

# YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MỨC ĐỘ TUÂN THỦ QUY TRÌNH ĐẶT THÔNG TIỂU NGẮT QUĂNG SẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ BÀNG QUANG THẦN KINH Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2021

FACTORS RELATED TO THE COMPLIANCE OF CLEAN INTERMITTENT CATHETERIZATION PROCESS IN TREATMENT OF NEUROGENIC BLADDER IN CHILDREN AT THE VIET NAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2021

TRẦN NGỌC YẾN<sup>1</sup>, TRỊNH THỊ THƠM<sup>2</sup>,  
TRỊNH HƯƠNG THU<sup>2</sup>, VŨ THỊ MAI HƯƠNG<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định một số yếu tố liên quan đến mức độ tuân thủ đặt thông tiểu ngắt quăng sạch ở trẻ em bàng quang thần kinh đến tái khám tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2021.

**Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện trên 47 trẻ em bị bệnh bàng quang thần kinh (BQTK) và 47 người nhà đến tái khám tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ tháng 5 đến tháng 7 năm 2021. Tất cả đối tượng được phỏng vấn tình trạng bệnh theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn và quan sát thực hành đặt CIC 3 lần theo 3 thời điểm trước tập huấn, ngay sau tập huấn và sau 3 tháng đã được tập huấn và thực hành tại nhà theo bảng kiểm đã xây dựng.

**Kết quả:** Có 47 trẻ bị bệnh BQTK có độ tuổi trung bình  $8,6 \pm 3,0$  tuổi, tỷ lệ nam 51,1%; nữ 48,9%. Số năm bị bệnh  $\geq 6$  năm chiếm tỷ lệ cao nhất 76,6%, từ 4-5 năm 17% thấp nhất là 1-3 năm (6,4%). Có 47 người tham gia chính đặt CIC cho trẻ có độ tuổi chủ yếu là 18-50 tuổi (66%), tiếp theo là  $< 18$  tuổi (27,7%),  $> 50$  tuổi là 6,3%. Trong đó, 53,3% là mẹ của trẻ, 27,7% trẻ tự thực hiện đặt CIC. Ngay sau tập huấn, tỷ lệ tuân thủ đặt CIC đạt mức tốt là 100%. Sau 3 tháng được tập huấn và thực hành tại nhà, tỷ lệ tuân thủ đạt mức tốt là 83%. Mức độ tuân thủ đặt CIC sau tập huấn theo

các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ đạt mức tốt là khá cao. Trong đó có 2 đặc điểm của đối tượng là thời gian bị bệnh của trẻ và trung bình số lần đặt CIC/ngày cho trẻ bị bệnh BQTK có mối liên quan ý nghĩa thống kê với mức độ tuân thủ đặt CIC cho trẻ.

**Kết luận:** Mức độ tuân thủ đặt CIC cho trẻ sau tập huấn năm 2021 là rất cao (83%). Đặc điểm thời gian bị bệnh và trung bình số lần đặt CIC/ngày cho trẻ là 2 yếu tố liên quan đến tuân thủ đặt CIC cho trẻ ( $p < 0,05$ ). Người bệnh cần được đặt CIC sớm, người đặt CIC cho trẻ nên được tập huấn quy trình thường xuyên. Vấn đề tuân thủ đặt CIC cần tiếp tục được thực hiện các nghiên cứu tiếp theo sâu hơn

**Từ khóa:** CIC, bàng quang thần kinh, thông tiểu ngắt quăng sạch

## ABSTRACT

**Objective:** Identify factors related to the compliance with CIC in children with neurogenic bladder who visit for routine check-up at the national hospital of paediatrics in 2021

**Method:** Cross sectional study. 47 neurogenic bladder patients and 47 caretakers who visit for routine check-up at National Children's Hospital from May to July 2021. Pre-designed survey was given to all subjects. Practical skills of caretaker in doing CIC were observed and monitored on 3 separated occasions: before CIC training, immediately after CIC training and 3 months after training.

**Results:** 47 neurologic bladder patients with mean age  $8,6 \pm 3,0$ , male to female ratio was 51.1:48.9. Group of patients with duration of disease of  $\geq 6$  years had the highest proportion

1. Bệnh viện Nhi Trung ương  
ĐT: 0988747999; Email: yentn@nch.gov.vn

2. CS., Bệnh viện Nhi Trung ương  
Ngày nhận bài phản biện: 30/4/2022  
Ngày trả bài phản biện: 07/5/2022  
Ngày chấp thuận đăng bài: 26/5/2022

(76.6%), 4-5 years (17%) and the lowest was 1-3 years (6.4%). There were 47 caretakers. The group of caretakers with ages ranging from 18-50 years accounted for 66%, followed by age group under 18 years old (27.7%) and the lowest was the group over 50 years old (6.3%). Of which, 53.3% were the children's family member, 27.7% of the children self-implement CIC. The percentage of caretakers who performed good CIC immediately after training was 100%. 3 months after training, good CIC was observed in 83% of caretakers. The level of compliance with CIC after training according to the characteristics of the study subjects with a good rate was quite high. In which, two characteristics of the object were child's illness time and average number of CIC insertions/day for children with neurogenic bladder disease had a statistically significant relationship with the degree of compliance with CIC insertion for children.

**Conclusion:** The CIC compliance rate in 2021 is remarkably high (83%). The characteristics of the time of illness and the average number of CIC insertions/day for children were two factors related to the adherence to CIC insertion for children ( $p < 0.05$ ). Patients need to use CIC early, persons performing CIC for children should receive regular training on the procedure. The issue of compliance with CIC needs to be further studied in depth.

**Keywords:** *CIC, neurogenic bladder, clean intermittent catheterization*

## 1. DẶT VẤN ĐỀ

Bàng quang thần kinh (BQTK) là bệnh lý gây mất chức năng của bàng quang (BQ) do tổn thương một phần của hệ thống thần kinh [3]. Bệnh ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống người bệnh (NB) bởi sự bất tiện, khó chịu do chức năng đi tiểu bị rối loạn. Hiện có rất nhiều phương pháp điều trị khác nhau, nhưng CIC là kỹ thuật cần được thực hiện ở tất cả bệnh nhân BQTK. Đây là phương pháp làm rỗng bàng quang hoàn toàn. Một ống thông sạch được đặt qua niệu đạo BQ rồi rút ra. Lặp lại như vậy nhiều lần trong ngày (mỗi lần cách nhau 3-4 tiếng) [3]. Đặt CIC là một kỹ thuật chăm sóc nhằm làm sạch bàng quang và hỗ trợ rất tốt cho quá trình điều trị BQTK [4], [5] vì giúp cải thiện tình trạng trào ngược bàng quang - niệu quản (BQ - NQ) từ 30 - 50% trong 2 - 3 năm

đầu [8] và cải thiện tình trạng giãn BQ, niệu quản [6]. Việc tuân thủ CIC rất quan trọng cho quá trình điều trị, chăm sóc trẻ khi nằm viện cũng như quá trình tự chăm sóc tại nhà khi ra viện. Đến nay, tại BV Nhi Trung ương chưa có đề tài nào nghiên cứu (NC) về việc tuân thủ đặt CIC trong điều trị trẻ BQTK. Nhằm nâng cao mức độ tuân thủ đặt CIC của gia đình thực hiện cho trẻ bị BQTK từ đó có kế hoạch hướng dẫn thực hiện, tư vấn, giáo dục sức khỏe, để nâng cao chất lượng chăm sóc trẻ góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống của trẻ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Xác định một số yếu tố liên quan đến mức độ tuân thủ quy trình đặt thông tiểu ngắt quãng sạch trong điều trị bàng quang thần kinh ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2021".

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Trẻ bị bệnh BQTK điều trị nội trú tại khoa Ngoại tiết niệu đã ra viện và đến tái khám tại phòng khám tiết niệu BV Nhi Trung ương và người tham gia chính đặt CIC cho trẻ.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

**2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 5/2021 đến tháng 10/2021 tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

**2.4. Phương pháp thu thập số liệu:** Bộ công cụ thu thập số liệu là bộ câu hỏi phỏng vấn được thiết kế sẵn với nội dung về tình trạng diễn biến bệnh lý BQTK và một số thông tin về kiến thức, thái độ và bảng kiểm quan sát thực hành của người tham gia chính đặt CIC tại nhà cho trẻ kèm theo quy trình thực hành đặt CIC. Công cụ được xây dựng dựa trên các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và các nội dung liên quan đến tuân thủ đặt CIC cho trẻ tại nhà và quy trình đặt CIC với các nội dung:

\* Phần 1. Thông tin chung của trẻ, tình trạng diễn biến bệnh, dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng, thông tin chung của người đặt CIC và thông tin liên quan đến quá trình đặt CIC bao gồm 35 câu hỏi được đánh số từ A1 đến E12.

\* Phần 2. Đánh giá thực hành đặt CIC theo bảng kiểm gồm 8 bước được xây dựng và chỉnh sửa theo quy trình đặt thông tiểu của Bộ Y tế ban hành kèm theo quyết định số 5623/QĐ-BYT ngày

21/9/2018 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn chăm sóc, điều trị phục hồi chức năng đối với 04 bệnh: Đột quy não, Chấn thương sọ não, Bại não, Não úng thủy do Nứt đốt sống [2]

**2.5. Phương pháp phân tích số liệu:** Số liệu sau khi thu thập, làm sạch được nhập vào máy tính bằng phần mềm EpiData 3.1 và được xử lý bằng phần mềm SPSS (Statistical Package for Social Sciences) phiên bản 20.0. Kết quả được trình bày theo dạng bảng tần số, tỷ lệ và các biểu đồ. So sánh sự khác biệt giữa các biến tỷ lệ bằng Chitest. Sự khác biệt được cho là có ý nghĩa khi  $p < 0,05$ .

**2.6. Đạo đức nghiên cứu:** Đối tượng NC được giải thích một cách rõ ràng về mục đích và nội dung của nghiên cứu trước khi tiến thu thập số liệu và chỉ tiến hành khi có sự đồng ý tham gia của đối tượng NC. Số liệu NC chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu và được bảo mật. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức BV Nhi Trung ương tại Giấy chứng nhận chấp thuận đề cương NC của Hội đồng Đạo đức số 966/BVNTW-VNCSKTE.

### 3. KẾT QUẢ

Trong tổng số 47 trẻ bị bệnh BQTK có tỷ lệ trẻ nam (48,9%) và trẻ nữ (51,1%) gần bằng nhau. Độ tuổi trung bình  $8,6 \pm 3,0$  tuổi, chiếm đa số là 6 - 10 tuổi với 63,9% và chủ yếu đang đi học tiểu học (68,1%). Tỷ lệ trẻ có số năm bị bệnh nhiều nhất là trên 6 năm chiếm 76,6%. Trẻ bị bệnh BQTK ở vùng nông thôn chiếm tỷ lệ cao nhất (78,8%).

Người tham gia chính đặt CIC cho trẻ là những người thân trong gia đình (72,3%) hoặc trẻ tự làm (27,7%). Trong đó đối tượng đặt CIC cho trẻ chiếm tỷ lệ cao nhất là người mẹ (53,3%), tiếp đến là trẻ tự làm (27,7%), người bố (12,8%) và thấp nhất là người bà của trẻ (6,4%). Độ tuổi của nhóm đối tượng này chủ yếu là 18 - 50 tuổi chiếm tỷ lệ 66%. Trình độ của nhóm đối tượng chiếm tỷ lệ cao nhất là phổ thông trung học (46,8%) tiếp đến là trung học cơ sở (31,9%), tiểu học (10,6%), trung cấp - cao đẳng (6,4%) và thấp nhất là đại học và sau đại học (4,3%). Nghề nghiệp của các đối tượng chủ yếu là lao động tự do (29,8%) hoặc học sinh, sinh viên (27,7%) hay nông dân (19,1%).

**Bảng 3.1. Đánh giá thực hiện quy trình đặt thông tiểu ngắt quãng sạch trước và sau tập huấn**

Kết quả thực hiện quy trình Thực hành CIC	Kém		Trung bình		Tốt	
	N	%	N	%	N	%
Thực hành lần 1	16	34	16	34	15	32
Thực hành lần 2	0	0	0	0	47	100
Thực hành lần 3	0	0	8	17	39	83

Đánh giá kết quả thực hiện kỹ thuật đặt CIC cho trẻ tại 3 thời điểm trước tập huấn, ngay sau tập huấn và sau tập huấn 3 tháng cho thấy: thời điểm trước khi tập huấn (thực hành lần 1) tỷ lệ thực hành mức kém chiếm tỷ lệ cao nhất 34%, tỷ lệ thực hành mức tốt chỉ đạt 32%. Trong lần thực hành thứ 2 (ngay sau tập huấn) không còn đối tượng thực hành mức kém, tỷ lệ thực hành tốt đạt tới 100%. Ở lần thực hành thứ 3 (sau tập huấn 3 tháng) tỷ lệ thực hành mức tốt giảm xuống còn 83%, thực hành mức trung bình chiếm 17%, không có đối tượng nào thực hành mức kém.

**Bảng 3.2. Liên quan kết quả đặt thông tiểu ngắt quãng sạch cho trẻ sau can thiệp theo các đặc điểm của trẻ**

Các yếu tố		Trung bình N (%)	Tốt N (%)	OR (95%CI)	P
Giới tính	Nam	6 (26,1)	17 (73,9)	3,88 (0,695 - 21,7)	$p > 0,05$
	Nữ	2 (8,3)	22 (91,7)		
Tuổi	< 6 tuổi	2 (40)	3 (60)	4,0 (0,55 - 29,17)	$p > 0,05$
	≥ 6 tuổi	6 (14,3)	36 (85,7)		
Thời gian đặt CIC	≤ 12 tháng	2 (22,2)	7 (77,8)	1,524 (0,25 - 9,91)	$p > 0,05$
	> 12 tháng	6 (15,8)	32 (84,2)		
Thời gian bị bệnh của trẻ	≤ 5 năm	2 (18,2)	9 (81,8)	1,111 (0,19 - 6,49)	$p < 0,05$
	> 5 năm	6 (16,7)	30 (83,3)		
Thời gian khám định kỳ	1 - 6 tháng	4 (16)	21 (84)	0,857 (01,87 - 3,93)	$p > 0,05$
	≥ 1 năm	4 (18,2)	18 (81,3)		

Khi tiến hành phân tích kết quả đặt CIC cho trẻ sau can thiệp theo các yếu tố về đặc điểm của trẻ cho thấy kết quả đặt CIC đạt mức "Tốt" ở trẻ nữ (91,7%) cao hơn trẻ nam (73,9%), mức độ này có tỷ lệ ở nhóm ≥ 6 tuổi (85,7%) cao hơn nhóm < 6 tuổi (60%). Những trẻ bắt đầu đặt CIC lúc >12 tháng tuổi có tỷ lệ đạt mức tốt (84,2%) cao ở nhóm trẻ được đặt CIC lúc ≤ 12 tháng tuổi (77,8%). Nhóm trẻ có thời gian bị bệnh ≤ 5 năm có tỷ lệ đạt mức tốt là cao hơn nhóm trẻ có thời

gian bị bệnh > 5 năm. Trong đó chỉ có đặc điểm thời gian bị bệnh của trẻ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.3. Liên quan kết quả đặt thông tiểu ngắt quãng sạch cho trẻ sau can thiệp theo các đặc điểm của người tham gia chính đặt thông tiểu ngắt quãng sạch**

Các yếu tố		Trung bình N (%)	Tốt N (%)	OR (95%CI)	p
Tuổi	< 18 tuổi	1 (7,7)	12 (92,3)	0,321 (0,36 - 2,91)	$p > 0,05$
	≥ 18 tuổi	7 (20,6)	27 (79,4)		
Người thực hiện	Trẻ tự làm	1 (7,7)	12 (92,3)	0,321 (0,36 - 2,91)	$p > 0,05$
	Người thân của trẻ	7 (20,6)	27 (79,4)		
Trình độ của người đặt CIC	THCS trở xuống	3 (15)	17 (85)	0,776 (0,16 - 3,71)	$p > 0,05$
	PTTH trở lên	5 (18,5)	22 (81,5)		
Trung bình số lần đặt CIC cho trẻ/ngày	≤ 2 lần	3 (60)	2 (40)	11,1 (1,48 - 83,53)	$p < 0,05$
	≥ 3 lần	5 (11,9)	37 (88,1)		

Khi phân tích kết quả đặt CIC cho trẻ sau can thiệp theo các yếu tố về đặc điểm của người tham gia chính đặt CIC cho trẻ đã chỉ ra rằng: mức độ đặt CIC đạt mức Tốt ở nhóm < 18 tuổi (92,3%) có tỷ lệ cao hơn nhóm ≥ 18 tuổi (79,4%). Tỷ lệ đặt CIC cho trẻ đạt mức tốt có tỷ lệ cao hơn ở nhóm đối tượng trẻ tự làm có tỷ lệ thực hành tốt (92,3%) hay nhóm đối tượng có trình độ THCS trở xuống (85%). Xét theo trung bình số lần đặt CIC cho trẻ/ngày tỷ lệ đặt CIC đạt mức tốt ở nhóm ≥ 3 lần (88,14%) cao hơn nhóm thực hiện ≤ 2 lần (40%). Chỉ có đặc điểm trung bình số lần đặt CIC cho trẻ/ngày là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### 4. BÀN LUẬN

Kết quả thực hành trước tập huấn có tỷ lệ đạt tốt ở mức thấp (32%). Sau thời gian 3 tháng, tỷ lệ thực hành đạt mức tốt có xu hướng giảm từ 100% (ngay sau tập huấn) xuống 83% (sau 3 tháng thực hành tại nhà). Kết quả này cũng phần ánh đúng với khả năng thực hành của người đặt CIC, ngay sau khi đào tạo tập huấn đối tượng NC còn nhớ được nhiều nên thực hành rất tốt. Sau tập huấn và thực hành đặt CIC tại nhà cho trẻ thấy rõ được giá trị của đào tạo, tập huấn có

ảnh hưởng đến kết quả thực hành đặt CIC cho trẻ. Do đó, yêu cầu đặt ra trong thực hành lâm sàng là phải thường xuyên đào tạo lại kỹ thuật đặt CIC cho người nhà NB một cách định kỳ và đều đặn. Từ đó, nâng cao được hiệu quả của phương pháp điều trị, giảm thiểu tối đa những biến chứng của kỹ thuật.

Phân tích đơn biến kết quả đặt CIC sau can thiệp theo 5 đặc điểm của trẻ và 4 đặc điểm của người tham gia chính đặt CIC cho trẻ thấy hầu hết đều có tỷ lệ đặt CIC đạt mức tốt khá cao. Tuy nhiên, chỉ có 2 đặc điểm "thời gian bị bệnh của trẻ" và "trung bình số lần đặt CIC cho trẻ" là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Kết quả này có thể giải thích rằng khi có can thiệp hướng dẫn đào tạo thực hiện đặt CIC và số lần thực hiện càng nhiều thì tỷ lệ thực hành đạt tốt càng cao.

Trung bình số lần đặt CIC/ngày cho trẻ trong NC cho thấy có 88,1% thực hiện ≥ 3 lần đạt mức tốt và có 40% nhóm thực hiện ≤ 2 lần đạt mức tốt. Kết quả cũng phù hợp với một số NC khác như Hà Thị Thu Thủy và cs (2012) NC đánh giá đặt thông tiểu sạch ngắt quãng trong điều trị BQTK ở trẻ em cho thấy số trẻ được đặt CIC ≥ 5 lần/ngày là 86,5% [5]. Bệnh viện VINMEC cũng cho rằng thông thường việc sử dụng ống thông tiểu ngắt quãng được thực hiện từ 4 - 6 lần/ngày hoặc nhiều lần hơn [1]. Năm 2008, John Kryer NC xử trí không phẫu thuật BQTK ở trẻ em đã chỉ ra rằng nên đặt báo thức cho trẻ để thực hiện đặt CIC 3 - 4h/lần trong ngày [11]. Tác giả Linda Nazarko (2013), NC tự đặt CIC và cố định ống đối với người không tiểu được cần thực hiện CIC 4 - 5 lần/ngày thậm chí là 6 lần/ngày [12]. Bệnh viện Nhi Benioff cũng khuyến nghị tần suất đặt CIC bình thường ít nhất 3 giờ một lần trong ngày. Tùy thuộc vào chẩn đoán của bệnh của trẻ, đặt CIC ban đêm có thể được chỉ định hoặc không. Đặt CIC nhiều lần trước khi đi ngủ và ngay sau khi thức dậy là đủ. Nếu trẻ thức đêm vì lý do khác thì có thực hiện đặt CIC thêm để làm sạch BQ cho trẻ [10].

Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra 2 yếu tố liên quan đến tuân thủ đặt CIC cho trẻ BQTK là thời gian bị bệnh của trẻ và trung bình số lần đặt CIC/ngày cho trẻ. Kết quả này khác với một số NC khác như NC của tác giả Theo van Achterberg và cs (2008), đã tìm thấy danh sách 16 yếu tố quyết định sự thành thạo và tuân thủ đặt CIC trong ngắn hạn và danh sách 12 yếu tố quyết định sự tuân thủ lâu dài. Các yếu tố quyết định chung của việc

tuân thủ CIC liên quan đến kiến thức, sự phức tạp của quy trình, quan niệm sai lầm, nỗi sợ hãi, sự xấu hổ, động lực cùng với chất lượng và tính liên tục của chăm sóc [7]. Claudia Daniella Avelino Vasconcelos Benício và cs (2018) cho rằng một số yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành đặt CIC gồm: thông tin về quy trình CIC (đào tạo, tờ rơi) [9]. Jai H. Seth và cs thì có một số yếu tố có thể đóng vai trò là rào cản để CIC thành công. Những yếu tố này có thể bao gồm từ các yếu tố thể chất và tâm lý, đến sự hiểu biết về tầm quan trọng của thủ thuật, lý do thực hiện CIC, bản chất của tình trạng bệnh, nhận thức của NB về phương pháp điều trị và tác động của nó. Các yếu tố bên ngoài có thể ảnh hưởng đến sự tuân thủ bao gồm chất lượng giảng dạy, giám sát, trấn an và theo dõi, trong khi các yếu tố bên trong bao gồm các rào cản về thể chất và tâm lý xã hội và thái độ của NB đối với CIC [13].

## 5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Tỷ lệ thực hành đặt CIC cho trẻ BQTK là cao: Ngay sau tập huấn tập huấn đạt mức tốt là cao 100%; sau tập huấn và thực hành 3 tháng tại nhà đạt mức tốt là 83%, khá 17%. Thời gian bị bệnh của trẻ và trung bình số lần đặt CIC cho trẻ/ngày là 2 yếu tố liên quan đến mức độ tuân thủ đặt CIC cho trẻ bị bệnh BQTK ( $p < 0,01$ ).

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi đưa ra một số khuyến nghị như sau: 1) Người bệnh BQTK cần được hướng dẫn CIC sớm khi có chỉ định để giảm tỷ lệ biến chứng hệ tiết niệu. 2) Xây dựng kế hoạch và tổ chức tốt kế hoạch truyền thông giáo dục sức khỏe cho NB, gia đình NB liên quan đến quy trình đặt CIC cho trẻ bị bệnh BQTK. 3) Tiếp tục triển khai nghiên cứu tiếp theo với số lượng mẫu lớn hơn, mang tính đại diện cho quần thể và cho phép đánh giá đầy đủ hơn những yếu tố tác động tới mức độ tuân thủ đặt CIC ở trẻ BQTK.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện VINMEC (2021), Khi nào nên đặt thông tiểu ngắt quãng cho bệnh nhân?, truy cập ngày 10/8-2021, tại trang web [https://www.vinmec.com/vi/tin-tuc/thong-tin-suc-khoe/suc-khoe-tong-quat/khi-nao-nen-dat-thong-tieu-ngat-quang-cho-benh-nhan/?link\\_type=related\\_posts](https://www.vinmec.com/vi/tin-tuc/thong-tin-suc-khoe/suc-khoe-tong-quat/khi-nao-nen-dat-thong-tieu-ngat-quang-cho-benh-nhan/?link_type=related_posts).
2. Bộ Y tế (2018), Hướng dẫn chăm sóc điều dưỡng cho người bệnh nứt đốt sống và não úng

thủy (Ban hành kèm theo Quyết định số 5623/QĐ-BYT ngày 21/9/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

3. Vy Hiếu (2018), Bàng quang thần kinh - biến chứng thường gặp sau phẫu thuật tủy - màng tủy ở trẻ em, truy cập ngày 04/02-2021, tại trang web <http://benhviennhitronguog.org.vn/bang-quang-than-kinh-bien-chung-thuong-gap-sau-phau-thuat-tuy-mang-tuy-o-tre-em.html>.

4. Cẩm Bá Thúc, Nguyễn Thị Dương và Cao Văn Vương (2015), "Nghiên cứu kết quả điều trị bàng quang thần kinh ở bệnh nhân tổn thương tủy sống bằng phương pháp đặt thông tiểu sạch ngắt quãng", Tạp chí Y học thực hành. 11(851), tr. 44-46.

5. Hà Thị Thu Thủy (2012), "Đánh giá hiệu quả đặt thông tiểu sạch ngắt quãng trong điều trị bàng quang thần kinh ở trẻ em", Y học TP. Hồ Chí Minh. 16 (Phụ bản của Số 4), tr. 68-71.

6. Nguyễn Duy Việt (2021), Nghiên cứu đặc điểm bệnh lý và kết quả đặt thông tiểu ngắt quãng sạch điều trị bàng quang thần kinh ở bệnh nhân sau phẫu thuật tủy-màng tủy Luận án Tiến sĩ Y học, Trường ĐH Y Hà Nội, Hà Nội.

7. Theo van Achterberg, et al. (2008), "Adherence to clean intermittent self-catheterization procedures: determinants explored", Journal of Clinical Nursing. 17(3), pp. 394-402.

8. Stuart B. Bauer. (2008), "Neurogenic bladder: etiology and assessment", Pediatric Nephrology 23, pp. 541-551.

9. Claudia Daniella Avelino Vasconcelos Benício, et al. (2018), "Factors associated with the knowledge of patients and caregivers about clean intermittent urethral catheterization: an integrative review", Journal of School of Nursing University of São Paulo. 52, pp. 1-9.

10. Benioff Children's Hospitals (2021), Clean Intermittent Catheterization, accessed 15/7-2021, from <https://www.ucsfbenioffchildrens.org/education/clean-intermittent-catheterization>.

11. John Kryger (2008), "Nonsurgical Management of the Neurogenic Bladder in Children", Scientific World Journal. 2008(8), pp. 1177-1183.

12. Linda Nazarko (2013), "Intermittent self-catheterisation and catheter fixation", British Journal of Community Nursing. 8(17).

13. Jai H. Seth, Collette Haslam AMD Jalesh N. Panicker (2014), "Ensuring patient adherence to clean intermittent self-catheterization", Patient Prefer Adherence. 8, pp. 191-198.