

KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT GỠ HỠ XƯƠNG CHI TRÊN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NÔNG NGHIỆP NĂM 2021

Lê Thị Mai Phương¹, Phan Thị Dung²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả kết quả chăm sóc NB sau phẫu thuật gãy hờ xương chi trên và phân tích một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu 134 NB phẫu thuật gãy xương chi trên tại khoa ngoại Chấn thương Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp. **Kết quả:** NC cho thấy 83,6% NB được chăm sóc ở mức tốt, trong đó thời gian nằm viện trung bình của người bệnh sau phẫu thuật là $9,43 \pm 3,2$, có 41 NB (chiếm 30,6%) nằm viện dưới 7 ngày và 93 NB (chiếm 69,4%) nằm viện trên 7 ngày; tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 0,7%. Yếu tố tuổi và phân độ gãy hờ có liên quan đến KQCS với OR là 2,0 và 3,1 (p đều < 0,5). **Kết luận:** Người bệnh được chăm sóc tốt sau phẫu thuật gãy hờ xương chi trên chiếm tỷ lệ cao.

Từ khóa: Gãy hờ xương chi trên, chăm sóc sau phẫu thuật

SUMMARY

RESULTS OF CARE OF PATIENTS AFTER SURGICAL BREAKING OF UPPER FLEXIBLE AND SOME RELATED FACTORS AT AGRICULTURAL GENERAL HOSPITAL IN 2021

Objectives: describe the results of patient care after upper extremity open fracture surgery and analyze some related factors. **Methods:** A prospective descriptive study of 134 patients undergoing upper extremity fracture surgery at the Trauma Department of Agricultural General Hospital. **Results:** The study showed that 83.6% of patients received good care, in which the average length of hospital stay after surgery was 9.43 ± 3.2 , 41 patients (accounting for 30.6%) were hospitalized less than 7 days and 93 patients (accounting for 69.4%) were hospitalized for more than 7 days; the surgical wound infection rate was 0.7%. The age factor and the open fracture grade were related to the outcome results with ORs of 2.0 and 3.1 (p both < 0.5). **Conclusions:** Patients receive good care after surgery for open fractures of the upper extremities, accounting for a high percentage.

Keywords: Open fracture, upper limb bone, postoperative care,

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương chi trên là một chấn thương

thường gặp và xảy ra ở mọi lứa tuổi, nhưng chủ yếu là lứa tuổi lao động và được dự đoán gia tăng khi dân số già [8]. Gãy xương chi trên thường gặp là gãy cổ phẫu thuật, gãy xương cánh tay, gãy xương trụ, gãy xương quay.

Gãy xương mang lại gánh nặng cho người bệnh (NB). Ngoài đau và hạn chế vận động, NB có cả những mặc cảm nếu phần cơ thể không còn nguyên vẹn hoặc bị biến dạng, điều này làm giảm chất lượng cuộc sống của họ một cách đáng kể [6]. Tuy nhiên, nếu NB được chăm sóc tốt, thì sức khỏe thể chất và tinh thần được hồi phục sớm, rút ngắn ngày nằm viện, giảm chi phí, nâng cao chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên, một số NC cho thấy thực trạng chăm sóc NB sau PT gãy xương chi trên còn chưa đạt kết quả cao, NB vẫn chưa nhận được sự chăm sóc cũng như tư vấn một cách tốt nhất [1],[5].

Vậy, công tác chăm sóc NB tại khoa Ngoại chấn thương đã và đang làm được những lĩnh vực gì; Những yếu tố nào ảnh hưởng đến kết quả chăm sóc và sự hài lòng của NB sau phẫu thuật. Để tìm lời giải cho các câu hỏi trên giúp người điều dưỡng có cái nhìn đúng về chăm sóc, nhận biết sớm và phối hợp với Bác sĩ kịp thời làm tăng hiệu quả điều trị và giảm biến chứng có thể dự phòng được trong quá trình điều trị chấn thương gãy xương, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu: *mô tả kết quả chăm sóc NB sau phẫu thuật gãy hờ xương chi trên và phân tích một số yếu tố liên quan.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 134 NB sau phẫu thuật gãy hờ xương chi trên.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người bệnh sau phẫu thuật gãy hờ xương chi trên.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những trường hợp gãy xương do bệnh lý như: Lao, viêm, ung thư, u xương

- Người bệnh không đồng ý tham gia hoặc đang tham gia NC nhưng bỏ dở.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2021, tại Khoa Ngoại Chấn thương Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả

¹Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp

²Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Mai Phương

Email: phuonglebvnn@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.7.2022

Ngày duyệt bài: 11.8.2022

tiến cứu

- **Cỡ mẫu:** được tính theo công thức

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{P(1-P)}{d^2}$$

Trong đó: n: Số NB cần nghiên cứu

Z = hệ số tin cậy, với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ hệ số tin cậy $z = 1,96$

p: Theo báo cáo hàng năm về kết quả điều trị chăm sóc NB gãy xương tại Khoa Ngoại Chấn thương Bệnh viện đa khoa Nông nghiệp, kết quả điều trị chăm sóc tốt là 90%, vì vậy chúng tôi lấy p này để tính cỡ mẫu; d: Sai số tuyệt đối chấp nhận được, chọn $d = 5\%$ (0,05)

Thay vào công thức ta được $n = 138$. Tuy nhiên, do dịch bệnh Covid-19 nên số lượng NB điều trị gãy hở xương chi trên tại Bệnh viện của chúng tôi giảm xuống. Do vậy trong khoảng thời gian nghiên cứu chỉ có 134 người thỏa mãn tiêu chuẩn và tham gia NC.

- **Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu toàn bộ.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu:

- **Bộ công cụ nghiên cứu:** Bộ công cụ được xây dựng dựa trên hướng dẫn về chăm sóc NB bị gãy xương của Bộ Y tế và hướng dẫn khảo sát về sự hài lòng của bệnh của Bộ Y tế.

Cấu trúc bộ công cụ gồm có 3 phần chính:

+ Phần 1: đặc điểm chung của ĐTNC, có: tuổi, giới, nguyên nhân tai nạn, cơ chế chấn thương, xử trí vết thương ban đầu, và đặc điểm vết thương hở.

+ Phần 2: thang đo đánh giá chăm sóc NB. Mức điểm đánh giá trong thang đo chăm sóc được áp dụng theo Likert từ 1 – 5. Cụ thể: 1: rất kém, 2: kém, 3: trung bình, 4: tốt, 5: rất tốt). Chúng tôi mã hóa thành 2 nhóm: nhóm "không tốt" (1-3), nhóm "tốt" (4-5).

+ Phần 3: thang đo đánh giá sự hài lòng của NB, gồm có 6 câu hỏi, mỗi câu được cho điểm theo thang Likert từ 1 (rất không hài lòng) đến 5 điểm (rất hài lòng), tổng điểm của thang đo là 30 điểm. Nếu tổng điểm < 18 điểm được xếp vào mức độ không hài lòng, tổng điểm ≥ 18 được xếp vào mức hài lòng.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** quan sát, phỏng vấn và dựa trên hồ sơ bệnh án để lấy dữ liệu về chăm sóc. Phỏng vấn NB để thu thập dữ liệu về sự hài lòng.

2.5. Phương pháp sử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích và xử lý số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của người bệnh

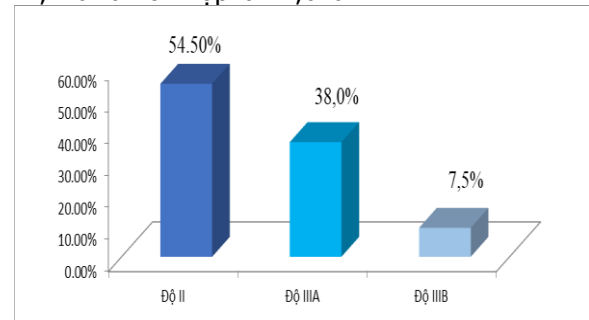
- Độ tuổi trung bình là $41,84 \pm 15,26$. Nam giới chiếm 64,4%, nữ giới chiếm 35,8%.

Bảng 3.1. Nguyên nhân, cơ chế chấn thương

Nguyên nhân và cơ chế gãy xương		NB gãy xương (n=134)	
		Số lượng	Tỷ lệ %
Nguyên nhân do tai nạn (TN)	TN lao động	64	47,7
	TN giao thông	44	32,7
	TN sinh hoạt	26	19,6
	TN thương tích	0	0,0
Cơ chế chấn thương	Đập – ép	58	43,3
	Vặn xoắn	24	17,9
	Cưa – cắt	15	11,2
	Hỗn hợp	37	27,6

Nhận xét: Nguyên nhân chính gây gãy hở xương chi trên là do TN lao động với 47,7%, sau đó do TN giao thông với 32,7%, TN sinh hoạt là 19,6%.

- Cơ chế chấn thương chính là do đập – ép với 43,3%; vặn xoắn với 17,9%, cưa cắt là 11,2% và hỗn hợp là 27,6%.



Biểu đồ 3.1. Phân bố độ gãy hở

Nhận xét: Có 73 NB (54,5%) gãy hở độ II; 51 người (38,0%) gãy hở độ IIIA và 10 người (7,5%) có gãy hở độ IIIB.

Bảng 3.2. Xử trí trước khi vào viện

Xử trí trước khi vào viện	NB gãy xương (n=134)	
	Số lượng	Tỷ lệ %
Kháng sinh	45	33,5
SAT	21	15,7
Đắp gạc/khăn sạch	60	44,8
Khâu vết thương	15	11,2
Nẹp bất động	64	45,5
Xử trí khác	4	2,9
Tổng NB được xử trí	- Có được xử trí: 118(88,1%) - Không được xử trí: 16(11,9%)	

Nhận xét: Số NB được xử trí ban đầu trước khi vào viện là 88,1%; trong đó có 45,5% người được nẹp bất động; 44,8% được đắp gạc, khăn sạch để che phủ vết thương; 33,5% NB được dùng kháng sinh; 15,7% được tiêm SAT và 11,2% được khâu vết thương.

3.2. Đánh giá các hoạt động chăm sóc của điều dưỡng và một số yếu tố liên quan

đến kết quả chăm sóc.

Bảng 3.3. Theo dõi dấu hiệu sống

Dấu hiệu sống	NB gãy xương (n=134)	
	Số lượng	Tỷ lệ %
Theo dõi (2 giờ/ lần) trong 24 giờ đầu	40	29,9
Ngày 2 lần trong những ngày tiếp theo	134	100
Tổng	134	100

Nhận xét: sau phẫu thuật có 29,9% NB được theo dõi đánh giá dấu hiệu sống 2 giờ 1 lần trong 24 giờ đầu và 100% NB được theo dõi dấu hiệu sống 2 lần/ ngày trong những ngày sau đó.

Bảng 3.4. Chăm sóc vết mổ và dẫn lưu

Nội dung	NB gãy xương (n=134)	
	Số lượng	Tỷ lệ %
Số lần chăm sóc vết thương		
Thay băng hàng ngày	105	78,4
Tùy vào tình trạng vết mổ	20	14,0
Thay khi cần	9	6,7
Thông báo cho NB biết tình trạng vết thương		
Có và đầy đủ	92	68,7
Có nhưng không đầy đủ	38	28,3
Không	4	3,0
Hướng dẫn về cách vệ sinh phòng nhiễm khuẩn vết mổ		
Có và đầy đủ	85	63,4
Có nhưng không đầy đủ	44	32,8
Không	5	3,7
Hướng dẫn về cách phát hiện các dấu hiệu bất thường của vết thương		
Có và đầy đủ	112	83,6
Có nhưng không đầy đủ	20	14,9
Không	2	1,5

Nhận xét: - có 78,4% được thay băng vết mổ ngày 1 lần.

- Có 68,7% NB được điều dưỡng thông báo đầy đủ về tình trạng vết mổ; 63,4% NB được hướng dẫn đầy đủ về vệ sinh phòng nhiễm khuẩn; 83,6% NB được hướng dẫn tỉ mỉ đầy đủ về phát hiện các dấu hiệu bất thường của vết mổ.

Bảng 3.5. Giảm đau cho NB và theo dõi hội chứng khoang

Chăm sóc đau	NB gãy xương (n=134)	
	Số lượng	Tỷ lệ %
Đánh giá đau		
Đánh giá liên tục 4-6g/ lần	44	32,8
Chỉ đánh giá khi NB kêu đau	82	61,2
Không đánh giá đau	8	6,0

Phương pháp giảm đau		
Dùng thuốc giảm đau và động viên	108	80,6
Dùng thuốc giảm đau và không có động viên tâm lý	26	19,4
Theo dõi hội chứng khoang		
Đánh giá liên tục 1-2 giờ/ lần	95	70,9
Chỉ đánh giá khi có đau, tê bì	39	29,1
Không	0	0,0

Nhận xét: Có 32,8% NB được điều dưỡng đánh giá đau liên tục trong khoảng 4-6 giờ/ lần.

- Phương pháp giảm đau sau mổ được dùng nhiều nhất là dùng thuốc giảm đau và có sự động viên của điều dưỡng với 80,6%.

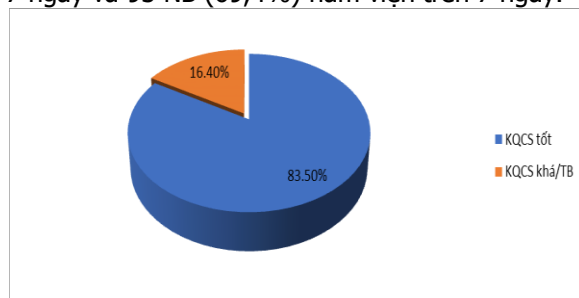
- Có 70,9% NB được điều dưỡng theo dõi đánh giá tuần hoàn chi, nhiệt độ chi bên tổn thương 1-2 giờ/ lần.

Bảng 3.6. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng sau PT	NB gãy xương (n=134)	
	Số lượng	Tỷ lệ %
Biến chứng sau PT		
Chảy máu	0	0
Nhiễm khuẩn vết mổ	1	0,7
Hội chứng khoang	0	0
Biến dạng chi	0	0
Thời gian nằm viện		
≤ 7 ngày	41	30,6
>7 ngày	93	69,4
Mean ± SD	9,43 ± 3,2 (min: 4 ngày; max: 21 ngày)	

Nhận xét: - chỉ có duy nhất 1 NB (0,7%) bị nhiễm khuẩn vết mổ.

- Thời gian nằm viện trung bình sau PT là 9,43 ± 3,2, trong đó có 41 NB (30,6%) nằm viện dưới 7 ngày và 93 NB (69,4%) nằm viện trên 7 ngày.



Biểu đồ 3.2. Kết quả chăm sóc

Nhận xét: Kết quả chăm sóc (KQCS) NB sau mổ gãy xương chi trên cho thấy 83,6% NB được chăm sóc tốt, 16,4% NB được chăm sóc ở mức khá/trung bình.

Bảng 3.7. Sự hài lòng của người bệnh

Sự hài lòng	NB gãy xương (n=134)	
	Số người bệnh	Tỷ lệ %

Hài lòng	115	85,5
Chưa hài lòng	19	14,2
Điểm trung bình	23,52 ± 3,58 (Min: 12, Max: 30)	

Nhận xét: Sự hài lòng của NB đạt trung bình 23,52 ± 3,58 điểm, trong đó hài lòng với công tác chăm sóc điều dưỡng là 85,5%.

Bảng 3.8. Một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc

Biến số nghiên cứu		Kết quả chăm sóc (n=134)		OR (95%CI)	OR (95%CI)
		Khá/TB	Tốt		
Nhóm tuổi	> 50 tuổi	10 (23,2%)	33 (76,7%)	2,0 (1,01-11,2)	0,02
	≤ 50 tuổi	12 (13,2%)	79 (86,8%)		
Độ gãy hở	Độ III	15 (24,6)	46 (75,4)	3,1 (1,6 – 8,2)	0,02
	Độ II	7 (9,6)	66 (90,4)		
Xử trí ban đầu	Không được xử trí	4 (25,0)	12 (75,0)	1,85 (0,8 - 4,6)	0,32
	Có được xử trí	18 (15,3)	100 (84,7)		

Nhận xét: tuổi và phân độ gãy hở có liên quan đến KQCS với OR lần lượt là 2,0 và 3,1, và p đều < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của người bệnh gãy xương

Nguyên nhân gãy xương. Gãy xương do nhiều nguyên nhân khác nhau, trong NC của chúng tôi cho thấy có 47,7% NB bị gãy xương do TN lao động, 32,7% do TN giao thông và 19,6% do TN sinh hoạt. Kết quả của chúng tôi giống như NC của một số tác giả khác, như NC của Phan Thanh Nam cũng cho thấy nguyên nhân gãy xương do tai nạn giao thông chiếm phần lớn với tỷ lệ 73,33% cao hơn các loại TN khác đặc biệt ở lứa tuổi thanh trung niên; TN sinh hoạt chiếm 20% thường gặp ở người già bị loãng xương nên dễ gãy; TN lao động chiếm 6,67%[1].

Phân độ gãy. 100% người bệnh tham gia nghiên cứu của chúng tôi đều có gãy hở xương chi trên. Dựa trên phân loại gãy hở của Gustilo và Anderson cho thấy, gãy hở độ II khi vết thương trên 1cm, có tổn thương mô mềm mức trung bình xương gãy ngang hoặc chéo xoắn; Gãy hở độ II có tổn thương phần mềm nặng bao gồm cả da, gân cơ, mạch máu, thần kinh [2].

Trong NC của chúng tôi, tổn thương dựa trên phân loại của Gustilo là khá nặng; trong đó: có 73 người (54,5%) gãy hở độ II và 61 người (45,5%) gãy hở độ III, có 38,0% gãy độ IIIA và 7,5% gãy độ IIIB. Trước những người bệnh có tổn thương nặng nề như thế này, khi chăm sóc điều dưỡng luôn chú ý chăm sóc vết mổ để phòng nhiễm khuẩn, theo dõi chủ động phát hiện hội chứng chèn ép khoang cấp, giảm đau trước và sau mổ hay chăm sóc phục hồi chức năng nhất là những trường hợp có tổn thương thần kinh, bên cạnh đó cung cấp dinh dưỡng hợp lý và hỗ trợ tinh thần cho NB.

Xử trí trước phẫu thuật. Về xử lý trước phẫu thuật đối với những NB có gãy hở xương chi trên, khuyến cáo cần mổ càng sớm càng tốt, cắt lọc rửa vết thương, cố định chi gãy, kháng sinh dự phòng và tiêm SAT càng sớm càng tốt

[2]. Trong NC, có 88,1% người bệnh được xử trí trước khi vào viện và 11,94% NB sau khi bị tai nạn chuyển thẳng vào viện cấp cứu nên không được sơ cứu ngoài viện. Trong đó, 45,5% NB được cố định xương gãy, 33,5% được dùng kháng sinh dự phòng, 44,8% được khâu vết thương và 15,7% được tiêm SAT.

4.2. Kết quả chăm sóc và các yếu tố liên quan

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn. 100% NB sau phẫu thuật đều được điều dưỡng theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn hàng ngày. Có 29,9% NB được theo dõi liên tục 2 giờ/lần trong ngày đầu tiên sau PT, từ ngày thứ 2 trở đi có 100% NB được theo dõi dấu hiệu sống ít nhất 2 lần/ ngày. Việc theo dõi sát các chỉ số sống giúp điều dưỡng sớm phát hiện các dấu hiệu bất thường của NB, như những thay đổi về nhịp thở liên quan đến rối loạn thông khí hay do quá đau, hoặc những gợi ý của rối loạn tuần hoàn hoặc triệu chứng sốt liên quan đến nhiễm khuẩn.

Đau sau mổ. Đau sau mổ thường diễn ra sau khi NB giảm hoặc không còn tác dụng của thuốc gây tê giảm đau. Cùng với sự tiến bộ của y học, các phương pháp giảm đau sau mổ cho NB cũng được áp dụng rộng rãi. Trong NC, NB được giảm đau theo 2 phương pháp truyền liên tục thuốc giảm đau vào khoang màng cứng do NB tự điều khiển, hoặc phương pháp truyền tĩnh mạch theo giờ. Bên cạnh phương pháp giảm đau bằng thuốc, phương pháp giảm đau không dùng thuốc cũng được áp dụng nhằm giảm đau về tinh thần cho NB.

Kết quả NC cho thấy, có 32,8% NB được đánh giá đau liên tục 4-6 giờ/ lần, có 61,2% NB được đánh giá đau khi có phản ánh đau với NVYT và 6,0% NB không được đánh giá đau. Trong khi đau, có 100% NB được dùng thuốc giảm đau, trong số đó có 80,6% NB được dùng giảm đau bằng thuốc kết hợp với giảm đau bằng tinh thần, 19,4% chỉ sử dụng giảm đau bằng thuốc.

Theo dõi hội chứng khoang. Trong nghiên cứu có 70,9% NB được điều dưỡng theo dõi đánh giá hội chứng khoang 1-2 giờ/lần. Yếu tố nguy cơ là nhóm NB trong NC của chúng tôi có tổn thương da, cân cơ khá nặng; đa số gãy hở độ II và độ III. Đây là những tổn thương do chấn thương nặng với tổn thương phần mềm nhiều nên có thể bị chèn ép khoang khi khâu cân cơ và da quá kín sau mổ.

Chăm sóc vết mổ, dẫn lưu. Theo dõi, chăm sóc vết mổ và dẫn lưu sau PT nhằm mục đích phát hiện sớm biến chứng như chảy máu, nhiễm trùng. Trong quá trình chăm sóc vết mổ và dẫn lưu điều dưỡng luôn chú ý tuân thủ nghiêm quy định về phòng nhiễm khuẩn vết mổ. Kết hợp giữa chăm sóc thay băng vệ sinh vết mổ và chân ống dẫn lưu, điều dưỡng còn giáo dục tư vấn cho NB phối hợp cùng chăm sóc và nâng cao khả năng tự chăm sóc của NB sau khi NB được xuất viện về nhà.

Kết quả NC chỉ ra, có 78,4% NB được thay băng vết mổ 1 lần/ngày, 14% NB được thay băng VM 2 lần/ngày và 6,7% thay băng tùy theo tình trạng vết mổ. Những trường hợp thay băng vết mổ tùy theo tình trạng tức là nếu vết mổ khô điều dưỡng sẽ thay băng 1 ngày/ lần hoặc 2 ngày/lần, còn nếu vết mổ ướt có thấm dịch nhiều thì sẽ thay ngay có thể 2 - 3 lần/ngày. Thay băng khi cần thiết là khi vết mổ khô NB để hở không cân bằng nhưng do vệ sinh không cẩn thận dẫn đến nhiễm khuẩn khi đó điều dưỡng sẽ thay băng rửa vết thương cho NB. Việc đánh giá tình trạng vết mổ và đưa ra quyết định thay băng phù hợp sẽ giúp vết mổ luôn khô và mau liền hơn.

Trong quá trình thay băng chăm sóc ống dẫn lưu, có 68,7% NB được điều dưỡng giải thích thông báo kỹ về tình trạng vết mổ. Song song với thông báo về tình trạng vết mổ, điều dưỡng tiến hành hướng dẫn cách vệ sinh phòng nhiễm khuẩn và cách phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường của vết thương. Về vệ sinh phòng NKVM, có 68,7% NB được điều dưỡng hướng dẫn đầy đủ chi tiết. Tư vấn về cách nhận biết các dấu hiệu bất thường liên quan đến NKVM có 83,6% NB được hướng dẫn đầy đủ.

Biến chứng và thời gian nằm viện. Có 83,6% NB đạt KQCS tốt. Thời gian nằm viện trung bình $9,43 \pm 3,2$. Tỷ lệ biến chứng sau PT rất thấp chỉ 1 NB (0,7%) bị NKVM. Kết quả nc của tác giả Trương Đồng Tâm tỷ lệ NKVM là 1,3% [4]. Như vậy, KQCS của NB gãy hở xương chi trên trong NC của chúng tôi rất khả quan.

Sự hài lòng của NB với kết quả chăm sóc. Song song với đó, tỷ lệ hài lòng của NB với

hoạt động chăm sóc điều dưỡng cũng là thước đo cho chất lượng chăm sóc tốt hay không. Sự hài lòng của NB đạt trung bình $23,52 \pm 3,58$ điểm trong đó có 85,5% NB hài lòng với chăm sóc điều dưỡng, 14,2% NB chưa hài lòng.

Kết quả hài lòng qua việc đánh giá tốt và rất tốt các dịch vụ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng so với NC khác. NC của Ismel và cộng sự cho thấy 80% NB hài lòng với dịch vụ chăm sóc điều dưỡng [7]. Tại Việt Nam, tỷ lệ hài lòng của NB với dịch vụ chăm sóc điều dưỡng cũng khá cao, nghiên cứu của tác giả Phượng thì tỷ lệ rất hài lòng của NB nội trú đạt 45,4% và hài lòng đạt 53,1[3].

Một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc. Những người bệnh có tuổi trên 50 có nguy cơ đạt kết quả chăm sóc không tốt cao hơn 2,0 lần những người dưới 50 tuổi với $p = 0,02$. Người cao tuổi khả năng liền xương sẽ chậm hơn, mặt khác nhóm người cao tuổi thường có kèm theo các bệnh lý nên do vậy ngoài điều trị chăm sóc gãy xương còn phải điều trị các bệnh lý nền, đặc biệt những người có bệnh như ĐTĐ thì nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ sẽ cao hơn.

Trong NC của chúng tôi 100% NB đều có gãy xương hở từ độ II trở lên, kết quả kiểm định mối liên quan cho thấy những người có gãy hở độ III có nguy cơ đạt kết quả chăm sóc chưa tốt cao hơn 3,1 lần những người gãy hở độ II. Mức độ gãy hở càng cao thì tổn thương thần kinh, gân cơ và mạch máu càng lớn. Những trường hợp có tổn thương thần kinh và gân cơ càng nặng thì NB sẽ mất thời gian để tập PHCN lâu hơn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả chăm sóc NB sau PT gãy hở xương chi trên tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp đạt kết quả khả quan với 85,5% là tốt, sự hài lòng của NB đạt 83,6%. Tuổi của NB và độ gãy hở theo Gustilo có liên quan đến KQCS với OR lần lượt là 2,0 và 3,1 (p đều $< 0,05$).

KHUYẾN NGHỊ:

- Luôn chú trọng đào tạo, tập huấn, nâng cao tay nghề cho khối điều dưỡng viên về công tác chăm sóc người bệnh với các hình thức có thể.
- Tăng cường công tác giáo dục sức khỏe, tư vấn cho NB và thân nhân NB trước, trong và sau khi nằm viện, nhằm góp phần cải thiện những biến chứng có thể xảy ra sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Thành Nam (2014), "Đánh giá kết quả chăm sóc sau mổ gãy xương cẳng chân tại khoa chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Trung ương Huế", Báo cáo tốt nghiệp cử nhân Điều dưỡng -

- Đại học Y dược Huế.
- Phạm Đăng Nhật (2015)**, "Tổng quan cập nhật xử trí gãy xương hở", Tạp chí Hội chấn thương chỉnh hình Việt Nam. Số chuyên đề Hội nghị khoa học thường niên lần XIV, tr. 20-23.
 - Cao Mỹ Phượng; Châu Lê Phương; N.T.N (2012)**, "Nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh tại các Bệnh viện đa khoa trong Tỉnh Trà Vinh", Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
 - Trương Đông Tâm; Nguyễn Hoàng Anh; Tạ Thành Kết; Vũ Thành Chung. (2016)**, "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật kết hợp xương chi trên tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa giai đoạn 2007-2014.", Bản tin Y Dược học miền núi số 1 năm 2016. 1.
 - Phạm Thị Hải Thương (2017)**, "Đánh giá kết quả chăm sóc sau mổ ở người bệnh gãy xương đùi tại khoa chấn thương chỉnh hình của Bệnh viện Quân y 105", Tạp chí Y học thảm họa và bồng. 5.
 - Chunyan D; Hongyan L; Lijuan Q; Yi L (2019)**, "Personalized nursing care improves psychological health, quality of life, and postoperative recovery of patients in the general surgery department", Original Article 12(7) : 9090-9096.
 - Ismael M ; Muhammad Z and. Ghanem H (2019)**, "Impact of Nursing Rehabilitation Protocol on Patient's Satisfaction For Tibial Plateau Fracture Surgery", Assiut Scientific Nursing Journal 7(19) : 100-1007.
 - Karl JW; Olson PR; Rosenwasser MP. (2015)**, "The epidemiology of upper extremity fractures in the United States", J Orthop Trauma. 29: e242-e244.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ VI SINH CỦA BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT DO K.PNEUMONIA TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Tô Hoàng Dương*, Nguyễn Lê Hải*, Nguyễn Thế Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và vi sinh của bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do K.pneumonia. **Đối tượng:** 26 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do K.pneumoniae tại bệnh viện Hữu Nghị, thời gian từ 1/2021 đến 12/2021. **Phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu, mô tả. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân 85.4 ± 12.7 , 65.4% bệnh nhân trên 80%, và 92% bệnh nhân có bệnh lý nền mắc kèm; 69.2% là nhiễm khuẩn bệnh viện. Về đường vào: hô hấp 65.4%, tiêu hóa, ổ bụng 19.2%. Về mặt lâm sàng: Từ 69.2 đến 92.3% bệnh nhân biểu hiện của sốt cao, rét run, sốt xuất hiện đột ngột; tình trạng rối loạn ý thức (57.6%), suy hô hấp (57.7%), sốc nhiễm khuẩn (26.9%). Tỷ lệ tử vong 61%, tử vong do nhiễm khuẩn 46.2%. Về mặt cận lâm sàng: các chỉ số viêm tăng: bạch cầu > 12 G/L chiếm 92.3%, trên 60% bệnh nhân có chỉ số CRP > 100 mg/mL hoặc Procalcitonin > 10 ng/mL. Các chỉ số suy tạng như: PT% $< 70\%$ chiếm 26.9%, tiểu cầu < 100 G/L chiếm 80.8%; hoặc Bilirubin toàn phần tăng chiếm 57.7%, men gan tăng chiếm 71.1%, Lactat > 2 mmol/L gặp ở 34.6%, tình trạng suy thận với Ure, Creatinin tăng cũng chiếm từ 68.4 đến 84.6%. Về mặt vi sinh: mức độ đề kháng kháng sinh của các chủng K.pneumoniae chúng tôi phân lập được từ bệnh nhân ở mức trung bình cho đến thấp. **Kết luận:** nhiễm khuẩn huyết do K.pneumonia chủ yếu có đường vào từ hô hấp và ổ bụng; tỷ lệ sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng dẫn tới tử vong cao; mức độ nhạy cảm với kháng sinh ở mức độ trung bình.

*Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Anh

Email: theanhstc@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.7.2022

Ngày duyệt bài: 11.8.2022

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL AND MICROBIOLOGICAL FEATURES OF K.PNEUMONIA BACTEREMIA PATIENTS AT HUU NGHIA HOSPITAL

Objectives: describe the clinical, paraclinical and microbiological characteristics of patients with sepsis caused by K.pneumonia. Subjects: 26 patients with bacteremia caused by K.pneumoniae at Huu Nghia hospital, from 1/2021 to 12/2021. **Methods:** Retrospective, descriptive. **Results:** The mean age of the patients was 85.4 ± 12.7 , 65.4% of the patients were over 80%, and 92% of the patients had underlying comorbidities; 69.2% were nosocomial infections. About the way in: respiratory 65.4%, digestive, abdominal 19.2%. Clinically: From 69.2 to 92.3% of patients presents with high fever, chills, sudden onset of fever; state of consciousness disorder (57.6%), respiratory failure (57.7%), septic shock (26.9%). Mortality rate 61%, death from infection 46.2%. In terms of subclinical: inflammatory indices increased: leukocytes > 12 G/L accounted for 92.3%, over 60% of patients had CRP > 100 mg/mL or Procalcitonin > 10 ng/mL. Organ failure indicators such as: PT% $< 70\%$ accounted for 26.9%, platelets < 100 G/L accounted for 80.8%; or total Bilirubin was saved 57.7%, liver enzymes increased 71.1%, Lactate > 2 mmol/L was found in 34.6%, renal failure with urea, increased creatinine also accounted for 68.4 to 84.6%. In terms of microbiology: the level of antibiotic resistance of the K.pneumoniae strains we isolated from patients is moderate to low. **Conclusion:** bacteremia due to K.pneumonia mainly has access from respiratory and abdominal cavity; high rate of septic shock, multi-organ failure leading to death; moderate antibiotic sensitivity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết là một tình trạng nhiễm