

trong thời gian tới để kiểm soát thừa cân, béo phì cũng như các hậu quả của thừa cân, béo phì đối với sức khỏe và kinh tế, xã hội của đối tượng này.

ABSI và eTFB và đều có mối tương quan thuận chiều có ý nghĩa thống kê với tuổi của những người tham gia nghiên cứu. Tuổi càng cao thì giá trị trung bình của eTFB và ABSI đều tăng lên, đồng nghĩa tỷ lệ mỡ cơ thể ước tính và hình dáng cơ thể đều thay đổi theo hướng "tròn" hơn, và gia tăng nguy cơ mắc các bệnh không lây nhiễm. Điều này đặt ra nhu cầu tăng cường giáo dục truyền thông, tư vấn hỗ trợ cho những người trung niên và cao tuổi để hạn chế nguy cơ mắc bệnh và tử vong ở người cao tuổi.

V. KẾT LUẬN

ABSI và eTFB có mối tương quan thuận chiều có ý nghĩa thống kê với tuổi của nam giới tham gia nghiên cứu. Nam giới càng cao tuổi thì mức độ béo phì trung tâm và tỷ lệ mỡ cơ thể càng tăng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Viet Nam General Statistic Office.** (2016). Hanoi Medical University, and WHO, Viet Nam National STEPS Survey 2015.
2. **WHO.** (2021). Body mass index - BMI. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>.
3. **Krakauer, N.Y. and J.C. Krakauer.** (2012). A New Body Shape Index Predicts Mortality Hazard Independently of Body Mass Index. PLOS ONE. 7(7): p. e39504.
4. **Thomas, D.M., et al.** (2013). Relationships between body roundness with body fat and visceral adipose tissue emerging from a new geometrical model. Obesity. 21(11): p. 2264-2271.
5. **Ofstad, A.P., et al.** (2019). Comparison of the associations between non-traditional and traditional indices of adiposity and cardiovascular mortality: an observational study of one million person-years of follow-up. International Journal of Obesity. 43(5): p. 1082-1092.
6. **National Center for Health Statistics.** (2004). NHANES: Anthropometry procedures manual. Revised.
7. **Swinburn, B.A., et al.** (2011). The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. The lancet. 378(9793): p. 804-814.

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN CỦA GIẢM TIỂU CẦU TRONG TUẦN ĐẦU SAU BỎNG VỚI KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN BỎNG NẶNG

Trần Đình Hùng^{1,2}, Ngô Tuấn Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị dự báo tử vong của giảm tiểu cầu trong tuần đầu sau bỏng trên bệnh nhân bỏng nặng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên 229 bệnh nhân (BN) bỏng nặng từ 18 tuổi, không có bệnh và chấn thương kết hợp, diện tích bỏng $\geq 30\%$ diện tích cơ thể (DTCT), nhập viện trong vòng 24 giờ sau bỏng tại bệnh viện Bỏng Quốc gia từ 1/1/2021 - 31/10/2022. Giảm tiểu cầu khi số lượng tiểu cầu < 150 G/L. Các chỉ tiêu được so sánh giữa hai nhóm cứu sống và tử vong. **Kết quả:** Tỷ lệ tử vong là 26,2%. Ngày thứ 3 sau bỏng, số lượng bệnh nhân có tiểu cầu giảm nhiều nhất (66,38%). Số lượng bệnh nhân có tiểu cầu giảm ngày thứ 3 và ngày thứ 7 sau bỏng ở nhóm tử vong cao hơn đáng kể so với nhóm cứu sống (83,33% so với 60,36%, $p = 0,001$; 56,67% so với 13,02%, $p = 0,000$). Phân tích đa biến thấy, giảm tiểu cầu ngày thứ 7 sau bỏng cùng với sự gia tăng về tuổi, diện tích bỏng sâu, bỏng hô hấp có mối liên quan độc

lập với tử vong; giảm mỗi đơn vị tiểu cầu ngày thứ 7 sau bỏng làm tăng nguy cơ tử vong thêm 3,09 lần. Giá trị tiên lượng tử vong trên bệnh nhân bỏng nặng của giảm tiểu cầu ngày thứ 7 sau bỏng ở mức khá (AUC = 0,72). Khi kết hợp tuổi, diện tích bỏng sâu, bỏng hô hấp và giảm tiểu cầu ngày 7 sau bỏng, giá trị tiên lượng tử vong là rất tốt (AUC = 0,92) với độ nhạy 83,33% và độ đặc hiệu 91,72%, sự khác biệt có ý nghĩa so với từng thông số đơn lẻ ($p < 0,05$). **Kết luận:** Giảm số lượng tiểu cầu ngày thứ 7 sau bỏng có mối liên quan độc lập với tử vong trên bệnh nhân bỏng nặng. Khi kết hợp giảm tiểu cầu ngày thứ 7 sau bỏng với sự gia tăng tuổi, diện tích bỏng sâu và bỏng hô hấp, giá trị tiên lượng tử vong là rất tốt.

Từ khóa: Bỏng, tiểu cầu, giá trị tiên lượng.

SUMMARY

RELATIONSHIP OF THROMBOCYTOPENIA IN THE FIRST WEEK AFTER BURNS WITH THE RESULTS OF TREATMENT OF SEVERE BURN PATIENTS

Objectives: Evaluate the mortality prediction value of platelets on the first week after burn in severe burn patients. **Subjects and methods:** Retrospective, descriptive study on 229 severe burn patients from 18 years old, no comorbidity and combined injury, burn extent $\geq 30\%$ TBSA, hospitalized within 24 hours burns at the Viet Nam

¹Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Hùng

Email: drtrandinhhung@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 13.5.2024

National Burn Hospital from January 1, 2021 - October 31, 2022. Thrombocytopenia was defined as platelet count < 150 G/L. The indicators were compared between the two groups: survival and mortality. **Results:** The mortality rate was 26.2%. On the 3rd day after burn, the number of patients with thrombocytopenia was the largest (66.38%). The number of patients with thrombocytopenia on days 3rd and 7th after burns in the mortality group was significantly higher than in the survival group (83.33% vs. 60.36%, $p = 0.001$; 56.67% vs. 13.02%, $p = 0.000$). Multivariate analysis showed that thrombocytopenia on the 7th day after burn along with increasing age, deep burn area and inhalation injury were independently associated with mortality; each unit thrombocytopenia on day 7th increases the risk of mortality by 3.09 times. The prognostic value of thrombocytopenia on day 7th after burn in severe burn patients was quite good (AUC = 0.72). When combining age increase, deep burn area, inhalation injury and thrombocytopenia on day 7th, the predictive value of mortality were very good (AUC = 0.92) with sensitivity 83.33% and specificity 91.72%, the difference is significant compared to each individual parameter ($p < 0.05$). **Conclusion:** The thrombocytopenia on day 7th after burn were independently associated with mortality in severe burn patients. When combining thrombocytopenia on day 7th after burn with age increase, deep burn area and inhalation injury, the prognostic value of mortality were very good.

Keywords: Burns; PLT; prognosis value

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiểu cầu là 1 trong 3 loại tế bào máu cơ bản, quan trọng trong cơ thể con người. Chức năng của tiểu cầu trong cầm máu đã được chứng minh. Với việc xác định dễ dàng từ công thức máu, các chức năng khác của tiểu cầu đã được nghiên cứu và đang được công nhận, đặc biệt trong phản ứng viêm và quá trình nhiễm khuẩn huyết [1], [2]. Các báo cáo tại các trung tâm hồi sức trên thế giới cho thấy giảm tiểu cầu là yếu tố dự báo tử vong và suy đa tạng ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết [3], [4], [5]. Trên bệnh nhân bỏng cũng có một số nghiên cứu cho thấy, số lượng tiểu cầu giảm là yếu tố dự báo tử vong trong 50 ngày [6], [7], [8]. Mục đích của nghiên cứu này là xác định giá trị dự báo tử vong của tiểu cầu trên bệnh nhân bỏng nặng điều trị tại Khoa Hồi sức Cấp cứu, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

***Đối tượng nghiên cứu:** 229 bệnh nhân (BN) bỏng nặng từ 18 tuổi trở lên, không có bệnh và chấn thương kết hợp, diện tích bỏng $\geq 30\%$ diện tích cơ thể (DTCT), nhập viện trong vòng 24 giờ sau bỏng tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia từ 1/1/2021 - 31/10/2022 có kết quả rõ ràng

(điều trị khỏi hoặc tử vong).

***Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả.

***Các chỉ tiêu đánh giá:** Đặc điểm bệnh nhân (tuổi, giới), giá trị tiểu cầu (lúc vào viện (TCN0), ngày thứ 3 sau bỏng (TCN3) và ngày thứ 7 sau bỏng (TCN7)), đặc điểm tổn thương bỏng (thời điểm vào viện sau bỏng, tác nhân bỏng, diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu, bỏng hô hấp) và kết quả điều trị. Giá trị tiểu cầu bình thường 150 – 450 G/L. Giảm tiểu cầu khi số lượng tiểu cầu < 150 G/L. Các chỉ tiêu nghiên cứu được phân tích đơn biến so sánh giữa 2 nhóm cứu sống và tử vong, sau đó phân tích đa biến xác định vai trò tiên lượng của giảm tiểu cầu đối với tử vong.

***Xử lý số liệu:** Các số liệu được phân tích bằng phần mềm Stata 14.0. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

Diện tích dưới đường cong (AUC), độ nhạy, độ đặc hiệu được xác định bằng ROC test:

- + AUC > 0,9: Giá trị tiên lượng rất tốt
- + AUC = 0,8 ÷ 0,9: Giá trị tiên lượng tốt
- + AUC = 0,7 ÷ 0,8: Giá trị tiên lượng khá.
- + AUC = 0,6 ÷ 0,7: Giá trị tiên lượng trung bình
- + AUC < 0,6: Ít có ý nghĩa

Điểm cắt tối ưu được xác định bằng chỉ số Jouden: $J = \max(Se+Sp - 1)$. Trong đó: J là chỉ số Jouden (điểm cắt tối ưu); Se là độ nhạy; Sp là độ đặc hiệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Thông số	Phân nhóm	Giá trị (n = 229)
Tuổi, năm, $\bar{X} \pm SD$		40,8 \pm 0,85
Giới, nam (%)		188 (82,1)
Tác nhân bỏng, số lượng (%)	Nhiệt ướt	13 (5,68)
	Nhiệt khô	169 (73,8)
	Điện	44 (19,21)
	Hóa chất	3 (1,31)
Thời gian vào viện sau bỏng, giờ, trung vị (IQR)		5 (3 – 8)
Diện tích bỏng chung, % DTCT, trung vị (IQR)		48 (35 – 64)
Diện tích bỏng sâu, % DTCT, trung vị (IQR)		13 (3 – 29)
Bỏng hô hấp, n(%)		44 (19,21)
Tử vong, n(%)		60 (26,2)

DTCT: Diện tích cơ thể; IQR: Khoảng tứ phân vị (interquartile range)

Tác nhân bỏng do nhiệt khô chiếm tỷ lệ lớn nhất lớn nhất (73,8%), bỏng hô hấp chiếm

19,21%. Có 60 bệnh nhân tử vong, chiếm 26,2%.

Bảng 2. Giá trị tiểu cầu ở các thời điểm

Thời điểm	Trung vị (IQR)	Bình thường n(%)	Giảm n(%)	Tăng n(%)
N0	250 (192 – 300)	197 (86,03)	24 (10,48)	8 (3,49)
N3 sau bông	122 (91 – 165)	77 (33,62)	152 (66,38)	0
N7 sau bông	223 (151 – 317)	156 (68,12)	56 (24,45)	17 (7,42)

IQR: Khoảng tứ phân vị (interquartile range)

Giá trị trung vị tiểu cầu ở các thời điểm trong giới hạn bình thường. Ngày thứ 3 sau bông, số lượng bệnh nhân có tiểu cầu giảm nhiều nhất (66,38%).

Bảng 3. Mối liên quan giữa các thông số và tử vong

Thông số	Nhóm sống (n=169)	Nhóm tử vong (n=60)	p	
Tuổi, năm, X ± SD	39,3 ± 1,0	45,0 ± 1,7	0,002	
Giới, nam, n (%)	141 (83,43)	47 (78,33)	0,376	
Tác nhân bông, n(%)	Nhiệt ướt	9 (5,33)	4 (6,67)	0,213
	Nhiệt khô	120 (71,01)	49 (81,67)	
	Điện	38 (22,49)	6 (10)	
	Hóa chất	2 (1,18)	1 (1,67)	
Thời gian vào viện sau bông, giờ, trung vị (IQR)	5 (3 – 8)	5 (3 – 8)	0,32	
Diện tích bông, % DTCT, trung vị (IQR)	41 (34 – 55)	69 (54,4 – 81)	0,0001	
Diện tích bông sâu, % DTCT, trung vị (IQR)	9(0 – 17)	36 (21 – 52)	0,0001	
Bông hô hấp, n(%)	6 (3,55)	38 (63,33)	0,000	
TCN0, n(%)	Không giảm	150 (88,76)	55 (91,67)	0,53
	Giảm	19 (11,24)	5 (8,33)	
	Trung vị (IQR)	230 (186 - 288)	278,5 (228,5 – 329,5)	
TCN3, n(%)	Không giảm	67 (39,64)	10 (16,67)	0,001
	Giảm	102 (60,36)	50 (83,33)	
	Trung vị (IQR)	138 (109 – 176)	96,5 (60 – 115,5)	
TCN7, n(%)	Không giảm	147 (86,98)	26 (43,33)	0,000
	Giảm	22 (13,02)	34 (56,67)	
	Trung vị (IQR)	252 (184 – 351)	137,5 (64 – 197)	

IQR: Khoảng tứ phân vị (interquartile range)

So với nhóm cứu sống, nhóm tử vong có tuổi, diện tích bông, diện tích bông sâu, bông hô hấp, tiểu cầu lúc vào viện cao hơn có ý nghĩa tổng kê (p < 0,01). Tuy nhiên, giá trị trung vị tiểu cầu lúc vào viện của hai nhóm đều trong giới hạn bình thường. Số lượng bệnh nhân có tiểu

cầu giảm ngày thứ 3 và ngày thứ 7 sau bông ở nhóm tử vong nhiều hơn nhóm cứu sống, sự khác biệt có ý nghĩa tổng kê (p < 0,001). Số lượng tiểu cầu ngày thứ 3 và ngày thứ 7 sau bông thấp hơn đáng kể ở nhóm tử vong so với nhóm cứu sống (p < 0,001).

Bảng 4. Phân tích đa biến cho tử vong

Thông số	Coef. (95%CI)	OR (95%CI)	p
Tuổi	0,06 (0,03-0,10)	1,07 (1,03-1,11)	0,001
DTB	0,02 (-0,01-0,05)	1,02 (0,99-1,05)	0,133
DTBS	0,06 (0,03-0,10)	1,06 (1,03-1,10)	0,000
BHH	2,81 (1,54-4,08)	16,61 (4,67-59,01)	0,000
TCN3 giảm	-0,65 (-1,78-0,48)	0,52 (0,17-1,62)	0,26
TCN7 giảm	1,13 (0,08-2,18)	3,09 (1,08-8,83)	0,036
_cons.	-6,94 (-9,54-(-4,34))	0,001 (0,0001-0,01)	0,000

DTB: Diện tích bông; DTBS: diện tích bông sâu; BHH: bông hô hấp; TCN3: tiểu cầu ngày thứ 3 sau bông; TCN7: tiểu cầu ngày thứ 7 sau bông

Phân tích đa biến cho thấy, giảm tiểu cầu ngày thứ 7 sau bông cùng với tuổi, diện tích bông sâu, bông hô hấp có mối liên quan độc lập với tử vong. Giảm mỗi đơn vị tiểu cầu ngày 7 làm

tăng nguy cơ tử vong thêm 3,09 lần. Phương trình logarit cho tuổi, DTBS, BHH và TCN7 giảm
Logit (tử vong) = 0,06 * Tuổi + 0,07 * DTBS

+ 2,87 * BHH + 0,98 * TC7 giảm - 6,13

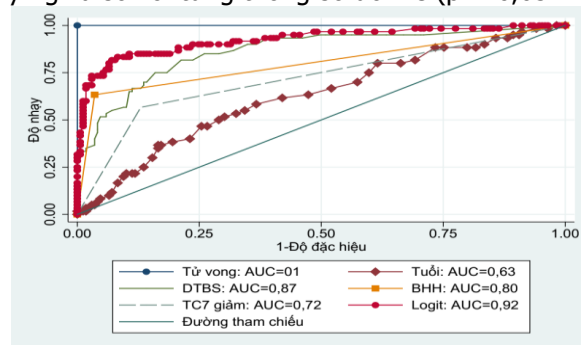
Bảng 5. Giá trị tiên lượng tử vong của các thông số

Thông số	AUC	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	p*
Tuổi	0,63	41	58,33	63,31	0,000
DTBS	0,87	20	81,67	78,7	0,006
BHH	0,80	Có	63,33	96,45	0,000
TCN7 giảm	0,72	Có	56,67	86,98	0,000
Logit	0,92		83,33	91,72	

* So sánh với Logit. Logit = 0,06 * Tuổi + 0,07 * DTBS + 2,87 * BHH + 0,98 * TCN7 giảm -6,13

DTBS: diện tích bóng sâu; BHH: bóng hô hấp; TCN7: tiểu cầu ngày thứ 7 sau bóng.

Giá trị tiên lượng tử vong trên bệnh nhân bóng nặng của giảm tiểu cầu ngày 7 sau bóng ở mức khá (AUC = 0,72). Khi kết hợp tuổi, DTBS, BHH và giảm tiểu cầu ngày 7, giá trị tiên lượng tử vong là rất tốt (AUC = 0,92) với độ nhạy 83,33% và độ đặc hiệu 91,72%, sự khác biệt có ý nghĩa so với từng thông số đơn lẻ (p < 0,05).



Hình 1. Đường cong ROC biểu hiện giá trị tiên lượng tử vong của các thông số

IV. BÀN LUẬN

Mô hình thay đổi số lượng tiểu cầu ngay sau chấn thương bóng đã được báo cáo: giảm tiểu cầu thấp nhất thường vào ngày thứ 2 đến ngày thứ 5 sau bóng, sau đó tăng trở lại, đạt đỉnh vào khoảng ngày thứ 11-17 sau bóng [6], [9]. Tình trạng giảm tiểu cầu có thể do: pha loãng máu sau hồi sức dịch thể chống sốc, kích hoạt tăng tiêu thụ tiểu cầu và ức chế tủy xương, giảm sản xuất tiểu cầu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 2 cho thấy điều đó: ngày thứ 3 sau bóng, số lượng bệnh nhân có tiểu cầu giảm nhiều nhất (66,38%); đến ngày thứ 7, số lượng tiểu cầu dần trở về bình thường, chỉ còn 24,45% số bệnh nhân có giảm tiểu cầu.

Với sự phát triển của nền y học, các phác đồ mới, kỹ thuật hiện đại đã được áp dụng trong điều trị bệnh nhân bóng nặng như tối ưu hóa hồi sức trong giai đoạn sốc bóng; phẫu thuật cắt

hoại tử sớm, che phủ bằng da tự thân hoặc đồng loại; lọc máu liên tục hấp phụ điều trị nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, trao đổi oxy qua màng ngoài cơ thể (ECMO) điều trị bóng hô hấp mức độ nặng và ARDS mức độ nặng..., tỷ lệ biến chứng và tử vong đã giảm đáng kể. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong trong chấn thương bóng vẫn cao, phụ thuộc vào nhiều yếu tố: tuổi, giới tính, diện tích bóng, diện tích bóng sâu, bóng hô hấp, chấn thương kết hợp... Trong đó các yếu tố tuổi, diện tích bóng, diện tích bóng sâu, bóng hô hấp đã được nhiều nghiên cứu trên thế giới chứng minh là các yếu tố tiên lượng quan trọng nhất trong chấn thương bóng [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả bảng 3 cho thấy: so với nhóm sống, nhóm tử vong có tuổi, diện tích bóng, diện tích bóng sâu, sự xuất hiện bóng hô hấp cao hơn đáng kể (p < 0,01). Khi phân tích đa biến cho tử vong: sự gia tăng tuổi, diện tích bóng sâu và bóng hô hấp có mối liên quan độc lập với tử vong (bảng 4).

Ngoài các thông số cố định trên, một số báo cáo gần đây đều cho thấy, số lượng tiểu cầu giảm trong giai đoạn đầu sau chấn thương bóng có mối liên quan đến tử vong. Năm 2012, một phân tích tại Trung Quốc trên 148 bệnh nhân bóng nặng cho kết luận, số lượng tiểu cầu ngày thứ 10 sau bóng thấp dự báo tăng tỷ lệ tử vong trong chấn thương bóng [6]. Đến năm 2017, Qiu L. và cộng sự phân tích 610 bệnh nhân bóng nặng ở hai trung tâm điều trị bóng ở miền đông Trung Quốc cũng thấy giá trị tiểu cầu ngày thứ 3 và ngày thứ 7 sau bóng có liên quan đáng kể đến kết quả điều trị ở bệnh nhân bóng nặng (p < 0,01) [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nhận định trên: số lượng bệnh nhân có tiểu cầu giảm ngày thứ 3 và ngày thứ 7 sau bóng ở nhóm tử vong nhiều hơn đáng kể so với nhóm sống (p < 0,001). Số lượng tiểu cầu ngày thứ 3 và ngày thứ 7 sau bóng thấp hơn đáng kể ở nhóm tử vong so với nhóm cứu sống (p < 0,001). Khi phân tích đa biến, giảm tiểu cầu ngày thứ 7 sau bóng cùng với sự gia tăng tuổi, diện tích bóng sâu, bóng hô hấp có mối liên quan độc lập với tử vong (bảng 4), giảm mỗi đơn vị tiểu cầu ngày thứ 7 làm tăng nguy cơ tử vong thêm 3,09 lần.

Khi phân tích ROC test, giá trị tiên lượng tử vong trên bệnh nhân bóng nặng của giảm tiểu cầu ngày 7 sau bóng ở mức khá (AUC = 0,72). Khi kết hợp tuổi, DTBS, BHH và giảm tiểu cầu ngày 7, giá trị tiên lượng tử vong là rất tốt (AUC = 0,92) với độ nhạy 83,33% và độ đặc hiệu 91,72%, sự khác biệt có ý nghĩa so với từng

thông số đơn lẻ.

V. KẾT LUẬN

Trên bệnh nhân bỏng nặng, giảm số lượng tiểu cầu ngày thứ 7 sau bỏng có mối liên quan độc lập với tử vong. Khi kết hợp giảm tiểu cầu ngày 7 sau bỏng với sự gia tăng về tuổi, diện tích bỏng sâu và bỏng hô hấp, giá trị tiên lượng tử vong là rất tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Li Z., Yang F., Dunn S. et al.** (2011) Platelets as immune mediators: their role in host defense responses and sepsis. *Thrombosis Research*, 127 (3), 184-188.
2. **Lam F. W., Vijayan K. V., Rumbaut R. E.** (2015) Platelets and their interactions with other immune cells. *Comprehensive Physiology*, 5 (3), 1265.
3. **Thiery-Antier N., Binquet C., Vinault S. et al.** (2016) Is thrombocytopenia an early prognostic marker in septic shock? *Critical Care Medicine*, 44 (4), 764-772.
4. **Venkata C., Kashyap R., Farmer J. C. et al.** (2013) Thrombocytopenia in adult patients with

sepsis: incidence, risk factors, and its association with clinical outcome. *Journal of intensive care*, 1 (1), 1-10.

5. **Akca S., Haji-Michael P., De Mendonça A. et al.** (2002) Time course of platelet counts in critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 30 (4), 753-756.
6. **Guo F., Wang X., Huan J. et al.** (2012) Association of platelet counts decline and mortality in severely burnt patients. *Journal of Critical Care*, 27 (5), 529-e1.
7. **Qiu L., Chen C., Li S.-J. et al.** (2017) Prognostic values of red blood cell distribution width, platelet count, and red cell distribution width-to-platelet ratio for severe burn injury. *Scientific Reports*, 7 (1), 1-7.
8. **Cato L. D., Wearn C. M., Bishop J. R. et al.** (2018) Platelet count: a predictor of sepsis and mortality in severe burns. *Burns*, 44 (2), 288-297.
9. **Warner P., Fields A. L., Braun L. C. et al.** (2011) Thrombocytopenia in the pediatric burn patient. *Journal of burn care & research*, 32 (3), 410-414.
10. **Armstrong R., Mackersie A., McGregor A. et al.** (1977) The respiratory injury in burns. An account of the management. *Anaesthesia*, 32 (4), 313-319.

ĐÁNH GIÁ ĐỘ TIN CẬY VÀ TÍNH GIÁ TRỊ CẤU TRÚC CỦA THANG ĐO “SỰ HÀI LÒNG VỀ CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ CỦA BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM NGOẠI TRÚ TẠI PHÒNG KHÁM Y HỌC GIA ĐÌNH” TẠI BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH

Bùi Trí Dũng¹, Đỗ Thị Hoài Thương¹,
Đỗ Quốc Vũ¹, Phạm Lê An¹

TÓM TẮT

Y học gia đình giúp tăng cường năng lực y tế tuyến cơ sở, sự hài lòng người dân là thước đo hiệu quả của chất lượng dịch vụ cung cấp bởi lưới thực hành Y học gia đình trong đó có phòng khám Y học gia đình bệnh viện Lê Văn Thịnh (PK YHGĐ BV LVT) tại thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM). Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 423 người dân đến khám tại PK YHGĐ BV LVT tại TPHCM nhằm xác định hài lòng của người dân khi đến khám với thang đo 37 câu có độ tin cậy và giá trị theo mô hình SERVQUAL. Tính tin cậy được đánh giá qua tính tin cậy nội bộ và tính giá trị cấu trúc được phân tích bằng phân tích nhân tố khẳng định (CFA). Kết quả cho thấy hệ số Cronbach's alpha là 0,95 cho thấy thang đo có giá trị nội dung và cấu trúc và tính tin cậy nội bộ tốt trong việc đo lường sự hài lòng của bệnh nhân khi đến khám PK YHGĐ BV LVT. **Từ khóa:** thang đo sự hài lòng, phòng khám Y học gia đình, nhân viên y tế

SUMMARY

ASSESSING THE RELIABILITY AND CONSTRUCT VALIDITY OF THE SERVICE QUALITY SATISFACTION SCALE OF PATIENTS VISITING OUTPATIENT CLINICS AT A FAMILY MEDICINE CLINIC IN LE VAN THINH HOSPITAL

Family medicine plays a pivotal role in fortifying grassroots medical capabilities. The assessment of individuals' contentment serves as a robust indicator for evaluating the quality of services offered by the Family Medicine practice network, inclusive of Family Medicine clinics, exemplified by the case of Le Van Thinh Hospital's Family Medicine Clinic (PK Family Medicine LVT Hospital) in Ho Chi Minh City (HCMC). This study employed a cross-sectional research design involving 423 participants seeking medical evaluation at the Family Medicine Clinic of LVT Hospital in Ho Chi Minh City. The primary objective was to gauge individuals' satisfaction during medical examinations utilizing a 37-item scale characterized by reliability and validity in accordance with the SERVQUAL model. The evaluation of reliability encompassed both internal consistency, while structural validity was scrutinized through confirmatory factor analysis (CFA). The findings revealed a commendable Cronbach's alpha coefficient of 0.95, signifying the scale's substantiated

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Lê An

Email: phamlean@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 10.5.2024