

chức lại bộ máy cho các cơ sở điều trị tuyến huyện và các bệnh viện, trung tâm chuyên khoa tuyến tỉnh như lao, phong, tâm thần... dẫn đến nhu cầu tăng nhân lực trình độ bác sĩ. Do đó, để bổ sung bác sĩ, tăng cường công tác khám chữa bệnh, các đơn vị tuyến điều trị thường điều động các bác sĩ có chuyên môn vững ở khối dự phòng chuyển sang hoặc từ trạm y tế chuyển lên. Ngoài ra, các bác sĩ thường có nhu cầu thực hành chuyên môn y học, lĩnh vực họ được đào tạo chủ yếu trong các trường đại học y với triển vọng nghề nghiệp bền vững hơn và có cả cơ hội hành nghề công và tư.

Trong tương lai, mạng lưới y tế tuyến huyện sẽ được tổ chức lại theo Thông tư 37/2006/TT-BYT về việc sáp nhập trung tâm y tế với chức năng dự phòng và bệnh viện với chức năng khám chữa bệnh của tuyến huyện thành trung tâm y tế huyện hai chức năng [5]. Một số khảo sát gần đây cho thấy, đa số các cơ sở y tế tuyến huyện đều thiếu bác sĩ làm việc trong cả hai lĩnh vực điều trị và dự phòng song do lĩnh vực điều trị thường có tác động, nhạy cảm về mặt xã hội nên thường được ưu tiên hơn về nhân lực. Điều đó có thể dự báo việc dịch chuyển BSLT từ khối dự phòng sang điều trị sẽ diễn ra mạnh hơn.

#### KẾT LUẬN

Trong vòng 10 năm sau khi tốt nghiệp và trở về làm việc trong hệ thống y tế, đã có 20,33% (72/354) BSLT học lên và tốt nghiệp trình độ cao hơn; 19% BSLT đã đạt được trình độ bác sĩ chuyên khoa cấp I.

Về tuyến công tác, y sĩ sau khi được đào tạo và tốt nghiệp BSLT có xu hướng chuyển công tác từ tuyến dưới lên tuyến trên. Điều này thể hiện rõ nét

đối với các BSLT tốt nghiệp giai đoạn 2006-2011; đã có 18,05% BSLT chuyển từ tuyến xã lên tuyến huyện và tỉnh. Đối với các BSLT tốt nghiệp từ 2012-2016, xu hướng dịch chuyển nhẹ hơn, số chuyển từ xã lên tuyến trên chỉ chiếm 5,05%.

Về lĩnh vực công tác, y sĩ sau khi tốt nghiệp BSLT có xu hướng chuyển từ lĩnh vực dự phòng sang lĩnh vực điều trị. Tỷ lệ BSLT tốt nghiệp từ 2006-2011 làm công tác điều trị tăng từ 19,41% (33/170) lên 34,12% (58/170). Đối với các BSLT tốt nghiệp từ 2012-2016 tỷ lệ tăng không đáng kể. Trong tương lai, xu hướng này có thể sẽ tăng mạnh hơn do tác động của Thông tư 37/2016/TT-BYT tiến hành sáp nhập trung tâm y tế dự phòng và bệnh viện đa khoa huyện.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy hoạch phát triển nhân lực y tế giai đoạn 2012-2020. 2012.
2. Bộ Y tế, Báo cáo Tổng kết công tác y tế năm 2014, một số nhiệm vụ và giải pháp trọng tâm năm 2015, giai đoạn 2016-2020. Hà Nội.
3. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Thực trạng sử dụng bác sĩ, cử nhân điều dưỡng sau khi tốt nghiệp. 2011.
4. Bộ Y tế, Bộ Nội vụ, Thông tư liên tịch hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước, 08/2007/TTLT-BYT-BNV. 2007.
5. Bộ Y tế, Thông tư hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của trung tâm y tế tuyến huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, thành phố thuộc thành phố trực thuộc trung ương, 37/2016/TT-BYT. 2016.

## NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN ĐA CHẤN THƯƠNG TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC – BỆNH VIỆN 103

LÊ TIẾN DŨNG, PHẠM THÁI DŨNG  
Bệnh viện Quân Y 103

#### TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân đa chấn thương. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu trên 54 bệnh nhân đa chấn thương nhập khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện 103 từ tháng 3/2016 đến tháng 3/2017. Phương pháp nghiên cứu tiến cứu, quan sát mô tả, theo dõi dọc. Các bệnh nhân được mô tả đặc điểm chung, cơ cấu tổn thương, độ nặng tổn thương, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Kết quả nghiên cứu:

Về cơ cấu tổn thương thì tai nạn giao thông là nguyên nhân chủ yếu chiếm (74,07%) và bệnh nhân có 2 hoặc 3 vùng tổn thương chiếm 85,18%. Về độ nặng tổn thương theo điểm Abbreviated Injury Scale (AIS) cao nhất là AIS4 (59,26%) và theo điểm Injury Severity Score (ISS) thì ISS (25 – 40) chiếm 51,85%. Về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng thì sốc (70,37%), suy hô hấp (72,22%), điểm Glasgow ≤ 8 (57,41%) và nồng độ đường máu tăng (88,24%). Kết luận: Qua nghiên cứu 54 bệnh nhân đa chấn thương, chúng tôi gặp bệnh nhân có 2 hoặc 3 vùng tổn thương là chủ yếu và độ nặng tổn thương cao nhất ở điểm AIS4, điểm ISS nhóm (25 – 40). Sốc, suy hô hấp, điểm Glasgow ≤ 8 và nồng độ đường máu tăng là đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng hay gặp của bệnh nhân khi nhập viện.

Từ khóa: Đa chấn thương, lâm sàng, cận lâm sàng.

Chịu trách nhiệm: Lê Tiến Dũng  
Email: drletien103@gmail.com  
Ngày nhận: 28/5/2017  
Ngày phân biện: 19/6/2017  
Ngày duyệt bài: 03/7/2017  
Ngày xuất bản: 20/7/2017

## SUMMARY

STUDY ON CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERS OF POLYTRAUMA PATIENTS IN 2016 AT INTENSIVE CARE UNIT - HOSPITAL 103.

**Objective:** Clinical and paraclinical characteristics in polytrauma patients. **Subject and method:** The study was carried out on 54 polytrauma patients admitted to intensive care unit - Hospital 103 from March 2016 to March 2017. **Research methodology,** descriptive observation, vertical tracking. Patients are described by their general characteristics, structure of lesions, severity of lesions, clinical characteristics and paraclinical characteristics. **Results:** Regarding the structure of injuries, traffic accidents are the main cause (74.07%) and patients with 2 or 3 lesions occupy 85.18%. The highest Abbreviated Injury Scale (AIS) score was AIS4 (59.26%) and Injury Severity Score (ISS), the ISS (25-40) accounted for 51.85%. Clinical and paraclinical characteristics include shock (70.37%), respiratory failure (72.22%), Glasgow score  $\leq 8$  (57.41%) and elevated blood glucose (88.24%). **Conclusion:** Through studying on 54 polytrauma patients, we found that the patients had two or three major lesions and the severity of lesions was highest at AIS4, ISS group (25 – 40). Shock, respiratory failure, Glasgow score  $\leq 8$  and increased blood glucose levels are clinical and paraclinical characteristics findings at the time of intensive care unit.

**Keywords:** Polytrauma, clinical, paraclinical.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Đa chấn thương là nguyên nhân chủ yếu (50-70%) dẫn đến tử vong ở bệnh nhân chấn thương. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị nhưng tỷ lệ tử vong của bệnh nhân đa chấn thương vẫn còn ở mức cao, từ 15 - 30% ở các nước phát triển và 20 - 40% ở các nước đang phát triển. Ở Việt Nam theo công bố của Ủy ban an toàn giao thông Quốc gia 10 tháng đầu năm 2015 có 7000 trường hợp thương vong do tai nạn giao thông. Nhằm mục đích nâng cao hiệu quả cấp cứu điều trị, đánh giá đúng độ nặng tổn thương, nhanh chóng phát hiện đầy đủ tổn thương, không bỏ sót tổn thương và giảm bớt tỉ lệ tử vong cho bệnh nhân đa chấn thương. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đa chấn thương vào điều trị tại khoa HSCC – Bệnh viện Quân y 103 năm 2016.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân đa chấn thương được chẩn đoán, cấp cứu và điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 từ 3/2016-3/2017.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu, quan sát mô tả, theo dõi dọc.

### 3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 17.0, thực hiện phép kiểm student t-test. Sai biệt có ý nghĩa thống kê với giá trị  $p < 0,05$ .

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Tuổi, giới và thời gian đến viện

Nhóm nghiên cứu	N ( người )	Tỉ lệ ( % )
Giới		
Nam	44	81,5
Nữ	10	18,5
Tuổi ( $\bar{X} \pm SD$ ) ( năm )	36,32 $\pm$ 16,74	34,9 $\pm$ 10,35
Thời gian đến viện	4,48 $\pm$ 5,87 (giờ)	

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân đa chấn thương là nam giới (81,5%) và ở lứa tuổi lao động nam (36,32  $\pm$  15,7), nữ (34,9  $\pm$  10,35).

Thời gian đến viện trung bình là 4 giờ sau tai nạn, kết quả này tương tự số liệu của các nghiên cứu của Nguyễn Trường Giang (2012)[3]. Nghiên cứu của Sawaia A và cộng sự trung bình là 1,4 giờ sau tai nạn.

Bảng 2. Nguyên nhân và số vùng tổn thương theo Baker

Bệnh nhân Đặc điểm	Số lượng ( n=54 )	Tỉ lệ (100%)
Nguyên nhân		
TNGT	40	74.07
TN ngã cao	10	18,52
Khác	4	7,41
Vùng tổn thương		
2	22	40.74
3	24	44.44
4	8	14.82

Trong nghiên cứu của chúng tôi tai nạn giao thông là nguyên nhân chủ yếu chiếm (74,07%) gây đa chấn thương, phù hợp với công bố của Ủy ban an toàn giao thông Quốc gia.

Bệnh nhân có 2 hoặc 3 vùng tổn thương là chủ yếu (85,18%). Không có bệnh nhân nào tổn thương 6 vùng còn sống sót đến viện. Số vùng tổn thương đã được công nhận là một trong những yếu tố có ảnh hưởng quan trọng đến độ nặng và tiên lượng bệnh nhân đa chấn thương. Số vùng tổn thương có liên quan mật thiết với cơ chế và lực chấn thương. Số vùng tổn thương tăng lên đồng nghĩa với lực chấn thương rất mạnh khi đó tổn thương ở mỗi vùng sẽ rất nặng nề và số tổn thương ở mỗi vùng cũng nhiều hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Nguyễn Trường Giang (2012) [3] và Ansari S (2000).

Bảng 3. Đánh giá mức độ nặng của tổn thương theo thang điểm AIS và ISS

	AIS			ISS		
	3	4	5	18 - 24	25 - 40	41 - 75
N	8	32	14	11	28	15
%	14,81	59,26	25,93	20,37	51,85	27,78

Mức độ tổn thương theo bảng điểm thì AIS4 là cao nhất (59,26%). Có nghĩa rằng phần lớn bệnh nhân tổn thương ở mức độ nặng, đe dọa tử vong. Điểm AIS mức độ trầm trọng nguy cơ tử vong cao có 14 bệnh nhân (25,93%). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 9 bệnh nhân tử vong.

Theo thang điểm ISS có 51,85% bệnh nhân tổn thương ở mức độ rất nặng nguy cơ tử vong cao và có 15 bệnh nhân (27,78%) tổn thương ở mức độ nguy kịch ít khả năng sống sót.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Trường Giang (2012) điểm ISS (25 – 40) là 51,5%, tương tự kết quả

ngiên cứu của chúng tôi [3].

**Bảng 4: Tỷ lệ bệnh nhân theo tình trạng tri giác, huyết động và hô hấp ở thời điểm nhập viện**

Chỉ tiêu	GSC		SHH		Sốc	
	> 8	≤ 8	Có	Không	Có	Không
N	23	31	39	15	38	16
%	42,59	57,41	72,22	27,78	70,37	29,63

Kết quả này cho thấy rằng bệnh nhân chấn thương khi nhập viện đều trong tình trạng sốc (70,37%), có suy

hô hấp (72,22%) và điểm Glasgow ≤ 8 (57,41%). Thực tế sốc, suy hô hấp và rối loạn ý thức thường không xuất hiện đơn lẻ mà kết hợp với nhau, làm cho tình trạng tổn thương của bệnh nhân càng nặng nề hơn. Tương tự nghiên cứu của Nguyễn Trường Giang (2012) và Chalya P. L. (2012).

**Bảng 5 : Chỉ số công thức máu, sinh hóa máu tại thời điểm nhập khoa**

Chỉ số	Giá trị	Công thức máu			Sinh hóa máu				
		HC	HB	TC	Glucose	Ure	Creatinin	SGOT	SGPT
Tăng	N				45	10	16	43	31
	%				88,24	19,16	31,37	89,58	64,58
Bình thường	N	28	25	37	6	41	35	5	17
	%	58,33	52,08	77,08	11,76	80,39	68,63	10,42	35,42
Giảm	N	20	23	11					
	%	41,67	47,92	22,92					

Gần 60% bệnh nhân có chỉ số hồng cầu và hemoglobin trong giới hạn bình thường, mặc dù có hơn 70% bệnh nhân có sốc khi nhập viện. Điều này có nghĩa là số lượng hồng cầu và hemoglobin không phản ánh thực chất mức độ mất máu của bệnh nhân đa chấn thương.

Có 40% bệnh nhân giảm số lượng hồng cầu và hemoglobin nằm trong nhóm bệnh nhân có sốc mất máu mức độ nặng và thời gian đến viện muộn. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Nhật Đức (2014).

Chúng tôi thấy ngay tại thời điểm nhập khoa HSTC, có 88,24% BN tăng đường máu, vì chúng tôi không chọn bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường trong nghiên cứu, cho nên ở đây là tăng đường máu cấp tính sau chấn thương. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Nhật Đức 2014, Tạ Ngân Giang (2006) và Hiệp hội các chuyên gia nội tiết Hoa Kỳ (AACE) và Hội Nội tiết Hoa Kỳ (ADA).

#### KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: Đa chấn thương phần lớn do nguyên nhân tai nạn giao thông (74,07%), chủ yếu là

nam (81,5%) và ở lứa tuổi lao động (36,1±15,7), tổn thương giải phẫu 2 hoặc 3 vùng chiếm chủ yếu (85,18%), độ nặng tổn thương điểm AIS4 và điểm ISS (25 – 40) cao nhất (59,26% và 51,85%). Tại thời điểm nhập khoa Hồi sức tích cực phần lớn bệnh nhân đa chấn thương có sốc (70,37%), suy hô hấp (72,22%) và rối loạn ý thức (GCS ≤ 8 là 57,41%).

Đặc điểm cận lâm sàng: Nồng độ đường máu tăng (88,24%), tăng SGOT (89,58%), tăng SGPT (64,58%), tăng Creatinin (31,37%), chưa thấy sự biến đổi số lượng hồng cầu (58,33%) và hemoglobin (52,08%).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Nhật Đức (2015), "Nghiên cứu tình trạng rối loạn chức năng hô hấp và hiệu quả của thông khí nhân tạo ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng" *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú*
2. Vũ Văn Đỉnh (2003), *Hồi sức cấp cứu toàn tập*, Nhà xuất bản Y học, tr. 44-53
3. Nguyễn Trường Giang (2012), *Nghiên cứu giá trị của bảng điểm RTS, ISS, TRISS để đánh giá độ nặng và tiên lượng tử vong ở bệnh nhân chấn thương tại bệnh viện tuyến tỉnh*, Luận án tiến sĩ y học.

## NHẬN XÉT TÌNH TRẠNG THIẾU MÁU KHI MANG THAI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA SẢN PHỤ SAU ĐẼ NẪM TẠI KHOA SẢN THƯỜNG BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

NGUYỄN THỊ LAN HƯƠNG<sup>1</sup>,  
NGUYỄN THANH PHONG<sup>2</sup>, NGUYỄN HÀ BẢO VÂN<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> *Bệnh viện Phụ sản Trung ương*  
<sup>2</sup> *Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội*

#### TÓM TẮT

*Mục tiêu: Nhận xét tình trạng thiếu máu khi mang thai của các sản phụ sau đẻ nầm tại Khoa Sản Thường Bệnh viện Phụ Sản Trung ương (BVPSTW). Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu máu khi mang thai. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các sản phụ sinh con tại BVPSTW từ 01/01/2017 đến*

*Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Lan Hương*  
*Email: lanhuongvienc@gmail.com*  
*Ngày nhận: 23/5/2017*  
*Ngày phản biện: 14/6/2017*  
*Ngày duyệt bài: 27/6/2017*  
*Ngày xuất bản: 20/7/2017*