

thương tích và bệnh lý khác chiếm 54,5%, trong đó cấp cứu y tế chủ yếu là tai nạn thương tích chiếm 34,4% và nguyên nhân cấp cứu do bệnh lý khác chiếm 20,2%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Anh (2017). Tiếp nhận và Theo dõi bệnh nhân cấp cứu nặng. s.l. : Hội nghị Quốc tế về Y học cấp cứu năm 2017, chủ biên.
2. Nguyễn Thị Giang, Nguyễn Bích Diệp, Nguyễn Đình Khuê (2016). Thực trạng tai nạn lao động và một số yếu tố liên quan của ngư dân đánh bắt hải sản xa bờ thị xã Cửa Lò, tỉnh Nghệ An năm 2014. s.l. : Tạp chí Y học dự phòng, Tập XXVI, số 11 (184) 2016,
3. Trần Đăng Khoa (2013). Thực trạng và kết quả một số giải pháp can thiệp tăng cường tiếp cận sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh y tế công lập tại huyện Như Xuân 2009-2011. Thanh Hóa : Luận án Tiến sĩ Y tế Công cộng, đại học Y tế công cộng.
4. Lê Hồng Minh (2011). Nghiên cứu điều kiện lao

động và sức khỏe nghề nghiệp của ngư dân đánh bắt hải sản xa bờ ở một số tỉnh phía Nam Việt Nam. Hà Nội : Luận án tiến sĩ, Học viện Quân y.

5. Nguyễn Văn Tâm (2016). Thực trạng tai nạn thương tích của ngư dân đánh bắt xa bờ và thuyền viên khu vực phía Bắc năm 2014-2016. không biết chủ biên : Kỳ yếu công trình nghiên cứu khoa học y học biển.
6. Nguyễn Văn Tâm, Trần Thị Quỳnh Chi, Nguyễn Quang Hùng (2021). Thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe cho ngư dân làm việc trên tàu bắt hải sản tại một số ngư trường Vịnh Bắc Bộ, duyên hải miền Trung, Vịnh Thái Lan từ năm 2015-2017.s1.: tập 31, số 1 2021
7. C. Matheson, S. Morrison, et al (2001). The health of fishermen in the catching sector of the fishing industry: a gap analysis. s.l. : Occupational Medicine. 51(5), p. 305-311.
8. Olaf C. C. Jensen, Gudrun Petursdottir, et al (2014). A review of fatal accident incidence rate trends in fishing. s.l. : International maritime health. 65(2), p. 47-52.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC ĐIỀU TRỊ TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI TỰ PHÁT TIÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Đức Thái<sup>1</sup>, Phạm Hữu Lư<sup>2</sup>, Trần Bình Giang<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tràn khí màng phổi tự phát tiên phát là bệnh lý thường xảy ra ở người trẻ với tỉ lệ tái phát nhất định. Hiện nay, phẫu thuật nội soi lồng ngực được sử dụng trong điều trị tràn khí màng phổi tự phát tiên phát thường quy tại các trung tâm phẫu thuật lồng ngực. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang; Kết quả nghiên cứu ghi nhận ở các biến số: Tuổi, giới tính; Thời gian phẫu thuật; Tỷ lệ gây dính màng phổi; Thời gian hậu phẫu... Số liệu được ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu cho từng bệnh nhân và xử lý bằng chương trình SPSS 20.0. **Kết quả:** Từ tháng 01/2018 đến 04/2021 có 38 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị tràn khí màng phổi tự phát tiên phát. Cắt đốt hoặc/và khâu bó khí bằng Stapler hoặc khâu tay kèm có/không gây dính màng phổi bằng trà nhám màng phổi vùng dính và gây dính chủ động bằng Betadin đặc. Thời gian phẫu thuật trung bình là 63,16 phút. Ngày nằm hậu phẫu trung bình 5,16 ngày. Không có biến chứng cũng như tử vong. Theo dõi từ 1 tháng đến 24 tháng, không có trường hợp nào tái phát. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi lồng ngực là phương pháp ngoại khoa hiệu quả trong điều trị tràn khí màng phổi tự phát tiên phát với ưu

điểm giảm đau sau mổ, giảm thời gian nằm viện và giảm tỉ lệ tái phát.

#### SUMMARY

#### RESULTS OF VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY FOR THE TREATMENT OF SPONTANEOUS PRIMARY SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

**Background:** Primary spontaneous pneumothorax is a common disease in young people with a recurrence rate. Currently, video-assisted thoracoscopic surgery is used in the routine treatment of primary spontaneous pneumothorax in thoracic surgery centers. **Methods:** Cross-sectional descriptive study; The research results were recorded in the following variables: age, sex; operative time; rate of pleural adhesions; post-operative time... The data were recorded in the research medical record for each patient and processed by the SPSS 20.0. **Results:** From January 2018 to April 2021, 38 patients underwent video-assisted thoracoscopic surgery for primary spontaneous pneumothorax. Bleb ablation and/or blebectomy - suture with Stapler or manual suturing with/without pleural adhesions with apical pleural sanding and active adhesion with the pure Betadin. The average operative time was 63.16 minutes. The average postoperative day was 5.16 days. There were no complications nor death. Follow-up from 1 month to 24 months, no cases of recurrence. **Conclusion:** Thoracoscopic surgery is an effective surgical method in the treatment of primary spontaneous pneumothorax with the advantages of

<sup>1</sup>Bệnh viện Phổi Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Lư

Email: phamhuulu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.6.2021

Ngày duyệt bài: 7.7.2021

reducing postoperative pain, reducing hospital stay and reducing the recurrence rate.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn khí màng phổi (TKMP) là tình trạng xuất hiện khí một cách bất thường trong khoang màng phổi (KMP)<sup>1</sup>. Tràn khí màng phổi tự phát tiên phát (TKMPTTP) là tình trạng tràn khí thường xảy ra ở bệnh nhân trẻ, khỏe mạnh không có bệnh lý phổi. Tần suất TKMPTTP là 4-9/100.000 dân số, tỷ lệ nam với nữ từ 4-6/1<sup>2</sup>. Trước đây điều trị bằng đặt dẫn lưu, tỷ lệ thành công khoảng 70-80%<sup>3</sup>, số còn lại phải phẫu thuật là những trường hợp rò khí kéo dài hoặc phổi không nở hết sau đặt ống dẫn lưu, những trường hợp này phải mở ngực để giải quyết chỗ rò khí: khâu hoặc cắt bóng khí. Đây là phẫu thuật lớn, xâm lấn nhiều và có một số nhược điểm nhất định. Ngày nay với sự phát triển của kỹ thuật nội soi lồng ngực và những dụng cụ chuyên dụng, phẫu thuật nội soi lồng ngực (PTNSLN) hiện là một phương pháp điều trị có hiệu quả với các bệnh lý lồng ngực trong đó có TKMPTTP. Tại trung tâm Tim mạch và Lồng ngực – Bệnh viện hữu nghị Việt Đức chúng tôi đã tiến hành PTNSLN thường quy mang lại nhiều ưu điểm cho người bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị của phương pháp này trong thời gian gần đây.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, bao gồm hồi cứu và tiền cứu

**Đối tượng nghiên cứu:** Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân TKMPTTP được điều trị bằng PTNSLN được chọn vào mẫu nghiên cứu với tiêu chí: TKMPTTP; không phân biệt tuổi, giới tính; có đầy đủ hồ sơ bệnh án theo quy định. Tiêu chuẩn loại trừ; Bệnh nhân có bệnh lý tại phổi như: lao phổi, bụi phổi, COPD, ung thư phổi... trong tiền sử hoặc mới phát hiện trong quá trình điều trị; TKMP do can thiệp của nhân viên y tế; Bệnh nhân TKMP không có chỉ định can thiệp: do tổn thương phổi nặng, do rối loạn đông máu nặng, toàn thân không đảm bảo gây mê...; Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu; Bệnh nhân không có đủ hồ sơ bệnh án theo quy định

**Các biến số dự kiến:** Kết quả nghiên cứu ghi nhận ở các biến số: Tuổi, giới tính; Thời gian

phẫu thuật; Tỷ lệ gây dính màng phổi; Thời gian hậu phẫu...

**Xử lý số liệu:** Số liệu được ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu cho từng bệnh nhân và xử lý bằng chương trình SPSS 20.0; Sử dụng phép kiểm định T – student để so sánh hai số trung bình,  $\chi^2$  để so sánh hai tỷ lệ giữa lô nghiên cứu và các tác giả khác

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2018 đến 04/2021, tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức đã PTNSLN cho 38 trường hợp TKMPTTP với tỷ lệ là nam chiếm 78,95% và 21,05% là nữ. Tuổi thấp nhất là 16; cao nhất là 72 tuổi. Trung bình 36,32 ± 16,197 tuổi

Về lâm sàng, chủ yếu là tức (đau) ngực (47,4%). Tức ngực kèm khó thở cũng chiếm tỷ lệ cao (31,6%). Triệu chứng ho gặp ở ít các trường hợp, chủ yếu là ho khan, ho ít

**Bảng 1: Tỷ lệ bên phổi tràn khí**

Phổi tràn khí	Số lượng	Tỷ lệ %
Hai bên	1	2.6
Phổi phải	20	52.6
Phổi trái	17	44.8
<b>Tổng</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>

**Nhận xét:** Các bệnh nhân vào viện đa phần có TKMP một bên, có 1 trường hợp TKMP hai bên cùng một lúc

**Bảng 2: Mức độ TKMP trên phim X-quang ngực**

Mức độ tràn khí	Tần số	Tỷ lệ %
ít	11	28.9
nhiều	22	57.9
trung bình	5	13.2
<b>Tổng</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>

**Nhận xét:** Các bệnh nhân khi vào viện đều được chụp phim Xquang ngực, đa phần các bệnh nhân có mức độ tràn khí nhiều 22/38 trường hợp (57,9%)

**Bảng 3: Bóng kén khí trên cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực**

Bóng kén trên CLVT	Tần số	Tỷ lệ %
Có bóng kén	23	60.5
Không có bóng kén	15	39.5
<b>Tổng</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>

**Nhận xét:** 100% các bệnh nhân vào viện được chụp CLVT lồng ngực và tỷ lệ cao phát hiện bóng, kén khí trên CLVT lồng ngực

**Bảng 4: Tổn thương bóng, kén khí trong mổ và xử trí**

Tổn thương bóng kén trong mổ		Cách xử trí tổn thương			Tổng
		Đốt đơn thuần	Cắt/ khâu đơn thuần	Cắt/ khâu và đốt	
Bóng kén rải rác	Số lượng	1	6	3	10
	%	10.0%	60.0%	30.0%	100.0%

Bóng kén thùy trên	Số lượng	0	22	4	26
	%	0.0%	84.6%	15.4%	100.0%
Không phát hiện bóng kén	Số lượng	0	2	0	2
	%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
<b>Tổng</b>	Số lượng	1	30	7	38
	%	2.6%	78.9%	18.4%	100.0%

**Nhận xét:** Đa phần các trường hợp có tổn thương phát hiện bóng kén trong mổ được xử lý cắt/khâu bằng Stapler hoặc khâu tay bằng chỉ prolene 4/0

#### **Bảng 5: Phương pháp phẫu thuật**

Phương pháp phẫu thuật	Tần số	Tỷ lệ %
Nội soi toàn bộ	4	10.5
Nội soi hỗ trợ (VATS)	34	89.5
<b>Tổng</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>

**Nhận xét:** Phương pháp phẫu thuật chủ yếu cho nhóm bệnh nhân nghiên cứu là nội soi hỗ trợ (VATS)

#### **Bảng 6: Tổn thương trong mổ**

Đặc điểm tổn thương trong mổ	Tần số	Tỷ lệ %
Bóng đơn độc thùy trên	2	5.3
Bóng kén rải rác	10	26.4
Chùm bóng kén thùy trên	7	18.4
Phổi dính, bóng đơn độc thùy trên	6	15.8
Phổi dính, bóng kén rải rác	5	13.2
Phổi dính, bóng kén thùy trên, máu cục màng phổi	4	10.5
Phổi dính, chùm bóng kén thùy trên	7	18.4
Phổi dính, rò khí nhu mô	2	5.3
<b>Tổng</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>

**Nhận xét:** Chỉ có 60,52% trường hợp phát hiện bóng kén khí trên CLVT lồng ngực nhưng thực tế trong quá trình phẫu thuật, tỷ lệ phát hiện bóng kén khí cao hơn rất nhiều 94,74%

#### **Bảng 7: Tỷ lệ gây dính màng phổi**

Tỷ lệ gây dính màng phổi	Tần số	Tỷ lệ %
Có	21	55.3
Không	17	44.7
<b>Tổng</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân được gây dính màng phổi và không được gây dính màng phổi là tương đương nhau, điều này cho thấy quan điểm về gây dính màng phổi chưa thực sự thống nhất

- Thời gian phẫu thuật trung bình là 62,5 ± 18,33 phút. Thời gian ngắn nhất là 35 phút, dài nhất là 90 phút

- Thời gian nằm hậu phẫu trung bình là 4,47 ± 1,11. Thời gian ngắn nhất là 2 ngày, thời gian dài nhất là 7 ngày

- Thời gian nằm viện trung bình là 5,74 ± 0,92. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 8 ngày

- Tai biến: không có trường hợp nào xảy ra tai biến hoặc tử vong

- Tái phát: theo dõi sau phẫu thuật tính đến

04/2021, chưa có trường hợp nào tái phát

#### **IV. BÀN LUẬN**

Tràn khí màng phổi tự phát tiên phát cho đến nay vẫn còn là vấn đề toàn cầu do tỷ lệ mắc thường cao, chi phí điều trị lớn, diễn biến thường đột ngột ở bệnh nhân khỏe mạnh... Mặt khác, tỷ lệ tái phát sau can thiệp chọc hút, dẫn lưu màng phổi vẫn chiếm một tỷ lệ nhất định. Qua nghiên cứu chúng tôi ghi nhận một số kết quả như sau:

**Đặc điểm chung:** Giới tính: trong 38 bệnh nhân được nghiên cứu, nam giới 30/38 chiếm tới 78,95%, tỷ lệ nam/nữ là 3,75/1. Theo nghiên cứu của Ayed A.K và cộng sự<sup>4</sup> trong 208 bệnh nhân nam giới chiếm 95%. Tuổi: Nhóm 20-40 tuổi hay gặp hơn cả chiếm 42,11%. Vì ít có bệnh lý phổi sẵn có, cũng như những bệnh lý khác đi kèm. Al-Tarshihy M.I<sup>5</sup> nhận thấy tuổi nghiên cứu từ 16 - 37 tuổi. Chúng tôi ghi nhận tràn khí tái phát cùng bên là chủ yếu (64,7%) và sự tái phát này xảy ra nhiều ở nhóm can thiệp chọc hút, dẫn lưu KMP. Như vậy có thể khẳng định lại chọc hút hay dẫn lưu là điều trị bảo tồn, chưa triệt để trong đó các tổn thương bóng, kén khí vẫn chưa được giải quyết.

**Lâm sàng và cận lâm sàng:** Lâm sàng: Triệu chứng tức ngực có ở tất cả các bệnh nhân, triệu chứng kèm theo được chúng tôi ghi nhận bao gồm 21,1% ho và 39,5% khó thở với mức độ khó thở ít đến trung bình. Theo Shih C.H<sup>6</sup> và cộng sự nghiên cứu 78 bệnh nhân cho thấy triệu chứng đau ngực chiếm 88,5%, đau xuất hiện đột ngột nhất ở sau vai khi thay đổi tư thế hoặc hít sâu. Tuy nhiên, triệu chứng đau cũng có thể giảm dần rồi hết hẳn sau 2 - 3 ngày dù không điều trị gì. Có nhiều bệnh nhân chịu đựng vài ngày mới tìm đến thầy thuốc, vì triệu chứng không rõ rệt nên dễ bỏ qua do nghĩ tới nguyên nhân thông thường khác. Cận lâm sàng: Chụp X-quang ngực rất có giá trị xác định TKMP. Theo cách đánh giá mức khí trên phim X-quang ngực của BTS (2003)<sup>1</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 57,89% tràn khí nhiều; 13,16% ở mức trung bình và 28,95% ở mức ít; 52,6% TKMP bên phải; 44,7% bên trái và 1 trường hợp (2,6%) TKMP 2 bên (Bảng 1). Có 4 trường hợp

tràn khí tràn máu màng phổi chiếm 10,53% (Bảng 6). Tương tự các nghiên cứu khác như Lê Quốc Việt và Nguyễn Công Minh <sup>7</sup>, cho biết 6/21 trường hợp tràn khí nhiều và toàn bộ, 5/21 trường hợp mức khí 20 - 40%, không trường hợp nào mức khí dưới 20%

**Phẫu thuật và điều trị:** Phương pháp phẫu thuật: Hầu hết chúng tôi tiến hành phẫu thuật nội soi hai lỗ vào (biportal) chiếm 89,5% (Bảng 5) với trocar cho ống kính nội soi tại khoang liên sườn VII đường nách giữa và một vết rạch khoảng 3-5cm tại vị trí dẫn lưu KMP cũ ở khoang liên sườn V đường nách giữa. Có 4/ 38 trường hợp tràn khí tràn máu do kén khí vỡ kèm theo tổn thương đứt mạch máu nằm trong tổ chức dính nhu mô vào thành ngực gây chảy máu, trong đó 1 trường hợp đã được truyền máu ở tuyến trước và khi vào khoa được truyền máu, mổ cấp cứu (Bảng 6). Do tràn khí kèm theo, phổi không nở được nên ít có khả năng tự cầm máu, lượng máu KMP tăng, trong trường hợp nặng bệnh nhân có thể trụ mạch và tử vong. Tỷ lệ tràn khí tràn máu cũng được ghi nhận trong một số nghiên cứu trên thế giới. Các tác giả có đều nhận thấy toàn trạng bệnh nhân nặng, cần can thiệp phẫu thuật sớm. Nghiên cứu của Ohno K. và cộng sự<sup>8</sup> ghi nhận trong 424 bệnh nhân TKMP tự phát nguyên phát có 9 bệnh nhân tràn khí tràn máu và được phẫu thuật cấp cứu. Các tác giả cho rằng: tràn khí tràn máu màng phổi tự phát do vỡ bóng khí màng phổi dính vào thành ngực vùng đỉnh vỡ làm tổn thương đứt mạch gây chảy máu lớn, đe dọa tử vong, cần can thiệp sớm. Tỷ lệ chuyển mổ mở: không có trường hợp nào trong nghiên cứu của chúng tôi phải chuyển mổ mở. Tham khảo nghiên cứu của Cardillo và cộng sự (2000)<sup>9</sup> trong 432 trường hợp có 2 trường hợp chuyển mổ mở do rò khí không xử trí được ở cuối cuộc mổ nội soi. Gây dính màng phổi: 21 trường hợp được gây dính màng phổi sau khi xử trí bóng kén khí bằng cách đốt màng phổi thành vùng đỉnh hoặc trà sát bằng tăm bông và bơm 10ml Betadine 10% vào KMP (Bảng 7). Còn 17 trường hợp không gây dính. Gây dính phòng tái phát còn có những ý kiến trái ngược nhau. Như trong nghiên cứu của Lê Quốc Việt và Nguyễn Công Minh <sup>7</sup> nghiên cứu trên 21 trường hợp khâu kén khí đơn thuần mà không gây dính màng phổi, kết quả rất tốt, theo dõi tối đa 29 tháng, không trường hợp nào tái phát. Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là  $62,5 \pm 18,33$  phút (35-90) chủ yếu thực hiện bằng phương pháp VATS (bảng 5). Tương tự nghiên cứu của Cheng Y.J và cộng sự<sup>10</sup> cũng

thực hiện cắt bóng khí và gây dính cơ học, thời gian phẫu thuật  $45,6 \pm 18,3$  phút (25 - 96). Thời gian hậu phẫu trung bình của chúng tôi là  $4,47 \pm 1,11$  ngày (2 - 7). Kết quả này cũng tương tự trong các nghiên cứu khác như Cheng Y.J và cộng sự<sup>10</sup> có thời gian hậu phẫu trung bình của chúng tôi là  $5,74 \pm 0,92$  (4-8) tương tự với một số nghiên cứu khác. Cụ thể: Lê Quốc Việt & CS<sup>3</sup> là  $5,92 \pm 0,47$ . Tai biến: không có trường hợp nào tai biến hoặc tử vong. Tái phát: theo dõi sau phẫu thuật tính đến 04/2021, chưa có trường hợp nào tái phát. Kết quả này rất đáng khích lệ, cho thấy hiệu quả và ưu điểm của phương pháp điều trị này

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị tràn khí màng phổi tự phát tiên phát. Phương pháp này mang lại nhiều ưu điểm cho người bệnh như tính thẩm mỹ, ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Henry M., Arnold T., Harvey J.**, on behalf of the BTS pleural Disease Groupe off the BTS Standards of Care Committee (2003), "BTS guiderlines for the management of spontaneous pneumothorax". Thorax, 58, (Suppl II), ii39 - ii52
2. **Casadio, C., et al. (2001)**, Primary spontaneous pneumothorax. Is video-assisted thoracoscopy stapler resection with pleural abrasion the gold-standard? European Journal of Cardio-Thoracic Surgery, 20(4): p. 897-898.
3. **Lê Quốc Việt, Nguyễn Công Minh** - đánh giá hiệu quả điều trị TKMP tự phát nguyên phát bằng DLMP và NSLN, tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 15, Phụ bản của Số 4, 2011
4. **Ayed, A.K., C. Chandrasekaran, and M. Sukumar (2006)**, Video-assisted thoracoscopic surgery for primary spontaneous pneumothorax: clinicopathological correlation. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery, 29(2): p. 221- 225.
5. **Al-Tarshih M. I., (2008)**, "Comparison of the efficacy and safety of video-assisted thoracoscopic surgery with the open method for the treatment of primary pneumothorax in adults". Ann Thorac Med, 3(1), p.9-12.
6. **Shih C.H., Yu H.W., Tseng Y.C., Chang Y.T., Liu C.M., Hsu J.W., (2011)**, "Clinical manifestations of primary spontaneous pneumothorax in pediatric patients: an analysis of 78 patients". Pediatr Neonatol, 52(3), p.150-4.
7. **Lê Quốc Việt, Nguyễn Công Minh** - Nghiên cứu đánh giá hiệu chỉnh tái phát TKMP nguyên phát bằng PTNSLN, tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 15, Phụ bản của Số 1, 2011
8. **Ohno K., Miyoshi S., Minami M., Akashi A., Maeda H., Nakagawa K., Matsumura A., Nakamura K., Matsuda H., Ohashi S., (2000)**, "Ipsilateral recurrence frequency after video-assisted thoracoscopic surgery for primary

spontaneous pneumothorax". Jpn J Thorac Cardiovasc Surg., 48(12), p.757-60.

9. **Cardillo G (2000):** Videothoroscopic treatment of primary spontaneous pneumothorax: a 6- year experience. Ann Thorac Surg; 69:357-361.

10. **Cheng Y.J., Kao E.L., Lee J.Y., (2007),** "Retrospective comparison of needle thoracoscopy and conventional thoracoscopic surgery to treat primary spontaneous pneumothorax". Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 17(2), p.104-6.

## CẢM NHẬN CỦA KHÁCH HÀNG VỀ CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ TIÊM NỘI NHÃN ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH MẠCH MÁU VỔNG MẠC TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG NĂM 2020

Đặng Trần Đạt<sup>1</sup>, Vũ Thị Hoàng Lan<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Chất lượng dịch vụ có vai trò quan trọng, là một trong những nhân tố quyết định sự tồn tại, thành công cũng như góp phần xây dựng uy tín, hình ảnh thương hiệu của tổ chức. nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm mục tiêu mô tả cảm nhận của khách hàng về chất lượng dịch vụ tiêm nội nhãn điều trị một số bệnh mạch máu võng mạc và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng tại BV Mắt Trung ương năm 2020. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính. Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 10/2019 đến tháng 02/2020. Mẫu nghiên cứu gồm 88 khách hàng đã sử dụng dịch vụ tiêm nội nhãn. Chất lượng dịch vụ được đánh giá bằng thang đo SERVPERF. **Kết quả:** Điểm đánh giá trung bình đạt  $4.24 \pm 0.041$  trên thang đo Likert có giá trị tối đa 5 điểm. Khả năng sự đảm bảo đạt điểm cao nhất trong các cấu phần (điểm trung bình 4.45), điểm trung bình các khía cạnh tin cậy, hữu hình, đáp ứng, cảm thông lần lượt là 4.36; 4.16; 4.12 và 4.10 điểm. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh đánh giá tốt chất lượng dịch vụ tiêm nội nhãn do Bệnh viện Mắt Trung Ương cung cấp. Bệnh viện cần tiếp tục duy trì các biện pháp tăng cường chất lượng dịch vụ

**Từ khóa:** Chất lượng dịch vụ, SERVPERF, tiêm nội nhãn

### SUMMARY

#### ASSESSMENT OF CLIENTS PERCEPTION ON QUALITY OF SERVICES FOR INTRAVITREAL INJECTION AT VIETNAM NATIONAL INSTITUTE OF OPHTHALMOLOGY IN 2019

**Objective:** Service quality is one of the determining factors in the success of any hospital, enhancing not only the reputation and brand image but also the competitiveness of the hospital, all of

which contributes largely to attracting and retaining customers, as well as improving satisfaction. This study aims to assess the perception of clients who use the intravitreal injection and analyze several factors influencing the quality of this service at Vietnam National Institute of Ophthalmology in 2019. **Methods:** Descriptive cross-sectional study combined with qualitative research. Sample included 88 clients used intravitreal injection services at VNIO during 10/2019 to 2/2020. Quality of services were assessed using SERVPERF model with 5 components of service quality. **Results:** The result for customer perception on the quality of intravitreal injection service in VNIO on SERVPERF scale reached  $4.24 \pm 0.041$  points. Customer perception is highest in terms of Assurance with 4.45 points while aspects of Reliability, Tangible, Response, Empathy gain an average score of 4.36; 4.16; 4.12; 4.10 points respectively. **Conclusions:** Overall, client's perception of quality of intravitreal injection services in VNIO was good. VNIO need to continue maintain and improve this service quality.

**Keywords:** quality services, SERVPERF, intravitreal injection

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng dịch vụ có vai trò quan trọng, là một trong những nhân tố quyết định sự tồn tại, thành công cũng như góp phần xây dựng uy tín, hình ảnh thương hiệu của tổ chức. Trong nghiên cứu của Cronin và Taylor được tiến hành vào năm 1992 đã đề xuất mô hình SERVPERF đo lường chất lượng cung cấp dịch vụ. Theo Cronin và Taylor thì "Chất lượng dịch vụ có thể được đo lường tốt nhất bởi kết quả của quá trình cung cấp dịch vụ được cảm nhận bởi khách hàng". Chất lượng dịch vụ được cảm nhận bởi khách hàng là một kiểu thái độ, một sự đánh giá mang tính lâu dài của khách hàng về chất lượng dịch vụ; trong khi đó sự hài lòng khách hàng về chất lượng dịch vụ là khái niệm liên quan đến việc đo lường một sự chuyển giao dịch vụ cụ thể[1,2].

Các bệnh lý mạch máu võng mạc như thoái hóa hoàng điểm tuổi già, bệnh võng mạc do đái tháo đường, tắc tĩnh mạch võng mạc là một trong các nguyên nhân hàng đầu đe dọa mất thị

<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt Trung Ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y tế công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Trần Đạt

Email: dangtrandat.vnio@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.6.2021

Ngày duyệt bài: 6.7.2021