

lệ tăng huyết áp trong nghiên cứu khác dao động trong khoảng 50% - 80% [3],[8]. Tăng huyết áp thúc đẩy quá trình xơ vữa động mạch, dẫn đến các bệnh tim mạch do xơ vữa, trong đó có NMCT cấp.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có 64,6% trường hợp NMCT cấp ST chênh lên. Phân độ Killip của các bệnh nhân NMCT phổ biến nhất là độ I (76,7%). Nghiên cứu của Ngô Tuấn Hiệp cũng ghi nhận thể lâm sàng NMCT cấp ST chênh lên và phân độ Killip I chiếm ưu thế [3].

Tần suất kiểu gen của biến thể AGTR1 A1166C. Theo nghiên cứu của chúng tôi, kiểu gen CC của biến thể gen AGTR1 A1166C ít gặp nhất. Đặc điểm này tương đồng với tất cả các nghiên cứu ở các chủng tộc khác nhau, không chỉ riêng các nghiên cứu ở châu Á. Ở Ấn Độ, PullaReddy B và cs phát hiện kiểu gen CC xuất hiện với suất độ thấp nhất (8,4%) [5]. Ở châu Âu, tỉ lệ kiểu gen CC là 7,1% trong nghiên cứu của Turet L và cs tại Pháp [7]. Ở châu Mỹ, Araujo MA và cs nhận thấy kiểu gen CC hiếm gặp nhất (10,0%) ở bệnh nhân Brazil NMCT cấp [1]. Ở châu Phi, các bệnh nhân Tunisia NMCT cấp có tỉ lệ kiểu gen CC thấp nhất (18,6%) [2]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ kiểu gen AA cao nhất. Kết quả này cũng được ghi nhận trong hầu hết các nghiên cứu khác, trong khi nghiên cứu của Mehri S cho thấy kiểu gen AC có tỉ lệ cao nhất [2].

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ kiểu gen của biến thể AGTR1 A1166C lần lượt là 90,2% AA; 9,5% AC và 0,3% CC ở 305 bệnh nhân NMCT cấp của nghiên cứu này.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được tài trợ một phần bởi

Quỹ Phát Triển Khoa Học và Công Nghệ của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Trần Công Duy được tài trợ bởi Chương trình học bổng đào tạo thạc sĩ, tiến sĩ trong nước của Quỹ Đổi mới sáng tạo Vingroup (VINIF), mã số VINIF.2022.TS027.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Araujo MA, Goulart IR, Cordeiro eR, et al.** Genotypic interactions of renin-angiotensin system genes in myocardial infarction. *Int J Cardiol.* 2005;103(1):27-32.
2. **Mehri S, Mahjoub S, Finsterer J, et al.** The CC genotype of the angiotensin II type I receptor gene independently associates with acute myocardial infarction in a Tunisian population. *J Renin Angiotensin Aldosterone Syst.* 2011;12:595-600.
3. **Ngô Tuấn Hiệp.** So sánh giá trị của các thang điểm nguy cơ trong tiên lượng bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. 2016.
4. **Nguyễn Hoàng Hải.** Nghiên cứu vai trò của acid uric trong tiên lượng hội chứng mạch vành cấp. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. 2021.
5. **PullaReddy BR, Muni B, Venkata K, et al.** Angiotensin II type 1 receptor gene polymorphism in myocardial infarction patients. *J Renin Angiotensin Aldosterone Syst.* 2009;10:174-178.
6. **Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al.** Fourth universal definition of myocardial infarction. *Circulation.* 2018;138:e618-e651. doi: 10.1161/CIR.0000000000000617.
7. **Turet L, Bonnardeaux A, Poirier O, et al.** Synergistic effects of angiotensin-converting enzyme and angiotensin-II type 1 receptor gene polymorphisms on risk of myocardial infarction. *Lancet.* 1994;344:910-913.
8. **Trần Thanh Tuấn.** Vai trò của N-terminal Probrain Natriuretic Peptide (NT-proBNP) trong tiên lượng ngắn hạn nhồi máu cơ tim cấp. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. 2008.

ĐÁNH GIÁ KỸ THUẬT ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH NGOẠI VI TRÊN NGƯỜI BỆNH CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Trần Thị Lý¹, Phạm Thị Thu Hương², Cao Thị Hồng Hà¹

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Trường Đại học Phenikaa

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Lý

Email: ly13021984@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 22.8.2023

Đặt vấn đề: Đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi (CTMNV) là một thủ thuật xâm lấn phổ biến trong thực hành lâm sàng. Một trong những tai biến muộn hay gặp nhất là tình trạng viêm tĩnh mạch sau đặt và lưu CTMNV. **Mục tiêu:** Đánh giá kỹ thuật đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi trên người bệnh của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Phổi Trung ương, năm 2018. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 341 người bệnh được lựa chọn vào nghiên cứu với 403 Catheter tĩnh mạch ngoại vi được quan sát. Tỷ lệ viêm tĩnh mạch chung sau đặt CTMNV đánh giá

bảng thang điểm INS Phlebitis scale là 43,4% tính theo người bệnh và 45,2% tính theo CTMNV. 144 quy trình đặt CTMNV được đánh giá với điểm trung bình là $9,52 \pm 0,3$. Trong đó có 130 (90,3%) quy trình đạt điểm xuất sắc, 14 (7,7%) quy trình đạt điểm giới.

Từ khóa: Viêm tĩnh mạch ngoại vi, kỹ thuật đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi.

SUMMARY

ASSESSMENT THE TECHNIQUE OF PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETERS IN PATIENTS BY NURSES AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL

Background: Peripheral venous catheterization is a common invasive procedure in clinical practice. One of the most common late complications is phlebitis after peripheral venous catheterization and retention. **Objectives:** Evaluation the technique of peripheral intravenous catheters in patients by nurses at the National Lung Hospital, in 2018. **Methods:** Cross-sectional survey. **Results:** 341 patients were included in the study with 403 peripheral venous catheters observed. The overall rate of phlebitis after peripheral venous catheterization as assessed by the INS Phlebitis scale was 43.4% according to the patient and 45.2% calculated according to the peripheral venous catheter. 144 peripheral venous catheterization procedures were evaluated with a mean score of 9.52 ± 0.3 . In which, there are 130 (90.3%) processes with excellent scores, and 14 (7.7%) processes with excellent scores.

Keywords: Peripheral phlebitis, peripheral venous catheterization technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đặt CTMNV là một thủ thuật xâm lấn phổ biến trong thực hành lâm sàng. Mặc dù những ưu điểm của việc sử dụng CTMNV trong tĩnh mạch trị liệu là không thể phủ nhận khi đem lại sự thoải mái cho người bệnh, giúp người bệnh giảm bớt đau đớn trong những lần lấy kim mới và tạo điều kiện thuận lợi hơn cho điều dưỡng trong việc thực hiện y lệnh thuốc, nhưng lưu CTMNV trong một khoảng thời gian cũng gây ra một số tai biến. Có những tai biến sớm sẽ được xử trí ngay mà không để lại hậu quả, tuy nhiên có những tai biến muộn như viêm tĩnh mạch, nhiễm khuẩn tại chỗ, tắc mạch, huyết khối tĩnh mạch, nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn toàn thân...nếu không được phát hiện sớm sẽ gây ra hậu quả vô cùng nghiêm trọng. Một trong những tai biến muộn hay gặp nhất là tình trạng viêm tĩnh mạch sau đặt và lưu CTMNV [1],[2]. Tỷ lệ viêm tĩnh mạch trên thế giới được công bố qua các công trình nghiên cứu dao động từ 1,8% đến 60% tùy thuộc vào phương pháp và địa điểm thực hiện các nghiên cứu. Và một số yếu tố liên quan có thể làm tăng tỷ lệ viêm tĩnh mạch đã được nhắc đến như giới tính, tình trạng bệnh lý,

loại catheter quá trình đặt và sử dụng catheter, các loại thuốc, dịch truyền sử dụng, vị trí lưu, thời gian lưu.

Ở Việt Nam việc sử dụng CTMNV rất phổ biến và các biến chứng như viêm tĩnh mạch sau đặt catheter là không ít (5,1% - 50,52%) [3], [4],[5]. Cũng có một số nghiên cứu về tỷ lệ viêm tĩnh mạch sau đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi nhưng rất ít và các nghiên cứu hầu như không chỉ ra được việc đánh giá viêm tĩnh mạch sử dụng thang đo nào và cỡ mẫu nghiên cứu ít trong phạm vi hẹp. Tại Bệnh viện Phổi trung ương CTMNV được sử dụng từ hơn 10 năm trở lại đây. Hiện tại ở hầu hết các khoa lâm sàng đều sử dụng CTMNV trong quá trình chăm sóc và điều trị thuốc bằng đường tĩnh mạch. Các tai biến khi sử dụng CTMNV đã được phát hiện và ghi nhận. Với những tai biến sớm, người bệnh thường được xử trí ngay và không để lại hậu quả nặng nề, các dấu hiệu sẽ biến mất sau một thời gian ngắn. Trong thời gian gần đây, trong quá trình chăm sóc người bệnh chúng tôi đã thấy xuất hiện một trong những tai biến muộn, xảy ra thường xuyên nhất là viêm tĩnh mạch sau thời gian lưu CTMNV. Vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài để đánh giá kỹ thuật đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi của điều dưỡng viên, trên cơ sở đó đưa ra các khuyến cáo giúp việc thực hiện quy trình được tốt hơn, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh có chỉ định đặt Catheter tĩnh mạch ngoại vi và được đặt catheter tại khoa điều trị trong vòng 24 giờ

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Tại khoa Hồi sức tích cực, khoa Lao Hô hấp, khoa Phẫu thuật lồng ngực - Bệnh viện Phổi Trung ương.

2.3. Thời gian nghiên cứu: 12/2017 đến tháng 7/2018.

2.4. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, nghiên cứu định lượng

2.5. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

- Toàn bộ người bệnh điều trị tại 3 khoa, đáp ứng tiêu chuẩn đều được lựa chọn tham gia nghiên cứu.

- Thực tế có 341 người bệnh, 403 CTMNV và 144 quy trình đặt CTMNV được theo dõi và đánh giá.

2.6. Phương tiện nghiên cứu

- Phiếu thu thập thông tin về NB lưu CTMNV: 10 câu (khai thác từ HSBA).

- Phiếu theo dõi catheter lưu trên người bệnh: 10 câu (điều dưỡng viên theo dõi và ghi thông tin).

- Bảng kiểm quy trình kỹ thuật đặt CTMNV: 34 bước

2.7. Thang đo và tiêu chí đánh giá

- Tiêu chí đánh giá viêm tĩnh mạch: Thang đo INS Phlebitis Scale

Mức độ	Biểu hiện
0	Không biểu hiện
1	Đỏ da ở vị trí đặt kim có kèm đau hoặc không đau
2	Đau tại vị trí đặt kim có kèm theo đỏ da và/ hoặc phù nề
3	Đau tại vị trí đặt kim có kèm theo đỏ da và/ hoặc phù nề, bắt đầu hình thành thừng tĩnh mạch có thể sờ thấy được
4	Đau tại vị trí đặt kim có kèm theo đỏ da và/ hoặc phù nề, hình thành thừng tĩnh mạch rõ rệt có chiều dài trên 2,5cm, rỉ dịch mủ

- Tiêu chí đánh giá kỹ thuật đặt CTMNV: Bảng kiểm gồm 34 bước, mỗi bước sẽ đánh giá theo 3 mức: thực hiện đầy đủ (2 điểm), thực hiện không đầy đủ (1 điểm), không thực hiện (0 điểm). Tổng điểm là 68 điểm, sau đó quy ra thang điểm 10 và đánh giá theo các mức: dưới 7 điểm là trung bình, từ 7 điểm đến dưới 8 điểm là khá, từ 8 điểm đến dưới 9 điểm là giỏi, và từ 9 điểm trở lên là xuất sắc.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

- Làm sạch, mã hoá và nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1, sau đó xử lý thống kê bằng phần mềm STATA 12.0

- Phân tích mô tả (tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn) được sử dụng để mô tả đặc điểm NB, xác định tỷ lệ viêm tĩnh mạch sau đặt CTMNV, kỹ thuật đặt CTMNV).

2.9. Chỉ số, biến số nghiên cứu

Bảng 3.2: Tỷ lệ viêm tĩnh mạch chung và sự phân bố các trường hợp viêm tĩnh mạch theo phân độ

Các dấu hiệu lâm sàng tại vị trí lưu catheter	Phân độ	CTMNV viêm (n=403)		Người bệnh bị viêm (n=341)	
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đỏ da ở vị trí đặt kim có kèm đau hoặc không đau	1	92	50,5	72	48,9
Đau tại vị trí đặt kim có kèm theo đỏ da và/ hoặc phù nề	2	82	45,1	68	46
Đau tại vị trí đặt kim có kèm theo đỏ da và/ hoặc phù nề, bắt đầu hình thành thừng tĩnh mạch có thể sờ thấy được	3	7	3,8	6	4,1
Đau tại vị trí đặt kim có kèm theo đỏ da và/ hoặc phù nề, hình thành thừng tĩnh mạch rõ rệt có chiều dài trên 2,5cm, thoát nước mủ	4	1	0,6	1	0,7
Tổng số		182	45,2	147	43,1

Nhận xét: Bảng 3.2 chỉ ra rằng tỷ lệ viêm tĩnh mạch sau khi đặt CTMNV tính theo người bệnh là 43,1% (147 người bệnh có biểu hiện

- Nhóm biến số về NB: Tuổi, giới tính, chiều cao, cân nặng, khoa điều trị

- Tỷ lệ viêm tĩnh mạch sau đặt CTMNV: phân theo thang đo INS Phlebitis Scale

- Tỷ lệ thực hiện kỹ thuật đặt CTMNV đạt loại xuất sắc, giỏi, khá, trung bình

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n=341)

Thông tin chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Từ 18 đến 59 tuổi	198	58,1
	Từ 60 tuổi trở lên	143	41,9
Giới	Nam	278	81,5
	Nữ	63	18,5
BMI	Gầy (<18,5)	140	41,1
	Bình thường (18,5-22,9)	162	47,5
	Thừa cân (>=23)	39	11,4
Khoa điều trị	Khoa hồi sức tích cực	51	14,9
	Khoa lao hô hấp	119	34,9
	Khoa phẫu thuật lồng ngực	171	50,2
Bệnh chính	Các bệnh về phổi	193	56,6
	Bệnh lao	82	24,1
	Cả bệnh phổi và lao	66	19,4

Nhận xét: Trong số 341 người bệnh tham gia vào nghiên cứu, người bệnh trong độ tuổi lao động (58,1%), NB là nam giới (81,5%), NB có thể trạng gầy (41,1%), NB nằm điều trị tại khoa Phẫu thuật lồng ngực (50,2%), NB mắc các bệnh về phổi (56,6%).

3.2. Tỷ lệ viêm tĩnh mạch đánh giá theo thang điểm INS phlebitis scale

viêm tĩnh mạch trong tổng số 341 người bệnh được theo dõi), tỷ lệ này khi tính theo tổng số catheter là 45,2% (182/403 catheter). Sự phân

bổ các trường hợp viêm tĩnh mạch tập trung chủ yếu ở phân độ 1 và phân độ 2 với tỷ lệ từ 50,5% và 45,1%. Phân độ 4 chỉ có một trường hợp

chiếm tỷ lệ 0,6% và 0,7%.

3.3. Kỹ thuật đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi của điều dưỡng viên

Bảng 3.3: Kỹ thuật đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi của điều dưỡng viên (n=144)

TT	NỘI DUNG	Tỷ lệ (%)		
		2	1	0
I. NGƯỜI THỰC HIỆN				
1	Mặc trang phục y tế đầy đủ, đội mũ, đeo khẩu trang (khi cần)	99,3	0,0	0,7
2	Vệ sinh tay đúng quy trình, đúng thời điểm	99,3	0,0	0,7
II. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH				
3	Xác định chính xác NB. Chào hỏi, thông báo và giải thích cho NB (gia đình NB trong trường hợp đặc biệt) biết việc sắp làm, động viên NB yên tâm và hợp tác	99,3	0,0	0,7
III. CHUẨN BỊ PHƯƠNG TIỆN, DỤNG CỤ VÀ THUỐC				
4	Xe tiêm được vệ sinh trước khi chuẩn bị dụng cụ, sau khi sử dụng, có dung dịch sát khuẩn tay và có hộp đựng vật sắc nhọn treo ở thành xe	99,3	0,0	0,7
5	Các dụng cụ trên xe sắp xếp ngăn nắp, thẩm mỹ và thuận tiện cho các thao tác kỹ thuật	97,2	2,1	0,7
Tầng 1:				
6	1 khay chữ nhật: 1 kim lùn tĩnh mạch, bơm tiêm, kim lấy thuốc	99,3	0,0	0,7
7	Gói: gạc vô khuẩn, bông vô khuẩn	98,6	0,7	0,7
8	1 cốc Inox đựng bông vô khuẩn	98,6	0,7	0,7
9	1 trụ cầm kim có 1 kim Kocher và 1 kéo	98,6	0,7	0,7
10	Lọ đựng cồn 70 ⁰	97,9	1,4	0,7
11	Băng dính, bút bi	95,8	2,1	2,1
12	Dd NaCl 0,9 % /ống NaCl 0,9 %	72,9	21,5	5,6
Tầng 2:				
13	Gối kê tay, dây garo, 1 đôi găng sạch (nếu cần)	98,6	0,7	0,7
Tầng 3:				
14	Xô chứa túi vàng đựng chất thải lây nhiễm, xô chứa túi trắng đựng chất thải tái chế có nắp đậy	97,9	1,4	0,7
IV. KỸ THUẬT TIỀN HÀNH				
15	Đổ cồn 70 ⁰ vào cốc Inox. Cắt băng dính thành 5 đoạn, mỗi đoạn dài khoảng 8 cm.	71,5	25,7	2,8
16	Xé vỏ bơm tiêm (giữ lại vỏ bơm tiêm), kiểm tra bơm kim tiêm và thay kim lấy thuốc	45,1	43,1	11,8
17	Sát khuẩn nắp chai/ống NaCl 0,9% bằng bông vô khuẩn, bật nắp chai/ống NaCl 0,9% và lấy 2ml vào bơm tiêm	39,6	47,2	13,2
18	Thay kim tiêm và cho vào bao vừa đựng bơm tiêm vô khuẩn	46,5	41,0	12,5
19	Giúp NB tư thế thích hợp, bộc lộ vị trí đặt kim	95,1	4,2	0,7
20	Xác định vị trí đặt kim, đặt gối kê tay dưới vùng đặt kim (nếu cần), đặt dây garo	95,8	3,5	0,7
21	Buộc dây garo phía trên vị trí tiêm 10cm - 15cm	91,7	7,0	1,4
22	Sát khuẩn tay và mang găng tay sạch	97,9	1,4	0,7
23	Sát khuẩn vị trí đặt bằng bông vô khuẩn từ trong ra ngoài theo hình xoay ốc đường kính trên 10 cm cho đến khi da sạch (tối thiểu 2 lần)	91,0	8,3	0,7
24	Mở bao bì lấy kim, không đụng vào kim	98,6	0,7	0,7
25	Căng da, cầm kim ngửa mũi vát chếch 30 ⁰ đưa kim vào tĩnh mạch	98,6	0,7	0,7
26	Khi thấy máu trào ngược vào đốc kim thì dừng lại rút nhẹ nòng kim, đẩy từ từ kim nhựa vào lòng tĩnh mạch	98,6	0,7	0,7
27	Luồn hết phần kim nhựa vào lòng tĩnh mạch dùng đầu ngón tay chặn lên tĩnh mạch để máu không trào ra, sau đó rút nòng kim	99,3	0,0	0,7
28	Bơm nước muối thông kim. quan sát vị trí đặt kim phát hiện những dấu hiệu bất thường, hỏi cảm giác NB. Đậy nút kim lại	83,4	9,0	7,6

29	Đặt gạc vô khuẩn lên vị trí đốc kim, cố định bằng băng dính	85,8	3,5	0,7
30	Tháo găng tay bỏ vào xô chứa túi vàng đựng chất thải lây nhiễm. Sát khuẩn tay	99,3	0,0	0,7
31	Rút gối kê tay (nếu có) và dây garo. Ghi ngày đặt kim an toàn lên băng dính	99,3	0,0	0,7
32	Giúp NB trở lại tư thế thích hợp. Dẫn dò NB/người nhà NB những điều cần thiết	99,3	0,0	0,7
V. THU DỌN DỤNG CỤ				
33	Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay đúng quy định	99,3	0,0	0,7
VI. GHI HỒ SƠ				
34	Ghi phiếu chăm sóc: tình trạng NB.	98,6	0,0	1,4

Nhận xét: Bảng 3.3 cho thấy bước 16 (xé vỏ bơm tiêm/giữ lại vỏ bơm tiêm, kiểm tra bơm kim tiêm và thay kim lấy thuốc), 17 (sát khuẩn nắp chai/ống NaCl 0,9% bằng bông vô khuẩn, bật nắp chai/ống NaCl 0,9% và lấy 2ml vào bơm tiêm), 18 (thay kim tiêm và cho vào bao vừa đựng bơm tiêm vô khuẩn) là các bước có tỉ lệ thực hiện đầy đủ thấp nhất (39,6%-46,5%).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ viêm tĩnh mạch sau đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi. Theo nghiên cứu của chúng tôi, có 43,1% NB có xuất hiện tình trạng viêm tĩnh mạch ngoại vi theo thang điểm INS Phlebitis Scale và 45,2% catheter trong tổng số catheter đã đặt gây viêm tĩnh mạch cho NB. Kết quả này khá cao so với những kết quả nghiên cứu khác về viêm tĩnh mạch đã được thực hiện tại một số bệnh viện tại Việt Nam, có thể do tính chất bệnh lý cùng với cỡ mẫu, thang đo sử dụng khác nhau giữa các địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu của Thái Đức Thuận Phong có tỷ lệ viêm tĩnh mạch ở người bệnh tim mạch ở khoa hồi sức cấp cứu – Bệnh viện Tim mạch An Giang tiến hành trên 174 người bệnh là 8% [6]. Tuy nhiên, tỷ lệ viêm tĩnh mạch chung được xác định trong nghiên cứu này có giảm hơn so với khảo sát được thực hiện tại khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2013 là 50,52% [4].

Về mức độ viêm, tỷ lệ viêm theo phân độ 1 chiếm tỷ lệ cao nhất (50,5% và 48,9%) và phân độ 4 chiếm tỷ lệ thấp nhất (0,6% và 0,7%). Điều này có thể được lý giải là do khi NB đã bắt đầu có biểu hiện viêm đa số sẽ thấy đau ở vị trí lưu catheter, trong quá trình điều dưỡng đến chăm sóc, thực hiện y lệnh cho NB, họ sẽ phản hồi lại cho điều dưỡng về vấn đề mình gặp phải để điều dưỡng giải thích và xử trí.

Kỹ thuật đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi của điều dưỡng viên. Do đặc điểm của nghiên cứu là mô tả cắt ngang nên chúng tôi không thể quan sát hết được số lần kỹ thuật đặt CTMNV. Trong quá trình thu thập thông tin của nghiên cứu, chúng tôi đã theo dõi được 144 quy trình với điểm trung bình là $9,52 \pm 0,3$, trong đó có 130 (90,3%) quy trình đạt điểm xuất sắc, 14

(7,7%) quy trình đạt điểm giỏi. Kết quả đạt được như vậy là do hàng tuần bệnh viện luôn có hoạt động kiểm tra định kỳ của phòng điều dưỡng tại các khoa, hàng năm bệnh viện đều tổ chức thi điều dưỡng viên giỏi bệnh viện giúp tạo cơ hội cho các điều dưỡng viên thi đua học tập để đạt giải, đăng thành tích cuối năm. Bên cạnh đó bệnh viện mở lớp đào tạo thường xuyên liên tục cho nhân viên y tế trong đó có điều dưỡng viên để nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc NB trong bệnh viện.

Theo kết quả nghiên cứu, hầu hết các bước trong quy trình đều được điều dưỡng viên thực hiện đầy đủ. Đa số các bước trong quy trình được thực hiện đầy đủ với tỉ lệ trên 90%. Tuy nhiên vẫn còn một số bước có tỷ lệ thực hiện đầy đủ thấp hẳn dưới 50% là các bước: bước 16 (xé vỏ bơm tiêm/giữ lại vỏ bơm tiêm), kiểm tra bơm kim tiêm và thay kim lấy thuốc - 45,1%), bước 17 (sát khuẩn nắp chai/ống NaCl 0,9% bằng bông vô khuẩn, bật nắp chai/ống NaCl 0,9% và lấy 2ml vào bơm tiêm - 39,6%), bước 18 (thay kim tiêm và cho vào bao vừa đựng bơm tiêm vô khuẩn - 46,5%) theo đó tỷ lệ không thực hiện lần lượt là 11,8%, 13,2%, 12,5%.

Kết quả của mô hình hồi quy đơn logistic đơn biến và đa biến đều cho thấy không có mối liên quan giữa quy trình đặt CTMNV với viêm tĩnh mạch ngoại vi

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ NB viêm tĩnh mạch chung sau đặt CTMNV là 43,1%, tỷ lệ này khi đánh giá theo CTMNV là 45,2%. Viêm tĩnh mạch phân độ 1 và phân độ 2 chiếm tỷ lệ nhiều nhất (50,5% và 45,1%).

144 quy trình đặt CTMNV được đánh giá với điểm trung bình là $9,52 \pm 0,3$. Trong đó có 130 (90,3%) quy trình đạt điểm xuất sắc, 14 (7,7%) quy trình đạt điểm giỏi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Enes S. M. S., Opitz S. P., Faro A. R. M. d. C. et al (2016). Phlebitis associated with peripheral intravenous catheters in adults admitted to hospital in the Western Brazilian Amazon. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 50 (2),263-271.

2. **Rojas-Sánchez L. Z., Parra D. I., Camargo-Figuera F. A.** (2015). Incidence and factors associated with the development of phlebitis: results of a pilot cohort study/Incidencia y factores asociados al desarrollo de flebitis: resultados del estudio piloto de una cohorte/Incidência e fatores associados com o desenvolvimento de flebite: resultados do estudo piloto de uma coorte. Revista de Enfermagem Referência, 4 (4),61.
3. **Hồ Khả Cảnh và Lê Hồng Chính** (2009). So sánh chất lượng hai loại catheter tĩnh mạch ngoại biên Vialon và Teflon trong đặt đường truyền nuôi dưỡng tĩnh mạch. Tạp chí Y học thực hành, 644+645(2),1-3.
4. **Lê Hữu Thìn, Hoàng Thị Trang và Cao Thị Hồng Hà** (2014). Đánh giá tình trạng viêm tĩnh mạch sau đặt kim luồn bằng thang điểm Baxter tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2013. Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam, 7,11-16.
5. **Phạm Lâm Lạc Thư** (2012). 3 khảo sát tỷ lệ nhiễm khuẩn và thời gian lưu kim luồn trên bệnh nhi tại khoa ngoại thần kinh Bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2011 Y Học TP. Hồ Chí Minh 16(4),22-26.
6. **Thái Đức Thuận Phong và các cộng sự** (2011). Khảo sát tỷ lệ viêm tại chỗ do đặt Catheter tĩnh mạch ngoại biên tại khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Tim mạch An Giang 4-10/2011, Đề tài cơ sở, Bệnh viện Tim mạch An Giang.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ Ở TRẺ EM TỪ 24 ĐẾN 60 THÁNG TUỔI TẠI TUYỀN QUANG

Phạm Thị Ngân¹, Lê Thị Kim Dung², Bé Hà Thành²,
Lê Kim Việt³, Giang Thị Hồng Nhung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em từ 24 đến 60 tháng tuổi tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hương Sen, Tuyên Quang. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả được thực hiện trên 60 trẻ từ 24 đến 60 tháng tuổi mắc rối loạn tự kỷ tại Tuyên Quang, thời gian từ năm 2022 đến 2023. Tự kỷ được chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn DSM-IV và phân loại mức độ theo thang điểm đánh giá tự kỷ (CARS). **Kết quả:** Tự kỷ gặp nhiều ở trẻ nam, tỉ lệ nam/nữ: 3,6/1; trẻ tự kỷ mức độ nặng chiếm tỉ lệ cao (91,7%). Các biểu hiện lâm sàng ở trẻ tự kỷ gặp nhiều là: không/ ít quan tâm, chia sẻ tình cảm đến bố mẹ/người thân (91,7%), kéo tay người thân lấy đồ vật như một công cụ (90,0%); chậm phát triển ngôn ngữ nói so với tuổi (98,3%); giảm/không giao tiếp mắt-mắt (98,3%), hành vi định hình, rập khuôn (85%); thích ôm, giữ chặt (21,7%); ăn không nhai, chỉ nuốt chửng (21,7%), khó vào đầu giấc ngủ (65,0%). Phần lớn các triệu chứng lâm sàng của 2 nhóm 24-35 tháng và 36-60 tháng tuổi là không có sự khác biệt ($p>0,05$), các triệu chứng khá ổn định ở lứa tuổi từ 24 đến 60 tháng. **Kết luận:** Các biểu hiện lâm sàng đặc trưng của trẻ rối loạn tự kỷ xuất hiện với tần suất cao (> 80%). Nhóm trẻ nhỏ 24-35 tháng tuổi đã bộc lộ các dấu hiệu lâm sàng đặc trưng của tự kỷ tương tự như nhóm 36-60 tháng, cho phép chẩn đoán xác định sớm trong giai đoạn tuổi này.

Từ khóa: Tự kỷ, lâm sàng, tương tác xã hội, ngôn ngữ, hành vi

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN CHILDREN FROM 24 TO 60 MONTHS OF AGE IN TUYEN QUANG

Objectives: To describe clinical features of autism spectrum disorder in children aged 24 to 60 months at Huong Sen Rehabilitation Hospital, Tuyen Quang. **Subjects and methods:** A descriptive study was conducted on 60 children aged 24 to 60 months with an autism spectrum disorder in Tuyen Quang, from 2022 to 2023. Autism was diagnosed according to DSM-IV criteria and level classification on the Autism Rating Scale (CARS). **Results:** Autism is more common in boys, male/female ratio: 3.6/1; Children with severe autism accounted for a high rate (91.7%). The most common clinical manifestations in children with autism are no/little interest, sharing affection with parents/relatives (91.7%), pulling relatives' hands to grab objects as a tool (90, 0%); speech-language retardation for age (98.3%); reduced/no eye-to-eye contact (98.3%), stereotypical, stereotyped behavior (85%); likes to hug, hold tight (21.7%), eat without chewing, swallow (21.7%), challenging to get to sleep (65.0%). Most of the clinical symptoms of the 2 age groups 24-35 months and 36-60 months are not different ($p>0.05$), symptoms are quite stable at the age from 24 to 60 months. **Conclusion:** The typical clinical manifestations of children with autism spectrum disorder appear with high frequency (> 80%). The group of young children aged 24-35 months showed typical clinical signs of autism similar to those of the 36-60 month group, allowing an early diagnosis in this age period.

Keywords: Autism, clinical, social interaction, language, behavior.

¹Trường Đại học Tân Trào

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ngân

Email: bsngan90@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 23.8.2023