

CHỌN LỰA PHƯƠNG PHÁP THEO DÕI HUYẾT ĐỘNG THÍCH HỢP CHO NGƯỜI BỆNH SỐC TUẦN HOÀN

Phan Tôn Ngọc Vũ¹, Nguyễn Đức Nam¹,
Lê Tấn Nguyễn Phúc¹, Lê Hồng Chính¹

TÓM TẮT

Những người bệnh nặng thường có huyết động không ổn định do giảm thể tích tuần hoàn, rối loạn chức năng tim hoặc thay đổi trương lực mạch máu, gây rối loạn chức năng cơ quan, diễn tiến đến suy đa cơ quan, cuối cùng là tử vong. Theo dõi huyết động thích hợp giúp hướng dẫn điều trị, góp phần ngăn ngừa hoặc điều trị tình trạng suy cơ quan, cải thiện kết quả điều trị người bệnh. Vài thập niên qua, kỹ thuật theo dõi huyết động đã phát triển theo hướng từ xâm lấn đến ít xâm lấn và đo liên tục theo thời gian thực. Ngày nay, siêu âm tim là phương tiện đầu tay trong đánh giá huyết động ở người bệnh sốc và nên thực hiện sớm để đánh giá cấu trúc và chức năng tim mạch. Đo cung lượng tim và theo dõi huyết động nâng cao được khuyến cáo ở người bệnh sốc không đáp ứng với điều trị ban đầu và/hoặc người bệnh có bệnh cảnh phức tạp. Catheter động mạch phổi được chỉ định ở người bệnh sốc kém đáp ứng điều trị do rối loạn chức năng thất phải. Kỹ thuật pha loãng nhiệt được khuyến cáo cho người bệnh sốc nặng và có hội chứng suy hô hấp cấp.

Từ khóa: Theo dõi huyết động, cung lượng tim

SUMMARY

THE CHOICE OF APPROPRIATE HEMODYNAMIC MONITORING METHOD FOR PATIENTS WITH SHOCK

Critically ill patients are commonly hemodynamically unstable due to volume depletion, cardiac dysfunction, or altered vasomotor function, causing organ dysfunction, progression to multi-organ failure, and ultimately death. Appropriate hemodynamic monitoring helps guide therapy to prevent or treat organ failure and improve patient outcomes. Over the past decades, hemodynamic monitoring techniques have evolved toward less invasiveness as well as continuous and real-time measurements. Currently, echocardiography is the first-line modality for hemodynamic evaluation in patients with shock and should be performed early to assess cardiac structure and function. Cardiac output monitoring and advanced hemodynamic monitoring are only recommended in patients with shock unresponsive to initial therapy and/or in the most complex patients. The pulmonary artery catheter is recommended in patients with refractory shock

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phan Tôn Ngọc Vũ

Email: vu.ptn@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2023

Ngày duyệt bài: 11.9.2023

associated with a right ventricular dysfunction. Transpulmonary thermodilution devices are recommended in patients with severe shock associated with acute respiratory distress syndrome.

Keywords: cardiac output, hemodynamic monitoring

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những người bệnh được điều trị tại khoa hồi sức tích cực (Intensive Care Unit: ICU) thường biểu hiện hoặc có nguy cơ suy một hay nhiều cơ quan, bao gồm những người bệnh sau phẫu thuật lớn và/hoặc chấn thương. Huyết động không ổn định dẫn đến cung cấp oxy không đủ so với nhu cầu tiêu thụ oxy của mô, là một yếu tố góp phần quan trọng dẫn đến suy cơ quan. Sự thay đổi có ý nghĩa của thể tích tuần hoàn (ví dụ: giảm thể tích), chức năng tim và trương lực mạch máu (ví dụ: giãn mạch trong sốc nhiễm trùng) gây nên huyết động không ổn định. Chúng ta thường đánh giá huyết động dựa trên lâm sàng và theo dõi thường qui các thông số sinh tồn cơ bản (nhịp tim, huyết áp, áp lực tĩnh mạch trung tâm, độ bão hòa oxy ngoại biên, trung tâm và tần số thở) và nước tiểu. Tuy nhiên, khi việc theo dõi các thông số này trong tình trạng bệnh nặng không còn nhiều giá trị thì việc theo dõi huyết động (cung lượng tim, áp lực động mạch phổi, áp lực động mạch phổi, độ bão hòa oxy máu tĩnh mạch trộn, thay đổi thể tích tổng máu, lượng nước ngoài mạch máu phổi...) để hướng dẫn quản lý dịch truyền và sử dụng thuốc vận mạch hoặc thuốc tăng co bóp cơ tim [1].

Trong vài thập niên qua, theo dõi huyết động đã phát triển từ các phương tiện theo dõi huyết động cơ bản đến các phương tiện tinh vi cung cấp nhiều thông số. Những kỹ thuật này được phân loại theo hai cách. Cách thứ nhất được phân loại dựa trên kỹ thuật có hiệu chỉnh hay không hiệu chỉnh. Cách thứ hai dựa vào mức độ xâm lấn của kỹ thuật (không xâm lấn, ít xâm lấn và xâm lấn). Các kỹ thuật phát triển theo hướng từ theo dõi các thông số tĩnh sang các thông số động học, từ xâm lấn sang không xâm lấn. Chọn lựa phương pháp dõi huyết động phù hợp với mỗi người bệnh nhằm giúp chẩn đoán sớm, hướng dẫn và nâng cao kết quả điều trị [1]. Mục đích của bài tổng quan này là bàn luận đến sự

chọn lựa phương pháp theo dõi huyết động hiện có phù hợp với các giai đoạn của sốc.

II. ĐẶC ĐIỂM CHÍNH CỦA CÁC PHƯƠNG PHÁP THEO DÕI HUYẾT ĐỘNG

Catheter động mạch phổi (PAC) được sử dụng lần đầu vào thập niên 1970 bởi Swan, Ganz và Forrester. Đây là một phương pháp xâm lấn và vẫn được sử dụng như tiêu chuẩn vàng làm tham chiếu cho các phương pháp theo dõi huyết động khác hiện nay [2]. Trong thời gian qua, có nhiều phương pháp theo dõi huyết động ít xâm lấn hơn ra đời, các phương pháp này có thể

được hiệu chỉnh hoặc không hiệu chỉnh. Thực hiện hiệu chỉnh nhằm loại bỏ hoặc giảm sai số trong các phép đo liên tục, điều chỉnh độ đúng và độ hội tụ của phương pháp. Độ hội tụ của một phương pháp là mức độ giá trị đo được giống nhau ở những lần đo khác nhau trong cùng một điều kiện, độ đúng là mức độ giá trị đo được sát nhất với giá trị thực (đo được từ phương pháp chuẩn). Các kỹ thuật không hiệu chỉnh thì cố gắng làm giảm sai số bằng cách điều chỉnh các đặc điểm của người bệnh (tuổi, cân nặng, giới tính) hoặc phép tính [1].

Bảng 1. Tóm tắt các phương pháp theo dõi huyết động

Phương pháp	Tên thương mại	Hiệu chỉnh	Ưu điểm chính	Nhược điểm chính
Xâm lấn				
PAC		Có	Giá trị đo trực tiếp ở tâm nhĩ phải và tuần hoàn phổi	Cho kết quả đo CO chậm, xâm lấn, nguy cơ biến chứng liên quan đến xâm lấn
Ít xâm lấn				
Pha loãng nhiệt qua phổi (TPD)	PiCCO [®] , LiDCO [®] VolumeView [®] /EV1000 [®]	Có	Đo CO ngắt quãng và liên tục, các biến số khác	Cần catheter động mạch và tĩnh mạch trung tâm chuyên biệt
Pha loãng dòng siêu âm	COstatus [®]	Có	Đo CO liên tục, các biến số khác và có thể phát hiện shunt trong tim	Cần thiết lập cầu nối động mạch-tĩnh mạch
Phân tích hình dạng sóng áp lực, thay đổi áp lực mạch đập	FloTrac [®] /Vigileo [®] ProAQT [®] /Pulsioflex [®] LiDCOrapid [®] /pulseCO [®] Most Care [®] /PRAM	Không	Đo CO liên tục	Thiếu độ chính xác ở người bệnh không ổn định hoặc sử dụng thuốc vận mạch
Siêu âm tim qua thực quản		Phụ thuộc người làm	Hình ảnh thực theo thời gian về cấu trúc tim và dòng máu	Cần đào tạo, nguy cơ thấp các biến chứng
Doppler qua thực quản		Phụ thuộc người làm	Đo CO thực theo thời gian và dữ liệu hậu tải cùng các biến số khác	Nguy cơ lệch vị trí
Không xâm lấn				
Siêu âm tim qua thành ngực		Phụ thuộc người làm	Đo trực tiếp CO và nhìn được cấu trúc tim	Các đặc điểm siêu âm thường không được tối ưu ở người bệnh ở ICU
Phân tích sóng áp lực không xâm lấn	T-line [®] ClearSight [®] /Nexfin [®] /Physiocal [®] CNAP [®] /VERIFY [®]	Không	Không xâm lấn, công cụ đơn giản	Độ chính xác thấp, cần thêm bằng chứng
Đo CO liên tục ước tính	esCCO [®]	Không	Sử dụng nhiều biến có sẵn để ước tính CO	Chỉ ước tính CO, thiếu độ chính xác
Theo dõi CO bằng siêu âm	USCOM [®]	Không	Đào tạo ngắn, ít nguy cơ	Chỉ ước tính, sử dụng diện tích van chuẩn có thể khác nhau ở mỗi người bệnh

III. ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU TÌNH TRẠNG SỐC

Đối với người bệnh có biểu hiện sốc, khuyến cáo hàng đầu là khám lâm sàng cẩn thận. Triệu chứng lâm sàng như da nổi đường vân tím, thời

gian đổ đầy mao mạch kéo dài là những biểu hiện rõ của giảm tưới máu ngoại biên và giảm cung lượng tim. Áp lực mạch đập (PP) giảm gợi ý tình trạng giảm thể tích tổng máu (SV), huyết áp

tâm trương thấp gợi ý tình trạng giảm trương lực mạch máu, đặc biệt trong trường hợp có kèm nhịp tim nhanh [3].

Trong giai đoạn sớm của sốc, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (CVC) và huyết áp động mạch xâm lấn (IBP) được khuyến cáo thực hiện. Thực hiện siêu âm tim sớm nhất có thể để đánh giá cấu trúc và chức năng tim.

Qua CVC, chúng ta có thể đo được các chỉ số huyết động quan trọng như CVP, độ bão hòa oxy máu tĩnh mạch trung tâm (ScvO₂), áp lực riêng phần CO₂ trong máu tĩnh mạch trung tâm (PcvCO₂). Mặc dù CVP không còn giá trị dự đoán đáp ứng với bù dịch, nhưng CVP vẫn có giá trị ước đoán áp lực tưới máu cơ quan bằng hiệu số giữa huyết áp trung bình (MAP) và CVP hơn là dựa vào MAP đơn thuần, đặc biệt trong trường hợp tụt huyết áp nặng và CVP cao. ScvO₂ được chấp nhận để thay thế cho chỉ số độ bão hòa oxy trong máu tĩnh mạch trộn (SvO₂), nó phản ánh mức độ cân bằng giữa tiêu thụ và cung cấp oxy. ScvO₂ thấp là dấu hiệu cho thấy cung cấp oxy không đáp ứng đủ nhu cầu tiêu thụ oxy. Trong trường hợp này, chúng ta nên sử dụng chỉ số PcvCO₂ và áp lực riêng phần CO₂ trong máu động mạch (PaCO₂) để tính khoảng trống PCO₂ (PcvCO₂ – PaCO₂), chỉ số này giúp đánh giá khả năng cung lượng tim cung cấp đủ so với tổng nhu cầu chuyển hóa của cơ thể. Nếu khoảng trống PCO₂ < 6 mmHg, không có lợi ích khi tăng cung lượng tim, nhưng nếu khoảng trống PCO₂ > 6 mmHg thì việc tăng cung lượng tim nên được thực hiện. Lactate là một chất chỉ điểm sinh học thể hiện giảm tưới máu mô tổng thể. Tăng lactate có thể do giảm thể tích tuần hoàn và/hoặc giảm cung lượng tim, lactate được sử dụng để hướng dẫn hồi sức. Giá trị lactate ban đầu ở người bệnh sốc nhiễm trùng có giá trị tiên đoán khả năng sống sót của người bệnh. Khuyến cáo nên theo dõi lactate cho đến khi trở về giá trị bình thường, khoảng thời gian thực hiện lặp lại xét nghiệm dưới 6 giờ, lactate không nên được sử dụng một cách tách biệt [3], [4].

Catheter động mạch không chỉ cung cấp khí máu động mạch mà còn cho phép đo lường chính xác huyết áp động mạch và các chỉ số liên quan: huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, áp lực mạch đập và huyết áp trung bình. Catheter động mạch cũng cung cấp chỉ số thay đổi áp lực mạch đập (PPV), đây là chỉ số đánh giá đáp ứng bù dịch trên bệnh nhân thở máy. PPV đã được chứng minh có độ tin cậy trên người bệnh thở máy với thể tích lưu thông ít nhất 8 ml/kg mà không có nhịp tự thở hay rối

loạn nhịp tim kèm theo [5].

Siêu âm tim cung cấp nhiều thông tin quan trọng về chức năng tim. Tuy nhiên, đây là một kỹ thuật đánh giá huyết động hơn là theo dõi huyết động. Để khắc phục hạn chế này, sự cải tiến về đầu dò siêu âm tim qua ngã thực quản để có thể lưu trong thực quản một thời gian dài mà không có bất kỳ tác dụng phụ nào đã được phát triển và có thể trở nên hữu ích để theo dõi huyết động đối với người bệnh sốc đang duy trì thở máy. Lợi ích chính của siêu âm tim là không xâm lấn và có khả năng đánh giá cả cấu trúc lẫn chức năng tim. Bằng việc đo lường tích phân vận tốc - thời gian (VTI) của dòng máu đi ra tâm thất trái, kích thước tâm thất phải, dấu hiệu tràn dịch màng ngoài tim, sự biến thiên theo hô hấp của đường kính tĩnh mạch chủ, bác sĩ lâm sàng có thể nhanh chóng xác định và/hoặc hiểu rõ hơn nguyên nhân gây sốc. Hơn nữa, thay đổi cung lượng tim do điều trị như test bù dịch có thể được ước đoán thông qua sự thay đổi chỉ số VTI. Tuy nhiên, siêu âm tim cũng có những hạn chế. Đầu tiên, kỹ thuật này phụ thuộc rất nhiều vào tay nghề của bác sĩ siêu âm, bác sĩ này cần được huấn luyện đầy đủ các kỹ năng để giải quyết các bệnh lý tim phức tạp. Tiếp theo, sự chính xác của kỹ thuật cũng cần phải được cân nhắc, đặc biệt khi nó dùng để đánh giá đáp ứng của cung lượng tim đối với bù dịch [6], [7], [8].

IV. THỜI ĐIỂM SỬ DỤNG KỸ THUẬT THEO DÕI HUYẾT ĐỘNG NÂNG CAO

Nếu điều trị chưa đem lại hiệu quả, việc lấy thêm thông tin bằng các kỹ thuật theo dõi huyết động nâng cao được khuyến cáo, cần áp dụng sớm nếu người bệnh xuất hiện thêm hội chứng suy hô hấp cấp tính (ARDS) vì cần kiểm soát dịch chặt chẽ hơn [5].

Hai loại kỹ thuật theo dõi huyết động nâng cao được xem xét sử dụng đó là đặt catheter động mạch phổi (PAC) và kỹ thuật pha loãng nhiệt qua phổi (TPD).

PAC: Sử dụng PAC đã giảm nhiều trong khoảng hai thập kỷ nay do sự phức tạp trong đo lường và diễn giải chỉ số huyết động, cũng như thiếu các bằng chứng chứng minh lợi ích khi sử dụng trên bệnh nhân nặng. Hiện tại, PAC được khuyến cáo trên bệnh nhân sốc kéo dài liên quan đến rối loạn chức năng thất phải và/hoặc ARDS. Ưu điểm là đo lường được áp lực động mạch phổi và cung cấp giá trị ước đoán kháng lực mạch máu phổi. Cần phải nhấn mạnh rằng PAC chỉ cung cấp giá trị ngắt quãng hay bán liên tục chỉ số cung lượng tim và không nên quá tin

tường vào sự thay đổi ngắn hạn của chỉ số cung lượng tim [3], [8].

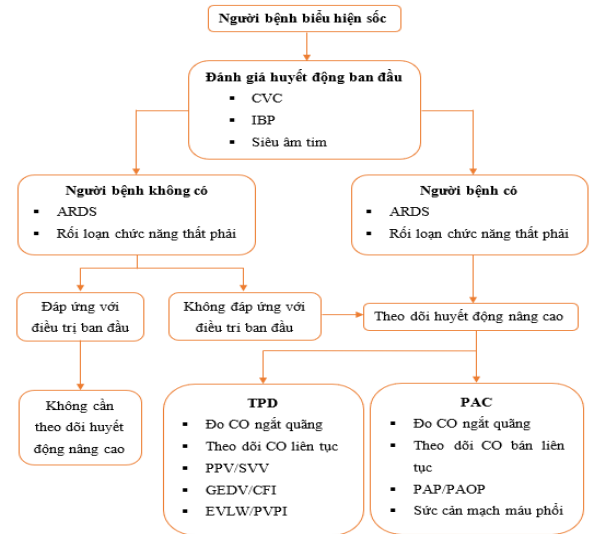
TPD: TDP được khuyến cáo sử dụng cho người bệnh sốc nặng, đặc biệt các trường hợp ARDS. Kỹ thuật này đo chỉ số cung lượng tim ngắt quãng, tuy nhiên thiết bị TDP cũng có thể đo cung lượng tim liên tục theo thời gian thực thông qua phân tích hình dạng sóng áp lực (PWA) sau khi được hiệu chỉnh. PWA cũng cung cấp chỉ số PPV và/hoặc SVV liên tục, đây là hai chỉ số động học đánh giá đáp ứng bù dịch. Điều thú vị là việc đo lường cung lượng tim rõ ràng và chính xác, ngay cả khi người bệnh đang được điều trị liệu pháp thay thế thận liên tục với dòng cao hay sử dụng liệu pháp hạ thân nhiệt. Giới hạn chính của kỹ thuật này là khả năng sai lệch theo thời gian của PWA, đòi hỏi hiệu chỉnh lại thường xuyên. Phân tích toán học đường cong pha loãng nhiệt cũng cho ra những chỉ số huyết động khác. Tổng thể tích cuối thì tâm trương (GEDV) thể hiện tiền tải của tim. Chỉ số chức năng tim (CFI) và tổng phân suất tổng máu (GEF) là chỉ số của chức năng tâm thu của tim. Thể tích nước ngoài mạch máu phổi (EVLW) là giá trị đo lường số lượng dịch mô kẽ ở phổi và chỉ số tính thấm của mạch phổi (PVPI) là chỉ số thể hiện sự thoát dịch của mao mạch phổi. Vì vậy, những thiết bị này nên được xem xét sử dụng cho từng trường hợp cụ thể để hướng dẫn kiểm soát dịch truyền, đặc biệt trên người bệnh cần kiểm soát dịch chặt chẽ như tình huống phổi hợp suy tuần hoàn và suy hô hấp cấp tính, bởi vì chúng cung cấp cho bác sĩ lâm sàng thêm nhiều thông tin để cân nhắc lợi ích và nguy cơ bù dịch. Lợi ích/nguy cơ có thể được đánh giá qua các chỉ số đáp ứng tiền tải (PPV, SSV, PWA, nghiệm pháp nâng chân thụ động hay nghiệm pháp ngưng thở cuối thì thở ra). Cần nhấn mạnh rằng thông khí với thể tích lưu thông thấp không ngăn việc sử dụng PPV trên những bệnh nhân này [1], [3]. EVLW và PVPI là hai giá trị tiên lượng độc lập tỷ lệ tử vong trên người bệnh có ARDS, nó có thể được sử dụng như tham số an toàn trong khi truyền dịch

V. VAI TRÒ CỦA CÁC PHƯƠNG TIỆN THEO DÕI HUYẾT ĐỘNG KHÁC

5.1. Các phương tiện theo dõi huyết động ít xâm lấn không hiệu chỉnh hoặc phân tích sóng áp lực không xâm lấn. Những thiết bị này cũng cung cấp giá trị cung lượng tim liên tục theo thời gian thực và hiển thị liên tục chỉ số SVV và PPV. Mức độ tin cậy của chúng trên người bệnh nặng thì thấp hơn với các

thiết bị được hiệu chỉnh, đặc biệt trong trường hợp nhiễm trùng huyết làm thay đổi trương lực mạch. Điều này giải thích vì sao chúng không được khuyến cáo trong ICU. Tuy nhiên, trên người bệnh có chống chỉ định với TPD, thiết bị PWA xâm lấn không hiệu chỉnh được sử dụng ngắn hạn để đánh giá cung lượng tim đáp ứng với truyền dịch hoặc nghiệm pháp nâng chân thụ động.

5.2. Doppler qua thực quản. Kỹ thuật này có thể cung cấp các chỉ số để đánh giá cung lượng tim hữu ích, ví dụ gia tốc trung bình và vận tốc đỉnh của dòng máu tâm thu động mạch chủ để đánh giá chức năng tâm thu. Sự biến thiên của dòng máu động mạch chủ là giá trị tin cậy để tiên đoán đáp ứng với bù dịch trên bệnh nhân thở máy cơ học. Tuy nhiên, mức độ tin cậy của kỹ thuật này bị ảnh hưởng bởi sự chuyển động của đầu dò Doppler trong thực quản, vì vậy phương pháp này phù hợp sử dụng trong phòng mổ hơn là ICU, nơi mà bệnh nhân được gây mê nằm yên. Vì thế, Doppler qua thực quản chủ yếu dành riêng cho môi trường chu phẫu, và có ít giá trị trong ICU [3].



Lưu đồ 1. Các bước theo dõi huyết động ở người bệnh sốc [3]

Ghi chú: ARDS: acute respiratory distress syndrome; CFI: cardiac function index; CO: cardiac output; EVLW: extravascular lung water; GEDV: global end-diastolic volume; PAOP: pulmonary artery occlusion pressure; PAC: pulmonary arterial catheter; PAP: pulmonary artery pressure; PPV: pulse pressure variation; PVPI: pulmonary vascular permeability index; RV: right ventricular; TPD: transpulmonary device; SVV: stroke volume variation.

5.3. Đo cung lượng tim ước tính liên tục (esCCO). Đây là kỹ thuật đo CO không xâm lấn, không hiệu chỉnh, sử dụng các biến số sẵn có như nhịp tim, SpO₂ và huyết áp động mạch không xâm lấn. Thời gian truyền sóng mạch được tính dựa vào điện tim và SpO₂, từ thời gian truyền sóng mạch sẽ ước tính được SV kết hợp với tần số tim cho ta CO ước tính. Mặc dù có ưu điểm không xâm lấn, tuy nhiên nó chỉ là phương pháp ước tính CO.

VI. KẾT LUẬN

Trong những năm qua, các kỹ thuật theo dõi huyết động liên tục phát triển theo hướng ít xâm lấn hơn và các chỉ số được đo theo thời gian thực. Trên những người bệnh sốc, siêu âm tim hiện là kỹ thuật hàng đầu để đánh giá huyết động, trong khi theo dõi huyết động nâng cao chỉ được khuyến cáo trên người bệnh không đáp ứng điều trị ban đầu và/hoặc trên bệnh nhân diễn tiến phức tạp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huygh J, Peeters Y, Bernards J, Malbrain MLNG. Hemodynamic monitoring in the critically ill: an overview of current cardiac output monitoring methods. *F1000Res.* 2016;5:F1000

Faculty Rev-2855. doi:10.12688/f1000research.8991.1

2. Arya VK, Al-Moustadi W, Dutta V. Cardiac output monitoring – invasive and noninvasive. *Current Opinion in Critical Care.* 2022;28(3):340. doi:10.1097/MCC.0000000000000937
3. Jozwiak M, Monnet X, Teboul JL. Less or more hemodynamic monitoring in critically ill patients. *Current Opinion in Critical Care.* 2018;24(4):309-315. doi:10.1097/MCC.0000000000000516
4. Monnet X, Marik PE, Teboul JL. Prediction of fluid responsiveness: an update. *Ann Intensive Care.* 2016;6(1):111. doi:10.1186/s13613-016-0216-7
5. Desai N, Garry D. Assessing dynamic fluid-responsiveness using transthoracic echocardiography in intensive care. *BJA Educ.* 2018;18(7):218-226. doi:10.1016/j.bjae.2018.03.005
6. Vieillard-Baron A, Millington SJ, Sanfilippo F, et al. A decade of progress in critical care echocardiography: a narrative review. *Intensive Care Med.* 2019;45(6):770-788. doi:10.1007/s00134-019-05604-2
7. De Backer D, Cecconi M, Chew MS, et al. A plea for personalization of the hemodynamic management of septic shock. *Crit Care.* 2022;26(1):372. doi:10.1186/s13054-022-04255-y
8. Monnet X, Shi R, Teboul JL. Prediction of fluid responsiveness. What's new? *Ann Intensive Care.* 2022;12(1):46. doi:10.1186/s13613-022-01022-8

THÁI ĐỘ VÀ RÀO CẢN ĐỐI VỚI VIỆC THỰC HIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CỦA SINH VIÊN Y ĐA KHOA TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2022

Trần Bảo Đại¹, Nguyễn Hà Phúc Tâm¹, Nguyễn Văn Pol¹,
Bùi Tùng Hiệp¹, Lê Thị Quý Thảo¹, Võ Văn Bầy¹,
Võ Quang Trung¹, Nguyễn Kim Thuận¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Nghiên cứu khoa học (NCKH) là một hoạt động rất quan trọng cung cấp những bằng chứng khoa học trong việc áp dụng chính sách y tế trong một quốc gia. Thái độ và rào cản có ảnh hưởng lớn đến việc NCKH, do đó, sinh viên y khoa cần được chú trọng đào tạo để phát triển thành đội ngũ bác sĩ tài giỏi trong tương lai. **Mục tiêu:** Khảo sát thái độ và rào cản đối với việc thực hiện NCKH của sinh viên Y khoa tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2022. **Đối tượng - phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang mô tả đã khảo sát 510 sinh viên Y khoa trong tháng 02 năm 2022. **Kết quả:** 510 sinh viên tham gia khảo sát gồm 268 sinh viên nam và 242 sinh viên nữ. Điểm

trung bình thái độ và rào cản của sinh viên Y khoa là 48,6±5,7 và 31,9±4,1. Tất cả sinh viên tham gia khảo sát có yếu tố kỹ năng tiếng Anh đọc hiểu (p= 0,021), viết (p= 0,019), giao tiếp (p= 0,011) và khả năng kết nối mạng (p=0,026) ảnh hưởng đến thái độ của sinh viên đối với việc thực hiện NCKH. Kiến thức và kỹ năng khi tham gia NCKH là rào cản đối với hầu hết sinh viên. **Kết luận:** Các sinh viên Y khoa có thái độ tích cực với việc tham gia NCKH nhưng còn nhiều rào cản ảnh hưởng đến sinh viên.

Từ khóa: Nghiên cứu khoa học, Rào cản, Sinh viên Y khoa, Thái độ, Thành phố Hồ Chí Minh.

SUMMARY

ATTITUDES AND BARRIERS TO SCIENTIFIC RESEARCH IN 2022: THE CASE OF MEDICAL STUDENTS IN HO CHI MINH CITY

Background: Scientific research is the most critical activity in the field of health sciences, as it provides scientific evidence relevant to the implementation of health policy in a country. It is important to pay attention to scientific research among

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Kim Thuận
Email: thuannk@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 5.7.2023
Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023
Ngày duyệt bài: 11.9.2023