

Thu gom CTRYT lây nhiễm			
1	Thu gom CTRYT lây nhiễm theo đúng đường đi	16/19	84,2%
2	CTRYT lây nhiễm được thu gom riêng	17/19	89,5%
3	Khi thu gom, túi đựng CTRYT lây nhiễm phải được buộc kín và đựng trong thùng phải được đậy nắp kín.	19/19	100%
4	Không làm rơi vãi, rò rỉ chất thải khi thu gom	19/19	100%
5	Thu gom đúng chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao.	19/19	100%
6	Tần suất thu gom CTRYT lây nhiễm tối thiểu 01 lần/ngày	19/19	100%
Bàn giao CTRYT lây nhiễm			
7	Cân CTLN theo đúng quy định	19/19	100%
8	Ghi đầy đủ nội dung giao nhận vào sổ giao nhận	19/19	100%

Hệ thống thu gom và bàn giao CTRYT lây nhiễm tại cơ sở y tế được thực hiện khá hiệu quả, với thu gom – bàn giao đầy đủ và đúng quy định. Tuy nhiên, tuân thủ lộ trình mới đạt 84,2% và vẫn còn tình trạng lẩn rác thải, cần khắc phục để giảm nguy cơ phát tán mầm bệnh và đảm bảo môi trường an toàn.

IV. BÀN LUẬN

Tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh, mức phát sinh chất thải y tế nhìn chung nằm trong khoảng trung bình của các cơ sở y tế cùng quy mô giường bệnh. Chất thải không sắc nhọn chiếm tỷ lệ cao nhất, phù hợp với xu hướng chung được WHO và nhiều nghiên cứu quốc tế ghi nhận, trong đó khoảng 70–85% chất thải bệnh viện là không nguy hại. Lượng chất thải giải phẫu và nguy cơ cao phát sinh thấp (0,43 và 0,17 kg/ngày), phù hợp với báo cáo quốc tế khi nhóm này chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ. Trung bình mỗi giường bệnh thải ra 0,39 kg/ngày, thấp hơn mức trung bình thế giới. Nghiên cứu của tác giả Đặng Văn Xuyên năm 2023 cho kết quả tỷ lệ phát sinh CTRYT là chất thải sinh hoạt hay thông thường chiếm 90%, chất thải lây nhiễm chiếm 9,7%; lượng CTLN phát sinh với trung vị 0,1677 kg/ngày/giường, trung bình $0,2405 \pm 0,2749$ kg/ngày/giường [6]. Tuy nhiên, sự dao động khối lượng giữa các lần thu thập phản ánh ảnh hưởng bởi số lượng bệnh nhân, loại hình dịch vụ và mức độ tuân thủ quy trình quản lý. Nghiên cứu tại Nigeria [7] cũng cho thấy, khi quy trình quản lý chưa đồng bộ, khối lượng chất thải dao động lớn theo ngày.

Bệnh viện đã thực hiện đầy đủ báo cáo định kỳ hằng năm theo Thông tư 20/2021/TT-BYT, bao gồm giấy phép môi trường, sổ giao nhận và vận hành thiết bị xử lý. Điều này tương tự với mô hình quản lý tại nhiều quốc gia phát triển, nơi việc báo cáo và lưu trữ chứng từ là yêu cầu bắt buộc nhằm đảm bảo tính minh bạch và truy xuất nguồn gốc. So sánh quốc tế cho thấy, Đức, Pháp áp dụng nghiêm ngặt chứng từ điện tử,

Hoa Kỳ dùng hệ thống mã vạch, trong khi một số cơ sở y tế ở Việt Nam, đặc biệt tuyến huyện, còn gặp khó khăn về nhân lực và hạ tầng. Trường hợp Trà Vinh cho thấy sự tuân thủ tốt, có sổ giao nhận và lưu trữ chứng từ đầy đủ. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu trong nước vẫn cảnh báo nguy cơ thiếu bảo trì, vận hành không đều của hệ thống xử lý, đòi hỏi giám sát chặt chẽ hơn. Tất cả khoa/phòng đều ban hành quy định quản lý chất thải lây nhiễm, phân công trách nhiệm cụ thể cho nhân viên, đồng thời tổ chức tập huấn định kỳ hằng tháng. Điều này phù hợp khuyến cáo của WHO và kinh nghiệm tại châu Âu, nơi phân công trách nhiệm rõ ràng là một phần bắt buộc của quy trình chuẩn. Bệnh viện cũng tổ chức kiểm tra định kỳ, báo cáo hội đồng KSNK. Mặc dù chưa có chế độ khen thưởng riêng, nội dung này được lồng ghép trong xét thi đua, góp phần duy trì sự tuân thủ.

Bệnh viện đã trang bị đầy đủ bao bì, thùng chứa đúng quy chuẩn, 100% đạt yêu cầu về chống thấm, rò rỉ và có nhãn, biểu tượng rõ ràng. Đặc biệt, dụng cụ chứa chất thải sắc nhọn đều đạt chuẩn WHO. Tuy nhiên, chỉ 89,5% khoa có bao bì phù hợp kích thước và đặt bảng hướng dẫn phân loại. Điều này cho thấy vẫn cần cải tiến để nâng cao hiệu quả, nhất là khi lượng chất thải y tế có xu hướng tăng. Các khoa đều trang bị đầy đủ dụng cụ thu gom riêng biệt, song hạ tầng hạn chế khiến phần lớn chưa có luồng thu gom riêng. Đây cũng là hạn chế phổ biến tại nhiều bệnh viện tuyến tỉnh, khác với các nước phát triển như Đức, Pháp. Bệnh viện đã khắc phục bằng cách quy định chặt chẽ thời điểm thu gom và sử dụng sổ bàn giao, giúp tăng khả năng kiểm soát. Tỷ lệ phân loại đúng chất thải lây nhiễm và sắc nhọn đạt 100% đối với nhân viên y tế, cao hơn nhiều nghiên cứu trước đây tại Hà Nội và Trung ương, phản ánh sự cải thiện rõ rệt trong nhận thức và thực hành.

Bệnh viện có khu vực lưu giữ riêng, biển cảnh báo, hệ thống thoát nước đạt chuẩn. Thời gian lưu giữ dưới 2 ngày, phù hợp hướng dẫn

WHO nhằm hạn chế phát triển vi sinh vật. Với chất thải nguy hại không lây nhiễm, thời gian lưu giữ không quá 1 năm. Nhiều nghiên cứu trong nước ghi nhận khó khăn trong tuân thủ thời gian lưu giữ, nhưng tại Trà Vinh, việc này được thực hiện khá tốt. Tuy nhiên, vẫn cần tăng cường giám sát, nâng cao nhận thức để đảm bảo an toàn môi trường và sức khỏe cộng đồng. 100% khối lượng chất thải được ghi chép đầy đủ trong sổ chuyển giao, thể hiện tính minh bạch và tuân thủ. Trang thiết bị vận chuyển đáp ứng yêu cầu, hạn chế rơi vãi, đảm bảo an toàn cho nhân viên và cộng đồng. Tuy nhiên, bệnh nhân chưa được phân bổ thùng rác riêng, dẫn đến NVYT phải phân loại thay, làm tăng nguy cơ bỏ sót. Công tác xử lý được thực hiện qua công ty môi trường bên ngoài, với sự giám sát thường xuyên của bệnh viện. Nhìn chung, hệ thống quản lý chuyển giao vận hành tương đối tốt, nhưng cần tăng cường giáo dục bệnh nhân cùng tham gia phân loại để giảm tải cho nhân viên y tế.

V. KẾT LUẬN

Công tác quản lý chất thải rắn y tế lây nhiễm tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh nhìn chung được thực hiện đầy đủ, tuân thủ Thông tư 20/2021/TT-BYT với tỷ lệ thu gom, vận chuyển, lưu giữ và bàn giao đạt chuẩn, đảm bảo tính minh bạch và an toàn. Tuy nhiên, vẫn còn một số hạn chế như chưa đồng bộ trong việc trang bị bảng hướng dẫn phân loại ở tất cả khoa phòng, tình trạng lẫn lộn rác thải sinh hoạt và rác thải y tế khi số lượng bệnh nhân tăng cao, và thiếu hụt

cơ sở vật chất, nhân lực vào những thời điểm cao điểm. Bệnh viện cần tăng cường hạ tầng, bổ sung nhân lực, đẩy mạnh đào tạo – giám sát và áp dụng khen thưởng, xử phạt để nâng cao ý thức, góp phần quản lý chất thải hiệu quả, an toàn và kiểm soát nhiễm khuẩn tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2021). Quy định quản lý chất thải y tế trong phạm vi khuôn viên cơ sở y tế. Thông tư số 20/2021/TT-BYT ngày 26/11/2021.
2. **Tổng cục Môi trường** (2015), Tổng quan về các áp lực lên môi trường nước ta hiện nay và một số định hướng, giải pháp nhằm giảm thiểu ô nhiễm môi trường thời gian tới, Hội nghị môi trường toàn quốc, tháng 9/2015.
3. **WHO** (2022). Global analysis of health care waste in the context of COVID-19, ISBN 978-92-4-003961-2.
4. **Nguyen T.D., Kawai K., and Nakakubo T.** (2021). Estimation of COVID-19 waste generation and composition in Vietnam for pandemic management. Waste Manag Res J Int Solid Wastes Public Clean Assoc ISWA, 39(11), 1356–1364.
5. **Nguyễn Thị Thanh Tâm** (2019), Thực trạng quản lý chất thải rắn y tế và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh năm 2019, Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y tế công cộng
6. **Đặng Văn Xuyền, Nguyễn Thanh Hà, Vũ Phong Túc, Nguyễn Văn Trường.** Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức quản lý chất thải ở nhân viên y tế tại bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;1B(520):238-242.
7. **Joshua, Istifanus Mohammed, Soumhi Makama, et al.** (2014). Hospital Waste Management as a Potential Hazard in Selected Primary Healthcare Centres in Zaria, Nigeria. Nigerian Journal of Technology. 33(2):215.

HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP CẤY CHỈ CATGUT TRONG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG TRÊN BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

Phạm Phú Vinh¹, Nguyễn Thị Tuyết Nga²

TÓM TẮT

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật vĩnh viễn. Cấy chỉ catgut, một phương pháp cải tiến của châm cứu, được kỳ vọng sẽ mang lại hiệu quả phục hồi chức năng vượt trội nhờ cơ chế kích thích huyết đạo liên tục. Nghiên cứu sử dụng phương pháp báo cáo hàng loạt ca trước và sau can thiệp, trên 27 bệnh nhân tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh. Bệnh nhân được thực hiện một liệu trình cấy chỉ gồm 6 lần (2 tuần/lần). Hiệu quả được lượng giá dựa trên sự thay đổi mức độ liệt vận động theo thang điểm Henry và khả năng sinh hoạt hàng ngày theo chỉ số Barthel. Kết quả cho thấy sự cải thiện đáng kể về chức năng vận động ($p=0,031$) và mức độ độc lập chức năng ($p=0,04$) sau điều trị. Cụ thể, tỷ lệ bệnh nhân ở mức độ liệt nặng và rất nặng (độ 3, 4) giảm từ 51,8% xuống 11,1%, trong khi tỷ lệ liệt nhẹ và vừa (độ 1, 2) tăng từ 48,1% lên 77,7%. Các tác dụng không mong muốn đều nhẹ và thoáng qua. Cấy chỉ catgut cho thấy là một can thiệp an toàn và hiệu quả, giúp cải thiện chức năng vận động và tăng cường mức độ độc lập cho bệnh nhân liệt nửa người sau TBMMN.

Từ khóa: Cấy chỉ catgut, tai biến mạch máu não, đột quỵ, phục hồi vận động, liệt nửa người, thang điểm Henry, chỉ số Barthel.

SUMMARY

EFFICACY OF CATGUT EMBEDDING THERAPY FOR MOTOR FUNCTION RECOVERY IN HEMIPLEGIC PATIENTS AFTER CEREBROVASCULAR ACCIDENT

Cerebrovascular accident (stroke) is a leading cause of long-term disability. Catgut embedding, an innovative form of acupuncture, is expected to offer superior functional recovery through continuous acupoint stimulation. A pre-post intervention case series was conducted on 27 patients at Le Van Thinh Hospital. Participants underwent a course of six catgut embedding sessions, administered once every two weeks. Efficacy was assessed by changes in motor paralysis (Henry scale) and activities of daily living (Barthel Index). The results showed statistically significant improvements in both motor function ($p=0.031$) and functional independence ($p=0.04$). Specifically, the proportion of patients with severe and very severe paralysis (Henry grades 3 & 4) decreased

from 51.8% to 11.1%, while those with mild and moderate paralysis (grades 1 & 2) increased from 48.1% to 77.7%. All reported adverse events were mild and transient. In conclusion, catgut embedding therapy is a safe and effective intervention for improving motor function and enhancing independence in patients with post-stroke hemiplegia.

Keywords: Catgut embedding, cerebrovascular accident, stroke, motor recovery, hemiplegia, Henry scale, Barthel Index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMMN), hay đột quỵ, là một trong những nguyên nhân gây tử vong và tàn tật hàng đầu trên thế giới. Di chứng liệt nửa người không chỉ làm suy giảm nghiêm trọng khả năng tự chăm sóc mà còn tạo ra gánh nặng kinh tế - xã hội lớn. Y học cổ truyền, đặc biệt là châm cứu, là một liệu pháp hỗ trợ quan trọng trong phục hồi chức năng sau đột quỵ. Tuy nhiên, châm cứu truyền thống đòi hỏi bệnh nhân phải đến cơ sở y tế thường xuyên, gây tốn kém.

Để khắc phục nhược điểm này, phương pháp cấy chỉ catgut ra đời, kết hợp lý luận của y học cổ truyền và hiện đại. Kỹ thuật này sử dụng chỉ catgut (loại chỉ tự tiêu) cấy vào huyết đạo, tạo ra kích thích cơ học và hóa - sinh liên tục, kéo dài tại huyết trong khoảng 14 - 21 ngày, được giả thuyết là thúc đẩy quá trình mềm dẻo thần kinh mạnh mẽ hơn. Nghiên cứu nhằm Đánh giá hiệu quả phục hồi vận động của phương pháp cấy chỉ catgut trên bệnh nhân TBMMN theo thang điểm Henry; Đánh giá sự cải thiện về khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày theo thang đo Barthel; Đánh giá mức độ an toàn của phương pháp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Báo cáo hàng loạt ca lâm sàng (case series), so sánh các chỉ số lâm sàng trước và sau can thiệp.

Đối tượng: 27 bệnh nhân (cả nội trú và ngoại trú) được chẩn đoán xác định liệt nửa người do di chứng TBMMN sau giai đoạn cấp, điều trị tại Khoa Y học Cổ truyền - Phục hồi chức năng, Bệnh viện Lê Văn Thịnh từ tháng 01/2022 đến 09/2022.

Phương pháp: Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp cấy chỉ catgut theo phác đồ thống nhất. Một liệu trình gồm 6 lần cấy chỉ, tần suất 2 tuần một lần, tổng thời gian điều trị là 12

¹Phòng khám Y học Cổ truyền Phú Vinh

²Bệnh viện Lê Văn Thịnh, TP. Thủ Đức, TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tuyết Nga

Email: khiemhy1116@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025

t tuần. Các huyết đạo được lựa chọn dựa trên phác đồ của Bộ Y tế, tác động vào các nhóm cơ chủ vận bị liệt ở chi trên và chi dưới.

Phương pháp đánh giá: Mức độ liệt vận động được đánh giá bằng thang điểm Henry 5 bậc; mức độ độc lập chức năng được đánh giá bằng chỉ số Barthel 100 điểm và ghi nhận các tác dụng không mong muốn (đau, sưng, bầm tím, nhiễm trùng...). Dữ liệu được thu thập tại 2 thời điểm: Trước khi bắt đầu liệu trình (Ngày 0) và sau khi kết thúc lần cấy chỉ cuối cùng (Tuần 12).

Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 15.0. Phép kiểm định Wilcoxon signed-rank được sử dụng để so sánh các chỉ số trước và sau điều trị. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định là $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng

Bảng 1. Đặc điểm nền của đối tượng nghiên cứu (n=27)

nguyên cứu (n=27)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
50 – 59	5	18,5
60 – 69	15	55,6
≥ 70	7	25,9
Tuổi trung bình ± SD	65 ± 7,8	
Giới tính		
Nam	19	70,4
Nữ	8	29,6
Thời gian mắc bệnh		
< 1 tháng	5	18,5
1 – 3 tháng	7	25,9
> 3 tháng	15	55,6
Chẩn đoán theo YHCT		
Can Thận âm hư	12	44,5
Đàm thấp	9	33,3
Thận âm dương lưỡng hư	6	22,2

Tuổi trung bình của 27 bệnh nhân là 65 ± 7,8 tuổi, nhóm 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (55,6%). Tỷ lệ nam giới (70,4%) cao hơn nữ giới (29,6%). Có 55,6% bệnh nhân đang ở giai đoạn di chứng mạn tính (mắc bệnh trên 3 tháng). Đa số bệnh nhân bị thể Can Thận âm hư chiếm 44,5%, thể Đàm thấp chiếm 33,3% và thể Thận âm dương lưỡng hư chiếm 22,2%.

3.2. Đánh giá hiệu quả phục hồi vận động

Bảng 2. Thay đổi mức độ liệt theo thang điểm Henry trước và sau điều trị (n=27)

Độ liệt	Nhóm nghiên cứu				p
	Trước điều trị (n=27)		Sau điều trị (n=24)		
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	

	(n)	(%)	(n)	(%)	
1	7	25,9	12	50,0	0,031
2	6	22,2	9	37,5	
3	9	33,3	2	8,3	
4	5	18,5	1	4,2	
5	0	0,0	0	0,0	

Sau điều trị, tỉ lệ bệnh nhân thay đổi cải thiện độ liệt theo Henry chuyển từ 1-2 độ liệt, giảm ở độ 3 từ (33,3%) còn (8,3%) và độ 4 từ (18,5%) còn (4,2%), tăng tỉ lệ ở độ 1 từ (25,9%) lên đến (50%) và độ 2 từ (22,2%) lên đến (37,5%), cải thiện có ý nghĩa so với trước điều trị, với $p=0,031$.

3.3. Đánh giá sự cải thiện về khả năng độc lập trong sinh hoạt

Bảng 3. Sự thay đổi vận động theo thang điểm Barthel trước và sau điều trị (n=27)

n=27)					
Độ liệt	Nhóm nghiên cứu				p
	Trước điều trị (n=27)		Sau điều trị (n=24)		
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
1	7	25,9	12	50,0	0,04
2	8	29,6	9	37,5	
3	7	25,9	2	8,3	
4	4	14,8	1	4,2	
5	1	3,7	0	0,0	

Sau điều trị, tỷ lệ bệnh nhân thay đổi độ liệt theo thang điểm Barthel cải thiện tốt hơn có ý nghĩa so với trước điều trị. Trong đó nhóm độ 1 tăng từ 25,9% lên đến 50% sau can thiệp 6 lần cấy. Trong khi đó từ 14,8% bệnh nhân độ 4 giảm xuống còn 4,2%.

3.4. Đánh giá an toàn. Khi điều trị cho các bệnh nhân, có vài trường hợp cụ thể, bệnh nhân có cảm giác nhức êm ảm (sốt nhẹ) sau 1 – 2 ngày làm thủ thuật, cảm giác này tự giảm dần ở các ngày sau đó. Và cũng có 1 số ca bệnh chảy máu khi làm thủ thuật và đã được xử trí ngay lúc làm thủ thuật. Ngoài ra không ghi nhận than phiền nào khác.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh >3 tháng chiếm tỷ lệ cao (55,6%) so với số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh 1-3 tháng (25,9%) và <1 tháng (18,5%). Có lẽ do bệnh nhân đến can thiệp phương pháp cấy chỉ khi đã trải qua nhiều phương pháp và tình trạng bệnh ổn định hơn nên ghi nhận thời gian mắc bệnh >3 tháng chiếm tỷ lệ cao hơn.

Theo YHCT, huyết là nơi tiếp nhận các kích thích, tác động lên huyết có thể phục hồi chức năng tạng phủ bị rối loạn, lập lại sự hoạt động