

ỨNG DỤNG MÁY CẮT HÚT STRYKER FORMULA SHAVER TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI MŨI XOANG

Vũ Trung Kiên, Khiếu Hữu Thanh^{1*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá khả năng can thiệp của máy cắt hút Stryker Formula Shaver trong phẫu thuật nội soi mũi xoang tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 34 bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính có polyp, được phẫu thuật nội soi mũi xoang sử dụng máy cắt hút từ 2018 đến 2019.

Kết quả: Thời gian phẫu thuật trung bình là $81,9 \pm 28,5$ phút. Lượng máu mất trong phẫu thuật trung bình là $91,2 \pm 25,6$ ml. Kết quả sau phẫu thuật 1 tháng ở mức độ tốt và khá chiếm tỷ lệ 82,4%. Không có tai biến do sử dụng máy cắt hút. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật do xơ dính chiếm 12,2%. **Kết luận:** Sử dụng Stryker Formula Shaver trong phẫu thuật nội soi mũi xoang có kết quả tốt, giúp làm giảm thời gian phẫu thuật, giảm chảy máu, giảm tỷ lệ xơ dính sau phẫu thuật.

Từ khóa: Máy cắt hút, phẫu thuật nội soi mũi họng
ABSTRACT

APPLICATION OF STRYKER FORMULA SHAVER IN ENDOSCOPIC SINUS SURGERY

Objectives: To evaluate the possibility of intervention of Stryker Formula Shaver in endoscopic sinus surgery at Thai Binh Medical University Hospital.

Method: 34 patients chronic rhinosinusitis with nasal polyps were performed endoscopic sinus surgery using shaver from 2018 to 2019.

Result: The average of surgery time was $81,9 \pm 28,5$ minutes. The mean of blood loss volume was $91,2 \pm 25,6$ ml. After surgery, good and fairly good medical history and physical examination accounted for 82,4%. There are no accidents due to the use of shaver. The incidence of adhesive postoperative complications is 12,2%. **Conclusion:** Using shaver in endoscopic sinus surgery is highly effective, decreased surgery time, decreased blood loss volume, decreased adhesivise complication rate.

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

*Chịu trách nhiệm chính: Khiếu Hữu Thanh

Email: khieuthanh@tbump.edu.vn

Ngày nhận bài: 14/01/2022

Ngày phản biện: 29/1/2022

Ngày duyệt bài: 26/02/2022

Keywords: Intervention of Stryker Formula Shaver, Endoscopic sinus surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi mũi xoang đã được thực hiện tại Việt Nam trong khoảng 20 năm trở lại đây, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị bệnh lý viêm mũi xoang có polyp. Mặc dù vậy, tỷ lệ tái phát polyp sau mổ khoảng từ 10% đến 20%, có liên quan đến việc không lấy hết được tổn thương ở các vị trí khó [1]. Theo Megumi, tỷ lệ biến chứng chung của phẫu thuật là 0,50% có liên quan đến tình trạng bệnh và nguồn lực tại cơ sở y tế [4]. Việc sử dụng hệ thống cắt hút trong phẫu thuật nội soi điều trị viêm xoang mũi polyp mũi giúp loại bỏ polyp dễ dàng, nhanh chóng nhờ lực cắt hút, phẫu trường luôn sạch nhờ có kênh tưới rửa và hút liên tục, phẫu thuật ít xâm lấn và ít biến chứng giúp cho quá trình lành thương tốt, hạn chế xơ dính sau phẫu thuật [2],[3].

Trên thực tế, tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình và nhiều cơ sở y tế chưa được trang bị máy cắt hút tai mũi họng dù đã thực hiện phẫu thuật nội soi mũi xoang nhiều năm. Tại bệnh viện chúng tôi được trang bị hệ thống cắt hút Stryker Formula Shaver được thiết kế trong chấn thương có những tính năng tương tự hệ thống cắt hút trong tai mũi họng. Nhận thấy hệ thống có thể sử dụng trong phẫu thuật nội soi mũi xoang, để xây dựng quy trình ứng dụng hệ thống trong phẫu thuật nội soi mũi xoang, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu sau:

Đánh giá khả năng can thiệp hệ thống cắt hút Stryker Formula Shaver trong phẫu thuật nội soi mũi xoang tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chọn mẫu có chủ đích 34 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là viêm mũi xoang có polyp, được khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình trong thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 07/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Được chẩn đoán xác định là viêm mũi xoang có polyp qua nội soi và phim cắt lớp vi tính.

- Được phẫu thuật nội soi mũi xoang sử dụng máy cắt hút Stryker Formula Shaver tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

- Được thăm khám và theo dõi sau phẫu thuật

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có tiền sử ung thư mũi xoang hoặc ung thư vòm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

+ Thiết kế nghiên cứu

Tiến cứu, mô tả loạt ca bệnh có can thiệp lâm sàng, không nhóm chứng

+ Cách thức tiến hành nghiên cứu

- Khai thác cụ thể tất cả các thông tin theo bệnh án mẫu.

- Khám lâm sàng bằng nội soi.

- Chụp cắt lớp vi tính mũi xoang: theo hai bình diện Coronal và Axial.

- Phẫu thuật nội soi mũi xoang có sử dụng Stryker Formula Shaver.

- Khám đánh giá kết quả 1 tháng sau phẫu thuật.

+ Quy trình tối ưu hóa hệ thống Stryker Formula Shaver trong phẫu thuật nội soi mũi xoang hóa số vòng quay trong phẫu thuật

- Với niêm mạc viêm, sử dụng tốc độ 1800-2700 vòng/phút với chế độ cắt hút đảo chiều, 3000-5000 vòng/phút với chế độ cắt hút 1 chiều.

- Với tổ chức xương viêm, sử dụng tốc độ 3000 vòng/phút ở chế độ cắt hút đảo chiều.

+ Tối ưu hóa hệ thống lưới cắt

- Với tổ chức polyp ở vùng an toàn: sử dụng lưới cắt răng cưa có khả năng gặm xương để nâng cao thời gian điều trị

- Với tổ chức polyp và niêm mạc viêm ở vùng ranh giới tiếp xúc với ổ mắt, màng não, động mạch sàng trước: sử dụng lưới cắt dạng cắt dạng trơn nhấn chỉ gặm cắt niêm mạc (không gặm được xương) giúp bảo vệ tối đa các cấu trúc nguy hiểm, giảm tai biến.

+ Tối ưu hóa hệ thống bơm hút

Để cải thiện hiệu quả cắt, chúng tôi thiết kế thêm một đường bơm nước trực tiếp qua ống nội soi với bộ dụng cụ bơm rửa, sử dụng xylanh 30ml để nâng cao hiệu quả cắt hút cho hệ thống, giúp giảm thời gian phẫu thuật.

Đánh giá khả năng can thiệp

* Các vị trí cần can thiệp trong phẫu thuật được chia thành các nhóm:

1. Cơ bản: Mỏ móc, bóng sàng

2. Nguy cơ: Sàng sau, phần thấp tế bào Agger Nasi

3. Nguy cơ cao: Trần sàng, tế bào sàng ổ mắt, tế bào bên xoang trán, xoang bướm

* Khả năng can thiệp vào các vị trí phẫu thuật: đánh giá khả năng can thiệp vào các vị trí phẫu thuật cơ bản, nguy cơ, nguy cơ cao với các mức độ:

Mức 1. Lấy được tổ chức dễ dàng

Mức 2. Lấy tổ chức khó khăn, cần thay đổi tư thế tay cầm hoặc sự hỗ trợ của các thiết bị khác

Mức 3. Không lấy được tổ chức

* Thời gian phẫu thuật (phút): được tính từ lúc gây tê đến lúc đặt merocell hoặc rút meche cầm máu.

* Lượng máu mất trong phẫu thuật: Dùng máy hút để hút dịch và máu chảy ra trong quá trình phẫu thuật vào bình chứa có chia vạch. Sau đó tính lượng máu mất bằng công thức:

Lượng máu mất trong phẫu thuật (ml) = Thẻ tích dịch có trong bình chứa (ml) - (Thẻ tích nước muối lúc ban đầu (ml) - lượng nước muối còn lại trong chai (ml))

Đánh giá kết quả phẫu thuật:

Mỗi bệnh nhân được tái khám sau phẫu thuật sau 1 tháng. Đánh giá tình trạng hốc mũi sau phẫu thuật, sự thông thoáng và khả năng dẫn lưu của khe giữa, hốc mũi còn polyp không, xem có xơ dính ở hốc mũi, các triệu chứng thực thể được xếp thành 4 mức độ

- Tốt: Hốc mũi sạch, khe giữa thông thoáng, lỗ mũi sau sạch.

- Khá: Hốc mũi có ít xuất tiết nhầy, khe giữa nề hoặc có ít mũ nhầy nhưng không làm tắc dẫn lưu, lỗ mũi sau có ít xuất tiết nhầy.

- Trung bình: Hốc mũi có nhầy hoặc mũ đặc, khe giữa nề có mũ nhầy, đặc hoặc có polyp nhỏ nhưng chưa tắc dẫn lưu, không bị xơ dính.

- Kém: Hốc mũi nhiều mũ đặc, khe giữa có mũ đặc hoặc bị phù nề hoặc xơ dính làm tắc dẫn lưu, lỗ mũi sau có mũ nhầy hay mũ đặc.

Tai biến sau, biến chứng phẫu thuật:

Tai biến do không kiểm soát được dụng cụ cắt hút: gồm các tai biến, biến chứng ổ mắt trong phẫu thuật nội soi mũi xoang, tai biến mạch máu (động mạch sàng trước, động mạch bướm khẩu cái, động mạch cảnh trong), biến chứng rò dịch não tủy.

Biến chứng: các vị trí xơ dính.

II. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung và tình trạng phẫu thuật

Qua đó chúng tôi lựa chọn được 34 bệnh nhân với nhóm từ 46 - 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 38,2 %, tỷ lệ nam là 47,1%. Tất cả các bệnh nhân đều có polyp mũi xoang với Polyp mũi bên trái đơn thuần chiếm 17,6%, polyp mũi bên phải đơn thuần chiếm 26,5%, polyp hai bên chiếm 55,9%. Polyp độ III chiếm đa số 41,2%, kể đến là Polyp độ I và II chiếm 23,5%.

Bảng 1. Khả năng can thiệp của máy cắt hút vào các vị trí phẫu thuật

Vị trí \ Mức độ	Mức 1		Mức 2		Mức 3		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cơ bản	108	100	0	0	0	0	108	100
Nguy cơ	59	81,4	11	18,6	0	0	59	100
Nguy cơ cao	0	0	15	65,2	8	34,7	23	100

Tỷ lệ nhóm xoang hàm, xoang sàng trước, xoang sàng sau, xoang trán và xoang bướm được can thiệp lần lượt là 82,4%; 75,0%; 75,0%; 17,6% và 5,9%.

Các vị trí phẫu thuật cơ bản bao gồm mỏm móc, bóng sàng cần 108 vị trí. Vị trí nguy cơ là sàng sau, phần thấp tế bào Agger Nasi cần can thiệp là 59 vị trí. Có 23 vị trí nguy cơ cao là trần sàng, tế bào sàng ổ mắt, tế bào bên xoang trán, xoang bướm cần can thiệp.

Tỷ lệ can thiệp dễ dàng (mức 1) vào các vị trí cơ bản của Shaver là 100%.

Tại các vị trí nguy cơ, tỷ lệ can thiệp dễ dàng là 81,4%. 18,6% là các trường hợp phải thay đổi tư thế hoặc cần sự hỗ trợ của các phương tiện khác (mức 2).

Tại vị trí nguy cơ cao, tỷ lệ can thiệp cần sự hỗ trợ của phương tiện khác là 65,2%. Có 8 trường hợp không lấy được tổ chức là vị trí ngách trán rất hẹp, khó quan sát và đưa các phương tiện để lấy bỏ bệnh tích (mức 3).

Bảng 2. Thời gian phẫu thuật

Thời gian (Phút)	n	%
<61	9	26,5
61-90	17	50,0
>90	8	23,5
Tổng số	34	100

Thời gian phẫu thuật trung bình là $81,9 \pm 28,5$ phút.

Ngắn nhất là 45 phút, dài nhất là 150 phút

Bảng 3. Lượng máu mất khi phẫu thuật

Lượng máu mất (ml)	n	%
≤ 65	8	23,5
66-115	20	58,8
>115	6	17,6
Tổng số	34	100

Lượng máu mất trong phẫu thuật trung bình là $91,2 \pm 25,6$ ml.

Mất ít nhất là 48ml, nhiều nhất là 143ml

Bảng 4. Kết quả sau phẫu thuật 1 tháng

Kết quả	n	%
Tốt	19	55,9
Khá	9	26,5
Trung bình	4	11,8
Kém	2	5,9
Tổng số	34	100

Sau phẫu thuật 3 tháng, kết quả về nội soi hốc mũi như sau: Tốt và Khá chiếm 55,9% và 26,5%, trung bình chiếm 11,8% và kém chiếm 5,9%.

Bảng 5. Tai biến và biến chứng của phẫu thuật (n=34)

Tai biến và biến chứng		n	%
Tai biến		0	0
Xơ dính	Cuốn giữa - vách mũi xoang	1	2,9
	Phức hợp lỗ ngách	1	2,9
	Cuốn giữa - vách ngăn	3	8,8

Chúng tôi không gặp các tai biến do sử dụng dụng cụ trong phẫu thuật.

Biến chứng sau phẫu thuật về cấu trúc có xơ dính trong hốc mũi 12,2%, không gặp các biến chứng khác.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung và tình trạng phẫu thuật

Polyp mũi xuất hiện trong bệnh lý VMXMT có polyp không những biểu hiện mức độ và thời gian bị bệnh mà còn ảnh hưởng rất nhiều đến kết quả của phẫu thuật. Nội soi sẽ cho thấy toàn bộ cấu trúc của hốc mũi, màu sắc và tính chất của niêm mạc, được đánh giá một cách rõ ràng, phức hợp lỗ ngách, vách ngăn và tình trạng các cuốn mũi, các khối u cũng được phát hiện sớm ngay trong giai đoạn đầu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết là polyp mũi hai bên chiếm 55,9%, bên trái đơn thuần chiếm 17,6%, bên phải đơn thuần chiếm 26,5%. Polyp độ I và độ II chiếm 47,0%. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Võ Thanh Quang [1] với tỷ lệ 56,35%. Sự có mặt của polyp mũi trong viêm xoang làm cho tiên lượng xa của cuộc phẫu thuật không tốt vì tỷ lệ tái phát sau mổ khá cao. Niêm mạc mũi xoang viêm nhiễm lâu ngày, rối loạn dinh dưỡng, quá phát cục bộ của niêm mạc, tổ chức đệm bị phù nề, quá phát và mỏng nước tạo thành polyp.

Tỷ lệ nhóm xoang hàm, xoang sàng trước, xoang sàng sau, xoang trán và xoang bướm được can thiệp lần lượt là 82,4%; 75,0%; 75,0%; 17,6% và 5,9%. Có tổng số 171 nhóm xoang được phẫu thuật trong đó tỷ lệ các phẫu thuật mở xoang hàm là 32,7%, mở sàng trước là 30,4%, mở sàng sau là 27,5%, mở xoang trán và xoang bướm lần lượt

là 7,0% và 2,3%. Trước đây, phẫu thuật nội soi mũi xoang được thực hiện chủ yếu là phẫu thuật chức năng, mở rộng mòm móc, bóng sàng để dẫn lưu tốt khe giữa. Tuy nhiên, trong phẫu thuật viêm mũi xoang có polyp, đa số các tác giả cho rằng cần lấy hết polyp, dẫn lưu các xoang tối đa, thậm chí là mũi hóa các xoang [2].

Các vị trí phẫu thuật cơ bản bao gồm mòm móc, bóng sàng cần 108 vị trí. Vị trí nguy cơ là sàng sau, phần thấp tế bào Agger Nasi cần can thiệp là 59 vị trí. Có 23 vị trí nguy cơ cao là trần sàng, tế bào sàng ổ mắt, tế bào bên xoang trán, xoang bướm cần can thiệp. Tỷ lệ can thiệp dễ dàng vào các vị trí cơ bản của Shaver là 100%. Tại các vị trí nguy cơ, tỷ lệ can thiệp dễ dàng là 81,4%. 18,6% là các trường hợp phải thay đổi tư thế hoặc cần sự hỗ trợ của các phương tiện khác. Tại vị trí nguy cơ cao, tỷ lệ can thiệp cần sự hỗ trợ của phương tiện khác là 65,2%. Có 8 trường hợp không lấy được tổ chức là vị trí ngách trán rất hẹp, khó quan sát và đưa các phương tiện để lấy bỏ bệnh tích. Theo Theo Megumi, vị trí can thiệp của phẫu thuật không có liên quan đến tỷ lệ biến chứng chung mà liên quan nhiều đến nguồn lực như trang thiết bị và trình độ phẫu thuật viên [4].

Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là $81,9 \pm 28,5$ phút. Ngắn nhất là 45 phút, dài nhất là 150 phút. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi dài hơn với tác giả Singh là 55 phút [5], Varman [6] là 65 phút. Trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy, việc sử dụng máy cắt hút giúp chúng tôi kiểm soát dễ dàng khối polyp cũng như có thể làm nhẵn các bờ của xoang hàm, vùng rìa của lỗ thông xoang bướm và phần đê mũi. Nhược điểm của Stryker Formula Shaver là do độ cong của dụng cụ không thích hợp để can thiệp vào vùng góc trán nên ở vùng này chúng tôi vẫn phải sử dụng panh cong để vào xoang trán.

Lượng máu mất trong phẫu thuật

Lượng máu mất trong phẫu thuật trung bình là $91,2 \pm 25,6$ ml. Mất ít nhất là 48ml, nhiều nhất là 143ml. Kết quả của chúng tôi thấp hơn của Singh trung bình là 181ml [5]. Việc thời gian phẫu thuật nhanh, giúp cải thiện lượng máu mất trong phẫu thuật. Lượng máu mất trong phẫu thuật cũng ảnh hưởng khá nhiều bởi các yếu tố độ polyp, toàn trạng bệnh nhân, kỹ năng của phẫu thuật viên. Sử dụng máy cắt hút, với việc máy hút liên tục để làm sạch trường mổ, đồng thời lấy bỏ tổ chức đôi khi sẽ làm phẫu thuật viên lầm tưởng là lượng máu chảy ít trong lúc phẫu thuật. Với những trường hợp chảy máu nhiều, phẫu thuật viên có thể đặt merche tẩm xylomethazolin kết hợp với adrenalin để cầm máu, trong lúc đó thực hiện phẫu thuật ở mũi đối diện.

Kết quả phẫu thuật sau 1 tháng

Để đánh giá khả năng can thiệp của máy cắt hút, chúng tôi chỉ đánh giá kết quả sau phẫu thuật 1 tháng qua kết quả khám nội soi. Triệu chứng thực thể không những rất có giá trị trong chẩn đoán bệnh lý viêm mũi xoang mạn tính có polyp, mà còn là căn cứ để phẫu thuật viên đánh giá kết quả sau phẫu thuật để có tiên lượng và có kế hoạch theo dõi bệnh về lâu dài. Các triệu chứng có liên quan trực tiếp đến tình trạng viêm mũi xoang được ghi nhận bao gồm tình trạng niêm mạc mũi, dịch xuất tiết, polyp và xơ dính sau mổ. Sự ứ đọng dịch tiết ở vùng phức hợp lỗ ngách có thể coi đó là yếu tố gián tiếp đánh giá tình trạng bệnh tích trong xoang. Dịch xuất tiết là dấu hiệu của viêm nhiễm là mất thông thoáng hốc mũi tạo nên do bít tắc ứ đọng gây xuất tiết và bội nhiễm mủ gây mủ đặc từ trong đến đục vàng xanh. Niêm mạc dày phù nề thoái hóa sẽ dẫn đến bít tắc gây rối loạn dẫn lưu. Niêm mạc mũi thể hiện lên bệnh lý của mũi xoang, viêm nhiễm lâu ngày sẽ phù nề, mọng, thoái hóa, tổn thương các

thành phần bề mặt niêm mạc và mất đi chức năng sinh lý của nó. Polyp mũi hình thành là hậu quả của sự viêm nhiễm lâu ngày làm phù nề thoái hóa niêm mạc gây hiện tượng thoái hóa đa ổ của niêm mạc mũi gây nên. Với phương pháp phẫu thuật polyp mũi bằng dụng cụ shaver, khả năng lấy triệt để tổ chức polyp tốt hơn nên kết quả phẫu thuật cũng tốt hơn, khả năng tái phát cũng ít hơn. Theo Trương Minh Tâm, tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật 3 tháng là 3,8% [2].

Từ các dấu hiệu khám thực thể, kết quả từ tốt đến khá là 82,4%, trung bình 11,8%, kém 5,9%. Kết quả này phù hợp với kết quả của Võ Thanh Quang: tốt 46,2%, Khá 23,1%, trung bình 19,2%, kém 11,5% [1].

Tai biến và biến chứng

Chúng tôi không gặp trường hợp nào tai biến trong phẫu thuật do sử dụng máy cắt hút. Xơ dính hốc mũi gặp trong nghiên cứu với tỷ lệ 12,2% ở các cấu trúc có sự tổn thương đối bên như: xơ dính cuốn giữa với vách ngăn và xơ dính vùng phức hợp lỗ ngách, dính cuốn dưới vào vách ngăn, các vùng xơ dính tương đối hẹp có thể gây tê tại chỗ tách dính dễ dàng đạt kết quả tốt. Nếu không được xử trí thì khả năng tái phát sẽ rất cao. Kết quả này tương tự kết quả của Trương Minh Tâm [2].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 34 bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính có polyp được phẫu thuật nội soi có sử dụng Shaver tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình, từ năm 2018 đến 2019, chúng tôi có một số kết luận:

Có 56/68 xoang hàm được can thiệp chiếm tỷ lệ 82,4%. Tỷ lệ phẫu thuật vào xoang sàng trước và sàng sau là 75,0%.

Tỷ lệ can thiệp dễ dàng vào các vị trí cơ bản của Shaver là 100%.

Tại các vị trí nguy cơ, tỷ lệ can thiệp dễ dàng là 81,4%.

Thời gian phẫu thuật giảm so với không sử dụng máy cắt hút, trung bình là $81,9 \pm 28,5$ phút.

Lượng máu mất trong phẫu thuật giảm so với không sử dụng máy cắt hút, trung bình là $91,2 \pm 25,6$ ml.

Kết quả sau phẫu thuật 1 tháng ở mức độ tốt và khá chiếm tỷ lệ 82,4%.

Không có tai biến trong phẫu thuật do sử dụng máy cắt hút.

Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật do xơ dính chiếm 12,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Thanh Quang (2004), Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị viêm đa xoang mạn tính qua phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Ngô Chí Tâm, Trần Minh Trường, Châu Chiếu Hoà (2020), Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi viêm xoang mạn polyp mũi có sử dụng máy cắt hút microdebrider tại bệnh viện tai mũi họng cần thơ năm 2018 - 2019. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. Tập 24, số 2 -2020: 146 - 153
3. Muthubabu K, Gayathri S, Sravanthi P, et al (2019). Comparative Study Between Endoscopic Sinus Surgery Using Microdebrider and Conventional Techniques with It's Impact on Pulmonary Function Tests: A Randomized Control Trial. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 71(Suppl 3):2127-2132.
4. Koizumi M, Suzuki S, Matsui H et al (2020). Trends in complications after functional endoscopic sinus surgery in Japan: A comparison with a previous study (2007-2013vs. 2013-2017). Auris Nasus Larynx. 47(5):814-819.
5. Singh R, Hazarika P, Nayak DR et al (2013). A comparison of microdebrider assisted endoscopic sinus surgery and conventional endoscopic sinus surgery for nasal polypi. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 65(3):193-6.
6. Varman K, Borlingegowda V, Hussain S M, et al. (2017), Conventional versus Microdebrider Assisted Endoscopic Sinus Surgery for Sinonasal Polyposis -A Comparative Study. Research in Otolaryngology, Vol. 6, 10-15.

THỰC HÀNH CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VỀ PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN KIẾN XƯƠNG TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2021

Phan Thu Nga¹, Phạm Thị Hương Ly¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực hành của nhân viên y tế về phòng, chống dịch covid 19 tại Bệnh viện Đa khoa huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình năm 2021. Đối tượng nghiên cứu: Các nhân viên y tế đang làm việc tại các khoa, phòng thuộc Bệnh viện Đa khoa huyện Kiến Xương.

Phương pháp: Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế dịch tễ học mô tả với cuộc điều tra cắt ngang kết hợp nghiên cứu định tính và nghiên cứu định lượng.

Kết quả: 99,2% NVYT được tập huấn về kiểm soát nhiễm khuẩn và 99,5% NVYT tự giác theo dõi sức khỏe bản thân. Tỷ lệ NVYT có thực hành phòng chống dịch Covid-19 rất tốt chiếm 58,2%, tỷ lệ thực hành tốt chiếm 34,2%, chỉ có 7,7% thực hành chưa tốt về vấn đề này. Có 17/17 trường các khoa/phòng

trả lời rằng bệnh viện đang thực hiện đồng bộ rất nhiều các biện pháp phòng, chống dịch COVID-19.

Từ khóa: Thực hành, Nhân viên y tế, Covid-19.

ABSTRACT

PRACTICE OF MEDICAL STAFF ABOUT COVID-19 PREVENTION AT KIEN XUONG HOSPITAL IN THAI BINH PROVINCE IN 2021

Objective: Describe the practice of medical staff on the prevention and control of covid 19 at Kien Xuong district general hospital, Thai Binh province in 2021. **Subjects:** Medical staff working in departments , room of Kien Xuong district general hospital.

Methods: The study was carried out according to a descriptive epidemiological design with an analytical cross-sectional survey combining qualitative and quantitative research.

Results: 99,2% of health workers are trained in infection control and 99,5% of health workers voluntarily monitor their own health. The percentage of health workers with very good Covid-19 prevention practices accounted for 58.2%, the rate of good practice accounted for 34.2%, only

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

*Chịu trách nhiệm chính: Phan Thu Nga

Email: phanthunga2710@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/01/2022

Ngày phản biện: 29/1/2022

Ngày duyệt bài: 26/02/2022