

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC VÀ HÀNH VI THỰC HIỆN LÝ LIỆU PHÁP HÔ HẤP Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG NGỰC, VẾT THƯƠNG NGỰC TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Xuân Vinh¹, Phạm Hữu Lưu¹, Nguyễn Thị Vân¹

TÓM TẮT

Chấn thương ngực là một cấp cứu ngoại khoa phổ biến với xử trí cơ bản là dẫn lưu màng phổi. Nhằm đạt hiệu quả cao nhất trong việc làm nở phổi, tăng thông khí và dẫn lưu dịch màng phổi ra ngoài. Vì vậy, việc phối hợp dẫn lưu màng phổi với lý liệu pháp hô hấp (LLPHH) đóng vai trò quan trọng. **Mục tiêu:** Đánh giá kiến thức và hành vi thực hiện lý liệu pháp hô hấp ở bệnh nhân chấn thương, vết thương ngực tại khoa phẫu thuật Tim mạch- Lồng ngực Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu 48 bệnh nhân chấn thương ngực, vết thương ngực tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 12/2015 đến tháng 4/2016. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, quan sát và phỏng vấn trực tiếp từ bệnh nhân. **Kết quả:** Trong 50 BN tham gia nghiên cứu: Đa số bệnh nhân là chấn thương ngực (CTN) kín (90%), 10% bệnh nhân vết thương ngực (VTN). Trong đó có 68% bệnh nhân (BN) tổn thương đơn thuần, 32% BN tổn thương phối hợp. 48 BN tập thổi bóng, 12 BN tập ho, 8 BN tập thở, 5 BN tập vỗ lồng ngực, Bệnh nhân tập thổi bóng ở mức độ thường xuyên cao nhất 83,33%; tập ở mức độ ít: Tập ho 63,63%, tập thở 75%, vỗ lồng ngực 60%. Các yếu tố ảnh hưởng đến lý liệu pháp hô hấp: 100% BN đau tăng khi ho, hắt hơi, hít thở sâu; 94% BN đau tăng lên khi thay đổi tư thế; 58% đau tăng lên khi thổi bóng; 10% đau tăng khi vỗ lồng ngực.

Từ khóa: Chấn thương ngực, vết thương ngực, lý liệu pháp hô hấp

ABSTRACT

ASSESSMENT ABOUT KNOWLEDGE AND BEHAVIOR OF IMPLEMENTATION OF VENTILATION PHYSIOTHERAPY IN PATIENTS WITH BLUNT OR PENETRATIVE THORACIC TRAUMA AT VIETDUC HOSPITAL

Nguyen Xuan Vinh¹, Pham Huu Luu¹, Nguyen Thi Van¹

Thoracic trauma is a common surgical emergency that basic treatment is thoracic cavity drainage. To achieve the highest efficient to dilate the lungs and push air and secretion out of the pleurae, so the combination pleural drainage with respiratory therapy are very important in clinical practice. **Objective:** to assess knowledge and behavior of implementation of ventilation physiotherapy in patients with blunt or penetrative thoracic trauma at Department of Cardiovascular Surgery, Viet Duc hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional, prospective study on 48 patient with blunt or penetrative thoracic trauma in Viet Duc hospital from December, 2015 to April, 2016. Data were received on document, observation. Patients were interviewed directly. **Results:** 90% patients with blunt and 10% with penetrative injuries; 68% patients with simple lesion and 32% with multiple lesions. 48 patients set to blow the ball, 12 patients performed coughing exercises, 8 got breathing exercises

1. Bệnh viện Việt Đức

- Ngày nhận bài (Received): 9/4/2017; Ngày phản biện (Revised): 20/5/2017;
- Ngày đăng bài (Accepted): 15/6/2017
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Xuân Vinh
- Email: vinhvd12@gmail.com; ĐT: 0942449990

and 5 got percussion (clapp) and vibration of the thorax with the frequency were 83.33% ; 63.63%; 75% and 60% respectively. Factors that influenced behavior of implementation of ventilation physical therapy: all patients got more pain when they coughed, took deep breath; 94% got more pain when changing position, 58% with blowing the ball, 10% with percussion (clapp) and vibration of the thorax.

Key words: Thoracic trauma, blunt/penetrative, ventilation physiotherapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương ngực (CTN) là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, chiếm 10-15% số mổ cấp cứu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. CTN là một tổn thương rất nghiêm trọng do chấn thương gây ảnh hưởng trực tiếp đến hô hấp và tuần hoàn nên có thể dẫn đến tử vong nhanh chóng, nên đây là loại cấp cứu được ưu tiên số một trong chẩn đoán, vận chuyển và xử trí [5]. Trong số những bệnh nhân tử vong do chấn thương thì chấn thương ngực chiếm khoảng 25% [2].

Trong điều trị sau phẫu thuật lồng ngực, lý liệu pháp hô hấp (LLPHH) chiếm 30-50% thành công của chăm sóc sau mổ [3]. LLPHH giúp nhanh chóng đẩy đờm dãi, máu trong các phế quản ra ngoài. Từ đó làm thông thoáng đường thở và tăng thông khí giúp phổi nở tốt hơn. Như vậy, LLPHH là một liệu pháp điều trị rất quan trọng trong chăm sóc bệnh nhân chấn thương ngực có dẫn lưu màng phổi.

Trên thực tế, ở Việt Nam việc áp dụng và thực hiện thật tốt theo đúng quy trình của LLPHH vẫn chưa được chú ý đúng đắn, vì LLPHH gồm rất nhiều công đoạn khác nhau tương ứng với từng giai đoạn sau mổ và tình trạng của người bệnh, đòi hỏi sự hợp tác và cố gắng cao của bệnh nhân, cũng như sự kiên trì của thầy thuốc trong một khoảng thời gian dài. Trong một số trường hợp, liệu pháp điều trị này còn bị bỏ qua hoặc chưa được thực hiện tốt. Để hiểu rõ hơn về việc thực hiện lý liệu pháp hô hấp, đồng thời để phục vụ cho việc học tập và thực hành chăm sóc bệnh nhân sau mổ chấn thương ngực, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: Đánh giá kiến thức và hành vi thực hiện lý liệu pháp hô hấp ở bệnh nhân chấn thương, vết thương ngực tại khoa Phẫu thuật Tim mạch- Lồng ngực Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bao gồm những

bệnh nhân chấn thương, vết thương ngực tỉnh táo (Glassgow 15 điểm); trên 15 tuổi; đã được dẫn lưu màng phổi; đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có vấn đề về tâm thần; có chỉ định mổ ngực; không đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả, tiền cứu.

- **Cỡ mẫu nghiên cứu:** 50 bệnh nhân chấn thương, vết thương ngực tại khoa Phẫu thuật Tim mạch-Lồng ngực Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 12/2015 đến tháng 4/2016.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Phẫu thuật Tim mạch - Lồng ngực, Bệnh viện Việt Đức.

- **Công cụ thu thập số liệu:** Thước VAS, điểm đau VAS được phân loại mức độ đau theo Salley L.Collens và cộng sự

- **Kỹ thuật thu thập:** Người thu thập sẽ lấy số liệu từ ngày thứ 1 sau mổ đến khi BN ra viện. Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án, quan sát và phỏng vấn trực tiếp BN.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất; sau khi mã hóa số liệu được xử lý bằng phần mềm Excel.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng

- **Tuổi:** Nhóm tuổi 18 – 60 tuổi (86%); tuổi trung bình của đối tượng là 41,32; tuổi nhỏ nhất là 15 tuổi, tuổi lớn nhất là 74 tuổi.

- **Giới:** Nam 76%, Nữ 24%

- **Nơi ở:** Nông thôn – miền núi chiếm đa số (74%); ở thành thị chỉ chiếm 26%.

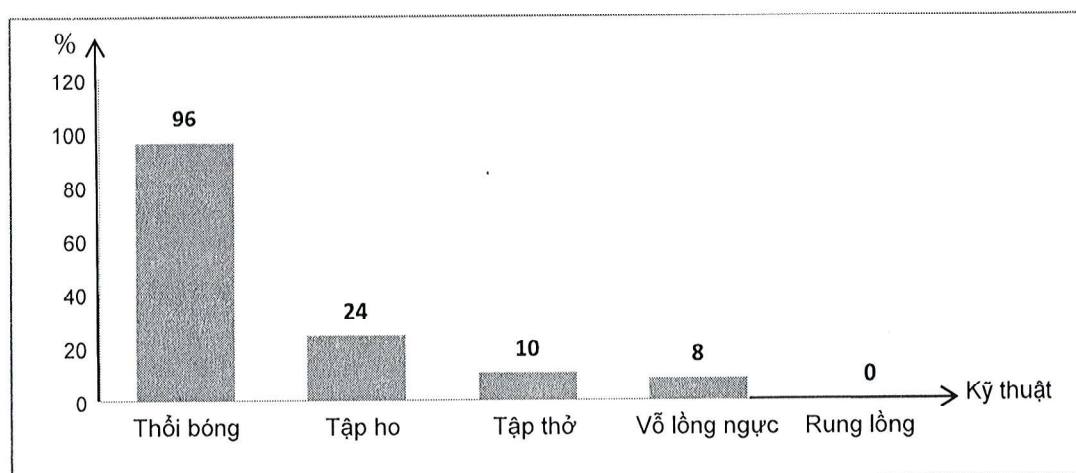
- **Nghề nghiệp:** Nghề nghiệp nông dân (44%); sau đó là nghề tự do (24%) và các nghề khác (32%).

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo loại chấn thương

Tổn thương	Đơn thuần	Phối hợp	Tổng
Chấn thương ngực kín	32 (64%)	13(26%)	45 (90%)
Vết thương ngực	2 (4%)	3 (6%)	5 (10%)

Đa số bệnh nhân là chấn thương ngực kín (90%). Trong đó CTN kín có tổn thương phối hợp chiếm 46%.

3.2. Tình hình thực hiện LLPHH ở bệnh nhân chấn thương ngực



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo các kỹ thuật lý liệu pháp hô hấp

96% bệnh nhân tập thổi bóng, 24% bệnh nhân tập ho, 10% bệnh nhân tập thở, 8% bệnh nhân thực hiện vỗ lồng ngực. Không có bệnh nhân nào thực hiện rung lồng ngực

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân thực hiện đúng các kỹ thuật

Các kỹ thuật	Tiêu chí	Đủ các bước	Thiếu bước	Đúng kỹ thuật	Sai kỹ thuật
Thổi bóng		7	41	15	33
Tập ho		0	12	0	12
Vỗ lồng ngực		3	2	2	3
Tập thở		2	6	0	8
Tổng		12	61	17	56

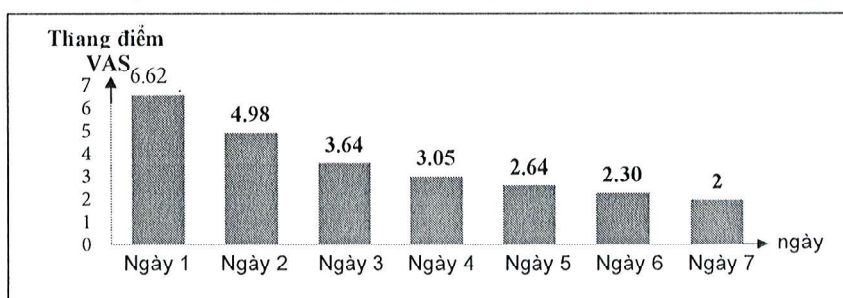
Tổng số kỹ thuật thực hiện của 50 BN là 73 kỹ thuật; Đa số bệnh nhân thực hiện các kỹ thuật còn thiếu các bước và chưa đúng kỹ thuật.

Bảng 3.3. Mức độ tập luyện

Kỹ thuật	Thổi bóng	Tập ho	Tập thở	Vỗ lồng ngực
Mức độ Thường xuyên	40 (83,33%)	2 (18,18%)	1 (12,5%)	2 (40%)
Tập ít	8 (16,67%)	7 (63,63%)	6 (75%)	3 (60%)
Tập rất ít	0	2 (18,18%)	1 (12,5%)	0
Tổng	48 (100%)	11 (100%)	8 (100%)	5 (100%)

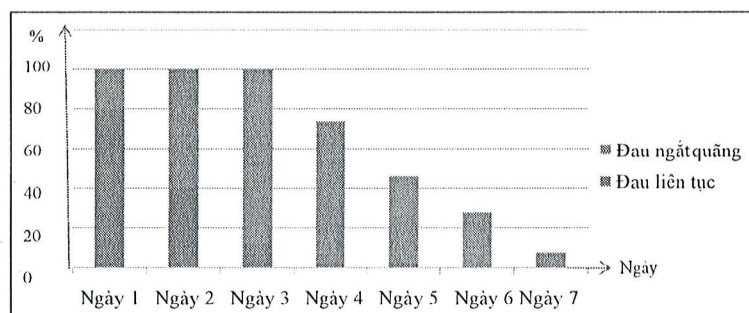
Tỷ lệ bệnh nhân thổi bóng tập thường xuyên cao (81,63%). Bệnh nhân tập ho, tập thở, tập vỗ lồng ngực tập ở mức độ tập ít.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến việc thực hiện các kỹ thuật LLPHH



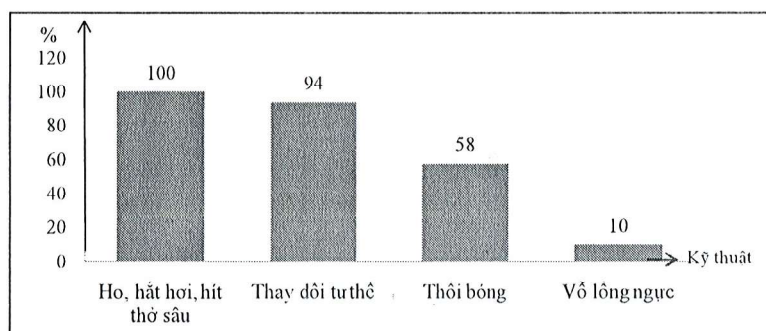
Biểu đồ 3.2. Mức độ đau trung bình theo ngày

Mức độ đau trung bình của bệnh nhân giảm theo ngày.



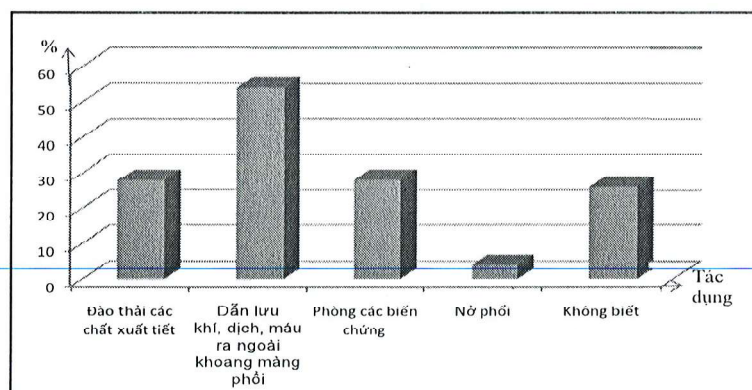
Biểu đồ 3.3. Phân bố khoảng cách đau theo thời gian

Tỷ lệ bệnh nhân đau liên tục giảm dần theo thời gian



Biểu đồ 3.4. Phân bố bệnh nhân theo các yếu tố gây đau tăng lên.

Đa số bệnh nhân đau tăng lên khi ho, hắt hơi, hít thở sâu (100%) và khi thay đổi tư thế (94%).



Biểu đồ 3.5. Sự hiểu biết về tác dụng của LLPHH

Đa số bệnh nhân cho rằng LLPHH có tác dụng dẫn lưu khí, dịch, máu ra ngoài khoang màng phổi.

Bệnh viện Trung ương Huế

Bảng 3.4. Tỷ lệ bệnh nhân biết biến chứng sau mổ

Các biến chứng	n	%
Nhiễm trùng	7	14
Xẹp phổi	8	16
Nhiễm trùng và xẹp phổi	11	22
Không biết	24	48
Tổng	50	100

Tỷ lệ bệnh nhân không biết biến chứng có thể xảy ra sau mổ còn cao (48%).

Bảng 3.5. Thái độ lo lắng của bệnh nhân sau phẫu thuật

Mức độ Vấn đề lo lắng	Không lo lắng	Lo lắng ít	Lo lắng	Lo lắng nhiều
Đau sau PT	2%	28%	58%	12%
Tai biến sau PT	2%	4%	40%	54%
Kinh phí điều trị	12%	12%	22%	54%
Vết sẹo mổ	84%	14%	2%	0%

Bệnh nhân lo lắng nhiều về tai biến và viện phí (54%); bệnh nhân lo lắng ít về đau (58%) và đa số bệnh nhân không lo sẹo mổ (84%).

Bảng 3.6. Mức độ chấp nhận thực hiện các kỹ thuật lý liệu pháp hô hấp

Mức độ chấp nhận	n	%
Rất đồng ý	7	14
Đồng ý	30	60
Phân vân	13	26
Tổng	50	100

Đa số bệnh nhân đồng ý tập LLPHH. Không có bệnh nhân nào không đồng ý tập.

Bảng 3.7. Tình trạng bệnh nhân sau rút dẫn lưu

Tình trạng bệnh nhân	n	%
Bệnh nhân khỏi và ra viện	42	82
Bệnh nhân chuyển khoa để điều trị	6	12
Bệnh nhân chuyển viện	2	4

Tình trạng bệnh nhân sau rút dẫn lưu tốt chiếm 80%.

IV. BÀN LUẬN

Phần lớn các trường hợp CT-VTN là nam giới chiếm tỷ lệ 76%. Lứa tuổi có tỷ lệ CT-VTN cao nhất là nhóm tuổi từ 18 – 60 tuổi chiếm 86%. Đây là lứa

tuổi trong độ tuổi lao động nên dễ gặp tai nạn dẫn đến CT-VTN. Số liệu nghiên cứu này của chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu khác: Vì Hồng Đức [5] nghiên cứu 68 bệnh nhân CTN nặng có mổ

ngực tại Bệnh viện Việt Đức trong 5 năm cho tỷ lệ nam giới là 91,43% và ở lứa tuổi 20-40 là cao nhất (61,3%). Nguyễn Huy Sơn [4] nghiên cứu trên 81 bệnh nhân CT-VTN cho thấy nam chiếm 92,3% và lứa tuổi 20- 49 chiếm 77%. Với đặc điểm về tuổi và giới như trên, việc điều trị và chăm sóc đúng đắn, kịp thời sẽ rất có ý nghĩa để cứu sống và đưa người bệnh trở lại với cuộc sống lao động và học tập.

Đa số bệnh nhân nằm viện 3 và 5 ngày (48%); 64% BN nằm viện dưới 5 ngày; 36% bệnh nhân nằm viện trên 5 ngày. Do tình trạng tổn thương ở các bệnh nhân là khác nhau nên thời gian hồi phục là khác nhau. Bệnh nhân chỉ bị chấn thương, vết thương ngực đơn thuần sẽ hồi phục nhanh hơn bệnh nhân có tổn thương phổi hợp. Theo bảng 3.4 chúng tôi thấy tỷ lệ bệnh nhân chấn thương, vết thương ngực đơn thuần chiếm 64%, tỷ lệ bệnh nhân chấn thương phổi hợp chỉ chiếm 36%. Khi bệnh nhân chấn thương ngực còn có các tổn thương phổi hợp khác sẽ gặp nhiều khó khăn và hạn chế khi tập LLPHH vì các tổn thương phổi hợp có thể làm cho bệnh nhân đau nhiều hơn hoặc làm hạn chế cử động của bệnh nhân.

Biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tập thổi bóng cao nhất (96%), sau đó đến tập ho (24%), tập thở (10%), vỗ lồng ngực (8%). Còn kỹ thuật rung lồng ngực không có bệnh nhân nào thực hiện. Đa số bệnh nhân chấn thương ngực kín (90%) có tràn máu, tràn khí khoang màng phổi nên có chỉ định tập thổi bóng để dẫn lưu hết dịch và khí ra ngoài tránh xẹp phổi, dãn dính màng phổi,... Tùy vào tình trạng chấn thương cụ thể của từng bệnh nhân mà bác sĩ có chỉ định tập thêm kỹ thuật tập ho, tập thở, vỗ lồng ngực hoặc rung lồng ngực. Tuy nhiên kỹ thuật rung lồng ngực là một kỹ thuật khó, cần có một trình độ chuyên môn nhất định mới có thể thực hiện được. Vì vậy kỹ thuật này ít được ứng dụng trên lâm sàng.

Theo bảng 3.2 phần lớn bệnh nhân tập thiếu bước (85,6%) và sai kỹ thuật (77%). Do bệnh nhân chấn thương đa số là nông dân (74%) và trình độ học vấn trung học là chủ yếu (44%) nên việc hiểu và thực hiện các kỹ thuật còn nhiều hạn chế. Vì vậy tỷ

lệ bệnh nhân tập sai và thiếu bước còn cao.

Bảng 3.3 cho thấy bệnh nhân thực hiện kỹ thuật thổi bóng có mức độ tập thường xuyên cao nhất 83,33%; kỹ thuật tập ho, kỹ thuật tập thở, kỹ thuật vỗ lồng ngực có tỷ lệ bệnh nhân tập ở mức độ tập ít là nhiều nhất. Bệnh nhân chấn thương ngực sau mổ đặt dẫn lưu bệnh nhân còn đau nhiều nên hạn chế vận động. Đặc biệt bệnh nhân đau tăng lên khi ho, hắt hơi, hít thở sâu (100%) và khi thay đổi tư thế (94%) nên bệnh nhân sợ đau không dám tập. Điều này ảnh hưởng rất nhiều đến mức độ tập luyện của bệnh nhân.

Theo biểu đồ 3.2 mức độ đau trung bình của bệnh nhân cao nhất vào ngày đầu tiên (6,62 điểm), giá trị phổ biến nhất là 7 điểm, có 39 bệnh nhân đau mức độ trung bình trở lên (>5 điểm), có 11 bệnh nhân đau mức độ nhẹ (≤ 5 điểm). Sau đó mức độ đau của bệnh nhân giảm dần theo ngày. Cụ thể: Ngày thứ 2 mức độ đau trung bình của bệnh nhân là 4,98; giá trị phổ biến nhất là 5 điểm, có 17 bệnh nhân đau mức độ trung bình trở lên; có 33 bệnh nhân đau mức độ nhẹ. Ngày thứ 3 mức độ đau trung bình của bệnh nhân là 3,98; giá trị phổ biến nhất là 3 điểm; có 6 bệnh nhân đau mức độ trung bình; có 44 bệnh nhân đau mức độ nhẹ. Đây là một yếu tố thuận lợi giúp bệnh nhân thực hiện LLPHH được thường xuyên và hiệu quả hơn.

Khoảng cách đau: Sau khi được điều trị tình trạng đau của bệnh nhân được cải thiện, đồng thời bệnh nhân được truyền tĩnh mạch thuốc giảm đau nên từ ngày thứ 1 đến ngày thứ 3 sau mổ đặt dẫn lưu màng phổi, số bệnh nhân đau liên tục giảm dần và số bệnh nhân đau ngắt quãng tăng lên. Do một số bệnh nhân khỏi và ra viện sớm, đồng thời sức khỏe của bệnh nhân tiến triển tốt lên từng ngày nên từ ngày thứ 4 số bệnh nhân đau ngắt quãng và đau liên tục đều giảm, đến ngày thứ 7 không còn bệnh nhân nào đau liên tục, chỉ còn 8% bệnh nhân đau ngắt quãng (biểu đồ 3.7). Khoảng cách giữa các cơn đau dài thì thời gian thích hợp để bệnh nhân thực hiện LLPHH cũng nhiều hơn do đó hiệu quả điều trị cũng cao hơn.

Bệnh viện Trung ương Huế

Yếu tố làm đau tăng lên: Biểu đồ 3.4 cho thấy 100% bệnh nhân đau tăng lên khi ho, hắt hơi và hít thở sâu, 94% bệnh nhân đau tăng lên do thay đổi tư thế, 58% bệnh nhân đau tăng lên do thổi bóng, 10% bệnh nhân đau do vỗ rung. Tỷ lệ bệnh nhân tập ho chiếm 24%, bệnh nhân tập thở chiếm 10% và tỷ lệ bệnh nhân tập vỗ lồng ngực 8%. Tỷ lệ này còn thấp do bệnh nhân còn sợ đau không dám tập và không được hướng dẫn cụ thể.

Trong 50 bệnh nhân nghiên cứu không có bệnh nhân nào hiểu biết về lý liệu pháp hô hấp. Sau khi được bác sĩ giải thích và hướng dẫn các kỹ thuật LLPHH tỷ lệ bệnh nhân biết về tác dụng của việc thực hiện LLPHH tăng lên 74% (biểu đồ 3.5). Sau khi hiểu được tác dụng của việc thực hiện LLPHH thì bệnh nhân sẽ có động lực để tập và đạt được mục tiêu là nhanh chóng khỏi bệnh để hòa nhập cùng cộng đồng, tham gia lao động sản xuất đóng góp kinh tế cho gia đình và xã hội. Điều này rất có ý nghĩa, đặc biệt với người nông dân. Từ đó hiệu quả tập LLPHH được nâng cao.

Theo kết quả bảng 3.4, đa số bệnh nhân không biết biến chứng có thể xảy ra sau mổ chấn thương ngực có dẫn lưu màng phổi (48%), 38% bệnh nhân cho rằng biến chứng thường gặp là xẹp phổi, 34% bệnh nhân cho rằng biến chứng sau mổ là nhiễm trùng, không có bệnh nhân nào biết biến chứng tràn máu, khí khoang màng phổi. Đây là một trong những yếu tố gây hạn chế việc tập luyện LLPHH ở bệnh nhân. Bệnh nhân không biết cũng như chưa có kiến thức về các tai biến có thể gặp và ảnh hưởng trực tiếp tới sức khỏe của mình nên bệnh nhân sẽ không có động lực để tập LLPHH. Bệnh nhân sẽ có tư tưởng: Việc điều trị là của bác sĩ nên sẽ không tập LLPHH một cách tích cực. Do đó mà hiệu quả điều trị không cao và có thể xảy ra biến chứng nặng ở bệnh nhân.

Mức độ lo lắng của bệnh nhân sau mổ CT-VTN được thể hiện cụ thể qua biểu đồ 3.6: Bệnh nhân lo lắng nhiều về chi phí và tai biến sau mổ chiếm 54%, bệnh nhân lo lắng về đau chiếm 58%, bệnh nhân không lo lắng về sẹo mổ chiếm 84%. Đa số bệnh

nhân là nông dân nên tỷ lệ bệnh nhân lo lắng nhiều về viện phí là cao. Khi bệnh nhân lo lắng về tiền viện phí thường bệnh nhân có tư tưởng nhanh chóng hồi phục để xuất viện và tham gia lao động phụ giúp kinh tế cho gia đình. Điều này là một động lực rất lớn khiến bệnh nhân tập LLPHH thường xuyên và cố gắng hồi phục nhanh nhất. Do đó mức độ lo lắng của bệnh nhân là một yếu tố ảnh hưởng tích cực đến việc thực hiện LLPHH ở bệnh nhân.

Theo bảng 3.5 đa số bệnh nhân đồng ý tập LLPHH, không có bệnh nhân nào không đồng ý tập. Cụ thể: 7 bệnh nhân rất đồng ý (14%), 30 bệnh nhân đồng ý (60%) và 13 bệnh nhân còn phân vân trong việc thực hiện LLPHH

Sau quá trình điều trị và thực hiện LLPHH có tới 80% bệnh nhân đạt tình trạng tốt sau rút dẫn lưu; 20% bệnh nhân ở trong tình trạng trung bình; không có bệnh nhân nào ở trong tình trạng xấu. Để đạt được kết quả này là nhờ sự cố gắng tập luyện của bệnh nhân và sự chăm sóc, hướng dẫn tận tình chu đáo của các y bác sĩ trong khoa Phẫu thuật Tim mạch – Lồng ngực Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Số liệu thu được ở nghiên cứu của chúng tôi có cao hơn một số nghiên cứu khác: Vũ Thùy Linh [6] nghiên cứu trên 115 bệnh nhân có 55,7% bệnh nhân đạt tình trạng tốt; 14,8% bệnh nhân đạt tình trạng trung bình; 29,5% bệnh nhân đạt tình trạng xấu. Số bệnh nhân ổn định ra viện chiếm 65,2%; còn 34,8% chuyển khoa hoặc chuyển tuyến dưới điều trị tiếp. Sự chênh lệch này có thể do cỡ mẫu và đối tượng nghiên cứu của hai nghiên cứu là khác nhau

IV. KẾT LUẬN

4.1. Tình hình thực hiện lý liệu pháp hô hấp ở bệnh nhân

- Trong 50 BN tham gia nghiên cứu: 48 BN tập thổi bóng, 12 BN tập ho, 8 BN tập thở, 5 BN tập vỗ lồng ngực.

- Còn nhiều BN tập các kỹ thuật LLPHH thiếu bước và sai kỹ thuật:

+ Thổi bóng: 33 BN thực hiện sai kỹ thuật; 41 BN thực hiện thiếu bước.

+ Tập ho: không có bệnh nhân nào tập đúng và đầy đủ các bước.

+ Tập vỗ lồng ngực: 3 BN thực hiện sai kỹ thuật; 2 BN thực hiện thiếu bước.

+ Tập thở: không có BN nào thực hiện đúng kỹ thuật, có 6 BN thực hiện thiếu bước.

- Bệnh nhân tập thổi bóng ở mức độ thường xuyên cao nhất 83,33%; tập ở mức độ ít: Tập ho 63,63%, tập thở 75%, vỗ lồng ngực 60%.

4.2. Một số yếu tố liên quan và những hạn chế trong việc thực hiện lý liệu pháp hô hấp ở bệnh nhân

- Đa số bệnh nhân là CTN kín (90%), 10% bệnh nhân VTN. Trong đó có 68% BN tổn thương đơn thuần, 32% BN tổn thương phối hợp.

- 100% BN đau tăng khi ho, hắt hơi, hít thở sâu; 94% BN đau tăng lên khi thay đổi tư thế; 58% đau tăng lên khi thổi bóng; 10% đau tăng khi vỗ lồng ngực. 100% BN chưa có kiến thức gì về LLPHH; 48% BN không biết về các tai biến có thể gặp sau CTN; 26% BN không biết về tác dụng của việc tập các kỹ thuật LLPHH.

V. KIẾN NGHỊ

Cần mở lớp tập huấn chuyên sâu về các kỹ thuật LLPHH cho nhân viên y tế trong khoa. Cần lập một nhóm gồm các kỹ thuật viên phụ trách giải thích, hướng dẫn cũng như hỗ trợ bệnh nhân tập LLPHH.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vi Hồng Đức (2007), "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của chấn thương ngực được điều trị bằng mở ngực tại Bệnh viện Việt Đức*", Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Công Minh (2005), "*Chấn thương ngực*", Nhà xuất bản Y học, tr.1-245.
3. Nguyễn Văn Mão (2001), "*Chấn thương ngực*", Bệnh học Ngoại, tập II, NXB Y học, tr.7-9.
4. Nguyễn Huy Sơn (2001), "*Nghiên cứu điều trị tràn máu màng phổi do chấn thương ngực bằng dẫn lưu màng phổi*", Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Nguyễn Hữu Ước (2006), "*Khám chấn thương – vết thương ngực*", Bài giảng triệu chứng học Ngoại khoa, Nhà xuất bản Y học, tr.90-102.
6. Vũ Thùy Linh (2010), "*Nhận xét quy trình chăm sóc dẫn lưu khoang màng phổi trên bệnh nhân chấn thương, vết thương ngực tại khoa phẫu thuật Tim mạch- Lồng ngực Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức Hà Nội*", Luận văn tốt nghiệp Cử nhân Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.