



## CÁC NHIỆM VỤ TRỌNG TÂM NĂM HỌC 2021-2022

- 1** Chủ động đảm bảo các điều kiện Phòng chống dịch COVID-19 tại Trường và Bệnh viện Trường. Tiếp tục tập huấn cho nhân viên y tế và sinh viên để chuẩn bị nhân lực sẵn sàng tham gia phòng chống dịch COVID-19 khi có yêu cầu;
- 2** Xây dựng lại Chuẩn đầu ra, chương trình đào tạo và phương pháp đánh giá các ngành kỹ thuật y học theo hướng dựa trên năng lực và hội nhập quốc tế; Hoàn thành đánh giá ngoài CTĐT kỹ thuật xét nghiệm y học; chuẩn bị điều kiện, mở mã ngành đào tạo Thạc sĩ kỹ thuật xét nghiệm y học và kỹ thuật phục hồi chức năng; Nghiệm thu giáo trình đào tạo cử nhân Điều dưỡng để xuất bản. Mở ít nhất 1-2 lớp đào tạo liên thông, đào tạo liên tục cấp chứng chỉ/năm/ngành đào tạo;
- 3** Thực hiện Quy chế Tổ chức và Hoạt động của Bệnh viện Trường; mở rộng hợp tác phát triển kỹ thuật; Labo Xét nghiệm An toàn thực phẩm mở rộng chỉ tiêu được công nhận, thực hiện cơ chế tự chủ chi thường xuyên;
- 4** Nghiệm thu 01 đề tài cấp Bộ và 01 đề tài cấp Nhà nước, đăng ký 1 đề tài cấp Bộ/Tỉnh; 50 đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở; Xuất bản ít nhất 50 bài báo trong nước/năm.
- 5** Hoàn thành dự án xây dựng khu Trung tâm thực hành tiền lâm sàng, Khu Giáo dục thể chất (tháng 10/2021) và nhà ăn khu B đưa vào sử dụng; Bổ sung các trang thiết bị kỹ thuật cần thiết cho khu Trung tâm thực hành tiền lâm sàng và một số lĩnh vực ưu tiên của bệnh viện;
- 6** Trường Tiên tiến xuất sắc, Đảng bộ hoàn thành tốt nhiệm vụ, các tổ chức quần chúng vững mạnh, xuất sắc.

## CÁC KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC NĂM HỌC 2020-2021

- 1** Hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ có tính chất lịch sử về phòng, chống dịch COVID-19 do Bộ Y tế điều động, là trường tham gia sớm nhất, chủ động nhất, ở nhiều địa phương, nhiều lĩnh vực với thời gian lâu nhất, như cùng BV Bạch Mai thành lập BV dã chiến tham gia điều trị phục vụ nuôi dưỡng bệnh nhân COVID-19, tổ chức cách ly y tế cho BN và người nhà bệnh nhân của Bệnh viện K, tham gia hỗ trợ truy vết, lấy mẫu, xét nghiệm, phục vụ khu cách ly, tiêm chủng, chăm sóc BN COVID-19 cho tỉnh Hải Dương, Bắc Ninh, Bắc Giang, TP Hồ Chí Minh, tỉnh Bình Dương và Hà Nội được Bộ Y tế và các địa phương ghi nhận đánh giá rất cao.
- 2** Mặc dù do tác động của dịch bệnh và thực hiện nhiệm vụ đột xuất hỗ trợ các địa phương chống dịch COVID-19 nhưng trường đã chủ động điều chỉnh và thích ứng phương thức dạy học để hoàn thành kế hoạch năm học cơ bản đảm bảo chất lượng tuyển sinh, quá trình đào tạo, đặc biệt là ngành Y khoa và các nhiệm vụ khác;
- 3** Hoàn thành tự đánh giá CTĐT Xét nghiệm đang chuẩn bị cho đánh giá ngoài; Hoàn thành báo cáo tự đánh giá giữa kỳ chất lượng giáo dục cơ sở đào tạo. Hoàn thành xây dựng ISO (9001: 2015; 15189: 2012) trong quản lý các hoạt động của Trường, Bệnh viện
- 4** Hoàn thành dự thảo chuẩn năng lực ngành kỹ thuật hình ảnh và kỹ thuật xét nghiệm trình Bộ Y tế phê duyệt; đổi mới chuẩn đầu ra, đề cương chi tiết học phần và tài liệu dạy-học ngành Điều dưỡng được Hội đồng Bộ Y tế nghiệm thu.
- 5** Trường đang thực hiện 02 đề tài khoa học cấp nhà nước đúng tiến độ, cơ bản hoàn thành 01 đề tài cấp bộ, 23 đề tài cấp cơ sở, 10 đề tài của sinh viên. Tổ chức thành công Hội nghị KHCN liên trường - bệnh viện; công bố 41 bài báo trên các tạp chí trong nước và 06 bài báo quốc tế có uy tín. Tổ chức khóa đào tạo điều dưỡng quốc tế online cho Trường NCNJ. Labo xét nghiệm được cấp chứng nhận xét nghiệm khẳng định SARS-CoV-2.
- 6** 06 giảng viên tốt nghiệp tiến sỹ, 21 giảng viên tốt nghiệp Thạc sỹ; Bộ Y tế kiểm tra và đánh giá cao về công tác tổ chức cán bộ, công tác phòng chống cháy nổ, lãng phí; mặc dù BGH thiếu người nhưng đã khắc phục khó khăn đảm bảo được sự lãnh đạo chỉ đạo tổ chức thực hiện hoàn thành nhiệm vụ kế hoạch năm học, đã ban hành Quy chế Tổ chức & Hoạt động Trường, Quy chế Tổ chức và hoạt động của Bệnh viện Trường;
- 7** Cơ bản hoàn thành 02 dự án xây dựng khu Trung tâm Tiến lâm sàng và Khu Giáo dục thể chất và cải tạo, mở rộng khu nhà ăn - cantin. Hoàn thành quyết toán xây dựng Bệnh viện.
- 8** Trường được Thủ tướng chính phủ tặng Bằng khen và gửi lẵng hoa chúc mừng nhân 27/2, Bộ Y tế tặng Cờ thi đua; UBND tỉnh Hải Dương tặng Cờ thi đua và Bằng khen; Đảng bộ được xếp loại Đảng bộ Hoàn thành tốt nhiệm vụ được tặng Giấy khen; 05 tập thể được UBND tỉnh HD tặng Bằng khen. CĐYT Việt Nam tặng Cờ thi đua, TƯ Đoàn tặng Cờ thi đua; Bằng khen của Hội sinh viên Việt Nam; 01 cá nhân được tặng Huân chương lao động hạng 3; 02 cá nhân được Thủ tướng chính phủ tặng Bằng khen; 238 cá nhân được Bộ trưởng BYT, UBND tỉnh HD, UBND tỉnh Bắc Giang, UBND tỉnh Bình Dương và CĐYT VN tặng bằng khen; 763 sinh viên được Bộ trưởng Bộ Y tế tặng bằng khen và 275 sinh viên được UBND tỉnh Bắc Giang, UBND tỉnh Bình Dương và TP Hồ Chí Minh tặng Bằng khen...

## Trao bằng khen của UBND tỉnh Bắc Ninh cho tập thể và cá nhân Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương có thành tích xuất sắc trong hỗ trợ tỉnh Bắc Ninh phòng chống dịch Covid-19



Ngày 7/10/2021, thừa ủy quyền của Chủ tịch UBND tỉnh Bắc Ninh, đoàn công tác của tỉnh Bắc Ninh gồm TS. Tô Thị Mai Hoa – Tỉnh ủy viên, Giám đốc Sở Y tế Bắc Ninh cùng TS. Ngô Thị Xuân - Giám đốc Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh và đại diện một số phòng ban của Sở Y tế Bắc Ninh đã đến làm việc và trao bằng khen của Chủ tịch UBND tỉnh Bắc Ninh cho tập thể và cá nhân Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương có thành tích xuất sắc trong hỗ trợ tỉnh Bắc Ninh phòng chống dịch

Covid-19. Làm việc với đoàn về phía trường có TS.BS Trần Quang Cảnh – Bí thư Đảng ủy, Chủ tịch Hội đồng trường; PGS.TS Đinh Thị Diệu Hằng – Hiệu trưởng nhà trường, Trưởng khoa Xét nghiệm cùng đại diện đoàn cán bộ giảng viên và sinh viên nhà trường đã tham gia hỗ trợ tỉnh Bắc Ninh phòng chống dịch.

Phát biểu tại buổi làm việc, TS. Tô Thị Mai Hoa trân trọng cảm ơn nhà trường đã nhiệt tình hỗ trợ tỉnh Bắc Ninh phòng chống dịch Covid-19 trong thời gian qua, ghi

nhận và biểu dương tinh thần, thái độ làm việc trách nhiệm, chuyên nghiệp, kỷ luật cao của đoàn cán bộ giảng viên và sinh viên trường; đồng thời đánh giá cao sản phẩm đào tạo của nhà trường, trong thời gian tới sẽ ưu tiên tuyển dụng sinh viên của Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương cho các cơ sở y tế của Bắc Ninh.

Thay mặt nhà trường, PGS.TS Đinh Thị Diệu Hằng chúc mừng Tỉnh Bắc Ninh đã kiểm soát ngăn chặn được dịch bệnh đồng thời cảm ơn lãnh đạo Tỉnh Bắc Ninh và Sở Y tế Bắc Ninh đã hỗ trợ giúp đoàn chi viện của nhà trường hoàn thành tốt nhiệm vụ; đây là cơ hội để sinh viên thực hành tay nghề, học hỏi kinh nghiệm; hi vọng trong thời gian tới hai bên sẽ tiếp tục hợp tác trong đào tạo, bồi dưỡng và cung ứng dịch vụ y tế.

Theo đó thừa ủy quyền của Chủ tịch UBND Tỉnh Bắc Ninh, TS. Tô Thị Mai Hoa – Giám đốc Sở Y tế Hải Dương đã trao quyết định của Chủ tịch UBND Tỉnh Bắc Ninh cho tập thể nhà trường và 03 cá nhân có thành tích xuất sắc trong công tác hỗ trợ tỉnh Bắc Ninh phòng chống dịch Covid-19 trong giai đoạn vừa qua.

## Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương tổ chức Hội nghị viên chức, người lao động năm học 2021-2022

Ngày 24/9/2021, Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương đã tổ chức Hội nghị viên chức, người lao động năm học 2021-2022. Năm học 2020-2021, trước tình hình dịch bệnh Covid-19 diễn biến phức tạp, các hoạt động của nhà trường gặp nhiều khó khăn, tuy nhiên cán bộ viên chức và sinh viên nhà trường đã hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ có tính chất lịch sử về phòng, chống dịch COVID-19 do

Bộ Y tế điều động, là trường tham gia sớm nhất, chủ động nhất, ở nhiều địa phương, nhiều lĩnh vực với thời gian lâu nhất như cùng BV Bạch Mai thành lập BV dã chiến tham gia điều trị phục vụ nuôi dưỡng BN COVID-19, tổ chức cách ly y tế cho BN và người nhà BN của Bệnh viện K, tham gia hỗ trợ truy vết, lấy mẫu, xét nghiệm, phục vụ khu cách ly, tiêm chủng, chăm sóc BN COVID-19 cho tỉnh

Hải Dương, Bắc Ninh, Bắc Giang, TP Hồ Chí Minh, tỉnh Bình Dương và Hà Nội được Bộ Y tế và các địa phương ghi nhận đánh giá rất cao.

Với tinh thần đổi mới, đoàn kết, dân chủ, hội nghị đã nhất trí cao với báo cáo tổng kết, kết quả phong trào thi đua năm học 2020 – 2021 và phương hướng, nhiệm vụ, kế hoạch năm học 2021-2022. Các tham luận tại hội nghị đã đề xuất nhiều giải pháp thiết



thực góp phần thực hiện tốt các nhiệm vụ trọng tâm của năm học mới.

Phát biểu tại hội nghị, TS.BS Trần Quang Cảnh - Bí thư Đảng ủy, Chủ tịch Hội đồng trường đã biểu dương những thành tích và sự cố gắng nỗ lực của tập thể CBVC nhà trường trong năm học 2020-2021, đồng thời đề nghị trong năm học mới với nhiều khó khăn thách thức, nhà trường cần giữ vững và đảm bảo chất lượng đào tạo, nghiên cứu khoa học và khám chữa bệnh; Mở 1-2 mã ngành đào tạo

sau đại học; Tập trung ưu tiên phát triển Bệnh viện; Sẵn sàng và hoàn thành nhiệm vụ phòng, chống dịch Covid-19; Thực hiện tốt Quy chế Dân chủ, công khai, minh bạch với phương châm "Đoàn kết, Kỷ cương, Thích ứng, Chất lượng" ổn định và cải thiện đời sống cho cán bộ viên chức và sinh viên, tăng cường truyền thông thông tin về các lĩnh vực, rà soát công tác cán bộ...đề nghị mỗi cán bộ viên chức cần năng động sáng tạo, đổi mới nhận thức, tư duy, tự giác làm việc, đoàn kết, vượt khó; đổi mới quyết

tâm thực hiện thắng lợi các nhiệm vụ trọng tâm của năm học 2021 – 2022 tiếp tục khẳng định thương hiệu, vị thế của Nhà trường, Bệnh viện Trường, góp phần xây dựng "Đảng bộ hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ", "Trường tiên tiến xuất sắc" và các tổ chức đoàn thể vững mạnh, xuất sắc.

Với những nỗ lực và kết quả đạt được, trong năm học 2020-2021, nhiều tập thể và cá nhân nhà trường đã được Chính phủ, Bộ Y tế, UBND các tỉnh và các đoàn thể tặng bằng khen như: Tập thể nhà trường được Thủ tướng Chính phủ tặng bằng khen; Bộ Y tế tặng Cờ thi đua; UBND tỉnh HD tặng Cờ thi đua và Bằng khen; 05 tập thể được UBND tỉnh HD tặng Bằng khen; CĐYT Việt Nam tặng Cờ thi đua, TỰ Đoàn tặng Cờ thi đua; Bằng khen của Hội sinh viên Việt Nam; 01 cá nhân được tặng HCLĐ hạng 3; 01 cá nhân được Thủ tướng Chính phủ tặng Bằng khen; 212 cá nhân được Bộ trưởng BYT, UBND tỉnh HD, UBND tỉnh Bắc Giang, UBND tỉnh Bình Dương và CĐYT VN tặng bằng khen; 763 sinh viên được Bộ trưởng BYT và 212 sinh viên được UBND tỉnh Bắc Giang, 21 SV được UBND tỉnh Bình Dương tặng Bằng khen...

## Hội đồng Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương họp phiên thứ ba năm 2021

Ngày 16/09/2021, Hội đồng Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương đã tổ chức phiên họp lần thứ ba năm 2021 theo hình thức trực tiếp kết hợp với trực tuyến dưới sự chủ trì của TS.BS Trần Quang Cảnh – Bí thư Đảng ủy, Chủ tịch Hội đồng trường. Tham dự có PGS.TS Đinh Thị Diệu Hằng – Hiệu trưởng nhà trường; ThS.DSCKI Phạm Hữu Thanh – Phó giám đốc Sở Y tế Hải Dương; TS. Lê Lương Thịnh – Phó Giám đốc Sở KHCN Hải Dương; Tham dự trực tuyến có TS.BS Nguyễn Thế Hiến – Cục KHCN & ĐT, Bộ Y tế; Ông Phạm Văn Học – Chủ tịch Hội đồng quản trị, Tổng Giám



đốc Bệnh viện tư nhân Hùng Vương; cùng các thành viên Hội đồng trường.

Phát biểu khai mạc phiên họp, TS.BS Trần Quang Cảnh đã nhấn mạnh trong năm học 2020-2021 nhà trường đã thực hiện tốt nhiệm vụ kép, vừa đảm bảo kế hoạch đào tạo vừa chống dịch Covid-19 hiệu quả, hỗ trợ nhiều tỉnh thành trong cả nước phòng chống dịch, được Thủ tướng chính Phủ, Bộ Y tế và các cấp bộ ngành ghi nhận đánh giá cao. Theo đó Chủ tịch Hội đồng trường đã thông qua chương trình làm việc gồm tổng kết báo cáo kết quả năm học 2020-2021 và kế hoạch năm học 2021-2022; thông qua để án vị trí việc làm của Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương và công tác cán bộ.

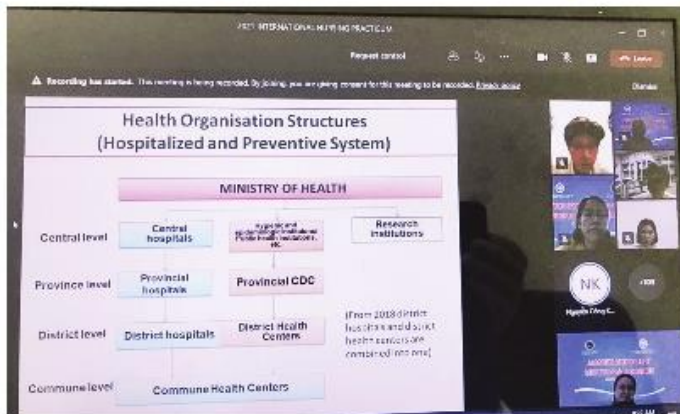
Tiếp theo, thay mặt nhà trường, PGS.TS Đinh Thị Diệu Hằng – Hiệu trưởng nhà trường đã báo cáo tổng kết năm học 2020-2021 và kế hoạch năm học 2021-2022 bao gồm những kết quả đạt được, các hạn chế tồn tại và nguyên nhân đồng thời đưa ra các giải pháp và kế hoạch thực hiện trong năm học tới. ThS. Nguyễn Thị Nga – Trưởng phòng Tổ chức cán bộ đã trình bày để án vị trí việc làm của Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương và công tác cán bộ.

Các thành viên Hội đồng đã thảo luận, nhận xét, đề xuất nhiều ý kiến về công tác đào tạo, nghiên cứu khoa học, phát triển bệnh viện... tăng cường đào tạo liên tục, đào tạo ngắn hạn, các gói dịch vụ bệnh viện nhằm nâng cao

nguồn thu cho nhà trường giúp nhà trường vượt qua giai đoạn khó khăn trong bối cảnh dịch bệnh và thích ứng trong tình hình mới; Hội đồng đã góp ý chỉnh sửa hoàn thiện báo cáo tổng kết năm học cũng như để án vị trí việc làm của Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương.

Kết luận hội nghị, TS.BS Trần Quang Cảnh – Chủ tịch Hội đồng trường trân trọng cảm ơn các ý kiến đóng góp của các thành viên Hội đồng trường; đề nghị Ban thư ký tiếp thu, chỉnh sửa, hoàn thiện các báo cáo, yêu cầu các Khoa/ Bộ môn/ đơn vị trong trường dựa trên kế hoạch tổng thể xây dựng kế hoạch hành động chi tiết, cụ thể cho đơn vị mình, góp phần thực hiện thắng lợi nhiệm vụ năm học 2021-2022.

## Tổ chức thành công khóa thực tập điều dưỡng quốc tế trực tuyến cho 100 sinh viên điều dưỡng Trường Đại học Điều dưỡng Quốc gia Nhật Bản năm 2021



Trong hai ngày 26-27/8/2021, Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương đã tổ chức khóa thực tập điều dưỡng quốc tế trực tuyến cho 100 sinh viên điều dưỡng năm cuối Trường Đại học Điều dưỡng quốc gia Nhật Bản.

Tham dự về phía trường Đại học Điều dưỡng quốc gia Nhật Bản có GS. Machiko Higuchi; các giảng viên khoa Điều dưỡng cùng 100 sinh viên điều dưỡng. Về phía Bộ Y tế và

Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương tham dự có GS.TS Nguyễn Công Khẩn – Nguyễn Cục trưởng Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo – Bộ Y tế; ThS. Phạm Đức Mục- Chủ tịch Hội điều dưỡng Việt Nam; PGS.TS Đinh Thị Diệu Hằng – Hiệu trưởng nhà trường; đại diện Phòng Quản lý đào tạo, Phòng QLKHCCN & HTQT và Khoa Điều dưỡng.

Phát biểu khai mạc khóa thực tập, PGS.TS Đinh Thị Diệu Hằng

vui mừng chào đón các giảng viên và sinh viên Trường Đại học Điều dưỡng quốc gia Nhật Bản tham dự khóa thực tập điều dưỡng quốc tế; năm nay tròn 10 năm hai trường phối hợp tổ chức; hi vọng thông qua các bài trình bày của các giáo sư và giảng viên của Bộ y tế và Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, giảng viên và sinh viên Trường Đại học Điều dưỡng Quốc gia Nhật Bản sẽ có thêm hiểu biết về Hệ thống y tế Việt Nam; đào tạo điều dưỡng tại Việt Nam; đào tạo điều dưỡng tại Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương; hiểu biết về văn hóa và con người Việt Nam...mong rằng mối quan hệ hợp tác giữa hai trường ngày càng phát triển, tiếp tục triển khai nhiều hoạt động hợp tác, trao đổi giảng viên và sinh viên quốc tế, trao đổi chương trình đào tạo, góp phần nâng cao chất lượng đào tạo, nghiên cứu khoa học và hợp tác quốc tế của hai bên.

Khóa thực tập đã kết thúc tốt đẹp, đạt mục tiêu đề ra, để lại nhiều ấn tượng cho giảng viên và sinh viên Trường Đại học Điều dưỡng quốc gia Nhật Bản.

## Trao bằng khen của Bộ trưởng Bộ Y tế cho ThS. Nguyễn Thành Hưng – Phó Hiệu trưởng Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương



**TTUT.PGS.TS Đinh Thị Diệu Hằng – Hiệu trưởng** thừa ủy quyền trao bằng khen của Bộ trưởng Bộ Y tế cho ThS. Nguyễn Thành Hưng vì có nhiều thành tích, đóng góp trong quá trình xây dựng và phát triển nhà trường

Chiều ngày 27/8/2021, Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương tổ chức trao bằng khen của Bộ trưởng Bộ Y tế cho ThS. Nguyễn Thành Hưng – Phó Hiệu trưởng Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương vì đã có nhiều thành tích, đóng góp trong quá trình xây dựng và phát triển nhà trường. Tham dự có TTUT.PGS.TS Đinh Thị Diệu Hằng – Hiệu trưởng nhà trường, các thầy cô trong Đảng ủy, Ban giám hiệu, Hội đồng trường,

đại diện cán bộ quản lý và các tổ chức đoàn thể.

Thừa ủy quyền của Bộ trưởng Bộ Y tế, TTUT.PGS.TS Đinh Thị Diệu Hằng đã trao bằng khen cho ThS. Nguyễn Thành Hưng đồng thời ghi nhận, biểu dương những đóng góp của ThS. Nguyễn Thành Hưng trong hơn 20 năm công tác tại trường; trải qua nhiều vị trí công tác, đặc biệt là Phó hiệu trưởng phụ trách lĩnh vực hành chính, đồng chí luôn phát

huy tinh thần của một đảng viên, cụ chiến binh, luôn nỗ lực cố gắng, vượt qua khó khăn, hoàn thành xuất sắc mọi nhiệm vụ; Hiệu trưởng nhà trường chúc ThS. Nguyễn Thành Hưng luôn dồi dào sức khỏe, có nhiều niềm vui trong cuộc sống, tiếp tục đóng góp cho gia đình, nhà trường và xã hội.

Xúc động trước tình cảm của Lãnh đạo và cán bộ viên chức Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, ThS. Nguyễn Thành Hưng đã gửi lời cảm ơn chân thành tới Ban lãnh đạo trường cũng như các cán bộ viên chức toàn trường đã thường xuyên động viên, quan tâm, giúp đỡ đồng chí hoàn thành nhiệm vụ trong hơn 20 năm công tác tại trường, đồng thời chúc nhà trường tiếp tục lớn mạnh và phát triển, đoàn kết, vượt khó, nhất là trong bối cảnh dịch bệnh hiện nay, góp phần vào sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Theo đó, đại diện các đơn vị trong trường đã tặng hoa và gửi lời chúc tốt đẹp tới ThS. Nguyễn Thành Hưng nhân dịp đồng chí nghỉ hưu theo chế độ từ ngày 01/9/2021.



**Đảng ủy, BGH và các đơn vị trong trường** tặng quà chia tay ThS. Nguyễn Thành Hưng nghỉ hưu theo chế độ

## Chia sẻ, động viên với sinh viên tình nguyện tham gia phòng, chống dịch COVID-19



Trong lúc đang cùng đoàn công tác hỗ trợ phòng chống dịch tại TP HCM, sinh viên Dương Thị Anh, lớp cử nhân xét nghiệm 11, Trường Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương bất ngờ nghe tin cha là ông Dương Đức Bình (SN 1975) qua đời. Do tình hình dịch COVID-19 phức tạp, nên em không thể trở Bắc Giang để nhìn mặt cha lần cuối.

Ngay sau khi nhận được thông tin, Nhà trường đã chỉ đạo lập bản thờ vọng ngay tại địa điểm đoàn ở để em chịu tang cha, đoàn công tác của Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương tại thành phố Hồ Chí Minh gồm 321 giảng viên và sinh viên do TS.BS. Trần Quang Cảnh - Chủ tịch Hội đồng Trường làm trưởng đoàn đã đến viếng, chia buồn và động viên em. Đoàn công tác của Bộ Y tế thường trực tại thành phố Hồ Chí Minh do Thứ trưởng PGS. TS. Nguyễn Trường Sơn làm trưởng đoàn cùng đại diện Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh và Trung tâm Y tế Quận Gò Vấp cũng đã đến thấp hương người quá cố, động viên, chia sẻ sự mất mát với sinh viên Dương Thị Anh.

Sáng sớm ngày 22/7/2021, Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương đã cử 2 đoàn do TTUT.PGS. TS. Đinh Thị Diệu Hằng - Hiệu

trưởng làm trưởng đoàn cùng TTND. PGS.TS Vũ Đình Chính - Nguyên Bí thư Đảng ủy, Hiệu trưởng, Chủ tịch Hội đồng trường, đại diện khoa Xét nghiệm, phòng Công tác sinh viên, phòng Quản lý đào tạo, Đoàn thanh niên Cộng sản Hồ Chí Minh, Đội Thanh niên xung kích và các em sinh viên đã đến thấp hương, hỗ trợ, chia sẻ nỗi mất mát với gia đình em Dương Thị Anh và tiễn đưa cha em về nơi an nghỉ cuối cùng tại thôn Ruồng, xã Thượng Lan, huyện Việt Yên, tỉnh Bắc Giang.

Cùng ngày, Thứ trưởng GS.TS. Trần Văn Thuấn - đại diện Bộ Y tế làm trưởng đoàn cùng đại diện Cục khoa học Công nghệ & Đào tạo,

Công đoàn Y tế Việt Nam, Hội Thầy thuốc trẻ Việt Nam, Phó chủ tịch UBND tỉnh Bắc Giang, sở Y tế Bắc Giang, Chủ tịch UBND huyện Việt Yên, Trưởng Trung cấp Y tế Bắc Giang và đại diện Sở Y tế, Công đoàn ngành y tế Hải Dương cũng đã đến viếng và chia buồn với gia đình em Dương Thị Anh. Do bận công tác nên Bộ trưởng GS.TS. Nguyễn Thanh Long đã gửi vòng hoa kính viếng cha của em tại quê nhà.

Trong lúc đau buồn, không có gì bù đắp được đối với bản thân em Dương Thị Anh và gia đình, Lãnh đạo Bộ Y tế, Nhà trường cùng các cơ quan, đơn vị đã đến chia buồn, động viên em và gia đình và luôn tự hào về em và gia đình em, trong suốt quá trình hơn 107 ngày đêm, xuyên Tết từ Hải Dương đến Bắc Giang rồi thành phố Hồ Chí Minh gia đình luôn tiếp sức cho em, ngay cả khi cha em lúc còn sống hàng ngày động viên em cố gắng nỗ lực. Nghẹn ngào trong nước mắt, mẹ em bày tỏ sự xúc động và nói "trong lúc dịch còn nhiều, gia đình sẽ lo chu đáo cho bố cháu và động viên cháu nên đau thương tiếp tục cùng đoàn tình nguyện của trường ở lại hoàn thành nhiệm vụ chống dịch trở về thấp hương cho bố sau".

Nhân dịp này, Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương đã hỗ trợ 10.000.000 đồng và Hội Thầy thuốc trẻ Việt Nam cũng hỗ trợ 10.000.000 đồng cho gia đình sinh viên Dương Thị Anh.



**Đoàn công tác do Thứ trưởng Bộ y tế Nguyễn Trường Sơn đến chia buồn với em Dương Thị Anh tại TP. Hồ Chí Minh**

## Hơn 300 sinh viên Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương tình nguyện vào TP Hồ Chí Minh chống dịch



Tối 30/6, Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương tổ chức lễ xuất quân, động viên hơn 300 sinh viên và chín cán bộ, giảng viên nhà trường tình nguyện vào TP Hồ Chí Minh chống dịch Covid-19.

Phát biểu tại lễ xuất quân, Hiệu trưởng nhà trường, Tiến sĩ Đinh Thị Diệu Hằng xúc động cho biết, ngay từ đầu năm 2021, khi dịch bệnh bùng nổ tại Hải Dương, giảng viên và sinh viên nhà trường đã chủ động, tích cực tham gia điều tra truy vết; tổ chức tập huấn các kỹ

thuật xét nghiệm SARS-CoV-2 cho hàng trăm sinh viên và đã góp phần chung tay cùng với đội ngũ cán bộ y tế ở các bệnh viện Trung ương, các tỉnh đẩy lùi dịch Covid-19 ở các tỉnh Hải Dương, Bắc Giang, Bắc Ninh.

Mặc dù, nhiều sinh viên vừa mới trở về sau gần 40 ngày tình nguyện chống dịch ở hai tỉnh Bắc Ninh, Bắc Giang, song do tình hình dịch bệnh diễn biến phức tạp, ngay trong chiều nay, 30/6, hưởng ứng lời kêu gọi của ngành y tế hơn 300 sinh viên đã tình nguyện lên đường chi viện TP Hồ

Chí Minh chống dịch.

Với tinh thần xung kích, tình nguyện "đầu cần thanh niên có, đầu khó có thanh niên", sinh viên Trường đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương đã tiếp tục phát huy truyền thống của nhà trường và nỗ lực cố gắng hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ được giao. Đây cũng là cơ hội quý để sinh viên học tập rèn luyện trở thành những cán bộ y tế giỏi về chuyên môn và có tấm lòng nhân ái rộng lớn, sẵn sàng hy sinh vì sức khỏe của cộng đồng và sự bình yên của xã hội.

## Tiêm vắc xin phòng Covid-19 cho sinh viên tình nguyện tham gia chống dịch tại Thành phố Hồ Chí Minh

Trước tình hình dịch bệnh Covid-19 diễn biến phức tạp tại nhiều tỉnh thành trên cả nước trong đó Thành phố Hồ Chí Minh đã có hơn 3000 ca mắc, trở thành điểm nóng về Covid-19, để chuẩn bị lực lượng sẵn sàng hỗ trợ TP Hồ Chí Minh phòng chống dịch khi cần thiết, thực hiện công văn số 5145/ BYT-DP của Bộ Y tế, trong hai ngày 27-28/6/2021, Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương đã phối hợp với Trung tâm Y tế Thành phố Hải Dương tổ chức tiêm vắc xin phòng Covid-19 cho gần 700 sinh viên tình nguyện tham gia chống dịch. Sau khi tiêm phòng, sức khỏe của sinh viên hiện đang ổn định bình thường.





## Đoàn công tác Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương hoàn thành hỗ trợ Bắc Giang PCD Covid-19



Tối 24/6, đồng chí Phan Thế Tuấn, Phó Chủ tịch UBND tỉnh Bắc Giang cùng đại diện lãnh đạo Văn phòng UBND tỉnh, Sở Y tế gặp mặt, chia tay đoàn công tác Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương hoàn thành nhiệm vụ hỗ trợ tỉnh phòng, chống dịch (PCD) Covid-19.

Khi dịch Covid-19 diễn biến hết sức phức tạp, đoàn công tác của Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương đã tình nguyện lên đường giúp tỉnh Bắc Giang dập dịch. Đoàn gồm 3 giảng viên và 212 sinh viên các chuyên khoa: Xét nghiệm, Y da khoa, Điều dưỡng.

Trong 39 ngày ở tâm tỉnh Bắc Giang (trong đó có 36 ngày ở huyện

Việt Yên, 3 ngày ở huyện Lục Ngạn), các thành viên trong đoàn đã làm việc ngày đêm, trong điều kiện thời tiết vô cùng khắc nghiệt, lấy mẫu xét nghiệm PCR, làm test nhanh kháng nguyên cho người dân ở các khu phong tỏa, cách ly y tế, cách ly tập trung và cộng đồng để tầm soát nguy cơ. Đoàn đã lấy mẫu xét nghiệm cho gần 280 nghìn lượt người.

Ghi nhận đóng góp tích cực của đoàn, ngày 16/6, Thủ tướng Chính phủ tặng Bằng khen cho tập thể Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương và cá nhân giảng viên Nguyễn Đình Hoàn, Trưởng đoàn vì có thành tích xuất sắc, trực tiếp tham gia PCD

Covid-19, góp phần ngăn chặn, kiểm soát và đẩy lùi dịch bệnh trên địa bàn tỉnh Bắc Giang.

Thay mặt lãnh đạo và nhân dân tỉnh Bắc Giang, đồng chí Phan Thế Tuấn gửi lời cảm ơn sâu sắc nhất tới các giáo viên, sinh viên tình nguyện của Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương. Đồng chí bày tỏ sự cảm thông, sẻ chia với những khó khăn, cường độ làm việc vất vả và của các tình nguyện viên trong thời gian chung sức cùng tỉnh Bắc Giang chống dịch. Đồng chí chúc các giáo viên, sinh viên nhà trường luôn dồi dào sức khỏe, đạt thành tích cao trong hoạt động nghiên cứu, giảng dạy và học tập. Đại diện đoàn tình nguyện Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương gửi lời cảm ơn các đồng chí lãnh đạo tỉnh, các ban, ngành, đoàn thể, đơn vị, doanh nghiệp và nhân dân Bắc Giang đã luôn dành tình cảm đặc biệt, quan tâm chu đáo, động viên kịp thời để đoàn hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ.

Nhân dịp này, đồng chí Phan Thế Tuấn trao Bằng khen của Chủ tịch UBND tỉnh cho 214 giảng viên, sinh viên Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương vì có đóng góp tích cực trong công tác PCD Covid-19 trên địa bàn tỉnh Bắc Giang.

## Bệnh viện K, BV Trường ĐH Kỹ thuật y tế Hải Dương hợp tác phòng, chống ung thư

Ngày 28/6, tại thành phố Hải Dương, Bệnh viện K và Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương đã ký kết thỏa thuận hợp tác trong phòng, chống ung thư; tuyên truyền nâng cao nhận thức của người dân về dự phòng, sàng lọc phát hiện sớm, khám, chữa bệnh ung thư; chia sẻ kinh nghiệm chuyên môn, đào tạo giữa hai đơn vị.

Cụ thể, 2 bệnh viện sẽ phối hợp tổ chức khám sàng lọc phát hiện sớm ung thư; tổ chức đơn vị chăm sóc giảm nhẹ, phẫu thuật chuyên ngành ung thư tại Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương và



hợp tác trong đào tạo, chuyển giao công nghệ.

Phát biểu tại buổi lễ, Thứ trưởng Bộ Y tế Trần Văn Thuấn đề nghị Bệnh viện K có trách nhiệm trong việc hỗ trợ chuyên môn, kỹ thuật, đào tạo nhân lực y tế chuyên ngành ung bướu cho không chỉ Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương mà còn cho các đơn vị y tế của tỉnh Hải Dương khi có nhu cầu. Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương phối hợp với Bệnh viện K để có phương án thực hiện các

chuyển giao kỹ thuật; chuẩn bị và đề xuất nhân lực, các điều kiện cần thiết khác cho việc thực hiện chuyển giao để hợp tác mang lại hiệu quả tốt nhất phục vụ khám, chữa bệnh cho người dân.

Thứ trưởng Trần Văn Thuấn cũng đề nghị Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế chỉ đạo, hướng dẫn 2 bệnh viện thực hiện các nhiệm vụ theo đúng quy định, tạo cơ chế thông thoáng cho hai bệnh viện thực hiện chuyển giao kỹ thuật và các chuyên môn nghiệp vụ khác. Tổ công tác hỗ

trợ Bệnh viện K phòng, chống dịch COVID-19 tiếp tục tư vấn, hỗ trợ cho Bệnh viện K cũng như Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương trong phòng, chống dịch để hoạt động khám, chữa bệnh được thông suốt, an toàn.

Cũng tại lễ ký kết, Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương đã bàn giao 56 người bệnh và người nhà bệnh nhân cuối cùng được Bệnh viện K chuyển về cách ly tế và điều trị để phòng, chống dịch COVID-19.

## Công đoàn y tế Việt Nam thăm, tặng quà hỗ trợ cho cán bộ y tế và sinh viên Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương tuyến đầu chống dịch



Chiều ngày 11/6/2021, đoàn công tác của Công đoàn Y tế Việt Nam do đồng chí Vũ Tiến Dũng – Phó Chủ tịch Công đoàn y tế Việt Nam làm trưởng đoàn đã đến thăm, động viên, tặng quà hỗ trợ cho đoàn viên công đoàn Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương tham gia phòng chống Covid-19. Tham dự buổi làm việc có ThS. Nguyễn Thành Hưng – Phó hiệu trưởng nhà trường; TS. Phạm Thị Cẩm Hưng – Chủ tịch Công đoàn; các đồng chí trong BCH Công đoàn trường và các thầy thuốc, y bác sĩ đại diện các tổ công đoàn.

Tại buổi làm việc, TS. Phạm Thị Cẩm Hưng đã báo cáo tóm tắt kết quả công tác phòng chống dịch bệnh của trường, đặc biệt trong giai đoạn Bệnh viện trường được trưng dụng

làm bệnh viện dã chiến điều trị bệnh nhân Covid-19 dịp Tết nguyên đán vừa qua; nhà trường đã tổ chức tập huấn về phòng chống dịch cho toàn thể giảng viên và sinh viên trường; hàng trăm sinh viên đã tình nguyện tham gia truy vết, khoanh vùng, lấy mẫu xét nghiệm cho tỉnh Hải Dương; tham gia công tác kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện dã chiến; ngoài ra, từ ngày 16/5/2021 đến nay 272 giảng viên và sinh viên trường vẫn đang hỗ trợ chi viện cho tỉnh Bắc Ninh và Bắc Giang phòng chống dịch; bệnh viện trường hỗ trợ Bệnh viện K tiếp nhận gần 400 bệnh nhân đến cách ly và điều trị; 140 giảng viên và sinh viên đang hỗ trợ tỉnh Hải Dương phòng chống dịch lần thứ 3...

Thay mặt đoàn công tác, đồng chí

Vũ Tiến Dũng – Phó Chủ tịch Công đoàn y tế Việt Nam ghi nhận, biểu dương và đánh giá cao sự chủ động, tinh thần trách nhiệm, sự quyết tâm, không ngại khó, ngại khổ của Tập thể lãnh đạo, đoàn viên công đoàn, các thầy thuốc y bác sĩ và sinh viên của trường trong công tác phòng chống dịch bệnh Covid-19, chúc nhà trường tiếp tục gặt hái nhiều thành công trong công tác đào tạo nguồn nhân lực y tế cho cả nước cũng như sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Ghi nhận những nỗ lực cố gắng của nhiều đoàn viên công đoàn nhà trường trong phòng chống Covid-19, Công đoàn y tế Việt Nam đã trao bằng khen cho tập thể Khoa Xét nghiệm – Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương; 26 cá nhân của trường có thành tích xuất sắc trong phòng chống Covid-19 và 02 cá nhân đạt danh hiệu CCCVCLĐ giỏi ngành y tế. Đồng thời, Công đoàn y tế đã ủng hộ 50 triệu đồng và 2 thùng khẩu trang cho cán bộ y tế Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương tuyến đầu chống dịch.

Thay mặt lãnh đạo trường, ThS. Nguyễn Thành Hưng – Phó hiệu trưởng trân trọng cảm ơn những tình cảm, sự động viên kịp thời của Công đoàn y tế Việt Nam đối với cán bộ y tế và sinh viên tình nguyện nhà trường trong nhiều đợt dịch bệnh bùng phát tại Hải Dương vừa qua; đồng thời đề nghị trong thời gian nhà trường tiếp tục nhận được sự quan tâm, giúp đỡ của Công đoàn y tế Việt Nam.

# TĂNG CƯỜNG ĐOÀN KẾT, SIẾT CHẶT KỶ CƯƠNG TRONG ĐÀO TẠO, PHỤC VỤ ĐÀO TẠO VÀ KHÁM CHỮA BỆNH TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG

**ThS. NGUYỄN THỊ ANGA**  
*Trưởng phòng Tổ chức cán bộ*  
*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương*

Chủ tịch Hồ Chí Minh, lãnh tụ thiên tài của cách mạng Việt Nam, Người có tới trên 400 bài nói và bài viết về đoàn kết như: “Đoàn kết làm ra sức mạnh”; “Đoàn kết là sức mạnh của chúng ta”; “Đoàn kết là thắng lợi”; “Đoàn kết là sức mạnh, là then chốt của thành công”; và “Đoàn kết, đoàn kết, đại đoàn kết. Thành công, thành công, đại thành công”. Đặc biệt trong di chúc Bác đã căn dặn: “Các đồng chí từ Trung ương đến các chi bộ cần phải giữ gìn sự đoàn kết nhất trí của Đảng như giữ gìn con ngươi của mắt mình”.

Với truyền thống hơn 60 năm hình thành và phát triển của Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, ở mỗi giai đoạn khác nhau, tinh thần đoàn kết và kỷ cương của tập thể cán bộ viên chức, người lao động Nhà trường luôn là nguồn sức mạnh và sự kết nối keo sơn tạo nên động lực mạnh mẽ đưa Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương vượt qua những khó khăn thách thức đặc biệt trong tình hình dịch bệnh COVID-19 để hoàn thành tốt nhiệm vụ đào tạo, nghiên cứu khoa học và khám chữa bệnh. Đội ngũ cán bộ viên chức, người lao động Nhà trường luôn tự hào với truyền thống của nhà trường, trong đó tinh thần đoàn kết và kỷ cương là một trong những giá trị cao đẹp đã được lớp lớp các thế hệ đi trước để lại, xây dựng giữ gìn và phát huy trong suốt chặng đường hơn 60 năm qua.

Tuy nhiên, hiện nay vẫn còn một số ít đơn vị việc đoàn kết còn chưa tốt, còn tình trạng bằng mặt không bằng lòng. Một số viên chức, người lao động của Trường ý thức, trách nhiệm chưa cao, còn vi phạm kỷ luật, kỷ cương hành chính như đi muộn, về sớm, giải quyết việc riêng trong giờ hành chính; làm việc hình thức, đối phó, né tránh trách nhiệm; giao tiếp, ứng xử còn để người bệnh, người nhà người bệnh bức xúc, còn để sinh viên có ý kiến, tỷ lệ sinh viên vi phạm trong thi, kiểm tra còn cao, tỷ lệ sinh viên tốt nghiệp đúng hạn còn thấp (dưới 65%), còn tình trạng SV vi phạm bị kỷ luật.

Năm học 2021-2022 là năm học diễn ra trong tình hình dịch bệnh COVID-19 diễn biến phức tạp, khó lường. Để tăng cường đoàn kết, siết chặt kỷ cương trong đào tạo, phục vụ đào tạo và khám chữa bệnh chúng tôi đề xuất một số giải pháp sau:

1. Tiếp tục gìn giữ, khơi dậy và phát huy cao độ tinh thần đoàn kết trong tập thể viên chức, người lao động và sinh viên toàn trường, đây chính là nguồn sức mạnh để chúng ta vượt qua mọi khó khăn thách thức tinh thần đoàn kết ấy thể hiện trước hết ở sự gắn gũi, quan tâm, yêu thương, sẻ chia và giúp đỡ nhau cùng vượt qua những khó khăn, thách thức trong công việc cũng như trong cuộc sống của mỗi người, sẵn sàng trao đổi thẳng thắn trên tinh thần cảm thông, quy mền của tinh đồng chí, đồng nghiệp để cùng nhau làm rõ và

đạt được sự thấu hiểu, đồng thuận, đi đến thống nhất các vấn đề còn vướng mắc trong công tác quản lý, điều hành và thực hiện quyền lợi của viên chức, người lao động. Nhà trường chính là ngôi nhà thứ hai của mỗi chúng ta ngồi đây. Do vậy bản thân mỗi chúng ta phải có trách nhiệm bảo vệ và phát huy thành quả mà các thế hệ trước đã dày công vun đắp.

2. Tiếp tục phổ biến, quán triệt các quy định, quy chế của nhà trường đến tất cả viên chức, người lao động và sinh viên để tổ chức thực hiện hiệu quả, rà soát, điều chỉnh, bổ sung, cụ thể hóa các quy chế, quy định, chuẩn mực đạo đức để quản lý, nhận xét, đánh giá ý thức chấp hành, kết quả thực hiện nhiệm vụ của viên chức, người lao động và sinh viên một cách minh bạch và khách quan;

3. Người đứng đầu các đơn vị cần gương mẫu đi đầu trong thực hiện nhiệm vụ, có đạo đức trong sáng, lối sống lành mạnh, giao tiếp, ứng xử đúng mực trong Nhà trường, nơi cư trú; luôn biết tự trọng và quý trọng danh dự. Chỉ đạo, điều hành công việc theo quy chế, quy định; Phân công nhiệm vụ rõ ràng và thường xuyên đôn đốc, kiểm tra, giám sát việc thực hiện của viên chức, người lao động; thực sự là hạt nhân xây dựng, giữ gìn mối đoàn kết, quy tụ, phát huy trí tuệ tập thể, cầu thị, lắng nghe ý kiến, nhất là các ý kiến góp ý phản biện và dư luận xã hội. Khi có khuyết điểm phải thẳng thắn nhận và tập trung khắc phục; luôn yêu thương, sẻ chia, giúp đỡ viên chức, người lao động. Chịu trách nhiệm toàn diện về thực hiện nhiệm vụ của đơn vị. Chịu trách nhiệm liên đới nếu để viên chức, người lao động thuộc quyền quản lý vi phạm kỷ luật, kỷ cương và các quy định pháp luật.

4. Nhà Trường cần thường xuyên kiểm tra, giám sát việc thực hiện kỷ luật, kỷ cương kịp thời phát hiện, xử lý kiên quyết, nghiêm minh các cá nhân, đơn vị vi phạm; khen thưởng, biểu dương, động viên kịp thời những gương điển hình, tiêu biểu. Đẩy mạnh phân cấp, phân quyền, gắn với kiểm tra, giám sát; xử lý công việc đúng thẩm quyền, không bao biện, làm thay nhưng không né tránh, đùn đẩy trách nhiệm.

5. Tiếp tục đổi mới phương thức lãnh đạo, chỉ đạo, điều hành của cấp ủy Trường, đảm bảo thực hiện nghiêm túc nguyên tắc: Tập trung dân chủ; tập thể lãnh đạo, cá nhân phụ trách; tự phê bình và phê bình; đoàn kết thống nhất; bảo đảm Đảng lãnh đạo toàn diện nhưng không bao biện làm thay, tạo điều kiện cho chính quyền chủ động, linh hoạt thực hiện chức năng, quyền hạn theo quy định, đồng thời tránh buông lỏng, thiếu trách nhiệm trong lãnh đạo, chỉ đạo; phát huy hiệu quả vai trò chỉ đạo, giám sát của Đảng ủy, Hội đồng trường, Ban thanh tra nhân dân và của viên chức, người lao động.

# THÍCH ỨNG VÀ ĐẢM BẢO CHẤT LƯỢNG ĐÀO TẠO TRONG TÌNH HÌNH MỚI TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG

**TS. LÊ ĐỨC THUẬN**

*Trưởng phòng Quản lý đào tạo  
Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương*

Năm học 2020 – 2021 vừa qua tình hình dịch bệnh nặng nề hơn so với năm 2019, mặc dù vậy, nhà trường tiếp tục tổ chức triển khai công tác đào tạo trong điều kiện hết sức khó khăn nhưng vẫn đảm bảo tiến độ và chất lượng đào tạo. Bên cạnh nhiệm vụ đào tạo, Trường ĐH Kỹ thuật Y tế Hải Dương đã ứng phó tốt và chủ động tích cực cùng với tỉnh Hải Dương, ngành Y tế tỉnh Hải Dương, Bộ Y tế và một số địa phương thực hiện các biện pháp phòng chống dịch được các cấp Bộ ngành ghi nhận đánh giá cao.

Qua các phương tiện thông tin đại chúng, có thể thấy tình hình thực tế diễn biến dịch bệnh Covid 19 sẽ còn tiềm ẩn nhiều diễn biến phức tạp, khó lường. Tuy nhiên, không thể vì những nguy cơ diễn biến khó lường của dịch bệnh mà không tích cực khẩn trương thực hiện nhiệm vụ chính của Nhà trường là Đào tạo, NCKH và KCB. Trước tình hình đó, nhà trường cần tiếp tục phục hồi khẩn để triển khai giảng dạy, không những phải hoàn thành việc giảng dạy đúng tiến độ mà còn cần phải giảng dạy tốt, đáp ứng yêu cầu đổi mới và bảo đảm chất lượng giáo dục, đào tạo. Do vậy, chúng tôi đề xuất với nhà trường một số giải pháp sau:

## **1. Chủ động xây dựng và triển khai kế hoạch năm học 2021 – 2022 linh hoạt.**

Trong quá trình triển khai công tác đào tạo năm học 2020 – 2021, thực tế cho thấy, khi dịch xảy ra, sinh viên đang đi thực tế tốt nghiệp tại các BV tuyến Trung ương, sinh viên đang đi thực tập tại các BV tỉnh, chuyên khoa, trung tâm Y tế đều phải dừng thực tập, thực tế trong khi đối với ngành Y, thực tập lâm sàng là nội dung hết sức quan trọng

- Tận dụng tối đa thời gian tổ chức giảng dạy trực tiếp khi dịch được kiểm soát, trong đó ưu tiên tổ chức học lâm sàng tại Bệnh viện, TT Y tế; phòng khi dịch diễn biến phức tạp thì chuyển sang dạy học trực tuyến là lựa chọn thích ứng phù hợp trong bối cảnh đó.

- Chuẩn bị sẵn sàng nhiều phương án, kế hoạch học tập, nhất là học Thực tập Lâm sàng, Thực tế Tốt nghiệp.

+ Khi có thể tổ chức học Lâm sàng cho SV: Ưu tiên cho sinh viên học LS, thậm chí cả Sáng – Chiều từ thứ 2 – thứ 7, Chủ nhật trực. Đồng thời, đối với SV chưa đi LS, sẽ tổ chức học trực tiếp trên lớp, ưu tiên học phần chuyên ngành, có thực hành; Các học phần khác giảng dạy sau phòng khi ảnh hưởng dịch bệnh sẽ tổ chức giảng dạy online.

+ Đối với thực tập lâm sàng: Ưu tiên tổ chức học tập lâm sàng tại các BV, TT YT truyền thống nhưng Phòng

QLĐT và Khoa/BM có sinh viên phối hợp cùng nhau, chủ động tìm hiểu thông tin về cơ sở vật chất, đội ngũ cán bộ y tế để căn cứ vào mục tiêu học phần và khả năng của các BV, TTYT tuyến huyện cũng có thể phải thay đổi địa điểm học TT LS khi cần.

+ Đối với học phần TT Tốt nghiệp: Coi trọng việc tổ chức học tập học phần TTTN tại các BV tuyến TƯ, BV lớn là các BV truyền thống Nhà trường gửi SV đến học. Tuy nhiên, trường hợp dịch bệnh cũng phải sẵn sàng điều chỉnh địa điểm thực tập tốt nghiệp tại các BV tuyến tỉnh và TTYT khác. Để thực hiện được, phòng QLĐT cùng khoa/BM phải nhanh chóng tìm hiểu, kết nối để sẵn sàng gửi SV đến các BV, TTYT đó nếu như đảm bảo đủ các điều kiện theo Nghị định 111/2017 về tổ chức đào tạo thực hành khối ngành sức khỏe.

+ Trường hợp dịch bệnh phức tạp, có xu hướng trên diện rộng, Nhà trường không thể tổ chức học TTLS, TTTN cho sinh viên: Khoa/BM và TT huấn luyện Kỹ năng lâm sàng phải xây dựng các tình huống giả định. Để sẵn sàng cho tình huống này, ngay từ đầu năm học 2021 – 2022, các đơn vị phải bắt tay ngay vào chuẩn bị về nhân lực, cơ sở vật chất.

## **2. Đẩy mạnh chuyển đổi số trong giáo dục và đào tạo, gắn với đổi mới công tác quản lý, đổi mới phương pháp dạy và học**

Tuy năm học 2020- 2021 có một số học phần triển khai giảng dạy trực tuyến nhưng thực chất chỉ là giảng bài qua các ứng dụng Zoom, Microsoft Teams,...tuy nhiên thực chất chưa có các hệ thống hỗ trợ giảng dạy trực tuyến như LMS (Hệ thống quản lý học tập - Learning Management System), là ứng dụng được dùng để lưu trữ và quản trị nội dung bài học online. Hệ thống sẽ theo dõi và cập nhật các hoạt động học tập của học viên đồng thời LMS hướng đến quản lý tổng thể các hoạt động của một chương trình đào tạo: Xây dựng nền tảng dạy và học trực tuyến, hệ thống bài giảng chuẩn hóa, xây dựng kho học liệu điện tử tạo môi trường tương tác, tăng tính thích ứng và trải nghiệm đối với người học cũng như tăng cường khả năng tự học cho sinh viên.

Vì không những chỉ có đợt dịch bệnh do Covid 19 mà còn có thể có nhưng đợt dịch bệnh khác. Dịch bệnh Covid 19 vừa qua cũng là cơ hội để Nhà trường, các GV Nhà trường cũng phải thực hiện chuyển đổi số để kịp thời ứng phó trong công tác đào tạo. Do vậy, rất cần sự hỗ trợ và tư vấn của các bạn Công nghệ thông tin xây dựng hệ thống giảng dạy trực tuyến, quy củ, chuyên nghiệp để đổi mới, đẩy mạnh ứng dụng công nghệ

thông tin, cải thiện cơ sở vật chất, thiết bị dạy học; thay đổi, điều chỉnh các hoạt động dạy học, tổ chức dạy học trực tuyến góp phần phát triển năng lực sử dụng công nghệ thông tin và truyền thông trong dạy - học tạo điều kiện để sinh viên được học ở mọi nơi, mọi lúc và bảo đảm công tác phòng, chống dịch, thích ứng với tình hình của dịch COVID-19; đồng thời thực hiện tốt phương châm “tạm dừng đến trường, không dừng học” đáp ứng mục tiêu chương trình, kế hoạch công tác của năm học.

**3. Đổi mới phương pháp, hình thức dạy học:** Cần thực sự được chú trọng; tiến tới giảm/bỏ quản lý, tổ chức dạy học theo phương pháp truyền thống, nặng về truyền thụ kiến thức một chiều.

Phải thay đổi phương thức và cập nhật nội dung đào tạo, tổ chức các hoạt động học tập cho sinh viên và vận dụng kiến thức đã học vào giải quyết các tình huống trong thực tiễn lâm sàng. Tăng cường giao nhiệm vụ cho sinh viên tự nghiên cứu sách giáo trình và tài liệu tham khảo, xem video để tiếp nhận và vận dụng kiến thức trả lời các câu hỏi, bài tập được giao thực hiện ở nhà hoặc qua mạng; tổ chức để sinh viên báo cáo, thuyết trình, thảo luận, luyện tập, thực hành, kết quả tự học của mình.

#### 4. Nâng cao hiệu quả hợp tác quốc tế trong giáo dục, đào tạo.

Hợp tác quốc tế về đào tạo là giải pháp cần thiết, điều kiện thuận lợi để đào tạo ra đội ngũ cán bộ có đủ trình độ, năng lực làm việc trong môi trường quốc tế cũng như vận dụng tri thức, kiến thức về khoa học hiện đại.

#### 5. Tăng cường đào tạo lại, đào tạo liên tục, ngắn hạn, cấp chứng chỉ

Nhu cầu đào tạo liên tục của cán bộ y tế trong cả nước là rất lớn, để xây hệ thống đào tạo y khoa liên tục phù hợp, các đơn vị trong Nhà trường, cả Khoa/BM, Trung tâm và BV Trường cần xây dựng chương trình đào tạo liên tục phong phú hơn về hình thức, nội dung và mức độ, đặc biệt là đáp ứng nhu cầu học tập cho cán bộ y tế ở các khu vực đào tạo y khoa. Những CTĐT liên tục, cập nhật/ cấp chứng chỉ nào Trường chưa tổ chức được thì cần làm việc, phối hợp với các BV lớn, Hội nghề nghiệp để tổ chức các khóa đào tạo nhằm cung cấp, đáp ứng nhu cầu người học và các tổ chức sử dụng lao động, nhằm gia tăng vị thế của Nhà trường, đồng thời tăng thu để chi phí cho GV, và sử dụng để XD, hoàn thiện chương trình, tăng cường cơ sở vật chất để tổ chức đào tạo tốt hơn.

## TẬP TRUNG PHÁT TRIỂN BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG ĐẢM BẢO AN TOÀN VÀ HIỆU QUẢ

TS. NGUYỄN ĐÌNH DŨNG

Trưởng Khoa Nội

Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Phát triển Bệnh viện là một trong những nhiệm vụ trọng tâm của Nhà trường được thể hiện trong nghị quyết của Đảng ủy, Hội đồng Trường và nhiệm vụ mục tiêu năm học 2021 – 2022.

Năm học 2020 – 2021, bệnh viện đã có những thành tích xuất sắc, đặc biệt trong lĩnh vực phòng chống dịch COVID -19, điều này đã được lãnh đạo Trường, Bộ Y tế và nhiều địa phương ghi nhận. Tuy nhiên, một thực tế là chúng ta chưa hoàn thành được mục tiêu, nhiệm vụ phát triển Bệnh viện đã đề ra: cụ thể chưa triển khai thêm được một chuyên khoa nào hoạt động, không triển khai được kỹ thuật mới, nguồn thu của bệnh viện không đạt theo kế hoạch, giảm gần 50%; chưa thực hiện hạch toán chi phí BV; giảm đầu mối khám sức khỏe, giảm kinh phí BHYT. Bệnh viện còn mối nguy cơ về mất an toàn BV, thái độ phục vụ, kỹ năng giao tiếp, ứng xử của NVYT chưa tốt còn để người bệnh bức xúc; Bệnh viện chưa hoàn thành Kế hoạch chi tiết triển khai hoạt động bệnh viện, mở rộng liên kết, hợp tác để phát triển kỹ thuật.

Vậy nhiệm vụ trọng tâm cụ thể của năm học 2021 –

2022 trong phát triển Bệnh viện là gì? Để tập trung phát triển Bệnh viện đảm bảo an toàn và hiệu quả chúng tôi đề xuất một số giải pháp sau:

Tự chủ Bệnh viện, phát triển Bệnh viện theo hướng đa khoa, chuyên khoa hẹp có kỹ thuật cao trên cơ sở phát huy các điểm mạnh vốn có của Nhà trường, hợp tác, liên kết chuyển giao kỹ thuật với các cơ sở y tế khác cả ở Trung ương và cơ sở đã được lãnh đạo Nhà trường định hướng chỉ đạo. Hợp tác với bệnh viện K trung ương, Bạch Mai.

Chúng ta cũng đã có một minh chứng rõ nét là chúng ta hoàn toàn có thể xây dựng và phát triển Bệnh viện! Đó là: 20h ngày 27/1/2021; (Thời gian ngắn, Khó khăn, Thiếu thốn cơ sở vật chất, con người chưa kịp tập huấn xong...)15h 28/1/2021 chúng ta bắt đầu thu dung bệnh nhân điều trị bệnh nhân COVID – 19. Trong khoảng 2 ngày chúng ta sắp xếp khu Hồi sức tích cực với 25 giường bệnh – triển khai các kỹ thuật chuyên sâu như thông khí nhân tạo xâm nhập, lọc máu liên tục, theo dõi huyết động xâm lấn...để điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn, ARDS,

suy đa tạng; sau đó cũng trong khoảng thời gian ngắn phòng mổ được triển khai có thể tiếp nhận bệnh nhân phẫu thuật, xây dựng quy mô bệnh viện 600 giường và thực tế chúng ta thu dung điều trị gần 400 bệnh nhân, với hơn 10 BN nặng, nguy kịch. Bệnh viện khi đó là điểm sáng trong toàn quốc về triển khai bệnh viện dã chiến điều trị COVID – 19.

Để phát triển bệnh viện, trước nhất chúng ta duy trì, phát huy những điểm mạnh vốn có: Trung tâm nội soi tiêu hoá (số lượng bệnh nhân luôn ổn định ở mức cao, khám sức khoẻ của ngân hàng 100% yêu cầu nội soi tiêu hoá; cơ xương khớp – đã triển khai khám 6 ngày/ tuần nhưng từ khi bệnh viện mở cửa trở lại luôn ở mức cao 20-30 BN/ ngày; xét nghiệm – Sars Cov2 từ khi triển khai các đồng chí rất nhiều việc để làm, nguồn thu ổn định)

Thứ 2, bệnh viện cần đưa khối ngoại vào hoạt động; thực tế không phải một nhiệm vụ mà ít việc, ở đây chúng ta có rất nhiều nhiệm vụ cụ thể, chi tiết mà nhiều đơn vị phải phối hợp thực hiện quyết liệt thì mới hoàn thành được. Cụ thể, trên cơ sở Quy chế tổ chức và hoạt động bệnh viện, để án vị trí việc làm bệnh viện đã được Hội đồng trường thông qua chúng ta ngay lập tức phải bắt tay vào việc cụ thể. Trước hết là khoa Ngoại, Tai mũi họng, gây mê hồi sức phải xác định sẽ triển khai loại phẫu thuật nào tại BV, phẫu thuật nào chúng ta đã làm chủ, phẫu thuật nào phải mới hỗ trợ trên cơ sở đó chúng ta cần rà soát cơ sở vật chất, TTB (đã đảm bảo – mua sắm bổ sung, kinh phí...), nhân lực đã đảm bảo (tuyển dụng, đào tạo, thuê mời bác sỹ, điều dưỡng...); phối hợp với Phòng Kế hoạch tổng hợp xây dựng và đề xuất sở Y tế, Bộ Y tế, Bảo hiểm Y tế Hải Dương thẩm định danh mục kỹ thuật; phối hợp TCKT xây dựng định mức thu chi... Tất cả các nhiệm vụ chi tiết từ đưa đón người bệnh, khám, duyệt mổ...vv, các danh mục kỹ thuật phải hoàn thiện quy trình, protocol thực hiện trình Hội đồng chuyên môn thẩm định, ban hành thực hiện. Phải xây dựng kế hoạch ứng phó với các tình huống khi có sự cố y khoa (phẫu thuật khó, gây mê khó, tai biến...); Thực tế khi xây dựng và triển khai khoa Nội tổng hợp (chắc chắn đẻ và ít phát sinh hơn khoa Ngoại) bệnh viện đã phải dự trù, tính toán hợp lý (học hỏi, tham khảo) từ những chi tiết rất nhỏ; từng cái kim, sợi chỉ... thực tế chúng ta chưa trực tiếp và chịu trách nhiệm trong triển khai thực hiện. Đồng thời, phải triển khai khoa HSCC với các kỹ thuật chuyên ngành hồi sức đảm bảo điều trị bệnh nhân nặng, bởi như tất cả chúng ta đã biết khoa HSCC đóng vai trò vô cùng quan trọng trong đảm bảo an toàn bệnh viện và giải quyết tai biến y khoa. Triển khai phẫu thuật tại bệnh viện, điều trị bệnh nhân nặng tại Bệnh viện khi đó khẳng định sẽ nâng tầm, vị thế; khẳng định uy tín thương hiệu bệnh viện, của chính NVYT công tác tại BV; người bệnh và nhân dân sẽ tin nhiệm tin tưởng bệnh viện; qua đó tạo hiệu ứng tích cực lên các mặt hoạt động của Bệnh viện.

Hoàn thiện hệ thống quản lý chất lượng, an toàn bệnh viện

Thành lập hội đồng, phòng quản lý và mạng lưới quản lý chất lượng, an toàn bệnh viện. Xây dựng quy chế hoạt động của hội đồng chất lượng; xây dựng và ban hành các văn bản về quản lý an toàn, chất lượng trong bệnh viện; xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng chung cho toàn bệnh viện đầy đủ và cụ thể; xây dựng đề án nâng cao chất lượng bệnh viện. Hoạt động đảm bảo an toàn, chất lượng bệnh viện có nhân viên chuyên trách, kiện toàn

triển khai hoạt động đảm bảo an toàn, chất lượng bệnh viện tới từng khoa phòng, tới tất cả CBVC, từng ngày, từng giờ hoạt động.

Trên cơ sở các tiêu chí đánh giá bệnh viện chúng ta đang thực hiện; giao đầu mối phụ trách nhóm tiêu chí cụ thể; căn cứ trên đánh giá thực tế năm cũ, chỉ rõ thiếu sót, xây dựng kế hoạch, thực hiện, kiểm tra giám sát thường xuyên việc thực hiện các biện pháp khắc phục ở từng tiêu chí cụ thể ở 83 tiêu chí đánh giá ( Hướng đến người bệnh (19 tiêu chí), Phát triển nguồn nhân lực (14 tiêu chí), Hoạt động chuyên môn (35 tiêu chí), Cải tiến chất lượng (11 tiêu chí)...). Đặc biệt các tiêu chí an toàn bệnh viện trong phòng chống dịch bệnh đường hô hấp cấp; Áp dụng ISO 15189 tại khoa Xét nghiệm.

Phòng ngừa các sai sót , sự cố y khoa và khắc phục

Thực hiện báo cáo sai sót, sự cố xảy ra theo quy định; không để xảy ra sự cố, sai sót nghiêm trọng ảnh hưởng đến người bệnh. Xây dựng các bảng kiểm phòng làm thủ thuật, biểu mẫu báo cáo đánh giá về sai sót, sự cố và phân tích xu hướng, nguyên nhân và đề xuất giải pháp hạn chế sai sót, sự cố.

Quản lý sai sót, sự cố phải theo hệ thống riêng; có hình thức khuyến khích tự báo cáo sai sót. Tiến hành báo cáo đánh giá về sai sót, sự cố và phân tích xu hướng, nguyên nhân và đề xuất giải pháp hạn chế sai sót, sự cố; Áp dụng các kết quả phân tích, đánh giá vào việc triển khai các giải pháp hạn chế sai sót.

Thực hiện tự đánh giá nội dung chất lượng bệnh viện một cách chính xác trung thực, tỷ lệ sai số nhỏ so với ngoại kiểm; thực hiện hoàn thành toàn bộ các chỉ số chất lượng đã nêu trong bản kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện chung toàn bệnh viện; đóng góp ý kiến giá trị cho việc xây dựng quản lý chất lượng bệnh viện; tỷ lệ điểm đánh giá các tiêu chí chất lượng cải thiện, tăng lên hàng năm cho đến khi duy trì ở mức tốt.

Thường xuyên tổ chức các cuộc họp, hội nghị chuyên đề để thu thập ý kiến của cán bộ viên chức các khoa phòng, các cán bộ chủ chốt của đơn vị; tuyên truyền và tạo phong trào hành động xây dựng chất lượng, an toàn bệnh viện rộng khắp trong toàn bệnh viện. Xây dựng đảm bảo chất lượng và an toàn bệnh viện cần phải có sự tham gia của toàn thể cán bộ viên chức bệnh viện, ngay từ khâu lập kế hoạch, xây dựng để án cho đến khi triển khai thực hiện để thể hiện bằng hành động. Tổ chức tập huấn, hướng dẫn, rút kinh nghiệm phòng và xử lý sự cố y khoa. Ngành y là ngành có tỷ lệ xảy ra sự cố nhiều nhất. Thường xuyên lấy ý kiến đánh giá sự hài lòng của người bệnh qua nhiều kênh thông tin để kịp thời hoàn thiện.

Tổ chức sinh hoạt khoa học chuyên môn thường xuyên và định kỳ; cử đi đào tạo các lớp dài hạn và ngắn hạn thường xuyên giúp CBYT làm chủ kỹ thuật. Làm chủ kỹ thuật giúp phát triển bệnh viện an toàn và hiệu quả.

Quan tâm, cải thiện đời sống vật chất, tinh thần cho CBNV

Bệnh viện coi người bệnh là Trung tâm; coi CBNVYT là đối tượng chăm sóc đặc biệt, từ đó tạo ra các chính sách, các cơ chế và tạo một môi trường thân thiện, dân chủ, nâng cao được đời sống vật chất và tinh thần cho CBNV để họ luôn an tâm công tác và dồn hết tâm sức vào công tác khám chữa bệnh và bảo vệ sức khoẻ của nhân dân.

# THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP MỞ MÃ NGÀNH ĐÀO TẠO THẠC SĨ KỸ THUẬT XÉT NGHIỆM VÀ KỸ THUẬT PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

**TS.BS PHẠM THỊ CẨM HƯNG**  
*Phó Hiệu trưởng*  
*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương*



Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương có sứ mạng đào tạo nguồn nhân lực điều dưỡng, kỹ thuật y học, bác sỹ y khoa ở trình độ đại học và sau đại học; nghiên cứu khoa học, ứng dụng và phát triển công nghệ trong sự nghiệp chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân. Để thực hiện sứ mệnh của mình và phù hợp với xu thế phát triển tất yếu, nhà trường cần đào tạo sau đại học đó là trình độ Thạc sỹ, Chuyên khoa 1 tiến tới đào tạo tiến sĩ.

Trong đào tạo ngành điều dưỡng và kỹ thuật y học trình độ đại học thì trường là một trong các trường mở ngành sớm nhất, thu hút rất đông số lượng thí sinh tham gia. Tuy nhiên theo quy định của Bộ Giáo dục đào tạo, nhiều năm qua trường chưa tăng chỉ tiêu đào tạo đại học. Những năm gần đây, sự phát triển mạnh mẽ của các trường trong và ngoài công lập thì đào tạo đại học thành đại trà, nhiều trường cũng đã đào tạo trình độ Thạc sỹ.

Đào tạo sau đại học hiện nay có bước phát triển mạnh mẽ. Cụ thể là nhiều cơ sở đào tạo mới được phép tham gia đào tạo sau đại học; số trường đào tạo liên kết với nước ngoài tại Việt Nam ngày càng tăng; chương trình đào tạo được hoàn thiện, phát triển một số chương trình mới, chất lượng cao.

Đào tạo sau đại học ngoài việc nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, đáp ứng nhu cầu xã hội, nâng cao vị thế của trường thì cũng giúp cho giảng viên nghiên cứu, nâng cao trình độ của mình.

Trong nghị quyết Đảng ủy nhiệm kỳ 2020 – 2025 và kế hoạch năm học 2021 – 2022 đã chỉ rõ nhiệm vụ đào tạo ThS Kỹ thuật Xét nghiệm và Kỹ thuật Phục hồi

chức năng

Vì vậy xác định mở mã ngành đào tạo ThS là tất yếu.

Vấn đề là xác định đúng nhu cầu, đúng chuyên ngành đào tạo, nguồn lực có đáp ứng được không?

- Về cơ sở vật chất, phòng học, thực hành, thực tập của Trường đáp ứng được đào tạo trình độ Thạc sỹ

- Để đào tạo thạc sỹ thì vấn đề chất lượng là thế mạnh hiện có của từng trường, là chương trình đào tạo, là đội ngũ giảng viên, đội ngũ hướng dẫn khoa học, là sự kiểm soát, kiểm tra chặt chẽ các quy chế, quy định, quy trình ...

Thực trạng ở Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương hiện nay có 5 ngành đào tạo: Y khoa, điều dưỡng, KT xét nghiệm y học, KT hình ảnh y học, KT phục hồi chức năng; một số ngành cần duy trì và phát triển nhân lực để tiếp tục chất lượng đào tạo đại học, như ngành Y khoa mặc dù 3 khóa tốt nghiệp nhưng nhà trường vẫn tiếp tục mời giảng viên giảng dạy học phần từ các trường như Đại học Y Hà Nội, Đại học Y dược Hải Phòng, giảng viên các bệnh viện tuyến trung ương... và trường vẫn khuyến khích, thu hút nhân lực trình độ sau đại học cho giảng dạy Y khoa.

Ngành kỹ thuật phục hồi chức năng chưa có đào tạo trình độ Thạc sỹ trong nước vì vậy khoảng 6 năm trước khoa PHCN đã rất khó khăn trong việc duy trì mã ngành đào tạo đại học, ở các trường Đào tạo KT PHCN cũng như vậy, mời giảng viên thỉnh giảng, hợp đồng từ các viện để đảm bảo đủ số lượng giảng viên theo quy định. Với sự hỗ trợ của các tổ chức phi chính phủ dự án đào tạo nâng cao năng lực PHCN, trong 2 năm vừa qua ĐHYDHCM đã đào tạo Thạc sỹ Kỹ thuật Phục hồi chức năng thông qua các dự án và mời giảng viên nước ngoài.

Để đáp ứng với yêu cầu phát triển của trường ĐHKY y tế Hải Dương, giảng viên khoa PHCN đã cố gắng để nâng cao trình độ, hiện nay khoa PHCN có 1PGS, 3 TS, 1 NCS đang học tại Thái Lan, 1 giảng viên chuẩn bị học NCS, 4 GV đang học ThS tại nước ngoài, các GV học ThS trong nước và đến năm học 2022-2023 (100% GV trong khoa có trình độ sau đại học)

Về khoa XN thì số lượng nhân lực đông nhất trường, số lượng TS, ThS đảm bảo cho mở mã ngành đào tạo Thạc sỹ Kỹ thuật Xét nghiệm Y học

Trên căn cứ về số lượng nhân lực thì hiện nay khoa XN và khoa PHCN có khả năng đào tạo ThS. Về nguồn nhân lực: đội ngũ ThS, TS của 2 chuyên ngành cơ bản

đáp ứng được, tuy nhiên theo quy định mới cần có PGS chủ trì triển khai chương trình đào tạo thạc sĩ, khoa XN cần bổ sung thêm 1 PGS dựa trên quy định của nghị định 111/2017/NĐ-CP.

Để thực hiện được mở mã ngành đào tạo Thạc sĩ Xét nghiệm và Thạc sĩ Phục hồi chức năng, chúng tôi đề xuất một số giải pháp sau:

- Ngoài sự hỗ trợ, chỉ đạo của Nhà trường thì giảng viên các khoa cần phải chú trọng xây dựng đội ngũ

- Do trường đã xác định được thế mạnh và chỉ rõ ngành đào tạo nên 2 ngành cần tập trung để mở mã ngành: Thực hiện đúng các bước theo TT09/2017 và TT17/2021 của Bộ giáo dục và đào tạo

- Xây dựng đội ngũ: cần tăng cường năng lực hiện có, đẩy nhanh GV đi học NCS, ngoài GV trong 2 khoa thì các GV ngành khác cũng rất cần học lên tiến sĩ để hỗ trợ cho các ngành này, số TS cần có kế hoạch phát triển thành PGS để chủ động nguồn nhân lực. Cần xây dựng lộ trình để gv tiếp tục học lên cao và xác định đây là nhiệm vụ của giảng viên

- Tăng cường hợp tác quốc tế với các trường có uy tín trong khu vực và thế giới ở những tham khảo chương trình đào tạo, tăng cường Nghiên cứu khoa học và mời thêm chuyên gia trong và ngoài nước tham gia xây dựng chương trình

- Thực hiện 6 bước xây dựng:

1) Đề xuất đưa danh mục đào tạo ThS mới vào kế

hoạch chiến lược phát triển của Trường

2) Quyết nghị của Hội đồng trường về chủ trương mở ngành mà đơn vị đào tạo đề xuất

3) Tổ chức kiểm tra và xác nhận các điều kiện mở ngành Về giảng viên, cơ sở vật chất, thiết bị, thư viện, giáo trình, hoạt động nghiên cứu khoa học, hợp tác quốc tế

4) Triển khai xây dựng chuẩn chương trình đào tạo (Thông tư số 17/2021/TT-BGDĐT ngày 22 tháng 6 năm 2021 của Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo)

5) Thông qua CTĐT và danh sách Hội đồng thẩm định CTĐT

Thẩm định chương trình đào tạo trình độ thạc sĩ và các điều kiện đảm bảo chất lượng thực tế.

6) Gửi hồ sơ mở ngành đào tạo đến Bộ Giáo dục và đào tạo quyết định cho phép mở ngành đào tạo trình độ thạc sĩ

Mở ngành đào tạo thạc sĩ là tất yếu và cần xác định vấn đề ưu tiên trong năm học này, khoa Xét nghiệm và khoa PHCN cần xây dựng kế hoạch và tổ chức triển khai thực hiện ngay dưới sự chỉ đạo của Ban Giám hiệu và sự phối hợp của các khoa, bộ môn, các phòng trong toàn trường. Qua hội nghị viên chức người lao động Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương năm học 2021 – 2022, viên chức người lao động quyết tâm thực hiện tốt nhiệm vụ năm học mới, đạt được các mục tiêu đã đề ra.

## THỰC HIỆN KẾ HOẠCH KIỂM ĐỊNH CHẤT LƯỢNG GIÁO DỤC VÀ BẢO ĐẢM CHẤT LƯỢNG GIÁO DỤC

**ThS. NGUYỄN THỊ THANH HƯƠNG**

*Trưởng phòng KT&BDCLGD*

*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương*

Với xu thế phát triển của giáo dục đại học hiện nay, tự chủ được xem là vấn đề tất yếu của các cơ sở giáo dục đại học. Tự chủ đại học luôn gắn liền với trách nhiệm giải trình, thực hiện công khai, minh bạch chất lượng hoạt động giáo dục. Để thực hiện được điều này, không có cách nào khác là các trường phải tập trung thực hiện các hoạt động đảm bảo và nâng cao chất lượng đào tạo, trong đó các việc thực hiện kế hoạch bảo đảm chất lượng giáo dục (BĐCLGD) và kiểm định chất lượng giáo dục (KĐCLGD)

*Sự khác nhau giữa KĐCLGD và BĐCLGD ở các cơ sở giáo dục là gì, nội dung nào cần thiết hơn?*

Trước hết, KĐCLGD là hoạt động mang tính bắt buộc từ các cơ quan quản lý, bao gồm các hoạt động: tự đánh giá, đánh giá ngoài, thẩm định công nhận đạt tiêu chuẩn KĐCLGD. KĐCLGD không chỉ đánh giá mức độ Nhà trường, CTĐT đạt được các tiêu chuẩn đề ra mà còn có ý nghĩa chỉ ra các vấn đề tồn tại trong

hệ thống chất lượng, từ đó đưa ra các khuyến nghị và biện pháp cải tiến để Nhà trường nâng cao chất lượng đào tạo.

Tuy nhiên, KĐCLGD sẽ không giúp nâng cao chất lượng khi Nhà trường không coi trọng hoạt động BĐCLGD. Nếu coi KĐCL là đích đến thì BĐCLGD chính là quá trình để đi đến đích. Quá trình BĐCLGD phải dựa trên những yêu cầu của các tiêu chuẩn KĐCLGD quốc gia, khu vực và quốc tế, phù hợp với sứ mạng, chiến lược phát triển của Trường, bao gồm từ việc tìm hiểu nhu cầu và kỳ vọng của các bên liên quan, thực hiện các biện pháp BĐCL từ đầu vào, quá trình đến đầu ra, và cuối cùng là đánh giá sự hài lòng các bên liên quan, hình thành VHCL trong Nhà trường. Để quá trình BĐCL không chệch hướng đòi hỏi sự quyết tâm, nỗ lực của rất nhiều các đơn vị, bộ phận trong Nhà trường. Và chỉ khi quá trình này diễn ra gắn với sự tự nguyện, nỗ lực của mỗi cá nhân, đơn vị thì mới giúp nâng cao chất lượng đào tạo.



*Lí do phải thực hiện hoạt động KĐCLGD và BDCLGD ở các cơ sở giáo dục là gì?*

Hiện nay, có rất nhiều các văn bản quy phạm pháp luật yêu cầu các cơ sở giáo dục phải thực hiện hoạt động KĐCLGD và BDCLGD như: Luật Giáo dục đại học 2018; Thông tư 38/2016, Thông tư 12/2017 của Bộ Giáo dục và Đào tạo về triển khai kiểm định chương trình đào tạo, cơ sở giáo dục đại học; Quyết định số 69/QĐ-TTg, 15/1/2019 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Đề án nâng cao chất lượng giáo dục đại học giai đoạn 2019-2025.

Ngoài ra, một lí do quan trọng mà các cơ sở giáo dục đại học cần thực hiện hoạt động KĐCLGD và BDCLGD là để khẳng định thương hiệu, vị thế, trách nhiệm của Nhà trường với xã hội; duy trì, phát triển Nhà trường; xây dựng văn hóa chất lượng trong trường học.

Năm học 2021-2022, Nhà trường xây dựng kế hoạch triển khai Đánh giá ngoài CTĐT ngành KTXNYH và Tự đánh giá 03 CTĐT ngành Điều dưỡng, Kỹ thuật Phục hồi chức năng, Kỹ thuật Chẩn đoán hình ảnh.

Để hoàn thành khối lượng công việc lớn như vậy đòi hỏi sự quyết tâm, tập trung trí tuệ của cả tập thể Nhà trường. Việc xây dựng kế hoạch BDCL, KĐCL phải được triển khai đồng bộ, toàn diện trên tất cả các lĩnh vực hoạt động của Nhà trường, từ đào tạo, NCKH đến phục vụ cộng đồng, không chỉ dừng lại ở các phòng, khoa, bộ môn, trung tâm, thư viện mà cần có sự tham gia của cả các tổ chức Công đoàn, Đoàn thanh niên, Bệnh viện, Labo ATTP. Vì BDCL cần xuất phát từ sự tự giác, tự nguyện, đồng lòng của đội ngũ thực hiện nên phải do chính các đơn vị xây dựng, đề xuất dựa trên sứ mạng, mục tiêu phát triển của Nhà trường và được công khai trong toàn trường.

Xây dựng kế hoạch BDCL cần thực hiện theo chu trình quản lý chất lượng của Deming (1950) gồm 4 bước: Plan (Lập kế hoạch, xác định mục tiêu và giải pháp thực hiện cải tiến chất lượng đào tạo), Do (Thực hiện các giải pháp cải tiến chất lượng đào tạo), Check (Kiểm tra thực hiện kế hoạch cải tiến chất lượng đào tạo), Act (Dựa trên kết quả kiểm tra, tiến hành cải tiến chất lượng đào tạo). Kế hoạch phải xây dựng theo năm học, từ đó triển khai thành kế hoạch công tác tháng, công tác tuần.

Để kế hoạch xây dựng đạt hiệu quả phải có sự thống nhất, đồng lòng trong đội ngũ thực hiện, từ sự chỉ đạo quyết liệt, thường xuyên của tập thể lãnh đạo trường; sự quản lí, giám sát, đánh giá chất lượng của đội ngũ cán bộ quản lí các đơn vị và sự nghiêm túc, trách nhiệm của viên chức, người lao động của Nhà trường.

Đối với triển khai đánh giá ngoài CTĐT ngành KTXNYH

- Phòng KT&BDCLGD khi xây dựng kế hoạch các bước đánh giá ngoài cần bám sát hướng dẫn của Trung tâm KĐCLGD, chuẩn bị đầy đủ các điều kiện làm việc và hỗ trợ đoàn ĐGN trong quá trình làm việc tại Trường. Xây dựng phương án phân công các đầu mối phụ trách các tiêu chuẩn, tiêu chí tương ứng với chuyên gia đánh giá trong đoàn ĐGN.

- Trong thời gian qua, do công tác phòng chống dịch và làm xét nghiệm tại Bệnh viện, Khoa Xét nghiệm chưa bố trí được đủ nhân lực cho hoạt động

đánh giá CTĐT. Mặc dù phòng KT&BDCLGD đã có phương án huy động nhân lực các phòng hỗ trợ cho Khoa. Tuy nhiên, do nhiều nội dung, minh chứng bắt buộc Khoa phải thực hiện nên tiến độ còn chậm trễ. Khoa Xét nghiệm cần bố trí nhân lực tập trung cho việc hoàn thiện minh chứng phục vụ hoạt động KĐCLGD. Khoa cần xây dựng kế hoạch, có mốc thời gian rõ ràng giao nhiệm vụ cho giảng viên trong Khoa dành thời gian nghiên cứu nội dung Báo cáo Tự đánh giá; Bộ tiêu chuẩn, tiêu chí đánh giá; các Quy định, Quy chế về đào tạo của Nhà trường để chuẩn bị cho công tác Đánh giá ngoài sắp tới.

Đối với triển khai Tự đánh giá CTĐT ngành Điều dưỡng, Kỹ thuật Phục hồi chức năng, Kỹ thuật Chẩn đoán hình ảnh

Việc xây dựng kế hoạch tự đánh giá phải phân công nhiệm vụ rõ ràng, có thời gian hoàn thành, kết quả cần đạt. Ngoài ra, cần chú trọng một số nội dung:

- Chuẩn bị nhân lực tham gia hoạt động tự đánh giá: Huy động nhân lực tại các phòng chức năng, thư viện có kinh nghiệm trong các đợt tự đánh giá trước để tham gia; Lựa chọn đội ngũ giảng viên tại các khoa, bộ môn đã có kinh nghiệm trong lĩnh vực đào tạo, có tinh thần trách nhiệm cao; Phân công nhiệm vụ phù hợp với vị trí việc làm của từng cá nhân để phát huy hiệu quả công việc.

- Thuê chuyên gia tư vấn cho hoạt động Tự đánh giá CTĐT: Trường đã thuê chuyên gia tổ chức tập huấn Tự đánh giá CTĐT cho giảng viên, nhân viên của Nhà trường từ năm 2018. Một số viên chức đã có kinh nghiệm trong triển khai và hoàn thành Tự đánh giá CTĐT ngành Kỹ thuật Xét nghiệm Y học. Tuy nhiên, việc triển khai đồng loạt 03 CTĐT, nhiều giảng viên các khoa, bộ môn còn chưa có kinh nghiệm trong viết báo cáo TĐG, xác định minh chứng phù hợp với nội hàm của tiêu chí, tiêu chuẩn. Đặc biệt là hệ thống minh chứng liên quan đến CTĐT, CTDH của các khoa, bộ môn có nhưng chưa đáp ứng được yêu cầu của các tiêu chuẩn kiểm định. Vì vậy, Phòng KT&BDCLGD đề xuất Nhà trường thuê chuyên gia tư vấn, hỗ trợ cho các Khoa trong quá trình triển khai hoạt động Tự đánh giá.

- Trong quá trình thực hiện nhiệm vụ tự đánh giá, sự phối hợp giữa các khoa, bộ môn với các phòng chức năng; phối hợp giữa 03 Khoa tự đánh giá với Khoa Xét nghiệm, phối hợp giữa các nhóm công tác là đặc biệt quan trọng. Với những công việc phát sinh, gấp khó khăn, các khoa, bộ môn cần chủ động xin ý kiến của lãnh đạo trường để có phương hướng giải quyết phù hợp.

- Với khối lượng công việc lớn, thời gian triển khai tự đánh giá kéo dài nên việc đôn đốc, giám sát quá trình thực hiện là yếu tố để bảo đảm sự thành công. Theo từng thời điểm trong kế hoạch, các trưởng nhóm công tác phải báo cáo kết quả thực hiện về Phòng KT&BDCLGD. Kết quả báo cáo từng thời điểm phải được sử dụng làm căn cứ đánh giá hiệu quả công việc, xếp loại hàng tháng của cá nhân. Đơn vị, cá nhân thực hiện tốt kế hoạch sẽ được động viên, khen ngợi; đơn vị, cá nhân chưa hoàn thành nhiệm vụ sẽ bị nhắc nhở, đôn đốc thực hiện.

# NGHIÊN CỨU MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA HÌNH ẢNH TỔN THƯƠNG PHỔI TRÊN PHIM CHỤP X-QUANG, CẮT LỚP VI TÍNH VỚI MỘT SỐ CHỈ SỐ LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN DÃ CHIẾN ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG

ThS. Nguyễn Văn Thắng và cs.  
Khoa Chẩn đoán hình ảnh  
Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch COVID-19 do một chủng Virus corona gây hội chứng hô hấp cấp tính nặng 2, viết tắt SARS-CoV-2, bệnh xuất hiện lần đầu tiên tại thành phố Vũ Hán, Trung Quốc và nhanh chóng lây lan trở thành đại dịch toàn cầu. Nhiều nghiên cứu đã công bố cho thấy nhiều người bệnh không có bất cứ dấu hiệu lâm sàng nào nhưng đã có tổn thương phổi được ghi nhận hoặc nhiều người bệnh trẻ có diễn biến nặng trong vòng vài ngày sau khi nhập viện. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định mối liên quan giữa mức độ tổn thương phổi trên XQ và CLVT với một số chỉ số lâm sàng của bệnh nhân COVID-19.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Từ 28 tháng 1 đến 28 tháng 3 năm 2021, 370 bệnh nhân COVID-19 nhập viện tại Bệnh viện ĐHKYTTHD. Tất cả bệnh nhân được chụp x quang và/hoặc CLVT ngực để đánh giá các tổn thương phổi. Hai bác sỹ chuyên ngành chẩn đoán hình ảnh với kinh nghiệm trên 15 năm và trên 5 năm công tác sẽ đánh giá một cách độc lập và mù đôi các phim chụp này. Nghiên cứu quan sát tương quan, đánh giá sự khác biệt có ý nghĩa với  $p < 0,05$ .

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Một số đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	BN nặng (n=14)	BN nhẹ (n=356)	(n=370)	Giá trị p
Tuổi	58,36 ± 16,99	33,81 ± 17,28	34,74 ± 17,87	<0,001
Phân loại tuổi				< 0,001
<20	0	63	63	
20 □ 39	3	190	193	
40 □ 59	4	75	79	
≥ 60	7	28	35	
Giới				0,001
Nam	12	145	157	
Nữ	2	211	213	
Bệnh lý nền	3	18	21	0,038
TCLS				
Ho	5	32	37	0,008
Sốt	6	19	25	<0,001
Khó thở	4	0	4	<0,001
Đau họng	1	7	8	0,268
Đau ngực	0	4	4	0,856
Sổ mũi	0	1	1	0,962
Nôn, RLTH	0	3	3	0,89

## Nhận xét:

Trong 370 bệnh nhân (157 nam, 213 nữ, tuổi trung bình  $34,74 \pm 17,87$ , trẻ em và người trong độ tuổi lao động chiếm 90,5%), tất cả các đối tượng nghiên cứu có sức khỏe bình thường và 4 lần âm tính với Sars-CoV-2 trước khi xuất viện. Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng chỉ chiếm 12,7%, trong đó ho (10%), sốt (6,8%), khó thở (1,1%), đau họng (2,2%), đau ngực (1,1%), sổ mũi (0,3%), rối loạn tiêu hóa (0,8%), bệnh nhân có bệnh lý kèm theo (5,7%).

Trong nghiên cứu này, có 14 trường hợp (3,8%) là những trường hợp được phân loại là nặng/nguy kịch, được chuyển vào điều trị tại đơn vị ICU gọi chung là nhóm BN nặng, còn lại phần lớn là những người mắc COVID-19 không triệu chứng và biểu hiện bệnh nhẹ, gọi chung là nhóm bệnh nhẹ.

## 3.2. Mối tương quan giữa tổn thương phổi trên x-quang, cắt lớp vi tính với một số chỉ số lâm sàng của bệnh nhân COVID-19.

Bảng 3.2. Mối liên quan của điểm viêm phổi trên XQ, CLVT với khả năng nhập viện khoa HSTC

Điểm viêm phổi	BN HSTC	BN nhẹ	Tổng	P
Trên XQ	4,14 ± 3,68	0,59 ± 1,67	0,72 ± 1,90	p < 0,001
Trên CLVT	12,64 ± 5,67	5,59 ± 4,47	7,11 ± 5,54	P=0,014

## Nhận xét:

Điểm viêm phổi trung bình trên XQ của nhóm BN HSTC ( $4,14 \pm 3,68$ ), cao hơn so điểm trung bình của nhóm BN nhẹ ( $0,59 \pm 1,67$ ) với  $p < 0,001$ . Điểm viêm phổi trung bình trên CLVT của nhóm BN HSTC ( $12,64 \pm 5,67$ ), cao hơn so điểm trung bình của nhóm BN nhẹ ( $5,59 \pm 4,47$ ) với  $p=0,014 < 0,05$ .

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa mức độ trầm trọng trên CLVT với khả năng nhập viện khoa HSTC

Mức độ trầm trọng	BN HSTC	BN nhẹ	p
Nhẹ	3	35	0,001
Trung bình	9	16	
Nặng	2	0	

**Nhận xét:**

Kết quả đánh giá điểm viêm phổi trên CLVT được phân loại thành 3 mức độ nhẹ, trung bình và nặng tùy theo điểm số viêm phổi được ghi nhận. BN HSTC có điểm viêm phổi mức độ trung bình và nặng là 11BN (chiếm 78,57%), trong khi đó nhóm BN nhẹ có phân loại nhẹ chiếm đa số (68,63%), phần còn lại là trung bình (31,37%), không có trường hợp nào được phân loại mức độ nặng trên CLVT.

Bảng 3.4. Mối tương quan giữa mức độ trầm trọng trên CLVT với mức độ trầm trọng của bệnh.

Mức độ trầm trọng CLVT	BN HSTC (n, %)	BN nhẹ (n, %)	P OR
>7	11(40,7%)	16(59,3%)	0,002
≤7	3(7,9%)	35(92,1%)	8,02

**Nhận xét:**

Tỉ lệ bệnh nhân nằm HSTC ở nhóm có điểm mức độ trầm trọng trên CLVT >7 (40,7%) cao hơn nhóm có điểm mức độ trầm trọng ≤7. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P<0,05. Những bệnh nhân Covid 19 có điểm mức độ trầm trọng trên CLVT >7 có tỉ lệ nằm HSTC cao gấp 8,02 lần nhóm có điểm mức độ trầm trọng trên CLVT ≤7.

Bảng 3.5. Mối tương quan giữa mức độ trầm trọng trên CLVT với tuổi của BN COVID-19

Mức độ trầm trọng CLVT	Tuổi ≥40 (n, %)	Tuổi <40 (n, %)	P OR
>7	21(77,8%)	6(22,2%)	0,001
≤7	14(36,8%)	24(63,2%)	6

**Nhận xét:**

Tỉ lệ bệnh nhân ≥40 tuổi ở nhóm có điểm mức độ trầm trọng trên CLVT >7 (77,8%) cao hơn nhóm có điểm mức độ trầm trọng ≤7(36,8%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P<0,05. Những bệnh nhân Covid 19 có tuổi ≥40 có điểm mức độ trầm trọng CLVT ≥7 cao gấp 6 lần những bệnh nhân có tuổi <40

**4. BÀN LUẬN**

Trong 370BN được khẳng định dương tính Sars-CoV-2, nhập viện với mục đích cách ly và/hoặc điều trị tại Bệnh viện ĐHKTYTHD, có 157 nam (42,4%), thấp hơn nữ (p<0,05). Tuổi trung bình 34,74±17,87, thấp hơn so với tuổi trung bình của bệnh nhân COVID-19 ở hầu hết các nghiên cứu đã từng công bố trước đây. So với nhóm BN nhẹ, bệnh nhân nhóm nặng có tuổi (58,36±16,99), cao hơn so với nhóm nhẹ (33,81±17,28); p<0,001. Trong nhóm BN nặng có 50% BN ≥60 tuổi, trong

khi nhóm tuổi này chỉ chiếm 7,9% ở nhóm nhẹ, chúng tôi không gặp BN nào tuổi <20 mà có biểu hiện viêm phổi nặng. Trong nhóm BN nặng, chúng tôi thấy nam giới (85,7%), cao hơn nữ (p=0,001). Tỷ lệ có bệnh lý kèm theo, có các biểu hiện lâm sàng đường hô hấp như sốt, ho, khó thở thực sự cao hơn hẳn so với tỷ lệ các dấu hiệu tương ứng của nhóm nhẹ (p<0,05). Các biểu hiện lâm sàng đường hô hấp trên như đau họng, sổ mũi và một số dấu hiệu khác như đau ngực, nôn, rối loạn tiêu hóa của hai nhóm là như nhau (p>0,05). Tỷ lệ ưu thế giới nữ cũng như tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu thấp được giải thích bởi trong làn sóng dịch bệnh lần này tại Hải Dương, Việt Nam, dịch bệnh bùng phát tại các khu công nghiệp, chủ yếu là công nghiệp nhẹ, do đó tỷ lệ nữ gặp nhiều hơn và đa số là trẻ tuổi, cũng vì vậy bệnh nhân có bệnh lý kèm theo rất ít, chỉ chiếm 5,7%. Đây cũng chính là điều may mắn cho bệnh viện chúng tôi, với 370 bệnh nhân nhưng tất cả đều bình phục lâm sàng thấp, khoảng 12,7%, trong đó ho (10%), sốt (6,8%), khó thở (1,1%), đau họng (2,2%), đau ngực (1,1%), sổ mũi (0,3%), rối loạn tiêu hóa (0,8%), bệnh nhân có bệnh lý kèm theo (5,7%). Điểm viêm phổi trung bình trên x quang của nhóm BN HSTC (4,14 ± 3,68), thực sự cao hơn so với nhóm BN nhẹ (0,59 ± 1,67) với p < 0,001. Điểm trầm trọng trên cắt lớp vi tính của nhóm BN HSTC (12,64 ± 5,67), cao hơn nhiều so với điểm trung bình của nhóm BN nhẹ (5,59 ± 4,47) với p=0,014. Chúng tôi cũng thấy rằng, điểm mức độ trầm trọng trên CLVT có tương quan chặt chẽ với khả năng phải nhập viện điều trị tại khoa HSTC của BN COVID-19 (AUC=0,839). Bệnh nhân cần nhập viện khoa ICU có điểm trầm trọng trên CLVT >7 cao hơn ở nhóm có điểm trầm trọng ≤7, p<0,05. Bệnh nhân COVID-19 có điểm trầm trọng trên CLVT >7 có tỉ lệ nằm HSTC cao gấp 8,02 lần nhóm có điểm trầm trọng trên CLVT ≤7. Mặt khác, nghiên cứu chỉ ra rằng bệnh nhân COVID-19 tuổi ≥40 có điểm mức độ trầm trọng trên CLVT >7 thực sự cao hơn ở nhóm điểm trầm trọng ≤7 (p=0,001). Những bệnh nhân có tuổi ≥40 có điểm mức độ trầm trọng CLVT ≥7 cao gấp 6 lần những bệnh nhân có tuổi <40.

**Kết luận**

X quang ngực có vai trò quan trọng giúp sàng lọc tổn thương phổi của bệnh nhân COVID-19 được phát hiện khi sàng lọc trong cộng đồng ở giai đoạn sớm của bệnh. Điểm viêm phổi trên x quang và cắt lớp vi tính có ý nghĩa lớn đối với việc chẩn đoán và theo dõi viêm phổi COVID-19. Tuổi ≥40 và điểm trầm trọng viêm phổi trên cắt lớp vi tính ≥7 có tương quan chặt chẽ với khả năng cần nhập viện khoa HSTC.

# ĐÁNH GIÁ VẬN ĐỘNG TỰ CHỦ THEO THANG ĐIỂM STREAM TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY TẠI KHOA THẦN KINH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG

ThS. LÊ THỊ KIM PHƯƠNG, TS. PHẠM THỊ CẨM HƯNG, CN. NGUYỄN KHẮC TUẤN  
Khoa Phục hồi chức năng trường Đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy hay còn gọi là tai biến mạch máu não hiện đang gia tăng trên toàn thế giới, cùng với đó độ tuổi trung bình của người bệnh cũng dần trẻ hóa (1). Hiện nay, số người mắc đột quy lên tới 42.4 triệu người, trong đó số ca tử vong ước tính khoảng 6.3 triệu (2). Khiếm khuyết về vận động do đột quy không chỉ ảnh hưởng đến bản thân người bệnh mà còn tạo nên gánh nặng cho các thành viên gia đình và hệ thống y tế. Việc lượng giá chính xác nhằm đưa ra quyết định can thiệp phục hồi chức năng sớm và phù hợp là vô cùng cần thiết giúp giảm thiểu hậu quả của khiếm khuyết vận động do đột quy gây nên. Do đó lựa chọn và sử dụng công cụ lượng giá thích hợp với độ chính xác cao đóng vai trò quan trọng. Trên thực tiễn lâm sàng tại Việt Nam hiện nay, một số thang điểm đánh giá cho người bệnh đột quy đã được Bộ Y tế giới thiệu trong tài liệu hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy. Tuy nhiên thang điểm dùng để đánh giá chuyên biệt về khiếm khuyết vận động cho người bệnh đột quy vẫn còn thiếu và chưa được chuẩn hóa.

Trong khi đó, trên thế giới, năm 1999 Daley Kiley cùng các cộng sự đã đề xuất thang điểm Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM). Đến nay thang điểm STREAM đã được khẳng định tính giá trị và sử dụng rộng rãi trong lĩnh vực Vật lý trị liệu trên thế giới. Sử dụng thang điểm STREAM để đánh giá vận động tự chủ cho người bệnh khá đơn giản, không tốn kém thời gian, kinh phí, và là cơ sở để xác định mục tiêu, lập kế hoạch điều trị phù hợp và hiệu quả cho người bệnh đột quy. Tuy nhiên, đây là thang đánh giá bằng tiếng Anh và chưa được xác nhận sử dụng tại Việt Nam, do đó việc dịch ra ngôn ngữ bản địa, xem xét đến khía cạnh văn hóa tại các quốc gia không nói tiếng Anh là điều cần thiết. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Đánh giá vận động tự chủ theo thang điểm Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM) trên người bệnh đột quy tại khoa Thần kinh bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương" với hai mục tiêu:

1. Đánh giá độ tin cậy của thang điểm STREAM sau khi Việt hóa.
2. Áp dụng thí điểm đánh giá vận động tự chủ cho người bệnh đột quy tại khoa Thần kinh bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Thần kinh Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương từ tháng 3 năm 2020 đến tháng 3 năm 2021.

**2.2 Đối tượng nghiên cứu:** Người bệnh được chẩn đoán đột quy tại khoa Thần kinh Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương.

### 2.3 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang với cỡ mẫu thuận tiện 35 người bệnh.

**2.4 Phương pháp thu thập thông tin và xử lý số liệu:** Thông tin về quá trình dịch thuật được thu thập trực tiếp qua phiếu nhận xét gửi trực tiếp hoặc e-mail. Thông tin về người bệnh và khả năng vận động được thu thập thông qua hồ sơ bệnh án, phỏng vấn, quan sát, đánh giá theo thang điểm STREAM (phiên bản tiếng Việt). Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.

## III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 3.1 Độ tin cậy của thang STREAM

Bảng 3.1. Độ đồng nhất nội tại (Internal Consistency) của thang STREAM

Hạng mục	Hệ số Cronbach's alpha ( $\alpha$ )
STREAM <sub>CT</sub>	0,96
STREAM <sub>CD</sub>	0,92
STREAM <sub>CB</sub>	0,94
STREAM	0,98

*Nhận xét:* Thang STREAM thể hiện độ đồng nhất nội bộ rất tốt với từng hạng mục được đánh giá. Trong đó, đánh giá tổng thể thang STREAM thể hiện độ đồng nhất nội tại cao nhất với hệ số  $\alpha = 0,98$ .

Kết quả nghiên cứu tương đồng với báo cáo của Daley và cộng sự (3) trên 20 người bệnh đột quỵ tại bệnh viện Phục hồi chức năng Do Thái ở Canada. Trong đó các tác giả nêu ra mức độ đồng nhất nội tại thang đo STREAM với hệ số alpha xuất sắc cho từng hạng mục: chi trên ( $\alpha=0,979$ ), chi dưới ( $\alpha=0,979$ ), chuyển động cơ bản ( $\alpha=0,965$ ), và tổng điểm ( $\alpha=0,984$ ). Điều này cho thấy việc áp dụng phiên bản tiếng Việt của thang STREAM trong đánh giá vận động tự chủ cho người bệnh đột quỵ đã phản ánh tính nhất quán của các tiêu chí đánh giá.

Bảng 3.2. Độ lặp lại (Test-retest Reliability) của thang STREAM

Hạng mục	Hệ số tương quan (ICC)	95% CI
STREAM <sub>CT</sub>	0,88	0,81 – 0,92
STREAM <sub>CD</sub>	0,92	0,86 – 0,95
STREAM <sub>CB</sub>	0,93	0,85 – 0,96
STREAM	0,93	0,87 – 0,96

**Nhận xét:** Thang STREAM thể hiện độ lặp lại tương đối tốt trong các hạng mục. Trong đó, đánh giá vận động chi dưới và chuyển động cơ bản thể hiện độ lặp lại tốt nhất với ICC = 0,93 và 95% CI là (0,85 – 0,96) và (0,82 – 0,92).

So sánh với kết quả của nghiên cứu trước đây của Daley và cộng sự (3) với ICC cao hơn 0,95 cho tất cả các hạng mục đánh giá trong thang điểm STREAM, nghiên cứu của chúng tôi có độ lặp lại thấp hơn tuy nhiên kết quả vẫn nằm trong khoảng yêu cầu để áp dụng thang đánh giá trong thực hành lâm sàng. Độ lặp lại tốt phản ánh tính nhất quán trong việc đánh giá mức độ khiếm khuyết vận động tự chủ ở người bệnh đột quỵ bằng thang điểm STREAM phiên bản tiếng Việt.

Bảng 3.3. Độ đồng nhất giữa nhiều người đánh giá (Inter-rater Reliability) của thang STREAM

Hạng mục	Hệ số tương quan ICC	95% CI
STREAM <sub>CT</sub>	0,82	0,78 – 0,88
STREAM <sub>CD</sub>	0,81	0,80 – 0,89
STREAM <sub>CB</sub>	0,90	0,86 – 0,95
STREAM	0,83	0,78 – 0,91

**Nhận xét:** Thang STREAM thể hiện độ đồng nhất cao giữa những người đánh giá. Trong đó, đánh giá chuyển động cơ bản thể hiện độ đồng nhất cao với ICC = 0,90 và 95% CI (0,86 – 0,95).

Độ đồng nhất trong nghiên cứu của chúng tôi có giá trị thấp hơn so với một số nghiên cứu sử dụng thang STREAM phiên bản gốc với hệ số ICC trên 0,95 cho cả bốn hạng mục (4,5). Kết quả này có thể giải thích được do sự thiếu tương đồng về kinh nghiệm lâm sàng giữa những người đánh giá trong khi thời gian thực hành thang STREAM phiên bản tiếng Việt không nhiều. Tuy nhiên, kết quả về độ đồng nhất đạt mức tốt với cả ba hạng mục chi trên, chi dưới và tổng điểm, ngoài ra hạng mục đánh giá vận động tự chủ cho chuyển động cơ bản đạt mức rất tốt cho thấy việc áp dụng thang điểm STREAM là rất khả thi khi không đòi hỏi người đánh giá cần có tay nghề cao, nhiều năm kinh nghiệm cũng như không yêu cầu quy trình đào tạo và thực hành phức tạp và tốn nhiều thời gian.

3.2. Đánh giá thử nghiệm thang STREAM phiên bản tiếng Việt trên người bệnh đột quỵ tại khoa Thần kinh bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương

### 3.2.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=35)

Bảng 3.4. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi, giá trị trung bình (Độ lệch chuẩn) [Biên độ]	65,1 ( $\pm 15,4$ ) [26; 89]
Giới tính, n (%)	
Nam	25 (71,4%)
Nữ	10 (28,6%)
BMI, giá trị trung bình (Độ lệch chuẩn) [Biên độ]	23,1 ( $\pm 4,2$ ) [18,7; 31,9]
Thời gian từ khi đột quỵ đến khi nhập viện, giờ, (Độ lệch chuẩn) [Biên độ]	5,9 ( $\pm 7,7$ ) [0,5; 33,6]

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là 65,1, trong đó tỉ lệ nam giới mắc đột quỵ cao hơn so với nữ giới. Giá trị BMI trung bình đạt 24,3 và thời gian nhập viện sau đột quỵ trung bình là 5,9 giờ.

Người bệnh đột quỵ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có tỷ lệ mắc tương đồng với đặc điểm của người bệnh đột quỵ nói chung trong đó phần lớn đột quỵ xảy ra ở người có độ tuổi trên 60 và tỷ lệ nam nhiều hơn nữ. Thời gian nhập viện sau khi đột quỵ xảy ra trung bình khoảng 6 giờ, đây có thể là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị cho người bệnh đột quỵ thể nhồi máu khi giai đoạn vàng cho điều trị tiêu sợi huyết trong vòng 4.5 giờ đầu.

Bảng 3.5. Đánh giá mức độ nặng của đột quỵ theo thang điểm NIHSS

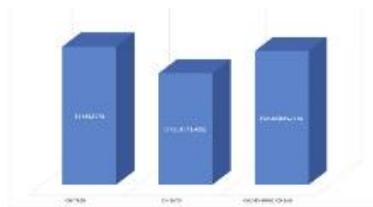
Điểm NHISS	Số người bệnh (n=35)	Tỷ lệ (%)
Rất nặng ( $\geq 25$ )	2	5,7
Nặng (15 đến < 25)	10	28,6
Vừa (5 đến < 15)	8	22,8
Nhẹ (<5)	15	42,9

**Nhận xét:** Tỷ lệ người bệnh đột quy với triệu chứng nhẹ chiếm cao nhất với 42,9%, trong khi đó tỷ lệ này thấp hơn hẳn trong nhóm rất nặng với 5,7%.

Tỷ lệ người bệnh đột quy với mức nhẹ cao hơn hẳn so với số ca nặng trong nghiên cứu của chúng tôi có thể giải thích do người bệnh tham gia nghiên cứu không tính đến thời gian nhập viện cho tới thời điểm đánh giá, do vậy người bệnh có thể đã chuyển sang giai đoạn ổn định hơn.

### 3.2.2 Ảnh hưởng vận động tự chủ đánh giá theo thang điểm STREAM

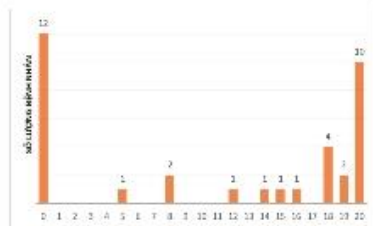
Biểu đồ 3.1. Ảnh hưởng vận động tự chủ đánh giá theo thang điểm STREAM



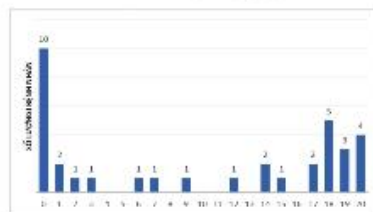
**Nhận xét:** Trên 70% người bệnh đột quy bị ảnh hưởng vận động tự chủ ở chi trên, chi dưới hoặc khó khăn khi thực hiện các chuyển động cơ bản, trong đó tỷ lệ người bệnh bị hạn chế vận động chi trên là cao nhất với 88,57%.

Điều này phù hợp với thống kê của Nakayama và cộng sự (6), trong đó nêu rõ thiếu hụt vận động thường gặp nhất ở người bệnh đột quy là liệt nửa người với 48-88% trường hợp đột quy xuất hiện sớm tình trạng yếu, liệt chi trên và chi dưới.

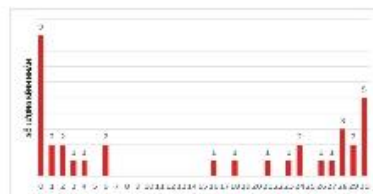
Biểu đồ 3.2. Phân bố điểm vận động tự chủ chi trên



Biểu đồ 3.3. Phân bố điểm vận động tự chủ chi dưới



Biểu đồ 3.4. Phân bố người bệnh tổn thương vận động tự chủ chi dưới



**Nhận xét:** Số lượng người bệnh mất hoàn toàn vận động tự chủ chi trên là cao nhất với 12 người, trong khi đó số lượng người bệnh không bị ảnh hưởng là 10 người và số còn lại bị ảnh hưởng từ mức nhẹ đến trung bình và nặng.

**Nhận xét:** Số lượng người bệnh mất hoàn toàn vận động tự chủ chi dưới là cao nhất với 10 người, số lượng người bệnh không bị ảnh hưởng là 4 người và số còn lại bị ảnh hưởng từ mức nhẹ đến trung bình và nặng.

**Nhận xét:** Số lượng người không thể thực hiện các chuyển động cơ bản là nhiều nhất với 10 người, trong khi đó số lượng người bệnh không bị ảnh hưởng là 5 người và số còn lại bị ảnh hưởng từ mức nhẹ đến trung bình và nặng.

Tỉ lệ mất vận động tự chủ chi dưới trong nghiên cứu xấp xỉ với kết quả từ nghiên cứu của Huang và cộng sự vào năm 2018 (7). Kết quả từ các biểu đồ 3.1 - 3.3 cho thấy mức độ ảnh hưởng vận động tự chủ khác nhau ở cả ba hạng mục được đánh giá trong thang điểm STREAM. Điều này cho thấy rằng, thông qua những cơ chế tương tự nhau, tổn thương não sau đột quy có thể ảnh hưởng đến khả năng vận động của người bệnh nhưng biểu hiện ở mỗi người là khác nhau. Do vậy, khi đánh giá vận động của người bệnh trên lâm sàng, nhà điều trị cần thực hiện một cách khách quan, tỉ mỉ và chính xác bằng việc sử dụng công cụ đánh giá đã được chuẩn hóa và có độ nhạy cao.

#### IV. KẾT LUẬN

##### 1. Đánh giá độ tin cậy của thang điểm STREAM sau khi Việt hóa

Thang điểm STREAM tiếng Việt có độ tin cậy cao thông qua đánh giá độ đồng nhất nội tại với hệ số

*Cronback's alpha* tương ứng với các hạng mục chi trên, chi dưới, chuyển động cơ bản và tổng điểm lần lượt là 0,96; 0,92; 0,94; 0,98. Bên cạnh đó, đánh giá độ tin cậy ngoài của thang đo thông qua độ lặp lại và độ đồng nhất giữa nhiều người đánh giá cho kết quả tốt đến rất tốt với hệ số ICC từ 0,78-0,88 và 0,81-0,90.

##### 2. Áp dụng thí điểm đánh giá vận động tự chủ cho người bệnh đột quy tại khoa Thần kinh bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương

Qua đánh giá thử nghiệm thang đo trên 35 người bệnh đột quy chúng tôi nhận thấy tỉ lệ người bệnh ảnh hưởng vận động tự chủ chi trên là 67,71%, chi dưới là 71,43%, và khó khăn thực hiện vận động cơ bản là 74,29%. Trong đó, điểm trung bình vận động tự chủ của chi trên là  $11,1 \pm 8,9$ ; chi dưới  $9,9 \pm 8,4$ ; chuyển động cơ bản  $14,2 \pm 13$ ; tổng điểm  $45,2 \pm 39,3$ . Người bệnh mất hoàn toàn vận động chi trên là 34,3%, trong khi tỉ lệ mất vận động chi dưới là 28,6% và không có khả năng thực hiện chuyển động cơ bản là 25,7%.

## KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỀ PHÒNG NGỪA NHIỄM KHUẨN VẾT MỔ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG NĂM 2021

TS. ĐỖ THỊ THU HIỂN, Ths. NGUYỄN THỊ HUẾ  
Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hàng năm trên toàn thế giới có khoảng 312,9 triệu cuộc phẫu thuật được thực hiện mỗi ngày, ước tính đến năm 2030 số lượng ca phẫu thuật sẽ tiếp tục tăng lên tương đương với 1 phẫu thuật/ 25 người/ năm để giải quyết gánh nặng bệnh tật. Hồi phục sau phẫu thuật khá tốn kém, đặc biệt khi có biến chứng vết mổ như nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM), tụ máu tại vết mổ, bục/ toạc vết mổ. Trong đó, NKVM là một trong những biến chứng vết mổ hay gặp nhất. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ NKVM ở các nước đang phát triển là 11,2% cao hơn so với các nước phát triển.

Tại Việt Nam, tỷ lệ NKVM dao động từ 8,3%- 27,5% và ước tính tỷ lệ NKVM tăng từ 2% đối với vết thương sạch, lên 44,6% với vết thương nhiễm/ bẩn. NKVM có thể dẫn tới tăng gánh nặng về kinh tế cho người bệnh như kéo dài thời gian nằm viện từ 4- 32 ngày so với người bệnh không có NKVM, tăng chi phí điều trị, giảm chất lượng cuộc sống và tăng tỷ lệ tử vong so với người

bệnh không có NKVM.

Mặc dù một số nguyên nhân làm tăng tỷ lệ NKVM đã được chỉ ra, nhưng hiện tại ở Việt Nam còn hạn chế những nghiên cứu về kiến thức và thực hành phòng ngừa NKVM của điều dưỡng (ĐD) để từ đó làm căn cứ đề xuất những can thiệp cụ thể nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc của ĐD và giảm tỷ lệ NKVM sau phẫu thuật. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu để tài đánh giá kiến thức, thực hành và yếu tố liên quan về phòng ngừa NKVM của ĐD tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương để làm cơ sở xây dựng nghiên cứu can thiệp tiếp theo nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc vết mổ cho ĐD.

**Mục tiêu:** Đánh giá kiến thức, thực hành và xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về phòng ngừa NKVM của ĐD tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương.

### 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

ĐD ở 6 khoa lâm sàng hệ ngoại của Bệnh viện Đa

khoa tỉnh Hải Dương từ tháng 11 năm 2020 đến tháng 4 năm 2021.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các ĐD đa khoa có trình độ từ trung cấp trở lên trực tiếp làm chuyên môn đang công tác tại bệnh viện, đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** ĐD đang đi học tập trung, nghỉ ốm, nghỉ thai sản tại thời điểm lấy số liệu. ĐD là học sinh, sinh viên, tập sự.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:** Chọn toàn bộ các ĐD làm việc tại 6 khoa lâm sàng trong bệnh viện: 123 ĐD.

## 2.3. Công cụ và kỹ thuật thu thập số liệu

**Công cụ thu thập:** Bộ câu hỏi gồm có 3 phần. Phần 1: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu. Phần 2: Kiến thức của ĐD về phòng ngừa NKVM. Phần 3: Thực hành của ĐD về phòng ngừa NKVM. Bộ công cụ được xây dựng dựa trên bộ công cụ đánh giá kiến thức, thực hành về phòng ngừa NKVM của Sickder, Sae-Sia and Petichetchian và hướng dẫn phòng ngừa NKVM của Bộ Y tế ban hành năm 2012 để phù hợp với môi trường chăm sóc tại Việt Nam.

**Độ tin cậy và tính giá trị bộ công cụ đánh giá kiến thức về phòng ngừa NKVM**

**Quy trình dịch bộ công cụ:** Bộ công cụ được dịch theo model Brislin's translation model phát triển bởi P. S. Jones et al. Bộ công cụ gốc được dịch từ Anh sang Việt và gửi cho 2 ĐD (1 ĐD trình độ Tiến sĩ và 1 ĐD trình độ Thạc sĩ chuyên ngành vết thương) kiểm tra đối chứng giữa bản tiếng Việt và bản tiếng Anh.

**Kiểm tra tính giá trị về nội dung:** Giá trị nội dung của thang đo kiến thức S-CVI/Ave=0.91. Phần thực hành: giá trị đồng thuận của cả thang đo (S-CVI/Ave)=0.81.

**Đánh giá mức độ phù hợp về câu từ, độ trong sáng rõ nghĩa trong mỗi câu hỏi (face validity):** Phần lớn các câu hỏi đều được đánh giá ở mức độ khá rõ nghĩa hoặc rất rõ nghĩa, ngoại trừ một số câu cần điều chỉnh lại câu từ cho phù hợp.

**Kiểm tra độ tin cậy về tính đồng nhất nội tại của thang đo (Internal consistency):** hệ số Cronbach's Alpha có giá trị 0.83 đối với thang đo kiến thức và 0.79 đối với thang đo thực hành.

**Cách tính và cho điểm kiến thức, thực hành của ĐD về phòng ngừa NKVM:** Phần kiến thức gồm 25 câu hỏi. Mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm. Tổng điểm phần kiến thức dao động từ 0- 25. Thang điểm kiến thức được chia thành 2 nhóm dựa vào điểm cắt  $\geq 75\%$  giá trị điểm trung bình (tương đương  $\geq 19$  điểm) được gọi là có kiến thức đạt, nhóm có điểm  $< 19$  điểm là nhóm kiến thức chưa đạt. Thực hành về phòng ngừa NKVM có thang điểm dao động từ 0-75 điểm, được chia thành 2 nhóm dựa vào điểm cắt  $\geq 75\%$  giá trị điểm trung bình (tương đương  $\geq 65$  điểm). Nhóm thực hành tốt có điểm  $\geq 65$  điểm, nhóm thực hành không tốt có điểm  $< 65$  điểm.

**Phương pháp thu thập:** ĐD tham gia nghiên cứu trả lời vào bộ câu hỏi tự điền thiết kế sẵn.

## 2.4. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được nhập, làm sạch, phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng phân tích thống kê mô tả và phân tích đơn biến, đa biến để mô tả đặc điểm đối tượng nghiên cứu và xác định yếu tố liên quan với kiến thức, thực hành.

## 2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Khoa học Công nghệ

Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương thông qua. Thông tin về đối tượng nghiên cứu được bảo mật. Nghiên cứu chỉ phục vụ mục đích đào tạo, nâng cao chất lượng công tác phòng ngừa NKVM của bệnh viện.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	33 (26,8)
	Nữ	90 (73,2)
Trình độ chuyên môn	Trung cấp	41 (33,4)
	Cao đẳng	19 (15,4)
	Đại học	60 (48,8)
	Sau đại học	3 (2,4)
		22 (17,8)
Thời gian làm việc trong lĩnh vực điều dưỡng	0-5 năm	50 (40,7)
	6-10 năm	51 (41,5)
	>10 năm	14 (11,4)
Tham gia các lớp đào tạo về kiểm soát nhiễm khuẩn	Không	14 (11,4)
	Có	109 (88,6)

	Trung bình (Độ lệch chuẩn)	Trung vị (Nhỏ nhất- Lớn nhất)
Tuổi (năm)		33 (23 - 53)
Số người bệnh chăm sóc trung bình/ngày	6,54 (2,74)	
Thời gian làm việc trong lĩnh vực ngoại khoa	7,89 (5,32)	
Điểm kiến thức về phòng ngừa NKVM	17,12 (2,22)	
Điểm thực hành về phòng ngừa NKVM		63 (46 - 68)

**Nhận xét:** Đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là nữ giới (73,2%). Trình độ chuyên môn của điều dưỡng chủ yếu là đại học (48,8%). Kinh nghiệm làm việc tại khoa ngoại của điều dưỡng trung bình là 7,89 năm. Điều dưỡng chăm sóc trung bình là 6,54 người bệnh/ ngày. Điểm trung bình kiến thức của điều dưỡng về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ là 17,12  $\pm$  2,22. Điểm trung vị thực hành của điều dưỡng về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ là 63.

### 3.2. Kiến thức của điều dưỡng về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ

**Biểu đồ 3.1: Kiến thức của điều dưỡng về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ**



**Nhận xét:** Chỉ có 27,6% điều dưỡng có kiến thức tốt về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ, số còn lại hơn 70% điều dưỡng có kiến thức trung bình và yếu về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ.

### 3.3. Thực hành của Điều dưỡng về phòng ngừa NKVM

**Biểu đồ 3.2: Thực hành của điều dưỡng về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ**





**Nhận xét:** 64,2% số điều dưỡng thực hiện chưa tốt các biện pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ. Trong khi đó có 44 trường hợp chiếm tỷ lệ 35.8% điều dưỡng thực hiện tốt các biện pháp phòng ngừa NKVM.

### 3.4. Yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về phòng ngừa NKVM của Điều dưỡng

#### 3.4.1. Phân tích đơn biến:

**Bảng 3.2: Mối liên quan giữa kiến thức về phòng ngừa NKVM của ĐD với đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.**

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu		Kiến thức Điều dưỡng
Tuổi (năm)		$r = 0,17, p = 0,2$
Số lượng người bệnh chăm sóc trung bình/ngày		$r = 0,39, p < 0,001$
Thời gian làm việc trong lĩnh vực ngoại khoa (năm)		$r = 0,23, p = 0,01$
Giới	Nam	$t(121) = 0,83, p = 0,41$
	Nữ	
Tham gia đào tạo về KSNK	Có	$t(121) = 0,73, p = 0,47$
	Không	
Trình độ chuyên môn	Trung cấp	ANOVA ( $F = 5,17$ ), $p = 0,002$
	Cao đẳng	
	Sau đại học	
Thời gian làm việc trong lĩnh vực điều dưỡng	1-5 năm	ANOVA ( $F = 3,63$ ), $p = 0,008$
	6-10 năm	
	>10 năm	

**Nhận xét:** Số người bệnh điều dưỡng chăm sóc trung bình/ngày, kinh nghiệm trong lĩnh vực ngoại khoa (năm), trình độ chuyên môn và số năm kinh nghiệm ĐD là những yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức của ĐD về phòng ngừa NKVM với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.3: Mối liên quan giữa thực hành về phòng ngừa NKVM của ĐD với đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu và kiến thức của ĐD về phòng ngừa NKVM.**

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu		Thực hành ĐD
Tuổi (năm)		$r = 0,11, p = 0,26$
Số người bệnh chăm sóc trung bình/ngày		$r = 0,36, p < 0,001$
Thời gian làm việc trong lĩnh vực ngoại khoa		$r = 0,23, p = 0,04$
Giới	Nam	Mann-Whitney test ( $U = 1426, z = 0,34, p = 0,73$ )
	Nữ	
Tham gia đào tạo về KSNK	Có	Mann-Whitney test ( $U = 521,5, z = -1,9, p = 0,05$ )
	Không	
Trình độ chuyên môn	Trung cấp	Kruskal-Wallis test: $X^2(3, n=123) = 5,97, p = 0,12$
	Cao đẳng	
	Sau đại học	
Thời gian làm việc trong lĩnh vực điều dưỡng	1-5 năm	Kruskal-Wallis test: $X^2(4, n=123) = 9,2, p = 0,05$
	6-10 năm	
	>10 năm	
Kiến thức của ĐD về phòng ngừa NKVM		$r = 0,52, p < 0,001$

**Nhận xét:** Số NB điều dưỡng chăm sóc trung bình/ngày, kinh nghiệm trong lĩnh vực ngoại khoa (năm), kinh nghiệm làm việc trong lĩnh vực ĐD, tham gia các khóa đào tạo về KSNK và kiến thức của ĐD là những yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành của ĐD về phòng ngừa NKVM với  $p < 0,05$ .

#### 3.4.2. Phân tích đa biến:

##### Yếu tố liên quan đến kiến thức

**Bảng 3.4: Yếu tố liên quan đến kiến thức về phòng ngừa NKVM của ĐD**

Yếu tố	B	OR	P	95% CI	
Giới	Nam	0,37	1,43	0,52	0,81-4,36
	Nữ	1	-	-	-
Đào tạo kiến thức nhiễm khuẩn	Có	0,6	1,84	0,47	0,26-2,61
	Không	1	-	-	-

Trình độ chuyên môn	Đại học/ Sau Đại học	0,44	1,55	0,41	0,55-4,35
	Trung cấp/ Cao đẳng	1	-	-	-
Thời gian làm việc trong lĩnh vực ngoại khoa (năm)		-0,15	0,86	0,02	0,71-0,99
Số người bệnh chăm sóc / ngày		0,42	1,53	<0,001	1,23-1,84

**Nhận xét:** Số lượng người bệnh chăm sóc hàng ngày là yếu tố có liên quan tới kiến thức về phòng ngừa NKVM của điều dưỡng với OR 1,53; 95% CI: 1,23-1,84. Thời gian làm việc trong lĩnh vực ngoại khoa là yếu tố liên quan tới kiến thức về phòng ngừa NKVM của ĐD với OR 0,86; 95%CI: 0,71- 0,99.

##### Yếu tố liên quan đến thực hành

**Bảng 3.5: Yếu tố liên quan đến thực hành về phòng ngừa NKVM của ĐD**

Yếu tố	B	OR	P	95% CI	
Giới	Nam	-0,29	0,75	0,49	0,29-1,96
	Nữ	1	-	-	-
Tham gia đào tạo kiến thức nhiễm khuẩn	Có	0,9	2,45	0,22	0,59-10,34
Trình độ chuyên môn	Đại học/ Sau Đại học	-0,9	0,4	0,07	0,14-1,08
	Trung cấp/ Cao đẳng	1	-	-	-
Kiến thức về phòng ngừa NKVM	Kiến thức tốt	1,89	6,61	0,001	1,27-5,29
	Kiến thức trung bình/yếu	1	-	-	-
Năm làm việc trong lĩnh vực ngoại khoa (năm)		0,12	1,12	0,02	1,01-1,23
Số lượng người bệnh chăm sóc / ngày		0,11	1,12	0,19	0,94-1,33

**Nhận xét:** Kiến thức về phòng ngừa NKVM là yếu tố liên quan đến thực hành phòng ngừa NKVM với OR 6,61; 95% CI: 1,27-5,29. Năm làm việc trong lĩnh vực ngoại khoa là yếu tố liên quan đến thực hành phòng ngừa NKVM với OR: 1,12; 95% CI: 1,01-1,23.

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Kiến thức về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ của điều dưỡng

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có khoảng gần 1/3 (27,6%) điều dưỡng có kiến thức tốt về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ. Phát hiện của chúng tôi có kết quả thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Loan và cộng sự năm 2014 khi nghiên cứu về kiến thức và thực hành của ĐD về phòng ngừa nhiễm trùng vết mổ cho thấy: Tỷ lệ ĐD có kiến thức đúng về phòng ngừa NKVM là 60%. Có sự chênh lệch kết quả giữa hai nghiên cứu này là do cách tính điểm đạt về kiến thức khác nhau. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Loan kiến thức tốt khi điểm đạt 66,67% tổng điểm. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi kiến thức được đánh giá đạt khi trả lời đúng được 75% câu hỏi.

Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với kết quả của một nghiên cứu thực hiện đánh giá kiến thức về phòng ngừa NKVM tại cơ sở ngoại khoa ở một số Bệnh viện Jordan, kết quả cũng chỉ ra rằng chỉ có khoảng 25% điều dưỡng được đánh giá có kiến thức tốt về NKVM. Một nghiên cứu khác tại đơn vị phẫu thuật Bệnh viện giảng dạy đại học Obafemi Awolowo, Ile-Ife, Nigeria năm 2014 về kiến thức phòng ngừa NKVM sau phẫu thuật. Kết quả cho thấy chỉ có 1/3 đối tượng nghiên cứu (32% ĐD) có kiến thức tốt về dự phòng NKVM sau phẫu thuật. Tác giả cũng chỉ ra rằng đa số những người tham gia nghiên cứu có kinh nghiệm khiêm tốn trong lĩnh vực công tác chỉ từ 1- 5 năm. Điều này cũng phù hợp với nghiên

cứu của chúng tôi khi nhóm ĐD có thâm niên công tác 1- 5 năm chiếm tỷ lệ thấp.

#### 4.2. Thực hành về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ của điều dưỡng

Liên quan đến thực hành phòng ngừa NKVM, trong nghiên cứu của chúng tôi có khoảng 35,8% điều dưỡng thực hiện tốt các biện pháp phòng ngừa NKVM. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Huỳnh Huyền Trân và Nguyễn Thị Hồng Nguyên tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ (thực hành đạt 63,1%). Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả thấp hơn so với nghiên cứu của các tác giả tại Ethiopia khi kết quả thực hành về phòng ngừa NKVM dao động từ 40,8%- 48,9%. Có thể luận giải về điều này là phần lớn các ĐD tham gia nghiên cứu có độ tuổi trẻ và thâm niên công tác trong lĩnh vực ngoại khoa <10 năm (7,89 năm) nên chưa có nhiều kinh nghiệm trong chăm sóc và phòng ngừa NKVM cho người bệnh, từ đó có thực hành chưa tốt về phòng ngừa NKVM.

#### 4.3. Yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành về phòng ngừa NKVM của ĐD

Bằng phương pháp phân tích hồi quy đơn, kết quả model xác định được hai yếu tố có ảnh hưởng lớn đến kiến thức về phòng ngừa NKVM của Điều dưỡng bao gồm: thâm niên công tác trong lĩnh vực ngoại khoa và số lượng người bệnh chăm sóc. Điều dưỡng có thâm niên trong lĩnh vực ngoại khoa có kiến thức phòng ngừa NKVM tốt hơn điều dưỡng ít có kinh nghiệm trong lĩnh vực ngoại khoa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với một số nghiên cứu khác. Cụ thể trong một nghiên cứu trên tổng số 409 điều dưỡng tại Epiopia chỉ ra mối quan hệ có ý nghĩa thống kê giữa năm kinh nghiệm và kiến thức (OR 8,9; 95% CI: 3,21-21,4) và thực hành phòng ngừa NKVM (OR 29,3; 95% CI: 6,89-124,9). Thật vậy, ngành y là một ngành khoa học thực nghiệm, các ĐD công tác càng nhiều năm thì càng tích lũy được nhiều kinh nghiệm nên họ có kiến thức đầy đủ hơn về kiểm soát nhiễm khuẩn để đảm bảo an toàn chăm sóc người bệnh.

Liên quan đến vấn đề thực hành của Điều dưỡng, kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến xác nhận kiến thức về phòng ngừa NKVM, năm làm việc trong lĩnh vực ngoại khoa có ảnh hưởng đối với thực hành phòng ngừa NKVM. Trong đó kiến thức có ảnh hưởng lớn nhất đến thực hành phòng ngừa NKVM với tỷ suất chênh OR lần lượt là 6,61,  $p < 0,001$ . Điều dưỡng có kiến thức tốt về phòng ngừa NKVM thì thực hành tốt gấp 6,6 lần điều dưỡng có kiến thức trung bình/yếu. Và cứ mỗi năm làm việc trong lĩnh vực ngoại khoa tăng lên 1 đơn vị (năm) thì kết quả thực hành về phòng ngừa NKVM của điều dưỡng tốt lên 1,12 lần (OR: 1,12; 95% CI: 1,01-1,23.). Nghiên cứu của chúng tôi đồng quan điểm với nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền và Phan Văn Tường tại Bệnh viện Việt Đức đồng thời nhất quán với nghiên cứu của Humaun K.S tại Bangladesh và nghiên cứu của Freahiywot A.T tại Ethiopia. Năm kinh nghiệm ảnh hưởng đến thực hành có thể lý giải bằng hiện thực rằng thực hành nhiều trở lên thành thạo, có nghĩa là chất lượng thực hành chăm sóc tăng dần theo năm tháng khi được thực hành nhiều.

**5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ:** 2/3 điều dưỡng (72,4%) có kiến thức không tốt về phòng ngừa NVKM. Gần 65% điều dưỡng chưa thực hành tốt các biện pháp phòng ngừa NKVM. Hai yếu tố được xác định có liên quan đến kiến thức về phòng ngừa NKVM của điều dưỡng bao gồm: số năm làm việc trong lĩnh vực ngoại khoa và số lượng trung bình người bệnh chăm sóc. Kiến thức về phòng ngừa NKVM và năm làm việc trong ngoại khoa là yếu tố liên quan đối với thực hành của điều dưỡng về phòng ngừa NKVM.

Trong chương trình đào tạo nên có học phần chăm sóc vết thương để giảng dạy chuyên sâu kiến thức về chăm sóc và quản lý vết thương. Đối với bệnh viện: Tổ chức đào tạo liên tục, cập nhật kiến thức thường xuyên để nâng cao năng lực đánh giá và thực hành chăm sóc vết thương...; Xây dựng quy trình chuẩn và bảng kiểm để đánh giá thực hành biện pháp phòng ngừa NKVM.

## ÁP DỤNG THANG SIGMA TRONG ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG XÉT NGHIỆM Ở MỘT SỐ CHỈ SỐ HOÁ SINH TẠI KHOA XÉT NGHIỆM – BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG

ThS. PHẠM THỊ THỦY; CN. NGUYỄN VĂN QUANG  
Khoa Xét nghiệm – Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiểm tra chất lượng xét nghiệm đóng vai trò vô cùng quan trọng, là một hoạt động thiết yếu giúp phòng xét nghiệm có thể đảm bảo được kết quả xét nghiệm là chính xác, tin cậy. Kiểm tra chất lượng xét nghiệm gồm

hoạt động nội kiểm tra và ngoại kiểm tra chất lượng. Tuy nhiên, để đo lường mức chất lượng của phòng xét nghiệm việc xem xét nội kiểm, ngoại kiểm riêng rẽ là không thỏa đáng. Six sigma là một cuộc cách mạng trong quản lý chất lượng, được áp dụng rộng rãi trong

lĩnh vực thương mại và công nghiệp từ những năm 1980. Sử dụng thang sigma để đánh giá chất lượng xét nghiệm sẽ cung cấp cho chúng ta một khung định lượng về các mức chất lượng tương ứng với các giá trị sigma từ 1 đến 6, giá trị sigma càng cao chứng tỏ mức chất lượng đạt được càng tốt [1]. Nhận thấy việc áp dụng thang sigma trong đánh giá chất lượng xét nghiệm có thể giúp khoa phòng đánh giá chính xác mức chất lượng xét nghiệm, tìm ra các điểm yếu, điểm hạn chế. Từ đó tiến hành các cải tiến giúp giảm tỷ lệ sai sót, giảm lãng phí hóa chất, vật tư, nhân lực nâng cao hiệu quả hoạt động chuyên môn [2]. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: Áp dụng thang sigma trong đánh giá chất lượng xét nghiệm một số chỉ số hoá sinh tại Khoa Xét nghiệm- Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương với 2 mục tiêu:

1. Áp dụng thang sigma trong đánh giá chất lượng xét nghiệm của một số chỉ số hoá sinh đang thực hiện tại Khoa Xét nghiệm – Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

2. Mô tả một số yếu tố ảnh hưởng tới chất lượng xét nghiệm của một số chỉ số hoá sinh tại Khoa Xét nghiệm- Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương.

## II ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Khoa Xét nghiệm- Bệnh viện Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương từ tháng 8/2020 đến tháng 6/2021

### 2.2 Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu lựa chọn các xét nghiệm 22 chỉ số/ xét nghiệm hoá sinh thường quy thực hiện trên máy AU680: Glucose, Ure, Creatinin, Cholesterol, Triglycerid, HDL-C, Protein, Albumin, AST, ALT, GGT, Acid Uric, Amylase, Bilirubin toàn phần, Bilirubin trực tiếp, Canxi, Fe, Na, Kali, Clo, Ck toàn phần, ALP

2.3 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thực nghiệm trong phòng xét nghiệm

### 2.4 Kỹ thuật thu thập và xử lý số liệu

Dữ liệu được thu thập để tính toán giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, hệ số biến thiên, bias và sigma. Phân tích thống kê sử dụng Excel phần mềm SPSS

## III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

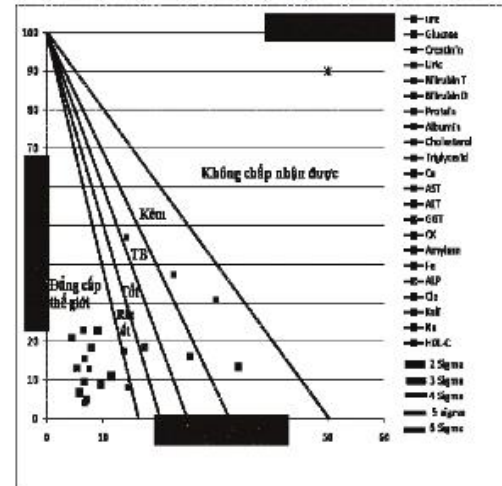
### 3.1 Áp dụng thang sigma trong đánh giá chất lượng xét nghiệm một số chỉ số hoá sinh

Bảng 3.1: Giá trị sigma của các chỉ số hoá sinh trên máy AU680

Xét nghiệm	TEa(%)***	Bias(%)	CV (%)	Sigma
Creatinin (µmol/L)	15	4.63	4.51	2,3
Natri (mmol/L)	4	0.54	1.37	2,54
Protein (g/L)	10	3.73	2.24	2,79
Clo (mmol/L)	5	0.81	1.28	3,29
Bilirubin D (µmol/L)	20	14.12	4.23	3,76
ALP (U/L)	30	5.55	5.23	4,68
Ure (mmol/L)	9	1.58	1.25	5,96
Albumin (g/L)	10	0.81	1.44	6,39
Kali (mmol/L)	12	1.33	1.38	7,73
Glucose (mmol/L)	10	2.28	0.91	8,51
HDL-C	30	2.65	2.87	9,54
GGT (U/L)	15	2.77	1.17	10,45
Triglycerid (mmol/L)	25	3.23	1.87	11,64
Cholesterol(mmol/L)	10	2.28	0.64	12,07
AST (U/L)	20	3.09	1.33	12,69
CK(U/L)	30	1.53	2.12	13,46
Fe (µmol/L)	20	1.92	1.34	13,48
Bilirubin T (µmol/L)	20	0.82	1.36	14,12
Acid uric (µmol/L)	17	1.1	1.01	15,74
Canxi (mmol/L)	11.3	0.77	0.66	16,07
ALT (U/L)	20	2.61	1.08	16,14
Amylase(U/L)	30	6.3	1.33	17,86

Nghiên cứu này chúng tôi tính giá trị Sigma của các chỉ số hóa sinh theo phương pháp đo lường biến thiên. Độ biến thiên CV% được tính toán từ 3322 kết quả chạy nội kiểm từ tháng 8 đến tháng 12/. Độ không xác thực Bias%, tính từ kết quả ngoại kiểm trong vòng 5 tháng của 22 thông số xét nghiệm. Kết quả cho thấy trong 22 chỉ số hóa sinh trên máy AU680 khảo sát có: 3 chỉ số có Sigma <3; 2 chỉ số có Sigma từ 3 đến 4; 1 chỉ số có Sigma từ 4 đến 5; 1 chỉ số có Sigma từ 5 đến 6; 15 chỉ số có Sigma >6. Trong đó Creatinin có sigma thấp nhất là 2,3 và Amylase có sigma lớn nhất là 17,86. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giá trị sigma của các chỉ số hóa sinh cao hơn so với nghiên cứu của Hoàng Mạnh Cường năm 2019 [3].

Hình 3.1: Biểu đồ OPSpect phân loại mức chất lượng

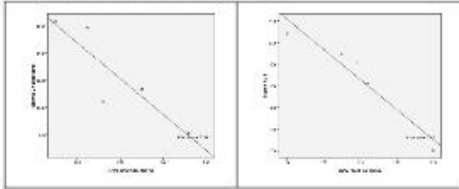


Để phân loại mức chất lượng, nghiên cứu sử dụng biểu đồ đánh giá hiệu năng phương pháp OPSpect chart để phân loại mức chất lượng cho các xét nghiệm/ chỉ số. Nghiên cứu đã đưa ra đánh giá tổng thể về mức chất lượng cho 22 xét nghiệm/ chỉ số trong nghiên cứu được (hình 3.2). Kết quả có 3 chỉ số/ xét nghiệm có mức chất lượng kém, 2 chỉ số có mức chất lượng trung bình và 17 chỉ số có mức chất lượng tốt, rất tốt và đạt đẳng cấp thế giới.

### 3.2. Mô tả một số yếu tố ảnh hưởng tới chất lượng xét nghiệm của một số chỉ số hoá sinh

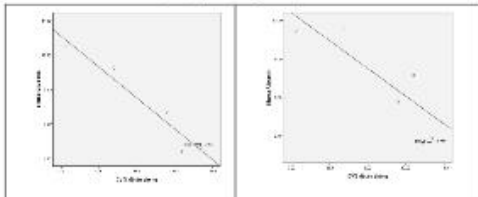
Qua kết quả đánh giá chất lượng theo phương pháp six sigma việc tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng xét nghiệm là vấn đề bức thiết giúp khoa tìm ra được những yếu tố ảnh hưởng tích cực và tiêu cực đến điểm sigma cũng như mức chất lượng của các xét nghiệm đang thực hiện. Nghiên cứu đã khảo sát mối tương quan của các yếu tố thuộc 4 nhóm (điều kiện môi trường, trang thiết bị, hóa chất, nhân sự) tới giá trị sigma của từng chỉ số xét nghiệm theo thời gian. Kết quả cho thấy mỗi xét nghiệm hoặc thông số xét nghiệm đều chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố khác nhau, theo nhiều hướng khác nhau thậm chí là nhiều yếu tố khác nữa mà trong nghiên cứu này chưa đề cập tới.

**3.2.1 Sự ảnh hưởng của các yếu tố môi trường đến chất lượng xét nghiệm của một số chỉ số hóa sinh**



**Hình 3.2: Mỗi tương quan giữa sự biến thiên nhiệt độ phòng với Sigma của Cholesterol và ALT**

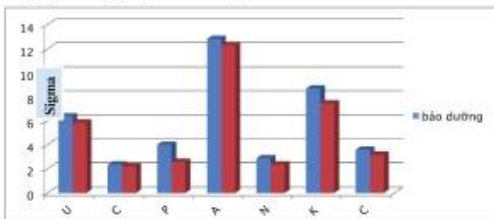
Nghiên cứu cho thấy khi CV% của nhiệt độ phòng tăng đồng nghĩa với mức chênh lệch nhiệt độ giữa những ngày trong tháng lớn thì sigma của rất nhiều các chỉ số như: Cholesterol, ALT, Albumin, Bilirubin T, Bilirubin D, Acid Uric, Triglycerid, Ca, GGT, CK, Fe, ALP có xu hướng giảm. Vì vậy ở những ngày nhiệt độ môi trường bên ngoài có sự thay đổi lớn phòng xét nghiệm nên kiểm soát nhiệt độ phòng chặt chẽ hơn.



**Hình 3.3: Mỗi tương quan giữa sự biến thiên độ ẩm phòng với Sigma của Glucose và Albumin**

Độ ẩm phòng xét nghiệm cũng là một yếu tố ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng kết quả xét nghiệm. Nghiên cứu cho thấy khi độ ẩm phòng tăng cao giá trị Sigma của một số chỉ số giảm. Đồng thời khi độ ẩm giữa các ngày trong tháng chênh lệch quá lớn thể hiện qua chỉ số CV% độ ẩm phòng tăng thì giá trị Sigma của một số chỉ số hóa sinh như: Albumin, ALT, Glucose, Bilirubin T cũng có xu hướng giảm.

**3.2.2 Sự ảnh hưởng của trang thiết bị đến chất lượng xét nghiệm của một số chỉ số hóa sinh**

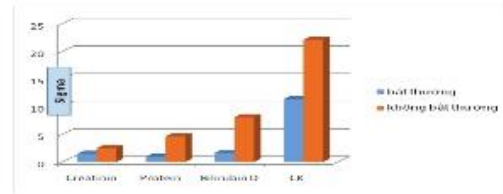


**Hình 3.4: Mỗi liên quan giữa bảo dưỡng máy và giá trị Sigma của một số chỉ số hóa sinh**

Giá trị Sigma trung bình các tháng có bảo dưỡng của Ure, Creatinin, Protein, AST, Na, K, Clo cao hơn so với các tháng không có bảo dưỡng. Điều đó cho thấy trang thiết bị cũng có ảnh hưởng rõ rệt đến chất lượng xét nghiệm vì vậy các phòng xét nghiệm cần phải có kế hoạch bảo dưỡng các trang thiết bị định kỳ như trong nghiên cứu của tác giả Trần Thị Chuyên tại khoa Huyết học truyền máu, bệnh viện Bạch Mai năm 2007 cũng

đưa ra kiến nghị "Nên ký hợp đồng bảo dưỡng với hãng để được kiểm tra và chuẩn máy định kỳ"[4].

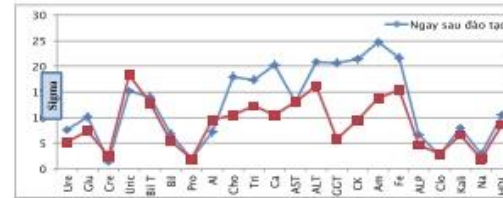
**3.2.3 Sự ảnh hưởng của hóa chất đến chất lượng xét nghiệm của một số chỉ số hóa sinh**



**Hình 3.5: Sự ảnh hưởng của hóa chất bất thường đến giá trị Sigma của một số chỉ số hóa sinh**

Khảo sát sự ảnh hưởng của những bất thường đến giá trị Sigma nhận thấy các tháng có hóa chất Creatinin, protein, Bilirubin trực tiếp, CK bất thường có giá trị Sigma nhỏ hơn các tháng còn lại. Kết quả này cho thấy vai trò của hóa chất sinh phẩm xét nghiệm đối với chất lượng xét nghiệm. Hóa chất xét nghiệm là yếu tố tác động trực tiếp tới kết quả xét nghiệm được trả ra cho khách hàng, nếu hóa chất có vấn đề không đảm bảo chất lượng thì kết quả trả ra cũng không thể đảm bảo độ chính xác và tin cậy.

**3.2.4 Sự ảnh hưởng của yếu tố nhân sự đến chất lượng xét nghiệm của một số chỉ số hóa sinh**



**Hình 3.6: Giá trị Sigma của các chỉ số xét nghiệm ngay sau đào tạo và sau đào tạo 5 tháng**

So sánh giá trị Sigma tại hai thời điểm ngay sau khi các nhân viên được đào tạo về QLCL và sau đó 5 tháng, nhận thấy có 18/22 chỉ số có giá trị Sigma giảm. Kết quả cho thấy để đảm bảo chất lượng thì nguồn nhân lực phải đủ về số lượng, đảm bảo về chất lượng và đặc biệt phải được đào tạo liên tục trong quá trình công tác.

**IV. KẾT LUẬN**

1. Áp dụng thang sigma trong đánh giá chất lượng xét nghiệm của một số chỉ số hoá sinh đang thực hiện tại KXN- BV Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương cho thấy:

- Ba chỉ số (13,6%) có mức chất lượng kém : Creatinin, Protein, Na.
- Hai chỉ số (9,1%) có mức chất lượng trung bình: Clo, Bilirubin trực tiếp.
- Một chỉ số (4,55%) có mức chất lượng tốt: ALP
- Một chỉ số (4,55%) có mức chất lượng rất tốt: Ure
- Mười năm chỉ số ( 68,2%) có mức chất lượng tương đương với đẳng cấp thế giới.

2. Các yếu tố ảnh hưởng tới chất lượng của một số chỉ số hoá sinh mà phòng xét nghiệm cần quan tâm nhiều hơn là: Nhiệt độ, độ ẩm phòng xét nghiệm, Nhiệt độ tủ lạnh bảo quản hóa chất, đào tạo liên tục về QLCL, một số hóa chất có hiện tượng bất thường như Creatinin và Protein.

# NGHIÊN CỨU TẠO NHA BẢO TỬ CHUNG VI KHUẨN *GEOBACILLUS STEAROTHERMOPHILUS* ATCC 7953 TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG

TS. ĐẶNG THỊ THÙY DƯƠNG và CS.

Phụ trách Labo Xét nghiệm ATTP

Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiệt trùng bằng nhiệt ẩm là một trong những phương pháp tiệt trùng được sử dụng phổ biến trong các cơ sở y tế, các phòng thí nghiệm, để tiệt trùng dụng cụ, vật liệu cấy ghép, môi trường nuôi cấy, ... Tuy nhiên, quá trình tiệt trùng có thể thất bại do 3 yếu tố: 5% do chất lượng hơi nước kém, 10% lỗi thiết bị như loại bỏ không khí không đầy đủ, thay đổi nhỏ về nhiệt độ trong buồng và hoặc trong các gói dụng cụ; còn lại 85% do lỗi của người sử dụng bao gồm đóng gói không đúng, thông số chu kỳ tiệt trùng không đúng. Vì vậy, việc kiểm soát hiệu quả quá trình tiệt trùng nhiệt ẩm là cần thiết để sớm loại bỏ những dụng cụ, vật liệu không đạt vô khuẩn trước khi tiến hành phẫu thuật, cấy ghép hay nuôi cấy vi sinh, đồng thời sẽ làm giảm thiệt hại về kinh tế cũng như sức khỏe, tính mạng của bệnh nhân. Chỉ thị sinh học được xem là tiêu chuẩn vàng cho kiểm soát quá trình tiệt trùng, là một trong các tiêu chí thẩm định nổi bật tiệt trùng, là thước đo phản ánh trực tiếp hiệu quả diệt khuẩn.

Nha bảo của vi khuẩn *Geobacillus stearothermophilus* có sức đề kháng cao với nhiệt ẩm, chịu được các điều kiện tiệt trùng như vi sóng, chất hóa học formaldehyde, hydro peroxide. Chính vì vậy, theo ISO 11138-1:2006, 11138-3: 2006 quy định về yêu cầu của chất chỉ thị sinh học cho quá trình tiệt trùng bằng nhiệt ẩm, vi sinh vật thử nghiệm phải là nha bảo của *Geobacillus stearothermophilus*. Tuy nhiên, sức đề kháng của nha bảo phụ thuộc rất nhiều vào các điều kiện hình thành nha bảo như thành phần dinh dưỡng, sự có mặt của các ion vô cơ, pH và nhiệt độ. Vì vậy, muốn chế tạo thành công chỉ thị sinh học cho tiệt trùng nhiệt ẩm thì trước tiên phải tạo được nha bảo *G. stearothermophilus* có sức đề kháng cao với tiệt trùng nhiệt ẩm đáp ứng theo yêu cầu của chỉ thị sinh học theo ISO 11138-1:2006, 11138-3: 2006.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Vi khuẩn *Geobacillus stearothermophilus* ATCC 7953 được cung cấp bởi hãng Microbiologic/ Mỹ.

### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Để tài được thực hiện từ tháng 12/ 2019 đến tháng 6/ 2021 tại Labo XN ATVSTP, Trường ĐH Kỹ thuật Y tế Hải Dương

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thực nghiệm

### 2.4. Nội dung nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến hành khảo sát 16 điều kiện hình thành nha bảo *G. stearothermophilus* ATCC 7953 từ 4

môi trường NA-CaKMgMn, NA-CaMn, YMMn, PCA; 2 điều kiện ù 55°C và 61°C; 2 điều kiện pH 7,0 và 8,5. Nha bảo thu được từ các điều kiện trên đem bảo 2 tiêu chí về tỉ lệ chuyển đổi nha bảo trên 80% và sản lượng nha bảo trên 10<sup>5</sup> nha bảo/ mL sẽ được tiến hành thử nghiệm khả năng đề kháng với nhiệt ẩm thể hiện qua giá trị D<sub>121</sub> theo tiêu chuẩn ISO 11138-1: 2006, ISO 11138-3: 2006. Nha bảo đạt yêu cầu để kiểm soát hiệu quả tiệt trùng nhiệt ẩm cần có giá trị D<sub>121</sub> ≥ 1,5 phút và hệ số tương quan của phương trình hồi quy tuyến tính R<sup>2</sup> ≥ 0,8.

## III. KẾT QUẢ

3.1. Kết quả khảo sát 16 điều kiện tạo nha bảo *G. stearothermophilus*

Bảng 3.1. Tỉ lệ hình thành nha bảo *G. stearothermophilus* trong 16 điều kiện

Môi trường	pH môi trường	Nhiệt độ ù	Mức độ phát triển vi khuẩn	Tỉ lệ hình thành nha bảo	Sản lượng nha bảo (cfu/mL)		
				4 ngày	7 ngày	14 ngày	
NA-CaKMnMg	7,0	55°C	++	20%	22%	25%	4,8 x 10 <sup>5</sup>
		61°C	++	10%	15%	20%	3,6 x 10 <sup>5</sup>
	8,5	55°C	++	10%	15%	20%	3,7 x 10 <sup>5</sup>
		61°C	++	80%	90%	95%	5,3 x 10 <sup>5</sup>
NA-CaMa	7,0	55°C	++	10%	10%	10%	1,1 x 10 <sup>5</sup>
		61°C	++	10%	12%	15%	2,6 x 10 <sup>5</sup>
	8,5	55°C	++	20%	20%	20%	5,0 x 10 <sup>5</sup>
		61°C	++	80%	96%	98%	7,0 x 10 <sup>5</sup>
YMMn	7,0	55°C	++	10%	10%	10%	1,5 x 10 <sup>5</sup>
		61°C	++	40%	70%	90%	2,2 x 10 <sup>6</sup>
	8,5	55°C	++	30%	40%	60%	3,9 x 10 <sup>5</sup>
		61°C	++	90%	95%	98%	6,8 x 10 <sup>5</sup>
PCA	7,0	55°C	++	1%	1%	1%	10
		61°C	++	1%	1%	1%	15
	8,5	55°C	++	3%	3%	3%	63
		61°C	++	10%	20%	40%	5,2 x 10 <sup>5</sup>

Chú thích: (-) vi khuẩn không phát triển; (+) vi khuẩn có phát triển; (++) vi khuẩn mọc thành thảm

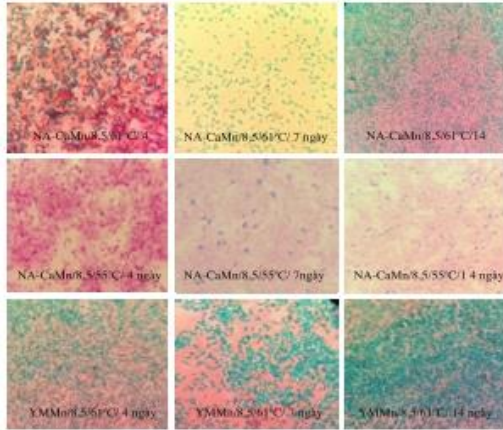
### Nhận xét:

- Vi khuẩn *G. stearothermophilus* phát triển tốt, mọc thành thảm ở tất cả 16 điều kiện.

- Môi trường NA-CaKMnMg, NA-CaMn và YMMn có tỉ lệ hình thành và sản lượng nha bảo tương đương nhau. Đặc biệt ở điều kiện YMMn/8,5/61°C có tốc độ hình thành nha bảo nhanh nhất, chỉ sau 4 ngày ù đã có tỉ lệ hình thành nha bảo đạt tới 90%.

- Ở điều kiện pH 8,5 và nhiệt độ ù 61°C cho thấy tốc độ và tỉ lệ hình thành nha bảo vượt trội so với điều kiện pH 7,0 và 55°C, ngoại trừ ở điều kiện YMMn/ 7,0/ 61°C.

- Chỉ có 4 điều kiện hình thành nha bảo NA-CaKMnMg/ 8,5/ 61°C, NA-CaMn/ 8,5/61°C, YMMn/ 7,0/ 61°C, YMMn/ 8,5/ 61°C có tỉ lệ hình thành nha bảo trên 90% và sản lượng nha bảo trên 10<sup>5</sup> cfu/mL đủ điều kiện tiến hành thí nghiệm khả năng đề kháng với nhiệt ẩm.



**Hình 3.1.** Nha bào *G. stearothermophilus* sau 4, 7 và 14 ngày ủ  
(Nha bào *G. stearothermophilus* bắt màu xanh, tế bào sinh dưỡng bắt màu hồng)

### 3. 2. Khả năng đề kháng với quá trình tiệt trùng nhiệt ẩm của nha bào *G. stearothermophilus*

Kết quả ở Bảng 3.2 cho thấy sức đề kháng với nhiệt ẩm thể hiện qua giá trị  $D_{121}^{\circ C}$  ở điều kiện NA-CaKMnMg/8,5/61°C không đạt giá trị  $D_{121}^{\circ C} < 1,5$  phút; 3 điều kiện còn lại đều đạt yêu cầu ( $D_{121}^{\circ C} \geq 1,5$  phút) nhưng hệ số tương quan của phương trình hồi quy tuyến tính ( $R^2$ ) ở điều kiện YMMn 8,5/61°C đạt yêu cầu ( $R^2 \geq 0,8$ ). Như vậy, chỉ có điều kiện YMMn 8,5/61°C đạt cả 2 yêu cầu về giá trị  $D_{121}^{\circ C}$  và hệ số tương quan  $R^2$ .

**Bảng 3.2.** Sức đề kháng với nhiệt của nha bào *G. stearothermophilus* trong 4 điều kiện hình thành nha bào

Môi trường	pH	Nhiệt độ ủ	Sản lượng cfu/mL	$D_{121}^{\circ C}$ (phút)	Hệ số tương quan $R^2$
NA-CaKMnMg	8,5	61°C	$1,6 \times 10^9$	1,4	0,79
NA-CaMn	8,5	61°C	$6,8 \times 10^9$	2,1	0,77
YMMn	7,0	61°C	$3,7 \times 10^9$	1,6	0,7
YMMn	8,5	61°C	$5,7 \times 10^9$	1,7	0,87

## IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy hiệu quả hình thành nha bào vượt trội khi ở đồng thời 2 điều kiện pH kiềm 8,5 và nhiệt độ ủ 61°C. Khi nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến sức đề kháng của nha bào *G. stearothermophilus*, Wells-Bennik và cộng sự nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa về sản lượng nha bào khi ủ giữa hai nhiệt độ 55°C và 61°C, còn Guizelini, B. P và cộng sự cũng nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa về sản lượng nha bào giữa pH 7,0 và 8,5 nhưng ở pH 8,5 nha bào có sức đề kháng nhiệt ẩm cao hơn so với pH 7,0. Ở nghiên cứu của chúng tôi không tiến hành khảo sát hình thành nha bào *G. stearothermophilus* trong từng điều kiện riêng rẽ pH và nhiệt độ ủ mà đồng thời cả 2 điều kiện này, kết quả cho thấy hiệu quả hình thành nha bào vượt trội ở điều kiện pH 8,5/ 61°C so với các điều kiện còn lại pH 7,0/ 61°C; pH 7,0/ 55°C; pH 8,5/ 55°C (Bảng 3.1).

Cơ chế diệt nha bào bằng nhiệt ẩm chủ yếu làm hư hỏng các protein lõi và biến tính các enzym tham gia

vào quá trình trao đổi chất. Khả năng chống nhiệt ẩm của nha bào quyết định bởi các yếu tố như sự bão hòa DNA với các protein SASP (acid-soluble spore proteins) loại  $\alpha/\beta$ , hàm lượng nước trong lõi thấp, DPA (dipicolinic acid) và hàm lượng khoáng chất cao bảo vệ các protein chống lại biến tính bởi nhiệt. Vì vậy, các điều kiện hình thành nha bào như thành phần môi trường dinh dưỡng, các chất khoáng, nhiệt độ ủ, pH, hàm lượng nước, ... quyết định đến sức đề kháng của nha bào được tạo ra.

Về vai trò của các ion đối với sức đề kháng của nha bào *G. stearothermophilus*, nghiên cứu của Bender và Marquis chỉ ra sự có mặt với nồng độ cao của ion canxi trong môi trường hình thành nha bào giúp nha bào *G. stearothermophilus* có sức đề kháng nhiệt cao nhất, tiếp đến là mangan, magie, trong khi đó các ion như natri, kali có ảnh hưởng thấp nhất. Điều này được lí giải do hình thành liên kết giữa các cation hóa trị hai với acid dipicolinic có trong lõi nha bào làm tăng khả năng chịu nhiệt của nha bào. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy sự có mặt của ion  $Ca^{2+}$  và  $Mn^{2+}$  ảnh hưởng đến sức đề kháng của nha bào nhiều hơn ion  $Mg^{2+}$ ,  $K^+$ .

Ảnh hưởng của pH môi trường hình thành nha bào đến sức đề kháng của *G. stearothermophilus* ít được biết đến. Nghiên cứu của Guizelini và cộng sự chứng minh trong các yếu tố ảnh hưởng sức đề kháng của nha bào *G. stearothermophilus*, pH môi trường hình thành nha bào là yếu tố quan trọng nhất, pH kiềm (không lớn hơn 8,5) cho sức đề kháng cao hơn pH trung tính và acid. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận kết quả tương tự nghiên cứu của Guizelini, môi trường hình thành nha bào có pH kiềm 8,5 thúc đẩy tốc độ hình thành nha bào và làm tăng sức đề kháng với nhiệt ẩm. Cơ chế pH ảnh hưởng đến sức đề kháng của nha bào *G. stearothermophilus* vẫn đang được làm rõ, có thể môi trường kiềm làm tăng quá trình khoáng hóa của nha bào.

Nhiệt độ tạo nha bào cũng là một trong những yếu tố ảnh hưởng mạnh đến sức đề kháng của nha bào thông qua lượng acid dipicolinic và hàm lượng nước trong lõi. Nghiên cứu của Wells-Bennik và cộng sự chứng minh nhiệt độ ủ 61°C làm tăng khả năng chịu nhiệt của nha bào *G. stearothermophilus* so với khi ủ ở 55°C. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự, ở nhiệt độ 61°C thu được sản lượng nha bào *G. stearothermophilus* nhiều hơn và sức đề kháng cao hơn. Cơ chế ảnh hưởng của nhiệt độ có thể là do khi tăng nhiệt độ ủ trong quá trình hình thành nha bào làm cho các chất khoáng dễ hấp thụ vào tế bào hơn dẫn đến tích tụ nhiều chất khoáng, giảm hàm lượng nước do đó bảo vệ lõi nha bào tốt hơn.

## V. KẾT LUẬN

Ở điều kiện pH 8,5 và nhiệt độ ủ 61°C cho thấy tốc độ và tỉ lệ hình thành nha bào *G. stearothermophilus* vượt trội so với pH 7,0 và 55°C.

Điều kiện môi trường YMMn có pH 8,5 và nhiệt độ ủ 61°C có tốc độ hình thành nha bào *G. stearothermophilus* nhanh nhất, tỉ lệ hình thành nha bào đạt tới 90% sau 4 ngày.

Nha bào *G. stearothermophilus* tạo ra trong điều kiện môi trường YMMn, pH 8,5 và nhiệt độ ủ 61°C có sức đề kháng với nhiệt ẩm đạt yêu cầu,  $D_{121}^{\circ C} = 1,7$  phút, hệ số tương quan  $R^2 = 0,87$ .

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN COVID-19 CÓ TỔN THƯƠNG PHỔI ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN DÃ CHIẾN - ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG

TS.BS. NGUYỄN ĐÌNH DŨNG

Trưởng Khoa Nội tổng hợp

Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

## Đặt vấn đề:

Bệnh Coronavirus 2019 (Covid-19), do vi rút SARS-CoV-2 gây ra, đã trở thành một đại dịch trên toàn thế giới. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) tuyên bố đợt bùng phát Covid-19 là một đại dịch vào tháng 3 năm 2020. Tính đến cuối tháng 12 năm 2020, khoảng 90 triệu trường hợp đã được xác nhận tại hơn 219 quốc gia. Tại Việt Nam, ngày 23 tháng 1 năm 2020 ghi nhận ca nhiễm đầu tiên. Đến nay, hầu hết các tỉnh, thành phố trong cả nước có ca mắc Covid 19, trong đợt bùng phát dịch thứ 3, Hải Dương là tỉnh đầu tiên ghi nhận số ca mắc nhiều nhất. Ngày 28 tháng 1 năm 2021, Bộ Y tế Việt Nam công bố bệnh nhân 1552 ở Hải Dương tại ổ dịch công ty POYUN, sau đó dịch bệnh đã lan ra 12/12 thành phố, thị xã, huyện trong toàn tỉnh với gần 700 ca mắc mới. Xác định đợt dịch này do virus biến thể Anh chủng B.1.1.7 gây ra, có khả năng lây lan nhanh hơn, tải lượng virus tăng gấp 4 lần so với chủng trước đây. Virus corona chủng mới này có ái tính với đường hô hấp dưới và biến chứng chính là viêm phổi. Các quan sát lâm sàng hiện tại cho thấy nhiễm SARS-CoV2 có thể từ không có triệu chứng lâm sàng rõ ràng đến bệnh cảnh viêm đường hô hấp với biểu hiện sốt và ho khan, kèm theo tỷ lệ lây truyền từ người sang người cao. Hiện không có thuốc hoặc chiến lược điều trị đặc hiệu cho bệnh nhân bị COVID-19. Chỉ các loại thuốc kháng vi-rút hoặc chống viêm được sử dụng như phương pháp điều trị triệu chứng dựa trên kinh nghiệm của bác sĩ lâm sàng.

Bệnh viện Dã chiến số 2 – Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương đã tiếp nhận và điều trị cho 376 bệnh nhân nhiễm COVID-19, qua theo dõi chúng tôi thấy rằng có tới trên ¼ người mắc có biểu hiện tổn thương tại phổi ở các mức độ khác nhau. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân Covid 19 có tổn thương phổi tại Bệnh viện dã chiến - Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương", với 2 mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân Covid 19 có tổn thương phổi tại Bệnh viện dã chiến - Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương

2. Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân Covid -19 có tổn thương phổi.

## 2. Đối tượng phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bao gồm những bệnh nhân Covid 19 có tổn thương phổi điều trị tại Bệnh viện dã chiến - Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương. Bệnh nhân được phân loại mức độ nặng theo hướng dẫn của Bộ Y tế [1].

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân chẩn đoán xác định nhiễm Sars CoV2 bằng phương pháp Realtime PCR.

Có tổn thương phổi trên phim chụp Xquang và hoặc CLVT ngực.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại khỏi nghiên cứu.

- Bệnh nhân tử vong trước 24 giờ trong quá trình điều trị, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: 1- 8/2021.

- Địa điểm: Bệnh viện dã chiến - Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu ngang, mô tả.

#### 2.2.2. Phương pháp chọn mẫu nghiên cứu

- Chọn mẫu thuận tiện, gồm tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu

#### 2.3. Xử lý số liệu

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

#### 2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu đã thông qua hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, Trường Đại học KTYT Hải Dương về các khía cạnh đạo đức nghiên cứu.

### 3. Kết quả nghiên cứu

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

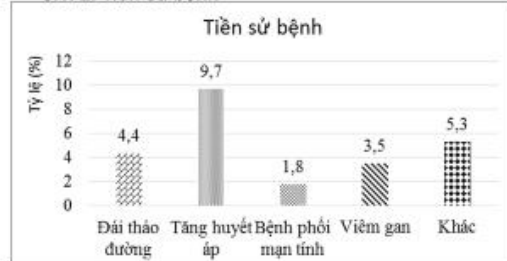
##### 3.1.1. Phân bố theo tuổi và giới

**Bảng 1. Tỷ lệ bệnh nhân Covid 19 phân bố theo nhóm tuổi.**

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
< 18	2	40,0	3	60,0	5	4,4
18 - 39	15	34,9	28	65,1	43	38,1
40 - 59	19	50,0	19	50,0	38	33,6
≥ 60	15	55,6	12	44,4	27	23,9
Tuổi trung (SD)	48,9±17,39		44,5±18,59		46,5±18,12	
Tổng	51	45,1	62	54,9	113	100

**Nhận xét:** Bệnh nhân nghiên cứu phần lớn có độ tuổi từ 18 đến 59 tuổi (71,7%), ≥ 60 tuổi (23,9%), < 18 tuổi(4,4%); nữ (54,9%); nam (45,1%).

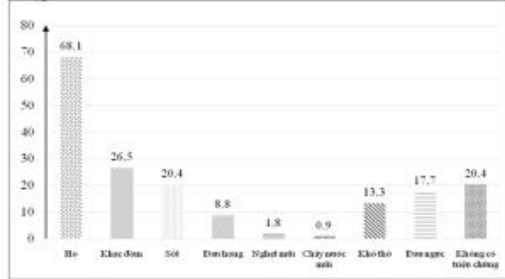
##### 3.1.2. Tiền sử bệnh



**Nhận xét:** Trong 113 bệnh nhân nghiên cứu có 11(9,7%) bệnh nhân nghiên cứu có tiền sử tăng huyết áp, tiền sử đái tháo đường chiếm khoảng 5(4,4%), viêm gan chiếm 4(3,5%), bệnh phổi mạn tính chỉ chiếm 2(1,8%), 6(5,3%) bệnh nhân có các bệnh lý khác.

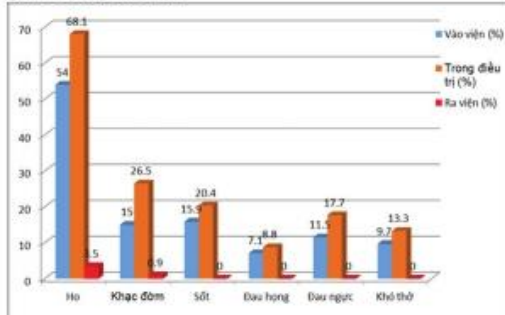
**3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân có tổn thương phổi**

**3.2.1. Tần suất xuất hiện triệu chứng lâm sàng trong quá trình điều trị**



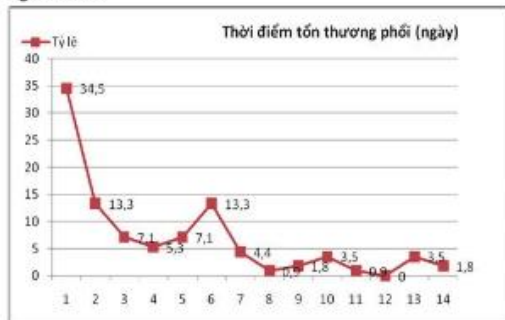
**Nhận xét:** Triệu chứng lâm sàng xuất hiện trong quá trình theo dõi điều trị phổ biến nhất là ho (68,1%), sốt (20,4%), khác đờm (26,5%), đau ngực (17,7%), khó thở (13,3%). Có 23 BN (20,4%) không xuất hiện triệu chứng trong cả quá trình cách ly điều trị.

**3.2.2. Thay đổi một số triệu chứng lâm sàng trong thời gian cách ly điều trị.**



**Nhận xét:** Ho ở thời điểm vào viện chiếm 54%, trong quá trình cách ly điều trị tăng lên 68,1%, khi ra viện chỉ còn 3,5%. Triệu chứng khác đờm lần lượt là 15% - 26,5% - 0,9%; sốt là 15,9% - 20,4% - 0; đau ngực là 11,5% - 17,7% - 0; khó thở 9,4% - 13,3% - 0.

**3.2.3 Thời điểm tổn thương phổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.**



**Nhận xét:** Thời điểm tổn thương phổi gặp nhiều nhất ở ngày thứ 1 vào viện (34,5%), và gặp chủ yếu trong 7 ngày đầu trong quá trình cách ly điều trị (85%);

**3.2.4 Đặc điểm xét nghiệm công thức máu của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.**

Chỉ số		Không triệu chứng (n=44)		Có triệu chứng (n=69)		Tổng (n=113)		p
		n	%	n	%	n	%	
Bạch cầu Lympho	Giảm	3	6,8	18	26,1	21	18,6	0,010
	Bình thường	41	93,2	51	73,9	92	81,4	
	Trung bình	1,5±0,71		1,3±0,64		1,4±0,67		
Tiểu cầu	Giảm	8	18,2	6	8,7	14	12,4	0,327
	Bình thường	34	77,3	60	87,0	94	83,2	
	Trung bình	249,7±100,02		242,7±106,42		245,4±103,58		

**Nhận xét:** bạch cầu lympho giảm gặp ở 21BN (18,6%), 14BN (12%) có giảm tiểu cầu

**3.2.5 Đặc điểm xét nghiệm hoá sinh của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.**

Chỉ số		Không triệu chứng (n=44)		Có triệu chứng (n=69)		Tổng (n=113)		p
		n	%	n	%	n	%	
AST	Bình thường	35	79,5	39	56,2	74	66,7	0,02
	Tăng	9	20,5	28	41,8	37	33,3	
	Trung bình	30,9±12,10		40,8±29,23		36,9±24,36		
ALT	Bình thường	30	68,2	38	56,7	68	61,3	0,225
	Tăng	14	31,8	29	43,3	43	38,7	
	Trung bình	32,5±21,23		42,3±32,41		38,4±28,80		
CRP	Bình thường	31	73,8	32	48,5	63	58,3	0,009
	Tăng	11	26,2	34	51,5	45	41,7	

**Nhận xét:** tăng men gan AST, ALT lần lượt là 33,3% và 38,7%, tăng men gan gặp nhiều ở nhóm BN có triệu chứng p < 0,05. Tăng CRP chiếm 41,7%.

**3.2.6 Đặc điểm xét nghiệm đông máu của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.**

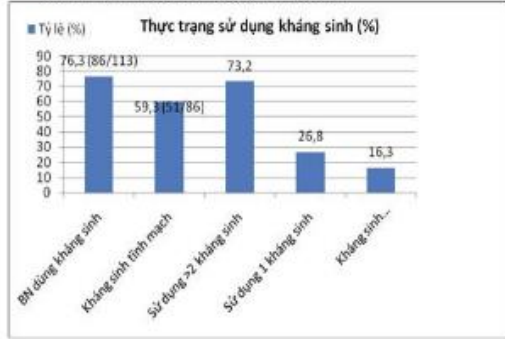
Chỉ số		Không triệu chứng (n=44)		Có triệu chứng (n=69)		Tổng (n=113)		p
		n	%	n	%	n	%	
PT (s)	Giảm	0	0,0	1	1,5	1	0,97	0,486
	Bình thường	33	86,8	50	76,9	83	80,5	
	Tăng	5	13,2	14	21,5	19	18,4	
Fibrinogen (g/L)	Bình thường	26	68,4	37	57,8	63	61,8	0,286
	Tăng	12	31,6	27	42,2	39	38,2	
	Trung bình	3,8±1,08		4,3±1,44		4,1±1,33		
D-dimer (µg/mL)	Bình thường (43)	17	70,8	24	57,1	43	68	0,270
	Tăng (25)	7	29,2	18	42,9	25	32	
	Trung bình	0,4±0,31		0,7±1,23		0,6±1,01		

**Nhận xét:** Có 19BN (16,8%) có tăng prothrombin, 39BN (38,2%) tăng fibrinogen trong đó bệnh nhân có triệu chứng có xu hướng tăng nhiều hơn p=0,075. 25BN (32% ) có tăng D dimer, D dimer trung bình nhóm nghiên cứu là 0,60 ± 1,01 µg/mL.



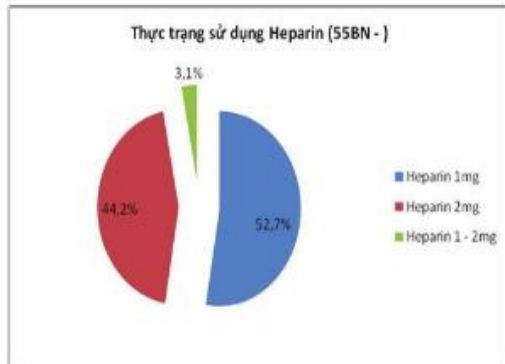
**3.3. Kết quả điều trị bệnh nhân COVID – 19 có tổn thương phổi.**

**3.3.1. Tình trạng sử dụng kháng sinh**



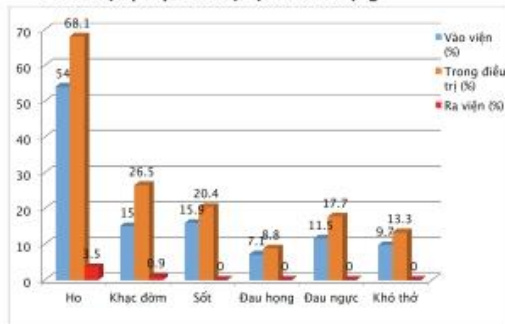
**Nhận xét:** 59,3 % số bệnh nhân dùng kháng sinh cephalosporin III theo đường tĩnh mạch, 73,2 % dùng kháng sinh phối hợp, 26 % 1 loại kháng sinh đường uống (Azithromycin).

**3.3.2. Tình trạng sử dụng heparin.**



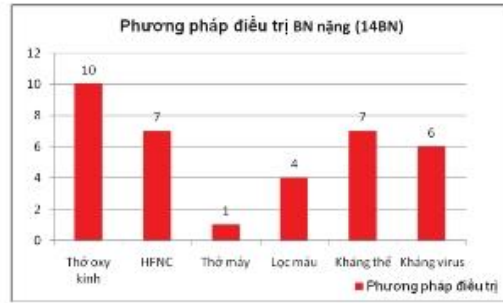
**Nhận xét:** 55BN dùng heparin dự phòng và điều trị chống đông, 52,5 % dùng heparin 1mg/kg/24h, 44,2% dùng heparin 2mg/kg/24h, 3 BN dùng liều duy trì sau đó phải tăng liều điều trị.

**3.3.3. Biện pháp điều trị bệnh nhân nặng**



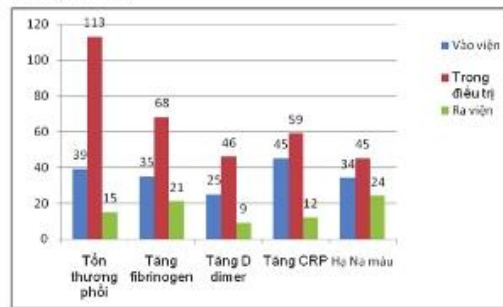
**Nhận xét:** Có 13BN nặng, 1 BN nguy kịch (12,4%). 10 BN thở oxy kính (5 BN không đáp ứng phải chuyển thở HFNC), 7 BN thở HFNC, 1BN thở máy, 4 BN lọc máu.

**3.3.4 Thay đổi một số triệu chứng lâm sàng trong thời gian cách ly điều trị.**



**Nhận xét:** Ho khi vào viện chiếm 54%, quá trình điều trị tăng lên 68,1%, khi ra viện chỉ còn 3,5%. Triệu chứng khạc đờm lần lượt là 15% - 26,5% - 0,9%; sốt là 15,9% - 20,4% - 0; đau ngực là 11,5% - 17,7% - 0; khó thở 9,4% - 13,3% - 0.

**3.3.5 Thay đổi một số chỉ số cận lâm sàng trong thời gian cách ly điều trị**



**Nhận xét:** 15 BN (13,3%) còn tổn thương phổi khi ra viện, 21/68 BN (30,8%) còn tăng fibrinogen, 9/46BN (19,5%) còn tăng D dimer, 24/45 (53,3%) còn hạ natri máu.

**3.3.6. Tử vong, biến chứng trong quá trình cách ly điều trị**

Tử vong, biến chứng	Số lượng	Ghi chú
Tử vong	0	
Giảm tiểu cầu do Heparin	1	

**Nhận xét:** Không có BN tử vong trong quá trình cách ly điều trị, có 1 BN giảm tiểu cầu do sử dụng heparin.

**4. Bàn Luận**

Theo dõi cách ly điều trị 376 BN covid 19 tại Bệnh viện dã chiến – Đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương chúng tôi phát hiện 113 BN (30%) bệnh nhân có tổn thương phổi trên Xquang và hoặc trên CLVT ngực.

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nhỏ nhất là 9 tuổi, cao nhất là 93 tuổi. Phần lớn bệnh nhân nghiên cứu có độ tuổi từ 18 đến 59 tuổi (71,7%), có 23,9% là người già trên 60 tuổi và chỉ có 4,4% đối tượng nghiên cứu là nhỏ hơn 18 tuổi. Độ tuổi của bệnh nhân phần lớn trong độ tuổi lao động, tỷ lệ này phù hợp với đặc điểm của đợt bùng phát này diễn ra ở trong các ông ty nơi tập trung nhiều công nhân. Trong 113 bệnh nhân nghiên cứu Có 11(9,7%) bệnh nhân nghiên cứu có tiền sử tăng huyết áp, tiền sử đái tháo đường chiếm khoảng 5(4,4%), viêm gan chiếm 4(3,5%), bệnh phổi mạn tính chỉ chiếm 2(1,8%), 6(5,3%) bệnh nhân có các bệnh lý khác.

**4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân COVID-19 có tổn thương phổi**

**4.2.1 Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân COVID-19 có tổn thương phổi**

Theo dõi cả quá trình cách ly điều trị các triệu chứng xuất hiện với tần suất tăng lên, triệu chứng ho (68,1%), sốt (20,4%), khạc đờm (26,5%), đau ngực (17,7%), khó thở (13,3%), mệt mỏi (45,1%), đau họng (8,8%), tiêu chảy (11,5%), chóng mặt (1,8%), phát ban (1,8%), mất khứu giác (1,8%), ngạt mũi (2,7%). Có 23 BN (20,4%) không xuất hiện triệu chứng trong cả quá trình cách ly điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự Guan W và cộng sự (2020) nghiên cứu trên 1099 BN (trong đó có 975BN có tổn thương phổi) từ 30 tỉnh của Trung Quốc ho gặp 67,8% bệnh nhân, sốt 43,8% khi nhập viện (nhiệt độ trung bình 37,3°C – 21,7% BN sốt trên 38°C) và tăng 88,7% trong quá trình theo dõi điều trị, mệt mỏi (38,1%), đau đầu (13,6%), đau họng (13,9%), khạc đờm (33,7%), khó thở (18,7%), tiêu chảy gặp 3,8%, viêm kết mạc (0,8%), phát ban (0,2%). Các triệu chứng ho, khạc đờm, đau họng, khó thở, đau ngực, tiêu chảy, phát ban...trong nghiên cứu của chúng tôi là khá tương đồng với nhiều nghiên cứu khác, tuy nhiên triệu chứng sốt ở nhóm nghiên cứu của chúng tôi là thấp hơn trong nhiều nghiên cứu. Theo chúng tôi kết quả này có thể là do khác biệt của biến thể virus gây bệnh, chúng tôi mạnh dạn giả thiết chủng virus gây bệnh tại Hải Dương tổn thương phổi gặp khá cao (30%) và cơ chế gây bệnh là do tăng đông, tác vi mạch phổi nên biểu hiện ho gặp nhiều hơn ở nhiều báo cáo trước đó. Tụ cục triệu chứng lâm sàng thường gặp của bệnh nhân covid 19 vẫn là ho, sốt, mệt mỏi, khạc đờm, đau ngực, đau họng...

#### 4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

##### Thời điểm tổn thương phổi

Thời điểm tổn thương phổi gặp nhiều nhất ở ngày thứ 1 vào viện (34,5%), và gặp chủ yếu trong 7 ngày đầu trong quá trình cách ly điều trị (85%); từ sau 14 ngày cách ly điều trị hầu như không gặp tổn thương phổi (2,6%). Ngày xuất hiện tổn thương phổi trung bình nhóm nghiên cứu 4,4 ± 4,39 ngày; thời điểm tổn thương phổi nặng nhất cũng gặp nhiều nhất ở ngày thứ nhất vào viện (30%), tổn thương phổi nặng nhất xảy ra trong 7 ngày cách ly đầu tiên là chủ yếu chiếm 68,1%. Theo Min Z và cộng sự (2020) tổn thương phổi nặng nhất ở vào khoảng 6 – 11 ngày [28]. Từ kết quả trên cho thấy việc chỉ định chụp Xquang đánh giá cần tiến hành sớm ngay khi vào viện cách ly điều trị và định kỳ 3 – 5 ngày chụp kiểm tra lại trong 14 ngày cách ly điều trị, đặc biệt trong 7 ngày đầu tiên.

##### Đặc điểm công thức máu bệnh nhân nghiên cứu

Bạch cầu lympho giảm gặp ở 21BN (18,6%), trong đó bệnh nhân có triệu chứng tỷ lệ giảm bạch cầu lympho gặp nhiều hơn  $p < 0,05$ , giá trị trung bình của bạch cầu lympho bệnh nhân có triệu chứng (1,3±0,64 G/L) cũng có xu hướng thấp hơn nhóm không có triệu chứng (1,5±0,71G/L). Theo Wei JG và cộng sự (2020) tăng bạch cầu (5,8%), giảm bạch cầu (33, 7%), giảm bạch cầu lympho (83,2%), giảm tiểu cầu (36,2%), hemoglobin trung bình 134g/L [17]; 14BN (12%) có giảm tiểu cầu; tiểu cầu là 245,4±103,58 G/L, những bệnh nhân có giảm tiểu cầu ở thời điểm vào viện đều có xu hướng tăng dần và về bình thường khi ra viện.

##### Đặc điểm sinh hoá máu nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Tăng men gan AST, ALT lần lượt là 33,3% và 38,7% (4BN tiền sử viêm gan), tăng men gan gặp nhiều hơn ở nhóm BN có triệu chứng  $p < 0,05$ , chúng tôi nhận thấy AST, ALT có xu hướng tăng ở những bệnh nhân có điểm tổn thương phổi cao và triệu chứng lâm sàng nặng nề hơn, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Alfonso JRM và cộng sự (2020) [4] và cao hơn nghiên cứu của Wei JG và cộng sự (2020) nghiên cứu trên 1099 BN (trong đó có 975BN có tổn thương phổi) với tỷ lệ tăng men gan lần lượt là tăng AST (22,2%), tăng ALT (21,3%) [17]. CRP tăng ở cả 2 nhóm bệnh nhân, trong đó tỷ lệ tăng và giá trị trung bình CRP nhóm bệnh nhân có triệu chứng cao hơn có ý nghĩa thống kê nhóm không triệu chứng ( $p < 0,05$ ).

##### Đặc điểm một số xét nghiệm đông máu nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Prothrombin là 12,0±4,17s, có 19BN (16,8%) có tăng prothrombin. Fibrinogen trung bình 4,1±1,33 g/L, có 39BN

(38,2%) tăng fibrinogen trong đó nhóm bệnh nhân có triệu chứng (4,3±1,44 - 42,2%) có xu hướng tăng nhiều hơn bệnh nhân không triệu chứng (3,8±1,08 - 31,6%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . D-dimer trung bình nhóm nghiên cứu 0,60±1,01(µg/mL), nhóm bệnh nhân có triệu chứng là 0,7±1,23 (µg/mL), nhóm không triệu chứng là 0,4±0,31(µg/mL), có 25BN (32%) có tăng D - dimer ở thời điểm vào viện, theo dõi D- dimer trong quá trình cách ly điều trị tăng D-dimer gặp 46BN (40,7%). Tăng fibrinogen, D dimer gặp nhiều nhất ở ngày đầu vào viện, tình trạng tăng fibrinogen và D dimer gặp chủ yếu 10 ngày đầu vào viện.

Ashish K và cộng sự (2020) tổng hợp phân tích 79 nghiên cứu với 10388 bệnh nhân tỷ lệ tăng D-dimer là 34,8%, ở một nghiên cứu khác của Wei JD và cộng sự tăng D- dimer là 46,4% [5]. Hai HY và cộng sự (2020) nghiên cứu hồi cứu trên 1561 bệnh nhân covid 19 (1196 bệnh nhân nhẹ, trung bình và 365 bệnh nhân nặng) nhận thấy: những bệnh nhân bị bệnh nặng có nhiều khả năng bị rối loạn chức năng đông máu hơn.

#### 4.3 Kết quả điều trị bệnh nhân COVID - 19 có tổn thương phổi

##### 4.3.1 Biện pháp điều trị

Có 55/ 113 BN (48,7%) sử dụng Heparin dự phòng và điều trị chống đông, trong số này có 46/113 BN (40,7%) có D-dimer  $\geq 0,5$  µg/mL, 9BN (7,96%) mặc dù không có tăng D-dimer nhưng có điểm tổn thương phổi mức độ vừa và nặng và hoặc tăng fibrinogen  $> 4$ g/L được sử dụng heparin liều duy trì dự phòng 1mg/kg/24h. Trong số bệnh nhân sử dụng heparin có 29/55BN (52,7%) dùng liều dự phòng, thời gian sử dụng heparin liều dự phòng là 12,07 ± 1,39 ngày, ngắn nhất là 3 ngày và dài nhất là 30 ngày; 23/55BN (41,8%) sử dụng heparin liều điều trị 2mg/kg/24h, thời gian sử dụng heparin liều điều trị là 12,83 ± 1,52 ngày, ngắn nhất là 4 ngày và dài nhất là 27 ngày; chỉ có 3/55(5,5%) bệnh nhân ban đầu sử dụng heparin liều dự phòng nhưng sau đó tổn thương phổi tăng, D-dimer tăng phải nâng liều heparin, kết quả này có thể là do việc phát hiện tổn thương phổi và tăng D- dimer trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là khá sớm và kịp thời, việc chỉ định sử dụng heparin là phù hợp và hiệu quả nên việc kiểm soát tình trạng tăng đông (tăng D-dimer, tăng fibrinogen...) là tốt và hiệu quả, một bằng chứng nữa là tổn thương phổi cải thiện nhanh, đặc biệt rõ trên bệnh nhân tổn thương phổi vừa và nặng, cũng như tỷ lệ còn tổn thương phổi khi ra viện của chúng tôi thấp với điểm tổn thương thấp hơn một số nghiên cứu đã công bố. Có 31/113 BN (27,4%) được sử dụng corticoid đường toàn thân trong điều trị, đây là những bệnh nhân có tiến triển tổn thương phổi mức độ vừa và nặng, tỷ lệ sử dụng corticoid trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Dawei W và cộng sự (44,9%) và cao hơn trong nghiên cứu của Jiangshan L và cộng sự (12,9%), điều này có thể do bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của Dawei W nặng hơn chúng tôi, cũng như chưa có sự thống nhất, chi tiết trong phác đồ sử dụng corticoid đường toàn thân điều trị bệnh nhân covid 19 có tổn thương phổi.

86/113 BN (76,3%) được sử dụng kháng sinh điều trị trong nhóm nghiên cứu. Trong đó 73,2 % dùng kháng sinh phối hợp từ 2 loại kháng sinh trở lên. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi tính trên tổng số 113 bệnh nhân (76,3%) là cao hơn nghiên cứu của Jiangshan L và cộng sự (46,8%). Theo Dawei W và cộng sự nghiên cứu trên 138 bệnh nhân viêm phổi do covid 19 tỷ lệ sử dụng các loại kháng sinh là moxifloxacin - 64,4%; ceftriaxone - 24,6%; azithromycin - 18,1%. Kết quả này có thể do có hiện tượng lạm dụng kháng sinh trong quá trình cách ly điều trị khi chưa có các bằng chứng rõ ràng của nhiễm khuẩn bội nhiễm trên bệnh nhân, và hoặc hầu hết các bác sĩ đều chưa có kinh nghiệm trong xác định bội nhiễm trong covid 19 và kinh nghiệm điều trị bệnh nhân covid, thậm trí có bác sĩ điều trị không phải chuyên ngành nội khoa, truyền nhiễm.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 14 bệnh nhân nặng và nguy kịch chiếm 12,4% (Có 13BN nặng, 1 BN nguy kịch); 10 BN thở oxy kính (8,8%), trong số này có 5/10 BN

không đáp ứng oxy kính và hoặc tổn thương phổi tiếp tục tăng lên phải chuyển thở oxy lưu lượng cao (HFNC), 7 BN thở HFNC (6,2%), 1BN thở máy xâm nhập (0,9%), 4 BN lọc máu (3,5%), không có bệnh nhân phải chạy ECMO; bệnh nhân được sử dụng kháng thể globulin là 7BN (6,2%), kháng virus là 6BN (5,3%). Tỷ lệ bệnh nhân nặng, nguy kịch và tử vong của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu đã công bố, các biện pháp phải can thiệp điều trị như thở oxy, thở oxy lưu lượng cao, thở máy không xâm nhập, thở máy xâm nhập và lọc máu cũng thấp hơn. Nghiên cứu của Wei JG và cộng sự (2020) tỷ lệ nặng là 15,7% (173BN), có 6% (67BN) tiến triển nguy kịch, tử vong; thở oxy (41,3%), thông khí cơ học không xâm lấn (5,1%), thở máy xâm nhập (2,3%), sử dụng globulin (13,1%), kháng virus (35,8%), lọc máu (0,8%), ECMO (0,5%) [17]. Trong nghiên cứu của Dawei W và cộng sự (2020) trên 138 bệnh nhân viêm phổi do covid 19 nhập viện điều trị tại Vũ Hán tỷ lệ này còn cao hơn nữ 26,1%, số bệnh nhân được sử dụng kháng virus oseltamivir – lên đến 89,9%. Trong một nghiên cứu khác của Jiangshan L và cộng sự (2020) nghiên cứu trên 465 bệnh nhân covid: có 11 (2,37%) tiến triển ARDS, 1BN sốc nhiễm khuẩn (0,22%), 387BN (83,23%) được điều trị thuốc kháng virus. Liệu pháp oxy 445BN (95,70%), thở máy không xâm nhập 4BN (0,86%), thở máy xâm nhập 4BN (0,86%).

### 5.3.2. Thay đổi một số triệu chứng lâm sàng trong thời gian cách ly điều trị.

Ho ở thời điểm vào viện chiếm 54%, trong quá trình cách ly điều trị tăng lên 68,1%, khi ra viện chỉ còn 3,5%. Triệu chứng khác đờm lẫn lượt là 15% - 26,5% - 0,9%; sốt là 15,9% - 20,4% - 0; đau ngực là 11,5% - 17,7% - 0; khó thở 9,4% - 13,3% - 0; đau họng 7,1% - 8,8% - 0. Kết quả này của chúng tôi cho thấy nếu tuân thủ quy định cách ly điều trị, quy định về tiêu chuẩn của Bộ Y tế, Việt Nam, hầu hết các bệnh nhân khi ra viện không còn triệu chứng lâm sàng mà trước đó đã có, chỉ có 4 BN (3,5%) bệnh nhân còn ho khan đây là những bệnh nhân còn hình ảnh tổn thương phổi trên quang do di chứng covid 19, 1 bệnh nhân còn sốt nhẹ dưới 38°C, bệnh nhân này được ghi nhận còn tổn thương phổi, có bệnh lý nền là đái tháo đường.

### 5.3.3. Thay đổi một số chỉ số cận lâm sàng trong thời gian cách ly điều trị

Tổn thương phổi được phát hiện ở ngày thứ nhất nhập viện cách ly điều trị là 39/113BN (34,5%), số còn lại xuất hiện tổn thương chủ yếu trong 7 ngày cách ly điều trị đầu tiên, ở thời điểm ra viện 15 BN (13,3%) còn tổn thương phổi khi ra viện, điểm tổn thương phổi của các bệnh nhân này đều thấp, chủ yếu là 1 điểm, cao nhất là 5 điểm; so sánh điểm tổn thương phổi ở thời điểm vào viện ( $4,14 \pm 2,91d$ ), ra viện ( $0,46 \pm 1,17d$ ) giảm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Tăng fibrinogen ở thời điểm vào viện là 35/113BN (30,9%), trong quá trình cách ly điều trị tiếp tục xuất hiện bệnh nhân tăng fibrinogen 68/113BN (60,2%), khi ra viện còn 21/113 BN (18,6%) tăng fibrinogen, giá trị trung bình fibrinogen ở thời điểm vào viện ( $4,1 \pm 1,33$  g/L) cao hơn khi ra viện ( $3,3 \pm 1,09$  g/L). Tỷ lệ bệnh nhân tăng D-dimer ở 3 thời điểm theo dõi lần lượt là 25/113 (22,1%) – 46/113 (40,7%) – 9/113 (7,96%). Có 10 BN (8,8%) bệnh nhân còn có D-dimer  $\geq 0,501 \mu\text{g/mL}$ , trong số này có 3 bệnh nhân nằm trong nhóm bệnh nhân nặng, nguy kịch, có 1/10BN bệnh nhân có D-dimer  $> 1 \mu\text{g/mL}$ . Kết quả này cho phép nhận định có sự cải thiện rõ rệt tỷ lệ bệnh nhân tổn thương phổi, cũng như mức độ tổn thương phổi sau điều trị, các kết quả cho thấy các chỉ số đánh giá đông máu fibrinogen, D-dimer giảm có ý nghĩa sau điều trị ( $p < 0,05$ ). Tim hiểu diễn biến các chỉ số xét nghiệm fibrinogen, D-dimer, CRP của 2 nhóm bệnh nhân có và không có triệu chứng lâm sàng khi vào viện ở các thời điểm vào viện – phát hiện tổn thương phổi, tổn thương phổi nặng nhất và ra viện, chúng tôi nhận thấy: cả 3 chỉ số này đều có tỷ lệ tăng và giá trị trung bình tăng, trong đó bệnh nhân có triệu chứng đến có xu hướng có tỷ lệ tăng cũng như giá trị trung bình tăng cao hơn nhóm bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng khi vào viện sự khác biệt với p lần lượt là 0,04 – 0,15 – 0,045. Các chỉ số này đều có xu hướng tăng lên rõ rệt ở thời điểm phát hiện tổn thương phổi ( $p = 0,49 - 0,00 - 0,01$ ) và tiếp

tục tăng khi phổi tổn thương nặng nhất và sau đó giảm về bình thường khi ra viện ở cả 3 chỉ số trên cả 2 nhóm bệnh nhân có triệu chứng và không triệu chứng lâm sàng khi vào viện. Kết quả này có thể cho nhận định các chỉ số này cần được quan tâm theo dõi trong cả quá trình điều trị và ở nghiên cứu này việc quan tâm theo dõi tổn thương phổi, rối loạn đông máu đã được quan tâm, theo dõi và xử trí điều trị nên các xét nghiệm thể hiện tình trạng rối loạn tăng đông cũng như tổn thương phổi cải thiện tốt.

### 5.3.4. Tử vong, biến chứng trong quá trình cách ly điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có BN tử vong trong quá trình cách ly điều trị ở cả 376 bệnh nhân tại bệnh viện đã chiến cũng như trên 113 bệnh nhân tổn thương phổi với 14 bệnh nhân được phân loại nặng và nguy kịch. Theo nghiên cứu của Zunyou W và cộng sự (2020) phân tích từ 72314 BN covid của CDC Trung quốc: 81% bệnh nhân covid nhẹ, 14% bệnh nhân viêm phổi nặng, 5% bệnh nhân nguy kịch, tử vong là 2,3%, Dawei W và cộng sự (2020) nghiên cứu trên 138 bệnh nhân viêm phổi do covid 19 tại Vũ Hán tỷ lệ tử vong là 4,3% [12], nghiên cứu Hiluf EA và cộng sự (2021) nghiên cứu trên 2617 bệnh nhân covid 19 cách ly điều trị tại Ethiopia (682BN có triệu chứng), tử vong là 0,8%. Như vậy việc tổ chức cách ly điều trị theo quy định của Bộ Y tế, theo dõi, phát hiện và xử lý sớm tổn thương phổi giúp giảm tỷ lệ tổn thương nặng nguy kịch và tử vong. Kết quả này cũng có thể là do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ. Trong quá trình cách ly điều trị, trong số 55 bệnh nhân có sử dụng heparin chúng tôi gặp 1 BN (1,8%) giảm tiểu cầu do sử dụng heparin; điều này cho thấy việc tuân thủ các quy định, hướng dẫn về theo dõi xét nghiệm đông máu, tiểu cầu trong quá trình điều trị covid 19, đặc biệt trên bệnh nhân có sử dụng heparin là rất cần thiết.

### 6. Kết luận

- Bệnh nhân Covid-19 có đặc điểm lâm sàng đa dạng, ít đặc hiệu; các triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân Covid 19 ho (68,1%), sốt (20,4%), khạc đờm (26,5%), đau ngực (17,7%),...

- Thời điểm tổn thương phổi gặp nhiều nhất ở ngày thứ 1 vào viện (34,5%), và gặp chủ yếu trong 7 ngày đầu trong quá trình cách ly điều trị (85%).

- Có 39BN (38,2%) tăng fibrinogen, 25BN (32%) có tăng D-dimer ở thời điểm vào viện, trong quá trình cách ly điều trị tăng D-dimer gặp 46BN (40,7%). Tăng fibrinogen, D-dimer gặp nhiều nhất ở ngày đầu vào viện, tình trạng tăng fibrinogen và D-dimer gặp chủ yếu 10 ngày đầu vào viện, các chỉ số này ở bệnh nhân nặng, có triệu chứng lâm sàng nặng có xu hướng tăng hơn nhóm bệnh nhân nhẹ và vừa.

- 55/ 113 BN (48,7%) sử dụng Heparin dự phòng và điều trị chống đông, trong số này có 46/113 BN (40,7%) có D-dimer  $\geq 0,5 \mu\text{g/mL}$ , 9BN (7,96%) mặc dù không có tăng D-dimer nhưng có điểm tổn thương phổi mức độ vừa và nặng và hoặc tăng fibrinogen  $> 4\text{g/L}$  được sử dụng heparin liều duy trì dự phòng 1mg/kg/24h.

- 31/113 BN (27,4%) sử dụng corticoid, 76,3% BN sử dụng kháng sinh trong điều trị, điều trị

- Có 14 bệnh nhân nặng và nguy kịch (12,4%); 10 BN thở oxy kính (8,8%), trong số này có 5/10 BN không đáp ứng oxy kính và hoặc tổn thương phổi tiếp tục tăng lên phải chuyển thở oxy lưu lượng cao (HFNC), 7 BN thở HFNC (6,2%), 1BN thở máy xâm nhập (0,9%), 4 BN lọc máu (3,5%), không có bệnh nhân phải chạy ECMO;

- Thời gian cách ly điều trị là  $30,1 \pm 10,57$  ngày (9-54 ngày), các triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt, hầu như không còn khi ra viện; còn có 15 BN (13,3%) còn tổn thương phổi ở thời điểm ra viện có; điểm tổn thương phổi ở thời điểm vào viện ( $4,14 \pm 2,91d$ ) giảm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$  so với ra viện ( $0,46 \pm 1,17d$ ); các chỉ số Fibrinogen, D-dimer, CRP khi ra viện cả 3 chỉ số đều giảm rõ rệt so với vào viện ( $p < 0,05$ ).

- Không có bệnh nhân tử vong trong quá trình cách ly điều trị trên 113 bệnh nhân tổn thương phổi với 14 bệnh nhân được phân loại nặng và nguy kịch. Có 1/55 bệnh nhân (1,8%) giảm tiểu cầu do sử dụng heparin.

## VUI CƯỜI



## Giảm cân

- Một bà bệnh nhân hỏi bác sĩ:
- Thưa bác sĩ, nên tập những động tác nào để gầy bớt đi được ạ?
  - Bà hãy quay đầu từ phải sang trái rồi lại từ trái sang phải
  - Vào lúc nào, thưa bác sĩ?
  - Lúc người ta bưng thức ăn cho bà.

## Tỷ lệ 1%

- Thưa bác sĩ, liệu tôi có qua khỏi không ạ?
- Bệnh của ông theo thống kê có 1% khả năng sống sót. Nhưng ông thì chắc chắn sống. Tôi cam đoan mà.
- ???
- Tôi đã nhận 99 ca như thế. Họ chết cả rồi!

## Đặn dò

- Người bán thuốc đưa lọ thuốc cho một cô bé và dặn:
- Trước khi cho bố uống, cháu phải lắc thật mạnh.
  - Nhưng cháu làm sau lắc được, bố cháu nặng 70 kg cơ mà.

## Tim răng

- Bác sĩ: Chào cụ! Cụ tìm tôi có việc gì?  
 Cụ già: Tất nhiên là tôi khám răng rồi.  
 Bác sĩ: Vâng mời cụ ngồi và há miệng ra.  
 Cụ già: Thế nào rồi bác sĩ?  
 Bác sĩ...: Nhưng thưa cụ, tôi chẳng thấy cái răng nào cả.  
 Cụ già: Thì đấy! Tôi muốn nhờ anh tìm xem chúng ở đâu mà!!!

## Thuốc chống béo

- Một bà béo đến tiệm thuốc Tây:
- Ở đây có thuốc gì chống béo không?
  - Có, băng dán.
  - Dán, Dán vào đâu?
  - Dán vào miệng.

(SUU TÂM)

## Thơ

## Xuân về Trường Y

TS. KHÚC KIM LAN

Xuân đã về trên đất nước, quê hương  
 Muôn sắc hoa, cây ngọt ngào đơm trái  
 Mùa xuân đến với bao điều đổi mới  
 Trên mái trường Đại học Y Hải Dương  
 Những thầy cô gương mặt thân thương  
 Mùa xuân về lòng vui phơi phới  
 Quyết tâm xây trường lên tầm cao mới  
 Nhiệt huyết dâng trào trong khối óc, bàn tay  
 Trò chăm ngoan, học tập hăng say  
 Y đức luyện rèn mỗi ngày tiến bộ  
 "Thấy thuốc như mẹ hiền" trong tim luôn nhớ  
 Ngày mai ra trường, tung cánh bay xa.  
 Mùa xuân về vang rộn những bài ca  
 Một mùa xuân với bao điều tươi mới  
 Tổ quốc, quê hương và bao người mong đợi  
 Đại học Y Hải Dương vững bước đi lên.

