

của chúng tôi cho thấy sàng lọc Sarcopenia chẩn đoán bằng bộ công cụ SARC-F là 39,64% và SARC- CalF là 46,15%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tâm năm 2020 là 49,2% và 59,4%. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện người bệnh BTM cao tuổi, đa số được lọc máu chu kỳ, nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tâm nghiên cứu trên đối tượng người cao tuổi nói chung, cỡ mẫu lớn¹⁴.

4.2.2. Một số vấn đề còn hạn chế của nghiên cứu. Qua nghiên cứu "Sàng lọc Sarcopenia ở người bệnh cao tuổi có bệnh thận mạn điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị", đây là nghiên cứu đầu tiên về vấn đề này tại Việt Nam, chính vì vậy mặc dù đã có những nỗ lực trong quá trình thực hiện nhưng nghiên cứu của chúng tôi không tránh khỏi một số hạn chế do nghiên cứu cắt ngang nên không xác định được mối quan hệ nhân quả giữa sarcopenia và một số yếu tố, cỡ mẫu nghiên cứu còn khiêm tốn. Tuy nhiên NC cũng sẽ là tiền đề cho các đề tài sau này về sarcopenia, hội chứng lão khoa có ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe và cuộc sống người cao tuổi.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ người bệnh sàng lọc có nguy cơ mắc sarcopenia trên người bệnh cao tuổi có bệnh thận mạn là khá cao. Bộ công cụ SARC - F và SARC - CALF là phương pháp đơn giản, dễ áp dụng, giúp sàng lọc sớm Sarcopenia. Các yếu tố làm tăng sự xuất hiện của sarcopenia trên người bệnh cao tuổi bao gồm: Mức lọc cầu thận dưới 45 ml/phút, bệnh kèm theo, nguy cơ ngã cao,

tiền sử có ngã, suy dinh dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Janssen I, Heymsfield S. B, Ross R.** Low relative skeletal muscle mass (sarcopenia) in older persons is associated with functional impairment and physical disability. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2002; 50(5): 889-896.
- Landi F, Liperoti R, Fusco D, et al.** Sarcopenia and mortality among older nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2012;13(2):121-126.
- Eckardt K. U, Kasiske B. L.** Kidney disease: improving global outcomes. *Nature Reviews Nephrology*, 2009; 5 (11): 650.
- Lamb E. J, O'Riordan S. E, Delaney M.P.** Kidney function in older people: pathology, assessment and management. *Clinica Chimica Acta*, 2003; 334 (1-2): 25-40.
- Tonelli M, Wiebe N, Culleton B et al.** Chronic kidney disease and mortality risk: a systematic review. *Journal of the American Society of Nephrology*, 2006; 17 (7): 2034-2047
- Morley J. E, Abbatecola A. M, Argiles J. M et al.** Sarcopenia with limited mobility: an international consensus. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2011;12 (6): 403-409.
- Viviane D. S, Oliveira D. D, Mansur H. N et al.** Sarcopenia in chronic kidney disease. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 2015; 37 (1): 98-105.
- Fahal I. H.** Uraemic sarcopenia: aetiology and implications. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2013; 29 (9): 1655-1665.
- Viviane D. S, Oliveira D, Barbosa S. R et al.** Sarcopenia in patients with chronic kidney disease not yet on dialysis: Analysis of the prevalence and associated factors. *PloS one*, 2017; 12 (4), e0176230.
- Đặng Ngọc Hiếu, Hà Quốc Hùng** (2018). Hội chứng dễ bị tổn thương và 1 số yếu tố liên quan trên người cao tuổi có bệnh thận mạn, Luận văn chuyên khoa cấp I, Trường Đại học Y Hà Nội.

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN VÚ TRIỆT CĂN BIẾN ĐỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Xuân Hậu^{1,2}, Vũ Thị Lý¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và cách chăm sóc bệnh nhân ung thư vú sau phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế mô tả hồi cứu trên 33 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú giai đoạn lâm

sàng I - II được phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 2/2023 đến tháng 11/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 47,7 ± 8,35 tuổi. Kích thước trung bình khối u là 2,55 cm. Độ nhạy của siêu âm kém hơn so với chụp X-quang tuyến vú. 90,9% bệnh nhân có vết thương khô sạch, 9,1% xuất hiện bằng thẩm dịch. Thời gian trung bình rút dẫn lưu vết mổ là 10,21 ± 1,69 ngày. 12 ngày là thời gian nằm viện trung bình. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là rất thấp (24,3%). Hạn chế cử động cánh tay (18,2%) và tụ dịch (6,1%) là những biến chứng phổ biến nhất. Không phát hiện biến chứng chảy máu và nhiễm trùng vết mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi ít gặp biến chứng. Biến chứng phổ biến nhất là hạn chế cử

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: nguyensexuanhau@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.9.2024

Ngày duyệt bài: 8.10.2024

động cánh tay và tụ dịch vết mổ.

Từ khóa: Ung thư vú, phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi, chăm sóc hậu phẫu.

SUMMARY

CARING FOR POST-OPERATIVE PATIENTS WITH MODIFIED RADICAL MASTECTOMY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Describe some clinical, subclinical characteristics and caring for post-operative patients with breast cancer by modified radical mastectomy.

Subjects and Methods: a retrospective descriptive of 33 patients diagnosed with clinical stage I-II breast cancer who underwent modified radical mastectomy at the Oncology Center, Hanoi Medical University Hospital from February 2023 to November 2023.

Results: The average age of patients was 47.7 ± 8.35 years old. Before surgery, the mean size of a tumor was 2.55 cm. The sensitivity of ultrasound was less than mammography. 90.9% of patients had dry and clean wounds, 9.1% appeared fluid absorbent bandages after 3 days surgery. The mean time to remove the surgical drains was 10.21 ± 1.69 days. Twelve days were an average hospitalization period. The rate of surgical complications was minimal (24,3%). Limitation of arm movement (18,2%) and seroma (6,1%) were the most common post-operative complications. Complications of hemorrhage and infection incision were not detected. **Conclusion:** Modified radical mammeotomy has few complications. The most common complication is limitation of arm movement and seroma.

Keywords: Breast cancer, modified radical mastectomy, caring for post-operative.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBACAN 2020, ung thư vú (UTV) là loại ung thư phổ biến nhất ở nữ giới, với ước tính khoảng 2,3 triệu ca mắc mới¹. UTV không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe phụ nữ mà còn ảnh hưởng đến tâm lý người bệnh, đặc biệt là bệnh nhân sau phẫu thuật cắt vú. Hiện nay, có nhiều phương pháp khác nhau được sử dụng để điều trị UTV bao gồm phẫu thuật, xạ trị và/hoặc hóa trị. Tuy nhiên, đối với ung thư vú xâm lấn, phẫu thuật thường là phương pháp điều trị ban đầu². Trong đó, phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi (MRM) rất phổ biến ở những người mắc bệnh UTV³. Phẫu thuật MRM là một thủ thuật có diện tích cắt rộng, làm tăng nguy cơ xảy ra các vấn đề trong và sau phẫu thuật. Vì vậy, việc chăm sóc là rất quan trọng trong quá trình điều trị. Điều này bao gồm tất cả các khía cạnh về sức khỏe thể chất và tâm lý của bệnh nhân. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và cách chăm sóc bệnh nhân ung thư vú sau phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 33 bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh UTV giai đoạn lâm sàng I-II được phẫu thuật MRM tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 2/2023 đến tháng 11/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân nữ được chẩn đoán mắc bệnh ung thư vú giai đoạn lâm sàng I-II trước phẫu thuật và được phẫu thuật MRM.

Tiêu chí loại trừ: Bệnh nhân mắc các bệnh ung thư khác; được chẩn đoán ở giai đoạn lâm sàng III hoặc IV; đã phẫu thuật hoặc điều trị ung thư ở bệnh viện khác trước khi nhập viện Đại học Y Hà Nội.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu

2.3. Các chỉ số nghiên cứu

Tuổi: chia các nhóm: <40 tuổi, 40 - 60 tuổi, >60 tuổi

Chỉ số khối cơ thể (BMI)

Lý do khiến bệnh nhân phải đi khám: khám sức khỏe định kì hoặc có triệu chứng cơ năng: sờ thấy u, tiết dịch núm vú

Đặc điểm u: vị trí, khoảng cách từ núm vú đến khối u, kích thước khối u

Kết quả siêu âm: lành tính, nghi ngờ, ác tính

Kết quả chụp X-quang vú: lành tính, nghi ngờ, ác tính

Giai đoạn bệnh trước mổ: giai đoạn I, giai đoạn II

Phương pháp điều trị: hóa trị hỗ trợ trước, hóa trị hỗ trợ, xạ trị và điều trị nội tiết

Chăm sóc sau phẫu thuật: tình trạng vết mổ, biến chứng sau mổ

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- Tuổi trung bình là $47 \pm 9,5$ tuổi, nhỏ nhất là 29 tuổi, lớn nhất là 73 tuổi. Lứa tuổi hay gặp nhất là từ 40 đến 60 tuổi chiếm 84,8%.

- BMI trung bình là $21,61 \pm 1,27$ kg/m².

- Lý do đến khám: Có khối u ở vú (84,85%), khám sức khỏe định kỳ phát hiện khối u vú (12,12%) và tiết dịch núm vú (3,03%).

- Khối u nằm chủ yếu ở 1/4 trên ngoài (60,6%) với phần lớn khoảng cách từ khối u đến núm vú đều dưới 5 cm. Phần lớn khối u có kích thước dưới 3 cm chiếm tỷ lệ 75,8%. Kích thước trung bình của khối u là $2,55 \pm 1,41$ cm.

- 93,6% bệnh nhân có chẩn đoán BIRADS 4-5 nghi ngờ ác tính trên siêu âm. 96,3% bệnh nhân chẩn đoán BIRADS 4-5 trên chụp X-quang vú. Trước phẫu thuật, 57,6% bệnh nhân UTV giai đoạn I, còn lại 42,4% bệnh nhân ở giai đoạn II.

- Phương pháp điều trị: Hầu hết bệnh nhân đã được hóa trị hỗ trợ sau phẫu thuật (72,7%). Có 5 bệnh nhân đã được điều trị hóa trị hỗ trợ trước (15,2%), trong đó có 4 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn với mô bệnh học. Và có 12 bệnh nhân được xạ trị sau mổ chiếm tỷ lệ 36,4%.

3.2. Chăm sóc sau phẫu thuật

Bảng 3.1. Tình trạng vết mổ ngày thứ 3 sau phẫu thuật

Tình trạng vết mổ	N	Tỷ lệ phần trăm (%)
Khô, sạch	30	90,9
Tấy đỏ	0	0
Băng thấm dịch	3	9,1
Tổng cộng	33	100

Ngày thứ 3 sau mổ, phần lớn bệnh nhân có vết thương khô sạch, có 3 bệnh nhân xuất hiện băng thấm dịch chiếm tỷ lệ 9,1%. Dẫn lưu vết mổ được rút từ ngày thứ 7 đến ngày thứ 13 sau mổ với thời gian trung bình là $10,21 \pm 1,69$ ngày.

Bảng 3.2. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	MRM	
	N	Tỷ lệ phần trăm (%)
Chảy máu	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Hạn chế cử động cánh tay	6	18,2
Tụ dịch	2	6,1
Không biến chứng	25	75,7
Tổng cộng	33	100

Phần lớn bệnh nhân không gặp biến chứng sau mổ. Biến chứng hạn chế cử động cánh tay sau mổ gặp nhiều nhất (18,2%). Số ít bệnh nhân có biến chứng tụ dịch với 6,1%. Và thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi là $12,27 \pm 2$ ngày.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi được phẫu thuật MRM nhiều nhất là 40-60 tuổi, chiếm 72,7%. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Giang với nhóm tuổi được MRM nhiều nhất là 40-46 tuổi, chiếm 64,5%⁴. Béo phì từ lâu đã được công nhận là nguyên nhân khiến thời gian phẫu thuật và hồi phục kéo dài, mất nhiều máu hơn, vết thương khó lành hơn và tỷ lệ nhiễm trùng cao hơn không chỉ trong phẫu thuật tổng quát mà còn trong phẫu thuật vú. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có chỉ số BMI trung bình là $21,6 \pm 1,27$ kg/m². Tác giả Banerjee D và cộng sự báo cáo rằng những bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ vú có chỉ số BMI trung bình là $26,83 \pm 4,71$ (kg/m²)⁵.

Phần lớn các khối u trong nghiên cứu của chúng tôi có kích thước từ 1 đến 3 cm dựa trên cả đánh giá lâm sàng và bệnh lý chiếm tỷ lệ

75,8%. Tương tự với nghiên cứu của Lee KT và cộng sự trên 712 bệnh nhân MRM, kích thước khối u dưới 3cm là 97,6%⁶. Hiện nay, chụp X-quang tuyến vú là kỹ thuật hình ảnh duy nhất được sử dụng để tìm ra những bất thường ở vú và sàng lọc ung thư vú. Và chỉ số BIRADS có thể được sử dụng để ước tính nguy cơ phát triển ung thư. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 93% có khối u trên X-quang với các đặc điểm gợi ý ác tính (đánh giá BIRADS từ 4a trở lên). Nghiên cứu của tác giả Lưu Hồng Nhung và cộng sự đánh giá giá trị của X-quang trong chẩn đoán UTV cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của nhũ ảnh là: 72,5%; 94,3%; 81,9%⁷.

Tình trạng vết thương là mối quan tâm hàng đầu trong chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật MRM. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 90,9% bệnh nhân có vết mổ khô, sạch. Không có trường hợp nào tẩy đỏ tại vết mổ, tuy nhiên, có 3 trường hợp (9,1%) băng thấm dịch ở ngày thứ ba sau phẫu thuật và khô hoàn toàn khi bệnh nhân đã được xuất viện. Theo nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Giang, 69,6% bệnh nhân có vết mổ khô, sạch, 21,5% có băng thấm dịch và 8,9% có vết mổ tẩy đỏ⁴. Sự khác biệt này có thể là do cỡ mẫu khác nhau của nghiên cứu.

Nghiên cứu của tác giả Ogundiran Temidayo O và cộng sự, thời gian trung bình của số lần phẫu thuật được rút ống dẫn lưu là 10 ngày (ngày hậu phẫu thứ 8-14)⁸. Kết quả này tương tự với thời gian rút ống dẫn lưu trong nghiên cứu của chúng tôi (10 ngày). Thời gian nằm viện tại cơ sở chúng tôi (12 ngày) dài hơn nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Giang thời gian nằm viện trung bình là 6,9 ngày⁴. Sự khác biệt có thể do ở bệnh viện của chúng tôi, nhiều bệnh nhân sống ở xa và không có phòng khám ngoại trú phẫu thuật thẩm mỹ có thể chẩn đoán và điều trị các biến chứng.

Phẫu thuật MRM có thể dẫn đến các biến chứng sau phẫu thuật. Biến chứng thường gặp nhất là hạn chế cử động cánh tay với tỷ lệ 18,2%. Tỷ lệ này dao động tùy thuộc vào kinh nghiệm của từng bác sĩ phẫu thuật. Trong một nghiên cứu khác của Warmuth, tỷ lệ biến chứng này là 8%⁹. Mặc dù tỷ lệ khác nhau nhưng hầu hết các nghiên cứu đều chỉ ra rằng đây thường là hậu quả từ nhẹ đến trung bình và không làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Các vấn đề khác, chẳng hạn như tụ dịch, có tỷ lệ thấp hơn là 6,1% thường là do rút ống dẫn lưu quá sớm. Trong nghiên cứu này không phát hiện biến chứng chảy máu và nhiễm trùng vết mổ.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình là $47,7 \pm 8,35$ tuổi. Kích

thước trung bình khối u là 2,55 cm. Độ nhạy của siêu âm kém hơn so với chụp X-quang tuyến vú. 12 ngày là thời gian nằm viện trung bình.

90,9% bệnh nhân có vết thương khô sạch, 9,1% xuất hiện băng thấm dịch. Thời gian trung bình rút dẫn lưu vết mổ là $10,21 \pm 1,69$ ngày. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là rất nhỏ ~ 24,3%. Hạn chế cử động cánh tay (18,2%) và tụ dịch (6,1%) là những biến chứng phổ biến nhất. Không phát hiện biến chứng chảy máu và nhiễm trùng vết mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021; 71(3):209-249.
- Yurek D, Farrar W, Andersen BL.** Breast cancer surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(4):697-709. doi:10.1037/0022-006X.68.4.697
- Zhang P, Li CZ, Wu CT, et al.** Comparison of immediate breast reconstruction after mastectomy and mastectomy alone for breast cancer: A meta-analysis. *Eur J Surg Oncol EJSO.* 2017; 43(2): 285-293. doi:10.1016/j.ejso. 2016.07.006
- Phạm Thị Giang** (2022). Kết quả chăm sóc người bệnh phẫu thuật ung thư vú tại Khoa ngoại vú - Bệnh viện K. *Tạp chí y học Việt Nam*, 512, 60-63.
- Banerjee D, Williams EV, Ilott J, Monypenny IJ, Webster DJ.** Obesity predisposes to increased drainage following axillary node clearance: a prospective audit. *Ann R Coll Surg Engl.* 2001;83(4):268-271.
- Lee KT, Mun GH, Lim SY, Pyon JK, Oh KS, Bang SI.** The impact of immediate breast reconstruction on post-mastectomy lymphedema in patients undergoing modified radical mastectomy. *The Breast.* 2013;22(1):53-57. doi:10.1016/j.breast.2012.04.009
- Lưu Hồng Nhung** (2013). Mô tả đặc điểm hình ảnh và đánh giá giá trị của xquang, siêu âm trong chẩn đoán ung thư vú ở nữ giới dưới 40 tuổi, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Ogundiran TO, Ayandipo OO, Ademola AF, Adebamowo CA.** Mastectomy for management of breast cancer in Ibadan, Nigeria. *BMC Surg.* 2013;13(1):59. doi:10.1186/1471-2482-13-59
- Warmuth MA, Bowen G, Prosnitz LR, et al.** Complications of axillary lymph node dissection for carcinoma of the breast. *Cancer.* 1998;83(7):1362-1368. doi:10.1002/(SICI)1097-0142(19981001)83:7<1362::AID-CNCR13>3.0.CO;2-2

PHÂN TÍCH THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC THEO ABC/VEN TRONG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG VÀNH CẤP TẠI VIỆN TIM THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2023

Trần Ngọc Trường Giang¹, Phan Quỳnh Uyên¹,
Nguyễn Thúy Nga¹, Nguyễn Trần Như Ý¹, Bùi Minh Trang²,
Nguyễn Chí Thanh², Nguyễn Thị Thu Thủy¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng vành cấp (HCVC) là một trong những bệnh lý tim mạch phổ biến với chi phí điều trị cao, trong đó chi phí thuốc chiếm ưu thế. Để đánh giá tính hợp lý trong quản lý sử dụng thuốc điều trị HCVC, phân tích thực trạng sử dụng thuốc theo ABC/VEN là cần thiết. **Mục tiêu:** Phân tích thực trạng sử dụng thuốc theo ABC/VEN trong điều trị HCVC tại Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM). **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang dựa trên dữ liệu hồi cứu hồ sơ bệnh án toàn bộ bệnh nhân (BN) HCVC thỏa tiêu chí chọn mẫu tại Viện Tim

TP.HCM từ tháng 01 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Khảo sát mẫu nghiên cứu gồm 975 BN với tuổi trung bình $63,94 \pm 10,33$; tỉ lệ nam:nữ là 2,1:1; 56,71% được chẩn đoán đau thắt ngực không ổn định và 43,29% nhồi máu cơ tim cấp, nghiên cứu ghi nhận có 251 biệt dược (BD) được sử dụng trong điều trị với tổng ngân sách (NS) đạt giá trị 1.898.343.971 VND. Phân tích ABC cho thấy nhóm A, B và C chiếm tỷ lệ lần lượt là 80,70%; 13,45% và 5,85% tương ứng trong tổng NS và 6,77%; 13,55% và 79,68% tương ứng trong tổng số lượng BD sử dụng. Phân tích VEN ghi nhận nhóm V có 59 tên BD (chiếm 23,51% tổng số lượng BD và chiếm 49,84% tổng NS); nhóm E có 177 tên BD (chiếm 70,52% tổng số lượng BS và chiếm 49,77% tổng NS); nhóm N bao gồm 15 tên BD (chiếm 5,98% tổng số lượng BD và 0,39% tổng NS). Phân tích ma trận ABC/VEN, đề tài ghi nhận nhóm AV bao gồm 5 BD (Lovenox 60mg/0,6ml, Duoplavin 75mg/100mg, Meronem 1g, Brilinta 90mg, Lovenox 40mg/0,4ml) với NS 799.139.710 VND (chiếm 42,10% NS) và không có thuốc thuộc nhóm AN. **Kết luận:** Sử dụng NS thuốc trong điều trị HCVC tại Viện Tim

¹Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

²Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy

Email: thuyntt1@hiu.vn

Ngày nhận bài: 2.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024

Ngày duyệt bài: 7.10.2024