

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH



PHÙNG VĂN QUÝ

**THỰC TRẠNG CHĂM SÓC DẪN LƯU BÀNG QUANG
TRÊN NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI
TẦNG SẢN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT TẠI
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH 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



**THỰC TRẠNG CHĂM SÓC DẪN LƯU BÀNG QUANG
TRÊN NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI
TĂNG SẢN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT TẠI BỆNH
VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH NĂM 2017**

Chuyên ngành: Thạc sĩ Điều dưỡng
Mã số: **60.72.05.01**

LUẬN VĂN THẠC SĨ ĐIỀU DƯỠNG

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC

TS: Vũ Văn Lại

NAM ĐỊNH - NĂM 2017

TÓM TẮT ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU

Dẫn lưu niệu đạo bàng quang có vai trò rất lớn trong phẫu thuật cũng như kiểm soát tình trạng rối loạn tiểu tiện và theo dõi các biến chứng sau phẫu thuật tân sản lành tính tuyến tiền liệt. Để nâng cao chất lượng trong chăm sóc, điều trị bệnh thì việc đánh giá chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang là rất quan trọng, từ đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

1) Thực trạng chăm sóc dẫn lưu bàng quang trên người bệnh sau phẫu thuật nội soi tăng sản lành tính tuyến tiền liệt tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2017.

2) Xác định một số yếu tố liên quan đến chăm sóc dẫn lưu bàng quang của điều dưỡng trên người bệnh sau phẫu thuật nội soi tăng sản lành tính tuyến tiền liệt tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2017.

Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả để đánh giá thực trạng công tác chăm sóc trên 42 người bệnh và đánh giá về rào cản, kiến thức trong chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang trên 14 điều dưỡng của khoa thận tiết niệu bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 02 đến tháng 05 năm 2017. Các dữ liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

Thực hiện chăm sóc đạt ở mức khá cao; Trình độ chuyên môn, kiến thức, rào cản có mối liên quan tới thực hiện chăm sóc. Trong đó trình độ chuyên môn có mối tương quan thuận tương đối chặt chẽ và lớn nhất với $r = 0,78, p < 0,01$ và Rào cản có mối tương quan nghịch với $r = -0,77, p < 0,01$.

Qua phân tích các kết quả nghiên cứu, cho thấy tầm quan trọng của việc đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn của Điều dưỡng, thường xuyên tổ chức các chương trình đào tạo/ tập huấn cập nhật các thông tin mới về phương pháp chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang cho cán bộ y tế, tăng cường công tác giám sát việc thực hiện chăm sóc của điều dưỡng.

Từ khóa: Điều dưỡng, tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, thực hành.

ABSTRACT

Bladder urethral conduction has a major role in surgery as well as control of urinary disorders and monitoring of complications after benign prostatic hyperplasia. In order to improve the quality of care and treatment, it is important to evaluate the care of the urethra of the bladder. From this, our conducted the study with the aim of.

1) Bladder urethral care in patients after the benign prostatic hyperplasia in Ninh Binh General Hospital in 2017.

2) Find out some factors related to nursing care of bladder urethral on Patients with benign prostatic hyperplasia in Ninh Binh General Hospital in 2017.

The study used a descriptive method to assess the care situation in 42 patients and to assess barriers and knowledge in the care of bladder urethra in 14 nurses in the urological department of the hospital. The data was analyzed and processed by SPSS software 22.0.

Caring is high; Qualifications, knowledge, and barriers are related to care. The level of specialization was the most significant correlation with $r = 0.78$, $p < 0.01$ and barriers were negatively correlated with $r = -0.77$, $p < 0.01$.

Through the analysis of the research results, the importance of training to improve the professional level of the nurses, regular training / updating of new information on methods of care. drainage of the urethra of the bladder to health workers, strengthening the supervision of nursing care implementation.

Key words: Nursing, benign prostatic hyperplasia, practice.

LỜI CẢM ƠN

Lời đầu tiên, cho phép tôi xin được bày tỏ lời cảm ơn chân thành đến Ban Giám hiệu, Phòng Quản lý Đào tạo Sau đại học, các thầy, cô giáo – Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định cùng các thầy, cô giáo trường Đại học Baylor – Hoa Kỳ, Buraphar – Thái Lan, Kyushu – Nhật Bản đã nhiệt tình giảng dạy, hướng dẫn và giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Đặc biệt với tình cảm chân thành và sự kính trọng, tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới- người thầy đã dành nhiều tâm huyết và trách nhiệm của mình giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu để tôi hoàn thành bản luận văn này một cách tốt nhất.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban giám hiệu, Bộ môn Điều dưỡng và toàn thể cán bộ, giảng viên của Trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình nơi tôi đang làm việc đã luôn động viên, hỗ trợ và tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong thời gian học tập và nghiên cứu.

Xin trân trọng cảm ơn Ban giám đốc cùng các cán bộ y tế khoa ngoại Thận Tiết niệu- Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình đã nhiệt tình ủng hộ, tạo điều kiện để tôi thu thập số liệu nghiên cứu và hoàn thành luận văn này.

Cuối cùng, tôi xin bày tỏ lòng cảm ơn tới gia đình và bạn bè thân thiết của tôi - những người đã luôn động viên, khích lệ tôi trong suốt cả quá trình học tập và nghiên cứu.

Xin trân trọng cảm ơn!

Ninh Bình, ngày 20 tháng 8 năm 2017

Tác giả

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả nêu trong Luận văn là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kỳ công trình khoa học nào khác. Các thông tin tham khảo trích dẫn trong Luận văn đã được chỉ rõ nguồn gốc.

Học viên

Phùng Văn Quý

Thư viện số NDUN

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BQ	Bàng quang
ĐTNC	Đối tượng nghiên cứu
IPSS: International Prostate Symptom Score	Thang điểm quốc tế về triệu chứng tiền liệt tuyến
NB	Người bệnh
NĐ	Niệu đạo
NĐ- BQ	Niệu đạo- Bàng quang
PSA: Prostatic Specific Antigen	Kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt
PT	Phẫu thuật
TSLTTTL	Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt
TTL	Tuyến tiền liệt
WHO: World Health Organization	Tổ chức Y tế Thế giới

DANH MỤC BẢNG

Số bảng	Nội dung	Trang
Bảng 1.1	Trọng lượng TTL theo các tuổi	5
Bảng 1.2	Biến chứng, nguyên nhân, cách xử lý và phòng ngừa khi dẫn lưu niệu đạo bàng quang liên tục	24
Bảng 3.1	Thông tin chung về người bệnh	39
Bảng 3.2	Thông tin về thời gian rút dẫn lưu và thời gian nằm viện của người	40
Bảng 3.3	Thông tin về các biến chứng trong và sau khi rút dẫn lưu	40
Bảng 3.4	Thông tin chung về giới và trình độ chuyên môn của người điều dưỡng	41
Bảng 3.5	Thông tin về tuổi, số năm công tác của người điều dưỡng	41
Bảng 3.6:	Phân loại kiến thức của người điều dưỡng về chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang trên NB TSLTTTL	42
Bảng 3.7	Mối liên quan giữa trình độ chuyên môn và kiến thức.	42
Bảng 3.8	Những rào cản trong quá trình chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang trên người bệnh TSLTTTL	43
Bảng 3.9	Thực trạng chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang	43
Bảng 3.10	So sánh giữa các lần thực hiện chăm sóc	45
Bảng 3.11	Mối liên quan giữa thực hiện chăm sóc của điều dưỡng với hiệu quả điều trị và một số biến chứng trên người bệnh	46
Bảng 3.12	Mối tương quan giữa thực hiện chăm sóc với một số đặc điểm trong công tác của điều dưỡng	47

MỤC LỤC

TÓM TẮT	i
LỜI CẢM ƠN	ii
LỜI CAM ĐOAN	iii
DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT	iv
DANH MỤC CÁC BẢNG	v
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU	3
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	4
1.1 Giải phẫu về tuyến tiền liệt	4
1.2. Bệnh tăng sản lành tính tuyến tiền liệt	7
1.3. Nguyên nhân cơ chế bệnh sinh TSLTTTL	8
1.4. Chẩn đoán bệnh TSLTTTL	10
1.5. Các phương pháp điều trị	10
1.6. Các nguyên nhân gây rối loạn tiểu tiện	11
1.7. Một số các yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn tiểu tiện	13
1.8. Một số định nghĩa về hội chứng rối loạn tiểu tiện	13
1.9. Chăm sóc người bệnh tăng sản lành tính tuyến tiền liệt	16
1.10. Các nghiên cứu trong và ngoài nước	24
1.11. Thực trạng công tác chăm sóc sau mổ nội soi TSLTTTL	25
1.12. Vài nét về địa điểm nghiên cứu	26
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	28
2.1. Đối tượng nghiên cứu	28
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn	28
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ	28
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu	28
2.3. Thiết kế nghiên cứu	28
2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu	28
2.5. Phương pháp thu thập số liệu	28
2.6. Các biến số nghiên cứu	30
2.7. Các khái niệm thang đo, tiêu chuẩn và tiêu chí đánh giá	33

2.8. Phương pháp phân tích số liệu	33
2.9. Đạo đức trong nghiên cứu	34
2.10. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số	34
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	36
3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	36
3.2. Các biến số nghiên cứu	39
3.3. Mối liên quan của các biến số nghiên cứu	42
Chương 4: BÀN LUẬN	44
4.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	45
4.2. Kiến thức của người điều dưỡng về chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang trên người bệnh sau phẫu nội soi TSLTTT	46
4.3. Những khó khăn trong quá trình chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang	47
4.4. Thực trạng chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang	48
4.5. Các yếu tố liên quan đến thực hiện chăm sóc	49
KẾT LUẬN	52
KHUYẾN NGHỊ	53
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	
PHỤ LỤC 1. Phiếu điều tra	
PHỤ LỤC 2. Bảng kiểm kỹ thuật thay băng dẫn lưu	
PHỤ LỤC 3. Phiếu chấp thuận tham gia vào nghiên cứu	
PHỤ LỤC 4. Danh sách người bệnh và điều dưỡng tham gia vào nghiên cứu	
PHỤ LỤC 5. Biên bản chỉnh sửa luận văn sau bảo vệ	
PHỤ LỤC 6. Biên bản bảo vệ luận văn thạc sĩ	
PHỤ LỤC 7. Nhận xét luận văn thạc sĩ của phản biện 1	
PHỤ LỤC 8. Nhận xét luận văn thạc sĩ của phản biện 2	

DANH MỤC CÁC HÌNH

Hình	Nội dung	Trang
1.1.	Hình ảnh giải phẫu tuyến tiền liệt	5
1.2.	Hình ảnh bình thường và hình ảnh của TSLTTTL	8
1.3.	Hình ảnh đường tiết niệu	11
1.4.	Hình ảnh người bệnh đi tiểu nhiều lần trong đêm	14

TÓM TẮT ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU

Dẫn lưu niệu đạo bàng quang có vai trò rất lớn trong phẫu thuật cũng như kiểm soát tình trạng rối loạn tiểu tiện và theo dõi các biến chứng sau phẫu thuật tân sản lành tính tuyến tiền liệt. Để nâng cao chất lượng trong chăm sóc, điều trị bệnh thì việc đánh giá chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang là rất quan trọng, từ đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

1) Thực trạng chăm sóc dẫn lưu bàng quang trên người bệnh sau phẫu thuật nội soi tăng sản lành tính tuyến tiền liệt tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2017.

2) Xác định một số yếu tố liên quan đến chăm sóc dẫn lưu bàng quang của điều dưỡng trên người bệnh sau phẫu thuật nội soi tăng sản lành tính tuyến tiền liệt tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2017.

Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả để đánh giá thực trạng công tác chăm sóc trên 42 người bệnh và đánh giá về rào cản, kiến thức trong chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang trên 14 điều dưỡng của khoa thận tiết niệu bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 02 đến tháng 05 năm 2017. Các dữ liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

Thực hiện chăm sóc đạt ở mức khá cao; Trình độ chuyên môn, kiến thức, rào cản có mối liên quan tới thực hiện chăm sóc. Trong đó trình độ chuyên môn

có mối tương quan thuận tương đối chặt chẽ và lớn nhất với $r = 0,78, p < 0,01$ và Rào cản có mối tương quan nghịch với $r = -0,77, p < 0,01$.

Qua phân tích các kết quả nghiên cứu, cho thấy tầm quan trọng của việc đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn của Điều dưỡng, thường xuyên tổ chức các chương trình đào tạo/ tập huấn cập nhật các thông tin mới về phương pháp chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang cho cán bộ y tế, tăng cường công tác giám sát việc thực hiện chăm sóc của điều dưỡng.

Từ khóa: Điều dưỡng, tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, thực hành.

ABSTRACT

Bladder urethral conduction has a major role in surgery as well as control of urinary disorders and monitoring of complications after benign prostatic hyperplasia. In order to improve the quality of care and treatment, it is important to evaluate the care of the urethra of the bladder. From this, our conducted the study with the aim of.

1) Bladder urethral care in patients after the benign prostatic hyperplasia in Ninh Binh General Hospital in 2017.

2) Find out some factors related to nursing care of bladder urethral on Patients with benign prostatic hyperplasia in Ninh Binh General Hospital in 2017.

The study used a descriptive method to assess the care situation in 42 patients and to assess barriers and knowledge in the care of bladder urethra in 14 nurses in the urological department of the hospital. The data was analyzed and processed by SPSS software 22.0.

Caring is high; Qualifications, knowledge, and barriers are related to care. The level of specialization was the most significant correlation with $r = 0.78, p < 0.01$ and barriers were negatively correlated with $r = -0.77, p < 0, 01$.

Through the analysis of the research results, the importance of training to improve the professional level of the nurses, regular training / updating of new

information on methods of care. drainage of the urethra of the bladder to health workers, strengthening the supervision of nursing care implementation.

Key words: Nursing, benign prostatic hyperplasia, practice.

Thư viện số NDUN

LỜI CẢM ƠN

Lời đầu tiên, cho phép tôi xin được bày tỏ lời cảm ơn chân thành đến Ban Giám hiệu, Phòng Quản lý Đào tạo Sau đại học, các thầy, cô giáo – Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định cùng các thầy, cô giáo trường Đại học Baylor – Hoa Kỳ, Buraphar – Thái Lan, Kyushu – Nhật Bản đã nhiệt tình giảng dạy, hướng dẫn và giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Đặc biệt với tình cảm chân thành và sự kính trọng, tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới- người thầy đã dành nhiều tâm huyết và trách nhiệm của mình giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu để tôi hoàn thành bản luận văn này một cách tốt nhất.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban giám hiệu, Bộ môn Điều dưỡng và toàn thể cán bộ, giảng viên của Trường Cao đẳng Y tế Ninh Bình nơi tôi đang làm việc đã luôn động viên, hỗ trợ và tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong thời gian học tập và nghiên cứu.

Xin trân trọng cảm ơn Ban giám đốc cùng các cán bộ y tế khoa ngoại Thận Tiết niệu- Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình đã nhiệt tình ủng hộ, tạo điều kiện để tôi thu thập số liệu nghiên cứu và hoàn thành luận văn này.

Cuối cùng, tôi xin bày tỏ lòng cảm ơn tới gia đình và bạn bè thân thiết của tôi - những người đã luôn động viên, khích lệ tôi trong suốt cả quá trình học tập và nghiên cứu.

Xin trân trọng cảm ơn!

Ninh Bình, ngày 20 tháng 8 năm 2017

Tác giả

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả nêu trong Luận văn là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kỳ công trình khoa học nào khác. Các thông tin tham khảo trích dẫn trong Luận văn đã được chỉ rõ nguồn gốc.

Học viên

Phùng Văn Quý

Thư viện số NDUN

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BQ	Bàng quang
ĐTNC	Đối tượng nghiên cứu
IPSS: International Prostate Symptom Score	Thang điểm quốc tế về triệu chứng tiền liệt tuyến
NB	Người bệnh
NĐ	Niệu đạo
NĐ- BQ	Niệu đạo- Bàng quang
PSA: Prostatic Specific Antigen	Kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt
PT	Phẫu thuật
TSLTTTL	Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt
TTL	Tuyến tiền liệt
WHO: World_Health_Organization	Tổ chức Y tế Thế giới

DANH MỤC BẢNG

Số bảng	Nội dung	Trang
Bảng 1.1	Trọng lượng TTL theo các tuổi	4
Bảng 1.2	Biến chứng, nguyên nhân, cách xử lý và phòng ngừa khi dẫn lưu niệu đạo bàng quang liên tục	21
Bảng 3.1	Thông tin chung về người bệnh	36
Bảng 3.2	Thông tin về thời gian rút dẫn lưu và thời gian nằm viện của người	37
Bảng 3.3	Thông tin về các biến chứng trong và sau khi rút dẫn lưu	37
Bảng 3.4	Thông tin chung về giới và trình độ chuyên môn của người điều dưỡng	38
Bảng 3.5	Thông tin về tuổi, số năm công tác của người điều dưỡng	38
Bảng 3.6:	Phân loại kiến thức của người điều dưỡng về chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang trên NB TSLTTTL	39
Bảng 3.7	Mối liên quan giữa trình độ chuyên môn và kiến thức.	39
Bảng 3.8	Những rào cản trong quá trình chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang trên người bệnh TSLTTTL	40
Bảng 3.9	Thực trạng chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang	40
Bảng 3.10	So sánh giữa các lần thực hiện chăm sóc	42
Bảng 3.11	Mối liên quan giữa thực hiện chăm sóc của điều dưỡng với hiệu quả điều trị và một số biến chứng trên người bệnh	42
Bảng 3.12	Mối tương quan giữa thực hiện chăm sóc với một số đặc điểm trong công tác của điều dưỡng	43

DANH MỤC CÁC HÌNH

Hình	Nội dung	Trang
1.1.	Hình ảnh giải phẫu tuyến tiền liệt	5
1.2.	Hình ảnh bình thường và hình ảnh của TSLTTTL	8
1.3.	Hình ảnh đường tiết niệu	11
1.4.	Hình ảnh người bệnh đi tiểu nhiều lần trong đêm	14

Thư viện số NDUN

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) là bệnh lý hay gặp ở nam giới cao tuổi do sự tăng sản của các thành phần tế bào của tuyến tiền liệt. Nguyên nhân của bệnh TSLTTTL chưa được biết chắc chắn nhưng các nội tiết tố nam và Estrogen có liên quan đến quá trình sinh bệnh [18],[25],[34].

Tỉ lệ mắc bệnh TSLTTTL có xu hướng ngày càng tăng cao trên toàn thế giới. Tại Mỹ hàng năm có khoảng 1.200.000 người mắc, trong đó có hơn 40.000 người bệnh cần được can thiệp. Tại pháp có khoảng 1.400.000 người mắc trong đó có khoảng 80.000 người cần phải can thiệp [35]. Tại Việt Nam theo ghi nhận của Trần

Đức Hòa cho thấy nam giới ở tuổi 50 có 50% mắc TSLTTTL, đến tuổi 80 tỉ lệ này càng tăng cao [7]. Hiện nay, bệnh đứng thứ 2 sau bệnh sỏi đường tiết niệu [8],[20].

Bệnh tăng sản lành tính tuyến tiền liệt là nguyên nhân chính gây rối loạn tiểu tiện và gây nhiều khó khăn cho người mắc như mệt mỏi, khó khăn trong việc đi tiểu tiện, đi tiểu nhiều lần trong 24h làm cho mọi sinh hoạt của người bệnh bị thay đổi đặc biệt là về đêm [30],[36].

Điều trị TSLTTTL bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt TSLTTTL qua niệu đạo hiện nay vẫn là phương pháp chủ đạo và được xem là “Tiêu chuẩn vàng” trong điều trị TSLTTTL. Sau phẫu thuật nội soi cắt TSLTTTL việc đặt dẫn lưu bàng quang là chỉ định bắt buộc nhằm mục đích dẫn lưu nước tiểu, điều trị, theo dõi và chăm sóc sau mổ. Do vậy việc theo dõi, chăm sóc dẫn lưu bàng quang luôn là vấn đề được đặt lên hàng đầu đặc biệt vai trò của người Điều dưỡng là hết sức quan trọng, đòi hỏi người Điều dưỡng phải có kiến thức tốt, tay nghề thuần thục mới thực hiện đúng chỉ định và quy trình chăm sóc góp phần nâng cao hiệu quả điều trị sau phẫu thuật và phòng tránh được một số biến chứng có thể xảy ra, [9],[10],[55],[56].

Các biến chứng hay gặp như: Chảy máu gây tắc, nhiễm khuẩn ngược dòng đường tiết niệu. Tỷ lệ nhiễm khuẩn dẫn lưu đường tiết niệu vẫn còn rất cao, theo nghiên cứu của Nguyễn Công Thành và cộng sự năm 2013 có 15,2 % nhiễm khuẩn, đặc biệt tỷ lệ này là nhiễm khuẩn bệnh viện sau khi đặt dẫn lưu bàng quang tại bệnh viện [15].

Trong nghiên cứu của Lê Thị Bình tại bệnh viện Bạch Mai năm 2014 tỷ lệ này là 23,54% [2], trong đó nguyên nhân chính gây nhiễm khuẩn là trong quá trình chăm sóc.

Để nâng cao hiệu quả phẫu thuật TSLTTTL và giảm tỉ lệ các biến chứng có thể xảy ra, việc chăm sóc dẫn lưu bàng quang của người Điều dưỡng đóng một vai trò rất quan trọng, tuy vậy hiện nay ở nước ta nói chung và tại tỉnh Ninh Bình nói riêng vẫn chưa có một báo cáo đánh giá cụ thể nào về vai trò và tầm quan trọng của công tác chăm sóc DLBQ sau mổ nội soi TSLTTTL.

Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu **“Thực trạng chăm sóc dẫn lưu bàng quang trên người bệnh sau phẫu thuật nội soi tăng sản lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình Năm 2017”** nhằm đánh giá thực trạng công tác chăm sóc dẫn lưu bàng quang trên NB sau phẫu thuật nội soi TSLTTTL và vai

trò chăm sóc của Điều dưỡng khoa ngoại Thận tiết niệu bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình trong việc nâng cao hiệu quả điều trị và dự phòng các biến chứng sau phẫu thuật. Nghiên cứu này góp phần bổ xung thêm một phần vào bức tranh toàn cảnh về chăm sóc, điều trị bệnh tăng sản lành tính tuyến tiền liệt ở Việt Nam, từ đó đề xuất và điều chỉnh các quy trình theo dõi, chăm sóc dẫn lưu bàng quang nhằm nâng cao hiệu quả điều trị sau phẫu thuật và dự phòng các biến chứng có thể xảy ra.

Thư viện số NDUN

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Thực trạng chăm sóc dẫn lưu bàng quang trên người bệnh sau phẫu thuật nội soi tăng sản lành tính tuyến tiền liệt tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2017.
2. Xác định một số yếu tố liên quan đến chăm sóc dẫn lưu bàng quang trên người bệnh sau phẫu thuật nội soi tăng sản lành tính tuyến tiền liệt tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2017.

Thư viện số NDUN

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Giải phẫu về tuyến tiền liệt

1.1.1. Sự hình thành và phát triển của tuyến tiền liệt

Ở tuần đầu của bào thai, bộ phận sinh dục của nam và nữ không khác nhau, đều có 2 ống Muller và 2 ống Wolff đổ vào xoang niệu dục. Từ tuần thứ 7 bộ phận sinh dục nam bắt đầu phân hóa thành tinh hoàn. Cuối tuần thứ 8 các ống Muller bắt đầu thoái hóa, tới tuần thứ 11 thì cơ bản hoàn thành và để lại 1 lượng rất nhỏ là utriculusprostaticus nằm ở phía sau vùng ụ núi. Testosteron bào thai kích thích các ống Wolff phát triển thành mào tinh hoàn và ống dẫn tinh, bóng ống dẫn tinh, túi tinh và ống phóng tinh. Quá trình này được hoàn thành vào tuần thứ 13. TTL phát triển từ những chồi biểu mô nhỏ sau xoang niệu dục trong tháng thứ 3, do testosteron bào thai chuyển thành dihydrotestosteron dưới tác dụng của men a-reductase và được biệt hóa đầy đủ vào tháng thứ 4 của thời kỳ bào thai sau khi sinh, TTL có trọng lượng vài gram và phát triển chậm cho tới lúc dậy thì. Từ lúc dậy thì tuyến phát triển nhanh, và tới tuổi 40 tuyến có trọng lượng 15-20 gram [32].

Sự phát triển của tuyến tiền liệt: Từ khi mới sinh đến tuổi dậy thì, TTL phát triển rất chậm, kích thước TTL thay đổi không đáng kể. Theo Arrighi H.M, Guess H.A, từ lúc dậy thì đến 30 tuổi, TTL phát triển rất mạnh mỗi năm tăng khoảng 0,4 gram [22]. Theo Berry và Coffey năm 1984 đã tập hợp trọng lượng tuyến tiền liệt trong các nhóm tuổi như sau [23].

Bảng 1.1. Trọng lượng TTL theo các tuổi.

Tuổi	Trọng lượng TTL	Tuổi	Trọng lượng TTL
1-10	1,4 ± 0,4	51- 60	30,9 ± 13
11- 20	10,8 ± 3,8	61- 70	30,9 ±13
21- 30	18,1 ± 4	71- 80	38,8 ± 12,8
31- 40	19,1 ± 2,7	81-90	38,8 ± 12,8
41- 50	20,2 ± 3,2	51- 60	30,9 ± 13

1.1.2. Tổ chức học và chức năng sinh lý

Tuyến tiền liệt bao gồm các tế bào biểu mô tuyến, các tổ chức tế bào cơ, tế bào xơ và tổ chức đệm (stroma). Lớp biểu mô gồm 2 loại tế bào, tế bào xuất tiết và tế bào đáy. Lớp tế bào đệm ngăn cách với lớp tế bào biểu mô bằng lớp màng đáy bao gồm các sợi cơ trơn, các tế bào xơ non cùng tổ chức liên kết [28].

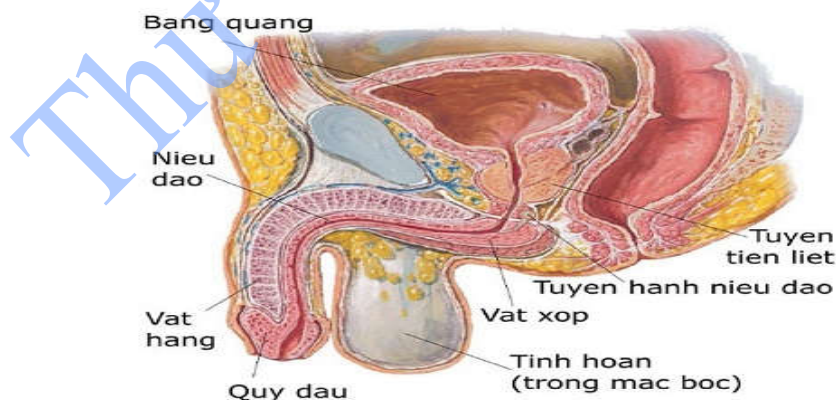
TTL tham gia trực tiếp vào việc hình thành tinh dịch, vào việc thụ tinh ở nữ giới: Nuôi dưỡng tinh trùng, làm cho tinh trùng di chuyển dễ dàng thâm nhập qua dịch nhầy ở cổ tử cung.

1.1.3. Sơ lược về giải phẫu, phân loại vùng và liên quan của TTL

1.1.3.1. Sơ lược về giải phẫu.

TTL là một cơ quan cố định nằm sâu trong khung chậu, trong một khoang gọi là khoang TTL. Khoang này được tạo bởi:

- Phía dưới và phía bên là cân chậu (cân sâu đáy chậu)
- Phía sau là cân Denonvillier.
- Phía trên liên quan đến phần đáy của bàng quang.
- Phía dưới là xương mu
- TTL là một tuyến có kích thước nhỏ, ở người trưởng thành tuyến cao trung bình 30 mm, dày 25mm và trọng lượng trung bình 20gram. Tuyến được bao bọc bởi một lớp vỏ liên kết mỏng có những sợi xơ chạy sâu vào bên trong tuyến thành các vách ngăn tạo nên các thùy của tuyến [10].



Hình 1.1. Hình ảnh giải phẫu TTL[1].

1.1.3.2. Hình thể ngoài và liên quan.

Tuyến tiền liệt là một tổ chức tuyến xơ cơ có dạng hình tháp đảo ngược 4 mặt, 1 nền, 1 đỉnh, đỉnh ở dưới, nền ở trên dính với nền của bàng quang. Ở người trưởng thành TTL nặng khoảng 15-20 gram, cao khoảng 3cm, đáy rộng 3,5 cm, dày 2,5cm, TTL tạo với phương thẳng đứng 1 góc 25 độ.

- Mặt trước: Phẳng, dựng đứng có các thớ cơ của cơ thắt niệu đạo dàn mỏng và tỏa ra ở 2/3 dưới mặt trước tuyến, giữa xương mu và mặt trước TTL có đám rối tĩnh mạch santorini.

- Mặt sau: Nghiêng, được chia làm 2 thùy bởi một rãnh giữa thẳng đứng, có thể sờ thấy qua thăm khám hậu môn trực tràng. Mặt sau liên quan đến trực tràng cân tiền liệt- phúc mạc (cân Denonvillier).

Hai mặt bên: Lồi, liên quan với ngách trước của hố ngồi trực tràng

- Nền: Được chia làm 2 phần

+ Phần hướng ra trước: Gọi là niệu đạo- bàng quang, liên hệ chặt chẽ với bàng quang có các thớ cơ dọc của bàng quang tỏa xuống

+ Phần sau: Là phần sinh dục liên quan đến túi tinh

- Đỉnh: Hình tròn mật độ của tuyến chắc đều ở người già thì cứng hơn, có thể đánh giá dễ dàng qua thăm khám trực tràng. TTL được xuyên qua từ nền tới đỉnh bởi 1 đoạn niệu đạo TTL, mỗi đầu của niệu đạo TTL được bao quanh bởi một cơ thắt.

+ Tại cổ bàng quang là cơ thắt tron có tác dụng ngăn cản việc phóng tinh ngược.

+ Tại đỉnh TTL, chỗ nối niệu đạo TTL với niệu đạo màng là cơ thắt vân, đảm bảo cho hoạt động tiểu tiện tự chủ, các sợi của nó đan xen với các sợi cơ nâng hậu môn và tỏa lên tận ụ núi. Ụ núi là giới hạn rất quan trọng trong PT nội soi TSLTTTL, việc tôn trọng ụ núi và ống niệu đạo phía trước cho phép đảm bảo một cách hoàn hảo việc đi tiểu tự chủ sau mổ [10]

1.1.3.3. Phân chia vùng

Dựa theo mô hình giải phẫu phân chia TTL làm 4 vùng

- Vùng ngoại vi: Nằm ở mặt sau niệu đạo, trải rộng 2 bên chiếm 75% thể tích TTL bình thường, đa số ung thư xuất phát từ đây.

- Vùng trung tâm: Nằm chung quanh ống phóng tinh, vùng này khác vùng ngoại vi về cấu trúc mô học.

- Vùng chuyển tiếp: Là vùng nhỏ nhất gồm 2 thùy riêng biệt nằm ở 2 bên ND chiếm 5% thể tích TTL ở nam giới dưới 30 tuổi, đây là nơi xuất phát của TSLTTTL. Khi có TSLTTTL vùng này có thể phình to ra và chiếm 95% thể tích TTL và chèn ép các vùng khác

- Vùng quanh niệu đạo: Khi tăng sản thành thùy giữa TTL [3]

1.2. Bệnh tăng sản lành tính tuyến tiền liệt

Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt là bệnh lý do sự tăng sản của các thành phần tế bào của tuyến tiền liệt.

Bệnh TSLTTTL là nguyên nhân chính làm tắc nghẽn dòng nước tiểu ở phần thấp của hệ thống tiết niệu. Bệnh TSLTTTL và các triệu chứng của bệnh được biết từ thời Hippocrate thế kỉ thứ ba trước công nguyên. Thế kỉ thứ XVI Herophile đã thông báo nghiên cứu giải phẫu đầu tiên của TTL. Nhưng phải đến năm 1760 Morgani mới mô tả đầy đủ về hình thái bất thường của TSLTTTL.

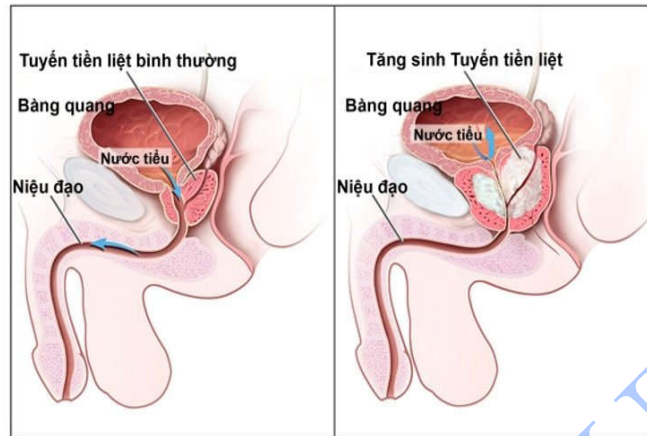
1.2.1 Giải phẫu đại thể bệnh của TSLTTTL

TSLTTTL có dạng hình cầu màu trắng ngà, mật độ chắc nhưng đàn hồi. U có một thùy giữa và 2 thùy bên, thể tích của các thùy này thay đổi khác nhau. Hai thùy bên có thể to ra, thùy giữa có thể nhỏ lại và ngược lại có khi chỉ phát triển to 1 thùy giữa theo hướng lên phía trên. U càng phát triển càng đẩy dần tổ chức của TTL ra ngoại vi, giữa u tuyến và tổ chức tuyến lành được cách biệt một màng xơ mỏng, vì thế có thể bóc u ra khỏi vỏ một cách dễ dàng [3],[19].

1.2.2. Vi thể.

TSLTTTL bao gồm nhiều nhân nhỏ, mỗi nhân có chứa nhiều hay ít các thành phần: Tuyến, xơ, cơ và tổ chức đệm. Trong tổ chức đệm có sợi cơ trơn và collagen. Thành phần tuyến gồm các chùm nang có nhiều hình nhũ. Viền các chùm nang là 2 tế bào, lớp tế bào tiết có hình khối nhân nằm sát màng đáy, lớp tế bào đáy dẹt và bé không thấy nhân chia. Có thể phân biệt mô tăng sản lành tính với mô TTL bình thường dựa vào các dấu hiệu như nhồi máu, dẫn các chùm nang mang tăng sản tế bào

biểu mô. Tầng sản có nhiều tổ chức tuyến thì mật độ mềm, có nhiều tổ chức xơ cơ thì chắc [7].



Hình 1.2. Hình ảnh bình thường và hình ảnh của TSLTTTL [12].

1.3. Nguyên nhân cơ chế bệnh sinh TSLTTTL

1.3.1. Điều kiện để hình thành

- Tinh hoàn phải có chức năng.
- Tuổi đời trên 45 tuổi.

Bởi vì testosterone được xem như một tiền hocmon, vì cần phải chuyển thành Dihydrotestosteron qua trung gian của 5 alpha reductase, để tác động phối hợp với Oestrogen trên tuyến tiền liệt kích thích hình thành TSLTTTL [1].

1.3.2. Dịch tễ học.

- Tần số xuất hiện TSLTTTL tăng theo lứa tuổi, nhưng không có sự liên quan tới chủng tộc, chế độ ăn và thành phần xã hội.
- Ung thư tuyến tiền liệt và TSLTTTL không có liên quan gì với nhau, nhưng 2 bệnh này cũng có thể xuất hiện ở người cao tuổi.
- TSLTTTL là khối u lành tính ở nam giới, tần suất xuất hiện có liên quan đến tuổi. Nghiên cứu các kết quả sinh thiết cho thấy, BPH có tỉ lệ 20% nam ở độ tuổi 41 – 50, 50% ở độ tuổi 51 – 60%, trên 90% khi > 80 tuổi. Triệu chứng của bệnh cũng liên quan đến tuổi. Lúc 55 tuổi, khoảng 25% đàn ông có triệu chứng khi đi tiểu và 50% ở độ tuổi 75, [29].

1.3.3. Sinh lý bệnh của tăng sản lành tính TTL

- Bệnh tăng sản lành tính tuyến tiền liệt muốn phát triển phải cần có hai điều kiện: Người đàn ông vẫn còn các tinh hoàn hoạt động bình thường và tuổi đã lớn. Bệnh tăng sản lành tính tuyến tiền liệt phát triển qua các giai đoạn nhất định, cụ thể.

- Giai đoạn tăng sản lành tính tuyến tiền liệt được coi là bệnh lý. Xét nghiệm giải phẫu bệnh thấy có các tổn thương về tổ chức tế bào của bệnh tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, sau đó là các nhân bệnh tăng sản lành tính tuyến tiền liệt phát triển to lên ở giai đoạn vi thể sang đại thể, làm cho tuyến tiền liệt to lên về thể tích.

- Giai đoạn có biểu hiện lâm sàng: Tuyến tiền liệt bị tăng sản, gây các rối loạn về tiểu tiện, người bệnh bị đái khó, đái rất. Bệnh diễn biến đến giai đoạn có các biến chứng như: Viêm nhiễm, bí đái cấp, có nước tiểu dư ảnh hưởng đến chức năng ở các đường dẫn niệu ở phía trên v.v. Tăng sản tuyến tiền liệt đã chuyển sang giai đoạn có các biến chứng và cần có chỉ định can thiệp.

- Niệu đạo tuyến tiền liệt: Niệu đạo TTL bị kéo dài ra, bị chèn ép bởi 2 thùy bên, đồng thời bị thùy giữa che lấp, làm niệu đạo tuyến tiền liệt dài ra, dẹt lại và cong, gây cản trở sự lưu thông gây nên các triệu chứng tắc nghẽn đường tiểu dưới.

- Cổ bàng quang và bàng quang.

Khi TTL tăng sản, cổ bàng quang sẽ bị đẩy lên cao lồi vào trong lòng bàng quang làm tăng sinh nước tiểu tồn dư trong bàng quang sau bãi tiểu. Tùy theo sự tăng sản của các thùy mà kéo theo sự biến dạng của cổ bàng quang. Ngoài sự chèn ép, cổ bàng quang còn bị xơ cứng, mép sau bị đẩy lên cao làm thành bè chắn, cản trở sự tiểu tiện.

- TSLTTTL gây chèn ép ở cổ bàng quang, giai đoạn đầu thành bàng quang phì đại để thắng sức cản của tuyến chèn ép. Bàng quang có tình trạng tăng trương lực, tăng co bóp để đẩy nước tiểu ra. Thành bàng quang cơ dày lên thành hình cột, chỗ cơ giãn thành hình hang, túi thừa bàng quang (túi thừa giả).

- Sang giai đoạn mất bù, sự phì đại của thành bàng quang chấm dứt, các thớ cơ bàng quang biến dần thành các sợi tạo keo, các tận cùng thần kinh phó giao cảm càng thưa dần trong khi các tận cùng thần kinh giải phóng Adrenalin tăng lên.

Bàng quang càng giãn mỏng, mất khả năng co bóp, gây ứ đọng nước tiểu trong bàng quang. Cuối cùng gây nên tình trạng nhiễm khuẩn trong bàng quang, bí đái mãn tính.

- Niệu quản, thận: Sự ứ đọng nước tiểu trong bàng quang sẽ dẫn đến sự trào ngược nước tiểu lên niệu quản và thận, gây dẫn niệu quản và bể thận, suy giảm chức năng thận [19].

1.4. Chẩn đoán bệnh TSLTTTL

Bệnh có các triệu chứng về lâm sàng, các kết quả xét nghiệm hồng cầu, bạch cầu, vi khuẩn trong nước tiểu, định lượng ure trong máu. Chụp X-quang, soi niệu đạo và bàng quang. Kỹ thuật siêu âm cho phép xác định kích thước và khối lượng của tuyến tiền liệt

Để chẩn đoán được bệnh TSLTTT dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, trong đó có điểm triệu chứng lâm sàng IPSS và điểm chất lượng cuộc sống (QoL) có ý nghĩa quan trọng trong việc chỉ định điều trị, [17],[27].

Năm 1992, Hội niệu khoa Hoa Kỳ (AUA) thiết lập thang điểm dựa trên 7 triệu chứng than phiền kể trên gọi là International Prostate Symptom Score (IPSS). Sau này có bổ sung thêm 1 câu hỏi nữa dựa trên đánh giá của người bệnh về chất lượng cuộc sống (Quality of Life – QoL) [27],[34].

Thang điểm này dựa trên các triệu chứng: Có cảm giác còn nước tiểu trong bàng quang sau mỗi lần đi tiểu không. Sau khi đi tiểu lại phải đi tiểu lại trong khoảng thời gian chưa đến 2h là bao nhiêu lần. Khi muốn đi tiểu không tiểu được ngay mà phải chờ một lúc mới tiểu được. Khi đi tiểu dòng nước tiểu có ngắt quãng không. Tia nước tiểu có nhỏ và yếu không. Trong một đêm có bao nhiêu lần phải dậy đi tiểu.

1.5. Các phương pháp điều trị.

1.5.1. Theo dõi (*watchful waiting*): Đối với các trường hợp NB có điểm IPSS từ 1-10 bao gồm: Thay đổi lối sống, giáo dục bệnh nhân và kiểm tra định kỳ bằng siêu âm và PSA.

1.5.2. Điều trị nội khoa: Áp dụng cho NB có điểm IPSS từ 11 – 20

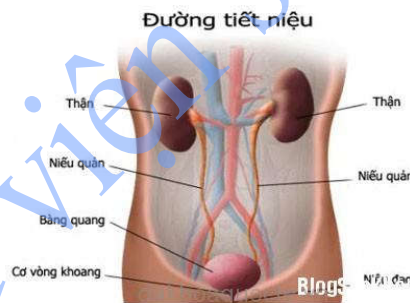
1.5.3. Điều trị phẫu thuật: Áp dụng cho NB có điểm IPSS ≥ 20 , nước tiểu tồn lưu $\geq 100\text{ml}$, nhiễm trùng tiểu tái lại nhiều lần, có sỏi bàng quang và túi thừa, ứ nước ngược dòng [31].

1.6. Các nguyên nhân gây rối loạn tiểu tiện

1.6.1. Sinh lý và cơ chế của việc tiểu tiện

Sự tổng nước tiểu ra khỏi bàng quang được gọi là sự đi tiểu ra ngoài. Sự đi tiểu xảy ra thông qua việc kết hợp co các cơ tự ý và không tự ý. Khi thể tích nước tiểu trong bàng quang quá 200–400 mL, áp lực trong bàng quang tăng cao, tác động các thụ thể căng (stretch receptors) trong thành bàng quang truyền tín hiệu thần kinh tới tuỷ sống. Những tín hiệu này lan truyền tới trung tâm tiểu (micturition center) ở tuỷ sống cùng S2 và S3, kích hoạt phản xạ tiểu (micturition reflex). Trong phản xạ này, xung thần kinh đổi giao cảm từ trung tâm tiểu lan truyền tới thành bàng quang và cơ thắt niệu đạo trong, gây co cơ thành bàng quang, nghỉ cơ thắt niệu đạo trong. Đồng thời, trung tâm tiểu ức chế neuron vận động bản thể (somatic motor neurons) phân phối đến cơ thắt niệu đạo ngoài. Theo những điều kiện như vậy, sự đi tiểu xảy ra. Tuy nhiên, khi bàng quang đầy nước tiểu trước tiên nó gây ra một cảm giác có ý thức là muốn đi tiểu rồi phản xạ tiểu mới xảy ra. Việc làm trống bàng quang cũng là một phản xạ, từ nhỏ chúng ta đã được học cách kiểm soát phản xạ này thông qua kiểm soát cơ thắt niệu đạo ngoài và một vài cơ vùng nền chậu. Vỏ não có thể trì hoãn phản xạ tiểu xảy ra trong một khoảng thời gian giới hạn.

1.6.2. Sơ đồ đường tiết niệu của nam giới.



Hình 1.3 Hình ảnh đường tiết niệu [12]

1.6.3. Các nguyên nhân gây rối loạn tiểu tiện.

1.6.3.1 Tại bàng quang

- Dị vật ở bàng quang.
- Sỏi hay cục máu.

Có thể từ trên thân xuống, hoặc sinh ngay tại bàng quang, lúc đó không đi tiểu được.

- Ung thư bàng quang.

Rất hiếm gặp. Nếu khối u to có thể làm tắc lỗ niệu đạo, nếu hẹp nhiều có thể gây bí tiểu. Soi bàng quang sẽ thấy khối u hay nằm ở vùng cổ bàng quang.

1.6.3.2. Ngoài bàng quang.

- Do tiền liệt tuyến.

Là nguyên nhân thường gặp ở nam giới. Tiền liệt tuyến to lên sẽ đè bẹp niệu đạo, gây bí tiểu. Tiền liệt tuyến to hơn do hai nguyên nhân:

- Ung thư tiền liệt tuyến: Rất hay gặp ở người già, là nguyên nhân bí tiểu chủ yếu của những người già. Thăm trực tràng thấy tiền liệt tuyến to và cứng.

- Viêm tiền liệt tuyến: Có triệu chứng viêm bàng quang, tiểu ra mù, đôi khi có thể gây bí tiểu. Thăm trực tràng có tiền liệt tuyến cũng to nhưng mềm, đau có thể nặn ra mù.

- Do các khối u ở tiểu khung

- Ung thư trực tràng, ung thư cổ tử cung, ung thư thận tử cung, v.v...khi di căn vào tiểu khung, có thể đè vào vùng cổ bàng quang gây bí tiểu.

- Do các tổn thương thần kinh trung ương.

Bệnh ở tuỷ sống: Chấn thương, gãy cột sống, đứt ngang tuỷ, lao cột sống, u tuỷ viêm tuỷ,...đều có thể gây bí tiểu.

1.6.3.3. Tại thận, niệu quản, niệu đạo

- Sỏi thận, sỏi niệu quản

- Viêm thận

- Thận ú nước

- Viêm niệu đạo, hẹp niệu đạo

- Một số bệnh khác

1.7. Một số các yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn tiểu tiện

1.7.1 Yếu tố tuổi

- Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), có trên 50% nam giới ở độ tuổi từ 60 - 70 tuổi bị TSLTTTL, tỷ lệ này lên từ 85- 88% ở người 80 tuổi trở lên. Ở Việt Nam, cùng với sự phát triển của xã hội, tuổi thọ người dân ngày càng cao, tỷ lệ số người mắc bệnh TSLTTTL theo đó cũng tăng lên.

- Tuổi cao thì tỷ lệ bị bệnh càng cao, xét về mặt tế bào học, ở độ tuổi 40 bắt đầu xuất hiện hiện tượng tăng sản lành tính, nhưng về mặt lâm sàng, ở độ tuổi 50 bắt đầu xuất hiện các triệu chứng của đường tiểu dưới ở mức độ nhẹ.

1.7.2. Yếu tố di truyền

TSLTTL có liên quan đến yếu tố di truyền. Theo Barry (1997): Yếu tố di truyền có liên quan đến Androgen receptor tại cấu trúc của tế bào TTL, và chính lý do này tác động đến sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh giữa các dân tộc, chủng tộc .

1.7.3. Trọng lượng khối u

Có một số người từng cho rằng u xơ càng to thì vấn đề tiết niệu càng nặng. Thế nhưng sự thật là chưa có tổ chức y khoa nào chứng minh được mối liên quan giữa rối loạn tiểu tiện với kích thước của tiền liệt tuyến. Có người bệnh u nhỏ dưới 30 gram nhưng lại có những rối loạn tiểu tiện rất nặng và ngược lại, có người bệnh u trên 100 gram mà không có biểu hiện lâm sàng hoặc biểu hiện ở mức độ vừa phải.

1.7.4. Yếu tố nước tiểu tồn dư

Đo nước tiểu dư bằng một ống thông qua niệu đạo, hoặc đo trên siêu âm sau khi NB đã đi tiểu. Có nước tiểu dư là do dung tích chức năng của bàng quang bị giảm, mà dung tích tự động lại tăng. Hoặc do cổ bàng quang bị đẩy cao, hoặc u chèn ép vào niệu đạo

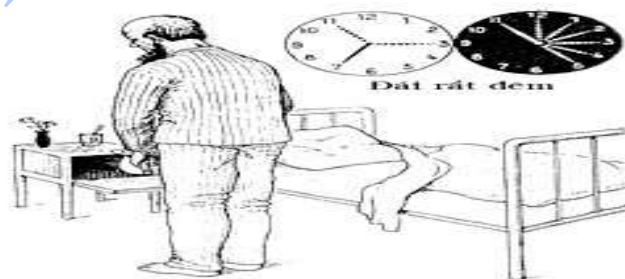
1.7.5. Yếu tố về thời gian mắc bệnh.

1.8. Một số định nghĩa về hội chứng rối loạn tiểu tiện. [12],[14],[11].

1.8.1. Tiểu rắt (tiểu tăng lần)

Tiểu rắt là hiện tượng NB đi tiểu liên tục (thời gian giữa 2 lần đi tiểu < 2 giờ), nhưng mỗi lần đi được ít nước tiểu (dưới 150 ml) trong điều kiện bình thường.

- Mới đầu tiểu tăng lần về đêm cơ chế do cường hệ thần kinh phó giao cảm
- Sau đó tiểu tăng lần cả ngày và đêm.



Hình 1.4: Hình ảnh người bệnh đi tiểu nhiều lần trong đêm [8].

1.8.2. Tiểu khó

Tiểu khó là hiện tượng khó đẩy nước tiểu trong bàng quang ra ngoài. Ngoài ra còn biểu hiện: Tia tiểu yếu, nhỏ, nhiều khi không thành tia mà nước tiểu thành từng giọt nhỏ ngay dưới mũi chân

Nguyên nhân tiểu khó do u cản trở sự lưu thông nước tiểu từ cổ bàng quang tới miệng sáo tuyến tiền liệt.

1.8.3. Bí tiểu

- Bí tiểu có thể xảy ra đột ngột cấp tính (bí tiểu cấp tính), bí tiểu cũng có thể xuất hiện từ từ (bí tiểu mạn tính) sau một thời gian khó tiểu.

- Cơ chế gây bí tiểu cấp trong tăng sản lành tính tuyến tiền liệt

- TSLTTTL phát triển các thùy to ra, chèn ép làm tắc đường lưu thông của niệu đạo, gây ra bí tiểu cấp. Ngoài ra còn do các thương tổn kèm theo như: Nhiễm khuẩn (viêm tuyến tiền liệt, viêm u tuyến, áp xe): U tuyến bị nhồi máu làm cho thể tích của tuyến to lên, do phù nề ở các vùng xung quanh chỗ nhồi máu, làm cho dễ bị bí tiểu cấp.

- Tác động của hệ thần kinh giao cảm và các tiếp nhận (recepteur a) của giao cảm, làm cho căng các sợi cơ trơn ở niệu đạo, tuyến tiền liệt và bao xơ của nó. Trong khi đó cơ detrusor của bàng quang suy giảm, không có đủ sức để co bóp tống nước tiểu ra ngoài, dẫn đến bí tiểu cấp.

- Sự gia tăng sức cản ở niệu đạo: Có thể xảy ra làm tăng sức co bóp của hệ giao cảm, hoặc có thể do người bệnh uống một vài thứ thuốc gây ra co thắt mạnh ở vùng cổ bàng quang và niệu đạo.

- Suy giảm sức co bóp của cơ detrusor:

1.8.4. Tiểu còn sót nước tiểu (còn nước tiểu tồn dư)

- Người bệnh tiểu rất lâu nhưng tiểu không hết được nước tiểu, tiểu xong không có cảm giác thoải mái, vẫn còn cảm giác buồn tiểu. Nước tiểu còn lại trong bàng quang sau khi tiểu được gọi là nước tiểu tồn dư. Khi lượng nước tiểu tồn dư lớn hơn 50 ml thì được coi là có ý nghĩa.

- Nước tiểu tồn dư trong bàng quang sau khi tiểu được xác định bằng thông tiểu hay siêu âm, bằng chụp thận thuốc tĩn mạch thì bàng quang. Hiện tượng tiểu còn sót nước tiểu thường kèm theo tiểu khó, tia tiểu yếu, nhỏ giọt.

- Nguyên nhân của nước tiểu tồn dư trong bàng quang sau tiểu là:

+ Cổ bàng quang bị đẩy cao, không phải là chỗ thấp nhất trong bàng quang (tư thế đứng tiêu).

+ Cường tính của bàng quang giảm (bàng quang mất bù).

+ Bít tắc đường tiêu dưới.

1.8.5. Tiểu rĩ (tiểu dầm dề không giữ được nước tiểu)

Tiểu rĩ là hiện tượng nước tiểu tự chảy qua miệng sáo ra ngoài không theo ý muốn. Tiểu rĩ trong những trường hợp do bàng quang bị căng giãn quá mức, hay gặp trong tăng sản lành tính tuyến tiền liệt giai đoạn 3, bệnh bàng quang thần kinh. Đây là bí tiểu mạn tính hoàn toàn, khi thông tiểu, thể tích nước tiểu có thể tới hàng lít.

1.8.6. Tiểu buốt (tiểu đau)

Tiểu buốt là cảm giác đau rất khó chịu khi đi tiểu, biểu hiện lâm sàng theo từng mức độ tăng dần từ cảm giác đau nóng rát đến cảm giác buốt như kim châm trong bàng quang và lan ra theo niệu đạo khi đi tiểu, thậm chí có cảm giác đái đau buốt như lưỡi dao xẻ dọc niệu đạo làm NB sợ đi tiểu.

Tóm lại, triệu chứng lâm sàng của bệnh tăng sản lành tính tuyến tiền liệt biểu hiện bằng hội chứng rối loạn tiểu tiện, hay chia nhỏ thành

- Hội chứng kích thích: Do ứ đọng nước tiểu như, tiểu dắt ban ngày, ban đêm, mót tiểu liên tục, không nhìn được, tiểu nhỏ giọt tự động, dễ dẫn đến viêm nhiễm.

- Hội chứng bít tắc: Làm rối loạn không đi tiểu được như: tiểu khó, tia tiểu nhỏ, tiểu chậm, phải chờ mới tiểu được, tia nước tiểu ngắt quãng, phải rặn tiểu, tiểu làm nhiều lần.

1.8.7. Tiểu máu

Đây là dấu hiệu đặc biệt của tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, nhất là lại xảy ra khi có nhiễm khuẩn. Mức độ thường nhiều nhưng dễ điều trị. [15],[11].

1.9. Chăm sóc người bệnh tăng sản lành tính tuyến tiền liệt

1.9.1. Chăm sóc và chuẩn bị người bệnh trước mổ nội soi TSLTTTL

- **Điều dưỡng tư vấn, động viên giúp NB yên tâm điều trị. Phổ biến, hướng dẫn NB và người nhà thực hiện đúng nội quy của bệnh viện.**

- Đo và ghi vào phiếu theo dõi đầy đủ các thông số: Mạch, huyết áp, nhiệt độ,

nhịp thở, chiều cao, cân nặng của NB.

- Khai thác tiền sử bệnh: Hen phế quản, dị ứng thuốc, tiểu đường, huyết áp.
- Kiểm tra và hoàn thiện hồ sơ bệnh án: Thông tin hành chính, kết quả xét nghiệm.
- Hướng dẫn NB vệ sinh thân thể và bộ phận sinh dục.
- Thực hiện y lệnh thuốc trước mổ (nếu có)
- Sát khuẩn vùng bộ phận sinh dục của NB (băng lại) và thay quần áo sạch.
- NB được nằm trên cang hoặc xe đẩy có nhân viên y tế đưa lên phòng mổ.
- Điều dưỡng chuyển NB lên phòng mổ, bàn giao lại: Hồ sơ bệnh án, tình trạng

NB cho điều dưỡng phòng mổ và có kí nhận vào sổ bàn giao.

1.9.2. Chăm sóc NB sau mổ nội soi TSLTTTL [21],[25].

Chăm sóc NB sau phẫu thuật nội soi TSLTTTL cũng giống như các NB sau PT khác. Việc theo dõi chăm sóc nhằm nâng cao kết quả PT, rút ngắn ngày điều trị, tránh các biến chứng nhiễm trùng, tụt ống thông, tắc ống thông và chảy máu nhưng cũng có 1 số đặc thù riêng.

Mục đích: Là theo dõi để phát hiện và xử lý kịp thời các biến chứng trong giai đoạn sau phẫu thuật điều dưỡng cần phải:

- Nhận định NB: Đo và ghi các chỉ số: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tình trạng NB 3 giờ /lần, giờ đón NB vào phiếu chăm sóc, kí tên người nhận.

- Kiểm tra lại đường truyền tĩnh mạch còn chảy không.

- Kiểm tra ống dẫn lưu: Độ sâu của ống, cố định ống dẫn lưu, vị trí túi dẫn lưu.

- Điều dưỡng đánh giá tính chất nước tiểu, sự lưu thông nước tiểu qua ống dẫn lưu: màu sắc, số lượng, thành phần... nhằm theo dõi, phát hiện các biến chứng sau phẫu thuật. Người điều dưỡng cần đánh giá thường xuyên để phát hiện hiện tượng tắc ống cũng như chảy máu sau phẫu thuật.

- Điều dưỡng thực hiện đúng y lệnh: Thiết lập hệ thống rửa nhỏ giọt BQ liên tục dung dịch NaCl 0,9% qua ống thông ND- BQ bằng sonde Foley 3 chạc, đặc biệt trong 24 h đầu. Thực hiện y lệnh thuốc điều trị.

- Lập bảng theo dõi lượng dịch vào và dịch ra, nước tiểu 24 giờ (màu sắc, số lượng, tính chất).

- Thực hiện các chăm sóc ống dẫn lưu niệu đạo bàng quang: Đối với phẫu thuật nội soi TSLTTTL, sau phẫu thuật cần phải cố định tốt vị trí chân ống dẫn lưu với mục

đích làm giảm chảy máu sau phẫu thuật. Do đó, Điều dưỡng cần thực hiện thay băng/ vệ sinh chân dẫn lưu 1 lần/ ngày và khi có dịch thấm băng.

- Điều dưỡng cố định túi nước tiểu đảm bảo kín, một chiều. Nhằm mục đích chống nhiễm khuẩn ngược dòng và giúp lưu thông nước tiểu tốt hơn.

- Tập cho NB vận động sớm tại giường.

- Theo dõi tình trạng chảy máu sau mổ

+ Triệu chứng:

- Da xanh, niêm mạc nhợt.
- Mạch nhanh, huyết áp hạ (chảy máu nặng). Lưu ý NB có tiền sử cao huyết áp.
- Dịch rửa BQ đỏ, có máu cục, tắc ống thông NĐ- BQ.
- Xét nghiệm máu: Hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit giảm.

+ Xử trí:

- Bơm rửa lấy máu cục trong BQ
- Báo phẫu thuật viên và thực hiện y lệnh điều trị

- Theo dõi hội chứng nội soi

+ Triệu chứng: Tri giác lơ mơ, lẫn lộn, co giật, nhìn mờ, đồng tử giãn, mạch và nhịp tim chậm, có hội chứng sốc, huyết áp hạ, bụng chướng, xét nghiệm máu Natri và Clo giảm.

+ Xử trí : Báo cáo ngay phẫu thuật viên và thực hiện y lệnh điều trị

- Hội chứng nhiễm khuẩn

+ Triệu chứng

- Da, niêm mạc nhợt.
- Sốt cao, rét run.
- Mạch nhanh, huyết áp hạ (khi có nhiễm khuẩn máu)

+ Xử trí

- Cấy máu, nuôi cấy vi khuẩn dịch rửa BQ chảy ra.
- Tiếp tục rửa BQ liên tục bằng dung dịch Natriclorua 0,9%.
- Báo bác sĩ và thực hiện y lệnh điều trị

1.9.3. Giáo dục sức khỏe

- **Điều dưỡng tư vấn/ giải thích để người bệnh không lo lắng về bệnh, yên tâm điều trị: Điều dưỡng tư vấn, hướng dẫn rõ ràng và cụ thể về tình trạng bệnh giúp NB có tâm lý tốt, phối hợp với nhân viên y tế.**

- Hướng dẫn gia đình cho NB ăn uống sớm sau mổ vì PT nội soi TSLTTTL là PT ngoài phúc mạc.

- Điều dưỡng tư vấn về chế độ dinh dưỡng: Tránh táo bón cho NB bằng cách cho NB tập vận động sớm sau mổ, ăn nhiều rau xanh, tránh các chất kích thích (cà phê, chè, ớt, tiêu, rượu, bia...) và tăng cường uống nước vì nếu NB bị táo bón khi đại tiện phải rặn sẽ tăng nguy cơ chảy máu.

- Giải thích rõ cho NB hiểu mục đích của việc đặt ống thông NĐ- BQ và dặn NB không được tự ý rút vì khi đặt có bơm cốp cố định nếu không rút đúng kỹ thuật sẽ làm tổn thương NĐ, đứt NĐ.

- Hướng dẫn NB và gia đình nếu có bất thường gì xảy ra báo ngay với nhân viên y tế để xử trí kịp thời (thông tiểu chảy dịch đỏ số lượng lớn, NB thấy mệt mỏi, hoa mắt chóng mặt, đau. . .)

- Điều dưỡng hướng dẫn NB về đảm bảo vô khuẩn giữ vệ sinh sạch sẽ.

- **Hướng dẫn NB sau khi ra viện cần:**

+ Hàng ngày vệ sinh thân thể sạch sẽ, vệ sinh bộ phận sinh dục sau khi đi vệ sinh và quan hệ tình dục tránh nhiễm khuẩn tiết niệu.

+ Theo dõi nước tiểu thường xuyên: Màu sắc, tính chất, số lượng.

+ Giới thiệu cho NB các triệu chứng phát hiện sớm TSLTTTL tái phát các biến chứng sau PT đến khám lại ngay: Đi tiểu nhiều lần về đêm, tiểu buốt, tiểu rắt, tiểu máu, bí tiểu. . . .

+ Khuyến NB nên đến khám kiểm tra định kỳ theo phiếu hẹn của bác sĩ hoặc ít nhất là 6 tháng/ 1 lần.

1.9.5. Kỹ thuật rửa bàng quang

- Mục đích: Rửa sạch các chất bẩn, máu cục lắng đọng trong BQ, phòng tắc ống thông NĐ - BQ, phòng và điều trị viêm BQ.

- **Các điểm cần lưu ý**

- + Tránh bơm rửa với áp lực mạnh, nhất là khi BQ đang bị chảy máu
- + Trong khi rửa thấy NB có diễn biến bất thường (mệt, lạnh, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp hạ...) thì phải ngừng ngay và thông báo với bác sĩ

- Các bước tiến hành:

- + Chuẩn bị dụng cụ
 - Dụng cụ vô khuẩn trong khay: Khay hạt đậu, gạc miếng, pank sát trùng, ống thông Foley 3 chạc.
 - Dụng cụ vô khuẩn ngoài khay: Túi dẫn lưu, dây truyền, dung dịch rửa NaCl 0,9%, chai dung dịch sát khuẩn tay nhanh.
 - Dụng cụ sạch: Găng tay, băng dính, túi đựng rác thải y tế, cốc truyền.
 - + Điều dưỡng động viên, thông báo để NB biết việc mình chuẩn bị tiến hành để NB an tâm cùng phối hợp.
 - + Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.
 - + Kiểm tra lại thông tiểu (có bị tụt, cuff còn căng không,...).
 - + Đặt NB nằm về 1 bên giường, đặt khay dụng cụ nơi thuận tiện
 - + Mang găng sạch.
 - + Mở khay dụng cụ.
 - + Tháo gạc quần che giữa ống thông tiểu và túi chứa.
 - + Đặt đầu nối giữa túi chứa và ống thông vào khay hạt đậu vô khuẩn.
 - + Rửa lại tay bằng dung dịch rửa tay nhanh.
 - + Sát khuẩn nắp chai dung dịch NaCl 0,9%.
 - + Gắn dây dẫn dịch (bằng bộ dây truyền huyết thanh).
 - + Treo chai lên cốc truyền độ cao khoảng 60 cm
 - + Dùng miếng gạc tháo rời đuôi Foley và ống nối.
 - + Nối dây dẫn dịch rửa với đầu nối dẫn dịch vào BQ, nối túi chứa với đầu nối dẫn nước tiểu ra.
 - + Mở khóa cho dịch chảy (theo y lệnh và tình trạng chảy máu) thường 100 – 120 giọt/ phút trong 24 giờ đầu sau PT.
 - + Rửa đến khi dịch chảy ra trong.
 - + Thu dọn dụng cụ.

+ Thông báo, giải thích cho NB biết việc đã xong, giúp NB nằm lại tư thế thoải mái.

+ Ghi hồ sơ: Những việc mình đã làm, ngày giờ thực hiện, số lượng dịch rửa, tính chất dịch chảy ra, tình trạng NB, tên Điều dưỡng thực hiện.

1.9.6. Các biến chứng, nguyên nhân, cách xử lý và phòng ngừa khi dẫn lưu niệu đạo bàng quang liên tục [16].

Bảng 1.2. Biến chứng, nguyên nhân, cách xử lý và phòng ngừa khi dẫn lưu niệu đạo bàng quang liên tục

Biến chứng	Nguyên nhân	Xử trí – Phòng ngừa
1. Nhiễm trùng lỗ tiểu, niệu đạo, bàng quang, niệu quản, thận.	<ul style="list-style-type: none"> - Kỹ thuật đặt không vô khuẩn. - Không vệ sinh bộ phận sinh dục trước khi đặt thông tiểu. - Túi chứa để cao hơn bàng quang. - Bộ phận lọc khí trong túi chứa nước tiểu bị ẩm ướt. - Hệ thống dẫn lưu nước tiểu hở, không 1 chiều. - Thời gian lưu ống quá lâu. - Rửa bàng quang không 	<ul style="list-style-type: none"> - Áp dụng đúng kỹ thuật vô khuẩn khi đặt thông tiểu. - Vệ sinh bộ phận sinh dục cho người bệnh trước khi đặt thông tiểu và chăm sóc vệ sinh cá nhân cho người bệnh trong suốt thời gian đặt. - Túi chứa nước tiểu phải thấp hơn bàng quang ít nhất 60cm. Treo túi trên song giường nơi vị trí cố định. - Giữ cho túi chứa được khô ráo, nhất là chỗ lọc khí thay túi ngay khi bị ướt bộ lọc khí. - Hệ thống dây câu phải kín, vô khuẩn và một chiều. - Thời gian lưu ống tùy theo chất liệu của ống sonde và

Biểu chứng	Nguyên nhân	Xử trí – Phòng ngừa
	đúng kỹ thuật vô khuẩn.	tình trạng người bệnh: + Cao su: 5-7 ngày + Latex: 15-20 ngày + Silicon: 1-2 tháng - Áp dụng đúng kỹ thuật vô khuẩn khi rửa bàng quang.
2. Tổn thương niêm mạc niệu đạo	- Dùng ống thông không đúng kích cỡ. - Động tác đặt thô bạo. - Tư thế dương vật người bệnh không đúng khi đặt thông tiểu.	- Kích cỡ phải phù hợp với từng lứa tuổi. Người lớn: 16-18-20 Fr - Động tác đặt nhẹ nhàng, khi gặp trở ngại không dùng lực để đẩy. - Dương vật vuông góc với người bệnh khi đặt.
3. Xuất huyết niệu đạo bàng quang.	- Giảm áp suất đột ngột trong bàng quang. 0 - Ống thông tiểu chưa đặt đúng vị trí đã bơm bóng giữ.	- Khi người bệnh bí tiểu không nên lấy nước tiểu ra hết cùng một lúc, mà phải cho chảy từ từ. Tránh làm giảm áp lực đột ngột trong bàng quang. - Phải chắc chắn ống vào sâu trong bàng quang rồi mới bơm bóng giữ. (Đặt thông tiểu đến khi thấy nước tiểu chảy ra nên đặt sâu vào thêm 3 - 5cm nữa mới bơm bóng).
4. Hoại tử niệu đạo	- Do ống cố định quá chặt, không chừa khoảng cách cử động. - Do túi chứa nước tiểu quá nặng.	- Khi cố định ống thông tiểu phải chừa khoảng cách cử động. - Túi chứa nước tiểu phải có phần xả, nên xả nước tiểu mỗi phiên trực hoặc sớm hơn khi nước tiểu đầy 1/2 - 2/3

Biến chứng	Nguyên nhân	Xử trí – Phòng ngừa
		túi.
5. Dò niệu đạo	- Do cố định ống không đúng vị trí.	- Đặt dương vật người bệnh hướng lên bên và cố định ống ở vùng bên.
6. Hẹp niệu đạo	- Tổn thương niêm mạc niệu đạo tạo sẹo hẹp niệu đạo.	- Tùy theo mức độ tổn thương, vị trí của bệnh mà ta có cách xử trí khác nhau. Trường hợp hẹp niệu đạo có viêm nhiễm tiến triển thành áp-xe, rò nước tiểu và bí đái cấp tính, phải mở thông bàng quang dẫn lưu nước tiểu ra da, điều trị hết viêm nhiễm bằng kháng sinh đồ hay kháng sinh liều cao..
7. Sỏi bàng quang	- Thời gian lưu ống quá lâu. - Người bệnh uống nước ít.	- Thời gian lưu ống tùy theo chất liệu của ống sonde và tình trạng người bệnh. - Trong thời gian đặt thông tiểu nếu không có chống chỉ định nên cho người bệnh uống nhiều nước.
8. Teo bàng quang	- Đặt thông tiểu lưu lâu ngày.	- Nếu không cần theo dõi nước tiểu mỗi giờ, ta nên khoá dây dẫn nước tiểu và xả ra mỗi 3h/1 lần để tập cho bàng quang hoạt động.
9. Nhiễm trùng huyết	- Nhiễm trùng đường niệu do đặt thông tiểu.	- Tránh để nhiễm trùng đường niệu với các biện pháp trên.

1.10. Các nghiên cứu trong và ngoài nước.

1.10.1. Trên thế giới.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) TSLTTTL là một bệnh phổ biến ở nam giới từ sau tuổi trung niên, tỷ lệ mắc bệnh tăng lũy tiến theo tuổi, có trên 50% nam giới ở độ tuổi từ 60 - 70 tuổi bị TSLTTTL, tỷ lệ này lên từ 85- 88% ở người 80 tuổi trở lên,[8],[9]. TSLTTTL là bệnh lý thường gặp ở nam giới lớn tuổi. Theo thống kê của Wei và cộng sự, ở Mỹ bệnh chiếm tỷ lệ 75% nam giới trong tuổi 70-80 [55].

Các nghiên cứu về chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang cũng chỉ ra rằng tỉ lệ các biến chứng khá cao, gặp từ 8-14%. Trong đó biến chứng chảy máu sau phẫu thuật nội soi TSLTTTL chiếm tỉ lệ khá cao 22% số ca, và chủ yếu gặp trong 24h đầu [55], [56].

1.10.2. Tại Việt Nam

Những năm 40 thế kỷ trước, Hồ Đắc Di, Tôn Thất Tùng chỉ gặp 3-4 trường hợp/ năm thì nay số người bệnh này chiếm vị trí số 2 trong bệnh đường tiết niệu, sau bệnh sỏi tiết niệu.

Theo kết quả nghiên cứu của Trần Đức Hòa ở Việt Nam, tỷ lệ bệnh u lành tính tuyến tiền liệt là khoảng 50% nam giới trên 50 tuổi; 60 là 60%, 70 là 70% và trên 80 là 100% [6]. Qua số liệu thống kê của Đỗ Phú Đông bệnh viện Việt Tiệp 30 năm (1957- 1988) có 400 người bệnh được điều trị, chia ra 10 năm một để so sánh thì số người bệnh 10 năm sau gấp 10 năm trước là khoảng 2,5 lần [4].

Nghiên cứu 50 bệnh nhân u xơ tiền liệt tuyến đến khám và điều trị tại Bệnh Viện Thị Xã Hương Trà năm 2012. Nhóm nghiên cứu đã rút ra một số kết luận sau: U xơ tiền liệt tuyến trong nghiên cứu phân bố theo tuổi, từ 45 - 55 tuổi chiếm tỉ lệ 2,5%; từ 55 - 65 tuổi chiếm tỉ lệ 12,5%; từ 65 đến 75 tuổi chiếm tỉ lệ 30%; từ 75 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ 55%. U xơ tiền liệt tuyến ở bệnh nhân lao động trí óc chiếm tỉ lệ 55%; lao động chân tay chiếm tỉ lệ 45% ($p>0,05$), [16].

Tỷ lệ nhiễm khuẩn dẫn lưu đường tiết niệu vẫn còn rất cao, theo nghiên cứu của Nguyễn Công Thành và cộng sự năm 2013 có 15,2 % nhiễm khuẩn, đặc biệt tỷ lệ này là nhiễm khuẩn bệnh viện sau khi đặt dẫn lưu bàng quang tại bệnh viện [15]. Trong nghiên cứu của Lê Thị Bình tại bệnh viện Bạch Mai năm 2004 tỷ lệ này là 23,54% [2]. Do đó việc nâng cao hiệu quả trong chăm sóc bàng quang là rất cần thiết.

Tại Việt Nam đã có rất nhiều nghiên cứu về TSLTTTL, tuy nhiên những nghiên cứu của Điều dưỡng về chăm sóc trên đối tượng này thì hầu như rất ít, và đặc biệt là nghiên cứu về chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang sau mổ. Trong khi vai trò của dẫn lưu này là rất lớn trong kiểm soát người bệnh sau mổ và những biến chứng có thể xảy ra.

1.11. Thực trạng công tác chăm sóc sau mổ nội soi TSLTTTL

Hiện tại có rất ít số liệu, nghiên cứu về thực trạng chăm sóc tại Việt Nam, hầu hết là những khảo sát nhỏ cả cũng đánh giá chưa chi tiết về quá trình chăm sóc của người bệnh. Theo một khảo sát của Đậu Thị Hiền đầu năm 2017 tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh cho thấy rằng:

- Chăm sóc người bệnh tại phòng hồi tỉnh đạt: 83%
- Theo dõi 24 giờ đầu:
 - + Điều dưỡng nhận định đúng và đủ tình trạng người bệnh đạt tốt: 66%.
 - + Điều dưỡng theo dõi dấu hiệu sinh tồn tốt cho người bệnh đạt: 83%.
 - + Điều dưỡng thực hiện y lệnh thuốc, lấy máu xét nghiệm, lập bảng theo dõi dịch vào- ra đạt kết quả cao: 100%.
 - + Tập cho người bệnh vận động sớm tốt chỉ đạt: 33%
- Theo dõi các ngày sau:
 - + Tình trạng chảy máu sau phẫu thuật: Điều dưỡng nhận định người bệnh đúng và đủ đạt: 66%; Điều dưỡng đo dấu hiệu sinh tồn tốt cho người bệnh đạt: 83%; Điều dưỡng kiểm tra, theo dõi dịch rửa bàng quang và xử trí người bệnh có hội chứng nhiễm khuẩn đạt: 100%; theo dõi hội chứng nội soi: 83% Điều dưỡng báo phẫu thuật viên để xử trí kịp thời cho người bệnh; người bệnh có hội chứng rối loạn đường tiêu sau khi rút ống thông có 17% Điều dưỡng biết cách xử trí; chuẩn bị người bệnh trước tiến hành bơm rửa bàng quang đạt 83%.
- Điều dưỡng giáo dục sức khỏe tốt đạt: 34%.

- Những khó khăn trong quá trình chăm sóc: Sự quá tải bệnh viện, nhân lực chăm sóc còn yếu, còn thiếu, trình độ đầu vào không đồng đều, chủ yếu điều dưỡng trung học, chế độ đãi ngộ còn hạn chế. Bệnh viện chưa có phòng truyền thông để người bệnh tiếp cận gần với nhân viên y tế

- Nhận thức của điều dưỡng về chăm sóc: 83% điều dưỡng chưa được tập huấn lần nào; khi hỏi mục đích ý nghĩa chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật nội soi trả lời tốt đạt 50% còn 50% đạt ở mức độ trung bình.

Thực trạng chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật còn nhiều hạn chế do đó cần có những giải pháp để tăng cường công tác chăm sóc người bệnh, dự phòng, phát hiện sớm và xử trí kịp thời.

1.12. Vài nét về địa điểm nghiên cứu.

- Nghiên cứu được tiến hành tại khoa ngoại Thận tiết niệu bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình- bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình là đơn vị sự nghiệp có thu. Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình nằm ở phía tây nam thành phố, gần quốc lộ 1A, đường Tuệ Tĩnh, Phường Nam Thành, TP Ninh Bình, tỉnh Ninh Bình.

- Bệnh viện thực hiện 7 chức năng nhiệm vụ do Bộ y tế quy định, có nhiệm vụ khám cho hơn 1 triệu người dân trong và ngoài tỉnh.

- Bệnh viện thiết kế hiện đại bao gồm 6 phòng mổ, hệ thống áp lực dương tại khu phẫu thuật.

- Tổng số nhân viên của bệnh viện là khoảng 740 người, cơ cấu bệnh viện bao gồm 38 khoa phòng.

- Bệnh viện gồm 7 khoa hệ ngoại (Ngoại tổng hợp, Ngoại Thận tiết niệu, Chấn thương, Ung bướu, Gây mê hồi sức, Tai mũi họng, Răng hàm mặt). Trong khuôn khổ đề tài này chúng tôi chỉ nghiên cứu tại khoa Ngoại Thận tiết niệu.

- Tại khoa ngoại thận tiết niệu, NB chủ yếu là sỏi đường tiết niệu chiếm khoảng 60-70% tổng số bệnh nhân, sau đó là đến TSLTTTL. NB TSLTTTL được khoa khám bệnh chuyển về khoa và đăng ký lịch mổ tại khoa. NB được đặt thông tiểu trước khi mổ để thông tiểu trong những trương hợp bí tiểu hoàn toàn. Sau khi mổ nội soi, bệnh nhân được chuyển trở lại khoa và phân vào các buồng hậu phẫu, với tình trạng đã đặt dẫn lưu niệu đạo bàng quang và có rửa liên tục để tránh tắc dẫn lưu. NB điều trị hậu phẫu từ 4-7 ngày tùy theo tình trạng người bệnh. Trung bình có khoảng 120- 150 người bệnh phẫu thuật nội soi TSLTTTL trong một năm.

- Khoa Thận tiết niệu là khoa mới tách ra khỏi ngoại chung nên số điều dưỡng không nhiều (14 điều dưỡng), được phân vào các buồng chăm sóc khác nhau và hầu như tất cả các Điều dưỡng đều có cơ hội chăm sóc người bệnh hậu phẫu TSLTTTL.

Thư viện số NDUN

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người điều dưỡng trực tiếp chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật nội soi TSLTTTL đang điều trị tại khoa ngoại Thận tiết niệu bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người điều dưỡng trực tiếp chăm sóc người bệnh mổ nội soi TSLTTTL đang điều trị tại khoa ngoại Thận tiết niệu trong thời gian nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người điều dưỡng, người bệnh không đồng ý tham gia.
- Người điều dưỡng không trực tiếp chăm sóc người bệnh
- Người bệnh không đặt dẫn lưu bàng quang

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 02 đến tháng 05 năm 2017
- Địa điểm: Khoa ngoại Thận tiết niệu- Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

a) Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ người bệnh đáp ứng đủ các tiêu chí lựa chọn tham gia vào nghiên cứu từ tháng 02 đến tháng 05 năm 2017.

Đối với người điều dưỡng trực tiếp chăm sóc: Lấy toàn bộ điều dưỡng trực tiếp chăm sóc cho số người bệnh trên.

b) Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Các phương pháp thu thập số liệu được sử dụng trong nghiên cứu này là: Quan sát trực tiếp và sử dụng hồ sơ bệnh án.

Sau khi đã được sự đồng ý của Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định và bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình, khoa được chọn, nhà nghiên cứu gặp đối tượng nghiên cứu phù hợp, thông báo về mục đích và nội dung của nghiên cứu đồng thời ký bản đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Thực trạng chăm sóc dẫn lưu niệu đạo – bàng quang:

- Người bệnh được chọn sẽ được thông báo và xin phép được nghiên cứu trước khi phẫu thuật.

- Sau phẫu thuật, nghiên cứu viên sẽ thu thập các thông tin về người bệnh trong hồ sơ bệnh án, như tên, tuổi, nghề nghiệp, phương pháp mổ và chỉ định sau phẫu thuật.

- Nghiên cứu viên sẽ tiến hành quan sát kín không tham gia toàn bộ quá trình chăm sóc trên người bệnh này trong thời gian nằm viện, dựa trên bộ công cụ đánh giá về thực trạng chăm sóc người bệnh. Người bệnh sau 24 giờ phẫu thuật sẽ được theo dõi đánh giá chăm sóc hoàn toàn 24h. Vì những trong giai đoạn này có nhiều chăm sóc cần thực hiện nhất và cũng có nhiều biến chứng cần phát hiện sớm. Những ngày sau điều dưỡng chủ yếu chỉ chăm sóc người bệnh trong giờ hành chính, nên công tác theo dõi chăm sóc cũng giảm, chủ yếu trong giờ hành chính.

- Công tác lấy số liệu sẽ được tiến hành đến khi người bệnh ra viện. Trong đó theo dõi chăm sóc dẫn lưu đến khi rút dẫn lưu và sau đó là các biến chứng sau khi rút như nhiễm khuẩn, tổn thương niệu đạo, đái rắt...

- Người điều dưỡng chăm sóc người bệnh nào sẽ được mã hoá cho người điều dưỡng đó.

- Phần chăm sóc này có sự hỗ trợ của các cộng tác viên là những sinh viên Cao đẳng năm thứ 3 và là những người có kinh nghiệm trong thực hành và được tập huấn trong quá trình thu thập số liệu. Điều tra viên sẽ được tập huấn về kỹ năng phỏng vấn, giao tiếp với người bệnh cũng như điều dưỡng, cách quan sát và đánh giá quy trình chăm sóc người bệnh sau mổ. Tháng đầu tiên cộng tác viên phối hợp cùng nhà nghiên cứu để thu thập số liệu, từ tháng thứ 2 sau khi nhà nghiên cứu đánh giá cộng tác viên có đủ khả năng thu thập số liệu sẽ để cộng tác viên tự thu thập.

Thông tin về người điều dưỡng

- Sau khi công việc lấy số liệu trên NB kết thúc, người điều dưỡng sẽ được phát phiếu tự điền về các thông tin chung, về kiến thức trong chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang sau phẫu thuật nội soi TSLTTTL và những rào cản mà người điều dưỡng gặp phải trong quá trình chăm sóc dẫn lưu.

- Phần này sẽ được nhà nghiên cứu thu thập hoàn toàn.

2.6. Các biến số nghiên cứu.

Thông tin chung:

- Người điều dưỡng: Tuổi, giới tính, trình độ học vấn, số năm công tác trong chăm sóc người bệnh, vị trí công tác, thời gian làm việc hàng ngày, thời gian chăm sóc NB hàng ngày, thời gian cho những công việc khác.

- Người bệnh: Tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, chẩn đoán, thời gian rút dẫn lưu, thời gian nằm viện, các biến chứng.

Phần đánh giá này được xây dựng bởi tác giả và sẽ thu thập dựa trên quan sát trực tiếp phỏng vấn người điều dưỡng, người bệnh cũng như hồ sơ bệnh án.

Thực trạng theo dõi chăm sóc dẫn lưu của điều dưỡng:

- Chăm sóc dẫn lưu là các chăm sóc hàng ngày của người điều dưỡng liên quan đến dẫn lưu sau phẫu thuật, từ lúc bắt đầu đặt dẫn lưu đến lúc rút dẫn lưu, bao gồm chăm sóc trực tiếp, theo dõi biến chứng, thực hiện y lệnh, giáo dục sức khỏe.

- Bộ công cụ này được xây dựng dựa trên những khuyến cáo chăm sóc sau phẫu thuật TSLTTTL [21],[36],[40]. Bộ công cụ này gồm 11 mục, đánh giá những chăm sóc thiết yếu của điều dưỡng trong quá trình chăm sóc như thực hiện y lệnh, nhận định người bệnh - nước tiểu, dự phòng, theo dõi nhiễm khuẩn và tư vấn cho người bệnh liên quan đến dẫn lưu nước tiểu.

- Nhận định người bệnh và ống dẫn lưu: Phần này người Điều dưỡng cần thực hiện được các nội dung sau: Nhận định toàn trạng; kiểm tra ống dẫn lưu: Độ sâu của ống, cố định ống dẫn lưu, vị trí túi dẫn lưu. Điểm đạt khi thực hiện được cả hai nội dung.

- Điều dưỡng đánh giá tính chất nước tiểu: Màu sắc, số lượng, thành phần nước tiểu. Điểm đạt khi thực hiện được toàn bộ nội dung.

- Điều dưỡng đánh giá lưu thông nước tiểu qua ống dẫn lưu: Điều dưỡng kiểm tra ống dẫn lưu có thông không bằng cách kiểm tra túi đựng, hỏi NB về cảm giác bí tiểu, căng tức và kiểm tra có cầu bàng quang hay không. Điểm đạt khi thực hiện được nội dung.

- Điều dưỡng thực hiện đúng y lệnh: Y lệnh được điều tra viên kiểm tra tại hồ sơ bệnh án và so sánh với nội dung mà điều dưỡng đã thực hiện. Điểm đạt nếu thực hiện toàn bộ y lệnh. Trong đó thực hiện rửa bàng quang liên tục được đánh giá đạt khi

người điều dưỡng thực hiện đúng chỉ định về tốc độ rửa, thuốc kết hợp, thời gian rửa qua forley 3 chạc.

- Điều dưỡng thực hiện theo dõi nước tiểu trong 24h: Điều dưỡng theo dõi số lượng và tính chất nước tiểu trong 24h bằng bảng theo dõi dịch vào - ra 24h. Điểm đạt khi có thực hiện nội dung.

- Điều dưỡng thực hiện thay băng/ vệ sinh chân dẫn lưu. Nội dung này điều dưỡng thực hiện theo bảng kiểm (phụ lục 2), điểm đạt khi điều dưỡng thực hiện được 100% các bước trong bảng kiểm.

- Điều dưỡng cố định túi nước tiểu đảm bảo kín, một chiều: Túi nước tiểu được cố định tại vị trí chắc chắn, thấp hơn vị trí dẫn lưu, không bị rò dịch. Điểm đạt khi có thực hiện nội dung.

- Giáo dục sức khoẻ: Người Điều dưỡng giáo dục các nội dung về chế độ vệ sinh sạch sẽ vùng sinh dục, toàn thân, chế độ dinh dưỡng, chế độ vận động nhẹ nhàng và giải thích cho người bệnh hiểu về bệnh, không lo lắng trong quá trình nằm viện. Điểm đạt khi có thực hiện nội dung.

Bộ công cụ này được thu thập qua quan sát trực tiếp, hồ sơ chăm sóc hoặc phỏng vấn người điều dưỡng. Điểm đánh giá ở hai mức Đạt: 1 điểm và không đạt hoặc không làm: 0 điểm cho từng tiêu chí đánh giá. Điểm càng cao thì mức chăm sóc càng lớn.

Bộ công cụ này đã được kiểm tra bằng chỉ số nội dung (Content Validity Index). Năm chuyên gia về điều dưỡng đã được kiểm tra tính hợp lệ của nội dung, tính phù hợp của ngôn ngữ và các tiêu chí để chấm điểm cho toàn bộ bảng công cụ. Bảng câu hỏi đã được sửa đổi dựa trên ý kiến đóng góp của các chuyên gia.

Bộ công cụ này đánh giá bằng quan sát kín không tham gia và kiểm tra hồ sơ chăm sóc, bệnh án. Số liệu được thu thập trong toàn bộ số ngày nằm viện sau phẫu thuật của người bệnh và trên một điều dưỡng chăm sóc, từ đó tính điểm trung bình trong của các ngày chăm sóc trên cùng một NB.

Kiến thức của người Điều dưỡng về chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang sau phẫu thuật mô nội soi TSLTTTL

Kiến thức về chăm sóc dẫn lưu sau phẫu thuật, gồm những kiến thức về vai trò của dẫn lưu, vai trò của chăm sóc, theo dõi và các nội dung cần chăm sóc dẫn lưu sau phẫu thuật.

Bộ câu hỏi khảo sát về kiến thức chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang trên người bệnh phẫu thuật TSLTTTL được xây dựng dựa trên những khuyến cáo về các tiêu chí người điều dưỡng cần phải có khi thực hiện chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang và tiền liệt tuyến [21],[29],[36],[40],[44]. Bộ câu hỏi đánh giá các nội dung về bệnh tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, vai trò của dẫn lưu sau phẫu thuật, các biến chứng của đặt dẫn lưu và các chăm sóc cần thiết.

Bộ công cụ này được thu thập qua tự đánh giá của người điều dưỡng. Điểm đánh giá ở hai mức Đạt: 1 điểm và không đạt: 0 điểm cho từng tiêu chí đánh giá. Điểm càng cao thì kiến thức càng lớn, điểm đạt ở mức từ 70% trở lên theo khuyến cáo của một số tác giả khi xây dựng các bộ công cụ về kiến thức [57].

Bộ câu hỏi này đã được kiểm tra bằng chỉ số nội dung (Content Validity Index). Năm chuyên gia về điều dưỡng đã được kiểm tra tính hợp lệ của nội dung, tính phù hợp của ngôn ngữ và các tiêu chí để chấm điểm cho toàn bộ bộ câu hỏi. Bảng câu hỏi đã được sửa đổi dựa trên ý kiến đóng góp của các chuyên gia. Bộ công cụ có chỉ số CVI = 0.76 và độ tin cậy (Reliability) với KR-20 = 8.1.

Rào cản trong quá trình chăm sóc

Rào cản trong chăm sóc là những khó khăn, những cản trở làm ảnh hưởng tiêu cực đến quá trình chăm sóc dẫn lưu của người điều dưỡng.

Bộ công cụ này được xây dựng dựa trên những khuyến cáo về những khó khăn trong chăm sóc người bệnh [33],[36] và bằng bộ câu hỏi mở. Bộ công cụ này được thu thập bằng cách tự đánh giá của điều dưỡng. Sau khi thu thập số liệu, người điều dưỡng sẽ thống kê các rào cản, mỗi rào cản được đánh giá ở 2 mức có và không, nếu có được đánh giá ở mức 1 điểm, điểm càng lớn số rào cản càng cao.

2.7. Các khái niệm thang đo, tiêu chuẩn và tiêu chí đánh giá.

Thực trạng theo dõi chăm sóc dẫn lưu của điều dưỡng

Chăm sóc dẫn lưu là các chăm sóc hàng ngày của người điều dưỡng liên quan đến dẫn lưu sau phẫu thuật, từ lúc bắt đầu đặt dẫn lưu đến lúc rút dẫn lưu, bao gồm chăm sóc trực tiếp, theo dõi biến chứng, thực hiện y lệnh, giáo dục sức khỏe

Bộ công cụ này được thu thập qua quan sát trực tiếp, hồ sơ chăm sóc hoặc phỏng vấn người điều dưỡng. Điểm đánh giá ở hai mức Đạt: 1 điểm và không đạt hoặc không làm: 0 điểm cho từng tiêu chí đánh giá. Điểm càng cao thì mức chăm sóc càng lớn.

Kiến thức của người Điều dưỡng về chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang sau phẫu thuật mổ nội soi TSLTTTL

Bộ công cụ này được thu thập qua tự đánh giá của người điều dưỡng. Điểm đánh giá ở hai mức Đạt: 1 điểm và không đạt: 0 điểm cho từng tiêu chí đánh giá. Điểm càng cao thì kiến thức càng lớn, điểm đạt ở mức từ 70% trở lên theo khuyến cáo của một số tác giả khi xây dựng các bộ công cụ về kiến thức

Rào cản trong quá trình chăm sóc

Bộ công cụ này được thu thập bằng cách tự đánh giá của điều dưỡng. Sau khi thu thập số liệu, người điều dưỡng sẽ thống kê các rào cản, mỗi rào cản được đánh giá ở 2 mức có và không, nếu có được đánh giá ở mức 1 điểm, điểm càng lớn số rào cản càng cao.

2.8. Phương pháp phân tích số liệu

- Số liệu sau khi thu thập sẽ được tổng hợp dưới 2 dạng: Theo người Điều dưỡng và theo người bệnh. Người điều dưỡng chăm sóc NB nào thì sẽ được so sánh với người bệnh đó. Với người bệnh sẽ được phân tích theo toàn bộ thời gian nằm viện sau đó tính điểm trung bình theo ngày. Với người điều dưỡng sẽ được tính theo số NB chăm sóc và số ngày chăm sóc.

- Sử dụng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 22.0 để phân tích.

- Phân tích mô tả: Các biến số về thông tin chung, Điều dưỡng thực hiện quy trình đặt dẫn lưu bàng quang cho người bệnh, thực trạng theo dõi chăm sóc dẫn lưu của điều dưỡng và hiệu quả điều trị:

- Phân tích mối tương quan (Pearson correlation): Xác định mối tương quan của các biến số nghiên cứu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$.

2.9. Đạo đức trong nghiên cứu

- Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu chỉ nhằm mục đích sử dụng cho nghiên cứu này.

- Nghiên cứu được thực hiện khi có sự đồng ý của Lãnh đạo bệnh viện

- Các đối tượng được mời tham gia nghiên cứu có quyền từ chối nếu không đồng ý.

- Quá trình nghiên cứu không gây ảnh hưởng đến sức khỏe con người và môi trường.

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

2.10.1. Hạn chế

- Đánh giá chăm sóc chỉ dừng lại ở mức có làm hay không mà chưa đánh giá chi tiết từng kỹ thuật.

- Hiện tại các nghiên cứu về thực trạng chăm sóc còn hạn chế ở Việt Nam, mà chủ yếu là các cuộc đánh giá sơ bộ và báo cáo nội bộ, nên nguồn tài liệu so sánh là rất hạn chế.

2.10.2. Sai số trong quá trình thu thập số liệu

- Nguyên nhân:

+ Do đối tượng điều tra không thoải mái trong việc bày tỏ quan điểm khi được phỏng vấn vì nhiều lý do.

+ Số liệu lấy tại nhiều thời điểm, nên nghiên cứu viên khó quan sát được hết tất cả những kỹ thuật chăm sóc.

- Cách khắc phục

+ Điều tra viên cần tạo mối quan hệ tốt với đối tượng phỏng vấn, kiên trì, tử mỹ trong quá trình thu thập số liệu.

+ Điều tra viên được tập huấn kỹ thuật trước khi thu thập, điều tra viên có điều kiện để theo dõi quá trình chăm sóc.

2.10.3. Sai số trong quá trình phân tích, xử lý số liệu

- Cách hạn chế:

+ Thống nhất giữa các thành viên trong việc nhập số liệu.

Chương 3
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 2/2017 đến tháng 5/2017 chúng tôi tiến hành nghiên cứu thực trạng công tác chăm sóc dẫn lưu bàng quang của 14 điều dưỡng trên 42 người bệnh được phẫu thuật nội soi TSLTTTL kết quả thu được như sau.

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1 Thông tin chung về người bệnh (n = 42)

Thông tin chung về ĐTNC (người bệnh)		Tần số (n = 42)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	<60	3	5,4
	60- 69	12	21,4
	70- 79	12	21,4
	>79	15	26,8
Trình độ học vấn	Tiểu học, trung học cơ sở	1	2,4
	Phổ thông trung học	9	21,4
	Trung cấp, cao đẳng	30	71,4
	Đại học, sau đại học	2	4,8
Nghề nghiệp	Nông dân	12	28,5
	Cán bộ, công nhân, viên chức	2	4,8
	Lao động tự do	9	21,4
	Hưu trí	19	45,3

Nhận xét: Người bệnh chủ yếu là người cao tuổi chiếm tỷ lệ 94,6%, trong đó hưu trí chiếm 45,3% và cán bộ, công nhân viên chức còn đang làm việc 4,8%. Trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên là 76,2%.

Bảng 3.2: Thời gian rút dẫn lưu và thời gian nằm viện của người bệnh (n = 42)

	Khoảng giá trị (ngày)		Trung bình (n = 42)	Độ lệch chuẩn
	Thấp	Cao		
Thời gian rút dẫn lưu	3	6	4,48	0,89
Thời gian nằm viện	4	8	5,81	0,86

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình của người bệnh tính từ sau phẫu thuật mổ TSLTTTL là 5,81 ngày. Sau mổ dẫn lưu niệu đạo bàng quang lưu từ 3 đến 6 ngày với trung bình 4,48 ngày, độ lệch chuẩn 0,89.

Bảng 3.3: Thông tin về các biến chứng trong và sau khi rút dẫn lưu (n = 42)

	Tần số (n = 42)	Phần trăm %
Bí tiểu sau khi rút dẫn lưu	10	23,7
Nhiễm khuẩn	4	9,5
Tiểu buốt	12	28,6
Đi tiểu nhiều lần/ ngày	11	26,2

Nhận xét: Sau khi rút dẫn lưu người bệnh vẫn có những biến chứng như tiểu buốt (28,6%); nhiễm khuẩn (9,5%); bí tiểu (23,7%) và tiểu nhiều lần trong ngày do không hoặc ít kẹp dẫn lưu (26,2%).

Bảng 3.4 Thông tin chung về giới và trình độ chuyên môn của người Điều dưỡng (n = 14)

Thông tin chung về ĐTNC		Tần số (n= 14)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nữ	14	100
Trình độ chuyên môn	Trung cấp	8	57,1
	Cao đẳng	1	7,1
	Đại học	5	35,7

Nhận xét: Trình độ chuyên môn ở mức trung cấp rất cao, chiếm tỷ lệ 57,1%, trong khi tỉ lệ trình độ điều dưỡng là đại học chỉ chiếm 35,7%.

Bảng 3.5 Thông tin về tuổi, số năm công tác của người điều dưỡng (n = 14)

	Trung bình	Cao nhất	Thấp nhất
Tuổi	31,8	49	25
Năm công tác	8,5	26	02

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của điều dưỡng là khá trẻ với trung bình 31,8, tuổi cao nhất là 49. Số năm công tác thấp nhất là 2 và cao nhất là 26.

3.2. Các biến số nghiên cứu

Bảng 3.6: Phân loại kiến thức của người điều dưỡng về chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang trên người bệnh TSLTTTL

Phân loại kiến thức	Tần số (n = 14)	Phần trăm %
Không đạt	4	28,6
Đạt	10	71,4
Tổng	14	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ người điều dưỡng đạt kiến thức về chăm sóc dẫn lưu là rất cao chiếm 71,4%. Trong khi đó kiến thức không đạt chiếm 28,6%

Bảng 3.7: Mối liên quan giữa trình độ chuyên môn và kiến thức.

		Phân loại kiến thức	
		Đạt	Không đạt
Trình độ	Trung cấp	5	3
	Cao đẳng	1	0
	Đại học	4	1

Nhận xét: Kiến thức không đạt chủ yếu là ở các điều dưỡng trung cấp.

Bảng 3.8: Những rào cản trong quá trình chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang trên người bệnh TSLTTTL

Những khó khăn trong quá trình chăm sóc	Tỷ lệ	Phần trăm %
1. Khối lượng công việc lớn	13	92,9
2. Ít thời gian giành cho chăm sóc	9	64,3
3. Không được tập huấn thường xuyên	5	35,7
4. Khó khăn về cơ sở vật chất	5	35,7
5. Chưa có tài liệu hướng dẫn chăm sóc cụ thể	6	42,9
6. Thiếu kiểm tra, giám sát của các cấp quản lý	1	7,1

Nhận xét: 92,9% điều dưỡng nhận định là khối lượng công việc quá nhiều làm cho chất lượng chăm sóc giảm. Sau đó là bố trí thời gian cho chăm sóc ít. Thiếu tài liệu hướng dẫn chăm sóc chi tiết cho người bệnh.

Bảng 3.9: Thực trạng chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang trên người bệnh TSLTTTL (n = 42)

Nội dung chăm sóc	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Tần số	Phần trăm %
1. Điều dưỡng nhận định người bệnh và ống dẫn lưu.	0,93	0,27	13	92,9
2. Điều dưỡng đánh giá tính chất nước tiểu.	0,57	0,51	8	57,1
3. Điều dưỡng đánh giá lưu thông nước tiểu qua ống dẫn lưu.	0,64	0,49	9	64,3
4. Điều dưỡng thực hiện đúng y lệnh (bơm rửa, bơm thuốc...).	1,0	0,0	14	100
5. Điều dưỡng thực hiện theo dõi nước tiểu trong 24h.	0,29	0,47	4	28,6

Nội dung chăm sóc	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Tần số	Phần trăm %
6. Điều dưỡng thực hiện thay băng/ vệ sinh chân dẫn lưu.	0,86	0,47	12	85,7
7. Điều dưỡng cố định túi nước tiểu đảm bảo kín, một chiều.	1,0	0,00	14	100
8. Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh về đảm bảo vô khuẩn giữ vệ sinh sạch sẽ.	0,29	0,47	4	28,6
9. Điều dưỡng tư vấn về chế độ dinh dưỡng.	0,29	0,47	4	28,6
10. Điều dưỡng hướng dẫn chế độ vận động nhẹ nhàng.	0,79	0,43	11	78,6
11. Điều dưỡng tư vấn/ giải thích để người bệnh không lo lắng về bệnh, yên tâm điều trị.	0,43	0,51	6	42,9

Nhận xét: 100% Điều dưỡng thực hiện đúng y lệnh và cố định túi nước tiểu đảm bảo kín, một chiều. 92,9% Điều dưỡng có nhận định người bệnh và ống dẫn lưu. Tuy nhiên chăm sóc về tư vấn giáo dục sức khỏe còn hạn chế với 28,6% có thực hiện.

Bảng 3.10: So sánh giữa các lần thực hiện chăm sóc (n = 42).

So sánh giữa các ngày thực hiện	Trung bình	SD	p
---------------------------------	------------	----	---

1. Ngày 1- Ngày 2	0.36	0.91	0.01
2. Ngày 1- Ngày 3	0.93	1,04	<0.001
3. Ngày 2- Ngày 3	0.57	0.99	0.001

Nhận xét: Có sự khác biệt giữa 3 ngày thực hiện chăm sóc trên người bệnh khác nhau với $p < 0,05$.

3.3. Mối liên quan của các biến số nghiên cứu

Bảng 3.11: Mối liên quan giữa thực hiện chăm sóc của điều dưỡng với hiệu quả điều trị và một số biến chứng trên người bệnh (n = 42)

Biến	1	2	3	4	5	6
1. Điểm thực hành chăm sóc	.					
2. Thời gian rút dẫn lưu	-.58**					
3. Thời gian nằm viện	-.64***	.725***	.			
4. Tỷ lệ biến chứng nhiễm khuẩn	-.54***	.47**	.549***	.		
5. Tỷ lệ biến chứng Tiêu buốt	-.64***	.56***	.51**	.33*	.	
6. Tỷ lệ biến chứng tiểu nhiều	-.38*	-.38*	.23	.45**	.18	.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

Nhận xét: Kết quả cho thấy có mối liên quan nghịch giữa thực trạng chăm sóc và hiệu quả điều trị, khi chăm sóc càng thấp thì các biến chứng tăng và thời gian nằm viện cũng lâu hơn.

Bảng 3.12: Mối tương quan giữa thực hiện chăm sóc với một số đặc điểm trong công tác của điều dưỡng (n = 14)

Biến	1	2	3	4	5	6
1. Điểm thực hành chăm sóc	.					

2. Tuổi	0,13	.				
3. Trình độ chuyên môn	0,78**	-0,11	.			
4. Năm công tác	0,24	0,96**	-0,04	.		
5. Kiến thức	0,70**	0,04	0,76**	0,96	.	
6. Rào cản	-.77**	0,13	-0,58*	-0,23	-0,58*	.
* $p < .05$; ** $p < .01$;						

Nhận xét: Kết quả cho thấy rằng các biến: Trình độ, kiến thức và rào cản có mối tương quan với thực hiện chăm sóc, trong đó trình độ chuyên môn có mối tương quan lớn nhất với $r = .78$, $p < 0.01$. Trong đó những rào cản trong quá trình chăm sóc có mối liên quan nghịch.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

Bệnh tăng sản lành tính tuyến tiền liệt là nguyên nhân chính gây rối loạn tiểu tiện và gây nhiều biến chứng do tắc dòng nước tiểu ở nam giới lúc tuổi bắt đầu cao. Rối loạn tiểu tiện thường hay gặp trong NB TSLTTTL. Khi rối loạn tiểu tiện thường mang đến cho NB cảm giác mệt mỏi, khó khăn trong việc đi tiểu tiện, vì người bệnh phải đi tiểu nhiều lần trong 24h làm cho mọi sinh hoạt của NB bị thay đổi đặc biệt là về đêm [30].

Vai trò chăm sóc dẫn lưu bàng quang của Điều dưỡng là một trong những khâu cốt lõi nhằm mang lại hiệu quả trong quá trình điều trị của người bệnh sau phẫu thuật TSLTTTL. Dẫn lưu bàng quang có nhiều vai trò rất lớn trong phẫu thuật cũng như kiểm soát tình trạng rối loạn tiểu tiện và theo dõi các biến chứng sau phẫu thuật. Nhưng cũng có nhiều biến chứng có thể xảy ra trong quá trình chăm sóc như: Chảy máu gây tắc, tổn thương niệu đạo, nhiễm khuẩn ngược dòng đường tiết niệu. Chăm sóc NB sau phẫu thuật nội soi TSLTTTL cũng giống như các NB sau phẫu thuật khác. Việc theo dõi chăm sóc nhằm nâng cao kết quả điều trị, rút ngắn ngày điều trị, tránh các biến chứng nhiễm trùng, tụt ống thông, tắc ống thông và chảy máu. Nghiên cứu này thực hiện với mục đích tìm hiểu thực trạng chăm sóc và các yếu tố ảnh hưởng đến chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang, để từ đó đưa ra những can thiệp phù hợp nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

Nghiên cứu về thực trạng chăm sóc có thể nói là khá mới ở Việt Nam, vì hầu như các báo cáo thực trạng là báo cáo đánh giá của Phòng điều dưỡng nằm ở mức chung chung và lưu hành nội bộ do đó rất khó có thể tìm ra các thông tin về vấn đề chăm sóc người bệnh mà đặc biệt là về vấn đề chăm sóc dẫn lưu niệu đạo-bàng quang.

Nghiên cứu được thực hiện trên toàn bộ Điều dưỡng tại khoa ngoại Thận tiết niệu- Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình trong thời gian tháng 2,3,4,5 năm 2017 và trên 42 NB sau phẫu thuật nội soi TSLTTTL. Sau khi phân tích thu được một số kết quả sau.

4.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Thông tin chung về người bệnh

Với đặc thù của bệnh thì toàn bộ người bệnh đều có giới tính Nam và độ tuổi cao với 94,6% trên 60 tuổi. Trong đó hưu trí chiếm 45,3% và cán bộ, công nhân viên chức còn đang làm việc còn rất thấp 4,8%. Kết quả của nghiên cứu này cũng tương tự với các nghiên cứu về TSLTTTL khác ở trong nước cũng như trên thế giới. Như nghiên cứu của Bùi Văn Lệnh - Lê Tuấn Linh (2016) [10], nghiên cứu bệnh viện Thị Xã Hương Trà năm 2012 [16].

Người bệnh chủ yếu là người già nên tỷ lệ hưu trí cũng rất cao chiếm 45,3%. Với độ tuổi này và nghề nghiệp thì hầu như người bệnh có nhiều thời gian để chăm sóc bản thân và cũng có nhiều sự hỗ trợ khác từ phía gia đình. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Chu Thị Hằng (2008), Lê Đình Thao và cộng sự (2012) cho thấy đa phần người bệnh đến khám ở độ tuổi lao động và cao tuổi [16].

Các biến chứng trong quá trình điều trị.

Trong quá trình chăm sóc người bệnh hậu phẫu từ tháng 2 đến tháng 5 năm 2017, vẫn còn những biến chứng xảy ra, cụ thể như nhiễm khuẩn chân dẫn lưu, nhiễm khuẩn niệu đạo là 04 người bệnh, sau khi rút dẫn người bệnh đi tiểu buốt là 28,6%, cũng như đi tiểu nhiều lần trong ngày sau khi rút. Những biến chứng này liên quan trực tiếp đến việc chăm sóc của điều dưỡng khi chăm sóc, đặc biệt là chăm sóc về thay băng hay vệ sinh chân dẫn lưu, và hướng dẫn người bệnh vệ sinh vùng sinh dục. Các biến chứng này cũng đã được khuyến cáo trên thế giới [32],[41],[51].

Thông tin chung về người điều dưỡng

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 14 điều dưỡng và 42 NB. Trong đó 100% điều dưỡng là nữ với tuổi đời từ 25 đến 49, trung bình là 31,8 tuổi. Đây là độ tuổi ổn định trong công việc và có chất lượng chăm sóc tốt với số năm công tác trung bình là 8,5 năm, với độ tuổi này điều dưỡng có đủ sức khỏe về thể chất cũng như tinh thần để hoàn thành tốt công việc. Tuy nhiên cũng có những điều dưỡng mới thực hiện chăm sóc người bệnh được 2 năm. Về độ tuổi và số năm công tác của điều dưỡng cũng tương ứng với các nghiên cứu về người điều dưỡng tại các khoa, bệnh viện khác như Bạch Mai, Việt Đức.

Kết quả về trình độ học vấn của người Điều dưỡng cho thấy rằng, có tới 57,1% Điều dưỡng vẫn ở mức trung cấp, trong khi theo thông thư 26/2015/TTLT- BYT- BNV của Bộ Y tế thì đến năm 2021 sẽ không nhận điều dưỡng trung cấp vào chăm sóc người bệnh, nếu các khoa, bệnh viện vẫn còn sẽ bị điều chuyển công việc. Do đó đây là một thách thức rất lớn với khoa cũng như Bệnh viện trong việc đào tạo cán bộ có đủ trình độ chuyên môn nghiệp vụ phục vụ công tác chăm sóc người bệnh trong khoa.

4.2. Mối liên quan giữa chất lượng chăm sóc và hiệu quả điều trị

Chăm sóc có vai trò rất lớn đối với hiệu quả điều trị của người bệnh hậu phẫu TSLTTTL. Chất lượng chăm sóc sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến số ngày nằm viện, các biến chứng cũng như các chi phí điều trị.

Mối liên quan giữa chăm sóc và các biến chứng

Chăm sóc kém được cho là nguyên nhân chính của những biến chứng và tăng thời gian, chi phí cho người bệnh và làm giảm hiệu quả điều trị [40]. Kết quả của nghiên cứu này cũng cho kết quả tương tự với mối tương quan nghịch với các biến chứng.

Mối liên quan giữa chăm sóc và số ngày rút dẫn lưu và số ngày nằm viện

Kết quả cho thấy rằng có mối liên quan nghịch giữa thực trạng chăm sóc và số ngày rút dẫn lưu và số ngày nằm viện sau phẫu thuật với mối tương quan khá cao với $r = -.58$ và $-.64$ với $p < 0,001$. Nếu chất lượng chăm sóc giảm thì số ngày rút dẫn lưu và ngày ra viện sẽ tăng. Kết quả này cũng tương ứng với các khuyến cáo trên thế giới về mối tương quan giữa chất lượng chăm sóc và hiệu quả điều trị [44],[48],[50].

4.2. Kiến thức của người Điều dưỡng về chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang trên người bệnh hậu phẫu nội soi TSLTTTL.

Trên thế giới cũng như ở Việt Nam, có nhiều nghiên cứu về dẫn lưu niệu đạo bàng quang, tuy nhiên nghiên cứu về chăm sóc dẫn lưu trên người bệnh hậu phẫu mổ nội soi TSLTTTL thì hầu như không có. Và đặc biệt là về kiến thức trong chăm sóc. Kiến thức có vai trò rất quan trọng trong việc ảnh hưởng đến thực hành của người điều dưỡng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ người điều dưỡng đạt kiến thức về chăm sóc dẫn lưu là rất cao 71,4%, tuy nhiên vẫn còn 29,6% điều dưỡng là chưa có kiến thức đúng về chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang trên người bệnh hậu phẫu mổ nội soi TSLTTTL. Trong đó kiến thức đúng chủ yếu trên đối tượng người điều dưỡng có trình độ học vấn là cao đẳng hoặc đại học, điều này cho thấy rằng sự cấp thiết của việc cần phải thường xuyên đào tạo cho điều dưỡng về chăm sóc người bệnh [35].

4.3. Những khó khăn trong quá trình chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang trên NB TSLTTTL.

Thực hành lâm sàng chăm sóc người bệnh nói chung và dẫn lưu niệu đạo bàng quang nói riêng bị ảnh hưởng bởi rất nhiều yếu tố. Nhưng khó khăn này giống như những rào cản ảnh hưởng đến thực hành chăm sóc của người điều dưỡng. Sau khi khảo sát toàn bộ điều dưỡng của khoa Ngoại tiết niệu, kết quả cho thấy rằng, có 92,9% điều dưỡng nhận định là khối lượng công việc quá nhiều làm cho chất lượng chăm sóc giảm. Sau đó là bố trí thời gian cho chăm sóc ít. Ngoài việc trực tiếp chăm sóc người bệnh thì người điều dưỡng cũng có những công việc khác như hành chính: Hồ sơ bệnh án, thủ tục giấy tờ,.. trong khi số lượng NB lại quá tải, dẫn đến tình trạng điều dưỡng thực hiện y lệnh là chính mà không thực hiện các chăm sóc độc lập khác của người điều dưỡng. Đây là vấn đề chung không chỉ của khoa Ngoại tiết niệu mà của tất cả các khoa khác.

Khoa ngoại Thận tiết niệu là đơn vị mới tách ra khỏi khoa Ngoại nên về cơ sở vật chất, những hướng dẫn chăm sóc đặc biệt cho người bệnh ngoại Thận tiết niệu chưa có nhiều, có tới 42,9% điều dưỡng nhận định là thiếu các tài liệu để hướng dẫn chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang, khó khăn về cơ sở vật chất là 35,7% và không được tập huấn thường xuyên 35,7%. Kết quả này cũng tương ứng như Kath Wilkinson and Maria Moor (2010) khi đánh giá những khó khăn trong chăm sóc dẫn lưu niệu đạo – bàng quang [35].

4.4. Thực trạng chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang

Theo WHO, chăm sóc gồm 2 phần chính là sinh lý và tâm thần, do đó khi chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang trên người bệnh TSLTTTL ngoài việc tuân thủ đúng y lệnh người điều dưỡng cần thực hiện chăm sóc thực thể và chăm sóc tinh thần, giáo

dục sức khỏe cho người bệnh. Trong nghiên cứu này, kết quả cho thấy rằng toàn bộ người điều dưỡng đều thực hiện đúng theo y lệnh của bác sĩ. Ngoài chức năng phụ thuộc là thực hiện theo y lệnh thì chức năng độc lập quan trọng nhất của điều dưỡng khi chăm sóc người bệnh đó là thực hiện nhận định được các vấn đề cần chăm sóc của người bệnh, ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh cũng như đến hiệu quả điều trị [21],[25].

Sau khi tổng hợp phân tích số liệu giữa các ngày chăm sóc người bệnh và người bệnh khác nhau. Kết quả được tính là trung bình của các lần chăm sóc trên người bệnh tính cho một điều dưỡng. Kết quả cho thấy rằng, 92,9 % Điều dưỡng nhận định người bệnh và ống dẫn lưu khi chăm sóc, tuy nhiên đánh giá chân ống dẫn lưu chỉ đạt 57,1% và sự lưu thông nước tiểu qua ống thông là 64,3%. Trong các biến chứng thì ngoài biến chứng chảy máu là nguy hiểm nhất thì biến chứng nhiễm khuẩn cũng có những ảnh hưởng nhất định đòi hỏi người điều dưỡng cần phải chăm sóc [22],[51],[56]. 100% cố định túi nước tiểu đảm bảo kín, một chiều, điều này cho thấy điều dưỡng đã biết đến vai trò dự phòng biến chứng cho người bệnh, tuy nhiên chỉ có 28,6% Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh về đảm bảo vô khuẩn giữ vệ sinh sạch sẽ. Người bệnh cần phải biết tự vệ sinh, chăm sóc thân thể thế nào để không ảnh hưởng đến dẫn lưu cũng như quá trình phục hồi sau phẫu thuật, từ đó giảm các biến chứng [39].

Đối với chăm sóc về tinh thần, giáo dục sức khỏe còn nhiều hạn chế, chỉ có 42,9% Điều dưỡng tư vấn/ giải thích để người bệnh không lo lắng về bệnh, yên tâm điều trị, giải thích cho những hạn chế này thì phải nói đến những khó khăn, rào cản trong quá trình thực hiện, mà rào cản lớn nhất đó là thiếu thời gian chăm sóc người bệnh, người điều dưỡng phải thực hiện quá nhiều việc nên giảm thời gian chăm sóc.

Do có những khó khăn lớn và tại mỗi thời điểm khác nhau thì những khó khăn sẽ khác nhau do đó có sự khác nhau giữa 3 lần thực hiện kỹ thuật chăm sóc người bệnh với $p < 0,001$. Điều này cho thấy rằng thiếu sự ổn định trong quá trình chăm sóc trên các NB khác nhau tại các thời điểm khác nhau. Trong 11 tiêu chí đánh giá chăm sóc thì chủ yếu ở những ngày sau thì các chăm sóc về theo dõi, đánh giá người bệnh và tư vấn sức khỏe cũng giảm dần. Nguyên nhân là giai đoạn đầu sau mổ người bệnh cần phải theo dõi sát sao để dự phòng và phát hiện các biến chứng để có thể xử lý kịp

thời, như biến chứng chảy máu, tắc dẫn lưu do máu chảy, do tuột ống... do đó người điều dưỡng mỗi lần chăm sóc người bệnh đều thực hiện đánh giá số lượng nước tiểu và người bệnh rất cẩn thận.

4.5. Các yếu tố liên quan đến thực hiện chăm sóc.

Kết quả cho thấy rằng các biến: Trình độ, kiến thức và rào cản có mối tương quan với thực hiện chăm sóc, trong đó trình độ chuyên môn có mối tương quan lớn nhất với $r = .78, p < 0.01$. Trong đó rào cản trong quá trình chăm sóc có mối liên quan nghịch.

Tuổi, năm công tác.

Trong nghiên cứu này tuổi và số năm công tác không có mối liên quan đến thực hiện kỹ thuật chăm sóc, giải thích cho điều này thì phải thấy rằng khi tuổi càng cao thì càng có nhiều kinh nghiệm trong chăm sóc, tuy nhiên với độ tuổi trẻ họ có nhiều cơ hội để cập nhật những thông tin mới và cũng dễ dàng cập nhật hơn người lớn tuổi. Kết quả cũng chỉ ra rằng tuổi, số năm công tác có tỉ lệ nghịch với trình độ chuyên môn, những người có số năm công tác cao, những người nhiều tuổi thì chủ yếu có trình độ trung cấp, những người trẻ họ mới ra trường nên cập nhật nhiều hơn nhưng chăm sóc trên thế giới cũng như Việt Nam. Kết quả này cho thấy rằng tuổi, số năm làm việc không quyết định họ có thực hiện tốt hay không, kết quả này khác với kết quả của một số nghiên cứu khác [33],[45],[50].

Trình độ chuyên môn

Kết quả chỉ ra rằng trình độ chuyên môn tỉ lệ thuận với chất lượng chăm sóc với $r = 0,78, p < 0.01$. Điều này cho thấy rằng nếu muốn nâng cao chất lượng chăm sóc thì đầu tiên cần phải nâng cao được trình độ chuyên môn của người điều dưỡng, nó cũng phù hợp với chủ trương, chính sách của Bộ y tế khi thực hiện bỏ hệ trung cấp trong ngành Y tế.

Kiến thức, thái độ và thực hành của một điều dưỡng Đại học cũng cao hơn điều dưỡng trung học, do đó chất lượng chăm sóc dịch vụ của họ cũng cao hơn. Trên thế giới nói chung cũng như khu vực đông Nam Á nói riêng, có rất nhiều nước họ loại bỏ trình độ trung cấp từ hàng chục năm về trước với mục đích nâng cao chất lượng điều trị như Thái Lan, Singapore...

Kiến thức về chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang

Theo học thuyết dự định - hành vi (planned behavior) thì kiến thức đóng vai trò cốt lõi và có ảnh hưởng lớn nhất đến thực hành. Khi người điều dưỡng có kiến thức về bệnh, về chăm sóc, theo dõi và vai trò của chăm sóc thì họ sẽ thực hiện kỹ thuật và có chất lượng cao. Trong nghiên cứu này cũng đưa ra kết quả tương tự, kiến thức có mối liên quan thuận với thực hành chăm sóc với $r = 0,70, p < 0,01$.

Kiến thức về chăm sóc đóng vai trò quan trọng đối với thực hành của điều dưỡng. Khi điều dưỡng biết vai trò của từng chăm sóc có ý nghĩa như thế nào trong phòng tránh biến chứng, theo dõi kết quả phẫu thuật cũng như góp phần vào kết quả điều trị thì họ sẽ có thái độ tích cực với việc chăm sóc. Từ đó nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh của điều dưỡng.

Rào cản/ khó khăn trong quá trình chăm sóc

Cũng theo học thuyết dự định- hành vi thì rào cản (barriers) đóng vai trò là yếu tố ngăn cản quá trình thực hiện hành vi. Rào cản này càng mạnh thì hành vi/ thực hành càng thấp. Kết quả của nghiên cứu này cũng tương tự như học thuyết khi đưa ra kết quả với $r = - 0,77, p < 0,01$, với mức tương quan nghịch khá lớn.

Điều này cho thấy rằng muốn nâng cao chất lượng chăm sóc thì cần giảm bớt các rào cản ảnh hưởng, như tăng thời gian chăm sóc người bệnh, giảm thời gian hành chính, giảm bớt khối lượng công việc cũng như tăng cường công tác nâng cao kiến thức cho điều dưỡng. Hầu hết các cơ sở tập trung vào tăng cường cơ sở vật chất, giáo dục điều dưỡng và tăng cường giám sát nhưng lại không quan tâm đến vấn đề những khó khăn thực tại của cơ sở làm cho giảm chất lượng chăm sóc. Trong nghiên cứu này, rào cản có ảnh hưởng lớn nhất đến thực trạng chăm sóc, do đó nếu loại bỏ được các rào cản này thì sẽ nâng cao được chất lượng chăm sóc.

4.6. Những hạn chế của đề tài

Với hạn chế của một luận văn tốt nghiệp thạc sĩ nên nghiên cứu chỉ dừng ở mức đánh giá thực hiện kỹ thuật một cách tương đối (đánh giá ở mức có làm hay không) chưa đánh giá chi tiết được tất cả các kỹ thuật thực hiện của điều dưỡng.

Nghiên cứu được thực hiện trên toàn bộ điều dưỡng của một khoa đặc thù với bệnh tuy nhiên cỡ mẫu người điều dưỡng hơi nhỏ ($n = 14$) nên cần có các nghiên cứu với quy mô lớn hơn.

Chăm sóc dẫn lưu bàng quang, theo một số tác giả trong và ngoài nước thì tỷ lệ biến chứng còn cao. Tuy nhiên, những nghiên cứu về thực trạng công tác chăm sóc của người điều dưỡng tại Việt Nam thì còn rất hạn chế và rất khó khăn trong việc tìm các tài liệu, một số kết quả khảo sát nhỏ chỉ dừng ở mức tổng kết, báo cáo, rút kinh nghiệm tại cơ sở. Do đó không có nhiều sự so sánh với các tác giả khác trong nước.

Thư viện số NDUN

KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu toàn bộ người điều dưỡng và 42 người bệnh sau phẫu thuật mổ nội soi tăng sản lành tính tuyến tiền liệt tại khoa ngoại Thận tiết niệu Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình, chúng tôi có các kết quả như sau:

1. Thực trạng chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang

Kết quả của nghiên cứu cho thấy rằng: Thực hiện chăm sóc đạt ở mức khá cao, với thực hiện về y lệnh chiếm 100% và nhận định người bệnh ở mức 92,9%, thực hiện chăm sóc thấp nhất là phần giáo dục sức khỏe cho người bệnh, với phần tư vấn về chế độ dinh dưỡng chỉ ở mức 28,6%.

2. Một số yếu tố tương quan với thực trạng chăm sóc

Trình độ chuyên môn, kiến thức của người điều dưỡng về chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, rào cản có mối tương quan tới thực hiện chăm sóc. Trong đó trình độ chuyên môn có mối tương quan thuận và lớn nhất với $r = 0,78$, $p < 0,01$ và rào cản có mối tương quan nghịch với $r = -0,77$, $p < 0,01$. Tuổi và số năm công tác không có mối liên quan đến thực hiện kỹ thuật chăm sóc.

KHUYẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi xin được đưa ra một vài khuyến nghị với hy vọng sẽ giúp cho khoa Ngoại Thận tiết niệu nói riêng và bệnh viện nói chung có thể dựa vào kết quả nghiên cứu để nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

1. Bệnh viện cần nâng cao trình độ chuyên môn cũng như kiến thức về chăm sóc cho người điều dưỡng, thường xuyên tập huấn công tác chăm sóc người bệnh để người điều dưỡng hiểu được vai trò của chăm sóc từ đó thực hiện với chất lượng cao
2. Giảm bớt gánh nặng công việc và tăng cường hơn nữa thời gian giành cho chăm sóc người bệnh, giảm tối thiểu công việc hành chính.
3. Khi thực hiện các chương trình can thiệp nâng cao chất lượng chăm sóc, không phân biệt tuổi, số năm công tác mà cần đánh giá theo trình độ chuyên môn, kiến thức mà có những chương trình phù hợp, cụ thể.

Thư viện số MOJ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Trần Quán Anh (2005). Thăm khám niệu động học. *Bệnh học tiết niệu*, NXB Y Học, Hà Nội, tr.127-128.
2. Lê Thị Bình (2014). Thực trạng nhiễm khuẩn tiết niệu mắc phải sau đặt thông tiểu tại Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí y học thực hành*, 2, 905.
3. Vũ Lê Chuyên (2013). U phì đại lành tính tuyến tiền liệt. *Bệnh lý các khối u đường tiết niệu*. NXB Y Học, Hà Nội, tr.64-71
4. Trịnh Xuân Đàn (2008). Giải phẫu đường tiết niệu. *Bài giảng giải phẫu học*, NXB Y Học, Hà Nội, tr.242- 244
5. Đỗ Phú Đông (1988). Tình hình mổ u xơ tuyến tiền liệt tại Hải Phòng. *Tạp chí Ngoại khoa XVI*, 1-9.
6. Nguyễn Thúy Hiền (1997). *Sử dụng thang điểm IPSS trong phẫu thuật chẩn đoán và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi u phì đại lành tính tuyến tiền liệt*. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Trần Đức Hòa (1996). Một số kết quả điều tra dịch tễ học u tiền liệt tuyến. *Hội nghị khoa học chuyên ngành ngoại khoa Bệnh viện Việt Đức 1996*, 104,105
8. Trần Đức Hòa (1997). Một số điểm báo về dịch tễ học và nguyên nhân sinh bệnh của u phì đại tuyến tiền liệt. *Ngoại khoa*, NXB Y Học, Hà Nội, tr. 8-10
9. Nguyễn Mạnh Hùng (2008). Chỉ định, phương pháp cầm máu và kết quả điều trị bệnh u phì đại lành tính tuyến tiền liệt theo phương pháp Hryntschak tại bệnh viện Việt Đức, Luận văn thạc sĩ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
10. Bùi Văn Lệnh- Lê Tuấn Linh (2016). Cập nhật chẩn đoán và điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt. *Tạp chí nghiên cứu Y học*,3, 101.
11. Fran H. Netter. MD (2004). *Atlas giải phẫu người*, NXB Y Học, Hà Nội, tr.387
12. Lê Đình Sáng (2010). *Bệnh học thận tiết niệu*. NXB Y Học, Hà Nội, tr.681- 702
13. Lê Đình Sáng (2010). *Bệnh học thận tiết niệu*. NXB Y Học, Hà Nội, tr.149- 152
14. Trần Văn Sáng (1996). *Những bệnh thường gặp trong tiết niệu học*, Nhà xuất bản Mũi Cà Mau, Cà Mau, tr. 7- 58.

15. Nguyễn Công Thành, Trần Văn Nguyên, Võ Xuân Huy (2014). *Tình hình nhiễm khuẩn đường tiết niệu từ ngoài thành ống và trong lòng ống thông tiểu tại khoa tiết niệu bệnh viện ĐK TP Cần Thơ năm 2013-2014*. NXB Y học, TP Hồ Chí Minh, 18, 4.
16. Lê Đình Thao, Nguyễn Đức Hoàng, Trần Duy Kiên và cộng sự (2012). Khảo sát tình hình bệnh nhân u xơ tiền liệt tuyến lành tính đến khám – điều trị tại bệnh viện thị xã Hương Trà - Thừa Thiên Huế năm 2011-2012. *tạp chí y học thực hành*.
17. Trần Đức Thọ (1990). *Điều trị u lành tính tuyến tiền liệt bằng progesterol*. luận văn phó tiến sĩ y học. trường Đại học Y Hà nội.
18. Nguyễn Bửu Triều, Vũ Văn Khiêu (2002). U phì đại lành tính tuyến tiền liệt. *Bệnh học ngoại khoa sau đại học*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr. 387-391
19. Nguyễn Bửu Triều, Nguyễn Kỳ, Nguyễn Phương Hồng (1992). Kết quả điều trị u xơ tiền liệt tuyến bằng phương pháp cắt đốt nội soi trong 10 năm tại bệnh viện Việt Đức, *Tạp chí Ngoại khoa*, 1-11
20. Hồ Nguyễn Anh Tuấn (2011). Cơ quan sinh dục nam. *Giải phẫu học sau đại học*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 670 – 717.
21. Đỗ Đình Xuân, Trần Thị Thuận (2007). Chăm sóc người bệnh thông tiểu dẫn lưu nước tiểu. *Điều dưỡng cơ bản II*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
22. Trần Ngọc Sinh, Huỳnh Khải Hoàn (2011). Vấn đề nhiễm khuẩn trong chăm sóc thông tiểu - *Hội Tiết niệu – TP Hồ Chí Minh*.

Tiếng Anh

23. APIC (2008). *An APIC guide to the elimination of catheter-associated urinary tract infections (CAUTIS). Developing and applying facility-based prevention interventions in acute and long-term care settings*. APIC Headquarters. Washington, DC 20005.
24. Arrighi HM (1991). Natural history of benign prostatic hyperplasia and risk of prostatectomy, *Urology*. 38, 1.
25. Australian and New Zealand Urology Nurses (2006). *Catheter Care Guidelines*. AUNS Catheter Care SIG. Available at: http://www.anzuns.org/ANZUNS_catheterisation_document.pdf
26. Blandy. JP. (1998). Technique for benign prostatic enlargement in transurethral resection. *Oxford*, p.75- 104

27. Claus G.Roehrborn, MD, Campbell Walsh Urology 10th, (2011). Benign Prostatic Hyperplasia: Etiology, Pathophysiology, Epidemiology, and Natural History. *Elsevier*, p 2570 – 2610.
28. Denis L, Mc Connell J, Abrams P. et al. (1997). The fourth international consultation on benign prostatic hyperplasia. *Prostatic hyperplasia*, Paris 7/1997
29. Department of Health (2001). Guidelines for preventing infections associated with the insertion and maintenance of short term urethral catheters in acute care. *Journal of Hospital Infection*, 47, S39-S46
30. Epsi E.Z, Sultana S.Z, Mannan S, et al. (2016). Study of Prostatic Volume and its Variations in Different Age Groups of Bangladeshi Cadaver. *Mymensingh Med J*. 25, 4, 615-619.
31. Gammock J.K. (2002). Use and management of chronic urinary catheters in long term care: Much controversy, little consensus. *Journal of American Medical Directors Association*, 4, 20, 52-59.
32. Gould C.V, Umscheid C.A, Agarwal R.K, Kuntz G, Pegues D.A (2017). Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HIPAC). Guideline for prevention of catheter associated urinary tract infections. Available at: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/cauti/>
33. Holtom, B. (2009). Blocked indwelling urethral catheters: Evaluating evidence based practice. Available at: <http://www.jcn.co.uk/printFriend.asp?ArticleID=677>
34. Kaplan S.A. (2016). Clinical Significance of Peripheral Zone Thickness in Men with Lower Urinary Tract Symptoms/Benign Prostatic Hyperplasia. *J Urol*. 197(1):221. doi: 10.1016/j.juro.2016.10.015
35. Kath Wilkinson and Maria Moor (2010). Urinary Catheterisation and Catheter Care Guidelines in Adults: Bradford and Airedale Community Health Services
36. Matt Vera, R (2013). Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) Nursing Care Plans. *Nurseslabs*. 5
37. NCP NANDA (2013). NCP Urinary Tract Infection (UTI): Nursing Diagnosis and Interventions. Available on: <http://www.ncpnanda.top /2013/02/urinary-tract-infection-uti-4-nursing.html>
38. NCP NANDA (2012). Nursing Diagnosis for Pre Operative and Post Operative Benign Prostatic Hyperplasia. Available on: <http://www.ncpnanda.top /2012/11/nursing-diagnosis-for-pre-operative-and.html>.

39. NHS Quality Improvement Scotland (2005). Best practice statement urinary catheterisation and catheter care. *Nurs Times*, 22-28, 101, 8.
40. NHS Southern Health (2017). Urinary Catheter care guidelines. *NHS foundation Trust*, 4, 1-16.
41. Practices Advisory Committee (HICPAC) (2010). HICPAC Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 31, 4, 319-326
42. Presti JC, Kane CJ, Shinohara K, Carroll, eds. *Neoplasms of the prostate gland Smith's General Urology*. New York: McGraw Hill, 17th ed, 348–370.
43. Presti. J.C (2002). *Neoplasms of the prostate gland in*. Smiths general Urology, 339- 421.
44. Royal College of Nursing (2012). *Catheter care RCN guidance for nurses*. Royal College of Nursing, 20 Cavendish Square, London, W1G 0RN.
45. Rhodes D, Kennon J, Bass P, et al. 2011. *Prevention of catheter associated urinary tract infections in hospitalised patients*. The 5th International Congress of the Asia Pacific Society of Infection Control, Melbourne Convention Centre, Melbourne, Australia, 8–11.
46. Simpson C, Clark A.P (2005). Nosocomial UTI. Are we treating the catheter or the patient? *Clinical Nurse Specialist*, 19, 4, 175-179.
47. Smith J.A.M (2003). Indwelling catheter management: From habit-based to evidence based practice. *Ostomy Wound Manage*, 49, 12.
48. Oelke B, Bachmann A (2012). Guidelines on male lower urinary tract symptoms (LUTS), including benign prostatic obstruction (BPO), *Pocke Guidelines, European Association of Urology*, 123 – 144.
49. O'Leary H.P, Barry M.J (2008). *Evaluation symptoms and functional status of B. P. H'* Text book of benign prostatic hyperplasia, I. S. S. medical Media Oxford, 129-141
50. Tenke P, Bjerklund Johansen T.E, Matsumo T., Tambyah P.A. & Naber K. G (2008). European and Asian guidelines on management and prevention of catheter-associated urinary tract infections. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 31, 1, 68– S78.
51. Tenke P, Kovacs B, Johansen E.B.T, Matsumoto T, Tambyah A.P, Naber G.K (2008). European and Asian guidelines on management and prevention of catheter-

associated urinary tract infections. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 31, 68–78.

52. The Newcastle Upon Tyne Hospitals NHS (2010). Guideline for adult indwelling urethral catheterisation.
53. The Royal Marsden Hospital NHS (2011). The Royal Marsden Hospital Manual of Clinical Procedures 8th Ed.
54. Urological Sciences Research Foundation (2011). International Prostate Symptom Score (IPSS).
55. Wei J.T, Calhoun E, Jacobsen S.J (2005). Urologic diseases in America project:benign prostatic hyperplasia. *J Urol*, 173,1256–61.
56. Wagenlehner F.M.E, Naber K.G (2006). Prevention of catheter-associated urinary tract infections. *Clin Microbiol Infect*, 12,3, 67-80
57. Van der Wal M. H, Jaarsma T, Moser D. K, van Gilst W. H, van Veldhuisen D. J (2007). Unraveling the mechanisms for heart failure patients' beliefs about compliance. *Heart Lung*, 36,4, 253-261, doi:10.1016/j.hrtlng.2006.10.007

Thư viện SOVIET

PHỤ LỤC 1: PHIẾU ĐIỀU TRA

Mã số phiếu.....

PHẦN I: THÔNG TIN CHUNG VỀ NGƯỜI BỆNH

1. Họ và tên người bệnh:.....
2. Tuổi.....
3. Ngày vào viện:.....
4. Ngày ra viện:.....
5. Ngày rút dẫn lưu:
6. Các biến chứng:
 - Chảy máu sau mổ: ...
 - Tắc ống sau mổ:.....
 - Nhiễm khuẩn:.....
 - Khác:

Thư viện số NDUN

**PHẦN II: PHIẾU ĐÁNH GIÁ THỰC HIỆN CHĂM SÓC DẪN LƯU
NIỆU ĐẠO BÀNG QUANG**

Tên điều dưỡng chăm sóc:

Hướng dẫn: Bảng kiểm đánh giá việc thực hiện chăm sóc thông tiểu dẫn lưu nước tiểu gồm 11 nội dung, mỗi nội dung đánh giá ở 2 mức.

Mức 0: Không làm/ làm nhưng không đạt.

Mức 1: Đã làm và đạt.

STT	Nội dung	0	1
1	Điều dưỡng nhận định người bệnh và ống dẫn lưu		
2	Điều dưỡng đánh giá tính chất nước tiểu		
3	Điều dưỡng đánh giá lưu thông nước tiểu qua ống dẫn lưu		
4	Điều dưỡng thực hiện đúng y lệnh (bơm rửa, bơm thuốc...)		
5	Điều dưỡng thực hiện theo dõi nước tiểu trong 24h		
6	Điều dưỡng thực hiện thay băng/ vệ sinh chân dẫn lưu		
7	Điều dưỡng cố định túi nước tiểu đảm bảo kín, một chiều		
8	Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh về đảm bảo vô khuẩn giữ vệ sinh sạch sẽ		
9	Điều dưỡng tư vấn về chế độ dinh dưỡng		
10	Điều dưỡng hướng dẫn chế độ vận động nhẹ nhàng.		
11	Điều dưỡng tư vấn/ giải thích để người bệnh không lo lắng về bệnh, yên tâm điều trị.		

PHẦN III: THÔNG TIN CHUNG NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG

1. Họ và tên:
2. Tuổi:
3. Trình độ:
4. Số năm công tác:
5. Vị trí làm việc cụ thể hiện tại:

Thư viện số NDUN

PHẦN IV: KIẾN THỨC CỦA NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG VỀ CHĂM SÓC DẪN LƯU NIỆU ĐẠO- BÀNG QUANG SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI TĂNG SẢN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

Hướng dẫn: Bộ câu hỏi khảo sát về kiến thức chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang trên người bệnh sau phẫu thuật nội soi TSLTTTL.

Đề nghị chọn đáp án mà Anh/ chị thấy là đúng.

STT	Nội dung	Đúng	Sai
1	Tăng sản lạnh tính tuyến tiền liệt là bệnh lý do sự tăng sản của các thành phần tế bào của tuyến tiền liệt		
2	Bệnh tăng sản lạnh tính tuyến tiền liệt là nguyên nhân chính gây rối loạn tiểu tiện và gây nhiều biến chứng do tắc dòng nước tiểu		
3	Bệnh tăng sản lạnh tính tuyến tiền liệt là bệnh lành tính có thể điều trị khỏi hoàn toàn		
4	Vai trò dẫn lưu bàng quang là một trong những khâu cốt lõi nhằm mang lại hiệu quả trong quá trình điều trị		
5	Dẫn lưu bàng quang niệu đạo sau mổ TSLTTTL giúp dẫn lưu nước tiểu ra ngoài, theo dõi biến chứng sau mổ.		
6	Các biến chứng của dẫn lưu niệu đạo bàng quang có thể là: (chọn nhiều đáp án)		
	- Tắc dẫn lưu		
	- Chảy máu		
	- Tổn thương niêm mạc niệu đạo		
	- Xuất huyết niệu đạo bàng quang		
	- Hoại tử niệu đạo		
	- Dò/ hẹp niệu đạo		
- Nhiễm khuẩn			
7	Khi điều dưỡng thực hiện chăm sóc dẫn lưu niệu đạo bàng quang của người bệnh sau mổ TSLTTTL cần thực hiện: (chọn nhiều đáp án)		
	- Nhận định người bệnh và ống dẫn lưu		

STT	Nội dung	Đúng	Sai
	- Đánh giá lưu thông nước tiểu qua ống dẫn lưu		
	- Thực hiện đúng y lệnh (bơm rửa, bơm thuốc...)		
	- Theo dõi nước tiểu trong 24h		
	- Thay băng/ vệ sinh chân dẫn lưu		
	- Cố định túi nước tiểu đảm bảo kín, một chiều		
	- Tư vấn/ giải thích để người bệnh không lo lắng về bệnh		
	- Hướng dẫn người bệnh về đảm bảo vô khuẩn giữ vệ sinh sạch sẽ		
	- Hướng dẫn chế độ vận động nhẹ nhàng, chế độ dinh dưỡng		
8	Cố định túi nước tiểu đảm bảo kín, một chiều nhằm mục đích: <i>(chọn một đáp án)</i>		
	- Chống nhiễm khuẩn		
	- Tránh chảy nước tiểu ra ngoài.		
	- Tránh khí vào đường tiểu		

PHẦN V: NHỮNG RÀO CẢN TRONG QUÁ TRÌNH CHĂM SÓC DẪN LƯU NIỆU ĐẠO BÀNG QUANG SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI TSLTTTL

Xin Anh/ chị cho biết những rào cản/ khó khăn mà Anh/ chị gặp phải trong quá trình chăm sóc dẫn lưu bàng quang trên người bệnh sau phẫu thuật nội soi tăng sản lành tính tuyến tiền liệt của người điều dưỡng.

1. Những khó khăn về khối lượng công việc?

- Khối lượng công việc quá nhiều?.....

- Thời gian chăm sóc dành cho mỗi người bệnh quá ít:.....
- + Thời gian làm các công việc hành chính:phút
- + Thời gian chăm sóc cho mỗi người bệnh: phút
- + Thời gian chăm sóc cho dẫn lưu: phút
- + Thời gian làm công việc khác:.....phút

2. Về kiến thức, kỹ năng chăm sóc?

- Thiếu kiến thức về chăm sóc dẫn lưu?.....
- Không được tập huấn thường xuyên?
- Không có tài liệu, quy trình hướng dẫn cách theo dõi, chăm sóc?.....

3. Điều kiện cơ sở vật chất:

4. Những khó khăn khác?

5. Những đề xuất để tăng cường công tác chăm sóc, theo dõi dẫn lưu niệu đạo bàng quang?

Xin cảm ơn sự hợp tác của Anh/ chị!

Thư viện SỐNG DUN

PHỤ LỤC 2

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT THAY BĂNG DẪN LƯU

STT	NỘI DUNG	Có	Không
	* Chuẩn bị người bệnh.		
1	Xem y lệnh và đối chiếu với người bệnh.		
2	Giải thích, động viên người bệnh yên tâm.		
	* Chuẩn bị người Điều dưỡng.		
3	Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang, rửa tay thường qui		
	* Chuẩn bị dụng cụ.		
4	Khay chữ nhật: kéo, băng dính hoặc băng cuộn, 2 đôi găng tay. Dung dịch rửa vết thương, cốc đựng dung dịch rửa vết thương.		
5	Hộp dụng cụ rửa vết thương vô khuẩn: 2 kim Kose, 2 kẹp phẫu tích, 1 kéo. Hộp vô khuẩn: gạc miếng, gạc củ ấu.		
6	Chậu đựng dung dịch khử khuẩn, ni lông, túi đựng đồ bẩn.		
	* Kỹ thuật tiến hành.		
7	Điều dưỡng mang găng, trái nilon, đặt người bệnh nằm tư thế thuận lợi, bộc lộ vị trí chân ống dẫn lưu và đầu nối		
8	Đặt túi đựng đồ bẩn, tháo băng cũ, nhận định tình trạng vết thương, thay găng. Điều dưỡng mang găng, rửa sạch xung quanh chân ống dẫn lưu và vị trí nối		
9	Thấm dung dịch, sát khuẩn lại.		
10	Đặt gạc phủ kín vết chân ống dẫn lưu và băng kín vị trí nối với túi đựng nước tiểu.		
	* Thu dọn dụng cụ.		
11	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu chăm sóc.		

PHỤ LỤC 3

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

Nghiên cứu: Thực trạng chăm sóc dẫn lưu bàng quang trên người bệnh sau phẫu thuật nội soi tăng sản lành tính tuyến tiền liệt tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2017

Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định mời ông (bà) tham gia gia vào nghiên cứu này. Trước khi ông (bà) quyết định có tham gia nghiên cứu này hay không, kính mời ông/ bà tìm hiểu các thông tin liên quan đến nghiên cứu ví dụ tại sao cần thực hiện nghiên cứu này, nội dung nghiên của nghiên cứu này bao gồm những gì...Mời ông (bà) vui lòng đọc kỹ những thông tin dưới đây và nếu ông/ bà muốn có thể thảo luận với những người khác. Ông (bà) có thể hỏi chúng tôi nếu không rõ hoặc muốn biết thêm thông tin. Ông (bà) hãy dành thời gian suy nghĩ trước khi đồng ý hoặc không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Cảm ơn ông (bà) đã đọc bản thông tin

Lý do thực hiện nghiên cứu này?

Vai trò của chăm sóc dẫn lưu bàng quang đối với người bệnh sau phẫu thuật nội soi TSLTTTL là rất quan trọng, tuy nhiên hiện tại ở Việt Nam chưa có đánh giá nào cụ thể về quá trình chăm sóc này trên lâm sàng, đặc biệt là tại tỉnh Ninh Bình. Để nâng cao chất lượng trong chăm sóc, điều trị bệnh TSLTTTL thì việc đánh giá này là rất quan trọng, qua đó phát hiện ra những vấn đề thực trạng trong chăm sóc, từ đó đưa ra những biện pháp phù hợp nhất nhằm nâng cao hiệu quả chăm sóc điều trị.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm:

1. Thực trạng chăm sóc dẫn lưu bàng quang của điều dưỡng trên người bệnh sau phẫu thuật nội soi tăng sản lành tính tuyến tiền liệt tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2017.
2. Xác định một số yếu tố liên quan đến chăm sóc dẫn lưu bàng quang của điều dưỡng trên người bệnh sau phẫu thuật tăng sản lành tính tuyến tiền liệt tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2017.

Những nguy cơ sẽ xảy ra cho tôi khi tham gia vào nghiên cứu này?

Không có bất kỳ nguy cơ, ảnh hưởng nào về sức khỏe và kinh tế đối với người tham gia vào nghiên cứu.

Tôi có thể rút ra khỏi nghiên cứu không?

Ông/ bà có toàn quyền tự do rút ra khỏi nghiên cứu vào bất kỳ thời điểm nào mà không bị phạt hay bị mất đi các lợi ích mà Ông/ bà sẽ được hưởng. Hội đồng y đức có quyền ngừng nghiên cứu vào bất kỳ thời điểm nào khi có bất kỳ lý do chính đáng nào.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi từ chối tham gia hay thay đổi quyết định sau đó?

Điều này hoàn toàn được chấp nhận.

Bảo mật

Tất cả các thông tin về việc tham gia vào nghiên cứu của Ông/ bà sẽ được bảo mật và sẽ không được tiết lộ với bất kỳ ai không có trách nhiệm chăm sóc sức khỏe cho ông/ bà. Hồ sơ bệnh án của Ông/ bà sẽ do các nhân viên nghiên cứu, bệnh viện quản lý. Tên của Ông/ bà sẽ không được dùng dưới bất kỳ hình thức nào trong các báo cáo kết quả nghiên cứu. Tất cả các hồ sơ nghiên cứu sẽ được dán nhãn bằng mã số nghiên cứu của ông / bà. Tên của Ông/ bà sẽ không được dùng trên nhãn và sẽ không xuất hiện trên tất cả các công bố khoa học hoặc báo cáo liên quan đến nghiên cứu.

Tôi có thể liên lạc với ai nếu có thắc mắc về nghiên cứu, về quyền lợi của tôi hoặc về những than phiền?

Nếu Ông/ bà có bất kỳ thắc mắc gì về nghiên cứu có thể liên hệ trực tiếp với nghiên cứu viên: Phùng Văn Quý qua số điện thoại: 0983276470 hoặc qua email: phungvanquycdyt@gmail.com.

Thư viện số NDUN