh nhân đi chụp cắt lớp vi tính (CLVT): kẹp EVD<30p, làm trống buồng nhỏ giọt và túi chứa, cân bằng EVD sau vận chuyển.

- Đánh giá tính chất dẫn lưu:

+ Diễn biến màu sắc dẫn lưu: Bất thường (Mù hoặc màu trong dần sau chuyển sang màu đỏ); bình thường (đỏ sau chuyển màu hồng có thể trong dần).

+ Số lượng dịch: Bình thường (10-

15ml/24h) Ra nhiều (> 30ml/24h), tắc dẫn lưu.

Đánh giá tắc dẫn lưu bằng cách nâng cao dẫn lưu sau đó hạ thấp hơn mức Zero thì không thấy dòng dịch não tủy chảy trong dây dẫn lưu.

\* Kết quả điều trị

- Biện chứng dẫn lưu não thất ra ngoài: Nhiễm trùng vết mổ, viêm não, màng não; Dò dịch; Tuột dẫn lưu.

- Kết quả: người bệnh sống ra viện; người bệnh nặng xin chuyển tuyến; người bệnh xin không tiếp tục điều trị.

### 2.4. Phương pháp xử lý số liệu

- Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng các thuật toán thống kê y học.

### 2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được triển khai sau khi được Hội đồng khoa học, Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên thông qua và phê duyệt.

Nghiên cứu được triển khai nhằm mục đích đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh có dẫn lưu não thất ra tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, ngoài ra không có một mục đích nào khác.

Giữ bí mật thông tin riêng của bệnh nhân.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Tuổi, giới tính

**Bảng 1. Nhóm nghiên cứu**

| Giới           | Nam |       | Nữ |       |
|----------------|-----|-------|----|-------|
|                | n   | %     | n  | %     |
| Tuổi           |     |       |    |       |
| 18 - 50 tuổi   | 1   | 6,25  | 1  | 6,25  |
| 50 - 70 tuổi   | 12  | 75    | 1  | 6,25  |
| > 70 tuổi      | 0   | 0     | 1  | 6,25  |
| <b>Tổng số</b> | 13  | 81,25 | 3  | 18,75 |

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình là 60,5 tuổi, tỉ lệ nam/nữ là 4,3/1; Số người bệnh nam nhiều hơn so với người bệnh nữ, ở nam giới tỉ lệ mắc bệnh nhiều ở lứa tuổi 50-70, tỷ lệ là 81,25%.

**3.2. Đánh giá quá trình theo dõi người bệnh và dẫn lưu****Bảng 2. Tần xuất theo dõi toàn trạng người bệnh và theo dõi dẫn lưu theo y lệnh bác sĩ**

| Tần xuất       | n         | %          |
|----------------|-----------|------------|
| 1h/lần         | 1         | 6,25       |
| 1-6h/lần       | 3         | 19         |
| 1-2 lần/ngày   | 12        | 75         |
| Không theo dõi | 0         |            |
| <b>Tổng số</b> | <b>16</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** 100% người bệnh được theo dõi dẫn lưu trong quá trình nằm viện.

**Bảng 3. Điều dưỡng thực hiện các chỉ tiêu theo dõi theo y lệnh bác sĩ**

| Chỉ tiêu                     | Ghi hồ sơ | Không ghi hồ sơ |
|------------------------------|-----------|-----------------|
| Mô tả mức áp lực đặt dẫn lưu | 0         | 16              |
| Mô tả số lượng dịch          | 16        | 0               |
| Mô tả màu sắc dịch           | 16        | 0               |
| Thay túi dẫn lưu             | 0         | 16              |
| Thay băng dẫn lưu            | 14        | 2               |

**Nhận xét:** Các chỉ số về màu sắc, số lượng dịch được điều dưỡng theo dõi và ghi lại đầy đủ. 88% số bệnh nhân được thay băng chân dẫn lưu.

**Bảng 4. Vận chuyển bệnh nhân khi đi chụp CLVT**

| Chỉ tiêu                                      | n | %  |
|-----------------------------------------------|---|----|
| Kẹp EVD < 30p                                 | 5 | 31 |
| Trống buồng nhỏ giọt, túi chứa, không tụt EVD | 3 | 19 |
| Cân bằng trở lại EVD sau vận chuyển           | 3 | 19 |

**Nhận xét:** 100% người bệnh đặt EVD được điều dưỡng hộ tống thực hiện xét nghiệm cận lâm sàng. 31% người bệnh được kẹp EVD

**Bảng 5. Đánh giá tính chất dịch dẫn lưu dựa trên thời gian đặt dẫn lưu**

| Tính chất dẫn lưu         |             |            | Thời gian lưu dẫn lưu |       |          |      |
|---------------------------|-------------|------------|-----------------------|-------|----------|------|
|                           |             |            | 1-7 ngày              |       | ≥ 8 ngày |      |
|                           |             |            | n                     | %     | n        | %    |
| Diễn biến màu sắc dẫn lưu | Bất thường  | Mù, cạn    |                       |       | 1        | 6,25 |
|                           |             | Màu đỏ sậm |                       |       | 2        | 12,5 |
|                           | Bình thường |            | 13                    | 81,25 |          |      |
| Số lượng dịch             | Bình thường |            | 13                    | 81,25 |          |      |
|                           | Ra nhiều    |            |                       |       | 2        | 12,5 |
|                           | Tắc dẫn lưu |            |                       |       | 1        | 6,25 |

**Nhận xét:** 81,25% bệnh nhân được rút dẫn lưu trong thời gian từ 1-7 ngày không có bất thường về màu sắc và số lượng dịch não tủy.

### 3.3. Kết quả điều trị

**Bảng 6. Biến chứng**

| Biến chứng         |                         | n  | %   |
|--------------------|-------------------------|----|-----|
| Toàn thân          | Viêm phổi               | 12 | 75  |
|                    | Loét                    | 2  | 13  |
|                    | Viêm não, viêm màng não | 1  | 0.6 |
| Tại vị trí dẫn lưu |                         | 0  | 0   |

**Nhận xét:** 93,75% có biến chứng toàn thân, không có trường hợp nào nhiễm trùng tại vị trí dẫn lưu.

**Bảng 7. Bảng kết quả NB**

| Kết quả                           | n  | %     |
|-----------------------------------|----|-------|
| Người bệnh sống, ra viện          | 13 | 81,25 |
| Người bệnh nặng, xin chuyển tuyến | 0  |       |
| Từ chối điều trị, xin về          | 3  | 18,75 |

**Nhận xét:** 81,25% người bệnh được dẫn lưu não thất kịp thời sống và tiếp tục điều trị Phục hồi chức năng. 18,75% trường hợp gia đình người bệnh có mong muốn ko tiếp tục điều trị.

chăm sóc. 25% người bệnh phải theo dõi các chỉ số trong thời gian từ 1-6h/lần là những người bệnh có tình trạng tri giá xấu GCS <10 điểm. Còn những người bệnh có tình trạng tri giác từ 11 - 15 điểm chỉ cần theo dõi dẫn lưu 2 lần/ngày vì những người bệnh này ít có sự thay đổi về áp lực nội sọ<sup>3</sup>.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Nhóm người bệnh nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của nghiên cứu bệnh lý xuất huyết não là 60.5tuổi, trong đó lớn nhất là 72 tuổi, nhỏ nhất là 46 tuổi, tỷ lệ bệnh nam nhiều hơn nữ 13 nam/03 nữ. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Hưởng: tuổi trung bình 62,04; độ tuổi hay gặp 50-70 tuổi chiếm 57,5%<sup>3</sup>.

### 4.2. Đánh giá quá trình theo dõi người bệnh và dẫn lưu

100% người bệnh có dẫn lưu não thất ra ngoài phải được theo dõi hàng ngày. Tùy vào việc đánh giá tình trạng người bệnh của bác sĩ, khi bác sĩ ra y lệnh phân cấp chăm sóc người bệnh, điều dưỡng thực hiện quá trình theo dõi các chỉ số phù hợp với phân cấp

Dẫn lưu dịch não tủy ra ngoài luôn được theo dõi, việc theo dõi và chủ động can thiệp được điều dưỡng thực hiện, những việc đánh giá và ghi hồ sơ bệnh án thì chưa được thực hiện đầy đủ. Trong 16 bệnh án nghiên cứu, có đến 16/16 hồ sơ không được ghi chú về chỉ tiêu áp lực nội sọ; thay túi dẫn lưu; chỉ có 33% trường hợp được khóa dẫn lưu khi thay đổi tư thế, vận chuyển người bệnh. Tuy nhiên các chỉ số về dịch não tủy được điều dưỡng cập nhật hồ sơ đầy đủ 100%; thay băng dẫn lưu người bệnh được điều dưỡng ghi hồ sơ bệnh án 14/16 hồ sơ. Kết quả trên thể hiện rằng người điều dưỡng viên đã nắm được quy trình theo dõi, chăm sóc người bệnh, họ đã cập nhật được các chỉ số quan trọng theo hướng dẫn chăm sóc dẫn lưu não



thất của Roshani Mahat<sup>4</sup> và của Humphrey E<sup>5</sup>.

100% người bệnh có dẫn lưu não thất ra ngoài có di chuyển đi chụp CLVT và điều dưỡng hộ tống. Nhưng việc chủ động đánh giá buồng nhỏ giọt, túi chứa, việc cân bằng trở lại dẫn lưu và kẹp EVD còn rất thấp, chỉ đạt dưới 30% do bác sĩ không ra y lệnh trong hồ sơ bệnh án và điều dưỡng chưa hiểu được ý nghĩa của việc kẹp dẫn lưu này. Trong số 30% bệnh nhân được kẹp dẫn lưu là do các bác sĩ nghiên cứu chuyên sâu về dẫn lưu não thất trong điều trị xuất huyết não thất bằng EVD và tiêu sợi huyết ra y lệnh trong hồ sơ bệnh án<sup>1</sup>.

Thời gian người bệnh đặt dẫn lưu trung bình từ 4-7 ngày, số ít người bệnh (18,8%) có thời gian đặt dẫn lưu kéo dài trên 8 ngày do màu sắc dẫn lưu bất thường, người bệnh có tình trạng tri giác kém, và có biến chứng viêm màng não nên việc tiếp tục đánh giá và theo dõi dẫn lưu cần được tiếp tục duy trì, và thực hiện rút có khi lên đến 14 ngày. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Quang Ân<sup>6</sup>.

#### 4.3. Kết quả điều trị

Đa số người bệnh sau dẫn lưu não thất ra ngoài gặp biến chứng sau phẫu thuật. Do người bệnh nằm viện kéo dài, điều dưỡng đảm trách số lượng người bệnh trong phòng điều trị số lượng nhiều nên công tác thực hiện PHCN kết hợp chưa được thường xuyên, chủ yếu là việc hướng dẫn người nhà người bệnh phối hợp thực hiện. Tỷ lệ người bệnh gặp biến chứng viêm phổi (75%) có tỷ lệ cao nhất, loét vùng tỳ đè (13%), có 2 người bệnh sau thời gian điều trị sọ não ổn định, có chỉ định chuyển khoa thực hiện điều

trị chuyển vật, ghép da; 1 người bệnh gặp biến chứng viêm màng não (6,25%) kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Quang Ân (viêm màng não 15,8%; viêm phổi 47,4%)<sup>6</sup>.

Số người bệnh sống, chuyển tỉnh điều trị tiếp là 13/16 người bệnh (81,25%) và người bệnh nặng được gia đình từ chối điều trị tiếp là 3/16 người bệnh (18,75%), không có người bệnh nào tử vong.

### V. KẾT LUẬN

Người bệnh sau phẫu thuật dẫn lưu não thất ra ngoài thường tình trạng người bệnh nặng, phải theo dõi sát sao và thường xuyên. Điều dưỡng khoa Ngoại Thần kinh - Cột sống hầu hết được trang bị kiến thức ngoại khoa để theo dõi, đánh giá người bệnh.

Theo dõi dẫn lưu não thất được điều dưỡng ghi chép hồ sơ đầy đủ 100%, (16/16 NB được theo dõi lượng dịch và màu sắc dịch trong dẫn lưu). Tuy nhiên còn một số chỉ số quan trọng nhưng điều dưỡng không ghi chép là chỉ số áp lực nội sọ, đây là một thiếu sót rất phổ biến, nguyên nhân do điều dưỡng chưa nắm được lý thuyết về áp lực nội sọ và kỹ thuật đặt điểm 0 cmH<sub>2</sub>O trên lâm sàng<sup>2</sup>.

Người bệnh có chỉ định phẫu thuật RLNT - RN thường là những tình trạng nặng, nằm lâu nên hay gặp biến chứng toàn thân trong quá trình điều trị như: Viêm phổi (75%), loét tỳ đè (13%)<sup>3,6</sup>.

81,25% người bệnh được dẫn lưu não thất kịp thời sống và tiếp tục điều trị phục hồi chức năng. Người bệnh DLNT - RN thời gian nằm viện dài, chi phí tốn kém, người nhà cần thường xuyên phối hợp với nhân

viên y tế theo dõi, chăm sóc người bệnh, cần kiên trì. 19% gia đình có mong muốn không thể tiếp tục điều trị cho NB.

## VI. KHUYẾN NGHỊ

Xây dựng chương trình tập huấn công tác điều dưỡng tại đơn vị:

+ Đào tạo nâng cao năng lực điều dưỡng trong công tác chăm sóc người bệnh có dẫn lưu não thất ra ngoài theo hướng dẫn của ngành, của quốc tế.

+ Bệnh viện cần xây dựng quy trình chăm sóc người bệnh dẫn lưu não thất ra ngoài.

+ Tăng cường công tác giám sát việc thực hiện công tác chuyên môn theo bảng kiểm và ghi chép hồ sơ bệnh án.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mahat R, Moktan A, Thapa S, Devkota R, Rajbhandari P, Pant B.** Caring of Neurosurgical Patients with External Ventricular Drain Nursing Note CORRESPONDENCE. *Annapurna J Health Sci.* 2021;1. doi:10.52910/ajhs.50
2. **Contributor NT.** Caring for neurosurgical patients with external ventricular drains. *Nursing Times.* Published March 26, 2018.

Accessed July 25, 2024. <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/neurology/caring-for-neurosurgical-patients-with-external-ventricular-drains-26-03-2018/>

3. **Hưởng ND.** Kết quả phẫu thuật dẫn lưu ra ngoài kết hợp Alteplase não thất điều trị chảy máu não thất tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2022;521(Chuyên đề):387-397.
4. **Woodward S, Addison C, Shah S, Brennan F, MacLeod A, Clements M.** Benchmarking best practice for external ventricular drainage. *Br J Nurs Mark Allen Publ.* 2002;11(1):47-53. doi:10.12968/bjon.2002.11.1.12217
5. **Vieira TW, Sakamoto VTM, Araujo BR, Pai DD, Blatt CR, Caregnato RCA.** External Ventricular Drains: Development and Evaluation of a Nursing Clinical Practice Guideline. *Nurs Rep.* 2022;12(4):933-944. doi:10.3390/nursrep12040090
6. **Nguyễn QÂ, Nguyễn HN.** nhận xét hiệu quả kỹ thuật dẫn lưu não thất ra ngoài trên bệnh nhân chảy máu não thất tại trung tâm đột quỵ bệnh viện đa khoa tỉnh phú thọ. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2022;515(2). doi:10.51298/vmj.v515i2.2819

## KẾT QUẢ CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN VÚ TẠI TRUNG TÂM UNG BƯƠU - BỆNH VIỆN TW THÁI NGUYÊN

Phan Trà Mi<sup>1</sup>, Vũ Bích Huyền<sup>1</sup>, Đào Thị Thu Minh<sup>1</sup>,  
Trần Bảo Ngọc<sup>2</sup>, Hoàng Minh Cường<sup>2</sup>

### TÓM TẮT.

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả chăm sóc hậu phẫu bệnh nhân ung thư vú.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 36 bệnh nhân ung thư vú được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú, vét hạch nách tại Trung tâm Ung Bướu - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/2023 đến tháng 10/2023.

**Kết quả:** Vú trái có tỉ lệ ung thư cao hơn vú phải; 58,3% so với 41,7%. Không có trường hợp nào bị ung thư vú cả hai bên. Vị trí ung thư hay gặp nhất là ¼ trên ngoài, chiếm 50%. Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn II, chiếm 55,6%. Không có trường hợp nào có biến chứng nhiễm trùng tại vết mổ hoặc hoại tử vạt da. Có 19,4% số bệnh nhân bị nhiễm trùng tại chân sonde dẫn lưu. 11,1% có đờng dịch sau mổ. Phần lớn bệnh nhân có thời gian nằm viện hậu phẫu > 7 ngày, chiếm 75%. Điều dưỡng thực hiện tốt các quy trình chăm sóc người bệnh theo quy định. 100% số bệnh nhân được tư vấn giáo dục sức khỏe và động viên trong quá trình hậu phẫu. Có 83,3% số bệnh nhân được tư vấn về chế độ ăn

sau phẫu thuật. Có sự thay đổi đáng kể về tỷ lệ bệnh nhân đau sau mổ chủ yếu từ đau nhiều và đau vừa chiếm 88,9% trong 24 giờ sau mổ, sau 72 giờ không còn bệnh nhân đau nặng.

**Kết luận:** Biến chứng nhiễm trùng tại chân dẫn lưu là biến chứng hay gặp nhất. Việc chăm sóc sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú, vét hạch nách được thực hiện tốt, theo đúng quy trình và mang lại lợi ích đối với sự hồi phục của Bệnh nhân.

**Từ khóa:** Ung thư vú; phẫu thuật; chăm sóc; biến chứng; kết quả

### SUMMARY

#### RESULTS OF NURSING CARE FOR BREAST CANCERS AFTER MODIFIED RADICAL MASTECTOMY AT THE CENTER OF ONCOLOGY - THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

**Purpose:** Evaluate the care results for breast cancer patients after radical surgery.

**Patients and method:** A prospective descriptive study was applied. 36 patients underwent total mastectomy and axillary lymph node dissection at the Oncology Center - Thai Nguyen National Hospital from January 2023 to October 2023.

**Results:** Tumours in the left breast have a higher rate than in the right breast, 58.3% vs. 41.7%. No cases of bilateral breast cancer were observed. Tumours cited in the upper and outer quadrants accounted for 50%. Most patients are diagnosed in stage II, accounting for 55.6%. There were no cases of infectious wounds or skin

<sup>1</sup>Trung tâm Ung Bướu, Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bộ môn Ung Thư, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Minh Cường  
SĐT: 0984662766

Email: hoangminhcuong@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 02/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 12/6/2024

Ngày duyệt bài: 25/7/2024

flap necrosis. 19.4% of patients were diagnosed with drainage output infection. 11.1% had fluid retention after operation. Most patients have a postoperative length of hospital stay of more than seven days, accounting for 75%. Nurses perform good handwashing and bandage change procedures when performing postoperative care of patients. 100% of patients received encouragement and consultants during the postoperative period. 83.3% of patients received advice on an appropriate diet. There is a significant change in the proportion of patients with surgical pain, mainly from severe and moderate pain, accounting for 88.9% within 24 hours after surgery. After 72 hours no cases of severe pain was observed.

**Conclusion:** Infection of drainage output was the most prevalent surgical complication. Nursing breast cancers after modified radical mastectomy was performed by standard procedure and benefited the patient's recovery.

**Keywords:** Breast cancer; operation; nursing; side-effect; result

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là bệnh ung thư hay gặp nhất ở nữ giới. Theo Globocan 2020, ung thư vú có tỉ lệ mắc đứng hàng thứ 3 ở cả 2 giới với 21.555 ca mới mắc (chiếm 11,8%) sau ung thư gan và ung thư phế quản phổi [6]. Phẫu thuật có vai trò quan trọng trong điều trị ung thư vú. Phẫu thuật được chỉ đầu tiên với ung thư vú giai đoạn sớm, với ung thư vú giai đoạn muộn hơn, phẫu thuật được tiến hành sau hóa trị tân bổ trợ. Phẫu thuật cơ bản đối với ung thư vú có thể là phẫu thuật bảo tồn hoặc phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú kèm theo vét hạch nách [5]. Tại Trung tâm Ung Bướu - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đối với các trường hợp ung thư vú, phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú, vét hạch nách

được áp dụng cho phần lớn bệnh nhân. Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú, vét hạch nách là một phẫu thuật lớn với diện cắt rộng do vậy có khả năng xảy ra các biến chứng trong và sau mổ. Chăm sóc toàn diện sau mổ là sự theo dõi, chăm sóc điều trị của bác sĩ và điều dưỡng nhằm đáp ứng nhu cầu cơ bản của người bệnh cả về thể chất và tinh thần trong thời gian nằm viện. Trách nhiệm chăm sóc toàn diện bao gồm trách nhiệm của bác sĩ điều trị, điều dưỡng chăm sóc và hộ lý [1, 7]. Do vậy việc chăm sóc toàn diện bệnh nhân ung thư vú sau mổ góp phần rất lớn vào thành công trong điều trị ung thư vú. Do vậy chúng tôi làm đề tài này với mục tiêu: ***Đánh giá kết quả chăm sóc hậu phẫu bệnh nhân ung thư vú tại Trung tâm Ung Bướu - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.***

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng:** Bệnh nhân (BN) ung thư vú được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú, vét hạch nách.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên toàn bộ BN ung thư vú được phẫu thuật tại Trung tâm Ung Bướu (TTUB) thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

**Thời gian và địa điểm:** Tháng 01/2023 đến tháng 10/2023 tại Trung tâm Ung Bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (Trung Tâm Ung Bướu Thái Nguyên).

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN nữ, chẩn đoán xác định ung thư vú bằng mô bệnh học, phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú, vét hạch nách cùng bên tại TTUB; không bị rối loạn đông máu; đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** BN mắc các bệnh cấp và mạn tính trầm trọng có nguy cơ tử vong trong thời gian gần; Chẩn đoán di căn xa hoặc có di căn hạch thượng đòn trước

phẫu thuật.

#### **Biến số và chỉ số trong nghiên cứu:**

- Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng như: tuổi, thời điểm phẫu thuật (phẫu thuật ngay hay phẫu thuật sau hóa trị hỗ trợ), vị trí khối u và giai đoạn bệnh theo TNM phiên bản 8 [8].

- Đánh giá tình trạng vết mổ: Chảy máu sau mổ được xác định khi xuất hiện căng nề tại vết mổ, có máu chảy qua vết mổ; Vết mổ được xác định là nhiễm trùng khi vết mổ và vùng xung quanh sưng nề, ấn lõm, đau, vết mổ có thể có mủ và mùi hôi; Hoại tử vật da được xác định khi da tại thành ngực bên phẫu thuật thiếu dưỡng, thay đổi màu sắc, chuyển màu đen. Động dịch là tình trạng xuất hiện các nang dịch bạch huyết tại vùng nách hoặc thành ngực, thường xuất hiện sau khi rút sonde; Nhiễm trùng chân sonde được xác định khi tại chân sonde nề đỏ, đau, có thể có mủ tại chân sonde.

- Đánh giá đau sau mổ tại các thời điểm 24h, 48h, 72h và khi ra viện. Bệnh nhân được hướng dẫn, hỏi bệnh và tự đánh giá được mức độ đau theo thang điểm cường độ đau từ 1 đến 10 điểm (dựa theo thang điểm số, Numerical Rating Scale: NRS). Đau được chia làm 3 mức độ: Đau nhẹ: 1 -3 điểm; Đau

vừa: 4 - 6 điểm; Đau nặng: 7-10 điểm [4].

- Chăm sóc bệnh nhân: thực hiện y lệnh điều trị, thay băng vết mổ, tư vấn chế độ vệ sinh, dinh dưỡng, vận động luyện tập sau mổ [2]. Sự tuân thủ một số quy trình chăm sóc của điều dưỡng: rửa tay trước khi thực hiện thủ thuật, thực hiện y lệnh, quy trình thay băng (đúng/không đúng quy trình), báo cáo tình trạng vết mổ và các diễn biến (kịp thời/không kịp thời) [1].

- Thời gian hậu phẫu được tính từ ngày phẫu thuật cho đến ngày bệnh nhân ra viện (đơn vị: ngày).

**Thu thập số liệu:** Các đặc điểm về cận lâm sàng được thu thập thông qua hỏi bệnh và khai thác bệnh án. Đánh giá tình trạng vết mổ thực hiện hàng ngày tại thời điểm đi buồng và khi thay băng, đánh giá điểm đau được thực hiện khi thay băng vết mổ, và các thông tin trên được ghi lại vào bệnh án / phiếu chăm sóc. Sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu để thu thập số liệu.

**Phân tích số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 21.0.

**Đạo đức của nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y học của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

### **III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi**

| Nhóm tuổi | n  | Tỉ lệ % |
|-----------|----|---------|
| < 40      | 2  | 5,6     |
| 40 - 49   | 12 | 33,3    |
| 50 - 59   | 5  | 13,9    |
| 60 - 69   | 12 | 33,3    |
| ≥ 70      | 5  | 13,9    |
| Tổng      | 36 | 100     |

Phân bố bệnh nhân ở nhóm tuổi 40-49 và 60-69 chiếm tỉ lệ cao nhất là 33,3%; chỉ có 2 BN (chiếm 5,6%) dưới 40 tuổi.

**Bảng 2. Thời điểm phẫu thuật**

| Thời điểm phẫu thuật              | n         | Tỉ lệ %    |
|-----------------------------------|-----------|------------|
| Phẫu thuật ngay sau chẩn đoán     | 30        | 83,2       |
| Phẫu thuật sau hóa trị tân bổ trợ | 6         | 16,8       |
| <b>Tổng</b>                       | <b>36</b> | <b>100</b> |

Phần lớn BN trong nghiên cứu được phẫu thuật ngay sau chẩn đoán, chiếm 83,2%.

**Bảng 3. Vị trí u và giai đoạn bệnh**

|            |              | n  | Tỉ lệ % |
|------------|--------------|----|---------|
| Ung thư vú | Vú phải      | 15 | 41,7    |
|            | Vú trái      | 21 | 58,3    |
| Vị trí     | ¼ trên ngoài | 18 | 50      |
|            | ¼ trên trong | 13 | 36,1    |
|            | ¼ dưới ngoài | 4  | 11,1    |
|            | ¼ dưới trong | 1  | 2,8     |
| Giai đoạn  | I            | 8  | 22,2    |
|            | II           | 20 | 55,6    |
|            | III          | 8  | 22,2    |

Ung thư vú trái có tỉ lệ cao hơn ung thư vú phải; 58,3% so với 41,7%. Không có trường hợp nào bị ung thư vú cả hai bên. Vị trí ung thư hay gặp nhất là ¼ trên ngoài chiếm 50%; chỉ có 1 trường hợp ung thư ở ¼ dưới trong. Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn II chiếm 55,6%.

**Bảng 4. Biến chứng sau mổ**

| Biến chứng             | n | Tỉ lệ % |
|------------------------|---|---------|
| Chảy máu               | 1 | 2,8     |
| Nhiễm trùng vết mổ     | 0 | 0       |
| Động dịch              | 4 | 11,1    |
| Hoại tử vạt da         | 0 | 0       |
| Nhiễm trùng chân sonde | 7 | 19,4    |

Không có trường hợp nào có biến chứng nhiễm trùng tại vết mổ hoặc hoại tử vạt da. Có 19,4% số bệnh nhân bị nhiễm trùng tại chân sonde dẫn lưu. 11,1% có động dịch sau mổ.

**Bảng 5. Thời gian nằm viện hậu phẫu**

| Số ngày     | n         | Tỉ lệ %    |
|-------------|-----------|------------|
| ≤ 7 ngày    | 9         | 25         |
| > 7 ngày    | 27        | 75         |
| <b>Tổng</b> | <b>36</b> | <b>100</b> |

Phần lớn BN có thời gian nằm viện hậu phẫu > 7 ngày, chiếm 75%.

**Bảng 6. Chăm sóc trên bệnh nhân**

| Hoạt động chăm sóc                                              |                | Số BN | Tỉ lệ % |
|-----------------------------------------------------------------|----------------|-------|---------|
| Quy trình rửa tay trước khi thay băng cho BN                    | Tuân thủ       | 36    | 100     |
|                                                                 | Không tuân thủ | 0     | 0       |
| Quy trình thay băng vết mổ và chân sonde dẫn lưu                | Tuân thủ       | 36    | 100     |
|                                                                 | Không tuân thủ | 0     | 0       |
| Thực hiện động viên và tư vấn về cách theo dõi, chăm sóc cho BN | Có             | 36    | 100     |
|                                                                 | Không          | 0     | 0       |
| Thông báo với bác sĩ tình trạng vết mổ sau khi thay băng        | Kịp thời       | 36    | 100     |
|                                                                 | Không kịp thời | 0     | 0       |
| Bệnh nhân được tư vấn dinh dưỡng                                | Có             | 30    | 83,3    |
|                                                                 | Không          | 6     | 16,7    |
| Thực hiện y lệnh thuốc, theo dõi sonde dẫn lưu                  | Kịp thời       | 36    | 100     |
|                                                                 | Không kịp thời | 0     | 0       |

Điều dưỡng thực hiện tốt các quy trình rửa tay và thay băng khi tiến hành chăm sóc BN. 100% số bệnh nhân được tư vấn và động viên trong quá trình hậu phẫu. 100% BN được thực hiện y lệnh thuốc và theo dõi

sonde dẫn lưu đầy đủ. Việc thông báo các dấu hiệu bất thường được tiến hành kịp thời (chiếm 100%). 31 BN chiếm 86,1% BN tuân thủ thực hiện y lệnh thuốc.

**Bảng 7. Tình trạng đau sau mổ**

| Tình trạng đau | < 24 giờ  |            | 24 - 48 giờ |            | 48-72 giờ |            | > 72 giờ  |            |
|----------------|-----------|------------|-------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
|                | n         | %          | n           | %          | n         | %          | n         | %          |
| Không đau      | 0         | 0          | 3           | 8,3        | 25        | 69,4       | 31        | 86,1       |
| Đau nhẹ        | 3         | 8,3        | 15          | 41,7       | 8         | 22,2       | 4         | 11,1       |
| Đau vừa        | 22        | 61,1       | 13          | 36,1       | 3         | 8,4        | 1         | 2,8        |
| Đau nặng       | 11        | 30,6       | 5           | 13,9       | 0         | 0          | 0         | 0          |
| <b>Tổng</b>    | <b>36</b> | <b>100</b> | <b>36</b>   | <b>100</b> | <b>36</b> | <b>100</b> | <b>36</b> | <b>100</b> |

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự thay đổi đáng kể về tỷ lệ bệnh nhân đau sau mổ chủ yếu từ đau nhiều và đau vừa chiếm 88,9% trong 24 giờ sau mổ, sau 72 giờ hầu hết bệnh nhân hết đau (0%)

**Bảng 8. Hướng dẫn chế độ vận động, luyện tập sau mổ**

| Hướng dẫn chế độ vận động sau mổ | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%)  |
|----------------------------------|--------------|------------|
| Trước 12h                        | 2            | 55,6       |
| 12-24h                           | 4            | 11,1       |
| Sau 24h                          | 30           | 83,3       |
| <b>Tổng</b>                      | <b>36</b>    | <b>100</b> |

Tất cả BN đều được hướng dẫn chế độ vận động sau phẫu thuật. 83,3% được hướng dẫn tại thời điểm sau mổ 24h.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là 56,8; thấp nhất là 34 - cao nhất là 76 tuổi. Phân bố bệnh nhân ở nhóm tuổi 40-49 và 60-69 chiếm tỉ lệ cao nhất là 33,3%; chỉ có 2 BN (chiếm 5,6%) dưới 40 tuổi. Ung thư vú nữ hay gặp nhất ở phụ nữ tuổi 65 đến 74. Tuổi trung bình khi được chẩn đoán là 63. Nhưng nhiều dữ liệu gần đây cũng cho thấy ung thư vú thực sự là loại ung thư phổ biến nhất ở những người trẻ tuổi từ 15 đến 39, chiếm 30% tổng số ca ung thư ở nhóm tuổi này [6].

Động dịch là biến chứng phổ biến nhất và là nguyên nhân chủ yếu kéo dài thời gian hậu phẫu sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú, vết hạch nách. Theo Phạm Thị Giang, 14,6% điều trị hậu phẫu quá 10 ngày do các yếu tố về vết mổ và bệnh lý, thời gian nằm viện trung bình là 6,9 ngày [3]. Trong nghiên cứu này, có tới 75% BN có thời gian nằm viện hậu phẫu > 7 ngày. Biến chứng nhiễm trùng tại chân sonde dẫn lưu là biến chứng hay gặp nhất, 19,4% số BN có biến chứng này. Tại TTUB Thái Nguyên, bệnh nhân chỉ được đặt 1 sonde dẫn lưu có lực hút âm, chân dẫn lưu thường được mở phía trước của lồng ngực, tương ứng với giới hạn dưới của tuyến vú, do vậy lượng dịch qua sonde nhiều. Bệnh nhân đều được thay băng hàng ngày và dùng kháng sinh sau phẫu thuật, nhưng do chân sonde không cố định tốt, di động cọ sát với tổ chức quanh chân sonde gây viêm đôi khi gây rò dịch qua lỗ chân sonde, gây viêm biểu hiện chân sonde nề, đỏ và đau. Tuy nhiên sau khi rút sonde và điều trị kháng sinh, triệu chứng viêm giảm nhanh. Không có trường

hợp nào bị nhiễm trùng vết mổ tại thành ngực. Điều này chứng tỏ việc chăm sóc hậu phẫu tại TTUB Thái Nguyên được tiến hành tốt. Cũng từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có 4 BN (chiếm 11,1%) có động dịch tại vết mổ. Theo Phạm Thị Giang, 26 bệnh nhân (8,9%) xuất hiện tình trạng viêm nề đỏ vết mổ sau 3 ngày hậu phẫu đã được đổi kháng sinh kết hợp chống viêm, trong đó có 3 bệnh nhân (1,02%) được xác định nhiễm trùng vết mổ thông qua nuôi cấy vi khuẩn và điều trị bằng kháng sinh đồ. Có 21,5% bệnh nhân còn thâm dịch vết mổ sau hậu phẫu 3 ngày tuy nhiên đều khô hẳn khi ra viện [3].

Trong nghiên cứu này, khi đánh giá chăm sóc toàn diện, chúng tôi tập trung đối với công việc chăm sóc của điều dưỡng. Khi tiến hành chăm sóc hậu phẫu BN, quy trình rửa tay trước khi thay băng và quy trình thay băng được thực hiện tốt, 100% BN được chăm sóc bởi các điều dưỡng nắm vững bước của quy trình và tuân thủ thực hiện y lệnh thuốc kịp thời và đầy đủ. Điều này cũng lý giải tại sao không có trường hợp nào bị nhiễm trùng vết mổ. Các bệnh nhân sau mổ luôn nhận được sự động viên và tư vấn về chế độ vệ sinh, dinh dưỡng, tập vận động của điều dưỡng trong lúc thực hiện y lệnh tiêm truyền hoặc thay băng hoặc trong những buổi họp bệnh nhân. Phần lớn BN phối hợp với nhân viên y tế trong tuân thủ thực hiện đúng y lệnh thuốc. 83,3% BN được hướng dẫn chế độ vận động sau mổ 24 giờ. Điều này rất quan trọng, bởi vì đa số BN điều trị tại TTUB Thái Nguyên là người có thu nhập thấp, nhận thức về bệnh ung thư vú còn hạn chế. Việc quan tâm, giải thích cho BN góp phần tạo niềm tin, giúp BN có động lực để duy trì điều trị. Việc thông báo với bác sĩ tình trạng vết mổ và ghi bệnh án, giúp bác sĩ có thể đánh giá và xử lý kịp thời các biến



chứng sau mổ. Trong nghiên cứu này, 100% các trường hợp BN đều được theo dõi và chăm sóc chu đáo, nắm bắt kịp thời tình trạng người bệnh trao đổi thường xuyên với bác sĩ, có sự phối hợp tốt đã giúp đạt kết quả tỷ lệ bệnh nhân đau sau mổ chủ yếu từ đau nhiều và đau vừa chiếm 88,9% trong 24 giờ sau mổ đã giảm xuống 50% trong 48 giờ và tất cả BN hết đau nặng sau 72h.

## V. KẾT LUẬN

Biến chứng nhiễm trùng tại chân dẫn lưu là biến chứng hay gặp nhất. Việc chăm sóc sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú, vét hạch nách tại TTUB - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên được thực hiện tốt, theo đúng qui trình và mang lại lợi ích đối với sự hồi phục của Bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2021), Thông tư quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện, Bộ Y Tế, số 31/2021/TT-BYT, ngày 28 tháng 12 năm 2021, Hà Nội.
2. **Bùi Diệu** (2011), "Phục hồi chức năng sau phẫu thuật vú", Những kiến thức cơ bản về phòng chống ung thư, NXB Y Học, Hà Nội, tr. 271-278.
3. **Phạm Thị Giang** (2022), "Kết quả chăm sóc người bệnh phẫu thuật ung thư vú tại Khoa Ngoại vú - Bệnh viện K", Tạp chí Y học Việt Nam. 512(1).
4. **Caraceni, A. and Shkodra, M.** (2019), "Cancer Pain Assessment and Classification", *Cancers* (Basel). 11(4).
5. **Czajka, M. L. and Pfeifer, C.** (2024), "Breast Cancer Surgery", StatPearls, StatPearls Publishing, Treasure Island (FL) ineligible companies. Disclosure: Christopher Pfeifer declares no relevant financial relationships with ineligible companies.
6. **Sung, H., et al.** (2021), "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", *CA Cancer J Clin.* 71(3), pp. 209-249.
7. **Tang, X.** (2021), "The effect of multi-supportive nursing on the postoperative rehabilitation of breast cancer patients", *Am J Transl Res.* 13(6), pp. 7327-7334.
8. **Zhu, H. and Doğan, B. E.** (2021), "American Joint Committee on Cancer's Staging System for Breast Cancer, Eighth Edition: Summary for Clinicians", *Eur J Breast Health.* 17(3), pp. 234-238.

## KIẾN THỨC, THỰC HÀNH DINH DƯỠNG HỢP LÝ CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐANG ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN CẨM KHÊ, TỈNH PHÚ THỌ NĂM 2022

Nguyễn Thị Hiền<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thanh Huyền<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu<sup>1</sup>  
Nguyễn Chính Quyền<sup>1</sup>, Hoàng Thị Lan Hương<sup>1</sup>

### TÓM TẮT.

#### Mục tiêu:

1. Đánh giá kiến thức, thực hành về dinh dưỡng hợp lý của người bệnh đái tháo đường type 2 đang điều trị nội trú tại trung tâm y tế huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ.

2. Phân tích mối liên quan giữa một số đặc điểm chung với kiến thức và thực hành đúng về dinh dưỡng ở người bệnh ĐTĐ.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả với thiết kế cắt ngang trên 140 người bệnh ĐTĐ type 2 đang điều trị nội trú tại trung tâm y tế huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ. Thông tin được thu thập dựa vào bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

#### Kết quả:

Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng về chế độ dinh dưỡng cho người bệnh ĐTĐ là 72,68%. Tỷ lệ người bệnh thực hành đúng về dinh dưỡng 11,43%. Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng và thực hành đúng rất thấp 2,14%. Người bệnh có trình độ trung cấp, cao đẳng và đại học có kiến thức đúng đạt 80%, thực hành đúng đạt 35% cao hơn người bệnh có trình độ thấp hơn. Những người bệnh ĐTĐ có tiền sử bị bệnh lâu năm có kiến thức và thực hành tốt hơn những người bệnh mới mắc.

**Kết luận:** Người bệnh ĐTĐ đều có kiến thức

đúng về chế độ dinh dưỡng của bệnh (72,68%). Tuy nhiên, tỷ lệ người bệnh đái tháo đường thực hành đúng chế độ dinh dưỡng còn hạn chế (11,43%). Vì vậy, cần tăng cường xây dựng tờ rơi, tranh ảnh, video truyền thông và giám sát về việc thực hành chế độ dinh dưỡng của người bệnh đái tháo đường.

**Từ khóa:** Dinh dưỡng hợp lý, đái tháo đường, kiến thức và thực hành, trung tâm y tế huyện Cẩm Khê.

### SUMMARY

#### KNOWLEDGE AND PRACTICE OF PROPER NUTRITION REGIME OF INPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT CAM KHE DISTRICT MEDICAL CENTER, PHU THO PROVINCE IN 2022

#### Objective:

1. Assessing knowledge and practice of proper nutrition regime of inpatients with type 2 diabetes at Cam Khe District Medical Center, Phu Tho province.

2. Analyzing the relationship between several common characteristics and accurate knowledge and practice of nutrition for diabetic patients.

**Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 140 type 2 diabetes patients undergoing inpatient treatment at Cam Khe District Medical Center, Phu Tho province. Information is collected based on a pre-designed set of questions.

**Result:** The percentage of patients with accurate knowledge about nutrition regime for diabetes patients is 72.68%. The rate of patients

<sup>1</sup>Phòng Điều dưỡng Trung tâm Y Tế Cẩm Khê

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hiền

SĐT: 0945377689

Email: hien0945377689@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 10/6/2024

Ngày duyệt bài: 20/7/2024

practicing correct nutrition regime for diabetes patients is 11.43%. The percentage of patients with accurate knowledge and correct practice is very low, at 2.14%. Patients with intermediate, college and university degrees have higher knowledge attainment by 80% and practical application by 35% than patients with lower education background. Diabetes patients with chronic illness have better knowledge and practice than newly diagnosed patients.

**Conclusion:** Diabetic patients generally have correct knowledge about the disease's nutrition regime (72.68%). However, the proportion of diabetes patients practicing correct nutrition regime is still limited (11.43%). Therefore, it is necessary to improve awareness through leaflets, illustration, media videos and to monitor the nutritional practices of diabetes patients.

**Keywords:** Proper nutrition, diabetes, knowledge and practice, Cam Khe District Medical Center.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh rối loạn chuyển hóa không đồng nhất, có đặc điểm tăng glucose huyết do khiếm khuyết về tiết insulin, về tác động của insulin, hoặc cả hai. Tăng glucose mạn tính trong thời gian dài gây nên những rối loạn chuyển hóa glucid, protein, lipid gây tổn thương ở nhiều cơ quan khác nhau đặc biệt ở tim, mạch máu, mắt, thần kinh [1]

Tỷ lệ mắc ĐTĐ trên thế giới và tại Việt Nam ngày càng gia tăng [2], gây ra những hậu quả nặng nề không những ảnh hưởng đến người bệnh (NB) mà còn là một gánh nặng cho nền kinh tế của đất nước [3]. Cho đến nay chưa có phác đồ điều trị khỏi ĐTĐ, tuy nhiên nếu được quản lý và điều trị đúng thì NB ĐTĐ sẽ có một cuộc sống gần như bình thường. Thực tế không phải NB nào cũng có kiến thức đúng về dinh dưỡng trong bệnh ĐTĐ, một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ

NB có kiến thức đúng về dinh dưỡng trong bệnh ĐTĐ chiếm 3%- 68.3% [4], [5], [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Trọng Nhân và Vũ Văn Thành tại Bệnh viện nội tiết tỉnh Bắc Giang năm 2019 tỷ lệ đạt kiến thức 67,35% [4]. Nghiên cứu của Lưu Thị Thanh Tâm [5] tại Bệnh viện đa khoa khu vực Hóc Môn năm 2019 có 46,8% người bệnh đạt kiến thức về dinh dưỡng trong bệnh ĐTĐ. Nghiên cứu của Vũ Thị Tuyết Mai tại Bệnh viện đa khoa Kiên Giang năm 2014 tỷ lệ người bệnh đạt kiến thức dinh dưỡng 29.8% [6]. Thiếu kiến thức dẫn đến thái độ thực hành NB không đúng, ảnh hưởng rất nhiều đến kết quả điều trị của người bệnh.

Trung tâm y tế Huyện Cẩm Khê là đơn vị sự nghiệp y tế hạng I, tỉ lệ người bệnh nhập viện được chẩn đoán ĐTĐ type 2 ngày càng gia tăng, một phần do lối sống và chế độ ăn chưa hợp lý. Để có căn cứ khách quan về kiến thức và thực hành dinh dưỡng của người bệnh ĐTĐ type 2 điều trị nội trú tại trung tâm, nghiên cứu được tiến hành với hai mục tiêu:

1. Đánh giá kiến thức, thực hành về dinh dưỡng hợp lý của người bệnh đái tháo đường type 2 đang điều trị nội trú tại trung tâm y tế huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ.
2. Phân tích mối liên quan giữa một số đặc điểm chung với kiến thức và thực hành đúng về dinh dưỡng ở người bệnh ĐTĐ.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu

#### - Đối tượng nghiên cứu

+ Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng: Người bệnh đái tháo đường type 2 đang điều trị nội trú tại TTYT Cẩm Khê. Các đối tượng này có khả năng nghe, hiểu, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

+ Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng: Những bệnh nhân hôn mê, đột quỵ não, người rối loạn trí nhớ, người đang mang thai. Những đối tượng không tự nguyện tham gia nghiên cứu sau khi đã giải thích rõ về mục đích của nghiên cứu, các đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu nhưng không hợp tác trong quá trình nghiên cứu.

**- Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 05/2022 đến tháng 09/2022 tại TTYT huyện Cẩm Khê.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu:** Tiến hành theo phương pháp mô tả với thiết kế cắt ngang.

**2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

- **Cỡ mẫu:** Toàn bộ người bệnh được

chẩn đoán ĐTD type 2 điều trị nội trú tại TTYT Huyện Cẩm Khê trong thời gian 5 tháng, chọn được 140 NB đáp ứng đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

**2.4. Phương pháp thu thập số liệu**

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Phỏng vấn trực tiếp người bệnh.

- **Công cụ thu thập số liệu:** Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn, gồm 25 câu.

**2.5. Phân tích và xử lý dữ liệu**

- **Xử lý:** Phần mềm nhập số liệu: Epidata

3.1

**2.6. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu thông qua và phê duyệt bởi Hội đồng nghiên cứu khoa học TTYT huyện Cẩm Khê.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1. Thông tin về đối tượng nghiên cứu**

| Đặc điểm                  | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------|----------|-----------|
| Tuổi $\leq 39$            | 6        | 4,29      |
| Tuổi từ 40 đến 59         | 44       | 31,43     |
| Tuổi $\geq 60$            | 90       | 64,29     |
| Nam                       | 67       | 47,86     |
| Nữ                        | 73       | 52,14     |
| Không đi học, tiểu học    | 46       | 32,86     |
| THCS                      | 60       | 42,86     |
| THPT                      | 14       | 10,00     |
| Trung cấp                 | 20       | 14,29     |
| Sống chung với người thân | 100      | 71,43     |
| Không sống chung          | 40       | 28,57     |
| Mắc bệnh dưới 1 năm       | 51       | 36,43     |
| Mắc bệnh từ 1 đến 5 năm   | 74       | 52,86     |
| Mắc từ 5 đến 10 năm       | 13       | 9,29      |
| Mắc bệnh trên 10 năm      | 2        | 1,43      |
| BMI $< 18,5$              | 6        | 4,29      |
| BMI từ 18,5 đến $< 25$    | 129      | 92,14     |
| BMI từ 25 trở lên         | 5        | 3,57      |

- Trong 140 đối tượng tham gia nghiên cứu có 47,86% là nam, nữ là 52,14%.

- Tuổi trung bình của đối tượng là 58 tuổi. Trong đó người bệnh  $\geq 60$  tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 64,29%. Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là có trình độ trung học cơ sở 42,86%, trình độ trung học chiếm ít nhất 10%. Tỷ lệ người bệnh sống chung với người thân là 71,43%, không sống chung là 28,57%.

- Các đối tượng mắc bệnh chiếm từ 1 đến 5 năm chiếm tỷ lệ nhiều nhất 52,86%

- Các đối tượng nghiên cứu có BMI trung bình là 21,5, trong đó tỷ lệ bệnh nhân béo phì là 3,57%, thiếu năng lượng trường diễn là 4,29%.

### 3.2. Thực trạng kiến thức dinh dưỡng hợp lý của người bệnh ĐTĐ type 2

#### 3.2.1. Kiến thức về thực phẩm cần giảm lượng của người bệnh ĐTĐ

**Bảng 2. Kiến thức về thực phẩm cần giảm lượng của người bệnh ĐTĐ**

| Nội dung kiến thức                         | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------------------------|----------|-----------|
| Giảm Glucid (chất bột) trong khẩu phần ăn  | 132      | 94,29     |
| Giảm Lipid (chất béo) trong khẩu phần ăn   | 3        | 2,14      |
| Giảm Protein (chất đạm) trong khẩu phần ăn | 5        | 3,57      |
| Giảm rau xanh trong khẩu phần ăn           | 0        | 0,00      |

Khi mắc ĐTĐ 94,29% người bệnh cho rằng cần giảm nhóm Glucid trong khẩu phần ăn, 2,14% người bệnh chọn cần giảm lipid trong khẩu phần ăn, 3,57% người bệnh chọn cần giảm protein, không có người bệnh chọn giảm rau xanh.

#### 3.2.2. Kiến thức về thực phẩm khuyên dùng của người bệnh ĐTĐ

**Bảng 3. Kiến thức về thực phẩm khuyên dùng của người bệnh ĐTĐ**

| Nội dung kiến thức           | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------|----------|-----------|
| Bún, phở, gạo lứt, mỳ đen    | 105      | 75,00     |
| Miến dong, bánh mỳ trắng     | 26       | 18,57     |
| Khoai củ chế biến dạng nướng | 5        | 3,57      |
| Quả sấy khô, nước ép sinh tố | 4        | 2,86      |

- Có 75% người bệnh cho rằng thực phẩm khuyên dùng cho người bệnh ĐTĐ là bún, phở, gạo lứt, bánh mỳ đen, tuy nhiên tỷ lệ người bệnh cho rằng nên sử dụng miến dong, bánh mỳ trắng là 18,57%, nên sử dụng khoai củ chế biến dưới dạng nướng là 3,57%; hoa quả sấy khô, nước ép sinh tố là 2,86%.

### 3.3. Thực hành dinh dưỡng hợp lý của người bệnh ĐTĐ type 2

**Bảng 4. Thực hành dinh dưỡng của người bệnh ĐTĐ**

| Nội dung thực hành                                           | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------------------------------------------|----------|-----------|
| Trong bữa ăn: Ăn nhiều rau xanh                              | 33       | 23,57     |
| Cố định giờ ăn cho mỗi bữa                                   | 7        | 5,00      |
| Chia bữa ăn nhiều bữa nhỏ                                    | 82       | 58,57     |
| Ăn các loại hoa quả có hàm lượng đường ít, trung bình        | 131      | 93,57     |
| Hạn chế các món rán, các loại mỡ động vật, phủ tạng động vật | 117      | 83,57     |
| Ăn bánh kẹo ngọt, quả sấy khô, nước ngọt                     | 5        | 3,57      |

Có đến 93,57% người bệnh ĐTD biết ăn các loại hoa quả có hàm lượng đường ít, trung bình như: roi, thanh long, bưởi, ổi, cam... 83,57% hạn chế các món rán, các loại mỡ động vật, phủ tạng động vật, có 58,57% người bệnh chia nhỏ các bữa ăn. Nhưng chỉ có 23,57% người bệnh trong bữa ăn thực

hiện ăn nhiều rau xanh, ăn rau trước tiên. 5% người bệnh cố định giờ ăn. 3,57% người bệnh còn ăn bánh kẹo ngọt, quả sấy khô, nước ngọt.

### 3.5. Mối liên quan giữa một số đặc điểm với kiến thức và thực hành đúng về dinh dưỡng

**Bảng 5. Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh, trình độ và tỷ lệ đạt kiến thức đúng**

| Biến số                | Số lượng | Cỡ mẫu | Tỷ lệ (%) |
|------------------------|----------|--------|-----------|
| Dưới 1 năm             | 34       | 51     | 66,67     |
| Từ 1 đến 5 năm         | 43       | 74     | 58,11     |
| Từ 5 đến 10 năm        | 11       | 13     | 84,62     |
| Trên 10 năm            | 2        | 2      | 100,00    |
| Không đi học, tiểu học | 31       | 46     | 67,39     |
| THCS                   | 44       | 60     | 73,33     |
| THPT                   | 11       | 14     | 78,57     |
| Trung cấp              | 16       | 20     | 80,00     |
| Toàn viện              | 102      | 140    | 72,86     |

- Các đối tượng nghiên cứu mắc đái tháo đường từ 1 năm đến 5 năm trở lên chiếm tỷ lệ cao 52,86%, dưới 1 năm là 36,43%, Chiếm tỷ lệ ít nhất là trên 10 năm 1,43%.

Người bệnh mắc bệnh lâu năm có kiến thức dinh dưỡng tốt hơn bệnh nhân mới mắc.

**Bảng 6. Mối liên quan giữa trình độ và tỷ lệ đạt thực hành đúng**

| Biến số                | Số lượng | Cỡ mẫu | Tỷ lệ (%) | Không đạt |
|------------------------|----------|--------|-----------|-----------|
| Không đi học, tiểu học | 4        | 46     | 8,70      |           |
| THCS                   | 4        | 60     | 6,67      |           |
| THPT                   | 1        | 14     | 7,14      |           |
| Trung cấp              | 7        | 20     | 35,00     |           |
| Toàn viện              | 16       | 140    | 11,43     | 88,5714   |

**Bảng 7. Mối liên quan giữa tỷ lệ đạt kiến thức đúng và thực hành đúng**

| Biến số                         | Số lượng | Cỡ mẫu | Tỷ lệ (%) | Không đạt |
|---------------------------------|----------|--------|-----------|-----------|
| Kiến thức đúng                  | 102      | 140    | 72,86     |           |
| Thực hành đúng                  | 16       | 140    | 11,43     |           |
| Kiến thức đúng + thực hành đúng | 3        | 140    | 2,14      | 97,86     |

**Nhận xét:** Tỷ lệ đạt kiến thức đúng và thực hành đúng ở đối tượng có trình độ trung cấp, cao đẳng và đại học cao hơn ở các đối tượng có trình độ thấp hơn.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Tỷ lệ người bệnh ĐTD type 2 có kiến thức và thực hành đúng về dinh dưỡng

Đối với người bệnh ĐTĐ việc xây dựng khẩu phần và lựa chọn thực phẩm đóng vai trò quan trọng trong điều trị bệnh. Những trường hợp mới mắc, mức độ nhẹ chỉ cần phối hợp chế độ dinh dưỡng và luyện tập có thể ổn định được đường huyết. Tuy nhiên theo kết quả nghiên cứu có 25 % người bệnh nghĩ rằng bánh mì trắng, miến dong, thực phẩm chế biến dưới dạng nướng, nước ép sinh tố là những thực phẩm khuyên dùng cho người bệnh ĐTĐ (Thực tế đây là những thực phẩm gần như chống chỉ định đối với người bệnh ĐTĐ, thực phẩm này có chỉ số đường huyết cao làm đường huyết sau ăn tăng lên rất nhanh). Nguyên nhân một phần do sở thích và thói quen của người bệnh, một phần do người bệnh thiếu kiến thức về lựa chọn thực phẩm.

Rau xanh là chìa khóa giúp kiểm soát đường huyết, chất xơ trong rau xanh làm chậm quá trình tiêu hóa và hấp thu đường, nhưng theo nghiên cứu chỉ có 23.57 % bệnh nhân thực hiện ăn nhiều rau xanh mỗi bữa, ăn rau trước tiên trong bữa ăn. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu Vũ Thị Tuyết Mai- BVĐK Kiên Giang năm 2014 (26.7%)

Theo kết quả nghiên cứu tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng về chế độ dinh dưỡng cho người bệnh ĐTĐ trong toàn viện là 72,68%. Tỷ lệ người bệnh thực hành đúng về dinh dưỡng cho BN ĐTĐ 11,43%. Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng và thực hành đúng trong toàn viện rất thấp 2,14%. Như vậy mặc dù bệnh nhân ĐTĐ nắm kiến thức chế độ dinh dưỡng tương đối tốt nhưng thực hành chế độ dinh dưỡng lại rất kém. So sánh với kết quả nghiên cứu Vũ Thị Tuyết Mai - BVĐK Kiên Giang (2014), TTYT Cẩm Khê có tỷ lệ đạt kiến thức đúng cao hơn 2,48%, tỷ lệ đạt thực hành đúng lại thấp hơn 31%. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Trọng

Hưng- BVĐK Đông Anh Hà Nội năm 2020, tỷ lệ đạt kiến thức đúng là 47%, thực hành đúng là 27,4%, nghiên cứu tại TTYT Cẩm Khê có tỷ lệ đạt kiến thức đúng cao hơn 25,68%, tỷ lệ đạt thực hành đúng lại thấp hơn 15,97%.

#### **4.2. Mối liên quan giữa một số đặc điểm chung với kiến thức và thực hành đúng**

Mối tương quan giữa kiến thức và thực hành đúng liên quan nhiều đến trình độ và tiền sử về thời gian mắc bệnh.

Bệnh nhân có trình độ trung cấp, cao đẳng và đại học có kiến thức đúng đạt 80%, thực hành đúng đạt 35% cao hơn các bệnh nhân có trình độ thấp hơn. Tỷ lệ đạt kiến thức đúng cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Trọng Hưng- BVĐK Đông Anh Hà Nội năm 2020 (51.1%). Kết quả này cho thấy những bệnh nhân có trình độ cao tiếp thu và tìm hiểu kiến thức về bệnh nhiều hơn.

Những bệnh nhân ĐTĐ có tiền sử bị bệnh trên 5 năm tỷ lệ đạt kiến thức là 84,62% cao hơn 17,95% bệnh nhân mới mắc. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Trọng Hưng- BVĐK Đông Anh Hà Nội năm 2020 (48.4 %) TTYT Cẩm Khê có tỷ lệ đạt kiến thức đúng cao hơn. Yếu tố giúp những bệnh nhân mắc bệnh lâu năm có kiến thức tốt hơn là do bệnh nhân được tư vấn giáo dục sức khỏe tại bệnh viện trong những lần nằm viện và khám định kỳ hàng tháng.

#### **V. KẾT LUẬN**

Nghiên cứu trên 140 người bệnh ĐTĐ type 2 điều trị nội trú tại TTYT Cẩm Khê năm 2022, kết quả cho thấy:

1. Tỷ lệ người bệnh ĐTĐ type 2 có kiến thức đúng về chế độ dinh dưỡng của bệnh đạt 72,68%, tỷ lệ không đạt là 27,32%. Tỷ lệ người bệnh ĐTĐ thực hành đúng chế độ dinh

đường đạt 11,43%, tỷ lệ không đạt là 88,57%.

2. Mối tương quan giữa kiến thức và thực hành đúng liên quan nhiều đến trình độ và tiền sử về thời gian mắc bệnh. Người bệnh có trình độ trung cấp, cao đẳng và đại học có kiến thức đúng đạt 80%, thực hành đúng đạt 35% cao hơn các bệnh nhân có trình độ thấp hơn. Những người bệnh ĐTĐ có tiền sử bị bệnh lâu năm có kiến thức và thực hành tốt hơn những bệnh nhân mới mắc.

## VI. KHUYẾN NGHỊ

- Trung tâm y tế: Tăng cường xây dựng tờ rơi, tranh ảnh, bài viết, video truyền thông kiến thức về thực hành dinh dưỡng, trang bị thêm các phương tiện truyền thông (tivi).

- Các khoa lâm sàng cần tăng cường công tác truyền thông, giáo dục tư vấn dinh dưỡng về kiến thức thực hành cho BN ĐTĐ đang điều trị nội trú (buồng bệnh, họp hội đồng người bệnh, bảng truyền thông). Xác định cá thể hóa từng đối tượng cần tư vấn (chú ý những bệnh nhân mới mắc bệnh ĐTĐ và những bệnh nhân có trình độ học vấn thấp), nội dung cần tư vấn (kiến thức dinh dưỡng hay thực hành dinh dưỡng). Đặc biệt cần thường xuyên giám sát thực hành chế độ ăn của bệnh nhân ĐTĐ.

- Tăng cường hoạt động của tổ dinh dưỡng lâm sàng, phối hợp các khoa trong việc xây dựng các tài liệu truyền thông và tổ chức tư vấn cho BN.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cục quản lý khám chữa bệnh - Bộ Y tế** (2017). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị- Kiến thức về bệnh đái tháo đường.
2. **International Diabetes Federation** (2019). IDF Diabetes Atlats
3. **Bộ Y tế** (2017). Gánh nặng bệnh ĐTĐ tại Việt Nam- Kiến thức về bệnh đái tháo đường.
4. **Nguyễn Trọng Nhân và Vũ Văn Thành** (2019): Thực trạng kiến thức và thực hành về chế độ ăn của NB ĐTĐ tuýp điều trị ngoại trú tại bệnh viện nội tiết tỉnh Bắc Giang năm 2019.Khoa học điều dưỡng. Tập 2- số 3trang 97- 104.
5. **Lưu Thị Thanh Tâm và cộng sự** (2019). Đánh giá kiến thức, thái độ, hành vi về chế độ dinh dưỡng và chế độ luyện tập của BN ĐTĐ type II tại bệnh viện đa khoa khu vực Hóc Môn năm 2019.
6. **Vũ Thị Tuyết Mai, Jane Dimmitt Chamion và Trần Thiện Trung** (2014). Kiến thức thái độ thực hành về chế độ ăn của BN ĐTĐ type II. Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 18 (Phụ bản số 5), trang 136-141.
7. **Nguyễn Trọng Hưng:** Thực hành về dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh ĐTĐ tuýp 2 điều trị ngoại trú tại BV ĐK Đông Anh năm 2020.
8. **Nguyễn Thị Hương Lan:** Đánh giá kiến thức, thực hành dinh dưỡng của bệnh nhân ĐTĐ tuýp II điều trị nội trú tại BVĐK Xanh Pôn năm 2018.



## HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU MỔ LẤY THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ CƠ VUÔNG THẮT LƯNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TIÊM MỘT LẦN THUỐC TÊ

Phạm Thị Lan<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Toàn<sup>1</sup>,  
Đỗ Thị Nga<sup>2</sup>, Lương Thị Thoa<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ lấy thai và các tác dụng không mong muốn của phương pháp gây tê cơ vuông thắt lưng tiêm một lần thuốc tê levobupivacain.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu trên 60 bệnh nhân, tuổi từ 18-40, phân loại nguy cơ phẫu thuật theo Hiệp hội Bác sĩ Gây mê Hoa Kỳ (ASA) II, III, có chỉ định mổ lấy thai bằng phương pháp gây tê tủy sống. Sau mổ, khi bệnh nhân đau với thang điểm đau nhìn hình đồng dạng (VAS)  $\geq 4$ , tiến hành gây tê cơ vuông thắt lưng hai bên, sau đó bệnh nhân được theo dõi trong 24 giờ. Các chỉ số: điểm VAS, thời gian chờ tác dụng, thời gian tác dụng của thuốc, lượng thuốc paracetamol, mức độ hài lòng của bệnh nhân và một số tác dụng không mong muốn được ghi lại tại các thời điểm nghiên cứu.

**Kết quả:** Điểm VAS tại các thời điểm sau tiêm thuốc giảm đau trong 24 giờ đều nhỏ hơn 4 điểm, thời gian chờ tác dụng giảm đau là  $4,2 \pm$

1,4 phút, thời gian tác dụng của thuốc tê là  $11,95 \pm 3,69$  giờ, tỷ lệ rất hài lòng và hài lòng của bệnh nhân là 63% và 27%. Tác dụng không mong muốn là tê bì chân, ngứa tương ứng 6,6% và 3,3%.

**Kết luận:** Giảm đau sau mổ bằng gây tê cơ vuông thắt lưng dưới hướng dẫn của siêu âm là phương pháp an toàn với hiệu quả giảm đau tốt, ít gặp các tác dụng không mong muốn.

**Từ khóa:** Gây tê cơ vuông thắt lưng, giảm đau sau mổ lấy thai.

### SUMMARY

#### THE ANALGESIA EFFICIENCY OF QUADRATUS LUMBORUM BLOCK SINGLE SHOT FOR AFTER CAESAREAN SECTION UNDER THE GUIDANCE OF ULTRASOUND

**Objectives:** to evaluate the effectiveness and some side effects of analgesia after cesarean section with single shot levobupivacaine QL block.

**Materials and methods:** Descriptive, prospective study on 60 patients, aged 18-40, ASA II, III, under spinal anesthesia for cesarean section. After surgery, when the patient has VAS score  $\geq 4$ , the QL block was performed on both sides, after that patients were monitored for 24 hours. VAS score, time of onset, the duration of action, amount of paracetamol, patient satisfaction and some side effects were recorded.

**Results:** VAS score at all time studied during 24 hours were less than 4, time of onset

<sup>1</sup>Bộ môn Gây mê hồi sức, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Lan  
SĐT: 0987092920

Email: drlanpham86@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 10/6/2024

Ngày duyệt bài: 20/7/2024

was  $4.2 \pm 1.4$  minutes, the duration of action was  $11,95 \pm 3,69$  hours, the rate of patient very satisfaction and satisfaction is very high (63% and 27%, respectively). Side effects were leg numbness (6.6%), itching (3,3%).

**Conclusion:** Postoperative analgesia with quadratus lumborum block under the guidance of ultrasound is a safe and effective method, the side effect was rare.

**Keywords:** Quadratus lumborum block, analgesia after cesarean section.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau sau mổ lấy thai ảnh hưởng rất lớn đến tâm sinh lý cũng như sự phục hồi, vận động sớm của sản phụ và ảnh hưởng đến sự gắn kết của sản phụ với con. Vì vậy giảm đau sau mổ lấy thai là vấn đề luôn được các bác sĩ gây mê hồi sức quan tâm hàng đầu. Giảm đau sau mổ tốt giúp sản phụ có thể vận động sớm, giúp nuôi dưỡng bằng sữa mẹ sớm sau mổ và tăng cường hồi phục sau phẫu thuật.

Hiện nay có rất nhiều phương pháp được áp dụng để giảm đau sau mổ lấy thai như: phương pháp gây tê ngoài màng cứng, morphin tùy sống, thuốc giảm đau không steroid, paracetamol. Tuy nhiên khi sử dụng những phương pháp này có nguy cơ bí tiểu, tê chân, buồn nôn và nôn, suy hô hấp, một số thuốc có thể bài tiết qua sữa mẹ ảnh hưởng đến thai nhi.

Gây tê cơ vuông thắt lưng hai bên để giảm đau sau mổ lấy thai dưới hướng dẫn của siêu âm đã được các tác giả chứng minh có nhiều ưu điểm: an toàn, hiệu quả giảm đau sau mổ tốt, hạn chế được tác dụng phụ của các phương pháp giảm đau khác và hiện nay được áp dụng rộng rãi trên thế giới để giảm đau sau mổ lấy thai cho sản phụ [1], [3], [4].

Tại Việt Nam gây tê cơ vuông thắt lưng để giảm đau sau mổ lấy thai chưa được áp dụng rộng rãi. Còn ít công trình nghiên cứu về hiệu quả giảm đau, tác dụng phụ của phương pháp này khi tiêm một lần bằng thuốc tê levobupivacain dưới hướng dẫn của siêu âm sau mổ lấy thai. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu:

1. Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ lấy thai của phương pháp gây tê cơ vuông thắt lưng bằng tiêm một lần thuốc tê levobupivacain dưới hướng dẫn của siêu âm.
2. Đánh giá một số tác dụng không mong muốn của phương pháp này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm những bệnh nhân được gây tê tùy sống để mổ lấy thai ở bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Trong thời gian từ tháng 3 năm 2020 đến tháng 3 năm 2022.

**2.1.1. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:**

- Bệnh nhân từ 18 - 40 tuổi, ASA II, III.
- Không có chống chỉ định gây tê vùng.
- Bệnh nhân có năng lực nhận thức tốt, đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được bác sĩ giải thích.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh lý thần kinh ngoại biên.

**2.1.3. Tiêu chuẩn đưa ra khỏi nghiên cứu**

- Tử vong trong khi phẫu thuật hay 24 giờ sau phẫu thuật.
- Bệnh nhân không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu.
- Gây tê tùy sống thất bại.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, tiến cứu.

**2.2.1. Phương tiện nghiên cứu**

*Phương tiện gây tê:*

- Kim gây tê stimuplex®A của B.Braun.
- Máy siêu âm honda HS-1600.
- Bơm tiêm và các phương tiện gây tê khác.

*Thuốc dùng gây tê:* Levobupivacain 50mg/10ml, dexamethazone 4mg/1ml, dung dịch Glucose 5% để pha thuốc tê.

*Các phương tiện đánh giá và theo dõi:*

- Monitor theo dõi: nhịp tim, huyết áp, SpO<sub>2</sub>.
- Phương tiện đánh giá mức độ đau: Thuốc VAS đánh giá mức độ đau của Astra Zeneca.

*Các thuốc và phương tiện hồi sức cấp cứu:* ambu, mask, oxy, ống nội khí quản, đèn đặt nội khí quản, thuốc hồi sức cấp cứu tim mạch, các loại dịch truyền, intra-lipid 20% 250ml.

### 2.2.2. Phương pháp tiến hành

*Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ:*

- Khám bệnh nhân, lựa chọn những bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn đã đặt ra vào nghiên cứu

- Giải thích rõ về kỹ thuật và cách sử dụng thang điểm VAS.

*Gây tê tủy sống để phẫu thuật:*

- Đặt đường truyền tĩnh mạch với kim lumen 18G, truyền dịch duy trì bằng NaCl 0,9 %.

- Lắp các thiết bị theo dõi nhịp tim, huyết áp, SpO<sub>2</sub>, trên máy theo dõi liên tục.

- Thở oxy gọng kính 3 l/phút.

- Bệnh nhân được vô cảm bằng phương pháp tê tủy sống bằng bupivacain 0,5% tỷ trọng cao với liều lượng 8mg + fentanyl 4µg/kg.

- Sau mổ bệnh nhân được đưa ra phòng hồi tỉnh, thở oxy 3 l/phút, lắp theo dõi huyết áp, SpO<sub>2</sub>.

*Tiến hành gây tê để giảm đau sau phẫu thuật:*

- Gây tê cơ vuông thắt lưng dưới hướng dẫn siêu âm khi bệnh nhân hết tác dụng thuốc tê tủy sống, co được chân và VAS  $\geq 4$ . Thực hiện gây tê cơ vuông thắt lưng 2 bên theo trình tự:

- + Tư thế bệnh nhân: nằm nghiêng, bộc lộ vùng thắt lưng bên phẫu thuật.

- + Sát trùng vùng chọc kim bằng dung dịch betadine, trải toan vô khuẩn có lỗ.

- + Dùng đầu dò siêu âm cong đặt ở vùng thắt lưng, đường nạch giữa theo mặt phẳng cắt ngang ở phía trên mào chậu, rồi trượt ra sau đến khi thấy cơ vuông thắt lưng. Chọc kim đi trong mặt phẳng cắt (in-plane) theo hướng dẫn của siêu âm tới phía sau bên cơ vuông thắt lưng (QL2), đảm bảo nhìn rõ toàn bộ kim gây tê trên màn hình máy siêu âm, hút và bơm 5 ml dung dịch Glucose 5% để tách lớp mạc giữa cơ vuông thắt lưng và cơ thắt lưng, sau đó bơm thuốc tê ½ liều levobupivacain (2mg/kg) có pha dexamethazone (4mg).

- + Tiếp tục thực hiện gây tê cơ vuông thắt lưng bên còn lại với ½ liều thuốc tê như trên.

*Xử trí các tai biến:*

- Các trường hợp bệnh nhân đau điểm VAS  $\geq 4$ : Truyền paracetamol 1g tĩnh mạch mỗi 6 giờ.

- Ngộ độc thuốc tê: Xử trí theo phác đồ ngộ độc thuốc tê.

### 2.2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung của bệnh nhân và phẫu thuật: tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI, ASA, thời gian phẫu thuật và thời gian từ lúc tê tủy sống đến khi bơm thuốc giảm đau.

- Đánh giá hiệu quả giảm đau:

- + Điểm đau VAS nghỉ ngơi và vận động tại các thời điểm nghiên cứu: Điểm VAS 0-1: không đau, 2-4: đau ít, 5-6: đau vừa, 7-8: đau nhiều, 9-10: rất đau. Điểm VAS vận động được đánh giá giờ đầu khi bệnh nhân co duỗi

chân, sau đó là khi bệnh nhân trở người, nghiêng người qua phải - trái hoặc khi bệnh nhân ngồi dậy.

+ Đánh giá thời gian chờ tác dụng của thuốc: Là thời gian (phút) tính từ lúc tiêm liều thuốc levobupivacain (mg) đến khi bệnh nhân đỡ đau VAS < 4 điểm.

+ Đánh giá thời gian tác dụng của thuốc tê: Là thời gian (giờ) từ lúc tiêm liều thuốc levobupivacain (mg) đầu tiên đến khi bệnh nhân có nhu cầu thêm thuốc giảm đau paracetamol.

+ Đánh giá lượng thuốc paracetamol (g) phải dùng thêm sau phẫu thuật trong 24 giờ đầu sau mổ.

+ Mức độ hài lòng của bệnh nhân theo 3 mức độ: hài lòng, tạm được, không hài lòng.

- Đánh giá tác dụng không mong muốn (bệnh nhân trả lời có hay không): Đau tại vị trí tê, tê chân (test cảm giác lạnh bằng bông cotton), ngứa.

#### 2.2.4. Thời điểm đánh giá

Thời điểm đánh giá điểm đau VAS nghỉ ngơi và vận động: T0, T1, T3, T6, T12, T18, T24 tương ứng với trước gây tê tuỷ sống, sau tiêm thuốc tê cơ vuông thắt lưng 1 giờ, 3 giờ, 6 giờ, 12 giờ, 18 giờ và 24 giờ.

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

2.2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài được chấp thuận bởi Hội đồng thông qua đề cương nghiên cứu khoa học số 279/QĐ BV ngày 31/03/2020.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung

##### 3.1.1. Phân bố tuổi, chiều cao, cân nặng, chỉ số khối cơ thể (BMI), ASA

**Bảng 3.1. Phân bố tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI, ASA**

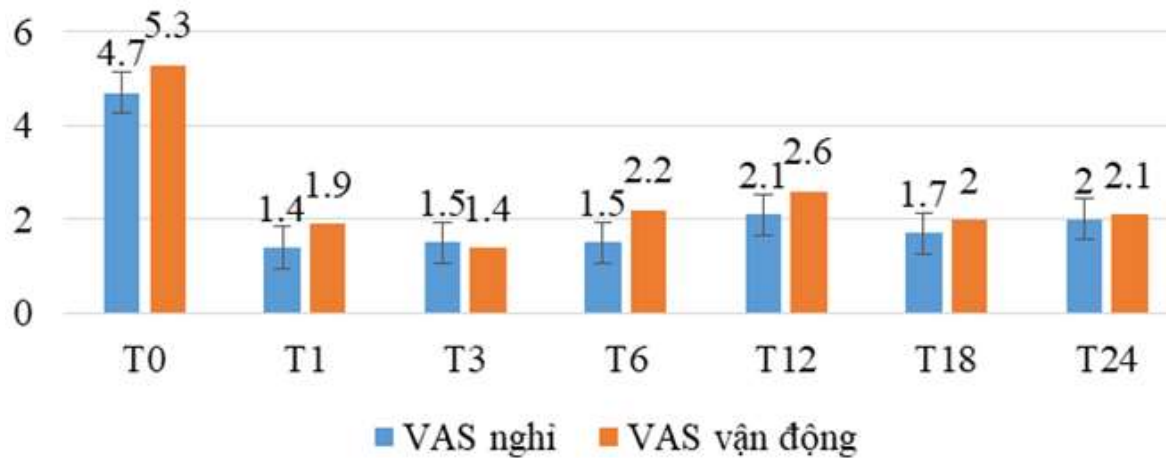
| Đặc điểm                 | Phân bố (n=60)                  |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Tuổi (năm)               | $\bar{X} \pm SD$<br>(Min - Max) | 28,8 $\pm$ 3,7<br>(22 - 35)     |
| Chiều cao (cm)           | $\bar{X} \pm SD$<br>(Min - Max) | 154,5 $\pm$ 3,2<br>(148 - 160)  |
| Cân nặng (kg)            | $\bar{X} \pm SD$<br>(Min - Max) | 65,2 $\pm$ 5,1<br>(55 - 75)     |
| BMI (kg/m <sup>2</sup> ) | $\bar{X} \pm SD$<br>(Min - Max) | 27,3 $\pm$ 2,4<br>(23,8 - 31,6) |
| ASA                      | II n (%)                        | 60 (100%)                       |
|                          | III n (%)                       | 0 (0%)                          |

**Nhận xét:** Tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI trung bình của các bệnh nhân phù hợp với các sản phụ ở Việt Nam. Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu chủ yếu có tình trạng sức khỏe tốt với ASA II chiếm 100%.

**3.1.2. Thời gian phẫu thuật và thời gian từ lúc tê tuỷ sống đến khi bơm thuốc tê****Bảng 3.2. Thời gian phẫu thuật và thời gian từ lúc tê tuỷ sống đến khi bơm thuốc tê**

| Thời gian                                                | $\bar{X} \pm SD$<br>(n = 60) | Min - Max<br>(n = 60) |
|----------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| Thời gian phẫu thuật (phút)                              | 48,72 $\pm$ 7,74             | 35 - 65               |
| Thời gian từ lúc tê tuỷ sống đến khi bơm thuốc tê (phút) | 142,3 $\pm$ 12,5             | 120 - 162             |

**Nhận xét:** Thời gian phẫu thuật và thời gian tính từ lúc tê tuỷ sống đến khi bơm thuốc tê phù hợp với phẫu thuật mổ lấy thai.

**3.2. Hiệu quả giảm đau****3.2.1. Phân bố điểm VAS ở các thời điểm nghiên cứu****Biểu đồ 3.1. Phân bố điểm VAS nghỉ ngơi và vận động tại các thời điểm nghiên cứu**

**Nhận xét:** Điểm VAS nghỉ ngơi và vận động tại các thời điểm sau khi bơm thuốc giảm đau của tất cả các bệnh nhân đều nhỏ hơn 4, cho thấy bệnh nhân đau ít hoặc không

đau trong thời gian nghiên cứu.

**3.2.2. Đánh giá thời gian chờ tác dụng, thời gian tác dụng của thuốc và lượng paracetamol tiêu thụ trong 24h sau mổ****Bảng 3.3. Thời gian chờ tác dụng, thời gian tác dụng của thuốc và lượng paracetamol tiêu thụ trong 24h sau mổ**

| Thời gian                                        | $\bar{X} \pm SD$ | Min - Max |
|--------------------------------------------------|------------------|-----------|
| Thời gian chờ tác dụng của thuốc (phút)          | 4,2 $\pm$ 1,4    | (2 - 7)   |
| Thời gian tác dụng của thuốc tê (giờ)            | 11,95 $\pm$ 3,69 | 6 - 18    |
| Lượng paracetamol dùng thêm trong 24h sau mổ (g) | 1,85 $\pm$ 0,37  | 1 - 2     |

**Nhận xét:** Thời gian chờ tác dụng của thuốc sau khi tiêm thuốc tê trung bình là 4,2  $\pm$  1,4 phút, nhanh nhất là 2 phút, lâu nhất là 7 phút. Thời gian tác dụng của thuốc tê trung bình là 11,95  $\pm$  3,69 giờ, với thời gian tác dụng ngắn nhất là 6 giờ và thời gian tác dụng

dài nhất là 18 giờ. Lượng thuốc paracetamol tiêu thụ trong 24 giờ sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi lượng paracetamol tiêu thụ không nhiều trung bình là 1,85  $\pm$  0,37g.

**3.2.3. Mức độ hài lòng của bệnh nhân về các phương pháp giảm đau**

**Bảng 3.4. Mức độ hài lòng của bệnh nhân**

| Mức độ         | Số bệnh nhân (n=60) | Tỷ lệ % |
|----------------|---------------------|---------|
| Rất hài lòng   | 42                  | 63%     |
| Hài lòng       | 18                  | 27%     |
| Không hài lòng | 0                   | 0%      |

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân đều có mức độ hài lòng hoặc rất hài lòng với hiệu quả giảm đau của phương pháp này. Không có bệnh nhân nào không hài lòng khi được thực hiện giảm đau.

### 3.3. Đánh giá tác dụng không mong muốn của phương pháp gây tê cơ vuông thắt lưng

**Bảng 3.5. Phân bố tác dụng không mong muốn**

| Tác dụng không mong muốn | Số bệnh nhân (n=60) | Tỷ lệ % |
|--------------------------|---------------------|---------|
| Đau tại vị trí gây tê    | 0                   | 0       |
| Tê bì chân               | 4                   | 6,6     |
| Ngứa                     | 2                   | 3,3     |

**Nhận xét:** Các tác dụng không mong muốn xuất hiện trong nghiên cứu của chúng tôi là tê bì chân, ngứa. Không có bệnh nhân nào bị đau tại vị trí gây tê.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm bệnh nhân và phẫu thuật

#### 4.1.1. Tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI, ASA

**Tuổi:** Đối tượng nghiên cứu đều nằm trong nhóm trẻ tuổi, tất cả đối tượng đều nằm trong tuổi sinh đẻ của người Việt Nam từ 22 đến 35 tuổi, với tuổi trung bình là  $28,8 \pm 3,7$  tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với tác giả Zanfini (2023) khi so sánh hiệu quả giảm đau của phương pháp gây tê cơ vuông thắt lưng và gây tê cơ dựng sống sau mổ lấy thai trên các sản phụ có độ tuổi trung bình 34 - 35 tuổi [7].

**Chiều cao, cân nặng, BMI:** Chiều cao, cân nặng của nhóm đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi đều nằm trong giới hạn bình thường và tương đối đồng nhất. BMI của các sản phụ ở mức thừa cân. Tuy nhiên đây là cân nặng phù hợp ở phụ nữ mang thai

do những thay đổi về đặc điểm giải phẫu, sinh lý khi mang thai. Giá trị trung bình BMI của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi gần tương tự với tác giả Kang (2019) khi so sánh hiệu quả giảm đau của gây tê cơ vuông thắt lưng đường trước cơ (QL3) và đường sau cơ (QL2) sau mổ lấy thai trên các sản phụ có BMI trung bình tương ứng là  $22,5 \pm 1,9 \text{ kg/m}^2$  và  $23,2 \pm 1,6 \text{ kg/m}^2$  [5].

**Phân bố ASA:** 100% bệnh nhân trong nghiên cứu này là ASA II với thai kỳ khỏe mạnh, tăng huyết áp thai kỳ kiểm soát tốt, tiền sản giật kiểm soát tốt, không có tiền triển nặng, đái tháo đường thai kỳ kiểm soát tốt. Không có bệnh nhân nào có ASA III. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với tác giả Zanfini khi so sánh hiệu quả giảm đau của phương pháp gây tê cơ vuông thắt lưng và gây tê cơ dựng sống sau mổ lấy thai trên 100% sản phụ được đánh giá thai kỳ khỏe mạnh với ASA 2 [7].

#### 4.1.2. Thời gian phẫu thuật và thời gian từ lúc tê tủy sống đến khi bơm thuốc tê

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật và thời gian tính từ lúc tê tủy

sống đến khi bơm thuốc tê phù hợp với phẫu thuật mổ lấy thai. Thời gian này phụ thuộc vào nhiều yếu tố như phẫu thuật lấy thai lần đầu hay lần hai trở lên, đặc điểm giải phẫu của bụng bệnh nhân nên ở các nghiên cứu khác nhau cho các kết quả khác nhau. Tác giả Zanfini cũng cho kết quả tương tự khi nghiên cứu hiệu quả giảm đau của gây tê cơ vuông thắt lưng sau phẫu thuật lấy thai, có thời gian phẫu thuật trung bình tương ứng là 44 phút và 57 phút [7].

#### 4.2. Hiệu quả giảm đau sau mổ

##### *Về hiệu quả giảm đau*

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy gây tê mặt phẳng cơ vuông thắt lưng dưới hướng dẫn của siêu âm có hiệu quả giảm đau sau mổ tốt với điểm VAS nghỉ ngơi và vận động tại các thời điểm sau tiêm thuốc giảm đau đều dưới 4 điểm. Tại thời điểm 12 giờ sau gây tê (T12) có điểm VAS cao hơn các thời điểm khác. Đây là thời điểm nhiều bệnh nhân cần bổ sung thêm thuốc giảm đau paracetamol truyền tĩnh mạch. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong nước và nước ngoài:

Tác giả Lê Anh Tuấn đánh giá hiệu quả giảm đau khi nghỉ ngơi và vận động của phương pháp gây tê cơ vuông thắt lưng đặt catheter truyền liên tục (QLB) so sánh với gây tê ngoài màng cứng (NMC) để giảm đau sau mổ lấy thai, kết quả cho điểm VAS khi nghỉ ngơi và khi vận động sau mổ lấy thai của cả hai nhóm đều nhỏ hơn 4 và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Tổng mức tiêu thụ morphin ở nhóm QLB là  $1,0 \pm 0,53$  mg, ở nhóm NMC là  $0,7 \pm 0,27$  mg, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Sự hài lòng của bệnh nhân liên quan tới giảm đau nhiều ở nhóm QLB hơn là nhóm NMC (93,3% so với 60%). Không gặp biến chứng nguy hiểm nào của cả hai phương pháp trên. Tác giả kết luận

gây tê cơ vuông thắt lưng dưới hướng dẫn của siêu âm có hiệu quả giảm đau tốt sau mổ lấy thai tương đương với gây mê ngoài màng cứng nhưng có mức độ hài lòng của bệnh nhân cao hơn so với phương pháp gây tê ngoài màng cứng [6].

Tác giả Hussain (2021) phân tích tổng hợp 12 nghiên cứu trên 924 bệnh nhân được thực hiện gây tê cơ vuông thắt lưng để giảm đau sau mổ lấy thai bằng gây tê tuỷ sống. Tác giả kết luận gây tê cơ vuông thắt lưng có hiệu quả giảm đau sau mổ lấy thai ở những bệnh nhân không phối hợp morphin tuỷ sống, giảm được lượng morphin đường uống và có hiệu quả giảm đau trong 48 giờ sau mổ [4].

Tác giả Zhao và cộng sự phân tích tổng hợp 13 nghiên cứu trên 1269 bệnh nhân, đánh giá hiệu quả giảm đau của gây tê cơ vuông thắt lưng để giảm đau sau mổ lấy thai. Tác giả cho thấy điểm đau sau mổ của nhóm được làm giảm đau bằng gây tê cơ vuông thắt lưng thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng tại các thời điểm 4 giờ, 6 giờ, 12 giờ, 24 giờ và 48 giờ sau gây tê. Thời gian cần sử dụng liều thuốc giảm đau đầu tiên dài hơn (trung bình là 8.37 giờ) và tỷ lệ buồn nôn, nôn đều thấp hơn so với nhóm chứng [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian từ lúc bơm thuốc tê đến khi có tác dụng giảm đau là  $4,2 \pm 1,4$  phút, kết quả này cũng phù hợp với các tác giả khác khi gây tê cơ vuông thắt lưng để giảm đau sau mổ lấy thai. Thời gian cần sử dụng liều thuốc giảm đau đầu tiên trung bình là  $11,95 \pm 3,69$  giờ, cao hơn tác giả Zhao (trung bình 8,37 giờ) có thể do chúng tôi sử dụng thuốc tê levobupivacain liều tối đa 2mg/kg, đồng thời chúng tôi gây tê mặt sau cơ vuông thắt lưng (QL2) đây là vị trí gây tê có hiệu quả giảm đau tốt và thời gian tác dụng kéo dài hơn các phương pháp

khác [5].

Tác giả Du và cộng sự phân tích tổng hợp 21 nghiên cứu trên 1976 bệnh nhân, đánh giá hiệu quả giảm đau cấp và mạn tính sau phẫu thuật mổ lấy thai, tác giả cho kết quả gây tê cơ vuông thắt lưng có hiệu quả giảm đau cấp tính sau mổ lấy thai, làm giảm điểm đau VAS và lượng morphin sử dụng trong 24 giờ đầu sau mổ. Tuy nhiên hiệu quả giảm đau của gây tê cơ vuông thắt lưng với đau mạn tính sau mổ lấy thai chưa được chứng minh [3].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy lượng paracetamol tiêu thụ không nhiều. Lượng paracetamol tiêu thụ trung bình là  $1,85 \pm 0,37g$  trong vòng 24 giờ làm giảm đau sau mổ. Các tác giả khác cũng cho thấy gây tê cơ vuông thắt lưng giúp làm giảm lượng thuốc giảm đau. Điều này rất có ý nghĩa cho cả sản phụ và cho con, giảm các tác dụng không mong muốn như tổn thương gan, viêm loét dạ dày do paracetamol. Tác giả De Araújo KM (2022) so sánh hiệu quả giảm đau và một số tác dụng phụ giữa gây tê cơ vuông thắt lưng và morphin tuỷ sống để giảm đau sau mổ lấy thai, tác giả cho thấy liều thuốc tramadol, morphin sử dụng để giải cứu ở nhóm gây tê cơ vuông thắt lưng thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm morphin tuỷ sống [2].

#### *Về mức độ hài lòng của bệnh nhân*

Trong nghiên cứu của chúng tôi các sản phụ đều phản ánh hài lòng và rất hài lòng về phương pháp giảm đau sau mổ, không có trường hợp nào bệnh nhân không hài lòng. Không có bệnh nhân nào yêu cầu ngừng giảm đau sau mổ. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với tác giả Lê Anh Tuấn cho thấy giảm đau bằng gây tê cơ vuông thắt lưng đem lại mức độ hài lòng rất cao cho các bệnh nhân nghiên cứu (rất hài lòng 90% và

hài lòng 10%) [6]. Kết quả cho thấy gây tê cơ vuông thắt lưng mang lại hiệu quả giảm đau tốt, ít gây ra các phiền nạn, đảm bảo được sự hài lòng cho người bệnh.

#### **4.3. Các tác dụng không mong muốn**

Trong nghiên cứu này chúng tôi không gặp trường hợp nào xuất hiện các tác dụng phụ nghiêm trọng, không bệnh nhân nào bị đau tại vị trí gây tê, đây cũng là một ưu điểm của phương pháp gây tê khoang cơ vuông thắt lưng. Tỷ lệ số bệnh nhân xuất hiện tê bì chân sau mổ là 6,6%. Có thể do tác dụng phối hợp với gây tê tuỷ sống làm 4/60 bệnh nhân có cảm giác tê bì ít ở chân trong những giờ đầu sau mổ. Sau đó cảm giác chân trở về bình thường. Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng ngứa là 3,3% ở nhóm đối tượng nghiên cứu. Đa số các bệnh nhân bị ngứa ở vùng mặt và ngực mức độ nhẹ và thường triệu chứng này không cần phải điều trị. Nguyên nhân có lẽ do tác dụng phụ của fentanyl trong gây tê tuỷ sống. Tác giả De Araújo KM (2022) so sánh hiệu quả giảm đau và một số tác dụng phụ giữa gây tê cơ vuông thắt lưng và morphin tuỷ sống để giảm đau sau mổ lấy thai, tác giả cho thấy không xuất hiện ngứa, nôn, buồn nôn ở nhóm gây tê cơ vuông thắt lưng [2]. Kết quả này cũng phù hợp với các tác giả khác khi nghiên cứu về hiệu quả giảm đau của gây tê cơ vuông thắt lưng, cho thấy đây là phương pháp an toàn để giảm đau sau mổ lấy thai [6].

#### **V. KẾT LUẬN**

Giảm đau sau mổ bằng gây tê cơ vuông thắt lưng dưới hướng dẫn của siêu âm là phương pháp an toàn và hiệu quả giảm đau rất tốt với điểm VAS tại các thời điểm sau khi tiêm thuốc tê đều dưới 4 điểm, ít gặp các tác dụng không mong muốn.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aksoy M, Aksoy AN, Yilmaz EPT, Senocak GNC, Dostbil A, Ozkan HJRdAMB.** The effectiveness of erector spina plane, quadratus lumborum blocks, and intrathecal morphine for analgesia after cesarean: a randomized study. *Revista da Associação Médica Brasileira.* 2023;69: e20230867.
2. **De Araújo KM, Ferraro LHC, Sun SY, Mattar RJRbGeO.** Randomized clinical trial comparing quadratus lumborum block and intrathecal morphine for postcesarean analgesia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.* 2023;44:1083-9.
3. **Du H, Luo X, Chen M, Shi S, Zhao JJM.** Efficacy of quadratus lumborum block in the treatment of acute and chronic pain after cesarean section: A systematic review and meta-analysis based on randomized controlled trials. *Medicine.* 2024;103(4): e36652.
4. **Hussain N, Brull R, Weaver T, Zhou M, Essandoh M, Abdallah FWJA.** Postoperative analgesic effectiveness of quadratus lumborum block for cesarean delivery under spinal anesthesia: A systematic review and meta-analysis. *Anesthesiology.* 2021;134(1):72-87.
5. **Kang W, Lu D, Yang X, Zhou Z, Chen X, Chen K, et al.** Postoperative analgesic effects of various quadratus lumborum block approaches following cesarean section: a randomized controlled trial. *Journal of Pain Research* 2019;2305-12.
6. **Lê Anh Tuấn, Nguyễn Đức Lam, Nguyễn Duy Ánh.** Hiệu quả giảm đau sau mổ lấy thai bằng phương pháp gây tê cơ vuông thắt lưng dưới hướng dẫn siêu âm. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 2019;123(7):54-61.
7. **Zanfini BA, Di Muro M, Biancone M, Catarci S, Piersanti A, Frassanito L, et al.** Ultrasound-Guided Bilateral Erector Spinae Plane Block vs. Ultrasound-Guided Bilateral Posterior Quadratus Lumborum Block for Postoperative Analgesia after Cesarean Section: An Observational Closed Mixed Cohort Study. *Journal of Clinical Medicine* 2023;12(24):7720.
8. **Zhao Z, Xu K, Zhang Y, Chen G, Zhou YJSR.** Quadratus lumborum block for postoperative analgesia after cesarean section: a meta-analysis of randomized controlled trials with trial sequential analysis. *Scientific Reports.* 2021;11(1):18104.

## **YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC, KỸ NĂNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE CỦA ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIÊN AN NĂM 2022**

**Phan Thị Dung<sup>1</sup>**

### **TÓM TẮT.**

**Đặt vấn đề:** Tư vấn giáo dục sức khỏe là một trong những nhiệm vụ chính và quan trọng của điều dưỡng. Người điều dưỡng đòi hỏi cần có cả kiến thức và kỹ năng tư vấn giáo dục sức khỏe tốt nhằm đáp ứng nhu cầu tư vấn giáo dục sức khỏe của người bệnh nói chung và người bệnh nội trú nói riêng. Có nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến kiến thức, kỹ năng tư vấn của điều dưỡng. Nhằm giúp Ban Lãnh Đạo bệnh viện Phụ Sản Thiên An có bằng chứng về các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức, kỹ năng tư vấn giáo dục sức khỏe từ đó có biện pháp nâng cao kiến thức, kỹ năng của đội ngũ điều dưỡng, hộ sinh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả một số yếu tố liên quan đến kiến thức, kỹ năng tư vấn giáo dục sức khỏe của điều dưỡng hộ sinh tại bệnh viện Phụ Sản Thiên An năm 2022.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên toàn bộ 15 điều dưỡng, hộ sinh đang chăm sóc người bệnh nội trú trong thời gian từ tháng 4/2022 - 7/2022. Sử dụng bộ công cụ phát vấn nhằm thu thập thông tin chung, đánh giá kiến thức, đánh giá kỹ năng tư vấn giáo dục sức khỏe của điều dưỡng, hộ sinh.

**Kết quả:** Trong nghiên cứu này không tìm

thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm trung bình kiến thức giáo dục sức khỏe giữa các nhóm điều dưỡng, hộ sinh dưới và trên 30 tuổi, đã kết hôn và độc thân, cao đẳng và đại học, thâm niên dưới và trên 3 năm cũng như vị trí công tác điều dưỡng so với hộ sinh. Về các yếu tố liên quan đến kỹ năng: điểm trung bình kỹ năng giáo dục sức khỏe của nhóm điều dưỡng, hộ sinh trên 30 tuổi cao hơn nhóm dưới 30 tuổi. Nhóm đã kết hôn cao hơn nhóm độc thân. Nhóm đại học cao hơn nhóm cao đẳng. Các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Kết luận:** Một số liên quan đến kỹ năng giáo dục sức khỏe của điều dưỡng, hộ sinh tại cơ sở nghiên cứu là trẻ tuổi, còn độc thân, trình độ cao đẳng, còn lại không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trung bình điểm kiến thức, kỹ năng với các yếu tố khác.

**Từ khóa:** Kiến thức; kỹ năng; tư vấn giáo dục sức khỏe, yếu tố liên quan.

### **SUMMARY**

#### **FACTORS RELATED TO KNOWLEDGE AND SKILLS RELATED TO HEALTH EDUCATION AMONG NURSES AT THIEN AN HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2022**

**Introduction:** Health education counseling is one of nurses' main and important tasks. Nurses are required to have good knowledge and skills in health education counseling to meet the needs of health education counseling for patients in general and inpatients in particular. Various factors can affect nurses' knowledge and

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ Sản Thiên An

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Dung

SĐT: 0972612888

Email: phanthidzungvd@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 14/6/2024

Ngày duyệt bài: 25/7/2024

counseling skills. We conducted this study with the objective of describing some factors related to the knowledge and skills of health education counseling of nurses and midwives at Thien An Maternity Hospital in 2022. The findings of this study are expected to provide the leadership of Thien An Maternity Hospital with evidence on such factors, thereby taking measures to improve the knowledge and skills of the nursing and midwifery team.

**Study participants and methods:** This cross-sectional descriptive and analytical study was conducted with the participation of all 15 medical professional, including nurses and midwives, caring for inpatients from April 2022 to July 2022. A survey instrument was used to collect general information about the participants, assess their knowledge, and evaluate their health education counseling skills.

**Results:** The study found no statistically significant differences in the average health education knowledge scores across various participant groups. This included comparisons by age (under 30 vs. over 30 years old), marital status (single vs. married), education level (college degree vs. university degree), years of seniority (under 3 years vs. over 3 years), and position (nurses vs. midwives). However, the analysis of skill-related factors revealed some statistically significant differences. The average health education counseling skill scores were higher for the group of nurses and midwives over 30 years old compared to those under 30. The married participants also scored higher on counseling skills than the single participants. Additionally, the university degree group had higher counseling skill scores than the college degree group. All of these skill-related differences were statistically significant at the  $p < 0.05$  level.

**Conclusion:** Younger age, single marital

status, and college-level education are factors related to the health education counseling skills of nurses and midwives at the study site. No statistically significant differences were found in the average knowledge and skill scores across other factors examined.

**Keywords:** Knowledge; skills; health education counseling; related factors.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tư vấn giáo dục sức khỏe là một trong những nhiệm vụ chính của người điều dưỡng. Tại các bệnh viện Phụ Sản, bên cạnh điều dưỡng thì nữ hộ sinh cũng cần có kiến thức, kỹ năng tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh. Giáo dục sức khỏe giúp người bệnh thay đổi các hành vi sức khỏe có hại và thay vào đó là những hành vi sức khỏe có lợi. Đối với cơ sở y tế nói chung và bệnh viện nói riêng, hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh cần được nâng cao. Đây là một trong những tiêu chí quan trọng quyết định chất lượng cơ sở y tế. Quyết định 4858/QĐ-BYT ngày 3/12/2013 về bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện. Trong 83 tiêu chí thì có 13 tiêu chí liên quan đến tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh...[2]. Bệnh viện Phụ Sản Thiện An được thành lập hơn hai năm. Đây là bệnh viện chuyên khoa Phụ Sản hạng III trực thuộc Sở Y Tế Hà Nội. Mỗi ngày bệnh viện có khoảng 25 người bệnh điều trị nội trú. Các hoạt động chăm sóc người bệnh nội trú tại bệnh viện đã được thực hiện ngay từ khi mới thành lập theo thông tư Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện [1]. Tuy mới được thành lập nhưng hoạt động đào tạo về tư vấn giáo dục sức khỏe cho đội ngũ nhân viên y tế nói chung và điều dưỡng,

hộ sinh trực tiếp chăm sóc người bệnh nói riêng đã được bệnh viện quan tâm chú ý. Tuy nhiên hoạt động tư vấn, giáo dục sức khỏe là một trong những nhiệm vụ khó khăn của người điều dưỡng. Người điều dưỡng cần có kiến thức, kỹ năng đủ tốt để công tác tư vấn giáo dục sức khỏe đạt hiệu quả cao. Trong một số nghiên cứu trước đây đã chỉ ra có một số yếu tố liên quan, ảnh hưởng tới mức độ kiến thức, kỹ năng của người tư vấn giáo dục sức khỏe như trình độ, thâm niên, kinh nghiệm... Để trả lời cho câu hỏi các yếu tố nào ảnh hưởng tới mức độ kiến thức, kỹ năng tư vấn giáo dục sức khỏe của điều dưỡng hộ sinh tại bệnh viện Phụ Sản Thiện An năm 2022. Từ kết quả của nghiên cứu này giúp ban lãnh đạo Bệnh viện có căn cứ xây dựng chiến lược để góp phần vào công tác chăm sóc người bệnh toàn diện, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và đáp ứng sự hài lòng của người bệnh.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có phân tích

**2.2. Địa điểm, thời gian:** Tại bệnh viện Phụ Sản Thiện An từ 01/4/2022 đến 30/10/2022

**2.3. Đối tượng nghiên cứu:** Điều dưỡng viên, hộ sinh đang làm việc toàn thời gian và trực tiếp chăm sóc, giáo dục sức khỏe cho người bệnh điều trị nội trú trong thời gian nghiên cứu.

**2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Cỡ mẫu toàn bộ 15 điều dưỡng viên,

hộ sinh đang làm việc tại bệnh viện. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện đến khi hết đối tượng nghiên cứu.

**2.5. Phương pháp thu thập thông tin:** Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục tiêu, nội dung nghiên cứu và đồng ý tham gia vào nghiên cứu một cách tự nguyện. Sau đó điều tra viên sẽ phát vấn điều dưỡng, hộ sinh dựa trên bộ câu hỏi phát vấn.

**2.6. Bộ công cụ và thang đo:** Phiếu phát vấn gồm 03 phần: Phần 1 là thông tin chung, phần 2 là kiến thức liên quan đến kỹ năng giáo dục sức khỏe chia 7 mục gồm 30 câu hỏi (Bộ câu hỏi đạt hệ số tin cậy thang đo Cronbach's  $\alpha = 0.885$ ). Trả lời đúng đủ = 2 điểm, chưa đủ = 1 điểm, không trả lời/trả lời sai = 0 điểm. Điểm tối thiểu 0 điểm, tối đa 60 điểm. Phần 3 đánh giá kỹ năng gồm 8 câu hỏi, đánh giá theo thang 5 mức độ từ 1 rất không tự tin đến 5 rất tự tin. Điểm tối thiểu là 0 điểm, tối đa là 40 điểm. Điểm càng cao thì kiến thức và kỹ năng thực hành càng tốt và ngược lại.

**2.7. Phân tích số liệu:** Số liệu được thu thập, làm sạch, nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả (tỷ lệ phần trăm, tỷ lệ trung bình, giá trị lớn nhất-giá trị nhỏ nhất) được sử dụng để mô tả các biến số của nghiên cứu. Kiểm định t-test và ANOVA được sử dụng để so sánh các giá trị trung bình giữa các nhóm độc lập. Hệ số Pearson được sử dụng để tìm hiểu mối liên quan giữa các biến số. Mức ý nghĩa thống kê được sử dụng là 0,05.

**2.8. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu này là một phần nằm trong đề tài cấp cơ sở và đã được nghiệm thu theo Quyết định số

10 /QĐ-BVPSTA ngày 06 tháng 01 năm 2023 của Bệnh viện Phụ Sản Thiên An. Thông tin của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo bí mật và 100% đối tượng nghiên cứu tham gia vào nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

| Đặc điểm            |              | Số lượng               | Tỷ lệ (%) |
|---------------------|--------------|------------------------|-----------|
| Tình trạng hôn nhân | Độc thân     | 9                      | 60,0      |
|                     | Đã kết hôn   | 6                      | 40,0      |
| Thâm niên công tác  | 1 năm        | 5                      | 33,3      |
|                     | 2 năm        | 3                      | 20,0      |
|                     | $\geq 3$ năm | 7                      | 46,7      |
| Trình độ            | Cao đẳng     | 10                     | 66,7      |
|                     | Đại học      | 5                      | 33,3      |
| Vị trí công tác     | Điều dưỡng   | 9                      | 60,0      |
|                     | Hộ sinh      | 6                      | 40,0      |
| Tuổi trung bình     |              | 28,3 $\pm$ 5,7 (23-43) |           |

**Nhận xét:** Bảng 1 cho thấy, tuổi trung bình của điều dưỡng, hộ sinh trong nghiên cứu này là 28,3  $\pm$  5,7 (23-43) tuổi. Tỷ lệ điều dưỡng là 60%, nữ hộ sinh là 40%; tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh có thâm niên công tác 1 năm là 33,3%; 2 năm là 20,0% và từ 3 năm trở lên là 46,7%; 40,0% điều dưỡng, hộ sinh đã lập gia đình, 60% còn độc thân.

**Bảng 2. Điểm kiến thức, kỹ năng giáo dục sức khỏe của điều dưỡng, hộ sinh**

| Mức độ          | Kiến thức<br>SL (%)     | Kỹ năng<br>SL (%)       |
|-----------------|-------------------------|-------------------------|
| Tốt             | 9 (60,0%)               | 2 (13,3%)               |
| Khá             | 3 (20,0%)               | 5 (33,3%)               |
| Trung bình      | 3 (20,0%)               | 8 (53,3%)               |
| Yếu             | 0 (0,0%)                | 0 (0,0%)                |
| Tổng            | 15 (100%)               | 15 (100%)               |
| Điểm trung bình | 49,8 $\pm$ 7,06 (38-58) | 28,2 $\pm$ 3,97 (24-40) |

**Nhận xét:** Kết quả bảng 2 cho thấy, trung bình kiến thức giáo dục sức khỏe của điều dưỡng, hộ sinh trong nghiên cứu này là 49,8 ( $\pm$ 7,06)/60 điểm (38/60 - 58/60 điểm). Điểm trung bình 08 kỹ năng giáo dục sức khỏe của điều dưỡng, hộ sinh trong nghiên cứu này là 28,2( $\pm$ 3,97)/40 điểm.

Tỷ lệ NVYT có kiến thức liên quan đến kỹ năng giáo dục ở mức tốt là 60,0%; mức khá là 20,0% và mức độ trung bình là 20,0%. Tỷ lệ NVYT có kỹ năng giáo dục sức khỏe ở mức tốt là 13,3%; mức khá là 33,3%; trung bình là 53,3% và không có NVYT nào ở mức yếu.

**Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức giáo dục sức khỏe của điều dưỡng, hộ sinh**

| Đặc điểm            |                    | Điểm trung bình<br>TB $\pm$ SD | P (T-test) |
|---------------------|--------------------|--------------------------------|------------|
| Tuổi                | <30 tuổi           | 49,4 $\pm$ 6,6                 | 0,707      |
|                     | Từ 30 tuổi trở lên | 51,0 $\pm$ 9,2                 |            |
| Tình trạng hôn nhân | Độc thân           | 49,0 $\pm$ 6,6                 | 0,61       |
|                     | Đã kết hôn         | 51,0 $\pm$ 8,1                 |            |
| Trình độ            | Cao đẳng           | 49,1 $\pm$ 7,8                 | 0,616      |
|                     | Đại học            | 51,2 $\pm$ 5,7                 |            |
| Thâm niên           | <3 năm             | 49,4 $\pm$ 5,9                 | 0,814      |
|                     | $\geq$ 3 năm       | 50,3 $\pm$ 8,6                 |            |
| Vị trí công tác     | Điều dưỡng         | 52,2 $\pm$ 6,3                 | 0,105      |
|                     | Hộ sinh            | 46,2 $\pm$ 7,0                 |            |

**Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu bảng 3 cho thấy trong nghiên cứu này không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm trung bình kiến thức giáo dục sức khỏe giữa các nhóm nhân viên điều dưỡng, hộ sinh dưới và trên 30 tuổi, đã kết hôn và độc thân, cao đẳng và đại học, thâm niên dưới và trên 3 năm cũng như vị trí công tác điều dưỡng so với hộ sinh.

**Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến kỹ năng giáo dục sức khỏe của điều dưỡng, hộ sinh**

| Đặc điểm            |                    | Điểm trung bình<br>TB $\pm$ SD | P (T-test) |
|---------------------|--------------------|--------------------------------|------------|
| Tuổi                | <30 tuổi           | 26,8 $\pm$ 1,5                 | 0,019      |
|                     | Từ 30 tuổi trở lên | 32,0 $\pm$ 6,3                 |            |
| Tình trạng hôn nhân | Độc thân           | 26,3 $\pm$ 1,2                 | 0,019      |
|                     | Đã kết hôn         | 31,0 $\pm$ 5,0                 |            |
| Trình độ            | Cao đẳng           | 26,6 $\pm$ 1,7                 | 0,021      |
|                     | Đại học            | 31,4 $\pm$ 5,4                 |            |
| Thâm niên           | <3 năm             | 27,2 $\pm$ 1,4                 | 0,340      |
|                     | $\geq$ 3 năm       | 29,3 $\pm$ 5,6                 |            |
| Vị trí công tác     | Điều dưỡng         | 26,9 $\pm$ 1,8                 | 0,120      |
|                     | Hộ sinh            | 30,2 $\pm$ 5,5                 |            |

**Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu ở bảng 4 cho thấy, điểm trung bình thực hành giáo dục sức khỏe của nhóm điều dưỡng, hộ sinh trên 30 tuổi cao hơn nhóm dưới 30 tuổi. Nhóm đã kết hôn cao hơn nhóm độc thân. Nhóm đại học cao hơn nhóm cao đẳng. Các sự khác

biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Ngoài ra kết quả không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm trung bình thực hành giáo dục sức khỏe của nhóm nhân viên y tế có thâm niên trên và dưới 3 năm, giữa nhóm điều dưỡng và hộ sinh.

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong nghiên cứu này không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm trung bình kiến thức giáo dục sức khỏe giữa các nhóm nhân viên y tế dưới và trên 30 tuổi, đã kết hôn và độc thân, cao đẳng và đại học, thâm niên dưới và trên 3 năm cũng như vị trí công tác điều dưỡng so với hộ sinh. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy cho thấy điểm trung bình kỹ năng giáo dục sức khỏe của nhóm điều dưỡng, hộ sinh trên 30 tuổi cao hơn nhóm dưới 30 tuổi. Nhóm đã kết hôn cao hơn nhóm độc thân. Nhóm đại học cao hơn nhóm cao đẳng. Các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Một số nghiên cứu trước đây cho thấy tuổi là một trong các yếu tố quan trọng liên quan đến kiến thức và thực hành kỹ năng giáo dục sức khỏe ở điều dưỡng. Điều dưỡng lớn tuổi thì kinh nghiệm tốt hơn trong việc nắm bắt tình trạng bệnh và mức độ tiếp thu của người bệnh so với điều dưỡng trẻ tuổi. Kết quả nghiên cứu của Trịnh Thị Tuyết cho thấy nhóm điều dưỡng từ 35 tuổi trở lên có kiến thức đạt cao hơn đáng kể so với nhóm dưới 35 tuổi [4]. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Tất Thắng và Trần Như Nguyên tại bệnh viện K năm 2021 về kiến thức và kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe của điều dưỡng cho thấy thâm niên công tác có liên quan đến kỹ năng về giáo dục sức khỏe của điều dưỡng [3]. Điều này có thể do kiến thức về giáo dục sức khỏe của điều dưỡng thường được trau dồi qua kinh nghiệm trong quá trình làm việc kết hợp với việc đã từng tham gia các khóa học tập huấn ngắn hạn. Do vậy mà các ĐD mới ra trường

ít tuổi thường có kiến thức chưa đạt về giáo dục sức khỏe. Kết quả này cho thấy ban lãnh đạo bệnh viện và khoa cần tập huấn bổ sung kiến thức cho các ĐD mới hành nghề trước khi chính thức tham gia công tác chuyên môn chăm sóc người bệnh để đảm bảo tất cả các NB luôn được chăm sóc an toàn chu đáo nhất.

Kết quả trong nghiên cứu này không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm trung bình kỹ năng giáo dục sức khỏe của nhóm điều dưỡng, hộ sinh có thâm niên trên và dưới 3 năm, giữa nhóm điều dưỡng và hộ sinh. Trong nghiên cứu này có thể do lượng mẫu nhỏ nên chưa tìm được nhiều yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức và thực hành giáo dục sức khỏe của điều dưỡng và hộ sinh. Một số nghiên cứu trước đây cũng đã cho thấy việc giáo dục sức khỏe cho người bệnh đạt chất lượng tốt đòi hỏi người điều dưỡng phải có đầy đủ kiến thức, kinh nghiệm trong truyền đạt những vấn đề cần thiết cho người bệnh trong quá trình điều trị và phục hồi sức khỏe. Theo kết quả trong nghiên cứu của Modupe Olusola Oyetunde và cộng sự không có mối liên quan đáng kể giữa kỹ năng giáo dục sức khỏe và trình độ chuyên môn của người điều dưỡng [6]. Tuy nhiên, khác với nghiên cứu của Lipponen (2006) lại cho rằng trình độ của điều dưỡng là yếu tố quan trọng liên quan đến kiến thức kỹ năng giáo dục sức khỏe, trình độ giáo dục cao hơn có liên quan rõ ràng với kiến thức tốt hơn (80% điều dưỡng có trình độ học vấn đại học có kiến thức tốt, trong khi con số này ở những điều dưỡng có trình độ học vấn trung cấp chỉ khoảng 30%) với  $p = 0,002$  [6]. Trong nghiên cứu của Trịnh Thị Tuyết ĐD có thâm niên công tác > 10 năm có kiến thức đạt cao hơn đáng kể so

với nhóm ĐD có thâm niên công tác < 10 năm với OR (95%CI) bằng 5,4 (1,8 - 16,2) với  $p < 0,05$  [4]. Kết quả nghiên cứu của Herbert Melariri trên 184 điều dưỡng cho thấy có mối liên quan giữa thâm niên và kiến thức GDSK với  $p = 0,015$  [5]. Thực tế cho thấy ĐD đã từng làm việc với thời gian dài không những giúp cho công việc thuận lợi khi gặp phải nhiều tình huống cần xử lý, mà còn truyền đạt kinh nghiệm và đào tạo cho những nhân viên mới. Ngành Y lại càng cần có những nhân viên y tế yêu cầu tay nghề cao thể hiện qua thâm niên công tác và có kinh nghiệm đặc biệt là điều dưỡng, hộ sinh.

Kết quả nghiên cứu cho thấy không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm trung bình kiến thức và kỹ năng giáo dục sức khỏe giữa nhóm điều dưỡng và hộ sinh. Như vậy chúng ta thấy vai trò giáo dục sức khỏe cho người bệnh không chỉ của điều dưỡng mà còn là nhiệm vụ rất quan trọng của hộ sinh. Điều đáng mừng kết quả nghiên cứu này cho thấy mức độ kiến thức thực hành giáo dục sức khỏe của điều dưỡng và hộ sinh là tốt ngang nhau.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm trung bình kiến thức giáo dục sức khỏe giữa các nhóm điều dưỡng, hộ sinh dưới và trên 30 tuổi, đã kết hôn và độc thân, cao đẳng và đại học, thâm niên dưới và trên 3 năm cũng như vị trí công tác điều dưỡng, hộ sinh.

Điểm trung bình thực hành giáo dục sức khỏe của nhóm điều dưỡng, hộ sinh trên 30 tuổi cao hơn nhóm dưới 30 tuổi. Nhóm đã kết hôn cao hơn nhóm độc thân. Nhóm đại học cao hơn nhóm cao đẳng. Các sự khác

biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Ngoài ra kết quả không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm trung bình thực hành giáo dục sức khỏe của nhóm điều dưỡng, hộ sinh có thâm niên trên và dưới 3 năm, giữa nhóm điều dưỡng và hộ sinh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2011), “Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện” Ban hành kèm theo Thông tư số: 07/TT-BYT ngày 26 tháng 01 năm 2011 của Bộ Y tế
2. **Bộ Y tế** (2013) Tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện, Quyết định 4858 QĐ-BYT ngày 3/12/2013
3. **Nguyễn Tất Thăng, Trần Như Nguyên** (2021). Thực trạng kiến thức về truyền thông giáo dục sức khỏe của điều dưỡng viên các khoa lâm sàng tại bệnh viện K, Tạp chí điều dưỡng Việt Nam, 36, 76-83
4. **Trịnh Thị Tuyết** (2022) Thực trạng kiến thức giáo dục sức khỏe của điều dưỡng và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện nội tiết Trung ương năm 2022. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng - Tập 05 - Số 04. Tr 191 - 200
5. **Herbert Melariri et al.** (2022). An assessment of nurses' participation in Health Promotion: a knowledge, perception, and practice perspective. J Prev Med Hyg. 63(1): E27-E34. doi: 10.15167/ 2421-4248/jpmh2022.63.1.2209
6. **Modupe Olusola Oyetunde, Atinuke Janet Akinmeye** (2015). Factors Influencing Practice of Patient Education among Nurses at the University College Hospital, Ibadan, Open Journal of Nursing. 5(5), 500. doi: 10.4236/ojn.2015.55053



## TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ HIỆU QUẢ NUÔI ĂN QUA SONDE CHO BỆNH NHÂN UNG THƯ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU ĐÀ NẴNG

Phan Văn Công<sup>1</sup>, Trần Thị Thanh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Khánh Hoài<sup>1</sup>

### TÓM TẮT.

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân nuôi ăn qua sonde và đánh giá hiệu quả nuôi ăn qua sonde cho bệnh nhân ung thư tại bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng năm 2023.

**Đối tượng, phương pháp:** mô tả cắt ngang trên 62 bệnh nhân nuôi ăn qua sonde tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng từ tháng 2 đến tháng 9 năm 2023.

**Kết quả:** 62 bệnh nhân với độ tuổi trung bình  $61,9 \pm 8,9$  tuổi; nam chiếm 83,8%; chủ yếu là UT đầu cổ với tỷ lệ 77,4%, UT tiêu hóa chiếm 19,4%; 53,2% nuôi ăn qua mũi - dạ dày, 40,3% MTDD nuôi ăn. Tình trạng dinh dưỡng trước can thiệp: SDD theo BMI chiếm 54,8%; theo SGA chiếm 95,1%, trong đó SDD nặng chiếm 29%. 98,4% bệnh nhân được sử dụng chế độ ăn qua sonde của bệnh viện và 100% có sử dụng thực phẩm bổ sung. Sau can thiệp 14 ngày: cân nặng tăng  $0,94\text{kg} \pm 2,02$  và BMI tăng  $0,36 \pm 0,75\text{kg/m}^2$  ( $p < 0,05$ ); SDD theo SGA giảm còn 67,7%, SDD nặng giảm còn 3,2% ( $p < 0,001$ ). Các biến chứng liên quan đến nuôi ăn qua sonde: biến chứng cơ học chủ yếu là trầy xước niêm mạc, chiếm 17,7%; biến chứng tiêu hóa: táo bón là hay gặp với tỷ lệ 43,5%, nôn và buồn nôn

37,1%, tiêu chảy 11,3%. Biến chứng chuyển hóa chủ yếu là rối loạn điện giải 37,1%.

**Kết luận:** Tỷ lệ SDD trước khi nuôi dưỡng còn cao; BN có cải thiện cân nặng, giảm tỷ lệ SDD ở cả chỉ số BMI và SGA, việc cải thiện tình trạng dinh dưỡng có liên quan đến việc khám chuyên khoa dinh dưỡng trước khi nuôi ăn; các biến chứng hay gặp khi nuôi ăn qua sonde là táo bón, nôn và buồn nôn.

**Từ khóa:** Tình trạng dinh dưỡng, nuôi ăn quan sonde, bệnh nhân ung thư, Bệnh viện Ung Bướu Đà Nẵng.

### SUMMARY

#### NUTRITIONAL STATUS AND EFFECTIVENESS OF TUBE FEEDING IN CANCER PATIENTS AT DA NANG ONCOLOGY HOSPITAL

**Background:** Description of the Nutritional Status of Patients Fed Through Tubes and Evaluation of the Effectiveness of Tube Feeding for Cancer Patients at Da Nang Oncology Hospital in 2023.

**Methods:** A cross-sectional description was conducted on 62 patients receiving tube feeding at Da Nang Oncology Hospital from February to September 2023.

**Results:** The study involved 62 patients with an average age of  $61.9 \pm 8.9$  years; males accounted for 83.8%. Most cases were head and neck cancers, constituting 77.4%, and gastrointestinal cancers made up 19.4%. Tube feeding methods included 53.2% nasogastric feeding and 40.3% percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) feeding. Nutritional status

<sup>1</sup>Khoa Dinh dưỡng, Tiết chế, Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Phan Văn Công

SĐT: 0973632751

Email: pvcong06@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 30/6/2024

Ngày duyệt bài: 12/8/2024

before intervention: malnutrition according to BMI was 54.8%; according to SGA was 95.1%, with severe malnutrition being 29%. 98.4% of patients used the hospital's tube feeding regimen, and 100% used nutritional supplements. After 14 days of intervention: weight increased by  $0.94\text{kg} \pm 2.02$  and BMI increased by  $0.36 \pm 0.75\text{kg/m}^2$  ( $p < 0.05$ ); malnutrition according to SGA decreased to 67.7%, and severe malnutrition decreased to 3.2% ( $p < 0.001$ ). Complications related to tube feeding included mechanical complications such as mucosal abrasion (17.7%); gastrointestinal complications included constipation (43.5%), vomiting and nausea (37.1%), and diarrhea (11.3%). Metabolic complications primarily involved electrolyte imbalances (37.1%).

**Conclusions:** The malnutrition rate before feeding is still high; patients show improvement in weight, reducing the malnutrition rate in both BMI and SGA indices. The improvement in nutritional status is related to specialized nutritional consultations before feeding; common complications when feeding through a tube are constipation, vomiting and nausea.

**Keywords:** Nutritional Status, Tube Feeding, Cancer Patients, Da Nang Oncology Hospital.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng trên bệnh nhân ung thư (BNUT) đóng một vai trò vô cùng quan trọng, góp phần nâng cao sức đề kháng, tăng cường miễn dịch, rút ngắn thời gian điều trị, giảm tỷ lệ tử vong. Tuy nhiên, suy dinh dưỡng (SDD) ở BNUT chiếm tỷ lệ 70 - 90%, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng và tăng chi phí nằm viện, giảm sống còn, giảm chất lượng cuộc sống. Trong nghiên cứu của Trần Thị Anh Tường (2016) thì tỷ lệ SDD tại thời điểm nhập viện là 70% [5] hay trong nghiên cứu của chúng tôi năm 2018 thì tỷ lệ SDD là

78,6% [1]. Vì vậy, can thiệp dinh dưỡng sớm có vai trò quan trọng trong việc duy trì và cải thiện kết cục của BNUT đang điều trị [4].

Việc chọn đường nuôi ăn BNUT không có nhiều khác biệt với các bệnh lý khác, nuôi ăn đường tiêu hóa vẫn là lựa chọn ưu tiên hàng đầu giúp cung cấp đầy đủ các chất dinh dưỡng một cách sinh lý và đa dạng các chất dinh dưỡng, duy trì hàng rào bảo vệ của ống tiêu hóa, kích thích sự phục hồi chức năng đường tiêu hóa và ít biến chứng [3], [7].

Trong thực hành lâm sàng, việc nuôi ăn qua sonde cho BN cần phải được đánh giá và theo dõi thường xuyên trong quá trình điều trị như sàng lọc nguy cơ và đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước khi can thiệp, xác định đúng nhu cầu, lựa chọn chế độ ăn phù hợp với người bệnh sẽ giúp BN cải thiện tình trạng dinh dưỡng và hạn chế các biến chứng nuôi ăn.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu:

1. Mô tả tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân nuôi ăn qua sonde
2. Đánh giá hiệu quả nuôi ăn qua sonde cho bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ung thư được nuôi ăn qua sonde tại các Khoa lâm sàng, Bệnh viện Ung Bướu Đà Nẵng

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN được tư vấn và hướng dẫn chế độ ăn qua sonde và thực hiện đúng theo hướng dẫn.
- BN được nuôi ăn qua sonde liên tục đủ 14 ngày.
- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN nuôi ăn dưới 14 ngày hoặc nuôi ăn không liên tục.

- BN đang nuôi ăn chế độ ăn bệnh lý khác như Đái tháo đường, tăng huyết áp...

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

### 2.2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm và thời gian nghiên cứu: tại các khoa lâm sàng - Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng từ tháng 2 đến tháng 9 năm 2023.

### 2.2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả thiết kế cắt ngang 2 thời điểm:

+ T0: thời điểm bắt đầu nuôi ăn

+ T1: nuôi ăn đủ 14 ngày.

### 2.2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Cỡ mẫu: tất cả bệnh nhân ung thư được nuôi ăn qua sonde tại các khoa lâm sàng, Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng. Nghiên cứu chúng tôi chọn được 62 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

- Cách lấy mẫu: chúng tôi lựa chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân khi có chỉ định nuôi ăn qua sonde sẽ được chúng tôi ghi nhận, đánh giá tại thời điểm T0. Sau đó tổ chức can thiệp dinh dưỡng và chúng tôi đánh giá lại tại thời điểm T1, các đối tượng thỏa mãn điều kiện lựa chọn sẽ được đưa vào nghiên cứu để phân tích, các đối tượng không thỏa mãn tiêu chuẩn sẽ loại khỏi

nghiên cứu.

### 2.2.4. Biến số và chỉ số nghiên cứu

+ Đặc điểm chung: tuổi, giới, chẩn đoán, phương pháp điều trị, kỹ thuật nuôi ăn.

+ Tình trạng dinh dưỡng: cân nặng, BMI: BMI  $\geq 18,5$ : Không SDD; BMI từ 16 - 18,4: SDD vừa và nhẹ; BMI < 16: SDD nặng. SGA: SGA-A: Không SDD; SGA-B: SDD nhẹ/vừa hoặc nghi ngờ có SDD; SGA-C: SDD nặng. Tỷ lệ sụt cân, lượng ăn.

+ Hiệu quả nuôi ăn qua sonde.

+ Các biến chứng nuôi ăn: biến chứng cơ học, biến chứng tiêu hóa, biến chứng chuyển hóa

### 2.2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Chúng tôi sử dụng bộ công cụ xây dựng sẵn kết hợp công cụ Đánh giá tình trạng dinh dưỡng chủ quan toàn diện (SGA), sử dụng các phương pháp phỏng vấn trực tiếp, quan sát, khám lâm sàng và thu thập từ hồ sơ bệnh án.

### 2.2.6. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu sau khi ghi nhận được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

Sử dụng các thống kê mô tả, kiểm định Chi bình phương để phân tích mối liên quan giữa các yếu tố, kiểm định T bất cặp để so sánh hiệu quả trước và sau can thiệp.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

| Chỉ số    |                 | Số lượng (SL)  | Tỷ lệ % |
|-----------|-----------------|----------------|---------|
| Giới tính | Nam             | 52             | 83,8    |
|           | Nữ              | 10             | 16,1    |
| Tuổi      | Tuổi trung bình | 61,9 $\pm$ 8,9 |         |
|           | < 50 tuổi       | 4              | 6,4     |
|           | 50 - 69 tuổi    | 46             | 74,2    |
|           | $\geq 70$ tuổi  | 12             | 19,4    |

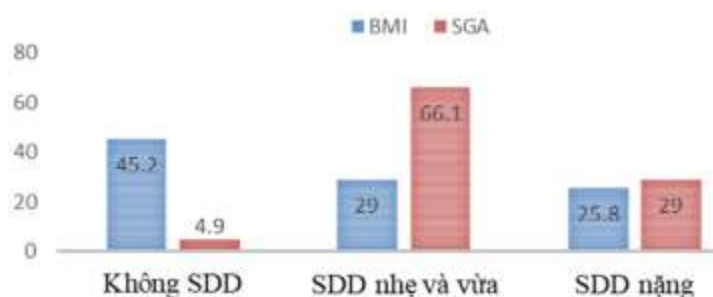
|                                       |                     |            |      |
|---------------------------------------|---------------------|------------|------|
| Chẩn đoán                             | UT vùng đầu cổ      | 48         | 77,4 |
|                                       | UT đường tiêu hóa   | 12         | 19,4 |
|                                       | UT khác             | 2          | 3,2  |
| Phương pháp điều trị                  | Phẫu thuật          | 9          | 14,5 |
|                                       | Hóa trị             | 2          | 3,2  |
|                                       | Xạ trị              | 5          | 8,1  |
|                                       | Hóa xạ trị          | 21         | 33,9 |
|                                       | Chăm sóc giảm nhẹ   | 17         | 27,4 |
|                                       | Khác                | 8          | 12,9 |
| Kỹ thuật nuôi ăn                      | Mũi - dạ dày        | 33         | 53,2 |
|                                       | Mở thông dạ dày     | 25         | 40,3 |
|                                       | Mở thông hồng tràng | 4          | 6,5  |
| Khám dinh dưỡng                       | Có                  | 24         | 38,7 |
|                                       | Không               | 38         | 61,3 |
| Nhu cầu năng lượng khuyến nghị (kcal) |                     | 1725 ± 134 |      |

**Nhận xét:** Nam chiếm đa số với tỷ lệ 83,8%; với độ tuổi trung bình 61,9 tuổi; phần lớn là UT vùng đầu cổ 77,4%; phương pháp điều trị chủ yếu là hóa xạ trị và chăm sóc giảm nhẹ; kỹ thuật nuôi ăn mũi - dạ dày chiếm đa số; tỷ lệ BN được khám dinh

dưỡng trước khi nuôi ăn chưa cao.

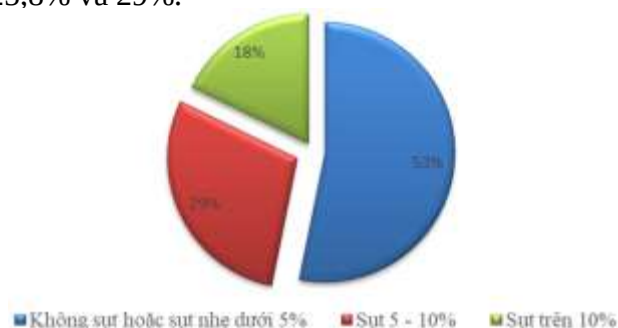
### 3.2. Tình trạng dinh dưỡng và hiệu quả nuôi ăn qua sonde cho bệnh nhân ung thư

#### 3.2.1. Tình trạng dinh dưỡng



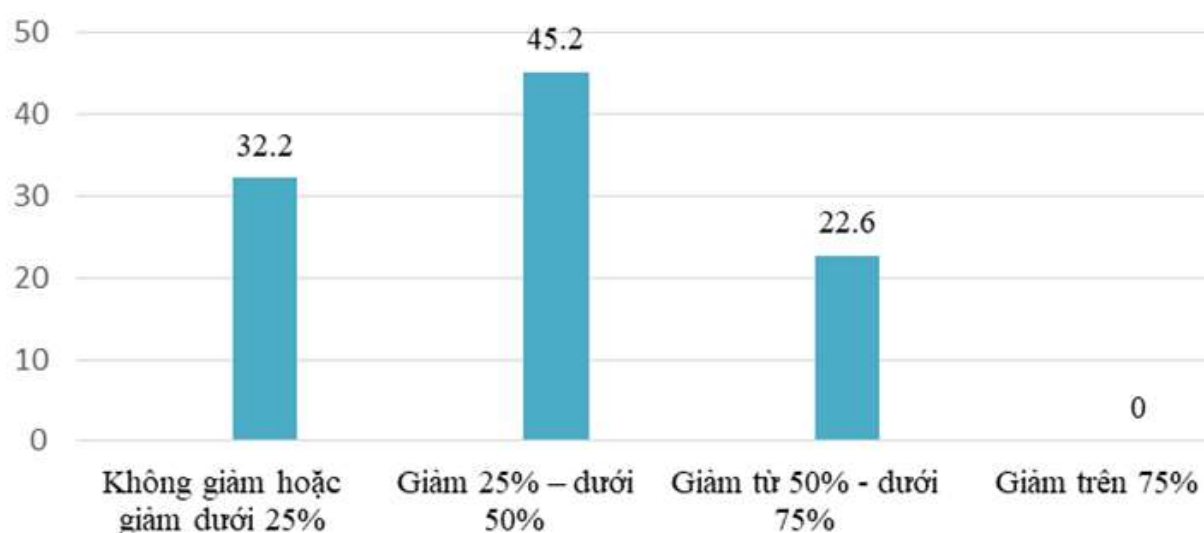
**Biểu đồ 3.1. Tình trạng dinh dưỡng theo BMI và SGA**

**Nhận xét:** Tỷ lệ SDD theo BMI là 54,8% và 95,1%, trong đó tỷ lệ SDD nặng lần lượt theo BMI và SGA là 25,8% và 29%.



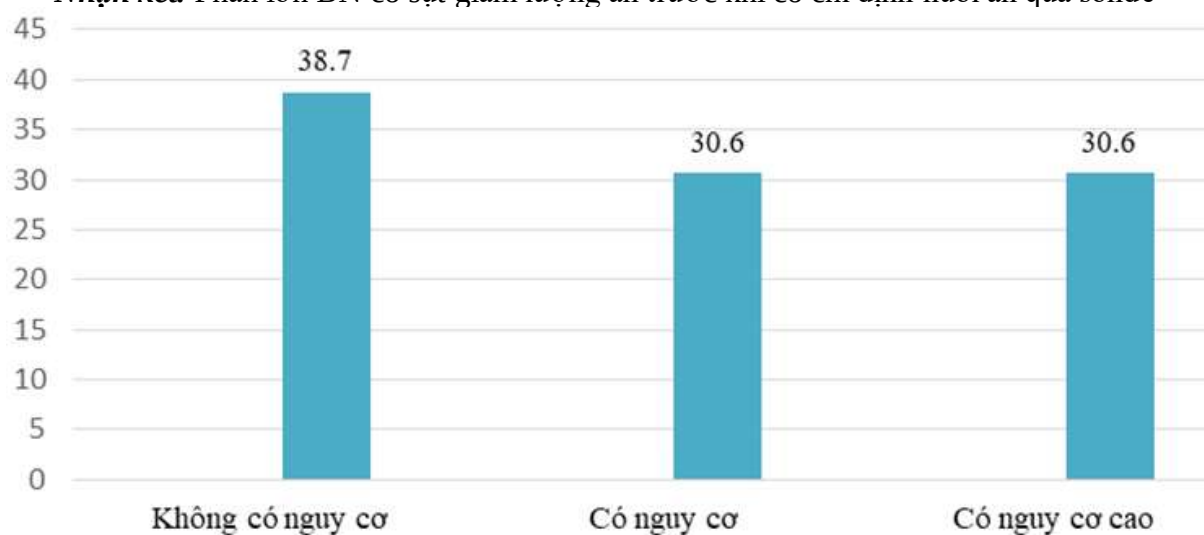
**Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ sụt cân trước nuôi ăn**

**Nhận xét:** Tỷ lệ sụt cân trên 5% trước nuôi dưỡng khá cao (47%).



**Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ sụt giảm lượng ăn**

**Nhận xét:** Phần lớn BN có sụt giảm lượng ăn trước khi có chỉ định nuôi ăn qua sonde



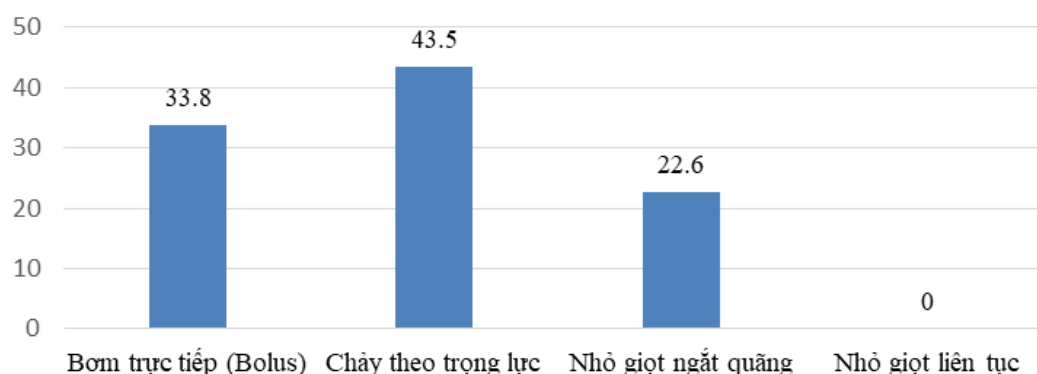
**Biểu đồ 3.4. Nguy cơ hồi chứng nuôi ăn lại**

**Nhận xét:** Phần lớn BN có nguy cơ nuôi ăn lại, trong đó có 30,6% có nguy cơ cao

**Bảng 3.2. Chỉ định chế độ nuôi dưỡng**

| Chỉ số                    |                      | SL | Tỷ lệ % |
|---------------------------|----------------------|----|---------|
| Chế độ soup nuôi ăn       | Soup bệnh viện       | 61 | 98,4    |
|                           | Chế phẩm công nghiệp | 1  | 1,6     |
|                           | BN tự chế biến       | 0  | 0,0     |
| Bổ sung thực phẩm bổ sung | Có                   | 62 | 100     |
|                           | Không                | 0  | 0       |

**Nhận xét:** Phần lớn BN được nuôi ăn bằng chế độ ăn bệnh viện, 100% BN có bổ sung thêm thực phẩm bổ sung.

**Biểu đồ 3.5. Kỹ thuật nuôi dưỡng**

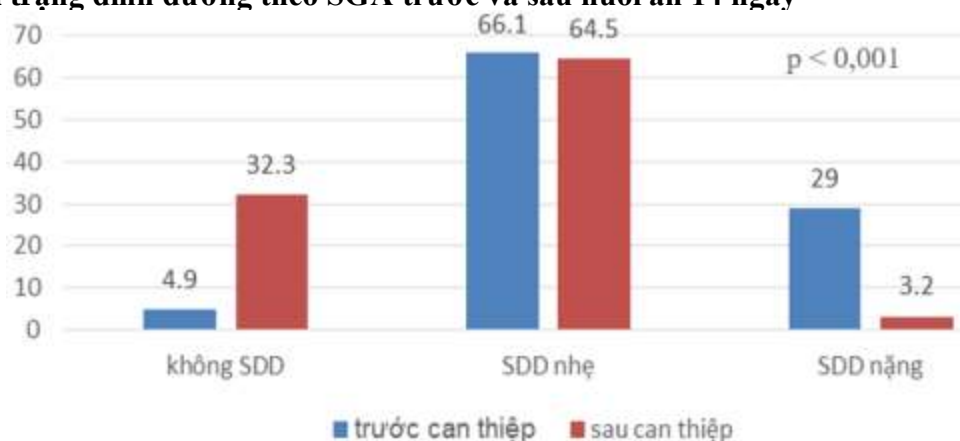
**Nhận xét:** Kỹ thuật nuôi ăn theo trọng lực được áp dụng nhiều nhất (43,5%), tỷ lệ bơm trực tiếp còn cao (33,8%).

### 3.2.2. Hiệu quả nuôi ăn qua sonde

**Bảng 3.3. Thay đổi cân nặng, BMI trước và sau nuôi ăn 14 ngày**

| Chỉ số              |         | n<br>Mean $\pm$ SD | p       |
|---------------------|---------|--------------------|---------|
| Cân nặng trung bình | T0      | 47,13 $\pm$ 8,77   | 0,001   |
|                     | T1      | 48,06 $\pm$ 8,32   |         |
|                     | T1 - T0 | 0,94 $\pm$ 2,02    |         |
| BMI                 | T0      | 18,07 $\pm$ 3,27   | < 0,001 |
|                     | T1      | 18,43 $\pm$ 3,09   |         |
|                     | T1 - T0 | 0,36 $\pm$ 0,75    |         |

**Nhận xét:** Cân nặng sau nuôi ăn đã có sự cải thiện, tăng 0,94kg, do đó mà giúp chỉ số BMI tăng 0,36 kg/m<sup>2</sup>, sự thay đổi có ý nghĩa với  $p < 0,05$ .

**Tình trạng dinh dưỡng theo SGA trước và sau nuôi ăn 14 ngày****Biểu đồ 3.6. Tình trạng dinh dưỡng trước và sau nuôi ăn**

**Nhận xét:** Tình trạng dinh dưỡng theo SGA đã cải thiện với tăng tỷ lệ không SDD lên 32,3%, giảm tỷ lệ SDD xuống còn 67,7%, trong đó tỷ lệ SDD nặng đã giảm xuống còn 3,2% với mức cải thiện có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3.4. Biến chứng liên quan đến nuôi ăn qua sonde**

| Chỉ số                |                      | SL | Tỷ lệ % |
|-----------------------|----------------------|----|---------|
| Biến chứng cơ học     | Hít sặc              | 1  | 1,6     |
|                       | Trầy xước            | 11 | 17,7    |
|                       | Tắc ống              | 7  | 11,3    |
| Biến chứng tiêu hóa   | Tiêu chảy            | 7  | 11,3    |
|                       | Nôn và buồn nôn      | 23 | 37,1    |
|                       | Táo bón              | 27 | 43,5    |
| Biến chứng chuyển hóa | Rối loạn điện giải   | 23 | 37,1    |
|                       | Rối loạn đường huyết | 9  | 14,5    |
|                       | Hội chứng RF         | 0  | 0,0     |

**Nhận xét:** Biến chứng cơ học hay gặp là trầy xước niêm mạc liên quan đến kỹ thuật đặt sonde mũi - dạ dày; táo bón và nôn, buồn nôn là các biến chứng tiêu hóa hay gặp; Rối loạn điện giải là biến chứng chuyển hóa hay gặp, không có trường hợp bị hội chứng nuôi ăn lại.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu chúng tôi tiến hành trên 62 BNUT có chỉ định nuôi ăn qua sonde với tỷ lệ nam chiếm đa số với tỷ lệ 83,9%, với độ tuổi trung bình là  $61,87 \pm 8,93$  tuổi, trong đó độ tuổi 50 - 69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 74,2%. Về đặc điểm bệnh tật, UT vùng đầu cổ chiếm đa số các BN trong nhóm nghiên cứu, chiếm 77,4%. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu như nghiên cứu của Trần Thị Anh Tường (2016) với tỷ lệ nam chiếm 90% [5]; nghiên cứu của Diệp Bảo Tuấn (2016) với tỷ lệ nam chiếm 98%, độ tuổi trên 60 tuổi chiếm 49,4% [4] hay nghiên cứu của Nguyễn Hùng Cường (2018) cũng cho tỷ lệ nam chiếm 80% và độ tuổi trên 50 tuổi chiếm 90% [2]. Điều này phản ánh được mô hình bệnh tật của BN ung thư được chỉ định nuôi ăn qua sonde, chủ yếu các bệnh lý ở vùng

đầu cổ, khoang miệng, đường tiêu hóa trên, đây là những nhóm ung thư mà nam giới chiếm ưu thế với các yếu tố thuận lợi và nguy cơ cao liên quan đến thói quen uống rượu và hút thuốc. Nghiên cứu của Trần Thị Thanh (2021) cho thấy tỷ lệ UT đầu cổ chiếm 77,8%, khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi [6]. Cũng vì vậy mà phương pháp điều trị xạ trị/hóa xạ trị chiếm ưu thế, nghiên cứu của chúng tôi là 33,9%, nghiên cứu của Trần Thị Anh Tường là 36% [5].

Biến chứng hay gặp ở BN xạ trị vùng đầu cổ là viêm da, niêm mạc làm giảm sệt lượng ăn vào, BN xạ trị sau một thời gian thường được chỉ định đặt sonde dạ dày nuôi ăn, do đó mà kỹ thuật nuôi ăn mũi - dạ dày chiếm tỷ lệ cao hơn các kỹ thuật còn lại, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 52,3%, mở thông dạ dày là 40,3%, nghiên cứu của Trần Thị Thanh thì tỷ lệ nuôi ăn mũi - dạ dày là 62,2% và mở thông dạ dày là 37,8% [6]. Do đánh giá được tầm quan trọng của việc nuôi dưỡng BN trong quá trình điều trị, tránh làm gián đoạn quá trình điều trị và tạo thuận tiện trong việc nuôi dưỡng, các nhà lâm sàng đã chủ động mở thông dạ dày trước khi BN vào điều trị, vì vậy mà tỷ lệ nuôi ăn qua mũi - dạ dày trong nghiên cứu của chúng tôi có giảm và tăng tỷ lệ nuôi ăn qua mở thông dạ dày.

Nhu cầu năng lượng nhu cầu khuyến nghị trung bình/ngày của nhóm nghiên cứu là  $1725 \pm 134$  kcal/ngày. Nhu cầu này được tính theo khuyến cáo của ESPEN với mức năng lượng 30kcal/kg cân nặng lý tưởng/ngày [8].

#### **4.2. Tình trạng dinh dưỡng và hiệu quả nuôi ăn qua sonde cho bệnh nhân ung thư**

##### **4.2.1. Tình trạng dinh dưỡng**

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ SDD theo BMI là 54,8% và theo SGA là 95,1%, trong đó SDD nặng (SGA C) chiếm 29%. Với tỷ lệ sụt cân trên 5% chiếm 47%, sụt giảm lượng ăn trên 25% trong tuần qua chiếm 67,8%. Tình trạng SDD theo BMI đã có giảm so với nghiên cứu của tôi năm 2018 với tỷ lệ là 78,6% [1] và của Trần Thị Thanh (2021) là 66,6% [6] và phù hợp với các nghiên cứu của Diệp Bảo Tuấn là 53% [4] và của Nguyễn Hùng Cường là 50% [2]. Tuy nhiên, theo SGA thì tỷ lệ SDD vẫn còn khá cao. Song song với đó là nguy cơ refeeding chiếm tỷ lệ 61,7%, trong đó 30,6% có nguy cơ cao, đây là một biến chứng nặng liên quan đến nuôi dưỡng, có thể gây tử vong nếu không tầm soát và có can thiệp dinh dưỡng phù hợp. Qua kết quả trên cho thấy tỷ lệ SDD của BNUT trước khi nuôi dưỡng đang còn khá cao ở hầu hết các nghiên cứu, với tình trạng sụt cân, sụt giảm lượng ăn vào hay nguy cơ refeeding chiếm tỷ lệ khá cao, gây ra thách thức lớn trong công tác can thiệp, nuôi dưỡng bệnh nhân.

##### **\*) Chỉ định nuôi dưỡng**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN chủ yếu sử dụng chế độ soup do Khoa Dinh dưỡng chế biến và cung cấp, chiếm và 100% BN có sử dụng các thực phẩm bổ sung cao năng lượng. Cách nuôi dưỡng đã có sự thay đổi đáng kể khi trong nghiên cứu chúng tôi

ghi nhận 43,5% là cho chảy theo trọng lực, 22,6% nhỏ giọt ngắt quãng, bơm trực tiếp (bolus) 33,8%. So với nghiên cứu của Trần Thị Thanh năm 2021 thì tỷ lệ bơm trực tiếp chiếm tới 80% [6]. Đây là kết quả của sự phối hợp giữa của các thành viên trong nhóm chăm sóc cũng như sự hợp tác của bệnh nhân và người nhà giúp cho việc nuôi dưỡng đã được cải tiến rõ rệt, làm giảm nguy cơ các biến chứng.

##### **4.2.2. Hiệu quả nuôi ăn qua sonde cho bệnh nhân ung thư**

##### **\*) Cải thiện tình trạng dinh dưỡng sau nuôi ăn**

Sau nuôi ăn 14 ngày, BN đã có sự cải thiện về cân nặng với mức tăng cân trung bình là 0,94kg và BMI tăng 0,36kg/m<sup>2</sup> với  $p < 0,001$ . Tình trạng dinh dưỡng theo SGA sau nuôi ăn đã cải thiện rõ rệt so với trước nuôi ăn, tỷ lệ SDD giảm so với trước nuôi ăn 27,4%, trong đó SDD nặng giảm 25,8%, với mức độ cải thiện có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Trong khi đó, các nghiên cứu của Trần Thị Anh Tường (2016) hay của Trần Thị Thanh (2021) lại ghi nhận tình trạng bệnh nhân tiếp tục sụt cân sau can thiệp dinh dưỡng, tình trạng dinh dưỡng cải thiện không rõ ràng [5], [6].

Sở dĩ nghiên cứu chúng tôi có sự cải thiện rõ ràng về tình trạng dinh dưỡng, có thể liên quan đến việc BN được khám, đánh giá và chỉ định chế độ ăn bởi người làm chuyên môn dinh dưỡng ( $p < 0,05$ ), tuy tỷ lệ BN được khám dinh dưỡng trước nuôi ăn chưa cao (38,7%) nhưng mức độ cải thiện của nhóm BN này lại tốt hơn so với nhóm BN không được khám trước đó. Qua đây thấy rằng việc tuy BN bị SDD nhưng nếu được nuôi dưỡng sớm, đúng và đủ theo nhu cầu thì có thể giúp cải thiện được tình trạng dinh dưỡng và việc nuôi dưỡng này nên được thực



hiện bởi người làm chuyên môn về dinh dưỡng sẽ giúp cho việc cải thiện tình trạng dinh dưỡng tốt hơn.

*\*) Biến chứng liên quan đến nuôi ăn*

Biến chứng cơ học, liên quan đến kỹ thuật đặt ống, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận chảy xước niêm mạc là biến chứng cơ học hay gặp, liên quan đến kỹ thuật đặt sonde mũi - dạ dày. Biến chứng tiêu hóa hay gặp là táo bón với tỷ lệ 43,5%, nôn và buồn nôn chiếm 37,1%. Tuy nhiên trong nghiên cứu chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa tần suất xuất hiện các biến chứng so với chế độ nuôi dưỡng hay kỹ thuật nuôi dưỡng ( $p > 0,05$ ), ngoài các yếu tố từ dinh dưỡng, thì các phác đồ điều trị ung thư hay các thuốc điều trị triệu chứng ung thư cũng là yếu tố gây nên những biến chứng trên, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN điều trị hóa xạ trị và chăm sóc giảm nhẹ chiếm tỷ lệ cao, đây có thể cũng là yếu tố tác động đến sự xuất hiện các biến chứng trên. Rối loạn điện giải là biến chứng chuyển hóa hay gặp nhưng chúng tôi cũng không tìm thấy mối liên quan đến chế độ nuôi dưỡng ( $p > 0,05$ ). Nghiên cứu chúng tôi thực hiện trong thời gian ngắn, cỡ mẫu chưa đủ lớn, vì vậy vẫn chưa tìm ra được mối liên quan giữa tần suất xuất hiện các biến chứng với chế độ cũng như kỹ thuật nuôi dưỡng bệnh nhân, chúng tôi sẽ thực hiện tiếp các nghiên cứu trong thời gian tới để đánh giá mối liên quan trên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nguy cơ nuôi ăn lại khá cao, tuy nhiên không có trường hợp nào xảy ra biến chứng nuôi ăn lại. Đây là kết quả của việc chúng tôi đã nâng cao công tác tập huấn dinh dưỡng lâm sàng cho các nhân viên tại bệnh viện, luôn nhấn mạnh biến chứng này và tầm quan trọng của việc sàng lọc xác định nguy cơ để có can thiệp dinh dưỡng phù hợp để phòng ngừa

biến chứng này xảy ra.

## V. KẾT LUẬN

- Nam chiếm tỷ lệ đa số với độ tuổi trung bình 61,9 tuổi; hay gặp ở nhóm UT đầu cổ; chủ yếu BN đang được điều trị hóa xạ trị và chăm sóc giảm nhẹ; nuôi ăn mũi - dạ dày là kỹ thuật chiếm đa số.

- Tỷ lệ SDD ở BNUT trước nuôi ăn còn khá cao, theo BMI là 54,8% và SGA là 95,1%, trong đó SDD nặng lần lượt theo BMI và SGA là 25,8% và 29%.

- Tỷ lệ sụt cân và sụt giảm lượng ăn vào trước khi nuôi ăn chiếm tỷ lệ khá cao; nguy cơ nuôi ăn lại chiếm tỷ lệ cao 61,2%, trong đó nguy cơ cao chiếm 30,6%.

- Phần lớn BN được nuôi dưỡng bằng chế độ ăn bệnh viện với kỹ thuật chảy theo trọng lực được áp dụng nhiều nhất trên lâm sàng.

- Sau nuôi ăn 14 ngày, đã có cải thiện về cân nặng, BMI và tình trạng dinh dưỡng theo SGA ( $p < 0,05$ ). Mức cải thiện có liên quan đến việc BN được khám dinh dưỡng trước nuôi ăn.

- Biến chứng hay gặp là chảy xước niêm mạc liên quan đến kỹ thuật đặt ống sonde; táo bón, nôn và buồn nôn, rối loạn điện giải. Không có trường hợp nào biến chứng nuôi ăn lại.

## VI. KHUYẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu này, để đảm bảo cho việc nuôi ăn qua sonde được an toàn, hiệu quả, chúng tôi xin đưa ra một số kiến nghị:

- Cần thực hiện sàng lọc và đánh giá sớm và đúng tình trạng dinh dưỡng cho BNUT có chỉ định nuôi ăn qua sonde để có các chỉ định can thiệp phù hợp với tình trạng của người bệnh.

- Tăng cường tập huấn, hướng dẫn, theo dõi việc nuôi ăn qua sonde cho BN thường

xuyên, liên tục.

- Đề xuất BN khi có chỉ định nuôi ăn qua sonde cần được khám và tư vấn chuyên khoa dinh dưỡng.

- Khi BN có chỉ định nuôi dưỡng qua sonde, cần chú trọng việc bổ sung thêm chất xơ cho BN, theo dõi các chỉ số xét nghiệm thường xuyên. Sàng lọc và đánh giá mức độ nguy cơ Hội chứng nuôi ăn lại trước khi can thiệp.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Văn Công; Trần Ngọc Luân; Nguyễn Sinh Nhật** (2018), "Đánh giá hiệu quả chăm sóc bệnh nhân phẫu thuật mở thông dạ dày nuôi ăn tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng", Tạp chí Ung thư học Việt Nam. Số 1 - 2019, tr. 396-402.
2. **Phạm Hùng Cường** (2018), "Mở dạ dày ra da qua nội soi trên bệnh nhân ung thư", tạp chí Ung thư học Việt Nam. Số 4 - 2019, tr. 246 - 250.
3. **Đào Thị Yến Phi;** (2020), Dinh dưỡng học, Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh, 403-414.
4. **Diệp Bảo Tuấn** (2016), "Nghiên cứu điều trị nuôi ăn bằng phẫu thuật mở thông dạ dày cho bệnh nhân ung thư", Tạp chí Ung thư học Việt Nam. Số 4 - 2016, tr. 510 - 515.
5. **Trần Thị Anh Tường;** (2016), "Khảo sát tình trạng dinh dưỡng bằng ống thông cho bệnh nhân ở các khoa Xạ - Bệnh viện Ung bướu TP Hồ Chí Minh", Tạp chí Ung thư học Việt Nam. Số 4 - 2016, tr. 525-531.
6. **Trần Thị Thanh và Phan Văn Công;** (2021), "Thực trạng nuôi dưỡng qua sonde cho bệnh nhân ung thư đang điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng", Tạp chí Ung thư học Việt Nam. Số 1 - 2021, tr. 494 - 499.
7. **Viện Dinh dưỡng - Bộ Y tế;** (2018), "Dinh dưỡng lâm sàng", Dinh dưỡng điều trị bệnh ung thư, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 287-304.
8. **M. Muscaritoli, et al.** (2021), "ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer", Clin Nutr. 40(5), pp. 2898-2913.

# TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY CÓ HÓA TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỞU ĐÀ NẴNG NĂM 2023-2024

Nguyễn Thị Huệ<sup>1</sup>

## TÓM TẮT.

Giảm cân và suy dinh dưỡng thường gặp ở bệnh nhân ung thư nói chung và ung thư dạ dày nói riêng. Hóa trị là phương pháp điều trị ung thư sử dụng thuốc gây độc tế bào, gây một số tác dụng phụ, làm ảnh hưởng tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân.

**Mục tiêu:** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư dạ dày trong quá trình hóa trị năm 2023-2024.

**Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 260 bệnh nhân ung thư dạ dày.

**Kết quả nghiên cứu:** không suy dinh dưỡng là 39 %, suy dinh dưỡng là 61%. Có mối liên quan giữa giới tính với tình trạng dinh dưỡng. Trong đó, nam giới (62,6%) bị suy dinh dưỡng cao hơn nữ (52,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Không có mối liên quan giữa nhóm tuổi, kinh tế với tình trạng dinh dưỡng.

**Kết luận:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư dạ dày ở mức cao và cần được quan tâm.

**Từ khóa:** ung thư dạ dày, tình trạng dinh dưỡng, hóa trị, PG-SGA, Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

## SUMMARY

### ASSESSING THE NUTRITIONAL STATUS OF STOMACH CANCER PATIENTS CHEMOTHERAPY AND SOME RELATED FACTORS AT DA NANG ONCOLOGY HOSPITAL 2023-2024

**Background:** Weight loss and malnutrition are common in cancer patients in general and stomach cancer in particular. Chemotherapy is a cancer treatment method that uses cytotoxic drugs, causing a number of side effects and affecting the patient's nutritional status.

**Research objective:** Assess nutritional status and identify some factors related to malnutrition in gastric cancer patients during chemotherapy.

**Research methods:** Cross-sectional description of 260 gastric cancer patients.

**Research results:** no malnutrition was 39%, malnutrition was 61%. There were a relationship between gender and nutritional status. Among them, men (62.6%) were more malnourished than women (52.7%), the difference was statistically significant with  $p < 0.05$ . There was no relationship between age group, economic status and nutritional status.

**Conclusion:** The rate of malnutrition in gastric cancer patients was high and needs attention.

**Keywords:** Stomach cancer, nutritional status, chemotherapy, PG-SGA, Da Nang Oncology Hospital.

<sup>1</sup>Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huệ

SĐT: 0989006153

Email: nguyenthue249@gmail.com

Ngày nhận bài: 08/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 18/6/2024

Ngày duyệt bài: 26/7/2024

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo số liệu ghi nhận ung thư (GLOBOCAN), năm 2022 tại Việt Nam có tới 16.277 ca mới mắc ung thư dạ dày, con số này ngày càng tăng. Giảm cân và suy dinh dưỡng thường gặp ở bệnh nhân ung thư nói chung và ung thư dạ dày nói riêng [6].

Hóa trị là phương pháp điều trị ung thư sử dụng thuốc gây độc tế bào, thường có dạng uống hoặc tiêm truyền. Hóa chất điều trị ung thư có tác dụng chống lại hầu hết các loại ung thư. Tuy nhiên, hoá chất có nhiều độc tính và biến chứng đối với người bệnh ung thư. Các biến chứng ảnh hưởng đến chức năng tiêu hóa của người bệnh như: buồn nôn, nôn, chán ăn, viêm niêm mạc miệng, tiêu chảy làm cho người bệnh ăn kém, không ăn được hoặc giảm hấp thu, dẫn đến tình trạng sút cân, suy dinh dưỡng thậm chí dẫn đến tình trạng suy kiệt trong quá trình điều trị ung thư [1].

Dinh dưỡng có vai trò quan trọng trong quá trình điều trị các bệnh lý của người bệnh. Chế độ dinh dưỡng không phù hợp là yếu tố nguy cơ hàng đầu của suy dinh dưỡng, rối loạn chuyển hóa. Giảm cân và suy dinh dưỡng thường gặp ở bệnh nhân ung thư. Ung thư dạ dày là một trong những loại ung thư gây suy dinh dưỡng nhiều nhất do có khối u nằm ở vị trí ảnh hưởng trực tiếp đến hấp thu, tiêu hóa các chất dinh dưỡng [8]. Dạ dày là cơ quan tiêu hóa quan trọng. Bệnh nhân ung thư dạ dày điều trị hóa chất thường sau khi phẫu thuật cắt bỏ dạ dày. Có những trường hợp ăn qua sonde... ảnh hưởng đến hệ tiêu hóa chung. Suy dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư làm giảm đáp ứng với hóa trị, tăng độc tính và biến chứng do hóa trị, nghiêm trọng hơn, thời gian sống còn bị rút ngắn.

Bệnh nhân ung thư dạ dày có hóa trị ngoài việc đối mặt với các ảnh hưởng do tác

động của khối u còn chịu ảnh hưởng do quá trình điều trị hóa chất gây ra các tác dụng phụ, làm giảm lượng thức ăn, thiếu chất dinh dưỡng. Những điều này đã góp phần làm cho tình trạng suy dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư dạ dày ngày càng trầm trọng thêm.

Ung thư dạ dày chiếm khoảng 13% tổng số các nguyên nhân gây tử vong và có đến 20% người bệnh ung thư dạ dày tử vong do suy dinh dưỡng trước khi tử vong do bệnh lý ung thư gây ra [7]. Theo tác giả Phạm Thị Thanh Hoa về dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa thì suy dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư dạ dày chiếm tỷ lệ khá cao 35,7% [4]. Việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh ung thư dạ dày có điều trị bằng hóa chất là cần thiết giúp phát hiện ra những người bệnh có tình trạng dinh dưỡng kém nhằm có những can thiệp dinh dưỡng kịp thời để cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh.

Do đó, việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan của bệnh nhân ung thư dạ dày trong quá trình hóa trị đóng vai trò rất quan trọng. Để bệnh nhân có một chế độ chăm sóc dinh dưỡng hợp lý trong việc cải thiện tình trạng dinh dưỡng, hạn chế quá trình sụt cân, nâng cao khả năng chống đỡ và đáp ứng với hóa trị.

Trên thế giới và Việt Nam đã có một số nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa có hóa trị. Tuy nhiên, tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng thì chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này.

Vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành đề tài: “Khảo sát tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân ung thư dạ dày có hóa trị tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng” nhằm hai mục tiêu sau:

1. *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư dạ dày có hóa trị tại Bệnh*

viện Ung bướu Đà Nẵng năm 2023-2024.

2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa có hóa trị tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm tất cả bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày có chỉ định điều trị hóa chất, nhập viện điều trị nội trú tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

Tất cả đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán ung thư dạ dày bằng mô bệnh học có chỉ định điều trị hóa chất, nhập viện điều trị nội trú. Đối tượng nghiên cứu là người trưởng thành trên 18 tuổi. Đối tượng được giải thích đầy đủ và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

Đối tượng nghiên cứu đang trong tình trạng cấp cứu, hạn chế giao tiếp và không thể trả lời được. Đối tượng nghiên cứu không tự nguyện tham gia.

#### 2.1.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Địa điểm: Khoa Nội 1 Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng. Thời gian: từ tháng 09/2023 - 02/2024.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{(p\varepsilon)^2}$$

Trong đó:

n là cỡ mẫu tối thiểu đạt được.

p: tỷ lệ bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa có nguy cơ bị suy dinh dưỡng theo PG-SGA, lấy từ nghiên cứu trước là  $p = 0,596$  [6]

$\varepsilon$ : là sai số tương đối của nghiên cứu, lấy  $\varepsilon = 0,1$

$\alpha$ : mức ý nghĩa thống kê, lấy  $\alpha = 0,05$ .

Khi đó,  $Z = 1,96$ , thay vào công thức, ta có  $n = 260$ .

### 2.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu

+ Tuổi: tính theo năm dương lịch.

+ Giới: Nam/Nữ

+ Xếp loại kinh tế: nghèo/không nghèo theo Quyết định 59/2015/QĐTTg chuẩn nghèo tiếp cận đa chiều áp dụng 2016-2020 [5].

\* Biến số và chỉ số nghiên cứu

Mục tiêu 1: Mô tả tình trạng dinh dưỡng

- Tỷ lệ % SDD theo phân loại theo BMI:

Chỉ số nhân trắc học bao gồm: cân nặng, chiều cao, BMI.

- Tỷ lệ % SDD theo phân loại theo chỉ số sinh hóa: số lượng bạch cầu lympho.

- Tỷ lệ % bệnh nhân bị thiếu máu theo hemoglobin.

- Tỷ lệ % có nguy cơ bị SDD phân loại theo PG-SGA.

Mục tiêu 2: Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng.

- Mối liên quan với các yếu tố nhân khẩu học với tình trạng dinh dưỡng: bao gồm các yếu tố liên quan về tuổi, giới, xếp loại kinh tế gia đình.

### 2.4. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

SDD theo phân loại theo BMI ( $<18,5$  là SDD).

TCL = (% tế bào Lympho x tế bào bạch cầu) : 100

Ta có:

$>1800/\text{mm}^3$  bình thường.

Từ  $1500-1800/\text{mm}^3$  suy giảm nhẹ.

Từ  $900-1500/\text{mm}^3$  suy giảm nặng [5]

- Hemoglobin: Bình thường nữ  $> 120\text{g/l}$ , nam  $> 130\text{g/l}$  [6]

Từ 110 - 130 g/l thiếu máu nhẹ.

Từ 80 - 109 g/l thiếu máu vừa.

< 80 g/l thiếu máu nặng.

Phân loại theo PG-SGA.

- PG-SGA A (dinh dưỡng tốt): cân nặng ổn định hoặc tăng cân.

- PG-SGA B (SDD nhẹ hoặc vừa hay có nguy cơ SDD)

- PG-SGA C (SDD nặng)

- Tổng điểm đánh giá theo PG-SGA phản ánh mức độ cần can thiệp dinh dưỡng của người bệnh:

+ Từ 0 - 1: Không cần can thiệp ở thời điểm đó. Tái đánh giá thường xuyên trong quá trình điều trị.

+ Từ 2 - 3: Giáo dục dinh dưỡng cho người bệnh và người nhà cùng với can thiệp thuốc dựa trên triệu chứng và các kết quả xét nghiệm.

+ Từ 4 - 8: Cần sự can thiệp của chuyên gia dinh dưỡng kết hợp với điều dưỡng hoặc bác sĩ.

+ Trên hoặc bằng 9: Cần cải thiện triệu

chứng và/hoặc có can thiệp về dưỡng chất.

Công cụ thu thập thông tin là bộ câu hỏi nghiên cứu đã được xây dựng sẵn phù hợp cho nghiên cứu, dựa trên những nghiên cứu trước đó và tham khảo ý kiến chuyên gia. Bộ công cụ gồm 6 phần: thông tin chung, một số yếu tố về hành vi lối sống, một số chỉ số cơ thể, đánh giá nguy cơ dinh dưỡng bằng bộ công cụ PG-SGA. Ngoài ra, các công cụ thu thập một số chỉ số nhân trắc của bệnh nhân bao gồm: cân Tanita, thước dây và thước gỗ đo chiều cao.

## 2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch và nhập vào máy tính và phân tích được thực hiện bằng phần mềm SPSS 23.0.

## 2.6. Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng tự nguyện tham gia và có quyền từ chối tham gia nếu trong quá trình nghiên cứu cảm thấy không phù hợp; mọi thông tin cá nhân của bệnh nhân được giữ kín.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Một số đặc điểm nhân trắc và đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

| Thông tin chung    |                | Số lượng (%) |
|--------------------|----------------|--------------|
| Tuổi               | 18-39          | 32 (12,4)    |
|                    | 40-59          | 124 (47,6)   |
|                    | ≥60            | 104 (40)     |
| Giới tính          | Nam            | 150 (57,6)   |
|                    | Nữ             | 110 (42,4)   |
| Tình trạng kinh tế | Nghèo          | 98 (37,6%)   |
|                    | Không nghèo    | 162 (62,4%)  |
| Cân nặng (kg)      | Chung (X ± SD) | 48,56 ± 8,2  |
|                    | Nam (X ± SD)   | 50,38 ± 7,9  |
|                    | Nữ (X ± SD)    | 44,63 ± 8,6  |
| Chiều cao (cm)     | Chung (X ± SD) | 160 ± 5,7    |
|                    | Nam (X ± SD)   | 164 ± 9,2    |
|                    | Nữ (X ± SD)    | 155 ± 2,6    |

|                          |                |              |
|--------------------------|----------------|--------------|
| BMI (kg/m <sup>2</sup> ) | Chung (X ± SD) | 19,2 ± 3,4   |
|                          | Nam (X ± SD)   | 19,1 ± 2,8   |
|                          | Nữ (X ± SD)    | 19,5 ± 4,2   |
| Bạch cầu Lympho (G/L)    | Chung (X ± SD) | 1,9 ± 0,8    |
|                          | Nam (X ± SD)   | 1,82 ± 1,1   |
|                          | Nữ (X ± SD)    | 2,1 ± 0,9    |
| Hemoglobin (g/L)         | Chung (X ± SD) | 125,8 ± 45,7 |
|                          | Nam (X ± SD)   | 128,8 ± 52,9 |
|                          | Nữ (X ± SD)    | 120,1 ± 58,3 |

**Nhận xét:** Từ bảng trên ta thấy: nhóm tuổi 18-39 có 12,4%, từ 40-59 có 47,6%, nhóm ≥60 có 40%, nam 57,6%, nữ 42,4%. Nghèo 37,6%, không nghèo 62,4%, cân nặng trung bình 48,56 ± 8,2, chiều cao trung bình 160 ± 5,7. Trong khi đó nam giới nặng 50,38 ± 7,9 và cao trung bình 164 ± 9,2, nữ nặng trung bình 44,63 ± 8,6 và cao trung bình 155 ± 2,6. Các chỉ số trung bình của BMI (19,2 ± 3,4), Bạch cầu lympho (1,9 ± 0,8) và hemoglobin (125,8 ± 45,7).

**Bảng 3.2. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số PG-SGA**

| Đánh giá | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|----------|----------|-----------|
| PG-SGA A | 101      | 39        |
| PG-SGA B | 123      | 47        |
| PG-SGA C | 36       | 14        |

**Nhận xét:** Từ bảng trên ta thấy: PG-SGA A 39%, PG-SGA B 47%, PG-SGA C 14 % . Như vậy không SDD là 39 %, SDD là 61%.

**Bảng 3.3. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI**

| Phân loại BMI (kg/m <sup>2</sup> ) | Chung số lượng (%) | Nam (%) số lượng (%) | Nữ n (%) số lượng (%) | P      |
|------------------------------------|--------------------|----------------------|-----------------------|--------|
| < 18,5                             | 80 (30,6)          | 57 (21,9)            | 23 (8,9)              | > 0,05 |
| 18,5-22,49                         | 170 (65,4%)        | 97 (37,3)            | 73 (28)               |        |
| ≥ 25                               | 10 (4%)            | 6 (2,3)              | 4 (1,6)               |        |

**Nhận xét:** Từ bảng trên ta thấy theo phân loại BMI thì tỷ lệ SDD chung được ghi nhận là 30,6%.

**Bảng 3.4. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng dựa vào một số chỉ số sinh hóa**

| Chỉ số hóa sinh          |                 | Chung n (%) | Nam n (%) | Nữ n (%)  | p      |
|--------------------------|-----------------|-------------|-----------|-----------|--------|
| Bạch cầu<br>Lympho (G/L) | > 2             | 121 (46,5)  | 61 (40,7) | 49 (44,4) | > 0,05 |
|                          | ≤ 2             | 139 (53,5)  | 89 (59,3) | 61 (55,6) |        |
| Hemoglobin               | Có thiếu máu    | 137 (52,7)  | 81 (54)   | 63 (42,7) | < 0,05 |
|                          | Không thiếu máu | 123 (47,3)  | 69 (46)   | 47 (57,3) |        |

**Nhận xét:** Theo bảng trên thì tỷ lệ lympho đếm giảm gặp nhiều hơn ở nam giới (59,3%) so với nữ (55,6%). Về tình trạng thiếu máu chung chiếm hơn một nửa (52,7%) so với không thiếu máu và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng thiếu máu của nam và nữ.

**Bảng 3.5. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng theo phân loại PG-SGA với một số đặc điểm nhân khẩu học xã hội**

| Đặc điểm chung (n=260) |             | Không SDD | Có SDD    | p       |
|------------------------|-------------|-----------|-----------|---------|
| Giới                   | Nam         | 56 (37,4) | 94 (62,6) | p<0,05  |
|                        | Nữ          | 57 (51,8) | 53 (48,2) |         |
| Nhóm tuổi              | 18-39       | 12 (37,5) | 20 (62,5) | p >0,05 |
|                        | 40-59       | 48 (38,7) | 76 (61,3) |         |
|                        | ≥60         | 43 (41,3) | 61 (58,7) |         |
| Kinh tế                | Nghèo       | 47 (47,9) | 51 (52,1) | p >0,05 |
|                        | Không nghèo | 76 (46,9) | 86 (53,1) |         |

**Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa giới tính với tình trạng dinh dưỡng. Trong đó, nam giới (62,6%) bị suy dinh dưỡng cao hơn nữ (48,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Không có mối liên quan giữa nhóm tuổi, kinh tế với tình trạng dinh dưỡng.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Ở nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Hoa [4] thì số bệnh nhân mắc bệnh nằm trong độ tuổi từ 21 đến 82, tuổi trung bình là  $57,6 \pm 9,99$ , hay gặp nhất là từ 40-60 tuổi chiếm 53,8%, trong khi đó số bệnh nhân dưới 40 tuổi và trên 60 tuổi lần lượt là 4,1% và 42,1%. Kết quả này tương đương với kết quả ở nghiên cứu của chúng tôi với nhóm tuổi 18-39 có  $n = 32$  (12,4%), từ 40-59 có  $n = 124$  (47,6), nhóm  $\geq 60$  có  $n = 104$  (40%). Điều này cũng đúng với các nghiên cứu về bệnh nhân ung thư nói chung và ung thư dạ dày nói riêng. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Tấn Lộc và Lê Thị Vân, ghi nhận tuổi trung bình lần lượt là  $60,5 \pm 12,2$  và  $59,7 \pm 7,1$ ; nhóm  $\geq 60$  tuổi chiếm 55,8% [4], [5]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhung được thực hiện trên 153 bệnh nhân ung thư dạ dày: nam mắc bệnh nhiều hơn nữ, lần lượt là 63,4% và 36,6%,

kết quả này cũng tương đồng với kết quả của chúng tôi: nam chiếm 57,6% ( $n = 150$ ), nữ 42,4% ( $n=110$ ). Ung thư dạ dày gặp ở nam nhiều hơn nữ. Kết quả này gặp ở hầu hết các nghiên cứu về đối tượng bệnh nhân ung thư dạ dày. Điều này được lý giải là do nhiễm vi khuẩn H.P (*Helicobacter pylori*), béo phì và thừa cân, ăn nhiều thực phẩm ướp muối, ăn ít trái cây, lạm dụng rượu bia, chất kích thích ở nam giới dẫn tới tỷ lệ bệnh này ở nam nhiều hơn nữ.

Về tình trạng kinh tế: ở nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nghèo chiếm 37,6% ( $n=98$ ), không nghèo là 62,4% ( $n=162$ ). Tỷ lệ bệnh nhân thuộc hộ nghèo của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu của các tác giả khác. Như ở nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Hoa [4] thì có 18,8% bệnh nhân có tình trạng kinh tế khó khăn thuộc diện hộ nghèo. Nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tới 37,6% hộ nghèo. Điều này cũng có thể do chúng tôi dựa trên thẻ bảo hiểm hộ nghèo của bệnh nhân để đánh giá. Đối với bệnh nhân ung thư, được xem là bệnh nan y, điều trị kinh phí tốn kém. Ở Quảng Nam và Đà Nẵng một số vùng có chính sách cấp thẻ bảo hiểm y tế hộ nghèo cho những bệnh khó khăn kèm bệnh ung thư. Ví dụ như cùng là kinh tế khó khăn, nhưng nếu có kèm thêm bệnh lý ung thư có xác nhận của bệnh viện, thì ở địa phương sẽ hỗ trợ ưu tiên cấp thẻ bảo



hiếm hộ nghèo cho bệnh nhân. Đây là một chính sách an sinh xã hội hết sức hợp lý và hợp lòng dân.

#### **4.2. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư dạ dày**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ dinh dưỡng tốt theo PG-SGA là khá thấp 39%, trong đó SDD vừa và nặng (PG-SGA B và C) lần lượt là 47% và 14%. Kết quả này khá tương đồng với kết quả của Phan Thị Bích Hạnh (2021) tiến hành trên bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa với tỷ lệ dinh dưỡng tốt là 41,3%, SDD vừa và nặng là 47,4% và 11,3% [3]. Tỷ lệ dinh dưỡng tốt (PG-SGA A) trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhung, cùng nghiên cứu trên bệnh nhân ung thư dạ dày điều trị hóa chất với tỷ lệ dinh dưỡng tốt là 48,3% [6]. Sự khác biệt này không đáng kể. Ở nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Hoa trên bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa có hóa trị thì DD tốt là 42,4%, SDD vừa và nặng là 58,6% [4]. Kết quả này cho thấy, trên một nửa trường hợp bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa nói chung và ung thư dạ dày nói riêng thì khi điều trị hóa chất điều có nguy cơ suy dinh dưỡng. Vì vậy, đối với các bệnh nhân có điều trị hóa chất ta nên tiến hành sàng lọc, đánh giá dinh dưỡng ngay từ khi tiếp nhận bệnh nhân đến khoa để hạn chế tình trạng suy dinh dưỡng ảnh hưởng đến điều trị.

#### **4.3. Một số yếu tố liên quan với tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư dạ dày có hóa trị**

Ở nghiên cứu của Khúc Thị Hồng Anh thì bệnh nhân nam bị SDD cao gấp 1,3 lần bệnh nhân nữ, có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$  [1]. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể liên quan đến lối sống của nam giới phức

tạp hơn và hành vi không có lợi cho sức khỏe như sử dụng bia, rượu, hút thuốc lá. Ở một số nghiên cứu khác về bệnh nhân ung thư nói chung và ung thư dạ dày nói riêng, tỷ lệ nam giới cũng nhiều hơn nữ giới. Suy dinh dưỡng là một vấn đề phổ biến ở người bệnh ung thư nói chung và người bệnh ung thư điều trị hóa chất nói riêng. Tuy nhiên ở nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Quỳnh về Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư điều trị bằng hóa chất tại bệnh viện quân y 103 thì tỷ lệ SDD được đánh giá theo BMI là 27,3%. Số người bệnh là nam giới chiếm 21,7% và nữ giới chiếm 36,2%. Có sự khác biệt về tình trạng dinh dưỡng giữa người bệnh nam và nữ mắc ung thư theo đánh giá BMI, song sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$  [2]. Kết quả này không tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn trên người bệnh ung thư dạ dày (2013) cho tỷ lệ SDD là 32,0% [6]. Một nghiên cứu trên người bệnh ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Bạch Mai (2013) cho tỷ lệ người bệnh SDD theo BMI là 58,6% [3]. Như vậy, có thể thấy tỷ lệ người bệnh SDD theo BMI có sự khác nhau ở các nghiên cứu trong nước nhưng đều chiếm tỷ lệ khá cao.

Theo nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hương thì nhóm  $\geq 60$  tuổi bị SDD cao gấp 1,8 lần nhóm 18-59 tuổi với  $p > 0,05$  [6]. Kết quả có sự tương đồng với nghiên cứu của Lại Nam Tài (2023), nhóm  $\geq 60$  tuổi có nguy cơ bị SDD cao gấp 1,3 lần nhóm 0,05 [1]. Bệnh nhân sống ở nông thôn bị SDD cao gấp 1,4 lần bệnh nhân ở thành thị với  $p > 0,05$ . Điều này phù hợp với tình trạng phân bố dân cư và điều kiện kinh tế theo cục thống kê mức sống dân cư năm 2022. Số liệu cho thấy rõ mức sống chênh lệch trong xã hội vẫn còn tồn tại

giữa các khu vực thành thị và nông thôn [4]. Tuy nhiên nó không có ý nghĩa thống kê. Ở nghiên cứu của chúng tôi cũng không có mối liên quan giữa nhóm tuổi, kinh tế với tình trạng dinh dưỡng.

## V. KẾT LUẬN

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số PG-SGA: PG-SGA A 39% (n=101), PG-SGA B 47% (n=123), PG-SGA C 14 % (n=36). Như vậy không SDD là 39 %, SDD là 61%. Theo phân loại BMI thì tỷ lệ SDD chung được ghi nhận là 30,6%. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng dựa vào một số chỉ số sinh hóa: số lượng bạch cầu lympho giảm gấp nhiều hơn ở nam giới (59,3%) so với nữ (55,6%). Về tình trạng thiếu máu chung chiếm hơn một nửa (52,7%) so với không thiếu máu và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng thiếu máu của nam và nữ. Có mối liên quan giữa giới tính với tình trạng dinh dưỡng. Trong đó, nam giới (62,6%) bị suy dinh dưỡng cao hơn nữ (48,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Không có mối liên quan giữa nhóm tuổi, kinh tế với tình trạng dinh dưỡng.

## VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần tiến hành sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng cho các bệnh nhân ung thư dạ dày đang điều trị hóa chất ngay từ khi bắt đầu điều trị bằng bộ công cụ PG-SGA và theo dõi cân nặng thường xuyên.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khúc Thị Hồng Anh.** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh nhập viện và một số yếu tố liên quan tại Khoa Nội Bệnh viện Đa khoa Đồng Đa, 2018, tr.78.
2. **Nguyễn Bá Đức.** Ung thư học đại cương (2019), tr.23-24.
3. **Phan Thị Bích Hạnh.** Tình trạng dinh dưỡng trên người bệnh ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, 2017, tr.44-48.
4. **Phạm Thị Thanh Hoa.** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa có hóa trị tại Bệnh viện K năm 2018. Đại học Y Hà Nội, 2019, tr.46-47.
5. **Phạm Thị Thu Hương.** Tình trạng dinh dưỡng trên người bệnh ung thư đại trực tràng điều trị hóa chất tại Bệnh viện Bạch Mai, (2021), tr.82-85.
6. **Nguyễn Thị Nhung.** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư dạ dày có hóa trị và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội (2020), tr.37-45.
7. **Arends N, Baracos V, Bertz H, Bozzetti F, et al** (2017) “ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition”, Clinical Nutrition, 36(5), p.109-110.
8. **Bauer J, Hejazi N, Zimorovat A. R.** Nutritional Status in Patients with Gastrointestinal Cancer in Comparison To Other Cancers In Shiraz, Southern Iran: a Case-Control Study. World J Plast Surg. 2018. 7. p.186-192.

# CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG NGƯỜI BỆNH CÓ HẬU MÔN NHÂN TẠO SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Mai Hương<sup>1</sup>, Dương Hoàng Hải<sup>1</sup>, Trịnh Thị Hiền<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Trang<sup>1</sup>, Lê Thị Hương<sup>1</sup>, Vũ Bích Huyền<sup>2</sup>

## TÓM TẮT.

**Tên đề tài:** Chất lượng cuộc sống người bệnh có hậu môn nhân tạo sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Mục tiêu:** Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh có hậu môn nhân tạo sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả, tiến hành trên 34 bệnh nhân có hậu môn nhân tạo sau phẫu thuật điều trị ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 6 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $65,12 \pm 12,23$ , nhóm 60 - 69 tuổi 41,2%, nam giới 55,9%, nam/nữ ~ 1,3. Điểm trung bình chất lượng cuộc sống thời điểm sau mổ là  $31,92 \pm 19,18$  điểm, thành phần sức khỏe tinh thần  $37,65 \pm 19,85$  điểm, thành phần sức khỏe thể chất  $25,27 \pm 20,51$  điểm. Sau 3 tháng điểm chất lượng cuộc sống tăng 20,45 điểm. **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống thời điểm sau 3 tháng ở mức trung bình khá, tốt hơn so với thời

điểm sau phẫu thuật 3 - 7 ngày (mức trung bình kém).

**Từ khóa:** Hậu môn nhân tạo; chất lượng cuộc sống.

## SUMMARY

### QUALITY OF LIFE OF COLOSTOMY PATIENTS AFTER SURGERY FOR COLORECTAL CANCER AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

**Name:** Quality of life of colostomy patients after surgery for colorectal cancer at Thai Nguyen National Hospital. **Objectives:** Evaluate quality of life of colostomy patients after surgery for colorectal cancer. **Methods:** Prospective, cross-sectional study. Including 34 colostomy patients after surgery for colorectal cancer at Thai Nguyen National Hospital from 01/2023 to 6/2023. **Results:** The average age was  $65,12 \pm 12,23$ , 60 - 69 age group was 41,2%. The male was 55,9%, male/female ratio was 1,3. After surgery 3 - 7 days, the quality of life score was  $31,92 \pm 19,18$ . The mental component summary score was  $37,65 \pm 19,85$ , the physical component summary score was  $25,27 \pm 20,51$ . After surgery 3 months, the quality of life score increase 20,45 point. **Conclusion:** The quality of life of colostomy patients after surgery 3 months was the average good level, better than after surgery 3-7 days (the average level).

**Keywords:** colostomy; quality of life.

<sup>1</sup>Khoa Ngoại Tiêu hóa gan mật, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

<sup>2</sup>Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Hương  
SĐT: 0915435326

Email: maihuongngthgm@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 10/6/2024

Ngày duyệt bài: 20/7/2024

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là bệnh lý ung thư phổ biến ở nước ta và trên thế giới[3],[7]. Theo Globocan 2020, trên thế giới ung thư đại trực tràng là ung thư phổ biến thứ ba, đứng sau ung thư vú và ung thư phổi, với 1.931.590 ca mắc mới, chiếm 10% các bệnh lý ung thư, đồng thời cũng là nguyên nhân gây tử vong xếp hàng thứ ba do ung thư[8]. Ở Việt Nam, năm 2020, ung thư đại trực tràng là ung thư phổ biến đứng hàng thứ năm với 16 426 ca mới mắc và khoảng hơn 8.000 ca tử vong[8]. Hậu môn nhân tạo (HMNT) là lỗ mở chủ động ở đại tràng ra ngoài da để thoát phân ra ngoài cơ thể nhằm thay thế hậu môn thật[1]. Ước tính trên thế giới hiện nay có khoảng hơn 2 triệu người bệnh phải mang hậu môn nhân tạo[6]. Hậu môn nhân tạo có thể được đặt tạm thời sau vài tuần đến vài tháng, tuy nhiên cũng có một số người bệnh phải mang HMNT vĩnh viễn suốt quãng đời còn lại. Ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng giai đoạn muộn có biến chứng tắc ruột hoặc ung thư trực tràng thấp, bệnh nhân thường được phẫu thuật làm HMNT để thay thế.

Chất lượng cuộc sống của người bệnh nói chung và người bệnh có hậu môn nhân tạo nói riêng ngày càng được quan tâm[4], [6]. Bởi vì tất cả người bệnh đều bị ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất và tinh thần, đặc biệt người bệnh có hậu môn nhân tạo thường mắc cảm gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe tinh thần và chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật. Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên vấn đề chất lượng cuộc sống ở người bệnh có hậu môn nhân tạo sau phẫu thuật điều trị ung thư đại trực tràng đang rất được quan tâm. Tuy nhiên hiện tại chưa có nghiên cứu đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh về vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài “**Chất lượng cuộc sống của người bệnh**

**có hậu môn nhân tạo sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên**” với mục tiêu: **Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh có hậu môn nhân tạo sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2023.**

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 34 bệnh nhân có hậu môn nhân tạo sau phẫu thuật điều trị ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/2023 đến tháng 6/2023.

**Tiêu chí lựa chọn:** Trên 18 tuổi

- Người bệnh có hậu môn nhân tạo sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng đang điều trị và tái khám lần đầu tiên sau 3 tháng.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ**

- Người bệnh có biến chứng của HMNT như tụt, nhiễm trùng, sa,...

- Người bệnh rối loạn tâm thần.

- Có bệnh kèm theo nặng nề đe dọa đến tính mạng (đa chấn thương, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, suy tim, suy thận mạn,...).

**Thời gian, địa điểm nghiên cứu**

Thời gian: tháng 01/2023 đến tháng 6/2023.

Địa điểm: Khoa Ngoại tiêu hóa gan mật và Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Toàn bộ.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Chọn toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

**2.3. Biến số, chỉ số nghiên cứu**

**Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**cứu**

- Tuổi: Chúng tôi chia thành 5 nhóm tuổi: <40 tuổi; 40 - 49 tuổi; 50 - 59 tuổi; 60 - 69 tuổi; ≥70 tuổi

- Giới: Nam/nữ

- Tình trạng kinh tế: Hộ nghèo/Hộ không nghèo

**Biến số đo lường chất lượng cuộc sống**

CLCS được đo bằng bộ câu hỏi SF-36 phiên bản tiếng Việt. Bộ câu hỏi SF-36 gồm 36 câu hỏi gồm 2 thành phần sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần, dùng để đo lường trong 8 lĩnh vực: hoạt động chức năng, giới hạn hoạt động chức năng, cảm nhận đau đớn, đánh giá sức khỏe, cảm nhận sức sống, tâm thần tổng quát, giới hạn tâm lý, giới hạn hoạt động xã hội. Các thành phần và lĩnh vực

được định nghĩa như phụ lục 2.

Cách tính điểm CLCS cho bệnh nhân ung thư trực tràng thang đo SF-36 gồm có 3 bước:

Bước 1: Mỗi câu hỏi là biến định lượng rời rạc theo thang điểm từ 0 đến 100, tùy vào đáp án được lựa chọn với 100 coi như biểu thị mức cao nhất có thể của hoạt động. Việc chấm điểm cho từng câu hỏi và từng câu trả lời được mã hóa.

Bước 2: Điểm trung bình CLCS

Điểm CLCS được tính bằng trung bình cộng điểm CLCS ở từng lĩnh vực.

Điểm số đánh giá càng cao thì CLCS của người bệnh càng tốt.

Mức độ CLCS của bệnh nhân được chia thành 4 mức độ:

**Bảng 1. Mức độ chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư đại trực tràng**

| Chất lượng cuộc sống | Thang điểm |
|----------------------|------------|
| Kém                  | 0 - 25     |
| Trung bình kém       | 26 - 50    |
| Trung bình khá       | 51 - 75    |
| Khá tốt              | 76 - 100   |

Bước 3: Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật 3-7 ngày so với CLCS của bệnh nhân sau 3 tháng phẫu thuật.

So sánh sự thay đổi điểm của từng yếu tố trong 8 yếu tố kể trên ở các thời điểm.

Từ đó đưa ra kết luận về sự thay đổi chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Theo dõi, đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân trước và sau mổ bằng cách so sánh sự thay đổi điểm số trung bình[4]:

(+) 13,2 điểm: chất lượng cuộc sống tốt hơn

(+) 5,8 điểm: chất lượng cuộc sống hơi tốt hơn

(-) 10,8 điểm: chất lượng cuộc sống xấu hơn

(-) 34,4 điểm: chất lượng cuộc sống xấu nhiều

**2.4. Phương pháp thu thập, xử lý số liệu****Phương pháp thu thập số liệu, công cụ thu thập số liệu**

Thu thập số liệu:Tiền cứu. Đối tượng nghiên cứu thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn thì thực hiện phỏng vấn bộ câu hỏi đánh giá CLCS của họ tại hai thời điểm: sau phẫu thuật 3-7 ngày và tái khám sau ra viện 3 tháng tại khoa Ngoại Tiêu hoá gan mật và Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Công cụ thu thập dữ kiện: Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi SF-36. Bộ câu hỏi khảo sát gồm 2 phần.

Phần 1: Thông tin chung gồm 8 câu hỏi bao gồm các nội dung liên quan đến đặc điểm dân số - kinh tế - xã hội của đối tượng nghiên cứu: Giới tính, Tuổi, Chiều cao, Cân nặng, Trình độ học vấn, Tình trạng hôn nhân, Nghề nghiệp, Mức thu nhập.

Phần 2: Phần câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống dựa vào thang đo SF-36 với 36 câu hỏi với 2 thành phần sức khỏe thể chất gồm 4 lĩnh vực: Hoạt động thể chất (10 câu hỏi), Giới hạn hoạt động thể chất (4 câu hỏi), Cảm nhận đau đớn (2 câu hỏi), Sức khỏe tổng quát (6 câu hỏi) và thành phần về sức khỏe tinh thần gồm 4 lĩnh vực: Cảm nhận sức sống (4 câu hỏi), Tâm thần tổng quát (5 câu hỏi), Giới hạn hoạt động cảm xúc (3 câu hỏi), Giới hạn hoạt động xã hội (2 câu hỏi).

### 2.5. Xử lý số liệu

Các kết quả nghiên cứu được nhập vào máy, xử lý các số liệu theo chương trình SPSS 25.0 for Windows. Sử dụng các test thống kê (t-test, Chi-square, Pearson,...) để

kiểm định, so sánh và tìm mối tương quan.

### 2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

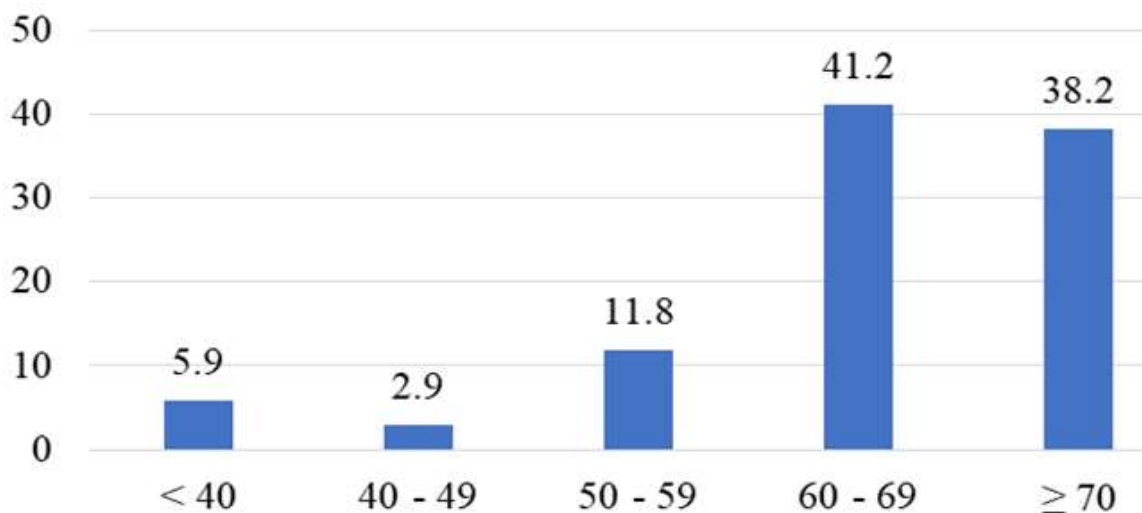
Mọi thông tin thu thập được đảm bảo bí mật cho bệnh nhân và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý và phê duyệt của Hội đồng đạo đức y học Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Kết quả nghiên cứu trung thực, khách quan, khoa học.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 34 bệnh nhân có hậu môn nhân tạo sau phẫu thuật điều trị ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 6 năm 2023, chúng tôi thu được một số kết quả sau:

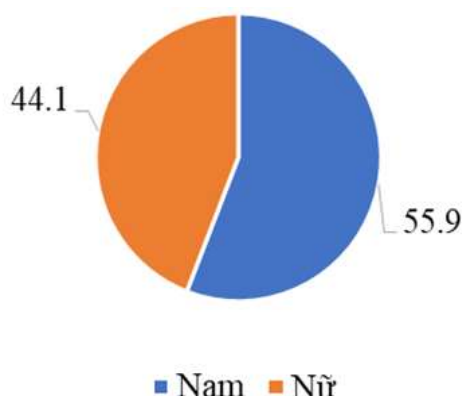
### 3.1. Đặc điểm tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình là  $65,12 \pm 12,23$ , nhỏ nhất 30 tuổi, lớn nhất 84 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ ~ 1,3.



**Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi**

**Nhận xét:** Nhóm tuổi 60 - 69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (41,2%), nhóm từ 70 tuổi trở lên chiếm 38,2%, có 5,9% bệnh nhân dưới 40 tuổi.

**Biểu đồ 2. Phân bố bệnh nhân theo giới**

**Nhận xét:** Nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn (55,9%).

### 3.2. Đánh giá chất lượng cuộc sống người bệnh có hậu môn nhân tạo sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng theo thang đo SF-36

#### 3.2.1. Đánh giá CLCS thời điểm sau phẫu thuật 3 - 7 ngày (lần 1)

**Bảng 2. Điểm số 8 lĩnh vực sức khỏe theo thang đo SF-36 (lần 1)**

| Lĩnh vực           | Trung vị | Trung bình    | Giá trị nhỏ nhất | Giá trị lớn nhất |
|--------------------|----------|---------------|------------------|------------------|
| Hoạt động thể chất | 15       | 27,65 ± 30,88 | 0                | 100              |
| Giới hạn chức năng | 0        | 12,50 ± 31,53 | 0                | 100              |
| Cảm nhận đau đớn   | 32,50    | 35,23 ± 22,83 | 0                | 100              |
| Đánh giá sức khỏe  | 29,12    | 29,78 ± 17,47 | 0                | 75               |
| Cảm nhận sức sống  | 40,00    | 43,53 ± 17,65 | 5                | 90               |
| Hoạt động xã hội   | 43,75    | 43,01 ± 24,07 | 0                | 100              |
| Giới hạn tâm lý    | 0        | 18,63 ± 22,02 | 0                | 100              |
| Tâm thần tổng quát | 44,00    | 45,41 ± 19,79 | 0                | 100              |
| Điểm CLCS chung    | 23,79    | 31,92 ± 19,18 | 6,88             | 81,67            |

**Nhận xét:** Điểm chất lượng cuộc sống chung lần đánh giá thứ nhất là  $31,92 \pm 19,18$  điểm, cao nhất ở lĩnh vực tâm thần tổng quát ( $45,41 \pm 19,79$  điểm), thấp nhất ở lĩnh vực giới hạn chức năng ( $12,50 \pm 31,53$  điểm).

**Bảng 3. Điểm số hai thành phần SKTC và SKTT lần 1**

| Thành phần         | Trung vị | Trung bình    | Giá trị nhỏ nhất | Giá trị lớn nhất |
|--------------------|----------|---------------|------------------|------------------|
| Sức khỏe thể chất  | 16,56    | 25,27 ± 20,51 | 2,29             | 89,58            |
| Sức khỏe tinh thần | 30,56    | 37,65 ± 19,85 | 4,38             | 90,50            |

**Nhận xét:** Điểm trung bình của thành phần sức khỏe tinh thần là  $37,65 \pm 19,85$  điểm, thành phần sức khỏe thể chất là  $25,27 \pm 20,51$  điểm.

**3.2.2. Đánh giá CLCS thời điểm tái khám sau 3 tháng ra viện (lần 2)****Bảng 4. Điểm số 8 lĩnh vực sức khỏe theo thang đo SF-36 (lần 2)**

| Lĩnh vực           | Trung vị | Trung bình    | Giá trị nhỏ nhất | Giá trị lớn nhất |
|--------------------|----------|---------------|------------------|------------------|
| Hoạt động thể chất | 67,5     | 67,50 ± 15,87 | 40               | 90               |
| Giới hạn chức năng | 50       | 42,65 ± 32,87 | 0                | 100              |
| Cảm nhận đau đớn   | 55       | 55,81± 11,26  | 32,5             | 87,5             |
| Đánh giá sức khỏe  | 37,5     | 39,83 ± 10,32 | 25               | 62,5             |
| Cảm nhận sức sống  | 55       | 56,47 ± 8,92  | 40               | 75               |
| Hoạt động xã hội   | 50       | 57,72 ± 10,21 | 37,5             | 75               |
| Giới hạn tâm lý    | 33,33    | 43,14 ± 29,05 | 0                | 100              |
| Tâm thần tổng quát | 56       | 55,88±8,94    | 32               | 80               |
| Điểm CLCS chung    | 51,05    | 52,37±10,02   | 31,21            | 69,79            |

**Nhận xét:** Điểm chất lượng cuộc sống chung lần đánh giá thứ hai là  $52,37 \pm 10,02$  điểm, cao nhất ở lĩnh vực hoạt động thể chất ( $67,50 \pm 15,87$  điểm), thấp nhất ở lĩnh vực đánh giá sức khỏe ( $39,83 \pm 10,32$  điểm).

**Bảng 5. Điểm số hai thành phần sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần**

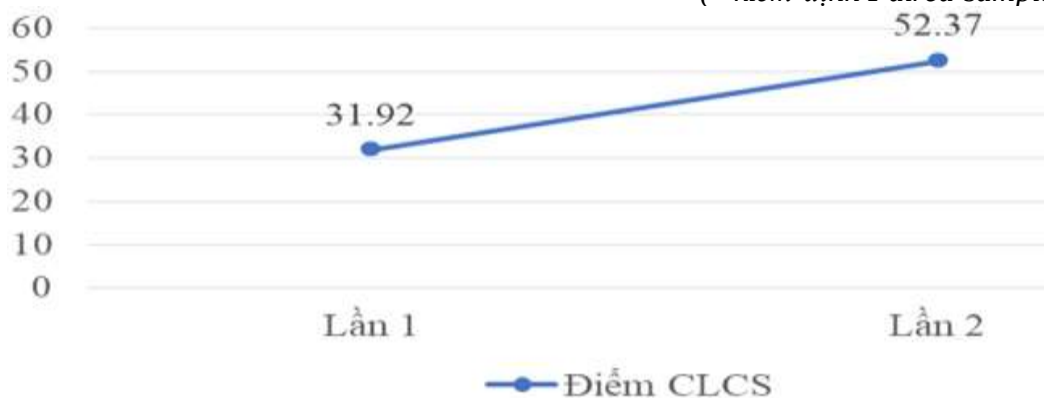
| Thành phần         | Trung vị | Trung bình    | Giá trị nhỏ nhất | Giá trị lớn nhất |
|--------------------|----------|---------------|------------------|------------------|
| Sức khỏe thể chất  | 51,98    | 51,45 ± 13,53 | 26,67            | 75,42            |
| Sức khỏe tinh thần | 54,31    | 53,30±9,28    | 31,75            | 69,17            |

**Nhận xét:** Điểm trung bình của thành phần sức khỏe tinh thần ở lần đánh giá thứ 2 là  $53,30 \pm 9,28$  điểm, thành phần sức khỏe thể chất là  $51,45 \pm 13,53$  điểm.

**3.2.3. So sánh điểm chất lượng cuộc sống người bệnh có hậu môn nhân tạo sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng giữa 2 lần đánh giá theo thang SF-36****Bảng 6. So sánh điểm CLCS chung người bệnh giữa 2 lần đánh giá**

|                 | Lần 1         | Lần 2         | Chênh lệch | p      |
|-----------------|---------------|---------------|------------|--------|
| Điểm CLCS chung | 31,92 ± 19,18 | 52,37 ± 10,02 | + 20,45    | 0,000* |

(\* kiểm định Paired samples Test)





**Nhận xét:** Điểm chất lượng cuộc sống chung của người bệnh có hậu môn nhân tạo sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng ở lần đánh giá thứ 2 tăng lên so với lần 1, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Hoạt động xã hội, giới hạn tâm lý, cảm nhận cuộc sống và tâm thần tổng quát. Sự khác biệt về điểm số chất lượng cuộc sống giữa 2 lần đánh giá có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .



**Biểu đồ 3. So sánh CLCS của bệnh nhân thời điểm ngay sau PT (lần 1) và thời điểm sau PT 3 tháng (lần 2)**

**Nhận xét:** Chất lượng cuộc sống ở mức kém giảm 35,3%, mức trung bình kém giảm 3,0%, mức trung bình khá và khá tốt lần lượt tăng 32,4% và 5,9%.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Tuổi và giới

Qua nghiên cứu 34 bệnh nhân có HMNT sau PT điều trị ung thư đại trực tràng có độ tuổi trung bình là  $65,12 \pm 12,23$ , nhỏ nhất 30 tuổi, lớn nhất 84 tuổi. Phân bố theo nhóm tuổi cho kết quả nhóm 60 - 69 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (41,2%), nhóm từ 70 tuổi trở lên chiếm 38,2%, có 5,9% bệnh nhân dưới 40 tuổi (biểu đồ 1). Kết quả chúng tôi tương tự tác giả Võ Thị Tám nghiên cứu 40 BN sau PT ung thư trực tràng có HMNT nhóm tuổi 60 - 69 cũng chiếm tỉ lệ cao nhất với 30%, nhóm tuổi 40 - 49 chiếm 27,5%, nhóm 50 - 59 chiếm 22,5% và nhóm dưới 40 tuổi chiếm 10%[4]. Theo Vũ Ngọc Sơn, tuổi trung bình

là 61,9 tuổi[3]. Theo Ngô Thị Huyền (2018)[2], tuổi trung bình là 55,75 tuổi, nhóm trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (39,2%), nhóm 18 - 45 tuổi chiếm 23,3% (28 BN). Theo Liu Huayun (2021), tuổi trung bình là  $57,86 \pm 11,92$  tuổi[5]. Như vậy thấy rằng ung thư đại tràng chủ yếu gặp ở lứa tuổi trên 50, tuy nhiên tỉ lệ ung thư ở người trẻ (dưới 40 tuổi) đang có xu hướng tăng lên.

Biểu đồ 2 cho kết quả, nam giới chiếm tỉ lệ cao (55,9%), tỉ lệ nam/nữ  $\sim 1,3$ . Tỉ lệ nam giới qua các nghiên cứu đều chiếm chủ yếu, như Võ Thị Tám (65%)[4], Ngô Thị Huyền (60%)[2], Vũ Ngọc Sơn (71%)[3], Liu Huayun (60,4%)[5],... Điều này có thể do nam giới tiếp xúc với nhiều yếu tố nguy cơ của ung thư đại trực tràng như hút thuốc lá, rượu bia, chế độ ăn nhiều thịt đỏ,...

**4.2. Chất lượng cuộc sống người bệnh có hậu môn nhân tạo sau phẫu thuật ung**

**thư đại trực tràng theo thang đo SF-36****4.2.1. Chất lượng cuộc sống ở thời điểm sau phẫu thuật 3 đến 7 ngày (lần đánh giá thứ nhất)**

Bảng 2 cho kết quả điểm chất lượng cuộc sống ở lần đánh giá thứ nhất là  $31,92 \pm 19,18$  điểm, tức chất lượng cuộc sống ở mức trung bình kém (26 - 50 điểm). Tất cả các lĩnh vực sức khỏe đều ở mức độ kém hoặc trung bình kém. Các lĩnh vực sức khỏe ở mức kém (0 - 25 điểm) gồm: giới hạn chức năng ( $12,50 \pm 31,53$  điểm), giới hạn tâm lý ( $18,63 \pm 22,02$ ). Các lĩnh vực ở mức độ trung bình kém gồm: hoạt động thể chất ( $27,65 \pm 30,88$ ), cảm nhận đau đớn ( $35,23 \pm 22,83$ ), đánh giá sức khỏe ( $29,78 \pm 17,47$ ), cảm nhận cuộc sống ( $43,53 \pm 17,65$ ), hoạt động xã hội ( $43,01 \pm 24,07$ ), cao nhất ở lĩnh vực tâm thần tổng quát ( $45,41 \pm 19,79$  điểm).

Tác giả Ngô Thị Huyền (2018) [2], nghiên cứu cho kết quả chất lượng cuộc sống của người bệnh mang HMNT ở mức thấp và trung bình đạt 4,26 trên thang 10 điểm. Võ Thị Tám (2020), điểm trung bình CLCS chung của người bệnh là  $33,9 \pm 13,1$  (điểm), ở mức trung bình kém, tương tự nghiên cứu của chúng tôi [4]. Vũ Ngọc Sơn (2022) CLCS của người bệnh ung thư trực tràng phụ thuộc vào phương pháp phẫu thuật, người bệnh có HMNT vĩnh viễn sau PT Miles có CLCS thấp hơn [3].

Như vậy, các nghiên cứu đều chỉ ra CLCS của người bệnh có HMNT ở thời điểm ngay sau phẫu thuật 3 - 7 ngày, đều ở mức trung bình kém hoặc mức thấp (tùy thang đo). Có thể giải thích do sau khi phẫu thuật

sức khỏe thể chất bệnh nhân kém, cảm giác đau, người bệnh thường nằm tại giường, hạn chế vận động, đồng thời sức khỏe tinh thần của người bệnh chưa được phục hồi như trước, lúc này người bệnh chưa quen với việc có cũng như sử dụng HMNT nên có cảm giác không thoải mái, khó chịu và thiếu tự tin.

Sức khỏe thể chất (SKTC) và sức khỏe tinh thần (SKTT)

Các lĩnh vực sức khỏe của thành phần SKTC bao gồm hoạt động thể chất, giới hạn hoạt động chức năng, cảm nhận đau đớn, đánh giá sức khỏe. Các lĩnh vực sức khỏe của thành phần SKTT gồm cảm nhận sức sống, tâm thần tổng quát, giới hạn tâm lý, giới hạn hoạt động xã hội. Lần đánh giá thứ nhất, điểm trung bình của thành phần thành phần sức khỏe thể chất là  $25,27 \pm 20,51$  điểm (xếp mức trung bình kém) thấp hơn điểm trung bình của thành phần sức khỏe tinh thần là  $37,65 \pm 19,85$  điểm (xếp mức trung bình kém). Thời điểm lần đánh giá thứ nhất, ngay sau mổ 3 - 7 ngày, các lĩnh vực của SKTC có số điểm thấp hơn đáng kể. Thấp nhất là lĩnh vực giới hạn chức năng với  $12,50 \pm 31,53$  điểm, tiếp theo là hoạt động thể chất, đánh giá sức khỏe và cảm nhận đau đớn. Lĩnh vực giới hạn chức năng có điểm số thấp nhất có thể do ngay sau mổ mọi sinh hoạt cá nhân người bệnh thường phụ thuộc vào người chăm sóc và nhân viên y tế, do đó thường gặp hạn chế hoặc khó khăn trong sinh hoạt hằng ngày, hiệu quả công việc kém.

Trong các lĩnh vực SKTT, lĩnh vực tâm thần tổng quát có điểm số cao nhất ( $45,41 \pm$

19,79 điểm. Các lĩnh vực SKTT mặc dù điểm cao hơn SKTC tuy nhiên đều ở mức kém hoặc trung bình kém. Trên lâm sàng, giai đoạn ngay sau mổ người bệnh thường có trạng thái tinh thần mệt mỏi, lo lắng về tình trạng bệnh, sức khỏe, diễn biến hồi phục sau mổ, đặc biệt ở người bệnh có HMNT ở thời gian này người bệnh thường chưa quen, chưa biết cách chăm sóc và sử dụng túi HMNT đúng cách. Theo Võ Thị Tám[4], thời điểm ngay sau mổ, điểm số thành phần SKTC trung bình  $22,5 \pm 13,9$ , thấp hơn điểm số thành phần sức khỏe tinh thần ( $45,7 \pm 14,5$  điểm), tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

#### **4.2.2. Chất lượng cuộc sống thời điểm tái khám sau 3 tháng ra viện (đánh giá lần 2)**

Bảng 4 cho kết quả điểm chất lượng cuộc sống trung bình lần đánh giá thứ hai là  $52,37 \pm 10,02$  điểm, xếp mức trung bình khá. Điểm số các lĩnh vực sức khỏe cũng tăng lên đáng kể, cao nhất ở lĩnh vực hoạt động thể chất ( $67,50 \pm 15,87$  điểm), thấp nhất ở lĩnh vực đánh giá sức khỏe ( $39,83 \pm 10,32$  điểm). Điểm trung bình của thành phần sức khỏe tinh thần ở lần đánh giá thứ 2 là  $53,30 \pm 9,28$  điểm và thành phần sức khỏe thể chất là  $51,45 \pm 13,53$  điểm, đều xếp ở mức trung bình khá (bảng 3.5). Theo Võ Thị Tám, lần đánh giá sau ra viện 3 tháng, điểm trung bình chất lượng cuộc sống là  $67,2 \pm 13,5$  điểm, xếp mức trung bình khá tương tự kết quả của chúng tôi, trong đó điểm cao nhất ở lĩnh vực hoạt động thể chất với  $77,8 \pm 13,7$  (điểm) và lĩnh vực giới hạn tâm lý với  $75,6 \pm 17,2$

(điểm), điểm thấp nhất ở lĩnh vực giới hạn chức năng với  $51,9 \pm 38,9$  (điểm), điểm trung bình của thành phần sức khỏe thể chất là  $66,5 \pm 21,9$  (điểm) và thành phần sức khỏe tinh thần là  $67,4 \pm 11,5$  (điểm) [4].

Sau 3 tháng phẫu thuật và đánh giá lại, CLCS của người bệnh có HMNT được cải thiện lên mức trung bình khá. Lĩnh vực hoạt động thể chất có điểm trung bình cao hơn, chứng tỏ sau 3 tháng sau mổ, các hoạt động chức năng như chạy bộ, nâng nhắc vật nặng, thể thao, đi cầu thang,... của người bệnh dần được hồi phục. Lĩnh vực đánh giá sức khỏe có điểm số thấp nhất ( $39,83 \pm 10,32$  điểm), người bệnh tự đánh giá toàn diện sức khỏe của mình ở mức trung bình kém, kém hơn sức khỏe của mình so với năm ngoài.

Các lĩnh vực của STTT được xếp ở mức trung bình khá gồm: Hoạt động xã hội ( $57,72 \pm 10,21$  điểm), cảm nhận sức sống ( $56,47 \pm 8,92$  điểm), tâm thần tổng quát ( $55,88 \pm 8,94$  điểm), lĩnh vực giới hạn tâm lý ( $43,14 \pm 29,05$  điểm) xếp mức trung bình kém. Giới hạn tâm lý là những giới hạn hoạt động do khiếm khuyết tâm lý được đo lường thông qua các loại hình hay công việc sinh hoạt hằng ngày có thể do người bệnh có tâm lý xáo trộn, mặc cảm về bệnh, về HMNT gây ảnh hưởng tới các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, hiệu quả công việc giảm hoặc người bệnh bị xao lãng trong lúc làm việc, thiếu sự tập trung.

#### **4.2.3. So sánh giữa 2 lần đánh giá theo thang SF-36**

Trong nghiên cứu chúng tôi so sánh điểm chất lượng cuộc sống chung của người bệnh

có hậu môn nhân tạo sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng ở thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng (lần 2) và thời điểm ngay sau phẫu thuật 3 - 7 ngày (lần 1). Kết quả: điểm CLCS lần 2 tăng + 20,45 điểm so với lần 1 (bảng 3.6), tức CLCS người bệnh sau phẫu thuật 3 tháng tốt hơn thời điểm ngay sau phẫu thuật 3-7 ngày, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ , kiểm định Paired samples Test. Tác giả Võ Thị Tám cho kết quả tương tự, điểm chất lượng cuộc sống tăng từ 33,9 điểm (lần 1) lên 67,2 điểm (lần 2), tăng +33,3 điểm [4].

Đánh giá CLCS của bệnh nhân có HMNT tái khám sau 3 tháng cho thấy lĩnh vực hoạt động thể chất, hoạt động xã hội và cảm nhận sức sống của người bệnh tăng lên cao nhất. Theo Liu Huayun, đánh giá CLCS trên 359 BN, trong đó 46,5% có HMNT vĩnh viễn sử dụng thang đo stoma-QoL, điểm CLCS của hầu hết người bệnh đều kém, với giá trị trung bình là 49,44, những bệnh nhân có HMNT được người khác chăm sóc có điểm CLCS thấp hơn đáng kể so với những người tự chăm sóc, những BN có HMNT tạm thời có điểm CLCS thấp hơn so với những người có lỗ thông vĩnh viễn[5]. Điều này có thể lý giải, sau một thời gian sử dụng HMNT người bệnh đã quen, có kiến thức và thực hành chăm sóc HMNT, người bệnh có thể coi HMNT như một phần của cơ thể và sử dụng nó một cách thành thạo nên tâm lý thoải mái hơn, điểm giới hạn tâm lý lần đánh giá thứ 2 trong nghiên cứu chúng tôi có giá trị tăng gấp 2,32 lần so với thời điểm mới phẫu thuật.

So sánh xếp loại mức độ CLCS, biểu đồ 3 cho kết quả: Lần đánh giá 1, CLCS chủ yếu xếp loại kém (50%), 26,5% xếp mức trung bình kém, 8,8% trung bình khá và 14,7% mức khá tốt; lần đánh giá 2, mức kém giảm còn 14,7%, mức trung bình kém giảm (23,5%), mức trung bình khá tăng 32,4% đạt tỉ lệ 41,2%, mức khá tốt cũng tăng 5,9% đạt 20,6%. Như vậy, ở thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng, xếp loại CLCS của người bệnh có HMNT tăng lên, chủ yếu ở mức trung bình khá (41,2%).

## V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình là  $65,12 \pm 12,23$ . Nam giới chiếm tỉ lệ 55,9%.

Thời điểm sau phẫu thuật 3 - 7 ngày: Chất lượng cuộc sống ở mức trung bình kém. Điểm chất lượng cuộc sống trung bình là  $31,92 \pm 19,18$  điểm, điểm trung bình của thành phần sức khỏe tinh thần là  $37,65 \pm 19,85$  điểm, thành phần sức khỏe thể chất là  $25,27 \pm 20,51$  điểm.

Thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng: Chất lượng cuộc sống ở mức trung bình khá. Điểm chất lượng cuộc sống trung bình là  $52,37 \pm 10,02$  điểm, điểm trung bình của thành phần sức khỏe tinh thần là  $53,30 \pm 9,28$  điểm, thành phần sức khỏe thể chất là  $51,45 \pm 13,53$  điểm.

So sánh điểm chất lượng cuộc sống lần đánh giá thứ 2 tăng lên so với lần 1 + 20,45 điểm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Chất lượng cuộc sống ở mức kém giảm 35,3%, mức trung bình kém giảm 3,0%, mức trung bình khá và khá tốt lần lượt

tăng 32,4% và 5,9%.

## VI. KHUYẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi xin đưa ra một số khuyến nghị như sau:

Điều dưỡng cần tăng cường giáo dục sức khỏe cho người bệnh có HMNT cách sinh hoạt hàng ngày, hướng dẫn chăm sóc HMNT đúng cách để người bệnh tự biết cách chăm sóc, sinh hoạt hàng ngày và làm việc, giúp người bệnh lấy lại cân bằng và sự tự tin trong cuộc sống và công việc.

Điều dưỡng cần tư vấn người bệnh về chế độ ăn uống, vận động, vệ sinh thân thể và tái khám phù hợp trước khi ra viện để tránh các biến chứng có thể xảy ra để cải thiện chất lượng cuộc sống ở khía cạnh sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần cho người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đức Chính, Trần Tuấn Anh** (2015), *Lỗ mở thông đường tiêu hoá - Kỹ thuật và chăm sóc*, Vol. 1, Nhà xuất bản Y học,.
2. **Ngô Thị Huyền** (2018), *Đánh giá chất lượng cuộc sống của người mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2018*, Luận văn Thạc sĩ điều dưỡng, Trường Đại học điều dưỡng Nam Định.
3. **Vũ Ngọc Sơn, Triệu Triều Dương, Phạm**

**Văn Thương** (2022), "Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật cắt trực tràng trước thấp và cắt cụt trực tràng đường bụng - tăng sinh môn điều trị ung thư trực tràng", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2,pp.8 - 12.

4. **Võ Thị Tám** (2020), *Chất lượng cuộc sống của người bệnh có hậu môn nhân tạo sau mổ ung thư trực tràng*, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
5. **Huayun Liu, Xiaomei Zhu, Juping Yu et al.** (2021), "The quality of life of patients with colorectal cancer and a stoma in China: A quantitative cross-sectional study", *Advances in Skin & Wound Care*. 34(6),pp.302-307.
6. **Kristin Haraldstad, A Wahl, Randi Andenæs et al.** (2019), "A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences", *Quality of Life Research*. 28,pp.2641-2650.
7. **Stéphane Faury, Eric Rullier, Quentin Denost et al.** (2020), "Quality of life and fatigue among colorectal cancer survivors according to stoma status-the national VICAN survey", *Journal of Psychosocial Oncology*. 38(1),pp.89-102.
8. **Hyuna Sung, Jacques Ferlay, Rebecca L Siegel et al.** (2021), "Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", *CA: a cancer journal for clinicians*. 71(3),pp.209-249.

## ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN NHỊP CHẬM SAU CẤY MÁY TẠO NHỊP VĨNH VIỄN BẰNG BỘ CÂU HỎI AQUAREL VÀ SF12

Bạch Thị Hoa<sup>1</sup>, Phạm Như Hùng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Phương Thảo<sup>1</sup>

### TÓM TẮT.

**Đặt vấn đề:** Đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) liên quan đến sức khỏe là cần thiết để có được cái nhìn tổng quan về CLCS của người bệnh, từ đó có chiến lược phù hợp để nâng cao sức khỏe về tinh thần, thể chất cho người bệnh.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang người bệnh đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn tại Bệnh viện Tim Hà Nội trong thời gian từ tháng 6/2020 đến 4/2021. Xử lý số liệu theo phần mềm STATA 14. **Kết quả:** có 105 người bệnh, tuổi trung bình là  $65,35 \pm 13,71$ , nữ giới chiếm 62,86%, theo thang điểm AQUAREL điểm CLCS tốt nhất sau cấy máy là chức năng rối loạn nhịp chậm ( $72,52 \pm 16,83$ ;  $91,19 \pm 9,03$ ;  $96,19 \pm 5,70$ ), thấp nhất là khó chịu ở ngực ( $60,24 \pm 12,07$ ;  $86,46 \pm 10,52$ ;  $95,36 \pm 6,14$ ), theo SF-12 điểm CLCS sức khỏe tinh thần ( $55,62 \pm 8,14$ ;  $56,71 \pm 4,58$ ;  $56,86 \pm 2,47$ ) cao hơn điểm CLCS sức khỏe thể chất ( $38,93 \pm 8,07$ ;  $43,26 \pm 7,89$ ;  $51,75 \pm 5,54$ ). CLCS của người bệnh sau cấy máy tạo nhịp cao hơn CLCS của người bệnh trước cấy máy tạo nhịp. Tuy nhiên sau 3 tháng đặt máy tạo nhịp CLCS của người bệnh trên 60 tuổi cao hơn nhóm dưới 60 tuổi. Người bệnh trí thức và nghỉ hưu có điểm CLCS cao hơn nhóm

người làm việc tự do, công nhân và nông dân và những người bệnh không có bệnh suy tim có CLCS cao hơn nhóm có bệnh suy tim kèm theo với ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** CLCS của người bệnh sau đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn cải thiện hơn so với trước can thiệp và cao nhất ở tháng thứ 6. Chất lượng cuộc sống của người bệnh sau cấy máy tạo nhịp bị ảnh hưởng bởi các yếu tố: tuổi, nghề nghiệp và bệnh suy tim kèm theo.

**Từ khóa:** Chất lượng cuộc sống; Máy tạo nhịp vĩnh viễn; Rối loạn nhịp chậm.

### SUMMARY

#### SUMMARY TO EVALUATE PATIENT'S QUALITY OF LIFE ASPECTS AFTER PACEMAKER IMPLANTATION, USING AQUAREL AND SF-12 QUESTIONNAIRES

**Background:** Health-related quality of life evaluation is necessary to have an overview of the patient's quality of life, in order to have appropriate strategies to improve both mental and physical health of the patients. **Subjects and methods:** We conducted a prospective cross-sectional study of patients with permanent pacemaker implantation at Hanoi Heart Hospital from June 2020 to April 2021, using STATA 14 software for data analysis. **Results:** A total of 105 patients were included in the study with mean age  $65,35 \pm 13,71$  years and 62,86% female. The highest AQUAREL scores after implantation, is bradyarrhythmia function ( $72,52 \pm 16,83$ ;  $91,19 \pm 9,03$ ;  $96,19 \pm 5,70$ ), while the lowest scores is chest discomfort ( $60,24 \pm 12,07$ ,

---

<sup>1</sup>Bệnh viện Tim Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bạch Thị Hoa

SĐT: 0936215119

Email: bachthihoa@timhanoi.vn

Ngày nhận bài: 29/5/2024

Ngày phản biện khoa học: 09/6/2024

Ngày duyệt bài: 15/7/2024

86.46  $\pm$  10.52; 95, 36  $\pm$  6.14). The SF-12 scores in mental health aspect (55.62  $\pm$  8.14; 56.71  $\pm$  4.58; 56.86  $\pm$  2.47) are higher than that scores in physical health aspect (38.93  $\pm$  8.07; 43.26  $\pm$  7.89; 51.75  $\pm$  5.54). The quality of life (QoL) of patients after pacemaker implantation in all aspects was higher compared to that of patients before implantation. However, three months after the pacemaker implantation, the QoL of patients over 60 years old was higher than that of patients under 60 years old. The QoL scores of educated and retired patients is higher than that of freelancers, workers, and farmers and patients without heart failure had a higher QoL than those with heart failure ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** The quality of life of patients improves after permanent pacemaker implantation and reaching its peak at the 6th month follow-up. Age, occupation, and concomitant heart failure are related factors to the QoL of patients.

**Keywords:** Quality of life; Permanent pacemaker; Bradycardia.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nhịp chậm là bệnh lý có thể gây nguy hiểm cho người bệnh như ngất hoặc ngừng tim. Có hai phương pháp điều trị chính là nội khoa và cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn. Cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn là phương pháp điều trị được đánh giá an toàn và mang lại hiệu quả lâu dài cho người bệnh bị rối loạn nhịp chậm. Ngày nay, việc đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh sau cấy máy là cần thiết, quan trọng, qua đó giúp nhân viên y tế có cái nhìn tổng quát hơn, giúp người bệnh có CLCS tốt hơn cả về thể chất lẫn tinh thần. Hiện nay, có rất nhiều bộ câu hỏi để đánh giá CLCS như SF36 (Short Form 36- item health survey), Sickness Impact Profile (SIP) Karolinsk. Bộ câu hỏi SF12 là bộ câu hỏi được rút gọn của SF36

được sử dụng phổ biến vì tính gọn nhẹ, dễ sử dụng trong việc đánh giá CLCS các bệnh lý nói chung và sử dụng rộng rãi trong tim mạch [9]. Bên cạnh đó AQUAREL, là bộ câu hỏi chuyên biệt được thiết kế để đánh giá về gánh nặng triệu chứng lên CLCS của người bệnh rối loạn nhịp chậm sau cấy máy tạo nhịp. Theo thống kê trong năm 2009 ở 61 quốc gia trên thế giới có 1.002.664 máy tạo nhịp được cấy, trong đó có 737840 máy cấy mới [5] Tại Việt Nam theo thống kê của Viện Tim mạch Quốc Gia từ 1/2008 đến 12/2011 có 1366 bệnh nhân được cấy máy tạo nhịp để điều trị rối loạn nhịp chậm [2]. Tại Bệnh viện Tim Hà Nội, từ năm 2015 đến năm 2019 có trên 1300 người bệnh được cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn, số lượng người bệnh mang máy tạo nhịp vĩnh viễn ngày càng tăng nhưng CLCS của những người bệnh này chưa được đánh giá một cách đầy đủ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với hai mục tiêu mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh rối loạn nhịp chậm sau cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn bằng bộ câu hỏi AQUAREL và SF 12 tại Bệnh viện Tim Hà Nội và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh rối loạn nhịp chậm sau cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh  $\geq 18$  tuổi có chẩn đoán rối loạn nhịp tim chậm đã được cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh có rối loạn về tâm thần nhận thức, quá già yếu, suy giảm trí nhớ, nhận thức kém... không đủ khả năng nhận thức để tham gia nghiên cứu.

- Địa điểm và thời gian nghiên cứu: tại

Bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 6/2020 đến tháng 4/2021.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, tiến cứu.

- Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Chọn tất cả những người bệnh được chẩn đoán rối loạn nhịp chậm cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Thu thập số liệu:

+ Công cụ và kỹ thuật thu thập số liệu: Phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu và bộ câu hỏi phỏng vấn. Phỏng vấn người bệnh bằng bộ câu hỏi SF12 và Aquarell qua 4 giai đoạn trước khi cấy máy tạo nhịp và sau khi cấy máy tạo nhịp 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng

+ Bộ câu hỏi AQUAREL gồm 20 câu hỏi được chia làm 3 lĩnh vực: Khó chịu ở ngực (8 câu), triệu chứng rối loạn nhịp (5 câu), đánh giá khả năng hoạt động thể lực (7 câu). Điểm cho từng lĩnh vực được tính theo thang

điểm likert 5

Điểm AQUAREL =  $\{[(\sum N - n^{\circ}N) / (n^{\circ}N \times 5) - n^{\circ}N]\} \times 100$

Trong đó:

$\sum N$ : tổng số điểm của các câu hỏi thành phần trong từng lĩnh vực

$n^{\circ}N$ : số câu hỏi thành phần trong từng lĩnh vực

+ Bộ câu hỏi SF12 có 12 câu hỏi: 4 khía cạnh về hoạt động thể lực (mỗi khía cạnh có 2 câu), 4 khía cạnh về hoạt động tinh thần (mỗi khía cạnh có 1 câu). Điểm mỗi câu được tính từ 0 - 100 điểm. Điểm cho 8 khía cạnh được tính bằng trung bình điểm của tất cả các câu trả lời thuộc khía cạnh đó

**2.3. Xử lý số liệu:** Xử lý số liệu bằng phần mềm STATA 14.0.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu:** Được sự đồng ý của người bệnh, thông tin của người bệnh được bí mật và kết quả nghiên cứu chỉ nhằm phục vụ nghiên cứu khoa học.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=105)**

|                              | Đặc điểm                 | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------|--------------------------|------------|-----------|
| <b>Tuổi</b>                  | < 60 tuổi                | 30         | 28,57     |
|                              | ≥ 60 tuổi                | 75         | 71,43     |
| Tuổi trung bình 65,35± 13,71 |                          |            |           |
| <b>Giới</b>                  | Nam                      | 39         | 37,14     |
|                              | Nữ                       | 66         | 62,86     |
| <b>Nơi ở</b>                 | Nông thôn                | 71         | 67,62     |
|                              | Thành thị                | 34         | 32,38     |
| <b>Nghề nghiệp</b>           | Nông dân                 | 14         | 13,33     |
|                              | Công nhân                | 5          | 4,76      |
|                              | Hưu trí                  | 53         | 50,48     |
|                              | Trí thức                 | 8          | 7,62      |
|                              | Tự do                    | 25         | 23,81     |
| <b>Trình độ học vấn</b>      | Dưới trung học phổ thông | 66         | 62,86     |



|                              |                              |    |       |
|------------------------------|------------------------------|----|-------|
|                              | Trung học phổ thông          | 26 | 24,76 |
|                              | Trung cấp, cao đẳng, đại học | 13 | 12,38 |
| <b>Yếu tố nguy cơ (YTNC)</b> | Tăng huyết áp                | 45 | 42,86 |
|                              | Đái tháo đường               | 16 | 15,24 |
|                              | Suy tim                      | 17 | 16,19 |
|                              | Bệnh mạch vành               | 21 | 20,00 |
| <b>Chỉ định cấy máy</b>      | RLCN nút xoang               | 55 | 52,38 |
|                              | Block nhĩ thất               | 50 | 47,62 |

Tuổi trung bình của người bệnh là 65,35  $\pm$  13,71. Nữ (62,84%) cao hơn nam (37,14%). Người bệnh sống ở nông thôn (67,62 %) cao gấp đôi ở thành thị (32,38%). Trình độ học vấn trung học phổ thông chiếm 62,86%. Tỷ lệ người bệnh nghi hưu chiếm phần lớn với 50,48%. Người bệnh có tiền sử

tăng huyết áp cao nhất 42,86%, đái tháo đường là 15,24%, suy tim 16,19% và 20% bệnh mạch vành. Bệnh nhân cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn do rối loạn chức năng nút xoang (52,38%), Block nhĩ - thất (47,62%).

### 3.2. Chất lượng cuộc sống sau cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn theo các thang điểm

**Bảng 3.2. Điểm CLCS trước và sau cấy máy tạo nhịp 1-3-6 tháng theo thang điểmAQUAREL**

| Các khía cạnh              | Trước cấy máy (0) | Sau 1 tháng (1)   | Sau 3 tháng (2)   | Sau 6 tháng (3)  | P <sub>01</sub> (*) | P <sub>02</sub> (*) | P <sub>03</sub> (*) |
|----------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Khó chịu ở ngực            | 51,43 $\pm$ 5,25  | 60,24 $\pm$ 12,07 | 86,46 $\pm$ 10,52 | 95,36 $\pm$ 6,14 | <0,001              | <0,001              | <0,001              |
| Rối loạn nhịp tim          | 54,86 $\pm$ 7,45  | 72,52 $\pm$ 16,83 | 91,19 $\pm$ 9,03  | 96,19 $\pm$ 5,70 | <0,001              | <0,001              | <0,001              |
| Khả năng hoạt động thể lực | 52,0 $\pm$ 5,94   | 65,99 $\pm$ 16,94 | 90,65 $\pm$ 10,76 | 96,02 $\pm$ 6,07 | <0,001              | <0,001              | <0,001              |
| Điểm CLCS chung            | 52,76 $\pm$ 4,56  | 66,25 $\pm$ 13,40 | 89,43 $\pm$ 8,46  | 95,86 $\pm$ 4,42 | <0,001              | <0,001              | <0,001              |

(\*): Test kiểm định Ttest ghép cặp

Điểm CLCS theo thang điểm AQUAREL của ba lĩnh vực đều tăng lên ở thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng sau can thiệp và cao hơn so với thời điểm trước can thiệp cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn với p < 0,05.

**Bảng 3.3. Điểm CLCS trước và sau cấy máy tạo nhịp 1-3-6 tháng theo thang điểm SF-12**

| Các khía cạnh                 | Trướccấy máy (0)  | Sau 1 tháng (1)   | Sau 3 tháng (2)   | Sau 6 tháng (3)   | P <sub>01</sub> (*) | P <sub>02</sub> (*) | P <sub>03</sub> (*) |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Hoạt động thể chất            | 38,33 $\pm$ 22,22 | 59,05 $\pm$ 24,79 | 69,52 $\pm$ 22,73 | 91,43 $\pm$ 15,82 | <0,001              | <0,001              | <0,001              |
| Hạn chế do hoạt động thể chất | 22,38 $\pm$ 36,68 | 34,29 $\pm$ 45,63 | 57,14 $\pm$ 43,54 | 90,48 $\pm$ 24,11 | <0,001              | <0,001              | <0,001              |
| Cảm giác đau                  | 64,05 $\pm$ 18,65 | 69,76 $\pm$ 18,24 | 80,0 $\pm$ 16,41  | 91,90 $\pm$ 13,20 | <0,001              | <0,001              | <0,001              |
| Sức khỏe chung                | 39,76 $\pm$ 14,58 | 48,10 $\pm$ 15,77 | 50,71 $\pm$ 10,66 | 63,33 $\pm$ 14,32 | <0,001              | <0,001              | <0,001              |

|                               |             |             |             |             |        |        |        |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------|--------|--------|
| Hạn chế do vấn đề cảm xúc     | 74,76±39,91 | 81,43±38,14 | 94,76±20,71 | 98,57±8,37  | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| Sức sống                      | 68,0±18,10  | 71,05±19,21 | 76,0±12,83  | 81,71±7,90  | 0,0038 | <0,001 | <0,001 |
| Tình trạng tâm lý             | 75,05±12,72 | 76,38±13,53 | 77,81±8,77  | 83,05±7,09  | 0,0037 | 0,005  | <0,001 |
| Hoạt động xã hội              | 75,71±19,44 | 80,71±19,07 | 83,81±17,67 | 94,29±11,63 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| CLCS sức khỏe thể chất (PCS)  | 33,86±7,50  | 38,93±8,07  | 43,26±7,89  | 51,75±5,54  | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| CLCS sức khỏe tinh thần (MCS) | 55,63±8,03  | 55,62±8,14  | 56,71±4,58  | 56,86±2,47  | 0,03   | 0,41   | 0,68   |
| Điểm CLCS chung               | 57,26±16,01 | 65,10±16,82 | 73,72±13,48 | 86,84±8,36  | <0,001 | <0,001 | <0,001 |

(\*): Test kiểm định Ttest ghép cặp

Điểm CLCS chung của người bệnh tại các thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau cấy máy tăng từ (65,10 ± 16,82 điểm đến 86,84±8,36 điểm) cao hơn với trước can thiệp ( $p < 0,05$ ). Điểm CLCS sức khỏe thể chất sau can thiệp tăng dần theo thời gian (từ 38,93 ± 8,07 điểm đến 51,75±5,54) cao hơn

trước can thiệp ( $p < 0,05$ ). Điểm CLCS sức khỏe tinh thần gần như không có sự thay đổi, kết quả này không có ý nghĩa thống kê với ( $p > 0,05$ ).

**3.3. Mối liên quan giữa các đặc điểm nhân khẩu học với điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm Aquarel và SF-12**

**Bảng 3.4. Mối liên quan giữa tuổi với điểm CLCS theo thang điểm AQUAREL tại các thời điểm nghiên cứu**

| Các yếu tố ảnh hưởng |            | Trước cấy máy(0) | Sau 1 tháng cấy máy(1) | Sau 3 tháng cấy máy(2) | Sau 6 tháng cấy máy(3) | P <sub>01</sub> (*) | P <sub>02</sub> (*) | P <sub>03</sub> (*) |
|----------------------|------------|------------------|------------------------|------------------------|------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Tuổi                 | <60 (n=30) | 51,34±4,70       | 62,30±15,95            | 85,92±10,25            | 94,72±4,69             | 0,003               | <0,0024             | <0,001              |
|                      | ≥60 (n=75) | 53,34±4,40       | 67,83±11,80            | 90,84±7,25             | 96,31±4,26             | <0,001              | <0,001              | <0,001              |
|                      | p (**)     | 0.042            | 0.056                  | 0.007                  | 0.096                  |                     |                     |                     |

(\*): Test kiểm định ttest ghép cặp (\*\*): Test kiểm định ttest độc lập

Điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm Aquarel của nhóm tuổi dưới 60 tuổi và trên 60 tuổi tăng lên sau cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn ở thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng đều cao hơn so với thời điểm trước can thiệp ( $p < 0,05$ ). Trước can thiệp và sau can thiệp 3 tháng điểm CLCS của nhóm tuổi trên 60 tuổi cao hơn điểm CLCS của nhóm dưới 60 tuổi ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.5. Một số yếu tố liên quan đến CLCS của NB theo thang điểm SF-12**

| Bảng 3.5: Một số yếu tố ảnh hưởng đến CECs của ND theo tháng điều trị |           |                   |                         |                         |                         |                     |                     |                     |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Các yếu tố                                                            |           | Trước cấy máy (0) | Sau 1 tháng cấy máy (1) | Sau 3 tháng cấy máy (2) | Sau 6 tháng cấy máy (3) | P <sub>01</sub> (*) | P <sub>02</sub> (*) | P <sub>03</sub> (*) |
| Tuổi                                                                  | <60(n=30) | 52,35±14,18       | 60,77±14,40             | 68,81±14,92             | 85,31±10,04             | <0,01               | <0,001              | <0,001              |
|                                                                       | ≥60(n=75) | 59,22±16,36       | 66,83±17,40             | 75,68±12,43             | 87,46 ± 7,57            | <0,001              | <0,001              | <0,001              |
|                                                                       | p (**)    | 0,047             | 0,11                    | 0,018                   | 0,236                   |                     |                     |                     |

|             |                 |               |              |               |              |        |        |        |
|-------------|-----------------|---------------|--------------|---------------|--------------|--------|--------|--------|
| Nghề nghiệp | Nông dân (n=14) | 52,46±15,46   | 62,55±20,60  | 65,45±15,59   | 82,55±11,33  | <0,001 | <0,007 | <0,001 |
|             | Công nhân (n=5) | 37,12±6,98    | 39,63±4,77   | 57,0±18,15    | 83,0±11,41   | <0,125 | <0,03  | <0,03  |
|             | Tự do (n=25)    | 58,10±13,19   | 67,68±11,52  | 74,88±10,38   | 87,23±8,59   | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
|             | Hưu trí (n=53)  | 59,46±17,18   | 66,24±17,51  | 76,75±12,48   | 87,74±6,76   | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
|             | Trí thức (n=8)  | 61,02 ± 12,52 | 68,5 ± 11,58 | 75,00 ± 11,02 | 89,69 ± 2,75 | <0,02  | <0,04  | <0,004 |
|             | p (***)         | 0,02          | 0,01         | 0,001         | 0,33         |        |        |        |

(\*): Test kiểm định ttest ghép cặp; (\*\*): Test kiểm định ttest độc lập;

(\*\*\*): Test kiểm định ANOVA

Điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm SF-12 của nhóm tuổi dưới 60 tuổi và trên 60 tuổi tăng lên sau cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn ở thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng đều cao hơn so với thời điểm trước can thiệp ( $p < 0,05$ ). Trước can thiệp và sau can thiệp 3 tháng điểm CLCS của nhóm tuổi trên

60 tuổi cao hơn điểm CLCS của nhóm dưới 60 tuổi ( $p < 0,05$ ). Điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm SF-12 của thời điểm trước can thiệp và sau can thiệp 1 tháng, 3 tháng của nhóm trí thức và nghỉ hưu cao hơn điểm CLCS của những người bệnh làm nghề tự do, nông dân và công nhân ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.6. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với CLCS của NB theo thang điểm AQUAREL tại các thời điểm nghiên cứu**

| Các yếu tố ảnh hưởng |              | Trước cấy máy (0) | Sau 1 tháng cấy máy (1) | Sau 3 tháng cấy máy (2) | Sau 6 tháng cấy máy (3) | P <sub>01</sub> (*) | P <sub>02</sub> (*) | P <sub>03</sub> (*) |
|----------------------|--------------|-------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Tăng huyết áp        | Có (n=45)    | 52,08±4,23        | 64,67±13,07             | 89,30±9,04              | 95,15±4,38              | <0,01               | <0,01               | <0,01               |
|                      | Không (n=63) | 53,28±4,76        | 67,43±13,64             | 89,53±8,68              | 96,48±4,41              | <0,01               | <0,01               | <0,01               |
|                      | p(**)        | 0,481             | 0,984                   | 0,074                   | 0,71                    |                     |                     |                     |
| Đái tháo đường       | Có (n=16)    | 52,32±3,86        | 67,48±13,31             | 87,49±8,37              | 94,16±5,10              | 0,002               | <0,01               | <0,01               |
|                      | Không (n=89) | 52,84±4,69        | 66,03±13,48             | 89,78±8,48              | 96,16±4,25              | <0,01               | <0,01               | <0,01               |
|                      | p(**)        | 0,84              | 0,74                    | 0,33                    | 0,09                    |                     |                     |                     |
| Suy tim              | Có (n=17)    | 52,43±4,57        | 64,96±12,54             | 83,89±12,06             | 93,86±5,62              | 0,0038              | <0,01               | <0,01               |
|                      | Không (n=88) | 52,83±4,58        | 66,50±13,62             | 90,50±7,19              | 96,24±4,07              | <0,01               | <0,01               | <0,01               |
|                      | p(**)        | 0,746             | 0,667                   | <b>0,003</b>            | <b>0,041</b>            |                     |                     |                     |

(\*): Test kiểm định ttest ghép cặp; (\*\*): Test kiểm định ttest độc lập

Điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm AQUAREL của nhóm có tăng huyết áp, bệnh đái tháo đường, suy tim và nhóm

không tăng huyết áp, không bị bệnh đái tháo đường, không có bệnh suy tim ở thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng sau can thiệp cấy máy

tạo nhịp vĩnh viễn đều cao hơn so với thời điểm trước can thiệp với ( $p < 0,05$ ). Điểm CLCS của người bệnh không có bệnh suy

tim tại thời điểm 6 tháng sau can thiệp cao hơn điểm CLCS của người bệnh có bệnh suy tim ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.7. Mối liên quan giữa bệnh suy tim với CLCS của NB sau cấy máy theo thang điểm AQUAREL tại các thời điểm nghiên cứu**

| Điểm CLCS   |                            | Suy tim       |              | P     |
|-------------|----------------------------|---------------|--------------|-------|
|             |                            | Có            | Không        |       |
| Sau 3 tháng | Khó chịu ở ngực            | 79,77 ± 13,80 | 87,74 ± 9,32 | 0,004 |
|             | Rối loạn nhịp tim          | 89,11 ± 13,37 | 91,59 ± 7,97 | 0,470 |
|             | Khả năng hoạt động thể lực | 82,77 ± 11,01 | 92,16 ± 9,64 | 0,001 |
|             | CLCS chung                 | 89,30 ± 9,04  | 89,53 ± 8,08 | 0,93  |
| Sau 6 tháng | Khó chịu ở ngực            | 79,77 ± 13,80 | 87,74 ± 9,32 | 0,004 |
|             | Rối loạn nhịp tim          | 89,11 ± 13,37 | 91,59 ± 7,97 | 0,47  |
|             | Khả năng hoạt động thể lực | 82,77 ± 13,01 | 92,16 ± 9,64 | 0,001 |
|             | CLCS chung                 | 95,15 ± 4,38  | 96,48 ± 4,41 | 0,08  |

*Test kiểm định ttest độc lập*

Sau can thiệp 3 tháng, 6 tháng cấy máy thì điểm CLCS của nhóm không có bệnh suy tim cao hơn nhóm có bệnh suy tim thể hiện rõ nhất trên khía cạnh khó chịu ở ngực và khả năng hoạt động thể lực ( $p < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm chung của người bệnh tham gia nghiên cứu

Kết quả (bảng 3.1) cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là (65,38 ± 13,71). Giới nữ (62,68%) cao gấp hai lần giới nam (37,14%). Người bệnh có trình độ học vấn thấp dưới trung học phổ thông chiếm 62,86%, nghề nghiệp nghỉ hưu (50,48%). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Stofmee năm 2001, tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 65,9 ± 13; người bệnh nghỉ hưu chiếm tỷ lệ 45,9%, 81,1% người bệnh có trình độ từ trung học phổ thông trở xuống<sup>[6]</sup>, nghiên cứu của

Trương Đức Cường năm 2014 là 60,7 ± 13,2, trình độ học vấn dưới trung học phổ thông chiếm 68,8%<sup>[1]</sup>. Trình độ học vấn có ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh, những người bệnh có học vấn thấp đôi khi dễ chấp nhận những ảnh hưởng tiêu cực của bệnh lý và có xu hướng chịu đựng các triệu chứng của bệnh. Vậy nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp.

Trong nghiên cứu chúng tôi yếu tố nguy cơ đứng hàng đầu là bệnh tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 42,86%, nguyên nhân là người bệnh rối loạn nhịp chậm thường gặp ở nhóm tuổi trên 60 tuổi nhóm đối tượng dễ mắc bệnh lý tăng huyết áp do tình trạng xơ vữa mạch.

##### 4.2. CLCS của người bệnh sau cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn theo các thang điểm

###### 4.2.1. Điểm CLCS trước và sau cấy máy tạo nhịp 1-3-6 tháng theo thang điểm AQUAREL

Kết quả bảng 3.2 cho thấy theo thang điểm AQUAREL ở thời điểm trước cấy máy, điểm CLCS chung  $52,76 \pm 4,56$  và điểm ở ba lĩnh vực khó chịu ở ngực, rối loạn nhịp tim và khả năng hoạt động thể lực lần lượt là:  $51,43 \pm 5,25$ ;  $54,86 \pm 7,45$ ;  $52,00 \pm 5,94$ . Mức điểm này là thấp so với thang điểm 100 ở người bình thường và thấp hơn so với nhiều nghiên cứu khác. Như trong nghiên cứu của Erick O.Udo điểm của ba lĩnh vực lần lượt là  $83,0 \pm 13,2$ ;  $66,7 \pm 17,9$ ;  $55,3 \pm 24,4$ <sup>[8]</sup> và trong nghiên cứu của Stofmel điểm trung bình lần lượt là 76,66 và 55<sup>[6]</sup>. So với hai nghiên cứu ở Việt Nam, nghiên cứu của Trương Đắc Cường, điểm ở ba lĩnh vực lần lượt là:  $74,6 \pm 15,6$ ;  $75,6 \pm 9,9$ ;  $75,3 \pm 14,7$ <sup>[1]</sup> và nghiên cứu của Đỗ Thị Diệu Linh điểm trung bình lần lượt là 74; 73 và 69<sup>[3]</sup>. Nhìn chung, điểm ở cả ba lĩnh vực là thấp, điều này có thể giải thích là do độ tuổi trung bình ở nghiên cứu này là khá cao  $65,38 \pm 13,71$  cao hơn so với các nghiên cứu cùng khu vực như nghiên cứu của Trương Đắc Cường ( $60,7 \pm 13,3$ ), nghiên cứu của Đỗ Thị Diệu Linh ( $61,2 \pm 16,4$ ). Mặt khác, so với các nghiên cứu ở nước ngoài, mặc dù độ tuổi trong nghiên cứu của Erik O.Udo là  $72,2 \pm 10,7$ <sup>[8]</sup>; của Barros là  $69,3 \pm 12,6$ <sup>[4]</sup> nhưng có thể giải thích là do thể lực cũng như tuổi thọ trung bình và điều kiện chăm sóc sức khỏe ở châu Âu cao hơn Việt Nam.

Sau khi cấy máy, nhìn chung điểm AQUAREL có sự cải thiện so với trước cấy máy và tăng dần theo thời gian, với điểm CLCS chung tăng lần lượt sau 1-3-6 tháng là  $66,2 \pm 13,40$ ;  $89,43 \pm 8,46$ ;  $95,86 \pm 4,42$ . Điểm

của các lĩnh vực cũng tăng đồng đều sau 1-3-6 tháng với khó chịu ở ngực lần lượt là  $60,24 \pm 12,07$ ;  $86,46 \pm 10,52$ ;  $95,36 \pm 6,14$ ; rối loạn nhịp tim là  $72,52 \pm 16,83$ ;  $91,19 \pm 9,03$ ;  $96,19 \pm 5,70$ ; khả năng hoạt động thể lực là:  $65,99 \pm 16,94$ ;  $90,65 \pm 10,76$ ;  $96,02 \pm 6,07$ . Một tháng sau khi cấy máy, do hạn chế trong tâm lý, chưa quen với việc đeo máy và cảm giác đau tại vị trí cấy máy ngay ở ngực, nên CLCS chưa cải thiện nhiều. tuy nhiên sau 3 tháng, điểm đã tăng lên rất rõ rệt và sau 6 tháng điểm CLCS ở ba lĩnh vực là trên 90, gần bằng với điểm tối đa 100. Điều này chứng tỏ máy tạo nhịp đem lại hiệu quả tốt trong việc nâng cao CLCS và bệnh nhân phục hồi tốt theo thời gian. Kết quả này là khá tương đồng với các nghiên cứu khác, như điểm ở ba lĩnh vực khó chịu ở ngực, rối loạn nhịp tim, khả năng hoạt động thể lực trong nghiên cứu của Trương Đắc Cường<sup>[1]</sup>, nghiên cứu của Đỗ Thị Diệu Linh<sup>[3]</sup>, nghiên cứu của Erik O.Udo [8].

#### **4.2.2. Điểm CLCS trước và sau cấy máy tạo nhịp 1-3-6 tháng theo thang điểm SF-12**

Theo kết quả nghiên cứu (bảng 3.4) điểm CLCS sức khỏe thể chất (PCS) trước can thiệp là  $33,86 \pm 7,509$ , điểm CLCS sức khỏe tinh thần (MCS) là  $55,63 \pm 8,03$ . So sánh với nghiên cứu của Trương Đắc Cường là khá tương đồng với PCS là  $39,0 \pm 11,4$ ; MCS là  $42,9 \pm 12,1$ <sup>[1]</sup>. Nhìn chung, điểm PCS là thấp hơn nhiều so với điểm MCS và thấp so với điểm CLCS ở một người bình thường. Điều này cho thấy các bệnh lý rối loạn tạo nhịp và dẫn truyền đã ảnh hưởng nhiều đến hoạt động thể lực của người bệnh, gây mệt mỏi,

choáng, đôi khi là ngất đã gây hạn chế trong sinh hoạt hàng ngày.

Tuy nhiên sau cấy máy, điểm CLCS của người bệnh đã được cải thiện rõ rệt ở lĩnh vực sức khỏe thể chất. Có thể nói, sau 1 tháng cấy máy điểm chưa cải thiện nhiều do người bệnh còn ảnh hưởng của can thiệp cấy máy, còn e ngại hoạt động, vẫn mang tâm lý nghỉ ngơi hồi phục sức khỏe, chưa dám vận động sinh hoạt đi lại bình thường nhưng sau cấy máy tạo nhịp 3 tháng, 6 tháng CLCS của người bệnh được cải thiện rõ ràng điều này chứng tỏ cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho người bệnh rối loạn nhịp chậm.

#### **4.2.3. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh sau cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả phân tích (bảng 3.4 và 3.5) cho thấy, điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh sau cấy máy ở các nhóm tuổi đều có sự cải thiện rõ rệt, theo thời gian cấy máy so với trước khi cấy máy với ( $p < 0,05$ ), và nhóm tuổi trên 60 tuổi có điểm chất lượng cuộc sống cao hơn nhóm tuổi dưới 60 tuổi ở thời điểm sau can thiệp 1 tháng và 6 tháng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$ . Tuy nhiên tại thời điểm sau can thiệp 3 tháng điểm chất lượng cuộc sống của nhóm tuổi trên 60 tuổi cao hơn nhóm dưới 60 tuổi với  $p < 0,05$ . Điều này có thể giải thích là do người bệnh trên 60 tuổi phần lớn đã nghỉ hưu có một mức lương ổn định, sống cùng người thân bên cạnh đó không phải lao động nặng, lo nghĩ về ảnh hưởng của cấy máy tạo nhịp đến sức khỏe,

công việc, sinh hoạt vợ chồng, tuy nhiên mức cải thiện điểm của hai nhóm này tại thời điểm sau can thiệp 3 tháng là như nhau, mặt khác ở thời điểm sau 6 tháng thì mức cải thiện điểm của nhóm dưới 60 tuổi tốt hơn nhóm trên 60 tuổi, kết quả này được thể hiện rõ ở bộ SF-12. Nghiên cứu của Shu Fen cho thấy điểm chất lượng cuộc sống cải thiện sau cấy máy ở tất cả các nhóm tuổi trừ nhóm 41 - 50 tuổi. Điều này được giải thích do ở Trung Quốc, độ tuổi 41 - 50 đang chịu áp lực rất lớn về tài chính và nuôi dạy con cái. Do đó họ cảm thấy rất áp lực, căng thẳng khi phải đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn [7]. Nghiên cứu của Barros, Udo, Oliveira đều cho thấy có mối liên quan giữa điểm chất lượng cuộc sống với tuổi đặc biệt là hoạt động thể chất.

Theo kết quả (bảng 3.5) điểm CLCS của nhóm tri thức, hưu trí trước và sau cấy máy tạo nhịp 1 tháng, 3 tháng cao hơn điểm CLCS của các nhóm nghề khác (tự do, nông dân, công nhân) với  $p < 0,05$ . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu khác, Shu - Fen cho thấy cải thiện rõ điểm CLCS sau cấy máy trên nhóm bệnh nhân có việc làm ổn định và hưu trí, không thấy có sự cải thiện ở nhóm có hoàn cảnh khó khăn<sup>[7]</sup>.

Về mặt bệnh lý đi kèm, kết quả nghiên cứu (bảng 3.6 và 3.7) cho thấy trước cấy máy và sau cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn những người bệnh có tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường, suy tim, có điểm CLCS thấp hơn những người bệnh không có bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, suy tim, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$ . Nhưng

tại thời điểm sau cấy máy 3, 6 tháng theo thang điểm AQUAREL yếu tố bệnh lý suy tim kèm theo ảnh hưởng tới CLCS của người bệnh, những người bệnh không có bệnh suy tim kèm theo khi cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn có CLCS tốt hơn những người bệnh có bệnh suy tim, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

## V. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống theo thang điểm AQUAREL và SF-12 sau cấy máy 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng cho thấy sự cải thiện về đa số các khía cạnh ngoại trừ khía cạnh sức khỏe tinh thần. Nhìn chung cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn điều trị rối loạn nhịp chậm cho thấy hiệu quả sớm trong cải thiện chất lượng cuộc sống. Các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh bao gồm: tuổi, nghề nghiệp và bệnh suy tim kèm theo.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Đắc Cường.** Nghiên cứu sự thay đổi chất lượng cuộc sống của bệnh nhân rối loạn nhịp chậm trước và sau cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn. Đề tài tốt nghiệp Trường đại học Y Hà Nội năm 2014.
2. **Phạm Như Hùng, Trần Song Giang và cộng sự.** “Thực trạng cấy máy tạo nhịp 1 buồng và 2 buồng tim trong điều trị nhịp chậm tại Viện tim mạch Việt Nam”. Tạp chí tim mạch học Việt Nam số 65, 64-69 tạo nhịp tim. Luận văn tiến sĩ Y khoa: Học viện quân Y 103.2005.
3. **Đỗ Thị Diệu Linh** (2015), Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân rối loạn nhịp tim sau cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn năm 2015. Đề tài tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng, trường Đại học Thăng Long.
4. **Barros R T d, Carvalho S M R d, Silva M A d M, et al** (2014). "Evaluation of patients' quality of life aspects after cardiac pacemaker implantation". Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery, 29 (1), 37-44.
5. **Mond HG, Proclemer A** (2011). “the 11th world survey of cardiac pacing and implantable cardioverter - defibrillators: calendar year 2009 - a World society of Arrhythmia's project”. Pacing Clin Electrophysiol, 34(8), 1013 - 1027.
6. **Stofmeel M.A, Post W, Kelder JC, et al** (2001). “Changes in quality - of - life after pacemaker implantation: Responsiveness of the Aquarel questionnaire”. Pacing and Clinical Electrophysiology, 24 (3), 288.
7. **Shu-Fen Su P, RN1, and Meng -Shan Wu M, RN2** Arrhythmia Perception and Quality of life in Bradyarrhythmia Patients Following Permanent Pacemaker Implantation 2019.
8. **Udo E.O, van Hemel N M, Zuithoff N P, et al** (2013). “Long term quality - of - life in patients with bradycardia pacemaker implantation”. International Journal of cardiology, 168 (3), 2159 - 2163.
9. **Ware Jr TE.** SF36 health survey update. Spine 2000; 25(24): 3130.

## KỸ NĂNG HỒI SỨC CẤP CỨU CƠ BẢN CỦA ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Trần Nguyễn Ái Nương<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Cẩm Lệ<sup>2</sup>, Trần Thị Vạn Hòa<sup>2</sup>

### TÓM TẮT.

Mục tiêu xác định tỉ lệ điều dưỡng (ĐD) đạt kỹ năng thực hành hồi sức tim phổi (CPR) dựa trên mô hình và các mối liên quan giữa đặc điểm của đối tượng nghiên cứu với tỉ lệ đạt năng lực CPR của ĐD năm 2023 tại bệnh viện Nhi đồng 1. Đối tượng gồm 479 điều dưỡng tham gia kỳ thi tay nghề năm 2023. Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu, cỡ mẫu lấy trọn 479 điều dưỡng. Kết quả cho thấy Điều dưỡng đạt kỹ năng CPR chiếm tỉ lệ 95.4% và không đạt là 4.6%. Trong đó, thực hành loại xuất sắc là 4.2%, loại tốt là 47.8% và khá đạt 30.1%. Có mối liên quan giữa năng lực thực hành CPR với giới tính ĐD: nữ có tỉ lệ đạt cao hơn ĐD nam ( $p = 0.01$ ); ĐD có thâm niên công tác càng cao thì tỉ lệ đạt càng cao ( $p < 0.001$ ). ĐD công tác tại khối hồi sức cấp có tỉ lệ đạt năng lực CPR cao hơn các chuyên khoa còn lại ( $p < 0.001$ ). Kết luận: 95.4% ĐD đạt kỹ năng thực hành CPR và yếu về thâm niên công tác, giới tính có mối liên quan tới năng lực thực hành hồi sức tim phổi của ĐD.

**Từ khóa:** hồi sức tim phổi, điều dưỡng, trẻ em.

### SUMMARY

#### RELATIONSHIP BETWEEN PROCALCITONIN AND LACTADEHYDROGENASE IN SEVERE INFECTION IN PEDIATRIC PATIENTS

The study aimed to assess the proficiency of nurses in performing CPR and to identify the relationships between various demographic and professional characteristics and CPR proficiency rates among nurses at Children's Hospital 1 in 2023. The study subjects included 479 nurses who participated in the 2023 proficiency examination. The research methods were descriptive retrospective study. The results show that 95.4% of nurses were proficient in CPR, while 4.6% were not. Performance Ratings: Proficient was 4.2% achieved an excellent rating, 47.8% was a good rating, and 30.1% was a fair rating. Gender Differences: Female nurses had a higher proficiency rate than male nurses ( $p = 0.01$ ). Seniority: There was a positive correlation between the length of nurses' seniority and their proficiency rates ( $p < 0.001$ ). Other departmental: Nurses working in intensive care units had higher CPR proficiency rates compared to those in other departments ( $p < 0.001$ ). Discussion: The findings suggest that while the overall proficiency in CPR among nurses at Children's Hospital 1 was high. Conclusion: 95.4% of nurses were proficient in CPR, work experience and gender are related to the ability of nurses to practice CPR.

**Keywords:** Cardiopulmonary resuscitation, nurses, children

---

<sup>1</sup>Khoa Hồi sức Nhiễm

<sup>2</sup>Phòng Điều dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Ái Nương  
SĐT: 0769943990

Email: nuongtran0206@gmail.com

Ngày nhận bài: 08/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 18/6/2024

Ngày duyệt bài: 25/7/2024



## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kỹ năng hồi sức tim phổi (CPR) là một kỹ thuật cứu sống quan trọng có tác động đáng kể đến tiên lượng của người bệnh (NB) trong các tình huống khẩn cấp. Sự thành thạo về CPR của điều dưỡng (ĐD) đảm bảo NB được cấp cứu ngay lập tức và đạt hiệu quả, giảm nguy cơ tổn thương não và cải thiện cơ hội sống sót [11]. Một phân tích gộp trên 28.479 trẻ em lấy từ những nghiên cứu 2016 đến 2020. Tỷ lệ sống sót đến khi xuất viện là 46% và tỷ lệ sống sót thấp nhất được quan sát thấy ở châu Á và ở các nước thu nhập thấp và trung bình [9]. Nghiên cứu tại bệnh viện Nhi trung ương cho thấy kết quả cấp cứu ban đầu thành công chiếm 64,3%, thất bại chiếm 35,7% [6].

Tại bệnh viện Nhi đồng 1 hằng năm NVYT được huấn luyện thường quy về cấp cứu hồi sức cơ bản với các kỹ năng cấp cứu ngưng tim ngưng thở, xử trí dị vật đường thở. Năm 2022 kết quả tự đánh giá năng lực hành nghề của một nhóm Điều dưỡng nhi tại bệnh viện Nhi đồng 1 đã trải qua lớp định hướng nhi khoa, năng lực sơ cấp cứu của Điều dưỡng tự đánh giá ở mức làm được là 82,5% [3]. Tuy nhiên đến thời điểm hiện tại chưa có nhiều nghiên cứu liên quan đến kỹ năng thực hành hồi sức tim phổi cho nhi của điều dưỡng tại bệnh viện Nhi đồng 1. Đây là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Kỹ năng hồi sức cấp cứu cơ bản của điều dưỡng tại bệnh viện Nhi đồng 1”. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu xác định tỉ lệ điều dưỡng (ĐD) đạt kỹ năng thực hành hồi sức tim phổi (CPR) dựa trên mô hình và các mối liên quan giữa đặc điểm của đối tượng nghiên cứu với tỉ lệ đạt năng lực CPR của ĐD.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- 479 ĐD được ký hợp đồng làm việc chính thức, làm việc tại bệnh viện Nhi đồng 1.

#### *Tiêu chí chọn vào:*

- Tất cả ĐD hạng III, hạng IV trong độ tuổi đánh giá năng lực theo quy định của bệnh viện Nhi đồng 1.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

#### *Tiêu chí loại ra:*

- ĐD < 6 tháng làm việc
- ĐD > 50 tuổi
- ĐD hậu sản
- ĐD mang thai  $\geq 7$  tháng

#### *Địa điểm và thời gian nghiên cứu*

Địa điểm: Bệnh viện Nhi đồng 1, từ tháng 10/2023 đến tháng 11/2024.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu, thiết kế nghiên cứu cắt ngang.

**Cỡ mẫu:** Vì là nghiên cứu hồi cứu nên chọn mẫu toàn bộ đáp ứng tiêu chí chọn vào tiêu chí loại ra. Lấy trọn 479 điều dưỡng.

#### *Chỉ tiêu nghiên cứu*

Thông tin chung: Tuổi, giới tính, trình độ chuyên môn, khoa lâm sàng công tác, thâm niên của điều dưỡng.

Phân nhóm kết quả năng lực; Đánh giá điểm thực hành theo mức độ năng lực; Mối liên quan giữa các đặc điểm nhân khẩu học với tỉ lệ đạt năng lực CPR của điều dưỡng.

#### *Phương pháp thu thập và xử lý số liệu*

- Số liệu hồi cứu từ kết quả đánh giá năng lực hồi sức tim phổi điều dưỡng năm 2023. Thu thập số liệu bằng bảng kiểm thi thực hành với hình thức đánh giá thi OSCE: ĐD được đọc tình huống cho trước và tiến hành cấp cứu ngưng tim ngưng thở cho trẻ < 1 tuổi trên mô hình. Đánh giá kỹ năng hồi

sức tim phổi dựa trên bảng kiểm thực hành “Cấp cứu ngưng tim ngưng thở cho trẻ nhũ nhi < 1 tuổi”. 1 giám khảo đánh giá toàn bộ kỹ năng cấp cứu ngưng tim ngưng thở.

- Thông tin hành chánh và thông tin đào tạo của nhân viên tra cứu từ dữ liệu bệnh viện.

Công cụ:

- Phần thông tin cá nhân của ĐD: Tuổi, giới tính, trình độ chuyên môn, khoa lâm sàng công tác, thâm niên.

- Bảng kiểm thực hành “Cấp cứu ngưng tim ngưng thở cho trẻ nhũ nhi < 1 tuổi”. Bộ công cụ thu thập là bảng kiểm kết hợp kỹ thuật ép tim và kỹ thuật bóp bóng qua mặt nạ thuộc quy trình kỹ thuật Điều dưỡng nhi khoa của bệnh viện Nhi đồng 1 năm 2018. Bộ công cụ đã được thông qua hội đồng khoa học công nghệ của bệnh viện. Trong đó, bảng kiểm được chia thành 13 bước với tổng điểm là 10 điểm. Điều dưỡng đạt năng lực thực hành CPR khi thực hiện đạt  $\geq 70\%$  trên

tổng số điểm.

Phân tích đơn biến xem yếu tố nào trong nhóm nhân khẩu học ảnh hưởng tới kết quả đạt năng lực CPR của ĐD với  $p < 0,05$  là giới hạn chấp nhận.

Sử dụng phần mềm SPSS 25.0 để nhập và xử lý số liệu.

### **Đạo đức nghiên cứu**

Đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả không có các hoạt động can thiệp trên đối tượng tham gia nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu không ảnh hưởng đến kết quả học tập hay công việc trong hiện tại và các hoạt động của đối tượng ở tương lai. Các đối tượng tham gia nghiên cứu được bảo đảm bí mật về thông tin cá nhân và các vấn đề phát hiện được trong lúc thu thập cũng như trong phân tích số liệu. Số liệu thu thập chỉ sử dụng cho nghiên cứu không sử dụng vào mục đích khác. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức và chấp thuận tiến hành nghiên cứu của Bệnh viện Nhi đồng 1.

## **III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

### **3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm cá nhân của Điều dưỡng (n=479)**

| <b>Biến số</b>                    | <b>Điều dưỡng (n, %)</b> |
|-----------------------------------|--------------------------|
| <b>Giới tính (N, %)</b>           |                          |
| Nam                               | 44 (9.2)                 |
| Nữ                                | 435 (90.8)               |
| <b>Tuổi (Trung vị, KTC 95%)</b>   | 36 (22-49)               |
| <b>Trình độ chuyên môn (N, %)</b> |                          |
| Đại học                           | 248 (51.8)               |
| Cao đẳng                          | 190 (39.7)               |
| Trung cấp                         | 41 (8.6)                 |
| <b>Thâm niên</b>                  |                          |
| < 5 năm                           | 73 (15.2)                |
| 5 - 10 năm                        | 114 (23.8)               |
| > 10 năm                          | 292 (61)                 |

| Khối chuyên ngành (N, %)          |            |
|-----------------------------------|------------|
| Hồi sức cấp cứu                   | 107 (22.3) |
| Nội                               | 210 (43.8) |
| Ngoại                             | 120 (25.1) |
| Khác (Chuyên khoa lẻ, phòng khám) | 42 (8.8)   |

**Nhận xét:** Điều dưỡng đa phần là giới nữ, trình độ cử nhân trên 50%, thâm niên công tác trên 10 chiếm 61% và 50% ĐD công tác tại các khoa thuộc khối nội gần

### 3.2. Kết quả đánh giá Điều dưỡng đạt kỹ năng thực hành hồi sức tim phổi

**Bảng 2. Tỷ lệ điều dưỡng đạt năng lực thực hành kỹ thuật hồi sức tim phổi**

| Mức độ kỹ năng thực hành | Điều dưỡng (n=479, %) |
|--------------------------|-----------------------|
| Không đạt                | 22 (4.6)              |
| Đạt                      | 64 (13.4)             |
| Khá                      | 144 (30.1)            |
| Tốt                      | 229 (47.8)            |
| Xuất sắc                 | 20 (4.2)              |

**Nhận xét:** Điều dưỡng đạt năng lực hồi sức tim phổi là 95.4%. Điều dưỡng có năng lực thực hành ở mức tốt trở lên chiếm trên 50%.

**Bảng 3. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các mức năng lực theo bảng kiểm thực hành hồi sức tim phổi**

| Kỹ thuật |                 |                       | n= 479        |         |         |
|----------|-----------------|-----------------------|---------------|---------|---------|
|          |                 |                       | Không đạt (%) | Tạm (%) | Đạt (%) |
| Dụng cụ  | Bóng            | Nói đúng              | 2.6           | 0.0     | 97.4    |
|          |                 | Chọn đúng             | 7.0           | 0.0     | 93.0    |
|          | Mặt nạ          | Nói đúng              | 7.0           | 0.0     | 93.0    |
|          |                 | Chọn đúng             | 13.7          | 0.2     | 86.1    |
|          |                 | Lưu lượng oxy         | 6.8           | 0.0     | 93.2    |
|          |                 | Kiểm tra bóng         | 6.5           | 0.0     | 93.5    |
|          |                 | Van an toàn           | 17.6          | 0.0     | 82.4    |
| Kỹ thuật | Ấn tim          | NB nằm trên mặt phẳng | 33.8          | 0.0     | 66.2    |
|          |                 | Kêu gọi               | 9.8           | 0.0     | 90.2    |
|          |                 | Bắt mạch              | 7.2           | 0.0     | 92.8    |
|          |                 | Số lần ấn tim         | 0.2           | 1.3     | 98.5    |
|          |                 | Nói đúng vị trí       | 1.3           | 0.0     | 98.7    |
|          |                 | Ấn đúng vị trí        | 6.1           | 5.2     | 88.7    |
|          |                 | Cách ấn tím           | 1.5           | 0.4     | 98.0    |
|          |                 | Nói độ sâu ấn tim     | 4.1           | 0.0     | 95.9    |
|          |                 | TH đúng độ sâu        | 13.9          | 0.2     | 85.8    |
|          | Thông đường thở | Ngửa đầu nâng cằm     | 14.4          | 14.2    | 71.5    |
|          |                 | Quan sát lồng ngực    | 9.6           | 8.3     | 82.1    |
|          | Bóp bóng        | Bóp bóng 2 cái        | 1.5           | 1.7     | 96.7    |

|  |                                     |                         |      |      |      |
|--|-------------------------------------|-------------------------|------|------|------|
|  |                                     | Úp mặt nạ CE            | 13.1 | 4.8  | 82.1 |
|  |                                     | Nói ngửa đầu            | 16.6 | 0.2  | 83.2 |
|  |                                     | TH ngửa đầu             | 3.3  | 0.0  | 96.7 |
|  |                                     | Nói lồng ngực nhô       | 3.5  | 0.0  | 96.3 |
|  |                                     | TH bóp bóng hiệu quả    | 2.8  | 0.0  | 97.2 |
|  |                                     | Tỉ lệ ấn tim - bóp bóng | 5.9  | 0.0  | 94.1 |
|  |                                     | Tần số ấn tim-bóp bóng  | 11.3 | 0.2  | 88.5 |
|  |                                     | Đánh giá lại            | 19.0 | 7.6  | 73.4 |
|  | Chấn thương cột sống cổ             | Thủ thuật ấn hàm        | 32.0 | 22.4 | 44.9 |
|  | Nguyên nhân bóp bóng không hiệu quả | Bóp bóp yếu             | 14.8 | 0.0  | 85.2 |
|  |                                     | Mask không kín          | 11.5 | 0.0  | 88.5 |
|  |                                     | Tư thế đầu              | 14.4 | 0.0  | 85.6 |
|  |                                     | Tắc đàm                 | 14.6 | 0.2  | 85.2 |

**Nhận xét:** Trong kỹ thuật CPR của ĐD, các bước có tỉ lệ thực hành ở mức “không đạt” cao nhất ở các bước “Đặt người bệnh nằm trên mặt phẳng cứng”, thực hiện “thủ thuật ấn hàm” với tỉ lệ sai > 30%. Các lỗi sai thường gặp với tỉ lệ không đạt trên 10%: “Chọn kích cỡ mặt nạ phù hợp”, “Kiểm tra van an toàn”, “Độ sâu của lực ấn tim”, “tư

thế ngửa đầu nâng cằm”, “Úp mặt nạ kín mũi miệng”, “Ngửa đầu khi bóp bóng”, “Đánh giá lại người bệnh sau 2 phút ấn tim-bóp bóng”, nêu các nguyên nhân bóp bóng lồng ngực không di động.

### 3.3. Các yếu tố có liên quan với năng lực thực hành hồi sức tim phổi của điều dưỡng

**Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với năng lực hồi sức tim phổi**

| Đặc điểm                   |                      | Đạt |      | Không đạt |      | OR; CI 95%          | Giá trị p   |
|----------------------------|----------------------|-----|------|-----------|------|---------------------|-------------|
|                            |                      | n   | %    | n         | %    |                     |             |
| Giới tính (n, %)           | Nam                  | 38  | 86.4 | 6         | 13.6 | 0.24<br>0.09 - 0.65 | 0.01 (*)    |
|                            | Nữ                   | 419 | 96.3 | 16        | 3.7  |                     |             |
| Trình độ chuyên môn (n, %) | Trung cấp - Cao đẳng | 221 | 95.7 | 10        | 4.3  | 0.89<br>0.38-2.1    | 0.79        |
|                            | Đại học              | 236 | 95.2 | 12        | 4.8  |                     |             |
| Thâm niên (TB, DLC)        | < 5 năm              | 60  | 82.2 | 13        | 17.8 | F= 9.22             | <0.001 (**) |
|                            | 5 - 10 năm           | 112 | 98.2 | 2         | 1.8  |                     |             |
|                            | >10 năm              | 285 | 97.6 | 7         | 2.4  |                     |             |
| Khởi chuyên ngành          | Hồi sức cấp cứu      | 104 | 97.2 | 3         | 2.8  | F=15.45             | <0.001 (**) |
|                            | Nội                  | 201 | 95.7 | 9         | 4.3  |                     |             |
|                            | Ngoại                | 116 | 96.7 | 4         | 3.3  |                     |             |
|                            | Khác                 | 36  | 85.7 | 6         | 14.3 |                     |             |

Test: Chi-square (\*); Anova (\*\*)

**Nhận xét:** Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả thực hành hồi sức tim phổi của điều dưỡng với các yếu tố như thâm

niên: ĐD có thâm niên càng cao thì tỉ lệ đạt năng lực càng cao (p < 0.001). ĐD làm việc tại các khoa lâm sàng thuộc khối hồi sức có

ti lệ đạt năng lực CPR cao hơn ( $p < 0.001$ ). ĐD nữ có tỉ lệ đạt kỹ năng thực hành CPR cao hơn so với ĐD nam ( $p = 0.01$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 479 điều dưỡng trong độ tuổi đánh giá năng lực tại bệnh viện Nhi đồng 1. Đa phần các ĐD là nữ với độ tuổi trung vị là 36, đây là độ tuổi nhân lực vừa có sức khỏe vừa có kinh nghiệm trong chuyên môn. Tỉ lệ ĐD giới nữ nhiều hơn nam do đặc thù nghề nghiệp đòi hỏi sự tỉ mỉ, khéo léo, cẩn thận trong công tác chăm sóc bệnh nhi. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Oanh (2020) tại bệnh viện Chợ Rẫy và nghiên cứu của Lê Thị Bình (2013) thực hiện trên 9 bệnh viện ở Việt Nam và Trần Thị Châu (2005) thực hiện trên 14 cơ sở y tế ở thành phố Hồ Chí Minh [1,2,4]. Nhóm ĐD có thâm niên trên 10 năm chiếm 50% cũng cho thấy đội ngũ ĐD với bề dày nhiều năm kinh nghiệm và gắn bó với bệnh viện. ĐD có trình độ cử nhân đạt trên 50%, điều này phù hợp theo định hướng của BHYT trong năm 2025 sẽ chuẩn hóa năng lực điều dưỡng hạng IV, điều dưỡng có trình độ trung cấp phải chuẩn hóa để đạt trình độ cao đẳng đến đại học [7].

Tỉ lệ ĐD đạt năng lực hồi sức tim phổi là 95.4% kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Oanh (2020) tại bệnh viện Chợ Rẫy và Đào Thị Thanh Tuyền (2023) của viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác [4, 5]. Có sự khác biệt trên là do viện Bông quốc gia đánh giá kỹ năng thực hành trên trường hợp xử trí NB ngưng tim ngưng thở trên lâm sàng, ĐD thao tác hồi sức trên NB thật và kỹ năng thực hành bị chi phối bởi những yếu tố như làm việc nhóm, bối cảnh lâm sàng của NB, tâm lý của ĐD và những yếu tố khác. Khác với thực hành CPR trên

mô hình ngoài áp lực thi cử thì ĐD không có những điều kiện trải nghiệm hồi sức một cách thực tế nhất.

Các lỗi sai trong thực hành CPR thường gặp trong nghiên cứu chúng tôi là kỹ thuật ép tim: đặt người bệnh nằm trên mặt phẳng cứng, độ sâu, tần số ép tim. Kỹ thuật thông khí: tư thế ngửa đầu nâng cằm, úp mặt nạ kín mũi miệng và bóp bóng 2 lần hiệu quả. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của Milena (2015), việc thực hiện động tác ép tim không đủ lực và không đúng tần số có liên quan đến tỉ lệ sống còn của người bệnh [6, 9, 11]. Kỹ thuật này phụ thuộc và mô hình thực hành kỹ thuật, mô hình với thiết kế tốt sẽ cho trải nghiệm đúng đắn hơn về lực và tần số ép tim. Khi ép tim đúng tần số và độ sâu mô hình sẽ có những tín hiệu tốt và ngược lại sẽ giúp cho người thực hành biết được thao tác đúng hoặc sai. Hiện tại thực hành CPR trên mô hình tại bệnh viện chúng tôi chưa đủ các mô hình có những thông số báo động cho tất cả NVYT nói chung và ĐD nói riêng để thực hiện. Một yếu tố về thể chất của NVYT cũng quan trọng đáng kể đến tiến trình CPR: thực hiện kỹ thuật ép tim và hỗ trợ bóp bóng qua mặt nạ khoảng 5 - 6 chu kỳ của CPR là 2 phút và đánh giá lại NB. Việc ấn tim liên tiếp đủ lực và tần số là một thách thức cho cá nhân NVYT, chính vì thế cần có một nhóm NVYT làm việc chung và có thể hỗ trợ các vị trí khi cần để đảm bảo CPR hiệu quả.

Kỹ thuật ấn hàm ở người bệnh chấn thương cột sống cổ. Đây là một kỹ thuật ít gặp ở nhi khoa, trừ các trường hợp chấn thương ngoại khoa, tai nạn giao thông nên ĐD cần được huấn luyện để thao tác đúng hơn, hiện tại kỹ thuật này đang được hướng dẫn trên mô hình manikin tại bệnh viện Nhi đồng 1. Để NVYT có trải nghiệm thực tế và

thao tác hiệu quả, trong phần thực hành ngoài thao tác trên mô hình nên thực hành giữa các ĐD với nhau để thực hành được hiệu quả và giúp cho người hướng dẫn có thể điều chỉnh được ngay nếu ĐD gặp khó khăn.

Bước đặt người bệnh nằm trên mặt phẳng cứng bị bỏ qua chiếm tỉ lệ 33.8% đây là bước đầu tiên và quan trọng trong hồi sức tim phổi cần được xem xét kỹ trong những đợt thực hành CPR tiếp theo. Việc NB được đặt mặt phẳng cứng cố định giúp cho động tác ép tim đạt hiệu quả về độ sâu là một trong những yếu tố quan trọng trong hồi sức tim phổi. Đa phần NVYT sẽ bối rối và lúng túng trong trường hợp cấp cứu NB, đặc biệt ở các khoa lâm sàng không có nhiều cơ hội tiếp xúc với các mặt bệnh nặng. Tâm lý phòng thi của ĐD cũng là một trong các yếu tố dẫn đến những động tác và các bước CPR không tốt.

Các bước liên quan đến ngửa đầu nâng cằm, chọn mặt nạ phù hợp úp kín mũi miệng cũng là một thử thách trong chuyên ngành nhi. Tùy theo độ tuổi, ĐD sẽ chọn bóng giúp thở đúng thể tích khí ml và mặt nạ phù hợp. Kiểm tra bóng hoạt động tốt rất thiết thực trong lâm sàng, khi việc tái sử dụng bóng giúp thở tùy điều kiện từng khoa, bệnh viện. Việc này giúp đảm bảo cung cấp một lượng oxy an toàn cho NB. Đây cũng là bước quan trọng kết hợp với thao tác ngửa đầu nâng cằm trong việc giúp thông khí hiệu quả. ĐD cần xác định và chọn lựa đúng đắn dụng cụ cấp cứu đảm bảo thời gian hồi sức tim phổi không trì hoãn và đạt hiệu quả CPR. Ngoài ra những nguyên nhân làm cho động tác hỗ trợ hô hấp không hiệu quả ở nhi khoa cần được lưu ý vì đây là những vấn đề thường gặp trong CPR ở nhi khoa bao gồm vấn đề thông thoáng đường thở: đàm nhớt, tư thế ngửa đầu nâng cằm phù hợp và úp mặt nạ kín mũi miệng, lực bóp bóng.

Bước đánh giá lại NB mỗi 2 phút thường bị bỏ qua vì đa phần ĐD chỉ tập trung vào việc thao tác kỹ thuật đúng và đủ bước nhưng chưa để ý đến số chu kỳ thực hiện ép tim và thông khí nhân tạo. Điều này cũng quan trọng không kém trong đánh giá hiệu quả của hồi sức tim phổi. Sau mỗi 2 phút, sẽ có những can thiệp phù hợp theo phác đồ cấp cứu ngưng tim ngưng thở. Bác sĩ sẽ quyết định tiếp tục CPR, tiêm Adrenaline hoặc kết hợp với sốc điện tùy trạng NB.

Có mối tương quan giữa giới tính, thâm niên, khối chuyên khoa công tác chuyên môn với năng lực thực hành CPR. Trong đó, ĐD nữ có kết quả đạt kỹ năng thực hành CPR cao hơn nam ( $p=0.01$ ). Kết quả nghiên cứu chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Oanh (2020) tại bệnh viện Chợ Rẫy nhưng không tương đồng với nghiên cứu của Norah (2021) ĐD nam có năng lực trong kỹ năng hồi sức tim phổi[4,8]. Phân tích sâu hơn ở không đạt năng lực CPR trong nghiên cứu của chúng tôi ĐD nam đến từ các chuyên khoa lẻ như Tai Mũi Họng, khoa Khám bệnh. Đây là những chuyên khoa không thường xuyên tiếp cận với NB nặng và hiếm có trường hợp phải thực hiện CPR trong lâm sàng.

Kết quả phân tích về trình độ chuyên môn nghiên cứu của chúng tôi không tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Oanh (2020) tại bệnh viện Chợ Rẫy và nghiên cứu Đào Thị Thanh Tuyền (2023) của viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác [4, 5]. Lý giải về sự khác biệt này ĐD tại BV Nhi đồng 1 có thâm niên trên 10 năm công tác chiếm trên 60%, đa phần ĐD phát triển và nâng cao trình độ chuyên môn từ Trung cấp lên Cao đẳng và Đại học. Chương trình kỹ năng hồi sức cơ bản được huấn luyện định kỳ hằng năm và đặc biệt kỹ năng CPR được đưa vào kỳ thi

tay nghề mỗi năm. Điều dưỡng có ít nhất một lần thao tác trên mô hình kỹ năng CPR hằng năm. Thêm vào đó ĐD mới làm việc tại bệnh viện Nhi đồng 1 đa phần tốt nghiệp ở trình độ Cao đẳng, Cử nhân được đào tạo ở các trường chuyên môn có uy tín và học phần hồi sức cấp cứu được giảng dạy vào năm cuối cho các sinh viên ĐD.

Cũng chính vì thế kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy có mối tương quan giữa thâm niên với kết quả đánh giá năng lực CPR. Điều dưỡng có thâm niên càng cao như nhóm ĐD trên 10 năm có kết quả đạt kỹ năng hồi sức tim phổi cao hơn nhóm 5-10 năm và nhóm ĐD 5-10 năm có tỉ lệ đạt cao hơn nhóm ĐD < 5 năm ( $p < 0.001$ ). Kết quả nghiên cứu chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Alnutaifi Norah (2021) ở Kuwait, năng lực CPR cao hơn ở nhóm ĐD có kinh nghiệm và thâm niên cao [8]. Kết quả của chúng tôi không tương đồng với nghiên cứu của Đào Thị Thanh Tuyền (2023) của viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác và Nguyễn Thị Oanh (2020) tại bệnh viện Chợ Rẫy [4, 5]. Năng lực thực hành hồi sức không có liên quan đến thâm niên, thời gian công tác chuyên môn. Đào tạo và thực hành liên tục đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì và nâng cao kỹ năng CPR. Lớp thực hành hồi sức cơ bản được đào tạo hằng năm giúp các ĐD củng cố kiến thức và rèn luyện kỹ năng thực hành.

Điều dưỡng tại khối hồi sức cấp cứu có tỉ lệ đạt năng lực thực hành CPR cao hơn các khối chuyên môn còn lại ( $p < 0.001$ ), kết quả nghiên cứu chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Norah (2021) ở Kuwait [8], nghiên cứu của Đào Thị Thanh Tuyền (2023) của viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác và Nguyễn Thị Oanh (2020) tại bệnh viện Chợ Rẫy [4, 5]. Môi trường làm việc hồi sức thường

xuyên tiếp cận người bệnh nặng. Việc thực hành thường xuyên nên các ĐD ICU có nhiều khả năng tham gia vào các tình huống CPR hơn do tính chất nguy cấp của nhóm NB. Sự tham gia thường xuyên này giúp duy trì sự thành thạo và thoải mái của ĐD với quy trình.

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng kết quả hồi cứu dựa trên điểm bài thi chưa đánh giá hết các khía cạnh khác có thể ảnh hưởng đến thực hành như yếu tố tâm lý thi cử của ĐD. Nhiều giám khảo chấm thực hành cũng là một hạn chế về tính tương đồng trong kết quả đánh giá. Kết quả nghiên cứu cũng chưa đại diện hết cho tất cả đối tượng ĐD tại bệnh viện vì chưa đánh giá năng lực thực hành CPR ở nhóm ĐD trên 50 tuổi vì đây là đối tượng theo quy định nội bộ không nằm trong đối tượng đánh giá thực hành.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả đánh giá kỹ năng thực hành hồi sức tim phổi trên 479 điều dưỡng trong kỳ thi tay nghề năm 2023 tại bệnh viện Nhi đồng 1 có 457 trường hợp đạt kỹ năng CPR chiếm tỉ lệ 95.4% và 22 trường hợp không đạt với tỉ lệ 4.6%. Trong đó, kết quả phân loại kỹ năng thực hành loại xuất sắc là 4.2%, loại tốt là 47.8% và khá đạt 30.1%. Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan giữa năng lực thực hành CPR với giới tính của ĐD: ĐD nữ có tỉ lệ đạt cao hơn ĐD nam ( $p = 0.01$ ). Kỹ năng thực hành hồi sức tim phổi có liên quan tới thâm niên công tác chuyên môn của ĐD, ĐD có thâm niên công tác càng cao thì tỉ lệ đạt càng cao ( $p < 0.001$ ). ĐD công tác tại khối hồi sức cấp có tỉ lệ đạt năng lực CPR cao hơn các chuyên khoa còn lại ( $p < 0.001$ ).

## VI. KHUYẾN NGHỊ

1. Chương trình huấn luyện hồi sức tim phổi cần chú trọng các lỗi thường gặp trong kỹ thuật CPR. Kỹ thuật ép tim: đặt người bệnh nằm trên mặt phẳng cứng, độ sâu, tần số ép tim. Kỹ thuật thông khí: tư thế ngửa đầu nâng cằm, úp mặt nạ kín mũi miệng và bóp bóng 2 lần hiệu quả. Kỹ thuật ấn hàm ở người bệnh chấn thương cột sống cổ.

2. Các khối cận lâm sàng, phòng khám, chuyên khoa định kỳ huấn luyện kỹ năng CPR và có lượng giá.

3. Lượng giá đầu vào kết hợp trong quá trình thực hành và lượng giá đầu ra cho thực hành CPR.

4. Đưa mô hình làm việc nhóm trong hồi sức tim phổi vào huấn luyện kỹ năng hồi sức tim phổi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Nguyễn Ái Nương**, Đánh giá năng lực hành nghề của điều dưỡng nhi khoa sau khóa học định hướng tại bệnh viện Nhi đồng 1, Tạp chí Y học Việt Nam, 2023, 532 (1).
2. **Nguyễn Thị Oanh**, Năng lực thực hành hồi sức tim phổi trên mô hình của điều dưỡng bệnh viện chợ rẫy và các yếu tố liên quan, Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam, 2020, 32 58-

63.

3. **Đào Thị Thanh Tuyên**, Đánh giá thực trạng cấp cứu hồi sinh tim phổi của điều dưỡng tại Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác, Tạp Chí Y học Thảm Hoạ Và Bông, 2023;3 66-78.
4. **Ngô Anh Vinh**, Kết quả cấp cứu ngừng tuần hoàn ở trẻ em ngừng tuần hoàn tại bệnh viện nhi trung ương giai đoạn 2018-2019, Tạp chí nghiên cứu y học, 2022, 152 (4).
5. **Alnutaifi N**, Knowledge and Skills of Cardiopulmonary Resuscitation among Critical Care Nurses in Kuwaiti Hospitals, American Journal of Nursing Research, 2021
6. **Bimerew M WA**, Survival of pediatric patients after cardiopulmonary resuscitation for in-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis, Ital J Pediatr, 2021, 47 (1).
7. **Daniele Di Mitri JS**, Detecting Mistakes in CPR Training with Multimodal Data and Neural Networks. Sensors (Basel), 2019, 19 (4).
8. **Milena Talikowska**, Cardiopulmonary resuscitation quality and patient survival outcome in cardiac arrest: A systematic review and meta-analysis, Resuscitation, 2015, 96 66-77.



# KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ MỐI QUAN TÂM CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC VỀ CO GIẬT DO SỐT Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2023

Bùi Thị Hải<sup>1</sup>, Trần Lệ Thu<sup>2</sup>, Bùi Thị Oanh<sup>1</sup>,  
Lê Kim Chi<sup>1</sup>, Vũ Thị Thu Cúc<sup>1</sup>

## TÓM TẮT.

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng kiến thức, thái độ, mối quan tâm của người chăm sóc về co giật do sốt ở trẻ đang điều trị tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2023.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 375 người tham gia tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2022. Số liệu được thực hiện bởi bộ câu hỏi soạn sẵn theo bộ công cụ thang đo The Huang Febrile Seizure Questionnaire (HFSQ).

**Kết quả:** Điểm trung bình về kiến thức co giật do sốt của đối tượng nghiên cứu là 5,55 điểm trong tổng số 11 điểm. Điểm trung bình thái độ của người chăm sóc về co giật do sốt là 34 điểm trong tổng số 50 điểm. Điểm trung bình về mối quan tâm của người chăm sóc đối với co giật do sốt của người chăm sóc là 33 điểm trong tổng số 50 điểm. Có sự khác biệt về kiến thức, thái độ và mối quan tâm về co giật do sốt theo đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu ( $p < 0,05$ ) về mối quan hệ với trẻ, tuổi, giới, nơi cư trú, số con, học vấn, nghề nghiệp và những trải nghiệm về co giật do sốt của người chăm sóc.

**Kết luận:** Phát hiện của chúng tôi chỉ ra rằng cần phải cải thiện trình độ học vấn, nghề nghiệp và kinh nghiệm của người chăm sóc về co giật do sốt ở trẻ em để quản lý tốt hơn.

**Từ khóa:** co giật, sốt, kiến thức, thái độ, mối quan tâm.

## SUMMARY

### KNOWLEDGE, ATTITUDES AND CONCERNS OF CAREGIVERS FOR FEBRUARY SEIZURES IN CHILDREN AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL IN 2023

**Objective:** This study was conducted to survey the knowledge, attitudes and concerns of caregivers about febrile seizures in children at Thai Nguyen National Hospital in 2023.

**Method:** A cross-sectional on 375 participants at Thai Nguyen National Hospital in 2023. The data collected by a set of questions prepared according to the scale tool The Huang Febrile Seizure Questionnaire (HFSQ).

**Results:** The results showed that: The average score on knowledge of febrile seizures of the study subjects was 5.55 points out of a total of 11 points. The average score of caregivers' attitudes about febrile seizures was 34 points out of a total of 50 points. The mean score for caregiver concern for febrile seizures was 33 points out of a total of 50 points. There are differences in knowledge, attitudes and concerns about febrile seizures according to the general characteristics of the study subjects ( $p < 0.05$ ) in

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

<sup>2</sup>Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hải

SĐT: 0912312845

Email: buithihai.tn@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 30/6/2024

Ngày duyệt bài: 12/8/2024

terms of relationship with the child, age, gender, place of residence, number of children, education, occupation, and caregivers' experiences of febrile seizures.

**Conclusion:** Our findings indicate a need for improved education, occupation, and caregivers' experiences of febrile seizures of children better management.

**Keywords:** seizure, fever, knowledge, attitudes, concern.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Có giật do sốt là có giật kèm theo sự gia tăng thân nhiệt, không có nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương, xảy ra ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ trong độ tuổi từ 6 - 60 tháng với sự phát triển thần kinh bình thường<sup>4</sup>. Có giật do sốt xảy ra ở 2-5% số trẻ em trên toàn thế giới và là loại có giật phổ biến nhất ở trẻ dưới 60 tháng tuổi<sup>12</sup>. Mặc dù các nhân viên y tế đã giải thích, tư vấn rằng có giật do sốt là một chứng rối loạn có giật lành tính, nhưng có giật lại khiến các bậc cha mẹ sợ hãi. Những người chăm sóc chứng kiến cơn có giật đầu tiên của một đứa trẻ khỏe mạnh trước đây sẽ lưu lại ký ức khó quên về sự kiện này, nhiều người tin rằng con họ đã chết hoặc sắp chết và điều này có thể tiếp tục ảnh hưởng đáng kể đến cuộc sống gia đình<sup>9</sup>. Một nghiên cứu định tính ở lục địa châu Phi đã phát hiện ra rằng phần lớn các bậc cha mẹ cho biết họ nghĩ rằng con mình đang bị đau tim, sắp chết hoặc đã chết, với chưa đến một nửa số cha mẹ nhận ra rằng đứa trẻ đang bị có giật<sup>9</sup>. Tại Việt Nam, những năm gần đây, có một số tác giả nghiên cứu về chăm sóc trẻ sốt của người nuôi dưỡng trẻ. Năm 2013, tại khoa Truyền Nhiễm bệnh viện Nhi Trung Ương cho thấy gần 3/4 bà mẹ hiểu sai khái niệm về sốt, gần 70% bà mẹ cho trẻ uống thuốc hạ sốt không theo đơn của bác sĩ và không quan tâm nhiều

đến nhiệt độ sốt của trẻ và 80% các bà mẹ có hành vi chăm sóc sai khi trẻ sốt<sup>1</sup>. Bên cạnh đó, đánh giá, nhận định chính xác thái độ, kiến thức và mối quan tâm thì có thể cung cấp thông tin về trẻ một cách đầy đủ, phù hợp nhất và đúng mong đợi của người chăm sóc trẻ; tránh được những nhận thức sai lầm, thái độ tiêu cực hay hậu quả không đáng có cho trẻ có giật do sốt cao. Tuy nhiên, thực tế cho thấy việc đánh giá thái độ, kiến thức và mối quan tâm của người chăm sóc đối với có giật do sốt cao ở trẻ em còn hạn chế, đặc biệt ở Thái Nguyên. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: **Mô tả thực trạng kiến thức, thái độ, mối quan tâm của người chăm sóc về có giật do sốt ở trẻ đang điều trị tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2023.**

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Là người chăm sóc cho trẻ từ 6 tháng đến 60 tháng tuổi đang điều trị tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, trong thời gian từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023

**\* Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người chăm sóc trực tiếp cho trẻ từ 6 tháng - 60 tháng tuổi. Có độ tuổi từ 18 tuổi trở lên. Hiểu và nói rõ tiếng Việt.

**\* Tiêu chuẩn loại trừ:** Trẻ đang bị bệnh nặng cần can thiệp xử trí cấp cứu. Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: Áp dụng công thức ước tính một tỷ lệ:

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

$Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96^2$ ;  $p=0,58$  (tỷ lệ người chăm

sóc có kiến thức đạt về chăm sóc trẻ bị sốt theo nghiên cứu của Đỗ Thị Thu Mai, năm 2019<sup>2</sup>),  $q=1-q$ ,  $d=0.05$

Thay vào công thức trên ta tính được số người chăm sóc trẻ cần nghiên cứu là 375 người.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

Đặc điểm thông tin nhân khẩu học: Tuổi, giới, dân tộc, nơi ở hiện tại, số con, trình độ học vấn.

Kiến thức, thái độ của người chăm sóc về co giật do sốt ở trẻ.

Mối quan tâm của người chăm sóc về co giật do sốt ở trẻ.

- Bộ công cụ đánh giá

Bộ câu hỏi gồm các câu hỏi về thông tin cá nhân và sử dụng bộ câu hỏi The Huang Febrile Seizure Questionnaire (HFSQ). Bộ HFSQ được sử dụng và phát triển ở Đài Loan như một công cụ đánh giá cha mẹ trẻ bệnh trong nghiên cứu, thực hành lâm sàng. Thang đo được tác giả Grey-Toft & Anderson phát triển vào năm 1995<sup>7</sup>. Bộ công cụ đã được dịch theo phương pháp Dịch ngược và xác định chỉ số Cronbach's alpha của thang đo.

Bộ câu hỏi HFSQ gồm 4 phần: 1) Đặc điểm nhân khẩu học và niềm tin của người chăm sóc trẻ. 2) Kiến thức (11 câu); 3) Thái độ (10 câu). Trong đó có 2 câu mã hóa tích cực theo thang điểm Likert; 8 câu \* Mã hóa ngược: 1=Hoàn toàn đồng ý; 2= đồng ý; 3= Trung lập; 4= Không đồng ý; 5= Hoàn toàn đồng ý. 4) Mối quan tâm (10 câu).

Các câu hỏi Likert trong bộ câu hỏi có niềm tin, thái độ hoặc mối quan tâm được trả lời theo thang điểm từ 1-5 điểm và được kết

hợp thành tổng điểm. Tổng số điểm dao động từ 10 - 50 điểm cho mỗi phần đánh giá niềm tin, thái độ hoặc mối quan tâm. Điểm càng cao, có nghĩa là niềm tin, thái độ và/mối quan tâm càng tích cực.

- Kỹ thuật thu thập số liệu: Số liệu được thu thập thông qua phỏng vấn người nhà người bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Phương pháp xử lý số liệu: Dữ liệu sau khi thu thập được làm sạch và mã hóa; nhập liệu bằng Excel, xử lý theo các thuật toán thống kê y học bằng phần mềm EpiInfo, SPSS 22.0.

- Vấn đề đạo đức của nghiên cứu: NC đảm bảo không ảnh hưởng tới chất lượng chăm sóc và điều trị của bệnh viện, sức khỏe, quyền lợi, kinh tế của NB, cũng như không phiền hà cho NB và NVYT; Nội dung NC được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 375 người tham gia nghiên cứu, có 46,9% người là Mẹ của trẻ; 60% người có độ tuổi từ 30 tuổi trở xuống; 51,5% là nữ giới; 52,5% sống ở khu vực thành thị; 70,9% là dân tộc Kinh; 67,5% người có từ 2 con trở lên; 47,4% người có trình độ Chuyên nghiệp; 46,9% người có nghề nghiệp là Tự do/buôn bán; 88% người chưa có trẻ có tiền sử co giật; 72% người không có người thân có tiền sử co giật và 74,7% người chưa bao giờ chứng kiến cơn co giật.

**3.1. Thực trạng kiến thức, thái độ và mối quan tâm của người chăm sóc về co giật do sốt ở trẻ**

**Bảng 1. Kiến thức của người chăm sóc về co giật do sốt**

| Yếu tố                                                               | Trả lời đúng |      | Trả lời sai |      |
|----------------------------------------------------------------------|--------------|------|-------------|------|
|                                                                      | SL           | %    | SL          | %    |
| Điện não đồ/ chụp CT cần thiết cho trẻ bị co giật do sốt             | 92           | 24,5 | 283         | 75,5 |
| Thuốc chống co giật được chỉ định cho tất cả trẻ bị co giật do sốt   | 195          | 52   | 180         | 48   |
| Co giật do sốt nếu tái phát sẽ gây tổn thương não                    | 375          | 100  | 0           | 0    |
| Trẻ sốt co giật có thể tiêm phòng                                    | 375          | 100  | 0           | 0    |
| Co giật do sốt là bệnh động kinh                                     | 287          | 76,5 | 88          | 23,5 |
| Cần hạn chế trẻ co giật                                              | 375          | 100  | 0           | 0    |
| Mỗi đứa trẻ bị sốt sẽ có một cơn co giật do sốt khác trong tương lai | 375          | 100  | 0           | 0    |
| Cần phải đưa một thiết bị bảo vệ vào miệng để ngăn ngừa cắn lưỡi     | 285          | 76   | 90          | 24   |
| Co giật do sốt hiếm có nguy cơ trở thành động kinh                   | 0            | 0    | 375         | 100  |
| Cần thực hiện hỗ trợ hô hấp khi trẻ co giật                          | 17           | 4,5  | 358         | 95,5 |
| Co giật do sốt hiếm gặp ở trẻ > 5 tuổi                               | 88           | 23,5 | 287         | 76,5 |

**Nhận xét:** Tất cả các bà mẹ đều trả lời đúng về: Co giật do sốt nếu tái phát sẽ gây tổn thương não (100%); Trẻ sốt co giật có thể tiêm phòng (100%); Cần hạn chế trẻ co giật (100%); Mỗi đứa trẻ bị sốt sẽ có một cơn co giật do sốt khác trong tương lai (100%).

**Bảng 2. Thái độ của người chăm sóc đối với co giật do sốt**

| Yếu tố                                                                                        | Hoàn toàn không đồng ý | Không đồng ý | Trung lập  | Đồng ý     | Hoàn toàn đồng ý |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------|------------|------------|------------------|
|                                                                                               | SL (%)                 | SL (%)       | SL (%)     | SL (%)     | SL (%)           |
| Cần quan tâm và chăm sóc nhiều hơn cho trẻ bị co giật do sốt                                  | 0 (0,0)                | 0 (0,0)      | 0 (0,0)    | 90 (24,0)  | 285 (76,0)       |
| *Co giật do sốt có thể tự khỏi                                                                | 0 (0,0)                | 0 (0,0)      | 178 (47,5) | 197 (52,5) | 0 (0,0)          |
| *Cha mẹ nên đo nhiệt độ cho trẻ thường xuyên                                                  | 0 (0,0)                | 0 (0,0)      | 0 (0,0)    | 178 (47,5) | 197 (52,5)       |
| Co giật do sốt có thể gây tổn thương não                                                      | 0 (0,0)                | 0 (0,0)      | 0 (0,0)    | 105 (28,0) | 270 (72,0)       |
| *Nếu cần thiết, có thể chọc dò tủy sống                                                       | 197 (52,5)             | 0 (0,0)      | 90 (24)    | 88 (23,5)  | 0 (0,0)          |
| *Một cơn co giật do sốt gây đe dọa đến tính mạng                                              | 0 (0,0)                | 0 (0,0)      | 0 (0,0)    | 107 (28,5) | 268 (71,5)       |
| *Co giật do sốt sẽ trở thành động kinh                                                        | 0 (0,0)                | 90 (24)      | 88 (23,5)  | 197 (52,5) | 0 (0,0)          |
| *Thật đáng xấu hổ khi có một đứa trẻ bị sốt co giật                                           | 131 (34,9)             | 0 (0,0)      | 197 (52,5) | 47 (12,5)  | 0 (0,0)          |
| *Y học cổ truyền/ Phương pháp dân gian cần thiết                                              | 0 (0,0)                | 178 (47,5)   | 197 (52,5) | 0 (0,0)    | 0 (0,0)          |
| *Sốt co giật là do ma nhập                                                                    | 90 (24)                | 176 (46,9)   | 109 (29,1) | 0 (0,0)    | 0 (0,0)          |
| * Mã hóa ngược: 1=Hoàn toàn đồng ý; 2=đồng ý; 3=Trung lập; 4=Không đồng ý; 5=Hoàn toàn đồng ý |                        |              |            |            |                  |

**Nhận xét:** Thái độ của người chăm sóc về co giật do sốt đều ở mức đồng ý/ hoàn toàn đồng ý: Cần quan tâm và chăm sóc nhiều hơn cho trẻ bị co giật do sốt (24,0% và 76,0%); Co giật do sốt có thể gây tổn thương não (28% và 72%); Con co giật do sốt gây đe dọa đến tính mạng (28,5%, 71,5%).

**Bảng 3. Mối quan tâm của người chăm sóc đối với co giật do sốt**

| Yếu tố                                            | Hoàn toàn không đồng ý | Không đồng ý | Trung lập  | Đồng ý     | Hoàn toàn đồng ý |
|---------------------------------------------------|------------------------|--------------|------------|------------|------------------|
|                                                   | SL (%)                 | SL (%)       | SL (%)     | SL (%)     | SL (%)           |
| Anh chị em ruột của trẻ cũng sẽ bị co giật do sốt | 0 (0,0)                | 176 (46,9)   | 182 (48,5) | 17 (4,5)   | 0 (0,0)          |
| Tổn thương não tiềm tàng                          | 0 (0,0)                | 0 (0,0)      | 0 (0,0)    | 283 (75,5) | 92 (24,5)        |
| Trì hoãn điều trị ở đợt co giật do sốt tiếp theo  | 88 (23,5)              | 0 (0,0)      | 199 (53,1) | 88 (23,5)  | 0 (0,0)          |
| Tiến triển thành động kinh                        | 0 (0,0)                | 88 (23,5)    | 287 (76,5) | 0 (0,0)    | 0 (0,0)          |
| Không biết xử trí trẻ trong cơn sốt co giật       | 17 (4,5)               | 88 (23,5)    | 88 (23,5)  | 182 (48,5) | 0 (0,0)          |
| Không thể nhận ra cơn co giật sớm hơn             | 105 (28)               | 0 (0,0)      | 88 (23,5)  | 90 (24)    | 92 (24,5)        |
| Co giật tái phát                                  | 0 (0,0)                | 17 (4,5)     | 88 (23,5)  | 178 (47,5) | 92 (24,5)        |
| Cơn co giật do sốt đe dọa tính mạng               | 0 (0,0)                | 0 (0,0)      | 105 (28)   | 88 (23,5)  | 182 (48,5)       |
| Dễ bị sốt                                         | 0 (0,0)                | 88 (23,5)    | 90 (24)    | 197 (52,5) | 0 (0,0)          |
| Co giật trong đêm                                 | 0 (0,0)                | 0 (0,0)      | 90 (24)    | 285 (76)   | 0 (0,0)          |

**Nhận xét:** Mối quan tâm của người chăm sóc đối với co giật do sốt ở mức đồng ý/ hoàn toàn đồng ý về tổn thương não tiềm tàng (75,5%, 24,5%); Có tới 48,5% người chăm sóc không biết cách xử trí trẻ trong cơn

co giật.

### 3.2. Một số yếu tố liên quan về kiến thức, thái độ và mối quan tâm của người chăm sóc về co giật do sốt ở trẻ

**Bảng 4. Mối liên quan đặc điểm chung của ĐTNC đối với kiến thức về co giật do sốt**

| Yếu tố                           |                  | Mean ± SD   | F      | p     |
|----------------------------------|------------------|-------------|--------|-------|
| Người chăm sóc liên quan với trẻ | Mẹ               | 6,5 ± 1,5   | 104,05 | 0,000 |
|                                  | Bố               | 4,66 ± 0,5  |        |       |
|                                  | Khác             | 4,8 ± 1,35  |        |       |
| Tuổi người chăm sóc              | ≤ 30             | 4,8 ± 0,41  | 545,31 | 0,000 |
|                                  | > 30             | 6,7 ± 1,8   |        |       |
| Giới tính người chăm sóc         | Nam              | 6,54 ± 1,44 | 1670,7 | 0,000 |
|                                  | Nữ               | 4,5 ± 0,5   |        |       |
| Nơi cư trú                       | Nông thôn        | 6,05 ± 1,9  | 1320,9 | 0,000 |
|                                  | Thành thị        | 5,0 ± 0,2   |        |       |
| Số con trong gia đình            | Chưa hoặc 1 con  | 5,3 ± 1,1   | 101,6  | 0,000 |
|                                  | Từ 2 con trở lên | 5,67 ± 1,65 |        |       |

|                               |                             |             |        |       |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------|--------|-------|
| Học vấn của người chăm sóc    | THPT                        | 4,46 ± 1,1  | 1022,2 | 0,000 |
|                               | Trung cấp/Cao đẳng/ Đại học | 5,01 ± 0,1  |        |       |
|                               | Sau đại học                 | 8,0 ± 0,21  |        |       |
| Nghề nghiệp người chăm sóc    | CBVC/CN                     | 5,5 ± 0,5   | 111,11 | 0,000 |
|                               | Nông dân                    | 4,45 ± 1,1  |        |       |
|                               | Tự do/Buôn bán              | 6,5 ± 1,5   |        |       |
| Tiền sử co giật của trẻ       | Có                          | 7,8 ± 0,4   | 11,6   | 0,001 |
|                               | Chưa bao giờ                | 5,08 ± 1,2  |        |       |
| Người thân có tiền sử co giật | Có                          | 7,84 ± 0,4  | 70,44  | 0,000 |
|                               | Không                       | 4,66 ± 0,48 |        |       |
| Từng chứng kiến cơn co giật   | Có                          | 7,84 ± 0,37 | 70,4   | 0,000 |
|                               | Chưa bao giờ                | 4,66 ± 0,47 |        |       |

\*T-test/Anova

**Nhận xét:** Có sự khác biệt về kiến thức co giật do sốt theo đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 5. Mối liên quan giữa đặc điểm chung của ĐTNC đối với thái độ về co giật do sốt**

| Yếu tố                           |                             | Mean ± SD    | F      | p     |
|----------------------------------|-----------------------------|--------------|--------|-------|
| Người chăm sóc liên quan với trẻ | Mẹ                          | 32,54 ± 4,09 | 78,33  | 0,000 |
|                                  | Bố                          | 35,44 ± 1,74 |        |       |
|                                  | Khác                        | 37,45 ± 0,9  |        |       |
| Tuổi người chăm sóc (tuổi)       | ≤ 30                        | 33,12 ± 3,3  | 112,07 | 0,000 |
|                                  | > 30                        | 37,12 ± 1,2  |        |       |
| Giới tính người chăm sóc         | Nam                         | 35,5 ± 1,67  | 838,3  | 0,000 |
|                                  | Nữ                          | 33,89 ± 4,3  |        |       |
| Nơi cư trú                       | Nông thôn                   | 37,3 ± 1,14  | 308,9  | 0,000 |
|                                  | Thành thị                   | 31,83 ± 2,33 |        |       |
| Số con trong gia đình            | Chưa hoặc 1 con             | 34,5 ± 1,84  | 151,4  | 0,000 |
|                                  | Từ 2 con trở lên            | 34,85 ± 3,8  |        |       |
| Học vấn của người chăm sóc       | THPT                        | 37,7 ± 0,73  | 447,7  | 0,000 |
|                                  | Trung cấp/Cao đẳng/ Đại học | 31,8 ± 2,33  |        |       |
|                                  | Sau đại học                 | 36,8 ± 1,4   |        |       |
| Nghề nghiệp người chăm sóc       | CBVC/CN                     | 29,7 ± 1,3   | 841,7  | 0,000 |
|                                  | Nông dân                    | 37,6 ± 0,73  |        |       |
|                                  | Tự do/Buôn bán              | 35,44 ± 1,7  |        |       |
| Tiền sử co giật của trẻ          | Có                          | 36,6 ± 1,24  | 58,34  | 0,000 |
|                                  | Chưa bao giờ                | 34,3 ± 3,44  |        |       |
| Người thân có tiền sử co giật    | Có                          | 36,74 ± 1,3  | 69,4   | 0,000 |
|                                  | Không                       | 33,93 ± 3,5  |        |       |
| Từng chứng kiến cơn co giật      | Có                          | 36,7 ± 1,3   | 69,4   | 0,000 |
|                                  | Chưa bao giờ                | 33,9 ± 3,4   |        |       |

\*T-test/Anova

Có sự khác biệt về thái độ co giật do sốt theo đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 6. Mối liên quan giữa đặc điểm chung của ĐTNC đối với mối quan tâm về co giật do sốt**

| Yếu tố                           |                            | Mean $\pm$ SD    | F      | p     |
|----------------------------------|----------------------------|------------------|--------|-------|
| Người chăm sóc liên quan với trẻ | Mẹ                         | 37,72 $\pm$ 2,4  | 452,03 | 0,000 |
|                                  | Bố                         | 29,5 $\pm$ 0,5   |        |       |
|                                  | Khác                       | 37,1 $\pm$ 5,3   |        |       |
| Tuổi người chăm sóc              | $\leq 30$                  | 34,31 $\pm$ 4,6  | 6,02   | 0,015 |
|                                  | $> 30$                     | 33,2 $\pm$ 5,1   |        |       |
| Giới tính người chăm sóc         | Nam                        | 29,5 $\pm$ 0,5   | 2756   | 0,000 |
|                                  | Nữ                         | 38,5 $\pm$ 2,5   |        |       |
| Nơi cư trú                       | Nông thôn                  | 35,1 $\pm$ 5,6   | 1588,8 | 0,000 |
|                                  | Thành thị                  | 32,5 $\pm$ 3,51  |        |       |
| Số con trong gia đình            | Chưa hoặc 1 con            | 30,6 $\pm$ 3,67  | 28,6   | 0,000 |
|                                  | Từ 2 con trở lên           | 35,4 $\pm$ 4,6   |        |       |
| Học vấn của người chăm sóc       | THPT                       | 39,13 $\pm$ 4,4  | 203,55 | 0,000 |
|                                  | Trung cấp/Cao đẳng/Đại học | 32,54 $\pm$ 3,51 |        |       |
|                                  | Sau đại học                | 30,01 $\pm$ 0,01 |        |       |
| Nghề nghiệp người chăm sóc       | CBVC/CN                    | 36,01 $\pm$ 0,1  | 597,9  | 0,000 |
|                                  | Nông dân                   | 39,13 $\pm$ 4,4  |        |       |
|                                  | Tự do/Buôn bán             | 29,5 $\pm$ 0,5   |        |       |
| Tiền sử co giật của trẻ          | Có                         | 29,8 $\pm$ 0,41  | 252,4  | 0,000 |
|                                  | Chưa bao giờ               | 34,7 $\pm$ 4,9   |        |       |
| Người thân có tiền sử co giật    | Có                         | 35,4 $\pm$ 4,9   | 240,6  | 0,000 |
|                                  | Không                      | 29,83 $\pm$ 0,37 |        |       |
| Từng chứng kiến cơn co giật      | Có                         | 29,8 $\pm$ 0,37  | 240,6  | 0,000 |
|                                  | Chưa bao giờ               | 35,4 $\pm$ 4,9   |        |       |

\*T-test/Anova

**Nhận xét:** Sự khác biệt về mối quan tâm co giật do sốt theo đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu ( $p < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Thực trạng kiến thức, thái độ và mối quan tâm của người chăm sóc về co giật do sốt ở trẻ

Thực tế cho thấy, những thiếu hiểu biết về co giật do sốt sẽ dẫn đến những quan niệm và cách kiểm soát bệnh không phù hợp. Việc không phản ứng kịp thời có thể dẫn đến những mối nguy hiểm cho sức khỏe trẻ em

cũng như sự phản ứng tiêu cực của gia đình. Vì vậy, thái độ và mối quan tâm của người chăm sóc ảnh hưởng rất lớn. Nghiên cứu mô tả kiến thức, thái độ và mối quan tâm của người chăm sóc về sốt cao co giật và một số yếu tố liên quan để qua đó góp phần vào các giải pháp can thiệp hiệu quả nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cho trẻ.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi với 88% người chưa có trẻ có tiền sử co giật; 72% người không có người thân có tiền sử co giật và 74,7% người chưa bao giờ chứng kiến cơn co giật. Kết quả của chúng tôi

tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Hakizimana<sup>5</sup> với những người chăm sóc thừa nhận sự thiếu hiểu biết của họ về co giật do sốt, nhấn mạnh rằng kiến thức có sẵn của người chăm sóc thường thiếu về chủ đề này. Đối với các câu hỏi về kiến thức, trong đó người chăm sóc đã đưa ra câu trả lời, những câu hỏi này thường được trả lời sai và họ cho biết rằng 'cần phải đo điện não đồ/CT', 'những đứa trẻ này phải dùng thuốc chống co giật' hoặc không cần hỗ trợ hô hấp khi trẻ co giật. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Won - Oak Oh thực hiện năm 2021<sup>10</sup> trên 216 người chăm sóc trẻ cho thấy tỷ lệ người chăm sóc trả lời đúng thấp (57,1%). Và một tỷ lệ lớn người tham gia có kiến thức sai lầm như vậy: Co giật tái phát sẽ gây tổn thương não (tỷ lệ trả lời đúng 7,9%) và đưa thiết bị bảo vệ vào tránh tổn thương lưỡi khi co giật là cần thiết (tỷ lệ trả lời đúng 35,6%). Việc kiến thức không đầy đủ sẽ dẫn đến những sai lầm trong cách kiểm soát, quản lý người bệnh.

Thái độ của người chăm sóc về co giật do sốt đều ở mức đồng ý/ hoàn toàn đồng ý: Cần quan tâm và chăm sóc nhiều hơn cho trẻ bị co giật do sốt (24,0% và 76,0%); Co giật do sốt có thể gây tổn thương não (28% và 72%); Con co giật do sốt gây đe dọa đến tính mạng (28,5%, 71,5%). Thái độ của cha mẹ rất quan trọng vì chúng có thể ảnh hưởng đến hành vi tìm kiếm sức khỏe. Thái độ không đúng của người chăm sóc được mô tả trong tài liệu bao gồm: Là do bị linh hồn ám, sẽ bị động kinh, có thể gây tổn thương não, y học cổ truyền cũng cần thiết, và thật đáng xấu hổ khi có con bị co giật do sốt. Những người tham gia nghiên cứu của chúng tôi đã chia sẻ một số thái độ này nhưng đã nhận ra rằng việc có con mắc bệnh co giật do sốt không có gì

đáng xấu hổ và rằng co giật do sốt cao không phải do bị linh hồn ám. Thực tế, tại khoa Nhi của các Bệnh viện vẫn có tình trạng cấp cứu trẻ bị bệnh trong tình trạng nguy kịch, thậm chí tử vong do một số hủ tục, mê tín của người dân. Nghiên cứu định tính và định lượng cắt ngang ở Nigeria và Ghana đã đánh giá kiến thức và mối quan tâm của phụ huynh<sup>5,7</sup>. Nghiên cứu này báo cáo rằng hầu hết những người chăm sóc đều tin rằng co giật do sốt là do phù thủy của các linh hồn siêu nhiên gây ra.

Mối quan tâm của người chăm sóc đối với co giật do sốt ở mức đồng ý/ hoàn toàn đồng ý về tổn thương não tiềm tàng (75,5%, 24,5%); Có tới 48,5% người chăm sóc không biết cách xử trí trẻ trong cơn co giật. Nhiều nhà nghiên cứu đã chứng minh rằng co giật do sốt gây ra một số nỗi sợ hãi và lo lắng liên tục, chẳng hạn như tổn thương não hoặc tái phát<sup>11</sup>. Những lo ngại như khả năng bị tổn thương não có khả năng gây ra di chứng lâu dài về nhận thức cho người chăm sóc. Do đó, thông tin liên quan đến sự tái phát và tiên lượng của hội chứng co giật do sốt phải được nhân viên y tế cung cấp cho những người chăm sóc như xử trí khi trẻ có cơn co giật, nhận biết sớm nguy cơ co giật tái phát ở trẻ hay tiến triển của bệnh như thế nào... Đây cũng là một chủ đề cần được chú ý thực hiện khi nhân viên y tế chúng ta nhận định người bệnh để biết được nhu cầu, mong muốn được giải đáp thắc mắc. Để từ đó, chúng ta cũng có kiến thức, niềm tin, thay đổi thái độ theo hướng tích cực để nâng cao hiệu quả điều trị và chăm sóc người bệnh.

**4.2. Một số yếu tố liên quan về kiến thức, thái độ và mối quan tâm của người chăm sóc về co giật do sốt ở trẻ đang điều trị tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên**



Theo kết quả nghiên cứu cho thấy, có sự khác biệt về kiến thức co giật do sốt theo đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu ( $p < 0,05$ ) về mối quan hệ với trẻ, tuổi, giới, nơi cư trú, số con, học vấn, nghề nghiệp và những trải nghiệm về co giật do sốt của người chăm sóc. Về nội dung chi tiết, nghiên cứu chỉ ra người mẹ trong vai trò là người chăm sóc trẻ tại viện chiếm tỷ lệ cao và có điểm trung bình kiến thức cao nhất. Điều này phù hợp với thực tế tại Việt Nam khi người mẹ thường là người luôn chăm sóc và bên cạnh trẻ mọi lúc. Họ thường giành nhiều thời gian tìm hiểu về đặc điểm sinh lý, bệnh lý của trẻ cũng như có nhiều trải nghiệm cùng trẻ trong quá trình con mình lớn lên. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra điểm trung bình kiến thức ở người chăm sóc trẻ là nam cao hơn so với nữ. Có thể do một phần khi trẻ bị bệnh, tâm lý của người phụ nữ đa số bị ảnh hưởng lớn hơn, dễ bị chi phối hơn nên dẫn đến điểm trung bình kiến thức ở một số khía cạnh bị mắc sai lầm. Ở độ tuổi trên 30 tuổi, có từ 2 con trở lên thường người chăm sóc sẽ có nhiều trải nghiệm, kinh nghiệm cũng như vốn sống nhiều hơn so với độ tuổi trước 30 tuổi hoặc có con lần đầu. Khu vực sống, học vấn, nghề nghiệp cũng là yếu tố liên quan đến kiến thức của người chăm sóc. Đa phần các nghiên cứu đều chỉ ra và thực tế cũng cho thấy ở khu vực thành thị, học vấn cao cũng như nghề nghiệp thì cơ hội tiếp cận với các nguồn thông tin sẽ dễ dàng hơn, việc tiếp thu các kiến thức cũng thuận lợi hơn và ít bị chi phối cũng như cũng không có cơ hội dễ bị ảnh hưởng bởi mê tín dị đoan hay các hủ tục tiêu cực. Việc trải nghiệm trước đó như trẻ có tiền sử co giật, có tiền sử gia đình, người chăm sóc từng chứng kiến cơn co giật cũng là yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức.

Về mối liên quan đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu với thái độ của người chăm sóc, nghiên cứu cũng chỉ ra có sự khác biệt về thái độ co giật do sốt và đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu ( $p < 0,05$ ). Tương tự như đánh giá kiến thức, người là mẹ hoặc ở độ tuổi dưới 30 tuổi, chưa có hoặc có con đầu thì sẽ có thái độ thiếu tích cực hơn so với các đối tượng còn lại. Tuy rằng người mẹ, người phụ nữ thường giành nhiều thời gian tìm hiểu và chăm sóc con nhưng khi con mình bị ốm, thường họ sẽ bị chi phối rất nhiều từ cảm xúc gây ra lo lắng, hoang mang và nghi vấn về những hiểu biết vốn có của mình. Vì vậy, nếu khi nhân viên y tế muốn giáo dục sức khỏe cho họ thì cần phải hướng dẫn họ kiểm soát cảm xúc, giữ tâm lý ổn định trong quá trình chăm sóc trẻ nói chung và chăm sóc trẻ co giật do sốt cao nói riêng để phản ứng, xử trí kịp thời.

Nghiên cứu cũng chỉ ra có sự khác biệt về mối quan tâm co giật do sốt theo đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu ( $p < 0,05$ ). Phù hợp với kết quả đánh giá thái độ, khi người chăm sóc có thái độ thiếu tích cực thì họ càng nhiều băn khoăn, thắc mắc và mối quan tâm. Lúc này, nếu nhân viên y tế đánh giá, nhận định chính xác thì có thể cung cấp thông tin về trẻ một cách đầy đủ, phù hợp nhất và đúng mong đợi của người chăm sóc trẻ; tránh được những nhận thức sai lầm, thái độ tiêu cực hay hậu quả không đáng có cho trẻ co giật do sốt cao.

## V. KẾT LUẬN

Trong tổng số 375 người tham gia nghiên cứu, có 46,9% người là Mẹ của trẻ; 60% người có độ tuổi từ 30 tuổi trở xuống. Về kiến thức: Tất cả các bà mẹ đều trả lời đúng về: Co giật do sốt nếu tái phát sẽ gây tổn thương não (100%); Trẻ sốt co giật có thể

tiêm phòng (100%); Cần hạn chế trẻ co giật (100%); Đứa trẻ bị sốt sẽ có một cơn co giật do sốt khác trong tương lai (100%). Về thái độ của người chăm sóc về co giật do sốt đều ở mức đồng ý/ hoàn toàn đồng ý: Cần quan tâm và chăm sóc nhiều hơn cho trẻ bị co giật do sốt (24,0% và 76,0%); Co giật do sốt có thể gây tổn thương não (28% và 72%); Cơn co giật do sốt gây đe dọa đến tính mạng (28,5%, 71,5%). Mọi quan tâm của người chăm sóc đối với co giật do sốt ở mức đồng ý/ hoàn toàn đồng ý về tổn thương não tiềm tàng (75,5%, 24,5%); Có tới 48,5% người chăm sóc không biết cách xử trí trẻ trong cơn co giật.

Có sự khác biệt về kiến thức co giật do sốt theo đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu ( $p < 0,05$ ) về mối quan hệ với trẻ, tuổi, giới, nơi cư trú, số con, học vấn, nghề nghiệp và những trải nghiệm về co giật do sốt của người chăm sóc.

## VI. KIẾN NGHỊ

Tăng cường công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe về co giật do sốt ở trẻ cho người chăm sóc trẻ. Quá trình tư vấn, giáo dục sức khỏe cần thống nhất, đảm bảo đáp ứng các thông tin cơ bản, cần thiết đảm bảo mong muốn thông tin của người chăm sóc trẻ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Thị Bích, Doãn Thúy Quỳnh**, (2013), Kiến thức, thái độ và cách chăm sóc trẻ sốt của người nuôi dưỡng trẻ, Tạp chí y học thực hành, số 3/2012.
2. **Hồ Thị Hoài Phương, Nguyễn Thị Khánh Linh, Lê Thị Bích** (2021). Kiến Thức, Thái Độ, Cách Xử Trí Sốt Và Mối Liên Quan Về Trình Độ Học Vấn Của Bà Mẹ Có Con Dưới 5 Tuổi Tại Khoa Nhi Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Quảng Trị. Tạp Chí Nghiên cứu Và Thực hành Nhi Khoa, 5(2).
3. **Anigilaje EA**. Perception of childhood convulsion among women in a peri-urban community in Ilorin. IOSR-JDMS2013;4:32-8.
4. **Graves RC, Oehler K, Tingle LE**. Febrile seizures: risks, evaluation, and prognosis. Am Fam Physician2012; 85:150 -5
5. **Hakizimana, MBBS, MMed, O., Kalimba, MBBS, MMed, E., Arnold, MD, L., & Cartledge, MBChB, P.** (2021). The assessment of parents' knowledge, attitudes and concerns about febrile seizures in children at tertiary hospitals in Rwanda—a descriptive study. Journal of Tropical Pediatrics, 67(1), fma003.
6. **Huang M-C, Huang C-C, Thomas K**. Febrile convulsions: development and validation of a questionnaire to measure parental knowledge, attitudes, concerns and practices. J Formos Med Assoc 2006;105:38-48.
7. **Juliane S. D, Heloise H. S, Mariano M.E, Regina P. A**, (2015) Febrile seizures: a population - based study Convulsion febril: estudo de base populacional. Jornal de Pediatria, 91 (6): p. 529- 534.
8. **Nyaledzigbor M, Adatara P, Anthony K, et al**. Mothers' knowledge, beliefs and practices regarding febrile convulsions and home management: a study in Ho, Ghana. J Res Nurs Midwifery 2016;5:30-6
9. **Ofovw GE, Ibadin OM, Ofovw EC, et al**. Home management of febrile convulsion in an African population: a comparison of urban and rural mothers' knowledge attitude and practice. J Neurol 2002;200:49-52.
10. **Oh, W. O., Heo, Y. J., Suk, M. H., & Lee, A.** (2021). Korean childcare providers' knowledge, attitudes, concerns, and practices of febrile convulsions. International journal of environmental research and public health, 18(9), 4855.
11. **Sajadi M, Khosravi S**. Mothers' experiences about febrile convulsions in their children: a qualitative study. Int J Community Based Nurs Midwifery 2017;5:284-91.

## CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT LÀM HẬU MÔN NHÂN TẠO VĨNH VIỄN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI 2 BỆNH VIỆN Ở VIỆT NAM

Vũ Mai Linh<sup>1</sup>, Đinh Thị Yến<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Phương<sup>2</sup>, Phan Thị Dung<sup>1,3</sup>

### TÓM TẮT.

**Đặt vấn đề:** Ung thư đại trực tràng là một bệnh ác tính hay gặp ở đường tiêu hóa, chiếm tỷ lệ khác nhau ở mỗi quốc gia. Phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo (HMNT) là một trong những giải pháp để điều trị bệnh. Việc mang hậu môn nhân tạo ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe, tinh thần và công việc, là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Vì thế, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh trước và sau phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn và một số yếu tố liên quan.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phỏng vấn trên 125 người bệnh (NB) được chẩn đoán mắc ung thư đại trực tràng. Phẫu thuật làm HMNT vĩnh viễn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và Bệnh viện K. QLQ C30 là công cụ được sử dụng để đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh. ANOVA hoặc T-test được sử dụng để so sánh giá trị trung bình giữa các nhóm độc lập.

**Kết quả:** Chất lượng cuộc sống của NB

trước phẫu thuật cho thấy tỷ lệ duy trì đời sống tình dục, tỷ lệ ăn uống, luyện tập thể dục đều cao hơn so với tỷ lệ sau phẫu thuật. Chất lượng cuộc sống chung của NB sau phẫu thuật làm HMNT vĩnh viễn ở mức khá có điểm số trung bình đạt  $62,5 \pm 20,4$ . Có mối liên quan giữa vị trí HMNT với chất lượng cuộc sống của NB ( $p < 0,001$ ).

**Kết luận:** Chất lượng cuộc sống của NB trước phẫu thuật bị ảnh hưởng bởi các triệu chứng, bị ảnh hưởng nhiều trong đời sống và chế độ ăn uống. Chất lượng cuộc sống chung của NB sau phẫu thuật làm HMNT vĩnh viễn ở mức khá. Yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống là cơ sở để đưa ra những can thiệp kịp thời nhằm giúp NB giảm bớt lo lắng, nâng cao chất lượng cuộc sống.

**Từ khóa:** Chất lượng cuộc sống, hậu môn nhân tạo vĩnh viễn.

### SUMMARY

#### QUALITY OF LIFE OF PATIENTS BEFORE AND AFTER PERMANENT ANAL SURGERY AND SOME RELATED FACTORS AT 2 HOSPITALS IN VIETNAM

**Background:** Colorectal cancer is a common malignancy in the gastrointestinal tract, accounting for different rates in each country. Surgery to do HMNT is one of the solutions to treat the disease. Carrying an artificial anus seriously affects health, mental and work, and is a burden on families and society. Therefore, we conducted a study to assess the quality of life of patients before and after permanent anal surgery

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

<sup>3</sup>Bệnh viện Phụ sản Thiện An

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Dung

SĐT: 0972612888

Email: phanthidzungvd@gmail.com

Ngày nhận bài: 9/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 19/6/2024

Ngày duyệt bài: 02/8/2024

and a number of related factors.

**Methods:** A cross sectional descriptive study interviewed 125 patients diagnosed with colorectal cancer. Permanent anal surgery at Viet Duc University Hospital and National Institute for Cancer Control. QLQ C30 is a tool used to assess the patient's quality of life. The ANOVA or t-test is used to compare the mean between independent group.

**Results:** The quality of life of patients before surgery according to the ratio shows that the rate of maintaining sexual life, eating and exercising are all higher than the rate after surgery. The overall quality of life of patients after permanent anal surgery is quite good, with an average score of  $62.5 \pm 20.4$ . There is an association between the position of the artificial anus and the quality of life of the patient ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** The patient's quality of life before surgery is affected by symptoms, greatly affected in life and diet. The overall quality of life of patients after permanent anal surgery is at a good level. Factors related to quality of life are the basis for timely interventions to help patients reduce anxiety and improve their quality of life.

**Keywords:** Quality of life, permanent artificial anus.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một bệnh ác tính hay gặp ở đường tiêu hóa, bệnh khá phổ biến ở các nước Âu Mỹ, chiếm hàng đầu trong ung thư đường tiêu hóa tại các nước Mỹ và Pháp. Số NB được phát hiện hàng năm nhiều hơn và tỷ lệ tử vong cao hơn, nhưng bệnh ít gặp hơn ở các nước châu Á và châu Phi. Mặc dù ung thư đại tràng và trực tràng chiếm tỷ lệ khác nhau ở mỗi quốc gia, theo Globocan trong năm 2020 có 1.931.590 (10%) ca mắc bệnh trên toàn thế giới và ở Việt nam có 16.426 (9%) ca mắc ung thư đại

trực tràng, đứng hàng thứ hai trong ung thư đường tiêu hóa sau ung thư dạ dày [5]. Phẫu thuật làm HMNT là một trong những giải pháp để điều trị cho người mắc bệnh ung thư đại trực tràng. Mặc dù chưa có thống kê đầy đủ về tỷ lệ có HMNT ở Việt Nam, nhưng HMNT thường rất hay gặp ở NB mắc ung thư đại trực tràng. Đặc biệt HMNT hay gặp ở những trường hợp ung thư trực tràng trung bình hoặc thấp, những NB ung thư đại trực tràng có viêm phúc mạc do thủng, bán tắc ruột, tắc ruột hoặc áp xe quanh u... Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy (2019) tại bệnh viện K, có đến hơn 50% NB phẫu thuật ung thư đại trực tràng mang HMNT [2]. Việc mang HMNT ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe, tinh thần và công việc, là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Họ thường gặp phải các biến chứng như tổn thương da (18,5%) bị mất đi hình ảnh cơ thể ngoài ra còn có các biểu hiện phát ban toàn thân (51%), tình trạng viêm da (36,4%), hoạt động tình dục kém (53%), họ luôn gặp phải sự rò rỉ của túi hậu môn (39%), sự không thoải mái khi mặc quần áo (34%) [3]. Các chức năng tâm lý và xã hội cũng bị ảnh hưởng do hậu quả của sự thay đổi bên ngoài cơ thể. Vì vậy để có những can thiệp kịp thời nhằm giúp NB giảm bớt lo lắng, nâng cao chất lượng cuộc sống (CLCS) và hòa nhập tốt với cộng đồng. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu: “Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh trước và sau phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và Bệnh viện K năm 2023” với 2 mục tiêu sau:

1. Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh trước và sau phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và Bệnh viện K năm 2023.

2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh trước và sau phẫu thuật lâm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ 125 NB có hồ sơ bệnh án được chẩn đoán ung thư đại trực tràng, làm HMNT vĩnh viễn tại Bệnh viện K và Bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ 01/01/2022 đến 30/11/2023.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** NB đã được phẫu thuật từ tháng 01/2022 đến tháng 11/2023. NB ung thư đại trực tràng được phẫu thuật làm HMNT vĩnh viễn. NB từ đủ 18 tuổi trở lên. Sức khỏe tâm thần tốt, trả lời được các câu hỏi nghiên cứu. Thông tin đầy đủ. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Loại trừ NB ung thư nguyên phát ngoài đại trực tràng và di căn vào đại trực tràng. NB có HMNT nhưng không phải vĩnh viễn. NB mắc nhiều ung thư. NB không trả lời đầy đủ, rõ ràng các câu hỏi nghiên cứu hoặc không đủ khả năng nhận thức để thực hiện khảo sát.

### 2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu thuận tiện, không có nhóm chứng; chọn toàn bộ NB đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Tổng số đã có 125 NB đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

### 2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 12/2023 đến tháng 6/2024, tại Khoa phẫu thuật tiêu hóa - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Khoa Ngoại bụng 1 - Bệnh viện K (cơ sở Tân Triều).

### 2.4. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng phương pháp hồi cứu số liệu.

### 2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng bộ EORTC QLQ - C30 phiên bản 3.0 của tổ chức nghiên cứu và điều trị ung thư Châu Âu để đánh giá bởi đây là bộ công cụ được sử dụng phổ biến để đánh giá CLCS. Bộ câu hỏi QLQ - C30 (gồm 30 câu hỏi, đánh số từ 1 đến 30; trong đó có 15 câu hỏi đánh giá chức năng, 2 câu hỏi đánh giá chất lượng sống chung, 13 câu hỏi đánh giá triệu chứng, vấn đề do bệnh, ảnh hưởng của điều trị) (Bộ câu hỏi đạt hệ số tin cậy thang đo Cronbach's  $\text{Alph} = 0.71$ ). QLQ - C30 dùng thang điểm Likert gồm 4 mức độ trả lời, gồm: 1 - hoàn toàn không; 2 - một chút; 3 - không nhiều lắm; 4 - rất nhiều. Riêng 2 câu hỏi (số 29 và 30) gồm 7 mức độ trả lời theo kiểu thang Likert (từ 1 đến 7, tương ứng với 7 mức độ về chất lượng sống chung; (từ 1 đến 7, tương ứng với 7 mức độ về chất lượng sống chung : 1 - rất rất tệ; 2 - rất tệ; 3 - tệ; 4 - bình thường; 5 - tốt; 6 - rất tốt; 7 - rất rất tốt).

Tính điểm CLCS: ở mỗi NB, các khía cạnh đánh giá sẽ được tính điểm (thang điểm 100 theo cách tính điểm do EORTC quy định [8]). Điểm thô (Raw Score - RS) là điểm trung bình các câu hỏi cùng một vấn đề được tính theo công thức:  $RS = (I1 + I2 + \dots + In)/n$

Sau đó, điểm RS được quy đổi sang thang 100 điểm để thành điểm trung bình chất lượng (S) theo công thức:

- Với các chỉ số đánh giá chức năng:  $S = [1 - (RS - 1)/range] \times 100$

- Với các chỉ số đánh giá triệu chứng:  $S = [(RS - 1)/range] \times 100$

- Với chỉ số "chất lượng sống chung":  $S = [(RS - 1)/range] \times 100$

Range được tính bằng hiệu số chênh lệch giữa giá trị tối đa có thể có của RS và giá trị tối thiểu có thể có của RS. Với các câu hỏi có 4 lựa chọn trả lời (RS dao động từ 1 - 4) thì  $range = 3$ . Với các câu hỏi có 2 lựa chọn trả

lời (RS dao động từ 1-2) thì range = 1. Với câu hỏi 29 và 30 (có 7 lựa chọn trả lời, RS dao động từ 1 - 7) thì range = 6.

## 2.6. Chỉ số nghiên cứu

- Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, khu vực sống, tôn giáo, bảo hiểm y tế, tình trạng hôn nhân.

- Tình trạng bệnh của đối tượng nghiên cứu: Tính chất mổ, thời gian mang HMNT, chẩn đoán, vị trí đặt hậu môn nhân tạo, nhiễm trùng vết mổ.

- Chất lượng cuộc sống của NB: Được đánh giá bằng điểm chung bình chất lượng cuộc sống của NB xác định bằng công cụ QLQ - C30.

## 2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được phân tích trên phần mềm SPSS 22.0. Kết quả được biểu thị dưới dạng phần trăm, trung bình  $\pm$  SD. Thống kê mô tả (tỷ lệ phần trăm, tỷ lệ trung bình, giá trị lớn nhất - giá trị nhỏ nhất) được sử dụng để mô tả các biến số của nghiên cứu. Kiểm định t - test và ANOVA được sử dụng để so sánh các giá trị trung bình giữa các nhóm độc lập. Hệ số Pearson được sử dụng để tìm hiểu mối

liên quan giữa các biến số. Mức ý nghĩa thống kê được sử dụng là 0,05.

## 2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được tiến hành dưới sự cho phép nghiên cứu của Ban lãnh đạo Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và Bệnh viện K.

# III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

## 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

### 3.1.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Nghiên cứu 125 người bệnh mang HMNT vĩnh viễn có tuổi trung bình là  $64,5 \pm 10,94$ , trong đó nhóm tuổi 60-69 chiếm 45,6%; nhóm tuổi 70-79 chiếm 24,8%. Tỷ lệ nam giới là 63,2 %, nữ giới là 36,8%. Nghề nghiệp là nghề tự do cao nhất (34,4%) tiếp theo là nông dân (26,4%) và thấp nhất là người cao tuổi (2,4%). Khu vực sinh sống chủ yếu là nông thôn chiếm 72%. Đa phần có trình độ trung học phổ thông trở xuống chiếm 40,8%, có 27,2% trình độ trung cấp, cao đẳng và 36,8 % NB có trình độ đại học trở lên.

### 3.1.2. Tình trạng bệnh của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1. Đặc điểm về tình trạng bệnh của đối tượng nghiên cứu (n= 125)**

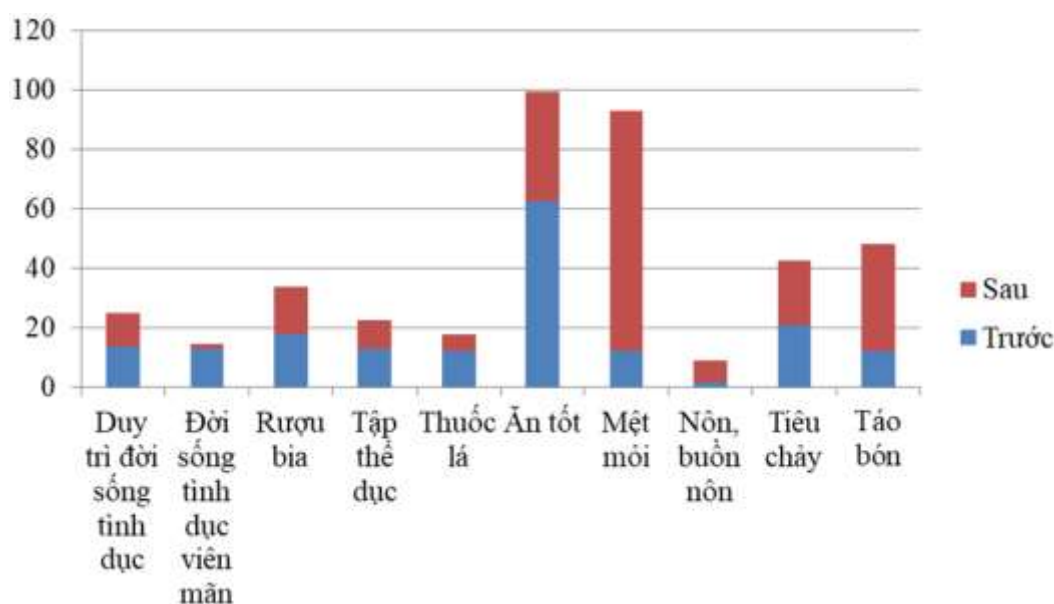
| STT | Biến số                     | Tần số (n)         | Tỷ lệ (%) |
|-----|-----------------------------|--------------------|-----------|
| 1   | Tính chất mổ                | Phiên/có kế hoạch  | 125       |
|     |                             | Cấp cứu            | 0         |
| 2   | Thời gian mang HMNT         | 1 - 3 tháng        | 2         |
|     |                             | 3 - 6 tháng        | 16        |
|     |                             | 6 - 12 tháng       | 21        |
|     |                             | > 1 năm            | 86        |
| 3   | Chẩn đoán                   | Ung thư đại tràng  | 11        |
|     |                             | Ung thư trực tràng | 114       |
| 4   | Vị trí làm hậu môn nhân tạo | Đại tràng          | 123       |
|     |                             | Hồi tràng          | 2         |
| 5   | Nhiễm khuẩn vết mổ          | Có                 | 3         |
|     |                             | Không              | 122       |

Kết quả bảng 3.1 cho thấy, có 100% NB được phẫu thuật mở phiến. Thời gian NB mang HMNT chủ yếu là trên 1 năm là 68,8%. Số đối tượng được chẩn đoán mắc ung thư trực tràng là 91,2%, mắc ung thư đại tràng là 8,8%. Và phần lớn được làm HMNT

tại vị trí đại tràng với tỷ lệ 98,4%. Có 2,4 % NB sau mổ có nhiễm khuẩn vết mổ.

### 3.2. Chất lượng cuộc sống của người bệnh trước và sau phẫu thuật

#### 3.2.1. Chất lượng cuộc sống của người bệnh trước phẫu thuật



**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ về lĩnh vực đời sống, chế độ ăn, triệu chứng trước và sau phẫu thuật**

Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy, tỷ lệ duy trì đời sống tình dục trước phẫu thuật là 13,6%. Tỷ lệ đời sống tình dục viên mãn trước phẫu thuật là 12,8%. Tỷ lệ uống rượu bia trước phẫu thuật là 17,6%, luyện tập thể dục trước phẫu thuật là 12,8%, sử dụng thuốc lá trước phẫu thuật là 12%. Ăn uống tốt trước phẫu

thuật là 62,4%. Tỷ lệ mệt mỏi trước phẫu thuật là 12%. Tỷ lệ nôn, buồn nôn trước phẫu thuật là 1,6%, tỷ lệ tiêu chảy trước phẫu thuật là 20,8%. Tỷ lệ táo bón trước phẫu thuật là 12%.

#### 3.2.2. Chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật

**Bảng 3.2. Điểm chất lượng cuộc sống theo công cụ EORTC - QLQ C30 ở người bệnh ung thư làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn**

| Nội dung (STT câu)                     | Điểm trung bình ± Độ lệch chuẩn (Mean ± SD) |
|----------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>*Các chức năng</b>                  |                                             |
| Hoạt động thể chất (1,2,3,4,5)         | 86 ± 30,5                                   |
| Vai trò xã hội (6,7)                   | 43 ± 11,8                                   |
| Hòa nhập xã hội (26,27)                | 58,8 ± 12,7                                 |
| Tâm lý, cảm xúc(21,22,23,24)           | 10,97 ± 3,15                                |
| Khả năng nhận thức (20,25)             | 34,2 ± 11,5                                 |
| Chất lượng cuộc sống nói chung (29,30) | 62,5 ± 20,4                                 |

| <b>*Các triệu chứng</b>            |             |
|------------------------------------|-------------|
| Mệt mỏi (10,12,18)                 | 59,6 ± 17,8 |
| Cảm giác đau (9,19)                | 27,4 ± 9,6  |
| Mất ngủ (11)                       | 16,7 ± 7,2  |
| Khó thở (8)                        | 10,2 ± 1,2  |
| Rối loạn tiêu hóa (13,14,15,16,17) | 73,3 ± 17,2 |
| Khó khăn tài chính (28)            | 23,3 ± 6,5  |

Kết quả bảng 3.2. cho thấy, điểm trung bình chất lượng cuộc sống chung là  $62,5 \pm 20,4$ . Điểm trung bình về chức năng hoạt động thể chất là cao nhất  $86 \pm 30,5$ . Điểm trung bình về chức năng tâm lý, cảm xúc là thấp nhất  $10,97 \pm 3,15$ . Các triệu chứng, vấn đề của NB: triệu chứng rối loạn tiêu hóa có

điểm trung bình cao nhất là  $73,3 \pm 17,2$ , tiếp đến là triệu chứng mệt mỏi có điểm trung bình  $59,6 \pm 17,8$ ; điểm trung bình triệu chứng khó thở là thấp nhất  $10,2 \pm 1,2$ .

### 3.3. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật

**Bảng 3.3. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống chung của người bệnh ung thư sau phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo**

| Yếu tố liên quan đến CLCS |                        | Trung bình ± độ lệch chuẩn (Mean±SD) | P       |
|---------------------------|------------------------|--------------------------------------|---------|
| Giới                      | Nam                    | 61,29 ± 8,12                         | 0,22    |
|                           | Nữ                     | 59,46 ± 6,5                          |         |
| Nhóm tuổi                 | ≤ 45                   | 56,29 ± 5,43                         | 0,07    |
|                           | 46-60                  | 58,64 ± 4,15                         |         |
|                           | >60                    | 61,6 ± 8,3                           |         |
| Nghề nghiệp               | Nông dân               | 59,5 ± 5,26                          | 0,21    |
|                           | Công nhân              | 63,75 ± 12,1                         |         |
|                           | Tự do                  | 60,6 ± 7,68                          |         |
|                           | Giáo viên              | 58,8 ± 5,6                           |         |
|                           | Cán Bộ                 | 57,4 ± 3,28                          |         |
|                           | Hưu trí                | 62,34 ± 9,1                          |         |
| Trình độ học vấn          | Người cao tuổi         | 59,1 ± 12,5                          | 0,49    |
|                           | ≤THPT                  | 61,6 ± 8,3                           |         |
|                           | Cao đẳng, trung cấp    | 59,5 ± 5,26                          |         |
| Chẩn đoán                 | Đại học và sau đại học | 63,75 ± 12,1                         | 0,55    |
|                           | Ung thư đại tràng      | 60,62 ± 7,59                         |         |
| Vị trí HMNT               | Ung thư trực tràng     | 49,2 ± 3,5                           | < 0,001 |
|                           | Đại tràng              | 60,57 ± 7,6                          |         |
|                           | Hồi tràng              | 63,5 ± 6,3                           |         |

Kết quả bảng 3.3 cho thấy, có mối liên quan giữa vị trí hậu môn nhân tạo với chất lượng cuộc sống của NB ( $p < 0,001$ ).



## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Chất lượng cuộc sống của người bệnh trước phẫu thuật

Đã có nhiều nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá về chức năng tình dục của NB phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn. Phần lớn các nghiên cứu cho thấy sự suy giảm đến mức tồi tệ chức năng tình dục của NB mang hậu môn nhân tạo sau mổ. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ duy trì đời sống tình dục trước phẫu thuật là 13,6%, sau phẫu thuật là 11,2%. Tỷ lệ đời sống tình dục viên mãn trước phẫu thuật là 12,8%, sau phẫu thuật là 1,6%. Trước phẫu thuật các chức năng tình dục tuy cao hơn so với sau phẫu thuật nhưng vẫn ở mức độ thấp do vấn đề liên quan đến tuổi tác. Vì phần lớn độ tuổi trong nghiên cứu là trên 60 tuổi.

Các triệu chứng, tình trạng bệnh như mệt mỏi, nôn buồn nôn, tiêu chảy, táo bón đều xuất hiện ở trước và sau phẫu thuật. Trước phẫu thuật tỷ lệ của các triệu chứng cho thấy các triệu chứng có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của NB ở mức trung bình và thấp (dưới 50%). Nguyên nhân là do NB chưa quen mới việc làm HMNT, thay đổi chế độ ăn uống, sinh hoạt và những tác dụng phụ sau các đợt hóa xạ trị.

### 4.2. Chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật

Chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật được đánh giá bằng bộ câu hỏi về CLCS của tổ chức nghiên cứu và điều trị ung thư Châu Âu (QLQ - C30 of EORTC version 3), tổng số có 125 NB đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, điểm số trung bình chất lượng cuộc sống chung là  $62,5 \pm 20,4$ , kết quả này cao hơn kết quả của tác giả Nguyễn Thanh Hương và

cộng sự (2020) [4] khi nghiên cứu tại bệnh viện ung bướu Hà Nội điểm chất lượng cuộc sống chung là  $51,0 \pm 13,1$ . Kết quả tương đồng với tác giả Wani RA (2017) khi thực hiện trên NB ung thư đại trực tràng có làm HMNT điểm số chất lượng cuộc sống chung là  $61,15 \pm 23,35$  cùng với bộ công cụ (QLQ - C30 of EORTC version 3) [6]. Sự khác biệt giữa các kết quả nghiên cứu này có thể là do thời điểm đánh giá các đối tượng nghiên cứu khác nhau. Tuy nhiên kết quả phần nào cho thấy được sự ảnh hưởng của việc mang HMNT đến CLCS của NB.

Khi đánh giá về chức năng, kết quả nghiên cứu cho thấy điểm số trung bình ở các nội dung dao động trong khoảng từ 10,97 điểm đến 86 điểm. Trong đó chức năng có điểm trung bình cao nhất là chức năng hoạt động thể chất 86 điểm, tiếp đến là chức năng hòa nhập xã hội 58,8 điểm, chức năng vai trò xã hội 43 điểm, chức năng nhận thức 34,2 điểm, thấp nhất là điểm số trung bình về chức năng tâm lý cảm xúc 10,97 điểm. Khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Nông Văn Dương và cộng sự (2018) cùng với bộ công cụ cho thấy điểm số trung bình chức năng thể chất là 36,9 điểm, điểm số trung bình chức năng hoạt động 28,9 điểm, điểm số trung bình chức năng nhận thức 50,8 điểm, điểm số trung bình chức năng xã hội 55,2 điểm, điểm số trung bình chức năng cảm xúc là 30,9 điểm [1]. Sự khác biệt có thể là do đối tượng trong nghiên cứu của tác giả mắc ung thư và không phải làm HMNT vĩnh viễn.

Bên cạnh đó khi đánh giá trên khía cạnh các triệu chứng kết quả nghiên cứu cho thấy điểm trung bình các triệu chứng như sau: mệt mỏi 59,6 điểm, cảm giác đau 27,4 điểm, mất

ngủ 16,7 điểm, khó thở 10,2 điểm, rối loạn tiêu hóa 73,3 điểm. Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Hương và cộng sự [4]. Sự khác biệt này có thể là do thời điểm nghiên cứu là khác nhau, trong khi nghiên cứu của tác giả đã phân đánh giá tại thời điểm 1 - 2 tháng sau phẫu thuật, còn ở nghiên cứu này đã phân đánh giá tại thời điểm NB phẫu thuật trên 1 năm. Hầu như các triệu chứng ghi nhận đều có sự cải thiện theo thời gian như mệt mỏi, đau, chán ăn, tiêu chảy, táo bón...

#### **4.3. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật**

Kết quả nghiên cứu cho thấy, điểm trung bình chất lượng cuộc sống của nam giới 61,29 (8,12) cao hơn so với nữ giới 59,46 (6,5) sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Về nhóm tuổi cho thấy, tuổi càng cao thì có điểm chất lượng cuộc sống cao hơn. Người trẻ thì thường hay có nguy cơ bị mặc cảm, tự ti, ngại tiếp xúc khi mình bị như vậy, dẫn đến họ thường né tránh các mối quan hệ xung quanh, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Kết quả về nghề nghiệp, trình độ học vấn, chẩn đoán cũng đều cho thấy không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Tuy nhiên nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa vị trí HMNT với chất lượng cuộc sống của NB ( $p < 0,001$ ). Kết quả tương đồng với kết quả của tác giả Jumanah T. Qed Air và cộng sự (2020) [7] khi cho rằng vị trí HMNT có mối liên quan với chất lượng cuộc sống có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

#### **V. KẾT LUẬN**

Chất lượng cuộc sống của người bệnh trước phẫu thuật bị ảnh hưởng bởi các triệu

chứng, bị ảnh hưởng nhiều trong đời sống và chế độ ăn uống.

Chất lượng cuộc sống chung của người bệnh sau phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn có điểm số trung bình đạt  $62,5 \pm 20,4$  trên thang điểm 100 cho thấy chất lượng cuộc sống ở mức khá. Điểm số trung bình về mặt chức năng cho thấy điểm trung bình càng cao đồng nghĩa với chất lượng cuộc sống của người bệnh ít bị ảnh hưởng thể hiện qua các nội dung như sau: chức năng hoạt động thể lực (86 điểm), chức năng vai trò xã hội (43 điểm), chức năng hòa nhập xã hội (58,8 điểm), chức năng tâm lý, cảm xúc (10,97 điểm), chức năng khả năng nhận thức (34,2 điểm). Điểm số trung bình về mặt triệu chứng cho thấy điểm số càng thấp đồng nghĩa với chất lượng cuộc sống của người bệnh ít bị ảnh hưởng. Điểm số trung bình các triệu chứng được ghi nhận như sau: mệt mỏi (59,6 điểm), cảm giác đau (27,4 điểm), mất ngủ (16,7 điểm), khó thở (10,2 điểm), rối loạn tiêu hóa (73,3 điểm). Có mối liên quan giữa vị trí hậu môn nhân tạo với chất lượng cuộc sống của người bệnh ( $p < 0,001$ ).

#### **VI. KIẾN NGHỊ**

##### ***Đối với người bệnh và gia đình, người thân***

NB và gia đình cần được cung cấp thông tin về HRQOL trước trong và sau quá trình điều trị để NB và gia đình có thêm thông tin, có sự chuẩn bị tốt về tâm lý, có những phản ứng chủ động hơn trong các giai đoạn của quá trình điều trị. NB mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn cần được quan tâm nhiều hơn về thể chất, tâm lý, xã hội, tinh thần, chất lượng cuộc sống chung.

**Đối với nhân viên y tế**

Cán bộ y tế nói chung và điều dưỡng nói riêng cần tư vấn giáo dục sức khỏe cho NB những hoạt động chăm sóc cơ bản tại nhà để NB yên tâm hơn.

Tư vấn tái khám khi có các dấu hiệu bất thường.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Nông Văn Dương, Bùi Thị Huyền, Trương Thái Sơn và cộng sự**, “Đánh giá tình trạng đau và chất lượng cuộc sống người bệnh ung thư giai đoạn muộn được chăm sóc giảm nhẹ tại trung ương ung bướu Thái Nguyên”, Tạp chí Khoa học điều dưỡng, 4(1), tr.7-13,2018.
2. **Nguyễn Thị Thùy (2019)**, Đặc điểm người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng và một số yếu tố liên quan đến công tác chăm sóc người bệnh tại Bệnh viện K Trung ương. Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long, năm 2019.
3. **Lưu Thị Bích Thủy**, Đánh giá hiệu quả của việc hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc hậu môn nhân tạo, Luận văn tốt nghiệp cử nhân, Trường đại học y Hà Nội 2009.
4. **<https://sti.vista.gov.vn/tw/Pages/tai-lieu-khcn.aspx?ItemID=356703>**
5. **Viện ung thư quốc gia** [online] <https://nci.vn/tin-tuc/tinh-hinh-benh-ung-thu-tai-viet-nam-theo-globocan-2020-58>
6. **R. A.Wani,I. U.Bhat, F. Q. Parray et al.** Quality of Life After “Total Mesorectal Excision (TME).
7. **Jumanah T Qed Air, Abdullah A Al Qurashi, Saeed Alamoudi, Syed Sameer Aga, Alqassem Y Hakami** (2020), “Assessment of Quality of Life (QoL) of Colorectal Cancer Patients using QLQ 30 and QLQ-CR29 at King Abdulaziz Medical City, Jeddah, Saudi Arabi”, Hindawi International Journal of Surgical Oncology.
8. **EORTC QLQ-C30** Scoring Manual, 3th Ed, 2001.

## ẢNH HƯỞNG CỦA MÔI TRƯỜNG LÀM VIỆC VÀ KHẢ NĂNG PHỤC HỒI ĐẾN TRẠNG THÁI SỨC KHỎE CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI CÁC CƠ SỞ LÃO KHOA Ở THÀNH PHỐ HÀ NỘI, VIỆT NAM

Ngô Thị Thủy<sup>1</sup>, Lydia T. Manahan<sup>2</sup>,  
Nguyễn Văn Tài<sup>3</sup>, Ngô Kim Phụng<sup>4</sup>

### TÓM TẮT.

**Mục tiêu:** Đánh giá môi trường làm việc, khả năng phục hồi và trạng thái sức khỏe của các điều dưỡng lão khoa; đồng thời xác định ảnh hưởng của môi trường làm việc và khả năng phục hồi đối với trạng thái sức khỏe của điều dưỡng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, với 222 điều dưỡng đã được chọn ngẫu nhiên tại các cơ sở lão khoa ở thành phố Hà Nội. **Kết quả:** Môi trường làm việc được đánh giá tốt: điểm trung bình về việc được tham gia vào công tác quản lý lãnh đạo của đơn vị là 3,28; ở khía cạnh tập trung vào chăm sóc điều dưỡng và các mối quan hệ liên ngành là 3,22; ở khía cạnh nguồn lực, có đủ số lượng cần thiết, nhưng số điều dưỡng có trình độ chuyên môn tốt còn hạn chế. Về khả năng phục hồi: ở góc độ sống đích thực và lành mạnh trung bình 3,38; về mặt nhận ra khuynh hướng trung bình 3,10; về mặt duy trì quan điểm trung bình 2,77; về mặt quản lý căng thẳng trung bình 3,38; và về mặt xây dựng liên kết xã hội trung bình 3,28. Về

trạng thái sức khỏe ở khía cạnh tích cực, trung bình 3,36. Về khía cạnh năng lượng, điểm trung bình 3,27. Về khía cạnh tiêu cực, điểm trung bình 2,34. Có mối quan hệ có ý nghĩa thống kê giữa môi trường làm việc và khả năng phục hồi ( $r=0,534$ ,  $p=0,001$ ); giữa môi trường làm việc và trạng thái sức khỏe ( $r=0,867$ ,  $p=0,000$ ); và giữa khả năng phục hồi và trạng thái sức khỏe ( $r=0,961$ ,  $p=0,000$ ). **Kết luận:** Các điều dưỡng tự đánh giá về môi trường làm việc và khả năng phục hồi tốt và về trạng thái sức khỏe của họ nhìn chung ở mức rất tốt ở khía cạnh tích cực và năng lượng và trái ngược với mức không tốt ở khía cạnh tiêu cực. Khả năng phục hồi có mối tương quan thuận cao nhất với trạng thái sức khỏe, tiếp theo là môi trường làm việc và môi trường làm việc có mối tương quan thuận vừa phải với khả năng phục hồi. Do đó, sức khỏe có thể được đảm bảo nếu cơ sở có thể duy trì khả năng phục hồi của các điều dưỡng và đảm bảo môi trường làm việc tích cực.

**Từ khóa:** môi trường làm việc, khả năng phục hồi, trạng thái sức khỏe, điều dưỡng lão khoa, cơ sở chăm sóc lão khoa.

### SUMMARY

#### INFLUENCE OF WORK ENVIRONMENT AND RESILIENCE ON THE WELL-BEING OF NURSES IN SELECTED GERIATRIC FACILITIES IN HANOI, VIETNAM

**Objectives:** To assess the work environment, resilience and well-being of geriatric nurses; to

<sup>1</sup>Trường Đại học Phenikaa

<sup>2</sup>Trinity University of Asia

<sup>3</sup>Bệnh viện Thống Nhất TP HCM

<sup>4</sup>Trường Đại học Hutech

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Thủy

SĐT: 0902700850

Email: thuy.ngothi@phenikaa-uni.edu.vn

Ngày nhận bài: 10/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/6/2024

Ngày duyệt bài: 02/8/2024

determine the influence of work environment on resilience and well-being of nurses with the end view of proposing ways to improve work resilience in geriatric nursing. **Method:** A cross-sectional descriptive study with 222 nurse respondents who were randomly selected in selected geriatric facilities in Hanoi Vietnam.

**Results:** The result of Self-assessment on work environment of nurses showed that, in terms of participation in management and leadership dimension (mean=3,28); in terms of focus on nursing care and interdisciplinary relationships, that there is a common (mean=3,22); and in terms of adequate resources, that in general, there are sufficient employees to do the job. Self-assessment on their resilience showed that, in terms of living authentically and healthy dimension (mean=3,38); in terms of finding one's calling (mean=3,10); in terms of maintaining perspective (mean=2,77); in terms of managing stress (mean=3,38); and in terms of building social network (mean=3,28). Self-assessment on their well-being illustrated that, in terms of positive componen (mean=3,36); in terms of energy component (mean=3,27); and in terms of negative component (mean=2,34). There is statistically significant relationship between work environment and resilience ( $r=0,534$ ,  $p$ -value 0,001); between work environment and well-being ( $r=0,867$ ,  $p$ -value 0,000); and between resilience and well-being ( $r=0,961$ ,  $p$ -value 0,000). **Conclusions:** Nurses rate themselves as having a good work environment, strongly agree that they are good resilience, and their well-being is generally very good in terms of positive and energy, and not being good on the negative side. Resilience has the highest positive correlation with well-being followed by work environment, and work environmen has moderate correlation with resilience. Well-being can therefore be ensured if the administration can

maintain resilience among nurses and positive work environment are ensured.

**Keywords:** Work environment; resilience; well-being; geriatric nurse; geriatric healthcare facilities.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thúc đẩy môi trường làm việc lành mạnh để nâng cao sức khỏe thể chất và tinh thần của nhân viên là một xu hướng ngày càng tăng. Môi trường điều dưỡng chuyên nghiệp quyết định chất lượng chăm sóc và điều trị người bệnh [1]. Đánh giá chất lượng môi trường làm việc là điều cần thiết để cải thiện và đạt được kết quả sức khỏe tốt hơn cho điều dưỡng [5].

Khả năng phục hồi là một khái niệm tích cực cho phép các điều dưỡng vượt qua các tình huống căng thẳng và thích nghi tích cực, giúp họ duy trì được trạng thái sức khỏe tốt [7]. Trong lĩnh vực điều dưỡng lão khoa, khả năng phục hồi của điều dưỡng đang nổi lên như một khái niệm quan trọng nhằm giảm bớt gánh nặng tâm lý của điều dưỡng và tăng cường sức khỏe thể chất và tinh thần của họ. Mức độ kiên cường cao có liên quan đến việc giảm tác hại về mặt tâm lý và tăng cường sức khỏe [2].

Trạng thái sức khỏe là một khái niệm đa chiều bao gồm sức khỏe tinh thần, xã hội, thể chất và cảm xúc. Khái niệm này có tính đến năng lượng, thái độ tích cực và tiêu cực đối với cơ thể [6]. Thực hành điều dưỡng căng thẳng có thể có tác động tiêu cực đến sức khỏe tổng thể, tinh thần và các mối quan hệ xã hội của điều dưỡng. Catton (2020) cho rằng cảm giác khỏe mạnh chung là một vấn đề quan trọng trong điều dưỡng lão khoa [1].

Trong bối cảnh hiện nay, những thách thức mà các hệ thống chăm sóc sức khỏe phải đối mặt, liên quan đến sự thiếu hụt điều

đường, do có nhiều cơ hội hơn và thậm chí là môi trường làm việc tốt hơn ở nước ngoài. Trong khi đó, tuổi thọ trung bình ngày càng tăng, dân số già phải đối mặt với những lo ngại về sức khỏe như sự gia tăng các bệnh mãn tính và thoái hóa, điều này góp phần làm tăng nhu cầu về người chăm sóc, đặc biệt là những điều dưỡng chuyên ngành lão khoa. Thực tế cho thấy rằng, điều dưỡng là thành phần chuyên môn chính của các cơ sở lão khoa ở hầu hết các hệ thống y tế. Họ phải đối mặt với nhiều gánh nặng khác nhau tại nơi làm việc dẫn đến mức độ căng thẳng cao. Sự căng thẳng có thể dẫn đến việc thiếu sự chăm sóc chuyên nghiệp và kiệt sức. Việc duy trì đội ngũ điều dưỡng đủ cả số lượng và chất lượng đang là khó khăn của các cơ sở y tế, nhưng là yếu tố cốt lõi để đảm bảo việc cung cấp dịch vụ chăm sóc chất lượng. Hơn nữa, điều quan trọng là phải hỗ trợ tình trạng sức khỏe, khả năng phục hồi của những nhân viên này [1]. Bởi vì, khi sức khỏe điều dưỡng bị ảnh hưởng thì việc chăm sóc và sự an toàn của bệnh nhân cũng bị ảnh hưởng. Ngoài ra, các vấn đề về môi trường làm việc bao gồm tổ chức, sự tham gia vào quản lý và lãnh đạo, tập trung vào chăm sóc điều dưỡng, các mối quan hệ liên ngành và nguồn lực đầy đủ cũng nên được xem xét. Nghiên cứu này hy vọng sẽ tạo ra những hiểu biết sâu sắc và ý nghĩa có giá trị giúp các lãnh đạo điều dưỡng xem xét kỹ lưỡng và cải thiện nếu cần thiết môi trường làm việc của điều dưỡng để họ có thể hoạt động ở phạm vi hành nghề chuyên môn cao nhất nhằm tạo tiền đề cho sự gia tăng khả năng phục hồi và trạng thái sức khỏe của người điều dưỡng, từ đó thúc đẩy sự cam kết của họ đối với sự nghiệp lâu dài. Vì vậy, mục đích của nghiên cứu này là đánh giá môi trường làm việc, khả năng phục hồi và trạng thái sức khỏe của điều dưỡng tại các cơ sở

lão khoa; nhằm xác định mối quan hệ giữa môi trường làm việc, khả năng phục hồi và trạng thái sức khỏe của điều dưỡng tại các cơ sở lão khoa được lựa chọn ở Thành phố Hà Nội hướng tới phát triển khuôn khổ khả năng phục hồi và cải thiện tình trạng sức khỏe của điều dưỡng để làm nền tảng nâng cao chất lượng chăm sóc chuyên nghiệp.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 222 điều dưỡng viên đang làm việc tại các cơ sở lão khoa tại Hà Nội.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Điều dưỡng đang làm việc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe lão khoa có tuổi từ 22-56 tuổi; trực tiếp chăm sóc người cao tuổi.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Các điều dưỡng có ít hơn một năm kinh nghiệm chăm sóc cho người cao tuổi tại cơ sở lão khoa.

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại các cơ sở lão khoa trên địa bàn Hà Nội từ tháng 9/2022 đến tháng 03/2023.

**Mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Cỡ mẫu được xác định bằng phần mềm Gpower (80% power, 50% effect size, and mức ý nghĩa 5%) [8], cần tối thiểu 138 điều dưỡng cho nghiên cứu này. Tuy nhiên, nhà nghiên cứu hướng đến cỡ mẫu 276 để tăng độ tin cậy. Bằng cách sử dụng bảng số ngẫu nhiên từ ứng dụng máy tính, 276 điều dưỡng đã được chọn từ 6 cơ sở lão khoa ở Hà Nội, nhưng chỉ có 222 điều dưỡng tham gia nghiên cứu, đạt tỷ lệ 80,43%.

### Thang đo và tiêu chuẩn đánh giá

Bộ câu hỏi nghiên cứu được xây dựng từ ba bộ công cụ: đánh giá môi trường thực hành điều dưỡng của Gea-Caballero và cộng

có 10 mục [3]; đánh giá khả năng phục hồi do Winwood và cộng sự phát triển có 20 mục [7]; và trạng thái sức khỏe có 12 mục do Pouwer và cộng sự phát triển [6]. Bộ công cụ được dịch từ tiếng Anh sang tiếng Việt theo phương pháp dịch ngược, đánh giá sự phù hợp bởi 6 chuyên gia trong lĩnh vực quản lý, giáo dục và chăm sóc điều dưỡng. Trong nghiên cứu này, hệ số Cronbach's alpha của các thang đo ấn tượng  $>0,8$  (Môi trường làm việc là 0,852, Khả năng phục hồi là 0,879, trạng thái sức khỏe là 0,827). Các câu hỏi được đo bằng thang Likert bốn điểm từ "rất không đồng ý" đến "rất đồng ý". Mức điểm được diễn giải 1,00-1,75 rất không đồng ý; 1,76-2,50 không đồng ý; 2,51-3,25 đồng ý;

3,26-4,00 rất đồng ý [8].

**Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 26.

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu tuân thủ hoàn toàn mọi tiêu chuẩn đạo đức trong suốt quá trình tiến hành. Đề cương được xét duyệt bởi hội đồng đạo đức trường đại học Trinity of Asia và nhận được sự cho phép tiến hành nghiên cứu của lãnh đạo 6 đơn vị trước khi bảng câu hỏi được gửi đến cho các điều dưỡng. Nghiên cứu được thực hiện trên tinh thần tôn trọng bí mật riêng tư của đối tượng nghiên cứu, sự tham gia là hoàn toàn tự nguyện. Các thông tin thu thập chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu này.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n=222)**

| Nội dung                               | Tần số (n)         | Tỉ lệ (%) |
|----------------------------------------|--------------------|-----------|
| Giới tính                              | Nam                | 51        |
|                                        | Nữ                 | 171       |
| Tuổi<br>(Trung bình $30,33 \pm 7,98$ ) | Dưới 25            | 74        |
|                                        | 26-30 tuổi         | 60        |
|                                        | 31-35 tuổi         | 43        |
|                                        | 36-40 tuổi         | 19        |
|                                        | Trên 40 tuổi       | 26        |
| Trình độ học vấn                       | Trung cấp          | 65        |
|                                        | Cao đẳng           | 86        |
|                                        | Đại học            | 68        |
|                                        | Sau đại học        | 3         |
| Kinh nghiệm công tác                   | 1-5 năm            | 135       |
|                                        | Trên 5 năm         | 87        |
| Tình trạng hôn nhân                    | Chưa lập gia đình  | 100       |
|                                        | Có gia đình        | 110       |
|                                        | Ly hôn/ly thân/góa | 12        |
| Vị trí công việc                       | Điều dưỡng viên    | 180       |
|                                        | Quản lý            | 42        |

**Nhận xét:** Có 222 điều dưỡng tham gia nghiên cứu. Nữ (77%) chiếm tỉ lệ gấp 3 nam giới. Độ tuổi dưới 25 chiếm tỉ lệ cao nhất (33%). Vẫn còn 29,3% điều dưỡng có trình độ trung cấp. Phần lớn có kinh nghiệm công tác từ 1 đến 5 năm (61,8%). Điều dưỡng có

gia đình (49,5%), chưa lập gia đình chiếm (45%). Hầu hết là điều dưỡng viên (81,1%), gấp 4 lần số điều dưỡng quản lý (18,9%).

### 3.2. Môi trường làm việc, khả năng phục hồi và trạng thái sức khỏe của điều dưỡng lão khoa

**Bảng 2. Đánh giá của điều dưỡng về môi trường làm việc của họ (n=222)**

| Nội dung                                                                                               | Điểm trung bình | Số người đồng ý (%) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------|
| <b>Tham gia vào quản lý và lãnh đạo</b>                                                                | <b>3,28</b>     |                     |
| Điều dưỡng có cơ hội tham gia vào các quyết định liên quan đến các chính sách của đơn vị.              | 3,18            | 211 (95,0)          |
| Đơn vị có quy trình làm việc rõ ràng để đảm bảo và nâng cao chất lượng.                                | 3,31            | 219 (98,6)          |
| Điều dưỡng được tham gia học các khóa đào tạo liên tục.                                                | 3,39            | 207 (93,2)          |
| Người giám sát/cấp trên trực tiếp là một người quản lý, lãnh đạo tốt.                                  | 3,22            | 216 (97,3)          |
| <b>Tập trung vào chăm sóc điều dưỡng và các mối quan hệ liên ngành</b>                                 | <b>3,22</b>     |                     |
| Việc phân chia/sắp xếp người bệnh/ người cao tuổi cho từng điều dưỡng thúc đẩy việc chăm sóc liên tục. | 2,89            | 188 (84,7)          |
| Triết lý chăm sóc của đơn vị được xác định rõ ràng và được phổ biến cho điều dưỡng viên.               | 3,41            | 217 (97,7)          |
| Các điều dưỡng tại đơn vị có năng lực chuyên môn đạt yêu cầu.                                          | 3,34            | 216 (97,3)          |
| Có sự hợp tác hiệu quả giữa các điều dưỡng và các bác sĩ trong công việc.                              | 3,26            | 219 (98,6)          |
| <b>Nguồn nhân lực</b>                                                                                  | <b>3,02</b>     |                     |
| Có đủ nhân viên để thực hiện công việc.                                                                | 3,09            | 180 (81,1)          |
| Có đủ số lượng điều dưỡng có trình độ chuyên môn để cung cấp dịch vụ chăm sóc có chất lượng.           | 2,96            | 174 (78,4)          |

**Nhận xét:** Kết quả bảng 2 cho thấy tự đánh giá của điều dưỡng về môi trường làm việc của họ đạt mức đồng ý dao động từ 78,4-98,6%, ở khía cạnh “tham gia vào công tác quản lý lãnh đạo của đơn vị” trung bình 3,28 điểm, tương ứng với mức rất đồng ý/rất tốt. Các điều dưỡng “được tham gia học các khóa đào tạo liên tục” có điểm cao nhất ( $\bar{X} = 3,39$ ), trong khi “tham gia vào các quyết định liên quan đến chính sách của đơn vị” ở mức

điểm thấp nhất ( $\bar{X} = 3,18$ ). Về khía cạnh “tập trung vào chăm sóc điều dưỡng và các mối quan hệ liên ngành” là 3,22, tương ứng với mức đồng ý/tốt. Mục được đánh giá mạnh mẽ nhất là “Triết lý chăm sóc của đơn vị được xác định rõ ràng và được phổ biến cho điều dưỡng viên” với điểm trung bình 3,41; Mục điểm thấp nhất là “Việc phân chia/sắp xếp người bệnh/ người cao tuổi cho từng điều dưỡng thúc đẩy việc chăm sóc liên tục”



( $\bar{X} = 2,98$ ). Về “nguồn nhân lực” với trung bình chung là 3,02 tương đương mức “đồng ý”. Các điều dưỡng cho rằng “có đủ nhân viên để thực hiện công việc.” ( $\bar{X} = 3.09$ ).

Tuy nhiên, họ đánh giá việc cơ sở “có đủ số lượng điều dưỡng có trình độ chuyên môn để cung cấp dịch vụ chăm sóc chất lượng” ở mức điểm thấp hơn ( $\bar{X} = 2,96$ ).

**Bảng 3. Đánh giá của điều dưỡng về khả năng phục hồi của họ (n=222)**

| Nội dung                                                                                              | Điểm trung bình | Số người đồng ý (%) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------|
| <b>Sống đích thực và lành mạnh</b>                                                                    | <b>3,35</b>     |                     |
| Có những giá trị cốt lõi quan trọng mà luôn giữ vững trong công việc.                                 | 3,51            | 215 (96,8)          |
| Có khả năng kiểm soát tâm trạng của mình trong công việc.                                             | 3,16            | 214 (96,4)          |
| Biết điểm mạnh của mình và phát huy thường xuyên trong công việc.                                     | 3,37            | 214 (96,4)          |
| Có một thể lực tốt.                                                                                   | 3,08            | 185 (83,3)          |
| Chú ý việc ăn uống đầy đủ dinh dưỡng và lành mạnh.                                                    | 3,62            | 182 (82,0)          |
| <b>Nhận ra khuynh hướng</b>                                                                           | <b>3,10</b>     |                     |
| Công việc này giúp hoàn thành được mục đích sống.                                                     | 3,10            | 187 (84,2)          |
| Nơi làm việc là nơi mà cảm thấy mình thuộc về.                                                        | 2,86            | 200 (90,1)          |
| Công việc này rất phù hợp với giá trị và niềm tin cá nhân.                                            | 3,29            | 123 (55,4)          |
| Đánh giá cao những gì có trong môi trường làm việc.                                                   | 3,15            | 121 (54,5)          |
| <b>Duy trì quan điểm</b>                                                                              | <b>2,77</b>     |                     |
| Khi công việc diễn ra không như ý muốn, nó thường ảnh hưởng đến cuộc sống cá nhân.                    | 2,77            | 115 (51,8)          |
| Không có chuyện gì ở nơi làm việc thực sự khiến bận tâm lâu.                                          | 3,06            | 208 (93,7)          |
| Những người tiêu cực trong đơn vị khiến giảm tinh thần.                                               | 2,49            | 188 (84,7)          |
| <b>Quản lý căng thẳng</b>                                                                             | <b>3,38</b>     |                     |
| Dành thời gian nghỉ ngơi để hồi phục sức lực và năng lượng sau thời gian bận rộn.                     | 3,40            | 194 (87,4)          |
| Đã tìm ra một số phương pháp để giải tỏa/thư giãn hiệu quả khi gặp áp lực công việc.                  | 3,66            | 168 (75,7)          |
| Đã tìm ra một số phương pháp hiệu quả để đối phó với những căng thẳng gặp phải trong công việc.       | 3,41            | 200 (90,1)          |
| Đảm bảo rằng công việc không chi phối cuộc sống cá nhân.                                              | 3,05            | 213 (95,9)          |
| <b>Xây dựng liên kết xã hội</b>                                                                       | <b>3,28</b>     |                     |
| Thường xuyên hỏi ý kiến phản hồi để có thể cải thiện công việc.                                       | 2,88            | 181 (81,5)          |
| Tin tưởng vào sự giúp đỡ của các đồng nghiệp trong công việc và sẵn sàng yêu cầu sự trợ giúp khi cần. | 3,33            | 209 (94,1)          |
| Có những người bạn tại nơi làm việc mà họ có thể hỗ trợ khi cần.                                      | 3,57            | 221 (99,5)          |
| Có mạng lưới đồng nghiệp hỗ trợ hiệu quả và đáng tin cậy.                                             | 3,35            | 214 (96,4)          |

**Nhận xét:** Kết quả bảng 3 cho thấy các điều dưỡng tự đánh giá về khả năng phục hồi của mình đạt mức đồng ý dao động từ 51,8-99,5%, ở góc độ “sống đích thực và lành mạnh” trung bình 3,38 điểm tương ứng mức rất đồng ý, họ rất cẩn trọng trong việc “ăn uống đủ chất, lành mạnh” chiếm mức điểm cao nhất ( $\bar{X} = 3,62$ ); về mặt “nhận ra khuynh hướng” ( $\bar{X} = 3,10$ ) tương ứng mức đồng ý, “công việc làm rất phù hợp với giá trị và niềm tin cá nhân” chiếm mức điểm cao nhất ( $\bar{X} = 3,29$ ); về mặt “duy trì quan điểm” trung

bình 2,77 điểm tương ứng mức đồng ý, họ nghĩ rằng “không có điều gì ở nơi làm việc thực sự khiến họ bận tâm lâu” đạt mức điểm cao nhất ( $\bar{X} = 3,06$ ); về mặt “quản lý căng thẳng” trung bình 3,38 điểm tương ứng mức rất đồng ý, họ đã “phát triển một số cách đáng tin cậy để thư giãn khi gặp áp lực trong công việc” ( $\bar{X} = 3,66$ ); và về mặt “xây dựng liên kết xã hội” ( $\bar{X} = 3,28$ ) tương ứng mức rất đồng ý, họ tin rằng “có những người bạn ở nơi làm việc mà họ có thể dựa vào để hỗ trợ khi cần” ( $\bar{X} = 3,57$ ).

**Bảng 4. Đánh giá của điều dưỡng về trạng thái sức khỏe của họ (n=222)**

| Nội dung                                                      | Điểm trung bình | Số người đồng ý (%) |
|---------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------|
| <b>Tích cực</b>                                               | <b>3,36</b>     |                     |
| Tôi hài lòng và duy trì cuộc sống hạnh phúc                   | 3,03            | 205 (92,3)          |
| Tôi có thể sống theo cách tôi muốn.                           | 3,57            | 187 (84,2)          |
| Tôi có thể thực hiện các công việc hàng ngày như thường nhật. | 3,46            | 212 (95,5)          |
| Tôi dùng suy nghĩ tích cực để giải quyết vấn đề.              | 3,39            | 214 (96,6)          |
| <b>Năng lượng</b>                                             | <b>3,27</b>     |                     |
| Tôi tràn đầy năng lượng và chủ động.                          | 3,56            | 195 (87,8)          |
| Tôi không có những phút giây buồn tẻ.                         | 3,31            | 87 (39,2)           |
| Tôi duy trì sức chịu đựng tốt và không dễ dàng bị mệt mỏi.    | 3,39            | 143 (64,4)          |
| Tôi luôn cảm thấy sảng khoái và thư thái.                     | 2,81            | 135 (60,8)          |
| <b>Tiêu cực</b>                                               | <b>2,34</b>     |                     |
| Tôi thường xuyên phải khóc.                                   | 2,48            | 21 (9,5)            |
| Tôi cảm thấy buồn với tình trạng sức khỏe của mình.           | 2,34            | 60 (27,0)           |
| Tôi lo lắng vô cớ.                                            | 2,25            | 36 (16,2)           |
| Lúc nào tôi cũng cảm thấy buồn bã và lo lắng                  | 2,29            | 24 (10,8)           |

**Nhận xét:** Kết quả bảng 4 cho thấy các điều dưỡng tự đánh giá về trạng thái sức khỏe của họ đạt mức đồng ý dao động từ 9,5-96,6%, ở khía cạnh “tích cực” ( $\bar{X} = 3,36$ ), tương ứng mức rất đồng ý/ rất tốt. Các điều dưỡng cho rằng họ “có thể sống theo cách bản thân muốn” có điểm cao nhất ( $\bar{X} = 3,57$ ), mức điểm thấp nhất là “hài lòng và duy trì cuộc sống hạnh phúc” ( $\bar{X} = 3,03$ ); Về khía

cạnh “năng lượng” ( $\bar{X} = 3,27$ ) tương ứng rất đồng ý/ rất tốt. Các điều dưỡng cho rằng họ “tràn đầy năng lượng và chủ động” có mức điểm cao nhất (3,56). Về khía cạnh “tiêu cực” ( $\bar{X} = 2,34$ ) tương ứng mức không đồng ý. Vẫn có những điều dưỡng cho rằng họ “thường xuyên phải khóc” ( $\bar{X} = 2,48$ ), mức có điểm thấp nhất là “lo lắng vô cớ” ( $\bar{X} = 2,25$ ).

### 3.3. Mối quan hệ giữa môi trường làm việc, khả năng phục hồi và trạng thái sức khỏe của điều dưỡng tại các cơ sở lão khoa được lựa chọn ở Thành phố Hà Nội

**Bảng 5. Kết quả phân tích tương quan về mối quan hệ giữa môi trường làm việc, khả năng phục hồi và trạng thái sức khỏe của các điều dưỡng (n=222)**

| Nội dung                                  | Computedr | Mức độ tương quan         | Value |
|-------------------------------------------|-----------|---------------------------|-------|
| Môi trường làm việc - Khả năng phục hồi   | 0,534**   | Tương quan thuận vừa phải | 0,001 |
| Môi trường làm việc - Trạng thái sức khỏe | 0,867**   | Tương quan thuận cao      | 0,000 |
| Khả năng phục hồi - Trạng thái sức khỏe   | 0,961**   | Tương quan thuận rất cao  | 0,001 |

**\*\*.** Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed)

**Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa các biến số (môi trường làm việc, khả năng phục hồi và trạng thái sức khỏe). Khả năng phục hồi có mối tương quan thuận cao nhất với trạng thái sức khỏe ( $r=0,961$ ;  $p=0,000$ ), tiếp theo là môi trường làm việc ( $r=0,867$ ;  $p=0,000$ ) và môi trường làm việc có mối tương quan thuận mức vừa phải với khả năng phục hồi ( $r=0,534$ ;  $p=0,001$ ).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Số điều dưỡng nữ gấp ba lần điều dưỡng nam. Tỷ lệ này phù hợp với thực tế lao động điều dưỡng tại Việt Nam hiện nay. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu được thực hiện tại các cơ sở lão khoa tại thủ đô Manila của Philippines năm 2021 và nghiên cứu ở Nhật Bản[8]. Các điều dưỡng có độ tuổi rất trẻ phần lớn dưới 30 và kinh nghiệm làm việc dưới 5 năm (61,8%). Có thể thấy rằng các cơ sở lão khoa ở Hà Nội vẫn còn rất mới mẻ, tỷ lệ lao động trẻ chiếm đa số là một thế mạnh. Tuy nhiên, thực tế như một thách thức, bởi vì điều dưỡng trẻ có nhiều cơ hội việc làm tại các nước phát triển như Nhật Bản, Canada, Đức, cũng như các bệnh viện và phòng khám tại Việt Nam. Nhiều điều dưỡng khi mới ra trường chưa có kinh nghiệm thì ứng tuyển vào các viện dưỡng

lão, nhưng khi có cơ hội tốt hơn ở các bệnh viện hoặc xuất khẩu lao động thì chuyển việc. Hầu hết người tham nghiên cứu là điều dưỡng viên (81,1%), 29,3% trình độ trung cấp. Trong bối cảnh hiện nay, trình độ cao đẳng đang trở thành yêu cầu tối thiểu để được đăng ký hành nghề điều dưỡng chuyên nghiệp ở Việt Nam. Như vậy, với cơ cấu trình độ chuyên môn như hiện tại, các cơ sở lão khoa cần xây dựng lộ trình để các điều dưỡng có cơ hội học tập nâng cao trình độ chuyên môn. 49,5% đã có gia đình. Sự ổn định về hôn nhân cũng góp phần ổn định trong công việc. Tỷ lệ điều dưỡng nhảy việc thường xảy ra với những người trẻ chưa lập gia đình hơn. Tuy nhiên, áp lực cuộc sống khi có gia đình, con cái sẽ chịu sự tác động trực tiếp bởi nguồn thu nhập từ công việc của người điều dưỡng. Họ sẽ gắn bó với công việc đó lâu dài nếu nguồn thu nhập giúp ổn định cuộc sống hay nơi làm việc thuận tiện.

### 4.2 Sự tự đánh giá về môi trường làm việc của điều dưỡng ở các cơ sở lão khoa

Các điều dưỡng đánh giá vai trò của họ trong việc tham gia vào quản lý lãnh đạo, chính sách của đơn vị ở mức điểm tốt. Tuy nhiên, khía cạnh “có cơ hội tham gia vào các quyết định liên quan đến các chính sách của đơn vị” cho mức điểm thấp nhất. Điều này cho thấy rằng, mặc dù vai trò của điều dưỡng đã được thừa nhận nhưng chưa thật sự có tiếng nói trong việc ảnh hưởng đến những

chính sách có tính quyết định của đơn vị. Bên cạnh đó, đơn vị có quy trình làm việc rõ ràng và việc được tham gia các khóa đào tạo liên tục và người quản lý/giám sát tốt được các điều dưỡng ghi nhận mức đồng ý cao. Vai trò của người quản lý lãnh đạo tốt trong việc giữ nhân viên gắn kết lâu dài với đơn vị đã được chứng minh qua các nghiên cứu trước đó [4] [8].

Có thể thấy rằng triết lý chăm sóc là cái hồn của một tổ chức chăm sóc sức khỏe, là tầm nhìn chung về chăm sóc lấy người bệnh/người cao tuổi là trung tâm và cần được phổ biến cho toàn thể nhân viên. Kết quả nghiên cứu cho thấy, các điều dưỡng đánh giá cao về điều này. Điều bất cập là tại các cơ sở lão khoa hiện nay, một điều dưỡng viên phải tham gia quản lý nhiều người cao tuổi cùng một thời điểm. Điều này dễ hiểu vì sao “Việc phân chia/sắp xếp người bệnh/người cao tuổi cho từng điều dưỡng thúc đẩy việc chăm sóc liên tục” được đánh giá yếu nhất. Kết quả này có sự tương đồng với các nghiên cứu thực hiện trước đó [4]. Hơn nữa, sự gia tăng số người cao tuổi cần chăm sóc trên mỗi điều dưỡng có tương quan thuận đáng kể với tỷ lệ sai sót chuyên môn, loét tỳ đè và nhiễm trùng niệu. Giải quyết bài toán giảm tải số lượng người cao tuổi trên một điều dưỡng cần chăm sóc sẽ thúc đẩy được chăm sóc toàn diện.

Sự đầy đủ về nguồn nhân lực đã được chứng minh có mối tương quan thuận với ý định gắn bó lâu dài với tổ chức và góp phần làm giảm tình trạng kiệt sức, sự căng thẳng nghề nghiệp của nhân viên y tế [5]. Nguồn nhân lực có điểm thấp nhất trong tất cả các mục tự đánh giá về môi trường làm việc. Kết quả tương đồng với nghiên cứu tại Philippines [8]. Có thể lý giải rằng, vấn đề già hóa dân số và thiếu hụt điều dưỡng ở những nước phát triển, dẫn đến di cư điều

dưỡng đang diễn ra trên phạm vi toàn cầu. Mức lương ở các nước phát triển cao hơn thu nhập trong nước. Điều này góp phần dẫn đến tình trạng điều dưỡng trẻ ở Việt Nam có nhiều cơ hội xuất khẩu. Hơn nữa, nghề điều dưỡng chưa thực sự thu hút được giới trẻ do công việc nặng nhọc, nhiều áp lực về tâm lý và thời gian làm việc, thu nhập thấp, địa vị xã hội chưa được ghi nhận đúng mức. Vì vậy, những cơ sở y tế luôn trong tình trạng thiếu hụt điều dưỡng. Đặc biệt các cơ sở lão khoa, có thực trạng đã sử dụng cả những nhân viên chăm sóc không phải là điều dưỡng chuyên nghiệp để lấp phần thiếu hụt nhân sự. Do đó, số lượng có thể đáp ứng, nhưng chất lượng chưa như mong đợi.

#### **4.3. Sự tự đánh giá về khả năng phục hồi của điều dưỡng ở các cơ sở lão khoa**

Khả năng phục hồi có thể là một biến số quan trọng giải thích khả năng của điều dưỡng thích nghi với hoàn cảnh và đối phó với những thách thức trong việc. Ở khía cạnh sống đích thực, tất cả các mục đều được báo cáo mức điểm đồng ý cao. Có sự không thống nhất về kết quả ở những nghiên cứu được thực hiện trước đó[8]. Sự khác biệt này có thể do khả năng phục hồi chịu tác động bởi nhiều yếu tố như bối cảnh công việc khác nhau, đối tượng chăm sóc khác nhau, điều kiện phúc lợi nhận được từ nơi làm việc khác nhau có thể ảnh hưởng đến kết quả tự đánh giá của đối tượng nghiên cứu.

Khía cạnh nhận ra khuynh hướng đề cập đến khả năng hoàn thành mục đích sống, cảm giác thân thuộc tại nơi làm việc (điểm thấp nhất), công việc phù hợp với niềm tin cá nhân (điểm cao nhất) và đánh giá cao những gì đạt được trong công việc. Có bằng chứng cho thấy rằng những nhân viên có cảm giác thân thuộc ở nơi làm việc sẽ có mức độ hạnh phúc và hài lòng trong công việc cao hơn.

Khi các cá nhân cảm thấy được kết nối với đồng nghiệp và toàn bộ tổ chức, họ có nhiều khả năng tham gia vào công việc hơn, cảm thấy có giá trị và được tôn trọng cũng như có cái nhìn tích cực về tương lai của họ tại nơi làm việc. Ngược lại, những nhân viên không có cảm giác thân thuộc sẽ dễ bị căng thẳng, lo lắng và kiệt sức, điều này có thể tác động tiêu cực đến sức khỏe tổng thể của họ [5]. Sự hài lòng và cảm giác thân thuộc về nơi làm việc của điều dưỡng có liên quan đến tỷ lệ luân chuyển, ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc người bệnh. Khi các điều dưỡng nhận ra rằng công việc họ làm phù hợp với các giá trị và niềm tin cá nhân, điều này có thể khiến họ tận tâm hơn với nghề [7].

Khía cạnh duy trì quan điểm đã báo cáo mức điểm thấp nhất trong toàn bộ thang đo ( $\bar{x} = 2,77$ ). Đặc biệt là mục liên quan đến yếu tố người tiêu cực. Điều này có thể giải thích rằng đặc tính công việc của điều dưỡng thường làm việc theo nhóm, mỗi cá nhân đều có thể gây ảnh hưởng đến thành tích chung và tinh thần của các thành viên khác trong nhóm. Người tiêu cực là người bi quan, hoài nghi và hay phản đối. Họ có xu hướng ngăn chặn mọi sáng kiến thay đổi hoặc biện pháp tiến bộ, gây ra những làn sóng tiêu cực trong tổ chức. Điều này có thể có tác động tiêu cực đến các điều dưỡng.

Khía cạnh quản lý căng thẳng được đánh giá mức điểm 3,38, cao nhất trong thang đo khả năng phục hồi. Các điều dưỡng đã tìm ra một số phương pháp để giải tỏa/thư giãn hiệu quả khi gặp áp lực công việc và họ cũng đã phân bổ thời gian để nghỉ ngơi hồi phục sức lực và năng lượng sau thời gian bận rộn. Có thể hiểu rằng các điều dưỡng phản ứng với căng thẳng trong khối lượng công việc theo những cách khác nhau. Một số tỏ ra xuất sắc khi bị căng thẳng, trong khi số khác lại suy

sụp và kiệt sức. Mặc dù căng thẳng là điều bình thường trong cuộc sống, nhưng căng thẳng mãn tính sẽ tác động đến năng lượng và động lực, ảnh hưởng đến hiệu quả khối lượng công việc và duy trì các kỹ năng xã hội. Có sự thừa nhận rộng rãi rằng căng thẳng tại nơi làm việc có thể tác động tiêu cực sâu sắc đến sức khỏe và thực hành của điều dưỡng. Khả năng phục hồi của điều dưỡng có thể thay đổi tùy theo căng thẳng nhận thức, khả năng thích ứng và trong các tình huống cụ thể [7].

Mức độ đồng ý cao được ghi nhận về mặt xây dựng liên kết xã hội trong nghiên cứu này. Các điều dưỡng tin rằng họ có những người bạn ở nơi làm việc mà họ có thể dựa vào để hỗ trợ khi họ cần. Xây dựng liên kết xã hội đóng một vai trò quan trọng trong khả năng phục hồi tại nơi làm việc. Sẽ có lợi nếu phát triển mạng lưới cá nhân cũng như nghề nghiệp, để có thể là nguồn hướng dẫn và hỗ trợ trong những lúc căng thẳng hoặc đơn giản là mang lại mối quan hệ nuôi dưỡng. Điều thú vị về khả năng phục hồi là nó là một kỹ năng, thông qua luyện tập, khả năng phục hồi có thể học được. Trong các mối quan hệ tích cực tại nơi làm việc, một nhân viên kiên cường sẽ làm những gì có thể để giúp người khác đạt được thành công tại nơi làm việc. Người lao động kiên cường là người có tinh thần đồng đội, hướng tới mối quan hệ đôi bên cùng có lợi với các đồng nghiệp của mình.

#### **4.4. Sự tự đánh giá về trạng thái sức khỏe của điều dưỡng ở các cơ sở lão khoa**

Trạng thái sức khỏe của điều dưỡng là chủ đề được nhiều nhà nghiên cứu quan tâm, các kết quả đánh giá có sự khác nhau trong các nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, các điều dưỡng tự đánh giá về trạng thái sức khỏe của họ nhìn chung ở mức rất tốt về khía

cạnh tích cực ( $\bar{X} = 3,36$ ) và năng lượng ( $\bar{X} = 3,27$ ), trái ngược với mức không tốt ở khía cạnh tiêu cực ( $\bar{X} = 2,37$ ). Mức điểm này cao hơn các nghiên cứu trước đó[8]. Điều này có thể lý giải do sự khác nhau về địa điểm nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu có những đặc điểm văn hóa khác nhau, bối cảnh sinh sống và làm việc khác nhau nên có những cảm nhận khác nhau.

Bên cạnh những tác động từ cảm xúc tích cực, điều dưỡng viên luôn có những tâm trạng tiêu cực trong công việc và cuộc sống. Ở khía cạnh này, mức độ không đồng ý đã được ghi nhận trong nghiên cứu này. Sự thật rằng, trong môi trường thực hành lâm sàng, điều dưỡng có thể gặp áp lực, khó khăn, thách thức, áp lực từ sự cạnh tranh và những người tiêu cực trong tổ chức. Tình trạng sức khỏe của chính điều dưỡng cũng có thể dẫn đến cảm giác tiêu cực. Khả năng chịu đựng của mỗi người là khác nhau. Mỗi điều dưỡng có những cách khác nhau để đối phó với những cảm xúc tiêu cực. Khi điều dưỡng quản lý tốt tình trạng sức khỏe tiêu cực, sức khỏe tổng thể của họ sẽ tốt hơn.

#### **4.5. Mối quan hệ giữa môi trường làm việc, khả năng phục hồi và trạng thái sức khỏe của các điều dưỡng**

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối quan hệ có ý nghĩa thống kê giữa môi trường làm việc và khả năng phục hồi ( $r=0,534$   $p<0,05$ ), ngụ ý rằng việc cải thiện môi trường làm việc sẽ tăng cường vừa phải khả năng phục hồi của các điều dưỡng. Kết quả này có sự tương đồng với một nghiên cứu được thực hiện tại Hoa Kỳ của Montgomery & Patrician (2022) cho thấy mức độ tương quan trung bình giữa môi trường làm việc với khả năng hồi phục [ $\rho = 0,59$ ] và sự kiệt sức [ $\rho = -0,63$  đến  $-0,68$ ] nhưng có mối liên hệ nhỏ với ý định rời đi [ $\rho = -0,30$ ]. Nghiên

cứ của Al Sabei và cộng sự (2021) cũng cho thấy mối quan hệ tích cực mạnh mẽ giữa môi trường làm việc và khả năng phục hồi ở khía cạnh tinh thần đồng đội ( $r = 0,59$ ,  $p < 0,001$ ). Các điều dưỡng làm việc trong môi trường có tinh thần đồng đội tích cực cho kết quả tương quan nghịch với tỉ lệ khiếu nại của bệnh nhân và gia đình, khả năng bị xúc phạm bằng lời nói của bệnh nhân và gia đình, tỉ lệ bệnh nhân té ngã, nhiễm trùng bệnh viện và sai sót trong dùng thuốc ( $p < 0,001$ ).

Mối quan hệ có ý nghĩa thống kê giữa môi trường làm việc và trạng thái sức khỏe của các điều dưỡng ( $r=0,867$ ,  $p<0,05$ ) được tìm thấy trong nghiên cứu này, ngụ ý rằng việc cải thiện môi trường làm việc sẽ nâng cao đáng kể trạng thái sức khỏe của các điều dưỡng. Nhiều bằng chứng xác nhận mối quan hệ giữa môi trường làm việc tích cực, trạng thái sức khỏe, sự hài lòng và tăng sự gắn bó trong công việc của các điều dưỡng, cuối cùng là ảnh hưởng tích cực đến chất lượng chăm sóc bệnh nhân. Đồng quan điểm đó Ballard (2018) cho rằng kết quả tích cực của người bệnh có liên quan đến khả năng của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc trong việc duy trì các dịch vụ chăm sóc có chất lượng. Điều này chỉ có thể đạt được với môi trường làm việc tối ưu được duy trì bởi sự phát triển chuyên môn liên tục, đủ số lượng nhân viên có năng lực và sự hiện diện của các chính sách nhằm cải thiện môi trường chăm sóc điều dưỡng [8].

Có một mối quan hệ có ý nghĩa thống kê giữa khả năng phục hồi và trạng thái sức khỏe ( $r=0,961$ ;  $p= 0,000$ ), ngụ ý rằng sự cải thiện về khả năng phục hồi sẽ nâng cao tích cực trạng thái sức khỏe của điều dưỡng. Mối tương quan của hai yếu tố này cũng đã được tìm thấy ở nghiên cứu Zhao Yahua (2021). Khả năng phục hồi là một công cụ tâm lý nền

tăng giúp cá nhân cảm thấy có khả năng xử lý các tình huống khó khăn. Sức khỏe là một yếu tố quan trọng trong việc giúp các cá nhân tìm thấy ý nghĩa, phát triển quan điểm tích cực và giúp cá nhân có thể đối phó với các tác nhân gây căng thẳng. Khả năng phục hồi có tác động trực tiếp đến kết quả sức khỏe[8]. Lời giải thích cho điều này có thể là các yếu tố bảo vệ của khả năng phục hồi cũng được coi là yếu tố quan trọng đối với sức khỏe của một cá nhân, cũng như các yếu tố bảo vệ có liên quan đến mức độ phục hồi cao hơn. Những người được hỗ trợ, động viên và trang bị những kỹ năng phục hồi tốt sẽ ở vị trí tốt nhất để vượt qua những trở ngại và phiên nhiều có thể gặp phải trong công việc, điều này làm gia tăng trạng thái sức khỏe tốt.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy các điều dưỡng tự đánh giá về môi trường làm việc tốt, hoàn toàn đồng ý rằng họ có khả năng phục hồi và về trạng thái sức khỏe của họ nhìn chung ở mức rất tốt ở khía cạnh tích cực và năng lượng và trái ngược với mức không tốt ở khía cạnh tiêu cực.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy khả năng phục hồi có mối tương quan thuận cao nhất với trạng thái sức khỏe, tiếp theo là môi trường làm việc và môi trường làm việc có mối tương quan thuận vừa phải với khả năng phục hồi. Do đó, sức khỏe có thể được đảm bảo nếu cơ sở duy trì khả năng phục hồi của các điều dưỡng và môi trường làm việc tích cực.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Catton H.**, Global challenges in health and health care for nurses and midwives everywhere. *Int Nurs Rev.* 2020;67(1):4-6.

doi:10.1111/inr.12578.

2. **Cooper, A. L., Brown, J. A., & Leslie, G. D.** (2021, Jun). Nurse resilience for clinical practice: An integrative review. *J Adv Nurs*, 77(6), 2623-2640. <https://doi.org/10.1111/jan.14763>
3. **Gea-Caballero, V., Juárez-Vela, R., Díaz-Herrera, M. Á., Mármol-López, M. I., Alfaro Blazquez, R., & Martínez-Riera, J. R.**, Development of a short questionnaire based on the Practice Environment Scale-Nursing Work Index in primary health care. *PeerJ*, 2019, 7, e7369. <https://doi.org/10.7717/peerj.7369>
4. **Grandfield, E. M., Schlotzhauer, A. E., Cramer, E., & Warshawsky, N. E.** (2023). Relationships among nurse managers' job design, work environment, and nurse and patient outcomes. *Res Nurs Health*, 46(3), 348-359. <https://doi.org/10.1002/nur.22307>
5. **Lucas, P., Jesus, E., Almeida, S., & Araujo, B.**, Validation of the Psychometric Properties of the Practice Environment Scale of Nursing Work Index in Primary Health Care in Portugal. *Int J Environ Res Public Health*, 2021, 18(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph18126422>.
6. **Pouwer F, Snoek FJ, van der Ploeg HM, Adèr HJ, Heine RJ.** The well-being questionnaire: evidence for a three-factor structure with 12 items (W-BQ12). *Psychol Med*, 2000 Mar;30(2):455-62. doi: 10.1017/s0033291700001719. PMID: 10824665.
7. **Winwood, P. C., Colon, R., & McEwen, K.**, A practical measure of workplace resilience. *Journal of occupational and environmental medicine*, 2020, 55(10), 1205-1212 %@ 1076-2752.
8. **Zhao Yahua**, Influence of work environment and resilience on the well-being of healthcare providers in selected geriatric facilities in Metro Manila. PhD thesis, Trinity University of Asia, 2021.

## ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG GHI CHÉP PHIẾU CHĂM SÓC CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2023

Đoàn Thị Hương<sup>1</sup>, Nông Thị Ánh Hòa<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Tuyết<sup>1</sup>, Trần Thị Tuyết<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Giang<sup>2</sup>

### TÓM TẮT.

**Mục tiêu:** Đánh giá chất lượng ghi Phiếu chăm sóc của Điều dưỡng trước và sau tham gia tập huấn tại Bệnh viện trung ương Thái nguyên.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu Can thiệp 1 nhóm, trước-sau. Tổng số có 180 Điều dưỡng, Hộ sinh tham gia tập huấn. Chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án Điều dưỡng được đánh giá trước và sau khi tập huấn. Phần mềm SPSS được sử dụng để phân tích số liệu. **Kết quả:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng số 180 Điều dưỡng, Hộ sinh được tiến hành điều tra nghiên cứu có 31 là nam (chiếm 17,2%) và 149 là nữ (chiếm 82,8%). Trình độ trung cấp chiếm 17,2%, Cao đẳng chiếm 55,0%, Đại học/sau Đại học là 27,8%, và thâm niên công tác > 5 năm chiếm 79,5%. Trước tập huấn: Đa số Điều dưỡng đều bị thiếu hụt cả kiến thức và thực hành về ghi phiếu chăm sóc theo Thông tư 31/2021/TT-BYT “Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện” mới được ban hành, vì vậy một số nội dung chưa được ghi chép đúng, đầy đủ vào phiếu chăm sóc và các biểu

mẫu liên quan, đa số các tiêu mục đạt <70,0%. Sau tập huấn: Tỷ lệ ĐD ghi chép đúng, đầy đủ vào phiếu chăm sóc và các biểu mẫu liên quan đạt theo quy định tăng lên đáng kể so với trước tập huấn; Các can thiệp chăm sóc ĐD được ghi lại trong phiếu chăm sóc (77,8% lên 90,6%); Người bệnh có chỉ định phẫu thuật được thực hiện đầy đủ theo quy trình (60,6% lên 91,7%). Một số các vấn đề chăm sóc được ghi đầy đủ tại các tiêu mục đạt > 70,0%. Tuy nhiên để đáp ứng được các nhu cầu cơ bản của người bệnh sau tập huấn, can thiệp phần nào vẫn chưa được cải thiện rõ rệt việc thực hiện ghi chép đầy đủ vào phiếu chăm sóc ở một số tiêu mục: Chăm sóc về dinh dưỡng (54,5% lên 69,4%); Hỗ trợ, chăm sóc vệ sinh cá nhân cho NB (50,6% lên 55,6%); Đặc biệt là “Đánh giá các đáp ứng của NB và hiệu quả can thiệp chăm sóc” trước can thiệp là 44,4%, sau can thiệp chỉ đạt 45,0%. **Kết luận:** Tỷ lệ điều dưỡng ghi chép phiếu chăm sóc và một số biểu mẫu liên quan theo các tiêu mục được ghi chép đầy đủ hơn sau khi được can thiệp, tập huấn. Tuy nhiên vẫn còn một số tiêu mục tỷ lệ ghi chép đầy đủ còn đạt ở mức thấp. **Khuyến nghị:** Cần thường xuyên triển khai đào tạo, tập huấn, tổ chức bình hồ sơ điều dưỡng và tăng cường kiểm tra hồ sơ bệnh án để kịp thời hướng dẫn việc ghi chép phiếu chăm sóc được ngắn gọn, đầy đủ, chính xác góp phần giảm tải công việc cho điều dưỡng và nâng cao chất lượng hồ sơ bệnh án để phục vụ công tác chăm sóc, điều trị.

**Từ khóa:** Hồ sơ bệnh án, Phiếu chăm sóc, Điều dưỡng.

<sup>1</sup>Phòng Điều Dưỡng, Bệnh viện trung ương Thái Nguyên

<sup>2</sup>Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Y dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Hương  
SĐT: 0915178098

Email: doanhuong131077@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 25/6/2024

Ngày duyệt bài: 02/8/2024



**SUMMARY****ASSESSMENT OF THE QUALITY OF NURSING CARE RECORDING AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL IN 2023**

**Objective:** Evaluate the quality of nursing medical records before and after participating in training at Thai Nguyen National Hospital.

**Method:** one-group pretest-posttest design. A total of 180 nurses and midwives participated in the training. The quality of nursing medical records was evaluated before and after training. SPSS software is used to analyze data.

**Results:** This study was conducted in a total of 180 nurses and midwives with 31 were male (17.2%) and 149 were female (82.8%). Educational level: Vocational level accounts for 17.2%, College level accounts for 55.0% and University and above level accounts for 27.8%. Work experience > 5 years accounts for 79.5%. Pre - the training: Most nurses lack both knowledge and practice in nursing medical records based on Circular 31/2021 TT/BYT, some contents have not been recorded properly and completely in nursing care forms, the majority of subsections reach <70.0%. Post - the training: The rate of nurses recording correctly and completely on nursing care form and other forms increased significantly compared to pre - the training; Nurse care interventions were recorded in nursing care form increased from 77.8% to 90.6%; Patients had surgery showed fully performed according to the procedure increased from 60.6% to 91.7%. Some nursing care issues are fully recorded in the subsections reaching > 70.0%. However, to achieve the basic needs of patients after training and intervention, there has not been a clear improvement in the implementation of full records in nursing care form in a number of subsections: Nutritional care (54.5% to 69.4%); Support and personal hygiene

for patients increased from 50.6% to 55.6%; Especially "Evaluating patients' responses and effectiveness of care interventions" pre-intervention was 44.4% and post - intervention only reached 45.0%.

**Conclusion:** The prevalence of nurses recording nursing form and others related forms according to subsections is more fully improved after intervention. However, there are still some sub-categories is relative low.

**Recommendation:** It is necessary to regularly training and organize the reviews of nursing records and strengthen inspection of medical records to promptly guide the recording of care form in a concisely, completely and accurately manner. Contributes to reduce the workload for nurses and improving the quality of medical records.

**Keywords:** Medical records, Nursing care form, Nurses.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Hồ sơ bệnh án là tài liệu y học, y tế và pháp lý, mỗi người bệnh chỉ có một hồ sơ bệnh án (HSBA) trong mỗi lần khám bệnh và điều trị tại cơ sở khám chữa bệnh. Hồ sơ bệnh án của điều dưỡng (ĐD) là một phần của HSBA của người bệnh (NB) do ĐD cập nhật hằng ngày, chứa đựng những thông tin liên quan tới công tác chăm sóc NB và giúp đánh giá chất lượng chăm sóc NB tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh [1]. Qua đó, thể hiện tinh thần trách nhiệm cũng như khả năng chăm sóc NB của điều dưỡng viên. Theo Thông tư 31/2021/TT-BYT “Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện” đã được ban hành (Thay thế Thông tư 07/2011/TT-BYT “Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện”) [2,3] đã chỉ rõ tại chương II “Nhiệm vụ chuyên môn chăm sóc điều dưỡng” tại điều 6 quy định “Ghi lại toàn bộ các can thiệp chăm sóc

điều dưỡng cho người bệnh vào phiếu chăm sóc bản cứng hoặc bản điện tử theo quy định. Bảo đảm ghi thông tin đầy đủ, chính xác, kịp thời, rõ ràng, dễ đọc; sử dụng, bảo quản và lưu trữ phiếu chăm sóc theo quy định” [4,5]. Vì vậy việc thực hiện Quy trình điều dưỡng trong chăm sóc NB là phương pháp khoa học được áp dụng trong lĩnh vực điều dưỡng nhằm chăm sóc NB có hệ thống đảm bảo tính liên tục, an toàn và hiệu quả bao gồm các bước: Nhận định tình trạng lâm sàng của người bệnh; Xác định và thực hiện các can thiệp và chăm sóc DD; Đánh giá kết quả thực hiện các can thiệp chăm sóc DD được ghi chép lại đầy đủ trong HSBA.

Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên công tác điều dưỡng luôn được quan tâm, đầu tư do đó chất lượng chăm sóc người bệnh luôn được cải thiện đáng kể, việc thực hiện công tác chăm sóc NB đều được tuân thủ theo các quy trình chuyên môn, việc ghi chép phiếu chăm sóc theo hướng dẫn của Bộ y tế và theo quy định ghi phiếu chăm sóc của Bệnh viện. Tuy nhiên trên thực tế trong năm 2022 qua các buổi tổ chức bình hồ sơ điều dưỡng cấp Bệnh viện, cấp khoa và kết quả kiểm tra hồ sơ bệnh án hàng tháng của phòng Điều dưỡng cho thấy vẫn còn nhiều thiếu sót như: Việc ghi chép HSBA đặc biệt là phiếu chăm sóc của DD còn mang tính hình thức và đối phó nội dung ghi chép chưa nhận định sát tình trạng NB, chưa có các kế hoạch can thiệp cho NB, sau can thiệp chưa có đánh giá lại tình trạng NB. Do vậy, việc ghi phiếu chăm sóc chưa được kịp thời, thiếu chính xác, chưa đầy đủ và chưa khoa học dẫn đến thiếu thông tin về tình trạng bệnh và những đáp ứng nhu cầu cơ bản của người bệnh. Việc tập huấn thường xuyên, kịp thời cho đội ngũ Điều dưỡng về việc ghi chép HSBA theo quy định là rất cần thiết, mang lại hiệu quả

cho nhân viên y tế đã được minh chứng [6,7,8]. Từ những lý do nêu trên, chúng tôi nhận thấy đây là vấn đề quan trọng và cấp thiết, với mục tiêu nâng cao chất lượng công tác chăm sóc người bệnh của điều dưỡng chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: ***“Đánh giá chất lượng ghi phiếu chăm sóc của Điều dưỡng trước và sau tập huấn tại Bệnh viện trung ương Thái nguyên năm 2023”***.

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

- Đối tượng nghiên cứu là các điều dưỡng, hộ sinh công tác tại các khoa/trung tâm lâm sàng tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

### **2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Điều dưỡng, Hộ sinh đang trực tiếp chăm sóc người bệnh và đồng ý tham gia nghiên cứu.

### **2.3. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Điều dưỡng, Hộ sinh: Làm công tác hành chính không tham gia chăm sóc người bệnh, không có mặt tại thời điểm nghiên cứu.

### **2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

- Thời gian: Từ tháng 01/2023 đến tháng 10/2023.

- Địa điểm nghiên cứu: Gồm 5 khoa Hệ Nội, 5 khoa Hệ Ngoại, Trung tâm Sản và Trung tâm Nhi khoa Bệnh viện Trung Ương Thái nguyên.

### **2.5. Cỡ mẫu của nghiên cứu**

Chọn ngẫu nhiên mỗi khoa 8-14 điều dưỡng bằng phương pháp bốc thăm ngẫu nhiên. Sau đó những điều dưỡng này tham gia tập huấn về ghi chép hồ sơ theo thông tư TT 31/2021.

**2.6. Phương pháp nghiên cứu:** Can thiệp 1 nhóm, trước-sau.

## 2.7. Các bước thu thập số liệu

Bước 1. Xây dựng đề cương, bộ công cụ

Bước 2. Xin xét duyệt hội đồng đạo đức

Bước 3. Xây dựng và thiết kế chương trình tập huấn

Bước 4. Đánh giá trước tập huấn (bộ công cụ in sẵn)

Bước 5. Tập huấn về công tác ghi chép phiếu chăm sóc điều dưỡng theo TT 31/2021 (1 ngày, 8 tiết).

Nội dung tập huấn: Giới thiệu về thông tư 31/2021-BYT và những điểm mới của thông tư 31/2021-BYT (2 tiết), Hướng dẫn ghi chép theo thông tư 31/2021-BYT (2 tiết), Thực hành ghi chép theo 31/2021-BYT (4 tiết).

Bước 6. Đánh giá sau tập huấn (bộ công cụ in sẵn).

Bước 7. Phân tích kết quả và viết báo cáo.

## 2.8. Công cụ đo lường, thu thập số liệu

Bộ công cụ thu thập số liệu gồm 2 phần:

Phần 1: Đặc điểm nhân khẩu học của Điều dưỡng, Hộ sinh như: Tuổi, giới, khoa làm việc, trình độ, thâm niên công tác.

Phần 2: Đánh giá ghi phiếu chăm sóc và

một số biểu mẫu liên quan bằng bộ công cụ gồm 18 mục theo thang điểm từ 0 đến 2 (Trong đó 0 = Không ghi các nội dung theo quy định, 1 = Có ghi đúng nhưng không đầy đủ chi tiết các nội dung theo quy định; 2 = Ghi đúng và đầy đủ toàn bộ nội dung theo quy định). Bộ công cụ được xây dựng theo Tài liệu hướng dẫn về Thông tư 31/2021 của Bộ Y Tế đã được thông qua Hội đồng điều dưỡng để phục vụ công tác kiểm tra hồ sơ điều dưỡng.

## 2.9. Phương pháp phân tích dữ liệu:

Số liệu sau khi được thu thập sẽ được phân tích dựa trên phần mềm SPSS 23.0.

## 2.10. Đạo đức nghiên cứu

- Đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích về mục đích, phương pháp, cách thức thu thập số liệu, các quyền lợi và nghĩa vụ của người tham gia nghiên cứu và được thông qua Hội đồng đạo đức.

- Đối tượng tham gia nghiên cứu có quyền từ chối nếu không đồng ý và có quyền bỏ cuộc ở bất cứ giai đoạn nào của nghiên cứu mà không bị ảnh hưởng đến bất cứ quyền lợi nào của mình.

## III. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

**Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu (N=180)**

| Đặc điểm |              | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------|--------------|------------|-----------|
| Giới     | Nam          | 31         | 17,2      |
|          | Nữ           | 149        | 82,8      |
| Độ tuổi  | < 30 tuổi    | 60         | 33,3      |
|          | 30 - 45 tuổi | 96         | 53,3      |
|          | > 45 tuổi    | 24         | 13,4      |

**Nhận xét:** Tỷ lệ điều dưỡng nữ chiếm 82,8%, cao hơn số điều dưỡng nam chiếm 17,2%. Độ tuổi từ 30 đến 45 tuổi, chiếm 53,3%.

**Bảng 2. Đặc điểm về trình độ chuyên môn, thâm niên công tác của đối tượng nghiên cứu (N=180)**

| Nội dung thông tin  |                      | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------|----------------------|------------|-----------|
| Trình độ chuyên môn | Trung cấp            | 31         | 17,2      |
|                     | Cao đẳng             | 99         | 55,0      |
|                     | Đại học/ sau Đại học | 50         | 27,8      |
| Thâm niên công tác  | < 5 năm              | 37         | 20,5      |
|                     | 5 - 10 năm           | 68         | 37,8      |
|                     | > 10 năm             | 75         | 41,7      |

**Nhận xét:** Trình độ chuyên môn đã từng bước được chuẩn hóa, trình độ Trung cấp chỉ còn 17,2%, trình độ Cao đẳng chiếm 55,0%, Đại học/sau Đại học là 27,8% và thâm niên

công tác > 5 năm chiếm 79,5%.

### 3.2. Chất lượng ghi chép về thực hiện nhiệm vụ chuyên môn chăm sóc điều dưỡng trong hồ sơ bệnh án

**Bảng 3. Chất lượng ghi chép nhận định tình trạng người bệnh khi vào viện (N=180)**

| Nhận định người bệnh                                                                  | Trước tập huấn   |      |            |      | Sau tập huấn     |     |            |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|------------|------|------------------|-----|------------|------|
|                                                                                       | Ghi không đầy đủ |      | Ghi đầy đủ |      | Ghi không đầy đủ |     | Ghi đầy đủ |      |
|                                                                                       | n<br>(180)       | %    | n<br>(180) | %    | n<br>(180)       | %   | n<br>(180) | %    |
| Đánh giá NB ban đầu khi nhập viện và phối hợp với BS điều trị trong phân cấp chăm sóc | 45               | 25,0 | 135        | 75,0 | 13               | 7,7 | 167        | 92,3 |
| Dự báo các yếu tố ảnh hưởng và sự cố y khoa có thể xảy ra trong quá trình chăm sóc NB | 15               | 8,3  | 165        | 91,7 | 12               | 6,7 | 168        | 93,3 |

**Nhận xét:** Trong bảng 3 cho thấy đánh giá NB ban đầu khi nhập viện và phối hợp với Bác sỹ điều trị trong phân cấp chăm sóc sau can thiệp được ghi đầy đủ tăng lên rõ rệt từ 75,0% lên 92,3%. Dự báo sự cố y khoa có

thể xảy ra trong quá trình chăm sóc người bệnh hiện tại chỉ được ghi tại phiếu chăm sóc về việc thực hiện “Khai thác tiền sử dị ứng của người bệnh” tỉ lệ đạt khá cao cả trước và sau can thiệp (Từ 91,7% lên 93,3%).

**Bảng 4. Chất lượng ghi chép về thực hiện các can thiệp chăm sóc điều dưỡng vào phiếu chăm sóc (N=180)**

| Thực hiện các can thiệp                                                            | Trước tập huấn   |      |            |      | Sau tập huấn     |      |            |      |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|------------|------|------------------|------|------------|------|
|                                                                                    | Ghi không đầy đủ |      | Ghi đầy đủ |      | Ghi không đầy đủ |      | Ghi đầy đủ |      |
|                                                                                    | n<br>(180)       | %    | n<br>(180) | %    | n<br>(180)       | %    | n<br>(180) | %    |
| Ghi đầy đủ các thông tin nhận định NB, KHCS, thực hiện KHCS và y lệnh              | 66               | 36,7 | 114        | 63,3 | 42               | 23,3 | 138        | 76,7 |
| Diễn biến của NB được ghi chép đầy đủ, kịp thời phù hợp với chẩn đoán và điều trị. | 45               | 25,0 | 135        | 75,0 | 30               | 16,7 | 150        | 83,3 |

|                                                                                                                |     |      |     |      |    |      |     |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|-----|------|----|------|-----|------|
| Các can thiệp chăm sóc DD được ghi lại trong phiếu chăm sóc                                                    | 40  | 22,2 | 140 | 77,8 | 17 | 9,4  | 163 | 90,6 |
| Nhận định tình trạng dinh dưỡng của NB, tư vấn, thực hiện chế độ dinh dưỡng phù hợp với tình trạng bệnh của NB | 82  | 45,5 | 98  | 54,5 | 35 | 30,6 | 125 | 69,4 |
| Hỗ trợ, chăm sóc vệ sinh cá nhân cho NB theo phân cấp chăm sóc                                                 | 89  | 49,4 | 91  | 50,6 | 80 | 44,4 | 100 | 55,6 |
| Chăm sóc về tinh thần (Giải thích, động viên NB trong quá trình điều trị)                                      | 72  | 40,0 | 108 | 60,0 | 50 | 27,8 | 130 | 72,2 |
| Hướng dẫn về vận động. Hướng dẫn luyện tập, PHCN cho NB theo chỉ định                                          | 67  | 37,2 | 113 | 62,8 | 50 | 27,8 | 130 | 72,2 |
| Theo dõi, chăm sóc các loại sonde                                                                              | 35  | 19,4 | 145 | 80,6 | 20 | 11,1 | 160 | 88,9 |
| Đánh giá các đáp ứng của NB và hiệu quả can thiệp chăm sóc                                                     | 100 | 55,6 | 80  | 44,4 | 99 | 55,0 | 81  | 45,0 |
| Tư vấn, GDSK phù hợp với bệnh cho NB khi vào viện, trong quá trình nằm viện và khi ra viện                     | 60  | 33,3 | 120 | 66,7 | 45 | 25,0 | 135 | 75,0 |
| Người bệnh có chỉ định phẫu thuật, thủ thuật được thực hiện đầy đủ theo quy trình.                             | 71  | 39,4 | 109 | 60,6 | 15 | 8,3  | 165 | 91,7 |

**Nhận xét:**

Trước tập huấn việc ghi chép các can thiệp đầy đủ có tỷ lệ thấp < 70% chiếm đa số như: Ghi đầy đủ KHCS và thực hiện chăm sóc 63,3%; Tư vấn, thực hiện chế độ dinh dưỡng phù hợp với tình trạng bệnh 54,6%; Hỗ trợ, chăm sóc VSCN 50,6%; Chăm sóc về tinh thần 60,0%; Hướng dẫn vận động và PHCN theo chỉ định 62,8%; Đánh giá các đáp ứng của NB và hiệu quả can thiệp chăm sóc 44,4%; TV-GDSK 66,7%; NB có chỉ định phẫu thuật được thực hiện đầy đủ

60,6%. Còn lại các tỷ lệ khác đạt từ 70% đến 80,5%.

Sau khi tập huấn, can thiệp việc thực hiện ghi chép đầy đủ vào phiếu chăm sóc: Hỗ trợ, chăm sóc VSCN cho NB theo phân cấp chăm sóc; Đánh giá lại tình trạng NB sau can thiệp tỷ lệ ghi chép đầy đủ đã tăng lên, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ). Còn lại các can thiệp điều dưỡng được ghi lại đầy đủ có ý nghĩa thống kê sau khi được can thiệp, tập huấn.

**Bảng 5. Chất lượng ghi chép về thực hiện đầy đủ thủ tục hành chính của các biểu mẫu liên quan đến chăm sóc điều dưỡng (N=180)**

| Các biểu mẫu                                                               | Trước tập huấn   |      |            |      | Sau tập huấn     |      |            |      |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------|------|------------|------|------------------|------|------------|------|
|                                                                            | Ghi không đầy đủ |      | Ghi đầy đủ |      | Ghi không đầy đủ |      | Ghi đầy đủ |      |
|                                                                            | n<br>(180)       | %    | n<br>(180) | %    | n<br>(180)       | %    | n<br>(180) | %    |
| Ghi đầy đủ thủ tục hành chính tại các phiếu của DD thực hiện               | 28               | 15,6 | 152        | 84,4 | 10               | 5,5  | 170        | 94,5 |
| Phiếu chức năng sống: Đầy đủ thông tin và dấu hiệu sinh tồn theo Chỉ định. | 79               | 43,9 | 101        | 56,1 | 41               | 22,8 | 139        | 77,2 |

|                                                             |    |      |     |      |    |      |     |      |
|-------------------------------------------------------------|----|------|-----|------|----|------|-----|------|
| Công khai thuốc được NB, NNNB ký nhận đầy đủ, không tẩy xóa | 40 | 22,3 | 140 | 77,7 | 16 | 8,9  | 164 | 91,1 |
| Phiếu truyền dịch, phiếu truyền máu ghi đầy đủ theo y lệnh  | 29 | 16,1 | 151 | 83,9 | 5  | 2,8  | 175 | 97,2 |
| Phiếu xét nghiệm ghi giờ lấy mẫu và người lấy mẫu           | 85 | 43,7 | 95  | 52,8 | 67 | 37,3 | 113 | 62,8 |

**Nhận xét:**

Trước tập huấn, việc ghi chép đầy đủ thủ tục hành chính tại một số biểu mẫu còn thấp: Phiếu chức năng sống ghi đầy đủ thông tin 56,1%; Phiếu xét nghiệm ghi giờ lấy mẫu và người lấy mẫu 52,8%.

Sau khi tập huấn, can thiệp tỷ lệ ghi chép đúng và đủ tăng lên và có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tuy nhiên, phiếu xét nghiệm giờ lấy mẫu và người lấy mẫu ghi đầy đủ chỉ đạt 62,8%; Phiếu chức năng sống ghi đầy đủ thông tin và dấu hiệu sinh tồn theo y lệnh đạt 77,2%; Còn lại các phiếu đều đạt  $> 90\%$ .

**IV. BÀN LUẬN****4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Tỷ lệ điều dưỡng nữ chiếm 82,8%, cao hơn số điều dưỡng nam chiếm 17,2%. Như vậy có thể thấy, đặc điểm điều dưỡng thực hành tại các khoa lâm sàng đa số là nữ điều dưỡng. Độ tuổi từ 30 đến 45 tuổi, chiếm 53,3% là một lực lượng trẻ, đã có kinh nghiệm trong công tác chăm sóc người bệnh. Qua bảng 2 cho thấy đã có sự tương đồng về trình độ và thâm niên công tác là một trong các yếu tố thuận lợi để nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

**4.2. Đánh giá chất lượng ghi chép sau tập huấn**

**Trước tập huấn:** Đa số Điều dưỡng đều bị thiếu hụt cả kiến thức và thực hành về ghi phiếu chăm sóc theo Thông tư 31/2021 mới được ban hành, vì vậy một số nội dung chưa

được ghi chép đúng, đầy đủ vào phiếu chăm sóc và các biểu mẫu liên quan, đa số các tiêu mục đạt  $< 70,0\%$ .

**Sau tập huấn, can thiệp:** Tỷ lệ ĐD ghi chép đúng, đầy đủ vào phiếu chăm sóc và các biểu mẫu liên quan đạt theo quy định tăng lên đáng kể so với trước tập huấn; Các can thiệp chăm sóc ĐD được ghi lại trong phiếu chăm sóc (77,8% lên 90,6%); Người bệnh có chỉ định phẫu thuật được thực hiện đầy đủ theo quy trình (60,6% lên 91,7%). Một số các vấn đề chăm sóc được ghi đầy đủ tại các tiêu mục đạt  $> 70,0\%$ . Điều này phản ánh rất rõ hiệu quả của chương trình tập huấn, can thiệp đồng thời thêm sự khẳng định vai trò quan trọng, quyết định đến chất lượng chăm sóc, phục vụ người bệnh của Bệnh viện đó là công tác đào tạo liên tục, duy trì kiểm tra, giám sát tích cực và đặc biệt là công tác tổ chức bình hồ sơ điều dưỡng cấp khoa, cấp Bệnh viện. Đây là những yếu tố quyết định đến việc nâng cao chất lượng chăm sóc hướng tới sự hài lòng của người bệnh.

Sau tập huấn, can thiệp nhận thấy khi tiếp nhận chăm sóc cho NB điều dưỡng đã thực hiện tốt việc khai thác tiền sử dị ứng của NB để dự báo được nguy cơ phản vệ có thể xảy ra, đặc biệt là khi thực hiện chỉ định thuốc của Bác sỹ. Tuy nhiên một số các nguy cơ khác ảnh hưởng tới an toàn NB chưa được ghi lại.

Tuy nhiên để đáp ứng được các nhu cầu cơ bản của người bệnh sau tập huấn, can thiệp phần nào vẫn chưa được cải thiện rõ rệt

việc thực hiện ghi chép đầy đủ vào phiếu chăm sóc ở một số tiêu mục: Chăm sóc về dinh dưỡng (54,5% lên 69,4%); Hỗ trợ, chăm sóc vệ sinh cá nhân cho NB (50,6% lên 55,6%); Đặc biệt là “Đánh giá các đáp ứng của NB và hiệu quả can thiệp chăm sóc” trước can thiệp là 44,4%, sau can thiệp chỉ đạt 45,0%. Lý giải tỷ lệ này là do Điều dưỡng phải thực hiện đồng thời một lúc nhiều công việc, kèm theo số lượng NB ngày càng tăng. Kiến thức về chăm sóc dinh dưỡng và đánh giá các đáp ứng của NB cần được tập huấn chuyên sâu và có kỹ năng nhận định khoa học. Do đó khoa và bệnh viện cần có kế hoạch tập huấn chuyên sâu hơn nữa để cải thiện vấn đề này.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ điều dưỡng ghi chép phiếu chăm sóc và một số biểu mẫu liên quan theo các tiêu mục được ghi chép đầy đủ hơn sau khi được tập huấn, can thiệp. Tuy nhiên vẫn còn một số tiêu mục tỷ lệ ghi chép đầy đủ còn đạt ở mức thấp.

## VI. KHUYẾN NGHỊ

1. Tiếp tục triển khai tập huấn Thông tư 31/2021/TT-BYT “Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện” thường xuyên để chuyển tải việc ghi chép hồ sơ điều dưỡng theo đúng chuyên môn.

2. Tổ chức bình hồ sơ Điều dưỡng cấp bệnh viện, bình hồ sơ điều dưỡng cấp khoa theo định kỳ.

3. Tăng cường kiểm tra Hồ sơ bệnh án để kịp thời hướng dẫn việc ghi chép hồ sơ điều

dưỡng được ngắn gọn, đầy đủ, chính xác góp phần giảm tải công việc cho điều dưỡng và nâng cao chất lượng hồ sơ bệnh án để phục vụ cho công tác chăm sóc, điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2001). Hướng dẫn một số mẫu phiếu y học thuộc lĩnh vực của y tá điều dưỡng trong bệnh viện. Quyết định số 4069/2001/QĐ-BYT ngày 28/09/2001.
2. **Bộ Y tế** (2011). Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện. Thông tư 07/2011/TT-BYT.
3. **Bộ Y tế** (2003). Về tăng cường công tác chăm sóc người bệnh toàn diện trong các Bệnh viện. Chỉ thị 05/2003/CT - BYT.
4. **Bộ Y tế** (2012). Quyết định số 1352/QĐ-BYT ngày 21 tháng 4 năm 2012 của Bộ Y tế Chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam.
5. **Bộ Y tế** (2022). Quyết định số 3474/QĐ-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2022 của Bộ Y tế Chuẩn năng lực cơ bản của cử nhân điều dưỡng Việt Nam.
6. **Hội Điều Dưỡng Việt Nam** (2012), Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của Điều Dưỡng viên, Hà Nội.
7. **Bộ Y tế** (2021). Thông tư 31/2021/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2021 “Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện”.
8. **Nabulsi et al.**, (2007). Effectiveness of education in evidence-based healthcare: the current state of outcome assessments and a framework for future evaluations. International journal of evidence-based healthcare, 5(4), 468-476.