

Nhận xét kết quả kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng triglyceride máu

Evaluation of nursing care plan in acute pancreatitis due to hypertriglyceridemia patients

Luân Ngọc Chiến*, La Văn Hà, Vũ Thị Nhân,
Lê Quang Đâu, Trần Thị Hạnh,
Nguyễn Thị Nhung và Hà Minh Trang

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhận xét kết quả chăm sóc của điều dưỡng ở bệnh nhân viêm tụy cấp (VTC) do tăng triglyceride máu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả kế hoạch chăm sóc 60 bệnh nhân VTC do tăng triglyceride máu, điều trị tại Khoa Cấp cứu tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $42,83 \pm 8,17$; nam giới chiếm 86,7%. Yếu tố nguy cơ thường gặp là uống rượu bia, hút thuốc lá, bệnh lý đái tháo đường. Triệu chứng đau bụng chiếm 100%; điểm VAS > 7 là 83,33%. Đa số tăng triglyceride máu mức độ rất nặng, chiếm 65%. Tỷ lệ ăn lại bằng đường tiêu hóa sau 48 giờ đạt 91,67%. Số ngày nằm viện trung bình là $5,2 \pm 2,6$ ngày. Tỷ lệ khỏi bệnh ra viện đạt 96,67%; tỷ lệ tái khám sau 1 tháng là 60%. **Kết luận:** Công tác chăm sóc điều dưỡng có hiệu quả; sau 48 giờ tỷ lệ ăn sớm bằng đường tiêu hóa cao; thời gian nằm viện ngắn; tỷ lệ tái khám cao.

Từ khóa: Tăng triglyceride máu, viêm tụy cấp, chăm sóc điều dưỡng.

Summary

Objective: Evaluation of nursing care in acute pancreatitis (AC) due to hypertriglyceridemia. **Subject and method:** A prospective study of nursing care in sixty AC patients due to hypertriglyceridemia at the Department of Gastroenterological Intensive Care. **Result:** Mean age: 42.83 ± 8.17 ; mostly male. Risk factors included using alcohol, heavy smoking, and diabetes. Abdominal pain was the main symptom with 100%; VAS > 7 was 83.33%. Most of the patients suffered very severe hypertriglyceridemia at 65.0%. On the second day, 91.67% of patients started oral nutrition. The average length of hospital stay was 5.2 ± 2.6 days; the recovery rate was 96.67%. 60% of patients had a follow-up visit after one month. **Conclusion:** Effective nursing care plan; high proportion of starting oral nutrition on the second day; the short length of hospital stay; high rate of follow-up exam.

Keywords: Hypertriglyceridemia, acute pancreatitis, nursing care.

Ngày nhận bài: 20/8/2024, ngày chấp nhận đăng: 12/11/2024

* Tác giả liên hệ: luanchien10a3@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là một bệnh lí cấp cứu tiêu hóa thường gặp. Tăng triglyceride (TG) máu là một trong số nguyên nhân thường gặp gây VTC, chỉ đứng sau rượu bia và sỏi mật. Tăng TG máu ảnh hưởng lên 15-20% dân số trưởng thành⁶ và gây VTC cho khoảng 5% tổng số bệnh nhân; đặc biệt ở phụ nữ có thai tỉ lệ này có thể lên đến 56%¹. VTC do tăng TG máu có thể diễn biến nặng, để lại nhiều biến chứng, dễ tái phát nếu không tuân thủ điều trị. Để nâng cao hiệu quả điều trị của bệnh nhân thì việc phối hợp vai trò của bác sĩ và điều dưỡng là vô cùng cần thiết. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả kế hoạch chăm sóc đối với bệnh nhân VTC do tăng TG máu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

60 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp do tăng TG máu, điều trị nội trú tại Khoa Cấp cứu tiêu hóa, viện Điều trị các bệnh tiêu hóa, Bệnh viện TƯQĐ 108, từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 3 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân được chẩn đoán VTC theo tiêu chuẩn Atlanta 2012⁵.

TG máu thời điểm vào viện > 11,2mmol/L.

Có kế hoạch theo dõi, chăm sóc của điều dưỡng.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân dưới 18 tuổi.

Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Nhận định người bệnh khi vào viện:

Khai thác tiền sử bệnh lí, tình trạng học vấn, sử dụng thuốc lá, uống rượu, đo chiều cao, cân nặng.

Khai thác các triệu chứng lâm sàng: Đau bụng, chướng bụng, khát nước, bí trung đại tiện, buồn nôn, nôn.

Đo các chỉ số chức năng sống.

Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân:

Chế độ chăm sóc hộ lý.

Chế độ dinh dưỡng.

Thực hiện y lệnh điều trị: y lệnh theo dõi, y lệnh thuốc.

Tư vấn, giáo dục sức khỏe tại thời điểm vào viện, trong thời gian nằm viện và khi ra viện.

Chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm chung: Tuổi, giới, nghề nghiệp, tình trạng học vấn, các yếu tố nguy cơ; đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Mức độ viêm tụy cấp.

Kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

Theo dõi chức năng sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp.

Theo dõi, nhận định lâm sàng: Triệu chứng đau bụng, chướng bụng, buồn nôn, nôn, bí trung đại tiện, khó thở.

Tỷ lệ theo dõi monitor, thở oxy, đặt sonde tiểu, sonde dạ dày.

Thực hiện y lệnh thuốc: Số lượng dịch truyền, liệu pháp insulin.

Chăm sóc dinh dưỡng: Nhịn ăn, ăn bằng đường tiêu hóa, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.

Đánh giá kết quả chung:

Tỷ lệ khỏi bệnh ra viện; số ngày nằm viện trung bình; tỷ lệ tái khám sau một tháng.

Kế hoạch chăm sóc hiệu quả khi: Bệnh nhân cải thiện triệu chứng lâm sàng; các y lệnh được thực hiện đầy đủ và có hiểu biết kiến thức cơ bản về bệnh.

Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 25.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự tự nguyện hợp tác của đối tượng nghiên cứu; mục đích của nghiên cứu là góp phần cải thiện hiệu quả chăm sóc, điều trị cho bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n = 60)

Đặc điểm chung			
Tuổi trung bình: $42,83 \pm 8,17$ (26-71)			
		n	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	52	86,7
	Nữ	8	13,3
Sinh sống	Thành thị	42	70,0
	Nông thôn	18	30,0
Học vấn	Trung học phổ thông	34	56,7
	Đại học	26	43,3

Nhận xét: Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $42,83 \pm 8,17$; nhỏ nhất là 26 tuổi, lớn nhất là 71 tuổi. Nam chiếm tỷ lệ 86,7%; sinh sống tại thành thị là 70,0%; 100% trình độ THPT và đại học.

Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ của nhóm nghiên cứu (n = 60)

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Bệnh đái tháo đường	18	30,0
Bệnh tăng huyết áp	8	13,33
Rối loạn mỡ máu	18	30,0
Thừa cân/ Béo phì ($BMI > 25 \text{kg/m}^2$)	20	33,33
Hút thuốc	40	66,67
Uống rượu bia	51	85,0

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân uống rượu bia là 85,0%; sử dụng thuốc lá thường xuyên chiếm 66,67%. Các bệnh lý kèm theo bao gồm đái tháo đường (30,0%), tăng huyết áp (13,33%), rối loạn mỡ máu (30,0%). Có 33,33% bệnh nhân thừa cân/béo phì.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 3. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp (n = 60)

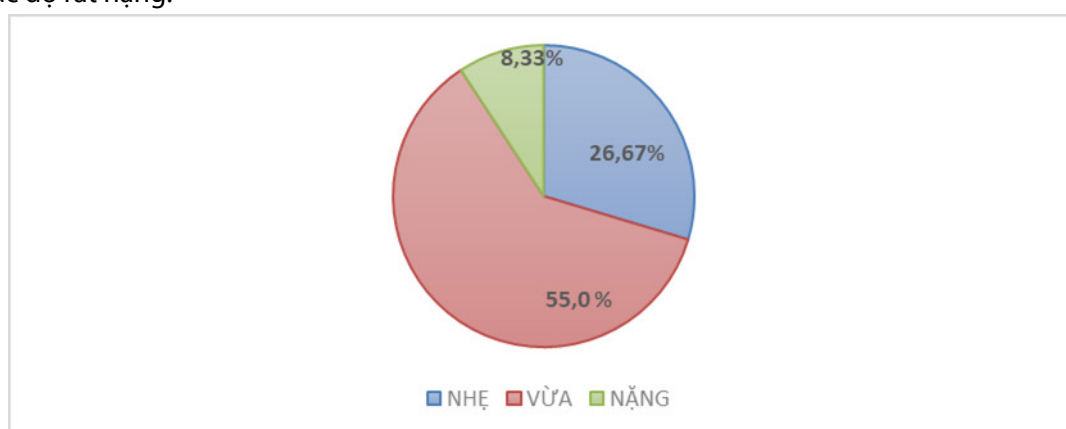
Triệu chứng	n	Tỷ lệ %
Đau bụng	60	100,0
Buồn nôn, nôn	16	26,67
Bí trung đại tiện	38	63,33
Khát nước	26	43,33
Khó thở	13	21,67
Sốt	10	16,67
Bụng chướng	55	91,67

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân đau bụng 100%; chướng bụng, bí trung đại tiện xuất hiện với tỷ lệ lần lượt là 91,67% và 63,33%. Ngoài ra, các triệu chứng buồn nôn và nôn, khát nước, khó thở ít gặp hơn.

Bảng 4. Mức độ tăng mỡ máu (n = 60)

Chỉ số cận lâm sàng		Mean ± SD /Trung vị (Q1-Q3)	
TG máu (mmol/L)		40,44 ± 32,94	
Mức độ tăng TG máu n (tỷ lệ %)			
Nhẹ (<2,3)	Vừa (2,3 - 11,2)	Nặng (11,2 - 22,4)	Rất nặng (> 22,4)
0 (0,0)	3 (5,0)	18 (30,0)	39 (65,0)

Nhận xét: Nồng độ TG máu trung bình là 40,44 $\pm$ 32,94mmol/L: Trong đó có 65% bệnh nhân tăng TG máu ở mức độ rất nặng.

**Biểu đồ 1. Mức độ viêm tụy cấp (n = 60)**

Nhận xét: Có 55,0% bệnh nhân mức độ vừa; VTC mức độ nặng chiếm tỷ lệ thấp.

3.3. Kết quả chăm sóc điều dưỡng

Kết quả theo dõi dấu hiệu sinh tồn trong 3 thời điểm được thể hiện trong bảng dưới đây:

Bảng 5. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn tại các thời điểm (n = 60)

Chỉ tiêu	Vào viện n (Tỷ lệ %)	Sau 24 giờ n (Tỷ lệ %)	Sau 48 giờ n (Tỷ lệ %)
Mạch > 90 lần/phút	37 (61,67)	35 (58,33)	27 (45,0)
HA trung bình < 65 mmHg	2 (3,33)	0 (0,0)	0 (0,0)
Nhiệt độ $> 37,5$ độ C	9 (15,0)	3 (5,0)	3 (5,0)
Tần số thở > 20 lần/phút	13 (21,67)	9 (15,0)	5 (8,33)

Nhận xét: Theo dõi chỉ số dấu hiệu sinh tồn ở 3 thời điểm cho thấy có sự cải thiện phù hợp diễn biến lâm sàng.

Bảng 6. Theo dõi mức độ đau bụng tại các thời điểm (n = 60)

Điểm VAS: Median (Q1-Q3)		
Vào viện	Sau 24 giờ	Sau 48 giờ
7,0 (6,0 - 8,0)	5,0 (4,0 - 6,0)	4,0 (2,0 - 5,0)

Nhận xét: Đau bụng là triệu chứng chủ quan, được chúng tôi đánh giá bằng thang điểm cường độ đau dạng nhìn (Visual Analog scale); theo dõi thấy cường độ đau giảm rõ rệt.

Kế hoạch theo dõi, chăm sóc của điều dưỡng được thể hiện trong Bảng 7 dưới đây. Các chỉ tiêu đánh giá bao gồm theo dõi lâm sàng, thực hiện y lệnh chăm sóc, y lệnh thuốc, chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân.

Bảng 7. Kế hoạch theo dõi và chăm sóc của điều dưỡng (n = 60)

Chỉ tiêu		Vào viện	Sau 24 giờ	Sau 48 giờ
Theo dõi lâm sàng	Đau bụng n (%)	60 (100,0)	42 (70,0)	25 (41,67)
	Trung tiện n (%)	18 (30,0)	27 (45,0)	55 (91,67)
	Sốt: n (%)	10 (16,67)	6 (10,0)	1 (1,67)
Thực hiện chăm sóc	Theo dõi monitor n (%)	22 (36,67)	23 (38,33)	10 (16,67)
	Thở oxy n (%)	19 (31,67)	18 (30,0)	10 (16,67)
	Sonde dạ dày n (%)	27 (45,0)	17 (21,33)	8 (13,33)
	Sonde tiểu n (%)	19 (31,67)	15 (25,0)	5 (8,33)
Chế độ dinh dưỡng	Nhịn ăn n (%)	55 (91,67)	32 (55,33)	5 (8,33)
	Ăn bằng đường tiêu hóa n (%)	5 (8,33)	28 (46,67)	55 (91,67)
Thực hiện y lệnh thuốc	Tổng lượng dịch truyền (ml) (Mean $\pm$ SD)		3107,5 $\pm$ 1589,5	2585,0 $\pm$ 1253,8
	Insulin R n (%)	Không	13 (21,67)	35 (58,33)
		Có	47 (78,33)	15 (25,0)
				5 (8,33)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân đau bụng sau 48 giờ điều trị giảm còn 41,67%; đồng thời số lượng bệnh nhân đã trung tiện được và được cho ăn lại bằng đường tiêu hóa cũng tăng lên. Tổng lượng dịch truyền mỗi ngày giảm. Có 78,33% bệnh nhân được sử dụng insulin R.

Bảng 8. Kết quả điều trị nhóm nghiên cứu (n = 60)

Số ngày nằm viện trung bình (ngày)	Mean $\pm$ SD (Min - Max)	5,2 $\pm$ 2,6 (2 - 13)
Tỷ lệ khỏi bệnh n (%)	58 (96,67)	
Tỷ lệ tái khám sau 1 tháng n (%)	36 (60,0)	

Nhận xét: Kết quả điều trị của nhóm nghiên cứu khá tốt, với tỷ lệ khỏi bệnh ra viện đạt 96,67%; chỉ có 2 bệnh nhân nặng được chuyển khoa hồi sức cấp cứu để điều trị. Thời gian nằm viện trung bình là 5,2 $\pm$ 2,6 ngày.

Trước khi ra viện, 100% số bệnh nhân đều được hướng dẫn thay đổi lối sống, chế độ ăn uống-sinh hoạt, hướng dẫn tuân thủ điều trị thuốc, theo dõi sau đợt điều trị, nhưng chỉ có 60% số bệnh nhân có tái khám sau 1 tháng tại các cơ sở y tế.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 1), tuổi trung bình là 42,83 $\pm$ 8,17; nam giới chiếm 86,7%, kết quả này cũng tương đương với của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Linh⁴, An Thị Hồng Vân³ và Hồ Chí Thanh². Các bệnh lý đi kèm là các yếu tố tăng nguy cơ VTC, trong nhóm nghiên cứu (Bảng 2) thấy tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng rượu bia là 85,0%; hút thuốc thường xuyên là 66,67%; có 33,33% số bệnh nhân

thừa cân/béo phì với BMI > 25kg/m²; 30% bệnh nhân đái tháo đường và 30,0% rối loạn mỡ máu. Rượu bia là một nguyên nhân gây VTC thường gặp; chúng tôi nhận thấy, khi bệnh nhân rối loạn chuyển hoá mỡ máu có lạm dụng rượu bia thì nguy cơ VTC tăng lên, kèm theo là tăng cao nồng độ mỡ máu. Theo tác giả Wayne Tsuang và cộng sự (2009) một số yếu tố nguy cơ có thể dẫn đến VTC do tăng TG máu như bệnh lý đái tháo đường kiểm soát kém, béo phì, phụ nữ mang thai, lạm dụng rượu hay có tiền sử VTC trước đó...⁷. Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có trình độ học vấn là THPT và đại học; trong đó có 43,3% có trình độ đại học (Bảng 1), đây là một yếu tố thuận lợi khi thực hiện tư vấn, giáo dục sức khỏe và dự phòng viêm tụy cấp tái phát. Trong nhóm nghiên cứu có 90% bệnh nhân sinh sống tại các đô thị, rất dễ tiếp cận các phòng khám hoặc bệnh viện lớn, có thể kiểm soát mức độ tăng của mỡ máu và các bệnh nền. Trong các biện pháp can thiệp được Hiệp hội Y khoa châu Âu đưa ra, thì việc thay đổi chế độ sinh hoạt, giảm cân là các biện pháp được đưa ra đầu tiên để kiểm soát mỡ máu và các bệnh nền béo phì, đái tháo đường là quan trọng với mức độ bằng chứng cao nhất⁶. Do đó, việc tư vấn, hướng dẫn bệnh nhân thực hiện thay đổi lối sống có lợi cho sức khỏe là vô cùng quan trọng.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp (Bảng 3) bao gồm đau bụng chiếm tỷ lệ 100%; chướng bụng 91,67%; bí trung đại tiện là 63,33%; có tỷ lệ khá phù hợp với một số tác giả trước đó như tác giả Nguyễn Thị Ngọc Linh (2021) cho biết triệu chứng hay gặp là đau bụng chiếm 100%, chướng bụng là 91,7%⁴; tác giả Hồ Chí Thanh (2023) cho kết quả đau bụng chiếm 97,2%, bí trung đại tiện với 50%². Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu được đánh giá VTC mức độ vừa chiếm 55,0%, mức độ nặng chỉ chiếm 8,33%. Kết quả này phù hợp với phần lớn các nghiên cứu như tác giả Nguyễn Thị Ngọc Linh (2021) VTC mức độ vừa chiếm đến 80,6%; tác giả Hồ Chí Thanh (2023) cho kết quả VTC mức độ vừa là 52,8%.

Giá trị TG máu trung bình là 40,44 ± 32,94mmo/L, cao hơn kết quả của tác giả Hồ Chí Thanh (2023); đa số bệnh nhân được đánh giá tăng TG máu mức độ rất nặng. Trong số này, có 82,1%

bệnh nhân sử dụng rượu bia; 64,1% bệnh nhân hút thuốc thường xuyên.

4.3. Kết quả chăm sóc của điều dưỡng

4.3.1. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn

Các chỉ số dấu hiệu sinh tồn (Bảng 5) được chúng tôi bắt đầu theo dõi từ khi bệnh nhân nhập viện. Biểu hiện hay gặp nhất là trên chỉ số mạch, cụ thể mạch nhanh trên 90 lần/phút gặp ở khoảng 60% số bệnh nhân tại thời điểm vào viện. Đồng thời có sự cải thiện ở những ngày sau đó, phù hợp với mức độ bệnh và diễn biến lâm sàng của bệnh nhân. Chỉ số mạch là một yếu tố dễ đánh giá, đồng thời có vai trò trong đánh giá đáp ứng với liệu pháp truyền dịch của mỗi bệnh nhân.

4.3.2. Theo dõi, nhận định lâm sàng

Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất ở bệnh nhân VTC. Theo dõi trong quá trình điều trị (Bảng 7), chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân đau bụng có giảm trong quá trình điều trị, từ 100% xuống chỉ còn 41,67% sau 2 ngày nhập viện điều trị. Đây là triệu chứng chủ quan, được đánh giá mức độ bằng thang điểm VAS. Sau 48 giờ nhập viện, trung vị điểm VAS cải thiện đáng kể, từ 7,0 xuống còn 4,0. Đồng thời, tỷ lệ bệnh nhân trung tiện được cũng tăng lên phù hợp diễn biến lâm sàng của bệnh, từ 30,0% tăng đến 91,67% sau 48 giờ nhập viện. Tỷ lệ bệnh nhân sốt cũng giảm rõ rệt từ 16,67% xuống 1,67% sau 2 ngày điều trị. Chúng tôi nhận thấy việc nhiệt độ cơ thể tăng ở các bệnh nhân này là biểu hiện của hội chứng đáp ứng viêm hệ thống, chứ không xuất phát từ bất kì nhiễm khuẩn nào khác.

4.3.3. Thực hiện y lệnh chăm sóc

Tỷ lệ bệnh nhân cần can thiệp thở oxy hỗ trợ tại thời điểm vào viện là 36,67%, nguyên nhân phần lớn do đau bụng, bụng chướng gây hạn chế hô hấp. Số bệnh nhân cần theo dõi bằng monitor, đặt sonde dạ dày, đặt sonde tiểu lần lượt là 36,67%, 31,67%, 31,67%. Sau 48 giờ nhập viện, cả ba tỷ lệ này đều giảm xuống (Bảng 7). Sonde dạ dày thường được chỉ định ở bệnh nhân VTC nói chung, mục đích làm giảm ứ đọng trong dạ dày, cải thiện tình trạng chướng bụng. Khi bệnh nhân đã trung tiện được,

hoặc có lưu thông đường tiêu hóa, chúng tôi thường rút sonde sớm và cho bệnh nhân tập ăn lại bằng đường tiêu hóa. Sonde tiểu thường được chỉ định ở nhóm bệnh nhân VTC mức độ vừa-nặng, với mục đích theo dõi số lượng nước tiểu một cách chính xác, đánh giá hiệu quả với liệu pháp truyền dịch.

4.3.4. Thực hiện chăm sóc dinh dưỡng

Tại thời điểm nhập viện, tỷ lệ bệnh nhân được hướng dẫn nhịn ăn chiếm 91,67%. Theo dõi sau 2 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân được cho ăn lại bằng đường tiêu hóa tăng lên đáng kể, từ 8,33% lên đến 91,67% (Bảng 7). Chế độ tập ăn lại được hướng dẫn là cháo thịt nạc, ít dầu mỡ. Các bệnh nhân được hướng dẫn ăn theo nhu cầu, ăn số lượng ít mỗi bữa và nhiều bữa trong ngày. Nếu có biểu hiện buồn nôn, nôn, đau bụng tăng lên bệnh nhân sẽ được tư vấn tạm dừng việc ăn lại bằng đường tiêu hóa. Nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào cần nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

4.3.5. Thực hiện y lệnh thuốc

Từ thời điểm nhập viện đến 48 giờ sau đó, chúng tôi ghi nhận số lượng dịch truyền trung bình trong ngày có giảm từ 3107,5ml giảm còn 2585,0ml và 850,5ml sau 2 ngày nhập viện (Bảng 7). Kết quả số lượng dịch truyền trung bình trong ngày đầu tương đương với tác giả Nguyễn Thị Ngọc Linh (2021) là 3345,2ml⁴. Các bệnh nhân đều được truyền dịch có kiểm soát, cá thể hóa; một số trường hợp nặng, được bù dịch tích cực và theo dõi đáp ứng lâm sàng với số lượng dịch truyền trong ngày đầu lên đến 4000ml.

Liệu pháp insulin được chứng minh có hiệu quả trong việc kiểm soát mức tăng TG máu^{7,6}. Có 78,33% bệnh nhân được sử dụng insulin khi nhập viện, đa số được sử dụng bằng cách với dung dịch đẳng trương truyền tĩnh mạch. Sau 48 giờ, chỉ còn 8,33% bệnh nhân còn sử dụng insulin; đều thuộc nhóm bệnh nhân có tình trạng tăng glucose máu kèm theo hoặc ở các bệnh nhân đái tháo đường kiểm soát không tốt. Hiệu quả của phương pháp cũng thể hiện ở kết quả nồng độ TG máu trung bình sau 24 giờ, giảm từ 40,44mmol/L xuống 33,61mmol/L.

4.3.6. Tư vấn giáo dục sức khỏe

Trong quá trình nằm viện và trước khi ra viện, tất cả bệnh nhân đều được hướng dẫn cách thay đổi lối sống, chế độ ăn uống, sinh hoạt, tập luyện thông qua hoạt động điểm bệnh, thực hiện chăm sóc hàng ngày. Ngoài ra, một số buổi chuyên đề nói chuyện về các vấn đề thường thức liên quan đến bệnh lý VTC cũng được tổ chức. Chúng tôi nhận thấy người nhà và bệnh nhân đều có ý thức thay đổi, dự phòng tái phát bệnh. Tuy nhiên, thực tế số lượng bệnh nhân tái khám lại sau 1 tháng điều trị chỉ đạt được khoảng 60% (Bảng 8). Một số lý do được bệnh nhân đưa ra là không thu xếp được thời gian hoặc thấy cơ thể không có triệu chứng gì nên không đi khám lại.

4.4. Kết quả điều trị

Thời gian nằm viện trung bình của 60 bệnh nhân nhóm nghiên cứu là $5,2 \pm 2,6$ ngày, ngắn nhất 2 ngày, dài nhất 13 ngày (Bảng 8). Kết quả này phù hợp với kết quả của một số tác giả như Nguyễn Thị Ngọc Linh (2021) ghi nhận thời gian nằm viện trung bình là 5,6 ngày. Tỷ lệ khỏi bệnh ra viện là cao, đạt 96,67%; chúng tôi chỉ ghi nhận 2 bệnh nhân VTC mức độ nặng phải chuyển khoa hồi sức cấp cứu để điều trị.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đánh giá công tác chăm sóc ở 60 bệnh nhân VTC do tăng TG máu tại khoa Cấp cứu tiêu hóa, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Nhóm nghiên cứu chủ yếu là nam giới; tuổi trung bình là $42,83 \pm 8,17$; đa phần là VTC mức độ nhẹ và vừa. Một số yếu tố nguy cơ thường gặp như sử dụng rượu bia, hút thuốc, bệnh lý đái tháo đường. Đa số bệnh nhân tăng TG ở mức độ rất nặng. Thời gian nằm viện trung bình là 5,2 ngày; tỷ lệ khỏi bệnh ra viện cao.

Công tác chăm sóc điều dưỡng tốt: Các bệnh nhân đều được theo dõi chỉ số sinh tồn, triệu chứng lâm sàng; thực hiện đầy đủ y lệnh chăm sóc, điều trị thuốc. Sau 2 ngày điều trị, tỷ lệ ăn lại bằng đường tiêu hóa cao.

Khuyến nghị

Viêm tụy cấp do tăng TG máu là bệnh lý nội khoa có tỷ lệ khỏi bệnh cao, hoàn toàn có thể phòng

tránh được, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có bệnh lý rối loạn chuyển hóa, lạm dụng bia rượu, thuốc lá. Kế hoạch chăm sóc của điều dưỡng ở nhóm bệnh nhân này là có hiệu quả. Tuy nhiên, để nâng cao nhận thức bệnh của bệnh nhân, trong quá trình theo dõi chăm sóc, nhân viên y tế cần có kế hoạch giáo dục sức khỏe toàn diện và tích cực hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tenner S, Vege SS, Sheth SG et al (2024) *American College of Gastroenterology Guidelines: Management of Acute Pancreatitis*. American Journal of Gastroenterology 119(3):419-437.
2. Hồ Chí Thanh, Inkhamphanh Bounthong, Nguyễn Huy Thông (2023) *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm tụy cấp ở bệnh nhân tăng triglyceride*. Tạp chí Y dược học Quân sự. tr. 8.
3. An Thị Hồng Vân, Nguyễn Thị Vân, Lưu Hà Thanh (2022) *Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh viêm tụy cấp tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*. Tạp chí Y dược lâm sàng 108, 17(1).
4. Nguyễn Thị Ngọc Linh, Nguyễn Thị Loan, Nguyễn Thị Hương và cộng sự (2021) *Nhận xét kết quả chăm sóc bệnh nhân viêm tụy cấp tại Khoa Điều trị Gan, Mật, Tụy - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*. Tạp chí Y dược lâm sàng 108. 16(3).
5. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C et al (2013) *Classification of acute pancreatitis 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus*. Gut 62(1):102-111.
6. Parhofer KG, Laufs U (2019) *The Diagnosis and Treatment of Hypertriglyceridemia*. Dtsch Arztebl Int 116(49): 825-832.
7. Tsuang W, Navaneethan U, Ruiz L, Palascak JB, Gelrud A (2009) *Hypertriglyceridemic pancreatitis: presentation and management*. Am J Gastroenterol 104(4): 984-991.