

cơ suy hô hấp/khó thở: 87/1.010 (8,6%), 152/1.010 (15%) số ca có nguy cơ mất máu; 156/1.010 (15,4%) số ca có tiền sử dị ứng. Các thành viên trong ekip phẫu thuật chưa hoàn thành việc giới thiệu tên và nhiệm vụ của mình trước khi phẫu thuật: 41/1.010 chiếm (4%). Các thông tin người bệnh được xác nhận là 990/1.010 (98%). Việc dùng kháng sinh dự phòng trước khi phẫu thuật là 801/1.010 (79%). Có 976/1.010 (96,6%) số ca phẫu thuật được phẫu thuật viên tiên lượng được những bất thường có thể xảy ra. Số ca không tiên lượng được mất máu là 37/1.010 (3,7%). Số ca phẫu thuật được bác sỹ gây mê lưu ý trước khi rạch da: 976/1.010 (96,63%). Ghi chép phương pháp phẫu thuật, phương pháp vô cảm được thực hiện đầy đủ đạt 100%. Điều dưỡng dụng cụ hoàn thành việc kiểm tra gạc, kim, dụng cụ trước khi đóng vết mổ đạt 100%. Việc đọc to nhãn bệnh phẩm cùng tên người bệnh là 412/1.010 (41%).

Với các kết quả trên đề xuất: Cán bộ nhân viên y tế cần tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật để tránh xảy ra sự cố y khoa cho người bệnh. Các trang thiết bị y tế cần được bảo dưỡng thường xuyên và kiểm tra hoạt động trước khi phẫu thuật. 100% các ca phẫu thuật phải được đánh giá việc tuân thủ quy trình kỹ thuật theo bảng kiểm có sẵn và checklist đúng theo các thì phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Viết Thanh và cộng sự (2015), Đánh giá hiệu quả quy trình kiểm soát an toàn phẫu thuật trước, trong và sau mổ tiêu hóa (<https://xemtailieu.com/danh-gia-hieu-qua-quy-trinh-kiem-soat-an-toan-phau-thuat-truoc-trong-va-sau-mo-tieu-hoa/323902.html>)
2. WHO (2009), Cẩm nang thực hành Bảng kiểm an toàn phẫu thuật (<https://kcb.vn/wp-content/uploads/2016/08/2-CẨM-nang-thực-hành-bảng-kiểm-an-toàn-phẫu-thuật-WHO.pdf>)

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TẢI LƯỢNG VIRUS VIÊM GAN B Ở PHỤ NỮ MANG THAI CÓ HBsAg (+) TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2017

Trần Trung Anh¹, Nguyễn Thị Huyền¹, Nguyễn Hồng Phúc¹, Đàm Bảo Lợi², Hoàng Xuân Hiếu²

¹Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên, ²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

TÓM TẮT

Nghiên cứu trên 38 thai phụ mang thai 3 tháng cuối có HBsAg (+), quản lý thai nghén và sinh con tại Khoa Sản, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 4/2017-10/2017 nhận thấy: Tỷ lệ thai phụ có nồng độ Log10 HBV DNA <2 copies/ml là 23,7%, Log10 HBV DNA từ 2-5 copies/ml là 28,6%, Log10 HBV DNA >5 copies/ml là 47,4%, tỷ lệ thai

phụ HBeAg(+)/HBsAg(+) là 47,4%. 88, 9% trường hợp HBeAg (+) có log10 HBV DNA >5, 90% trường hợp HBeAg (-) có log10 HBV DNA <5, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). 66,7% trường hợp HBeAg (+) có nồng độ ALT ≥ 2 lần giá trị bình thường, chỉ có 33,3% trường hợp HBeAg (-) có nồng độ ALT ≥ 2 lần giá trị bình thường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Enzym ALT tăng cao trên 2 lần giá trị bình thường ở nhóm có Log10 HBV DNA >5. Giá trị ALT trung bình của nhóm có Log10 HBV DNA >5 cao hơn nhóm Log10 HBV DNA <5.

Từ khóa: Virus viêm gan B, phụ nữ mang thai, HBV DNA

Người chịu trách nhiệm: Trần Trung Anh
Email: mrtran.trunganh@gmail.com
Ngày phản biện: 28/8/2018
Ngày duyệt bài: 12/10/2018
Ngày xuất bản: 22/10/2018

CHARACTERISTICS CLINICAL AND CLINICAL PATIENTS WITH HEPATITIS VIRUS WOMEN IN PREGNANCY WITH HBsAg (+) IN THAI NGUYEN CENTER HOSPITAL IN 2017

ABSTRACT

Study on 38 pregnant women last 3 months with HBsAg (+), pregnancy management and delivery at Thai Nguyen National Hospital from 4/2017 to 10/2017 was shown that. Prevalence of log10 HBV DNA <2 copies / ml was 23.7%, log10 HBV DNA from 2-5 copies / ml was 28,6%, log10 HBV DNA > 5 copies / ml was 47.4% HBeAg (+)/HBsAg (+) is 47.4%. 9, 9% of HBeAg (+) cases had HBV DNA log5> 5, 90% of HBeAg cases had HBV DNA <5, statistically

significant difference ($p < 0.05$). 66.7% of patients with HBeAg (+) had an ALT level ≥ 2 times normal, only 33.3% of HBeAg (-) had an ALT level ≥ 2 times normal, Statistical significance ($p < 0.05$). ALT increased more than twice the normal value in the group with Log10 HBV DNA >5. The mean ALT of the group with Log10 HBV DNA >5 was higher than that of Log10 HBV DNA <5.

Key words: hepatitis B virus, pregnant women, HBV DNA.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Siêu vi viêm gan B là một loại virus gây bệnh viêm gan cấp, mạn tính và dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm. Theo ước tính của Tổ chức Y Tế Thế Giới, hiện có khoảng 350 triệu người mang siêu vi B, tập trung chủ yếu ở châu Phi, châu Á và Đông Nam Á. Việt Nam là điểm nóng về virus viêm gan B (Hepatitis B virus - HBV) trên bản đồ thế giới, với hơn 8,4 triệu trường hợp mãn tính (được ước tính khoảng 8,8% ở nữ giới và khoảng 12,3% ở nam giới) [2].

Siêu vi viêm gan B lưu hành trong máu do đó lây truyền chủ yếu qua đường máu. Tỷ lệ phụ nữ mang thai có HBsAg (+) là 12- 18%, trong số đó có khoảng 30-40% mang đồng thời cả HBsAg và HBeAg (+) do vậy đường lây truyền viêm gan B chính ở Việt Nam là từ mẹ sang con. Khảo sát năm 2011 cho thấy tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi bị nhiễm virus viêm gan B là 2% trong khi đó lứa tuổi nhiễm HBV càng nhỏ thì tỷ lệ chuyển mạn tính càng lớn.

Lây nhiễm theo chiều dọc là lây nhiễm từ mẹ sang con và HBsAg cao là yếu tố nguy cơ đầu tiên. Mức độ lây nhiễm tùy thuộc vào nồng độ HBV DNA và tình trạng HBeAg của mẹ vào 3 tháng cuối thai kỳ. Mẹ có HBeAg (+), trẻ sơ sinh có 95% nguy cơ bị nhiễm nếu không được điều trị dự phòng miễn dịch. Mẹ có HBeAg (-), tỷ lệ lây nhiễm cho con là 32%. Tỷ lệ lây nhiễm cho con tăng

lên từ 0% nếu HBV DNA của mẹ thấp hơn 10^5 copies/ml đến 50% nếu HBVDNA của mẹ từ 10^9 - 10^{10} copies/ml. Khoảng 28-39% trẻ vẫn bị nhiễm dù đã tiêm phòng HBV sau sinh nếu HBV DNA của mẹ từ 10^9 copies/ml trở lên [6].

Để có thêm minh chứng làm sáng tỏ vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nồng độ HBV DNA của thai phụ mang thai 3 tháng cuối.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 38 thai phụ mang thai 3 tháng cuối quản lý thai nghén và sinh con tại khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên. Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Miễn dịch – Di truyền phân tử BV Đa khoa Trung ương Thái Nguyên trong thời gian từ 4/2017 đến 10/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, mô tả.

2.2.2. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả các thai phụ đang ở thời điểm 3 tháng cuối thai kỳ. Tổng số có 38 thai phụ tham gia nghiên cứu

2.2.3. Các bước tiến hành

- Các thai phụ sau khi được tầm soát xét nghiệm HBsAg (+) sẽ được chọn vào nghiên cứu và làm tiếp các xét nghiệm:

- Xét nghiệm HBeAg trên máy miễn dịch tự động.

- Đo hoạt độ enzym ALT, AST trên máy xét nghiệm sinh hóa tự động AU480 của hãng Olympus Nhật Bản.

- Đo tải lượng HBV DNA trên hệ thống Real time PCR của hãng Qiagen – Đức.

Ngưỡng phát hiện của bộ kit là 3×10^2 copies/ml.

Quy đổi đơn vị đo tải lượng virus viêm gan B: 1 IU/ml = 5 copies/ml. Đơn vị log copy/ml là đơn vị toán học để rút gọn chỉ số copy/ml (1 log copies/ml = 10 copies/ml).

- Số liệu được ghi chép, thu thập lại thông qua hồ sơ bệnh án của bệnh nhân (theo mẫu bệnh án nghiên cứu).

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Nhập và xử lý dữ liệu bằng chương trình excel 2010. So sánh 2 giá trị (biến định lượng) giữa các nhóm bằng T-test và so sánh 2 tỷ lệ (biến số định tính) bằng χ^2 , khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các dữ liệu trong nghiên cứu được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tuổi mẹ và tuổi thai

Tuổi thai (tuần)	Số lượng	Tỷ lệ %
< 28	2	5,3
29 – 37	6	15,8
> 37	30	78,9
Tổng cộng	38	100
Tuổi trung bình	29 $\pm$ 12	
Nhỏ nhất	20	
Lớn nhất	38	

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng sản phụ mang thai nhiễm VRVGB

Đặc điểm lâm sàng	Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Toàn thân	Mệt mỏi	2	5,3
	Sốt	1	2,6
	Phù - bụng báng	0	0,0
	Vàng da, vàng mắt	0	0,0
Triệu chứng về tiêu hóa	Chán ăn	3	7,9
	Gan lớn	0	0,0
	Đau hạ sườn phải	0	0
Khớp	Đau khớp	2	5,3

Bảng 3.3. Kết quả đo nồng độ HBV DNA và các enzym gan của đối tượng

Chỉ số xét nghiệm	($\bar{X} \pm SD$)	Max	Min
HBV DNA (copies/l)	$2,74 \times 10^5 \pm 5,84 \times 10^5$	$6,8 \times 10^7$	3×10^2
AST	$23,7 \pm 10,4$ (IU/l)	62 (IU/l)	13 (IU/l)
ALT	$26,6 \pm 18,5$ (IU/l)	97 (IU/l)	9 (IU/l)

Bảng 3.4. Phân bố các đối tượng nghiên cứu theo nồng độ HBV DNA và HBeAg

Chỉ số		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Log10 HBV DNA	<2	9	23,7
	2-5	11	28,9
	>5	18	47,4
HBeAg	Dương tính	18	47,4
	Âm tính	20	52,6

Bảng 3.5. Liên quan giữa HBeAg với nồng độ HBV DNA và ALT của thai phụ

Xét nghiệm		HBeAg (+) (n,%)	HBeAg (-) (n,%)	p
Log10 HBV DNA (copies/ml)	<5 (n = 20)	2 (11,1)	18 (90,0)	<0,05
	>5 (n = 18)	16 (88,9)	2 (10,0)	
ALT (UI/l)	Bình thường (n=23)	8 (34,8)	15 (65,2)	<0,05
	≥ 2 lần (n=15)	10 (66,7)	5 (33,3)	

88,9% trường hợp HBeAg (+) có log10 HBV DNA >5, 90% trường hợp HBeAg (-) có log10 HBV DNA <5, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). 66,7% trường hợp HBeAg (+) có nồng độ ALT ≥ 2 lần giá trị bình thường, chỉ có 33,3% trường hợp HBeAg (-) có nồng độ ALT ≥ 2 lần giá trị bình thường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Bảng 3.6. Liên quan giữa lượng HBV DNA với ALT của thai phụ

Xét nghiệm	Nhóm Log10 HBV DNA <5 (n,%)	Nhóm Log10 HBV DNA >5 (n,%)	p
ALT bình thường (n=23, 60,5%)	18 (90)	5 (27,8)	<0,05
ALT ≥ 2 lần (n=15, 39,5%)	2 (10)	13 (72,2)	
Tổng cộng (n=38, 100%)	20	18	
Giá trị ALT trung bình	23 ± 12,4	31,2 ± 23,4	<0,05

Enzym ALT tăng cao trên 2 lần giá trị bình thường ở nhóm có Log10 HBV DNA >5. Giá trị ALT trung bình của nhóm có Log10 HBV DNA >5 cao hơn nhóm Log10 HBV DNA <5, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 38 thai phụ có HBsAg (+) chúng tôi thu được kết quả: Tuổi trung bình thai phụ 29 ± 12 tuổi, cao nhất là 38 tuổi, thấp nhất là 20 tuổi. 78,9% thai nhi có tuổi thai trên 37 tuần, 5,3% thai nhi có tuổi thai dưới 28 tuần.

Các triệu chứng lâm sàng viêm gan đã được nhiều nghiên cứu đề cập đến và trở thành lý thuyết kinh điển trong y văn. Biểu hiện lâm sàng và xét nghiệm của các loại viêm gan về cơ bản là như nhau và thường nghèo nàn, bệnh nhân thường có các triệu chứng ngoài gan như mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, đau cơ, đau khớp, kèm theo rối loạn tiêu hoá: Chán ăn, đau vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải. Xét nghiệm ở giai đoạn này thấy enzym gan tăng cao gấp từ 5 – 10 lần bình thường, có giá trị chẩn đoán sớm [4,5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi: mệt mỏi 5,3%, triệu chứng chán ăn 7,9%, triệu chứng đau khớp 5,3% , có sốt 2,6%. Các triệu chứng này có

thể cũng xuất hiện khi có thai, do vậy các thai phụ thường không biết bản thân mình mắc bệnh nên không đi khám phát hiện. Do vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Dư Dậu (2006) trên 133 thai phụ bị viêm gan do virus B tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương cho thấy triệu chứng lâm sàng mệt mỏi (54,9%), chán ăn (46,6%), vàng da (81,2%) [1]. Kết quả bảng 3-6 cho thấy nồng độ trung bình enzym AST $23,4 \pm 10,4$ (IU/l), và ALT ở thai phụ $26,6 \pm 18,5$ (IU/l), enzym ALT tăng cao trên 2 lần giá trị bình thường ở nhóm có Log10 HBV DNA >5. Giá trị ALT trung bình của nhóm có Log10 HBV DNA >5 cao hơn nhóm Log10 HBV DNA <5, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Thai phụ có HbeAg(+) và enzym ALT tăng trên 2 lần thường có tải lượng HBV DNA > 5log10 UI/ml. 88,9% trường hợp HBeAg (+) có log10 HBV DNA >5, 90% trường hợp HBeAg (-) có log10 HBV DNA <5, sự khác biệt có ý

nghĩa thống kê ($p < 0,05$). 66,7% trường hợp HBeAg (+) có nồng độ ALT ≥ 2 lần giá trị bình thường, chỉ có 33,3% trường hợp HBeAg (-) có nồng độ ALT ≥ 2 lần giá trị bình thường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy, enzyme ALT có thể được xem là yếu tố dự đoán khả năng có HBV DNA ở ngưỡng cao ở những thai phụ có HBeAg(+). Dù chỉ quan sát trong thời gian ngắn, giới hạn lấy mẫu ở bệnh viện nhưng chúng tôi nhận thấy đây là một yếu tố cần quan tâm cho những cơ sở y tế tuyến huyện điều kiện còn hạn chế. Do kỹ thuật HBV DNA định lượng là một xét nghiệm kỹ thuật cao, đắt tiền chỉ được thực hiện ở các bệnh viện lớn, cho nên nếu thai phụ ở vùng xa nếu có HBeAg(+) kèm theo enzyme ALT tăng trên 2 lần bình thường cần được chuyển lên tuyến trên để thực hiện xét nghiệm HBV DNA định lượng và điều trị kháng virus vào 3 tháng cuối thai kỳ để ngăn ngừa lây nhiễm chu sinh. Theo một số khuyến cáo gần đây cho thấy việc điều trị Tenofovir vào 3 tháng cuối thai kỳ là cần thiết, đặc biệt ở những thai phụ có HBeAg(+) và HBV DNA $> 5 \log_{10}$ UI/ml [7]. Lây nhiễm từ mẹ sang con trong thời kỳ chu sinh được ghi nhận ở 3 thời điểm: Từ tháng 5 của thai kỳ, lớp hợp bào nuôi mỏng dần, khối cơ huyết thành lập, lớp hợp bào Langerhans đứt quãng từng chỗ, tạo điều kiện cho sự trao đổi máu giữa mẹ và con. Lúc này, HBeAg và HBV DNA nếu ở nồng độ cao sẽ đi qua hàng rào nhau thai tạo ra sự dung nạp miễn dịch đối với thai nhi [3]. Giai đoạn chuyển dạ là khoảng thời gian có khả năng lây nhiễm cao nhất, đặc biệt là giai đoạn sổ thai, do giữa những cơn co bóp của tử cung, máu mẹ sẽ tràn vào máu con, thai nhi nuốt phải dịch ối. Nhiều nghiên cứu cho thấy HBeAg(+) và HBV DNA, ở ngưỡng cao là yếu tố dự đoán lây nhiễm sau sinh [3]. Ngoài ra, HBV DNA, HBsAg, HBeAg còn lây qua trẻ sau sinh do có thể hiện diện trong sữa, do trẻ cắn đầu vú mẹ làm trầy xước. Vì vậy, với tỷ lệ thai phụ có nồng độ $\log_{10}$ HBV DNA < 2 copies/ml là 23,7%, $\log_{10}$

HBV DNA từ 2-5 copies/ml là 28,9%, $\log_{10}$ HBV DNA > 5 copies/ml là 47,2%, tỷ lệ thai phụ HBeAg(+)/HBsAg(+) là 47,2% là những yếu tố nguy cơ cao cho lây truyền chu sinh. Nghiên cứu của Đinh Văn Phương cho thấy với tỷ lệ 62% thai phụ có HBV DNA(+) thì tỷ lệ mang HBsAg ở trẻ là 31% [2].

Theo Wiseman và cộng sự với 68% H BV DNA (+) và 34% HBV DNA $> 10^8$ thì tỉ lệ mang HBsAg ở thai là 9% [6]. Như vậy, cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian dài hơn để xác định tỷ lệ lây nhiễm chu sinh thực sự của các thai phụ này. Đây cũng là một hạn chế của đề tài này.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 38 phụ nữ mang thai có HbSAg (+): Tuổi trung bình thai phụ 29 ± 12 tuổi. Tỷ lệ thai phụ có nồng độ $\log_{10}$ HBV DNA < 2 copies/ml là 23,7%, $\log_{10}$ HBV DNA từ 2-5 copies/ml là 28,6%, $\log_{10}$ HBV DNA > 5 copies/ml là 47,4%, tỷ lệ thai phụ HBeAg(+)/HBsAg(+) là 47,4%. 88,9% trường hợp HBeAg (+) có $\log_{10}$ HBV DNA > 5 , 90% trường hợp HBeAg (-) có $\log_{10}$ HBV DNA < 5 , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). 66,7% trường hợp HBeAg (+) có nồng độ ALT ≥ 2 lần giá trị bình thường, chỉ có 33,3% trường hợp HBeAg (-) có nồng độ ALT ≥ 2 lần giá trị bình thường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Enzym ALT tăng cao trên 2 lần giá trị bình thường ở nhóm có $\log_{10}$ HBV DNA > 5 . Giá trị ALT trung bình của nhóm có $\log_{10}$ HBV DNA > 5 cao hơn nhóm $\log_{10}$ HBV DNA < 5 , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Với các kết quả như trên chúng tôi khuyến nghị rằng cần khám sàng lọc virus viêm gan B cho tất cả phụ nữ mang thai, với trường hợp bà mẹ có HBsAg dương tính, cần phải được làm xét nghiệm đo tải lượng HBV-DNA và theo dõi điều trị đúng cách.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Dư Dậu (2006), *Nhận xét thai phụ bị viêm gan virus chuyển dạ đẻ tại bệnh viện phụ sản Trung ương trong 10 năm (1996-*

2005), Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Huế.

2. Đinh Văn Phương (2009), “Tỷ lệ lây truyền HBV từ mẹ sang con tại Bệnh viện Long Thành Đồng Nai từ 6/2008 đến 4/2009, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y dược Tp Hồ Chí Minh, tr44-82.

3. Lê Thanh Quỳnh Ngân, Bùi Hữu Hoàng (2013), “Khảo sát đặc điểm nhiễm virus viêm gan B ở phụ nữ mang thai tại Bệnh viện nhân dân Gia Định”, Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh, Tập 17, số 6, tr 25-31.

4. Phan Hùng Việt, Ngô Minh Xuân, Bùi Đại Lịch (2006), “Khảo sát tình hình thai phụ

nhiễm HBV tại bệnh viện Trà Vinh”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 10, (1), tr. 53-56.

5. Azar Aghamohammadi, Maryam Nooritaje (2011), “Maternal HBsAg Carrier and Pregnancy Outcome”, *Australian Journal of Basic and Applied Sciences*, 5(3), pp. 607-610.

6. Wiseman E. et al (2009), “Perinatal transmission of hepatitis B virus: an Australian experience”, *MJA*, 190(9), pp.489- 492.

7. Van Zonneveld M et al, (2003), “Lamivudin treatment during pregnant to prevent perinatal transmission of hepatitis B virus infection”. *J Viral Hepatology*, 10, pp 294 - 297.

ĐÁNH GIÁ THỰC HIỆN PHÂN CẤP CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2016

Ngô Thị Lan Anh¹, Trịnh Văn Tuấn¹, Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Hà Thị Hương Bưởi¹

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Đánh giá kết quả thực hiện phân cấp chăm sóc người bệnh tại 3 khoa: Tim mạch, Chấn thương chỉnh hình Bông, Ung Bướu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu 315 bệnh án nội trú của 3 khoa trên tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 6 đến tháng 9 năm 2016. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh được phân cấp chăm sóc thường xuyên cao nhất ở khoa Ung bướu (85,4%) và khoa Tim mạch (85,7%), thấp nhất là khoa Chấn thương chỉnh hình Bông (43,9%). Tỷ lệ người bệnh được phân cấp

đúng về mức độ bệnh cao nhất ở khoa Ung bướu (93,4%), thấp nhất ở khoa Tim mạch (83,3%). Phân cấp chăm sóc đúng về mức độ phụ thuộc của cả 3 khoa tương đương nhau. Người bệnh được phân cấp chăm sóc phù hợp với diễn biến bệnh ở khoa Chấn thương chỉnh hình Bông đạt tỷ lệ cao nhất (82,9%), thấp nhất khoa Tim mạch (75,2%). **Kết luận:** Có trên 70% người bệnh được chỉ định phân cấp chăm sóc ngay từ đầu, thường xuyên, đúng mức độ bệnh, phù hợp với diễn biến bệnh ngay đầu. Cần phải hoàn thiện bản hướng dẫn phân cấp chăm sóc thống nhất chung trong bệnh viện và tổ chức thực hiện để nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

Từ khóa: Phân cấp chăm sóc; Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình.

Người chịu trách nhiệm: Ngô Thị Lan Anh

Email: ngolananh2001@gmail.com

Ngày phản biện: 08/9/2018

Ngày duyệt bài: 12/10/2018

Ngày xuất bản: 22/10/2018