

MỨC ĐỘ THAM GIA VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN HOẠT ĐỘNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG GIAI ĐOẠN 2022 – 2024

NURSES' RESEARCH PARTICIPATION AND INFLUENCING FACTORS
AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL DURING 2022-2024

✍ ĐOÀN VĂN PHÚC, CHU THỊ HUYỀN*, NGUYỄN THỊ NGỌC DUNG,
TRẦN ANH LONG, NGUYỄN THỊ HUYỀN TRANG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả mức độ tham gia và xác định các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động nghiên cứu khoa học (NCKH) của điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang giai đoạn 2022–2024.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính. Nghiên cứu được tiến hành trên 575 điều dưỡng từ tháng 01 đến tháng 3 năm 2025. Dữ liệu thu thập từ báo cáo, phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm, xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0.

Kết quả: Tỷ lệ điều dưỡng làm chủ nhiệm đề tài chiếm 27,5%, tham gia với vai trò cộng sự đạt 67,8%. Trong giai đoạn 2022–2024, số bài báo đăng tạp chí tăng từ 11,8% lên 40,0%; báo cáo tại hội nghị tăng từ 28,6% lên 50,0%. Khối Nội – Nhi chiếm tỷ lệ cao nhất (40%) trong các đề tài do điều dưỡng làm chủ, trong đó 62,8% đề tài được đánh giá loại khá. Các yếu tố có mối liên quan đến tham gia NCKH bao gồm độ tuổi và trình độ học vấn ($p < 0,05$). Các yếu tố thuận lợi gồm: hỗ trợ lãnh đạo, hướng dẫn chuyên môn, môi trường hợp tác tốt. Rào cản chính bao gồm: áp lực công việc, thiếu kinh nghiệm và tâm lý e ngại.

Kết luận: Mức độ tham gia NCKH của điều dưỡng ở mức trung bình. Cần tăng cường đào tạo, giảm tải công việc và xây dựng môi trường khuyến khích NCKH nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc và phát triển nghề nghiệp điều dưỡng.

Từ khóa: Nghiên cứu khoa học, Yếu tố ảnh hưởng, Điều dưỡng.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the level of participation and identify factors influencing scientific research (SR) activities among nurses at Duc Giang General Hospital during the 2022–2024 period.

Methods: A cross-sectional descriptive study using both quantitative and qualitative methods was conducted among 575 nurses between January and March 2025. Data were collected from institutional reports, in-depth interviews, and focus group discussions, and analyzed using SPSS 25.0.

Results: The proportion of nurses acting as principal investigators was 5.2%, while 67.8% participated as collaborators. From 2022 to 2024, the percentage of journal publications rose from 11.8% to 40.0%, and conference presentations increased from 28.6% to 50.0%. The Internal Medicine–Pediatrics department contributed the most (40%) to nurse-led projects, with 62.8% rated as “good.” Age and educational level were statistically associated with research participation ($p < 0.05$). Positive factors included administrative support, expert guidance, and a collaborative environment. Barriers were work overload, limited research experience, and psychological hesitation.

Conclusion: Nurse participation in SR is moderate. Hospitals should enhance research training, reduce workloads, and promote a supportive environment to strengthen nurse-led research and improve patient care quality.

Keywords: Scientific Research, Influencing Factors, Nursing

Bệnh viện đa khoa Đức Giang

* Người chịu trách nhiệm: Chu Thị Huyền

Email: chuhuyensd@gmail.com - 0907575353

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiên cứu khoa học (NCKH) đóng vai trò quan trọng trong việc phát triển chuyên môn điều dưỡng, giúp cải tiến thực hành chăm sóc, nâng cao chất lượng điều trị và góp phần vào sự phát triển của hệ thống y tế dựa trên bằng chứng. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy tỷ lệ điều dưỡng tham gia NCKH còn khiêm tốn, dao động chỉ từ 9,2% đến 33,3% trong tổng số nghiên cứu thực hiện tại các bệnh viện [1], [3], [4]. Việc hạn chế tham gia nghiên cứu không chỉ ảnh hưởng đến khả năng cập nhật tri thức, cải thiện kỹ năng chuyên môn, mà còn làm giảm tính chủ động của điều dưỡng trong đổi mới thực hành và ứng dụng tiến bộ khoa học vào chăm sóc người bệnh [2], [5].

Thực tế cho thấy, hoạt động NCKH của điều dưỡng chịu tác động bởi nhiều yếu tố như: khối lượng công việc, môi trường làm việc, trình độ chuyên môn, sự hỗ trợ từ ban lãnh đạo, cũng như kỹ năng nghiên cứu và tâm lý e ngại thất bại. Trong đó, áp lực công việc và thiếu kinh nghiệm thường là các rào cản phổ biến, đặc biệt ở các bệnh viện tuyến cuối, nơi điều dưỡng tập trung chủ yếu vào chăm sóc lâm sàng hơn là nghiên cứu [2].

Tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang – một bệnh viện hạng I trực thuộc Sở Y tế Hà Nội, đội ngũ điều dưỡng chiếm tỷ trọng lớn và giữ vai trò then chốt trong chăm sóc toàn diện người bệnh. Giai đoạn 2022–2024, bệnh viện đã ban hành các chính sách hỗ trợ thúc đẩy NCKH trong toàn viện. Tuy nhiên, theo số liệu thực tế, tỷ lệ điều dưỡng làm chủ nhiệm đề tài còn thấp; chất lượng và số lượng đề tài chưa đồng đều giữa các khối, đặc biệt ở các đơn nguyên lâm sàng. Xuất phát từ thực trạng trên, nghiên cứu này được thực hiện nhằm: **Đánh giá mức độ tham gia và phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động nghiên cứu khoa học của điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang giai đoạn 2022–2024**, từ đó đề xuất các giải pháp để nâng cao năng lực và hiệu quả nghiên cứu của đội ngũ điều dưỡng trong thời gian tới.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu định lượng: Toàn bộ điều dưỡng tại tất cả các khoa, phòng trong bệnh viện.

Nghiên cứu định tính: Lãnh đạo bệnh viện; Trưởng phòng điều dưỡng; Điều dưỡng viên tại các khoa, phòng.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 01 - 03/2025 tại tất cả các khoa phòng trong Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu định lượng: Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, thu thập dữ liệu từ 575 điều dưỡng trên toàn bệnh viện (bao gồm 46 khoa phòng, 4 đơn nguyên và 2 đơn vị).

Nghiên cứu định tính: Tiến hành hai cuộc phỏng vấn sâu với một lãnh đạo bệnh viện và một trưởng phòng điều dưỡng; tổ chức hai nhóm thảo luận, trong đó nhóm 1 gồm 4 điều dưỡng đại diện cho các khối đã tham gia NCKH, và nhóm 2 gồm 4 điều dưỡng đại diện cho các khối chưa tham gia NCKH.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu.

Thu thập dữ liệu hồi cứu thứ cấp được cung cấp bởi Phòng Chỉ đạo tuyến.

Thực hiện phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được tổng hợp, làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0. Với nghiên cứu định lượng là kết quả điều dưỡng tham gia NCKH, nghiên cứu định tính giúp làm rõ các yếu tố tâm lý và xã hội ảnh hưởng đến tham gia nghiên cứu của điều dưỡng.

3. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n=575)

Đặc điểm		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	139	24,2
	Nữ	436	75,8
Tuổi	≤ 30	27	4,7
	31 – 40	389	67,7
	41 – 60	159	27,7
Trình độ	Trung học, cao đẳng	416	72,3
	Đại học	135	23,5
	Sau đại học	24	4,2
Khối	PBCN	53	9,2
	LCK - CLS	116	20,2
	Ngoại – Sản	149	25,9
	Nội - Nhi	257	44,7

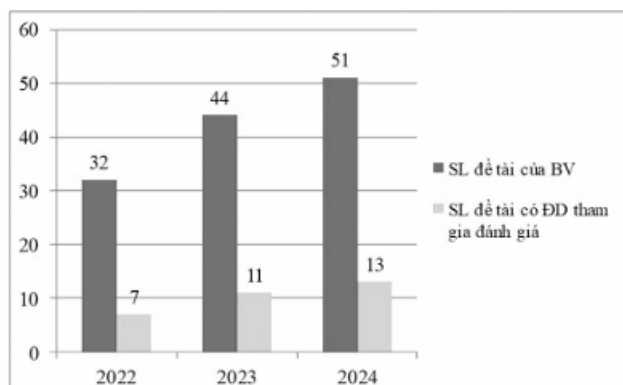
Nhận xét: Trong bệnh viện, điều dưỡng nữ giới chiếm 75,8%. Hơn 3/5 điều dưỡng ở nhóm tuổi 31 – 40 tuổi (chiếm 67,7%). 72,3% điều dưỡng có trình độ trung học, cao đẳng.

3.2. Mô tả mức độ tham gia hoạt động NCKH của điều dưỡng

Bảng 3.2. Phân bố đề tài NCKH của điều dưỡng theo thời gian

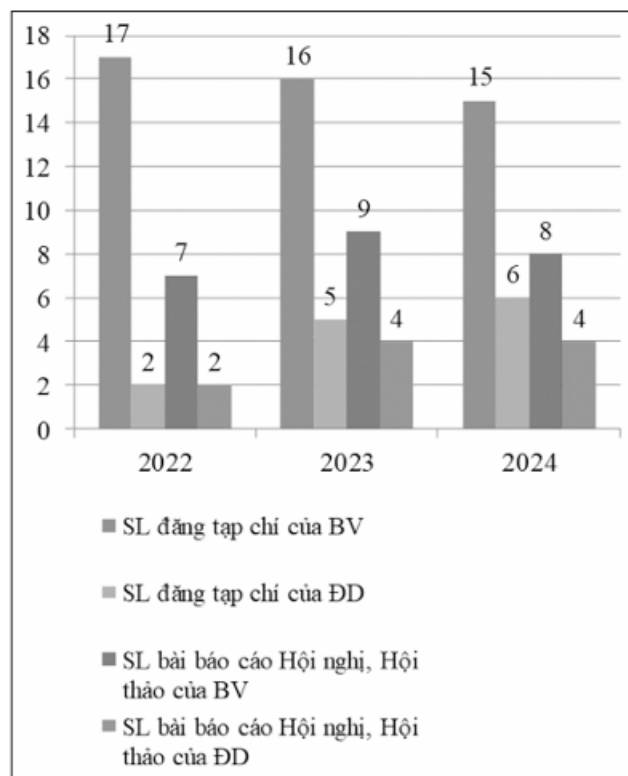
Đặc điểm	Tổng số đề tài của BV	Điều dưỡng làm chủ đề tài		Điều dưỡng làm cộng sự	
		N	%	N	%
Năm 2022	32	9	28,1	25	78,1
Năm 2023	44	11	25,0	35	56,8
Năm 2024	51	15	29,4	35	68,6
Trung bình		11,6	27,5	31,6	67,8

Nhận xét: Số lượng đề tài NCKH của bệnh viện tăng đều qua các năm, từ 32 đề tài năm 2022 lên 44 đề tài năm 2023 và đạt 51 đề tài năm 2024. Tỷ lệ điều dưỡng làm chủ đề tài trung bình là 27,5%, trong đó năm 2024 ghi nhận số lượng cao nhất với 15 đề tài (29,4%). Trung bình mỗi năm, điều dưỡng tham gia với vai trò chủ nhiệm đề tài và cộng sự đạt tỷ lệ lần lượt là 27,5 % và 67,8%.



Biểu đồ 3.1. Số lượng Hội đồng có điều dưỡng tham gia đánh giá đề tài NCKH

Nhận xét: Tỷ lệ điều dưỡng tham gia Hội đồng đánh giá đề tài có sự gia tăng: từ 21.9% trong năm 2022 lên 25.5% trong năm 2024.



Biểu đồ 3.2. Số công bố khoa học của điều dưỡng

Nhận xét: Số lượng đăng tạp chí và báo cáo tại hội nghị, hội thảo của điều dưỡng có xu hướng tăng qua các năm: bài báo năm 2022: 2 bài (11,8%), năm 2023: 5 bài (31,3%), năm 2024: 6 bài (40,0%); Báo cáo năm 2022: 2 bài (28,6%), năm 2023: 4 báo cáo (44,4%), năm 2024: 4 báo cáo (50,0%).

Bảng 3.3. Kết quả NCKH do điều dưỡng làm chủ đề tài (n = 35)

Đặc điểm		Chủ đề tài	
		(N)	%
Khối làm việc	Phòng/Ban	8	22,9
	LCK - CLS	9	25,7
	Ngoại - Sản	4	11,4
	Nội - Nhi	14	40,0
Điểm đánh giá	Xuất sắc (>90 điểm)	5	14,3
	Tốt (80-89 điểm)	8	22,9
	Khá (79-70 điểm)	22	62,8

Nhận xét: Trong số 35 đề tài do điều dưỡng làm chủ, khối Nội- Nhi chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,0%; Về chất lượng đề tài, 62,8% các đề tài của điều dưỡng xếp loại khá.

3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động NCKH của điều dưỡng

3.3.1. Liên quan giữa đặc điểm cá nhân với hoạt động NCKH

Bảng 3.4. Liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học và công việc với hoạt động NCKH

Các đặc điểm		Tham gia NCKH N (%)		OR 95% CI	p*
		Có	Không		
Giới	Nữ	25 (5,7)	411 (94,3)	1,6 0,61 – 4,34	0,33
	Nam	5 (3,6)	134 (96,4)		
Tuổi	≤ 40	27 (6,5)	389 (93,5)	3,6 (1,08 – 12,07)	0,03
	41 – 60	3 (1,9)	156 (98,1)		
Trình độ chuyên môn	Sau đại học	8 (33,3)	16 (66,7)	5,6 (1,97 – 16,09)	0,001
	Đại học	11 (8,1)	124 (91,9)		
	Trung học, cao đẳng	11 (2,6)	405 (97,4)	18,4 (6,52 – 52,02)	<0,0001
Khối công tác	PBCN	5 (9,4)	48 (90,6)	1,10 (0,36 – 3,41)	0,86
	LCK - CLS	10 (8,6)	106 (91,4)		
	Ngoại – Sản	4(2,7)	145 (97,3)	3,78 (0,97 – 14,6)	0,55
	Nội - Nhi	11 (4,3)	246 (95,7)	2,33 (0,77 – 7,01)	0,13

Nhận xét: Có mối liên quan giữa độ tuổi và trình độ chuyên môn với hoạt động NCKH. Điều dưỡng ≤ 40 tuổi tham gia NCKH cao hơn 3,6 lần so với nhóm 41–60 tuổi. Điều dưỡng có trình độ sau đại học tham gia cao hơn 5,6 lần so với trình độ đại học và cao hơn 18,4 lần nhóm trung học, cao đẳng ($p < 0,05$).

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) giữa giới và khối công tác với hoạt động NCKH.

3.3.2. Yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động NCKH qua nghiên cứu định tính

*Yếu tố ảnh hưởng có tác động tích cực

100% ý kiến đều trả lời rằng “Ban lãnh đạo BVĐK Đức Giang rất quan tâm, tạo điều kiện cho công tác NCKH tại bệnh viện”. “Khi có sự hướng dẫn từ chuyên gia và tài liệu tham khảo, điều dưỡng có tâm lý vững vàng hơn khi triển khai đề tài” (PVS2, TLN1). “Khi có sự phối hợp tốt giữa các đồng nghiệp và các khoa phòng, điều dưỡng cảm thấy an tâm hơn khi thực hiện nghiên cứu” (TLN1, TLN2). “Điều dưỡng có tâm lý tích cực khi xem nghiên cứu là cơ hội để nâng cao trình độ và đóng góp cho sự phát triển của ngành” (PVS1).

*Yếu tố khó khăn có tác động tiêu cực

“Khối lượng công việc điều dưỡng lớn khiến họ cảm thấy căng thẳng khi phải cân đối giữa chăm sóc người bệnh và NCKH” (TLN1, TLN2). “Nhiều điều dưỡng lo lắng vì chưa có nhiều kinh nghiệm về phương pháp NCKH” (TLN1, TLN2). “Điều dưỡng thấy lo lắng rằng kết quả nghiên cứu không đạt chất lượng mong muốn hoặc khó được ứng dụng thực tiễn” (PVS1, TLN2). “Khi bệnh viện chưa có nhiều nghiên cứu, điều dưỡng có thể cảm thấy e ngại và thiếu động lực để NCKH” (PVS1, TLN1).

4. BÀN LUẬN

4.1. Mô tả mức độ tham gia hoạt động NCKH của điều dưỡng

Nghiên cứu trên 575 điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang cho thấy trong giai đoạn 2023-2024, điều dưỡng chiếm 27,5% tổng số đề tài NCKH tại bệnh viện. Năm 2024 ghi nhận số lượng NCKH và đề tài do điều dưỡng làm chủ đề tài cao nhất, phản ánh xu hướng gia tăng đáng kể trong hoạt động NCKH của nhóm này. So sánh với các nghiên cứu trước đây, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Nkrumah Isaac và cộng sự (2018) là 9,2% [6]; Nguyễn Thị Thúy (2021) tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí là 11,6% [4]. Tuy nhiên, thấp hơn của Hà Hữu Tùng và cộng sự (2017) tại Bệnh viện đa khoa Nông nghiệp là 33,3% [3].

Tỷ lệ điều dưỡng tham gia Hội đồng đánh giá đề tài, công bố trên tạp chí và báo cáo tại hội nghị đều có xu hướng tăng qua các năm, cho thấy sự đóng góp ngày càng lớn của điều dưỡng trong nghiên cứu khoa học. Đặc biệt, các đề tài do điều dưỡng làm chủ yếu tập trung vào khối Nội – Nhi, chiếm tỷ lệ cao nhất (40,0%). Điều này có

thể phản ánh đặc điểm công tác của nhóm điều dưỡng này, với nhu cầu nghiên cứu các vấn đề lâm sàng phức tạp và việc chăm sóc người bệnh. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy (2021) tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí, khi nhóm điều dưỡng Nội – Nhi có tỷ lệ thực hiện NCKH cao nhất [4]. Về chất lượng nghiên cứu, tất cả các đề tài của điều dưỡng được xếp loại từ khá trở lên. Điều này có thể phản ánh sự đầu tư ngày càng lớn của bệnh viện vào hoạt động nghiên cứu, cũng như năng lực nghiên cứu ngày càng nâng cao của đội ngũ điều dưỡng.

4.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động NCKH của điều dưỡng

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa nhóm tuổi và trình độ chuyên môn với hoạt động NCKH của điều dưỡng. Cụ thể, nhóm điều dưỡng ≤ 40 tuổi có tỷ lệ tham gia nghiên cứu cao hơn 3,6 lần so với nhóm 41 – 60 tuổi. Đồng thời, trình độ chuyên môn cũng là một yếu tố quan trọng, khi điều dưỡng có trình độ sau đại học tham gia NCKH cao hơn 5,6 lần so với trình độ đại học và cao hơn 18,4 lần nhóm trung học, cao đẳng. So sánh với nghiên cứu của Bibi Hølge-Hazelton (2015) tại Đan mạch, kết quả này có sự tương đồng khi nghiên cứu trước đó cũng chỉ ra rằng nhóm điều dưỡng trẻ có xu hướng tham gia NCKH nhiều hơn do khả năng tiếp cận với phương pháp NCKH hiện đại [5] và kết quả tương tự với nghiên cứu của Đoàn Thị Ngân (2018) tại bệnh viện Thống Nhất nhấn mạnh rằng trình độ chuyên môn cao hơn giúp điều dưỡng tự tin hơn khi thực hiện NCKH [2].

Kết quả nghiên cứu cho thấy hoạt động NCKH của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang chịu ảnh hưởng từ nhiều yếu tố. Sự quan tâm và hỗ trợ từ ban lãnh đạo đóng vai trò quan trọng, giúp điều dưỡng có động lực tham gia nghiên cứu. Bên cạnh đó, hướng dẫn từ chuyên gia, tài liệu tham khảo và sự phối hợp giữa các khoa phòng cũng tạo điều kiện thuận lợi cho NCKH. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy (2021), kết quả cho thấy sự tương đồng khi nhấn mạnh tầm quan trọng của môi trường làm việc khuyến khích và sự hướng dẫn để tăng cường sự tự tin của điều dưỡng trong nghiên cứu [4]. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng chỉ ra các rào cản như áp lực công việc, thiếu kinh nghiệm NCKH và tâm lý e dè khi bệnh viện chưa có nhiều nghiên cứu trước đó. Tương tự nghiên cứu của Hà Hữu Tùng và cộng sự (2017) [3], cho thấy cần có thêm các chương trình đào tạo để khuyến khích điều dưỡng trình độ thấp hơn tham gia NCKH.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang cho thấy tỷ lệ điều dưỡng tham gia nghiên cứu khoa học còn ở mức trung bình, chủ yếu thực hiện NCKH trong vai

trò vai trò cộng sự. Số lượng công bố khoa học và hoạt động đánh giá nghiên cứu có xu hướng gia tăng trong giai đoạn 2022–2024.

Các yếu tố như tuổi dưới 40 và trình độ đại học, sau đại học có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với khả năng tham gia NCKH. Ngoài ra, sự hỗ trợ từ ban lãnh đạo, hướng dẫn từ chuyên gia và môi trường hợp tác tốt là những điều kiện thuận lợi. Trong khi đó, áp lực công việc, thiếu kinh nghiệm và tâm lý e ngại vẫn là rào cản lớn.

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi đề nghị: Cần tăng cường các chương trình đào tạo phương pháp NCKH cho điều dưỡng, giảm tải công việc lâm sàng để tạo điều kiện nghiên cứu, và xây dựng một môi trường làm việc khuyến khích đổi mới sáng tạo và nghiên cứu. Điều này không chỉ giúp nâng cao năng lực chuyên môn mà còn cải thiện chất lượng chăm sóc người bệnh trong toàn hệ thống y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Quang Huy, Phạm Đức Mục, Nguyễn Bích Lưu (2010). Đánh giá các đề tài nghiên cứu khoa học Điều dưỡng thực hiện tại Việt Nam, giai đoạn 2004-2009. Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học Điều dưỡng, Hội nghị khoa học Điều dưỡng toàn quốc lần IV, tr. 15-27.
2. Đoàn Thị Ngân (2018). Thực trạng tham gia nghiên cứu khoa học và nhu cầu đào tạo của điều dưỡng tại bệnh viện Thống Nhất năm 2018, Luận văn Thạc sỹ quản lý Bệnh viện, trường đại học Y tế Công cộng.
3. Hà Hữu Tùng và cộng sự (2017). Thực trạng hoạt động nghiên cứu khoa học tại Bệnh viện đa khoa Nông nghiệp giai đoạn 2014- 2016, Tạp chí Y học Việt Nam, 451 (Số đặc biệt), tr. 200-205.
4. Nguyễn Thị Thúy (2021). Thực trạng điều dưỡng tham gia nghiên cứu khoa học và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí giai đoạn 2015-2020, Luận văn thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
5. Bibi Hølge-Hazelton and Connie Bøttcher Berthelsen (2015). Orthopaedic nurses' attitudes towards clinical nursing research A cross-sectional survey. Int J Orthop Trauma Nurs. 2015; 19(2), p. 74-84.
6. Nkrumah Isaac, Priebe Gunilla Atuhaire Catherine, Cumber Samuel Nambile. (2018). Barriers for nurses' participation in and utilisation of clinical research in three hospitals within the Ktimasi Metropolis, Ghana. The Pan African Medical Journal. 2018; p. 30.

CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG VÀ KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN NGƯỜI BỆNH GHEP THẬN TẠI ĐƠN VỊ HỒI SỨC GHEP TẠNG, BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG

NURSING CARE AND INFECTION CONTROL FOR KIDNEY TRANSPLANT PATIENTS AT THE ORGANS
TRANSPLANT RECOVERY UNIT, DUC GIANG GENERAL HOSPITAL

✍ LÊ HUY LONG*, NGUYỄN VĂN THƯỜNG, ĐÀO XUÂN BÁCH, NGUYỄN QUANG CHÍNH,
NGUYỄN THỊ NGỌC DUNG, LÊ NGUYỄN AN

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả công tác chuẩn bị, theo dõi, chăm sóc điều dưỡng và kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) cho người bệnh ghép thận tại Đơn vị Ghép tạng, khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Phương pháp: Hồi cứu nội dung báo cáo tổng kết công tác chăm sóc điều dưỡng và kiểm soát nhiễm khuẩn trong quá trình điều trị cho 12 trường hợp ghép thận tại đơn vị Hồi sức ghép thận, bao gồm chuẩn bị trước mổ, chăm sóc hậu phẫu, quản lý đau, theo dõi sinh hiệu, dẫn lưu, chế độ dinh dưỡng, sử dụng thuốc ức chế miễn dịch (UCMD), và triển khai các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn nghiêm ngặt.

Kết quả: Tất cả 12 người bệnh ghép thận (bao gồm 10 từ nguồn hiến sống, 2 từ người hiến chết não) đều được theo dõi liên tục và chăm sóc điều dưỡng theo quy trình chuẩn hóa. Sau ghép, 11/12 trường hợp hồi phục tốt và được xuất viện sau 14 ngày. Tỷ lệ nhiễm khuẩn hậu phẫu là 0%, thải ghép ghi nhận ở 1 ca (8,3%). Các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn, chăm sóc vết mổ, hỗ trợ vận động sớm, và dinh dưỡng đều được tuân thủ chặt chẽ, góp phần quan trọng vào thành công của ca ghép.

Từ khóa: chăm sóc điều dưỡng, kiểm soát nhiễm khuẩn, ghép thận

ABSTRACT

Objective: To describe the nursing care process and infection control strategies for kidney transplant patients at the Organ Transplant Intensive Care Unit, Department of Anesthesiology and Resuscitation, Duc Giang General Hospital.

Methods: A retrospective summary report on nursing care and infection control practices during the treatment of 12 kidney transplant cases at the Kidney Transplant Intensive Care Unit, including both living and brain-dead donors. The care included invasive hemodynamic monitoring, fluid balance management, immunosuppressive therapy adherence, and strict infection control measures.

Results: All 12 patients were closely monitored postoperatively with no cases of surgical-site infection. One case (8.3%) showed signs of acute rejection and received appropriate treatment. Eleven patients (91.7%) were discharged on schedule after 14 days. The nursing team implemented structured pre- and postoperative care plans, comprehensive pain control, nutrition support, and strict adherence to immunosuppressive medication protocols. Strict infection control procedures significantly contributed to the favorable clinical outcomes.

Keywords: nursing care, infection control, kidney transplantation

Bệnh viện đa khoa Đức Giang
* Người chịu trách nhiệm: Lê Huy Long
Email: longlehuygm@gmail.com,
Điện thoại liên lạc: 0978526575

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là phương pháp điều trị thay thế hiệu quả cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối, trong đó một quả thận khỏe mạnh từ người cho được cấy ghép vào cơ thể người nhận nhằm khôi phục chức năng lọc của thận. Nguồn thận hiến có thể đến từ người sống, người chết não hoặc chết tim [3].

Sau phẫu thuật, người bệnh phải được chăm sóc, theo dõi và tuân thủ điều trị nghiêm ngặt nhằm phòng ngừa với nguy cơ thải ghép, nhiễm khuẩn và các biến chứng liên quan. Thải ghép là phản ứng của hệ thống miễn dịch người nhận với mô ghép, có thể phá hủy mô gây hoại tử và thất bại ca ghép nếu không được phát hiện sớm và can thiệp kịp thời. Để ngăn ngừa hiện tượng này, các thuốc ức chế miễn dịch (UCMD) được sử dụng. Tuy nhiên, các thuốc UCMD đồng thời làm suy giảm hệ miễn dịch và tăng nguy cơ mắc các nhiễm khuẩn cơ hội [3].

Từ tháng 9/2024 đến tháng 2/2025, Bệnh viện đa khoa Đức Giang đã triển khai thành công 12 cặp ghép thận. Đây là những bước tiến đáng ghi nhận trong lĩnh vực ghép tạng. Trong đó, công tác chăm sóc điều dưỡng, theo dõi và kiểm soát nhiễm khuẩn đóng vai trò then chốt trong việc đảm bảo an toàn và hiệu quả điều trị cho người bệnh. Với tính chất phức tạp và đặc thù, điều dưỡng ghép thận là lĩnh vực còn tương đối mới mẻ tại bệnh viện, đòi hỏi sự chuẩn hóa quy trình, đào tạo chuyên sâu và kinh nghiệm thực tiễn. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Mô tả hệ thống các hoạt động chuẩn bị trước mổ, theo dõi, chăm sóc điều dưỡng và kiểm soát nhiễm khuẩn ở người bệnh ghép thận tại Đơn vị Ghép tạng, khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu sử dụng thiết kế hồi cứu mô tả, tổng hợp số liệu từ hồ sơ 12 trường hợp người bệnh ghép thận được điều trị tại Đơn vị Hồi sức Ghép tạng, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang từ tháng 9/2024 đến tháng 2/2025. Dữ liệu thu thập bao gồm: đặc điểm lâm sàng người bệnh, quá trình chuẩn bị trước mổ, chăm sóc điều dưỡng sau ghép, theo dõi các chỉ số sinh tồn, thực hiện y lệnh, chế độ dinh dưỡng và các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn. Các nội dung được phân tích, tổng hợp theo bảng kiểm và quy trình chăm sóc đã được thiết lập tại đơn vị.

3. KẾT QUẢ

3.1. Tổng quan một số đặc điểm người bệnh ghép thận

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu và lâm sàng người bệnh ghép thận (n = 12)

Đặc điểm		SL (N)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Min	19	TB= 35,5
	Max	52	
Giới	Nam	7	58,3
	Nữ	5	41,7
Số lần ghép	Ghép lần đầu	11	91,7
	Ghép lần ≥2	1	8,3
Liên quan người nhận - người hiến	Cùng huyết thống	5	41,7
	Không cùng huyết thống	7	58,3
Nguồn ghép	Từ nguồn hiến sống	10	83,3
	Từ nguồn chết não	2	16,7

Nhận xét: Tuổi trung bình NB ghép là 35,5, cao nhất là 52 tuổi, thấp nhất là 19 tuổi; BMI trong giới hạn chiếm >50%. Tỷ lệ Nam nữ gần tương đương nhau. Trong 12 cặp có 05 cặp ghép cùng huyết thống; 10 ca ghép từ nguồn hiến sống và 02 ca từ nguồn chết não. Đặc biệt, có 01 cặp được ghép lần 2, lần đầu ghép > 10 năm.

Bảng 3.2. Bảng dấu hiệu sinh tồn người bệnh trước ghép (n = 12)

Các dấu hiệu sinh tồn		N	Tỷ lệ (%)
Mạch	>100 ck/ph	0	100
Huyết áp TT	>140mmHg	9	75,0
Nhịp thở	>20 ck/ph	0	100
Nhiệt độ	>37,5	0	100

Nhận xét: Có 9/12 ca có cao HA trước mổ, các dấu hiệu khác trong giới hạn.

Bảng 3.3. Kết quả điều trị người bệnh sau ghép thận

Kết quả điều trị	n	%
Số ngày điều trị TB	9,8	Min= 6; Max= 22
Biến chứng sau mổ	1	8,3
Thải ghép sau mổ	1	8,3
Nhiễm khuẩn sau mổ	0	0,0
Ra viện đúng kế hoạch (14 ngày)	11	91,7

Nhận xét: Số ngày điều trị TB tại khoa là 9,8 ngày, cao nhất là 22 ngày, thấp nhất là 6 ngày. Có 1/12 ca có biến chứng nhẹ, có triệu chứng thải ghép sau mổ và 0/12 ca bị nhiễm khuẩn sau mổ; 11/12 ca ra viện sau phẫu thuật 14 ngày.

3.2. Công tác chuẩn bị người bệnh trước ghép thận

Bảng 3.4. Chuẩn bị người bệnh trước ghép thận

Chuẩn bị người bệnh	Có thực hiện		Không thực hiện	
	N	%	N	%
Tắm trước mổ lần 1	10	83,3	2	16,7
Tắm trước mổ lần 2	10	83,3	2	16,7
Vệ sinh răng miệng	10	83,3	2	16,7
Thụt tháo lần 1	10	83,3	2	16,7
Thụt tháo lần 2	10	83,3	2	16,7
Thuốc an thần	5	41,7	7	58,3
VS đánh dấu, băng vùng mổ	10	83,3	2	16,7
Lấy máu XN trước ghép	10	83,3	2	16,7
VS khử khuẩn TTB, giường, buồng bệnh chuẩn bị đón NB sau ghép	12	100	0	0,0

Nhận xét: Có 10/12 ca được tắm gội 2 lần, thụt tháo 2 lần, VS răng miệng trước mổ, VS đánh dấu, băng vết vùng mổ. 5/15 ca có dùng an thần tối hôm trước mổ. Tất cả 12/12 ca đều được nhịn ăn trước mổ, chuẩn bị, vệ sinh khử khuẩn buồng bệnh sẵn sàng đón tiếp NB sau ghép.

3.3. Công tác chăm sóc điều dưỡng người bệnh ghép thận

Bảng 3.5. Dấu hiệu sinh tồn người bệnh sau ghép thận

Dấu hiệu sinh tồn	Ngày thứ 1	Ngày thứ 2	Ngày thứ 3	Ngày thứ 4	Ngày thứ 5	Ngày thứ 6	Ngày thứ 7
HATT	149,9	146,6	145,3	142,8	147,3	147,2	147,4
Nhiệt độ	36,7	36,7	36,6	36,6	36,7	36,7	36,5
CVP	5,7	6,1	6,2	6,1	6,2	6,2	6,3
Nước tiểu	4350	5900	6080	5222	5120	3900	4350
Dẫn lưu	127	120	102	82	71	67	50
Bilan	-792	-750	-700	-326	-321	-400	-350

Nhận xét: HA sau mổ được kiểm soát dần trở về sinh lý; 0/12 ca sốt sau mổ; CVP ổn định duy trì ở mức 5,9-6,3cmH₂O. Nước tiểu tăng dần từ ngày 1 (4320ml) đến ngày 3 (6080ml) và giảm dần những ngày sau (3950ml). Dẫn lưu 3 ngày đầu ra nhiều (127ml), sau đó giảm dần (50ml vào ngày thứ 7). Bilan duy trì mức âm 792ml ở ngày thứ 1 và giảm dần ở ngày thứ 4 (-321ml) ổn định khoảng -350ml

Bảng 3.6. Tình trạng người bệnh sau ghép thận

Tình trạng người bệnh		Ngày thứ 1 (N;%)	Ngày thứ 2 (N;%)	Ngày thứ 3 (N;%)	Ngày thứ 4 (N;%)	Ngày thứ 5 (N;%)	Ngày thứ 6 (N;%)	Ngày thứ 7 (N;%)
Tình thần	Lo lắng	4 (33,3)	3 (25,0)	1 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Tình trạng đau	Đau nhiều	8 (66,7)	4 (33,3)	2 (16,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Vết mổ	Nề	0 (0,0)	2 (16,6)	1 (8,3)	1 (8,3)	1 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Màu sắc nước tiểu	Hồng, sẫm màu	12 (100)	12 (100)	9 (75,0)	1 (8,3)	1 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Màu sắc dẫn lưu	Đỏ, sẫm	7 (58,3)	2 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Trung tiện	Có	0 (0,0)	9 (75,0)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)

Nhận xét: Tình trạng NB sau ghép thận: có 3/12 ca có lo lắng 2 ngày đầu sau mổ; 4/12 ca đau nhiều 2 ngày đầu; 1/12 ca có vết mổ nề ở ngày thứ 3,4,5 sau mổ; 9/12 ca có nước tiểu hồng 3 ngày đầu; 7/12 ca dẫn lưu đỏ sẫm sau mổ ngày đầu. 12/12 ca trung tiện sau 2 ngày phẫu thuật. Tất cả đều được ghi chép và báo cáo hàng ngày.

Bảng 3.7. Hoạt động chăm sóc người bệnh sau ghép thận

Hoạt động chăm sóc	Ngày thứ 1 (N;%)	Ngày thứ 2 (N;%)	Ngày thứ 3 (N;%)	Ngày thứ 4 (N;%)	Ngày thứ 5 (N;%)	Ngày thứ 6 (N;%)	Ngày thứ 7 (N;%)
Cai thở máy, rút ống NKQ	7 (41,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Thở máy NIV	0 (0,0)	1 (8,3)	1 (8,3)	0 (0,0)	1 (8,3)	1 (8,3)	0 (0,0)
Quản lý đau (PCEA, PCA...)	12 (100)	12 (100)	8 (66,7)	5 (41,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Dự phòng nôn	12 (100)	3 (66,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Thay băng, đánh giá vết mổ	0 (0,0)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)
Vượt DL 2-3 lần/ngày	8 (66,7)	12 (100)	12 (100)	3 (66,7)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Chăm sóc sonde tiểu	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)
Hỗ trợ ngồi dậy, vận động	0	12 (100)	8 (66,7)	5 (41,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ghi chép quản lý Bilan	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)

Nhận xét: Có 5/12 ca thở máy, cai máy sau mổ; 1/12 ca thở máy NIV vào ngày thứ 2, thứ 3, thứ 4 sau mổ. 12/12 ca được sử dụng giảm đau có kiểm soát PCEA 2 ngày đầu; 8/12 ca được quản lý đau ngày thứ 3, thứ 4 bằng giảm đau đa mô thức; 12/12 ca được dự phòng nôn trong và sau mổ; 12/12 ca được thay băng đánh giá vết mổ từ ngày thứ 2. Có 1/12 ca có nề vết mổ vào ngày thứ 4, thứ 5; 12/12 ca được vuốt dẫn lưu 2-3 lần/ngày ở 3 ngày đầu sau mổ. 12/12 ca được chăm sóc sonde tiểu hàng ngày; 12/12 ca được hướng dẫn, hỗ trợ vận động sau mổ 4-6 giờ, hướng dẫn và hỗ trợ ngồi dậy, tập thở sâu vào ngày thứ 2; khuyến khích, hỗ trợ đi lại từ ngày thứ 3. 12/12 ca được ghi chép quản lý Bilan vào ra thông qua theo dõi HAĐM xâm lấn, CVP, số ml nước tiểu, dẫn lưu/giờ, dịch truyền, nước uống...

Bảng 3.8. Chăm sóc dinh dưỡng người bệnh sau ghép thận

Chăm sóc dinh dưỡng	Ngày thứ 1 (N;%)	Ngày thứ 2 (N;%)	Ngày thứ 3 (N;%)	Ngày thứ 4 (N;%)	Ngày thứ 5 (N;%)	Ngày thứ 6 (N;%)	Ngày thứ 7 (N;%)
Dinh dưỡng tĩnh mạch	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Dinh dưỡng chế độ bệnh lý đường miệng	Sữa	0 (0,0)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)
	Cháo	0 (0,0)	12 (100)	5 (41,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Cơm	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (58,3)	12 (100)	12 (100)	12 (100)
	Hoa quả, sữa chua	0 (0,0)	100%	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)
Bổ sung đậm thận	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)

Nhận xét: 12/12 ca nhịn ngày đầu sau mổ; ăn sữa, cháo, bổ sung sữa chua, hoa quả từ ngày thứ 2, ăn cơm ngày thứ 4 trở đi. 12/12 ca được bổ sung đậm thận, hoa quả, sữa chua hàng ngày và 0/12 ca nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

Bảng 3.9. Thực hiện y lệnh điều trị người bệnh sau ghép thận

Thực hiện y lệnh	Ngày thứ 1 (N;%)	Ngày thứ 2 (N;%)	Ngày thứ 3 (N;%)	Ngày thứ 4 (N;%)	Ngày thứ 5 (N;%)	Ngày thứ 6 (N;%)	Ngày thứ 7 (N;%)
Lấy máu XN nồng độ Tacrolimus 2 lần/ngày	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)
Lấy máu XN (cơ bản, khí máu...)	12 (100)	12 (100)	1 (16,7)	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (8,3)	0 (0,0)
Lấy nước tiểu nuôi cấy	12 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Siêu âm	12 (100)	1 (16,7)	1 (16,7)	0 (0,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Chụp Xquang tại giường	12 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Thực hiện thuốc UCMD ≥2 lần/ngày	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)

Nhận xét: 12/12 ca được lấy máu xét nghiệm nồng độ Tacrolimus 2 lần/ngày hàng ngày, lấy máu xét nghiệm công thức máu, sinh hóa... 2 ngày đầu sau mổ; 12/12 ca được thực hiện lấy nước tiểu nuôi cấy, chụp Xquang ngày đầu sau mổ; 12/12 ca được siêu âm 3 ngày đầu sau mổ. 12/12 ca được thực hiện các thuốc UCMD (Simulect, Prograff, Solumedron...) đúng giờ, đúng liều hàng ngày.

Bảng 3.10. Hoạt động Vệ sinh, KSNK tại Đơn vị ghép thận

Hoạt động KSNK	Ngày thứ 1 (N;%)	Ngày thứ 2 (N;%)	Ngày thứ 3 (N;%)	Ngày thứ 4 (N;%)	Ngày thứ 5 (N;%)	Ngày thứ 6 (N;%)	Ngày thứ 7 (N;%)
Lau máy, giường, tường, sàn 02 lần/ngày	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	10 (82,3)	10 (82,3)
Vệ sinh răng miệng	12 (100)	12 (100)	12 (100)	3 (25,0)	1 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Lau người, VS BPSD	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)
Thay quần áo, chăn, ga	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)	12 (100)

Nhận xét: 12/12 ca được được vệ sinh lau sàn, tường, đồ dùng 2 lần/ngày bằng dung dịch khử khuẩn Surfespray. 12/12 ca được vệ sinh cá nhân, BPSD, thay quần áo chăn ga hàng ngày; 12/12 ca được VS răng miệng 3 ngày đầu, những ngày sau NB có thể tự phục vụ.

4. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng người bệnh ghép thận

Đặc điểm lâm sàng: Tuổi trung bình NB ghép là 35,5, đa số tuổi tương đối trẻ, do vậy hậu phẫu nhẹ nhàng, NB nhanh hồi phục hơn. Có 10 ca ghép từ nguồn hiến sống trong đó 05 cặp cùng huyết thống, mẹ cho con, em cho anh. Do vậy độ hòa hợp cao hơn, nguy cơ thải ghép thấp hơn. Do đây là những cặp ghép đầu tiên, chưa có kinh nghiệm nên chúng tôi lựa chọn những ca ít tuổi, cùng huyết thống để đảm bảo an toàn, xác suất thành công cao hơn. Đáng chú ý có 02 cặp lấy từ nguồn hiến chết não, đây là việc làm rất nhân văn.

Kết quả điều trị: Sau phẫu thuật, NB được điều trị, theo dõi và chăm sóc tại phòng Hồi sức sau ghép. Số ngày điều trị TB tại khoa là 9,8 ngày. Có 1/12 ca có biến chứng nhẹ, có triệu chứng thải ghép và 0/12 ca bị nhiễm khuẩn sau mổ. Có 11/12 ca ra viện sau 14 ngày. Đây là kết quả rất đáng khích lệ, kết quả của quá trình điều trị chuẩn mực và tận tâm.

4.2. Công tác chăm sóc điều dưỡng người bệnh ghép thận:

Chuẩn bị trước ghép: Đơn vị đã xây dựng Quy trình chuẩn bị người bệnh trước ghép và bảng kiểm thực hành nhằm đảm bảo người bệnh được vệ sinh đầy đủ, giảm thiểu nguy cơ nhiễm khuẩn. Tất cả bệnh nhân đều được hướng dẫn nhịn ăn, tắm gội, vệ sinh vùng mổ và đánh dấu trước phẫu thuật. Hai trường hợp ghép từ người hiến chết não do tính chất phẫu thuật cấp cứu nên việc giám sát thực hiện quy trình còn hạn chế.

Theo dõi DHST người bệnh sau ghép: Ngay sau mổ, người bệnh được theo dõi liên tục bằng hệ thống monitor đo huyết áp động mạch xâm lấn (HAĐM), áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP), cùng các thông số sinh lý quan trọng như nhịp thở, điện tim (ECG), khí máu (pH, PaO₂, BE), điện giải đồ và lượng nước tiểu/giờ nhằm đánh giá tình trạng và phát hiện sớm các bất thường. Chỉ số nước tiểu tăng trong 3 ngày đầu và giảm dần sau đó, phản ánh sự phục hồi chức năng và thích ứng của thận ghép. Dịch dẫn lưu giảm dần từ 127 ml (ngày 1) xuống 50 ml (ngày 7). Bilan dịch duy trì mức âm, từ -792 ml ngày đầu đến ổn định ở khoảng -350 ml sau mổ. Việc theo dõi lượng dịch ra – vào được thực hiện chính xác, kết hợp đối chiếu với cân nặng và xét nghiệm máu để điều chỉnh điều trị phù hợp. Trong giai đoạn nước tiểu nhiều, người bệnh được khuyến khích uống đủ nước và giám sát chặt chẽ để đảm bảo cân bằng dịch.

Tình trạng NB sau ghép: Sau phẫu thuật, người bệnh được theo dõi toàn diện bao gồm: tình trạng da niêm mạc, tinh thần, mức độ đau, thiếu máu... và các chỉ số sinh tồn (mạch, huyết áp, nhiệt độ, bilan viêm, lượng nước tiểu, dẫn lưu...). Ghi nhận 3/12 ca lo lắng, 4/12 ca đau nhiều trong 2 ngày đầu, 1 trường hợp nề vết mổ từ ngày thứ 3–5. Nước tiểu hồng ở 9/12 ca trong 3 ngày đầu, dịch dẫn lưu đỏ sẫm ở 7 ca ngày đầu và 2 ca ngày thứ hai. Tất cả 12 bệnh nhân trung tiện sau 2 ngày. Các dữ liệu được ghi chép và báo cáo hàng ngày.

Chăm sóc sau ghép: Tùy từng ca, người bệnh có thể cần thở máy sau mổ và được theo dõi liên tục các chỉ số huyết động (HAĐM, CVP, ECG, SPO₂, khí máu), đặc biệt là lượng nước tiểu những giờ đầu để phát hiện thải ghép. Một trường hợp có dấu hiệu thải ghép cấp được điều trị hỗ trợ bằng thở máy NIV

trong 3 ngày phối hợp bổ sung thuốc UCMD, lợi tiểu cường bức, và truyền dịch chính xác qua bơm tiêm điện.

Quản lý đau: Do vết mổ lớn và thời gian phẫu thuật kéo dài, giảm đau sau mổ là ưu tiên hàng đầu. 100% người bệnh được áp dụng phương pháp giảm đau kiểm soát (PCEA) kết hợp đa mô thức, duy trì điểm VAS ở mức 3–4, giúp người bệnh thoải mái, sớm vận động và phục hồi chức năng tiêu hóa.

Dự phòng nôn: Buồn nôn sau mổ được kiểm soát hiệu quả bằng nhịn ăn trước mổ, sử dụng thuốc giảm tiết axit (PPI) và Ondansetron trong và sau phẫu thuật. Tất cả 12 ca đều được áp dụng dự phòng nhằm ngăn ngừa lo lắng và ảnh hưởng lên huyết động người bệnh.

Thay băng và chăm sóc dẫn lưu: Từ ngày thứ 2 sau mổ, toàn bộ 12 bệnh nhân được thay băng hàng ngày theo quy trình vô khuẩn sau siêu âm kiểm tra thận ghép. Bệnh viện đã xây dựng Quy trình thay băng người bệnh ghép thận, trong đó khâu vô khuẩn được tuân thủ tuyệt đối. Dẫn lưu được rút 2–3 lần/ngày để tránh tắc máu đông và tụ dịch. Rút dẫn lưu khi lượng dịch <50ml/24h (ngày thứ 5–6). BPSD và hệ thống dẫn lưu nước tiểu được vệ sinh và sát khuẩn hàng ngày, đảm bảo kín một chiều. Sonde tiểu được rút vào ngày thứ 10 nhằm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn.

Vận động sớm sau mổ: Người bệnh được hỗ trợ vận động sớm: sau 4–6 giờ bắt đầu co duỗi nhẹ, ngày thứ 2 tập ngồi dậy, thở sâu, và ngày thứ 3 đi lại quanh phòng theo chu kỳ 6–8 giờ/lần, giúp lưu thông máu, phục hồi nhu động ruột, hạn chế huyết khối.

Quản lý bilan dịch vào – ra: Với đặc điểm tiền phẫu thường có tăng huyết áp, xơ vữa mạch, người bệnh ghép thận được theo dõi bilan dịch nghiêm ngặt: sử dụng monitor HAĐM, CVP, máy truyền dịch, kết hợp xét nghiệm máu, điện giải, khí máu định kỳ. Tất cả ca đều được đo chính xác nước tiểu, dịch dẫn lưu mỗi giờ, duy trì bilan âm (-700 đến -1000 ml), cân đối bù điện giải. Nước tiểu tăng rõ rệt trong 3 ngày đầu (4.300 ± 6.030 ml) và giảm dần về sinh lý (3.500 ml) phản ánh chức năng thận ghép hoạt động tốt.

Dinh dưỡng NB sau ghép: Dinh dưỡng được xây dựng bởi nhóm hội chẩn chuyên môn, đảm bảo đủ năng lượng, vệ sinh an toàn thực phẩm và phù hợp chế độ bệnh lý. Từ ngày thứ 2, người bệnh được ăn sữa, cháo, bổ sung sữa chua, hoa quả; từ ngày thứ 4 ăn cơm mềm và tiếp tục bổ sung đậm thực. Khi còn yếu, điều dưỡng hỗ trợ ăn từng thìa nhỏ, giúp bệnh nhân phục hồi nhanh chóng.

Thực hiện y lệnh điều trị: Ngay sau mổ, toàn bộ người bệnh được lấy máu xét nghiệm công thức, sinh hóa, khí máu... nhằm đánh giá tình trạng cơ thể và chức năng thận ghép, và đo nồng độ Tacrolimus 2 lần/ngày đúng giờ để hiệu chỉnh liều thuốc UCMD. Việc thực hiện y lệnh (THYL) các thuốc UCMD (Simulect, Prograf, Solumedron) và kháng sinh (Rocephin, Biseptol...) được tuân thủ tuyệt đối về liều lượng và thời gian, giúp duy trì nồng độ thuốc ổn định, ngăn ngừa thải ghép và nhiễm khuẩn hiệu quả đảm bảo thành công sau ghép.

Thực hiện vệ sinh, KSNK: Công tác KSNK ở người bệnh ghép thận giữ vai trò then chốt do nhóm bệnh nhân này có sức đề kháng giảm, nguy cơ nhiễm khuẩn cao khi sử dụng các thuốc UCMD. Đơn vị đã xây dựng đầy đủ quy trình, quy định KSNK

gồm: vệ sinh phòng bệnh, phòng mổ, bảng kiểm thực hành, và giám sát vi sinh định kỳ (cấy không khí, bề mặt thiết bị, nước rửa tay). Trước phẫu thuật, người bệnh được tắm 2 lần bằng dung dịch chứa chlorhexidine, thắt tháo 2 lần, vệ sinh răng miệng hàng ngày bằng dung dịch sát khuẩn.

Sau ghép, buồng bệnh được lau sàn, tường, thiết bị 2 lần/ngày bằng dung dịch Surfespray; người bệnh được chăm sóc vệ sinh cá nhân, thay quần áo, chăn ga hàng ngày. Toàn bộ nhân viên và người ra vào khu ghép tạng bắt buộc tuân thủ nội quy nghiêm ngặt: mặc đồ chuyên dụng, mang khẩu trang, sát khuẩn tay, mặc áo choàng, găng tay vô khuẩn khi chăm sóc. Ngoài ra, người bệnh được tư vấn và giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao ý thức tự chăm sóc, tuân thủ điều trị, phòng tránh nhiễm khuẩn. Công tác kiểm tra, giám sát tuân thủ KSNK được duy trì thường xuyên qua hệ thống nhóm chuyên trách, có hình ảnh minh chứng và nhắc nhở định kỳ.

5. KẾT LUẬN

Qua thực tiễn theo dõi và chăm sóc 12 ca ghép thận tại Đơn vị Ghép tạng, Bệnh viện đa khoa Đức Giang, chúng tôi nhận thấy công tác chuẩn bị trước phẫu thuật, chăm sóc điều dưỡng hậu phẫu và kiểm soát nhiễm khuẩn đóng vai trò quyết định trong sự thành công của ca ghép. Người bệnh được theo dõi chặt chẽ các chỉ số sinh tồn, nước tiểu, dịch dẫn lưu... để phát hiện sớm các dấu hiệu thải ghép và biến chứng sau ghép. Các biện pháp như quản lý đau, dự phòng nôn, thay băng và chăm sóc dẫn lưu hàng ngày, quản lý Bilan

dịch, hỗ trợ vận động sớm, sử dụng thuốc UCMD đúng giờ, xét nghiệm nồng độ Tacrolimus, thực hiện kháng sinh, kháng virus, nuôi cấy máu và nước tiểu được triển khai đồng bộ.

Công tác vệ sinh cá nhân, kiểm soát nhiễm khuẩn buồng bệnh, đồ dùng và môi trường điều trị được thực hiện nghiêm ngặt theo quy định Đơn vị ghép tạng. Mọi nhân viên tham gia chăm sóc đều tuân thủ đúng quy trình, đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối. Tỷ lệ hồi phục sau ghép cao, không có ca nhiễm khuẩn hậu phẫu, khẳng định vai trò then chốt của điều dưỡng và kiểm soát nhiễm khuẩn trong thành công chung của chương trình ghép thận tại đơn vị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2021). Thông tư 31/2011/TT-BYT ngày 28/12/2021 về Quy định hoạt động điều dưỡng trong Bệnh viện,
- Bộ Y tế (2017). Quyết định 3916/QĐ-BYT, ngày 28/8/2017 của Bộ Y tế về việc phê duyệt các Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
- Hội ghép tạng Việt Nam (2017). Hướng dẫn ghép thận Việt Nam, Nhà xuất bản Y học
- Ngô Trung Hiếu (2017). Nhận xét kết quả chăm sóc hậu phẫu người bệnh ghép thận từ người cho sống tại Bệnh viện Quân y 103 năm 2017. Luận văn thạc sỹ điều dưỡng.
- Nguyễn Quang Huy (2024). Ứng dụng chương trình chăm sóc phục hồi sớm sau phẫu thuật (Eras) cho người bệnh ghép thận. Tạp chí Y dược học quân sự. Số đặc biệt 10/2024. <http://doi.org/10.56535/jmpm.v49s1.1967>

THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC, BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2024

CURRENT SITUATION OF CENTRAL VENOUS CATHETER RELATED INFECTION
AT THE INTENSIVE CARE UNIT, DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2024

✍ NGUYỄN THỊ NGÂN*, TRẦN THỊ OANH, LÃ THỊ THUỶ DƯƠNG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng nhiễm khuẩn liên quan catheter tĩnh mạch trung tâm (TMTT) và xác định các yếu tố liên quan ở người bệnh đặt catheter tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2024.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 159 bệnh nhân có đặt catheter TMTT từ tháng 3 đến tháng 7 năm 2024. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các yếu tố liên quan được xác định qua kiểm định thống kê thích hợp.

Kết quả: Tỷ lệ nhiễm khuẩn catheter TMTT là 2,5%. Vi khuẩn *Staphylococcus epidermidis* chiếm 50% trong số các ca nhiễm. Có 16,4% người bệnh có biểu hiện viêm chân catheter. Mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê giữa viêm chân catheter và tình trạng nhiễm khuẩn được ghi nhận ($p = 0,001$).

Kết luận: Viêm chân catheter có liên quan chặt chẽ đến nguy cơ nhiễm khuẩn catheter. Cần tăng cường tuân thủ quy trình vô khuẩn trong đặt và chăm sóc catheter hàng ngày để hạn chế nguy cơ nhiễm khuẩn.

Từ khóa: Catheter tĩnh mạch trung tâm, nhiễm khuẩn liên quan catheter, viêm chân catheter, Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Bệnh viện đa khoa Đức Giang

*Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Ngân

Email: nguyenngan21390@gmail.com, SĐT: 0383836856

ABSTRACT

Objective: To describe the prevalence of central venous catheter (CVC)-associated infections and identify related factors in patients undergoing catheter insertion at the Intensive Care Unit (ICU) of Duc Giang General Hospital in 2024.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 159 patients who had CVCs inserted from March to July 2024. Data were collected from medical records and analyzed using SPSS version 20. Statistical tests were employed to identify associated factors.

Results: The rate of CVC-associated infection was 2.5%. *Staphylococcus epidermidis* accounted for 50% of the positive cultures. Clinical signs of catheter site inflammation were observed in 16.4% of patients. There was a statistically significant association between catheter site inflammation and infection ($p = 0.001$).

Conclusion: Catheter site inflammation was significantly associated with CVC-related infections. Strict adherence to aseptic techniques during catheter insertion and daily care is essential to prevent infections.

Keywords: Central venous catheter, catheter-related infections, catheter site inflammation, Duc Giang General Hospital.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Catheter tĩnh mạch trung tâm (TMTT) là một phương tiện thiết yếu trong điều trị hồi sức tích cực, cho phép đưa thuốc, dịch truyền và dinh dưỡng vào các buồng tim một cách chính xác và hiệu quả. Tuy nhiên, việc sử dụng catheter kéo theo nguy cơ nhiễm khuẩn – được xác định là một trong ba nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm khuẩn bệnh viện [1], làm tăng thời gian nằm viện, chi phí điều trị và tỷ lệ tử vong.

Trên thế giới, nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn liên quan catheter TMTT dao động khoảng 5,3/1.000 ngày đặt catheter, với tỷ lệ tử vong lên đến 12–25% ở nhóm nhiễm [8]. Tại Hoa Kỳ, mỗi năm ghi nhận trên 80.000 ca nhiễm liên quan catheter, gây ra từ 2.400 đến 20.000 ca tử vong, với chi phí điều trị có thể vượt 2,3 tỷ USD/năm [9].

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Lương Ngọc Quỳnh và cộng sự tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 ghi nhận tỷ lệ nhiễm khuẩn catheter TMTT lên đến 32,1%, trong đó viêm chân catheter chiếm 15,9% [7]. Tình trạng nhiễm khuẩn tại chỗ có xu hướng tăng theo thời gian lưu catheter, và biến động theo điều kiện vô khuẩn tại các cơ sở y tế [3].

Hiện nay, việc xác định căn nguyên nhiễm khuẩn catheter gặp nhiều khó khăn do biến động về chủng vi khuẩn và sự đề kháng kháng sinh ngày càng gia tăng. Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang là nơi điều trị các ca bệnh nặng với yêu cầu nghiêm ngặt về kiểm soát nhiễm khuẩn và kỹ thuật đặt catheter. Trong năm 2023, khoa đã thực hiện 431 trường hợp đặt catheter TMTT.

Trước thực trạng trên, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mô tả tình trạng nhiễm khuẩn catheter TMTT và xác định các yếu tố liên quan tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2024.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân được đặt catheter tĩnh mạch trung tâm và lưu catheter >48h tại khoa HSTC – CĐ Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân có nhiễm khuẩn huyết (có kết quả cấy máu dương tính) trước khi đặt catheter TMTT.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3/2024 đến tháng 7/2024 tại Khoa Hồi sức tích cực- Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

2.3 Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn toàn bộ 159 người bệnh phù hợp với các tiêu chuẩn của nghiên cứu.

2.5 Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

2.5.1 Chỉ số, biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của người bệnh tham gia nghiên cứu: Tuổi, giới, tiền sử bệnh lý, chẩn đoán bệnh lý khi vào khoa, khảo sát bệnh lý được đặt catheter.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng liên quan đến nhiễm khuẩn catheter: Tỷ lệ người bệnh nhiễm khuẩn catheter, mức độ nhiễm khuẩn catheter, thời gian lưu catheter, số nòng catheter được đặt, vị trí đặt catheter, xác định chủng vi khuẩn gây bệnh và sự nhạy cảm với kháng sinh.

2.5.2 Phương pháp thu thập số liệu

Lựa chọn người bệnh đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Người bệnh có dấu hiệu nghi ngờ nhiễm khuẩn bệnh viện, thực hiện khám lâm sàng, cận lâm sàng, cấy catheter. Ghi nhận kết quả vào bệnh án nghiên cứu tự thiết kế.

2.5.3 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được thống kê và phân tích xử lý trên phần mềm SPSS 20.0

Thống kê mô tả bao gồm: giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho các biến số định lượng, tần số và tỷ lệ phần trăm cho các biến định tính.

2.6 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức. Đối tượng nghiên cứu hoặc người nhà được thông báo về mục đích nghiên cứu và khi được sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu hay người nhà người bệnh thì mới đưa vào nghiên cứu. Nghiên cứu đảm bảo tính bảo mật thông tin bệnh nhân, thông tin thu thập được chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ
Nhóm tuổi	≤ 50 tuổi	15	9,4
	51 – 69 tuổi	48	30,2
	70 – 89 tuổi	77	48,4
	≥ 90 tuổi	19	11,9
Tuổi trung bình ± SD (Min-Max)		71,8 ± 16,2 (16 – 96)	
Giới	Nam	60	37,7
	Nữ	99	62,3
Bệnh lý nền mắc phải	Bệnh hô hấp	86	54,1
	Bệnh tim mạch	45	28,3
	Bệnh tiết niệu	15	9,4
	Bệnh lý tiêu hóa	19	11,9
	Bệnh đái tháo đường	20	12,6
	Khác	33	20,8

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 71,8±16,2 trong đó có 48,4% đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình từ 70 đến 89 tuổi. Tỷ lệ người bệnh là nữ giới chiếm 62,3%. Nghiên cứu ghi nhận 54,1% người bệnh có bệnh lý nền hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất, bệnh lý tim mạch chiếm 28,3% và thấp nhất là bệnh lý tiết niệu chiếm 9,4%.

Bảng 3.2: Tình trạng nhiễm khuẩn catheter của người bệnh tham gia nghiên cứu

Tình trạng nhiễm khuẩn		Số lượng	Tỷ lệ
Không nhiễm khuẩn		155	97,5
Có nhiễm khuẩn		4	2,5
Có nhiễm khuẩn (n=4)	Staphylococcus epidermidis	2	50
	Acinetobacter baumannii	1	25
	Enterobacter cloacae	1	25

Nhận xét: Theo bảng 3.2 nghiên cứu ghi nhận có 4 người bệnh nhiễm khuẩn catheter tĩnh mạch trung tâm chiếm tỷ lệ 2,5% đối tượng nghiên cứu. Thực hiện nuôi cấy 4 trường hợp được nuôi cấy vi khuẩn chân catheter, trong đó 2 bệnh nhân kết quả là Staphylococcus epidermidis, 1 bệnh nhân là Acinetobacter baumannii và 1 bệnh nhân là Enterobacter cloacae.

Bảng 3.3: Đặc điểm về đặt catheter tĩnh mạch trung tâm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ
Vị trí đặt catheter	Tĩnh mạch dưới đòn	3	1,9
	Tĩnh mạch cảnh trong	156	98,1
Loại catheter	2 nòng	152	95,6
	3 nòng	7	4,4
Thời gian lưu catheter	≤ 7 ngày	89	56
	> 7 ngày	70	44
Thời gian lưu trung bình		7,81 ±4,91 (ngày)	
Viêm chân catheter	Có viêm	26	16,4
	Không viêm	133	83,6

Nhận xét: Kết quả bảng 3.3 ghi nhận 98,1% người bệnh đặt catheter tại tĩnh mạch cảnh trong. Loại catheter 2 nòng được sử dụng nhiều hơn với tỷ lệ 95,6%. Người bệnh tham gia nghiên cứu có thời gian lưu catheter tĩnh mạch trung bình là 7,81±4,91 ngày, trong đó 56% người bệnh lưu catheter ≤ 7 ngày, 44% người bệnh có thời gian lưu catheter >7 ngày. Nghiên cứu ghi nhận 16,4% người bệnh có biến hiện viêm chân catheter.

Bảng 3.4: Một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn catheter tĩnh mạch

Đặc điểm		Có nhiễm khuẩn n (%)	Không nhiễm khuẩn n (%)	p
Nhóm tuổi	< 70 tuổi	2 (3,2)	61 (96,8)	>0,05
	≥ 70 tuổi	2 (2,1)	94 (97,9)	
Vị trí đặt catheter	TM dưới đòn	4 (2,6)	152 (97,4)	>0,05
	TM cảnh trong	0 (0)	3 (100)	
Loại catheter	2 nòng	4 (2,6)	148 (97,4)	>0,05
	3 nòng	0 (0)	7 (100)	
Thời gian lưu	≤ 7 ngày	4 (4,5)	85 (95,5)	>0,05
	> 7 ngày	0 (0)	70 (100)	
Viêm chân catheter	Có viêm	4 (5,4)	22 (94,6)	0,001
	Không viêm	0 (0)	133 (100)	

Nhận xét: Kết quả bảng 3.4 ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với p=0,001 giữa tỷ lệ nhiễm khuẩn catheter và tỷ lệ có biểu hiện viêm chân catheter. Nghiên cứu không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ nhiễm khuẩn catheter và các yếu tố nhóm tuổi, vị trí đặt catheter, loại catheter và thời gian lưu.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu ghi nhận tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $71,8 \pm 16,2$, trong đó độ tuổi từ 70-89 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 48,4% kết quả này tương đương nghiên cứu của tác giả Võ Thị Kim Hà năm 2023 ở An Giang là 72 [3]. Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới kết quả này tương tự nghiên cứu của Đào Thị Huệ năm 2023 ghi nhận tỉ lệ nam/nữ là: 66,25/33,75 [4]. Tỷ lệ người bệnh mắc bệnh lý hô hấp chiếm 54,1%, bệnh lý tim mạch chiếm 28,3%, kết quả này có một chút khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Võ Thị Kim Hà khi ghi nhận bệnh lý tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất với 37,1% [3].

4.2. Đặc điểm liên quan đặt catheter TMTT

Nghiên cứu ghi nhận 98,1% đặt catheter tĩnh mạch cảnh trong kết quả này cao hơn so với tỷ lệ 87,9% ghi nhận tại An Giang năm 2023 [3]. Loại catheter được sử dụng chủ yếu trong nghiên cứu của chúng tôi là loại catheter 2 nòng chiếm 95,6% chỉ có 4,4% đặt catheter 3 nòng, hiện nay khoa không đặt loại catheter 1 nòng cổ điển trước đây. Kết quả này gần như tương đồng với nghiên cứu của Đào Thị Huệ khi tỉ lệ đặt catheter 2 nòng chiếm 81,6% [4] và cao hơn của Bùi Thị Thanh Hương tỉ lệ 2 nòng là 58,6%, loại 3 nòng là 41,4% [5]. Thời gian trung bình lưu catheter ở nghiên cứu của chúng tôi là $7,81 \pm 4,91$ ngày trong đó thời gian lưu catheter dưới 7 ngày chiếm 56,0%. Về thời gian lưu catheter trung bình của chúng tôi gần như tương đồng với các nghiên cứu của Đào Thị Huệ là $7,14 \pm 2,73$ ngày [4]. Nghiên cứu có 16,4% có biểu hiện viêm tại chỗ đặt catheter, kết quả của chúng tôi thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu trong nước, theo Đào Thị Huệ có đến 43,75% bệnh nhân có biểu hiện viêm tại chỗ đặt catheter với các dấu hiệu như sưng nề 42,2%, tấy đỏ, đau chiếm 29,1% và 24,1% [4], còn ở nghiên cứu của Võ Thị Kim Hà có 19,1% bệnh nhân có biểu hiện viêm tại chỗ [3], của Lương Ngọc Quỳnh 15,7% [7], của Bùi Thị Thanh Hương là 13% [5].

4.3. Tỷ lệ nhiễm khuẩn catheter

Nghiên cứu trên 159 bệnh nhân, có 26 bệnh nhân tại khoa HSTC có biểu hiện viêm chân catheter TMTT trên lâm sàng, được nuôi cấy vi khuẩn chân catheter cả đầu trong và đầu ngoài, trong đó có 4 ca nuôi cấy dương tính chiếm tỉ lệ 2,1%. Kết quả của chúng tôi tương đương với tác giả Đào Thị Huệ tỉ lệ cấy khuẩn dương tính là 2,5% (7/208) [4], cao hơn nghiên cứu của Võ Thị Kim Hà tỉ lệ dương tính 0,7% (1/141) [3], còn tỉ lệ dương tính cấy khuẩn catheter trong nghiên cứu của Lương Ngọc Quỳnh năm 2014 là 7,2% [7]. Trong 4 ca dương tính chúng tôi cho nuôi cấy ra 2 ca là *Staphylococcus epidermidis*, 1 ca *Acinetobacter baumannii*, 1 ca *Pseudomonas aeruginosa*, nguyên nhân là do không tuân thủ đầy đủ việc làm sạch da bằng thuốc sát trùng xung quanh vị trí đặt catheter. Vì *Staphylococcus epidermidis* là 1 loại vi khuẩn gram âm bình thường sống trên bề mặt da và có thể xâm nhập vào vị trí bám một cách dễ dàng

4.4. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm trùng catheter

Thực hiện xác định mối liên quan giữa nhóm tuổi và

nhễm trùng catheter nghiên cứu ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi và tỷ lệ nhiễm khuẩn catheter, kết quả ghi nhận tương đồng với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Bảo Liên và cộng sự thực hiện tại Bệnh viện Xanh Pôn năm 2024 [6].

Nghiên cứu ghi nhận sự khác biệt về vị trí đặt catheter tĩnh mạch trung tâm và loại catheter sử dụng cho bệnh nhân là sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ nhiễm trùng tĩnh mạch ngoại vi, kết quả ghi nhận tương tự với kết quả của Lương Ngọc Quỳnh và cộng sự ghi nhận tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108 [7], tuy nhiên lại có sự khác biệt so với kết quả của tác giả Võ Thị Kim Hà khi nghiên cứu tại bệnh viện tim mạch An Giang ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa vị trí đặt catheter và tỷ lệ nhiễm khuẩn ($p < 0,001$) [3]. Nghiên cứu ghi nhận sự khác biệt của người bệnh thực hiện lưu kim > 7 ngày và ≤ 7 ngày và tỷ lệ nhiễm khuẩn catheter tĩnh mạch là sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), kết quả ghi nhận tương tự với kết quả của tác giả Võ Thị Kim Hà và tác giả Nguyễn Thị Bảo Liên [3], [6].

Nghiên cứu ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng viêm chân catheter và tình trạng nhiễm khuẩn catheter, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Võ Thị Kim Hà ghi nhận mối liên quan giữa tổn thương viêm chân catheter với nhiễm khuẩn catheter là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,003$) [3], nghiên cứu của Bùi Thị Thanh Hương năm 2014 cho thấy tình trạng viêm tại vị trí đặt làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn catheter lên đến 5,08 lần [5].

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Tỷ lệ nhiễm khuẩn catheter tĩnh mạch trung tâm tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang trong thời gian nghiên cứu là 2,5%. Trong các ca dương tính, vi khuẩn chủ yếu được phân lập là *Staphylococcus epidermidis* – một loại vi khuẩn thường trú trên da, dễ xâm nhập nếu quy trình sát khuẩn và chăm sóc không đảm bảo. Bên cạnh đó, có tới 16,4% người bệnh ghi nhận biểu hiện viêm chân catheter, trong đó viêm chân catheter có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng nhiễm khuẩn ($p = 0,001$).

Kết quả này cho thấy việc tuân thủ nghiêm ngặt quy trình vô khuẩn khi đặt catheter và chăm sóc hằng ngày có vai trò then chốt trong dự phòng nhiễm khuẩn catheter TMTT. Chúng tôi khuyến nghị sử dụng miếng dán trong suốt để quan sát chân catheter, thay băng định kỳ và sát khuẩn đúng kỹ thuật để hạn chế nguy cơ tiếp xúc với dịch tiết và vi khuẩn ngoại sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), Quyết định số 3671/QĐ-BYT “Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết trên người bệnh đặt catheter trong lòng mạch”.
2. Vũ Văn Đính và cộng sự (2002), Tình hình nhiễm

khuẩn bệnh viện và tỉ lệ kháng sinh tại khoa HSTC bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1-6/2002, Kỷ yếu hội nghị chuyên đề HSCC và Chống độc toàn quốc lần thứ tư 2003:tr 66-71.

3. Võ Thị Kim Hà và cộng sự (2022-2023), Nghiên cứu tình trạng nhiễm khuẩn catheter tĩnh mạch trung tâm tại khoa Hồi sức tích cực và chống độc bệnh viện Tim mạch An Giang năm 2022-2023, Tạp chí Y học Việt Nam 2023

4. Đào Thị Huệ (2023), Tình trạng nhiễm khuẩn liên quan đến catheter tĩnh mạch trung tâm tại khoa Cấp cứu-hồi sức tích cực và chống độc Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội.

5. Bùi Thị Thanh Hương (2016), Nghiên cứu tình trạng nhiễm khuẩn catheter tĩnh mạch trung tâm tại khoa hồi sức ngoại - Bệnh viện Nhi trung ương, Bộ Y Tế, Kỷ yếu Hội nghị khoa học - công nghệ tuổi trẻ các trường Đại học,

cao đẳng y – dược Việt Nam lần thứ 18, tr 203-206.

6. Nguyễn Thị Bảo Liên và cộng sự (2025), Thực trạng nhiễm khuẩn huyết liên quan đến catheter tĩnh mạch trung tâm tại khoa hồi sức tích cực và chống độc Bệnh viện Xanh Pôn năm 2024, Tạp chí Y học Việt Nam Tập 546 (1):tr 261-265.

7. Lương Ngọc Quỳnh và cộng sự (2012) - Nghiên cứu một số đặc điểm nhiễm khuẩn catheter tĩnh mạch trung tâm tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện trung ương quân đội 108 năm 2012.

8. CDC (2011), "Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections".

9. Leonardo Lorente, Christophe Henry, Maria M Martin, Alejandro Jimenez and Maria L Mora (2005), "Central venous catheter-related infection in a prospective and observational study of 2,595 catheters" Critical Care, 9, pp. 631-635.

NĂNG LỰC VÀ VIỆC THỰC HIỆN CHỨC NĂNG QUẢN LÝ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRƯỞNG KHOA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2024

CAPACITY AND FUNCTIONAL PERFORMANCE IN MANAGEMENT
OF HEAD NURSES AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2024

✍️ CHU THỊ HUYỀN^{1*}, NGUYỄN THỊ NGỌC DUNG¹, TƯỜNG THUÝ HẰNG²,
TẠ VŨ BẢO QUYÊN¹, NGUYỄN THỊ HƯƠNG CHÀ¹, PHẠM QUỐC TUẤN¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mô tả thực trạng năng lực quản lý và phân tích các yếu tố thuận lợi, khó khăn ảnh hưởng đến việc thực hiện chức năng quản lý của điều dưỡng trưởng khoa tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2024.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang kết hợp phương pháp định lượng và định tính, tiến hành trên 32 điều dưỡng trưởng khoa từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2024.

Kết quả: 65,6% điều dưỡng trưởng khoa có năng lực quản lý đạt yêu cầu. Điểm trung bình cao nhất thuộc về năng lực quản lý môi trường chăm sóc sức khỏe (3,67 và 3,38 điểm), trong khi năng lực quản lý tài chính và kinh doanh có điểm thấp nhất (3,31 và 3,30 điểm). Các yếu tố thuận lợi gồm hệ thống văn bản pháp luật rõ ràng, sự hỗ trợ từ lãnh đạo và môi trường làm việc thân thiện. Ngược lại, các khó khăn chính bao gồm thiếu nhân lực, khối lượng công việc lớn, chế độ đãi ngộ hạn chế và nhận thức chưa đầy đủ về vai trò của điều dưỡng.

Kết luận: Năng lực quản lý của điều dưỡng trưởng khoa tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang ở mức khá. Để nâng cao hiệu quả quản lý, cần chú trọng đào tạo chuyên sâu, cải thiện chế độ đãi ngộ và bổ sung nhân lực.

Từ khóa: Năng lực quản lý, thực hiện chức năng, điều dưỡng trưởng khoa, Bệnh viện đa khoa Đức Giang

1: Bệnh viện đa khoa Đức Giang

2: Sở Y tế Hà Nội

* Người chịu trách nhiệm: Chu Thị Huyền

Địa chỉ: Phòng Điều dưỡng - Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Email: chuhuyensd@gmail.com - 0907575353

ABSTRACT

Objective: To describe the current management capacity and explore the facilitating and challenging factors affecting the functional performance of head nurses at Duc Giang General Hospital in 2024.

Methods: A cross-sectional study using both quantitative and qualitative methods was conducted on 32 head nurses from March to September 2024.

Results: 65.6% of head nurses had adequate management capacity. The highest scores were observed in healthcare environment management (3.67 and 3.38 points), while the lowest scores were in financial and business management (3.31 and 3.30 points). Favorable factors included clear legal regulations, leadership support, and a positive working environment. However, major challenges included staff shortages, heavy workloads, inadequate compensation, and limited recognition of the nursing profession.

Conclusion: The management capacity of head nurses at Duc Giang General Hospital was rated as moderately good. Further improvements require specialized training, better compensation policies, and additional staffing.

Keywords: Management capacity, functional performance, head nurses, Duc Giang General Hospital

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều dưỡng trưởng khoa (ĐDTK) đóng vai trò quan trọng trong hệ thống y tế, chịu trách nhiệm quản lý và điều phối các hoạt động chăm sóc người bệnh. Họ không chỉ đảm bảo chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà còn giữ vai trò lãnh đạo trong việc thúc đẩy sự hợp tác liên ngành và phát triển đội ngũ điều dưỡng viên [4].

Các nghiên cứu trước đây cho thấy năng lực quản lý của ĐDTK dao động từ 57,4% đến 78,3%, phụ thuộc vào nhiều yếu tố như trình độ chuyên môn, kinh nghiệm làm việc và môi trường làm việc [1, 3]. Tuy nhiên, ĐDTK vẫn gặp nhiều thách thức trong việc triển khai kế hoạch, quản lý nguồn lực và điều phối công việc hiệu quả.

Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, là bệnh viện hạng I trực thuộc Sở Y tế Hà Nội, có đội ngũ ĐDTK đóng vai trò quan trọng trong hoạt động quản lý và chăm sóc người bệnh. Đánh giá năng lực quản lý của ĐDTK là cần thiết để nhận diện những điểm mạnh, điểm yếu và xây dựng các giải pháp cải thiện năng lực quản lý.

Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm:

1. Mô tả thực trạng năng lực quản lý của ĐDTK tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2024.

2. Tìm hiểu các yếu tố thuận lợi và khó khăn trong việc thực hiện chức năng quản lý của ĐDTK tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu định lượng: Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, đưa 32 ĐDTK trong tổng số 32 ĐDTK của bệnh viện vào nghiên cứu.

Nghiên cứu định tính: Lãnh đạo bệnh viện; Trưởng phòng điều dưỡng; ĐDTK, Điều dưỡng viên tại các khoa.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 03 – 09/2024 tại tất cả các khoa (gồm 32 khoa) - Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu định lượng: Trong thời gian thu thập số liệu, nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, đưa 32 điều dưỡng trưởng khoa trong tổng số điều dưỡng trưởng bệnh viện vào nghiên cứu.

Nghiên cứu định tính: Thực hiện 2 cuộc phỏng vấn sâu 01 Lãnh đạo bệnh viện và 01 Trưởng Phòng Điều dưỡng; Thảo luận 2 nhóm gồm: 1 nhóm là 06 ĐDTK và 1 nhóm là 06 Điều dưỡng viên của khoa (02 đại diện cho khối Nội - Nhi, 02 đại diện cho khối Ngoại – Sản, 02 đại diện cho khối Liên chuyên khoa: bao gồm là một khoa có tỷ lệ phần trăm năng lực quản lý của ĐDTK đó tốt nhất khối và 01 khoa có tỷ lệ thấp nhất khối).

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ năng lực điều dưỡng quản lý Chase mà tác giả Nguyễn Văn Dừa đã dịch sang Tiếng Việt [2] để đánh giá năng lực quản lý của ĐDTK. Gồm 106 câu hỏi đánh giá năng lực, trong đó đánh giá năng lực quản lý của ĐDTK được đánh giá theo 2 khía cạnh: 53 câu hỏi về kiến thức hiểu biết và 53 câu hỏi về khả năng thực hiện, các năng lực dựa vào thang điểm Likert 4 cấp độ từ Yếu (1 điểm) đến Rất tốt (4 điểm).

Nhóm nghiên cứu có mở rộng thêm với phần nghiên cứu định tính: Sử dụng phỏng vấn sâu, thực hiện sau khi đã có kết quả phân tích sơ bộ các thông tin nghiên cứu định lượng để tìm hiểu một số yếu tố thuận lợi và khó khăn đến quá trình thực hiện chức năng quản lý của ĐDTK.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được tổng hợp, làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0. Với nghiên cứu định lượng mức điểm Năng lực quản lý của ĐDTK “đạt” với mốc điểm ≥ 318 điểm và “chưa đạt” < 318 điểm.

3. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n = 32)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	6	18,8
	Nữ	26	81,2
Tuổi	31 – 40	7	21,9
	41 – 50	23	71,9
	≥ 51	2	6,2
Kinh nghiệm công tác	11 – 15 năm	6	18,8
	16 – 20 năm	13	40,6
	≥ 21 năm	13	40,6
Trình độ chuyên môn trong ngành Y tế	Cao đẳng	1	3,1
	Đại học	16	50,0
	Sau đại học	15	46,9
Đào tạo về quản lý điều dưỡng	Đã được đào tạo	31	96,9
	Đang đi đào tạo	1	3,1
Ước lượng thời gian của ĐDTK dành cho quản lý/ngày	< 50%	9	28,1
	50% - 80%	21	65,6
	> 80%	2	6,3

Nhận xét: Nữ giới chiếm tỷ lệ là 81,3%; Hơn 4/5 ĐDTK có Kinh nghiệm công tác > 15 năm (81,2%). 96,9% ĐDTK có trình độ từ đại học trở lên và đã được đào tạo về quản lý điều dưỡng; Thời gian của ĐDTK dành cho quản lý/ngày ít hơn 50% là 28,1%.

3.2. Mô tả thực trạng Năng lực quản lý của Điều dưỡng trưởng khoa tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2024

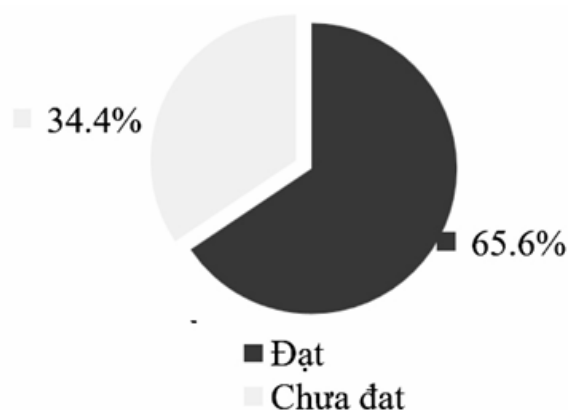
3.2.1. Đánh giá về năng lực quản lý của ĐDTK

Bảng 3.2. Đánh giá các khía cạnh về năng lực quản lý của ĐDTK

Nội dung		Min	Max	ĐTB	ĐLC
Quản lý môi trường chăm sóc sức khỏe	Kiến thức và hiểu biết	2,55	4,00	3,67	0,42
	Khả năng thực hiện	2,55	4,00	3,38	0,44
Giao tiếp và xây dựng mối quan hệ	Kiến thức và hiểu biết	2,69	4,00	3,58	0,42
	Khả năng thực hiện	2,31	3,92	3,25	3,92
Chuyên nghiệp	Kiến thức và hiểu biết	2,50	4,00	3,56	0,48
	Khả năng thực hiện	2,29	4,00	3,31	0,51
Lãnh đạo	Kiến thức và hiểu biết	2,45	4,00	3,42	0,48
	Khả năng thực hiện	2,50	3,61	3,31	0,36
Quản lý tài chính và kinh doanh	Kiến thức và hiểu biết	2,71	3,71	3,31	0,34
	Khả năng thực hiện	2,71	4,00	3,30	0,41

Nhận xét: ĐDTK có điểm trung bình kiến thức về Quản lý môi trường chăm sóc sức khỏe là cao nhất với 3,67 điểm; Tiếp theo là kiến thức về Giao tiếp và xây dựng mối quan hệ; Chuyên nghiệp; Lãnh đạo; Quản lý tài chính và kinh doanh với điểm lần lượt là 3,58; 3,56; 3,42; 3,31 điểm. ĐDTK có điểm trung bình Khả năng thực hiện về Quản lý môi trường chăm sóc sức khỏe là cao nhất với 3,38 điểm; Tiếp theo là Khả năng thực hiện về Giao tiếp và xây dựng mối quan hệ; Chuyên nghiệp; Lãnh đạo; Quản lý tài chính và kinh doanh với điểm lần lượt là 3,25; 3,31; 3,31; 3,30 điểm.

3.2.2. Đánh giá chung về Năng lực quản lý của ĐDTK



Biểu đồ 3.1. Đánh giá chung về Năng lực quản lý của ĐDTK

Nhận xét: Tỷ lệ điều dưỡng trưởng khoa có năng lực quản lý đạt là 65,6%.

3.2.3. Mối liên quan giữa đặc điểm chung với Năng lực quản lý của ĐDTK

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa đặc điểm chung với Năng lực quản lý của ĐDTK

Các đặc điểm		Năng lực quản lý N (%)		OR	95% độ tin cậy CI	p*
		Đạt	Chưa đạt			
Giới	Nam	3 (50,0)	3 (50,0)	1		
	Nữ	18 (69,2)	8 (30,8)	2,25	0,37-13,67	0,08
Tuổi	31 – 40	3 (43,9)	4 (57,1)	1		
	41 – 50	17 (73,9)	6 (26,1)	1,33	0,57-31,12	0,30
	≥ 51	1 (50,0)	1 (50,0)	0,35	0,02 -0,66	0,86
Kinh nghiệm công tác	11 – 15 năm	5 (83,3)	1 (16,7)	1		
	16 – 20 năm	7 (53,8)	6 (46,2)	0,52	0,10 – 2,58	0,45
	≥ 21 năm	9 (69,2)	4 (30,8)	0,23	0,02 – 2,59	0,42
Trình độ chuyên môn trong ngành Y tế	Đại học	8 (38,1)	13 (61,9)	1		
	Sau đại học	9 (81,8)	2 (18,2)	7,31	1,25 – 42,81	0,02

Nhận xét: Có mối liên quan giữa trình độ chuyên môn trong y tế với Năng lực quản lý của ĐDTK: nhóm ĐDTK có trình độ sau đại học có Năng lực quản lý đạt cao hơn 7,31 lần so với nhóm ĐDTK có trình độ đại học (95% CI: 1,25 – 42,81; p=0,02). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0,05) giữa giới, tuổi, kinh nghiệm công tác với Năng lực quản lý của ĐDTK.

3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến thực hiện chức năng quản lý của Điều dưỡng trưởng khoa tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2024

* Yếu tố thuận lợi

Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy có nhiều yếu tố thuận lợi hỗ trợ ĐDTK trong việc thực hiện chức năng quản lý. Các ý kiến phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm đều nhấn mạnh những điểm sau:

Hệ thống văn bản pháp quy đầy đủ và rõ ràng: Tất cả các đối tượng phỏng vấn đều khẳng định rằng sự hiện diện của các văn bản pháp luật và quy định rõ ràng giúp ĐDTK thực hiện chức năng quản lý dễ dàng và hiệu quả hơn như ý kiến của một đối tượng tham gia phỏng vấn sâu: “Hệ thống văn bản pháp quy đã được ban hành và có các hướng dẫn cụ thể rõ ràng là yếu tố quan trọng thuận lợi đến thực hiện chức năng quản lý của ĐDTK” (PVS1).

Sự hỗ trợ từ lãnh đạo bệnh viện: Lãnh đạo bệnh viện thể hiện sự quan tâm và sẵn sàng hỗ trợ ĐDTK trong công tác

quản lý. Điều này bao gồm cả việc tạo điều kiện tham gia các chương trình đào tạo và hội thảo chuyên môn như ý kiến phát biểu sau đây: “ĐDTK luôn nhận được sự hỗ trợ mạnh mẽ từ Ban lãnh đạo bệnh viện, đặc biệt từ khoa chủ quản, là nguồn động lực quan trọng trong công việc” (PVS2).

Môi trường làm việc thân thiện và hợp tác: ĐDTK nhận được sự hỗ trợ từ các bác sĩ, điều dưỡng viên và các nhân viên y tế khác trong quá trình thực hiện công việc. Không khí làm việc tích cực và sự phối hợp hiệu quả giữa các bộ phận là một yếu tố quan trọng giúp nâng cao hiệu quả quản lý: “Môi trường làm việc xung quanh ĐDTK, đặc biệt là sự hợp tác của bác sĩ, điều dưỡng và nhân viên khác, đóng vai trò quan trọng tạo điều kiện và phát huy tối đa trong việc thực hiện chức năng quản lý của ĐDTK” (TLN2).

* Yếu tố khó khăn

Kết quả nghiên cứu chỉ ra một số yếu tố khó khăn trong công việc của ĐDTK. Cụ thể, “Nguồn nhân lực còn thiếu” (TLN1), “Khối lượng công việc nhiều” (TLN2). Bên cạnh đó, “Các chế độ đãi ngộ dành cho nhân viên y tế chưa thực sự cao” (PVS2). “Nguồn thu từ các dịch vụ điều dưỡng đem lại cho bệnh viện chưa cao, đồng thời lương và các cấp bậc phụ của điều dưỡng vẫn còn thấp” (PVS2, TLN1). Thêm vào đó, “Nhận thức và coi trọng đối nghề điều dưỡng vẫn còn hạn chế, điều này có ảnh hưởng không nhỏ trong việc thực hiện chức năng quản lý của ĐDTK” (TLN2).

Bên cạnh những thuận lợi, các ĐDTK cũng phải đối mặt với nhiều khó khăn trong quá trình thực hiện chức năng quản lý đó là:

Thiếu hụt nhân lực: Một trong những khó khăn lớn nhất được đề cập là tình trạng thiếu nhân lực điều dưỡng. Điều này làm gia tăng khối lượng công việc của ĐDTK và ảnh hưởng đến hiệu quả quản lý.

Khối lượng công việc lớn: ĐDTK phải đảm nhận nhiều nhiệm vụ khác nhau, từ quản lý nhân sự, tài chính, vật tư đến giám sát và đánh giá chất lượng chăm sóc. Khối lượng công việc quá tải khiến họ khó có thể tập trung vào các hoạt động nâng cao năng lực quản lý.

Chế độ đãi ngộ chưa thỏa đáng: Phần lớn ĐDTK tham gia TLN đều cho rằng chế độ lương và phụ cấp hiện tại chưa tương xứng với trách nhiệm công việc của họ. Việc thiếu động lực tài chính có thể ảnh hưởng đến hiệu suất làm việc và sự hài lòng trong công việc.

Nhận thức xã hội về nghề điều dưỡng: Một số ĐDTK tham gia TLN cho rằng nhận thức và sự công nhận đối với vai trò của điều dưỡng trong xã hội còn hạn chế. Điều này làm giảm sự tự tin và động lực trong công việc.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng năng lực quản lý của Điều dưỡng trưởng khoa tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2024

Nghiên cứu trên 32 điều dưỡng trưởng khoa tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang cho thấy điểm trung bình cao nhất về kiến thức và khả năng thực hiện liên quan đến quản lý môi trường chăm sóc sức khỏe, lần lượt đạt 3,67 và 3,38 điểm. Kết quả này tương đồng với phát hiện của Nguyễn Thị Lệ Xuân và cộng sự (2022) [7]. Ngược lại, năng lực quản lý tài chính và kinh doanh có điểm số thấp nhất (3,31 và 3,30 điểm), điều này cũng được xác nhận trong nghiên cứu của Chun Mei-Kang [8] và Nguyễn Thị Lệ Xuân và cộng sự (2022) [7]. Kết quả này cho thấy quản lý tài chính vẫn là điểm yếu của phần lớn điều dưỡng trưởng khoa, đòi hỏi cần có thêm các chương trình đào tạo chuyên sâu để nâng cao kỹ năng này. Điều này đặc biệt quan trọng trong bối cảnh các bệnh viện đang thực hiện cơ chế tự chủ tài chính, nơi việc tối ưu hóa chi phí và nâng cao hiệu quả sử dụng nguồn lực trở thành yếu tố sống còn.

Tỷ lệ điều dưỡng trưởng khoa có năng lực quản lý đạt yêu cầu là 65,6%, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Bích và cộng sự (2021) với tỷ lệ 57,4% [1], nhưng thấp hơn mức 73,9% trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Trang (2023) [5]. Đáng chú ý, năng lực quản lý có mối liên hệ chặt chẽ với trình độ chuyên môn. Cụ thể, nhóm điều dưỡng trưởng khoa có trình độ sau đại học có năng lực quản lý cao hơn 7,31 lần so với nhóm có trình độ đại học ($p < 0,02$), kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Trang và cộng sự (2023) [5]. Ngoài ra, nghiên cứu của Nguyễn Văn Uy (2020) cũng nhấn mạnh rằng quá trình đào tạo nâng cao có tác động tích cực đến năng lực quản lý của điều dưỡng trưởng khoa [6]. Điều này khẳng định rằng việc đào tạo chuyên

sâu không chỉ giúp phát triển kiến thức và kỹ năng quản lý mà còn góp phần cải thiện tư duy chiến lược, nâng cao hiệu quả công tác quản lý trong môi trường bệnh viện.

4.2. Một số yếu tố thuận lợi và khó khăn đến thực hiện chức năng quản lý của Điều dưỡng trưởng khoa tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2024.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong những năm qua, nhiều văn bản pháp quy đã được ban hành kèm theo các hướng dẫn cụ thể, giúp xác định rõ nhiệm vụ của ĐDTK. Những quy định này đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao chất lượng nguồn nhân lực điều dưỡng. Tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, Ban Giám đốc đã đặc biệt chú trọng công tác đào tạo và tạo dựng môi trường làm việc thuận lợi, góp phần hỗ trợ ĐDTK thực hiện tốt chức năng quản lý. Sự quan tâm từ lãnh đạo và tinh thần hỗ trợ từ đồng nghiệp được xác định là những yếu tố tích cực tác động đến năng lực quản lý của ĐDTK. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết luận của Nguyễn Ngọc Bích và cộng sự (2021) [1] và Nguyễn Văn Uy (2020), khi các tác giả đều nhấn mạnh rằng sự hỗ trợ từ Ban Giám đốc và lãnh đạo khoa phòng có ảnh hưởng đáng kể đến năng lực quản lý của ĐDTK [6]. Việc triển khai các chính sách hiệu quả cùng với việc xây dựng môi trường làm việc tích cực sẽ tạo động lực để ĐDTK phát huy tối đa năng lực quản lý của mình.

Tuy nhiên, ĐDTK vẫn phải đối mặt với nhiều khó khăn trong quá trình thực hiện chức năng quản lý. Nổi bật trong số đó là tình trạng thiếu hụt nhân lực, dẫn đến khối lượng công việc lớn và áp lực cao. Bên cạnh đó, nguồn thu từ các dịch vụ do điều dưỡng trực tiếp cung cấp vẫn còn thấp và phụ thuộc nhiều vào các dịch vụ y tế của bác sĩ. Điều này ảnh hưởng không nhỏ đến thu nhập của điều dưỡng, trong khi mức lương và các chế độ phụ cấp hiện tại vẫn chưa thực sự đáp ứng được mong đợi. Hơn nữa, nhận thức xã hội và sự công nhận đối với vai trò của điều dưỡng vẫn còn hạn chế, làm giảm động lực làm việc của ĐDTK. Những phát hiện này tương đồng với các nghiên cứu trước đây của Nguyễn Ngọc Bích và cộng sự (2021) [1] và Nguyễn Thị Lệ Xuân (2022) [7].

Để cải thiện tình hình, cần có các chính sách cải cách toàn diện từ các cấp lãnh đạo nhằm tăng cường nguồn nhân lực, nâng cao mức thu nhập và cải thiện chế độ đãi ngộ cho điều dưỡng. Đồng thời, việc tổ chức các chương trình đào tạo chuyên sâu và nâng cao nhận thức xã hội về vai trò quan trọng của ĐDTK sẽ góp phần hỗ trợ họ thực hiện tốt chức năng quản lý và nâng cao hiệu quả hoạt động của hệ thống y tế.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy 65,6% điều dưỡng trưởng khoa tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang có năng lực quản lý đạt yêu cầu. Trong các khía cạnh quản lý, năng lực quản lý môi trường chăm sóc sức khỏe đạt điểm cao nhất, trong khi năng lực quản lý tài chính và kinh doanh đạt điểm thấp nhất. Điều này cho thấy nhu cầu cấp thiết trong việc đào tạo và nâng cao năng lực quản lý tài chính cho đội ngũ ĐDTK.

Các yếu tố thuận lợi giúp ĐDTK thực hiện tốt vai trò quản lý bao gồm hệ thống văn bản pháp luật rõ ràng, sự hỗ trợ từ lãnh đạo bệnh viện và môi trường làm việc thuận tiện. Tuy nhiên, các khó khăn vẫn tồn tại như thiếu nhân lực, áp lực công việc cao, chế độ đãi ngộ chưa thỏa đáng và nhận thức xã hội chưa đầy đủ về vai trò của điều dưỡng.

Để nâng cao năng lực quản lý của ĐDTK, bệnh viện cần tổ chức các chương trình đào tạo chuyên sâu về quản lý và lãnh đạo, cải thiện chế độ đãi ngộ và đảm bảo bổ sung nhân lực hợp lý. Đồng thời, ĐDTK cần chủ động học hỏi, nâng cao kiến thức và kỹ năng quản lý để đáp ứng hiệu quả các yêu cầu công việc trong môi trường y tế ngày càng phức tạp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Bích, Lù Tà Phù (2021). Năng lực quản lý của các Điều dưỡng trưởng khoa lâm sàng của một số Bệnh viện công lập tuyến tỉnh Lào Cai, 2020, Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 503, Số 01, tr. 67-72.
2. Nguyễn Văn Dừa (2020). Xác định chuẩn năng lực cần thiết cho Điều dưỡng trưởng bằng công cụ đánh giá năng lực điều dưỡng Chase tại hai bệnh viện An Sinh và Trưng Vương, Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

3. Dương Thị Thanh Huyền, Lê Thanh Tùng (2019). Đánh giá kết quả hoạt động quản lý của Điều dưỡng trưởng tại các Cơ sở y tế tuyến huyện tỉnh Nam Định năm 2019, Khoa học Điều dưỡng, Tập 02, Số 03, tr. 76-85.

4. Phạm Đức Mục (2004). Vai trò Điều dưỡng trưởng khoa. Tạp chí Thông tin Điều dưỡng, Số 23, tr. 5-8.

5. Nguyễn Thị Thu Trang và cộng sự (2023). Đánh giá về năng lực quản lý của Điều dưỡng trưởng khoa tại Bệnh viện Quân Y 87 năm 2021. Tạp chí Y Dược Thực hành 175, Số 33, tr. 58-71.

6. Nguyễn Văn Uy (2020). Năng lực quản lý của Điều dưỡng trưởng khoa tại các Bệnh viện trung ương trên địa bàn thành phố Hà Nội, Luận án Tiến sĩ kinh tế, Trường Đại học Kinh tế Quốc dân.

7. Nguyễn Thị Lệ Xuân và cộng sự (2022). Thực trạng năng lực quản lý của các Điều dưỡng trưởng khoa tại bệnh viện Quốc tế Hoàn Mỹ Vinh – Nghệ An năm 2022, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, Tập 5, Số 04, tr. 134-145.

8. Chun Mei-Kang and et al (2012). Comparisons of self-ratings on managerial competencies, research capability, time management, executive power, workload and work stress among nurse administrators, Journal of nursing management, Volume 20, Issue 7, p. 938-947.

KẾT QUẢ CAN THIỆP GIẢM VIÊM TĨNH MẠCH TRONG CHĂM SÓC CATHETER TĨNH MẠCH NGOẠI VI TẠI KHOA THẦN KINH, BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG

RESULTS OF INTERVENTIONS IN REDUCING PHLEBITIS DURING PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETER CARE IN THE NEUROLOGY DEPARTMENT, ĐỨC GIANG GENERAL HOSPITAL

✍ NGUYỄN THỊ LIÊN*, ĐOÀN VĂN PHÚC, NGUYỄN THỊ NGỌC DUNG, CHU THỊ HUYỀN
NGÔ VĂN DUY, NGUYỄN THỊ CHINH, NGUYỄN NAM PHƯƠNG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả các biện pháp can thiệp trong chăm sóc catheter tĩnh mạch ngoại vi (CTMNV) tại khoa Thần kinh, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

Đối tượng và phương pháp: Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu can thiệp có nhóm chứng, thực hiện trên 113 người bệnh. Nhóm chứng (n=53) được chăm sóc theo quy trình thông thường, nhóm can thiệp (n=60) được áp dụng các biện pháp cải tiến gồm: ghi chép đầy đủ, sử dụng băng dán trong suốt, theo dõi vị trí truyền theo thang điểm VIP (Visual Infusion Phlebitis Scale).

Kết quả: Tỷ lệ viêm tĩnh mạch ở nhóm can thiệp giảm rõ rệt (3,3% so với 20,8% ở nhóm chứng). Không ghi nhận trường hợp viêm độ 2 trở lên ở nhóm can thiệp. Vị trí cổ tay có tỷ lệ viêm cao nhất; truyền dịch có pha kháng sinh làm tăng nguy cơ viêm. Người bệnh có bệnh lý nền như bệnh thần kinh kết hợp đái tháo đường hoặc hội chứng Cushing có nguy cơ viêm cao hơn. Mức độ hài lòng ở nhóm can thiệp đạt 95%, cao hơn nhóm chứng (70%).

Kết luận: Áp dụng đồng bộ các biện pháp cải tiến giúp giảm tỷ lệ viêm tĩnh mạch, cải thiện chất lượng chăm sóc và tăng mức độ hài lòng của người bệnh.

Từ khóa: Viêm tĩnh mạch, Catheter tĩnh mạch ngoại vi, Cải tiến chăm sóc.

Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

*Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Liên

Email: lienducgiang@gmail.com; Điện Thoại: 0862.234.686

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of intervention measures in the care of peripheral intravenous catheters (PIVC) in the Neurology Department of Duc Giang General Hospital.

Subjects and Methods: an intervention study with a control group was conducted, involving 113 patients. The control group (n=53) received standard catheter care, while the intervention group (n=60) received improved care including complete documentation, transparent dressings, and consistent monitoring using the Visual Infusion Phlebitis Scale (VIP).

Results: Phlebitis incidence in the intervention group was significantly reduced (3.3% vs. 20.8% in the control group). No grade 2 or higher phlebitis was observed in the intervention group. The wrist was the most common site of inflammation. Antibiotic-infused therapy increased inflammation risk, especially in patients with comorbid neurological diseases and diabetes or Cushing's syndrome. Patient satisfaction was higher in the intervention group (95% vs. 70%).

Conclusion: Implementing evidence-based interventions significantly reduces phlebitis, enhances care quality, and increases patient satisfaction.

Keywords: Phlebitis, Peripheral intravenous catheter, Care intervention.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bối cảnh chăm sóc người bệnh nội trú ngày càng đòi hỏi hiệu quả và an toàn cao, việc đặt và chăm sóc catheter tĩnh mạch ngoại vi (CTMNV) được xem là một kỹ thuật điều dưỡng chủ chốt, góp phần thực hiện 60–70% các quy trình tiêm truyền thuốc và dịch trong điều trị nội trú [3]. Tuy nhiên, quá trình lưu kim luồn không chỉ đơn thuần là một thủ tục kỹ thuật mà còn tiềm ẩn nhiều rủi ro. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ biến chứng viêm tĩnh mạch do lưu kim luồn tĩnh mạch ngoại vi có thể dao động từ 8 đến 91%. Nếu viêm tĩnh mạch không được xử lý kịp thời, nó có thể tiến triển thành nhiễm trùng huyết, làm tăng khả năng xảy ra lên khoảng 15–20%, kéo dài thời gian nằm viện trung bình từ 2 đến 3 ngày, và tăng chi phí điều trị thêm khoảng 10–15% [2], [8].

Tại khoa Thần kinh, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, mặc dù đã áp dụng nhiều biện pháp hiện đại trong chăm sóc CTMNV, nhưng vẫn ghi nhận một số biến chứng đáng kể, ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả điều trị và an toàn của người bệnh. Nhận thấy tính cấp thiết và tầm quan trọng của vấn đề, đề tài nghiên cứu này được triển khai nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp giảm viêm tĩnh mạch trong chăm sóc CTMNV tại khoa, từ đó đề xuất các giải pháp can thiệp cải tiến quy trình, giảm thiểu biến chứng và nâng cao chất lượng chăm sóc, đồng thời gia tăng sự hài lòng của người bệnh.

Trong bối cảnh chăm sóc điều dưỡng hiện đại, CTMNV là phương tiện thiết yếu trong điều trị nội khoa, góp phần thực hiện tới 60–70% quy trình tiêm truyền tại bệnh viện [3]. Tuy nhiên, quá trình lưu kim không đơn thuần là kỹ thuật đặt ống mà còn tiềm ẩn nguy cơ viêm tĩnh mạch – một trong những biến chứng thường gặp nhất. Tỷ lệ viêm tĩnh mạch do CTMNV dao động từ 8% đến 91% tùy vào phương pháp chăm sóc và điều kiện bệnh viện [2], [8].

Viêm tĩnh mạch nếu không được phát hiện và can thiệp kịp thời có thể tiến triển thành nhiễm khuẩn huyết, làm tăng tỷ lệ biến chứng lên đến 15–20%, kéo dài thời gian nằm viện từ 2–3 ngày và làm chi phí điều trị tăng thêm 10–15% [2]. Nghiên cứu của Guanche-Sicilia và cộng sự

[5] cho thấy vị trí cổ tay có nguy cơ viêm cao hơn các vị trí khác, đặc biệt khi dùng băng dán không trong suốt và thiếu theo dõi sát. Tương tự, nghiên cứu của Claire Rickard [9] chỉ ra rằng việc sử dụng băng dán trong suốt và theo dõi thường xuyên giúp giảm viêm tĩnh mạch từ 18% còn 4%.

Tại khoa Thần kinh, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, tuy đã triển khai nhiều biện pháp chăm sóc hiện đại, tình trạng viêm tĩnh mạch vẫn còn tồn tại, đặc biệt ở các ca có bệnh nền như đái tháo đường, hội chứng Cushing. Vì vậy, nghiên cứu này được triển khai nhằm đánh giá kết quả can thiệp trong chăm sóc CTMNV, từ đó đề xuất các cải tiến giúp hạn chế viêm tĩnh mạch, tăng hiệu quả điều trị và nâng cao sự hài lòng của người bệnh.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm: Khoa Thần kinh, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

- Thời gian: Tháng 6 - tháng 10 năm 2024.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh có chỉ định đặt CTMNV để theo dõi, tiêm thuốc, truyền dịch, truyền máu qua đường tĩnh mạch tại khoa Thần kinh, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Người bệnh có CTMNV được đặt từ cơ sở y tế khác trước khi nhập viện.

+ Người bệnh không thể tiếp tục theo dõi trong suốt thời gian nghiên cứu (chuyển viện, tử vong sớm, xin ra viện...).

2.3. Thiết kế nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp thực hành, tiến cứu, có nhóm chứng.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp nghiên cứu:

- Chọn mẫu toàn bộ: 113 người bệnh có chỉ định đặt CTMNV trong thời gian nghiên cứu

- Phân nhóm đối tượng nghiên cứu được thực hiện ngẫu nhiên hóa:

+ Nhóm chứng (N1): Áp dụng quy trình chăm sóc catheter tĩnh mạch ngoại vi (CTMNV) theo thực hành thông thường, không có cải tiến. Cụ thể: không ghi chép chi tiết thời gian đặt catheter và tên điều dưỡng thực hiện; catheter được cố định bằng băng dính cuộn – hạn chế khả năng quan sát trực tiếp vị trí đặt; việc đánh giá vùng truyền không được thực hiện theo tần suất cố định, chủ yếu dựa vào biểu hiện lâm sàng bất thường hoặc thực hiện khi thay băng. Tổng số người bệnh trong nhóm này là 53.

+ Nhóm can thiệp (N2): Được áp dụng gói can thiệp cải tiến nhằm giảm nguy cơ viêm tĩnh mạch. Các biện pháp bao gồm: (1) Ghi chép đầy đủ thông tin về ngày, giờ đặt catheter và tên điều dưỡng thực hiện nhằm kiểm soát thời gian lưu kim; (2) Sử dụng băng dán trong suốt để hỗ trợ quan sát liên tục vùng đặt catheter, giúp phát hiện sớm các dấu hiệu viêm; (3) Tăng cường theo dõi và đánh giá vị trí truyền định kỳ bằng thang điểm VIP (Visual Infusion Phlebitis Scale) để phát hiện sớm và can thiệp kịp thời các biến chứng. Nhóm này gồm 60 người bệnh.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu.

Bộ công cụ được xây dựng dựa theo thang đo chẩn đoán và phân độ viêm trong nghiên cứu này dựa trên thang điểm Visual Infusion Phlebitis Scale (VIP) phiên bản 2016 [6]. Bộ công cụ được một số nghiên cứu trước đây sử dụng để đánh giá như tác giả Bùi Thị Liên và cộng sự (2024) [1].

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu sau khi thu thập được tổng hợp, làm sạch và nhập vào phần mềm Epidata 3.1, sau đó tiến hành phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 25.0. Tiêu chí đánh giá mức độ viêm tĩnh mạch được áp dụng theo thang điểm Visual Infusion Phlebitis Scale (VIP) – phiên bản năm 2016 [6], dựa trên các dấu hiệu lâm sàng tại vị trí đặt catheter, bao gồm:

- Độ 0: Vị trí đặt catheter bình thường, không có dấu hiệu viêm hoặc đau.
- Độ 1: Xuất hiện một trong hai dấu hiệu sau: đau nhẹ hoặc đỏ nhẹ tại vị trí đặt catheter.
- Độ 2: Có hai trong ba dấu hiệu gồm: đau gần vị trí đặt, sưng nề, hoặc đỏ.
- Độ 3: Xuất hiện đồng thời các dấu hiệu: đau dọc theo tĩnh mạch đặt catheter, đỏ, và căng cứng xung quanh vùng đặt.
- Độ 4: Bao gồm tất cả các biểu hiện của độ 3, đồng thời sờ thấy thùng tĩnh mạch nổi rõ.
- Độ 5: Có đầy đủ các dấu hiệu của độ 4 kèm theo triệu chứng toàn thân là sốt.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n=113)

Đặc điểm		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	65	57,5
	Nữ	48	42,5
Độ tuổi	16 ≤ 50 tuổi	39	34,5
	> 50 tuổi	74	65,5
BMI	Thiếu cân (<18,5)	25	22,1
	Bình thường (18,5 - 24,9)	77	68,2
	Thừa cân (≥ 25)	11	9,7
Nhóm bệnh	Đột quỵ não	63	55,8
	Bệnh Thần Kinh kết hợp hội chứng Cushing	10	8,8
	Hội chứng Parkinson	7	6,2
	Bệnh Thần Kinh kết hợp bệnh tiểu đường	12	10,6
	Đông kinh	9	8,0
	Khác	12	10,6

Nhận xét: Tổng số 113 người bệnh tham gia vào nghiên cứu, người bệnh nam chiếm 57,5%; Người bệnh ở độ tuổi trên 50 chiếm 65,5%; Phần lớn người bệnh thuộc thể trạng bình thường (chiếm 68,2%) và hơn ½ là người bệnh điều trị tại khoa là nhóm bệnh Đột quỵ não (chiếm 55,8%).

3.2. Tỷ lệ viêm tĩnh mạch giữa hai nhóm

Bảng 3.2. Phân bố tỷ lệ viêm tĩnh mạch theo thang điểm VIP giữa hai nhóm

Phân độ	Các dấu hiệu lâm sàng tại vị trí lưu kim	Nhóm chứng (N1)		Nhóm can thiệp (N2)	
		Số lượng (n=53)	Tỷ lệ %	Số lượng (n=60)	Tỷ lệ %
0	Vị trí đặt catheter tĩnh mạch bình thường, không có dấu hiệu viêm, đau	42	79,2	58	96,7
1	Xuất hiện một trong hai dấu hiệu sau: đau nhẹ hoặc đỏ nhẹ	9	17,0	2	3,3
2	Có hai trong ba dấu hiệu sau: đau gần vị trí đặt, sưng nề, đỏ	2	3,8	0	0
3	Có tất cả các dấu hiệu sau: đau dọc tĩnh mạch đặt catheter, đỏ, căng cứng xung quanh	0	0	0	0
4	Có tất cả các dấu hiệu sau: đau dọc tĩnh mạch đặt catheter, đỏ, căng cứng xung quanh, sờ thấy thùng tĩnh mạch nổi lên	0	0	0	0
5	Có tất cả các dấu hiệu sau: đau dọc tĩnh mạch đặt catheter, đỏ, căng cứng xung quanh, sờ thấy thùng tĩnh mạch nổi lên và kèm theo sốt	0	0	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ viêm tĩnh mạch ở nhóm can thiệp (N2) giảm so với nhóm chứng (N1). Giảm mức độ viêm tĩnh mạch độ 2 từ 17,0% xuống còn 3,3% và độ 3 giảm còn 0% so với nhóm chứng.

Bảng 3.3. Phân bố tỷ lệ viêm theo vị trí lưu kim giữa hai nhóm

Vị trí	Chi trên					Chi dưới			Không biến chứng
	Mu bàn tay	Cẳng tay	Cổ tay	Mặt trước khuỷu tay	Cánh tay	Bàn chân	Cổ chân	Cẳng chân	
Nhóm chứng N1 n=53 (%)	2 (3,7)	1 (1,9)	8 (15,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	38 (71,7)
Nhóm can thiệp N2 n=60 (%)	0 (0)	0 (0)	2 (3,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	58 (96,7)

Nhận xét: Tỷ lệ viêm tại vùng cổ tay là 15,1% với nhóm N1, và 3,4% với nhóm N2, cao hơn hẳn so với các vị trí truyền khác.

Bảng 3.4. Phân bố tỷ lệ viêm theo dịch truyền giữa hai nhóm

Loại thuốc, dịch truyền sử dụng	Nhóm chứng (N1)		Nhóm can thiệp (N2)	
	Số lượng (n=53)	Tỷ lệ%	Số lượng (n=60)	Tỷ lệ%
Kháng sinh	7	13,2	1	1,7
Pha thuốc	3	5,7	1	1,7
Truyền NaCl 0,9‰	1	1,9	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng viêm khi truyền dịch có pha kháng sinh có tỷ lệ biến chứng cao hơn so với các nhóm còn lại là 13,2% đối với nhóm N1, 1,7% với nhóm N2.

Bảng 3.5. Phân bố tỷ lệ viêm theo bệnh giữa hai nhóm

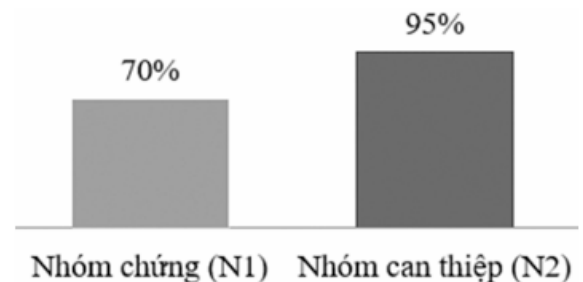
	Nhóm chứng (N1)		Nhóm can thiệp (N2)	
	Số lượng (n=53)	Tỷ lệ%	Số lượng (n=60)	Tỷ lệ%
Đột quỵ não	1	1,9	0	0
Bệnh Thần Kinh kết hợp hội chứng Cushing	3	5,7	1	1,7
Hội chứng Parkinson	0	0	0	0
Bệnh Thần Kinh kết hợp bệnh tiểu đường	5	9,4	1	1,7
Đông kinh	0	0	0	0
Khác	2	3,8	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng viêm ở bệnh Thần kinh kết hợp với bệnh Đái tháo đường và Bệnh Thần Kinh kết hợp hội chứng Cushing là cao nhất, gặp ở cả nhóm chứng (N1) và nhóm can thiệp (N2).

Bảng 3.6. Phân bố tỷ lệ viêm tĩnh mạch tại chỗ chung giữa 2 nhóm

Đặc điểm	Nhóm chứng (N1)		Nhóm can thiệp (N2)	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ%	Số lượng (n)	Tỷ lệ%
Có viêm	11	20,8	2	3,3
Không viêm	42	79,2	58	96,7
Tổng số	53	100	60	100

Nhận xét: Kết quả bảng chỉ ra rằng tỷ lệ viêm tĩnh mạch tại nhóm can thiệp (N2) giảm còn 3,3%.



Biểu đồ 3.1. Đánh giá tỷ lệ hài lòng của người bệnh giữa hai nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nhóm can thiệp (N2) là 95%

4. BÀN LUẬN

Khi tiến hành nghiên cứu trên 113 người bệnh có chỉ định đặt kim lún tại khoa Thần kinh, BVĐK Đức Giang cho kết quả như sau: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ viêm tĩnh mạch ở nhóm can thiệp (N2) giảm đáng kể xuống 3,3% so với 20,8% ở nhóm chứng (N1), tương tự nghiên cứu của Rickard và cộng sự (2012), trong đó can thiệp bằng băng trong suốt giúp giảm viêm tĩnh mạch từ 18% xuống còn 4% [9]. Tỷ lệ viêm mức độ 2 trở lên trong nhóm N2 là 0%, phù hợp với nghiên cứu. Vị trí cổ tay có tỷ lệ viêm cao nhất (15,1% nhóm N1 và 3,4% nhóm N2), đồng nhất với nghiên cứu của Guanche-Sicilia và cộng

sự (2020), cho thấy nguy cơ viêm tại cổ tay cao hơn 1,5 lần so với các vị trí khác [5]. Khi truyền dịch có pha kháng sinh, nhóm N1 có tỷ lệ viêm cao (13,2%). Tỷ lệ người bệnh có biến chứng viêm tĩnh mạch ở bệnh Thần kinh kết hợp với bệnh Đái tháo đường và kết hợp hội chứng Cushing là cao nhất, tỷ lệ viêm gặp ở cả nhóm chứng (N1) và nhóm can thiệp (N2). Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của Bùi Thị Liên và cộng sự (2024), tác giả đã chỉ ra rằng sự có mặt của tình trạng nền như chảy máu não dẫn đến gia tăng tỷ lệ viêm tĩnh mạch tại vị trí lưu CTTMT ($p < 0.001$) [1].

Tỷ lệ không biến chứng trong nhóm can thiệp (96,7%) cao hơn đáng kể so với nhóm chứng (79,2%), phù hợp với nghiên cứu của Dougherty (2015) về lợi ích của băng trong suốt và ghi chép đầy đủ [4]. Tỷ lệ hài lòng của nhóm can thiệp đạt 95%, cao hơn nhóm chứng (70%), tương tự nghiên cứu của Marsh và cộng sự (2018), khi can thiệp cải tiến tăng mức độ hài lòng lên hơn 90% [7]. Kết quả nghiên cứu khẳng định rằng việc theo dõi sát và cải tiến quy trình chăm sóc giúp giảm nguy cơ viêm tĩnh mạch và nâng cao chất lượng điều trị, phù hợp với tổng quan của Gorski và cộng sự (2021) [10]. Từ đó, nghiên cứu đề xuất áp dụng đồng bộ các biện pháp can thiệp để giảm biến chứng viêm tĩnh mạch trên bệnh nhân nội trú.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 113 người bệnh tại khoa Thần kinh, BVĐK Đức Giang cho thấy việc áp dụng các biện pháp cải tiến như sử dụng băng trong suốt, theo dõi sát vị trí truyền theo thang điểm VIP, và ghi chép đầy đủ giúp giảm đáng kể tỷ lệ viêm tĩnh mạch từ 20,8% xuống 3,3%. Đặc biệt, không có trường hợp nào viêm độ 2 trở lên trong nhóm can thiệp.

Tỷ lệ viêm cao hơn ở vị trí cổ tay và ở người bệnh truyền dịch có pha kháng sinh. Người bệnh có bệnh lý nền như đái tháo đường hoặc hội chứng Cushing đi kèm với bệnh thần kinh có nguy cơ viêm tĩnh mạch cao hơn. Đồng thời, tỷ lệ không biến chứng và hài lòng ở nhóm can thiệp cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng (96,7% và 95% so với 79,2% và 70%).

Kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu quả tích cực của việc cải tiến quy trình chăm sóc CTMNV, khuyến nghị áp dụng đồng bộ các biện pháp này để nâng cao chất lượng chăm sóc và an toàn người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Thị Liên, Nguyễn Thị Huyền (2024). Viêm tĩnh mạch tại vị trí lưu kim luồn tĩnh mạch ngoại biên và một số yếu tố liên quan tại Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai, Tạp chí Thần kinh học Việt Nam, (43), tr. 35-45.
2. Chu Văn Long, Đồng Văn Hệ (2020). Nghiên cứu nguy cơ viêm tĩnh mạch sau đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Tạp chí Khoa học điều dưỡng, 3(4), tr. 33-42.
3. Peter J., et al. (2018). Vascular access specialist teams for device insertion and prevention of failure, Cochrane Database of Systematic Reviews, (3).
4. Lisa Dougherty, et al. (2015), The Royal Marsden manual of clinical nursing procedures, John Wiley & Sons.
5. Aitana GS et al. (2021), Prevention and treatment of phlebitis secondary to the insertion of a peripheral venous catheter: a scoping review from a nursing perspective, Healthcare, MDPI, p. 611.
6. Mary E, et al (2016). Infusion Therapy Standards of Practice, Journal of Infusion Nursing, 39(1).
7. Webster J, et al (2018). Expert versus generalist inserters for peripheral intravenous catheter insertion: a pilot randomised controlled trial. Trials, 19(1): 564.
8. Nicole M, et al. (2021). Peripheral intravenous catheter failure: a secondary analysis of risks from 11,830 catheters, International Journal of Nursing Studies. 124
9. Claire MR, et al. (2012). Routine versus clinically indicated replacement of peripheral intravenous catheters: a randomised controlled equivalence trial, The Lancet. 380(9847), p. 1066-1074.
10. Gorski LA, et al. (2021). Infusion therapy standards of practice. 44(1S), tr. S1-S224.

THỰC TRẠNG TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2023

CURRENT STATUS OF HEALTH EDUCATION AND CONSULTATION
FOR IN-PATIENT AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2023

✍ CHU THỊ HUYỀN*, NGUYỄN THỊ NGỌC DUNG, TẠ VŨ BẢO QUYÊN,
NGUYỄN THỊ HƯƠNG CHÀ, PHẠM QUỐC TUẤN

Bệnh viện đa khoa Đức Giang

* Người chịu trách nhiệm: Chu Thị Huyền

Địa chỉ: Phòng Điều dưỡng - Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Email: chuhuyensd@gmail.com - 0907575353

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng công tác Tư vấn giáo dục sức khỏe (TV-GDSK) cho người bệnh nội trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính. Trên 236 người bệnh, được tiến hành từ tháng 03 - 9/2023.

Kết quả: Tỷ lệ được TV-GDSK đạt là 92,8%. Với 12 tiêu chí được đánh giá đạt và 03 tiêu chí không đạt (Người bệnh được hướng dẫn, hỗ trợ luyện tập và phục hồi chức năng sớm; Người bệnh được tư vấn chế độ dinh dưỡng trong thời gian nằm viện; Người bệnh được tư vấn chế độ dinh dưỡng tại nhà). Một số yếu tố liên quan với TV-GDSK bao gồm tuổi, trình độ ($p < 0,05$). Các yếu tố ảnh hưởng tích cực bao gồm: Sự quan tâm của Lãnh đạo, ứng dụng công nghệ thông tin. Các yếu tố ảnh hưởng tiêu cực bao gồm: Nhân viên y tế chưa được đào tạo, thiếu trang thiết bị phục vụ và chưa có kinh phí.

Kết luận: Hầu hết người bệnh đều được TV-GDSK (92,8%). Bệnh viện cần tiếp tục các biện pháp duy trì và thúc đẩy công tác TV-GDSK cho người bệnh nội trú dựa trên cơ sở kết quả nghiên cứu để nâng cao chất lượng đáp ứng sự hài lòng của người bệnh.

Từ khóa: Tư vấn giáo dục sức khỏe, người bệnh, Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

ABSTRACT

Objectives: To describe the current status of health education and consultation for inpatients and some influencing factors at Duc Giang General Hospital in 2023.

Subjects and methods: Description of cross -section, quantitative and qualitative combination. Over 236 patients, conducted from March to September 2023.

Results: The rate of health education advice is 92.8%. With 12 criteria evaluated and 03 criteria (patients are guided, supported exercise and rehabilitation early; patients were consulted with diet during the hospital stay; Consulting diet at home). Some factors related to health education consultancy include age and level ($p < 0.05$). Positive influencing factors include: The interest of leadership and application of information technology. The negative influence factors include: Health staff have not been trained, lacking equipment and no funds.

Conclusion: Most patients are consulted with health education (92.8%). The hospital needs to continue the measures to maintain and promote the consultation of health education for patients inpatient on the basis of research results to improve the quality to meet the satisfaction of patients.

Keywords: Health education consulting, patients, Duc Giang General Hospital.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tư vấn Giáo dục sức khỏe (TV-GDSK) có vai trò quan trọng trong kết quả của các chương trình, hoạt động y tế nói riêng và vào thành công của chiến lược chăm sóc sức khỏe nhân dân [2]. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) xếp TV-GDSK là nội dung số một trong các nội dung về chăm sóc sức khỏe ban đầu [6], [9]. Tuy nhiên, kết quả một số nghiên cứu tại các bệnh viện đã chỉ ra rằng: Nhân viên y tế chủ yếu tập chung vào làm tốt việc điều trị thuốc nhưng việc hỗ trợ người bệnh ăn uống; chăm sóc vệ sinh cá nhân lại chủ yếu do người nhà thực hiện, việc TV-GDSK cho NB còn rất thiếu và yếu [5], [4]. Bệnh viện đa khoa Đức Giang là bệnh viện Hạng I của Sở Y tế Hà Nội, mỗi ngày bệnh viện tiếp nhận trung bình khoảng 2.100 – 2.200 lượt người bệnh ngoại trú và khoảng hơn 800 lượt người bệnh điều trị nội trú. TV-GDSK được bệnh viện rất quan tâm, thực hiện qua nhiều hình thức như: qua các bảng, biển, tờ rơi, qua họp hội đồng người bệnh, qua hoạt động tư vấn thăm khám trực tiếp ... Thực tế này đặt ra câu hỏi TV-GDSK của bệnh viện hiện tại như thế nào đặc biệt là người bệnh nội trú tại bệnh viện, những yếu tố nào có ảnh hưởng đến TV-GDSK. Xuất phát từ thực tế trên, nghiên cứu được tiến hành với 2 mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng Tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh nội trú tại bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2023.
2. Tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng tới tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh nội trú tại bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2023.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu định lượng: Người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang có thời gian điều trị nội trú từ 48h trở lên đã hoàn tất thủ tục ra viện.

Nghiên cứu định tính: Lãnh đạo bệnh viện; Lãnh đạo phòng Điều dưỡng; Đại diện phụ trách công tác TV-GDSK (Bác sĩ, điều dưỡng viên) tại các khoa lâm sàng.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 03 - 09/2023 tại tất cả các khoa lâm sàng (gồm 23 khoa) - Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu định lượng Cỡ mẫu cho phát vấn người bệnh tính theo công thức:

$$N = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

+ n: cỡ mẫu tối thiểu

+ $Z(1-\alpha/2)$: độ tin cậy 95%, có $Z(1-\alpha/2) = 1,96$.
 + d: sai số cho phép là 5% = 0,05.
 + $p = 0,833$ (lấy theo nghiên cứu của Phạm Anh Tuấn [6].
 Thay vào công thức trên ta được $n = 214$. Để dự trữ hao hụt mẫu chúng tôi tăng thêm 10% cỡ mẫu, vậy cỡ mẫu là 236 người bệnh.

Nghiên cứu định tính: Chọn chủ đích 8 cuộc phỏng vấn sâu 01 Lãnh đạo bệnh viện; 01 Lãnh đạo Phòng Điều dưỡng; 06 Phòng vấn sâu với cán bộ phụ trách TV-GDSK (bác sĩ, điều dưỡng) tại các khoa lâm sàng (02 đại diện cho khối Nội - Nhi, 02 đại diện cho khối Ngoại - Sản, 02 đại diện cho khối Liên chuyên khoa: bao gồm là một khoa có tỷ lệ phần trăm người bệnh được TV-GDSK tốt nhất khối và 01 khoa có tỷ lệ thấp nhất khối).

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Bộ công cụ được xây dựng dựa theo thang đo tại mục C6.2 của Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện [1]. Bộ công cụ được một số nghiên cứu trước đây sử dụng như tác giả Nguyễn Thị Ngọc Chinh và cộng sự (2020) [3].

Phòng vấn sâu, thực hiện sau khi đã có kết quả phân tích sơ bộ các thông tin nghiên cứu định lượng để tìm hiểu một số mối liên quan đến TV-GDSK cho người bệnh nội trú tại bệnh viện. Hướng dẫn PVS được xây dựng theo Hướng dẫn của WHO gồm 6 câu hỏi liên quan đến TV-GDSK bao gồm: Cung cấp dịch vụ, nhân lực y tế, hệ thống thông tin y tế, trang thiết bị, tài chính, lãnh đạo quản lý là yếu tố liên quan đến đầu ra của Hệ thống y tế [8].

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được tổng hợp, làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0. Với nghiên cứu định lượng gồm 15 tiêu chí đánh giá từ phỏng vấn người bệnh. Lấy mốc đạt từ 90% số người bệnh trở lên theo các nội dung cần được tư vấn cho người bệnh tại mức 5 tiêu chí C6.2 của Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện [1]: (i) mỗi một tiêu chí đánh giá "đạt" có tỷ lệ tư vấn là $\geq 90\%$ số người bệnh; (ii) Tiêu chí đánh giá "chưa đạt" có tỷ lệ tư vấn là $< 90\%$ số người bệnh. (iii) Tổng tỷ lệ người bệnh

nội trú được đánh giá TV-GDSK "đạt" chung khi trung bình của tất cả 15 tiêu chí cộng lại đạt $\geq 90\%$ và dưới 90% là "chưa đạt".

3. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n=236)

Đặc điểm		Số lượng (n = 236)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nữ	136	57,6
	Nam	100	42,4
Tuổi	< 30	33	14,0
	30 – 50	67	28,4
	51 – 60	45	19,1
	> 60	91	38,6
Trình độ	Dưới trung học phổ thông	77	32,6
	Trung học phổ thông	66	28,0
	Trung học, cao đẳng	72	33,5
	Đại học, sau đại học	21	8,9
Khối	Liên chuyên khoa	23	9,7
	Ngoại – Sản	89	37,7
	Nội – Nhi	124	52,5

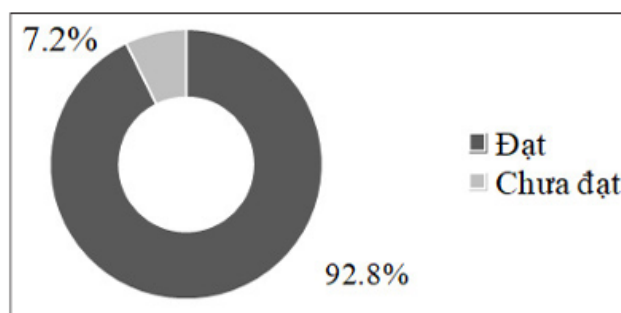
Nhận xét: Nghiên cứu được thực hiện trên 236 người bệnh nội trú tại BVĐK Đức Giang cho kết quả như sau: Người bệnh nữ giới chiếm 57,6%. Lứa tuổi và trình độ học vấn của đối tượng chia đều theo các nhóm. Hơn 1/2 số người bệnh tập chung điều trị tại khối Nội – Nhi (52,5%).

3.2. Thực trạng TV-GDSK cho người bệnh nội trú tại BVĐK Đức Giang năm 2023

Được dặn dò trước khi xuất viện	96,4
Được hướng dẫn dùng thuốc theo đơn, thời gian tái khám	96,4
Được hướng dẫn chế độ dinh dưỡng tại nhà	86,5
Được hướng dẫn chế độ dinh dưỡng trong điều trị	89,3
Được NVYT hướng dẫn, hỗ trợ luyện tập và PHCN sớm	87,4
Được NVYT tư vấn GDSK trong thời gian điều trị	96,8
Được NVYT hướng dẫn tự CS, theo dõi, phòng bệnh	97,8
Được hướng dẫn uống thuốc cẩn thận, rõ ràng	96,1
Được thông báo, giải thích phương pháp điều trị	97,4
Giải đáp kịp thời những băn khoăn, thắc mắc	97,1
Phối hợp với BS/ĐD/HL trong điều trị và chăm sóc	97,3
NVYT động viên yên tâm điều trị	98,7
Cung cấp thông tin cần chú ý về bệnh	94,1
Cung cấp thông tin về bệnh	97,4
Phổ biến nội quy, quy định	95,2

Biểu đồ 3.1. Kết quả thực hiện các nội dung TV-GDSK

Nhận xét: 98,7% người bệnh được nhân viên y tế động viên yên tâm điều trị; 97,8% được hướng dẫn tự chăm sóc, theo dõi và phòng bệnh. Tỷ lệ người bệnh được hướng dẫn chế độ dinh dưỡng tại nhà là thấp nhất (đạt 86,5%).



Biểu đồ 3.2. Phân bố kết quả TV – GDSK (n=236)

Nhận xét: Tỷ lệ thực hiện TV-GDSK đạt cho người bệnh là 92,8%.

3.3. Yếu tố ảnh hưởng đến Tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh nội trú tại bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2023.

3.3.1. Một số yếu tố liên quan với Tư vấn giáo dục sức khỏe

Bảng 3.2. Liên quan giữa TV-GDSK với các yếu tố cá nhân của người bệnh

Các đặc điểm		TV-GDSK n (%)		OR (95% CI)	p*
		Đạt	Chưa đạt		
Giới	Nữ	127(93,4)	9 (6,6)	1.22 0,46 – 3.30	0,69
	Nam	92 (92,0)	8 (8,0)		
Tuổi	> 60 tuổi	122(89,7)	14 (10,3)	3,57 1,21 – 10,49	0,02
	≤ 60 tuổi	97 (97,0)	3 (3,0)		
Trình độ	> Trung học phổ thông	91 (97,8)	2 (2,2)	5,33 1,19 – 23,89	0,03
	≤ Trung học phổ thông	128(89,5)	15 (10,5)		
Khối	Liên chuyên khoa	21 (91,3)	2 (8,7)	0,37 0,57 – 2,33	0,29
	Ngoại – Sản	86 (96,6)	3 (3,4)		
	Nội – Nhi	112(90,3)	12 (9,7)	1,13 0,24 – 5,40	0,88

Nhận xét: Kết quả ở Bảng 3.2 cho thấy một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với TV-GDSK cho người bệnh bao gồm: nhóm NB > 60 tuổi và nhóm người bệnh có trình độ > Trung học phổ thông được TV-GDSK đạt cao hơn nhóm NB ≤ 60 tuổi và nhóm NB ≤ Trung học phổ thông với OR lần lượt là 3,57 và 5,33.

3.3.2. Yếu tố ảnh hưởng đến TV-GDSK qua nghiên cứu định tính

* Yếu tố ảnh hưởng có tác động tích cực

"Ban lãnh đạo BVĐK Đức Giang rất quan tâm, tạo điều kiện cho TV-GDSK tại bệnh viện" (PVS2). "Các hoạt động TV-GDSK được triển khai thường xuyên thông qua các buổi tư vấn, đi buồng, sinh hoạt các Câu lạc bộ: hen, đái tháo đường, tăng huyết áp tại các địa điểm khác nhau trong bệnh viện nhằm vào đối tượng bao gồm cả người bệnh, người nhà người bệnh, khách vào thăm người bệnh" (PVS1). "Các tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện mục C6.2 liên quan đến TV-GDSK của bệnh viện phân công cho phòng Điều dưỡng kiêm nhiệm và là đầu mối chính, chịu trách nhiệm về xây dựng kế hoạch và đưa ra các quy định về nội dung TV-GDSK" (PVS2). "Việc ghi chép thông tin TV-GDSK trên hồ sơ bệnh án được tích trên phần mềm máy tính, góp phần rút ngắn thời gian làm việc cho nhân viên y tế" (PVS6).

* Yếu tố ảnh hưởng có tác động tiêu cực

"Bệnh viện chưa có các văn bản quy định cụ thể như phương thức tổ chức hoạt động, cơ sở vật chất hay kiểm tra,

giám sát cho TV-GDSK" (PVS3). "Bên cạnh đó, nhân viên y tế 100% là kiêm nhiệm và chưa có chứng chỉ đào tạo TV-GDSK" (PVS1). "Thông tin TV-GDSK của nhân viên y tế có được là dựa vào những kiến thức, kỹ năng học được trong trường Y (rất ngắn gọn, đơn giản)" (PVS8). "Khi thì tự tìm các tài liệu trên mạng" (PVS7). "Không có phòng tư vấn riêng hoặc có thì phòng dùng vào việc khác" (PVS4). "TV-GDSK tại phòng hành chính khá bất tiện, ồn ào, không đảm bảo bí mật riêng tư cho người bệnh" (PVS5). "Hình ảnh, tờ rơi đi kèm còn thiếu" (PVS5). "Chưa có nguồn kinh phí riêng nên TV-GDSK cho người bệnh" (PVS3).

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng công tác TV-GDSK cho người bệnh nội trú tại BVĐK Đức Giang năm 2023

Khi tiến hành nghiên cứu trên 236 người bệnh nội trú tại BVĐK Đức Giang cho kết quả như sau: Tỷ lệ người bệnh được nhân viên y tế TV-GDSK đạt là 92,8%. Kết quả nghiên cứu cao hơn nghiên cứu của tác giả Phạm Anh Tuấn (2011) tại bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí tỷ lệ là 83,3%

[6]. Theo đó, với 15 tiêu chí đánh giá công tác tư vấn giáo dục sức khỏe thì 12 tiêu chí được đánh giá đạt và 03 tiêu chí không đạt theo tỷ lệ của mức 5 tiêu chí C6.2 của Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện [1] đây cũng là tiêu chuẩn BVĐK Đức Giang đang hướng tới. Kết quả nghiên cứu cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Chinh và cộng sự (2020) với 09 tiêu chí TV-GDSK đạt và 06 tiêu chí không đạt [3]. Trong đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có các tiêu chí bệnh viện chưa đạt tại công tác TV-GDSK là: Tỷ lệ người bệnh được hướng dẫn, hỗ trợ luyện tập và phục hồi chức năng sớm là 87,4% và người bệnh được hướng dẫn chế độ dinh dưỡng trong thời gian nằm viện cũng chưa đạt với kết quả là 89,3% và 86,5% người bệnh biết rõ chế độ dinh dưỡng tại nhà. Trong bệnh viện, dinh dưỡng là một phần không thể thiếu trong quá trình điều trị và chăm sóc người bệnh. Từ kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh viện cần tập trung khắc phục những tiêu chí còn chưa đạt nếu muốn đánh giá tiêu chí C6.2 tại bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện ở mức 5 [1].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến công tác TV-GDSK cho người bệnh nội trú tại bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2023.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với TV-GDSK cho người bệnh bao gồm: nhóm người bệnh > 60 tuổi đạt cao hơn nhóm NB ≤ 60 tuổi với OR là 3,57 lần. Nghiên cứu của chúng tôi khác biệt với kết quả nghiên cứu trước đó của tác giả Osaze và cộng sự (2016), Osaze và cộng sự cho rằng người bệnh cao tuổi có thể gặp khó khăn hơn trong việc tiếp cận thông tin hơn [7]. Sự khác biệt này cho thấy trong thời đại thông tin phát triển hiện nay cùng chất lượng cuộc sống của người cao tuổi đang dần được cải thiện thì khả năng tiếp cận thông tin của người bệnh cao tuổi tại bệnh viện là khá khả quan. Nghiên cứu cho thấy, nhóm người bệnh có trình độ > Trung học phổ thông có tỷ lệ TV-GDSK đạt cao hơn nhóm người bệnh có trình độ ≤ Trung học phổ thông với OR là 5,33 lần. Đây là điều cũng cần lưu ý của nhân viên y tế khi TV-GDSK cho từng nhóm đối tượng người bệnh cụ thể khác nhau.

Về mặt chủ trương chính sách của Đảng và Chính phủ đã xác định rõ vai trò, tầm quan trọng, sự cần thiết của công tác TV-GDSK [2]. Tại BVĐK Đức Giang đang có nhiều cải tiến chất lượng nhằm nâng cao chất lượng, đáp ứng sự hài lòng của người bệnh. Bệnh viện chuyển đổi số, ứng dụng công nghệ thông tin vào quản lý. Vì vậy, việc ghi trên hồ sơ bệnh án để thể hiện trên hồ sơ khá thuận tiện, góp phần giảm tải công việc của nhân viên y tế và tăng tính chuyên nghiệp của cung cấp dịch vụ y tế trong bệnh viện. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng, trang thiết bị phục vụ cho TV-GDSK còn thiếu; 100% là nhân viên y tế kiêm nhiệm, chưa có chứng chỉ về TV-GDSK và nguồn ngân sách dành riêng cho TV-GDSK. Kết quả cho thấy bệnh viện cần quan tâm hơn nữa đến TV-GDSK cho người bệnh nội trú.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Tỷ lệ người bệnh nội trú được nhân viên y tế TV-GDSK đạt là 92,6%. Theo đó, với 15 tiêu chí đánh giá có 12 tiêu

chỉ đạt sau khi được TV-GDSK ($\geq 90\%$) và 03 tiêu chí không đạt ($<90\%$) theo tiêu chuẩn BVĐK Đức Giang đang hướng tới là: Người bệnh được hướng dẫn, hỗ trợ luyện tập và phục hồi chức năng sớm; Người bệnh được tư vấn chế độ dinh dưỡng trong thời gian nằm viện; Người bệnh được tư vấn chế độ dinh dưỡng tại nhà. Một số yếu tố như tuổi, trình độ có mối liên quan đến thực trạng TV-GDSK cho người bệnh. Các yếu tố ảnh hưởng có tác động tích cực bao gồm: Sự quan tâm, tạo điều kiện của Lãnh đạo, ứng dụng công nghệ thông tin vào quản lý. Các yếu tố ảnh hưởng có tác động tiêu cực bao gồm: nhân viên y tế chưa được đào tạo, thiếu trang thiết bị phục vụ và chưa có kinh phí cho TV-GDSK.

Từ kết quả nghiên cứu, bệnh viện cần thường xuyên đào tạo, tập huấn nâng cao kiến thức, kỹ năng TV-GDSK cho nhân viên y tế; xây dựng kế hoạch hoạt động trong đó có dự trù tài chính và cung cấp trang thiết bị cần thiết phục vụ cho TV-GDSK; Xây dựng và chuẩn hoá các tài liệu TV-GDSK theo từng chuyên khoa nâng cao sự hiểu biết, tuân thủ điều trị, chăm sóc và sự hài lòng của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016). Quyết định số 6858/QĐ-BYT về việc ban hành Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng Bệnh viện Việt Nam, phiên bản 2.0, ban hành 18/11/2016.
2. Bộ Y tế (2023). Quyết định 788/QĐ-BYT về việc Ban hành kế hoạch bảo vệ sức khỏe, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân đến năm 2025, ban hành ngày 13/02/2023.
3. Nguyễn Thị Ngọc Chinh, Phùng Thị Diễm Phúc (2020). Thực trạng hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe của bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện chấn thương Chỉnh hình năm 2019 - 2020.
4. Trần Thị Hằng Nga, Nguyễn Thị Minh Chính (2018). Đánh giá hoạt động giáo dục sức khỏe của điều dưỡng Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị và một số yếu tố liên quan, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, Tập 01, Số 03, tr. 28-34.
5. Châu Thị Hoa, Nguyễn Thị Diệu Trang (2010). Thực trạng công tác chăm sóc người bệnh ung thư hạ họng - thanh quản tại trung tâm ung bướu Bệnh viện Trung ương Huế (từ 01/01/2009 - 30/6/2010), Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học Điều dưỡng, Hội nghị khoa học Điều dưỡng toàn quốc lần thứ IV, Hà Nội, tr. 83-91.
6. Phạm Anh Tuấn (2011). Đánh giá hoạt động chăm sóc người bệnh của điều dưỡng tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí năm 2011, Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 522, Số 02, tr. 180-186.
7. Patrick Osaze, Ijiekhuamhen, Nelson, Edewor et al (2016). Elderly People and Their Information Needs. Library Philosophy and Practice.
8. WHO (2000). The world health report 2000: health systems: improving performance, World Health Organization.
9. WHO (2006). The World Health Report: Working together for health, Geneva, WHO.

KIẾN THỨC VÀ THÁI ĐỘ CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ BỆNH VIỆN ĐỨC GIANG VỀ PHÒNG NGỪA TỔN THƯƠNG DO VẬT SẮC NHỌN NĂM 2023

HEALTH CARE WORKERS' KNOWLEDGE AND ATTITUDES TOWARD THE PREVENTION
OF SHARP OBJECT INJURIES AT ĐỨC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2023

✍ HOÀNG THỊ THÙY DƯƠNG*, PHẠM QUỐC TUẤN, NGÔ THỊ HIẾU MINH

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức và thái độ của nhân viên y tế (NVYT) tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang về phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn (TTDVSN) và phân tích mối liên quan giữa kiến thức, thái độ với tỷ lệ mắc TTDVSN.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 416 NVYT từ tháng 3/2023 đến tháng 11/2024. Dữ liệu được thu thập thông qua bảng câu hỏi tự điền và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích hồi quy logistic được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến TTDVSN.

Kết quả: Tỷ lệ NVYT từng bị TTDVSN là 16,8%. Tỷ lệ NVYT có kiến thức đạt là 70,0% và thái độ tích cực là 63,9%. NVYT có kiến thức không đạt có nguy cơ mắc TTDVSN cao hơn so với nhóm có kiến thức đạt (OR = 1,59; 95% CI: 1,03 – 2,71; $p < 0,05$). Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thái độ và tỷ lệ mắc TTDVSN (OR = 1,32; 95% CI: 0,78 – 2,22; $p > 0,05$).

Kết luận: Kiến thức đầy đủ giúp giảm nguy cơ mắc TTDVSN. Việc tổ chức các chương trình đào tạo và tập huấn định kỳ là cần thiết để nâng cao nhận thức và kỹ năng phòng ngừa cho NVYT.

Từ khóa: Kiến thức, thái độ, tổn thương do vật sắc nhọn, phòng ngừa, nhân viên y tế, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

ABSTRACT

Objectives: To describe the knowledge and attitudes of healthcare workers (HCWs) at Duc Giang General Hospital regarding the prevention of sharp object injuries (SOIs) and analyze the relationship between knowledge, attitudes, and the incidence of SOIs.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 416 HCWs from March 2023 to November 2024. Data were collected using self-administered questionnaires and analyzed using SPSS 20.0. Logistic regression analysis was applied to identify factors associated with SOIs.

Results: The incidence of SOIs among HCWs was 16.8%. The proportion of HCWs with adequate knowledge was 70.0%, and 63.9% had positive attitudes. HCWs with inadequate knowledge had a significantly higher risk of SOIs compared to those with adequate knowledge (OR = 1.59; 95% CI: 1.03 – 2.71; $p < 0.05$). No statistically significant association was observed between attitudes and the incidence of SOIs (OR = 1.32; 95% CI: 0.78 – 2.22; $p > 0.05$).

Conclusions: Adequate knowledge reduces the risk of SOIs. Regular training programs are essential to improve HCWs' awareness and preventive practices.

Keywords: Knowledge, attitudes, sharp object injuries, prevention, healthcare workers, Duc Giang General Hospital.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương do vật sắc nhọn là một trong những rủi ro nghề nghiệp phổ biến nhất đối với NVYT, đặc biệt là điều dưỡng, hộ sinh và kỹ thuật viên y. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), hàng năm có hơn hai triệu NVYT trên toàn cầu bị phơi nhiễm nghề nghiệp do TTDVSN trong tổng số 35 triệu NVYT [9]. Tại Hoa Kỳ, Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh (CDC) ghi nhận

hơn 385.000 trường hợp TTDVSN mỗi năm [6].

TTDVSN không chỉ gây tổn thương thể chất mà còn làm tăng nguy cơ lây nhiễm các bệnh truyền nhiễm qua đường máu như viêm gan B, viêm gan C và HIV/AIDS. Hậu quả của TTDVSN ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe tinh thần và thể chất của NVYT, đồng thời làm suy giảm hiệu quả công việc tại các cơ sở y tế.

Các nghiên cứu cho thấy NVYT có kiến thức hạn

Bệnh viện Đa Khoa Đức Giang

* Người chịu trách nhiệm: Hoàng Thị Thùy Dương

Email: duonghtt1985@gmail.com - 0855812222

chế về phòng ngừa TTDVSN và có thái độ chưa tích cực trong tuân thủ các biện pháp an toàn có nguy cơ cao hơn [7]. Do đó, việc nâng cao kiến thức và thái độ phòng ngừa của NVYT đóng vai trò quan trọng trong việc giảm thiểu tỷ lệ TTDVSN và bảo vệ sức khỏe cộng đồng.

Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, với quy mô 660 giường bệnh và hơn 990 NVYT, là một trong những cơ sở y tế hạng I trực thuộc Sở Y tế Hà Nội. Do đặc thù công việc tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân và các dụng cụ sắc nhọn, NVYT tại đây đối mặt với nguy cơ cao bị TTDVSN. Tuy nhiên, hiện vẫn chưa có nghiên cứu đánh giá cụ thể về kiến thức và thái độ của NVYT đối với việc phòng ngừa TTDVSN. Nghiên cứu này được thực hiện với hai mục tiêu:

1. Mô tả kiến thức và thái độ về phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn của điều dưỡng, hộ sinh và kỹ thuật viên y tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2023.

2. Xác định các yếu tố liên quan đến tổn thương do vật sắc nhọn trong nhóm NVYT này.

Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp cơ sở khoa học giúp xây dựng các chương trình đào tạo và nâng cao nhận thức, từ đó giảm thiểu nguy cơ TTDVSN và đảm bảo an toàn nghề nghiệp cho NVYT.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện nhằm đánh giá mức độ kiến thức và thái độ của nhân viên y tế (NVYT) đối với việc phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn (TTDVSN) và xác định các yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc TTDVSN.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- NVYT (điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên y) đang làm việc tại 25 khoa lâm sàng và 6 khoa cận lâm sàng của Bệnh viện Đa khoa Đức Giang tại thời điểm thu thập số liệu.

- Có thời gian công tác từ 12 tháng trở lên.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- NVYT đang trong thời gian nghỉ ốm, nghỉ thai sản, nghỉ không lương hoặc đi học dài hạn tại thời điểm thu thập số liệu.

- NVYT không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang từ tháng 3/2023 đến tháng 11/2024.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu được tính theo công thức nghiên cứu một tỷ lệ $n = Z^2 (1-\alpha/2) \times p(1-p) / d^2$

Trong đó:

- n là cỡ mẫu cần thiết.

- $Z = 1,96$ (với mức ý nghĩa thống kê 95%).

- p là tỷ lệ NVYT có kiến thức đạt về phòng ngừa TTDVSN (ước tính từ nghiên cứu trước, khoảng 70%).

- d là sai số chấp nhận (5%).

Sau khi tính toán và dự phòng 10% tỷ lệ không hoàn thành khảo sát, cỡ mẫu tối thiểu cần đạt là 400 NVYT. Trong nghiên cứu này, 416 NVYT đã tham gia.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ NVYT đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn tham gia vào nghiên cứu.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

- Dữ liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi tự điền, gồm 3 phần:

- Thông tin chung: Giới tính, tuổi, nghề nghiệp, trình độ chuyên môn, thời gian công tác, tiền sử tiêm phòng viêm gan B.

- Kiến thức về phòng ngừa và xử trí TTDVSN: Gồm 10 câu hỏi trắc nghiệm, mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm, tổng điểm tối đa là 10. NVYT có tổng điểm ≥ 8 được coi là có kiến thức đạt, dưới 8 điểm là không đạt.

- Thái độ đối với phòng ngừa TTDVSN: Được đánh giá qua 7 câu hỏi theo thang điểm Likert 5 mức. Tổng điểm tối đa là 35, trong đó NVYT có tổng điểm ≥ 28 được coi là có thái độ tích cực, dưới 28 điểm là chưa tích cực.

2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Sử dụng thống kê mô tả (tần suất, tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn) để phân tích đặc điểm mẫu nghiên cứu.

- Kiểm định Chi bình phương (χ^2) được sử dụng để so sánh tỷ lệ giữa các nhóm.

- Phân tích hồi quy logistic đơn biến được áp dụng để xác định các yếu tố liên quan đến nguy cơ bị TTDVSN, tính toán OR (Odds Ratio) và khoảng tin cậy 95% (95% CI).

- Mức ý nghĩa thống kê được xác định tại $p < 0,05$.

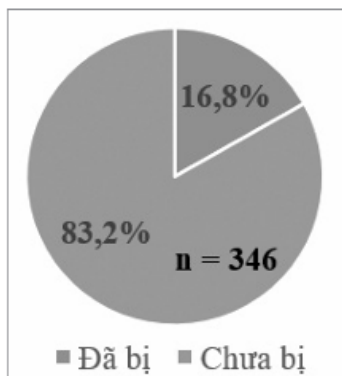
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sau khi tiến hành thu thập số liệu, đã có 416 NVYT tham gia nghiên cứu của chúng tôi và tỷ lệ tham gia nghiên cứu là 95,86% (416/434).

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n=416)

Đặc điểm		Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	103	24,8
	Nữ	313	75,2
Nhóm tuổi	20 - 29 tuổi	82	19,7
	30 - 39 tuổi	244	58,7
	40 - 49 tuổi	87	20,9
	≥ 50 tuổi	3	0,7
Tuổi trung bình và độ lệch chuẩn		34,5 ± 5,6	
Nghề nghiệp	Điều dưỡng	334	80,3
	Hộ sinh	31	7,5
	Kỹ thuật viên	51	12,3
Trình độ học vấn	Đại học - Sau ĐH	105	25,3
	Cao đẳng	304	73,1
	Trung cấp	7	1,7
Thời gian công tác	< 05 năm	19	4,6
	5 – < 10 năm	173	41,6
	10 – < 15 năm	125	30,0
	≥ 15 năm	99	23,8
Tiêm phòng Viêm gan B	Đã tiêm	220	52,9
	Tiêm chưa đủ mũi	94	22,6
	Chưa tiêm	102	24,5

Trong tổng số 416 người tham gia trả lời phiếu khảo sát, NVYT nữ chiếm tỷ lệ 75,2% (n=313), độ tuổi trung bình của NVYT là 34,5 ± 5,66. Tỷ lệ NVYT là điều dưỡng chiếm tỷ lệ đông nhất 80,3% (n=334), tiếp theo là kỹ thuật viên chiếm tỷ lệ 12,3% (n=51) và thấp nhất là hộ sinh 7,5% (n=31). Đa phần là NVYT có trình độ cao đẳng (73,1%), có thời gian công tác từ 5 năm đến dưới 10 năm (41,6%).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ tổn thương do vật sắc nhọn ở NVYT

Khảo sát trên 416 NVYT được hỏi cho thấy NVYT trả lời đã từng gặp TTDVSN trong năm 2023 là 70 người chiếm tỷ lệ là 16,8 %.

Bảng 2. Tỷ lệ tổn thương do vật sắc nhọn ở NVYT theo nghề nghiệp (n=70)

Đặc điểm nghề nghiệp	TTDVSNN (%)	
	Có	Không
Điều dưỡng	60 (18,0)	274 (82,0)
Hộ sinh	4 (12,9)	27 (87,1)
Kỹ thuật viên	6 (11,8)	45 (88,2)

Kết quả nghiên cứu cho thấy điều dưỡng là nhóm nghề nghiệp có tỷ lệ TTDVSN cao nhất (18,0%), ở hộ sinh là 12,9% và kỹ thuật viên là 11,8%.

Bảng 3. Kiến thức chung về tổn thương do vật sắc nhọn (n=416)

Kiến thức chung về tổn thương do vật sắc nhọn	Trả lời đúng	
	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Bệnh lây truyền qua đường máu khi bị TTDVSN	313	75,2
Tiêm an toàn	243	58,4
Dự phòng tổn thương do vật sắc nhọn	409	98,3
Dự phòng ngừa chuẩn	410	98,6
Đậy nắp kim tiêm	223	53,6
Xử lý kim tiêm sau sử dụng	404	97,1
Quy định về mức chứa tối đa của thùng đựng vật sắc nhọn.	341	82,0
Xử trí vết thương do VSN	272	65,4
Báo cáo sau khi bị tổn thương	372	89,4
Điều trị dự phòng	374	89,9

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ NVYT trả lời đúng cao nhất thuộc về nhóm kiến thức: phòng ngừa chuẩn (98,6%), dự phòng tổn thương do vật sắc nhọn (98,3%), xử lý kim tiêm (97,1%). Tỷ lệ NVYT trả lời đúng thấp nhất thuộc về nhóm kiến thức: xử trí vết thương do VSN (65,4%), định nghĩa về tiêm an toàn (58,4%) và đậy nắp kim tiêm (53,6%).

Bảng 4. Phân bố điểm trung bình kiến thức về TTDVSN (n=416)

Tổng điểm kiến thức (10 điểm)	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
≤ 5 điểm	16	3,8
> 5- < 8 điểm	109	26,2
≥ 8 điểm	291	70
Điểm trung bình và độ lệch chuẩn	8,08 ± 1,32; Min: 4; Max: 10	

Kết quả từ bảng 3.4 cho thấy NVYT có điểm kiến thức ≥ 8 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất là 70,0%; NVYT có điểm kiến thức ≤ 5 điểm chiếm tỷ lệ rất thấp là 3,8%. Điểm trung bình kiến thức của NVYT là $8,08 \pm 1,32$ dao động từ 4 – 10 điểm.

Bảng 5. Thái độ của NVYT về tổn thương do vật sắc nhọn (n=416)

TT	Nội dung thăm dò	Tỷ lệ %		
		Tiêu cực	Trung tính	Tích cực
1	Cần phải tiêm phòng vắc xin Viêm gan B để phòng bệnh	1,2	0,2	98,6
2	Cảm thấy lo lắng về tổn thương do vật sắc nhọn	4,5	1,2	94,3
3	Tổn thương do vật sắc nhọn là có thể phòng ngừa được	4,3	1,9	93,8
4	Cần tập trung hơn khi chăm sóc bệnh nhân	1,9	1,2	96,9
5	Tổn thương do vật sắc nhọn là việc không đáng quan ngại	13,0	5,0	82,0
6	Tất cả tổn thương do vật sắc nhọn phải được báo cáo ngay lập tức	4,1	4,1	91,9
7	TTDVSN có thể bị lãng quên	43,8	3,8	52,4

Qua bảng 5 thống kê chúng tôi nhận thấy tỷ lệ NVYT có thái độ tích cực cao nhất thuộc về thái độ đối với tiêm vắc xin phòng bệnh viêm gan B là 98,2% và thái độ đối với việc cần tập trung khi làm việc là 96,9%.

Tỷ lệ NVYT có thái độ tích cực thấp nhất thuộc về nhóm thái độ đối với việc TTDVSN có thể bị lãng quên 52,4%.

Bảng 6. Phân bố điểm trung bình thái độ về TTDVSN (n=416)

Tổng điểm thái độ (35 điểm)	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Thái độ tích cực (≥ 28 điểm)	266	63,9
Thái độ chưa tích cực (< 28 điểm)	150	36,1
Điểm trung bình và độ lệch chuẩn	$28,7 \pm 3,4$; Range: 11 - 35	

Kết quả từ bảng 3.6 cho thấy NVYT có thái độ tích cực (≥ 28 điểm) chiếm tỷ lệ là 63,9%; NVYT có thái độ chưa tích cực (< 28 điểm) chiếm tỷ lệ là 36,1%. Điểm trung bình thái độ của NVYT là $28,7 \pm 3,4$ dao động từ 11 – 35 điểm.

Bảng 7. Mối liên quan giữa thái độ và TTDVSN (n=416)

Các đặc điểm		TTDVSN n (%)		OR	95% CI
		Có	Không		
Thái độ với TTDVSN	Tích cực	41 (15,4)	225 (84,6)	1	
	Chưa tích cực	29 (19,3)	121 (80,7)	1,32	0,78 - 2,22

Nhận xét: Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thái độ đối với TTDVSN và TTDVSN (OR = 1,32; 95% CI: 0,78 – 2,22).

Bảng 8. Mối liên quan giữa kiến thức và TTDVSN (n=416)

Các đặc điểm		TTDVSN n (%)		OR (95% CI)	95% p
		Có	Không		
Kiến thức về TTDVSN	Đạt	43 (14,8)	248 (85,2)	1	
	Không đạt	27 (78,4)	98 (78,4)	1,59 1,03 - 2,71*	<0,05

Có mối liên quan giữa kiến thức và nguy cơ bị TTDVSN, cụ thể, nhóm NVYT có kiến thức không đạt (< 8 điểm) có nguy cơ bị TTDVSN cao hơn so với nhóm có kiến thức đạt (≥ 8 điểm) (OR = 1,59; 95% CI: 1,03 – 2,71).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, nữ giới chiếm tỷ lệ lớn trong tổng số nhân viên y tế (NVYT) tham gia (75,2%), với độ tuổi trung bình là 34,5 tuổi. Nhóm NVYT trẻ (30 – 39 tuổi) chiếm đa số (58,7%). Điều dưỡng là nhóm nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất (80,3%), tiếp theo là kỹ thuật viên (12,3%) và hộ sinh (7,5%). Trình độ chuyên môn của NVYT chủ yếu là cao đẳng (73,1%).

Về kiến thức phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn (TTDVSN), 75,2% NVYT trong nghiên cứu trả lời đúng về các bệnh lây truyền qua đường máu khi bị TTDVSN. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Hoàng Trung Tiến (2019) tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lâm Đồng (51,9%) và nghiên cứu của Lê Hải Yến (2019) tại Bệnh viện A tỉnh Thái Nguyên (70,4%) [5]. Việc hiểu rõ mức độ nguy hiểm của TTDVSN và các bệnh lây truyền có thể giúp NVYT thực hiện tốt hơn các biện pháp phòng ngừa, từ đó giảm nguy cơ lây nhiễm.

Tuy nhiên, kiến thức về xử trí vết thương do vật sắc nhọn còn hạn chế. Trong nghiên cứu này, 65,4% NVYT có kiến thức đúng về xử trí vết thương, thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Hải Yến (2019) tại Bệnh viện A tỉnh Thái Nguyên (75,9%) và nghiên cứu của Nguyễn Thị Sơn (2022) tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương (76,2%) [3,4]. Điều này cho thấy cần tăng cường hơn nữa việc đào tạo về quy trình xử trí sau khi bị TTDVSN nhằm nâng cao nhận thức và thực hành an toàn cho NVYT.

Đánh giá chung về kiến thức, 70,0% NVYT trong nghiên cứu đạt điểm kiến thức ≥ 8 điểm, cao hơn mức trung bình trong một số nghiên cứu trước đây, nhưng vẫn thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Trung Tiến (2019) (80,5%) và Lê Thanh Mộng (2021) (82,7%) [5]. Kết quả này cho thấy vẫn còn một tỷ lệ đáng kể NVYT có kiến thức chưa đầy đủ, làm tăng nguy cơ bị TTDVSN trong thực hành lâm sàng.

Về thái độ, hầu hết NVYT có thái độ tích cực đối với phòng ngừa TTDVSN. Tỷ lệ NVYT đồng ý rằng cần phải tiêm phòng vắc xin viêm gan B để phòng bệnh đạt 98,6%, tương tự với nghiên cứu của Mohammed và cộng sự (2018) tại Nigeria (92%) và nghiên cứu của Trần Đình Bình (2020) tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế (99,4%) [8,1]. Ngoài ra, 91,9% NVYT cho rằng mọi tổn thương do vật sắc nhọn cần được báo cáo ngay lập tức, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Sơn (2022) tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương (76,2%) [4]. Thái độ tích cực là yếu tố quan trọng giúp NVYT chủ động trong phòng ngừa và xử trí TTDVSN, từ đó giảm thiểu nguy cơ lây nhiễm.

Tuy nhiên, khi phân tích mối liên quan giữa kiến thức, thái độ và tỷ lệ bị TTDVSN, nghiên cứu cho thấy nhóm NVYT có kiến thức không đạt có nguy cơ bị TTDVSN cao hơn so với nhóm có kiến thức đạt, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($OR = 1,59$; 95% CI: 1,03 – 2,71; $p < 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hải Yến (2019), trong đó NVYT có kiến thức không đạt có nguy cơ bị TTDVSN cao gấp 2,8 lần so với nhóm có kiến thức đạt [3]. Điều này khẳng định rằng nâng cao kiến thức có vai trò quan trọng trong việc giảm nguy cơ bị TTDVSN.

Trong khi đó, không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thái độ và tỷ lệ bị TTDVSN ($OR = 1,32$; 95% CI: 0,78 – 2,22; $p > 0,05$). Kết quả này khác biệt so với một số nghiên cứu trước đó cho thấy thái độ chưa tích cực có thể làm tăng nguy cơ TTDVSN [3]. Điều này có thể do các yếu tố khác như môi trường làm việc, mức độ tuân thủ quy trình an toàn và chính sách báo cáo sự cố tại bệnh viện ảnh hưởng đến nguy cơ TTDVSN nhiều hơn là yếu tố thái độ đơn thuần.

Nghiên cứu này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nâng cao kiến thức và đào tạo định kỳ cho NVYT về phòng ngừa TTDVSN. Kết quả nghiên cứu sẽ là cơ sở để xây dựng các chương trình can thiệp nhằm cải thiện an toàn nghề nghiệp trong bệnh viện.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ NVYT bị TTDVSN tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang là 16,8%. Phần lớn NVYT có kiến thức đạt (70,0%) và thái độ tích cực (63,9%) trong phòng ngừa TTDVSN. Nhóm NVYT có

kiến thức không đạt có nguy cơ mắc TTDVSN cao hơn đáng kể so với nhóm có kiến thức đạt, cho thấy tầm quan trọng của việc nâng cao nhận thức và hiểu biết về các biện pháp phòng ngừa. Tuy nhiên, không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thái độ và tỷ lệ mắc TTDVSN, điều này gợi ý rằng thái độ tích cực không hoàn toàn đảm bảo việc thực hiện tốt các biện pháp an toàn.

Để nâng cao an toàn nghề nghiệp cần: (i) Tăng cường tổ chức các chương trình đào tạo và tập huấn định kỳ nhằm nâng cao kiến thức và kỹ năng phòng ngừa TTDVSN cho NVYT; (ii) Thực hiện các biện pháp giám sát và đánh giá việc tuân thủ quy trình phòng ngừa TTDVSN; (iii) Khuyến khích báo cáo sự cố và xây dựng môi trường làm việc an toàn để giảm thiểu nguy cơ tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Đình Bình, Trần Doãn Hiếu, Nguyễn Việt Tứ, et al (2020), Khảo sát kiến thức, thái độ và thực hành của nhân viên y tế đối với sự phơi nhiễm, lây nhiễm với máu và dịch tiết từ bệnh nhân tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế. Tạp Chí Dược Lâm Sàng 108,15(7):161-169.
2. Lê Thanh Mộng, Lý Thị Ngọc Yến, Lưu Mỹ Ngọc Phương (2022). Kiến thức về phòng và xử trí phơi nhiễm với vật sắc nhọn trong tiêm truyền của điều dưỡng lâm sàng Bệnh viện đa khoa tỉnh Sóc Trăng năm 2021. Tạp Chí Khoa Học Điều Dưỡng. 38:9-14.
3. Nguyễn Đức Quế, Lê Hải Yến (2021). Kiến thức phòng chống tổn thương do vật sắc nhọn ở điều dưỡng, hộ sinh tại 7 khoa lâm sàng Bệnh viện A tỉnh Thái Nguyên. Tạp Chí Khoa Học Và Công Nghệ Đại Học Thái Nguyên. 226(05):208-213.
4. Nguyễn Thị Sơn và cộng sự (2023). Kiến thức, thái độ về xử trí tổn thương do vật sắc nhọn của nhân viên y tế tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương năm 2022. Tạp Chí Học Cộng Đồng Việt Nam. 64(6):145-150
5. Hoàng Trung Tiến, Đỗ Minh Sinh (2019). Kiến thức và thực hành dự phòng tổn thương do vật sắc nhọn của điều dưỡng bệnh viện đa khoa tỉnh Lâm Đồng năm 2019. Tạp Chí Khoa Học Điều Dưỡng. 2(3).
6. Centers for Disease Control and Prevention (2019). STOP STICKS CAMPAIGN—Sharps Injuries.
7. Gaudel N.G, Neupane T.G (2023). Needle Stick Injury among Nurses and Prevention Strategies: A Literature Review. Laurea Univ Appl Sci.
8. Mohammed P et al (2018). Knowledge, attitude, self-efficacy and practice of standard precaution measures by nursing and midwifery students in Damaturu, North-Eastern Nigeria. Int J Adv Community Med. 1(2):41-46.
9. World Health Organization (2019). Needlestick Injuries.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ LÀM SẠCH ĐẠI TRÀNG Ở NGƯỜI BỆNH ĐƯỢC NỘI SOI ĐẠI TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG

EVALUATION OF COLON LEANING RESULTS IN PATIENTS WITH COLONOSCOPY AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL

✍ BÙI THỊ HỒNG MỸ*, VŨ THỊ DUYÊN, NGUYỄN THU TRANG,
LƯƠNG THỊ HƯỜNG, NGUYỄN THỊ PHƯƠNG DUNG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả làm sạch đại tràng ở người bệnh được nội soi đại tràng và xác định các yếu tố liên quan đến mức độ làm sạch tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 190 bệnh nhân từ tháng 06 đến tháng 08 năm 2023. Dữ liệu được thu thập thông qua phiếu khảo sát và hồ sơ bệnh án, sử dụng thang điểm Boston Bowel Preparation Score (BBPS) để đánh giá mức độ làm sạch đại tràng.

Kết quả: Tỷ lệ làm sạch đại tràng đầy đủ (điểm Boston ≥ 5) là 82,6%. Điểm số Boston phân bố chủ yếu ở mức 5 và 6, với tỷ lệ lần lượt là 21,6% và 40,5%. Điểm số cao (7, 8 và 9) chiếm tổng cộng 19,0%. Các yếu tố như số lần nội soi, số lần đại tiện (>5 lần), hoàn thành đủ thuốc và dịch (2 lọ thuốc + 3 lít nước), và thời gian uống thuốc trước nội soi ≥ 3 giờ có liên quan đến mức độ làm sạch đại tràng ($p < 0,05$).

Kết luận: Kết quả làm sạch đại tràng tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang đạt mức khá. Việc tăng cường hướng dẫn chi tiết về quá trình chuẩn bị đại tràng và nâng cao nhận thức của người bệnh sẽ giúp cải thiện hiệu quả làm sạch, đảm bảo an toàn và nâng cao chất lượng dịch vụ nội soi.

Từ khóa: Làm sạch đại tràng, nội soi đại tràng, thang điểm Boston.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of colon cleansing in patients undergoing colonoscopy and identify factors associated with the level of bowel preparation at Duc Giang General Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 190 patients from June to August 2023. Data were collected using surveys and medical records, with bowel preparation assessed using the Boston Bowel Preparation Score (BBPS).

Results: Adequate colon cleansing (Boston score ≥ 5) was achieved in 82.6% of patients. Most Boston scores were concentrated at 5 and 6, accounting for 21.6% and 40.5%, respectively. Higher scores (7, 8, and 9) were observed in 19.0% of cases. Factors significantly associated with better bowel preparation included previous colonoscopy experience, bowel movements (>5 times), completion of prescribed medication and fluid intake (2 bottles of medication + 3 liters of water), and taking the medication at least 3 hours before the procedure ($p < 0.05$).

Conclusions: The overall quality of colon cleansing at Duc Giang General Hospital was satisfactory. Providing detailed patient instructions on bowel preparation can enhance the effectiveness of cleansing, ensure patient safety, and improve the quality of endoscopic services.

Keywords: Colon cleansing, colonoscopy, Boston Bowel Preparation Score.

Bệnh viện đa khoa Đức Giang
* Người chịu trách nhiệm: Bùi Thị Hồng Mỹ
Địa chỉ: Khoa Thăm dò chức năng -
Bệnh viện đa khoa Đức Giang
Email: Hongmy1004@gmail.com - 0912724252

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nội soi đại tràng (NSĐT) là một phương pháp quan trọng để thăm khám trực tiếp đại trực tràng, giúp phát hiện các tổn thương nhỏ và thực hiện các thủ thuật như sinh thiết hoặc cắt polyp. Tuy nhiên, chất lượng hình ảnh nội soi phụ thuộc đáng kể vào mức độ làm sạch đại tràng. Việc làm sạch không hiệu quả có thể làm che khuất tổn thương, dẫn đến chẩn đoán sai hoặc bỏ sót tổn thương nguy hiểm, đồng thời làm tăng nguy cơ phải thực hiện lại nội soi, gây tốn kém chi phí và khó chịu cho người bệnh [1].

Các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả làm sạch đại tràng bao gồm sự tuân thủ của người bệnh đối với hướng dẫn chuẩn bị, đặc điểm sinh lý và thói quen ăn uống. Một số nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng mức độ tuân thủ các hướng dẫn về chế độ ăn kiêng và sử dụng thuốc nhuận tràng có liên quan mật thiết đến hiệu quả làm sạch đại tràng [3, 4].

Tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, mỗi ngày có khoảng 10 bệnh nhân được nội soi đại tràng. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá cụ thể mức độ làm sạch đại tràng và các yếu tố liên quan tại bệnh viện. Việc đánh giá này sẽ cung cấp cơ sở dữ liệu khoa học giúp các bác sĩ lâm sàng tối ưu hóa quá trình chuẩn bị đại tràng, nâng cao chất lượng nội soi và cải thiện kết quả điều trị cho người bệnh. Xuất phát từ thực tế đó, nghiên cứu này được thực hiện với hai mục tiêu chính:

Đánh giá kết quả làm sạch đại tràng ở người bệnh được nội soi đại tràng tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

Xác định các yếu tố liên quan đến mức độ làm sạch đại tràng của người bệnh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên những người bệnh có chỉ định và được thăm khám, nội soi đại tràng tại Khoa Thăm dò chức năng, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang. Ngoại trừ: (i) Người bệnh đã cắt đoạn đại tràng; (ii) Người bệnh bị ung thư đại tràng; (iii) Trường hợp nội soi cấp cứu; (iv) Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 6/2023 đến tháng 08/2023 tại khoa Thăm dò chức năng, Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu định lượng Cỡ mẫu cho phát vấn người bệnh tính theo công thức:

$$N = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: là cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu.

$Z_{(1-\frac{\alpha}{2})} = 1,96$: Giá trị Z tương ứng với ngưỡng $\alpha = 0,05$, với hệ số tin cậy là 95%.

p: Ước tính tỷ lệ làm sạch đại tràng: lấy $p = 0,835$ (Theo nghiên cứu của Phùng Xuân Toàn cho thấy tỷ lệ người bệnh được làm sạch đại tràng là 83,5%) [1].

d: độ chính xác tuyệt đối mong muốn (chọn $d = 0,06$).

Thay vào công thức ta tính được $n = 148$ người bệnh. Để dự trừ hao hụt mẫu chúng tôi tăng thêm 10% cỡ mẫu, bao gồm những bệnh nhân thỏa mãn điều kiện nghiên cứu. Cỡ mẫu thu được là 190 người bệnh.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu.

Bộ công cụ được đánh giá theo Thang điểm chuẩn bị ruột của Boston (Boston Bowel preparation score -BBPS). Hệ thống tính điểm bốn điểm áp dụng cho một trong ba vùng lớn của đại tràng: đại tràng phải (bao gồm cả các manh tràng và đại tràng lên), đại tràng ngang (bao gồm cả gan và góc lách), và đại tràng trái (bao gồm cả đại tràng xuống, đại tràng sigma và trực tràng) [5]. Bộ công cụ được một số nghiên cứu trước đây sử dụng như tác giả Phùng Xuân Toàn [1].

Thu thập số liệu hồ sơ bệnh án và phiếu phỏng vấn để đánh giá làm sạch đại tràng của người bệnh, kết hợp phỏng vấn định lượng trong khi người bệnh chờ thăm khám để tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mức độ làm sạch đại tràng.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được tổng hợp, làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0. Mỗi vùng của đại tràng nhận được một "số đánh giá" từ 0-3 điểm trong ba vùng lớn của đại tràng và những điểm số phân khúc này được tổng hợp cho thang điểm BBPS tổng cộng, đó là điểm từ 0 đến 9. Trường hợp xét cả 3 vùng được Mức độ làm sạch đại tràng "đầy đủ" từ 5 – 9 điểm và "không đầy đủ" là 0 – 4 điểm.

3. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

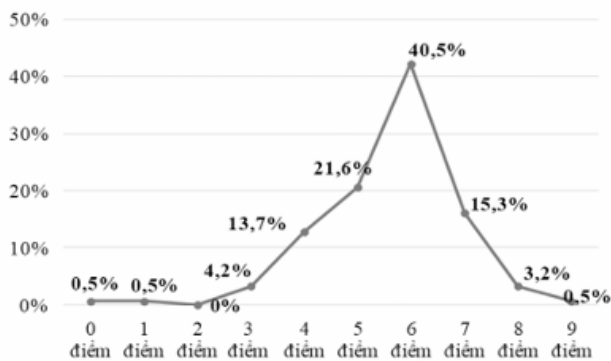
Bảng 3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n=190)

Đặc điểm		Số lượng (n = 190)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	83	43,7
	Nữ	107	56,3
Tuổi	18 - <40	32	16,8
	40 - <60	64	33,7
	60 - 80	94	49,5
Trình độ	≤ Trung học phổ thông	137	72,1
	Trung học, cao đẳng	32	16,8
	Đại học, sau đại học	20	10,5
Chỉ số khối cơ thể (BMI)	< 18,5	16	8,4
	18,5 – 22,9	119	62,6
	≥ 23	55	28,9
Số lần đã từng nội soi	Lần đầu (1 lần)	128	67,4
	≥ 2 lần	62	32,6

Nhận xét: Nghiên cứu được thực hiện trên 190 người bệnh tại khoa Thăm dò chức năng BVĐK Đức Giang cho kết quả như sau: Tỷ lệ người bệnh là nữ giới chiếm 56,3%. Người bệnh trình độ ≤ Trung học phổ thông là 72,1%. Chỉ số khối cơ thể (BMI) 18,5 – 22,9 là 62,6%. Tỷ lệ nội soi đại tràng lần đầu (1 lần) là 67,4%.

3.2. Đánh giá kết quả làm sạch đại tràng ở người bệnh được nội soi đại tràng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Biểu đồ 3.1. Kết quả chuẩn bị đại tràng



Nhận xét: Điểm số Boston chuẩn bị đại tràng của người bệnh chủ yếu là 6 điểm (chiếm tỷ lệ 40,5%). Trường hợp đạt 9 điểm chiếm tỷ lệ 0,5%. Điểm số Boston trung bình là $5,56 \pm 1,26$ (thấp nhất là 1 điểm và cao nhất là 9 điểm).

Bảng 3.2. Tỷ lệ mức độ làm sạch đại tràng

Mức độ làm sạch đại tràng	Số lượng (n = 190)	Tỷ lệ (%)
Làm sạch đầy đủ (Điểm Boston ≥ 5)	157	82,6
Làm sạch không đầy đủ (Điểm Boston < 5)	33	17,4

Nhận xét: Tỷ lệ Mức độ làm sạch đầy đủ (điểm Boston ≥ 5) chiếm 82,6%.

3.3. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả làm sạch đại tràng

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa đặc điểm chung với điểm chuẩn bị ruột Boston

Yếu tố		Điểm Boston	$\bar{X} \pm SD$	(GTNN - GTLN)
Nhóm tuổi	< 40 tuổi		$5,2 \pm 1,6$	0 – 8
	≥ 40 tuổi		$5,7 \pm 1,1$	1 – 9
	p		0,07	
Giới	Nam		$5,5 \pm 1,2$	3 – 8
	Nữ		$5,6 \pm 1,3$	0 – 9
	p		0,66	
Trình độ	≤ Trung học phổ thông		$5,6 \pm 1,3$	0 – 9
	> Trung học phổ thông		$5,6 \pm 1,1$	3 – 8
	p		0,92	
Chỉ số khối cơ thể (BMI)	< 18,5		$5,7 \pm 1,3$	4 – 9
	18,5 – 22,9		$5,7 \pm 1,0$	3 – 8
	≥ 23		$5,4 \pm 1,6$	0 – 8
	p		0,38	
Số lần đã từng nội soi	Từ 2 lần trở lên		$6,0 \pm 1,1$	3 – 9
	Lần đầu		$5,4 \pm 1,2$	0 – 8
	p		0,01	

Nhận xét: Người bệnh đã có số lần nội soi (tính cả lần này) từ 2 lần trở lên có trung bình điểm số chuẩn bị ruột Boston là $6,0 \pm 1,1$ cao hơn so với nhóm soi lần đầu (1 lần) với $5,4 \pm 1,2$ điểm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Nghiên cứu chưa tìm ra sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê giữa giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn và chỉ số khối cơ thể BMI với điểm chuẩn bị ruột Boston ($p > 0,05$).

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa một số đặc điểm chuẩn bị nội soi với điểm

Yếu tố	Điểm Boston	$\bar{X} \pm SD$	(GTNN - GTLN)
Số lần đại tiện	>5 lần	5,7 ± 1,1	0 – 9
	≤5 lần	4,2 ± 1,0	1 – 7
	p	0,0001	
Khối lượng thuốc và dịch (2 gói thuốc + 3 lít nước)	Hoàn thành	6,0 ± 1,1	0 – 9
	Không hoàn thành	4,3 ± 0,9	1 – 6
	p	0,0001	
Hoàn thành dùng thuốc trước soi (≥3 giờ)	Hoàn thành	5,8 ± 1,2	0 – 9
	Không hoàn thành	5,0 ± 1,1	1 – 7
	p	0,0001	

Nhận xét: Người bệnh có số lần đại tiện trên 5 lần có trung bình điểm cao hơn so với nhóm đi đại tiện ≤ 5 lần. Người bệnh hoàn thành khối lượng thuốc và dịch (2 gói thuốc + 3 lít nước) có trung bình điểm cao hơn so với nhóm không hoàn thành. Người bệnh hoàn thành dùng thuốc trước soi (≥ 3 giờ) có trung bình điểm cao hơn so với nhóm không hoàn thành. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá kết quả làm sạch đại tràng ở người bệnh được nội soi đại tràng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Nghiên cứu được tiến hành trên 190 người bệnh được nội soi đại tràng tại BVĐK Đức Giang cho kết quả như sau: Hiệu quả làm sạch của nhóm người bệnh với điểm Boston được phân bố theo hình tháp, với đỉnh là điểm 5 và điểm 6 (đạt đỉnh tại điểm 5 với 21,6% và điểm 6 là 40,5%). Trong khi đó, điểm số cao là 7, 8 và 9 đạt tỷ lệ tương ứng lần lượt là 15,3%; 3,2% và 0,5% (tổng số 19,0%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với Phùng Xuân Toàn, tác giả đã cho kết quả hiệu quả làm sạch với đỉnh là điểm 5; 6 tỉ lệ lần lượt là 34,6% và 37,9%), trong đó số điểm cao (7, 8, 9) chỉ chiếm 11% [1].

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng tỷ lệ làm sạch đại tràng đầy đủ (điểm Boston ≥ 5) là 82,8%. Kết quả hiệu quả làm sạch thấp hơn nghiên cứu của Kim Hyun Gun và cộng sự (2015) với điểm Boston 5 - 9 chiếm trên 95% [4]. Trong nghiên cứu của họ tất cả người bệnh đều được kiêng ăn chất xơ ba ngày trước khi nội soi còn của chúng tôi thì ăn uống bình thường như các ngày trước. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với Phùng Xuân Toàn (83,5%) [1]. Trong khi đó, chế độ ăn ở Việt Nam là ăn khá nhiều chất

xơ [2]. Và cũng đã có bằng chứng kiêng chất xơ giúp gia tăng hiệu quả làm sạch [3]. Đây là một trong những điểm cần lưu ý để tăng cao hiệu quả của làm sạch đại tràng.

4.2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả làm sạch đại tràng

Chúng tôi nhận thấy rằng những đối tượng nghiên cứu đã có số lần nội soi (tính cả lần nội soi này) từ 2 lần trở lên có trung bình điểm Boston là cao hơn so với nhóm soi lần đầu (1 lần). Việc khai thác tiền sử người bệnh đã thực hiện nội soi lần nào hay chưa cũng là điều quan trọng, giúp nhân viên y tế có những hướng dẫn cụ thể, chi tiết cho từng đặc điểm người bệnh cũng như lường trước được những sự khó khăn trong quá trình chuẩn bị. Có tương quan thuận khi số lần đại tiện càng nhiều thì hiệu quả làm sạch càng cao (Boston cao): đối tượng nghiên cứu có số lần đại tiện trên 5 lần có trung bình điểm Boston là cao hơn so với nhóm đi đại tiện ≤ 5 lần. Kết quả này cũng tương đồng với tác giả Phùng Xuân Toàn (2015) [1]. Như vậy số lần đại tiện nhiều trong quá trình chuẩn bị đại tràng dự báo khá tốt cho hiệu quả làm sạch đại tràng.

Khi phân tích định lượng điểm số Boston, người bệnh hoàn thành khối lượng thuốc và dịch (2 gói thuốc + 3 lít nước) có trung bình điểm Boston cao hơn so với nhóm không hoàn thành. Tương đồng với tác giả Phùng Xuân Toàn (2015), ứng với điểm Boston cao hơn [1]. Người bệnh hoàn thành dùng thuốc trước soi (≥ 3 giờ) có trung bình điểm cao hơn so với nhóm không hoàn thành. Theo Kim Hyun Gun và cộng sự (2014): việc chuẩn bị nội soi đại tràng phù hợp sẽ là từ 3-6h [4]. Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ hoàn thành phác đồ là yếu tố cần được xem xét để tiên lượng kết quả làm sạch đại tràng, từ đó giúp các nhân viên y tế có những chỉ định kỹ thuật phù hợp hơn trong kết quả làm sạch đại tràng.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu đánh giá hiệu quả làm sạch đại tràng ở 190 bệnh nhân được nội soi đại tràng tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang cho thấy tỷ lệ làm sạch đại tràng đạt mức đầy đủ (điểm Boston ≥ 5) là 82,6%. Phần lớn người bệnh có điểm số Boston ở mức 5 và 6, chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 21,6% và 40,5%. Các trường hợp đạt điểm số cao (7, 8 và 9) chiếm tổng cộng 19,0%. Các yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê đến mức độ làm sạch đại tràng bao gồm: số lần nội soi trước đó, số lần đại tiện, việc tuân thủ phác đồ và thời gian sử dụng thuốc.

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi khuyến nghị: (i) Tăng cường hướng dẫn người bệnh chi tiết về quy trình chuẩn bị đại tràng, đặc biệt nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tuân thủ đúng liều lượng thuốc và thời gian sử dụng; (ii) Theo dõi và đánh giá số lần đại tiện của bệnh nhân để có các biện pháp can thiệp kịp thời khi cần thiết (iii) Đối với người bệnh

có tiền sử nội soi nhiều lần, có thể áp dụng các biện pháp chuẩn bị đại tràng phù hợp hơn để đạt hiệu quả tối ưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phùng Xuân Toàn (2015). Đánh giá hiệu quả làm sạch của các chế phẩm: Sodium Phosphate, Polyethylene Glycol và Sodium Picosulfate/Magnesium Citrate trong chuẩn bị nội soi đại tràng, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. Doãn Thị Hồng Vân (2014). Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng và thói quen ăn uống của người cao tuổi tại huyện Hoài Đức, Hà Nội năm 2014, Đại học Y tế Công cộng.
3. Cesare Hassan, et al (2013). Bowel preparation for

colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline." Endoscopy 45(02),p. 142-155.

4. Hyun Gun Kim, et al (2014). Sodium picosulfate with magnesium citrate (SPMC) plus laxative is a good alternative to conventional large volume polyethylene glycol in bowel preparation: a multicenter randomized single-blinded trial. 9(4), tr. 494-501.

5. Edwin J. Lai, et al. (2009). The Boston bowel preparation scale: a valid and reliable instrument for colonoscopy-oriented research. Gastrointestinal endoscopy 69(3), 620-625.

Kiến thức và Thái độ về Quản lý Đau sau Phẫu thuật của Điều dưỡng, Hộ sinh Bệnh viện Đức Giang năm 2023

KNOWLEDGE AND ATTITUDES ON POSTOPERATIVE PAIN MANAGEMENT OF NURSES AND MIDWIFERS AT DUC GIANG HOSPITAL IN 2023

✍ PHẠM THANH HUYỀN^{1*}, TƯỜNG THUÝ HẰNG²,
NGUYỄN HƯƠNG CHÀ¹, NGUYỄN THỊ HOA¹, NGUYỄN HUY LONG¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức và thái độ về quản lý đau sau phẫu thuật của điều dưỡng, hộ sinh tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 78 điều dưỡng và hộ sinh tham gia chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật tại 6 khoa lâm sàng của bệnh viện từ tháng 3/2023 đến tháng 10/2023. Dữ liệu được thu thập bằng bảng câu hỏi và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả: Điểm trung bình kiến thức về quản lý đau là $62,8 \pm 9,5$. Chỉ 3,8% số đối tượng có kiến thức tốt (80-89%). Tỷ lệ thiếu hụt kiến thức vừa phải (60-69%) là 36,0%, thiếu hụt nhiều (50-59%) là 30,8%, và thiếu hụt nghiêm trọng (<50%) là 3,8%. Về thái độ, điểm trung bình đạt $49,8 \pm 5,2$. Chỉ 12,8% điều dưỡng và hộ sinh có thái độ tích cực trong quản lý đau, trong khi 87,2% còn lại có thái độ chưa tích cực.

Kết luận: Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ kiến thức và thái độ về quản lý đau sau phẫu thuật của điều dưỡng và hộ sinh tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang còn hạn chế. Cần có các chương trình đào tạo và tập huấn định kỳ để nâng cao năng lực và nhận thức cho đội ngũ này, nhằm cải thiện chất lượng chăm sóc người bệnh.

Từ khóa: Kiến thức, thái độ, quản lý đau, sau phẫu thuật, điều dưỡng, hộ sinh.

ABSTRACT

Objective: To describe the knowledge and attitudes of nurses and midwives regarding postoperative pain management at Duc Giang General Hospital.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted from March 2023 to October 2023 on 78 nurses and midwives in six clinical departments at Duc Giang General Hospital. Data were collected using questionnaires and analyzed using SPSS 20.0.

Results: The mean knowledge score on pain management was 62.8 ± 9.5 . Only 3.8% of participants demonstrated good knowledge (80–89%), while 36.0% had moderate deficits (60–69%), 30.8% had severe deficits (50–59%), and 3.8% had very severe deficits (<50%). The mean attitude score was 49.8 ± 5.2 . A positive attitude was observed in 12.8% of participants, while 87.2% exhibited a less favorable attitude toward pain management.

Conclusions: The study highlights significant gaps in the knowledge and attitudes of nurses and midwives regarding postoperative pain management. Regular training and educational programs are essential to enhance their competence and improve the quality of patient care.

Keywords: Knowledge, attitudes, pain management, postoperative, nurses, midwives.

1: Bệnh viện đa khoa Đức Giang;

2: Phòng Nghiệp vụ y Sở Y tế Hà Nội

*Người chịu trách nhiệm: Phạm Thanh Huyền.

Địa chỉ: Khoa Ngoại thận tiết niệu bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Email: phamhuyen82vn@gmail.com – 0915921135.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau sau phẫu thuật là một trong những vấn đề quan trọng trong thực hành lâm sàng, ảnh hưởng lớn đến quá trình hồi phục và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Nếu không được kiểm soát hiệu quả, đau có thể dẫn đến nhiều biến chứng nghiêm trọng như rối loạn hô hấp, tuần hoàn, nội tiết và làm chậm quá trình lành vết thương. Vì vậy, quản lý đau đóng vai trò thiết yếu trong chăm sóc hậu phẫu, với điều dưỡng và hộ sinh là những người trực tiếp theo dõi, đánh giá và thực hiện các biện pháp giảm đau cho bệnh nhân [3]. Tuy nhiên, thực tế cho thấy công tác kiểm soát đau tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang chưa đạt hiệu quả cao. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng mức độ kiến thức và thái độ của điều dưỡng, hộ sinh ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng quản lý đau sau phẫu thuật. Sự thiếu hụt kiến thức và thái độ chưa tích cực có thể làm giảm hiệu quả kiểm soát đau, gây ảnh hưởng đến sự hồi phục của bệnh nhân.

Theo Bộ Y tế, việc đào tạo và nâng cao nhận thức về quản lý đau là một trong những ưu tiên nhằm cải thiện chất lượng điều trị và chăm sóc [1]. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kiến thức và thái độ của điều dưỡng, hộ sinh tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang về quản lý đau sau phẫu thuật, đồng thời cung cấp cơ sở khoa học để xây dựng các chương trình đào tạo phù hợp.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả mức độ kiến thức và thái độ của điều dưỡng, hộ sinh về quản lý đau sau phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

2. Đề xuất các giải pháp nâng cao kiến thức và cải thiện thái độ trong công tác quản lý đau.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 78/89 điều dưỡng viên, hộ sinh đủ tiêu chuẩn nghiên cứu ở 6 khoa Ngoại tổng hợp, Ngoại chấn thương chỉnh hình, Ngoại tiết niệu, Sản, Phụ, GMHS ngoại tham gia chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật từ tháng 3 đến tháng 10 năm 2023.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.3. Công cụ nghiên cứu: Bộ công cụ "Khảo sát kiến thức và thái độ của điều dưỡng về đau" (NKASRP) có sửa đổi và phát triển cho phù hợp với điều trị và quản lý đau tại Việt Nam. Phần kiến thức gồm 25 câu hỏi về kiến thức quản lý đau. Phần thái độ gồm 15 câu hỏi đánh giá bằng thang điểm Likert.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sau thời gian thu thập số liệu có 78/89 điều dưỡng, hộ sinh (66 nữ, 12 nam) thỏa mãn tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Độ tuổi trung bình $33 \pm 4,67$, tuổi cao nhất 47 thấp nhất 23 tuổi. Trình độ đại học chiếm tỷ lệ 30,8% (n = 24). Kinh nghiệm làm việc từ 6 – 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 44,9% (n = 35).

Bảng 3.1. Điểm kiến thức chung về quản lý đau

Mức độ	Tần số (n = 78)	Tỷ lệ (%)
Đạt (≥ 70 điểm)	23	29,5
Chưa đạt (< 70 điểm)	55	70,5

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đạt về kiến thức quản lý đau cho người bệnh sau phẫu thuật của điều dưỡng còn thấp, chỉ đạt 29,5%.

Bảng 3.2. Kiến thức về trải nghiệm đau (n = 78)

Nội dung	Câu trả lời đúng	
	N	%
Các dấu hiệu sinh tồn là chỉ số luôn đáng tin cậy cho thấy mức độ đau của người bệnh	25	32,1
Trẻ em dưới 2 tuổi do hệ thần kinh chưa phát triển đầy đủ nên chúng giảm độ nhạy cảm với đau và hạn chế khả năng nhớ về lần bị đau trước kia	31	39,7
Người bệnh có thể ngủ mặc dù họ đang có những cơn đau dữ dội	41	52,6

Tỷ lệ trả lời đúng các câu hỏi về trải nghiệm đau dưới 50%.

Bảng 3.3. Kiến thức chung về các quản lý đau bằng thuốc (n = 78)

Nội dung	Câu trả lời đúng	
	N	%
Thuốc giảm đau chống viêm không steroid (NSAID) khác là loại thuốc có tác dụng hạ sốt, giảm đau chống viêm không có cấu trúc steroid, là thuốc có tác dụng giảm đau ngoại vi, không gây nghiện.	63	80,8
Suy hô hấp hiếm khi xảy ra với người bệnh đã sử dụng opioids với liều ổn định trong vài tháng	55	70,5
Kết hợp các loại thuốc giảm đau hoạt động theo những cơ chế khác nhau (VD: kết hợp một thuốc NSAID với Opioids) có thể có mang đến hiệu quả giảm đau tốt hơn và ít tác dụng phụ hơn so với sử dụng một loại thuốc giảm đau đơn thuần	66	84,6
Thời gian duy trì giảm đau của 1-2 mg morphine đường tĩnh mạch khoảng 4-5 giờ	57	73,1
Giảm đau ngoài màng cứng rất tốt cho người bệnh đặc biệt người bị bệnh sau phẫu thuật tim mạch như: thay van hai lá, van động mạch chủ.	38	48,7
Opioid không nên sử dụng cho người bệnh có tiền sử lạm dụng chất gây nghiện	15	19,2
Người bệnh cao tuổi không thể dung nạp được opioid để giảm đau	57	73,1
Người bệnh phải chịu những cơn đau sau phẫu thuật là điều đương nhiên	37	47,4
Benzodiazepine (seduxen) không có tác dụng giảm đau hiệu quả trừ khi nguyên nhân gây đau là do cơ cơ.	49	62,8
Ma túy hay chất gây nghiện được định nghĩa là một bệnh thần kinh mạn tính được đặc trưng bởi một hay nhiều hành vi sau đây: mất khả năng kiểm soát liều sử dụng thuốc, xu hướng bắt buộc /phải sử dụng, vẫn tiếp tục sử dụng mặc dù có hại nghiêm trọng	73	93,6
Nồng độ của thuốc giảm đau trong máu nên được duy trì ở một mức ổn định để kiểm soát cơn đau một cách hiệu quả	68	87,2
Phân tâm và chuyển sự chú ý của người bệnh (sử dụng âm nhạc, thư giãn) có thể làm giảm cảm giác đau của người bệnh	67	85,9

Nghiên cứu cho thấy phần lớn đối tượng tham gia nghiên cứu trả lời đúng các câu hỏi về khái niệm chất gây nghiện (93,6%), tác dụng gây nghiện của các thuốc NSAID (80,8%), thời gian duy trì morphin đường tĩnh mạch (73,1%). Tỷ lệ người tham gia nghiên cứu biết về thời gian giảm đau của morphin 23,7%.

Bảng 3.4. Kiến thức về thực hiện các biện pháp giảm đau

Nội dung	Câu trả lời đúng	
	N	%
Đường dùng thuốc giảm đau opioid cho người bệnh có cơn đau dai dẳng do ung thư	20	25,6
Đường dùng thuốc giảm đau opioid cho người bệnh bị đau ngắn, dữ dội và đột ngột như do chấn thương hay sau phẫu thuật	40	51,3
Loại thuốc giảm đau được chọn để sử dụng điều trị đau từ mức độ trung bình đến dữ dội kéo dài cho người bệnh bị ung thư	66	84,6
Thời điểm không được áp dụng giảm đau do người bệnh tự điều khiển (PCA)	44	56,4
Việc làm đầu tiên của ĐD khi người bệnh đang dùng các phương pháp giảm đau như ngoài màng cứng, PCA có các dấu hiệu suy hô hấp, tụt huyết áp, lơ mơ	50	64,1
Mức điểm VAS chỉ điểm người bệnh cần được can thiệp	53	67,9
người bệnh sau phẫu thuật nào KHÔNG áp dụng giảm đau ngoài màng cứng	28	35,9
Những biểu hiện của người bệnh ngộ độc paracetamol trong vòng 24 giờ đầu	67	85,9
Thời gian đạt hiệu quả cao nhất sau khi tiêm morphine tĩnh mạch	74	94,9
Thời gian để đạt nồng độ tối đa trong huyết tương khi dùng paracetamol đường truyền tĩnh mạch	34	43,6

Hơn 80% điều dưỡng hiểu rằng các loại thuốc giảm đau được chọn để điều trị từ mức trung bình đến mức độ dữ dội, cũng như nắm được các biểu hiện của người bệnh ngộ độc paracetamol trong vòng 24h đầu (85,9%).

Bảng 3.5. Mức thái độ về quản lý đau

Mức độ	Tần số (n = 78)	Tỷ lệ (%)
Tích cực	10	12,8
Chưa tích cực	68	87,2

87,2% đối tượng nghiên cứu có thái độ chưa tích cực về quản lý đau

Bảng 3.6. Mức độ thái độ về nhận định mức độ đau

Nội dung	Trả lời tích cực	
	SI (N)	Tỷ lệ (%)
Người bệnh có thể quên rằng mình đang bị đau thường khi họ không bị đau nặng (-)	21	26,9
NB nên được khuyến khích chịu đựng mức độ đau tối đa là cần thiết trước khi sử dụng thuốc giảm đau opioid (-)	6	7,7
Trẻ em dưới 11 tuổi thường không thể diễn tả chính xác mức độ đau do đó nhân viên y tế cần phải dựa vào đánh giá của cha mẹ về mức độ đau của trẻ (-)	51	65,4
Niềm tin tôn giáo có thể khiến người bệnh nghĩ rằng: việc con người phải chịu đựng đớn đau và đau khổ là cần thiết	14	17,9
Bạn có cho rằng, người am hiểu chính xác nhất về cường độ đau của người bệnh là chính người bệnh	15	19,2

Ghi chú: (-) là các câu hỏi nghịch

65,4% người có thái độ phù hợp khi được hỏi về việc trẻ dưới 11 tuổi có thể không diễn đạt tốt cảm giác đau của mình.

Bảng 3.7 Mức thái độ về xử lý đau

Nội dung	Trả lời tích cực	
	SI (N)	Tỷ lệ (%)
Sau liều thuốc giảm đau opioid ban đầu, điều quan trọng là các liều thuốc tiếp theo nên điều chỉnh cho phù hợp với từng phản ứng cụ thể của mỗi người bệnh	8	10,3
Tiêm nước cất (giả dược) cho NB là một biện pháp tốt để xác định liệu NB có đau thật hay không (-)	8	10,3
Nếu người bệnh đau chưa rõ nguyên nhân, thuốc giảm đau opioid không nên sử dụng trong giai đoạn đánh giá đau bởi vì điều này có thể làm giảm khả năng chẩn đoán chính xác nguyên nhân của cơn đau (-)	12	15,4
Thuốc giảm đau ban đầu cho người bệnh sau phẫu thuật nên được sử dụng ngay trong những giờ đầu theo lịch trình cố định	70	89,7
Lí do phổ biến nhất người bệnh khi bị đau có thể yêu cầu tăng liều thuốc là người bệnh đang phải chịu đựng cơn đau tăng lên	6	7,7
Khi dùng đột ngột một opioid, nếu người bệnh bị phụ thuộc thuốc thì sẽ xuất hiện những biểu hiện thể chất sau: vã mồ hôi, ngáp, tiêu chảy và kích động, mất khả năng kiểm soát đối với liều thuốc dùng nghiện/bắt buộc phải sử dụng, thêm thuốc	20	23,5

Ghi chú: (-) là các câu hỏi nghịch

Tỷ lệ có câu trả lời tích cực cao nhất (89,7%) là về việc thuốc giảm đau ban đầu cho người bệnh sau phẫu thuật nên được sử dụng ngay trong những giờ đầu theo lịch trình cố định.

4. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả đánh giá kiến thức về quản lý đau sau phẫu thuật của điều dưỡng, hộ sinh bệnh viện đa khoa Đức Giang

Trong tổng số 78 đối tượng nghiên cứu, điểm trung bình kiến thức lý thuyết về quản lý đau đạt $62,8 \pm 9,5$. Tỷ lệ điều dưỡng có điểm kiến thức đạt chiếm 29,4%, trong khi tỷ lệ thiếu kiến thức là 70,6%. So với nghiên cứu của Bigen (2016), chỉ có 4,7% điều dưỡng trả lời đúng trên 70% số câu hỏi [6]. Tương tự, nghiên cứu của Tobiloba trên 115 điều dưỡng cũng cho thấy 60,9% đối tượng thiếu kiến thức về quản lý đau [9]. Nguyễn Thị Hằng (2018) ghi nhận mức độ kiến thức của điều dưỡng về quản lý đau ở mức kém, với điểm số trung bình chỉ đạt 17,3 trên tổng số 36 câu hỏi (<50%) [3]. Ngoài ra, nghiên cứu của Nguyễn Trung Anh (2017) cũng cho thấy tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức tốt chỉ chiếm 15,6%, trong khi tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức kém đạt 17,5% [8]. Trần Quang Phúc (2019) báo cáo 18,5% điều dưỡng có mức thiếu hụt kiến thức nghiêm trọng (<50%) và 37,1% thiếu hụt kiến thức ở mức nhiều [4]. Trong nghiên cứu của Trần Quang Minh (2020) trên 154 điều dưỡng, không có điều dưỡng nào đạt điểm số $\geq 80\%$ theo khuyến cáo, với điểm trung bình KASRP là $56,7 \pm 7,5$ [5].

Mặc dù nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức tốt cao hơn so với một số nghiên cứu trước đây, việc 70,6% điều dưỡng còn thiếu kiến thức là một con số đáng lo ngại. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết của các chương trình đào tạo và nâng cao kiến thức chuyên môn về quản lý đau sau phẫu thuật, nhằm đảm bảo chất lượng chăm sóc người bệnh tốt hơn.

4.2. Kết quả đánh giá thái độ về quản lý đau sau phẫu thuật của điều dưỡng, hộ sinh tại bệnh viện đa khoa Đức Giang

Bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ điều dưỡng có thái độ tích cực ($\geq 80\%$) về quản lý đau sau phẫu thuật chỉ đạt 12,8%, trong khi nhóm có thái độ chưa tốt (<80%) chiếm 87,2%. Kết quả này thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Tobiloba, trong đó 74,3% điều dưỡng có thái độ tích cực trong quản lý đau, cũng như thấp hơn nghiên cứu của Emine Karaman [7] với tỷ lệ 40,6% và nghiên cứu của Trần Quang Phúc với tỷ lệ 22,6%.

Việc phần lớn điều dưỡng chưa có thái độ tích cực trong quản lý đau là một dấu hiệu đáng lo ngại, có thể ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng chăm sóc bệnh nhân. Để cải thiện tình trạng này, cần thiết phải tăng cường các chương trình đào tạo và nâng cao nhận thức cho điều dưỡng về vai trò quan trọng của quản lý đau trong chăm sóc sau phẫu thuật. Các hoạt động giáo dục và huấn luyện thực hành thực tế sẽ giúp điều dưỡng nâng cao kỹ năng, từ đó hình thành thái độ tích cực và cải thiện hiệu quả kiểm soát đau cho người bệnh.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ kiến thức và thái độ về quản lý đau sau phẫu thuật của điều dưỡng và hộ sinh tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang còn nhiều hạn chế, cụ thể: Điểm trung bình kiến thức đạt $62,8 \pm 9,5$, chỉ có 3,8% đối tượng đạt mức kiến thức tốt. Phần lớn điều dưỡng và hộ sinh có mức độ thiếu hụt kiến thức từ vừa phải đến nghiêm trọng, cho thấy cần thiết phải có các chương trình đào tạo chuyên sâu về quản lý đau; Điểm trung bình thái độ đạt $49,8 \pm 5,2$, với tỷ lệ thái độ tích cực chỉ đạt 12,8%. Phần lớn đối tượng nghiên cứu (87,2%) có thái độ chưa tích cực, điều này có thể ảnh hưởng tiêu cực đến việc thực hiện các biện pháp giảm đau cho bệnh nhân.

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi khuyến nghị:

- Tăng cường các chương trình đào tạo định kỳ và chuyên sâu về quản lý đau, giúp điều dưỡng và hộ sinh nắm vững kiến thức và kỹ năng thực hành.
- Nâng cao nhận thức về tầm quan trọng của việc kiểm soát đau hiệu quả, khuyến khích các cán bộ y tế có thái độ tích cực hơn trong việc chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật.
- Xây dựng các quy trình hướng dẫn chuẩn về quản lý đau và đảm bảo nhân viên y tế thực hiện đúng quy trình để tối ưu hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012). Thông tư số 13/2012/TT-BYT ngày 20/8/2012 của Bộ Y tế hướng dẫn công tác gây mê – hồi sức.
2. Nguyễn Thị Hằng (2017). Kiến thức và thái độ của điều dưỡng về quản lý đau trên bệnh nhân ung thư đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Ung Bướu. Tạp chí Ung Thư Học Việt Nam; 441-447.
3. Nguyễn Quốc Kính (2016). Giảm đau sau mổ. Trung tâm Gây mê và Hồi sức Ngoại khoa, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.
4. Trần Quang Phúc (2019). Kiến thức và thái độ quản lý đau sau phẫu thuật của điều dưỡng tại Viện Chấn thương chỉnh hình Việt Đức.
5. Trần Minh Quang (2020). Kiến thức và thái độ của điều dưỡng hồi sức cấp cứu về chăm sóc đau cho người bệnh tại hệ thống y tế Vinmec năm 2020.
6. Bigen MS, Sujata S (2016). Knowledge and attitude of nurses on pain management in a tertiary hospital of Nepal. International Journal of Nursing Research and Practice; 3(1).
7. Emine Karaman (2017). Knowledge and attitudes of nursing students about pain management. DOI: 10.5505/agri.2018.10437.
8. Nguyen Trung Anh (2021). Assessing knowledge and attitudes regarding pain management among nurses working in a geriatric hospital in Vietnam. Journal of Multidisciplinary Healthcare; 14:799-807. doi: 10.2147/JMDH.S285044
9. Tobiloba Oyejide Alex Omotosho (2020). Knowledge and attitudes of nurses towards pain management at Edward. International Journal of Africa Nursing Sciences; 18:100534.

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ QUY TRÌNH XỬ LÝ ỐNG NỘI SOI TIÊU HÓA MỀM TẠI KHOA THĂM DÒ CHỨC NĂNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2024

COMPLIANCE STATUS WITH THE FLEXIBLE GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY REPROCESSING PROCEDURE
AT THE FUNCTIONAL EXPLORATION DEPARTMENT OF DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2024

✍ ĐỖ THỊ NINH*, VŨ THỊ DUYÊN, BÙI THỊ HỒNG MỸ,
NGÔ THỊ LAN TRANG, NGUYỄN THỊ THU HÀ

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ quy trình xử lý ống nội soi tiêu hóa mềm của điều dưỡng và xác định các yếu tố ảnh hưởng đến việc tuân thủ tại khoa Thăm dò chức năng, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2024.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp định lượng và định tính, thực hiện trên 9 điều dưỡng với 126 cơ hội thực hiện quy trình xử lý ống nội soi mềm từ tháng 5 đến tháng 8 năm 2024.

Kết quả: Tỷ lệ tuân thủ quy trình xử lý ống nội soi mềm đạt 88,9%. Các lỗi thường gặp nhất xảy ra ở bước tiền làm sạch (1,6%), bước kiểm tra rò rỉ (3,2%), bước kiểm tra ống (6,4%) và bước tráng và làm khô (4%). Các yếu tố ảnh hưởng đến việc thực hiện quy trình bao gồm yếu tố cá nhân, điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, công tác quản lý và môi trường làm việc.

Kết luận: Tỷ lệ tuân thủ quy trình xử lý ống nội soi mềm tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang ở mức khá. Để nâng cao hiệu quả tuân thủ, cần đảm bảo đủ cơ sở vật chất, trang thiết bị và tăng cường giám sát, kiểm tra định kỳ.

Từ khóa: Tuân thủ quy trình, ống nội soi mềm, xử lý ống nội soi.

ABSTRACT

Objective: To describe the compliance status of nurses with the soft gastrointestinal endoscope reprocessing procedure and identify factors influencing compliance at the Functional Exploration Department of Duc Giang General Hospital in 2024.

Methods: A cross-sectional descriptive study combining quantitative and qualitative methods was conducted on 9 nurses with 126 opportunities to perform the endoscope reprocessing procedure from May to August 2024.

Results: The compliance rate with the endoscope reprocessing procedure was 88.9%. Common errors occurred in the pre-cleaning step (1.6%), leak testing (3.2%), endoscope inspection (6.4%), and rinsing and drying (4%). Factors affecting compliance included individual performance, facility conditions, equipment availability, management practices, and the working environment.

Conclusion: The compliance rate with the endoscope reprocessing procedure at Duc Giang General Hospital was relatively good. To further enhance compliance, the hospital should ensure adequate facilities and equipment and strengthen supervision and regular inspections.

Keywords: Procedure compliance, flexible endoscope, endoscope reprocessing.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ống nội soi tiêu hóa mềm là dụng cụ y tế quan trọng, được sử dụng trong các thủ thuật chẩn đoán và điều trị các bệnh lý tiêu hóa như dạ dày, tá tràng, ống mật chủ và đại trực tràng [1]. Tuy nhiên, nếu không được xử lý đúng quy trình, ống nội soi có thể trở thành nguồn lây nhiễm vi khuẩn đa kháng thuốc, gây bùng phát dịch bệnh tại các cơ sở y tế [5, 6].

Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ quy trình xử lý ống nội soi mềm tại các bệnh viện dao động từ 78,8%

đến 85,8% [3,4,7]. Việc không tuân thủ đúng quy trình làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn chéo và có thể dẫn đến kết quả xét nghiệm vi sinh không đạt yêu cầu cao gấp 9,8 lần so với các trường hợp tuân thủ đầy đủ [2].

Tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, với số lượng nội soi tiêu hóa mềm lên đến hơn 50 lượt mỗi ngày và 11 dây nội soi hoạt động liên tục, quy trình xử lý ống nội soi mềm chủ yếu được thực hiện thủ công. Tuy nhiên, công tác giám sát và đảm bảo tuân thủ quy trình vẫn còn nhiều hạn chế. Việc đánh giá thực trạng tuân thủ và xác định các yếu tố ảnh hưởng sẽ góp phần quan trọng trong việc

Khoa Thăm dò chức năng, Bệnh viện đa khoa Đức Giang

* Người chịu trách nhiệm: Đỗ Thị Ninh

Email: dothininh1989@gmail - ĐT: 0973121215

nâng cao hiệu quả kiểm soát nhiễm khuẩn và chất lượng điều trị.

Xuất phát từ thực tế đó, nghiên cứu này được thực hiện với hai mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng tuân thủ quy trình xử lý ống nội soi tiêu hóa mềm của điều dưỡng tại khoa Thăm dò chức năng, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

2. Tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến việc tuân thủ quy trình xử lý ống nội soi mềm.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nghiên cứu định lượng: 9 điều dưỡng trực tiếp tham gia thực hiện quy trình xử lý ống soi mềm làm việc tại khoa Thăm dò chức năng.

- Nghiên cứu định tính: Lãnh đạo khoa; Điều dưỡng trực tiếp tham gia thực hiện quy trình xử lý ống soi mềm.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 05 - 08/2024 tại tất cả các khoa Thăm dò chức năng - Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu áp dụng công thức tính cỡ mẫu một tỷ lệ để tính số cơ hội thực hành quy trình xử lý ống nội soi mềm cần quan sát:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

+ n: Số lần thực hiện quy trình xử lý ống soi mềm tối thiểu cần quan sát.

+ $Z(1 - \alpha/2)$: Hệ số tin cậy (với độ tin cậy 95%, $Z(1 - \alpha/2) = 1,96$)

+ α : Mức ý nghĩa thống kê ($\alpha=0,05$)

+ p: Tỷ lệ sai sót trong tổng số cơ hội tham gia thực hiện quy trình xử lý ống soi mềm được quan sát. Theo nghiên cứu của Lưu Ngọc Đoàn Hùng thì tỷ lệ sai sót là 18,3% nên nghiên cứu lựa chọn $p=0,183$ [2].

+ d: Sai số chấp nhận được ước lượng ($d=0,07$)

Áp dụng công thức trên: Tính ra số cơ hội thực hiện quy trình xử lý ống soi mềm tối thiểu cần quan sát là $n = 117$

Khoa Thăm dò chức năng có 09 điều dưỡng thực hiện quy trình xử lý ống nội soi mềm nên mỗi điều dưỡng được quan sát 13 lần thực hiện quy trình. Nhưng việc quan sát thực hiện quy trình được chia đều sáng chiều nên để mỗi điều dưỡng sẽ được quan sát 14 lần chia đều sáng 7 và chiều 7 thì số cơ hội quan sát tối thiểu sẽ là 126.

Nghiên cứu định tính: Chọn chủ đích để thu được đầy đủ những thông tin về các yếu tố ảnh hưởng đến việc

tuân thủ quy trình xử lý ống nội soi của điều dưỡng. Tiến hành 01 cuộc phỏng vấn sâu Lãnh đạo khoa và 01 cuộc thảo luận nhóm với tất cả 9 điều dưỡng trực tiếp thực hiện quy trình xử lý ống nội soi mềm.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu.

Bộ công cụ được xây dựng dựa theo quy trình khử khuẩn tiết khuẩn ống nội soi mềm của Bộ Y tế [1]. Bộ công cụ được một số nghiên cứu trước đây sử dụng như tác giả Lưu Ngọc Đoàn Hùng (2018) [2], Nguyễn Đức Vương (2021) [4].

Phỏng vấn sâu, thực hiện sau khi đã có kết quả phân tích sơ bộ các thông tin nghiên cứu định lượng để tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến thực hiện quy trình xử lý ống soi mềm được phân tích theo nhóm chủ đề quan tâm: yếu tố cá nhân thực hiện quy trình, yếu tố cơ sở vật chất, trang thiết bị, yếu tố quản lý, yếu tố khác. Trích dẫn những ý kiến tiêu biểu để minh họa cho chủ đề tương ứng trong phần kết quả.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được tổng hợp, làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1; Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0. Với nghiên cứu định lượng gồm 9 bước và 26 thao tác được đánh giá qua quan sát với bảng kiểm đánh giá "thực hiện đúng", "thực hiện không đúng" hoặc "không thực hiện". Một quy trình đạt là thực hiện chính xác và đầy đủ các bước trong toàn bộ quy trình. Trong trường hợp bỏ qua bước 6 khử khuẩn mức độ cao sẽ bị đánh không đạt toàn bộ phần đánh giá.

3. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n=9)

Thông tin		Tần số	Tỷ lệ %
Tuổi	30 – 39	5	55.6
	40 – 49	4	44.4
	≥ 50	0	0
Giới tính	Nam	0	0
		9	100
Trình độ học vấn	Đại học	5	55.6
	Cao đẳng	4	44.4
Năm kinh nghiệm	<10 năm	4	44.4
	10-15 năm	5	55.6
	>15 năm	0	0

Nhận xét: Nghiên cứu trên 9 điều dưỡng trực tiếp thực hiện quy trình xử lý ống nội soi. Có hơn 1/2 điều dưỡng (55,6%) trong độ tuổi 30-39 và kinh nghiệm làm việc 10-15 năm; 100% là nữ giới; 55,5 % điều dưỡng có trình độ đại học.

3.2. Thực trạng thực hiện quy trình xử lý ống nội soi mềm tại khoa thăm dò chức năng năm 2024

Bảng 3.2. Đặc điểm thời điểm quan sát và tuân thủ quy trình xử lý ống nội soi mềm (n=126)

Thời điểm quan sát	Thực hiện đúng		Thực hiện không đúng hoặc không thực hiện		Tổng cộng
	N	%	N	%	
Sáng	53	84.1	10	15.9	63
Chiều	59	93.7	4	6.3	63

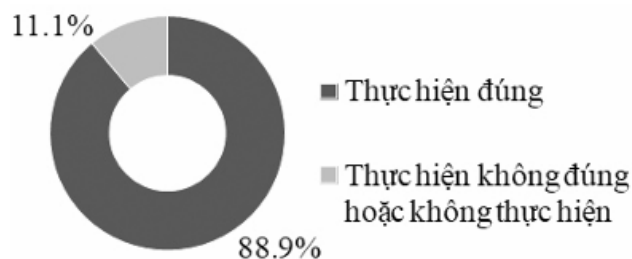
Nhận xét: Tỷ lệ thực hiện đúng quy trình xử lý ống nội soi mềm vào buổi sáng là 84,1%.

Bảng 3.3. Tỷ lệ thực hiện đúng từng bước của quy trình xử lý ống nội soi mềm

Bước thực hiện	Thực hiện đúng tất cả các thao tác		Có ít nhất 01 thao tác thực hiện không đúng hoặc không thực hiện	
	N	%	N	%
Bước 1: Giai đoạn tiền làm sạch	124	98.4	2	1.6
Bước 2: Tháo ống ra khỏi nguồn sáng và bộ xử lý	126	100	0	0
Bước 3: Kiểm tra rò rỉ	122	96.8	4	3.2
Bước 4: Giai đoạn làm sạch toàn bộ các bộ phận ống nội soi mềm	126	100	0	0
Bước 5: Kiểm tra ống	118	93.6	8	6.4
Bước 6: Khử khuẩn mức độ cao	126	100	0	0
Bước 7: Tráng và làm khô	121	96	5	4
Bước 8: Lắp ráp	126	100	0	0
Bước 9: Bảo quản ống soi	126	100	0	0

Nhận xét: Bước 5 có tỷ lệ thực hiện đúng thấp nhất trong 9 bước (93.6%). Các bước còn lại là bước 7 (96%), bước 3 (96.8%), bước 1 (98.4%).

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ thực hiện đúng chung quy trình xử lý ống nội soi mềm



Nhận xét: Tỷ lệ thực hiện đúng chung quy trình xử lý ống nội soi mềm là 88.9%

3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng trong việc thực hiện quy trình xử lý ống nội soi mềm

3.3.1. Yếu tố cá nhân thực hiện quy trình

Kết quả của cuộc TLN và các cuộc PVS cho thấy các điều dưỡng của khoa đều cho rằng “kiến thức, thái độ của nhân viên y tế cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến việc thực hiện quy trình. Kiến thức mà không vững thì làm làm sao cho tốt được, ngược lại kiến thức tốt nhưng thái độ làm việc cầu thả thì sẽ dẫn đến sai sót”

Qua kết quả thu được từ cho thấy, “Người nào làm việc lâu tại khoa cũng thường xuyên được tập huấn, kiểm tra, có nhiều kinh nghiệm rồi nên sẽ hạn chế được sai sót khi thực hiện quy trình” (TLN – ĐD2).

3.3.2. Yếu tố cơ sở vật chất, trang thiết bị

Theo phản ánh lượng người bệnh đông, trang thiết bị, hóa chất chưa cung ứng đủ cũng gây ảnh hưởng đến việc thực hiện quy trình: “Đặc biệt là những ngày đầu tuần, chưa kể những lúc có ống soi hỏng người bệnh phải chờ đợi lâu nên đôi khi mọi người hay làm tắt dẫn đến thiếu sót... (TLN – ĐD1).

3.3.3. Yếu tố quản lý

“Bệnh viện đã ban hành tài liệu về chuẩn phòng ngừa bệnh viện. Đây là cơ sở pháp lý để mọi người thực hiện theo cho đúng...Bệnh viện có cơ chế giám sát, đánh giá liên tục để đảm bảo điều dưỡng nghiêm túc thực hiệnViệc khen thưởng, xử phạt được bệnh viện xây dựng trong quy chế chi tiêu nội bộ của bệnh viện và xếp loại cuối năm” (PVS – LĐK).

3.3.4. Yếu tố khác

Hầu như các điều dưỡng đều cho rằng môi trường làm việc, áp lực công việc cũng ảnh hưởng đến việc tuân thủ quy trình: “Với đặc thù của nội soi phải nhìn ăn nên thường người bệnh hay dẫn vào buổi sáng”. (PVS – LĐK). Bên cạnh đó sức khỏe nghề nghiệp cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến việc tuân thủ quy trình: “Mỗi ngày phải đứng liên tục rồi còn tiếp xúc với các hóa chất kéo dài đôi khi có thể quên, bỏ sót một vài thao tác” (TLN – ĐD4).

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng thực hiện quy trình xử lý ống nội soi mềm tại khoa thăm dò chức năng năm 2024

Khi tiến hành nghiên cứu trên 126 cơ hội thực hiện quy trình xử lý ống nội soi mềm kết quả cho thấy: Việc thực hiện quy trình xử lý ống nội soi mềm chủ yếu thực hiện vào buổi sáng (61%); Tỷ lệ thực hiện đúng quy trình vào buổi sáng là 84,1%. Kết quả tương đồng với Nguyễn Đức Vượng (2021) là 83,9% [4]. Điều này phản ánh đúng với đặc thù của nội soi là thường tập trung vào buổi sáng do người bệnh phải nhịn ăn trước nội soi. Tỷ lệ thực hiện đúng chung cho toàn bộ quy trình xử lý ống nội soi mềm là 88,9%. Kết quả của chúng tôi cao hơn N.Kenters (2018) tại 32 quốc gia là 82% [7]. Tỷ lệ thực hiện đúng của bước 1 là 98,4%, kết quả tương đương với Nguyễn Đức Vượng (2021) [4]. Nguyên nhân chung được đưa ra cho việc thực hiện chưa đúng ở bước này là thái độ thực hành của điều dưỡng. Đối với bước 3, điều dưỡng phải tiến hành kiểm tra rò rỉ tỷ lệ thực hiện không đúng chiếm 3,2%. Tỷ lệ sai sót trong nghiên cứu của Lưu Ngọc Đoàn Hùng (2018) là 10,8% [2]. Bước 5 (kiểm tra ống soi) tỷ lệ không đúng thao tác là 6,4%, chiếm tỉ lệ không đúng cao nhất trong quy trình. Bước 7 (Tráng và làm khô) có bị điều dưỡng bỏ sót trong quá trình xử lý ống nội soi mềm tỷ lệ là 4%. Còn các bước 2, 4, 6, 8 và 9 lại tỷ lệ tuân thủ quy trình là 100%. Tại Việt Nam, dù có ít nghiên cứu để so sánh, kết quả nghiên cứu của chúng tôi vẫn chỉ ra những thiếu sót trong quy trình xử lý ống nội soi mềm, phù hợp với nguyên nhân Bộ Y tế đã nêu – chủ yếu do thực hiện chưa đúng hướng dẫn.

4.2. Một số yếu tố ảnh hưởng trong việc thực hiện quy trình xử lý ống nội soi mềm

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một số yếu tố ảnh hưởng đến việc thực hiện quy trình xử lý ống nội soi mềm bao gồm: Sự ảnh hưởng từ yếu tố cá nhân thực hiện quy trình với những điều dưỡng có kiến thức, thái độ tốt sẽ góp phần hạn chế sai sót xảy. Tương đồng với tác giả Nguyễn Đức Vượng (2021) đã chỉ ra rằng nhân viên nắm vững các kiến thức và có thái độ làm việc tích cực thì sẽ tuân thủ tốt các bước thực hiện góp phần giảm nguy cơ lây nhiễm chéo [4]. Trang thiết bị, hóa chất chưa cung ứng đủ cũng gây ảnh hưởng đến việc thực hiện quy trình. Bệnh viện có ban hành tài liệu hướng dẫn chuyên môn cùng với kiểm tra, giám sát và có thi đua khen thưởng đây là những yếu tố duy trì và thúc đẩy sự tuân thủ trong thực hiện đúng quy trình. Kết quả tương đồng với tác giả Lưu Ngọc Đoàn Hùng [2].

Bên cạnh đó, môi trường làm việc, áp lực công việc cũng ảnh hưởng đến việc tuân thủ thực hiện quy trình. Tác giả Nguyễn Đức Vượng (2021) cũng cho kết quả tương đồng [4]. Làm việc trong môi trường thường xuyên tiếp xúc với hóa chất và với cường độ công việc

cao có thể khiến cho điều dưỡng mệt mỏi có thể dẫn đến sai sót trong thực hiện quy trình. Vì vậy, đây là một lưu ý với các cấp quản lý.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ quy trình xử lý ống nội soi mềm tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang đạt 88,9%. Tuy nhiên, vẫn tồn tại các lỗi trong các bước tiến làm sạch (1,6%), kiểm tra rò rỉ (3,2%), kiểm tra ống (6,4%), và tráng và làm khô (4%).

Yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ quy trình xử lý bao gồm: Kiến thức và thái độ của điều dưỡng có vai trò quan trọng trong việc tuân thủ quy trình; Thiếu hụt trang thiết bị và hóa chất làm gián đoạn quy trình xử lý; Công tác kiểm tra, giám sát và phản hồi để cải thiện sự tuân thủ; Áp lực công việc và môi trường làm việc không thuận lợi cũng làm giảm khả năng tuân thủ.

Khuyến nghị: (i) Bệnh viện cần đảm bảo đầy đủ trang thiết bị, hóa chất và dụng cụ bảo hộ cho điều dưỡng; (ii) Tăng cường tổ chức các chương trình đào tạo và tập huấn định kỳ về quy trình xử lý ống nội soi mềm; và (iii) Nâng cao hiệu quả giám sát và đánh giá thường xuyên để phát hiện và khắc phục các sai sót kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn xử lý ống nội soi mềm trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Ban hành kèm theo quyết định số 3916/QĐ-BYT của Bộ Y tế) ngày 28/8/2017.
2. Lưu Ngọc Đoàn Hùng (2018). Thực trạng tuân thủ quy trình khử khuẩn, tiệt khuẩn ống nội soi mềm và một số yếu tố ảnh hưởng tại khoa nội soi Bệnh viện Triều An, Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện, Đại học Y tế Công Cộng.
3. Nguyễn Tuấn Thành (2023). Tuân thủ quy trình an toàn thủ thuật nội soi dạ dày của nhân viên y tế tại khoa chẩn đoán hình ảnh–giải phẫu bệnh lý Trung tâm y tế huyện Vĩnh Tường, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2022, Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 524, Số 1A, tr. 345-351.
4. Nguyễn Đức Vượng (2021). Thực trạng thực hiện quy trình xử lý ống nội soi mềm và một số yếu tố ảnh hưởng tại khoa Nội soi Bệnh viện đa khoa Vùng Tây Nguyên năm 2021, Luận văn Thạc sĩ Quản lý Bệnh viện, Đại học Y tế Công Cộng.
5. Aumeran C, Poincloux L, Souweine B et al (2010). Multidrug-resistant *Klebsiella pneumoniae* outbreak after endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Endoscopy*, 42(11), p. 895-899.
6. CDC (2008). Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities.
7. Kenters N, Tartari E, Hopman Jet al (2018). Worldwide practices on flexible endoscope reprocessing. *Antimicrobial resistance and infection control*. 7, p. 1-7.

KHẢO SÁT TỶ LỆ NHIỄM MỘT SỐ VI KHUẨN ĐƯỢC PHÂN LẬP TỪ MẪU BỆNH PHẨM ĐỜM CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM PHỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2024 VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

✍ NGUYỄN NGỌC LINH^{1*}, ĐÀO QUANG TRUNG¹, CHU THỊ HUYỀN¹, ĐỖ QUỐC HÙNG¹
TRẦN THANH BÌNH¹, NGUYỄN THỊ HƯƠNG¹, VŨ THỊ THU TRANG¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ các vi khuẩn gây bệnh được phân lập từ bệnh phẩm đờm của bệnh nhân viêm phổi tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang và phân tích các yếu tố liên quan.

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu trên 593 mẫu bệnh phẩm đờm, được nuôi cấy tại khoa Vi sinh từ tháng 4/2024 đến tháng 6/2024.

Kết quả: Trong số các bệnh phẩm, 59,2% thuộc bệnh nhân viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) và 40,8% từ bệnh nhân viêm phổi bệnh viện (VPBV). Tỷ lệ nuôi cấy dương tính ở nhóm VPCĐ là 9,4%, trong khi ở nhóm VPBV là 45,5%. Các vi khuẩn chính gây nhiễm khuẩn hô hấp bao gồm *P. aeruginosa* (29,4%), *A. baumannii* (21,6%), *K. pneumoniae* (19,8%), *E. coli* (5,6%) và *S. aureus* (5,6%). Vi khuẩn Gram âm chiếm ưu thế, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân VPBV.

Kết luận: Nhiễm khuẩn hô hấp do vi khuẩn Gram âm vẫn là vấn đề đáng lo ngại tại bệnh viện, đặc biệt ở bệnh nhân viêm phổi bệnh viện. Việc kiểm soát nhiễm khuẩn và sử dụng kháng sinh hợp lý là cần thiết.

Từ khóa: Tỷ lệ nhiễm, vi khuẩn phân lập, viêm phổi bệnh viện, viêm phổi cộng đồng, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

ABSTRACT

Objective: To determine the infection rate of bacteria isolated from sputum specimens of pneumonia patients at Duc Giang General Hospital and analyze the related factors.

Methods: A prospective study was conducted on 593 sputum specimens cultured at the Microbiology Department from April 2024 to June 2024.

Results: Among the specimens, 59.2% were from community-acquired pneumonia (CAP) patients, and 40.8% were from hospital-acquired pneumonia (HAP) patients. The culture positivity rate was 9.4% in the CAP group, compared to 45.5% in the HAP group. The predominant bacteria were *P. aeruginosa* (29.4%), *A. baumannii* (21.6%), *K. pneumoniae* (19.8%), *E. coli* (5.6%), and *S. aureus* (5.6%). Gram-negative bacteria were the most common, particularly among HAP patients.

Conclusions: Gram-negative bacterial infections remain a major concern in hospitals, especially in HAP patients. Strengthening infection control measures and promoting the rational use of antibiotics are crucial.

Keywords: Infection rate, isolated bacteria, hospital-acquired pneumonia, community-acquired pneumonia, Duc Giang General Hospital.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi bệnh viện (VPBV) là loại nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế thường gặp tại khoa Hồi sức tích cực (HSTC) và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu (30% – 70%) trong số các loại nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV). Viêm phổi bệnh viện là một vấn đề rất khó khăn mà các khoa đặc biệt khoa HSTC đang phải đương đầu vì khó chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa[4].

Bên cạnh đó, viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) cũng là một vấn đề sức khỏe quan trọng, đặc biệt ở những nhóm bệnh nhân có bệnh lý nền hoặc suy giảm miễn dịch. Tại Mỹ, viêm phổi là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 6 và là nguyên nhân tử vong hàng đầu trong các bệnh truyền nhiễm. Ở Việt Nam, số liệu về căn nguyên gây bệnh VPCĐ vẫn còn hạn chế, do thiếu nghiên cứu lâm sàng và các phương tiện chẩn đoán tiên tiến[2].

Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, một bệnh viện hạng I trực thuộc Sở Y tế Hà Nội, tiếp nhận số lượng lớn bệnh nhân nội trú từ các khu vực lân cận. Như nhiều bệnh viện tuyến cuối khác, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang phải đối mặt với tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện và mức độ kháng kháng sinh ngày càng tăng. Vì vậy, việc khảo sát tỷ lệ nhiễm vi khuẩn và xác định các yếu tố liên quan có ý nghĩa quan trọng trong công tác kiểm soát nhiễm khuẩn và xây dựng các biện pháp can thiệp hiệu quả. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu: (i) Xác định tỷ lệ các vi khuẩn phân lập từ bệnh phẩm đờm của bệnh nhân viêm phổi tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang; (ii) Phân tích các yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm khuẩn.

*Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Ngọc Linh
Email: linh30011987@gmail.com - 0387161211

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả người bệnh mắc viêm phổi có chỉ định nuôi cấy bệnh phẩm đờm. Các chủng vi khuẩn gây bệnh phân lập được từ bệnh phẩm đờm tại BV đa khoa Đức Giang

Tiêu chuẩn lựa chọn: Phân loại đối tượng nghiên cứu theo tiêu chuẩn của BYT gồm: Người bệnh Viêm phổi mắc phải ở cộng đồng. Người bệnh Viêm phổi mắc phải ở bệnh viện, viêm phổi liên quan đến thở máy, viêm phổi liên quan đến chăm sóc y tế

Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh phẩm lấy, vận chuyển và bảo quản không đúng quy định đã hướng dẫn trong Sổ tay dịch vụ khách hàng của khoa Vi Sinh gửi các Khoa lâm sàng

Số bệnh phẩm nghiên cứu: 593 mẫu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Thời gian: Từ tháng 4/2024 đến tháng 06/2024

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Vi Sinh bệnh viện đa khoa Đức Giang

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu

Cỡ mẫu: Mẫu thuận tiện

Thu thập số liệu: Sử dụng tư liệu sẵn có: chỉ định của lâm sàng, phần mềm Whonet 5.6. Các biểu mẫu ghi chép kết quả nuôi cấy và đọc kháng sinh đồ

Xử trí số liệu: Dùng phần mềm SPSS và phần mềm Whonet 5.6

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

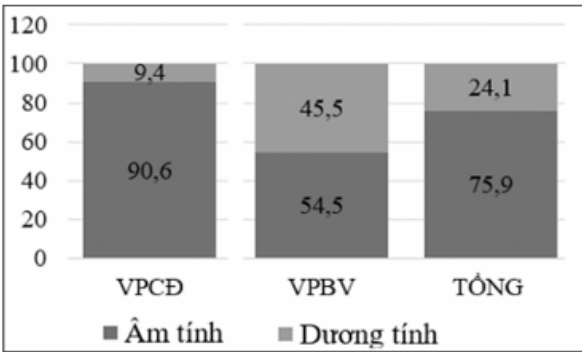
3.1. Kết quả phân loại nhiễm trùng

Bảng 3.1. Phân bố loại nhiễm trùng

Kết quả	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
VPCĐ	351	59,2
VPBV	242	40,8
Tổng	593	100

Nhận xét: Số lượng mẫu nuôi cấy bệnh phẩm đờm tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang theo nghiên cứu này là 593 mẫu. Trong đó có 351 mẫu bệnh phẩm của người bệnh VPCĐ chiếm tỷ lệ 59,2%, 242 mẫu bệnh phẩm của người bệnh VPBV chiếm 40,8%.

3.2. Kết quả nuôi cấy



Biểu đồ 3.1. Kết quả nuôi cấy bệnh phẩm đờm

Nhận xét: Kết quả nuôi cấy mẫu bệnh phẩm của người bệnh VPCĐ chủ yếu là âm tính chiếm 90,6%, dương tính chiếm tỷ lệ rất thấp 9,4%. Nhưng với mẫu bệnh phẩm của người bệnh VPBV có kết quả dương tính chiếm tỷ lệ 45,5%, kết quả âm tính chiếm tỷ lệ 54,5%.

3.3. Tỷ lệ mẫu bệnh phẩm đờm nuôi cấy dương tính theo khoa/phòng

Bảng 3.2. Tỷ lệ mẫu bệnh phẩm đờm nuôi cấy dương tính theo khoa/phòng

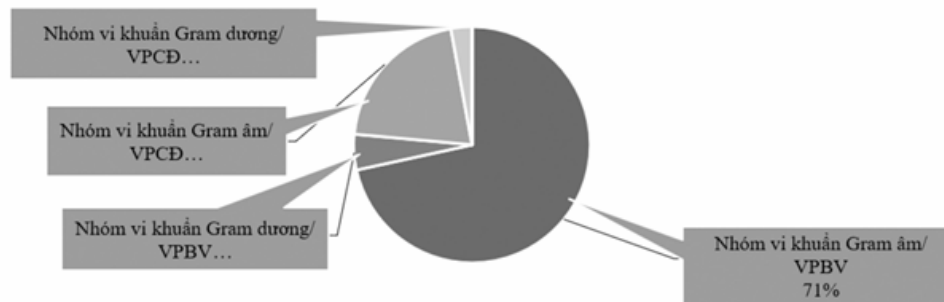
Khoa	Số lượng mẫu nuôi cấy	Số lượng mẫu dương tính	Tỷ lệ dương tính tại khoa (%)	Tỷ lệ/Số lượng phân bố mẫu dương tính toàn viện		
				% căn nguyên	Số lượng VPCĐ	Số lượng VPBV
HSTC-CD	199	100	50,2	69,9	18	82
Truyền nhiễm	276	17	6,1	11,9	8	9
Ung bướu	68	9	13,2	6,3	5	4
Hồi sức ngoại	14	7	50,0	4,9	0	7
Nội tổng hợp	10	2	20,0	1,4	1	1
Các khoa còn lại	26	8	30,7	5,6	2	6
Tổng	593	143		100	34	109

Nhận xét:

- Tỷ lệ mẫu nuôi cấy đờm dương tính cao nhất là khoa HSTC-CD (50,2%), thứ hai là khoa Hồi sức ngoại (50%), thấp nhất là khoa Truyền nhiễm tỷ lệ mẫu dương tính chỉ 6,1%.

- Tỷ lệ phân bố mẫu dương tính chủ yếu ở khoa HSTC chiếm tỷ lệ 69,9% trong đó mẫu người bệnh VPBV (82 mẫu). Tiếp đến là khoa truyền nhiễm 11,9% với 9 mẫu người bệnh VPBV, vi khuẩn phân lập được ở các khoa còn lại là rất ít.

3.4. Phân lập căn nguyên gây bệnh theo nhóm vi khuẩn



Biểu đồ 3.2. Phân bố căn nguyên gây bệnh theo nhóm vi khuẩn

Nhận xét: Căn nguyên gây bệnh phân lập được từ bệnh phẩm đờm chủ yếu là nhóm vi khuẩn Gram âm trên người bệnh VPBV chiếm 72,3%. Nhóm vi khuẩn Gram dương phân lập được chỉ dưới 10,0%.

3.5. Căn nguyên vi khuẩn gây bệnh phân lập được

Bảng 3.3. Phân bố căn nguyên vi khuẩn gây bệnh phân lập được

Tên vi khuẩn	Tổng N (%)	VPCĐ N (%)	VPBV N (%)
E.coli	8 (5,6)	3 (37,5)	5 (62,5)
K.pneumoniae	28 (19,8)	7 (25,0)	21 (75,0)
S. aureus	8 (5,6)	2 (25,0)	6 (75,0)
P. aeruginosa	42 (29,4)	8 (19,0)	34 (81,0)
A. baumannii	31 (21,6)	2 (6,5)	29 (93,5)
Vi khuẩn khác	26 (18,0)	11 (42,3)	15 (57,7)

Nhận xét: Căn nguyên vi khuẩn gây nhiễm khuẩn hô hấp gặp nhiều nhất là P. aeruginosa có 42 mẫu chiếm khoảng 29,4% chủ yếu là nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm 81,0%. Căn nguyên gây VPBV đứng thứ hai là A. baumannii có 31 mẫu chiếm 21,6% trong đó 93,5 % trên người bệnh VPBV. Căn nguyên vi khuẩn gây nhiễm khuẩn hô hấp thấp nhất là E. coli và S. aureus đều có 8 mẫu chiếm 5,6%.

4. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu này tổng số mẫu bệnh phẩm đờm làm xét nghiệm nuôi cấy của bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 4/2024- tháng 6/2024 là 593 mẫu. Trong đó có 351 mẫu bệnh phẩm của người bệnh VPCĐ chiếm tỷ lệ 59,2%, 242 mẫu bệnh phẩm của người bệnh VPBV chiếm 40,8%.

Căn nguyên gây bệnh phân lập được từ bệnh phẩm đờm chủ yếu là nhóm vi khuẩn Gram âm chiếm trên 90% đặc biệt trên người bệnh VPBV chiếm 72% còn nhóm vi khuẩn Gram dương phân lập được chỉ dưới 10%. Căn nguyên vi khuẩn gây nhiễm khuẩn hô hấp gặp nhiều nhất là P. aeruginosa có 42 mẫu chiếm khoảng 29,4% chủ yếu là nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm 81,0%. Căn nguyên gây nhiễm khuẩn hô hấp đứng thứ hai là A. baumannii có 31 mẫu chiếm 21,6% trong đó 93,5% trên người bệnh VPBV. Căn nguyên vi khuẩn gây nhiễm

khẩn hô hấp thấp nhất là E.coli và S. aureus đều có 8 mẫu chiếm 5,6%. Báo cáo của BS. Lê Thùy Dương Khoa Vi sinh vật – BV Quân Y 175 kết quả tỷ lệ nhiễm một số căn nguyên vi khuẩn phân lập được từ bệnh phẩm đờm tại Bệnh viện quân y 175 là A. baumannii 31,6% , Klebsiella pneumoniae 27,8%, P. aeruginosa 18,9% [3]. Gần tương đồng với báo cáo của TS.BS. Nguyễn Văn An Bộ môn- Khoa Vi sinh vật, Bệnh viện Quân y 103 năm 2023 căn nguyên vi khuẩn gây nhiễm khuẩn hô hấp gặp nhiều nhất là A. baumannii 29,5% và đứng thứ 2 là P. aeruginosa 24,3% [1]. Điều này cho thấy căn nguyên gây nhiễm khuẩn hô hấp dưới tại mỗi bệnh viện đều giống nhau là chủ yếu do vi khuẩn gram âm nhưng tỷ lệ chủng vi khuẩn là khác nhau phụ thuộc vào nhiều yếu tố như vị trí địa lý, đặc điểm người bệnh(tuổi, giới tính, tình trạng sức khỏe, ...).

Các căn nguyên vi khuẩn phân lập được từ bệnh phẩm đờm chủ yếu ở khoa HSTC (69,9%) trong đó đa số là mẫu người bệnh VPBV (82 mẫu), tiếp đến là khoa truyền nhiễm (11,9%) có tỷ lệ mẫu người bệnh VPBV và VPCĐ tương đương nhau, vi khuẩn phân lập được ở các khoa còn lại là rất ít. Kết quả của chúng tôi tương đương kết quả nghiên cứu của Nguyễn Xuân Thiêm về thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện đa khoa Hà Đông, năm 2020 tỉ lệ nhiễm khuẩn cao nhất ở khoa HSTC 33% và khoa HS Ngoại [5]. Kết quả này phù hợp với thực trạng người bệnh hồi sức là các người bệnh nặng có liên quan đến can thiệp thở máy.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn cao hơn đáng kể ở bệnh nhân viêm phổi bệnh viện (VPBV) so với bệnh nhân viêm phổi cộng đồng (VPCĐ). Đặc biệt, các vi khuẩn Gram âm như P. aeruginosa và A. baumannii chiếm ưu thế trong các trường hợp nhiễm khuẩn bệnh viện, phản ánh mức độ nghiêm trọng của tình trạng kháng kháng sinh.

Việc kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện cần được tăng cường thông qua các biện pháp như giám sát nhiễm khuẩn, thực hiện vệ sinh tay đúng cách, và sử dụng kháng sinh hợp lý. Đồng thời, các chương trình đào tạo và nâng cao nhận thức cho nhân viên y tế về phòng chống nhiễm khuẩn cũng đóng vai trò quan trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn An (2023), Báo Cáo Giám Sát Kháng Kháng Sinh Tại Bệnh Viện Quân Y 103. Hội thảo khoa học chủ đề: "Giám sát vi khuẩn kháng kháng sinh". ngày 15/08/2024.

2. Tạ Thị Diệu (2016), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên của viêm phổi mắc phải tại cộng đồng.

3. Lê Thùy Dương (2023). Đặc Điểm Vi Khuẩn Gây Bệnh Và Đề Kháng Kháng Sinh Tại Bệnh Viện Quân Y 175 Năm 2023.

4. Bộ Y tế (2012). Hướng dẫn phòng ngừa viêm phổi bệnh viện trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Ban hành kèm theo Quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012.

5. Nguyễn Xuân Thiêm (2020). Thực trạng Nhiễm Khuẩn Bệnh Viện Và Một Số Yếu Tố Liên Quan Tại Bệnh Viện Đa Khoa Hà Đông.

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ PHÒNG NGỪA CHUẨN CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI KHOA GÂY MÊ HỒI SỨC BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG

STANDARD PRECAUTION COMPLIANCE AMONG HEALTHCARE STAFF AT THE ANESTHESIA AND RESUSCITATION DEPARTMENT, DUC GIANG GENERAL HOSPITAL ABSTRACT

LÊ HUY LONG*, ĐẶNG VĂN XUYỀN, NGUYỄN THỊ THANH LY, NGUYỄN THỊ NGỌC DUNG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ các hoạt động phòng ngừa chuẩn (PNC) của nhân viên y tế (NVYT) tại phòng mổ – Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2024.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, sử dụng phương pháp quan sát trực tiếp và qua hệ thống camera giám sát, thực hiện trên 483 lượt quan sát nhằm đánh giá tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa và vệ sinh buồng phẫu thuật.

Kết quả: Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay ngoại khoa đạt 93,1%, cao nhất ở nhóm dụng cụ viên (96,7%) và thấp nhất ở nhóm đối tượng khác (59,1%). Tỷ lệ đạt đủ thời gian vệ sinh tay là 90,7%. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh buồng phẫu thuật đạt 77,4%, cao nhất ở thời điểm kết thúc ngày làm việc (91,1%). Việc thực hiện chưa đầy đủ vẫn còn tồn tại ở nhiều bước, đặc biệt là bước xử lý chất thải lỏng (62,4%) và thu gom đồ vải (66,5%).

Kết luận: Mặc dù tỷ lệ tuân thủ chung ở mức khá, nhưng vẫn còn hạn chế ở một số nhóm đối tượng và thời điểm. Cần tăng cường đào tạo, giám sát và đầu tư cơ sở vật chất để nâng cao hiệu quả kiểm soát nhiễm khuẩn và đảm bảo an toàn người bệnh.

Từ khóa: tuân thủ phòng ngừa chuẩn, kiểm soát nhiễm khuẩn, vệ sinh tay, buồng phẫu thuật, nhân viên y tế.

ABSTRACT

Objective: To describe the compliance status of standard precaution practices among healthcare workers at the Operating Room, Anesthesia and Resuscitation Department, Duc Giang General Hospital in 2024.

Methods: A prospective descriptive study with 483 observation sessions was conducted using checklists and surveillance cameras to assess compliance with surgical hand hygiene and operating room sanitation protocols.

Results: Surgical hand hygiene compliance reached 93.1%, with the highest rate in scrub nurses (96.7%) and the lowest in other staff (59.1%). Compliance with the full duration of handwashing was 90.7%. Compliance with operating room sanitation reached 77.4%, highest at the end of the working day (91.1%). Incomplete implementation remained frequent in specific steps, notably in handling liquid waste (62.4%) and linen collection (66.5%).

Conclusion: While overall compliance rates were relatively high, deficiencies remained in specific groups and steps. Strengthened training, supervision, and infrastructure support are needed to optimize infection prevention and enhance patient safety.

Keywords: standard precaution compliance, infection control, surgical hand hygiene, operating room, healthcare workers.

Bệnh viện đa khoa Đức Giang

* Người chịu trách nhiệm: Lê Huy Long

Địa chỉ: Khoa Gây mê hồi sức - Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Email: longlehuygm@gmail.com - 0978526575

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phòng ngừa chuẩn (PNC) là tập hợp các biện pháp cơ bản nhằm ngăn ngừa nguy cơ lây nhiễm trong tất cả các tình huống chăm sóc tại cơ sở y tế. Việc tuân thủ nghiêm túc các quy trình PNC giúp kiểm soát nguy cơ phơi nhiễm với máu, dịch tiết, chất bài tiết và qua đó hạn chế tối đa lây nhiễm chéo, đặc biệt là nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) [2,4].

Một trong những biến chứng thường gặp và nghiêm trọng là nhiễm khuẩn vết mổ – được xác định là loại NKBV có liên quan mật thiết đến môi trường phòng mổ. Yếu tố môi trường như điều kiện vệ sinh buồng mổ, hệ thống thông khí, nước dùng trong phẫu thuật và quy trình khử khuẩn đóng vai trò then chốt trong việc làm giảm nguy cơ này [2,3,4]. Do đó, việc thực hiện đúng quy trình vệ sinh tay ngoại khoa và vệ sinh buồng phẫu thuật được xem là những biện pháp nền tảng trong kiểm soát nhiễm khuẩn phẫu thuật.

Tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang – đơn vị tuyến cuối hạng I, mỗi năm Khoa Gây mê hồi sức thực hiện khoảng 7.500 ca phẫu thuật thuộc đa dạng chuyên khoa như Tiêu hóa, Tiết niệu, Sản phụ khoa, Chấn thương chỉnh hình, Thần kinh... Đội ngũ NVYT không chỉ đảm nhận nhiệm vụ chuyên môn gây mê – hồi sức mà còn chịu trách nhiệm chuẩn bị các điều kiện bảo đảm vô khuẩn, góp phần then chốt vào an toàn phẫu thuật.

Tuy nhiên, thực trạng tuân thủ kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) tại phòng mổ vẫn còn những tồn tại. Một số nhóm NVYT chưa thực hiện đầy đủ quy trình, công tác giám sát và đào tạo còn thiếu hệ thống. Đã có ghi nhận về các ca nhiễm khuẩn hậu phẫu tại đơn vị.

Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm: Mô tả thực trạng tuân thủ một số hoạt động phòng ngừa chuẩn của nhân viên y tế tại Phòng mổ – Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2024.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

NVYT: bác sĩ, điều dưỡng, hộ lý.. tham gia và phục vụ PT

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Từ tháng 04/2024 đến 8/2024 tại Phòng mổ khoa GMHS, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

2.4. Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện theo công thức.

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

+ n: cỡ mẫu cần tính cho nghiên cứu.

+ Z: hệ số tin cậy, với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ hệ số tin cậy $Z=1,96$.

+ p: tỉ lệ ước đoán. $p=67,1$ theo nghiên cứu của Trần Thị Len [6].

+ d: khoảng sai lệch chấp nhận được, chọn $d = 5\%$ (0,05).

Thay vào công thức trên ta được $n = 340$. Để dự trù hao hụt mẫu chúng tôi tăng thêm 10% cỡ mẫu, vậy cỡ mẫu tối thiểu là 374. Trong nghiên cứu của chúng tôi lấy đc 483 thỏa mãn điều kiện nghiên cứu.

2.5. Công cụ nghiên cứu và phương pháp thu thập số liệu

Công cụ nghiên cứu:

- Bảng kiểm quy trình VST ngoại khoa, quy trình Vệ sinh buồng PT.

- Bảng check list mô tả công việc hàng ngày của điều dưỡng, hộ lý tham gia phục vụ PT.

- Từ quan sát thực tế thực hiện Vệ sinh buồng PT và quan sát qua camera giám sát thực hiện VST ngoại khoa tại phòng mổ

- Thông tin về nhân khẩu học theo danh sách phòng Tổ chức cán bộ cung cấp

Phương pháp thu thập:

- Các chỉ số được quan sát hàng ngày sau giao ban, khi đi buồng hoặc theo dõi qua camera giám sát.

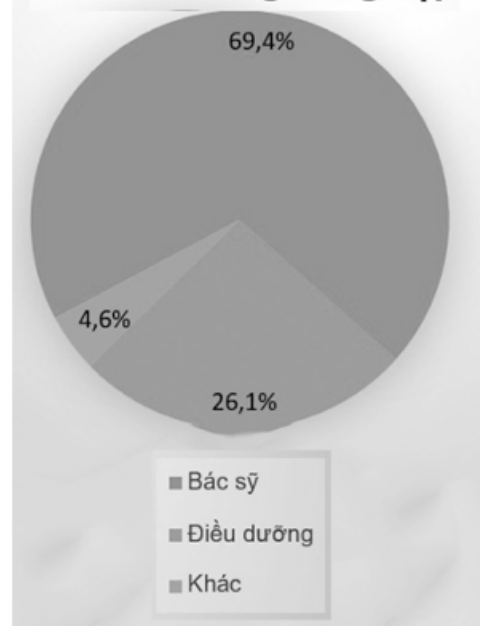
- Số liệu thu thập bằng cách sử dụng Bảng kiểm được xây dựng dựa trên bộ công cụ xây dựng sẵn, không gây sự chú ý của đối tượng thực hiện chăm sóc, điều trị.

- Số liệu thu thập được tổng hợp, ghi vào phiếu theo dõi Phiếu theo dõi thực hiện quy trình PNC.

3. KẾT QUẢ

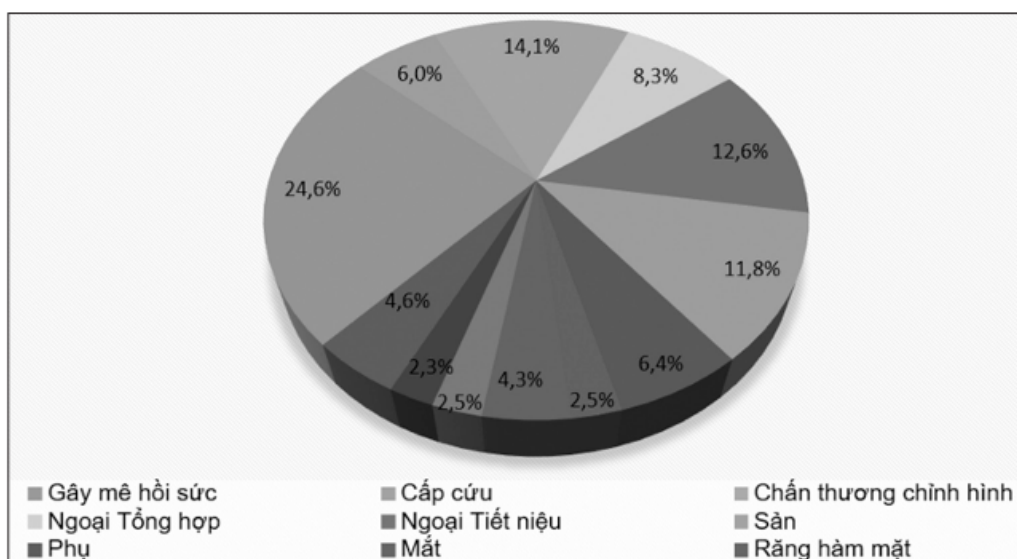
3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Chức danh nghề nghiệp



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về chức danh nghề nghiệp của ĐTNC

Nhận xét: Tỉ lệ Bác sĩ chiếm đa số (69,4%), Điều dưỡng (26,1%), đối tượng khác (4,6%).



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm về phân bố khoa phòng của ĐTNK

Nhận xét: NVYT khoa GMHS chiếm tỉ lệ lớn nhất (24,6%), sau đến các khoa CTCH (14,1%), Ngoại Tiết niệu (12,6%), Sân (11,8%), Ngoại Tổng hợp (8,3%). Ít nhất là khối chuyên khoa lẻ: RHM (4,3%), TMH, Mắt (2,5%), Thẩm mỹ (2,3%). NVYT ngoại viện chiếm tỉ lệ 4,6%.

3.2. Kết quả tuân thủ và thực hiện một số quy trình PNC của ĐTNK

Bảng 3.1. Kết quả thực hiện một số quy trình PNC của ĐTNK

	Số lần quan sát	Thực hiện	Đạt		Chưa hoàn chỉnh	
			n	%	n	%
VST ngoại khoa	483	475	442	93,1%	33	6,9%
Vệ sinh buồng PT	225	221	171	77,4%	50	22,6%

Nhận xét: Tỉ lệ tuân thủ VST ngoại khoa chiếm 98,3%; Tỉ lệ tuân thủ Vệ sinh buồng PT chiếm 98,2%; Tỉ lệ thực hiện VST ngoại khoa Đạt chiếm 93,1%; chưa hoàn chỉnh chiếm 6,9%. Tỉ lệ thực hiện VS buồng PT Đạt chiếm 77,4%; chưa hoàn chỉnh chiếm 22,6%.

Bảng 3.2. Kết quả thực hiện VST ngoại khoa theo chức danh ca PT của ĐTNK

	Đạt		Chưa hoàn chỉnh	
	n	%	n	%
PTV chính	140	95,2%	7	4,8%
Phụ mổ	172	93,0%	13	7,0%
Dụng cụ viên	117	96,7%	4	3,3%
Khác	13	59,1%	9	40,9%
Tổng	442	93,1%	33	6,9%

Nhận xét: Tỉ lệ thực hiện VST ngoại khoa Đạt của PTV chính là 95,2%; Phụ mổ là 93%; DCV là 96,7%; Đối tượng khác là 59,1%. Tỉ lệ chưa hoàn chỉnh của PTV chính là 4,8%; Phụ mổ là 7,0%; DCV là 3,3%; Đối tượng khác là 40,9%.

Bảng 3.3. Kết quả thực hiện các bước VST ngoại khoa của ĐTNK

	Số quan sát	Đạt		Chưa hoàn chỉnh		Không thực hiện	Tỉ lệ
		n	%	n	%		
B1: Đánh kẻ móng tay bằng bàn chải	475	417	87,8%	54	11,4%	4	0,8%
B2: Rửa tay lần 1	475	468	98,5%	7	1,5%	0	0,0%
B3: Rửa tay lần 2	475	453	95,4%	17	3,6%	5	1,1%
VST ngoại khoa đủ thời gian	475	431	90,7%	44	9,3%	0	0,0%

Nhận xét: Tỉ lệ thực hiện kỹ thuật VST ngoại khoa Đạt ở bước 1 là 87,8%; bước 2 là 98,4%; bước 3 là 95,49%. Tỉ lệ chưa hoàn chỉnh ở bước 1 là 11,4%; bước 2 là 1,5%; bước 3 là 3,6%; không thực hiện bước 1 là 0,8%; bước 3 là 1,1%. Tỉ lệ VST ngoại khoa đủ thời gian là 90,7%; không đủ thời gian là 9,3%.

Bảng 3.4. Kết quả thực hiện VS buồng PT theo thời điểm thực hiện của ĐTNK

	Số quan sát	Đạt		Chưa hoàn chỉnh	
		n	%	n	%
Bắt đầu ngày làm việc	41	33	80,5%	8	19,5%
Giữa hai ca PT	135	97	71,8%	38	28,2%
Kết thúc các cuộc PT trong ngày	45	41	91,1%	04	8,9%
Tổng	221	171	77,4%	50	22,6%

Nhận xét: Tỷ lệ thực hiện kỹ thuật VS buồng PT Đạt ở thời điểm Bắt đầu ngày làm việc chiếm 73,3%; Giữa hai ca PT chiếm 71,8%; Kết thúc các cuộc PT trong ngày chiếm 91,1%. Tỷ lệ chưa hoàn chỉnh ở thời điểm Bắt đầu ngày làm việc chiếm 17,8%; Giữa hai ca PT chiếm 28,2%; Kết thúc các cuộc PT trong ngày chiếm 8,9%.

Bảng 3.5. Kết quả thực hiện các bước VS buồng PT của ĐTN

	Số quan sát	Đạt		Chưa hoàn chỉnh		Không thực hiện	Tỷ lệ
		n	%	n	%		
B1: Thu gom, phân loại, xử lý đồ vải	221	147	66,5%	74	33,5%	00	0,0%
B2: Thu gom, phân loại chất thải rắn	221	179	81,0%	42	19,0%	00	0,0%
B3: Xử lý máu, dịch tiết, chất thải lỏng	221	138	62,4%	81	36,7%	02	0,9%
B4: Vệ sinh khử khuẩn bề mặt máy móc thiết bị	221	203	91,9%	13	5,9%	05	2,3%
B5: Vệ sinh khử khuẩn tường, sàn buồng PT	221	188	85,1%	33	14,9%	00	0,0%

Nhận xét: Tỷ lệ thực hiện kỹ thuật VS buồng PT Đạt ở bước 1 là 66,5%; bước 2 là 81,0%; bước 3 là 62,4%; bước 4 là 91,9%; bước 5 là 85,1%. Tỷ lệ thực hiện VS buồng PT chưa hoàn chỉnh ở bước 1 là 33,5%; bước 2 là 19,0%; bước 3 là 36,7%; bước 4 là 5,9%; bước 5 là 14,9%. Tỷ lệ không thực hiện bước 3 là 0,9%; bước 4 là 2,3%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Về chức danh nghề nghiệp và trình độ học vấn: Đối tượng bác sỹ chiếm đa số vì tham gia PT là những PTV, phụ mổ. Đối tượng điều dưỡng chủ yếu tham gia phục vụ ca mổ như phụ mê, DCV, giúp việc. Đối tượng khác là những nhân viên ngoại viện và Hộ lý tham gia thu dọn Vệ sinh và lau tường, sàn phòng mổ.

Về phân bố khoa phòng: Do PT tại Phòng mổ nên NVYT khoa Gây mê chiếm tỷ lệ lớn nhất, chủ yếu là điều dưỡng tham gia phục vụ các PT. Tiếp đến là các khoa Ngoại: Chấn thương chỉnh hình, Tiết niệu, Sản, Tổng hợp, Phụ... và các khoa chuyên khoa lẻ: Mắt, TMH, RHM, Thẩm mỹ....

4.2. Kết quả tuân thủ và thực hiện một số hoạt động PNC

Kết quả tuân thủ một số quy trình Phòng ngừa chuẩn: Tỷ lệ tuân thủ Quy trình VST ngoại khoa là 98,3%, không thực hiện là 1,7%. Kết quả đạt được nhờ một loạt những hoạt động cải tiến như tổ chức tập huấn VST ngoại khoa, tăng cường kiểm tra, nhắc nhở cũng như lắp đặt hệ thống camera giám sát, bổ sung các trang thiết bị phục vụ (poster hướng dẫn chuẩn, đồng hồ đếm giờ, nước rửa tay ấm...) và sự vào cuộc, quan tâm sát sao của Ban giám đốc cùng các phòng ban.

Kết quả thực hiện một số quy trình Phòng ngừa chuẩn: Tỷ lệ Đạt khi thực hiện VST ngoại khoa là 93,1%; Chưa hoàn chỉnh là 6,9%. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hoài Thu (89,2%) [9], Trần Thị Len (38,2%) [6], cao hơn nhiều so với Đoàn Thị Mến (37,4%) [8]. Kết quả nghiên cứu phản ánh đúng thực tế sau những can thiệp mạnh mẽ, quyết liệt bằng những hoạt động cải tiến, tập huấn, giám sát, nhắc nhở của Bệnh viện và khoa phòng.

Tỷ lệ Vệ sinh buồng PT Đạt là 77,4%; Chưa hoàn chỉnh là 22,6%. Kết quả này chưa cao. Tuy nhiên chúng tôi chưa thấy nghiên cứu nào đề cập cụ thể đến vấn đề này, trong nghiên cứu của Trần Thanh Vân [10] có đề cập đến một số hoạt động Vệ sinh buồng PT nhưng không thấy Kết quả thực hiện toàn bộ quy trình này.

Tỷ lệ Đạt khi thực hiện VST ngoại khoa theo chức danh nghề nghiệp cho thấy đối tượng Bác sỹ PT là 95,2%, cao hơn nhiều so với nghiên cứu Nguyễn Thị Hồng (38,2%) [5]. Tỷ lệ này ở nhóm Phụ mổ là 93,0%, Dụng cụ viên là 96,7%. Kết quả cũng cho thấy tỷ lệ Đạt ở 3 nhóm là tương đương nhau, có sự khác biệt với nghiên cứu của Trần Thị Len là tỷ lệ tuân thủ của bác sỹ phụ mổ cao hơn 2,2 lần so với điều dưỡng [6]. Tỷ lệ Đạt ở nhóm đối tượng khác là 59,1%, kết quả này phản ánh đúng thực trạng thực hiện VST của nhóm này do không được tập huấn hoặc thực hiện theo quy trình của một số bệnh viện khác khi họ đến tham gia PT.

Tỷ lệ Đạt khi thực hiện VST ngoại khoa ở bước 1 là 87,8%, thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng (89,6%) [5] và cao hơn Đoàn Thị Mến (82,1%) [8]; ở bước 2 là 98,5%, cao hơn Nguyễn Thị Hồng (80,6%) [5] và Đoàn Thị Mến (49,4%) [8]; ở bước 3 là 95,4%, cao hơn so với Nguyễn Thị Hồng (68,1%) [5] và Đoàn Thị Mến (85,4%) [8]. Về thời gian, tỷ lệ Đủ thời gian là 90,7%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng (82,6%) [5]. Kết quả này đạt được thể hiện sự hiệu quả của công tác cải tiến, giám sát cũng như bổ sung đồng hồ đếm giờ, điều chỉnh nước ấm, camera giám sát... góp phần nâng tỷ lệ NVYT tuân thủ quy trình.

Kết quả tuân thủ thời điểm Vệ sinh buồng PT: Tỷ lệ Đạt khi thực hiện ở thời điểm Bắt đầu ngày làm việc là 80,5%; Giữa hai ca PT là 71,9%; Kết thúc các cuộc PT trong ngày là 91,1%. Việc thực hiện quy trình này do đội ngũ điều dưỡng, hộ lý phòng mổ thực hiện. Do vậy việc

thực hiện phụ thuộc nhiều vào kế hoạch PT cũng như sắp xếp lịch mổ của PTV và BSGM. Kết quả phản ánh việc bố trí các ca mổ gần nhau nên việc Vệ sinh buồng PT chưa hoàn chỉnh dẫn đến tỉ lệ thực hiện giữa hai ca thấp nhất (71,9%). Chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào đề cập đến vấn đề này.

Kết quả thực hiện các bước Vệ sinh buồng PT: Tỉ lệ đạt ở các bước cao nhất ở bước 4 (91,9%), rồi đến bước 5 (85,1%), bước 2 (81%), bước 1 (66,5%) và bước 3 (62,4%). So sánh với nghiên cứu của Trần Thanh Vân [10] thì tỉ lệ của chúng tôi đều thấp hơn ở lần lượt bước 1 (96,2%), bước 2-3 (89,7%) và bước 4 (92,5%). Trong những bước này thì bước 4 do điều dưỡng thực hiện, bước 1 cả điều dưỡng và hộ lý cùng thực hiện, còn lại bước 2, bước 3, bước 5 do hộ lý thực hiện. Có thể công khối lượng công việc, kiến thức cũng như sự quan tâm, giám sát chưa đầy đủ nên tỉ lệ đạt chưa cao.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu cho thấy:

- Tuân thủ vệ sinh tay ngoại khoa đạt chuẩn là 93,1%. Nhóm dụng cụ viên đạt cao nhất (96,7%), nhóm đối tượng khác thấp nhất (59,1%).

- Tuân thủ vệ sinh buồng phẫu thuật đạt chuẩn là 77,4%. Tỷ lệ cao nhất vào thời điểm cuối ngày (91,1%), thấp nhất giữa hai ca phẫu thuật (71,9%).

Khuyến nghị:

- Cần tăng cường giám sát thường xuyên việc thực hiện quy trình VST ngoại khoa và vệ sinh buồng phẫu thuật.

- Tổ chức đào tạo định kỳ, cập nhật kiến thức kiểm soát nhiễm khuẩn cho toàn bộ NVYT tham gia phẫu thuật.

- Đầu tư cơ sở vật chất: Hệ thống nước ấm, đồng hồ đếm thời gian rửa tay, vật tư khử khuẩn và trang thiết bị giám sát.

- Nâng cao nhận thức về vai trò của từng vị trí công việc, kể cả các nhóm hỗ trợ và nhân viên ngoại viện, trong việc đảm bảo môi trường vô khuẩn và an toàn người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Ngọc Anh (2020) Thực trạng kiến thức về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ của điều dưỡng viên tại các khoa Ngoại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2020. Tạp chí khoa học Điều dưỡng, tập 3, số 03.

2. Bộ Y tế (2012) Quyết định 3671 QĐ/BYT Phê duyệt các hướng dẫn Kiểm soát nhiễm khuẩn áp dụng trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3. Bộ Y tế (2015) Quyết định 4290 QĐ/BYT Hướng dẫn vệ sinh môi trường bề mặt khu phẫu thuật.

4. Bộ Y tế (2017) Quyết định 3916 QĐ/BYT Phê duyệt các hướng dẫn Kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

5. Nguyễn Thị Hồng (2020) Tuân thủ vệ sinh tay ngoại khoa của phẫu thuật viên chính tại Bệnh viện Thủ Đức thành phố Hồ Chí Minh năm 2022. Tạp chí nghiên cứu sức khỏe và phát triển. Tập 5, số 5-2021. <https://doi.org/10.38148/JHDS.0505SKPT21-014>.

6. Trần Thị Len (2022) Thực trạng tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa của nhân viên y tế tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2022 và một số yếu tố liên quan. Tạp chí y tế công cộng. Số 63- 2023. <https://doi.org/10.53522/ytcc.vi63.80952>

7. Trần Văn Long (2021) Thực trạng kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn của điều dưỡng viên tại một số khoa Ngoại Bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk. Tạp chí khoa học Điều dưỡng, tập 4, số 02.

8. Đoàn Thị Mến (2022) Thực trạng tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa của nhân viên y tế tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương năm 2022. Tạp chí y học Việt Nam, tập 530, số 1 tháng 9 năm 2023.

9. Nguyễn Hoài Thu (2021) Thực trạng tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa của nhân viên y tế và các yếu tố ảnh hưởng tại bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times city năm 2019. Luận văn thạc sỹ, trường Đại học Y tế công cộng.

10. Trần Thanh Vân (2021) Đánh giá thực trạng tuân thủ quy trình phòng ngừa nhiễm khuẩn của điều dưỡng trong phẫu thuật Phaco tại Bệnh viện Mắt Hà Đông. Tạp chí khoa học Điều dưỡng, tập 6, số 03.

KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2024

KNOWLEDGE AND SELF-CARE PRACTICES OF PATIENTS WITH TYPE-2 DIABETES MELLITUS UNDER TREATMENT AT THE GENERAL INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT OF DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2024

✍ NGUYỄN THỊ HƯƠNG¹, NGUYỄN THỊ CHINH¹, NGUYỄN THUY LAN¹,
LÊ VĂN ĐÁN¹, NGUYỄN PHƯƠNG HOA²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị nội trú tại Khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2024.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 120 người bệnh từ tháng 1 đến tháng 9 năm 2024. Dữ liệu thu thập thông qua phỏng vấn bằng bộ câu hỏi chuẩn hóa.

Kết quả: Người bệnh phần lớn là nữ giới (60,8%), tuổi trung bình $69,7 \pm 10,4$ tuổi. Kiến thức về chế độ ăn khá tốt: 71,7% biết giảm chất béo, 93,3% hạn chế đồ ngọt, nhưng chỉ 46,7% ăn đủ rau xanh và trái cây. Về vận động, 68,3% đi bộ hàng ngày, 54,2% tập thể dục ≥ 3 lần/tuần. Tuy nhiên, theo dõi đường huyết chỉ đạt trung bình 1,6–1,7 ngày/tuần. Việc chăm sóc bàn chân còn hạn chế (chỉ 2,1 ngày/tuần kiểm tra, 1,2 ngày lau khô kẽ chân). Về dùng thuốc, 44,2% thỉnh thoảng quên, 19,2% tự ý ngừng. Thang điểm Morisky 8 cho thấy 55,8% tuân thủ tốt, 32,5% trung bình, 11,7% kém. Tái khám đạt 93,3%.

Kết luận: Người bệnh có hiểu biết tương đối tốt về dinh dưỡng, nhưng còn hạn chế trong thực hành tự chăm sóc, đặc biệt là theo dõi đường huyết, chăm sóc bàn chân và tuân thủ dùng thuốc. Cần tăng cường các chương trình giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao hiệu quả kiểm soát bệnh và giảm biến chứng.

Từ khóa: Đái tháo đường type 2, kiến thức tự chăm sóc, thực hành tự chăm sóc, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

ABSTRACT

Objective: To describe the knowledge and self-care practices of inpatients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) at the General Internal Medicine Department of Duc Giang General Hospital in 2024.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted among 120 T2DM patients from January to September 2024 using structured in-interviews.

Results: The majority were female (60.8%), with a mean age of 69.7 ± 10.4 years. Regarding knowledge: 71.7% recognized the need to reduce fat intake, and 93.3% limited sugar consumption, but only 46.7% consumed sufficient fruits and vegetables. Physical activity was moderate (68.3% walked daily; 54.2% exercised ≥ 3 times/week). Blood glucose monitoring was infrequent (1.6–1.7 days/week). Foot care practices were inadequate (2.1 days/week of inspection; 1.2 days of drying between toes). Medication adherence averaged 5.4 days/week, yet 44.2% occasionally forgot doses and 19.2% discontinued medication without consultation. According to the Morisky 8-item scale, 55.8% had good adherence, 32.5% moderate, and 11.7% poor. Follow-up attendance was high at 93.3%.

Conclusion: Patients had moderate-to-good knowledge, particularly regarding diet, but self-care practices—especially glucose monitoring, foot care, and medication adherence—remain suboptimal. Strengthening patient education programs is necessary to improve disease management and reduce complications.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus, Self-care knowledge and practices, Duc Giang General Hospital

¹Bệnh viện đa khoa Đức Giang

²Trường Đại học Y Hà Nội

Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Hương

Email: munghuongnguyen@gmail.com; Điện thoại: 0973887833.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường type 2 (ĐTĐ type 2) là một bệnh lý rối loạn chuyển hóa mạn tính có xu hướng ngày càng gia tăng trên toàn cầu và là một vấn đề y tế nghiêm trọng. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Thế giới (IDF, 2023), số người mắc ĐTĐ trên toàn cầu năm 2021 là 537 triệu, dự báo sẽ tăng lên 643 triệu vào năm 2030 và đạt 783 triệu vào năm 2045 [5]. Bệnh gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng như tim mạch, võng mạc, thần kinh và thận, làm tăng tỷ lệ tử vong, tàn phế và gánh nặng chi phí y tế.

Tại Việt Nam, việc kiểm soát bệnh chưa hiệu quả dẫn đến tỷ lệ biến chứng cao. Nghiên cứu của Phương và cộng sự (2023) ghi nhận trên 55% bệnh nhân ĐTĐ xuất hiện biến chứng, trong đó biến chứng tim mạch chiếm 34%, biến chứng về mắt và thần kinh 39,5%, và biến chứng thận 24% [2].

Việc điều trị ĐTĐ không chỉ phụ thuộc vào thuốc mà còn yêu cầu người bệnh có kiến thức và thực hành tự chăm sóc phù hợp, bao gồm chế độ dinh dưỡng, luyện tập, theo dõi đường huyết và chăm sóc bàn chân. Tuy nhiên, Công Nguyên (2019) cho thấy người bệnh ĐTĐ tại Việt Nam còn thiếu kiến thức và kỹ năng tự chăm sóc, làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến hiệu quả điều trị và kiểm soát bệnh [1].

Tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, bệnh nhân ĐTĐ type 2 chiếm từ 25–30% trong tổng số 3.500–4.000 lượt khám Nội tiết mỗi tháng. Trung bình có 50–100 bệnh nhân ĐTĐ được điều trị nội trú tại khoa Nội tổng hợp, thường là những trường hợp nặng, nguy cơ biến chứng cao. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá cụ thể về mức độ kiến thức và thực hành tự chăm sóc ở nhóm đối tượng này. Do đó, nghiên cứu được thực hiện nhằm:

- Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh ĐTĐ type 2 điều trị nội trú tại khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2024.
- Cung cấp dữ liệu thực tế để làm cơ sở cho các can thiệp nâng cao hiệu quả kiểm soát bệnh và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 120 người bệnh được chẩn đoán đái tháo đường tuyp 2 điều trị nội trú tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện đa khoa Đức giang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện đa khoa Đức Giang
Thời gian: Từ tháng 1/2024 đến tháng 9/ 2024.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, cho tới khi đủ 120 đối tượng nghiên cứu.

2.5. Công cụ thu thập số liệu:

Phỏng vấn người bệnh bằng bộ câu hỏi theo mẫu và hồ sơ bệnh án của người bệnh.

2.5.1. Đặc điểm chung: Tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, bệnh lý kèm theo, biến chứng bệnh, HbA1c .

2.5.2. Bộ câu hỏi về đánh giá hoạt động tự chăm sóc bệnh tiểu đường (SDSCA)

• Đánh giá hiểu biết bệnh: Chế độ ăn , chế độ tập luyện , theo dõi đường huyết, phác đồ đang điều trị

• Đánh giá tuân thủ điều trị: Chế độ ăn , chế độ tập luyện , chăm sóc bàn chân, phác đồ đang điều trị, theo dõi đường huyết, tTuân thủ tái khám

2.5.3. Thang điểm tuân thủ sử dụng thuốc theo Morisky 8 (MMA 8)

- Tuân thủ tốt: 8 điểm.

- Tuân thủ trung bình: 6-7 điểm.

- Tuân thủ kém: <6 điểm.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu

-Số liệu được phân tích trên phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

-Thống kê mô tả: Lập bảng phân bố tần số, phần trăm.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý số liệu.

2.8. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng khoa học Bệnh viện Đa khoa Đức Giang phê duyệt. Người bệnh được giải thích về mục đích và chấp nhận tham gia nghiên cứu. Dữ liệu thu thập chỉ phục vụ cho nghiên cứu, chẩn đoán, giúp cho việc điều trị bệnh được tốt hơn.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)

Trong 120 đối tượng nghiên cứu, đối tượng có độ tuổi thấp nhất là 38 tuổi và cao nhất là 93 tuổi, độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 70 tuổi. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 60 – 80 tuổi, ít nhất là 20 – 40 tuổi, nữ chiếm chủ yếu 60,8%, nam chiếm 37,2%.

3.2. Kiến thức và thực hành tự chăm sóc của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)

3.2.1. Kiến thức của ĐTNC

Bảng 1. Kiến thức của ĐTNC (n=120)

Kiến thức tự chăm sóc		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chế độ ăn	Chế độ ăn ít chất béo	86	71.7
	Chế độ ăn nhiều carbohydrate phức hợp	10	8.3
	Giảm lượng calo bạn ăn để giảm cân	45	37.5
	Ăn nhiều thực phẩm giàu chất xơ	82	68.3
Chế độ ăn	Ăn nhiều trái cây và rau	56	46.7
	Ăn rất ít đồ ngọt	112	93,3
	Tôi chưa được nhóm chăm sóc sức khỏe của mình tư vấn về chế độ ăn uống của mình	0	0
Tập thể dục	Tập thể dục ở mức độ thấp (như đi bộ) hàng ngày	82	68.3
	Tập thể dục liên tục trong ít nhất 20 phút, ít nhất 3 lần một tuần.	65	54.2
	Kết hợp tập thể dục vào thói quen hàng ngày của bạn (ví dụ, đi cầu thang bộ thay vì thang máy, đỗ xe cách đó một dãy nhà và đi bộ, v.v.)	16	13.3
	Tham gia một lượng, loại, thời lượng và mức độ tập thể dục cụ thể	16	13.3
	Chưa được nhóm chăm sóc sức khỏe của mình tư vấn về việc tập thể dục.	9	7.5
Theo dõi xét nghiệm	Kiểm tra lượng đường trong máu bằng thử đường máu mao mạch	113	94.1
	Kiểm tra lượng đường trong máu bằng xét nghiệm sinh hóa	96	80
	Kiểm tra lượng đường trong nước tiểu	5	4.2
	Nhóm chăm sóc sức khỏe của tôi chưa đưa ra bất kỳ lời khuyên nào	7	5.8
Thuốc đang dùng	Tiêm insulin 1 hoặc 2 lần một ngày	46	38.3
	Tiêm insulin 3 lần trở lên mỗi ngày	58	48.3
	Thuốc viên điều trị tiểu đường	16	13.3
	Tôi chưa được kê đơn insulin hoặc thuốc viên điều trị bệnh tiểu đường	0	0

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có kiến thức tốt về chế độ ăn, đặc biệt là giảm chất béo (71,7%) và hạn chế đồ ngọt (93,3%); tỷ lệ ăn đủ trái cây và rau xanh còn thấp (46,7%). Việc tập thể dục, với 68,3% đi bộ hàng ngày và 54,2% tập thể dục ít nhất 20 phút, 3 lần/tuần, theo dõi đường huyết chủ yếu qua thử mao mạch (94,1%) và xét nghiệm sinh hóa (80%), nhưng vẫn có 5,8% chưa được hướng dẫn. Thuốc đang dùng, trong đó 48,3% tiêm insulin từ 3 lần/ngày.

3.2.2. Tuân thủ điều trị của ĐTNC

Bảng 2. Tuân thủ điều trị của ĐTNC (n=120)

Tuân thủ điều trị		Trung bình	Độ lệch chuẩn
Tuân thủ chế độ ăn trong tuần vừa qua	Trong bảy ngày qua bạn tuân thủ chế độ ăn lành mạnh trong bao nhiêu ngày?	5,25	1,8
	Trong bảy ngày qua bạn đã phân bổ đều lượng carbohydrate trong bao nhiêu ngày?	4,75	2.0
	Bạn đã tuân theo chế độ ăn uống của mình bao nhiêu ngày mỗi tuần?	5,0	1,8
	Trong bảy ngày qua, bạn đã ăn năm khẩu phần trái cây và rau trở lên trong bao nhiêu ngày?	5,02	2,0
	Trong bảy ngày qua, bạn đã ăn bao nhiêu thực phẩm giàu chất béo như thịt đỏ hoặc các sản phẩm từ sữa nguyên chất trong bao nhiêu ngày?	4.38	2,2
Tuân thủ chế độ tập luyện trong tuần vừa qua	Trong bảy ngày qua, bạn đã tham gia ít nhất 30 phút hoạt động thể chất? (Tổng số phút hoạt động liên tục, bao gồm cả đi bộ) trong bao nhiêu ngày?	4.48	7.2
	Trong bảy ngày qua, bạn đã tham gia một buổi tập thể dục cụ thể (như bơi lội, đi bộ, đạp xe) ngoài việc nhà hoặc việc cơ quan của bạn trong bao nhiêu ngày?	3.5	2.86

Theo dõi đường máu mao mạch	Trong bảy ngày qua, bạn đã xét nghiệm đường huyết bao nhiêu ngày?	1.6	2.0
	Trong bảy ngày qua, bạn đã xét nghiệm đường huyết bao nhiêu ngày theo khuyến nghị của bác sĩ?	1.7	2.1
Chăm sóc bàn chân	Trong bảy ngày qua, bạn đã kiểm tra bàn chân của mình bao nhiêu ngày?	2.1	2.7
	Trong bảy ngày gần đây nhất bạn đã rửa chân trong bao nhiêu ngày?	4.6	2.8
	Trong bảy ngày gần đây nhất bạn đã ngâm chân trong bao nhiêu ngày?	2.1	2.7
	Trong bảy ngày gần đây nhất, bạn đã lau khô kẽ chân bao nhiêu lần sau khi rửa bao nhiêu ngày?	1.2	2.2
	Trong bảy ngày gần đây nhất, Bạn đã kiểm tra bên trong giày của mình bao nhiêu ngày trong qua?	0.5	1.4
Tuân thủ điều trị	Trong bảy ngày gần đây nhất bạn đã dùng thuốc điều trị tiểu đường theo khuyến cáo trong bao nhiêu ngày?	5.4	2.4
	Hoặc trong bảy ngày gần đây nhất bạn đã tiêm insulin theo khuyến cáo trong bao nhiêu ngày?	4.3	2.9
	Trong bảy ngày gần đây nhất bạn đã uống đủ số lượng thuốc điều trị tiểu đường theo khuyến cáo trong bao nhiêu ngày?	5.1	2.5

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu tuân thủ chế độ ăn khá tốt (5,25 ngày/tuần), Tập luyện: Thực hiện hoạt động thể chất trung bình 4,48 ngày/tuần, nhưng tập luyện có kế hoạch chỉ đạt 3,5 ngày/tuần. Theo dõi đường huyết: Tần suất kiểm tra đường huyết thấp (1,6–1,7 ngày/tuần). Chăm sóc bàn chân: Kiểm tra bàn chân ít (2,1 ngày/tuần), lau khô kẽ chân thấp (1,2 ngày/tuần). Dùng thuốc: Tuân thủ dùng thuốc khá tốt (5,4 ngày/tuần), nhưng tiêm insulin chưa đều đặn (4,3 ngày/tuần).

Bảng 3. Thang điểm tuân thủ sử dụng thuốc theo Morisky 8 (n=120)

STT	Câu hỏi	Có		Không		Tổng
			%	n2	%	n
1	Thỉnh thoảng quên uống thuốc	53	44.2	67	55.8	120
2	Trong 2 tuần vừa qua có lúc quên uống thuốc	20	16.7	100	83.3	120
3	Giảm hoặc ngưng uống thuốc mà không nói với bác sỹ vì cảm thấy sức khỏe xấu hơn	23	19.2	97	80.8	120
4	Quên mang thuốc khi đi xa	25	20.8	95	79.2	120
5	Chưa uống thuốc ngày hôm qua	10	8.3	110	91.7	120
6	Ngưng thuốc khi cảm thấy triệu chứng bệnh thuyên giảm	7	5.8	113	94.2	120
7	Cảm thấy phiền khi phải điều trị dài ngày	6	5.0	114	95.0	120
8	Gặp phải khó khăn khi phải nhớ uống thuốc đầy đủ	86	71.7	34	28.3	120

Nhận xét: Có 44,2% người bệnh thỉnh thoảng quên uống thuốc; 16,7% quên trong 2 tuần qua; 19,2% tự ý giảm hoặc ngưng thuốc khi thấy sức khỏe xấu hơn, 5,8% ngưng khi triệu chứng thuyên giảm; 71,7% gặp khó khăn khi nhớ uống thuốc, 5% cảm thấy phiền vì điều trị lâu dài.

Bảng 4. Phân loại tuân thủ điều trị theo thang điểm Morisky (n=120)

Tuân thủ điều trị theo Morisky	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	67	55,8
Trung bình	39	32,5
Kém	14	11,7
Tổng	120	100
Trung bình	3,9	

Nhận xét: Có 55,8% bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt, 32,5% ở mức trung bình, 11,7% tuân thủ kém. Tuân thủ điều trị chưa đạt mức tối ưu, cần cải thiện. Điểm trung bình 3,9 điểm.

Bảng 5. Tuân thủ khám định kỳ của ĐTNC (n=120)

Tuân thủ khám định kỳ	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Có	112	93,3
Không	8	6,7

Nhận xét: Tuân thủ tái khám định kỳ chiếm 93,3%, không tuân thủ tái khám 6,7%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của người bệnh ĐTĐ tuyp 2

Nghiên cứu trên 120 người bệnh ĐTĐ tuyp 2 tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang cho thấy nhóm tuổi 60–80 chiếm tỷ lệ cao nhất (73,3%), Tỷ lệ nữ mắc bệnh cao hơn nam (60,8% so với 39,2%), tương tự nghiên cứu của Phụng et al. (2023) [2], có thể do ảnh hưởng nội tiết tố [3].

4.2. Kiến thức tự chăm sóc của người bệnh ĐTĐ tuyp 2

Người bệnh có nhận thức tốt về chế độ ăn uống, với 71,7% thực hiện chế độ ít chất béo và 93,3% hạn chế đồ ngọt. Tuy nhiên, chỉ 46,7% ăn đủ rau xanh và trái cây, thấp hơn nghiên cứu của Phụng et al. (2023) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội (56,2%) và khuyến nghị của Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (ADA) [2]. Sự khác biệt có thể do mức độ tư vấn dinh dưỡng và điều kiện kinh tế khác nhau. So với nghiên cứu của Tirfessa et al. (2023) tại Ethiopia, tỷ lệ người bệnh ăn ít chất béo trong nghiên cứu này cao hơn (71,7% so với 58,4%) [7].

Người bệnh có ý thức khá tốt về theo dõi đường huyết, với 94,1% kiểm tra bằng thử mao mạch, cao hơn nghiên cứu của Habte et al. (2017) (65,3%) [6]. Tuy nhiên, chỉ 80% người bệnh xét nghiệm sinh hóa, vẫn còn người bệnh chưa theo dõi đường huyết đầy đủ.

4.3. Thực hành tự chăm sóc của người bệnh ĐTĐ tuyp 2

Về tuân thủ chế độ ăn uống, người bệnh duy trì chế độ ăn lành mạnh trung bình 5,25 ngày/tuần, nhưng kiểm soát carbohydrate chưa tốt (4,75 ngày/tuần) và tiêu thụ thực phẩm giàu chất béo vẫn cao (4,38 ngày/tuần). So với nghiên cứu của Phụng et al. (2023) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, tỷ lệ ăn đủ trái cây và rau xanh trong nghiên cứu này thấp hơn (46,7% so với 56,2%) [2]. Trong khi đó, nghiên cứu của Tirfessa et al. (2023) báo cáo 58,4% người bệnh ăn ít chất béo, thấp hơn mức 71,7% trong nghiên cứu này [7].

Về tuân thủ tập luyện, người bệnh duy trì hoạt động thể chất trung bình 4,48 ngày/tuần, nhưng chỉ 3,5 ngày/tuần là tập luyện có kế hoạch. So với nghiên cứu của Alhaik et al. (2019) tại Trung Đông, tỷ lệ tập thể dục thấp hơn (54,2% so với 72%) [3]. Ngoài ra, nghiên cứu của Pereira et al. (2020) tại châu Âu ghi nhận 28,6% người bệnh kết hợp vận động vào sinh hoạt hàng ngày, cao hơn đáng kể so

với 13,3% trong nghiên cứu này [6].

Về tuân thủ theo dõi đường huyết, người bệnh kiểm tra trung bình 1,6–1,7 ngày/tuần, chưa đạt yêu cầu kiểm soát bệnh. So với nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Đống Đa (2021), tỷ lệ theo dõi đường huyết trong nghiên cứu này cao hơn (94,1% so với 82,5%) [7], nhưng vẫn còn người bệnh chưa thực hiện đầy đủ, có thể do chi phí que thử hoặc chưa có thói quen kiểm tra thường xuyên.

Về tuân thủ chăm sóc bàn chân, người bệnh kiểm tra bàn chân trung bình 2,1 ngày/tuần, lau khô kẽ chân 1,2 ngày/tuần và kiểm tra giày chỉ 0,5 ngày/tuần, cho thấy việc chăm sóc bàn chân chưa tốt.

Về tuân thủ sử dụng thuốc, theo thang điểm Morisky 8, có 55,8% người bệnh tuân thủ tốt, 32,5% trung bình, 11,7% kém. So với nghiên cứu tại Bệnh viện E Trung ương (2019), tỷ lệ tuân thủ trong nghiên cứu này thấp hơn (55,8% so với 65,8%) [1]. Điều này có thể do người bệnh chưa thực sự nhận thức rõ về tầm quan trọng của việc dùng thuốc hoặc có tâm lý chủ quan khi triệu chứng thuyên giảm.

Về tuân thủ tái khám, 93,3% người bệnh thực hiện khám định kỳ, chỉ 6,7% không tuân thủ. So với nghiên cứu của Habte et al. (2017) tại Ethiopia, tỷ lệ tái khám cao hơn (93,3% so với 85%) [6]. Điều này phản ánh công tác quản lý người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang khá hiệu quả, giúp người bệnh duy trì theo dõi bệnh.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 120 người bệnh ĐTĐ type 2 điều trị tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Đức Giang cho thấy:

- Kiến thức: Phần lớn người bệnh có kiến thức tốt về chế độ ăn uống như giảm chất béo (71,7%) và hạn chế đường (93,3%), tuy nhiên vẫn còn thiếu về ăn rau quả đầy đủ (46,7%).
- Thực hành: Tự chăm sóc còn hạn chế: chỉ số theo dõi đường huyết thấp (1,6–1,7 ngày/tuần), chăm sóc bàn chân chưa đạt yêu cầu (chỉ 2,1 ngày kiểm tra/tuần), và 44,2% người bệnh thỉnh thoảng quên thuốc, 19,2% tự ý ngừng điều trị.
- Tuân thủ điều trị: Theo thang điểm Morisky 8, chỉ 55,8% người bệnh tuân thủ điều trị tốt, còn lại ở mức trung bình hoặc kém. Dù tỷ lệ tái khám định kỳ đạt 93,3%, việc tuân thủ toàn diện chưa cao.

Khuyến nghị: Cần đẩy mạnh giáo dục sức khỏe cá thể và nhóm về tự chăm sóc, đặc biệt là chế độ dinh dưỡng, giám sát đường huyết, chăm sóc bàn chân và tuân thủ dùng thuốc để kiểm soát bệnh hiệu quả, giảm thiểu biến chứng lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Công Nguyên (2019). Kiến thức, thực hành, tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở người bệnh Đái tháo đường tuyp 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện E Trung

ương năm 2019. Luận văn tốt nghiệp Đại học, Đại học Quốc gia Hà Nội, tr. 52-60.

2. Phuong, D. T., Khanh, D. N., Huong, L. T., & Son, H. V. (2023). Kiến thức, thực hành dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh đái tháo đường tuyp 2 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2023. Tạp Chí Nghiên Cứu Y Học, 171(10), 53-69.

3. Alhaik, S., Anshasi, H. A., Alkhalwaldeh, J., Soh, K. L., & Naji, A. M. (2019). An assessment of self-care knowledge among patients with diabetes mellitus. Diabetes & Metabolic Syndrome, 13(1), 390-394. doi:10.1016/j.dsx.2018.10.010.

4. Almutairi, N., Hosseinzadeh, H., & Gopaldasani, V. (2020). The effective-ness of patient activation intervention on type 2 diabetes mellitus glycemic control and self-management behaviors: A systematic review of

RCTs. Primary Care Diabetes, 14(1), 12-20. doi:10.1016/j.pcd.2019.08.009.

5. International Diabetes Federation (IDF). (2023). IDF Diabetes Atlas 2023 – Global estimates of diabetes prevalence and projections. 10th Edition.

6. Pereira, M. G., Pedras, S., Ferreira, G., & Machado, J. C. (2020). Differ-ences, predictors, and moderators of therapeutic adherence in patients re-cently diagnosed with type 2 diabetes. Journal of Health Psychology, 25(12), 1871-1881. doi:10.1177/1359105318780505.

7. Tirfessa, D., Abebe, M., Darega, J., & Aboma, M. (2023). Dietary practice and associated factors among type 2 diabetic patients attending chronic fol-low-up in public hospitals, central Ethiopia, 2022. BMC Health Services Research, 23(1), 1273. doi:10.1186/s12913-023-10293-1.

THỰC TRẠNG SƠ CỨU TRƯỚC VIỆN BỆNH NHÂN ĐA CHẤN THƯƠNG TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2024

CURRENT STATUS OF FIRST AID FOR MULTI-TRAUMA PATIENTS AT THE EMERGENCY DEPARTMENT OF DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2024

✍ ĐẶNG THỊ ĐÀO*, NGUYỄN THẠCH CHÍNH, NGUYỄN THỊ NGỌC DUNG, ĐẶNG VĂN PHẢI

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng sơ cứu trước viện bệnh nhân đa chấn thương (ĐCT) tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2024 và phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng này.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 bệnh nhân ĐCT nhập viện từ tháng 4 đến tháng 10/2024. Dữ liệu được thu thập qua hồ sơ bệnh án và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả: 83,3% bệnh nhân là nam giới trong độ tuổi lao động; tai nạn giao thông là nguyên nhân chủ yếu gây ĐCT (73,3%). Hầu hết bệnh nhân được sơ cứu tại hiện trường (83,3%), tuy nhiên, các biện pháp sơ cứu còn hạn chế như thiếu hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn và giảm đau. Chỉ 63,3% bệnh nhân được vận chuyển bằng xe cấp cứu chuyên dụng. Tỷ lệ tử vong tại khoa cấp cứu là 26,7%.

Kết luận: Cần tăng cường đào tạo kỹ năng sơ cứu ban đầu, sử dụng phương tiện vận chuyển y tế chuyên dụng và đảm bảo quy trình xử trí ban đầu đầy đủ để cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân ĐCT.

Từ khóa: sơ cứu trước viện, đa chấn thương, bệnh viện đa khoa Đức giang năm 2024

ABSTRACT

Objective: To describe the current status of pre-hospital first aid for multiple trauma (MT) patients at the Emergency Department of Duc Giang General Hospital in 2024, and to examine factors associated with MT outcomes.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 30 MT patients admitted from April to October 2024. Data were collected through patient records and analyzed using SPSS 20.0.

Results: The majority of MT patients were male (83.3%) and of working age. Traffic accidents were the main cause (73.3%). Although most patients received first aid at the scene (83.3%), essential interventions like airway support, hemodynamic stabilization, and analgesia were often lacking. Only 63.3% were transported by professional ambulances. The mortality rate was 26.7%.

Conclusion: Early and appropriate first aid, effective pain management, and safe transport by specialized medical vehicles are crucial to improving survival outcomes in MT patients.

Keywords: Pre-hospital first aid, multiple trauma, Duc Giang General Hospital 2024.

Bệnh viện Đa Khoa Đức Giang

*Người chịu trách nhiệm: Đặng Thị Đào

Địa chỉ: Khoa Cấp Cứu – Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Email: dangthidao.bvdg@gmail.com - 0961251215

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đa chấn thương (ĐCT) được định nghĩa là tình trạng bệnh nhân có từ hai tổn thương trở lên, trong đó ít nhất một tổn thương nghiêm trọng ảnh hưởng đến chức năng hô hấp hoặc tuần hoàn, đe dọa đến tính mạng người bệnh [3]. Đây là tình huống cấp cứu phức tạp, đòi hỏi phải được xử trí khẩn cấp, chẩn đoán nhanh, hồi sức tích cực và điều trị kịp thời.

Tại Việt Nam, theo thống kê tại Bệnh viện Việt Đức, mỗi năm tiếp nhận khoảng 33.500 bệnh nhân chấn thương, trong đó khoảng 5.000 trường hợp là ĐCT cần can thiệp phẫu thuật. ĐCT cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu tại đây [1].

Trong xử trí ĐCT, khâu sơ cứu ban đầu và vận chuyển an toàn giữ vai trò then chốt nhằm giảm thiểu nguy cơ tử vong và di chứng lâu dài. Những giờ đầu sau tai nạn, nếu được sơ cứu đúng cách và vận chuyển đến cơ sở y tế chuyên môn kịp thời, có thể cải thiện đáng kể tiên lượng sống của người bệnh.

Tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, mỗi năm tiếp nhận khoảng 50 ca ĐCT nặng cần can thiệp khẩn cấp. Đây thường là những trường hợp "báo động đỏ" huy động toàn bộ nguồn lực bệnh viện, vì vậy việc hiểu rõ thực trạng sơ cứu ban đầu cho các bệnh nhân này có ý nghĩa thiết thực nhằm nâng cao chất lượng điều trị. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Mô tả thực trạng sơ cứu trước viện bệnh nhân ĐCT điều trị tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2024 và phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng ĐCT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: tất cả bệnh nhân ĐCT đến khám tại khoa Cấp Cứu bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân bị 2 chấn thương trở lên trong đó ít nhất một tổn thương nặng ảnh hưởng đến chức năng hô hấp và tuần hoàn, đe dọa đến tính mạng bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân ĐCT đã được điều trị ở tuyến trên ổn định cho về điều trị tại viện Đức Giang theo tuyến bảo hiểm bệnh nhân không được ghi chép hồ sơ đầy đủ.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 04/2024 đến tháng 10/2024

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Cấp Cứu bệnh viện đa khoa Đức Giang

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Mẫu thuận tiện

Thu thập số liệu: Theo mẫu bệnh án nghiên cứu

Xử trí số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	n	%
Tuổi		
16-40	19	63.3
41-60	8	26.6
Trên 60	3	10.1
Giới		
Nam	25	83.3
Nữ	5	16.7
Nguyên nhân gây ĐCT		
Tai nạn giao thông	22	73.3
Tai nạn lao động	6	20
Tai nạn sinh hoạt	2	6.7
Sử dụng rượu bia		
Có dùng	11	36.7
Không dùng	19	63.3
Số cơ quan tổn thương		
2 cơ quan	19	63.3
3 cơ quan	8	26.7
4 cơ quan	3	10

Bệnh nhân ĐCT chủ yếu trong độ tuổi lao động từ 16-40 tuổi chiếm 63.3%, trong đó nam giới chiếm đa số với 83,3%. Tai nạn giao thông vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây ra ĐCT chiếm 73,3% sau đó là tai nạn lao động chiếm 20%, bệnh nhân ĐCT có liên quan đến rượu bia khi tham gia giao thông hoặc lao động chiếm 36,7%. Đa phần bệnh nhân ĐCT bị tổn thương hai cơ quan (sọ não, ngực, bụng, mạch máu, chi, cột sống) có ba bệnh nhân tổn thương bốn cơ quan chiếm 10% bệnh nhân ĐCT.

3.2. Thực trạng cấp cứu ban đầu bệnh nhân ĐCT

Bảng 3.2. Địa điểm cấp cứu ban đầu

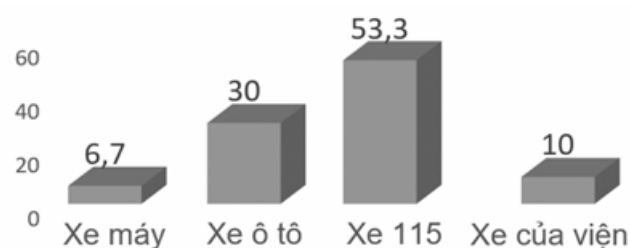
Địa điểm cấp cứu ban đầu	n	%
Tại hiện trường	25	83,3
Tại trạm y tế	2	6,7
Tại bệnh viện tuyến dưới	3	10
Tổng	30	100

Bệnh nhân ĐCT chủ yếu được sơ cứu tại hiện trường chiếm 83.3%

Bảng 3.3. Các hình thức sơ cứu bệnh nhân ĐCT trước khi nhập viện

Hình thức sơ cứu	Các cơ quan tổn thương					
	CT sọ não (n=24) (%)	CT ngực (n=18) (%)	CT bụng (n=16) (%)	CT cột sống (n=2) (%)	TT chi (n=13) (%)	VT mạch (n=1) (%)
Đặt NKQ	8,3	16,7				
Thở oxy	54,2	55,6	55		23,8	40,2
Nẹp cổ	50			50		
Cố định chi gãy					58,5	43,2
Băng cầm máu	54,2	44,4			31,5	61,7
Giảm đau	0	0	0	0	0	0
Truyền dịch	16,7	22,2	31,3	50	30,8	38,6

Các bệnh nhân ĐCT vẫn chưa được sơ cứu đúng và đầy đủ, với bệnh nhân CTSN chỉ 54,2% Bệnh nhân được thở oxy, 16,7% bệnh nhân có đường truyền tĩnh mạch, 8,3% bệnh nhân được đặt nội khí quản và 50 % bệnh nhân được nẹp cổ. Ngoài ra bệnh nhân ĐCT cũng ít được giảm đau, chống sốc khi cấp cứu ban đầu.



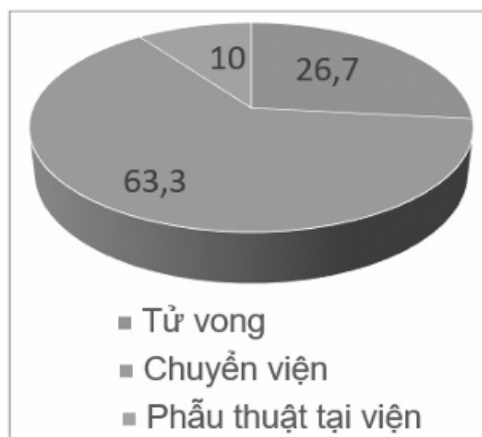
Biểu đồ 3.1. Phương tiện vận chuyển

63,3 % bệnh nhân ĐCT được vận chuyển bằng xe 115 và xe bệnh viện; 36,7 % bệnh nhân được đưa đến viện bằng các phương tiện cá nhân.

Bảng 3.4. Tình trạng bệnh nhân ĐCT khi nhập viện

Một số yếu tố	Có tử vong (n= 8)	Không tử vong (n=3)
Tuổi	35,88	38,67
Giới (nam)	5	3
Nguyên nhân (TNGT)	4	3
Nơi sơ cứu (hiện trường)	7	1
Phương tiện vận chuyển (115)	4	2
Thời gian đến viện	4,67	3,25
Có CTSN	8	1
Đặt NKQ	2	1
Truyền dịch	4	2
Thở oxy	4	2

Các bệnh nhân ĐCT đều nhập viện trong tình trạng rất nặng 36,7% bệnh nhân hôn mê G dưới 7đ, 33,3% bệnh nhân giãn đồng tử; 46,7% bệnh nhân tụt huyết áp dưới 90 mmHG và 50% bệnh nhân suy hô hấp SpO2 dưới 90%.



Biểu đồ 3.2. Kết quả điều trị BN ĐCT tại viện Đức Giang

Chỉ 3 bệnh nhân ĐCT được phẫu thuật tại viện (10%), 8 bệnh nhân tử vong (26,7%)

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng ĐCT cấp cứu tại viện

Bảng 3.5. Một số yếu tố liên quan đến bệnh nhân ĐCT cấp cứu tại viện

Một số yếu tố	Có tử vong (n= 8)	Không tử vong (n=3)
Tuổi	35,88	38,67
Giới (nam)	5	3
Nguyên nhân (TNGT)	4	3
Nơi sơ cứu (hiện trường)	7	1
Phương tiện vận chuyển (115)	4	2
Thời gian đến viện	4,67	3,25
Có CTSN	8	1
Đặt NKQ	2	1
Truyền dịch	4	2
Thở oxy	4	2

Qua 3 bệnh nhân có trên 3 tổn thương mà không tử vong ta thấy đa phần họ không bị chấn thương sọ não phối hợp, ngoài ra họ cũng được cấp cứu sớm hơn, được bảo vệ đường thở và vận chuyển bằng xe cấp cứu 115 chuyên nghiệp hơn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu trên 30 bệnh nhân ĐCT cấp cứu tại bệnh viện đa khoa Đức Giang chúng tôi thấy đa phần bệnh nhân ĐCT trong nhóm tuổi lao động chiếm 63,3% tương đương với tác giả Bùi Xuân Cường năm 2021 có 53,11% bệnh nhân chấn thương trong độ tuổi lao động với tuổi trung bình là 38,66 tuổi [1], nghiên cứu của Lin Hsu năm 2018 là 46,8 tuổi [7], đây là nhóm chủ yếu tham gia lao động cũng như giao thông lên nguy cơ gặp ĐCT cao hơn các nhóm tuổi khác.

Nam giới chiếm 83,3% bệnh nhân bị ĐCT do nam giới là lao động chủ yếu, hơn nữa nam giới cũng chủ quan khi tham gia giao thông hay lao động hơn nữ giới, tác giả Vũ Hồng Thắng 2007 cũng thấy 82,3% bệnh nhân ĐCT là nam giới [4].

73,3% ĐCT là do tai nạn giao thông điều này do cơ sở hạ tầng giao thông và phương tiện tham gia giao thông của chúng ta còn lạc hậu, yếu kém chưa kể đến ý thức khi tham gia giao thông của dân ta còn thấp. Có 36,7% bệnh nhân ĐCT có sử dụng rượu bia khi tham gia giao thông và lao động. Nghiên cứu của Vũ Hồng Thắng cũng thấy 71,7% ĐCT là do tai nạn giao thông [4], của Gao G là 53% [6].

63,3% bệnh nhân ĐCT trong nghiên cứu của chúng tôi có hai tổn thương cơ quan hay gặp nhất là chấn thương sọ não kèm theo chấn thương ngực kín hoặc chấn thương bụng kín. 10% bệnh nhân ĐCT có tổn thương bốn cơ quan đều tử vong khi nhập viện. Tác giả Lưu Thị Tố Uyên 2007 cũng thấy 87% bệnh nhân ĐCT tại viện Việt Đức có tổn thương hai cơ quan. Số cơ quan tổn thương càng nhiều thì nguy cơ tử vong càng cao đặc biệt là những chấn thương sọ não nặng [5].

4.2. Thực trạng cấp cứu ban đầu bệnh nhân ĐCT

Về địa điểm cấp cứu ban đầu: 83,3% bệnh nhân ĐCT được sơ cứu tại hiện trường điều này là do bệnh nhân ĐCT được người dân phát hiện sau đó gọi 115 đến sơ cứu hoặc đưa thẳng đến bệnh viện.

Về các hình thức sơ cứu tại hiện trường: Với các chấn thương khác nhau cần có biện pháp sơ cứu phù hợp như chấn thương sọ não cần đảm bảo hô hấp, huyết động, cố định cột sống cổ. Chấn thương ngực kín cần đảm bảo thông khí như thở oxy, băng vết thương ngực hở, dẫn lưu khí, máu nếu có tràn khí, tràn máu màng phổi... Trong nghiên cứu của chúng tôi, ta thấy các biện pháp sơ cứu tại chỗ của chúng ta còn nhiều hạn chế, bệnh nhân vẫn chưa thực sự đảm bảo hô hấp, huyết động, giảm đau, chống sốc khi đến viện.

Về phương tiện vận chuyển: 63,3% bệnh nhân được vận chuyển bằng xe cấp cứu 115 hoặc xe bệnh viện cao hơn Võ Minh Hải 2021 có 38,7% bệnh nhân đến viện bằng xe cấp cứu [2].

Về tình trạng bệnh nhân ĐCT khi nhập viện: trong nghiên cứu của chúng tôi đều có tình trạng rất nặng khi nhập viện 36,7% hôn mê Glasgow dưới 7đ; 33,3% bệnh nhân có đồng tử giãn; 46,7% bệnh nhân có huyết áp dưới 90 mmHg. So với nghiên cứu của Bùi Xuân Cường năm 2021 thì bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi nặng hơn do nghiên cứu của Bùi Xuân Cường tại viện Việt Đức, bệnh nhân ĐCT đã được sàng lọc tại các viện tuyến dưới trước khi chuyển [1].

Về kết quả điều trị: Tỷ lệ tử vong của nghiên cứu chúng tôi là 26,7% cao hơn nghiên cứu của Bùi Xuân Cường 13,67% [1], Vũ Hồng Thắng 13,8% [4] do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ.

4.3. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng ĐCT cấp cứu tại viện

Qua phân tích 11 ca bệnh có trên ba tổn thương cơ quan trở lên ta thấy có tám ca tử vong và ba ca sống sót điều này cho thấy bệnh nhân ĐCT có nhiều cơ quan tổn thương thì nguy cơ tử vong là rất lớn. Do cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ không đủ để thực hiện thống kê phân tích nên chúng tôi chỉ xin đưa ra một số nhận xét, so sánh sơ bộ giữa hai nhóm như sau. Về tuổi và giới không thấy sự chênh lệch nhiều khi nhóm tuổi trung bình hai nhóm đều rất trẻ.

Tuy nhiên dễ nhận thấy ở nhóm bệnh nhân ĐCT không tử vong được sơ cứu đầy đủ hơn (2/3 bệnh nhân được đặt nội khí quản) và được cấp cứu 115 đưa đến viện sớm hơn nhóm bệnh nhân tử vong.

Một điều quan trọng nữa là ở nhóm bệnh nhân ĐCT mà không tử vong không có bệnh nhân nào bị chấn thương sọ não, có thể thấy chấn thương sọ não là một yếu tố tiên lượng rất nặng trong bối cảnh ĐCT, nó tác động trực tiếp đến tri giác người bệnh, đồng thời thúc đẩy các tổn thương khác nặng lên do tổn thương các trung tâm hô hấp, tuần hoàn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân ĐCT là nam giới trong độ tuổi lao động. Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính, trong đó một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân có liên quan đến sử dụng rượu bia và thiếu phương tiện bảo hộ. Hầu hết bệnh nhân có tổn thương từ hai cơ quan trở lên, đặc biệt là chấn thương sọ não kèm theo ngực hoặc bụng. Tuy sơ cứu ban đầu chủ yếu được thực hiện tại hiện trường, song các biện pháp can thiệp như hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn, giảm đau còn nhiều hạn chế. Tỷ lệ tử vong lên đến 26,7%, phản ánh tình trạng nguy kịch và thiếu hiệu quả trong công tác sơ cứu ban đầu.

Cải thiện hệ thống sơ cứu tiền viện, phổ cập kỹ năng cấp cứu ban đầu cho cộng đồng và nhân viên y tế cơ sở, cũng như tăng cường sử dụng phương tiện vận chuyển chuyên dụng là giải pháp then chốt để giảm tỷ lệ tử vong và nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân ĐCT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Xuân Cương (2021), Một số đặc điểm dịch tễ học và thực trạng cấp cứu ban đầu bệnh nhân chấn thương sọ não điều trị tại bệnh viện Việt Đức, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. Võ Minh Hải (2021), Thực trạng sơ cứu và vận chuyển bệnh nhân chấn thương do tai nạn giao thông tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2020-2021, Tạp chí Y Dược Cần Thơ số 60/2023.
3. Phạm Văn Phúc (2004), “Đa chấn thương”, Bệnh học ngoại khoa tập 1. Nhà xuất bản Y học, 91-94
4. Vũ Hồng Thắng (2007), Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả điều trị đa chấn thương tại bệnh viện Việt Đức, Luận

văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội.

5. Lưu Thị Tố Uyên (2007), Một số nhận xét về cấp cứu ban đầu bệnh nhân chấn thương trước khi đến bệnh viện Việt Đức, Khoá luận tốt nghiệp đại học Y Hà Nội.

6. Gao G, Wu X et al (2020), Clinical characteristics and outcomes in patient with traumatic brain injury in China: a prospective, multicentre, longitudinal observational study. The lancet Neurology-2020;19(8): 670-677

7. Hsu L, Li C-Y, Chu D-C (2018), An Epidemiological Analysis of Head Injury in Taiwan International Journal of Enviromental Research ang Public Heath. 2018; 15(11); 457. doi: 10.3390

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA TRẺ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG TỪ 02-59 THÁNG TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2024

FACTORS ASSOCIATED WITH NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN AGED FROM 02-59 MONTHS WITH COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA AT THE PEDIATRIC DEPARTMENT OF DUC GIANG HOSPITAL IN 2024

✍ PHẠM THANH THÚY^{1*}, VŨ THỊ HẬU¹, NGUYỄN THỊ NGÀ¹
NGUYỄN MINH CHI¹, ĐÀO MAI ANH HUY¹, LÊ THỊ HƯƠNG²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ từ 02 đến 59 tháng tuổi mắc viêm phổi cộng đồng đang điều trị nội trú tại Khoa Nhi – Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2024.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 150 trẻ từ 02–59 tháng tuổi được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng từ tháng 01 đến tháng 09 năm 2024. Các chỉ số dinh dưỡng được đánh giá theo tiêu chuẩn Z-score của WHO. Dữ liệu được thu thập bằng bảng hỏi cấu trúc và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0 và STATA 14.0.

Kết quả: Trẻ có cân nặng sơ sinh dưới 2500g có nguy cơ suy dinh dưỡng thể gầy còm cao hơn so với nhóm có cân nặng từ 2500g trở lên ($p=0,046$). Trẻ nhập viện vì viêm phổi từ hai lần trở lên có nguy cơ suy dinh dưỡng thể thấp còi cao gấp 3,4 lần so với trẻ nhập viện một lần ($p=0,025$). Trẻ sinh sống tại khu vực Long Biên và các quận nội thành có nguy cơ thừa cân – béo phì cao gấp 4,3 lần so với trẻ ở khu vực lân cận ($p=0,049$).

Kết luận: Tình trạng dinh dưỡng của trẻ mắc viêm phổi cộng đồng chịu ảnh hưởng đáng kể bởi cân nặng sơ sinh, số lần nhập viện và địa bàn cư trú.

Từ khóa: tình trạng dinh dưỡng, suy dinh dưỡng, viêm phổi cộng đồng, trẻ 02–59 tháng tuổi.

ABSTRACT

Objectives: To assess the nutritional status and identify associated factors among children aged 02 to 59 months with community-acquired pneumonia (CAP) hospitalized at the Pediatric Department of Duc Giang General Hospital in 2024.

1: Bệnh viện đa khoa Đức Giang
2: Viện Y học dự phòng và YTCC, Đại Học Y Hà Nội
* Người chịu trách nhiệm: Phạm Thanh Thúy
Địa chỉ: Khoa Dinh Dưỡng - Bệnh viện đa khoa Đức Giang
Email: lamhuy1422@gmail.com – 0834682168

Methods: A cross-sectional study was conducted on 150 children aged 02–59 months diagnosed with CAP from January to September 2024. Nutritional status was evaluated using anthropometric indicators and WHO Z-scores. Data collection was performed through structured questionnaires and analyzed using SPSS 20.0 and STATA 14.0.

Results: Children with a birth weight under 2500g had a significantly higher risk of wasting malnutrition than those with a birth weight ≥ 2500 g ($p=0.046$). Children hospitalized more than once for pneumonia were 3.4 times more likely to be stunted than those hospitalized once ($p=0.025$). Children residing in Long Bien and inner districts had a 4.3 times higher risk of being overweight or obese compared to those living in surrounding areas ($p=0.049$).

Conclusion: Nutritional status in children with community-acquired pneumonia is significantly influenced by birth weight, frequency of hospitalization, and residential area.

Keywords: nutritional status, malnutrition, community-acquired pneumonia, children aged 02–59 months.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng là một trong những yếu tố then chốt ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất và trí tuệ toàn diện của trẻ nhỏ. Trẻ bị suy dinh dưỡng (SDD) không thể phát triển tối ưu và dễ gặp các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), năm 2022 ước tính có khoảng 149 triệu trẻ dưới 5 tuổi bị thấp còi và 37 triệu trẻ bị thừa cân hoặc béo phì trên toàn thế giới [13].

Tại Việt Nam, theo Tổng điều tra Dinh dưỡng toàn quốc năm 2020, tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi bị SDD thể thấp còi là 19,6%, thể nhẹ cân là 11,5%. Các tỷ lệ này được phân loại ở mức "trung bình" theo phân loại của WHO khi dưới ngưỡng 20% [3]. Trẻ bị SDD thường có sức đề kháng yếu, từ đó dễ mắc các bệnh lý nhiễm khuẩn.

Ở chiều ngược lại, các bệnh lý nhiễm khuẩn thường gặp ở trẻ như viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) lại góp phần làm tình trạng dinh dưỡng của trẻ xấu đi nghiêm trọng hơn do cơ thể tiêu hao nhiều năng lượng, kém hấp thu dưỡng chất và dễ mất cân bằng chuyển hóa. Viêm phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi, chiếm khoảng 19% tổng số các nguyên nhân tử vong ở độ tuổi này theo thống kê của WHO. Tại Việt Nam, mỗi năm có khoảng 4.000 trẻ dưới 5 tuổi tử vong do viêm phổi [1].

Tại Khoa Nhi – Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, riêng trong năm 2023 đã tiếp nhận và điều trị 2.905 trẻ từ 02–59 tháng tuổi mắc VPCĐ, chiếm 63,4% tổng số ca nhập viện tại khoa. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá chuyên sâu về mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm lâm sàng – dịch tễ học của nhóm bệnh nhân này.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: “Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ viêm phổi cộng đồng từ 02–59 tháng tuổi tại khoa Nhi – Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2024”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 9 năm 2024 tại Khoa Nhi – BVĐKĐG.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ từ 02–59 tháng tuổi được chẩn đoán mắc viêm phổi, có chỉ định nhập viện điều trị nội trú tại Khoa Nhi, BVĐKĐG.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu:

Cỡ mẫu của nghiên cứu được ước tính theo công thức:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(p \cdot \varepsilon)^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$: hệ số tin cậy, chọn $z = 1,96$ tương ứng với mức tin cậy 95%

p: lấy bằng 0,298 từ nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Thu Hà [5].

ε : khoảng sai lệch tương đối, chọn $\varepsilon = 0,3$

Thay số vào công thức tính được $n = 101$. Thực tế nhóm nghiên cứu lấy được 150 trẻ.

- Chọn mẫu: Chọn các trẻ mắc viêm phổi cộng đồng từ 02–59 tháng nằm điều trị nội trú tại khoa Nhi – Bệnh viện đa khoa Đức Giang, trong thời gian tiến hành nghiên cứu, cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu:

- Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: tháng tuổi, giới tính (nam, nữ), thông tin lúc sinh, thông tin tiêm chủng, tiền sử mắc bệnh, mức độ nặng của bệnh, tiền sử DD.

- Các biến số đánh giá TTDD của người bệnh: chỉ số nhân trắc (cân nặng, chiều cao của trẻ)

● Phương pháp đánh giá TTDD của trẻ

TTDD ở trẻ từ 02–59 tháng được đánh giá qua 3 chỉ số: cân nặng (CN) theo tuổi, chiều cao (CC) theo tuổi và CN theo CC như sau [2]:

- Chỉ số CN theo tuổi với Z-score (trẻ dưới 5 tuổi): < -3 : trẻ SDD thể nhẹ cân, mức độ nặng, từ -3 đến < -2 : trẻ SDD thể nhẹ cân, mức độ vừa; $-2 < Z\text{-score} < 2$: trẻ bình thường; > 2 : trẻ thừa cân; > 3 : trẻ béo phì.

- Chỉ số CC theo tuổi với Z-score (trẻ dưới 5 tuổi): < -3 : trẻ SDD thấp còi, mức độ nặng, từ -3 đến < -2 : trẻ SDD thấp còi, mức độ vừa; $-2 < Z\text{-score} < 2$: trẻ bình thường.

- Chỉ số CN theo CC với Z-score (trẻ dưới 5 tuổi): < -3 : trẻ SDD thể gầy còm, mức độ nặng, từ -3 đến < -2 : trẻ SDD thể gầy còm, mức độ vừa; $-2 < Z\text{-score} < 2$: trẻ bình thường; > 2 : trẻ thừa cân; > 3 : trẻ béo phì.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:

Thông tin thu thập theo bộ câu hỏi nghiên cứu, cân đo các

chỉ số nhân trắc của trẻ (đo chiều dài nằm cho trẻ 0 – 24 tháng tuổi bằng thước gỗ chuyên dụng của UNICEF, đo chiều cao đứng cho trẻ từ 24 – 59 tháng tuổi bằng thước đo chiều cao đứng, đo cân nặng bằng cân Nhơn Hòa có lồng máng).

2.7. Xử lý và phân tích số liệu:

Nhập số liệu bằng phần mềm SPSS 20. và xử lý theo phương pháp thống kê y học trên máy tính bằng phần mềm STATA 14.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu tuân thủ các quy định đạo đức về nghiên cứu y sinh. Nghiên cứu đã được Hội đồng nghiên cứu khoa học BVĐKĐG thông qua. Trước khi tiến hành thu thập số liệu, các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được thông báo, giải thích rõ ràng về mục đích và nội dung của nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Các đối tượng tham gia nghiên cứu có thể từ chối không tham gia nghiên cứu bất kì lúc nào.

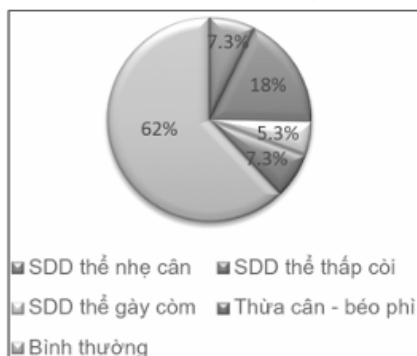
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến hành trên 150 từ 02-59 tháng tuổi được chẩn đoán mắc VP, có chỉ định nhập viện điều trị nội trú tại Khoa Nhi, BVĐKĐG.

Bảng 3.1. Đặc điểm của trẻ tham gia nghiên cứu (n=150)

Đặc điểm của trẻ		N	%
Tuổi	02 - 23 tháng	99	66
	24 - 59 tháng	51	34
Giới	Nam	85	56.7
	Nữ	65	43.3
Tuổi thai	< 37 tuần	6	4
	≥ 37 tuần	144	96
Cân nặng sơ sinh (CNSS)	< 2500g	7	4.7
	2500g – 3500g	116	77.3
	> 3500g	27	18.0

Nhận xét: Trẻ tham gia nghiên cứu có tỷ lệ nam nữ gần tương đương nhau, trong đó trẻ nam chiếm tỷ lệ 56.7%, trẻ nữ chiếm tỷ lệ 43.3%. Trẻ chủ yếu thuộc nhóm tuổi 02 – 23 tháng (66%). Phần lớn trẻ sinh đủ tháng (96%). CNSS của trẻ chủ yếu nằm trong khoảng 2500g – 3500g (77.3%). Trẻ có CNSS dưới 2500g chiếm tỷ lệ 4.7%, trẻ có CNSS trên 3500g chiếm tỷ lệ 18%.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ tham gia nghiên cứu

Nhận xét: Trẻ tham gia nghiên cứu có tỷ lệ SDD thể nhẹ cân là 7.3%, SDD thể thấp còi là 18%, SDD thể gầy còm là 5.3%, TC-BP là 7.3%.

Bảng 3.2. Liên quan giữa SDD thấp còi và số lần nhập viện vì viêm phổi (n=150)

Đặc điểm \ Tình trạng dinh dưỡng		SDD thấp còi		OR (95%CI)	p
		Có	Không		
		N (%)	N (%)		
Mức độ lâm sàng	VP	3 (18,8)	13 (81,2)	0.9 (0.3 – 3.6)	1.0
	VP nặng	24 (17,9)	110 (82,1)		
Bệnh kèm theo	Có	2 (11,1)	16 (88,9)	0.5 (0.1 – 2.5)	0.531
	Không	25 (18,9)	107 (81,1)		
Số lần nhập viện	>1 lần	23 (23,0)	77 (77,0)	3.4 (1.1 – 10.6)	0.025
	1 lần	4 (8,0)	46 (92,0)		

p: Test Fisher's Exact

Nhận xét: Những trẻ có > 1 lần nhập viện vì mắc viêm phổi có nguy cơ SDD thấp còi cao gấp 3.4 lần so với trẻ nhập viện 1 lần vì mắc viêm phổi (p = 0.025)

Bảng 3.3. Liên quan giữa SDD gầy còm và cân nặng sơ sinh của trẻ (n=150)

Đặc điểm của trẻ		Tình trạng dinh dưỡng		SDD gầy còm		OR (95%CI)	p
		Có	Không	Có	Không		
CNSS	< 2500g	2 (28,6)	5 (71,4)	0.1 (0.0 – 0.7)	0.046		
	≥ 2500g	6 (4,2)	137 (95,8)				

p: Test Fisher's Exact

Nhận xét: Trẻ có CNSS dưới 2500g có nguy cơ SDD gầy còm cao hơn so với trẻ có CNSS bằng hoặc trên 2500g (p = 0.046).

Bảng 3.4. Liên quan giữa địa bàn dân cư đến thừa cân - béo phì ở trẻ (n=150)

Đặc điểm của trẻ		Tình trạng dinh dưỡng		SDD gầy còm		OR (95%CI)	p
		Có	Không				
				N (%)	N (%)		
Khu vực	Long Biên và các quận nội thành	9 (11,2)	71 (88,8)	4.3 (0.9 – 20.7)	0.049		
	Khu vực lân cận	2 (2,9)	68 (97,1)				

p: Fishers's Exact

Nhận xét: Trẻ sinh sống tại khu vực Long Biên có nguy cơ thừa cân – béo phì cao hơn so với trẻ sống tại các khu vực lân cận (OR=4.3, p = 0.049)

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này được thực hiện trên 150 trẻ em từ 02-59 tháng tuổi mắc VPCĐ nằm điều trị nội trú tại khoa Nhi, BVĐKĐG năm 2024. Trẻ tham gia nghiên cứu có tỷ lệ nam nữ gần tương đương, trong đó có 85 trẻ nam (56.7%), có 65 trẻ nữ (43.3%). Nghiên cứu này cho kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đặng Mai Liên tại Trung tâm Hô hấp BV Nhi Trung Ương năm 2021 với trẻ tham gia nghiên cứu có 52% là nam và 48% là nữ [8]. Trẻ chủ yếu thuộc nhóm tuổi 02 – 23 tháng với 99 trẻ (66%). Đa số trẻ tham gia nghiên cứu sinh đủ tháng với 144 trẻ (96%). CNSS của trẻ chủ yếu đều trong khoảng 2500 - 3500g với 116 trẻ (77.3%). Đặc điểm của trẻ tham gia nghiên cứu này cũng tương đồng với với nghiên cứu của tác giả Trần Lê Hồng Giang (2022-2023) tại bệnh viện đa khoa (BVĐK) khu vực Cam Ranh và nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thanh (2022-2023) tại khoa Nhi, BVĐK Tâm Anh Hà Nội. Cụ thể, trong nghiên cứu của tác giả Trần Lê Hồng Giang, trong số 370 trẻ tham gia nghiên cứu có 57% là trẻ nam, 43% là trẻ nữ; đa số trẻ trong nhóm tuổi 0 – 23 tháng (53.5%); trẻ sinh đủ tháng chiếm tỷ lệ 96.2%; 94.3% trẻ có CNSS trong khoảng 2500g – 3500g [4]. Nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thanh, trẻ nam chiếm 54.7% và trẻ nữ chiếm 45.3%; trẻ chủ yếu trong độ tuổi dưới 24 tháng tuổi với 11% trẻ dưới 6 tháng, 22.4% trẻ 6 – 11 tháng, 51.6% trẻ 12 – 35 tháng [9].

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh trẻ sinh ra có CNSS thấp < 2500g sẽ làm tăng nguy cơ SDD khi trẻ lớn lên. Nguyên nhân do trẻ có CNSS thấp có tốc độ phát triển cân nặng và chiều cao kém hơn so với trẻ có CNSS bình thường. Trong nghiên cứu này, trẻ có CNSS thấp dưới 2500g có nguy cơ SDD gầy còm cao hơn trẻ có CNSS trên 2500g (p = 0.046). Các nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự: Nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Vân Anh (2019) tại bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh ở trẻ dưới 5 tuổi cho thấy trẻ có CNSS thấp < 2500g thì tỷ lệ SDD cao hơn có ý nghĩa so với nhóm trẻ có cân nặng lúc sinh $\geq 2500g$ (p < 0.05) [1]; Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hoa (2021) tiến hành trên 559 trẻ dưới 2 tuổi tại bệnh viện Sản Nhi và bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc cũng cho thấy trẻ có CNSS < 2500g có khả năng SDD nhẹ cân gấp 4.8 lần so với so với trẻ có CNSS $\geq 2500g$ (p < 0.001) [6]; Nghiên cứu của tác giả Emad A. Al-Shameri và cộng sự (2019 – 2020) về tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi ở các quốc gia khu vực Đông Địa Trung Hải cũng có kết quả tình trạng còi cọc có liên quan đến cân nặng khi sinh thấp với p < 0.0158 [12].

Viêm phổi là bệnh thường gặp ở trẻ từ 02-59 tháng. Trẻ có thể mắc lại nhiều lần, làm ảnh hưởng đến sức khỏe của trẻ đồng thời làm tăng nguy cơ SDD. Trong nghiên cứu này, những trẻ có số lần nhập viện nhiều lần vì mắc viêm phổi có nguy cơ SDD thấp còi cao gấp 3.4 lần so với trẻ nhập viện 1 lần vì mắc viêm phổi (p=0.025). Điều này có thể giải thích là

do gầy còm thường là kết quả của giảm cân liên quan đến sự đói ăn và bệnh tật trong khoảng thời gian gần đây, biểu hiện qua chỉ số cân nặng/chiều cao thấp (WHZ). Nghiên cứu của tác giả Phạm Ngọc Toàn (2019) ở trẻ em mắc viêm phổi tại bệnh viện Nhi Trung Ương cũng cho thấy nhóm trẻ mắc viêm phổi tái nhiễm từ 3 – 5 đợt chiếm 62.1%, SDD là một trong các yếu tố liên quan đến viêm phổi tái nhiễm với nguy cơ cao [10].

Kết quả nghiên cứu cho thấy trẻ sinh sống tại khu vực Long Biên và các quận nội thành có nguy cơ thừa cân – béo phì cao gấp 4.3 lần so với trẻ sống tại các khu vực lân cận (p = 0.049). Kết quả này có thể giải thích do Quận Long Biên và một số quận nội thành của thành phố Hà Nội phát triển tốt hơn về kinh tế, văn hóa và xã hội so với các khu vực lân cận (Gia Lâm, Hưng Yên, Sóc Sơn...), các gia đình có thể tiếp cận đa dạng các loại thực phẩm để bổ sung dinh dưỡng cho trẻ, cũng có thể do sự xuất hiện của nhiều cửa hàng ăn nhanh tại thành phố như các cửa hàng gà rán, pizza, trà sữa... Trẻ ăn nhiều thức ăn nhanh, các sản phẩm chế biến sẵn có nguy cơ cao bị thừa cân – béo phì. Một số nghiên cứu có kết quả tương tự: Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hải Yến và cộng sự (2019) được thực hiện tại 15 quận huyện thành phố Hà Nội trên trẻ em dưới 5 tuổi có kết quả nguy cơ thừa cân – béo phì tăng lên gấp 1.7 lần so với trẻ em sống ở ngoại thành [11]; Nghiên cứu của tác giả Đỗ Nam Khánh (2020) có kết quả tỷ lệ trẻ thừa cân – béo phì giảm dần theo các quận Hoàn Kiếm, Hoàng Mai, Đông Anh với tỷ lệ thừa cân lần lượt là 9.6%, 7.7% và 5.2%; tỷ lệ béo phì lần lượt là 6.2%, 5.1%, 3.0% [7]

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy tình trạng dinh dưỡng ở trẻ 02-59 tháng tuổi mắc viêm phổi cộng đồng có liên quan có ý nghĩa thống kê với các yếu tố bao gồm:

Cân nặng sơ sinh: Trẻ có cân nặng dưới 2500g có nguy cơ cao bị SDD thể gầy còm (OR=0,1).

Số lần nhập viện do viêm phổi: Trẻ nhập viện nhiều lần có nguy cơ suy dinh dưỡng thấp còi cao hơn so với trẻ chỉ nhập viện một lần gấp (OR=3,4).

Khu vực sinh sống: Trẻ sinh sống tại Long Biên và các quận nội thành có nguy cơ thừa cân – béo phì cao hơn so với trẻ sống ở khu vực lân cận (OR = 4,3).

Kiến nghị: Cần tăng cường đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho trẻ mắc viêm phổi cộng đồng trong quá trình điều trị nội trú, đặc biệt là ở các nhóm nguy cơ cao như trẻ có cân nặng sơ sinh thấp, tiền sử nhập viện nhiều lần, và sinh sống tại khu vực nội đô. Việc sàng lọc và can thiệp sớm có thể góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và cải thiện sức khỏe lâu dài cho trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Thị Vân Anh và cộng sự (2019) Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh. Tạp Chí Khoa Học Và Công Nghệ - Đại Học Thái Nguyên, tập 207, số 14, tr. 219-224.

2. Viện Dinh Dưỡng (2024). Cách phân loại và đánh giá tình trạng dinh dưỡng dựa vào Z-Score.
3. Viện Dinh Dưỡng (2019 – 2020). Tổng điều tra dinh dưỡng 2019 – 2020.
4. Trần Lê Hồng Giang (2023). Thực trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện đa khoa khu vực Cam Ranh, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. Hoàng Thị Thu Hà và cộng sự (2022). Một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng thấp còi ở bệnh nhi viêm phổi tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Tạp chí Y Học Việt Nam tập 514, số 01, tr. 262-265.
6. Nguyễn Thị Hoa (2021) Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ dưới 2 tuổi nhiễm khuẩn hô hấp cấp tại Bệnh viện Sản nhi và Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc năm 2021. Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
7. Đỗ Nam Khánh (2020). Nghiên Cứu Thực Trạng Thừa Cân, Béo Phì và Một Số Đặc Điểm Gen, Thói Quen Dinh Dưỡng, Hoạt Động Thể Lực ở Trẻ Mầm Non. Luận văn tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Đặng Mai Liên và cộng sự (2023). Đặc điểm dịch tễ

- học lâm sàng và một số yếu tố liên quan tới viêm phổi nặng do Mycoplasma Pneumonia ở trẻ em. Tạp Chí Nhi khoa, tập 16, số 5, tr. 1 - 8.
9. Vũ Thị Thanh và cộng sự (2024). Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi đang điều trị tại Bệnh viện đa khoa Tâm Anh. Tạp Chí Dinh Dưỡng Và Thực Phẩm, tập 20, số 2, tr. 46-52
10. Phạm Ngọc Toàn (2019). Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, tình trạng miễn dịch và một số yếu tố liên quan đến viêm phổi tái nhiễm ở trẻ em tại bệnh viện Nhi trung ương. Luận án tiến sĩ Nhi khoa, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
11. Nguyễn Thị Hải Yến và cộng sự (2019). Thực trạng thừa cân béo phì ở trẻ em dưới 5 tuổi và yếu tố liên quan tại một số quận huyện của Hà Nội năm 2019, Tạp Chí Y Học Dự Phòng (2020), tập 30, số 5, tr. 42-49.
12. Al-Shameri EA, Al-Shahethi AH, Wafa SW. Nutritional status and its determinants in the Eastern Mediterranean region. A review. Saudi Med J. 2022;43(4):423-427. doi:10.15537/smj.2022.43.4.20210676
13. Fact sheets - Malnutrition. Accessed April 9, 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

THỰC TRẠNG VỆ SINH BỀ MẶT THƯỜNG XUYÊN TIẾP XÚC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI 05 KHOA TRỌNG ĐIỂM CỦA BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2024

CURRENT STATUS OF FREQUENTLY TOUCHED SURFACE HYGIENE AND RELATED FACTORS IN 5 KEY DEPARTMENTS OF DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2024

✍ NGUYỄN THỊ HOA^{1*}, LƯƠNG THỊ THU THỦY¹,
TẠ THỊ THÚY¹, TƯỜNG THÚY HẰNG², ĐÀO VĂN MINH¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng vệ sinh bề mặt thường xuyên tiếp xúc và xác định một số yếu tố liên quan tại 5 khoa trọng điểm của Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2024.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện từ tháng 01 đến tháng 09 năm 2024. Tổng cộng 65 mẫu bề mặt thường xuyên tiếp xúc được nuôi cấy vi sinh và 51 nhân viên y tế tham gia được khảo sát về tuân thủ vệ sinh môi trường.

Kết quả: Tỷ lệ mẫu đạt yêu cầu cao nhất ở khoa Gây mê hồi sức (66,6%). Trong 33 mẫu không đạt, phân lập được 12 chủng vi khuẩn có khả năng gây nhiễm khuẩn bệnh viện như: *Acinetobacter baumannii*, *Acinetobacter lwoffii*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*. Bề mặt có nguy cơ cao nhất là giường, ga, tủ đầu giường và thiết bị y tế. Tỷ lệ tuân thủ quy trình vệ sinh chung đạt 62,7%; tuân thủ nồng độ hóa chất đạt 78,4%; tuân thủ thời gian tiếp xúc đạt 62,7%. Tỷ lệ NVYT được đào tạo là 78,4%; ý thức vệ sinh đạt cao nhất tại khoa Gây mê hồi sức và Hồi sức tích cực (100%).

Kết luận: Môi trường bề mặt đóng vai trò quan trọng trong lan truyền NKBV. Việc làm sạch kết quả có thể hạn chế sự lây nhiễm chéo và giảm nguy cơ bùng phát dịch trong bệnh viện.

Từ khóa: vệ sinh môi trường bề mặt, kiểm soát nhiễm khuẩn, khoa trọng điểm, bệnh viện.

1: Bệnh viện đa khoa Đức Giang

2: Sở Y tế Hà Nội

* Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Hoa

Địa chỉ: Khoa kiểm soát nhiễm khuẩn - Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Email: Hoamt1986@gmail.com - 0981914256

ABSTRACT

Objective: To assess the current status of frequently touched surface hygiene and identify associated factors in five key departments at Duc Giang General Hospital in 2024.

Methods: A cross-sectional analytical study was conducted from January to September 2024. A total of 65 environmental surface samples were microbiologically cultured, and 51 healthcare workers were surveyed on surface hygiene compliance.

Results: The highest rate of qualified cultures was in the Anesthesia and Resuscitation Department (66.6%). Among 33 unqualified samples, 12 pathogenic strains capable of causing hospital-acquired infections were isolated, including *Acinetobacter baumannii*, *Acinetobacter lwoffii*, *Staphylococcus aureus*, and *Klebsiella pneumoniae*. High-risk surfaces included beds, linens, bedside tables, and medical devices. Compliance with standard cleaning procedures was 62.7%; chemical concentration compliance was 78.4%; and contact time compliance was 62.7%. Healthcare workers' training rate was 78.4%, with the highest awareness observed in the Anesthesia and ICU departments (100%).

Conclusion: Surface environment plays a key role in the transmission of hospital-acquired infections. Effective cleaning reduces cross-contamination and helps control infection outbreaks in hospitals.

Keywords: surface hygiene, infection control, key departments, hospital.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong môi trường bệnh viện – nơi tập trung đông người bệnh và thực hiện nhiều can thiệp y tế – kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) đóng vai trò then chốt nhằm đảm bảo an toàn người bệnh và nhân viên y tế. Một trong những mắt xích quan trọng trong KSNK là vệ sinh bề mặt (VSBM), đặc biệt là các bề mặt thường xuyên tiếp xúc. Nhiều nghiên cứu cho thấy các bề mặt này có thể chứa tác nhân gây bệnh, dẫn đến nguy cơ lây truyền chéo trong bệnh viện [3].

Việc tuân thủ quy trình làm sạch và khử khuẩn bề mặt theo đúng hướng dẫn của Bộ Y tế [1-3] có thể giúp giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV), tiết kiệm chi phí điều trị và giảm tỷ lệ tử vong. Tuy nhiên, tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, hiện chưa có nghiên cứu chính thức nào đánh giá thực trạng tuân thủ vệ sinh bề mặt của nhân viên y tế và kết quả thực tế của hoạt động này.

Xuất phát từ nhu cầu thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Thực trạng vệ sinh bề mặt và một số yếu tố liên quan tại 05 khoa trọng điểm của Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2024”, với hai mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng kết quả vệ sinh bề mặt tại các khoa trọng điểm trong bệnh viện.
2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả vệ sinh bề mặt tại các khoa trọng điểm.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên những nhân viên y tế tham ra vệ sinh bề mặt và mẫu bề mặt thường xuyên tiếp xúc tại năm khoa trọng điểm của Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Nhân viên y tế tham ra vệ sinh bề mặt và toàn bộ mẫu bề mặt thường xuyên tiếp xúc (bề mặt giường, bề mặt vật tư thiết bị y tế, xe tiêm, tủ đầu giường, tay nắm cửa) và nhân viên y tế làm công tác vệ sinh bề mặt tại 05 khoa trọng điểm từ tháng 1/2024 đến tháng 9 năm 2024.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2024 triển khai tại năm khoa trọng điểm: Khoa Gây mê hồi sức, khoa Hồi sức tích cực chống độc, khoa Nội Thận – Tiết niệu, khoa sản, khoa Thẩm mỹ của Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích kết quả.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn toàn bộ các mẫu bề mặt được đánh giá là tiếp xúc thường xuyên trong suốt thời gian nghiên cứu.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu.

Sử dụng bộ câu hỏi tự điền khảo sát kiến thức về vệ sinh bề mặt và báo cáo giám sát vệ sinh bề mặt.

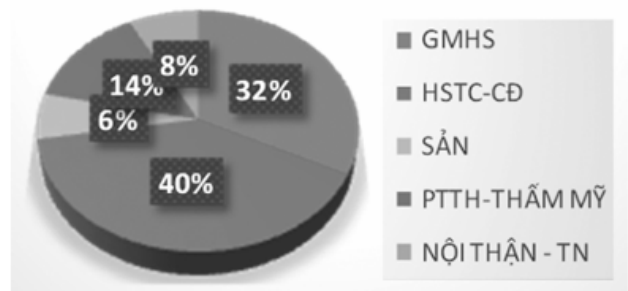
2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu thập trong nghiên cứu được nhập liệu và xử lý theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Kết quả nghiên cứu được trình bày theo số lượng và tỷ lệ % của các biến số.

3. KẾT QUẢ

3.1. Thực trạng hiệu quả vệ sinh bề mặt tại 5 khoa trọng điểm

3.1.1. Thực trạng vệ sinh bề mặt dựa trên kết quả cấy khuẩn



Biểu đồ 3.1. Phân bố số lượng mẫu cấy bề mặt theo khoa (n= 65)

Khoa HSTC-CD có số lượng mẫu cấy bề mặt nhiều nhất chiếm 40%

Bảng 3.1. Kết quả nuôi cấy mẫu bề mặt theo khoa (n=65)

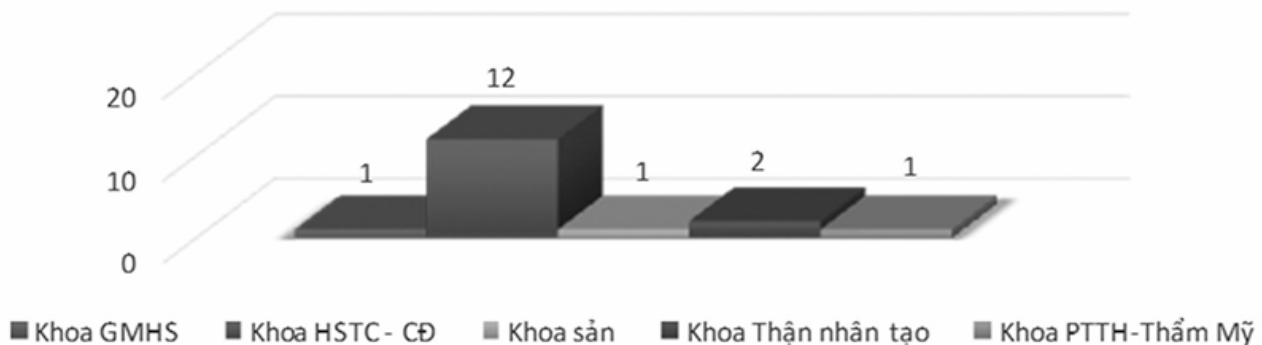
Khoa	Đạt		Không đạt	
	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Gây mê hồi sức (n=21)	14	66,6	7	33,4
Hồi sức tích cực – CĐ (n=26)	12	46,2	14	53,8
Sản (n=4)	1	25	3	75
PTTH – Thẩm mỹ (n=9)	4	44,4	5	55,6
Nội Thận – Tiết niệu (n=5)	1	20	4	80

Kết quả cấy có tỷ lệ đạt cao nhất tại khoa Gây mê hồi sức 66,6 %

Bảng 3.2. Phân bố vi khuẩn gây bệnh phân lập được theo vị trí bề mặt (n = 65)

Tên bề mặt	Loại vi khuẩn	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Bề mặt giường, ga, đệm	<i>Acinetobacter lwoffii</i>	2	14,3
	<i>Staphylococcus aureus</i>	2	14,3
	<i>Acinetobacter baumannii</i>	4	28,6
	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	7,1
	<i>Staphylococcus.spp.</i>	5	35,7
Bề mặt tủ đầu giường, bình phong	<i>Acinetobacter baumannii</i>	2	50
	<i>Staphylococcus aureus</i>	1	25
	<i>Staphylococcus.spp</i>	1	25
Bề mặt máy móc thiết bị y tế	<i>Staphylococcus.spp</i>	6	75
	<i>Acinetobacter baumannii</i>	2	25
Bề mặt xe tiêm		0	0

Bề mặt phân lập được nhiều vi sinh vật gây bệnh nhất là bề mặt giường, ga đệm, vi sinh vật gây bệnh phân lập được nhiều nhất trong các bề mặt này là *Acinetobacter baumannii*.



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ vi khuẩn có khả năng gây bệnh theo khoa (n=65)

Trong thời gian nghiên cứu, phân lập được 12 chủng vi khuẩn có khả năng gây NKBV từ 33 mẫu cấy bề mặt không đạt, kháng nhiều loại kháng sinh, chủ yếu là *Acinetobacter baumannii*, *Acinetobacter lwoffii*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*. Trong đó ở khoa HSTC – CĐ chiếm tỉ lệ 70,5%.

3.1.2. Thực trạng vệ sinh bề mặt được đánh giá qua điều tra giám sát bằng bảng kiểm

Bảng 3.3. Tỷ lệ tuân thủ quy trình và sử dụng khăn khi vệ sinh bề mặt theo đối tượng nghiên cứu (n=51)

Đối tượng	Tuân thủ các bước trong quy trình		Tuân thủ sử dụng khăn lau		Tổng
	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Điều dưỡng, hộ sinh	25 (62,5)	15 (37,5)	23 (57,5)	17 (42,5)	40 (100)
Hộ lý	7 (63,6)	4 (36,4)	7 (63,6)	4 (36,4)	11 (100)
Tổng	32 (62,7)	19 (37,3)	30 (58,8)	21 (41,2)	51 (100)

Tỷ lệ tuân thủ quy trình chung của điều dưỡng/ hộ sinh và hộ lý là 62,7%; trong đó tỷ lệ tuân thủ quy trình của hộ lý đạt 63,6%, cao hơn tỷ lệ tuân thủ quy trình của điều dưỡng/ hộ sinh.

Tỷ lệ tuân thủ sử dụng khăn lau ở điều dưỡng/ hộ sinh và hộ lý là 63,6 ở hộ lý, đạt 57,5%.

Bảng 3.4. Tỷ lệ tuân thủ pha nồng độ hóa chất, và tuân thủ thời gian hóa chất tiếp xúc với bề mặt theo loại hóa chất cho vệ sinh bề mặt (n=51)

Tên hóa chất	Tuân thủ pha nồng độ hóa chất		Tuân thủ thời gian hóa chất tiếp xúc với bề mặt theo loại hóa chất		Tổng
	Đạt	Không đạt	Đủ thời gian	Không đủ thời gian	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Cloramin B	21 (75)	7 (25)	16 (57,1)	12 (42,9)	28 (100)
Surfanios	19 (82,6)	4 (17,4)	16 (69,6)	7 (30,4)	23 (100)
Tổng	40 (78,4)	11 (21,6)	32 (62,7)	19 (37,3)	51 (100)

Tỷ lệ tuân thủ nồng độ hóa chất cho vệ sinh bề mặt là 78,4%; trong đó tỷ lệ tuân thủ nồng độ với pha Surfanios là 82,6% cao hơn so với Cloramin B. Tỷ lệ tuân thủ thời gian hóa chất tiếp xúc với bề mặt chung là 62,7%.

3.2. Các yếu tố liên quan đến thực trạng hiệu quả vệ sinh bề mặt tại 5 khoa trọng điểm

Bảng 3.5. Tỷ lệ điều dưỡng/hộ sinh, hộ lý được đào tạo và ý thức thực hành vệ sinh bề mặt theo khoa (n=51)

Khoa	Đào tạo		Về ý thức		Tổng
	Được đào tạo	Không được đào tạo	Đạt	Không đạt	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Gây mê hồi sức	20 (100)	0 (0)	10 (100)	0 (0)	20 (100)
Hồi sức tích cực – CĐ	12 (92,3)	1 (7,7)	13 (100)	0 (0)	13 (100)
Sản	9 (69,2)	4 (30,8)	10 (76,9)	3 (23,1)	13 (100)
PTTH – Thẩm mỹ	4 (66,7)	2 (33,3)	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (100)
Nội Thận TN	5 (55,6)	4(44,4)	5 (55,6)	4 (44,4)	9 (100)
Tổng	40 (78,4)	11(21,6)	43 (84,3)	8 (15,7)	51 (100)

Tỷ lệ điều dưỡng/ hộ sinh, hộ lý được đào tạo tại 5 khoa trọng điểm là 78,4%; trong đó khoa GMHS đạt 100%, thấp nhất là khoa Nội Thận – TN đạt 55,6%. Tỷ lệ đạt về ý thức vệ sinh bề mặt cao nhất tại khoa Gây mê hồi sức và khoa Hồi sức tích cực- chống độc (100%), thấp nhất tại khoa Nội Thận - TN đạt 55,6%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng hiệu quả vệ sinh môi trường bề mặt tại 05 khoa trọng điểm

4.1.1. Kết quả vệ sinh bề mặt đánh giá dựa trên nuôi cấy vi sinh vật

Nghiên cứu được thực hiện trên 65 mẫu bề mặt thường xuyên tiếp xúc được lấy tại 5 khoa trọng điểm của Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, bao gồm: Khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Gây mê hồi sức, Sản, Nội Thận – Tiết niệu và Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ. Đồng thời, 51 nhân viên y tế có tham gia công tác vệ sinh bề mặt tại các khoa này cũng được khảo sát. Kết quả từ Biểu đồ 3.1 cho thấy, khoa Hồi sức tích cực – Chống độc và khoa Gây mê hồi sức là hai đơn vị có số lượng mẫu cấy vi sinh nhiều nhất, chiếm tỷ lệ lần lượt là 40% và 32% tổng số mẫu.

Đáng chú ý, khoa Hồi sức tích cực – Chống độc cũng là nơi có tỷ lệ mẫu bề mặt phân lập được vi khuẩn gây bệnh cao nhất trong số 5 khoa, chiếm 70,5%. Điều này có thể lý giải bởi đặc thù chuyên môn của khoa, nơi tiếp nhận nhiều bệnh nhân nặng, nằm viện kéo dài, thực hiện nhiều thủ thuật xâm lấn, đồng thời có tỷ lệ bệnh nhân chuyển tuyến cao – vốn đã mang sẵn các tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV).

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, các vị trí có nguy cơ ô nhiễm cao nhất bao gồm: bề mặt giường, ga đệm, tủ đầu giường và bề mặt máy móc, thiết bị y tế. Đây là các khu vực thường xuyên tiếp xúc gần với người bệnh, do đó có nguy cơ cao trong việc lan truyền mầm bệnh. Ngược lại, các vị trí như tay nắm cửa và xe tiêm không ghi nhận phân lập vi khuẩn gây bệnh. Điều này cho thấy việc ưu tiên làm sạch và khử khuẩn tại khu vực xung quanh người bệnh là hết sức cần thiết để giảm thiểu nguy cơ lây nhiễm chéo giữa người bệnh, thân nhân và nhân viên y tế.

Trong số các vi sinh vật phân lập được, *Acinetobacter baumannii* là chủng vi khuẩn gây bệnh được phát hiện phổ biến nhất trên các bề mặt. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đào Hải Nam thực hiện tại khoa Hồi sức tích cực của Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City [9].

4.1.2. Kết quả vệ sinh bề mặt được giám sát bằng bảng kiểm

Kết quả nghiên cứu cho thấy, phần lớn nhân viên y tế tham gia nghiên cứu đã thực hiện vệ sinh môi trường bệnh viện đạt yêu cầu theo đánh giá bằng bảng kiểm. Tỷ lệ tuân thủ các bước trong quy trình vệ sinh môi trường bề mặt (VSBM) ở nhóm điều dưỡng và hộ sinh đạt 62,7%, thấp hơn một chút so với nhóm hộ lý (63,6%).

Tỷ lệ này tương đối phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Bích và Phạm Thị Ngọc Hương (2019), được thực hiện trên 131 điều dưỡng và hộ sinh tại các khoa lâm sàng của Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ninh, với tỷ lệ đạt yêu cầu là 61,1% [6]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Lý (2021) tại Bệnh viện Mắt Trung ương, với tỷ lệ tuân thủ đạt 75% [7].

Sự chênh lệch này có thể xuất phát từ sự khác biệt về trình độ đào tạo, nhận thức và thói quen thực hành của nhân viên y tế giữa các tuyến bệnh viện. Tại các cơ sở y

tế tuyến trung ương, công tác đào tạo và giám sát thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) thường được tổ chức bài bản, liên tục hơn, từ đó giúp nâng cao kiến thức và kỹ năng thực hành của nhân viên y tế.

Về kết quả giám sát vệ sinh bề mặt, tỷ lệ tuân thủ pha đúng nồng độ hóa chất đạt mức chung là 78,4%. Trong đó, tỷ lệ tuân thủ đối với hóa chất Surfanios đạt 78,3%, cao hơn so với Cloramin B (75%). Nguyên nhân có thể do thiết kế bao bì của Surfanios giúp nhân viên y tế dễ dàng đo lường chính xác lượng hóa chất cần pha, từ đó nâng cao khả năng tuân thủ nồng độ đúng chuẩn.

Ngoài ra, tỷ lệ tuân thủ thời gian tiếp xúc hóa chất với bề mặt của Surfanios cũng cao hơn so với Cloramin B. Điều này có thể liên quan đến khoảng thời gian yêu cầu ngắn hơn của Surfanios (5–10 phút) so với Cloramin B (15–30 phút), giúp nhân viên y tế thuận tiện hơn trong quá trình thực hành.

Về việc sử dụng khăn lau trong vệ sinh bề mặt, 63,6% hộ lý tuân thủ đúng quy định, tỷ lệ này cao hơn so với nhóm điều dưỡng và hộ sinh. Bộ Y tế khuyến cáo nên sử dụng khăn lau dùng một lần tại các khu vực chăm sóc người bệnh nhằm hạn chế nguy cơ lây nhiễm chéo [1, 2]. Khi so sánh với nghiên cứu của Trần Hữu Luyện, tỷ lệ tuân thủ sử dụng hóa chất và khăn lau trong nghiên cứu hiện tại đều cao hơn [8].

4.2. Các yếu tố liên quan đến kết quả vệ sinh bề mặt tại 05 khoa trọng điểm

Kết quả nghiên cứu tại 5 khoa trọng điểm của Bệnh viện cho thấy, tỷ lệ nhân viên y tế được đào tạo về vệ sinh môi trường bề mặt (VSBM) cao nhất tại khoa Gây mê hồi sức (100%) và thấp nhất tại khoa Nội Thận – Tiết niệu (55,6%). Tại khoa Gây mê hồi sức, toàn bộ nhân viên y tế đều đã được tham gia đào tạo về VSBM. Khoa cũng đã xây dựng và ban hành quy trình vệ sinh cụ thể, phân công rõ trách nhiệm cho từng vị trí công việc. Hầu hết nhân viên tại đây thực hiện vệ sinh bề mặt hàng ngày theo đúng hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế [4].

Về ý thức thực hành, nhân viên y tế tại khoa Gây mê hồi sức và Hồi sức tích cực – Chống độc có tỷ lệ đạt yêu cầu cao nhất, trong khi thấp nhất là tại khoa Nội Thận – Tiết niệu. Kết quả này phản ánh mối liên hệ rõ ràng giữa việc được đào tạo đầy đủ và ý thức tuân thủ trong thực hành vệ sinh bề mặt. Đồng thời, điều này cũng phù hợp với kết quả cấy vi sinh cho thấy mức độ ô nhiễm tại các khoa tương ứng.

Nhìn chung, phần lớn nhân viên y tế trong nghiên cứu đã có nhận thức đúng và ý thức cao về vai trò quan trọng của vệ sinh bề mặt trong kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy, kết quả làm sạch bề mặt tại một số khoa trọng điểm của Bệnh viện Đa khoa Đức Giang còn chưa đồng đều. Khoa Gây mê hồi sức có tỷ lệ mẫu đạt chuẩn cao nhất (66,6%), trong khi khoa Nội Thận – Tiết niệu thấp nhất (20%). Nhiều bề mặt quanh giường

bệnh như đẹn, ga, tử đầu giường và thiết bị y tế là nơi thường xuyên phân lập được vi khuẩn gây bệnh như *Acinetobacter baumannii*, *Staphylococcus aureus*.

Tỷ lệ tuân thủ quy trình vệ sinh đạt 62,7%; tuân thủ hóa chất và thời gian tiếp xúc cũng còn hạn chế. Các yếu tố như đào tạo, ý thức nhân viên và đặc điểm khoa phòng có ảnh hưởng đáng kể đến kết quả VSBM.

Do đó, cần tăng cường đào tạo định kỳ, giám sát chặt chẽ, chuẩn hóa quy trình và nâng cao nhận thức cho nhân viên y tế nhằm nâng cao kết quả kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2012), Tài liệu đào tạo liên tục Kiểm soát nhiễm khuẩn cho nhân viên y tế tuyến cơ sở. Hà Nội, 2012.
- Bộ Y tế (2012), Hướng dẫn phòng ngừa chuẩn trong các cơ sở khám chữa bệnh, chữa bệnh, Hà Nội. 2012
- Bộ Y tế (2015), Quyết định số 4290/QĐ-BYT về Hướng dẫn vệ sinh môi trường bề mặt khu phẫu thuật.
- Bộ Y tế (2017), Hướng dẫn Vệ sinh môi trường bề mặt trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Ban hành kèm theo Quyết định số: 3916/QĐ-BYT ngày

28/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

5. Bộ Y tế (2018), Thông tư 16/2018/TT-BYT quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám chữa bệnh, ban hành ngày 20/7/2018.

6. Nguyễn Ngọc Bích, Phạm Thị Ngọc Hương (2021), Kiến thức, thực hành quy trình vệ sinh bề mặt thiết bị y tế của điều dưỡng và nữ hộ sinh các khoa lâm sàng bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ninh. Tạp chí y học Việt Nam tập 504 – tháng 7- số 1 – 2021.

7. Trần Thị Lý (2023), Thực trạng kiến thức và thực hành vệ sinh môi trường của nhân viên y tế bệnh viện Mắt Trung ương năm 2021. Tạp chí y học cộng đồng, 2023. 64, tr.173-180.

8. Trần Hữu Luyện (2024), Đánh giá quy trình vệ sinh của các công ty vệ sinh công nghiệp và đề xuất áp dụng quy trình mới vệ sinh bệnh viện năm 2024. Hics.org.vn.

9. Đào Hải Nam, Nguyễn Thị Phúc, Nguyễn Thị Anh, Lê Thị Thanh Thủy, Nguyễn Thị Thu Vinh – và cộng sự Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City (2019), Thực trạng ô nhiễm bề mặt và so sánh hiệu quả các biện pháp vệ sinh bề mặt tại khoa Hồi sức tích cực của bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City. Thaisoanlab.com.

KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH CHĂM SÓC CỦA BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 5 TUỔI MẮC VIÊM PHỔI TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2024

MATERNAL KNOWLEDGE AND CARE PRACTICES FOR CHILDREN UNDER FIVE WITH PNEUMONIA
AT THE PEDIATRIC DEPARTMENT OF DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2024

✍ NGUYỄN THỊ NHUNG*, HÀ ĐÌNH CHUYỀN
PHẠM THỊ LAM LIÊN, LÊ THỊ THU HƯỜNG, CHU THỊ YẾN

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả mức độ kiến thức về bệnh viêm phổi, kỹ năng và thực hành chăm sóc của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi mắc viêm phổi.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 106 bà mẹ có con dưới 5 tuổi đang điều trị viêm phổi tại Khoa Nhi – Bệnh viện Đa khoa Đức Giang từ ngày 01/01/2024 đến ngày 30/09/2024.

Kết quả: Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về viêm phổi đạt 67,9%; nhận thức đúng về nguyên nhân là 62,3%; dấu hiệu nhận biết thở nhanh đạt 78,3%, li bì khó đánh thức là 73,6%. Ngược lại, các dấu hiệu như thở khò khè và rút lõm lồng ngực có tỷ lệ nhận biết thấp, lần lượt là 21,7% và 28,2%. Kiến thức về đường lây truyền bệnh đạt tỷ lệ rất cao (96,2%). Về thực hành, kỹ năng vệ sinh mũi họng đúng chiếm 84,9%, chế độ ăn hợp lý 90,6%, nhưng tỷ lệ thực hành đúng về tư thế chăm sóc và bú mẹ còn thấp, lần lượt là 15,1% và 9,4%.

Kết luận: Kiến thức và thực hành chăm sóc trẻ viêm phổi của các bà mẹ tương đối cao, tuy nhiên vẫn còn tồn tại khoảng trống lớn trong việc nhận biết một số dấu hiệu cảnh báo nặng và các kỹ năng chăm sóc quan trọng.

Từ khóa: Viêm phổi, trẻ em dưới 5 tuổi, kiến thức, thực hành chăm sóc của bà mẹ, bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

* Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Nhung

Thông tin liên hệ: ngthinhung11684@gmail.com,

ĐT: 0385262211

ABSTRACT

Objective: To describe the level of knowledge about pneumonia, caregiving skills, and practical management among mothers of children under five years old diagnosed with pneumonia.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted involving 106 mothers whose children under five were hospitalized with pneumonia at the Pediatric Department of Duc Giang General Hospital from January 1 to September 30, 2024.

Results: Correct understanding of pneumonia was found in 67.9% of mothers; 62.3% could identify its causes accurately. High recognition was observed for signs like rapid breathing (78.3%) and lethargy (73.6%), while wheezing (21.7%) and chest indrawing (28.2%) had lower recognition rates. Knowledge of transmission routes reached 96.2%. Regarding care practices, nasal hygiene (84.9%) and proper nutrition (90.6%) were commonly practiced, while only 15.1% of mothers knew the correct posture during breathing difficulty, and 9.4% practiced proper breastfeeding.

Conclusion: While most mothers demonstrated satisfactory knowledge and practices, significant deficiencies were identified in recognizing warning signs and essential caregiving skills.

Keywords: Pneumonia, children under five, maternal knowledge and care practice, Đức Giang general hospital.

Keywords: Pneumonia, children, maternal knowledge.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là một trong những bệnh lý nhiễm trùng hô hấp dưới phổ biến và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em trên toàn thế giới, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển như Việt Nam, nơi viêm phổi vẫn là một trong hai nguyên nhân tử vong hàng đầu ở trẻ em [4]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, trong năm 2015, viêm phổi đã gây ra 920.136 ca tử vong ở trẻ em, trong đó nhóm trẻ dưới 5 tuổi chiếm tới 16% tổng số tử vong [5].

Tại Việt Nam, dù đã đạt được nhiều tiến bộ trong quản lý, chẩn đoán và điều trị viêm phổi ở trẻ em, nhưng tỷ lệ mắc bệnh vẫn cao, gấp nhiều lần so với các quốc gia có thu nhập cao trong khu vực. Theo hướng dẫn xử trí viêm phổi ở trẻ em được Bộ Y tế ban hành năm 2014, việc phát hiện và chăm sóc sớm là yếu tố quyết định tiên lượng bệnh [1].

Trong đó, người mẹ là người chăm sóc chính tại gia đình, giữ vai trò trung tâm trong việc theo dõi, phát hiện sớm các dấu hiệu bệnh và thực hành chăm sóc ban đầu. Việc nâng cao nhận thức, kiến thức và kỹ năng chăm sóc cho bà mẹ góp phần quan trọng vào mục tiêu toàn cầu trong việc giảm tử vong do viêm phổi và tiêu chảy ở trẻ dưới 5 tuổi [5].

Xuất phát từ thực tế trên, nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá kiến thức, kỹ năng và thực hành chăm sóc của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi mắc viêm phổi đang điều trị tại Khoa Nhi – Bệnh viện Đa khoa Đức Giang. Kết quả nghiên cứu sẽ góp phần cung cấp cơ sở khoa học cho công tác giáo dục sức khỏe và xây dựng các chương trình can thiệp phù hợp trong cộng đồng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Đa khoa Đức Giang từ 01/01/2024-30/09/2024.

3. Đối tượng nghiên cứu: Tiêu chuẩn lựa chọn là các bà mẹ có con dưới 5 tuổi mắc viêm phổi đang điều trị tại

khoa Nhi - Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, đồng ý tham gia nghiên cứu và có khả năng nhận thức, giao tiếp để trả lời các câu hỏi. Tiêu chuẩn loại trừ là các bà mẹ không đồng ý tham gia nghiên cứu và có con trên 5 tuổi.

4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Chọn cỡ mẫu thuận tiện các bà mẹ đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được đưa vào nghiên cứu.

5. Biến số/ chỉ số/ Nội dung/ chủ đề nghiên cứu: Đặc điểm chung của bà mẹ trong nghiên cứu về thông tin giáo dục, sức khỏe, kiến thức bệnh, kiến thức thực hành và chăm sóc của bà mẹ có con dưới 5 tuổi bị viêm phổi.

6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Thu thập số liệu bằng biểu mẫu nghiên cứu dựa vào phỏng vấn trực tiếp bà mẹ dựa trên kiến thức và thực hành của họ về bệnh viêm phổi.

7. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng các phương pháp thống kê mô tả: số lượng, tỷ lệ %, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn cho ra tỷ lệ % trung bình.

8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành dưới sự tuân thủ về mặt y đức, và sự đồng ý của các đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Kiến thức của bà mẹ về bệnh viêm phổi trẻ em

Kiến thức của bà mẹ về bệnh	Trả lời của bà mẹ			
	Trả lời đúng		Trả lời sai	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Khái niệm	72	67,9	34	32,1
Nguyên nhân	66	62,3	40	37,7
Yếu tố nguy cơ	72	67,9	34	32,1

Nhận xét: Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về khái niệm bệnh viêm phổi là 67,9%; về nguyên nhân gây bệnh viêm phổi và yếu tố nguy cơ gây bệnh trả lần lượt là 62,3% và 67,9%.

Bảng 3.2. Kiến thức của bà mẹ về triệu chứng, biến chứng bệnh viêm phổi

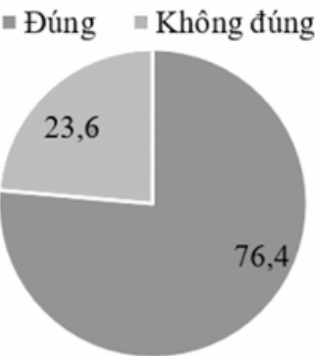
Kiến thức của bà mẹ	Trả lời của bà mẹ			
	Trả lời đúng		Trả lời sai	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Dấu hiệu thở nhanh	83	78,3	23	21,7
Dấu hiệu rút lõm lồng ngực	30	28,2	76	71,7
Dấu hiệu thở khò khè	23	21,7	83	78,3
Dấu hiệu li bì khó đánh thức	78	73,6	28	26,4
Biến chứng của viêm phổi	46	43,4	60	56,6

Nhận xét: Dấu hiệu thở khò khè và dấu hiệu rút lõm lồng ngực chiếm tỉ lệ thấp nhất là 21,7% và 28,2%. Dấu hiệu thở nhanh và dấu hiệu li bì khó đánh thức chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt 78,3% và 73,6%.

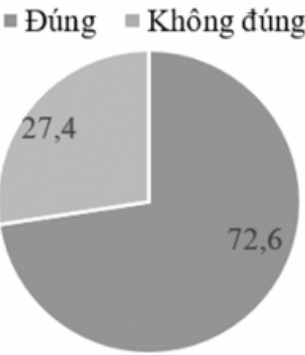
Bảng 3.3. Kiến thức của bà mẹ về dự phòng bệnh

Kiến thức của bà mẹ về dự phòng bệnh	Trả lời của bà mẹ			
	Trả lời đúng		Trả lời sai	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Giữ ấm và vệ sinh mũi họng	69	65,1	37	34,9
Tiêm phòng đầy đủ, đúng lịch	80	75,5	26	24,5
Tránh thuốc lá, khói bụi	88	83,0	18	17,0
Chế độ dinh dưỡng	72	67,9	34	32,1
Đường lây truyền bệnh	102	96,2	4	3,8

Nhận xét: Tỷ lệ các bà mẹ có kiến thức đúng về đường lây truyền bệnh viêm phổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 96,2%. Kiến thức đúng về giữ ấm và vệ sinh mũi họng chiếm tỉ lệ thấp nhất là 65,1%.



Biểu đồ 3.3. Kiến thức chung về bệnh dự phòng bệnh viêm phổi trẻ em



Biểu đồ 3.4. Thực hành chung của bà mẹ về chăm sóc trẻ viêm phổi

Bảng 3.4. Thực hành của bà mẹ về chăm sóc trẻ viêm phổi

Thực hành chăm sóc trẻ	Đúng		Sai	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Tư thế trẻ	16	15,1	90	84,9
Vệ sinh mũi họng	90	84,9	16	15,1
Biện pháp giúp long đờm	78	73,6	28	26,4
Bú mẹ hợp lý	10	9,4	96	90,6
Chế độ ăn hợp lý	96	90,6	10	9,4
Cung cấp đủ nước	70	66,0	36	34,0
Vệ sinh thân thể	74	69,8	32	30,2
Đo thân nhiệt	86	81,1	20	18,9
Đếm nhịp thở	75	70,8	31	29,2
Thực hành cho trẻ ăn	80	75,5	26	24,5

Nhận xét: Đa số các bà mẹ vẫn còn chăm sóc trẻ bị viêm phổi chưa đúng, thấp nhất là tỷ lệ các bà mẹ có thực hành về cho bú mẹ hợp lý (9,4%). Tỷ lệ chăm sóc đúng cao nhất ở nội dung chế độ ăn hợp lý (90,6%).

IV. BÀN LUẬN

Trong khoảng thời gian nghiên cứu từ 01/01/2024-30/09/2024, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá 106 bà mẹ chăm sóc con bị viêm phổi dưới 5 tuổi điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang. Kết quả cho thấy kiến thức đúng của bà mẹ về khái niệm bệnh viêm phổi chiếm 67,9% cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Đỗ Thị Hòa (2017) chỉ chiếm 21,7% [2]. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ gây viêm phổi ở trẻ em tương ứng lần lượt là 62,3% và 67,9%. Kết quả này có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Lành tại Bệnh viện Nhi đồng I với tỷ lệ là 54,8% [3]. Bà mẹ có kiến thức về triệu chứng, biến chứng viêm phổi ở trẻ em để nhận biết sớm các dấu hiệu bệnh để giảm nguy cơ tử vong ở trẻ mắc viêm phổi như dấu hiệu thở khò khè (21,7%), biến chứng của viêm phổi (43,4%) và kiến thức đúng của bà mẹ cao nhất là nhận biết được dấu hiệu thường gặp

(76,4%); kết quả này cao hơn nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Hòa (50,6%) [2]. Nghiên cứu của chúng tôi còn hướng đến kỹ năng thực hành chăm sóc của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi mắc viêm phổi. Dựa trên các cơ sở nghiên cứu y học được đề ra qua phương pháp mô tả cắt ngang nhận thấy tỷ lệ bà mẹ thực hành sai chăm sóc trẻ viêm phổi còn cao thông qua: tỷ lệ cho con bú hợp lý chỉ chiếm 9,4% và tỷ lệ chăm sóc đúng cao nhất ở chế độ ăn hợp lý (90,6%). Đặc biệt kết quả này cao hơn so với kết quả của các nghiên cứu trước đó.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phần lớn các bà mẹ có kiến thức tương đối đầy đủ về bệnh viêm phổi ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt trong nhận thức về nguyên nhân, dấu hiệu thường gặp và cách phòng bệnh. Tuy nhiên, tỷ lệ nhận biết các dấu hiệu cảnh báo nặng như thở khó khê, rút lõm lồng ngực còn thấp, phản ánh nhu cầu cần thiết của các chương trình truyền thông và giáo dục sức khỏe.

Về thực hành, đa số bà mẹ đã áp dụng đúng các biện pháp chăm sóc trẻ như vệ sinh mũi họng, dinh dưỡng hợp lý. Dù vậy, các kỹ năng thiết yếu như cho bú đúng cách và xử lý tư thế khi trẻ khó thở vẫn cần được cải thiện.

Khuyến nghị: Cần tăng cường công tác giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao nhận thức và thực hành chăm sóc trẻ viêm phổi cho các bà mẹ, đặc biệt tập trung vào việc nhận biết sớm dấu hiệu nguy hiểm và can thiệp kịp thời. Việc tiêm chủng đầy đủ, duy trì vệ sinh cá nhân và môi trường, cùng với chế độ dinh dưỡng hợp lý, là những giải pháp quan trọng trong phòng ngừa và giảm thiểu biến chứng của viêm phổi ở trẻ nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2014), Quyết định ban hành hướng dẫn xử trí viêm phổi ở trẻ em.
- Đỗ Thị Hòa (2017), Thay đổi kiến thức và thái độ về nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính sau giáo dục sức khỏe của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi điều trị tại bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định, Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
- Nguyễn Xuân Lành (2013), Kiến thức về bệnh viêm phổi của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi và các yếu tố liên quan, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
- UNICEF Việt Nam (2012), Hai căn bệnh gây tử vong hàng đầu cho trẻ em khu vực Châu Á-Thái Bình Dương và Việt Nam.
- UNICEF (2016), Ending pneumonia and diarrhea deaths is within our grasp.

THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN VẾT MỔ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT TIÊU HÓA TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2023

PREVALENCE OF SURGICAL SITE INFECTIONS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PATIENTS UNDERGOING GASTROINTESTINAL SURGERY AT THE GENERAL SURGICAL DEPARTMENT OF DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2023

✍ BÙI THỊ NGỌC CHIÊN*, NGUYỄN THỊ HOA,
NGUYỄN THỊ THU VÂN, NGUYỄN THỊ HỒNG NHUNG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) và phân tích một số yếu tố liên quan ở người bệnh phẫu thuật tiêu hóa tại Khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2023.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu được thực hiện trên 150 người bệnh phẫu thuật tiêu hóa từ tháng 3 đến tháng 8 năm 2023. Các thông tin về nhân trắc học, đặc điểm phẫu thuật và kết quả vi sinh được thu thập. Phân tích số liệu sử dụng phần mềm SPSS 20.0 với các phép kiểm thống kê phù hợp.

Kết quả: Tuổi trung bình là $43,7 \pm 22,3$. Tỷ lệ NKVM chung là 2,7%. Mổ cấp cứu chiếm 73,3% (tỷ lệ NKVM: 1,8%), mổ phiên chiếm 26,7% (NKVM: 5%). Phẫu thuật nội soi chiếm 94% với tỷ lệ NKVM 2,8%; không có trường hợp NKVM nào ở nhóm mổ mở. Phẫu thuật ruột thừa chiếm 65,3% với tỷ lệ NKVM 2,04%; phẫu thuật đại trực tràng có tỷ lệ NKVM cao nhất (5,9%). Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa NKVM với các yếu tố như tuổi, giới tính, chỉ số ASA, BMI, hình thức phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật, cơ quan phẫu thuật và đặt dẫn lưu sau mổ.

Kết luận: NKVM là biến chứng có thể gặp sau phẫu thuật tiêu hóa. Mặc dù tỷ lệ NKVM trong nghiên cứu thấp, cần tiếp tục giám sát và kiểm soát tốt yếu tố nguy cơ để giảm thiểu biến chứng này.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn vết mổ, phẫu thuật tiêu hóa, yếu tố nguy cơ.

Bệnh viện đa khoa Đức Giang

* Người chịu trách nhiệm: Bùi Thị Ngọc Chiên

Địa chỉ: Khoa Ngoại Tổng Hợp - Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Email: ngocchien0709@gmail.com- 0974050079

ABSTRACT

Objective: to describe the prevalence of surgical site infections (SSI) and analyze related factors in patients undergoing gastrointestinal surgery at the General Surgery Department of Duc Giang General Hospital in 2023.

Subjects and Methods: A prospective cross-sectional study was conducted on 150 patients from March to August 2023. Demographic data, surgical characteristics, and microbiological test results were collected. Data were analyzed using SPSS 20.0 with appropriate statistical methods.

Results: The mean age was 43.7 ± 22.3 years. The overall SSI rate was 2.7%. Emergency surgeries accounted for 73.3% (SSI: 1.8%), and elective surgeries 26.7% (SSI: 5%). Laparoscopic procedures made up 94% with a 2.8% SSI rate, while open surgeries (6%) had no SSIs. Appendectomies were the most common (65.3%, SSI: 2.04%), while colorectal surgeries had the highest SSI rate (5.9%). No statistically significant associations were found between SSI and variables such as age, gender, BMI, ASA score, surgical approach, surgery type, or use of postoperative drainage.

Conclusion: SSI remains a relevant complication in gastrointestinal surgery. Although the rate was low in this study, ongoing surveillance and risk mitigation strategies are essential to improve surgical outcomes.

Keywords: Surgical site infection, gastrointestinal surgery, risk factors.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một trong những biến chứng thường gặp trong ngoại khoa, có thể làm kéo dài thời gian nằm viện, gia tăng chi phí điều trị và ảnh hưởng đến kết quả hồi phục của người bệnh [1]. Trong nhóm các phẫu thuật ngoại khoa, phẫu thuật tiêu hóa (PTTH) được xem là nhóm có nguy cơ cao bị NKVM do đặc thù là các phẫu thuật nhiễm hoặc phẫu thuật bẩn [6].

NKVM có thể phát sinh do vi khuẩn, vi rút, nấm hoặc ký sinh trùng, và bị chi phối bởi bốn nhóm yếu tố nguy cơ chính: yếu tố môi trường, yếu tố phẫu thuật, yếu tố liên quan đến người bệnh và tác nhân gây bệnh. Dù có nhiều biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn được áp dụng, NKVM vẫn còn là một thách thức lớn trong thực hành điều dưỡng và ngoại khoa.

Tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, năm 2022 đã thực hiện hơn 9.200 ca phẫu thuật, trong đó gần 40% là PTTH. Tuy nhiên, chưa có thống kê đầy đủ nào đánh giá tỷ lệ NKVM sau PTTH cũng như các yếu tố nguy cơ đi kèm. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ và phân tích một số yếu tố liên quan trên người bệnh phẫu thuật tiêu hóa tại Khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2023.*

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Ngoại Tổng Hợp - Bệnh viện Đa khoa Đức Giang
- Thời gian: Từ tháng 01/03/2023 đến tháng 15/08/ 2023
- Đối tượng nghiên cứu: Là người bệnh được phẫu thuật, chăm sóc và điều trị về tiêu hóa tại khoa Ngoại Tổng Hợp - Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- Chọn mẫu toàn bộ, $n = 150$ NB

- Các chỉ số nghiên cứu: Đặc điểm nhân trắc học, chỉ số về nhiễm khuẩn vết mổ, thông tin liên quan tới phẫu thuật, kết quả xét nghiệm vi sinh.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để thực hiện các thuật toán thống kê: tính phần trăm, tính trung bình, độ lệch chuẩn. $p < 0,05$ là mức được coi là có nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu:

Bảng 3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu ($n=150$)

Đặc điểmv		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 18	28	18,7
	19 – 59	75	50
	≥ 60	47	31,3
Giới	Nam	78	52
	Nữ	72	48
BMI	$BMI < 18,5$	24	16
	$18,5 \leq BMI \leq 25$	107	71,3
	$BMI \geq 25$	19	12,7
ASA	1	128	85,3
	2	13	8,7
	3	5	3,3
	4	4	2,7
Dẫn lưu ổ bụng	Có	65	43,3
	Không	85	56,7
Nhiễm khuẩn vết mổ	Có		2,7
	Không		97,3

Nhận xét: Đối tượng trong nghiên cứu chủ yếu thuộc nhóm tuổi 19 – 59 tuổi chiếm tỷ lệ 50%. Độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 43,7. Số người bệnh nam tham gia nghiên cứu chiếm tỷ lệ nhiều hơn với 52%. Nhóm người bệnh có chỉ số BMI $18,5 \leq \text{BMI} < 25$ chiếm đa số với 71,3%, Đa số người bệnh có chỉ số ASA từ 1 đến 2 chiếm 94%. Người bệnh không có dẫn lưu ổ bụng chiếm chủ yếu 56,7%. Tỷ lệ NKVM chiếm 2,7%.

3.2. Nguyên nhân và một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ

Bảng 3.2. Nguyên nhân và một số yếu tố liên quan đến NKVM

Đặc điểm		Số người bệnh	Tỷ lệ % tổng số người bệnh	Số NKVM	Tỷ lệ % NKVM / người bệnh
Bệnh mắc kèm	Không	126	84	3	2,4
	Có	24	16	1	4,1
Hình thức PT	Cấp cứu	110	73,3	2	1,8
	Phiên	40	26,7	2	5
Cách thức PT	Nội soi	141	94	4	2,8
	Mở	9	6	0	0
Cơ quan PT	Dạ dày, tá tràng	7	4,7	0	0
	Ruột thừa	98	65,3	2	2,04
	Đại trực tràng	34	22,7	2	5,9
	Gan mật tụy	11	7,3	0	0

Nhận xét: Số người bệnh không có bệnh lý kèm theo bệnh chiếm đa số với tỷ lệ 84%. Tỷ lệ NKVM ở đối tượng có bệnh kèm theo là 4,1%. Tỷ lệ % NKVM là 5% ở nhóm mổ phiên và 1,8% ở nhóm mổ cấp cứu. Nhóm bệnh nhân mổ nội soi có tỷ lệ NKVM là 2,8%. Phẫu thuật đại trực tràng có tỷ lệ NKVM là 5,9%, nhóm PT dạ dày – tá tràng và gan, mật, tụy không gặp biến chứng NKVM.

3.3. Các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ

Bảng 3.3. Các yếu tố liên quan đến NKVM

Đặc điểm		Nhiễm khuẩn vết mổ		p
		Có (%)	Không (%)	
Tuổi	≤ 18	0	100	0,909
	19 – 59	2,7	97,3	
	≥ 60	4,3	95,7	
Giới	Nam	3,8	96,2	0,621
	Nữ	1,4	98,6	
ASA	1-2	2,1	97,9	0,221
	3-4	11,1	88,9	
Thời gian PT	< 120 phút	3	97	0,629
	≥ 120 phút	2,4	97,6	
Hình thức PT	Mổ phiên	5	95	0,277
	Mổ cấp cứu	1,8	98,2	
Cách thức PT	Mổ nội soi	2,8	97,2	1
	Mổ mở	0	0	
Bệnh kèm theo	Có	4,2	95,8	0,506
	Không	2,4	97,6	
Cơ quan PT	Dạ dày, tá tràng	0	100	0,394
	Ruột thừa	2	98	
	Đại trực tràng	5,9	94,1	
	Gan, mật, tụy	0	100	
Dẫn lưu	Có	4,6	95,4	0,321
	Không	1,2	98,8	

Nhận xét: Không có mối liên quan nào giữa tuổi, giới tính, chỉ số ASA, bệnh kèm theo với NKVM ($p > 0,05$). Không có mối liên quan giữa hình thức, cách thức, cơ quan phẫu thuật với NKVM ($p > 0,05$). Không có sự liên quan giữa tình trạng dẫn lưu sau mổ với nhiễm khuẩn vết mổ ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 150 NB phẫu thuật tiêu hóa tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đức Giang có những đặc điểm như sau: tuổi trung bình là 43,7 tuổi, tỉ lệ nam/ nữ là 1.04/1. Người bệnh có ASA loại 1 chiếm tới 85,3%, loại 2 chiếm 8,7%.

4.1. Đặc điểm về phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu

NB tham gia nghiên cứu được mổ cấp cứu và mổ phiên chiếm lần lượt 73,7%; 26,3%. Tỷ lệ này khác với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Ngọc (2021) [2] với tỷ lệ mổ phiên và mổ cấp cứu lần lượt là 52,6% và 47,4%; Tỷ lệ này khác nhau có thể do mô hình bệnh tật của bệnh viện dẫn đến hình thức phẫu thuật khác nhau. Phương pháp mổ nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm chủ yếu là 94%. Về cơ quan phẫu thuật, phẫu thuật ruột thừa và biến chứng chiếm tỷ lệ cao nhất (65,3%), tiếp theo là phẫu thuật đại – trực tràng (22,7%). Có 43,3% người bệnh được đặt dẫn lưu sau mổ. Tỷ lệ NKVM chiếm 2,7%, thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Văn Tân (2016) [3] tại bệnh viện Bạch Mai với tỷ lệ NKVM là 3,6%; Sự khác biệt này do phụ thuộc vào nhiều yếu tố như cơ sở vật chất, trang thiết bị hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn cũng như nỗ lực của các nhân viên y tế.

4.2. Một số yếu tố liên quan nhiễm khuẩn vết mổ phẫu thuật tiêu hóa

Khi đánh giá một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ ở bệnh nhân PTTH chúng tôi chưa tìm thấy sự liên quan giữa các yếu tố như tuổi, giới, BMI, chỉ số ASA và tình trạng NKVM. Khác biệt với tác giả Isik O. (2015) [4] cho thấy tình trạng thừa cân có nguy cơ NKVM cao hơn 4 lần. Nghiên cứu của Hoàng Thị Vân Anh cho thấy nhóm NB có điểm ASA từ 3 – 4 có tỷ lệ NKVM cao hơn nhóm có ASA từ 1 – 2 (1,7%) ($p < 0,05$). Việc không tìm được ra sự liên quan này có thể do cỡ mẫu của nghiên cứu chúng tôi chưa đủ lớn.

Các yếu tố như hình thức, cách thức phẫu thuật, cơ quan phẫu thuật, dẫn lưu sau mổ cũng được chúng tôi xem xét. Trong nghiên cứu chỉ ra người bệnh mổ cấp cứu có tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ thấp hơn so với người bệnh mổ phiên, phương pháp mổ nội soi có tỷ lệ NKVM là 2,8%, mổ mở là 0%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Kết quả khác biệt như vậy có thể giải thích do số người bệnh mổ mở ở nghiên cứu chúng tôi chỉ chiếm 6% so với 94% người bệnh mổ nội soi. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy NB PT đại – trực tràng có tỷ lệ NKVM cao nhất (5,9%), PT dạ dày – tá tràng, PT gan – mật – tụy không có NB nào NKVM, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Wang Zhiwei (2019) [5] cho thấy người bệnh PT đại tràng và người bệnh PT ruột non có tỷ lệ NKVM cao nhất đều là 8,2%.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 150 người bệnh được phẫu thuật tiêu hóa, chăm sóc và theo dõi tại Khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, chúng tôi ghi nhận một số đặc điểm chính như sau:

- Tỷ lệ NKVM là 2,7%;
- Mổ cấp cứu chiếm 73,3%, mổ phiên chiếm 26,7%;
- Mổ nội soi chiếm ưu thế (94%) so với mổ mở (6%);
- PT ruột thừa chiếm 65,3%; PT đại trực tràng 22,7%;
- Có 43,3% người bệnh được đặt dẫn lưu sau mổ;
- Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa NKVM với các yếu tố như tuổi, giới, BMI, hình thức và phương pháp phẫu thuật, cơ quan phẫu thuật hay dẫn lưu.

Kết quả cho thấy rằng, mặc dù tỷ lệ NKVM tương đối thấp, biến chứng này vẫn có thể xảy ra và cần tiếp tục được giám sát nghiêm ngặt. Việc nâng cao kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn trong thực hành điều dưỡng và ngoại khoa là cần thiết để giảm thiểu nguy cơ và nâng cao chất lượng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2023). Quyết định số 1526/QĐ-BYT ban hành Hướng dẫn giám sát nhiễm khuẩn vết mổ, ngày 24/03/2023.
2. Nguyễn Thị Bích Ngọc, N. Hoàng, and T. Quang Trung (2021). Đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ và một số yếu tố liên quan người bệnh phẫu thuật ống tiêu hóa tại bệnh viện Thanh Nhàn. Tạp chí Y học Việt Nam. 507(1).
3. Phạm Văn Tân. Nghiên cứu nhiễm khuẩn vết mổ các phẫu thuật tiêu hóa tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai. 2016.
4. O. Isik, E. Kaya, P. Sarkut et al. Factors Affecting Surgical Site Infection Rates in Hepatobiliary Surgery, Surg Infect (Larchmt). 2015
5. Wang Zhiwei, et al. "Surgical site infection after gastrointestinal surgery in China: a multicenter prospective study." Journal of Surgical Research. 2019.
6. WHO (2009). Prevention of hospital acquired, A practical guide 2nd edition, Geneva, Switzerland.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ TRUYỀN KHỐI HỒNG CẦU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2024

EVALUATION THE EFFECTIVENESS OF RED BLOOD CELL TRANSFUSION AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2024

✍ PHAN THỊ NGỌC LAN*, ĐẶNG THÙY LINH,
VŨ THỊ THU HƯƠNG, NGUYỄN THỊ THẢO LINH

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả truyền khối hồng cầu tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang trong giai đoạn từ tháng 2 đến tháng 4 năm 2024.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng dữ liệu từ hệ thống quản lý bệnh viện và kết quả xét nghiệm máu ngoại vi trước và sau truyền.

Kết quả: Trong 262 bệnh nhân được truyền khối hồng cầu, nam chiếm 59,5% và nữ chiếm 40,5%; nhóm tuổi trên 64 chiếm tỷ lệ cao nhất (58,4%). Sau truyền, các chỉ số huyết học như HGB, RBC, HCT và huyết động học cải thiện đáng kể với $p < 0,05$. Không ghi nhận phản ứng sớm bất lợi liên quan đến truyền khối hồng cầu.

Kết luận: Truyền khối hồng cầu giúp cải thiện đáng kể tình trạng huyết học và huyết động. Cần tiếp tục theo dõi chặt chẽ để phát hiện kịp thời các phản ứng truyền máu sớm.

Từ khóa: Truyền khối hồng cầu, hiệu quả truyền máu, phản ứng bất lợi truyền máu.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of red blood cell (RBC) transfusion at Duc Giang General Hospital between February and April 2024.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted using data from the hospital information system and pre- and post-transfusion peripheral blood tests.

Results: Among 262 transfused patients, 59.5% were male and 40.5% female; the ≥ 64 age group accounted for 58.4%. Post-transfusion, significant improvements were observed in hemoglobin (HGB), red blood cell count (RBC), hematocrit (HCT), and hemodynamic indicators ($p < 0.05$). No early transfusion-related adverse reactions were recorded.

Conclusion: RBC transfusion significantly enhances hematologic and hemodynamic parameters. Continuous monitoring is essential to detect early transfusion reactions.

Keywords: Red blood cell transfusion, transfusion effectiveness, transfusion adverse reactions.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu và các chế phẩm từ máu đóng vai trò thiết yếu trong điều trị lâm sàng, đặc biệt trong các tình huống thiếu máu nặng, mất máu cấp tính do chấn thương, phẫu thuật, hóa trị hoặc các bệnh lý tan máu. Hiện nay chưa có chế phẩm nhân tạo nào có thể thay thế hoàn toàn vai trò của máu trong điều trị y khoa hiện đại [1].

Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), mỗi năm có khoảng 118,5 triệu đơn vị máu được sử dụng trên toàn cầu. WHO cũng cảnh báo tỷ lệ phản ứng bất lợi sau truyền máu dao động từ 0,2% đến 10%, tùy thuộc vào loại phản ứng và mức độ nghiêm trọng; trong đó bao gồm các biểu hiện như sốt, dị ứng, sốc phản vệ, tán huyết và tổn thương phổi liên quan đến truyền máu [3,5].

Tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, năm 2023 đã sử dụng 5.207 đơn vị khối hồng cầu từ Trung tâm Truyền máu

Quốc gia, và có xu hướng tăng từ 5–10% mỗi năm. Bệnh nhân thường được chỉ định truyền máu nhiều lần trong quá trình điều trị [2,4].

Trong bối cảnh đó, việc đánh giá hiệu quả của truyền khối hồng cầu và phát hiện sớm các phản ứng bất lợi là cực kỳ cần thiết, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc và đảm bảo an toàn cho người bệnh. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với hai mục tiêu chính:

1. Mô tả sự thay đổi của các chỉ số máu ngoại vi trước và sau khi truyền khối hồng cầu tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang từ tháng 2 đến tháng 4 năm 2024.

2. Ghi nhận và phân tích các phản ứng sớm bất lợi có thể xảy ra liên quan đến truyền khối hồng cầu.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ bệnh nhân có chỉ định truyền khối hồng cầu

Khoa Huyết học – Truyền máu, Bệnh viện đa khoa Đức Giang

* Người chịu trách nhiệm: Phan Thị Ngọc Lan

Email: ngoclan.dkdg@gmail.com - 0936368680

được khoa Huyết học – Truyền máu, BVĐK Đức Giang phát ra từ tháng 4/2024 đến hết tháng 6/2024.

Sinh phẩm (mẫu máu trước và sau truyền) của bệnh nhân.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: 1/2/2024 đến hết 30/4/2024 tại khoa Huyết học – Truyền máu, Bệnh viện đa khoa Đức Giang, tầng 2 nhà A, 54 Trường Lâm, Long Biên, Hà Nội.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Tiêu chí chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ bệnh nhân được truyền khối hồng cầu thành công tại khoa Huyết học-Truyền máu, bệnh viện Đức Giang.

2.5. Tiêu chí loại trừ

Bệnh nhân được truyền nhiều chế phẩm máu cùng 1 lần cấp phát.

Các bệnh nhân có chỉ định truyền và cấp phát đơn vị cấp phát thành công nhưng không được làm xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu trước và sau xét nghiệm trong 24h.

2.6. Phương tiện nghiên cứu

Hồ sơ: Bệnh án, phần mềm quản lý tử máu – Labconnect. Bs, sổ quản lý và yêu cầu cấp phát máu; hệ thống quản lý tổng thể bệnh viện – FPT.eHospital và phần mềm Labconnect – Kết quả xét nghiệm.

Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: Thực hiện trên máy tổng phân tích tế bào máu tự động XN1000 Sysmex, DXH 690T Beckman Coulter theo quy trình xét nghiệm phù hợp với tiêu chuẩn đánh giá chất lượng phòng xét nghiệm.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm Excel 2016, Spss 20, tính số lượng và tỷ lệ %, phân và lọc khoảng, vẽ đồ thị mô tả thống kê.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về giới của đối tượng nghiên cứu

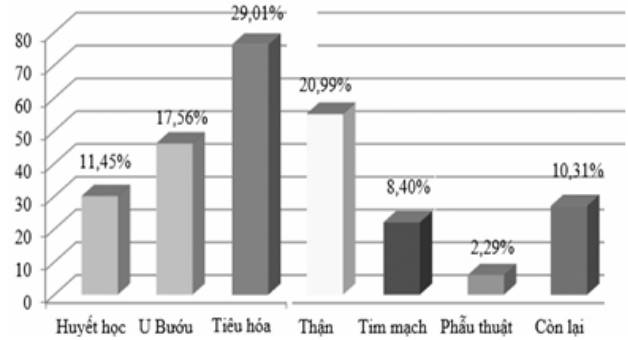
Giới	Số lượng(n)	Tỷ lệ (%)
Nam	156	59.5%
Nữ	106	40.5%
Tổng	262	100.0%

Nhận xét: Trong tổng số 262 bệnh nhân truyền máu nam giới chiếm tỷ lệ là 59.5%, nữ giới là 40.5%. Tỷ lệ nam/nữ lần lượt là 1.5/1. Nhóm tuổi >64 chiếm 58.4%.

Bảng 3.2. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số lượng(n)	Tỷ lệ (%)
Từ 0 – 14 tuổi	13	5.0%
Từ 15 - 64 tuổi	96	36.6%
Trên 64 tuổi	153	58.4%
Tổng	262	100.0%

Nhận xét: Nhóm tuổi của bệnh nhân >64 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 58.4%, thấp nhất là nhóm bệnh nhân từ 0-14 tuổi là 5%.



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm theo bệnh của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Nhóm bệnh lý về tiêu hóa được truyền nhiều nhất chiếm 29.01%. Thấp nhất là nhóm bệnh lý liên quan tới phẫu thuật chiếm 2.29%. Với $p=0.00012$ (<0.05) cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa việc thống kê trong phân bố số lượng bệnh nhân giữa các nhóm bệnh lý.

3.2. Hiệu quả truyền KHC

3.2.1. Sự thay đổi về huyết động

Bảng 3.3. Dấu hiệu huyết động của bệnh nhân trước và sau truyền KHC

Chỉ số	Trước truyền ($\bar{X} \pm SD$)	Sau truyền ($\bar{X} \pm SD$)	p
Mạch (lần/phút)	90.28 ± 14.21	85.37 ± 13.3	0.0000591
HA tâm thu (mmHg)	114.64 ± 16.13	118.96 ± 13.22	0.000918
HA tâm trương (mmHg)	66.87 ± 11.11	70.17 ± 9.6	0.000331

Nhận xét: Các chỉ số huyết động của bệnh nhân thay đổi theo hướng tốt lên sau khi được truyền KHC, mạch giảm đi, huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương tăng lên, sự khác biệt giữa trước và sau truyền có ý nghĩa thống kê với $p<0.05$.

3.2.2. Sự thay đổi về chỉ số tế bào máu ngoại vi

Bảng 3.4. Thay đổi các chỉ số tế bào máu ngoại vi sau truyền KHC

Chỉ số	Trước truyền ($\bar{X} \pm SD$)	Sau truyền ($\bar{X} \pm SD$)	p
RBC (T/L)	2.7 ± 0.63	3.3 ± 0.65	1.74×10^{-22}
HGB (g/L)	71.8 ± 13.4	91.7 ± 51.2	4.11×10^{-9}
HCT (%)	23.1 ± 9.6	28.0 ± 6.08	2.44×10^{-11}

Nhận xét: Các chỉ số RBC, HGB, HCT của bệnh nhân sau truyền KHC đều tăng lên so với trước truyền, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0.05$.

3.2.3. Hiệu quả sau truyền KHC theo nhóm bệnh lý

Bảng 3.5. Hiệu quả sau truyền KHC về HST theo nhóm bệnh lý

Nhóm bệnh lý	HST trung bình trước truyền KHC (g/l) ($\bar{X} \pm SD$)	HST trung bình sau truyền KHC (g/l) ($\bar{X} \pm SD$)	TB HST tăng sau truyền (g/l)
Huyết học	68.69 $\pm$ 1.58	104.89 $\pm$ 15.86	36.2
U Bướu	79.97 $\pm$ 11.41	97.49 $\pm$ 18.76	17.52
Tiêu hóa	69.46 $\pm$ 13.76	85.16 $\pm$ 13.25	15.7
Thận	72.82 $\pm$ 13.38	89.82 $\pm$ 17.25	17.0
Tim mạch	67.58 $\pm$ 13.44	86.53 $\pm$ 13.03	18.94
Phẫu thuật	76.88 $\pm$ 10.25	98.38 $\pm$ 14.85	21.5
Còn lại	69.44 $\pm$ 10.8	88.13 $\pm$ 12.17	18.69

Nhận xét: Sau truyền KHC nhóm bệnh lý liên quan tới Huyết học có lượng TB HST tăng cao nhất là 36.2g/l. Nhóm bệnh lý về tiêu hóa có lượng TB HST tăng thấp nhất là 15.7 g/l. sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 1.71 \times 10^{-21}$ (<0.05).

3.3. Tai biến sớm khi truyền KHC

Bảng 3.6. Các phản ứng sớm sau truyền KHC

Các phản ứng sớm khi truyền KHC	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Shock	0	0%
Ngứa	0	0%
Nổi mề đay	0	0%
Rét run	0	0%
Sốt	0	0%
Khó thở	0	0%
Khác	0	0%
Tổng cộng	0	0%

Trong tổng số 262 bệnh nhân được truyền máu không có ghi nhận các phản ứng sớm sau truyền KHC.

4. Bàn luận

Trong nghiên cứu với 262 bệnh nhân cho thấy có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ giới tính giữa tỷ lệ giới tính giữa các bệnh nhân được truyền máu, với nam giới chiếm 59.5% và nữ giới là 40.5%, tỷ lệ nam/ nữ lần lượt là 1.5/1.

Nhóm tuổi của bệnh nhân từ 64 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất, lên tới 58.4%. Kết quả này cho thấy người cao tuổi là nhóm có nguy cơ cao nhất trong tình trạng thiếu máu, đồng thời phản ánh thực trạng sức khỏe của nhóm đối tượng này. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Thị Lý (2021) tại bệnh viện Trung ương quân đội 108 cũng chỉ ra rằng: với tỷ lệ nam/ nữ lần lượt là 1.7/1 và nhóm bệnh nhân > 60 tuổi cũng chiếm tỷ lệ cao (52.3%) [1].

4.1. Tình trạng huyết động sau truyền KHC

Tình trạng huyết động của bệnh nhân sau truyền KHC cho thấy phản ánh hiệu quả của quá trình truyền máu: trước khi truyền máu tần số mạch 90.28 ± 14.21 (lần/phút), huyết áp $114.64 \pm 16.13 / 66.87 \pm 11.11$ (mmHg). Sau truyền máu tần số mạch bệnh nhân giảm còn 85.37 ± 13.3 (lần/phút), huyết áp bệnh nhân cũng tăng lên rõ $118.96 \pm 13.22 / 69.17 \pm 9.6$ (mmHg). Sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$ cho thấy đây không phải là kết quả ngẫu nhiên mà thực sự là tác động tích cực của việc truyền KHC. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Giang Nam và cộng sự tại bệnh viện Quân Y 103 chỉ ra trước khi truyền máu tần số mạch 97.5 ± 5.5 (lần/phút), huyết áp $103.7 \pm 8.4 / 65.8 \pm 4.7$ (mmHg). Sau truyền máu tần số mạch bệnh nhân 85.3 ± 4.7 (lần/phút), huyết áp bệnh nhân $116.5 \pm 8.9 / 72.2 \pm 4.7$ (mmHg). Điều này có thể lý giải là do đối tượng truyền máu chủ yếu là nhóm bệnh nội khoa, tình trạng mất máu cấp ít gặp hơn.

4.2. Thay đổi chỉ số tổng phân tích tế bào máu ngoại vi

Nghiên cứu của chúng tôi đã ghi nhận sự thay đổi tích cực ở các chỉ số này sau khi truyền KHC. Các chỉ số trước truyền về RBC, HGB và HCT lần lượt là 2.7 ± 0.63 (T/l), 71.8 ± 13.4 (g/l) và 23.1 ± 9.6 (%). Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng, sau truyền KHC thì các chỉ số đều tăng lên so với trước khi truyền tương ứng lần lượt là 3.3 ± 0.63 (T/l), 91.7 ± 13.4 (g/l) và 28 ± 9.6 (%). Các chỉ số này đều cho thấy sự khác biệt trước và sau truyền với $p < 0.05$ có ý nghĩa thống kê chứng minh hiệu quả cải thiện tình trạng thiếu máu của bệnh nhân. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Thị Lý và cộng sự năm 2021 tại Bệnh viện quân đội Trung ương 108 nêu ra các chỉ số tương ứng trước truyền lần lượt là: 2.14 ± 0.75 (T/l), 74.84 ± 11.9 (g/l) và 23.6 ± 3.7 (%) sau truyền tương ứng các chỉ số là 2.62 ± 0.7 (T/l), 88.34 ± 13.0 (g/l) và 27.5 ± 3.7 (%) lượng HST tăng trung bình sau khi truyền 100ml KHC là $66,52 \pm 41,42$ mg/kg thể trọng bệnh nhân [20].

4.3. Các phản ứng sớm liên quan tới truyền KHC

Nghiên cứu của của Đỗ Thị Lý (2021) tại bệnh viện Trung ương quân đội 108 đưa ra có 6.16% bệnh nhân gặp phản ứng sớm khi truyền KHC hay gặp là sốt, ngứa, nổi mề đay và rét run. Tỷ lệ này gặp ở nhóm bệnh nhân mắc các bệnh lý về máu ác tính [20]. Khi so sánh kết quả của nghiên cứu, có thể thấy rằng tỷ lệ phản ứng sớm ở bệnh viện chúng tôi thấp hơn nhiều với tỷ lệ là 0%. Điều này có thể lý giải do Bệnh viện đa khoa Đức Giang không điều trị bệnh nhân mắc bệnh máu ác tính, nhóm bệnh này thường có nguy cơ cao hơn về các phản ứng truyền máu

do truyền máu nhiều lần nên tỷ lệ xuất hiện kháng thể bất thường cao hơn dẫn đến truyền máu không hiệu lực.

liệu để tăng cường khả năng phát hiện các biến cố hiếm gặp và nâng cao độ an toàn trong thực hành lâm sàng.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu trên 262 bệnh nhân truyền khối hồng cầu tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang cho thấy hiệu quả rõ rệt của truyền máu, với sự cải thiện đáng kể về các chỉ số huyết học như HGB, RBC và HCT sau truyền ($p < 0,05$). Bệnh nhân >64 tuổi là nhóm chủ yếu cần truyền máu (58,4%), đồng thời không ghi nhận bất kỳ phản ứng bất lợi sớm nào trong nghiên cứu này.

Những kết quả này khẳng định giá trị lâm sàng của việc truyền khối hồng cầu trong cải thiện tình trạng thiếu máu và huyết động. Tuy nhiên, cần tiếp tục theo dõi chặt chẽ các phản ứng truyền máu ở bệnh nhân và ghi nhận đầy đủ dữ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Thị Lý và cộng sự, 2021, Đánh giá hiệu quả truyền khối hồng cầu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Tạp chí Y học Việt Nam, 17,8.
2. Phạm Quang Vinh, Nhà xuất bản Y học, 2018, Huyết học truyền máu cơ bản, 36-37.
3. Sahu S., et al, 2014, Adverse Reactions in Blood Transfusion: A Comprehensive Review. Indian J Hematol Blood Transfus.
4. Savinkina A. A., et al, 2017, National Blood Collection and Utilization in the United States. Transfusion.
5. WHO, 2023, Geneva: World Health Organization, Blood Transfusion Safety.

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ VỆ SINH TAY THƯỜNG QUY TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC, BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2023

CURRENT SITUATION OF HAND HYGIENE COMPLIANCE AT THE INTENSIVE CARE UNIT OF DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2023

✍ NGUYỄN THỊ NGÂN*, TRẦN THỊ OANH

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ vệ sinh tay thường quy của nhân viên y tế tại Khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2023.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành trên 38 nhân viên y tế. Dữ liệu được thu thập bằng phương pháp quan sát ngẫu nhiên qua hệ thống camera giám sát và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Mức độ tuân thủ được phân loại thành: đúng quy trình, không đúng quy trình, và không thực hiện.

Kết quả: Trong 92 cơ hội vệ sinh tay được ghi nhận, tỷ lệ thực hiện vệ sinh tay đạt 94,6%; trong đó chỉ 28,3% đúng quy trình. Thời điểm trước khi chăm sóc bệnh nhân có tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình cao nhất (51,9%). Thời điểm sau thủ thuật có tỷ lệ tuân thủ không đúng quy trình cao nhất (82,4%). Đáng lưu ý, tại thời điểm sau khi tiếp xúc vật dụng xung quanh bệnh nhân, có tới 75% trường hợp không thực hiện vệ sinh tay.

Kết luận: Mặc dù tỷ lệ thực hiện vệ sinh tay chung tương đối cao, nhưng tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình còn thấp. Cần tăng cường huấn luyện, giám sát và cải tiến phương thức kiểm soát nhằm nâng cao hiệu quả dự phòng nhiễm khuẩn bệnh viện.

Từ khóa: Vệ sinh tay, tuân thủ, 5 thời điểm vệ sinh tay.

ABSTRACT

Objective: To describe the current status of hand hygiene compliance among healthcare workers at the Intensive Care Unit of Duc Giang General Hospital in 2023.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 38 healthcare workers. Data were collected through random observation using surveillance cameras and analyzed using SPSS 20.0. Compliance was classified into three levels: correct procedure, incorrect procedure, and no hand hygiene.

Results: Out of 92 observed hand hygiene opportunities, the overall compliance rate was 94.6%; however, only 28.3% followed the correct procedure. The highest proper compliance was recorded before patient care (51.9%), while the highest rate of incorrect compliance occurred after performing procedures (82.4%). Alarmingly, 75% of hand hygiene opportunities after touching patient surroundings were missed.

Conclusion: Although overall hand hygiene performance was relatively high, proper compliance remained limited. Strengthening training, supervision, and monitoring systems is essential to improve infection prevention effectiveness.

Keywords: Hand hygiene, compliance, Five Moments for Hand Hygiene.

Bệnh viện đa khoa Đức Giang

* Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Ngân

Địa chỉ: Khoa HSTC-CD, Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Email: nguyennngan21390@gmail.com; SĐT: 0383836856

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế (Healthcare-Associated Infections – HAIs) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tăng tỷ lệ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện và làm tăng chi phí điều trị [2], [3]. Theo WHO, tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện ở bệnh nhân nội trú dao động từ 3,5% đến 10% [3], và có thể lên tới 12% tại các cơ sở y tế ở Việt Nam [5]. Nghiên cứu tại một số bệnh viện Việt Nam cũng ghi nhận tỷ lệ này dao động quanh mức 4,3%–4,4% [6], [7].

Viêm phổi bệnh viện, đặc biệt là viêm phổi liên quan đến thở máy (VPLQTM), là một trong những biến chứng nặng nề, làm tăng gánh nặng điều trị cho cả hệ thống y tế và người bệnh [8]. Tuy nhiên, WHO khẳng định rằng các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn, đặc biệt là thực hành vệ sinh tay, có thể giúp giảm 30–50% tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện nếu được thực hiện đúng [2], [8].

Vệ sinh tay được xem là can thiệp đơn giản, ít tốn kém nhưng mang lại hiệu quả cao trong phòng ngừa lây nhiễm [4], [11]. Tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, mặc dù đã áp dụng nhiều giải pháp dự phòng trong chăm sóc bệnh nhân thở máy, nhưng giám sát trực tiếp vệ sinh tay gặp khó khăn do hạn chế về nhân lực. Trong bối cảnh đó, việc giám sát tuân thủ vệ sinh tay thông qua hệ thống camera là một giải pháp khả thi nhằm ghi nhận khách quan và đầy đủ hành vi vệ sinh tay của nhân viên y tế.

Do vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ vệ sinh tay thường quy của nhân viên y tế tại Khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2023. Từ đó đề xuất các giải pháp nâng cao hiệu quả kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nhân viên khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01/9/2023 đến tháng 30/9/2023 tại Khoa Hồi sức tích cực- Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

2.3 Thiết kế nghiên cứu:

2.4 Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn toàn bộ 38 nhân viên khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

Quan sát ngẫu nhiên qua bốc thăm vị trí giám sát, khung giờ giám sát trong phần dữ liệu đã lưu giữ trong hệ thống Camera.

2.5 Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

2.5.1 Chỉ số, biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của nhân viên y tế: Giới tính; Nhân viên y tế thuộc nhóm: bác sĩ/điều dưỡng/hộ lý.

Đặc điểm khảo sát tuân thủ vệ sinh tay: ca làm việc; khung giờ; loại quy trình; thời điểm vệ sinh tay; mức độ tuân thủ.

2.5.2 Phương pháp thu thập số liệu

Quan sát quy trình vệ sinh tay qua camera tại 05 thời điểm: trước chăm sóc bệnh nhân, sau chăm sóc bệnh nhân, trước thủ thuật, sau thủ thuật và sau tiếp xúc xung quanh.

Đánh giá mức độ tuân thủ theo 3 mức:

Mức độ 1: Vệ sinh tay đúng quy trình

Mức độ 2: Có vệ sinh tay nhưng không đúng quy trình (không đủ bước, không đủ thời gian).

Mức độ 3: Không vệ sinh tay

2.5.4 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được thống kê và phân tích xử lý trên phần mềm SPSS 20.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n=38)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ
Giới	Nam	10	26,3
	Nữ	28	73,7
Nhân viên y tế	Bác sĩ	11	28,9
	Điều dưỡng	25	65,8
	Hộ lý	2	5,3

Nhận xét: Theo bảng 3.1 ghi nhận kết quả 73,7% đối tượng nghiên cứu là nữ giới, tỷ lệ nam giới chiếm 26,3%. Điều dưỡng chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm đối tượng nghiên cứu là 65,8%, bác sĩ đứng thứ 2 với tỷ lệ là 28,9% và hộ lý chiếm tỷ lệ thấp nhất với 5,3%.

Bảng 3.2: Số lượng cơ hội vệ sinh tay thường quy của NVYT

Tổng số cơ hội vệ sinh tay	Số lượng nhân viên y tế	Số cơ hội VST trung bình/ NVYT
92	38	2,42

Nhận xét: Theo bảng 3.2 ghi nhận có tổng số 92 cơ hội vệ sinh tay được thực hiện bởi 38 nhân viên y tế tại khoa Hồi sức tích cực – Chống độc.

Bảng 3.3: Phân bố số cơ hội vệ sinh tay theo thời điểm

Thời điểm	Số cơ hội	Tỉ lệ %
Trước chăm sóc, khám BN	27	29.3
Sau chăm sóc, khám BN	27	29.3
Trước thủ thuật	17	18.5
Sau thủ thuật	17	18.5
Sau tiếp xúc xung quanh	4	4.4
Tổng	92	100

Nhận xét: Theo bảng 3.3 ghi nhận trong tổng số 92 cơ hội vệ sinh tay trước và sau khi chăm sóc bệnh nhân cùng chiếm tỷ lệ 29,3%. Số cơ hội vệ sinh tay sau tiếp xúc bệnh nhân chiếm 4,4% tổng số cơ hội vệ sinh tay. Số cơ hội vệ sinh tay trước và sau khi thực hiện thủ thuật cùng chiếm 18,5% tổng số cơ hội vệ sinh tay quan sát.

Bảng 3.4: Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay chung (n=92)

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ
Mức độ 1	26	28,3
Mức độ 2	61	66,3
Mức độ 3	5	5,4

Nhận xét: Theo bảng 3.4 ghi nhận trong số 92 cơ hội vệ sinh tay, tỷ lệ vệ sinh tay đạt mức độ 1 là 28,3%, đạt mức độ 2 là 66,3% và đạt mức độ 3 là 5,4%.

Bảng 3.5: Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay thời điểm trước chăm sóc bệnh nhân (n=27)

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ
Mức độ 1	14	51,9
Mức độ 2	13	48,1
Mức độ 3	0	0

Nhận xét: Theo bảng 3.5 ghi nhận trong số 27 cơ hội vệ sinh tay tại thời điểm trước chăm sóc bệnh nhân, tỷ lệ vệ sinh tay đạt mức độ 1 là 51,9%, đạt mức độ 2 là 48,1% và không có trường hợp nhân viên y tế vệ sinh tay đạt mức độ 3.

Bảng 3.6: Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay thời điểm sau chăm sóc bệnh nhân (n=27)

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ
Mức độ 1	4	14,8
Mức độ 2	22	81,5
Mức độ 3	1	3,7

Nhận xét: Theo kết quả bảng 3.6 ghi nhận trong số 27 cơ hội vệ sinh tay tại thời điểm sau chăm sóc bệnh nhân, tỷ lệ vệ sinh tay đạt mức độ 1 là 14,8%, đạt mức độ 2 là 81,5% và đạt mức độ 3 là 3,7%.

Bảng 3.7: Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay thời điểm trước khi làm thủ thuật (n=17)

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ
Mức độ 1	6	35,3
Mức độ 2	11	64,7
Mức độ 3	0	0

Nhận xét: Theo bảng 3.7 ghi nhận trong số 17 cơ hội vệ sinh tay tại thời điểm trước khi làm thủ thuật, tỷ lệ vệ sinh tay đạt mức độ 1 là 35,3%, đạt mức độ 2 là 64,7% và không có trường hợp nhân viên y tế vệ sinh tay đạt mức độ 3.

Bảng 3.8: Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay thời điểm sau khi làm thủ thuật (n=17)

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ
Mức độ 1	2	11,8
Mức độ 2	14	82,4
Mức độ 3	1	5,8

Nhận xét: Theo kết quả bảng 3.8 ghi nhận trong số 17 cơ hội vệ sinh tay tại thời điểm sau khi làm thủ thuật, tỷ lệ vệ sinh tay đạt mức độ 1 là 11,8%, đạt mức độ 2 là 82,4% và đạt mức độ 3 là 5,8%.

Bảng 3.9: Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay thời điểm sau khi tiếp xúc vật dụng xung quanh bệnh nhân

Mức độ	Số lượng (n=4)	Tỷ lệ
Mức độ 1	0	0
Mức độ 2	1	25
Mức độ 3	3	75

Nhận xét: Theo kết quả bảng 3.9 ghi nhận trong số 4 cơ hội vệ sinh tay tại thời điểm sau khi tiếp xúc vật dụng xung quanh bệnh nhân, tỷ lệ vệ sinh tay đạt mức độ 2 là 25%, đạt mức độ 3 là 75% và không có trường hợp nhân viên y tế vệ sinh tay đạt mức độ 1.

4. BÀN LUẬN

Đặc điểm nhân khẩu học và nhóm nghề nghiệp:

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ nữ giới trong nhóm nhân viên y tế tại Khoa Hồi sức tích cực – Chống độc chiếm 73,7%, cao hơn đáng kể so với nam giới (26,3%). Kết quả này phù hợp với xu hướng chung tại các cơ sở y tế, phản ánh đặc thù giới trong ngành điều dưỡng, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân Anh (2021) tại Bệnh viện E, nơi nữ giới cũng chiếm ưu thế [1]. Về phân bố nghề nghiệp, điều dưỡng chiếm tỷ lệ cao nhất (65,8%), tiếp theo là bác sĩ (28,9%) và hộ lý (5,3%), tương đồng với kết quả nghiên cứu trước đó tại Bệnh viện E, nơi lực lượng điều dưỡng đóng vai trò chính trong chăm sóc bệnh nhân [1].

Mức độ tuân thủ vệ sinh tay chung

Trong 92 cơ hội vệ sinh tay được quan sát, 94,6% nhân viên y tế thực hiện vệ sinh tay. Tuy nhiên, chỉ 28,3% thực hiện đúng quy trình, trong khi 66,3% thực hiện không đúng và 5,4% không thực hiện. Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình của nghiên cứu hiện tại gần tương đương với kết quả của Phạm Hữu Khang và cộng sự tại Bệnh viện An Bình (28,29%) [9]. Tuy nhiên, tỷ lệ không thực hiện vệ sinh tay thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu này, khi nhóm tác giả ghi nhận tới 57,12% trường hợp không tuân thủ vệ sinh tay [9].

Tuân thủ tại thời điểm trước khi chăm sóc bệnh nhân

Trong số 27 cơ hội vệ sinh tay tại thời điểm trước khi chăm sóc bệnh nhân, nghiên cứu ghi nhận 51,9% thực hiện đúng quy trình và 48,1% thực hiện không đúng quy trình; không có trường hợp nào không thực hiện vệ sinh tay. Kết quả này tích cực hơn so với các nghiên cứu trước đó. Tại Bệnh viện E, Nguyễn Thị Vân Anh và cộng sự ghi nhận 37,36% nhân viên y tế không thực hiện vệ sinh tay trước khi chăm sóc bệnh nhân [1]. Trong khi đó, tại Bệnh viện Bình Dân, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng và cộng sự (2017) báo cáo tỷ lệ không tuân thủ là 36,4% [7], và tại Bệnh viện An Bình, Phạm Hữu Khang ghi nhận tỷ lệ này lên tới 77,17% [9].

Tuân thủ trước khi thực hiện thủ thuật

Tại thời điểm trước thủ thuật, nghiên cứu ghi nhận 100% nhân viên y tế thực hiện vệ sinh tay, trong đó 35,3% đúng quy trình và 64,7% không đúng. Kết quả này cho thấy sự cải thiện rõ rệt so với các nghiên cứu trước, điển hình như Nguyễn Thị Vân Anh và cộng sự tại Bệnh viện E ghi nhận 30,94% không tuân thủ [1], Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng tại Bệnh viện Bình Dân ghi nhận 26,3% [7], và Phạm Hữu Khang tại Bệnh viện An Bình báo cáo 32,82% nhân viên y tế không thực hiện vệ sinh tay trước thủ thuật [9].

Tuân thủ tại thời điểm sau chăm sóc người bệnh

Trong 27 cơ hội vệ sinh tay được quan sát sau khi chăm sóc bệnh nhân, có 96,3% nhân viên y tế thực hiện vệ sinh tay, trong đó 14,8% tuân thủ đúng quy trình và 81,5% không đúng quy trình; chỉ 3,7% không thực hiện. Tỷ lệ không vệ sinh tay trong nghiên cứu này thấp hơn đáng kể so với Phạm Hữu Khang và cộng sự (66,82%) [9] và Nguyễn Thị Vân Anh (26,82%) [1].

Tuân thủ sau khi làm thủ thuật

Tổng cộng có 17 cơ hội vệ sinh tay được ghi nhận tại thời điểm sau thủ thuật, trong đó 11,8% được thực hiện đúng quy trình, 82,4% không đúng và 5,8% không thực hiện vệ sinh tay. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân Anh và cộng sự (2020), nơi có 20,87% nhân viên y tế không thực hiện vệ sinh tay sau tiếp xúc với người bệnh, kết quả của nghiên cứu hiện tại thể hiện mức độ tuân thủ tốt hơn [1].

Tuân thủ sau khi tiếp xúc vật dụng xung quanh người bệnh

Trong 4 cơ hội quan sát tại thời điểm sau khi tiếp xúc với vật dụng xung quanh bệnh nhân, có tới 75% nhân viên y tế không thực hiện vệ sinh tay, và chỉ 25% thực hiện nhưng không đúng quy trình. Kết quả này cho thấy mức độ tuân thủ thấp đáng báo động, cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân Anh (2020) tại Bệnh viện E ghi nhận 36,95% không thực hiện vệ sinh tay [1] và nghiên cứu của Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng tại Bệnh viện Bình Dân ghi nhận tỷ lệ này là 23,7% [7].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận trong 92 cơ hội vệ sinh tay tại Khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, tỷ lệ thực hiện vệ sinh tay đạt 94,6%, tuy nhiên chỉ có 28,3% thực hiện đúng quy trình. Tỷ lệ tuân thủ đúng cao nhất tại thời điểm trước khi chăm sóc bệnh nhân (51,9%), trong khi tại thời điểm sau tiếp xúc với vật dụng xung quanh bệnh nhân, 75% nhân viên y tế không thực hiện vệ sinh tay.

Kết quả này cho thấy mặc dù nhận thức về vệ sinh tay đã được cải thiện, nhưng tuân thủ kỹ thuật đúng quy trình còn chưa đạt yêu cầu. Việc tăng cường đào tạo, nhắc nhở định kỳ và giám sát khách quan qua hệ thống camera là cần thiết nhằm cải thiện chất lượng dự phòng nhiễm khuẩn tại đơn vị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Vân Anh (2021). Thực trạng tuân thủ vệ sinh tay thường quy trong chăm sóc người bệnh của nhân viên y tế ở các khoa lâm sàng tại Bệnh viện E năm 2020. Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội. Luận văn tốt nghiệp năm 2021.
2. Bộ Y tế (2015), Nhiễm khuẩn và kiểm soát nhiễm khuẩn.
3. Bộ Y tế (2012), Tài liệu đào tạo phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn. Cục quản lý Khám Chữa Bệnh. 2012; 8-9.
4. Bộ Y tế (2016). Kế hoạch hành động quốc gia về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh giai đoạn 2016 - 2020. 2016; 3 - 4.
5. Bộ Y tế (2013). Kế hoạch hành động quốc gia về chống kháng thuốc giai đoạn từ năm 2013 đến năm 2020. Cục quản lý Khám Chữa Bệnh. 2013.
6. Nguyễn Văn Hà, Nguyễn Việt Hùng, Nguyễn Thị Kim Tuyến (2010). Các yếu tố liên quan và gánh nặng nhiễm khuẩn bệnh viện. Tạp chí Y học Thực hành. 2010; 73(2): 132 - 135.
7. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng và cộng sự (2018). Khảo sát thực trạng sự tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế tại Bệnh viện Bình Dân. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. Phụ bản tập 22 (2), Hội nghị khoa học kỹ thuật Bệnh viện Bình Dân: 533-539.
8. Hội Hô hấp Việt Nam (2023). Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị viêm phổi bệnh viện và viêm phổi liên quan đến thở máy. Nhà xuất bản Y học. 2023.
9. Phạm Hữu Khang và cộng sự (2016). Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng Bệnh viện An Bình. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. Phụ bản tập 20 (5), Hội nghị khoa học kỹ thuật Bệnh viện An Bình: 125-128.
10. Nguyễn Xuân Thiêm và cộng sự (2022), Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông, năm 2020. Tạp chí nghiên cứu y học. 152(4): 179-185.
11. Roger Resar và cộng sự. (2005). Using a bundle approach to improve ventilator care processes and reduce ventilator-associated pneumonia. Jt Comm J Qual Patient Saf, 31(5).

THỰC TRẠNG LO ÂU, TRẦM CẢM Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TUYP 2 ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2024

PREVALENCE OF ANXIETY AND DEPRESSION AMONG PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES TREATED AT THE GENERAL INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT OF DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2024

✍ NGUYỄN THỊ CHINH^{1*}, NGUYỄN THỊ HƯƠNG¹, NGUYỄN THỊ THUÝ LAN¹,
NGUYỄN PHƯƠNG HOA², NGUYỄN THU HÀ²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỷ lệ mắc lo âu và trầm cảm ở người bệnh đái tháo đường type 2 đang điều trị tại Khoa Nội Tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2024.

Đối tượng và phương pháp: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 120 bệnh nhân đái tháo đường type 2 từ tháng 1 đến tháng 9 năm 2024. Thang đo HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) được sử dụng để đánh giá mức độ lo âu và trầm cảm.

Kết quả: Trong số 120 người bệnh, nữ giới chiếm 60,8%; nhóm tuổi 60–80 chiếm đa số (73,3%). Thời gian mắc bệnh trung bình là 9,68 năm. Tỷ lệ mắc lo âu là 13,3%, trong đó 5,9% có biểu hiện lo âu rõ rệt. Tỷ lệ trầm cảm là 10%, trong đó 6,7% có triệu chứng trầm cảm.

Kết luận: Lo âu và trầm cảm là các vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến ở người bệnh đái tháo đường type 2, đặc biệt trong nhóm người bệnh lớn tuổi và có thời gian mắc bệnh kéo dài. Cần tăng cường tầm soát và can thiệp tâm lý để nâng cao chất lượng sống và hiệu quả điều trị cho người bệnh.

Từ khóa: Đái tháo đường type 2, lo âu, trầm cảm.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to describe the prevalence of anxiety and depression among patients with type 2 diabetes mellitus receiving treatment at the General Internal Medicine Department, Duc Giang General Hospital in 2024.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 120 patients from January to September 2024. The Hospital Anxiety and De-pression Scale (HADS) was employed to assess anxiety and depression levels.

Results: Among the 120 participants, 60.8% were female and the 60–80 age group accounted for 73.3%. The average duration of diabetes was 9.68 years. The prevalence of anxiety was 13.3%, with 5.9% experiencing clinical anxiety. Depression was observed in 10% of patients, with 6.7% showing depressive symptoms.

Conclusion: Anxiety and depression are prevalent mental health issues in pa-tients with type 2 diabetes, especially among elderly individuals and those with a longer disease duration. Screening and psychological support interventions are necessary to enhance patients' quality of life and treatment outcomes.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus, anxiety; depression.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) type 2 là bệnh lý mạn tính phổ biến toàn cầu với xu hướng gia tăng nhanh chóng. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF, 2023), có khoảng 537 triệu người mắc ĐTĐ năm 2021 và con số này dự kiến sẽ tăng lên 783 triệu vào năm 2045 [5]. Người bệnh ĐTĐ type 2 phải đối mặt với nhiều biến chứng nghiêm trọng

như tim mạch, thần kinh và thận, làm gia tăng tỷ lệ tử vong và suy giảm chất lượng cuộc sống.

Các nghiên cứu cho thấy lo âu và trầm cảm là những rối loạn tâm thần phổ biến ở người mắc ĐTĐ. Theo Collins et al. (2009), khoảng 30–40% người bệnh ĐTĐ có triệu chứng lo âu hoặc trầm cảm, cao gấp 2–3 lần so với dân số chung, từ đó ảnh hưởng tiêu cực đến khả năng kiểm soát đường huyết và làm tăng nguy cơ biến chứng [4].

¹Bệnh viện đa khoa Đức Giang

²Trường Đại học Y Hà Nội

*Tác giả liên hệ chính: Nguyễn Thị Chinh

Email: chinghnguyen260182@gmail.com; Điện thoại: 0986090901

Nghiên cứu gần đây của Horsbøl et al. (2024) cho thấy người bệnh ĐTĐ có biến chứng có nguy cơ lo âu, trầm cảm cao hơn 1,8 lần so với người không có biến chứng, đặc biệt ở những người có bệnh lý tim mạch và thần kinh [5].

Tại Việt Nam, số người mắc ĐTĐ không ngừng tăng lên, tuy nhiên nghiên cứu về sức khỏe tâm thần ở nhóm người bệnh này còn hạn chế. Lý Lan Chi và Ngô Văn Truyền (2022) ghi nhận 36,7% người bệnh ĐTĐ cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ mắc trầm cảm từ nhẹ đến nặng [2].

Tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, bệnh nhân ĐTĐ type 2 chiếm khoảng 25–30% trong tổng số 3.500–4.000 lượt khám Nội tiết mỗi tháng, với 50–100 bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Nội Tổng hợp. Tuy nhiên, đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá tình trạng lo âu và trầm cảm ở nhóm bệnh nhân này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: "Thực trạng lo âu, trầm cảm ở người bệnh ĐTĐ type 2 điều trị tại Khoa Nội Tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2024", nhằm mô tả tỷ lệ mắc lo âu và trầm cảm ở nhóm bệnh nhân trên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 120 người bệnh được chẩn đoán đái tháo đường type 2 điều trị nội trú tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh >18 tuổi, người bệnh tỉnh táo, minh mẫn, có khả năng giao tiếp bằng tiếng Việt. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh đang trong giai đoạn bệnh cấp tính. Người bệnh mắc các bệnh rối loạn tâm thần (loạn thần cấp, tâm thần phân liệt, rối loạn lưỡng cực, rối loạn sử dụng chất).

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Thời gian: Từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 9 năm 2024.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

lượng một tỷ lệ:

+ n: cỡ mẫu nghiên cứu

+ Z: trị số phân phối chuẩn

+ α: mức ý nghĩa thống kê, với độ tin cậy là 95%, α = 0,05 thì Z_{1-α/2} = 1,96.

+ p: ước lượng tỷ lệ trầm cảm ở người bệnh cao tuổi đái tháo đường type 2. Theo nghiên cứu của Vũ Thị Thanh Huyền và cộng sự năm 2018, tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân

cao tuổi đái tháo đường type 2 là 79,4%; chọn p = 0,794 [6].
+ d: sai số cho phép, chọn d = 0,08.

+ Thay vào công thức ta được n tối thiểu 100 người bệnh đái tháo đường type 2.

Trên thực tế, chúng tôi đã chọn được 120 người bệnh cho nghiên cứu

2.5. Các bước thu thập số liệu

Bước 1: Lấy danh sách người bệnh, đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

Bước 2: Giới thiệu mục đích, nội dung, phương pháp và quyền lợi của người tham gia vào nghiên cứu. Nếu đồng ý tham gia nghiên cứu thì ký vào bản đồng thuận (phụ lục 01)

Bước 3: Những người bệnh tham gia nghiên cứu sẽ được phỏng vấn trực tiếp thông qua bộ câu hỏi (phụ lục 02), thời gian phỏng vấn cho mỗi trường hợp khoảng 20 phút. Ngay sau khi phỏng vấn xong, kiểm tra và làm sạch số liệu.

2.6. Công cụ thu thập số liệu:

- Phỏng vấn bằng bộ câu hỏi theo mẫu (phụ lục 02) và hồ sơ bệnh án của người bệnh.

2.6.1 Đặc điểm chung

- Tuổi: Hiệu số giữa năm nghiên cứu và năm sinh.

- Giới: 2 giá trị là nam và nữ Thời gian mắc bệnh: có 3 giá trị mắc bệnh đái tháo đường: dưới 5 năm; 5-10 năm; trên 10 năm.

2.6.2. Thang đo lo âu, trầm cảm:

Sử dụng theo thang điểm bệnh viện HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

2.7. Phương pháp phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng khoa học Bệnh viện Đa khoa Đức Giang phê duyệt theo mã số CS/BVDG/24/38. Người bệnh được giải thích về mục đích và chấp nhận tham gia nghiên cứu. Dữ liệu thu thập chỉ phục vụ cho nghiên cứu, chẩn đoán, giúp cho việc điều trị bệnh được tốt hơn.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 120 người bệnh đủ tiêu chuẩn và thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi (n=120)

Nhóm tuổi	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
20 – 40	1	0,8
40 – 60	19	15,8
60 – 80	88	73,3
>80	12	10,0
Tổng	120	100
Tuổi TB(X ± SD)	69,71 ± 10,385	

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, đối tượng có độ tuổi thấp nhất là 38 tuổi và cao nhất là 93 tuổi, độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 70 tuổi. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 60 – 80 tuổi, ít nhất là 20 – 40 tuổi.

3.1.1. Đặc điểm về giới



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ về giới

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, đối tượng nữ chiếm chủ yếu 60,8%, nam chiếm 39,2%.

Bảng 3.2. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh của người bệnh (n=120)

Thời gian mắc	Tần suất (N)	Tỷ lệ (%)
Từ < 5 năm	30	25
5– 10 năm	48	40
> 10 năm	42	35
Thời gian trung bình	9,68 ± 5,86	

Nhận xét: Thời gian mắc bệnh trung bình là 9,68 năm, sự dao động thời gian lớn, từ 1 đến 32 năm, trong đó có 35% đối tượng mắc bệnh trên 10 năm.

Bảng 3.3. Thực trạng lo âu của người bệnh (n=120)

Mức độ lo âu	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Bình thường	97	80,8
Có triệu chứng lo âu	16	13,3
Lo âu thực sự	7	5,9
Tổng số	120	100
Trung bình điểm lo âu	4,03	

Nhận xét: Điểm lo âu trung bình: 4,03. Người bệnh có triệu chứng lo âu theo HADS (tổng điểm ≥ 8) là 16 người, chiếm tỉ lệ 13,3%. Người bệnh lo âu thực sự theo HADS (tổng điểm ≥ 11) là 7 người, chiếm tỉ lệ 5,9%

Bảng 3.4. Thực trạng trầm cảm của người bệnh (n=120)

Mức độ trầm cảm	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Bình thường	100	83,3
Có triệu chứng trầm cảm	8	6,7
Trầm cảm thực sự	12	10
Tổng số	120	100
Trung bình điểm trầm cảm	2,7	

Nhận xét: Điểm trầm cảm trung bình: 2,7. Người bệnh có triệu chứng trầm cảm theo HADS (tổng điểm ≥ 8) là 8 người, chiếm tỉ lệ 6,7%. Người bệnh nhân trầm cảm thực sự theo HADS (tổng điểm ≥ 11) là 12 người, chiếm 10%

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của người bệnh ĐTĐ type 2

4.1.1. Đặc điểm của người bệnh về tuổi và giới tính

Nghiên cứu trên 120 người bệnh ĐTĐ type 2 tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang cho thấy độ tuổi trung bình là 69,71 ± 10,39, với nhóm 60–80 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (73,3%). Nhóm người bệnh trên 80 tuổi chiếm 10%, trong khi nhóm 40–60 tuổi chiếm 15,8% và chỉ có 0,8% bệnh nhân dưới 40 tuổi.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Thị Hà An (2018), trong đó người bệnh cao tuổi cũng chiếm tỷ lệ lớn nhất, cho thấy mối liên quan chặt chẽ giữa quá trình lão hóa và nguy cơ mắc ĐTĐ type 2 [1]. Theo nghiên cứu của Col-lins et al. (2009), tỷ lệ mắc ĐTĐ type 2 tăng đáng kể ở nhóm trên 60 tuổi, do suy giảm chức năng tế bào beta tuyến tụy, tăng đề kháng insulin và giảm khả năng chuyển hóa glucose [4]. Bên cạnh đó, tuổi cao cũng làm gia tăng nguy cơ mắc các biến chứng tim mạch, thần kinh và thận ở bệnh nhân ĐTĐ.

Về giới tính, nữ giới chiếm 60,8%, cao hơn so với nam giới (39,2%). Điều này tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Hà An (2018) khi nữ giới mắc ĐTĐ type 2 nhiều hơn nam giới [1]. Nguyên nhân có thể do sự thay đổi nội tiết tố ở phụ nữ sau mãn kinh, làm tăng đề kháng insulin và giảm khả năng điều hòa đường huyết. Ngoài ra, phụ nữ có xu hướng sống thọ hơn nam giới, làm gia tăng tỷ lệ mắc ĐTĐ type 2 ở nhóm này.

4.1.2. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu này là 9,68 ± 5,86 năm, với 35% người bệnh mắc bệnh trên 10 năm. Người bệnh mắc từ 5–10 năm chiếm 40%, trong khi 25% mắc dưới 5 năm.

Nghiên cứu của Horsbøl et al. (2024) cũng cho thấy, thời gian mắc bệnh càng dài thì nguy cơ biến chứng càng cao, khả năng kiểm soát đường huyết càng kém, dẫn đến gia tăng tần suất nhập viện [5]. Người bệnh mắc ĐTĐ lâu năm có nguy cơ cao mắc lo âu và trầm cảm do lo sợ biến chứng và suy giảm chất lượng sống.

4.2. Tình trạng lo âu ở người bệnh ĐTĐ type 2

Kết quả nghiên cứu trên 120 đối tượng về tình trạng lo âu theo thang điểm lo âu cho thấy 13,3% người bệnh có triệu chứng lo âu (tổng điểm HADS ≥ 8) và 5,9% người bệnh mắc lo âu thực sự (tổng điểm HADS ≥ 11). Điểm lo âu trung bình trong nghiên cứu này là 4,03. Tỷ lệ lo âu trong nghiên cứu này nhỏ hơn so với tỷ lệ lo âu ở NB ĐTĐ type 2 đang điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai theo nghiên cứu của Trần Thị Hà An năm 2018 là 19,4% tổng số ĐTNC[1]. Điều này có thể được giải thích do đối tượng trong hai nghiên cứu có sự khác nhau, bệnh viện Bạch Mai là bệnh viện tuyến đầu điều trị bệnh nội khoa trên cả nước, các người bệnh đang điều trị nội trú tại đây 100% có nhiều biến chứng nặng hoặc có các bệnh lý nặng đi kèm, và các bệnh nhân xung quanh đa phần mắc bệnh nặng, do đó NB đang điều trị cũng sẽ có tâm lý lo âu hơn khi được

điều trị tại bệnh viện Đức Giang. So sánh với nghiên cứu của AlBekairy et al. (2017), tỷ lệ lo âu trong nghiên cứu này thấp hơn (13,3% so với 23,5%) [3]. Nguyên nhân có thể do người bệnh trong nghiên cứu của AlBekairy có mức độ biến chứng nặng hơn, dẫn đến lo âu cao hơn. Ngoài ra, nghiên cứu của Horsbøl et al. (2024) cũng chỉ ra rằng người bệnh ĐTĐ có biến chứng có nguy cơ mắc lo âu cao hơn từ 1,5–2 lần so với người bệnh không có biến chứng [5].

4.3. Tình trạng trầm cảm ở người bệnh ĐTĐ type 2

Trong nghiên cứu này, 6,7% người bệnh có triệu chứng trầm cảm, trong khi 10% mắc trầm cảm thực sự. Điểm trầm cảm trung bình là 2,7. So sánh với nghiên cứu của Lý Lan Chi và Ngô Văn Truyền (2022), trong đó tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân ĐTĐ tại Việt Nam dao động từ 15–20%, kết quả nghiên cứu này thấp hơn [2]. Tuy nhiên, tỷ lệ này vẫn cao hơn mức trung bình của dân số chung, cho thấy trầm cảm là một vấn đề đáng quan tâm trong nhóm bệnh nhân ĐTĐ. Nghiên cứu của Collins et al. (2009) cũng khẳng định rằng người bệnh ĐTĐ có nguy cơ mắc trầm cảm cao gấp 2–3 lần so với người không mắc ĐTĐ, chủ yếu do áp lực kiểm soát bệnh, lo ngại về biến chứng và suy giảm chức năng thể chất [4]. Ngoài ra, người bệnh mắc trầm cảm có xu hướng bỏ qua các khuyến nghị điều trị, ít tuân thủ chế độ ăn uống và lười vận động hơn, làm gia tăng nguy cơ biến chứng.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 120 NB đái tháo đường type 2 tại Khoa Nội Tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang cho thấy:

- Tỷ lệ mắc lo âu là 13,3%, trong đó 5,9% có biểu hiện lo âu rõ rệt;
- Tỷ lệ mắc trầm cảm là 10%, với 6,7% người bệnh có triệu chứng trầm cảm.

Kết quả này khẳng định rằng lo âu và trầm cảm là những vấn đề sức khỏe tâm thần đáng lưu ý ở người bệnh đái tháo đường type 2, nhất là ở người cao tuổi và có thời gian mắc bệnh kéo dài. Do đó, cần triển khai các chương trình tầm soát, can thiệp sớm và hỗ trợ tâm lý để nâng cao chất lượng sống và kết quả điều trị cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Hà An (2018). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng trầm cảm, và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Lý Lan Chi và Ngô Văn Truyền (2022). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân cao tuổi đái tháo đường type 2 điều trị tại Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ năm 2021–2011. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, tr. 121–126.
3. AlBekairy A, AbuRuz S, Alsabani B, et al (2017). Exploring Factors Associated with Depression and Anxiety among Hospitalized Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Med Princ Pract. 2017; 26(6):547–553. doi: 10.1159/000484929. Epub 2017 Nov 3. PMID: 29131123; PMCID: PMC5848470.
4. Collins MM, Corcoran P, Perry LJ (2009). Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. Diabet Med. 2009 Feb; 26(2):153–61. doi: 10.1111/j.1464-5491.2008.02648.x. PMID: 19236618.
5. Horsbøl TA, Hoffmann SH, Thorsted AB, et al (2024). Diabetic complications and risk of depression and anxiety among adults with type 2 diabetes. Diabetes Med. 2024 Apr;41(4):e15272. doi: 10.1111/dme.15272. Epub 2023 Dec 29. PMID: 38157285.
6. Huyền Thi Thanh Vu, Thanh Xuan Nguyen, Huong Thi Thu Nguyen (2018). Depressive symptoms among elderly diabetic patients in Vietnam, Diabetes Metab Syndr Obes, 11, pp. 659–665.

HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP XOA BÓP BẮM HUYỆT ĐIỀU TRỊ ĐAU VAI GÁY DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG

EFFICACY OF ACUPRESSURE IN TREATING NECK AND SHOULDER PAIN DUE TO CERVICAL SPONDYLOSIS AT ĐỨC GIANG GENERAL HOSPITAL

✍ NGUYỄN THỊ LIỄU*, NGUYỄN ĐĂNG THỐNG, BÙI ANH CHIẾN, LÊ ĐÌNH THẮNG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ thông qua cải thiện triệu chứng lâm sàng và các yếu tố liên quan.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu được thực hiện trên 60 bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ, thuộc thể phong hàn thấp tý kèm can thận hư theo Y học cổ truyền, điều trị tại khoa Y Dược cổ truyền – Bệnh viện Đa khoa Đức Giang từ 01/03 đến 30/09/2024.

Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

*Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Liễu

Địa chỉ: Khoa Y dược cổ truyền- Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

Email: lieuns78@gmail.com -0976980017

Kết quả: Nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (45%). Tỷ lệ nữ giới chiếm 75%, vị trí đau chủ yếu ở vùng cổ – gáy (43,4%). Mức độ đau vừa (VAS 3–4 điểm) phổ biến nhất với 66,7%; thời gian đau kéo dài trên 12 tháng ở 43,4% trường hợp. Hạn chế vận động cổ mức độ vừa chiếm 58,3% và hạn chế sinh hoạt mức độ nặng theo NDI là 55%. Sau điều trị, tỷ lệ bệnh nhân đau nhẹ tăng lên 61,7%.

Kết luận: Xoa bóp bấm huyệt giúp cải thiện rõ rệt mức độ đau, tăng tỷ lệ không đau sau điều trị và cải thiện khả năng sinh hoạt hàng ngày.

Từ khóa: Xoa bóp bấm huyệt, đau vai gáy, thoái hóa cột sống cổ, bệnh viện đa khoa Đức Giang.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of acupressure massage therapy in treating neck and shoulder pain due to cervical spondylosis, by assessing clinical symptoms and associated factors.

Methods: A prospective cross-sectional study was conducted on 60 patients with neck-shoulder pain diagnosed as cervical spondylosis and categorized as Wind-Cold-Dampness with Liver and Kidney Deficiency according to Traditional Medicine. The study took place at the Traditional Medicine Department of Đức Giang General Hospital from March 1 to September 30, 2024.

Results: The most affected age group was over 60 years (45%), with a female predominance (75%). Pain was mainly located at the neck and nape (43.4%). Moderate pain (VAS 3–4) accounted for 66.7%, and chronic pain lasting over 12 months was present in 43.4%. Moderate cervical movement limitation was common (58.3%), while 55% had severe functional disability based on the Neck Disability Index (NDI). After treatment, 61.7% of patients reported mild pain at discharge.

Conclusion: Acupressure massage therapy significantly reduced pain levels, increased the proportion of pain-free patients, and improved daily functioning.

Keywords: Acupressure, neck and shoulder pain, cervical spondylosis, Đức Giang General Hospital.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau vai gáy là tình trạng phổ biến đặc trưng bởi co cứng và đau vùng cổ gáy, gây ảnh hưởng đến vận động và chất lượng cuộc sống của người bệnh [1]. Trong đó, thoái hóa cột sống cổ (THCSC) là một nguyên nhân quan trọng và phổ biến, thuộc nhóm bệnh lý mạn tính do thoái hóa sụn khớp và/hoặc đĩa đệm ở cột sống cổ. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Trần Ngọc Ân, tỷ lệ mắc THCSC đứng hàng thứ hai chỉ sau thoái hóa cột sống thắt lưng và chiếm khoảng 14% trong tổng số bệnh lý thoái hóa khớp [5].

Trong điều trị bệnh, bên cạnh Y học hiện đại, Y học cổ truyền (YHCT) đóng vai trò hỗ trợ hiệu quả với nhiều phương pháp như điện châm, thủy châm, dùng thuốc thảo dược, và đặc biệt là xoa bóp bấm huyệt – phương pháp điều trị không dùng thuốc đã được ứng dụng rộng rãi và chứng minh hiệu quả lâm sàng.

Tuy nhiên, tại khoa Y Dược cổ truyền Bệnh viện Đa khoa Đức Giang hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá hệ thống về hiệu quả của phương pháp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau vai gáy do THCSC. Vì vậy, nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài: “Hiệu quả của phương pháp xoa bóp bấm huyệt điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang” với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả điều trị đau vai gáy bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt qua các biểu hiện lâm sàng và yếu tố liên quan.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân được chẩn

đoán đau vai gáy do THCSC, tương ứng với thể phong hàn thấp tý kèm can thận hư theo YHCT, có chỉ định nhập viện điều trị tại khoa Y dược cổ truyền bệnh viện đa khoa Đức Giang từ ngày 01/03/2024 đến hết ngày 30/09/2024.

***Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học hiện đại:**

- Bệnh nhân trên 30 tuổi, chẩn đoán xác định là đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ cổ theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh về cơ xương khớp của Bộ Y tế 2016[1].

- Bệnh nhân tình nguyện tham gia nghiên cứu, tuân thủ đúng liệu trình điều trị.

- Không áp dụng phương pháp điều trị khác trong quá trình nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học cổ truyền:**

Bệnh nhân được chẩn đoán chứng tý ở vai gáy thuộc thể: phong hàn thấp tý kèm can thận hư.

- Thể phong hàn thấp tý kèm can thận hư: Đau nhức vùng vai gáy, có thể kèm đau đầu, đau lan xuống vai tay, vận động khó khăn, bệnh kéo dài hay tái phát. Chất lưỡi nhợt bệu, rêu lưỡi trắng dày và nhớt, mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược.

***Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân**

- Bệnh nhân đau vai gáy kèm theo các bệnh mạn tính như HIV/AIDS, lao, ung thư, suy tim, suy gan, suy thận, các bệnh viêm nhiễm cấp tính...

- Bệnh nhân có các bệnh ngoài da vùng vai gáy.

- Bệnh nhân đau vai gáy do bệnh lý không phải THCSC: chấn thương, khối u, nhiễm trùng, loãng xương, viêm cột sống, gù vẹo bẩm sinh.

- Bệnh nhân đau vai gáy do THCSC có hội chứng chèn ép tủy, thoát vị đĩa đệm.

- Bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ ngày 01/03/2024 đến hết ngày 30/09/2024 tại khoa Y được cổ truyền bệnh viện đa khoa Đức Giang.

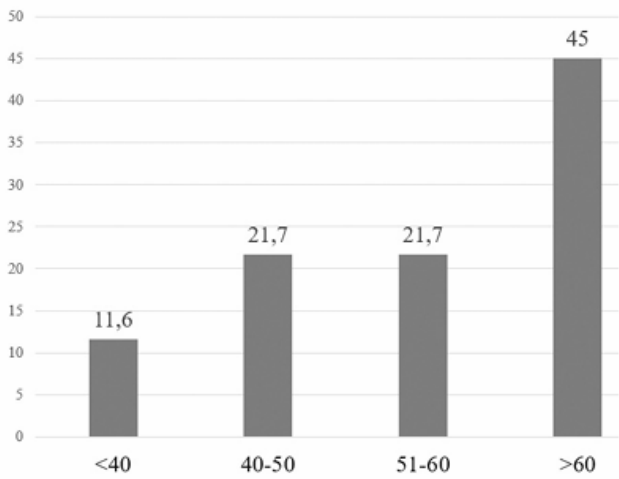
2.3. Phương pháp nghiên cứu

- * Thiết kế nghiên cứu: Mô tả tiến cứu cắt ngang
- * Cỡ mẫu: 60 bệnh nhân theo tiêu chuẩn lựa chọn.
- * Biến: Mức độ đau của bệnh nhân: Đánh giá theo thang điểm VAS; Mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày do đau cổ; Bộ câu hỏi Neck Disability Index (NDI); nhóm tuổi; giới tính: nam và nữ, nhóm tuổi.

2.4. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm xử lý số liệu SPSS 20.0.

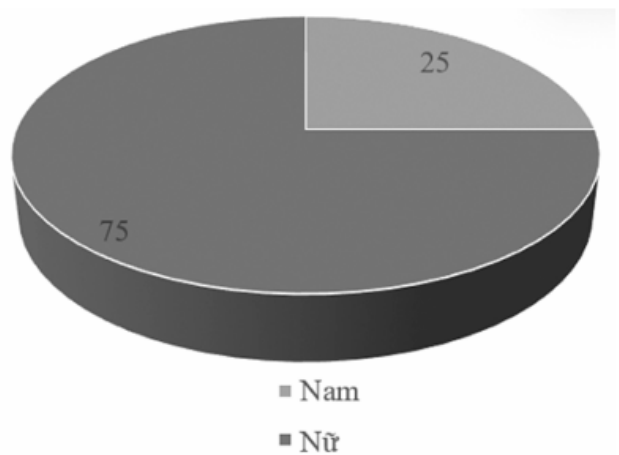
2.5. Đạo đức nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng nghiên cứu khoa học Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm trên 60 tuổi với 45%.



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm chung về giới của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Nữ giới chiếm 75%; Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là 3/1.

Bảng 3.1. Đặc điểm về đau trước điều trị của người bệnh

Đau		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vị trí đau	Chẩm, cổ gáy, vai	12	20,0
	Cổ vai, gáy	2	3,3
	Cổ, gáy	26	43,4
Mức độ đau theo VAS	Nhẹ: ≤ 2 điểm	4	6,6
	Vừa: 3 – 4 điểm	40	66,7
	Trung bình: 5 – 6 điểm	16	26,7
	Nặng: 7 – 8 điểm	0	0
	Rất nặng: 9 – 10 điểm	0	0
Thời điểm phát hiện đau	< 1 tháng	14	23,3
	1 – 6 tháng	9	15,0
	7 – 12 tháng	11	18,3
	> 12 tháng	26	43,4

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh đau chính ở vị trí cổ, gáy chiếm 43,4%; mức độ đau vừa theo VAS (3 – 4 điểm) chủ yếu 66,7%; thời gian đau trên 12 tháng chiếm 43,4%.

Bảng 3.2. Đặc điểm về hạn chế vận động, sinh hoạt trước điều trị

Hạn chế vận động		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hạn chế vận động cột sống cổ	Hạn chế ít	14	23,3
	Hạn chế vừa	35	58,3
	Hạn chế nhiều	7	11,7
	Hạn chế rất nhiều	4	6,7
Hạn chế sinh hoạt theo NDI	Nhẹ: 5 – 14 điểm	11	18,3
	Trung bình: 15 – 24 điểm	16	26,7
	Nặng: 25 – 34 điểm	33	55,0

Nhận xét: Tuy hạn chế vận động cột sống cổ chiếm tỷ lệ lớn ở mức độ vừa 58,3% nhưng hạn chế sinh hoạt theo thang điểm NDI ở mức độ nặng chiếm 55,0%.

Kết quả điều trị chăm sóc

Bảng 3.3: Mức độ đau VAS theo các thời điểm

Mức độ đau theo VAS	Vào viện		Ngày 3		Ngày 7		Ra viện	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhẹ: ≤ 2 điểm	4	6,6	8	13,3	26	43,3	37	61,7
Vừa: 3 – 4 điểm	40	66,7	40	66,7	28	46,7	23	38,3
Trung bình: 5 – 6 điểm	16	26,7	12	20	6	10	0	0
Nặng: 7 – 8 điểm	0	0	0	0	0	0	0	0
Rất nặng: 9 – 10 điểm	0	0	0	0	0	0	0	0

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi trưởng thành. Về sự phân bố nhóm tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu: Bệnh nhân thuộc nhóm tuổi từ > 60 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất với 45%; tiếp theo là các bệnh nhân trong nhóm tuổi 50 – 60 chiếm 21,7%; Kết quả của chúng tôi tương đương với Phạm Tiến Dũng và cộng sự có tỉ lệ độ tuổi 50 – 59 là 22,5%, 30 – 39 chiếm 27,5%, trên 60 tuổi là 22,5%, 20-29 tuổi là 7,5% [7]. Kết quả này có thể do ở độ tuổi sau 50 quá trình thoái hóa nhanh hơn sức chịu đựng của hệ xương khớp giảm dần, trong khi cơ thể con người vẫn đang ở giai đoạn lao động. Tỷ lệ giới có sự khác biệt lớn; 75% người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi là nữ giới; tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là 3/1; tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Duy Hùng số lượng bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ lớn với 63,3%; trong khi con số này ở nam giới chỉ là 36,7% [3]; tuy nhiên kết quả này có sự khác biệt với kết quả của một số tác giả cho tỷ lệ gặp ở nam cao hơn nữ chủ yếu do tại Việt Nam nam giới vẫn là lao động chính trong gia đình, như trong nghiên cứu của Nguyễn Đình Toàn: nam chiếm 58,7% và nữ chiếm 41,3% [2]. Mức độ đau vừa theo VAS (3 – 4 điểm) chủ yếu 66,7%, mức độ đau trung bình chiếm 26,7%, đau nhẹ chiếm 6,6%; tỷ lệ này tương đương nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn (năm 2021) tại phòng khám Trường Đại Học Y khoa Vinh đau vừa là 50%, đau trung bình là 26,67% và đau nhẹ chiếm 16,67% [4]. Theo kết quả nghiên cứu sau quá trình điều trị, mức độ đau theo thang điểm VAS giảm dần, ra viện tỷ lệ đau nhẹ chiếm 61,7%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Duy Hùng cho thấy tổng điểm VAS trung bình vào viện là $4,43 \pm 1,22$ điểm và sau 15 ngày điểm trị tổng điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu giảm xuống là $1,43 \pm 0,81$ điểm [3]; kết quả này khác với nghiên cứu của Trương Minh Việt phần lớn bệnh nhân đau ở mức độ nặng 60%, bệnh nhân ở mức độ đau vừa 36,9% [6]. Theo kết quả nghiên cứu sau quá trình điều trị, mức độ đau theo thang điểm VAS giảm dần, ra viện tỷ lệ đau nhẹ chiếm 61,7%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Duy Hùng cho thấy tổng điểm VAS trung bình vào viện là $4,43 \pm 1,22$ điểm và sau 15 ngày điểm trị tổng điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu giảm xuống là $1,43 \pm 0,81$ điểm [3]; kết quả này khác với nghiên cứu của Trương Minh Việt phần lớn bệnh nhân đau ở mức độ nặng 60%, bệnh nhân ở mức độ đau vừa 36,9% [6]. Điểm VAS trung bình trước điều trị của bệnh nhân nhóm nghiên cứu là $5,4 \pm 1,09$ thấp hơn so với nghiên cứu của Đỗ Thị Phương trong nghiên cứu tác dụng Cốt Thoái Vương trong điều trị đau thần kinh tọa bệnh nhân nhóm nghiên cứu có điểm VAS trung bình là $6,53 \pm 1,09$ [8].

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Phương pháp xoa bóp bấm huyệt cho thấy hiệu quả tích cực trong điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ. Cụ thể:

- Giảm đáng kể mức độ đau theo thang điểm VAS.
- Tăng tỷ lệ bệnh nhân không còn cảm giác đau sau điều trị.
- Giảm tỷ lệ xuất hiện hội chứng cột sống.
- Cải thiện rõ rệt khả năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm NDI.

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi khuyến nghị: (i) nên áp dụng rộng rãi phương pháp xoa bóp bấm huyệt phối hợp trong điều trị hội chứng rễ thần kinh do THCS; (ii) các nghiên cứu tiếp theo nên được triển khai với quy mô mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để tăng tính khái quát của kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Cục quản lý khám chữa bệnh (2016). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh cơ xương khớp, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 145-153.
2. Lê Quang Cường (2008). Triệu chứng học thần kinh, Nhà xuất bản Y học, 35-37.
3. Đỗ Duy Hùng (2020), Đánh giá kết quả của phương pháp xoa bóp bấm huyệt, điện châm kết hợp điện xung điều trị bệnh đau dây thần kinh tọa, Học viện Y Dược Cổ truyền Việt Nam, Hà Nội, Luận Văn Cao học.
4. Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Yến (2021), Đánh giá kết quả điều trị hội chứng cổ - vai - tau do thoái hóa đốt sống cổ bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 501(1), tr 102-105.
5. Nguyễn Thị Xuyên, Nguyễn Thị Ngọc Lan, Nguyễn Mai Hồng (2016), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp. Nhà xuất bản Y học, 145-149.
6. He D, Hostmark AT, Medbo JL (2005). Effect of intensive acupuncture on pain-related social and psychological variables for women with chronic neck and shoulder pain - an RCT with six months and three years follow up. Acupunct. Med., 23(2), 52-61.
7. Jeffrey Mullin, Daniel Shedid, và Edward Benzel (2011). Overview of cervical spondylosis pathophysiology and biomechanics. World Spinal Column J, 2: 89-97.
8. John Imboden, David B. Hellmann, và John H. Stone (2004). Current Rheumatology Diagnosis & Treatment, The McGraw-Hill Companies Inc.