

bệnh là polyp niêm mạc. NB còn lại có giải phẫu bệnh là polyp xơ, sau phẫu thuật 03 ngày được siêu âm kiểm tra thấy BTC có khối tăng âm vang kích thước 15x 18 mm. Sau ra viện 01 tháng NB xuất hiện ra ít máu âm đạo, đau hạ vị lâm râm, khám siêu âm phát hiện polyp tại vị trí polyp cũ, kích thước 13 x 20 mm, sau đó NB tự theo dõi và không can thiệp gì.

## V. KẾT LUẬN

Polyp BTC chẩn đoán chủ yếu dựa vào siêu âm bơm nước BTC, và siêu âm 2D đầu dò âm đạo. Có mối tương quan giữa kích thước và số lượng polyp BTC và triệu chứng ra máu âm đạo bất thường. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật cao chiếm 96,6%, tỉ lệ tai biến thấp chiếm 2,1%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yang JH, Chen CD, Chen SU, Yang YS, Chen MJ. Factors Influencing the Recurrence Potential of Benign Endometrial Polyps after Hysteroscopic Polypectomy. PLoS One. 2015;10(12):e0144857. doi:10.1371/journal.pone.0144857
2. Raz N, Feinmesser L, Moore O, Haimovich S. Endometrial polyps: diagnosis and treatment options – a review of literature. Minimally Invasive Therapy & Allied Technologies. 2021;30(5):278-287. doi:10.1080/13645706.2021.1948867
3. Vathanan V, Armar NA. A Comparative Observational Study of the Use of Saline Uterine Hydrosonography for the Diagnosis and Assessment of Uterine Cavity Lesions in Women. Int J Reprod Med. 2016;2016:9317194. doi:10.1155/2016/9317194
4. Fadl SA, Sabry AS, Hippe DS, Al-Obaidli A, Yousef RR, Dubinsky TJ. Diagnosing Polyps on Transvaginal Sonography: Is Sonohysterography Always Necessary? Ultrasound Q. 2018;34(4):272-277. doi:10.1097/RUQ.0000000000000384
5. Ren F, Huang G, Wang X, Li X, Cai J. Comparison of Hysteroscopic Morcellation Versus Resectoscopy in Treatment of Patients with Endometrial Lesions: A Meta-Analysis. Med Sci Monit. 2022; 28:e936771-1-e936771-11. doi:10.12659/MSM.936771
6. Yin X, Cheng J, Ansari SH, et al. Hysteroscopic tissue removal systems for the treatment of intrauterine pathology: a systematic review and meta-analysis. Facts, Views & Vision in ObGyn. 2018;10(4):207.
7. Tsuchiya A, Komatsu Y, Matsuyama R, Tsuchiya H, Takemura Y, Nishii O. Intraoperative and Postoperative Clinical Evaluation of the Hysteroscopic Morcellator System for Endometrial Polypectomy: A Prospective, Randomized, Single-blind, Parallel Group Comparison Study. Gynecol Minim Invasive Ther. 2018;7(1): 16-21. doi:10.4103/GMIT. GMIT\_6\_17
8. Wang N, Zhang Y, Liu B. Demographic and Clinical Features of Endometrial Polyps in Patients with Endometriosis. Biomed Res Int. 2016;2016:1460793. doi:10.1155/2016/1460793
9. Khan F, Jamaat S, Al-Jaroudi D. Saline infusion sonohysterography versus hysteroscopy for uterine cavity evaluation. Ann Saudi Med. 2011;31(4): 387-392. doi:10.4103/0256-4947.83213
10. Pampalona JR, Bastos MD, Moreno GM, et al. A comparison of hysteroscopic mechanical tissue removal with bipolar electrical resection for the management of endometrial polyps in an ambulatory care setting: preliminary results. J Minim Invasive Gynecol. 2015;22(3):439-445. doi:10.1016/j.jmig.2014.12.004

## KẾT QUẢ ÁP DỤNG THANG ĐIỂM RASS TRONG THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỞ MÁY XÂM NHẬP CÓ SỬ DỤNG THUỐC AN THẦN

Nguyễn Đình Khánh<sup>1,2</sup>, Đỗ Ngọc Sơn<sup>1,2</sup>, Phạm Thị Hiền<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thị Huyền<sup>2</sup>, Bùi thị Hương Giang<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả áp dụng thang điểm RASS trong chăm sóc và theo dõi người bệnh thở máy xâm nhập có sử dụng thuốc an thần tại Trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai. **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả tiến cứu trên 60 người bệnh thông khí nhân tạo xâm nhập có sử dụng thuốc an thần với 1281 lần chấm điểm RASS tại trung tâm Hồi sức tích

cực - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 4 năm 2024. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ: 2/1, tuổi trung bình: 59,87±19,40 với 55% người bệnh có tuổi từ 60 đến 80 tuổi. Nguyên nhân sử dụng an thần gặp nhiều nhất là tình trạng kích thích liên quan đến các bệnh lý hô hấp (66,7%). Điểm RASS trung bình khi khởi đầu là -2,58 ± 2,39 và giảm dần tại ngày thứ 3 và thứ 4 với điểm trung bình lần lượt là -1,29 ± 2,71 và -1,5 ± 2,2 khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Điểm RASS được đánh giá bởi điều dưỡng và bác sĩ là tương đương nhau (-2,69±2,24 so với -2,7±2,05), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p=0,949). **Kết luận:** Điểm RASS có thể áp dụng rộng rãi với nhiều đối tượng người bệnh và dễ dàng áp dụng với đối tượng điều dưỡng.

**Từ khóa:** thang điểm RASS, thang điểm Richmond, mức độ an thần.

<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: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 24.12.2024

**SUMMARY****RESULTS OF THE RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE APPLICATION IN PATIENTS WITH MECHANICAL VENTILATION UNDER SEDATION**

**Objective:** To evaluate results of the RASS application in caring and monitoring of mechanically ventilated patients using sedatives at the Center for Critical Care Medicine of Bach Mai Hospital. **Method:** a prospective observational study was carried out on 60 patients who were under the invasive ventilation with sedation during the period from August 2023 to April 2024. **Results:** Male/female ratio was 2:1, the mean age was  $59.87 \pm 19.40$ , the common age group was 60 - 80 years old. The most common use of sedation was the agitation relating to respiratory diseases (66.7%). The mean RASS at the beginning was  $-2.58 \pm 2.39$  and in third and fourth day was  $-1.29 \pm 2.71$  and  $-1.5 \pm 2.2$ , respectively, which was statistically significance ( $p < 0.05$ ). the RASS scored by doctors and nurses ( $-2.69 \pm 2.24$  compared to  $-2.7 \pm 2.05$ ), had no difference ( $p=0.949$ ). **Conclusion:** RASS score can be widely applied to many patient groups and is easily applied to nurses. **Keywords:** RASS score, Richmond scale, sedation level.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Thông khí nhân tạo xâm nhập trong các khoa hồi sức tích cực là một trong những biện pháp điều trị được áp dụng rộng rãi, đóng vai trò quan trọng trong công tác điều trị người bệnh<sup>1</sup>. Thông khí nhân tạo xâm nhập mang lại nhiều lợi ích, tuy nhiên bên cạnh đó nếu như thời gian thở máy kéo dài có thể gây nên các bất lợi như các biến chứng về nhiễm trùng, biến chứng về hô hấp, người bệnh luôn trong tình trạng đau đớn và khó chịu từ bệnh tật, từ các thủ thuật xâm lấn, từ các trang thiết bị y tế hỗ trợ và rối loạn giấc ngủ từ đó làm người bệnh trở nên lo lắng, dễ kích động và gây ảnh hưởng xấu đến kết quả điều trị<sup>2,3</sup>. Việc sử dụng thuốc an thần đã được áp dụng từ lâu và rộng rãi trên toàn thế giới nhằm khắc phục các tình trạng trên. Tuy nhiên, dùng thuốc an thần như thế nào cho hợp lý luôn là câu hỏi hàng đầu được đặt ra. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh, thuốc an thần mang đến nhiều tác hại hơn lợi ích như thời gian thở máy kéo dài, tăng nguy sảng, gia tăng tỷ lệ viêm phổi<sup>3,4</sup>..., trong khi dùng không đạt liều thuốc gây ảnh hưởng đến kết quả điều trị và gián tiếp gây lãng phí trong quá trình điều trị. Do đó việc đánh giá chính xác mức độ an thần của người bệnh đang được thông khí nhân tạo xâm nhập là cần thiết để sử dụng lượng thuốc an thần là vô cùng quan trọng. Đã có nhiều thang điểm để lượng giá mức độ an thần được nghiên cứu và áp dụng, trong đó thang điểm an thần của Richmond hay thang điểm RASS với 10 điểm số

đánh giá mức độ an thần một cách chi tiết và đơn giản đã nằm trong khuyến cáo điều trị lâm sàng của Hội hồi sức Hoa Kỳ từ năm 2002 cập nhật năm 2018<sup>5</sup>, và đã được áp dụng rộng rãi tại các đơn vị hồi sức tích cực ở Việt Nam<sup>6</sup>. Vai trò và ý nghĩa của thang điểm đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu, đồng thời nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra vai trò của các điều dưỡng viên trong việc quản lý an thần thông qua thang điểm Richmond<sup>6,7</sup>, tuy nhiên tại Việt Nam chưa có nghiên cứu chính thức nào về việc áp dụng thang điểm Richmond hay thang điểm RASS trong quá trình chăm sóc và theo dõi người bệnh thở máy, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Nhận xét áp dụng thang điểm RASS trong chăm sóc và theo dõi người bệnh thở máy xâm nhập có sử dụng thuốc an thần 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**

- Người bệnh có tuổi  $\geq 18$
- Người bệnh đang thở máy xâm nhập
- Người bệnh có dùng thuốc an thần

**• Tiêu chuẩn loại trừ**

- Người bệnh có tổn thương nội sọ: xuất huyết não, nhồi máu não, chấn thương sọ não, viêm não, u não, người bệnh có điểm Glasgow  $\leq 8$  điểm hoặc không tiên lượng được mức độ ý thức
- Người bệnh bị bệnh thần kinh cơ: nhược cơ, viêm da để dây thần kinh
- Người bệnh sử dụng thuốc giãn cơ
- Người bệnh co giật do các nguyên nhân khác nhau: ngộ độc thuốc, chất gây độc cho người được sử dụng trong nông nghiệp và công nghiệp.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Phương pháp nghiên cứu: tiền cứu, mô tả, cỡ mẫu chọn toàn bộ
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 8/2023 đến tháng 4/2024
- Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai
- Các bước tiến hành nghiên cứu
  - Người bệnh đủ điều kiện vào nghiên cứu, được chấm điểm RASS
  - Theo dõi và chấm điểm RASS mỗi 3h khi được sử dụng an thần
  - Kết thúc nghiên cứu khi người bệnh ra viện hoặc dùng thuốc an thần
  - Ghi nhận các biến cố khi điều trị liên quan đến tình trạng an thần của người bệnh.

**2.3. Phân tích số liệu**

- Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học SPSS 20.00.

- Các thuật toán: Tính tỉ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh tỉ lệ %, các kiểm định T- test, Mann- Whitney test. Khoảng tin cậy là 95%, các kết quả có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ , vẽ đường cong ROC cho các chỉ số, tính diện tích dưới đường cong.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được hội đồng đề cương trường Đại học Y Hà Nội, Hội đồng khoa học Bệnh viện Bạch Mai thông qua. Tất cả các đối tượng tham gia đều được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin của người bệnh đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 60 người bệnh với 1281 lần chấm điểm RASS, qua quá trình nghiên cứu chúng tôi thu được một số kết quả sau đây

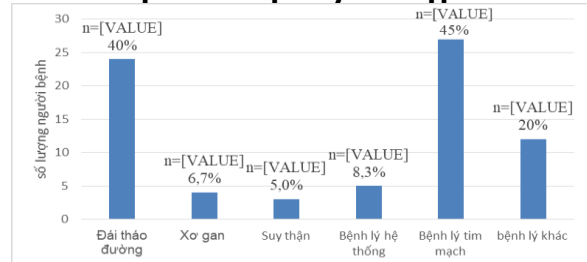
#### 3.1. Đặc điểm chung của nghiên cứu

**Bảng 1: Đặc điểm chung của nghiên cứu**

	Số lượng	Tỷ lệ
<b>Giới tính</b>		
nam	39	65%
Nữ	21	35%
<b>Tuổi</b>		
Dưới 40 tuổi	11	18,3%
Từ 40 đến 59 tuổi	11	18,3%
Từ 60 đến 79 tuổi	33	55%
Trên 80 tuổi	5	8,3%
<b>Chẩn đoán khi nhập viện – nguyên nhân chính thông khí nhân tạo xâm nhập</b>		
Đợt cấp COPD	12	20%
Viêm phổi	14	23,3%
Nhồi máu cơ tim	16	26,7%
Nhiễm khuẩn huyết	14	23,3%
Bệnh lý khác	12	20%
N=60		

**Nhận xét:** Tỷ lệ người bệnh nam nhiều gần gấp hai lần so với tỷ lệ người bệnh nữ. Nhóm tuổi phổ biến trong nghiên cứu là từ 60 đến 79 tuổi, nhóm tuổi trên 80 chiếm tỷ lệ ít nhất, các nguyên nhân về suy hô hấp bao gồm viêm phổi và COPD chiếm tỷ lệ cao nhất.

#### 3.2. Đặc điểm bệnh lý kết hợp



**Biểu đồ 1: Phân bố bệnh lý kết hợp**

**Nhận xét:** Bệnh lý đái tháo đường và tim mạch là 2 bệnh lý hay gặp nhất

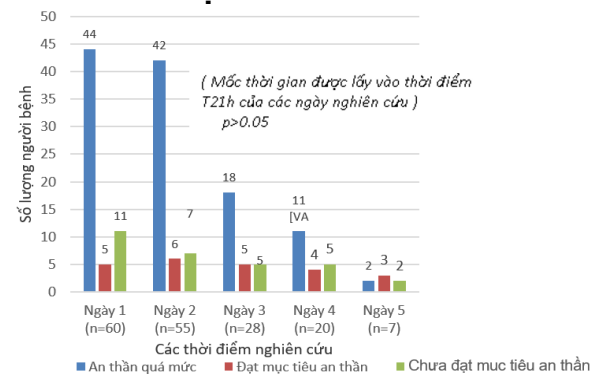
#### 3.3. Điểm RASS trung bình qua mỗi 24h nghiên cứu

**Bảng 2: Điểm RASS qua các thời điểm nghiên cứu**

	Trung bình (X±SD)	Trung vị	Min	Max	p
Khởi đầu (n=60 lần)	-2,58 + 2,39		-4	4	
Ngày 1 (n=538 lần)	-2,72 + 0,32	-3	-4	3	>0,05
Ngày 2 (n=343 lần)	-2,09 + 1,95	-3	-3	2	
Ngày 3 (n=172 lần)	-1,29 + 2,71	-2	-4	3	0,035
Ngày 4 (n=125 lần)	-1,5 + 2,2	-1	-4	2	0,043
Ngày 5 (n=43)	-1 + 2,63	0	-4	2	>0,05
n=1281 lần chấm RASS					

**Nhận xét:** Điểm RASS có xu hướng tăng dần qua các ngày theo dõi, khác biệt có ý nghĩa thống kê tại ngày thứ 3 và thứ 4

#### 3.4. Mức độ an thần theo điểm RASS



**Biểu đồ 2: Mức độ an thần theo thang điểm RASS qua các thời gian nghiên cứu**

**Nhận xét:** An thần quá mức chiếm tỷ lệ cao tuy nhiên có xu hướng giảm dần qua các thời điểm nghiên cứu, sự phân bố các tỷ lệ các mức độ an thần thay đổi không có ý nghĩa thống kê

#### 3.5. Đặc điểm thay đổi an thần

**Bảng 3: Thay đổi thuốc an thần**

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Đặc điểm thay đổi an thần</b>		
Không thay đổi	29	48%
Tăng liều an thần/bổ sung thêm thuốc an thần	23	38,3%
Giảm liều an thần	7	11,7%
<b>Số lần thay đổi thuốc an thần</b>		
Số lần thay đổi trung	2,77 ± 1,97	

bình	ít nhất: 0–nhiều nhất: 8	
- Dưới 3 lần	37	61,7%
- 3-5 lần	19	31,6%
- 6-8 lần	4	6,7%
<b>Nhân viên thực hiện thay đổi</b>		
Điều dưỡng	42	70%
Bác sĩ	18	30%
N=60		

**Nhận xét:** Số lần thay đổi an thần trung bình là 2,77 lần cho 1 người bệnh, chủ yếu là dưới 3 lần, xu hướng là tăng hoặc bổ sung liều an thần. Chủ yếu được thực hiện dưới điều chỉnh của điều dưỡng viên.

### 3.6. Thang điểm RASS theo đối tượng đánh giá

**Bảng 4: Điểm RASS trung bình thực hiện giữa bác sĩ và điều dưỡng**

	Trung bình	p
Bác sĩ (n=384/18)	-2,69±2,24	0,949
Điều dưỡng (n=897/42)	-2,7±2,05	

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu, không có sự khác biệt về điểm RASS được chấm giữa đối tượng là bác sĩ và điều dưỡng, giá trị trung bình khác nhau không có ý nghĩa thống kê

## IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 4 năm 2024 trên 60 người bệnh với 1281 lần thực hiện chấm điểm RASS. Trong nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh nam chiếm gần gấp đôi người bệnh nữ với 65% so với 35%, độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 59,87±19,40 trong đó tuổi cao nhất là 94 tuổi và thấp nhất là 18 tuổi, độ tuổi phổ biến trong nghiên cứu là từ 60 đến 79 tuổi, còn độ tuổi ít gặp nhất là trên 80 tuổi với 8,3%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Đinh Vĩnh Thái<sup>8</sup> với tỷ lệ người bệnh nam nhiều hơn người bệnh nữ với 77,78% so với 22,22%, điều này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác tại Bạch Mai đều cho thấy tỷ lệ nam giới chiếm đa số người bệnh điều trị tại trung tâm Hồi sức tích cực. Trong nghiên cứu, tỷ lệ các nhóm bệnh về hô hấp đều chiếm tỷ lệ cao nhất, điều này cũng phù hợp trong với nghiên cứu của Đinh Vĩnh Thái cũng như các nghiên cứu khác thực hiện ở các trung tâm hồi tích cực.

Từ Bảng 2, biểu đồ 2 cho thấy điểm RASS trung bình trong nghiên cứu khi tính trên 1281 lần chấm là -2,67± 2,01 với điểm cao nhất là 3 điểm và điểm thấp nhất là - 4 điểm, trung vị là - 3 điểm. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đinh Vĩnh Thái<sup>8</sup> với điểm RASS quan sát được

nhiều nhất là -4 điểm và điểm trung vị và -3 điểm. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Namigar<sup>9</sup> với điểm RASS trung bình - 2,78± 1,27. Trong nghiên cứu của Almgren và cộng sự 2010<sup>10</sup> trên 15 người bệnh được tiến hành thông khí nhân tạo xâm nhập có sử dụng an thần thì mức độ an thần được duy trì nhiều hơn với điểm trung vị RASS là - 4 điểm và số người bệnh có điểm RASS từ -4 đến -5 chiếm 51,3%. Tuy nhiên, nghiên cứu Almgren được tiến hành trên các người bệnh ngoại khoa sau phẫu thuật chấn thương hoặc đa chấn thương, còn với nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên cá bệnh nhân nội khoa với nguyên nhân duy trì chủ yếu là do kích thích (chiếm 66,7%) và phần lớn gặp trên các bệnh lý đường hô hấp do vậy khi tình trạng người bệnh ổn định hơn, an thần sẽ được giảm dần và cắt sớm hơn cho nên mức độ duy trì an thần cũng thấp hơn so với nghiên cứu của Almgren.

Cũng từ Bảng 2, điểm RASS trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng tăng dần, với thang điểm đánh giá mức độ an thần từ -5 đến 4 điểm với điểm âm là người bệnh giảm kích thích hơn. Kết quả này phù hợp với đặc điểm người bệnh nội khoa điều trị tại trung tâm, khi tình trạng bệnh cải thiện, người bệnh sẽ được dừng an thần sớm. Khi so sánh với nghiên cứu của Yahya Shehabi và cộng sự 2013<sup>11</sup>, trong 48 giờ đầu tiên, 58% người bệnh được gây an thần sâu với điểm RASS từ -4 đến -2, 39,3% người bệnh có điểm RASS từ -2 đến +1, điểm RASS trung vị trong thời điểm này là -3. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của Yahya có kết quả tương tự nhau trong 48 giờ đầu. Sự giống nhau này có thể lý giải được do sự tương đồng về người bệnh đầu vào nghiên cứu và tương đồng nhau về việc sử dụng an thần từ lựa chọn midazolam kết hợp cùng fentanyl là lựa chọn đầu tay cùng với việc sử dụng liều midazolam khởi đầu trung bình 31 mg/kg/ph.

Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi điểm RASS trung vị ngày thứ 3 là -2 với 64,3% người bệnh ở mức an thần sâu. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Yahya với điểm RASS trung vị sau 48 giờ là - 1 với chỉ 34% người bệnh ở mức an thần sâu. Như vậy việc điều chỉnh an thần ở những ngày sau là còn tương đối dè dặt, việc ngừng an thần hoặc điều chỉnh an thần khi người bệnh ổn định chưa thực sự được chú trọng với chỉ 2,77 ± 1,97 lần thay đổi trung bình cho một người bệnh đa số các người bệnh được chỉnh an thần dưới 3 lần với 61,7%. Điều này có thể lý giải cho việc ngưỡng an thần luôn ở xu thế

an thần sâu trong nghiên cứu của chúng tôi.

Từ Bảng 3, trong quá trình điều trị, chỉ có 7 người bệnh ghi nhận có giảm mức sử dụng an thần khi áp dụng thang điểm RASS chiếm 11,7%, có 29 người bệnh an thần được giữ nguyên cho đến khi kết thúc điều trị chiếm 48%, và có tới 38,3% người bệnh được tăng liều an thần hoặc bổ sung 1 an thần khác mặc dù tại thời điểm khởi đầu người bệnh chủ yếu đều ở mức an thần sâu với 73% ở ngày thứ 1 và 76,4% ở ngày thứ hai. Điều này cho thấy việc áp dụng thang điểm về an thần là chưa rộng rãi hoặc việc đánh giá sai các đáp ứng của người bệnh. Trong 60 người bệnh chỉ có 25 người bệnh khởi đầu có kèm theo giảm đau, có tới 35% người bệnh khởi đầu với an thần đơn độc, với đặc điểm người bệnh ở các đơn vị hồi sức tích cực được can thiệp thủ thuật nhiều, thực hiện nhiều thuốc hay gặp các trạng thái rối loạn tâm thần kinh như bồn chồn lo lắng vật vã, việc bổ sung thêm an thần là một lý do có thể xảy ra và làm cho việc người bệnh an thần sâu hơn. Trong nghiên cứu của Yahya, việc an thần sâu là một yếu tố độc lập dẫn đến thời gian nằm viện kéo dài, tăng nguy cơ viêm phổi, và làm tăng thời gian thở máy cũng như nhiều yếu tố bất lợi kèm theo. Trong phạm vi của nghiên cứu, chúng tôi không đánh giá những yếu tố này, tuy nhiên có nhiều nghiên cứu thực hiện tại trung tâm Hồi sức tích cực đã chứng minh điều này và thực tế điều trị người bệnh cũng phản ánh thực tế này.

Từ Bảng 4 cho thấy, điểm RASS được thực hiện bởi đối tượng trình độ điều dưỡng và bác sĩ là tương đương nhau với -2,69 so với -2,7, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,949$ . Khi so sánh cùng với các nghiên cứu của Almgren hay của Ashi hoặc của Đinh Vĩnh Thái cũng cho giá trị và độ tin cậy giữa các cặp nghiên cứu với hệ số Kappa từ 0,72 đến 0,77 các kết quả này cho thấy thang điểm Richmond có giá trị và độ tin cậy cao, và sử dụng dễ dàng cho điều dưỡng để đánh giá mức độ an thần cho các người bệnh thở máy có sử dụng an thần.

## V. KẾT LUẬN

Điểm RASS có thể đánh giá mức độ sử dụng an thần ở người bệnh thở máy xâm nhập một cách đơn giản, dễ dàng áp dụng với đối tượng Điều dưỡng. Trong nghiên cứu điểm RASS tăng dần tuy nhiên an thần mức độ sâu luôn chiếm xu thế tại các thời điểm nghiên cứu.

## VI. LỜI CẢM ƠN

Tôi xin cảm ơn tới Trung tâm Đào tạo và Nghiên cứu về Lạm dụng chất – HIV, Trường Đại học Y Hà Nội, đã giúp đỡ tôi hoàn thành nghiên cứu bằng học bổng hỗ trợ thực hiện nghiên cứu liên quan đến lĩnh vực lạm dụng chất.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wunsch H, Linde-Zwirble WT, Angus DC, Hartman ME, Milbrandt EB, Kahn JM. The epidemiology of mechanical ventilation use in the United States. *Crit Care Med*. Oct 2010; 38(10): 1947-53. doi:10.1097/CCM.0 b013e3181ef4460
2. Danielis M, Povali A, Mattiussi E, Palese A. Understanding patients' experiences of being mechanically ventilated in the Intensive Care Unit: Findings from a meta-synthesis and meta-summary. *J Clin Nurs*. Jul 2020;29(13-14):2107-2124. doi:10.1111/jocn.15259
3. Shehabi Y, Bellomo R, Kadiman S, et al. Sedation Intensity in the First 48 Hours of Mechanical Ventilation and 180-Day Mortality: A Multinational Prospective Longitudinal Cohort Study. *Crit Care Med*. Jun 2018;46(6):850-859. doi:10.1097/ccm.0000000000003071
4. Stephens RJ, Dettmer MR, Roberts BW, et al. Practice Patterns and Outcomes Associated With Early Sedation Depth in Mechanically Ventilated Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med*. Mar 2018;46(3): 471-479. doi:10.1097/ccm.0000000000002885
5. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med*. Sep 2018;46(9): e825-e873. doi:10.1097/ccm.0000000000003299
6. Nguyễn Thị Ngọc Ánh. Đánh giá khả năng áp dụng thang điểm an thần Richmond của điều dưỡng trên bệnh nhân thông khí nhân tạo xâm nhập tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Vinmec Times city. 2021. Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Guttormson JL, Chlan L, Tracy MF, Hetland B, Mandrekar J. Nurses' Attitudes and Practices Related to Sedation: A National Survey. *Am J Crit Care*. Jul 2019; 28(4):255-263. doi:10.4037/ajcc2019526
8. Đinh Vĩnh Thái. Nghiên cứu áp dụng thang điểm richmond trong đánh giá mức độ an thần ở bệnh nhân thông khí nhân tạo xâm nhập. 2018. Luận văn chuyên khoa II, Trường đại học Y Hà Nội.
9. Namigar T, Serap K, Esra AT, et al. [The correlation among the Ramsay sedation scale, Richmond agitation sedation scale and Riker sedation agitation scale during midazolam-remifentanyl sedation]. *Rev Bras Anesthesiol*. Jul-Aug 2017;67(4): 347-354.. doi:10.1016/j.bjan.2017.03.006
10. Almgren M, Lundmark M, Samuelson K. The Richmond Agitation-Sedation Scale: translation and reliability testing in a Swedish intensive care unit. *Acta anaesthesiologica scandinavica*. 2010; 54(6):729-735.

# KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT UNG THƯ VÚ THEO PHƯƠNG PHÁP PATEY TẠI VIỆN Y HỌC PHÒNG XẠ VÀ U BƯỚU QUÂN ĐỘI

Lê Ngọc Phúc<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật của bệnh nhân ung thư vú được điều trị phẫu thuật tại Viện Y học phóng xạ và u bướu quân đội. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả trên 38 bệnh nhân chẩn đoán ung thư vú giai đoạn I,II,IIIA được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú theo phương pháp Patey tại Viện Y học phóng xạ và u bướu quân đội từ 01/2023 đến 09/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 47,3 tuổi, tỷ lệ mắc cao ở khoảng tuổi 41-50 (39,5%), thấp nhất 27 tuổi, cao nhất là 68 tuổi. Khối u nguyên phát T1 55,3%, T2 36,8%, T3 7,9%. Tỷ lệ gặp ở vú phải và vú trái tương đương nhau (50% và 47,4%), nhiều nhất ở 1/4 trên ngoài (71,1%), kích thước u trung bình  $3,3 \pm 1,4$  cm. 31,7% ở giai đoạn I; 28,9% ở giai đoạn IIA; 28,9% ở giai đoạn IIB. Chụp xquang vú có 86,8%; siêu âm có 94,7% trường hợp có kết quả phù hợp với mô bệnh học. Ung thư biểu mô thể ống xâm nhập chiếm 81,6%. Tỷ lệ di căn hạch nách là 50%. Có sự liên quan giữa tỷ lệ di căn hạch nách với kích thước u, loại mô học. Độ mô học chủ yếu là độ II chiếm 76,3%. Có 65,8% có thụ thể ER,PR dương tính. 31,5% có Her 2 neu dương tính. Thời gian phẫu thuật trung bình  $83 \pm 28$  phút. Thời gian hậu phẫu trung bình  $12 \pm 3$  ngày. Thời gian rút dẫn lưu trung bình  $11 \pm 3$  ngày. Không có tai biến trong mổ. Biến chứng chung của phẫu thuật thấp là 10,6%, chủ yếu là tụ dịch tại vùng nách. Không ghi nhận trường hợp nào biến chứng phù tay do phẫu thuật như một số nghiên cứu khác. Kết quả của phẫu thuật: Tốt: 89,5%, Trung bình: 10,5% và không có trường hợp nào có kết quả xấu. **Kết luận:** Phẫu thuật Patey điều trị ung thư vú giai đoạn còn phẫu thuật được tại viện y học phóng xạ và u bướu Quân đội cho thấy kết quả điều trị tốt, ít biến chứng. **Từ khóa:** Ung thư vú, patey, cắt toàn bộ tuyến vú, vết hạch nách.

## SUMMARY

### EVALUATE THE RESULTS OF MODIFIED RADICAL MASTECTOMY AT THE MILITARY INSTITUTE OF RADIATION AND ONCOLOGY

**Objective:** Evaluation of surgical results of breast cancer carcinoma patients treated at the Military Institute of Radiation and Oncology. **Subjects and Methods:** The average age was 47.3 years old, the highest incidence was in the 41-50 age range (39.5%), the lowest was 27 years old, the highest was 68 years old. Primary tumors T1 55.3%, T2 36.8%, T3 7.9%. The incidence in the right and left breasts was

similar (50% and 47.4%), the highest was in the upper outer quadrant (71.1%), the average tumor size was  $3.3 \pm 1.4$  cm. 31.7% in stage I; 28.9% in stage IIA; 28.9% in stage IIB. Mammography had 86.8%; ultrasound had 94.7% of cases with results consistent with histopathology. Invasive ductal carcinoma accounted for 81.6%. The rate of axillary lymph node metastasis was 50%. There is a correlation between the rate of axillary lymph node metastasis and tumor size and histological type. The histological grade is mainly grade II, accounting for 76.3%. 65.8% have positive ER, PR receptors. 31.5% have positive Her 2 neu. Average surgery time is  $83 \pm 28$  minutes. Average postoperative time is  $12 \pm 3$  days. Average drainage removal time is  $11 \pm 3$  days. There are no complications during surgery. The overall complication of surgery is low at 10.6%, mainly fluid accumulation in the armpit area. There are no cases of hand edema complications due to surgery as in some other studies. Surgical results: Good: 89.5%, Average: 10.5% and no cases with poor results. **Conclusions:** Modified radical mastectomy surgery for operable breast cancer at the Military Institute of Radiation Medicine and Oncology shows good treatment results with few complications. **Keywords:** breast cancer, total mastectomy, axillary lymph node dissection.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú không những là một bệnh ung thư hay gặp nhất ở phụ nữ mà còn là nguyên nhân chính gây tử vong đối với phụ nữ ở nhiều nước trên thế giới. Theo số liệu GLOBOCAN 2020 thì có khoảng 2.3 triệu trường hợp mới mắc và 685.000 ca tử vong năm 2020. Trong tổng số bệnh ung thư thì ung thư vú chiếm 11,7%<sup>1</sup>.

Phẫu thuật điều trị ung thư vú đã được thực hiện từ những năm trước công nguyên. Từ những năm 1970, phẫu thuật Patey trở thành phẫu thuật chuẩn, áp dụng cho các ung thư vú giai đoạn I, II, III<sup>1</sup>.

Trong những năm gần đây, phẫu thuật UTTG đã được triển khai tại nhiều cơ sở y tế trong cả nước, trong đó có Viện y học phóng xạ và u bướu quân đội. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật của bệnh nhân ung thư vú được điều trị tại Viện Y học phóng xạ và u bướu quân đội.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 38 bệnh nhân chẩn đoán ung thư vú được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú theo phương pháp patey tại Viện Y học phóng xạ và u bướu quân đội từ 01/2023 đến 01/2024.

<sup>1</sup>Viện Y học phóng xạ và U bướu Quân đội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Phúc

Email: ngocphuchvq@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024