

đây. Theo những nghiên cứu trước đó, các tác giả nhận thấy bệnh nhân được vận động trong 24 giờ đầu sau mổ ít gặp biến chứng hơn so với nhóm vận động muộn hơn 24 giờ hoặc 48 giờ. Những nghiên cứu đó cũng cho thấy vận động sớm giúp giảm tỉ lệ tử vong hơn sau 6 tháng.⁷ Đồng thời, trong nghiên cứu của chúng tôi, những bệnh nhân mắc ít nhất 1 biến chứng trong quá trình nằm viện liên quan đến điểm Harris thấp hơn tại thời điểm 1 tuần sau mổ với $p < 0.05$. Đây là vấn đề nhân quả vì vận động sớm đã được chứng minh giúp giảm biến chứng và tỉ lệ tử vong. Nhưng nghiên cứu của chúng tôi chỉ theo dõi được trong thời gian ngắn và số lượng bệnh nhân còn nhỏ nên còn có sự sai số. Cần theo dõi với thời gian dài hơn với số lượng bệnh nhân lớn hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc vận động sớm sau phẫu thuật khớp háng ở bệnh nhân cao tuổi để giảm biến chứng, cải thiện chức năng của bệnh nhân. Vận động sớm không ảnh hưởng đến cơn đau và khả năng đi lại của bệnh nhân. Cần làm nghiên cứu với số lượng lớn hơn, theo dõi dài hơn để đánh giá tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alexiou KI, Roushias A, Varitimidis SE, Malizos KN. Quality of life and psychological

consequences in elderly patients after a hip fracture: a review. *Clin Interv Aging*. 2018;13:143-150. doi:10.2147/CIA.S150067

2. Al-Ani AN, Samuelsson B, Tidermark J, et al. Early Operation on Patients with a Hip Fracture Improved the Ability to Return to Independent Living: A Prospective Study of 850 Patients. *JBJs*. 2008;90(7):1436-1442. doi:10.2106/JBJs.G.00890
3. Yoo JI, Ha YC, Lim J young, Kang H, Yoon BH, Kim H. Early Rehabilitation in Elderly after Arthroplasty versus Internal Fixation for Unstable Intertrochanteric Fractures of Femur: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Korean Med Sci*. 2017;32(5):858-867. doi:10.3346/jkms.2017.32.5.858
4. Rapp, K., Rothenbacher, D., Magaziner, J., Becker, C., Benzinger, P., König, H. H., ... & Büchele, G. Risk of nursing home admission after femoral fracture compared with stroke, myocardial infarction, and pneumonia. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2015; 16(8), 715-e7.
5. Baer M, Neuhaus V, Pape HC, Ciritsis B. Influence of mobilization and weight bearing on in-hospital outcome in geriatric patients with hip fractures. *SICOT-J*. 2019. 5:4. doi:10.1051/sicotj/2019005
6. INTISO, Domenico, et al. Survival and functional outcome in patients 90 years of age or older after hip fracture. *Age and ageing*, 2009; 38.5: 619-622.
7. Siu, A. L., Penrod, J. D., Boockvar, K. S., Koval, K., Strauss, E., & Morrison, R. S. Early ambulation after hip fracture: effects on function and mortality. *Archives of internal medicine*. 2006; 166(7), 766-771.

TÌNH TRẠNG HÔ HẤP SAU KHI THỰC HIỆN KỸ THUẬT TĂNG TỐC THÌ THỞ RA (AFE) Ở TRẺ TỪ 2 ĐẾN 24 THÁNG TUỔI MẮC VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN

Phạm Thị Yên¹, Lê Thị Huệ Anh²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc được thực hiện nhằm đánh giá tình trạng hô hấp sau khi thực hiện kỹ thuật tăng tốc thì thở ra (Accélération du Flux Expiratoire - AFE) ở trẻ từ 2 đến 24 tháng tuổi mắc viêm tiểu phế quản điều trị tại Bệnh viện Vinmec Times City năm 2021 và một số yếu tố liên quan. Nghiên cứu được thực hiện trên 47 trẻ. Kết quả cho thấy, chỉ số SpO₂ cải thiện rõ rệt sau khi thực hiện kỹ thuật. Nhịp thở và nhịp tim có sự cải thiện lần lượt là 46.8% và 47.7%, tuy nhiên không có ý nghĩa. Các dấu

hiệu (khò khè, rút lõm cơ hô hấp, hỗ trợ oxy) đều cải thiện rõ rệt sau đợt điều trị. SpO₂ và dấu hiệu khò khè tương đương nhau ở các yếu tố sinh thường/ sinh mổ; sinh non tháng/ đủ tháng; sinh nhẹ cân/ cân nặng bình thường; thời gian dùng kháng sinh trên/ dưới 3 ngày. Kết quả cho thấy, 43/ 47 bà mẹ được phỏng vấn đều thấy hài lòng và yên tâm khi con họ được thực hiện kỹ thuật "Tăng tốc thì thở ra". Có 100% các bác sỹ được phỏng vấn cho thấy sự cần thiết của kỹ thuật trong việc hỗ trợ điều trị cho trẻ từ 2 đến 24 tháng mắc viêm tiểu phế quản.

Từ khóa: tình trạng hô hấp, tăng tốc thì thở ra, AFE, viêm tiểu phế quản

SUMMARY

RESPIRATORY CONDITION AFTER PERFORMING ACCÉLÉRATION DU FLUX EXPITATOIRTE (AFE) IN CHILDREN AGED 2-24 MONTHS WITH BRONCHIOLITIS

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Kinh doanh Công nghệ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Huệ Anh

Email: hueanh100298@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.6.2022

Ngày duyệt bài: 20.6.2022

A descriptive longitudinal study was performed to assess respiratory status after the Acceleration du Flux Expiratoire (AFE) technique in children aged 2 to 24 months with bronchiolitis, who had treatment at Vinmec Times City Hospital in 2021 and some related factors. The study was carried out on 47 children. The results showed that the SpO₂ improved markedly after performing the technique. Respiratory rate and heart rate improved by 46.8% and 47.7%, respectively, but not significant. Respiratory signs (wheezing, respiratory muscle retraction, oxygen support) improved significantly after the treatment. SpO₂ and signs of wheezing were similar among normal delivery/cesarean section; premature/full-term birth; low birth weight/normal birth weight; duration of antibiotic use over/under 3 days. The results showed that 43/47 mothers interviewed were satisfied and reassured when their children were performed the technique of AFE. There were 100% of the doctors interviewed showed the need for technology in supporting the treatment of children from 2 to 24 months with bronchiolitis.

Keywords: respiratory status, expiratory acceleration, AFE, bronchiolitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh lý đường hô hấp như: viêm mũi họng xuất tiết, viêm thanh quản, viêm phế quản, tiểu phế quản, viêm phổi... rất thường gặp ở trẻ em, bệnh hay tái phát, điều trị kéo dài... [1, 2]. Đối với trẻ nhỏ dưới 24 tháng tuổi, do chưa có khả năng chủ động ho khạc và ý thức hợp tác điều trị nên khi trẻ bị bệnh lý đường hô hấp thường có ứ đọng đờm dãi. Trong một số trường hợp, bệnh có diễn biến tăng nặng như: nguy cơ viêm phổi, xẹp phổi... khiến điều trị gặp nhiều khó khăn, thậm chí trẻ dẫn đến suy hô hấp, để lại di chứng hoặc ảnh hưởng đến tính mạng [3].

Kỹ thuật Tăng tốc thì thở ra (Accélération du Flux Expiratoire - AFE) đã được áp dụng và phát triển tại Cộng hòa Pháp sau Hội nghị đồng thuận năm 1994. Kỹ thuật này đặc biệt có ý nghĩa trong việc kết hợp điều trị cho trẻ viêm tiểu phế quản nhờ việc tổng thải đờm dãi ra ngoài một cách thụ động dưới tác động lực cơ học bằng tay kỹ thuật viên. Hiện nay, đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy hiệu quả của kỹ thuật trong hỗ trợ điều trị viêm tiểu phế quản đem lại kết quả rất khả quan [4]. Tại Việt Nam, quy trình kỹ thuật này mới chính thức được **Bộ Y tế ban hành vào ngày 22 tháng 12 năm 2017**[5]. Các nghiên cứu đánh giá về tính an toàn và hiệu quả hỗ trợ điều trị của kỹ thuật chưa có nhiều, chính vì vậy sự lan tỏa trong cộng đồng chưa cao. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm: "*Đánh giá tình trạng hô hấp sau khi thực hiện kỹ thuật tăng tốc thì thở ra (AFE) ở trẻ từ 2 đến 24 tháng tuổi mắc viêm tiểu phế quản điều trị tại*

Bệnh viện Vinmec Times City năm 2021 và một số yếu tố liên quan".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Tất cả trẻ từ 2 đến 24 tháng tuổi được chẩn đoán là viêm tiểu phế quản điều trị tại Bệnh viện Vinmec Times City từ 20/3 đến 20/6/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ viêm tiểu phế quản có chỉ định thực hiện kỹ thuật AFE.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ dưới 2 tháng và trên 24 tháng tuổi; Trẻ không có chỉ định VLTL hô hấp; Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Vinmec Times City từ 20/3 đến 20/6/2021.

2.3 Thiết kế nghiên cứu: mô tả theo dõi dọc.

2.4 Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện bao gồm Toàn bộ các trẻ từ 2 đến 24 tháng tuổi được chẩn đoán viêm tiểu phế quản (theo tiêu chuẩn chẩn đoán) điều trị tại Bệnh viện Vinmec Times City từ 20/3 đến 20/6/2021 được chỉ định thực hiện kỹ thuật AFE

2.5 Quy trình nghiên cứu

Quan sát, thu thập, phân tích và so sánh kết quả trước và sau khi thực hiện kỹ thuật AFE (Các thông số và biểu hiện được đánh giá: SpO₂, nhịp thở, nhịp tim, dấu hiệu rút lõm cơ hô hấp, khô khè, hỗ trợ thở Oxy). Các bước tiến hành thu thập số liệu:

- Trẻ và mẹ/người chăm sóc được mời vào phòng Đánh giá ban đầu của khoa.

- Cán bộ thu thập số liệu hỏi mẹ trẻ để chắc chắn trẻ được ăn cách đây ít nhất 02 giờ và dùng máy đo nồng độ oxy bão hòa; quan sát dấu hiệu rút lõm lồng ngực (nếu có); đếm nhịp thở.

- Ghi chép vào phiếu khảo sát, mời mẹ đưa trẻ vào phòng làm thủ thuật.

- Kỹ thuật viên tiến hành làm thủ thuật tăng tốc luồng khí thở ra, hỉ mũi và lấy đờm cho trẻ.

- Kết thúc thủ thuật, kỹ thuật viên hướng dẫn trẻ qua phòng đánh giá lại các thông số như lúc bắt đầu làm thủ thuật. Lưu ý, trẻ phải được dỗ dành cho hết khóc ít nhất 05 phút trước khi đánh giá lại.

- Cán bộ thu thập số liệu tiếp tục đánh giá lại các thông số (SpO₂; dấu hiệu rút lõm; đếm nhịp thở) và ghi là phiếu khảo sát.

- Khảo sát sự hài lòng của người nhà bệnh nhân bằng phiếu điều tra.

- Phòng vấn bác sỹ cho ý kiến nhận xét đánh giá về kỹ thuật.

2.6 Phân tích số liệu: Nhập liệu bằng Excel 2 lần độc lập. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các test thống kê (nếu kết

quả phân tích mô tả có các giá định phù hợp): Paired Sample T-test để kiểm định sự khác biệt giữa hai giá trị trung bình ở biến định lượng (Biến số SpO₂); Chi-Square để kiểm định sự khác biệt ở các biến định tính; Hồi quy Logistic để phân tích liên quan

2.7 Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu hoàn toàn không vi phạm đạo đức và chỉ thực hiện khi được Hội đồng đạo đức Bệnh viện thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

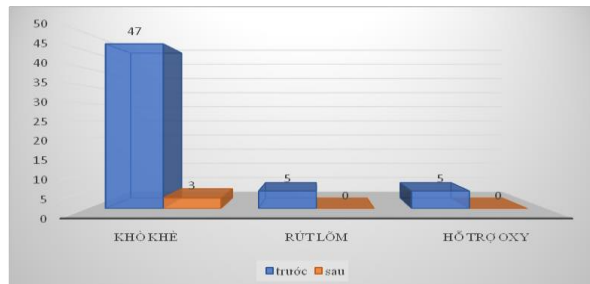
Nghiên cứu trên tổng số 47 trẻ với 250 lượt thực hiện kỹ thuật, chúng tôi thu được kết quả: 30 nam/17 nữ, 23 sinh thường/24 sinh mổ, 8 sinh non/39 sinh đủ tháng, 8 nhẹ cân/39 đủ cân, đa số trẻ điều trị có địa chỉ ngoài thành phố Hà Nội (63,8%), đa số trẻ thực hiện kỹ thuật 5-6 lần (dao động 1-12 lần). Bảng 1 cho thấy, trước khi thực hiện kỹ thuật có 22/47 (46.8%) trẻ có độ bão hòa oxy (SpO₂) thấp; Đa số trẻ có nhịp thở và nhịp tim ở mức cao, tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi trên 6 tháng đến 24 tháng; 100% số trẻ có dấu hiệu khò khè trước khi điều trị; 5/47 (10.6%) trẻ có dấu hiệu rút lõm lồng ngực và phải hỗ trợ thở oxy

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng	n	Tỷ lệ %	
Độ bão hòa oxy	90- 96%	22	46.8
	> 96%	25	53.2
Nhịp thở (tần số trung bình/ tháng tuổi)	Nhanh	40	85.1
	Chậm	0	0
	Bình thường	7	14.9
Mạch (tần số trung bình/)	Nhanh	31	65.9
	Chậm	0	0

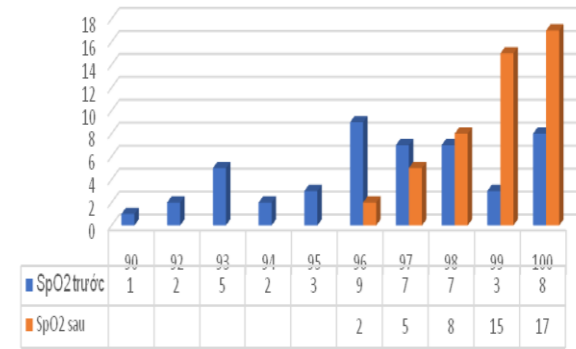
Bảng 2. So sánh trị số trung bình nhịp thở và nhịp tim trước và sau đợt điều trị

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	MachT MachS	142.426 140.915	18.4860	2.6965	-3.9171	6.9383	.560	46	.578
Pair 2	NhipthoT - NhipthoS	41.957 41.362	8.1418	1.1876	-1.7948	2.9863	.502	46	.618



tháng tuổi)	Bình thường	16	34.1
Rút lõm lồng ngực	Có	5	10.6
	Không	42	89.4
Khò khè	Có	47	100
	Không	0	0
Hỗ trợ thở oxy	Có	5	10.6
	Không	42	89.4

Trước điều trị số trẻ có độ bão hòa oxy thấp (SpO₂ ≤ 96%) là 22/47 chiếm tỷ lệ 46.8%, sau điều trị chỉ còn 2/47 (4.3%) trẻ có SpO₂ = 96%. Số còn lại 45/47 (95.7%) trẻ có SpO₂> 96%.



Biểu đồ 1. Độ bão hòa Oxy trước và sau đợt điều trị (n=47)

Nghiên cứu cho thấy 21/47 (47.7%) trẻ có sự cải thiện về nhịp tim; 22/47 (46.8%) trẻ cải thiện về nhịp thở sau khi thực hiện kỹ thuật. Bảng 2 cho thấy, kiểm định Paired Samples Test sự khác biệt trị số trung bình nhịp tim và nhịp thở trước và sau đợt điều trị không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này thống nhất khi kiểm định toàn bộ cỡ mẫu hay kiểm định theo từng nhóm tuổi.

Biểu đồ 2. Một số dấu hiệu hô hấp trước và sau điều trị

Nghiên cứu cho thấy ở tất cả các dấu hiệu (khò khè, rút lõm cơ hô hấp, hỗ trợ oxy) đều cải thiện rõ rệt sau đợt điều trị. Kiểm định McNemar Test cho biến nhị phân ghép cặp cho thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê (P < 0.05).

Kết quả cho thấy nhịp tim, nhịp thở không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trước và sau

đợt điều trị. Dấu hiệu rút lõm và hỗ trợ Oxy có số lượng mẫu quá nhỏ nên không đưa vào phân tích trong bảng 3.

Đối với độ bão hòa oxy: ở các đối tượng so sánh từng cặp Sinh thường/Sinh mổ; Sinh non tháng/ đủ tháng; Sinh nhẹ cân /bình thường;

Mốc thời gian dùng kháng sinh trên /dưới 3 ngày cho thấy hiệu quả điều trị tốt tương tự như nhau.

Đối với dấu hiệu khô khè: tỷ lệ đạt hiệu quả tác dụng đều trên 90%. Nhiều nhóm đạt 100% tuy nhiên do cỡ mẫu nhỏ không đủ điều kiện kết luận bằng test thống kê.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả SpO₂ và dấu hiệu khô khè

	n	TB SpO ₂ T	TB SpO ₂ S	Hiệu 2 TB	Trước ĐT	Sau ĐT	% Hiệu quả
Cách thức sinh							
Sinh thường	23	96.7	98.8	-2.00	23/23	2/23	91.3%
Sinh mổ	24	96.4	99.0	-2.58	24/24	1/24	95.8%
Tháng sinh							
Sinh non tháng	8	96.7	98.5	-1.75	8/8	0/8	100%
Sinh đủ tháng	39	96.5	98.9	-2.40	39/39	3/39	92.3%
Cân nặng lúc sinh							
Nhẹ cân	8	96.8	98.6	-1.75	8/8	0/8	100%
Bình thường	39	96.5	98.9	- 2.4	39/39	3/39	92%
Thời gian dùng kháng sinh (điểm mốc ngày thứ 3)							
Không dùng	10	97.0	99.0	-2.0	10/10	0/10	100%
≤ 3 ngày	7	97.5	99.0	-1.5	7/7	1/7	85,6%
> 3 ngày	30	96.1	98.7	-2.6	30/30	2/30	93%

Sự hài lòng của người nhà bệnh nhân.

Trong tổng số 47 bà mẹ được phỏng vấn, có 24 mẹ (51.1%) không hề biết đến kỹ thuật tử trước khi vào viện và chỉ có 8 người (17%) đã tìm hiểu qua các kênh thông tin khác nhau mà không phải là do bác sỹ tư vấn. Có 23.4% số bà mẹ cảm thấy lo lắng ngay trước khi lần đầu thực hiện kỹ thuật, tỷ lệ này tăng cao hơn (29.8%) trong khi chứng kiến kỹ thuật. Tuy nhiên sau khi kết thúc kỹ thuật (lần đầu), sự lo lắng của bà mẹ giảm xuống chỉ còn 14.9%. Kết thúc đợt điều trị, đại đa số các mẹ đều tỏ ra yên tâm và tin tưởng vào phương pháp (chỉ 8.5% còn tỏ ra lo lắng đôi chút), không bà mẹ nào có ý kiến không hài lòng hoặc không tin tưởng vào phương pháp.

Ý kiến đánh giá nhận xét của BS điều trị.

Qua phỏng vấn sâu 17 bác sỹ điều trị tại Bệnh viện Vinmec Times City, trực tiếp chỉ định và theo dõi diễn biến bệnh của trẻ sau khi thực hiện kỹ thuật, có ý kiến nhận xét như sau:

- Về tính mới của kỹ thuật: hơn một nửa số bác sỹ (9/17) cho rằng đây là kỹ thuật mới, hiện tại chỉ được quan tâm và phát triển tại các nước Châu Âu hoặc cộng đồng nói tiếng Pháp.

- Về tác dụng của kỹ thuật trong hỗ trợ điều trị hô hấp nhi khoa: 100% các Bác sỹ được phỏng vấn cho rằng kỹ thuật có tác dụng tổng xuất đờm dãi, làm thông thoáng đường thở. Tuy nhiên đây là kỹ thuật khó, đòi hỏi sự thành thực của KTV.

- Tất cả các bác sỹ (17/17) đồng nhất ý kiến: đây là kỹ thuật cần thiết trong hỗ trợ điều trị

bệnh lý hô hấp nhi và cần được nhân rộng tại Việt Nam.

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 47 trẻ tham gia nghiên cứu, tỷ lệ trẻ nam nhiều hơn nữ (63.8%). Tỷ lệ trẻ sinh thường và sinh mổ là tương đương nhau. Có 8/47 trẻ sinh non tháng và có cân nặng lúc sinh thấp, chiếm tỷ lệ 17%. Trẻ đến từ các nơi khác không thuộc thành phố Hà nội chiếm tỷ lệ 36.2%. Số trẻ được thực hiện kỹ thuật 5 và 6 lần chiếm tỷ lệ cao nhất (38.3%).

Gần nửa số trẻ (46.8%) trong đối tượng nghiên cứu có độ bão hòa oxy (SpO₂) thấp trước khi can thiệp. Đa số trẻ có nhịp thở và nhịp tim ở mức cao (85.1%; 65.9%), tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi từ trên 6 tháng đến 24 tháng; 100% số trẻ có dấu hiệu khô khè trước khi điều trị; 5/47 (10.6%) trẻ có dấu hiệu rút lõm lồng ngực và phải hỗ trợ thở oxy.

Trước điều trị, số trẻ có độ bão hòa oxy thấp (SpO₂ ≤ 96%) là 22/47 chiếm tỷ lệ 46.8%, sau điều trị số này chỉ còn 2/47 (4.3%). Tỷ lệ cải thiện là 95.7%, cao hơn đáng kể so với các nghiên cứu trước đó của tác giả Đỗ Thị Bích Vân (74.4%)[6] và Hoàng Thị Nguyệt (74.2%)[3].

Nghiên cứu cho thấy 21/47 (47.7%) trẻ có sự cải thiện về nhịp tim; 22/47 (46.8%) trẻ có cải thiện về nhịp thở sau khi thực hiện kỹ thuật cao hơn một chút so với kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Nguyệt (nhịp thở cải thiện 43.1%)[3]. Chỉ còn 3 trong số 47 trẻ còn dấu hiệu khô khè

sau đợt điều trị (tỷ lệ cải thiện là 93.6%), cao hơn hẳn so với nghiên cứu của Hoàng Thị Nguyệt (44.8%)[3] và Đỗ Thị Bích Vân (69.8%)[6].

Dấu hiệu rút lõm cơ hô hấp, hỗ trợ oxy đều cải thiện rõ rệt sau đợt điều trị. Kiểm định McNemar Test cho biến nhị phân ghép cặp cho thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0.05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của De Córdoba 2008 thông qua đánh giá bằng bảng hỏi Silverman- Andersen.

Đối với độ bão hòa oxy: ở các đối tượng so sánh từng cặp Sinh thường/Sinh mổ; Sinh non tháng/ đủ tháng; Sinh nhẹ cân /bình thường; Mốc thời gian dùng kháng sinh trên /dưới 3 ngày cho thấy hiệu quả điều trị tốt tương tự như nhau.

Đối với dấu hiệu khô khè: tỷ lệ đạt hiệu quả tác dụng đều trên 90%. Nhiều nhóm đạt 100% tuy nhiên do cỡ mẫu nhỏ không đủ điều kiện kết luận bằng test thống kê.

Kết thúc đợt điều trị, đại đa số các mẹ đều tỏ ra yên tâm và tin tưởng vào phương pháp (chỉ 8.5% còn tỏ ra lo lắng đôi chút), không bà mẹ nào có ý kiến không hài lòng hoặc không tin tưởng vào phương pháp, tương tự với ý kiến nhận xét của tác giả Remodini năm 2014 và trước đó là Gajdos năm 2010.

Không có bất kỳ tai biến nào xảy ra trong quá trình thực hiện kỹ thuật, điều này cũng được ghi nhận ở các nghiên cứu của cả các tác giả trong nước và quốc tế.

Các bác sỹ Nhi khoa và PHCN được phỏng vấn đều ủng hộ và cho rằng đây là kỹ thuật cần thiết trong hỗ trợ điều trị bệnh lý hô hấp nhi và cần được đào tạo, phổ biến rộng rãi cho đội ngũ KTV, điều dưỡng trong nước.

V. KẾT LUẬN

- Chỉ số SpO₂ cải thiện rõ rệt sau khi thực hiện kỹ thuật.

- Nhịp thở và nhịp tim có sự cải thiện lần lượt là 46.8% và 47.7%, tuy nhiên không có ý nghĩa.

- Các dấu hiệu (khò khè, rút lõm cơ hô hấp, hỗ trợ oxy) đều cải thiện rõ rệt sau đợt điều trị.

- SpO₂ và dấu hiệu khô khè tương đương nhau ở các yếu tố sinh thường/ sinh mổ; sinh non tháng/ đủ tháng; sinh nhẹ cân/ cân nặng bình thường; thời gian dùng kháng sinh trên/ dưới 3 ngày

- 43/47 bà mẹ được phỏng vấn đều thấy hài lòng và yên tâm khi con họ được thực hiện kỹ thuật "Tăng tốc thì thở ra".

- 100% các bác sỹ được phỏng vấn cho thấy sự cần thiết của kỹ thuật trong việc hỗ trợ điều trị cho trẻ từ 2 đến 24 tháng mắc viêm tiểu phế quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đại học Y Hà Nội (2013)**, Bài giảng nhi khoa tập 1 Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế (2015)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Hoàng Thị Nguyệt (2018)**, "Đánh giá tình trạng hô hấp trước và sau vỗ rung của trẻ dưới 2 tháng tuổi mắc viêm phế quản- phổi điều trị tại khoa nhi Bệnh viện đa khoa nông nghiệp năm 2018", Tạp chí điều dưỡng Việt Nam, **26**.
4. **Đại học Y Hà Nội (2011)**, Sinh lý học NXB Y học, ed.
5. **Bộ Y tế (2017)**, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phục hồi chức năng đợt 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. **Đỗ Thị Bích Vân, Khu Thị Khánh Dung và Đỗ Mạnh Hùng (2012)**, "Nhận xét sự cải thiện tình trạng hô hấp trước và sau vỗ rung liệu pháp ở bệnh nhân sơ sinh đang điều trị viêm phổi không thở máy tại Bệnh viện Nhi Trung Ương", Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, **4(16)**.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN U XƠ TỬ CUNG CÓ CHỈ ĐỊNH CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN QUA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Hoàng Thị Thanh Thủy¹, Đỗ Tuấn Đạt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân u xơ tử cung có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Phương pháp nghiên**

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Thanh Thủy

Email: thuythanhhoang1984@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.6.2022

Ngày duyệt bài: 20.6.2022

cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 120 bệnh nhân u xơ tử cung được chỉ định cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 08/2019 đến tháng 05/2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 48.1 ± 4.2 , chủ yếu là nhóm tuổi 45-50, chiếm 42,5%. 100% bệnh nhân được chỉ định cắt tử cung đều đã có con. Tỷ lệ có sẹo mổ thành bụng là 13,4%. Nhóm bệnh nhân có kích thước tử cung trên lâm sàng to bằng tử cung có thai 8-12 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất là 86,7%. Phần lớn bệnh nhân nhập viện đều không thiếu máu hoặc chỉ thiếu máu mức độ nhẹ. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn điều trị u xơ tử cung được tiến hành chủ