

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH**



**ĐÀO TIẾN THỊNH**

**ĐÁNH GIÁ ĐAU VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN ĐAU  
CỦA NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT MỞ Ổ BỤNG TẠI  
KHOA NGOẠI TIÊU HÓA GAN - MẬT BỆNH VIỆN ĐA KHOA  
TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2017**

**LUẬN VĂN THẠC SĨ ĐIỀU DƯỠNG**

**NAM ĐỊNH – 2017**

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH**



**ĐÀO TIẾN THỊNH**

**ĐÁNH GIÁ ĐAU VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN ĐAU  
CỦA NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT MỞ Ổ BỤNG TẠI  
KHOA NGOẠI TIÊU HÓA GAN - MẬT BỆNH VIỆN ĐA KHOA  
TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2017**

**LUẬN VĂN THẠC SĨ ĐIỀU DƯỠNG**

Mã số: **60.72.05.01**

**NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:**

**TS Vi Thị Thanh Thủy**

**NAM ĐỊNH – 2017**

## TÓM TẮT

Nghiên cứu được mô tả cắt ngang trên 90 người bệnh sau phẫu thuật ổ bụng tại khoa ngoại tiêu hóa gan mật bệnh viện Trung ương Thái Nguyên về đau và các yếu tố ảnh hưởng đến đau của người bệnh sau phẫu thuật mở ổ bụng với 2 mục tiêu:

(1) Mô tả thực trạng đau của người bệnh sau phẫu thuật mở ổ bụng tại thời điểm 48 giờ, 72 giờ tại khoa ngoại tiêu hóa gan mật bệnh viện Trung ương Thái Nguyên 2017.

(2) Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến đau sau phẫu thuật mở ổ bụng tại thời điểm 48 giờ, 72 giờ tại khoa ngoại tiêu hóa gan mật bệnh viện Trung ương Thái Nguyên 2017.

**Kết quả:** Trong nghiên cứu này cho ta thấy mức độ đau trung bình của người bệnh tại thời điểm 48 giờ ( $5,32 \pm 1,04$ ) và ở 72 giờ là ( $5,03 \pm 1,07$ ), trong đó điểm đau thực tế ở cả hai thời điểm là 3-7 điểm và nằm ở mức trung bình.

Các yếu tố liên quan đến đau tại thời điểm 48 giờ và 72 giờ

Các yếu tố tuổi, thời gian cuộc mổ là yếu tố có liên quan đến đau sau phẫu thuật và có tương quan thuận với đau, tình trạng thể chất, hỗ trợ xã hội là 2 yếu tố có mối tương quan nghịch ở mức độ trung bình với đau sau phẫu thuật và có ý nghĩa thống kê với mức độ đau sau mổ ở giai đoạn 48 giờ, 72 giờ.

Trong khi đó giới tính ( $r = - 0,03$ ;  $p > 0,5$ ) là yếu tố liên quan không có ý nghĩa thống kê.

**Kết luận:** Đau sau phẫu thuật tại hai thời điểm đều nằm mức độ trung bình

( $5,32 \pm 1,04$ ) và ( $5,03 \pm 1,07$ ), các yếu tố tuổi, tình trạng thể chất, thời gian phẫu thuật, hỗ trợ xã hội có thể giải thích được 50,4% vào thời điểm 48 giờ và 44,6% vào 72 giờ. Trong đó yếu tố tình trạng thể chất với hỗ trợ xã hội là những yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất đến đau sau phẫu thuật.

**Khuyến nghị :** Nghiên cứu can thiệp điều dưỡng, đánh giá và chăm sóc đau sau phẫu thuật vùng bụng vào 3 yếu tố: Tình trạng thể chất, hỗ trợ xã hội và thời gian cuộc phẫu thuật.

## LỜI CẢM ƠN

Với lòng thành kính và biết ơn sâu sắc, tôi xin trân trọng cảm ơn tập thể các Thầy trong Ban Giám hiệu, cô giáo chủ nhiệm, cùng các giảng viên Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định đã hết lòng nhiệt tình truyền thụ kiến thức và luôn hỗ trợ, giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu tại Trường.

Đặc biệt tôi xin chân thành cảm Cô Vi Thị Thanh Thủy là người đã trực tiếp dành nhiều thời gian và tâm huyết hướng dẫn tận tình cho tôi để tôi hoàn thành luận văn này.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Thầy, cô trong Ban giám hiệu, phòng Đào tạo sau đại học, Cô giáo chủ nhiệm và các giảng viên trường Đại học Điều dưỡng Nam Định đã động viên, giúp đỡ, dành thời gian cho tôi học tập và nghiên cứu. Chân thành cảm ơn các anh chị đồng nghiệp những cộng tác viên đã giúp đỡ tôi trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

Tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới Ban lãnh đạo bệnh viện và các nhân viên y tế trong khoa Ngoại Tổng hợp bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên đã giúp đỡ tôi trong quá trình thu thập số liệu.

Tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc tới gia đình, chồng, con đã tạo điều kiện và luôn ở bên tôi, chia sẻ những khó khăn, vướng mắc và động viên tôi trong suốt thời gian làm nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

*Thái Nguyên, ngày 18 tháng 11 năm 2017*

**Học viên**

**Đào Tiến Thịnh**

## LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Đào Tiến Thịnh học viên lớp cao học Khóa 2, chuyên ngành Điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định xin cam đoan:

Đây là luận văn do chính tôi trực tiếp thực hiện nghiên cứu dưới sự hướng dẫn của Cô Vi Thị Thanh Thủy công trình nghiên cứu này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố ở Việt Nam.

Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan. Đã được đồng ý thu thập và xác nhận của cơ sở nơi mà tôi thực hiện việc thu thập số liệu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm về những cam đoan này !

*Thái Nguyên, ngày 18 tháng 11 năm 2017*

**Đào Tiến Thịnh**

## MỤC LỤC

	Trang
TÓM TẮT .....	i
LỜI CẢM ƠN.....	ii
LỜI CAM ĐOAN .....	iii
DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT.....	iv
DANH MỤC CÁC BẢNG.....	v
DANH MỤC CÁC HÌNH VẼ, BIỂU ĐỒ .....	vi
ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU.....	3
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	4
1.1. Tổng quan về đau .....	4
1.2. Các nghiên cứu về đau sau phẫu thuật trong và ngoài nước .....	15
1.3. Học thuyết áp dụng trong nghiên cứu .....	17
1.4. Giới thiệu tóm tắt về địa bàn nghiên cứu .....	20
Chương 2: PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	21
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	21
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	21
2.3. Thiết kế nghiên cứu.....	21
2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu .....	21
2.5. Phương pháp và qui trình thu thập số liệu.....	22
2.6. Các biến số nghiên cứu.....	23
2.7. Thang đo, tiêu chí và tiêu chuẩn đánh giá.....	24
2.8. Phương pháp phân tích số liệu.....	26
2.9. Đạo đức nghiên cứu .....	26
2.10. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số.....	27
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	28
3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu .....	28
3.2. Thực trạng đau sau phẫu thuật tại thời điểm 48 giờ và 72 giờ.....	30

3.3. Các yếu tố liên quan đến mức độ đau sau phẫu thuật tại thời điểm 48 giờ và 72 giờ.....	36
3.4. Các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ đau sau phẫu thuật tại thời điểm 48 giờ và 72 giờ.....	38
Chương 4: BÀN LUẬN.....	40
4.1. Thực trạng đau của người bệnh sau phẫu thuật mở ổ bụng.....	40
4.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến đau sau phẫu thuật tại thời điểm 48 giờ, 72 giờ.....	44
KẾT LUẬN.....	49
KHUYẾN NGHỊ.....	50
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	
Phụ lục 01: Phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu.	
Phụ lục 02: Các thông tin chung về người bệnh.	
Phụ lục 3: Bộ câu hỏi hỗ trợ xã hội	
Phụ lục 4: Thang đo về tình trạng sức khỏe thể chất	
Phụ lục 05: Thang đo đánh giá thang điểm đau.	
Phụ lục 06: Danh sách đối tượng tham gia nghiên cứu.	
BIÊN BẢN NHẬN XÉT LUẬN VĂN CỦA PHẢN BIỆN 1	
BIÊN BẢN NHẬN XÉT LUẬN VĂN CỦA PHẢN BIỆN 2	
BIÊN BẢN BẢO VỆ LUẬN VĂN THẠC SĨ	
BIÊN BẢN CHỈNH SỬA LUẬN VĂN SAU BẢO VỆ	

**DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT**

IASP ( International Association for the Study of Pain)	:Hiệp hội nghiên cứu chống đau quốc tế
MPQ (McGill Pain Questionnaire )	:Bảng câu hỏi đau của McGill
NRS (Nummeric Rating Scale)	:Thang đo mức độ đau
VAS (Visual Analogue Scale)	:Thang điểm nhìn hình đồng dạng
VRS (Verbal Rating Scale)	:Thang điểm lượng giá bằng lời nói
WHO (World Health Organization)	:Tổ chức Y tế Thế giới

Thư viện số NDUN



## DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Các sợi thần kinh cảm giác .....	7
Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học.....	29
Bảng 3.2. Mức độ đau tại thời điểm 48-72 giờ sau phẫu thuật .....	30
Bảng 3.3. Mô tả điểm đau theo giới tại thời điểm 48 giờ .....	30
Bảng 3.4. Mô tả điểm đau theo giới tại thời điểm 72 giờ .....	31
Bảng 3.5. Mô tả điểm đau theo nhóm tuổi tại thời điểm 48 giờ.....	31
Bảng 3.6. Mô tả điểm đau theo nhóm tuổi tại thời điểm 72 giờ.....	32
Bảng 3.7. Thời gian cuộc phẫu thuật .....	32
Bảng 3.8. Tình trạng thể chất .....	33
Bảng 3.9. Tình trạng thể chất tại thời điểm 48 giờ .....	33
Bảng 3.10. Tình trạng thể chất tại thời điểm 72 giờ .....	34
Bảng 3.11. Hỗ trợ xã hội .....	35
Bảng 3.12. Các yếu tố liên quan đến mức độ đau sau mổ giai đoạn 48 giờ .....	36
Bảng 3.13. Các yếu tố liên quan đến mức độ đau sau mổ giai đoạn 72 giờ .....	37
Bảng 3.14. Các yếu tố ảnh hưởng đến đau ở giai đoạn 48 Giờ.....	38
Bảng 3.15. Các yếu tố ảnh hưởng đến đau ở giai đoạn 72 Giờ.....	39

**DANH MỤC HÌNH, BIỂU ĐỒ**

	<b>Trang</b>
Hình 1.1. Nguồn gốc ngoại biên của đau .....	6
Hình 1.2. Sơ đồ khung lý thuyết .....	18
Biểu đồ 3.1. Phân bố về giới .....	28
Biểu đồ 3.2. Phân bố về tuổi .....	28

Thư viện số NDUN

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Montreal năm 2011 hội nghị đau quốc tế các nhà khoa học đã đưa ra rằng “Được điều trị đau sau mổ được coi là quyền con người” [13]. Đau sau mổ luôn là một trong những mối quan tâm hàng đầu của người bệnh khi phải phẫu thuật. Đau là một cảm nhận thuộc về giác quan và xúc cảm do tổn thương đang tồn tại hoặc tiềm tàng ở các mô gây nên và phụ thuộc vào mức độ nặng nhẹ của tổn thương ấy. Người bệnh sau khi được phẫu thuật sẽ phải đối đầu với những triệu chứng xảy ra như là tổn thương các mô, các thao tác trong khi phẫu thuật và điều trị sau phẫu thuật. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy sự phổ biến của các triệu chứng sau phẫu thuật chiếm tới (70%) người bệnh đau, trong khi các dấu hiệu khác như buồn nôn và nôn, mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ, chóng mặt, và buồn ngủ chỉ chiếm (20% - 30%) [11],[26],[41],[44]. Đau gây ra cảm giác khó chịu, gây lo lắng sợ hãi cho bệnh nhân và gia đình, ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt, tâm lý, đời sống xã hội. Mặt khác, đau còn gây ra hàng loạt các rối loạn tại các hệ thống cơ quan khác nhau như tuần hoàn, hô hấp, tiêu hóa, nội tiết, miễn dịch... Từ đó làm chậm quá trình hồi phục sau phẫu thuật. Nếu giải quyết tốt đau ở giai đoạn sớm sau mổ có thể giảm các biến chứng như tăng huyết áp, loạn nhịp tim, thiếu máu cơ tim, xẹp phổi, suy hô hấp, giảm vận động, thuyên tắc mạch, từ đó góp phần làm giảm tỷ lệ các biến chứng, thậm chí là tử vong sau phẫu thuật [19],[31]. Đau cấp tính sau mổ nếu không được quan tâm, điều trị hiệu quả tiến triển thành đau mạn tính, người bệnh. Ngoài sự xuất hiện các triệu chứng sau phẫu thuật, cường độ của các triệu chứng khác nhau và thay đổi theo thời gian. Đau có thể dẫn đến tăng sau phẫu thuật và cũng là dấu hiệu của các biến chứng sau hậu phẫu và cũng có thể kéo dài thời gian điều trị tại bệnh viện có thể làm tăng chi phí điều trị và giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Vì vậy, quản lý đau sau phẫu thuật vẫn còn là một vấn đề quan trọng. Đau sau phẫu thuật cũng bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, chẳng hạn như tình trạng đau trước phẫu thuật, lo âu, tuổi tác, và giới tính. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO) và hội nghiên cứu đau quốc tế (IASP) coi việc được điều trị đau là quyền

con người, trong khi ở nhiều trung tâm đau được xem xét như là dấu hiệu sinh tồn thứ năm (fifth vital sign) [14],[43]. Để người bệnh phải chịu đựng đau đớn trong quá trình nằm viện là điều không thể chấp nhận cả ở khía cạnh chuyên môn cũng như đạo đức. Chính vì vậy cùng với nhiều chuyên khoa khác, việc điều trị đau nói chung, và đặc biệt là đau sau mổ là nhiệm vụ quan trọng trong thực hành của nhân viên y tế. Kiểm soát đau tốt giúp người bệnh phục hồi sớm chức năng của các cơ quan, cho phép vận động sớm, tránh các biến chứng, tạo cảm giác thoải mái và yên tâm mỗi khi đến bệnh viện.

Để điều trị đau hiệu quả và an toàn thì bước quan trọng đầu tiên là phải đánh giá đúng mức độ và bản chất của đau và các yếu tố ảnh hưởng đến đau của người bệnh. Tuy nhiên đau là cảm nhận chủ quan của người bệnh, đồng thời chịu sự tác động của rất nhiều yếu tố do đó trên thực tế việc đánh giá mức độ đau không phải lúc nào cũng dễ dàng và chính xác nếu chỉ dựa vào thông báo từ người bệnh. Do đó ngoài cảm nhận chủ quan của người bệnh cần xem xét đến các yếu tố khác.

Tại Việt Nam đặc biệt là Thái Nguyên, đánh giá đau cũng như các yếu tố ảnh hưởng đến đau cho người bệnh sau phẫu thuật cũng là vấn đề ít được quan tâm. Vì vậy, nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu đề tài: **Đánh giá đau và các yếu tố ảnh hưởng đến đau của người bệnh sau phẫu thuật mở ổ bụng tại khoa Ngoại tiêu hóa gan-mật bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2017.**

## MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả thực trạng đau của người bệnh sau phẫu thuật mở ổ bụng tại thời điểm 48 giờ, 72 giờ tại khoa ngoại tiêu hóa gan - mật bệnh viện trung ương Thái Nguyên.

2. Nhận xét các yếu tố ảnh hưởng đến đau sau phẫu thuật mở ổ bụng tại thời điểm 48 giờ, 72 giờ tại khoa ngoại tiêu hóa gan - mật bệnh viện trung ương Thái Nguyên.

Thư viện số NDUN

## Chương 1

### TỔNG QUAN TÀI LIỆU

#### 1.1 Tổng quan về đau

##### 1.1.1. Định nghĩa về đau

Theo Hiệp hội nghiên cứu chống đau quốc tế (IASP): “ Đau là một cảm nhận thuộc về giác quan và xúc cảm do tổn thương đang tồn tại hoặc tiềm tàng ở các mô gây nên và phụ thuộc vào mức độ nặng nhẹ của tổn thương ấy ” [35]. Đây là định nghĩa được chấp nhận rộng rãi nhất hiện nay, cho thấy bản chất cũng như tính chất phức tạp của quá trình cảm nhận đau.

Đau bao gồm nhiều mặt như tình cảm, nhận thức, thể chất, giác quan, hành vi và yếu tố văn hóa xã hội. Về mặt lâm sàng, một định nghĩa khác được cho là thực tế hơn khi coi “ Đau là những gì bệnh nhân trải nghiệm, cảm nhận thấy và cho rằng đó là đau ”. Về bản chất đau là dấu hiệu có tính chất chủ quan do đó khó lượng giá một cách chính xác và đầy đủ. Chính vì vậy đánh giá đau được coi là “Gót chân Achille” của các nghiên cứu liên quan đến đau.

Về mặt sinh lý đau là một cơ chế bảo vệ của cơ thể, cảm giác đau xuất hiện tại vị trí bị tổn thương làm xuất hiện các đáp ứng nhằm loại trừ tác nhân gây đau. Tuy nhiên, đau nhiều và kéo dài có thể gây hại cho người bệnh. Phần lớn người bệnh khi đến bệnh viện đều có triệu chứng đau. Khả năng chẩn đoán bệnh thường phụ thuộc nhiều vào kiến thức về đau của các thầy thuốc [1],[48].

##### 1.1.2. Cơ sở giải phẫu sinh lý của cảm giác đau

###### \* Cơ sở sinh học

Cơ sở sinh học của cảm giác đau bao gồm cơ sở giải phẫu, sinh lý, sinh hoá, nó cho phép giải mã được tính chất, thời gian, cường độ và vị trí của cảm giác đau. Cảm giác đau xuất hiện tại vị trí tổn thương là một phản xạ tích cực để cơ thể đáp ứng lại kích thích nhằm loại trừ tác nhân gây đau. Người ta ví cảm giác đau giống như “tiếng khóc” và mức độ đau cũng đồng thuận với sự di chuyển của cơ thể, sự chống cự với các tác nhân gây đau đó dường như là một tín hiệu cấp cứu của một cơ quan hay vị trí bị tổn thương.

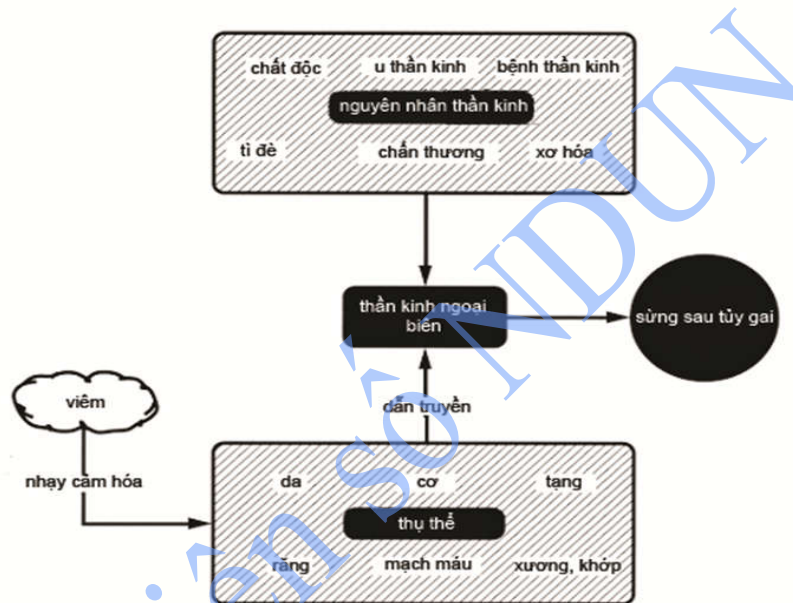
*\* Cơ sở tâm lý*

- Yếu tố cảm xúc: Cảm xúc có tác động trực tiếp lên cảm giác đau, làm mức độ đau có thể tăng lên hay giảm đi. Nếu cảm xúc vui vẻ thoải mái, một môi trường dễ chịu, yên tĩnh có thể làm giảm cảm giác đau nhưng ngược lại nếu cảm xúc khó chịu, sợ hãi hoặc một môi trường toàn tiếng la hét hoảng hốt sẽ làm tăng cảm giác đau lên nhiều lần. Thậm chí trong một số trường hợp yếu tố cảm xúc có thể là một nguyên nhân gây đau, ví dụ một số trường hợp mạch vành nếu bị xúc động mạnh có thể lên cơn đau thắt ngực cấp tính. Hoặc một môi trường có nhiều trẻ được làm thủ thuật cùng một lúc cảm giác đau có thể bị lan truyền... Ngược lại, đau cũng có tác động trở lại cảm xúc, nó gây nên trạng thái lo lắng, hoảng hốt, bứt dứt.

- Yếu tố nhận thức: Nhận thức đóng vai trò quan trọng ảnh hưởng liên quan đến quá trình tiếp nhận cảm giác nói chung và cảm giác đau nói riêng. Từ những quan sát cổ điển của Beecher, người ta biết ảnh hưởng của sự biểu hiện mức độ đau tương đương với bệnh lý: Nghiên cứu so sánh hai nhóm người bị thương là nhóm quân nhân và nhóm dân sự với tổn thương giống nhau, Beecher quan sát thấy nhóm quân nhân ít kêu đau hơn và đòi hỏi ít thuốc giảm đau hơn. Giải thích sự khác nhau này giữa hai nhóm là do chấn thương đã mang lại những ý nghĩa hoàn toàn khác nhau: Biểu hiện tích cực ở nhóm quân nhân (được cứu sống, kết thúc việc chiến đấu, được xã hội quý trọng...) còn ở nhóm dân sự thì có biểu hiện tiêu cực (mất việc làm, mất thu nhập, mất đi sự hoà nhập với xã hội...)

- Yếu tố hành vi thái độ: Bao gồm toàn bộ những biểu hiện bằng lời nói và không bằng lời nói có thể quan sát được ở người bệnh đau như mức độ khóc to, nhỏ hoặc dựa vào điệu bộ, mất khả năng duy trì hành vi bình thường... những vấn đề này chúng tạo nên những dấu hiệu phản ánh tầm quan trọng của vấn đề đau, và cũng như một hình thức giao tiếp với những người xung quanh. Những biểu hiện này phụ thuộc vào môi trường gia đình và văn hoá dân tộc, chuẩn mực xã hội, tuổi, giới và giới của cá thể. Những phản ứng của người xung quanh có thể ảnh hưởng đến nhân cách ứng xử của người bệnh đau và góp phần vào tình trạng duy trì đau của họ [1].

- Cơ chế đau: Biến đổi kích thích đau thành xung thần kinh thụ thể đau là thụ thể cảm giác rất nhạy cảm với tổn thương mô hoặc với kích thích nếu kéo dài có thể phá hoại mô. Đó là các tận cùng tự do của thần kinh cảm giác (thần kinh hướng tâm sơ cấp) phân bố khắp ngoại biên (Hình 1.1). Tín hiệu từ các thụ thể này truyền về sừng sau tủy gai theo hai sợi thần kinh: sợi Ad tốc độ nhanh và sợi C dẫn truyền chậm (Bảng 1.1).



Hình 1.1: Nguồn gốc ngoại biên của đau

Tín hiệu đau có thể hình thành do hình thái phóng điện bất thường do tổn thương hoặc bệnh tại hệ thần kinh ngoại biên, hoặc do kích thích thụ thể đau. Viêm tại mô tổn thương sẽ tăng cảm thụ thể đau bằng cách hạ ngưỡng kích thích của nó. Một số trạng thái đau lâm sàng không xuất phát từ ngoại biên, mà từ các rối loạn chức năng não bộ.

Về tỷ lệ khoảng 80% sợi dẫn xung động đau là sợi C, 20% còn lại là sợi Ad. Và khoảng 50% sợi thần kinh cảm giác ở da có chức năng dẫn truyền đau. Sợi C còn được gọi là sợi dẫn cảm giác đau chậm, mạn tính, cảm giác đau từ loại sợi này có thể giảm nhờ Morphine. Sợi Ad hay sợi dẫn cảm giác đau nhanh, cấp tính, cảm giác đau từ sợi này không thể giảm bởi Morphine.



**Bảng 1.1. Các sợi thần kinh cảm giác**

<i>Sợi thần kinh</i>	<i>Thần kinh cơ</i>	<i>Thần kinh da</i>	<i>Đường kính</i> ( $\mu\text{m}$ )	<i>Tốc độ dẫn</i> ( $\text{m/s}$ )
Có vỏ Myelin				
Lớn	I	Aa	12 – 20	72 – 120
Trung bình	II	Ab	6 – 12	36 – 72
Nhỏ	III	Ad	1 – 6	4 – 36
Không Myelin	IV	C	0.2 – 0.5	0.4 – 2.0

\* Đau do thần kinh ngoại biên

Ngược với đau do viêm như trên là đau thần kinh, có nguồn gốc từ tổn thương hoặc rối loạn chức năng hệ thần kinh ngoại biên (sợi, hạch và đám rối thần kinh ngoại biên) (Hình 1.1).

Dẫn truyền tín hiệu đau xung thần kinh hoặc tín hiệu đau được dẫn truyền từ ngoại biên về tủy gai và não bộ theo hai giai đoạn: từ ngoại biên về tủy gai và từ tủy gai lên các trung khu cao cấp và vỏ não.

Cảm nhận đau cảm nhận đau là nhận biết về sự khó chịu của một bộ phận cơ thể nào đó. Nó được đặc trưng bằng cảm giác khó chịu và cảm xúc âm tính, có thể mô tả như sự đe dọa đối với cơ thể. Thông tin đau từ sừng sau được truyền qua đồi thị lên vỏ não cảm giác bán thể đối bên, nơi nó được xử lý về mặt hình thái bản thể để lưu giữ thông tin về vị trí, cường độ và đặc tính đau (tức là các yếu tố cảm giác của đau). Đồi thị cũng làm trễ các tín hiệu đau khác tới hệ viền. Tín hiệu này gia nhập các tín hiệu từ bó lưới gai và gai trung não để chuyển tải các thành tố cảm xúc của đau. Tại vỏ não, các chiều kích xã hội và môi trường, cũng như kinh nghiệm quá khứ và nền tảng văn hóa có ảnh hưởng mạnh mẽ tới sự cảm nhận đau. Đau không chỉ là cảm giác về một kích thích có hại, mà còn là cảm xúc và nhận thức về bản thân kích thích và bối cảnh tạo ra kích thích đó. Đó là lý do một nguyên nhân gây đau như nhau, chẳng hạn phẫu thuật, lại có thể tạo ra sự cảm nhận khác nhau ở những cá thể riêng biệt.

Như vậy, đau có các chiều kích cảm giác - phân biệt, cảm xúc - động cơ và

nhận thức - đánh giá. Một chương trình đánh giá, kiểm soát, điều trị và phục hồi đau chỉ được xem là hoàn chỉnh nếu có thể can thiệp lên tất cả các phương diện đó.

Điều biến đau điều biến quá trình dẫn truyền đau có thể xảy ra tại nhiều mức: Ngoại biên, tủy gai và trên tủy. Mức trên tủy còn có thể chia thành ba mức nhỏ: Thân não, gian não và vỏ não. Trước đây, điều biến thường được hiểu là giảm dẫn truyền đau tại sừng sau tủy gai nhờ các tín hiệu ức chế đi xuống, như thuyết cổng kiểm soát nhấn mạnh. Nhưng theo quan điểm hiện nay, hệ điều biến bao gồm cả các kênh ức chế và kích thích đi xuống.

### **1.1.3. Cơ chế kiểm soát đau**

#### ***Những thụ thể cảm nhận đau:***

Sự nhận cảm đau bắt đầu từ những thụ cảm thể phân bố khắp nơi trong cơ thể, có nhiều giả thuyết về vai trò và chức năng của các thụ cảm thể này, trong đó đáng chú ý nhất là hai thuyết:

- Thuyết về cường độ (hay thuyết không đặc hiệu): Do Gold Scheider đề xuất năm 1894. Theo thuyết này thì các kích thích đau không có tính đặc hiệu mà có liên quan đến cường độ kích thích cùng một kích thích ở cường độ thấp thì không gây đau nhưng ở cường độ cao thì lại gây đau.

- Thuyết đặc hiệu: Do Muller đề xuất vào cuối thế kỷ 19, theo ông mỗi một trong 5 giác quan (vị giác, khứu giác, thính giác, thị giác, xúc giác) được nhận cảm và dẫn truyền theo một đường riêng và có một vùng đặc hiệu trên não cảm nhận và phân tích. Thuyết này được Feray phát triển, ông đã chứng minh bằng thực nghiệm các cảm giác xúc giác, nhiệt nóng, nhiệt lạnh và đau có các receptor nhận cảm khác nhau.

Theo thuyết đặc hiệu, thông tin về nhận cảm đau do tổn thương bắt đầu từ các thụ cảm thể (receptor) nhận cảm đau chuyên biệt, đó là các tận cùng thần kinh tự do, phân bố ở khắp các tổ chức cơ thể, chủ yếu là các mô da, mô cơ, khớp và thành các tạng. Các thụ cảm thể này trong điều kiện bình thường thì “im lặng” không hoạt động, chỉ bị kích thích khi mô bị tổn thương. Bao gồm các loại thụ cảm thể nhận cảm đau sau:

Các thụ cảm thể nhận kích thích cơ học.

Các thụ cảm thể nhận kích thích hoá học

Các thụ cảm thể nhận kích thích nhiệt

Các thụ cảm thể nhận kích thích áp lực

Các thụ cảm thể nhận cảm đau có tính không thích nghi: Với đa số các loại thụ cảm thể, khi bị kích thích tác động liên tục thì có hiện tượng thích nghi với kích thích đó, khi đó những kích thích sau phải có cường độ lớn hơn trước đó thì mới có đáp ứng. Ngược lại, nếu kích thích đau tác động liên tục thì các thụ cảm thể nhận cảm giác đau ngày càng bị hoạt hoá. Do đó, ngưỡng đau càng giảm và làm tăng cảm giác đau. Vì vậy, trong nghiên cứu chúng tôi chọn người bệnh lần đầu làm thủ thuật để tránh những yếu tố gây nhiễu.

Ngưỡng đau là cường độ kích thích nhỏ nhất có thể gây ra được cảm giác đau. Một cường độ kích thích mạnh sẽ gây cảm giác đau sau một thời gian ngắn (1 giây) nhưng cường độ kích thích nhẹ đòi hỏi thời gian dài hơn (vài giây) mới gây ra cảm giác đau [1].

#### ***Các chất trung gian hoá học***

Cơ chế đau còn được giải thích là có thể các tác nhân gây đau đã kích thích các tế bào tại chỗ làm chúng giải phóng ra các chất trung gian hoá học như các kinin, một số prostaglandin, chất P .... Và các chất trung gian này sẽ tác động lên thụ cảm thể cảm nhận đau, làm khử cực các thụ cảm thể này và gây ra cảm giác đau.

#### ***1.1.4. Phân loại đau***

##### ***Phân loại đau theo cơ chế***

- Đau do cảm thụ thần kinh:

Là đau do thái quá về sự kích thích nhận cảm đau tổn thương mà bắt đầu từ các thụ cảm thể nhận cảm đau tổn thương rồi dẫn truyền hướng tâm về thần kinh trung ương, là cơ chế thường gặp nhất trong phần lớn các chứng đau cấp tính (chấn thương, làm thủ thuật, nhiễm trùng, thoái hoá...)

Đau do thụ cảm thần kinh thường nhạy cảm với các thuốc giảm đau ngoại vi hay trung ương.

- Đau do nguyên nhân tâm lý

Đau do nguyên nhân tâm lý có đặc điểm: Là những cảm giác bản thể hay nội tạng, ám ảnh nhiều hơn là đau thực thụ, với sự mô tả phong phú, không rõ ràng hoặc luôn thay đổi và thường lan toả, triệu chứng học không điển hình. Đau chỉ mất khi người bệnh tập trung chú ý đến một vấn đề gì đó, thuốc chống đau không có tác dụng với loại đau này. Thường gặp tổn thương này trong các bệnh lý tâm thần, rối loạn cảm xúc...

### ***Phân loại đau theo thời gian và tính chất***

#### ***Đau cấp tính và đau mạn tính***

Đau cấp tính gây ra bởi các nguyên nhân thực thể có thể xác định (như chấn thương, phẫu thuật), với diễn biến lâm sàng thường cải thiện trong vài ngày đến vài tuần khi nguyên nhân ban đầu được giải quyết. Đau cấp có thể chuyển thành đau mạn nếu không được kiểm soát tốt. Đau mạn tính được chẩn đoán khi đau kéo dài hơn bình thường sau một quá trình bệnh lý, chấn thương hoặc phẫu thuật (điển hình là trên 3 tháng), có thể hoặc không liên quan đến nguyên nhân thực thể. Đặc điểm của loại đau này là dai dẳng, khó khu trú, không giảm khi dùng các liệu giảm đau chuẩn (đặc biệt là Opioid). Ngoài ra đau cũng được phân loại dựa trên cơ chế và vị trí đau [30],[48].

#### ***1.1.5. Các phương pháp lượng giá đau.***

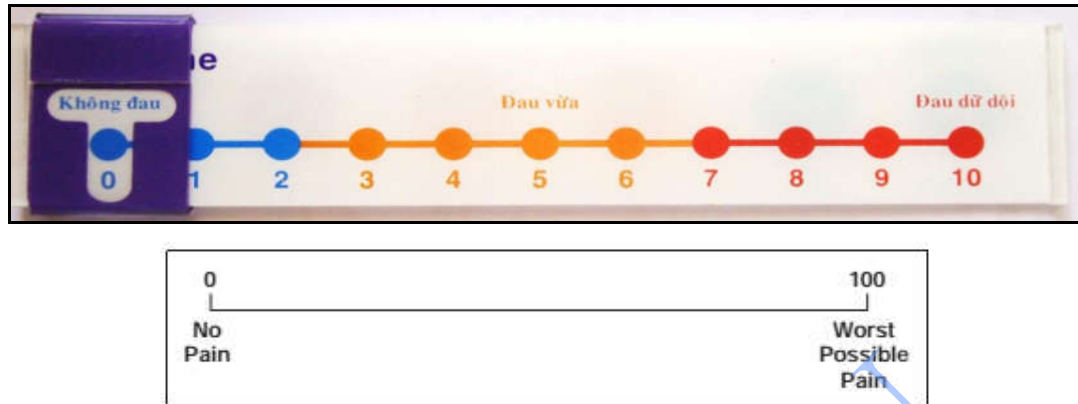
Để điều trị đau hiệu quả và an toàn thì bước quan trọng đầu tiên là phải đánh giá đúng mức độ và bản chất của đau. Tuy nhiên đau là cảm nhận chủ quan của người bệnh, đồng thời chịu sự tác động của rất nhiều yếu tố do đó trên thực tế việc đánh giá mức độ đau không phải lúc nào cũng dễ dàng và chính xác nếu chỉ dựa vào thông báo từ người bệnh. Do đó, ngoài cảm nhận chủ quan của người bệnh cần xem xét đến các yếu tố khác như dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp, kiểu thở), biểu hiện về cảm xúc và hành vi khi lượng giá đau. Ngoài ra cũng cần theo dõi, đánh giá tác dụng phụ của thuốc, biến chứng của phẫu thuật thường xuyên, đều đặn trong suốt quá trình điều trị đau [30],[31].

Có nhiều phương pháp lượng giá đau được áp dụng trên lâm sàng. Đối với đau cấp tính với nguyên nhân rõ ràng như đau sau mổ, sau chấn thương các thang điểm lượng giá một chiều (Unidimensional pain rating scales) thường được sử dụng cho phép người bệnh tự thông báo nhanh về mức độ đau hiện tại của họ. Một thang điểm lý tưởng cần phải đơn giản, dễ hiểu, dễ sử dụng đối với người bệnh và nhân viên y tế, trong khi thời gian đánh giá nhanh và cho phép sử dụng lặp lại nhiều lần. Thang điểm cũng cần có tác dụng phân loại và phản ánh được thay đổi liên quan đến điều trị, đồng thời có thể áp dụng tin cậy cho nhiều lứa tuổi khác nhau. Đối với người lớn các thang điểm sau đây thường được sử dụng trong đánh giá mức độ đau [32],[48].

#### ***1.1.6. Thang điểm nhìn hình đồng dạng VAS (Visual Analog Scale)***

Đây là thang điểm được sử dụng phổ biến nhất trên lâm sàng. Thước VAS được cấu tạo gồm hai mặt. Mặt giành cho người bệnh đánh giá ở phía trái ghi chữ “Không đau” và phía phải ghi chữ “Đau không chịu nổi”. Để người bệnh có thể xác nhận dễ hơn mức độ đau, sau này người ta đã gắn thêm vào mặt này hình ảnh thể hiện nét mặt tương ứng với các mức độ đau khác nhau. Người bệnh tự đánh giá bằng cách di chuyển con trỏ đến vị trí tương ứng với mức độ đau của mình. Mặt giành cho người đánh giá được chia thành 11 vạch đánh số từ 0 đến 10 (hoặc chia vạch từ 0 đến 100 mm). Sau khi người bệnh chọn vị trí con trỏ trên thước tương ứng với mức độ đau của họ người đánh giá xác nhận điểm đau VAS là khoảng cách từ điểm 0 đến vị trí con trỏ [31],[48].

Thang điểm này có ưu điểm là đơn giản, dễ hiểu đối với người bệnh và có thể thực hiện nhanh và lặp lại nhiều lần để đánh giá mức độ đau và hiệu quả điều trị, người bệnh chỉ nhìn vào hình đồng dạng tương ứng là có thể diễn tả được mức độ đau của mình. So với các phương pháp khác, cách đánh giá bằng thước này có độ nhạy, tin cậy cao hơn. Tuy nhiên, trong khi đánh giá không được can thiệp hoặc giúp người bệnh di chuyển con trỏ trên thước.



### ***Thước đánh giá đau nhìn hình đồng dạng VAS, Astra – Zeneca***

Dựa vào thang điểm VAS cường độ đau được chia làm 3 mức độ; Đau ít tương ứng với  $VAS \leq 3$  cm, đau vừa hay đau trung bình khi VAS trong khoảng từ 4 đến 7 cm và đau nặng hay đau nhiều khi  $VAS > 7$  cm. Trong giai đoạn hồi tỉnh người bệnh diễn đạt bằng lời nói bị hạn chế, lúc này VAS được cho là thang điểm thích hợp để đánh giá đau và đa số tác giả thống nhất khi VAS từ 4cm trở lên là tương ứng với mức độ đau cần điều trị. Ngoài ra, khi một phương pháp giảm đau có  $VAS \leq 3$  cm lúc nằm yên và  $\leq 5$  cm lúc vận động được coi là giảm đau hiệu quả. Giảm trung bình 30 mm trên thang điểm VAS 100 mm thể hiện khác biệt có ý nghĩa lâm sàng về mức độ đau tương ứng với cảm nhận giảm đau có hiệu quả của người bệnh [17],[31],[48].

#### ***1.1.7. Thang điểm lượng giá bằng số***

##### ***(Verbal Numeric Rating Scale hay Numeric Rating Scale - NRS).***

Đây là thang điểm đơn giản cũng thường được sử dụng để lượng giá mức độ đau trên lâm sàng. Việc đánh giá dựa trên một thước thẳng gồm 11 điểm đánh số từ 0 đến 10 trên đó các điểm 0, 5 và 10 tương ứng với các mức độ; “không đau”, “đau nhẹ”, “đau trung bình”, “đau nhiều” và “đau không chịu nổi”. Người bệnh được yêu cầu tự lượng giá và trả lời hoặc khoanh tròn số tương ứng với mức độ đau hiện tại của mình. Thang điểm nhạy cảm với thay đổi về mức độ đau liên quan đến điều trị, có thể hữu ích trong phân biệt mức độ đau khi nằm yên và lúc vận động. Giá trị và độ tin cậy của thang điểm cũng được chứng minh ở trẻ em cũng như người cao tuổi.

Đây cũng là thang điểm đánh giá đau được sử dụng phổ biến trong điều kiện cấp cứu [31].

Điểm 0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Đau rất ít    Đau ít    Đau vừa    Đau nhiều    Đau dữ dội

### ***1.1.8. Thang điểm lượng giá bằng lời nói (Verbal Rating Scale)***

Còn gọi là thang điểm mô tả bằng lời nói hoặc thang điểm mô tả đơn giản (Simple Descriptive Scale) là phương pháp đánh giá đơn giản và dễ hiểu trên lâm sàng. Thang điểm VRS điển hình sử dụng 4-6 tính từ mô tả mức độ đau tăng dần; đầu phía bên trái của thước đánh giá là từ ‘không đau’ tiếp theo là ‘đau nhẹ’, ‘đau trung bình’ (khó chịu), đau nặng (severe, distressing), ‘đau rất nhiều’ (khủng khiếp) và ‘đau không thể tồi tệ hơn (The worst possible) là điểm ở phía bên phải của thước. Người bệnh được yêu cầu chọn từ thích hợp mô tả mức độ đau hiện tại của họ. Thước VRS mô tả 4 mức độ đau (gồm không đau, đau nhẹ, đau trung bình và đau nhiều) trong đó mỗi từ mô tả tương ứng với điểm số tăng dần (0, 1, 2, và 3) cũng thường được áp dụng. Người bệnh được yêu cầu trả lời con số mô tả chính xác nhất mức độ đau hiện tại của họ. Thang điểm này không nhạy với các thay đổi về mức độ đau liên quan đến điều trị do chỉ dùng số lượng hạn chế các tính từ để mô tả đau. Chính vì vậy cần có thay đổi lớn hơn về mức độ đau để bệnh nhân chọn từ mô tả cao hoặc thấp hơn [31].

### ***1.1.9. Bảng câu hỏi đau của McGill (McGill Pain Questionnaire = MPQ)***

MPQ là một test bao quát nhất được sử dụng để tiếp cận đánh giá đa chiều về đau. Phương tiện này đánh giá đau theo 3 chiều (cảm giác, tình cảm và đánh giá) dựa trên cơ sở những từ mà người bệnh chọn trong khoảng 20 từ cho trước để miêu tả cơn đau của họ. Ban đầu được sử dụng để đánh giá chung về đau mạn tính, thang điểm câu hỏi MPQ dần được áp dụng để đánh giá chung về đau cấp tính đặc biệt

để đánh giá đau sau mổ. Tuy nhiên, không tiện lợi trong lâm sàng, đặc biệt ở người cao tuổi.

#### ***1.1.10 Hình thức bảng câu hỏi rút gọn của McGill (SF-MPQ)***

SF-MPQ được phát triển để sử dụng trong nghiên cứu khi hạn chế thời gian lấy thông tin từ người bệnh và khi cần cung cấp nhiều thông tin hơn so với đánh giá cường độ đau bằng thang điểm VAS. Thang điểm rút gọn mất từ 2 đến 5 phút để hoàn thành so với 10 phút cho câu hỏi MPQ đầy đủ và đánh giá cả tính chất của đau. Thang điểm cho thấy độ nhạy với sự thay đổi gây ra do nhiều sự can thiệp trong lâm sàng, các thuốc giảm đau sau mổ, gây tê ngoài màng cứng giảm đau trong chuyển dạ. Tuy nhiên, hình thức này cũng ít được áp dụng trong lâm sàng.

#### ***1.1.11. Các biện pháp điều trị giúp giảm đau cho người bệnh sau các phẫu thuật***

##### ***Các biện pháp điều trị giảm đau dùng thuốc giảm đau***

+ Morphin, paracetamol, Efferalgan... được sử dụng để giảm đau cho người bệnh phải trải qua những phẫu thuật lớn hoặc trong những trường hợp người bệnh ung thư giai đoạn nặng.

Cho đến nay chưa có phương pháp giảm đau nào được coi là tối ưu nhất, phương pháp phù hợp được xác định dựa trên đánh giá xem xét ở từng người bệnh cụ thể. Xu hướng kết hợp hai hoặc nhiều hơn các thuốc, hoặc phương pháp giảm đau ở cả trước, trong và sau mổ ngày càng trở nên phổ biến trong kiểm soát đau chu phẫu [31],[44]. Ngoài ra, một số yếu tố khác liên quan đến phẫu thuật như rút ngắn thời gian mổ, giảm thiểu thương tổn mô và thần kinh trong mổ, áp dụng các kỹ thuật ít xâm lấn cũng cần được tính đến trong chiến lược tối ưu hóa giảm đau. Giảm đau sau mổ hiệu quả là một trong các thành phần quan trọng của chiến lược tăng cường phục hồi, phối hợp nhiều chuyên khoa sau các phẫu thuật lớn tại ổ bụng [33].

##### ***Các biện pháp điều trị giảm đau không dùng thuốc***

Đối với người điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh thì việc sử dụng các biện pháp giảm đau không dùng thuốc là vô cùng quan trọng.



Cũng có nghiên cứu chứng minh tác dụng của Emla là một miếng dán giảm đau được triết xuất từ thiên nhiên cũng đem lại hiệu quả giảm đau tốt nhưng cần phải dán miếng dán Emla trước khi làm thủ thuật 30 phút mới có tác dụng giảm đau.

Chăm sóc tâm lý cũng là phương pháp giảm đau an toàn và hiệu quả. Với vai trò của người điều dưỡng phải tiếp xúc chăm sóc bệnh nhân hàng ngày việc chia sẻ, trò chuyện với người bệnh cũng là một biện pháp giảm đau không dùng thuốc đem lại hiệu quả cao.

Có rất nhiều nghiên cứu đã chứng minh nghe nhạc có tác dụng giảm đau vô cùng hiệu quả, âm nhạc đem đến cho người bệnh cảm giác thư thái, dễ chịu giúp người bệnh quên đi cảm giác đau thực thể. Tùy vào sở thích của người bệnh để lựa chọn những thể loại nhạc mà người bệnh ưa thích.

## **1.2 Các nghiên cứu về đau sau phẫu thuật trong và ngoài nước**

### **1.2.1. Các nghiên cứu về đau sau phẫu thuật trên thế giới**

Phẫu thuật bụng là thủ tục phẫu thuật phổ biến nhất bao gồm các phẫu thuật cho cả hai trường hợp cấp cứu và phẫu thuật tự chọn [10]. Tỷ lệ phẫu thuật bụng tổng thể gia tăng theo tuổi từ 13,4% ở bệnh nhân dưới 21 tuổi lên 43,8% ở những người trên tuổi 60. Điều đáng chú ý, tỷ lệ phẫu thuật ổ bụng cũng đã được tìm thấy có sự khác biệt đáng kể đối với các nhóm dân tộc. Ngoài ra, so với nam giới, tỷ lệ phẫu thuật ổ bụng ở phụ nữ cao hơn đáng kể ( $p < 0,0001$ ) [36]. Kalman khẳng định rằng các tác động trên vùng bụng là đau đớn hơn phẫu thuật khác [20]. Đau cũng là triệu chứng thường gặp nhất sau phẫu thuật, Giuffre đã mô tả rằng 70% người bệnh trải qua phẫu thuật vùng bụng trên phải chịu một cơn đau nặng.

Về mặt lý thuyết, các triệu chứng sau phẫu thuật đều bị ảnh hưởng bởi các yếu tố tiền đề khác nhau phân loại thành ba loại đó là sinh lý, tâm lý, và môi trường. Ba yếu tố liên quan đến nhau và có thể tương tác và làm ảnh hưởng đến triệu chứng [27]. Cùng với niềm tin này, các nhà nghiên cứu đã tiến hành điều tra các yếu tố có thể ảnh hưởng triệu chứng sau phẫu thuật như tuổi tác, giới tính, kích thước của vết mổ, lo lắng trước khi phẫu thuật, hỗ trợ xã hội và thời gian của phẫu thuật. Mặc dù tầm quan trọng của các yếu tố đã được công nhận, nhưng các mối quan hệ giữa chúng và các

triệu chứng sau phẫu thuật vẫn còn được tranh cãi. Việc đánh giá đau rất quan trọng và đó là trách nhiệm của nhân viên y tế để cấp cứu và hỗ trợ cho người bệnh [35]. Các nhà nghiên cứu tin rằng những ngày đầu tiên sau khi phẫu thuật là ngày đau đớn nhất. Các điểm đau trong ngày này đã được báo cáo trong khoảng 3,0-7,9 (đo bằng Visual Analog Scale) [11],[28],[41]. Người bệnh cũng đã thừa nhận rằng họ cảm thấy rất đau đớn khi ruột bắt đầu hoạt động Svensson, Sjöström, & Haljamae đã nghiên cứu kinh nghiệm đau sau mổ. Tại 4, 24, 48 và 72 giờ sau phẫu thuật, tỷ lệ từ trung bình đến đau nặng (VAS  $\geq$  40). Trong 24 giờ đầu tiên sau khi ruột hoạt động, 88% bệnh nhân bị đau vừa hoặc nặng tại một khoảng thời gian và 7% báo cáo đau không chịu nổi, sự tồn tại của đau sau phẫu thuật có thể dẫn đến suy giảm chức năng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.

### ***1.2.2 Các nghiên cứu về đau sau phẫu thuật tại Việt Nam***

Tại Việt Nam, đánh giá đau cho người bệnh sau phẫu thuật cũng đã được quan tâm và nghiên cứu. Một số nghiên cứu đã cho thấy việc đánh giá đau và can thiệp giảm đau cho người bệnh có ý nghĩa trên lâm sàng. Tuy nhiên, công tác này vẫn còn rất hạn chế và chưa được áp dụng rộng rãi, nhất quán. Hiện nay ở Việt Nam, phẫu thuật ổ bụng là một trong những phẫu thuật khá phổ biến và thường xuyên. Mặc dù các triệu chứng đau sau phẫu thuật ở những người bệnh phẫu thuật bụng cũng đã được biết đến nhưng cũng còn rất ít tài liệu nghiên cứu về vấn đề này.

Tuy vậy, các nghiên cứu điều tra triệu chứng sau phẫu thuật cũng đã được tiến hành trong các quần thể người nước ngoài, đặc biệt là các nước phương tây. Về mặt lý thuyết, các triệu chứng là nhận thức của cá nhân được xác định bởi sự tương tác giữa các yếu tố vật lý, tâm lý và môi trường. Vì vậy, sự khác biệt về mặt sinh lý, tâm lý, và đặc biệt là mặt xã hội giữa Việt Nam với các nước khác cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến các triệu chứng sau phẫu thuật.

Khu vực Thái Nguyên là nơi có nhiều bệnh viện và khu vực đông dân cư, vì vậy sự phát triển trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cũng như việc áp dụng các phương pháp tiên tiến trong điều trị y khoa là một vấn đề được quan tâm. Phẫu thuật ổ bụng cũng không phải là một ngoại lệ, Điều này đòi hỏi dịch vụ chăm sóc

điều dưỡng tốt hơn. Như đã đề cập trước đó, sự hiểu biết về các yếu tố ảnh hưởng đến các triệu chứng sau phẫu thuật là bước quan trọng đầu tiên để nâng cao chất lượng chăm sóc điều dưỡng sau phẫu thuật.

### 1.3. Học thuyết áp dụng trong nghiên cứu

Khung khái niệm cho nghiên cứu này dựa trên học thuyết các triệu chứng khó chịu được phát triển bởi Lenz, Suppe, Gift, Pugh, và Milligan (1995), và sau đó sửa đổi vào năm 1997 [27]. Học thuyết về các triệu chứng khó chịu cho rằng các triệu chứng khó chịu (khó thở, mệt mỏi, đau) được bắt nguồn từ các yếu tố sinh lý, tâm lý và môi trường mà ảnh hưởng đến thời gian, cường độ, chất lượng, các triệu chứng khó chịu và rằng những triệu chứng khó chịu có thể ảnh hưởng đến các hoạt động. Các hoạt động bao gồm: Hoạt động thể chất, các hoạt động của cuộc sống hàng ngày, và hoạt động xã hội. Học thuyết ban đầu được đề xuất đã được tập trung vào một triệu chứng và ba yếu tố tiền đề (sinh lý, tâm lý, môi trường), và không bao gồm các mối quan hệ giữa các yếu tố tiền đề. Sau khi được sửa đổi các mô hình cho phép sự bao hàm của một số triệu chứng khó chịu, mối quan hệ lẫn nhau của ba yếu tố tiền đề.

- Trải nghiệm của người bệnh với triệu chứng là nhận thức chủ quan của người bệnh về mức độ nặng, mức độ ảnh hưởng, thời gian kéo dài và các đặc điểm chất lượng khác của một triệu triệu chứng, cũng như kiểm tra các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến triệu chứng này.

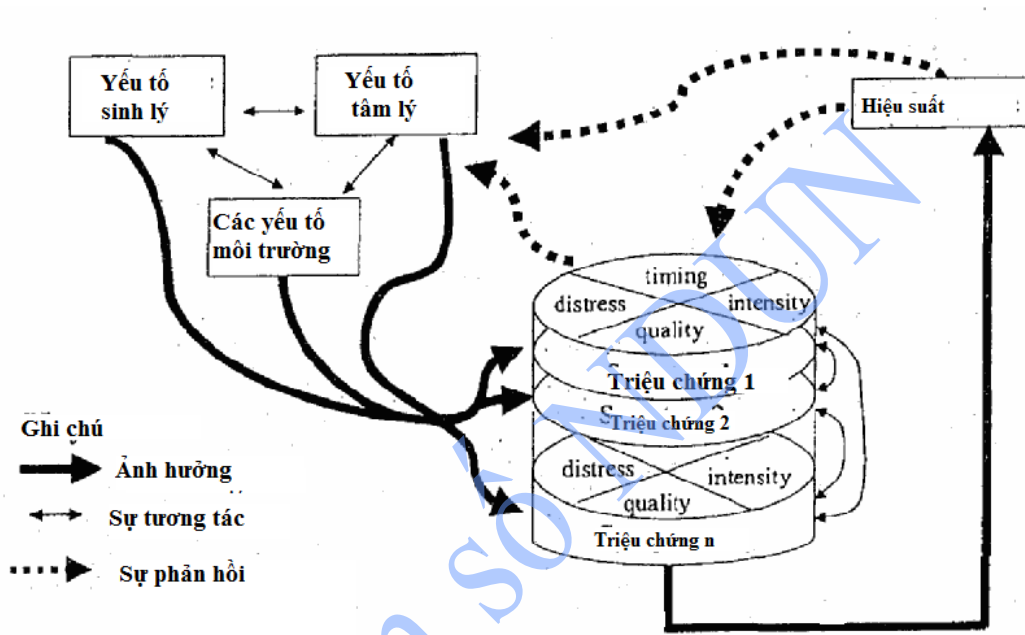
- Các yếu tố ảnh hưởng được chia làm ba loại:

- + Các yếu tố cá nhân bao gồm chức năng bình thường của cơ thể, mức năng lượng và các vấn đề bệnh lý, chấn thương.

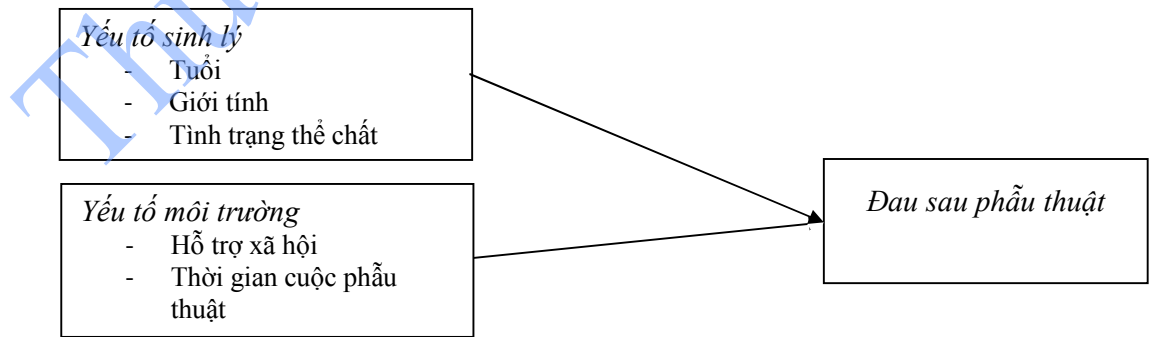
- + Các yếu tố tâm lý bao gồm các trạng thái tinh thần của bệnh nhân, phản ứng với bệnh tật hoặc mức độ không chắc chắn, mơ hồ về triệu chứng bệnh của người bệnh.

- + Các yếu tố môi trường bao gồm các yếu tố bên ngoài như xã hội, trạng kinh tế, hôn nhân và tình trạng gia đình, nhiệt độ, tiếng ồn, ánh sáng, quy trình điều dưỡng và các loại điều trị.

- Tác động đầu ra của triệu chứng là kết quả trải nghiệm của người bệnh với triệu chứng bao gồm chức năng và hoạt động nhận thức, hay nói cách khác là hiệu quả của triệu chứng.



Hình 1.2: Sơ đồ khung lý thuyết



Một số yếu tố ảnh hưởng đến đau sau mổ

+ Tuổi và giới

Trong một số nghiên cứu trước đây cũng đã cho rằng đau sau phẫu thuật cũng bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, chẳng hạn như đau trước phẫu thuật, lo âu, tuổi tác, và giới [4]. Trong một nghiên cứu của Jack R.Kless (2010) cho rằng sự khác biệt về giới tính không có ý nghĩa trong đau sau phẫu thuật.

+ Tình trạng thể chất

EQ-5D là một thước đo tiêu chuẩn về tình trạng sức khỏe được phát triển bởi Nhóm EuroQol để cung cấp một cách đơn giản, đo chung về sức khỏe cho người bệnh trên lâm sàng.

Bộ công cụ EQ-VAS ghi lại sự tự đánh giá cả người bệnh trên thang đo từ 0 – 100. Người bệnh sẽ đánh giá tình trạng sức khỏe của mình theo thang điểm từ 0 - 100, trong đó điểm 0 chỉ ra tình trạng sức khỏe kém nhất mà người bệnh tự cảm nhận, 100 chỉ ra tình trạng sức khỏe tốt nhất mà người bệnh tự cảm nhận, điểm càng cao cho thấy tình trạng sức khỏe càng tốt.

+ Thời gian cuộc phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật: Được tính từ khi rạch da đến khi đóng xong vết mổ (tính bằng phút).

Trong một nghiên cứu quan sát, thời gian của phẫu thuật đã được tìm thấy tương quan với cường độ đau sau phẫu thuật [39]. Những người khác thấy rằng phẫu thuật quá 100 phút, tỷ số chênh = 7, 95% CI, 1,5-33,  $p = 0,01$ , và điểm số đau khi đến phòng hồi sức, odds ratio = 5, 95% CI, 2,6-10,  $p = 0,0001$ , đã tiên đoán của các yêu cầu Morphine trong giờ đầu tiên sau phẫu thuật [16]. Tuy nhiên một số nghiên cứu không tìm thấy một mối tương quan giữa thời gian của cuộc mổ và đau sau phẫu thuật [22]. Jackr Kless trong nghiên cứu của mình cũng cho kết quả tương tự [21].

+ Hỗ trợ xã hội đề cập tới hỗ trợ về cảm xúc, thực hành và thông tin từ gia đình, bạn bè và những người cung cấp dịch vụ sức khỏe liên quan tới người bệnh phẫu thuật được nhận. Trong nghiên cứu này, hỗ trợ xã hội được đánh giá bởi bộ công cụ hỗ trợ quy mô đa chiều [48]. Hỗ trợ xã hội được coi là tiền đề quan trọng

của các triệu chứng sau phẫu thuật của người bệnh. Phẫu thuật là sự kiện quan trọng ảnh hưởng tới các khía cạnh thể chất, tâm lý và xã hội. Do đó nhận được hỗ trợ từ những người khác có thể tác động tích cực đến sự phục hồi của người bệnh. Mitchinson cùng các cộng sự đã chứng minh rằng, trong số những người bệnh đã trải qua các cuộc phẫu thuật lớn, những người có mức độ hỗ trợ xã hội cao hơn thì sẽ có mức đau, khó chịu và lo lắng thấp hơn trong 5 ngày đầu sau phẫu thuật ( $p < 0,001$ ) [34].

#### **1.4. Giới thiệu tóm tắt về địa bàn nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Ngoại tiêu hóa gan mật bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là bệnh viện hạng I trực thuộc Bộ Y tế có chức năng khám chữa bệnh, dự phòng bệnh tật cho nhân dân các dân tộc miền núi Đông Bắc Việt Nam. Khoa Ngoại tiêu hóa gan mật – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên hiện có 40 giường bệnh với 10 Bác sỹ và 14 Điều dưỡng. Đây là địa điểm khám chữa bệnh hàng đầu cho người bệnh với hơn 1.500 người bệnh được khám và điều trị mỗi năm.

## Chương 2

### PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh nằm điều trị tại khoa ngoại tiêu hóa – gan mật, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

*\* Tiêu chuẩn chọn*

- Người bệnh 18 - 60 tuổi.
- Người bệnh có phẫu thuật ổ bụng đường trắng trên và dưới rốn: Gan, mật, tụy, lách, đại tràng, dạ dày.....
- Có khả năng nghe, giao tiếp bằng tiếng Việt .
- Người bệnh có xếp lịch mổ chương trình
- Người bệnh sau phẫu thuật 48 giờ và 72 giờ .

*\* Tiêu chuẩn loại trừ*

- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Hôn mê sâu
- Xảy ra biến chứng sau mổ
- Đa chấn thương

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

***Thời gian nghiên cứu***

- Từ tháng 11 năm 2016 đến tháng 9 năm 2017.
- Thời gian thu thập số liệu: Từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 6 năm 2017.

***Địa điểm nghiên cứu***

Khoa Ngoại tiêu hóa gan mật Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, Thành phố Thái Nguyên.

#### 2.3. Thiết kế nghiên cứu

- Đề tài được nghiên cứu theo phương pháp mô tả, tiến cứu.

#### 2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích trong thời gian thu thập số liệu.

- Cỡ mẫu 90 người bệnh đang nằm điều trị tại khoa ngoại tiêu hóa gan mật bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

## **2.5. Phương pháp và qui trình thu thập số liệu**

- Sau khi nhận được sự đồng ý của Hội đồng đạo đức Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định và Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, nhà nghiên cứu sẽ gặp Trưởng khoa và Điều dưỡng trưởng khoa Ngoại tiêu hóa gan mật để giải thích mục đích cũng như quy trình thực hiện nghiên cứu.

- Những người tham gia được chọn lựa vào nghiên cứu, nhà nghiên cứu liên lạc với người tham gia và thu thập số liệu. Ở lần đầu tiên, nhà nghiên cứu giới thiệu và tạo mối quan hệ với người bệnh. Sau đó, nhà nghiên cứu thông báo cho người bệnh về mục đích, phương pháp và quy trình nghiên cứu.

- Các thông tin của người bệnh như tình trạng thể chất, hỗ trợ xã hội được nhà nghiên cứu thu thập trước thời gian người bệnh trải qua phẫu thuật.

- Quy trình thu thập số liệu về đau của người bệnh sẽ được tiến hành tại thời điểm 48 và 72 giờ tương đương với ngày thứ 2 và ngày thứ 3 sau phẫu thuật. Nhà nghiên cứu sẽ tiến hành thu thập số liệu sau khi người bệnh hết tác dụng của thuốc giảm đau (người bệnh dùng thuốc giảm đau thông thường vào 3 thời điểm 9 giờ, 15 giờ và 21 giờ, bởi vậy nhà nghiên cứu sẽ tiến hành thu thập số liệu vào 6 giờ sáng đến trước 9 giờ sáng vào khoảng thời gian này người bệnh chưa được dùng thuốc giảm đau thường quy).

- Khoa ngoại tiêu hóa gan mật có khoảng 1700 người bệnh được thăm khám và điều trị mỗi năm. Mỗi tháng khoa thực hiện khoảng 100 ca phẫu thuật bao gồm cả cấp cứu và mổ phôi, trong đó mổ theo chương trình chiếm khoảng 45 ca. bởi vậy sẽ có 2 đến 3 người bệnh được đánh giá tham gia trong một buổi nghiên cứu.

- Nhà nghiên cứu sẽ chuẩn bị công cụ, phiếu tham gia nghiên cứu cũng như thang đo đánh giá thể chất của người bệnh. Đến với người bệnh trước hôm người bệnh được phẫu thuật để đánh giá thể chất bằng cách đưa cho người bệnh thang đo, giải thích thang đo và hướng dẫn người bệnh chỉ ra ngưỡng sức khỏe của chính người bệnh có thể cảm nhận được.



- Sau đó nhà nghiên cứu sẽ tiến hành giải thích và đánh giá sự hỗ trợ xã hội của người bệnh bằng thang đo đánh giá hỗ trợ xã hội gồm 15 câu hỏi cho người bệnh.

- Các thông tin về thời gian phẫu thuật của người bệnh được nhà nghiên cứu lấy từ hồ sơ bệnh án phẫu thuật của người bệnh sau phẫu thuật.

- Nếu người tham gia cảm thấy khó chịu hoặc không sẵn sàng để trả lời các câu hỏi, nhà nghiên cứu sẽ chờ cho đến khi người tham gia cảm thấy bình tĩnh và sẵn sàng tham gia.

- Sau khi có toàn bộ thông tin, nhà nghiên cứu sẽ kiểm tra toàn bộ dữ liệu. Và các số liệu được mã hóa, nhập vào một bảng tính và máy tính chuẩn bị cho việc phân tích dữ liệu.

## 2.6. Các biến số nghiên cứu

STT	Biến số	Định nghĩa biến số	Loại biến số
1	Tuổi	Độ tuổi tính bằng năm của đối tượng nghiên cứu tính đến thời điểm phỏng vấn.	Biến định danh
2	Giới	Giới tính của người bệnh.	Định danh
3	Thời gian cuộc phẫu thuật	là khoảng thời gian được tính từ khi rạch da đến khi đóng xong vết mổ.	biến định danh
4	Tình trạng thể chất	Tình trạng thể chất là sự miêu tả sức khỏe trong hệ thống bệnh tật, sự hạn chế về chức năng và ảnh hưởng đe dọa cuộc sống.	biến liên tục
5	Hỗ trợ xã hội	Hỗ trợ xã hội đề cập tới hỗ trợ về cảm xúc, thực hành và thông tin từ gia đình, bạn bè và những người cung cấp dịch vụ sức khỏe liên quan tới người bệnh phẫu thuật được nhận.	biến liên tục

## 2.7. Thang đo, tiêu chí và tiêu chuẩn đánh giá

**Nhân khẩu học:** Được xây dựng bởi nhà nghiên cứu bao gồm các thông tin: Tuổi, giới tính, dân tộc, tôn giáo, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, trình độ học vấn, thu nhập trung bình, thời gian cuộc phẫu thuật.

**Bộ công cụ Vas:** Bộ công cụ đánh giá đau đây là thang điểm được sử dụng phổ biến nhất trên lâm sàng. Có giá trị đánh giá cao trong các nghiên cứu về đau và giảm đau. Thước VAS được cấu tạo gồm hai mặt. Mặt giành cho người bệnh đánh giá ở phía trái ghi chữ “Không đau” và phía phải ghi chữ “Đau không chịu nổi”. Để người bệnh có thể xác nhận dễ hơn mức độ đau, sau này người ta đã gắn thêm vào mặt này hình ảnh thể hiện nét mặt tương ứng với các mức độ đau khác nhau. Vas được xác định tại 2 thời điểm (48 giờ, 72 giờ) người bệnh tự đánh giá bằng cách di chuyển con trỏ đến vị trí tương ứng với mức độ đau của mình. Mặt giành cho người đánh giá được chia thành 11 vạch đánh số từ 0 đến 10 (hoặc chia vạch từ 0 đến 100 mm). Sau khi người bệnh chọn vị trí con trỏ trên thước tương ứng với mức độ đau của họ người đánh giá xác nhận điểm đau VAS là khoảng cách từ điểm 0 đến vị trí con trỏ.

Cách đánh giá tính điểm như sau

- 0 điểm: Người bệnh không đau
- 1-3 điểm: Người bệnh đau nhẹ
- 4-6 điểm: Người bệnh đau vừa
- 7-10 điểm: Người bệnh đau nặng

**Tình trạng thể chất:** Bộ công cụ EQ-VAS nằm trong bộ câu hỏi EQ - 5D Được nhóm EuroQol ( Thành lập 1987 là một mạng lưới các nhà nghiên cứu đa ngành quốc tế ) phát triển như một thước đo về chất lượng cuộc sống có liên quan đến sức khoẻ có thể được sử dụng trong nhiều trường hợp và ở các điều kiện sức khoẻ khác nhau. EQ VAS ghi lại tình trạng sức khoẻ mà người bệnh tự cảm thấy và đánh giá theo thang điểm nằm dọc được sắp xếp theo thứ tự từ 0 - 100 điểm. Điều này có thể được sử dụng như một thước đo định lượng của kết quả sức khoẻ phản ánh sự phán đoán của chính người bệnh.

Người bệnh ghi lại sự tự đánh giá của người bệnh trên thang đo từ 0 – 100, trong đó điểm 0 chỉ ra tình trạng sức khỏe kém nhất mà người bệnh tự cảm nhận, 100 chỉ ra tình trạng sức khỏe tốt nhất mà người bệnh tự cảm nhận, điểm càng cao cho thấy tình trạng sức khỏe càng tốt. Bộ câu hỏi thể chất đánh giá trên người bệnh được chia thành 3 mức độ như sau, từ 0 - 33 điểm người bệnh có thể chất kém, từ 34 - 66 điểm người bệnh có thể chất trung bình, từ 67 - 100 điểm người bệnh có thể chất tốt.

Hỗ trợ xã hội: Bộ câu hỏi hỗ trợ xã hội được phát triển bởi Weinert vào năm 2003. Bộ công cụ bao gồm 15 câu hỏi trong đó mỗi câu hỏi được thiết kế bởi thang Likert gồm 7 mức độ (1 đến 7). Mức độ hỗ trợ xã hội được tính bằng cộng tổng đáp án trả lời của 15 câu hỏi. Điểm càng cao cho thấy mức độ hỗ trợ xã hội càng cao. Bộ câu hỏi hỗ trợ xã hội được chia thành 3 mức độ sau, từ 0 - 35 điểm người bệnh có hỗ trợ xã hội thấp, từ 36 - 66 điểm người bệnh có hỗ trợ xã hội trung bình, từ 67 - 105 điểm người bệnh có hỗ trợ xã hội tốt.

- Tình trạng thể chất:

Người bệnh ghi lại sự tự đánh giá của người bệnh trên thang đo từ 0 – 100, trong đó điểm 0 chỉ ra tình trạng sức khỏe kém nhất mà người bệnh tự cảm nhận, 100 chỉ ra tình trạng sức khỏe tốt nhất mà người bệnh tự cảm nhận, điểm càng cao cho thấy tình trạng sức khỏe càng tốt. Bộ câu hỏi thể chất đánh giá trên người bệnh được chia thành 3 mức độ như sau, từ 0 - 33 điểm người bệnh có thể chất kém, từ 34 - 66 điểm người bệnh có thể chất trung bình, từ 67 - 100 điểm người bệnh có thể chất tốt.

- Thời gian phẫu thuật: được tính từ khi rạch da đến khi đóng xong vết mổ (tính bằng phút).

- Mức độ đau:

Thuốc VAS được cấu tạo gồm hai mặt. Mặt giành cho người bệnh đánh giá ở phía trái ghi chữ “Không đau” và phía phải ghi chữ “Đau không chịu nổi”. Để người bệnh có thể xác nhận dễ hơn mức độ đau, sau này người ta đã gắn thêm vào mặt này hình ảnh thể hiện nét mặt tương ứng với các mức độ đau khác nhau. Vas được xác định tại 2 thời

điểm (48 giờ, 72 giờ) người bệnh tự đánh giá bằng cách di chuyển con trỏ đến vị trí tương ứng với mức độ đau của mình. Mặt giành cho người đánh giá được chia thành 11 vạch đánh số từ 0 đến 10 (hoặc chia vạch từ 0 đến 100 mm). Sau khi người bệnh chọn vị trí con trỏ trên thước tương ứng với mức độ đau của họ người đánh giá xác nhận điểm đau VAS là khoảng cách từ điểm 0 đến vị trí con trỏ.

- Hỗ trợ xã hội :

Mức độ hỗ trợ xã hội được tính bằng cộng tổng đáp án trả lời của 15 câu hỏi. Điểm càng cao cho thấy mức độ hỗ trợ xã hội càng cao. Bộ câu hỏi hỗ trợ xã hội được chia thành 3 mức độ sau, từ 0 - 35 điểm người bệnh có hỗ trợ xã hội thấp, từ 36 - 66 điểm người bệnh có hỗ trợ xã hội trung bình, từ 67 - 105 điểm người bệnh có hỗ trợ xã hội tốt.

- Tuổi

- Giới tính

## **2.8. Phương pháp phân tích số liệu**

Số liệu sẽ được phân tích bằng phần mềm SPSS 17.

Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu sẽ được phân tích bằng phương pháp thống kê mô tả (Descriptive statistics) bao gồm tần xuất, tỷ lệ, trung bình và độ lệch chuẩn.

Phương pháp thống kê Pearson- correlation sẽ được áp dụng để mô tả mối liên quan giữa tuổi, hỗ trợ xã hội với đau sau mổ tai các thời điểm 48,72 giờ.

Phương pháp thống kê Spearman- correlation sẽ được áp dụng để mô tả mối liên quan giữa giới, tình trạng thể chất với mức độ đau sau mổ tai các thời điểm 48,72 giờ.

## **2.9. Đạo đức nghiên cứu**

Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích, quyền lợi và nghĩa vụ khi tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu không nguy hiểm cho người bệnh.

Chỉ nghiên cứu các đối tượng tự nguyện tham gia.

Các thông tin thu thập về cá nhân đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ kín.

Kết quả nghiên cứu chỉ sử dụng cho sức khỏe cộng đồng và người bệnh ngoài ra không nhằm mục đích nào khác.

Nghiên cứu được sự đồng ý của Giám đốc Bệnh viện và Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

#### **2.10. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số**

- Thời gian nghiên cứu ngắn, số lượng cỡ mẫu nhỏ.
- Sai số lựa chọn: Hạn chế sai số lựa chọn bằng cách chọn đúng đối tượng.
- Nhập liệu có thể xảy ra sai sót: Khắc phục bằng cách rà soát lại kỹ khi nhập số liệu để xử lý.

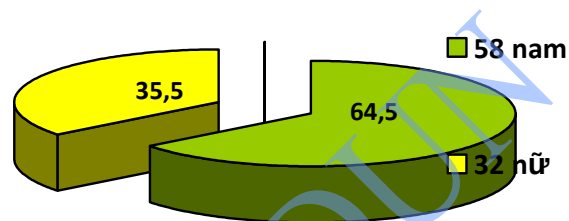
Thư viện số NDUN

### Chương 3

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

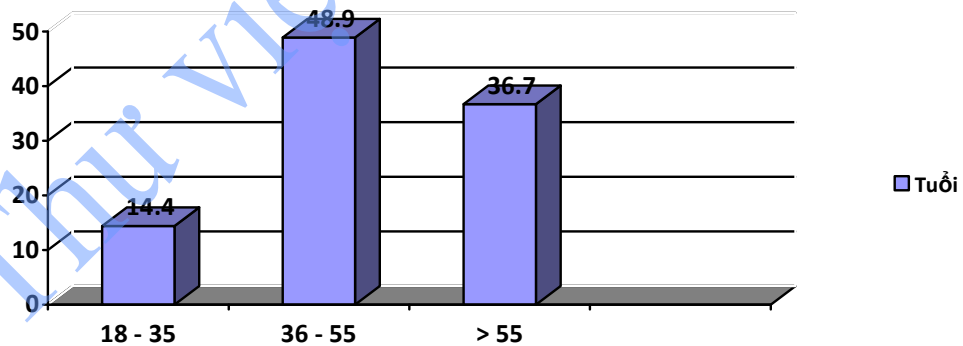
Biểu đồ phân bố về giới



Biểu đồ 3.1. Phân bố về giới ( n = 90)

Trong 90 người bệnh tham gia nghiên cứu có 58 người bệnh nam chiếm tỷ lệ 64,5 % và 32 người bệnh nữ chiếm 35,5% .

Bảng phân bố theo độ tuổi



Biểu đồ 3.2. Phân bố về tuổi ( n = 90)

Qua biểu đồ trên thấy rằng độ tuổi từ 18 - 35 có 13 người bệnh chiếm 14,4 %, độ tuổi từ 36 - 55 có 44 người bệnh chiếm 48,9 %, độ tuổi trên 55 có 33 người bệnh chiếm 36,7. Độ tuổi trung bình của nhóm người bệnh là  $49,39 \pm 9,65$

**Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học ( n = 90)**

<b>Đặc điểm</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
<b>Dân tộc</b>		
<i>Kinh</i>	61	67,8
<i>Tày</i>	26	28,9
<i>Nùng</i>	2	2,2
<i>Dao</i>	1	1,1
<i>Khác</i>		
<b>Tình trạng hôn nhân</b>		
<i>Độc thân</i>	4	4,4
<i>Đã kết hôn</i>	74	82,2
<i>Đã ly dị</i>	5	5,6
<i>Góa</i>	7	7,8
<b>Trình độ học vấn</b>		
<i>Không đi học</i>	0	0
<i>Tiểu học</i>	5	5,5
<i>Trung học cơ sở</i>	14	15,6
<i>Phổ thông trung học</i>	51	56,7
<i>Đại học</i>	20	22,2
<i>Sau đại học</i>	0	0
<b>Nghề nghiệp</b>		
<i>Công nhân</i>	30	33,3
<i>Tự do</i>	21	23,3
<i>Công chức nhà nước</i>	16	17,8
<i>Nông dân</i>	16	17,8
<i>Nghỉ hưu</i>	7	7,8
<i>Thu nhập hàng tháng</i>	<i>Khoảng giới hạn : 1,500,000-6,000,000 triệu Min;Max ± SD: 3,386,000 ±1,053,000 triệu</i>	

Qua bảng trên thấy rằng nhóm người bệnh chủ yếu là dân tộc kinh chiếm 67,8%, dân tộc tây 26 người bệnh chiếm 28,9 %. Tình trạng người bệnh kết hôn có tỷ lệ cao với 74 người bệnh chiếm 82,2 %. Trình độ học vấn của nhóm người bệnh tốt nghiệp phổ thông với 51 người bệnh chiếm 56,7%, người bệnh có trình độ học vấn đại học với 20 người bệnh chiếm 22,2 %. Nghề nghiệp của nhóm người bệnh nằm nhiều ở nhóm công nhân với 30 người bệnh chiếm 33,3 %. Tỷ lệ phân bố việc công chức nhà nước và nông dân chiếm tỷ lệ như nhau với 16 người bệnh chiếm 17,8 %. Thu nhập bình quân của nhóm người bệnh trên tháng là 3,386,000 ±1,053,000 triệu.

### 3.2. Thực trạng đau sau phẫu thuật tại thời điểm 48 giờ và 72 giờ

**Bảng 3.2. Mức độ đau tại thời điểm 48-72 giờ sau phẫu thuật (n = 90)**

Đặc điểm	Điểm giới hạn	Điểm thực tế	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Mức độ đau thời điểm 48 giờ	0-10	3-7	5,32	1,04
Mức độ đau thời điểm 72 giờ	0-10	3-7	5,03	1,08

Qua bảng 3.2 cho thấy rằng điểm giới hạn của đau được giới hạn từ 0 - 10 điểm, điểm đau thực tế của người bệnh ở cả 2 thời điểm là từ 3 - 7 điểm. Trong đó mức đau độ trung bình thời điểm 48 giờ  $5,32 \pm 1,04$ ; mức độ đau tại thời điểm 72 giờ  $5,03 \pm 1,08$ .

**Bảng 3.3. Mô tả điểm đau theo giới tại thời điểm 48 giờ (n = 90)**

Giới	Điểm đau 48 giờ				p
	Đau vừa		Đau nặng		
	SL	%	SL	%	
Nam	49	54,4	9	10,0	>0,05
Nữ	28	31,1	4	4,4	

Bảng 3.3 cho ta thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi cụ thể là:

Tại thời điểm đau 48 giờ có 58 nam trong đó có 49 người bệnh đau vừa chiếm tỷ lệ 54,4%, 9 người bệnh đau nặng chiếm 10,0 %. Thời điểm 48 giờ có 32 người bệnh nữ trong đó có 28 người bệnh đau ở mức độ vừa chiếm 31,1 %, 4 người bệnh đau ở mức độ nặng chiếm 4,4 %.



**Bảng 3.4. Mô tả điểm đau theo giới tại thời điểm 72 giờ ( n = 90)**

Giới	Điểm đau 72 giờ				
	Đau vừa		Đau nặng		p
	SL	%	SL	%	
Nam	53	58,9	5	5,6	>0,05
Nữ	28	31,1	4	4,4	

Bảng 3.4 cho ta thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi cụ thể là:

Tại thời điểm đau 72 giờ có 58 người bệnh nam trong đó có 53 người bệnh đau vừa chiếm tỷ lệ 58,9 %, 5 người bệnh đau nặng chiếm 5,6 %. Thời điểm 72 giờ có 32 người bệnh nữ trong đó có 28 người bệnh đau ở mức độ vừa chiếm 31,1 %, 4 người bệnh đau ở mức độ nặng chiếm 4,4 %.

**Bảng 3.5 Mô tả điểm đau theo nhóm tuổi tại thời điểm 48 giờ ( n = 90)**

Tuổi	Điểm đau 48 giờ				
	Đau vừa		Đau nặng		p
	SL	%	SL	%	
18-35	12	13,3	1	1,1	<0,05
36-55	38	42,2	6	6,7	
>55	27	30,0	6	6,7	

Qua bảng trên thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi cụ thể là: Nhóm tuổi 18 - 35 có 13 người bệnh trong đó có 12 người bệnh đau vừa chiếm 13,3

% và 1 người bệnh đau nặng chiếm 1,1 %. Nhóm tuổi 36 - 55 có 44 người bệnh trong đó có 38 người bệnh đau vừa chiếm 42,2 %, 6 người bệnh đau nặng chiếm 6,7%. Ở nhóm trên 55 có 33 người bệnh trong đó có 27 người bệnh đau ở mức độ vừa chiếm 30,0%, 6 người bệnh đau ở mức độ nặng chiếm 6,7%.

**Bảng 3.6 Mô tả điểm đau theo nhóm tuổi tại thời điểm 72 giờ ( n = 90)**

Tuổi	Điểm đau 72 giờ				p
	Đau vừa		Đau nặng		
	SL	%	SL	%	
18-35	12	13,3	1	7,7	<0,05
36-55	40	44,4	4	4,4	
>55	29	32,2	4	4,4	

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi cụ thể là:

Nhóm tuổi 18 - 35 có 13 người bệnh trong đó có 12 người bệnh đau vừa chiếm 13,3 % và 1 người bệnh đau nặng chiếm 1,1 %. Nhóm tuổi 36 - 55 có 44 người bệnh trong đó có 40 người bệnh đau vừa chiếm 44,4 %, 4 người bệnh đau nặng chiếm 4,4 %. Ở nhóm trên 55 có 33 người bệnh trong đó có 29 người bệnh đau ở mức độ vừa chiếm 32,2%, 6 người bệnh đau ở mức độ nặng chiếm 4,4 %.

**Bảng 3.7 Thời gian cuộc phẫu thuật ( n = 90)**

Đặc điểm	thời gian thực tế	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn	SL	Tỷ lệ
	90-240	131,2	32		
1-2 giờ				43	47,8
>2-3 giờ				40	44,4
>3-4 giờ				7	7,8

Bảng 3.7 cho thấy thời gian thực tế của phẫu thuật là từ 90 phút đến 240 phút, thời gian trung bình là 131 phút. Trong đó số người bệnh có thời gian cuộc phẫu thuật trong khoảng 1 -2 giờ chiếm khoảng số lượng nhiều nhất với 43 trường hợp chiếm 47,8%. Người bệnh có thời gian phẫu thuật từ 2 – 3 giờ gặp 40 trường hợp với tỷ lệ 44,4%, và người bệnh có thời gian phẫu thuật trên 3 giờ chiếm 7,8 %

**Bảng 3.8 Tình trạng thể chất ( n = 90)**

Biến	Tổng điểm	Điểm thực tế	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn	Tần suất	Tỷ lệ %	Mức độ
Tình trạng thể chất	100	20-80	55.02	15.19			Trung bình
Kém					9	10,0	
Trung bình					53	58,9	
Tốt					28	31.1	

Bảng 3.8 cho thấy số điểm thể chất thực tế của người bệnh là từ 20 đến 80 điểm, số điểm thể chất trung bình của là  $55,02 \pm 15,19$ , trong đó nhiều nhất là người bệnh có điểm thể chất ở mức trung bình là 53 người bệnh chiếm 58,9 %. Có 28 người bệnh có thể chất tốt chiếm 31,1% và 9 người bệnh có thể chất kém chiếm 10,0 %.

**Bảng 3.9 Tình trạng thể chất tại thời điểm 48 giờ ( n = 90)**

Thể chất	Điểm đau 48 giờ				p
	Đau vừa		Đau nặng		
	SL	%	SL	%	
kém	7	7.8	2	2,2	<0,32
Trung bình	42	46,7	11	12,2	
Tốt	28	31,1	0	0	

Bảng 3.9 cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm thể chất khác nhau:

Tình trạng thể chất trong 48 giờ có 9 người bệnh thể chất kém trong đó có 7 người bệnh ở mức độ đau vừa chiếm 7,8% và 2 người bệnh đau nặng chiếm 2,2 %. Thể chất trung bình có 53 người bệnh, trong đó có 42 người bệnh ở mức độ đau vừa chiếm 46,7 %, và 11 đau ở mức độ nặng chiếm 12,2. Thể chất tốt có 28 người bệnh đau vừa chiếm 31,1 %.

**Bảng 3.10 Tình trạng thể chất tại thời điểm 72 giờ ( n = 90 )**

Thể chất	Điểm đau 72 giờ				p
	Đau vừa		Đau nặng		
	SL	%	SL	%	
Kém	7	7,8	2	2,2	<0,74
Trung bình	46	51,1	7	7,8	
Tốt	28	31,1	0	0	

Bảng 3.10 cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm thể chất khác nhau:

Tình trạng thể chất trong 72 giờ có 9 người bệnh thể chất kém trong đó có 7 người bệnh ở mức độ đau vừa chiếm 7,8% và 2 người bệnh đau nặng chiếm 2,2 %. Thể chất trung bình có 53 người bệnh, trong đó có 46 người bệnh ở mức độ đau vừa chiếm 51,1%, và 7 đau ở mức độ nặng chiếm 7,8. Thể chất tốt có 28 người bệnh đau vừa chiếm 31,1 %.

**Bảng 3.11 Hỗ trợ xã hội ( n = 90)**

<b>Biến</b>	<b>Tổng điểm</b>	<b>Điểm thực tế</b>	<b>Điểm trung bình</b>	<b>Độ lệch chuẩn</b>	<b>Tần suất</b>	<b>Tỷ lệ</b>	<b>Mức độ</b>
Hỗ trợ xã hội	105	55-56	76.27	9.7			Trung bình
Thấp					0	0	
Trung bình					74	82,2	
Tốt					16	17,8	

Bảng 3.11 cho thấy tổng điểm của hỗ trợ xã hội là 105 điểm trong đó điểm thực tế từ 55 - 56 điểm. Điểm trung bình hỗ trợ xã hội  $76,27 \pm 9,7$ , trong đó tần suất người bệnh có hỗ trợ xã hội ở mức độ thấp là không có, tần suất người bệnh có hỗ trợ xã hội ở mức trung bình là 74 người chiếm 82,2%. Tần suất người bệnh có hỗ trợ xã hội ở mức tốt là 16 người bệnh chiếm tỷ lệ 17,8 %

**3.3. Các yếu tố liên quan đến mức độ đau sau phẫu thuật tại thời điểm 48 giờ và 72 giờ.**

**Bảng 3.12. Các yếu tố liên quan đến mức độ đau sau mổ giai đoạn 48 giờ**

Mức độ đau	Chỉ số tương quan (r)	
	r	p
<b>Biến nghiên cứu</b>		
Giới tính	-0,03	>0,5
Tuổi	0,44	<0,01
Thời gian cuộc mổ	0,3	<0,01
Tình trạng thể chất	-0,6	<0,01
Hỗ trợ xã hội	-0,5	<0,01

Bảng 3.12 cho ta thấy rằng các yếu tố tuổi ( $r = 0,44$ ;  $p < 0,01$ ), tình trạng thể chất ( $r = -0,6$ ;  $p < 0,01$ ), hỗ trợ xã hội ( $r = -0,5$ ;  $p < 0,01$ ), thời gian cuộc mổ ( $\beta = 0,3$ ;  $p < 0,01$ ) là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ đau sau mổ ở giai đoạn 48 giờ.

Trong khi đó giới tính ( $r = -0,03$ ;  $p > 0,5$ ) là yếu tố liên quan không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3.13 Các yếu tố liên quan đến mức độ đau sau mổ giai đoạn 72 giờ**

Biến nghiên cứu \ Mức độ đau	Chỉ số tương quan (r)	
	r	p
Giới tính	0,4	>0,5
Tuổi	0,4	<0,01
Thời gian cuộc mổ	0,3	<0,01
Tình trạng thể chất	-0,6	<0,01
Hỗ trợ xã hội	-0,4	<0,01

Các yếu tố tuổi ( $r = 0,4$ ;  $p < 0,01$ ), tình trạng thể chất ( $r = -0,6$ ;  $p < 0,01$ ), hỗ trợ xã hội ( $r = -0,4$ ;  $p < 0,01$ ), thời gian cuộc mổ ( $\beta = 0,3$ ;  $p < 0,01$ ) là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ đau sau mổ ở giai đoạn 72 giờ. Trong khi đó giới tính ( $r = 0,4$ ;  $p > 0,5$ ) là yếu tố liên quan không có ý nghĩa thống kê.

### 3.4. Các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ đau sau phẫu thuật tại thời điểm 48 giờ và 72 giờ.

**Bảng 3.14. Các yếu tố ảnh hưởng đến đau ở giai đoạn 48 Giờ**

Biến nghiên cứu	$R^2$	B	S.E	$\beta$	p
Tuổi	0,054	0,02	0,009	0,187	< 0,05
Giới tính		- 0,1	0,168	- 0,46	> 0,05
Tình trạng thể chất		- 0,028	0,006	- 0,409	< 0,001
Hỗ trợ xã hội		- 0,027	0,009	- 0,253	< 0,01
Thời gian cuộc mổ		0,006	0,003	0,196	< 0,05

Phương trình hồi quy tuyến tính như sau:

$$Z_{Đau48\text{ giờ}} = 0,187(Tuổi) - 0,409(Tình\ trạng\ thể\ chất) - 0,253(Hỗ\ trợ\ xã\ hội) + 0,196(Thời\ gian\ cuộc\ mổ)$$

Các yếu tố tuổi ( $\beta = 0,187$ ;  $p < 0,05$ ), tình trạng thể chất ( $\beta = -0,409$ ;  $p < 0,001$ ), hỗ trợ xã hội ( $\beta = -0,253$ ;  $p < 0,01$ ), thời gian cuộc mổ ( $\beta = 0,196$ ;  $p < 0,05$ ) là yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê với mức độ đau sau mổ ở giai đoạn 48 giờ. Trong khi đó giới tính ( $\beta = -0,1$ ;  $p > 0,05$ ) là yếu tố ảnh hưởng không có ý nghĩa thống kê.



**Bảng 3.15. Các yếu tố ảnh hưởng đến đau ở giai đoạn 72 Giờ**

Biến nghiên cứu	$R^2$	B	S.E	$\beta$	p
Tuổi	0,446	0,24	0,010	0,212	< 0,05
Giới tính		0,044	0,184	0,020	> 0,05
Tình trạng thể chất		- 0,029	0,006	- 0,412	< 0,001
Hỗ trợ xã hội		- 0,021	0,010	- 0,185	< 0,01
Thời gian cuộc mổ		0,006	0,003	0,169	< 0,05

Phương trình hồi quy tuyến tính như sau:

$$Z_{\text{Đau 72 giờ}} = 0,212_{(\text{Tuổi})} - 0,412_{(\text{Tình trạng thể chất})} - 0,185_{(\text{Hỗ trợ xã hội})} + 0,169_{(\text{Thời gian cuộc mổ})}$$

Các yếu tố tuổi ( $\beta = 0,212$ ;  $p < 0,05$ ), tình trạng thể chất ( $\beta = -0,413$ ;  $p < 0,001$ ) hỗ trợ xã hội ( $\beta = -0,185$ ;  $p < 0,05$ ), thời gian cuộc mổ ( $\beta = 0,169$ ;  $p < 0,05$ ) là yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê với mức độ đau sau mổ ở giai đoạn 72 giờ. Trong khi đó giới tính ( $\beta = 0,020$ ;  $p > 0,05$ ) là yếu tố ảnh hưởng không có ý nghĩa thống kê.

## Chương 4

### BÀN LUẬN

#### 4.1 Thực trạng đau của người bệnh sau phẫu thuật mở ổ bụng

Người bệnh phẫu thuật ổ bụng gặp nhiều ở độ tuổi trung niên (36 – 55 tuổi) và người cận già (> 55 tuổi). Kết quả này được giải thích là do theo sự lão hóa của tuổi tác thì người trung niên và người già thường gặp nhiều vấn đề về sức khỏe hơn người trẻ tuổi. Nam giới gặp nhiều hơn nữ giới [3].

Người bệnh trong nghiên cứu đa phần là dân tộc kinh chiếm 67,8%, tình trạng đã kết hôn chiếm 82,2%. Trình độ học vấn đạt trình độ phổ thông trung học chiếm 56,7%, đại học 22,2%. Nghề nghiệp của người bệnh trong nghiên cứu đa phần là công nhân ( Lao động làm việc tại các nhà máy, xí nghiệp) 33,3%. Tự do( nội trợ, buôn bán, kinh doanh..) 21,1%. Về tình trạng kinh tế thu nhập của người bệnh còn thấp so với trung bình bình quân thu nhập trên đầu người của Việt Nam năm 2016

Phẫu thuật của người bệnh phần nhiều là các phẫu thuật lớn, được mổ theo chương trình và liên quan đến các vấn đề trong ổ bụng tiêu hóa gan mật như; cắt dạ dày, cắt lách, các phẫu thuật về gan, túi mật, cắt đại tràng, u trong ổ bụng..Có thời gian phẫu thuật tương đối dài từ 1 - 2 giờ 47,8%, từ 2 - 3 giờ là 44,4 %. Người bệnh đã thoát mê, và được đánh giá ngày thứ 2 sau phẫu thuật người bệnh được dùng thuốc giảm thường quy trên người bệnh sau phẫu thuật thông thường.

##### 4.1.1 Tình trạng đau sau phẫu thuật

Trong nghiên cứu này cho ta thấy mức độ đau trung bình của người bệnh tại thời điểm 48 giờ ( $5,32 \pm 1,04$ ) và ở 72 giờ là ( $5,03 \pm 1,07$ ), trong đó điểm đau thực thể ở cả hai thời điểm là 3-7 điểm. Điểm đau này cũng phù hợp với các nghiên cứu của Chung, J., Lui, J. (2003) điểm đau được báo cáo trong khoảng 3,0-7,9 (đo bằng Visual Analog Scale) và nằm ở mức trung bình [11],[28],[41]. Trong một nghiên cứu khác của Svensson, Sjöström, & Haljamae người bệnh cũng đã thừa nhận rằng họ cảm thấy rất đau đớn tại 4 giờ, 24 giờ, 48giờ và 72 giờ sau phẫu thuật, tỷ lệ từ trung bình đến đau nặng ( $VAS \geq 40$ ). Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Long năm 2010 cho thấy đau sau mổ là triệu chứng thường gặp ở người bệnh sau phẫu thuật ổ

bụng [29]. Một nghiên cứu khác của Nguyễn Thị Trường Xuân, 2013 cho thấy đau ở mức độ trung bình sau 3 ngày phẫu thuật ( $5,81 \pm 8,2$ ) [3]. Kết quả này được giải thích là; Dựa trên những triệu chứng sinh lý đau sau phẫu thuật, người bệnh có tổn thương các mô cơ, thần kinh các can thiệp xâm lấn. Sau phẫu thuật người bệnh thường cảm thấy đau trong nhiều trong 3 ngày sau phẫu thuật trong đó ngày đầu tiên là ngày họ cảm thấy đau đớn nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi người bệnh tham gia nghiên cứu và đánh giá đau từ ngày thứ 2 sau phẫu thuật, điều này cũng làm giảm bớt điểm đau của người bệnh, trong phẫu thuật ổ bụng đường tiêu hóa thường mất khả năng hoạt động của ruột do các yếu tố thuốc gây mê gây tê cũng như tác động các thủ thuật của các phẫu thuật viên lên thành ruột làm mất chức năng sinh lý của tiêu hóa và gây ra hiện tượng bí hơi trong ống tiêu hóa gây hiện tượng chướng bụng trên người bệnh sau phẫu thuật, điều này làm ảnh hưởng đến sức căng của bề mặt thành bụng tác động vào vết mổ trên người bệnh gây ra cảm giác đau. Tình trạng chướng bụng nhiều thường ở ngày đầu tiên sau phẫu thuật và giảm dần ở ngày thứ hai và thứ ba, dấu hiệu chướng bụng mất đi là sự phản ánh tốt của tình trạng của hệ tiêu hóa (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2008) [45]. Người bệnh trong nghiên cứu được chuẩn bị mổ theo chương trình việc chăm sóc và giải thích cũng như dự phòng sau mổ cho người bệnh được chu đáo cũng góp phần làm giảm cảm giác đau đớn cho người bệnh. Người bệnh càng lo lắng nhiều thì cảm nhận đau càng tăng việc hiểu biết và được trấn an giải thích sớm sẽ làm tăng hiệu quả giảm đau cho người bệnh, chăm sóc sau phẫu thuật được chú ý với việc nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh toàn diện đặc biệt những người bệnh đại phẫu cũng góp phần giảm đau sau mổ, Lin, L, Wang, R. (2005) [28]. Ngoài cơ chế đau sau phẫu thuật cũng đã nêu lên rằng các cảm nhận đau trên người bệnh sẽ giảm dần theo phẫu thuật. Cũng trong nghiên cứu khác cũng chứng minh rằng các triệu chứng gây sự khó chịu và ảnh hưởng đến người bệnh nhiều nhất vẫn là triệu chứng đau, và nặng nề nhất vào ngày đầu tiên và giảm dần các ngày tiếp theo (Chung & Lui 2003, Lin & Wang 2005, Rosen et al 2009, Sauania et al 2005, Svensson et al 2000)

[11],[28],[44],[46]. Người bệnh phẫu thuật mở ổ bụng sau 48 giờ và 72 giờ có mức độ đau trung bình, kết quả này cũng phù hợp với những nghiên cứu trước đây.

#### **4.1.2 Tuổi**

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $49,39 \pm 9,65$  tương ứng với độ tuổi hay mắc các bệnh lý tiêu hóa gan mật của người Việt Nam. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trên người bệnh phẫu thuật tại ổ bụng của các tác giả Nguyễn Toàn Thắng ( $52,6 \pm 10,5$ ) 2016. Trong một số các nghiên cứu trước đây cho rằng tuổi là yếu tố không ảnh hưởng đến mức đau (Kalkman và cộng sự, 2003) [22]. Theo Hudcova J et al (2006) [19] lại cho rằng tuổi có mối tương quan nghịch với đau, ở những người bệnh cao tuổi triệu chứng đau suy giảm có thể do nguyên nhân người bệnh cao tuổi có sự lão hóa về thần kinh cũng như thể chất.

Kalkman trong nghiên cứu của mình sử dụng một kích thước mẫu lớn ( $N = 1,957$ ), phạm vi tuổi trong nghiên cứu rộng hơn (18-85 tuổi) và thấy rằng tuổi trẻ là một yếu tố tiên đoán cho đau nặng sau phẫu thuật.

Tuổi trong nghiên cứu này cho thấy rằng các bệnh nhân nhiều tuổi hơn có điểm đau cao hơn. Trong nghiên cứu này với số mẫu là 90 người bệnh, lứa tuổi ở độ tuổi trẻ và trung niên có 57 chiếm 63%, ở lứa tuổi cận già từ 55 đến 60 tuổi chiếm tỷ lệ 37% , thật khó để đánh giá được sự ảnh hưởng của tuổi trong nghiên cứu này với các nghiên cứu khác, hơn nữa trong nghiên cứu này cỡ mẫu có thể chưa đủ lớn và có giới hạn tuổi cho người bệnh trong độ tuổi lao động 18-60, và tỷ lệ tuổi nằm nhiều ở lứa tuổi 36-55, lứa tuổi trung niên. Bên cạnh đó đau cũng là mối cảm nhận của mỗi cá nhân, tuổi càng cao khả năng chịu đau càng kém, đau ở người cao tuổi ảnh hưởng đến chức năng sống nhiều hơn người trẻ, ngưỡng đau của người cao tuổi cũng tăng. Ở lứa tuổi này có những biến đổi về mặt tâm sinh lý cũng có thể là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến đau sau phẫu thuật. Độ tuổi có những diễn biến tâm lý khủng hoảng nhiều lo lắng suy nghĩ gây tăng cảm giác đau. Trong nghiên cứu của mình Hui Yun Vivian [20] cùng các cộng sự cũng chỉ ra rằng tuổi là một yếu tố được dự báo và có ảnh hưởng đáng kể đến đau nhiều sau phẫu thuật.

#### **4.1.3. Giới tính**

Trong nghiên cứu này giới tính không có sự tương quan tới mức độ đau sau phẫu thuật, Tại thời điểm 48 giờ, 58 nam có 53 nam ( 54,4%) đau vừa, 32 nữ có 28 nữ ( 31,1 %), tương tự tại thời điểm 72 giờ. Không thấy sự tương quan của giới với mức độ đau sau phẫu thuật, không mang ý nghĩa thống kê với  $P > 0,05$ . Kalkman et al 2003 [22] đã chỉ ra rằng phụ nữ có điểm đau sau phẫu thuật cao hơn ở nam giới. Kết quả trong nghiên cứu này cũng phù hợp với kết quả của Nguyễn Hoàng Long 2010 [29].

#### **4.1.4. Thời gian phẫu thuật**

Thời gian cuộc phẫu thuật trong nghiên cứu  $131,2 \pm 32,5$  (Ngắn nhất 90 và dài nhất 240). Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Long trung bình = 153,3 phút kết quả từ các tác giả Nguyễn Trung Kiên và Reeves trên người bệnh phẫu thuật bụng cho thấy thời gian mổ trung bình với các giá trị tương ứng là  $141 \pm 42,3$ ,  $163 \pm 17$  và  $144 \pm 69$  phút. Trong nghiên cứu này thời gian cuộc phẫu thuật có ảnh hưởng đến đau sau phẫu thuật. Phẫu thuật kéo dài là một trong những yếu tố liên quan đến mức độ đau nhiều sau mổ, điều này đã được khẳng định trong một số nghiên cứu trước đây. Ngoài yếu tố loại phẫu thuật, tính chất phẫu thuật (lành hay ác tính), thời gian này còn phụ thuộc vào chiến lược và kỹ năng mổ xẻ của phẫu thuật viên. Tổn thương mô gây ra do thao tác mổ xẻ, các đáp ứng viêm, rối loạn thần kinh thể dịch nhiều hơn liên quan đến thời gian mổ kéo dài là những yếu tố giải thích cho hiện tượng đau nhiều hơn và yếu tố ảnh hưởng này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Long 2010 [29].

#### **4.1.5. Tình trạng thể chất**

Điểm thể chất của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng người bệnh có số điểm trung bình  $55,02 \pm 15,19$  có nhiều lý do khác nhau để đưa ra lời lý giải cho lý do này; Có thể người bệnh trong nghiên cứu đa phần là những người bệnh mổ theo chương trình họ có tiền sử các bệnh mạn tính các bệnh kèm theo và cũng được điều trị hoặc không, tình trạng bệnh hiện tại và các bệnh kèm

theo có thể làm cho thể chất của người bệnh suy giảm. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Jack R. Kless (2010) [21]. Trong các nghiên cứu trước đây vấn đề về thể chất của bệnh nhân trước mổ cũng được đề cập đến. Trong 2 nghiên cứu Chung et al (1996) [10] cũng đã đề cập đến yếu tố thể chất của người bệnh có ảnh hưởng đến đau sau phẫu thuật nhưng không tìm thấy được mối liên quan nào giữa yếu tố đau và thể chất trên người bệnh.

#### **4.1.6. Hỗ trợ xã hội**

Hỗ trợ xã hội bao gồm hỗ trợ về cảm xúc, thực hành các thông tin từ gia đình, bạn bè, những người hay nhóm người có ảnh hưởng, hoặc trực tiếp những người cung cấp dịch vụ y tế. Trong nghiên cứu năm 2010 của tác giả Nguyễn Hoàng Long cũng đã đề cập đến vấn đề hỗ trợ về xã hội cho người bệnh nhưng không tìm ra được mối liên quan nào sau phẫu thuật. Trái với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Long, Allvin et al 2008 [25]. Mitchinson et al 2008 [34] trong nghiên cứu của mình về các yếu tố hỗ trợ xã hội ảnh hưởng đến quá trình phục hồi sau mổ cũng như triệu chứng đau đã chỉ ra được mối liên quan giữa chúng. Trong đó các tác giả cũng cho thấy rằng với những người bệnh có điểm thể chất càng cao sẽ có điểm đau sau mổ thấp và khả năng giảm các biến chứng trong quá trình hậu phẫu. Nghiên cứu này cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

#### **4.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến đau sau phẫu thuật tại thời điểm 48 giờ, 72 giờ**

Nghiên cứu cho thấy rằng tuổi, tình trạng thể chất, thời gian cuộc phẫu thuật, hỗ trợ xã hội có mối tương quan với đau sau phẫu thuật và có thể giải thích được 50,4 % về thay đổi đau sau phẫu thuật tại thời điểm 48 giờ, và 44,6 % tại thời điểm 72 giờ ở người bệnh sau phẫu thuật ổ bụng.

##### **Phương trình hồi quy tuyến tính tại thời điểm 48 giờ như sau**

$$Z_{Đau48\text{ giờ}} = 0,187(Tuổi) - 0,409(Tình\ trạng\ thể\ chất) - 0,253(Hỗ\ trợ\ xã\ hội) + 0,196(Thời\ gian\ cuộc\ mổ)$$

Dựa trên phương trình hình hồi quy cho thấy người bệnh trong phẫu thuật ổ bụng tăng thêm 1 tuổi có thể dẫn đến tăng 0,187 điểm trong thang điểm đau. Thứ hai, tăng 1 điểm thể chất có thể giảm 0,409 điểm đau trong thang điểm tại 48 giờ sau phẫu thuật. Thứ ba, tăng 1 điểm hỗ trợ xã hội có thể giảm 0,253 điểm đau

trong thang điểm tại thời điểm 48 giờ, nếu tăng thêm 1 điểm thời gian cuộc phẫu thuật có thể dẫn đến tăng thêm 0,196 điểm đau trong thang điểm đau tại thời điểm 48 giờ.

**Phương trình hồi quy tuyến tính tại thời điểm 72 giờ như sau:**

$$Z_{\text{Đau 72 giờ}} = 0,212_{(\text{Tuổi})} - 0,412_{(\text{Tình trạng thể chất})} - 0,185_{(\text{Hỗ trợ xã hội})} + 0,169_{(\text{Thời gian cuộc mổ})}$$

Dựa trên phương trình hình hồi quy cho thấy người bệnh trong phẫu thuật ổ bụng tăng thêm 1 tuổi có thể dẫn đến tăng 0,212 điểm trong thang điểm đau. Thứ hai, tăng 1 điểm thể chất có thể giảm 0,412 điểm đau trong thang điểm tại 72 giờ sau phẫu thuật. Thứ ba, tăng 1 điểm hỗ trợ xã hội có thể giảm 0,185 điểm đau trong thang điểm tại thời điểm 72 giờ, nếu tăng thêm 1 điểm thời gian cuộc phẫu thuật có thể dẫn đến thêm 0,169 điểm đau trong thang điểm đau tại thời điểm 72 giờ.

Dựa vào các kết quả nghiên cứu chúng ta có thể thấy: Có 4 yếu tố ảnh hưởng đến đau sau phẫu thuật ổ bụng trong đó 2 yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất đó là tình trạng thể chất và hỗ trợ xã hội, tuổi và thời gian cuộc phẫu thuật có ảnh hưởng ít hơn, trong đó yếu tố thể chất trước phẫu thuật có ảnh hưởng nhiều nhất và có mối tương quan nghịch ( $\beta$ - 0,412) ở cả 2 thời điểm 48, 72 giờ điều này có thể được giải thích: Người bệnh trong nghiên cứu đa phần là những người bệnh gặp những tình trạng bệnh phức tạp, có tiền sử các bệnh mạn tính và ác tính các bệnh kèm theo, tình trạng bệnh kéo dài (Viêm loét dạ dày, viêm đại tràng, u đại tràng, viêm tụy, túi mật...) làm ảnh hưởng đến sức khỏe của người bệnh trong một thời gian dài và bắt buộc phải phẫu thuật để giải quyết tình trạng bệnh tật, điều này làm ảnh hưởng đến thể trạng của người bệnh trước phẫu thuật. Thêm vào đó những người bệnh đều mổ theo chương trình nên việc nằm viện và điều trị là bắt buộc, yếu tố môi trường sinh hoạt thay đổi đặc biệt là ở môi trường bệnh viện sẽ khiến người bệnh có cảm giác khó chịu như ánh sáng, tiếng ồn, khó ngủ,...có tác động không tốt đến tình trạng sức khỏe của người bệnh. Tình trạng dinh dưỡng cũng ảnh hưởng đến thể trạng của người bệnh, ngoài việc mắc các bệnh về bệnh lý tiêu hóa người bệnh có những chế độ ăn kiêng, rối loạn tiêu hóa, chán ăn, thì người bệnh trước và sau phẫu thuật tiêu hóa thông thường phải nhịn ăn trước và sau phẫu thuật cũng ảnh hưởng đến sức

khỏe người bệnh Bisgaard và Kehlet (2002) [8]. Ngoài ra tâm lý về bệnh tật và đối diện với cuộc phẫu thuật lớn cũng ảnh hưởng không nhỏ đến tâm lý của người bệnh. Mặc dù người bệnh cũng đã được tư vấn và chuẩn bị tâm lý trước mổ nhưng cũng ít nhiều sẽ có những tác động tâm lý làm thể trạng kém đi (Apfelbaum, 2003) [6]. Bên cạnh đó các vấn đề về khác như viện phí, nằm viện thời gian dài ảnh hưởng đến công việc hiện tại của người bệnh cũng là yếu tố tác động đến tâm sinh lý người bệnh, trong nghiên cứu này đa phần người bệnh là công nhân và nghề tự do (54,4%) có thu nhập thấp mức bình quân ( $3,385 \pm 105$ ) triệu. Chính vì vậy sẽ làm ảnh hưởng không nhỏ đến sức khỏe thể chất của bệnh trước phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Jack R. Kless (2010).

Yếu tố thứ 2 ảnh hưởng đến đau sau phẫu thuật là hỗ trợ xã hội với  $p < 0,001$  cho thấy hỗ trợ xã hội có ảnh hưởng đến mức độ đau của người bệnh và có mối tương quan nghịch. Điểm trung bình của hỗ trợ xã hội ( $76,27 \pm 9,7$ ). Nghiên cứu chỉ ra rằng điểm hỗ trợ xã hội càng cao thì điểm đau càng thấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi việc đánh giá tình trạng hỗ trợ xã hội của người bệnh được bao gồm tất cả những người thân, gia đình, bạn bè, nhân viên y tế...những người mà họ cảm thấy gần gũi và được tôn trọng, với những người bệnh có nhiều sự quan tâm, cảm thấy mình được tôn trọng và có ý nghĩa với người khác sẽ giúp cho tình trạng đau của người bệnh có thể giảm nhẹ đi, hay nói cách khác với những người bệnh có kinh nghiệm tiếp xúc xã hội càng cao những kiến thức cũng trình độ học vấn và khả năng hiểu biết theo hướng tích cực sẽ giúp cho người bệnh có cảm giác tự tin cũng như việc điều tiết bản thân góp phần làm giảm cơn đau sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của Allvin R, Ehnfors M, Rawall N, & Idwall, E (2008) [5] cũng chỉ ra những yếu tố phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

Tuổi cũng là yếu tố ảnh hưởng đến đau sau phẫu thuật trong nghiên cứu này tuổi có mối tương quan nghịch với đau sau phẫu thuật tuổi càng cao cho thấy điểm đau càng lớn, điều này cũng có thể giải thích rằng với những người bệnh có độ tuổi tăng dần kéo theo sự suy giảm của sinh lý và thể chất, giảm khả năng chịu đựng các tác động của các yếu tố bên ngoài nói chung cũng như các biến chứng sau phẫu



thuật nói riêng. Tuổi càng cao khả năng chịu đau càng kém, đau ở người cao tuổi ảnh hưởng đến chức năng sống nhiều hơn người trẻ, ngưỡng đau của người cao tuổi cũng tăng.

Yếu tố thời gian phẫu thuật cũng là một trong những yếu tố liên quan đến mức độ đau nhiều sau mổ, nghiên cứu chỉ ra rằng những đặc điểm về thể chất có ảnh hưởng và tương quan thuận với điểm đau, điều này đã được khẳng định trong một số nghiên cứu trước đây. Người bệnh trong nghiên cứu là những người bệnh có thời gian mổ tương đối dài và thường là những phẫu thuật phức tạp trong ổ bụng, đòi hỏi phải bóc lột và cố định tốt vùng mổ, điều này sẽ làm ảnh hưởng trực tiếp đến các mô cơ thần kinh vùng vết mổ. Ngoài yếu tố loại phẫu thuật, tính chất phẫu thuật (lành hay ác tính), thời gian này còn phụ thuộc vào chiến lược và kỹ năng mổ xẻ của phẫu thuật viên. Tổn thương mô gây ra do thao tác mổ xẻ, các đáp ứng viêm, rối loạn thần kinh thể dịch nhiều hơn liên quan đến thời gian mổ kéo dài là những yếu tố giải thích cho hiện tượng đau nhiều hơn sau phẫu thuật. Và yếu tố ảnh hưởng này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Long (2010).

Từ những kết quả trong nghiên cứu cho ta thấy, các yếu tố; tình trạng thể chất, tuổi tác, thời gian phẫu thuật, hỗ trợ xã hội có ảnh hưởng đến tình trạng đau sau phẫu thuật mở ổ bụng trên người bệnh. Người bệnh có tuổi lớn hơn và thời gian cuộc mổ kéo dài sẽ ảnh hưởng đến đau nhiều hơn sau phẫu thuật, những người bệnh có tình trạng thể chất tốt, hỗ trợ xã hội cao sẽ làm giảm các triệu chứng đau sau phẫu thuật. Việc kiểm soát tốt các yếu tố liên quan trên sẽ làm giảm bớt các triệu chứng khó chịu sau phẫu thuật cũng như góp phần vào hiệu quả giảm đau sau mổ. Bên cạnh việc sử dụng thuốc an thần trước phẫu thuật, cũng như thuốc giảm đau thường quy sau mổ để kiểm soát đau thì người điều dưỡng vẫn cần chú trọng quan tâm hơn nữa đến vấn đề tinh thần, thể chất của người bệnh trước mổ và giảm đau sau mổ, việc sử dụng phương pháp giảm đau vật lý như động viên an ủi, tăng trò chuyện cùng người bệnh để họ quên đi nỗi đau, tư thế giảm đau... kết hợp dùng thuốc. Thêm vào đó, người điều dưỡng cũng tăng cường công tác chăm sóc tâm lý, tinh thần cho người bệnh trước và sau phẫu thuật. Điều dưỡng là người thường

xuyên tiếp xúc với người bệnh, vì vậy cần thăm hỏi, động viên để tạo sự tin tưởng và yên tâm điều trị, hạn chế tác động tiêu cực của yếu tố tâm lý, lo lắng dẫn đến đau sau phẫu thuật .

Khung khái niệm trong nghiên cứu này dựa trên lý thuyết giữa phạm vi các triệu chứng khó chịu lần đầu tiên được đề xuất bởi Lenz, Suppe, Gift, Pugh và Milligan (1995) và sau đó sửa đổi (Lenz, Pugh, Milligan, Gift & Suppe, 1997) [27]. Lý thuyết về các triệu chứng khó chịu chỉ ra rằng các triệu chứng khó chịu (khó thở, mệt mỏi, đau đớn) được đoán trước bởi các yếu tố sinh lý, tâm lý và môi trường ảnh hưởng đến thời gian, cường độ, chất lượng và cơn đau. Đặc điểm này bao gồm các hoạt động thể chất, các hoạt động sinh hoạt hàng ngày và các hoạt động xã hội.

Trong nghiên cứu này các yếu tố sinh lý như tuổi, tình trạng thể chất. Các yếu tố môi trường như thời gian phẫu thuật, hỗ trợ xã hội, tất cả các yếu tố đều tác động đến các triệu chứng khó chịu của người bệnh sau phẫu thuật và trong nghiên cứu này đề cập đến tình trạng đau của người bệnh, ở những cường độ và mức độ khác nhau các yếu tố này tác động đến đau ở những mức độ khác nhau, muốn hạn chế được triệu chứng đau, cần kiểm soát được các yếu tố gây ảnh hưởng đến đau trên người bệnh. Nghiên cứu này cũng một lần nữa khẳng định lại rằng khung học thuyết quản lý các triệu chứng khó chịu của Lenz 1997 có ý nghĩa áp dụng trong nghiên cứu và thực hành chăm sóc người bệnh.

## KẾT LUẬN

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến đau sau phẫu thuật trong nghiên cứu này chúng tôi đề cập đến 5 yếu tố có thể ảnh hưởng đến đau sau phẫu thuật, tuổi, giới, tình trạng thể chất, thời gian phẫu thuật, hỗ trợ xã hội, trong đó yếu tố giới không có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu.

Điểm đau của người bệnh sau phẫu thuật tại thời điểm 48 giờ, 72 giờ nằm ở mức độ trung bình tại 2 thời điểm với 48 giờ ( $5,32 \pm 1,04$ ) và ở 72 giờ là ( $5,03 \pm 1,07$ )

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $49,39 \pm 9,65$ .

Thời gian cuộc phẫu thuật trong nghiên cứu  $131,2 \pm 32,5$  phút.

Tình trạng thể chất trước phẫu thuật của người bệnh có số điểm trung bình ( $55,02 \pm 15,19$ ) và có mối tương quan nghịch với điểm đau ( $\beta = -0,03$   $p < 0,001$ ).

Điểm trung bình hỗ trợ xã hội của người bệnh là ( $76,27 \pm 9,7$ ). Có mối tương quan nghịch với điểm đau.

Tuổi, tình trạng thể chất, thời gian cuộc phẫu thuật, hỗ trợ xã hội có mối tương quan và đều là những yếu tố ảnh hưởng đến đau sau phẫu thuật có thể giải thích được  $R = 50,4\%$  tại thời điểm 48 giờ, và  $R = 44,6\%$  tại 72 giờ, yếu tố thể chất, hỗ trợ xã hội là các yếu tố ảnh hưởng đến đau nhiều nhất sau phẫu thuật mở ổ bụng.

## **KHUYẾN NGHỊ**

### **\* Thực hành điều dưỡng**

Dựa trên những kết quả này, người Điều dưỡng nên hiểu được các yếu tố có thể ảnh hưởng đến đau sau phẫu thuật ổ bụng để cung cấp các chiến lược thích hợp nâng cao chất lượng chăm sóc nhằm giảm bớt các triệu chứng khó chịu cho người bệnh.

- Tình trạng thể chất của người bệnh trước phẫu thuật cho thấy là yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất đến chất lượng giấc ngủ. Vì vậy điều dưỡng cần những kế cụ thể đối với những bệnh nhân có sắp lịch mổ chương trình, đặc biệt về thể chất của người bệnh, cần đánh giá và kiểm soát tình trạng về dinh dưỡng, các bệnh kèm theo, cũng như tinh thần của người bệnh trong quá trình trước phẫu thuật.

- Hỗ trợ xã hội là những yếu tố tác động từ môi trường là cảm nhận và ý thức của mỗi cá nhân người bệnh về tình cảm và sự tự tin, bởi vậy người điều dưỡng cần có một chương trình cụ thể, thường xuyên tư vấn về tình trạng bệnh cho người bệnh và người nhà người bệnh cũng hỗ trợ để giúp người bệnh có được sự tin tưởng vào tình trạng bệnh, luôn bên cạnh người bệnh để họ luôn có cảm giác an tâm, được chia sẻ và bảo vệ trong môi trường bệnh viện.

- Với những trường hợp người bệnh phẫu thuật thời gian dài và độ tuổi lớn cần chú ý về tình trạng đau sau phẫu thuật nhiều hơn, cần theo dõi cơn đau thường xuyên hơn. Đánh giá về tình trạng đau theo thang điểm, tính chất vết mổ, từ đó đưa ra các chế độ phù hợp với người bệnh như; chế độ vận động, trợ giúp người bệnh nhiều hơn, hướng dẫn người bệnh tư thế xoay chuyển người, tập thở hoành cho bệnh nhân tránh gây đau cho vùng bụng mổ, chế độ sử dụng thuốc giảm đau..Ngoài ra phát hiện một số các biến chứng liên quan đến sau phẫu thuật.

### **\* Đối với nghiên cứu Điều dưỡng.**

Nghiên cứu điều dưỡng về đau tại Việt Nam còn rất ít, ở trong nghiên cứu này chúng tôi cũng chỉ đề cập đến một phần của các yếu tố có thể ảnh hưởng đến đau sau phẫu thuật ổ bụng. Cũng cần thêm nữa nhiều các nghiên cứu khác để đánh giá

tình trạng đau cũng như những các yếu tố ảnh hưởng của nó. Hơn nữa nghiên cứu của chúng tôi chỉ đánh giá được ở Thái nguyên cần đánh giá thêm ở các khu vực địa lý khác nhau để thấy rõ được sự ảnh hưởng của các yếu tố. Cũng có thể nâng cao nghiên cứu can thiệp điều dưỡng, đánh giá và chăm sóc đau sau phẫu thuật vùng bụng, để góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc cho người bệnh nói riêng và chất lượng chăm sóc ngành y tế nói chung.

- Hạn chế của nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành thu thập số liệu trong thời gian ngắn.

Nghiên cứu được tiến hành trên 1 nhóm đối tượng nhỏ, một cỡ mẫu lớn hơn có thể mang ý nghĩa thống kê mạnh hơn.

Nghiên cứu chưa đánh giá được kết quả lâu dài, bao quát hơn như tổng thời gian nằm viện của người bệnh. Chúng tôi hi vọng sẽ bổ sung vấn đề này trong các công trình nghiên cứu sau này.

Thư viện số MOU

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### TÀI LIỆU TIẾNG VIỆT

1. Phạm Thị Minh Đức (2006). *Sinh lý đau*, NXB Y học, Hà Nội, 21-22.
2. Nguyễn Toàn Thắng (2016). *Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật bụng và tác dụng không mong muốn của fentanyl, morphin, morphin - ketamin tĩnh mạch theo phương pháp bệnh nhân tự kiểm soát*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Thị Trường Xuân (2013). Những yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ của người bệnh phẫu thuật bụng trong giai đoạn hậu phẫu tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương. *Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*, 18(5), 113-117.

### TÀI LIỆU TIẾNG ANH

4. Al-Omari Q.D, Al-Omari W.M, Omar R (2009). Factors Associated with Postoperative Sensitivity of Amalgam restorations. *Journal of the Irish Dental Association*, 55(2), 87-91.
5. Allvin, Ehnfors M, Rawal N et al (2008). Experiences of the Postoperative Recovery Process. *The Open Nursing Journal*, 2, 1-7.
6. Apfelbaum J.L, Chen C, Mehta S.S et al (2003). Postoperative pain experience: results from a national survey. *Anesthesia and analgesia*, 97(2), 534-40.
7. Aubrun F, Valade N, Coriat P et al (2008). Predictive Factors of Severe Postoperative Pain in the Postanesthesia. *Anesthesia and analgesia*, 106(5), 1535-41.
8. Bisgaard T, Klarskov B, Rosenberg J et al (2001). Characteristics and prediction of early pain after laparoscopic cholecystectomy. *Pain*, 90(3), 261-269.
9. Caumo W, Schmidt A. P, Schneider C. N et al (2002). Preoperative predictors of moderate to intense acute postoperative pain in patients undergoing abdominal surgery. *Acta Anaesthesiol Scandinavica*, 46(10), 1265-1277.
10. Chung F and Su J (1996). Postoperative symptoms 24 hours after ambulatory surgery. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 43(11), 1121-1127 .

11. Chung J and Lui J (2003). Postoperative pain management: study of patients' level of pain and satisfaction with health care providers' responsiveness to their report of pain. *Nursing and Health Sciences*, 5(1), 13–21.
12. Cousins M. J and E M Lynch (2011). Declaration of Montréal: declaration that access to pain management is a fundamental human right. *Pain*, 152(12), 2673-4.
13. Cousins M.J, Brennan F, Carr D.B (2004), Pain relief: a universal human right. *Pain*, 112(1-2), 1-4.
14. Cullen D. J, Apolone G, Greenfield S, et al (1994). ASA physical status and age predict morbidity after three surgical procedures. *Annals of Surgery*, 220(1), 3-9.
15. Dahmani S, Dupont H, Mantz J et al (2001). Predictive factors of early morphine requirements in the post-anaesthesia care unit (PACU). *British Journal of Anaesthesia*, 87(3), 385-389.
16. DeFrances C, Lucas C, Buie V et al (2008). National Hospital Discharge Survey. *National Health Statistic Report*, 30(5), 1-20.
17. Dihle A. et al (2006). The exploration of the establishment of cutpoints to categorize the severity of acute postoperative pain. *Clin J Pain*, 22(7), 617-24.
18. Ghori M.K, Zhang Y.F and Sinatra R.S (2009), Pathophysiology of Acute Pain. *Acute Pain Management*, Cambridge University Press.
19. Hudcova J, McNicol E, Quah C et al (2006). Patient controlled opioid analgesia versus conventional opioid analgesia for postoperative pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(4).
20. Ip H.Y, Abrishami A, Peng P.W, Wong J, Chung F (2009). Predictors of Postoperative Pain and Analgesic Consumption. *Anesthesiology*, 111(3), 657-77.
21. Jackr Kless ( 2010) . *Factors assoiated with moderate and severe postoperative pain*, Degree of Doctor of Philosophy, Case Western Reserve University.
22. Kalkman C. J, Visser K, Moen J et al (2003). Preoperative prediction of severe postoperative pain. *Pain*, 105(3), 415-423.
23. Kehlet H, Jensen T. S and Woolf C.J (2006). Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet*, 367(9522), 1618-25.

24. Klotz H. P, Candinas D, Platz A et al. (1996). Preoperative risk assessment in elective general surgery. *British Journal of Surgery*, 83(12), 1788-1791.
25. Ku C.M (2003). Postoperative nausea and vomiting: A review of current literature. *Singapore Med J*, 44(7), 366–374.
26. Lema, M. J. (2002). Using the ASA physical status classification may be risky business. *ASA Newsletter*, 66, 1. b0
27. Lenz E. R, Pugh L.C, Gift A et al (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 14-27.
28. Lin L, Wang R (2005). Abdominal surgery, pain and anxiety: Preoperative nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 252–260.
29. Long N.H (2010). Factors related to postoperative symptoms among patients undergoing abdominal surgery, Master's thesis, Adult nursing, Faculty of Nursing Forum, Burapha University.
30. Macintyre P.E et al (2010). *Acute Pain Management: Scientific Evidence*, 3<sup>rd</sup> edition, Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine.
31. McCaffery M, Her K r and Pasero C (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(4), 230-250.
32. Melzack R, Katz S.B, Mc Mahon et al (2013). Pain Measurement in Adult Patients. *in Wall & Melzack's Textbook of pain*, Elsevier saunders, 301-314.
33. Miller T.E, GanT.J (2014). Enhanced Recovery Pathways for Major Abdominal Surgery. *Anesthesiology News*, 33(1), 15-16.
34. Mitchinson A, Kim H, Geisser M et al (2008). Social connectedness and patient recovery after major operation. *J Am CollSurg*, 206, 292–300.
35. Mularski R.A, White Chu F, Overbay et al (2006). Measuring pain as the 5th vital sign does not improve quality of pain management. *Journal of General Internal Medicine*, 21(6), 607-612.
36. Nascimento L. A, Kreling M. C (2011). Assessment of pain as the fifth vital sign: opinion of nurses. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(1), 50-54.



37. Owens W. D, Felts J. A, Spitznagel E. L (1978). ASA physical status classifications: a study of consistency of ratings. *Anesthesiology*, 49(4), 239-243.
38. Owens W. D (2001). American Society of Anesthesiologists physical status classification system is not a risk classification system. *Anesthesiology*, 94(2), 378.
39. Pavlin D. J, Chen C, Penaloza D. A et al (2002). Pain as a factor complicating recovery and discharge after ambulatory surgery. *Anesthesia and Analgesia*, 95(3), 627-634.
40. Pavlin D, Chen C, Panaloza D et al (2004). A survey of pain and other symptoms that affect the recovery process after discharge from an ambulatory surgery unit. *Journal of Clinical Anesthesia*, 16(1), 200-206.
41. Sauania A, Min S, Leber C et al (2005). Postoperative pain management in elderly patients: Correlation between adherence to treatment guidelines and patient satisfaction. *J Am Geriatr Soc*, 53(2), 274-282.
42. Schug S (2011), The global year against acute pain, *Anaesth Intensive Care*, 39(3), 4.
43. Schulz P, Zimmerman L, Pozehl B et al (2009). Symptom management strategies used by elderly patients after coronary artery bypass surgery. *Applied Nursing Research*, 24(2), 65-73.
44. Sinatra R (2010). Causes and Consequences of Inadequate Management of Acute Pain, *Pain Medicine*, 11(12), 1859-1871.
45. Smeltzer S, Bare B, Hinkle J et al (2008). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*, 12<sup>th</sup> edition, Wolters Kluwer.
46. Svensson I, Sjoström B, Haljamae H (2000). Assessment of pain experiences after elective surgery. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20(3), 193-201.
47. Vadivelu N, Whitney C.J (2009). Pain Pathways and Acute Pain Processing, *Acute Pain Management*, Cambridge University Press.
48. Welchek C.M. et al (2009). Qualitative and Quantitative Assessment of Pain. *Acute Pain Management*, Cambridge University Press.
49. Winefield H, Winefield A, Tiggemann M (1992). Social support and psychological well-being in young adults: The Multi-Dimensional Support Scale. *Journal of Personality Assessment*, 58 (1), 198-210.
50. Wolters U, Wolf T, Stutzer H, et al (1996). ASA classification and preoperative variables as predictors of postoperative outcome. *British Journal of Anaesthesia*, 77(2), 217-222.

## PHỤ LỤC

Phụ lục 01: Phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu

TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH

257 Hàn Thuyên - Vị Xuyên – Nam Định

Điện thoại: 03503649666; fax: 03503643669

---

### PHIẾU CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

**“Đánh giá đau và các yếu tố ảnh hưởng đến đau của người bệnh sau phẫu thuật mở ổ bụng tại khoa Ngoại tiêu hóa gan-mật bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên năm 2017”**

Tôi đã đọc hoặc đã được nghe đọc phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu này.

Tôi đã có cơ hội hỏi những thắc mắc về nghiên cứu này và tôi đã được giải đáp một cách thỏa đáng cho mọi câu hỏi của mình. Tôi đã có đủ thời gian để cân nhắc kỹ càng quyết định của mình. Tôi đồng ý tình nguyện tham gia vào nghiên cứu này, và tôi hiểu rằng tôi có thể rút ra khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào mà không bị ảnh hưởng đến việc chăm sóc y tế của tôi trong tương lai. Nghiên cứu viên chính của nghiên cứu này được đề tên ở dưới. Tôi sẽ được nhận 1 bản sao phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu này.

\_\_\_\_\_

Họ tên

\_\_\_\_\_

Chữ ký

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ngày/tháng/năm

\_\_\_\_\_

Tên nghiên cứu viên

\_\_\_\_\_

Chữ ký

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ngày/tháng/năm

Phụ lục 02: Các thông tin chung về người bệnh

Họ và tên bệnh nhân:

Mã hồ sơ bệnh án:

Ngày vào viện:

**CÁC THÔNG TIN CHUNG VỀ NGƯỜI BỆNH**

Phần này bao gồm những dữ liệu liên quan đến thông tin cá nhân của ông/bà.

**Thông tin chung về nhân khẩu học**

1. Giới tính:  Nam  Nữ

2. Tuổi: ..... tuổi

3. Tôn giáo:

- Không
- Đạo phật
- Đạo thiên chúa
- Khác

4. Tình trạng hôn nhân:

- Độc thân
- Đã lập gia đình
- Đã ly dị
- Góa (chồng hoặc vợ)

5. Trình độ học vấn

- Tiểu học
- Trường trung học cơ sở
- Trường trung học phổ thông
- Đại học
- Sau đại học

6. Nghề nghiệp

- Thất nghiệp  Công chức nhà nước
- Công nhân  Nông dân
- Nội trợ  Nghi hưu

7. Thu nhập: ..... VNĐ/người/tháng

**Dữ liệu thông tin y khoa**

8. Khoảng thời gian cuộc phẫu thuật: .....Phút

Phụ lục 3: Bộ câu hỏi hỗ trợ xã hội

**BỘ CÂU HỎI HỖ TRỢ XÃ HỘI (PRQ2000)**

Bên dưới là một số ý tưởng có người đồng ý và có người không đồng ý.

Xin vui lòng chọn câu trả lời mà bạn cho là đúng nhất với mình. Không có câu trả lời nào bị đánh giá là *đúng* hoặc *sai*. 1 = Hoàn toàn không đồng ý, 2 = Không đồng ý, 3 = Không đồng ý một chút, 4 = Không có ý kiến, 5 = Đồng ý một chút, 6 = Đồng ý, 7 = Hoàn toàn đồng ý

Stt	Nội dung	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Không đồng ý một chút	Không có ý kiến	Đồng ý một chút	Đồng ý	Rất đồng ý
1	Tôi có cảm giác gần gũi một người và người đó khiến tôi thấy an tâm.							
2	Tôi có một nhóm người thân quen và tôi cảm thấy mình thật quan trọng khi ở cùng với họ.							
3	Người khác cho tôi biết rằng tôi đã hoàn thành tốt công việc của mình (ở cơ quan, trong gia đình).							
4	Tôi thường xuyên liên lạc với người khiến tôi thấy							

	minh thật đặc biệt.							
5	Tôi dành thời gian với những người có cùng mối quan tâm với mình.							
6	Người khác cho tôi biết rằng họ thích làm việc với tôi (trong nghề nghiệp, và trong các công tác khác).							
7	Luôn có người rảnh rỗi để giúp tôi trong khoảng thời gian.							
8	Tôi và bạn bè luôn giúp đỡ lẫn nhau.							
9	Tôi có cơ hội để động viên người khác đầy mạnh mẽ mối quan tâm và phát huy kỹ năng của họ.							
10	Gia đình hoặc bạn bè sẵn sàng giúp đỡ tôi cho dù tôi không trả ơn họ thứ gì.							

11	Khi có chuyện bực mình, tôi luôn có một ai đó ở cạnh để tôi được trút cơn giận.							
12	Tôi biết rằng người khác tôn trọng tôi thực sự.							
13	Có người luôn yêu thương và chăm sóc tôi							
14	Có người cùng tôi chia sẻ những hoạt động xã hội và các hoạt động vui chơi.							
15	Tôi có cảm giác là có ai đó đang cần tôi.							

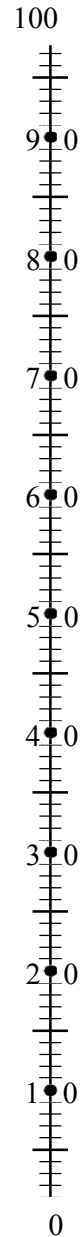
Phụ lục 4: Thang đo về tình trạng sức khỏe thể chất

**THANG ĐO TÌNH TRẠNG SỨC KHỎA THỂ CHẤT  
(EQ VAS)**

Để giúp mọi người nói tình trạng sức khỏe tốt hay xấu, chúng tôi đã đưa ra một thước đo (giống như một nhiệt kế) mà trên đó các trạng thái sức khỏe tốt nhất ông/bà có thể tưởng tượng được đánh dấu 100 và tình trạng sức khỏe tồi tệ nhất ông/bà có thể tưởng tượng được đánh dấu 0.

Ngày hôm nay, chúng tôi muốn theo ý kiến của Ông/Bà hãy chỉ ra tình hình sức khỏe của ông/bà tốt hay xấu hay như thế nào. Ông/bà hãy chỉ ra tình trạng sức khỏe của mình bằng cách đánh dấu (x) vào bất cứ điểm nào trên thước đo mà ông bà cho rằng nó phù hợp nhất với trạng thái sức khỏe của ông/bà ngày hôm nay.

**Sức khỏe của Ông/bà  
ngày hôm nay**



Phụ lục 05: Thang đo đánh giá thang điểm đau

**THANG ĐÁNH GIÁ ĐIỂM ĐAU ( vas)**



Thư viện số NDUN