

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

**SUMMARY****NURSES' KNOWLEDGE AND PRACTICE OF INSERTION AND CARE FOR PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETERS AT BAI CHAY HOSPITAL IN 2023**

**Objective:** to assess the knowledge and practice of peripheral intravenous catheter insertion and care among clinical nurses at Bai Chay Hospital, Quang Ninh province in 2023. **Methodology:** A cross-sectional descriptive study was conducted through structured interviews and observations by checklist of 150 clinical nurses performing peripheral intravenous catheter insertion and care in the clinical departments of Bai Chay Hospital, Quang Ninh. The study was conducted from June to October 2023. **Results:** 30% of the nurses achieved satisfactory general knowledge regarding the insertion and care of peripheral intravenous catheters. The percentage of correct answers to questions related to knowledge of peripheral intravenous catheter insertion and care ranged from 17.3% to 98.0% and about infection prevention and control varied from 23.3% to 84.0%. The proportion of nurses answered correctly to questions related to complications associated to intravenous infusion ranged from 40.0% to 94.7%. The percentage of nurses who practiced the procedural technique of peripheral intravenous catheter insertion at proper level was 80.7%. No cases achieved acceptable record-keeping for monitoring during the peripheral intravenous catheter retention process. **Conclusions:** The proportion of nurses practicing at a competent level is relatively high (80.7%), but only a small number of them attained satisfactory general knowledge of peripheral intravenous catheter insertion and care. Therefore, it is needed to enhance training and improve knowledge for nurses regarding the insertion and care of peripheral intravenous catheters. Standardization and strict monitoring of record-keeping practices after insertion, during the retention and after withdrawal of peripheral intravenous catheters by nurses are essential. **Keywords:** knowledge, practice, peripheral intravenous catheter, nurses.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đặt và lưu KLTMNV là một kỹ thuật được áp dụng phổ biến trong điều trị tại các bệnh viện (BV) hiện nay. Đây là một kỹ thuật xâm nhập vào hệ thống mạch máu nên trong quá trình thực hiện quy trình này, từ chuẩn bị dụng cụ, phương tiện, kỹ thuật vô khuẩn người bệnh (NB), kỹ thuật đặt, che phủ và chăm sóc sau đặt đều phải tuyệt đối vô khuẩn và tuân thủ quy trình chăm sóc một cách nghiêm ngặt [1].

Bệnh viện Bãi Cháy là BV đa khoa hạng I tuyến tỉnh, thủ thuật đặt và lưu KLTMNV được áp dụng phổ biến trong điều trị NB tại các khoa lâm sàng trong BV. Trong quá trình thực hiện thủ thuật này đã ghi nhận một số biến chứng làm ảnh hưởng đến chất lượng điều trị và chăm sóc

NB. Câu hỏi đặt ra là tại sao lại xảy ra những biến chứng này? Liệu có liên quan đến kiến thức và thực hành về đặt và chăm sóc KLTMNV của ĐD không? Để trả lời cho những câu hỏi trên, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu (NC) nhằm đánh giá kiến thức, thực hành đặt và chăm sóc KLTMNV của ĐD Bệnh viện Bãi Cháy năm 2023.

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

**Thiết kế nghiên cứu:** NC mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 3-10 năm 2023 tại 10 khoa lâm sàng thuộc Khối Nội, Khối Ngoại, Khoa Hồi sức - Cấp cứu, Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Bãi Cháy, Quảng Ninh.

**Đối tượng nghiên cứu:** ĐD lâm sàng hàng ngày thực hiện đặt và chăm sóc KLTMNV tại các khoa lâm sàng thuộc Khối Nội, Khối Ngoại, Khoa Hồi sức - Cấp cứu, Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Bãi Cháy, Quảng Ninh.

**Cỡ mẫu:** NC áp dụng chọn mẫu toàn bộ. Đã có 150 ĐD tham gia vào NC.

**Công cụ thu thập số liệu**

- **Đánh giá kiến thức:** Phiếu khảo sát kiến thức về đặt, chăm sóc KLTMNV của ĐD được nhóm NC xây dựng dựa trên mục tiêu NC có tham khảo bộ công cụ NC về kiến thức của tác giả Nguyễn Kim Sơn [2] và tài liệu "Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết trên người bệnh đặt KLTMNV" của Bộ Y tế [1].

- **Đánh giá thực hành:** Bảng kiểm đánh giá thực hành kỹ thuật đặt KLTMNV được xây dựng dựa trên bảng kiểm đánh giá quy trình kỹ thuật đặt KLTMNV và quy trình chăm sóc KLTMNV đã được phê duyệt của Bệnh viện Bãi Cháy [3].

**Phương pháp thu thập số liệu và phân tích số liệu**

- **Phát vấn:** Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) tự điền Phiếu khảo sát kiến thức về đặt và chăm sóc KLTMNV. Kiến thức được coi là "ĐẠT" khi đạt  $\geq 70\%$  tổng điểm ( $\geq 21$  điểm). Kiến thức ở mức "CHƯA ĐẠT" khi đạt  $< 70\%$  tổng điểm ( $< 21$  điểm).

- **Quan sát thực hành:** Hai điều tra viên (ĐTV) sử dụng bảng kiểm để đánh giá độ lặp ĐTNC thực hiện quy trình kỹ thuật KLTMNV. Kết quả đánh giá thực hành được thống nhất giữa hai ĐTV. Thực hành được coi là "ĐẠT" khi đạt  $\geq 70\%$  tổng điểm ( $\geq 28$  điểm), trong đó phải đạt điểm tối đa bước đặt kim vào lòng mạch ngay lần đặt kim đầu tiên (nếu bị điểm 0 hoặc điểm 1 ở bước này thì dù điểm cao hơn 28 điểm cũng vẫn bị coi là không đạt cho toàn bộ quy trình).

- **Phân tích số liệu:** Số liệu được làm sạch, nhập liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Thống kê mô tả được sử dụng

để tính tần số, tỷ lệ cho biến định tính và tính trung bình, độ lệch chuẩn cho biến định lượng.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Đề cương nghiên cứu được Hội đồng Khoa học và Đạo đức trường Đại học Thăng Long phê duyệt tại Quyết định số 2305176/QĐ-ĐHTL ngày 17-5-2023 và được Lãnh đạo bệnh viện Bãi Cháy chấp thuận và ủng hộ. Quá trình nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc và quy định của nghiên cứu y sinh học.

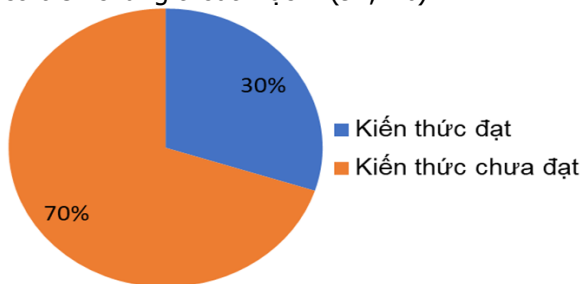
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Kiến thức về đặt và chăm sóc KLTMNV.** Kiến thức đặt và chăm sóc KLTMNV được đánh giá qua 3 nhóm kiến thức bao gồm: (i) 10 câu hỏi về đặt và chăm sóc KLTMNV; (ii) 10 câu hỏi về kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) liên quan; và (iii) 10 câu hỏi về các tai biến liên quan.

Với nhóm câu hỏi về đặt và chăm sóc KLTMNV, tỷ lệ trả lời đúng dao động từ 17,3% đến 98,0%, trong đó tỷ lệ trả lời đạt thấp nhất là câu "Thời gian tối thiểu cần theo dõi vị trí đặt để phát hiện biến chứng viêm tĩnh mạch" (17,3%) và cao nhất là câu "Vị trí ưu tiên lựa chọn để đặt KLTMNV" (98,0%).

Với nhóm câu hỏi về KSNK, tỷ lệ trả lời đúng dao động từ 23,3% đến 84,0%, trong đó tỷ lệ trả lời đạt thấp nhất là câu "Thời gian tối thiểu vệ sinh tay" (23,3%) và cao nhất là câu "Yếu tố có thể gây nhiễm khuẩn trong bệnh viện" (84,0%).

Với nhóm câu hỏi về tai biến liên quan, tỷ lệ trả lời đúng dao động từ 40,0% đến 94,7%, trong đó tỷ lệ trả lời đạt thấp nhất là câu "Xác định đúng mức độ viêm tĩnh mạch khi có ba dấu hiệu đau, tấy đỏ và sưng nề" (40,0%) và cao nhất là câu "Bước xử trí đúng ngay khi nghi ngờ có biến chứng thoát mạch" (94,7%).



**Biểu đồ 0.1.** Phân bố kết quả kiến thức chung về đặt và chăm sóc KLTMNV của DTNC

Kết quả tại Biểu đồ 3.1 cho thấy 70% DTNC điều dưỡng chưa đạt kiến thức chung về đặt, chăm sóc KLTMNV.

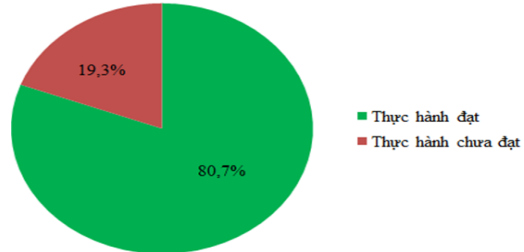
**3.3. Thực hành quy trình kỹ thuật đặt KLTMNV.** Thực hành đặt và chăm sóc KLTMNV được đánh giá qua 3 nhóm thực hành kỹ thuật bao gồm (i) 06 bước thực hành chuẩn bị người

thực hiện và người bệnh; (ii) 11 bước thực hành kỹ thuật đặt KLTMNV; (iii) 03 bước thực hành thu dọn dụng cụ.

Với nhóm thực hành chuẩn bị người thực hiện và người bệnh, tỷ lệ đạt thực hành dao động từ 16,0% đến 71,3%, trong đó bước kỹ thuật đạt thấp nhất là chuẩn bị, sắp xếp dụng cụ và thuốc hợp lý (16%), cao nhất là bước rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh (71,3%).

Với nhóm thực hành kỹ thuật đặt KLTMNV, tỷ lệ đạt thực hành dao động từ 28,0% đến 91,3%, trong đó bước kỹ thuật đạt thấp nhất là quan sát và hỏi cảm giác của NB (28%) và cao nhất là bước đâm kim được vào lòng mạch, rút nòng thông kim đúng kỹ thuật (91,3%).

Với nhóm thực hành thu dọn dụng cụ, tỷ lệ thực hành đạt dao động từ 59,3%-99,3%, trong đó bước kỹ thuật đạt thấp nhất là phân loại rác thải đúng quy định (59,3%) và cao nhất là bước thu dọn dụng cụ (99,3%).



**Biểu đồ 0.2.** Phân bố kết quả thực hành đặt KLTMNV của DTNC

Kết quả ở Biểu đồ 3.2 cho thấy 80,7% DTNC đạt thực hành quy trình kỹ thuật đặt KLTMNV. 19,3% điều dưỡng không đạt yêu cầu trong đó 8,7% không đạt do không thành công trong lần đầu đưa kim vào tĩnh mạch (13 trường hợp).

**3.3. Thực hành ghi hồ sơ về theo dõi, chăm sóc KLTMNV.** Nội dung ghi hồ sơ thể hiện theo dõi, chăm sóc kim lún của ĐD được thể hiện qua 3 khía cạnh ghi hồ sơ bao gồm: sau khi đặt kim, trong quá trình lưu kim và sau khi rút kim. Kết quả NC cho thấy không có trường hợp nào đạt ghi hồ sơ về cả 3 khía cạnh nêu trên.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Kiến thức về đặt và chăm sóc KLTMNV của ĐD.** Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả chỉ có 30% điều dưỡng đạt kiến thức chung về đặt và chăm sóc KLTMNV. Kết quả này tương tự với kết quả của một số NC khác: NC của Phạm Quang Hải (2019) tại Bệnh viện Phổi Trung ương, với tỷ lệ ĐD đạt điểm kiến thức về đặt và chăm sóc KLTMNV là 31,7% [4]; NC của Omorogbe và cộng sự (2012), với tỷ lệ NVYT có kiến thức tốt về tiêm an toàn là 31,1% [5].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận ở một số tiểu mục đánh giá có kết quả tương đối cao như: ĐD có kiến thức đúng về thời điểm thay thế dây truyền truyền dịch nhũ tương lipid, thay thế dây truyền máu và chế phẩm máu lần lượt là 90% và 89,9%. Tuy nhiên kết quả NC cũng chỉ ra ở một số tiểu mục đánh giá có kết quả rất thấp như: kiến thức đúng về thời gian tối thiểu cần theo dõi để phát hiện biến chứng viêm tĩnh mạch (VTM), thể tích dịch để thông tráng đường truyền ngoại và hoạt động để duy trì lưu thông của KLTMNV còn khá thấp, lần lượt là 17,3%, 28,7% và 46,7%. Vệ sinh tay (VST) là biện pháp quan trọng và hiệu quả nhất trong phòng ngừa NKBV vì đôi bàn tay là phương tiện làm lây truyền các tác nhân gây nhiễm khuẩn nên việc rửa tay đúng trong môi trường bệnh viện sẽ làm hạn chế được nguồn lây nhiễm bệnh tật. Theo khuyến nghị của Hiệp hội truyền dịch quốc tế (INS), mục tiêu đạt mức tuân thủ VST là 55,3%. Tuy nhiên, kết quả NC của chúng tôi cho thấy kiến thức KSNK trong đặt và chăm sóc KLTMNV của ĐD còn chưa tốt ở một số nội dung như: chỉ 50,0% ĐD có kiến thức đúng về hàm lượng tối thiểu các chất phải có trong dung dịch sát khuẩn tay nhanh, 23,3% ĐD có kiến thức đúng về thời gian tối thiểu VST. VTM là một biến chứng thường gặp khi đặt kim luân, có thể ảnh hưởng lớn tới NB như kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị. Để giảm được các tác hại liên quan đến các biến chứng của VTM cho NB đòi hỏi người ĐD phải nắm vững các kiến thức về chăm sóc và theo dõi tình trạng VTM. Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện ĐD có kiến thức chưa tốt ở một số nội dung như: Biến chứng VTM hóa học có thể liên quan (40,7%); Xác định đúng mức độ VTM khi có cả ba dấu hiệu đau, tấy đỏ và sưng nề (40,0%) và khi có một trong hai dấu hiệu sau đau nhẹ, đỏ nhẹ (48,0%); Các biểu hiện của biến chứng thoát mạch mức độ I (49,3%). Điều dưỡng là đối tượng nhân viên y tế thường xuyên có mặt cạnh người bệnh nhưng một khi kiến thức của điều dưỡng về những vấn đề này còn thấp như phát hiện trong NC này thì khả năng phát hiện sớm kịp thời những tai biến, biến chứng ngay khi có dấu hiệu, triệu chứng đầu tiên sẽ bị hạn chế rất nhiều nên sẽ không có can thiệp phù hợp, kịp thời làm tăng nguy cơ biến chứng, tai biến diễn biến nặng thêm. Với kết quả này, nhóm NC đề xuất BV cần đánh giá nghiêm túc sau khi tập huấn để bảo đảm ĐD có đủ kiến thức đạt chuẩn về đặt và chăm sóc KLTMNV góp phần nâng cao chất lượng trong chăm sóc NB.

#### 4.2. Kết quả tuân thủ quy trình kỹ thuật

**đặt kim luân tĩnh mạch của điều dưỡng.** NC của chúng tôi cho thấy kết quả đánh giá chung về thực hành đặt KLTMNV của ĐD đạt 80,7%. Kết quả này cao hơn kết quả NC của Phan Văn Tường (2012) tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông với tỷ lệ tuân thủ quy trình đặt KLTMNV của ĐD là 54,0% [6], nhưng thấp hơn kết quả NC của Nguyễn Văn Minh (2022) với tỷ lệ 93,3% ĐD tuân thủ gói chăm sóc đường truyền tĩnh mạch ngoại vi [7].

Kết quả NC của chúng tôi cũng chỉ ra tỷ lệ thực hành chuẩn bị NB và dụng cụ của ĐD chưa tốt ở một số nội dung như: chuẩn bị, sắp xếp dụng cụ và thuốc hợp lý (16,0%), dặn người bệnh đại, tiểu tiện (17,3%) và giải thích, động viên cho NB/người nhà NB (18,7%). Đáng chú ý là chỉ có 16,7% ĐD thực hiện đủ 5 đúng, đây là vấn đề phải hết sức quan tâm vì nguy cơ sự cố nhằm người bệnh, nhằm thuốc, nhằm liều sẽ rất cao nếu không thực hiện nghiêm túc quy định 5 đúng. Về thực hành kỹ thuật đặt KLTMNV của ĐD, NC của chúng tôi cũng phát hiện một số bước kỹ thuật chưa làm tốt, chưa đúng kỹ thuật đó là: đuổi khí, cố định kim luân, nối dây truyền dịch, giúp người bệnh trở lại tư thế thích hợp, dặn dò NB/người nhà và quan sát, hỏi cảm giác của NB. Với kết quả này, nhóm NC đề xuất bên cạnh việc tiếp tục tập huấn, đào tạo lại về đặt và chăm sóc KLTMNV, Phòng Điều dưỡng cần thường xuyên tổ chức giám sát chuyên đề về tuân thủ quy trình kỹ thuật đặt KLTMNV, trong đó chú trọng kỹ năng giao tiếp ứng xử, tương tác với NB trong quá trình đặt và lưu KLTMNV.

Với nội dung đánh giá thực hành thu dọn dụng cụ, tỷ lệ ĐD phân loại rác thải đúng quy định chưa cao, chỉ đạt 59,3%. Do đó, ngoài các biện pháp nâng cao tuân thủ quy trình kỹ thuật đặt KLTMNV của ĐD, bệnh viện cũng cần có những giải pháp phù hợp để tăng cường công tác KSNK trong bệnh viện, đặc biệt về VST và phân loại rác thải đúng quy định để bảo đảm các tiêu chí của tiêm an toàn đó là an toàn cho người bệnh, cho người làm thủ thuật và cho cộng đồng.

Chăm sóc kim luân sau đặt cũng đóng vai trò quan trọng, chăm sóc kim luân không tốt sẽ dẫn đến nhiễm khuẩn, gây ra các tai biến để lại hậu quả đáng tiếc. Điểm khác biệt trong NC của chúng tôi so với các nghiên cứu khác đó là thực hiện đánh giá teo dôi, chăm sóc kim luân của ĐD thông qua đánh giá ghi hồ sơ bệnh án thể hiện qua 3 khía cạnh: ghi hồ sơ sau khi đặt kim, ghi hồ sơ trong quá trình lưu kim và ghi hồ sơ sau khi rút kim. Kết quả NC cho thấy không có hồ sơ nào đạt ghi nhận thông tin liên quan đến chăm

sóc, theo dõi sau đặt, trong quá trình lưu kim và sau khi rút kim theo tiêu chuẩn đặt ra. Điều này đặt ra vấn đề pháp lý trong trường hợp xảy ra các tai biến, sự cố liên quan đến đặt và chăm sóc KLTMNV do không ghi hồ sơ hoặc ghi không đầy đủ thông tin. Với kết quả trên, nhóm NC đề xuất trong thời gian tới bệnh viện nên có những giải pháp phù hợp để khắc phục tình trạng này cũng như nhấn mạnh tầm quan trọng và cần thiết của việc ghi chép chăm sóc, theo dõi trên hồ sơ bệnh án trong các lớp tập huấn, giám sát hỗ trợ và đào tạo lại về quy trình chăm sóc KLTMNV. Thay đổi thói quen của ĐD, quy định ghi hồ sơ ĐD về theo dõi, chăm sóc kim lồn là nội dung bắt buộc.

### V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Từ kết quả NC, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: (i) ĐD đạt điểm kiến thức về đặt và chăm sóc KLTMNV thấp (30%); (ii) ĐD đạt thực hành quy trình kỹ thuật đặt KLTMNV tương đối cao (80,7%); (iii) thực hành ghi hồ sơ ĐD về chăm sóc và theo dõi liên quan đặt và lưu KLTMNV chưa tốt.

Để khắc phục những hạn chế, nâng cao chất lượng đặt và chăm sóc KLTMNV chúng tôi khuyến nghị: (i) ĐD cần chủ động, tích cực học tập, cập nhật, nâng cao kiến thức, kỹ năng về quy trình đặt và chăm sóc KLTMNV; (ii) BV cần tiếp tục tổ chức tập huấn đào tạo và có đánh giá sau đào tạo để bảo đảm ĐD đạt kiến thức về đặt và chăm sóc KLTMNV; và (iii) Cần phải tiêu

chuẩn hóa các nội dung ghi hồ sơ đồng thời tăng cường giám sát thực hành ghi hồ sơ của điều dưỡng sau đặt, trong quá trình lưu KLTMNV và sau khi rút kim.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết trên người bệnh đặt Catheter trong lòng mạch. 2012.
- Nguyễn Kim Sơn.** Thực trạng tuân thủ quy trình đặt và chăm sóc kim lồn tĩnh mạch ngoại vi của điều dưỡng và một số yếu tố liên quan tại ba khoa hồi sức Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2014. Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Đại học Y tế Công Cộng, Hà Nội. 2014.
- Bệnh viện Bãi Cháy.** Quy trình kỹ thuật điều dưỡng bổ sung. Quy trình điều dưỡng cơ bản. 2020.
- Phạm Quang Hải.** Kiến thức, thực hành kỹ thuật đặt, chăm sóc kim lồn tĩnh mạch ngoại vi của điều dưỡng bệnh viện Phổi trung ương. Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội. 2019.
- Omorogbe Vincent E; Omuemu Vivian O and Isara Alphonsus R.** Injection safety practices among nursing staff of mission hospitals in Benin City, Nigeria. Annals of African medicine. 2012; 11(1): 36-41.
- Phan Văn Tường và cộng sự.** Đánh giá thực hiện tiêu an toàn tại bệnh viện đa khoa Hà Đông, Hà Nội năm 2012. Tạp chí Y học thực hành. 2012;9(841):82-8.
- Nguyễn Văn Minh.** Thực trạng tuân thủ gói đặt và chăm sóc đường truyền tĩnh mạch ngoại vi của điều dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng tại bệnh viện Vinmec Đà Nẵng năm 2022. Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện, Đại học y tế công cộng. 2022.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA ĐƯỜNG NIỆU ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Trịnh Hoàng Hoan<sup>1</sup>, Dương Văn Trung<sup>1</sup>, Bùi Đức Hoàng<sup>1</sup>  
Lại Ngọc Thắng<sup>2</sup>, Trịnh Thành Vinh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị u phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo tại Bệnh viện Bưu điện. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 105 bệnh nhân u phì đại lành tính tuyến tiền

liệt được điều trị bằng phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo tại Bệnh viện Bưu Điện thời gian từ 6/2022 – 6/2023. **Kết quả:** Trước phẫu thuật: Tất cả các bệnh nhân đều có rối loạn tiểu tiện, trong đó 17,1% bí đái; trọng lượng TLT trung bình là 62,7 ± 10,2g với 68,5% trường hợp > 50g; Sau phẫu thuật chỉ còn 12,4% rối loạn tiểu tiện; trọng lượng TLT còn lại trung bình là 23,3 ± 8,4g, với 84,8% trường hợp < 30g. Có 5 trường hợp chảy máu trong mổ (4,8%). Sau mổ có 7,7% biến chứng, trong đó có 2 trường hợp chảy máu (1,9%); 3 trường hợp bí đái sau khi rút ống thông niệu đạo (2,9%); 3 trường hợp nhiễm khuẩn tiết niệu (2,9%). Trước phẫu thuật chỉ số IPSS trung bình là 27,3 ± 3,9 với 90,5% trường hợp nặng; chỉ số QoL chủ yếu ở mức nặng (71,4%) với trung bình là 5,2 ± 0,8. Sau phẫu thuật: chỉ số IPSS trung bình 5,6 ± 2,4

<sup>1</sup>Bệnh viện Bưu Điện

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Hoàng Hoan

Email: trinh.hoanghoan@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 10.4.2024