

SỬ DỤNG THANG ĐO MMAS-8 ĐÁNH GIÁ SỰ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ THUỐC CHỐNG ĐÔNG CỦA NGƯỜI BỆNH SAU MỔ THAY VAN TIM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

ASSESSMENT OF ADHERENCE TO ANTICOAGULATION THERAPY IN POST-HEART VALVE REPLACEMENT PATIENTS USING THE MMAS-8 SCALE AT VIET DUC FRIENDSHIP HOSPITAL

Nguyễn Xuân Vinh Đào Văn Hoàng Minh ** Trần Đăng Thanh**

**Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức*

*** Đại Học Y Hà Nội*

Liên hệ 0942449990, email: vinhvd12@gmail.com

Tóm tắt:

Mục tiêu: Mô tả sự tuân thủ điều trị thuốc chống đông theo thang đo MMAS-8 ở người bệnh sau mổ van tim tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng thang đo MMAS-8 để đánh giá sự tuân thủ điều trị thuốc chống đông: 131 người bệnh sau thay van tim đang dùng thuốc kháng Vitamin K tại Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Điểm số trung bình MMAS-8: $6,74 \pm 1,3$. Tỷ lệ tuân thủ điều trị: 77,9%. Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị: Quên uống thuốc: 28,2%. Cảm thấy phiền toái khi phải uống thuốc: 32,8%. Khó khăn trong việc nhớ uống thuốc: 27,5%. Hiểu biết về tác dụng phụ của thuốc thấp: 80,2%. **Kết luận:** Tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc chống đông theo thang điểm MMAS-8 ở người bệnh sau mổ van tim tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức tương đối cao (77,9%). Tuy nhiên, vẫn còn một tỷ lệ người bệnh không tuân thủ điều trị (22,1%), cần có biện pháp can thiệp để cải thiện tình trạng này.

Từ khóa: Tuân thủ điều trị, Thuốc chống đông, Thay van tim, thang đo MMAS-8, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

Objective: To describe adherence to anticoagulant therapy by MMAS-8 scale in patients after heart valve replacement at Viet Duc Friendship Hospital in 2024.

Methods: A cross-sectional study was conducted using the MMAS-8 scale to assess adherence to anticoagulant therapy in 131 patients who had undergone heart valve replacement and were taking vitamin K antagonists at the Cardiovascular Center of Viet Duc Hospital. **Results:** The mean MMAS-8 score was 6.74 ± 1.3 . The adherence rate was 77.9%. The factors influencing adherence were: forgetting to take medication (28.2%), feeling bothered by having to take medication (32.8%), difficulty remembering to take medication (27.5%), and low understanding of medication side effects (80.2%). **Conclusions:** The adherence rate to anticoagulant therapy by MMAS-8 scale in patients after heart valve replacement at Viet Duc Hospital was relatively high (77.9%). However, there was still a proportion of patients who did not adhere to treatment (22.1%), and interventions are needed to improve the situation.

Keywords: Adherence to treatment, Anticoagulants, Heart valve replacement, MMAS-8, Viet Duc Friendship Hospital.

1.ĐẶT VẤN ĐỀ:

Thay van tim là một quy trình phẫu thuật trong đó một hoặc nhiều van tim bị hư hỏng được thay thế bằng van tim nhân tạo cơ học hoặc van sinh học. Bệnh viện Việt Đức thực hiện thay van tim từ năm 60 của thế kỉ trước, hiện mỗi tuần thay van tim cho 3-4 người bệnh và mỗi năm có 200 – 300 ca thay van tim. Tuy nhiên van tim nhân tạo vẫn là vật liệu lạ nên chúng dễ tích tụ Fibrin (sợi huyết) và tập kết tiểu cầu, có thể dẫn đến huyết khối ở van và tắc mạch hệ thống[5]. Do vậy sau van tim cơ học người bệnh phải sử dụng thuốc chống đông kháng Vitamin K suốt đời.

Việc tuân thủ kém được cho là nguyên nhân gây ra 28% mức INR trên 6. Một nghiên cứu khác cho thấy 36% số chỉ số INR ngoài phạm vi là thứ phát do không tuân thủ[3,4,5]. Theo nghiên cứu của Singh. Shehata cho thấy có 5,7% người bệnh ở nhóm không tuân thủ tử vong do biến chứng liên quan đến van, 8,3% tử vong do các nguyên nhân khác[10].

Tại Bệnh viện Việt Đức, các người bệnh được hẹn tái khám 1 tháng 1 lần. Kết quả xét nghiệm INR cho thấy có nhiều người bệnh thay van tim không đạt được hiệu quả của thuốc chống đông (không đạt liều hoặc quá liều thuốc) do nhiều nguyên nhân. Theo nghiên cứu của Hồ Thị Thiên Nga tại bệnh viện Việt Đức trong 180 người bệnh thay van tim chỉ có 20,9 – 44,8% có INR đạt đích điều trị. Tỷ lệ NB gặp biến chứng khá cao theo nghiên cứu tại Bệnh viện HN Việt Đức và Viện Tim mạch Bạch Mai 200 NB thay van cơ học có 18 - 23,6% NB gặp biến chứng chảy máu; 5 - 7,5% NB bị huyết khối[5]. Tại Việt Nam có rất ít nghiên cứu về thực trạng tuân thủ thuốc chống đông trên người bệnh thay van tim. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: **“Sử dụng thang đo MMAS-8 đánh giá sự tuân thủ điều trị thuốc chống đông người bệnh sau mổ thay van tim tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức”** với các mục tiêu: Mô tả sự tuân thủ điều trị thuốc chống đông ở người bệnh sau mổ van tim tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2024.

2.ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh sau thay van tim tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong khoảng thời gian từ tháng 6/2022 đến tháng 5/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh có chỉ định dùng thuốc chống đông kháng vitamin K
- Người bệnh có khả năng trả lời phỏng vấn.
- Người bệnh tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh rối loạn ý thức, tâm thần.
- Người bệnh mắc các bệnh lý nặng cấp tính, không thể tham gia nghiên cứu: Cấp cứu, hôn mê.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Trung tâm phẫu thuật Tim mạch – Lồng ngực, bệnh viện Việt Đức

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2023 đến tháng 3/2024

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

2.4 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: lựa chọn được 131 người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn chọn và loại trừ.

2.5 Phương pháp thu thập số liệu:

Lập danh sách người bệnh thay van tim đang sử dụng thuốc chống đông VKA từ tháng 1/2023 đến tháng 3/2024

Thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi nghiên cứu có 2 phần

- Thông tin bệnh án của người bệnh.
- Thang đo mức độ tuân thủ điều trị MMAS-8. Bộ câu hỏi gồm 8 câu hỏi, trả lời câu hỏi Có/không. Người bệnh trả lời “Không” được 1 điểm, trả lời “Có” được 0 điểm.

Có 8 câu hỏi trong thang điểm đánh giá tuân thủ điều trị MMAS-8. Mỗi câu trả lời phù hợp được tính 1 điểm, không phù hợp được tính 0 điểm. Tổng điểm tuân thủ là 8 điểm

Đánh giá mức độ tuân thủ dùng thuốc

Thang điểm	Mức độ tuân thủ	Đánh giá tuân thủ
8	Tuân thủ cao	Tuân thủ dùng thuốc
7 – 6	Tuân thủ trung bình	
<6	Tuân thủ thấp	Không tuân thủ dùng thuốc

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Thông tin thu thập từ phiếu phát được nhập liệu, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.7 Đạo đức nghiên cứu

Tất cả các đối tượng nghiên cứu được giải thích cụ thể về mục đích, nội dung của nghiên cứu và đồng ý tự nguyện tham gia. Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cộng đồng không nhằm mục đích nào khác.

3.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 131 người bệnh sau thay van tim đang dùng thuốc kháng vitamin K tại Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, chúng tôi thu được kết quả như sau:

3.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Tóm tắt một số đặc điểm nhân khẩu học (N=131)

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	60	45,8
	Nữ	71	54,2
Nhóm tuổi	≥ 60 tuổi	53	40,5
	< 60 tuổi	78	59,5
	Tuổi trung bình: $53,89 \pm 10,9$ (Min: 12 - Max: 77)		
Trình độ học vấn	Trung học cơ sở trở xuống	66	50,4
	Trung học phổ thông	46	35,1
	Cao đẳng, đại học, sau đại học	19	14,5
Nghề nghiệp	Học sinh, sinh viên	2	1,5
	Nội trợ	15	11,5
	Nông dân	59	45,0
	Cán bộ công nhân viên chức	17	13,0
	Buôn bán	5	3,8
	Hưu chí	22	16,8
	Khác	11	8,4
Tôn giáo	Phật giáo	18	13,7
	Công giáo	9	6,9
	Không tôn giáo	104	79,4
	Khác	0	0
BHYT	Có	129	98,5
	Không	2	1,5
Hoàn cảnh sống	Một mình	24	18,3
	Sống chung	107	81,7

Nhận xét: số tuổi trung bình là $53,89 \pm 10,9$ (nhỏ nhất là 12 tuổi và lớn nhất là 77 tuổi), tỷ lệ người bệnh từ 60 tuổi trở lên chiếm 40,5%. Người bệnh là nữ chiếm 54,2%, nam chiếm 45,8%. Tỷ lệ tham gia BHYT là 98,5% với 129 người bệnh.

Bảng 3.2. Thời gian điều trị thuốc chống đông kháng Vitamin K (n=131)

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian điều trị	< 12 tháng	90	68,7
	≥ 12 tháng	41	31,3

Nhận xét: phần lớn người bệnh có thời gian sử dụng thuốc chống đông kháng Vitamin K dưới 12 tháng (68,7%).

Bảng 3.3. Tỷ lệ hiểu biết về tác dụng và tác dụng không mong muốn thuốc chống đông của người bệnh (n=131)

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hiểu biết về tác dụng của thuốc chống đông	Đạt	74	56,5
	Chưa đạt	57	43,5
Hiểu biết về tác dụng phụ của thuốc chống đông	Đạt	26	19,8
	Chưa đạt	105	80,2

Nhận xét: Tỷ lệ người biết về tác dụng của thuốc chiếm 56,5% nhưng có số ít người bệnh sau thay van tim hiểu biết về tác dụng không mong muốn của thuốc chiếm 19,8%.

Bảng 3.4. Đặc điểm sử dụng thuốc uống (n=131)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số thuốc có trong đơn	Không quá 3 thuốc	83
	Trên 3 thuốc	48
Số lần sử dụng thuốc trong ngày	1 lần	26
	Trên 1 lần	105
Nhắc uống thuốc (câu hỏi nhiều lựa chọn)	Đặt chuông	24
	Người nhà	34
	Tự nhớ	131
	Sử dụng phần mềm nhắc nhở uống thuốc	0
Số cách nhắc nhở uống thuốc	1 cách	79
	2 cách trở lên	52

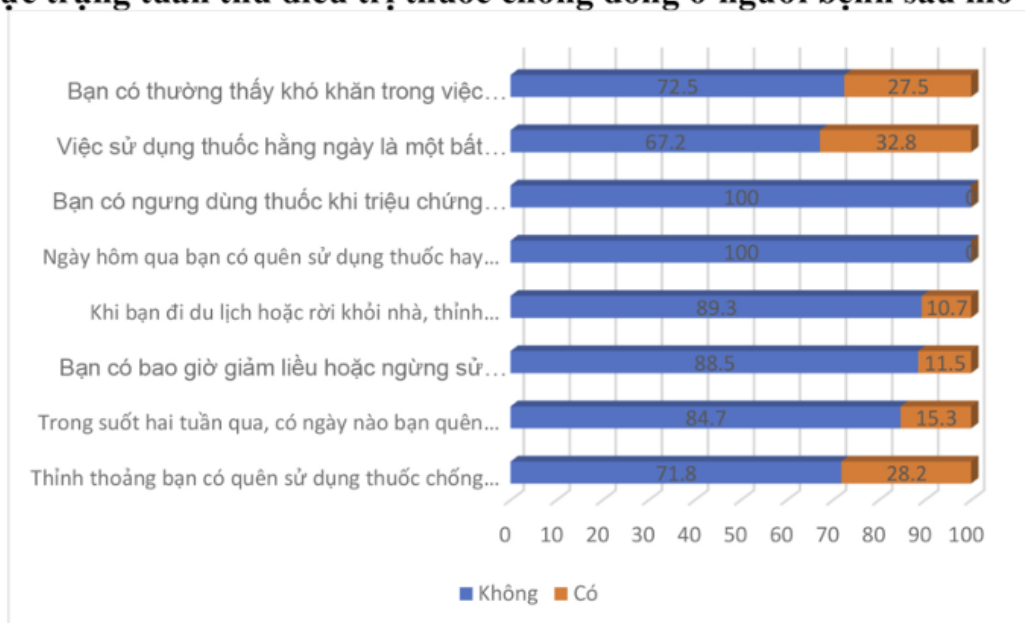
Nhận xét: Các người bệnh tham gia khảo sát đều tự nhớ sử dụng thuốc, có 26% người bệnh được người nhà trợ giúp bằng việc nhắc nhở uống thuốc thường xuyên hoặc chuẩn bị thuốc chia sẵn vào hộp chia và 18,3% đặt chuông báo giờ sử dụng thuốc.

Bảng 3.4. Hỗ trợ từ NVYT về việc dùng thuốc chống đông (n=131)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Được NVYT giải thích về thuốc trước khi ra viện	Có	123
	Không	8
Hiểu và nhớ được lời NVYT giải thích trước khi ra viện	Có	23
	Không	100

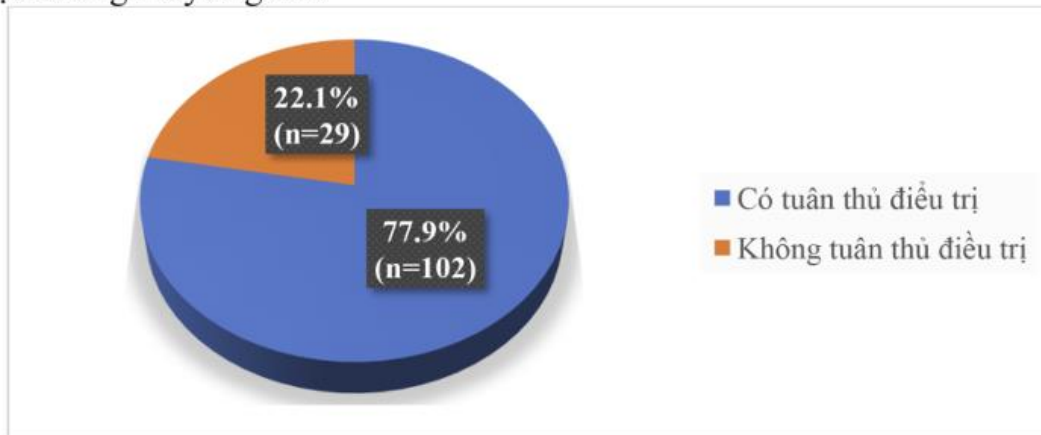
Nhận xét: Có 93,9% người bệnh được NVYT giải thích về thuốc chống đông nhưng chỉ có khoảng 18,7% người bệnh hiểu và nhớ được lời giải thích của NVYT.

3.2 Thực trạng tuân thủ điều trị thuốc chống đông ở người bệnh sau mổ van tim.



Biểu đồ 3.1. Thực trạng tuân thủ điều trị theo các nội dung trong thang điểm MMAS-8 (n=131)

Nhận xét: các yếu tố liên quan đến sự quên lãng chiếm tỷ lệ khá cao có 28,2% người bệnh thỉnh thoảng quên uống chống đông, quên mang theo thuốc khi đi xa (10,7%), cảm thấy phiền khi ngày phải nhớ uống thuốc chống đông (32,8%), gặp khó khăn khi phải nhớ uống tất cả các loại thuốc (27,5%) và không có người bệnh nào quên không uống bệnh ngày hôm trước khi làm khảo sát và không một ai tự ý ngưng dùng thuốc khi triệu chứng thuyên giảm.



Biểu đồ 3.2. Đánh giá tuân thủ điều trị thuốc chống đông ở người bệnh sau thay van tim (n=131)

Nhận xét: Tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc chống đông là 77,9% và tỷ lệ không tuân thủ điều trị là 22,1%.

4 .BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm chung về nhân khẩu học.

Về độ tuổi, người bệnh có độ tuổi trung bình là $53,89 \pm 10,9$ tuổi, thấp nhất là 12 và cao nhất là 77 tuổi nhóm tuổi đối tượng ≥ 60 tuổi chiếm đa số với 40,5% . Nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với các kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thị Thủy và đồng nghiệp với độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $46,32 \pm 9,77$, theo tác giả Đinh Thị Tú Anh tuổi trung bình là $46,87 \pm 11,76$ [1]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Kim Lan (2019) với tuổi trung bình là $69,9 \pm 8,0$. Tuổi cao từ lâu đã được cho là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với bệnh tim mạch ở người lớn. Tuổi cao cũng là một trong những nguy cơ gây suy giảm chức năng nhận thức và như vậy sẽ ít nhiều ảnh hưởng đến quá trình tuân thủ các liệu pháp điều trị [3].

Về nghề nghiệp, đa phần đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là nông dân có 59 chiếm 45%. Về trình độ học vấn thay van tim gặp ở tất cả các trình độ, tỉ lệ người bệnh có trình độ trung học cơ sở trở xuống chiếm tỷ lệ cao nhất với 50,4%. Giống với kết quả khảo sát của tác giả Đinh Thị Tú Anh tỷ lệ người có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống chiếm tỷ lệ cao [1]. Lý giải cho sự tương đồng là do dù đa số đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn chưa cao tuy nhiên hiện nay lại có nhiều cách để tiếp nhận nguồn thông tin từ các phương tiện thông tin đại chúng như truyền hình. Thêm vào đó số lượng người bệnh van tim tiếp tục có xu hướng tăng phẫu thuật thay van tim càng trở nên phổ biến hơn người bệnh dễ dàng tiếp nhận thông tin hơn.

Có thể thấy phần lớn người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi là những người có bảo hiểm y tế đi kèm với tỉ lệ là 98,5%. Việc điều trị tim mạch, đặc biệt là bệnh tim

mạch có thay van tim cần một chi phí điều trị tương đối lớn và việc uống thuốc chống đông kháng vitamin K cả đời với nhóm thay van cơ học hay uống 1 thời gian đối với thay van sinh học, do vậy, việc có bảo hiểm y tế có ý nghĩa quan trọng góp phần giảm bớt gánh nặng kinh tế cho người bệnh, do đó, tỷ lệ người bệnh có tham gia bảo hiểm y tế trong nghiên cứu của chúng tôi là khá cao.

Phần lớn người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đang sống chung với gia đình, người thân hay bạn bè với tỷ lệ 81,7%. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Giang Trí Thanh (2021) với tỉ lệ 96,1%[7]. Giải thích cho điều này thì người già cùng với bệnh tim mạch đã có sẵn cũng như những nguy cơ khi điều trị thuốc chống đông máu, do vậy, việc sống chung cùng những thành viên khác trong gia đình sẽ tạo điều kiện thuận lợi trong việc chăm sóc người bệnh như xử lý những tai biến khẩn cấp ở người bệnh.

Đặc điểm đến điều trị thuốc chống đông

Qua phân tích kết quả chúng tôi thấy 68,7% người bệnh đã có thời gian dùng thuốc <12 tháng và chỉ có 31,3% người bệnh dùng thuốc $\geq$ 12 tháng.

Phần lớn người bệnh được chỉ định dùng thuốc trên 1 lần trong ngày (80,2%). Kết quả này khác so với nghiên cứu của tác giả Phan Kim Hương (2020) khi chỉ 4,3% người bệnh dùng thuốc trên 1 lần/ngày, 95,7% được chỉ định dùng thuốc 1 lần/ngày[2]. Sự khác biệt này do nhóm người bệnh của chúng tôi với tác giả khác nhau nên phác đồ điều trị chống đông khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi làm nhóm bệnh về van tim trong khi nghiên cứu của Phan Kim Hương thực hiện trên nhóm rung nhĩ, ngoài ra ở nghiên cứu của chúng tôi có số lượng người mắc bệnh đi kèm lớn nên ngoài phải uống thuốc chống đông thì người bệnh phải uống các loại thuốc khác. Về số lượng thuốc có trong đơn thì không quá 3 loại thuốc chiếm chủ yếu (63,4%).

Đặc điểm các dịch vụ khám và tư vấn trong điều trị thuốc chống đông

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy, chỉ một số bộ phận nhỏ người bệnh nhận được sự nhắc nhở dùng thuốc từ người thân trong gia đình như vợ, chồng, con cái...(26%), trong đó đa số là người bệnh tuổi cao hoặc không đủ minh mẫn để ghi nhớ chuyện uống thuốc. Tất cả người bệnh cho rằng mình có thể tự nhớ và một phần nhỏ sử dụng điện thoại để ghi nhớ việc uống thuốc của mình (18,3%). Kết quả này cũng tương đồng với tác giả Nguyễn Ngọc Phước, tỉ lệ nhắc nhở của người thân đạt 20%, Lê Thị Thủy đạt 34,3%[3]. Phần lớn người bệnh trước khi ra về được NVYT giải thích về thuốc (93,9%) nhưng chỉ có 18,7% trong số đó hiểu và nhớ được lời NVYT. Nên từ những số liệu trên có thể thấy tỉ lệ người bệnh được người thân nhắc nhở việc tuân thủ điều trị chưa cao, nên với đối tượng tỉnh táo, việc tư vấn cần tập chung sâu, kỹ và trực tiếp người bệnh, đồng thời khuyến khích người nhà hỗ trợ người bệnh hơn nữa trong việc tuân thủ tại nhà.

4.2 Thực trạng tuân thủ điều trị thuốc chống đông ở người bệnh sau thay van tim

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho điểm Moriký trung bình trong tuân thủ điều trị thuốc chống đông ở người bệnh thay van tim là $6,74 \pm 1,3$. Trong đó, tỉ lệ tuân thủ điều trị chống đông là 77,9% và tỉ lệ không tuân thủ điều trị là 22,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tỉ lệ của tác giả Nguyễn Ngọc Phước (47,5%); Nguyễn Thiện Toàn (61,6%)[6]; Đinh Thị Tú Anh (53,5%) [1], Singh. Shehata (61,1%)[10].

Tỷ lệ khác biệt khá rõ rệt có thể do nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả người bệnh thay van cơ học và sinh học trong khi đó nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Phước, Lê Thị Thùy, Đinh Thị Tú Anh, Singh Shehata và cs, Misawa cho thấy vấn đề nghiên cứu trên người bệnh sau thay van tim cơ học, ở nghiên cứu của Yun-Xia Ni cũng cho thấy nhóm người bệnh sau thay van tim sinh học có tỉ lệ tuân thủ điều trị khá cao (82,7%)[1,8,9,10]. Ngoài ra sự khác nhau này một phần là ý kiến chủ quan của người bệnh, sự khác nhau về thời gian nghiên cứu, cỡ mẫu, nhóm tuổi khu vực sinh sống, trình độ học vấn cũng là yếu tố tác động.

Trong số các tiêu chí về tuân thủ dùng thuốc thì những câu hỏi liên quan đến việc quên dùng thuốc đều chiếm tỷ lệ cao trong nhóm khảo sát như: Thỉnh thoảng quên sử dụng thuốc chống đông (28,2%), trong 2 tuần có ngày quên sử dụng thuốc (15,3%), khi đi du lịch hoặc rời khỏi nhà quên mang theo thuốc (10,7%) và không có người bệnh nào quên sử dụng thuốc ngày hôm trước. Kết quả này phù hợp với nhóm đối tượng khảo sát khi có đến 27,5% người bệnh tự cảm thấy khó khăn trong việc nhớ sử dụng thuốc. Lý do vì trong các nghiên cứu nhóm người cao tuổi chiếm tỷ lệ cao người bệnh dễ mắc các vấn đề về việc ghi nhớ thông tin.

Việc người bệnh tự ý ngừng hoặc thêm thuốc uống mà không tham khảo ý kiến bác sĩ điều trị chiếm tỷ lệ 11,5%. Theo tác giả Daniel H. Wiznia có 17,0% người bệnh không tuân thủ các loại thuốc dự phòng huyết khối, trong đó 13,9% bỏ qua ít nhất một liều và 3,1% uống nhiều thuốc hơn quy định[10]. Nguyên nhân là do tác dụng của thuốc chống đông giúp dự phòng huyết khối tĩnh mạch đây là một bệnh lý có tính chất âm thầm không biểu hiện ra bên ngoài nên nhiều người bệnh chủ quan tập chung điều trị vào các triệu chứng rầm rộ xảy ra sau khi mổ như việc kiểm soát đau, nhiễm trùng vết mổ. Điều này cho thấy là cần phải có sự nhấn mạnh về tầm quan trọng của việc uống thuốc để khi tư vấn cho người bệnh để họ lưu tâm hơn, tránh quên uống thuốc, có thể tư vấn cho người bệnh các phương pháp phòng tránh quên uống thuốc.

Gần 1/3 số người bệnh cảm thấy phiền toái vì phải uống thuốc hằng ngày (32,8%) với đối tượng này cần được giải thích kỹ hơn về mức độ nguy hiểm của bệnh, các biến chứng sớm và muộn có thể xảy ra sau phẫu thuật thay van tim và tầm quan trọng của việc uống thuốc chống đông trong phòng ngừa huyết khối. Chỉ khi người bệnh thực sự cảm thấy việc tuân thủ điều trị dùng thuốc là cực kỳ quan trọng, không cảm thấy phiền mà coi thuốc là sự cần thiết mang lại lợi ích cho chính người sử dụng thì hiệu quả tuân thủ điều trị mới đạt được tốt nhất.

5.KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu sự tuân thủ thuốc chống điều trị thuốc chống đông ở người bệnh sau mổ thay van tim tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, từ tháng 1/2023 đến tháng 3/2023 và sử dụng thang điểm Moriky-8, chúng tôi đưa ra các kết luận sau:

Tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc chống đông ở người bệnh sau mổ thay van tim bằng thang điểm MMAS-8

Điểm số trung bình đánh giá mức độ tuân thủ thuốc của người bệnh là $6,74 \pm 1,3$ theo thang điểm MMAS - 8, trong đó:

- Tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị thuốc chống đông là 77,9%.
- Tỷ lệ người bệnh không tuân thủ điều trị thuốc chống đông là 22,1%.

- Không có người bệnh nào trong nhóm khảo sát bỏ thuốc và không tự ý ngưng dùng thuốc khi triệu chứng thuyên giảm.

6. KIẾN NGHỊ

- Tăng cường tư vấn, giáo dục người bệnh về tầm quan trọng của tuân thủ thuốc chống đông và hướng dẫn chi tiết về cách sử dụng thuốc.
- Thực hiện theo dõi sát sao tình trạng người bệnh, kiểm tra INR định kỳ và điều chỉnh liều kịp thời.
- Nghiên cứu sâu hơn về các yếu tố ảnh hưởng đến sự tuân thủ thuốc và phát triển các can thiệp nâng cao sự tuân thủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đinh Thị Tú Anh (2015). Tìm hiểu sự hiểu biết và tuân thủ điều trị thuốc chống đông ở bệnh nhân sau mổ thay van tim cơ học tại Khoa Phẫu thuật tim mạch - lồng ngực Bệnh viện Việt Đức. Luận văn Y Khoa, Hà Nội, Đại học Y Hà Nội
2. Phạm Kim Hương (2020). Thực trạng tuân thủ điều trị thuốc kháng vitamin K trong dự phòng tắc mạch ở bệnh nhân rung nhĩ tại BVĐK tỉnh Quảng Ninh. Luận văn Thạc sĩ Y học. Hà Nội, Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Ngọc Phước (2013), Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị thuốc chống đông kháng vitamin K ở bệnh nhân thay van tim cơ học tại Viện Tim mạch Việt Nam, Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội
4. Nguyễn Quốc Kính và Tạ Mạnh Cường (2011), “Đánh Giá Hiệu Quả Điều Trị Bằng Thuốc Chống Đông Kháng Vitamin K ở bệnh nhân Sau Thay van Tim Cơ Học”, Tạp Chí Y Học Việt Nam, 386 (2), Tr. 44-46.
5. Hồ Thị Thiên Nga (2009), “Theo dõi bệnh nhân sau mổ thay van tim cơ học tại Bệnh viện Việt Đức”, Y học Việt Nam, 355 (2), tr 72-76.
6. Nguyễn Thiện Toàn (2020). Khảo sát sự tuân thủ điều trị thuốc kháng kết tập tiểu cầu bằng thang điểm Morisky ở các bệnh nhân động mạch chi dưới được can thiệp. Luận văn Thạc sĩ Y học. Hà Nội, Đại học Y Hà Nội; 2020.
7. Giang Trí Thanh (2021). Thực trạng tuân thủ điều trị thuốc kháng kết tập tiểu cầu ở người bệnh sau can thiệp đặt stent mạch vành tại bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times; Luận văn Thạc sĩ Y học. Hà Nội, Đại học Y Hà Nội 2021.
8. Misawa, Y.(2015) Valve-related complications after mechanical heart valve implantation. Surg. Today 45, 1205–1209.
9. Ni, Y.-X. et al (2022). Adherence, belief, and knowledge about oral anticoagulants in patients with bioprosthetic heart valve replacement: a cross-sectional study. Front. Pharmacol. 14, 1191006.
10. Singh, V. et al (2022). Analysis of Anticoagulation Therapy Related Complications in Patients With Prosthetic Valves: Our Experience. Ann. Card. Anaesth. 25, 67–72 (2022).

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH PHÒNG ĐỢT CẤP CỦA NGƯỜI BỆNH COPD TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH ĐIỆN BIÊN

ASSESSMENT OF KNOWLEDGE AND PRACTICE OF EXACERBATION PREVENTION ON COPD PATIENTS IN DIEN BIEN GENERAL HOSPITAL

Nguyễn Vũ Huyền Anh¹, Trần Đức Chính¹, Trần Thu Hương¹, Hà Thị Hồng¹, Đặng Thanh Phương¹; ¹Trường Cao đẳng Y tế Điện Biên.
ĐT: 0988307097 ; Email: huyenanhydb@gmail.com

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1) Đánh giá mức độ kiến thức và thực hành phòng đợt cấp của người bệnh COPD đang điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên; 2) Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành phòng đợt cấp của người bệnh COPD đang điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 64 người bệnh COPD đang điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên trong thời gian từ 01/12/2022 đến 31/3/2023.

Kết quả: 76,6% người bệnh có kiến thức ở mức trung bình; 17,2% ở mức tốt và 6,2% ở mức kém về phòng ngừa đợt cấp COPD; 43,8% người bệnh có thực hành tốt và 56,2% có thực hành không tốt về phòng ngừa đợt cấp COPD. Thực hiện kiểm tra Fisher's Exact cho thấy có mối liên quan giữa mức độ kiến thức với trình độ học vấn, thời gian bị bệnh, số lần nhập viện của ĐTNC và có mối liên quan giữa thực hành với BMI và số lần bị đợt cấp COPD của ĐTNC ($p < 0,05$).

Kết luận: Phần lớn đối tượng nghiên cứu có kiến thức phòng đợt cấp COPD ở mức trung bình và thực hành không tốt về phòng ngừa đợt cấp COPD. Hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh cần chú trọng giáo dục và theo dõi việc tuân thủ sử dụng thuốc; sử dụng vắc xin phòng bệnh nhiễm khuẩn hô hấp; hạn chế tiếp xúc với khói bụi và hướng dẫn, hỗ trợ tập phục hồi chức năng hô hấp. Bệnh viện có hệ thống nhắc nhở cho người bệnh hoặc nhắc hẹn tái khám qua điện thoại và duy trì hoạt động có hiệu quả các câu lạc bộ sức khỏe.

Từ khóa: COPD, đợt cấp, kiến thức, thực hành, phòng ngừa.

ABSTRACT

Objective: To assess the levels of knowledge and practice of exacerbation prevention among COPD patients being treated at Dien Bien General Hospital and identify related factors.

Method: A cross-sectional descriptive study was conducted on 64 COPD inpatients treated at Dien Bien General Hospital during the period from December 1, 2022 to March 31, 2023.

Result: 76.6% of patients demonstrated average levels of knowledge; 17.2% exhibited good levels and 6.2% showed poor levels of COPD exacerbation prevention; 43.8% of patients demonstrated good practice and 56.2% of patients showed poor practice in COPD exacerbation prevention. Fisher's Exact

test shows that there was a relationship between the level of knowledge and education level, duration of illness, number of hospitalizations of the study subjects. There were relationships between BMI and the number of COPD exacerbations with prevention practice of the study subjects ($p < 0.05$).

Conclusion: Most of the research population had average levels of knowledge and had poor practice in preventing COPD exacerbations. Focus on education and monitoring of medication compliance; Use vaccines to prevent respiratory infections; Avoiding smog; Guidance and support for respiratory rehabilitation exercises. The hospital should have a reminder system or re-examination reminders by phone for patients and maintains the effective operation of health clubs.

Keywords: COPD, exacerbation, knowledge, practice, prevention.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là bệnh hô hấp phổ biến trên thế giới, có tỉ lệ mắc và tử vong cao với xu hướng ngày càng gia tăng. Năm 2019, có khoảng 384 triệu người mắc COPD trên toàn thế giới. Cứ mỗi 10 giây có 1 người tử vong do COPD. COPD gây tử vong hàng thứ ba và chiếm 6% tổng số ca tử vong trên thế giới [9]. Theo thống kê của Viện Đo lường và Đánh giá Y tế năm 2017, trên thế giới mỗi năm có khoảng 3 triệu người chết do COPD, ước tính có trên 4,5 triệu người năm 2030 và dự kiến đến năm 2060 là 5,4 triệu người [4].

Tại Việt Nam, COPD cũng là nguyên nhân đứng hàng thứ 3 trong 10 nhóm nguyên nhân gây tử vong nhiều nhất [9]. COPD luôn chiếm tỉ lệ lớn người bệnh điều trị nội trú trong khoa hô hấp tại các bệnh viện, là gánh nặng cho ngành y tế Việt Nam [3].

COPD thường hay có các đợt diễn biến cấp tính do các nguyên nhân khác nhau, đa số các trường hợp tử vong do COPD đều xảy ra trong đợt cấp của bệnh. Tần suất đợt cấp COPD trung bình khoảng 0,85 - 3,00 đợt/ người bệnh/ năm, tuy nhiên một đợt cấp duy nhất cũng có tác động xấu đến người bệnh [7]. Đợt cấp khiến người bệnh thường phải nhập viện điều trị, tăng tỉ lệ tử vong ở người bệnh COPD. Thêm vào đó, phục hồi sinh lý sau đợt cấp thường không hoàn toàn, làm giảm chất lượng cuộc sống và khả năng chống lại đợt cấp trong tương lai. Đợt cấp COPD còn làm tăng tốc độ suy giảm chức năng hô hấp và tăng chi phí điều trị rất rõ rệt, là gánh nặng cho ngành y tế cũng như trực tiếp đối với người bệnh và gia đình [3].

Vì vậy, phòng ngừa đợt cấp dựa vào phòng ngừa các nguy cơ là trọng tâm chính trong thực hành quản lý COPD [8]. Từ đó giúp ngăn chặn tiến triển của bệnh, cải thiện tình trạng sức khỏe và giảm nguy cơ tử vong. Nếu người bệnh được trang bị đầy đủ kiến thức và thực hành tốt các biện pháp phòng ngừa sẽ hạn chế được tần suất đợt cấp cũng như giảm thiểu tác động của đợt cấp đến người bệnh. Việc xác định những thiếu hụt về kiến thức và thực hành phòng ngừa đợt cấp là cần thiết, điều này sẽ góp phần xây dựng nội dung cần cung cấp, giáo dục cho người bệnh nhằm nâng cao thực hành của người bệnh. Vì vậy chúng tôi thực hành nghiên cứu với hai mục tiêu: : 1) Đánh giá mức độ kiến thức và thực hành phòng đợt cấp của người bệnh COPD đang điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên; 2) Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành phòng đợt cấp của người bệnh COPD đang điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Người bệnh đã được chẩn đoán COPD đang điều trị nội trú tại Khoa Nội Tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Người bệnh có thể nghe, nói, đọc, viết bằng tiếng Việt.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Người bệnh quá mệt, không thể tham gia.

+ Người bệnh điên, câm, rối loạn tâm thần, lú lẫn.

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên, phường Noong Bua, thành phố Điện Biên Phủ, tỉnh Điện Biên.

2.3. Thiết kế nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu: 64 người bệnh COPD đang điều trị nội trú tại Khoa Nội Tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên trong thời gian từ 01/12/2022 đến 31/3/2023.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Công cụ thu thập dữ liệu là Phiếu điều tra được nhóm nghiên cứu xây dựng dựa trên Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của Bộ Y tế và GOLD 2022. Sau khi xây dựng bộ công cụ, chúng tôi tiến hành điều tra thử để xác định độ tin cậy và tính giá trị. Các kết quả sẽ được sử dụng để chỉnh sửa và cập nhật bộ công cụ cho phù hợp bằng cách điều chỉnh hoặc loại bỏ các câu hỏi. Bộ công cụ gồm 3 phần:

Phần thứ nhất là thông tin chung về đối tượng nghiên cứu.

Phần thứ hai là 10 câu hỏi về kiến thức phòng đợt cấp COPD dưới dạng câu hỏi đúng/sai. Mỗi câu trả lời “đúng” được 1 điểm, câu trả lời “sai” được 0 điểm. < 5 điểm là kiến thức ở mức kém, 5 - 7 điểm là mức trung bình và ≥ 8 điểm là mức tốt.

Phần thứ ba là 10 câu hỏi về thực hành phòng đợt cấp COPD dưới dạng câu hỏi có/không. Câu hỏi 1 và 2: Mỗi câu trả lời “có” được 0 điểm, câu trả “không” được 1 điểm. Câu hỏi 3 - 10: Mỗi câu trả lời “có” được 1 điểm, câu trả “không” được 0 điểm. ≥ 6 điểm là thực hành tốt, < 6 điểm là không tốt.

2.6. Phương pháp phân tích số liệu:

Sử dụng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 16.0 để phân tích.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện sau khi được sự đồng ý của Hội đồng nghiên cứu khoa học Trường Cao đẳng Y tế Điện Biên, Giám đốc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên và người bệnh tham gia nghiên cứu. Mục tiêu của nghiên cứu đã được giải thích với những người tham gia. Sự tham gia của đối tượng trong nghiên cứu là tự nguyện. Cuộc phỏng vấn cũng có thể dừng bất cứ lúc nào nếu người bệnh không thể tiếp tục trả lời các câu hỏi vì lý do sức khỏe. Mọi thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học, ngoài ra không có mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 64)

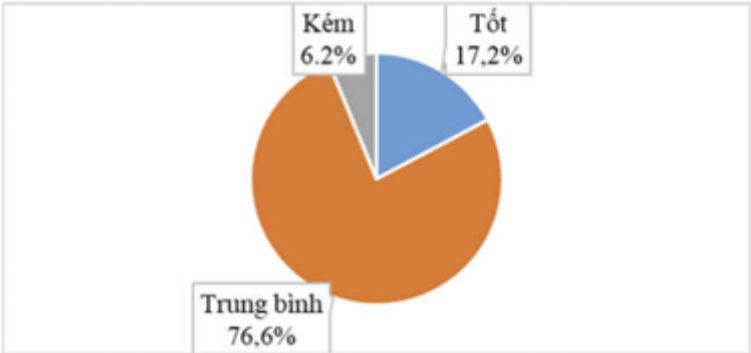
Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tuổi	≤ 40	4	6,2
	> 40 - < 60	17	26,6
	≥ 60	43	67,2
	Trung bình	63,1 ± 13,6	
Giới	Nữ	27	42,2
	Nam	37	57,8
Dân tộc	Kinh	37	57,8
	Thái	16	25
	H'Mông	9	14,1
Trình độ học vấn	Không biết chữ	9	14,1
	Tiểu học	16	25,0
	Trung học cơ sở	10	15,6
	Trung học phổ thông	14	21,9
	Trung cấp, Cao đẳng	8	12,5
	Đại học trở lên	7	10,9
BMI	Gầy	17	26,6
	Trung bình	26	40,6
	Thừa cân	16	25,0
	Béo phì	5	7,8
	Trung bình	21,7 ± 9,4	
Thời gian bị bệnh	< 1 năm	18	28,1
	≥ 1-5 năm	22	34,4
	> 5 năm	24	37,5
	Trung vị; Số trội	3; 0	
Số lần nhập viện trong 12 tháng qua	1 lần	35	54,7
	2 lần	14	21,9
	3 lần trở lên	15	23,4
	Trung vị; Số trội	1; 1	
Bệnh đồng mắc	Có	48	75
	Không	16	25

ĐTNC phần lớn nằm trong nhóm tuổi trên 60 chiếm 67,2%; người bệnh có tuổi thấp nhất là 29 tuổi, người bệnh có tuổi cao nhất là 93 tuổi. Người bệnh là nam chiếm 57,8%; nữ chiếm 42,2%. Nhóm ĐTNC có trình độ giáo dục Tiểu học chiếm tỉ lệ cao nhất là 25,0%; Trung học phổ thông chiếm 21,9%; Trung học cơ sở chiếm 15,6%; Trung cấp, Cao đẳng 12,5%; Đại học trở lên chiếm 10,9% và có 14,1% là không biết chữ. 40,6% đối tượng nghiên cứu có thể trạng trung bình; 25,0% thừa cân; 26,6% có thể trạng gầy và 7,8% có thể trạng béo phì. 37,5% nhóm ĐTNC có thời gian bị bệnh trên 5 năm; 34,4% từ 1 đến 5 năm và 28,1% dưới 1 năm. Thời gian bị bệnh thấp nhất là bị lần đầu, người bị lâu nhất là 20 năm. 75,0% ĐTNC không có bệnh đồng mắc; 25,0% đối tượng có kèm theo ít nhất một bệnh.

Bảng 2. Kiến thức về phòng đợt cấp COPD của ĐTNC

Nội dung	Trả lời đúng		Trả lời sai	
	SL	%	SL	%
Định nghĩa đợt cấp COPD	58	90,6	6	9,4
Phân loại đợt cấp COPD	25	39,1	39	60,9
Nguyên nhân đợt cấp COPD	54	84,4	10	15,6
Tiêm phòng	18	28,1	46	71,9
Bài tập phục hồi chức năng hô hấp	51	79,7	13	20,3
Vệ sinh mũi họng, phế quản	55	85,9	9	14,1
Đảm bảo dinh dưỡng	49	76,6	15	23,4
Bệnh đồng mắc	54	84,4	10	15,6
Dùng thuốc điều trị trong giai đoạn bệnh ổn định	21	32,8	43	67,2
Khám định kỳ	27	42,2	37	57,8

ĐTNC trả lời đúng nhiều ở các nội dung: định nghĩa, nguyên nhân của đợt cấp COPD; cách tập phục hồi chức năng hô hấp; vệ sinh mũi họng, phế quản; dinh dưỡng của bệnh và các bệnh đồng mắc có thể làm tình trạng bệnh của người bệnh nặng hơn. ĐTNC trả lời sai nhiều ở các nội dung: phân loại đợt cấp COPD; tiêm vắc xin phòng bệnh đường hô hấp; dùng thuốc duy trì và khám bệnh định kỳ.



Biểu đồ 1. Mức độ kiến thức về phòng ngừa đợt cấp COPD của ĐTNC

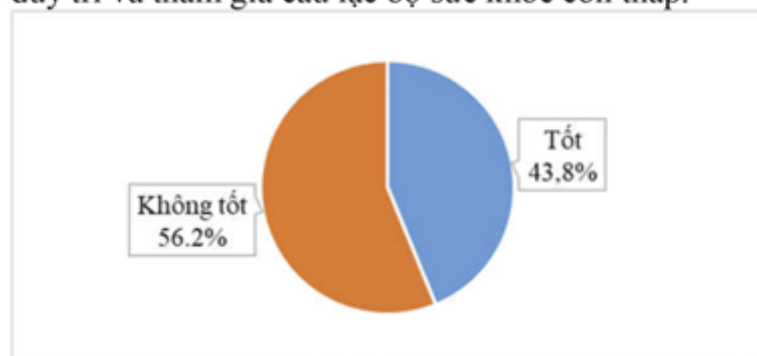
Đa số ĐTNC có kiến thức ở mức trung bình về phòng ngừa đợt cấp COPD chiếm 76,6%; 17,2% có kiến thức ở mức tốt và 6,2% ở mức kém.

Bảng 3. Thực hành về phòng đợt cấp COPD của ĐTNC

Nội dung	Có		Không	
	SL	%	SL	%
Hút thuốc lá, thuốc lào	12	18,8	52	81,2
Tiếp xúc với khói bụi, hóa chất	50	78,1	14	21,9
Tiêm phòng cúm hàng năm và phế cầu	11	17,2	53	82,8
Tập các bài tập phục hồi chức năng hô hấp	17	26,6	47	73,4
Vệ sinh mũi họng hàng ngày	57	89,1	7	10,9
Đa dạng các thành phần trong bữa ăn	58	90,6	6	9,4
Giữ ấm cổ ngực khi thời tiết lạnh	51	79,7	13	20,3
Khám sức khỏe định kỳ	18	28,2	46	71,8
Dùng thuốc điều trị trong giai đoạn bệnh	31	48,4	33	51,6

Ổn định				
Tham gia sinh hoạt câu lạc bộ sức khỏe	14	21,9	50	78,1

Phần lớn đối tượng nghiên cứu đã thực hành ở các nội dung: không hút thuốc lá; vệ sinh mũi họng hàng ngày; đa dạng thành phần trong bữa ăn và giữ ấm cổ ngực khi thời tiết lạnh. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu thực hiện không tiếp xúc với khói, bụi, hóa chất; tiêm phòng; tập phục hồi chức năng hô hấp; khám sức khỏe định kỳ; dùng thuốc duy trì và tham gia câu lạc bộ sức khỏe còn thấp.



Biểu đồ 2. Thực hành về phòng ngừa đợt cấp COPD của ĐTNC

43,8% đối tượng nghiên cứu có thực hành tốt và 56,2% có thực hành không tốt về phòng ngừa đợt cấp COPD.

Bảng 4. Yếu tố liên quan với mức độ kiến thức của ĐTNC.

Đặc điểm		Mức độ kiến thức SL (%)		p
		Kém	Trung bình và Tốt	
Trình độ học vấn	Trung học cơ sở trở xuống	3 (4,7)	32 (50)	0,001
	Trung học phổ thông trở lên	1 (1,6)	28 (43,7)	
Thời gian bị bệnh	< 1 năm	2 (3,1)	16 (25)	0,000
	≥ 1 năm	2 (3,1)	44 (68,8)	
Số lần nhập viện	1 lần	4 (6,3)	31 (48,4)	0,000
	2 lần trở lên	0 (0)	29 (45,3)	

Thực hiện kiểm tra Fisher's Exact cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ kiến thức với trình độ học vấn, thời gian bị bệnh và số lần nhập viện của ĐTNC.

Bảng 5. Yếu tố liên quan với thực hành của ĐTNC.

Đặc điểm		Thực hành SL (%)		p
		Không tốt	Tốt	
BMI	Gầy	6 (9,4)	11 (17,2)	0,012
	Trung bình	14 (21,9)	12 (18,7)	
	Thừa cân	14 (21,9)	2 (3,1)	
	Béo phì	2 (3,1)	3 (4,7)	
Số lần bị đợt cấp COPD	1 lần	25 (39,1)	10 (15,6)	0,028
	2 lần trở lên	11 (17,2)	18 (28,1)	

Thực hiện kiểm tra Fisher's Exact cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thực hành với BMI và số lần bị đợt cấp COPD của ĐTNC.

4. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức về phòng đợt cấp của người bệnh COPD

76,6% ĐTNC có kiến thức ở mức trung bình; 17,2% có kiến thức ở mức tốt và 6,2% ở mức kém về phòng ngừa đợt cấp COPD. Tỷ lệ người bệnh có kiến thức ở mức trung bình và tốt cao hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Liêm và cộng sự tại Cà Mau là 75,1% [5]. Sự chênh lệch này có thể do địa điểm nghiên cứu và đặc điểm của nhóm đối tượng trong hai nghiên cứu là khác nhau.

90,6% ĐTNC đã nhận định đúng triệu chứng của đợt cấp COPD giúp người bệnh có những can thiệp phù hợp tránh làm nặng thêm tình trạng bệnh của mình.

Các biện pháp vệ sinh mũi họng, phế quản có 85,9% ĐTNC trả lời đúng. Kết quả này tương đương trong nghiên cứu của Trần Thu Hiền có 80,6% số đối tượng biết được mục đích kỹ thuật làm sạch đường thở [2]. Đây là việc làm được Bộ Y tế khuyến cáo thực hiện đối với tất cả mọi người không riêng gì người bệnh COPD. Đặc biệt qua các đợt dịch Covid-19 nội dung này được tuyên truyền, phổ biến rất rộng rãi dưới nhiều hình thức khác nhau tới toàn thể người dân trong cả nước.

Chế độ ăn có vai trò rất quan trọng trong phòng ngừa đợt cấp COPD và hỗ trợ điều trị bệnh. Nhưng việc áp dụng chế độ ăn bệnh lý cho người bệnh còn khó khăn do thói quen ăn uống sinh hoạt gia đình đã hình thành từ trước. Thêm vào đó, người Việt Nam thường sống và ăn cùng con cháu nên rất khó thực hiện một chế độ ăn riêng dành cho người bệnh COPD. 76,6% ĐTNC biết mình cần ăn đa dạng thành phần và nên ăn thành 4 - 6 bữa nhỏ trong ngày. Kết quả này tương tự trong nghiên cứu của Trần Thu Hiền có 66,7% đối tượng lựa chọn chế độ ăn giàu chất đạm, năng lượng, uống đủ nước cho người mắc COPD là phù hợp [2].

Bệnh đồng mắc ảnh hưởng xấu đến COPD. Việc phát hiện và điều trị sớm các bệnh đồng mắc có thể làm giảm nguy cơ nhập viện trong các đợt cấp ở người bệnh COPD [4]. 84,4% ĐTNC đã trả lời đúng ở nội dung này.

Việc tiêm phòng cúm hàng năm và phế cầu 5 năm một lần để giảm nguy cơ xuất hiện đợt cấp chỉ có 28,1% ĐTNC trả lời đúng. Cúm và nhiễm khuẩn đường hô hấp là yếu tố nguy cơ gây ra các đợt cấp COPD, khiến bệnh trở nặng và nguy hiểm hơn. Việc tiêm phòng vắc xin có thể làm giảm các đợt cấp nặng và giảm tỷ lệ tử vong [4].

42,2% ĐTNC cho rằng chỉ đi khám sức khỏe khi có sự tăng nặng các triệu chứng hô hấp: khó thở, ho, khạc đờm làm ảnh hưởng đến cuộc sống và sinh hoạt hàng ngày. Kết quả này thấp hơn trong nghiên cứu của Trần Thu Hiền có 66,7% đối tượng đã lựa chọn phải khám lại theo lịch hẹn của bác sĩ [2]. Sự khác nhau này do nghiên cứu của Trần Thu Hiền được thực hiện trên nhóm đối tượng đã tham gia chương trình Quản lý người bệnh mắc bệnh COPD của Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định còn trong nghiên cứu của chúng tôi có đối tượng bị bệnh lần đầu và chưa tham gia chương trình quản lý.

4.2. Thực hành phòng đợt cấp của người bệnh COPD

43,8% người bệnh có thực hành tốt và 56,2% có thực hành không tốt về phòng ngừa đợt cấp COPD cao hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Liêm chỉ có 16,5% đối tượng nghiên cứu thực hành tốt, còn lại đa số 83,5% là thực hành chưa tốt về phòng bệnh COPD [5].

18,8% ĐTNC hiện tại đang hút thuốc lá, 40,6% đã từng hút thuốc lá và 40,6% không hút thuốc lá. Trường hợp hiện tại đang hút thuốc chủ yếu là những người phát

hiện và điều trị bệnh lần đầu. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Tạ Hữu Ánh nhóm tiền sử hút thuốc lá chiếm 56,3% [1].

Vệ sinh mũi họng hàng ngày cũng được ĐTNC thực hiện tốt. 89,1% đối tượng có vệ sinh mũi họng hàng ngày. Tỷ lệ này cũng phù hợp với kiến thức. Đối với người bệnh COPD không thể thông đờm làm sạch đường thở bằng kỹ thuật ho thông thường được vì dễ gây mệt và khó thở cho người bệnh. Do đó người bệnh cần sử dụng kỹ thuật ho có hiệu quả [4].

78,1% ĐTNC vẫn có tiếp xúc với khói bụi hoặc hóa chất cao hơn trong nghiên cứu của Tạ Hữu Ánh có 37,4% đối tượng tiếp xúc với những yếu tố nguy cơ như: khói thuốc lá, bụi [1]. Trong nhóm ĐTNC của chúng tôi chủ yếu sống ở khu vực nông thôn với nghề nghiệp là làm ruộng, nương. Theo tư duy, tập quán sản xuất của bà con trong tháng 3 và 4, Điện Biên phủ dày khói bụi phát sinh từ việc đốt nương dọn thực bì. Tỷ lệ sử dụng bếp than, bếp củi, rơm rạ ở khu vực nông thôn hiện nay vẫn còn cao. Hầu hết gia đình dùng loại bếp này đều thuộc diện khó khăn nên không dễ thuyết phục từ bỏ, người dùng cũng chưa có thông tin đầy đủ về tác hại của khói bếp.

Tỷ lệ tiêm phòng cúm và phế cầu ở nhóm ĐTNC vẫn còn thấp, chỉ có 17,2% đã thực hiện tiêm. Hiện nay, tiêm tiêm phòng cúm và phế cầu chưa có trong tiêm chủng mở rộng nên người dân phải tiêm dịch vụ, với chi phí 350.000 đồng cho một mũi tiêm phòng cúm hàng năm và 1.280.000 đồng cho một mũi tiêm phòng phế cầu chưa phải dễ dàng cho hầu hết người dân.

Tập phục hồi chức năng cho người bệnh đợt cấp COPD hàng ngày là rất cần thiết. Tuy nhiên, để đạt hiệu quả tốt nhất cần áp dụng chương trình tập tùy thuộc từng đối tượng [4]. Tỷ lệ tập các bài tập phục hồi chức năng hô hấp còn thấp chỉ có 26,6%. Phần lớn các bài tập phục hồi được ĐTNC thực hiện tại bệnh viện do sự thiếu phương tiện và không có người hỗ trợ khi tập luyện tại nhà.

Chỉ có 28,2% ĐTNC đi khám sức khỏe định kỳ. Kiểm tra sức khỏe định kỳ có 12,5% trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Liêm do đa phần đối tượng nghiên cứu ở nông thôn có đời sống, điều kiện kinh tế còn khó khăn nên họ chưa thật sự quan tâm về khám sức khỏe định kỳ hàng năm [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi còn do nhà ở xa, công việc bận rộn, mặt khác đa phần người bệnh COPD là người cao tuổi dễ quên lịch tái khám và không thể tự đi khám bệnh, việc đi lại phụ thuộc con cháu đưa đón, phương tiện đi lại khó khăn nên không đến khám hàng tháng, chỉ khi nào thấy bệnh nặng quá mới đến khám.

48,4% dùng thuốc duy trì trong giai đoạn bệnh ổn định. 21,9% ĐTNC có tham gia câu lạc bộ sức khỏe. Câu lạc bộ sức khỏe mang lại rất nhiều lợi ích cho người bệnh nhưng trên thực tế các câu lạc bộ hoạt động chưa thực sự hiệu quả do chưa có nguồn kinh phí hoạt động ổn định, đa phần là người cao tuổi, hạn chế khả năng đi lại, phụ thuộc người đưa đón, quên lịch, kỹ năng truyền đạt thông tin...

4.3. Yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành của người bệnh COPD

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa mức độ kiến thức với trình độ học vấn, thời gian bị bệnh và số lần nhập viện của ĐTNC. Những người trình độ học vấn cao hơn có cơ hội tiếp cận và tìm hiểu được kiến thức từ nhiều nguồn. Ngoài ra, họ có ít rào cản trong tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, và có thể nắm bắt thông tin tốt hơn. Những người không biết chữ sẽ gặp khó khăn trong việc đọc và tự tìm hiểu các thông tin và hướng dẫn có liên quan mà chỉ có thể tiếp thu kiến thức

KẾT QUẢ SỬ DỤNG BUỒNG TIÊM TĨNH MẠCH DƯỚI DA Ở NGƯỜI BỆNH TRUYỀN HÓA CHẤT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH QUẢNG TRỊ

RESULTS OF USING SUBCUTANEOUS INTRAVENOUS CHAMBER IN CHEMOTHERAPY PATIENTS AT QUANG TRI PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

CN Trương Thị Hoài¹ – Khoa Ung bướu BVĐK tỉnh Quảng Trị

ĐT:0979915946 Email truongthihoaihoai@gmail.com

Trần Thị Thúy Mỹ², Trần Thị Ngọc Diễm¹

1. Khoa Ung bướu, Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị.

2. Phòng điều dưỡng, Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả sử dụng buồng tiêm tĩnh mạch dưới da và khảo sát mức độ hài lòng về buồng tiêm tĩnh mạch dưới da ở người bệnh truyền hóa chất.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: Trên 80 người bệnh sử dụng buồng tiêm tĩnh mạch tham gia nghiên cứu: Độ tuổi trung bình là $61,11 \pm 14,52$, chủ yếu giai đoạn III – IV (95%); trung bình 1 lần đâm kim/1 người bệnh; biến chứng chủ yếu là tắc kim 6,25%. Người bệnh có cảm giác đau nhẹ khi cắm kim (93,75% không đau). Về mức độ hài lòng: rất hài lòng chiếm 93,75%, 6,25% người bệnh hài lòng.

Kết luận: Buồng tiêm tĩnh mạch dưới da đảm bảo tính an toàn, thuận tiện, thẩm mỹ và kinh tế. Sử dụng buồng tiêm trên người bệnh ung thư mang lại hài lòng cho người sử dụng ở mức độ rất cao (100%).

Từ khóa: Buồng tiêm tĩnh mạch dưới da, ung thư, hóa chất.

ABSTRACT

Objectives: to describe the results of using subcutaneous intravenous chambers and

assess the satisfaction level of patients receiving chemotherapy.

Method: A cross-sectional descriptive study.

Results: In 80 patients using intravenous chambers participated in the study: Mean age of patients was 61.11 ± 14.52 , mostly in stages III–IV (95%). Average needle insertion per patient was 1; main complication was catheter occlusion (6.25%). Patients reported mild pain during needle insertion (93.75% pain-free). Satisfaction level: 93.75% very satisfied, 6.25% satisfied.

Conclusion: Subcutaneous intravenous chambers ensure safety, convenience, aesthetics, and cost-effectiveness. Patient satisfaction with subcutaneous infusion is very high (100%).

Keywords: Subcutaneous intravenous injection chamber, cancer, chemicals.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là bệnh lý ác tính của tế bào. Theo Globocan năm 2020 ước tính có khoảng 19,3 triệu trường hợp ung thư mới

và gần 10 triệu trường hợp tử vong do ung thư [7].

Tại khoa Ung bướu Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị, một trong những thế mạnh của khoa là điều trị ung thư bằng hóa trị liệu, phẫu thuật, chăm sóc giảm nhẹ. Việc thiết lập đường truyền hóa chất an toàn và hiệu quả có vai trò cực kỳ quan trọng trong điều trị bệnh lý ung thư hiện nay, được y bác sỹ cùng người bệnh quan tâm nhằm hạn chế các biến chứng do hóa chất gây ra. Những biến chứng đó gây khó khăn trong quá trình lấy catheter nói riêng, cũng như chăm sóc người bệnh ung thư truyền hóa chất nói chung.

Để khắc phục những hạn chế trên, Khoa ung bướu – Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị đã triển khai thành công kỹ thuật đặt buồng tiêm dưới da và được sử dụng có hiệu quả cao trong nhiều năm qua. Việc chăm sóc buồng tiêm dưới da đóng vai trò quan trọng trong quá trình truyền hóa chất tĩnh mạch cho người bệnh. Tuy nhiên, chưa có thống kê cụ thể về những lợi ích của sử dụng buồng tiêm trên người bệnh truyền hóa chất tĩnh mạch mang lại, vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Kết quả sử dụng buồng tiêm tĩnh mạch dưới da ở người bệnh truyền hóa chất tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị”** với mục tiêu sau:

1. Đánh giá kết quả sử dụng buồng tiêm tĩnh mạch dưới da ở người bệnh truyền hóa chất tĩnh mạch.

2. Khảo sát mức độ hài lòng của người bệnh truyền hóa chất về buồng tiêm tĩnh mạch dưới da.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh ung thư truyền hóa chất tĩnh mạch điều trị nội trú.

Tiêu chí lựa chọn: Người bệnh > 18 tuổi

có khả năng nghe, nói, đọc viết tiếng Việt; người bệnh được chẩn đoán ung thư bằng mô bệnh học; người bệnh có chỉ định truyền hóa chất tĩnh mạch; đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại trừ: Có vấn đề về tâm thần kinh; không đủ các chỉ tiêu nghiên cứu; người bệnh trong tình trạng cấp cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 4/2023 - 10/2023 tại Khoa Ung bướu - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị.

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

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

2.4.1. Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng tỉ lệ trong quần thể .

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

Với: n: Cỡ mẫu

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$ khoảng tin cậy 95% $\Rightarrow \alpha = 0,05$

p: Tỉ lệ mong muốn. Chọn p = 95%

d: Sai số cho phép, chọn d = 0,05.

Thay vào công thức ta có:

$$n = 1,96^2 * [0,95 * (1 - 0,95) : 0,05^2] = 73$$

Vì để hạn chế sai số và có những đối tượng không tham gia, chúng tôi lấy thêm 5% cỡ mẫu là 77 người. Trên thực tế chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 80 người bệnh.

2.4.2. Phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

- Cách chọn mẫu: Bước 1: xác định người bệnh ung thư vào viện có chỉ định truyền hóa chất tĩnh mạch; bước 2: Chọn người bệnh có sử dụng buồng tiêm dưới da để truyền hóa chất từ tháng 5 đến hết tháng 9 năm 2023.

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

2.5.1. Công cụ đánh giá mức độ đau: Thang điểm VAS (Visual Analog Scale)

Mức độ đau của người bệnh được đánh giá theo thang điểm VAS từ 1 đến 10. Thang điểm số học đánh giá mức độ đau VAS là một thước có hai mặt [6], [8]. Một mặt: chia thành 11 vạch đều nhau từ 0 đến 10 điểm. Một mặt: có 5 biểu tượng, có thể quy ước và mô tả ra các mức độ người bệnh tự đánh giá cho đồng nhất độ đau như sau: Hình một (tương ứng với 0 điểm): không đau; hình hai (tương ứng từ 1 - 3 điểm): đau nhẹ; hình ba (tương ứng từ 4 - 6 điểm): đau vừa; hình bốn (tương ứng từ 7 - 9 điểm): đau nặng; hình tượng thứ năm (tương ứng với 10 điểm): đau rất nặng.

2.5.2. Thang đo mức độ hài lòng

Dựa trên thang Likert bao gồm một câu hỏi đóng với 1 mệnh đề và 5 lựa chọn phân loại mức độ hài lòng: Mức độ 1: hoàn toàn không hài lòng; mức độ 2: không hài lòng; mức độ 3: bình thường; mức độ 4: hài lòng; mức độ 5: rất hài lòng.

2.5.3. Phương pháp thu thập số liệu:

Thời gian phỏng vấn từ thứ 2 đến thứ 6 hàng tuần sau khi kết thúc đợt truyền hóa chất của người bệnh, đến hỏi trực tiếp người bệnh tại buồng bệnh theo bộ câu hỏi đã soạn sẵn; thu thập thông tin người bệnh, phác đồ hóa chất, số đợt truyền hóa chất, chẩn đoán bệnh thông qua hồ sơ bệnh án; quan sát, đánh giá hoạt động, tình trạng kim buồng tiêm tại buồng bệnh theo bộ câu hỏi đã soạn sẵn; đánh giá mức độ đau theo thang điểm đau; đánh giá mức độ hài lòng theo thang điểm mức độ hài lòng.

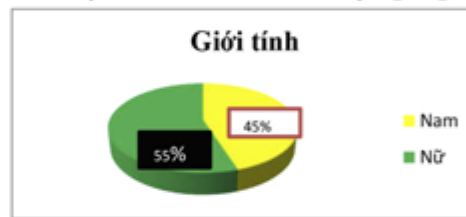
2.6. Phương pháp phân tích số liệu: Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán: Tính tỉ lệ phần trăm (%), tính giá trị trung bình ($\bar{X}$), tính độ lệch chuẩn ($\pm SD$).

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự cho phép của Hội đồng khoa học Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị (Quyết định số 324/BB-BVĐK ngày 27/04/2023). Để đảm bảo tính đạo đức trong nghiên cứu, tất cả người tham gia nghiên cứu được thông báo, giải thích mục đích, nội dung của nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin thu thập được mã hóa và nhập vào máy tính. Không tiết lộ những thông tin mang tính chất nhạy cảm.

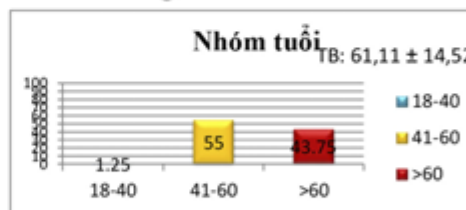
3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1: Phân bố NB theo giới (N=80)

Nhận xét: Tỷ lệ nữ giới chiếm 55% cao hơn ở nam giới là 45%.



Biểu đồ 2: Phân bố NB theo nhóm tuổi (N=80)

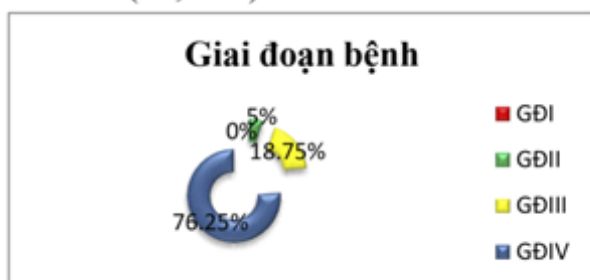
Nhận xét: Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 61,11 ± 14,52.

Bảng 3. 1 Phân bố NB theo chẩn đoán

Chẩn đoán	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Ung thư đại tràng	19	23,75
Ung thư trực tràng	11	13,75
Ung thư gan + tụy	7	8,75

Ung thư dạ dày	6	7,50
Ung thư phổi	7	8,75
Ung thư vú	18	22,5
Ung thư buồng trứng	8	10,00
Ung thư vòm	2	2,50
U lympho	2	2,50
Tổng	80	100

Nhận xét: Ung thư đại tràng chiếm tỷ lệ cao nhất (23,75%).



Biểu đồ 3.3 Phân bố NB theo giai đoạn bệnh (n=80)

Nhận xét: Người bệnh ở giai đoạn IV chiếm tỷ lệ cao nhất 76,25%, thấp nhất là giai đoạn I chiếm 0%.

3.2. Kết quả sử dụng buồng tiêm tĩnh mạch dưới da

Bảng 3.2 Số đợt truyền hóa chất

Số đợt hóa chất	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
1 - 2 đợt	24	28,75
3 - 4 đợt	35	43,75
5 - 6 đợt	12	15,00
7 - 8 đợt	7	8,75
>8 đợt	2	2,50
Tổng	80	100

Nhận xét: Số đợt truyền hóa chất dưới 4 đợt chiếm tỷ lệ cao với 72,5%.

Bảng 3.3 Số lần đặt kim

Số lần đặt kim	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
----------------	--------------	-----------

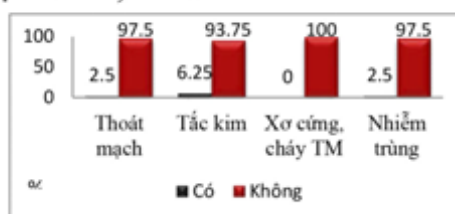
3.3. Mức độ hài lòng khi sử dụng buồng tiêm tĩnh mạch dưới da

Bảng 3.4 Mức độ hài lòng khi sử dụng buồng tiêm (n=80)

Mức độ hài lòng		Hoàn toàn không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng	Tổng
Tính an toàn	N	0	0	1	7	72	80

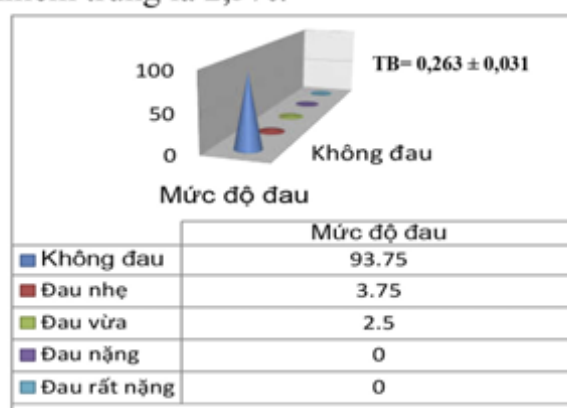
1 lần	77	96,25
2 lần	2	2,50
>2 lần	1	1,25
Tổng	80	100

Nhận xét: Người bệnh được đặt kim 1 lần/đợt điều trị hóa chất vào viện chiếm tỷ lệ cao 96,25%.



Biểu đồ 3.4 Phân bố NB theo biến chứng (n=80)

Nhận xét: Tình trạng tắc kim chiếm tỷ lệ cao nhất với 6,25%, không có trường hợp xơ cứng/chảy tĩnh mạch. Tỷ lệ thoát mạch, nhiễm trùng là 2,5%.



Biểu đồ 3.5 Mức độ đau tại vị trí đâm kim (n=80)

Nhận xét: Điểm đau trung bình của đối tượng nghiên cứu là: $0,263 \pm 0,031$ điểm.

	%	0,0	0,0	1,25	8,75	90,00	100
Tính thuận tiện	N	0	0	0	4	76	80
	%	0,0	0,0	0,0	5,00	95,00	100
Tính kinh tế	N	0	0	1	7	72	80
	%	0,0	0,0	1,25	8,75	90,00	100
Tính thẩm mỹ	N	0	0	0	3	77	80
	%	0,0	0,0	0,0	3,75	96,25	100

Nhận xét: Tỷ lệ rất hài lòng ở người bệnh rất cao: tính an toàn (90%), tính thuận tiện (95%), tính kinh tế (90%), tính thẩm mỹ (96,25%).



Biểu đồ 3.6 Mức độ hài lòng của NB khi sử dụng buồng tiêm dưới da (n=80)

Nhận xét: Có 93,75% người bệnh rất hài lòng với buồng tiêm tĩnh mạch dưới da, có 6,25% người bệnh hài lòng.

4. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng của người bệnh nghiên cứu

- Về giới tính: Tỷ lệ nữ giới chiếm 55% cao hơn ở nam giới là 45%. Điều này phù hợp với nghiên cứu của tác giả H. Kock, M. Pietsch và các cộng sự với tỷ lệ nữ nhiều hơn nam lần lượt là 52,1% và 47,9% [5]. Tại nghiên cứu này có hơn 10% được đặt buồng tiêm trước khi bước vào đợt truyền hóa chất lần đầu. Ở người bệnh nữ, tình trạng thoát mạch, viêm tĩnh mạch ngoại biên xảy ra. Khả năng chịu đau do hóa chất gây nên thấp hơn ở nam giới. Chính vì thế, họ có nhu cầu đặt buồng tiêm dưới da nhiều hơn.
- Về nhóm tuổi: Độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $61,11 \pm 14,52$ tuổi. Kết quả của chúng tôi cao hơn

của tác giả Aziz Bazin, tuổi trung bình là $59,2 \pm 14,2$ tuổi và nhóm tác giả H. Kock, M. Pietsch là 49 tuổi [4], [5]. Sự khác biệt này phụ thuộc vào việc lựa chọn đối tượng nghiên cứu (độ tuổi, vùng miền) hoặc do khác biệt về cỡ mẫu. Tại Việt Nam, phần lớn khi bệnh lý ung thư biểu hiện thành triệu chứng thì người bệnh mới đến khám và phát hiện ra bệnh. Vì thế, người bệnh thường điều trị ở giai đoạn muộn. Bên cạnh đó, những người lớn tuổi thì hệ thống tĩnh mạch ngoại biên thường xơ cứng, sức bền thành mạch kém, khó lấy vein truyền nên nhu cầu đặt buồng tiêm tĩnh mạch để sử dụng cao hơn người trẻ tuổi.

- Về chẩn đoán: Ung thư đại tràng, trực tràng, gan, tụy, dạ dày, phổi, vú, vòm, lympho và buồng trứng, trong đó ung thư đại trực tràng chiếm tỉ lệ cao 47,5 %, bệnh nhân ung thư vòm và lympho chiếm 2.5%.
- Về giai đoạn bệnh: Người bệnh ung thư chủ yếu ở giai đoạn III, IV (chiếm 95%). Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Lê Văn Long tại bệnh viện Bạch Mai Hà Nội (giai đoạn III, IV là 87,3%) [1]. Điều này được lý giải vì người bệnh đến khám, phát hiện và điều trị bệnh ở giai đoạn muộn, chỉ có số ít phát hiện và điều trị hóa chất ở giai đoạn sớm (5%).
- Về số đợt truyền hóa chất: Kết quả từ bảng 3.2 chỉ ra rằng có 28,75% người bệnh sử dụng buồng tiêm dưới da truyền hóa chất

đợt 1-2, đợt 3-4 là 43,75%. Trên thực tế, số người bệnh được đặt buồng tiêm dưới da trước khi bước vào đợt truyền hóa chất đầu tiên là 12,5%. Tỷ lệ này thấp hơn của tác giả Nguyễn Thị Hồng Vân (36%) [2].

4.2. Kết quả sử dụng buồng tiêm dưới da ở người bệnh truyền hóa chất tĩnh mạch

4.2.1. Số lần đặt kim buồng tiêm dưới da/đợt truyền hóa chất

Từ số liệu của chúng tôi thu thập được có 96,25% số người bệnh được đâm kim 1 lần trong suốt đợt truyền hóa chất và 1,25% người bệnh được đâm kim lần 4, trung bình là 1 lần đặt. Người bệnh được đâm kim lần 4 là do thời gian nằm viện lâu, người bệnh thực hiện truyền hóa chất ngày thứ 28. Mỗi kim buồng tiêm lưu tối đa 6 ngày, vì vậy cần phải thay đổi kim nhằm làm giảm các biến chứng do buồng tiêm gây ra.

4.2.2. Một số biến chứng khi sử dụng buồng tiêm tĩnh mạch dưới da

- Tình trạng thoát mạch: Kết quả cho thấy, có 2 người bệnh (2,5%) xảy ra thoát mạch. Nguyên nhân của tình trạng này do quá trình truyền hóa chất thường kéo dài nhiều giờ liên tục, người bệnh thường xuyên đi vệ sinh, di chuyển nhiều trong quá trình truyền hóa chất làm kim lệch ra khỏi vị trí buồng tiêm, dẫn đến dịch truyền bị thoát ra ngoài. Tuy nhiên, hai trường hợp này bị thoát dịch trước và sau hóa được nhận biết và xử trí kịp thời, do đó người bệnh được truyền lại 2 giờ sau đó.

- Tình trạng tắc kim: Trong suốt quá trình thực hiện nghiên cứu, tắc kim thường xuyên xảy ra nhất với 6,25% trường hợp. Kết quả của tác giả Lê Văn Long cho ra catheter không thông (3,2%), huyết khối tĩnh mạch (1,6%) [1]. Lý giải nguyên nhân tắc kim là do người bệnh khi di chuyển

không khóa đồng thời 2 van ở kim buồng tiêm và ở dây truyền dịch, do đó máu đi ngược ra ngoài, sau một thời gian gây nên hiện tượng huyết khối và tắc kim.

- Tình trạng xơ cứng/cháy tĩnh mạch: Tại khoa Ung bướu – Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị, buồng tiêm dưới da thường được đặt vào tĩnh mạch dưới đòn. Hóa chất đi qua tĩnh mạch dưới đòn vào thẳng hệ thống tuần hoàn chung, nhanh chóng đến vị trí khối u, đạt hiệu quả điều trị cao hơn. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Thúy trên bệnh nhân ung thư truyền hóa chất qua tĩnh mạch ngoại vi thì tỷ lệ mạch viêm, xơ cứng là 30% [2]. Từ biểu đồ 3.4 có thể thấy 100% đối tượng nghiên cứu không xảy ra trường hợp xơ cứng/cháy tĩnh mạch.

- Tình trạng nhiễm trùng: Nhóm nghiên cứu ghi nhận có 2 người bệnh trong khi sử dụng buồng tiêm có triệu chứng sốt cao kèm rét run, kết quả cấy máu tại vị trí đặt buồng tiêm dương tính với vi khuẩn và được chẩn đoán xác định là nhiễm trùng buồng tiêm. Buồng tiêm được ngừng sử dụng, điều trị kháng sinh không hết sốt. Sau đó người bệnh được đưa đi tháo buồng tiêm để đảm bảo chất lượng điều trị. So sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hồng Vân (8%) thì tỷ lệ nhiễm trùng của chúng tôi thấp hơn (6,25%) [3]. Tuy nhiên kết quả chúng tôi cao hơn nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai (4,8%) [1].

4.2.3. Mức độ đau tại vị trí đâm khi truyền hóa chất theo thang điểm VAS

Trong quá trình truyền hóa chất, tại vị trí lưu kim có 93,75% người bệnh không xảy ra tình trạng đau, 3,5% người bệnh đau nhẹ, 2,5% người bệnh đau vừa. Điểm đau trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $0,263 \pm 0,031$ điểm. Người

bệnh được phỏng vấn cho biết chỉ đau nhẹ lúc vừa cắm kim và sau đó mất đi. Kết quả của tác giả Lê Văn Long thang điểm VAS 98% đau ở mức 2-3 điểm [1].

4.3. Mức độ hài lòng khi sử dụng buồng tiêm tĩnh mạch dưới da

- Đánh giá về mức độ an tâm điều trị khi sử dụng buồng tiêm: Kim buồng tiêm được cố định chắc chắn tại vị trí buồng tiêm giúp người bệnh sử dụng an toàn. Mức độ hài lòng và rất hài lòng chiếm tỷ lệ rất cao (98,75%).

- Đánh giá về mức độ thuận tiện của buồng tiêm: 100% người bệnh không cảm thấy khó khăn, bất tiện khi sử dụng buồng tiêm. Người bệnh cho biết vị trí đâm kim không ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày của họ như ăn uống, vệ sinh, đi lại,... dễ dàng thay đổi tư thế mà không sợ ảnh hưởng đến chất lượng truyền hóa chất.

- Đánh giá về chi phí, giá thành sử dụng cho buồng tiêm: So với sử dụng catheter tĩnh mạch ngoại biên thì việc sử dụng buồng tiêm truyền dưới da tốn kém hơn. Tuy nhiên chính vì lợi ích mà buồng tiêm mang lại khiến người bệnh chấp nhận đặt, sử dụng và đánh giá mức độ rất hài lòng cao 90%.

- Đánh giá về tính thẩm mỹ của buồng tiêm: Hệ thống buồng tiêm được cấy ghép và dấu hoàn toàn dưới da, vừa mang tính thẩm mỹ sau khi ra viện vừa đảm bảo thuận tiện trong quá trình sử dụng. 100% người bệnh hài lòng và rất hài lòng.

- Đánh giá về mức độ hài lòng chung khi sử dụng buồng tiêm: Việc sử dụng buồng tiêm tĩnh mạch dưới da trong điều trị hóa chất mang lại hiệu quả cao, tạo sự thoải mái, an toàn và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh khi phải điều trị lâu dài. Đáp ứng được yêu cầu của người bệnh. Họ đánh giá cao về lợi ích mà buồng

tiêm mang lại với 93,75% người bệnh rất hài lòng và 6,25% người bệnh hài lòng. Kết quả này cao hơn kết quả của tác giả Lê Văn Long và cộng sự với tổng mức độ hài lòng, rất hài lòng là 98,4% [1].

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

- Đặc điểm chung: độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $61,11 \pm 14,52$, nữ (55%) cao hơn nam (45%), chủ yếu ở giai đoạn IV (76,25%), giai đoạn III (18,75%). Ung thư đại tràng chiếm tỷ lệ cao nhất (23,75%) và ung thư vú (22,5%), sử dụng buồng tiêm truyền hóa chất đợt 3-4 chiếm tỷ lệ cao nhất 43,75%.

- Kết quả sử dụng buồng tiêm: trung bình 1 lần đâm kim/1 người bệnh. Có 2,5% người bệnh thoát mạch; 6,25% người bệnh tắc kim; 2,5% người bệnh nhiễm trùng buồng tiêm.

+ Về mức độ đau tại vị trí đâm kim khi truyền hóa chất: 93,75% không đau, 3,75% đau nhẹ, 2,5% đau vừa. Người bệnh có cảm giác đau nhẹ khi cắm kim.

+ Về mức độ hài lòng: sử dụng buồng tiêm mang lại hài lòng cho người sử dụng ở mức độ cao (100%), trong đó rất hài lòng chiếm 93,75%, 6,25% người bệnh hài lòng. Đảm bảo tính an toàn, thuận tiện, thẩm mỹ và kinh tế.

- Kiến nghị: Áp dụng truyền hóa chất qua buồng tiêm cho người bệnh ung thư có chỉ định truyền hóa chất tĩnh mạch, tạo sự an toàn thoải mái và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh; Tiếp tục nghiên cứu, theo dõi, phát hiện tỷ lệ biến chứng do buồng tiêm gây nên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Long, Hoàng Thanh Tùng, Nguyễn Công Hùng (2023), Đánh giá kết quả sử dụng buồng tiêm truyền cho bệnh nhân ung thư tại bệnh viện Bạch Mai, *Tạp chí y học lâm sàng*.

2. Nguyễn Thị Ngọc Thúy (2023), Đánh giá tình trạng thoát mạch trên bệnh nhân ung thư truyền hóa chất tại khoa nội 5 bệnh viện K năm 2023, *Tạp chí Y học Cộng đồng*.
3. Nguyễn Thị Hồng Vân, Nguyễn Trọng Hiếu (2016), Đánh giá kết quả sử dụng buồng tiêm truyền dưới da trên bệnh nhân ung thư truyền hóa chất tĩnh mạch tại bệnh viện ung bướu Hà Nội, *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*.
4. Aziz Bazin (2017), Analysis of the Outcomes in Central Venous Access Port Implantation Performed by Residents via the Internal Jugular Vein and Subclavian Vein, *world journal of surgery*.
5. H. Kock, M. Pietsch (1998), Implantable Vascular Access Systems: Experience in 1500 Patients with Totally Implanted Central Venous Port Systems, *world journal of surgery*.
6. Heller G, Manuguerra M, Chow R (2016), “How to analyze the visual analogue scale: Myths, truths and clinical relevance”, *Scandinavian Journal of Pain*, 13, pp. 67-75.
7. Hyunasung (2021), Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, CA: A Cancer Journal for clinicians, issue 3, pages 209-249.
8. Lundqvist C, Benth JH, Grande RB (2009), “A vertical VAS is a valid instrument for monitoring headache pain intensity”, *Cephalalgia*, 29, pp, 1034-1041.

**SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TRƯỚC VÀ SAU
KHI ỨNG DỤNG MÔ HÌNH GIAO TIẾP AIDET CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI
BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC ĐÀ NẴNG**

**OUT-PATIENTS'SATISFACTION BEFORE AND AFTER APPLICATION
OF AIDET COMMUNICATION MODEL FOR NURSES IN VINMEC
DANANG INTERNATIONAL HOSPITAL**

Ths.Nguyễn Thị Phương Thảo¹, Khoa khám bệnh và nội khoa

ĐT: 0976 643 558, Email: v.thaontp@gmail.com

Nguyễn Dương Tường Anh¹, Nguyễn Thị Phương Thảo²

*¹Khoa khám bệnh và nội khoa, ²Trung tâm tim mạch, Bệnh viện đa
khoa Quốc tế Vinmec Central Park*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi hài lòng của người bệnh điều trị ngoại trú trước và sau khi ứng dụng mô hình giao tiếp AIDET của điều dưỡng tại bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec Đà Nẵng. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp dạng trước-sau trên 100 người bệnh điều trị ngoại trú từ tháng 1/2022 đến tháng 9/2022 tại bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec Đà Nẵng. Người bệnh được đánh giá sự hài lòng về giao tiếp của điều dưỡng bằng phương pháp phát vấn, tại thời điểm người bệnh hoàn thành lượt khám của mình trong ngày. **Kết quả:** Sau khi triển khai mô hình giao tiếp AIDET, tỷ lệ người bệnh hài lòng với các tiêu chí đánh giá tăng dao động từ 1% đến 17% và trung bình chung đạt 92.2%. Trong đó tiêu chí hướng dẫn cho NB nhận biết các dấu hiệu bất thường tăng 17%, nhiều nhất so với các tiêu chí còn lại. **Kết luận:** Tỷ lệ hài lòng có sự cải thiện so với trước và sau tập huấn mô hình giao tiếp AIDET, tuy nhiên nhìn chung mức độ hài lòng của người bệnh sau tập huấn vẫn chưa có cải thiện nhiều. Giao tiếp với người bệnh của nhân viên y tế nói chung và điều dưỡng nói riêng bằng mô hình AIDET cần được tiếp tục duy trì và nâng cao.

Từ khóa: Mô hình giao tiếp, AIDET, hài lòng của NB, kỹ năng giao tiếp.

ABSTRACT

Objective: to evaluate changes of outpatients' satisfaction before and after applying the AIDET communication model for nurses at Vinmec Da Nang International General Hospital. **Methodology:** before and after intervention study conducted on 100 outpatients of the Vinmec Da Nang international hospital from January 2022 to September 2022. Studied outpatients were assessed their satisfaction of the nurse's communication through the survey. The assessments were performed when the patient completed his/her visit. **Result:** After implementing the AIDET communication model, the satisfaction rate of outpatients with the evaluation criteria increased, ranging from 1% to 17% across different criteria. The overall average reached 92.2%. In particular, the criterion for guiding patients to recognize abnormal signs increased by 17%, the highest compared to the remaining criteria.

Conclusions: The satisfaction rate improved after the AIDET communication model training. However, overall patient satisfaction remains relatively low. Communication with patients by healthcare staff in general and nurses in particular using the AIDET model needs to be continually maintained and enhanced.

Keywords: *Communication model, AIDET, outpatient satisfaction, communication skill.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong công tác điều dưỡng (ĐD), giao tiếp rất quan trọng để thiết lập mối quan hệ tốt với người bệnh (NB), người nhà (NN) và đồng nghiệp. Giao tiếp là một trong ba nhân tố không thể thiếu, quyết định tới hiệu quả hoạt động của người điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh. Kỹ năng giao tiếp, ứng xử tốt, sẽ giúp cho người điều dưỡng thể hiện tính chuyên nghiệp trong thực hiện nhiệm vụ chuyên môn, giúp hoàn thành vai trò của người điều dưỡng và giúp người điều dưỡng khẳng định vị thế của mình trước NB và người nhà NB [4],[7]. Đồng thời giúp người điều dưỡng tránh được các hạn chế trong giao tiếp, ứng xử có thể gây nên những bức xúc không đáng có ở NB và người nhà NB.

Thực tế cho thấy việc đánh giá chất lượng bệnh viện không chỉ dựa vào các thành tựu khoa học kỹ thuật hoặc các thiết bị công nghệ mới thì phần quan trọng là sự hài lòng của người bệnh đến sử dụng dịch vụ tại bệnh viện [3],[5]. Vì thế, mô hình giao tiếp AIDET đang từng bước được áp dụng tại bệnh viện quốc tế ở Đà Nẵng, với cấu trúc hoàn chỉnh, ngắn gọn và dễ nhớ, việc áp dụng AIDET sẽ không gây gánh nặng chi phí cho các bệnh viện, không mất nhiều thời gian của điều dưỡng, nếu AIDET được triển khai và thực hiện đúng thì nó sẽ là quy trình chuẩn trong giao tiếp và mang lại lợi ích không chỉ cho người bệnh mà cả nhân viên y tế. Câu hỏi đặt ra là liệu sau khi áp dụng mô hình giao tiếp AIDET của điều dưỡng thì tỷ lệ sự hài lòng của người bệnh thay đổi như thế nào? Từ đó có cơ sở để nâng cao kỹ năng giao tiếp cho điều dưỡng và tăng chất lượng dịch vụ cho người bệnh khi đến khám tại bệnh viện, do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nghiên cứu “Đánh giá sự thay đổi hài lòng của người bệnh điều trị ngoại trú trước và sau khi ứng dụng mô hình giao tiếp AIDET của điều dưỡng tại bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec Đà Nẵng “

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Người bệnh điều trị ngoại trú

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1/2022 đến tháng 9/2022 tại khoa khám bệnh nội khoa và ngoại khoa, bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec Đà Nẵng

2.3. Thiết kế nghiên cứu.

Nghiên cứu can thiệp, so sánh trước sau không có nhóm chứng, trên 2 nhóm đối tượng khác nhau

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

2.4.1. Cỡ mẫu: NB: áp dụng công thức so sánh 2 tỷ lệ [6], $n = 100$

2.4.2. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện những người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu từ tháng 3/2022 – 8/2022

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

2.5.1. Công cụ: Bảng kiểm quan sát thực hành giao tiếp ĐD theo mô hình AIDET [2] và bộ câu hỏi khảo sát sự hài lòng NB với độ tin cậy cao (hệ số Cronbach's Alpha = 0,8). [2]

2.5.2. Phương pháp thu thập thông tin: sử dụng phương pháp phát vấn để khảo sát sự hài lòng về giao tiếp của người bệnh trước và sau 1 tháng điều dưỡng áp dụng mô hình giao tiếp AIDET, thời gian khảo sát là tại thời điểm người bệnh hoàn thành lượt khám của mình trong ngày.

2.6. Tiêu chí đánh giá

Sự hài lòng của NB về giao tiếp của điều dưỡng trước và sau khi ứng dụng mô hình AIDET với các tiêu chí đánh giá mô hình AIDET được dựa trên bộ câu hỏi gồm 15 nội dung với thiết kế theo 5 thang điểm của Likert từ rất hài lòng đến rất không hài lòng.

2.7. Phương pháp phân tích số liệu

Sử dụng thống kê mô tả để tính tỷ lệ đặc điểm nhân khẩu-xã hội học, tỉ lệ thực hành, tỉ lệ hài lòng của NB. Sử dụng test thống kê McNemar để đánh giá sự thay đổi trước và sau can thiệp với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Y đức bệnh viện Quốc tế Vinmec Đà Nẵng số 03/2022/QĐ-VMĐN ngày 16 tháng 10 năm 2022.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm cá nhân của người bệnh (n =100)

Biến số	Trước can thiệp (n,%)	Sau can thiệp (n,%)
Giới tính		
Nam	35 (35%)	49 (49%)
Nữ	65 (65%)	51 (51%)
Nghề nghiệp		
Nông dân	1 (1%)	1 (1%)
Công nhân	0 (0%)	3 (3%)
Nội trợ	5 (5%)	10 (10%)
Công nhân viên	31 (31%)	58 (58%)
Khác	63 (63%)	18 (18%)
Nơi cư ngụ		
Thành thị	84 (84%)	82 (82%)
Nông thôn	16 (16%)	18 (18%)
Trình độ văn hoá		
Cấp 1	6 (3%)	3 (3%)
Cấp 2 - TCCN	18 (18%)	14 (14%)
CD – ĐH trở lên	76 (76%)	83 (83%)
Số lần khám tại bệnh viện quốc tế		
Dưới 3 lần	58 (58%)	51 (51%)

Từ 3 lần trở lên	42 (42%)	49 (49%)
------------------	----------	----------

Nhận xét: Đặc điểm NB tham gia vào thời điểm trước và sau tập huấn có nhiều điểm tương đồng như giới tính: nữ có tỷ lệ chiếm nhiều hơn nam, nghề nghiệp thì công nhân viên và ngành nghề khác như kỹ sư, quản lý, kinh doanh tự do,... chiếm đa số, ngoài ra số lần NB đến khám khá cân bằng nhau giữa hai nhóm với 51% so với 58% cho NB dưới 3 lần khám; 42% so với 49% NB đã từng khám trên 3 lần tại bệnh viện đang làm nghiên cứu.

3.2. Sự hài lòng của NB về giao tiếp của điều dưỡng trước và sau khi ứng dụng mô hình AIDET

Bảng 2 Sự hài lòng của NB về giao tiếp của điều dưỡng trước và sau khi ứng dụng mô hình AIDET (N=100)

Nội dung	Mức độ đánh giá					
	Rất hài long		Hài lòng		Không ý kiến	
	Trước	Sau	Trước	Sau	Trước	Sau
	(N,%)		(N,%)		(N,%)	
Chào hỏi NB	43 (43%)	18 (18%)	51 (51%)	77 (77%)	4 (4%)	5 (5%)
Giới thiệu bản thân	23 (23%)	13 (13%)	39 (39%)	64 (64%)	27 (27%)	19 (19%)
Xác định NB	42 (42%)	17 (17%)	46 (46%)	76 (76%)	8 (8%)	7 (7%)
Thông báo thời gian	34 (34%)	31 (31%)	51 (51%)	64 (64%)	6 (6%)	3 (3%)
Giải thích quy trình	38 (38%)	31 (31%)	47 (47%)	60 (60%)	11 (11%)	5 (5%)
HD - giải đáp thắc mắc	37 (37%)	25 (25%)	40 (40%)	69 (69%)	15 (15%)	1 (1%)
Cảm ơn NB hợp tác	41 (41%)	12 (12%)	51 (51%)	82 (82%)	3 (3%)	4 (4%)
Thái độ tôn trọng	46 (46%)	11 (11%)	47 (47%)	77 (77%)	5 (5%)	7 (7%)
Sẵn sàng giải thích	49 (49%)	11 (11%)	44 (44%)	82 (82%)	7 (7%)	2 (2%)
Xưng hô đúng mực	48 (48%)	9 (9%)	45 (45%)	86 (86%)	7 (7%)	5 (5%)
Đối xử công bằng	49 (49%)	12 (12%)	42 (42%)	79 (79%)	9 (9%)	3 (3%)
Thái độ lắng nghe	39 (39%)	10 (10%)	54 (54%)	84 (84%)	7 (7%)	1 (1%)
Cung cấp thông tin	38 (38%)	8 (8%)	49 (49%)	86 (86%)	9 (9%)	2 (2%)
Ấn cần, lịch sự	41 (41%)	10 (10%)	50 (50%)	84 (84%)	7 (7%)	2 (2%)
Giải thích dễ hiểu	34 (34%)	6 (6%)	53 (53%)	89 (89%)	6 (6%)	0 (0%)

Nhận xét: so sánh kết quả thống kê về mức độ hài lòng của NB về giao tiếp của điều dưỡng ở từng tiêu chí sau khi ứng dụng mô hình AIDET cho thấy: sau ứng dụng, mức độ rất hài lòng giảm ở tất cả các tiêu chí, tuy nhiên mức độ hài lòng tăng đáng kể với tỷ lệ cao ở các tiêu chí như luôn cảm ơn NB, sẵn sàng giải thích cho NB dễ hiểu, xưng hô đúng mực với NB và cung cấp đầy đủ các thông tin chăm sóc và điều trị bệnh, trong đó tiêu chí cải thiện nhiều nhất là xưng hô đúng mực tăng từ 45 đến 86%.

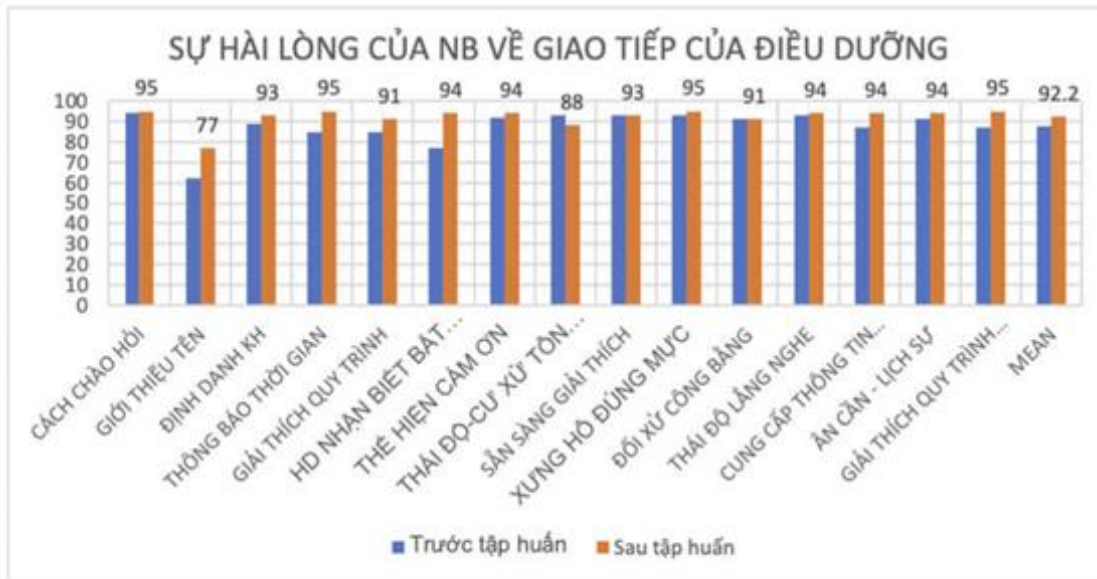
3.3. Sự không hài lòng của NB về giao tiếp của điều dưỡng trước và sau khi ứng dụng mô hình AIDET

Bảng 3 Sự không hài lòng của NB về giao tiếp của điều dưỡng trước và sau khi ứng dụng mô hình AIDET (N=100)

Nội dung	Không hài lòng		Rất không hài lòng	
	Trước	Sau	Trước	sau
	(N,%)		(N,%)	
Chào hỏi NB	0 (0%)	0 (0%)	2 (2%)	0 (0%)
Giới thiệu bản thân	9 (9%)	4 (4%)	2 (2%)	0 (0%)
Xác định NB	1 (1%)	0 (0%)	2 (2%)	0 (0%)
Thông báo thời gian	7 (7%)	0 (0%)	2 (2%)	2 (2%)
Giải thích quy trình	2 (2%)	2 (2%)	2 (2%)	2 (2%)
HD - giải đáp thắc mắc	6 (6%)	5 (5%)	2 (2%)	0 (0%)
Cảm ơn NB hợp tác	3 (3%)	2 (2%)	2 (2%)	0 (0%)
Thái độ tôn trọng	0 (0%)	3 (3%)	2 (2%)	2 (2%)
Sẵn sàng giải thích	0 (0%)	5 (5%)	0 (0%)	0 (0%)
Xưng hô đúng mực	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Đối xử công bằng	0 (0%)	4 (4%)	0 (0%)	2 (2%)
Thái độ lắng nghe	0 (0%)	3 (3%)	0 (0%)	2 (2%)
Cung cấp thông tin	4 (4%)	2 (2%)	0 (0%)	2 (2%)
Ân cần, lịch sự	0 (0%)	4 (4%)	2 (2%)	0 (0%)
Giải thích dễ hiểu	7 (7%)	5 (5%)	0 (0%)	0 (0%)

Nhận xét: kết quả thống kê về mức độ rất không hài lòng của NB về giao tiếp của điều dưỡng ở từng tiêu chí sau khi ứng dụng mô hình AIDET có giảm đáng kể, trong đó có 6/15 tiêu chí sau ứng dụng mô hình có cải thiện tích cực, từ 2% rất không hài lòng giảm còn 0%. So sánh về mức độ không hài lòng, tiêu chí thông báo về thời gian chờ và thời gian cung cấp dịch vụ chăm sóc trong suốt quá trình khám bệnh được cải thiện nhiều nhất từ 7% còn 0%, một số tiêu chí như thái độ lắng nghe, ân cần lịch sự, sẵn sàng giải thích, thái độ tôn trọng và đối xử công bằng có tỷ lệ tăng nhẹ về mức độ không hài lòng.

3.4 Tỷ lệ hài lòng của NB về giao tiếp của điều dưỡng trước và sau khi ứng dụng mô hình AIDET



Biểu đồ 1: Tỷ lệ hài lòng của NB về giao tiếp của ĐD trước và sau khi ứng dụng mô hình AIDET

Nhận xét: Tỷ lệ hài lòng của NB được thống kê ở 2 mức độ rất hài lòng và hài lòng sau khi ứng dụng mô hình giao tiếp AIDET của điều dưỡng, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh hài lòng về giao tiếp của điều dưỡng theo các tiêu chí mô hình AIDET tăng nhẹ và dao động từ 1% đến 17% giữa các tiêu chí và trung bình chung đạt 92.2%. Trong đó tiêu chí hướng dẫn cho NB nhận biết các dấu hiệu bất thường tăng 17%, nhiều hơn so với các tiêu chí còn lại, nhìn chung thì sự hài lòng của NB về giao tiếp của ĐD sau tập huấn chưa có cải thiện nhiều.

4. BÀN LUẬN

Sự hài lòng của người bệnh bị ảnh hưởng rất nhiều bởi thói quen giao tiếp của điều dưỡng, hay nói cách khác có mối liên quan giữa giao tiếp của điều dưỡng và sự hài lòng của người bệnh [1]. Khảo sát cho thấy tỷ lệ rất hài lòng của NB giảm ở tất cả các tiêu chí có thể do quá trình cung cấp dịch vụ khám cho NB ngoại trú phải trải qua nhiều bộ phận nên mức độ hài lòng của NB cũng sẽ bị ảnh hưởng bởi những yếu tố khác, ngoài ra có thể là do sự khác biệt về đặc điểm cá nhân của NB đến khám tại bệnh viện, cũng như thời gian nghiên cứu ngắn, việc sử dụng các kỹ năng trong giao tiếp vẫn chưa được linh hoạt và tự nhiên, sự thay đổi ban đầu còn gây ra những gượng gạo mà chưa thể hiện được sự ân cần, chân thành trong nội dung giao tiếp, điều này cũng gây ảnh hưởng một phần cảm nhận của người bệnh về chất lượng dịch vụ.

Tuy nhiên, tỷ lệ người bệnh hài lòng sau tập huấn đã cải thiện hơn so với trước tập huấn và tỷ lệ không hài lòng sau tập huấn đã giảm nhiều khi điều dưỡng thực hiện mô hình AIDET trong giao tiếp với người bệnh. Diễn hình là tiêu chí cung cấp thông tin về thời gian thực hiện kỹ thuật/thủ thuật hay thời gian chờ là một

trong những yếu tố khách hàng đánh giá cao về sự thay đổi giữa trước và sau áp dụng mô hình giao tiếp AIDET. Vì qua đó, điều dưỡng và người bệnh có thể thảo luận để lựa chọn phương án tiếp theo cho quá trình khám bệnh dựa trên lợi ích và sự thuận lợi, hầu hết cả hai bên đều đạt được thỏa thuận về việc này tạo nên sự hài lòng từ NB, cho thấy được sự thuận tiện trong quá trình khám bệnh tại Vinmec.

Bên cạnh đó qua quan sát, điều dưỡng giao tiếp trên lâm sàng đã có nhiều thay đổi tích cực, các tiêu chí trong mô hình AIDET được áp dụng với tỷ lệ cao. Tỷ lệ hài lòng chưa được cải thiện nhiều

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Việc ứng dụng mô hình AIDET giúp giao tiếp của điều dưỡng trên lâm sàng có nhiều thay đổi tích cực. Sau khi triển khai mô hình, tỷ lệ hài lòng tăng từ 1% đến 17% giữa các tiêu chí và trung bình chung đạt 92.2%. Tuy nhiên, vẫn còn một số tiêu chí chưa có sự chuyển biến rõ rệt, như tiêu chí thái độ lắng nghe, giải thích về các kỹ thuật/ thủ thuật và giải đáp thắc mắc trong suốt quá trình chăm sóc. Do vậy, ĐD cần cải thiện thêm về kỹ năng nghe – nói và sử dụng giao tiếp bằng mắt khi có thể, cách sử dụng ngôn ngữ nên được chú trọng hơn vì nhiều điều dưỡng còn sử dụng từ ngữ địa phương, nên xem xét sử dụng những ngôn từ dễ hiểu và cần thiết có thể sử dụng hỗ trợ trực quan để giải thích hay hướng dẫn cho NB về các vấn đề chuyên môn. Bên cạnh đó, tỷ lệ NB đến khám tại Vinmec chủ yếu 82 - 84% sống tại thành thị, có trình độ tri thức cao chiếm 76 – 83%, ngoài ra hơn 42 - 49% NB đã từng khám nhiều lần tại các bệnh viện quốc tế trong và ngoài hệ thống, cho thấy yêu cầu cao hơn trong cung cấp dịch vụ chăm sóc, quá trình giao tiếp không chỉ thể hiện chuyên môn vững vàng và tự tin mà còn ân cần, chân thật để tạo được niềm tin nơi người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Thị Thủy (2017), "Hiệu quả chương trình tập huấn giao tiếp của Điều dưỡng với người bệnh theo mô hình AIDET tại khoa ngoại Bệnh viện Chợ Rẫy", Đại học y tế công cộng.
2. Trần Thị Thanh Trúc và cộng sự (2019), "Đánh giá hiệu quả của mô hình AIDET tại khoa Phẫu thuật gây mê Bệnh Viện Đa Khoa Khu Vực Củ Chi ", Tạp chí y học TPHCM, pp.176.
3. Mullan BA, Kothe EJ (2010). "Evaluating a nursing communication skills training course: The Relationships between self-rated ability, satisfaction, and actual performance". *Nurse Educ Pract*, 10(6):374-8.
4. Neuman R (2015). "Practice Makes Perfect: Improve outcomes by engaging patients using AIDET". *J Emerg Nurs*. 44(1):37-45.
5. Raul Z, et al (2015). "Influence of AIDET in the improving quality metrics in a small community hospital - before and after analysis". *Journal of Hospital Administration*, doi: <https://doi.org/10.5430/jha.v4n3p35>.
6. Shao J, Chow S, Wang H (2008). "Sample Size Calculations in Clinical Research", 2nd Ed. *Chapman & Hall/CRC Biostatistics Series*, pp.91.
7. Varghese (2016). "Improving patient satisfaction through implementing AIDET". *Palliat Med*, 12(1):13-2.

**ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG NGƯỜI BỆNH
SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354**

**ASSESSING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS
AFTER HIP REPLACEMENT SURGERY AT MILITARY HOSPITAL 354**

Lã Thị Thanh Lâm¹, Nhữ Mạnh Thu¹, Trần Anh Tuấn², Vũ Văn Hoàn¹
ĐT: 0984623581; Email: lamltt354@gmail.com

¹ Bệnh viện Quân Y 354; ² Đại học Thành Đô

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chất lượng cuộc sống (CLCS) và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến CLCS của người bệnh (NB) sau phẫu thuật thay khớp háng (PT TKH)

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc được thực hiện từ phòng vấn 54 NB sau PT TKH nhân tạo tại khoa Chấn thương chỉnh hình.

Kết quả: CLCS của NB sau PT TKH tốt lên rất nhiều tại 2 thời điểm. Đánh giá theo bộ công cụ Harris điểm trung bình (TB) chức năng khớp háng (CNKH) trước khi ra viện là 69,8 và sau 3 tháng là 97,01. Đánh giá CLCS theo SF12 tại thời điểm ra viện là 41,8 và sau 3 tháng là 96,5. CLCS chung của NB có sự thay đổi rõ rệt theo từng thời điểm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tuổi, đặc điểm lâm sàng và phương pháp phẫu thuật là yếu tố liên quan tới sự thay đổi CLCS của NB. Theo thang điểm Harris và SF12: Nhóm NB có tuổi dưới 60 có sự cải thiện về chức năng khớp háng cao hơn so với các nhóm tuổi khác, nhóm NB tiêu chòm và thay khớp háng bán phần có sự cải thiện về chức năng khớp háng tốt hơn. Nhóm NB không có bệnh lý nền có sự cải thiện về chức năng khớp háng tốt hơn so với nhóm NB có 1,2,3 bệnh lý nền trở lên có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết luận: CLCS của NB tốt lên và thay đổi rõ rệt tại 2 thời điểm. Nhóm người bệnh trẻ tuổi và có ít bệnh lý nền thì có sự phục hồi tốt hơn so với các nhóm khác.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, phẫu thuật thay khớp háng, chức năng khớp háng

ABSTRACT

Objectives: to describe the quality of life, and to learn about factors that affect the quality of life of patients after having hip replacement surgery.

Methodology: A descriptive longitudinal study was conducted through interviews with 54 patients undergoing artificial hip replacement surgery at the Trauma and Orthopedic Department.

Results: The quality of life of patients after having hip replacement surgery got much better at two points. Harris Hip Score assessments presented average function score before discharge as 69.8 and after 3 months as 97.01. SF-12 scores at the time of discharge and after 3 months were 41.8 and 96.5, respectively. That patients' general Quality of Life changed significantly from time to time, has statistical significance ($p < 0.05$).

Age, clinicals features and surgical method are factors that affect the change in patient's life quality. Harris Hip Score and SF12 scores showed that: the group of

patients under the age of 60 had better improvement in hip function than other age groups; the group of patients with bone resorptions and partial hip replacements had better improvement in hip function; patients with no underlying disease had better improvement in hip function than those with 1,2,3 or more underlying diseases, has statistical significance ($p < 0,05$).

Conclusions: The life quality of patients improved and changed clearly at 2 points in time. Groups of patients who are younger and have fewer underlying diseases will have a better recovery than other groups.

Keywords: Quality of life, Hip replacement surgery, Hip joint function.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy cổ xương đùi (GCXD) là một chấn thương lớn, phức tạp và có thể gây ra nhiều các biến chứng nguy hiểm. Ngoài ra tiêu chỏm xương đùi cũng là bệnh lý xuất hiện nhiều ở NB cao tuổi có nhiều bệnh lý mãn tính đặc biệt là NB nghiện thuốc, rượu, bia và một vài chất kích thích khác. Phẫu thuật thay khớp háng (PTTKH) là chỉ định tối ưu cho những NB bị chấn thương hay mắc bệnh lý ở chỏm hoặc cổ xương đùi mà mọi phương pháp điều trị như kết hợp xương hay điều trị nội khoa không đạt kết quả. Hàng năm theo thống kê tại Mỹ có khoảng 10000-12000 ca, tại Úc có khoảng 6500-7000 ca phải thay khớp háng [6][7][9]. CLCS của những NB này bị ảnh hưởng trầm trọng do bị mất hoặc giảm chức năng vận động, đau triền miên hoặc rất đau khi bị GCXD phải phụ thuộc vào thuốc giảm đau [6].

Đã có nhiều các đề tài đánh giá CLCS của NB sau PTTKH như nghiên cứu của Veljko Santie (2012) tại Croatia [9] đánh giá CLCS cho 74 NB. Năm 2016, Trần Thị Vân Anh tại Bệnh viện Việt Đức [1] cũng đánh giá sự thay đổi CLCS của 115 NB sau PTTKH bằng bộ công cụ SF36 và cho kết quả CLCS tốt lên rất nhiều. Tại khoa Chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Quân y 354, hàng năm có khoảng 100-120 NB được PTTKH. Đánh giá CLCS của NB sau PTTKH là vấn đề cần thiết để giúp cán bộ y tế có cái nhìn tổng quan về CLCS của NB từ đó có chiến lược đúng đắn để nâng cao sức khỏe so với những kỳ vọng của họ. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá sự thay đổi CLCS của NB và phân tích một số yếu tố liên quan tới sự thay đổi CLCS của NB sau PTTKH tại khoa Chấn thương chỉnh hình

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

NB TKH nhân tạo tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 12 năm 2022 đến tháng 8 năm 2023

- Tiêu chuẩn lựa chọn: NB đồng ý tham gia nghiên cứu. NB được theo dõi 3 tháng sau phẫu thuật, trả lời đầy đủ các câu hỏi đánh giá CLCS ở các thời điểm: trước khi ra viện, tái khám sau 3 tháng.

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Tại khoa Chấn thương chỉnh hình-Bệnh viện Quân y 354.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả theo dõi dọc (cắt ngang lặp lại).

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu toàn bộ
- Phương pháp chọn mẫu: tất cả các NB đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

- Công cụ nghiên cứu

Xây dựng bộ công cụ nghiên cứu: Bộ câu hỏi phỏng vấn gồm 2 nội dung là thông tin cá nhân, đặc điểm lâm sàng và bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống theo Harris và SF-12

- Phương pháp thu thập số liệu

Tiến hành phỏng vấn theo 2 thời điểm: Trước khi ra viện và sau 3 tháng tái khám

- Phương pháp đánh giá

+ Đối với bộ công cụ Harris: Bộ câu hỏi Harris dựa theo tài liệu trong nghiên cứu của Nguyễn Trung Tuyển năm 2020 [5] gồm 10 câu hỏi được chia làm 5 lĩnh vực với cách tính điểm như sau: Dấu hiệu đau khớp háng (tối đa 44 điểm), Chức năng khớp háng (tối đa 47 điểm), Chức năng hoạt động hàng ngày, Sự biến dạng khớp háng (Không: 4; có: 0), Biên độ vận động khớp háng (5 điểm: Từ 211° - 300°; 4 điểm: Từ 161° - 210°; 3 điểm: Từ 101° - 160°; 2 điểm: Từ 61° - 100°; 1 điểm: Từ 31° - 60° (1); 0 điểm: Từ 0° - 30°. Từ đó đánh giá CLCS: CLCS tốt (80-100 điểm), CLCS chưa tốt (dưới 80 điểm).

+ Đối với bộ công cụ SF12 là bộ công cụ rút gọn từ SF36: Bộ câu hỏi dựa theo nghiên cứu của Trần Thị Vân Anh, Bệnh viện Việt Đức năm 2016 [1] gồm 8 khía cạnh: (1) Hoạt động thể chất; (2) Hạn chế do hoạt động thể chất; (3) Cảm giác đau; (4) Sức khỏe chung; (5) Hạn chế do vấn đề cảm xúc; (6) Sức sống; (7) Sức khỏe tinh thần; (8) Chức năng xã hội. Điểm cho 8 khía cạnh đánh giá của CLCS được tính bằng trung bình điểm của tất cả các câu trả lời thuộc khía cạnh đó. Điểm CLCS chung được tính bằng trung bình điểm của 8 khía cạnh. Điểm từ 51 đến 100 điểm là CLCS tốt; 0 đến 50 điểm là CLCS chưa tốt.

2.6. Phương pháp phân tích số liệu

- Xử lý và phân tích số liệu: bằng phần mềm thống kê STATA 14.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được thông qua tại hội đồng khoa học bệnh viện Quân y 354. NB được tư vấn và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học và bệnh lý của đối tượng nghiên cứu (n=54)

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỉ lệ %
Nhóm tuổi	≤ 60 tuổi	33	61,1
	>61-80 tuổi	14	25,9
	>80 tuổi	07	12
	Tuổi trung bình = 61,01± 12,3		
Giới tính	Nam	38	70,3
	Nữ	16	29,7
Nghề nghiệp	Trí thức	17	31,5
	Lao động chân tay	37	68,5
Chẩn đoán	Gãy liên mấu chuyển xương đùi	20	37,03

trước phẫu thuật	Tiêu chòm xương đùi	34	62,97
Phương pháp phẫu thuật	Thay khớp háng toàn phần	37	68,5
	Thay khớp háng bán phần	17	31,5
Bệnh lý kèm theo	Bệnh lý về thần kinh (đột quỵ não cũ)	4	7,4
	Bệnh lý về tiêu hóa (sơ gan, suy thận...)	7	13
	Bệnh lý về tim, mạch (suy tim, mạch vành, tăng huyết áp, đái tháo đường...)	27	50
	Bệnh lý về xương, khớp (loãng xương, thoái hóa khớp gối, thoát vị đĩa đệm, trượt đốt sống, gout...)	22	40,7
	Nghiện rượu, thuốc lá và các chất kích thích khác (uống rượu từ 300ml/ngày liên tục từ 3 năm trở lên, hút thuốc từ 7-10 điếu trở lên/ngày liên tục trong 3 năm trở lên được cho là nghiện)	16	29,6

3.2. Kết quả đánh giá CLCS của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. CLCS của NB tại các thời điểm khảo sát theo Harris

Các khía cạnh	Sau phẫu thuật trước khi ra viện	Sau 3 tháng	p
Dấu hiệu đau	31,7 ± 4,1	39,9 ± 1,6	0,0001
Chức năng khớp háng	15,8 ± 2,3	31,3 ± 3,5	0,0002
Chức năng trong hoạt động hàng ngày	7,1 ± 0,7	13,2 ± 1,4	0,0008
Sự biến dạng khớp háng	4	4	2,7
Biên độ vận động khớp háng	3,9 ± 0,2	4,9 ± 0,6	0,0001
Điểm CLCS chung	69,8 ± 2,75	97,0 ± 1,6	0,0004

Điểm CLCS chung được cải thiện rõ rệt sau 3 tháng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Bảng 3.3. Điểm CLCS của đối tượng nghiên cứu theo thang điểm SF-12

Các khía cạnh	Sau phẫu thuật trước khi ra viện	Sau 3 tháng	p
Hoạt động thể chất	23,6 ± 1,4	90,7 ± 2,7	0,0001
Hạn chế do hoạt động thể chất	0	93,2	0,0001
Cảm giác đau	72,2 ± 1,1	95,4 ± 1,3	0,0001
Sức khỏe chung	67,6 ± 1,7	91,7 ± 1,6	0,0001
Hạn chế do vấn đề cảm xúc	0	92,1	0,0012
Sức sống	80	97,8 ± 6,3	0,003
Sức khỏe tinh thần	79,4 ± 2,3	96,5 ± 4,5	0,0006
Chức năng xã hội	74,1 ± 4,8	96,2 ± 3,0	0,0001
Điểm CLCS chung	41,8 ± 2,8	96,5 ± 6,6	0,0002

3.3. Một số yếu tố liên quan đến CLCS và CNKH của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.4. Liên quan giữa yếu tố nhân khẩu học và đặc điểm bệnh lý với CLCS

Các yếu tố khảo sát		Điểm CLCS (FS12)			Điểm CLCS (HARRIS)		
		Trước ra viện	Sau mổ 3 tháng	P	Trước ra viện	Sau mổ 3 tháng	P
Nhóm tuổi	≤ 60 tuổi (1)	43,1 ± 1,5	99,2 ± 0,6	0,0001	72,1 ± 1,6	99,7 ± 3,5	0,0001
	61-80 tuổi (2)	40,7 ± 0,8	97,2 ± 1,2	0,0002	68 ± 4,2	95,6 ± 3,8	0,0002
	> 80 tuổi (3)	37,7 ± 2,9	82,8 ± 1,9	0,0013	62,7 ± 2,5	86,7 ± 2,4	0,0015
	P1(1-2)	0,0001	0,0003		0,0024	0,006	
	P2 (2-3)	0,0034	0,02		0,0014	0,002	
	P3 (1-3)	0,005	0,008		0,0013	0,0023	
Giới tính	Nam	42,4 ± 0,4	97,3 ± 1,01	0,0054	70,6 ± 3,5	98 ± 4,3	0,001
	Nữ	40,3 ± 0,8	94,5 ± 1,9	0,007	67,9 ± 7,3	94,5 ± 7,4	0,0001
	p	4,7	0,0012		0,12	0,052	
Nghề nghiệp	Trí thức	40,7 ± 0,7	92,4 ± 2,1	0,012	69,8 ± 5,3	97,8 ± 5,7	0,0006
	Lao động chân tay	42,3 ± 4,5	98,5 ± 6,7	0,0002	69,9 ± 5,3	97,8 ± 5,8	0,0007
	p	0,78	0,0002		3,8	0,87	
Chẩn đoán	Gãy LMC xương đùi	40,2 ± 0,8	95,6 ± 1,6	0,0006	67,4 ± 7,0	95,2 ± 7,1	0,0001
	Tiêu chòm xương đùi	42,7 ± 0,3	97,0 ± 1,09	0,0034	71,3 ± 2,6	97,9 ± 4,3	0,0002
	p	0,03	0,043		0,0026	0,001	
Phẫu thuật	TKH toàn phần	42,8 ± 1,7	99,1 ± 0,1	0,0021	71,8 ± 1,3	99,6 ± 0,1	0,0004
	TKH bán phần	39,5 ± 3,4	90,6 ± 2,1	0,0002	65,5 ± 1,7	91,7 ± 1,8	0,0001
	p	0,0053	0,0013		0,023	0,002	

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, NB phân bố từ 26-85 tuổi, trung bình $61,01 \pm 12,3$ tuổi, đa số NB dưới 60 tuổi (61,1%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đặng Hoàng Giang (2023) [4] (NB $58,17 \pm 14,79$ tuổi), nhưng thấp hơn nghiên cứu của Tshonga [8] và Veljko Santie (2012) [9] tại Croatia (độ tuổi NB lần lượt là $72,6 \pm 5,9$ và $74,8 \pm 2,5$). Điều này cho thấy độ tuổi NB PTTKH ở Việt Nam trẻ hơn ở một số quốc gia khác.

Đa số NB mắc tiêu chỏm xương đùi (62,97%), cao hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Vân Anh năm 2016 [1] (28,7%) và tương đương với nghiên cứu của Đặng Hoàng Giang năm 2023 [4] (71,4%). Điều này phù hợp với xu thế chung của xã hội, các trường hợp bệnh lý nhiều lên và các trường hợp gây tự nhiên ít đi.

4.2. Sự thay đổi CLCS và CNKH của đối tượng nghiên cứu

Đánh giá CLCS về sức khỏe thể chất, chúng tôi thấy điểm SF12 trung bình của NB thời điểm trước khi ra viện là 23,6 điểm, thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân Anh tại Bệnh viện Việt Đức (25,5 điểm) [1]. Điểm sức khỏe tinh thần của NB cùng thời điểm này có xu hướng cao hơn (dù số điểm riêng về vấn đề cảm xúc lúc này rất thấp: 0 điểm). Sau phẫu thuật 3 tháng, điểm sức khỏe tinh thần của NB được cải thiện rõ rệt ($97,9 \pm 4,6$ điểm). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân Anh [1] và Veljko [9] (lần lượt là 81,9 điểm và 80 điểm). Điểm CLCS chung của NB cũng có sự cải thiện rõ rệt tại thời điểm sau mổ 3 tháng ($96,5 \pm 6,6$ điểm) so với trước khi ra viện ($41,8 \pm 2,8$ điểm), khác biệt với $p < 0,01$.

Để đánh giá kết quả phục hồi CNKH, chúng tôi sử dụng thang điểm Harris. Đây là thang điểm chuyên biệt, đánh giá tổng hợp nhiều yếu tố khớp háng, bao gồm cả triệu chứng tại khớp, biên độ khớp và hoạt động chức năng của khớp. Vì thế, thang điểm rất có giá trị và phù hợp với mục tiêu nghiên cứu của đề tài. Kết quả cho thấy, điểm đau hiệu đau cải thiện rõ rệt theo từng thời điểm khảo sát (trước khi ra viện, điểm đau hiệu đau trung bình là 31,7 điểm; sau mổ 3 tháng, điểm đau hiệu đau trung bình đã tăng lên 39,8 điểm). Các yếu tố đánh giá khác của thang điểm Harris cũng có sự cải thiện rõ rệt, tại 2 thời điểm. Đánh giá chung, điểm Harris sau mổ 3 tháng ($97,0 \pm 1,6$ điểm) cải thiện rõ rệt so với trước khi ra viện ($69,8 \pm 2,75$ điểm), khác biệt với $p < 0,01$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Trung Tuyền (2020) [5].

4.3. Một số yếu tố liên quan đến sự cải thiện CLCS và CNKH

Khảo sát mối liên quan giữa một số yếu tố yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng với CLCS và CNKH của NB sau phẫu thuật TKH, chúng tôi phát hiện CLCS và CNKH của NB được cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật 3 tháng so với trước khi ra viện, thể hiện trên điểm SF12 và điểm Harris ở mỗi khía cạnh và đánh giá tổng thể. Kết quả này tương đồng với kết quả của Ngọc Đại Cương (2011) [2].

- Nhóm NB dưới 60 tuổi có sự cải thiện CNKH và CLCS tốt hơn so với $NB \geq 60$ tuổi (có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Trung Tuyền [5] (tuổi càng trẻ thì mức độ phục hồi càng cao). Tuy nhiên, nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân Anh [1] lại chỉ ra không có sự biến đổi CLCS khác biệt giữa các nhóm tuổi ($p > 0,05$).

Cùng với đó, NB nam giới có sự cải thiện CLCS tốt hơn so với nữ giới; NB lao động chân tay có sự cải thiện CLCS tốt hơn NB trí thức. Kết quả này tương đồng với kết quả của Ngọc Đại Cương (2011) tại bệnh viện đa khoa Tuyên Quang [2]; NB tiêu chỏm

xương đùi cải thiện CLCS tốt hơn NB gãy liên mẫu chuyển xương đùi; NB TKH toàn phần có sự cải thiện CLCS tốt hơn NB TKH bán phần; NB có nhiều nhất 1 bệnh lý kèm theo có sự cải thiện CLCS tốt hơn NB có ít nhất 2 bệnh lý kèm theo. Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Trần Đình Chiến và Phạm Đăng Ninh báo cáo sau 10 năm thay khớp háng tại BV 103 [3].

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

- Điểm CNKH (theo Harris) và điểm CLCS (theo SF12) của NB thời điểm trước khi ra viện lần lượt là 69,8 điểm và 41,8 điểm; thời điểm sau mổ 3 tháng lần lượt là 97,01 điểm và 96,5 điểm; khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Mức cải thiện chất lượng cuộc sống ở NB < 60 tuổi tốt hơn ở NB ≥ 60 tuổi; ở NB nam tốt hơn ở NB nữ; ở NB lao động chân tay tốt hơn ở NB trí thức; ở NB tiêu chỏm xương đùi tốt hơn ở NB gãy liên mẫu chuyển xương đùi; ở NB phẫu thuật TKH toàn phần tốt hơn ở NB phẫu thuật TKH bán phần; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Tiếp tục đào tạo nguồn nhân lực về phục hồi chức năng các khớp sau phẫu thuật khớp và hướng dẫn NB tập phục hồi chức năng sớm tại khoa lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Vân Anh (2016), *Đánh giá sự thay đổi CLCS của BN phẫu thuật TKH tại Bệnh viện Việt Đức năm 2016*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y tế công cộng.
2. Ngọc Đại Cường (2011), *Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng cho BN gãy cổ xương đùi do chấn thương*, Luận văn chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Hà Nội.
3. Trần Đình Chiến và Phạm Văn Ninh (2009). Một số nhân xét qua 10 năm ứng dụng phẫu thuật thay khớp háng cho người bệnh khoa Chấn thương chỉnh hình BV 103. *Kỷ yếu hội nghị khoa học hội Chấn thương chỉnh hình Việt Nam lần thứ 8*, tr 219-224
4. Đặng Hoàng Giang (2023), *Nhận xét chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật TKH bằng bộ câu hỏi EQ-5D*, tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và cột sống, Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam* (02-2023)
5. Nguyễn Trung Tuyển (2020), *Kết quả TKH toàn phần trên BN viêm cột sống dính khớp, tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn*, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
6. Australian Government (2010), *The problem of osteoporotic hip fracture in Australian, Buletin*. (76). pg 1-32.
7. Paul T et al. (2007), *Diagnosis of femoral neck fractures in patients with a femoral shaft fracture*, *The journal of bone and joint surgery*, 89(1): 39-43.
8. Tshonga et al. (2011), *Evaluation of Improvement in Quality of Life and Physical Activity After total knee and hip Arthroplasty in Greek Elderly Women*, *The Open Orthopaedics Journal*, (5), pg. 343-347.
9. Vejiko Santic and et al (2012), *Measuring improvement following total hip and knee arthroplasty using the SF-36 health survey*, *Origina scientific paper*. 36, pg. 202-212.

**CÁC YẾU TỐ GÂY STRESS NGƯỜI BỆNH SAU
PHẪU THUẬT TIM TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC TIM MẠCH,
BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC**
**FACTORS CONTRIBUTING TO POST-OPERATIVE STRESS IN CARDIAC
PATIENTS AT THE DEPARTMENT OF CARDIOVASCULAR INTENSIVE
CARE, VIET DUC FRIENDSHIP HOSPITAL**

Nguyễn Thị Thu Hà, Nguyễn Xuân Vinh*, Trần Đăng Thanh**
**Trung tâm tim mạch và lồng ngực-Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*
989135802; Email: thuhatimmach@gmail.com

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các yếu tố và mức độ stress trên người bệnh sau phẫu thuật tim mạch tại khoa hồi sức tích cực, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 80 người bệnh sau phẫu thuật tim tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 9 năm 2023. Sử dụng "Bộ câu hỏi về các tác nhân gây stress môi trường" (The Environmental Stressors Questionnaire - ESQ) để phỏng vấn bệnh nhân sau phẫu thuật tim. **Kết quả:** Điểm stress trung bình của người bệnh trong nghiên cứu này là 89.3 ± 16 . 5 yếu tố gây căng thẳng có điểm trung bình cao nhất là: Sợ chết (3.36 ± 0.83); Mất kiểm soát (3.35 ± 0.87); Đau (3.56 ± 0.98); Không ngủ được (3.46 ± 0.69); Có ống dẫn lưu dạ dày qua mũi hoặc qua miệng (3.65 ± 0.86); Tiếng bíp và báo động thường xuyên từ các thiết bị y tế (3.42 ± 0.65). 5 yếu tố gây căng thẳng có điểm trung bình thấp nhất là: Áp lực khi ký các giấy tờ đồng ý điều trị (1.98 ± 0.54); Sợ mắc HIV/AIDS (2.03 ± 0.86); Nghe mọi người nói về mình (2.01 ± 0.54); Không biết bây giờ là mấy giờ (2.09 ± 1.06); Nhớ vợ/chồng (1.06 ± 1.03). **Kết luận:** Điểm stress trung bình của người bệnh ở mức độ trung bình. Hiểu biết về các yếu tố gây stress có thể giúp triển khai các phương pháp nhằm giảm thiểu chúng, thúc đẩy quá trình phục hồi của người bệnh.

Từ khóa: phẫu thuật tim; hậu phẫu, căng thẳng tâm lý; hồi sức tích cực.

ABSTRACT

Objective: to identify the factors and levels of stress in patients after cardiac surgery in the intensive care unit at Viet Duc Friendship Hospital. **Methodology:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 80 post cardiac surgery patients in the Intensive Care Unit at Viet Duc Friendship Hospital from January 2022 to September 2023. The Environmental Stressors Questionnaire (ESQ) was used to interview patients after cardiac surgery. **Results:** The mean stress score of studied patients was 89.3 ± 16 . The 5 highest-ranking stressors were: Fear of death (3.36 ± 0.83); Lack of control (3.35 ± 0.87); Pain (3.56 ± 0.98); Inability to sleep (3.46 ± 0.69); Having a nasogastric or orotracheal tube (3.65 ± 0.86); Frequent beeping and alarms from medical equipment (3.42 ± 0.65). The 5 lowest-ranking stressors were: Feeling pressured to sign treatment consent forms (1.98 ± 0.54); Fear of contracting HIV/AIDS (2.03 ± 0.86); Hearing people talk about you (2.01 ± 0.54); Not knowing what time it is (2.09 ± 1.06); Missing your spouse/partner (1.06 ± 1.03). **Conclusion:** The mean stress score of participants was at a medium level. Knowing stressors can help implement practices associated with their reduction, favoring patients' recovery.

Key words: Heart surgery; postoperative care; stress, intensive care units.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Căng thẳng (Stress) có thể là yếu tố khởi phát hoặc làm trầm trọng thêm nhiều bệnh và tình trạng bệnh lý của cơ thể. Thống kê cho thấy 75% đến 90% các bệnh ở người có liên quan đến Stress [10]. Khoa Hồi sức tích cực (ICU) là một khoa điều trị đặc biệt với hầu hết người bệnh có bệnh lý nặng, phức tạp, trải qua một giai đoạn bệnh tật nghiêm trọng cần các phương pháp điều trị, chăm sóc tích cực, chuyên sâu như theo dõi liên tục 24/24h, chăm sóc tích cực bởi nhân viên y tế và sự hỗ trợ của nhiều máy móc, thiết bị y tế đi kèm.

Môi trường trong đơn vị chăm sóc tích cực là môi trường mới, khác biệt đối với người bệnh. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng có nhiều yếu tố môi trường tác động tiêu cực, gây ra tình trạng lo âu, căng thẳng trên người bệnh ICU [5,7,10]. Trong hoạt động chăm sóc người bệnh, việc đánh giá đúng các yếu tố gây stress là một hoạt động hết sức quan trọng trong chăm sóc người bệnh, nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và giảm các nguy cơ và tác động mong đợi đến người bệnh,

Vì vậy, nghiên cứu mô tả các yếu tố Stress trong môi trường ICU là rất cần thiết, giúp xác định mức độ ảnh hưởng của các yếu tố stress trên người bệnh và quan trọng giúp phản hồi cho nhân viên y tế trong xây dựng, điều chỉnh kế hoạch chăm sóc một cách hiệu quả nhằm kiểm soát và loại bỏ các yếu tố gây stress trên người bệnh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu với mục tiêu cụ thể sau: *Xác định các yếu tố và mức độ stress trên người bệnh sau phẫu thuật tim mạch tại khoa hồi sức tích cực, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được sử dụng trong nghiên cứu này.

2.2. Đối tượng tham gia nghiên cứu: Người bệnh sau phẫu thuật tim mạch tại khoa hồi sức tích cực, bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1/2022 đến tháng 9/2023.

2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh đã được điều trị tại ICU tối thiểu là 24 giờ; từ 16 tuổi trở lên, có khả năng giao tiếp bình thường; Tự nguyện tham gia vào nghiên cứu, và hiểu và giao tiếp được tiếng Việt.

Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh suy giảm thần kinh nặng hoặc có tiền sử rối loạn tâm thần gần đây.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.

Chọn toàn bộ 80 người bệnh phù hợp với các tiêu chí lựa chọn.

2.5. Bộ công cụ

Sử dụng bộ câu hỏi về các tác nhân môi trường gây stress” (The Environmental Stressors Questionnaire- ESQ): Nhận định của người bệnh về các yếu tố gây stress sẽ được đo lường bằng cách sử dụng “Bảng câu hỏi về các tác nhân gây stress môi trường” (ESQ), được phát triển bởi Cornock (1998) [2]. Bộ câu hỏi bao gồm 50 câu hỏi được sử dụng trong nghiên cứu này. ESQ sử dụng thang điểm đánh giá từ 1- 4 trong đó 1 = không căng thẳng và 4 = cực kỳ/vô cùng căng thẳng. Tổng điểm tối đa là 200 điểm, điểm tối thiểu là 50 điểm. Một phần của bảng câu hỏi là câu hỏi mở yêu cầu người bệnh trả lời liệt kê ít nhất ba điều căng thẳng nhất hoặc bất kỳ yếu tố nào mà họ nghĩ gây ra căng thẳng.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS phiên bản 25.0.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Phân bố đặc điểm người bệnh (n=80)

Đặc điểm	Giá trị	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	≤18 tuổi	4	5.5
	19-34 tuổi	7	8.8
	35-49 tuổi	14	17.4
	≥50 tuổi	55	68.8
Giới tính	Nam	46	57.3
	Nữ	34	42.5
Trình độ chuyên môn cao nhất	Trung cấp, cao đẳng	46	57.5
	Đại học	28	35.0
	Sau đại học	06	7.5
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	70	87.5
	Độc thân	09	11.3
	Góa phụ	1	1.2
Có người thân trong gia đình chăm sóc	Có	72	90.0
	Không	08	10.0
Nghề nghiệp	Hưu trí	18	22.5
	Cán bộ, viên chức, HSSV	17	21.2
	Kinh doanh	09	11.3
	Tự do	12	15.0
	Làm ruộng, nông dân	24	30.0
Nơi sinh sống	Thành Thị	42	52.5
	Nông Thôn	38	47.5

Nhận xét: Trong nghiên cứu NB nhóm tuổi ≥50 tuổi chiếm tỷ lệ cao (68.8%), Nam chiếm 57.3%. 90% NB có người thân chăm sóc,trình độ học thức cao:Sau ĐH (7.5%), ĐH chiếm 35.0%, còn lại là Cao đẳng và Trung cấp (57.5%),sống thành thị chiếm 52.5%.

3.2. Các tác nhân gây Stress trong ICU

Bảng 2: Xếp hạng các 05 tác nhân gây stress trong ICU cao nhất

TT	Yếu tố gây stress	Xếp hạng	Điểm TB	SD
1	Có ống dẫn lưu ở mũi hoặc miệng	1	3.65	0.86
2	Đau	2	3.56	0.98
3	Không ngủ được	3	3.46	0.69
4	Thường xuyên nghe tiếng kêu và báo động từ các	4	3.42	0.65

	thiết bị y tế.			
5	Sợ chết	5	3.36	0.83

Bảng 3: Xếp hạng các 05 tác nhân gây stress trong ICU thấp nhất

TT	Yếu tố gây stress	Xếp hạng	Điểm TB	SD
1	Không biết bây giờ là mấy giờ	46	2.09	1.06
2	Sợ mắc HIV/AIDS	47	2.03	0.86
3	Nghe mọi người nói về mình	48	2.01	0.54
4	Bị áp lực khi ký các cam kết đồng ý điều trị	49	1.98	0.54
5	Nhớ vợ/ chồng	50	1.06	1.03

Nhận xét: Kết quả xếp hạng trên kết quả cho thấy 05 yếu tố gây stress ở nhóm đầu tiên bao gồm: Sợ chết (3.36 ± 0.83), không kiểm soát được bản thân (3.35 ± 0.87), đau (3.56 ± 0.98), không ngủ được (3.46 ± 0.69), có ống dẫn lưu ở mũi hoặc miệng (3.65 ± 0.86), thường xuyên nghe tiếng kêu và báo động từ các thiết bị y tế (3.42 ± 0.65) và 05 yếu tố gây căng thẳng ở mức thấp bao gồm: Bị áp lực khi ký các cam kết đồng ý điều trị (1.98 ± 0.54), sợ mắc HIV/AIDS (2.03 ± 0.86), nghe mọi người nói về mình (2.01 ± 0.54), không biết bây giờ là mấy giờ (2.09 ± 1.06), nhớ vợ/chồng (1.06 ± 1.03).

3.3. Phân bố điểm căng thẳng người bệnh

Bảng 4: Phân bố điểm căng thẳng ở người bệnh (n=80)

Mức độ căng thẳng người bệnh	Điểm
Điểm trung bình	89.3 ± 16
Điểm tối đa	132
Điểm tối thiểu	34

Nhận xét: Có sự phân bố rộng giữa mức độ căng thẳng ở các nhóm người bệnh trong nghiên cứu, mức độ căng thẳng thấp nhất có điểm 34 và mức độ cao nhất có mức điểm 132, điểm trung bình căng thẳng của nhóm nghiên cứu là 89.3 ± 16

4. BÀN LUẬN

Kết quả cho thấy điểm stress trung bình là 89.3 ± 16 , điểm tối thiểu là 34 và tối đa là 132. Độ phân tán tương đối rộng cho thấy các tác nhân tác động lên người bệnh là khác nhau tùy thuộc nhiều yếu tố mang tính cá thể người bệnh, quá trình điều trị và mức độ chăm sóc khác nhau. Thêm vào đó, các yếu tố gây stress cho người bệnh ở ICU bao gồm 05 yếu tố gây stress chính bao gồm: sợ chết (3.36 ± 0.83), không kiểm soát được bản thân (3.35 ± 0.87), đau (3.56 ± 0.98), không ngủ được (3.46 ± 0.69), có ống dẫn lưu ở mũi hoặc miệng (3.65 ± 0.86), thường xuyên nghe tiếng kêu và báo động từ các thiết bị y tế (3.42 ± 0.65) và một số yếu tố gây căng thẳng ở mức thấp bao gồm: bị áp lực khi ký các cam kết đồng ý điều trị (1.98 ± 0.54), sợ mắc HIV/AIDS (2.03 ± 0.86), không thực hiện được vai trò/trách nhiệm với gia đình (2.13 ± 0.95), nghe mọi người nói về mình (2.01

± 0.54), không biết bây giờ là mấy giờ (2.09 ± 1.06), Điều dưỡng không giới thiệu tên khi vào chăm sóc (2.06 ± 0.88), nhớ vợ/chồng (1.06 ± 1.03).

Kết quả này phù hợp thấp nhu cầu của Maslow, trong đó mối quan tâm chính của con người trước tiên là đáp ứng các nhu cầu sinh lý. Trong đó duy trì chế độ dinh dưỡng hoặc hỗ trợ/duy trì hô hấp qua ống sonde dạ dày hoặc ống nội khí quản được xếp nhóm là yếu tố gây căng thẳng chính trong nghiên cứu này. Kết quả này phù hợp từ các nghiên cứu trước [1,4,5, 10]. Theo nghiên cứu của Habib Yaribeygi và cộng sự (2017) sự có mặt của các sonde dạ dày và ống nội khí quản có thể gây ra cảm giác bất động cho người bệnh và hạn chế giao tiếp, ăn uống. Điều này đã gây thêm căng thẳng cho người bệnh phải trải qua trong điều trị tại ICU [10]. Đau được người bệnh coi là yếu tố gây căng thẳng lớn thứ hai. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác [4,9,10]. Người bệnh được nhập vào ICU thường đa số có tình trạng bệnh nặng và nhiều thủ thuật xâm lấn có liên quan đến các mức độ đau khác nhau về cường độ của nó. Do đó, có thể dễ dàng hiểu rằng mối quan tâm chính của người bệnh bị bệnh nặng là đau. Hơn nữa, sự xuất hiện của cơn đau sau phẫu thuật gây nên không thoải mái nên nó vượt qua những bất tiện khác mà người bệnh ICU gặp phải [6,10]. Yếu tố gây căng thẳng chính thứ ba và thứ tư được xác định là "không ngủ được và nghe thấy tiếng máy móc và chuông báo động từ máy móc" với nhau. Một lần nữa, môi trường ICU căng thẳng được thể hiện bằng tiếng ồn lớn và lạ, đèn nhấp nháy, mùi lạ và ánh sáng trên 24 giờ mỗi ngày, cùng với việc thiếu sự riêng tư, tách biệt khỏi gia đình góp phần gây ra tình trạng thiếu ngủ và quá tải các giác quan [6,10]. Giá trị trung bình của cả hai yếu tố gây căng thẳng "không ngủ được" và "nghe thấy tiếng máy móc và báo động từ máy móc" là 3,42, điều này cho thấy người bệnh cho rằng tiếng ồn lớn và lạ được hiểu là nguyên nhân chính khiến họ buồn ngủ..

Yếu tố gây căng thẳng thứ năm được xác định là "không kiểm soát được bản thân" và được coi là yếu tố gây căng thẳng đầu tiên từ khía cạnh tâm lý. Những thay đổi đột ngột môi trường, hoàn cảnh sau khi phải nhập viện phẫu thuật và điều trị, nằm tại phòng Hồi sức tích cực đã làm thay đổi yếu tố tâm lý xã hội lớn ở người bệnh điều này có thể dẫn đến sự bất lực và thiếu hụt liên tục đối với hoàn cảnh của chính người bệnh. Điều này về lâu dài có thể dẫn đến trầm cảm và mức độ căng thẳng cao Minton và Batten (2016) [8]. Có thể dễ dàng hiểu rằng người bệnh trong ICU dựa vào nhân viên chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là điều dưỡng, trong việc thực hiện các nhiệm vụ hoạt động thông thường những như cầu thiết yếu: như thay đổi tư thế, vệ sinh cá nhân và thậm chí là ăn uống. Tình trạng phụ thuộc và có thể gây mất tính cá nhân, riêng tư có thể gây ra tình trạng đau buồn và bất lực đã tồn tại ở các người bệnh của ICU. Mất tính độc lập trong ICU được ghi nhận là nguyên nhân chính gây ra sự bất ổn tâm lý ở người bệnh của ICU, nơi đội ngũ chăm sóc sức khỏe ngày càng ít nhận thức được việc mất quyền tự chủ của người bệnh và hậu quả của nó là mất tính độc lập.

Các yếu tố gây căng thẳng ít quan trọng nhất được xác định như trong bảng kết quả xếp hạng hầu hết là các yếu tố thuộc về tâm lý, rất có thể là những yếu tố gây căng thẳng tâm lý, mặc dù theo người bệnh đánh giá là mức điểm thấp hơn. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu được thực hiện về vấn đề này [4,5,9] cho thấy người bệnh trong ICU ít chú ý đến các khía cạnh tiêu cực của môi trường, vì họ có tình trạng bệnh nặng và mối quan tâm chính của họ là sức khỏe thể chất hơn là tình trạng tâm lý. Hơn nữa, bệnh nhân trong ICU có thể coi các yếu tố gây căng thẳng tâm lý và môi trường là những yếu tố tất yếu phải trải qua khi nhập viện.

Các nghiên cứu trước đều cho thấy môi trường tại ICU được cho là yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng giấc ngủ của người bệnh do việc phải theo dõi tình trạng người bệnh liên tục, các hoạt động chăm sóc diễn ra liên tục trong suốt 24 giờ, thêm vào đó là tiếng ồn và ánh sáng liên tục[3]. Chính vì điều đó mà yếu tố "không ngủ được" là yếu tố gây căng thẳng cho người bệnh nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với các nghiên cứu khác của Minton và Batten(2016) [8]. Theo nghiên cứu của Dijkstra (2023) phát hiện quan trọng trong nghiên cứu này đó là các hoạt động chăm sóc điều dưỡng được thực hiện chủ yếu phụ thuộc và theo giờ dựa trên y lệnh thuốc hoặc chỉ định xét nghiệm được đưa ra bởi bác sĩ điều trị [5]. Rối loạn giấc ngủ có thể gây ra các sự thay đổi sinh lý ở các người bệnh nói chung chứ không chỉ trên người bệnh ICU, như bất thường hệ thống miễn dịch, hệ thống điều nhiệt, thay đổi chuyển hóa, hoạt hóa quá mức hệ thống thần kinh giao cảm cùng với các rối loạn về tâm thần [10].

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu chỉ ra người bệnh có điểm stress ở mức độ trung bình khi nằm điều trị tại khoa ICU, và chỉ ra được một số yếu tố gây stress mức độ cao như sợ chết, đau, không ngủ được, và thường xuyên nghe tiếng kêu/báo động từ các thiết bị y tế. Trong tương lai cần có các biện pháp/chương trình can thiệp dựa trên một số yếu tố gây stress mức độ cao trên để làm tăng hiệu quả chăm sóc và sự hài lòng của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Coelho AC, Santos VB, de Barros ALBL (2022). Stressors in intensive cardiac care units: Patients' perceptions. Nurs Crit Care.2022;27(2):195-203.doi: 10.1111/nicc.12641.
2. Cornock, M. (1998). Stress and the intensive care patient: Perceptions of patients and nurses. Journal of Advanced Nursing, 27, 518-527.5. Dijkstra BM, Felten-Barentsz KM, van der Valk MJM, Pelgrim T, van der Hoeven HG, Schoonhoven L, Ebben RHA, Vloet LCM(2023). Family participation in essential care activities: Needs, perceptions, preferences, and capacities of intensive care unit patients, relatives, and healthcare providers-An integrative review. Aust Crit Care.2023;36(3):401-419. doi: 10.1016/j.aucc.2022.02.003.
3. Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-Pereira, A., & Cameiro, A. (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. Critical Care Journal, 9(2), R 96-R109.

4. Hweidi, I.(2007). Jordanian patients' perception of stressors in critical care units: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 227-235.
5. Habib Yaribeygi, I Yunes Panahi, Hedayat Sahraei, Thomas P. Johnston, Amirhossein Sahebkar(2017). The impact of Stress on body function. *EXCLI Journal* 2017, 16:1057-1072 – ISSN 1611-2156.
6. Kahn, D., Cook, T., Carlisle.C., Nelson. L., Kramer, N., & Millman, R(1998). Identification and modification of environmental noise in an ICU setting. *Chest*, 114, 535-540.
7. Krampe H, Denke C, Gülden J, Mauersberger VM, Ehlen L, Schönthaler E, Wunderlich MM, Lütz A, Balzer F, Weiss B, Spies CD(2021). Perceived Severity of Stressors in the Intensive Care Unit: A Systematic Review and Semi-Quantitative Analysis of the Literature on the Perspectives of Patients, Health Care Providers and Relatives. *J Clin Med*. 2021 Aug 31;10(17):3928. doi: 10.3390/jcm10173928. PMID: 34501376; PMCID: PMC8432195.
8. Minton C, Batten L (2016). Rethinking the intensive care environment: considering nature in nursing practice. *J Clin Nurs*. 2016; 25(1–2): 269-277.
9. So, H., & Chan, D(2004). Perception of stressors by patients and nurses of critical care units in Hong Kong. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 77-84.
10. Vasconcelos EV, Freitas KO, Silva SED, Baia RSM, Tavares RDS, Araujo JS (2016). The daily life of relatives of patients admitted in ICU: a study with social representations. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*. 2016; 8(2): 4313.

THỰC TRẠNG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỞ MÁY XÂM NHẬP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH NĂM 2023

CURRENT SITUATION OF NURSES' CARE FOR INVASIVE VENTILATED PATIENTS AT NINH BINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 2023

Phan Sỹ Thuộc, Nguyễn Văn Thứ
Khoa Cấp cứu – Bệnh viện ĐK tỉnh Ninh Bình
ĐT: 0947534575
Mail: Dr.psthuoc@gmail.com

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng chăm sóc người bệnh thở máy xâm nhập tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả - cắt ngang được thực hiện trên 82 người bệnh thở máy xâm nhập.

Kết quả: Kết quả nghiên cứu cho thấy: có 63,4% trường hợp được xử lý tốt khi máy thở báo động áp lực cao, 24,3% không xử lý được nguyên nhân báo động áp lực thấp; 63,4% trường hợp được đặt ở tư thế phù hợp; Tỷ lệ người bệnh được vệ sinh răng miệng hàng ngày, được thực hiện đúng quy trình hút đờm và được chăm sóc vận động phù hợp lần lượt là 76,8%, 74,3% và 46,3%, 90,2% người bệnh được chăm sóc dinh dưỡng đầy đủ.

Kết luận: Công tác chăm sóc người bệnh thở máy của điều dưỡng còn một số hạn chế chưa đạt chất lượng mong muốn. Cần tập huấn định kỳ về quy trình chăm sóc người bệnh thở máy cho điều dưỡng và tăng cường công tác giám sát thực hành chăm sóc người bệnh thở máy của điều dưỡng.

Từ khóa: Thở máy xâm nhập, người bệnh, chăm sóc, điều dưỡng.

ABSTRACT

Objective: to describe the current state of care for patients receiving invasive mechanical ventilation at Ninh Binh Provincial General Hospital in 2023.

Methodology: Descriptive cross-sectional study conducted on 82 patients receiving invasive mechanical ventilation.

Results: The research results show that 63.4% of cases were properly managed when the ventilator alarmed for high pressure, and 24.3% could not address the cause of the low-pressure alarm. Additionally, 63.4% of cases were placed in an appropriate position. The percentages of patients who received daily oral hygiene, proper sputum suction according to protocol, and appropriate mobility care were 76.8%, 74.3%, and 46.3%, respectively. Furthermore, 90.2% of patients received adequate nutritional care.

Conclusion: The care of invasive ventilated patients by nurses still has several limitations and has not yet reached the desired quality. It is necessary to conduct regular training on the procedures for caring for invasive ventilated patients for nurses and to enhance the supervision of the practical care of such patients.

Keywords: Invasive ventilation, patient care, nurses.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc bệnh nhân thở máy là một quy trình phức tạp, đòi hỏi sự chú ý và kỹ năng cao từ đội ngũ y tế, đặc biệt là các điều dưỡng viên. Quy trình này bao gồm nhiều bước và khía cạnh khác nhau, từ theo dõi máy thở đến chăm sóc vệ sinh cá nhân[1], quản lý dinh dưỡng[2], chăm sóc vận động[3], phòng ngừa loét do tỳ đè và phòng ngừa nhiễm khuẩn hệ bài tiết [4].

Chăm sóc bệnh nhân thở máy cần liên tục và đòi hỏi sự tận tâm của đội ngũ y tế, đặc biệt là người điều dưỡng. Mỗi bước trong quy trình đều có vai trò quan trọng trong việc đảm bảo an toàn, nâng cao chất lượng điều trị và hỗ trợ bệnh nhân hồi phục tốt hơn.

Tại khoa Cấp cứu bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình hiện đang điều trị người bệnh thở máy với nhiều mặt bệnh nặng nề khác nhau do vậy tai biến khi sự cố về máy thở không được phát hiện kịp thời sẽ gây hậu quả hết sức nặng nề và liên quan đến tính mạng của người bệnh. Cho đến nay tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình chưa có nghiên cứu nào về thực trạng chăm sóc người bệnh thở máy xâm nhập. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả thực trạng chăm sóc người bệnh thở máy xâm nhập của điều dưỡng tại khoa Cấp cứu bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2023.*

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh thở máy xâm nhập

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Cấp cứu Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn người bệnh có can thiệp thở máy xâm nhập.

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

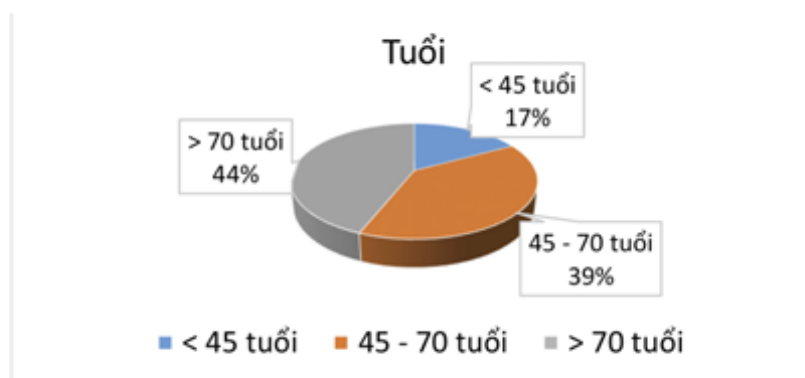
- Quan sát, đánh giá qua bảng kiểm các quy trình kỹ thuật chăm sóc người bệnh.
- Hồ sơ bệnh án, phần mềm quản lý chăm sóc và theo dõi bệnh nhân.

2.6. Phương pháp phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS20

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự phê duyệt của Hội đồng khoa học Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về tuổi của người bệnh

Kết quả khảo sát thấy tỷ lệ NB dưới 45 tuổi chiếm ít nhất, trên 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, đây là lứa tuổi mà sức khỏe của NB đã có dấu hiệu suy giảm các chức năng, khả năng chống chịu bệnh tật và thời gian phục hồi suy giảm, cần có chế độ điều trị và chăm sóc cụ thể và chi tiết.

Bảng 3.1. Hoạt động theo dõi và chăm sóc máy thở

	Đầy đủ		Có, chưa đủ		Không	
	N	%	N	%	N	%
Theo dõi nguồn điện	78	95,2	2	2,4	2	2,4
Theo dõi nguồn khí	77	93,9	4	4,9	1	1,2
Theo dõi dây máy thở	76	92,7	6	7,3	0	0
Theo dõi bình làm ẩm	59	72,0	19	23,2	4	4,9
Theo dõi bể nước	67	81,7	15	18,3	0	0
Xử lý áp lực cao	52	63,4	24	29,3	6	7,3
Xử lý áp lực thấp	58	70,7	20	24,4	4	4,9

23,2% bình làm ẩm chưa đảm bảo cho đủ nước và 18,3% bể nước chưa để đúng vị trí thấp hơn NB, 63,4% xử lý tốt khi máy thở báo áp lực cao, 70,7% báo áp lực thấp, 7,3% không phát hiện lỗi áp lực cao và 24,4% không xử lý dc nguyên nhân báo áp lực thấp.

Bảng 3.2. Chăm sóc tư thế của người bệnh

	Đầy đủ		Có, chưa đủ		Không	
	N	%	N	%	N	%
Tư thế người bệnh	65	79,3	12	14,6	5	6,1
Cố định chân tay	51	62,2	22	26,8	9	11,0

NB tại khoa đã được điều chỉnh tư thế phù hợp là 79,3%, cố định chân, tay đúng là 62,2%. Tuy vậy có 11% NB không được cố định chân tay, điều này rất dễ xảy ra sự cố khi NB tự ý rút các hệ thống dẫn lưu hoặc rút ống thở.

Bảng 3.3. Chăm sóc vệ sinh cá nhân cho người bệnh

	Đầy đủ		Có, chưa đủ		Không	
	N	%	N	%	N	%
Chăm sóc răng miệng	63	76,8	11	13,4	8	9,8
Tắm và gội đầu	53	64,6	16	19,5	13	15,9
Vệ sinh vùng sinh dục, bài tiết	38	46,3	34	41,5	10	12,2

76,8% NB được vệ sinh răng miệng hàng ngày, 64,6% tắm và gội đầu và 46,3% vệ sinh vùng sinh dục. Vẫn còn 9,8% không chăm sóc răng miệng và 15,9% không tắm gội và 41,5% thực hiện vệ sinh vùng sinh dục chưa đầy đủ.

Bảng 3.4. Chăm sóc tuần hoàn và hô hấp cho NB

	Đầy đủ		Có, chưa đủ		Không	
	N	%	N	N	N	%
Da và niêm mạc	43	52.4	27	32.9	12	14.6
Chức năng sống	70	85.4	12	14.6	0	0.0
Thông khí	40	48.8	34	41.5	8	9.8
Hút đờm	61	74.4	16	19,5	5	6.1

14,6% ĐD chưa có thói quen theo dõi da, niêm mạc và tuần hoàn ngoại vi của NB và theo dõi không đầy đủ sự thông khí khi thở máy 41,4%.

Bảng 3.5. Chăm sóc vận động cho người bệnh

	Đầy đủ		Có, chưa đủ		Không	
	N	%	N	%	N	%
Xoa bóp, nâng đỡ	20	24,4	37	45,1	25	30,5
Tập vận động	10	12,2	35	42,7	37	45,1

NB không được chăm sóc các điểm tỳ đè là 30,5% cao hơn thực hiện đủ là 24,4%. Tỷ lệ không tập vận động là 46,3%, nguyên nhân do ĐD chưa được tập huấn thường xuyên và khoa phục hồi chức năng chưa hỗ trợ được cho những NB thở máy xâm nhập.

Bảng 3.6. Chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh

	Đầy đủ		Có, chưa đủ		Không	
	N	%	N	%	N	%
Cho người bệnh ăn	74	90,2	6	7,3	2	2,5
Thay ống thông	62	75,6	14	17,1	6	7,3

90,2% NB được cho ăn đầy đủ 6 bữa với cháo và sữa, điều này cơ bản cung cấp đủ dinh dưỡng cho NB thở máy; 75,6% thay ống thông đúng ngày.

Biểu đồ 3.7. Chăm sóc hệ bài tiết cho người bệnh

	Đầy đủ		Có, chưa đủ		Không	
	N	%	N	%	N	%
Theo dõi nước tiểu	63	76,8	17	20,7	2	2,5
Đặt lại ống thông	59	71,9	18	21,9	5	6,2
Theo dõi phân	42	51,2	26	31,7	14	17,1

76,8% đã được theo dõi nước tiểu hàng ngày, theo dõi phân chiếm 51,2%, có 21,9% NB chưa được đặt lại thông bàng quang theo đúng thời gian.

4. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu hoạt động chăm sóc của điều dưỡng thực hiện cho 82 người bệnh thở máy xâm nhập, kết quả cho thấy: 44% NB là người trên 70 tuổi ở lứa tuổi này sức khỏe và khả năng phục hồi giảm mạnh, những NB ở lứa tuổi này khi thở máy xâm nhập điều trị cần nhiều thời gian, chăm sóc tỉ mỉ của điều dưỡng, nhất là về dinh dưỡng, vệ sinh và vận động.

Bảng 3.1 Kết quả khảo sát cho thấy 23,2% bình làm ẩm chưa đảm bảo cho đủ nước và 18,3% bẫy nước chưa để đúng vị trí thấp hơn NB. Phát hiện và xử lý kịp thời khi có báo động của máy thở là quan trọng, tỷ lệ xử lý tốt khi máy thở báo áp lực cao là 63,4%, báo áp lực thấp là 70,7%, tuy vậy vẫn có 7,3% không phát hiện lỗi áp lực cao và 24,4% xử lý chưa đạt nguyên nhân báo áp lực thấp. Nguyên nhân một phần do có nhiều loại máy thở khác nhau và các báo động xảy ra cần có thời gian để kiểm tra và khắc phục. Chúng tôi cho rằng cần tăng cường công tác kiểm tra và tập huấn tại chỗ cho nhân viên của khoa vì những chỉ số không an toàn của máy thở có thể gây tổn hại lớn tới sức khỏe và thời gian nằm viện của NB.

Bảng 3.2 NB được điều chỉnh tư thế phù hợp là 79,3%, cố định chân, tay đúng là 62,2%. Tuy vậy có 11,0% NB không được cố định chân tay, điều này rất dễ xảy ra sự cố khi NB tự ý rút các hệ thống dẫn lưu hoặc rút ống thở, gây những biến chứng như chảy máu, thiếu hụt oxy thậm chí là tử vong nếu không được phát hiện kịp thời.

Bảng 3.3 NB thở máy xâm nhập phụ thuộc hoàn toàn vào sự chăm sóc vệ sinh cá nhân của nhân viên y tế và người nhà, kết quả NB đã được vệ sinh răng miệng hàng ngày là 76,8%, 64,6% tắm và gội đầu và 46,3% vệ sinh vùng sinh dục. 9,8% không chăm sóc răng miệng và 15,9% không tắm gội và 41,5 thực hiện vệ sinh vùng sinh dục chưa đầy đủ, nguyên nhân do người bệnh phải tự chi trả khoản dịch vụ này và một số người nhà muốn tự mình chăm sóc cho NB.

Bảng 3.4 Theo dõi và chăm sóc tuần hoàn, hô hấp là vấn đề quan trọng, liên quan trực tiếp tới sức khỏe người bệnh, mọi thay đổi liên quan trực tiếp tới phác đồ điều trị và tiên lượng của bác sĩ, vì vậy kết quả phải được cập nhật liên tục, chính xác. Thực hành hút đờm của ĐD khá tốt với 74,3% thực hiện đúng quy trình.

Bảng 3.5 Người bệnh không được chăm sóc các điểm tỳ đè và không tập vận động, điều này tăng nguy cơ NB bị teo cơ, loét ép tại các vị trí tỳ đè do chưa được tập huấn thường xuyên.

Theo dõi nước tiểu ngoài đo số lượng, tính chất để làm xét nghiệm công rất quan trọng để đánh cân bằng lượng dịch vào ra, điều này làm cơ sở để bác sĩ cân nhắc khi cho đơn thuốc điều trị và các dấu hiệu thừa, thiếu dịch trong cơ thể.

5. KẾT LUẬN

Công tác chăm sóc NB thở máy của điều dưỡng còn một số hạn chế, chưa đạt chất lượng mong muốn. Cần tập huấn định kỳ về quy trình chăm sóc người bệnh thở máy cho điều dưỡng và tăng cường công tác giám sát thực hành chăm sóc người bệnh thở máy của điều dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đào Xuân Cơ, Đ.Q.T.,(2021) *Tài liệu hướng dẫn dự phòng viêm phổi liên quan thở máy*. Nhà xuất bản Thanh Niên.
2. Bùi Hồng Giang, *Nghiên cứu đặc điểm vi khuẩn và điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai năm 2012*, in *Luận văn Thạc sĩ y học*. 2013, Trường đại học Y Hà Nội.
3. Đinh Thị Minh Nguyệt, Lê Quang Đông, and Vương Thị Mai Phương và cộng sự, *Đặc điểm nhiễm khuẩn bệnh viện và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí từ 1/2017 đến 12/2017*. Tạp chí Y học Việt Nam, 2018. Số đặc biệt(465): p. 85-90.
4. Trần Thị Tuệ Tú, “*Thực trạng chăm sóc người bệnh thở máy và các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện tại các khoa lâm sàng bệnh viện Bạch Mai năm 2019*” in luận văn Thạc sĩ y học năm 2019.
5. Moi Lin Ling, Anucha Apisarnthanarak, and Gilbert Madriaga, *The Burden of Healthcare-Associated Infections in Southeast Asia: A Systematic Literature Review and Meta-analysis*. 2015.

