Otolaryngology - Head and Neck Surgery E-Book", Elsevier Health Sciences, pp.
6. **Başekim C. C., Mutlu H., Güngör A., Silit E., et al** (2005), "Evaluation of styloid process by three-dimensional computed tomography". Eur Radiol, 15 (1), pp. 134-9.
7. **Ramadan S. U., Gokharman D., Tunçbilek I., Kacar M., et al** (2007), "Assessment of the stylohoid chain by 3D-CT". Surg Radiol Anat, 29 (7), pp. 583-8.
8. **Onbas O., Kantarci M., Murat Karasen R., Durur I., et al** (2005), "Angulation, length, and morphology of the styloid process of the temporal bone analyzed by multidetector computed tomography". Acta Radiol, 46 (8), pp. 881-6.
9. **Buyuk C., Gunduz K., Avsever H.** (2018), "Morphological assessment of the stylohyoid complex variations with cone beam computed tomography in a Turkish population". Folia Morphol (Warsz), 77 (1), pp. 79-89.
10. **Hettiarachchi Pvks, Jayasinghe R. M., Fonseka M. C., Jayasinghe R. D., et al** (2019), "Evaluation of the styloid process in a Sri Lankan population using digital panoramic radiographs". J Oral Biol Craniofac Res, 9 (1), pp. 73-76.

KIẾN THỨC VÀ NHỮNG RÀO CẢN VỀ GÓI DỰ PHÒNG VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Hoàng Minh Hoàn[1,2], Ngô Huy Hoàng[2], Đào Xuân Cơ[1,3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức và những rào cản về gói dự phòng viêm phổi liên quan thở máy của nhân viên y tế (NVYT) tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** 105 NVYT bao gồm 23 bác sỹ và 82 điều dưỡng trực tiếp thực hành gói dự phòng VPLQTM. Tất cả NVYT được phỏng vấn bộ công cụ khảo sát được xây dựng dựa trên kiến thức và rào cản thực hành. **Kết quả:** Đa số NVYT có kiến thức tốt 67,6%, khá 28,6%, trung bình 3,8%. Hầu hết có tỉ lệ trả lời đúng đạt trên 90%. Các giải pháp có tỉ lệ trả lời đúng dưới 80% bao gồm quản lý dây thở, quản lý áp lực bóng chèn, dự phòng loét dạ dày và huyết khối tĩnh mạch sâu. Đa số NVYT gặp rào cản 81,9%, trong đó, thường gặp nhất là về phía NVYT 67,6%, thấp nhất là về vật tư 47,6%. Các giải pháp thường gặp rào cản là: vận động và rời giường sớm và SBT hàng ngày và đánh giá rút ống. **Kết luận:** Mặc dù kiến thức và thái độ của nhân viên y tế đều đạt mức tốt nhưng trong quá trình thực hành còn gặp nhiều rào cản về phối hợp nhóm và vật tư y tế. ***Từ khóa:*** gói dự phòng, viêm phổi liên quan thở máy, kiến thức, thái độ, rào cản

SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND BARRIERS TOWARD VENTILATION-RELATED PNEUMONIA CARE BUNDLE AMONG MEDICAL STAFF AT THE CENTER FOR CRITICAL CARE MEDICINE, BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To investigate knowledge, attitudes, and barriers toward ventilation-related pneumonia (VAP) care bundle among medical staff at the Center for Critical Care Medicine, Bach Mai Hospital. **Population and methods:** 105 medical staff, including 23 doctors and 82 nurses, directly practice the 10-item care bundle. All subjects were interviewed with a survey toolset based on knowledge, attitude, and barriers. **Results:** Most medical staff have good knowledge 67.6%, good 28.6%, average 3.8%. Most have a correct answer rate of over 90%. Solutions with a correct answer rate of less than 80% include breathing circuit management, cuff pressure management, gastric ulcer prevention, and deep vein thrombosis. Most medical staff encountered barriers 81.9%, of which the most common was on the part of medical staff 67.6%, and the lowest was on supplies 47.6%. Common barriers to solutions are mobilization and early release from bed and daily SBT and extubation assessment. **Conclusion:** Although the knowledge and attitudes of medical staff are reasonable, there are still many barriers regarding group coordination and medical supplies during the practice process. ***Keywords:*** care bundle, ventilation-related pneumonia, knowledge, attitude, barriers

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dự phòng các biến chứng liên quan đến thở máy, trong đó, đặc biệt viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) là một vấn đề quan tâm hàng đầu trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Báo cáo của Kollef (2014), cho thấy, mặc dù có những tiến bộ đáng kể trong dự phòng nhiễm khuẩn, chăm sóc và điều trị cho người bệnh có đặt nội khí quản thở máy, tỉ lệ VPLQTM vẫn còn ở mức cao, 15,6%.[1] Tại các đơn vị hồi sức tích cực, VPLQTM hiện nay là một thách thức lớn, đặt ra nhiều vấn đề trong chăm sóc người bệnh. Ngoài

[1]*Bệnh viện Bạch Mai*
[2]*Đại học Điều dưỡng Nam Định*
[3]*Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Minh Hoàn
Email: minhhoandttc@gmail.com
Ngày nhận bài: 17.11.2023
Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023
Ngày duyệt bài: 22.12.2024

gánh nặng cho bản thân người bệnh, cho gia đình và cho xã hội, VPLQTM còn được chứng minh làm tăng chi phí liên quan đến điều trị, chăm sóc và sử dụng kháng sinh.[1] Một trong những lý do chính ảnh hưởng đến tỷ lệ tuân thủ này là kiến thức và những rào cản thực hành của nhân viên y tế (NVYT). Tại bệnh viện Bạch Mai, tỷ lệ VPLQTM có xu hướng giảm dần qua các năm Hà Sơn Bình (2015) 24,4%, Hoàng Khánh Linh (2018) 23,4%, Nguyễn Đình Quân (2020) 19,9%.[2] Tuy nhiên, mức độ tuân thủ tuyệt đối gói dự phòng còn thấp như Nguyễn Đình Quân (2020) là 13%.[2] Do đó, cần thiết đảm bảo tỷ lệ tuân thủ được duy trì và cải thiện. Quá trình tổng quan y văn cho thấy kiến thức của NVYT về gói dự phòng VPLQTM và những rào cản hoặc khó khăn khi triển khai gói dự phòng là những yếu tố có ảnh hưởng lớn đến mức độ tuân thủ.[3,4] Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả thực trạng kiến thức và những rào cản về gói dự phòng VPLQTM của NVYT tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 105 NVYT bao gồm bác sỹ và điều dưỡng trực tiếp thực hành gói dự phòng VPLQTM tại Khoa hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 07/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

-Bác sỹ và điều dưỡng đang công tác thuộc biên chế hoặc hợp đồng xác định thời hạn.

-Có chứng chỉ hành nghề và kinh nghiệm làm việc trong lĩnh vực hồi sức tích cực từ 1 năm trở lên.

-Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Bác sỹ hoặc điều dưỡng không trực tiếp thực hiện các giải pháp trong gói dự phòng VPLQTM thuộc nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiến cứu

2.2.2. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu toàn bộ, bao gồm tất cả nhân viên y tế thực hành gói dự phòng VPLQTM trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi tiến hành phỏng vấn trực tiếp 146 NVYT, có 105 mẫu phiếu khảo sát của 105 NVYT đủ tiêu chí lựa chọn, đưa vào nghiên cứu.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu. Trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 07/2023, chúng tôi tiến hành phỏng vấn NVYT trực tiếp thực hành gói dự phòng VPLQTM bằng mẫu phiếu khảo sát được thiết kế sẵn trong 10-15 phút (Hình 2.1). Để đảm bảo chất lượng bộ số liệu, quá trình thu thập được tiến hành riêng biệt với từng NVYT để tránh những sai số hệ thống do có sự trao đổi thông tin hay sự căng thẳng giữa những người tham gia.

Phụ lục

PHIẾU KHẢO SÁT KIẾN THỨC VÀ MỨC ĐỘ PHÙ HỢP CỦA GÓI DỰ PHÒNG VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY

Mã phiếu: .....

A. THÔNG TIN CHUNG

Anh/Chị vui lòng trả lời các câu hỏi dưới đây bằng cách đánh dấu (×) vào ô tương ứng hoặc ghi con số phù hợp với Anh/Chị vào khoảng trống cho trước dưới đây.

A1. Anh/Chị là:

1. Bác sỹ: ☐
2. Điều dưỡng: ☐

A2. Tuổi (*ghi năm sinh của anh/chị*): .....

A3. Giới: 1. Nam: ☐ 2. Nữ: ☐

A4. Thâm niên công tác tại khoa HSTC (*ghi số năm trực tiếp làm lâm sàng*): .....

A5. Trình độ chuyên môn được đào tạo cao nhất: .....

A6. Tần suất trung bình Anh /Chị áp dụng đầy đủ gói "Dự phòng viêm phổi liên quan đến thở máy" cho khoảng bao nhiêu người bệnh trong 1 ngày làm việc:

1 người bệnh/ngày: ☐ 3 người bệnh/ngày: ☐

2 người bệnh/ngày: ☐ Trên 3 người bệnh/ngày: ☐

B. KIẾN THỨC VỀ GÓI DỰ PHÒNG VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY

Anh/Chị vui lòng khẳng định những phát biểu dưới đây là Đúng hay Sai bằng cách đánh dấu (×) vào cột Đúng hoặc Sai tương ứng với mỗi phát biểu từ B1 đến B25.

TT	NỘI DUNG	Đúng	Sai	Phân vân
B1	Theo định nghĩa của Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ tháng 1 năm 2023 Viêm phổi liên quan thở máy là viêm phổi xuất hiện ở người bệnh có đặt ống NKQ, MKQ sau 48 giờ			
B2	Viêm phổi liên quan thở máy là nhiễm khuẩn ít gặp ở người bệnh thở máy			
B3	Vệ sinh tay đúng quy trình khi chăm sóc, thăm khám từ người bệnh này sang người bệnh khác là biện pháp quan trọng trong dự phòng viêm phổi liên quan thở máy			
B4	Trước và sau khi chạm vào người bệnh, nhân viên y tế phải thực hiện vệ sinh tay			
B5	Đối với các vết bẩn nhìn thấy bằng mắt thường được ở trên tay, nhân viên y tế phải thực hiện vệ sinh tay bằng xà phòng dưới vòi nước			
B6	Chăm sóc răng miệng cho người bệnh thở máy 3 lần 1 ngày bằng dung dịch chứa Chlohexidine và không bơm rửa miệng được khuyến cáo để dự phòng viêm phổi liên quan thở máy			
B7	Khi chăm sóc răng miệng cho người bệnh phải đặt người bệnh ở để tư thế nằm ngửa đầu bằng			
B8	Để phòng tránh dịch đường hô hấp trên chảy xuống phổi người bệnh trong quá trình chăm sóc răng miệng nhân viên y tế phải kiểm tra áp lực bóng chèn trước khi thực hiện kỹ thuật			
B9	Duy trì tư thế nằm ngửa đầu cao 30-45 độ cho người bệnh thở máy giúp dự phòng viêm phổi liên quan thở máy			
B10	Duy trì an thần ở người bệnh thở máy làm giảm nguy cơ gây viêm phổi liên quan thở máy			
B11	Đối với người bệnh thở máy ngoại trừ người bệnh được chẩn đoán viêm phổi ARDS mức điểm RASS duy trì ở -1 đến 1 điểm			
B12	Tần suất đánh giá an thần ở trung tâm HSTC – BVBM là 3 giờ/ lần			
B13	Dây máy thở được khuyến cáo thay hàng ngày để dự phòng viêm phổi liên quan thở máy			
B14	Dây máy thở được khuyến cáo luôn để ở vị trí thấp hơn ống NKQ, canuyl MKQ			
B15	Cốc ngưng của dây máy thở phải đặt ở tư thế thẳng và được khuyến cáo không để nước đọng quá 2/3 cốc			
B16	Sử dụng dây máy thở dùng 1 lần cho người bệnh là một trong những biện pháp dự phòng viêm phổi liên quan thở máy			
B17	Áp lực bóng chèn của ống NKQ, canuyl MKQ được duy trì ở mức 20-30 cm H2O			
B18	Áp lực bóng chèn thích hợp giúp ngăn chặn dịch tiết trên đường hô hấp trên chảy xuống phổi và làm giảm nguy cơ viêm phổi liên quan thở máy			
B19	Ống nội khí quản có cửa hút trên bóng chèn làm tăng nguy cơ phát sinh viêm phổi liên quan thở máy			
B20	Đánh giá cai thở máy cho người bệnh hàng ngày làm giảm nguy cơ viêm phổi liên quan thở máy			
B21	Người bệnh thở máy dài ngày có nguy cơ viêm phổi liên quan thở máy thấp hơn những người bệnh thở máy ngắn ngày			
B22	Tần suất viêm phổi liên quan thở máy giảm khi người bệnh được thực hiện các liệu pháp chăm sóc hô hấp			
B23	Tần suất viêm phổi liên quan thở máy giảm khi người bệnh được thực hiện rời giường sớm			

B24	Dừng an thần ngắt quãng và cho người bệnh vận động sớm làm tăng nguy cơ viêm phổi liên quan thở máy			
B25	Dự phòng loét dạ dày tá tràng có khả năng làm giảm viêm phổi liên quan thở máy			

C. NHỮNG RÀO CẢN/ KHÓ KHĂN LIÊN QUAN ĐẾN TUÂN THỦ GÓI DỰ PHÒNG VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY

Anh/Chị vui lòng cho biết ý kiến của bản thân về những rào cản hoặc khó khăn khi thực hiện gói dự phòng viêm phổi liên quan đến thở máy bằng cách đánh dấu (×) vào 1 trong 3 cột tương ứng với mỗi giải pháp từ C1 đến C10 dưới đây. Nếu trong thực tế, anh/chị thấy có rào cản nào khác với liệt kê, xin ghi cụ thể vào hàng cuối.

Với các câu trả lời đồng ý, xin vui lòng liệt kê giải pháp nào gặp rào cản.

TT	RÀO CẢN	Đồng ý	Phân vân	Không đồng ý	Tên giải pháp
C1	Không đủ thời gian thực hiện đầy đủ gói dự phòng VPLQTM				
C2	Quên các bước chi tiết trong thực hiện gói dự phòng VPLQTM				
C3	Đào tạo về gói dự phòng VPLQTM chưa thường xuyên				
C4	Thiếu tài liệu hướng dẫn Quy trình thực hiện gói dự phòng VPLQTM				
C5	Thiếu dụng cụ, vật tư y tế cho thực hiện các giải pháp của gói dự phòng VPLQTM				
C6	Một số vật tư cho thực hiện gói dự phòng VPLQTM chưa được BHYT thanh toán				
C7	Thiếu nhân lực chuyên môn để thực hiện gói dự phòng VPLQTM				
C8	Thiếu sự phối hợp nhóm chăm sóc trong thực hiện một số giải pháp của gói dự phòng VPLQTM				
C9	Thiếu sự hợp tác của người bệnh trong thực hiện gói dự phòng VPLQTM				
C10	Do người bệnh có chống chỉ định				
C11	Khác (ghi cụ thể):				

Chân thành cảm ơn Anh/Chị đã tham gia khảo sát!

Hà Nội, ngày ..... tháng ... năm 2023

ĐIỀU TRA VIÊN
(chữ ký và họ tên)

NGƯỜI ĐƯỢC KHẢO SÁT
(có thể ký hoặc không ký tên)

Hình 2.1. Mẫu bệnh án nghiên cứu

- Các tiêu chí đánh giá:

+ Kiến thức về gói dự phòng VPLQTM bao gồm 25 câu hỏi từ B.1 đến B.25. Đánh giá kiến thức theo thang điểm 1. Nếu trả lời đúng câu hỏi được 1 điểm, trả lời không đúng được 0 điểm. Tổng điểm đánh giá kiến thức là 25 điểm, đánh giá kiến thức theo 4 mức độ: tốt khi trả lời đúng từ 23 câu trở lên, khá khi trả lời đúng từ 19 đến 22 câu, trung bình khi trả lời đúng từ 13 đến 18 câu, kém khi trả lời đúng dưới 13 câu.

+ Rào cản của NVYT khi thực hành gói dự phòng VPLQTM được khảo sát dựa trên 10 câu hỏi từ C.1 đến C.10. Đánh giá rào cản theo biến nhị phân (có, không) dựa trên phỏng vấn. Các rào cản được xếp thành 4 nhóm: từ câu C.1 đến C.4 là rào cản về phía NVYT; C.5 đến C.6 là rào cản về vật tư y tế; C.7 đến C.8 là rào cản về sự phối hợp nhóm khi thực hiện; C.9 đến C.10 là rào cản về phía người bệnh. C.11 là câu hỏi mở để NVYT có thể bổ sung các rào cản nếu cần.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 26.0. Sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê nếu p < 0,05.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Bệnh viện Bạch Mai theo Quyết định số 1435/BVBM – HĐĐĐ.

- Tất cả những người tham gia đều được giải thích đầy đủ về mục tiêu nghiên cứu, trách nhiệm và quyền lợi trước khi họ bắt đầu thực hiện bảng câu hỏi tự khai báo. Tất cả thông tin của người tham gia được đảm bảo bảo mật và tham gia tự nguyện, họ có thể rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.

- Để thực hiện đánh giá hiệu quả áp dụng gói dự phòng, chúng tôi tiến hành đánh giá kiến thức, khó khăn/ rào cản khi triển khai cho toàn bộ NVYT tham gia chăm sóc và điều trị cho người bệnh thở máy trong giai đoạn nghiên cứu.

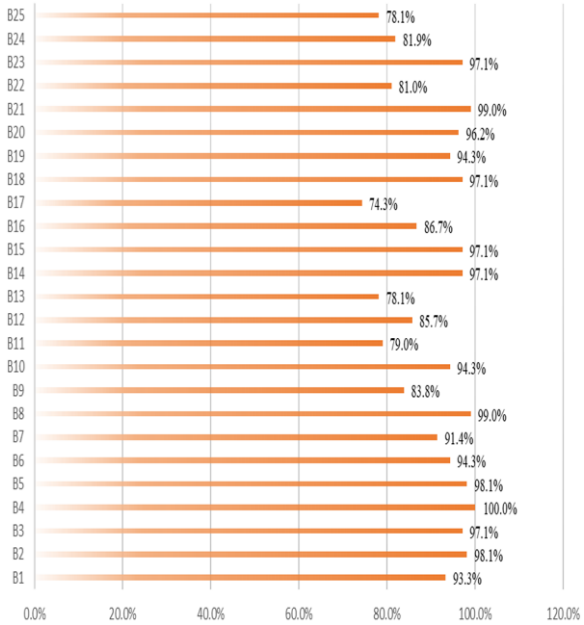
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 07/2023, chúng tôi tiến hành phỏng vấn 105 NVYT bao gồm 23 bác sỹ và 82 điều dưỡng tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai.

Bảng 3.5. Đặc điểm NVYT trong nghiên cứu

Đặc điểm		Bác sỹ (n=23)		Điều dưỡng (n=82)		Tổng (n=105)	
		n	%	n	%	n	%
Tuổi	Trung bình (X±SD, min-max)	33,4±6,1 (26-51)		32,7±6,8 (22-49)		32,8±6,7 (22-51)	
	20-29	4	17,4	30	36,6	34	32,4
	30-39	14	60,9	37	45,1	51	48,6
	40-49	4	17,4	15	18,3	19	18,1
	≥50	1	4,3	0	0	1	1,0
Giới	Nam	18	78,3	28	34,1	46	43,8
	Nữ	5	21,7	54	65,9	59	56,2
Thâm niên công tác	<5 năm	9	39,1	31	37,8	40	38,1
	5-10 năm	10	43,5	28	34,2	38	36,2
	> 10 năm	4	17,4	23	28,0	27	25,7

Nhận xét: Nhóm bác sỹ chủ yếu có tuổi từ 30-39 (60,9%), giới nam (78,3%), thâm niên công tác 5-10 năm (43,5%). Nhóm điều dưỡng chủ yếu có tuổi từ 30-39 (48,6%), giới nữ (56,2%), thâm niên công tác <5 năm 38,1%.



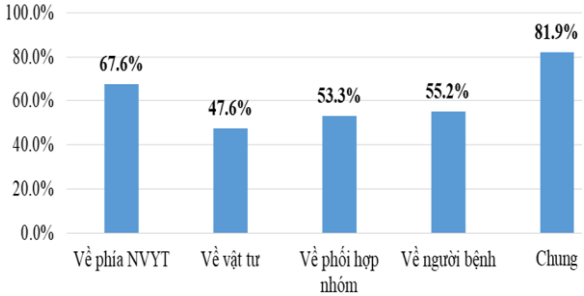
Biểu đồ 3.1. Tỉ lệ trả lời đúng các câu hỏi liên quan kiến thức của NVYT

Nhận xét: Hầu hết các câu hỏi đều có tỉ lệ trả lời đúng từ 75% trở lên. Tỉ lệ trả lời đúng thấp nhất ở câu số 17 về áp lực bóng chèn với 74,3%. Tỉ lệ trả lời đúng cao nhất ở câu số 4 về thời điểm vệ sinh tay với 100%.

Bảng 3.6. Kiến thức chung về gói dự phòng VPLQTM

Kiến thức chung về gói dự phòng	n	%
Tốt	71	67,6
Khá	30	28,6
Trung bình	4	3,8
Điểm trung bình (X±SD, min-max)	22,7±1,8 (16-25)	

Nhận xét: Tỷ lệ NVYT có kiến thức tốt chiếm tỷ lệ cao nhất với 67,6%, tiếp theo là khá với 28,6%. Chỉ có 4 NVYT có kiến thức trung bình với tổng điểm thấp nhất là 16 điểm.



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ gặp các rào cản khi thực hiện gói dự phòng VPLQTM của NVYT (n=105)

Nhận xét: Đa số NVYT đều gặp rào cản khi thực hiện gói dự phòng VPLQTM với tỷ lệ 81,9%. Trong các rào cản, rào cản về phía NVYT chiếm tỷ lệ cao nhất với 67,6%, thấp nhất là rào cản về vật tư 47,6%.

Bảng 3.7. Liên quan giữa kiến thức và rào cản về gói dự phòng VPLQTM

Rào cản		Kiến thức				p
		Tốt		Khá-Trung bình		
		n	%	n	%	
Về phía NVYT	Có	43	60,6	28	82,4	0,026*
	Không	28	39,4	6	17,6	
Về vật tư	Có	35	49,3	15	44,1	>0,05*
	Không	36	50,7	19	55,9	
Về phối hợpnhóm	Có	35	49,3	21	61,8	>0,05*
	Không	36	50,7	13	38,2	
Về phía người bệnh	Có	39	54,9	19	55,9	>0,05*
	Không	32	45,1	15	44,1	
Chung	Có	56	78,9	30	88,2	>0,05**
	Không	15	21,1	4	11,8	

**: Test Khi bình phương, **: Test Fisher exact*

Nhận xét: Tỉ lệ gặp rào cản về phía NVYT ở nhóm có kiến thức tốt là 60,6%, thấp hơn nhóm kiến thức khá-trung bình 82,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Không có sự khác biệt về tỉ lệ gặp rào cản vật tư, rào cản phối hợp nhóm, rào cản người bệnh giữa nhóm kiến thức tốt và khá-trung bình.

IV. BÀN LUẬN

VPLQTM là một biến chứng thường gặp trên thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, cho đến hiện nay, chẩn đoán và điều trị VPLQTM vẫn còn là một thách thức đối với NVYT. Đôi khi, VPLQTM là nguyên nhân chính dẫn tới tử vong mà không phải là bệnh lý nền của người bệnh. Theo biểu đồ 3.1, hầu hết NVYT đều nắm được định nghĩa cũng như nguy cơ VPLQTM trong thực hành lâm sàng, với tỷ lệ trả lời đúng trên 90%. Theo Soni (2018), điểm trung bình kiến thức về VPLQTM là 6,2 với tỷ lệ trả lời đúng trung bình là 56,36%.[5] Tác giả cho rằng, tỷ lệ này thấp bởi vì hầu hết điều dưỡng không được tiếp xúc với các hướng dẫn chuẩn về VPLQTM trên thế giới. Trong một nghiên cứu khác của Alkhazali (2021), tỷ lệ trả lời đúng định nghĩa và nguy cơ nhiễm khuẩn ở người bệnh thở máy lần lượt là 81,6% và 86,5%, thấp hơn của chúng tôi.[3] Tác giả giải thích rằng, hầu hết đối tượng nghiên cứu là sinh viên mới ra trường, do đó, kiến thức liên quan đến thực hành VPLQTM còn nhiều hạn chế. Gói dự phòng VPLQTM đã được chúng tôi triển khai từ năm 2018, các đối tượng được phỏng vấn đều là những NVYT hợp đồng hoặc biên chế tại Bệnh

viện, do đó, đều đã nắm được tầm quan trọng của dự phòng VPLQTM. Mặt khác, khoa thường xuyên tổ chức các buổi đào tạo tại chỗ, sinh hoạt khoa học để cập nhật kiến thức chung về kiểm soát nhiễm khuẩn cũng như kiến thức về dự phòng VPLQTM nhằm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện cho người bệnh. Nhóm nghiên cứu cho rằng, nắm được khái niệm VPLQTM là rất cần thiết để nhắc nhở các NVYT khi thực hành chăm sóc cho người bệnh thở máy.

Quản lý áp lực bóng chèn hay kiểm soát và duy trì áp lực bóng chèn ống nội khí quản là giải pháp mới được ứng dụng trong dự phòng VPLQTM. Mặc dù những lợi ích của bóng chèn đã được công nhận, nhưng không phải cơ sở hồi sức nào cũng có thể tiếp cận được. Theo biểu đồ 3.1, tỷ lệ NVYT biết được tầm quan trọng của bóng chèn là 97,1% (câu B18) nhưng chỉ có 74,3% biết được cần duy trì áp lực bóng chèn 20-30cm H_2O (Câu B17). Kết quả này cao hơn so với Soni (2016), tỷ lệ biết được vấn đề này ở mức thấp, giá trị trung bình là 42%. Nhóm nghiên cứu cho rằng, sự khác biệt giữa nghiên cứu này và của các tác giả vì điều kiện khó khăn trong tiếp cận đồng hồ đo áp lực bóng chèn. Nhìn chung, NVYT đã nắm được quy trình thở máy thì đều biết được các kiến thức chung liên quan đến quản lý áp lực bóng chèn. Tuy nhiên, trên thực tế chăm sóc người bệnh chúng tôi nhận thấy rằng, khi để áp lực bóng chèn đúng quy định từ 20-30 cmH_2O vẫn có một số người bệnh xuất hiện hiện tượng rò rỉ khí lên miệng người bệnh. Hiện tượng này thường gặp ở những người bệnh có đặt ống nội khí quản thở máy dài ngày hoặc người bệnh được đặt ống nhỏ hơn kích thước cơ thể. Do đó còn một số NVYT nghi ngại việc duy trì áp lực bóng chèn từ 20-30 cmH_2O sẽ dẫn đến hở đường dẫn khí và không đảm bảo áp lực khí lưu thông cho người bệnh.

Dựa trên kết quả tổng hợp từ 25 câu hỏi về kiến thức, chúng tôi chia mức độ kiến thức của NVYT thành 4 mức độ: tốt, khá, trung bình và kém. Kết quả bảng 3.2 cho thấy, không có NVYT nào đạt mức kém, chỉ có 4 trường hợp mức trung bình, còn 96,2% trường hợp đạt mức khá và tốt. Nghiên cứu của Soni (2018) cho thấy, có 14,7% đạt kiến thức tốt, 64% trung bình và 38,2% kiến thức kém.[5] Lý do được tác giả đưa ra là do sự không thống nhất và thiếu cập nhật các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị trên thế giới, mức độ kiến thức này không có mối liên quan với trình độ chuyên môn hay kinh nghiệm công tác. Theo Alkhazali (2021), không có mối liên quan giữa mức độ kiến thức và tuổi, kinh nghiệm làm việc tại trung tâm hồi sức, trình độ chuyên môn, đào tạo chuyên sâu về VPLQTM trước đó.[3] Các kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.2). Bankanie (2021) quan sát thấy kinh nghiệm và trình độ học vấn không có mối liên hệ đáng kể với kiến thức và sự tuân thủ của điều dưỡng.[4] Tương tự, Hassaen (2023) nhận thấy, mức độ kiến thức tốt của điều dưỡng là 48,6%, có mối liên quan chặt chẽ với trình độ học vấn theo mô hình phân tích hồi quy đa biến.[6] Ngoài ra, trong một nghiên cứu khác của Paliwal (2023) lại chỉ ra không có sự khác biệt kiến thức giữa nhóm bác sĩ và điều dưỡng.[7] Như vậy, nhìn chung, mức độ kiến thức của NVYT trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của các tác giả. Nhóm nghiên cứu cho rằng, có thể do nhóm đối tượng nghiên cứu được tiến hành trên cả đối tượng bác sĩ và điều dưỡng có trình độ học vấn cao, có nhiều năm kinh nghiệm làm việc tại trung tâm hồi sức.

Kiến thức đầy đủ và loại bỏ các rào cản là bước đầu tiên trong tuân thủ dự phòng VPLQTM.[7] Bảng 3.3 cho thấy tỉ lệ gặp rào cản về phía NVYT ở nhóm có kiến thức tốt là 60,6%, thấp hơn nhóm kiến thức khá-trung bình 82,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Không có sự khác biệt về tỉ lệ gặp rào cản vật tư, rào cản phối hợp nhóm, rào cản người bệnh giữa nhóm kiến thức tốt và khá-trung bình. Kết quả này phù hợp với nghiên cứa của Paliwal và cộng sự (2023).[7] Theo tác giả, các rào cản phổ biến là thiếu hướng dẫn, lo ngại về các tác dụng phụ tiềm ẩn, thiếu hợp tác của người bệnh và thiếu đào tạo. So sánh giữa nhóm bác sỹ và điều dưỡng, tác giả nhận thấy, các rào cản dường như không có sự khác biệt giữa 2 nhóm gợi ý rằng cần triển khai đào tạo, hướng dẫn, giám sát thường xuyên và đưa vào danh sách kiểm tra biểu đồ điều trị hàng ngày để phòng ngừa VPLQTM. Al-Mugheed (2022) cũng chỉ ra các rào cản chính nên được xem xét bao gồm thiếu đào tạo, thiếu nhân viên điều dưỡng, thiếu chính sách và hướng dẫn điều trị và thiếu thời gian điều trị.[8] Do đó, đặt ra câu hỏi cần thiết có một hướng dẫn thực hiện các giải pháp dự phòng VPLQTM đồng bộ theo các gói dự phòng. Như vậy, kết quả nghiên cứu của các tác giả cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi. Xuất phát từ hoàn cảnh nghiên cứu được tiến hành sau một đợt đại dịch COVID-19, khi mà NVYT vừa trải qua những ngày tháng căng thẳng về cả số lượng và tính chất nguy cấp trong thở máy, do đó, các rào cản đã dần dần được bộc lộ rõ. Mặc dù hầu hết NVYT đều cảm nhận thấy những rào

cản hiện hữu, nhưng nổi bật nhất là hai vấn đề liên quan đến con người (thiếu nhân lực) và trang thiết bị (thiếu vật tư). Ngoài ra, sự thiếu đồng bộ và nhất quán trong các hướng dẫn điều trị là một rào cản thực tế, có thể thay đổi được trong tương lai gần, là vấn đề cần đặt ra cho các nhà chuyên môn để tìm giải pháp tháo gỡ.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức các nhân viên y tế đa số đều đạt mức tốt với 67,6%, trong đó, có 3 giải pháp còn tỉ lệ trả lời đúng thấp dưới 80% bao gồm quản lý dây thở, quản lý áp lực bóng chèn, dự phòng loét dạ dày và huyết khối tĩnh mạch sâu. Các giải pháp thường gặp rào cản là: vận động và rời giường sớm và SBT hàng ngày và đánh giá rút ống. Tỉ lệ gặp rào cản về phía NVYT, vật tư, phối hợp nhóm, người bệnh ở nhóm có kiến thức tốt thấp hơn khá-trung bình. Trong đó, ở rào cản về phía NVYT sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p<0,05.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kollef MH, Chastre J, Fagon JY, et al.** Global prospective epidemiologic and surveillance study of ventilator-associated pneumonia due to Pseudomonas aeruginosa. Critical care medicine. 2014;42(10):2178-2187. doi:10.1097/ccm.0000000000000510.
2. **Nguyễn Đình Quân.** Đánh giá sự tuân thủ và hiệu quả của gói dự phòng viêm phổi liên quan thở máy tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai. Đại học Y Hà Nội; 2020.
3. **Alkhazali MN, Bayraktar N, Al-Mugheed KA.** Knowledge and barriers of critical care nurses regarding evidence-based practices in ventilator-associated pneumonia prevention. Cyprus J Med Sci. 2021;6(3):185-191.
4. **Bankanie V, Outwater AH, Wan L, Yinglan L.** Assessment of knowledge and compliance to evidence-based guidelines for VAP prevention among ICU nurses in Tanzania. BMC Nursing. 2021;20(1):209. doi:10.1186/s12912-021-00735-8.
5. **Soni K, Mehta R.** Knowledge, adherence and barriers towards the prevention of ventilator associated pneumonia among nurses. Int J Sci Res. 2018;7(1):358-363.
6. **Hassen KA, Nemera MA, Aniley AW, Olani AB, Bedane SG.** Knowledge Regarding Mechanical Ventilation and Practice of Ventilatory Care among Nurses Working in Intensive Care Units in Selected Governmental Hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: A Descriptive Cross-Sectional Study. Crit Care Res Pract. 2023;2023:4977612. doi:10.1155/2023/4977612.
7. **Paliwal N, Bihani P, Mohammed S, Rao S, Jaju R, Janweja S.** Assessment of Knowledge, Barrier in Implementation, and Compliance to Ventilator Bundle among Resident Doctors and Nurses Working in Intensive Care Units of a Tertiary Care Center of Western India: A Cross-sectional Survey. Indian J Crit Care Med. 2023;27(4): 270-276. doi: 10.5005/jp-journals-10071-24434.
8. **Al-Mugheed K, Bani-Issa W, Rababa M, et al.** Knowledge, Practice, Compliance, and Barriers toward Ventilator-Associated Pneumonia among Critical Care Nurses in Eastern Mediterranean Region: A Systematic Review. Healthcare (Basel). 2022;10(10). doi:10.3390/healthcare10101852.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT CẮT GAN PHẢI THEO GIẢI PHẪU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Phạm Thế Anh[1], Trương Mạnh Cường[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu các trường hợp được phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Khoa Ngoại Gan mật tụy, Bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ tháng 01/2022 đến tháng 07/2023. **Kết quả:** Phẫu thuật đã được thực hiện cho 110 bệnh nhân (BN). Tuổi trung bình: 55,3 ± 1,3 tuổi; 89,1% BN là nam giới; tỷ lệ mắc viêm gan B: 79,6%. Chỉ số AFP trung bình: 2058,8 ± 5910,8 ng/ml. Huyết khối tĩnh mạch cửa phải gặp ở 14 BN (12,7%). Kích thước khối u trung bình trên cắt lớp vi tính: 9,3 ± 4,0 cm. Đa số các trường hợp được kiểm soát cuống theo phương pháp Takasaki (93,6%). Có 31 BN (28,2%) được nạo vét hạch rốn gan, đầu tụy (tỷ lệ di căn hạch: 3,2%). Thời gian phẫu thuật trung bình: 133,4 ± 33,3 phút; không có BN nào truyền máu trong mổ. Thời gian nằm viện trung bình: 12,9 ± 8,9 ngày. Biến chứng gặp ở 28 BN bao gồm: cổ trướng (24,5%), suy gan (2,2%), tràn dịch màng phổi (1,1%). Các biến chứng này được phân độ theo bảng phân loại của Clavien–Dindo: I (75%), II (21,4%), IIIa (3,6%). Không trường hợp nào tử vong trong thời gian nằm viện. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt gan phải theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan là phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: cắt gan phải theo giải phẫu, ung thư biểu mô tế bào gan

[1]*Bệnh viện K*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh
Email: theanhvietduc@gmail.com
Ngày nhận bài: 17.11.2023
Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023
Ngày duyệt bài: 24.01.2024