

đôi của cả 2 giới tính đều ghi nhận trong mức bình thường với nam giới là  $6,2 \pm 2,1$  mmol/l và nữ giới là  $6,0 \pm 2,2$  mmol/l. Đối với triglyceride cũng đạt kết quả ở mức bình thường ở cả 2 giới nam và nữ lần lượt là  $1,7 \pm 1,1$  mmol/l và  $1,8 \pm 1,4$  mmol/l. Chỉ số còn lại là cholesterol cũng đều nằm trong mức bình thường, nam giới có kết quả là  $4,8 \pm 0,9$  mmol/l và nữ giới là  $4,7 \pm 0,8$  mmol/l. Tương tự như vậy ở chỉ số cholesterol có số đối tượng nam giới đạt chỉ số cholesterol ngang bằng với đối tượng nữ là 91 người và tỷ lệ gần bằng nhau, nam là 81,3% và nữ là 77,3%. Điều này có thể lí giải là do đối tượng tăng huyết áp thường được điều trị bằng các loại thuốc có thể ảnh hưởng đến các chỉ số sinh hóa này, như statin để giảm cholesterol hoặc thuốc điều trị tiểu đường để kiểm soát mức glucose. Việc sử dụng các phương pháp điều trị tương tự ở cả hai giới có thể làm giảm sự khác biệt tiềm tàng giữa nam và nữ.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 251 đối tượng với nam giới chiếm 49% và nữ giới chiếm 51%. Đa số đối tượng nghiên cứu có tình trạng dinh dưỡng tiền béo phì với 48,2%, trong đó nam giới có tình trạng dinh dưỡng tiền béo phì chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,1%, tỷ lệ này ở nữ giới là 40,6%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Organization WH.** Hypertension: The Basic Facts. World Health Organization; 2013:16-21.

- Accessed May 4, 2023. <https://www.jstor.org/stable/resrep30117.6>
2. **Son P, Nguyen Q, Lan V, et al.** Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Vietnam-results from a national survey. *Journal of human hypertension.* 2011;26:268-280. doi:10.1038/jhh.2011.18
  3. **Ondimu DO, Kikuvu GM, Otieno WN.** Risk factors for hypertension among young adults (18-35) years attending in Tenwek Mission Hospital, Bomet County, Kenya in 2018. *Pan Afr Med J.* 2019; 33: 210. doi:10.11604/pamj.2019.33. 210.18407
  4. **Gaziano TA, Bitton A, Anand S, Weinstein MC, Hypertension for the IS of.** The global cost of nonoptimal blood pressure. *Journal of Hypertension.* 2009;27(7): 1472. doi:10.1097/HJH.0b013e32832a9ba3
  5. **Nguyễn Thị Hương Lan, Nguyễn Thị Kim Anh, Trần Minh Anh, Đặng Kim Anh, Phan Bích Hạnh, Nguyễn Thành Tiến.** Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần thực tế của người bệnh tăng huyết áp điều trị tại Trung tâm y tế quận Thanh Khê, thành phố Đà Nẵng năm 2021. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm.* 2022;18(3+4):70-78.
  6. **Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Anh Thơ** (2021). Kiến thức, thái độ và thực hành dinh dưỡng của bệnh nhân tăng huyết áp. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 502(2), 125-130.
  7. **Nguyễn Đăng Đê, Vũ Thanh Bình, Phạm Ngọc Khái.** Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị tại khoa nội tim mạch Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm.* 2019;15(3):46-50.
  8. **Đỗ Minh Sinh, Lê Thị Thủy, Vũ Thị Thúy Mai.** Nhận thức về chế độ ăn của người bệnh tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng.* 2018;1(3):22-27.

# MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ THỰC HIỆN QUY TRÌNH CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG TRÊN NGƯỜI BỆNH THỞ MÁX XÂM NHẬP CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI TRUNG TÂM HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Dương Thị Nguyên<sup>1</sup>, Đỗ Ngọc Sơn<sup>1,2</sup>, Bùi Thị Hương Giang<sup>1,2</sup>,  
Hoàng Minh Hoàn<sup>2</sup>, Lê Thị Quỳnh<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá một số yếu tố liên quan đến kết quả thực hiện quy trình chăm sóc răng miệng cho người bệnh thở máy xâm nhập của điều dưỡng tại Trung tâm Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai.  
**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực

hiện trên 56 điều dưỡng (ĐD) viên với 298 lần chăm sóc răng miệng (CSRMI) trên người bệnh (NB) thở máy xâm nhập tại Trung tâm Hồi sức tích cực (TTHSTC) – Bệnh viện Bạch Mai (BVBM) từ tháng 8/2023 đến tháng 6/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/nam: 2/1, tuổi trung bình  $31,82 \pm 6,73$ , 51% (32 ĐD) có độ tuổi từ 25 đến 35 tuổi. Điểm trung bình  $27,28 \pm 1,99$ , tỷ lệ tuân thủ CSRMI cho NB đạt 76,8%. Tỷ lệ tuân thủ quy trình CSRMI không có sự khác biệt giữa các nhóm giới tính, nhóm tuổi, nhóm thâm niên công tác cũng như trình độ của ĐD với  $p > 0,05$ . Số lượng NB và trang thiết bị một ĐD phụ trách lần lượt trung bình là  $3,72 \pm 0,925$  và  $16,56 \pm 5,73$ , tỷ lệ tuân thủ quy trình không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Tuy nhiên, việc sử dụng máy hạ thân nhiệt có liên quan đến mức độ tuân thủ quy trình CSRMI ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ tuân thủ

<sup>1</sup>Trường Đại Học y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Ngọc Sơn

Email: sonngocdo@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

quy trình CSRM có liên quan đến trạng thái NB, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,025$ . **Kết luận:** Quy trình CSRM cho người bệnh thở máy tại trung tâm Hồi sức tích cực dễ thực hiện và dễ triển khai không phụ thuộc vào yếu tố tuổi, giới tính, trình độ và thâm niên công tác của điều dưỡng.

**Từ khóa:** Chăm sóc CSRM, thở máy xâm nhập, dung dịch CSRM

## SUMMARY

### FACTORS RELATED TO THE IMPLEMENTATION RESULTS OF NURSING ORAL CARE PROCEDURES FOR PATIENTS ON INVASIVE MECHANICAL VENTILATION AT THE CENTER FOR CRITICAL CARE MEDICINE, BACH MAI HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate the factors relating to the oral care process for patients on invasive mechanical ventilation by nurses at the Center for Critical Care Medicine of Bach Mai Hospital. **Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted involving 56 nurses and a total of 298 oral care sessions from August 2023 to June 2024. **Results:** The female-to-male ratio was 2:1, with an average age of  $31.82 \pm 6.73$  years. Fifty-one percent of the nurses were aged between 25 and 35. The average compliance score was  $27.28 \pm 1.99$ , with a compliance rate of 76.8%. There were no significant differences in compliance rates among different gender, age, work experience, and education level groups ( $p > 0.05$ ). Nurses were responsible for an average of  $3.72 \pm 0.925$  patients and managed 16.56 pieces of equipment, with no significant differences in compliance rates ( $p > 0.05$ ). However, the use of hypothermia machines was associated with compliance ( $p < 0.05$ ), and compliance rates were related to the patients' status ( $p = 0.025$ ). **Conclusion:** The oral care process for patients on mechanical ventilation at the center is easy to implement and does not depend on the age, gender, education level, or work experience of the nurses. **Keywords:** oral care, intensive care, practice for oral care.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) là biến chứng thường gặp với tỷ lệ tử vong khoảng 24% đến 76%<sup>1</sup>. Nguyên nhân quan trọng dẫn đến sự phát triển của VPLQTM là do khoang miệng của NB chứa nhiều vi khuẩn, là môi trường cho các vi sinh vật phát triển, môi trường nội môi trong khoang miệng có thể bị thay đổi do các dụng cụ can thiệp như ống nội khí quản, canuyn Mayo, điều này càng dễ làm cho vi khuẩn phát triển trong khoang miệng, tăng tỷ lệ viêm phổi khi NB hít phải các dịch tiết từ đường hô hấp<sup>2</sup>. Do đó, chăm sóc răng miệng là biện pháp cải thiện môi trường khoang miệng cho NB thở máy và làm giảm nguy cơ dẫn đến VPLQTM.

Theo nghiên cứu của LR. Cutler và cộng sự năm 2014, gói CSRM nâng cao kết hợp với

Chlorhexidin gluconat 0.12% có liên quan đến việc làm giảm đáng kể tỷ lệ VPLQTM và chi phí điều trị VPLQTM<sup>3</sup>. Việc thực hiện quy trình CSRM chiếm vai trò quan trọng trong việc đảm bảo hiệu quả của công tác CSRM trên NB thở máy.

Tại TTHSTC – BVBM trước năm 2018 đã tiến hành CSRM bằng cách bơm rửa khoang miệng, từ năm 2018, dưới sự giúp đỡ của chuyên gia Nhật Bản, TTHSTC đã thay đổi quy trình CSRM, từ CSRM bằng bơm rửa miệng chuyển sang áp dụng gói CSRM đặc biệt bằng cách sử dụng bàn chải đánh răng trẻ em và gạc tẩm dung dịch Chlorhexidin 0,12%. Đến năm 2022 quy trình CSRM chính thức được phê duyệt ban hành. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tuân thủ quy trình CSRM của ĐD. Do đó, nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "Đánh giá một số yếu tố liên quan đến kết quả thực hiện quy trình CSRM cho NB thở máy xâm nhập của ĐD tại Trung tâm Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- ĐD viên công tác tại Trung tâm Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai
- Được đào tạo kiến thức về CSRM theo quy trình được ban hành tại TTHSTC – BVBM.
- ĐD làm bệnh phòng, tham gia trực tiếp trong quy trình CSRM cho NB thở máy xâm nhập

#### Tiêu chuẩn loại trừ:

- ĐD làm hành chính không tham gia công tác CSRM
- ĐD không tự thực hiện độc lập quy trình CSRM và hoặc thực hiện trên các NB không thở máy xâm nhập.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang

### 2.3. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 8 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023

### 2.4. Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai

### 2.5. Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Lựa chọn ĐD tiến hành quy trình CSRM.
- Giám sát viên lấy thông tin về nhân viên thực hiện quy trình và giám sát trực tiếp ĐD thực hiện nghiên cứu, khoảng cách đứng 2 mét với ĐD thực hiện quy trình chăm sóc.
- Giám sát viên thu thập số lượng NB và số lượng trang thiết bị y tế sử dụng thực tế cho NB trong khu vực ĐD được phân công.
- Ghi chép các thông tin vào bệnh án nghiên cứu.
- Thực hiện giám sát lại: cứ 10 hồ sơ nghiên cứu.

cứu, sẽ chăm lại 2 bệnh án ngẫu nhiên.

## 2.5. Các yếu tố liên quan đến quy trình

**CSRM:** - Thời gian chăm sóc: ca sáng, ca chiều, ca đêm

- Thời gian công tác
- Trình độ
- Yếu tố về tuổi
- Giới tính
- Số lượng NB và trang thiết bị sử dụng cho NB trong khu vực được phân công chăm sóc
- Trạng thái của NB.

## 2.6. Phân tích số liệu

- Tất cả các số liệu được xử lý theo phương pháp toán thống kê y học, nhập số liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Tính các giá trị trung bình, độ lệch, trình bày dưới dạng  $\pm$  SD.

- So sánh các tỉ lệ phần trăm bằng test  $\chi^2$ , test chính xác của Fisher

- So sánh các giá trị trung bình 2 nhóm độc lập sử dụng t - test, test Mann -Whitney U, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

## 2.7. Đạo đức nghiên cứu

- Đề cương nghiên cứu được Hội đồng nghiên cứu trường Đại học Y Hà Nội, hội đồng khoa học bệnh viện Bạch Mai thông qua.

- Mọi quy trình được tiến hành một cách riêng tư. Mọi thông tin liên quan sẽ được lưu trữ an toàn tại thời điểm nghiên cứu. Tất cả thông tin của người tham gia nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, nhằm nâng cao chất lượng phục vụ y tế.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 8/2023 đến tháng 12/2023, nghiên cứu thực hiện trên 56 ĐD viên với 298 lần thực hiện CSRM trên NB thử máy xâm nhập tại TTHSTC có kết quả như sau:

**Bảng 1: Mức độ tuân thủ quy trình CSRM**

Điểm quy trình vệ sinh răng miệng		
Trung bình ( $X \pm SD$ )	Tối đa (Max)	Tối thiểu (Min)
27,28 $\pm$ 1,99	29	22
Phân độ điểm quy trình CSRM		
- Từ 22 đến 24 điểm	21	7%
- Từ 25 đến 27 điểm	108	36,2%
- Từ 28 đến 29 điểm	169	56,7%
	Số lượng (n)	Tỷ lệ phần trăm (%)
Tuân thủ	229	76,8%
Không tuân thủ	69	23,2%
n = 298 lần CSRM		

**Nhận xét:** Tỷ lệ tuân thủ quy trình CSRM cho NB của ĐD là cao gấp 4 lần tỷ lệ không tuân thủ.

**Bảng 2: Mối liên quan giữa nhân khẩu**

## học của ĐD với tỷ lệ tuân thủ

	Tuân thủ		Không tuân thủ		p
	n	%	n	%	
<b>Độ tuổi</b>					
Tuổi trung bình: 31,82±6,73. Cao nhất 48 tuổi, thấp nhất 23 tuổi					
Dưới 25 tuổi (N=9)	55	80,9%	13	19,1%	0,648
25-35 tuổi (N=32)	117	74,5%	40	25,5%	
35-45 tuổi (N=12)	47	79,7%	12	20,3%	
Trên 45 tuổi (N=3)	10	71,4%	4	28,6%	
<b>Giới tính</b>					
Nam giới (N=21)	76	74,5%	26	25,5%	0,563
Nữ giới (N=35)	153	78,1%	43	21,9%	
<b>Thời gian công tác</b>					
Dưới 5 năm (N=22)	99	79,2%	26	20,8%	0,565
5-10 năm (N=16)	59	77,6%	17	22,4%	
Trên 10 năm (N=18)	71	73,2%	26	26,8%	
<b>Trình độ</b>					
Cao đẳng (N=30)	116	76,3%	36	23,7%	0,891
Đại học (N=26)	113	77,4%	33	22,6%	
n = 298 lần CSRM					

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt về tỷ lệ tuân thủ quy trình giữa các lứa tuổi, giữa 2 giới nam và nữ cũng như thâm niên công tác và trình độ học vấn sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3: Ca làm việc liên quan đến tỷ lệ tuân thủ**

	Tuân thủ		Không tuân thủ		p
	n	%	n	%	
Ca sáng	82	74,5%	28	25,5%	0,727
Ca chiều	60	76,9%	18	23,1%	
Ca đêm	87	79,1%	23	20,9%	
n = 298 lần CSRM					

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt về mức độ tuân thủ giữa các ca làm việc, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 4: Mối liên quan giữa số lượng ĐD và tỷ lệ tuân thủ**

Số lượng NB một ĐD phụ trách					
	Trung bình (X±SD)		Tối đa (Max)		Tối thiểu (Min)
	3,72±0,925		5		3
	Tuân thủ		Không tuân thủ		p
	n	%	n	%	
1 ĐD thực hiện	117	75%	38	25%	0,644
2- 3 ĐD thực hiện	104	79,4%	27	20,6%	
4 ĐD thực hiện	8	72,7%	3	27,3%	
n = 298 lần CSRM					

**Nhận xét:** Tỷ lệ không tuân thủ khi có

hiều ĐD là cao nhất, thấp nhất khi có 2 đến 3 thống kê với  $p > 0,05$ .  
ĐD, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa

**Bảng 5: Số lượng trang thiết bị sử dụng cho NB liên quan đến tuân thủ quy trình**

Thiết bị dùng chung					
	Trung bình (máy/1 ĐD)		Tối đa (Max)		Tối thiểu (Min)
	16,56±5,73		32		6
	Tuân thủ		Không tuân thủ		p
	n	%	n	%	
Sử dụng máy lọc máu (n=133/298) Trung bình: 1,14±0,69					
Có	97	72,9%	36	27,1%	0,168
Không	132	80%	33	20%	
Sử dụng máy hạ thân nhiệt (n=15/298) Trung bình: 0,42±0,63					
Có	14	93,33%	1	6,67%	0,026
Không	214	75,6%	69	24,4%	
Sử dụng ECMO (n=16/298) Trung bình: 1,25±0,447					
Có	11	68,8%	5	31,2%	0,301
Không	218	77,3%	64	22,7%	
Sử dụng máy thay huyết tương (n=10/298) Trung bình: 1,09±0,39					
Có	8	80%	2	20%	0,581
Không	221	76,7%	67	23,3%	
n = 298 lần CSRM					

**Nhận xét:** Việc sử dụng máy lọc máu, ECMO hay máy thay huyết tương chưa có sự khác biệt giữa tuân thủ và không tuân thủ, khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên việc sử dụng máy hạ thân nhiệt cho thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê với

**Bảng 6: Mối liên quan giữa trạng thái NB và mức độ tuân thủ**

	Tuân thủ		Không tuân thủ		p
	n	%	n	%	
Hợp tác	78	83,9%	15	16,1%	0,025
Không hợp tác	36	67,9%	17	32,1%	
An thần	66	85,7%	11	14,3%	
n=298 lần vệ sinh răng miệng					

**Nhận xét:** Trạng thái của NB cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Từ bảng 1, kết quả cho thấy qua 298 lượt quan sát được trên 56 ĐD thực hiện quy trình kỹ thuật CSRM cho NB thở máy của ĐD đạt 76,8%, cho thấy đây là một chỉ số tích cực trong chăm sóc NB thở máy tại TTHSTC. Tỷ lệ tuân thủ cao, gấp 4 lần tỷ lệ không tuân thủ (23,2%). Điểm số trong quy trình cho thấy phần lớn ĐD đạt điểm cao (56,7% đạt từ 28 đến 29 điểm). Tuy nhiên, vẫn còn 23,2% trường hợp không tuân thủ quy trình.

Từ bảng 2, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng tỷ lệ tuân thủ của ĐD nữ có xu hướng cao hơn ĐD nam (78,1% và 74,5%). Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị En tại Bệnh viện tỉnh Nam

Định và tác giả Nguyễn Thị Minh tại Bệnh viện Tỉnh Hà Nam. Điều này phù hợp với thực tế đặc thù của nghề ĐD. Tuy nhiên, tỷ lệ này có sự chênh lệch chưa đủ lớn và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,563$ .

Việc tuân thủ quy trình CSRM cho NB thở máy của ĐD tương đối đồng đều giữa các nhóm độ tuổi. Mặc dù, nhóm ĐD trẻ (dưới 25 tuổi) có tỷ lệ tuân thủ cao nhất (80,9%) so với các nhóm tuổi khác từ 25 đến dưới 35 tuổi 74,7%, từ 35 đến 45 tuổi 79,7%, trên 45 tuổi 71,4% nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,648$ ). Có thể nhóm ĐD trẻ hơn có động lực phấn đấu cao hơn trong việc thực hiện quy trình. Tương tự như vậy, thâm niên công tác của ĐD cũng không ảnh hưởng đến việc thực hiện quy trình CSRM cho NB thở máy với  $p = 0,565$ . Tỷ lệ ĐD có thời gian công tác dưới 5 năm là 79,2%, từ 5 đến 10 năm là 77,6%, trên 10 năm là 73,2%. Nghiên cứu của chúng tôi không đồng nhất với nghiên cứu của Hoàng Thị Hoa và Nguyễn Thị Minh. Trong nghiên cứu của Hoàng Thị Hoa tỷ lệ tuân thủ quy trình vệ sinh răng miệng ở nhóm thâm niên cao >5 năm 59,2% là cao nhất, thấp nhất ở nhóm có thâm niên từ 1 – 2 năm 16,9%, nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhung tỷ lệ tuân thủ quy trình CSRM của ĐD có thâm niên công tác ≤ 5 năm là 11,6%; từ 6 – 10 năm là 17,6%; > 10 năm là 37,9%. Trình độ học vấn của ĐD trong nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ tuân thủ giữa các ĐD có trình độ cao đẳng và đại học không có sự khác biệt đáng kể ( $p = 0,891$ ). ĐD TTHSTC có trình độ học vấn từ cao

đăng đến đại học với tỷ lệ tuân thủ quy trình ở cả 2 nhóm tương đối đồng đều, trình độ đại học là 77,4% và cao đẳng là 76,3%. Như vậy, năng lực chuyên môn của ĐD tại TTHSTC là tương đối đồng đều với đội ngũ nhân viên lành nghề nhiều kinh nghiệm trong chăm sóc NB và họ ý thức được tầm quan trọng của việc CSRM trong việc phòng ngừa VPLQTM. Đồng thời, TTHSTC – BVBM với vai trò là bệnh viện tuyến cuối, là nơi đào tạo chuyên môn liên tục, công tác đào tạo nâng cao năng lực chuyên môn ĐD luôn được đề cao nhằm đảm bảo tốt nhiệm vụ được giao, từ đó đảm bảo cả vai trò điều trị NB cũng như đào tạo nhân lực cho các đơn vị khác trong ngành Y tế.

Từ bảng 3, nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về mức độ tuân thủ quy trình CSRM cho NB của ĐD giữa các ca làm việc khác nhau với tỷ lệ ca sáng 74,5%; ca chiều 76,9%; ca đêm 79,1%, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,727$ . Điều này cho thấy bất kể thời gian làm việc, ĐD TTHSTC – BVBM đều duy trì mức độ tuân thủ tương đối cao đối với quy trình CSRM. Nghiên cứu của chúng tôi không tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhung (tỷ lệ tuân thủ của ca trực là 9,5%, không trực là 57%).

Từ bảng 4, khi xem xét tỷ lệ tuân thủ theo số lượng ĐD tham gia nghiên cứu, kết quả cho thấy rằng, số lượng ĐD trong ca trực cũng như tại các vị trí làm việc không ảnh hưởng đến tuân thủ quy trình CSRM với tỷ lệ tuân thủ: 1 ĐD là 75%; 2 – 3 ĐD là 79,4%; 4 ĐD là 72,7%, Tuy nhiên, sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,644$ . Để việc chăm sóc và theo dõi NB được đảm bảo an toàn, TTHSTC rất chú trọng việc phân công nhân lực trong mỗi ca làm việc và mỗi vị trí làm việc số lượng nhân lực cũng được thay đổi nhằm phù hợp với số lượng và tình trạng của NB.

NB thở máy điều trị tại TTHSTC có các bệnh lý, diễn biến và tình trạng nặng khác nhau. Một số bệnh khi điều trị phải kết hợp với các phương pháp khác như lọc máu, thay huyết tương, tim phổi nhân tạo v.v... đồng thời cũng phải sử dụng rất nhiều thuốc để điều trị cho NB, ĐD phải thực hiện. Từ bảng 5, trong nghiên cứu, chúng tôi thấy ĐD ngoài việc chăm sóc NB ĐD còn phải phụ trách rất nhiều loại trang thiết bị cùng một lúc, trung bình là  $16,56 \pm 5,73$ , với tối đa 32 và tối thiểu là 6. Mặc dù có nhiều thiết bị được sử dụng, nhưng không có sự khác biệt rõ rệt giữa tỷ lệ tuân thủ và không tuân thủ khi ĐD CSRM có kết hợp điều trị sử dụng các thiết bị như máy lọc máu, ECMO hay máy thay huyết tương, với  $p > 0,05$ . Điều này có thể chỉ ra rằng việc sử dụng

các thiết bị này không ảnh hưởng nhiều đến việc thực hiện quy trình CSRM của ĐD. Ngược lại, việc sử dụng máy hạ thân nhiệt cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ tuân thủ cao hơn rõ rệt ở nhóm NB sử dụng máy hạ thân nhiệt (93,33%) so với nhóm không sử dụng (75,6%). Điều này có thể cho thấy rằng trong các tình huống cần thiết phải hạ thân nhiệt, ĐD có thể tập trung hơn vào quy trình CSRM, dẫn đến việc thực hiện quy trình tốt hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,026$ . Mặc dù không phải tất cả các thiết bị y tế đều có ảnh hưởng rõ ràng đến tỷ lệ tuân thủ quy trình CSRM, việc sử dụng máy hạ thân nhiệt cho thấy có mối liên hệ tích cực với tỷ lệ tuân thủ.

Từ bảng 6, kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trạng thái ý thức của NB với mức độ tuân thủ quy trình CSRM với  $p = 0,025$ . Cụ thể, tỷ lệ tuân thủ ở nhóm NB hợp tác (83,9%) cao hơn đáng kể so với nhóm không hợp tác (67,9%). Điều này cho thấy rằng sự hợp tác của NB đóng vai trò quan trọng trong việc thực hiện các quy trình chăm sóc. Trạng thái ý thức của NB ảnh hưởng lớn đến khả năng NB hợp tác tham gia vào quy trình chăm sóc. Ngoài ra, nhóm NB được an thần cũng thể hiện tỷ lệ tuân thủ cao (85,7%), điều này có thể được giải thích bằng việc họ không cảm thấy khó chịu hay lo lắng trong quá trình chăm sóc. Điều này chứng tỏ, trạng thái ý thức của NB có ảnh hưởng rõ rệt đến việc tuân thủ quy trình CSRM của ĐD. Do đó ĐD cần phải nhận thức được tầm quan trọng của việc đánh giá và quản lý trạng thái ý thức, tâm lý của NB trong quá trình chăm sóc, nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và chăm sóc cho NB thở máy.

## V. KẾT LUẬN

Quy trình CSRM cho NB thở máy xâm nhập tại Trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai là quy trình dễ áp dụng đối với ĐD. ĐD thực hiện quy trình CSRM không bị ảnh hưởng bởi các yếu tố như tuổi, giới tính, thân niên công tác cũng như khối lượng công việc được phân công chăm sóc.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Adib-Hajbaghery M, Ansari A, Azizi-Fini I.** (2013). Intensive care nurses' opinions and practice for oral care of mechanically ventilated patients. *Indian J Crit Care Med.* 2013;17(1):23-27. doi:10.4103/0972-5229.112154.
2. **Lorente L, Blot S, Rello J.** (2007). Evidence on measures for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Eur Respir J.* 30(6):1193-1207. doi:10.1183/09031936.00048507.
3. **Cutler LR, Sluman P.** (2014) Reducing ventilator associated pneumonia in adult patients

- through high standards of oral care: A historical control study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2014; 30(2): 61-68. doi:10.1016/j.iccn.2013. 08.005.
4. **Nguyễn Thị En** (2018). Tình trạng chăm sóc hô hấp cho NB thông khí nhân tạo xâm nhập và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. Luận văn Thạc sĩ Y học.
  5. **Nguyễn Thị Minh** (2022). Thực trạng tuân thủ quy trình vệ sinh răng miệng và các yếu tố liên quan trên NB thở máy. *Tạp chí Y Dược học*, 43.
  6. **Hoàng Thị Hoa** (2010). Khảo sát thực trạng kiến thức chăm sóc CSRM tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Nhi Trung Ương. Báo cáo chuyên đề khoa học 2010.

## MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ DI CĂN NÃO ĐƯỢC PHẪU THUẬT

Phạm Văn Thái<sup>1,3</sup>, Bùi Huy Mạnh<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Khoa<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ở bệnh nhân ung thư di căn não được phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 81 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư di căn não và điều trị phẫu thuật tại Trung tâm phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 6/2021 đến 12/2022. **Kết quả nghiên cứu:** Người bệnh có tiền sử ung thư, chỉ số Karnofsky thấp làm tăng nguy cơ tử vong (HR>1) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P<0,05). Ở nhóm bệnh nhân được điều trị phối hợp (hóa chất, xạ trị, điều trị đích) kết hợp với phẫu thuật u di căn não có tỷ lệ tử vong thấp hơn và thời gian sống thêm trung bình dài hơn so với nhóm BN phẫu thuật đơn thuần (36,1% so với 82,2%; 17,2 ± 1,4 tháng so với 7,5 ± 1,0 tháng). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P=0,00). Ở nhóm BN được kiểm soát u nguyên phát có tỷ lệ tử vong thấp hơn và thời gian sống thêm trung bình dài hơn so với nhóm BN không được kiểm soát u nguyên phát (44,1% so với 75,5%; 14,8±1,5 tháng so với 9,7±1,3). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P=0,006). **Kết luận:** Chỉ số toàn trạng Karnofsky, tiền sử ung thư, phương pháp điều trị (Phẫu thuật đơn thuần hay phối hợp), tình trạng kiểm soát u nguyên phát là các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Bệnh nhân có chỉ số Karnofsky thấp, có tiền sử ung thư làm tăng nguy cơ tử vong. Nhóm bệnh nhân có được phẫu thuật u não di căn não kết hợp với điều trị phối hợp, kiểm soát u nguyên phát có tỷ lệ tử vong thấp hơn, thời gian sống thêm dài hơn so với nhóm phẫu thuật đơn thuần, không được kiểm soát u nguyên phát. **Từ khóa:** ung thư di căn não, phẫu thuật, yếu tố liên quan

### SUMMARY

#### SOME FACTORS RELATED TO TREATMENT

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thái

Email: thaipv2052000@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

### OUTCOMES IN PATIENTS WITH BRAIN METASTASES UNDERGOING SURGERY

**Objective:** To evaluate some factors related to treatment outcomes in patients with brain metastases undergoing surgery. **Subjects and Methods:** This descriptive study was conducted on 81 patients diagnosed with brain metastases and treated with surgery at the Neurosurgery Center, Viet Duc Hospital, from June 2021 to December 2022. **Results:** Patients with a history of cancer and a low Karnofsky performance status index had a higher risk of mortality (HR > 1), with statistically significant differences (p< 0.05). The group of patients receiving combined treatment (chemotherapy, radiotherapy, or targeted therapy) in conjunction with surgery for brain metastases had a lower mortality rate and a longer mean survival time compared to those undergoing surgery alone (36.1% vs. 82.2%; 17.2 ± 1.4 months vs. 7.5 ± 1.0 months). The differences were statistically significant (p= 0.00). Patients with controlled primary tumors had a lower mortality rate and longer mean survival compared to those with uncontrolled primary tumors (44.1% vs. 75.5%; 14.8 ± 1.5 months vs. 9.7 ± 1.3 months). This difference was statistically significant (P = 0.006). **Conclusion:** Karnofsky performance status, history of cancer, treatment modality (surgery alone or in combination), and primary tumor control were factors significantly associated with treatment outcomes (p< 0.05). Patients with a low Karnofsky index and a history of cancer had an increased risk of mortality. Patients who underwent combined treatment, including surgery for brain metastases and primary tumor control, had lower mortality rates and longer survival times compared to those who had surgery alone or did not achieve primary tumor control. **Keywords:** brain metastases, surgery, related factors.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U di căn não (UDCN) (Brain metastases) là tổn thương ác tính di căn từ các cơ quan khác tới não (u não thứ phát). Một số nghiên cứu cho thấy UDCN có thể tới 30- 35% các khối u não và có từ 10% đến 26% người bệnh chết là do u di căn não [1],[2]. Phổi, vú và da (u hắc tố ác tính) là những nguồn u nguyên phát phổ biến nhất của di căn não. Ở khoảng 15% các người bệnh,