

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP CHÈN GẠC TRONG CHẤN THƯƠNG GAN NẶNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

HOÀNG MINH ĐỨC, LÊ VĂN LẬP, LÊ TỰ HOÀNG
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TÓM TẮT

Mục đích: Phân tích thái độ xử trí và đánh giá kết quả điều trị chèn gạc ở những bệnh nhân chấn thương gan nặng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên 45 bệnh nhân được điều trị chấn thương gan bằng chèn gạc tại Bệnh viện Việt Đức.

Kết quả: Tất cả (45 bệnh nhân) được chèn gạc đều có tổn thương gan nặng và phức tạp (vỡ gan độ III trở lên). 23/45 bệnh nhân (51,11%) khi đến viện có huyết động không ổn định; 38/45 bệnh nhân (84,4%) có tổn thương phối hợp; vỡ gan độ III 11,1% (5 TH), độ IV 71,1% (32 TH), độ V 17,8% (8 TH). 7 trường hợp tử vong (chiếm 11,1%), 13 trường hợp nặng về (28,9%), tỷ lệ sống sau điều trị phẫu thuật chèn gạc cầm máu gan thì 1 là 60% (27 TH).

Biến chứng chảy máu tiếp diễn, tái phát là 3 TH (9,68%), rò mật 12 TH (38,71%), rối loạn đông máu 12 TH (38,71%), áp xe trong ổ bụng 8 TH (25,81%), suy thận 3 TH (9,68%), nhiễm trùng vết mổ 2 TH (6,45%).

Kết luận: Trong chấn thương gan nặng, chèn gạc là một biện pháp cần nhắc lựa chọn để cầm máu tạm thời, giúp bệnh nhân có hy vọng thoát sức. Do tình trạng chấn thương nặng, tỷ lệ tử vong và biến chứng còn cao.

Từ khóa: Chấn thương gan, cầm máu, phẫu thuật, chèn gạc.

SUMMARY

EVALUATE THE EFFICACY OF GAUZE PACKING IN SEVERE LIVER TRAUMA AT VIET DUC HOSPITAL

Aim: To evaluate the management and outcomes of treatment of severe, complicated liver trauma with emphasis on the efficacy of gauze packing.

Methods: 45 patients, treated by gauze packing for severe liver trauma between 01/2018 and 06/2020, were evaluated retrospectively.

Chịu trách nhiệm: Hoàng Minh Đức
Email: hoangminhducdr@gmail.com
Ngày nhận: 03/8/2021
Ngày phản biện: 10/9/2021
Ngày duyệt bài: 24/9/2021

Results: 40/45 patients who received gauze packing had severe liver trauma (AAST-OIS III, IV, V). 23/45 patients (51.11%) with liver injury had unstable hemodynamics; 38/45 patients (84.4%) had combined injuries; liver trauma diagnosed AAST III 11.1% (5 cases), AAST IV 71.1% (32 cases), AAST V 17.8% (8 cases). Seven cases died (11.1%), 13 cases were severe (28.9%), the survival rate after surgical gauze packing was 60% (27 cases). Complications of continued recurrence bleeding were 3 cases (9.68%), bile leak 12 cases (38.71%), coagulation disorders 12 cases (38.71%), intra-abdominal abscess 8 cases (25.81%), kidney failure 3 cases (9.68%), wound infection 2 cases (6.45%).

Conclusions: Gauze packing as the initial treatment of liver trauma is considered a quick method for controlling ongoing hemorrhage contemporary. Nevertheless, severe liver trauma goes with a high mortality rate, high complication rate.

Keywords: Liver trauma, hemostasis, surgery, gauze packing.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương gan là một trong những tổn thương hay gặp trong chấn thương bụng kín, đứng thứ hai sau chấn thương lách, là nguyên nhân chính dẫn đến tử vong tỉ lệ 10 - 15% [1]. Trong những trường hợp vỡ gan mức độ nặng thì việc cầm máu là tối cấp cứu. Khâu cầm máu hay cắt gan tổn thương để cầm máu là biện pháp cầm máu triệt để. Tuy nhiên, ở những vỡ gan độ IV, V, đường vỡ phức tạp, phần gan tổn thương lớn thì rất khó khăn cho việc khâu hay cắt gan, đi kèm theo là tình trạng chảy máu ồ ạt, sốc nặng, rối loạn đông máu, đa chấn thương... Điều trị vỡ gan do chấn thương đã có những thay đổi lớn theo thời gian, từ chỉ định mổ hàng loạt trước đây đã chuyển qua điều trị bảo tồn là chính. Ngoài nút mạch, chèn gạc cầm máu tạm thời được áp dụng (riêng rẽ hoặc phối hợp) có khả năng kiểm soát chảy máu ở 80% những bệnh nhân chấn thương gan nặng. Ở những cơ sở y tế thiếu cơ sở vật chất, kinh nghiệm điều trị

vỡ gan thì chèn gạc cầm máu là lựa chọn cần nhắc^[2]. Đây là phương pháp có thể giúp bệnh nhân duy trì sự sống để chuyển đến nơi điều trị tốt hơn hoặc chờ đợi một giải pháp xử lý chung phù hợp hơn. Dù được biết đến và vận dụng trong cấp cứu vỡ gan nặng nhưng chưa có nhiều nghiên cứu thống kê và đánh giá hiệu quả của phương pháp này. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài “Đánh giá hiệu quả của phương pháp chèn gạc trong chấn thương gan nặng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức”.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

45 bệnh nhân chấn thương gan đã được phẫu thuật chèn gạc tại bệnh viện tuyến cơ sở chuyển đến Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và các bệnh nhân được chèn gạc tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2018 đến T6/2020 phù hợp và đầy đủ hồ sơ bệnh án.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

3. Thu thập và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và quản lý vào máy tính bằng phần mềm SPSS 22.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 2018 đến tháng 6 năm 2020, chúng tôi đã ghi nhận được 45 trường hợp chấn thương gan nặng, phải can thiệp cấp cứu chèn gạc, trong đó có 28 trường hợp đã được can thiệp chèn gạc ở tuyến dưới và 17 trường hợp chèn gạc tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới, hoàn cảnh tai nạn và đặc điểm lâm sàng (n = 45)

Đặc điểm	Giá trị N (tỷ lệ %)
Tuổi trung bình (tuổi nhỏ nhất - tuổi lớn nhất)	44,4 (13-79)
Giới	
Nam	34 (75,6%)
Nữ	11 (24,4%)
Nguyên nhân chấn thương gan	
Tai nạn giao thông	38 (84,4)
Tai nạn sinh hoạt	3 (6,7)
Tai nạn lao động	3 (6,7)
Tai nạn bạo lực	1 (2,2)
Đặc điểm tri giác lúc nhập viện	
Tỉnh táo (Glasgow 14/15 đ)	27 (60)
Lơ mơ. (Glasgow 9-13 đ)	13 (29)
Hôn mê (Glasgow ≤ 8 đ)	5 (11)
Đặc điểm sốc	
Có sốc mất máu (M > 100, HA tâm thu < 90 mmHg)	23 (51,11)
Không có sốc	21 (48,89)

Chấn thương phối hợp	38 (84,4)
Chấn thương sọ não	18
Chấn thương ngực kín	29
Chấn thương tạng khác trong ổ bụng (vỡ lách, vỡ thận, vỡ ruột...)	9
Vỡ gan đơn thuần	7 (15,6)
Mức độ thiếu máu	
Thiếu máu nặng	12 (34,29)
Thiếu máu vừa	9 (25,71)
Thiếu máu nhẹ	12 (34,29)

Bảng 2. Mức độ (theo AAST), vị trí vỡ gan, phương pháp điều trị (n = 45)

Đặc điểm	Giá trị N (tỷ lệ %)
Mức độ vỡ gan (theo AAST)	
Độ I - II	0 (0)
Độ III	5 (11,11)
Độ IV	32 (71,11)
Độ V	8 (17,78)
Vị trí vỡ gan	
Phân thủy bên (II, III)	3 (6,67)
Thủy đuôi (I)	1 (2,22)
Phân thủy giữa (IV)	13 (28,89)
Phân thủy trước (V, VIII)	24; 25 (53,33; 55,56)
Phân thủy sau (VI, VII)	27; 30 (60; 66,67)
Lượng máu bù trung bình	3,83 ± 2,19 lít
Can thiệp phẫu thuật	
phối hợp	5 (11,11)
Khâu gan	6 (13,33)
Cắt gan	12 (26,67) (3 ca nút ở tuyến dưới)
Nút mạch	

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	Giá trị N (tỷ lệ %)
Tình trạng sau chèn gạc cấp cứu	
Ổn định ra viện	27 (60)
Nặng về	13 (28,9)
Tử vong	7 (11,1)
Thời điểm rút gạc	
Rút gạc sớm (< 72 giờ)	6 (19,35)
Rút gạc sau 72 giờ	39 (80,65)
Biến chứng sau rút gạc	
Chảy máu	3 (9,68)
Rò mật	12 (38,71)
Rối loạn đông máu	12 (38,71)
Áp xe ổ bụng	8 (25,81)
Suy thận	3 (9,68)
Nhiễm trùng vết mổ	2 (6,45)
Xử lý biến chứng rò mật (n = 12)	
Đặt stent đường mật qua nội soi	4
Cắt cơ vòng Oddi	1
Phẫu thuật	1
Điều trị bảo tồn	6
Thời gian nằm viện	
< 7 ngày	6 (17,14)
7 - 14 ngày	14 (40)
14 - 21 ngày	6 (17,14)
21 - 35 ngày	7 (20)
≥ 35 ngày	2 (5,71)

BÀN LUẬN

1. Chấn thương gan nặng, phức tạp và bệnh cảnh đa chấn thương

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đều là những bệnh nhân chấn thương gan nặng, phức tạp, vào viện trong tình trạng sốc mất máu, huyết động không ổn định (chiếm 51%), nhiều tổn thương phối hợp đe dọa tính mạng, việc lựa chọn phương pháp điều trị cho bệnh nhân cần phù hợp và nhanh chóng. Với mục đích cầm máu nhanh, làm giảm tình trạng sốc, duy trì sự sống cho bệnh nhân thì phương pháp chèn gạc gần như là cách tiếp cận được sự ủng hộ cao nhất so với việc phẫu thuật khâu cắt gan. Theo tác giả Trần Bình Giang^[1], các bệnh nhân có chấn thương gan mà đường vỡ gan phức tạp, huyết động không ổn định hay khi có hiện tượng rối loạn đông máu, thì chèn gạc là phương pháp được ưu tiên. Susanne H. E.^[3] đưa ra quan điểm: "chèn gạc như phương pháp điều trị đầu tiên ở những bệnh nhân chấn thương gan nặng, an toàn và nhanh kiểm soát chảy máu gan" khi nghiên cứu của ông trên 92 bệnh nhân vỡ gan nặng, số bệnh nhân được chèn gạc là 44/92 bệnh nhân.

Thêm nữa, chấn thương gan thường xảy ra trên bệnh cảnh đa chấn thương như chấn thương sọ não, chấn thương ngực kín, hay tổn thương tạng ổ bụng kèm theo và một bệnh nhân có thể có một hoặc nhiều tổn thương phối hợp. Bệnh nhân càng nhiều tổn thương phối hợp thì tiên lượng càng nặng và ngược lại. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 7/45 bệnh nhân (chiếm 15,6%) có tổn thương gan đơn thuần và cả 7 bệnh nhân này tiên lượng tốt, đều sống sót và khoẻ mạnh ra viện. Nhưng 84,4% số bệnh nhân có chấn thương nặng phối hợp làm khó khăn cho thái độ xử trí và kết quả điều trị.

Các tổn thương khác đều có thể đe dọa tính mạng bệnh nhân, do đó việc cầm máu gan cần nhanh chóng, đạt hiệu quả sớm để chuyển sang xử lý các tổn thương đe dọa tính mạng khác. Có 7 bệnh nhân đẩy thẳng mổ cấp cứu đều không qua khỏi, 5 trường hợp tử vong ngay sau mổ và 2 trường hợp nặng về. Việc xác định những tổn thương trên những trường hợp sốc không phục hồi phải đẩy thẳng mổ cấp cứu là điều vô cùng khó khăn khi tất cả đều chưa làm đủ xét nghiệm cận lâm sàng chẩn đoán. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có số lần xử trí vỡ gan, hay nói cách khác là chèn gạc cầm máu gan ít nhất là 1 lần, có hoặc không phối hợp các phương pháp cầm máu khác như khâu gan, cắt gan... có những trường hợp đã chèn gạc nhưng không đạt hiệu quả cầm máu, phải phẫu thuật

lần 2, có thể là chèn gạc thêm hoặc cắt gan hay khâu gan cầm máu.

2. Chỉ định - kỹ thuật chèn gạc và phối hợp nút mạch

Chỉ định chèn gạc trong vỡ gan phụ thuộc khá nhiều vào tình trạng lâm sàng, mức độ tổn thương gan, mức độ đáp ứng với điều trị bảo tồn, và đặc biệt là trình độ, kinh nghiệm phẫu thuật viên, cơ sở vật chất của bệnh viện. Chỉ định chèn gạc trong chấn thương gan cho trường hợp sau:

- Có nhiều tổn thương phối hợp, có tổn thương khác đe dọa tính mạng bệnh nhân.
- Huyết động không ổn, mức độ mất máu nặng.
- Thiếu máu truyền, thiếu phương tiện cũng như kỹ thuật, thiếu kinh nghiệm phẫu thuật chấn thương gan, cần chuyển tuyến chuyên khoa.
- Chấn thương gan nặng, độ IV trở lên, tổn thương cả 2 thùy gan.
- Rối loạn đông máu trong mổ.

Mackenzie^[6] so sánh giữa mổ triệt để kỳ đầu với điều trị nhiều bước (mổ thì đầu chèn gạc, sau đó chụp và can thiệp mạch) nhận thấy điều trị nhiều bước mặc dù biến chứng nhiều hơn, cần truyền máu nhiều hơn nhưng không có tử vong, trong khi tử vong của nhóm mổ thì đầu là 36,7%. Tác giả khuyên không nên sử dụng phẫu thuật phức tạp ngay lần mổ đầu tiên, mà chỉ nên đánh giá sơ bộ, tổng quát thương tổn rồi chèn gạc và hồi sức, mục đích tránh thời gian sốc kéo dài, tập trung điều chỉnh rối loạn đông máu và các rối loạn khác để mổ lại ở thời điểm thuận lợi hơn. Nhiều năm qua, cũng theo các phẫu thuật viên trên thế giới, nhận thấy khi đã có rối loạn đông máu, thân nhiệt thấp thì dù chúng ta cố gắng mổ bụng cầm máu triệt để, bệnh nhân dễ bị tử vong, và chèn gạc là phương pháp được ưu tiên hàng đầu. Trong một số trường hợp, việc quyết định chèn gạc là góp phần cho những thành công của kỹ thuật cắt gan hay bảo tồn mạch máu. Walt đề nghị đối với bệnh nhân rất nặng, lần mổ đầu nên chèn gạc nhằm mục đích cầm máu và khu trú nhiễm trùng, sau đó khi bệnh nhân ổn định sẽ mổ lại trước khi bệnh nhân rơi vào bất ổn lần nữa^[7]. Điều này ngày nay được hoan nghênh đối với loại tổn thương gan gây chảy máu ồ ạt.

Chèn gạc trong xử trí chấn thương gan là một kỹ thuật được áp dụng từ rất lâu. Tuy nhiên, chèn gạc cần đúng kỹ thuật. Kỹ thuật chèn gạc Mikulicz là kỹ thuật kinh điển^[8]. Người thực hiện phương pháp chèn gạc trong vỡ gan đầu tiên là Burckhardt năm 1887, sau đó là Pringle (1908), kỹ thuật sau này được cải tiến bởi Halsted (1913).

Trước hết phải nhanh chóng giải phóng gan, di động gan vừa đánh giá tổn thương vừa tăng hiệu quả của chèn gạc. Nguyên tắc chèn gạc là ép chặt được diện vỡ lại như dùng 2 tay bóp gan lại. Dùng một gạc lớn trải rộng, phủ xung quanh gan, sau đó dùng các miếng gạc lớn chèn theo lớp (để dễ rút sau này), lợi dụng vòm hoành làm điểm tựa tạo nên một áp lực đủ để cầm máu. Có thể đặt cạnh đó các ống dẫn lưu để theo dõi chảy máu, chảy mật, thoát dịch. Khi đã chèn gạc, theo tác giả Krige phải chờ tối thiểu 5 ngày mới ra gạc ra để tạo ra một sự cầm máu ổn định, chúng ta sẽ gây mê và rút gạc trên bàn mổ để có thể bổ sung cầm máu bằng các thủ thuật khác^[9].

Nút mạch: Sau khi cầm máu gan bằng chèn gạc, toàn trạng ổn định thì phương pháp hay được sử dụng là chụp và nút mạch gan dưới cắt lớp vi tính. Phương pháp nút mạch ngày càng được áp dụng nhiều hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tổng số 12/45 bệnh nhân (chiếm 26,67%) được can thiệp nút mạch, trong đó 9 trường hợp được thực hiện tại Việt Đức. 3 bệnh nhân được nút mạch tại viện tuyến dưới thì cả 3 đều phải phẫu thuật chèn gạc tiếp tại Việt Đức do hiệu quả cầm máu chưa đạt. 9 bệnh nhân nút mạch ở Việt Đức đều đã được chèn gạc, trong quá trình theo dõi chụp cắt lớp vi tính phát hiện vẫn có giả phình hay thoát thuốc, đã được can thiệp nút mạch thêm. Nút mạch là một phương pháp ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả đối với các tổn thương mạch máu trong chấn thương gan với tỷ lệ thành công cao, đặc biệt là những trường hợp chấn thương gan nặng.

Các biến chứng:

Chảy máu tái phát, tiếp diễn là biến chứng đáng ngại hàng đầu trong xử trí vỡ gan chấn thương, đặc biệt ở những bệnh nhân đã được phẫu thuật chèn gạc như trong nghiên cứu của chúng tôi. Do cầm máu tạm thời các tổn thương chưa khắc phục triệt để, rối loạn đông máu nặng nên nguy cơ chảy máu tiếp diễn luôn xảy ra. Đây cũng là nguyên nhân chính dẫn đến tử vong.

Đối với chảy máu do nguyên nhân nhiễm trùng, nhiễm trùng sẽ làm hoại tử gan và gây chảy máu. Chỉ định chụp và nút mạch hoặc mổ lại cho những trường hợp này.

Rò mật thường gặp trong những trường hợp điều trị bảo tồn gan trong chấn thương gan. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân rò mật sau mổ có 12 bệnh nhân, chiếm 38,71%. Rò mật thường xuất hiện sớm và kéo dài. Trong đó, có 4 bệnh nhân rò mật được đặt Stent chiếm 33,33%, có 1 bệnh nhân được cắt cơ vòng Oddi chiếm 8,34%. Mục đích của việc cắt cơ vòng Oddi là triệt tiêu chênh lệch áp lực giữa đường

mật và tá tràng (thường áp lực tá tràng thấp hơn đường mật là 6-18cmH₂O). Vì rò mật qua ống dẫn lưu ổ bụng thường do tổn thương đường mật nhỏ trong gan, nên rò mật ít đi và tự giảm dần trong tuần lễ đầu. Nhiều tác giả trước đó cũng có những kết quả tương tự. Theo Đỗ Văn Minh^[4] thì tỉ lệ rò mật sau phẫu thuật chèn gạc là 27/80 bệnh nhân, chiếm 33,75% và tỷ lệ điều trị bảo tồn khá cao. Nếu không có tắc nghẽn trung tâm, hầu hết các trường hợp rò mật sau mổ với điều trị dẫn lưu đường mật và chế độ ăn kiêng chất béo có thể tự lành sau 35 ngày^[5].

Điều trị bảo tồn hay áp dụng cho trường hợp đường mật nhỏ trong gan sau chấn thương gan hay tổn thương nhỏ thành bên đường mật ngoài gan, biểu hiện lâm sàng là lượng mật ít đi và tự giảm dần. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân đều được điều trị bảo tồn; 6 bệnh nhân chiếm 50%, kết quả hồi phục tương đối tốt. Tuy nhiên, trường hợp rò nhiều không tự hết, dịch mật hay men tụy thoát ra từ "Kênh chung mật tụy" có thể gây ra viêm phúc mạc hóa học, sau đó là viêm phúc mạc vi trùng nếu dịch mật bị nhiễm trùng. Trong nhóm nghiên cứu có một trường hợp viêm phúc mạc mật chiếm 8,34%, biểu hiện lâm sàng đau bụng tăng, tách vết mổ có dịch mật, bệnh nhân được can thiệp lại bằng phẫu thuật, diễn biến nặng về sau đó do nhiễm trùng, suy đa tạng.

3. Các biến chứng khác

Áp xe do dịch mật máu, tổ chức hoại tử tích tụ bội nhiễm, chụp CLVT cho thấy vùng nhu mô gan mất sức sống. Phẫu thuật lý tưởng là cắt bỏ theo giải phẫu phần gan hoại tử, hoặc tùy tình trạng bệnh nhân, có thể chỉ cắt lọc, làm sạch và dẫn lưu. Nếu áp xe khu trú, không kèm theo hoại tử nhu mô gan chọc hút dẫn lưu dưới hướng dẫn của siêu âm, hay CLVT là lựa chọn chữa khỏi > 80%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 8 bệnh nhân có áp xe sau rút gạc, chiếm 25,81%, trong đó 5 bệnh nhân được dẫn lưu dưới hướng dẫn của siêu âm, 3 bệnh nhân điều trị nội khoa. 5 bệnh nhân dẫn lưu ổ áp xe cho kết quả tương đối tốt khi ổ áp xe được theo dõi dưới siêu âm sau mỗi 2 ngày, và có 100% bệnh nhân được rút dẫn lưu sau đó.

Suy gan tăng dần, suy đa tạng là những biến chứng hay gặp ở những bệnh nhân nặng, vào viện trong tình trạng sốc mất bù, tổn thương phối hợp nặng nề, là nguyên nhân chính dẫn đến 13/45 trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Đỗ Văn Minh, tỷ lệ nặng về là 21/80 bệnh nhân vỡ gan chèn gạc^[4].

KẾT LUẬN

Chèn gạc cầm máu trong vỡ gan là một lựa chọn hiệu quả và nhanh chóng trong trường hợp vỡ gan nặng, phức tạp, kết hợp với các phương pháp điều trị khác (nút mạch, dẫn lưu đường mật...) giúp tăng tỷ lệ cứu sống bệnh nhân (60%). Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong (40%) và biến chứng sau mổ còn khá cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Bình Giang**, (2014). "Chấn thương gan", Chấn thương bụng, Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật, Hà Nội.
2. **Nguyễn Mậu Anh**, (1974). "Vết thương và chấn thương gan, phẫu tích 114 trường hợp", Luận văn Chuyên khoa II Đại học Y Hà Nội.
3. **Susanne H. Estourgie**, (2002). "The Efficacy of Gauze Packing in Liver Trauma: An Evaluation of the Management and Treatment of Liver Trauma". J Trauma, 50 (4), pp. 324 - 420.

4. **Đỗ Văn Minh, Võ Tấn Long**, (2014). "Điều trị chấn thương gan bằng chèn gạc". Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa II. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

5. **Donovan A. J**, (2000). "Liver and bile duct injury", In Surgery of the Liver and Biliary Tract, 3, pp. 1277 - 1299.

6. **MacKenzie S, Kortbeek JB, Mulloy R, Hameed SM**. Recent experiences with a multidisciplinary approach to complex hepatic trauma. Inj. 2004;35(9):869 - 77. doi: 10.1016/j.injury.2003.07.004. PMID: 15302239.

7. **Walt A. J**. (1978). "The mythology of liver trauma. or Babel revisited." Am J Surg. 135:12- 18

8. **Jones T. E., Paxton J. R., Brubaker R. E**, (1943). "The intra- abdominal use of the Mikulicz pack". Mikulicz Drain. La medecine. 5. 524 - 526.

9. **J. E. J. Krige et al**, (1992). "Therapeutic perihepatic packing in complex liver trauma", BSJ, 79(1): 43 - 46.

KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN PHỔI HẢI PHÒNG NĂM 2020

TRẦN THỊ THANH LOAN¹, TRƯƠNG THÀNH KIẾN²,
BÙI THỊ HÒA¹, PHẠM THÀNH THÁI¹, PHẠM ĐỨC TỬ¹,
LÊ QUANG CƯỜNG¹, NGUYỄN THỊ MAI THO¹,
ĐÀO THANH NHUẬN¹, HOÀNG TUẤN ANH², LÊ THỊ NHUNG²,
ĐỖ THỊ PHƯỢNG², ĐỖ THỊ HÀ MI², ĐỖ THỊ NHƯ QUỲNH², VŨ QUANG TUYẾN²
¹Bệnh viện Lao và bệnh phổi Hải Phòng
²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả sự hài lòng của người bệnh (NB) và xác định một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng năm 2020.

Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả thực hiện thông qua phát vấn 152 bệnh nhân điều trị nội trú từ 01/3/2020 đến 31/3/2020 đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

Kết quả: Tỷ lệ hài lòng chung là khá cao 92%, chưa hài lòng là 8%. Có 2,6% NB có ý kiến cần tu sửa cơ sở vật chất, tăng cường vệ sinh. 0,7% NB không hài lòng với buồng bệnh nằm điều trị không thoáng, sạch sẽ, không có các thiết bị điều chỉnh nhiệt độ phù hợp như

quạt, máy sưởi, hoặc điều hòa. 0,7% NB không hài lòng về các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện chưa rõ ràng, dễ hiểu, dễ tìm. 0,7% NB không hài lòng vì chưa được nhân viên y tế giải thích, tư vấn trước khi yêu cầu làm các xét nghiệm, thăm dò, kỹ thuật cao rõ ràng.

Từ khóa: Sự hài lòng.

SUMMARY

SUMMARY

Objectives: Describe patient satisfaction and determine some factors related to satisfaction of patients treated at Hai Phong Lung Hospital in 2020.

Research method: Descriptive method was carried out through interviewing 152 inpatients treated from March 1, 2020 to March 31, 2020 who were eligible for selection.

Results: Overall satisfaction rate is quite high 92%, unsatisfied is 8%. There are 2.6% of patients with the opinion that they need to repair

Chịu trách nhiệm: Hoàng Tuấn Anh

Email: arigato.gau@gmail.com

Ngày nhận: 13/8/2021

Ngày phản biện: 10/9/2021

Ngày duyệt bài: 28/9/2021