

± 4,1 tuần. Thời điểm chẩn đoán tăng kích thước hố sau tương tự kết quả nghiên cứu của Haimovici và cs [7]. Thời điểm chẩn đoán tăng kích thước hố sau hầu hết vào quý III thai kỳ. Chúng ta cũng thấy, thời điểm chẩn đoán dị dạng hố sau trải suốt từ đầu quý II cho tới cuối thai kỳ.

Đặc điểm các bất thường hình thái phối hợp

Trong nghiên cứu này, có 192 trường hợp có bất thường hình thái khác đi kèm, chiếm 52%, trong đó, bất thường tim mạch và thần kinh là bất thường đi kèm hay gặp nhất, chiếm tỷ lệ 19,2% và 18,7%. Bất thường hệ cơ xương khớp cũng khá phổ biến, chiếm 11,7%. Dị tật của phổi chiếm tỷ lệ rất thấp, chỉ 0,3%. Tuy nhiên, cũng gặp nhiều dạng bất thường hình thái đi kèm khác, chẳng hạn như sút môi, hở hàm, thoát vị rốn...

#### KẾT LUẬN

Thai nhi mắc dị dạng hố sau gặp ở thai phụ có độ tuổi trung bình là 28,3 ± 5,6, thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 45 tuổi. Trong đó, nhóm có tiền sử gia đình chỉ chiếm 4,1%. Tuổi thai phát hiện sớm nhất từ 14 tuần.

Tăng kích thước hố sau và dị dạng Dandy - Walker là những bất thường hay gặp nhất, chiếm 34,4% và 34,1% tổng số các trường hợp dị dạng hố sau.

Thời điểm phát hiện các loại dị dạng hố sau là khác nhau. Cụ thể, thời điểm chẩn đoán dị dạng Dandy - Walker là 23,9 ± 5,4 tuần, tăng kích thước hố sau là 29,2 ± 5,3 tuần, nang hố sau là 27,3 ± 6,2 tuần, thiếu sản tiểu não là 19,8 ± 4,3 tuần và dị dạng vòm sọ vùng chẩm là 16,7 ± 4,1 tuần.

52% dị dạng hố sau có bất thường hình thái khác đi kèm, trong đó bất thường tim mạch và thần kinh là hay gặp nhất, chiếm tỷ lệ 19,2% và 18,7%.

#### KIẾN NGHỊ

Từ đầu quý II cho đến cuối quý III, khi siêu âm chi tiết hình thái thai nhi, cần đánh giá đặc điểm của hố sau.

Khi phát hiện bất thường hố sau, cần khảo sát một cách hệ thống các cơ quan khác, nhằm loại trừ các bất thường đi kèm.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Claudia Cotes, Eliana Bonfante, Jillian Lazor, Siddharth Jadhav, Maria Caldas, Leonard Swischuk, and Roy Riascos.** Congenital basis of posterior fossa anomalies. *Neuroradiol J.* 2015 Jun; 28 (3): 238-253.

2. **Barbara Pertl, Sophie Eder, Christina Stern, Sarah Verheyen.** The Fetal Posterior Fossa on Prenatal Ultrasound Imaging: Normal Longitudinal Development and Posterior Fossa Anomalies. *Ultraschall Med.* 2019 Dec; 40 (6): 692-721.

3. **Y Zalel, Y Gilboa, L Gabis, L Ben-Sira, C Hoffman, Y Wiener, R Achiron.** Rotation of the vermis as a cause of enlarged cisterna magna on prenatal imaging. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006 May;27 (5):490-3.

4. **Thangamadhan Bosemani, Gunes Orman, Eugen Boltshauser, Aylin Tekes, Thierry A. G. M. Huisman, Andrea Poretti.** Congenital Abnormalities of the Posterior Fossa. *RadioGraphics.* Jan 15 2015. Vol. 35, No. 1

5. **Anja Wüest, Daniel Surbek, Roland Wiest, Christian Weisstanner, Harald Bonel, Maja Steinlin, Luigi Raio, Boris Tutschek.** Enlarged posterior fossa on prenatal imaging: differential diagnosis, associated anomalies and postnatal outcome. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017 Jul;96 (7):837-843.

6. **G Gandolfi Colleoni 1, E Contro, A Carletti, T Ghi, G Campobasso, G Rembouskos, G Volpe, G Pilu, P Volpe.** Prenatal diagnosis and outcome of fetal posterior fossa fluid collections. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2012 Jun;39 (6):625-31.

7. **J A Haimovici, P M Doubilet, C B Benson, M C Frates.** Clinical significance of isolated enlargement of the cisterna magna (> 10 mm) on prenatal sonography. *J Ultrasound Med.* 1997 Nov;16 (11):731-4; quiz 735-6.

## CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỞ MÁY XÂM LẤN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI CÁC KHOA LÂM SÀNG BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108, NĂM 2020

NGUYỄN THỊ NHIÊN, LÊ THỊ BÌNH  
*Trường Đại học Thăng Long*

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Nhiên

Email: nguyenthinhien2606108@gmail.com

Ngày nhận: 22/10/2020

Ngày phản biện: 25/11/2020

Ngày duyệt bài: 14/12/2020

### TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 160 bệnh nhân thở máy xâm nhập sau 48h kể từ khi nhập viện tại các Khoa Hồi sức tích cực thuộc Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2020 đến tháng 6/2020. Với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thực trạng nhiễm khuẩn ở người bệnh thở máy xâm nhập tại một số khoa lâm sàng Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và các yếu tố liên quan. Số liệu thu thập được từ bảng theo dõi chăm sóc bệnh nhân của điều dưỡng trong thời gian thở máy có NKBV là  $11,77 \pm 6,8$  và số ngày thở máy không bị NKBV là  $9,57 \pm 8,2$ . Kết quả cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm 24,42%. Có sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê giữa điều dưỡng chăm sóc ống NKQ/MKQ  $\leq 2$  lần/ngày hoặc  $> 2$  lần/ngày với nhiễm khuẩn bệnh viện ( $p < 0,01$ ). Tuy nhiên vẫn chưa tìm thấy sự khác biệt giữa số lần chăm sóc cuff  $\leq 1$  lần/ngày hoặc  $\geq 2$  lần/ngày với nhiễm khuẩn bệnh viện ( $p > 0,05$ ) và tìm thấy sự khác biệt giữa chăm sóc răng miệng, mũi, mắt, vệ sinh răng miệng cho người bệnh  $\leq 1$  lần/ngày hoặc  $> 2$  lần/ngày với nhiễm khuẩn bệnh viện ( $p < 0,05$ ).

**Kết luận:** Thời gian thở máy, thời gian nằm viện càng dài nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện càng cao, công tác chăm sóc của điều dưỡng viên ảnh hưởng đến tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện mắc phải.

**Từ khóa:** Viêm phổi thở máy, nhiễm khuẩn bệnh viện, nội khí quản, mở khí quản, bệnh nhân

### SUMMARY

CARE OF PATIENTS WITH INVASIVE MECHANICAL VENTILATION AND SOME RELATED FACTORS IN THE CLINICAL DEPARTMENTS OF MILITARY CENTRAL HOSPITAL 108, BY 2020

Cross-sectional descriptive study performed on 160 patients in the intensive care unit of Military Central Hospital 108 from January 2020 to June 2020 in patients with invasive mechanical ventilation 48 hours after 108 hospital central military hospital. The objective is to describe the clinical, subclinical and infectious status of the invasive ventilator in a number of clinical departments of Military Central Hospital 108 and related factors. The collected data were the nursing monitoring table taking care of invasive mechanical ventilation patients, such as

the time of mechanical ventilation with hospital infections was  $11.77 \pm 6.8$  and the number of days of mechanical ventilation without hospital infections was  $9.57 \pm 8.2$ . The results showed that the rate of hospital infections accounted for 24.42%. There was a clear and statistically significant difference between endotracheal tube care / tracheostomy  $\leq 2$  times / day or  $> 2$  times /day and hospital infections ( $p < 0.01$ ). However, no difference was found between cuff care times  $\leq 1$  time / day or  $\geq 2$  times / day with hospital infections ( $p > 0.05$ ) and found differences between oral, nasal care, eye and oral hygiene for patients  $\leq 1$  time / day or  $> 2$  times / day with hospital infections ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** The longer the time of mechanical ventilation, the longer the hospital stay, the higher the risk of hospital infection, the care of the nursing staff affects the rate of infection of the hospital.

**Keywords:** Respiratory pneumonia, hospital infections, endotracheal tract, tracheostomy, patient

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc toàn diện bệnh nhân có thở máy xâm nhập tại các khoa Điều trị tích cực giúp rút ngắn thời gian điều trị, giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn và nhanh chóng phục hồi sức khỏe đồng thời giảm chi phí cho người bệnh. Để đạt được kết quả đó việc chăm sóc sát sao của người điều dưỡng đóng góp vai trò rất quan trọng. Đối với NB đang thở máy thực sự là một thách thức đối với các bác sỹ và điều dưỡng trực tiếp điều trị, chăm sóc người bệnh tại các Khoa hồi sức tích cực và khoa Cấp cứu. Vai trò chăm sóc của điều dưỡng (chăm sóc ống nội khí quản (NKQ), mở khí quản (MKQ), cuff...) khi bệnh nhân thở máy giúp phòng ngừa được nhiễm khuẩn bệnh viện, giảm 35% khả năng lây truyền bệnh tiêu chảy. Giảm 47% rủi ro nhiễm khuẩn tiêu chảy. Giảm 19% đến 45% nhiễm khuẩn đường hô hấp [2]. Từ thực tế viêm phổi mắc phải khi bệnh nhân thở máy và hậu quả của viêm phổi thở máy tại bệnh viện, chúng tôi tiến hành nghiên cứu thực tế Chăm sóc người bệnh thở máy xâm lấn và một số yếu tố liên quan tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, năm 2020 như thế nào để từ đó có biện pháp phòng ngừa. Đó là lý do đề tài thực hiện với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thực trạng nhiễm khuẩn ở người bệnh thở máy xâm nhập tại một số khoa lâm sàng Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

2. Đánh giá thực trạng chăm sóc người bệnh thở máy xâm nhập và một số yếu tố liên quan

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: là bệnh nhân điều trị nội trú, không mắc các bệnh nhiễm khuẩn phổi được chỉ định đặt ống nội khí quản hoặc mở khí quản – thở máy xâm nhập kéo dài trên 48 giờ. Thời gian: từ tháng 01/2020 đến tháng 5/2020

Tiêu chuẩn loại trừ: Có nhiễm khuẩn phổi trước khi vào điều trị tại khoa.

Người bệnh có chỉ định thở máy không xâm lấn.

### 2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang tiến cứu

### 3. Cỡ mẫu

Tổng số 160 bệnh nhân thở máy tại các Khoa Hồi sức Tích cực thuộc Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Hà Nội.

### 4. Biến số NC

Tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi ở, bệnh lý mắc kèm theo khi thở máy, số ngày thở máy, dấu hiệu sinh tồn mất đồ, hốc hác, da nóng, da lạnh, ẩm, đờm, điểm Glassgow. Vệ sinh răng miệng. Chăm sóc ống nội khí quản (tình trạng tắc ống, tình trạng vệ sinh của hệ thống dây dẫn của máy thở), tình trạng áp lực cuff (bóng chèn NKQ), vệ sinh cá nhân, lấy đờm xét nghiệm tìm vi khuẩn.

### 5. Xử lý số liệu

Phân tích, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, kiểm định tỷ lệ bằng Chi-Square test để tính tỷ lệ phần trăm, phân tích đơn biến các yếu tố có nguy cơ gia tăng biến chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu đặc điểm chung

Giới	n (109)	Tỷ lệ (%)
Nam	122	76,3
Nữ	38	23,8
Tuổi của đối tượng nghiên cứu		

### 3. Tình trạng lâm sàng của BN thở máy xâm nhập và tỷ lệ viêm phổi thở máy

Bảng 3. Biểu hiện lâm sàng của BN thở máy xâm nhập và tỷ lệ viêm phổi thở máy

Biến số nghiên cứu		Vào viện	Ra viện
Tri giác	Nhẹ > 13 điểm	24 (15,0%)	19 (22,4%)
	Vừa 9-12 điểm	79 (49,4%)	42 (49,4%)
	Nặng < 8 điểm	57 (35,6%)	24 (28,25)
Mạch	Nhanh	80 (50,0%)	38 (44,7%)
	Bình thường	79 (49,4%)	47 (55,3%)
	Chậm	1 (0,6%)	0 (0,0%)

18– 40	23	14,4
41–65	62	38,8
> 65	75	46,9
Nơi ở của đối tượng nghiên cứu		
Thành phố/thị trấn	103	64,4%
Nông thôn	57	35,6%
Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu		
Cán bộ công nhân viên chức	18	11,3
Tự do, nội trợ, nông dân	55	34,4
Hưu trí	76	47,5
Khác	11	6,9

Tỷ lệ nam cao hơn nữ (76,3% so với 23,8%). Chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi > 65, tiếp đến nhóm tuổi 41- 65, và tỷ lệ thấp nhất thuộc nhóm tuổi 18-40 (14,4%). Nơi ở của đối tượng nghiên cứu: Thành phố/thị trấn chiếm tỷ lệ cao hơn vùng nông thôn (64,4% so với 35,6%). Về nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu: chiếm tỷ lệ cao nhất là người hưu trí (47,5%), tiếp đến đối tượng là tự do, nội trợ, nông dân (34,4%), với cán bộ công nhân viên chức chỉ chiếm 11,3%, tỷ lệ thấp nhất là các đối tượng khác (6,9%).

### 2. Chẩn đoán bệnh lúc vào và thời gian điều trị

Bảng 2: Phân loại nhóm bệnh khi vào viện của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm bệnh lý	N	%
Nhóm bệnh truyền nhiễm	32	20,0
Nhóm bệnh hô hấp	29	18,1
Nhóm bệnh tim mạch	26	16,3
Nhóm bệnh thần kinh	22	13,8
Chấn thương	22	13,8
Ung thư	9	5,6
Nhóm bị bệnh thận	4	2,5
Khác	16	10,0
Tổng	160	100

Chiếm tỷ lệ cao nhất thuộc nhóm bệnh truyền nhiễm (20%), tiếp đến Nhóm bệnh hô hấp (18,1%), Nhóm bệnh tim mạch (16,3%), Nhóm bệnh thần kinh và nhóm bị chấn thương đồng 13,8%, các bệnh lý khác chiếm 10%, nhóm bệnh ung thư chiếm 5,6%, tỷ lệ thấp nhất là nhóm bị bệnh thận (5,6%).

Nhiệt độ	Sốt	37 (23,1%)	36 (42,4%)	
	Bình thường	123 (76,9%)	49 (57,6%)	
	Nhiệt độ hạ	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Huyết áp	Huyết áp cao	41 (25,6%)	22 (25,9%)	
	Huyết áp BT	109 (68,1%)	56 (65,9%)	
	Huyết áp thấp	10 (6,3%)	7 (8,2%)	
Mặt đỏ, da nóng, hốc hác, lưỡi bẩn, đờm đục, vàng	Có	0,0%	35 (41,2%)	
	Không	160 (100%)	50 (58,8%)	
Nước tiểu đục	Có	0,0%	5 (5,9%)	
	Không	160 (100%)	80 (94,1%)	
Tỉ lệ VPTM ở bệnh nhân thở máy		0,0%	39 (24,4%)	
Trong 39 bệnh nhân bị NKBV gồm		N1	N2-N6	N7
	NK tiết niệu	0,0%	4 (2,5%)	0,0%
	NK phổi	0,0%	31 (19,4%)	0,0%
	NK huyết	0,0%	4 (2,5%)	0,0%

**Nhận xét: Tri giác (Glasgow):** tại thời điểm mới nhập viện đa số NB ở tình trạng vừa (9 - 12 điểm) (49,4%), tiếp đến là tình trạng nặng (< 8 điểm) (35,6%), NB nhẹ (> 13 điểm) chỉ chiếm 15%. Tới ngày điều trị thứ 7, tình trạng của NB đã có cải thiện khi tỷ lệ NB nhẹ (> 13 điểm) đã tăng lên 22,4%, tỷ lệ NB nặng (< 8 điểm) giảm xuống còn 28,25%.

**Nhiệt độ:** tỷ lệ NB bị sốt tăng dần theo thời gian điều trị từ 23,1% (ngày 1) lên 42,4% (ngày 7). Và không có NB bị hạ nhiệt độ.

**Mạch:** Tới ngày điều trị thứ 7, tỷ lệ NB mạch nhanh giảm từ 50% (ngày 1) xuống 44,7%, NB mạch chậm cũng giảm từ 0,6% về 0,0%.

**Huyết áp:** Tới ngày điều trị thứ 7, tỷ lệ NB huyết áp cao gần như không có sự thay đổi nhưng tỷ lệ NB huyết áp thấp tăng từ 6,3% (ngày 1) lên 8,2% (ngày 7).

**Mặt đỏ hốc hác, môi khô, lưỡi bẩn, đờm đục, vàng, tiết nhiều dịch:** khi vào viện chưa có biểu hiện của các triệu chứng (0,0%), tăng sau 2 ngày, từ ngày thứ 3 là 22,1% lên 41,2% vào ngày thứ 7.

**Nước tiểu đục:** khi vào viện chưa có biểu hiện của có nước tiểu đục (0,0%), tăng sau 2 ngày, từ ngày thứ 3 là 5,5%, đến ngày thứ 7 là 5,9%.

Tỉ lệ VPTM ở bệnh nhân thở máy chiếm 24,4%, trong 39 NB bị NKBV thì có 31 BN bị NKPMPI chiếm 19,4%, NB bị NKTNMP và bị NK huyết đồng chiếm 2,5%

#### 4. Các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện ở người bệnh thở máy xâm nhập

Bảng 4. Liên quan giữa hoạt động của điều dưỡng viên với NKBV trên NB thở máy xâm nhập

Biến số NC	NKBV	Không NKBV	p
------------	------	------------	---

Liên quan giữa số ngày thở máy với tình trạng VPTM			
Số ngày thở máy	11,77 ±6,8	9,57 ±8,2	< 0,001
Liên quan giữa số lần CS ống NKQ/MKQ ≤ 2 lần/ngày và ≥ 2 lần/ngày với NKBV			
Chăm sóc ống NKQ/MKQ	16 (40,0%)	24 (60,0%)	< 0,008
	23 (19,2%)	97 (80,8%)	
Liên quan giữa số lần chăm sóc cuff với NKBV			
Chăm sóc cuff, ≤ 2 lần/ngày và > 2 lần/ngày	38 (24,7%)	116 (75,3%)	> 0,05
	1 (16,7%)	5 (83,3%)	
Liên quan giữa số lần chăm sóc răng miệng, vệ sinh BN với NKBV			
chăm sóc răng miệng, vệ sinh BN ≤ 2 lần/ngày hoặc > 2 lần/ngày	37 (28,0%)	95 (72,0%)	< 0,01
	2 (7,1%)	26 (92,9%)	
Liên quan giữa số lần chăm sóc sonde tiểu với NKBV			
≤ 1 lần/ngày	34 (28,6%)	85 (71,4%)	> 0,05
≥ 2 lần/ngày	5 (12,2%)	36 (87,8%)	

Có sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê giữa số ngày thở máy TB 11,77 ± 6,8 và 9,57 ± 8,2 với NKBV, với p < 0,001.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số lần chăm sóc ống NKQ/MKQ/ngày với NKBV (< 0,01).

Chưa tìm thấy sự khác biệt giữa số lần chăm sóc cuff ≤ 2 lần/ngày và > 2 lần/ngày với NKBV, với p > 0,05

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số lần chăm sóc răng miệng CSRMI, vệ sinh cá nhân ≤ 2 lần/ngày và > 2 lần/ngày, vệ sinh cá nhân cho NB/ngày và NKBV, với p < 0,01

Chưa tìm thấy sự khác biệt giữa số lần chăm sóc sonde tiểu ≤ 1 lần/ngày và > 2 lần/ngày với

NKBV, với  $p > 0,05$

## **BÀN LUẬN**

### **1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:**

Tỷ lệ nam cao hơn nữ (76,3% so với 23,8%). Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với KQNC của Nguyễn Văn Chi, nam cao hơn nữ (62,6% so với 37,4%) [1] và của Bùi Thị Hương Giang, nam cao hơn nữ (63,3% so với 36,7%) [5]. Vì bệnh nhân rải rác ở các nhóm bệnh khác nhau cũng như các khoa phòng khác nhau nên chúng tôi không tìm được lý do giải thích cho sự khác biệt nói trên.

Chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi > 65 là nhóm tuổi cao đã về hưu đối với cả nam và nữ giới, toàn trạng cũng như sức đề kháng đều giảm và tăng nguy cơ phơi nhiễm với bệnh tật đặc biệt các bệnh lý thần kinh và hô hấp, lại càng làm sức khỏe suy giảm, đó là lý do khi bị bệnh thì rất nhanh chóng dẫn đến bệnh trầm trọng hơn cần phải thở máy hỗ trợ hô hấp là điều đương nhiên. Cộng gộp hai nhóm chính là nhóm tuổi 41 - 65 chiếm 38,8% và nhóm tuổi 18 - 40 (14,4%) là hai nhóm mà người bệnh vẫn có thể tham gia lao động sản xuất ra của cải vật chất cho xã hội khi bị bệnh và kèm theo thở máy kể cả khi khỏi bệnh, cai thở máy và không phải sử dụng máy thở ra viện thì sức khỏe sẽ giảm sút phần nào rất cần điều dưỡng viên tư vấn, GDSK cho người bệnh để họ hồi phục nhanh chóng [4]. Nơi ở của đối tượng nghiên cứu: Thành phố/thị trấn chiếm tỷ lệ cao hơn vùng nông thôn (64,4% so với 31,9%), KQNC của chúng tôi cũng tương đồng với KQNC của Mai Thị Dung và CS năm 2018 cũng có Thành phố chiếm tỷ lệ cao hơn vùng nông thôn (68,1% so với 35,6%) [2]. Về nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu: chiếm tỷ lệ cao nhất là người hưu trí (47,5%) điều này có thể giải thích rằng, khi tuổi cao bị bệnh đặc biệt khi bị bệnh hô hấp thì rất nhanh chóng phải can thiệp máy thở xâm lấn để hỗ trợ cũng là lẽ dĩ nhiên. Với đối tượng là tự do, nội trợ, nông dân (34,4%) đây là tỷ lệ khá cao bởi lẽ nhận thức của nhóm nghề nghiệp này cũng hạn chế hơn so với các cán bộ công nhân viên chức (11,3%) là đương nhiên, tỷ lệ thấp nhất là các đối tượng khác (6,9%). Bảng 2 cho thấy, chiếm tỷ lệ cao nhất thuộc nhóm bệnh truyền nhiễm (20%) để giải thích cho kết quả này bởi kiến thức phòng tránh của người bệnh kém, thông tin ít được cập nhật dẫn đến tỷ lệ cao cũng là lẽ đương nhiên. Nhóm bệnh hô hấp (18,1%), Nhóm bệnh tim mạch (16,3%), Nhóm bệnh thần kinh và nhóm bị chấn thương đồng 13,8%, các bệnh lý khác chiếm 10%, nhóm bệnh ung thư chiếm 5,6%, tỷ lệ thấp nhất là

nhóm bị bệnh thận (5,6%). Khi người bệnh thở máy xâm nhập rất có nhiều khả năng dẫn đến toàn trạng cũng như sức đề kháng đều giảm và tăng nguy cơ phơi nhiễm với bệnh tật đặc biệt các bệnh về hô hấp là cơ quan cung cấp oxy để cung cấp cho cơ thể khi bị bệnh kèm cũng là lẽ đương nhiên [2]

### **2. Đặc điểm về lâm sàng ở bệnh nhân thở máy**

Bệnh nhân thở máy dù có NKBV hay không đều được theo dõi chăm sóc và nhận định về một số đặc điểm lâm sàng đặc trưng như mạch, nhiệt độ, bộ mặt nhiễm trùng và đặc điểm đờm xuất tiết... Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy rằng có sự thay đổi về mạch giữa ngày đầu vào viện với ngày thứ 7. Số BN bị NKBV phần lớn đều có sốt cao từ 23,1% ngày 3 lên 42,4% (ngày 7), và cũng như có biểu hiện lâm sàng ra bộ mặt nhiễm trùng như mặt đỏ, da nóng và hốc hác cũng tương tự từ ngày thứ 3 là 22,1% lên 41,2% vào ngày thứ 7. Tuy nhiên, vẫn có 0,6% bệnh nhân có mạch chậm. Điều này có thể lý giải rằng, có thể do bệnh nhân có nhiễm trùng ở một vị trí khác ngoài phổi như 1 số nhóm bệnh kèm theo khác vẫn có thể biểu hiện bằng hội chứng nhiễm trùng kể trên [1]. Tuy nhiên chỉ những bệnh nhân có nhiễm trùng phổi mới thay đổi đáng kể màu sắc và tính chất đờm hoặc dịch phế quản hút ra khi chăm sóc bệnh nhân. Cụ thể 41,2% bệnh nhân NKBV có đờm nhiều vàng đục trong khi có 58,8% BN không NKBV có thay đổi tính chất đờm như trên [5].

### **3. Tỷ lệ NKBV trên NB máy**

Được chẩn đoán xác định là NKBV liên quan đến thở máy chiếm tỷ lệ 24,4%, trong 39 NB bị NKBV thì có 31 BN bị NKPMMP chiếm 19,4%, NB bị NKTNMP và bị NK huyết đồng chiếm 2,5%. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Chi tại Khoa HSTC Bệnh viện Bạch Mai năm 2013 với NKBV là 30% và trong đó viêm phổi thở máy là 20,3% cao hơn KQNC về tỷ lệ NK phổi của chúng tôi là 19,49% [1]. Tuy nhiên tỉ lệ viêm phổi bệnh viện của chúng tôi lại thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Mai Thị Dung và CS năm 2018 [2]. KQNC của chúng tôi cũng thấp hơn nhiều lần so với KQNC tại Trung tâm Chống độc năm 2011 của Vũ Thị Yến. Có lẽ do Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 các bác sỹ và điều dưỡng luôn được liên tục đào tạo nâng cao về trình độ bởi có 1 trung tâm đào tạo lớn, lại được sự quan tâm của Ban giám đốc và cũng như trang thiết bị hiện đại nhất cả nước do vậy nguy cơ NKBV thấp hơn nhiều hơn so với các NC tại Hà Nội cũng là lẽ đương nhiên.

### **4. Các yếu tố liên quan đến NKBV ở người**

## **bệnh thở máy**

Liên quan số ngày thở máy với NKBV: Bệnh nhân NKBV có số ngày thở máy TB  $11,77 \pm 6,8$  và  $9,57 \pm 8,2$  với NKBV, với  $p < 0,001$ . Điều này gợi ý các thầy thuốc lâm sàng cần nhắc nhở giảm rút ống nội khí quản sớm ngay khi có thể để giảm nguy cơ VPTM ở bệnh nhân hồi sức có thở máy xâm lấn và đồng thời cũng nhắc nhở các điều dưỡng viên cần theo dõi chăm sóc NB sát sao hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Chi và CS (2016) kết luận rằng bệnh nhân dễ mắc NKBV nhất là sau khi nhập viện 5-6 ngày [1].

Liên quan giữa chăm sóc ống NKQ/MKQ với VPTM: Bệnh nhân của chúng tôi được đánh giá số lần chăm sóc ống nội khí quản/ngày và hút đờm ở người bệnh thở máy. Hai nhóm NKBV và không bị NKBV thì thấy rằng cả hai nhóm đều có số lần chăm sóc ống NKQ/MKQ và hút đờm khác nhau với  $p < 0,01$ . Như vậy có sự khác biệt về số lần chăm sóc giữa hai nhóm có NKBV và không bị NKBV. Nói cách khác số lần chăm sóc ống NKQ/MKQ và hút đờm có ảnh hưởng đến nguy cơ NKBV và cụ thể là viêm phổi thở máy. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi phát hiện ra rằng số lần chăm sóc của nhóm bị NKBV quá ít. Có lẽ đây là lý do để điều dưỡng cần chú ý CSNB để ngăn ngừa NKBV. Mặc dù chưa tìm thấy sự khác biệt giữa số lần chăm sóc cuff  $\leq 2$  lần/ngày và  $> 2$  lần/ngày với NKBV, với  $p > 0,05$ , lý giải cho điều này bởi cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn để thấy được sự khác biệt của 2 nhóm chăm sóc cuff với NKBV. Như vậy cũng chỉ bằng một thủ thuật đơn giản là CS cuff gồm có kiểm tra áp lực cuff và đảm bảo hút sạch đờm rãi khu vực trên cuff bằng các loại ống hút NKQ đặc biệt như Hilo-Evac nhiều lên thì đã có thể giảm tỉ lệ VPTM. Đây là điều hoàn toàn có thể làm được bằng cách đặt lịch chăm sóc cuff như lịch CS ống NKQ, MKQ nói trên.

Mặc dù chưa tìm thấy sự khác biệt giữa số lần chăm sóc sonde tiểu  $\leq 1$  lần/ngày và  $> 2$  lần/ngày với NKBV, với  $p > 0,05$ , lý giải cho điều này bởi cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn để thấy được sự khác biệt của 2 nhóm chăm sóc chân ống thông tiểu với NKBV. Như vậy cũng chỉ bằng một thủ thuật không phức tạp là CS lỗ tiểu, chân ống thông tiểu dẫn lưu hàng ngày, hoặc nhiều lần hơn nữa/ngày sẽ giảm nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu mắc phải khi NB thở máy có lưu ống thông tiểu.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số lần chăm sóc răng miệng CSRM, vệ sinh cá nhân  $\leq 2$  lần/ngày và  $> 2$  lần/ngày, vệ sinh cá nhân cho NB/ngày và NKBV, với  $p < 0,01$ . Như

vậy cần tăng cường số lần chăm sóc RM nhiều hơn hiện tại nữa để không làm ảnh hưởng đến tỉ lệ NKBV ở bệnh nhân hồi sức nặng. Bệnh nhân thở máy xâm nhập đều được chăm sóc miệng bằng các dung dịch sát khuẩn và vệ sinh thân thể bằng lau người hoặc tắm tại giường hàng ngày theo kế hoạch và tại những thời điểm bổ sung khi bệnh nhân ỉa đái quá nhiều, ra quá nhiều mồ hôi, đờm rãi, miệng quá hôi thì có thể tăng số lần chăm sóc miệng và thân thể lên nhiều lần trong ngày [1]. Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng bệnh nhân không NKBV có số lần chăm sóc miệng cũng như lau người cao hơn nhóm NKBV. Như vậy vệ sinh răng miệng bằng dung dịch sát khuẩn cũng như vệ sinh thân thể bệnh nhân không chỉ giữ cho BN sạch sẽ còn giảm rõ rệt nguy cơ VPTM từ đó làm cho BN sớm hồi phục hơn. Người điều dưỡng cần có kiến thức về tất cả các bộ phận trên nguy cơ cao chứa mầm bệnh có thể dẫn đến VPTM. Nếu điều dưỡng tăng cường công tác vệ sinh vô khuẩn của cuff, vệ sinh răng miệng nhiều hơn nữa, thường xuyên làm sạch đường hô hấp bằng hút đờm nếu có sẽ là cách làm giảm tỉ lệ cũng như nguy cơ VPTM ở BN hồi sức đặc biệt BN hồi sức dài ngày [1].

## **KẾT LUẬN**

1. Tỷ lệ bệnh nhân thở máy xâm nhập bị NKBV chiếm 24,4%, viêm phổi khi đang thở máy là 19,4%, NK tiết niệu 2,5%, NK huyết 2,5%
2. Các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện: số lần chăm sóc ống NKQ, MKQ hút đờm, số lần chăm sóc RM, mũi, mắt, lau người là những yếu tố liên quan trực tiếp đến NKBV trên NB thở máy với  $p < 0,05$

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Văn Chi và CS (2016), *Nghiên cứu sự thay đổi khí máu ở bệnh nhân thông khí nhân tạo với tư thế nằm sấp*, Tạp chí Y học Việt Nam, tháng 1, số 1, năm 2017, tr 76- 79
2. Nguyễn Thị Mai Dung và CS (2018), *Đánh giá tình hình chăm sóc và quản lý bệnh nhân đột quỵ não tại bệnh viện quân Y 91, Quân khu I*, Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, tập 13, số đặc biệt tháng 8/2018, Hội nghị Khoa học Điều dưỡng năm 2018, tr 1-5
3. Nguyễn Thị Mai Hương (2017), *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân nhiễm candida máu tại Khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai*, Tạp chí Y học Việt Nam, tháng 11, số 2, năm 2017, tr 166-170
4. Lê Nam Hà (2017), *Thực trạng hoạt động giáo dục sức khỏe của điều dưỡng cho người bệnh tại Bệnh viện Quân Y 354*, Hội nghị Khoa học Điều dưỡng, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức lần thứ X, năm 2018, tr 152-160
5. Bùi Thị Hương Giang và CS (2019), *Gói*

giải pháp dự phòng viêm phổi liên quan đến thở máy (VAP) tại Khoa Hồi sức Tích cực, Bệnh viện Bạch Mai, Hội thảo quốc tế Việt Nam-Nhật Bản,

Hội nghị cập nhật chẩn đoán, dự phòng viêm phổi liên quan thở máy và điều trị chu phẫu Hà Nội, ngày 16/01/2019

## THỰC TRẠNG BỆNH VIÊM MŨI XOANG Ở NGƯỜI LAO ĐỘNG LÀM VIỆC TẠI MỎ THAN PHẦN MỄ, TỈNH THÁI NGUYÊN

PHẠM XUÂN KHIÊM<sup>1</sup>,  
VŨ THỊ MINH THỰC<sup>2</sup>, ĐỖ HÀM<sup>3</sup>, LÊ THỊ THANH HOA<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Bệnh viện EMCAS TP Hồ Chí Minh  
<sup>2</sup>Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương  
<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

### TÓM TẮT

Nghiên cứu thực hiện trên 337 công nhân mỏ than Phần Mễ - Thái Nguyên, khu hầm lò, tuyến than (khu vực I, n=168) khu lộ thiên (khu vực II, n=169), để phát hiện bệnh viêm mũi xoang năm 2017. Kết quả cho thấy nam chiếm 87,5%, nữ chiếm 12,5%. Tỷ lệ cao nhất là nhóm tuổi 30 - 39 (40,7%), tuổi nghề từ 1 - 10 năm (51,3%). Có 41,8% công nhân mắc bệnh viêm mũi xoang. 3,3% là thể viêm mũi xoang cấp tính. Về triệu chứng cơ năng: Trên 50% công nhân có triệu chứng hắt hơi ngứa mũi. Về triệu chứng thực thể: 47,2% công nhân bất thường về niêm mạc, 47,2% công nhân mắc viêm họng hạt. Kết quả test dị nguyên cho thấy có 12,2% kết quả dương tính với bụi than lộ thiên, 5,3% dương tính với bụi than hầm lò, 20,2% dương tính với bụi nhà và 7,4% dương tính với dị nguyên là lông vũ. Tỷ lệ mắc ở nam cao hơn nữ, mắc bệnh tăng theo tuổi đời nhưng không tăng theo tuổi nghề

**Từ khóa:** Bệnh mũi xoang, triệu chứng chức năng, triệu chứng thực thể, test dị nguyên.

### SUMMARY

The study carried out on 337 workers of Phan Me Thai Nguyen coal mine, pit area (area I, n = 168) open area (area II, n = 169), to detect sinusitis in the year 2017, the results showed that men accounted for 87.5%, women accounted for 12.5%. The highest proportion was in the age group of 30 - 39 (40.7%), the working age was from 1 to 10 years (51.3%). 41.8% of workers had sinusitis. 3.3% is acute sinusitis. In terms of functional symptoms: over 50% of workers have the following symptoms of sneezing and sneezing itching of the nose. On physical symptoms: 47.2% of workers had mucosal abnormalities, 47.2% of workers had granulitis. Allergic test results showed that 12.2% were positive for exposed coal dust, 5.3%

Chịu trách nhiệm: Phạm Xuân Khiêm  
Email: drkiem.emcas@gmail.com

Ngày nhận: 12/10/2020

Ngày phản biện: 23/11/2020

Ngày duyệt bài: 11/12/2020

positive for pit coal dust, 20.2% positive for house dust and 7.4% positive with allergens as feathers. The incidence is higher in men than in women, the disease increases with life age but does not increase with working age

**Keywords:** Nasal sinus disease, functional symptoms, physical symptoms, allergen test.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Đặc điểm của mỗi loại hình lao động đều có các tác hại nghề nghiệp khác nhau, gồm yếu tố nguy hiểm (gây tai nạn lao động) và yếu tố có hại (gây bệnh) cho người lao động. Ngành sản xuất khai thác than cũng vậy, bên cạnh việc mang lại những lợi ích cho quốc gia trong quá trình công nghiệp hóa cũng tiềm ẩn những nguy hại cho sức khỏe người lao động nói chung và bệnh mũi xoang nói riêng [1], [2], [3]

Than là một trong những khoáng sản có tiềm năng của tỉnh Thái Nguyên, trên địa bàn tỉnh đã phát hiện 13 mỏ và điểm khoáng sản, trong đó thăm dò, khai thác 6 mỏ, với 2 loại than là than đá và than mỡ với tổng trữ lượng gần 100 triệu tấn (hiện còn lại khoảng 63,8 triệu tấn), đứng thứ hai trong cả nước, chất lượng tương đối tốt. Lực lượng công nhân ngành than ở Thái Nguyên tương đối đông và đang làm việc ở các mỏ bao gồm cả lộ thiên và hầm lò. Phần Mễ là một trong những mỏ than có trữ lượng lớn ở Thái Nguyên, với đặc thù là cung cấp than mỡ cho ngành công nghiệp luyện kim [4],[5]. Công nhân khai thác than dù lộ thiên hay hầm lò thường mắc bệnh mũi xoang [1],[6],[7], căn bệnh tuy không gây tử vong nhưng có ảnh hưởng lớn đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống. Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu: "Mô tả thực