

nặng, còn methanol là 100%. Nguyễn Đàm Chính cũng nhận thấy bệnh nhân ngộ độc methanol chủ yếu ở mức PSS nặng và tử vong (độ 3 và 4)[9]. Có thể thấy bệnh nhân ngộ độc methanol có OG cao hơn, điểm PSS càng cao thì tiên lượng nặng và tử vong cũng tăng theo. Kết quả điều trị cũng thể hiện rất rõ, các bệnh nhân tử vong đều nằm trong nhóm có điểm PSS cao, ngộ độc methanol có tỉ lệ tử vong rất cao (66,7%), cao hơn ngộ độc ethanol rất nhiều (2,9%),  $p < 0,01$ .

Ở các bệnh nhân có nồng độ rượu trong máu cao cũng là những bệnh nhân có tăng khoảng trống thẩm thấu cao hơn, mức độ ngộ độc nặng hơn và tử vong nhiều hơn. Nói cách khác, ở bệnh nhân ngộ độc rượu thì mức độ tăng thẩm thấu và khoảng trống thẩm thấu phản ánh mức độ nặng của tình trạng ngộ độc và tiên lượng tử vong.

## V. KẾT LUẬN

Ngộ độc rượu ethanol và methanol gây tăng áp lực thẩm thấu nhiều, có 54,4% ngộ độc ethanol và 72,3% ngộ độc methanol tăng OG mức độ cao. Nồng độ ethanol và methanol máu cao hơn thì OG cũng cao hơn,  $p < 0,05$ .

Bệnh nhân ngộ độc methanol có OG lúc vào viện cao hơn ( $80,7 \pm 40,53$  và  $48,5 \pm 29,36$ ;  $p < 0,05$ ) và thời gian OG trở về bình thường dài hơn ethanol ( $23,5 \pm 8,69$  và  $11,2 \pm 4,24$ ;  $p < 0,05$ ). Có 83,3% bệnh nhân ngộ độc methanol OG về bình thường sau vào viện 24 giờ, còn ethanol thường sớm trước 12 giờ (74,8%),  $p < 0,01$ .

## ĐÁNH GIÁ CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY THIẾU MÁU NÃO CẤP TẠI TRUNG TÂM ĐỘT QUY BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đỗ Thị Hải Vân<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Chi<sup>1</sup>, Đào Việt Phương<sup>1</sup>, Mai Duy Tôn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Điều dưỡng giữ vai trò quan trọng trong chăm sóc người bệnh đột quy thiếu máu não cấp. **Mục tiêu:** đánh giá công tác điều dưỡng đối với người bệnh tại trung tâm Đột quy Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu. **Kết quả:** Nghiên cứu 224 người bệnh đột quy thiếu máu não cấp trong 08 tháng: Tỉ lệ nam giới chiếm 61,2%, nữ giới 38,8%; nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là trên 65

Khoảng trống thẩm thấu máu giảm nhanh và khoảng trống anion thì tăng lên sau vào viện.

Ngộ độc methanol có mức độ ngộ độc nặng hơn, nhiều biến chứng nặng hơn và tỉ lệ tử vong cao hơn ethanol (66,7% và 2,9%;  $p < 0,05$ ).

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (2014)**, Methanol poisoning outbreaks, July 2014.
2. **Bộ Y Tế (2014)**, "Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2014: Tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm", Nhà xuất bản Y học, 5.
3. **Kraut JA, Madias NE (2007)**, "Osmolar Gap", Clin J Am Soc Nephrol 2:2007; 162-17
4. **Michael Emmett, Biff F Palmer (2020)**, "Serum Osmolar Gap", Uptodate Version 23, 2020.
5. **Lee C.Y., Chang E.K., Lin J.L., et al (2014)**, "Risk factors for mortality in Asian Taiwanese patients with methanol poisoning", Ther Clin Risk Manag, 10, 61-7.
6. **Hovda K. E., Hunderi O. H., Rudberg N., et al (2004)**, "Anion and osmolar gaps in the diagnosis of methanol poisoning: clinical study in 28 patients", Intensive Care Med, 30(9), 1842-1846.
7. **Zakharov S., Nurieva O., Kotikova K., et al (2017)**, "Positive serum ethanol concentration on admission to hospital as the factor predictive of treatment outcome in acute methanol poisoning", Monatsch Chem, 148(3):409-419
8. **Nguyễn Đàm Chính và cs (2016)**, "Nhận xét kết quả điều trị bệnh nhân ngộ độc cấp methanol tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí nghiên cứu y học, 440(1), 29-33.
9. **Chang S.T., Wang Y.T., Hou Y.C., et al (2019)**, "Acute kidney injury and the risk of mortality in patients with methanol intoxication", BMC Nephrol 20: 205.

tuổi (49,1%); thời gian người bệnh đến viện sau 6 tiếng chiếm tỉ lệ 53,6%; điểm NIHSS trung bình khi nhập viện là  $8,8 \pm 5,8$ , điểm Glasgow trung bình là  $14,3 \pm 1,63$ ; tỉ lệ tư vấn về cách sử dụng thuốc là cao nhất chiếm 95%; các hoạt động chăm sóc làm tốt nhất là đo dấu hiệu sinh tồn, thực hiện thuốc theo 5 đúng, đánh giá rối loạn nuốt và ngã chiếm tỉ lệ trên 93%; 100% người bệnh hài lòng về thái độ phục vụ của điều dưỡng, tỉ lệ hài lòng thấp nhất liên quan đến thủ tục thanh toán (90%); tỉ lệ tai biến liên quan đến chăm sóc chiếm tỉ lệ dưới 5%.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF NURSING CARE FOR ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS IN BACHMAI STROKE CENTER

Nurses play an important role in the care of the

<sup>1</sup>Trung tâm Đột quy Bạch Mai, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Hải Vân

Email: dothihaivan280386@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 9.5.2022

patients with acute ischemic stroke. **Objective:** To evaluate nursing care for patients at the Stroke Center of Bach Mai Hospital. **Method:** prospective study. **Results:** A study of 224 patients with acute ischemic stroke in 8 months: The rate of men was 61.2%; the rate of over 65-year-old group was 49.1%; the rate of patients who hospitalized after 6 hours was 53.6%; mean NIHSS score on admission was  $8.8 \pm 5.8$ , mean Glasgow score was  $14.3 \pm 1.63$ ; the rate of counseling on drug use was the highest (95%); the best nursing care activities were to take vital signs, administering medication according to the correct 5, assessing swallowing disorders and falling (over 93%); 100% of patients were satisfied with the nurses' attitude, the lowest satisfaction rate was related to discharge procedure (90%); The rate of care-related complications were less than 5%.

**Keywords:** Nursing care for stroke patients, acute ischemic stroke, nursing care plan

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não được coi là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba sau bệnh tim mạch và ung thư, đồng thời là nguyên nhân gây tàn tật hàng đầu tại các nước phát triển. Đột quỵ thiếu máu não cấp tính là tình trạng tắc nghẽn cục bộ, cấp tính của động mạch não, gây ra tình trạng thiếu máu tức thì khu vực cấp máu của động mạch đó. Đột quỵ thiếu máu não chiếm tỉ lệ 80-85% các trường hợp đột quỵ [2]. Trong chăm sóc, điều trị người bệnh đột quỵ thiếu máu não cấp, điều dưỡng giữ vai trò quan trọng [7]. Người điều dưỡng là người đầu tiên tiếp cận người bệnh, thực hiện các can thiệp điều dưỡng cho đến kiểm soát các biến chứng trong quá trình nằm viện. Muốn cải thiện được chất lượng chăm sóc thì việc đánh giá công tác điều dưỡng đóng vai trò rất quan trọng. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu:

1) Nhận xét đặc điểm người bệnh đột quỵ thiếu máu não

2) Đánh giá công tác điều dưỡng

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 224 người bệnh đột quỵ thiếu máu não cấp điều trị tại trung tâm Đột quỵ từ tháng 12/2020 đến tháng 7/2021.

### Tiêu chuẩn chọn:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán đột quỵ thiếu máu não theo Tổ chức Y tế Thế giới

- Đột quỵ thiếu máu não cấp khởi phát trong vòng 24 giờ

- Người bệnh trưởng thành từ 18 tuổi trở lên

### 2.2 Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1** Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu

**2.2.2** Chỉ số nghiên cứu:

Thang điểm hôn mê Glasgow: đánh giá mức độ hôn mê dựa trên 3 tiêu chí: đáp ứng mở mắt, vận động và lời nói; điểm thấp nhất là 3 (hôn mê sâu, mất hoàn đáp ứng) và cao nhất là 15 (hoàn toàn tỉnh táo).

Thang điểm đột quỵ của viện Y tế Quốc gia Hoa Kỳ (NIHSS): đánh giá mức độ lâm sàng của người bệnh đột quỵ; thang điểm từ 0 (không có triệu chứng) đến 42 (nặng nhất).

Áp dụng quy trình điều dưỡng trong thực hành chăm sóc người bệnh đột quỵ thiếu máu não [1] [7].

**Nhận định người bệnh:** Tiếp cận người bệnh khi vào viện

+ Nhanh chóng khai thác lý do vào viện, các dấu hiệu gợi ý đột quỵ

+ Thời gian khởi phát dấu hiệu bất thường, tiền sử bệnh, thuốc đang dùng

+ đánh giá các dấu hiệu sinh tồn: ý thức, mạch, huyết áp, nhịp thở...

+ khai thác các thông tin hành chính khác: giới, tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, BHYT, địa chỉ.

**Thực hiện các chăm sóc điều dưỡng ban đầu theo y lệnh**

+ thực hiện các can thiệp nếu cần: thở oxy, đặt canuyn miệng, hút đờm hầu họng...

+ đo đường máu mao mạch

+ đặt đường truyền cỡ kim G18 – G20, lấy máu xét nghiệm: công thức máu, sinh hóa máu, đông máu cơ bản

+ làm điện tim đồ

+ đưa người bệnh đi chụp chiếu

+ sử dụng thuốc tiêu sợi huyết hoặc đưa người bệnh sang đơn vị can thiệp theo y lệnh

Theo dõi, chăm sóc người bệnh (về thân kinh, hô hấp, tuần hoàn, dinh dưỡng, vận động)

+ Theo dõi dấu hiệu sinh tồn và ý thức mỗi 15 phút trong 2 giờ khi dùng thuốc tiêu sợi huyết hoặc lấy huyết khối cơ học, mỗi 30 phút trong 6 giờ tiếp theo và sau đó mỗi 1 giờ một lần cho đủ 24 giờ.

+ sau 24 giờ: đánh giá ý thức, dấu hiệu sinh tồn mỗi 6 giờ, đo đường máu mao mạch theo y lệnh.

+ đánh giá sàng lọc nuốt 1 lần/ngày, đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh

+ phòng ngã cho người bệnh, đánh giá thang điểm ngã 1 lần/ngày

+ một số can thiệp điều dưỡng: đặt ống thông dạ dày, đặt ống thông bàng quang, hút đờm hầu họng, cho người bệnh thở oxy, đặt đường truyền tĩnh mạch...

Phát hiện các biến chứng: nhiễm trùng đường hô hấp, nhiễm trùng đường tiết niệu, loét, viêm

đường truyền...

- + làm các xét nghiệm, thực hiện thuốc theo y lệnh
- + đưa người bệnh đi làm các đánh giá cận lâm sàng (siêu âm mạch, siêu âm tim, chụp CT...) theo y lệnh
- + thay đổi tư thế người bệnh mỗi 2 giờ, cho nằm đầu cao 30°, ngồi cao tại giường hoặc ngồi ra ghế.

Vệ sinh răng miệng 1 lần/ngày, vệ sinh thân thể mỗi 3 ngày.

+ Tư vấn - giáo dục sức khỏe: là hình thức truyền thông trực tiếp giữa nhân viên y tế với người bệnh, người nhà người bệnh về nội dung liên quan đến bệnh, điều trị, chăm sóc bệnh, phòng bệnh, ...

**Lượng giá: Đánh giá hoạt động chăm sóc**

- + Đánh giá các hoạt động chăm sóc điều dưỡng cơ bản (đo dấu hiệu sinh tồn, tư thế người bệnh, vệ sinh cá nhân...) có được thực hiện theo quy định không?
- + Hoạt động tư vấn có được thực hiện không?
- + Tình trạng ý thức của người bệnh, điểm NIHSS sau 3 ngày so với lúc vào viện?
- + Sự hài lòng của người bệnh và người nhà như thế nào?
- + Các biến chứng liên quan đến chăm sóc có xảy ra không?

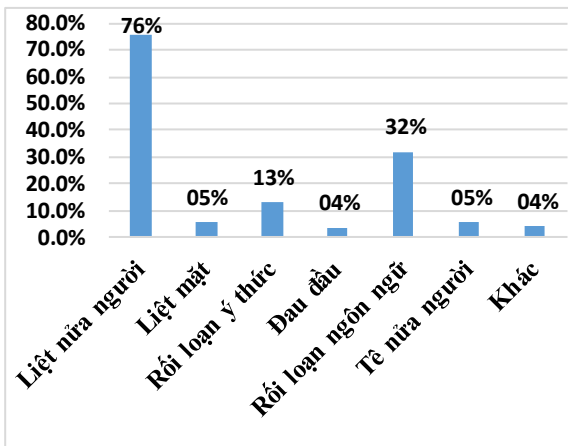
**2.2.3 Thu thập và xử lý số liệu**

Thu thập dữ liệu theo bệnh án nghiên cứu

**Xử lý dữ liệu** theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1 Triệu chứng khởi phát**



**Biểu đồ 2: Triệu chứng khởi phát**

**Nhận xét:** Triệu chứng liệt nửa người chiếm tỉ lệ cao nhất (76%).

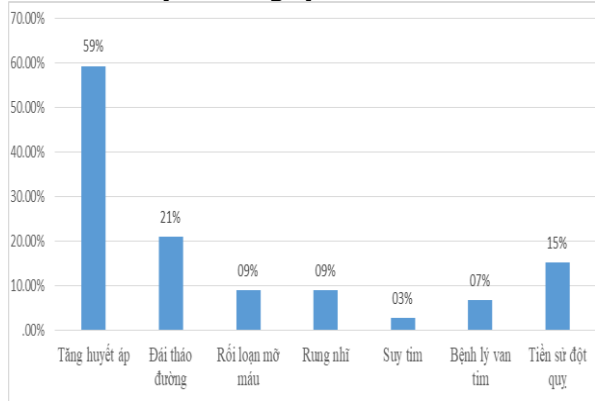
**3.2 Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu**

Biến	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (Trung bình (SD); Min - Max)	63 (13,37; 21 - 95)	
Nhóm tuổi	< 55 tuổi	43 (19,2)
	55-65	71 (31,7)
	≥ 65 tuổi	110 (49,1)
Giới	Nữ	87 (38,8)
	Nam	137 (61,2)
Khoảng thời gian từ khi khởi phát đến khi vào viện	Trước 6 tiếng	104 (46,4)
	Sau 6 tiếng	120 (53,6)
<b>Tổng</b>	<b>224</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Độ tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là ≥ 65 tuổi (49,1%), giới nam chiếm tỉ lệ 61,2%, tỉ lệ người bệnh vào viện sau 6 tiếng chiếm tỉ lệ cao hơn (53,6%)

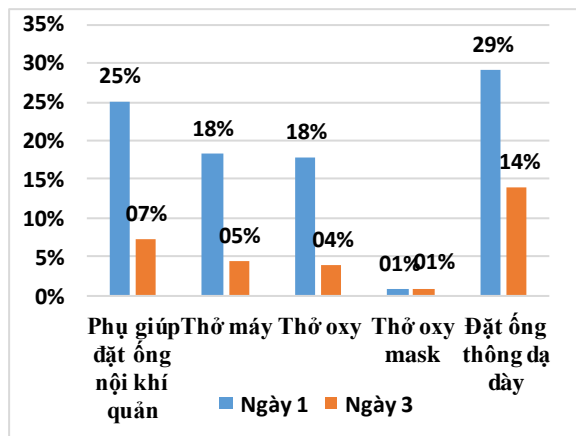
**3.3 Các yếu tố nguy cơ**



**Biểu đồ 1: Các yếu tố nguy cơ**

**Nhận xét:** Tỉ lệ người bệnh bị tăng huyết áp chiếm tỉ lệ cao nhất (59%).

**3.4 Các can thiệp điều dưỡng**



**Biểu đồ 3: Các can thiệp điều dưỡng**

**Nhận xét:** tỉ lệ can thiệp thường thực hiện là phụ giúp đặt ống nội khí quản (25%) và đặt ống thông dạ dày (29%). Tỉ lệ các can thiệp sau 3 ngày giảm đáng kể.

**3.5 Điểm NIHSS và điểm Glasgow**

**Bảng 2: Điểm NIHSS và điểm Glasgow**

Biến	Khi nhập viện	Ngày 1	Ngày 3
	Trung bình ± SD	Trung bình ± SD	Trung bình ± SD
Điểm NIHSS	8,8 ± 5,8	7,8 ± 6,31	7,5 ± 7,13
Ý thức (Glasgow)	14,3 ± 1,63	14,4 ± 1,63	14,3 ± 2,09

**Nhận xét:** Điểm NIHSS trung bình khi vào viện là 8,8 ± 5,8 điểm Glasgow trung bình 14,3 ± 1,63.

**3.6 Hoạt động tư vấn của điều dưỡng**

**Bảng 3: Hoạt động tư vấn của điều dưỡng**

Hoạt động tư vấn	Không thực hiện		Thực hiện	
	n	%	n	%
Nội quy buồng bệnh	41	18,3	183	81,7
Dấu hiệu đột quy	56	25	168	75
Biện pháp phòng ngừa đột quy	51	22,8	173	77,2
Biện pháp phòng ngừa biến chứng	49	21,9	175	78,1
Hướng dẫn sử dụng thuốc	11	5	213	95

**Nhận xét:** Nội dung hoạt động tư vấn tốt nhất là hướng dẫn sử dụng thuốc (95%).

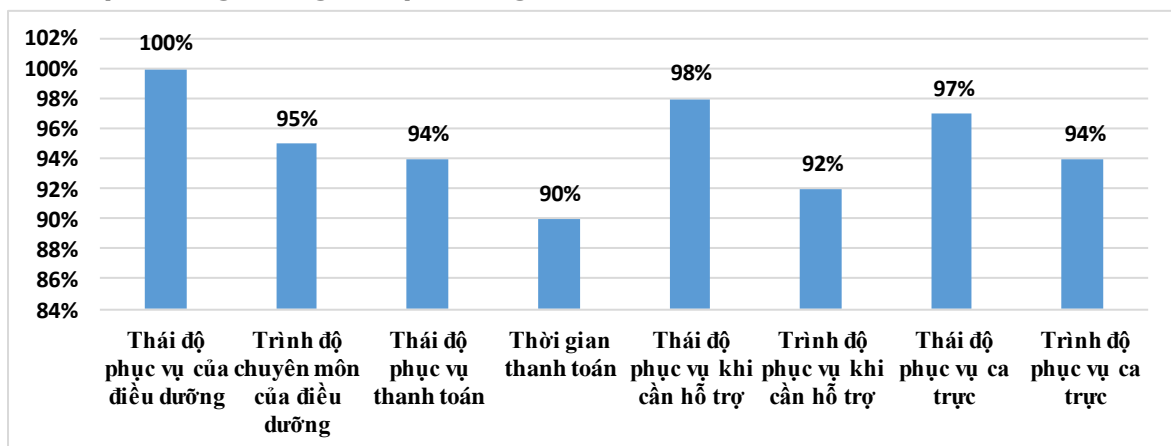
**3.7 Hoạt động chăm sóc điều dưỡng cơ bản**

**Bảng 4: Hoạt động chăm sóc điều dưỡng cơ bản**

Hoạt động chăm sóc cơ bản	Không thực hiện		Thực hiện	
	n	%	n	%
Đo dấu hiệu sinh tồn theo quy định	12	5,4	212	94,6
Đánh giá rối loạn nuốt tại giường	14	6,2	210	93,8
Đánh giá ngã	14	6,2	210	93,8
Thay đổi tư thế người bệnh	31	13,8	193	86,2
Vệ sinh cá nhân	19	8,5	205	91,5
Vệ sinh răng miệng 2 lần/ngày	33	14,7	191	85,3
Đo đường máu mao mạch theo y lệnh	22	9,8	202	90,2
Thực hiện thuốc theo 5 đúng	12	5,4	212	94,6

**Nhận xét:** Hoạt động chăm sóc điều dưỡng cơ bản thực hiện tốt nhất là đo dấu hiệu sinh tồn và thực hiện thuốc theo 5 đúng (94,6%).

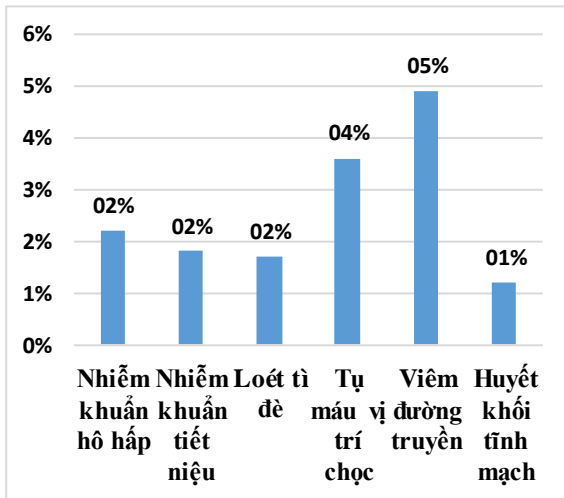
**3.8 Sự hài lòng của người bệnh và người nhà**



**Biểu đồ 5: Sự hài lòng của người bệnh và người nhà**

**Nhận xét:** 100% người bệnh và người nhà đánh giá tốt về thái độ phục vụ của điều dưỡng.

**3.9 Biến chứng liên quan đến chăm sóc**



**Biểu đồ 4:** Biểu chứng liên quan đến chăm sóc  
**Nhận xét:** Biểu chứng hay gặp nhất là viêm đường truyền (5%)

#### IV. BÀN LUẬN

Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn so với nữ giới (61,2% so với 38,8%). Kết quả này tương đồng với Nguyễn Thị Bảo Liên nam giới chiếm tỷ lệ 59,5% [3]. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nghịch với tác giả Huỳnh Thị Phương Minh nam giới chiếm tỷ lệ 46,4% [4]; Trần Thị Lệ Tiên nam giới chiếm tỷ lệ 43 % [5]., Maciej tỉ lệ nam chiếm 47,4% [6].

Độ tuổi trung bình của người bệnh tham gia nghiên cứu là 63 + 13,37 tuổi. Trong đó, nhóm tuổi trên 55 tuổi chiếm tỷ lệ 80,8%, nhóm tuổi dưới 55 chiếm tỷ lệ 19,2%. Kết quả này tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Bảo Liên (63,7 + 13,7), nhóm tuổi trên 55 chiếm tỉ lệ 85,7% [3].

Khoảng thời gian từ khi khởi phát đến khi vào viện: tỉ lệ người bệnh đến viện trước 6 tiếng chiếm 46,4%, sau 6 tiếng là 53,6%. Tỉ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Maciej (42%) [6], Huỳnh Thị Phương Minh (45,7%) [4].

Tiền sử tăng huyết áp chiếm tỉ lệ cao nhất 59,4%, thấp hơn tác giả Maciej là 69,5%, tác giả Huỳnh Thị Phương Minh là 78,6%; nhưng lại cao hơn của Nguyễn Thị Bảo Liên (51,1%).

Tiền sử tiểu đường là 21%, tương tự với tác giả Maciej là 24,1% và Nguyễn Thị Bảo Liên là 21,4%. Kết quả cao hơn nghiên cứu của Huỳnh Thị Phương Minh là 13,6%.

Triệu chứng thường gặp nhất khi khởi phát là liệt nửa người, chiếm tỉ lệ 75,5%, tiếp đến là nói khó chiếm 32%, rối loạn ý thức chiếm tỉ lệ 13%. Kết quả tương đồng với Nguyễn Thị Bảo Liên (các tỉ lệ lần lượt là 64,3%, 35,7% 28,6%).

Trung bình điểm NIHSS khi nhập viện là 8,8 ± 5,8, trong đó cao nhất là 29 và thấp nhất là 0. Tác giả Huỳnh Thị Phương Minh trung bình điểm NIHSS là 6,79 ± 3,18. Tác giả Nguyễn Thị Bảo Liên điểm NIHSS khi nhập viện là 12 ± 4,24.

Tỉ lệ người bệnh có nội khí quản trong vòng 24 giờ từ khi vào viện chiếm tỉ lệ 25% và thở máy là 18,3%, sau 2 ngày thì tỉ lệ này chỉ còn là 7,3% và 4,5. Người bệnh sau can thiệp mạch có thể rút ống nội khí quản sớm nên tỉ lệ ống nội khí quản và thở máy giảm nhanh sau 24 giờ. Tỉ lệ người bệnh có ống thông dạ dày chiếm tỉ lệ 29%, sau 2 ngày là 14 %.

Nội dung hoạt động tư vấn tốt nhất là hướng dẫn sử dụng thuốc (95%) do điều dưỡng thường kết hợp nội dung này khi thực hiện thuốc cho người bệnh. Các vấn đề khác trong tư vấn như về các dấu hiệu hoặc biện pháp phòng ngừa đột quỵ thì tỉ lệ tư vấn thấp hơn (70 – 80%). Điều này liên quan đến sự thiếu hụt nhân lực điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh.

Hoạt động chăm sóc cơ bản chiếm tỷ lệ cao nhất là theo dõi dấu hiệu sinh tồn theo quy định (94,6%), các hoạt động khác như đánh giá rối loạn nuốt và đánh giá ngã đều chiếm tỉ lệ cao (93,8%) kế tiếp là đo đường máu máo mạch theo y lệnh chiếm tỉ lệ 90,2%, thấp nhất là vệ sinh răng miệng chiếm tỉ lệ 85,3%. Trong quá trình bệnh nhân nằm viện, các hoạt động chăm sóc thường được thực hiện nhưng có lúc không thể hiện trên phiếu chăm sóc hoặc thể hiện không đủ. Đôi khi trong ca trực, nhân lực ít nên không thực hiện được thay đổi tư thế mỗi 2 giờ hay vệ sinh răng miệng vào ca tối.

Tỉ lệ biến chứng viêm đường truyền chiếm tỉ lệ cao nhất là 4,9%, tiếp đó là 3,6% người bệnh có triệu chứng tụ máu vị trí chọc, người bệnh có triệu chứng nhiễm khuẩn hô hấp và nhiễm khuẩn tiết niệu, bị loét tì đê và huyết khối tĩnh mạch có tỷ lệ lần lượt là 2,2%, 1,8%, 1,7% và 1,2%. Người bệnh đột quỵ não thường kích thích gây giãy giụa, thở máy và có ống thông tiểu nên có thể gặp biến chứng nhiễm khuẩn và tụ máu vùng chọc. Người bệnh bị liệt kèm thêm rối loạn cơ tròn khiến nguy cơ loét tăng thêm.

Với mức độ hài lòng của người bệnh với điều dưỡng, tỉ lệ hài lòng ở từng mục là cao, phần lớn trên 93 % và tỉ lệ hài lòng chung là 90,1 %. Đặc biệt về thái độ phục vụ, 100% người bệnh hài lòng còn thấp nhất là thời gian chờ làm thủ tục thanh toán (90,1%). Thời gian chờ đợi thanh toán lâu là do số lượng người bệnh cùng làm thủ tục đông, chưa có nhân viên chuyên trách về thanh toán và làm thủ tục về bảo hiểm y tế mà

vẫn là điều dưỡng đảm nhiệm các công việc hành chính này. Thêm vào đó là số lượng điều dưỡng không đủ để có thể thực hiện thanh toán cho nhiều người bệnh một lúc. Ngoài ra còn do tình hình dịch bệnh nên có những thời điểm, người bệnh cần chờ xét nghiệm Covid, chờ đơn vị vận chuyển, chờ liên hệ bệnh viện tiếp nhận nên thời gian từ khi bác sỹ thông báo kế hoạch chuyển đến khi người bệnh có thể rời đi cũng tăng thêm.

## V. KẾT LUẬN

**Đặc điểm của người bệnh đột quỵ thiếu máu não cấp.** Tỷ lệ người bệnh nam giới nhiều hơn nữ giới (61,2% so với 38,8%). Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là trên 65 tuổi (49,1%). Thời gian người bệnh đến viện sau 6 tiếng chiếm tỷ lệ 53,6%.

Điểm NIHSS trung bình khi nhập viện là  $8,8 \pm 5,8$ , điểm Glasgow trung bình là  $14,3 \pm 1,63$ .

**Đánh giá công tác điều dưỡng.** Trong hoạt động tư vấn, hướng dẫn sử dụng thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất (95%), các nội dung tư vấn khác chiếm tỷ lệ từ 75% đến 81,7%.

Trong hoạt động chăm sóc cơ bản, đo dấu hiệu sinh tồn và thực hiện thuốc 5 đúng chiếm tỷ lệ cao nhất (94,6%), vệ sinh răng miệng chiếm tỷ lệ thấp nhất (85,3%).

Tỷ lệ hài lòng với thái độ phục vụ của điều

dưỡng chiếm tỷ lệ 100%, thấp nhất là sự hài lòng về thời gian thanh toán (chiếm tỷ lệ 90%).

Các biến chứng liên quan đến chăm sóc: viêm đường truyền là 4,9%, viêm phổi là 2,2%, nhiễm khuẩn tiết niệu là 1,8%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BỘ Y TẾ** (2011), Thông tư 07/2011/TT-BYT hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người-bệnh trong bệnh viện.
- Lê Đức Hình** (2010), "Chẩn đoán sớm cơn đột quỵ não", Nội san Hội Thần kinh học Việt nam, 6(1), tr 3-7.
- Nguyễn Thị Bảo Liên** (2011), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của bệnh nhồi máu não", Tạp chí Y học thực hành, số 5/2013.
- Huỳnh Thị Phương Minh** (2015), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhồi máu não cấp tại Bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang", Tạp chí thần kinh học Việt Nam số 19.
- Trần Thị Lệ Tiên, Đinh Minh Tân** (2010), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố nguy cơ của thiếu máu cục bộ não cấp", Tạp chí chuyên đề tim mạch học, 19/4/2010
- Maciej Niewada, et al** (2006), "Acute ischemic stroke care and outcome in centers participating in the Polish national stroke prevention and treatment registry", Stroke; 37:1837-1843
- Powers William J., Derdeyn Colin P., Biller José et al** (2015), Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment, American Stroke Association, 46(10), 3020-3035.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ NỘI SOI TỔN THƯƠNG POLYP ĐẠI TRÀNG PHÁT HIỆN TẠI TRUNG TÂM NỘI SOI TIÊU HOÁ - GAN MẬT, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Công Long<sup>1,2</sup>, Hoàng Văn Chương<sup>1</sup>,  
Nguyễn Hoài Nam<sup>1,2</sup>, Đồng Thị Thu Thảo<sup>1</sup>, Trần Thị Tân<sup>1</sup>,  
Phạm Bình Nguyên<sup>1,2</sup>, Phạm Như Hoà<sup>1</sup>, Nguyễn Thế Phương<sup>1,3</sup>,  
Trần Tuấn Việt<sup>1</sup>, Đỗ Anh Giang<sup>1</sup>, Kiều Văn Tuấn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi tổn thương polyp đại trực tràng phát hiện tại trung tâm nội soi Tiêu hóa – Gan mật, bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng và đặc điểm hình ảnh nội soi tổn

thương polyp ĐTT của 339 bệnh nhân với 490 polyp ĐTT từ tháng 1/2021 – 4/2022. Các bệnh nhân (BN) thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ được phỏng vấn các thông tin cơ bản (tuổi, giới, nghề nghiệp, học vấn...), thông tin về các dấu hiệu lâm sàng. Sau đó, BN được nội soi thường phát hiện polyp và đánh giá các điểm như vị trí, kích thước, đặc điểm hình thái polyp. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc polyp ĐTT của nam/nữ = 1,5/1 và tỷ lệ BN trên 40 tuổi trong nghiên cứu là 97,4%. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau bụng, phân lỏng với tỷ lệ tương ứng 59,3% và 23,9%. Polyp được phát hiện nhiều nhất tại đại tràng sigma với tỷ lệ 32,4%. Polyp kích thước nhỏ dưới 10 mm chiếm chủ yếu với tỷ lệ 80,2%. Polyp Paris typ 0-I chiếm chủ yếu với tỷ lệ 93,9% (trong đó polyp Paris typ Isp chiếm 71,8%). **Kết luận:** Đau bụng, phân

<sup>1</sup>Trung tâm Tiêu hóa – Gan Mật, Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

<sup>3</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Bình Nguyên

Email: drnguyemthbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2022

Ngày duyệt bài: 10.5.2022