

## BIẾN CHỨNG SAU MỔ CẮT GAN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO GAN ĐƯỢC NÚT ĐỘNG MẠCH GAN TRƯỚC MỔ

Nguyễn Hoàng<sup>1</sup>, Trịnh Hồng Sơn<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tỷ lệ biến chứng sau mổ cắt gan do ung thư tế bào gan được nút động mạch trước mổ tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 46 bệnh nhân (BN) ung thư tế bào gan được phẫu thuật cắt gan có nút động mạch gan trước mổ. **Kết quả và bàn luận:** Tuổi trung bình 48,8±13 tuổi. Tỷ lệ Nam/Nữ là 4,1/1. Tỷ lệ BN có viêm gan B có 41 BN chiếm 89,1%, viêm gan C có 2 BN chiếm 4,3%. Phần lớn BN phát hiện khối u gan mà không có triệu chứng. Tỷ lệ AFP tăng có 28 BN chiếm 60,9%. Trong tổng số 46 BN có 25 BN (54,3%) được nút động mạch gan (ĐMG) 1 lần và có 21 BN (45,7%) được nút ĐMG trên 1 lần. Phần lớn BN được mổ cắt gan lớn 28 BN (60,9%), tỷ lệ hoại tử u dưới 100% có 36 BN (78,3%). Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 BN chiếm 10,9%, trong đó chủ yếu biến chứng là tràn dịch màng phổi có 4 BN (8,7%), 2 BN suy gan sau mổ (4,3%) và 1 trường hợp có suy thận cấp sau mổ (2,2%). **Kết luận:** Phẫu thuật cắt gan sau nút ĐMG có tỷ lệ biến chứng thấp, các biến chứng chủ yếu là các biến chứng nhẹ, đồng thời nút ĐMG trước mổ làm tăng tỷ lệ BN được phẫu thuật, giúp cải thiện thời gian sống thêm sau mổ. **Từ khóa:** Ung thư tế bào gan, biến chứng sau mổ.

### SUMMARY

#### POST HEPATECTOMY COMPLICATION WITH PREOPERATIVE TRANSARTERIAL EMBOLIZATION OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA

**Objectives:** To describe the clinical, paraclinical and complications of hepatectomy with transarterial chemoembolization (TACE) pre operation for hepatocellular carcinoma (HCC). **Methods:** A prospective descriptive study on 46 patients HCC with preoperative TACE. **Results and discussion:** Mean age 48,8±13. Ratio Female/Male = 4/1. The rate of patients with hepatitis B was 41 patients (89.1%), and hepatitis C was 2 patients (4.3%). Most patients without syndromes. The rate of increased AFP was 29 patients (60.9%). There were 25 patients (54.3%) had TACE once and 21 patients (45.7%) had TACE more than once. The majority of patients had major hepatectomy, up to 28 patients (60.9%), the necrosis tumor rate was less than 100% in 36 patients (78.3%). The rate of complications in our study was

10,9% in 5 patients, of which the main complications were pleural effusion in 4 patients (8,7%), 2 patients with liver failure after surgery. (4,3%) and 1 case of acute renal failure (2,2%). **Conclusions:** Hepatectomy with TACE preoperation has a low complication rate, the complications are mainly minor complications and preoperative TACE increases the rate of patients undergoing surgery, improve postoperative survival. **Keywords:** Hepatocellular carcinoma, transarterial chemoembolization (TACE).

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC-Hepatocellular Carcinoma) là một trong các loại ung thư gan nguyên phát hay gặp nhất. Trong các khối u gan gồm nhiều loại khác nhau: lành tính, ác tính, nguyên phát, thứ phát, trong đó ung thư tế bào gan (UTTBG) chiếm 90% tổng số ung thư gan và là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 3 trong tổng số nguyên nhân tử vong do ung thư, hàng năm có khoảng 1 triệu trường hợp tử vong do UTTBG (1).

Phẫu thuật cắt gan là phương pháp điều trị cơ bản cho UTTBG. Tuy nhiên, tỷ lệ cắt bỏ trong UTTBG chỉ chiếm khoảng 30%. Trong đó cắt gan lớn thường gặp, chiếm tỷ lệ 76% các trường hợp cắt gan do UTTBG (2). Nút động mạch (ĐM) hóa chất hoặc phối hợp nút tĩnh mạch cửa (TMC) trước mổ làm tăng tỉ lệ bệnh nhân được phẫu thuật, đồng thời làm giảm tỉ lệ tái phát và kéo dài thời gian sống sau mổ. Tuy nhiên tỷ lệ biến chứng sau mổ cắt gan còn cao mặc dù đã giảm rất nhiều so với trước đây do những tiến bộ về kỹ thuật mổ và hồi sức sau mổ. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài nhằm đánh giá tỷ lệ và mức độ các biến chứng thường gặp phải sau cắt gan.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Bao gồm các người bệnh có đủ tiêu chuẩn sau: (1) BN được thực hiện phẫu thuật cắt gan sau khi nút ĐMG hoặc nút ĐMG phối hợp nút TMC trước mổ. (2) chức năng gan trước mổ trong giới hạn bình thường hoặc xơ gan Child-Pugh A đối với cắt gan lớn và Child-Pugh B với trường hợp cắt gan nhỏ. Đối với trường hợp cắt gan lớn thể tích gan còn lại phải đủ để chỉ định cắt gan. (3) Hồ sơ bệnh án đầy đủ đáp ứng các yêu cầu nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2024

Ngày duyệt bài: 9.4.2024

tả hồi cứu. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Đặc điểm lâm sàng**

<b>Tuổi</b>	48,8±13 tuổi	
<b>Giới</b>	Nam/nữ : 4,1/1	
<b>Triệu chứng lâm sàng</b>	Đau bụng	16 BN (34,8%)
	Gầy sút cân	8 BN (17,4%)
	Tình cờ	22 BN (47,8%)
<b>Nút động mạch</b>	Nút 1 lần	25 BN (54,3)
	Nút trên 1 lần	21 BN (45,7)

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 63.82 ± 10.4 tuổi, tỷ lệ nam : nữ xấp xỉ 2.34, chỉ số BMI trung bình là 21.29 ± 2.7 kg/m2. Có 34.4 % có bệnh lý mạn tính kèm theo, trong đó chủ yếu là tăng huyết áp (27.87%)

**Đặc điểm cận lâm sàng và phẫu thuật**

<b>AFP</b>	<20	18 BN (39,1)
	≥20	28 BN (60,9)
<b>Nút động mạch</b>	Nút 1 lần	25 BN (54,3)
	Nút trên 1 lần	21 BN (45,7)
<b>Loại cắt gan</b>	Cắt gan lớn	28 BN (60,9)
	Cắt gan nhỏ	18 BN (39,1)
<b>Tỷ lệ hoại tử u</b>	Hoại tử <100%	36 BN (78,3)
	Hoại tử 100%	10 BN (21,7)

**Biến chứng sau mổ**

<b>Phẫu thuật</b>	<b>Cắt gan lớn</b>	<b>Cắt gan nhỏ</b>	<b>Tổng số</b>
Biến chứng sau mổ	4(14,3%)	1(5,6%)	5(10,9%)
<b>Loại biến chứng</b>			
Tràn dịch màng phổi	4(14,3%)	0(0%)	4(8,7%)
Suy gan sau mổ	1(3,6%)	1(5,6%)	2(4,3%)
Suy thận cấp sau mổ	0%	1(5,6%)	1(2,2%)
Rò mật sau mổ	0%	0%	0%
Áp xe tồn dư sau mổ	0%	0%	0%
Tử vong sau mổ	0(0%)	0(0%)	0(0%)

**Nhận xét:** tỉ lệ biến chứng sau mổ chiếm 10,9%, trong đó ở nhóm cắt gan lớn có 4 BN (14,3%), biến chứng tràn dịch màng phổi gặp chủ yếu (14,3%), suy gan sau mổ 2BN (4,3%) trong đó 1 trường hợp BN tử vong 3 tháng sau mổ do suy gan không hồi phục và một trường hợp điều trị nội khoa ổn định.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.**

Trong nghiên cứu của chúng tôi nam giới chiếm đa số 80,4%. Năm 2013 Nishikawa tại bệnh viện Osaka, Nhật Bản (3) thông báo 235 BN UTTBG được phẫu thuật triệt căn trong đó nhóm được nút ĐMG trước mổ có 110 BN, tỉ lệ nam giới ở nhóm này chiếm 78,2%. Về độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 48,8±13 tuổi (thấp nhất 19

tuổi và cao nhất 68 tuổi). Trong nghiên cứu của Nishikawa (3) tuổi trung bình là 67,7 tuổi, nghiên cứu của Ja Young Kang năm (4) tuổi trung bình là 52,4.

Tỉ lệ viêm gan trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là viêm gan virus B lên đến 89,1%. Trong khi đó BN có tiền sử viêm gan virus C rất thấp là 4,3%. Trong nghiên cứu của Nishikawa (3) tỉ lệ mắc viêm gan virus B thấp hơn rất nhiều chỉ chiếm 13,6% nhưng tỉ lệ mắc viêm gan virus C lại cao hơn rất nhiều chiếm 57,3%. Nghiên cứu của Ja Young Kang năm(4) tỉ lệ viêm gan virus B chiếm 84,4%.

Chất chỉ điểm khối u quan trọng nhất trong chẩn đoán UTTBG là αFP. Nồng độ αFP có vai trò rất quan trọng trong việc hướng đến chẩn đoán, điều trị và tiên lượng sau mổ. αFP là chất chỉ điểm khối u được sử dụng từ những năm 1970 khi mà hầu hết các trường hợp UTTBG được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển khi nồng độ αFP trên 500ng/L thì được chẩn đoán xác định là UTTBG. Tuy nhiên αFP lại ít có giá trị chẩn đoán trong trường hợp khối u nhỏ.

Viêm gan mạn tính hay xơ gan làm tăng αFP trong khoảng 20% và 40% tổng số bệnh nhân. Bệnh nhân UTTBG có thể có nồng độ AFP dao động từ bình thường cho đến trên 100 000 ng/ml. Nồng độ αFP trong giới hạn bình thường có thể gặp trong khoảng 30% tổng số bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán và thường vẫn ở mức thấp, thậm chí ngay cả với UTTBG tiến triển (5).

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 25 BN được nút ĐMG 1 lần chiếm 54,3%, 21 BN được nút ĐMG trên 2 lần chiếm 45,7%. Tỉ lệ hoại tử u hoàn toàn (100%) có 10 BN chiếm 21,7%, tỉ lệ hoại tử không hoàn toàn có 36BN chiếm 78,3%. Năm 2009 Lee (6) và cộng sự tại bệnh viện Kaoshung, Đài Loan nghiên cứu 422 trường hợp UTTBG được mổ cắt gan chia làm 2 nhóm, trong đó 114 bệnh nhân được nút ĐMG trước mổ và 236 trường hợp không nút ĐMG trước mổ nhằm đánh giá hiệu quả của nút ĐMG trước mổ đối với việc cải thiện kết quả lâu dài cho bệnh nhân UTTBG, xác định lợi thế hoặc bất lợi của nút ĐMG trước mổ cả về mặt kinh tế trong điều trị bệnh nhân. Thời gian theo dõi sau mổ trung bình của nhóm có nút ĐMG trước mổ là 23 tháng và nhóm không nút ĐMG trước mổ là 26,5 tháng. Khi đánh giá hiệu quả của nút ĐMG đối với khối u tác giả thấy tỷ lệ hoại tử trung bình là 51,2%, 14,9% chưa có hoại tử u và 14% hoại tử u hoàn toàn.

Nút ĐMG được coi là biện pháp điều trị hỗ trợ trước mổ, khoảng cách tốt nhất giữa các lần nút ĐMG cũng không cố định có tác giả khuyên

rằng thời gian này là khoảng 2-3 tháng. Tuy nhiên nhiều tác giả thống nhất thời gian giữa 2 lần nút ĐMG là ngoài 3 tuần và cũng không có một công thức chuẩn nào về liều lượng, mức độ tập chung, tỉ lệ hóa chất trong dung dịch và tác nhân gây tắc mạch mà điều này cần áp dụng với từng trường hợp cụ thể. Số lượng các lần nút ĐMG phụ thuộc vào mức độ đáp ứng với điều trị của khối u và các phản ứng phụ sau nút ĐMG. Nói chung tỉ lệ đáp ứng với nút ĐMG của khối u là khoảng 50%, tỉ lệ đáp ứng thấp nhất là 15% và cao nhất là 85% (6).

**4.2. Biến chứng sau mổ cắt gan.** Tỉ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 BN chiếm 10,9% trong đó có 4 trường hợp tràn dịch màng phổi 2 trường hợp suy gan sau mổ và 1 trường hợp suy thận cấp sau mổ, không có trường hợp nào rò mật sau mổ.

Virani và cộng sự (7) nghiên cứu về tỉ lệ biến chứng sau mổ cắt gan ở 14 bệnh viện tại Mỹ trong thời gian 30 ngày sau mổ thấy tỉ lệ biến chứng chung là 22,6% trong đó có 5,2% BN phải mổ lại và tỉ lệ tử vong ở những trường hợp này cũng cao hơn những trường hợp khác không phải mổ lại. Khi nghiên cứu tỉ lệ biến chứng ở 2 nhóm cắt gan lớn và cắt gan nhỏ thì nhiều nghiên cứu cho rằng tỉ lệ biến chứng sau mổ ở 2 nhóm này không khác nhau, cũng có nghiên cứu khác cho rằng cắt gan lớn sẽ làm tăng nguy cơ biến chứng so với cắt gan nhỏ.

Trong những năm thập niên 70-80 biến chứng sau mổ cắt gan còn rất nặng nề theo Foster và Berman (8) tỉ lệ biến chứng sau mổ cắt gan lớn khoảng 20% và 1/5 trong số này tử vong do chảy máu sau mổ. Tuy nhiên cho đến nay do những tiến bộ về chẩn đoán hình ảnh, sự phát triển về mặt kỹ thuật mổ và hồi sức mà tỉ lệ biến chứng sau mổ cắt gan đã giảm đi rất nhiều và giảm xuống chỉ còn khoảng 4-10% tùy theo từng thông báo. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào BN chảy máu sau mổ.

Cho đến nay rò mật vẫn là một biến chứng rất được quan tâm của các phẫu thuật viên và biến chứng này không thấy giảm cho dù có sự phát triển về mặt phương tiện và kỹ thuật, tỉ lệ này gặp từ 2,6-33% tùy theo từng nghiên cứu. Trong tổng số 46 BN được chúng tôi phẫu thuật không thấy có trường hợp nào có rò mật hay áp xe tồn dư sau mổ. Biến chứng suy gan sau mổ là một biến chứng nặng nề nhất sau mổ cắt gan, có 2 nguyên nhân chính gây suy gan sau mổ đó là: do bản thân tế bào gan đã bị suy giảm chức năng (xơ gan nặng) không đảm bảo được các chức năng cơ bản của gan, do thể tích gan còn

lại không đủ để đảm bảo chức năng gan. Ngoài ra các yếu tố khác cũng ảnh hưởng đến suy gan sau mổ: thời gian thiếu máu, lượng máu mất, kỹ thuật cắt gan, các biến chứng sau mổ. Trong những năm gần đây tỉ lệ suy gan sau mổ gặp khoảng dưới 10% chủ yếu ở các trường hợp cắt gan lớn đây là nguyên nhân chính dẫn đến tử vong sau mổ, nếu có suy gan sau mổ thì tỉ lệ tử vong khoảng 18-75%, có những thông báo lên đến 60-100%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp suy gan sau mổ cắt gan trái, cắt hpt 1 kèm theo cắt đường mật ngoài gan và BN tử vong 3 tháng sau mổ so chức năng gan không hồi phục và 1 trường hợp còn lại suy gan sau mổ cắt phân thùy sau, BN được điều trị nội khoa và chức năng gan hồi phục (9).

Năm 2013 Yanming Zhou (10) đã dùng kỹ thuật phân tích gộp để nghiên cứu so sánh không ngẫu nhiên (nonrandomized comparative studies-NRCTs) và tác giả rút ra được 21 bài nghiên cứu trong đó có bốn nghiên cứu RCT và 17 nghiên cứu NRCTs đạt tiêu chuẩn. Nghiên cứu gồm có 3210 bệnh nhân trong đó có 1431 bệnh nhân được nút ĐMG trước mổ. Biến chứng sau mổ trong nghiên cứu này có mười báo cáo thấy tỷ lệ biến chứng của nhóm nút ĐMG trước mổ là 169 trên tổng số trong 583 trường hợp chiếm 28,9% còn ở nhóm không nút ĐMG trước mổ là 216 trên tổng số 803 trường hợp, chiếm 28,9% ( $p = 0,85$ ). Khi đi vào phân tích các biến chứng cụ thể của 2 nhóm này thấy tỷ lệ suy gan là 5,9% so với 6,3% ( $p = 0,86$ ), rò mật là 3,5% so với 2,8% ( $p = 0,77$ ), tràn dịch màng phổi là 7,0% so với 8,0% ( $p = 0,24$ ), cổ trướng sau mổ là 6,3% so với 6,1% ( $p = 0,96$ ), áp xe trong ổ bụng là 2,5% so với 1,3% ( $p = 0,31$ ), nhiễm trùng vết mổ là 3,2% so với 2,5% ( $p = 0,81$ ), chảy máu sau mổ là 3,3% so với 2,9% ( $p = 0,69$ ), loét gây xuất huyết dạ dày do stress là 1,1% so với 1,2% ( $p = 0,73$ ) và viêm phổi là 4,0% so với 2,1% ( $p = 0,33$ ). Mười sáu nghiên cứu báo cáo số bệnh nhân tử vong trong bệnh viện tử vong có 87 trường hợp, 46 trường hợp trong nhóm nút ĐMG trước mổ và 41 trong nhóm không nút ĐMG trước mổ. Qua đây cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ ở 2 nhóm khi phân tích gộp với  $p = 0,33$ . Tuy đây là một nghiên cứu phân tích gộp nhưng vẫn có hạn chế do tính không thuần nhất ở vài kết quả nghiên cứu. Mặc dù vậy thì theo nghiên cứu này nút ĐMG trước mổ dường như không cải thiện yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân UTTBG do đó cần thận trọng để thực hiện nó như một kỹ thuật bắt buộc thực hiện

trước mổ của tất cả các bệnh nhân UTTBG. Trong nghiên cứu của Lee (6) tỷ lệ tử vong chung là 27,54% cho các bệnh nhân trong nhóm không nút ĐMG trước mổ thấp hơn đáng kể so với nhóm nút ĐMG trước mổ là 39,47% ( $p=0,024$ ). Lee cũng cho rằng nút ĐMG làm giảm chức năng gan và thậm chí góp phần làm suy gan. Suy gan thường xảy ra giữa 2 và 5 tháng sau phẫu thuật ở những bệnh nhân được nút ĐMG trước mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào tử vong do các biến chứng phẫu thuật, chỉ có 1 trường hợp tử vong do suy gan không hồi phục sau mổ 3 tháng

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt gan sau nút ĐMG có tỷ lệ cắt gan lớn là 60,9%, các biến chứng sau mổ thấp chiếm 10,9% và các biến chứng chủ yếu là các biến chứng nhẹ. Nút ĐMG trước mổ làm tăng tỷ lệ BN được phẫu thuật, giảm tỷ lệ tai biến đồng thời cải thiện thời gian sống thêm sau mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cha CH, Saif MW, Yamane BH, Weber SM.** Hepatocellular carcinoma: current management. *Curr Probl Surg.* 2010 Jan;47(1):10–67.
2. **Cherqui D, Belghiti J.** [Hepatic surgery. What progress? What future?]. *Gastroenterol Clin Biol.* 2009;33(8–9):896–902.
3. **Nishikawa H, Arimoto A, Wakasa T, Kita R, Kimura T, Osaki Y.** Effect of transcatheter

- arterial chemoembolization prior to surgical resection for hepatocellular carcinoma. *Int J Oncol.* 2013 Jan;42(1):151–60.
4. **Kang JY, Choi MS, Kim SJ, Kil JS, Lee JH, Koh KC, et al.** Long-term outcome of preoperative transarterial chemoembolization and hepatic resection in patients with hepatocellular carcinoma. *Korean J Hepatol.* 2010 Dec;16(4): 383–8.
5. **Johnson PJ.** The role of serum alpha-fetoprotein estimation in the diagnosis and management of hepatocellular carcinoma. *Clin Liver Dis.* 2001 Feb;5(1):145–59.
6. **Lee KT, Lu YW, Wang SN, Chen HY, Chuang SC, Chang WT, et al.** The effect of preoperative transarterial chemoembolization of resectable hepatocellular carcinoma on clinical and economic outcomes. *J Surg Oncol.* 2009 May 1;99(6):343–50.
7. **Virani S, Michaelson JS, Hutter MM, Lancaster RT, Warshaw AL, Henderson WG, et al.** Morbidity and mortality after liver resection: results of the patient safety in surgery study. *J Am Coll Surg.* 2007 Jun;204(6):1284–92.
8. **Foster JH, Berman MM.** Solid liver tumors. *Major Probl Clin Surg.* 1977;22:1–342.
9. **Mullen JT, Ribero D, Reddy SK, Donadon M, Zorzi D, Gautam S, et al.** Hepatic insufficiency and mortality in 1,059 noncirrhotic patients undergoing major hepatectomy. *J Am Coll Surg.* 2007 May;204(5):854–62; discussion 862–864.
10. **Zhou Y, Zhang X, Wu L, Ye F, Su X, Shi L, et al.** Meta-analysis: preoperative transcatheter arterial chemoembolization does not improve prognosis of patients with resectable hepatocellular carcinoma. *BMC Gastroenterol.* 2013 Mar 19;13:51.

# KIẾN THỨC, THỰC HÀNH KỸ THUẬT ĐẶT VÀ CHĂM SÓC KIM LUỒN TĨNH MẠCH NGOẠI VI CỦA ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN BÃI CHÁY NĂM 2023

Trần Quốc Khánh<sup>1,2</sup>, Trần Quang Huy<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kiến thức, thực hành đặt và chăm sóc kim luồn tĩnh mạch ngoại vi (KLTMNV) của điều dưỡng (ĐD) lâm sàng Bệnh viện Bãi Cháy, tỉnh Quảng Ninh năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện bằng phỏng vấn cấu trúc và quan sát bằng bảng kiểm 150 ĐD lâm sàng thực hiện đặt và chăm sóc KLTMNV tại các khoa lâm sàng của Bệnh viện Bãi Cháy, Quảng Ninh. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 6 -

10/2023. **Kết quả:** 30% ĐD đạt kiến thức chung về đặt và chăm sóc kim luồn tĩnh mạch ngoại vi. Tỷ lệ trả lời đúng các câu hỏi thuộc nhóm kiến thức về đặt và chăm sóc KLTMNV dao động từ 17,3% đến 98,0% và kiến thức về phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) dao động từ 23,3% đến 84,0%. Tỷ lệ điều dưỡng trả lời đúng các câu hỏi thuộc nhóm kiến thức về tai biến liên quan đến tiêm truyền tĩnh mạch ngoại vi dao động từ 40,0% đến 94,7%. Tỷ lệ ĐD đạt thực hành quy trình kỹ thuật đặt KLTMNV chiếm 80,7%. Không có trường hợp nào đạt ghi hồ sơ về chăm sóc theo dõi trong quá trình lưu KLTMNV. **Kết luận:** Tỷ lệ ĐD đạt thực hành ở mức khá cao (80,7%), tuy nhiên chỉ có tỷ lệ nhỏ đạt kiến thức chung về đặt và chăm sóc KLTMNV (30%). Vì vậy cần tăng cường đào tạo, nâng cao kiến thức cho ĐD về đặt và chăm sóc KLTMNV. Cần phải tiêu chuẩn hóa và giám sát chặt chẽ thực hành ghi hồ sơ sau đặt, trong quá trình lưu và sau khi rút KLTMNV của ĐD.

**Từ khóa:** kiến thức, thực hành, kim luồn tĩnh mạch ngoại vi, điều dưỡng.

<sup>1</sup>Trường Đại học Thăng Long

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Bãi Cháy, Quảng Ninh

<sup>3</sup>Trường Đại học Đại Nam

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Huy

Email: huyanhub@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2024

Ngày duyệt bài: 11.4.2024