



**BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ**

# **HỘI NGHỊ KHOA HỌC**

## **ĐIỀU DƯỠNG – HỘ SINH NĂM 2022**

**Cần Thơ, ngày 07 tháng 5 năm 2022**

## MỤC LỤC

### PHIÊN TOÀN THỂ (HỘI TRƯỞNG A)

- |   |                                                                                            |    |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 | Đề án An toàn phòng Sanh                                                                   | 2  |
|   | <i>ThS.BS. Văn Thúy Cẩm - Phó Trưởng khoa Sanh - BV Phụ sản TP. Cần Thơ</i>                |    |
| 2 | Chăm sóc và điều trị thai phụ mắc COVID-19 tại Bệnh viện Từ Dũ                             | 16 |
|   | <i>BS. CKII. Bùi Văn Hoàng - Trưởng phòng KHTH BV Từ Dũ</i>                                |    |
|   | <i>ThS.BS. Phạm Ngọc Bảo Trân - BV Từ Dũ</i>                                               |    |
| 3 | Hoạt động Công tác xã hội tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ- thực trạng và giải pháp | 37 |
|   | <i>ThS.QLBV. Lê Minh Hoàng - Trưởng phòng Công tác xã hội - BV Phụ sản TP. Cần Thơ</i>     |    |
| 4 | Móc treo túi dẫn lưu DRAINAGE BAG HANGER                                                   | 62 |
|   | <i>ĐD. CKI. Phạm Thị Phương Hiếu - Bv Đa khoa TP. Cần Thơ</i>                              |    |

### PHIÊN QUẢN LÝ CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ (HỘI TRƯỞNG A)

- |   |                                                                                                                                                                                 |     |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5 | Tỉ lệ tổn thương tầng sinh môn của phương pháp giữ tầng sinh môn trong sinh ngả âm đạo tại BV Hùng Vương                                                                        | 76  |
|   | <i>CN. Hoàng Thị Huệ - BV Hùng Vương</i>                                                                                                                                        |     |
| 6 | Thực trạng nhiễm khuẩn mắc phải sau mổ các bệnh phụ khoa và một số yếu tố liên quan tại BV Sản Nhi - Sóc Trăng năm 2020-2021                                                    | 90  |
|   | <i>CNHS. Trần Thị Mộng Thắm - Trưởng phòng Điều dưỡng - BV Sản Nhi Sóc Trăng</i>                                                                                                |     |
| 7 | Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả chăm sóc trẻ sinh non có bệnh màng trong được điều trị surfactant tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ | 130 |
|   | <i>CNDD. Nguyễn Hồng Như Phượng - Điều dưỡng trưởng khoa Nhi-Sơ sinh - BV Phụ sản TP. Cần Thơ</i>                                                                               |     |
| 8 | Tuân thủ điều trị và chăm sóc tư vấn cho người bệnh tăng huyết áp điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực tỉnh An Giang                                                          | 142 |
|   | <i>CNDD. Nguyễn Như Phượng-Phó phòng Điều dưỡng - BV Đa khoa Khu vực tỉnh An Giang</i>                                                                                          |     |



---

## PHIÊN QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG (HỘI TRƯỞNG B)

---

- |    |                                                                                                                                           |     |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 9  | Vai trò điều dưỡng trong quản lý chất lượng và an toàn người bệnh                                                                         | 154 |
|    | <i>BS. CKII. Lê Thị Kim Đài - Trưởng phòng Quản lý chất lượng - BV Đa Khoa TW Cần Thơ</i>                                                 |     |
| 10 | Đánh giá thực trạng kỹ năng giao tiếp của Điều dưỡng theo mô hình giao tiếp AIDET tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ                 | 172 |
|    | <i>ThS. YTCC. ĐD. Triệu Bích Ngân - BV Phụ sản TP. Cần Thơ</i>                                                                            |     |
| 11 | Thực trạng văn hóa an toàn người bệnh của nhân viên y tế và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ năm 2020-2021 | 195 |
|    | <i>CNHS. Đặng Thị Minh Phương - Trưởng phòng Điều dưỡng - BV Phụ sản TP. Cần Thơ</i>                                                      |     |
| 12 | Các biện pháp tăng cường nhận diện người bệnh tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ                                                     | 205 |
|    | <i>ThS. CNSH. Thái Trần Phương Minh - BV Phụ sản TP. Cần Thơ</i>                                                                          |     |
-





# HỘI NGHỊ KHOA HỌC

## ĐIỀU DƯỠNG - HỘ SINH NĂM 2022



**ThS. BS. Văn Thúy Cẩm**

Phó Trưởng khoa Sản  
Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ





BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TPCT  
Nơi gửi trọn niềm tin



# HIỆU QUẢ TRIỂN KHAI ĐỀ ÁN AN TOÀN PHÒNG SANH

**KHOA SANH – BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TP. CẦN THƠ 2021**



BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TPCT  
Nơi gửi trọn niềm tin



1. Đặt vấn đề – Mục tiêu đề án
2. Nội dung đề án
3. Tổ chức thực hiện
4. Tổng kết đề án
5. Kết luận

## NỘI DUNG TRÌNH BÀY





BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TPCT  
Nơi gửi trọn niềm tin



## ĐẶT VẤN ĐỀ

- Chuyển dạ sanh = Quá trình dài với nhiều **chuỗi sự kiện + diễn biến đa dạng**  
→ có thể gặp **nhiều biến cố**.
- Nếu không được theo dõi sát và xử trí kịp thời → **tai biến**
- **Sự an toàn và tính chuyên nghiệp** cần phải được đặt lên hàng đầu.

**“Làm sao để tạo được sự an toàn cho cả mẹ và bé trong suốt quá trình chuyển dạ?” → ĐỀ ÁN AN TOÀN PHÒNG SANH**



BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TPCT  
Nơi gửi trọn niềm tin



## MỤC TIÊU ĐỀ ÁN

1. **Tăng cường sự an toàn** trong công tác chăm sóc thiết yếu tại phòng sanh.
  - ☐ An toàn tại thời điểm tiếp nhận sản phụ
  - ☐ An toàn trong cuộc sanh
  - ☐ An toàn tại thời điểm trước khi rặn sanh
  - ☐ An toàn trong giai đoạn đầu sau sanh
2. **Hạn chế đến mức thấp nhất những rủi ro có thể xảy ra**
3. **Tăng tính chuyên nghiệp và chuẩn hóa hoạt động chuyên môn**



**BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TPCT**  
Nơi gửi trọn niềm tin



## TỔ CHỨC THỰC HIỆN ĐỀ ÁN AN TOÀN PHÒNG SANH



**BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TPCT**  
Nơi gửi trọn niềm tin

## BAN CHỦ NHIỆM ĐỀ ÁN



1. BS. CKII. Huỳnh Thanh Liêm
2. ThS. BS. Văn Thúy Cầm
3. BS. Huỳnh Ngọc Anh
4. CN. Nguyễn Thị Thu Tâm
5. CN. Nguyễn Thị Tuyết Trinh
6. HS. Ông Trương Thanh Hồng
7. HS. Trần Ngọc Trinh





CƠ SỞ PHÁP LÝ  
CHO VIỆC XÂY  
DỰNG QUY  
TRÌNH

ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ  
TRONG TỪNG THỜI ĐIỂM



Xây dựng quy trình chuẩn  
hóa hoạt động



*Một chuỗi các quy trình được  
xác lập dựa theo các giai đoạn*

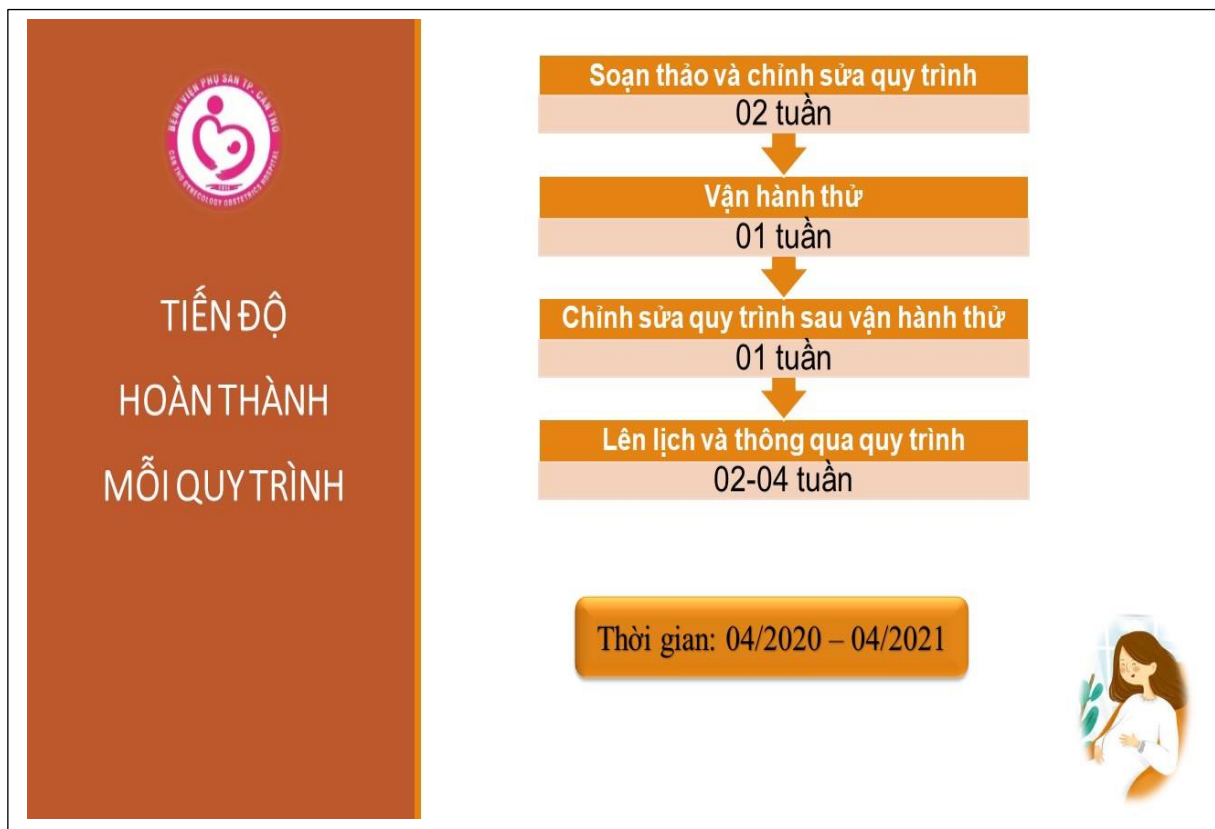
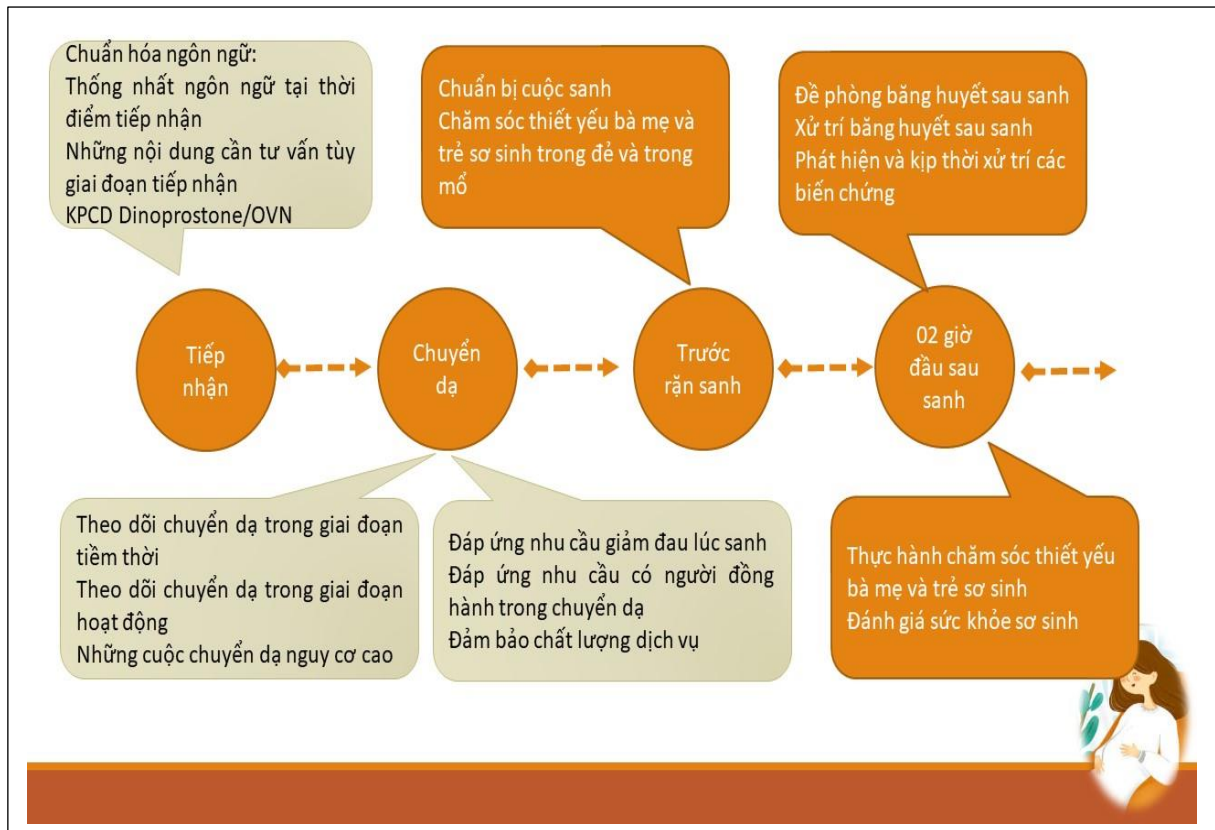


CƠ SỞ  
XÂY DỰNG – TRIỂN KHAI  
ĐỀ ÁN

1. Quyết định 4128/QĐ/BYT ngày 29/7/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế - Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và sinh sản.
2. Phác đồ điều trị 2020 của bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ
3. Quy trình quản lý và cập nhật các quy trình BVPSTPCT
4. Tham khảo Phác đồ điều trị và Quy trình kỹ thuật BV Từ Dũ
5. Tham khảo Phác đồ điều trị và Quy trình kỹ thuật BV Hùng Vương









## MỤC TIÊU CỤ THỂ



1. Xây dựng và triển khai 15 quy trình chuyên môn
2. Tỷ lệ sanh ngạt <0.09%
3. Tăng tỷ lệ sanh ngã âm đạo từ 54% lên 68%
4. Tăng tỷ lệ sanh giảm đau từ 7.5% lên 10%, sanh gia đình từ 14% lên 20%
5. Thực hiện khởi phát chuyển dạ bằng Dinoprostone tối thiểu 30 trường hợp có ối vỡ non thai đủ tháng cổ tử cung không thuận lợi giục sanh
6. Theo dõi, xử trí tích cực các trường hợp chuyển dạ có nước ối lẫn phân su
7. Điều trị dự phòng tốt 100% các trường hợp có kết quả GBS (+)
8. Cấp cứu bảo tồn tử cung 100% các trường hợp băng huyết sau sanh.



**BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TPCT**  
Nơi gửi trọn niềm tin



## TỔNG KẾT

## ĐỀ ÁN AN TOÀN PHÒNG SANH GIAI ĐOẠN 1





| STT | TÊN QUY TRÌNH                                        | QĐ BAN HÀNH |
|-----|------------------------------------------------------|-------------|
| 1   | Quy trình chuẩn hóa ngôn ngữ                         | 108/QĐ-BVPS |
| 2   | Tiếp nhận, theo dõi sản phụ tại khoa Sản             | 563/QĐ-BVPS |
| 3   | Cắt may tầng sinh môn                                | 953/QĐ-BVPS |
| 4   | Theo dõi 02 giờ đầu sau sanh                         | 665/QĐ-BVPS |
| 5   | Kỹ thuật và theo dõi sanh giảm đau trong chuyển dạ   | 288/QĐ-BVPS |
| 6   | Theo dõi chăm sóc sản phụ tại phòng sanh gia đình    | 289/QĐ-BVPS |
| 7   | KPCD bằng Dinoprostone trên sản phụ ối vỡ non        | 826/QĐ-BVPS |
| 8   | Lấy máu cuống rốn                                    | 561/QĐ-BVPS |
| 9   | Xử trí băng huyết sau sanh                           | 952/QĐ-BVPS |
| 10  | Đặt bóng chèn lòng/đoạn dưới tử cung xử trí BHSS     | 291/QĐ-BVPS |
| 11  | Cấp kéo CTC xử trí chảy máu sau đẻ, sau sảy, sau nạo | 662/QĐ-BVPS |
| 12  | Lấy khối máu tụ âm đạo, tầng sinh môn                | 661/QĐ-BVPS |
| 13  | Theo dõi chuyển dạ trên SP có VMC lấy thai           | 825/QĐ-BVPS |
| 14  | Theo dõi trên sản phụ có NONPS                       | 120/QĐ-BVPS |
| 15  | Theo dõi chuyển dạ trên sản phụ có GBS (+)           | 121/QĐ-BVPS |



## KẾT QUẢ ĐỀ ÁN

### MỤC TIÊU 1

XÂY DỰNG VÀ TRIỂN KHAI  
15 QUY TRÌNH



## KẾT QUẢ ĐỀ ÁN

### MỤC TIÊU 2

TỶ LỆ NGẠT/ SƠ SINH  
SANH THƯỜNG  
ĐỦ THÁNG <0.09%



Năm 2019: 4 trường hợp

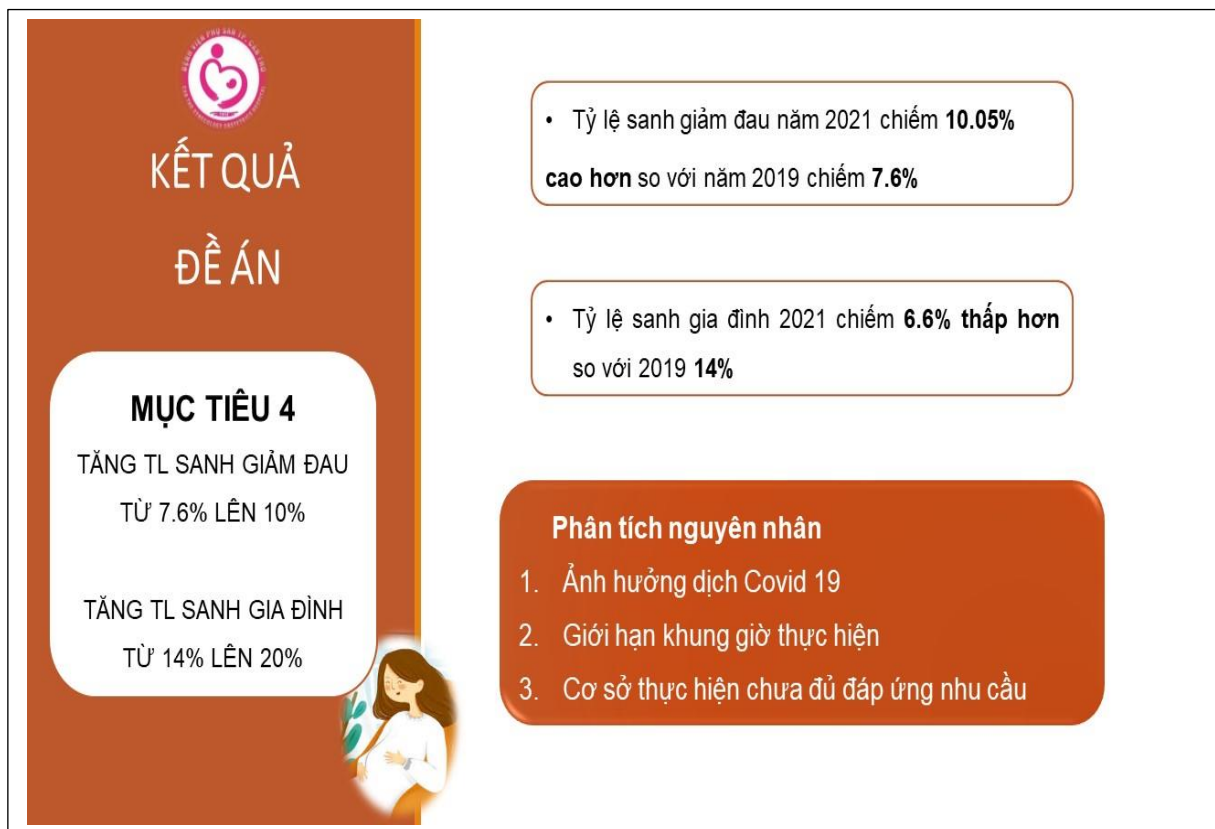
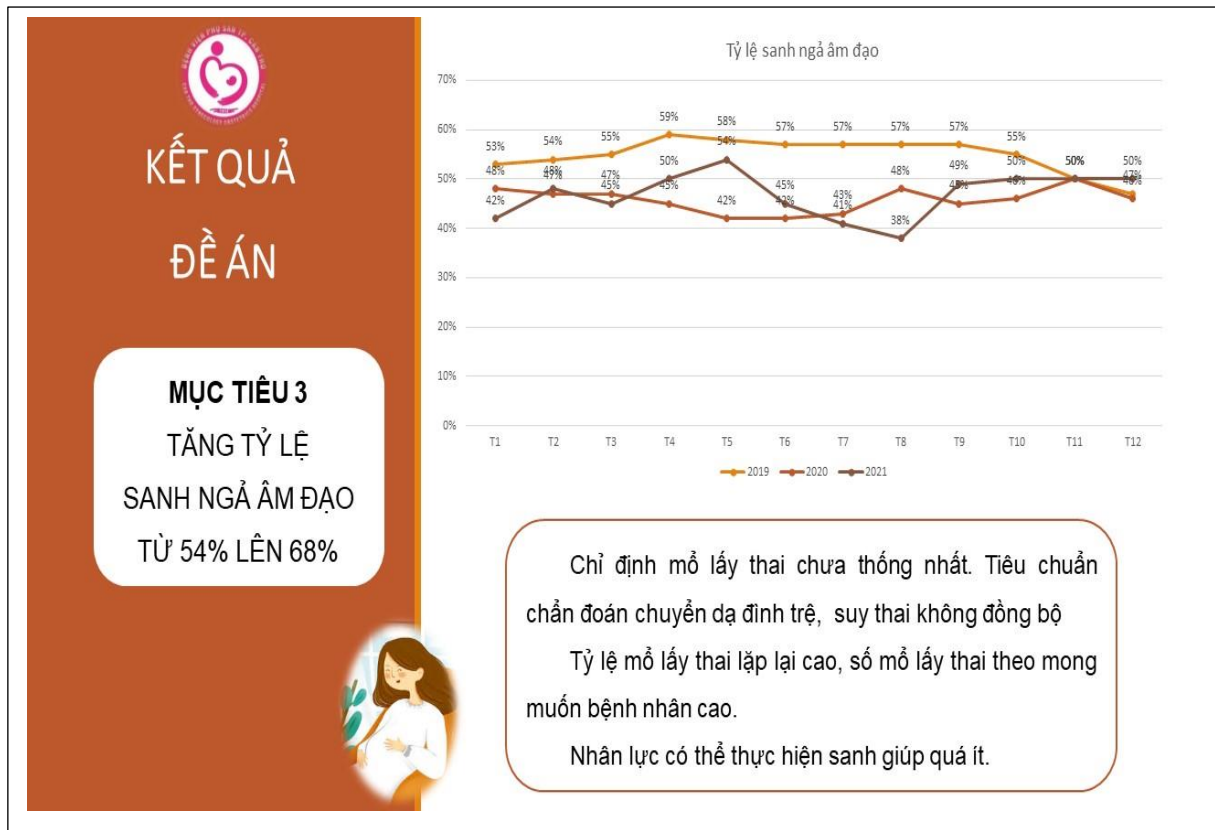
Năm 2020: 2 trường hợp

Năm 2021: 1 trường hợp chiếm tỷ lệ 0.02%

**Phân tích nguyên nhân** ngạt sơ  
sinh trong năm 2021: không có nhân  
lực có khả năng thực hiện sanh giúp  
tại thời điểm thai lọt thấp.









## KẾT QUẢ ĐỀ ÁN

### MỤC TIÊU 5

KPCD TỐI THIỂU 30 TH ỚI  
VỠ NON  $\geq 37$  TUẦN CTC  
KHÔNG THUẬN LỢI



- KPCD 42 TH OVN ở thai  $\geq 37$  tuần CTC không thuận lợi giục sanh.
- NC 39 TH: Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công **77%** với tỷ lệ sanh ngã âm đạo **59%**.

### Đánh giá

- Hiệu quả và an toàn
- Giảm tỷ lệ mổ lấy thai
- Rút ngắn thời gian chuyển dạ
- Giảm nguy cơ nhiễm trùng



## KẾT QUẢ ĐỀ ÁN

### MỤC TIÊU 6

THEO DÕI, XỬ TRÍ TÍCH CỰC  
CÁC TRƯỜNG HỢP  
CHUYỂN DẠ CÓ NOLPS



- 120 NONPS
- Tỷ lệ sanh ngã âm đạo 42%.
- Có 3 trường hợp sanh giúp bằng Forceps
- Không có trường hợp ngạt sau sanh
- 1 trường hợp bé nhiễm CMV bẩm sinh bé cần thở máy sau điều trị ổn xuất viện.

### Đánh giá tích cực hơn

Chưa có số liệu thống kê trước đó  
Can thiệp đúng lúc và tư vấn đầy đủ



## KẾT QUẢ ĐỀ ÁN

**MỤC TIÊU 7**  
ĐIỀU TRỊ  
DỰ PHÒNG GBS 100%



- 154 trường hợp có nhiễm GBS (+)
- Điều trị dự phòng kháng sinh  $\geq 4$  giờ.
- Không có trường hợp nào nhiễm GBS bẩm sinh sau điều trị dự phòng.



## KẾT QUẢ ĐỀ ÁN

**MỤC TIÊU 8**  
CẤP CỨU BHSS  
BẢO TỒN TỬ CUNG 100%



- 48 trường hợp BHSS
- 8 trường hợp thực hiện thủ thuật đặt bóng chèn đoạn dưới tử cung cầm máu.
- 1 trường hợp truyền 1 đv máu
- KHÔNG CÓ TH CẮT TỬ CUNG

Triển khai thêm kỹ thuật và quy trình đặt bóng chèn lòng tử cung với thể tích lớn



BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TPCT  
Nơi gửi trọn niềm tin



## ĐỀ XUẤT SAU TRIỂN KHAI ĐỀ ÁN GIAI ĐOẠN 1



## CÁC QUY TRÌNH PHÁT SINH SAU QUÁ TRÌNH THỰC HIỆN ĐỀ ÁN

### ĐỀ XUẤT

1. Quy trình sử dụng oxytocin trong chuyển dạ
2. Quy trình Kỹ thuật sanh giúp bằng Forceps
3. Quy trình Kỹ thuật sanh giúp bằng giác hút Kiwi cup
4. Quy trình Theo dõi chuyển dạ trên sản phụ có rối loạn tăng huyết áp
5. Quy trình theo dõi chuyển dạ trên sản phụ có đái tháo đường
6. Quy trình Theo dõi chuyển dạ trên sản phụ có thai nhẹ cân
7. Quy trình Theo dõi chuyển dạ trên sản phụ nhiễm HBV
8. Quy trình Theo dõi chuyển dạ trên sản phụ nhiễm HIV
9. Quy trình Theo dõi chuyển dạ trên sản phụ nhiễm Giang mai
10. Quy trình lấy máu cuốn rốn dự trữ tế bào gốc sau sinh





## GIẢI QUYẾT MỤC TIÊU GIẢM TỶ LỆ MỔ LẤY THAI CHƯA THỰC HIỆN ĐƯỢC

### ĐỀ XUẤT

Đề án giảm tỷ lệ mổ lấy thai lần đầu

**Mục đích:** Giảm tỷ lệ mổ lấy thai lần đầu từ đó giảm được tỷ lệ mổ lấy thai lặp lại

**Mục tiêu:** Giảm tỷ lệ mổ lấy thai R1-R4 theo phân loại Robson. Đặc biệt tập trung vào R1



BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TPCT  
Nơi gửi trọn niềm tin

## TÓM LẠI

- Hiệu quả trong công tác chuyên môn: Thống nhất thực hành, tránh bỏ sót, phục vụ công tác đào tạo
- Đánh giá kết quả bằng số liệu
- Phản ánh được những thực trạng cần giải quyết
- Tạo môi trường thân thiện giữa NVYT với sản phụ và thân nhân









# HỘI NGHỊ KHOA HỌC

## ĐIỀU DƯỠNG - HỘ SINH NĂM 2022



**ThS. BS. PHẠM NGỌC BẢO TRÂN**  
Bệnh viện Từ Dũ





**BỆNH VIỆN TỪ DŨ**  
Tu Du Hospital



## CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ THAI PHỤ MẮC COVID-19

**BS. CKII. Bùi Văn Hoàng**  
**ThS Phạm Ngọc Bảo Trân**  
**BỆNH VIỆN TỪ DŨ**

*Cần Thơ, ngày 07 tháng 5 năm 2022*



BỆNH VIỆN TỪ DŨ  
Tu Du Hospital



### NỘI DUNG CHÍNH

1. MỞ ĐẦU
2. CHẨN ĐOÁN
3. QUẢN LÝ THAI PHỤ MẮC COVID-19
4. XỬ TRÍ – KINH NGHIỆM
5. KẾT LUẬN





BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## 1. MỞ ĐẦU

- Tháng 12/2019, một loại Coronavirus mới (SARS-CoV-2) phát hiện đầu tiên ở Vũ Hán, TQ.
- Ngày 11/3/2020, WHO chính thức công bố là đại dịch toàn cầu.
- Ngày 26/11/2021, biến thể mới Omicron chính thức được WHO đặt tên theo bảng chữ cái Hy Lạp
- **Sản khoa: lo ngại về tác động của đại dịch này đối với PNMT và trẻ sơ sinh.**

BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## ẢNH HƯỞNG CỦA COVID-19 ĐẾN THAI PHỤ

- Mang thai không làm tăng NC nhiễm SARS-CoV-2.
- Thai phụ nhiễm SARS-CoV-2 sẽ **tăng NC diễn tiến nặng**:
  - + Viêm phổi, suy hô & tăng NC nhập ICU.
  - + Tăng NC các biến chứng thai kỳ đặc biệt trong 3 tháng cuối thai kỳ như: TSG, sinh non, thai lưu...
- **Hiệp hội Nữ hộ sinh Quốc tế (ICM)** đã cảnh báo về tỷ lệ sinh mổ tăng trong thời kỳ đại dịch, người mẹ không nhận được sự hỗ trợ của người chồng trong khi sinh, và việc cách ly ngay lập tức đưa trẻ sơ sinh khỏi mẹ sau khi sinh và không có khả năng NCBSM sớm sau sinh ảnh hưởng nhiều sức khỏe mẹ và bé

1. SOGC (2020), Committee Opinion No. 400: COVID-19 and Pregnancy
2. RCOG (2021), Coronavirus infection and pregnancy
3. ICM, 2020



BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## ẢNH HƯỞNG CỦA COVID-19 ĐẾN THAI PHỤ

### YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG NẶNG

- Chủng tộc: da đen, châu Á
- Tuổi > 35
- BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>
- Bệnh lý kèm theo: THA, TSG, ĐTĐ...
- Điều kiện kinh tế - xã hội thấp

Vincenzo Berghella, Brenna Hughes (2021), COVID-19: Pregnancy issues and antenatal care, Uptodate

BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## ẢNH HƯỞNG ĐẾN TRẺ SƠ SINH

- Lây truyền dọc (máu, ối) SARS-CoV-2 từ mẹ sang con không phổ biến.
- Chủ yếu lây truyền qua giọt bắn, tiếp xúc sau sinh.
- Chưa quan sát thấy khả năng gây quái thai<sup>(1-2)</sup>.
- NC của trẻ (bệnh màng trong, thở máy, nhiễm trùng sơ sinh,...) chủ yếu liên quan đến việc CDTK sớm ở thai phụ mắc COVID-19 mức độ nặng, nguy kịch.
- Hầu hết trẻ mắc COVID-19 không có triệu chứng/có triệu chứng nhẹ, không cần hỗ trợ hô hấp.

1. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet*. 2020;395:809-15.
2. Fan C, Lei D, Fang C, Li C, Wang M, Liu Y, et al. Perinatal Transmission of COVID-19 Associated SARS-CoV-2: Should We Worry? *Clin Infect Dis*. 2020





## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.1. LÂM SÀNG

Lâm sàng và phân độ tương tự như người không mang thai.

| Triệu chứng            | Tần suất ở PNMT (%) | Tần suất ở người không mang thai (%) |
|------------------------|---------------------|--------------------------------------|
| Ho                     | 50.3                | 51.3                                 |
| Đau đầu                | 42.7                | 54.9                                 |
| Đau cơ                 | 36.7                | 45.2                                 |
| Sốt                    | 32.0                | 39.3                                 |
| Đau họng               | 28.4                | 34.6                                 |
| Khó thở                | 25.9                | 24.8                                 |
| Mất vị giác, khứu giác | 21.5                | 24.8                                 |

BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## LƯU Ý TRIỆU CHỨNG

Một số biểu hiện LS của thai phụ mắc COVID-19 trùng lặp với các TC của thai kỳ bình thường (VD: mệt mỏi, khó thở, nghẹt mũi, buồn nôn/nôn)

BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## HỘI CHỨNG GIỐNG TIỀN SẢN GIẬT (Preeclampsia-like syndrome in COVID-19)

- Mendoza ghi nhận “HC giống TSG” ở thai phụ nhiễm SARS-CoV-2 nặng, có các tiêu chuẩn về TSG nhưng **không hồi phục sau sinh**, chỉ hồi phục sau khi tình trạng hô hấp cải thiện
- CDPB với TSG: đánh giá sFlt-1 / PlGF, LDH và siêu âm doppler ĐMTC.
- Hội chứng giống TSG **không** là chỉ định CDTK

Mendoza M, Garcia-Ruiz I, Matiz N, Rodo C, Garcia-Manau P, Serrano B, et al. Preeclampsia-like syndrome induced by severe COVID-19: a prospective observational study. BJOG An Int J Obstet Gynaecol 2020.



BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## THIẾU OXY THẦM LẶNG (SILENT HYPOXIA)

- Diễn tiến chung của COVID-19: ảnh hưởng đến chức năng phổi và tưới máu phổi, dẫn đến giảm oxy máu → gây tăng thông khí và khó thở.
- Tuy nhiên, 1 số thai phụ không biểu hiện khó thở dù nồng độ Oxy trong máu thấp ( $SpO_2 < 80\%$ )
- CD: qua đo  $SpO_2$ , khí máu động mạch, test đi bộ 6 phút (6-min walking test) (đi bộ < 420 m trong 6 phút)
- Có thể gây tổn thương nội mô, góp phần gây «bão cytokine» và tổn thương các cơ quan nghiêm trọng nếu không phát hiện và điều trị kịp thời

Ahsab Rahman, Tahani Tabassum, Yusha Araf, Abdullah Al Nahid, Md. Asad Ullah, Mohammad Jakir Hosen (2021),  
Silent hypoxia in COVID-19: pathomechanism and possible management strategy, Molecular Biology Reports

BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ

5 mức độ bệnh:

- Không triệu chứng
- Nhẹ
- Trung bình
- Nặng
- Nguy kịch



BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## 2.2. CẬN LÂM SÀNG

**Chẩn đoán xác định: Là một trong số các TH sau:**

- a) Có XN (+) với SARS-CoV-2 bằng pp RT-PCR
- b) Có KQXNNKN (+) với SARS-CoV-2 và có TCLS:
  - Là người có TC:
    - + Sốt và ho; hoặc
    - + Có ít nhất 3 trong số các TC sau: sốt; ho; đau người, mệt mỏi, ớn lạnh; đau, nhức đầu; đau họng; chảy nước mũi, nghẹt mũi; giảm/mất khứu/vị giác; buồn nôn; nôn; tiêu chảy; khó thở.
  - Là TH viêm đường hô hấp cấp tính nặng (SARI), VP nặng nghi do vi rút (SVP) có CD nhập viện.
- c) Có KQXNNKN (+) với SARS-CoV-2 và có YTDT.

BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## 2.2. CẬN LÂM SÀNG

- Tăng đông và tắc mạch
- **Chụp X quang/CT Scan:** chỉ định thận trọng và hạn chế tối đa nhằm bảo vệ an toàn cho sự phát triển của thai, đặc biệt trong TCN 1 (ưu tiên chụp X quang (nếu cần), chỉ chụp CT Scan khi thật cần thiết)
- Liều tiếp xúc bức xạ tối đa cho phép là dưới **50 mGy** ở thai phụ.
- Bắt buộc phải có phương tiện bảo vệ thai: **tấm chắn chì** ở bụng thai phụ.

*Theo Mohammad Ali Karimi et al (2020), Proposed imaging guidelines for pregnant women suspected of having COVID-19, acad radiol, 27(6), 902-90.*





### 3. QUẢN LÝ THAI PHỤ MẮC COVID-19

#### 3.1. QUẢN LÝ THAI PHỤ NGOẠI TRÚ



- Không có triệu chứng/triệu chứng nhẹ: cách ly tại nhà.
- Các mốc khám thai quan trọng:
  - ✓ 3 tháng đầu: sàng lọc trước sinh (lịch bội NST, DTBS,...)
  - ✓ 3 tháng giữa: SÂ hình thái/4D khi thai 18 - 23 tuần.
  - ✓ 3 tháng cuối: SÂ đánh giá tăng trưởng thai mỗi 4 tuần



BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## TIÊU CHÍ CHĂM SÓC TẠI NHÀ

### Tiêu chí chung:

#### Tiêu chí về chăm sóc, TD sức khỏe:

- a) Có thể tự chăm sóc bản thân và TD tình trạng sức khỏe
- b) Có khả năng liên lạc với NVYT và có sẵn các phương tiện liên lạc
- c) Nếu F0 không có khả năng tự chăm sóc, gia đình phải có người chăm sóc đáp ứng tiêu chí a và b.

**Phụ nữ có thai:** chưa có chỉ định CDTK, chưa có dấu CD, không có dấu hiệu cấp cứu hay bất thường sản khoa (đau bụng, ra huyết ÂĐ, ra nước ối...)

BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THUỐC

| Triệu chứng        | Điều trị                                                                                                                    |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sốt > 38,5°C       | Paracetamol 1 viên 500 mg/lần hoặc 10-15 mg/kg, có thể lặp lại mỗi 4-6 giờ. Tổng liều không quá 4 g/ngày                    |
| Đau đầu nhiều      |                                                                                                                             |
| Ho                 | Chanh, mật ong, súc miệng bằng dd muối sinh lý, thuốc ho chứa Dextromethorpan, Guaifenesin... Thuốc có nguồn gốc thảo dược. |
| Ngạt mũi, chảy mũi | Xịt rửa mũi, nhỏ mũi bằng dd muối sinh lý                                                                                   |
| Tiêu chảy          | Oresol, kẽm (10-20 mg/ngày)                                                                                                 |
| Bệnh nền           | Tiếp tục điều trị theo toa ngoại trú                                                                                        |



BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THUỐC

- *Lưu ý: không tự ý dùng thuốc kháng virus, kháng sinh, kháng viêm cho PNCT, bà mẹ cho con bú... khi chưa có chỉ định, kê đơn*

BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## 3.2 KHÁM THAI

- Khám thai theo hẹn, có thể trì hoãn nếu không có DH bất thường sản khoa
- Hạn chế số NVYT tiếp xúc thai phụ
- Rút ngắn thời gian thăm khám và XN
- Đánh giá tình trạng hô hấp, các triệu chứng nặng
- **Phát hiện, hỗ trợ các vấn đề tâm lý**
- Tư vấn nguy cơ cho mẹ và thai, dấu hiệu cần đến khám ngay, dự phòng lây nhiễm SARS-CoV-2

ACOG (2020), Examples of Alternate or Reduced Prenatal Care Schedules



BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## 4. XỬ TRÍ

BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

### 4.1. NGUYÊN TẮC

- Ưu tiên điều trị nội khoa
- Phân loại người bệnh và xác định nơi điều trị theo các mức độ nghiêm trọng của bệnh.
- Hạn chế các can thiệp sản khoa trong thời gian nghi nhiễm/nhiễm COVID-19, trừ khi có chỉ định cần can thiệp cấp cứu hoặc bán cấp hoặc khi mẹ có dấu hiệu trở nặng.
- Cân nhắc lợi ích giữa điều trị SHH mẹ và can thiệp sản khoa: độ nặng của bệnh, tuổi thai, tình trạng thai, các chỉ định can thiệp cấp cứu sản khoa.



BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## 4.2 CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nguyên nhân: kháng virus
2. Điều trị kháng đông
3. Điều trị triệu chứng: giảm ho, giảm đau.
4. Điều trị suy hô hấp: thở oxy, CPAP, BiPAP, HFNC, thở máy, ECMO
5. Điều trị suy tuần hoàn, điều trị bội nhiễm
6. Điều trị chống cơn bão cytokin: corticoid, lọc máu, ức chế sản xuất hoặc đối kháng IL receptor
7. Điều trị hỗ trợ khác: dinh dưỡng, vật lý trị liệu.
8. Điều trị bệnh nền (nếu có).
9. Tâm lý liệu pháp

BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## THỜI ĐIỂM CHẤM DỨT THAI KỲ

- Thời điểm và phương pháp CDTK phụ thuộc: *độ nặng COVID-19, bệnh lý sản khoa kèm theo, tuổi thai*, (quyết định của thai phụ và gia đình).
- Điểm mốc cần lưu ý: tuổi thai 32 tuần

| Tuổi thai (tuần) | Tỷ suất (trên 1000 trẻ sơ sinh) |
|------------------|---------------------------------|
| < 32             | 187.56                          |
| 32-33            | 20.5                            |
| 34-36            | 8.5                             |
| 37-41            | 2.1                             |
| > 42             | 3.98                            |

Eby DM, Driscoll AK, Infant Mortality in the United States, 2017: Data From the Period Linked Birth/Infant Death File, Natl Vital Stat Rep. 2019;68(10):1.





BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## CHĂM SÓC BÀ MẸ, TRẺ SƠ SINH TRONG VÀ NGAY SAU SINH (EENC)

*Lợi ích của việc da kề da và bú sữa mẹ vượt trội hơn so với những nguy cơ có thể của việc lây nhiễm SARS-CoV-2 (WHO, CDC, BYT, SYT)*

BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## CHĂM SÓC BÀ MẸ, TRẺ SƠ SINH TRONG VÀ NGAY SAU SINH (EENC)

- “Da kề da” ngay sau sinh
- Bú mẹ sớm trong vòng 90’ sau sinh
- Được ở cùng phòng với mẹ
- Sinh non, nhẹ cân được chăm sóc bằng Kangaroo
- Chăm sóc thường quy: Vitamin K1, vắc xin VGSV B...





**BỆNH VIỆN TỬ DŨ**  
Tu Du Hospital

**HÌNH ẢNH DA KÈ DA TRONG MLT Ở SP MẮC COVID-19 TẠI BV TỬ DŨ**

**BỆNH VIỆN TỬ DŨ**  
Tu Du Hospital

## **KINH NGHIỆM**

*Việc chăm sóc phụ nữ mang thai được chẩn đoán mắc COVID-19 cần bao gồm chăm sóc thể chất và tinh thần: điều trị, chăm sóc dựa trên y học chứng cứ; cách ly, giám lây truyền và hỗ trợ tâm lý xã hội cho gia đình (Favre và cs, 2020).*





| Khó khăn/Vấn đề                                                                     | Giải pháp                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Giai đoạn đầu tỉ lệ MLT cao: tỉ lệ tử vong cao, thời gian theo dõi hậu phẫu kéo dài | Ban hành phác đồ tháng 8/2022: hạn chế tỉ lệ MLT, ưu tiên sinh ngã âm đạo, giúp sanh khi có chỉ định                                   |
| Cách ly mẹ - con sau sinh: ảnh hưởng đến sức khỏe mẹ và bé                          | Tiến hành da kề da và NCBSM sớm sau sinh, mẹ có thể tự chăm sóc bé sau sinh                                                            |
| Hỗ trợ tâm lý sản phụ                                                               | Sinh/mổ gia đình: người nhà (đủ đk) có thể tham gia vào cuộc sinh                                                                      |
| Nâng cao chất lượng chăm sóc sản phụ hậu sản/ hậu phẫu                              | Cho phép người nhà < 50 tuổi, đã nhiễm và khỏi COVID-19, không có bệnh nền tham gia chăm sóc người bệnh → hỗ trợ tốt về tâm lý sản phụ |
| Ra viện                                                                             | Xuất viện khi đã khỏi về tình trạng SPK → chuyển cơ sở thu dung, điều trị khác hoặc cách ly, theo dõi tại nhà                          |



KIẾN VẤN  
CỘNG ĐỒNG Y  
Ngày 01/04/2021  
08:00:33 47:08



**BỆNH VIỆN TƯ DŨ**  
Tu Du Hospital



**BỘ Y TẾ**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 4689/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 06 tháng 10 năm 2021

**QUYẾT ĐỊNH**  
**Về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19**

**BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ**

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20/6/2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Nghị quyết số 86/NQ-CP ngày 04/6/2017 về các giải pháp cấp bách phòng, chống dịch bệnh COVID-19 đã được Hội đồng quyết số 30/2021/QH15 ngày 28/7/2021 của Quốc hội khóa XV;

Theo ý kiến của Hội đồng chuyên môn xây dựng các tài liệu, hướng dẫn chuyên môn và quyết định ban hành công tác chẩn đoán, điều trị COVID-19 được thành lập tại Quyết định số 4026/QĐ-BYT ngày 20/9/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế.

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Ban hành kèm theo Quyết định này "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19" thay thế "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chúng tôi rút Corona mới (SARS-CoV-2)" ban hành kèm theo Quyết định số 3416/QĐ-BYT ngày 14/7/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

**Điều 2.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

**Điều 3.** Các Ông/Bà: Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; Chánh Văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra; Tổng cục trưởng, Vụ trưởng các Tổng cục, Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế; Giám đốc các Bệnh viện, Viện y giảng dạy bệnh truyền nhiễm và Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Thủ trưởng y tế các Bộ, ngành và Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Nơi nhận:  
- Như trên;  
- Bộ trưởng (để báo cáo);  
- Các Thủ trưởng (để phối hợp chỉ đạo);  
- Ban hành Xã hội Việt Nam (để phối hợp);  
- Công TY TNHH Y tế và wellness Care (GAC&R);  
- Lưu VT, KCB.

**KT. BỘ TRƯỞNG**  
**HU THƯỜNG**

  
Nguyễn Trương Sơn

**BỘ Y TẾ**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 3982/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 18 tháng 08 năm 2021

**QUYẾT ĐỊNH**  
**Về việc ban hành Hướng dẫn tạm thời Dự phòng và xử trí COVID-19 do chúng tôi rút SARS-CoV-2 ở phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh**

**BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ**

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20/6/2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Vụ Sản khoa Bà mẹ - Trẻ em, Bộ Y tế.

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Ban hành kèm theo Quyết định này Hướng dẫn tạm thời Dự phòng và xử trí COVID-19 do chúng tôi rút SARS-CoV-2 ở phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh.

**Điều 2.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành. Bãi bỏ Quyết định số 1271/QĐ-BYT ngày 21/3/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn tạm thời Dự phòng và xử trí viêm đường hô hấp cấp tính do chúng tôi rút SARS-CoV-2 (COVID-19) ở phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh.

**Điều 3.** Các Ông, Bà: Vụ trưởng Vụ Sản khoa Bà mẹ - Trẻ em; Chánh Văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra; Vụ trưởng, Cục trưởng, Tổng cục trưởng các Vụ, Cục, Tổng cục thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Thủ trưởng y tế các Bộ, ngành và Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Nơi nhận:  
- Như trên;  
- Phó Thủ tướng Vũ Đức Đam (để báo cáo);  
- Bộ trưởng (để báo cáo);  
- Các Thủ trưởng (để phối hợp chỉ đạo);  
- Công TY TNHH Y tế và wellness Care (GAC&R);  
- Lưu VT, ĐHTT.

**KT. BỘ TRƯỞNG**  
**THU THƯỜNG**

  
Nguyễn Trương Sơn  
Trưởng Văn ban điều trị  
Ban chỉ đạo QG PC-D COVID-19

**BỘ Y TẾ**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 4023/QĐ-BYT

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 04 tháng 9 năm 2024

**QUYẾT ĐỊNH**  
**Ban hành pháp đồ điều trị**

**GIAM ĐỐC BỆNH VIỆN TƯ DŨ**

Căn cứ Quyết định số 1507/QĐ-UB ngày 08/04/2004 của UBND TP. HCM về việc cho phép đặt tên Bệnh viện Phú Sơn TP. HCM thành Bệnh viện Tư Dũ theo Quyết định của Hội đồng chuyên môn và quy định chức năng, nhiệm vụ của Bệnh viện Tư Dũ;

Căn cứ Quyết định số 6555/QĐ-SYT ngày 15/11/2016 của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh về việc Ban hành Quy chế tổ chức và hoạt động của Bệnh viện Tư Dũ theo Sở Y tế;

Xét đề nghị của Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp Bệnh viện Tư Dũ.

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Này đồng ý ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu "Phác đồ chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chúng tôi rút Corona mới (SARS-CoV-2) trong thai kỳ" tại Bệnh viện Tư Dũ (đính kèm).

**Điều 2.** "Phác đồ chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chúng tôi rút Corona mới (SARS-CoV-2) trong thai kỳ" là tài liệu tham khảo chính của bệnh viện trong công tác điều trị và tư vấn chuyên môn.

**Điều 3.** Các Ông (Bà) Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp, Trưởng các khoa lâm sàng và các nhân viên y tế liên quan công tác tại Bệnh viện Tư Dũ có trách nhiệm thi hành Quyết định này kể từ ngày ký.

Nơi nhận:  
- Như trên;  
- T.Ư. Y. KHTH; (để báo cáo);

**GIAM ĐỐC**

  
T. S. B. L. Quang Thanh





**BỆNH VIỆN TỨ DŨ**  
Tu Du Hospital

BỆNH VIỆN TỨ DŨ  
BAN PHÒNG, CHỐNG DỊCH COVID-19  
VÀ CÁC DỊCH VIÊM ĐƯỜNG HÔ HẤP CẤP

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 16 tháng 8 năm 2021

**Hướng dẫn về việc chăm sóc thiết yếu sơ sinh sớm sau sinh/sau mổ ở trẻ sinh ra từ các sản phụ nhiễm/nhiễm SARS-CoV-2**

Căn cứ Quyết định số 4673/QĐ-BYT ngày 10/11/20214 về việc phê duyệt tài liệu Hướng dẫn chuyên môn chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ của Bộ Y tế.

Căn cứ Quyết định số 6734/QĐ-BYT ngày 15/11/2016 về việc phê duyệt tài liệu hướng dẫn chuyên môn chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau mổ lấy thai của Bộ Y tế.

Từ những bằng chứng lâm sàng về lợi ích của việc tiếp xúc da kề da sau sinh/sau mổ và nước con bú mẹ trong bối cảnh đại dịch COVID-19 và theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) và Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC), Bệnh viện Từ Dũ triển khai chăm sóc thiết yếu sơ sinh sớm ở trẻ sinh ra từ các sản phụ nghi nhiễm/nhiễm SARS-CoV-2 bao gồm tiếp xúc da kề da sau sinh/sau mổ và cho trẻ bú mẹ sớm sau sinh.

1. Bà mẹ cần được tư vấn về lợi ích của việc tiếp xúc da kề da sau sinh/sau mổ và cho trẻ bú mẹ sớm vượt trội hơn so với những nguy cơ có thể của việc lây truyền SARS-CoV-2.
2. Bà mẹ hiểu được lợi ích của việc da kề da sau sinh/sau mổ và cho trẻ bú mẹ sớm sau sinh, bà mẹ đồng thuận thực hiện và ký vào phiếu tư vấn (đính kèm).
3. Thời điểm tư vấn: trước khi sinh/mổ.
4. Bà mẹ được hướng dẫn để phòng tránh lây truyền SARS-CoV-2 cho trẻ sơ sinh (đính kèm bằng hướng dẫn):
  - Mẹ phải đeo khẩu trang N95 hoặc khẩu trang y tế và tẩm cồn giọt bàn, vệ sinh tay bằng xà phòng và nước sạch hoặc dung dịch sát khuẩn tay nhanh (nước rửa tay có ít nhất 60% cồn) khi tiếp xúc với trẻ (khi tiếp xúc da kề da sau sinh, khi cho trẻ bú mẹ...), các khoảng thời gian còn lại cần giữ khoảng cách tối thiểu giữa mẹ và bé là 2 mét.
  - Khẩu trang phải luôn che kín mũi và miệng mẹ, không được chạm tay vào bề mặt ngoài của khẩu trang. Thay khẩu trang mỗi ngày hoặc khi bị ướt hoặc bẩn. Bỏ ngay khẩu trang vào thùng đựng chất thải lây nhiễm có lót túi, có nắp đậy kín. Lưu ý: không dùng tăm chân giọt bắn bằng nhựa cho trẻ sơ sinh và không đeo khẩu trang cho trẻ sơ sinh để tránh nguy cơ ngạt.
  - Không hôn trẻ.
  - Thường xuyên rửa tay bằng xà phòng và nước sạch hoặc dung dịch sát khuẩn tay nhanh, đặc biệt trước khi chạm vào trẻ, chăm sóc trẻ hay cho trẻ bú mẹ.

2

- Hắt hơi hoặc ho vào khăn giấy. Sau đó loại bỏ khăn giấy ngay vào thùng đựng chất thải lây nhiễm có lót túi, có nắp đậy kín và rửa tay.
- Thường xuyên làm sạch và khử trùng các bề mặt mà người mẹ đã chạm vào.
- Cần vệ sinh vú bằng nước và xà phòng khi cho, hắt hơi làm chất tiết văng lên vú.

Đề nghị các khoa, phòng thông báo đến nhân viên y tế để biết và thực hiện.

TRƯỞNG BAN



GIAM ĐỐC  
TS. BS. Lê Quang Thanh

### Hướng dẫn EENC đối với sản phụ nghi nhiễm/nhiễm SARS-CoV-2 ban hành ngày 16/8/2021

**BỆNH VIỆN TỨ DŨ**  
Tu Du Hospital

Trước đây...









Hiện nay...



BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## HỖ TRỢ TÂM LÝ NGƯỜI BỆNH





BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- F0 được xuất viện nếu thỏa 3 điều kiện:
  - + Cách ly, điều trị tại cơ sở thu dung, điều trị ít nhất **05 ngày**.
  - + TCLS đỡ, giảm nhiều, hết sốt (không dùng thuốc hạ sốt)  **$\geq 3$  ngày**.
  - + RT-PCR (-) hoặc Ct  $\geq 30$  hoặc XNNKN (-); nếu Ct  $< 30$  hoặc XNNKN(+), tiếp tục cách ly **đủ 10 ngày** (không nhất thiết phải làm lại XN)

BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- F0 có bệnh nền hoặc bệnh kèm theo: sau khi đủ ĐK ra viện  $\rightarrow$  chuyển sang cơ sở khác hoặc khoa điều trị bệnh kèm theo/bệnh nền hoặc chuyển về nhà theo dõi, chăm sóc
- F0 tại ICU: nếu sau 14 ngày người bệnh có kết quả RT-PCR (-) hoặc Ct  $\geq 30$  thì được xác định đủ tiêu chuẩn khỏi COVID-19  $\rightarrow$  chuyển sang cơ sở ICU khác hoặc các khoa điều trị phù hợp để tiếp tục chăm sóc, điều trị.



## TÌNH TRẠNG «COVID KÉO DÀI»

### Triệu chứng:

- Khó thở hoặc thở gấp
- Mệt mỏi
- Tình trạng khó chịu sau gắng sức
- Khó suy nghĩ hoặc tập trung
- Ho
- Đau ngực hoặc đau dạ dày
- Đau đầu
- Tim đập nhanh
- Đau khớp hoặc cơ
- Cảm giác châm chích
- Tiêu chảy
- Rối loạn giấc ngủ
- Sốt
- Chóng mặt khi đứng
- Phát ban
- Thay đổi tâm trạng
- Thay đổi khứu giác hoặc vị giác
- Thay đổi chu kỳ kinh nguyệt

**Hội chứng sau chăm sóc đặc biệt  
(post-intensive care syndrome (PICS))**

## DỰ PHÒNG



- Tuân thủ nguyên tắc 5K
- Tiêm vắc xin cho PNMT và cho con bú



BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## 5. KẾT LUẬN

- Thai phụ nhiễm SARS-CoV-2 tăng nguy cơ diễn tiến nặng
- Lâm sàng và phân độ tương tự như người không mang thai.
- Một số biểu hiện LS của thai phụ mắc COVID-19 trùng lặp với TC của thai kỳ bình thường
- “HC giống TSG” ở thai phụ nhiễm SARS-CoV-2 thể nặng
- XQ: tắc chắn chỉ ở bụng thai phụ.
- Cá thể hóa điều trị, CDTK đúng thời điểm (lưu ý 32 tuần) và đúng phương pháp
- ‘Da kê da’, bú mẹ ngay sau sinh
- Lưu ý tình trạng COVID kéo dài
- Dự phòng: tuân thủ nghiêm 5K và tiêm vắc xin cho PNMT, cho con bú.

BỆNH VIỆN TỬ DŨ  
Tu Du Hospital

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2022), Quyết định số 775/QĐ-BYT về việc ban hành Hướng dẫn Chăm sóc, quản lý tại nhà đối với phụ nữ có thai, bà mẹ cho con bú và trẻ sơ sinh mắc COVID-19 ngày 28/3/2022.
2. Bộ Y tế (2022), Quyết định số 604/QĐ-BYT về việc ban hành Hướng dẫn quản lý tại nhà đối với người mắc COVID-19 ngày 14/3/2022.
3. Bộ Y tế (2022), Quyết định số 250/QĐ-BYT về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 ngày 28/01/2022.
4. Bộ Y tế (2021), Quyết định số 3982/QĐ-BYT về việc ban hành Hướng dẫn tạm thời dự phòng và xử trí COVID-19 do chủng vi rút SARS-CoV-2 ở phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh ngày 18/8/2021.
5. Bộ Y tế (2022), Công văn số 1909/BYT-DP về việc điều chỉnh định nghĩa ca bệnh COVID-19 và biện pháp y tế đối với ca bệnh COVID-19 và người tiếp xúc gần.
6. Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Bệnh viện Hùng Vương, Bệnh viện Từ Dũ (2021), Đồng thuận sử dụng Glucocorticosteroid trên thai phụ nhiễm SARS-CoV-2.
7. ACOG (2020), Examples of Alternate or Reduced Prenatal Care Schedules.
8. Mohammad Ali Karimi (2020), Proposed imaging guidelines for pregnant women suspected of having COVID-19, Acad Radiol; 27 (6):902-90
9. RCOG (2021), Coronavirus infection and pregnancy
10. Vincenzo Berghella, Brenna Hughes (2021), COVID-19: labor, birth, and postpartum issues and care, Uptodate.
11. Vincenzo Berghella, Brenna Hughes (2021), COVID-19: Pregnancy issues and antenatal care, Uptodate.





HỘI NGHỊ ĐIỀU DƯỠNG - HỘ SINH NĂM 2022



# HỘI NGHỊ KHOA HỌC

## ĐIỀU DƯỠNG - HỘ SINH NĂM 2022



**ThS. LÊ MINH HOÀNG**

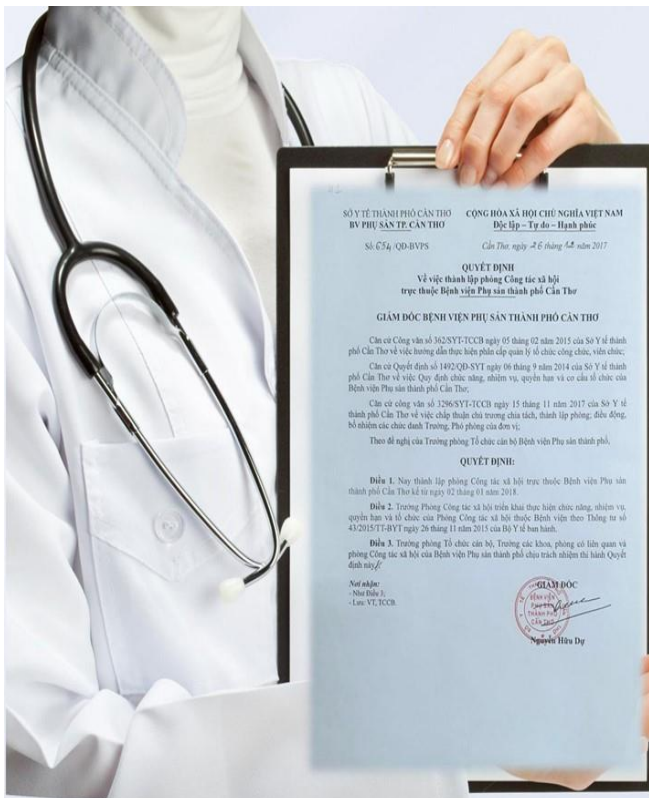
Trưởng phòng Công tác xã hội  
Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ





## CÔNG TÁC XÃ HỘI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TP. CẦN THƠ THỰC TRẠNG & GIẢI PHÁP

ThS. Lê Minh Hoàng  
Trưởng phòng Công tác xã hội  
Bệnh viện Phụ sản TP. Cần thơ



Ngày 26/12/2017, Giám đốc bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ  
ra quyết định thành lập phòng Công tác xã hội  
Nhân sự gồm 11 thành viên: 04 thạc sĩ, 04 cử nhân,  
02 DSDH và 01 Kỹ sư CNTT.  
Thực hiện nhiệm vụ thông tư số 43/2015/TT-BYT ngày 26  
tháng 11 năm 2015 của Bộ Y tế.





## CHỨC NĂNG - NHIỆM VỤ

Hỗ trợ, tư vấn giải quyết  
các vấn đề công tác xã hội



01

HỖ TRỢ, TƯ VẤN GIẢI QUYẾT  
CÁC VẤN ĐỀ CÔNG TÁC XÃ HỘI







**BÀN TƯ VẤN**



**BÀN HƯỚNG DẪN**

**CHĂM SÓC KHÁCH HÀNG**  
Sự hài lòng của quý khách là hạnh phúc của chúng tôi.

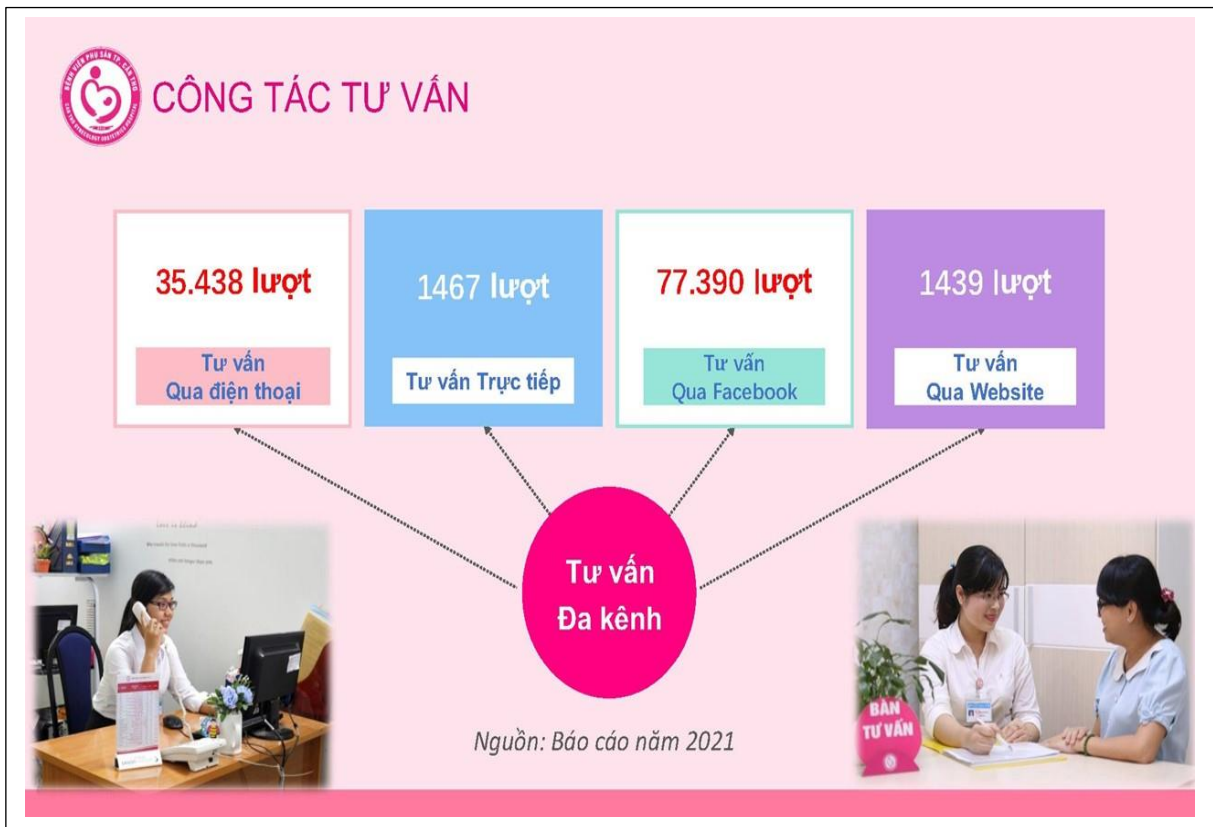


Đón tiếp, chỉ dẫn, cung cấp thông tin, giới thiệu về dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của bệnh viện cho NB/KH ngay từ khi vào khoa khám bệnh

**HỖ TRỢ, TƯ VẤN  
GIẢI QUYẾT CÁC  
VẤN ĐỀ CÔNG TÁC  
XÃ HỘI**



**BÀN TƯ VẤN**







**HỖ TRỢ, TƯ VẤN GIẢI QUYẾT CÁC VẤN ĐỀ CÔNG TÁC XÃ HỘI**

Nhân viên Phòng CTXH trao lại giấy tờ tùy thân (CMND, thẻ BHYT,...) cho người bệnh/KH đánh rơi do sơ suất trong khi làm thủ tục KCB, ra viện.



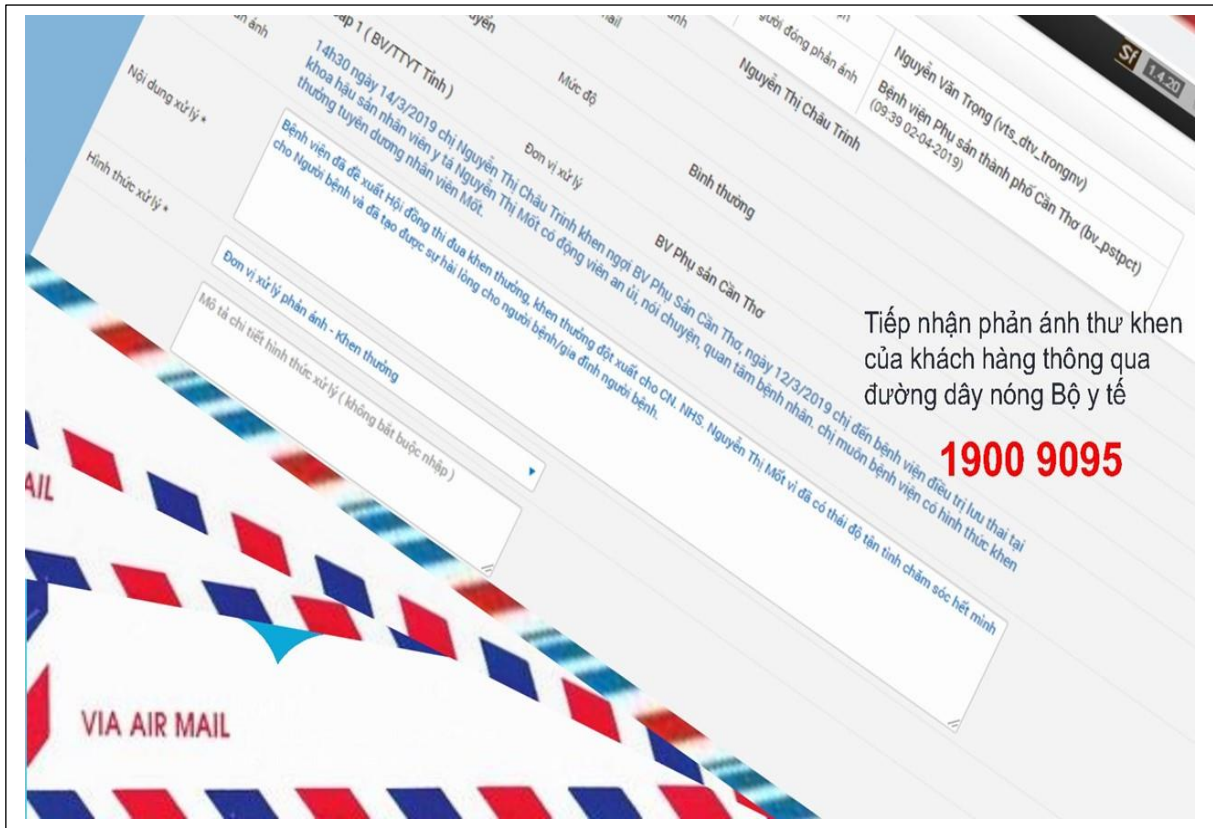
**Hỗ trợ, tư vấn giải quyết các vấn đề công tác xã hội**

Thực hiện Thông tư số 25/2015/TT-BYT Bộ Y tế Quy định về Hộp thư góp ý

Bệnh viện bố trí 24 hộp thư góp ý tại các khoa/phòng  
Kiểm tra thư góp ý thường quy vào thứ 6 hàng tuần









## TRUYỀN THÔNG • MARKETING

Tin bài chuyên môn

Truyền thông - GDSK

Tin bài các cas Cấp cứu,  
đặc biệt, ...

Truyền thông nội bộ

Các tin bài khác



TRUYỀN THÔNG • MARKETING

**Sản phụ mang tam thai ối vỡ sớm vượt cạn “Mẹ tròn con vuông”**

**525.975** lượt tiếp cận và **1.300** lượt chia sẻ. Hơn **5.300** lượt thích.

**Bệnh Viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ đã thêm 2 ảnh mới — với Thọ Nguyễn.**  
Người đăng: Hoàng Di Quỳnh Anh 19 · 28 Tháng 9 lúc 8:45 · 0

[SẢN PHỤ MANG TAM THAI ỎI VỠ SỚM VƯỢT CẠN “MẸ TRÒN CON VUÔNG”]

Vừa qua các bác sĩ tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ đã cấp cứu một sản phụ mang tam thai ối vỡ sớm vượt cạn “mẹ tròn con vuông”. Điều đặc biệt, đây là một trường hợp tam thai tự nhiên rất hiếm gặp với tỉ lệ 1/10000 ca.

Vào lúc 6 giờ 45 phút, ngày 25/09/2017, khoa Cấp cứu tiếp nhận sản phụ tên Q. D. H., sinh năm 1993, cư trú tại TP. Rạch Giá, tỉnh Kiên Giang nhập viện trong tình trạng đau bụng chuyển dạ sinh...

Độc tiếp

Hãy chính phục mốc tiếp theo cho bài viết của bạn

Bài viết "[SẢN PHỤ MANG TAM THAI ỎI VỠ S..." có gần 5.000 lượt thích. Quảng cáo bài viết để tiếp cận nhiều người hơn.

Đã tiếp cận 525.975 người

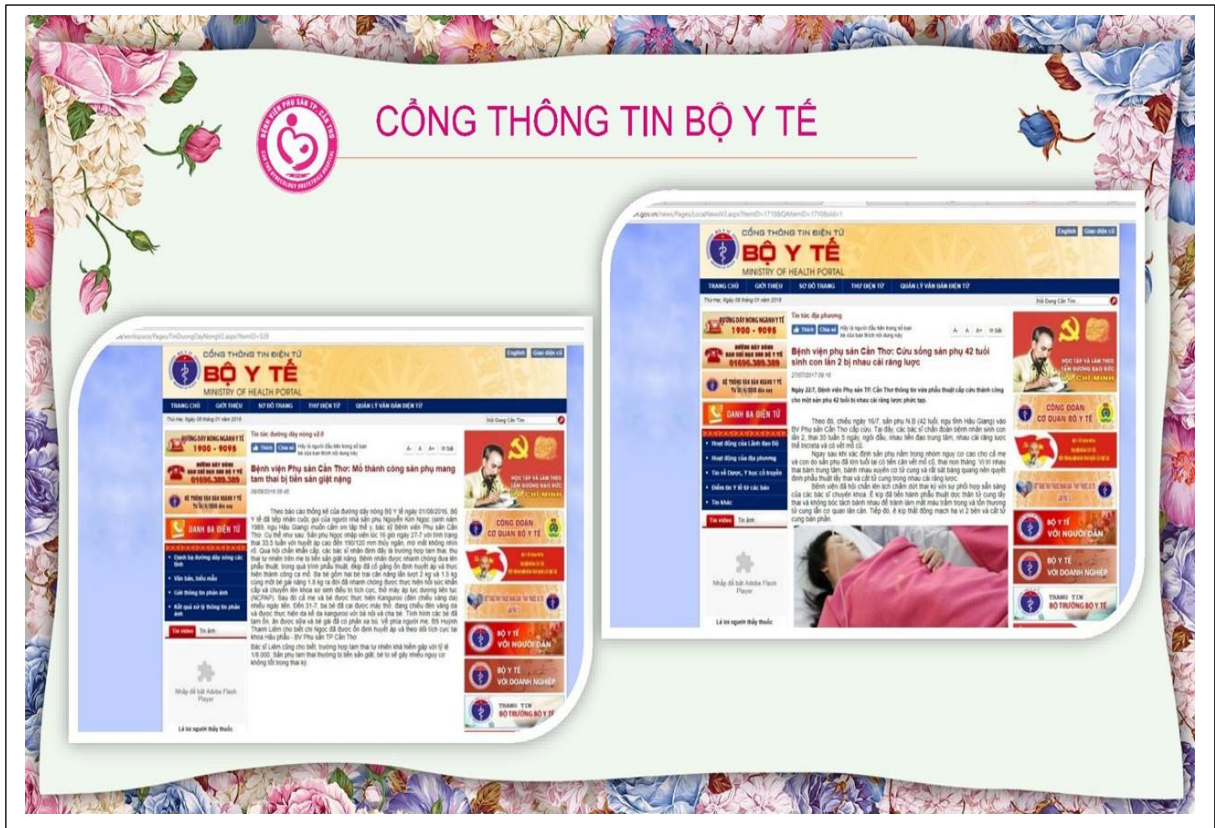
Quảng cáo bài viết

Yêu thích Bình luận Chia sẻ

5.3K Bình luận liên quan nữa







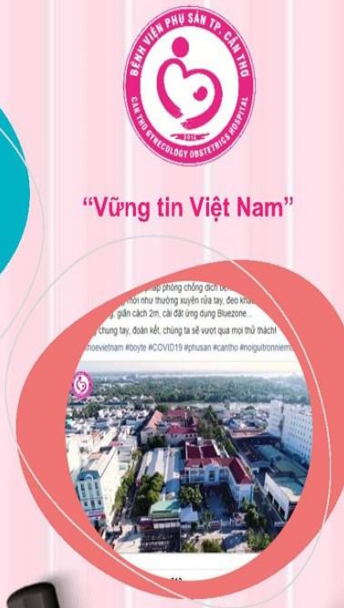




## CÁC VIDEO CLIP NỔI BẬT



Ông bà anh  
thời COVID-19



"Vững tin Việt Nam"



Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ  
vượt khó khăn định niềm tin &  
thương hiệu







## THỐNG KÊ LƯỢT XEM VIDEO

289,7K

Số phút xem

▲ 59.3% từ 245 ngày trước

54,8K

Lượt xem video tối thiểu 1 phút

472,8K

Lượt xem video trong tối thiểu 3 giây

▲ 96.7% từ 245 ngày trước

32,3K

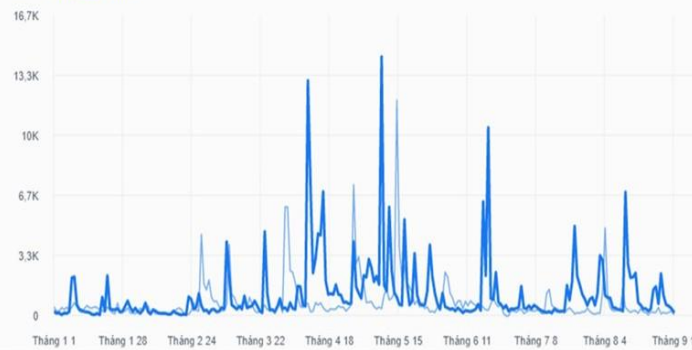
Tương tác

▲ 71.2% từ 245 ngày trước

### Số phút xem

1 Tháng 1, 2020 - 1 Tháng 9, 2020

289.719 Số phút xem



## TỔ CHỨC LIVESTREAM TỌA ĐÀM Y TẾ



## Kết nối cùng với các phóng viên Báo/Đài



Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ trong thời gian vừa qua được sự hỗ trợ nhiệt tình của gần 50 cơ quan thông tấn, báo chí trên địa bàn thành phố, khu vực và trong cả nước như: báo Cần Thơ, báo Tuổi Trẻ, báo Sài Gòn Giải Phóng, báo Thanh Niên, báo Phụ nữ Việt Nam, báo điện tử VnExpress, ...

**03****CHƯƠNG TRÌNH GIÁO DỤC,  
HƯỚNG TỚI CỘNG ĐỒNG**

## Chương trình giáo dục, hướng tới cộng đồng



Bệnh viện đã vận động trao  
những phần quà tiện ích cho  
các sản phụ trước khi xuất viện



## Chương trình giáo dục, hướng tới cộng đồng



- Tổ chức các Lớp học Tiền sản và Hậu sản
- Nhiều nội dung được sản phụ quan tâm sâu sắc
- Thu hút được gần 600 thai phụ và thân nhân tham dự/năm





Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ phối hợp cùng Hội Phụ nữ, Công đoàn Ngành Giáo dục và Công đoàn Viên chức TP. Cần Thơ tổ chức hoạt động truyền thông, tư vấn, chăm sóc sức khỏe cho cán bộ Nhà giáo nhân ngày 08/3, 20/10, ...



### Chương trình giáo dục hướng tới cộng đồng



Hội thi Góc truyền thông - Tăng cường chất lượng Truyền thông Giáo dục sức khỏe - Hướng đến người bệnh







Chương trình giáo dục hướng tới cộng đồng



Hội thi cải tiến chất lượng bệnh viện 6S



Hội thi thiết kế  
Poster với chủ đề  
"Chúng tôi tự hào"





## 04 | VẬN ĐỘNG TIẾP NHẬN HỖ TRỢ

**VẬN ĐỘNG  
TIẾP NHẬN  
HỖ TRỢ**

Tìm nguồn lực giúp đỡ,  
hỗ trợ NB/KH có hoàn  
cảnh khó khăn

Phối hợp thực hiện vận động  
sự tham gia, ủng hộ từ các  
cơ quan, tổ chức, cá nhân hỗ  
trợ người bệnh khó khăn



Vận động, tìm nguồn lực, tiếp nhận tài trợ hỗ trợ người bệnh



- Ngày 23/5/2017, Bệnh viện đã bàn giao **“Bếp ăn từ thiện”** cho Hội Chữ thập đỏ TP. Cần Thơ.
- Phục vụ các suất ăn miễn phí cho người bệnh có hoàn cảnh khó khăn
- Bếp ăn phục vụ miễn phí hơn 1.000 suất ăn mỗi ngày



Vận động, tìm nguồn lực, nhà hảo tâm; tiếp nhận & hỗ trợ người bệnh khó khăn







05

## KHẢO SÁT Ý KIẾN HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH

### Khảo sát sự hài lòng của người bệnh trực tiếp

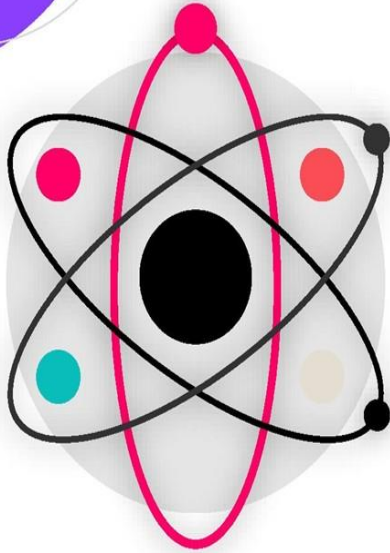
Nhân viên P.CTXH thực hiện khảo sát đo lường sự hài lòng và không hài lòng  
người bệnh ngoại trú và nội trú



BV thực hiện khảo sát 23.387 phiếu ngoại trú và 15.795 phiếu nội trú/năm



## Khảo sát sự hài lòng của người bệnh Bằng mã QR Code



### ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG KHÁCH HÀNG QUA MÃ QR CODE

Quý khách hàng vui lòng đánh giá sự hài lòng tại khoa đang điều trị. Ý kiến đóng góp của Quý khách hàng sẽ góp phần cải tiến chất lượng để Bệnh viện phục vụ khách hàng ngày càng tốt hơn. Xin cảm ơn!

#### Cách 1

- Bước 1: Mở ứng dụng camera  
Bước 2: Quét trực tiếp mã QR code

#### Cách 2

- Bước 1: Tải phần mềm quét mã QR code trên *CH play* hoặc *App Store*  
Bước 2: Quét mã QR code như hình bên để thực hiện đánh giá

#### QR code



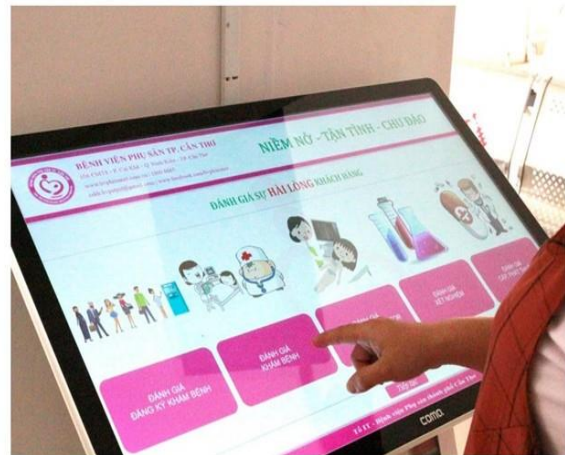
Vui lòng liên hệ Nhân viên y tế tại khoa hoặc qua tổng đài 19008665 để được hỗ trợ.

*Mời gửi trọn niềm tin*

[www.bvphusanct.com.vn](http://www.bvphusanct.com.vn)

[www.facebook.com/bvphusanct](https://www.facebook.com/bvphusanct)

## Khảo sát sự hài lòng của người bệnh qua Kiosk



Trong 9T/2020 có tổng 1.955 lượt đánh giá qua Kiosk



ĐÀO TẠO, BỒI DƯỠNG



Các chương trình giáo dục, hướng tới cộng đồng



Tổ chức Tập huấn “Quy tắc ứng xử cho VC-NLĐ các đơn vị hợp đồng cung cấp dịch vụ ngoài tại bệnh viện







## Các chương trình giáo dục, hướng tới cộng đồng



Phối hợp tổ chức các buổi sinh hoạt Hội đồng người bệnh cấp khoa và cấp bệnh viện



06

**XÂY DỰNG BỘ NHẬN DIỆN  
THƯƠNG HIỆU BỆNH VIỆN**







## Sáng kiến “Xây dựng bộ nhận dạng thương hiệu Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ”



## Sáng kiến “Xây dựng bộ nhận dạng thương hiệu Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ”



## Sáng kiến “Xây dựng bộ nhận dạng thương hiệu Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ”



## ỨNG DỤNG BỘ NHẬN DẠNG THƯƠNG HIỆU TRONG TỔ CHỨC SỰ KIỆN





## Thuận lợi



04

Được sự hỗ trợ của Trung tâm Công tác xã hội TP. Cần Thơ trong công tác đào tạo, tập huấn các kỹ năng mềm, ... cho VC phòng CTXH của BV

05

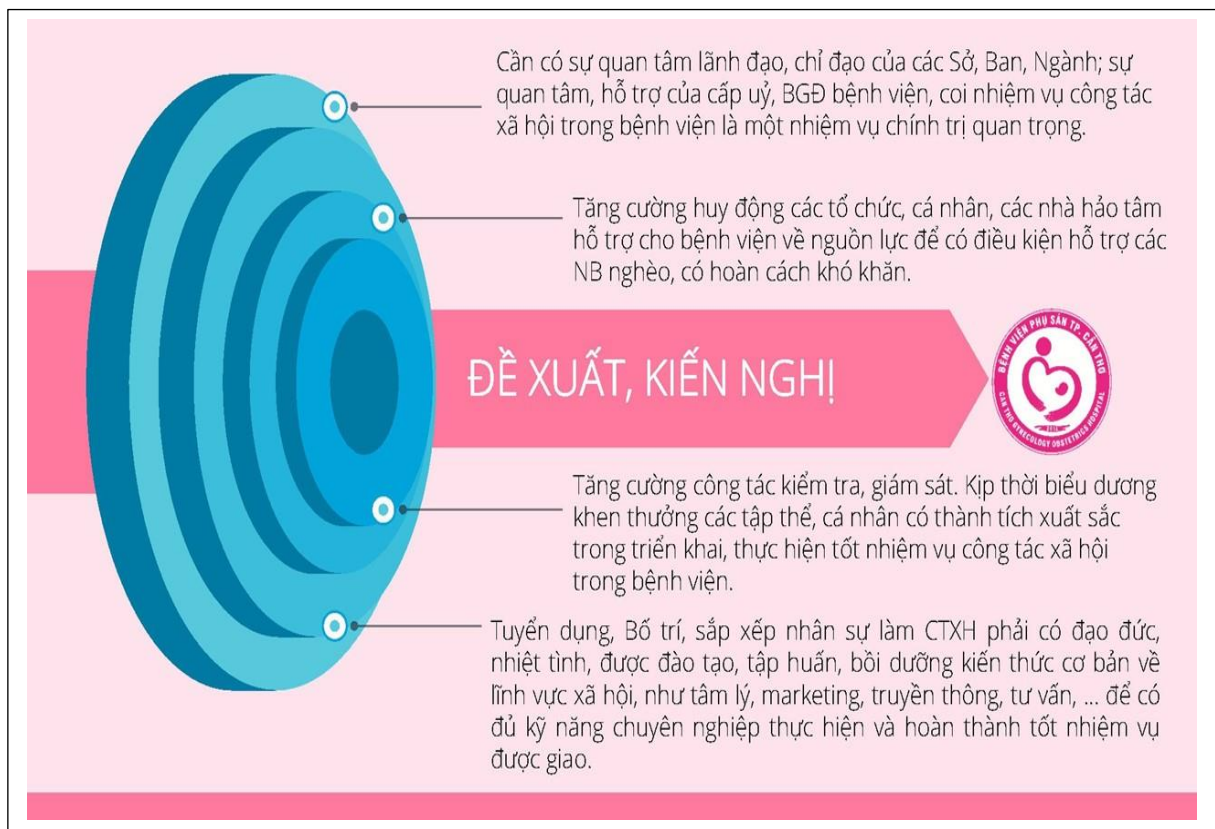
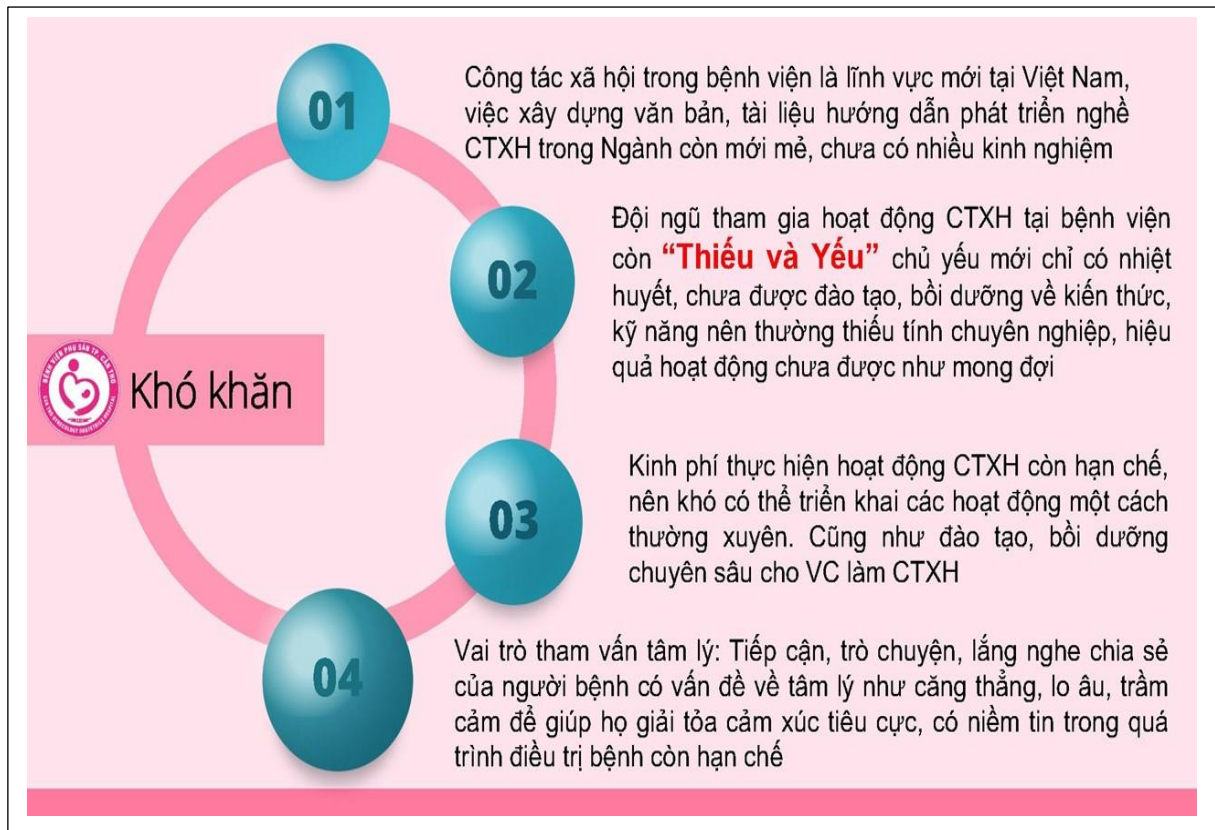
Phối hợp với các đơn vị khác do Trung tâm Công tác xã hội TP. Cần Thơ làm đầu mối: BV ĐKTV Cần Thơ, BV Đa khoa TP. Cần Thơ, BV Ung bướu, ...

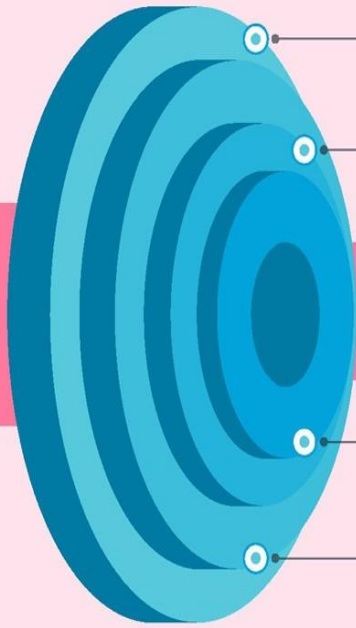
06

Được sự ủng hộ, hỗ trợ của các đơn vị Báo, đài TW → địa phương trong công tác truyền thông-GDSK và hỗ trợ người bệnh.









Đề xuất Bộ Y tế xây dựng chuẩn năng lực của nhân viên Công tác xã hội trong bệnh viện

Xây dựng mô hình CTXH tại các bệnh viện để thực hiện đồng bộ → thành lập mạng lưới thường xuyên trao đổi chia sẻ kinh nghiệm về hoạt động CTXH trong bệnh viện

## ĐỀ XUẤT, KIẾN NGHỊ



Mở rộng tập huấn bồi dưỡng kiến thức, kỹ năng CTXH cho viên chức y tế các khoa, phòng

Tăng cường hợp tác, trao đổi kinh nghiệm trong nước và quốc tế về lĩnh vực Công tác xã hội



**Cảm ơn sự chú ý  
lắng nghe của  
Quý Đại biểu**





# HỘI NGHỊ KHOA HỌC

## ĐIỀU DƯỠNG - HỘ SINH NĂM 2022



**ĐD. CKI. PHẠM THỊ PHƯƠNG HIẾU**

Bệnh viện đa khoa TP. Cần Thơ





## MÓC TREO TÚI DẪN LƯU

*ĐD CKI. Phạm Thị Phương Hiếu, CN ĐD. Lâm Danh Trà My,*

*CĐ ĐD. Nguyễn Thị Hà, CĐ ĐD. Trương Nguyệt Quang,*

*Bệnh viện Đa khoa TP. Cần Thơ*

### Tóm tắt

#### ➤ Đặt vấn đề

Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ hàng năm phẫu thuật trung bình hơn 10,000 ca, trong đó các cuộc phẫu thuật người bệnh có đặt ống thông, ống dẫn lưu để theo dõi hậu phẫu chiếm đa số. Người bệnh được chăm sóc toàn diện, theo dõi thật sát các dấu hiệu sinh tồn, theo dõi và phát hiện sớm tình trạng chảy máu sau phẫu thuật. Để phát hiện sớm tình trạng chảy máu sau phẫu thuật thì việc theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất các ống thông, ống dẫn lưu cũng vô cùng quan trọng. Hệ thống các ống dẫn lưu, ống thông được nối với túi dẫn lưu để chứa dịch dẫn lưu. Hiện tại, túi dẫn lưu được cố định vào thành giường bằng dây vải có sẵn ở túi, dễ gập ở đầu túi gây tắc nghẽn, các túi treo bị lệch khó quan sát số lượng dịch dẫn lưu, đồng thời đánh mất vẻ mỹ quan.

Sáng kiến “Móc treo túi dẫn lưu” được làm bằng chất liệu Inox với thiết kế đơn giản, giúp cố định túi dẫn lưu vào thành giường một cách thuận tiện không tốn thời gian, chi phí thấp.

#### ➤ Đối tượng và vật liệu nghiên cứu:

Móc treo túi dẫn lưu được làm bằng chất liệu Inox không gỉ.

#### ➤ Kết quả:

- Giúp dẫn lưu hiệu quả.
- Dễ theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu.
- Tiết kiệm thời gian cố định túi dẫn lưu.
- Đảm bảo túi dẫn lưu không chạm sàn nhà.
- Đảm bảo mỹ quan.

#### ➤ Kết luận

Sản phẩm Móc treo túi dẫn lưu đem lại hiệu quả cao, giá thành hợp lý. Có thể áp dụng sản phẩm ở hầu hết các bệnh viện.

#### ➤ Từ khóa: móc treo, túi dẫn lưu, Inox không gỉ.

**Abstract****DRAINAGE BAG HANGER***Phuong Hieu Pham Thi, Tra My Lam Danh,**Ha Nguyen Thi, Nguyet Quang Truong**Can Tho General Hospital***➤ Background**

Can Tho General Hospital every year the algorithm averages more than 10,000 cases, in which hospitals have catheters and pipes for post-use monitoring. Patients are managed comprehensively, real vital signs are monitored, and bleeding is detected early after translation. To play the status is well-the-after-colour, monitoring the number, color, and properties of pipes, and storing pipes is also very important. The pipeline storage system, the pipeline information is connected to the pipeline storage to contain the service storage. Currently, the storage is fixed in the form of a cord available in the bag, which is easy to cause blockage, difficult to manage the bag, and at the same time loses its beauty.

The initiative “Drainage bag hanger” is made of stainless inox with a simple design, which helps to fix the storage bag into a convenient, time-saving, low-cost way.

**➤ Materials and methods**

Drain bag hanger is made of stainless inox material.

**➤ Results**

- Effective drainage.
- Easy to track the amount, color, nature of drainage fluid.
- Save time fixing drainage bag.
- Make sure the drainage bag does not touch the floor.
- Ensure beauty.

**➤ Conclusions**

Drainage bag hanger brings high efficiency and reasonable price. The product can be applied in most hospitals.

➤ **Key words:** drainage bag, hanger, stainless inox

## I) Đặt vấn đề

Khoa Phẫu thuật Gây mê Hồi sức - Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ hàng năm phẫu thuật trung bình hơn 10,000 ca, trong đó các cuộc phẫu thuật mà người bệnh có đặt ống thông, ống dẫn lưu để theo dõi hậu phẫu chiếm đa số.

Sau phẫu thuật, người bệnh được chuyển đến phòng Hậu phẫu. Tại đây người bệnh được chăm sóc toàn diện, theo dõi thật sát các dấu hiệu sinh tồn, theo dõi và phát hiện sớm tình trạng chảy máu sau phẫu thuật.

Để phát hiện sớm tình trạng chảy máu sau phẫu thuật, ngoài quan sát tình trạng băng gạc tại vết mổ, mạch, huyết áp thì việc theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất dịch từ các ống thông, ống dẫn lưu cũng vô cùng quan trọng.

Hệ thống các ống dẫn lưu, ống thông được nối với túi dẫn lưu để chứa dịch dẫn lưu. Hiện tại túi dẫn lưu đang sử dụng tại bệnh viện được cố định vào thành giường bằng sợi dây vải có sẵn ở túi. Giải pháp này có những hạn chế sau:

- Túi dẫn lưu không căng đều hai bên dễ bị gập ở đầu túi gây tắc nghẽn hệ thống dẫn lưu.
- Đa phần cố định túi dẫn lưu khoảng cách hai bên không đều nhau túi bị lệch sẽ khó theo dõi số lượng dịch dẫn lưu.
- Các túi che khuất nhau dẫn đến khó theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu.
- Công đoạn cột hay tháo dây cố định túi tốn thời gian.
- Chọn vị trí cột túi không đảm bảo khoảng cách từ vị trí dẫn lưu đến túi dẫn lưu là 60cm, đôi khi để túi chạm sàn nhà.
- Ảnh hưởng đến mỹ quan.

Sáng kiến “Móc treo túi dẫn lưu” được làm bằng chất liệu inox với thiết kế đơn giản, giúp cố định túi dẫn lưu vào thành giường một cách thuận tiện không tốn thời gian, chi phí thấp.

Sáng kiến cải tiến “Móc treo túi dẫn lưu” được thực hiện nhằm mục đích:

- Giúp hệ thống dẫn lưu không bị gập ở đầu túi dẫn lưu, dẫn lưu hiệu quả.
- Dễ theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu.
- Điều dưỡng viên tiết kiệm được thời gian khi cố định túi dẫn lưu vào thành giường.
- Đảm bảo khoảng cách từ vị trí dẫn lưu đến túi dẫn lưu là 60 cm, túi dẫn lưu không chạm sàn nhà.
- Đảm bảo mỹ quan.



## II) Giải pháp cũ và giải pháp mới:

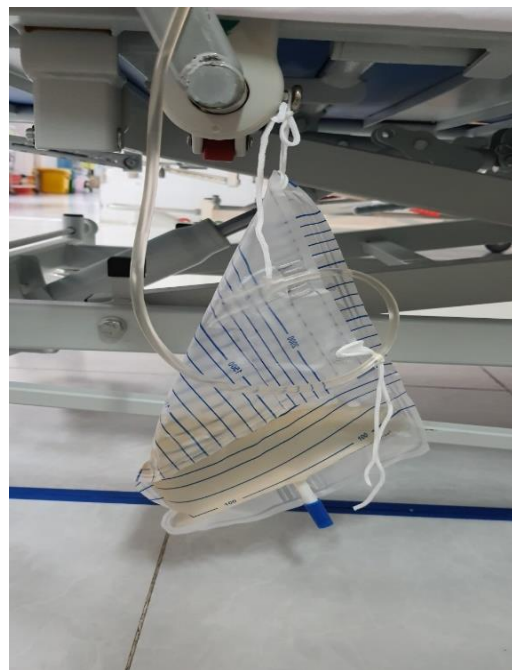
### *Giải pháp cũ:*

Hệ thống các ống dẫn lưu, ống thông được nối với túi dẫn lưu để chứa dịch dẫn lưu. Hiện tại túi dẫn lưu đang sử dụng tại bệnh viện được cố định vào thành giường bằng sợi dây vải có sẵn ở túi. Giải pháp này có những hạn chế sau:

- Túi dẫn lưu không căng đều hai bên dễ bị gập ở đầu túi gây tắc nghẽn hệ thống dẫn lưu.
- Đa phần cố định túi dẫn lưu khoảng cách hai bên không đều nhau túi bị lệch sẽ khó theo dõi số lượng dịch dẫn lưu.
- Các túi che khuất nhau dẫn đến khó theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu.
- Các túi dẫn lưu dễ chạm mặt đất làm tăng nguy cơ nhiễm trùng ngược dòng.
- Công đoạn cột hay tháo dây cố định túi tốn thời gian.
- Không thẩm mỹ.



Hình 1 - Túi dẫn lưu không căng đều hai bên dễ bị gập ở đầu túi gây tắc nghẽn hệ thống dẫn lưu



Hình 2 - Cố định túi dẫn lưu một bên dẫn đến khó theo dõi số lượng dịch dẫn lưu



Hình 3 - Các túi che khuất nhau dẫn đến khó theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu



Hình 4 - Dây cột túi dẫn lưu bị bẩn sẽ được thay thế bằng dây nylon

*Giải pháp mới:*

Sáng kiến “Móc treo túi dẫn lưu” được làm bằng Inox với thiết kế đơn giản giúp cố định túi dẫn lưu vào thành giường một cách thuận tiện không tốn thời gian, chi phí thấp, giúp khắc phục các khó khăn trong công tác chăm sóc người bệnh.

- Các thông số kích thước thành giường đa năng và túi dẫn lưu:

| Thông số                          | Kích thước                      |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| Khoảng cách từ giường đến sàn nhà | 50cm                            |
| Chiều dài túi dẫn lưu             | 28cm                            |
| Chiều ngang túi dẫn lưu           | 15cm                            |
| Kích thước thành giường           | Mặt trên: 03cm<br>Mặt bên: 04cm |

Bảng 1 - Kích thước thành giường đa năng và túi dẫn lưu



- Các thông số của móc treo:

| Thông số                             | Kích thước                        |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Khoảng cách giữa 2 móc treo          | 15cm                              |
| Kích thước móc treo vào thành giường | Mặt trên: 3.1cm<br>Mặt bên: 4.5cm |

Bảng 2 - Thông số của móc treo

➤ Mẫu 1



Hình 5 - Móc treo túi dẫn lưu tiến hành lần thứ nhất

Tiến hành làm móc treo kích thước theo các thông số trên, đầu móc treo túi dẫn lưu xoay ra ngoài.

- Ưu điểm:
  - Hệ thống dẫn lưu không bị gập ở đầu túi dẫn lưu, dẫn lưu hiệu quả.
  - Dễ theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu.
  - Điều dưỡng tiết kiệm được thời gian khi cố định túi dẫn lưu vào thành giường.
  - Đảm bảo túi dẫn lưu không chạm sàn.
  - Đảm bảo mỹ quan.
- Nhược điểm:
  - Móc treo vướng vào chân của người đứng cạnh giường.

➤ Mẫu 2:

Tiến hành làm móc treo kích thước theo các thông số trên. Đầu móc xoay vào trong sàn giường đã khắc phục được nhược điểm vướng vào chân người đứng cạnh giường.



Hình 6 - Móc treo túi dẫn lưu khi treo vào thành giường



Hình 7 - Túi dẫn lưu khi treo bằng giải pháp cũ (trái)  
và phương pháp mới (phải)

- Ưu điểm:

- Hệ thống dẫn lưu không bị gấp ở đầu túi dẫn lưu, dẫn lưu hiệu quả.
- Dễ theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu.
- Điều dưỡng viên tiết kiệm được thời gian khi cố định túi dẫn lưu vào thành giường.

- Đảm bảo túi dẫn lưu không chạm sàn.
- Đảm bảo mỹ quan.
- Giá thành thấp.

➤ *Mẫu 3:*

- Thực trạng tại Bệnh viện: thành giường đa năng có kích thước 3.0cm x 4.0cm. Tuy nhiên, tại một vài khoa lâm sàng, ngoài giường đa năng thì khoa còn được trang bị thêm một số loại giường khác, thành giường có kích thước khác so với giường đa năng:

- Thành giường với mặt trên: 5.0cm, mặt bên: 5.0cm.
- Thành giường với mặt trên: 4.0cm, mặt bên: 4.0cm.
- Thành giường với mặt trên: 3.0cm, mặt bên: 6.0cm.



*Hình 8 - Một số kích thước thành giường khác*

- Tình huống dự phòng: bệnh viện sử dụng thêm loại túi dẫn lưu khác, do đó khoảng cách giữa hai lỗ treo thay đổi (túi dẫn lưu hiện tại có khoảng cách giữa hai lỗ treo là 15.0cm).

- Từ đó, nhóm cải tiến thêm một số chi tiết vào móc treo túi dẫn lưu, với khả năng như sau:

- Móc treo có thể sử dụng cho tất cả các loại giường bệnh trong bệnh viện. (Tình huống 1).

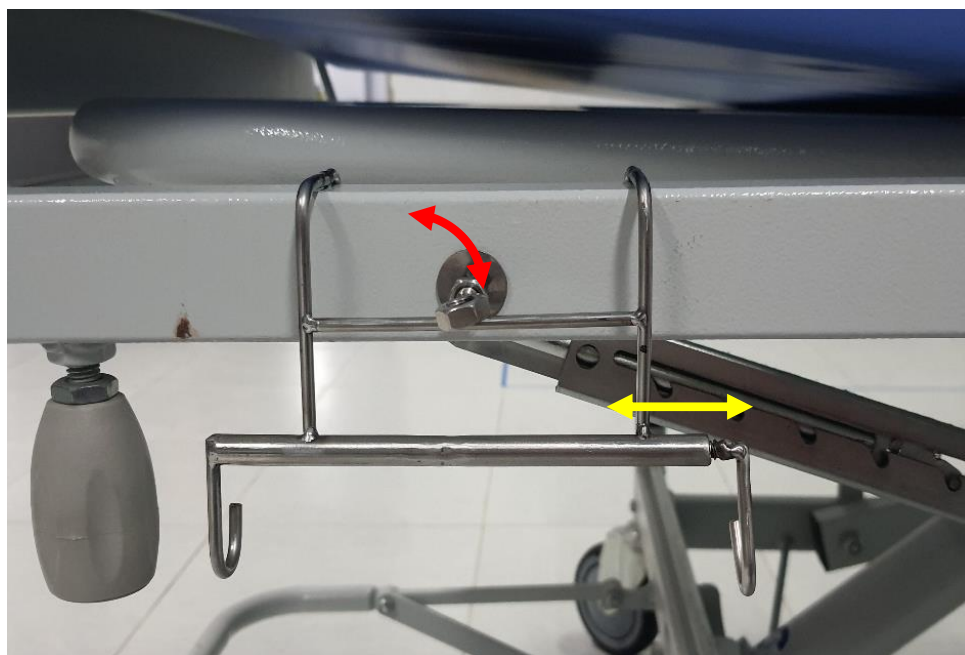
- Móc treo có thể phù hợp với nhiều loại túi dẫn lưu khác nhau. (Tình huống 2).

- Giải pháp thực hiện:

- Tình huống 1: tăng chiều cao của móc và thêm phần chốt để móc ôm sát vào thành giường.

- Tình huống 2: một bên đầu móc có thể di chuyển, nên móc vẫn có thể được sử dụng khi nhà sản xuất thay đổi kích thước túi dẫn lưu.





Hình 9 - Chốt giúp móc treo ôm sát vào nhiều kích cỡ khác nhau của thành giường; một đầu móc có thể di chuyển để phù hợp với nhiều loại túi dẫn lưu



Hình 10 - Mẫu 3 của Móc treo túi dẫn lưu trong thực nghiệm

- Ưu điểm:

- Hệ thống dẫn lưu không bị gấp ở đầu túi dẫn lưu, dẫn lưu hiệu quả.
- Dễ theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu.
- Điều dưỡng tiết kiệm được thời gian khi cố định túi dẫn lưu vào thành giường.

- Đảm bảo túi dẫn lưu không chạm sàn.
- Đảm bảo mỹ quan.
- Móc treo có thể sử dụng cho tất cả các loại giường bệnh tại các khoa lâm sàng của bệnh viện.
- Một bên đầu móc có thể di chuyển được nên móc vẫn có thể sử dụng khi nhà sản xuất thay đổi kích thước túi dẫn lưu.

- Nhược điểm:

- Giá thành cao hơn Mẫu 2.

*Chất liệu làm móc treo*

- Inox không gỉ (Inox 304).
- Giá thành sản phẩm mẫu: 70,000 VNĐ (Mẫu 2); 350.000 VNĐ (Mẫu 3).

*Vệ sinh*

Sau mỗi lần sử dụng cho người bệnh, móc sẽ được vệ sinh cùng với giường bệnh bằng dung dịch vệ sinh chuyên dụng.

### **III) Hiệu quả:**

Móc treo (Mẫu 2) được áp dụng tại Phòng Hậu phẫu - Khoa Phẫu thuật Gây mê Hồi sức - Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. Sau thời gian sử dụng móc treo mang đến các hiệu quả như sau:

➤ *Hiệu quả kinh tế:*

- Móc treo túi dẫn lưu được làm bằng chất liệu Inox không gỉ. Giá thành một sản phẩm hoàn thiện: 70,000 VNĐ. Khi sản phẩm được áp dụng đồng loạt, đặt làm số lượng nhiều thì giá thành sẽ thấp hơn khá nhiều.

- Giá thành này rất rẻ so với hiệu quả sản phẩm mang lại, cũng như quá rẻ so với thời gian sử dụng sản phẩm có thể lên đến 20 năm, 30 năm hoặc có thể kéo dài hơn thế nữa.

➤ *Hiệu quả kỹ thuật:*

- Túi dẫn lưu căng phẳng không bị gập ở đầu túi giúp hệ thống dẫn lưu hiệu quả hơn.

- Túi dẫn lưu không bị lệch, mỗi túi có móc treo riêng giúp cho việc theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu dễ dàng hơn.

- Tiết kiệm thời gian khi cố định túi dẫn lưu. Thời gian treo túi dẫn lưu bằng móc treo khoảng 8 giây/túi (so với 50 giây/túi đối với giải pháp cũ).

- Đảm bảo túi dẫn lưu cách vị trí dẫn lưu là 60 cm, túi dẫn lưu không chạm đến sàn nhà.

➤ *Hiệu quả xã hội:*



- Nhờ tiết kiệm thời gian treo túi dẫn lưu mà điều dưỡng viên có thêm thời gian chăm sóc người bệnh.

- Đảm bảo vệ mỹ quan, góp phần nâng cao uy tín của bệnh viện trong mắt bệnh nhân và người thân.

❖ *Ưu điểm:*

- Gọn nhẹ.

- Dễ sử dụng.

- An toàn.

- Giá hợp lý.

- Tiết kiệm thời gian:

Thời gian cột túi dẫn lưu 50 giây/túi.

Thời gian treo túi dẫn lưu bằng móc treo 8 giây/túi.

❖ *Khả năng áp dụng*

- Móc treo túi dẫn lưu được áp dụng tại Phòng Hậu phẫu, Khoa Phẫu thuật - Gây mê Hồi sức và Một số khoa khác như: Khoa Hồi sức Tích cực - Chống độc, Khoa Ngoại thận - Tiết niệu,... Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, trong đó:

- 84,44% nhân viên các khoa phòng đánh giá rất hài lòng với giải pháp “Sáng kiến móc treo túi dẫn lưu” (Phụ lục).

- 15,56% nhân viên các khoa phòng đánh giá hài lòng với giải pháp “Sáng kiến móc treo túi dẫn lưu” (Phụ lục).

**IV) Kết luận và Kiến nghị**

- Sáng kiến “*Móc treo túi dẫn lưu*” của nhóm chúng tôi được thực hiện và áp dụng tại Phòng Hậu phẫu, Khoa Phẫu thuật - Gây mê Hồi sức và một số khoa khác như: Khoa Hồi sức Tích cực - Chống độc, Khoa Ngoại thận - Tiết niệu,... của Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ; thực hiện khảo sát ở 45 điều dưỡng viên trong thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 10/2021, rút ra được kết luận:

+Giúp cho túi dẫn lưu căng phẳng không bị gập ở đầu túi giúp hệ thống dẫn lưu hiệu quả hơn.

+Túi dẫn lưu không bị lệch, mỗi túi có móc treo riêng giúp cho việc theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu dễ dàng hơn.

+Tiết kiệm thời gian khi cố định túi dẫn lưu.

+Đảm bảo túi dẫn lưu cách vị trí dẫn lưu là 60 cm, túi dẫn lưu không chạm đến sàn nhà.







+Đảm bảo vệ mỹ quan, góp phần nâng cao uy tín của bệnh viện trong mắt người bệnh và người thân.

+Móc treo túi dẫn lưu được làm bằng chất liệu Inox không gỉ. Giá thành của sản phẩm rất rẻ so với hiệu quả sản phẩm mang lại, cũng như quá rẻ so với thời gian sử dụng sản phẩm.

- Kiến nghị:

Sáng kiến “Móc treo túi dẫn lưu” đã khắc phục được hầu hết các hạn chế khi sử dụng phương pháp cũ để treo túi dẫn lưu. Bên cạnh đó “Móc treo túi dẫn lưu” còn có nhiều ưu điểm như: thiết kế đơn giản, gọn, nhẹ, dễ sử dụng, dễ vệ sinh, chi phí thấp,...

Từ những ưu thế trên, nhóm xin kiến nghị “Móc treo túi dẫn lưu” được sử dụng rộng rãi trong toàn bệnh viện, cũng như bệnh viện khác.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1.] Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến đặt ống thông tiểu trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Ban hành theo Quyết định số: 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

[2.] Bộ Y tế (2018) - Thông tư 16/2018/TT-BYT Hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh - ngày 20/07/2018.

[3.] <https://phacdochuabenh.com/quy-trinh-ky-thuat/360.php>

[4.] Bộ Y Tế;(2008); Chăm sóc người bệnh sau mổ; Điều dưỡng ngoại 1. Nhà xuất bản Giáo Dục Hà Nội, trang 97-100

[5.] Chăm sóc dẫn lưu, Chăm sóc ngoại khoa (Tài liệu thí điểm giảng dạy điều dưỡng Trung học), Đề án hỗ trợ hệ thống đào tạo 03 – SIDA, Hà Nội, 1994, 17 – 20.





# HỘI NGHỊ KHOA HỌC

## ĐIỀU DƯỠNG - HỘ SINH NĂM 2022



**CN. HOÀNG THỊ HUỆ**  
Bệnh viện Hùng Vương



## TỶ LỆ TỔN THƯƠNG TẦNG SINH MÔN CỦA PHƯƠNG PHÁP GIỮ TẦNG SINH MÔN TRONG SINH NGẢ ÂM ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG NĂM 2021

*Hoàng Thị Thùy Trang, Hoàng Thị Huệ,*

*Bệnh viện Hùng Vương*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Sinh thường có thể gây rách âm đạo và các mô xung quanh âm đạo, thường xuất hiện khi đầu của em bé được sinh ra, một số trường hợp những vết rách có thể kéo dài đến trực tràng và mất nhiều thời gian để phục hồi vết thương. Để tránh những vết rách sâu, các bác sĩ đã khuyến cáo nên giữ TSM trước và trong khi sổ đầu thai nhi (chỉ cắt TSM có chọn lọc) để tránh bị rách nặng và tạo điều kiện thuận lợi cho việc sinh nở [19]. Vì vậy, cần có một khảo sát về “Tỷ lệ tổn thương tầng sinh môn của phương pháp giữ tầng sinh môn trong sinh ngả âm đạo là bao nhiêu?” để có bằng chứng chứng minh cho những lợi ích mang lại của kỹ thuật giữ TSM trong sinh ngả âm đạo giúp cho nhà lâm sàng luôn tự tin thay đổi thực hành của mình, giúp mang lại lợi ích thiết thực đến với khách hàng.

**Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ và các mức độ tổn thương TSM; các yếu tố liên quan đến tỷ lệ tổn thương TSM và những kết cục liên quan đến phương pháp giữ tầng sinh môn trong sinh ngả âm đạo.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 367 Hồ sơ bệnh án của sản phụ được giữ TSM sinh ngả âm đạo tại Bệnh viện Hùng Vương từ tháng 04 năm 2021 đến tháng 07 năm 2021.

### Kết quả nghiên cứu:

Tỷ lệ và các mức độ tổn thương TSM của phương pháp giữ TSM trong sinh ngả âm đạo là 77,9%:

- Con số (40/47): 85,1%;
- Con rạ (246/320): 76,9%;
- TSM tổn thương ở mức độ 1: 93,7%;
- TSM tổn thương ở mức độ 2: 6,3 %

Có mối liên quan giữa tổn thương TSM với BMI của mẹ và tuổi thai, cân nặng trẻ lúc sinh, lượng máu mất sau sinh, loại đái tháo đường thai kỳ với  $p < 0,05$ .

Lượng máu mất sau sinh trung bình là 218 ml. Số lượng sản phụ bị băng huyết sau sinh chiếm tỷ lệ thấp 3,5%. Lý do băng huyết sau sinh 100% do đờ tử cung.

Tỷ lệ sản phụ điều trị bởi kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn TSM là 1,4%, có 0,85% sản phụ bị sưng TSM, 100% sản phụ không có khối máu tụ sau may phục hồi TSM.

Kết cục bé: Apgar 1 phút trung vị là (5-8) và Apgar 5 phút trung vị là (6-9). Bé sau sinh được theo mẹ chiếm tỷ lệ 93,2%.

**Kết luận:** Nghiên cứu trên 367 bà mẹ sinh con tại bệnh viện Hùng Vương năm 2021 cho thấy tỷ lệ tổn thương TSM sau sinh là 77,9% (trong đó: con so (40/47) chiếm tỷ lệ 85,1%; con rạ (246/320) chiếm tỷ lệ 76,9%), phần lớn TSM tổn thương ở mức độ 1 chiếm tỷ lệ 93,7%, tổn thương TSM độ 2 chiếm tỷ lệ rất thấp chỉ có 6,3 % và không có trường hợp nào có tổn thương TSM độ 3 và độ 4. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan độc lập đến tổn thương TSM là BMI, tuổi thai và lượng máu mất sau sinh với  $p < 0,05$ . Không có mối liên quan giữa tuổi mẹ, tiền thai, vết mổ cũ, giảm đau sản khoa, đái tháo đường thai kỳ, tiền sản giật. Tỷ lệ sản phụ điều trị bởi kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn TSM là 1,4%; có 0,85% sản phụ bị sưng TSM. 100% sản phụ không có khối máu tụ sau may phục hồi TSM; Bé sau sinh được theo mẹ chiếm tỷ lệ 93,2%.

## LAMAGE RATE OF SENSITIVAL STRENGTH KEEPING METHOD IN VAGINA BIRTH AT HUNG VUONG HOSPITAL IN 2021

*Hoang Thi Thuy Trang, Hoang Thi Hue*

*Hung Vuong Hospital*

**Background:** Vaginal delivery can cause tears in the vagina and surrounding tissues, usually when the baby's head is born, in some cases the tears can extend to the rectum and take a long time to heal. To avoid deep lacerations, clinicians have recommended keeping the TSM before and during delivery (selective TSM only) to avoid severe lacerations and facilitate delivery [19]. Therefore, there should be a survey on “What is the rate of perineal damage of the perineal retention method in vaginal delivery?” To have evidence to prove the benefits of TSM retention in vaginal delivery helps clinicians always confidently change their practice, bringing practical benefits to customers.

**Objectives:** Determine the rate and extent of TSM damage; factors related to the rate of TSM injury and outcomes related to perineal retention in vaginal delivery.

**Study Design:** A cross-sectional study was performed on 367 medical records of pregnant women who were kept TSM giving birth vaginally at Hung Vuong Hospital from April 2021 to July 2021.

### **Results:**

The rate and extent of TSM damage of the TSM retention method in vaginal delivery is 77.9%:

- Compared (40/47): 85.1%;
- Rice straw (246/320): 76.9%;
- TSM is damaged at 1: 93.7%;
- TSM is damaged at 2: 6.3%;



There is a relationship between TSM damage and maternal BMI and gestational age, birth weight, postpartum blood loss, gestational diabetes with  $p < 0.05$ .

The average postpartum blood loss was 218 ml. The number of women with postpartum haemorrhage accounts for a low rate of 3.5%. The reason for postpartum hemorrhage is 100% due to uterine atony.

The percentage of pregnant women treated with antibiotics to prevent TSM infection was 1.4%, there were 0.85% of women with TSM swelling, 100% of women had no hematoma after TSM recovery.

Small outcomes: Median 1-minute Apgar was (5-8) and median 5-minute Apgar was (6-9).

After giving birth, the mother followed the mother, accounting for 93.2%.

**Conclusion:** A study on 367 mothers who gave birth at Hung Vuong hospital in 2021 showed that the rate of post-partum TSM injury was 77.9% (in which: preterm (40/47) accounted for 85.1%; (246/320) accounted for 76.9 %, most of TSM lesions at level 1 accounted for 93.7% rate, TSM lesions at grade 2 accounted for a very low rate only 6.3% and no There were no cases with grade 3 and 4 TSM lesions. Multivariate analysis of factors independently related to TSM lesions were BMI, gestational age and postpartum blood loss with  $p < 0.05$ . There was no relationship between maternal age, pre-pregnancy, old incision, obstetric analgesia, gestational diabetes, preeclampsia. The rate of pregnant women treated with antibiotics to prevent TSM infection was 1.4%; 0.85% of pregnant women have swollen TSM. 100% of women have no hematoma after TSM recovery; After giving birth, the mother followed the mother, accounting for 93.2%.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh thường có thể gây rách âm đạo và các mô xung quanh âm đạo, thường xuất hiện khi đầu của em bé được sinh ra, một số trường hợp vết rách có thể kéo dài đến trực tràng và mất nhiều thời gian để phục hồi vết thương. Để tránh những vết rách sâu, các bác sĩ đã khuyến cáo nên giữ TSM trước và trong khi sổ đầu thai nhi (chỉ cắt TSM có chọn lọc) để tránh bị rách nặng và tạo điều kiện thuận lợi cho việc sinh nở [19]. Vì vậy, cần có một khảo sát về “Tỷ lệ tổn thương tầng sinh môn của phương pháp giữ tầng sinh môn trong sinh ngã âm đạo là bao nhiêu?” để có bằng chứng chứng minh cho những lợi ích mang lại của kỹ thuật giữ TSM trong sinh ngã âm đạo giúp cho nhà lâm sàng luôn tự tin thay đổi thực hành của mình, giúp mang lại lợi ích thiết thực đến với khách hàng.

**Mục tiêu nghiên cứu:**

1. Xác định tỷ lệ và các mức độ tổn thương TSM của phương pháp giữ TSM trong sinh ngã âm đạo.
2. Xác định các yếu tố liên quan đến tỷ lệ tổn thương TSM của phương pháp giữ TSM trong sinh ngã âm đạo.
3. Xác định những kết cục liên quan đến phương pháp giữ TSM trong sinh ngã âm đạo: apgar bé, kết cục bé sau sinh, lượng máu mất sau sinh, sử dụng kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn TSM, phù nề TSM sau sinh, khối máu tụ sau may phục hồi TSM.

**ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang. Với p: Tỷ lệ tổn thương TSM trong phương pháp giữ TSM là 68% (Theo khảo sát trong đề án “Giảm tỷ lệ cắt tầng sinh môn tại khoa Sản” của BS Đặng Thị Hiện và BS Ngô Thị Thanh Thảo); độ tin cậy 95%  $\alpha$  sẽ là 5%, với trị số giới hạn của độ tin cậy  $Z = 1.96$ , độ chính xác  $d=0.05$  đưa vào cách tính mẫu được số mẫu là 334 sản phụ. Dự trừ 10% mất mẫu. Như vậy cỡ mẫu được chọn cho nghiên cứu là 367 ca.

Tiêu chuẩn chọn mẫu là hồ sơ bệnh án của sản phụ được giữ TSM sinh ngã âm đạo tại khoa Sản.

Số liệu được nhập và quản lý số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Phân tích số liệu là sử dụng phần mềm thống kê Stata 14.

Phân tích mối liên quan: sử dụng các test thống kê (kiểm định Chi-square, Fisher).

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian từ tháng 4/2021 đến tháng 6/2021 nhóm nghiên cứu đã thu thập được 367 mẫu dựa trên hồ sơ bệnh án sản phụ sanh ngã âm đạo có giữ TSM tại bệnh viện (BV) Hùng Vương được chọn vào nghiên cứu. Trong đó, tuổi trung bình của các sản phụ là 30 tuổi, chiếm đa số là trên 30 tuổi (55%). Chiều cao trung bình là 157cm, cân nặng trung bình là 63. BMI trung bình là 25,8; phần lớn có BMI dưới 30 với tỷ lệ chiếm 90,7%. Tuổi thai trung bình là 38 tuần tuổi, đa số thai đủ tháng 87,2%. Phần lớn sản phụ có con rạ. Hầu hết sản phụ không có vết mổ cũ 94,3%. Một số sản phụ được giảm đau sản khoa chiếm tỷ lệ 32,7%. Số sản phụ có thiếu máu trước sinh chiếm tỷ lệ thấp 15,8%. Phần lớn sản phụ không có bệnh lý nội khoa 86,6%. Số lượng sản phụ bị tiền sản giật chiếm tỷ lệ thấp với 4,6%. Có 18,8% sản phụ bị đái tháo đường thai kỳ với đa số là không phụ thuộc Insulin. Chỉ có 4,4% bị viêm nhiễm âm đạo trước sinh. Thời gian chuyển dạ giai đoạn 2 trung bình là 16 phút, trong đó chuyển dạ giai đoạn 2 dưới 15 phút chiếm tỷ lệ cao hơn. Phần lớn CTG ở nhóm II chiếm tỷ lệ 60,8%. Số lượng sổ ngội chăm vệ chiếm tỷ lệ cao 89,7%. Có tới 98,4% sản phụ rặn sinh có kiểm soát. 100% đối tượng sinh thường. Phần lớn bé không bị dây rốn quấn cổ 78,7%.

**Bảng 1: Kết cục sau sinh**

| Đặc điểm            | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|---------------------|--------|-----------|
| Kết quả bé sau sinh |        |           |
| Bé theo mẹ          | 342    | 93,2      |
| Bé gửi nhi          | 18     | 4,9       |
| Bé mất              | 7      | 1,9       |

Phần lớn kết cục bé sau sinh được theo mẹ chiếm tỷ lệ 93,2%. Một số ít bé được gửi Nhi chiếm tỷ lệ 4,9% với các lý do như Suy hô hấp, non tháng. 1,9% bé mất do thai lưu ngoại viện.

**Bảng 2: Kết cục sau sinh (tt)**

| Đặc điểm                     | Tần số                            | Tỷ lệ (%)   |
|------------------------------|-----------------------------------|-------------|
| <b>Cân nặng trẻ lúc sinh</b> | <b>2,972 + 518,8 (670 – 4070)</b> |             |
| <3000 gram                   | <b>163</b>                        | <b>44,4</b> |
| <b>Từ 3000 gram trở lên</b>  | <b>204</b>                        | <b>55,6</b> |
| Apgar 1 phút                 | <b>Trung vị (5-8)</b>             |             |
| Apgar 5 phút                 | <b>Trung vị (6-9)</b>             |             |
| <b>Tổn thương TSM</b>        |                                   |             |
| TSM nguyên                   | <b>81</b>                         | <b>22,1</b> |
| TSM tổn thương               | <b>286</b>                        | <b>77,9</b> |
| <b>Mức độ tổn thương TSM</b> |                                   |             |
| Độ 1                         | <b>268</b>                        | <b>93,7</b> |
| Độ 2                         | <b>18</b>                         | <b>6,3</b>  |
| Độ 3 và độ 4                 | <b>00</b>                         | <b>00</b>   |
| <b>Xử trí tổn thương</b>     |                                   |             |

|                                   |     |      |
|-----------------------------------|-----|------|
| May phục hồi tại phòng Sanh       | 248 | 86,7 |
| Không may                         | 38  | 13,3 |
| <b>Nhân viên may phục hồi TSM</b> |     |      |
| Bác sĩ                            | 103 | 41,5 |
| Hộ sinh                           | 145 | 58,5 |
| <b>Số lượng chỉ may phục hồi</b>  |     |      |
| 1 tép                             | 214 | 86,3 |
| 2 tép                             | 32  | 12,9 |
| Từ 3 tép trở lên                  | 2   | 0,8  |

Cân nặng trung bình được ghi nhận là 2972 gram, đa số là trên 3000 gram với tỷ lệ 55,6%. Apgar 1 phút trung vị là (5-8). Apgar 5 phút trung vị là (6-9). Tỷ lệ TSM nguyên sau sinh là 22,1%. Phần lớn TSM tổn thương ở mức độ 1 chiếm tỷ lệ 93,7%. Đa số TSM tổn thương phải may phục hồi tại phòng Sanh. Hộ sinh may phục hồi TSM là chiếm tỷ lệ cao với 58,5%. Số lượng sử dụng 1 tép chỉ may phục hồi là 86,3%.

**Bảng 3: Kết cục sau sinh (tt)**

| Đặc điểm                      | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------|--------|-----------|
| <b>Loại chỉ may phục hồi</b>  |        |           |
| Tan nhanh                     | 56     | 22,6      |
| Tan chậm                      | 225    | 91,1      |
| <b>Băng huyết sau sinh</b>    |        |           |
| Có                            | 13     | 3,5       |
| Không                         | 354    | 96,5      |
| <b>Lượng máu mất sau sinh</b> |        |           |
| Dưới 200 ml                   | 66     | 18,0      |



Từ 200 ml trở lên 301 92,0

### Lý do băng huyết sau sinh

Đờ tử cung 13 100

### Kháng sinh dự phòng

Có 5 1,4

Không 362 98,6

### Sưng TSM

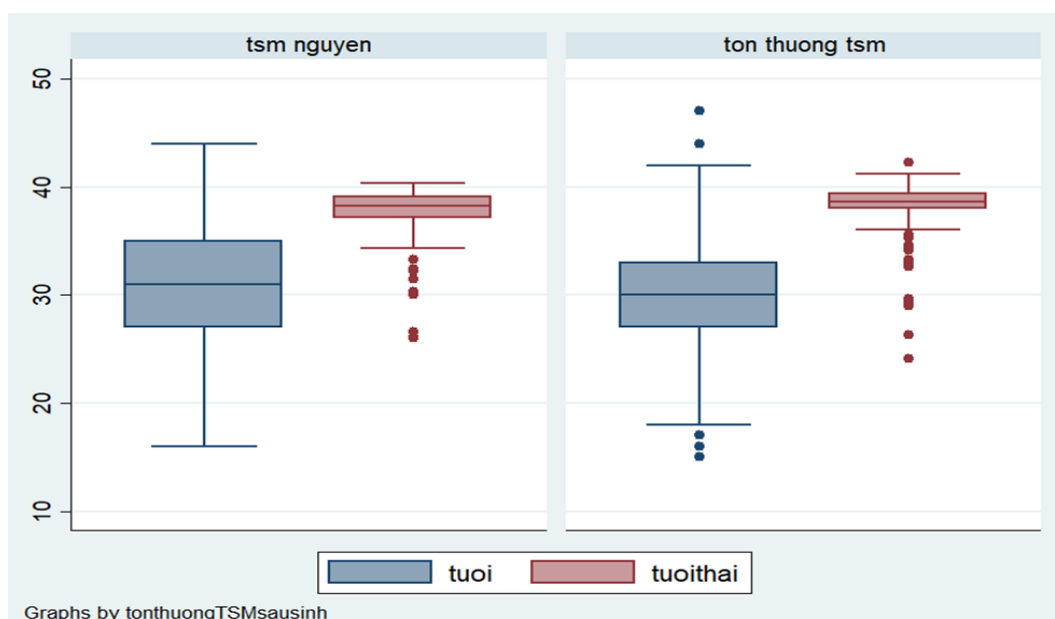
Có 3 0,8

Không 364 99,2

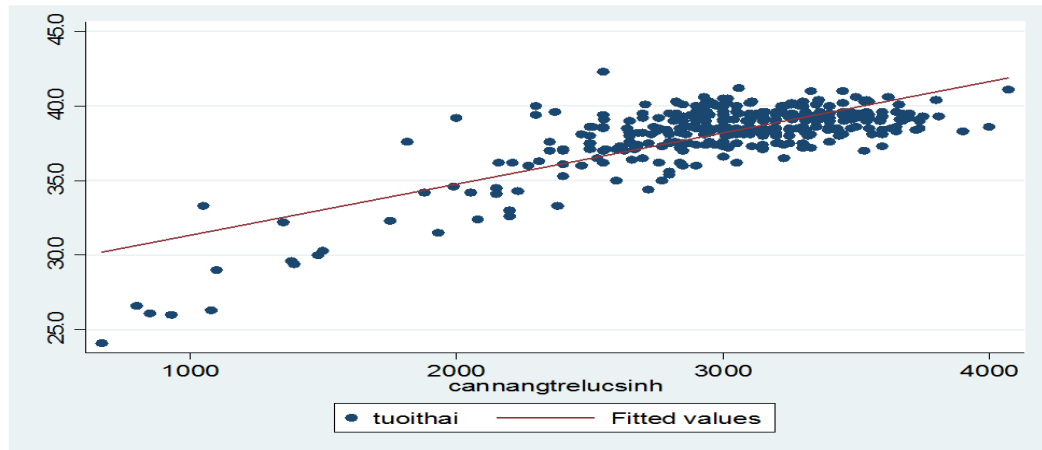
### Khối máu tụ sau may phục hồi

Không 367 100

Phần lớn loại chỉ may phục hồi là tan chậm với tỷ lệ 91,1%. Số lượng sản phụ bị băng huyết sau sinh chiếm tỷ lệ thấp 3,5%. Lượng máu mất sau sinh trung bình là 218 ml, đa số lượng máu mất trên 200 ml với tỷ lệ 92%. Lý do băng huyết sau sinh 100% do đờ tử cung. Có 1,4% sản phụ điều trị bởi kháng sinh dự phòng. 0,85% sản phụ bị sưng tăng sinh môn. 100% sản phụ không có khối máu tụ sau may phục hồi TSM.



Hình 1 Tổn thương TSM với tuổi và tuổi thai



Hình

2 Tuổi thai và cân nặng lúc sinh

Bảng 4: Mối liên quan giữa tổn thương TSM và đặc điểm của mẹ

|                  | Tổn thương TSM |                | OR (KTC 95%)              | p               |
|------------------|----------------|----------------|---------------------------|-----------------|
|                  | Nguyên (%)     | Tổn thương (%) |                           |                 |
| <b>Tuổi mẹ</b>   |                |                |                           |                 |
| < 30 tuổi        | 32 (19,4)      | 133 (80,6)     | <b>0,85 (0,63–1,14)</b>   | <b>0,264</b>    |
| ≥ 30 tuổi        | 49 (24,3)      | 153 (75,7)     |                           |                 |
| <b>BMI</b>       |                |                |                           |                 |
| < 30             | 79 (23,7)      | 254 (76,3)     | <b>1,1 (1,04 – 1,15)</b>  | <b>0,017</b>    |
| ≥ 30             | 2 (8,9)        | 32 (94,1)      |                           |                 |
| <b>Tuổi thai</b> |                |                |                           |                 |
| < 37 tuần        | 20 (42,5)      | 27 (57,5)      | <b>2,61 (1,55 – 4,41)</b> | <b>&lt;0,01</b> |
| ≥ 37 tuần        | 61 (19,1)      | 259 (80,9)     |                           |                 |
| <b>Tiền thai</b> |                |                |                           |                 |
| Con so           | 7 (14,9)       | 40 (85,1)      | <b>0,62 (0,28 – 1,33)</b> | <b>0,204</b>    |
| Con rạ           | 74 (23,1)      | 246 (76,9)     |                           |                 |
| <b>Vết mổ cũ</b> |                |                |                           |                 |

|       |           |            |                   |              |
|-------|-----------|------------|-------------------|--------------|
| Có    | 4 (19,1)  | 17 (80,9)  | <b>0,83 (0,28</b> | <b>0,731</b> |
| Không | 77 (22,2) | 269 (77,8) | <b>- 2,40)</b>    |              |

**Giảm đau sản khoa**

|       |           |            |                   |              |
|-------|-----------|------------|-------------------|--------------|
| Có    | 22 (18,3) | 98 (81,7)  | <b>0,79 (0,53</b> | <b>0,229</b> |
| Không | 59 (23,9) | 188 (76,1) | <b>- 1,17)</b>    |              |

Có mối liên quan giữa tổn thương TSM với BMI của mẹ và tuổi thai với  $p < 0,05$ . Trong đó những sản phụ có BMI  $< 30$  thì TSM nguyên cao gấp 1,1 so với các sản phụ có BMI  $> 30$  (OR=1,1; KTC 95% = 1,04 – 1,15). Các sản phụ có tuổi thai  $< 37$  tuần thì TSM nguyên cao gấp 2,61 lần so với các sản phụ có tuổi thai  $> 37$  tuần (OR=2,61; KTC 95% = 1,55 – 4,41).

Có mối liên quan giữ tổn thương TSM và loại đái tháo đường thai kỳ  $p < 0,05$ . Những sản phụ bị đái tháo đường không phụ thuộc Insulin có khả năng bị tổn thương TSM chỉ bằng 0,69 so với sản phụ bị đái tháo đường có phụ thuộc Insulin (OR=0,69, KTC (95%)=0,44-0,96).

Có mối liên quan giữa kết cục bé với tuổi thai lúc sinh và cân nặng trẻ lúc sinh với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ trẻ sinh sống ở các sản phụ có tuổi thai lúc sinh dưới 37 tuần thấp hơn so với tuổi thai từ 37 tuần trở lên. Tỷ lệ trẻ sinh sống ở bé cân nặng lúc sinh dưới 3000 gram thấp hơn so với các bé có cân nặng lúc sinh từ 3000 gram trở lên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Có mối liên quan giữa tổn thương TSM với cân nặng trẻ lúc sinh và lượng máu mất sau sinh với  $p < 0,05$ . Những sản phụ có kết cục cân nặng bé sau sinh dưới 3000 gram thì TSM nguyên cao gấp 1,3 so với cân nặng bé sau sinh từ 3000 gram trở lên (OR=1,3, KTC(95%)=1,02-1,66). Những sản phụ có lượng máu mất sau sinh dưới 200 ml thì TSM nguyên cao gấp 2,6 lần so với sản phụ có lượng máu mất sau sinh từ 200 ml trở lên (OR=2,6, KTC(95%)=1,71-3,96).

Không tìm thấy mối liên quan giữa tổn thương TSM với các biến tuổi mẹ, tiền thai, vết mổ cũ, giảm đau sản khoa, thiếu máu trước sinh, bệnh lý nội khoa, tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ, thời gian chuyển dạ giai đoạn 2, viêm nhiễm âm đạo, CTG, kiểu thể sỏ ngôi và rặn sinh có kiểm soát, người thực hiện cuộc sinh, bác sĩ thực hiện, dây rốn quấn cổ với  $p > 0,05$ . Sau khi đưa các biến có yếu tố liên quan như BMI, tuổi thai, cân nặng trẻ lúc sinh, lượng máu mất sau sinh vào phân tích đa biến thì chỉ có các biến như BMI, tuổi thai và lượng máu mất sau sinh là có liên quan độc lập đến tổn thương TSM.

## BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy chiều cao trung bình của các sản phụ được ghi nhận là 157 cm và cân nặng trung bình ở mức 63 kg, theo đó BMI trung bình 25,8. Chỉ số khối cơ thể cho thấy sự gia tăng về cân nặng không đáng kể, không tới mức báo động.

Trong số 367 sản phụ có đến 87,2% sinh con ọc, tỷ lệ sản phụ sinh con so được giữ TSM khá thấp chỉ 12,8%, thấp hơn so với cuộc khảo sát vào năm 2020 tại bệnh viện Hùng Vương là 13,55%. Số lượng thai phụ có vết mổ cũ nhưng vẫn thử thách sinh thường chiếm tỷ lệ nhỏ chỉ 5,7%, nhưng đây là một tín hiệu khả quan về việc áp dụng sinh thường ở nhóm đã trải qua sinh mổ một cách rộng rãi hơn. Tỷ lệ sản phụ sử dụng dịch vụ giảm đau sản khoa chiếm tỷ lệ cao với 67,3%, thuận lợi nhằm tạo nên một cuộc hành trình để tận hưởng những cảm xúc hạnh phúc của cuộc gặp gỡ giữa mẹ con thay vì sự ám ảnh của cơn chuyển dạ. Tỷ lệ không bị thiếu máu trước sinh chiếm tỷ lệ cao với 84,2%.

Các yếu tố nguy cơ nguy hiểm như tiền sản giật và đái tháo đường thai kỳ chiếm tỷ lệ thấp với tỷ lệ lần lượt là 4,6% và 18,8%. Trong đó các thai phụ đái tháo đường không phụ thuộc Insulin chiếm đa số. Thời gian chuyển dạ giai đoạn 2 được ghi nhận trung bình là 15 phút, trong đó có một ca chuyển dạ khá dài là 2 tiếng 35 phút, số ca có thời gian chuyển dạ giai đoạn 2 dưới 15 phút chiếm tỷ lệ trội hơn. CTG nhóm II chiếm đa số trên tổng 367 sản phụ, kiểu sổ ghi nhận nhiều nhất là chậm vệt với 89,7%. Rặn sinh có kiểm soát là yếu tố quan trọng có liên quan đến việc tổn thương TSM hay không, tỷ lệ tuân thủ rặn sinh có sự kiểm soát và hướng dẫn của nhân viên y tế chiếm tỷ lệ cao với 98,4%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có Apgar 1 phút trung vị là (5-8) và Apgar 5 phút trung vị là (6-9), phần lớn kết cục bé sau sinh được theo mẹ chiếm tỷ lệ 93,2%. Một số ít bé được gửi Khoa Sơ sinh chiếm tỷ lệ không đáng kể 4,9% với các lý do như Suy hô hấp và non tháng, có 1,9% bé mất do thai lưu ngoại viện và cực non. Trong 7 trường hợp bé mất do thai lưu ngoại viện và cực non với cân nặng bé từ 670 gram đến 1100 gram, hoàn toàn không xuất phát từ kỹ thuật giữ TSM. Với kết quả này thì chứng tỏ phương pháp giữ TSM dường như rất ít gây kết cục xấu cho trẻ sau sinh mặt dù phần lớn CTG ở nhóm II chiếm tỷ lệ 60,8% trong giai đoạn 2 của chuyển dạ, nghĩa là phương pháp giữ TSM không ảnh hưởng đến trẻ với Apgar 1 phút trung vị là (5-8) và Apgar 5 phút trung vị là (6-9). Nhìn chung với phương pháp giữ TSM đúng kỹ thuật này sẽ không gây những ảnh hưởng xấu đến kết cục của bé.

Nghiên cứu trên 367 bà mẹ sinh con tại bệnh viện Hùng Vương năm 2021 cho thấy tỷ lệ tổn thương TSM sau sinh là 77,9% (trong đó: con so (40/47) chiếm tỷ lệ 85,1%; con ọc (246/320) chiếm tỷ lệ 76,9%), phần lớn TSM tổn thương ở mức độ 1 chiếm tỷ lệ 93,7%, tổn thương TSM độ 2 chiếm tỷ lệ rất thấp chỉ có 6,3 % và không có trường hợp



nào có tổn thương TSM độ 3 và độ 4. Chúng ta có thể thấy rằng, việc cắt TSM đã khiến cho sản phụ bị tổn thương TSM độ 2 và có khả năng tổn thương nặng hơn. Trong khi đó, bằng kỹ thuật giữ TSM đúng cách thì tỷ lệ tổn thương TSM độ 2 chỉ ở mức rất thấp, không có bất kỳ trường hợp nào bị tổn thương TSM độ 3 trở lên. Tuy nhiên tỷ lệ TSM nguyên trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ chiếm 22,1% trong đó con so có tỷ lệ TSM nguyên là (7/47) 14,9% và con rạ là (74/320) 23,1%, thấp hơn rất nhiều so với tác giả Amorim, Melania M. MD với tỷ lệ 56% phụ nữ có TSM nguyên vẹn[13].

Mặc dù tỷ lệ tổn thương TSM của phương pháp giữ TSM trong nghiên cứu chúng tôi là 77,9% nhưng vẫn thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Ahmad Talebian Masoumeh Abedzadeh-Kalahroudi là 84,3% [1].

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng kết cục của phương pháp giữ TSM đã mang lại lợi ích rất lớn cho bà mẹ khi sinh ngã âm đạo, giảm thiểu tổn thương TSM độ 2, cũng như độ 3 và độ 4. Hơn nữa, kết quả nghiên cứu đã đưa ra những kết luận rất phù hợp với các khuyến cáo của WHO cũng như thực hành lâm sàng của các nước phát triển trên thế giới đã ứng dụng. Điều này một lần nữa khẳng định phương pháp giữ TSM ít nhất đã giúp được các sản phụ tránh việc cắt TSM không cần thiết gây nên tổn thương độ 2, gây đau đớn và có thể gây nhiễm trùng về sau.

## KẾT LUẬN

- Tỷ lệ và các mức độ tổn thương TSM của phương pháp giữ TSM trong sinh ngã âm đạo là 77,9%.

- Phần lớn TSM tổn thương ở mức độ 1 chiếm tỷ lệ 93,7%, tổn thương TSM độ 2 là 6,3 % và không có trường hợp nào có tổn thương TSM độ 3 và độ 4.

- Sau phân tích đa biến các yếu tố liên quan độc lập đến tổn thương TSM là BMI, tuổi thai và lượng máu mất sau sinh với  $p < 0,05$ .

- Không có mối liên quan giữa tuổi mẹ, tiền thai, vết mổ cũ, giảm đau sản khoa, đái tháo đường thai kỳ, tiền sản giật

- Kết cục mẹ: Tỷ lệ sản phụ điều trị bởi kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn TSM là 1,4%; có 0,85% sản phụ bị sưng TSM. 100% sản phụ không có khối máu tụ sau may phục hồi TSM.

- Kết cục bé: Bé sau sinh được theo mẹ chiếm tỷ lệ 93,2%. Cân nặng bé trung bình là 2972 gram. Apgar 1 phút trung vị là (5-8) và Apgar 5 phút trung vị là (6-9).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

## Tiếng Anh

1. Ahmad Talebian Masoumeh Abedzadeh-Kalahroudi, Zohreh Sadat & Elaheh Mesdaghinia, "Perineal trauma: incidence and its risk factors".
2. Moreno M Ledesma R, Belizan JM (1991) "Reflections on the routine indications for episiotomy". *inopsis Obstétrico-Ginecológica* 1991;38:161-6. ,
3. M.D. Rafael T. Mikolajczyk, M.Sc.,<sup>1</sup> Jun Zhang, Ph.D., M.D.,<sup>1</sup> James Troendle, Ph.D.,<sup>1</sup> and Linda Chan, M.D.<sup>2</sup> (1996) "Risk Factors for Birth Canal Lacerations in Primiparous Women".
4. MD Michael C. Klein (1996) "FACTORS INFLUENCING PERINEAL TRAUMA DURING DELIVERY". *JOURNAL SOGC*,
5. Dolapo Ayansina Andrea Mary Woolner , Mairead Black, Sohinee Bhattacharya, (1997-2010) "The impact of third- or fourth-degree perineal tears on the second pregnancy: A cohort study of 182,445 Scottish women".
6. Smith H Qian X, Zhou L, Liang J, Garner P, (2001) "Evidence-based obstetrics in four hospitals in China: an observational study to explore clinical practice, women's preferences and provider's views". *BMC Pregnancy and Childbirth* 2001;1:1. ,
7. V.E. Bovbjerg L.M. Christianson, E.C. McDavitt, RN, K.L. Hullfish, (2003) "Risk factors for perineal injury during delivery". *Obstet Gynecol*,
8. MD; Omar Mendez; John J Alexander Rodriguez; Edgar A. Arenas; Alba L. Osorio (2008) "Selective vs routine midline episiotomy for the third-or-fourth-degree lacerations in nulliparous". *AJOG*,
9. Wang L Frankman EA, Bunker CH, Lowder JL, (2009) " Episiotomy in the United States: has anything changed". *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2009;200(5):e1-e7,
10. Vehviläinen-Julkunen K Räisänen S, Gisler M, Heinonen S, (2011) "A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland". *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2011;115:26-30,
11. MD T. Lance Lane, Christopher P. Chung, MD, Paul M. Yandell, MD, Thomas J. Kuehl, PhD, and Wilma I. Larsen, MD (2011) "Perineal body length and perineal lacerations during delivery in primigravid patients".
12. Natalia Price Lesley A Smith, Vanessa Simonite and Ethel E Burns, (2013) "Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study". *BMC Pregnancy and Childbirth* 2001;1:1.,
13. Katz L Melo I, Coutinho I, Amorim MM, (2014) "Selective episiotomy vs. implementation of a non episiotomy protocol: a randomized clinical trial". *Reproductive Health* 2014;11(1):66. ,

14. WHO (2016) "Introducing and sustaining EENC in hospitals: routine childbirth and newborn care".

15. Sophie Alexandre Beatrice Blonde, Ragnheiður I. Bjarnadottir, Mika Gissler, Jens Langhoff-Roos, Ziva Novak-Antolic, Caroline Prunet, Wei-Hong Zhang (2016) "Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project". *AOGS ORIGINAL RESEARCH ARTICLE*

16. Xu Qian 1 Hong Jiang 1, Guillermo Carroli 2, Paul Garner 3 (2016) "Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth".

17. WHO (2017) "Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors".

18. Hassan S Abduljabbar<sup>1</sup> Rola Turki, Jayapal Manikandan<sup>2</sup>, Jayabaskar Thiagarajan<sup>3</sup>, Osama Bajou<sup>1,4</sup> and Kalamegam Gauthaman<sup>2,4\*</sup> (2017) "Severe perineal lacerations during childbirth in Saudi women-a retrospective report from King Abdulaziz University Hospital". *Biomedical Research* 28 (8)

19. WHO (2018) "WHO recommendation: Intra partum care for a positive childbirth experience 2018".

20. Kenneth J. Leveno Cunningham F. Gary, Steven L. Bloom, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey (2018) *Williams Obstetrics, Vaginal delivery, Chapter 27*.

21. Thamer Al Ghamdi Al Hanouf Al Thaydi, Ahmad Talal Chamsi\* and Elham El Mardawi, (2018) "Perineal Tears Incidence and Risk Factors; A Four Years Experience in a Single Saudi Center". *Interventions in Gynecology and Women's Healthcare*,

22. Francesca Parissoni Massimo Franchi, Cecilia Lazzari, Simone Garzon, Antonio Simone Laganà, Ricciarda Raffaelli, Antonella Cromi, Fabio Ghezzi, (2020) "Selective use of episiotomy: what is the impact on perineal trauma? Results from a retrospective cohort study". *Arch Gynecol Obstet.* 2020 Feb;301(2):427-435,

23. NICE guidelines (2014) "Intrapartum care for healthy women and babies". s.60-61.

24. ACOG practice bulletin (April 2006) "Episiotomy. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists". *Obstetrics & Gynecology* 2006;107(4):957-62. ,

### Tiếng Việt

25. Ngô Thị Thanh Thảo Đặng Thị Hiện (2020) *Giảm tỉ lệ cắt tầng sinh môn tại khoa Sinh bệnh viện Hùng Vương*,



# HỘI NGHỊ KHOA HỌC

## ĐIỀU DƯỠNG - HỘ SINH NĂM 2022



**CNHS. TRẦN THỊ MỘNG THẢO**

Trưởng phòng Điều dưỡng  
Bệnh viện Sản Nhi Sóc Trăng







## THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN MẮC PHẢI SAU MỔ CÁC BỆNH PHỤ KHOA VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN CHUYÊN KHOA SẢN NHI SÓC TRĂNG NĂM 2020 -2021

CNHS. Trần Thị Mộng Thắm

Bệnh viện chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ phụ khoa; Phân tích kết quả chăm sóc người bệnh và một số yếu tố liên quan.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 187 bệnh nhân được phẫu thuật các bệnh lý phụ khoa tại Bệnh viện chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng bằng phương pháp mô tả tiến cứu.

### Kết quả

Tỷ lệ nhiễm khuẩn mắc phải sau mổ phụ khoa của đối tượng nghiên cứu chiếm 3,2% và có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Tỷ lệ nhiễm khuẩn mắc phải sau mổ phụ khoa theo vị trí giải phẫu cho thấy chiếm cao nhất là nhiễm khuẩn vết mổ chiếm 2,13%; Nhiễm khuẩn da và mô mềm, nhiễm khuẩn tiết niệu có tỷ lệ bằng nhau chiếm 0,53%.

Mức độ kết quả chăm sóc của hộ sinh sau mổ phụ khoa cho thấy chăm sóc mức tốt chiếm cao nhất 81,8% và 18,2 % là chăm sóc mức chưa tốt

Tỷ lệ hài lòng của người bệnh chiếm cao nhất là 90,4 % hài lòng và 9,6 % người bệnh chưa hài lòng

### Kết luận

Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 3,2% trong đó chiếm cao nhất là nhiễm khuẩn vết mổ 2,13%; các hoạt động chăm sóc của hộ sinh đạt tỷ lệ khá cao và 90,4 % người bệnh hài lòng về công tác chăm sóc của hộ sinh.

**Từ khóa:** nhiễm khuẩn bệnh viện, chăm sóc sau mổ phần phụ, người bệnh.



# THE STATUS OF BACTERIOLOGICAL INFECTION AFTER SURGERY OF GYNECOLOGICAL DISEASES AND SOME RELATED FACTORS AT SOC TRANG PEDEDY AND OB-GYNEDGENIC HOSPITAL IN 2020 -2021

*Tran Thi Mong Tham*

*Hospital of Obstetrics and Pediatrics, Soc Trang Province*

## ABSTRACT

**Objectives:** Describe the characteristics of the study subjects and determine the rate of infection after gynecological surgery; Analysis of patient care outcomes and some related factors.

**Subjects and research methods:** Study on 187 patients undergoing surgery for gynecological diseases at Soc Trang Hospital for Obstetrics and Gynecology by cross-sectional descriptive method with analysis.

## Result

The rate of infection after gynecological surgery of the study subjects accounted for 3.2% and had statistical significance ( $p < 0.05$ )

The rate of infection after gynecological surgery according to anatomical location showed that the highest rate was surgical site infection, accounting for 2.13%; Skin and soft tissue infections, urinary tract infections have the same rate, accounting for 0.53%.

The level of care results of midwives after gynecological surgery shows that the highest level of care is 81.8% and 18.2% is poor care.

The highest patient satisfaction rate is 90.4% satisfied and 9.6% unsatisfied patients.

## Conclude

The rate of nosocomial infection is 3.2%, of which the highest account for surgical site infection is 2.13%; Midwives' care activities are quite high and 90.4% of patients are satisfied with the midwife's care.

**Keywords:** nosocomial infection, post-operative care, patient

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) là nhiễm khuẩn mắc phải trong thời gian nằm viện (sau 48 giờ từ lúc nhập viện), nhiễm khuẩn này không hiện diện trong giai đoạn ủ bệnh tại thời điểm nhập viện. Tỷ lệ NKBV ngày càng có xu hướng tăng lên ở những người bệnh (NB) nặng, sau phẫu thuật ở các khoa Hồi sức tích cực, đây là một thách thức đối với các bác sỹ và điều dưỡng trực tiếp điều trị, chăm sóc bởi làm tăng tỉ lệ tử vong, tăng biến chứng, kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị.

Theo tổ chức Y tế thế giới (WHO) ước tính tại các nước phát triển, khoảng 5-10% bệnh nhân nhập viện bị mắc thêm NKBV. Tỷ lệ NKBV ước tính lên đến 25% tại các nước đang phát triển.

Ở Việt Nam, theo kết quả điều tra của Cục Quản lý Khám, chữa bệnh năm 2010 tỷ lệ NKBV hiện mắc là 3-7 %, tùy theo tuyến, hạng bệnh viện. Những bệnh viện tiếp nhận càng nhiều NB nặng, thực hiện càng nhiều thủ thuật xâm lấn (TTXL) thì nguy cơ mắc NKBV càng cao. Tỷ lệ NKBV có thể lên tới 20% - 30% ở những khu vực có nguy cơ cao như Hồi sức tích cực, sơ sinh, ngoại khoa... Theo điều tra năm 2008 trong 19 bệnh viện toàn quốc cho thấy căn nguyên nhiễm khuẩn bệnh viện đa số là vi khuẩn Gram âm chiếm 78%, vi khuẩn Gram dương 19%.

Bệnh viện chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng có nhiều bệnh nhân sau mổ các bệnh lý phụ khoa được đặc biệt quan tâm và thực hiện phòng chống nhiễm khuẩn trong môi trường bệnh viện. Tuy nhiên tại bệnh viện, việc nhiễm khuẩn bệnh viện ở bệnh nhân sau mổ các bệnh lý phụ khoa đến nay vẫn chưa có công trình điều tra, nghiên cứu đánh giá tỉ lệ NKBV hiện tại của bệnh viện, từ đó có những biện pháp can thiệp kịp thời nhằm góp phần nâng cao chất lượng điều trị, nâng cao nhận thức về công tác kiểm soát NKBV của nhân viên trong thực hành khám chữa bệnh. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: với mục tiêu như sau:

1/ Mô tả đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ phụ khoa.

2/ Phân tích kết quả chăm sóc người bệnh và một số yếu tố liên quan.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### 2.1.1 Đối tượng nghiên cứu

187 bệnh nhân được phẫu thuật các bệnh phụ khoa tại bệnh viện chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng

#### 2.1.2 Tiêu chuẩn lựa chọn mẫu

Bệnh nhân vào phẫu thuật các bệnh lý phụ khoa trên 48 giờ, kể cả bệnh nhân xuất viện, chuyển viện trong thời điểm nghiên cứu.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### 2.1.3 Tiêu chuẩn loại trừ

- Loại trừ các bệnh nhân có NK trước 48 giờ sau khi nhập viện.

- NB câm, điếc, rối loạn tâm thần, hoặc không đủ minh mẫn để trả lời câu hỏi.

#### 2.1.4 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Tại Khoa Phụ - Hậu phẫu - Hậu sản Bệnh viện chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng.

- Thời gian: Từ tháng 10/2020 đến tháng 03/2021

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả tiến cứu.

#### 2.2.2. Mẫu và phương pháp chọn mẫu:

\* Cỡ mẫu:

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

Trong đó:

- n: Là số người bệnh cần cho nghiên cứu.

-  $\alpha$ : Chọn mức ý nghĩa thống kê 95%, có  $\alpha = 0,05$

-  $Z_{(1-\alpha/2)}$  = Giá trị thu được bằng cách tra bảng, với  $\alpha = 0,05$ ;  $Z = 1.96$

- d: Độ chính xác tuyệt đối, chọn  $d = 0,05$

-  $q = 1 - p$

- p: Theo nghiên cứu tác giả Trần Thạch Sơn và cộng sự về “Nhiễm trùng bệnh



viện sau phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Hùng Vương, Việt Nam là 14,2%”, do vậy tham biến ước tính được chọn  $p = 14,2\%$  ( $p = 0,142$ ) [21]

- Áp dụng vào công thức trên tổng cỡ mẫu  $n = 187$

\* *Phương pháp chọn mẫu*: Chọn mẫu thuận tiện các bệnh nhân vào nhập viện mổ các bệnh lý phụ khoa trên 48 giờ, kể cả bệnh nhân xuất viện, chuyển viện trong ngày điều tra tại Khoa Phụ - Hậu phẫu - Hậu sản trong thời điểm nghiên cứu.

### 2.2.3 Phương pháp thu thập thông tin

Có thể sử dụng nhiều nguồn dữ liệu cho hoạt động giám sát. Người giám sát cần có kế hoạch phối hợp với các NVYT khác trong Khoa Phụ - HP-HS để tiếp cận và thu thập dữ liệu một cách tốt nhất. Nhìn chung cần tiếp cận tối đa các nguồn dữ liệu để bảo đảm thu thập đầy đủ và chính xác thông tin cần giám sát.

Nguồn dữ liệu có thể gồm:

- Hồ sơ bệnh án
- Người bệnh:
- Nhân viên y tế
- Sổ kết quả xét nghiệm
- Sổ ghi chép khác:

Phiếu giám sát gồm: phân hành chính liên quan thông tin người bệnh, bệnh chính nhập viện và bệnh kèm theo, thông tin về thủ thuật xâm lấn, thông tin phẫu thuật trên người bệnh, kháng sinh sử dụng, kết quả phân lập vi sinh vật.

Kiểm soát sai lệch

- Sai lệch thông tin:

Tổ chức tập huấn, hướng dẫn chi tiết cho các điều tra viên biết cách thu thập dữ liệu.

Sắp xếp trật tự câu hỏi để việc thu thập thông tin được logic, tránh lặp lại.

- Sai lệch chọn lựa:

Chọn mẫu phù hợp với tiêu chí đưa vào và tiêu chí loại ra.

### 2.2.4. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Làm sạch số liệu.

Mỗi bộ dữ liệu sẽ được kiểm tra lại tính đầy đủ của thông tin, nếu không điền đủ 2/3 phiếu thì loại, không nhập liệu.

Số liệu được nhập và trình bày bằng Microsoft Office Excel, xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

### III. KẾT QUẢ

#### 3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

*Bảng 3.1 Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu*

| Biến số nghiên cứu            | Người bệnh mổ các bệnh phụ khoa |           |
|-------------------------------|---------------------------------|-----------|
|                               | Số lượng<br>(n = 187)           | Tỷ lệ (%) |
| Nhóm Tuổi                     |                                 |           |
| 18 – 35 tuổi                  | 64                              | 34,2      |
| 36 – 50 tuổi                  | 91                              | 48,7      |
| > 50 tuổi                     | 32                              | 17,1      |
| Tuổi TB                       | 40,24 ± 12,82 (18-81)           |           |
| Trình độ học vấn              |                                 |           |
| Không biết chữ, Cấp I, II     | 81                              | 43,3%     |
| TC – Cao đẳng                 | 95                              | 50,8%     |
| ≥ Đại học                     | 11                              | 5,9%      |
| Nghề nghiệp                   |                                 |           |
| CBCNV                         | 58                              | 31%       |
| Nông dân, hưu                 | 101                             | 54%       |
| Kinh doanh, tự do             | 28                              | 15%       |
| Nơi cư trú                    |                                 |           |
| Thành thị                     | 32                              | 17,1%     |
| Nông thôn                     | 151                             | 82,9%     |
| Dân tộc                       |                                 |           |
| Kinh                          | 114                             | 61%       |
| Dân tộc khác (Hoa, Khmer,...) | 73                              | 39%       |

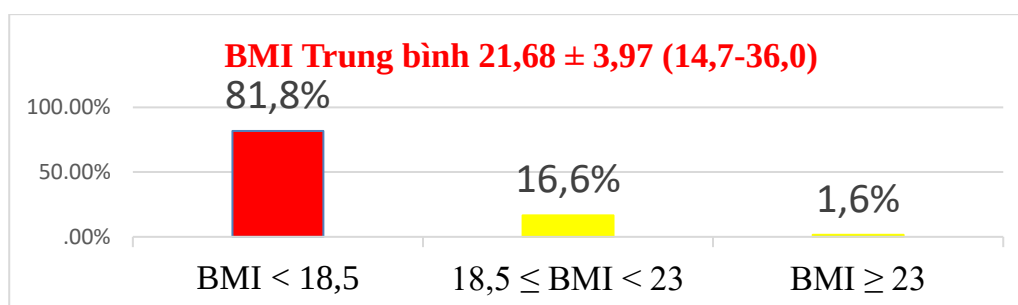
\* **Nhận xét:** Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu chiếm cao nhất là nhóm tuổi từ 36 – 50 tuổi chiếm 48,7% và thấp nhất là nhóm tuổi > 50 tuổi chiếm 17,1%, tuổi trung bình là  $40,24 \pm 12,82$  (18-81); Trình độ học vấn chiếm cao nhất là trình độ trung cấp – cao đẳng chiếm 50,8% tiếp theo là đối tượng không biết chữ, cấp I, cấp II chiếm 43,3% và thấp nhất là đối tượng có trình độ  $\geq$  Đại học là 5,9%; Đối tượng nghiên cứu có nghề nghiệp nông dân, hưu chiếm cao nhất 54%, 31% có nghề nghiệp cán bộ công nhân viên và 15% đối tượng nghiên cứu có nghề nghiệp kinh doanh, tự do; 61% đối tượng nghiên cứu là dân tộc kinh và 39% là dân tộc khác (Hoa, Khmer,...)

**Bảng 3.2 Các yếu tố xã hội của đối tượng nghiên cứu**

| Biến số nghiên cứu   | Người bệnh mổ các bệnh phụ khoa (n = 187) |           |
|----------------------|-------------------------------------------|-----------|
|                      | Số lượng (n)                              | Tỷ lệ (%) |
| <b>Hôn nhân</b>      |                                           |           |
| Không độc thân       | 161                                       | 86,1%     |
| Độc thân             | 26                                        | 13,9%     |
| <b>Bảo hiểm y tế</b> |                                           |           |
| Không có             | 16                                        | 8,6%      |
| Có 80%               | 136                                       | 72,7%     |
| Có 95%               | 27                                        | 14,4%     |
| Có 100%              | 8                                         | 4,3%      |

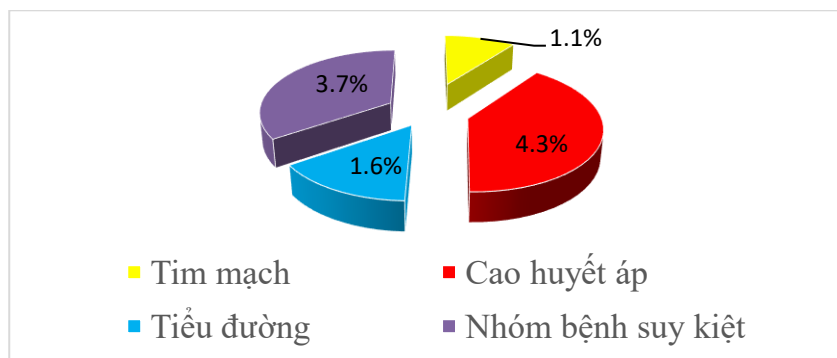
\* **Nhận xét:** Đặc điểm các yếu tố xã hội của đối tượng nghiên cứu ở yếu tố hôn nhân 86,1% đối tượng không độc thân và 13,9% đối tượng nghiên cứu là độc thân; Về yếu tố bảo hiểm y tế trong đó chiếm cao nhất là đối tượng được thanh toán bảo hiểm y tế 80% tiếp theo là được thanh toán bảo hiểm y tế 95% chiếm 14,4%, 4,3% đối tượng nghiên cứu được thanh toán bảo hiểm y tế 100% và đặc biệt là 8,6% đối tượng nghiên cứu không có bảo hiểm y tế.

**Biểu đồ 3.1 Thể trạng (Chỉ số khối của cơ thể) của đối tượng nghiên cứu**



\* **Nhận xét:** Chỉ số khối của đối tượng nghiên cứu chiếm cao nhất có BMI < 18,5 tiếp theo là đối tượng nghiên cứu có chỉ số khối cơ thể  $18,5 \leq \text{BMI} < 23$  chiếm 16,6% và thấp nhất là BMI  $\geq 23$  chiếm 1,6%. BMI trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $21,68 \pm 3,97$  (14,7-36,0)

**Biểu đồ 3.2 Bệnh lý mắc kèm theo của đối tượng nghiên cứu**

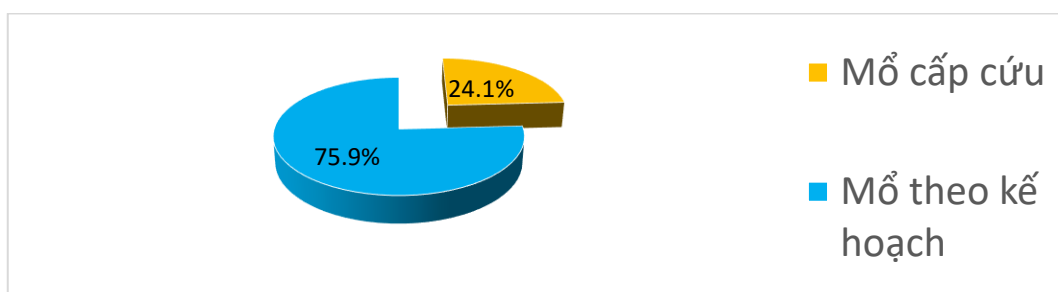


\***Nhận xét:** Bệnh lý mắc kèm theo của đối tượng nghiên cứu chiếm cao nhất là bệnh lý cao huyết áp 4,3% tiếp theo là nhóm bệnh suy kiệt 3,7%, 1,6% đối tượng nghiên cứu có bệnh lý tiểu đường kèm theo và thấp nhất bệnh lý tim mạch chiếm 1,1%.

### 3.2 Thực trạng người bệnh phẫu thuật phụ khoa

#### 3.2.1 Kế hoạch phẫu thuật phụ khoa

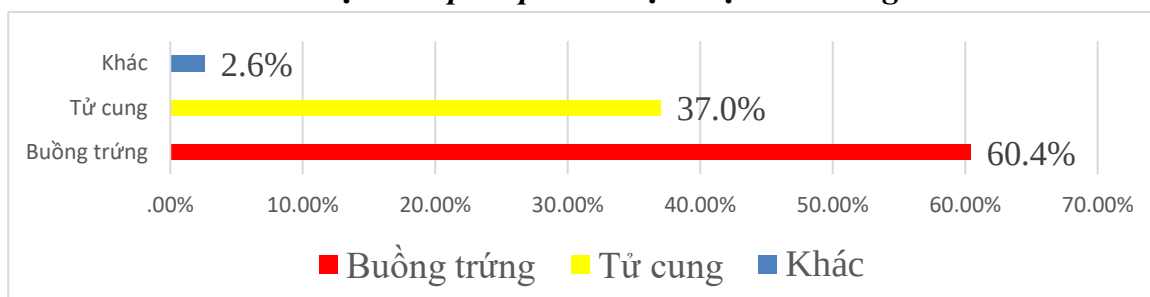
**Biểu đồ 3.3 Kế hoạch phẫu thuật ở bệnh nhân nghiên cứu**



\***Nhận xét:** Kế hoạch phẫu thuật ở bệnh nhân nghiên cứu chiếm cao nhất là đối tượng mổ theo kế hoạch 75,9% và 24,1% mổ cấp cứu.

#### 3.2.2 Vị trí cơ quan phẫu thuật phụ khoa

**Biểu đồ 3.4 Vị trí cơ quan phẫu thuật ở bệnh nhân nghiên cứu**





\* **Nhận xét:** 60,4 % đối tượng nghiên cứu có vị trí phẫu thuật ở buồng trứng và 37% phẫu thuật ở vị trí tử cung và 2,6% đối tượng có vị trí phẫu thuật ở các cơ quan khác.

### 3.2.3 Thời gian phẫu thuật và nguy cơ nhiễm khuẩn

**Bảng 3.3 Thời gian phẫu thuật và nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ theo chỉ số SENIC**

| Thời gian PT (phút) | Chỉ số SENIC |       |                    |       |             |       |
|---------------------|--------------|-------|--------------------|-------|-------------|-------|
|                     | Nguy cơ thấp |       | Nguy cơ trung bình |       | Nguy cơ cao |       |
|                     | N            | %     | N                  | %     | N           | %     |
| ≤ 120 phút          | 122          | 65,2% | 26                 | 14%   | 18          | 9,6%  |
| > 120 phút          | 0            | 0%    | 18                 | 9,6%  | 3           | 1,6%  |
| <b>Tổng cộng</b>    | 133          | 65,2% | 33                 | 23,6% | 21          | 11,2% |

\* **Nhận xét:** Qua nghiên cứu cho thấy thời gian phẫu thuật và nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ theo chỉ số SENIC ở thời gian phẫu thuật ≤ 120 phút có nguy cơ nhiễm khuẩn cao nhất chiếm 9,6%, nguy cơ trung bình chiếm 14 % và 65,2% nguy cơ thấp; Đối tượng nghiên cứu có thời gian phẫu thuật > 120 phút thì có nguy cơ nhiễm khuẩn cao là 1,6% , 9,6% nguy cơ trung bình và nguy cơ nhiễm khuẩn thấp không ghi nhận.

### 3.2.4 Ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân sau mổ phụ khoa

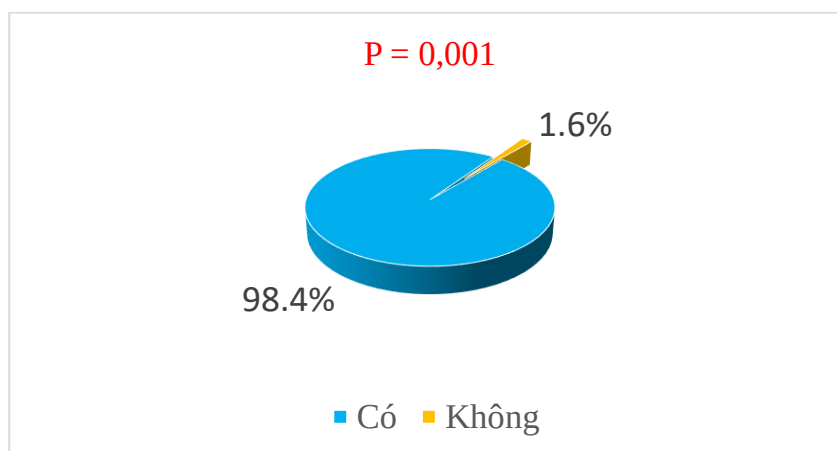
**Bảng 3.4 Số ngày nằm viện sau mổ**

| Biến số nghiên cứu                 | NB sau mổ phụ khoa         |                            |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
|                                    | Nhiễm khuẩn                | Không nhiễm khuẩn          |
| < 7 ngày                           | 1 (0,53%)                  | 87 (46,5%)                 |
| > 7 ngày                           | 5 (2,65%)                  | 94 (50,32%)                |
| <b>Số ngày nằm viện trung bình</b> | <b>9,33 (±3,01) (5-15)</b> | <b>8,44 (±2,39) (5-16)</b> |

\* **Nhận xét:** Người bệnh sau mổ phụ khoa có số ngày điều trị > 7 ngày tỷ lệ nhiễm khuẩn chiếm 2,65%, không nhiễm khuẩn chiếm 50,32%; Đối tượng có số ngày nằm viện < 7 ngày tỷ lệ nhiễm khuẩn chiếm thấp nhất 0,53% và không nhiễm khuẩn chiếm 46,5%; Số ngày nằm viện trung bình có nhiễm khuẩn bệnh viện là 9,33 (±3,01) (5-15); Số ngày nằm viện trung bình không có nhiễm khuẩn bệnh viện là 8,44 (±2,39) (5-16).

### 3.2.5 Tỷ lệ sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ của bệnh nhân phẫu thuật phụ khoa

**Biểu đồ 3.5 Tỷ lệ sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ**



\* **Nhận xét:** Tỷ lệ có sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ chiếm 98,4% và 1,6% không sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ.

### 3. Các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh sau mổ phụ khoa

#### 3.3.1 Đặc điểm lâm sàng của người bệnh sau mổ phụ khoa

**Bảng 3.5 Các biểu hiện Lâm sàng của NB sau mổ phụ khoa**

| Biến số nghiên cứu |             | Người bệnh sau phẫu thuật |             |             |
|--------------------|-------------|---------------------------|-------------|-------------|
|                    |             | Ngày 1                    | Ngày 3      | Ngày 5      |
| Huyết áp           | Bất thường  | 6 (3,2%)                  | 17 (9%)     | 14 (7,5%)   |
|                    | Bình thường | 181 (96,8%)               | 170 (91%)   | 173 (92,5%) |
| Mạch               | Bất thường  | 9 (4,8%)                  | 9 (4,8%)    | 5 (2,7%)    |
|                    | Bình thường | 178 (95,2%)               | 178 (95,2%) | 182 (97,3%) |
| Nhịp thở           | Bất thường  | 13 (6,9%)                 | 9 (4,8%)    | 0 (0%)      |
|                    | Bình thường | 174 (93,1%)               | 178 (95,2%) | 0 (0%)      |
| Nhiệt độ           | Sốt         | 1 (0,5%)                  | 39 (20,1%)  | 41 (21,9%)  |
|                    | Không sốt   | 186 (99,5%)               | 148 (79,9%) | 146 (78,1%) |
| Đau sau mổ         | Đau nhẹ     | 134 (71,6%)               | 14 (7,5%)   | 39 (20,9%)  |
|                    | Đau vừa     | 42 (22,4%)                | 2 (1%)      | 0 (0%)      |



|                    |                   |             |             |             |
|--------------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|
|                    | <i>Đau dữ dội</i> | 0 (0%)      | 0 (0%)      | 0 (0%)      |
| Nôn sau mổ         | <i>Có</i>         | 15 (7,4%)   | 0 (0%)      | 0 (0%)      |
|                    | <i>Không</i>      | 172 (85,1%) | 0 (0%)      | 0 (0%)      |
| Chướng bụng        | <i>Có</i>         | 29 (15,5%)  | 13 (6,9%)   | 11 (5,9%)   |
|                    | <i>Không</i>      | 158 (84,5%) | 174 (93%)   | 176 (94,1%) |
| Trung tiện         | <i>Có</i>         | 177 (87,6%) | 10 (12,4 %) | 0 (0%)      |
|                    | <i>Chưa</i>       | 10 (12,4 %) | 0(0%)       | 0 (0%)      |
| Tình trạng vết mổ  | <i>Khô</i>        | 143 (70,8%) | 261(3,9%)   | 179 (95,7%) |
|                    | <i>Ướt</i>        | 44 (23,5%)  | 18 (9,6%)   | 9 (4,8%)    |
| Vết mổ có mủ       | <i>Có</i>         | 0 (0 %)     | 10 (5,3%)   | 14 (7,5 %)  |
|                    | <i>Không</i>      | 187 (100 %) | 177 (94,7%) | 173 (92,5%) |
| NB lo lắng         | <i>Có</i>         | 34 (18,2%)  | 25 (13,6%)  | 25 (13,6%)  |
|                    | <i>Ít</i>         | 153 (81,8%) | 162 (86,6%) | 162 (86,6%) |
| Ống dẫn lưu        | <i>Có</i>         | 58 (31,1%)  | 56 (29,9%)  | 9 (4,8%)    |
|                    | <i>Không</i>      | 129 (68,9%) | 131(10,1%)  | 178 (95,2%) |
| Nước tiểu qua sond | <i>Trong</i>      | 184 (98,4%) | 179 (95,7%) |             |
|                    | <i>Đục</i>        | 3 (1,6%)    | 8 (4,3%)    |             |

**\* Nhận xét:** Kết quả cho thấy các biểu lâm sàng của người bệnh sau mổ phụ khoa chủ yếu bất thường ngày thứ ngày thứ 3 và ngày thứ 5, riêng dấu hiệu lâm sàng của người bệnh sau mổ ngày thứ 1 có lo lắng về tình trạng sau mổ chiếm cao nhất, chiếm 18,2%.

**Bảng 3.6 Kết quả cận lâm sàng của NB sau mổ phụ khoa**

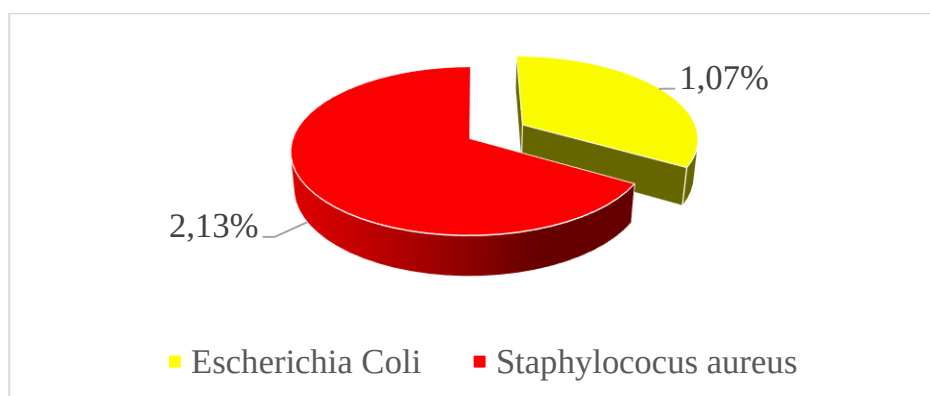
| Biến số nghiên cứu |                    | Người bệnh sau mổ |           |
|--------------------|--------------------|-------------------|-----------|
|                    |                    | Số lượng          | Tỷ lệ (%) |
| Hb                 | <i>Bình thường</i> | 172               | 92%       |
|                    | <i>Bất thường</i>  | 15                | 8 %       |



|            |                    |     |       |
|------------|--------------------|-----|-------|
| Bạch cầu   | <i>Bình thường</i> | 146 | 78,1% |
|            | <i>Bất thường</i>  | 41  | 21,9% |
| Tiểu cầu   | <i>Bình thường</i> | 181 | 96,8% |
|            | <i>Bất thường</i>  | 6   | 3,2%  |
| CRP        | <i>Bình thường</i> | 142 | 76%   |
|            | <i>Bất thường</i>  | 45  | 24%   |
| Cấy vết mổ | <i>Có VK</i>       | 6   | 3,2%  |

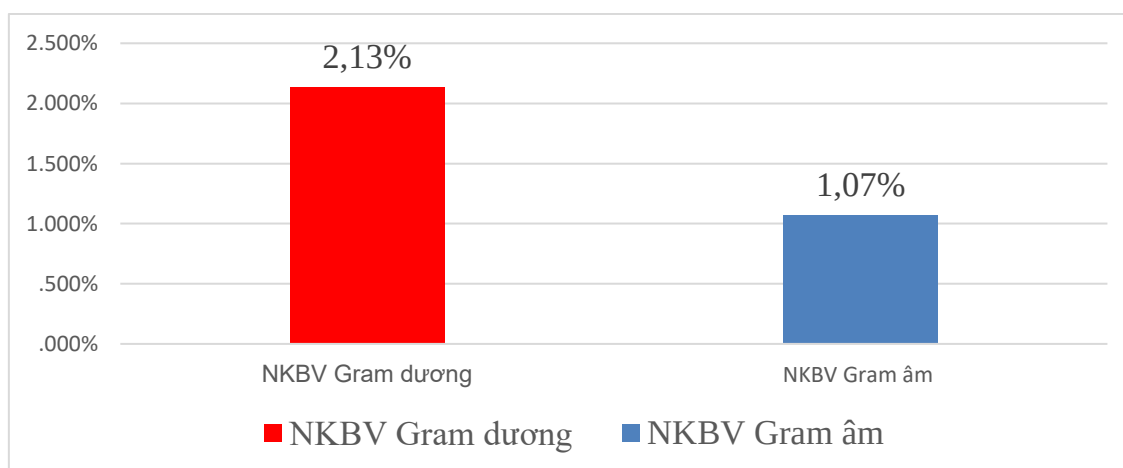
**\* Nhận xét:** Kết quả cận lâm sàng bất thường của đối tượng nghiên cứu sau mổ phân phụ cho thấy chiếm cao nhất là chỉ số CRP chiếm 24%, tiếp theo là kết quả xét nghiệm Bạch cầu chiếm 21,5%, Hb chiếm 8%, 3,2% bất thường về tiểu cầu và tỷ lệ cấy vết mổ có vi khuẩn chiếm 3,2%.

**Biểu đồ 3.6 Tỷ lệ vi khuẩn gây nhiễm khuẩn vết mổ sau PT phụ khoa**



**\* Nhận xét:** Vi khuẩn gây nhiễm khuẩn vết mổ sau PT phân phụ chiếm cao nhất là vi khuẩn Staphylococcus aureus 2,13% và Escherichia Coli chiếm 1,07%.

**Biểu đồ 3.7 Tỷ lệ nhiễm khuẩn Gram âm và Gram dương**





\* **Nhận xét:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn Gram dương chiếm cao nhất là 2,13 % và 1,07 % đối tượng nghiên cứu nhiễm khuẩn Gram âm.

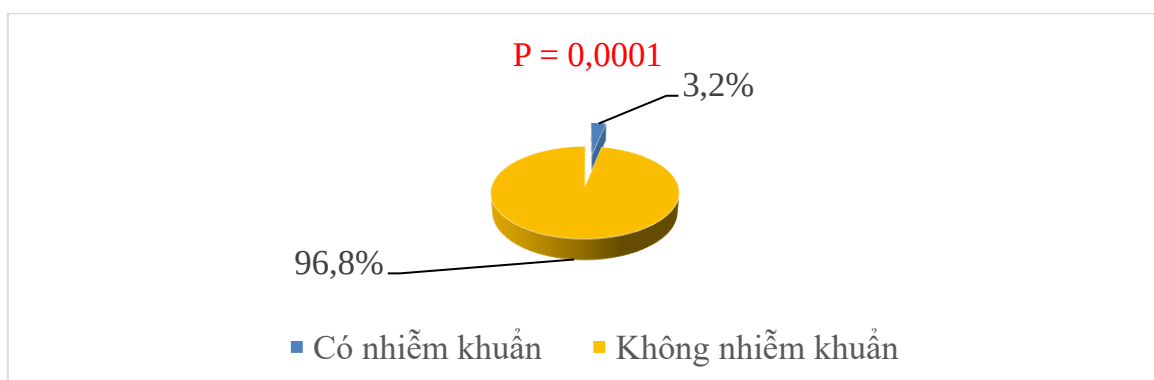
### 3.3.2 Tình trạng nhiễm khuẩn của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.7 Tỷ lệ nhiễm khuẩn mắc phải sau mổ phụ khoa theo vị trí giải phẫu**

| Vị trí nhiễm khuẩn       | Thời gian bị nhiễm khuẩn mắc phải |                  |                  |
|--------------------------|-----------------------------------|------------------|------------------|
|                          | Ngày thứ 3                        | Ngày thứ 5       | Ngày thứ 7       |
| Nhiễm khuẩn tiết niệu    | 1 (0,53%)                         | 0 (0%)           | 0 (0%)           |
| Nhiễm khuẩn vết mổ       | 0 (0%)                            | 3 (1,6%)         | 1 (0,53%)        |
| Nhiễm khuẩn da và mô mềm | 0 (0%)                            | 1 (0,53%)        | 0 (0%)           |
| <b>Tổng</b>              | <b>1 (0,53%)</b>                  | <b>4 (2,13%)</b> | <b>1 (0,53%)</b> |

\***Nhận xét:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn mắc phải sau mổ phụ khoa theo vị trí giải phẫu cho thấy chiếm cao nhất là nhiễm khuẩn vết mổ chiếm 2,13%; nhiễm khuẩn da và mô mềm, nhiễm khuẩn tiết niệu có tỷ lệ bằng nhau chiếm 0,53%.

**Biểu đồ 3.8 Tỷ lệ nhiễm khuẩn mắc phải sau mổ phụ khoa của đối tượng nghiên cứu theo vị trí giải phẫu**



\* **Nhận xét:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn mắc phải sau mổ phụ khoa của đối tượng nghiên cứu chiếm 3,2% và có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ )

### 3.4 Hoạt động chăm sóc và tư vấn - giáo dục sức khỏe cho NB

**Bảng 3.8 Các hoạt động chăm sóc NB mổ phụ khoa**

| Biến số nghiên cứu                    |                      | NB sau mổ |           |
|---------------------------------------|----------------------|-----------|-----------|
|                                       |                      | Số lượng  | Tỷ lệ (%) |
| CS tâm lý                             | Có                   | 164       | 87,7%     |
|                                       | Không                | 23        | 12,3%     |
| Thay băng vết mổ                      | 1 lần/ngày           | 20        | 10,7%     |
|                                       | < 1 lần/ngày         | 167       | 89,3%     |
| Chăm sóc ống dẫn lưu                  | > 1 lần/ngày         | 28        | 15,0%     |
|                                       | ≤ 1 lần/ngày         | 30        | 16,0%     |
|                                       | Không có ống dẫn lưu | 129       | 69,0%     |
| Chăm sóc ống sonde tiểu               | > 1 lần/ngày         | 18        | 9,6%      |
|                                       | ≤ 1 lần/ngày         | 169       | 90,4%     |
| Cắt chỉ vết mổ                        | Có                   | 39        | 20,9%     |
|                                       | Không                | 148       | 79,1%     |
| Cắt chỉ vết mổ ngắn quãng             | Có                   | 9         | 4,8%      |
|                                       | Không                | 178       | 95,2%     |
| Tắm tại giường (lau người tại giường) | > 1 lần/ngày         | 42        | 22,5      |
|                                       | 1 lần/ngày           | 145       | 77,5      |
| Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài        | > 1 lần/ngày         | 163       | 87,1%     |
|                                       | ≤ 1 lần/ngày         | 24        | 12,9%     |

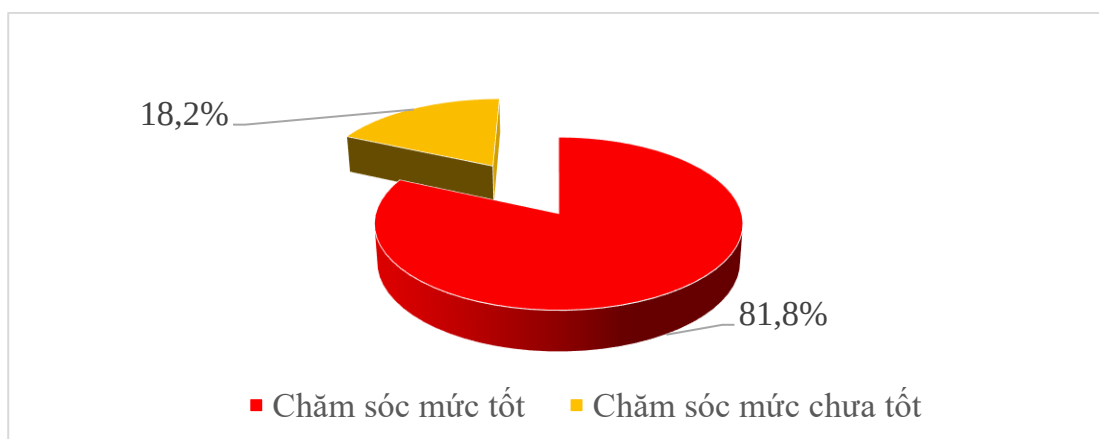
\* **Nhận xét:** Số liệu ở bảng 3.8 cho thấy các hoạt động chăm sóc người bệnh sau mổ phụ khoa ≥ 01 lần/ ngày của Điều dưỡng đều đạt tỷ lệ khá cao.

**Bảng 3.9 Hoạt động tư vấn - giáo dục sức khỏe cho NB và gia đình NB sau mổ**

| Biến số nghiên cứu                                                    |                   | Người bệnh sau mổ |           |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|-----------|
|                                                                       |                   | Số lượng          | Tỷ lệ (%) |
| Tư vấn về ăn đủ calo, ngủ đủ/ngày                                     | $\geq 1$ lần/ngày | 181               | 96,8%     |
|                                                                       | $< 1$ lần/ngày    | 6                 | 3,2%      |
| Giải thích về đau và trung tiện                                       | $\geq 2$ lần/tuần | 151               | 80,8%     |
|                                                                       | $< 2$ lần/tuần    | 36                | 19,2%     |
| Hướng dẫn về tập vận động sau mổ                                      | $\geq 2$ lần/tuần | 148               | 79,1%     |
|                                                                       | $< 2$ lần/tuần    | 39                | 20,9%     |
| Tư vấn cho NB các kiến thức về bệnh                                   | $\geq 2$ lần/tuần | 105               | 56,1%     |
|                                                                       | $< 2$ lần/tuần    | 82                | 43,9%     |
| Tư vấn về tuân thủ điều trị thuốc                                     | $\geq 1$ lần/ngày | 98                | 52,4%     |
|                                                                       | $< 1$ lần/ngày    | 89                | 47,6%     |
| Tư vấn về chế độ dinh dưỡng                                           | $\geq 2$ lần/tuần | 17                | 90,9%     |
|                                                                       | $< 2$ lần/tuần    | 170               | 9,1%      |
| Hướng dẫn về tự vệ sinh cá nhân                                       | $\geq 2$ lần/tuần | 153               | 81,8%     |
|                                                                       | $< 2$ lần/tuần    | 34                | 18,2%     |
| Tư vấn cho NB và gia đình NB về nội quy khoa phòng, nội quy bệnh viện | $\geq 1$ lần/ngày | 147               | 78,6%     |
|                                                                       | $< 1$ lần/ngày    | 40                | 21,4%     |

\* **Nhận xét:** Hoạt động tư vấn - giáo dục sức khỏe cho NB sau mổ cho thấy các hoạt động chăm sóc  $\geq 2$  lần/tuần chiếm rất cao trên 29%, hoạt động chăm sóc  $\geq 1$  lần/ngày chiếm khá cao trên 78%

**Biểu đồ 3.9 Mức độ kết quả chăm sóc tư vấn sau mổ phụ khoa**



**\* Nhận xét:** Mức độ kết quả chăm sóc tư vấn sau mổ phụ khoa cho thấy chăm sóc mức tốt chiếm cao nhất 81,8% và 18,2 % là chăm sóc mức chưa tốt

### 3.5 HÀi lòng của người bệnh

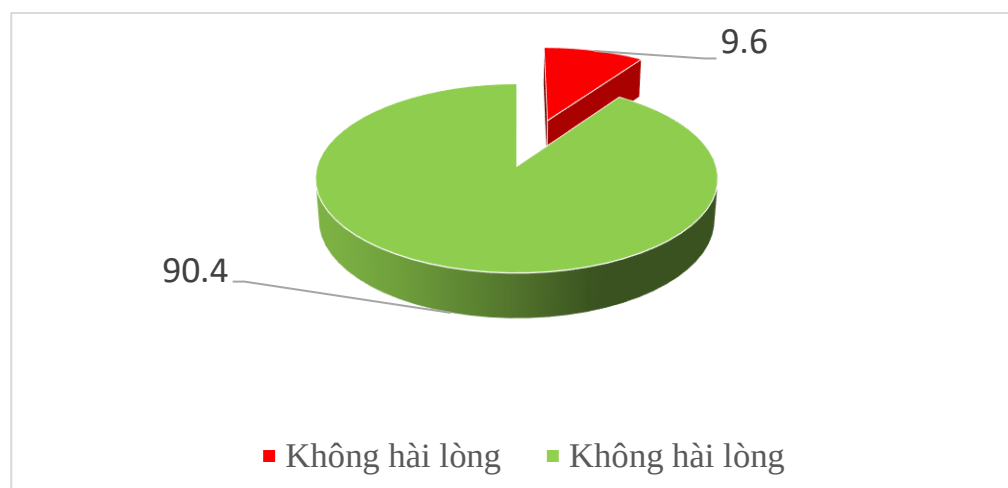
**Bảng 3.10 Sự hài lòng của NB sau mổ phụ khoa**

| Biến số nghiên cứu                                                                                                    |   | Rất không hài lòng hoặc rất kém | Không hài lòng hoặc kém | Bình thường hoặc trung bình | Hài lòng hoặc tốt | Rất hài lòng hoặc rất tốt |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------|---------------------------|
| Đảm bảo hô hấp (đảm bảo chế độ thở oxy không xâm nhập, hướng dẫn bệnh nhân sử dụng thuốc hoặc xông khí dung)          | N | 2                               | 7                       | 9                           | 104               | 65                        |
|                                                                                                                       | % | 1,1%                            | 3,7%                    | 4,8%                        | 55,6%             | 34,8%                     |
| Điều dưỡng hợp tác tốt và xử lý công việc thành thạo, kịp thời                                                        | N | 4                               | 6                       | 7                           | 81                | 89                        |
|                                                                                                                       | % | 2,2                             | 3,2%                    | 3,7%                        | 43,3%             | 47,6%                     |
| Điều dưỡng có thái độ ứng xử tốt, sẵn sàng cung cấp thông tin, giải đáp thắc mắc khi người nhà, người bệnh có nhu cầu | N | 5                               | 6                       | 4                           | 92                | 80                        |
|                                                                                                                       | % | 2,7%                            | 3,2%                    | 2,1%                        | 49,2%             | 42,8%                     |
| Người bệnh được cung cấp đầy đủ, cập nhật thông tin trong quá trình điều trị của người bệnh                           | N | 3                               | 6                       | 5                           | 85                | 88                        |
|                                                                                                                       | % | 1,6%                            | 3,2%                    | 2,7%                        | 45,5%             | 47,1%                     |

**\* Nhận xét:** Tỷ lệ rất hài lòng và hài lòng của người bệnh chiếm rất cao > 90%. Tuy vậy vẫn còn tỷ lệ rất nhỏ người bệnh cảm thấy rất không hài lòng và không hài lòng về các hoạt chăm sóc của Điều dưỡng sau mổ phụ khoa.



**Biểu đồ 3.10 Tỷ lệ hài lòng của NB**



\* **Nhận xét:** Tỷ lệ hài lòng của người bệnh chiếm cao nhất là 90,4 % hài lòng và 9,6 % người bệnh chưa hài lòng

### 3.6. Một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc

**Bảng 3.11** *Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu với kết quả chăm sóc sau mổ*

| BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU |                  | NB sau mổ phụ khoa |      |                 |      | OR (95 %CI)          | P     |
|--------------------|------------------|--------------------|------|-----------------|------|----------------------|-------|
|                    |                  | CS mức tốt         |      | CS mức chưa tốt |      |                      |       |
|                    |                  | SL                 | %    | SL              | %    |                      |       |
| Nhóm tuổi          | 18 – 35 tuổi (1) | 59                 | 92,2 | 5               | 7,8  | -                    | 0,012 |
|                    | 36 – 50 tuổi (2) | 70                 | 76,9 | 21              | 23,1 | 3,54<br>(1,25-9,96)  |       |
|                    | > 50 tuổi (3)    | 24                 | 75,0 | 8               | 25,0 | 3,93<br>(1,16-13,24) | 0,020 |
| Nơi cư trú         | Thành thị        | 24                 | 75,0 | 8               | 25,0 | 0,60                 | 0,272 |
|                    | Nông thôn        | 125                | 83,2 | 26              | 16,8 | (0,24-1,49)          |       |
| Dân tộc            | Kinh             | 90                 | 78,9 | 24              | 21,1 | 0,59                 | 0,203 |

| BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU |                | NB sau mổ phụ khoa |      |                 |      | OR (95 %CI)         | P     |
|--------------------|----------------|--------------------|------|-----------------|------|---------------------|-------|
|                    |                | CS mức tốt         |      | CS mức chưa tốt |      |                     |       |
|                    |                | SL                 | %    | SL              | %    |                     |       |
|                    | Dân tộc khác   | 63                 | 86,3 | 10              | 13,7 | (0,27-1,33)         |       |
| Hoàn cảnh sống     | Không độc thân | 136                | 84,5 | 25              | 15,5 | 2,88<br>(1,15-7,18) | 0,019 |
|                    | Độc thân       | 17                 | 65,4 | 9               | 34,6 |                     |       |

**\* Nhận xét:** Bảng trên cho thấy, chưa tìm thấy sự khác biệt giữa nhóm tuổi từ 18 - 35 tuổi và nhóm từ 36 – 50 tuổi với kết quả chăm sóc ( $p > 0,05$ ). Có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi từ 18 - 35 tuổi và  $> 50$  tuổi với kết quả chăm sóc ( $p < 0,05$ ); Nơi cư trú và dân tộc chưa tìm thấy sự khác biệt với kết quả chăm sóc sau mổ ( $p > 0,05$ ); Có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa hoàn cảnh sống và kết quả chăm sóc ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.12** *Mối liên quan giữa đặc điểm chung với kết quả CS sau mổ*

| BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU |                           | NB sau mổ phụ khoa |       |                  |      | OR (95 %CI)          | P     |
|--------------------|---------------------------|--------------------|-------|------------------|------|----------------------|-------|
|                    |                           | CS mức tốt         |       | CS mức không tốt |      |                      |       |
|                    |                           | SL                 | %     | SL               | %    |                      |       |
| Trình độ           | Không biết chữ, Cấp I, II | 67                 | 82,7% | 14               | 17,3 | 2,155<br>(1,01-4,59) | 0,078 |
|                    | TC- cao đẳng, ≥ ĐH        | 86                 | 81,1  | 20               | 18,9 |                      |       |
| Nghề nghiệp        | CBCNV                     | 46                 | 79,3  | 12               | 20,7 | -                    | -     |
|                    | Nông dân, hưu             | 83                 | 82,2  | 18               | 17,8 | 0,83<br>(0,36-1,87)  | 0,656 |
|                    | Kinh doanh, tự do         | 24                 | 85,7  | 4                | 14,3 | 0,64<br>(0,18-2,19)  | 0,675 |

\* **Nhận xét:** Bảng 3.12 cho thấy, chưa tìm thấy sự khác biệt trong nghiên cứu giữa trình độ của đối tượng và kết quả chăm sóc sau mổ ( $p > 0,05$ )

**Bảng 3.13** *Mối liên quan giữa có bảo hiểm và không có bảo hiểm với kết quả CS sau mổ*

| BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU |          | NB sau mổ phụ khoa |      |                 |      | OR (95 %CI)          | P     |
|--------------------|----------|--------------------|------|-----------------|------|----------------------|-------|
|                    |          | CS mức tốt         |      | CS mức chưa tốt |      |                      |       |
|                    |          | SL                 | %    | SL              | %    |                      |       |
| Bảo hiểm y tế      | Có       | 140                | 81,9 | 31              | 18,1 | 1,042<br>(0,28-3,88) | 0,951 |
|                    | Không có | 13                 | 81,3 | 3               | 18,8 |                      |       |

\* **Nhận xét:** Bảng 3.13 chưa tìm thấy sự khác giữa đối tượng nghiên cứu có hoặc không thể bảo hiểm y tế với kết quả chăm sóc tốt, chưa tốt ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3.14** *Mối liên quan giữa kinh tế gia đình với kết quả chăm sóc*

| BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU  |                        | NB sau mổ phụ khoa |      |                    |      | OR<br>(95 % CI)      | P<br>Fissher's<br>Exact<br>test |
|---------------------|------------------------|--------------------|------|--------------------|------|----------------------|---------------------------------|
|                     |                        | CS mức tốt         |      | CS mức<br>chưa tốt |      |                      |                                 |
|                     |                        | SL                 | %    | SL                 | %    |                      |                                 |
| Kinh tế<br>gia đình | Hộ không nghèo         | 149                | 83,2 | 30                 | 16,8 | 4,97<br>(1,18-20,97) | 0,038                           |
|                     | Hộ nghèo, cận<br>nghèo | 4                  | 50,0 | 4                  | 50,0 |                      |                                 |

\* **Nhận xét:** Bảng trên cho thấy có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa kinh tế gia đình của đối tượng nghiên cứu với kết quả chăm sóc mức tốt, chưa tốt ( $p < 0,05$ )

**Bảng 3.15** *Mối liên quan giữa BMI của đối tượng NC với kết quả chăm sóc sau mổ*

| BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU |                              | NB sau mổ phụ khoa |      |                 |      | OR<br>(95 %<br>CI)  | P     |
|--------------------|------------------------------|--------------------|------|-----------------|------|---------------------|-------|
|                    |                              | CS mức tốt         |      | CS mức chưa tốt |      |                     |       |
|                    |                              | SL                 | %    | SL              | %    |                     |       |
| BMI                | Bình thường                  | 27                 | 87,1 | 4               | 12,9 | 1,61<br>(0,52-4,94) | 0,404 |
|                    | Thiếu cân, Thừa cân, béo phì | 126                | 80,8 | 30              | 19,2 |                     |       |

\* **Nhận xét:** Bảng 3.15 cho thấy, chưa tìm thấy sự khác biệt giữa kết quả chăm sóc và BMI của đối tượng ( $p > 0,05$ )

**Bảng 3.16** *Mối liên quan giữa bệnh mạn tính kèm theo của đối tượng NC với kết quả chăm sóc sau mổ*

| BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU |       | NB sau mổ phụ khoa |      |                 |      | OR<br>(95 % CI)      | P     |
|--------------------|-------|--------------------|------|-----------------|------|----------------------|-------|
|                    |       | CS mức tốt         |      | CS mức chưa tốt |      |                      |       |
|                    |       | SL                 | %    | SL              | %    |                      |       |
| Suy kiệt           | Có    | 5                  | 71,4 | 2               | 28,6 | 0,541<br>(0,10-2,91) | 0,468 |
|                    | Không | 148                | 82,2 | 32              | 17,8 |                      |       |
| Tim mạch           | Có    | 1                  | 50,0 | 1               | 50,0 | 0,217<br>(0,01-3,56) | 0,241 |
|                    | Không | 152                | 82,2 | 33              | 17,8 |                      |       |
| Cao huyết áp       | Có    | 6                  | 75   | 2               | 25   | 0,422<br>(0,10-1,78) | 0,227 |
|                    | Không | 147                | 82,1 | 32              | 17,9 |                      |       |
| Tiểu đường         | Có    | 3                  | 100  | 0               | 0,0  | -                    | 0,410 |
|                    | Không | 150                | 81,5 | 34              | 18,5 |                      |       |

\* **Nhận xét:** Kết quả trên cho ta thấy giữa bệnh mạn tính kèm theo và kết quả chăm sóc chưa tìm thấy sự khác biệt trong nghiên cứu ( $p > 0,05$ )

**Bảng 3.17** *Mối liên quan giữa phân loại phẫu thuật của đối tượng NC với kết quả chăm sóc sau mổ*

| BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU           | NB sau mổ phụ khoa |      |                 |      | OR<br>(95 % CI)      | p     |
|------------------------------|--------------------|------|-----------------|------|----------------------|-------|
|                              | CS mức tốt         |      | CS mức chưa tốt |      |                      |       |
|                              | SL                 | %    | SL              | %    |                      |       |
| Loại phẫu thuật Sạch         | 147                | 83,5 | 29              | 16,5 | 4,22<br>(1,20-14,77) | 0,016 |
| Loại phẫu thuật Sạch – nhiễm | 6                  | 54,5 | 5               | 45,5 |                      |       |



\* **Nhận xét:** Bảng 3.17 cho thấy có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa phân loại phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu với kết quả chăm sóc ( $p < 0,05$ )

**Bảng 3.18** *Mối liên quan giữa kế hoạch phẫu thuật của đối tượng NC với kết quả chăm sóc sau mổ*

| BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU | NB sau mổ phụ khoa |      |                 |      | OR<br>(95 % CI) | P     |
|--------------------|--------------------|------|-----------------|------|-----------------|-------|
|                    | CS mức tốt         |      | CS mức chưa tốt |      |                 |       |
|                    | SL                 | %    | SL              | %    |                 |       |
| Mổ cấp cứu         | 42                 | 93,3 | 3               | 6,7  | 3,910           | 0,025 |
| Mổ theo kế hoạch   | 111                | 78,2 | 31              | 21,8 | (1,14-13,47)    |       |

\* **Nhận xét:** Bảng 3.18 cho thấy có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa kế hoạch phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu với kết quả chăm sóc ( $p < 0,05$ )

**Bảng 3.19** *Mối liên quan giữa vị trí phẫu thuật của đối tượng NC với kết quả chăm sóc sau mổ*

| BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU | NB sau mổ phụ khoa |      |                 |      | OR<br>(95 % CI)      | p     |
|--------------------|--------------------|------|-----------------|------|----------------------|-------|
|                    | CS mức tốt         |      | CS mức chưa tốt |      |                      |       |
|                    | SL                 | %    | SL              | %    |                      |       |
| Tử cung            | 54                 | 78,3 | 15              | 21,7 | 0,691<br>(0,33-1,47) | 0,335 |
| Buồng trứng        | 99                 | 87,6 | 14              | 12,4 |                      |       |
| Khác               | 3                  | 60   | 2               | 40   | -                    | -     |

\* **Nhận xét:** Kết quả bảng 3.19 cho thấy chưa tìm được sự khác biệt giữa vị trí phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu với kết quả chăm sóc ( $p > 0,05$ )

**Bảng 3.20** *Mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật của đối tượng NC với kết quả chăm sóc sau mổ*

| BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU   |            | NB sau mổ phụ khoa |      |                 |      | OR<br>(95 %<br>CI) | P     |
|----------------------|------------|--------------------|------|-----------------|------|--------------------|-------|
|                      |            | CS mức tốt         |      | CS mức chưa tốt |      |                    |       |
|                      |            | SL                 | %    | SL              | %    |                    |       |
| Thời gian phẫu thuật | ≤ 120 phút | 141                | 84,9 | 25              | 15,1 | 4,23               | 0,002 |
|                      | ≥ 120 phút | 12                 | 57,1 | 9               | 42,9 | (1,61-11,08)       |       |

**\* Nhận xét:** Thời gian phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu với kết quả chăm sóc có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ )

**Bảng 3.21** *Mối liên quan giữa số ngày nằm viện của đối tượng NC với kết quả chăm sóc sau mổ*

| BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU |          | NB sau mổ phụ khoa |       |                 |      | OR<br>(95 %<br>CI)   | P     |
|--------------------|----------|--------------------|-------|-----------------|------|----------------------|-------|
|                    |          | CS mức tốt         |       | CS mức chưa tốt |      |                      |       |
|                    |          | SL                 | %     | SL              | %    |                      |       |
| Số ngày nằm viện   | < 7 ngày | 83                 | 94,32 | 5               | 5,68 | 3,74<br>(1,37-10,20) | 0,007 |
|                    | > 7 ngày | 70                 | 70,7  | 29              | 29,3 |                      |       |

**\* Nhận xét:** Số ngày nằm viện của đối tượng nghiên cứu với kết quả chăm sóc có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ )

**Bảng 3.22** *Mối liên quan giữa các hoạt động chăm sóc với kết quả chăm sóc sau mổ*

| BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU                       |              | NB sau mổ phụ khoa |       |                 |       | OR<br>(95 % CI)       | p     |
|------------------------------------------|--------------|--------------------|-------|-----------------|-------|-----------------------|-------|
|                                          |              | CS mức tốt         |       | CS mức chưa tốt |       |                       |       |
|                                          |              | SL                 | %     | SL              | %     |                       |       |
| CS tâm lý                                | Có           | 138                | 84,1  | 26              | 15,9  | 2,831<br>(1,09-7,36)  | 0,028 |
|                                          | Không        | 15                 | 65,2  | 8               | 34,8  |                       |       |
| Thay băng vết mổ                         | 1 lần/ngày   | 7                  | 35,0  | 13              | 65,0  | 0,077<br>(0,028-2,16) | 0,000 |
|                                          | < 1 lần/ngày | 146                | 87,4  | 21              | 12,6  |                       |       |
| Chăm sóc ống dẫn lưu<br>(n=58)           | > 1 lần/ngày | 22                 | 78,6  | 6               | 21,4  | 0,407<br>(0,09-1,82)  | 0,230 |
|                                          | ≤ 1 lần/ngày | 27                 | 90,0  | 3               | 10,0  |                       |       |
| Chăm sóc ống sonde tiểu                  | > 1 lần/ngày | 16                 | 88,9  | 2               | 11,1  | 1,87<br>(0,41-8,54)   | 0,413 |
|                                          | ≤ 1 lần/ngày | 137                | 81,1  | 32              | 18,9  |                       |       |
| Cắt chỉ vết mổ                           | Không        | 129                | 87,2  | 19              | 12,8  | 4,243<br>(1,89-9,49)  | 0,000 |
|                                          | Có           | 24                 | 61,5  | 15              | 38,5  |                       |       |
| Cắt chỉ vết mổ ngắt quãng                | Không        | 150                | 84,3  | 28              | 15,7  | 10,71<br>(2,53-45,37) | 0,000 |
|                                          | Có           | 3                  | 33,3  | 6               | 66,7  |                       |       |
| Tắm tại giường<br>(lau người tại giường) | > 1 lần/ngày | 39                 | 92,9  | 3               | 7,1   | 3,54<br>(1,02-12,21)  | 0,035 |
|                                          | 1 lần/ngày   | 114                | 78,6  | 31              | 21,4  |                       |       |
| Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài           | > 1 lần/ngày | 70                 | 89,74 | 8               | 10,26 | 2,74<br>(1,18-6,44)   | 0,017 |
|                                          | ≤ 1 lần/ngày | 83                 | 76,1  | 26              | 23,9  |                       |       |

\* **Nhận xét:** Hầu hết các hoạt động chăm sóc sau mổ của đối tượng nghiên cứu với kết quả chăm sóc có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tuy nhiên, hoạt động chăm sóc ống dẫn lưu và chăm sóc ống sond tiêu chưa tìm thấy sự khác biệt với kết quả chăm sóc sau mổ ( $p > 0,05$ )

**Bảng 3.23** *Mối liên quan giữa các tư vấn - giáo dục sức khỏe cho NB và gia đình NB sau mổ với kết quả chăm sóc*

| BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU                  |              | NB sau mổ phụ khoa |      |                 |      | OR<br>(95 %<br>CI)     | p     |
|-------------------------------------|--------------|--------------------|------|-----------------|------|------------------------|-------|
|                                     |              | CS mức tốt         |      | CS mức chưa tốt |      |                        |       |
|                                     |              | SL                 | %    | SL              | %    |                        |       |
| Tư vấn về ăn đủ calo, ngủ đủ/ngày   | ≥ 1 lần/ngày | 152                | 84,0 | 29              | 16,0 | 26,20<br>(2,95-232,64) | 0,000 |
|                                     | < 1 lần/ngày | 5                  | 83,3 | 1               | 16,7 |                        |       |
| Giải thích về đau và trung tiện     | ≥ 2 lần/tuần | 117                | 87,3 | 17              | 12,7 | 3,25<br>(1,51-7,01)    | 0,002 |
|                                     | < 2 lần/tuần | 36                 | 67,9 | 17              | 32,1 |                        |       |
| Hướng dẫn về tập vận động sau mổ    | ≥ 2 lần/tuần | 128                | 86,5 | 20              | 13,5 | 3,58<br>(1,60-8,03)    | 0,001 |
|                                     | < 2 lần/tuần | 25                 | 64,1 | 14              | 35,9 |                        |       |
| Tư vấn cho NB các kiến thức về bệnh | ≥ 2 lần/tuần | 92                 | 87,6 | 13              | 12,4 | 2,44<br>(1,14-5,23)    | 0,020 |
|                                     | < 2 lần/tuần | 61                 | 74,4 | 21              | 25,6 |                        |       |
| Tư vấn về tuân thủ điều trị thuốc   | ≥ 1 lần/ngày | 88                 | 89,8 | 10              | 10,2 | 3,25<br>(1,45-7,26)    | 0,003 |
|                                     | < 1 lần/ngày | 65                 | 73,0 | 24              | 27,0 |                        |       |
| Tư vấn về chế độ dinh dưỡng         | ≥ 2 lần/tuần | 14                 | 82,4 | 3               | 17,6 | 1,041<br>(0,28-3,84)   | 0,952 |
|                                     | < 2 lần/tuần | 139                | 81,8 | 31              | 18,2 |                        |       |
| Hướng dẫn về tự vệ sinh cá nhân     | ≥ 2 lần/tuần | 131                | 85,6 | 17              | 14,4 | 3,25<br>(1,41-7,49)    | 0,004 |
|                                     | < 2 lần/tuần | 27                 | 82   | 12              | 18   |                        |       |
| Tư vấn về nội quy khoa phòng        | 1 lần/ngày   | 95                 | 89,6 | 11              | 10,4 | 3,43<br>(1,56-7,54)    | 0,002 |
|                                     | >1 lần/ngày  | 58                 | 71,6 | 23              | 28,4 |                        |       |



\* **Nhận xét:** Các hoạt động tư vấn – giáo dục sức khỏe sau mổ của đối tượng nghiên cứu với kết quả chăm sóc có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Hoạt động tư vấn về chế độ dinh dưỡng chưa tìm thấy sự khác biệt với kết quả chăm sóc sau mổ ( $p > 0,05$ ).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Theo kết quả nghiên cứu cho thấy đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu chiếm cao nhất là nhóm tuổi từ 36 – 50 tuổi chiếm 48,7% và thấp nhất là nhóm tuổi > 50 tuổi chiếm 17,1%, tuổi trung bình là  $40,24 \pm 12,82$  (18-81); Trình độ học vấn chiếm cao nhất là trình độ trung cấp – cao đẳng chiếm 50,8% tiếp theo là đối tượng không biết chữ, cấp I, cấp II chiếm 43,3% và thấp nhất là đối tượng có trình độ  $\geq$  Đại học là 5,9%; Đối tượng nghiên cứu có nghề nghiệp nông dân, hưu chiếm cao nhất 54%, 31 % có nghề nghiệp cán bộ công nhân viên và 15 % đối tượng nghiên cứu có nghề nghiệp kinh doanh, tự do; 61% đối tượng nghiên cứu là dân tộc kinh và 39% là dân tộc khác (Hoa, Khmer,...). Kết quả này cũng khá tương đồng với nghiên cứu của một số tác giả như trong nghiên cứu của tác giả Phùng Trọng Thủy cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $41,8 \pm 3,8$  tuổi, thấp nhất là 37 tuổi, cao nhất là 59 tuổi. Có tới 16,4% bệnh nhân có trình độ học vấn từ cấp 1 trở xuống [19]; Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Viết Thảo và cộng sự cho thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân là  $34,1 \pm$  với nhỏ nhất là 17 tuổi, lớn nhất là 63 tuổi. Nhóm tuổi 18 – 40 gặp nhiều nhất, chiếm tỷ lệ 66,7%. Bệnh nhân ở thành thị chiếm tỉ lệ cao 61,5%. Trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên chiếm đa số với 59% [17]. Theo tác giả Lê Thị Hòa cho thấy nhóm tuổi chiếm cao nhất là 41 -50 tuổi chiếm 68,3%, 25% nhóm tuổi từ 51 – 60 tuổi và thấp nhất là nhóm tuổi  $\leq 40$  tuổi chiếm 6,7%, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $46,9 \pm 5,5$  tuổi [5]. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu không độc thân chiếm cao nhất 86,1% và không độc thân chiếm 13,9%; Về yếu tố bảo hiểm y tế trong đó chiếm cao nhất là đối tượng được thanh toán bảo hiểm y tế 80% tiếp theo là được thanh toán bảo hiểm y tế 95% chiếm 14,4%, 4,3 % đối tượng nghiên cứu được thanh toán bảo hiểm y tế 100% và đặc biệt là 8,6% đối tượng nghiên cứu không có bảo hiểm y tế. Chỉ số khối của đối tượng nghiên cứu chiếm cao nhất có BMI < 18,5 chiếm 81,8% tiếp theo là đối tượng nghiên cứu có chỉ số khối cơ thể  $18,5 \leq \text{BMI} < 23$  chiếm 16,6% và thấp nhất là BMI  $\geq 23$  chiếm 1,6%. BMI trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $21,68 \pm 3,97$  (14,7-36,0); Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Lê Thị Hòa là  $18 \leq \text{BMI} < 23$  là 71,7%, tiếp theo là  $23 \leq \text{BMI} < 25$  chiếm 20%, 5% đối tượng nghiên cứu có BMI < 18,5 và thấp nhất là 3,3 % đối tượng nghiên cứu có BMI  $\geq 25$  [5]; Người bệnh có bệnh lý cao huyết áp mắc kèm theo chiếm 4,3%, nhóm bệnh suy kiệt là 3,7% , 1,6% đối tượng nghiên cứu có bệnh lý tiểu đường kèm theo và thấp nhất là bệnh lý tim mạch chiếm 1,1%; Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Lan khảo sát tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2018 và các yếu tố liên quan

ghi nhận bệnh lý mắc kèm theo của đối tượng nghiên cứu chiếm rất cao đặc biệt cao nhất là bệnh lý tăng huyết áp 65,45%, nhóm bệnh suy kiệt chiếm 12,72% và ung thư là 10,9% [13] và cũng thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Như Hoa tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ở người bệnh mắc đái tháo đường chiếm rất cao (30%), hô hấp là 14,3%, tăng huyết áp là 13,3% và ung thư là 0,05% [12]. Với những bệnh nhân có bệnh mạn tính kèm theo sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình điều trị và phục hồi của bệnh.

#### 4.2 Thực trạng người bệnh phẫu thuật phụ khoa

Kết quả nghiên cứu 187 đối tượng sau mổ phụ khoa cho thấy đối tượng được chuẩn bị tiền phẫu chu đáo, kỹ lưỡng trước mổ tốt thì hạn chế tối đa các tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật, tỷ lệ mổ theo kế hoạch là 75,9%. Tuy nhiên, đối tượng nghiên cứu cũng được mổ cấp cứu khá cao chiếm 24,1%, chủ yếu là các đối tượng mổ ở vị trí buồng trứng như: U nang buồng trứng xoắn, thai ngoài tử cung vỡ choáng, xuất huyết buồng trứng,... chiếm 60,4%, tiếp theo là đối tượng được phẫu thuật ở vị trí cơ quan tử cung chiếm 37 % và thấp nhất là phẫu thuật ở vị trí khác chiếm 2,6%; Kết quả này cũng khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Thảo tại khoa Phụ sản Trường Đại học Y – Dược Huế cho thấy bệnh nhân u nang buồng trứng chiếm tỷ lệ cao nhất 84,6% [17].

Thời gian phẫu thuật là một trong những nhân tố ảnh hưởng đến nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ, qua kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian phẫu thuật và nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ theo chỉ số SENIC ở thời gian phẫu thuật  $\leq 120$  phút có nguy cơ nhiễm khuẩn cao nhất chiếm 9,6%, nguy cơ trung bình chiếm 14 % và 65,2% nguy cơ thấp; Đối tượng nghiên cứu có thời gian phẫu thuật  $> 120$  phút thì có nguy cơ nhiễm khuẩn cao là 1,6% , 9,6% nguy cơ trung bình và nguy cơ nhiễm khuẩn thấp không ghi nhận; Kết quả này có tỷ lệ rất thấp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Hân về nhiễm khuẩn sau phẫu thuật và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Hòe Nhai, thời gian phẫu thuật  $> 120$  phút tỷ lệ nhiễm khuẩn là 35,3%, từ 60 phút đến 120 phút tỷ lệ nhiễm khuẩn là 6,7%  $< 60$  phút tỷ lệ nhiễm khuẩn là 2,7% [11]. Điều này có thể chứng minh rằng thời gian phẫu thuật càng dài thì nguy cơ mắc nhiễm khuẩn sau phẫu thuật càng cao.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về thời gian nằm viện sau phẫu thuật cho thấy bệnh nhân nằm viện  $> 7$  ngày có tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm 2,65%, không nhiễm khuẩn chiếm 50,32%; Đối tượng có số ngày nằm viện  $< 7$  ngày tỷ lệ nhiễm khuẩn chiếm thấp nhất 0,53% và không nhiễm khuẩn chiếm 46,5%. So với một số nghiên cứu khác thì không có sự khác biệt nhiều về thời gian nằm viện sau mổ, trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Hân về nhiễm khuẩn sau phẫu thuật và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Hòe Nhai cho thấy số ngày nằm viện trung bình của người bệnh mắc nhiễm khuẩn bệnh viện là  $14 \pm 0,33$  và số ngày nằm viện trung bình của người bệnh không mắc nhiễm khuẩn bệnh

viện là  $8 \pm 3,15$  [11], tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Trần Thị Hà Phương, Mai Thị Tiết năm 2014, nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa Đồng Nai khi người bệnh mắc nhiễm khuẩn bệnh viện có thời gian trung bình nằm viện là 17 ngày, người không mắc nhiễm khuẩn bệnh viện là 6 ngày [20]. Có sự khác biệt giữa các nghiên cứu.

Sử dụng kháng sinh dự phòng 30 phút trước mổ cho các bệnh nhân phẫu thuật phụ khoa có nhiều ưu điểm, ít biến chứng, hiệu quả cao về mặt kinh tế - tâm lý - xã hội, kết quả trong nghiên cứu cho thấy đối tượng nghiên cứu được dự phòng kháng sinh 30 phút trước mổ chiếm rất cao, chiếm 98,4%. Tuy nhiên, 1,5 % đối tượng không được sử dụng kháng sinh trước mổ điều này có thể lý giải rằng các trường hợp cấp cứu như thai ngoài tử cung vỡ choáng, xuất huyết buồng trứng choáng mất máu, ảnh hưởng đến sinh hiệu bệnh nhân nên được chỉ định phẫu thuật cấp cứu không kịp sử dụng kháng sinh dự phòng 30 phút trước mổ, nghiên cứu có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ của tác giả Nguyễn Thị Phương về sử dụng kháng sinh trước mổ là 64% [16] và tỷ lệ của chúng tôi cũng cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Lan về khảo sát tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại Đa khoa trung tâm Tiền Giang năm 2018 và các yếu tố liên quan cho thấy tỷ lệ sử dụng kháng sinh là 60%, 40% không sử dụng kháng sinh trước mổ [13], nghiên cứu của chúng tôi gần tương đồng với nghiên cứu tác giả Jason D cho thấy 87,1% phụ nữ phẫu thuật phụ khoa được sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ theo hướng dẫn [23]. Như vậy áp dụng liệu pháp kháng sinh dự phòng đúng cách có thể làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn đặc biệt là nhiễm khuẩn vết mổ. Tuy nhiên, nếu liệu pháp sử dụng kháng sinh dự phòng đúng nhưng không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn trong phẫu thuật thì người bệnh vẫn có thể bị nhiễm khuẩn bệnh viện [25].

#### 4.3 Các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng sau mổ phụ khoa

Sau phẫu thuật 100 % người bệnh được theo dõi dấu hiệu sinh tồn để phát hiện sớm những bất thường nhằm xử trí kịp thời cho người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sau mổ phụ khoa 100 % đối tượng tỉnh ngày thứ nhất sau mổ; Huyết áp bất thường của đối tượng sau mổ chiếm cao nhất ngày thứ 3 là 9%, ngày thứ 5 chiếm 7,5% và thấp nhất là ngày thứ nhất 3,2%; Ở đối tượng sau mổ phần phụ dấu hiệu lâm sàng về mạch bất thường ghi nhận ngày thứ 1 và ngày thứ 3 chiếm tỷ lệ bằng nhau 4,8 %, 2, 7 % mạch bất thường ngày thứ 5; Nhịp thở bất thường chiếm cao nhất ngày thứ nhất là 6,9% và 4,8% ngày thứ 3, không ghi nhận nhịp thở bất thường vào ngày thứ 5; Nhiệt độ bất thường chiếm cao nhất ngày thứ 3 là 21,9%, chiếm 20,1 % ngày thứ 3 và thấp nhất là 0,5 % ở ngày thứ 1 sau mổ; Kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả của tác giả Nguyễn Thị Phương cho thấy người bệnh được điều dưỡng theo dõi dấu hiệu sinh tồn sau mổ chiếm 76% [16]; Kết quả của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Hân cho thấy sau mổ 48h có các dấu hiệu bất thường như: Mạch bất thường chiếm 19,8%, sốt chiếm 7,4%, huyết áp bất thường chiếm 27,8% [11]. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Thảo, Trương

Quang Vinh cho thấy sốt sau mổ là 2,6% [17], kết quả của chúng tôi khá tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Ngọc Hân về nhiễm khuẩn sau phẫu thuật và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Hòe Nhai cho thấy tình trạng chân ống dẫn lưu sưng nề, đỏ, chảy mủ sau 48h chiếm 0,82%; Nước tiểu đục sau 48h chiếm 4,96%; Vi khuẩn E.coli chiếm 40% nhiễm khuẩn trên người bệnh sau phẫu thuật, tụ cầu chiếm 20%, trực khuẩn mủ xanh và Klebsiella pneumoniae chiếm bằng nhau 10% gây nhiễm sau phẫu thuật [11]

Đối tượng sau mổ phần phụ có dấu hiệu lâm sàng đau vừa ngày thứ 1 là 22,4%; 1 % ngày thứ 3 và ngày thứ 5 không ghi nhận bất thường; Đau nhẹ sau mổ chiếm cao nhất ngày thứ 1 chiếm 71,6% tiếp theo là ngày thứ 5 chiếm 20,9% và thấp nhất là ngày thứ 3 chiếm 7,5 %, không ghi nhận đối tượng đau dữ dội sau mổ phần phụ; 7,4 % đối tượng nghiên cứu có nôn sau mổ ngày thứ 1, tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ của tác giả Lê Thị Hòa cho thấy mức độ đau ngày 1 là 12,3 %, ngày 2 là 6,6% và ngày 3 là 3% [5]

Dấu hiệu lâm sàng chướng bụng sau mổ chiếm cao nhất ngày thứ 1 là 15,5%, 6,9 % ngày thứ 3 và 5,9 đối tượng có chướng bụng ngày thứ 5; Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 87,6% đối tượng có trung tiện trong vòng 24h sau phẫu thuật (ngày thứ 1); Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Phương người bệnh có nhu động ruột trở lại sau phẫu thuật 24h chiếm 90,8% [16] và nghiên cứu của tác giả Nguyễn Viết Thảo, Trương Quang Vinh cho thấy thời gian trung tiện sau mổ trung bình là  $15,3 \pm 5,6$  giờ, sớm nhất là 06 giờ và muộn nhất là 30 giờ [17]. Vận động sớm sau mổ giúp nhanh chóng phục hồi nhu động ruột đề phòng dính ruột sau mổ và có thể cho người bệnh ăn uống sớm sau phẫu thuật giúp người bệnh sớm hồi phục.

Tình trạng vết mổ ướt cao nhất ngày thứ 1 chiếm 23,5%, ngày thứ 3 chiếm 9,6% và thấp nhất ngày thứ 3 chiếm 4,8%; Vết mổ có mủ chiếm cao nhất ngày thứ 5 là 7,5 %; 5,3% ngày thứ 3 và ngày thứ 1 không ghi nhận đối tượng nghiên cứu vết mổ có mủ; Kết quả của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Hân cho thấy 48h sau phẫu thuật 19,8% bệnh nhân có tình trạng vết mổ nề, chảy dịch; 5,8% vết mổ chảy mủ hoặc toác, 18,2% chảy dịch vùng dưới da tại đường mổ, 1,65% chảy dịch từ tổ chức dưới da, vùng cân cơ, 4,1% chảy dịch từ khoang của vết mổ [11]. Chúng ta đã biết các triệu chứng lâm sàng thường tiến triển từ từ theo thời gian, với giai đoạn đầu các triệu chứng có thể là sốt là sưng, nóng, đỏ, đau vết mổ, sau đó hình thành mủ và xuất hiện tình trạng chảy dịch mủ tại vết mổ, khi những vết mổ lâu liền và tổ chức xung quanh kém bền mới toác. Điều đó nói lên những vết mổ có những dấu hiệu sớm và ban đầu là sưng nề vết mổ và sốt. Như vậy chúng ta cần chẩn đoán sớm ở giai đoạn này để tiến hành điều trị cho bệnh nhân chứ không cần thiết chờ đợi đến giai đoạn toác vết mổ mới điều trị.

Người bệnh lo lắng nhiều sau mổ phụ khoa chiếm cao nhất ngày thứ 1 là 18,2%, ngày 3 và ngày 5 đối tượng có lo lắng nhiều chiếm tỷ lệ bằng nhau là 13,6%;



31,1 % đối tượng nghiên cứu có ống dẫn lưu sau mổ ngày thứ nhất, 29,9% ngày thứ 3 và 4,8 % ngày thứ 5 sau mổ, kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Hân về tình trạng chân ống dẫn lưu sưng nề, đỏ, chảy mủ sau 48h chiếm 0,82% [11]

Ngày thứ 3 sau mổ đối tượng nghiên cứu có nước tiểu đục chiếm 4,3 %, 1,6 % ở ngày thứ 1, không ghi nhận nước tiểu đục của đối tượng nghiên cứu sau mổ vào ngày thứ 5 kết quả của chúng tôi khá tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Ngọc Hân về nhiễm khuẩn sau phẫu thuật và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Hòe Nhai nước tiểu đục sau 48h chiếm 4,96% [11]; Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Viết Thảo, Trương Quang Vinh cho thấy tình trạng nhiễm trùng tiết niệu hậu phẫu là rất phổ biến và đã có nhiều tác giả báo cáo về điều này, nhất là sau những phẫu thuật phụ khoa. Chính vì lẽ đó mà thời gian lưu thông tiểu được tính đến trong nhiều nghiên cứu về kháng sinh dự phòng. Thời gian lưu thông tiểu trung bình là  $1147,7 \pm 240,9$  phút [17].

Kết quả cận lâm sàng bất thường của đối tượng nghiên cứu sau mổ phần phụ cho thấy chiếm cao nhất là chỉ số CRP chiếm 24%, tiếp theo là kết quả xét nghiệm Bạch cầu chiếm 21,5%, Hb chiếm 8%; 3,2% bất thường về tiểu cầu và tỷ lệ cấy vết mổ có vi khuẩn chiếm 3,2%. Tuy nhiên, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Viết Thảo, Trương Quang Vinh cho thấy Tỷ lệ CRP  $\leq 8$  là 30,8% và CRP  $> 8$  là 69,2%. Trị số trung bình CRP là  $10,2 \pm 3,7$ ; CRP sau mổ thấp nhất là 3,5 và cao nhất là 16,2 [17]

Kết quả cũng cho thấy trong số 14 mẫu cấy vi khuẩn vết mổ thì có 6 mẫu dương tính chiếm 3,2% trong đó chủ yếu vi khuẩn được xác định là *Staphylococcus aureus* 2,13% và vi khuẩn *Escherichia Coli* 1,07 %; Nhiễm khuẩn do vi khuẩn gram dương chiếm cao nhất 2,13%; 1,07% nhiễm khuẩn do vi khuẩn gram âm; So sánh tỷ lệ giữa hai nhóm NKBV Gram âm và NKBV Gram dương cho thấy NKBV do VK Gram dương là 2,13% và cao hơn hẳn so với NKBV do Gram âm chiếm 1,07 %. Với nghiên cứu của Trần Thị Hà Phương, Mai Thị Tiết và cộng sự nghiên cứu về tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện ở Đồng Nai năm 2014 cho thấy nguyên nhân gây NKBV cao nhất là *Klebsiella pneumoniae* sinh ESBL và *Staphylococcus aureus* chiếm tỷ lệ (30%), còn lại các vi khuẩn *Escherichia Coli*, *Enterobacter faecalis*, *Pseudomonas aeruginosa* và Nấm chiếm tỷ lệ là (10%). Đa số NKBV do vi khuẩn Gram âm chiếm (70%), vi khuẩn Gram dương chiếm (30%) [30]; Nghiên cứu của tác giả Đặng Ngọc Thủy về thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Đa Khoa Khu vực Phúc Yên, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2019 cho thấy Vi khuẩn Gram âm gây nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm (70,55%), gấp 2,5 lần vi khuẩn Gram dương (28,22%); Vi khuẩn phân lập được trong nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm tỷ lệ cao nhất là *Klebsiella pneumoniae* sinh ESBL (33,74%) và *S. aureus* (20,25%), còn lại các vi khuẩn khác là *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia Coli*, *Burkholderia* và Nấm [2]; Kết quả của tác giả Nguyễn Thị Như Hoa cũng cho thấy trong số 40 mẫu cấy khuẩn vết mổ dương tính thì chủ yếu vi khuẩn được xác định đó là *E.coli*,

chiếm tới 72,5%. Tiếp theo là *S.aureus* (15%); *E. cloacae* (7,5%). Ngoài ra có 1 người bệnh (2,5%) nhiễm khuẩn *Kleb pneu* và 1 người bệnh nhiễm *Citrobacte frundi* [12]. Từ kết quả trên cho thấy căn nguyên gây nhiễm khuẩn bệnh viện chủ yếu là vi khuẩn, mặc dù không có sự thay đổi đáng kể tỷ lệ các tác nhân gây nhiễm khuẩn giữa các bệnh viện, song có sự khác biệt về quần thể bệnh nhân, phương pháp điều trị nên sự phân bố của tác nhân cũng có sự khác biệt giữa các nghiên cứu. Vì vậy càng đánh giá cao vai trò quan trọng của công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện.

#### 4.4. Tình trạng nhiễm khuẩn của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn mắc phải sau mổ phụ khoa theo vị trí giải phẫu cho thấy nhiễm khuẩn vết mổ chiếm cao nhất ngày thứ 5 chiếm 1,6%, ngày thứ 7 chiếm 0,53%, không ghi nhận nhiễm khuẩn vết mổ ngày 1; Nhiễm khuẩn tiết niệu ngày thứ 1 chiếm 0,53%, không ghi nhận ngày thứ 3 và ngày thứ 7 đối tượng nghiên cứu có nhiễm khuẩn tiết niệu; Nhiễm khuẩn da và mô mềm chiếm 0,53 % ngày thứ 5, ngày thứ 3 và ngày thứ 7 không ghi nhận nhiễm khuẩn da và mô mềm ở đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Đoàn Phước Thuộc, Huỳnh Thị Vân năm 2012 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định năm 2007 là 7,3%, năm 2008 là 5,8%, năm 2009 là 7,8%, trong đó: Các loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp là nhiễm khuẩn vết mổ cao nhất 29,5%, nhiễm khuẩn da và mô mềm 23,5%, nhiễm khuẩn hô hấp 20,6% [4] và nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Đinh Vạn Trung năm 2015 đã nghiên cứu đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 nhận thấy: Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ cao nhất đạt 37,3%, tiếp đến là nhiễm khuẩn phổi 33,3%, nhiễm khuẩn tiết niệu 19,6% và thấp nhất là nhiễm vi rút đường hô hấp 1,9% [3]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Lan đã khảo sát tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại Đa khoa trung tâm Tiền Giang năm 2018 và các yếu tố liên quan ghi nhận nhiễm khuẩn bệnh viện đường hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất (56,52%), tiếp theo nhiễm khuẩn da và mô mềm (17,39%), nhiễm khuẩn vết mổ, đường niệu (4,35%), nhiễm khuẩn khác (17,39%) [21]. Kết quả điều tra của Trần Thị Hà Phương, Mai Thị Tiết tại bệnh viện Đồng Nai năm 2014 thì tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ và nhiễm khuẩn da và mô mềm có tỷ lệ bằng nhau, chiếm 23,1%, nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm 15,3 % [20].

Nghiên cứu của tác giả Đặng Ngọc Thủy về thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Đa Khoa Khu vực Phúc Yên, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2019 cho thấy Nhiễm khuẩn hô hấp chiếm cao nhất 52,15% tiếp theo là nhiễm khuẩn vết mổ 21,4%, nhiễm khuẩn mô mềm 12,27%, nhiễm khuẩn huyết 5,52%, nhiễm khuẩn tiết niệu 4,91%, các loại nhiễm khuẩn khác chiếm 3,68% [2].

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Hân về nhiễm khuẩn sau phẫu thuật và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Hóc Nhai năm 2019 cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ

là 5,8%, nhiễm khuẩn tiết niệu là 3,3% và viêm phổi sau phẫu thuật là 0,8%. Có 2 người bệnh mắc cả 2 loại nhiễm khuẩn là nhiễm khuẩn vết mổ và nhiễm khuẩn tiết niệu [11].

Nhiễm khuẩn mắc phải theo vị trí giải phẫu qua kết quả khảo sát chiếm cao nhất là nhiễm khuẩn vết mổ, không có nhiễm khuẩn hô hấp. Điều này có thể lý giải rằng: Đối với bệnh nhân được tiền mê khi mổ sẽ được đặt nội khí quản để hỗ trợ thở và sẽ ngưng khi cuộc mổ kết thúc hoặc khi bệnh nhân sinh hiệu ổn thường 30 đến 60 phút sau khi cuộc mổ thành công. Chính vì thế thời gian lưu nội khí quản không lâu ít ảnh hưởng đến nhiễm khuẩn đường hô hấp.

Như vậy vị trí nhiễm khuẩn mắc phải trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu của các tác giả khác.

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong 187 bệnh nhân được điều tra có 6 bệnh nhân mắc nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm tỷ lệ 3,2 % và tỷ lệ này có ý nghĩa thống kê với  $P=0,001$  ( $P<0,05$ ). Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hà Phương, Mai Thị Tiết cùng cộng sự tại bệnh viện Đa khoa Đồng Nai năm 2014 là 2,7 % [30], thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Lan tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2018 là 5,7% [13].

Và thấp hơn nghiên cứu của tác giả Đặng Ngọc Thủy về thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Đa Khoa Khu vực Phúc Yên, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2019 cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm 12% [2].

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Hân về nhiễm khuẩn sau phẫu thuật và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Hòe Nhai năm 2019 cho thấy tỷ lệ mắc phải sau phẫu thuật là 8,3 % [11] . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp trong giai đoạn hiện nay bệnh viện được di dời về bệnh viện mới với cơ sở vật chất hiện đại, trang thiết bị tiên tiến và đặc biệt là phòng bệnh rất thoáng mát, sạch sẽ. Cùng với cơ sở mới khang trang sạch đẹp Ban Giám đốc Bệnh viện đã chỉ đạo Phòng Điều dưỡng cùng khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn xây dựng các quy trình/quy định hướng dẫn và kiểm tra giám sát thường xuyên ý thức tuân thủ các quy trình vô khuẩn ở nhân viên y tế khi thực hiện phẫu thuật, thủ thuật và chăm sóc hậu phẫu các bệnh lý phần phụ, giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện.

#### **4.5 Hoạt động chăm sóc và tư vấn – giáo dục sức khỏe**

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hầu hết các hoạt động chăm sóc và tư vấn giáo dục sức khỏe đạt mức chăm sóc tốt khá cao từ 75% trở lên. Các hoạt động chăm sóc người bệnh sau mổ phụ khoa cho thấy đối tượng nghiên cứu không được điều dưỡng chăm sóc tâm lý sau mổ chiếm 12,3%; Tỷ lệ này tương đồng với kết quả của tác giả Nguyễn Hồng Mai về đánh giá công tác chăm sóc người bệnh của điều dưỡng tại bệnh

viện Đa khoa Khu vực Bồng Sơn, tỉnh Bình Định năm 2016 cho thấy chăm sóc hỗ trợ tâm lý tinh thần cho người bệnh đạt tỷ lệ 90,7% [14];

Thay băng vết mổ < 1 lần/ ngày chiếm cao nhất là 89,3% và 10,7 % đối tượng nghiên cứu có thay băng vết mổ 1 lần /ngày;

Đối tượng nghiên cứu không có ống dẫn lưu sau mổ chiếm cao nhất 96%, 31 % đối tượng sau mổ có chăm sóc ống dẫn lưu trong đó chăm sóc ống dẫn lưu hoạt động chăm sóc ống dẫn lưu  $\leq 1$  lần/ngày chiếm 16 % và 15 % chăm sóc > 1 lần /ngày; 90,4% đối tượng được chăm ống sonde tiểu  $\leq 1$  lần/ngày và 9,6 % được chăm sóc ống sond tiểu > 1 lần /ngày; 20,9 % đối tượng nghiên cứu có cắt chỉ vết mổ và 4,8% cắt chỉ vết mổ ngắt quãng; Bệnh nhân được tắm tại giường (lau người tại giường) chiếm cao nhất là 1 lần/ngày 77,5% và 22,5% > 1 lần /ngày; 53,8% đối tượng nghiên cứu được vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài sau mổ  $\leq 1$  lần/ngày, 41,7% > 1 lần/ngày. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Hân về nhiễm khuẩn sau phẫu thuật và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Hòe Nhai cho thấy 21,8% đối tượng nghiên cứu có số lần chăm sóc ống thông tiểu 1 lần/ ngày và 78,2 % đối tượng nghiên cứu có số lần chăm sóc  $\geq 2$  lần / ngày, thấp hơn kết quả của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Hân là 53,7 % bệnh nhân có đặt dẫn lưu sau mổ [11];

Qua đánh giá chung về các hoạt động chăm sóc trong đó hoạt động tư vấn - giáo dục sức khỏe cho NB sau mổ cho thấy tư vấn về ăn đủ calo, ngủ đủ/ngày chiếm cao nhất là 96,8% được tư vấn  $\geq 1$  lần/ngày, 3,2 % được tư vấn < 1 lần/ngày; 71,6%  $\geq 2$  lần/tuần, 28,4% < 2 lần/tuần;

Hướng dẫn về tập vận động sau mổ  $\geq 2$  lần/tuần chiếm 79,1% và 20,9% < 2 lần/tuần, tư vấn cho NB các kiến thức về bệnh và tư vấn về tuân thủ điều trị thuốc và hướng dẫn về tự vệ sinh cá nhân; Tư vấn về dinh dưỡng chiếm cao nhất là 90,9 %  $\geq 2$  lần/tuần và 9,1 % < 2 lần/tuần; Tư vấn cho người bệnh các kiến thức về bệnh  $\geq 2$  lần/tuần chiếm 56,1% và 43,9% < 2 lần/tuần; Tư vấn về tuân thủ điều trị thuốc  $\geq 1$  lần/ngày chiếm 52,4% và 47,6% < 1 lần/tuần; Tư vấn về chế độ dinh dưỡng  $\geq 2$  lần/tuần chiếm 90,9% và 9,1% < 2 lần/tuần; Hướng dẫn về tự vệ sinh cá nhân  $\geq 2$  lần/tuần chiếm 81,8% và 18,2% < 2 lần/tuần; Tư vấn cho NB và gia đình NB về nội quy khoa phòng, nội quy bệnh viện chiếm cao nhất là 1 lần/ngày 56,7% và > 1 lần/ ngày chiếm 43,3%. Kết quả của chúng tôi cao hơn tỷ lệ của tác giả Nguyễn Hồng Mai về đánh giá công tác chăm sóc người bệnh của điều dưỡng tại bệnh viện Đa khoa Khu vực Bồng Sơn, tỉnh Bình Định năm 2016 cho thấy công tác thực hiện y lệnh thuốc cho người bệnh đạt 81,9%, chăm sóc dinh dưỡng, chăm sóc vệ sinh, tư vấn GDSK cho người bệnh đều được điều dưỡng thực hiện đạt 57,9% trở lên [14], Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Phương cho thấy điều dưỡng tư vấn dinh dưỡng tốt cho người bệnh chiếm 75% [16]. Hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh là thật sự cần thiết giúp người bệnh nhanh chóng hồi phục.



Mức độ kết quả chăm sóc tư vấn sau mổ phụ khoa cho thấy chăm sóc mức tốt chiếm cao nhất 81,8% và 18,2 % là chăm sóc mức chưa tốt. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Trang cho thấy Tỷ lệ chăm sóc tốt đạt 80,9% và Nhóm điều kiện kinh tế ổn định kết quả chăm sóc tốt gấp 6,906 lần nhóm điều kiện kinh tế thiếu [22].

#### 4.6 HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH

Trong các lĩnh vực đánh giá sự hài lòng của người bệnh, lĩnh vực chăm sóc hằng ngày của người điều dưỡng và người bệnh là thông qua hoạt động chăm sóc hàng ngày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hài lòng của người bệnh về đảm bảo hô hấp (đảm bảo chế độ thở oxy không xâm nhập, hướng dẫn bệnh nhân sử dụng thuốc hoặc xông khí dung) chiếm cao nhất là hài lòng hoặc tốt chiếm 55,6% tiếp theo là rất hài lòng hoặc rất tốt là 34,8%, 4,8% NB thấy bình thường hoặc trung bình, 3,7 % NB không hài lòng hoặc kém và 1,1 % NB rất không hài lòng hoặc rất kém; Hài lòng của người bệnh về Điều dưỡng hợp tác tốt và xử lý công việc thành thạo, kịp thời cho thấy chiếm cao nhất là rất hài lòng hoặc rất tốt là 47,6%, hài lòng hoặc tốt chiếm 43,3% tiếp theo là 3,7 % NB thấy bình thường hoặc trung bình, 3,2% NB không hài lòng hoặc kém và 6% NB rất không hài lòng hoặc rất kém; Hài lòng của NB về Điều dưỡng có thái độ ứng xử tốt, sẵn sàng cung cấp thông tin , giải đáp thắc mắc khi người nhà, người bệnh có nhu cầu chiếm cao nhất là hài lòng hoặc tốt chiếm 49,2%, rất hài lòng hoặc rất tốt là 42,8%, tiếp theo là 3,2% NB không hài lòng hoặc kém, 2,7 % NB rất không hài lòng hoặc rất kém và thấp nhất là 2,1 % NB thấy bình thường hoặc trung bình; Hài lòng của người bệnh về được cung cấp đầy đủ, cập nhật thông tin trong quá trình điều trị của người bệnh chiếm cao nhất là tỷ lệ rất hài lòng hoặc rất tốt chiếm 47,1%, 45,5 % NB hài lòng hoặc tốt, 3,2 % NB không hài lòng hoặc kém, 2,7 % NB thấy bình thường hoặc trung bình và thấp nhất là 1,6 % NB rất không hài lòng hoặc rất kém.

Nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ hài lòng của người bệnh về công tác chăm sóc của điều dưỡng chiếm cao nhất là 90,4 %. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi vẫn chiếm tỷ lệ là 9,6 % người bệnh chưa hài lòng về công tác chăm sóc của điều dưỡng, tuy tỷ lệ không cao nhưng cũng phản ánh không tốt về giao tiếp của của điều dưỡng đối với bệnh nhân. Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, năm 2012, tác giả Nguyễn Bá Anh đã thực hiện đề tài: “Đánh giá và sự hài lòng của người bệnh về chất lượng chăm sóc của điều dưỡng tại một số khoa lâm sàng bệnh viện hữu nghị Việt Đức” kết quả ghi nhận tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh với chất lượng chăm sóc của điều dưỡng là 93,5% [7]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Chung cho thấy Hài lòng về công tác điều dưỡng đạt từ 66,44%-94,85% [8]. Nghiên cứu của tác giả Lê Thị Cẩm Lan và cộng sự cho thấy sự hài lòng của người bệnh về chăm sóc đau sau phẫu thuật của Điều dưỡng khoa ngoại, bệnh viện Đa khoa Sài Gòn năm 2019 đều đạt mức cao và rất cao [6] và nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Nga và cộng sự cho thấy sự hài lòng chung của

đối tượng nghiên cứu chiếm 78,5%, tỷ lệ chưa hài lòng chiếm 21,5% [15]. Mặc dù tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân rất cao trong nghiên cứu nhưng người điều dưỡng vẫn cần phải nỗ lực cố gắng hơn nữa để nâng cao chất lượng chăm sóc, tinh thần thái độ phục vụ để không ngừng nâng cao sự hài lòng của người bệnh.

#### 4.7 Một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc

Nghiên cứu của chúng tôi xác định được các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả chăm sóc người bệnh:

Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu với kết quả chăm sóc sau mổ cho thấy mối liên quan giữa nhóm tuổi từ 18 - 35 tuổi với chăm sóc mức tốt chiếm cao nhất 92,2 % và 7,8% chăm sóc mức chưa tốt; Nhóm tuổi từ 36 – 50 tuổi có 76,9% chăm sóc mức tốt và 23,1 % chăm sóc mức chưa tốt và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  và OR (95% CI) là 3,54 (1,25-9,96); Nhóm tuổi  $> 50$  tuổi có mức chăm sóc tốt chiếm 75% và 25 % chăm sóc mức chưa tốt, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  và OR (95% CI) là 3,93 (1,16-13,24); Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Hòe Nhai của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Hân là 79,5% đối tượng nghiên cứu có nhóm tuổi  $> 60$  tuổi có tỷ lệ chăm sóc tốt [11]. Tuổi cao là một yếu tố chiếm tỷ lệ chăm chưa tốt cao và nguy cơ gây nhiễm khuẩn bệnh viện, tuổi càng cao tỷ lệ nhiễm khuẩn sau phẫu thuật càng tăng, tuổi càng cao sức đề kháng của cơ thể càng giảm đi.

Chúng tôi cũng tìm thấy mối tương quan giữa hoàn cảnh hôn nhân với kết quả chăm sóc cho thấy đối tượng không độc thân có mức chăm sóc tốt chiếm 84,5%, chăm sóc mức chưa tốt chiếm 15,5%, đối tượng độc thân có mức chăm sóc tốt chiếm 65,4 %, 34,6% có mức chăm sóc chưa tốt, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  và OR (95% CI) là 2,88 (1,15 -7,18); Kết quả cho thấy các đối tượng nghiên cứu sống độc thân có tỷ lệ chăm sóc chưa tốt cao hơn nhóm đối tượng không độc thân.

Mối liên quan giữa kinh tế gia đình với kết quả chăm sóc cho thấy đối tượng có kinh tế gia đình hộ không nghèo chiếm 83,2% chăm sóc mức tốt, 16,8% chăm sóc mức chưa tốt, đối tượng nghiên cứu là hộ nghèo, cận nghèo có chăm sóc mức tốt và chăm sóc mức chưa tốt chiếm tỷ lệ bằng nhau là 50%, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  và OR (95% CI) là 4,97 (1,18 -20,97). Tỷ lệ của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Thu Trang Đánh giá kết quả chăm sản phụ và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Quân y 103 năm 2020 cho thấy mối liên quan giữa kinh tế gia đình với kết quả chăm sóc cho thấy đối tượng có kinh tế ổn định chiếm 80,9% chăm sóc tốt gấp 6,906 lần nhóm có điều kiện kinh tế thiếu [22]

Mối liên quan giữa BMI của đối tượng NC với kết quả chăm sóc sau mổ cho thấy đối tượng có BMI bình thường chiếm 87,1% chăm sóc mức tốt, 12,9% chăm sóc mức chưa tốt, đối tượng có BMI thiếu cân, thừa cân, béo phì chiếm 80,8% chăm sóc mức tốt,

chăm sóc mức chưa tốt chiếm 19,2%, không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$  và OR (95% CI) là 1,61 (0,52-4,94). Theo tác giả Young H nhiễm trùng vết mổ có liên quan đến béo phì (chỉ số khối cơ thể [BMI]  $\geq 30$ ) (15,4% so với 6,9%;  $p = 0,0609$ ) [26]

Mối liên quan giữa bệnh kèm theo của đối tượng NC với kết quả chăm sóc sau mổ cho thấy 60% đối tượng có bệnh kèm theo có chăm sóc mức tốt và chăm sóc mức chưa tốt chiếm 40%, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  và OR (95% CI) là 0,277 (0,10=0,74), nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Hân cũng có kết quả tương tự của nghiên cứu chúng tôi là bệnh lý mắc kèm theo có tỷ lệ nhiễm khuẩn chiếm 30,8% [11]

Mối liên quan giữa phân loại phẫu thuật của đối tượng NC với kết quả chăm sóc sau mổ cho thấy 83,5% chăm sóc mức tốt ở đối tượng có loại phẫu thuật sạch, 16,5 % chăm sóc chưa tốt; Loại phẫu thuật sạch – nhiễm có chăm sóc mức tốt chiếm 54,5 %, 45,5 % có mức chăm sóc chưa tốt, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  và OR (95% CI) là 4,22 (1,20-14,77). Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Chương và cộng sự về Nhiễm khuẩn vết mổ sau mổ cắt tử cung tại bệnh viện Hùng Vương, Tp. HCM năm 2008 cho thấy loại phẫu thuật sạch nhiễm có kết quả chăm sóc tốt là 99,7% [9]; Nghiên cứu của Nguyen D và cộng sự về Tỷ lệ mắc và các yếu tố dự báo nhiễm trùng vết mổ ở Việt Nam năm 2001 cho thấy nhóm bệnh nhân có kết quả chăm sóc tốt thì tỷ lệ nhiễm khuẩn rất thấp như 8,6% đối với vết thương sạch, 12,2% đối với vết thương bẩn và 43,9% đối với vết thương bẩn [10]

Mối liên quan giữa kế hoạch phẫu thuật của đối tượng NC với kết quả chăm sóc sau mổ cho thấy 93,3% đối tượng có kết quả chăm sóc mức tốt, 6,7% có chăm sóc mức chưa tốt ở bệnh nhân mổ cấp cứu, Đối tượng mổ theo kế hoạch có chăm sóc mức tốt chiếm 78,2%, 21,8% chăm sóc mức chưa tốt, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  và OR (95% CI) là 3,910 (1,14 -13,47).

Mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật của đối tượng NC với kết quả chăm sóc sau mổ cho thấy thời gian phẫu thuật  $\leq 120$  phút chăm sóc mức tốt chiếm 84,9%, chăm sóc mức chưa tốt chiếm 15,1%; Thời gian phẫu thuật  $\geq 120$  phút chăm sóc mức tốt chiếm 57,1% và chăm sóc mức chưa tốt chiếm 42,9%, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  và OR (95% CI) là 4,23 (1,61-11,08). Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Hân về nhiễm khuẩn sau phẫu thuật và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Hòe Nhai cho thấy thời gian phẫu thuật  $> 120$  phút chiếm 14%, thời gian phẫu thuật từ 60 phút đến 120 phút chiếm 24,8% và  $< 60$  phút chiếm 61,2% [18]; Thời gian phẫu thuật càng ngắn tỷ lệ đạt kết quả chăm sóc tốt càng cao và nguy cơ mắc nhiễm khuẩn sau phẫu thuật càng thấp, ngược lại thời gian phẫu thuật càng dài, vết mổ phơi nhiễm với môi trường, vi khuẩn và dịch tiết của cơ thể càng nhiều càng làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn sau mổ và đặc biệt tỷ lệ chăm sóc không tốt đạt mức khá cao thì tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ càng cao.

Mối liên quan giữa số ngày nằm viện của đối tượng NC với kết quả chăm sóc sau mổ cho thấy 94,32% đối tượng có chăm sóc mức tốt với số ngày nằm viện < 7 ngày, 5,68 % chăm sóc mức chưa tốt; Số ngày nằm viện > 7 ngày có mức chăm sóc tốt chiếm 70,7%, 29,3% chăm sóc mức chưa tốt, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  và OR (95% CI) là 3,74 (1,37-10,20). Nghiên cứu cũng có kết quả tương tự như các tác giả khác ở Việt Nam cũng như trên Thế giới [1], [18], [24]

Một trong các yếu tố liên quan trực tiếp tới nhiễm khuẩn sau phẫu thuật là các hoạt động chăm sóc của điều dưỡng. Người điều dưỡng có vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc, phục hồi sức khỏe cho người bệnh, có vai trò quan trọng trong phòng chống nhiễm khuẩn bệnh viện. Các hoạt động chăm sóc của điều dưỡng cần phải phối hợp đồng bộ các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn trong đó mối liên quan giữa các hoạt động chăm sóc với kết quả chăm sóc sau mổ cho thấy đối tượng có kết quả chăm sóc tốt về: Chăm sóc tâm lý, thay băng vết mổ, cắt chỉ vết mổ và cắt chỉ vết mổ ngắt quãng, tắm tại giường, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài đều đạt chăm sóc tốt > 78 %. Kết quả chăm sóc mức chưa tốt ở các hoạt động trên đều thấp hơn 18%. Hầu hết các hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh và gia đình người bệnh đạt kết quả chăm sóc tốt rất cao > 73%, chăm sóc mức chưa tốt chiếm cao nhất là 35%. Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Hân và nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Chương [11], [9].

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm ra được mối liên quan giữa kết quả chăm sóc với: Nơi cư trú, dân tộc, nghề nghiệp, bảo hiểm, không có bảo hiểm y tế, vị trí phẫu thuật, trình độ học vấn và chúng tôi cũng không tìm thấy mối liên quan giữa kết quả chăm sóc với các hoạt động chăm sóc như: Chăm sóc ống dẫn lưu, chăm sóc ống sonde tiểu, tư vấn về chế độ dinh dưỡng.

Người bệnh nhiễm khuẩn sau phẫu thuật được chúng tôi đánh giá chăm sóc và theo dõi từng ngày. Các trường hợp nhiễm khuẩn đa phần xuất hiện vào ngày thứ 3 sau mổ và rơi vào những đối tượng có kết quả chăm sóc mức chưa tốt khá cao, các hoạt động chăm sóc  $\leq 1$  lần/ngày hoặc > 2 lần/ tuần.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu cắt ngang thực trạng nhiễm khuẩn mắc phải sau mổ các bệnh phụ khoa và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Sản Nhi Sóc Trăng từ tháng 10/2020 đến tháng 03/2021, tác giả nghiên cứu rút ra một số kết luận như sau:

### 5.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ phụ khoa

- Tỷ lệ nhiễm khuẩn mắc phải là 3,2%.



- Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mổ theo kế hoạch chiếm rất cao là 75,9% so với đối tượng được mổ cấp cứu là 24,1%.

- Thời gian phẫu thuật và nguy cơ nhiễm khuẩn theo chỉ số SENIC cao nhất là  $\leq 120$  chiếm 9,6%, thấp nhất là thời gian  $> 120$  phút nguy cơ nhiễm khuẩn là 1,6%.

- Thời gian nằm viện càng dài  $> 7$  ngày thì tỷ lệ nhiễm khuẩn càng cao chiếm 2,65% so với thời gian nằm viện  $< 7$  ngày chiếm 0,53%.

- 100 % đối tượng nghiên cứu được theo dõi dấu hiệu sinh tồn sau mổ và tỉnh sau mổ vào ngày thứ 1.

- Tỷ lệ cấy vết mổ có vi khuẩn chiếm 3,2% trong đó vi khuẩn Staphylococcus aureus 2,13% và vi khuẩn Escherichia Coli 1,07 %; Nhiễm khuẩn do vi khuẩn Gram dương chiếm cao nhất 2,13%; 1,07% nhiễm khuẩn do vi khuẩn Gram âm.

### **5.2 Các hoạt động chăm sóc sau mổ và hài lòng của đối tượng sau mổ phụ khoa**

- Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hầu hết các hoạt động chăm sóc và tư vấn giáo dục sức khỏe đạt khá cao từ 75% trở lên.

- Nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ hài lòng của người bệnh về công tác chăm sóc của điều dưỡng chiếm cao nhất là 90,4 %. Tuy nhiên, vẫn còn 9,6% người bệnh chưa hài lòng về công tác chăm sóc của điều dưỡng.

### **5.3 Một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc**

- Nhóm tuổi từ 19 – 35 tuổi có kết quả chăm sóc tốt chiếm cao nhất chiếm 92,2%;

- Đối tượng nghiên cứu không độc thân có kết quả chăm sóc tốt cao hơn đối tượng nghiên cứu độc thân (84,5% - 65,4%).

- Kết quả chăm sóc tốt chiếm rất cao ở đối tượng có kinh tế gia đình không nghèo, chiếm 83,2% so với nhóm đối tượng có kinh tế gia đình thuộc hộ nghèo và cận nghèo là 50%.

- Loại phẫu thuật sạch có mức chăm sóc tốt chiếm 83,5%, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  và OR (95% CI) là 4,22 (1,20-14,77).

- Đối tượng nghiên cứu có số ngày nằm viện  $< 7$  ngày có kết quả chăm sóc tốt (94,32%) cao hơn số ngày nằm viện  $> 7$  ngày (70,7%).

- Chăm sóc tâm lý, thay băng vết mổ, cắt chỉ vết mổ và cắt chỉ vết mổ ngắt quãng, tắm tại giường, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài đều đạt chăm sóc tốt  $> 78$  %.

**TÀI LIỆU THAM THẢO****\* Việt Nam**

1. *Bộ y tế - Bệnh viện Chợ Rẫy (2009)*, " Tổ chức kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện ". Quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn, NXB Y học, Chương 1, Tr. 9-13
2. *Đặng Ngọc Thủy (2019)*. Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Đa Khoa Khu vực Phúc Yên, tỉnh Vĩnh Phúc
3. *Đinh Vạn Trung (2015)*. Báo cáo Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện TWQĐ 108. Hội nghị về nhiễm khuẩn bệnh viện năm 2016, tại Hà Nội, của Bộ Y tế.
4. *Đoàn Phước Thuộc, Huỳnh Thị Vân (2012)*. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định, Tạp chí Y học thực hành, 815 (4), tr. 30-33
5. *Lê Thị Hòa (2013)*. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tử cung toàn phần đường âm đạo và nội soi ở bệnh lý tử cung không sa tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 5 năm 2021 đến tháng 06 năm 2012 <http://hosrem.org.vn/public/frontend/images/staticpages/32>. Tạp chí Phụ sản – 2013 - 11]
6. *Lê Thị Cẩm Lan và cộng sự (2019)*. Sự hài lòng người bệnh về chăm sóc đau sau phẫu thuật của điều dưỡng khoa ngoại, bệnh viện Đa khoa Sài Gòn; Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam số 29 -2020, tr. 55 – 61
7. *Nguyễn Bá Anh (2012)*. Đánh giá và sự hài lòng của người bệnh về chất lượng chăm sóc của điều dưỡng tại một số khoa lâm sàng bệnh viện hữu nghị Việt Đức
8. *Nguyễn Văn Chung (2014)*. Khảo sát sự hài lòng của người bệnh và thân nhân người bệnh đến khám và điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 110
9. *Nguyễn Văn Chương và cộng sự về Nhiễm khuẩn vết mổ sau mổ cắt tử cung tại bệnh viện Hùng Vương, Tp. HCM năm 2008*
10. *Nguyen D và cộng sự (2001)*. Tỷ lệ mắc và các yếu tố dự báo nhiễm trùng vết mổ ở Việt Nam. Kiểm soát lây nhiễm Hosp Epidemiol; 22 (8): 485 -92. Doi: 10.1086/501938.PMID:11700875
11. *Nguyễn Thị Ngọc Hân (2019)*. Nhiễm khuẩn sau phẫu thuật và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Hòe Nhai. Diss. TLU
12. *Nguyễn Thị Như Hoa (2020)*. Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật mở và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây. Diss. TLU
13. *Nguyễn Thị Lan, Ngô Thị Mỹ Liên và Nguyễn Thị Kim Điền (2018)*, Khảo sát tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại Đa khoa trung tâm Tiền Giang và các yếu tố liên quan.
14. *Nguyễn Hồng Mai và cộng sự (2016)*. Đánh giá công tác chăm sóc người bệnh của điều dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Bồng Sơn, tỉnh Bình định; Tạp chí Điều Dưỡng Việt Nam số 17 -2017, Tr. 99-102
15. *Nguyễn Ngọc Nga (2020)*. Sự hài lòng của người bệnh nội trú về chăm sóc điều dưỡng tại khoa phẫu thuật chi dưới, bệnh viện Việt Đức; Tạp Chí Điều dưỡng Việt Nam, Số 34 – 2021, Tr. 90 – 95
16. *Nguyễn Thị Phương và cộng sự (2020)*. Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt túi mật tại bệnh viện Đa khoa Hà Đông, Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam số 35 -2021, Tr. 23-28
17. *Nguyễn Viêt Thảo, Trương Quang Vinh (2013)*. Nghiên cứu ứng dụng kháng

- sinh dự phòng trong các phẫu thuật nội soi phụ khoa." Tạp chí Phụ sản 11.1, tr. 44-49
18. Nguyễn Phúc Tiến, Lê Thị Kim Anh, Lê Thị Anh Thư (2014). Giám sát quy trình vệ sinh bệnh viện bằng phương pháp định lượng ATP, Tạp chí Y học Thực hành, 904, tr. 91-95.
19. Phùng Trọng Thủy, Bá Nha (2019-2021). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u xơ tử cung bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang; Tạp chí Y học Việt Nam 505.1 <https://doi.org/10.51298/vmj.v505i1.1057>.
20. Trần Thị Hà Phương, Mai Thị Tiết (2014). Báo cáo Nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Đa khoa Đồng Nai
21. Trần Thạch Sơn và cộng sự (1998). Nhiễm trùng bệnh viện sau phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Hùng Vương, Việt Nam; Tạp chí Nhiễm trùng Bệnh viện, Tập 40, số 02, tháng 10/1998, tr. 141 – 147.
22. Trần Thị Thu Trang, Nguyễn Viêt Trung (2021). Đánh giá kết quả chăm sóc sản phụ và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Quân y 103; Tạp chí Y học Việt Nam 503.2 .

#### \* Tiếng Anh

23. Jason D., and associates. "Guideline-based antibiotic prophylaxis in women undergoing gynecological services." Obstetrics and Gynecology 122.6. 2013: 1145
24. NNIS. Nosocomial infection rates for interhospital comparison, limitation and possible solutions, A report from NNIS System, Infect Control Hosp Epidemiol, 12,2003. pp. 609-621.
25. Victor Daniel Rosenthal. International Nosocomial Infection Control Consortium report, data summary of 50 countries for 2010-2015, Device- associated module. American Journal of Infection Control, 44(12), 2016. pp.1495-1504.
26. Young H, Bliss R, Carey JC, et al. Beyond core measures: identifying modifiable risk factors for prevention of surgical site infection after elective total abdominal hysterectomy. Surg Infect (Larchmt). Dec;12(6):491-6. doi: 10.1089/sur.2010.103. Epub 2011 Dec 5. PMID: 22142313.



# HỘI NGHỊ KHOA HỌC

## ĐIỀU DƯỠNG - HỘ SINH NĂM 2022



**CNĐD. NGUYỄN HỒNG NHƯ PHƯỢNG**

Điều dưỡng trưởng khoa Nhi - Sơ sinh  
Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ





## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH NON THÁNG MẮC BỆNH MÀNG TRONG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ SURFACTANT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ VÀ BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ

Nguyễn Hồng Như Phượng, Nguyễn Tiến Dũng,

Lê Thị Bình, Nguyễn Trung Hậu

BV Phụ sản Thành phố Cần Thơ, BV Nhi Đồng Cần Thơ

BV Trường đại học Thăng Long

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** bệnh màng trong phổ biến ở trẻ sơ sinh non tháng, xảy ra do thiếu hụt surfactant vì phổi chưa trưởng thành. Bơm surfactant điều trị bệnh màng trong đã được chứng minh về hiệu quả, an toàn, tính khả thi, giúp giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong sơ sinh. Việc chăm sóc, theo dõi sau điều trị surfactant là hết sức cần thiết. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng trẻ sơ sinh non tháng mắc bệnh màng trong được điều trị surfactant. 2) Đánh giá kết quả chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng mắc bệnh màng trong được điều trị surfactant và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả tiến cứu trên 132 trẻ sơ sinh non tháng mắc bệnh màng trong được bơm surfactant tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ từ tháng 10/2020 đến tháng 6/2021. **Kết quả:** giới tính nam chiếm 62,1%, nhóm tuổi thai <32 tuần chiếm đa số 79,6%, nhóm cân nặng <1500 gram chiếm 66,7%. Triệu chứng lâm sàng: suy hô hấp nặng (Silverman >5 điểm) chiếm 64,4%. Kết quả chăm sóc: tốt (81,1%), khá (18,9%). Một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc tốt: tuổi thai  $\geq 28$  tuần, cân nặng lúc sinh  $\geq 1500$  gram, điều trị surfactant bằng kỹ thuật LISA, suy hô hấp nhẹ (Silverman 3- 5 điểm), trẻ không có biến chứng xẹp phổi, xuất huyết phổi ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** việc chăm sóc, theo dõi sát sau điều trị surfactant là hết sức cần thiết.

**Từ khóa:** bệnh màng trong, surfactant, chăm sóc, sơ sinh non tháng.

## ABSTRACT

**STUDY ON CLINICAL AND RESULTS OF CARE FOR PRETERM INFANTS  
WITH HYALINE MEMBRANE DISEASE WAS TREATED BY  
SURFACTANT REPLACEMENT AT CAN THO GYNECOLOGY  
OBSTETRICS HOSPITAL AND CAN THO PEDIATRICS HOSPITAL**

*Nguyen Hong Nhu Phuong, Nguyen Tien Dung,*

*Le Thi Binh, Nguyen Trung Hau*

*Can Tho Gynecology Obstetrics Hospital, Can Tho Pediatrics Hospital*

*Thang Long University*

**Background:** hyaline membrane disease is a common problem in preterm infants. This disorder is caused primarily by deficiency of pulmonary surfactant in an immature lung. Surfactant administration for the treatment respiratory distress syndrome has been proven to be effective, safe and feasible and reduce mortality and complications. The care and follow-up after surfactant replacement are very necessary.

**Objectives:** 1) To describe clinical of preterm infants with hyaline membrane disease was treated by surfactant replacement. 2) To evaluate the results of care for preterm infants with hyaline membrane disease was treated by surfactant replacement and some related factors. **Materials and methods:** a prospective study was conducted on 132 preterm infants diagnosed with respiratory distress syndrome was treated by surfactant replacement at the Can Tho Gynecology Obstetrics Hospital and Can Tho Pediatrics Hospital from 10/2020 - 06/2021. **Results:** the rate of male was 62.1%. The rate of gestation <32 weeks group was 79.6%. The rate of <1000 gram was 66.7%. There were 64,4% of patients having severe level of respiratory failure (Silverman score >5). The results of taking care of preterm infants after surfactant replacement were good at 81.1% and good at 18.9%. Relevant factors to the results of good taking care: gestation  $\geq 28$  weeks, birth weight  $\geq 1500$  gram, was treated by LISA method, infants having mild levels of respiratory failure, children without complications of atelectasis, pulmonary hemorrhage ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** the care and follow-up after surfactant replacement are very necessary.

**Keywords:** hyaline membrane disease, surfactant, taking care, preterm infant.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh màng trong phổ biến ở trẻ sơ sinh non tháng, xảy ra do thiếu hụt surfactant vì phổi chưa trưởng thành. Bơm surfactant điều trị bệnh màng trong đã được chứng minh về hiệu quả, an toàn, tính khả thi, giúp giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong sơ sinh. Việc chăm sóc, theo dõi sau điều trị surfactant là hết sức cần thiết [3]. Tại các nước đang phát triển, tử vong sơ sinh chiếm hơn một phần ba các trường hợp tử vong của trẻ dưới 5 tuổi [10]. Bệnh màng trong và các biến chứng của nó chiếm tới 30% nguyên nhân tử vong chung ở trẻ sơ sinh [8]. Việc chăm sóc tốt giúp cải thiện đáng kể kết quả điều trị, giảm tối đa tỷ lệ tử vong. Từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện đề tài “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng mắc bệnh màng trong được điều trị surfactant tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ” với 2 mục tiêu nghiên cứu:

- 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng trẻ sơ sinh non tháng mắc bệnh màng trong được điều trị surfactant.
- 2) Đánh giá kết quả chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng mắc bệnh màng trong được điều trị surfactant và một số yếu tố liên quan.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các trẻ sơ sinh non tháng <37 tuần thai, có suy hô hấp do bệnh màng trong được điều trị surfactant và mẹ của trẻ tại Khoa Nhi – Sơ sinh Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ và Khoa Sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ từ ngày 01/10/2020 đến ngày 30/06/2021.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** trẻ có suy hô hấp do bệnh màng trong, cần hỗ trợ hô hấp thở oxy, NCPAP hoặc thở máy và được điều trị bơm surfactant theo phác đồ Bộ Y tế, thỏa (1), (2) và (3).

(1) Chẩn đoán suy hô hấp sơ sinh [5]: trẻ có rối loạn nhịp thở, thở nhanh  $\geq 60$  lần/phút hoặc chậm  $< 30$  lần/phút, thở rên, rút lõm ngực nặng, phập phồng cánh mũi, xanh tím với khí trời, Silverman  $\geq 3$  điểm.

(2) X-quang chẩn đoán xác định bệnh màng trong từ độ 2 trở lên.

(3) Có chỉ định điều trị surfactant: để duy trì  $SpO_2$  từ 90 – 95% cần [2]:

\* Trẻ <29 tuần:

+ Thở NCPAP với  $FiO_2 > 30\%$

+ Cần đặt nội khí quản thở máy với  $FiO_2 > 30\%$

\* Trẻ  $\geq 29$  tuần:

- + Cần thở NCPAP với  $FiO_2 \geq 40\%$  hoặc  $a/APO_2 < 0,22$
- + Cần đặt nội khí quản thở máy với  $MAP \geq 7 \text{ cmH}_2O$  và  $FiO_2 > 30\%$
- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Di tật bẩm sinh nặng, xuất huyết não, xuất huyết phổi.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu.

- **Cỡ mẫu:** 
$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

Với n: cỡ mẫu, Z là hệ số tin cậy với mức  $\alpha=0,05$  ( $Z=1,96$ ); p là tỷ lệ điều trị thành công bơm surfactant ở trẻ sơ sinh non tháng mắc bệnh màng trong theo nghiên cứu Lâm Kim Hường (2018) là 78,4%,  $p=0,784$  [7]. d là sai số cho phép 0,07. Cỡ mẫu tối thiểu tính được:  $n=132$  bệnh nhân.

- **Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** phỏng vấn mẹ trẻ và sử dụng hồ sơ bệnh án và tờ bảng theo dõi trẻ trong quá trình chăm sóc.

- **Nội dung nghiên cứu:** ghi nhận đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng. Trẻ được tiến hành bơm surfactant qua 2 phương pháp: kỹ thuật LISA (Less Invasive Surfactant Administration): bơm surfactant qua catheter tĩnh mạch rốn được đặt vào khí quản bệnh nhi trong lúc trẻ vẫn tự thở với NCPAP hỗ trợ; kỹ thuật INSURE (Intubation-Surfactant-Extubation): bơm surfactant qua nội khí quản. Theo dõi bệnh nhi trong 72 giờ đầu sau sinh để đánh giá kết quả chăm sóc. Tiêu chí đánh giá: thân nhiệt, dinh dưỡng tĩnh mạch và tiêu hóa tối thiểu, hô hấp. **Chăm sóc tốt:** thân nhiệt ổn định  $36,5 - 37,5^\circ C$ , về dinh dưỡng đảm bảo đường truyền tĩnh mạch thông suốt, liên tục, không tai biến, đảm bảo cung cấp đủ dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch và đường tiêu hóa tối thiểu, chăm sóc tốt không để biến chứng tắc đờm nếu trẻ thở máy, trẻ cải thiện được tình trạng suy hô hấp, giảm được nhu cầu oxy, giảm tổn thương phổi trên X-quang. **Chăm sóc khá** (trẻ có 1 trong các bất thường về thân nhiệt, dinh dưỡng, hô hấp): hạ thân nhiệt, dinh dưỡng tĩnh mạch hoặc tiêu hóa không đáp ứng đủ nhu cầu năng lượng, biến chứng trong quá trình truyền dịch, biến chứng tắc đờm, tình trạng suy hô hấp nặng dần, tổn thương phổi trên X-quang không cải thiện hoặc nặng lên. Ghi nhận các yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc: tuổi thai, cân nặng lúc sinh, hình thức bơm surfactant, mức độ suy hô hấp theo thang điểm Silverman, các biến chứng tại phổi (xuất huyết phổi, tràn khí màng phổi, xẹp phổi).

- **Xử lý và phân tích số liệu:** phân tích, xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0 để tính tần số, tỷ lệ phần trăm, kiểm định  $\chi^2$ , Fisher's exact test, có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .





### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

| Đặc điểm                               | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------------------|------------|-----------|
| <b>Giới (n=132)</b>                    |            |           |
| Nam                                    | 82         | 62,1      |
| Nữ                                     | 50         | 37,9      |
| <b>Tuổi thai (n=132)</b>               |            |           |
| 24-< 28 tuần                           | 43         | 32,6      |
| 28-<32 tuần                            | 62         | 47,0      |
| 32- < 37 tuần                          | 27         | 20,4      |
| <b>Cân nặng lúc sinh (n=132)</b>       |            |           |
| Nhẹ cân: 1500 - <2500 gram             | 44         | 33,3      |
| Rất nhẹ cân: 1000 - <1500 gram         | 48         | 36,4      |
| Cực nhẹ cân: <1000 gram                | 40         | 30,3      |
| <b>Trình độ học vấn của mẹ (n=132)</b> |            |           |
| Dưới cấp II                            | 69         | 52,3      |
| Cấp III                                | 42         | 31,8      |
| Đại học, sau đại học                   | 21         | 15,9      |
| <b>Kinh tế gia đình (n=132)</b>        |            |           |
| Nghèo, cận nghèo                       | 32         | 24,2      |
| Không nghèo                            | 100        | 75,8      |
| <b>Cách thức sanh (n=132)</b>          |            |           |
| Sanh mổ                                | 57         | 43,2      |
| Sanh thường                            | 75         | 56,8      |

**Nhận xét:** tỷ lệ nam chiếm ưu thế 62,1%. Nhóm tuổi thai 28 - <32 tuần chiếm



đa số 47%, trong đó nhóm cực non chiếm <28 tuần chiếm 32,6%. Nhóm trẻ có cân nặng lúc sinh 1000 - <1500 gram chiếm đa số 36,4%, trong đó nhóm trẻ cực nhẹ cân <1000 gram chiếm 30,3%. Trình độ học vấn mẹ dưới cấp II chiếm đa số 52,3%.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng trẻ sơ sinh mắc bệnh màng trong được điều trị surfactant

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng trẻ sơ sinh mắc bệnh trong được điều trị surfactant**

| Đặc điểm                                |                        | Tuổi thai  |               |            | Tổng        | p      |
|-----------------------------------------|------------------------|------------|---------------|------------|-------------|--------|
|                                         |                        | <28 tuần   | 28 - <32 tuần | ≥32 tuần   |             |        |
| Nhịp thở                                | <40                    | 9 (20,5%)  | 3 (4,8%)      | 1 (3,8%)   | 13 (9,8%)   | <0.001 |
|                                         | 40 – <60               | 2 (4,5%)   | 14 (22,6%)    | 14 (53,8%) | 30 (22,7%)  |        |
|                                         | ≥60                    | 33 (75%)   | 45 (72,6%)    | 11 (42,3%) | 89 (67,4%)  |        |
| Thở rút lõm lồng ngực                   | Có                     | 43 (97,7%) | 58 (93,5%)    | 25 (96,2)  | 126 (95,5%) | 0,585  |
|                                         | Không                  | 1 (2,3%)   | 4 (6,5%)      | 1 (3,8%)   | 6 (4,5%)    |        |
| Tím                                     | Quanh môi              | 10 (22,7%) | 25 (40,3%)    | 17 (65,4%) | 52 (39,4%)  | 0,002  |
|                                         | Đầu chi hoặc toàn thân | 34 (77,3%) | 37 (59,7%)    | 9 (34,6%)  | 80 (60,6%)  |        |
| Phập phồng cánh mũi                     | Có                     | 9 (20,5%)  | 14 (22,6%)    | 8 (30,5%)  | 31 (23,5%)  | 0,6    |
|                                         | Không                  | 35 (79,5%) | 48 (77,4%)    | 18 (69,2%) | 101 (76,5%) |        |
| Mức độ suy hô hấp theo chỉ số Silverman | 3 – 5 điểm             | 9 (20,5%)  | 22 (35,5%)    | 16 (61,5%) | 47 (35,6%)  | 0,002  |
|                                         | >5 điểm                | 35 (79,5%) | 40 (64,5%)    | 10 (38,5%) | 85 (64,4%)  |        |

**Nhận xét:** triệu chứng lâm sàng suy hô hấp ở trẻ mắc bệnh màng trong: lừ đừ (98,5%), tím quanh môi (39,4%), tím đầu chi hoặc toàn thân (60,6%), trẻ có rối loạn nhịp thở nhanh (67,4%), thở chậm (9,8%), thở rút lõm ngực (95,5%), phập phồng cánh

mũi (23,5%), suy hô hấp mức độ nặng (Silverman >5 điểm) chiếm 64,4%. Có sự khác biệt tỷ lệ có ý nghĩa thống kê về các triệu chứng lâm sàng về rối loạn nhịp thở, tím, mức độ suy hô hấp giữa các nhóm tuổi thai với  $p < 0,05$ .

### 3.3. Kết quả chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng mắc bệnh màng trong sau điều trị surfactant và một số yếu tố liên quan

**Bảng 3. Kết quả chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng mắc bệnh màng trong sau điều trị surfactant.**

| Kết quả chăm sóc | Tần số (n) | Tỷ lệ (%)  |
|------------------|------------|------------|
| Chăm sóc tốt     | 107        | 81,1       |
| Chăm sóc khá     | 25         | 18,9       |
| <b>Tổng</b>      | <b>132</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** kết quả chăm sóc tốt chiếm 81,1%, chăm sóc khá chiếm 18,9%.

**Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng mắc bệnh màng trong sau điều trị surfactant.**

| Yếu tố liên quan                                                   | Chăm sóc tốt | Chăm sóc khá | p              |
|--------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|----------------|
| Liên quan giữa tuổi thai với kết quả chăm sóc                      |              |              |                |
| 24-<28 tuần (1)                                                    | 29 (67,4%)   | 14 (32,6%)   | -              |
| 28-<32 tuần (2)                                                    | 54 (87,1%)   | 8 (12,9%)    | p (2/1) 0,014  |
| 32-<37 tuần (3)                                                    | 24 (88,9%)   | 3 (11,1%)    | p (3/2) 0,048* |
| Liên quan giữa cân nặng với kết quả chăm sóc trẻ                   |              |              |                |
| <1000 gram (1)                                                     | 25(62,5%)    | 15(37,5%)    | -              |
| 1000 - <1500 gram (2)                                              | 42 (87,5%)   | 6 (12,5%)    | p (2/1) 0,849* |
| 1500-<2500 gram (3)                                                | 40(90,9%)    | 4(9,1%)      | p (3/1) 0,004* |
| Liên quan giữa kỹ thuật bơm thuốc cho trẻ với kết quả chăm sóc trẻ |              |              |                |
| Kỹ thuật LISA                                                      | 68 (88,3%)   | 9 (11,7%)    | 0,012          |
| Kỹ thuật INSURE                                                    | 39(70,9%)    | 16(29,1%)    |                |
| Liên quan giữa điểm Silverman với kết quả chăm sóc                 |              |              |                |

|                                                         |       |            |           |       |
|---------------------------------------------------------|-------|------------|-----------|-------|
| 3 – 5 điểm                                              |       | 43(91,5%)  | 4(8,5%)   | 0,023 |
| >5 điểm                                                 |       | 64(75,3%)  | 21(14,7%) |       |
| Liên quan giữa biến chứng tại phổi với kết quả chăm sóc |       |            |           |       |
| Xuất huyết phổi                                         | Có    | 7(50%)     | 7(50%)    | 0,002 |
|                                                         | Không | 100(84,7%) | 18(15,3%) |       |
| Tràn khí màng phổi                                      | Có    | 1(50%)     | 1(50%)    | 0,259 |
|                                                         | Không | 106(81,5%) | 24(18,5%) |       |
| Xẹp phổi                                                | Có    | 9(60%)     | 6(40%)    | 0,027 |
|                                                         | Không | 98(83,8%)  | 19(16,2%) |       |

*\*Fisher's exact test*

**Nhận xét:** nhóm cân nặng lúc sinh từ 1500 - <2500 gram có kết quả chăm sóc tốt chiếm tỷ lệ 90,9% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có cân nặng <1000 gram có tỷ lệ chăm sóc tốt chiếm 62,5%( $p<0,05$ ). Nhóm điều trị surfactant bằng kỹ thuật LISA có kết quả chăm sóc tốt chiếm tỷ lệ 88,3% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm điều trị kỹ thuật INSURE chiếm 70,9% ( $p<0,05$ ). Trẻ có điểm Silverman lúc nhập viện từ 3 – 5 điểm có kết quả chăm sóc tốt chiếm 91,5% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm trẻ có điểm Silverman >5 điểm chiếm 75,3% ( $p<0,05$ ). Trẻ có biến chứng xuất huyết phổi và xẹp phổi có tỷ lệ chăm sóc tốt thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm trẻ không có biến chứng xuất huyết phổi và xẹp phổi ( $p<0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Tỷ lệ giới tính nam chiếm ưu thế 62,1%, tương đồng nghiên cứu của Lâm Kim Hương (2018), ở trẻ trai androgen làm giảm trưởng thành về mặt sinh học của các phospholipid cấu tạo nên surfactant [3], [7]. Số lượng surfactant và sự trưởng thành của surfactant về mặt cấu trúc và chức năng tăng dần theo tuổi thai và cân nặng lúc sinh. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận nhóm tuổi thai <32 tuần chiếm đa số 79,6%, cân nặng lúc sinh <1500 gram chiếm 66,7%. Với nhóm cực non <28 tuần chiếm 32,6% và nhóm cân nặng cực nhẹ cân <1000 gram chiếm 30,3%. Theo y văn, cân nặng lúc sinh càng thấp thì tỷ lệ mắc bệnh màng trong càng cao, nhóm cân nặng <1500 gram có tỷ lệ mắc bệnh màng trong lên đến 56% [3]. Trình độ học vấn của mẹ có liên quan đến kết quả chăm sóc của bé. Nghiên cứu ghi nhận mẹ có trình độ dưới cấp II chiếm tỷ lệ cao nhất



(52,3%), cấp III (31,8%) và đại học, sau đại học (15,9%). Hầu hết là hộ không nghèo (75,8%), tỷ lệ nghèo và cận nghèo chiếm tới 24,2%. Tỷ lệ sanh thường chiếm 58,6% và sanh mổ 43,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi so với nghiên cứu của Nguyễn Việt Đồng (2019) tại Khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh có tỷ lệ sanh mổ là 66,9% [4] cao hơn nghiên cứu của chúng tôi (66,9% so với 43,2%). Theo y văn, sanh mổ khi chưa chuyển dạ làm tăng nguy cơ mắc bệnh màng trong ở trẻ sơ sinh [3].

#### **4.2. Đặc điểm lâm sàng của trẻ sơ sinh non tháng mắc bệnh màng trong được điều trị Surfactant**

Trẻ sơ sinh điều trị surfactant có biểu hiện lâm sàng lừ đừ chiếm 98,5%, chiếm tỷ lệ cao nhất trong các triệu chứng lâm sàng của suy hô hấp khi nhập viện điều trị. Về tím: trẻ có tím quanh môi chiếm 39,4% và tím đầu chi hoặc toàn thân chiếm 60,6%. Xanh tím là dấu hiệu muộn của suy hô hấp, tím xuất hiện khi  $PaO_2$  dưới 60 mmHg hay lượng hemoglobin khử trên 5 g/dL. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là trẻ mắc bệnh màng trong nặng cần điều trị surfactant, nên triệu chứng tím chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu, đánh giá thang điểm Silverman ghi nhận trẻ suy hô hấp nặng (>5 điểm) chiếm tới 64,4%. Về nhịp thở: chiếm tỷ lệ cao nhất khi trẻ có nhịp thở  $\geq 60$  lần/phút (67,4%) tiếp đến trẻ có nhịp thở 40 - 60 lần/phút chiếm 22,7% và tỷ lệ thấp nhất khi trẻ có nhịp thở <40 lần/phút chiếm 9,8%, trẻ có thở rút lõm lồng ngực chiếm 95,5%, phập phồng cánh mũi chiếm 23,5%, thở rên chiếm 23,5%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Lâm Kim Hương (2018) trẻ có nhịp thở >60 lần/phút chiếm 60%, rút lõm lồng ngực 95,2% [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả cho thấy đa phần là trẻ có thở rút lõm lồng ngực chiếm 95,5% cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Phạm Đình Hương năm 2014 tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ trẻ có thở rút lõm lồng ngực chiếm 97,2% [6]. Theo nghiên cứu của Yost G.C. và cộng sự, 17,4% có xuất hiện triệu chứng thở rên trong 4 giờ đầu sau sinh là 68% hết thở rên trong 30 phút đầu và 85% trong 1 giờ đầu và 93% trong 2 giờ [11].

#### **4.3. Kết quả chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng mắc bệnh màng trong được điều trị surfactant và một số yếu tố liên quan.**

Kết quả chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng sau điều trị surfactant, chăm sóc tốt chiếm 81,1% và chăm sóc khá là 18,9%. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm tuổi thai từ 28 - <32 tuần có tỷ lệ chăm sóc tốt chiếm tỷ lệ 87,1%, nhóm 32 - <37 tuần có tỷ lệ chăm sóc tốt chiếm 88,9% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm <28 tuần ( $p < 0,05$ ). Nhóm có cân nặng 1500 - <2500 gram có tỷ lệ chăm sóc tốt chiếm tỷ lệ 90,9% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm <1000 gram có tỷ lệ 62,5% với  $p < 0,05$ . Tuổi thai và cân nặng lúc sinh thấp là yếu tố liên quan đến thất bại điều trị surfactant, phổi của trẻ đẻ non, đặc biệt là trẻ cực non (hoặc cân nặng lúc sinh <1000 gram) chưa trưởng thành, rất dễ bị tổn thương bởi viêm nhiễm, sang chấn khi sinh, tổn thương bởi các can thiệp hô hấp cả xâm

lần và không xâm lấn vì vậy bệnh diễn tiến nặng hơn, dễ xảy ra biến chứng, thời gian thở máy, thở NCPAP sẽ kéo dài hơn [3], [12]. Vì vậy kết quả của quá trình chăm sóc sẽ đạt kết quả kém hơn so với nhóm có tuổi thai và cân nặng lúc sinh cao hơn.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy nhóm điều trị surfactant qua kỹ thuật LISA có kết quả chăm sóc tốt cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm điều trị surfactant qua kỹ thuật INSURE ( $p < 0,05$ ). Có thể lý giải kết quả trên là do nhóm điều trị INSURE có mức độ bệnh nặng hơn, cần phải thở máy trước điều trị surfactant, so với nhóm điều trị LISA trẻ chỉ cần hỗ trợ hô hấp bằng NCPAP. Do mức độ bệnh nặng, trẻ dễ xảy ra các biến chứng hơn, cần các can thiệp hỗ trợ nhiều hơn, thời gian hỗ trợ hô hấp đặc biệt là thở lâu hơn nhóm điều trị LISA nên sẽ ảnh hưởng đến kết quả chăm sóc [12].

Đánh giá thang điểm Silverman để phân mức độ suy hô hấp. Trẻ có điểm Silverman  $> 5$  điểm có tỷ lệ chăm sóc tốt thấp hơn nhóm 3 – 5 điểm. Nhóm trẻ suy hô hấp nặng Silverman  $> 5$  điểm, tình trạng bệnh nặng hơn, đa số nằm trong nhóm điều trị surfactant qua nội khí quản, mức độ bệnh nặng, đòi hỏi khả năng chăm sóc cao hơn, dễ xảy ra biến chứng nên tỷ lệ chăm sóc tốt thấp hơn nhóm có điểm Silverman 3 – 5 điểm.

Xuất huyết phổi và tràn khí màng phổi, xẹp phổi là các biến chứng sớm tại phổi gặp ở bệnh màng trong nặng cần nhiều can thiệp hô hấp, một số tác giả cho rằng tình trạng xuất huyết phổi có liên quan đến còn ống động mạch, sau điều trị surfactant cải thiện tình trạng oxy hóa máu, cải thiện chức năng phổi, giảm áp phổi, làm tăng lưu lượng máu shunt chủ phổi qua ống động mạch, có thể làm xung huyết phổi mạch máu phổi, xuất huyết phổi [3]. Các biến chứng xảy ra làm nặng thêm tình trạng suy hô hấp của trẻ, trẻ cần nhiều can thiệp hỗ trợ hơn, ảnh hưởng đến kết quả chăm sóc của trẻ.

## V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng trẻ mắc bệnh màng trong được điều trị surfactant: suy hô hấp nặng (Silverman  $> 5$  điểm) chiếm 64,4%. Kết quả chăm sóc: tốt (81,1%) và khá (18,9%). Một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc tốt: tuổi thai, cân nặng lúc sinh, nhóm điều trị kỹ thuật LISA có tỷ lệ chăm sóc tốt cao hơn nhóm INSURE, trẻ có điểm Silverman 3 – 5 điểm có tỷ lệ chăm sóc tốt cao hơn nhóm  $> 5$  điểm, trẻ có biến chứng xẹp phổi, xuất huyết phổi có tỷ lệ chăm sóc tốt thấp hơn nhóm không có biến chứng ( $p < 0,05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), “Bệnh màng trong”, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em*, Nhà xuất bản Y học, tr.230-232.
2. Bộ Y tế (2017), "Bệnh màng trong", "Liệu pháp bơm surfactant", *Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản - Quyết định số 4128/QĐ-BYT*, Nhà xuất bản Thanh Hóa, tr. 230-232.
3. Nguyễn Tiến Dũng (2019), "Hồi sức sơ sinh tại phòng sinh", "Suy hô hấp ở trẻ đẻ non hay bệnh màng trong", "Đóng ống động mạch ở trẻ sơ sinh", *Sơ sinh học thực hành - Chẩn đoán, điều trị và chăm sóc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 31-56, 132-137.
4. Nguyễn Viết Đồng và cs (2019), "Điều trị bệnh màng trong ở trẻ đẻ non bằng liệu pháp surfactant tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh năm 2014 - 2018", *Tạp chí Nhi khoa*, 12 (2), tr. 26-30.
5. Huỳnh Thị Duy Hương (2016), "Bệnh lý phổi gây suy hô hấp sơ sinh", *Sách giáo khoa nhi khoa*, Nhà xuất bản y học, tr. 232-247.
6. Phạm Đình Hường (2014), “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và kết quả hỗ trợ áp lực dương liên tục ở mũi ở trẻ sơ sinh suy hô hấp tại bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ*”, Luận án chuyên khoa II, Trường đại học Y Dược Cần Thơ.
7. Lâm Kim Hường (2018), “Xác định hiệu quả điều trị suy hô hấp do bệnh màng trong ở trẻ sơ sinh non tháng bằng surfactant tại khoa Sơ sinh bệnh viện Phụ sản Cần Thơ”, *Đề tài NC cấp cơ sở của Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ năm 2018*.
8. Canals Candela F.J., Vizcaíno Díaz C., Ferrández Berenguer M.J. (2016), “Surfactant replacement therapy with a minimally invasive technique: Experience in a 23. pp.79-84.
10. Khong T.Y., Malcomson D.G.R. (2015), *Keeling's Fetal and Neonatal Pathology 5th*, Springer, pp.361.
11. Yost G.C., Young P.C., Bunchi K.F. (2001), “Significance of grunting respiratory in infants admitted to well – baby nursery”, *Arch Pediatr Adolesc Med*, 155, pp. 372-375.
12. Sweet D. G., Carnielli V., Greisen G., *et al.* (2019), "European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome – 2019 Update", *Neonatology*, 115 (4), 432-450.



# HỘI NGHỊ KHOA HỌC

## ĐIỀU DƯỠNG - HỘ SINH NĂM 2022



**CNHS. NGUYỄN NHƯ PHƯỢNG**

Phó phòng Điều dưỡng  
Bệnh viện Đa khoa khu vực An Giang





## **TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC TƯ VẤN CHO NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG**

*CNDD. Nguyễn Như Phương, BSCKI. Huỳnh Thanh Phong*

*CNDD. Trần Thị Ngọc Ánh, ĐDTH. Trương Quốc Khanh,*

*Bệnh viện ĐK khu vực Tỉnh An Giang*

*Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp phân tích thực hiện trên 385 người bệnh tại Khoa Khám Bệnh, Bệnh viện đa khoa khu vực Tỉnh An Giang từ tháng 09/2021 đến tháng 12/2021 trên người bệnh tăng huyết áp của bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang. Mục tiêu (1) là Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện đa khoa khu vực Tỉnh An Giang và một số yếu tố liên quan. (2) Phân tích thực trạng chăm sóc tư vấn cho người bệnh tăng huyết áp tại Bệnh viện đa khoa khu vực Tỉnh An Giang. Số liệu thu thập được là bệnh án nghiên cứu về tuân thủ điều trị của người bệnh như nữ chiếm cao hơn nam giới (50,6% so với 49,4%). Tuổi trung bình:  $66,1 \pm 12,2$ ; thời gian bị bệnh trung bình  $7,8 \pm 5,6$  năm. Có kiến thức tuân thủ điều trị chiếm 78,7% và chưa có kiến thức tuân thủ điều trị chiếm 21,3%. Có tuân thủ thực hành trong điều trị chiếm 62,9% và chưa tuân thủ thực hành chiếm 37,1%; về chăm sóc chung cho NB: ở mức tốt chiếm 74,3% và mức chưa tốt chiếm 25,7%; tư vấn mức tốt cho NB chiếm 70,4% và mức chưa tốt còn 29,6%. Có sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê giữa tuổi  $> 60$  tuổi và  $< 60$  tuổi với tuân thủ điều trị ( $p < 0,05$ ), giữa trình độ học vấn dưới Trung học phổ thông và đại học ( $p < 0,05$ ); giữa NB không ăn mặn và có ăn mặn ít; giữa không ăn chất béo và ăn ít chất béo; có hút thuốc lá và không hút thuốc lá với tuân thủ điều trị ( $p < 0,05$ ); giữa mắc bệnh trên 10 năm và dưới 5 năm với tuân thủ điều trị ( $p < 0,000$ ). Giữa kiến thức chưa tốt và NB có kiến thức tốt với tuân thủ điều trị ( $p < 0,000$ ); giữa NB chăm sóc chưa tốt và NB được chăm sóc tốt với tuân thủ điều trị ( $p < 0,000$ ); giữa chưa được tư vấn tốt và được tư vấn tốt với tuân thủ điều trị ( $p < 0,05$ ).*

*Từ khóa: Tuân thủ điều trị, kiến thức, thực hành, chăm sóc, tư vấn cho bệnh nhân.*

## COMPLIANCE IN TREATMENT AND COUNSELING CARE FOR HYPERTENSIVE PATIENTS TREATED AT THE DEPARTMENT OF EXAMINATION, AN GIANG GENERAL HOSPITAL

*A cross-sectional descriptive study combined with analysis performed on 385 patients at the Department of Examination, An Giang General Hospital from September 2020 to December 2020 on hypertensive patients of the general hospital, An Giang area. Objective (1) is to describe the status of compliance in treatment of hypertensive patients at the Department of Examination, An Giang General Hospital and some related factors. (2) Analysis of the current situation of consulting care for patients at An Giang Regional General Hospital. The collected data are medical records of patients' adherence to treatment, as female patients accounted for more than men (50.6% compared to 49.4%). Average age:  $66.1 \pm 12.2$ ; the average duration of illness was  $7.8 \pm 5.6$  years. Knowledge of treatment adherence accounted for 78.7% and no knowledge of treatment adherence accounted for 21.3%. Compliance with practice in treatment accounted for 62.9% and non-compliance with practice accounted for 37.1%; on general care for patients: at a good level 74.3% and the bad level accounted for 25.7%; Counseling good level for patients accounted for 70.4% and bad level was 29.6%. There is a clear and statistically significant difference between age  $> 60$  years old and  $< 60$  years old with treatment adherence ( $p < 0.05$ ), between education level below high school and university ( $p < 0.05$ ); between patients who do not eat salt and eat less salt; between not eating fat and eating less fat; smoker and non-smoker with treatment adherence ( $p < 0.05$ ); between more than 10 years of disease and less than 5 years of treatment adherence ( $p < 0.000$ ). Between poor knowledge and patients with good knowledge and treatment adherence ( $p < 0.000$ ); between poorly cared for patients and well cared for patients with treatment adherence ( $p < 0.000$ ); between not being consulted well and being well counseled with treatment adherence ( $p < 0.05$ )*

Keywords: Treatment adherence, knowledge, practice, care, counseling for patients.

## I/ ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là bệnh phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam, là một trong những bệnh mạn tính gây ra gánh nặng bệnh tật và tử vong nghiêm trọng nhất trên phạm vi toàn cầu. Theo báo cáo của hội Tim Mạch học Việt Nam, tính đến tháng 5 năm 2016 tỷ lệ THA là 47,3%, trong đó chỉ có 31,3% THA kiểm soát được [3], đến năm 2015 tỷ lệ này ở mức báo động đỏ với hơn 47,3% người lớn bị tăng huyết áp [1]. Hiện nay tăng huyết áp (THA) gia tăng trên toàn thế giới và được mệnh danh là “kẻ giết người thầm lặng”. Tăng huyết áp liên quan đến 69% nhồi máu cơ tim lần đầu, 74% các ca bệnh động mạch vành, 77% đột quỵ não lần đầu và 91% các ca suy tim. Với tính chất của bệnh cần phải theo dõi huyết áp và dùng thuốc hạ áp suốt đời, do đó dễ dàng nhận thấy việc người bệnh phải tuân thủ dùng thuốc là vô cùng cần thiết. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ ở người bệnh ngoại trú đáng lo ngại và cần có những can thiệp kịp thời. Có nhiều nguyên nhân làm giảm sự tuân thủ trong sử dụng thuốc trên người bệnh tăng huyết áp, nhưng nguyên nhân cơ bản được chỉ ra là người bệnh hoàn toàn thụ động và chỉ quan tâm khi thấy ảnh hưởng tới sức khỏe bản thân, trong khi đó tăng huyết áp tiến triển thầm lặng [5]. Đây thực sự là một thách thức đối với các bác sỹ và Điều dưỡng trực tiếp điều trị, chăm sóc người bệnh. Vai trò chăm sóc, tư vấn của Điều dưỡng đòi hỏi phải kiên trì giúp người bệnh tuân thủ điều trị bằng cách tư vấn kiến thức, thực hành về tuân thủ điều trị cho người bệnh. Từ thực tế trên đề tài “*Tuân thủ điều trị và chăm sóc tư vấn cho người bệnh tăng huyết áp điều trị tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện đa khoa khu vực Tỉnh An Giang*” được tiến hành nhằm mục tiêu sau:

**1. Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp điều trị tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện đa khoa khu vực Tỉnh An Giang và một số yếu tố liên quan năm 2020 - 2021.**

**2. Phân tích thực trạng chăm sóc tư vấn cho người bệnh tăng huyết áp tại Bệnh viện đa khoa khu vực Tỉnh An Giang.**

## II/ ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được chẩn đoán THA đang điều trị ngoại trú tại Khám Bệnh - Bệnh viện ĐKKV Tỉnh An Giang và có thời gian mắc bệnh  $\geq 01$  năm. Thời gian: 9/2021 đến 12/2021.

**2. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**3. Cỡ mẫu:** 385 bệnh nhân tăng huyết áp tại Khám Bệnh - Bệnh viện ĐKKV Tỉnh An Giang.

**4. Biến số NC:** Tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi ở, trình độ học vấn. Tình trạng kinh tế gia đình, thời gian mắc bệnh, thói quen ăn mặn, béo, hút thuốc lá, uống rượu bia, kiến thức tuân thủ, thực hành tuân thủ, chăm sóc người bệnh, tư vấn cho người bệnh,...

5. Xử lý số liệu: phân tích, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 để tính tỷ lệ phần trăm, phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến chưa tuân thủ điều trị, khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

### III/ KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới, tuổi

|                                                  |     | <i>n</i> (385) | <i>Tỷ lệ (%)</i> |
|--------------------------------------------------|-----|----------------|------------------|
| <i>Giới</i>                                      | Nam | 190            | 49,4             |
|                                                  | Nữ  | 195            | 50,6             |
| <i>Tuổi của đối tượng nghiên cứu</i>             |     |                |                  |
| < 50 tuổi                                        |     | 36             | 9,4              |
| 50 – 60 tuổi                                     |     | 83             | 21,6             |
| > 60 tuổi                                        |     | 266            | 69,0             |
| Tuổi trung bình                                  |     | 66,1 ± 12,2    |                  |
| <i>Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu</i> |     |                |                  |
| Đại học                                          |     | 31             | 8,1              |
| Dưới đại học                                     |     | 354            | 91,9             |
| <i>Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu</i>      |     |                |                  |
| Nông dân, kinh doanh, hưu                        |     | 352            | 91,4             |
| Công chức, viên chức                             |     | 33             | 8,6              |
| <i>Thời gian bị bệnh trung bình</i>              |     | 7,8 ± 5,6 năm  |                  |

Nhận xét: Tỷ lệ nữ cao hơn nam. Chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi > 60, tiếp đến nhóm tuổi 50 – 60, và tỷ lệ thấp nhất thuộc nhóm tuổi < 50. Hầu hết là dưới đại học (91,9%) và chủ yếu là những người làm nghề nông, buôn bán, cán bộ hưu (91,4%).



## 2. Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp

Bảng 2. Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp

| Biến số nghiên cứu                                                         | n<br>(385) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|
| <b>Người bệnh có kiến thức hiểu biết về bệnh tăng huyết áp</b>             |            |           |
| Có biết dấu hiệu báo trước khi bị THA                                      | 215        | 55,8      |
| Có kiến thức là bệnh tăng huyết áp có nguy hiểm                            | 204        | 53,0      |
| Có kiến thức là bệnh tăng HA có thể chữa ổn định                           | 233        | 60,5      |
| Huyết áp cao có thể kiểm soát được                                         | 252        | 65,5      |
| <b>Người bệnh có kiến thức về tuân thủ dùng thuốc</b>                      |            |           |
| Có hiểu tuân thủ uống thuốc là điều quan trọng nhất để kiểm soát huyết áp. | 277        | 71,9      |
| Có hiểu khi bị THA phải sử dụng thuốc liên tục trong nhiều năm             | 234        | 60,8      |
| Có hiểu nếu không điều trị tốt THA sẽ gây ra biến chứng nguy hiểm          | 245        | 63,6      |
| Có hiểu về chỉ cần uống thuốc điều trị THA                                 | 48         | 12,5      |
| Có hiểu về chỉ cần thay đổi lối sống                                       | 81         | 21,0      |
| Có hiểu cần uống thuốc và thay đổi lối sống                                | 235        | 61,0      |
| <b>Người bệnh có kiến thức tuân thủ theo dõi bệnh huyết áp theo tư vấn</b> |            |           |
| Kiểm tra huyết áp thường xuyên                                             | 289        | 75,1      |
| Thay đổi chế độ ăn uống, sinh hoạt giúp kiểm soát HA                       | 242        | 62,9      |
| Có KT biết trị số xác định tăng huyết áp                                   | 234        | 60,8      |
| Có kiến thức tuân thủ tái khám theo hẹn.                                   | 230        | 59,7      |
| <b>Đánh giá chung về kiến thức tuân thủ điều trị của NB tăng huyết áp</b>  |            |           |
| Có kiến thức tuân thủ                                                      | 303        | 78,7      |
| Chưa có kiến thức tuân thủ                                                 | 82         | 21,3      |

| <b>Thực hành tuân thủ điều trị của NB tăng THA</b>                  |     |      |
|---------------------------------------------------------------------|-----|------|
| Có quên uống thuốc                                                  | 214 | 55,6 |
| Có thỉnh thoảng quên thuốc trong 2 tuần                             | 206 | 53,5 |
| Tự ý mua thuốc mà không báo bác sĩ.                                 | 242 | 62,9 |
| Khi đi du lịch, đi chơi, có đôi lúc quên mang theo thuốc            | 199 | 51,7 |
| Có quên uống thuốc ngày hôm qua                                     | 171 | 44,4 |
| Có tự ý dừng thuốc khi thấy sức khỏe tốt.                           | 215 | 55,8 |
| Có thấy bất tiện khi phải uống thuốc mỗi ngày không.                | 226 | 58,7 |
| Có thường xuyên thấy khó khăn khi phải nhớ uống tất cả thuốc        | 181 | 47,0 |
| <b>Đánh giá chung về thực hành tuân thủ điều trị của người bệnh</b> |     |      |
| Tuân thủ thực hành                                                  | 242 | 62,9 |
| Chưa tuân thủ thực hành                                             | 143 | 37,1 |

**NB có kiến thức về bệnh:** hiểu biết về dấu hiệu báo trước khi bị THA (55,8%); có hiểu biết bệnh THA có nguy hiểm (53%); biết về THA có thể chữa ổn định (60,5%); biết về bệnh HA có thể kiểm soát được (65,5%).

**NB có kiến thức tuân thủ dùng thuốc điều trị tăng huyết áp:** có kiến thức về uống thuốc là điều quan trọng nhất để kiểm soát huyết áp chiếm 71,9%; Hiểu khi bị THA phải sử dụng thuốc liên tục nhiều năm chiếm 60,8%; biết không điều trị tốt THA sẽ gây ra biến chứng nguy hiểm chiếm 63,6%; Hiểu là chỉ cần uống thuốc điều trị THA chiếm 12,5%; Hiểu là chỉ cần thay đổi lối sống chiếm 21%; Hiểu là chỉ cần uống thuốc và thay đổi lối sống chiếm 61%

**Có kiến thức tuân thủ theo dõi bệnh huyết áp theo tư vấn:** Có kiến thức tuân thủ kiểm tra huyết áp thường xuyên chiếm 75,1%; Có kiến thức tuân thủ về Thay đổi chế độ ăn uống, sinh hoạt giúp kiểm soát HA chiếm 62,9%; Có kiến thức hiểu biết trị số xác định tăng huyết áp chiếm 60,8%; Có kiến thức tuân thủ tái khám theo hẹn chiếm 59,7%.

**Đánh giá chung về kiến thức tuân thủ điều trị:** Có kiến thức tuân thủ (78,7%), không (21,3%)

**Thực hành tuân thủ về sử dụng thuốc điều trị:** không quên (44,4%); Trong 2 tuần qua có ngày không quên thuốc (46,5%); Không tự ý mua thuốc (37,1%); Khi đi du lịch, đi chơi, có đôi lúc không quên (48,3%); thuốc ngày hôm qua không quên (55,6%); tự ý dừng thuốc khi thấy sức khỏe tốt (44,2%); thấy bất tiện khi phải uống thuốc mỗi

ngày (41,3%); Không thấy khó khăn khi phải nhớ uống tất cả thuốc (53%).

**Đánh giá chung về thực hành tuân thủ điều trị:** có tuân thủ thực hành là 62,9% và chưa tuân thủ thực hành chiếm 37,1%.

#### 4. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị

##### 4.1. Liên quan giữa đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu với tuân thủ điều trị

Bảng 4. Sự liên quan giữa đặc điểm của đối tượng nghiên cứu với tuân thủ điều trị

| Biến số NC                                                     | Không tuân thủ | Có tuân thủ | P       |
|----------------------------------------------------------------|----------------|-------------|---------|
| <i>Liên quan giữa tuổi với tuân thủ điều trị</i>               |                |             |         |
| > 60 tuổi (1)                                                  | 116(43,6%)     | 150 (56,4%) | < 0,003 |
| 50 – 60 tuổi (2)                                               | 21 (25,3%)     | 62 (74,7%)  |         |
| < 50 tuổi                                                      | 6 (16,7%)      | 30 (83,3%)  | < 0,002 |
| <i>Liên quan giữa trình độ với tuân thủ điều trị</i>           |                |             |         |
| Trung học phổ thông                                            | 102 (44,3%)    | 128 (55,7%) | < 0,05  |
| Đại học, sau ĐH                                                | 5 (16,1%)      | 26 (83,9%)  |         |
| <i>Liên quan giữa sở thích thói quen với tuân thủ điều trị</i> |                |             |         |
| Không ăn mặn                                                   | 141(38,4%)     | 226 (61,6%) | < 0,05  |
| Có ăn ít mặn                                                   | 2 (11,1%)      | 16 (88,9%)  |         |
| Không ăn chất béo                                              | 127 (41,0%)    | 183 (59,0%) | < 0,05  |
| Có ăn ít chất béo                                              | 16 (21,3%)     | 59 (78,7%)  |         |
| Có hút thuốc                                                   | 44 (50,0%)     | 44 (50,0%)  | < 0,05  |
| Không hút thuốc                                                | 99 (33,3%)     | 198 (66,7%) |         |
| Có uống rượu bia                                               | 44 (50,0%)     | 44 (50,0%)  | < 0,05  |
| Không uống                                                     | 99 (33,3%)     | 198 (66,7%) |         |
| <i>Liên quan giữa thời gian mắc bệnh với tuân thủ điều trị</i> |                |             |         |
| Trên 10 năm (1)                                                | 34 (56,7%)     | 26 (43,3%)  | 0,005   |

|                   |            |             |       |
|-------------------|------------|-------------|-------|
| Từ 5 - 10 năm (2) | 83 (36,6%) | 144 (63,4%) |       |
| Dưới 5 năm (3)    | 26 (26,5%) | 72 (73,5%)  | 0,000 |

**Nhận xét:** Liên quan giữa > 60 tuổi và từ 50-60 tuổi với tuân thủ điều trị ( $p < 0,05$ ); có sự liên quan giữa > 60 tuổi và < 50 tuổi với tuân thủ điều trị ( $p < 0,05$ ). Liên quan giữa < TH phổ thông và đại học, SDH với tuân thủ điều trị ( $p < 0,05$ ). Có sự khác biệt giữa NB không ăn mặn và có ăn mặn ít; giữa NB không ăn chất béo và ăn ít chất béo; giữa NB có hút thuốc lá và không hút thuốc lá; giữa NB có uống nhiều rượu bia và không uống rượu bia với tuân thủ điều trị ( $p < 0,05$ ). Liên quan giữa NB có thời gian mắc bệnh > 10 năm và thời gian mắc từ 5-10 năm với tuân thủ điều trị ( $p < 0,005$ ); giữa có thời gian mắc bệnh > 10 năm và < 5 năm với tuân thủ điều trị ( $p < 0,000$ ).

Bảng 5. Liên quan giữa kiến thức, thực hành với tuân thủ điều trị

| Biến số NC                                                              | Không tuân thủ | Có tuân thủ | P                 |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------|-------------------|
| <i>Liên quan giữa kiến thức chung về bệnh THA với tuân thủ điều trị</i> |                |             |                   |
| Kiến thức chưa tốt                                                      | 44 (53,7%)     | 38 (46,3%)  | <b>&lt; 0,000</b> |
| Kiến thức tốt                                                           | 99 (32,7%)     | 204 (67,3%) |                   |
| <i>Liên quan giữa thực hành chung với tuân thủ điều trị</i>             |                |             |                   |
| Chưa tốt                                                                | 102 (43,8%)    | 131 (56,2%) | <b>&lt; 0,001</b> |
| Tốt                                                                     | 41 (27,0%)     | 111 (73,0%) |                   |

**Nhận xét:** có sự liên quan rõ rệt giữa kiến thức chưa tốt và NB có kiến thức tốt về bệnh THA với tuân thủ điều trị ( $p < 0,000$ ). Có sự liên quan rõ rệt giữa thực hành chưa tốt và có thực hành tốt với tuân thủ điều trị ( $p < 0,001$ )

Bảng 6. Liên quan giữa hoạt động chăm sóc, tư vấn với tuân thủ điều trị

| Biến số NC                                                         | Không tuân thủ | Có tuân thủ | P     |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|-------------|-------|
| <i>Liên quan giữa hoạt động chăm sóc với tuân thủ điều trị</i>     |                |             |       |
| Chăm sóc chưa tốt                                                  | 55 (55,6%)     | 44 (44,4%)  | 0,000 |
| Chăm sóc tốt                                                       | 88 (30,8%)     | 198 (69,2%) |       |
| <i>Liên quan giữa hoạt động tư vấn, GDSK với tuân thủ điều trị</i> |                |             |       |



|                 |            |             |       |
|-----------------|------------|-------------|-------|
| Tư vấn chưa tốt | 54 (47,4%) | 60 (52,6%)  | 0,007 |
| Tư vấn tốt      | 89 (32,8%) | 182 (67,2%) |       |

*Nhận xét:* có liên quan rõ rệt giữa chăm sóc chưa tốt và người bệnh được chăm sóc tốt với tuân thủ điều trị ( $p < 0,05$ ). Liên quan giữa người bệnh chưa được tư vấn tốt và người bệnh được tư vấn tốt với tuân thủ điều trị ( $p < 0,05$ ).

#### IV/ BÀN LUẬN

**1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:** Nữ chiếm cao hơn nam giới (50,6% so với 49,4%) và kết quả này cũng tương đồng với KQNC của Đỗ Thị Hiến năm 2020 [3] cũng có tỷ lệ nữ chiếm cao hơn nam giới (55,5% so với 44,5%), tương đồng với Nguyễn Hồng Minh và CS có nữ 55% và nam 45% [4]. Về tuổi: tỷ lệ cao nhất là nhóm tuổi trên 60 chiếm 69%, kết quả của chúng tôi chỉ thấp hơn của Phạm Thị Hồng Vân [8] có người bệnh > 60 tuổi chiếm 65%; tiếp đến nhóm tuổi 50 – 60; và tỷ lệ thấp nhất thuộc nhóm tuổi < 50 là nhóm tuổi lao động, làm việc trong nhiều môi trường khác nhau. Hầu hết là dưới đại học chiếm 91,9% cao hơn KQNC của Đỗ Thị Hiến là 69,75 [3] và chủ yếu là những người làm nghề nông, buôn bán hưu trí (91,4%). Về nghề nghiệp: chiếm tỷ lệ cao nhất gộp cả 3 đối tượng là Nông dân, kinh doanh, hưu trí (91,4%), KQNC này cao hơn với KQNC của Đỗ thị Hiến gộp cả nông dân (8,5%), kinh doanh (15,25%), hưu trí (50,5%) chỉ là 74,25%. Tiếp theo là đối tượng công chức, viên chức thì trong NC của chúng tôi chỉ chiếm 8,6% cũng thấp hơn KQ của Đỗ Thị Hiến (8,6% so với 17,75%)[3]. NB có kiến thức về bệnh: hiểu biết về dấu hiệu báo trước khi bị THA chiếm 55,8%; có hiểu biết bệnh THA có nguy hiểm chiếm 53; biết về THA có thể chữa ổn định chiếm 60,5%; biết về bệnh HA có thể kiểm soát được chiếm 65,5%. NB có kiến thức hiểu biết về bệnh THA chiếm 72,7%[2].

#### **2. Kiến thức tuân thủ điều trị của NB tăng huyết áp:**

**Kiến thức tuân thủ dùng thuốc của NB tăng huyết áp:** NB có kiến thức về uống thuốc là điều quan trọng nhất để kiểm soát huyết áp chiếm 71,9%. Kết quả này cũng tương đồng với Đỗ Thị Hiến năm 2020 tại bệnh viện 108[3]. NB có kiến thức: khi bị THA phải sử dụng thuốc liên tục trong nhiều năm chiếm 60,8% . NB có kiến thức: về không điều trị tốt THA sẽ gây ra biến chứng nguy hiểm chiếm 63,6%. Kết quả của chúng tôi cho thấy NB có kiến thức là chỉ cần uống thuốc và thay đổi lối sống chiếm 61% tỷ lệ này thấp hơn của Đỗ Thị Hiến (72,5%) [3].

**Kiến thức tuân thủ theo dõi bệnh huyết áp theo tư vấn:** NC của chúng tôi, 75,1% có kiến thức tuân thủ kiểm tra huyết áp thường xuyên chiếm cao hơn của Đỗ Thị Hiến là 71,75% [3] Kết quả này của chúng tôi cũng cao hơn so với nghiên cứu của Ngô Thị Hương Giang (2013) [1] tỷ lệ đối tượng nghiên cứu trả lời đúng về thời gian sử dụng thuốc hạ áp là 67,9%. Kiến thức về điều chỉnh lối sống: cho thấy, phần lớn NB đều

có kiến thức tuân thủ về thay đổi chế độ ăn uống, sinh hoạt kiểm soát HA chiếm 62,9%, tỷ lệ này cao hơn kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Hồng Vân là 37,2%[8]. Có kiến thức tuân thủ tái khám theo hẹn chiếm 59,7% thấp hơn nhiều so với Ngô Vương Hoàng Giang [2] có tỷ lệ tái khám chiếm 98,6%. NC của chúng tôi NB không có kiến thức tuân thủ việc TDSK định kỳ là 40,3%, cao hơn gấp 4 lần so với Đỗ Thị Hiến là 9,25%[3].

**Đánh giá chung về kiến thức tuân thủ điều trị:** Có kiến thức tuân thủ (78,7%) và không (21,3%). Kết quả này của chúng tôi cao hơn của Đỗ Thị Hiến cũng có đánh giá kiến thức chung về điều trị bệnh tăng huyết áp có mức đạt thấp hơn 1,6 lần so với kết quả của chúng tôi (72,7 so với 45,5%) và ngược lại ở mức chưa đạt so với Đỗ Thị Hiến (21,3% so với 54,5%) [3]

### 3. Về thực hành tuân thủ điều trị:

- **Thực hành tuân thủ về sử dụng thuốc điều trị:** không quên (44,4%); Trong 2 tuần qua có ngày không quên thuốc (46,5%); Không tự ý mua thuốc (37,1%); Khi đi du lịch, đi chơi, có đôi lúc không quên chiếm 48,3%; thuốc ngày hôm qua không quên (55,6%); tự ý dừng thuốc khi thấy sức khỏe tốt (44,2%); thấy bất tiện khi phải uống thuốc mỗi ngày (41,3%); không thấy khó khăn khi phải nhớ uống tất cả thuốc (53%). Việc thực hành tuân thủ về sử dụng thuốc điều trị đa phần có KQ cao hơn của Đỗ Thị Hiến năm 2020, nhưng lại thấp hơn NC của Trần Thị Thùy Nhi [5]

- **Đánh giá chung về thực hành tuân thủ điều trị:** có tuân thủ thực hành chung là 62,9% và chưa tuân thủ thực hành chiếm 37,1%. Kết quả này cao hơn của Trần Thị Thùy Nhi [5] khi tư vấn lần đầu không tuân thủ chiếm 36,6% và sau 3 tháng tỷ lệ đã giảm còn 26,3%. Nhưng kết quả tuân thủ dùng thuốc của chúng tôi lại thấp hơn rất nhiều so với của Phạm Thị Hồng Vân năm 2020 có kết quả tuân thủ thực hành chiếm khá cao tới 96,1%; chưa tuân thủ thực hành chỉ chiếm 3,9%[8].

### 4. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của NB tăng HA

#### 4.1. Liên quan giữa đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu với tuân thủ điều trị

**Về tuổi:** Có sự liên quan giữa > 60 tuổi và từ 50-60 tuổi với tuân thủ điều trị ( $p < 0,05$ ); có sự liên quan giữa > 60 tuổi và < 50 tuổi với tuân thủ điều trị ( $p < 0,05$ ). Kết quả NC của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đỗ Thị Hiến năm 2020 [3] và của Phạm Thị Hồng Vân năm 2020 cũng có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) [8].

**Về trình độ học vấn:** Có sự liên quan giữa dưới trung học phổ thông và đại học, sau đại học với tuân thủ điều trị ( $p < 0,05$ ). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với Đỗ Thị Hiến bệnh nhân có trình độ từ đại học trở lên có mức tuân thủ cao hơn so với nhóm dưới đại học [3].

*Về sở thích, lối sống:* Có liên quan giữa người bệnh không ăn mặn và có ăn mặn ít; giữa người bệnh không ăn chất béo và ăn ít chất béo; giữa người bệnh có hút thuốc lá và không hút thuốc lá; giữa người bệnh có uống nhiều rượu bia và không uống rượu bia với tuân thủ điều trị ( $p < 0,05$ ). Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại trái ngược với kết quả của Đỗ Thị Hiến là chưa tìm thấy sự khác biệt này, có lẽ do cỡ mẫu nhỏ.

*Về thời gian mắc bệnh:* Có sự liên quan giữa người bệnh có thời gian mắc bệnh  $> 10$  năm và thời gian mắc từ 5-10 năm với tuân thủ điều trị ( $p < 0,005$ ). Kết quả này lại trái ngược với Phạm Thị Hồng Vân là chưa tìm thấy liên quan giữa người bệnh có thời gian bị bệnh THA với tuân thủ điều trị ( $p > 0,05$ ) [40].

***Liên quan giữa kiến thức, thực hành với tuân thủ điều trị:*** Có sự liên quan rõ rệt giữa kiến thức chưa tốt và người bệnh có kiến thức tốt về bệnh THA với tuân thủ điều trị ( $p < 0,000$ ). Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của Đỗ Thị Hiến cũng có kiến thức chung tuân thủ điều trị bệnh tăng huyết áp có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm người bệnh tăng HA “có tuân thủ điều trị” và “không tuân thủ điều trị” với  $p < 0,05$  [12]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có sự khác biệt giữa thực hành chưa tốt và người bệnh tăng huyết áp có thực hành tốt với tuân thủ điều trị ( $p < 0,001$ ). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với Đỗ Thị Hiến [3].

***Liên quan giữa hoạt động chăm sóc, tư vấn với tuân thủ điều trị:*** Bảng 6 cho thấy, có sự liên quan rõ rệt giữa chăm sóc chưa tốt và người bệnh được chăm sóc tốt với tuân thủ điều trị ( $p < 0,000$ ) có thể giải thích rằng khi NB đến khám và điều trị ngay từ đầu đã được điều dưỡng giao tiếp rất tận tình được người bệnh hài lòng tới 97,7% [7], theo Bùi Minh Thông nhu cầu cần được chăm sóc của người bệnh chiếm 91,4%, cần được tư vấn sức khỏe rất lớn chiếm tới 80,9%[6]. Có sự liên quan giữa người bệnh chưa được tư vấn, tốt và người bệnh được tư vấn tốt với tuân thủ điều trị ( $p < 0,007$ ).

## V/ KẾT LUẬN

1. *Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp:* Có kiến thức tuân thủ (78,7%) và chưa tuân thủ (21,3%). Có tuân thủ thực hành (62,9%) và chưa tuân thủ thực hành (37,1%).

2. *Thực trạng chăm sóc cho người bệnh tăng HA:* ở mức tốt chiếm 74,3% và mức chưa tốt chiếm 25,7%.

3. *Thực trạng tư vấn cho người bệnh tăng HA:* mức tốt chiếm 70,4% và mức chưa tốt còn 29,6%.

## VI/ TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Thị Hương Giang (2013)**, *Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng biến chứng ở người bị tăng huyết áp tại huyện Thanh Trì, Thành phố Hà Nội*, 2013, Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế Công Cộng.
2. **Ngô Vương Hoàng Giang (2020)** *Thực trạng tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Trung tâm Y tế Huyện Thọại Sơn, tỉnh An Giang năm 2020*, Tạp chí Y học thực hành, Tập 31, số 6 2021
3. **Đỗ Thị Hiến và CS (2020)**, *Đánh giá sự tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tăng huyết áp được điều trị ngoại trú tại Phòng khám Nội Tim mạch – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*, Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, Hội nghị khoa học điều dưỡng bệnh viện 2020, tập 15, 11/2020,
4. **Nguyễn Hồng Minh và CS (2018)**, *Mô tả nhu cầu của người bệnh đến khám tại Khoa Khám bệnh, bệnh viện Trung ương Quân đội 108, quý 1 năm 2018*. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, Hội nghị khoa học điều dưỡng 2018, tập 13, số đặc biệt 8/2018, trang 300 - 307.
5. **Trần Thị Thùy Nhi và CS (2017)**, *Nghiên cứu tuân thủ sử dụng thuốc theo thang điểm Mirisky (VMAS – 8) và hiệu quả tư vấn trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2*. Hội Nội tiết và Đái tháo đường miền trung, 17/3/2021. Chuyên đề, đái tháo đường, tạp chí số 46+47
6. **Bùi Minh Thông và CS (2018)**, *Thực trạng công tác giáo dục sức khỏe cho người bệnh tại bệnh viện Nội tiết trung ương năm 2018*. . Kỷ yếu Hội nghị khoa học bệnh viện Nội Tiết trung ương mở rộng năm 2019. Tr 349 – 355.
7. **Trần Thị Thanh Thảo, Đào Thị Thu Giang (2020)**, *Thực trạng kỹ năng giáo tiếp, ứng xử với bệnh nhân của điều dưỡng Khoa Khám bệnh Cán bộ cao cấp, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2020*. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, tập 15, số đặc biệt 11/2020.
8. **Phạm Thị Hồng Vân và CS (2020)**, *Tìm hiểu kiến thức và thực hành tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp tại Viện Điều trị Cán bộ cao cấp Quân đội*. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, Hội nghị khoa học điều dưỡng bệnh viện 2020, tập 15, số đặc biệt 11/2020.



# HỘI NGHỊ KHOA HỌC

## ĐIỀU DƯỠNG - HỘ SINH NĂM 2022



**ThS. BS. LÊ THỊ KIM ĐÀI**

Trưởng phòng Quản lý chất lượng  
Bệnh viện Đa khoa trung ương Cần Thơ





# VAI TRÒ ĐIỀU DƯỠNG TRONG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG & AN TOÀN NGƯỜI BỆNH



BSCK2 LÊ THỊ KIM ĐÀI

## Nội dung

1. Những vấn đề tồn tại trong quản lý chất lượng khám chữa bệnh.
2. Các thành tố trong quản lý chất lượng
3. Điều dưỡng quản lý chất lượng & an toàn người bệnh tại BV

## Những vấn đề chất lượng – trong lĩnh vực y tế



## QLCL BV là gì?

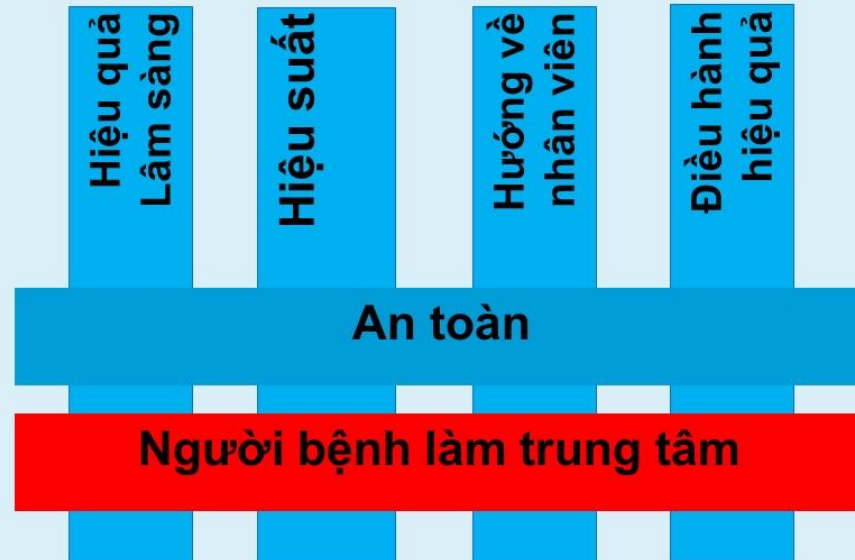
➤ Là **sự phối hợp** các hoạt động nhằm không ngừng thoả mãn yêu cầu của người bệnh thông qua quá trình **giám sát, đánh giá và áp dụng** các biện pháp để thường xuyên **cải tiến CLB**

• **Phối hợp:**

- Trước: Cơ sở y tế; NVYT
- Nay:
  - Người bệnh
  - Xã hội
  - Ban, Ngành

**Mô hình của PATH-WHO EUROPE**

Bộ công cụ đánh giá thực thi về cải tiến chất lượng bệnh viện  
(PATH)



Khuyh hướng chất lượng  
Năm “**đúng**”

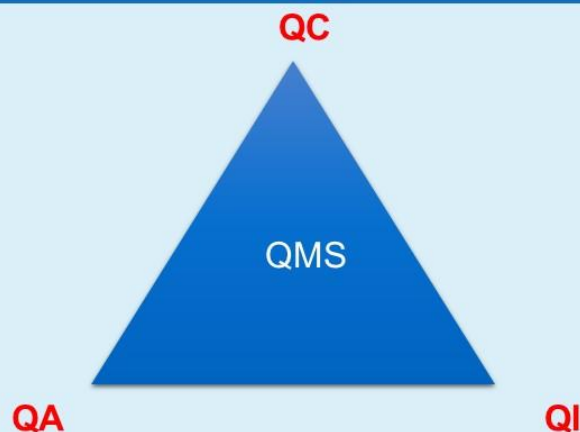
Điều trị **Đúng**  
Cho **Đúng** người  
Vào **Đúng** chỗ  
Tại **Đúng** thời điểm  
Với **Đúng** giá

## Đặc tính của chất lượng

- Lịch sự (Politeness)
- Thân thiện (Friendliness)
- Đúng giờ, đúng hạn, đúng thời điểm (Punctual)
- Đủ khả năng (Competent)
- Sẵn sàng phục vụ (Ready to serve)
- Lâu bền (Durable)
- Tin cậy (Reliable)
- Hấp dẫn (Attractive)
- Xứng với giá trị đồng tiền (Value for money)



## HỆ THỐNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG

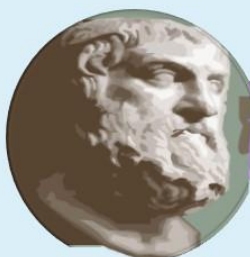


- QMS: quality management system – Hệ thống quản lý chất lượng
- QA: quality assurance – Bảo đảm chất lượng
- QC: quality control – Kiểm soát chất lượng
- QI: quality improvement – Cải tiến chất lượng



**THÔNG TƯ 19/2013 VỀ QLCLBV****Thông tư gồm 5 chương, 22 điều**

- Chương I: Quy định chung
- Chương II: Nội dung triển khai quản lý chất lượng trong bệnh viện
- Chương III: Hệ thống quản lý chất lượng trong bệnh viện
- Chương IV: Trách nhiệm thực hiện quản lý CLBV
- Chương V: Điều khoản thi hành

**AN TOÀN NGƯỜI BỆNH**

**"Đầu tiên là không  
làm hại, First do no  
harm"**

Hippocratic Oath



## Quản lý chất lượng & ATNB

### QA?

- Bộ tiêu chí chất lượng BV: 83TC
- Đảm bảo chất lượng xét nghiệm: QĐ 2429/BYT
- Đảm bảo An toàn phẫu thuật: QĐ 7482/BYT
- Bệnh viện An toàn PCD QĐ 3088/QĐ-BYT (đang sửa đổi bổ sung).

### Y Tế - Môi trường nguy cơ cao “Sự sắp đặt hoàn hảo để tạo ra sự cố, rủi ro”



## Y Tế - Môi trường nguy cơ cao “Sự sắp đặt hoàn hảo để che giấu sai sót”



Im lặng tập thể

Bệnh tật có thể che giấu  
sai lầm y khoaNB không nhận thức tốt  
hoặc không nói đượcVăn hóa  
theo trật tự

Văn hóa trừng phạt

Hầu hết các sai lầm suýt  
xảy ra hoặc phản ứng nhẹ

## Chương II. Nội dung triển khai QLCL trong BV

XDKH, CT bảo đảm & cải tiến  
ch.lượng trong BV

Duy trì quy chuẩn KT quốc gia  
về BV

XD chỉ số chất lượng, cơ sở dữ  
liệu và đo lường ch.lượng BV

Tổ chức triển khai các quy định, hướng  
dẫn chuyên môn trong KB, CB

Triển khai các biện pháp bảo đảm an  
toàn người bệnh và nhân viên y tế

Áp dụng bộ tiêu chuẩn QLCL BV

Đánh giá ch.lượng BV

## Nhiệm vụ cụ thể

XD, ban hành, phổ biến **mục tiêu  
ch.lượng** để nhân viên y tế, người bệnh  
và cộng đồng được biết.

Mục tiêu ch.lượng phù hợp với chính  
sách, pháp luật và nguồn lực của BV.

BV XD, phê duyệt KH và lập chương trình  
**bảo đảm, cải tiến ch.lượng** thông qua  
việc xác định các vấn đề ưu tiên. Nội  
dung của KH ch.lượng được lồng ghép  
vào KH hoạt động hằng năm và 5 năm,  
phù hợp với nguồn lực của BV.

## XÂY DỰNG VĂN HÓA CHẤT LƯỢNG & ATNB

- ☐ Cam kết của lãnh đạo
- ☐ Cam kết của quản lý cấp trung
- ☐ Huấn luyện cho nhân viên chủ đề: CLBV, An Toàn Người Bệnh, QTKT, QTUX, dự án CTCL...
- ☐ Hướng đến các chuẩn chất lượng quốc gia, quốc tế: ISO, TMQ



- ☐ Thông báo đến nhân viên các thông tin liên quan đến hoạt động an toàn người bệnh: mạng nội bộ, sổ báo nội bộ, các buổi họp, poster..
- ☐ Triển khai các chương trình thi đua: ĐD giỏi, ngôi sao sáng của tháng, vv...
- ☐ Khảo sát văn hóa ATNB, HLNb, Hải long NVYT... và đề xuất biện pháp cải tiến thích hợp



BYDKTW  
CÁN THO

### BẢNG KIỂM AN TOÀN PHẪU THUẬT

[điều chỉnh dựa theo bảng kiểm của WHO]

**Điền vào bảng kiểm:**

- Thông tin người bệnh
- Phương pháp phẫu thuật
- Phân loại phẫu thuật

**01 Trước khi gây mê, vô cảm (☺: \_\_\_\_\_)**

|                                                                                                              |                                                                                                           |                                                                                                              |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nhận dạng người bệnh<br> | Đánh dấu vùng mổ<br> | Kiểm tra phẫu thuật<br> | Kiểm tra an toàn<br>Kiểm tra: quan sát, hỏi người bệnh<br> | Kiểm tra thuốc, thiết bị<br>Kiểm tra: thuốc, thiết bị<br> |
| BS phẫu thuật                                                                                                |                                                                                                           | BS/KTV gây mê                                                                                                |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                |

**02 Trước khi rạch da (☺: \_\_\_\_\_)**

|                                                                                                                                    |                                                                                                                                     |                                                                                                                                  |                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Xác nhận thành viên<br>Kiểm tra: nhân viên<br> | Kiểm tra: nhân viên<br>Kiểm tra: nhân viên<br> | Dự kiến chỉ định<br>Kiểm tra: nhân viên<br> | Kiểm tra: nhân viên<br>Kiểm tra: nhân viên<br> |
| Kíp phẫu thuật                                                                                                                     |                                                                                                                                     | BS phẫu thuật                                                                                                                    | BS/KTV gây mê, dụng cụ                                                                                                              |

**03 Trước khi người bệnh rời phòng phẫu thuật (☺: \_\_\_\_\_)**

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                     |                                                                                                                                     |                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kiểm tra dụng cụ<br>Kiểm tra: nhân viên<br> | Kiểm tra: nhân viên<br>Kiểm tra: nhân viên<br> | Kiểm tra: nhân viên<br>Kiểm tra: nhân viên<br> | Kiểm tra: nhân viên<br>Kiểm tra: nhân viên<br> |
| BS phẫu thuật, KTV dụng cụ                                                                                                      |                                                                                                                                     | KTV phụ mổ                                                                                                                          | Kíp phẫu thuật                                                                                                                      |

**Kíp phẫu thuật kiểm tra các bước trên theo chức năng, nhiệm vụ**





**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ**  
**KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC – CHỐNG ĐỘC**  
**“CHUYÊN NGHIỆP, NHANH NHẼN, TẬN TÂM, HIỆU QUẢ”**



**CHUNG TÔI**

➢ Tiền thân là khoa Hồi sức Cấp cứu được đổi tên thành Hồi Sức Tích Cực - Chống Độc vào ngày 22/08/2008 và phát triển phân khoa Đột Quỵ với quyết định thành lập vào 24/05/2016.

➢ Tập thể khoa gồm 63 nhân sự (26 bác sĩ, 35 điều dưỡng, 2 hộ lý) được dẫn dắt bởi ban lãnh đạo khoa gồm:

Trưởng khoa  
Bs. CKII. Dương Thiện Phước

Phó khoa  
Ts. Bs. Hà Tân Đức  
(kiêm nhiệm trưởng phân khoa Đột Quỵ)  
Bs. CKII. Ông Văn Mỹ  
Bs. CKI. Lưu Thị Phương  
Điều Dưỡng Trưởng  
CNBD. Trần Thị Đặng

**HÌNH ẢNH KHOA PHÒNG**



**CHỨC NĂNG VÀ NHIỆM VỤ**

- Là khoa lâm sàng, có nhiệm vụ điều trị và chăm sóc tích cực những bệnh nhân nặng, đe dọa chức năng sống.
- Đào tạo bồi dưỡng chuyên môn cho bác sĩ và điều dưỡng nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc và điều trị.
- Hoàn thiện và phát triển các kỹ thuật cao trong điều trị bệnh lý chuyên ngành hồi sức tích cực như : thở máy, lọc máu liên tục, thay huyết tương, ECMO.
- Phối hợp với đơn vị đào tạo y khoa trong công tác giảng dạy.
- Đào tạo chỉ đạo tuyến về chuyên ngành Hồi sức tích cực.
- Can thiệp sớm các trường hợp đột quỵ cấp.

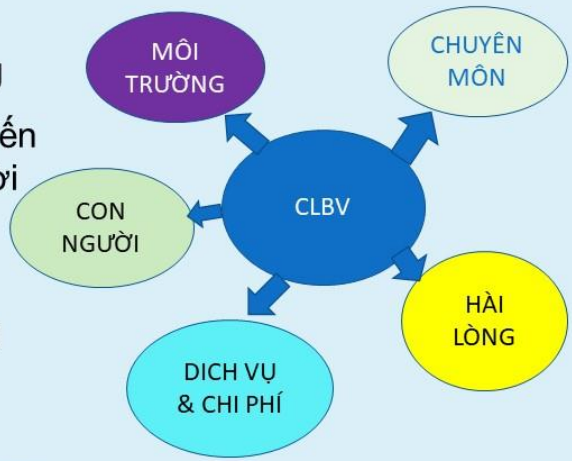
**MỤC TIÊU 2020**

**Hoàn thiện kỹ thuật ECMO và CRRT**  
**Thành lập trung tâm Đột Quỵ**



- ❑ Phòng quản lý chất lượng
- ❑ Các hội đồng liên quan đến các hoạt động an toàn người bệnh (HĐDD, KSNK, HĐDD...)
- ❑ Mạng lưới cho hoạt động QLCL, an toàn người bệnh (ĐDT-ĐDV)

➔ Mọi hoạt động đều xoay quanh mục tiêu An Toàn Người Bệnh và Cải Tiến Chất Lượng



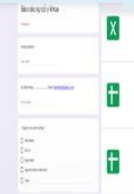
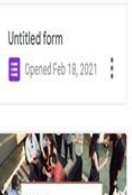
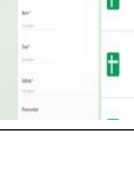
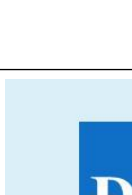
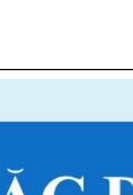
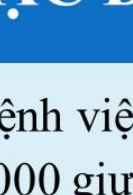
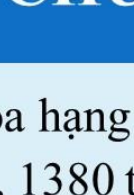
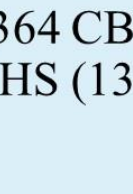
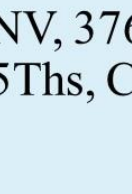
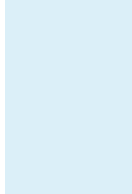
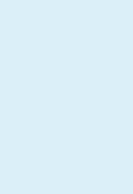
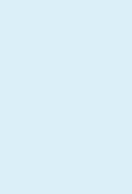
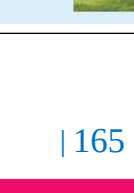
QC ?

## THỰC HIỆN 6 MỤC TIÊU TOÀN CẦU VỀ AN TOÀN NGƯỜI BỆNH





## Các chỉ số chất lượng & báo cáo

|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                   |                   |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|-------------|
|    |    |    |    |    | Thời gian chờ nhận thuốc (nhà thuốc bv) 2020.xlsx | me                | Apr 3, 2021 |
|    |    |    |    |    | Tỷ lệ dùng KS dự phòng tại Ngoại Chấn thương      | me                | Apr 3, 2021 |
|   |   |   |   |    | BẢNG KIỂM ĐÁNH GIÁ HỒ SƠ BỆNH ÁN 2021 (Respon...  | Nguyễn Hữu Thu... | Apr 3, 2021 |
|  |  |  |  |  | Chỉ số chất lượng của điều dưỡng 2020             | me                | Apr 3, 2021 |
|  |  |  |  |  | tỷ lệ trẻ SS áp dụng đa kế đa                     | me                | Apr 3, 2021 |
|  |  |  |  |  | Báo cáo nguy cơ không an toàn (Responses)         | Ha Tan Duc        | Jan 9, 2021 |
|  |  |  |  |  | Chỉ số chất lượng PKHTH                           | me                | Jan 9, 2021 |
|  |  |  |  |  | Tỷ lệ trả HSBA đúng quy định                      | me                | Jan 9, 2021 |

## ĐẶC ĐIỂM CHUNG

- Bệnh viện đa khoa hạng I, trực thuộc BHYT
- 1000 giường KH, 1380 thực kê
- 1364 CBNV, 376 BS (233 SĐH), 650 ĐD, NHS (135Ths, CNĐD). KTV 94 (24 CN).



## VAI TRÒ ĐIỀU DƯỠNG

### • Điều 5. Tiếp nhận và nhận định người bệnh

1. Tiếp nhận, phân loại, sàng lọc và cấp cứu ban đầu
2. Nhận định lâm sàng

### Điều 6. Xác định và thực hiện các can thiệp chăm sóc điều dưỡng

1. Các can thiệp chăm sóc điều dưỡng (TOÀN DIỆN)
2. Xác định các can thiệp điều dưỡng
3. Thực hiện các can thiệp chăm sóc điều dưỡng
4. Ghi lại toàn bộ các can thiệp chăm sóc

### Điều 7. Đánh giá kết quả thực hiện các can thiệp chăm sóc điều dưỡng

## VAI TRÒ ĐIỀU DƯỠNG

- Người chăm sóc sức khỏe
- Người ra quyết định chăm sóc
- Người giao tiếp với BN & người nhà BN
- Người quản lý chăm sóc người bệnh
- Người biện hộ cho bệnh nhân
- Người làm giáo dục (truyền thông GDSK)
- Người nghiên cứu khoa học

## PHÒNG ĐIỀU DƯỠNG (C6)

- Xây dựng bổ sung mới các quy trình còn thiếu & cập nhập các quy trình đã ban hành để phù hợp văn bản quy định và điều kiện thực tế của bệnh viện
- Xây dựng **10 CSCL** liên quan điều dưỡng và **đề án** chất lượng liên quan đến các CSCL thực hiện
- Giám sát tuân thủ quy trình chăm sóc liên quan đến điều dưỡng, định kỳ hàng quý báo cáo về phòng QLCL
- Chủ động xây dựng kế hoạch cụ thể để nâng mức chất lượng tối thiểu mức 4 ở các tiêu chí phụ trách
- Đề nghị gọi báo cáo định kỳ 3 tháng tiến độ thực hiện cho PQLCL để cập nhật hoạt động chất lượng của toàn bệnh viện

### TỔNG CÁC QUY TRÌNH TỪNG NĂM CỦA BV

| NĂM  | BAN HÀNH | QT MỚI | CẬP NHẬT |
|------|----------|--------|----------|
| 2015 | 21       | 21     | 0        |
| 2016 | 35       | 35     | 0        |
| 2017 | 329      | 328    | 1        |
| 2018 | 303      | 297    | 6        |
| 2019 | 186      | 183    | 3        |
| 2020 | 215      | 198    | 17       |
| 2021 | 158      | 147    | 11       |
|      | 1247     | 1209   | 38       |

#### Hướng dẫn Cấp cứu

**H**ướng dẫn Cấp cứu của bệnh viện được xây dựng dựa trên các quy định của pháp luật và các quy định của Bộ Y tế, nhằm đảm bảo tính thống nhất và hiệu quả trong việc xử lý các tình huống cấp cứu.

**Điểm A: Hướng dẫn Cấp cứu**

1. Khi xảy ra tình huống cấp cứu, nhân viên y tế phải tuân thủ các quy định của pháp luật và các quy định của Bộ Y tế, nhằm đảm bảo tính thống nhất và hiệu quả trong việc xử lý các tình huống cấp cứu.

2. Khi xảy ra tình huống cấp cứu, nhân viên y tế phải tuân thủ các quy định của pháp luật và các quy định của Bộ Y tế, nhằm đảm bảo tính thống nhất và hiệu quả trong việc xử lý các tình huống cấp cứu.



#### Chính sách về Blue Code

**Lịch sử của Blue Code tại Bệnh viện**

Blue Code là một hệ thống mã hóa được sử dụng để báo động khẩn cấp trong bệnh viện. Nó được thiết kế để giúp nhân viên y tế phản ứng nhanh chóng và hiệu quả trong các tình huống khẩn cấp.

**Chính sách về Blue Code**

Bệnh viện đã ban hành chính sách về Blue Code, quy định rõ ràng về việc sử dụng mã hóa này trong các tình huống khẩn cấp. Nhân viên y tế phải được đào tạo và cập nhật thường xuyên về chính sách này.

1. Khi xảy ra tình huống cấp cứu, nhân viên y tế phải tuân thủ các quy định của pháp luật và các quy định của Bộ Y tế, nhằm đảm bảo tính thống nhất và hiệu quả trong việc xử lý các tình huống cấp cứu.

| BLUE CODE - 1191                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PHÁC ĐỒ DUY CẤP CỨU                                                                                                                                                                                                                             | CALL PROCEDURE IN CASE OF EMERGENCY                                                                                                                                                                                                       |
| <p><b>HÀNH ĐỘNG CẤP CỨU</b></p> <p>1. Khi xảy ra tình huống cấp cứu, nhân viên y tế phải tuân thủ các quy định của pháp luật và các quy định của Bộ Y tế, nhằm đảm bảo tính thống nhất và hiệu quả trong việc xử lý các tình huống cấp cứu.</p> | <p><b>DON'T PANIC</b></p> <p>1. Khi xảy ra tình huống cấp cứu, nhân viên y tế phải tuân thủ các quy định của pháp luật và các quy định của Bộ Y tế, nhằm đảm bảo tính thống nhất và hiệu quả trong việc xử lý các tình huống cấp cứu.</p> |





Chăm sóc ĐD



Phác đồ điều trị  
Quy trình kỹ thuật



## Quality & Safety Key Term Review



- Healthcare Quality
- The degree to which healthcare services or individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge (IOM, 2001)

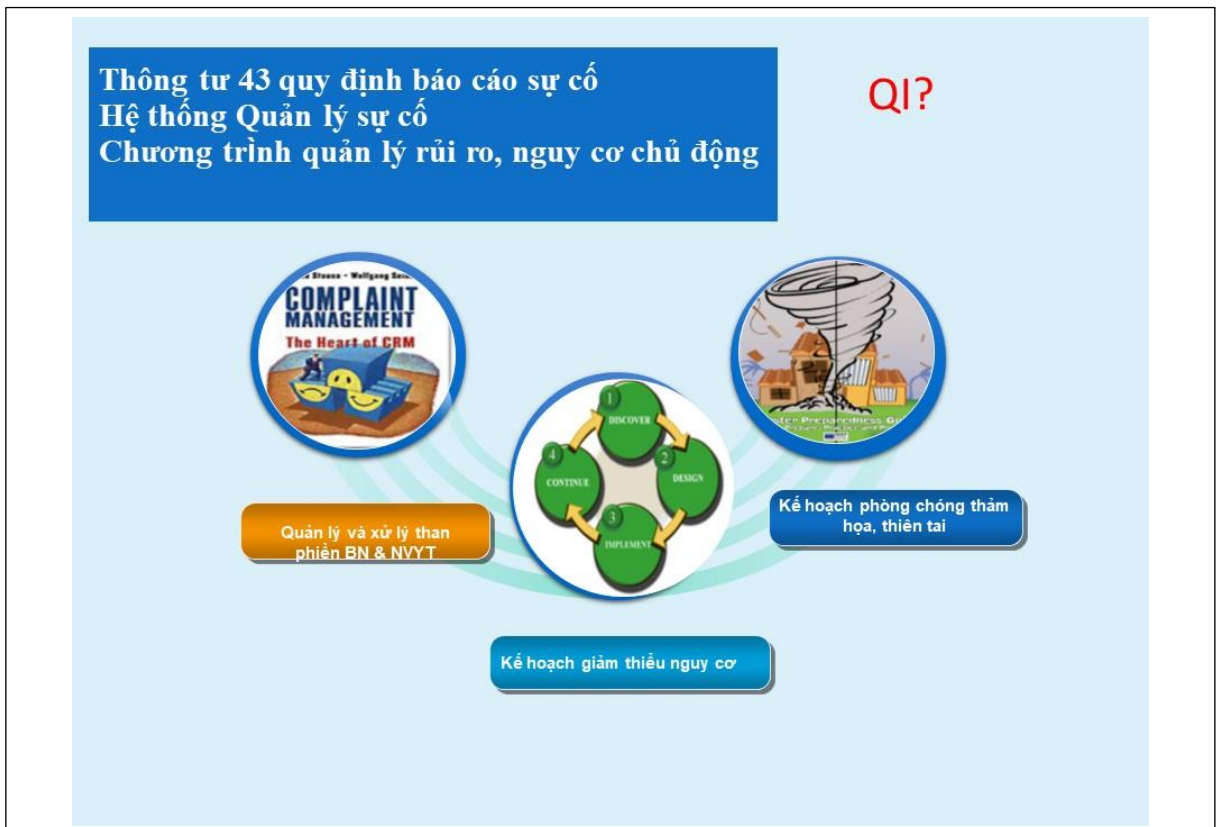




## AN TOÀN CHẤT LƯỢNG







## Chuẩn hóa tất cả các hoạt động bằng quy trình, chính sách





# HỘI NGHỊ KHOA HỌC

## ĐIỀU DƯỠNG - HỘ SINH NĂM 2022



**ThS. YTCC. ĐD. TRIỆU BÍCH NGÂN**

Phòng Quản lý chất lượng  
Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ



# ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG KỸ NĂNG GIAO TIẾP CỦA ĐIỀU DƯỠNG THEO MÔ HÌNH AIDET TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2021

*ThS. Triệu Bích Ngân, BS. Lâm Thành Đạt,  
CNHS. Lê Hồng Quyên, CN. Trần Thị Huỳnh Tiên  
Bệnh viện Phụ sản TP Cần Thơ*

## TÓM TẮT

**Mở đầu:** Ở nước ta, giao tiếp giữa nhân viên y tế và người bệnh luôn là vấn đề được quan tâm hàng đầu. Việc áp dụng AIDET trong thực hành y khoa là rất cần thiết, mô hình giao tiếp chuẩn trong y tế AIDET ra đời như một giải pháp giúp nhân viên y tế nhanh chóng tạo được sự tin tưởng và hài lòng từ phía người bệnh. Với sứ mệnh đem lại dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt nhất cho người bệnh trong ngành Sản phụ khoa, đội ngũ y bác sĩ tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ luôn thực hiện nghiêm túc các quy tắc ứng xử của ngành y tế. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ kỹ năng giao tiếp đạt chuẩn của Điều dưỡng theo mô hình giao tiếp AIDET, tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kỹ năng giao tiếp không đạt chuẩn của Điều dưỡng trong quá trình chăm sóc người bệnh và khảo sát tỷ lệ hài lòng của người bệnh về giao tiếp của Điều dưỡng theo mô hình Aidet tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang có phân tích 400 Người bệnh đang nằm viện tại 04 khoa bao gồm lâm sàng: khoa Sản bệnh, khoa Hậu sản, khoa Phụ, khoa Điều trị theo yêu cầu và 38 Điều dưỡng (Điều dưỡng, hộ sinh) tại 04 khoa Sản bệnh, khoa Hậu sản, khoa phụ, khoa Điều trị theo yêu cầu đang công tác trong thời gian nghiên cứu. **Kết quả:** 84.2% Điều dưỡng giao tiếp đạt chuẩn theo mô hình AIDET và 15.8% Điều dưỡng không đạt chuẩn giao tiếp theo mô hình AIDET. 98.8% Người bệnh ghi nhận Điều dưỡng có gõ cửa trước khi vào phòng bệnh, mỉm cười và chào hỏi, 41.3% Người bệnh biết – Nói đúng tên Điều dưỡng chăm sóc họ, 99.8% Người bệnh thỏa đáng khi được Điều dưỡng thông báo công việc sẽ thực hiện và khoảng thời gian sẽ thực hiện công việc hoặc chờ đợi, 99.3% Người bệnh hài lòng về sự giải thích và hướng dẫn của Điều dưỡng về cách hợp tác và những khó chịu mà NB có thể gặp trong và sau thực hiện các kỹ thuật, 93.8% Người bệnh nhận được lời cảm ơn của Điều dưỡng sau khi thực hiện xong công việc. **Kết luận:** Kết quả phân tích định lượng tìm thấy yếu tố liên quan đến kỹ năng giao tiếp không đạt chuẩn của Điều dưỡng trong quá trình chăm sóc người bệnh: độ tuổi có liên quan đến với các nội dung theo bước 2 của mô hình Aidet (giới thiệu chức danh, họ tên, vị trí công việc) và thâm niên có mối liên quan đến với các nội dung theo bước 5 của mô hình Aidet (cảm ơn NB sau khi thực hiện xong công việc). **Từ khóa:** mô hình AIDET.





## ABSTRACT

### ASSESSMENT OF THE STATUS OF COMMUNICATION SKILLS OF NURSES BY AIDET MODEL AT CAN THO CITY GYNECOLOGY AND OBSTETRICS HOSPITAL 2021

**Background:** In our country, communication between medical staff and patients is always a top concern. The application of AIDET in medical practice is very necessary, the standard communication model in healthcare was born as a solution to help medical staff quickly create trust and satisfaction from patients. With the mission of bringing the best health care services to patients in the field of Obstetrics and Gynecology, the medical team at Can Tho City Obstetrics and Gynecology Hospital always strictly adheres to the codes of conduct of the medical industry. **Method:** Determine the ratio of nurses' standard communication skills according to the AIDET communication model, find out some factors related to the nurses' substandard communication skills in the process of taking care of patients and survey the ratio Patient satisfaction rate on nursing communication according to Aidet model at Can Tho City Obstetrics and Gynecology Hospital.. **Result:** 84.2% of nurses who communicate meet standards according to the AIDET model and 15.8% of nurses who do not meet the communication standards according to the AIDET model. 98.8% of patients noted that the nurse knocked on the door before entering the ward, smiled and greeted, 41.3% of the patient knew – Says the correct name of the nurse taking care of them, 99.8% of the patient is satisfied when informed by the nurse the work to be performed and the length of time to do the work or wait, 99.3% of the patients were satisfied with the nurse's explanation and instructions on how to cooperate and the discomfort the patient may experience during and after performing the techniques, 93.8% of the patients received the nurse's thanks after completing the work. **Conclusion:** Quantitative analysis results found that factors related to nursing's unsatisfactory communication skills during patient care: age is related to the contents of step 2 of the Aidet model (gender) introduce title, full name, job position) and seniority related to the content according to step 5 of the Aidet model (thank you NB after completing the work) **Keywords:** AIDET model.



## ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở nước ta, giao tiếp giữa nhân viên y tế và người bệnh luôn là vấn đề được quan tâm hàng đầu. Việc áp dụng AIDET trong thực hành y khoa là rất cần thiết, mô hình giao tiếp chuẩn trong y tế AIDET ra đời như một giải pháp giúp nhân viên y tế nhanh chóng tạo được sự tin tưởng và hài lòng từ phía người bệnh [26], [27].

Với sứ mệnh đem lại dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt nhất cho người bệnh trong ngành Sản phụ khoa, đội ngũ y bác sĩ tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ luôn thực hiện nghiêm túc các quy tắc ứng xử của ngành y tế. Trong năm 2019, Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ được nâng hạng là bệnh viện hạng I chuyên ngành Sản Phụ khoa với quy mô: 420 giường, 24 khoa, phòng và 1 Trung tâm sàng lọc – Chẩn đoán trước sinh và sơ sinh, đồng thời được Bộ Y tế công nhận là Bệnh viện thực hành Nuôi con bằng sữa mẹ xuất sắc.

Nhằm mục đích duy trì văn hóa giao tiếp và tăng sự hài lòng cao nhất của người bệnh tại Bệnh viện, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài “Đánh giá thực trạng kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng theo mô hình AIDET tại bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2021” với các mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ kỹ năng giao tiếp đạt chuẩn của Điều dưỡng theo mô hình giao tiếp AIDET tại bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2021.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kỹ năng giao tiếp không đạt chuẩn của Điều dưỡng trong quá trình chăm sóc người bệnh tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2021.
3. Khảo sát tỷ lệ hài lòng của người bệnh về giao tiếp của Điều dưỡng theo mô hình Aidet tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

### Đối tượng nghiên cứu:

Người bệnh đang nằm viện tại 04 khoa bao gồm lâm sàng: khoa Sản bệnh, khoa Hậu sản, khoa Phụ, khoa Điều trị theo yêu cầu trong thời gian nghiên cứu từ tháng 05 đến tháng 07/2021.

Điều dưỡng (Điều dưỡng, hộ sinh) tại 04 khoa Sản bệnh, khoa Hậu sản, khoa phụ, khoa Điều trị theo yêu cầu đang công tác trong thời gian nghiên cứu.

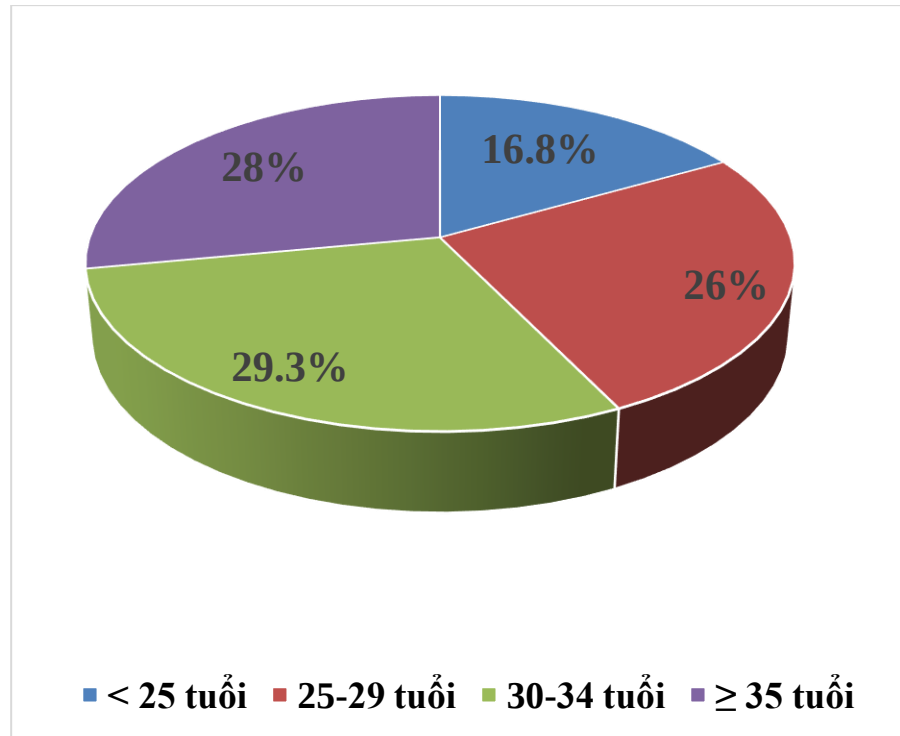
### Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tất cả Điều dưỡng (Điều dưỡng, hộ sinh) đang công tác tại 04 khoa nghiên cứu.

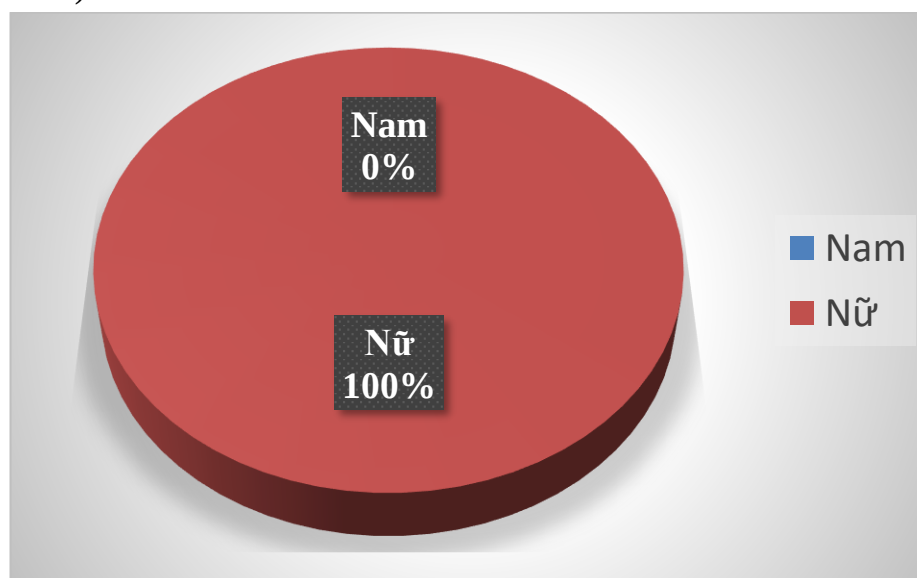
**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Người bệnh không đủ khả năng trả lời phỏng vấn
- Điều dưỡng (Điều dưỡng, hộ sinh): đang nghỉ hậu sản, chưa tập huấn, không đồng ý tham gia trong thời gian nghiên cứu, đang thử việc.

**KẾT QUẢ**

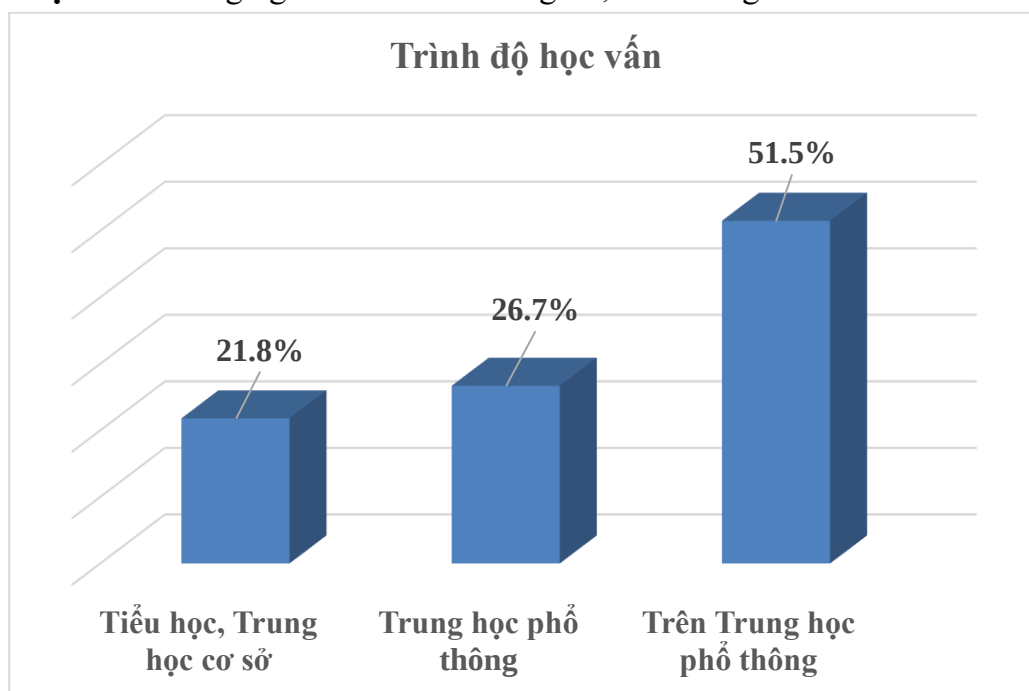
**Biểu đồ 3.1** Đặc điểm chung về tuổi của người bệnh (n=400)

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu, có (29.3%) đối tượng từ 30 đến 34 tuổi, (28%) đối tượng từ ≥ 35 tuổi trở lên, còn lại đối tượng từ <25 tuổi và 25- 29 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (42.8%).



### Biểu đồ 3.2 Đặc điểm chung về giới của người bệnh (n=400)

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% là giới nữ.



### Biểu đồ 3.3 Đặc điểm chung về trình độ học vấn của người bệnh

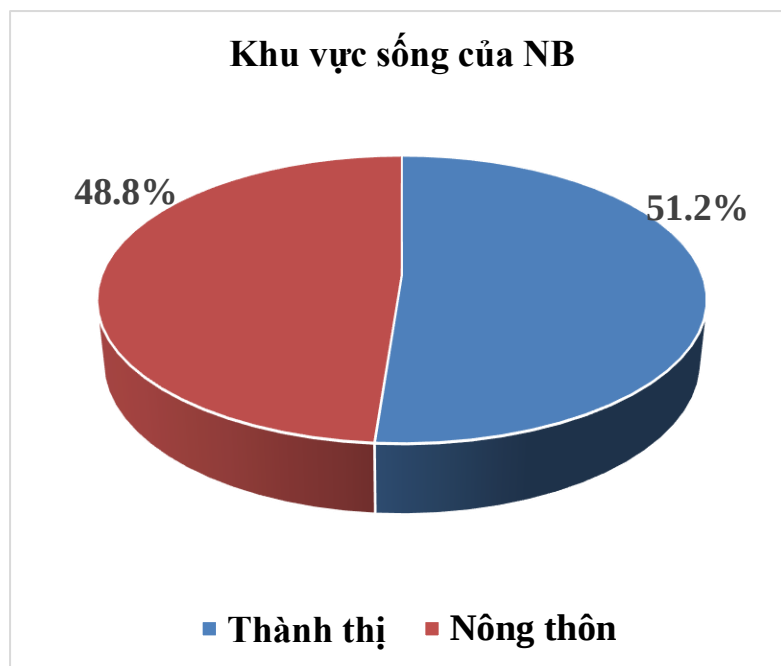
**Nhận xét:** Trong nghiên cứu, người bệnh có trình độ trên trung học phổ thông chiếm tỷ lệ cao nhất (51.5%), tỷ lệ thấp nhất là trình độ tiểu học, trung học cơ sở (21.8%), trung học phổ thông chiếm tỷ lệ (26.7%).

### Bảng 3.1 Đặc điểm chung về nghề nghiệp của người bệnh

| Nghề nghiệp      | Tần số (n)  | Tỷ lệ %     |
|------------------|-------------|-------------|
| Buôn bán         | 79          | 19%         |
| Cán bộ công chức | 86          | 21.5%       |
| Công nhân        | 49          | 12.3%       |
| Khác             | 46          | 11.5%       |
| Nội trợ          | 132         | 33%         |
| Nông dân         | 11          | 3%          |
| <b>Tổng</b>      | <b>100%</b> | <b>100%</b> |

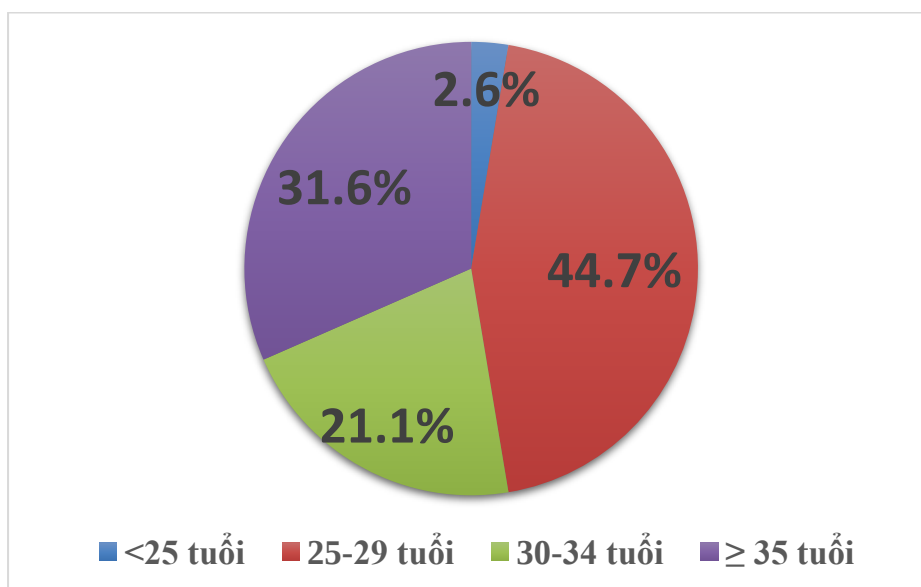
**Nhận xét:** Nhóm đối tượng là nội trợ chiếm tỷ lệ cao nhất (33%), Cán bộ công chức cũng chiếm tỷ lệ cao (21.5%), tỷ lệ thấp nhất (3%) là nông dân.





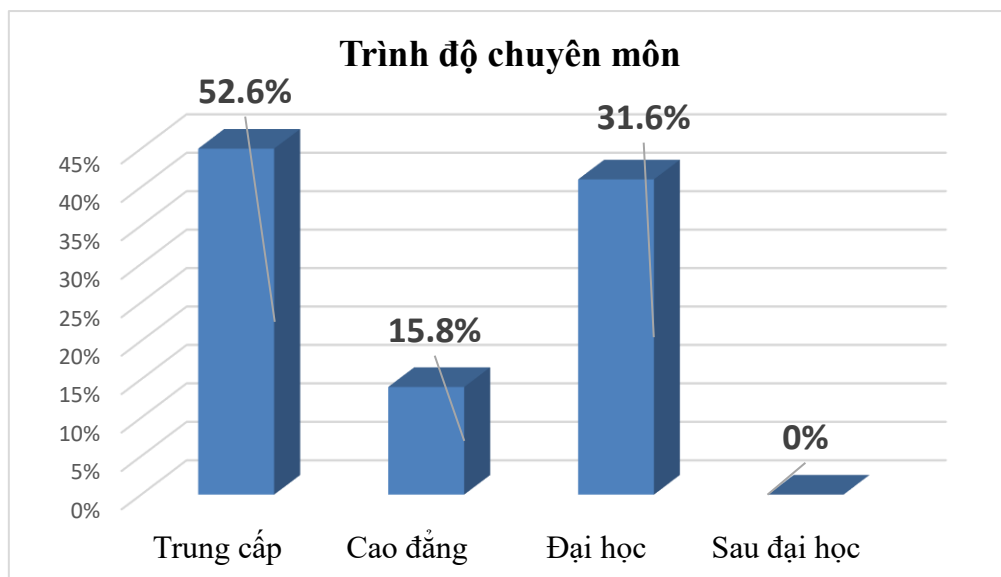
**Biểu đồ 3.4** Đặc điểm chung về khu vực sống của người bệnh (n=400)

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi người bệnh ở khu vực nông thôn chiếm tỷ lệ cao nhất (51.2%)



**Biểu đồ 3.5** Đặc điểm chung về tuổi của Điều dưỡng (n=38)

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, Điều dưỡng trong độ tuổi 25-39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (44.7%).



**Biểu đồ 3.6** Đặc điểm chung về trình độ chuyên môn của Điều dưỡng (n=38)

**Nhận xét:** Điều dưỡng có trình độ trung cấp chiếm tỷ lệ cao nhất (52.6%).

**Bảng 3.2** Đặc điểm chung về thâm niên công tác của Điều dưỡng (n=38)

| Thâm niên công tác | Tần số (n) | Tỷ lệ %      |
|--------------------|------------|--------------|
| < 5 năm            | 13         | 34.2%        |
| 5-10 năm           | 17         | 44.7%        |
| 10-15 năm          | 3          | 7.9%         |
| ≥15 năm            | 5          | 13.2%        |
| <b>Tổng</b>        | <b>38</b>  | <b>100,0</b> |

**Nhận xét:** Phần lớn Điều dưỡng có thâm niên từ 5-10 năm chiếm (44.7%).

**Bảng 3.3** Tỷ lệ kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng với người bệnh

| Bước   | Nội dung                                                                                                                                                              | Đạt chuẩn % | Không đạt % |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
| Bước 1 | Lời chào chủ động và mỉm cười, xưng hô phù hợp với NB khi chào hỏi                                                                                                    | 97.35%      | 2.65%       |
| Bước 2 | Giới thiệu chức danh, họ tên, vị trí công việc                                                                                                                        | 71.1%       | 28.9%       |
| Bước 3 | Thông báo công việc sẽ thực hiện và khoảng thời gian sẽ thực hiện công việc hoặc chờ đợi                                                                              | 73.7%       | 26.3%       |
| Bước 4 | Giải thích rõ những việc sắp thực hiện, giải đáp thắc mắc, hướng dẫn NB cách hợp tác và những khó chịu mà NB có thể gặp trong và sau thực hiện các kỹ thuật chăm sóc. | 100%        | 0%          |
| Bước 5 | Cảm ơn NB sau khi thực hiện xong công việc                                                                                                                            | 78.9%       | 21.1%       |
| Tỷ lệ  |                                                                                                                                                                       | 84.2%       | 15,8%       |

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, (100%) ĐD thực hiện bước 04 giải thích rõ những việc sắp thực hiện, giải đáp thắc mắc, hướng dẫn NB cách hợp tác và những khó chịu mà NB có thể gặp trong và sau thực hiện các kỹ thuật chăm sóc chiếm tỷ lệ cao nhất trong 05 bước thực hiện. Trong đó tỷ lệ ĐD giới thiệu chức danh, họ tên, vị trí công việc chiếm tỷ lệ thấp nhất chỉ (71.1%).

**Bảng 3.4. Kết quả 03 lần khảo sát giao tiếp của ĐD với NB.**

| Số lần khảo sát    | Lần thứ 1  |         | Lần thứ 2  |         | Lần thứ 3  |         | Điểm trung bình |
|--------------------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|-----------------|
|                    | Tần số (n) | Tỷ lệ % | Tần số (n) | Tỷ lệ % | Tần số (n) | Tỷ lệ % |                 |
| Số điểm trung bình | 13.5 điểm  |         | 14.8 điểm  |         | 15.5 điểm  |         | 14.7 điểm       |
| Đạt                | 28         | 74 %    | 36         | 95%     | 37         | 97%     | 84.2%           |
| Không đạt          | 10         | 26 %    | 2          | 5%      | 1          | 3%      | 15.8%           |

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi đã tiến hành khảo sát thực trạng giao tiếp của điều dưỡng (n=38) với người bệnh theo mô hình AIDET. Tỷ lệ Điều dưỡng giao tiếp đạt chuẩn trong **Lần thứ 1** (74%), trong đó có (26%) không đạt chuẩn. Tuy nhiên trong đợt khảo sát **Lần thứ 2 và Lần thứ 3** ghi nhận tỷ lệ Điều dưỡng giao tiếp đạt chuẩn tăng lên (95% đến 97%). Qua 3 lần khảo sát có (84.2%) Điều dưỡng giao tiếp đạt chuẩn theo mô hình AIDET và có (15.8%) Điều dưỡng không đạt chuẩn giao tiếp.

**Bảng 3.5** Mối liên quan giữa đặc tính nền của đối tượng nghiên cứu với nội dung theo Bước 1 theo mô hình Aidet

| Đặc điểm                   | Bước 1       |                    | P       |
|----------------------------|--------------|--------------------|---------|
|                            | Đạt<br>(n) % | Không đạt<br>(n) % |         |
| <b>Tuổi</b>                |              |                    | p=0.067 |
| < 25 tuổi                  | 1 (100%)     | 0 (0%)             |         |
| 25-29 tuổi                 | 16 (94%)     | 1 (6%)             |         |
| 30-34 tuổi                 | 8 (100%)     | 0 (0%)             |         |
| ≥ 35 tuổi                  | 11 (92%)     | 1 (8 %)            |         |
| <b>Trình độ chuyên môn</b> |              |                    | p=0.073 |
| Trung cấp                  | 20 (100 %)   | 0 (0%)             |         |
| Cao đẳng                   | 5 (83%)      | 1 (17%)            |         |
| Đại học                    | 11 (92%)     | 1 (8 %)            |         |
| Sau đại học                |              |                    |         |
| <b>Thâm niên</b>           |              |                    | p=0.061 |
| < 5 năm                    | 12 (92%)     | 1 (8%)             |         |
| 5-10 năm                   | 17 (100 %)   | 0 (0%)             |         |
| 10-15 năm                  | 3 (100%)     | 0 (0%)             |         |
| ≥15 năm                    | 4 ( 80%)     | 1 (20%)            |         |

**Nhận xét:** Mối liên hệ giữa đặc tính nền của đối tượng nghiên cứu với nội dung theo Bước 1 theo mô hình AIDET đều không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$



**Bảng 3.6** Mối liên quan giữa đặc tính nền của đối tượng nghiên cứu với nội dung theo Bước 2 theo mô hình AIDET

| Đặc điểm                   | Bước 2       |                    | p       |
|----------------------------|--------------|--------------------|---------|
|                            | Đạt<br>(n) % | Không đạt<br>(n) % |         |
| <b>Tuổi</b>                |              |                    | p=0.034 |
| < 25 tuổi                  | 1 (100%)     | 0 (0%)             |         |
| 25-29 tuổi                 | 10 (59%)     | 7 (41%)            |         |
| 30-34 tuổi                 | 8 (100%)     | 0 (0%)             |         |
| ≥ 35 tuổi                  | 8 (67%)      | 4 (3%)             |         |
| <b>Trình độ chuyên môn</b> |              |                    | p=0.061 |
| Trung cấp                  | 16 ( 80%)    | 4 ( 20%)           |         |
| Cao đẳng                   | 4 (59%)      | 2 (41%)            |         |
| Đại học                    | 7 (58%)      | 5 (42%)            |         |
| Sau đại học                |              |                    |         |
| <b>Thâm niên</b>           |              |                    | P=0.071 |
| < 5 năm                    | 9 (69%)      | 4 (31%)            |         |
| 5-10 năm                   | 14 (82%)     | 3 (18%)            |         |
| 10-15 năm                  | 2 (67%)      | 1 (33%)            |         |
| ≥15 năm                    | 2 (40%)      | 3 (60%)            |         |

**Nhận xét:** Mối liên hệ giữa đặc tính nền của đối tượng nghiên cứu với nội dung theo Bước 2 theo mô hình AIDET có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ . Kết quả cho thấy độ tuổi có mối liên quan đến với các nội dung theo Bước 2 của mô hình Aidet (giới thiệu chức danh, họ tên, vị trí công việc).

**Bảng 3.7** Mối liên quan giữa đặc tính nền của đối tượng nghiên cứu với nội dung theo Bước 3 theo mô hình AIDET

| Đặc điểm                   | Bước 3       |                    | p       |
|----------------------------|--------------|--------------------|---------|
|                            | Đạt<br>(n) % | Không đạt<br>(n) % |         |
| <b>Tuổi</b>                |              |                    | p=0.071 |
| < 25 tuổi                  | 1 (100%)     | 0 (0%)             |         |
| 25-29 tuổi                 | 11 (65%)     | 6 (35%)            |         |
| 30-34 tuổi                 | 7 (87%)      | 1 (13%)            |         |
| ≥ 35 tuổi                  | 9 (75%)      | 3 (25%)            |         |
| <b>Trình độ chuyên môn</b> |              |                    | P=0.081 |
| Trung cấp                  | 15 (75%)     | 5 (25%)            |         |
| Cao đẳng                   | 3 (50%)      | 3 (50%)            |         |
| Đại học                    | 10 (83%)     | 2 (17%)            |         |
| Sau đại học                |              |                    |         |
| <b>Thâm niên</b>           |              |                    | P=0.071 |
| < 5 năm                    | 7( 54%)      | 6( 46%)            |         |
| 5-10 năm                   | 16 (94 %)    | 1 ( 6%)            |         |
| 10-15 năm                  | 2 (67%)      | 1 (33%)            |         |
| ≥15 năm                    | 3 (60%)      | 2 (40%)            |         |

**Nhận xét:** Mối liên hệ giữa đặc tính nền của đối tượng nghiên cứu với nội dung theo Bước 3 theo mô hình AIDET đều không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$ .

**Bảng 3.9** Mối liên quan giữa đặc tính nền của đối tượng nghiên cứu với nội dung theo Bước 5 theo mô hình AIDET

| Đặc điểm                   | Bước 5       |                    | p         |
|----------------------------|--------------|--------------------|-----------|
|                            | Đạt<br>(n) % | Không đạt<br>(n) % |           |
| <b>Tuổi</b>                |              |                    | p = 0.055 |
| < 25 tuổi                  | 1 (100%)     | 0 (0%)             |           |
| 25-29 tuổi                 | 14 (82%)     | 3 (18%)            |           |
| 30-34 tuổi                 | 5 (62%)      | 3 (38%)            |           |
| ≥ 35 tuổi                  | 10 (83%)     | 2 (17%)            |           |
| <b>Trình độ chuyên môn</b> |              |                    | p = 0.062 |
| Trung cấp                  | 13 (65%)     | 7 (35%)            |           |
| Cao đẳng                   | 5 (83%)      | 1 (17%)            |           |
| Đại học                    | 12 (100%)    | 0 (0%)             |           |
| Sau đại học                |              |                    |           |
| <b>Thâm niên</b>           |              |                    | p = 0.02  |
| < 5 năm                    | 11 (85%)     | 2 (15%)            |           |
| 5-10 năm                   | 13 (76%)     | 4 (24%)            |           |
| 10-15 năm                  | 3 (100%)     | 0 (0%)             |           |
| ≥15 năm                    | 3 (57%)      | 2 (43%)            |           |

**Nhận xét:** Mối liên hệ giữa đặc tính nền của đối tượng nghiên cứu với nội dung theo Bước 5 theo mô hình AIDET có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.02$ . Kết quả cho thấy thâm niên có mối liên quan đến với các nội dung theo Bước 5 của mô hình Aidet

Bảng 3.10 Đánh giá của người bệnh về giao tiếp của DD

| STT | NỘI DUNG                                                                                                               | Tỷ lệ (n, %) |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1   | <b>Gõ cửa trước khi vào phòng bệnh, mỉm cười và chào hỏi</b>                                                           |              |
|     | Có                                                                                                                     | 395 (98.8)   |
|     | Không                                                                                                                  | 5 (1.2)      |
| 2   | <b>Giới thiệu tên, chức danh, vị trí công việc</b>                                                                     |              |
|     | Biết – Nói đúng tên                                                                                                    | 165 (41.3)   |
|     | Không biết                                                                                                             | 235 (58.7)   |
| 3   | <b>Thông báo công việc sẽ thực hiện và khoảng thời gian sẽ thực hiện công việc hoặc chờ đợi</b>                        |              |
|     | Thỏa đáng                                                                                                              | 399 (99.8)   |
|     | Không thỏa đáng                                                                                                        | 1 (0.2)      |
|     | Không trả lời                                                                                                          | 0%           |
| 4   | <b>Giải thích và hướng dẫn NB cách hợp tác và những khó chịu mà NB có thể gặp trong và sau thực hiện các kỹ thuật.</b> |              |
|     | Có giải thích                                                                                                          | 397 (99.3)   |
|     | Giải thích chưa kỹ                                                                                                     | 3 (0.7)      |
|     | Không giải thích                                                                                                       | 0 (0)        |
| 5   | <b>Cám ơn NB sau khi thực hiện xong công việc</b>                                                                      |              |
|     | Có                                                                                                                     | 375 (93.8)   |
|     | Không                                                                                                                  | 25 (6.2)     |

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi đã tiến hành khảo sát (n=400) người bệnh về việc đánh giá của người bệnh về giao tiếp của DD theo mô hình AIDET, tỷ lệ NB ghi nhận DD có tạo mối quan hệ tốt trước khi tiếp xúc là DD gõ cửa trước khi vào phòng bệnh, mỉm cười và chào hỏi chiếm 98.8% chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ NB biết tên, chức danh công việc Điều dưỡng chiếm tỷ lệ thấp nhất (41,3%).

**Bảng 3.11 Tỷ lệ hài lòng chung về giao tiếp của Điều dưỡng với người bệnh.**

| STT | NỘI DUNG       | Tỷ lệ % |
|-----|----------------|---------|
| 1   | Rất hài lòng   | 90.3    |
| 2   | Bình thường    | 9.48    |
| 3   | Không hài lòng | 0.22    |

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu về việc khảo sát tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh với Điều dưỡng chúng tôi ghi nhận có 90.3% người bệnh rất hài lòng chiếm tỷ lệ cao nhất, chỉ có 0.22% người bệnh không hài lòng.

### **BÀN LUẬN**

Sau khi tiến hành thu thập số liệu và kiểm tra toàn bộ các phiếu theo tiêu chí chọn mẫu thu được 400 phiếu hợp lệ. Kết quả khảo sát cho thấy, nhóm tuổi được khảo sát là người bệnh từ 30-34 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (29.3%), tiếp theo là nhóm tuổi  $\geq 35$  tuổi chiếm (28%) và nhóm tuổi  $< 25$  tuổi có tỷ lệ thấp nhất (16.8%), điều này cũng phù hợp với đặc điểm dân số chung nước ta là tỷ lệ phụ nữ ở 2 nhóm tuổi 25-29 và 30-34 chiếm tỷ lệ cao nhất [28]. Theo thống kê của tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam năm 2009 về tóm tắt một số chỉ số thống kê của thanh niên Việt Nam cho thấy độ tuổi sinh sản trung bình của thanh niên Việt Nam là 26,2 [3]. Kết quả này cho thấy độ tuổi sinh sản của phụ nữ trong nghiên cứu tương đối phù hợp với độ tuổi sinh sản trung bình trên cả nước.

Trong mẫu nghiên cứu tìm thấy dân tộc Kinh chiếm đa số 95% còn lại là dân tộc Khmer 2.5% và nhóm những bà mẹ là người Hoa chiếm 2.5%. Tỷ lệ này cũng phù hợp với kết quả từ tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam năm 2009 [3] phân bố dân số của 6 dân tộc có quy mô lớn nhất theo vùng kinh tế xã hội, thì dân tộc Kinh chiếm đa số 92% tại khu vực Đồng Bằng Sông cửu Long. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kiều Trang [15].

Theo nghiên cứu, Nội trợ là nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất (33%), kế đến là cán bộ viên chức (21,5%), buôn bán (19%), thấp nhất là nông dân (2,7%). So sánh với nghiên cứu của tác giả Lâm Kim Hương cùng cộng sự năm 2017 cho thấy kết quả tương đồng, buôn bán chiếm tỷ lệ 9,91% [11].

Những người bệnh trong nghiên cứu đa số có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên (51.5%). So sánh với nghiên cứu của tác giả Lâm Kim Hương cùng cộng sự năm 2017 cho thấy kết quả tương đồng về trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên chiếm (50%) [11]. Điều này cho thấy NB đa số có trình độ,



nên việc giao tiếp, chăm sóc của DD đối với họ rất được quan tâm và đòi hỏi chuyên nghiệp.

Trong mẫu nghiên cứu kết quả cho thấy người bệnh chủ yếu sinh sống tại nông thôn, chiếm tỷ lệ (51.2%). So sánh với nghiên cứu của tác giả Lâm Kim Hương có kết quả tương đồng [11].

Trong tổng số 38 điều dưỡng trực tiếp làm công tác chăm sóc người bệnh tại bốn khoa lâm sàng Sản bệnh, Hậu sản, Phụ, Điều trị theo yêu cầu có (44.7%) điều dưỡng ở độ tuổi từ 25 đến 29, và nhóm tuổi từ 30-34 tuổi chiếm tỷ lệ (21%), điều này tương tự trong nghiên cứu đánh giá thực trạng giao tiếp của điều dưỡng với người bệnh và người nhà người bệnh tại bệnh viện 354 năm 2011 của tác giả Trần Thị Phương Lan (85%) [12]. Điều này cho thấy lực lượng điều dưỡng trẻ, khỏe thường được phân công trực tiếp chăm sóc người bệnh. Đặc biệt đa số đối tượng nghiên cứu là nữ giới chiếm tỷ lệ (100%), điều này dễ hiểu vì thực tế nghề điều dưỡng có tỷ lệ nữ giới chiếm đa số và đặc biệt hơn là DD làm việc tại bệnh viện chăm sóc sức khỏe sinh sản phụ nữ.

Trình độ chuyên môn của đối tượng nghiên cứu đa số là trung cấp chiếm (52.6%), tỷ lệ này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Trần Thị Phương Lan về đánh giá thực trạng giao tiếp của điều dưỡng với người bệnh và người nhà người bệnh tại bệnh viện 354 năm 2011 là (95,5%). Đó là một thực trạng về nguồn nhân lực điều dưỡng, hộ sinh hiện nay ở nước ta.

Thâm niên công tác của Điều dưỡng có thâm niên từ 5-10 năm chiếm tỷ lệ (44.7%) cao nhất và Điều dưỡng có thâm niên 10-15 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất chỉ (7.9%). Tỷ lệ này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Võ Thị Thủy về 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 (2017) [26], tỷ lệ điều dưỡng có thâm niên 5-10 năm chiếm tỷ lệ (54%). Điều này cho thấy có đội ngũ Điều dưỡng có nhiều kinh nghiệm trong công tác chăm sóc người bệnh tại bệnh viện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đã tiến hành khảo sát thực trạng giao tiếp của điều dưỡng (n=38) với người bệnh. Tỷ lệ Điều dưỡng giao tiếp đạt chuẩn trong Lần thứ 1 (74%), trong đó có (26%) không đạt chuẩn. Tuy nhiên trong đợt khảo sát Lần thứ 2 và Lần thứ 3 ghi nhận tỷ lệ Điều dưỡng giao tiếp đạt chuẩn tăng lên (95% đến 97%). Khoảng cách mỗi lần khảo sát là 02 tuần và sau mỗi lần chúng tôi khảo sát kết quả ghi nhận đều thông báo đến Lãnh đạo khoa, Điều dưỡng trưởng và đồng thời phối hợp tập huấn lại các nội dung trọng điểm mà Điều dưỡng chưa đạt.

Tỷ lệ trung bình qua 3 lần khảo sát có (84.2%) Điều dưỡng giao tiếp đạt chuẩn theo mô hình AIDET và có (15.8%) Điều dưỡng không đạt chuẩn giao tiếp. Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Võ Thị Thủy “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 (2017), sau tập huấn tỷ lệ thực hành giao tiếp của Điều dưỡng theo mô hình AIDET cải thiện từ chỉ 23% tăng lên 60% [26]. Tuy nhiên kết quả của chúng tôi đạt tỷ lệ cao hơn từ kết quả khảo sát trong Lần thứ 1 (26%) không đạt chuẩn, đến Lần thứ 2 còn (5%) và Lần thứ 3 chỉ còn (3%).

Theo các tiêu chuẩn về tuân thủ 5 bước của Mô hình AIDET được áp dụng tại Bệnh viện Phụ sản thành Phố Cần Thơ từ đầu năm 2021 đến nay, AIDET là mô hình mới tại bệnh viện, kết quả nghiên cứu cho thấy: tỷ lệ Điều dưỡng thực hành đúng với mức điểm trung bình qua 3 lần thực hành đạt với mức điểm 14.7 (84.2%). Điều này cho thấy hiệu quả của việc tập huấn, giám sát, theo dõi, nhắc nhở thường xuyên liên tục từ Phòng Điều dưỡng và Phòng Quản lý Chất lượng hàng tuần, hàng tháng khi đi khảo sát đã kịp thời nhắc nhở, tập huấn lại, hướng dẫn lại, đào tạo kỹ năng giúp Điều dưỡng có khắc phục và thực hành nhiều và nhanh chóng thành thói quen thường ngày không còn thấy ngại ngùng, bỡ ngỡ, không còn cảm thấy khó thực hiện những câu nói giao tiếp với người bệnh như: Xin chào, cảm ơn, vui lòng...với NB nữa. Trong nghiên cứu của chúng tôi có (99.8%) người bệnh cảm thấy được thỏa đáng về việc được Điều dưỡng thông báo công việc sẽ thực hiện, khoảng thời gian sẽ thực hiện công việc hoặc chờ đợi và có (99.3%) NB được DD giải thích và hướng dẫn cách hợp tác và những khó chịu mà NB có thể gặp trong và sau thực hiện các kỹ thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Raura Zamora (2015) người bệnh cảm thấy hài lòng về sự giải thích và cung cấp thông tin của Điều dưỡng [31]. Bên cạnh đó kết quả cũng phù hợp với kết quả của Robert Neuman (2015) cho thấy hiệu quả của AIDET khi tăng thực hành của DD và sự hài lòng của NB có mối liên quan giữa giao tiếp của DD với sự hài lòng người bệnh [32]. Qua đó thấy được tính ứng dụng của mô hình AIDET cần được nhân rộng tất cả các khoa trong bệnh viện.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có không mối liên quan giữa đặc tính nền của đối tượng nghiên cứu với nội dung theo Bước 1 và 3 theo mô hình AIDET đều không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$ .

Tuy nhiên kết quả cũng cho thấy có mối liên quan giữa độ tuổi đến với các nội dung theo Bước 2 của mô hình Aidet (giới thiệu chức danh, họ tên, vị trí công việc). Điều này có thấy việc đối tượng Điều dưỡng có độ tuổi 25-29 tuổi thường



bỏ qua bước giới thiệu khi giao tiếp với người bệnh và chưa nhận thấy được tầm quan trọng việc giới thiệu chức danh, vị trí công việc của mình giúp người bệnh an tâm khi được chăm sóc.

Bên cạnh đó kết quả nghiên cứu cho thấy thâm niên có mối liên quan đến với các nội dung theo Bước 5 của mô hình Aidet. Đối tượng Điều dưỡng có trình độ thâm niên >15 năm thường bỏ qua bước Cảm ơn NB sau khi thực hiện xong công việc. Điều này cho thấy các Điều dưỡng có thâm niên lâu họ chưa tạo được thói quen cảm ơn sau khi tiếp xúc với người bệnh, còn e ngại khó nói và thường bỏ bước.

Trong quá trình khảo sát nhóm nghiên cứu cũng tìm ra được thêm một số yếu tố đã phản ánh rõ nét bằng việc giao tiếp của Điều dưỡng không chịu ảnh hưởng bởi tuổi tác, thâm niên công tác, mà cá tính của người Điều dưỡng là yếu tố quan trọng trong việc này. Thực tế có một số Điều dưỡng do cách truyền đạt khi giao tiếp, do giọng nói đã làm người bệnh hiểu lầm hoặc không hài lòng. Điều này càng thể hiện sự ảnh hưởng của cá tính đối với giao tiếp, đồng thời định hướng cho các nhà quản lý trong việc bố trí nhân lực cho phù hợp, tăng cường công tác huấn luyện, tăng cường tập huấn, giám sát và đào tạo ngắn hạn hay có hình thức kiểm tra kỹ năng giao tiếp của Điều dưỡng về quy trình giao tiếp AIDET giữa Điều dưỡng và người bệnh để thúc đẩy sự phối hợp giữa Điều dưỡng với người bệnh, người nhà người bệnh.

Bên cạnh đó kết quả nghiên cứu có (97,35%) Điều dưỡng có thái độ tích cực trong giao tiếp với người bệnh luôn thực hiện lời chào chủ động và mỉm cười, xưng hô phù hợp với NB khi chào hỏi. Trong kết quả về việc đánh giá của người bệnh về giao tiếp của ĐD theo mô hình AIDET, tỷ lệ NB ghi nhận ĐD có tạo mối quan hệ tốt trước khi tiếp xúc là ĐD gõ cửa trước khi vào phòng bệnh, mỉm cười và chào hỏi chiếm (98,8%). Điều này tạo cho NB cảm giác được tôn trọng, được quan tâm và cũng có những cuộc giao tiếp để lại cho NB những ấn tượng tốt. Kết quả nghiên cứu cho thấy những ngày có lưu lượng NB đông, Điều dưỡng cần làm nhanh để tránh ùn tắc công việc nên quá trình giao tiếp diễn ra khẩn trương, vì vậy sẽ có những sơ suất trong giao tiếp, cụ thể là ĐD quên giới thiệu chức danh, họ tên, vị trí công việc của mình với NB, không thông báo hoặc thông báo vắn tắt, không đầy đủ công việc sẽ thực hiện và khoảng thời gian sẽ thực hiện công việc hoặc thời gian NB phải chờ đợi, ước lượng thời gian hoàn tất công việc dẫn đến NB hiểu lầm hoặc hiểu sai, NB không biết ĐD chăm sóc mình là ai, không thể gọi được đúng ĐD đang chăm sóc theo dõi mình khi cần thiết hoặc có nhu cầu cần chăm sóc. Từ đó tâm lý NB không thoải mái, tạo áp lực lớn đến giao tiếp của



ĐD với NB. Nội dung này cũng tương tự ý kiến nhận định của tác giả Trần Thị Phương Lan nghiên cứu về đánh giá thực trạng giao tiếp của Điều dưỡng với NB và người nhà người bệnh tại bệnh viện 354 năm 2011 [12].

Một yếu tố quan trọng khác đó là quan hệ con người. Nó quyết định toàn bộ cách thức và hiệu quả của các hành vi giao tiếp. Đây cũng chính là lý do thuật ngữ giao tiếp luôn đi kèm với yếu tố ‘ứng xử’. Hoạt động giao tiếp giữa ĐD và NB là hai chiều. Vì vậy thái độ của NB vô cùng quan trọng, ảnh hưởng lớn đến giao tiếp của Điều dưỡng. Tại các khoa như khoa Phụ, Sản bệnh đa số NB có bệnh lý, phụ khoa, cảm giác lo lắng bệnh tật, khó tính, bức bối...Đối với khoa Điều trị theo yêu cầu, Hậu phẫu sản phụ sau sanh, sau mổ tâm lý mệt mỏi, khó chịu, thay đổi cơ thể. Chính vì vậy trong giao tiếp của ĐD khi gặp những NB có thái độ, hành vi thiếu nhã nhặn, gay gắt, dễ làm cho người ĐD cảm thấy bức xúc, không thiện cảm, có khoảng cách. Trong những tình huống này dẫn đến việc giao tiếp chưa hiệu quả.

Bộ Y tế đã ban hành các quy định về y đức và giao tiếp ứng xử đã giúp cho đội ngũ nhân viên y tế nói chung và ĐD nói riêng giúp cho ĐD từng bước cải thiện việc giao tiếp và đây cũng là chuẩn mực, tiêu chí để đánh giá nhân viên.

Kết quả nghiên cứu phản ánh vai trò của Bệnh viện thông qua việc tập huấn kỹ năng giao tiếp, đào tạo, giám sát, nhắc nhở thường xuyên và liên tục, tập huấn thực hành quy trình chuẩn của mô hình giao tiếp AIDET được áp dụng đã làm cho kỹ năng giao tiếp của ĐD có những chuyển biến tích cực điều này thể hiện trong (bảng 3.4) tỷ lệ Điều dưỡng giao tiếp không đạt chuẩn đã giảm dần qua các lần khảo sát lần lượt: Lần 1 là (26%), lần thứ 2 còn (5%) và đến lần thứ 3 chỉ còn (3%).

Đào tạo là nhu cầu cần thiết của mỗi người, mỗi bệnh viện, thông qua đào tạo mỗi cá nhân được nhắc nhở, cập nhật kiến thức mới, được chia sẻ rút kinh nghiệm, tăng cường kỹ năng giao tiếp với NB.

Trong nghiên cứu khảo sát sự hài lòng của NB về thái độ ứng xử của Điều dưỡng với NB ghi nhận mức độ hài lòng chung của người bệnh với Điều dưỡng chúng tôi ghi nhận có 90.3% người bệnh rất hài lòng chiếm tỷ lệ cao nhất, chỉ có 0.22% người bệnh không hài lòng. Mức độ trả lời thỏa đáng với thắc mắc của NB chiếm tỷ lệ cao nhất (99.8%) và không có bất cứ NB phản ánh về thái độ thờ ơ, lạnh lùng của ĐD (0%). Tuy nhiên kết quả khảo sát có ghi nhận (0.2%) NB chưa thỏa đáng với những thắc mắc cần được giải đáp từ ĐD. Mức độ hài lòng về thái độ ứng xử của điều dưỡng đối với người bệnh có (5.7%) là bình thường, có (94.3%) NB hài lòng và đánh giá ĐD chu đáo, niềm nở khi tiếp xúc. Kết quả này

có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thị Thanh Trúc (2019) Đánh giá sự hài lòng của người bệnh sau phẫu thuật khi Điều dưỡng ứng dụng mô hình AIDET cho thấy tỷ lệ hài lòng của người bệnh tăng lên rõ rệt từ (28%) trước tập huấn và (81%) sau tập huấn[27]. Theo tác giả Elshamy và Ramzy (2011) giao tiếp hiệu quả của ĐD giúp tăng tỷ lệ NB đánh giá chất lượng chăm sóc ở mức tốt và rất tốt từ (11.9%) tăng lên (73.8%) sau khi can thiệp bằng khung giao tiếp chuẩn AIDET. Điều này cho thấy khi các bệnh viện áp dụng mô hình AIDET trong giao tiếp của ĐD với NB thì sự hài lòng của NB tăng lên, người bệnh cảm nhận được trong suốt quá trình điều trị, chăm sóc sức khỏe tại bệnh viện họ được tôn trọng nhu cầu và đáp ứng được những mong đợi, kỳ vọng, cảm thấy hạnh phúc, thoải mái và tin tưởng vào bệnh viện.

Tỷ lệ Điều dưỡng gõ cửa trước khi vào phòng bệnh, mỉm cười và chào hỏi chiếm (98.8%) người bệnh hài lòng về thái độ chu đáo, niềm nở của ĐD khi tiếp xúc, ĐD luôn gõ cửa trước khi vào phòng bệnh, mỉm cười thân thiện và chào hỏi NB. Trong đó có (0%) tỷ lệ NB đánh giá ĐD có thái độ thờ ơ, lạnh lùng. Đây là điểm mạnh của ĐD trong thái độ giao tiếp theo quan sát là sự thân thiện, sự ân cần, sự niềm nở và thông cảm với người bệnh. Tuy nhiên, có đến (5.7%) người bệnh trong nghiên cứu khi được hỏi ý kiến về giao tiếp của điều dưỡng đều cho là bình thường. Điều này cho thấy, tinh thần thái độ và kỹ năng giao tiếp của một số ít Điều dưỡng còn hạn chế, hoặc có tinh thần phục vụ tốt, nhưng thể hiện hành vi chưa khéo léo, chưa thuyết phục, làm cho NB hiểu chưa đúng.

Mặc dù việc giao tiếp của điều dưỡng chưa đạt chuẩn mực về giao tiếp theo mô hình AIDET nhưng về phía người bệnh là chấp nhận được. Phần lớn người bệnh khi vào bệnh viện, điều họ mong muốn trước tiên ở nhân viên y tế là quan tâm đến tình trạng bệnh của họ, nhanh chóng thực hiện các hoạt động khám, chữa bệnh và trả lời hoặc giải thích cụ thể những thắc mắc, những vấn đề liên quan đến sức khỏe của họ. Chính vì vậy, việc điều dưỡng chủ động hỏi thăm, lắng nghe người bệnh, có thái độ tôn trọng và sẵn sàng trong chăm sóc đã đem lại sự hài lòng của người bệnh khi được hỏi về thái độ giao tiếp điều dưỡng và nghĩa vụ của mỗi nhân viên y tế.

Tỷ lệ người bệnh người bệnh biết – nói đúng tên, chức danh, vị trí công việc Điều dưỡng chăm sóc mình chiếm (41.3%) và tỷ lệ NB không biết, hoặc không nhớ tên ĐD chăm sóc mình chiếm (58.7%). Tỷ lệ này có sự khác biệt với kết quả của tác giả Trần Thị Thanh Trúc (62%) [27]. Nguyên nhân do bệnh viện chúng tôi mới triển khai mô hình AIDET trong thời gian ngắn và đi vào áp dụng, ĐD chưa tạo thành thói quen giới thiệu tên khi tiếp xúc NB. Kết quả này phù hợp với



kết quả đi kiểm tra của phòng quản lý chất lượng hàng tháng. Chúng tôi nhận thấy đa số người bệnh chỉ biết tên của Bác sĩ điều trị cho mình.

Tỷ lệ NB được DD thông báo công việc sẽ thực hiện và khoảng thời gian sẽ thực hiện công việc hoặc chờ đợi chiếm tỷ lệ cao (99.8%) và DD có giải thích và hướng dẫn NB cách hợp tác và những khó chịu mà NB có thể gặp trong và sau thực hiện các kỹ thuật chiếm tỷ lệ cao (99.3%). Điều này cho thấy bệnh viện luôn quan tâm đến vấn đề cung cấp thông tin và giáo dục sức khỏe người bệnh. Giai đoạn sau mổ điều trị bệnh hoặc sau sinh nở và nuôi con là giai đoạn hết sức quan trọng trong cuộc đời người phụ nữ, việc nhận được nhiều thông tin tư vấn, giải thích từ nhân viên y tế chăm sóc sức khỏe của cả trẻ và mẹ là thật sự cần thiết giúp người bệnh cảm thấy an tâm, giảm lo lắng và tin tưởng hơn.

Bên cạnh đó tỷ lệ NB nhận được lời cảm ơn từ Điều dưỡng sau khi thực hiện xong các kỹ thuật chăm sóc hoặc xong công việc chiếm tỷ lệ (93.8%) và tỷ lệ người bệnh không nhận được lời cảm ơn chiếm (6.2%). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả khảo sát hàng tháng của phòng Quản lý chất lượng.

### **KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ**

Qua nghiên cứu chúng tôi rút ra được những kết luận sau:

#### **1. Tỷ lệ kỹ năng giao tiếp đạt chuẩn của Điều dưỡng theo mô hình giao tiếp AIDET.**

- 84.2% Điều dưỡng giao tiếp đạt chuẩn theo mô hình AIDET
- 15.8% Điều dưỡng không đạt chuẩn giao tiếp theo mô hình AIDET

#### **2. Yếu tố liên quan đến kỹ năng giao tiếp không đạt chuẩn của Điều dưỡng trong quá trình chăm sóc người bệnh.**

Kết quả phân tích định lượng tìm thấy yếu tố liên quan đến kỹ năng giao tiếp không đạt chuẩn của Điều dưỡng trong quá trình chăm sóc người bệnh: độ tuổi có liên quan đến với các nội dung theo bước 2 của mô hình Aidet (giới thiệu chức danh, họ tên, vị trí công việc) và thâm niên có mối liên quan đến với các nội dung theo bước 5 của mô hình Aidet (cảm ơn NB sau khi thực hiện xong công việc).

#### **3. Khảo sát tỷ lệ hài lòng của người bệnh về giao tiếp của Điều dưỡng theo mô hình Aidet tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ.**

98.8% Người bệnh ghi nhận Điều dưỡng có gõ cửa trước khi vào phòng bệnh, mỉm cười và chào hỏi.

41.3% Người bệnh biết – Nói đúng tên Điều dưỡng chăm sóc họ.

99.8% Người bệnh thỏa đáng khi được Điều dưỡng thông báo công việc sẽ thực hiện và khoảng thời gian sẽ thực hiện công việc hoặc chờ đợi.

99.3% Người bệnh hài lòng về sự giải thích và hướng dẫn của Điều dưỡng về cách hợp tác và những khó chịu mà NB có thể gặp trong và sau thực hiện các kỹ thuật.

93.8% Người bệnh nhận được lời cảm ơn của Điều dưỡng sau khi thực hiện xong công việc

Qua nghiên cứu **“Đánh giá thực trạng kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng theo mô hình AIDET tại bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2021”**, chúng tôi có một số kiến nghị như sau:

- Mô hình AIDET có tính ứng dụng và hiệu quả cao cần được nhân rộng tất cả các khoa trong bệnh viện.

- Trong thời gian tới, Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ cần xây dựng những chính sách nhằm nâng cao năng lực cho Điều dưỡng.

- Phòng Điều dưỡng phối hợp với các khoa, phòng liên quan như Phòng Quản lý Chất lượng, Phòng Kế hoạch tổng hợp tổ chức tập huấn cho tất cả các khoa quy trình “Giao tiếp – AIDET giữa Điều dưỡng và người bệnh” nhằm giúp Điều dưỡng biết rõ quy trình, nội dung thực hiện, có thể truyền đạt, giao tiếp hiệu quả, đem lại sự chuyên nghiệp trong chuyên môn khi thực hành chăm sóc người bệnh và đồng thời nên có sự hiện diện và cam kết của lãnh đạo từng khoa trong vấn đề thực hành giao tiếp của Điều dưỡng với người bệnh. Đặc biệt các Điều dưỡng có cá tính hạn chế trong giao tiếp cần được tăng cường công tác tư tưởng, tập huấn về giao tiếp ứng xử.

- Lãnh đạo các khoa, Phòng Quản lý chất lượng phối hợp với phòng Điều dưỡng tiếp tục tăng cường kiểm tra, giám sát việc tuân thủ quy trình “Giao tiếp – AIDET giữa Điều dưỡng và người bệnh” tại các khoa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Phụ sản Trung ương, (2010). Thông tin – giáo dục – tư vấn trong chăm sóc sức khỏe. *Nhà xuất bản Y học*, pp.1-68.
2. Burgener, AM (2020). Tăng cường truyền thông để cải thiện an toàn người bệnh và tăng sự hài lòng của người bệnh. *Người quản lý chăm sóc sức khỏe* , 39 (3), 128-132.
3. Huifang, H. U., Yuhong, S. H. E. N., Qinhui, J. I. A. N. G., Jie, W. A. N. G., & Yi, Z. H. O. U. (2018). Application of AIDET communication mode in nursing care of outpatients with peripherally inserted central catheter. *Chinese Journal of Integrative Nursing*, 4(10), 7.
4. Nhật, H. B. (2015). Sự hài lòng của bệnh nhân nội trú đối với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của các bệnh viện tại thành phố Long Xuyên.
5. Nguyễn, TT (2019). Hiệu quả của Truyền thông AIDET do Nhân viên Lễ tân Cung cấp đối với Trải nghiệm và Sự hài lòng của Bệnh nhân tại một Cơ sở Y tế (Luận án Tiến sĩ, Đại học Capella).
6. Register, S. J., Blanchard, E., Belle, A., Viles, A., Moore, S. P., MacLennan, P., & White, M. L. (2020). Using AIDET® Education Simulations to Improve Patient Experience Scores. *Clinical Simulation in Nursing*, 38, 14-17.
7. Scott, J. (2012). Utilizing AIDET and other tools to increase patient satisfaction scores. *Radiology management*, 34(3).
8. Võ Thị Thuỷ (2017). Hiệu quả của chương trình tập huấn giao tiếp của ĐD với mô hình AIDET. *Hội Hôi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam*, pp.3-55
9. Varghese, A. S. (2017). Improving patient satisfaction through implementing AIDET.
10. Yan, C. A. O., Hongmei, Y. A. N. G., Dan, C. H. E. N. G., & Xu, C. U. I. (2017). Application of AIDET communication mode in perioperative nursing care for patients undergoing laparoscopic gynecologic surgery. *Chinese Journal of Integrative Nursing*, 3(2), 37.



# HỘI NGHỊ KHOA HỌC

## ĐIỀU DƯỠNG - HỘ SINH NĂM 2022



**CNHS. ĐẶNG THỊ MINH PHƯƠNG**

Trưởng phòng Điều dưỡng  
Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ



# THỰC TRẠNG VĂN HÓA AN TOÀN NGƯỜI BỆNH CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2020-2021

*Đặng Thị Minh Phương, Lê Trọng Sanh,*

*BV Phụ Sản TP. Cần Thơ, BV Đa khoa TP. Phú Quốc*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ đáp ứng tích cực của nhân viên y tế về văn hóa an toàn người bệnh tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ. Phân tích một số yếu tố liên quan đến văn hóa an toàn người bệnh của nhân viên y tế. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 313 nhân viên y tế trực tiếp chăm sóc người bệnh (bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên) có thời gian công tác tại bệnh viện từ 01 năm trở lên tính từ thời điểm tiến hành nghiên cứu công tác tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ trong khoảng thời gian từ ngày 10/2020 - 06/2021. **Kết quả:** Lĩnh vực 4 Tỷ lệ hài lòng đối với hỗ trợ về quản lý cho an toàn người bệnh là 98,56%. Lĩnh vực 2 Tỷ lệ hài lòng đối với hành động về ATNB của người quản lý là 98,08%. Lĩnh vực 1 Tỷ lệ hài lòng đối với làm việc theo ê kíp trong cùng một khoa/phòng là 97,68%. Lĩnh vực 5 Tỷ lệ hài lòng đối với phản hồi và trao đổi về sai sót/lỗi là 92,55%. Lĩnh vực 9 Tỷ lệ hài lòng đối với bàn giao và chuyển tiếp là 88,39%. Lĩnh vực 3 Tỷ lệ hài lòng đối với quan điểm về ATNB của người quản lý là 86,58%. Lĩnh vực 8 Tỷ lệ hài lòng đối với làm việc theo ê kíp giữa các khoa/phòng là 85,62%. Lĩnh vực 6 Tỷ lệ hài lòng đối với trao đổi cởi mở là 82,32%. Lĩnh vực 10 Tỷ lệ hài lòng đối với không trừng phạt khi có sai sót/lỗi là 78,59%. Lĩnh vực 7 Tỷ lệ hài lòng đối với tần suất ghi nhận sự cố/sai sót/lỗi là 69,17%. Phân tích mối liên quan giữa chức danh nghề nghiệp với sự hài lòng theo từng lĩnh vực, tìm thấy lĩnh vực quan điểm về ATNB của người quản lý (LV3) và Lĩnh vực làm việc theo ê kíp giữa các khoa/phòng (LV8) của nhân viên y tế khi chức danh nghề nghiệp khác nhau thì khác nhau ( $p < 0,05$ ). Phân tích mối liên quan giữa nơi làm việc chính (khoa/phòng) với sự hài lòng ở từng lĩnh vực, tìm thấy Lĩnh vực hỗ trợ về quản lý cho an toàn người bệnh (LV4) của nhân viên y tế có nơi làm việc khác nhau thì khác nhau ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Tỷ lệ đáp ứng tích cực của nhân viên y tế về văn hóa an toàn người bệnh dao động ở mức cao từ 69,17% đến 98,56%. Tỷ lệ đáp ứng tích cực ở lĩnh vực tần suất ghi nhận sự cố/sai sót/lỗi thấp nhất trong 10 lĩnh vực (69,17%) và tỷ lệ đáp ứng tích cực ở lĩnh vực hỗ trợ về quản lý cho an toàn người bệnh cao nhất trong 10 lĩnh vực (98,56%).

**Từ khóa:** an toàn người bệnh, văn hóa an toàn người bệnh.



# THE STATUS OF PATIENT SAFETY CULTURE OF HEALTHCARE STAFF AND SOME RELATED FACTORS AT CAN THO OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2020 AND 2021

CNHS.Dang Thi Minh Phuong, TS.BS. Le Trong Sanh,

Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital, General Hospital of Phu Quoc City

## ABSTRACT

**Objective:** This study aims to determine the positive response rate of healthcare staff on patient safety culture at Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital and analyze some related factors.

**Materials and methods:** The cross-sectional study surveyed 313 healthcare staff who directly take care of patients (doctors, nurses, midwives, technicians) and have worked for at least 01 year at Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital during the research period, from October 2020 to June 2021.

## Result:

In dimension 4, the positive response rate of management support was 98.56%. In dimension 2, the positive response rate of “supervisor/officer-in-charge actions promoting patient safety” was 98.08%. In dimension 1, the positive response rate of “teamwork within units” was 97.68%. In dimension 5, the positive response rate of “feedback and communication error” was 92.55%. In dimension 9, the positive response rate of “handoffs and transitions” was 88.39%. In dimension 3, the positive response rate of “supervisor/officer-in-charge expectations” was 86.58%. In dimension 8, the positive response rate of “teamwork across units” was 85.62%. In dimension 6, the positive response rate of “communication openness” was 82.32%. In dimension 10, the positive response rate of “non punitive response error” was 78.59%. In dimension 7, the positive response rate of “frequency of events reported” was 69.17%.

Analyzing an association between professional titles and dimension-based satisfaction shows that “supervisor/officer-in-charge expectations” (Dimension 3) and “teamwork across units” (Dimension 8) of healthcare staff having different professional titles are different ( $p < 0.05$ ). Analyzing an association between main workplaces (units) and dimension-based satisfaction shows that “management support” (Dimension 4) of healthcare staff in different unit is different ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** The positive response rate of healthcare staff on patient safety culture had a high range, from 69.17% to 98.56%. In 10 dimensions, the positive response rate of “frequency of events reported” was the lowest (69.17%), while that of “management support” was the highest (98.56%).

**Keywords:** patient safety, patient safety culture.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo tổng kết của WHO, các bệnh viện có nền y học tiên tiến cứ 10 người bệnh nhập viện thì có 1 người bệnh gặp phải sự cố y khoa và trong 300 sự cố có một sự cố đặc biệt nghiêm trọng dẫn đến tử vong [4]. Ngoài ra, hậu quả của các sự cố y khoa còn làm kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị[8]. Theo Cơ quan chất lượng và nghiên cứu sức khỏe (Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ), tỉ lệ tai biến y khoa ở các quốc gia phát triển là rất khác nhau dao động từ 3,8% đến 16,7% người bệnh nhập viện, trong đó có hơn 50% các sự cố là có thể ngăn ngừa được. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu ***“Thực trạng văn hóa an toàn người bệnh của nhân viên y tế và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2020-2021”*** nhằm mục đích giúp các nhà quản lý bệnh viện, và những người quan tâm đến lĩnh vực này có thêm chứng cứ đề ra các chính sách và giải pháp cải thiện an toàn người bệnh cho bệnh viện. Mặc khác, nghiên cứu này cũng là một phần bước đầu, làm cơ sở so sánh cho các nghiên cứu sau này về lĩnh vực an toàn người bệnh tại thành phố Cần Thơ. Nghiên cứu gồm 2 mục tiêu:

1. Xác định tỉ lệ đáp ứng tích cực của nhân viên y tế về văn hóa an toàn người bệnh tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ.
2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến văn hóa an toàn người bệnh của nhân viên y tế tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nhân viên y tế trực tiếp chăm sóc người bệnh (bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên) công tác tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ.

+ *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

Thời gian công tác tại bệnh viện từ 01 năm trở lên từ thời điểm tiến hành nghiên cứu.

+ *Tiêu chuẩn loại trừ:*

HSBA của người bệnh có 1 trong các đặc điểm sau:

- Không thuộc viên chức-người lao động BV.
- Các chức danh nghề nghiệp khác.
- Vắng mặt trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

**Cỡ mẫu:** 313 mẫu

**Công cụ thu thập số liệu:** bộ công cụ đo lường Văn hoá an toàn người bệnh (HSOPSC) của tổ chức AHRQ [8] sau khi đã được chuẩn hoá với nhóm đối tượng nhân viên y tế tại Bệnh viện Từ Dũ [1].

**Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu thu thập được nhập và xử lý bằng SPSS 20.0

**Thước đo và tiêu chuẩn đánh giá:** Thang đo Likert là thang điểm năm (hoặc bảy) điểm được sử dụng để cho phép cá nhân thể hiện mức độ họ đồng ý hoặc không đồng ý với một tuyên bố cụ thể.

### 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

| Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu |                                        | n   | %      |
|-----------------------------------|----------------------------------------|-----|--------|
| Giới tính                         | Nam                                    | 64  | 20,45% |
|                                   | Nữ                                     | 249 | 79,55% |
| Vị trí công tác                   | Bác sĩ                                 | 94  | 30,03% |
|                                   | Điều dưỡng                             | 72  | 23,00% |
|                                   | Hộ sinh                                | 126 | 40,26% |
|                                   | Kỹ thuật viên                          | 21  | 6,71%  |
| Bằng cấp cao nhất cao             | Dưới đại học (Cao đẳng, trung cấp,...) | 158 | 50,48% |
|                                   | Đại học                                | 114 | 36,42% |
|                                   | Sau đại học (Chuyên khoa, thạc sĩ,...) | 41  | 13,10% |
| Phân công kiêm nhiệm              | Không kiêm nhiệm                       | 201 | 64,22% |
|                                   | Kiểm nhiệm 2 công việc                 | 79  | 25,24% |
|                                   | Kiểm nhiệm từ 3 công việc trở lên      | 33  | 10,54% |
| Giờ làm việc mỗi tuần             | < 20 giờ                               | 6   | 1,92%  |
|                                   | 20-39 giờ                              | 11  | 3,51%  |
|                                   | 40-59 giờ                              | 161 | 51,44% |
|                                   | 60-79 giờ                              | 98  | 31,31% |
|                                   | 80-99 giờ                              | 37  | 11,82% |
|                                   | từ 100 giờ trở lên                     | 0   | 0,00%  |

| Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu |             | n   | %      |
|-----------------------------------|-------------|-----|--------|
| Thu nhập hàng tháng               | 3-<5 Triệu  | 18  | 5,75%  |
|                                   | 5-<8 Triệu  | 206 | 65,81% |
|                                   | 8-<12 Triệu | 81  | 25,88% |
|                                   | > 12 Triệu  | 8   | 2,56%  |

Nhận xét:

- Về giới tính, có 64 người giới tính là nam chiếm 20,45% và 249 người giới tính là nữ, chiếm 79,55%.
- Về vị trí công tác, cao nhất có 126 người là hộ sinh, chiếm tỷ lệ 40,26%; thấp nhất có 21 người là kỹ thuật viên, chiếm tỷ lệ 6,71%.
- Về bằng cấp cao nhất, cao nhất có 158 trường hợp là có trình độ dưới đại học chiếm tỷ lệ 50,48%, thấp nhất có 41 trường hợp là sau đại học chiếm tỷ lệ 13,10%.
- Về đặc điểm phân công nhiệm vụ kiêm nhiệm, cao nhất có 201 trường hợp không kiêm nhiệm công việc khác ngoài công việc chính, chiếm tỷ lệ 64,22%, thấp nhất có 33 trường hợp kiêm nhiệm từ 3 công việc, chiếm tỷ lệ 10,54%.
- Về giờ làm việc mỗi tuần, thấp nhất có 6 trường hợp làm việc dưới 20 giờ/tuần, chiếm tỷ lệ 1,92%, cao nhất có 161 trường hợp làm việc từ 40-59 giờ, chiếm tỷ lệ 51,44%.
- Về thu nhập hàng tháng, cao nhất có 206 trường hợp có thu nhập từ 5 đến <8 triệu, chiếm tỷ lệ 65,81%, thấp nhất có 98 trường hợp có thu nhập từ >12 triệu, chiếm tỷ lệ 2,56%.

**Bảng 3. Tỷ lệ hài lòng chung ghi nhận ở 10 lĩnh vực của đối tượng nghiên cứu**

| TT | Lĩnh vực                                               | Tỷ lệ hài lòng trung bình (%) |
|----|--------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 1  | Lĩnh vực làm việc theo ê kíp trong cùng một khoa/phòng | 97,68                         |
| 2  | Lĩnh vực hành động về ATNB của người quản lý           | 98,08                         |
| 3  | Lĩnh vực quan điểm về ATNB của người quản lý           | 86,58                         |
| 4  | Lĩnh vực hỗ trợ về quản lý cho an toàn người bệnh      | 98,56                         |
| 5  | Lĩnh vực phản hồi và trao đổi về sai sót/lỗi           | 92,55                         |
| 6  | Lĩnh vực trao đổi cởi mở                               | 82,32                         |

|    |                                                  |       |
|----|--------------------------------------------------|-------|
| 7  | Lĩnh vực tần suất ghi nhận sự cố/sai sót/lỗi     | 69,17 |
| 8  | Lĩnh vực làm việc theo ê kíp giữa các khoa/phòng | 85,62 |
| 9  | Lĩnh vực bàn giao và chuyển tiếp                 | 88,39 |
| 10 | Lĩnh vực không trừng phạt khi có sai sót/lỗi     | 78,59 |

Nhận xét: Lĩnh vực hành động về ATNB của người quản lý có tỷ lệ hài lòng trung bình cao nhất trong 10 lĩnh vực, giá trị thu được là 98,56%. Lĩnh vực tần suất ghi nhận sự cố/sai sót/lỗi có tỷ lệ hài lòng trung bình thấp nhất trong 10 lĩnh vực, giá trị thu được là 69,17%.

**Bảng 4. Mối liên quan giữa chức danh nghề nghiệp với sự hài lòng ở từng lĩnh vực văn hóa an toàn người bệnh**

| Các lĩnh vực văn hóa an toàn người bệnh                 |                                                  | Chức danh nghề nghiệp |            |         |               |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------|------------|---------|---------------|
|                                                         |                                                  | Bác sĩ                | Điều dưỡng | Hộ sinh | Kỹ thuật viên |
| LV3                                                     | Lĩnh vực quan điểm về ATNB của người quản lý     | p<0,05                |            |         |               |
| LV8                                                     | Lĩnh vực làm việc theo ê kíp giữa các khoa/phòng | p<0,05                |            |         |               |
| *Kiểm định One-way Anova với phương sai không đồng nhất |                                                  |                       |            |         |               |

Nhận xét: Có sự khác biệt ý nghĩa thống kê mức độ hài lòng ở Lĩnh vực quan điểm về ATNB của người quản lý (LV3) và Lĩnh vực làm việc theo ê kíp giữa các khoa/phòng (LV8) của nhân viên y tế có chức danh nghề nghiệp khác nhau.

**Bảng 5. Mối liên quan giữa nơi làm việc với sự hài lòng ở từng lĩnh vực văn hóa an toàn người bệnh**

| Các lĩnh vực văn hóa an toàn người bệnh                 |                                                   | Nơi làm việc chính (khoa/phòng) |                                    |                              |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
|                                                         |                                                   | Phòng chức năng                 | Phòng không có giường bệnh thực kê | Phòng có giường bệnh thực kê |
| LV4                                                     | Lĩnh vực hỗ trợ về quản lý cho an toàn người bệnh | p<0,05                          |                                    |                              |
| *Kiểm định One-way Anova với phương sai không đồng nhất |                                                   |                                 |                                    |                              |



Nhận xét:

Phân tích mối liên quan giữa nơi làm việc chính (khoa/phòng) với sự hài lòng ở từng lĩnh vực văn hóa ATNB ta ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê mức độ hài lòng ở các lĩnh vực an toàn người bệnh LV4 của nhân viên y tế có nơi làm việc nhau.

#### 4. BÀN LUẬN

Mức độ đánh giá chung về văn hóa an toàn người bệnh ghi nhận ở 10 lĩnh vực dao động từ 69,17% đến 98,56%. So sánh với các quốc gia khác, tỷ lệ hài lòng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn của Bệnh viện cao hơn và ít chênh lệch hơn. Cụ thể, ở nghiên cứu của tác giả Yanli, tỷ lệ phản hồi tích cực cho mỗi lĩnh vực dao động từ 36% đến 89% [9]. Nghiên cứu của Afnan cũng cho kết quả thấp về tỷ lệ phản hồi tích cực (67% tỷ lệ hài lòng trung bình trên các lĩnh vực) [5]. Nghiên cứu của I-Chi C cho kết quả về tỷ lệ phản hồi tích cực là 64% [11]. So sánh với kết quả nghiên cứu của đề tài trong nước, tỷ lệ của Bệnh viện cũng cao hơn và ít chênh lệch hơn. Cụ thể, tác giả Tăng chí Thượng ghi nhận mức tỷ lệ trung bình các lĩnh vực là 69% [2]. Nghiên cứu tại Bệnh viện ghi nhận tỷ lệ phản hồi tích cực cao trên khía cạnh hành động về ATNB của người quản lý, hỗ trợ về quản lý cho an toàn người bệnh. Điều này cho thấy lãnh đạo của Bệnh viện thể hiện tốt vai trò trong việc xây dựng văn hóa an toàn người bệnh. Tuy nhiên, phân tích ghi nhận lĩnh vực tần suất ghi nhận sự cố/sai sót/lỗi có tỷ lệ hài lòng trung bình thấp nhất trong 10 lĩnh vực, giá trị thu được là 69,17%. Mặc dù tỷ lệ này có cao hơn tỷ lệ hài lòng trung bình ghi nhận tại bệnh viện Từ Dũ (49,4%, cao nhất là 66,6%) và Bệnh viện Nhi đồng 1 (64%). Thậm chí so với Hoa Kỳ, Hà Lan, Đài Loan, Iran, kết quả thu được của nghiên cứu vẫn cao hơn tương ứng lần lượt là (69,17% so với 63%, 38%, 57%, 58%) [3], [6], [7], [10]. Tuy nhiên vẫn cần cải thiện nhiều hơn nữa so với các lĩnh vực khác.

Phân tích mối liên quan giữa chức danh nghề nghiệp với sự hài lòng ở từng lĩnh vực, ở lĩnh vực quan điểm về ATNB của người quản lý, ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của chức danh nghề nghiệp khác nhau, bác sĩ và hộ sinh có tỷ lệ cao đồng tình ý kiến "Khi áp lực công việc tăng cao, lãnh đạo khoa luôn hỏi thúc nhân viên hoàn thành dù có thể bỏ qua các quy trình an toàn" và "Dù có các sai sót cứ lặp đi lặp lại trong khoa nhưng lãnh đạo khoa vẫn không quan tâm". Cụ thể, tỷ lệ phản hồi tiêu cực về lĩnh vực quản lý ở nhóm Bác sĩ chiếm 20% và ở nhóm hộ sinh chiếm 60%. Trong khi đó, tỷ lệ này chỉ chiếm 10% ở nhóm điều dưỡng và 5% ở nhóm kỹ thuật viên. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Yanli [9]. Kết quả này cho thấy nếu muốn tăng tỷ lệ hài lòng về lĩnh vực quản lý an toàn người bệnh, lãnh đạo khoa/phòng cần quan tâm nhiều hơn trên nhóm đối tượng hộ sinh.

Phân tích mối liên quan giữa chức danh nghề nghiệp với sự hài lòng ở từng lĩnh vực, ở lĩnh vực làm việc theo ê kíp giữa các khoa/phòng, ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các nhân viên y tế có chức danh nghề nghiệp khác nhau. Phân tích bác

sĩ có phản hồi tiêu cực chiếm tỷ lệ cao nhất, kể đến điều dưỡng. Cụ thể, tỷ lệ phản hồi tiêu cực về lĩnh vực làm việc theo ê kíp giữa các khoa/phòng ở nhóm Bác sĩ chiếm 54,5% và ở nhóm hộ sinh chiếm 36,3%. Trong khi đó, tỷ lệ này chỉ chiếm 0,18% ở nhóm hộ sinh và ở nhóm kỹ thuật viên. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Yanli [9]. Từ kết quả nghiên cứu cho thấy hoạt động làm việc theo ê kíp giữa bác sĩ và hộ sinh ở các khoa/phòng khác nhau có đạt được tính hợp tác hơn so với nhóm điều dưỡng và kỹ thuật viên khi khảo sát tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ. Kết quả này cho thấy các hoạt động, biện pháp cải tiến làm tăng cần tăng tính hợp tác làm việc giữa các khoa phòng nên tập trung vào nhóm bác sĩ và hộ sinh.

Phân tích mối liên quan giữa nơi làm việc chính với sự hài lòng ở từng lĩnh vực, ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê mức độ hài lòng ở Lĩnh vực hỗ trợ về quản lý cho ATNB (LV4). Phân tích dữ liệu, nhân viên y tế làm việc tại phòng chức năng có giá trị trung bình là 4,69 về mức hài lòng cao hơn so với các phòng ban khác với độ lệch chuẩn là 0,369. Do tỷ lệ hài lòng chung ở Lĩnh vực hỗ trợ về quản lý cho an toàn người bệnh cao (98,56%) và nhóm có phản hồi tiêu cực chiếm tỷ lệ rất thấp (từ 0,32% đến 0,64%), nên mặc dù phương sai của các giá trị trong phân tích có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nhưng không gợi ý sự thay đổi lớn khi áp dụng trên lâm sàng.

## 5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đáp ứng tích cực của nhân viên y tế về văn hóa an toàn người bệnh dao động ở mức cao từ 69,17% đến 98,56%.

Trong đó, tỷ lệ đáp ứng tích cực ở lĩnh vực tần suất ghi nhận sự cố/sai sót/lỗi thấp nhất trong 10 lĩnh vực (69,17%) và tỷ lệ đáp ứng tích cực ở lĩnh vực hỗ trợ về quản lý cho an toàn người bệnh cao nhất trong 10 lĩnh vực (98,56%).

Tỷ lệ đáp ứng tích cực ở Bệnh viện phụ sản thành phố Cần Thơ cao hơn hẳn so với các bệnh viện khác trong và ngoài nước, cho thấy văn hóa an toàn người bệnh của Bệnh viện Phụ sản Cần Thơ đạt mức độ cao trong thực hành.

Phân tích các yếu tố liên quan đến văn hóa an toàn người bệnh của nhân viên y tế ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đáp ứng tích cực ở 2 nhóm bác sĩ và hộ sinh so với các nhóm còn lại.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

Journal article, one author:

[1] Anh TNN, Research on Patient Safety Culture at Tu Du Hospital, Master thesis, University of Economics Ho Chi Minh City, 2015; p. 15-24.

[2] Thuong TC, Survey on patient safety culture at Children's Hospital 1, Medical Journal of Ho Chi Minh City, 2012; 18(4): 8-10.

[3] Al-Ahmadi TA, Measuring patient safety culture in Riyadh's hospitals: a comparison between public and private hospitals, J Egypt Public Health Assoc, 2009; 84(5-6): 479-500.

[4] Michael Bliss, William Osler: A life in medicine, Oxford University Press, 1999;

Journal article, more than three authors:

[5] Afnan Aljaffary, et al., Patient Safety Culture in a Teaching Hospital in Eastern Province of Saudi Arabia: Assessment and Opportunities for Improvement, Risk Manage Health Policy, 2021 Sep 13;14:3783-3795.

[6] Christiaans-Dingelhoff I, et al., The psychometric properties of the "Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch hospitals", BMC Health Services Research, 2008;

[7] Da Silva Gama ZA, Saturno PJ, et al., Analysis of the patient safety culture in hospitals of the Spanish National Health System, Med Clin, 2008; 131: 18-25.

[8] Westat Rockville, et al., Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2012 user comparative database report, US: Department of Health and Human Services. AHRQPublication, 2012;

[9] Yanli Nie, et al., Hospital survey on patient safety culture in China", BMC health services research, 2016; 13(1): tr.228.

Journal article, two or three authors:

[10] Griffiths PWP, SC. Murphy J, Hignett S., Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: findings from the UK, Qual Saf Health Care, 2010; 19(5), e2.

[11] I-Chi C, HHL, Measuring patient safety in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), BMC Health Services Research, 2010; 10: 370-376.



# HỘI NGHỊ KHOA HỌC

## ĐIỀU DƯỠNG - HỘ SINH NĂM 2022



**ThS. CNSH THÁI TRẦN PHƯƠNG MINH**

Khoa Hỗ trợ sinh sản  
Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ



## NHẬN DIỆN NGƯỜI BỆNH TRONG HỖ TRỢ SINH SẢN

*ThS.CNSH. Thái Trần Phương Minh,*

*Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ*

### 1. GIỚI THIỆU

#### 1.1 Nhận diện người bệnh tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ

An toàn người bệnh được Bộ Y tế và tất cả các bệnh viện đặt lên ưu tiên hàng đầu trong khám và điều trị. Trong Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam phiên bản 2.0 ngày 18 tháng 11 năm 2016 đã dành một tiêu chí là D2.4 về “Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ” nhằm đưa việc đảm bảo chính xác người bệnh trong dịch vụ y tế thành một tiêu chuẩn để đánh giá chất lượng của bệnh viện.

Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ đã và đang áp dụng các công cụ trong nhận diện người bệnh từ người bệnh đến khám ngoại trú, người bệnh điều trị nội trú. Ngoài ra, nhằm đảm bảo hạn chế các sai sót trong giao tiếp chuyển và nhận thông tin giữa nhân viên y tế - nhân viên y tế, nhân viên y tế với người bệnh, bệnh viện cũng đã ban hành và áp dụng các quy định về giao tiếp giữa các nhóm đối tượng này.

#### 1.2 Nhận diện người bệnh tại Khoa Hỗ trợ sinh sản

Khoa Hỗ Trợ Sinh Sản - Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ được thành lập từ năm 2010, triển khai nhiều kỹ thuật dịch vụ mới. Số lượng người bệnh đến khám và điều trị tăng dần theo các năm. Chất lượng và hiệu quả điều trị luôn được nâng cao. Bên cạnh đó, an toàn trong điều trị luôn là một tiêu chí quan trọng, được đặt lên hàng đầu trong hoạt động liên quan đến người bệnh khi đến khoa Hỗ trợ sinh sản (HTSS).

Với loại hình khám và điều trị đặc thù và đối tượng người bệnh đặc biệt, các nhân viên y tế của khoa HTSS tiếp xúc với nguy cơ nhận diện sai người bệnh, mẫu noãn/tinh trùng/phôi bất cứ lúc nào. Trên thế giới đã ghi nhận rất nhiều trường hợp nhầm lẫn trong chuyển phôi (1). Những sự cố này được phát hiện bởi các cặp vợ chồng sau khi sinh ra các em bé có màu da khác nhau, hoặc do các trùng tâm đã phát hiện sai sót và thông báo đến cho người bệnh. Từ đó, có thể xảy ra các trường hợp nhầm lẫn, tuy nhiên, chưa được phát hiện. Đối với một trung tâm thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON), các sự cố nhầm lẫn này có thể dẫn đến hậu quả nghiêm trọng về chuyên môn và cũng như về pháp luật (2).

Các nhân viên y tế có thể đối mặt với những thách thức về pháp lý và hình phạt theo quy định, trong khi người bệnh sẽ phải chịu thiệt hại về mặt tâm lý và sự mất niềm tin về quy trình IVF ở các chu kỳ trong tương lai. Các thời điểm quan trọng trong toàn



bộ quá trình TTTON cả về lâm sàng và labo có khả năng xảy ra nhiều nhất: giao nhận mẫu tinh dịch, chọc hút noãn, tiêm tinh trùng vào bào tương noãn hoặc nuôi cấy tinh trùng và noãn theo phương pháp cổ điển, chuyển giao tử hoặc phôi giữa các tube hoặc đĩa, trữ đông hoặc rã đông giao tử hoặc phôi và chuyển phôi cho người bệnh (2, 3).

Các biện pháp kiểm soát chính được sử dụng để giảm nguy cơ nhầm lẫn là kiểm tra chéo giữa những người thực hiện với nhau. Tuy nhiên, việc kiểm soát này đã được chứng minh là chưa đảm bảo vì những lỗi liên quan con người bao gồm: kiểm tra chưa đúng, không đầy đủ, không tự giác thực hiện và kiểm tra không đúng thời điểm (2, 4).

Thấy được những nguy cơ và hạn chế nêu trên, khoa HTSS đã và đang thực hiện các sáng kiến, cải tiến trong việc ứng dụng công nghệ thông tin trong nhận diện người bệnh, mẫu của người bệnh trong quá trình điều trị, chuyển từ cách làm thủ công sang ứng dụng công nghệ mang đến sự an toàn, chuyên nghiệp, uy tín cho khoa và bệnh viện.

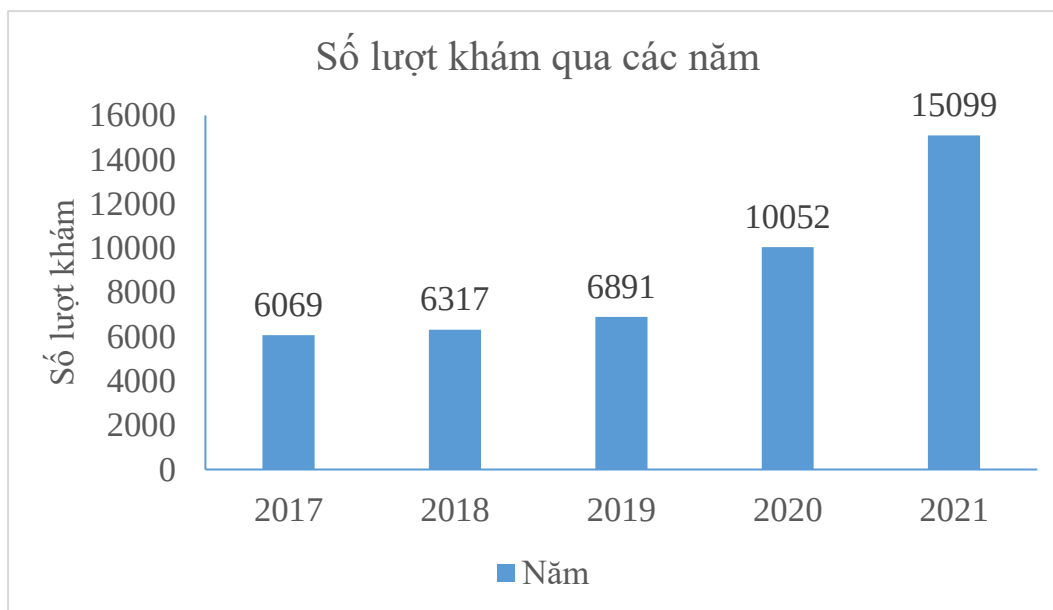
## **2. Tầm quan trọng của nhận diện người bệnh**

Các sự cố nhầm lẫn trong bệnh viện tồn tại trong tất cả các bước trong quá trình điều trị của người bệnh. Từ các sự cố xảy ra nhưng ít gây tổn hại đến người bệnh đến những sự cố gây hậu quả nặng nề, liên quan trực tiếp đến pháp lý. Đối với hỗ trợ sinh sản, các sự cố đó có thể là nhầm lẫn trong thao tác với giao tử, phôi của người bệnh. Trong một số trường hợp, sự cố được phát hiện ngay và khắc phục, tuy nhiên, có những trường hợp sau nhiều năm người bệnh hoặc nhân viên y tế mới phát hiện là đã có nhầm lẫn mẫu. Trên thế giới đã ghi nhận nhiều trường hợp sai sót nghiêm trọng sau khi thực hiện TTTON (1).

Những sự cố này sau khi xảy ra gây ảnh hưởng rất lớn đến các cá nhân liên quan như nhân viên của trung tâm và người bệnh, đồng thời cũng ảnh hưởng nghiêm trọng đến uy tín của trung tâm TTTON nói riêng và của bệnh viện nói chung

Sự tăng trưởng trong số lượt khám và điều trị tăng dần theo các năm cũng là một áp lực lớn cho nhân viên khoa nhằm đảm bảo công tác nhận diện người bệnh.

Số lượng khám và điều trị tăng kéo theo nguy cơ xảy ra các sự cố nhầm lẫn người bệnh, do đó, đòi hỏi việc nhận diện người bệnh phải được thực hiện nghiêm ngặt nhằm đảm bảo chất lượng dịch vụ và hiệu quả điều trị cho người bệnh (5).



**Hình 11 Số lượt khám qua các năm khoa Hỗ trợ sinh sản**

### **3. Những cải tiến hướng đến an toàn người bệnh**

#### **3.1 Chuẩn hóa các quy trình**

Việc đầu tiên cần thực hiện nếu muốn triển khai công tác nhận diện người bệnh đó là cần có các quy trình thao tác chuẩn. Quy trình thao tác chuẩn hay Standard Operating Procedure (SOP) là liệu chuyên biệt về cách thức mà một nhiệm vụ cụ thể nào đó cần được thực hiện trong phạm vi công việc cụ thể. Ngoài ra nó còn là một bộ các văn bản chỉ dẫn để mọi nhân viên tuân theo nhằm luôn luôn đáp ứng các tiêu chuẩn đề ra (6).

Các SOP trợ giúp cho công tác quản lý, chuyên môn. Nếu SOP được tuân thủ chính xác thì mọi nhân viên thực hiện thao tác kỹ thuật cụ thể theo cách thức như nhau. Làm giảm khả năng sai sót. Mỗi nhân viên có thể được đào tạo từ các cơ sở đào tạo khác nhau, vì thế nhận thức hay thao tác kỹ thuật có thể khác nhau. Khi có SOP các nhân viên sẽ làm giống nhau và khả năng sai sót được giảm đi. Điều này cũng hỗ trợ nhiều cho việc nhận diện người bệnh, khi mà các bước nhận diện được nhân viên tuân thủ như nhau theo quy trình đã quy định trước đó.

Các SOP tạo điều kiện đơn giản và chuẩn hoá việc huấn luyện nhân viên. Đặc biệt trong huấn luyện nhân viên mới, chưa biết phải thực hiện những kỹ thuật như thế nào. Nếu không có SOP, có thể họ sẽ học hỏi của mỗi nhân viên cũ một ít và rất dễ sai. Khi có SOP, ta chỉ cần đào tạo họ làm đúng theo SOP và như vậy kỹ thuật của họ cũng sẽ giống như các nhân viên cũ. Ngoài ra, các quy trình chuẩn này trợ giúp giải quyết những vấn đề nảy sinh sau khi có sự thiếu sót chất lượng trong hoạt động nhất là việc nhận diện người bệnh. Từ đó, lãnh đạo khoa và phụ trách quản lý chất lượng đề xuất hành động khắc phục nhằm tránh lặp lại những sự cố liên quan.

Việc vận hành các SOP có thể giúp tìm ra các điểm chưa phù hợp giữa văn bản quy trình và các công việc thực tế nhân viên đang thực hiện hàng ngày, tìm ra các lỗ hổng liên kết giữa các quy trình với nhau trong một quá trình. Bằng cách cập nhật, cụ thể hóa các bước thực hiện, các văn bản quy trình phù hợp với thực tế tại khoa, liên kết chặt chẽ tất cả các quy trình liên quan, từ đó, việc triển khai số hóa và áp dụng công nghệ sau này sẽ được tiến hành dễ dàng hơn.

### **3.1.1 Chuẩn hóa quy trình chung của các khoa**

Nhận thấy được tầm quan trọng của quy trình thao tác chuẩn, phòng Quản lý chất lượng của bệnh viện chịu trách nhiệm làm đầu mối tổng hợp và xây dựng hệ thống các quy trình phục vụ cho công tác nhận diện người bệnh, từng bước chuẩn hóa và đồng đều hơn trong năng lực của tất cả nhân viên.

Bảng tóm tắt các bước khẳng định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ (N.A.A.I.S) được áp dụng và được xem là nền tảng trong hầu hết các quy trình nhận diện người bệnh sau đó của bệnh viện. Bảng tóm tắt nêu rõ các bước từ: tiếp nhận thông tin người bệnh cung cấp, đối chiếu hồ sơ, đọc và xác nhận lại các thông tin và xác định lại dịch vụ trước khi cung cấp. Bảng tóm tắt mang lại hiệu quả cao, giúp phòng ngừa các sự cố liên quan đến nhận diện nhầm người bệnh.

Một trong những quá trình có thể mang đến những nguy cơ nhầm lẫn người bệnh đó là sự giao tiếp và truyền tải thông tin. Hai mô hình giao tiếp đã được sử dụng tại bệnh viện là AIDET – Giao tiếp giữa điều dưỡng và người bệnh, iSBAR – Bàn giao người bệnh. Cả hai quy trình nhằm mục đích đảm bảo việc truyền đạt thông tin hiệu quả, chính xác và đầy đủ tạo điều kiện chăm sóc người bệnh được liên tục và an toàn.

### **3.1.2 Chuẩn hóa quy trình khoa Hỗ trợ sinh sản**

Hiện tại khoa đã được phê duyệt ban hành hai quy trình “Nhận diện người bệnh trong suốt quá trình đến khám tại khoa Hỗ trợ sinh sản” và “Nhận diện người bệnh và mẫu của người bệnh trong quá trình điều trị tại khoa Hỗ trợ sinh sản”. Hai quy trình này chuẩn hóa tất cả các bước nhận diện người bệnh và mẫu của người bệnh ngay từ thời điểm tiếp nhận đến khi hoàn thành việc điều trị tại khoa.

## **3.2 Quá trình cải tiến trong nhận diện người bệnh**

### **3.2.1 Cải tiến trong nhận diện người bệnh**

Hiện tại, đối với người bệnh đến khám ngoại trú việc nhận diện từ lần tái khám đầu tiên được thực hiện dựa vào thẻ khám bệnh có tích hợp mã vạch, chứa thông tin của người bệnh. Việc quản lý thông tin và xác nhận thông tin với người bệnh dễ dàng hơn cho Hộ sinh – Điều dưỡng tiếp nhận. Thông tin này có sự liên kết giữa các khoa liên quan với nhau.

Đối với các khoa điều trị nội trú, việc triển khai vòng tay nhận diện là một bước tiến trong quản lý và nhận diện người bệnh. So với vòng tay trước đây, các thông tin được viết bằng tay, tăng nguy cơ xảy ra các sai sót. Mã số người bệnh được thể hiện trên vòng tay, được in từ phần mềm quản lý, với thao tác sử dụng thiết bị đọc mã vạch, nhân viên y tế có thể dễ dàng truy vấn khi cần thiết.

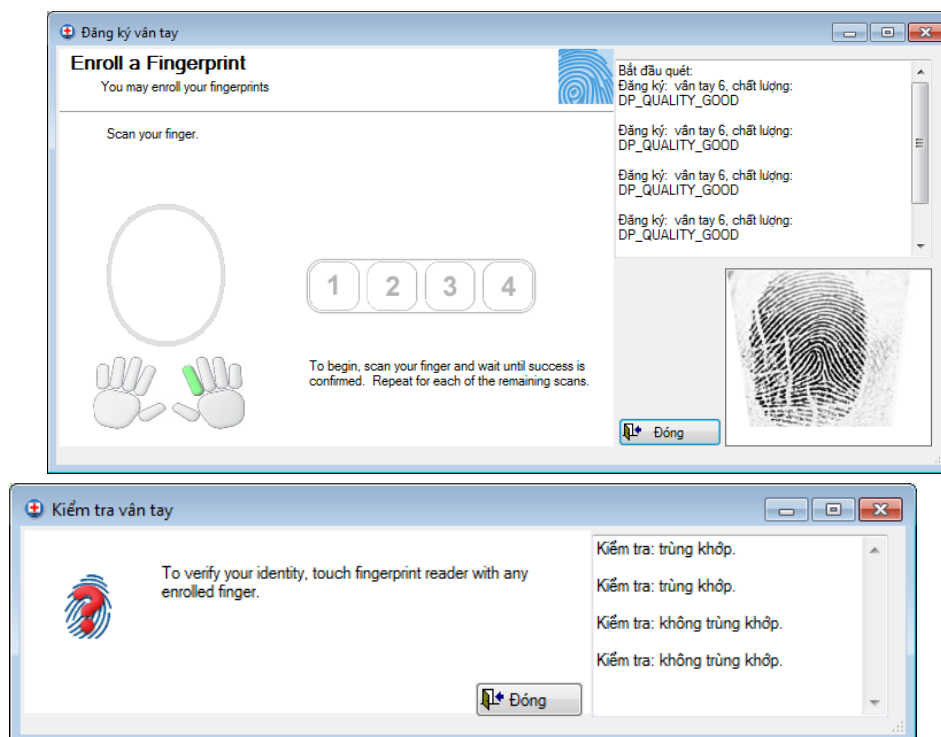
### 3.2.2 Cải tiến trong nhận diện người bệnh tại khoa Hỗ trợ sinh sản

Từ nền tảng các công cụ nhận diện người bệnh của bệnh viện và những yêu cầu về nhận diện người bệnh, đảm bảo an toàn cho người bệnh và nhân viên y tế khi thực hiện các kỹ thuật tại khoa, khoa đã đặt mục tiêu cải tiến các bước nhận diện người bệnh trong toàn bộ quy trình của khoa, với nguyên tắc chung là trước khi cung cấp dịch vụ đối với người bệnh và trước khi thao tác đối với mẫu, giao tử, hợp tử của người bệnh.

**Bảng 3 Thời điểm và thông tin cần nhận diện**

| STT                | Thời điểm nhận diện                          | Mã vạch | Dấu vân tay | Hình ảnh khuôn mặt | Thông tin của NB |
|--------------------|----------------------------------------------|---------|-------------|--------------------|------------------|
| <b>Giai đoạn 1</b> |                                              |         |             |                    |                  |
| 1                  | Khám và tái khám                             | x       | x           | x                  | x                |
| 2                  | Chọc hút noãn/chuyển phôi/thủ thuật Nam khoa |         | x           | x                  | x                |
| <b>Giai đoạn 2</b> |                                              |         |             |                    |                  |
| 3                  | Nhận mẫu tinh dịch                           | x       |             | x                  | x                |
| <b>Giai đoạn 3</b> |                                              |         |             |                    |                  |
| 4                  | Tất cả các kỹ thuật trong labo               | x       |             |                    | x                |
| 5                  | Bơm tinh trùng vào buồng tử cung             |         | x           | x                  | x                |

Từ 2019, khoa HTSS bắt đầu triển khai cải tiến trong nhận diện người bệnh ở khâu khám và thủ thuật. Phương pháp được áp dụng là sử dụng vân tay vì vân tay là duy nhất đối với mỗi người, không có hai người nào có tất cả mười vân tay giống hệt nhau. Sau đó, việc xác thực một cá nhân bằng cách tìm kiếm và đối sánh đặc tính sinh trắc với toàn bộ các mẫu sinh trắc trong cơ sở dữ liệu.



**Hình 12 Đăng ký và nhận diện dấu vân tay trong quá trình khám**

Khi đến khám, người bệnh được đăng ký dấu vân tay cùng với hình ảnh chân dung của cả vợ và chồng. Từ các lần tái khám tiếp theo, bên cạnh mã vạch của thẻ khám bệnh, người bệnh sẽ được nhận diện thêm dấu vân tay và đối chiếu hình ảnh nhận diện đã đăng ký trước đó. Các thông tin nhận diện bắt buộc phải trùng khớp trước khi thực hiện các bước tiếp theo.

Trong thủ thuật, trước khi vào phòng thủ thuật, người bệnh được mang vòng nhận diện và kiểm tra dấu vân tay. Từ dấu vân tay sẽ liên kết với thông tin: họ và tên, năm sinh, căn cước, hình ảnh nhận diện của vợ và chồng, loại thủ thuật, ngày thủ thuật. Bác sĩ, hộ sinh-điều dưỡng và người bệnh sẽ cùng kiểm tra các thông tin hiển thị trên màn hình, chỉ khi các thông tin được xác nhận chính xác người bệnh sẽ được cung cấp các dịch vụ tiếp theo.

Từ những hiệu quả của giai đoạn 1, năm 2021, khoa tiếp tục triển khai việc nhận diện người bệnh giao mẫu tinh dịch. Thời điểm giao nhận mẫu tinh dịch là một trong những thời điểm quan trọng, dễ xảy ra nhầm lẫn hoặc xảy ra tình trạng trao đổi mẫu. Cũng như nhận diện trước thủ thuật, thông qua mã vạch trên lọ mẫu, nhân viên nhận mẫu sẽ cùng với người chồng xác nhận lại các thông tin, hình ảnh nhận diện trước khi tiếp nhận mẫu.

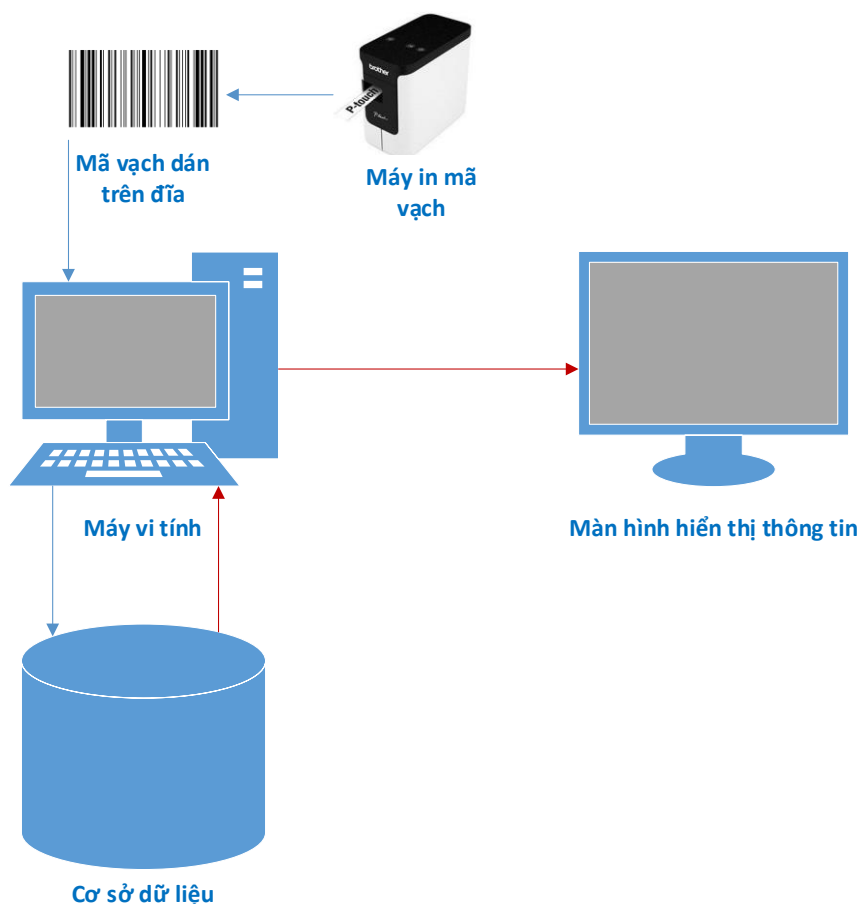
Trong năm 2022, khoa HTSS dự kiến sẽ triển khai nhận diện ở tất cả các vị trí còn lại bao gồm các quy trình thao tác với noãn/tinh trùng/phôi ở labo IVF để hoàn thành quy trình khép kín trong nhận diện mẫu.



Thông tin người bệnh được sử dụng là thông tin đăng ký đầu vào từ phần mềm quản lý của bệnh viện. Các thông tin này sẽ được trích xuất và nhập vào cơ sở dữ liệu phần mềm quản lý thông tin hiện tại của khoa. Thông tin sau đó được truy xuất liên kết thông qua một mã ID duy nhất cho từng NB từ cơ sở dữ liệu lưu tại khoa. Đối với người vợ, ngoài các thông tin cá nhân cần thiết, còn liên kết với các thông tin của chồng và ngược lại. Bên cạnh đó, các trường hợp đặc biệt như xin noãn sẽ có liên kết thêm thông tin của người cho noãn. Từ mã ID của người vợ sẽ có thể truy xuất các thông tin của người chồng, người cho noãn (nếu có) và ngược lại.

Mã vạch được tạo ra bằng cách mã hóa ID của NB. Thông tin trên nhãn dán bao gồm mã vạch, số thứ tự thủ thuật và tên NB. Nhãn dán là loại có nền trong suốt, chỉ có phần thông tin được in màu đen, nhằm hạn chế việc che chắn ánh sáng từ nguồn sáng của kính hiển vi. Nhãn được dán ở đáy của các hộp, đĩa, thân của tube.

Thiết bị đọc mã vạch sẽ được trang bị tại: tủ thao tác vô trùng, khu vực tiêm tinh trùng vào bào tương noãn. Khi chuẩn bị thao tác với bất kỳ mẫu nào, vật tư tiêu hao có dán mã vạch sẽ được đưa qua thiết bị đọc mã. Thông qua máy vi tính và phần mềm quản lý thông tin người bệnh, mã sẽ được so sánh với cơ sở dữ liệu hiện có, xuất thông tin tương ứng của người bệnh qua màn hình. Các chuyên viên phôi học sẽ dựa vào thông tin để xác định mẫu của đúng người bệnh trước khi thực hiện các thao tác tiếp theo.



### Hình 13 Sơ đồ hoạt động của hệ thống nhận diện trong labo IVF

#### 3.3 Những khó khăn

Trong quá trình triển khai phương pháp nhận diện mới, các khó khăn cũng được ghi nhận:

##### Khó khăn về con người

Tập huấn luyện phương pháp mới cho tất cả nhân viên, tuy nhiên, thời gian đầu vẫn còn xảy ra các sai sót trong quá trình nhập thông tin vào phần mềm, quá trình sử dụng và thao tác nhận diện.

Số lượng thông tin tiếp nhận nhập vào phần mềm tăng hơn trước nhiều, đòi hỏi các nhân sự ở khu vực tiếp nhận tăng số lượng công việc.

##### Khó khăn về hệ thống

Trong quá trình in ấn có thể xảy ra lỗi.

Phần mềm hoạt động chưa ổn định.

Tuy nhiên, đó là các khó khăn trong thời gian đầu triển khai phương pháp nhận diện mới. Hiện tại, các nhóm chủ nhiệm các cải tiến đã tiến hành tập huấn thường xuyên, nhằm chuẩn hóa quy trình nhận diện, cải thiện hoạt động của phần mềm, cập nhật các chức năng phù hợp. Ngoài ra, vấn đề về khối lượng công việc đã được đề xuất thay đổi, tăng thêm nguồn lực hỗ trợ, nhằm đảm bảo hoạt động diễn ra đúng theo dòng chảy công việc, góp phần giảm các sai sót.

#### 4. Hiệu quả đạt được

Sau khi triển khai hai giai đoạn của chương trình nhận diện người bệnh, tính đến thời điểm hiện tại, 100% người bệnh đến khoa đã được nhận diện theo phương pháp mới.

##### Hướng tới sự an toàn cho người bệnh

Việc ứng dụng công nghệ trong nhận diện người bệnh nói chung và nhận diện mẫu của người bệnh nói riêng thuộc chương trình chống nhầm lẫn người bệnh của bệnh viện. Trong hỗ trợ sinh sản việc đảm bảo an toàn trong quá trình điều trị là rất quan trọng, không được xảy ra các sự cố về nhầm lẫn mẫu ở bất kỳ quy trình nào. Cải tiến được áp dụng góp phần ngăn ngừa các sự cố liên quan đến nhầm lẫn mẫu. Người bệnh tin tưởng và được đảm bảo an toàn khi lựa chọn khoa là nơi điều trị.

Sau hai năm triển khai nhận diện thông tin, dấu vân tay, hình ảnh khuôn mặt, kết quả khảo sát người bệnh và nhân viên về hiệu quả của cải tiến:

**Bảng 4 Kết quả khảo sát hiệu quả của cải tiến**

| STT | Nội dung                                                                   | Tỷ lệ |
|-----|----------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1   | Nhân viên tuân thủ quy trình nhận diện tại phòng thủ thuật                 | 100%  |
| 2   | Người bệnh được nhận diện bằng dấu vân tay                                 | 100%  |
| 3   | Người bệnh rất hài lòng về ứng dụng nhận diện dấu vân tay trong thủ thuật. | 100%  |
| 4   | Nhân viên hài lòng khi triển khai ứng dụng.                                | 100%  |

**Số lượng thông tin được nhận diện đầy đủ hơn**

Cải tiến sẽ khắc phục được nhược điểm các thông tin ghi trên bề mặt các vật tư tiêu hao. Số lượng thông tin hiển thị trên màn hình nhận diện nhiều hơn so với phương pháp ghi thủ công trên đĩa, hộp nuôi cấy... Ngoài ra, các thông tin có thể được hiển thị đầy đủ hơn, như họ và tên NB, số ID, ngày tháng năm sinh...

**Độ chính xác cao hơn**

Các thông tin của NB được lưu trữ và liên kết với mã ID ngay từ ban đầu và được trích xuất từ phần mềm quản lý của bệnh viện. Do đó, độ chính xác của các thông tin sẽ được đảm bảo, hạn chế được các sai sót do yếu tố ghi chép thủ công. Bên cạnh đó, thông tin được hiển thị đầy đủ trên màn hình nhận diện, các trường hợp cùng tên sẽ được kiểm soát dễ dàng hơn trong quá trình thực hiện thủ thuật.

**Thời gian nhận diện nhanh và hiệu quả**

Thời gian quét mã vạch và hiển thị thông tin lên màn hình khoảng 3 – 5 giây, giúp cho các chuyên viên phôi học có thể thực hiện việc nhận diện và kiểm tra chéo nhanh và hiệu quả hơn. Ngay khi đưa mẫu vào vị trí thao tác, chỉ cần quét qua mã vạch đã dán trước đó để xác nhận lại thông tin của người bệnh và mẫu trước khi thực hiện các thao tác tiếp theo.

**Nâng cao chất lượng, thương hiệu của khoa và bệnh viện**

Khi triển khai thành công cải tiến này sẽ là một bước tiến lớn trong nhận diện người bệnh và mẫu của người bệnh của khoa, sẽ tạo được niềm tin của người bệnh khi lựa chọn khoa là nơi điều trị hiếm muộn thông qua việc luôn đảm bảo an toàn cho người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liebler R. Are you my parent? Are you my child? The role of genetics and race in defining relationships after reproductive technological mistakes. DePaul J Health Care Law. 2002;5(1):15-56.
2. Dyer C. Identifying patients in outpatient clinics must be improved, says safety watchdog. BMJ. 2021;373:n1440.
3. Magli MC, Van den Abbeel E, Lundin K, Royere D, Van der Elst J, Gianaroli L. Revised guidelines for good practice in IVF laboratories. Hum Reprod. 2008;23(6):1253-62.
4. Toft B, Mascie-Taylor H. Involuntary automaticity: a work-system induced risk to safe health care. Health Serv Manage Res. 2005;18(4):211-6.
5. Kushnir VA, Smith GD, Adashi EY. The Future of IVF: The New Normal in Human Reproduction. Reproductive Sciences. 2022;29(3):849-56.
6. ISOCERT. SOP là gì? [Available from: <https://isocert.org.vn/sop-la-viet-tat-cua-tu-gi-huong-dan-van-hanh-quy-trinh-chuan-sop>.