

- di căn. Tạp Chí Y Học Việt Nam, số 497, 72-78.
7. **Nikiforova MN, Kimura ET, Gandhi M, Biddinger PW, Knauf JA, et al** (2003), "BRAF mutations in thyroid tumors are restricted to papillary carcinomas and anaplastic or poorly

- differentiated carcinomas arising from papillary carcinomas". J Clin Endocrinol Metab, 88(11), 5399-404.
8. **Xing M et al** (2005), "BRAF mutation in thyroid cancer". Endocr Relat Cancer, 12(2), 245-62.7

## HIỆU QUẢ GIÁO DỤC SỨC KHỎE TỰ CHĂM SÓC CHO NGƯỜI BỆNH CÓ DẪN LƯU ĐƯỜNG MẬT XUYÊN GAN QUA DA

Võ Nguyên Trung<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Kim Xuyên<sup>1</sup>, Vũ Thị Tuyết Nga<sup>1</sup>,  
Châu Thị Hải Yến<sup>1</sup>, Vũ Thị Trông<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Ngọc Ngân<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Sương<sup>1</sup>, Trần Thị Bích Vân<sup>1</sup>, Trần Thị Diệp<sup>1</sup>,  
Triệu Thị Hải<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Thương<sup>2</sup>, Nguyễn Tấn Thành<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da (PTBD) là phương pháp xâm lấn giúp giải áp đường mật. Giáo dục sức khỏe về cách theo dõi và chăm sóc ống PTBD là rất cần thiết. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định hiệu quả giáo dục sức khỏe về kiến thức và hành vi tự chăm sóc cho người chăm sóc người bệnh có PTBD. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bán thực nghiệm đối với người chăm sóc chính của người bệnh có PTBD tại Khoa Ngoại Gan Mật Tụy, bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Kiến thức chung về bệnh tốt trước can thiệp là 69,4%, sau can thiệp đối tượng nghiên cứu đều trả lời đúng 100%. Kiến thức về tự chăm sóc, tỉ lệ người bệnh có kiến thức chưa tốt trước can thiệp là 25%, sau can thiệp với 100% người bệnh đều đạt kiến thức tốt ( $p < 0,05$ ). Kiến thức về tai biến, biến chứng cần biết để đến trung tâm y tế trước can thiệp có kiến thức tốt đạt 69,4%, sau can thiệp tăng 97,2% ( $p < 0,05$ ). Hành vi tự chăm sóc của đối tượng nghiên cứu trước can thiệp chỉ có 8,3% chăm sóc tốt, sau can thiệp là 75% ( $p < 0,001$ ). **Kết luận:** Có sự cải thiện đáng kể về kiến thức và hành vi tự chăm sóc cho người chăm sóc người bệnh có PTBD sau giáo dục sức khỏe.

**Từ khóa:** Giáo dục sức khỏe, tự chăm sóc, dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da.

### SUMMARY

#### EFFECT OF HEALTH EDUCATION ON SELF-CARE FOR PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC BILIARY DRAINAGE

**Background:** Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage (PTBD) is an invasive procedure to resolve biliary obstruction. The health education regarding monitoring and self-care for PTBD is necessary. **Objective:** To determine the effectiveness of health

education on self-care knowledge and behavior for patient's caregivers with PTBD. **Method:** Semi-experimental research for patient's caregivers being performed PTBD at the Department of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery of Cho Ray Hospital. **Results:** Well general knowledge of biliary obstruction reached from 69.4% to 100% (pre and post intervention, respectively). Similarly, knowledge of self-care of PTBD changed from 75% to 100 %, ( $p < 0.05$ ). Good knowledge of complications that need to be cared at health center increased from 69.4% to 97.2% ( $p < 0.05$ ). Regarding of self-care behavior, good practice rate changed largely from 8.3% to 75% ( $p < 0.001$ ). **Conclusion:** After health education, there is a significant improvement of knowledge and behavior of patients' caregivers about self-care of PTBD.

**Keywords:** health education, self-care, percutaneous transhepatic biliary drainage.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc mật là một hội chứng thường gặp tại khoa Ngoại Gan mật tụy. Các trường hợp tắc mật do ung thư đường mật ở giai đoạn muộn hoặc ung thư di căn từ cơ quan khác chèn ép đường mật tụy không còn chỉ định điều trị triệt để, nhưng rất cần dẫn lưu mật để cải thiện chức năng gan, điều trị nhiễm trùng đường mật và mục đích cuối cùng là cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh [1]. Trong các tình huống không thể dẫn lưu bên trong cơ thể như tắc mật đoạn trên cao, nội soi mật tụy ngược dòng thất bại hoặc thể trạng người bệnh không cho phép phẫu thuật, dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da (PTBD) là một cách giải áp đường mật được lựa chọn [2]. Đây là thủ thuật xâm lấn tối thiểu, an toàn, tỉ lệ thành công cao và đã được áp dụng rộng rãi ở nước ta [3,4]. Trong hầu hết các trường hợp, người bệnh sẽ phải mang ống dẫn lưu mật suốt quãng đời còn lại, do đó, người bệnh và gia đình phải tự chăm sóc và thích nghi với ống dẫn lưu luôn mang bên ngoài da. Có nhiều trường hợp người bệnh và gia đình chăm

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

<sup>2</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Xuyên

Email: nguyenthikimxuyen792@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.6.2023

Ngày duyệt bài: 7.7.2023

sóc ống dẫn lưu chưa đúng dẫn đến người bệnh phải nhập viện thường xuyên vì tắc hoặc tụt ống PTBD. Vì vậy, công tác giáo dục sức khỏe (GDSK) của điều dưỡng nhằm nâng cao kiến thức cho người bệnh về cách theo dõi và chăm sóc ống PTBD là rất cần thiết.

Chúng tôi thực hiện đề tài "Hiệu quả giáo dục sức khỏe tự chăm sóc cho người bệnh có dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da" nhằm mục tiêu xác định tỉ lệ kiến thức tốt, hành vi tốt trong chăm sóc ống PTBD của người chăm sóc người bệnh trước và sau 2 ngày tham gia chương trình GDSK, từ kết quả của nghiên cứu sẽ cung cấp những thông tin quan trọng giúp đội ngũ nhân viên y tế, đặc biệt là đội ngũ điều dưỡng, xây dựng và hoàn thiện các kế hoạch tư vấn, GDSK, chăm sóc giúp NB và người chăm sóc hiểu rõ hơn và biết cách tự chăm sóc ống PTBD.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu bán thực nghiệm, đánh giá trước và sau can thiệp chương trình GDSK.

**2.2. Đối tượng nghiên cứu.** Người chăm sóc của người bệnh đã được dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da và đang điều trị tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/12/2019 đến 30/06/2020.

### 2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Người chăm sóc chính của người bệnh đã được PTBD trong quá trình nằm viện, tuổi từ 18 tuổi trở lên; có đủ sức khỏe tham gia nghiên cứu, có khả năng đọc hiểu và giao tiếp bằng tiếng Việt; không bị các rối loạn rối loạn tâm thần như động kinh, trầm cảm, và đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chí loại trừ:** Người chăm sóc không hoàn tất cuộc phỏng vấn trước và sau can thiệp GDSK; có thay đổi người chăm sóc trong thời gian nghiên cứu; có biến chứng sớm của PTBD.

**2.4. Cỡ mẫu.** Nghiên cứu theo dõi sau 6 tháng sau can thiệp chương trình GDSK trên 36 người chăm sóc.

### 2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Bước 1: Chọn mẫu thỏa các tiêu chí lựa chọn, mời tham gia nghiên cứu.

Bước 2: Thực hiện khảo sát kiến thức về PTBD bằng bộ câu hỏi soạn sẵn và quan sát hành vi chăm sóc ống PTBD dựa vào bảng kiểm.

Bước 3: Thực hiện chương trình giáo dục sức khỏe về các nội dung liên quan đến chăm sóc ống PTBD và trình diễn thực hành chăm sóc ống PTBD.

Bước 4: Đánh giá kiến thức và quan sát thực

hành chăm sóc ống PTBD của các đối tượng tham gia chương trình GDSK (sau 2 ngày).

Bước 5: Phân tích dữ liệu và báo cáo kết quả.

**2.6. Biến số trong nghiên cứu.** Biến số về kiến thức được đánh giá bằng bảng câu hỏi soạn sẵn, với 2 giá trị, bao gồm: Tốt, Không tốt.

Biến số về thực hành được đánh giá bằng cách quan sát trực tiếp đối tượng nghiên cứu dựa theo bảng kiểm để đánh giá. Trong bảng kiểm có 15 bước, mỗi bước thực hiện đúng chúng tôi tính 1 điểm. Nếu trong quá trình thực hiện chăm sóc ống dẫn lưu PTBD, đối tượng nghiên cứu làm sai hoặc không thực hiện, chúng tôi sẽ nhắc nhở thực hiện đúng quy trình và không tính điểm cho bước đó. Thang điểm đánh giá thực hành: Tốt khi đạt >75% tương ứng trên 11 bước thực hiện đúng, Trung bình khi đạt từ 50% -75% tương ứng từ 8-11 bước thực hiện đúng, Kém khi thực hiện <50% các bước chăm sóc (<8 bước).

**2.7. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu.** Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng tần số, tỉ lệ (%), trung bình, được sử dụng cho các phần mô tả tuổi, giới tính, trình độ học vấn. Các kiểm định t-test được sử dụng để phân tích sự khác biệt giữa các biến số trung bình về kiến thức trước và sau can thiệp. Kiểm định Chi bình phương được sử dụng để so sánh 2 tỉ lệ về kiến thức trước và sau can thiệp.

**2.8. Vấn đề Y đức trong nghiên cứu.** Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Y đức Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh số 522/ĐHYD-HĐĐĐ và Hội đồng Y đức Bệnh viện Chợ Rẫy số 1162/GCN-HĐĐĐ.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả đánh giá trên 36 người chăm sóc của người bệnh đã được dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da với độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $43,8 \pm 10,3$ . Đa số đối tượng ở độ tuổi 30-60 tuổi chiếm tỉ lệ 83,4%. Kết quả cho thấy người chăm sóc là nữ giới chiếm đa số 67%. Trình độ học vấn của ĐTNC chủ yếu là cấp 2 và cấp 3 (chiếm 71,2%).

**Sự thay đổi kiến thức chăm sóc ống PTBD trước và sau can thiệp**

**Bảng 1: Sự thay đổi kiến thức chung về ống PTBD (n=36)**

Kiến thức chung về ống PTBD	Trước can thiệp (%)	Sau can thiệp (%)	p
Tốt	69,4	100,0	<b>0,001</b>
Không tốt	30,6	0,0	

Đối tượng nghiên cứu trước can thiệp có kiến thức chung tốt về ống PTBD chiếm 69,4%, sau

can thiệp tất cả đối tượng nghiên cứu đều có kiến thức tốt (100%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p=0,001.

**Bảng 2: Sự thay đổi kiến thức về tự chăm sóc ống PTBD (n=36)**

Kiến thức về tự chăm sóc	Trước can thiệp (%)	Sau can thiệp (%)	p
Tốt	75	100	<b>0,003</b>
Không tốt	25	0,0	

Trước can thiệp tỉ lệ người bệnh có kiến thức tốt về tự chăm sóc ống PTBD là 75%, sau can thiệp 100% người bệnh đều đạt kiến thức tốt. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p=0,003.

**Bảng 3: Sự thay đổi kiến thức về tai biến, biến chứng cần biết đến trung tâm y tế**

Kiến thức về tai biến, biến chứng cần biết đến trung tâm y tế	Trước can thiệp (%)	Sau can thiệp (%)	p
Tốt	69,4	97,2	<b>0,01</b>
Không tốt	30,6	2,8	

Tỉ lệ người chăm sóc có kiến thức đúng về tai biến, biến chứng cần đến trung tâm y tế trước can thiệp chỉ 69,4%, sau can thiệp tỉ lệ có kiến thức tốt tăng lên 97,2%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p=0,01.

**Bảng 4: Điểm trung bình kiến thức về ống PTBD trước và sau can thiệp**

Kiến thức	Trước can thiệp TB ± ĐLC	Sau can thiệp TB ± ĐLC	p**
Kiến thức chung	6,1 ± 2,1	7,7 ± 0,5	<0,001
Kiến thức về tự chăm sóc	8,6 ± 1,6	9,9 ± 0,3	<0,001
Kiến thức về tai biến, biến chứng	5,3 ± 2,6	7,7 ± 0,5	<0,001
Tổng điểm	19,9 ± 5,1	24,5 ± 0,9	<0,001

\*\*Kiểm định t-test bắt cặp

Kết quả Bảng 4 một lần nữa khẳng định kiến thức về PTBD của người chăm sóc được cải thiện rõ với điểm số kiến thức trung bình tăng lên đáng kể sau can thiệp GDSK.

**Sự thay đổi hành vi chăm sóc ống PTBD trước và sau can thiệp**

**Bảng 5: Sự thay đổi hành vi chăm sóc ống PTBD trước và sau can thiệp**

Nội dung	Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)	p
Rửa tay trước khi thực hiện kỹ thuật chăm sóc PTBD	13 (36,1)	31 (86,1)	0,419
Chuẩn bị dung dịch sát trùng và tẩm lót đặt	23 (63,9)	34 (94,4)	0,274

Tháo băng cũ, quan sát chân dẫn lưu, tháo găng đỡ	18 (50,0)	33 (91,7)	0,07
Rửa tay, mang găng tay sạch	8 (22,2)	26 (72,2)	0,274
Chuẩn bị gòn, gạc, cắt khe chữ Y	14 (38,9)	30 (83,3)	0,76
Rửa sạch, lau khô và sát trùng da từ chân ống dẫn lưu rộng ra vùng da xung quanh 5cm từ trong ra ngoài	19 (52,8)	28 (77,8)	0,01*
Rửa sạch, lau khô và sát trùng thân ống dẫn lưu từ chân ống lên 5cm	5 (13,9)	19 (52,8)	0,537
Đặt gạc cắt chữ Y che chân và dán cố định dẫn lưu	31 (86,1)	35 (97,2)	0,684
<b>Thực hành chung đúng</b>	<b>3 (8,3)</b>	<b>27 (75,0)</b>	<b>&lt;0,001**</b>

\* Kiểm định Chi-Square; \*\* Kiểm định t-test bắt cặp

**Bảng 6: Trung bình tổng điểm thực hành chăm sóc ống PTBD trước và sau can thiệp**

Thực hành	TB ± ĐLC	p**
Trước can thiệp	6,6 ± 3,5	<0,001
Sau can thiệp	12,6 ± 1,9	

Chúng tôi nhận thấy sau can thiệp các đối tượng nghiên cứu cải thiện đáng kể các hành vi tự chăm sóc ống PTBD, với tỉ lệ có hành vi đúng trước can thiệp chỉ có 8,3% và tăng lên 75% sau can thiệp (Bảng 5). Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy điểm trung bình thực hành sau can thiệp là 12,6 ± 1,9 cao hơn có ý nghĩa so với trước can thiệp là 6,6 ± 3,5 (p<0,001).

#### IV. BÀN LUẬN

**Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 43,8 ± 10,3. Đa số đối tượng nghiên cứu ở độ tuổi 30-60 tuổi chiếm tỉ lệ 83,4% đây là độ tuổi lao động chính vì vậy việc hướng dẫn chăm sóc tại nhà giúp cho người chăm sóc có thể duy trì công việc của mình.

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có trình độ học vấn cấp 2 chiếm tỉ lệ 30,6% và cấp 3 là 30,6%. Đây cũng là điểm thuận lợi giúp cho đối tượng nghiên cứu tiếp thu nội dung chương trình giáo dục sức khỏe nhanh và chính xác.

**Sự thay đổi kiến thức chung về bệnh:** Sau khi can thiệp GDSK, có sự thay đổi trong kiến thức chung từ 69,4% (chưa can thiệp) lên 100% (sau can thiệp). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p=0,001. Trong nghiên cứu của Yang và cộng sự (2017) về ứng dụng mô hình điều dưỡng liên tục trong chăm sóc người

bệnh được dẫn lưu đường mật qua da, tỉ lệ nhận thức của người bệnh về kiến thức liên quan ống PTBD được cải thiện sau 3 tháng được theo dõi liên tục sau xuất viện [5].

**Sự thay đổi kiến thức về tự chăm sóc dẫn lưu:** Người chăm sóc đã có một số kiến thức tốt về tự chăm sóc ống dẫn lưu đường mật, chiếm tỉ lệ khá cao là 75% (trước can thiệp) và sau can thiệp (100%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p=0,003$ . Có thể do ngày nay công nghệ thông tin ngày càng phát triển, nên đa phần người dân đều được tiếp cận thông tin nên họ có một số kiến thức tốt cơ bản về chăm sóc người bệnh. Với nghiên cứu của Yang và cộng sự (2017) nhóm người bệnh được theo dõi tiếp sau 3 tháng xuất viện đạt tỉ lệ kiến thức 100% [5]. Vì vậy, việc giáo dục sức khỏe là cần thiết không chỉ trong thời gian nhập viện mà còn cần kéo dài sau xuất viện.

**Sự thay đổi kiến thức về nhận biết được tai biến, biến chứng cần đến trung tâm y tế:** Dựa trên bảng 3, tỉ lệ đối tượng nghiên cứu nhận biết được tai biến, biến chứng cần đến trung tâm y tế sau can thiệp đạt 97,2%. Khi nhận biết được những bất thường về liên quan ống dẫn lưu và việc cần thiết phải đến trung tâm y tế giúp phòng ngừa những diễn tiến nặng hơn. Trong nghiên cứu của Yang (2017) với người bệnh được theo dõi tiếp sau 3 tháng xuất viện đã giảm tỉ lệ nhiễm trùng đường mật, tắc dẫn lưu, nhiễm trùng vết thương và tỉ lệ tái nhập viện thấp hơn so với nhóm chứng [5].

**Hành vi chăm sóc ống PTBD trước và sau khi tham gia chương trình giáo dục sức khỏe.** Hành vi rửa tay trước khi thực hiện kỹ thuật chăm sóc ống PTBD sau khi can thiệp chiếm tỉ lệ 63,9% so với trước can thiệp (36,1%) tăng 1,79 lần (23/13). Trong nghiên cứu của Sayed có 38% người bệnh và người chăm sóc thể hiện kỹ thuật rửa tay đúng cách [6]. Hành vi rửa tay trong nhân viên y tế khi được khảo sát trước khi làm thủ thuật vô khuẩn đạt 81,42%; sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu [7,8]. Ngoài ra, kết quả này có thể do người chăm sóc người bệnh thường xuyên làm nên đôi khi chủ quan bỏ qua bước rửa tay hoặc văn hóa tập quán ở nông thôn không quan tâm đến vệ sinh tay.

Kết quả từ bảng 5 và 6 cho thấy có sự thay đổi hành vi thực hành chăm sóc sau can thiệp (75%) so với trước can thiệp (8,3%) với điểm trung bình trước can thiệp là  $6,6 \pm 3,9$  điểm so với sau can thiệp đạt  $12,6 \pm 1,9$  điểm. Nghiên cứu của Yang và cộng sự (2017) trên đối tượng

là người bệnh, ở nhóm người bệnh được theo dõi tiếp tục 3 tháng sau xuất viện có sự thay đổi hành vi tốt hơn (96,7%) so với khi xuất viện (66,7%) [5]. Điều này cho thấy tầm quan trọng của GDSK liên tục giúp cải thiện đáng kể về hành vi chăm sóc ống PTBD.

Tỉ lệ thực hành tốt sau can thiệp giáo dục sức khỏe chỉ đạt 75% thấp hơn so với tỉ lệ có kiến thức tốt sau can thiệp (trên 90%). Điều này cho thấy kỹ năng tự chăm sóc đòi hỏi sự luyện tập nhiều lần và đặc biệt cần có chương trình hướng dẫn người chăm sóc nhằm giúp họ cải thiện hành vi chăm sóc ống PTBD cho người bệnh sau khi xuất viện. Nghiên cứu đã cho thấy vai trò của giáo dục sức khỏe trong hoạt động chăm sóc y tế. Chính vì vậy cần duy trì và nâng cao công tác giáo dục sức khỏe cho người chăm sóc trong quá trình nằm viện và trước xuất viện.

Bên cạnh đó đề tài còn gặp khó khăn do giới hạn về thời gian nghiên cứu và thực trạng mất mầu do dịch COVID-19 nên chúng tôi chỉ đánh giá trong thời gian nằm viện, chưa đánh giá được sau thời gian xuất viện. Cỡ mẫu nhìn chung còn nhỏ.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy thực trạng hiện nay kiến thức và thực hành về tự chăm sóc ống dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da và đồng thời cho thấy hiệu quả tích cực trước mắt của chương trình giáo dục sức khỏe về hai nội dung này. Đa số đối tượng nghiên cứu cải thiện đáng kể kiến thức và hành vi tự chăm sóc ống PTBD sau khi tham gia chương trình giáo dục sức khỏe của chúng tôi.

## VI. KIẾN NGHỊ

Để phát huy hơn hiệu quả của nghiên cứu này cần tăng cường GDSK tự chăm sóc ống PTBD cho người bệnh và người thân trước xuất viện.

Đưa chương trình GDSK tự chăm sóc PTBD đến các bệnh viện có thực hiện PTBD và đặc biệt là tuyến cơ sở nhằm giúp người bệnh thuận tiện khi có nhu cầu được chăm sóc và theo dõi gần nhà.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rees J., Mytton J., Evison F., et al. (2020), "The outcomes of biliary drainage by percutaneous transhepatic cholangiography for the palliation of malignant biliary obstruction in England between 2001 and 2014: a retrospective cohort study", *BMJ Open*, 10 (1), trang e033576.
2. Heedman P. A., Astradsson E., Blomquist K., et al. (2018), "Palliation of Malignant Biliary Obstruction: Adverse Events are Common after Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage", *Scand J Surg*, 107 (1), trang 48-53.

3. Nguyễn Quang Nghĩa, Lê Tuấn Linh, Ngô Lê Tâm và cộng sự (2007), "Đánh giá hiệu quả của phương pháp dẫn lưu mật qua da trong ung thư đường mật: chỉ định và kỹ thuật", Y học Việt Nam, 1, trang 15-20.
4. Nguyễn Quốc Vinh, Đặng Văn Tâm (2009), "Vai trò dẫn lưu đường mật và đặt stent qua da trong điều trị giảm nhẹ tắc mật do bệnh lý ác tính", Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 14, trang 98-103.
5. Yang X., Qin Y., Hu J., et al. (2017), "Application of continuity nursing model in caring patients receiving percutaneous transhepatic biliary drainage", Journal of Interventional Radiology (China), 26, trang 180-183.
6. Sayed S. A., Abu-Aisha H., Ahmed M. E., et al. (2013), "Effect of the patient's knowledge on peritonitis rates in peritoneal dialysis", Perit Dial Int, 33 (4), trang 362-366.
7. Nguyễn Thị Thu Hà, Trần Đức Hùng, Kiều Chí Thành (2015), "Đánh giá Kiến thức và Khả năng sát khuẩn tay của nhân viên y tế một số khoa lâm sàng Bệnh viện Quân Y 103", Hội nghị Khoa học Điều Dưỡng Bý Quân y 103.
8. Trần Thị Thu Trang, Nguyễn Tấn Thuận, Nguyễn Phú Ngọc Hân (2017), "Đánh giá Hiệu quả can thiệp về vệ sinh tay cho nhân viên y tế tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh năm 2017", Thời sự Y học. trang 55-59.

## TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC TRONG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG VÀNH CẤP TRÊN BỆNH NHÂN NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2022-2023

Trần Quốc Tường<sup>1</sup>, Phạm Thành Suôi<sup>1</sup>, Nguyễn Hoàng Bách<sup>1</sup>,  
Trần Trọng Tuấn<sup>2</sup>, Lâm Vĩnh Thoại<sup>3</sup>, Đặng Minh Sang<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hội chứng vành cấp là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong. Theo thống kê của Hội Tim mạch Hoa Kỳ năm 2021, ước tính mỗi năm có 805.000 trường hợp mắc hội chứng vành cấp, số ca mới mắc chiếm 605.000 trường hợp, cứ mỗi 40 giây có thêm một trường hợp mắc hội chứng vành cấp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm sử dụng thuốc, tính hợp lý về chỉ định và liều dùng của các nhóm thuốc: Chống đông, kháng kết tập tiểu cầu, ACEIs/ARBs, chẹn beta, và statin điều trị tại khoa Tim mạch - Lão học trong vòng 24 giờ đầu kể từ lúc nhập viện, tại bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với 230 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu tại khoa Tim mạch - Lão học (bệnh chính) mắc bệnh hội chứng vành cấp từ 15/02/2022-15/05/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của 230 mẫu nghiên cứu là (67,7 ± 13,6) tuổi. Đa phần bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tim mạch như: Rối loạn lipid máu (87,4%), tăng huyết áp (84,3%). Trong 24 giờ đầu nhập viện, tỷ lệ nhóm thuốc chống đông, kháng kết tập tiểu cầu, ACEIs/ARBs, chẹn beta và statin được kê đơn chiếm tỷ lệ lần lượt là 91,7%; 98,3%; 80%; 15,2%; 88,7%. Tỷ lệ hợp lý chỉ định và liều dùng của các nhóm thuốc: Chống đông, kháng kết tập tiểu cầu, ACEIs/ARBs, chẹn beta, statin chiếm tỷ lệ

là (92,6%-83,5); (95,2%-78,9%); (89,2%-100%); (70,8%-100%); (88,8%-72,3%). **Kết luận:** Tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn điều trị hội chứng vành cấp trên bệnh nhân nội trú tại khoa Tim mạch - Lão học trong vòng 24 giờ đầu nhập viện cao, tại bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.

**Từ khóa:** Hội chứng vành cấp, hướng dẫn, nội trú, tỷ lệ sử dụng thuốc.

### SUMMARY

#### THE SITUATION OF MEDICATION USE IN THE TREATMENT OF ACUTE CORONARY SYNDROME IN INPATIENTS AT CAN THO GENERAL HOSPITAL IN 2022-2023

**Background:** Acute coronary syndrome is the cause of death. According to the American Heart Association's 2021 statistics, an estimated 805,000 cases of acute coronary syndrome occur each year, with 605,000 new cases, and one new case occurs every 40 seconds. **Objectives:** To describe the characteristics of medication use, rationality of indications and dosages of drug groups: Anticoagulants, antiplatelet agents, ACEIs/ARBs, beta-blockers, and statins used in the cardiology-geriatrics department within the first 24 hours of admission to Can Tho General Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study of 230 medical records of patients diagnosed with acute coronary syndrome on admission to the cardiology-geriatrics department (main disease) from February 15, 2022 to May 15, 2023. **Results:** The average age of the 230 study subjects was (67.7 ± 13.6) years. Most patients had cardiovascular risk factors: Dyslipidemia (87.4%) and hypertension (84.3%). In the first 24 hours of admission, the proportion of anticoagulants, antiplatelet agents, ACEIs/ARBs, beta-blockers, and statins prescribed was 91.7%, 98.3%, 80%, 15.2%, 88.7%, respectively. The proportion of rational

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Trường Đại Học Tây Đô

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Bình Thuận

<sup>4</sup>Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Tường

Email: tranquocuong0806@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.6.2023

Ngày duyệt bài: 7.7.2023