

Tương tự, nghiên cứu của Đào Ngọc Phúc (2017) tại viện Nhi TW cho thấy 26,6% điều dưỡng sau khi bị bạo hành y tế muốn thay đổi nơi làm việc, 76,1% giảm hiệu suất làm việc [2]. Do đó, các bệnh viện cần có các sinh hoạt nghề nghiệp phù hợp, giúp các đối tượng đã bị bạo hành duy trì và nâng cao tinh yêu nghề nghiệp, tránh tình trạng bỏ nghề sau khi bị bạo hành. Bên cạnh đó, nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng (2018) chỉ ra rằng mối quan hệ không tốt với người bệnh và người nhà người bệnh là yếu tố nguy cơ bị bạo hành ở điều dưỡng viên ($p < 0,01$)[1]. Trong nghiên cứu này, 95% điều dưỡng viên trả lời họ ước mình đã được đào tạo về phòng tránh bạo hành tại nơi làm việc. Như vậy, việc tập huấn, đào tạo các kỹ năng để xây dựng mối quan hệ với người bệnh cũng như phòng tránh bạo hành cho điều dưỡng viên có thể là biện pháp can thiệp hữu ích giúp giảm bạo hành tại khoa phòng.

V. KẾT LUẬN

Sau khi bị tấn công, 90% điều dưỡng viên cảm thấy lo lắng về tình trạng bạo hành tại nơi làm việc. Bên cạnh đó, tác động của trải nghiệm bạo hành tại nơi làm việc tới điều dưỡng viên bao gồm: Thường xuyên nhớ lại lúc bị tấn công (87,5%); Cố tránh suy nghĩ hay nói chuyện về việc bị tấn công (75%); Lo sợ mình lại bị tấn công trong tương lai (90%); Cực kỳ cảnh giác, chuẩn bị phòng vệ trong lúc làm việc (90%); Có cảm giác không yêu nghề như xưa (75%); Ước mình đã được đào tạo về phòng tránh bạo hành tại nơi làm việc (95%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Mạnh Hùng, Lưu Thị Mỹ Thục, Phạm Thu Hiền (2018)**. Một số yếu tố ảnh hưởng đến bạo hành nơi làm việc bằng lời nói do khách hàng gây ra đối với điều dưỡng viên tại các khoa lâm sàng bệnh viện Nhi TW. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 22(6).
2. **Đào Ngọc Phúc**. Thực trạng bạo hành bệnh viện đối với điều dưỡng viên và một số yếu tố ảnh hưởng tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017. Luận văn thạc sỹ quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng.
3. **Groenewold, M. R., Sarmiento, R. F. R., Vanoli, K., Raudabaugh, W., Nowlin, S., & Gomaa, A. (2017)**. Workplace violence injury in 106 US hospitals participating in the occupational health safety network (OHSN), 2012-2015. American Journal of Industrial Medicine, 61(2), 157-166
4. **Rukiye Pinar, Firdevs Ucmak (2011)**. Verbal and physical violence in emergency departments: a survey of nurses in Istanbul, Turkey. Journal of clinical nursing, 20(3-4):510-7
5. **Spector, P. E., Zhou, Z. E., & Che, X. X. (2014)**. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. International Journal of Nursing Studies, 51(1), 72-84.
6. **Yuan Yang, et.al**, Workplace Violence Against Chinese Frontline Clinicians During the COVID-19 Pandemic and Its Associations With Demographic and Clinical Characteristics and Quality of Life: A Structural Equation Modeling Investigation. Front Psychiatry. 2021; 12: 649989.
7. **Zhang S, Liu W, Wang J, et al**. Impact of workplace violence and compassionate behaviour in hospitals on stress, sleep quality and subjective health status among Chinese nurses: a cross-sectional survey BMJ Open 2018;8: e019373. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019373.

KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ GỖ GỠ XƯƠNG CHI DƯỚI TẠI KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Mai Thị Vân Hằng¹, Nguyễn Đình Phúc², Lê Hải Yến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh (NB) sau mổ gãy gãy xương chi dưới tại khoa ngoại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng:** 166 NB được phẫu thuật gãy xương đùi và xương cẳng chân tại khoa Ngoại chấn thương chỉnh hình bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ tháng 10 năm 2020 đến

tháng 04 năm 2021. **Kết quả:** Nguyên nhân gãy xương do tai nạn giao thông chiếm 72,9 %, gãy kín chiếm 71,1%. Gãy thân hai xương cẳng chân chiếm tỷ lệ 38,6%. Trong 24 giờ đầu sau mổ, đau vừa 68,7%, đau nhiều chỉ chiếm 19,2%. Thời điểm ra viện các mức độ đau giảm dần. Tình trạng vết mổ khô bình thường chiếm 98,2% Người bệnh ăn uống bình thường (97,0%), được tập nhẹ các ngón chân (98,8%). Kết quả chăm sóc NB sau mổ, tại thời điểm 24h có 96,3% Người bệnh có tình trạng phẫu thuật tốt chiếm 93,3%. Không có trường hợp nào có tình trạng xấu sau phẫu thuật

Từ khóa: gãy xương, chi dưới, gãy xương chi dưới, khoa ngoại, bệnh viện.

SUMMARY

¹Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

²Trường Đại học Thăng Long Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Mai Thị Vân Hằng

Email: vanhang119@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 4.10.2021

Ngày duyệt bài: 13.10.2021

RESULTS OF CARE OF PATIENTS SURGERY FOR LOWER LIMB FRACTURES AT SURGICAL DEPARTMENT OF THE THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate of the postoperative care for patients after surgery for lower limb fractures at the surgical department of Thai Nguyen National Hospital. **Subjects:** 166 patients underwent surgery for femur and shin bone fractures at the Department of Orthopedic Surgery at Thai Nguyen Central Hospital during the study period from October 2020 to April 2021. **Results:** The main cause of fractures was traffic accidents accounting for 72.9%, closed fractures accounted for 71.1%. Fracture of two shin bones accounted for the highest rate of 38.6%. In the first 24 hours after surgery, most patients had moderate pain (68.7%), severe pain only accounted for 19.2%. At the time of discharge from the hospital, the pain levels gradually decreased. Normal dry wound condition accounted for a high rate (98.2%), patients slept well (99.4%). The patient ate normally (97.0%). In terms of movement, the majority of patients lightly exercise their toes (98.8%). Results of patient care after surgery, at 24h, 96.3% of patients had good surgical condition and when discharged from hospital, most of the patients were in good condition after surgery, accounting for 93.3%. There were no cases of bad condition after surgery.

Keywords: fracture, lower limb, lower limb fracture, surgical department, hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương chi dưới là một chấn thương thường gặp trong ngoại khoa và phổ biến ở Việt nam.. Thông thường một trường hợp gãy hở cẳng chân nếu tiến triển tốt cũng mất tám tháng đến một năm để lành xương. Có những trường hợp nhiễm trùng quá nặng phải cắt bỏ cẳng chân, gây tàn phế suốt đời. Hiện nay với sự phát triển mạnh mẽ của Y học, việc điều trị gãy xương cũng có nhiều phương pháp từ bảo tồn đến phẫu thuật để trả lại chức năng bình thường cho người bệnh. Những trường hợp gãy không vững, gãy thấu khớp, gãy hở, gãy di lệch nhiều, bó bột thất bại không thể điều trị bảo tồn thì cần chỉ định phẫu thuật mổ kết hợp xương. Bên cạnh các phương pháp điều trị, việc chăm sóc của điều dưỡng viên đóng góp một phần quan trọng. Việc chăm sóc NB đã được quy định tại Thông tư 07/2011/TT-BYT[2]. Công tác chăm sóc sau mổ đúng quy trình như theo dõi, thay băng vết mổ, dùng thuốc, hướng dẫn tập luyện phục hồi chức năng sau mổ... giúp NB hồi phục nhanh chóng. Đã có nhiều đề tài nghiên cứu về đặt điểm lâm sàng và kết quả trong điều trị gãy xương, nhưng rất ít đề tài nghiên cứu về công tác chăm sóc điều dưỡng. Như nghiên cứu của Đào Đức Hạnh (2015) tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, mới chỉ đề cập đến quá trình chăm sóc cho NB

chấn thương cấp I, trong đó có nhiều chỉ số chăm sóc NB được đánh giá còn chưa thực hiện đầy đủ [6]. Tại các bệnh viện Thái Nguyên cũng rất hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau mổ gãy gãy xương chi dưới tại khoa ngoại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 166 bệnh nhân được phẫu thuật: gãy xương đùi và xương cẳng chân và được chăm sóc điều dưỡng theo qui trình nghiên cứu

* Tiêu chuẩn lựa chọn

+ NB gãy xương đùi, xương cẳng chân được chỉ định phẫu thuật.

+ Từ 10 tuổi trở lên.

+ Không phân biệt giới tính.

+ Được chăm sóc điều dưỡng theo qui trình nghiên cứu

* Tiêu chuẩn loại trừ

+ NB gãy xương do các nguyên nhân khác (u xương, lao xương...).

+ NB/người nhà người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt trường hợp, tiến cứu

2.2.2. . Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, có 166 NB thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3. Biện số nghiên cứu

- Đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi sinh sống, trình độ học vấn, nguyên nhân gây tai nạn...

- Tình trạng bệnh: nguyên nhân phải phẫu thuật, phương pháp điều trị, hình thái, tính chất gãy xương...

- Kết quả chăm sóc người bệnh sau mổ:

+ Theo dõi toàn trạng sau mổ: dấu hiệu sinh tồn, chảy máu sau mổ, đau sau mổ, tình trạng vết mổ, dẫn lưu.

+ Các hoạt động chăm sóc người bệnh sau mổ: Dinh dưỡng; Vệ sinh; Tâm lý, tinh thần; Tập vận động, phục hồi chức năng; Tư vấn, GDSK khi ra viện.

2.4. Địa điểm nghiên cứu khoa ngoại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu Bệnh án nghiên cứu, được mã hóa theo phần mềm Epidata 3.1. Và xử lý theo phương pháp phần mềm SPSS 20.0

2.6. Đạo đức nghiên cứu; Nghiên cứu được thông qua đề cương NC, Hội đồng đạo đức của Bệnh viện và được người bệnh chấp thuận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung. Tổng số có 166 bệnh nhân, nam giới 64,5%) Có 54,2% NB có trình độ học vấn là THPT, cao đẳng (8,4%), đại học và sau đại học chiếm chỉ chiếm 2,4%. NB bị gãy xương chủ yếu là do tai nạn giao thông (72,9%), tai nạn sinh hoạt (24,7%), tai nạn lao động (2,4%). Về đặc điểm gãy xương, gãy thân hai

xương cẳng chân (38,6%), gãy đầu trên, dưới xương đùi (31,9%) và gãy thân xương đùi (29,5%), gãy kín (71,1%). NB được mổ mổ phiến chiếm tỷ lệ 62,7%, mổ cấp cứu 37,3%. Sử dụng nẹp vít AO/DHS chiếm 40,4%, đinh nội tủy 30,1%, thay chỏm là 24,7% chỉ có 4,8% là cố định ngoài. Có tới 99,4% NB được sử dụng phương pháp vô cảm gây tê tùy sống.

3.2. Kết quả chăm sóc người bệnh sau mổ
Bảng 3.1. Tri giác và chỉ số sinh tồn

| Nội dung | | 24h đầu; n (%) | Ngày 5 n (%) | Ra viện n (%) |
|----------|-------------------|----------------|--------------|---------------|
| Ý thức | Tiếp xúc tốt | 166(100) | 166 (100) | 166 (100) |
| | Kích thích vật vã | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| | Lơ mơ | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| | Hôn mê | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Huyết áp | Bất thường(cao) | 41 (24,7) | 13 (7,8) | 13 (7,8) |
| | Bình thường | 125 (75,3) | 153 (92,2) | 153 (92,2) |
| Mạch | Bất thường (nhau) | 7(4,2) | 0 (0) | 0 (0) |
| | Bình thường | 159(95,8) | 166 (100) | 166 (100) |
| Nhịp thở | Bất thường (nhau) | 5(3,01) | 1 (0,6) | 0 (0) |
| | Bình thường | 161(96,9) | 165 (99,4) | 166 (100) |
| Nhiệt độ | Bất thường(cao) | 8(4,8) | 4 (2,4) | 0 (0) |
| | Bình thường | 158(95,2) | 162 (97,6) | 166 (100) |

Tại thời điểm 24h đầu sau mổ, toàn bộ NB tỉnh tiếp xúc tốt (100%), không có NB lơ mơ, kích thích vật vã và hôn mê; 24,7%NB có huyết áp cao hơn giới hạn bình thường; 4,2% NB có mạch nhanh. Sau 3 ngày và khi ra viện tất cả NB đều bình thường.

Bảng 3.2. Tình trạng đau sau mổ

| Nội dung | 24h đầu n (%) | Ngày 5 n (%) | Ra viện n (%) |
|----------------|---------------|--------------|---------------|
| Không đau | 0(0,0) | 2 (1,2) | 145 (87,3) |
| Đau nhẹ ít | 22(13,2) | 98 (59,0) | 13 (7,8) |
| Đau trung bình | 114 (68,7) | 66 (39,8) | 8 (4,8) |
| Đau nhiều | 30(19,2) | 0 (0) | 0 (0,0) |

Phần lớn NB trong 24 giờ đầu sau mổ đau vừa chiếm tỷ lệ cao nhất có (68,7%), đau nhiều (19,2%), đau nhẹ ít (13,2%). Mức độ đau giảm dần sau 3 ngày và khi ra viện.

Bảng 3.3. Tình trạng vết mổ

| Nội dung | 24h đầu n (%) | Ngày 5 n (%) | Ra viện n (%) | |
|-------------------|-----------------|--------------|---------------|------------|
| Tình trạng vết mổ | Khô bình thường | 160(96,3) | 143 (86,1) | 163 (98,2) |
| | Sưng nề đỏ | 153 (92,2) | 19(11,4) | 3 (1,8) |
| | Tiết dịch | 1 (0,6) | 13(7,8) | 0 (0) |
| | Chảy máu | 6(3,6) | 0 (0) | 0 (0) |
| | Toác vết mổ | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |

Phần lớn vết mổ của NB trong 24 giờ đầu sau mổ khô bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất 157(94,6%), sưng nề đỏ là 153 (92,2%), chảy rỉ máu là 6 (3,6%). Khi ra viện chỉ còn 1,8% NB có vết thương sưng nề đỏ.

Bảng 3.4. Chất lượng giấc ngủ

| Nội dung | 24h đầu n (%) | Ngày 5 n (%) | Ra viện n (%) |
|----------------------------|---------------|--------------|---------------|
| Ngủ bình thường (>6h) | 77 (46,4) | 159 (95,8) | 165 (99,4) |
| Ngủ vừa (2h – 6h) | 75 (45,2) | 9 (5,4) | 1 (0,6) |
| Ngủ ít, Không ngủ được <2h | 14 (8,4) | 0 (0) | 0 (0) |

Trong 24 giờ đầu sau mổ NB ngủ được bình thường (46,4%), Ngủ ít hoặc không ngủ (8,4%); Sau 3 ngày NB ngủ bình thường là 95,8%; Thời điểm ra viện là 99,4%.

Bảng 3.5. Tình trạng vận động

| Nội dung | 24h đầu n (%) | Ngày 5 n (%) | Ra viện n (%) |
|---------------------------|---------------|--------------|---------------|
| Kê chân cao 30° trên giàn | 115 (69,3) | 123 (74,1) | 0 |

| | | | |
|------------------------|-----------|------------|------------|
| Đặt bàn chân vuông góc | 55 (33,1) | 117 (70,5) | 0 |
| Tập nhẹ các ngón chân | 70 (42,2) | 164 (98,8) | 164 (98,8) |

Trong 24 giờ đầu sau mổ NB được kê chân cao 30° trên giàn chiếm 69,3%) đặt bàn chân vuông góc (33,1%), tập nhẹ các ngón chân (42,2%). Thời điểm ra viện phần lớn NB tập nhẹ các ngón chân (98,8%).

Bảng 3.6. Tai biến, biến chứng vết mổ

| Nội dung | 24h đầu n (%) | Ngày 5 n (%) | Ra viện n (%) |
|-------------------------|---------------|--------------|---------------|
| Chảy máu vết mổ | 6 (3,6) | 1 (0,6) | 0 |
| Nhiễm khuẩn (NK) vết mổ | 0 (100) | 11 (6,6) | 0 |
| NK hô hấp | 0 (100) | 1 (0,6) | 0 |
| NK tiết niệu | 0 (100) | 2 (1,2) | 0 |

Tai biến trong 24 giờ đầu sau mổ có 3,6% NB chảy máu vết mổ. Sau 3 ngày, NK vết mổ là 6,6%; NK hô hấp là 0,6%, NK tiết niệu là 1,2%, chảy máu vết mổ là 0,6%. Thời điểm ra viện 100% NB ổn định.

Bảng 3.7. Chế độ dinh dưỡng

| Nội dung | 24h đầu n (%) | Ngày 5 n (%) | Ra viện n (%) |
|-------------------|---------------|--------------|---------------|
| Không ăn | 2 (1,2) | 0 (100) | 0 (100) |
| Truyền dịch | 162 (97,6) | 1 (0,6) | 0 (100) |
| Ăn nhẹ, cháo, sữa | 35 (21,1) | 13 (7,8) | 5 (3,0) |
| Ăn bình thường | 125 (75,3) | 155 (93,4) | 161 (97,0) |

Trong 24 giờ đầu sau mổ NB được truyền dịch là 97,6%, ăn nhẹ cháo sữa (21,1%), ăn bình thường (75,3%). Thời điểm ra viện phần lớn NB ăn uống bình thường (97,0%).

Bảng 3.8. Tâm lý NB sau mổ

| Nội dung | 24h đầu n (%) | Ngày 5 n (%) | Ra viện n (%) |
|----------|---------------|--------------|---------------|
| Yên tâm | 9 (5,4) | 98 (59,0) | 148 (89,1) |
| Lo lắng | 157 (94,6) | 68 (41,0) | 18 (10,8) |

Trong 24 giờ đầu sau mổ, NB lo lắng chiếm tỷ lệ cao (94,6%). Sau 3 ngày còn 41,0%. Thời điểm ra viện NB có tâm lý yên tâm là 89,1%.

Bảng 3.9. Kết quả tư vấn, giáo dục sức khỏe cho NB trong và khi ra viện

| Nội dung | 24h đầu n (%) | Ngày 5 n (%) | Ra viện n (%) |
|------------------------------------|---------------|--------------|---------------|
| Hướng dẫn (HD) tập vận động | 68 (41,0) | 166 (100) | 153 (92,2) |
| HD vệ sinh cá nhân, giữ khô vết mổ | 149 (89,8) | 166 (100) | 166 (100) |
| HD chế độ ăn | 152 (91,6) | 166 (100) | 151 (90,9) |
| HD kiến thức, biến chứng sau mổ | 138 (83,1) | 166 (100) | 151 (90,9) |

Đa phần NB trong 24 giờ đầu sau mổ được HD chế độ ăn chiếm tỷ lệ cao nhất 91,6%, giữ vệ sinh và giữ khô vết mổ 89,8%, HD theo dõi phát hiện biến chứng sau mổ 83,1%, vận động sớm là 41,0%. Thời điểm ra viện HD theo dõi phát hiện biến chứng sau mổ là 90,9%, vận động sớm (92,2%), giữ vệ sinh và giữ khô vết mổ (82,5%).

Bảng 3.10. Kết quả chăm sóc, điều trị của NB sau phẫu thuật

| Tình trạng sau phẫu thuật | 24h đầu n (%) | Ngày 5 n (%) | Ra viện n (%) |
|---------------------------|---------------|--------------|---------------|
| Tốt | 160 (96,3) | 147 (88,5) | 155 (93,3) |
| Khá | 6 (3,7) | 19 (11,5) | 11 (6,6) |

Tại thời điểm 24h sau mổ có 96,3% NB có tình trạng phẫu thuật tốt và chỉ có 3,7% NB có tình trạng phẫu thuật khá. Sau 3 ngày tỷ lệ NB có tình trạng phẫu thuật khá là 11,5%. Thời điểm ra viện phần lớn tình trạng sau phẫu thuật NB tốt là 93,3%. Không có trường hợp nào có tình trạng xấu sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Tại thời điểm 24h đầu sau mổ, 100% NB tỉnh táo tiếp xúc tốt, sau 3 ngày và lúc ra viện 100% NB hoàn toàn tỉnh táo. Các chỉ số mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở (dấu hiệu sinh tồn) của một số NB cao hơn giới hạn bình thường tuy nhiên sau 3 ngày và khi ra viện các chỉ số đa phần đã trở về bình thường.

Đau sau phẫu thuật là một loại đau cấp tính, trong 24 giờ đầu sau mổ toàn bộ NB đều đau, trong đó đau vừa chiếm 68,7%. Một số NB đau nhiều, cơ thể phản ứng tự nhiên dẫn tới tình trạng mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt tăng nhẹ cao hơn chỉ số bình thường. Những ngày sau và lúc ra viện thì các chỉ số trở về bình thường do vết thương đang tiến triển tốt, ổn định dần.

Phần lớn vết mổ của NB trong 24 giờ đầu sau mổ khô chiếm 94,6% sưng nề đỏ là 92,2%, chảy rỉ máu là 3,6%. Thời điểm ra viện vết mổ khô bình thường chiếm tỷ lệ 98,2% chỉ còn 1,8% NB còn hơi sưng nề tại vết mổ. Có sự khác biệt với

nguyên cứu của Nguyễn Gia Dũng (2019) có 58,6% NB có tình trạng vết mổ nề đỏ, 8,6% NB có chảy dịch và 32,8% NB có tình trạng vết mổ tốt[5]. Nguyên nhân là trong 24h đầu sau mổ do cơ chế tổn thương cơ, mạch máu và thần kinh nên phần lớn vết mổ sưng nề đỏ là hoàn toàn bình thường và sẽ giảm dần và hết vào những ngày sau, tuy nhiên vào ngày thứ 3 – 5 sau mổ mà vẫn còn sưng nề đỏ kèm theo tiết dịch, rỉ máu hay trợt da thì có nghĩa là có dấu hiệu của NK nông tại vết mổ, khi toàn thân có dấu hiệu nhiễm trùng rõ như sốt, bạch cầu tăng cao là nhiễm khuẩn sâu trong tổ chức[3].

Nhiễm khuẩn vết mổ về lâm sàng được định nghĩa là khi có bằng chứng xuất hiện chảy mủ với dấu hiệu tại chỗ sưng đỏ, vết thương trở lên cứng và đau, dễ phá vỡ hoặc toác, bục [2], [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi NB có dấu hiệu NK vết mổ nông vào ngày thứ 3 là sưng nề đỏ và tiết dịch thấm băng, chiếm tỷ lệ 6,6%. Kết quả này có điểm tương đồng so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Gia Dũng (2019) [5]. Điều này hoàn toàn phù hợp với quá trình diễn biến của bệnh.

Về chế độ dinh dưỡng trong 24 giờ đầu sau mổ, NB được truyền dịch chiếm tỷ lệ 97,6%, ăn nhẹ cháo sữ chiếm tỷ lệ (21,1%). Sau 3 ngày và ra viện phần lớn NB ăn uống bình thường 97,0%. Thường thì sau khi mổ NB vẫn được truyền dịch chủ yếu nhằm mục đích đào thải thuốc mê, còn vẫn được ăn uống nhẹ hoặc cháo sữ khi tỉnh vì các cuộc phẫu thuật này không liên quan đến đường tiêu hóa, còn các phẫu thuật bụng chỉ được ăn khi có trung tiện, thậm chí mấy ngày sau tùy vào các tạng bị phẫu thuật.

Ngủ đủ giấc là điều rất quan trọng đối với những NB phẫu thuật chỉnh hình nhằm phục hồi và sửa chữa sức khỏe tâm sinh lý, đặc biệt nó ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương và rút ngắn thời gian hồi phục. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong 24 giờ đầu sau mổ NB ngủ được bình thường (46,4%); Sau 3 ngày NB ngủ được là 80,1%; Thời điểm ra viện NB ngủ được là 93,3% (bảng 4). Lý giải điều này NB đã được sử dụng thuốc giảm đau an thần theo y lệnh để đảm bảo giấc ngủ.

Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho NB trước, trong và khi ra viện là một trong những hoạt động chính của người ĐĐ trong quá trình chăm sóc nhằm nâng cao hiệu quả trong điều trị. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại thời điểm 24 giờ đầu sau mổ phần lớn NB được HD chế độ ăn chiếm tỷ lệ cao nhất 91,6%, giữ vệ sinh và giữ khô vết mổ 89,8%. Sau 3 ngày 100% NB được hướng dẫn. Thời điểm ra viện HD theo dõi

phát hiện biến chứng sau mổ chiếm tỷ lệ 90,9%, vận động sớm là 92,2%, giữ khô vết mổ 82,5%, HD chế độ ăn chiếm tỷ lệ 78,9% (bảng 9). Kết quả này có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đào Đức Hạnh (2015) kết quả cao nhất đạt 93,3%, thấp nhất là 92,6%, trung bình là 90,7%[6]. Nghiên cứu của Trần Tú Anh (2018) tỷ lệ hộ sinh thực hiện không đồng đều và không hoạt động nào được thực hiện đủ 100%, trong đó hộ sinh thường chỉ chú trọng những tư vấn có liên quan đến vấn đề chuyên môn như: HD chăm sóc vết mổ đạt 94%; Tư vấn các dấu hiệu bất thường 80% và kém nhất là hướng dẫn chế độ ăn uống 68%[1]. Lý giải điều này, vì thời điểm sau mổ và trong suốt quá trình nằm viện NB luôn được các điều dưỡng chăm sóc, bác sĩ giải thích động viên về các chế độ và cung cấp kiến thức cho NB và người nhà bệnh nhân kết hợp tốt để nâng cao hiệu quả chăm sóc tốt nhất.

Kết quả quá trình điều trị, chăm sóc NB trong nghiên cứu, phần lớn NB đạt kết quả chăm sóc điều trị tốt. Không có trường hợp nào có tình trạng xấu sau phẫu thuật (bảng 10). Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Tạ Đức Chung (2019) tại BV TW Quân đội 108 và cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Gia Dũng (2019) tại BV Đức Giang[4][5]. Lý giải cho kết quả chăm sóc này là do ĐĐ thực hiện tốt và tương đối đầy đủ chức trách nhiệm vụ của ĐĐ ngoại khoa, theo dõi chăm sóc và hướng dẫn NB sau mổ đúng quy trình đã được quy định tại Thông tư 07/2011/TT-BYT giúp NB hồi phục nhanh chóng.

V. KẾT LUẬN

Kết quả chăm sóc NB sau mổ, tại thời điểm 24h có 96,3% bệnh nhân có tình trạng phẫu thuật tốt và chỉ có 3,7% NB có tình trạng khá. Sau 3 ngày, tỷ lệ NB có tình trạng phẫu thuật khá là 11,5%. Thời điểm ra viện phần lớn tình trạng sau phẫu thuật NB tốt là 93,3%. Không có trường hợp nào có tình trạng xấu sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Tú Anh (2018)**, Thực trạng thực hiện quy trình chăm sóc sản phụ, sơ sinh sau mổ lấy thai và đánh giá của người bệnh về chất lượng dịch vụ tại khoa Sản Bệnh lý - Bệnh viện Phụ sản trung ương năm 2018, Luận văn Thạc sỹ quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng.
2. **Bộ Y tế (2011)**, Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện (Kèm theo Thông tư số 07/2011/TT-BYT), chủ biên.
3. **Bộ Y tế (2012)**, Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ (Kèm theo Quyết định số: 3671/QĐ-BYT), chủ biên.

4. **Tạ Đức Chung (2019)**, Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh chấn thương sau phẫu thuật tại bệnh viện trung ương quân đội 108, Luận văn Thạc sỹ Điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long.
5. **Nguyễn Gia Dũng (2019)**, Đặc điểm, chăm sóc người bệnh phẫu thuật gãy xương chi dưới và các yếu tố liên quan đến chăm sóc tại khoa ngoại bệnh

viện Đức Giang, Luận văn Thạc sỹ Điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long.

6. **Đào Đức Hạnh (2015)**, Thực trạng công tác chăm sóc điều dưỡng người bệnh cần chăm sóc cấp I tại viện chấn thương chỉnh hình, bệnh viện trung ương quân đội 108 năm 2015, Luận văn Thạc sỹ quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM SIÊU ÂM VÀ GIẢI PHẪU BỆNH CỦA BƯỚU NHÂN TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Trần Mạnh Hà¹, Nguyễn Thị Thanh Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm siêu âm và giải phẫu bệnh của bướu nhân tuyến giáp tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu được tiến hành trên 176 bệnh nhân có bướu nhân tuyến giáp được chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. **Kết quả:** Kích thước trung bình của các nhân u được chọc hút là $10,5 \pm 7,2$ mm. Các bướu nhân có bờ đều, ranh giới rõ chiếm tỷ lệ cao (85,2%), bờ không đều chiếm tỷ lệ thấp. Phần lớn các nhân giáp là hỗn hợp âm (51,7%), sau đó là giảm âm (32,4%), các nhân tăng âm hoặc đồng âm chiếm tỷ lệ thấp. Các nhân giáp không có hiện tượng vôi hóa chiếm tỷ lệ 68,8%, các nhân có vi vôi hóa chiếm tỷ lệ 9,0%. Chẩn đoán mô bệnh học: bướu giáp keo lạnh chiếm tỷ lệ 70,9%, UTBM thể nhú 19,4%, u tuyến nang 9,7%. Các nhân giáp ác tính thường có kích thước nhỏ <10mm (66,7%), là nhân giảm âm (66,6%) và có vi vôi hóa (66,7%).

SUMMARY

A REVIEW THE CHARACTERISTICS OF UNTRASOUND AND PATHOLOGY OF THE THYROID NODULES AT THAIBINH GENERAL HOSPITAL

Objective: To review the characteristics of ultrasound and pathology of the thyroid nodules at Thai Binh General Hospital. **Methods:** cross-sectional descriptive research. The study was conducted on 176 patients with thyroid neoplasm using FNA with ultrasound guidance at Thai Binh General Hospital. **Result:** The average size of the neoplasms was 10.5 ± 7.2 mm. Neoplasms have equal and clear border accounts for a high rate (85.2%). Most of the tumors is mixed echo (51.7%), followed by hypoechoic (32.4%). The tumors without calcification phenomenon were 68.8% and microcalcifications were 9.0%. Diagnosis of histopathology: goiter: 70.9%, adenoma 9.7%, papillary carcinoma 19.4%. Malignant

thyroid nodules usually have a small size <10mm (66.7%), are hypoechoic (66.6%) and have microcalcification (66.7%).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến giáp là một tuyến nội tiết quan trọng của cơ thể, có vai trò điều hòa hoạt động của các cơ quan, thúc đẩy sự phát triển của tế bào và kiểm soát sử dụng năng lượng. Bệnh lý tuyến giáp rất đa dạng nhưng biểu hiện lâm sàng muộn, triệu chứng không rầm rộ nên dễ bị bỏ sót. Hơn nữa, một số tổn thương có kích thước nhỏ hoặc nằm ở vị trí khó tiếp cận nên ít nhiều gây khó khăn cho chẩn đoán. Hiện nay có rất nhiều loại xét nghiệm được sử dụng trong chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp, trong đó siêu âm và chọc hút kim nhỏ được coi là những phương tiện chẩn đoán rất hiệu quả giúp phát hiện sớm và tìm hiểu bản chất của bướu giáp. Việc phát hiện các nhân giáp có đường kính < 1cm hoặc ở vị trí sâu trên lâm sàng là rất khó khăn nhưng nếu áp dụng siêu âm vào chẩn đoán thì tỉ lệ phát hiện bướu nhân tuyến giáp tăng lên khoảng 10 lần so với khám lâm sàng [1],[2],[3]. Tuy nhiên, siêu âm vẫn chưa đủ để nói lên tổn thương đó là ác hay lành tính. Chọc hút kim nhỏ là kỹ thuật đơn giản nhưng rất giá trị trong việc xác định bản chất một nhân tuyến giáp. Tuy nhiên, chọc hút kim nhỏ có thể bỏ sót các tổn thương nhỏ, đa thương tổn hoặc ở vị trí khó tiếp cận. Việc kết hợp siêu âm và chọc hút kim nhỏ sẽ bổ sung cho nhau, phần nào tránh được các hạn chế của mỗi phương pháp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Nhận xét đặc điểm siêu âm và giải phẫu bệnh của bướu nhân tuyến giáp tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu gồm 176 bệnh nhân có bướu nhân tuyến giáp được khám và điều trị tại các khoa Nội tiết, Ung

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hà

Email: manhha.tbump@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 4.10.2021

Ngày duyệt bài: 15.10.2021