

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ SÀI GÒN

Nguyễn Văn Định¹, Nguyễn Ngọc Thao¹,
Nguyễn Phước Thuyết¹, Hà Đê Điền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả hàng loạt ca kết quả điều trị sớm ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả loạt ca, gồm 56 trường hợp HCC được điều trị bằng Đốt u gan bằng sóng cao tần (RFA), phẫu thuật cắt gan và Nút hóa chất động mạch gan (TACE) trong thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 7/2024 tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn.

Kết quả: Độ tuổi trung bình 63,3 tuổi. Tỷ lệ nữ/nam: 0,6/1. Tăng AFP trong 15 (26,8%), Pivka-II trong 44 (78,6%) trường hợp. Tiền căn viêm gan B chiếm 27 (48,2%), viêm gan C chiếm 12 (21,4%) trường hợp. Kích thước u gan tại thời điểm phát hiện <3cm và trên 5cm tương ứng: 25 (44,6%) và 19 (33,9%). U ở vị trí gan phải 33,9%. Có 11 (19,6%) trường hợp được điều trị RFA, 7 (12,5%) trường hợp phẫu thuật cắt gan (mổ hở và nội soi); 38 (67,9%) trường hợp can thiệp TACE. Có 03 trường hợp tiến triển sau RFA, được can thiệp TACE tiếp theo với thời gian tiến triển trung bình 5,5 tháng, 1 trường hợp sau TACE 3 lần, được hóa trị tiếp theo. Có 1 trường hợp tiến triển sau phẫu thuật cắt gan 03

tháng, được điều trị TACE 3 lần. Có 14 (36,8%) trường hợp tiến triển sau TACE, trung bình sau 4,4 tháng. Biến chứng trong 2 (0,4%) trường hợp bao gồm tụ dịch, viêm phổi.

Kết luận: Đa số trường hợp u gan phát hiện bệnh muộn, quá giai đoạn can thiệp RFA hoặc phẫu thuật cắt gan. Điều trị đa mô thức trong ung thư biểu mô tế bào gan góp phần làm cải thiện tiên lượng sống.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, đốt u gan bằng sóng cao tần, nút động mạch gan bằng hóa chất, phẫu thuật cắt gan.

SUMMARY

THE INITIAL TREATMENT OUTCOMES OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT HOAN MY SAI GON HOSPITAL

Objective: Description case series demonstrating successful early-stage hepatocellular carcinoma treatment at Hoan My Saigon Hospital.

Methods: Descriptive study of a series of cases, including 56 cases of HCC treated with Radiofrequency Ablation (RFA), liver resection and Transarterial Chemoembolization (TACE) from January 2022 to July 2024 at Hoan My Saigon Hospital.

Results: Average age was 63.3. Female/male ratio: 0.6/1. Increased AFP in 15 (26.8%), Pivka-II in 44 (78.6%) cases. History of hepatitis B and C accounted for 27 (48.2%) and 12 (21.4%) cases. Liver tumor size at the time of detection <3cm and over 5cm: 25 (44.6%) and 19 (33.9%)

¹Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Định

ĐT: 0985977701

Email: drdinh84@yahoo.com

Ngày nhận bài: 16/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 28/10/2024

Ngày duyệt bài: 30/10/2024

respectively. Tumors located on the right side of the liver accounted for 33.9%. There were 11 (19.6%) cases treated with RFA, 7 (12.5%) liver resection (open and laparoscopic surgery), 38 (67.9%) TACE. There were 03 cases of progression after RFA, followed by TACE intervention with an average progression time of 5.5 months, 1 case after TACE 3 times, followed by chemotherapy. There was 1 case of progression after liver resection 03 months, treated with TACE 3 times. There were 14 (36,8%) cases of progression after TACE, an average time of 4.4 months. Complications in 2 (0,4%) included fluid collection, pneumonia.

Conclusion: Most cases of liver tumors were detected late, beyond the stage of RFA intervention or liver resection. Multimodal treatment in hepatocellular carcinoma contributes to improving the prognosis.

Keywords: hepatocellular carcinoma, radiofrequency ablation, transarterial chemoembolization, liver resection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tế bào gan (HCC) là nguyên nhân thứ 2 dẫn đến tử vong do ung thư trên toàn thế giới, và tỉ lệ mắc bệnh cũng khá cao ở Châu Á. HCC xếp thứ 5 trong số những loại ung thư thường gặp ở nam và đứng thứ 6 ở nữ giới. Phẫu thuật cắt gan và ghép gan vẫn là “tiêu chuẩn vàng” trong điều trị, đặc biệt là những khối u đáp ứng tiêu chuẩn của USF và Milan. Những phương pháp khác cũng được áp dụng điều trị như: hủy u gan bằng sóng cao tần (RFA), hủy u gan bằng vi sóng (MwA), thuyên tắc động mạch gan bằng hóa chất (TACE), Sorafenib, ...

Tỉ lệ tái phát 5 năm sau cắt gan >50%. Tuy nhiên, không phải trường hợp tái phát nào cũng có thể phẫu thuật lại được hay ghép gan do phụ thuộc vào chức năng của phần

gan còn lại, vị trí khối u và khả năng ghép gan. Trong khi đó RFA hay TACE là những biện pháp điều trị có tỉ lệ biến chứng thấp, hiệu quả điều trị ung thư tốt.^{(2), (7)} TACE và RFA là phương pháp có thể thực hiện nhiều lần và dung nạp về mặt lâm sàng cao, nên được xem là biện pháp thích hợp cho việc điều trị u tái phát sau phẫu thuật.

Tuy nhiên, 80% các trường hợp ung thư gan mới phát hiện là không thể phẫu thuật được tại thời điểm chẩn đoán và có tiên lượng xấu nếu chỉ dùng biện pháp đơn trị liệu.⁽⁶⁾ Ngày nay, nhờ vào những tiến bộ trong kỹ thuật mổ, phát hiện sớm, kỹ thuật hình ảnh, liệu pháp trị liệu vùng, kết hợp điều trị đa mô thức đã làm cho tiên lượng của ung thư gan ngày càng thay đổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu bao gồm những trường hợp được chẩn đoán HCC.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Đối tượng nghiên cứu bao gồm những trường hợp được chẩn đoán HCC dựa vào các tiêu chuẩn: Xét nghiệm Viêm gan B, C; AFP >200 ng/mL, Pivka-II >40 ng/mL; Chụp Cắt lớp vi tính hoặc Cộng hưởng từ với hình ảnh điển hình của HCC: u gan ngấm thuốc mạnh thì động mạch, thải thuốc thì tĩnh mạch và thì muộn; Kết quả sinh thiết u gan là ung thư biểu mô tế bào gan, và được điều trị 01/2022 đến 08/2024 tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn.

Tiêu chuẩn loại ra

Bệnh nhân có u gan và đã can thiệp trước thời điểm nghiên cứu; Bệnh nhân có kết quả sinh thiết u gan sau can thiệp là u lành tính hoặc u di căn gan.; U gan đã di căn xa tại thời điểm phát hiện.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu
Bệnh nhân đang điều trị từ tháng 01/2022 đến tháng 08/2024 tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu
Thiết kế nghiên cứu

Mô tả loạt ca.
Phương pháp thu thập dữ liệu
Phương pháp thống kê
Số liệu được chúng tôi thu thập và được xử lý trên phần mềm thống kê SPSS 20.0.
Đạo đức nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của người tham gia nghiên cứu (n=56)

Đặc điểm	Phân loại	n (%)	RFA	Phẫu thuật	TACE
Tuổi	<40	2 (0,4%)	0	0	2
	40-60	15 (25,4%)	2	5	8
	≥60	39 (69,6%)	9	2	28
Giới	Nam	35 (62,5%)	9	4	22
	Nữ	21 (37,5%)	2	3	16
Loại Viêm gan	Viêm gan B	27 (48,2%)	5	3	19
	Viêm gan C	12 (21,4%)	3	1	8

Nhận xét: Từ tháng 01/2022 đến tháng 08/2024, có 56 trường hợp nghiên cứu, trong đó có 11 (19,6%) trường hợp được can thiệp RFA, 7 (12,5%) trường hợp phẫu thuật cắt gan và 38 (67,9%) trường hợp can thiệp

TACE. Trong đó độ tuổi trung bình 63,3 tuổi. Tỷ lệ nữ/nam: 0,6/1.

Đa số trường hợp có độ tuổi trên 60 chiếm 69,6%, tiền căn viêm gan B chiếm 48,2% và viêm gan C chiếm 21,4%.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của người tham gia nghiên cứu (n=56)

Đặc điểm	Phân loại	n	RFA	Phẫu thuật	TACE
Cận lâm sàng	AFP > 200	15 (26,8%)	1	0	14
	Pivka-II >40	44 (78,6%)	7	6	31
Kích thước u	<3cm	25 (44,6%)	9	4	12
	3-5cm	12 (21,4%)	2	2	8
	>5cm	19 (33,9%)	0	0	19
Vị trí u	Gan phải	38 (67,6%)	10	5	23
	Gan trái	12 (21,4%)	1	2	9
	2 thùy	6 (10,7%)	0	0	6

Nhận xét: Nồng độ AFP tăng trong 26,8% trường hợp, Pivka-II tăng trong 78,6% trường hợp. Khối u kích thước <3cm chiếm 44% và trên 5cm chiếm 33,5%. Đa số u nằm ở thùy gan phải chiếm 67,6%.

Bảng 3. Kết quả điều trị u gan của người tham gia nghiên cứu (n=56)

Đặc điểm	n	RFA	Phẫu thuật	TACE
Điều trị lần 1		11 (19,6%)	7 (12,5%)	38 (67,9%)
Biến chứng	2 (0,4%)	0	1	1
U tiến triển sau can thiệp lần 1	18 (32,1%)	3 (27,3%)	1 (14,3%)	14 (36,8%)
Thời gian u tiến triển sau can thiệp lần 1 (tháng)	4,2 +- 2,7 (2-13)	5,5	3	4,4
Số lần can thiệp cũng cố		- TACE: 6 - Hóa trị: 1	- RFA: 1 - TACE: 3	- TACE: 8

Nhận xét: Đa số trường hợp được can thiệp TACE chiếm 67,9%, RFA chiếm 19,6% và phẫu thuật chiếm 12,5%. Có 2 (0,4%) trường hợp có biến chứng tụ dịch, viêm phổi, được điều trị nội khoa. Tỷ lệ u tiến triển sau can thiệp lần 1 chiếm 18%, thời gian tiến triển trung bình 4,2 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, đa số trường hợp HCC phát hiện ở độ tuổi trên 60 chiếm 69,6%. Tiền căn viêm gan siêu vi B chiếm 48%, viêm gan siêu vi C chiếm 21,4%. Nồng độ AFP tăng trong 26,8% trường hợp, Pivka-II tăng trong 78,6% trường hợp. Khối u kích thước <3cm chiếm 44% và trên 5cm chiếm 33,5%. Đa số u nằm ở thùy gan phải chiếm 67,6%. Như vậy, đa số trường hợp u gan phát hiện khá muộn, u trên 5cm chiếm 33,9%. Có 4 (0,7%) trường hợp nhập viện trong bệnh cảnh u gan lớn dọa vỡ, vỡ.

Phẫu thuật cắt gan và ghép gan vẫn là “tiêu chuẩn vàng” trong việc điều trị, đặc biệt là những khối u đáp ứng tiêu chuẩn của USF và Milan. Hiện nay, phân loại giai đoạn HCC theo Hội ung thư gan lâm sàng Barcelona được áp dụng rộng rãi trong việc lựa chọn chiến lược điều trị. Phẫu thuật cắt gan, ghép

gan, RFA được áp dụng ở giai đoạn 0/A, TACE ở giai đoạn B và Sorafinib ở giai đoạn C.^{(3), (5), (6), (8)} Mặc dù phẫu thuật cho kết quả tốt nhất, tuy nhiên, 90% khối u gan là không thể cắt bỏ được. Tỷ lệ tái phát sau 5 năm đối với những khối u có thể cắt bỏ được khá cao tương ứng 79,4% và 92,5% sau 3 năm và 5 năm.⁽⁶⁾ Do đó điều trị đa mô thức hy vọng kéo dài thời gian sống thêm. Điều trị đa mô thức có thể bao gồm: a) phẫu thuật, liệu pháp điều trị ung thư tại chỗ, điều trị bằng thuốc, trị liệu sinh học; b) kết hợp những phương thức điều trị khác; c) sử dụng đồng thời các phương thức điều trị khác nhau hoặc d) sử dụng lặp lại cùng một phương thức điều trị.⁽⁴⁾ Trong các phương thức kết hợp, điều trị đa mô thức kết hợp với phẫu thuật đã thu hút nhiều sự quan tâm. Một số phương thức kết hợp được áp dụng: nút động mạch gan và đặt đường truyền vào động mạch gan (HAI: hepatic artery infusion) tiếp theo sau là cắt gan; TACE tiếp theo sau là cắt gan; cắt gan sau đó là TACE hoặc các phương thức điều trị khác; điều trị đa mô thức của HCC tái phát; TACE và hoặc tiêm cồn qua da (PEI).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 38 trường hợp làm TACE chiếm 67,9%, 11 trường hợp làm RFA chiếm 19,6% và 7 trường hợp phẫu thuật (mổ nội soi và mổ hở)

chiếm 12,5%. Sau RFA hầu như không có biến chứng nào nghiêm trọng. Có 1 trường hợp viêm phổi sau TACE và 1 trường hợp tụ dịch sau mổ cắt gan được điều trị nội khoa. Sau TACE nhiều trường hợp có biểu hiện của hội chứng sau nút mạch (đau bụng, sốt, tăng men gan,...) đều đáp ứng điều trị nội khoa. Tỷ lệ u tiến triển sau can thiệp lần 1 chiếm 18%, thời gian tiến triển trung bình 4,2 tháng. Một trường hợp tiến triển sau RFA, sau đó được TACE 2 lần nhưng còn tiến triển và được hóa trị giảm nhẹ sau đó. Một trường hợp tiến triển sau phẫu thuật cắt gan và được điều trị bằng RFA 1 lần và TACE 3 lần.

Phẫu thuật lại được chứng minh là phương pháp tốt nhất đối với những tổn thương chưa biểu hiện trên lâm sàng, với 1-2 nốt nhỏ. Tỷ lệ sống sau 5 năm đối với những trường hợp cắt lại khoảng 30-40% và khoảng 40-60% tính từ lần cắt đầu tiên. Những trường hợp có nhiều nốt tái phát, TACE lặp lại mỗi 2-3 tháng là phương thức được lựa chọn, tỷ lệ sống sau 5 năm tốt hơn nhóm điều trị bảo tồn, không can thiệp.

Peng và cộng sự, khi nghiên cứu 823 trường hợp HCC tái phát sau phẫu thuật cắt gan, được điều trị bằng RFA hoặc TACE với những khối u có kích thước < 5 cm, số lượng < 3 u và không thể cắt bỏ được hoặc chưa có chỉ định ghép gan. Kết quả cho thấy tỷ lệ tái phát sau cắt gan là 60,1%; tỷ lệ sống còn sau 5 năm giống nhau ở cả nhóm RFA và TACE tương ứng là 24,1% và 25,7%. Thời gian tái phát lần đầu tiên ở nhóm TACE ngắn hơn so với nhóm RFA tương ứng là 5,9 tháng và 8,92 tháng. Đối với những trường hợp tái phát lần 2, việc phối hợp điều trị RFA và

TACE cho kết quả tốt hơn là chỉ điều trị bằng RFA hoặc TACE.⁽⁷⁾

Một số nghiên cứu cho thấy RFA có hiệu quả tốt hơn TACE trong điều trị HCC tái phát. RFA được chấp nhận như một cách tiếp cận can thiệp về mặt ung thư đầu tiên và có hiệu quả cao, ít nguy cơ biến chứng. Tuy nhiên, khả năng kiểm soát tại chỗ tương ứng với phẫu thuật cắt gan khi đơn trị liệu với RFA với kích thước khối u < 2 cm, tỷ lệ tái phát và tiến triển tại chỗ gia tăng khi kích thước khối u > 3 cm.⁶

Theo Albert, nghiên cứu 179 trường hợp HCC tái phát sau cắt gan, thời gian tái phát lần 2 của nhóm cắt gan lại và nhóm RFA tương ứng 5,9 tháng và 4,5 tháng. Thời gian sống thêm của 2 nhóm tương đương nhau, tuy nhiên RFA có thể làm lại nhiều lần và có thể can thiệp qua da nên được ưa thích lựa chọn hơn.¹

Theo dõi sau phẫu thuật, TACE hay RFA, đa số các tác giả khuyến cáo nên theo dõi đánh giá sau một tháng bằng xét nghiệm AFP, MSCT bụng có cản quang. Sau đó theo dõi định kỳ mỗi 3 hoặc 6 tháng.

V. KẾT LUẬN

Qua 56 trường hợp nghiên cứu, chúng ta thấy để điều trị hiệu quả ung thư biểu mô tế bào gan, ngoài việc cần phải chẩn đoán được bệnh ở giai đoạn sớm còn phải áp dụng các phương pháp điều trị một cách hợp lý. Điều trị đa mô thức trong ung thư biểu mô tế bào gan góp phần làm cải thiện tiên lượng sống cho bệnh nhân, đặc biệt là những trường hợp tái phát bệnh sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Albert CYC** (2012). Survival Analysis of Re-resection Versus Radiofrequency Ablation for Intrahepatic Recurrence After Hepatectomy for Hepatocellular Carcinoma. *World J Surg*, 36(1): 151–156.
2. **Chan AC et al** (2013). Treatment strategy for recurrent hepatocellular carcinoma: salvage transplantation, repeated resection, or radiofrequency ablation? *Liver Transpl*, 19(4): 411-9.
3. **Dirk G et el** (2014). Multimodal treatment of hepatocellular carcinoma. *European Journal of Internal Medicine*, 25: 430–437.
4. **Jian Y, Lunan Y, Wentao W** (2012). Current status of multimodal & combination therapy for hepatocellular carcinoma. *Indian J Med*, 136: 391-403.
5. **Jordi B, Morris S** (2011). Management of Hepatocellular Carcinoma: An Update. *Hepatology*, 53(3): 1020-2.
6. **Lumin C, Jihong S, Xiaoming Y** (2016). Radiofrequency ablation-combined multimodel therapies for hepatocellular carcinoma: Current status. *Cancer Letters*, 370: 78–84.
7. **Peng SK et al** (2016). Efficacy of radiofrequency ablation compared with transarterial chemoembolization for the treatment of recurrent hepatocellular carcinoma: a comparative survival analysis. *HPB (Oxford)*, 18(1): 72–78.
8. **Reig M., Forner A., Rimola J. et al** (2022) BCLC strategy for prognosis prediction and treatment recommendation: The 2022 update. *J Hepatol*, 76(3):681-693.
9. **Shannon A.H., Ruff S.M., Pawlik T.M.** (2022) Expert Insights on Current Treatments for Hepatocellular Carcinoma: Clinical and Molecular Approaches and Bottlenecks to Progress. *J Hepatocell Carcinoma*, 9:1247-1261.
10. **ZhaoYou Tang et al** (2001). Multimodality treatment for hepatocellular carcinoma. In *Surgical Treatment: Evidence-Based and Problem-Oriented*, Zuckschwerdt, Munich.

HIỆU QUẢ CỦA PHÁC ĐỒ BỐN THUỐC CÓ BISMUTH (PBTT) TRONG TIỆT TRỪ HELICOBACTER PYLORI TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ SÀI GÒN NĂM 2023-2024

Hồ Quang Thuận¹, Đỗ Minh Quân¹, Phạm Văn Sĩ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phác đồ bốn thuốc có bismuth (PPI-Bismuth-Tinidazol-Tetracycline) trong điều trị nhiễm H. pylori.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca từ tháng 4/2023 đến tháng 7/2024 tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn. Bệnh nhân có chỉ định tiệt trừ Helicobacter pylori theo phác đồ 4 thuốc có Bismuth (PBTT) trong 14 ngày. Trong vòng 4-8 tuần sau khi ngưng điều trị, tình trạng còn nhiễm HP được kiểm tra lại bằng urease test nhanh hoặc C13 urea-breath.

Kết quả: Tỷ lệ tiệt trừ thành công HP là 91.4%, thất bại là 8.6%. Tỷ lệ tiệt trừ HP thành công ở nhóm dưới 40 tuổi, 40-59 tuổi và ≥ 60 tuổi tương ứng là 94.1%, 93.3% và 66.7%. Tỷ lệ tiệt trừ HP thành công theo giới nam và nữ lần lượt là 93.1% và 90.2%. Tác dụng phụ chiếm 18.6%. Các phản ứng phụ thường gặp như mệt mỏi, buồn nôn, chóng mặt.

Kết luận: Phác đồ 4 thuốc có Bismuth có tỷ lệ tiệt trừ HP rất cao. Tác dụng phụ ít gặp nhưng không nghiêm trọng.

Từ khóa: Phác đồ 4 thuốc có Bismuth, tiệt trừ HP, nhiễm Helicobacter pylori

SUMMARY

EFFICACY OF THE BISMUTH-CONTAINING QUADRUPLE THERAPY (PBTT) FOR HELICOBACTER PYLORI INFECTIONS AT HOAN MY SAI GON HOSPITAL IN 2023-2024

Objective: To evaluate the efficacy and safety of the four-drug bismuth-based regimen (PPI-Bismuth-Tinidazole-Tetracycline) in the treatment of H. pylori infection.

Methods: This was a retrospective descriptive case series conducted from April 2023 to July 2024 at Hoan My Saigon Hospital. Patients were prescribed the bismuth-based four-drug regimen (PBTT) for 14 days to eradicate H. pylori. Within 4-8 weeks after completing treatment, H. pylori infection status was reassessed using a rapid urease test or a C13 urea-breath test.

Results: The successful eradication rate of H. pylori was 91.4%, with a failure rate of 8.6%. The success rates of eradication in patients under 40 years old, between 40-59 years old, and over 60 years old were 94.1%, 93.3%, and 66.7%, respectively. The success rates for males and females were 93.1% and 90.2%, respectively. Side effects were reported in 18.6% of patients, with common symptoms including fatigue, nausea, and dizziness.

¹Đơn vị Nội tiêu hóa – Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Quang Thuận

ĐT: 0912335115

Email: dr@hoquangthuan.com

Ngày nhận bài: 20/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 28/10/2024

Ngày duyệt bài: 30/10/2024

Conclusion: The four-drug bismuth-based regimen demonstrated a high *H. pylori* eradication rate. Side effects were relatively uncommon and not severe.

Keywords: Four-drug bismuth-based regimen, HP eradication, *Helicobacter pylori* infection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Helicobacter pylori (*H. pylori*) là một vi khuẩn gram âm, là nguyên nhân chính gây ra nhiều bệnh lý tiêu hóa nghiêm trọng như loét tá tràng, loét dạ dày, và ung thư dạ dày. Theo số liệu thống kê toàn cầu, tỷ lệ nhiễm *H. pylori* ước tính khoảng 44,3%, với sự phân bố khác nhau giữa các khu vực địa lý: 34,7% ở các nước phát triển và 50,8% ở các nước đang phát triển. Đáng chú ý, tỷ lệ nhiễm *H. pylori* có xu hướng cao hơn ở nam giới (46,3%) so với nữ giới (42,7%), và ở người lớn (≥ 18 tuổi) tỷ lệ nhiễm lên tới 48,6%, cao hơn đáng kể so với trẻ em (32,6%).¹

Việc điều trị nhiễm *H. pylori* thường bao gồm sự kết hợp của các thuốc ức chế bơm proton (PPI), kháng sinh và bismuth. Tuy nhiên, tình trạng kháng thuốc ngày càng gia tăng, đặc biệt là kháng clarithromycin, đang đe dọa hiệu quả của các phác đồ điều trị chuẩn. Theo khuyến nghị từ Maastricht VI, phác đồ điều trị bốn thuốc có bismuth là cần thiết khi tỷ lệ kháng clarithromycin vượt quá 15%.² Thực tế, tại Việt Nam, tỷ lệ kháng clarithromycin của *H. pylori* là 63%, điều này làm giảm hiệu quả của phác đồ ba thuốc tiêu chuẩn.³ Do đó, Hiệp hội Khoa học Tiêu hóa Việt Nam khuyến nghị sử dụng phác đồ bốn thuốc bao gồm bismuth, PPI, tetracycline, và metronidazole hoặc tinidazole trong 14 ngày cho điều trị ban đầu.⁴

Các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng tinidazole, một kháng sinh thuộc nhóm nitroimidazole giống metronidazole, có một số lợi thế trong liệu pháp diệt trừ *H. pylori*. Tinidazole đã chứng minh sự hiệu quả vượt trội trong việc tiêu diệt *H. pylori* và ít gây tác dụng phụ hơn so với metronidazole. Trong một nghiên cứu, nhóm bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ ba thuốc có tinidazole có tỷ lệ tuân thủ và hoàn thành liệu trình cao hơn đáng kể so với nhóm sử dụng metronidazole.⁵ Ngoài ra, khi nuôi cấy vi khuẩn *H. pylori* và làm kháng sinh đồ, vi khuẩn *H. pylori* nhạy hơn khi kết hợp tinidazole với clarithromycin so với metronidazole với clarithromycin.⁶

Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu về phác đồ 4 thuốc có bismuth nhưng vẫn thiếu thông tin về hiệu quả của phác đồ sử dụng tinidazole thay thế metronidazole trong bối cảnh Việt Nam, cụ thể là tại Tp. Hồ Chí Minh. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm các mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* thành công của phác đồ bốn thuốc gồm PPI, Bismuth, Tetracycline, và Tinidazole (PBTT) trong 14 ngày.
2. Ghi nhận các tác dụng phụ gặp phải trong quá trình điều trị

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán nhiễm *H. Pylori* dựa trên test nhanh urease dương tính (CLO test) trong quá trình nội soi dạ dày hoặc test hơi thở C13 dương tính (Urea breath test).

Bệnh nhân có chỉ định diệt trừ *H. pylori* bằng phác đồ PBTT ngoại trú tại Bệnh viện

Hoàn Mỹ Sài Gòn trong khoảng thời gian từ tháng 4/2023 đến tháng 7/2024.

Có hồ sơ bệnh án đầy đủ, bao gồm kết quả xét nghiệm trước và sau điều trị, thông tin về các tác dụng phụ và kết quả nội soi (nếu có).

Tiêu chuẩn loại ra

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc hồ sơ bệnh án không đầy đủ hoặc thiếu các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

Bệnh nhân gặp dị ứng thuốc trong quá trình điều trị hoặc không hoàn thành phác đồ điều trị.

Bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hóa, thủng dạ dày, ung thư dạ dày hay tiền căn cắt dạ dày tá tràng.

Bệnh nhân đang mắc bệnh nền nặng và/hoặc uống kèm với thuốc khác như aspirin, non steroid, corticoid, thảo dược...

Bệnh nhân trong thời gian điều trị có uống rượu bia, hút thuốc lá.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: tháng 4/2023 đến tháng 7/2024 tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: chọn tất cả 70 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn.

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca.

Phương pháp thu nhập dữ liệu:

Trích xuất dữ liệu hồ sơ bệnh án từ HIS của Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

Gọi điện phỏng vấn người bệnh các thông tin cần thiết cho nghiên cứu

Phân tích thống kê: sử dụng phần mềm R, kiểm định Fisher để so sánh tỷ lệ tiết trừ giữa các nhóm giới tính và độ tuổi khác nhau.

Nội dung nghiên cứu

Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu được tiến hành điều trị bằng phác đồ 4 thuốc có Bismuth (PBTT) trong 14 ngày gồm

- Esomeprazole 40mg 40mg hoặc Pantoprazol 40mg 1 viên x 2 lần/ngày
- Bismuth subcitrate 120mg 1 viên x 4 lần/ngày
- Tetracycline 500mg 1 viên x 4 lần/ngày
- Tinidazole 500mg 1 viên x 2 lần/ngày

Theo dõi và kiểm tra H. pylori sau điều trị. Kiểm tra tình trạng nhiễm H. pylori sau khi kết thúc điều trị từ 4-8 tuần bằng test urease nhanh hay test hơi thở C13 (ngưng kháng sinh và bismuth tối thiểu 4 tuần, ngưng PPI 2 tuần trước kiểm tra).

Điều trị tiết trừ H. pylori thành công khi test urease nhanh (-) hoặc test hơi thở C13 (-).

Đạo đức nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung về tuổi giới của mẫu nghiên cứu (n=70)

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ
Giới	Nam	29	41.4%
	Nữ	41	58.6%
Tuổi trung vị: 40.0 [32.0;51.0], lớn nhất: 80 tuổi, nhỏ nhất: 23 tuổi			
Nhóm tuổi	<40	34	48.6%
	40 – 59	30	42.8%
	>60	6	8.6%

Nhận xét: Trong thời gian từ tháng 04/2023-07/2024, chúng tôi thu thập được 70 trường

hợp thoả tiêu chuẩn chọn bệnh đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 41.53 ± 14.32 . Tỷ lệ nữ (58.6%) nhiều hơn nam (41.4%). Nhóm tuổi < 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 48.6%, nhóm tuổi 40-59 tuổi chiếm 42.8% và nhóm tuổi ≥ 60 tuổi chiếm 14.7%.

Bảng 2. Kết quả diệt trừ H. pylori (n=70)

Kết quả diệt trừ H. pylori	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thành công	64	91.4%
Thất bại	6	8.6%
Tổng	70	100

Nhận xét: Trong 70 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 64 bệnh nhân điều trị diệt trừ H.pylori thành công, chiếm tỷ lệ 91.4%. Có 6 người điều trị thất bại, chiếm tỷ lệ 8.6%.

Bảng 3. Kết quả diệt trừ theo giới

Đặc điểm	Thành công		Thất bại		p
	n ₁	%	n ₂	%	
Giới					
Nam	27	93.1	2	6.9	1.000 (Fisher)
Nữ	37	90.2	4	9.8	

Nhận xét: Tỷ lệ diệt trừ H. pylori thành công ở nhóm bệnh nhân nam (93.1%) cao hơn so với ở nhóm bệnh nhân nữ (90.2%). Tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê với $p=1.000$

Bảng 4. Kết quả diệt trừ theo nhóm tuổi

Đặc điểm	Thành công		Thất bại		p
	n ₁	%	n ₂	%	
Tuổi					
<40	32	94.1	2	5.9	0.113 (Fisher)
40-60	28	93.3	2	6.7	
>60	4	66.7	2	33.3	

Nhận xét: Tỷ lệ diệt trừ H. pylori thành công ở nhóm tuổi <40 là nhiều nhất chiếm 94.1%. Tiếp theo là nhóm tuổi 40-59 chiếm 93.3%. Thấp nhất là nhóm tuổi ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ 66.7%. Sự khác biệt tỷ lệ diệt trừ ở ba nhóm này không có ý nghĩa thống kê $p=0,113$.

Bảng 5. Tác dụng phụ của phác đồ RBTT (n=70)

Tác dụng phụ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không	57	81.4%
Có tác dụng phụ	13	18.6%
- Mệt mỏi	8	
- Buồn nôn	3	
- Chóng mặt	3	
- Đau đầu	2	
- Đắng miệng	1	

Nhận xét: Tác dụng phụ có ở 13 bệnh nhân chiếm 18.6%, trong đó tác dụng phụ thường gặp nhất là mệt mỏi, buồn nôn, chóng mặt, tác dụng phụ ít gặp nhất là đắng miệng.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn, tuổi trung bình của bệnh nhân là 41.53 ± 14.32 tuổi, với phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm tuổi dưới 40 (48.6%), tiếp theo là nhóm tuổi 40-59 (42.8%) và nhóm trên 60 tuổi (8.6%). Điều này cho thấy nghiên cứu của chúng tôi tập trung chủ yếu vào nhóm bệnh nhân trẻ và trung niên. So sánh với nghiên cứu của Thái Thị Hồng Nhung tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ, tuổi trung bình của bệnh nhân là 44.05 ± 14.89 tuổi, với tỷ lệ lớn nhất thuộc nhóm tuổi 40-59 (55%), tiếp theo là nhóm dưới 40 tuổi (32.5%) và trên 60 tuổi (12.5%).⁷ Như vậy, nghiên cứu tại Cần Thơ có nhóm bệnh nhân thuộc độ tuổi trung niên chiếm ưu thế hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Nguyễn L.T. và cộng sự (2022) trong nghiên cứu về bệnh nhân loét tá tràng cũng ghi nhận tuổi trung bình tương tự là 43.8 ± 13.9 tuổi, với đa số bệnh nhân nằm trong khoảng tuổi từ 30-59 (71.6%)⁸, tương đồng với nghiên cứu của Thái Thị Hồng Nhung. Các nghiên cứu này cho thấy sự phân bố độ tuổi có xu hướng tương tự, với tập trung vào nhóm bệnh nhân trung niên, một đối tượng dễ mắc các bệnh lý tiêu hóa do nhiễm *H. pylori*.

Về giới tính, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nam giới là 41.4% và nữ giới

là 58.6%, trong khi nghiên cứu tại Cần Thơ ghi nhận tỷ lệ nam và nữ là ngang bằng (50%). Đáng chú ý, nghiên cứu của Nguyễn L.T. trên bệnh nhân loét tá tràng cũng cho thấy tỷ lệ nam giới cao hơn (77.5% so với 22.5% ở nữ giới), một phần có thể do đặc điểm dịch tễ học của loét tá tràng liên quan đến lối sống và thói quen hút thuốc lá và uống rượu.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tiết trừ *H. pylori* thành công là 91.4%, với tỷ lệ này ở nam giới (93.1%) cao hơn so với nữ giới (90.2%), nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ thành công ở các nhóm tuổi dưới 40 và 40-59 tuổi đều rất cao (94.1% và 93.3%), trong khi nhóm trên 60 tuổi có tỷ lệ thành công thấp hơn rõ rệt (66.7%). Khi so sánh về hiệu quả tiết trừ theo độ tuổi, cả nghiên cứu của chúng tôi và Nguyễn L.T. đều cho thấy tỷ lệ thành công cao nhất ở nhóm tuổi dưới 60, trong khi nhóm trên 60 tuổi có tỷ lệ thấp hơn. Cụ thể, trong nghiên cứu của Nguyễn L.T., nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi có tỷ lệ tiết trừ 91.5%, cao hơn so với nhóm trên 60 tuổi (90%). Điều này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, khi nhóm trên 60 tuổi có tỷ lệ thành công thấp hơn đáng kể (66.7%). Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê trong cả 2 nghiên cứu. Sự giảm hiệu quả ở nhóm tuổi cao hơn có thể liên quan đến khả năng tuân thủ điều trị, tình trạng bệnh nền, hoặc sự suy giảm miễn dịch ở người lớn tuổi, làm giảm khả năng đáp ứng với phác đồ điều trị. Ngoài ra cỡ mẫu ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi còn thấp nên chưa phản ánh thực tế hiệu

qua điều trị ở nhóm đối tượng này. Thực tế cả 2 trường hợp thất bại ở nhóm này đều đã từng mắc và điều trị H.pylori nhiều lần trước khi đến điều trị tại bệnh viện chúng tôi. Do đó vi trùng kháng thuốc cũng là một trong những nguyên nhân làm thất bại điều trị trên những đối tượng này. Trong khi đó, nghiên cứu của Thái Thị Hồng Nhung cho thấy tỷ lệ diệt trừ cao hơn, với 95% theo ITT và 97.2% theo PP, mà không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm tuổi hoặc giới tính. Nguyễn L.T. và cộng sự ghi nhận tỷ lệ diệt trừ 91.3% theo PP và 82.4% theo ITT, nhưng có sự khác biệt đáng kể có ý nghĩa thống kê về giới tính, khi tỷ lệ diệt trừ ở nam giới đạt 96%, cao hơn nhiều so với nữ giới (70.6%). Điều này cho thấy, mặc dù các phác đồ điều trị H. pylori đều đạt hiệu quả cao, sự khác biệt về tỷ lệ thành công giữa các giới và độ tuổi có thể do nhiều yếu tố, bao gồm sự tuân thủ điều trị và đáp ứng sinh lý của từng giới và lứa tuổi khác nhau.

Về tác dụng phụ, nghiên cứu của Thái Thị Hồng Nhung có tỷ lệ tác dụng phụ cao hơn rõ rệt (75% có các triệu chứng như mệt mỏi, chán ăn và buồn nôn) so với nghiên cứu của chúng tôi (18.6% bệnh nhân có tác dụng phụ phần lớn là mệt mỏi, buồn nôn và chóng mặt), có thể do sự khác biệt về liều lượng sử dụng hoặc cách tiếp cận quản lý tác dụng phụ hoặc đặc điểm dân số khác nhau. Cả hai nghiên cứu đều sử dụng tinidazole thay thế metronidazole, cho thấy hiệu quả cao hơn, đồng thời giảm thiểu tác dụng phụ so với metronidazole, một kết quả đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu quốc tế.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu hiệu quả của phác đồ 4 thuốc có bismuth trong diệt trừ *Helicobacter pylori* tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn cho thấy rằng phác đồ này đạt tỷ lệ diệt trừ H. pylori rất cao, lên tới 91.4%. Đặc biệt, hiệu quả diệt trừ ở nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi rất ấn tượng, với tỷ lệ thành công ở nhóm dưới 40 tuổi là 94.1% và nhóm 40-59 tuổi là 93.3%. Tuy nhiên, tỷ lệ thành công giảm đáng kể ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi (66.7%), điều này có thể phản ánh những khó khăn trong điều trị ở nhóm người cao tuổi mặc dù sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Ngoài ra, tỷ lệ diệt trừ giữa nam và nữ có sự khác biệt nhẹ, với tỷ lệ thành công ở nam giới (93.1%) cao hơn so với nữ (90.2%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tác dụng phụ được ghi nhận trong 18.6% trường hợp, chủ yếu là các triệu chứng nhẹ như mệt mỏi, buồn nôn và chóng mặt, và không có tác dụng phụ nghiêm trọng nào được ghi nhận, cho thấy phác đồ này an toàn và được dung nạp tốt.

Tóm lại, phác đồ 4 thuốc có bismuth kết hợp với tinidazole đã chứng minh được hiệu quả cao và an toàn trong điều trị H. pylori tại Việt Nam. Tuy nhiên, cần quan tâm hơn đến các nhóm bệnh nhân cao tuổi và nữ giới để cải thiện hiệu quả điều trị trong các đối tượng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zamani M, Ebrahimitabar F, Zamani V, et al.** Systematic review with meta-analysis: the worldwide prevalence of *Helicobacter pylori*

- infection. *Aliment Pharmacol Ther.* 2018;47(7):868-876. doi:10.1111/apt.14561
2. **Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, et al.** Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut.* Published online August 8, 2022;gutjnl-2022-327745. doi:10.1136/gutjnl-2022-327745
 3. **Savoldi A, Carrara E, Graham DY, Conti M, Tacconelli E.** Prevalence of Antibiotic Resistance in *Helicobacter pylori*: A Systematic Review and Meta-analysis in World Health Organization Regions. *Gastroenterology.* 2018;155(5):1372-1382.e17. doi:10.1053/j.gastro.2018.07.007
 4. **Quach DT, Mai BH, Tran MK, et al.** Vietnam Association of Gastroenterology (VNAGE) consensus on the management of *Helicobacter pylori* infection. *Front Med.* 2022;9: 1065045. doi:10.3389/fmed.2022.1065045
 5. **Abbas SZ, Abbas AB, Crawshaw A, et al.** Diagnosis and eradication of *Helicobacter pylori* in patients with duodenal ulceration in the community. *JPMA J Pak Med Assoc.* 2003;53(3):90-94.
 6. **Svensson M, Nilsson LE, Ström M, Nilsson M, Sörberg M.** Pharmacodynamic effects of nitroimidazoles alone and in combination with clarithromycin on *Helicobacter pylori*. *Antimicrob Agents Chemother.* 2002;46(7):2244-2248. doi:10.1128/AAC.46.7.2244-2248.2002
 7. **Nhung TTH, Tâm HH.** The clinical characteristics, endoscopic findings and the efficacy of the Bismuth-containing quadruple regimen intreatment of patients with *Helicobacter pylori*gastroduodenal inflammatory and ulcer at can tho hospital of university of medicine and pharmacy. *Tạp Chí Dược Học.* 10(3):7.
 8. **Nguyen LT, Nguyen VB, Tran TV, et al.** Efficacy of *Helicobacter pylori* Eradication Based on Rabeprazole–Bismuth–Tetracycline–Tinidazole Regimen in Vietnamese Patients with Duodenal Ulcers. *Gastroenterol Insights.* 2022;13(4):365-376. doi:10.3390/gastroent13040036

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN BẰNG DAO COBLATOR TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ VINH NĂM 2023

Hoàng Đức Huy¹, Phan Tùng Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả cắt amidan bằng dao coblator tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh.

Phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả có can thiệp lâm sàng trên 129 người bệnh được cắt amidan bằng dao coblator tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh từ ngày 01/05/2023 đến ngày 30/08/2023.

Kết quả: 129 người bệnh trong nhóm nghiên cứu có 81 nam và 48 nữ. Thời gian phẫu thuật trung bình $16,26 \pm 5,05$ phút; lượng máu mất trong mổ trung bình $5,1 \pm 2,3$ ml. Đau sau mổ ở mức độ vừa xuống nhẹ và không đau, tỉ lệ chảy máu sau mổ 3,86%.

Kết luận: Cắt amidan bằng dao coblator có những ưu điểm là giảm lượng máu mất trong mổ, thời gian đau sau mổ ngắn, mức độ đau từ vừa xuống nhẹ và không đau, chảy máu sau mổ ít. Nhược điểm: Giá thành chi phí cao.

Từ khóa: Dao Coblator, cắt amidan

SUMMARY

EVALUATION THE OUTCOME OF TONSILLECTOMY BY USING COBLATOR SCALPEL IN VINH INTERNATIONAL HOSPITAL IN 2023

¹Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đức Huy

ĐT: 0984373735

Email: hoangduchuy.tmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 28/10/2024

Ngày duyệt bài: 30/10/2024

Objectives: Evaluation the outcome of tonsillectomy by using coblator scalpel in Hoan My Vinh Hospital in 2023.

Methods: Prospectively descriptive study in 129 patients under going coblator scnlpel tonsillectomy in Hoan My Vinh Hospital from 1/5/2023 to 30/8/2023.

Results: There were 129 patients in the study group with 81 males and 48 females. The mean time of the surgery: $16,26 \pm 5,05$ Minutes; mean intraoperative bleeding loss: $5,1 \pm 2,3$ mls. The postoperative pain levels: moderatetomild and no pain, low posoperative bleeding loss (3,86%).

Conclusion: Advantages of the coblator scalpel tonsillectomy: reduc intraoperative blood loss, the duration of operative pain was short, the level of the pain was from moderatereduce to mild and no pain, low posoperative bleeding loss. Disadvantages of the coblator scalpel tonsillectomy: cost of surgery was slightly mere.

Keywords: Coblator scalpel, tonsillectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Amidan khẩu cái nằm ngay ngã ba đường ăn uống và đường thở nên dễ tiếp xúc với các tác nhân gây bệnh vì vậy amidan dễ bị viêm, dễ bị quá phát gây nên cản trở đường thở, đường ăn và gây ra nhiều biến chứng ở các cơ quan lân cận và biến chứng xa.

Viêm amidan là một trong những bệnh lý phổ biến tất cả các lứa tuổi. Viêm amidan là bệnh lý hay tái phát, viêm kéo dài, gây nhiều biến chứng, tuy không nguy hiểm nhưng gây nhiều phiền phức khó chịu, tốn kém cho gia đình bệnh nhân điều trị.

Có nhiều phương pháp phẫu thuật cắt amidan khác nhau đã được triển khai trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Coblator được thế giới đưa vào áp dụng trong phẫu thuật tai mũi họng từ năm 1998 với nhiều ưu điểm như hệ thống cắt đốt lưỡng cực, sử dụng đầu đốt lạnh, nhiệt độ cắt đốt thấp nên ít tổn thương mô lành xung quanh.

Với những ưu điểm trên, từ năm 2021 tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh chúng tôi đã mạnh dạn áp dụng kỹ thuật cắt amidan bằng Coblator. Nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phương pháp này so với các kỹ thuật trước đây.

Do vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm amidan mạn tính có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh năm 2023.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt Amidan bằng dao Coblator trên nhóm đối tượng trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 129 bệnh nhân viêm amidan mạn tính và được phẫu thuật bằng dao coblator tại Khoa Liên Chuyên Khoa, Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh từ 01/05/2023 đến 30/08/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Viêm amidan có chỉ định phẫu thuật.

Bệnh nhân được phẫu thuật cắt amidan bằng dao Coblator tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh có hồ sơ lưu trữ đầy đủ thông tin.

Bệnh nhân được theo dõi hậu phẫu vào ngày 1, 2, 7 và 14, được phỏng vấn qua điện thoại.

Bệnh nhân đồng ý hợp tác nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Cắt amidan bằng các phương pháp khác.

Chống chỉ định gây mê.

Chống chỉ định cắt amidan.

Bệnh nhân không hoàn chỉnh về hồ sơ bệnh án nghiên cứu.

Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu hoặc không theo dõi đầy đủ.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Khoa Liên Chuyên Khoa, Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh từ 01/05/2023 đến 30/08/2023.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiền cứu có can thiệp lâm sàng không đối chứng. Chọn mẫu thuận tiện.

Phương pháp thu thập số liệu

Phương tiện nghiên cứu

Dụng cụ thăm khám tai mũi họng.

Hệ thống máy nội soi tai mũi họng.

Hệ thống máy Coblator.

Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt amidan.

Máy hút dịch có chia vạch và dây hút dịch.

Bệnh án nghiên cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn, giải thích kỹ cho người bệnh về kỹ thuật tiến hành, giải thích kỹ mục đích nghiên cứu, kí văn bản tự nguyện tham gia nghiên cứu và đưa vào mẫu nghiên cứu.

Người bệnh được thăm khám, làm các xét nghiệm tiền phẫu (Tổng phân tích tế bào máu, nhóm máu, glucose, creatinin, ure, sgot, sgpt, PT, APTT, Fibrinogen, ECG, Xquang tim phổi, nước tiểu).

Phân độ amidan.

Chỉ định cắt amidan theo tiêu chuẩn của Hội tai mũi họng và phẫu thuật đầu cơ.

Phẫu thuật cắt amidan được thực hiện bởi phẫu thuật viên được đào tạo và có kinh nghiệm.

* Quy trình kỹ thuật cắt amidan bằng coblator của Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh.

* Đánh giá kết quả:

- Đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, phân độ amidan.

- Đánh giá kết quả phẫu thuật:

+ Thời gian phẫu thuật: tính bằng phút.

+ Lượng máu mất trong phẫu thuật: tính bằng ml.

+ Biểu chứng chảy máu sau phẫu thuật: 24 giờ, 7 – 14 ngày sau phẫu thuật.

+ Đánh giá mức độ đau sau phẫu thuật: ngày 1, ngày 2, ngày 7 sau phẫu thuật.

+ Số ngày dùng thuốc giảm đau sau phẫu thuật: dưới 3 ngày, 3-5 ngày, trên 5 ngày.

- Hướng dẫn người bệnh khi xuất viện và hẹn tái khám.

Phương pháp thống kê

Các số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

Đạo đức nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tính từ ngày 01/05/2023 đến 30/08/2023 tại Khoa Liên Chuyên Khoa, Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh đã thực hiện được 129 trường hợp viêm amidan mạn tính được phẫu thuật bằng dao coblator. Ghi nhận các kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng của người tham gia

Bảng 1: Đặc điểm chung của người tham gia nghiên cứu (n=129)

Nhóm tuổi	N	%
< 6	23	17,8
6-15	72	55,8
16-25	16	12,4
>25	18	14
Tổng	129	100

Nhận xét: Viêm amidan mạn tính có chỉ định phẫu thuật gặp ở cả nam và nữ với các độ tuổi tương ứng cũng có sự khác biệt. Độ tuổi được phẫu thuật nhiều nhất thường lớn hơn 6 - 15 tuổi (55,8%), đây là độ tuổi Amidan phát triển. Tuổi trung bình $14,25 \pm 7,02$. Có sự khác biệt giữa tỉ lệ giới tính

trong từng độ tuổi cũng như các lứa tuổi khác nhau. Nam chiếm tỉ lệ 62,8% (81 ca), nữ chiếm tỷ lệ 37,8% (48 ca). Có thể đây cũng là một phần của mất cân bằng giới tính.

Các nghiên cứu khác trước 2019 đều không có sự khác biệt.

Bảng 2: Độ quá phát amidan của người tham gia nghiên cứu (n=129)

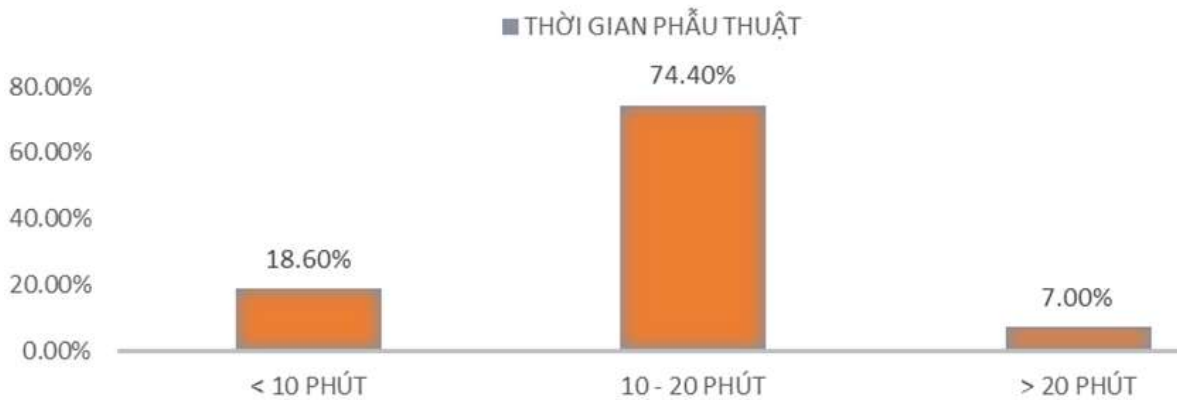
Độ quá phát Amydan	n	%
Độ I	2	1,6
Độ II	7	5,4
Độ III	96	74,4
Độ IV	24	18,6
Tổng	129	100

Nhận xét: Đa số Amidan được chỉ định phẫu thuật thường bị viêm nhiễm nhiều lần trong năm và mức độ quá phát ở độ II và III chiếm tỉ lệ cao khoảng 79,8%. Nghiên cứu này phù hợp với các nghiên cứu của Vũ

Khoa Thành và cộng sự với tỉ lệ amidan to độ II và III hơn 80%. Của Phạm Văn Sơn (BV TP Vinh) 2016 là 88,4%.

3.2. Kết quả phẫu thuật

THỜI GIAN PHẪU THUẬT

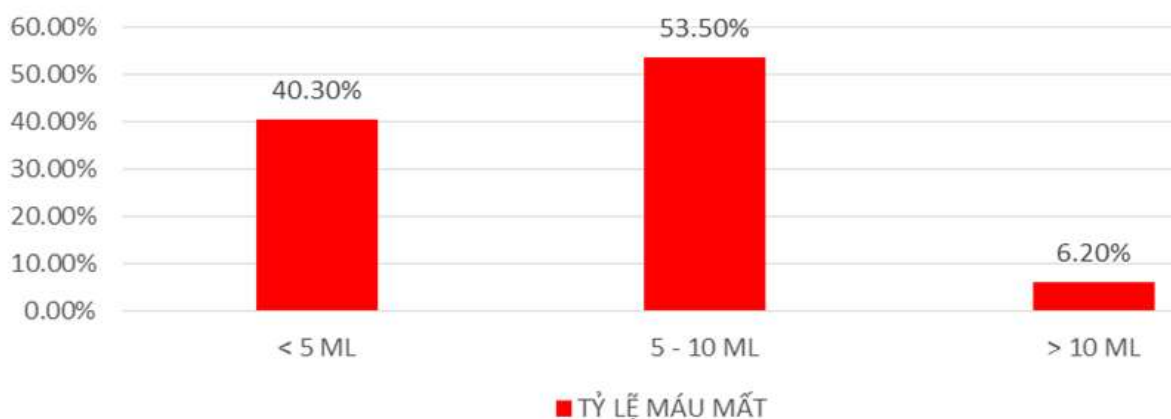


Biểu đồ 1: Biểu đồ thời gian phẫu thuật

Nhận xét: Số phẫu thuật amidan có thời gian ngắn chiếm tỉ lệ 90% đây là một tiến bộ vượt bậc do phương tiện kỹ thuật của dao Coblator đưa lại. So với trước đây thời gian phẫu thuật dưới 20 phút chỉ khoảng 11,5% (Vũ Thành Khoa và cs). Nghiên cứu của Lý Xuân Quang và Phạm Kiên Hữu (cắt Amidan

bằng Bipolair) thời gian phẫu thuật trung bình là 19 ± 3 phút. Ca phẫu thuật có thời gian dài nhất gần 45 phút (người béo cổ ngắn, miệng nhỏ và lớn tuổi). Ca nhanh nhất chỉ hơn 4 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình $16,26 \pm 5,05$ phút.

TỶ LỆ MÁU MÁT



Biểu đồ 2: Biểu đồ lượng máu mất trong phẫu thuật

Nhận xét: Lượng máu mất trong phẫu thuật là rất ít nhiều trường hợp số lượng mất máu là không đáng kể. Số mất máu nhiều hơn 10 ml chiếm 6,20% đây là những amidan có cấu trúc chìm và bị viêm mạn tính có dính. Lượng máu mất trung bình $5,1 \pm 2,3$ ml. Lượng máu mất tối đa gần 15ml.

So với các nghiên cứu khác: Dao điện trung bình 10,32ml, Plasma 7,15 ml và Coblator 5,27ml (Nguyễn Quỳnh Anh BV Nhi đồng I - 2019).

Biến chứng chảy máu sau phẫu thuật

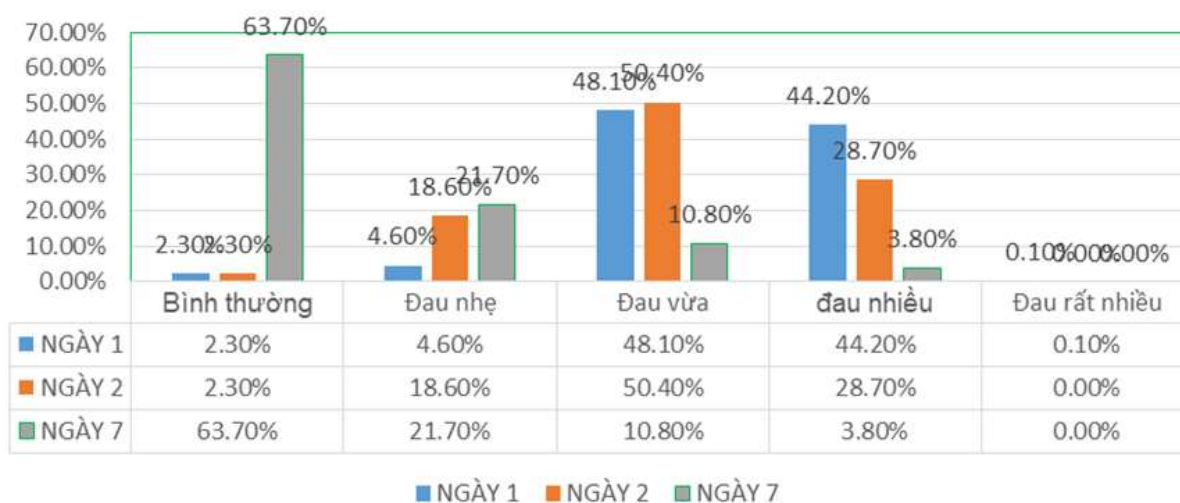
Nhận xét: Biến chứng chảy máu sau cắt amidan là không đáng kể (3,86%). Thường chảy máu xuất hiện ngay sau phẫu thuật hoặc ngày thứ 6 -7 đến ngày 12. Không có ca bệnh

nào xảy ra chảy máu trong 24 – 48 giờ sau phẫu thuật (Nguyễn Quỳnh Anh - 2019 là : 1,02%). Các nguyên nhân chảy máu được chỉ ra như chảy máu ngay sau phẫu thuật thường do hạn chế về mặt kỹ thuật phẫu thuật, còn chảy máu muộn vào ngày thứ 7 và ngày thứ 13 thường do bong giả mạc (ca biệt có ca chảy máu muộn ngày thứ 18), đối với chảy máu muộn thường chảy mức độ ít có thể tự cầm máu hoặc cầm máu tại chỗ (có 1 ca phải gây mê lại cầm máu).

So với nghiên cứu 2018 tỷ lệ chảy máu là 7,3% đối với phẫu thuật bằng dao điện lưỡng cực.

Mức độ đau sau phẫu thuật

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ ĐAU THEO NGÀY



Biểu đồ 3: Biểu đồ số ngày dùng thuốc giảm đau

Nhận xét: Sau phẫu thuật phần lớn gặp đau nhẹ và vừa, tương ứng thời gian đánh giá số lượng đau giảm theo thời gian và số thuốc giảm đau cũng giảm dần. Thường thời gian hồi phục là 7 đến 10 ngày, trong lúc thuốc giảm đau chỉ dùng phần lớn dưới 5 ngày.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu trên, phẫu thuật cắt amidan bằng dao coblator là phương pháp ưu việt. Dưới cơ chế cắt đốt ở nhiệt độ thấp sẽ là tổn thương ít mô xung quang và

hạn chế tổn thương sâu. Trong phẫu thuật dao vừa cắt vừa cầm máu làm giảm lượng mất máu trong phẫu thuật là đáng kể (Lượng máu mất trung bình $5,1 \pm 2,3$ ml), Sau phẫu thuật chỉ có 5 trường hợp chảy máu nhẹ, chỉ có 1 trường hợp phải tiến hành cầm máu lại dưới gây mê. Mức độ đau sau phẫu thuật là rõ rệt, nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh và ăn uống được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baugh R. F, Acher S. M, Mitchell R. B et al** (2011), Clinical practice guideline; Tonsillectomy in children, Otolaryngology-Head Neck Surgery, 144, s1-30.
2. **Nguyễn Hữu Khôi** (2006), Viêm họng A và V.A, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Lưu Văn Duy** (2013), Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt amidan bằng Lase CO₂, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. **Lý Xuân Quang, Phạm Kiên Hữu** (2007), Đánh giá kết quả phẫu thuật sử dụng dao siêu âm trong cắt amidan, Tạp chí Y học TP HCM, 11, 5-8.
5. **Lê Thanh Tùng, Võ Lâm Phước và cộng sự** (2011). Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt Amidan ở trẻ em bằng kỹ thuật Coblator tại Bệnh viện Trung Ương Huế. Nội san Tai Mũi Họng 2012, 96 -101.
6. **Nhan Trùng Sơn** (2014), “Đánh giá kết quả cắt Amidan bằng dao kim điện đợ cực”. Y học thực hành, 914(4), pp,191 -193.
7. **Trần Anh Tuấn** (2007), “Đánh giá kết quả cắt Amidan bằng kỹ thuật Coblation”. Tạp Chí y học TPHCM. 11
8. **Nguyễn Quỳnh Anh** (2019), “Đánh giá kết quả cắt Amidan tại khoa tai mũi họng Bệnh viện Nhi đồng 1” Tạp chí khoa học nghiên cứu sức khỏe và phát triển, tập 5, số 01 – 2021.

TÌNH HÌNH NHẠY CẢM KHÁNG SINH TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ THỦ ĐỨC NĂM 2022-2024

Nguyễn Minh Trí¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trong chiến lược phòng chống kháng kháng sinh (KS), Bệnh viện (BV) cần theo dõi tình hình nhạy cảm KS để hỗ trợ sử dụng KS trong điều trị có hiệu quả.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu, tiến hành từ 01/2022 đến 06/2024. Mẫu nghiệm được phân lập và làm KS theo hướng dẫn của của Bộ Y tế và cập nhật hằng năm theo CLSI.

Kết quả: Bệnh viện Hoàn Mỹ Thủ Đức (HMTĐ) đã phân lập được 1009 chủng vi khuẩn gây bệnh từ 3652 mẫu bệnh phẩm. *Escherichia coli* chiếm nhiều nhất, tiếp đó là *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Hemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa* và *Staphylococcus coagulase negative*.

Có xu hướng gia tăng tỉ lệ đa kháng và sinh ESBL/kháng Methicillin đối với *E. coli*; *K. pneumoniae*, *Staphylococcus spp.* Sự gia tăng tỉ lệ này có ý nghĩa ở nhóm *S. aureus* đa kháng và *K. pneumoniae* sinh ESBL ($p < 0,05$). Giai đoạn 01-06/2024, tỉ lệ vi khuẩn đa kháng và sinh ESBL/kháng Methicillin cao, đối với *E. coli* (80,6% và 46,8%) *S. aureus* (100% và 83,9%), *K. pneumoniae* (38,1% và 38,1%), SCN (100% và 75,0%), tỉ lệ này tương tự như ở các BV lớn khác. Không có sự khác biệt giữa nhóm nội trú và ngoại trú ($p > 0,05$) về tỉ lệ đa kháng, sinh

ESBL/kháng Methicillin, gợi ý chưa có sự lây lan chủng vi khuẩn đa kháng trong Bệnh viện.

Kiểu đề kháng KS của các nhóm vi khuẩn phân lập được cho thấy tương tự như ở các BV lớn, nhưng có tỉ lệ nhạy cảm với KS cao hơn. Đối với *P. aeruginosa*, tỉ lệ nhạy cảm KS dao động từ 47,6% đến 72,2%, PDR, XDR chiếm 61% các chủng đa kháng.

Kết luận: Tại HMTĐ, vi khuẩn kháng thuốc ngày càng gia tăng. Tỉ lệ đa kháng và sinh ESBL/kháng Methicillin cao tương tự như ở các BV lớn trong nước. Tuy nhiên, tình trạng kháng đa thuốc này không phải do sự lây lan của các chủng kháng đa thuốc trong bệnh viện HMTĐ. Kiểu nhạy cảm với các KS tương tự như các BV lớn, BV trong khu vực, nhưng tỉ lệ nhạy cảm cao hơn. Kiểu đa kháng của *P. aeruginosa* chủ yếu là XDR và PDR. Sử dụng KS đúng và phòng ngừa lây lan vi khuẩn đa kháng trong BV là các biện pháp quan trọng nhằm hạn chế sự gia tăng sự kháng thuốc.

Từ khóa: Nhạy cảm kháng sinh, ESBL, MRSA, đa kháng, Hoàn Mỹ Thủ Đức.

SUMMARY

ANTIBIOTIC SENSITIVITY AT HOAN MY THU DUC HOSPITAL 2022-2024

Objective: To combat antibiotic resistance effectively, it is crucial for the hospital to monitor antibiotic sensitivity trends to ensure appropriate antibiotic use in treatment.

Method: This retrospective study was conducted from January 2022 to June 2024. Pathogenic bacterial strains were isolated from clinical samples and tested for antibiotic

¹Bệnh viện Hoàn Mỹ Thủ Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Trí

Email: trinmdhnt@gmail.com

Ngày nhận bài: 03/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 28/10/2024

Ngày duyệt bài: 30/10/2024

susceptibility according to Ministry of Health guidelines and updated annually based on CLSI standards.

Results: Hoan My Thu Duc Hospital (HMTĐ) isolated 1,009 pathogenic bacterial strains from 3,652 clinical samples. The most commonly isolated bacteria were *Escherichia coli*, followed by *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa*, and coagulase-negative staphylococci (SCN).

There is an increase in multi-resistance and ESBL/methicillin resistance among *E. coli*, *K. pneumoniae*, and *Staphylococcus* spp. This increase was particularly significant for multidrug-resistant *S. aureus* and ESBL-producing *K. pneumoniae* ($p < 0.05$). During the period from January to June 2024, the rates of multidrug-resistant and ESBL/methicillin-resistant bacteria were notably high: *E. coli* (80.6% and 46.8%), *S. aureus* (100% and 83.9%), *K. pneumoniae* (38.1% and 38.1%), and SCN (100% and 75.0%). These rates are comparable to those observed in other major hospitals. There was no significant difference between inpatient and outpatient groups ($p > 0.05$) in terms of multidrug resistance and ESBL/methicillin resistance, suggesting that these resistant bacteria is not attributed to the spread of multidrug-resistant strains within HMTD hospital. While the antibiotic resistance patterns of the isolated bacterial strains were similar to those found in large hospitals, the sensitivity rates were generally higher. For *P. aeruginosa*, the antibiotic sensitivity rates ranged from 47.6% to 72.2%, with PDR and XDR strains accounting for 61% of multidrug-resistant isolates.

Conclusion: At HMTD, the prevalence of drug-resistant bacteria is on the rise. The high rates of multidrug resistance and

ESBL/methicillin resistance are comparable to those observed in major hospitals in Vietnam. However, this multidrug resistance is not attributed to the spread of multidrug-resistant strains within HMTD hospital. The antibiotic susceptibility pattern is also similar to that of major hospitals. While antibiotic sensitivity patterns align with those of regional hospitals, sensitivity rates are higher. *P. aeruginosa* primarily exhibits XDR and PDR resistance patterns. Proper antibiotic use and measures to prevent the spread of multidrug-resistant bacteria in hospitals are essential to curb the increase in drug resistance.

Keywords: Antibiotic sensitivity, ESBL, MRSA, multidrug-resistant, Hoan My Thu Duc.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng kháng sinh (KS) là một trong những thách thức về y tế lớn nhất toàn cầu. Ước tính đến năm 2050, trên toàn thế giới, số người chết vì kháng KS có thể lên tới 10 triệu người. Việt Nam là một trong những quốc gia có tỉ lệ kháng KS cao trong khu vực Châu Á.

Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức (HMTĐ) tiến hành nuôi cấy và làm KS đồ các chủng vi khuẩn gây bệnh phân lập được tại HMTĐ.

Mục tiêu: *Tổng kết để đưa ra tỉ lệ nhạy cảm KS, nhằm cung cấp thêm thông tin về tình hình kháng KS, hỗ trợ các bác sĩ chọn lựa đúng KS để điều trị cho người bệnh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các chủng vi khuẩn được phân lập từ các mẫu bệnh phẩm gửi đến khoa xét nghiệm HMTĐ để phân lập tác nhân gây bệnh và thử nghiệm tính nhạy cảm với các KS phục vụ cho việc điều trị cho người bệnh.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Tiêu chuẩn loại ra

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thu thập số liệu trong thời gian từ 01/2022 đến 06/2024

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn tất cả các chủng vi khuẩn được phân lập từ các mẫu bệnh phẩm gửi đến khoa xét nghiệm HMTĐ trong khoảng thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 06/2024 để xác định tác nhân gây bệnh và thử nghiệm tính nhạy cảm với kháng sinh, hỗ trợ cho điều trị bệnh nhân.

Phương pháp thu thập dữ liệu

Cấy phân lập và kháng sinh đồ

Cấy phân lập và làm thử nghiệm nhạy cảm KS theo quy trình đã được HMTĐ phê duyệt, dựa theo hướng dẫn của Bộ Y tế 2017 và CLSI năm 2024. Thử nghiệm nhạy cảm

KS theo phương pháp khuếch tán đĩa, so sánh đường kính vòng vô khuẩn với quy chuẩn để đánh giá nhạy, trung gian hay đề kháng với loại KS thử nghiệm.

Phương pháp thống kê

Thu thập và xử lý số liệu dựa trên phần mềm MS Excel 2023, số liệu khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ (dựa theo phép kiểm chi bình phương)

Các phân tích tính nhạy cảm KS tiến hành ở các chủng vi khuẩn có số lượng ≥ 30 chủng. Kết quả được phân tích dựa trên tỉ lệ nhạy cảm KS trong các khoảng thời gian nghiên cứu trên.

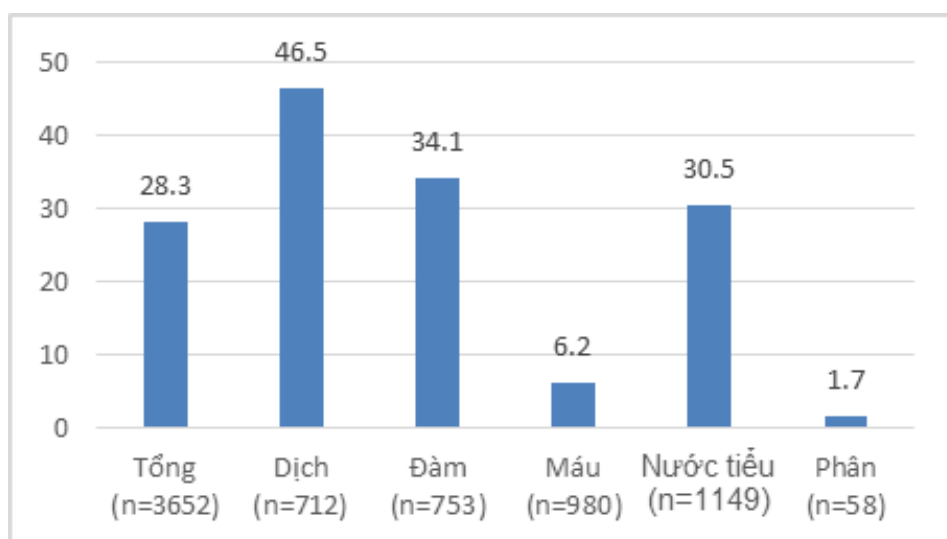
Đạo đức nghiên cứu

Mọi thông tin được thu thập từ hồ sơ của người bệnh đều được bảo mật, tuân thủ theo quy định bảo mật thông tin của HMTĐ và Tập đoàn Y khoa Hoàn Mỹ.

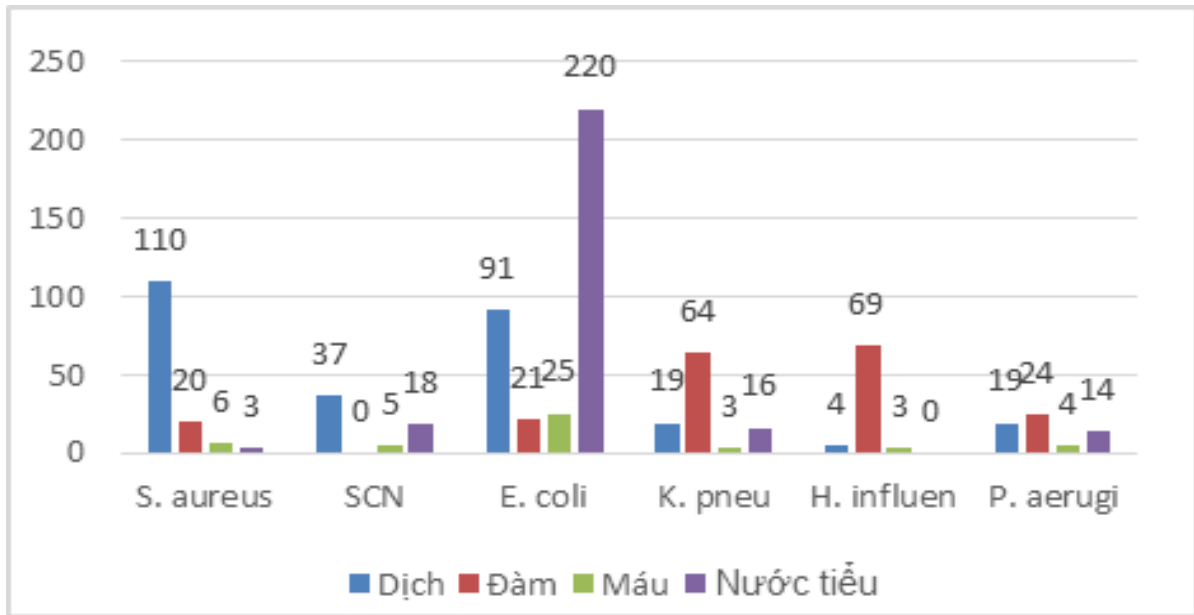
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

3.1.1. Số lượng mẫu nghiên cứu nuôi cấy và tỉ lệ các mẫu dương tính theo đơn vị và mẫu nghiên cứu



Hình 1: Tỉ lệ nuôi cấy phân lập được vi khuẩn gây bệnh theo mẫu xét nghiệm



Hình 2: Phân bố của các chủng vi khuẩn (số lượng ≥ 30 chủng) theo loại mẫu nghiệm

Nhận xét: Số liệu thu nhận được trình bày trong Hình 1. Từ tháng 1/2022 đến tháng 06/2024, số mẫu nghiệm nuôi cấy vi sinh là 3652 mẫu; Trong đó lượng mẫu cây nhiều nhất là mẫu nước tiểu (31,5%), mẫu máu (26,8); thấp nhất là mẫu phân (1,8%). Tỷ lệ

cây dương tính chung là 29,5 %; Tỷ lệ mẫu nuôi cấy có kết quả dương tính cao nhất là mẫu dịch (46,5%), thấp nhất là máu (6,2%), Phân (1,7%).

3.1.2. Thống kê các chủng phân lập được

Bảng 1: Các chủng phân lập được theo loại vi khuẩn

Tên vi khuẩn	Số lượng	Tên vi khuẩn	Số lượng
Cầu khuẩn Gr dương		263	
Staphylococcus aureus	139	Streptococcus pneumoniae	17
Staphylococcus coagulase negative	60	Streptococcus pyogenes	8
Enterococcus faecalis	15	Streptococcus spp	14
Enterococcus faecium	10		
Cầu khuẩn Gr âm		1	
Neisseria gonorrhoeae	1		
Trực khuẩn Gr âm lên men		636	
Enterobacter aerogenes	5	Haemophilus influenzae	76
Enterobacter agglomerans group	7	Haemophilus sp	2
Enterobacter cloacae	13	Klebsiella pneumoniae	102
Enterobacter sp	4	Klebsiella terrigena	20
Escherichia coli	357	Klebsiella aerogenes	2
Escherichia coli inactive	21	Proteus mirabilis	18
Escherichia sp	5	Morganella morganii	2
Citrobacter freundii	1	Serratia marcescens	1

Trực khuẩn Gr âm không lên men			
Pseudomonas aeruginosa	61	Burkholderia cepacia	11
Pseudomonas sp	3	Burkholderia mallei	5
Acinebacter baumannii	7	Burkholderia sp	3
Acinetobacter sp	8	Stenotrophomonas maltophilia	7
Moraxella sp	3	Aeromonas veronii	1
Tổng			1009

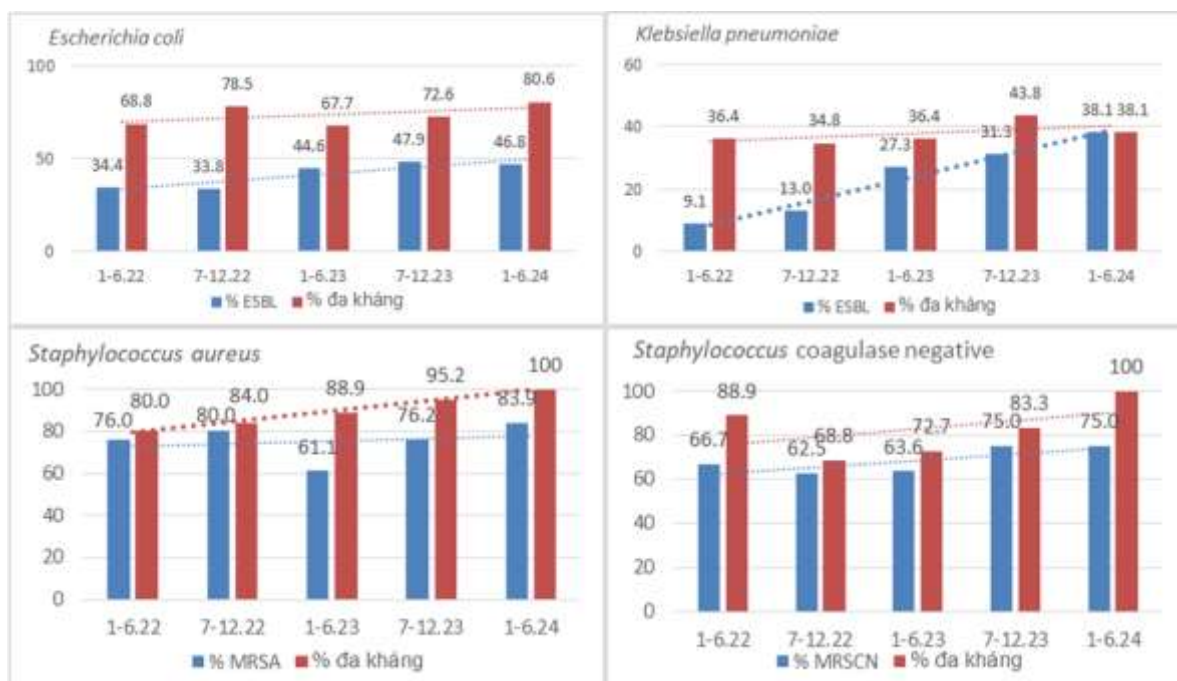
Nhận xét: Sự phân bố các chủng phân lập được trình bày chi tiết trong Bảng 1. Các loài vi khuẩn có số lượng chủng phân lập được theo thứ tự giảm dần là Escherichia coli 357 chủng (chiếm 35,4%), Staphylococcus aureus 139 chủng (13,8%), Klebsiella pneumoniae 102 chủng (10,1%), Haemophilus influenzae 76 chủng (7,5%), Pseudomonas aeruginosa 61 chủng (6%) và Staphylococcus coagulase negative (SCN) 60 chủng (5,9%).

Phân bố các chủng phân lập được theo mẫu nghiệm trình bày trong Hình 2. Biểu đồ cho thấy mẫu nước tiểu phân lập chủ yếu là vi khuẩn E. coli. Mẫu dịch, chủ yếu là S.

aureus, E. coli và SCN. Mẫu đàm chủ yếu phân lập được H. influenzae, K. pneumoniae, H. parainfluenzae. Mẫu máu, phân lập được nhiều loài vi khuẩn khác nhau E. coli, S. aureus, SCN, P. aeruginosa... Các phân tích tính nhạy cảm KS tiến hành ở các chủng vi khuẩn có số lượng ≥ 30 chủng.

3.2. Tình hình nhạy cảm kháng sinh các chủng vi khuẩn gây bệnh phân lập được tại Bệnh viện HMTĐ

3.2.1. Tỷ lệ các trực khuẩn Gr- tiết ESBL, Staphylococcus spp. kháng Methicillin và vi khuẩn đa kháng kháng sinh

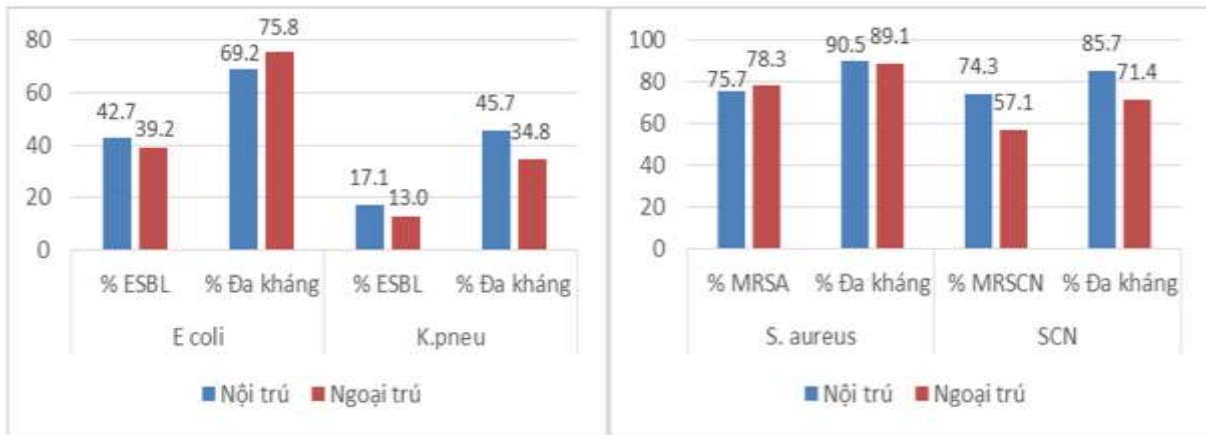


Hình 3: Theo dõi vi khuẩn đa kháng KS, tiết ESBL/kháng Methicillin

Nhận xét: Tỷ lệ sinh ESBL và đa kháng: E. coli (41,6% và 73,6%); K. pneumoniae (24,7% và 36,7%)

Tỷ lệ kháng Methicillin và đa kháng: S. aureus (79,3% và 91,7%); Staphylococcus coagulase negative (SCN) (67,9% và 80,4%). Kết quả cho thấy tỷ lệ đa kháng và sinh ESBL, kháng Methicillin có khuynh hướng

gia tăng theo thời gian. Sự gia tăng này có ý nghĩa ở nhóm đa kháng của các chủng S. aureus với $p < 0,05$ (2022: 41/50 so với 01-06/2024: 31/31) và ESBL của các chủng K. pneumoniae (năm 2022: 4/34 so với 01-06/2024: 8/21). Đáng chú ý là tỷ lệ đa kháng KS của các chủng Staphylococcus giai đoạn 01-06/2024 lên đến 100% (Hình 3).



Hình 4: Vi khuẩn đa kháng, tiết ESBL/kháng Methicillin theo nội trú và ngoại trú

Nhận xét: Số liệu về vi khuẩn đa kháng và sinh ESBL và đa kháng KS được minh họa trên Hình 4. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt giữa nội trú và ngoại trú ($p > 0,05$)

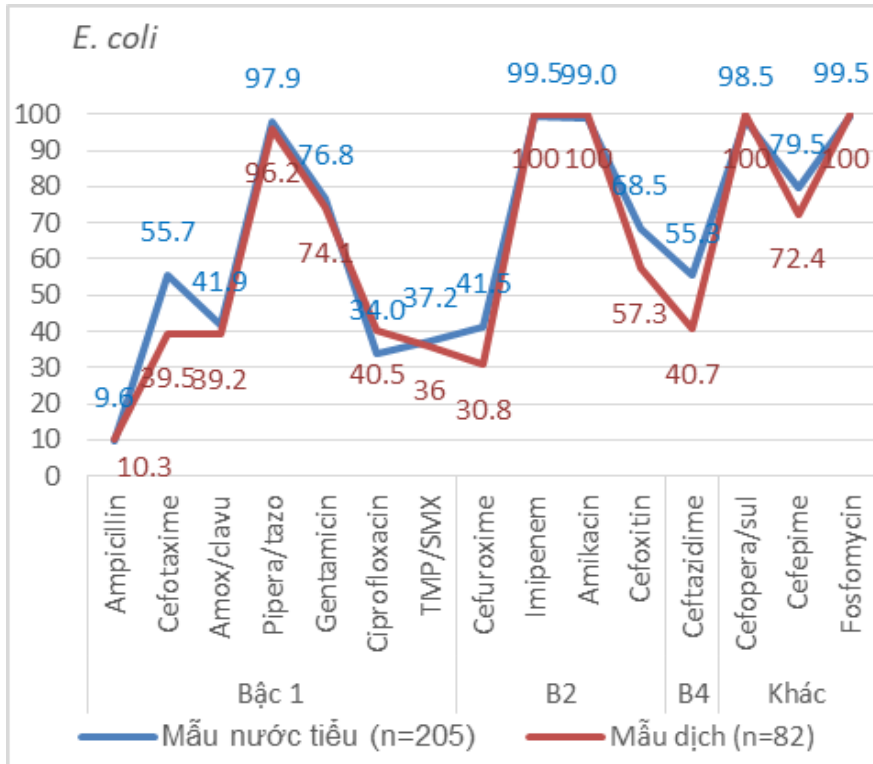
3.2.2. Tính nhạy cảm kháng sinh đối với vi khuẩn Escherichia coli phân lập được

Trên Hình 2 cho thấy vi khuẩn E. coli phân lập được chủ yếu từ mẫu nghiệm Dịch và Nước tiểu, do vậy chọn phân tích tính nhạy cảm KS của các chủng vi khuẩn E. coli này từ mẫu nghiệm nước tiểu và mẫu nghiệm dịch. Kết quả được trình bày trong Hình 5.

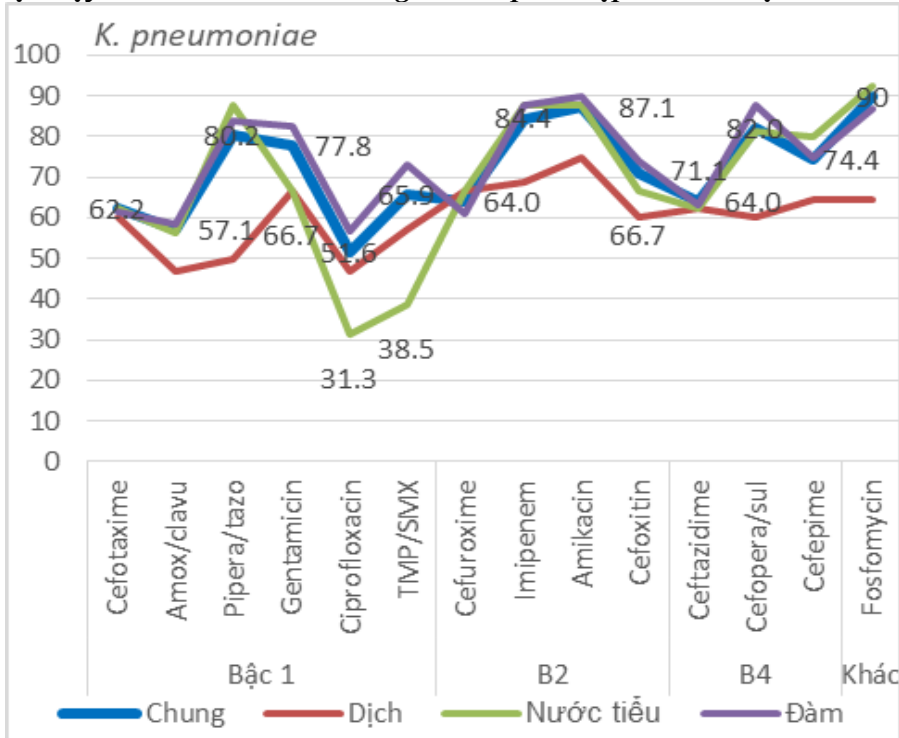
Kết quả cho thấy tỷ lệ nhạy cảm KS của vi khuẩn E. coli tương đồng giữa mẫu nghiệm dịch và mẫu nghiệm nước tiểu, ngoại

trừ sự khác biệt ở tỷ lệ nhạy cảm Cefotaxime và Cefotaxidime, mẫu nước tiểu có tỷ lệ nhạy cảm KS cao hơn có ý nghĩa thống kê (kiểm định Chi bình phương $p > 0,05$).

Các chủng còn nhạy cảm cao với: Piperacillin/ tazobactam, Imipenem, Amikacin và Cefoperazone/ Sulbactam và Fosfomycin. Tỷ lệ nhạy cảm thấp nhất đối với Ampicillin. Tỷ lệ nhạy cảm ở mức độ trung bình với Cefotaxim, Gentamicin, Cefoxitin, Ceftazidime, Cefepim. Tỷ lệ nhạy cảm thấp hơn với Amoxicillin/acid clavulanic, Ciprofloxacin, TMP/SMX, Cefuroxime.



Hình 5: Tỷ lệ nhạy cảm KS của các chủng E. coli phân lập từ mẫu Dịch và mẫu Nước tiểu



Hình 6: Tỷ lệ nhạy cảm KS của các chủng Klebsiella pneumoniae phân lập được

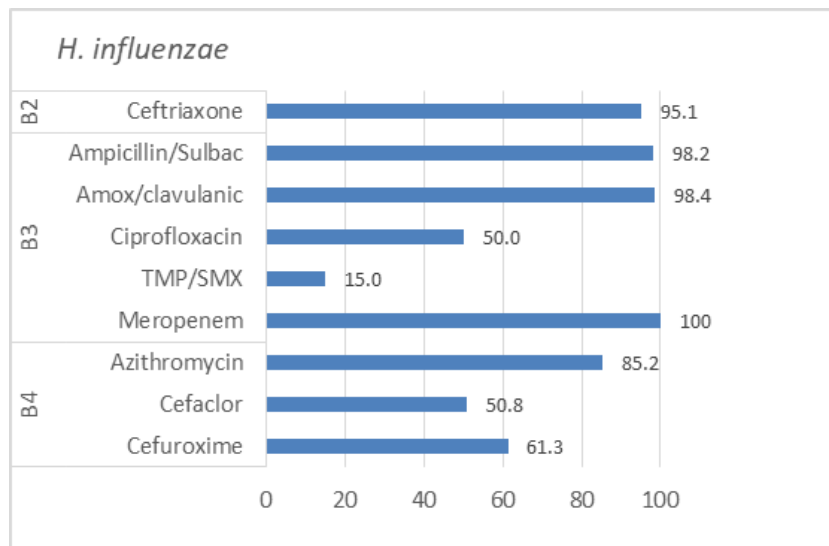
3.2.3. Tính nhạy cảm kháng sinh đối với vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* phân lập được

Trên biểu đồ Hình 6 cho thấy tỉ lệ nhạy cảm tương đương nhau ở các chủng phân lập được từ mẫu nước tiểu và đàm (ngoại trừ TMP/SMX và Ciprofloxacin có tỉ lệ thấp ở mẫu nước tiểu (<40%). Nhạy cảm cao đối với Piperacillin/tazobactam, Imipenem, Amikacin, Cefoperazone/Sulbactam và Fosfomycin (>70%). Các KS Ceftazidime,

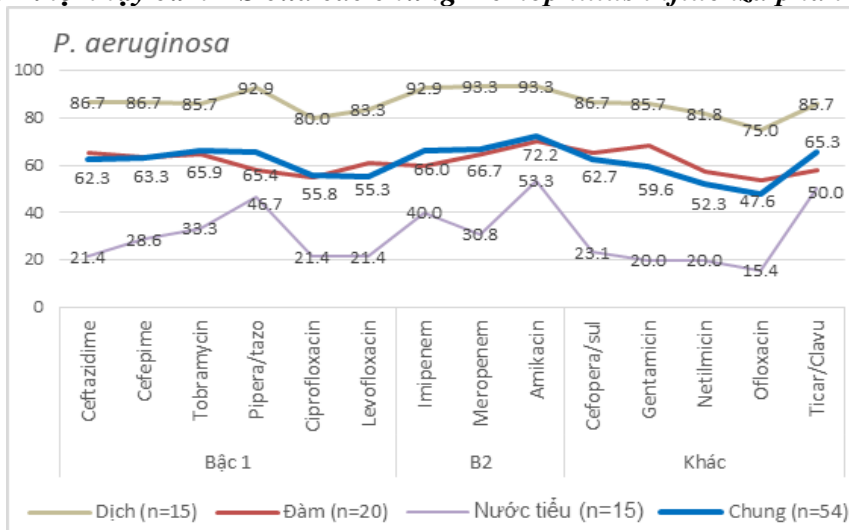
TMP/SMX, Ciprofloxacin cho thấy ở tỉ lệ nhạy cảm trung bình (40-70%)

Tỉ lệ nhạy cảm ở mẫu dịch thấp hơn so với các chủng vi khuẩn phân lập được từ các mẫu nghiệm khác. Tuy nhiên, ở mẫu nước tiểu, tỉ lệ nhạy cảm thấp với TMP/SMX (38,5%), Ciprofloxacin (31,3%).

3.2.4. Tính nhạy cảm kháng sinh đối với các chủng *Hemophilus influenzae* phân lập được



Hình 7: Tỉ lệ nhạy cảm KS của các chủng *Hemophilus influenzae* phân lập được



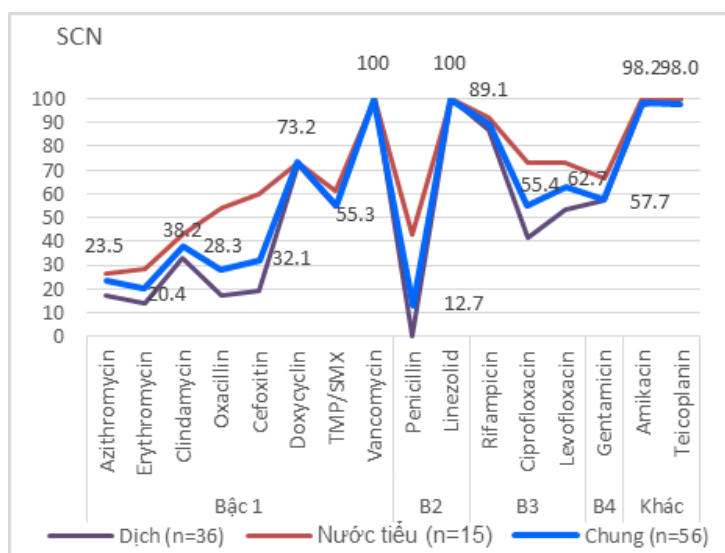
Hình 8: Tỉ lệ nhạy cảm KS của các chủng *Pseudomonas aeruginosa* phân lập được

Nhận xét: Trên Hình 7, Hemophilus influenza có tỉ lệ nhạy cảm cao đối với Ceftriaxon, Ampicillin/ sulbactam, Amoxicillin/ clavulanic acid, Meropenem, tiếp đó là Azithromycin; Tỉ lệ nhạy cảm trung bình với Cefuroxim, Cefaclor, Ciprofloxacin; Tỉ lệ nhạy cảm thấp với TMP/SMX.

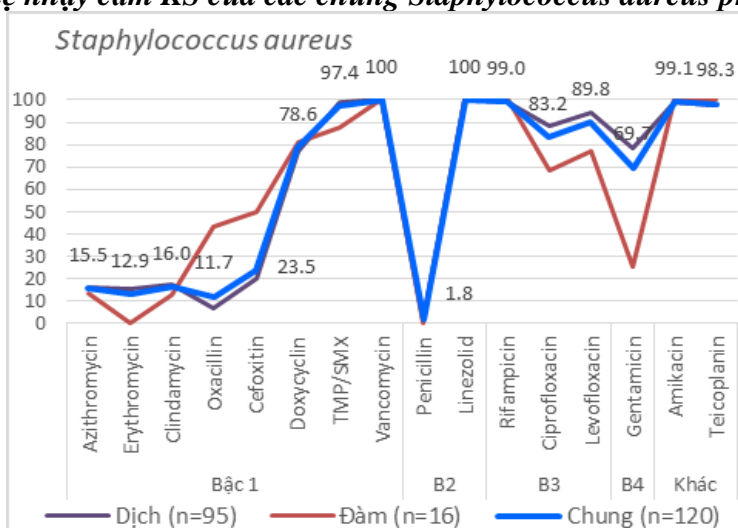
3.2.5. Tính nhạy cảm kháng sinh đối với các chủng Pseudomonas aeruginosa phân lập được

Nhận xét: Số liệu minh họa trên Hình 8, trung bình các chủng P. aeruginosa có tỉ lệ nhạy cảm dao động từ 47,6% đến 72,2%. Các chủng P. aeruginosa phân lập được từ mẫu dịch cho thấy có tỉ lệ nhạy cảm cao nhất (dao động từ 75% đến 93,3%), kế đó là các chủng phân lập được từ mẫu Đàm, tỉ lệ nhạy cảm thấp hơn ở các chủng từ mẫu nước tiểu (dao động từ 15,4% đến 53,3%).

3.2.6. Tính nhạy cảm kháng sinh đối với các chủng Staphylococcus phân lập được



Hình 9: Tỉ lệ nhạy cảm KS của các chủng Staphylococcus aureus phân lập được



Hình 10: Tỉ lệ nhạy cảm KS của các chủng SCN phân lập được

Nhận xét: Các chủng *S. aureus* phân lập được (Hình 9) cho thấy còn nhạy cảm cao với các KS TMP/SMX, Vancomycin, Linezolid, Rifampicin, Amikacin và Teicoplanin. Tỷ lệ nhạy cảm thấp với Azithromycin, Erythromycin, Clindamycin, Oxacillin, Penicillin. Đối với các KS Oxacilin, Cefoxitin và Gentamicin, các chủng ở mẫu đằm có tỷ lệ nhạy cảm thấp hơn nhiều cho với các chủng phân lập được từ mẫu dịch.

Số liệu về tính nhạy cảm KS của các chủng *Staphylococcus coagulase negative* (SCN) được minh họa trên Hình 10. Các chủng SCN còn nhạy cảm cao với các KS Vacomycin, Linezolid, Amikacin và Teicoplanin. Thấp hơn là Doxycyclin, TMP/SMX, Rifampicin, Levofloxacin và Gentamicin. Tỷ lệ nhạy cảm thấp với Azithromycin, Erythromycin, Clindamycin, Oxacillin, Cefoxitin, Penicillin, Ciprofloxacin.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Các chủng vi khuẩn gây bệnh phân lập được tùy theo mô hình bệnh tật của BV. Do HMTĐ mới hoạt động từ 2021 nên sự phân bố của các chủng phân lập được cũng có khác với các BV thành lập lâu đời hơn, đặc biệt là các BV lớn. *E. coli* chiếm phần lớn các chủng được phân lập ở mức 35,4%, trong khi *Acinetobacter spp.* ít phổ biến hơn, chỉ chiếm 0,8%. Điều này trái ngược với kết quả của Vu Tien Viet Dung là 18% và 12% [9]; BV Quận 2, BV có 22,1% và 12,3% [5], theo thứ tự.

4.2. Sự gia tăng tỷ lệ đề kháng kháng sinh

Hình 3 cho thấy xu hướng gia tăng tỷ lệ đa kháng và sinh ESBL, kháng Methicillin theo thời gian. Tỷ lệ MRSA và đa kháng tương đồng với báo cáo của Vũ Văn Bình và Trần Đỗ Hùng tại BV Đa khoa TP Cần Thơ 2022-2023, trong đó có tỷ lệ MRSA và đa kháng là 82,1% và 92,6% [3]. Kết quả này cũng phù hợp với Báo cáo tổng kết 2020 từ 16 BV trên toàn quốc là 78% [1]. Tỷ lệ MRSA tại HMTĐ trong giai đoạn 01/2022-6/2024 là 79,3%, ở mức hơi cao hơn, với mức tăng đáng kể lên 87,3%. Một BV khác trong cùng thành phố cũng cho thấy tỷ lệ MRSA là 80,6% [5]

Tỷ lệ các chủng *K. pneumoniae* sinh ESBL tăng lên đáng kể từ 9,3% vào năm 2022 lên 38,1% vào 6 tháng đầu 2024 ($p < 0,05$) với tỷ lệ trung bình là 24,7%. Tương tự, BV Nguyễn Tri Phương TPHCM báo cáo xu hướng gia tăng với tỷ lệ ESBL 23,7% trong giai đoạn 2019-2022 [4]. Tỷ lệ này nằm trong phạm vi quan sát được tại 16 BV tuyến cuối tại Việt Nam, dao động từ 14% đến 76,7% [2][3].

Hình 4 cung cấp thêm số liệu về vi khuẩn đa kháng và sinh ESBL và đa kháng KS. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt giữa nội trú và ngoại trú ($p > 0,05$)

Những xu hướng này làm nổi bật vấn đề quan trọng và đang gia tăng về tình trạng kháng kháng sinh, với vi khuẩn đa kháng KS hiện đang phổ biến trong cộng đồng, vượt ra ngoài môi trường BV.

4.3. So sánh tính nhạy cảm kháng sinh của HMTĐ với các nghiên cứu khác

Escherichia coli

So với nghiên cứu về tình trạng kháng kháng sinh tại Khoa Tiết niệu, BV ĐHY Dược, TPHCM [6], HMTĐ cho thấy các mô hình nhạy cảm tương tự nhưng nhìn chung có tỷ lệ nhạy cảm cao hơn với Piperacillin/

tazobactam, Imipenem, Amikacin, Cefoperazone/Sulbactam và Fosfomycin; nhạy cảm thấp với Quinolone (Ciprofloxacin 34%-Levofloxacin 44%) và TMP/SMX (37,2%-45,5%)

Klebsiella pneumoniae

Độ nhạy với Carbapenems tại HMTĐ tương tự như báo cáo của BV Nguyễn Tri Phương trong giai đoạn 1999-2022 (80%). Tuy nhiên, HMTĐ cho thấy độ nhạy cao hơn với Gentamicin (82,8% so với 60,2%) [3].

Hemophilus influenza

Các chủng phân lập tại HMTĐ cho thấy độ nhạy cao với Meropenem và Ceftriaxone, phù hợp với kết quả của BV Nhi Trung ương. HMTĐ cho thấy có tỉ lệ nhạy cảm cao hơn đối với Azithromycin (85,5% so với 43,0%), Cefuroxime (61,3% so với 12,6%), Cefaclor (50,8% so với 16,6%) và TMP/SMX (15% so với 5,3%) so với BV Nhi Trung ương, mặc dù tỉ lệ nhạy cảm với Ciprofloxacin thấp hơn (50% so với 95,4%) [7].

Pseudomonas aeruginosa

Tỉ lệ kháng Carbapenem (Imipenem 66% và Meropenem 66,7%) tại HMTĐ tương tự như báo cáo tóm tắt của Bộ Y tế 2020, trong đó chỉ ra tỉ lệ kháng là 54,7% [1].

Staphylococcus aureus

Các kiểu nhạy cảm đối với các chủng S. aureus phân lập tại HMTĐ tương tự như các chủng từ BV Quận 2, có tỉ lệ nhạy cảm cao với Teicoplanin, Vancomycin và Linezolid, và nhạy cảm thấp hơn với Penicillin, Oxacillin, Cefoxitin, Erythromycin, Azithromycin và Clindamycin. HMTĐ cho thấy tỉ lệ nhạy cảm cao hơn BV Quận 2 đối với Levofloxacin (89,8% so với 67,2%), Ciprofloxacin (83,2% so với 62,6%), Doxycycline (78,6% so với 56%) và TMP/SMX (97,4% so với 12,7%) [5]. So với

BV Đa khoa Cần Thơ, HMTĐ có tỉ lệ nhạy cảm cao hơn đối với TMP/SMX (97,4% so với 63,2%), Ciprofloxacin (83,2% so với 60%) và Levofloxacin (89,8% so với 61%), với độ nhạy cao tương tự đối với Vancomycin, Linezolid và Rifampicin [3].

Staphylococcus coagulase negative

Mô hình nhạy cảm của các chủng SCN tại HMTĐ tương tự như BV Quận 2 tại Thành phố Thủ Đức. HMTĐ cho thấy độ nhạy thấp hơn đối với Cefoxitin (32,1% so với 68,4%), Levofloxacin (61,5% so với 69,2%), Ciprofloxacin (50,3% so với 64,7%) và Clindamycin (40% so với 46,2%), nhưng độ nhạy cao hơn đối với TMP/SMX (57,4% so với 0%) [5].

4.4. Cách ly người bệnh mang vi khuẩn đa kháng kháng sinh

Quản lý KS hiệu quả là rất quan trọng để giải quyết tình trạng kháng thuốc. Điều này bao gồm sử dụng thuốc, liều lượng và thời gian điều trị phù hợp để giảm sự lựa chọn các chủng kháng thuốc và ngăn ngừa sự lây lan của chúng. HMTĐ đã triển khai các biện pháp thực hiện và theo dõi việc cách ly hàng ngày cho những người bệnh mang vi khuẩn đa kháng KS để quản lý và kiểm soát sự lây lan của chúng một cách hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

Từ tháng 1/2022 đến tháng 06/2024, Bệnh viện HMTĐ phân lập được 1009 chủng vi khuẩn gây bệnh từ 3652 mẫu bệnh phẩm, vi khuẩn Escherichia coli chiếm nhiều nhất, tiếp đó là Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Hemophilus influenza, Pseudomonas aeruginosa và Staphylococcus coagulase negative.

Theo dõi về sự gia tăng tính kháng thuốc: chiều hướng gia tăng tỉ lệ đa kháng và sinh ESBL/kháng Methicillin đối với E. coli,

Klebsiella pneumoniae, *Staphylococcus* spp. Sự gia tăng này có ý nghĩa ở nhóm đa kháng của các chủng *S. aureus* và ESBL của các chủng *K. pneumoniae* ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về tỉ lệ đa kháng, sinh ESBL/kháng Methicillin giữa nhóm nội trú và ngoại trú, gợi ý chưa có sự lây lan chủng vi khuẩn đa kháng trong Bệnh viện.

Tổng kết 6 tháng đầu năm 2024 cho thấy tỉ lệ vi khuẩn đa kháng và sinh ESBL/kháng Methicillin cao *Escherichia coli* (80,6% và 46,8%), *Staphylococcus aureus* (100% và 83,9%), *Klebsiella pneumoniae* (38,1% và 38,1%), *Staphylococcus coagulase negative* (100% và 75,0%), tương tự như ở các BV tuyến cuối/lớn khác.

Kiểu đề kháng KS của các nhóm vi khuẩn phân lập được cho thấy tương tự như ở các BV khác nhưng có tỉ lệ nhạy cảm KS cao hơn.

Kiểu đa kháng *Pseudomonas* ở HMTĐ chủ yếu là PDR, XDR (61%), tỉ lệ nhạy cảm đối với các KS thử nghiệm dao động từ 47,6% đến 72,2%.

Sử dụng KS đúng, phòng ngừa lây lan vi khuẩn đa kháng trong BV là biện pháp quan trọng nhằm hạn chế sự gia tăng sự đề kháng kháng sinh. Do vậy cần tăng cường và giám sát liên tục các biện pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2023). Báo cáo giám sát kháng kháng sinh tại Việt nam 2020.
2. Đặng Thị Soa và cs. (2022). Tổng quan về tình hình kháng kháng sinh của một số vi khuẩn thường gây bệnh trên lâm sàng tại Việt Nam từ 2017- 2022. Tạp chí Y học Việt Nam, 519 (1):309-313.
3. Lê Công Trứ và cs. (2022). Tình hình đề kháng kháng sinh của *Klebsiella pneumoniae* tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ. Tạp chí Y học Việt Nam. 518(2):350-355.
4. Nguyễn Quang Huy và cs. (2023). Tình hình đề kháng kháng sinh của *Klebsiella pneumoniae* tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương giai đoạn 2019 – 2022. Tạp chí Y học Việt Nam, 527(2):163- 167.
5. Nguyễn Thị Thanh Hương và cs (2023). Khảo sát thực trạng phân lập vi khuẩn và mức độ nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh tại Bệnh viện Quận 2 – TPHCM Năm 2020. Tạp Chí Y học Việt Nam, 526(1B):97-101.
6. Phạm Thuý Yên Hà và cs (2022). Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu tại khoa tiết niệu Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM. Tạp chí Y học Việt Nam, 517(1):132-138.
7. Trương Thị Việt Nga và cs. (2023). Tính kháng kháng sinh của vi khuẩn *Haemophilus influenzae* và kết quả điều trị viêm phổi do *Haemophilus influenzae* ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam, 517(2):330-333.
8. Vũ Văn Bình và Trần Đỗ Hùng (2023). Nghiên cứu tình hình kháng kháng sinh và các yếu tố liên quan của *Staphylococcus aureus* được phân lập từ bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện đa khoa Cần Thơ năm 2022-2023. Tạp chí Y học Việt Nam, 527(1B):205-209.
9. Vu TVD, Do TTN, Rydell U, Nilsson LE, Olson L, Larsson M, Hanberger H, Choisy M, Dao TT, van Doorn HR, Nguyen VK, Nguyen VT, Wertheim HFL; VINARES consortium. Antimicrobial susceptibility testing and antibiotic consumption results from 16 hospitals in Viet Nam: The VINARES project 2012-2013. J Glob Antimicrob Resist. 2019 Sep;18:269-278. doi: 10.1016/j.jgar.2019.06.002. Epub 2019 Jun 12. PMID: 31201995.

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ TROPONIN I SIÊU NHẠY TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 CÓ NGUY CƠ TIM MẠCH TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ SÀI GÒN

Nguyễn Thị Hồng Nhiên¹, Lê Minh Thuận¹, Nguyễn Thị Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát nồng độ Troponin I hs trên những người bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) type 2 có nguy cơ tim mạch và tìm mối liên quan giữa nồng độ Troponin I hs (TnI-hs) với các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng.

Phương pháp: Nghiên cứu phân tích cắt ngang trên 90 bệnh nhân có tiền sử ĐTĐ type 2 theo tiêu chuẩn ADA năm 2022 và có nguy cơ cao mắc bệnh tim mạch, đến khám ngoại trú tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn từ 06/2024 đến 09/2024. Nồng độ TnI-hs được định lượng theo phương pháp miễn dịch vi hạt hóa phát quang (CMIA). Số liệu sau khi thu thập và được phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

Kết quả: Trong các yếu tố lâm sàng, nồng độ TnI-hs ở nhóm tuổi <60 là 1,23 (0,17 – 2,30) so với nhóm tuổi ≥ 60 là 1,75 (1,11 – 4,67), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,010$. Nồng độ TnI-hs ở nam là 1,35 (0,76 – 2,42), nữ là 1,59 (0,86 – 4,75), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,668$. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở các nhóm: BMI với $p = 0,930$, HA tâm thu với $p = 0,241$, HA tâm trương bình với $p = 0,540$, thời gian mắc ĐTĐ với $p = 0,060$ và nhóm hút thuốc lá với $p = 0,872$.

Trong các yếu tố cận lâm sàng, nồng độ TnI-hs ở nhóm LDL-c bình thường là 1,31 (0,64 – 2,33), nhóm LDL-c tăng là 2,37 (1,23 – 4,72), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,039$. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở các nhóm: Glucose với $p = 0,218$, HbA1c với $p = 0,902$, Cholesterol với $p = 0,464$, Triglycerid với $p = 0,225$ và nhóm HDL-c với $p = 0,121$.

Kết luận: Sau nghiên cứu, chúng tôi tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm tuổi và nhóm LDL-c; tuy nhiên, nghiên cứu này chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các chỉ số lâm sàng (giới tính, BMI, HA tâm thu, HA tâm trương, thời gian mắc ĐTĐ và hút thuốc lá) và cận lâm sàng (Glucose huyết, HbA1c, Cholesterol, Triglycerid và HDL-c).

Từ khóa: Troponin I siêu nhạy, Đái tháo đường type 2, nguy cơ tim mạch.

SUMMARY

INVESTIGATION HS-TROPONIN I CONCENTRATION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES WITH CARDIOVASCULAR RISK AT HOAN MY SAIGON HOSPITAL

Objective: To investigate hs-Troponin I (hs-TnI) levels in patients with type 2 diabetes (T2D) with cardiovascular risk and to find the relationship between hs-TnI levels and clinical and subclinical indicators.

Method: A cross-sectional analysis study of 90 patients with a history of type 2 diabetes according to the ADA standard in 2022 and having a high risk of cardiovascular disease,

¹Khoa xét nghiệm – Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Nhiên
ĐT: 0373498613

Email: nhiennt010693@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 28/10/2024

Ngày duyệt bài: 30/10/2024

came to Hoan My Saigon Hospital for outpatient examination from 06/2024 to 09/2024. Hs-TnI concentrations were quantified by chemiluminescent microparticle immunoassay (CMIA). The data after collection were analyzed by SPSS 20.0 statistical software.

Results: In clinical factors, the concentration of hs-TnI in the age group <60 was 1,23 (0,17 – 2,30) compared to 1,75 (1,11 – 4,67) in the age group \geq 60, this difference was statistically significant with $p = 0,010$. The concentration of hs-TnI in males was 1,35 (0,76 – 2,42), females were 1,59 (0,86 – 4,75), the difference was not statistically significant with $p = 0,668$. There was no statistically significant difference in the groups: BMI with $p = 0,930$, systolic blood pressure with $p = 0,241$, diastolic blood pressure with $p = 0,540$, duration of diabetes with $p = 0,060$ and smoking group with $p = 0,872$.

In the subclinical factors, the concentration of hs-TnI in the normal LDL-c group was 1,31 (0,64 – 2,33), the increased LDL-c group was 2,37 (1,23 – 4,72), a statistically significant difference with $p = 0,039$. There was no statistically significant difference in the groups: Glucose with $p = 0,218$, HbA1c with $p = 0,902$, Cholesterol with $p = 0,464$, Triglycerides with $p = 0,225$ and HDL-c group with $p = 0,121$.

Conclusion: After the study, we found statistically significant differences in the age group and LDL-c group; however, this study did not find statistically significant differences in clinical indicators (sex, BMI, systolic blood pressure, diastolic blood pressure, duration of diabetes and smoking) and subclinical (blood glucose, HbA1c, cholesterol, triglycerides and HDL-c).

Keywords: High-sensitive Troponin I, type 2 diabetes mellitus, cardiovascular risk.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, Việt Nam và các nước trên thế giới đều phải đối mặt với nhiều nguy cơ bệnh tật. Tại Việt Nam, theo thống kê của WHO, năm 2016, cả nước có 549.000 trường hợp tử vong, trong đó tử vong do BKLN chiếm tới 77% (424.600 ca). Trong số này CVDs chiếm 31%, ung thư chiếm 19%, bệnh hô hấp mạn tính chiếm 6% và ĐTD chiếm 4% [4].

ĐTD là bệnh rối loạn chuyển hóa, có đặc điểm tăng Glucose huyết mạn tính do thiếu hụt về tiết insulin, tác động insulin, hoặc cả hai. ĐTD type 2 là loại phổ biến nhất, thường khởi phát âm thầm, đôi khi không có triệu chứng rõ ràng nên không được chẩn đoán và điều trị sớm dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm, gây rối loạn và suy yếu chức năng của nhiều cơ quan. Các bệnh tim mạch chính (CVDs) liên quan đến ĐTD type 2 như bệnh tim thiếu máu cục bộ, suy tim, đột quỵ, bệnh động mạch vành và bệnh động mạch ngoại biên. Bệnh tim mạch là nguyên nhân chính gây tử vong và tàn tật ở NB mắc bệnh ĐTD type 2. Do đó việc phát hiện và phòng ngừa sớm CVDs ở NB ĐTD bằng cách kiểm soát các yếu tố nguy cơ là rất quan trọng nhằm giảm bớt gánh nặng bệnh tật xã hội [6].

Troponin tim được xem là dấu ấn tổn thương cơ tim được sử dụng nhiều trong hướng dẫn mới về chẩn đoán và điều trị đối với CVDs [1, 2]. Tại Việt Nam, xét nghiệm Troponin I hs (TnI-hs) được áp dụng rộng rãi để phát hiện các nguy cơ về CVDs. Tuy nhiên, các nghiên cứu về sự thay đổi nồng độ TnI-hs siêu nhạy trên đối tượng NB ĐTD type 2 vẫn còn hạn chế. Mặt khác, lượng NB mắc ĐTD type 2 đến khám và điều trị tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn khá lớn. Từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên

cứu “Khảo sát nồng độ Troponin I siêu nhạy (Troponin I hs) trên người bệnh đái tháo đường type 2 có nguy cơ tim mạch tại bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn”. Nhằm tìm mối liên quan giữa nồng độ TnI-hs với các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng trên NB ĐTĐ type 2 có nguy cơ tim mạch; từ đó, góp phần vào việc ứng dụng những dấu ấn siêu nhạy trên NB ĐTĐ trong tầm soát sớm biến chứng của bệnh tim mạch. Nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Khảo sát nồng độ Troponin I hs trên những người bệnh mắc đái tháo đường type 2 có nguy cơ tim mạch.

2. Khảo sát mối liên quan giữa Troponin I hs với các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng trên người bệnh đái tháo đường type 2 có nguy cơ tim mạch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh có tiền sử ĐTĐ type 2 có nguy cơ tim mạch đến khám ngoại trú tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn, thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh ĐTĐ type 2 được chẩn đoán và quản lý ngoại trú tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn ít nhất 3 tháng và kèm thêm ít nhất 1 trong các yếu tố nguy cơ tim mạch như: tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, béo phì, thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ type 2 ≥ 10 năm.

- Người bệnh có chỉ định các xét nghiệm: Glucose huyết đói, HbA1c, Cholesterol, Triglycerid, HDL-chol, LDL-chol, Troponin I hs.

Tiêu chuẩn loại ra

- Người bệnh ĐTĐ type 1, ĐTĐ trong thai kỳ.

- Người bệnh có tổn thương cơ quan đích: protein niệu, suy thận, bệnh lý võng mạc, phì đại thất trái... đã được chẩn đoán và ghi trên hồ sơ bệnh án.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian từ 06/2024 đến 09/2024.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: được tính công thức ước lượng trung bình.

$$n \geq \left(\frac{Z_{1-\alpha/2} \sigma}{d} \right)^2$$

Trong đó:

+ α : xác suất sai lầm loại 1, $\alpha = 0,05 \rightarrow$

$$Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$$

+ d: sai số ước lượng, $d = 1,96 \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$

+ σ độ lệch chuẩn ước lượng của dân số.

- Theo nghiên cứu của tác giả Sebastian Hörber và cộng sự (2021) nồng độ Troponin I hs ở NB ĐTĐ type 2 có nguy cơ tim mạch là $4,0 \pm 0,67$ ng/L [3].

\rightarrow Cỡ mẫu tối thiểu là 77 mẫu.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu phân tích cắt ngang.

Phương pháp thu thập dữ liệu

- Ghi nhận các dữ liệu từ hồ sơ bệnh án các thông tin của người bệnh: họ và tên, năm sinh, giới tính, cân nặng, chiều cao, huyết áp, tiền sử bệnh, bệnh nền.

- Ghi nhận các đặc điểm cận lâm sàng: Troponin I hs, Glucose huyết đói, HbA1c, Cholesterol, Triglycerid, HDL-c, LDL-c.

Phương pháp thống kê

Số liệu được phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

Đạo đức nghiên cứu

- Đề cương nghiên cứu được duyệt bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu của Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn.

- Nghiên cứu hoàn toàn không gây hại cho đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu sử

dụng thiết kế mô tả cắt ngang do đó không can thiệp và không có bất kỳ tác động có hại nào lên NB. Thông tin thu thập trong nghiên cứu sẽ được bảo mật theo đúng quy tắc và luật Y đức. Các thông tin lâm sàng và cận lâm sàng được thu thập từ hồ sơ bệnh án.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu (n=90)**

Biến số	N = 90	%
Tuổi		
< 60 tuổi	42	46,7
≥ 60 tuổi	48	53,3
Giới tính		
Nam	47	52,2
Nữ	43	47,8
BMI		
Nhẹ cân	3	3,3
Bình thường	28	31,1
Thừa cân	22	24,4
Béo phì	37	41,1
Huyết áp tâm thu		
Bình thường	63	70,0
Tăng	27	30,0
Huyết áp tâm trương		
Bình thường	71	78,9
Tăng	19	21,1
Thời gian mắc ĐTD		
< 5 năm	49	54,4
5 - 10 năm	18	20,0
≥ 10 năm	23	25,6
Hút thuốc lá		
Không	76	84,4
Có	14	15,6

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ ĐTD ở nhóm tuổi ≥60 tuổi cao hơn so với nhóm <60 tuổi, lần lượt là 53,3%, 46,7%. Đa số đối tượng tham gia là nam (52,2%). Béo phì chiếm tỷ lệ cao nhất (41,1%). HA tâm thu và tâm trương bình thường chiếm tỷ

lệ cao hơn nhóm HA tăng lần lượt là 70% và 78,9%. Thời gian mắc bệnh ĐTD <5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (54,4%). Tỷ lệ không hút thuốc lá (76%) cao hơn so với nhóm hút thuốc lá.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng đối tượng nghiên cứu (n=90)

Biến số	N = 90	%
Glucose huyết đói		
Thấp	1	1,1
Bình thường	7	7,8
Tăng	82	91,1
HbA1c		
Bình thường	5	5,6
Tăng	85	94,4
Cholesterol		
Bình thường	57	63,3
Tăng	33	36,7
Triglycerid		
Bình thường	40	44,4
Tăng	50	55,6
HDL-c		
Bình thường	3	3,3
Giảm	87	96,7
LDL-c		
Bình thường	64	71,1
Tăng	26	28,9

Nhận xét: Đa số đối tượng tham gia nghiên cứu có các đặc điểm: Glucose huyết đói tăng (91,1%), HbA1c tăng (94,4%), Cholesterol bình thường (63,3%), Triglycerid tăng (55,6%), HDL-c giảm (96,7%) và LDL-c bình thường (71,1%).

Bảng 3. Phân bố nồng độ Troponin I hs trên đối tượng nghiên cứu (n=90)

Troponin I hs (ng/L)	N = 90	%
Chung		
Nam	47	100
Bình thường	45	95,7
Tăng	2	4,3
Nữ	43	100
Bình thường	36	83,7
Tăng	7	16,3

Nhận xét: Đa số đối tượng tham gia nghiên cứu có nồng độ Troponin I hs bình thường ở cả 2 nhóm nam và nữ, lần lượt là 95,7%, 83,7%. Tỷ lệ NB có nồng độ Troponin I hs tăng ở nhóm nữ cao hơn so với nhóm nam, lần lượt là 16,3% và 4,3%.

Bảng 1. Mối liên quan giữa nồng độ Troponin I hs với các yếu tố lâm sàng (n=90)

Biến số	Nồng độ Troponin I hs (ng/L)	p
Giới tính		
Nam	1,35 (0,76 – 2,42)	0,668
Nữ	1,59 (0,86 – 4,75)	
Tuổi		
< 60 tuổi	1,23 (0,17 – 2,30)	0,010
≥ 60 tuổi	1,75 (1,11 – 4,67)	
BMI		
Nhẹ cân	1,35 (0,68 – 2,90)	0,930
Bình thường	1,26 (0,57 – 3,46)	
Thừa cân	1,49 (0,70 – 5,24)	
Béo phì	1,48 (0,99 – 2,58)	
Huyết áp tâm thu		
Bình thường	1,35 (0,63 – 2,54)	0,241
Tăng	1,59 (1,07 – 4,40)	
Huyết áp tâm trương		
Bình thường	1,35 (0,66 – 2,66)	0,540
Tăng	1,61 (1,07 – 3,77)	
Thời gian mắc ĐTD		
< 5 năm	1,35 (0,77 – 2,46)	0,060
5 - 10 năm	1,09 (0,22 – 3,38)	
≥ 10 năm	1,85 (1,21 – 19,36)	
Hút thuốc lá		
Không	1,45 (0,88 – 2,64)	0,872
Có	1,33 (0,61 – 22,27)	

Nhận xét: Kết quả sau nghiên cứu cho thấy, nồng độ TnI-hs ở nữ cao hơn so với nam, lần lượt là 1,59 (0,86 – 4,75), 1,35 (0,76 – 2,42) ng/L và chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p=0,668$. Ở nhóm ≥ 60 tuổi có nồng độ TnI-hs cao hơn nhóm < 60 tuổi là: 1,75 (1,11 – 4,67), 1,23 (0,17 – 2,30) tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa

thống kê với $p=0,010$. Nồng độ TnI-hs có giá trị cao hơn ở nhóm có thừa cân béo phì, nhóm có tăng HA tâm thu, tăng HA tâm trương, nhóm có thời gian mắc ĐTD ≥ 10 năm, nhóm không hút thuốc lá và ở các nhóm này chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Bảng 2. Mối liên quan giữa nồng độ Troponin I hs với các chỉ số cận lâm sàng (n=90)

Biến số	Nồng độ Troponin I hs (ng/L)	p
Glucose huyết đói		
Thấp	-	0,218
Bình thường	1,35 (1,25 – 3,77)	
Tăng	1,37 (0,74 – 2,57)	

HbA1c		
Bình thường	1,35 (0,79 – 16,35)	0,902
Tăng	1,38 (0,77 – 2,82)	
Cholesterol		
Bình thường	1,34 (0,77 – 2,42)	0,464
Tăng	1,63 (0,62 – 4,42)	
Triglycerid		
Bình thường	1,31 (0,69 – 2,24)	0,225
Tăng	1,63 (0,91 – 4,52)	
HDL-c		
Bình thường	0,76 (0,38 – 1,03)	0,121
Giảm	1,42 (0,84 – 2,98)	
LDL-c		
Bình thường	1,31 (0,64 – 2,33)	0,039
Tăng	2,37 (1,23 – 4,72)	

Nhận xét: Kết quả sau nghiên cứu cho thấy, nồng độ TnI-hs ở nhóm Glucose huyết đói tăng và bình thường tương đương; nhóm HbA1c tăng và bình thường đều tương đương nhau và chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$. Nồng độ TnI-hs có giá trị cao hơn ở nhóm có tăng Cholesterol, nhóm tăng Triglycerid, nhóm HDL-c giảm và chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$. Ở nhóm LDL-c tăng có nồng độ TnI-hs cao hơn so với nhóm LDL-c bình thường và tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,039$.

IV. BÀN LUẬN

Sau nghiên cứu cho thấy, đa số đối tượng tham gia nghiên cứu là nam (52,2%) và có tuổi trên 60 tuổi, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Sebastian Hoerber (2021) với tỷ lệ nam là 57% và tuổi là 65 (57 – 71) [3] và Kai Hang Yiu (2014) có tỷ lệ nam là 56% và tuổi là $64,4 \pm 10$ [5]. Theo các nghiên cứu, tỷ lệ mắc ĐTĐ type 2 ở nam và nữ thường tương đương nhau, sự khác biệt tùy theo độ tuổi và vùng địa lý. Ở một số khu vực, nam giới có xu hướng mắc bệnh sớm hơn và tỷ lệ

mắc bệnh có thể cao hơn một chút so với nữ giới, đặc biệt ở nhóm tuổi trung niên và người cao tuổi. Nữ giới cũng có nguy cơ tăng khi bước vào giai đoạn tiền mãn kinh và mãn kinh hoặc từng bị đái tháo đường thai kỳ. Các đặc điểm lâm sàng khác của đối tượng tham gia trong nghiên cứu chúng tôi khác với các nghiên cứu khác có thể do sự khác nhau về đặc điểm dân số của từng vùng như phong tục tập quán... Đối tượng tham gia nghiên cứu của chúng tôi đa số có tình trạng Glucose huyết đói tăng, HbA1c tăng, Triglycerid tăng, HDL-c giảm và LDL-c bình thường, kết quả có sự tương đồng với nghiên cứu của Sebastian Hoerber (2021) [3] và Kai Hang Yiu (2014) [5]. Tỷ lệ NB có nồng độ Cholesterol bình thường cao hơn so với nhóm tăng Cholesterol, kết quả này chưa có sự tương đồng với các nghiên cứu khác. Ở NB ĐTĐ type 2, có thể do cơ chế phản hồi insulin không còn hiệu quả, tình trạng kiểm soát đường huyết chưa tốt hoặc do chế độ ăn uống sinh hoạt chưa phù hợp làm tăng nồng độ Glucose huyết đói và HbA1c. Tình trạng kháng insulin là nguyên nhân dẫn đến rối loạn chuyển hóa lipid, dễ dẫn đến xơ vữa động mạch và các bệnh lý tim mạch. Trong

nguyên cứu, ở cả nhóm nam và nữ đa số đều có nồng độ TnI-hs bình thường, ở nữ có tỷ lệ NB có nồng độ TnI-hs tăng cao hơn so với ở nam giới, điều này không có sự tương đồng với các nghiên cứu khác khi có nồng độ TnI-hs ở nam tăng cao hơn ở nữ giới. Về mối liên quan giữa nồng độ TnI-hs với các yếu tố lâm sàng, nồng độ TnI-hs tăng cao hơn ở nữ giới, nhóm trên 60 tuổi, nhóm béo phì, nhóm có tăng HA tâm thu, tăng HA tâm trương, nhóm có thời gian ĐTĐ type 2 trên 10 năm, nhóm không hút thuốc lá và tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm tuổi với $p = 0,010$, kết quả nghiên cứu này có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Sebastian Hoerber (2021) [3] và Kai Hang Yiu (2014) [5]; chưa tìm thấy sự khác biệt nồng độ TnI-hs có ý nghĩa thống kê ở các nhóm lâm sàng khác. Sự khác nhau trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác có thể là do sự khác nhau về độ tuổi, điều kiện sống, tập quán sinh hoạt... làm ảnh hưởng đến nồng độ TnI-hs của đối tượng tham gia nghiên cứu. Về mối liên quan giữa nồng độ TnI-hs với các chỉ số cận lâm sàng, nồng độ TnI-hs tăng cao hơn ở nhóm có tăng Cholesterol, tăng Triglycerid, tăng HDL-c, tăng LDL-c và tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm LDL-c với $p = 0,039$; kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Kai-Hang Yiu (2014). Một số nghiên cứu cho thấy kiểm soát đường huyết có tác động quan trọng đến sự thay đổi cấu trúc và chức năng của cơ tim ở NB ĐTĐ, đặc biệt là ở những người mắc bệnh tim mạch.

V. KẾT LUẬN

Sau nghiên cứu, chúng tôi tìm thấy sự khác biệt nồng độ TnI-hs có ý nghĩa thống kê ở nhóm tuổi và nhóm LDL-c. Tuy nhiên, nghiên cứu này chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các chỉ số lâm sàng (giới tính, BMI, HA tâm thu, HA tâm trương, thời

gian mắc ĐTĐ và hút thuốc lá) và cận lâm sàng (Glucose huyết đói, HbA1c, Cholesterol, Triglycerid và HDL-c).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Amsterdam E. A., K, W. N., G, B. R., et al.** (2014). 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*. 64(24), e139-e228.
2. **Collet J.-P., Roffi, M., Mueller, C., et al.** (2016). Questions and answers on antithrombotic therapy: a companion document of the 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European heart journal*. 37(3), e1-e7.
3. **Hoerber S., Lehn-Stefan, A., Hieronimus, A., et al.** (2021). Carotid intima-media thickness is a predictor of subclinical myocardial damage in men with type 2 diabetes mellitus. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*. 129(10), 750-756.
4. **World Health Organization** (2018). Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles.
5. **Yiu K.-H., Lau, K.-K., Zhao, C.-T., et al.** (2014). Predictive value of high-sensitivity Troponin-I for future adverse cardiovascular outcome in stable patients with type 2 diabetes mellitus. *Cardiovascular diabetology*. 13, 1-8.
6. **Ma C.-X., Ma, X.-N., Guan, C.-H., et al.** (2022). Cardiovascular disease in type 2 diabetes mellitus: progress toward personalized management. 21(1), 74.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: MỘT TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ LOÉT TÌ ĐÈ ĐỘ IV VÙNG CÙNG CỤT BẰNG VẬT DA-CƠ MÔNG LỚN TẠI BỆNH VIỆN THUẬN MỸ BÌNH DƯƠNG

Nguyễn Văn Việt¹, Lê Viết Cường¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Loét tì đè vùng cùng cụt là một tình trạng bệnh lý thường gặp ở các bệnh nhân nằm lâu ngày, sau chấn thương cột sống có liệt, tai biến mạch máu não, gãy cổ xương đùi ở người lớn tuổi, gãy khung chậu... Việc chăm sóc và điều trị rất khó khăn và tốn kém nhiều tiền bạc.

Phương pháp: Trường hợp lâm sàng của chúng tôi là một bệnh nhân nữ, 74 tuổi, vào viện vì loét vùng cùng cụt, da hoại tử đen đường kính khoảng 15cm, rỉ dịch, bốc mùi hôi thối. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt lọc hoại tử, chăm sóc vết thương, nâng cao thể trạng. Khi tình trạng nhiễm trùng ổn định, các tổ chức hoại tử được cắt lọc sạch, chúng tôi tiến hành phẫu thuật che phủ khuyết hồng phần mềm vùng cùng cụt bằng vật da cơ mông lớn.

Kết quả: Sau phẫu thuật vật da-cơ mông lớn 12 ngày, vật da hồng hào, mép vết thương lành tốt, bệnh nhân ổn định, xuất viện, không biến chứng.

Kết luận: Vật da-cơ mông lớn là một lựa chọn thích hợp trong việc điều trị các khuyết hồng phần mềm vùng cùng cụt do loét tì đè, đặt biệt các khuyết hồng phần mềm lớn, lộ gân

xương. Vấn đề chăm sóc và dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc dự phòng và điều trị loét tì đè vùng cùng cụt.

Từ khóa: Loét cùng cụt, vật da-cơ mông lớn.

SUMMARY

CLINICAL CASE REPORT: A CASE OF TREATING GRADE IV PRESSURE ULCER IN THE SACRAL REGION WITH GLUTEUS MAXIMUS MUSCLE-CUTANEOUS FLAP AT THUAN MY BINH DUONG HOSPITAL

Introductions: pressure ulcers in the sacral region are a common pathological condition in patients who have been lying down for a long time after spinal trauma with paralysis, cerebrovascular accident, femoral neck fracture in the elderly, and pelvic fracture. Case and treatment are very difficult and costly in terms of time and money.

Methods: Our clinical case is a 74-year-old female patient admitted to the hospital because a necrotic sacral ulcer about 15cm in diameter, oozing fluid, and foul odor. The patient underwent surgical debridement, care for the sacral ulcer and improved physical condition. When the infection was stable, the patient underwent surgical coverage of the sacral soft tissue defect with a gluteus maximus muscle flap.

Results: 12 days after gluteus maximus flap surgery the skin flap was rosy, the wound edges healed well, the patient was stable and discharged from hospital, without complications.

¹Bệnh viện Thuận Mỹ Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Việt

ĐT: 0868275366

Email: drnguyenvanviet.hoanmy@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 28/10/2024

Ngày duyệt bài: 30/10/2024

Conclusion: the gluteus maximus muscle-cutaneous flap is a suitable option in the treatment of large soft tissue defects, exposed musculoskeletal tendons in the sacrococcygeal region due to pressure ulcers. Care and nutrition are an important role in the prevention and treatment of sacrococcygeal pressure ulcers.

Keywords: sacrococcygeal ulcer, gluteus maximus muscle-cutaneous flap.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét tỳ đờ vùng cùng cụt là một tình trạng bệnh lý thường gặp ở các bệnh nhân nằm lâu ngày, sau chấn thương cột sống có liệt, tai biến mạch máu não, gãy cổ xương đùi ở người lớn tuổi, gãy khung chậu. Việc chăm sóc và điều trị rất khó khăn và tốn kém nhiều tiền bạc.

Điều trị nội khoa và dự phòng loét có vai trò rất quan trọng. Có nhiều phương pháp, nhiều loại thuốc, hóa chất, trang thiết bị (nệm nước, các loại nệm hơi, nệm tạo sóng chạy bằng điện...) đã được áp dụng. Tuy nhiên, loét cùng cụt tiến triển thành vết loét sâu và rộng vẫn không thể tránh khỏi ở nhiều bệnh nhân. Kỹ thuật Ngoại khoa che phủ ổ loét vì thế ngày càng trở nên quan trọng và đóng vai trò cứu cánh cuối cùng cho các trường hợp loét sâu lộ gân xương, hoại tử xương cùng cụt.

Có nhiều kỹ thuật che phủ ổ loét được đề xuất và áp dụng từ nhiều năm nay bởi nhiều

tác giả. Bắt đầu bằng các kỹ thuật cổ điển như ghép da tại chỗ, xoay vạt da tại chỗ, vạt da- cơ mông lớn...

Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng điều trị khuyết hồng phần mềm lớn vùng cùng cụt do loét tỳ đờ độ IV bằng vạt da- cơ mông lớn với mục tiêu chia sẻ và tiếp thu kinh nghiệm lâm sàng cùng các quý đồng nghiệp.

II. PHÂN ĐỘ LOÉT TỖ ĐỜ

Định nghĩa: Loét tỳ đờ là một loại tổn thương hoại tử da và tổ chức giữa vùng xương với vật có nền cứng, là hậu quả của quá trình bị tỳ đờ kéo dài gây thiếu máu nuôi tổ chức và chết tế bào.

Phân độ loét của Hội đồng tư vấn điều trị loét Hoa Kỳ năm 2007

- Độ I: Da còn nguyên, không có các đám màu xanh, đỏ tại vị trí tỳ đờ.

- Độ II: Một phần lớp trung bì bị mất, các vết loét trợt nông và đáy màu hồng hoặc chưa trợt loét da nhưng có nốt phỏng có dịch huyết tương.

- Độ III: Mất toàn bộ lớp da, tổ chức mỡ dưới da có thể nhìn thấy nhưng gân xương cơ chưa bị lộ. Hoại tử có thể xuất hiện, có thể có góc ngách hoặc đường hầm dưới da.

- Độ IV: Mất toàn bộ mô sâu, lộ xương, gân và cơ. Hoại tử ướt hoặc đám hoại tử khô tại một vài vị trí của tổn thương. Độ IV thường góc ngách hoặc có nhiều hầm éch.



Hình 1. Các giai đoạn của loét tỳ đờ

III. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân P.T.T, 74 tuổi, vào viện vì vết loét vùng cùng cụt hoại tử đen, chảy dịch mũ, bốc mùi hôi thối. Qua thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng ghi nhận:

- Tỉnh, tiếp xúc được. Da niêm hồng nhạt. Thể trạng gầy, già yếu

- Vết loét vùng cùng cụt đường kính 15cm, da vùng vết loét hoại tử đen, chảy dịch mũ, bốc mùi hôi thối, lộ cân xương

- Yếu 2 chân, cơ lực 1/5

- Phổi thô, có ít rale ẩm

- Xquang: hình ảnh viêm phổi

- Tiền Căn: tai biến mạch máu não

Chẩn đoán: Loét cùng cụt độ IV, Viêm phổi, suy kiệt tuổi già/ Tai biến mạch máu não cũ.



Hình 2. Vết loét vùng cùng cụt hoại tử đen, lộ gân xương

Điều trị:

- Bệnh nhân được điều trị kháng sinh, cắt lọc hoại tử vùng cùng cụt, thay băng bơm rửa vết thương hàng ngày, nằm đệm hơi, nghiêng trở thương xuyên, nâng cao thể trạng.

- Sau 04 tuần, tình trạng viêm phổi của bệnh nhân tạm ổn định, nhiễm trùng vết loét cải thiện, các tổ chức hoại tử vết loét cùng cụt được cắt lọc sạch sẽ, một phần vết loét lộ gân xương.



Hình 3. Vết loét cùng cụt lên mô hạt sau cắt lọc hoại tử 04 tuần

- Bệnh nhân được lên chương trình phẫu thuật chuyển vạt “Da-cơ” mông lớn che phủ vết loét cùng cụt ngày 10/08/2024:

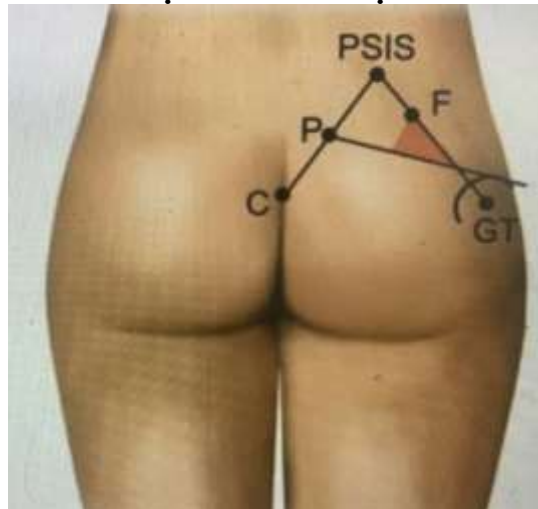
+ Phương pháp gây mê: tê tủy sống.

+ Tư thế bệnh nhân nằm sấp.

+ Thiết kế vạt da cơ mông lớn hai bên, dạng vạt trượt kiểu “V-Y”



Hình 4: Vạt da sau khi được bóc tách



Hình 5. Xác định vị trí nháng xiên của vạt da nằm trong tam giác màu đỏ theo Amadzadeh

+ Trượt vạt da, che phủ vết loét và khâu khép da vị trí cho vạt

+ Trong quá trình trượt và khâu tạo hình vạt da cần để ý hồi lưu máu của vạt, tránh vạt bị căng quá mức làm cản nguồn cung cấp máu của vạt.



Hình 6. Vạt da cơ mông lớn che phủ vết loét sau phẫu thuật

- Sau mổ bệnh nhân tiếp tục được điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch, thay băng rửa vết thương hàng ngày, dinh dưỡng nâng cao thể trạng, nằm đệm hơi, nghiêng trở thường xuyên (Hướng dẫn người nhà chăm bệnh 2 tiếng nghiêng trở cho bệnh nhân 1 lần).



Hình 7. Vạt da sau mổ 02 tuần

+ Bệnh ổn định, xuất viện sau phẫu thuật 12 ngày.

- **Sau mổ 1 tháng**, vạt da mềm mại, không co rút, bệnh nhân được gia đình chăm sóc tốt và không có dấu hiệu tái loét.



Hình 8. Vạt da sau mổ 1 tháng

IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân tuổi cao, yếu 2 chân cơ lực 1/5, nằm một chỗ lâu ngày và không được chăm sóc, dự phòng loét tỳ đè đúng cách dẫn đến tình trạng loét hoại tử vùng cùng cụt.

Tình trạng viêm phổi do ứ đọng cần được điều trị song song với việc dinh dưỡng và chăm sóc vết loét.

Vấn đề chăm sóc và dinh dưỡng cho bệnh nhân đóng vai trò quan trọng trong việc dự phòng và điều trị

Ca phẫu thuật thành công là kết quả một quá trình liên tục, với sự phối hợp của gia đình, người bệnh, điều dưỡng chăm sóc, điều trị nội khoa, dinh dưỡng, phẫu thuật viên...

Bệnh nhân sau phẫu thuật chuyển vạt da cơ mông lớn che phủ khuyết hồng phần mềm vùng cùng cụt đạt kết quả tốt. Vết thương lành kỳ đầu, vạt da sau mổ 1 tháng mềm mại, hồng hào, không bị sẹo co rút. Điều này cho thấy vạt da cơ mông lớn là thích hợp trong điều trị phẫu thuật loét cùng cụt độ IV.

V. KẾT LUẬN

Vấn đề chăm sóc và dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc dự phòng và điều trị loét tỳ đè vùng cùng cụt.

Vạt da-cơ mông lớn là một lựa chọn thích hợp trong việc điều trị các khuyết hồng phần mềm vùng cùng cụt do loét tỳ đè, đặt biệt các khuyết hồng phần mềm lớn, lộ gân xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **D. Oksman a, O.M. de Almeida a,, R.G. de Arruda a,M.L.M. de Almeida b, F.S. do Carmo** (2017). Comparative study between fasciocutaneous and myocutaneous flaps in the surgical treatment of pressure ulcers of the sacral region.
2. **Lê Nguyễn Diên Minh, luận án tiến sĩ** (2021) Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu nhánh xuyên động mạch mông trên và ứng dụng trong điều trị loét tỳ đè cùng cụt. Đại học Y Hà Nội
3. **Nguyễn Thái Sơn, Luận án tiến sĩ khoa học** (2002). Nghiên cứu giải phẫu vạt da cơ mông lớn và ứng dụng điều trị loét diêm tỳ vùng cùng cụt ở bệnh nhân liệt tủy. Học viện Quân Y
4. **Bài giảng dự phòng và chăm sóc loét tỳ đè cho người bệnh.** Nhà xuất bản y học Hà Nội, Bộ Y tế 2020
5. **Phan Quốc Khánh, Phạm Quang Anh** (2022). Đánh giá kết quả điều trị loét cùng cụt bằng phẫu thuật chuyển vạt da cân ngẫu nhiên tại bệnh viện Quân Y 4. Bệnh viện Quân Y 4.
6. **Thái Nguyên. Nguyễn Thanh Tùng, Nguyễn Vũ Hoàng, Nguyễn công Hoàng, Nguyễn Thị Nga** (2022). Kết quả điều trị phẫu thuật khuyết hồng vùng cùng cụt do loét tỳ đè bằng vạt nhánh xuyên động mạch mông trên tại bệnh viện trung ương . Tạp chí y học Việt Nam số 511 - Ttháng 2 - Số 1 - 2022

HIỆU QUẢ CỦA LỚP GIÁO DỤC TIỀN SẢN TRONG VIỆC NÂNG CAO KIẾN THỨC NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ CỦA THAI PHỤ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HOÀN MỸ THỦ ĐỨC

Phan Thị Thu Hòa¹, Thái Thị Nga¹,
Trần Thị Huyền², Nguyễn Phi Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của trước – sau can thiệp giáo dục sức khỏe lớp tiền sản về nuôi con bằng sữa mẹ (NCBSM) cho phụ nữ mang thai tới khám tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hoàn Mỹ Thủ Đức (BVĐKQTHMTĐ)

Phương pháp: Một nghiên cứu can thiệp trước – sau được sử dụng để đánh giá hiệu quả của việc giáo dục sức khỏe lớp tiền sản trong việc nâng cao kiến thức về NCBSM của 121 phụ nữ mang thai tới khám ngoại trú tại BVĐKQTHMTĐ.

Kết quả: 121 phụ nữ mang thai tới khám ngoại trú tại BVĐKQTHMTĐ tham gia vào nghiên cứu. Điểm trung bình về kiến thức NCBSM của các phụ nữ mang thai này trước khi tham gia lớp tiền sản là 15.7 ± 4.1 . Tuy nhiên, sau khi tham gia lớp tiền sản về tư vấn, giáo dục NCBSM, điểm số trung bình ghi nhận được là 24.2 ± 5.7 . Sự khác biệt điểm số trung bình là 8.5 trước và sau khảo sát ($p < 0.05$).

Kết luận: Các kết quả đã chứng minh rõ ràng sự cải thiện đáng kể trong việc nâng cao

kiến thức của phụ nữ có thai về NCBSM khi được tư vấn kỹ lưỡng về vấn đề này trong các lớp tiền sản được tổ chức tại bệnh viện. Vì vậy, các lớp tư vấn NCBSM này được coi là một can thiệp hiệu quả và nên triển khai rộng rãi trên quy mô lớn hơn và tại nhiều cơ sở y tế.

Từ khóa: NCBSM, kiến thức, giáo dục sức khỏe

SUMMARY

THE EFFECTIVENESS OF PRENATAL EDUCATION CLASSES IN IMPROVING BREASTFEEDING KNOWLEDGE AMONG PREGNANT WOMEN ATTENDING OUTPATIENT VISITS AT HOAN MY THU DUC INTERNATIONAL HOSPITAL

Objective: To assess the effectiveness of pre- and post-intervention prenatal education on breastfeeding for pregnant women attending outpatient visits at Hoan My Thu Duc International Hospital

Method: An intervention study was used to evaluate the effectiveness of prenatal education classes in enhancing breastfeeding knowledge among 121 pregnant women attending outpatient visits at Hoan My Thu Duc International Hospital.

Results: 121 pregnant women attending outpatient visits at Hoan My Thu Duc International Hospital participated in the study. The average score for breastfeeding knowledge among these women before attending the

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hoàn Mỹ Thủ Đức

²Khoa Y Dược, Đại học Văn Hiến

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Thu Hòa & Trần Thị Huyền

ĐT: 0907547166

Email: hoa.phan@hoanmy.com

Ngày nhận bài: 13/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 27/10/2024

Ngày duyệt bài: 30/10/2024

prenatal education class was 15.7 ± 4.1 . However, after participating in the prenatal education class on breastfeeding, the average score recorded was 24.2 ± 5.7 . The mean score difference was 8.5 before and after the intervention ($p < 0.05$).

Conclusion: The results have clearly demonstrated a significant improvement in enhancing pregnant women's knowledge about breastfeeding when they receive thorough health education during prenatal classes held at the hospital. Therefore, these breastfeeding education classes are considered an effective intervention and should be implemented on a larger scale and at more healthcare facilities.

Keywords: Breastfeeding, knowledge, health education

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc NCBSM là một trong những cách hiệu quả nhất để đảm bảo sức khỏe và sự sống còn của trẻ. Sữa mẹ chứa các kháng thể giúp bảo vệ trẻ khỏi nhiều bệnh tật thường gặp trong thời thơ ấu. Trẻ được nuôi bằng sữa mẹ thường có kết quả tốt hơn trong các bài kiểm tra trí tuệ và ít có nguy cơ bị thừa cân hoặc béo phì khi trưởng thành [1]. Ước tính việc không NCBSM đầy đủ là nguyên nhân gây ra 16% số ca tử vong ở trẻ em mỗi năm. Phụ nữ cho con bú cũng giảm nguy cơ mắc ung thư và bệnh tiểu đường type 2 khi NCBSM [3].

Theo WHO, trong giai đoạn 2013-2018, 48% trẻ sơ sinh được cho bú trong vòng một giờ sau khi sinh. Chỉ có 44% trẻ dưới sáu tháng tuổi được nuôi hoàn toàn bằng sữa mẹ. Mặc dù 68% phụ nữ tiếp tục cho con bú ít nhất một năm, nhưng đến hai tuổi, tỷ lệ cho bú giảm xuống còn 44%. Các mục tiêu toàn cầu cho các tỷ lệ này vào năm 2030 là 70% trong giờ đầu tiên, 70% trong việc nuôi con

hoàn toàn bằng sữa mẹ, 80% ở tuổi một, và 60% ở tuổi thứ hai [4]. Do đó, các nỗ lực của các quốc gia nhằm đạt được các tỷ lệ mục tiêu về việc NCBSM cần phải được tăng cường.

Theo thống kê, ở Việt Nam chỉ có 24% trẻ dưới 6 tháng tuổi được bú sữa mẹ hoàn toàn và chỉ 22% trẻ được bú sữa mẹ cho đến hai tuổi [5]. Một trong những lý do dẫn đến việc NCBSM chưa đạt được như mong muốn đến từ việc các bà mẹ thiếu kiến thức về NCBSM. Một nghiên cứu được Trương Thị Thuận và cộng sự thực hiện tại bệnh viện Phụ sản - Nhi, Đà Nẵng năm 2023 đã cho thấy rằng kiến thức của bà mẹ về việc NCBSM có liên quan đến thực hành của bà mẹ cho trẻ BSMHT trong 6 tháng đầu với một số yếu tố ảnh hưởng như điều kiện kinh tế - xã hội và sự quan tâm của người thân.

Do đó, việc cung cấp kiến thức đúng và đủ cho bà mẹ trong thời gian mang thai là một trong những yếu tố tác động đến việc thực hành NCBSM hiệu quả. Do đó, các tác giả thực hiện đề tài “Hiệu quả của lớp giáo dục tiền sản trong việc nâng cao kiến thức NCBSM của sản phụ tại Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hoàn Mỹ Thủ Đức” với mong muốn đánh giá hiệu quả của việc giáo dục sức khỏe trong lớp tiền sản nhằm nâng cao kiến thức NCBSM của sản phụ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 121 phụ nữ mang thai tới khám ngoại trú tại BVĐKQTHMTĐ

Tiêu chuẩn lựa chọn

Tiêu chuẩn loại ra

Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Thời gian nghiên cứu từ tháng 5/2024 đến 8/2024

Địa điểm nghiên cứu tại BVĐKQT Hoàn Mỹ Thủ Đức

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp được thực hiện để đánh giá kiến thức của các phụ nữ mang thai trước và sau khi tham dự các lớp tiền sản về tư vấn NCBSM được tổ chức tại bệnh viện BVĐKQTHMTĐ

Phương pháp thu thập số liệu

Các lớp tiền sản định kỳ được bệnh viện tổ chức vào mỗi tháng và lịch cụ thể được thông báo trên các phương tiện truyền thông của Bệnh viện cũng như thông báo trực tiếp từ những lần khám thai trước đó của những phụ nữ mang thai đã từng khám tại bệnh viện. Những phụ nữ mang thai sau khi tới khám ngoại trú tại BV ĐKQTHMTĐ sẽ được giải thích về lợi ích của việc tham gia lớp tiền sản về NCBSM và được giải thích về nghiên cứu này. Sau khi đồng ý tham gia nghiên cứu, họ sẽ được phát bộ câu hỏi và đánh giá kiến thức của họ trước khi được tham gia lớp tiền sản. Sau khi được tham dự lớp tiền sản và được các chuyên gia của bệnh viện tư vấn về NCBSM, họ sẽ được phát lại bộ câu hỏi với nội dung tương tự và sẽ thực hiện tái đánh giá lại lần hai.

Công cụ nghiên cứu

Một bộ câu hỏi đánh giá về kiến thức về NCBSM được xây dựng bởi các tác giả, dựa theo các tài liệu NCBSM của Bộ Y tế và được các thành viên trong hội đồng chuyên gia của bệnh viện duyệt về nội dung. Bộ câu hỏi bao gồm 2 phần chính: Phần A (Thông tin chung) bao gồm 5 câu hỏi về thông tin cá nhân của người tham gia nghiên cứu và phần B (Kiến thức) bao gồm 26 câu hỏi liên quan đến kiến thức NCBSM.

Phương pháp thống kê

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua bởi hội đồng xét duyệt đề cương nghiên cứu của BVĐKQTHMTĐ cũng như sự đồng ý của các tham gia viên trước khi thu thập dữ liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin người tham gia nghiên cứu

121 phụ nữ mang thai tới khám thai ngoại trú tại BVĐKQTHMTĐ đã tham gia vào nghiên cứu này. Độ tuổi trung bình của người tham gia nghiên cứu là 28.3 ± 4.7 . Tỷ lệ phụ nữ mang thai từ con thứ hai trở lên tỷ lệ cao, khoảng 51.2% so với tổng số người tham gia nghiên cứu. Trình độ học vấn của người tham gia nghiên cứu cũng khá cao, trong đó tỷ lệ tốt nghiệp Trung cấp, Cao đẳng, Đại học và sau đại học chiếm đa số (chiếm 69.4%). Trong đó, khoảng 70.2% trong số những phụ nữ mang thai này chưa từng được tư vấn về NCBSM bài bản, và kiến thức của họ về NCBSM chủ yếu được tiếp nhận thông tin từ phương tiện truyền thông như sách, báo, TV, Internet, chiếm tỷ lệ 33.9%.

3.2. Kiến thức về NCBSM

Trong nghiên cứu này, bộ câu hỏi đánh giá kiến thức về NCBSM có tổng số 26 câu, tương ứng tối đa được 26 điểm được chia làm 2 phần nhỏ, bao gồm 11 câu về định nghĩa, lợi ích và các khái niệm chung của việc NCBSM; 25 câu khảo sát kiến thức đúng về thực hành NCMSM của các phụ nữ mang thai.

Trước khi thực hiện can thiệp lớp tiền sản, tổng điểm đánh giá kiến thức của các phụ nữ mang thai về NCBSM chỉ đạt 15.7 ± 4.1 . Tuy nhiên, sau khi tham gia lớp tiền sản về giáo dục NCBSM, điểm số trung bình ghi nhận được là 24.2 ± 5.7 . Sự khác biệt điểm

số trung bình là 8.6 trước và sau khảo sát ($p < 0.05$). Kết quả này thể hiện rằng các lớp tiền sản tư vấn – giáo dục sức khỏe dành cho phụ nữ có thai thật sự có hiệu quả trong việc

nâng cao kiến thức của những bà mẹ này về NCBSM. Trong đó, cả kiến thức về cả khái niệm, lợi ích và thực hành NCBSM đều tăng đáng kể trong nghiên cứu này (Bảng 3.1)

Bảng 3.1. Kiến thức đúng của các bà mẹ mang thai về NCBSM (n=121)

Nội dung	M ± SD		Khác biệt điểm số	P
	Trước	Sau		
Kiến thức chung về NCBSM	15.7 ± 4.1	24.2 ± 5.7	8.5	<0.05
Kiến thức về định nghĩa, lợi ích và các khái niệm chung về NCBSM	7.1 ± 2.2	10.3 ± 2.9	3.2	<0.05
Kiến thức về thực hành NCBSM	8.5 ± 3.1	13.9 ± 3.9	5.4	<0.05

3.2.1. Kiến thức về định nghĩa, lợi ích và các khái niệm chung của việc NCBSM

Kiến thức về định nghĩa, lợi ích và các khái niệm chung của việc NCBSM bao gồm 11 câu hỏi liên quan đến sự định nghĩa về NCBSM, các lợi ích của việc NCBSM và những khái niệm lý thuyết đến NCBSM. Trên thực tế, tổng điểm được các phụ nữ mang thai ghi nhận được cho kiến thức phần này trước khi áp dụng can thiệp chỉ là 7.1 ± 2.2 . Tuy nhiên, sau khi áp dụng các lớp tiền sản trong việc tư vấn NCBSM cho các phụ nữ mang thai đến khám tại BVĐKQTHMTĐ, tổng điểm của mục này tăng khá cao, đạt 10.3 ± 2.9 , điểm trung bình tăng 3.2 (Bảng 3.1). Điều này cho thấy sự kiến thức của các bà mẹ tăng lên đáng kể sau khi học xong tham dự các lớp tiền sản tại BVĐKQTHMTĐ ($p < 0.05$).

Mức độ trả lời đúng của các câu hỏi liên quan đến lợi ích của việc NCBSM đều cao cả trước và sau khi triển khai các lớp tiền sản. Đặc biệt, 100% người tham gia nghiên cứu đều trả lời đúng các câu liên quan đến lợi ích của việc NCBSM đối với mẹ, lợi ích của việc NCBSM đối với con, lợi ích của sữa non, lợi ích của việc cho trẻ bú ngay sau sinh và những hạn chế của việc không NCBSM sau khi áp dụng tư vấn giáo dục sức khỏe cho

những phụ nữ có thai tham gia nghiên cứu, với tổng điểm cho những câu này đạt 1 điểm tối đa.

3.2.2. Kiến thức về thực hành NCBSM

Kiến thức về thực hành NCBSM bao gồm 15 câu hỏi liên quan đến các kỹ năng thực hành NCBSM hiệu quả và đúng cách. Điểm cho phần này này là 8.5 ± 3.1 (Bảng 3.2) trước khi các phụ nữ mang thai chưa tham dự lớp học tiền sản. Tuy nhiên, sau khi tham dự các lớp tiền sản, kiến thức của các bà mẹ này tăng lên là 13.9 ± 3.9 . Điểm số tăng thêm 5.4 điểm có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

Những kiến thức về NCBSM của các phụ nữ mang thai tới khám và tham gia lớp tiền sản tại BVĐKQTHMTĐ được tăng mạnh ở những nội dung như thời gian mỗi lần cho trẻ bú. (Tăng lên 0.7 điểm so với trước khi tham gia lớp tiền sản), kiến thức về bà mẹ sinh mổ có thể cho trẻ bú sữa mẹ ngay sau sinh tăng lên 0.6 điểm. Đây là những kiến thức quan trọng trong việc thực hành NCBSM mà không phải phụ nữ mang thai nào cũng nhận thức đúng. Hai câu hỏi Có nên vắt bỏ sữa lượt đầu trước khi cho trẻ bú hay không và Trẻ bị bệnh thì có thể tiếp tục cho trẻ bú sữa mẹ hay không đều ghi nhận điểm số tăng lên khá cao, tăng 0.5 điểm sau khi những người

tham gia nghiên cứu được hướng dẫn chi tiết trong lớp tiền sản.

IV. KẾT LUẬN

Nhìn chung, các kiến thức về NCBSM của các phụ nữ mang thai tới khám ngoại trú tại BVĐKQTHMTĐ và được tham gia lớp tiền sản do bệnh viện tổ chức đã tăng lên đáng kể về kiến thức về lợi ích nói chung của NCBSM (tăng 3.2 điểm sau khi được tư vấn giáo dục sức khỏe về NCBSM) và kiến thức trong thực hành NCBSM hiệu quả (tăng thêm 5.4 điểm so với trước khi được tư vấn).

Trong đó, trước khi được tư vấn về NCBSM bởi các nhân viên y tế tại BVĐKQTHMTĐ, những phụ nữ mang thai này thường chưa nắm được các nội dung như thời gian cho trẻ bú cũ đầu tiên là trong vòng nửa giờ đầu sau sinh, thời gian cho trẻ bú sữa mẹ hoàn toàn trong vòng 4 - 6 tháng đầu và tiếp tục cho trẻ bú đến khi trẻ được 24 tháng tuổi.

Bên cạnh đó, khi đánh giá kiến thức về thực hành hành NCBSM, một tỷ lệ lớn người tham gia nghiên cứu trước khi được tư vấn giáo dục sức khỏe về NCBSM có kiến thức chưa đúng khi cho rằng vắt bỏ sữa đầu trước khi cho trẻ bú, hoặc trẻ đang bệnh thì không nên tiếp tục cho trẻ bú và bà mẹ sau sinh mổ thì không thể về sữa kịp thời để có thể NCBSM ngay sau sinh.

Tuy nhiên, những kiến thức này được đưa vào nội dung của các lớp tư vấn giáo dục sức khỏe tiền sản tại BVĐKQTHMTĐ, qua đó đã làm tăng kiến thức về NCBSM hiệu quả cho những phụ nữ mang thai đến khám tại đây. Điều này góp phần vào thay đổi nhận thức về việc NCBSM của họ.

Nghiên cứu này một lần nữa khẳng định những lợi ích của việc tư vấn, giáo dục sức

khỏe cho phụ nữ mang thai và các bà mẹ về NCBSM đúng cách sẽ làm tăng kiến thức đáng kể cho họ. Điều này có thể làm thay đổi về nhận thức và thực hành về NCBSM sau sinh ở những sản phụ này. Do đó, các cơ sở y tế nói chung và BVĐKQTHMTĐ nói riêng nên tiếp tục mô hình này và mở rộng quy mô nhằm nâng cao kiến thức cho các phụ nữ mang thai và bà mẹ đang cho con bú, làm tăng tỷ lệ NCBSM đúng cách hiện nay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG.** Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica.* 2015; 104(S467):30-37.
2. **Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M.J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., Bahl, R., Martines, J.** Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica.* 2015; 104(S467):96-113
3. **WHO.** Children: improving survival and well-being. Published September 8, 2020. Accessed June 18, 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
4. **WHO.** Global Breastfeeding Scorecard: A review of policies and programs. Published 2020. WHO. Accessed June 18, 2024.
5. **Thuận, T. T., & Tường, P. V.** Kiến thức, thực hành NCBSM hoàn toàn trong 6 tháng đầu và một số yếu tố liên quan đến thực hành của các bà mẹ sinh con tại Bệnh Viện Phụ Sản Nhi, Đà Nẵng năm 2023. *Tạp chí Y học Cộng đồng.* 2024. 65(1).

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GÂY SẢY THAI CỦA MISOPROSTOL TRONG XỬ TRÍ THAI NGƯNG TIẾN TRIỂN CHO TUỔI THAI ĐẾN HẾT 9 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ ĐỒNG NAI TỪ THÁNG 04/2024 ĐẾN HẾT THÁNG 09/2024

Phan Thị Minh Ý¹, Nguyễn Văn Chung¹,
Nguyễn Như Ý¹, Nguyễn Thị Kim Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả, tác dụng phụ và mức độ hài lòng của bệnh nhân khi sử dụng Misoprostol gây sảy thai trong các trường hợp thai lưu đến hết 9 tuần.

Phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu trên 30 bệnh nhân thai lưu đến hết 9 tuần. Thu thập dữ liệu về kết quả lâm sàng, tác dụng phụ và mức độ hài lòng của bệnh nhân sau sử dụng Misoprostol.

Kết quả: Tỷ lệ gây sảy thai thành công của Misoprostol, tỷ lệ các tác dụng phụ thường gặp và tỷ lệ bệnh nhân hài lòng với phương pháp này.

Kết luận: Misoprostol có thể được xem xét đưa vào phác đồ điều trị nội khoa cho thai lưu sớm nếu chứng minh được hiệu quả và an toàn, giúp giảm thiểu can thiệp thủ thuật xâm lấn và tăng sự hài lòng của thai phụ.

Từ khóa: Misoprostol, sảy thai, thai lưu, 9 tuần, tác dụng phụ, hài lòng, điều trị nội khoa.

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF MISOPROSTOL IN MANAGEMENT OF MISSED MISCARRIAGE UP TO 9 WEEKS AT

¹Bệnh viện Hoàn Mỹ Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Minh Ý

ĐT: 0987661063

Email: yptm@bvquocdongnai.com

Ngày nhận bài: 05/09/2024

Ngày phản biện khoa học: 27/10/2024

Ngày duyệt bài: 30/10/2024

HOAN MY DONG NAI HOSPITAL FROM APRIL 2024 TO SEPTEMBER 2024

Objective: To assess the effectiveness, side effects and patient satisfaction of Misoprostol in inducing abortion in cases of missed miscarriage up to 9 weeks.

Method: A prospective study recruiting 30 patients diagnosed with missed miscarriage up to 9 weeks at Hoan My Dong Nai Hospital. Data was collected on clinical outcomes, side effects, and patient satisfaction following Misoprostol administration.

Results: The success rate of Misoprostol in inducing miscarriage, the rate of common side effects and the rate of patient satisfaction with this method.

Conclusion: If proven effective and safe, Misoprostol may be considered for inclusion in medical management protocols for early missed miscarriage, reducing the need for invasive procedures and increasing patient satisfaction.

Keywords: Effectiveness, Misoprostol, missed miscarriage, 9 weeks, side effects, patient satisfaction, medical management, invasive procedures.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai ngưng tiến triển sớm được định nghĩa là thai không có khả năng sống trong tử cung biểu hiện là túi thai trống hoặc túi thai chứa phôi hay thai nhưng không có hoạt động của tim thai trong quý I (12). Thai

ngưng tiến triển trong tử cung giai đoạn sớm chiếm khoảng 10% tổng số thai kỳ. Khoảng 80% số trường hợp thai lưu xảy ra ở quý I (1-4).

Thai ngưng tiến triển trong giai đoạn sớm thường ít có triệu chứng, một số phụ nữ đến khám khi có ra máu âm đạo, một số trường hợp băng huyết hoặc nhiễm trùng do không được phát hiện thai ngưng tiến triển từ trước (6). Sự phát triển của siêu âm và chiến lược khám theo dõi thai giúp phát hiện những trường hợp thai ngưng tiến triển từ rất sớm (7).

Về điều trị, hút lòng tử cung là phương pháp cơ bản truyền thống để xử trí thai ngừng phát triển trong tử cung giai đoạn sớm. Theo Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của Bộ Y tế (2016), thái độ xử trí với thai chết trong tử cung ở tuổi thai đến 12 tuần là hút thai (8). Tuy nhiên, trên thực tế, can thiệp lòng tử cung để hút thai là một thủ thuật xâm lấn có thể có nhiều tai biến và gây ra những gánh nặng tâm lý cho bệnh nhân (9). Xử trí nội khoa trong các trường hợp thai ngưng tiến triển ở quý I đã được đề cập và áp dụng ở một số cơ sở y tế nhằm tránh can thiệp thủ thuật vào lòng tử cung (10).

Tuy nhiên, cho đến nay, tại Việt Nam, Bộ Y tế vẫn chưa ban hành phác đồ nội khoa trong xử trí thai ngừng tiến triển sớm. Tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Đồng Nai, chúng tôi gặp nhiều trường hợp thai ngưng tiến triển sớm và mong muốn được điều trị nội khoa để hạn chế can thiệp lòng tử cung. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đánh giá hiệu quả của Misoprostol trong xử trí thai ngưng tiến triển cho tuổi thai đến hết 9 tuần tại bệnh viện Hoàn Mỹ Đồng Nai từ tháng 04/2024 đến 09/2024” nhằm 2 mục tiêu: Đánh giá hiệu quả gây sảy thai và những tác dụng

không mong muốn của Misoprostol với các trường hợp thai ngưng tiến triển cho tuổi thai đến hết 9 tuần.

Mục tiêu của nghiên cứu:

1. Đánh giá hiệu quả gây sảy thai của Misoprostol trong các trường hợp thai ngưng tiến triển cho tuổi thai đến hết 9 tuần.

2. Đánh giá những tác dụng không mong muốn của Misoprostol trong các trường hợp thai ngưng tiến triển cho tuổi thai đến hết 9 tuần và mức độ hài lòng của bệnh nhân đối với phương pháp gây sảy thai lưu bằng Misoprostol cho tuổi thai đến hết 9 tuần.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Thai phụ được chẩn đoán thai ngưng tiến triển ở tuổi thai đến hết 9 tuần nhập viện tại bệnh viện Hoàn Mỹ Đồng Nai lựa chọn điều trị gây sảy thai lưu bằng Misoprostol từ tháng 04/2024 đến hết tháng 09/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu cần thỏa mãn tiêu chuẩn có thai trong lòng tử cung với tuổi thai đến hết 9 tuần được chẩn đoán thai ngưng tiến triển, tuổi thai được tính dựa theo siêu âm tại thời điểm chẩn đoán.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hẹp van 2 lá, tắc mạch và tiền sử tắc mạch.
- Bệnh lý tuyến thượng thận.
- Rối loạn đông máu hoặc đang sử dụng thuốc chống đông.
- Thiếu máu nặng.
- Dị ứng với Misoprostol.
- Chẩn đoán chắc chắn hoặc nghi ngờ có thai ngoài tử cung.
- Thai làm tổ vết mổ cũ.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu là toàn bộ thai phụ thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu nhập viện trong thời gian

nghiên cứu. Lấy mẫu thuận tiện. Chúng tôi thu thập được tổng số 33 thai phụ (n = 33).

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn mẫu khi nhập viện tại Khoa Phụ Sản đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được nhân viên y tế thu thập thông tin điền vào phiếu thu thập số liệu đính kèm trong hồ sơ bệnh án.

Phương pháp thống kê

Đạo đức nghiên cứu

Gây sảy thai bằng thuốc, nếu thành công, sẽ giảm các nguy cơ thủng tử cung, nhiễm

trùng cho bệnh nhân, tăng sự thuận tiện và riêng tư cho bệnh nhân.

Trước khi tham gia nghiên cứu, bệnh nhân được giải thích rõ về mục tiêu nghiên cứu, phương pháp gây sảy thai bằng thuốc, phác đồ và quy trình nghiên cứu. Việc tham gia nghiên cứu dựa trên sự tự nguyện của bệnh nhân sau khi nghe tư vấn đầy đủ.

Các thông tin người tham gia trong nghiên cứu đều được giữ kín, lưu trữ an toàn và chỉ được dùng trong mục đích nghiên cứu khoa học.

Nghiên cứu được thực hiện sau khi đã được thông qua Hội đồng Khoa học kỹ thuật Bệnh viện Hoàn Mỹ Đồng Nai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm chung của người tham gia nghiên cứu

Bảng 1. Triệu chứng trước ngậm Misoprostol (n=53)

Triệu chứng	Không		Có		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Đau bụng	26	78.8	7	21.2	33	100
Ra huyết âm đạo	27	81.8	6	18.2	33	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân trước khi ngậm Misoprostol không có triệu chứng đau bụng (78.8%) và không ra huyết âm đạo (81.8%). Đây là những triệu chứng phổ biến của thai ngưng tiến triển, cho thấy rằng Misoprostol thường được chỉ định khi bệnh

nhân chưa có dấu hiệu ra huyết hoặc đau bụng nhiều. Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau bụng và ra huyết trước điều trị tương đối thấp (21.2% và 18.2%). Điều này cho thấy Misoprostol có thể được sử dụng sớm trong quá trình điều trị để ngăn ngừa biến chứng.

Bảng 2. Triệu chứng sau ngậm Misoprostol (n=53)

Triệu chứng	Không		Có		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Đau bụng	1	3.0	32	97.0	33	100
Ra huyết âm đạo	1	3.0	32	97.0	33	100

Nhận xét: Sau khi dùng Misoprostol, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau bụng và ra huyết âm đạo tăng lên đáng kể, với 97% bệnh nhân xuất hiện đau bụng và ra huyết. Đây là kết quả mong đợi do cơ chế của Misoprostol kích thích co bóp tử cung và gây

ra hiện tượng sảy thai. Chỉ có 3.0% bệnh nhân không có triệu chứng sau khi sử dụng thuốc, điều này cho thấy Misoprostol có hiệu quả trong việc kích thích các triệu chứng liên quan đến quá trình sảy thai.

Bảng 3. Kết quả gây sẩy thai của Misoprostol (n=53)

	Hiệu quả chung	Số lượng	Tỉ lệ
Thành công	Sẩy thai hoàn toàn	22	66.7
	Sẩy thai không hoàn toàn	7	21.2
Thất bại	Không sẩy thai	4	12.1
Tổng		33	100

Nhận xét: Tỷ lệ sẩy thai hoàn toàn sau khi dùng Misoprostol đạt 66.7%, cho thấy thuốc có hiệu quả cao trong điều trị thai ngưng tiến triển. Tuy nhiên, vẫn còn 21.2% trường hợp sẩy thai không hoàn toàn, điều này yêu cầu có thể phải can thiệp thêm bằng việc dùng thêm liều Misoprostol hoặc hút lòng tử cung trong trường hợp không đáp ứng điều trị kéo dài. Tỷ lệ thất bại (12.1%) tuy nhỏ nhưng cần lưu ý để có biện pháp xử lý, đặc biệt đối với những bệnh nhân không đáp ứng với Misoprostol.

3.2. Thời gian trung bình gây sẩy thai sau ngậm Misoprostol (giờ): 8,2 giờ

Thời gian trung bình để gây sẩy thai sau khi dùng Misoprostol là 8,2 giờ, một kết quả nhanh chóng so với các nghiên cứu quốc tế khác (thường từ 24 đến 72 giờ). Điều này có thể do liều lượng và cách sử dụng Misoprostol.

Thời gian ngắn hơn có thể là một lợi thế, giúp bệnh nhân giảm được thời gian đau bụng và ra huyết, đồng thời tăng tính thoải mái và sự hài lòng của bệnh nhân. Đây có thể là yếu tố quan trọng trong việc đưa ra khuyến nghị cho việc áp dụng Misoprostol rộng rãi trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam.

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm của bệnh nhân với kết quả gây sẩy thai của Misoprostol (n=53)

Đặc điểm		Kết quả gây sẩy thai		p
		Thành công N (%)	Thất bại N (%)	
Đau bụng	Có	5 (71.4%)	2 (28.6%)	0.592
	Không	21 (80.8%)	5 (19.2%)	
Ra huyết âm đạo	Có	5 (83.3%)	1 (16.7%)	0.763
	Không	21 (77.8%)	6 (22.2%)	
Cổ tử cung	Đóng	20 (87%)	3 (13%)	0.082
	Hở ngoài	6 (60%)	4 (40%)	
Siêu âm	GS >30mm	2 (100%)	0 (0%)	0.334
	GS <30mm	8 (66.7%)	4 (33.3%)	

Nhận xét: Mối liên hệ giữa các triệu chứng như đau bụng, ra huyết âm đạo và tình trạng cổ tử cung với kết quả gây sẩy thai của Misoprostol không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$), cho thấy rằng những yếu tố này có thể không ảnh hưởng nhiều đến kết quả sẩy thai.

Tuy nhiên, tỷ lệ thành công cao hơn ở những bệnh nhân không đau bụng (80.8%) và ra huyết âm đạo (83.3%), cho thấy khả năng Misoprostol hoạt động hiệu quả ở những trường hợp này.

Bảng 5. Các tác dụng phụ của Misoprostol (n=53)

Tác dụng phụ	Không		Có		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Buồn nôn/nôn	26	78.8	7	21.2	33	100
Tiêu chảy	19	57.6	14	42.4	33	100
Sốt, rét run	24	72.7	9	27.3	33	100

Nhận xét: Các tác dụng phụ như buồn nôn (21.2%), tiêu chảy (42.4%), và sốt hoặc rét run (27.3%) xuất hiện khá phổ biến, nhưng hầu hết các trường hợp đều nhẹ và không ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe bệnh nhân. Tỷ lệ tiêu chảy tương đối cao (42.4%), cần được lưu ý trong quá trình điều trị để có biện pháp giảm thiểu tác dụng phụ này. Tuy nhiên, không có trường hợp nào gặp phải tác dụng phụ nặng đòi hỏi can thiệp y tế khẩn cấp.

3.3. Tỷ lệ tai biến

Tỷ lệ ra huyết âm đạo nhiều: 1/33 (3%)

Tỷ lệ nhiễm trùng: 0/33 (0%)

Nhận xét: Tỷ lệ ra huyết âm đạo nhiều là 3% (1/33 trường hợp). Đây là một tỷ lệ thấp, cho thấy Misoprostol là phương pháp an toàn với nguy cơ gây ra chảy máu quá mức rất hạn chế. Tỷ lệ này tương đối phù

hợp với các nghiên cứu quốc tế, các nghiên cứu này cũng ghi nhận các tác dụng phụ nghiêm trọng như ra huyết âm đạo nhiều chỉ xảy ra ở một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân. Sự theo dõi chặt chẽ và can thiệp kịp thời có thể giúp kiểm soát biến chứng này, giảm nguy cơ dẫn đến các can thiệp ngoại khoa như hút lòng tử cung. Tỷ lệ nhiễm trùng: Kết quả nghiên cứu không ghi nhận bất kỳ trường hợp nhiễm trùng nào (0%, 0/33). Điều này cho thấy Misoprostol là một phương pháp nội khoa ít rủi ro hơn so với các phương pháp xâm lấn như hút thai, vốn có nguy cơ nhiễm trùng cao hơn. Misoprostol cung cấp một lựa chọn an toàn cho việc xử trí thai ngưng tiến triển mà không phải đối mặt với những nguy cơ nhiễm trùng sau thủ thuật, điều này cũng góp phần nâng cao sự hài lòng và thoải mái của bệnh nhân.

Bảng 6. Mức độ hài lòng của bệnh nhân đối với phương pháp gây sẩy thai lưu bằng Misoprostol (n=53)

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rất hài lòng	7	21.2
Hài lòng	23	69.7
Không hài lòng	1	3
Không ý kiến	1	3
Ý kiến khác	1	3
Tổng	33	100

Nhận xét: Tỷ lệ hài lòng và rất hài lòng của bệnh nhân đạt mức cao (tổng cộng 90.9%), cho thấy rằng Misoprostol không chỉ là một phương pháp hiệu quả mà còn được bệnh nhân ưa chuộng. Sự hài lòng cao có thể liên quan đến thời gian điều trị nhanh và ít

can thiệp xâm lấn so với phương pháp phẫu thuật. Tỷ lệ không hài lòng và ý kiến khác rất thấp (chỉ 6%), điều này khẳng định rằng Misoprostol là phương pháp an toàn, ít tác dụng phụ nghiêm trọng, và đáng cân nhắc đưa vào thực hành lâm sàng rộng rãi.

IV. BÀN LUẬN

Đánh giá hiệu quả của Misoprostol:

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thành công của Misoprostol trong việc gây sảy thai thành công là 87.9%, với tỷ lệ sảy thai hoàn toàn 66.7% và thất bại 12.1%. Kết quả này khả quan hơn so với các phương pháp can thiệp xâm lấn như hút lòng tử cung. Linda Speer (2019) báo cáo tỷ lệ thành công 80% trong xử trí thai ngưng tiến triển quý I (16). Sự khác biệt có thể do phương pháp nghiên cứu, cỡ mẫu, liều lượng Misoprostol, và chẩn đoán ban đầu. Nghiên cứu của Schreiber (2018) cho thấy khi kết hợp Misoprostol với Mifepristone, tỷ lệ thành công lên đến 91% (4), gợi ý rằng kết hợp hai loại thuốc có thể cải thiện hiệu quả.

Thời gian gây sảy thai:

Thời gian trung bình gây sảy thai sau khi sử dụng Misoprostol trong nghiên cứu của chúng tôi là 8.2 giờ, ngắn hơn nhiều so với các nghiên cứu khác, như của Zhang (70-90 giờ) (7). Sự khác biệt có thể do số lượng và khoảng cách giữa các liều. Nghiên cứu của Creinin cho thấy thời gian gây sảy thai cũng dài hơn (24-72 giờ) (6). Tổng liều tối đa trong nghiên cứu của chúng tôi là 3200 mcg, với khoảng cách giữa các liều là 3 giờ, giúp thời gian sảy thai nhanh hơn. Việc đạt thời gian nhanh như vậy có thể giảm căng thẳng cho bệnh nhân và nguy cơ biến chứng.

Tác dụng phụ của Misoprostol:

Nghiên cứu ghi nhận các tác dụng phụ như buồn nôn (21.2%), tiêu chảy (42.4%), và sốt (27.3%). Tuy nhiên, các triệu chứng này thường nhẹ và tự hết. Nghiên cứu của Creinin (2006) cho thấy tỷ lệ tương tự (6). Tỷ lệ ra huyết âm đạo nhiều chỉ 3%, chứng tỏ Misoprostol là phương pháp điều trị an toàn.

Mức độ hài lòng của bệnh nhân:

Kết quả nghiên cứu cho thấy 69.7% bệnh nhân hài lòng và 21.2% rất hài lòng. Điều này cho thấy Misoprostol không chỉ hiệu quả mà còn được bệnh nhân ưa chuộng, giúp tăng mức độ hài lòng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chứng minh rằng Misoprostol là phương pháp hiệu quả và an toàn trong xử trí thai ngưng tiến triển dưới 9 tuần. Tỷ lệ thành công 87.9% và thời gian gây sảy thai trung bình 8.2 giờ là những kết quả khả quan. Mặc dù có một số tác dụng phụ nhưng chúng không nghiêm trọng. Tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân cao, cho thấy sự đồng thuận và chấp nhận tích cực từ phía bệnh nhân, hỗ trợ việc áp dụng Misoprostol trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. 2016:117-118. Thai chết trong tử cung.
2. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. 2016:406. Phá thai bằng thuốc đến hết 9 tuần và từ tuần thứ 10 đến hết 12 tuần.
3. **Lavoué V, Huchon C, Deffieux X, Voltzenlogel MC, Vandembroucke L, Levêque J.** Recommandations françaises pour les critères diagnostiques d'arrêt de grossesse au premier trimestre et stratégie de prise en charge des patientes présentant une menace de fausse couche ou une grossesse arrêtée (hors évacuation utérine). *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2014;43(10): 776-793. doi:10.1016/j.jgyn.2014.09.012.
4. **Schreiber CA, Creinin MD, Atrio J, Sonalkar S, Ratcliffe SJ, Barnhart KT.** Mifepristone pretreatment for the medical

- management of early pregnancy loss. *N Engl J Med.* 2018;378(23): 2161-2170. doi:10.1056/NEJMoa1715726.
5. **Condous G, Okaro E, Bourne T.** The conservative management of early pregnancy complications: a review of the literature. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003;22(4):420-430. doi:10.1002/uog.236.
 6. **Creinin MD, Huang X, Westhoff C, Barnhart K, Gilles JM, Zhang J.** Factors related to successful misoprostol treatment for early pregnancy failure. *Obstet Gynecol.* 2006;107(4): 901-907. doi:10.1097/01.AOG.0000206737.68709.3e.
 7. **Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, Creinin MD, Westhoff C, Frederick MM.** A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *N Engl J Med.* 2005;353(8): 761-769. doi:10.1056/NEJMoa044064.
 8. **Sonalkar S, Koelper N, Creinin MD, et al.** Management of early pregnancy loss with mifepristone and misoprostol: clinical predictors of treatment success from a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;223(4): 551.e1-551.e7. doi:10.1016/j.ajog.2020.04.006.
 9. **Sinha P, Suneja A, Guleria K, Aggarwal R, Vaid NB.** Comparison of mifepristone followed by misoprostol with misoprostol alone for treatment of early pregnancy failure: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *J Obstet Gynaecol India.* 2018;68(1):39-44. doi:10.1007/s13224-017-0992-5.
 10. **Neilson JP, Hickey M, Vazquez J.** Medical treatment for early fetal death (less than 24 weeks). *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;3: CD002253. doi:10.1002/14651858.CD002253.pub3.
 11. **Bệnh viện Hùng Vương.** Hướng dẫn điều trị sản phụ khoa, phác đồ xử trí thai ngừng tiến triển, sảy thai tam cá nguyệt I. 2020:495-503.
 12. **American College of Obstetricians and Gynecologists.** ACOG clinical practice bulletin No. 200: early pregnancy loss. *Obstet Gynecol.* 2018.
 13. **Nugent SM, Lovejoy TI, Shull S, Dobscha SK, Morasco BJ.** Associations of pain numeric rating scale scores collected during usual care with research administered patient reported pain outcomes. *Pain Med.* 2021;22(10): 2235-2241. doi:10.1093/pm/pnab110. PMID: 33749760; PMCID: PMC8677438.
 14. **Dinarello CA, Porat R.** Fever. In: *Harrison's Principles of Internal Medicine.* 19th ed. Available at: <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1130§ionid=79724479>. Accessed August 5, 2020.
 15. **Bệnh viện Hùng Vương.** Hướng dẫn điều trị sản phụ khoa, dọa sảy thai, sảy thai. 2020:56-60.
 16. **Speer L.** Misoprostol alone is associated with a high rate of successful first-trimester abortion. *Am Fam Physician.* 2019;100(2).

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP LAO DẠ DÀY

Trần Đình Thanh¹, Nguyễn Hoàng Oanh², Trần Quốc Phú²,
Hà Đề Điền², Đỗ Minh Hoàng Trọng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Lao dạ dày là một biểu hiện hiếm gặp của nhiễm lao ngoài phổi. Các triệu chứng lâm sàng của bệnh là không đặc hiệu và dễ gây nhầm lẫn bệnh viêm loét dạ dày hoặc bệnh ác tính của dạ dày.

Phương pháp: Báo cáo 1 trường hợp. Chúng tôi báo cáo một trường hợp lao dạ dày, ở một người lớn tuổi không mắc bệnh tự miễn, không mắc bệnh lao phổi đã được điều trị như bệnh viêm loét dạ dày, bệnh được chẩn đoán nhờ vào sinh thiết tổn thương qua nội soi dạ dày lần thứ 3, có tổn thương đặc hiệu của nang lao trong mẫu mô sinh thiết.

Kết quả: Bệnh nhân được điều trị thành công với thuốc kháng lao.

Kết luận: Bệnh lao dạ dày là bệnh hiếm gặp, việc chẩn đoán dựa trên nội soi dạ dày sinh thiết. Điều trị theo chương trình chống lao quốc gia

Từ khóa: lao ngoài phổi, lao dạ dày.

SUMMARY

A CASE OF STOMACH TUBERCULOSIS

Objective: Gastric tuberculosis is a rare manifestation of extrapulmonary tuberculosis infection. The clinical symptoms of the disease

are nonspecific and easily confused with gastric ulcer or gastric malignancy.

Method: Case Report. We report a case of gastric tuberculosis, in an elderly, non-autoimmune, non-TB patient who was treated as peptic ulcer disease, which was diagnosed by biopsy of the endometrial lesion. On the third gastroscopy, there was a specific lesion of tuberculous cyst in the biopsy tissue sample.

Results: The patient was successfully treated with anti-tuberculosis drugs.

Conclusion: Gastric tuberculosis is a rare disease; diagnosis is based on gastric endoscopy and biopsy. Treatment follows the national tuberculosis control program.

Keywords: extrapulmonary tuberculosis; Gastric tuberculosis.

I. GIỚI THIỆU

Bệnh lao có thể liên quan đến bất kỳ phần nào của cơ thể, trước đây người ta hay nói về lao phổi nhưng trong những năm gần đây, lao ngoài phổi ngày càng phát hiện nhiều, trong đó lao đường tiêu hóa chiếm nhiều nhất (từ miệng tới hậu môn), đứng đầu là vùng hồi manh tràng [1]. Người ta ghi nhận hầu hết lao ngoài phổi xảy ra sau bệnh lao phổi hoặc trong bệnh nhân mắc lao toàn thân.

Bệnh lao dạ dày và tá tràng là bệnh lao đường tiêu hóa hiếm gặp, trước đây bệnh lao dạ dày rất ít báo cáo nhắc đến trong y văn, chỉ là những báo cáo lẻ tẻ từng ca. Ngày nay người ta ghi nhận bệnh lao dạ dày tá tràng

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hoàn Mỹ Thủ Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Thanh

ĐT: 0903760437

Email: trandinhthanh55@gmail.com

Ngày nhận bài: 19/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 27/10/2024

Ngày duyệt bài: 30/10/2024

chiếm khoảng 2% các trường hợp lao vùng bụng [2].

Tại Việt Nam, hiện chúng tôi chưa ghi nhận báo cáo trên y văn, nhưng trên báo tin tức hàng ngày của Việt Nam Express ngày 18/3/2023 có thông báo 1 trường hợp lao dạ dày của Bệnh viện Đa khoa Medlatec, bệnh nhân có tiền căn lao phổi năm 2007.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp lao dạ dày ở một người nữ lớn tuổi có hệ miễn dịch bình thường và không bị lao phổi. Bệnh nhân đã được theo dõi trong một thời gian dài như một trường hợp tăng tiết dịch axit dạ dày và được nội soi dạ dày 3 lần. Chẩn đoán dựa trên giải phẫu bệnh mô sinh thiết có nang lao điển hình.

II. BÁO CÁO 1 TRƯỜNG HỢP

Bệnh sử: Bệnh nhân nữ, sinh năm 1959 cư ngụ TP. HCM.

- Tháng 5/2022: vì cồn cào và đau thượng vị thường xuyên, mất ngủ nên đi khám bệnh, được soi dạ dày và đại trực tràng kiểm tra

Soi dạ dày (ngày 28/5/2022): phát hiện ổ loét kích thước khoảng 12mm tại góc bờ cong nhỏ, đáy sạch, bờ nhô cao; sinh thiết. Hang vị: niêm mạc hồng, trơn láng, nhu động bình thường.

Kết luận: Loét góc bờ cong nhỏ, FORREST III (chưa loại trừ K). Clotest: âm tính. GPB: loét niêm mạc dạ dày cấp tính (ACUTE GASTRIC ULCER).

Soi đại trực tràng không ghi nhận gì đặc hiệu.

Được chẩn đoán: Loét dạ dày Forrest III. Điều trị 28 ngày theo toa: (Esomeprazole: 1v x 2; Sumitrex: 1g/ gói: 1g x 3; Ayite 100mg 1vx3). Bệnh nhân thấy ổn, không tái khám theo hẹn.

- Tháng 6/2023 Bệnh nhân lại thấy cồn cào dạ dày, ợ hơi nên tái khám

Soi dạ dày lần 2 (27/6/2023): phát hiện tại góc bờ cong nhỏ có 01 ổ loét kích thước khoảng 15mm, đáy sạch, bờ phù nề, sinh thiết nhiều mẫu. Hang vị: niêm mạc viêm teo, các phần khác bình thường. Clotest âm tính.

Giải phẫu bệnh: Loét niêm mạc dạ dày cấp tính (ACUTE GASTRIC ULCER).

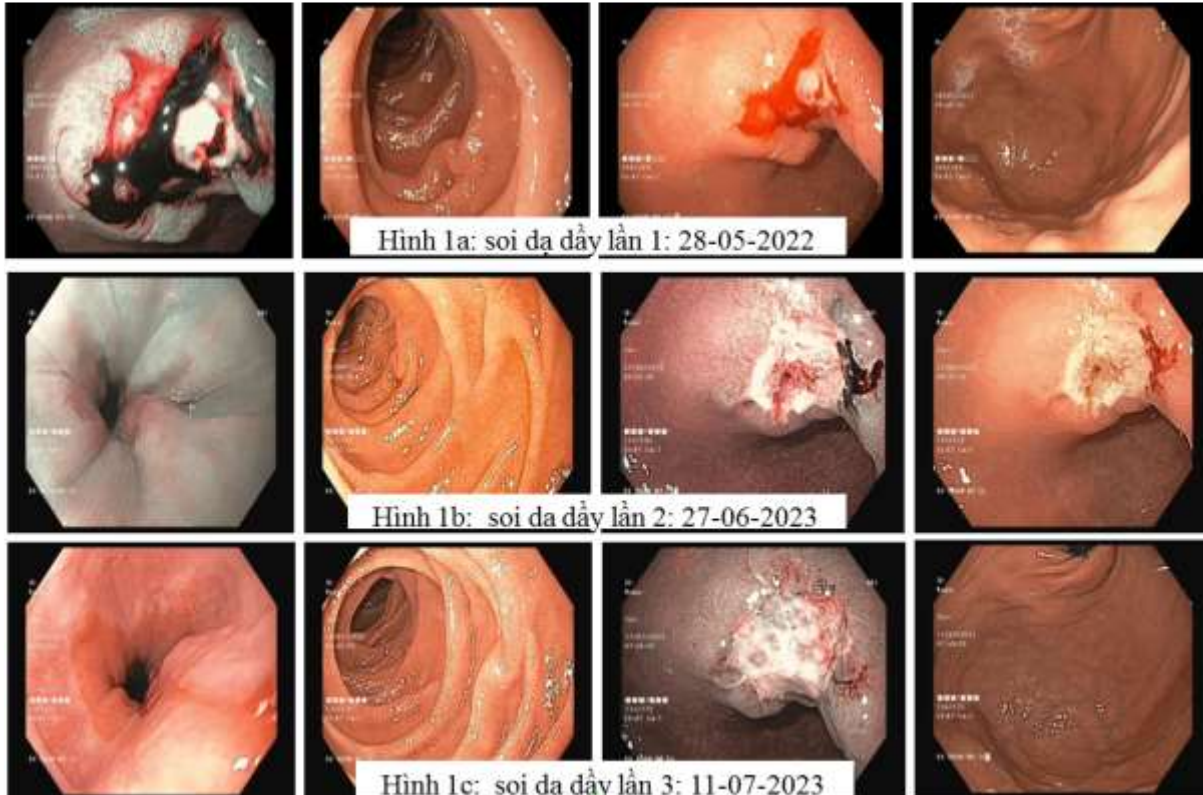
Chẩn đoán: Loét bờ cong nhỏ dạ dày Forrest III/Bệnh trào ngược dạ dày - thực quản với viêm thực quản - Viêm teo niêm mạc hang vị KIMURA C1

Điều trị 7 ngày theo toa: (Nexium Mups 20mg 1vx2; Gellux 1g/ gói, 1gx2 Mucosta 100mg 1vx3

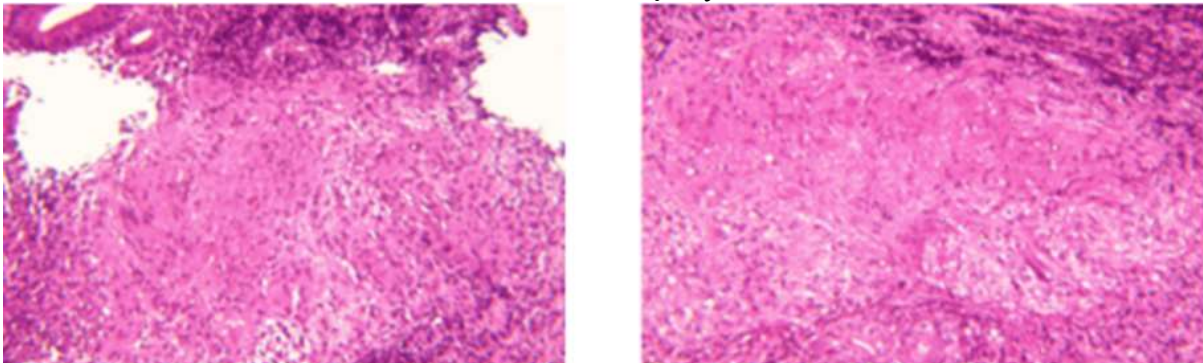
Hẹn tái khám 11/7/2023 soi dạ dày lần III cùng tình trạng như cũ

Soi dạ dày lần 3 (11/7/2023): Góc bờ cong nhỏ có 01 ổ loét khoảng 15mm, đáy phủ giả mạc, sinh thiết nhiều mẫu. Hang vị: niêm mạc viêm teo - Các phần còn lại chưa ghi nhận bất thường. Clotest âm.

Kết quả GPB lần 3, Vi thể: Mô dạ dày có lớp niêm mạc lành tính, mô đệm có những nang lao với chất hoại tử bã đậu, thoái bào, đại bào Langhans, lympho bào. Không có hình ảnh ác tính trong mẫu thử này



Hình 1: Hình ảnh soi dạ dày chẩn đoán



Ngày chẩn đoán: 12/07/2024

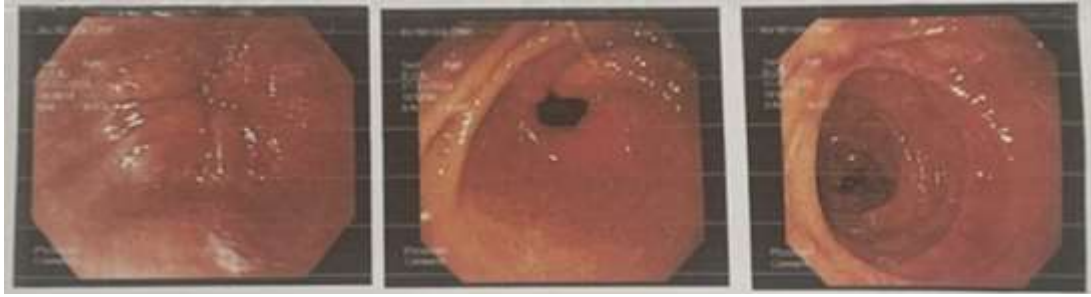
Hình 2: Giải phẫu bệnh

Vi thể mô dạ dày sinh thiết: Viêm lao niêm mạc dạ dày. X quang phổi bình thường và các phần khác không ghi nhận gì.

Điều trị: bệnh nhân được dùng phác đồ 2RHEZ/4RHE. sau 6 tháng, bệnh nhân tăng

cân và được đánh giá đáp ứng hoàn toàn, không ghi nhận bất thường gì.

Kiểm tra soi dạ dày sau điều trị lao vào ngày 17/1/2024 tại Bv Nhân Dân Gia Định: sung huyết niêm mạc dạ dày, các phần khác ổn



Hình 3: Soi dạ dày sau kết thúc điều trị lao (ngày 17/1/2024 - BV Nhân Dân Gia Định)

IV. BÀN LUẬN

Bệnh lao có thể liên quan đến bất kỳ bộ phận nào trên cơ thể, trước đây người ta thường nói về lao phổi nhưng ngày nay lao ngoài phổi ngày càng phát hiện nhiều, trong đó lao đường tiêu hóa (từ miệng tới hậu môn) đứng hàng đầu là vùng hồi manh tràng. Người ta ghi nhận hầu hết lao ngoài phổi xảy ra thứ phát sau bệnh lao phổi hoặc gặp trong tình huống bệnh lao toàn thân. Các vị trí liên quan tới lao đường tiêu hóa, theo thứ tự tần suất giảm dần: đại tràng lên, hồng tràng, ruột thừa, tá tràng, dạ dày, đại tràng sigma và trực tràng [1].

Bệnh lao dạ dày và tá tràng là bệnh cảnh hiếm gặp, rất ít báo cáo nhắc đến, thường là báo cáo lẻ tẻ từng ca. Ngày nay các tác giả ghi nhận bệnh lao dạ dày tá tràng chỉ chiếm khoảng 2% các trường hợp lao vùng bụng [2] có hai tình huống là lao dạ dày nguyên phát và lao dạ dày thứ phát. Theo ghi nhận lao dạ dày nguyên phát chiếm khoảng 10 % các trường hợp lao dạ dày nói chung. Người ta cho rằng có 3 lý do dạ dày hiếm khi bị vi khuẩn lao tấn công [3] :

Có sự hiện diện của axit dịch vị,

Sự vận động liên tục của dạ dày

Thành dạ dày có rất ít các nang bạch huyết.

Cũng như tình huống các lao ngoài phổi, phần lớn lao dạ dày là thứ phát sau lao phổi hoặc liên quan đến tình trạng suy giảm miễn

dịch của bệnh nhân. Lao dạ dày nguyên phát ở những người có khả năng miễn dịch bình thường cũng đã được báo cáo.[3]

Con đường lây nhiễm lao dạ dày phổ biến nhất là hạch bạch huyết tại vùng lân cận dạ dày bị nhiễm lao lan vào các hạch cạnh dạ dày rồi xâm nhiễm vào dạ dày. Con đường thứ 2 là lớp niêm mạc của đường tiêu hóa nói chung, có thể bị nhiễm vi trùng lao sau khi bệnh nhân ăn phải đồ ăn có vi trùng lao, chẳng hạn như đờm hoặc sữa có chứa *Mycobacterium bovis* hoặc *Mycobacterium tuberculosis*. [4]

Theo M. Bezabih vị trí lao ở dạ dày tá tràng rất hiếm gặp ngay cả ở những bệnh nhân lao phổi. Một loạt khám nghiệm tử thi đã báo cáo tỷ lệ mắc bệnh là 0,5%, tổn thương lao dạ dày tá tràng thường là thứ phát. Các trường hợp nguyên phát rất hiếm, chỉ có một vài TH được báo cáo trong y văn [5]. Bệnh chúng tôi báo cáo có lẽ là lao dạ dày nguyên phát vì không tìm được vị trí nào gợi ý là bệnh lao và không có tiền căn điều trị lao trước đó. Hiện chúng tôi chưa tìm được tài liệu nào tại Việt nam đã báo cáo trên y văn.

Điều cần nhấn mạnh ở đây, dịch dạ dày có tính acid, khả năng vi trùng lao tồn tại ở dạ dày là rất khó như đã trình bày trên, ở trường hợp này có thể người chỉ là viêm dạ dày thông thường, việc điều trị các thuốc ức chế tiết dịch acid dạ dày kéo dài có khả năng

tạo điều kiện cho vi trùng lao có thể sống trong dạ dày và phát triển trên tổn thương viêm loét thành ổ lao nguyên phát không như một số tác giả ghi nhận rất khó xác định, cần phải có nghiên cứu thêm với nhiều ca bệnh hơn.

2 Triệu chứng:[1,3]

Các biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân lao dạ dày là không đặc hiệu và gây nhầm lẫn như: buồn nôn, nôn, đau âm ỉ thượng vị, ợ chua, nóng rát xương ức, sốt... Các biểu hiện lâm sàng và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đôi khi giống bệnh cảnh ung thư dạ dày và cũng có khi giống như bệnh loét dạ dày. Có những báo cáo về bệnh lao dạ dày đã được chẩn đoán ban đầu như sốt không rõ nguyên nhân, ung thư biểu mô dạ dày (tắc nghẽn đường ra của dạ dày) loét dạ dày tá tràng lành tính và thủng dạ dày gây xuất huyết tiêu hóa phải phẫu thuật cấp cứu.

3 Chẩn đoán [1, 3]:

Các phương tiện chẩn đoán cũng không đặc hiệu: Siêu âm, Soi dạ dày, chụp cắt lớp ổ bụng, nhưng vai trò của nội soi rất quan trọng giúp sinh thiết lấy mẫu lấy mẫu bệnh phẩm. Sinh thiết lấy mô bệnh học khi soi dạ dày cần lưu ý sinh thiết các nốt nhỏ, chỗ sùi loét. Pankaj Kumar và cộng sự cho rằng nội soi dạ dày không huỳnh quang là an toàn và giúp chẩn đoán bệnh. [6]

Mẫu sinh thiết kết luận lao là u hạt có nang lao điển hình (chất hoại tử bã đậu, thoái, đại bào Langhans, lympho bào). Khi u hạt không có vỏ bao, nhỏ và rời rạc, cần chẩn đoán phân biệt về mô học với các bệnh khác bao gồm bệnh Crohn, bệnh saccit, giang mai, tổn thương mycotic và tiếp xúc với berili, silicat hoặc reserpine.

Nhuộm tìm trực khuẩn kháng toan thường âm tính và chẩn đoán bệnh có thể bằng cách nuôi cấy tìm vi trùng lao, sinh

thiết lại hoặc tầm soát bệnh lao ở nơi khác trên cơ thể. Nếu lâm sàng nghi ngờ bệnh lao dạ dày, xét nghiệm PCR mẫu sinh thiết cũng là một con đường thay thế giúp chẩn đoán, đồng thời loại trừ các chẩn đoán khác với độ đặc hiệu 100% và độ nhạy từ 27% đến 75% [1].

Như bệnh nhân của chúng tôi báo cáo, bệnh cảnh diễn tiến cả năm và chẩn đoán ban đầu là viêm niêm mạc dạ dày cấp và điều trị như tình trạng viêm dạ dày, việc chẩn đoán phải sinh thiết lần thứ 3 mới ra kết quả viêm lao dạ dày.

Điều trị:

Nội khoa: việc điều trị lao dạ dày tá tràng vẫn chủ yếu là nội khoa khi có chẩn đoán xác định. Đa số bệnh nhân đáp ứng với điều trị kháng lao theo phác đồ chương trình chống lao[7]; Nong bóng chỗ hẹp là một lựa chọn điều trị khi bệnh nhân có di chứng hẹp lòng tá tràng như các tác giả nước ngoài báo cáo.[1,2]

Phẫu thuật

Phẫu thuật nội soi thường chỉ cần thiết trong trường hợp khó chẩn đoán bệnh và để giảm tình trạng tắc nghẽn đường dạ dày ruột. Sự tắc nghẽn thường được giảm bớt bằng cách cắt bỏ hoặc bằng các phẫu thuật bắc cầu. Thông thường, phẫu thuật mở thông dạ dày-ruột để điều trị tắc nghẽn môn vị-tá tràng [1,2]. Việc điều trị phẫu thuật phải luôn được theo sau bởi một đợt điều trị thuốc kháng lao hoàn chỉnh [1].

Phẫu thuật không được chỉ định như một thủ thuật lựa chọn đầu tiên trong các trường hợp mãn tính, không có biến chứng, bởi vì các tổn thương lao đường tiêu hóa thường thoái lui hoặc biến mất khi dùng thuốc kháng lao thích hợp. Phẫu thuật chọn lọc nên được dành riêng cho các biến chứng (rò, tắc nghẽn, v.v.) không đáp ứng với thuốc [3].

Tiền lương: khi đã có bằng chứng lao (mô bệnh học, vi trùng) thì nói chung tiền lương theo các tác giả phần lớn đáp ứng điều trị tốt và không để di chứng gì, ngay cả những người bị suy giảm miễn dịch do tự miễn hay mắc phải.

Tuy nhiên việc chẩn đoán lao dạ dày rất khó vì diễn tiến bệnh âm thầm nhiều tháng có khi cả năm dưới biểu hiện của bệnh viêm loét dạ dày làm trì hoãn điều trị, trong nhiều tình huống bệnh lan tràn tạo đường dò hay gây lao toàn ổ bụng việc điều trị trở nên phức tạp hơn.

Như bệnh nhân chúng tôi báo cáo không ghi nhận tiền căn lao trước đó, không phát hiện ổ lao vị trí khác có lẽ đây là trường hợp lao dạ dày nguyên phát, chúng tôi đã điều trị thuốc lao 6 tháng (2RHEZ/4RHE) theo chương trình chống lao và đáp ứng tốt. [7]

V. KẾT LUẬN

Lao dạ dày là bệnh hiếm gặp, triệu chứng mơ hồ dễ nhầm lẫn với viêm loét dạ dày hay bệnh lý ác tính của dạ dày. Việc chẩn đoán dựa trên nội soi dạ dày sinh thiết làm giải phẫu bệnh. Điều trị theo phác đồ chung của chương trình chống lao quốc gia và tiên lượng tốt với các thuốc kháng lao hiện nay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Al-Zanbagi AB, Shariff MK.** Gastrointestinal tuberculosis: A systematic review of epidemiology, presentation, diagnosis and treatment. *Saudi J Gastroenterol* 2021;27:261-74; DOI:10.4103/sjg.sjg_148_21
2. **Yohannis Derbew Molla, Samrawit Andargie Kassa, Amanuel Kassa Tadesse,** (2023); Rare case of duodenal tuberculosis causing gastric outlet obstruction, a case report. *International Journal of Surgery Case Reports* 105 (2023) 108080, doi: 10.1016/j.ijscr.2023.108080.
3. **Subei I, Attar B, Schmitt G, Levendoglu H.** (1987) Primary gastric tuberculosis: A case report and literature review. *Am J Gastroenterol* 82: 769-772
4. **Kim SH, Park JH, Kang KH, et al.** (2005) Gastric tuberculosis presenting as a submucosal tumor. *Gastrointest Endosc* 2005;61:319-322.
5. **M. Bezabih, J. Surender, A. Getachew,** (2003) Primary pyloroduodenal tuberculosis presenting as gastric outlet obstruction, *Ethiop. J. Health Sci.* 13 (2) (2003)
6. **Pankaj Kumar, Anuraag Jena, Chhagan Lal Birda et al,** (2022) Safety and efficacy of non-fluoroscopic endoscopic dilatation of gastrointestinal tuberculosis related strictures, *BMC Gastroenterology*
7. **Cục quản lý khám chữa bệnh, Bộ y tế,** Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng lao 2024. <https://kcb.vn/vanban/huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-du-phong-benh-lao>

XU HƯỚNG MỚI TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH MẠCH VÀNH MẠCH MÁU NHỎ

Trần Nguyễn An Huy¹

TÓM TẮT

Bệnh mạch vành mạch máu nhỏ (SvCAD) là một yếu tố nguy cơ đáng kể của những biến cố nặng ở những bệnh nhân can thiệp mạch vành. Việc điều trị bệnh mạch máu nhỏ thường đi kèm với tỷ lệ cao các biến cố tim mạch nặng (MACE) chu phẫu cũng như dài hạn bất kể chiến lược can thiệp. Hướng dẫn thực hành tốt nhất cho việc can thiệp bệnh mạch vành mạch máu nhỏ vẫn còn hạn chế.

Những nghiên cứu đầu tiên cho thấy việc đặt stent kim loại trần (BMS) trên mạch máu đường kính nhỏ làm gia tăng đáng kể tỷ lệ tái hẹp trong stent (ISR) khi chụp kiểm tra. Mặc dù sự ra đời của stent phủ thuốc (DES) đã giảm tỷ lệ tái thông mạch đích (TLR) ở mạch máu nhỏ, nhưng lại tiếp tục làm nảy sinh những vấn đề về kỹ thuật và những kết quả không tốt.

Bóng phủ thuốc (DEBs) là một công nghệ mới xuất hiện gần đây với một bóng bán đàn hồi phủ bên ngoài một lớp thuốc chống tăng sinh ái mỡ. Bóng phủ thuốc hiện tại được khuyến cáo chỉ định mức IA cho điều trị tái hẹp trong stent. Tuy nhiên, chỉ định của DEBs cho các điều trị khác, bao gồm bệnh mạch vành mạch máu nhỏ, nhồi máu cơ tim cấp và sang thương phân nhánh ít được nhắc đến hơn. Tái thông mạch máu mà không để lại cấu trúc ngoại lai đã tạo ra một cách

điều trị thay thế hứa hẹn cho việc điều trị bệnh mạch vành mạch máu nhỏ.

Từ khóa: Bệnh mạch vành mạch máu nhỏ, bóng phủ thuốc

SUMMARY

NEW TREND IN SMALL VESSEL CORONARY ARTERY DISEASE TREATMENT

Small vessel coronary artery disease (SvCAD) is a significant risk factor for adverse events in percutaneous coronary intervention patients. The treatment of small coronary artery segments is associated with higher rates of periprocedural and long-term major adverse cardiovascular events irrespective of the interventional strategy used. Best practice guidelines on the management of SvCAD interventions remain limited.

Early investigations showed that bare-metal stent (BMS) implantation in vessel segments with a smaller diameter significantly increased rates of ISR at the angiographic follow-up. Despite DES introduction has reduced the incidence of target lesion revascularization (TLR) in small vessels, this anatomic subset continues to be associated with technical issues and worse outcomes.

Drug-eluting balloons (DEBs) are a novel and evolving technology. They use a semi-compliant balloon catheter coated in a lipophilic antiproliferative drug. DEBs are currently recommended as class IA for treating in-stent restenosis. However, their use for other indications, including SvCAD, acute myocardial infarction and bifurcating lesions, is less defined. Revascularising the vessel without

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hoàn Mỹ Thủ Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn An Huy

ĐT: 0918319386

Email: huy.tran@hoanmy.com

Ngày nhận bài: 13/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 27/10/2024

Ngày duyệt bài: 30/10/2024

leaving a foreign body provides an attractive alternative in treating SvCAD.

Keywords: Small vessel coronary artery disease, drug-eluting balloons

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mạch vành mạch nhỏ (SvCAD) là một yếu tố nguy cơ đáng kể đối với các biến cố bất lợi ở bệnh nhân can thiệp động mạch vành qua da. Bệnh thường lan tỏa và nhiều mạch máu khi biểu hiện và mang lại kết quả tồi tệ hơn với tỷ lệ cao hơn các biến cố tim mạch nặng (MACE) và tái thông tổn thương đích sau can thiệp. Các hướng dẫn thực hành tốt nhất về quản lý các can thiệp SvCAD vẫn còn hạn chế.

Stent phủ thuốc (DES) lần đầu tiên được mô tả vào năm 2002 và chứng minh tỷ lệ tái hẹp trong stent thấp hơn so với stent kim loại trần, giảm nguy cơ 60-75% ở các phân nhóm bệnh nhân và tổn thương. Tuy nhiên, DES gây ra một loạt các biến chứng, đặc biệt là khi điều trị các bệnh nhân SvCAD. Việc sử dụng chúng có liên quan đến việc chữa lành chậm, viêm và suy giảm chức năng nội mô của mạch vành. Điều này có thể làm tăng tỷ lệ huyết khối muện và rất muện, với một phân tích tổng hợp chỉ ra rằng huyết khối muện tăng gấp năm lần so với stent kim loại trần. Chúng cũng đòi hỏi thời gian điều trị chống tiểu cầu kép dài hơn và mặc dù DES đã làm giảm nguy cơ tái hẹp trong stent, nhưng chúng không loại bỏ được nguy cơ này. Cuối cùng, mặc dù được sử dụng rộng rãi, nhưng phân tích sau khi đưa ra thị trường thường chỉ giới hạn trong 1 năm theo dõi và

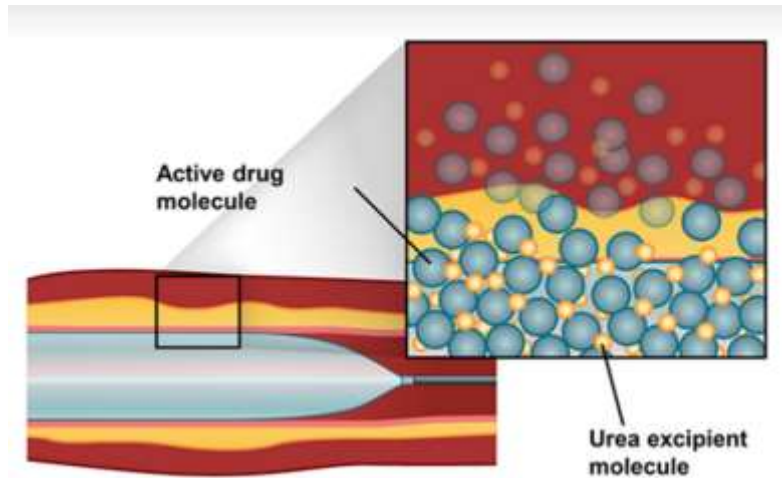
dữ liệu về kết quả lâm sàng SvCAD và dài hạn còn hạn chế.

Bóng phủ thuốc (DEB) là một công nghệ mới và đang phát triển. Người ta sử dụng loại bóng bán đàn hồi được phủ một loại thuốc chống tăng sinh ưa mỡ. DEB hiện được khuyến cáo mức IA để điều trị tái hẹp trong stent. Tuy nhiên, việc sử dụng chúng cho các chỉ định khác, bao gồm SvCAD, nhồi máu cơ tim cấp và tổn thương phân nhánh, vẫn chưa được xác định rõ ràng. Việc tái thông mạch máu mà không để lại dị vật là một giải pháp thay thế hấp dẫn trong điều trị SvCAD.

II. BỆNH MẠCH VÀNH MẠCH MÁU NHỎ (SVCAD)

Định nghĩa

Định nghĩa về bệnh mạch vành mạch máu nhỏ (SvCAD) không nhất quán giữa các thử nghiệm và tài liệu đã công bố. Gần đây, người ta đề xuất rằng đường kính mạch tham chiếu $\leq 2,5$ mm được đo bằng hình ảnh nội động mạch vành nên là ngưỡng phân loại SvCAD. Theo tài liệu gần đây, SvCAD chiếm 30–67% bệnh nhân trải qua can thiệp động mạch vành qua da. Bệnh thường gặp hơn ở phụ nữ, bệnh nhân bị đái tháo đường hoặc bệnh thận mạn tính và ở các phân nhóm giải phẫu động mạch vành cụ thể như trong tổn thương đoạn xa hay tổn thương phân nhánh. Lý do cho việc đề cập đến can thiệp mạch vành trên các mạch máu nhỏ là do nguy cơ tái hẹp tăng lên và thường phải tái thông mạch nhiều lần cùng với các biến chứng trong quá trình thực hiện. Do đó, vấn đề nên can thiệp vào mạch máu nhỏ nào là vô cùng quan trọng.



Hình 1. Bông phủ thuốc

Đặc điểm bệnh mạch vành mạch máu nhỏ

Bệnh nhân mắc SvCAD là một nhóm riêng biệt trong số bệnh nhân mắc bệnh động mạch vành (CAD), thường gặp nhiều hơn ở những người cao tuổi bị đái tháo đường, phụ nữ, những người mắc bệnh mạch máu ngoại biên và suy tim. Các tổn thương của SvCAD thường rất phức tạp với các tổn thương type C cùng với tổn thương của nhiều mạch máu. Việc can thiệp vào các mạch máu nhỏ là một thách thức, chủ yếu là do vị trí xa, gấp góc và tổn thương vôi hóa gây cản trở việc đưa stent xa bị cản trở. Hơn nữa, bệnh ở các mạch máu nhỏ lan tỏa hơn cần stent dài hoặc nhiều stent hơn để bao phủ toàn bộ đoạn mạch. Một đặc điểm kỹ thuật khác là kích thước lòng mạch nhỏ làm cho việc lựa chọn kích thước stent, áp lực thả stent sẽ khó hơn thông thường, cũng như không gian trong lòng mạch sau thả stent cũng sẽ nhỏ lại. Việc này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc định cỡ stent chính xác bằng hình ảnh nội mạch. Điều này đã gây hạn chế tính khả dụng của stent (loại, chiều dài, đường kính và thuốc) cho các mạch máu này. Hơn thế nữa, kết quả lâu dài thậm chí còn thất vọng hơn với các biến cố tim mạch bất lợi gia tăng chủ yếu do nhu cầu

tái thông mạch máu tăng lên, mặc dù việc can thiệp ban đầu ghi nhận là hợp lý qua hình ảnh học,

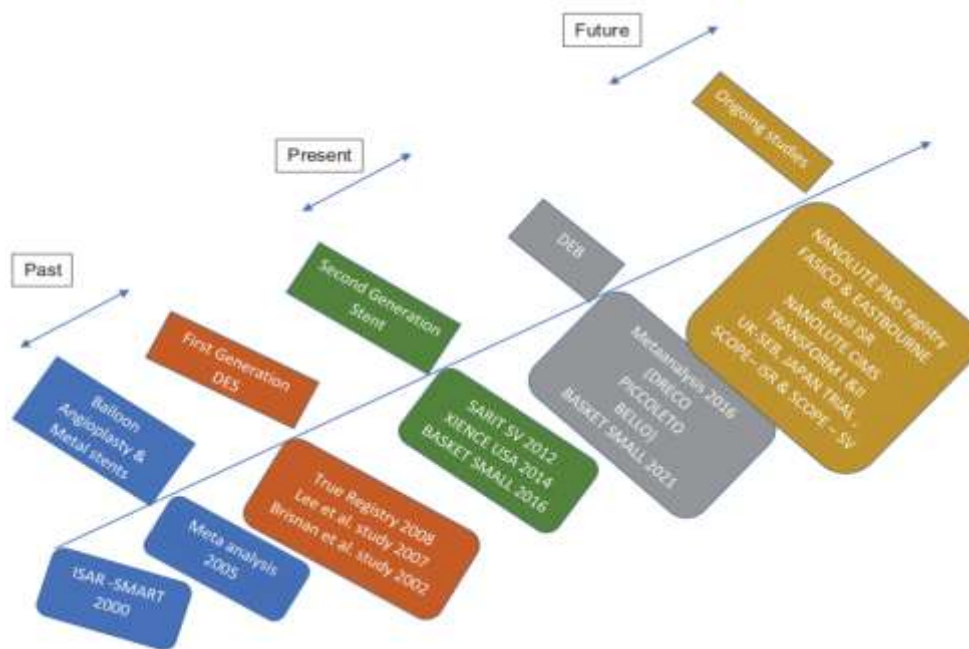
Để xác định chính xác mạch máu có phải là mạch máu nhỏ hay không khi chụp mạch vành, cần phải tiêm nitroglycerin nội mạch vành 200 µg để loại trừ tình trạng co mạch. Mặc dù có thể đánh giá đường kính mạch máu hơi lớn hơn một ít, nhưng siêu âm nội mạch (IVUS) có lợi trong việc đánh giá đường kính lòng mạch và chụp cắt lớp quang học (OCT) có thể cung cấp thông tin chính xác nhất. Trong trường hợp không có hình ảnh nội mạch, việc đánh giá kích thước mạch máu có thể được thực hiện bằng hình ảnh chụp động mạch vành có hỗ trợ máy tính (QCA).

Chỉ định can thiệp

Có những khuyến nghị về tái thông mạch cho bệnh mạch vành mạch máu lớn, nhưng không phải cho bệnh mạch máu nhỏ riêng biệt. Đối với bệnh mạch vành mạch máu nhỏ, có thể khởi trị bằng điều trị nội khoa tối ưu. Nếu vẫn còn triệu chứng, cần phải tái thông mạch bằng PCI. Theo hướng dẫn của Hội Tim mạch Châu Âu, trong nhóm bệnh nhân bệnh mạch vành mạch máu nhỏ thì vùng cơ tim chi phối nhỏ (tức là trong đó ít nhất 75%

chiều dài của đoạn xa tổn thương có đường kính mạch < 2 mm) có thể không cần phải tái thông hoàn toàn. Do đó, kích thước mạch có tầm quan trọng sống còn trong việc ra quyết định về phương thức can thiệp và phải tiến hành đánh giá cẩn thận kích thước mạch bằng hình ảnh phù hợp.

Theo thời gian, việc can thiệp mạch máu nhỏ ban đầu sử dụng bóng nong thông thường (POBA), sau đó là stent kim loại trần (BMS), và hiện tại là stent phủ thuốc (DES). Với những tiến bộ gần đây về mặt kỹ thuật, bóng phủ thuốc (DEB) đã xuất hiện trong những chiến lược điều trị bệnh mạch vành mạch máu nhỏ.



Hình 2. Sự phát triển của chiến lược can thiệp mạch máu nhỏ

III. BÀN LUẬN

Nếu như năm 2010, nghiên cứu PICCOLETO I, so sánh giữa bóng DIOR-I và stent Taxus Liberte với thời gian theo dõi trong 9 tháng đã phải kết thúc sớm vì tỷ lệ biến cố tim mạch nặng (MACE) ở nhóm nong bóng phủ thuốc cao hơn nhóm đặt stent, (35.7 % so với 13.8%, P=0.054). Tuy nhiên, nghiên cứu PICCOLETO I được tiến hành với bóng Dior thế hệ thứ nhất, nên đây cũng là hạn chế của nghiên cứu. Đến năm 2012, nghiên cứu so sánh giữa bóng FALCON và stent Taxus Liberte đã mang kết quả khả quan cho bóng phủ thuốc qua các

tỷ lệ tái hẹp, tái thông mạch đích (TLR) và biến cố tim mạch nặng (MACE) không khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm. Nghiên cứu BASKET-SMALL 2 năm 2018 đã cho thấy sự không thua kém của bóng phủ thuốc SeQuent Please so với hai loại stent phủ thuốc nổi tiếng là Taxus Element và Xience với tỷ lệ TLR, và tỷ lệ MACE tương tự nhau giữa hai nhóm. Đặc biệt với nghiên cứu PICCOLETO II, cũng cho thấy kết quả tương tự nhau giữa hai nhóm về MACE và nhóm bóng phủ thuốc vượt trội hơn nhóm stent về tỷ lệ mất muện lòng mạch (LLL), (0.04 so với 0.17mm; P=0.03).

Table 1: Randomized controlled trials studying the use of DCBs in small-vessel coronary artery disease.

Study	DCB type	Comparison arm	No. of patients (DCB/comparison arm)	Follow-up time	Main outcomes
PICCOLETO I, 2010	DIOR-I (Eurocor)	Paclitaxel-eluting stent (Taxus Liberte)	28/29	9 months	TLR numerically higher with DCB (32.1 % vs. 10.3 %, $P=0.15$) MACE higher with DCB (35.7 % vs. 13.8%, $P=0.054$) trial stopped early
Balloon Elution and Late Loss Optimization, 2012	IN PACT FALCON (Medtronic)	Paclitaxel-eluting stent (Taxus Liberte)	90/92	6 months	Similar binary restenosis (8.9% vs. 14.1%, $P=0.25$) Similar TLR (4.4% vs. 7.6 %, $P=0.37$) Similar MACE (7.8% vs. 13.2%, $P=0.77$)
Funatsu <i>et al.</i> , 2017	SeQuent Please (B Braun)	Uncoated balloon angioplasty	92/41	6 months	Lower binary stenosis with DCB (13.3% vs. 42.5%), $P<0.01$ Similar TLR (3.4% vs. 10.3%, $P=0.2$)
BASKET-SMALL 2, 2018 ^[24]	SeQuent Please (B Braun)	Everolimus-eluting XIENCE stent (Abbott vascular) or Paclitaxel-eluting Taxus Element stent (Boston Scientific)	382/376	12 months	Similar TVR (3.5% vs. 4.5%, $P=0.44$) Similar MACE (7.5% vs. 7.3%, $P=0.92$)
Restore-SVD China 2018	Restore (Cardionovum)	Zotarolimus-eluting stent (RESOLUTE, Medtronic)	116/114	9 months	Similar TLF (4.4% vs. 2.6%, $P=0.72$)
PICCOLETO II ^[24]	Elutax SV (Aachen Resonance, Germany)	Everolimus-eluting XIENCE stent (Abbott vascular)	118/ 114	12 months	In-lesion LLL was significantly lower in DCB versus EES (0.04 vs. 0.17 mm; $P=0.001$ for non-inferiority; $P=0.03$ for superiority). Similar 12-month MACE (7.5% vs. 5.6% for DES vs. DCB; $P=0.55$).

TLR: Target lesion revascularization, TVR: Target vessel revascularization, DCB: Drug-coated balloon, DES: Drug-eluting stent, MACE: Major adverse cardiac event, LLL: Late lumen loss

Hình 3. Các thử nghiệm lâm sàng của bóng phủ thuốc trên bệnh mạch vành mạch máu nhỏ

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh mạch máu nhỏ đang tăng ở bệnh nhân mắc bệnh mạch vành mạn hiện nay và có khả năng sẽ tăng do tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường ngày càng tăng. Các biện pháp can thiệp vào nhóm bệnh nhân SvCAD này là một thách thức lớn, ngay cả khi công nghệ đặt stent cũng như tiến bộ trong liệu pháp dược lý đang phát triển. Mặc dù kết quả

ban đầu là tối ưu với công nghệ stent hiện nay, nhưng kết quả lâu dài lại không khả quan. Do đó, bóng phủ thuốc đã phát triển thành công nghệ quan trọng và khả thi đối với nhóm bệnh nhân SvCAD này, do khả năng cung cấp thuốc hiệu quả mà không để lại vật liệu gì, cũng như thời gian kháng kết tập tiểu cầu kép (DAPT) ngắn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alfonso F, Byrne RA, Rivero F, Kastrati A** (2014), “Current treatment of in-stent restenosis”, *J Am Coll Cardiol*, 63, pp 2659–2673.
2. **Boden WE, O’Rourke RA, Teo KK, et al.** (2007), “Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease”, *N Engl J Med*, 356, pp1503–1516.
3. **De Luca G, Dirksen MT, Spaulding C, et al.** (2012), “Drug-eluting vs bare-metal stents in primary angioplasty: a pooled patientlevel meta-analysis of randomized trials”, *Arch Intern Med*, 172, pp611–621.
4. **Joner M, Finn AV, Farb A, et al.** (2006), “Pathology of drug-eluting stents in humans: delayed healing and late thrombotic risk”, *J Am Coll Cardiol*, 48, pp 193–202.
5. **Kirtane AJ, Gupta A, Iyengar S, et al.** (2009), “Safety and efficacy of drug-eluting and bare metal stents: comprehensive metaanalysis of randomized trials and observational studies”, *Circulation*, 119, pp3198–3206.
6. **Parikh SV, Luna M, Selzer F, et al.** (2014), “Outcomes of small coronary artery stenting with bare-metal stents versus drugeluting stents: results from the NHLBI dynamic registry”, *Catheter Cardiovasc Interv* , 83, 192–200.
7. **Silverio A, Buccheri S, Venetsanos D, et al.** (2020), “Percutaneous treatment and outcomes of small coronary vessels: a SCAAR report”, *JACC Cardiovasc Intv*, 13, 793–804.
8. **Van der Heijden LC, Kok MM, Danse PW, et al.** (2016), “Small-vessel treatment with contemporary newer-generation drug-eluting coronary stents in all-comers: insights from 2-year DUTCH PEERS (TWENTE II) randomized trial”, *Am Heart J*, 176, 28–35.

KHẢO SÁT THỰC HÀNH PHÒNG NGỪA VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN VÀ KẾT QUẢ GIẢI PHÁP CAN THIỆP TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ THỦ ĐỨC

Trần Thị Linh¹, Trần Huỳnh Minh Trang¹, Nguyễn Minh Trí¹
Nguyễn Thị Kim Huệ¹, Nguyễn Thị Diệu¹, Nguyễn Thị Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá mức tuân thủ các giải pháp phòng ngừa Viêm phổi bệnh viện. Mục tiêu thứ hai của nghiên cứu là đánh giá hiệu quả của việc phòng ngừa Viêm phổi bệnh viện.

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu triển khai từ tháng 1/2022 đến tháng 2/2024, gồm 2 giai đoạn (GD1) trước can thiệp (1/2022-12/2022), giai đoạn GD 2 can thiệp (1/2023-2/2024). Các thực hành phòng ngừa VPBV đánh giá gồm 3 yếu tố: (1) Người bệnh nằm đầu cao 30⁰- 45⁰; (2) Dự phòng loét dạ dày; (3) Chăm sóc răng miệng được triển khai ở giai đoạn 2.

Kết quả: Có 04 NB bị viêm phổi bệnh viện ở GD 1. Ở giai đoạn can thiệp (GD 2) không xuất hiện người bệnh bị viêm phổi bệnh viện. Tuổi trung bình ở GD 1 là 68,1 thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với GD 2 là 69,1 ($p < 0,001$). Tỷ lệ NB bị các bệnh lý về phổi lúc vào viện ở GD 2 là 24,5% cao hơn so với GD 1 là 17,9%, có ý nghĩa thống kê với ($p = 0,00075$). Xét về các yếu tố nguy cơ thì nằm ngửa kéo dài ở GD 2 là 30,02% cao hơn GD 1 là 25%, với $p = 0,020$. Tỷ lệ nằm đầu cao ở GD 2 là 35,7% cao hơn GD1 là 27,3%

với $p = 0,000208$. Tỷ lệ NB được chăm sóc răng miệng ở GD 2 là 81,8% tăng cao hơn so với GD 1 là 74,0%, với $p = 0,0012$. Tỷ lệ VPBV giảm từ 0,46% ở GD 1 xuống còn 0% ở GD 2 với $p = 0,049$. Phòng ngừa VPBV ở những bệnh nhân hôn mê có nguy cơ hít sặc bằng biện pháp nằm đầu cao có ý nghĩa thống kê với $p = 0,049$. Vấn đề chăm sóc răng miệng do nhân viên y tế hay do người nhà hoặc người bệnh tự thực hiện không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ tuân thủ các biện pháp phòng ngừa VPBV tăng từ quý IV/2022 là 10,2% lên 72,5% trong quý I/2024.

Kết luận: Hai biện pháp thực hành nhằm phòng ngừa VPBV có ý nghĩa thống kê là người bệnh nằm đầu cao và chăm sóc răng miệng. Cần triển khai các biện pháp phòng ngừa VPBV cho cả người bệnh không thở máy.

Từ khóa: Viêm phổi bệnh viện, gói phòng ngừa viêm phổi bệnh viện.

SUMMARY

SURVEY OF HOSPITAL PRACTICES FOR THE PREVENTION OF NOSOCOMIAL PNEUMONIA AND RESULTS OF INTERVENTION SOLUTIONS AT HOAN MY THU DUC HOSPITAL

Objective:

1. Assessment of compliance with hospital-acquired pneumonia prevention measures.
2. Effectiveness of hospital-acquired pneumonia prevention.

¹Bệnh viện Quốc tế Hoàn Mỹ Thủ Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Linh ĐT:

Email: tranlinh06011996@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 29/10/2024

Ngày duyệt bài: 31/10/2024

Methods: This prospective study was conducted from January 2022 to February 2024 and consisted of two phases: Phase 1 (pre-intervention) from January 2022 to December 2022 and Phase 2 (intervention) from January 2023 to February 2024. The evaluated ventilator-associated pneumonia (VAP) prevention practices included three factors: (1) patients positioned with their head elevated at 30-45 degrees; (2) prophylaxis for gastric ulcers; and (3) oral hygiene care, which was implemented in Phase 2.

Results: In Phase 1, there were four patients with hospital-acquired pneumonia. In the intervention phase (Phase 2), no patients developed hospital-acquired pneumonia. The average age in Phase 1 was 68.1 years, which was statistically lower than the average age of 69.1 years in Phase 2 ($p < 0.001$). The proportion of patients with lung diseases at admission in Phase 2 was 24.5%, higher than the 17.9% observed in Phase 1, with statistical significance ($p = 0.000754$). The rate of patients in a prolonged supine position in Phase 2 was 30.02%, compared to 25% in Phase 1, with a p-value of 0.020. The proportion of patients with a high head position in Phase 2 was 35.7%, compared to 27.3% in Phase 1, with a p-value of 0.00020. The percentage of patients receiving oral care in Phase 2 was 81.8%, higher than the 74.0% in Phase 1, with a p-value of 0.0012. The rate of VAP decreased from 0.46% in Phase 1 to 0% in Phase 2, with a p-value of 0.049. The use of the head-up position to prevent VAP in comatose patients at risk of aspiration was statistically significant ($p = 0.049$). The impact of oral care, whether performed by medical staff, family members, or patients themselves, was not statistically significant ($p > 0.05$). The compliance rate with VAP prevention measures increased

from 10.2% in the fourth quarter of 2022 to 72.5% in the first quarter of 2024.

Conclusion: Two practices significantly effective in preventing VAP were elevating the patient's head and providing oral care. VAP prevention practices should also be applied to non-ventilated patients.

Keywords: Hospital pneumonia, pneumonia prevention package.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn Bệnh viện là một vấn đề gây hại sức khỏe nghiêm trọng khi người bệnh đến điều trị tại các cơ sở y tế và được các Bệnh viện quan tâm và phòng ngừa. Trong đó Viêm phổi bệnh viện là loại nhiễm khuẩn bệnh viện hay gặp hàng đầu tại Việt Nam. Viêm phổi bệnh viện là nguyên nhân gây tử vong trong các loại nhiễm khuẩn bệnh viện, kéo dài thời gian điều trị thêm 6-13 ngày, tăng chi phí điều trị từ 3 triệu đến 15 triệu đồng cho mỗi trường hợp [1]. VPBV cũng là loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp nhất tại bệnh viện Quốc tế Hoàn Mỹ Thủ Đức với tỷ lệ trung bình 04 ca VPBV (không liên quan thở máy)/06 ca NKBV.

Phòng ngừa và giảm tỷ lệ VPBV là một mục tiêu quan trọng của bất kỳ chương trình Kiểm soát nhiễm khuẩn. Đầu năm 2001, Viện Cải thiện chăm sóc sức khỏe (Institute for Healthcare Improvement – viết tắt là: IHI) đã đưa ra khái niệm gói chăm sóc nhằm cải thiện chất lượng điều trị và giảm bớt sự khác biệt về chăm sóc giữa các đơn vị HSTC. Gói chăm sóc gồm từ 3 đến 5 thực hành dựa trên bằng chứng được thực hiện đồng thời và nhất quán với mục đích cải thiện kết quả điều trị của NB [7]. IHI khuyến cáo tỷ lệ tuân thủ các gói chăm sóc đạt 95% và tất cả NB đủ điều kiện được áp dụng gói. Gói chăm sóc phòng ngừa VPTM là một

trong gói chăm sóc đầu tiên mà IHI đưa ra [6]. Rất nhiều bệnh viện quốc tế đã lựa chọn và áp dụng các gói chăm sóc VPTM mà IHI khuyến cáo hoặc điều chỉnh các yếu tố trong gói. Tại Việt Nam, một số bệnh viện cũng triển khai gói chăm sóc phòng ngừa VPTM như: khoa HSTC bệnh viện Bạch Mai cũng áp dụng gói chăm sóc phòng ngừa VPTM với 10 yếu tố [2], tháng 4/2019, bệnh viện Nhi đồng 1 thành phố Hồ Chí Minh cũng thực hiện gói chăm sóc phòng ngừa VPTM với 4 biện pháp: vệ sinh tay, vệ sinh răng miệng, hút đờm kín/hở, cho NB nằm tư thế đầu cao [3]. Với mục tiêu hướng tới không có VPTM, tháng 6/ 2021 bệnh viện HMTĐ lựa chọn và áp dụng gói phòng ngừa viêm phổi liên quan thở máy của Tập đoàn Y khoa Hoàn Mỹ ban hành gồm 7 yếu tố chăm sóc: (1) Hằng ngày, đánh giá khả năng cai máy thở và rút nội khí quản cho người bệnh; (2) Hằng ngày, đánh giá khả năng ngưng thuốc an thần cho người bệnh nếu thích hợp; (3) Chỉ định tập vật lý trị liệu cho người bệnh; (4) nâng đầu giường cao 30° - 45° ; (5) Chăm sóc răng miệng bằng bàn chải chuyên dụng và chlorhexidine 0,12-2% mỗi 12 giờ; (6) Đo kiểm tra và giữa áp lực bóng chèn ở mức 20-25 cm H₂O; (7) Hút đàm bằng dụng cụ hút đàm kín. Trong năm 2022, Bệnh viện ghi nhận có 4 ca VPBV trên tổng số 6 ca NKBV, chiếm 66,7%. Nhận thức được nguy cơ gây VPBV ở những người bệnh có yếu tố nguy cơ dù không có thở máy. Bệnh viện đã ban hành kế hoạch và quyết định về việc triển khai giám sát phòng ngừa viêm phổi bệnh viện ở người bệnh có yếu tố nguy cơ VPBV. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá việc thực hiện các biện pháp phòng ngừa VPBV tại Bệnh viện HMTĐ với mục tiêu sau:

1. Đánh giá mức tuân thủ các giải pháp phòng ngừa Viêm phổi bệnh viện.

2. Hiệu quả của việc phòng ngừa Viêm phổi bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh có các yếu tố nguy cơ VPBV.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Là người bệnh có các yếu tố nguy cơ VPBV (bao gồm cả thở máy và không thở máy), đang điều trị tại khoa HSCC, Nội-Ngoại bệnh viện HMTĐ từ 01/2022 đến tháng 2/2024.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh nhập viện điều trị tại khoa HSCC, Nội-Ngoại bệnh viện HMTĐ nhưng không có các yếu tố nguy cơ gây VPBV.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Thời gian nghiên cứu: Chia làm 2 giai đoạn. GD 1: Giai đoạn trước can thiệp (1/2022-12/2022).

GD 2: Giai đoạn can thiệp (1/2023-2/2024).

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Quốc tế Hoàn Mỹ Thủ Đức.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn tất cả những người bệnh điều trị nội trú tại khoa HSCC, Nội-Ngoại bệnh viện HMTĐ, có các yếu tố nguy cơ VPBV trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2022-2/2024.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu

Phương pháp thu thập dữ liệu: Nghiên cứu chia làm 2 giai đoạn. GD 1: Giai đoạn trước can thiệp (1/2022-12/2022). GD 2: Giai đoạn can thiệp (1/2023-2/2024). Giám sát việc thực hiện các biện pháp phòng ngừa VPBV trên 2 nhóm dựa trên bảng kiểm phòng ngừa VPBV và bảng kiểm theo dõi vệ sinh răng miệng. So sánh kết quả triển khai

các biện pháp trên 2 nhóm. Với sự tham gia của gồm các bác sĩ, điều dưỡng khoa HSCC, Nội-Ngoại và KSNK. Các biện pháp phòng ngừa VPBV được xây dựng dựa trên sự đồng thuận của các bác sỹ và điều dưỡng khoa HSCC và khoa Nội-Ngoại, được đào tạo và hỗ trợ trang bị phương tiện, hóa chất để triển khai, giám sát và phản hồi thường xuyên.

Phương pháp thống kê: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Excel. Số liệu

được so sánh bằng test χ^2 , các chỉ số trung bình được so sánh bằng test T.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Công ty cổ phần Bệnh viện Quốc tế Hoàn Mỹ Thủ Đức. Các số liệu thu thập chỉ phục vụ cho nghiên cứu, không gắn tên người bệnh, không làm lộ thông tin về cá nhân người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. So sánh quần thể nghiên cứu 2 giai đoạn

Bảng 1: So sánh đặc điểm quần thể nghiên cứu ở 2 giai đoạn (n=868)

Thông tin chung	GD 1 (n=868)		GD 2 (n=836)		P	OR (CI 95%)
	Số lượng	%	Số lượng	%		
Giới						
Nam	337	38,8	318	38,0	0,74	1,03
Nữ	531	61,2	518	62,0		
Tuổi						
Tuổi trung bình	68,1 ± 17,96		69,1 ± 16,8		<0,001	
≥65 tuổi	683	78,7	717	85,8	0,00014	0,61
<65 tuổi	185	20,2	119	14,2		
Chẩn đoán						
Đái tháo đường	31	3,6	20	2,39	0,15	1,51
Tăng huyết áp	69	8,0	52	6,22	1,17	1,30
Bệnh lý về phổi	155	17,9	205	24,5	0,00075	0,67
Tim	17	1,96	22	2,6	0,35	0,73
Thận	36	4,14	52	6,2	0,053	1,53
Tổn thương não	25	2,9	38	4,55	0,069	0,62
Khác	459	52,9	410	49,04	0,113198	1,17
Thủ thuật can thiệp						
Mở khí quản	5	0,58	5	0,6	0,95	0,96
Đặt TMTT	43	5,0	51	6,1	0,3	0,80
Thông tiểu	83	9,6	75	8,97	0,67	1,07
Phẫu thuật	59	6,8	74	8,85	0,11	0,75
Yếu tố nguy cơ						
Người già	683	78,7	717	85,8	0,00014	0,61
Hôn mê, khó nuốt	19	2,2	31	3,7	0,063	0,49
Đặt NKQ, mở khí quản	18	2,1	19	2,3	0,78	0,9181

Đặt ống thông mũi dạ dày	19	2,19	31	3,7	0,063	0,5881
Nằm ngửa kéo dài	217	25	251	30,02	0,020	0,78
Dùng thuốc kháng acid dạ dày	429	49,4	378	45,5	0,082	1,18
Nuôi ăn qua sonde dạ dày	19	2,2	31	3,7	0,063	0,5
Chăm sóc						
Nằm đầu cao	237	27,3	298	35,7	0,00021	1,3 (1,07 - 1,59)
Chăm sóc răng miệng	642	74,0	683	81,8	0,035	1,1 (0,9 - 1,27)
Số ca VPBV	4	0,46	0	0/836	0,0494	

Nhận xét: Có tổng số 1074 NB đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, trong đó có 868 NB ở GD 1 và 836 NB ở GD 2. Tuổi trung bình ở GD 1 là 68,1 thấp hơn và có ý nghĩa thống kê so với GD 2 là 69,1 ($p < 0,001$). Tỷ lệ NB bị các bệnh lý về phổi lúc vào viện là 24,5% cao hơn so với GD 1 là 17,9 %, có ý nghĩa thống kê với ($p = 0,00075$). Xét về các yếu tố nguy cơ thì nằm ngửa kéo dài ở GD 2 là 30,0% cao hơn GD 1 là 25%, với $p = 0,020$. Tỷ lệ

nằm đầu cao ở GD 2 là 35,7% cao hơn GD1 là 27,3% với $p = 0,00021$. Tỷ lệ NB được chăm sóc răng miệng ở GD 2 là 81,8% tăng cao hơn so với GD 1 là 74,0%, với $p = 0,0012$. Tỷ lệ VPBV giảm từ 0,46% ở GD 1 xuống còn 0/836 ở GD 2 có ý nghĩa thống kê sau khi áp dụng các biện pháp phòng ngừa VPBV với $p = 0,049$. Các yếu tố khác không khác biệt giữa 02 quần thể trước và sau can thiệp ($p > 0,05$).

Bảng 2: So sánh chăm sóc người bệnh hôn mê phòng viêm phổi bệnh viện

NB có nguy cơ hít sặc (thở máy, đặt ống nuôi ăn)	GD1 = 19		GD2 = 31		p	OR (CI 95%)
	N	%	N	%		
Nằm đầu cao	14	73,7%	29	93,6%	0,19	1,27 (0,54 - 2,99)

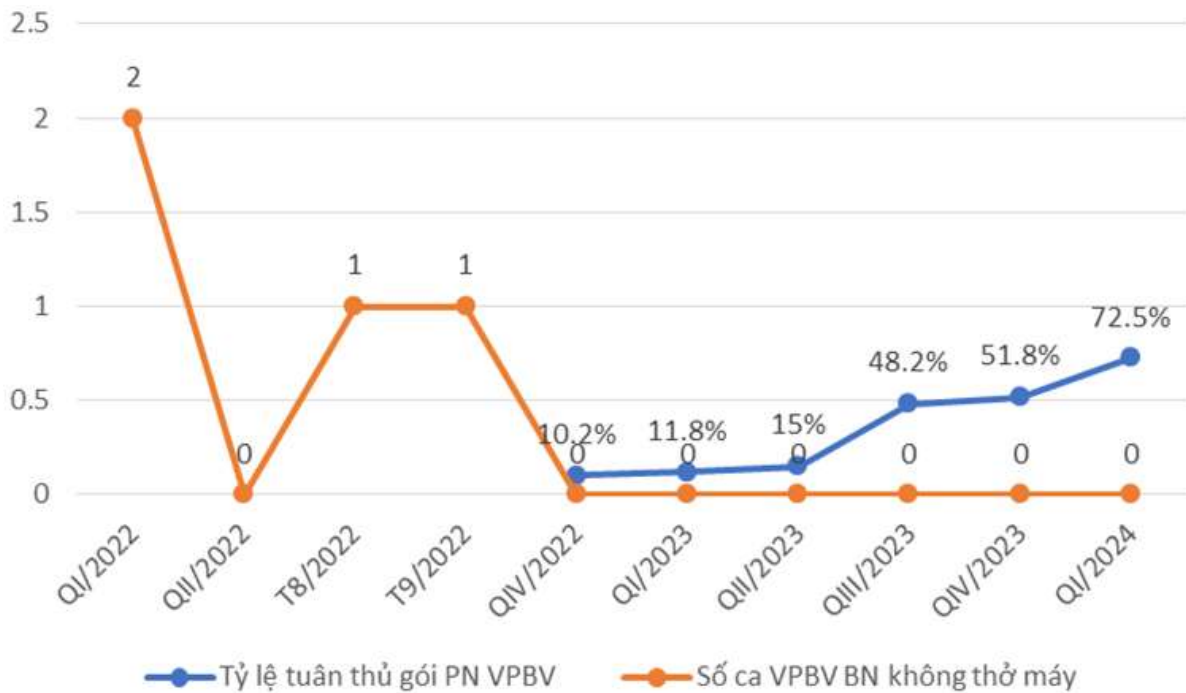
Nhận xét: Việc chăm sóc người bệnh hôn mê phòng viêm phổi bệnh viện ở 2 GD không khác nhau về tuân thủ cho NB nằm đầu cao ($p > 0,05$). Như vậy sự khác biệt ở NB có nguy cơ thấp hơn, ít được nhân viên y tế chú ý.

Bảng 3: So sánh chăm sóc răng miệng trong phòng ngừa viêm phổi bệnh viện giữa nhân viên y tế và người nhà người bệnh hoặc người bệnh tự vệ sinh răng miệng

Chăm sóc răng miệng	GD1 = 642		GD 2 = 683		p
	N	%	N	%	
Nhân viên y tế	18	2,8%	30	4,6%	0,12
Người nhà/NB tự vệ sinh	624	97,2%	653	95,5%	

Nhận xét: Chăm sóc răng miệng là một biện pháp để giảm phòng ngừa VPBV. Tuy nhiên, không có sự khác biệt giữa việc được nhân viên y tế chăm sóc hoặc người nhà, người bệnh tự vệ sinh răng miệng ($p > 0,05$).

3.2. Tuân thủ gói chăm sóc phòng ngừa viêm phổi bệnh viện và số ca mắc viêm phổi bệnh viện qua các giai đoạn



Biểu đồ 1: Tỷ lệ % tuân thủ gói chăm sóc phòng ngừa viêm phổi QIV/2022 - QI/2024 và số ca VPBV không do thở máy

Nhận xét: Biểu đồ 1 cho thấy cần thực hiện các biện pháp phòng ngừa viêm phổi bệnh viện cho cả người bệnh không thở máy. Khi các biện pháp phòng ngừa VPBV chưa được thực hiện số ca mắc VPBV không do thở máy xuất hiện ở trong năm 2022 (04 ca). Cuối năm 2022 khi BV HMTĐ quyết định thực hiện các biện pháp phòng ngừa VPBV cho cả những người bệnh không thở máy, số ca VPBV là bằng 0 ca. Tỷ lệ tuân thủ gói PN VPBV tăng đã đem lại hiệu quả ban đầu đối với người bệnh.

IV. BÀN LUẬN

Viêm phổi mắc phải tại Bệnh viện không liên quan đến thở máy là một bệnh nhiễm trùng thường gặp nhưng chưa được nghiên cứu đầy đủ. Với mục tiêu đánh giá mức tuân thủ các giải pháp phòng ngừa Viêm phổi

bệnh viện và đánh giá hiệu quả của việc phòng ngừa Viêm phổi bệnh viện. Nghiên cứu cho thấy quần thể NB thở máy ở GD sau can thiệp có một số yếu tố nguy cơ có tỷ lệ cao hơn với quần thể nghiên cứu ở GD trước can thiệp như: tuổi trung bình cao hơn, tỷ lệ NB bị các bệnh lý về phổi lúc nhập viện nhiều hơn, tỷ lệ NB phải nằm giường kéo dài nhiều hơn. Ở GD trước can thiệp, tỷ lệ VPBV 04 ca/06 ca NKBV. Sau khi áp dụng gói chăm sóc phòng ngừa VPBV, tỷ lệ VPBV giảm còn 0 ca. Kết quả nghiên cứu cho thấy rõ hiệu quả của việc áp dụng gói chăm sóc phòng ngừa VPBV. Một vài biện pháp có ý nghĩa trong việc phòng ngừa viêm phổi không chỉ cho những người bệnh thở máy và không thở máy như được nằm đầu cao và được chăm sóc răng miệng hằng ngày. Các bệnh viện chủ yếu tiến hành theo

đôi VPBV ở người bệnh thở máy mà bỏ qua những người bệnh có yếu tố nguy cơ cao bị viêm phổi không do thở máy.

Aline Wolfensberger và cộng sự [5] cho thấy gói phòng ngừa viêm phổi không do thở máy gồm năm biện pháp bao gồm chăm sóc răng miệng, sàng lọc và quản lý chứng khó nuốt, huy động, ngừng thuốc ức chế bơm proton không được chỉ định và liệu pháp hô hấp có tác động đến kể đến tỷ lệ mắc viêm phổi không do thở máy can thiệp so với ban đầu, được điều chỉnh theo khoa và theo mùa, là 0,69 (95% CI 0,52-0,91; p=0,0084). Điểm thành công của việc triển khai tương quan với tỷ lệ viêm phổi không do can thiệp thấp hơn (tương quan Pearson -0,71, p=0,034). Các yếu tố quyết định thành công của việc triển khai là sự liên kết kinh doanh cốt lõi tích cực, rủi ro nvHAP được nhận thức cao, các đặc điểm kiến trúc thúc đẩy sự gắn gũi về mặt vật lý của nhân viên chăm sóc sức khỏe và các đặc điểm cá nhân chính thuận lợi. Trong nghiên cứu của chúng tôi ở GD2, khi các bác sỹ và điều dưỡng đã được đào tạo, hướng dẫn, thực hiện dựa trên sự đồng thuận, giám sát và phản hồi thường xuyên về việc cần thực hiện các biện pháp phòng viêm phổi, tỷ lệ tuân thủ gói chăm sóc đạt tỷ lệ cao và không xuất hiện trường hợp VPBV trong thời gian dài. Việc triển khai gói chăm sóc phòng ngừa VPBV tại bệnh viện HMTĐ được thực hiện dựa trên nguyên tắc nhất quán và sự tham gia của các khoa HSCC, Nội, Ngoại, KSNK. Các thành viên tham gia và thống nhất các yếu tố ảnh hưởng đưa vào các biện pháp phòng ngừa. Các biện pháp

phòng ngừa gồm (1) Người bệnh nằm đầu cao 30⁰- 45⁰; (2) Dự phòng loét dạ dày; (3) Chăm sóc răng miệng. Tất cả thành viên trong nhóm được đào tạo, hướng dẫn thực hành về các biện pháp. Điều dưỡng HSCC, Nội-Ngoại được trao quyền theo dõi, đánh giá NB theo các bảng kiểm PN VPBV. Điều dưỡng KSNK thực hiện giám sát về thực hành của điều dưỡng. Các yếu tố chăm sóc phải được áp dụng đối với tất cả NB nhập viện có yếu tố nguy cơ và đảm bảo thực hiện đầy đủ nếu có chỉ định. Nếu một trong các yếu tố của gói chăm sóc không thực hiện thì trường hợp đó đánh giá là không tuân thủ gói chăm sóc. Các hoạt động triển khai gói đã tạo nên mối liên kết chặt chẽ, duy trì tỷ lệ tuân thủ cao và tỷ lệ viêm phổi tại bệnh viện HMTĐ là 0%.

Hiệu quả của việc triển khai gói chăm sóc đã làm giảm tỷ lệ VPBV trong nghiên cứu của chúng tôi với 2/3 biện pháp có ý nghĩa thống kê gồm: Nằm đầu cao 30⁰- 45⁰ và chăm sóc răng miệng.

Nghiên cứu vẫn còn nhiều hạn chế do thời gian thực hiện trong thời gian ngắn, số lượng nhân viên y tế không đủ trong việc hướng dẫn, chăm sóc người bệnh và người nhà người bệnh cũng là những điểm yếu của nghiên cứu. Tuy nhiên, tác động và hiệu quả của gói chăm sóc phòng ngừa VPBV rất có hiệu quả trong giai đoạn sau can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Việc triển khai gói chăm sóc phòng ngừa VPBV làm giảm đáng kể tỷ lệ VPBV từ 0,46% xuống 0/836. Hai biện pháp đem lại

hiệu quả trong phòng ngừa VPBV là nằm đầu cao và chăm sóc răng miệng. Kết quả này cho thấy hiệu quả của việc thực hiện đồng thời các biện pháp phòng ngừa, kết hợp giám sát và phản hồi sẽ duy trì hiệu quả giảm tỷ lệ VPBV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Quyết định số 3671/QĐ-BYT. Hướng dẫn phòng ngừa viêm phổi bệnh viện trong các cơ sở khám bệnh, 2012.
2. **Nguyễn Đình Quân**, Đánh giá sự tuân thủ và hiệu quả của gói dự phòng viêm phổi liên quan đến thở máy tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai, 2020. Luận văn thạc sỹ trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Trần Thị Thanh Thảo**, Cải tiến chất lượng phòng ngừa viêm phổi thở máy tại khoa Hồi sức tích cực Chống độc bệnh viện Nhi đồng 1 từ ngày 15/4/2019 đến ngày 15/7/2019, Báo cáo tại Hội nghị khoa học Nhkhoanăm2020, https://nhidong.org.vn/Data/bvnhidong/bvnhidong/Attachments/2020_12/4_tran_thi_thanh_thaocai_tien_chat_lu
4. **Barbier F, Andremont A, Wolff M, et al**. Hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: recent advances in epidemiology and management. *Curr Opin Pulm Med*. 2013; 19(3):216–28.
5. Aline Wolfensberger MD, Lauren Clack PhD, Stefanie von Felten PhD Prevention of non-ventilator-associated hospital-acquired pneumonia in Switzerland: a type 2 hybrid effectiveness–implementation trial. *Articles* | Volume 23, ISSUE 7, P836-846, July 2023
6. **IHI, How-to Guide: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia**, 2012. Page 5.
7. **Warren DK, Shukla SJ, Olsen MA, et al**. Outcome and attributable cost of ventilator-associated pneumonia among intensive care unit patients in a suburban medical center. *Crit Care Med*. 2003; 31(5):1312–7.

ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ CỦA TƯ VẤN DƯỢC LÂM SÀNG TRONG VIỆC SỬ DỤNG THUỐC TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN QUỐC TẾ ĐỒNG NAI THEO TIÊU CHUẨN BEERS 2019

Nguyễn Văn Cường¹, Trần Vĩnh Phát¹, Tạ Nguyễn Thảo Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của tư vấn dược lâm sàng trong việc sử dụng thuốc trên người bệnh (NB) từ 65 tuổi trở lên dựa trên tiêu chuẩn Beers cập nhật năm 2019.

Phương pháp: Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu ở 2 giai đoạn (GD): trước can thiệp bao gồm 380 hồ sơ bệnh án nội trú của khoa nội trong giai đoạn 01/04/2019-30/09/2019 (GD1) và sau can thiệp 01/05/2023-31/09/2023, 128 hồ sơ bệnh án được chọn (GD2). Hình thức can thiệp: ban hành hướng dẫn khuyến cáo và tư vấn cho bác sĩ.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh có đơn thuốc PIM giảm so với GD1 tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ lần lượt là 50,8% và 43,0%. Tỷ lệ đơn thuốc có sử dụng thuốc không phù hợp với người cao tuổi (PIM) trong GD2 thấp hơn GD1, lần lượt là 16,5% và 21,3% ($p=0,007$). Tỷ lệ đơn thuốc có tương tác thuốc – thuốc (DDI) giảm so với GD1 với tỷ lệ lần lượt là 2,6% và 0,0% ($p < 0,001$). Tần suất sử dụng một số thuốc PIM và DDI thường gặp trong GD1 giảm trong GD2 như là: Diazepam, Metoclopramid, Digoxin, tương tác hệ renin angiotensin ($p < 0,05$).

Kết luận: Tư vấn dược lâm sàng giúp giảm tỷ lệ sử dụng thuốc không phù hợp với người bệnh lớn tuổi.

Từ khóa: Tiêu chuẩn Beer, sử dụng thuốc ở người cao tuổi, tư vấn dược lâm sàng, Bệnh viện Hoàn Mỹ Đồng Nai.

SUMMARY

EVALUATION OF THE ROLE OF CLINICAL PHARMACY CONSULTATION IN MEDICATION USE IN ELDERLY INPATIENTS AT DONG NAI INTERNATIONAL HOSPITAL ACCORDING TO THE 2019 BEERS CRITERIA

Objectives: To evaluate the effectiveness of clinical pharmacy consultation on medication use in patients aged 65 and over based on the updated 2019 Beers Criteria.

Method: This was a retrospective cohort study conducted in two phases (GD): before and after an intervention. Phase 1 (GD1): Included 380 inpatient medical records from the Internal Medicine department between April 1, 2019, and September 30, 2019. Phase 2 (GD2): Included 128 selected inpatient medical records from May 1, 2023, to September 31, 2023. The intervention consisted of issuing guidelines, recommendations, and providing consultations to physicians.

Results: The proportion of patients with PIM prescriptions decreased compared to Phase 1 but was not statistically significant with rates of 50.8% and 43.0%, respectively. The proportion of prescriptions with medication inappropriate for the elderly (PIM) in phase 2 was lower than in phase 1, at 16.5% and 21.3%, respectively

¹Bệnh viện Hoàn Mỹ Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Cường

ĐT: 0359850141

Email: cuongnv@bvquocdongnai.com.

Ngày nhận bài: 21/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 29/10/2024

Ngày duyệt bài: 31/10/2024

($p=0.007$). The proportion of prescriptions with drug-drug interactions (DDI) decreased compared to phase 1 with rates of 2.6% and 0.0%, respectively ($p < 0.001$). The frequency of some common PIMs and DDIs in Phase 1 decreased in Phase 2, such as Diazepam, Metoclopramide, Digoxin and renin-angiotensin system interaction ($p < 0.05$).

Conclusion: Clinical pharmacy consultation helps to reduce the rate of inappropriate medication use in elderly patients.

Keywords: Beers Criteria, medication use in the elderly, clinical pharmacy consultation, Hoan My Dong Nai Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Liên Hiệp Quốc, tỷ lệ người cao tuổi trên thế giới ngày càng tăng. Tỷ lệ người cao tuổi từ 10% năm 1998 và được dự báo sẽ tăng lên khoảng 15% vào năm 2025 [1]. Đặc biệt các nước đang phát triển là nơi có tỷ lệ người cao tuổi tăng cao nhất và nhanh nhất. Các quá trình sinh lý của người cao tuổi thay đổi nhiều so với người trẻ dẫn đến sự thay đổi về dược động và dược lực của thuốc [2]. Vì vậy, NB lớn tuổi già yếu đặc biệt có sự nhạy cảm đối với những phản ứng có hại xảy ra do thuốc bởi vì họ thường phải sử dụng nhiều loại thuốc và khả năng duy trì sự cân bằng trong cơ thể bị suy giảm. Nhiều nghiên cứu cho thấy, chi phí tiêu tốn vào việc sử dụng những thuốc có khả năng không phù hợp (Potentially Inappropriate Medications-PIM) là một con số khá lớn. Nhiều nghiên cứu trên thế giới, đã có những phương pháp nhằm làm giảm tỷ lệ kê đơn PIM, trong đó có bao gồm tư vấn của dược sĩ lâm sàng. Hiện tại bệnh viện Hoàn Mỹ Đồng Nai, chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả của việc tư

vấn dược lâm sàng lên tình hình sử dụng thuốc của người cao tuổi. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài: **“Đánh giá vai trò của tư vấn dược lâm sàng trong việc sử dụng thuốc trên bệnh nhân cao tuổi điều trị nội trú tại bệnh viện quốc tế Đồng Nai theo tiêu chuẩn beers 2019”**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh từ 65 tuổi trở lên có thời gian xuất viện của khoa Nội, Bệnh viện Hoàn Mỹ Đồng Nai.

Tiêu chí lựa chọn: Hồ sơ bệnh án của người bệnh từ 65 tuổi trở lên có thời gian xuất viện của khoa Nội, Bệnh viện Hoàn Mỹ Đồng Nai từ 01/04/2020- 30/09/2020 (GD1); từ 01/05/2023-31/09/2023 (GD2), được kê ít nhất 1 đơn thuốc trong thời gian nằm viện.

Tiêu chuẩn loại trừ: NB không có đầy đủ các thông tin về thuốc điều trị.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ 01/04/2020-30/09/2020 (GD1); từ 01/05/2023-31/09/2023 (GD2).

Địa điểm nghiên cứu tại Khoa Nội, Bệnh viện Hoàn Mỹ Đồng Nai.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Công thức tính cỡ mẫu để so sánh 2 tỷ lệ (trong nghiên cứu sẽ so sánh tỷ lệ NB được kê đơn PIM giữa 2 nhóm can thiệp và nhóm không can thiệp):

$$n = \frac{\left(z_{\alpha/2} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right)^2}{\Delta^2}$$

Theo nghiên cứu giai đoạn 1 của chúng tôi cho thấy có 50,8% NB có PIM. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng kết quả trên để tính cỡ mẫu với mong muốn sau khi

can thiệp sẽ giảm tỷ lệ NB có PIM xuống còn 30%. Sai sót là $\alpha=0,01$ và $\text{power} = 0,80$.

Với $\alpha=0,01$ thì $z_{\alpha/2} = 2,57$. Với $\text{power} = 0,80$ thì $z_{\beta} = 0,842$. $\Delta=0,462-0,30=0,162$.

$\bar{P} = (0,508+ 0,3)/2 = 0,404$. Vậy số lượng NB cần thiết theo công thức trên là:

$$n = \frac{(2,57\sqrt{2 \times 0,404 \times 0,596} + 0,842\sqrt{0,508 \times 0,492 + 0,3 \times 0,7})^2}{0,162^2} = 128$$

Vậy chúng tôi chọn cỡ mẫu tối thiểu là 128 hồ sơ bệnh án của NB mỗi nhóm. Thực tế thu thập trong giai đoạn 1 là 380 hồ sơ và giai đoạn 2 là 128 hồ sơ.

Thiết kế nghiên cứu: Đoàn hệ hồi cứu.

Phương pháp thu thập dữ liệu

Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu với 2 giai đoạn:

Giai đoạn 1: từ 01/04/2019-30/09/2019.

Giai đoạn 2: từ 01/05/2023-31/09/2023.

Hình thức can thiệp: Dược sĩ can thiệp bằng cách:

Soạn thảo khuyến cáo sử dụng thuốc/nhóm thuốc trên bệnh nhân lớn tuổi theo tiêu chuẩn Beers 2019. Các tờ thông tin này giúp bác sĩ tra cứu thông tin thuốc thuận tiện hơn.

Tư vấn trực tiếp với bác sĩ về sử dụng thuốc hợp lý cho NB trong quá trình kiểm duyệt y lệnh thuốc.

Tiêu chuẩn đánh giá sử dụng thuốc:

Chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn Beers 2019 để đánh giá việc kê đơn các PIM. Nghiên cứu sử dụng 4 trong 5 bảng của tiêu chuẩn Beers 2019 bao gồm các bảng: Các thuốc không phù hợp (PIM) khi sử dụng trên người cao tuổi, các thuốc PIM khi sử dụng trên người cao tuổi có bệnh/triệu chứng nhất định

do tương tác thuốc-bệnh có thể làm trầm trọng hơn tình trạng của NB, các tương tác thuốc cần tránh ở người cao tuổi, các thuốc cần tránh hoặc giảm liều dựa vào chức năng thận ở người cao tuổi. Chúng tôi không sử dụng bảng: các PIM cần sử dụng thận trọng ở người cao tuổi.

Mục tiêu nghiên cứu:

So sánh tỷ lệ NB được kê đơn PIM trước và sau tư vấn với tiêu chuẩn Beers 2019.

So sánh tỷ lệ đơn thuốc có PIM trước và sau tư vấn với tiêu chuẩn Beers 2019.

So sánh tần suất của một số PIM trước và sau tư vấn theo tiêu chuẩn Beer 2019.

Định nghĩa các biến trong nghiên cứu

Đơn thuốc được định nghĩa là tất cả thuốc được kê dùng trong 1 ngày nằm viện của NB.

Đơn thuốc có PIM là đơn có ít nhất một PIM theo tiêu chuẩn Beers 2019.

NB có PIM là NB được kê toa ít nhất 1 PIM theo tiêu chuẩn Beers 2019 trong toàn bộ thời gian nằm viện.

Phương pháp thống kê

Dùng thống kê mô tả để tính phân bố NB theo tuổi, giới, các bệnh lý mắc kèm. Tỷ lệ NB được kê toa PIM, tỷ lệ số toa PIM trên 1 NB. Dùng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher's Exact test để so sánh tỷ lệ giữa hai nhóm độc lập. Dùng phép kiểm t-test hoặc Mann-Whitney để so sánh số trung bình giữa hai nhóm độc lập. Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm người bệnh trong mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		Số NB n(%)		P
		GD1 (N = 380)	GD2 (N = 128)	
Tuổi (Trung bình \pm SD)		75,2 \pm 7,9	74,7 \pm 7,4	0,43
Nam giới		123 (32,4)	45 (35,2)	0,56
Số ngày nằm viện	1 - 7	283 (74,5%)	101 (78,9%)	0,31
	8 - 14	85 (22,4%)	26 (20,3%)	0,63
	15 - 28	12 (3,2%)	1 (0,8%)	0,14
Độ thanh thải Creatinin ước tính (CrCL)	\geq 90 ml/phút	47 (13,6%)	5 (4,4%)	<0,01
	60 - 89 ml/phút	134 (38,8%)	28 (24,6%)	<0,01
	45 - 59 ml/phút	84 (24,3%)	35 (30,7%)	0,23
	30 - 44 ml/phút	59 (17,1%)	30 (26,3%)	0,04
	15 - 29 ml/phút	19 (5,5%)	12 (10,5%)	0,07
Chức năng gan	< 15 ml/phút	2 (0,6%)	4 (3,5%)	0,02
	AST và ALT <3ULN	297 (94,3%)	70 (98,6%)	0,13
	AST và/hoặc ALT \geq 3ULN	18 (5,7%)	1 (1,4%)	0,13
Bệnh lý	Tăng huyết áp	271 (71,3%)	101 (78,9%)	0,09
	Bệnh thực quản, dạ dày, tá tràng	237 (62,4%)	101 (78,9%)	<0,01
	Đái tháo đường	135 (35,5%)	45 (35,1%)	0,94
	Bệnh tim thiếu máu cục bộ	105 (27,6%)	42 (32,8%)	0,26
	Nhiễm trùng đường hô hấp dưới	86 (22,6%)	37 (28,9%)	0,15
	Rối loạn tiền đình	76 (20%)	21 (16,4%)	0,37
	Bệnh đường hô hấp dưới mạn tính	57 (15,0%)	12 (9,4%)	0,11
Rối loạn tiêu hóa	57 (15,0%)	45 (35,2%)	<0,01	

SD (standard deviation): Độ lệch chuẩn, AST: Aspartate aminotransferase, ALT: Alanine aminotransferase, ULN (Upper Limit) Giới hạn trên.

Nhận xét: Đặc điểm chung của NB trong mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới tính, số ngày nằm viện, chức năng gan, nhóm bệnh không có sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p>0,05$). Ghi nhận có sự khác biệt về độ thanh thải creatinin giữa 2 nhóm ($p<0,05$) và gia tăng đáng kể tỷ lệ mắc bệnh đường tiêu hóa ở GD2 (chủ yếu là bệnh thực quản, dạ dày, tá tràng và rối loạn tiêu hóa) ($p<0,01$).

3.2. So sánh tỷ lệ NB có PIM trước và sau tư vấn

Bảng 2. Tỷ lệ NB có PIM trước và sau tư vấn

	Số NB n(%)		P
	GD1 (N=380)	GD2 (N=128)	
Không có PIM	187 (49,2%)	73 (57,0%)	0,126
Có PIM	193 (50,8%)	55 (43,0%)	

Nhận xét: Kết quả tỷ lệ NB có PIM ở hai giai đoạn trước và sau tư vấn theo tiêu chuẩn Beers 2019 được trình bày trong Bảng 2. Tỷ lệ NB không dùng PIM ở sau tư vấn cao hơn so với tỷ lệ NB không dùng PIM trước tư

vấn. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$).

3.3. So sánh tỷ lệ đơn thuốc có PIM trước và sau tư vấn

Bảng 3. Tỷ lệ đơn thuốc có PIM trước và sau tư vấn

Loại PIM	Số đơn n(%)		P
	GD1 (N=2018)	GD2 (N=702)	
Có thuốc PIM	430 (21,3%)	116 (16,5%)	0,007
Tương tác bệnh – thuốc	2 (0,1%)	2 (0,3%)	-
Tương tác thuốc – thuốc	53 (2,6%)	0 (0,0%)	<0,001
Chức năng thận – thuốc	17 (0,8%)	4 (0,6%)	0,478
Mọi loại PIM	473 (23,4%)	121 (17,2%)	0,001

Nhận xét: Kết quả tỷ lệ đơn thuốc có PIM ở hai giai đoạn trước và sau tư vấn theo tiêu chuẩn Beers 2019 được trình bày trong bảng Bảng 3. Tỷ lệ đơn thuốc có PIM trong giai đoạn 2 giảm so với giai đoạn 1 với tỷ lệ tương ứng 17,2% và 23,4% ($p = 0,001$).

Trong đó, PIM do tương tác thuốc và thuốc PIM giảm có ý nghĩa thống kê sau khi can thiệp ($p=0,000$ và $p = 0,007$).

3.4. So sánh số loại PIM trung bình trước và sau tư vấn

Bảng 4. Số loại PIM trung bình trước và sau tư vấn

	Số loại PIM (trung bình±SD)		P
	GD1 (N=380)	GD2 (N=128)	
Tất cả NB	0,69 ± 0,84	0,51 ± 0,65	0,012
NB có ít nhất 1 PIM	1,36 ± 0,69	1,18 ± 0,43	0,024

Nhận xét: Kết quả số loại PIM trung bình trên mỗi NB ở hai giai đoạn trước và sau tư vấn theo tiêu chuẩn Beers 2019 được trình bày trong Bảng 4. Trong giai đoạn 2 số loại PIM trung bình trên NB giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.5. So sánh tần suất các PIM trước và sau tư vấn

Bảng 5. Tần suất của một số PIM trước và sau tư vấn

Loại PIM	Số đơn n(%)		P
	GD1 (N=2018)	GD2 (N=702)	
Diazepam	252 (12,5%)	7 (1%)	<0,001
Metoclopramid	133 (6,6%)	88 (12,5%)	<0,001
Methyl dopa	26 (1,3%)	14 (2%)	0,180
Clopheniramin	17 (0,8%)	12 (1,7%)	0,054
Digoxin	12 (0,6%)	0 (0%)	0,044
Amitriptilin	6 (0,3%)	6 (0,9%)	0,09
Amiodaron	4 (0,2%)	0 (0%)	0,578

Nifedipin	4 (0,2%)	0 (0%)	0,578
NSAID	2 (0,1%)	1 (0,1%)	1,000
Glimepirid	3 (0,1%)	0 (0%)	0,574
Atropin	1 (0,0%)	0 (0,0%)	0,555
Tiền sử té ngã – Diazepam	2 (0,1%)	0 (0%)	1,000
Chẹn alpha 1 ngoại biên – Lợi tiểu quai	3 (0,1%)	0 (0%)	0,574
≥3 thuốc trên hệ thần kinh	8 (0,4%)	0 (0%)	0,123
Anticholinergic – Anticholinergic	4 (0,2%)	0 (0%)	0,578
Opioid – Pregabalin/Gabapentin	4 (0,2%)	0 (0%)	0,578
Opioid – Benzodiazepin	11 (0,5%)	0 (0%)	0,077
RAS – RAS	28 (1,4%)	0 (0%)	0,002
Spironolacton (ClCr <30 ml)	12 (0,6%)	4 (0,6%)	1,000
Ciprofloxacin (ClCr <30 ml)	4 (0,2%)	0 (0%)	0,578

RAS (Renin-angiotensin system): Hệ renin - angiotensin, RAS - RAS: Tương tác trên hệ Renin – angiotensin

Nhận xét: So sánh tần suất sử dụng của một số PIM có tần suất sử dụng cao trước và sau tư vấn, kết quả được trình bày trong Bảng 5. Kết quả cho thấy, tần suất sử dụng của diazepam, digoxin, tương tác RAS-RAS

sau tư vấn thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với tần suất sử dụng ở giai đoạn trước tư vấn ($p < 0,05$). Tuy nhiên có sự gia tăng về tỷ lệ đơn thuốc có PIM là Metoclopramid, có khả năng do tỷ lệ NB có bệnh lý dạ dày tá tràng tăng có ý nghĩa thống kê trong giai đoạn 2.

3.6. So sánh số lượng thuốc trong đơn trước và sau tư vấn

Bảng 6. Số loại thuốc trung bình trước và sau tư vấn

	Số loại thuốc (trung bình ± SD)		P
	GD1 (N=2018)	GD2 (N=702)	
Tất cả NB	8,13 ± 3,02	9,00 ± 3,81	0,100

Nhận xét: Trong giai đoạn 2 ghi nhận có sự gia tăng số loại thuốc trung bình được kê trong một đơn nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình trong theo nghiên cứu của chúng tôi trong cả 2 giai đoạn (GD1: 75,2 ± 7,9, GD2: 74,7 ± 7,4) cũng tương đồng với một số nghiên cứu khác tại Mỹ (Abdelwahed AA. và cộng sự [3]), và cao hơn so với một nghiên cứu tại Việt Nam (2014) của tác giả Nguyễn Thị Đoàn Trang [4].

Hầu hết các NB nằm viện trong khoảng thời gian từ 1-7 ngày (GD1: 74,5%, GD2: 78,9%), số lượng NB nằm viện trong khoảng thời gian từ 8 ngày trở lên chiếm tỷ lệ đáng kể (GD1: 25,6%, GD2: 21,1%). Theo một số nghiên cứu thì số ngày nằm viện có ảnh hưởng đến tỷ lệ NB được kê đơn PIM [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi số ngày nằm viện của 2 nhóm không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Trong giai đoạn 2 chúng tôi ghi nhận sự gia tăng đáng kể lượng NB có độ thanh thải creatinin ở mức độ CrCL: 30-44 ml/phút và < 15 ml/phút ($p < 0,05$). Vì chức năng thận

của NB ảnh hưởng đến sự đào thải của thuốc do đó từ bản cập nhật 2015, tiêu chuẩn Beers 2019 đã thêm danh sách các thuốc cần hiệu chỉnh liều trên NB suy thận. Việc gia tăng tỷ lệ NB có chức năng thận giảm từ trung bình tới nặng cho thấy việc theo dõi chức năng thận và hiệu chỉnh liều thuốc là rất cần thiết, đặc biệt là những thuốc được đào thải qua thận và các thuốc trong bảng tiêu chuẩn Beers.

Tỷ lệ NB có PIM trong giai đoạn can thiệp có giảm nhưng chưa có ý nghĩa thống kê (GD1: 50,8%, GD2: 43,0%, $P = 0,126$). Tuy nhiên, tỷ lệ đơn thuốc có PIM, trong giai đoạn 2 tỷ lệ đơn có PIM giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) cụ thể GD1: 23,4%, GD2: 17,2%, $p = 0,001$; đặc biệt là loại PIM thuộc danh mục tương tác thuốc – thuốc và danh mục thuốc không phù hợp theo tiêu chuẩn Beers 2019. Điều này có thể do bác sĩ trì hoãn thực hiện theo sự tư vấn của dược sĩ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Khera và cộng sự, không ghi nhận giảm tỷ lệ NB có PIM.[6] Nghiên cứu của chúng tôi và của nhóm tác giả Khera, không thực hiện yếu tố ảnh hưởng đến việc thực hiện tư vấn của dược sĩ. Tuy nhiên, nghiên cứu của tác giả Kwint và cộng sự cho thấy việc thực hiện khuyến cáo của dược sĩ tăng lên khi bác sĩ và dược sĩ làm việc chung một khoa lâm sàng, điều này giúp tăng cường hợp tác và tin tưởng lẫn nhau về kiến thức và kỹ năng [7].

Tương tự như chúng tôi, nghiên cứu của tác giả Gutiérrez cho thấy dược sĩ kiểm tra toàn diện hồ sơ bệnh án làm giảm có ý nghĩa tỷ lệ NB có đơn PIM khi xuất viện so với lúc nhập viện ($p < 0,001$) [8]. Tuy nhiên, hoạt động kiểm duyệt y lệnh và tư vấn trực tiếp cho bác sĩ tại bệnh viện chúng tôi bị gián đoạn vào giờ trực và ngày chủ nhật nên các

đơn thuốc được kê trong thời gian này không được kiểm duyệt toàn diện bởi dược sĩ lâm sàng. Điều này cũng có thể là lý do dẫn đến một số đơn thuốc PIM không được ngăn chặn bởi dược sĩ lâm sàng.

Nghiên cứu tác giả Tác giả Wessell AM và cộng sự đã thực hiện can thiệp tại Mỹ năm (2008) dựa trên tiêu chuẩn Beers 1997. Nhóm nghiên cứu đã thực hiện can thiệp trên 99 đơn vị y tế trong 4 năm, các nhân viên y tế tham gia nghiên cứu được cung cấp các bảng thông tin về các PIM và được kiểm tra kiến thức theo định kỳ. Kết quả sau can thiệp cho thấy tỷ lệ NB được kê đơn PIM giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) [9]. Nghiên cứu này khác với nghiên cứu chúng tôi ở hình thức can thiệp bằng đào tạo kết hợp với kiểm tra kiến thức định kỳ. Có thể do cách can thiệp của chúng tôi chỉ thực hiện ban hành các thông tin khuyến cáo không được kết hợp với kiểm tra kiến thức dẫn đến các bác sĩ chưa chủ động phòng tránh kê đơn PIM. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng phần nào cho thấy hiệu quả của tư vấn dược lâm sàng trong việc giảm tỷ lệ kê đơn PIM.

Số loại PIM trung bình trên 1 NB giảm có ý nghĩa thống kê trong giai đoạn can thiệp khi xét trên toàn bộ NB và trên NB có ít nhất 1 đơn thuốc PIM. Số loại PIM trung bình trên toàn bộ NB (GD1: $0,69 \pm 0,84$, GD2: $0,51 \pm 0,65$, $P = 0,012$). Số lượng PIM trung bình trên NB có ít nhất 1 đơn thuốc PIM (GD1: $1,36 \pm 0,69$, GD2: $1,18 \pm 0,43$, $P = 0,024$). Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của tác giả Khera sử dụng tiêu chuẩn Beers 2015 và STOPP 2, số loại PIM sau khi có sự kiểm tra của dược sĩ giảm có ý nghĩa ($p = 0,006$) ở cả 2 nhóm mẫu chung và trên NB chỉ có ít nhất 1 đơn thuốc PIM [6]. Ngoài ra, theo nghiên cứu của tác giả Llic D và cộng sự năm 2015 (Serbia)

cho thấy trung bình số lượng PIM trước khi triển khai chương trình giáo dục cho nhân viên y tế về tiêu chuẩn Beers 2012 cao hơn có ý nghĩa so với trung bình số lượng PIM sau khi triển khai ($p < 0,001$) [10].

Các loại PIM phổ biến được ghi nhận trong giai đoạn 1 có giảm có ý nghĩa thống kê trong giai đoạn 2, bao gồm Diazepam (GD1: 12,5%, GD2: 1% , $P < 0,001$), Digoxin (GD1: 0,6%, GD2: 0%, $P = 0,044$), tương tác RAS – RAS (GD1:1,4%, GD2: 0%, $P = 0,002$). Tuy nhiên chúng tôi ghi nhận tăng tỷ lệ đơn PIM do Metoclopramid (GD1:6,6%, GD2: 12,5%, $P < 0,001$). Metoclopramid là thuốc thường dùng để giảm triệu chứng nôn và buồn nôn. Đây là PIM phổ biến đứng thứ 2 trong nghiên cứu trước đó của chúng tôi. Tương tự, theo khảo sát của tác giả Asma A.A. và cộng sự cũng ghi nhận Metoclopramid là thuốc PIM thường gặp đứng thứ 2 với tỷ lệ 12.05% [3]. Việc tăng tỷ lệ sử dụng Metoclopramid có thể do nhóm bệnh lý về thực quản, dạ dày tá tràng tăng trong có ý nghĩa trong GD2 với tỷ lệ lần lượt là 62,4% và 78,9%, $P < 0,01$.

Trong nghiên cứu trước đó của chúng tôi ghi nhận, việc kê đơn nhiều thuốc làm tăng tỷ lệ kê đơn PIM với $OR = 1,135$ (KTC = 1,074 – 1,119; $p < 0,001$). Các nghiên cứu của tác giả khác cũng ghi nhận yếu tố liên quan này như nghiên cứu của tác giả Huang Y, với $OR = 1,108$ (KTC = 1,044 – 1,176; $P = 0,001$) [11] và nghiên cứu của Vũ Thị Xuân tỷ lệ NB sử dụng < 5 thuốc tỷ lệ kê đơn PIM sẽ thấp hơn so với NB sử dụng ≥ 10 thuốc với $OR = 0,101$ (KTC = 0,026 – 0,391; $P = 0,001$) [12]. Điều này cho thấy mối quan hệ chặt chẽ giữa tỷ lệ kê đơn PIM và số lượng thuốc trong đơn. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu chúng tôi thu được sự tư vấn của dược sĩ không làm giảm số lượng thuốc kê

đơn, cụ thể trung bình số lượng thuốc trong đơn của trước can thiệp và sau can thiệp lần lượt là $8,13 \pm 3,02$ và $9,00 \pm 3,81$ ($P = 0,1$). Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của tác giả Chan và cộng sự năm 2018 cho thấy sự can thiệp của dược sĩ không làm giảm số lượng thuốc kê đơn trong toa xuất viện với số lượng thuốc trung bình trước và sau khi can thiệp là $8,7 \pm 3,3$ và $9,3 \pm 3,7$, $P = 0,3$. Đồng thời tỷ lệ NB sử dụng trên 5 thuốc trở lên cũng không có sự khác nhau giữa trước và sau can thiệp với tỷ lệ lần lượt là 51%, 50%, $P = 0,67$. [13]

V. KẾT LUẬN

Hoạt động của dược sĩ lâm sàng trong thông tin thuốc và tư vấn trực tiếp với bác sĩ thông qua kiểm duyệt y lệnh giúp làm giảm tỷ lệ đơn thuốc có PIM theo tiêu chuẩn Beers 2019. Tuy nhiên, không làm giảm số lượng thuốc trong đơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Liên Hiệp Quốc**. Triển vọng dân số thế giới. 2006
2. **Bộ Y tế**. Dược Lâm Sàng. NXB Y học Hà Nội; 2006:153-161.
3. **Abdelwahed AA, El-Dahiyat F, Aljawamis D, Al Ajimi J, Bin Rafeea KJ**. Potentially inappropriate medications in older adults according to Beers criteria 2019: Prevalence and risk factors. *Int J Clin Pract*. 2021;75(11):e14715. doi:10.1111/ijcp.14715.
4. **Nguyễn Ngọc Đoàn T**. Đánh giá thực trạng sử dụng thuốc trên BN cao tuổi tại BV hữu nghị Việt Nam-Cu Ba Đồng Hới. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Dược học. Đại học Dược Hà Nội. 2014.
5. **Nguyễn Lưu Thùy D**. Khảo sát việc sử dụng thuốc cho BN từ 65 tuổi trở lên tại BV Thống Nhất-Thành Phố Hồ Chí Minh theo

- tiêu chuẩn Beers. Luận văn tốt nghiệp dược sĩ đại học. Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh. 2012.
6. **Khera S, Abbasi M, Dabravolskaj J, Sadowski CA, Yua H, Chevalier B.** Appropriateness of Medications in Older Adults Living With Frailty: Impact of a Pharmacist-Led Structured Medication Review Process in Primary Care. *J Prim Care Community Health*. 2019 Jan-Dec;
 7. **Kwint HF, Bermingham L, Faber A, Gussekloo J, Bouvy ML.** The relationship between the extent of collaboration of general practitioners and pharmacists and the implementation of recommendations arising from medication review: a systematic review. *Drugs Aging*. 2013;30:91-102.
 8. **Gutiérrez-Valencia M, Izquierdo M, Beobide-Telleria I, et al.** Medicine optimization strategy in an acute geriatric unit: The pharmacist in the geriatric team. *Geriatr Gerontol Int*. 2019;19(6):530-536. doi:10.1111/ggi.13659
 9. **Wessell AM, Nietert PJ, Jenkins RG, Nemeth LS, Ornstein SM.** Inappropriate medication use in the elderly: results from a quality improvement project in 99 primary care practices. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2008;6(1): 21-27. doi:10.1016/j.amjopharm.2008.02.001.
 10. **Ilić D, Bukumirić Z, Janković S.** Impact of educational intervention on prescribing inappropriate medication to elderly nursing homes residents. *Srp Arh Celok Lek*. 2015;143(3-4): 174-179. doi:10.2298/sarh1504174i
 11. **Huang Y, Zhang L, Huang X, Liu K, Yu Y, Xiao J.** Potentially inappropriate medications in Chinese community-dwelling older adults. *Int J Clin Pharm*. 2020;42(2): 598-603. doi:10.1007/s11096-020-00980-y
 12. **Vũ Thị X.** Khảo sát tình hình sử dụng thuốc và đánh giá vai trò của tư vấn dược lâm sàng trong việc sử dụng thuốc trên bệnh nhân cao tuổi theo tiêu chuẩn Beers 2015. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Dược học. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. 2016.
 13. **Chan WWT, Dahri K, Partovi N, Egan G, Yousefi V.** Evaluation of Collaborative Medication Reviews for High-Risk Older Adults. *Can J Hosp Pharm*. 2018;71(6):356-363.

KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH CỦA NGƯỜI DÂN VỀ PHÒNG CHỐNG BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT TẠI HUYỆN BẮC BÌNH, TỈNH BÌNH THUẬN NĂM 2023

Nguyễn Phúc Hoà¹, Phạm Đình Nguyên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ kiến thức và thực hành của người dân về phòng chống bệnh sốt xuất huyết (SXH) tại huyện Bắc Bình, tỉnh Bình Thuận, đồng thời phân tích các yếu tố liên quan.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 423 người dân. Dữ liệu được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp sử dụng bảng câu hỏi chuẩn hóa và phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS.

Kết quả: 70% người dân có kiến thức đúng về phòng chống SXH, nhưng chỉ 55% thực hành đúng. Các yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành bao gồm trình độ học vấn, tuổi và tiền sử mắc bệnh SXH. Kết quả cho thấy, mối liên quan giữa kiến thức đúng và thực hành tốt là đáng kể (OR = 2,81, p = 0,014).

Kết luận: Việc nâng cao truyền thông và giáo dục sức khỏe là cần thiết để cải thiện khả năng thực hành phòng chống SXH, giảm tỷ lệ mắc bệnh. Cần phải tăng cường sự hỗ trợ về nguồn lực và chiến dịch kiểm soát vector để ngăn

chặn nguy cơ bùng phát dịch bệnh trong cộng đồng.

Từ khóa: Sốt xuất huyết, kiến thức, thực hành, phòng chống, Bình Thuận.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND PRACTICES OF PEOPLE REGARDING DENGUE FEVER PREVENTION IN BAC BINH DISTRICT, BINH THUAN PROVINCE IN 2023

Objective: This study aimed to determine the knowledge and practices of people regarding dengue fever (DF) prevention in Bac Binh District, Binh Thuan Province, and analyze related factors.

Method: A cross-sectional descriptive study was conducted on 423 participants. Data was collected through direct interviews using standardized questionnaires and analyzed using SPSS software.

Results: 70% of participants had correct knowledge of DF prevention, while only 55% applied correct practices. Factors related to knowledge and practices included education level, age, and personal history of DF. The relationship between correct knowledge and good practices was statistically significant (OR = 2.81, p = 0.014).

Conclusion: Enhancing health education and communication is essential to improve dengue prevention practices and reduce the disease

¹Trung tâm Y tế Huyện Bắc Bình, Tỉnh Bình Thuận

²Bệnh viện Nhi đồng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phúc Hoà

ĐT: 0975829660

Email: bshoa1989@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 10/09/2024

Ngày duyệt bài: 31/10/2024

burden. Reinforcing community resources and vector control measures is also critical to mitigate the spread of DF.

Keywords: Dengue fever, knowledge, practice, prevention, Binh Thuan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), hàng năm trên toàn thế giới có khoảng 100 triệu ca mắc SXH, trong đó có 500.000 ca nặng cần nhập viện và khoảng 20.000 ca tử vong, chủ yếu là trẻ em và người già.⁽¹⁾

Việt Nam là quốc gia nằm trong vùng có khí hậu nhiệt đới gió mùa, với đặc điểm nóng ẩm, là môi trường lý tưởng cho muỗi sinh sản và phát triển. SXH thường bùng phát mạnh vào mùa mưa, từ tháng 4 đến tháng 10 hàng năm. Tại Việt Nam, các tỉnh thành miền Nam và miền Trung thường là những khu vực chịu ảnh hưởng nặng nề nhất, với hàng chục nghìn ca mắc và hàng trăm ca tử vong được báo cáo hàng năm.⁽²⁾

Huyện Bắc Bình, tỉnh Bình Thuận, là một trong những địa phương có tỷ lệ mắc SXH cao nhất tỉnh. Điều kiện khí hậu ẩm ướt, cùng với những thói quen sinh hoạt chưa hợp vệ sinh, như việc tích trữ nước trong các vật dụng hờ, đã tạo điều kiện thuận lợi cho muỗi sinh sản. Mặc dù đã có nhiều chiến dịch tuyên truyền phòng chống SXH được triển khai, nhưng việc kiểm soát dịch bệnh tại địa phương này vẫn còn gặp nhiều khó khăn.⁽³⁾

Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu đánh giá kiến thức và thực hành của người dân huyện Bắc Bình về phòng chống SXH, đồng thời xác định các yếu tố

liên quan để từ đó đề xuất các giải pháp can thiệp hiệu quả nhằm kiểm soát dịch bệnh, giảm tỷ lệ mắc SXH tại địa phương này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Người dân từ 18 tuổi trở lên, sinh sống tại huyện Bắc Bình, tỉnh Bình Thuận

Tiêu chuẩn chọn lựa Đối tượng nghiên cứu bao gồm những người dân từ 18 tuổi trở lên, sinh sống tại huyện Bắc Bình, có đủ năng lực tham gia và đồng ý trả lời phỏng vấn.

Tiêu chuẩn loại ra bao gồm những người không đồng ý tham gia hoặc có tình trạng sức khỏe không phù hợp để trả lời phỏng vấn.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2023.

Địa điểm nghiên cứu được thực hiện tại huyện Bắc Bình, tỉnh Bình Thuận.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn được sử dụng để đảm bảo tính đại diện của mẫu nghiên cứu. Cỡ mẫu được tính toán dựa trên công thức của nghiên cứu mô tả cắt ngang, với giả định tỷ lệ kiến thức đúng về phòng chống SXH là 50%, độ tin cậy 95%, và sai số cho phép 5%. Tổng số 423 người đã được chọn tham gia nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu này là một nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp thu thập số liệu

Dữ liệu được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi chuẩn hóa, được thiết kế dựa trên các tài liệu và nghiên cứu trước đây về kiến thức và thực hành phòng chống SXH. Bộ câu hỏi bao gồm các phần về thông tin nhân khẩu học, kiến thức về các biện pháp phòng chống SXH, và các câu hỏi liên quan đến thực hành phòng chống SXH trong cuộc sống hàng ngày.

Phương pháp thống kê

Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.0. Các phép kiểm chi bình phương được sử dụng để so sánh sự khác biệt về kiến thức và thực hành giữa các nhóm đối tượng. Phân tích hồi quy logistic được sử dụng để xác định mối liên quan giữa kiến thức và thực hành với các yếu tố nhân khẩu học như tuổi, giới tính, trình độ học vấn và tiền sử mắc bệnh SXH. Các giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

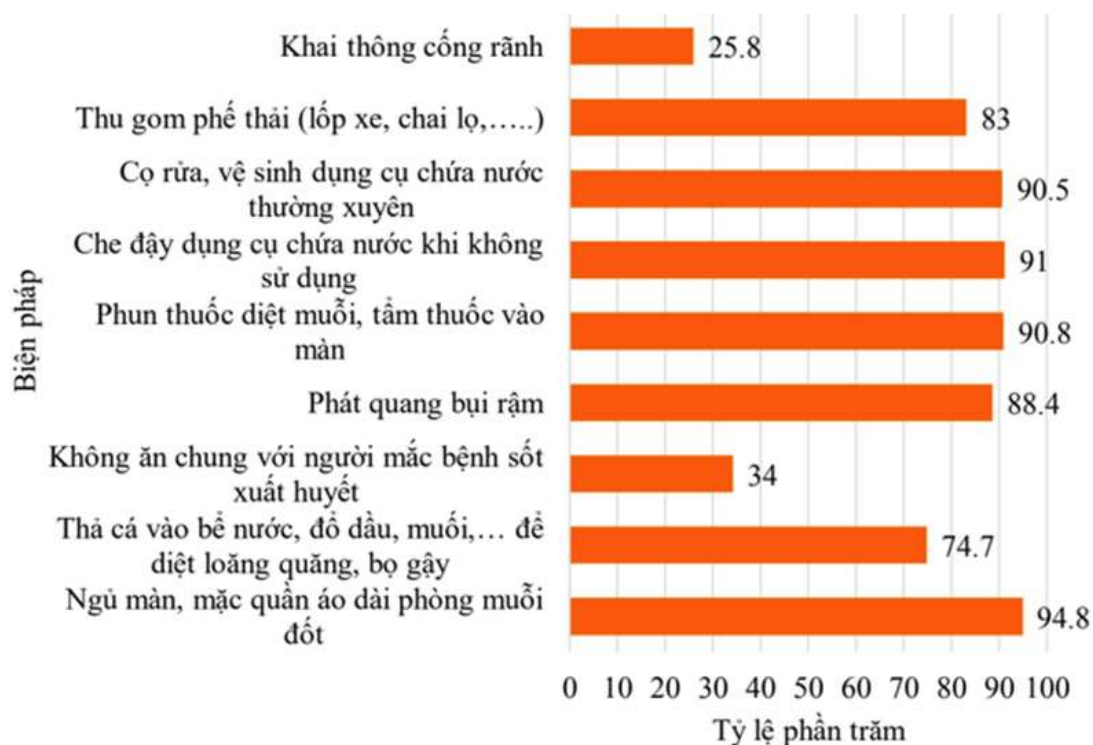
Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu (n = 423)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	204	48,2
Nữ	219	51,8
Trình độ học vấn		
Trung học cơ sở trở lên	238	56,2
Dưới trung học cơ sở	185	43,8

Nhận xét: Trong tổng số 423 người tham gia, tỷ lệ nam giới là 204 người (48,2%) và nữ giới là 219 người (51,8%). Nhóm tuổi từ 18 đến 39 chiếm tỷ lệ cao nhất với 238 người (56,2%), tiếp theo là nhóm tuổi từ 40 đến 59 với 129 người (30,5%), và nhóm ≥ 60 tuổi chỉ chiếm 13,3% với 56 người. Về trình độ học vấn, 238 người (56,2%) có trình độ trung học cơ sở trở lên, còn lại 185 người (43,8%) có trình độ dưới trung học cơ sở.

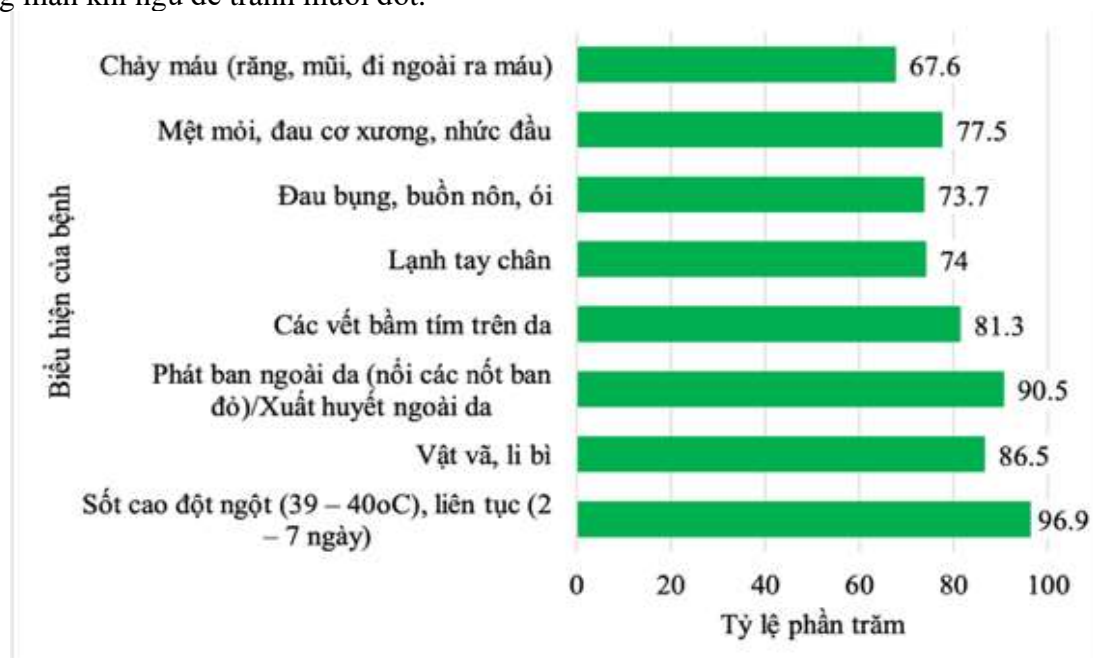
Số liệu này phản ánh đặc điểm dân số huyện Bắc Bình, với tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới và người trẻ tuổi chiếm ưu thế. Đây là nhóm đối tượng chính có khả năng tiếp cận thông tin tốt hơn và có vai trò quan trọng trong việc chăm sóc sức khỏe gia đình. Mặc dù vậy, nhóm người cao tuổi và những người có trình độ học vấn thấp vẫn cần được chú trọng trong các chiến dịch tuyên truyền phòng chống SXH.

3.2. Kiến thức về phòng chống SXH



Biểu đồ 1. Tỷ lệ kiến thức đúng về các biện pháp phòng chống SXH (n = 423)

Nhận xét: Kết quả cho thấy 70% người dân có kiến thức đúng về các biện pháp phòng chống SXH. Trong số này, 80,3% biết rằng cần dọn dẹp vệ sinh nơi ở để ngăn chặn muỗi sinh sản, 75,1% biết rằng loại bỏ nơi sinh sản của muỗi là biện pháp quan trọng, và 73,2% biết sử dụng màn khi ngủ để tránh muỗi đốt.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ kiến thức đúng về nhận biết các dấu hiệu SXH (n = 423)

Nhận xét: Kiến thức về cách nhận biết các dấu hiệu của SXH và xử trí khi mắc bệnh vẫn còn hạn chế. Chỉ có khoảng 35% người dân biết về các dấu hiệu ban đầu của SXH như sốt cao, nhức đầu, đau cơ, và phát ban. Điều này đặt ra yêu cầu cấp thiết cho các

chương trình giáo dục cộng đồng cần tập trung nhiều hơn vào việc nâng cao kiến thức về nhận diện bệnh và cách xử trí đúng cách khi bị nhiễm SXH.

3.3. Thực hành phòng chống SXH

Bảng 2. Tỷ lệ thực hành các biện pháp phòng chống SXH (n = 423)

Biện pháp	Thực hành đúng (%)	Thực hành chưa đúng (%)
Sử dụng màn khi ngủ	73,2	26,8
Dọn dẹp vệ sinh nơi ở	80,3	19,7
Loại bỏ nơi sinh sản muỗi	75,1	24,9

Nhận xét: Chỉ 55% người dân thực hiện đúng các biện pháp phòng chống SXH. Trong đó, dọn vệ sinh nơi ở được thực hiện tốt nhất với 80,3% , tiếp theo là loại bỏ nơi sinh sản của muỗi (75,1%) và sử dụng màn khi ngủ (73,2%). Mặc dù kiến thức về các biện pháp phòng chống SXH cao, nhưng chỉ

có 75,1% thực hiện biện pháp loại bỏ nơi sinh sản của muỗi. Điều này có thể là do sự thiếu hụt về nguồn lực, hoặc do các thói quen sinh hoạt khó thay đổi.

3.4. Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành

Bảng 3. Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành về phòng chống bệnh SXHD

Kiến thức	Thực hành (n,%)	p		OR (KTC 95%)
	Tốt	Không tốt		
Đạt	314 (78,5%)	86 (21,5%)		0,014
Không đạt	13 (56,5%)	10 (43,5%)		

Nhận xét: Phân tích hồi quy logistic cho thấy, người có kiến thức đúng về phòng chống SXH có khả năng thực hành tốt hơn 2,81 lần so với người không có kiến thức đúng (OR = 2,81, p = 0,014). Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nâng cao kiến thức trong việc cải thiện hành vi phòng chống SXH của người dân. Tuy nhiên, vẫn có một tỷ lệ không nhỏ những người mặc dù có kiến thức đúng nhưng chưa thực hiện đầy đủ các biện pháp phòng chống, điều này cho thấy cần có thêm các biện pháp hỗ trợ thực tế để chuyển đổi kiến thức thành hành động.

Tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới trong nghiên cứu này, phù hợp với các nghiên cứu trước đây về sức khỏe cộng đồng. Phụ nữ thường có vai trò chăm sóc gia đình và chịu trách nhiệm về việc giữ gìn vệ sinh môi trường sống, do đó họ có xu hướng tham gia nhiều hơn vào các hoạt động phòng chống dịch bệnh ⁽¹⁾. Tuy nhiên, việc nam giới ít tham gia vào các hoạt động phòng chống SXH là một vấn đề cần được xem xét. Các chiến dịch tuyên truyền nên tập trung vào việc khuyến khích nam giới tham gia tích cực hơn vào việc dọn dẹp vệ sinh, sử dụng màn chống muỗi, và bảo vệ gia đình khỏi nguy cơ lây nhiễm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Độ tuổi từ 18 đến 39 chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu này, phản ánh xu hướng tham gia tích cực của người trẻ vào các hoạt động phòng chống SXH. Điều này phù hợp với xu hướng chung trong các nghiên cứu về sức khỏe cộng đồng, khi nhóm tuổi lao động chính thường có nhận thức tốt hơn về các vấn đề sức khỏe và có khả năng tiếp cận thông tin tốt hơn. Tuy nhiên, nhóm người cao tuổi (≥ 60 tuổi) lại chiếm tỷ lệ thấp hơn (13,3%). Đây là nhóm dễ bị ảnh hưởng nặng nề nhất khi mắc SXH do hệ miễn dịch yếu, do đó cần có các chiến dịch tuyên truyền đặc biệt nhắm đến nhóm đối tượng này, đảm bảo rằng họ nhận được sự chăm sóc và hỗ trợ đầy đủ để phòng chống dịch bệnh⁽³⁾.

Trình độ học vấn cũng là một yếu tố quan trọng trong việc quyết định mức độ kiến thức và thực hành. Nghiên cứu cho thấy những người có trình độ học vấn cao hơn có xu hướng có kiến thức tốt hơn và thực hành tốt hơn về phòng chống SXH. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, cho thấy rằng giáo dục có vai trò quan trọng trong việc nâng cao nhận thức và cải thiện hành vi của người dân⁽²⁾.

4.2. Kiến thức về phòng chống SXH

Mặc dù tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về các biện pháp phòng chống SXH đạt 70%, vẫn còn nhiều người chưa nắm rõ về cách nhận biết các triệu chứng ban đầu của SXH và cách xử lý khi mắc bệnh. Đây là một lỗ hổng lớn trong việc truyền thông y tế tại địa phương. Người dân cần được trang bị thông tin chi tiết hơn về cách phát hiện sớm các dấu hiệu SXH như sốt cao, nhức đầu, đau cơ, và cách chăm sóc bệnh nhân tại nhà.

Một số nghiên cứu khác cũng cho thấy kết quả tương tự, khi người dân thường chỉ tập trung vào các biện pháp phòng ngừa muỗi đốt mà không chú ý đến việc nhận biết

và điều trị SXH sớm. Điều này có thể dẫn đến tình trạng chậm trễ trong điều trị và tăng nguy cơ biến chứng nghiêm trọng, đặc biệt là ở trẻ em và người cao tuổi⁽⁴⁾. Việc nâng cao nhận thức về các triệu chứng của SXH cần phải là một phần quan trọng trong các chiến dịch tuyên truyền y tế, để người dân có thể nhận biết sớm và xử trí kịp thời, giảm thiểu nguy cơ tử vong.

4.3. Thực hành phòng chống SXH

Kết quả cho thấy chỉ có 55% người dân thực hiện đúng các biện pháp phòng chống SXH, mặc dù tỷ lệ người có kiến thức đúng lên tới 70%. Điều này phản ánh một khoảng cách lớn giữa kiến thức và thực hành, điều đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu về y tế công cộng. Một số yếu tố có thể lý giải cho sự chênh lệch này bao gồm sự thiếu hụt nguồn lực, thiếu sự hỗ trợ từ cộng đồng và các yếu tố văn hóa, kinh tế. Người dân có thể hiểu rõ về các biện pháp phòng chống, nhưng việc thực hiện các biện pháp này trong thực tế lại gặp nhiều khó khăn do điều kiện kinh tế hạn chế hoặc do các thói quen sinh hoạt khó thay đổi.

Ngoài ra, tỷ lệ sử dụng màn khi ngủ chỉ đạt 73,2%, trong khi đây là một biện pháp đơn giản và hiệu quả nhất để ngăn chặn muỗi đốt, đặc biệt là vào ban đêm khi muỗi hoạt động mạnh nhất. Điều này cho thấy cần phải có thêm các chương trình khuyến khích và hỗ trợ việc sử dụng màn chống muỗi trong cộng đồng. Việc cung cấp miễn phí màn chống muỗi cho các hộ gia đình có hoàn cảnh khó khăn có thể là một giải pháp hiệu quả để nâng cao tỷ lệ thực hiện biện pháp này.

Một vấn đề khác là việc loại bỏ nơi sinh sản của muỗi cũng chưa được thực hiện đúng đắn ở nhiều hộ gia đình. Mặc dù người dân biết rằng việc loại bỏ nước đọng là cần thiết,

nhưng việc duy trì các biện pháp này thường xuyên lại gặp nhiều khó khăn, đặc biệt là trong mùa mưa khi nước dễ tích tụ trong các dụng cụ, đồ dùng ngoài trời. Các chương trình cộng đồng nên tập trung vào việc giáo dục người dân về tầm quan trọng của việc kiểm tra và dọn dẹp các vật dụng chứa nước thường xuyên, đặc biệt là trong mùa dịch.

4.4. Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành

Kết quả hồi quy logistic cho thấy mối quan hệ rõ ràng giữa kiến thức và thực hành phòng chống SXH, với những người có kiến thức đúng có khả năng thực hành tốt hơn 2,81 lần. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nâng cao kiến thức trong cộng đồng. Tuy nhiên, việc chỉ cung cấp kiến thức không đủ để đảm bảo rằng người dân sẽ thực hiện đúng các biện pháp phòng chống. Cần phải có thêm các biện pháp hỗ trợ từ cộng đồng, chẳng hạn như cung cấp các vật tư cần thiết (màn chống muỗi, thuốc diệt muỗi), tổ chức các hoạt động vệ sinh môi trường định kỳ, và tăng cường giám sát việc thực hiện các biện pháp phòng chống tại cấp độ cộng đồng.

Một yếu tố quan trọng khác cần được xem xét là các rào cản về kinh tế và văn hóa. Trong nhiều trường hợp, người dân hiểu biết về các biện pháp phòng chống nhưng không đủ khả năng tài chính để thực hiện, hoặc có những thói quen sinh hoạt không dễ thay đổi. Các chương trình can thiệp cần phải linh hoạt, phù hợp với hoàn cảnh kinh tế, xã hội của từng địa phương, và phải đảm bảo rằng mọi người dân đều có điều kiện để thực hiện các biện pháp phòng chống SXH.

Để cải thiện tình hình phòng chống SXH tại huyện Bắc Bình, cần tập trung vào một số giải pháp chính sau:

Tăng cường chiến dịch truyền thông và giáo dục sức khỏe: Các chiến dịch này cần đặc biệt tập trung vào việc nâng cao kiến thức về các biện pháp nhận biết sớm triệu chứng SXH và cách xử trí đúng cách khi mắc bệnh. Đồng thời, cần cung cấp thông tin đầy đủ về các biện pháp phòng ngừa muỗi đốt và cách loại bỏ nơi sinh sản của muỗi.

Cung cấp nguồn lực vật tư y tế: Để đảm bảo người dân có thể thực hiện đầy đủ các biện pháp phòng chống SXH, cần cung cấp miễn phí các vật dụng như màn chống muỗi, thuốc diệt muỗi, và tổ chức các hoạt động vệ sinh cộng đồng thường xuyên. Các hộ gia đình khó khăn cần được hỗ trợ đặc biệt để đảm bảo rằng họ có đủ điều kiện thực hiện các biện pháp phòng chống.

Giám sát và hỗ trợ từ cấp cộng đồng: Các cơ quan y tế cần tăng cường giám sát việc thực hiện các biện pháp phòng chống SXH tại các khu vực có nguy cơ cao, đồng thời tổ chức các hoạt động vệ sinh môi trường định kỳ tại các khu dân cư. Sự tham gia của cộng đồng trong việc giám sát và hỗ trợ lẫn nhau sẽ đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo hiệu quả của các biện pháp phòng chống.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy, mặc dù tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về phòng chống SXH là tương đối cao (70%), nhưng chỉ có 55% người dân thực hành đúng các biện pháp phòng chống. Điều này cho thấy vẫn còn một khoảng cách lớn giữa kiến thức và thực hành, và cần có thêm các biện pháp hỗ trợ để đảm bảo rằng người dân có thể thực hiện đúng các biện pháp phòng chống.

Để cải thiện tình hình, cần đẩy mạnh hơn nữa các chiến dịch truyền thông và giáo dục sức khỏe, không chỉ tập trung vào việc nâng

cao kiến thức mà còn hỗ trợ người dân trong việc thực hiện các biện pháp phòng chống SXH. Việc cung cấp các nguồn lực như màn chống muỗi, thuốc diệt muỗi, cùng với tổ chức các hoạt động vệ sinh môi trường định kỳ sẽ đóng vai trò quan trọng trong việc giảm thiểu nguy cơ bùng phát SXH. Đồng thời, cần tăng cường sự giám sát và hỗ trợ từ cấp cộng đồng để đảm bảo rằng mọi biện pháp phòng chống được thực hiện đầy đủ và đúng cách.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Thanh Thủy** (2011), Nghiên cứu thực trạng phòng chống sốt xuất huyết và kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về bệnh sốt xuất huyết tại phường Đông Lương, TP Đông Hà năm 2010, Luận văn chuyên khoa cấp I, Đại học Y Dược Huế.
2. **Nguyễn Thị Hân** (2013), Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành và các yếu tố liên quan đến phòng chống sốt xuất huyết Dengue của người dân phường Mỹ Phước, thành phố Long Xuyên, tỉnh An Giang, Luận văn chuyên khoa cấp I, Đại học Y dược Cần Thơ.
3. **Huỳnh Trần Quốc Nam** (2018), Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh sốt xuất huyết Dengue của người dân tại phường Hưng Phú, quận Cái Răng, thành phố Cần Thơ năm 2017, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Y học dự phòng, Trường đại học Y Dược Cần Thơ.
4. **Trần Song Toàn** (2015), Nghiên cứu chỉ số lăng quăng và kiến thức thực hành về phòng chống sốt xuất huyết Dengue của người dân xã Nhơn Nghĩa, huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ năm 2015, Luận văn tốt nghiệp Cử nhân y tế công cộng, Đại học Y Dược Cần Thơ.
5. **Trần Văn Tuấn** (2013), Nghiên cứu kiến thức, thực hành phòng chống sốt xuất huyết của người dân và chỉ số côn trùng tại hộ gia đình của xã Trường Long, huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ năm 2012, Luận văn chuyên khoa cấp I, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG LỒNG RUỘT HIẾM GẶP Ở NGƯỜI LỚN

Đặng Đức Hoàng¹, Bùi Khắc Thái¹, Hoàng Thanh Ngân¹

TÓM TẮT

Giới thiệu: Ung thư tuyến giáp là một trong những loại ung thư phổ biến với xu hướng gia tăng. Điều trị chủ yếu là phẫu thuật, đặc biệt với ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, bao gồm ung thư tuyến giáp thể nhú và thể nang. Phần lớn trường hợp là ung thư thể nhú, có đặc điểm tiến triển chậm, thường phát triển tại chỗ và di căn hạch vùng cổ. Tuy nhiên, di căn tới xương ức là rất hiếm gặp và hiếm khi được ghi nhận trong y văn, dẫn đến nhiều tranh cãi trong điều trị.

Báo cáo ca lâm sàng: Báo cáo một trường hợp ung thư tuyến giáp thể nhú tái phát tại chỗ, di căn xương ức. Bệnh nhân đã được điều trị tại Bệnh viện K bằng phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và tổn thương di căn tại xương ức. Quá trình phẫu thuật diễn ra thuận lợi, giúp loại bỏ tổn thương và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân.

Kết luận: Ung thư tuyến giáp thể nhú di căn xương ức rất hiếm và là thách thức trong điều trị. Chiến lược điều trị cần được cá thể hóa; tuy nhiên, phẫu thuật triệt để tổn thương di căn, kết hợp điều trị hỗ trợ, có thể giúp giảm triệu chứng và kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân.

SUMMARY

INTUSSUSCEPTION IN ADULTS: A RARE CLINICAL CASE REPORT

Introduction: Thyroid cancer is a common type of cancer with a rising incidence, primarily treated through surgery. Differentiated thyroid cancer (DTC), including papillary and follicular thyroid carcinomas, constitutes the majority of cases. Among these, papillary thyroid cancer (PTC) is the most prevalent, generally characterized by slow progression, local growth, and regional lymph node metastasis. However, direct invasion or metastasis to the sternum is extremely rare and infrequently reported in the literature, creating ongoing debates and challenges in treatment.

Case Report: We report a case of papillary thyroid carcinoma with local recurrence and sternal metastasis. The patient underwent total thyroidectomy and removal of the sternal metastatic lesion at K Hospital. The surgery was successful, allowing for complete removal of the metastatic site and improvement in the patient's quality of life.

Conclusion: Papillary thyroid carcinoma with sternal metastasis is exceedingly rare and presents significant treatment challenges. Treatment strategies must be individualized, but extensive surgical removal of metastatic lesions, combined with appropriate adjuvant therapies, can alleviate symptoms and improve patient survival.

I. TỔNG QUAN

Lồng ruột xảy ra khi một đoạn ruột chui vào đoạn ruột liền kề, gây tắc nghẽn và thiếu máu cục bộ ở ruột. Quá trình này dẫn đến các biến chứng như tắc ruột, hoại tử ruột và nhiễm trùng huyết. Lồng ruột rất phổ biến ở

¹Khoa Ngoại Tổng Quát – Bệnh viện Hoàn Mỹ Quốc Tế Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Đức Hoàng

ĐT: 02513955955

Email: khoangoai@bvquocdongnai.com

Ngày nhận bài: 26/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 29/10/2024

Ngày duyệt bài: 31/10/2024

trẻ em, tuy nhiên ở người lớn lại hiếm gặp, và khi xuất hiện thường do nguyên nhân u. [1]

Các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng điển hình của lồng ruột ở trẻ em như cơn đau quặn bụng tái phát trong thời gian ngắn, hôn mê, sốt và phân có máu như thạch nho. Người lớn bị lồng ruột thường có các dấu hiệu và triệu chứng không điển hình. Trên thực tế, việc chẩn đoán lâm sàng lồng ruột rất khó khăn ở người lớn. Nguyên nhân lồng ruột ở người lớn là do các u lành tính, ác tính hoặc vô căn.

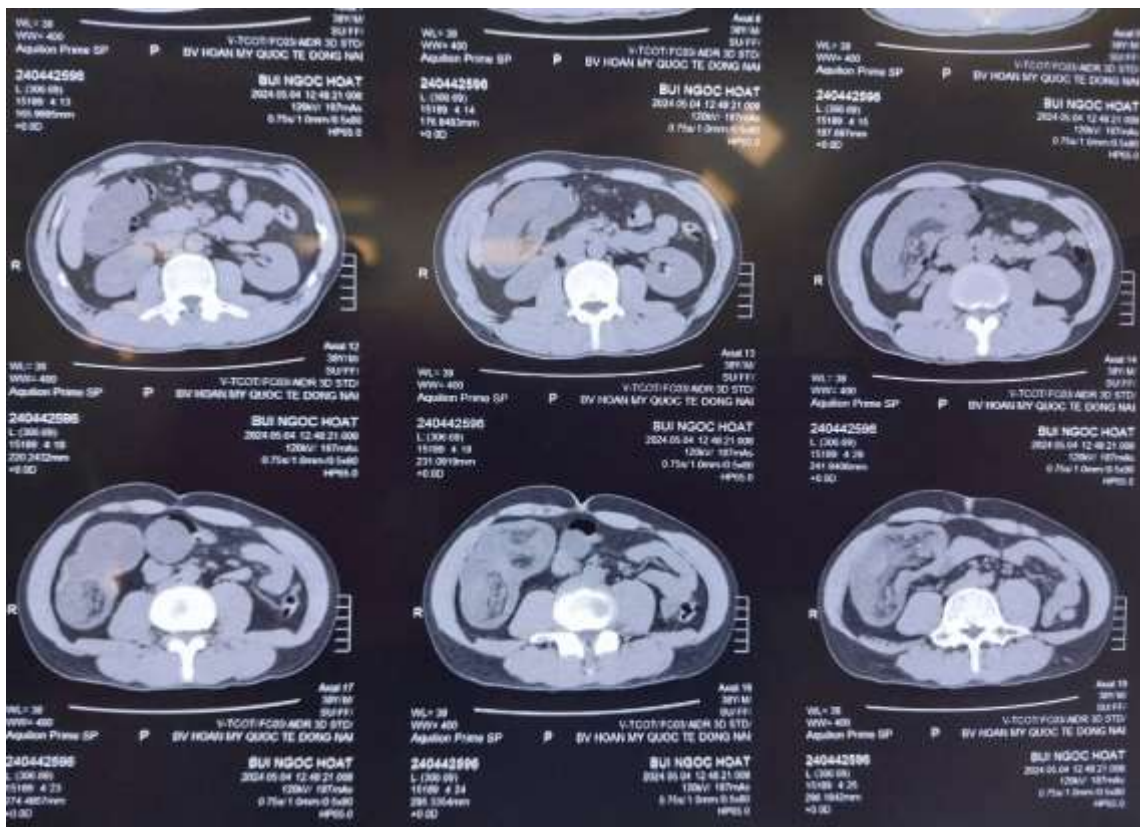
Lồng ruột chiếm 1-5% trong tất cả các trường hợp tắc ruột. Mặc dù lồng ruột thường được chẩn đoán ở trẻ em nhưng đây là một nguyên nhân hiếm gặp gây tắc ruột ở người lớn. [1]

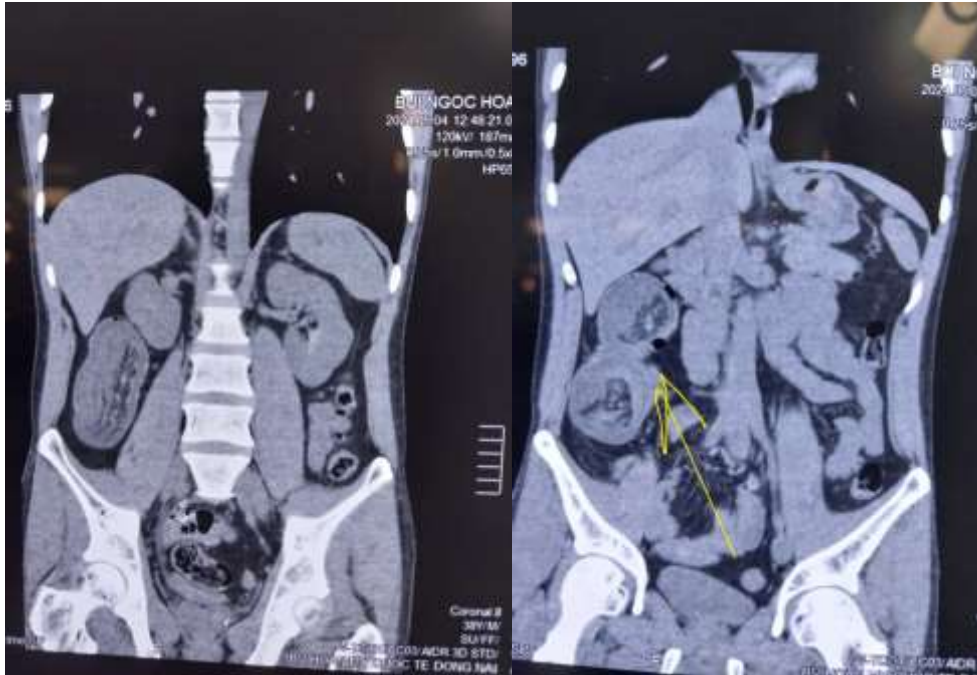
II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 38 tuổi nhập viện vì đau bụng hạ sườn phải, hông phải âm ỉ liên tục, thỉnh thoảng đau quặn từng cơn, đau nhiều, không lan, nôn ói. Bệnh nhân chưa ghi nhận bệnh lý nội ngoại khoa trước đây. Qua thăm khám thấy bụng mềm, ấn đau bụng phải nhiều, đề kháng (+), sờ thấy khối ở vùng bụng phải khoảng 5-10 cm.

Các chỉ số xét nghiệm máu trong giới hạn bình thường.

Siêu âm bụng ghi nhận vùng đại tràng lên thành dày, phù nề, dấu Halo sign (+), kích thước đoạn đại tràng d#122x44mm – Theo dõi viêm vùng đại tràng lên. CT-scan bụng có cản quang cho thấy đại tràng lên - góc gan và một phần đại tràng ngang lồng vào nhau, kích thước khối lồng d#56x140mm, chưa thấy hình ảnh tắc ruột.

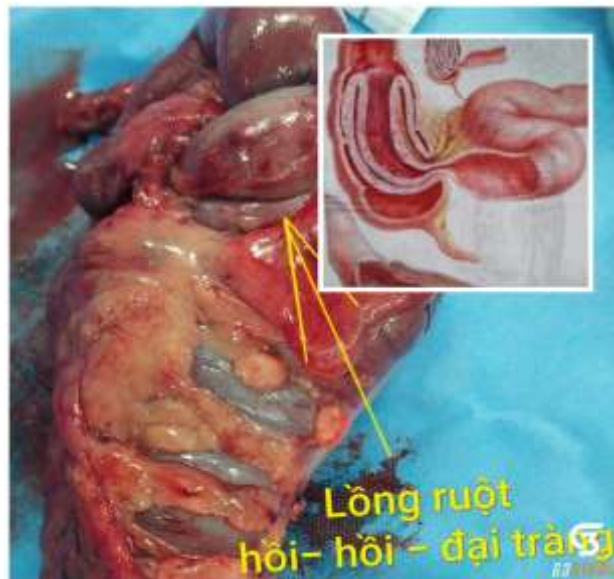


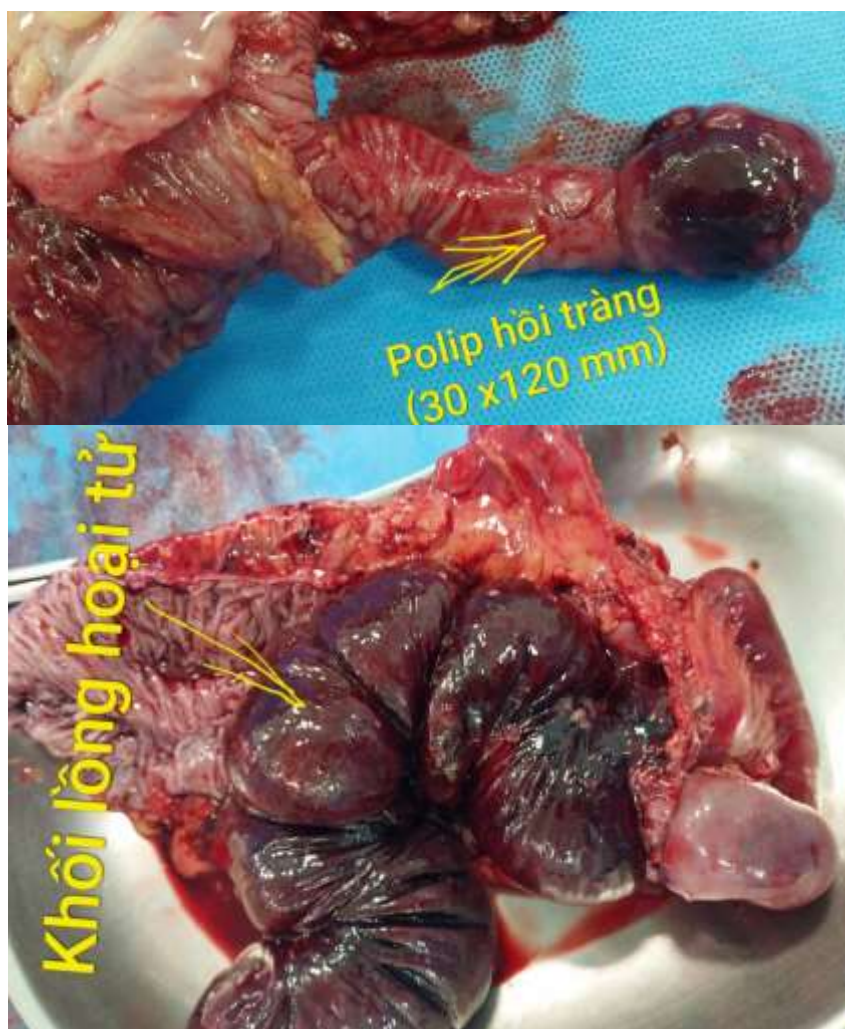


Hình 1. CT-scan bụng có cản quang cho thấy đại tràng lên - góc gan và một phần đại tràng ngang lồng vào nhau

Bệnh nhân được phẫu thuật cấp cứu trong cùng ngày. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi với 4 lỗ trocar. Quá trình phẫu thuật ghi nhận: Vào bụng thấy khối lồng đại tràng phải qua tới đoạn giữa đại tràng ngang kích thước khoảng 15 x 30 cm. Ekip phẫu thuật tiến

hành cắt đại tràng phải mở rộng, cắt bỏ đoạn đại tràng chứa khối lồng, nối ruột non đại tràng. Xé khối lồng ruột thấy bên trong có đoạn ruột non tím đen, có 1 polyp kích thước khoảng 3x12cm trong lòng hồi tràng.





Hình 2. Khối lồng sau mổ

Bệnh nhân sau mổ được theo dõi sát, phục hồi sau mổ tốt. Bệnh nhân được xuất viện sau 7 ngày.

III. BÀN LUẬN

Lồng ruột ở người lớn rất hiếm, chỉ chiếm 1 đến 5% các trường hợp tắc ruột. Các nguyên nhân gây lồng ruột ở người lớn không phải tự phát được thể hiện trong Bảng nguyên nhân lồng ruột ở người lớn. Độ tuổi trung bình của lồng ruột ở người lớn là 50 tuổi và không phân biệt giới tính. Ngược lại hoàn toàn với nguyên nhân ở trẻ em, lồng ruột ở người lớn có thể xác định được

nguyên nhân ở 90% các trường hợp và 10 % các trường hợp nguyên nhân vô căn. [7] Trong trường hợp chúng tôi, bệnh nhân phù hợp về lứa tuổi (38 tuổi) và giới tính. Phẫu tích khối lồng của bệnh nhân chúng tôi ghi nhận nguyên nhân gây lồng là một polyp có cuống từ đoạn cuối hồi tràng. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác trên thế giới. Hầu hết lồng ruột ở người lớn xuất phát từ ruột non và các tổn thương này đều lành tính với tỷ lệ từ 50 đến 75% trong hầu hết các trường hợp. Các tổn thương phổ biến nhất là túi thừa Meckel, u lành tính và dính ruột. Các khối u lành tính bao gồm tăng sản

lymphoid, u mỡ, u cơ trơn, u máu và polyp. [2] Trong nghiên cứu của Wang và cộng sự: Trong thời gian 20 năm, có 292 bệnh nhân bị lồng ruột trong đó có 24 bệnh nhân người lớn, 20 (83,3 %) có tổn thương được xác định; 11 (55 %) tổn thương là lành tính và 9 (45 %) là ác tính. [9] Trong một nghiên cứu

khác của Lianos, tổn thương ác tính là nguyên nhân gây ra tới 30% các trường hợp lồng ruột xảy ra ở ruột non, còn lại là tổn thương lành tính. Mặt khác, lồng ruột xảy ra ở ruột già có nhiều khả năng do nguyên nhân ác tính trong 66% các trường hợp. [6]

Bảng 1. Nguyên nhân lồng ruột ở người lớn

Lành tính	Ác tính
Dính ruột	
U tuyến ống	
Tuyến cantor	
Bệnh Crohn	
U lạc nội mạc tử cung	Ung thư biểu mô tuyến
U mô đệm ác tính (GIST)	U carcinoid
U máu	U cơ trơn
Polyp viêm	U lympho
Sarcoma Kaposi	Ung thư biểu mô di căn (u hắc tố phổ biến nhất)
U mỡ	GIST ác tính
Túi thừa Meckel	U thần kinh nội tiết
U xơ thần kinh	
Polyp Peutz-Jegher	
Bệnh lao	
Xuất huyết dưới niêm mạc do thuốc chống đông không được kiểm soát	

Ở người lớn, biểu hiện lâm sàng của lồng ruột có thể không đặc hiệu, hiếm khi biểu hiện đầy đủ bộ ba kinh điển là đau bụng, sờ thấy khối u và phân có máu. Thay vào đó, bệnh biểu hiện bằng các triệu chứng tắc ruột non hoặc ruột già. Triệu chứng biểu hiện phổ biến nhất là đau bụng, với các triệu chứng liên quan với tình trạng tắc ruột một phần: buồn nôn, nôn, táo bón, chảy máu đường tiêu hóa, thay đổi thói quen đại tiện, táo bón hoặc đầy hơi. Trường hợp bệnh lý của chúng tôi, bệnh nhân đau bụng hạ sườn phải, bụng phải âm ỉ liên tục, thỉnh thoảng đau quặn từng cơn, sau đau bụng nhiều, bệnh nhân phải dùng thuốc giảm đau Morphin không đỡ.

Qua thăm khám thấy bụng mềm, ấn đau bụng phải nhiều, đề kháng (+), sờ thấy khối ở vùng bụng phải khoảng 5-10 cm. Trường hợp ca lâm sàng của chúng tôi không điển hình một bệnh lý cụ thể nào, khó đánh giá được nguyên nhân gây bệnh. Trong nghiên cứu của Wang và cộng sự: Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất (79,2 %). Chẩn đoán lồng ruột ở người lớn được thực hiện trước phẫu thuật ở 18 trường hợp (75 %). [9] Cũng như các nghiên cứu khác, việc khám thực thể cho thấy bụng chướng, đau bụng nhiều mức độ từ nhẹ tới nặng và khối u bụng. Nếu biểu hiện ở giai đoạn trễ của bệnh, bệnh nhân có thể có các dấu hiệu viêm phúc mạc hoặc

thiếu máu cục bộ ruột, các dấu hiệu sốc như hạ huyết áp và nhịp tim nhanh. Ca lâm sàng của chúng tôi chưa vào giai đoạn trễ của bệnh lý.

Các giá trị xét nghiệm máu thường cho thấy số lượng bạch cầu tăng cao và các dấu hiệu viêm không đặc hiệu như tăng tiểu cầu và tăng protein phản ứng C. Giá trị xét nghiệm máu chỉ đánh giá tình trạng nhiễm trùng, tình trạng viêm của bệnh. Trường hợp của chúng tôi, các giá trị xét nghiệm trong giới hạn bình thường.

Ở người lớn, phim xquang bụng không chuẩn bị thường sẽ cho thấy các dấu hiệu tắc nghẽn như các quai ruột dẫn, vị trí tắc nghẽn trong đường tiêu hóa. Trong nghiên cứu của Weihmiller S N: Giá trị của X-quang bụng không chuẩn bị chẩn đoán bị lồng ruột có độ nhạy: 97% [khoảng tin cậy 95% (CI): 86-100]; giá trị tiên đoán âm tính: 99% [95% CI: 93-100]; tỷ lệ khả năng âm tính: 0,08 [95% CI: 0,01-0,6)]. **[Error! Reference source not found.]** Trường hợp bệnh lý của chúng tôi, xquang bụng có hình ảnh không đặc hiệu.

Ở người lớn, do biểu hiện lâm sàng không đặc, việc lựa chọn phương thức chuẩn đoán hình ảnh là quan trọng để đưa ra chẩn đoán kịp thời. Trong một loạt báo cáo của Guillén Paredes và cộng sự, các nghiên cứu chỉ ra rằng, CT scan bụng quan trọng trong chẩn đoán lồng ruột ở người lớn. [4] Độ chính xác chẩn đoán của CT có giá trị từ 58 đến 100% trong các báo cáo khác. Như hình 1, chúng ta thấy rằng CT-scan bụng có cản quang cho thấy đại tràng lên - góc gan và một phần đại tràng ngang lồng vào nhau. Hình ảnh này khá điển hình và cung cấp nhiều thông tin quan trọng quyết định hướng phẫu thuật.

Lồng ruột ở người lớn cần can thiệp phẫu thuật vì tỷ lệ ác tính cao. Khuyến cáo nên cắt bỏ khối lồng ruột bằng các kỹ thuật ung thư thích hợp ở những bệnh nhân bị lồng ruột hồi tràng, hồi manh tràng và đại tràng-đại tràng, do tỷ lệ ác tính ruột cao ở nhóm này.[2] Khi có chỉ định can thiệp phẫu thuật, bệnh nhân có thể được phẫu thuật bằng phương pháp nội soi hoặc mổ hở, tùy thuộc vào kỹ năng và kinh nghiệm của bác sĩ phẫu thuật và diễn tiến lâm sàng của bệnh. Dù bất kể phương pháp nào, lồng ruột phải được xác định chính xác và được phẫu thuật cắt bỏ khối lồng ruột thành công. Nhìn chung, việc cắt bỏ đoạn ruột bệnh lý và/hoặc thiếu máu cục bộ cùng với việc nối thông ruột trong phẫu thuật ở lần đầu có thể được thực hiện trong trường hợp lồng ruột non - ruột non và lồng hồi tràng - đại tràng phải hoặc hồi tràng - đại tràng. Trong trường hợp lồng ruột đại tràng trái kèm theo tắc nghẽn, cắt bỏ đoạn ruột bằng phẫu thuật Hartmann, đây là phương pháp phẫu thuật được khuyến cáo do nguy cơ xì rò miệng nối. [1] Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi lồng hồi – hồi – đại tràng lên và một phần đại tràng ngang, chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải mở rộng cắt theo kỹ thuật ung thư. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật nội soi ổ bụng, thấy tổn thương khối lồng ruột non đại tràng ở bụng phải. Ekip phẫu thuật cắt mạch hồi manh tràng tận gốc, di động đại tràng phải tới đại tràng ngang, cắt nối ruột kiểu bên – bên bằng stabler. Thời gian phẫu thuật là 180 phút.

Lồng ruột ở người lớn thường được chia thành bốn loại chính dựa trên vị trí xuất phát. Bốn loại phổ biến là: Ruột non – ruột non, Hồi tràng – Đại tràng, Hồi tràng – Manh tràng và Đại tràng – Đại tràng. [1] Lồng ruột hồi tràng – Đại tràng được định nghĩa là

những trường hợp hồi tràng sa qua van hồi manh tràng vào đại tràng, chiếm 15% tổng số các trường hợp lồng ruột. [5] Tuy nhiên, trường hợp của chúng tôi là lồng ruột hồi tràng-hồi tràng-đại tràng lên và 1 phần đại tràng ngang, rất hiếm gặp. Đây là kiểu lồng ruột 2 lần với các báo cáo đơn lẻ. Trong một báo cáo của Sanjeev Singhal, ghi nhận một trường hợp lồng ruột hồi tràng-hồi tràng-manh tràng do một khối u mỡ lớn 38 mm × 43 mm × 61 mm. Trường hợp này được điều trị bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng cấp cứu do tắc ruột cấp tính. Phẫu thuật cắt bỏ khối lồng ruột và đưa hậu môn nhân tạo đã được thực hiện với sự phục hồi tốt sau phẫu thuật. [8]

IV. KẾT LUẬN

Lồng ruột ở người lớn là một bệnh cấp cứu hiếm gặp và lồng hồi – hồi – đại tràng lên và 1 phần đại tràng ngang là một kiểu lồng của ruột non đại tràng 2 lần do polyp ruột non cực kỳ hiếm gặp. Bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật nội soi thành công, tiến hành với độ an toàn, và không ghi nhận biến chứng nào xảy ra trong quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Andrew Brill; Richard A. Lopez.** (2023) “Intussusception in Adults” Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-
2. **Azar T, Berger D L.** (1997) “Adult intussusception. *Ann Surg.*”; 226(2):134–138.
3. **Francesco Panzera** (2021), “Bowel intussusception in adult: Prevalence, diagnostic tools and therapy” *World J Methodol* 2021 May 20; 11(3): 81-87.
4. **Guillén Paredes M P, Campillo Soto A, Martín Lorenzo J G. et al.** (2010) “Adult intussusception - 14 case reports and their outcomes.” *Rev Esp Enferm Dig.*;102(1):32–40.
5. **Hany B. and Samer D.,** (2011) “Ileal lipoma—a rare cause of ileocolic intussusception in adults: case report and literature review”, *World Journal of Gastrointestinal Surgery.* No. 1, 13–15.
6. **Lianos G, Xeropotamos N, Bali C, Baltoggiannis G, Ignatiadou E.** (2013) “Adult bowel intussusception: presentation, location, etiology, diagnosis and treatment.” *G Chir.* ;34(9-10):280-3.
7. **Priscilla Marsicovetere** (2017) “Intestinal Intussusception: Etiology, Diagnosis, and Treatment” *Clin Colon Rectal Surg.*;30(1):30-39
8. **Sanjeev Singhal et al.** (2012) “Adult Ileo-Ileo-Caecal Intussusception: Case Report and Literature Review” *Wiley Online Library*
9. **Wang L T, Wu C C, Yu J C, Hsiao C W, Hsu C C, Jao S W.** Clinical entity and treatment strategies for adult intussusceptions: 20 years’ experience. *Dis Colon Rectum.* 2007;50(11):1941–1949.
10. **Weihmiller S N, Buonomo C, Bachur R.** (2011) “Risk stratification of children being evaluated for intussusception. *Pediatrics.*”; 127(2):e296–e303.
11. **Zubaidi A, Al-Saif F, Silverman R.** (2006) “Adult intussusception: a retrospective review” *Dis Colon Rectum.*;49(10):1546–1551.

CHI PHÍ Y TẾ TRỰC TIẾP TRONG ĐIỀU TRỊ MỔ TIM HỞ TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ CỨU LONG TỪ 2021 ĐẾN 2023

Trần Nguyên¹, Lương Minh Vện¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích chi phí y tế trực tiếp trong điều trị mổ tim hở tại bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long từ 2021 đến 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Cắt ngang mô tả hồi cứu 121 hồ sơ bệnh án mổ tim hở tại bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long từ 2021 đến 2023.

Kết quả: Tổng chi phí y tế trực tiếp của người bệnh mổ tim hở trung bình 241,4 triệu đồng, trong đó nhóm tim bẩm sinh 147,0 triệu đồng, nhóm van tim mắc phải 240,0 triệu đồng, nhóm bệnh mạch vành 189,8 triệu đồng. Nhóm tim bẩm sinh có chi phí lâm sàng, cận lâm sàng và chi phí khác trung bình lần lượt là 123,0; 21,8 và 2,5 triệu đồng (vật tư y tế chiếm nhiều nhất 45,3 triệu đồng). Chi phí cao nhất thuộc nhóm tứ chứng Fallot (137,7 triệu đồng). Nhóm van tim mắc phải có chi phí lâm sàng, cận lâm sàng và chi phí khác trung bình lần lượt là 208,1; 28,4; 3,9 triệu đồng (vật tư y tế chiếm nhiều nhất 117,7 triệu đồng). Chi phí cao nhất thuộc nhóm van động mạch chủ (457,7 triệu đồng). Nhóm bệnh mạch vành có chi phí lâm sàng, cận lâm sàng và chi phí khác trung bình lần lượt là 155,6; 30,4; 4,3 triệu đồng (vật tư y tế chiếm nhiều nhất 56,4 triệu đồng). Nhóm tuổi, nhóm bệnh tim, mức thanh toán bảo hiểm y tế, số lượng nhóm bệnh

tim có chỉ định phẫu thuật và bệnh tăng huyết áp kèm theo là các yếu tố có thể làm tăng chi phí điều trị ở cả nhóm tim bẩm sinh, van tim mắc phải, bệnh mạch vành ($p < 0,05$).

Kết luận: Tổng chi phí y tế trực tiếp trong điều trị mổ tim hở trung bình 241,4 triệu đồng (nhóm tim bẩm sinh 147,0 triệu đồng, nhóm bệnh van tim mắc phải 240,0 triệu đồng, nhóm bệnh mạch vành 189,8 triệu đồng). Chi phí lâm sàng chiếm 85%, với hạng mục vật tư y tế chiếm tỷ trọng cao nhất. Nhóm bệnh van động mạch chủ có chi phí điều trị nhiều nhất 457,7 triệu đồng. Để giảm bớt gánh nặng chi phí bệnh tật này, cần lưu ý các yếu tố có thể làm tăng chi phí điều trị như nhóm tuổi, nhóm bệnh tim, mức thanh toán bảo hiểm y tế và bệnh tăng huyết áp kèm theo.

Từ khóa: Chi phí trực tiếp, mổ tim hở.

SUMMARY

DIRECT MEDICAL COSTS IN OPEN HEART SURGERY TREATMENT AT HOAN MY CUU LONG HOSPITAL FROM 2021 TO 2023

Objectives: Analyze direct medical costs in open heart surgery treatment at Hoan My Cuu Long hospital from 2021 to 2023.

Methods: A retrospective descriptive cross-sectional study was conducted on 121 open heart surgery medical records at Hoan My Cuu Long hospital from 2021 to 2023.

Results: Median total direct medical expenditure of open heart surgery patients was 241.4 million VND, of which the congenital heart group was 147.0 million VND, the acquired heart valve group was 240.0 million VND, and

¹Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyên

ĐT: 0909343424

Email: nguyen.tran@hoanmy.com

Ngày nhận bài: 14/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 29/10/2024

Ngày duyệt bài: 31/10/2024

the coronary artery disease group was 189.8 million VND. Median clinical, paraclinical and other services expenditure of the congenital heart group were 123.0; 21.8 and 2.5 million VND (medical instruments accounted for the most 45.3 million VND). The highest cost was the tetralogy of Fallot group (137.7 million VND). Median clinical, paraclinical and other services expenditure of the acquired heart valve group were 208,1; 28.4; 3.9 million VND (medical instruments accounted for the most 117,7 million VND). The highest cost was the aortic valve group (457.7 million VND). Median clinical, paraclinical and other services expenditure of the coronary artery disease group were 155.6; 30.4; 4.3 million VND (medical instruments accounted for the most 56.4 million VND). Age group, heart disease group, health insurance payment level, number of heart disease groups with indications for surgery and accompanying hypertension were factors that can increase treatment costs in all 3 group of congenital heart disease, acquired heart valves, and coronary artery disease ($p < 0.05$).

Conclusion: Median total direct medical expenditure of openheart surgery patients was 241.4 million VND (congenital heart disease group 147.0 million VND, acquired heart valve disease group 240.0 million VND, coronary artery disease group 189.8 million VND). Clinical expenditure occupied 85%, mostly for medical instruments. The aortic valve disease group had the highest treatment cost of 457.7 million VND. To reduce the burden of this disease cost, it is necessary to pay attention to factors that can increase treatment costs such as age group, heart disease group, health insurance payment level and comorbid hypertension.

Keywords: Direct medical expenditure, open heart surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tim (PTT) thuộc nhóm can thiệp y khoa kỹ thuật cao, cần sự đầu tư quy mô lớn về nguồn lực, cơ sở vật chất và chi phí (CP) y tế [3]. CP trung bình (TB) một trường hợp phẫu thuật bệnh tim bẩm sinh (TBS) ở Mỹ năm 2016 là 51.302 đô la; cao nhất thuộc nhóm sơ sinh bệnh TBS nặng, lên đến 165.168 đô la [3]. Tại bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long (BV HMCL) PTT hở là một trong những kỹ thuật chuyên sâu được đầu tư phát triển. Do đó, việc nghiên cứu, khảo sát CP và các yếu tố ảnh hưởng đến CP điều trị PTT hở tại bệnh viện là yêu cầu cấp thiết.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Khảo sát đặc điểm người bệnh phẫu thuật tim hở tại khoa Ngoại tim mạch BV HMCL.

2. Phân tích chi phí y tế trực tiếp trong điều trị phẫu thuật tim hở tại khoa Ngoại tim mạch BV HMCL.

3. Phân tích các yếu tố liên quan đến CP y tế trực tiếp trong một đợt điều trị phẫu thuật tim hở tại khoa Ngoại tim mạch BV HMCL.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án (HSBA) người bệnh PTT hở tại khoa Ngoại tim mạch BV HMCL.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Các HSBA PTT hở có ghi đầy đủ thông tin về tuổi, giới tính, dân tộc, đối tượng, nghề nghiệp, địa chỉ, ngày nhập viện, ra viện, chẩn đoán xác định ICD10.

Tiêu chuẩn loại ra

HSBA có nội dung không đầy đủ; tử vong hoặc tự ý ngưng điều trị hoặc chuyển viện; có bệnh nặng kèm theo không liên quan đến tim mạch có thể ảnh hưởng đến chi phí điều trị (suy thận, HIV, viêm gan,...).

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: 03/2024 đến tháng 11/2024, toàn bộ HSBA tại khoa Ngoại tim mạch BV HMCL.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Toàn bộ HSBA thỏa tiêu chí chọn mẫu trong thời gian từ năm 2021 – 2023.

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang hồi cứu.

Phương pháp thu thập dữ liệu

Bước 1: Xuất dữ liệu từ HIS và đối chiếu HSBA giấy

Bước 2: Thu thập số liệu theo mẫu

Bước 3: Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.

Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm người bệnh (NB): Tuổi, Giới tính, Bảo hiểm y tế (BHYT), Mức thanh toán BHYT, Nơi cư trú, Tăng huyết áp (THA), Đái tháo đường (ĐTĐ), Rối loạn lipid máu (RLLM), Số ngày điều trị nội trú, Nhóm bệnh tim có chỉ định phẫu thuật.

Chi phí y tế trực tiếp là biến liên tục bao gồm CP: khám bệnh, ngày giường chuyên khoa, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, thủ thuật - phẫu thuật, máu và

chế phẩm máu, thuốc, dịch truyền, vật tư y tế (VTYT) và CP khác (bao gồm: thở oxy, gói tắm, các vật dụng vệ sinh cá nhân).

Phương pháp thống kê

Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Nhóm tuổi trên 60 chiếm 52.9%, nữ 60,3%, có sử dụng BHYT 92,6%, BHYT thanh toán 80%, 95%, 100% lần lượt là 66,1%, 4,1%, 22,3%. Tỷ lệ NB sống ở thành thị 42,1%, có kèm theo THA 62%, ĐTĐ 31,4%, RLLM 32,2%. Điều trị nội trú trên 9 ngày 93,4%. Nhóm bệnh TBS 9,1%, nhóm bệnh van tim mắc phải (VTMP) 38%, nhóm bệnh mạch vành (MV) 33,1% nhóm bệnh động mạch chủ (ĐMC) 19,8%. Một nhóm bệnh tim có chỉ định phẫu thuật (PT) chiếm 85,1%, hai nhóm bệnh tim có chỉ định PT 14,9%.

3.2. Chi phí y tế trực tiếp trong điều trị PTT hở

Bảng 1. Chi phí y tế trực tiếp

Chi phí		Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình
CP lâm sàng (LS)	Khám bệnh	120.000	1.125.000	507.950
	Ngày giường	1.063.000	86.723.500	15.631.552
	Phẫu thuật – thủ thuật	25.947.000	218.087.000	47.039.266
	VTYT	12.492.015	421.529.600	108.672.157
	Máu và chế phẩm máu	1.462.100	88.084.000	12.268.348
	Thuốc và dịch truyền	2.493.548	243.487.015	22.260.915
	Tổng chi phí LS	73.228.084	797.237.489	206.380.188
CP cận lâm sàng (CLS)	Xét nghiệm	6.471.000	101.552.000	22.482.437
	Chẩn đoán hình ảnh	773.000	40.920.000	8.578.230
	Thăm dò chức năng	87.000	1.690.000	218.331
	Tổng chi phí CLS	8.767.000	127.061.000	31.278.998
CP khác	Khác	145.000	28.389.500	4.262.694
Tổng CP	Tổng	91.598.932	909.477.989	241.413.930

*Đơn vị tính (ĐVT): VND

Bảng 2. Chi phí y tế trực tiếp theo từng nhóm bệnh tim

Chi phí		Bệnh TBS	Bệnh VTMP	Bệnh MV	Bệnh ĐMC	
CP LS	Khám bệnh	TB	358.909	519.848	565.75	457.125
		Thấp nhất	120.000	220.000	244.000	240.000
		Cao nhất	600.000	904.000	1.125.000	925.000
	Ngày giường	TB	14.323.318	16.329.701	15.823.800	14.572.625
		Thấp nhất	5.500.000	5.500.000	5.259.000	1.063.000
		Cao nhất	31.699.750	70.471.000	55.837.500	86.723.500
	Phẫu thuật – thủ thuật	TB	35.269.909	43.521.652	50.913.480	52.718.625
		Thấp nhất	25.947.000	27.083.000	32.024.000	26.536.000
		Cao nhất	44.499.000	87.445.000	85.108.000	218.087.000
	VTYT	TB	45.322.867	117.772.878	56.418.283	207.353.989
		Thấp nhất	38.327.888	59.162.377	12.492.015	43.280.605
		Cao nhất	65.115.547	248.818.738	206.754.003	421.529.600
	Máu và chế phẩm máu	TB	10.401.000	11.155.326	10.579.328	18.072.542
		Thấp nhất	1.570.000	1.570.000	1.462.100	3.140.000
		Cao nhất	53.352.000	53.408.000	37.130.000	88.084.000
	Thuốc và dịch truyền	TB	17.344.008	18.811.205	21.318.600	32.696.966
		Thấp nhất	4.392.371	5.911.155	2.493.548	4.602.360
		Cao nhất	97.954.421	144.041.366	77.430.458	243.487.015
	Tổng chi phí LS	TB	123.020.012	208.110.611	155.619.241	325.871.872
		Thấp nhất	82.736.932	108.630.976	73.228.084	91.786.965
		Cao nhất	279.099.271	506.484.211	349.121.685	797.237.489
CP CLS	Xét nghiệm	TB	16.503.545	21.274.998	22.473.830	27.551.367
		Thấp nhất	6.471.000	11.545.000	8.642.500	6.797.000
		Cao nhất	47.453.000	79.374.000	53.326.000	101.552.000
	Chẩn đoán hình ảnh	TB	5.059.182	6.995.696	7.713.797	14.665.042
		Thấp nhất	1.536.000	1.841.000	2.036.000	773.000
		Cao nhất	16.363.000	40.920.000	23.694.000	34.231.000
	Thăm dò chức năng	TB	270.545	225.283	237.175	149.667
		Thấp nhất	95.000	95.000	87.000	95.000
		Cao nhất	1.300.000	1.128.000	1.690.000	448.000
	Tổng chi phí CLS	TB	21.833.273	28.495.976	30.424.802	42.366.075
		Thấp nhất	8.767.000	13.937.000	11.311.000	16.731.000
		Cao nhất	56.284.000	120.630.000	63.025.000	127.061.000
CP khác	TB	2.552.318	3.949.848	4.344.738	5.509.500	
	Thấp nhất	145.000	251.000	424.500	186.000	
	Cao nhất	9.446.000	28.389.500	20.192.000	14.329.000	
Tổng CP	TB	147.046.694	240.036.587	189.823.030	373.290.322	
	Thấp nhất	91.598.932	122.361.976	97.862.390	111.408.965	
	Cao nhất	339.811.271	654.728.711	387.195.885	909.477.989	

*ĐVT: VND

Bảng 3. Chi phí y tế trực tiếp theo nhóm bệnh TBS và bệnh VTMP

Nhóm bệnh tim		TB	Thấp nhất	Cao nhất
Bệnh TBS	Thông liên thất	132.300.955	100.376.809	164.279.013
	Thông liên nhĩ	118.284.615	91.598.932	144.970.297
	Tứ chứng Fallot	137.711.597	118.167.784	157.255.410
	Có 2 nhóm bệnh	204.274.475	130.706.574	339.811.271
Bệnh VTMP	Van 2 lá	220.088.755	122.361.976	465.804.071
	Van ĐMC	457.707.172	260.685.632	654.728.711
	Có 2 nhóm bệnh	238.520.564	168.951.173	467.830.396

*DVT: VND

3.3. Các yếu tố liên quan đến CP y tế trực tiếp trong một đợt điều trị PTT hở

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến CP y tế trực tiếp

Biến số	Số lượng (%)	CP TB (VND)	P	
Nhóm tuổi	<60 tuổi	57 (47.1%)	203.873.893	0.003
	≥60 tuổi	64 (52.9%)	274.848.026	
Giới tính	Nam	48 (39.7%)	248.999.893	0.501
	Nữ	73 (60.3%)	236.425.899	
BHYT	Có	112 (92.6%)	239.084.410	0.217
	Không	9 (7.4%)	270.403.517	
Mức thanh toán BHYT	80%	80 (66.1%)	252.941.924	0.021
	95%	5 (4.1%)	148.905.347	
	100%	27 (22.3%)	214.724.935	
	Không	9 (7.4%)	270.403.517	
Nơi cư trú	Thành thị	51 (42.1%)	228.473.185	0.156
	Nông thôn	70 (57.9%)	250.842.187	
THA	Có	75 (62%)	260.933.656	0.003
	Không	46 (38%)	209.588.291	
ĐTĐ	Có	38 (31.4%)	277.208.102	0.360
	Không	83 (68.6%)	225.026.237	
RLLP	Có	39 (32.2%)	203.785.816	0.130
	Không	82 (67.8%)	259.310.228	
Nhóm ngày điều trị	< 9 ngày	8 (6.6%)	284.180.987	0.207
	≥9 ngày	113 (93.4%)	238.386.174	
Nhóm bệnh tim	TBS	11 (9.1%)	147.046.694	0.000
	VTMP	46 (38%)	240.036.587	
	MV	40 (33.1%)	189.823.030	
	ĐMC	24 (19.8%)	373.290.322	
Số lượng nhóm bệnh tim	1 nhóm bệnh	103 (85.1%)	229.562.251	0.017
	2 nhóm bệnh	18 (14.9%)	309.231.869	

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến CP y tế trực tiếp theo từng nhóm bệnh tim

Nhóm bệnh tim	Biến số	Số lượng (%)	CP TB (VND)	P	
Bệnh TBS	Nhóm tuổi	<60 tuổi	10 (90.9%)	148.680.706	1.000
		≥60 tuổi	1 (9.1%)	130.706.574	
	Giới tính	Nam	5 (45.5%)	168.442.516	0.715
		Nữ	6 (54.5%)	129.216.842	
	BHYT	Có	11 (100%)	147.046.694	-
		Không	0 (0%)	-	
	Mức thanh toán BHYT	80%	3 (27.3%)	211.598.953	0.111
		95%	1 (9.1%)	144.970.297	
		100%	7 (63.6%)	119.678.068	
		Không	0 (0%)	-	
	Nơi cư trú	Thành thị	6 (54.5%)	161.507.638	0.855
		Nông thôn	5 (45.5%)	129.693.560	
	THA	Có	2 (18.2%)	235.258.923	0.238
		Không	9 (81.8%)	127.443.976	
	ĐTĐ	Có	0 (0%)	-	-
		Không	11 (100%)	147.046.694	
RLLP	Có	1 (9.1%)	130.706.574	1.000	
	Không	10 (90.9%)	148.680.706		
Nhóm ngày điều trị	< 9 ngày	0 (0%)	-	-	
	≥9 ngày	11 (100%)	147.046.694		
Số lượng nhóm bệnh tim	1 nhóm bệnh	10 (90.9%)	148.680.706	1.000	
	2 nhóm bệnh	1 (9.1%)	130.706.574		
Bệnh VTMP	Nhóm tuổi	<60 tuổi	22 (47.8%)	198.945.720	0.003
		≥60 tuổi	24 (52.2%)	277.703.215	
	Giới tính	Nam	17 (37%)	251.610.560	0.078
		Nữ	29 (63%)	233.251.844	
	BHYT	Có	45 (97.8%)	239.713.676	0.522
		Không	1 (2.2%)	254.567.590	
	Mức thanh toán BHYT	80%	40 (87%)	240.141.957	0.786
		95%	0 (0%)	-	
		100%	5 (10.9%)	236.287.427	
		Không	1 (2.2%)	254.567.590	
	Nơi cư trú	Thành thị	14 (30.4%)	208.667.163	0.105
		Nông thôn	32 (69.6%)	253.760.710	
	THA	Có	28 (60.9%)	266.117.616	0.009
		Không	18 (39.1%)	199.466.097	
ĐTĐ	Có	15 (32.6%)	265.579.041	0.460	
	Không	31 (67.4%)	227.677.335		

HỘI NGHỊ KHOA HỌC KỸ THUẬT HOÀN MỸ 2024

	RLLP	Có	16 (34.8%)	201.683.351	0.036
		Không	30 (65.2%)	260.491.646	
	Nhóm ngày điều trị	< 9 ngày	1 (2.2%)	122.361.976	0.090
		≥9 ngày	45 (97.8%)	242.651.578	
	Số lượng nhóm bệnh tim	1 nhóm bệnh	40 (87%)	238.178.450	0.602
2 nhóm bệnh		6 (13%)	252.424.166		
Bệnh MV	Nhóm tuổi	<60 tuổi	17 (42.5%)	178.688.801	0.575
		≥60 tuổi	23 (57.5%)	198.052.677	
	Giới tính	Nam	16 (40%)	169.757.980	0.348
		Nữ	24 (60%)	203.199.730	
	BHYT	Có	38 (95%)	192.988.452	0.121
		Không	2 (5%)	129.680.013	
	Mức thanh toán BHYT	80%	24 (60%)	199.324.646	0.239
		95%	4 (10%)	149.889.109	
		100%	10 (25%)	195.021.324	
		Không	2 (5%)	129.680.013	
	Nơi cư trú	Thành thị	18 (45%)	178.673.959	0.384
		Nông thôn	22 (55%)	198.944.997	
	THA	Có	28 (70%)	194.896.171	0.745
		Không	12 (30%)	177.985.701	
	ĐTĐ	Có	19 (47.5%)	199.632.038	0.560
Không		21 (52.5%)	180.948.213		
RLLP	Có	18 (45%)	201.190.207	0.644	
	Không	22 (55%)	180.522.612		
Nhóm ngày điều trị	< 9 ngày	2 (5%)	204.558.032	0.901	
	≥9 ngày	38 (95%)	189.047.503		
Số lượng nhóm bệnh tim	1 nhóm bệnh	35 (87.5%)	175.764.064	0.005	
	2 nhóm bệnh	5 (12.5%)	288.235.788		
Bệnh ĐMC	Nhóm tuổi	<60 tuổi	8 (33%)	339.936.173	0.951
		≥60 tuổi	16 (67%)	389.967.396	
	Giới tính	Nam	10 (42%)	411.627.511	0.412
		Nữ	14 (58%)	345.906.616	
	BHYT	Có	18 (75%)	391.070.205	0.790
		Không	6 (25%)	319.950.673	
	Mức thanh toán BHYT	80%	13 (54%)	400.852.869	0.964
		95%	0 (0%)	-	
		100%	5 (21%)	365.635.279	
		Không	6 (25%)	319.950.673	
Nơi cư trú	Thành thị	13 (54%)	349.662.697	0.401	
	Nông thôn	11 (46%)	401.213.879		

THA	Có	17 (71%)	364.183.547	0.975
	Không	7 (29%)	395.406.776	
ĐTĐ	Có	4 (17%)	689.303.381	0.004
	Không	20 (83%)	310.087.710	
RLLP	Có	4 (17%)	242.145.729	0.088
	Không	20 (83%)	399.519.241	
Nhóm ngày điều trị	< 9 ngày	5 (21%)	348.393.971	0.915
	≥9 ngày	19 (79%)	379.841.993	
Số lượng nhóm bệnh tim	1 nhóm bệnh	18 (75%)	359.956.922	0.386
	2 nhóm bệnh	6 (25%)	413.290.522	

IV. BÀN LUẬN

Chi phí y tế trực tiếp trong điều trị PTT hở

Tổng CP y tế trực tiếp của NB mô tim hở trung bình 241,4 triệu đồng, trong đó nhóm bệnh TBS 147,0 triệu đồng, nhóm VTMP 240,0 triệu đồng, nhóm bệnh MV 189,8 triệu đồng. Nhóm bệnh TBS có CP LS, CLS và CP khác trung bình lần lượt là 123,0; 21,8 và 2,5 triệu đồng (VTYT chiếm nhiều nhất 45,3 triệu đồng). Nhóm bệnh VTMP có chi phí LS, CLS và CP khác trung bình lần lượt là 208,1; 28,4; 3,9 triệu đồng (VTYT chiếm nhiều nhất 117,7 triệu đồng). Nhóm bệnh MV có CP LS, CLS và CP khác trung bình lần lượt là 155,6; 30,4; 4,3 triệu đồng (VTYT chiếm nhiều nhất 56,4 triệu đồng). Kết quả này khá tương đồng với NC của Nguyễn Thị Kim Yên (2020) về CP điều trị trên trẻ sơ sinh bệnh TBS nặng được can thiệp tim mạch tại Bệnh viện Nhi Đồng Thành phố từ 08/2018 đến 08/2020 ghi nhận: Tổng CP y tế trực tiếp của trẻ sơ sinh bệnh TBS nặng có trung vị 104,0 triệu đồng (trong đó, trung vị CP của nhóm thông tim là 86,6 triệu đồng và nhóm mổ tim là 120,3 triệu đồng), chi phí LS chiếm 70% với hạng mục VTYT chiếm tỷ trọng cao nhất [3] và NC của Nguyễn Thế Bình về CP điều trị nội trú của người bệnh PT và thông liên thất ghi nhận chi phí cho

vật tư tiêu hao chiếm tỷ trọng lớn nhất (77%) [4]. Kết quả này cũng tương đồng với NC của Nguyễn Ngọc Cường ghi nhận chi phí về VTYT chiếm nhiều nhất (26,3 triệu đồng) trong tổng chi phí LS (53,8 triệu đồng) [3].

Trong các CP y tế trực tiếp thì chi phí LS chiếm tỷ lệ nhiều nhất trung bình 206.380.188 VND, kế đến là CP CLS 31.278.998 VND và CP điều trị khác 4.262.694 VND. Kết quả NC này phù hợp với NC của Nguyễn Thị Kim Yên và NC của Nguyễn Ngọc Cường [3] nhưng có sự khác biệt so với NC của Bryan H. Goldstein năm 2019 ở Mỹ với CP cho giường bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất và CP lâm sàng chiếm tỷ lệ thấp nhất [3]. Điều này cho thấy cơ cấu thành phần của CP điều trị khác nhau tùy theo trung tâm tim mạch.

Các yếu tố liên quan đến chi phí y tế trực tiếp trong một đợt điều trị PTT hở

Trong nhóm bệnh TBS, CP cao nhất thuộc nhóm tứ chứng Fallot (137,7 triệu đồng). Điều này phù hợp với NC của Nguyễn Thị Kim Yên (2020) và kết luận của CDC năm 2009, tứ chứng Fallot là một trong ba bệnh lý TBS có CP điều trị cao nhất [3]. Nhóm bệnh VTMP chi phí cao nhất thuộc nhóm bệnh van ĐMC (457,7 triệu đồng) và bị ảnh hưởng bởi các bệnh lý kèm theo như THA, RLLP máu, cũng như nhóm BMV chi

phí sẽ tăng khi có kết hợp hơn 1 nhóm bệnh có chỉ định phẫu thuật.

Nhóm tuổi, nhóm bệnh tim, mức thanh toán BHYT, số lượng nhóm bệnh tim có chỉ định phẫu thuật và bệnh THA kèm theo là các yếu tố có thể làm tăng chi phí điều trị ở cả nhóm bệnh TBS, bệnh VTMP, bệnh MV ($p < 0,05$). Kết quả này khá tương đồng với NC của Nguyễn Thế Bình [4], NC của Ruben Willems [8], NC của Krzysztof Mozol [6]. Như vậy, không phải CP điều trị của tất cả những NB PT cùng nhóm bệnh tim sẽ giống nhau, nó phụ thuộc vào yếu tố nhóm tuổi, nhóm bệnh tim, mức thanh toán BHYT, số lượng nhóm bệnh tim có chỉ định phẫu thuật và bệnh THA kèm theo. Những yếu tố này (từ góc độ CP) theo chúng tôi cần thiết phải được quan tâm, cung cấp các dịch vụ chăm sóc hiệu quả, tập trung nâng cao quản lý để tránh gia tăng CP.

V. KẾT LUẬN

Tổng chi phí y tế trực tiếp trong điều trị mổ tim hở trung bình 241,4 triệu đồng (nhóm bệnh TBS 147,0 triệu đồng, nhóm bệnh VTMP 240,0 triệu đồng, nhóm bệnh MV 189,8 triệu đồng). Chi phí LS chiếm 85%, với hạng mục VTYT chiếm tỷ trọng cao nhất. Nhóm bệnh van ĐMC có chi phí điều trị nhiều nhất 457,7 triệu đồng. Để giảm bớt gánh nặng chi phí bệnh tật này, cần lưu ý các yếu tố có thể làm tăng chi phí điều trị như nhóm tuổi, nhóm bệnh tim, mức thanh toán BHYT và bệnh THA kèm theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2023), Thông tư 13/2023/TT-BYT quy định khung giá và phương pháp định giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu
2. **Cao Hữu Lợi** (2022), “Bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật tim hở tại bệnh viện tim mạch An Giang”, Luận văn Y học 2023.
3. **Nguyễn Thị Kim Yến** (2020), “Chi phí điều trị trên trẻ sơ sinh bệnh tim bẩm sinh nặng được can thiệp tim mạch tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố từ 08/2018 đến 08/2020”, Tạp chí Y Dược học Phạm Ngọc Thạch 2022; 1(1): 211-218.
4. **Nguyễn Thế Bình** (2012), “Nghiên cứu chi phí điều trị nội trú của người bệnh phẫu thuật vá thông liên thất tại trung tâm tim mạch bệnh viện E năm 2012”, Tạp chí Phẫu thuật tim mạch lồng ngực Việt Nam, số 4, tr. 3 – 12.
5. **Vũ Ngọc Tú** (2021), “Phẫu thuật điều trị bệnh lý tim bẩm sinh ở người lớn”, Tạp chí nghiên cứu y học 153 (5), tr. 49-58.
6. **Krzysztof Mozol** (2008), “Cost-effectiveness of mini-circuit cardiopulmonary bypass in newborns and infants undergoing open heart surgery”, Randomized Controlled Trial, . 2008 Sep; 66 (9):925-31; discussion 930. 7
7. **Robert Malcolm** (2023), “An exploratory cost-effectiveness analysis of a novel tissue valve compared with mechanical valves for surgical aortic valve replacement in subgroups of people aged 55-64 and 65+ with aortic stenosis in the UK”, Epub 2023, 23(9):1087-1099. 6
8. **Ruben Willems** (2019), “Direct Medical Costs of Pediatric Congenital Heart Disease Surgery in a Belgian University Hospital”, World J Pediatric Congenital Heart Surgery, 2019 Jan;10(1):28-36.

KHẢO SÁT ẢNH HƯỞNG CỦA CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ Y TẾ ĐẾN SỰ HÀI LÒNG CỦA BỆNH NHÂN NỘI TRÚ THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ CỬU LONG NĂM 2024

Trần Nguyễn¹, Lương Minh Vẹn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả sự hài lòng của người bệnh, thân nhân người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long năm 2024 và xác định một số yếu tố liên quan.

Phương pháp: Tiến hành trên 349 người bệnh và thân nhân người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long từ tháng 4 đến tháng 8/2024. Nghiên cứu cắt ngang, mô tả có phân tích; phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn.

Kết quả: Dân số nghiên cứu có phân bố tuổi trên 60 (39,7%), 31-60 tuổi (34,7%), 18-30 tuổi (25,6%), giới nam chiếm 48,5%, tập trung ở TP. Cần Thơ (30%), tỉnh Vĩnh Long (22,3%), tỉnh Hậu Giang (15,6%), tỉnh Sóc Trăng (12%) và một số tỉnh khác. Tỷ lệ hài lòng chung là 95,2 %; hài lòng về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh 96,5%, hài lòng về độ tin cậy 97,4%, hài lòng về độ đáp ứng 96,8%, hài lòng về năng lực phục vụ của đội ngũ cán bộ y tế 96,3%, hài lòng về sự đồng cảm của đội ngũ cán bộ y tế 95,7%, hài lòng về cơ sở vật chất 92,6%, hài lòng về thủ tục hành chính 94%, sẽ quay lại Bệnh viện để khám chữa bệnh 92%, sẽ giới thiệu dịch vụ khám chữa bệnh cho người thân, bạn bè 95,1%. Chưa thấy

mối liên quan giữa Cơ sở vật chất, thủ tục hành chính với sự hài lòng của người bệnh; Độ tin cậy, Chất lượng dịch vụ, Khả năng đáp ứng, Năng lực phục vụ và Sự đồng cảm của nhân viên y tế là những yếu tố có khả năng làm tăng sự hài lòng của người bệnh với $p < 0,05$.

Kết luận: Người bệnh điều trị nội trú sử dụng bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long tín nhiệm cao về chất lượng dịch vụ y tế tại Bệnh viện. Để tăng chất lượng dịch vụ y tế hơn nữa, Bệnh viện cần lưu ý các yếu tố có thể làm tăng sự hài lòng của người bệnh như Độ tin cậy, Chất lượng dịch vụ, Khả năng đáp ứng, Năng lực phục vụ và Sự đồng cảm của nhân viên y tế.

Từ khóa: Sự hài lòng của người bệnh.

SUMMARY

SURVEY OF THE INFLUENCE OF MEDICAL SERVICE QUALITY ON THE SATISFACTION OF INPATIENTS PARTICIPATING IN HEALTH INSURANCE AT HOAN MY CUU LONG HOSPITAL IN 2024

Objectives: Describe the satisfaction of inpatients and their relative receiving treatment at Hoan My Cuu Long Hospital in 2024 and identify some related factors.

Methods: Conducted on 349 inpatients and their relative receiving treatment at Hoan My Cuu Long Hospital from April to August 2024. Cross-sectional, descriptive and analytical research; Directly interview research subjects using a pre-designed set of questions.

¹Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn

ĐT: 0909343424

Email: nguyen.tran@hoanmy.com

Ngày nhận bài: 14/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 28/10/2024

Ngày duyệt bài: 30/10/2024

Results: The study population had an age distribution of over 60 years old (39.7%), 31-60 years old (34.7%), 18-30 years old (25.6%), male accounting for 48.5%, concentrated in the city Can Tho (30%), Vinh Long province (22.3%), Hau Giang province (15.6%), Soc Trang province (12%) and some other provinces. The overall satisfaction rate is 95,2 %; Satisfied with the Quality of medical examination and treatment services 96,5%, satisfied with Reliability 97,4%, satisfied with Responsiveness 96,8%, satisfied with the Service capacity of medical staff 96,3%, satisfied about the sympathy of the medical staff 95,7%, satisfied with the Facilities 92,6%, satisfied with the Administrative procedures 94%, will return to the hospital for medical examination and treatment 92%, will introduce the service Medical services for relatives and friends 95,1%. There is no relationship between Facilities, administrative procedures with patient satisfaction, Reliability, Service quality, Responsiveness, Service capacity and Empathy of medical staff are factors that can increase patient satisfaction with $p < 0.05$.

Conclusion: Inpatient patients using health insurance at Hoan My Cuu Long Hospital have high confidence in the quality of medical services at the Hospital. To further increase the quality of medical services, hospitals need to pay attention to factors that can increase patient satisfaction such as Reliability, Service quality, Responsiveness, Service capacity and Empathy of medical staff.

Keywords: Patient satisfaction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng (CL) ngày nay không chỉ là một vấn đề kỹ thuật thuần túy mà đã trở thành một vấn đề mang tính chiến lược, cạnh tranh hàng đầu của mỗi quốc gia, mỗi tổ chức, doanh nghiệp. CL đã trở nên quan

trọng đối với khách hàng khi họ quyết định chọn lựa một dịch vụ hoặc sản phẩm và CL được xem là một lợi thế chiến lược cho tổ chức nhằm đạt được và duy trì thành công [18]. Hiện nay, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại Việt Nam đòi hỏi có một mô hình CL mà thông qua đó người tiêu dùng có thể sử dụng để đánh giá chất lượng dịch vụ (CLDV) chăm sóc sức khỏe, đặc biệt cho đối tượng bệnh nhân tham gia bảo hiểm y tế (BHYT). Mức độ hài lòng (HL) của người bệnh (NB) là chỉ số quan trọng, được xem là kỳ vọng về kết quả khám chữa bệnh của bệnh viện. Nói cách khác sự HL của NB là thước đo cao nhất của CL hoạt động của các cơ sở y tế chứ không phải bất kỳ một hình thức tôn vinh nào khác [4]. Đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu: **“Khảo sát ảnh hưởng của chất lượng dịch vụ y tế đến sự hài lòng của bệnh nhân nội trú tham gia bảo hiểm y tế tại bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long (BV HMCL) năm 2024”** với các mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ (TL) hài lòng của bệnh nhân nội trú tham gia BHYT tại BV HMCL năm 2024.
2. Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến CLDV khám chữa bệnh của bệnh nhân nội trú tham gia BHYT tại BV HMCL năm 2024.
3. Xác định mối liên quan của CLDV khám chữa bệnh và sự hài lòng của bệnh nhân nội trú tham gia BHYT tại BV HMCL năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh nội trú khám chữa bệnh (KCB) bằng BHYT tại BV HMCL

Tiêu chuẩn chọn lựa

Có chỉ định nhập viện và điều trị nội trú.

Ngày nằm viện > 48h.

NB \geq 18 tuổi (trường hợp < 18 tuổi khảo sát người nuôi dưỡng trực tiếp).

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại ra

NB không thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu.

NB tại khoa ICU, Phẫu thuật – Gây mê hồi sức

Thời gian nghiên cứu: 01/04/2024 đến 31/08/2024.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa nội trú tại BV HMCL.

Cỡ mẫu

Tính theo công thức:

$$n \geq \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p \times (1-p)}{d^2}$$

Ước tính TL đạt 71% [6], khoảng tin cậy 95%, sai số 5% và $\alpha = 0,01$; $Z = 1,96$; $d = 0,05$.

Thay các giá trị p , $1-p$, $Z_{1-\alpha/2}^2$ và d , chúng tôi có cỡ mẫu tối thiểu là 317. Cộng thêm 10% mất mẫu, tổng số (TS) mẫu cần nghiên cứu 349.

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang tiền cứu.

Cách tính các chỉ số (CS)**CS hài lòng**

- Định nghĩa: câu trả lời được tính HL khi NB chọn ở mức 4, 5.

- TL hài lòng theo từng câu = TS câu trả lời mức 4, 5 x 100/ TS người khảo sát.

- TL hài lòng chung:

+ Tỷ số = (TS câu trả lời mức 4, 5 / TS câu đã hỏi) x 100.

+ Mẫu số = TS người được khảo sát [3].

CS chất lượng

- Định nghĩa: câu trả lời được tính có chất lượng khi NB chọn ở mức 4, 5.

- TL chất lượng theo từng câu = TS người có câu trả lời mức 4, 5 x 100/ TS người khảo sát.

- TL chất lượng chung:

+ Tỷ số = (TS trả lời mức 4, 5 / TS câu đã hỏi) x 100.

+ Mẫu số = TS người được khảo sát.

Nội dung NC**Biến độc lập**

Các yếu tố thuộc đặc điểm nhân khẩu - xã hội của NB

Giới tính, Nhóm tuổi, Trình độ, Dân tộc, Nghề nghiệp, Thu nhập, Đối tượng hưởng % chi phí KCB BHYT

Các yếu tố cấu phần của CLDV khám chữa bệnh bằng BHYT

Độ tin cậy, Độ đáp ứng, Năng lực phục vụ, Đồng cảm, Phương tiện hữu hình, Thủ tục hành chính

Biến phụ thuộc

Sự hài lòng của NB BHYT về CLDV KCB bằng BHYT

Phương pháp thu thập

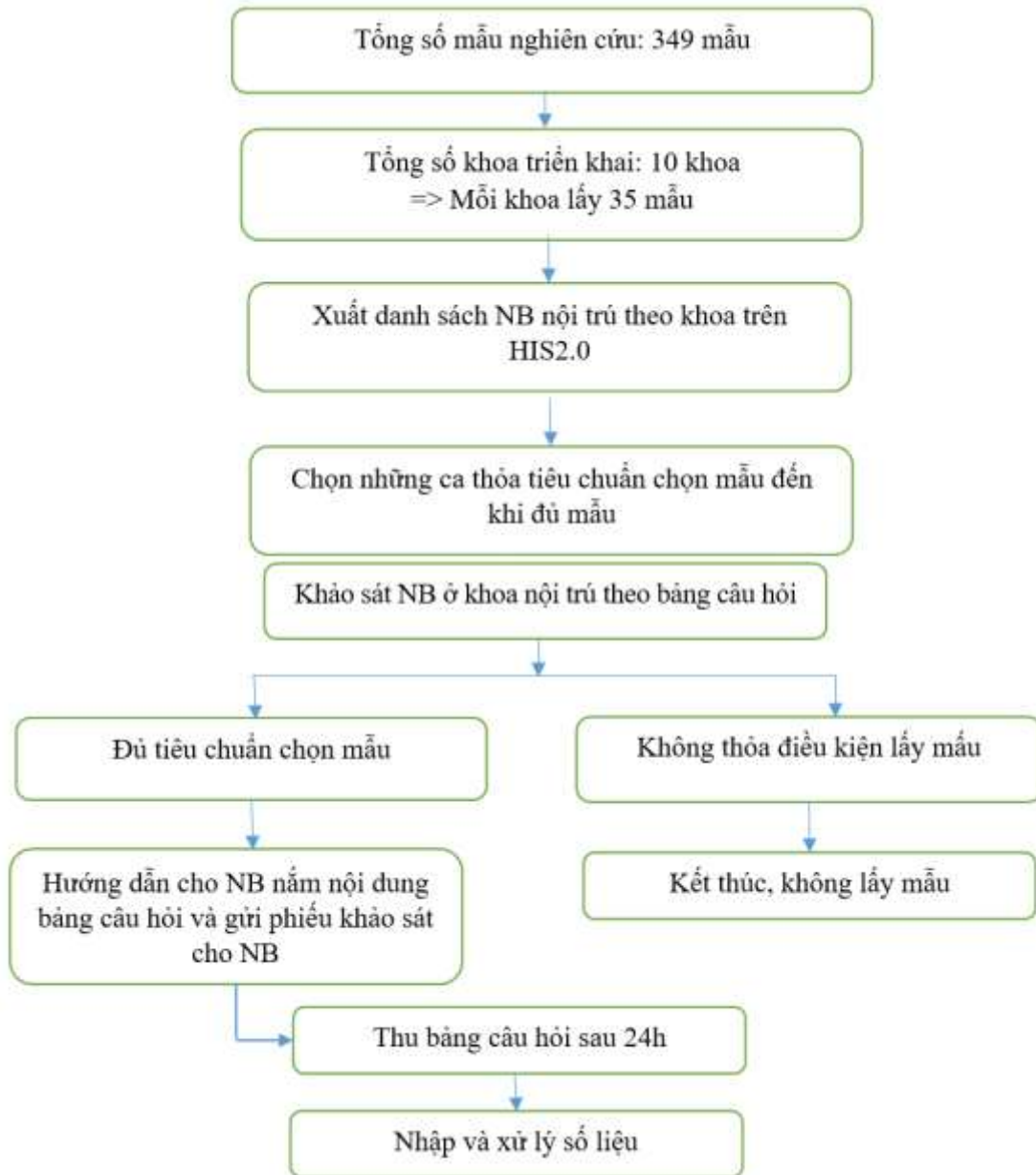
Nghiên cứu này sử dụng hai loại số liệu chính: thứ cấp và sơ cấp

Thông tin thứ cấp: Tác giả thu thập từ các tài liệu của phòng BHYT, phòng Nhân sự.

Thông tin sơ cấp: Thông tin sơ cấp được thu thập thông qua điều tra trực tiếp bằng việc sử dụng bảng hỏi.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng.



Sơ đồ lấy mẫu

Các bước thu thập số liệu

- Bước 1: Xuất danh sách NB điều trị nội trú > 48h.
- Bước 2: Tiến hành khảo sát 100% các khoa nội trú theo tiêu chuẩn lấy mẫu.
- Bước 3: Thu thập mẫu thử.
- Bước 4: Thu lại phiếu khảo sát sau 24h.
- Bước 5: Xử lý số liệu mẫu khi được 50 trường hợp.

Bước 6: Thu thập mẫu chính thức.

Phương pháp thống kê

Tính tần số, TL phần trăm, giá trị trung bình, OR. Dùng dùng phép kiểm Chi-Square hoặc Fisher.
 Mức ý nghĩa thống kê 95% với $\alpha = 0.05$
 Thống kê bằng phần mềm SPSS 25.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Nội dung		n	%
Giới tính	Nam	169	48,5
	Nữ	180	51,5
Nhóm tuổi	Từ 18 – 30 tuổi	89	25,6
	Từ 31- 60 tuổi	121	34,7
	Trên 60 tuổi	139	39,7
Trình độ	Bậc trung học cơ sở (cấp II) trở xuống	192	55
	Bậc trung học phổ thông (cấp III)	67	19,2
	Trung cấp, cao đẳng	53	15,2
	Đại học, trên đại học	37	10,6
Dân tộc	Kinh	349	83,4
	Thiểu số (Ghi rõ)	58	16,6
Nghề nghiệp	Cán bộ nhà nước	20	5,7
	Cán bộ doanh nghiệp	36	10,2
	Sinh viên	16	4,7
	Nghề tự do/nông dân	83	23,6
	Nghỉ hưu/mất sức/già yếu	194	55,8
Thu nhập	≤ 2,5 triệu đồng	16	4,7
	Từ 2,5 đến 6,5 triệu đồng	186	53,3
	Từ 6,6 đến dưới 10 triệu đồng	91	26,1
	≥ 10 triệu đồng	56	15,9
Đối tượng	100% chi phí KCB BHYT	36	10,3
	95% chi phí KCB BHYT	78	22,4
	80% chi phí KCB BHYT	235	67,3
	Đối tượng khác	0	0

Nhận xét: Mẫu NC có 349 NB, nữ chiếm 51,5%, trên 60 tuổi chiếm TL cao nhất 39,7%, 83,4% là dân tộc Kinh, trình độ học vấn tập trung nhiều từ cấp II trở xuống chiếm 55%, 55,8% thuộc nhóm nghỉ hưu/ mất sức/

già. Thu nhập từ 2,5 đến 6,5 triệu đồng/tháng chiếm TL cao nhất 53,3%, từ 6,5 đến 10 triệu chiếm 26,1%. Có 67,3% hưởng chế độ 80% chi phí KCB BHYT.

Bảng 2. Tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân về CLDV KCB bằng BHYT

Biến số	Mức 1 điểm n (%)	Mức 2 điểm n (%)	Mức 3 điểm n (%)	Mức 4 điểm n (%)	Mức 5 điểm n (%)	Trung bình n (%)
HL với CLDV KCB BHYT	0	0	12 (3,4%)	295 (84,6%)	42 (12%)	337 (96,5%)
HL với Độ tin cậy KCB BHYT	0	0	9 (2,5%)	293 (84%)	47 (13,5%)	340 (97,4%)
HL với Độ đáp ứng KCB BHYT	0	0	11 (3,1%)	290 (83,1%)	48 (13,8%)	338 (96,8%)
HL với Năng lực phục vụ của đội ngũ cán bộ y tế KCB BHYT	0	0	13 (3,7%)	291 (83,4%)	45 (12,9%)	336 (96,3%)
HL với sự đồng cảm của đội ngũ cán bộ y tế KCB BHYT	0	0	15 (4,3%)	293 (84%)	41 (11,7)	334 (95,7%)
HL với cơ sở vật chất KCB BHYT	0	0	26 (7,5%)	288 (82,5%)	35 (10%)	323 (92,6%)
HL với thủ tục hành chính KCB BHYT	0	0	21 (6%)	250 (71,6%)	78 (22,4%)	328 (94%)
Quay lại BV để KCB bằng BHYT	0	0	28 (8%)	270 (77,4%)	51 (14,6%)	321 (92%)
Giới thiệu dịch vụ KCB bằng BHYT	0	0	17 (4,9%)	266 (76,2%)	66 (18,9%)	332 (95,1%)
Tổng	0	0	152 (4,9%)	2536 (80,7%)	453 (14,4%)	2989 (95,2%)

Nhận xét: TL hài lòng chung là 95,2 %; HL về chất lượng dịch vụ KCB 96,5%, hài lòng về Độ tin cậy 97,4%, HL về Độ đáp ứng 96,8%, HL về Năng lực phục vụ của đội ngũ cán bộ y tế 96,3%, HL về sự đồng cảm của đội ngũ cán bộ y tế 95,7%, HL về cơ sở vật chất 92,6%, HL về thủ tục hành chính 94%, sẽ quay lại BV để KCB 92%, sẽ giới thiệu dịch vụ KCB cho người thân, bạn bè 95,1%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa CLDV KCB và sự hài lòng

Biến số		Hài lòng		p
		Có n (%)	Không n (%)	
Độ tin cậy về KCB BHYT	Có	340 (97,4%)	9 (2,5%)	0,006
	Không	0	0	
Đáp ứng về về KCB BHYT	Có	338 (96,8%)	11 (3,1%)	0,032
	Không	0	0	
Năng lực phục vụ của đội ngũ cán bộ y tế KCB BHYT	Có	336 (96,3%)	13 (3,7%)	0,045
	Không	0	0	
Sự đồng cảm của đội ngũ cán bộ y tế KCB BHYT	Có	334 (95,7%)	15 (4,3%)	0,049
	Không	0	0	

Phương tiện hữu hình KCB BHYT	Có	323 (92,6%)	26 (7,5%)	0,167
	Không	0	0	
Thủ tục hành chính KCB BHYT	Có	328 (94%)	21 (6%)	0,161
	Không	0	0	
CLDV chung KCB BHYT	Có	337 (96,5%)	12 (3,4%)	0,045
	Không	0	0	

Nhận xét: TL hài lòng chung có liên quan đến các yếu tố Độ tin cậy, CLDV, Khả năng đáp ứng, Năng lực phục vụ và sự đồng cảm của nhân viên y tế với $p < 0,05$; không có liên quan đến Phương tiện hữu hình và thủ tục hành chính.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

NB có thu nhập trên 6,6 triệu là 42% cho thấy đa số NB khi chọn KCB tại BV HMCL là NB có thu nhập trung bình khá trở lên.

Từ năm 2013 với xu hướng BHYT toàn dân, tháng 6 /2016 tăng giá dịch vụ KCB, NB tham gia BHYT nhiều hơn, qua số liệu khảo sát chúng tôi ghi nhận 100% NB có tham gia KCB BHYT là phù hợp với thực tế.

Đo lường mức độ hài lòng của NB

Để đo lường sự hài lòng của NB với CLDV y tế, nhiều tác giả đã thực hiện NC cắt ngang (chỉ định lượng đơn thuần) hoặc kết hợp giữa định lượng và định tính sao cho phù hợp với quy mô rộng rãi ở nhiều tỉnh, thành phố khác nhau.

Để đánh giá, phân loại cho mức độ HL hầu hết các NC dựa trên thang điểm Likert và chia thành 5 mức độ. Trong khi đó, ở nước khác thang điểm Likert được chia với nhiều hình thức đa dạng, như NC của Mohammredreza Hojat đã sử dụng thang điểm dao động từ 1 (rất không đồng ý) đến 7 (rất đồng ý) [5].

Phần lớn các NC đều dựa trên các yếu tố: thời gian chờ tiếp cận dịch vụ, giao tiếp với nhân viên y tế, kết quả chăm sóc sức khỏe,... để xây dựng, hoàn thiện bộ câu hỏi. Tuy nhiên số lượng các yếu tố và nội dung liên

quan đánh giá sự HL ở từng NC là khác nhau: trong NC của Trần Hồng Cẩm sử dụng 8 yếu tố [11], hay NC của Nguyễn Thị Hào sử dụng 5 yếu tố [15]. Tuy nhiên sự khác nhau này hoàn toàn phù hợp vì mỗi NC được thực hiện trên các bệnh nhân ở các địa điểm khác nhau nên điều kiện hoàn cảnh tùy nơi sẽ tác động đến quan điểm và sự HL của NB theo mức độ, cách thức khác nhau [12].

Mức độ hài lòng của người bệnh

Có thể thấy mức độ HL của NB với CLDV y tế nhìn chung đều ở mức trung bình trở lên. Kết quả NC của chúng tôi điểm HL trung bình là 4,65/5 điểm, TL HL chung là 95,2%, TL HL về chất lượng KCB BHYT là 96,5% tương đương với kết quả NC của nhiều tác giả khác như Hoàng Ngọc Trung (96,83%), Ngô Thị Tuyết (97,4%) và Đỗ Quang Hiếu (97,5%) [1].

Kết quả NC của chúng tôi cao hơn một số tác giả khác như Nguyễn Ngọc Phước (2014): TL HL của NB nội trú về CLDV y tế tại Viện Tim mạch - BV Bạch Mai là 84,1%. Trần Thị Hồng Cẩm (2017) khảo sát NB nội trú tại 12 BV gồm tuyến trung ương (4), tuyến tỉnh (4), tuyến quận, huyện (4) trải khắp cả nước trong năm 2015 cho thấy: TL HL với CLDV KCB (mức 4, 5) chiếm 67,8%; điểm HL chung trung bình là $3,82 \pm 0,74$ [1].

Tuy nhiên, cũng rất khó so sánh CLDV KCB giữa các BV vì do thời điểm khảo sát, tiêu chí khảo sát, cũng như đối tượng khảo sát ở các BV là khác nhau, không có sự đồng nhất. Đặc biệt, BV chúng tôi thuộc hệ thống BV tư nhân, vì vậy, khi tiếp cận các dịch vụ

y tế tư nhân NB sẽ có tâm lý, yêu cầu khác rất nhiều so với BV thuộc hệ thống công lập.

Đối với khía cạnh Các yếu tố hữu hình (Cơ sở vật chất, phương tiện phục vụ NB) và Thủ tục hành chính, điểm HL là thấp nhất, lần lượt đạt 92% và 94%, với 26 và 21 phiếu đánh giá trung bình, phản ánh đúng thực trạng cơ sở vật chất và thủ tục hành chính của BV hiện nay. Hy vọng, những bất cập về cơ sở vật chất, thủ tục hành chính sẽ được lãnh đạo BV quan tâm tháo gỡ trong thời gian tới.

Các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của NB

NC của chúng tôi ghi nhận các yếu tố Độ tin cậy, CLDV, Khả năng đáp ứng, Năng lực phục vụ và sự đồng cảm của nhân viên y tế có liên quan đến sự hài lòng của NB. Kết quả này khá tương đồng với Nguyễn Thị Lan Anh [2], Nguyễn Xuân Vỹ [3], Phạm Thị Thùy Dương [4], S. M. Irfan1, A. Ijaz [8] nhưng khác với Vũ Thị Thục [13]. Các NC đều tập trung vào năm CLDV: sự đồng cảm, phương tiện hữu hình, sự đảm bảo, tính kịp thời và khả năng đáp ứng đã được sử dụng để đo lường nhận thức của bệnh nhân về CLDV của BV công và tư. Kết quả cho thấy các BV tư nhân cung cấp CLDV tốt hơn cho bệnh nhân của họ so với dịch vụ công [8].

Mặt khác, trong khuôn khổ nghiên cứu này, số liệu điều tra còn khá nhỏ, trong thời gian ngắn nên cũng chưa thể đánh giá chất lượng cung cấp dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe giữa các khoa lâm sàng của BV. Tuy nhiên, điều này cũng giúp cho BV, cũng như các đơn vị tự điều chỉnh nhằm nâng cao hơn nữa chất lượng điều trị, đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự HL của NB.

V. KẾT LUẬN

NB điều trị nội trú sử dụng BHYT tại BV HMCL tín nhiệm cao về CLDV y tế tại BV. Để tăng CLDV y tế hơn nữa, BV cần lưu ý các yếu tố có thể làm tăng sự HL của NB như cơ sở vật chất, CLDV, năng lực phục vụ, khả năng đáp ứng, thủ tục hành chính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Quang Hiếu** (2020), “Khảo sát sự hài lòng của người bệnh và thân nhân người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện Bông Quốc Gia Lê Hữu Trác năm 2020”, Tạp chí Y học Thảm họa và Bông, số 5, tr. 28-38.
2. **Nguyễn Xuân Vỹ** (2011), Nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Phú Yên, Luận văn thạc sỹ, Trường Đại học Nha Trang.
3. **Phạm Thị Thùy Dương** (2016), Các nhân tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của người sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại địa bàn tỉnh Gia Lai, Luận văn thạc sĩ, Đại học Đà Nẵng.
4. **Nguyễn Hữu Thắng** (2018), Sự hài lòng của người bệnh đối với chất lượng bệnh viện tại Việt nam: nghiên cứu tổng quan có hệ thống, giai đoạn 2000-2015, Tạp chí Y tế công cộng số 45.
5. **Nguyen Thi Lan Anh** (2017), “Public health service quality at Thai Nguyen National General Hospital, Doctoral thesis, Central Philippine University”.
6. **Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. & Berry, L. L.** (1988), “SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality”, Journal of Retailing, 64(1), pp. 12 – 40.
7. **S. M. Irfan1, A. Ijaz** (2011), “Comparison of Service Quality between Private and Public Hospitals: Empirical Evidences From Pakistan”, Journal of Quality and Technology Management Volume VII, Issue I, June, 2011, Page 1 - 22.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ BƯỚC ĐẦU ÁP DỤNG CHƯƠNG TRÌNH ERAS Ở SẢN PHỤ MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ VINH

Trần Hữu Toán¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của việc áp dụng chương trình tăng cường hồi phục sau mổ lấy thai (ERAS) tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh.

Phương pháp: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng trên 260 sản phụ có chỉ định mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh từ tháng 04/2024 đến tháng 09/2024 thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn bệnh. Các đối tượng nghiên cứu được chia thành 2 nhóm: nhóm áp dụng chương trình tăng cường hồi phục sau mổ lấy thai (ERAS) và nhóm áp dụng chương trình mổ lấy thai thường quy. Việc phân nhóm các đối tượng được đưa vào nghiên cứu được thực hiện một cách ngẫu nhiên bằng cách bốc thăm. Cứ 1 sản phụ đưa vào nhóm can thiệp sẽ có 1 sản phụ đưa vào nhóm chứng tương ứng. Tiến hành đánh giá hiệu quả của chương trình ERAS dựa trên các yếu tố: các biến chứng sau mổ, mức độ đau sau mổ, số ngày nằm viện...

Kết quả: Thời gian rút sonde tiểu sau mổ, thời gian vận động sau mổ, thời gian ăn sau mổ ở nhóm ERAS sớm hơn so với nhóm chứng. Mức độ đau sau mổ của các sản phụ nhóm ERAS là $3,80 \pm 0,69$ điểm, thấp hơn so với nhóm chứng là $3,99 \pm 1,12$ điểm. Thời gian nằm viện sau mổ ở nhóm ERAS là $6,3 \pm 0,85$ ngày, thời gian nằm

viện sau mổ ở nhóm chứng là $6,85 \pm 0,70$ ngày. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Các biến chứng sau mổ được ghi nhận như bí tiểu sau mổ, nôn sau mổ, nhiễm trùng đường tiểu, viêm da tiếp xúc... Các biến chứng này chủ yếu ở nhóm chứng.

Kết luận: Bước đầu áp dụng chương trình ERAS trong mổ lấy thai tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh đạt kết quả khá tốt. Các sản phụ được áp dụng chương trình ERAS có ít biến chứng hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn.

Từ khóa: ERAS, mổ lấy thai.

SUMMARY

EFFECT OF ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS) PROTOCOL FOLLOWING CAESAREAN DELIVERY AT HOAN MY VINH HOSPITAL

Objectives: To determine the effect of implementing an enhanced recovery after surgery pathway following caesarean delivery at Hoan My Vinh Hospital.

Materials and Methods: A randomized controlled clinical trial research design was conducted at the obstetric and gynecologic inpatient and post-caesarean section wards at Hoan My Vinh Hospital from 04/2024 to 09/2024. A sample of 260 women was conveniently assigned to two groups, 130 for each. A control group received routine hospital care, and a study group for whom ERAS was implemented. Data were collected by the post-caesarean maternal outcome assessment sheet, the

¹Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Toán

ĐT: 0372996364

Email: tranhuutoan2807@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 29/10/2024

Ngày duyệt bài: 31/10/2024

visual analog scale, length of hospital stay, postoperative complications...

Results: Postoperative catheter removal time, postoperative ambulation time, and time of first liquid meal postoperative in the ERAS group were earlier than in the control group. The postoperative pain level of the ERAS group was $3,80 \pm 0,69$ points, the control group was $3,99 \pm 1,12$ points. The hospital stay in the ERAS group was $6,3 \pm 0,85$ days, in the control group was $6,85 \pm 0,70$ days. This difference was statistically significant ($P < 0,05$). Patients who received the ERAS protocol had fewer complications than control group.

Conclusion: Implementing ERAS significantly had positive maternal outcomes. Patients who received the ERAS protocol had fewer complications and shorter hospital stays.

Keywords: ERAS, caesarean deliver

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm qua, do nhiều nguyên nhân, tỷ lệ mổ lấy thai đang ngày càng gia tăng. Hiện nay, cùng với sự tiến bộ của kỹ thuật mổ, thời gian mổ... thì việc tăng cường hồi phục sau khi mổ lấy thai cho sản phụ cũng đang rất được chú trọng nhằm nâng cao chất lượng điều trị cũng như giảm chi phí y tế cho người bệnh.

Tăng cường hồi phục sau phẫu thuật (Enhanced recovery after surgery, ERAS) là khái niệm kết hợp nhiều khía cạnh khác nhau dựa trên cơ sở chứng cứ của chăm sóc chu phẫu để đẩy nhanh quá trình hồi phục cho bệnh nhân. Nghiên cứu ban đầu về ERAS được tiến hành trên những bệnh nhân phẫu thuật đại trực tràng, các báo cáo cho thấy giảm thời gian nằm viện, tái nhập viện và biến chứng sau phẫu thuật cùng với cải thiện sự hài lòng bệnh nhân¹. Kể từ đó, đã có sự chấp nhận rộng rãi ERAS trong các phẫu

thuật đặc biệt khác. Tăng cường hồi phục sớm sau phẫu thuật đem lại nhiều lợi ích cho cả người bệnh và bệnh viện. ERAS hướng đến giúp sản phụ hồi phục tốt hơn về tinh thần và nâng cao chất lượng cuộc sống, giảm bớt gánh nặng chăm sóc và điều trị nhờ thời gian nằm viện ngắn, tái nhập viện do biến chứng ít hơn. Trong một nghiên cứu về xuất viện sớm sau mổ lấy thai không biến chứng trước khi có quan niệm về ERAS, các báo cáo cho thấy nhóm sản phụ xuất viện sớm hài lòng cao hơn so với nhóm được chăm sóc thông thường². Tại Việt Nam, ERAS đã được áp dụng tại một số bệnh viện lớn trên cả nước trong lĩnh vực phẫu thuật ngoại khoa. Mặc dù vậy, ERAS trong phẫu thuật sản phụ khoa chưa được quan tâm đúng mức, đặc biệt trong phẫu thuật lấy thai. Hiện nay tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về hiệu quả của chương trình ERAS trong phẫu thuật lấy thai. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài “Đánh giá hiệu quả ứng dụng chương trình ERAS trong phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh” với mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm của bệnh nhân mổ lấy thai tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh.
2. Đánh giá hiệu quả của chương trình ERAS trong mổ lấy thai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm những sản phụ có chỉ định mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh từ tháng 04/2024 đến tháng 09/2024 thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ như sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi thai từ 38 – 42 tuần tính theo siêu âm 3 tháng đầu.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại ra

- Sản phụ trong tình trạng sốc, tăng huyết áp không kiểm soát được, tiền sản giật nặng, sản giật, hội chứng HELLP, rau bong non, rau tiền đạo...

- Bệnh tim nặng: suy tim mất bù, tăng áp phổi nặng...

- Từ chối tham gia nghiên cứu.

Các sản phụ thỏa mãn tiêu chuẩn nhận vào và tiêu chuẩn loại trừ sẽ được chia thành 2 nhóm: nhóm can thiệp và nhóm chứng.

• **Nhóm can thiệp:** thực hiện theo chương trình ERAS được áp dụng tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh.

• **Nhóm chứng:** thực hiện theo quy trình mổ lấy thai thường quy.

Việc phân nhóm các đối tượng được đưa vào nghiên cứu được thực hiện một cách ngẫu nhiên bằng cách bốc thăm. Cứ 1 sản phụ đưa vào nhóm can thiệp sẽ có 1 sản phụ đưa vào nhóm chứng tương ứng.

2.2. Cỡ mẫu

Sử dụng công thức:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2}\sqrt{2pq} + Z_{1-\beta}\sqrt{p_1q_1 + p_2q_2})^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó

n: Cỡ mẫu; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$, $Z_{1-\beta} = 0,84$;

Z: Giá trị của mức độ thống kê tin cậy.

a: Ý nghĩa thống kê được chọn $\alpha = 0,05$ (độ tin cậy 95%)

β : Ý nghĩa thống kê được chọn $\beta = 0.2$ (lực mẫu 80%)

p_1 : Tỷ lệ sản phụ có mức độ đau sau mổ nhiều hơn mức chờ đợi. Tỷ lệ này ở nghiên cứu của tác giả Jennifer L.G. và cộng sự là 28,3%³. Nên chúng tôi chọn $p_1 = 0,283$; p_2 : Ước tính tỷ lệ sản phụ có mức độ đau sau mổ nhiều hơn mức chờ đợi giảm 50% sau khi thực hiện chương trình ERAS, $p_2 = 0,1415$.

$p = (p_1 + p_2)/2 = 0,2125$; $q = 1 - p = 0,775$

$q_1 = 1 - p_1 = 0,717$; $q_2 = 1 - p_2 = 0,8585$

Thay vào công thức tính được $n \geq 130$.

Như vậy cỡ mẫu của chúng tôi là 260 trường hợp gồm 130 nhóm can thiệp và 130 nhóm đối chứng.

2.3. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Phụ Sản – Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh.

2.4. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ 04/2024 đến 9/2024.

2.5. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng.

2.6. Phương pháp nghiên cứu

- Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án. Tổng hợp và xử lý số liệu.

2.7. Các bước tiến hành

Chọn lựa đối tượng vào mẫu nghiên cứu

Khảo sát các đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu: tuổi, BMI, tuổi thai, tiền sử sản khoa, chỉ định mổ... Các sản phụ trong nhóm can thiệp sẽ thực hiện theo quy trình ERAS. Các sản phụ trong nhóm chứng sẽ thực hiện theo quy trình mổ lấy thai thường quy: nhịn ăn uống hoàn toàn trước phẫu thuật 8 tiếng, rút sonde tiểu sau mổ 12 tiếng, ăn thức ăn đặc sau khi đã trung tiện.

Đánh giá hiệu quả của chương trình ERAS trong mổ lấy thai:

- Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ:

- Đánh giá mức độ đau: theo thang điểm NRS (Number Rating Scale)

- Tỷ lệ chẩn đoán bí tiểu sau sinh

- Số ngày nằm viện.

Phân tích thống kê

- Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS.

- Tính tỷ lệ trung bình, tỷ lệ phần trăm, so sánh các giá trị trung bình và các tỷ lệ. So sánh giá trị trung bình của các biến định lượng bằng kiểm định One – way ANOVA

cho biến số có phân phối chuẩn. Kiểm định mỗi tương quan giữa các biến định lượng, kiểm định χ^2 để xác định mức độ khác nhau

giữa 2 tỷ lệ %, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố nhóm tuổi

Bảng 1. Phân bố nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Nhóm ERAS		Nhóm chứng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
< 20 tuổi	6	4,6	0	0	6	2,3
20 – 34 tuổi	98	75,4	93	71,5	191	73,5
≥ 35 tuổi	26	20,0	37	28,5	63	24,2
Tổng	130	100	130	100	260	100
X ± SD	30,1 ± 5,04		32,2 ± 5,02		31,17 ± 5,13	

P > 0,05

Nhận xét: Độ tuổi chủ yếu ở cả 2 nhóm là từ 20 – 34 tuổi. Không có sự khác biệt về tuổi giữa 2 nhóm (P > 0,05).

3.2. Tiền sử sản khoa

Bảng 2. Tiền sử sản khoa

Số lần sinh	Nhóm ERAS		Nhóm chứng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Con so	32	24,6	37	28,5	69	26,5
Con ẵ	98	75,4	93	71,5	191	73,5
Tổng	130	100,0	130	100,0	260	100,0

P > 0,05

Nhận xét: Đa số sản phụ sinh con lần thứ 2 trở lên. Không có sự khác biệt về tiền sử sản khoa giữa 2 nhóm (P > 0,05).

3.3. Mức độ tuân thủ quy trình ERAS



Biểu đồ 1. Mức độ tuân thủ quy trình ERAS

Nhận xét: Đa số quy trình ERAS đều được tuân thủ tối đa. Một số quy trình chưa được tuân thủ như giảm đau đa mô thức, rút sonde tiểu sớm...

3.4. Đặc điểm hậu phẫu

Bảng 3. Đặc điểm hậu phẫu

Đặc điểm hậu phẫu	Nhóm ERAS	Nhóm chứng
Thời gian rút sonde tiểu (giờ)	9,01 ± 1,61	17,56 ± 3,44
Thời gian vận động sau mổ (giờ)	11,42 ± 2,26	19,69 ± 3,39
Thời gian ăn sau mổ (giờ)	3,66 ± 0,76	5,66 ± 0,98
Mức độ đau sau mổ	3,80 ± 0,69	3,99 ± 1,12

Nhận xét: Thời gian rút sonde tiểu sau mổ, thời gian vận động sau mổ, thời gian ăn sau mổ ở nhóm ERAS đều sớm hơn nhóm chứng. Mức độ đau sau mổ của sản phụ nhóm ERAS thấp hơn so với nhóm chứng

3.5. Thời gian nằm viện

Bảng 4. Thời gian nằm viện

	Thời gian nằm viện (ngày) GTLN – GTNN (ngày)	P
Nhóm ERAS	6,3 ± 0,85 3 - 8	P < 0,05
Nhóm chứng	6,85 ± 0,70 5 - 11	
Trung bình	6,58 ± 0,83 3 - 11	

Nhận xét: Nhóm sản phụ áp dụng ERAS có thời gian nằm viện ngắn hơn so với nhóm chứng (p < 0,05).

3.6. Các biến chứng sau mổ

Bảng 5. Các biến chứng sau mổ

Các biến chứng	Nhóm ERAS, n (%)	Nhóm chứng, n (%)	P
Bí tiểu	1 (0,8)	3 (2,3)	> 0,05
Nôn sau mổ	0 (0,0)	5 (3,8)	< 0,05
Nhiễm trùng vết mổ	0	0	-
Nhiễm trùng đường tiểu	1 (0,8)	4 (3,2)	> 0,05
Biến chứng khác	1 (0,8)	8 (6,2)	< 0,05

Nhận xét: Các biến chứng sau mổ ở nhóm sản phụ ERAS được ghi nhận ít hơn so với các sản phụ ở nhóm chứng

IV. BÀN LUẬN

Tuổi mẹ trung bình là 31,17 ± 5,13 tuổi. Nhóm tuổi từ 20 – 34 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (73,5%). Điều này là phù hợp do đây là

độ tuổi sinh đẻ, có sự hoàn chỉnh về giải phẫu, chức năng sinh lý, tâm lý. Độ tuổi trung bình của các sản phụ ở nhóm áp dụng chương trình ERAS là 30,1 ± 5,04 tuổi, ở nhóm chứng là 32,2 ± 5,02 tuổi. Sự khác biệt này không có ý nghĩa về mặt thống kê (P > 0,05). Đề tài của tác giả Sang Chinchou nghiên cứu các trường hợp mổ lấy thai chủ

động tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương nhận thấy nhóm tuổi từ 20 – 35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (70,9%), tương tự như kết quả nghiên cứu của chúng tôi⁴. Theo một nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có nhóm chứng của tác giả Rajlaxmi Mundhra năm 2024 trên 142 sản phụ chia thành 2 nhóm: nhóm áp dụng chương trình ERAS và nhóm chứng thì độ tuổi trung bình của sản phụ ở nhóm ERAS là $26,52 \pm 4,59$, ở nhóm chứng là $27,3 \pm 4,29$ ($P = 0,301$)⁵.

Về tiền sử sản khoa, chúng tôi nhận thấy ở cả 2 nhóm thì tỷ lệ mổ lấy thai chủ động ở nhóm con rạ đều cao hơn so với con so. Cụ thể ở nhóm ERAS tỷ lệ này là 75,4% và 24,6%; ở nhóm chứng là 71,5% và 28,5%. Điều này cũng là dễ hiểu vì một phần lớn những trường hợp mổ lấy thai chủ động là những sản phụ đã có sẹo mổ cũ trước đó, nên tỷ lệ con rạ cao hơn so với con so. Kết quả này của chúng tôi tương tự nghiên cứu của tác giả Sang Chinchou với tỷ lệ sinh con rạ ở những trường hợp mổ lấy thai chủ động là 63,5%, tỷ lệ con so là 36,5%⁴. Nghiên cứu của tác giả Jennifer L. Grasch cho thấy tỷ lệ thai con so ở nhóm ERAS là 38,9%, ở nhóm chứng là 34,6% ($P > 0,05$)³.

Yếu tố đóng vai trò quan trọng trong hiệu quả của chương trình ERAS chính là mức độ tuân thủ các quy trình của ERAS. Chương trình tăng cường hồi phục sau phẫu thuật (ERAS) gồm nhiều bước, phải được tiến hành trước mổ, trong mổ và sau mổ. Do đó để quy trình ERAS được tuân thủ ở tất cả các quy trình là một việc hết sức khó khăn và đòi hỏi sự đồng bộ của nhiều chuyên khoa khác nhau. Tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh tỷ lệ tuân thủ các quy trình khá cao. Cụ thể các yếu tố như: tư vấn trước phẫu thuật, khám sàng lọc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng, dùng Cacborhydrates trước phẫu thuật,

kháng sinh dự phòng trước mổ, dự phòng nôn và buồn nôn, duy trì và theo dõi thân nhiệt trong mổ, kẹp dây rốn muộn, da kè da, thay băng vết mổ 48 giờ sau phẫu thuật đều đạt tuân thủ là 100%. Tuy nhiên bên cạnh đó một số quy trình vẫn chưa được tuân thủ tuyệt đối như giảm đau đa mô thức (85%), cho ăn sớm sau phẫu thuật (95%), vận động sớm sau phẫu thuật (85%), rút sonde tiêu sớm (88%). Theo tác giả Hồ Hữu Đức, khi đánh giá hiệu quả thực hiện ERAS trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Thống Nhất, với 24 yếu tố ERAS được khảo sát trên 58 bệnh nhân cho thấy có 12 yếu tố tuân thủ gần như 100%. Đa số là các yếu tố trước phẫu thuật như tư vấn trước phẫu thuật, can thiệp dinh dưỡng, đánh giá tình trạng thiếu máu, kháng sinh dự phòng, sát khuẩn da trước phẫu thuật. Ngoài ra, trong đó vẫn có những yếu tố có sự tuân thủ chưa cao, đặc biệt là yếu tố giảm đau đa phương thức, tỉ lệ tuân thủ là 0%⁶. Một nghiên cứu về hiệu quả của ERAS trong phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An của tác giả Nguyễn Văn Thủy cho thấy tỷ lệ tuân thủ chung là 69,9%, các can thiệp trong phẫu thuật có tỷ lệ tuân thủ cao nhất (100%), sau đó đến trước phẫu thuật (68,2%) và thấp nhất là sau phẫu thuật (59,5%). Có 01 can thiệp không thực hiện được là không nhịn ăn quá lâu (nhịn ăn 6 tiếng trước mổ đối với thức ăn đặc, 2 tiếng đối với nước trong)⁷. Như vậy có thể thấy rằng trong cả chuyên khoa Ngoại khoa cũng như Sản khoa, việc tuân thủ tuyệt đối tất cả các quy trình của chương trình ERAS là tương đối khó khăn. Do đó để đảm bảo việc thực hiện ERAS có hiệu quả nhất thì cần liên tục đào tạo cho nhân viên y tế về các quy trình cần thực hiện cũng như tìm ra

các nguyên nhân của việc chưa tuân thủ quy trình để có giải pháp khắc phục.

Thời gian rút sonde tiểu sau mổ trung bình ở nhóm ERAS là $9,01 \pm 1,61$ giờ, ở nhóm chứng là $17,56 \pm 3,44$ giờ. Thời gian vận động sau mổ trung bình ở nhóm ERAS là $11,42 \pm 2,26$ giờ, ở nhóm chứng là $19,69 \pm 3,39$ giờ. Các sản phụ ở nhóm ERAS có mức độ đau sau mổ là $3,80 \pm 0,69$ điểm, thấp hơn so

với nhóm chứng là $3,99 \pm 1,12$ điểm. Về thời gian ăn sau mổ, các sản phụ nhóm ERAS ăn lại sau mổ sớm hơn so với sản phụ ở nhóm chứng ($3,66 \pm 0,76$ giờ so với $5,66 \pm 0,98$ giờ).

Bảng dưới đây nêu ra một số đặc điểm hậu phẫu của các bệnh nhân sau mổ lấy thai trong nghiên cứu của tác giả Rajlaxmi Mundhra năm 2024.

Bảng 6. Kết quả nghiên cứu của tác giả Rajlaxmi Mundhra⁵

Đặc điểm hậu phẫu	Nhóm ERAS	Nhóm chứng
Thời gian rút sonde tiểu (giờ)	$6,07 \pm 1,1$	$22,8 \pm 3,01$
Thời gian vận động sau mổ (giờ)	$8,62 \pm 1,96$	$23,73 \pm 4,57$
Thời gian ăn sau mổ (giờ)	$3,3 \pm 1,16$	$16,89 \pm 6,21$
Thời gian trung tiện sau mổ (giờ)	$21,68 \pm 8,34$	$35,51 \pm 8,86$
Mức độ đau sau mổ	$6.14 \pm 0,85$	$6,87 \pm 1,05$

Như vậy khác với các chăm sóc thường quy như trước đây thì chương trình ERAS có những thay đổi đáng kể về quy trình chăm sóc sau mổ ở những bệnh nhân mổ lấy thai. Điều này nhằm mục đích làm cho quá trình hồi phục sau mổ được diễn ra sớm hơn so với trước.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình của các sản phụ nhóm ERAS là $6,3 \pm 0,85$ ngày. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 3 ngày, nhiều nhất là 8 ngày. Ở nhóm sản phụ được chăm sóc thường quy, thời gian nằm viện trung bình là $6,85 \pm 0,70$ ngày, trong đó có trường hợp nằm viện đến 11 ngày. Sự khác biệt này là có ý nghĩa về mặt thống kê với $P < 0,05$. Như vậy có thể thấy rằng việc thực hiện ERAS đã làm rút ngắn thời gian nằm viện của các sản phụ mổ lấy thai. Các nghiên cứu của các tác giả Kleiman AM (2020), Mullman L (2020), Pan J (2020), Shinnick JK (2020)... đều cho thấy chương trình ERAS làm rút ngắn thời gian nằm viện sau mổ cho các sản phụ.

Chúng tôi nhận thấy chỉ có 1 trường hợp nhóm ERAS có bí tiểu sau mổ, trong khi đó ở nhóm chứng có 3 trường hợp. Việc rút sonde tiểu sớm cũng làm số trường hợp nhiễm trùng đường tiểu ở nhóm ERAS ít hơn so với nhóm chứng. Trong nghiên cứu không có trường hợp nhiễm trùng vết mổ nào được ghi nhận ở cả 2 nhóm. Một số biến chứng sau mổ khác như viêm nội mạc tử cung, tắc ruột, đau đầu... ở nhóm chứng nhiều hơn so với nhóm ERAS ($P < 0,05$). Như vậy chúng ta có thể thấy rằng việc thực hiện ERAS không làm tăng nguy cơ biến chứng sau mổ cho bệnh nhân, thậm chí nó còn góp phần làm giảm tỷ lệ các biến chứng so với các chăm sóc thường quy trước đây. Nghiên cứu của tác giả Jennifer L. Grascch cho kết quả ở nhóm ERAS không có trường hợp bí tiểu sau sinh nào, trong khi đó ở nhóm chứng có 7 trường hợp bí tiểu ($P < 0,05$). Cùng với đó trong nghiên cứu cũng ghi nhận rằng tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, tỷ lệ quay lại nhập viện ở nhóm ERAS cũng thấp hơn nhóm chứng³. Theo một phân tích tổng quan hệ thống thì

các nghiên cứu đều ghi nhận so với nhóm thực hiện các chăm sóc thường quy, các bệnh nhân mổ lấy thai thực hiện ERAS đều có ít biến chứng hơn (RR: 0.50, 95% CI: 0.37 to 0.68, $p < 0.00001$), giảm chi phí điều trị, tỷ lệ quay lại nhập viện cũng thấp hơn.

V. KẾT LUẬN

Không có sự khác biệt về tỷ lệ mang thai con so, con rạ cũng như chỉ định mổ giữa 2 nhóm đối tượng nghiên cứu ($P > 0,05$). Đa số quy trình ERAS được tuân thủ 100%. Một số quy trình chưa được tuân thủ hoàn toàn như giảm đau đa mô thức, rút sonde tiểu sớm sau mổ, vận động sớm sau mổ...

Thời gian rút sonde tiểu sau mổ, thời gian vận động sau mổ, thời gian ăn sau mổ ở nhóm ERAS đều sớm hơn so với nhóm chứng. Thời gian nằm viện sau mổ ở nhóm ERAS ngắn hơn so với thời gian nằm viện sau mổ ở nhóm chứng. Các biến chứng sau mổ được ghi nhận như bí tiểu sau mổ, nôn sau mổ, nhiễm trùng đường tiểu, viêm da tiếp xúc... Các biến chứng này chủ yếu ở nhóm chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Adamina M, Kehlet H, Tomlinson GA, Senagore AJ, Delaney CP.** Enhanced recovery pathways optimize health outcomes and resource utilization: a meta-analysis of randomized controlled trials in colorectal surgery. *Surgery*. Jun 2011;149(6):830-40. doi:10.1016/j.surg.2010.11.003
2. **Aluri S, Wrench IJ.** Enhanced recovery from obstetric surgery: a U.K. survey of practice. *Int J Obstet Anesth*. May 2014; 23(2): 157-60. doi:10.1016/j.ijoa.2013.11.006
3. **Grasch JL, Rojas JC, Sharifi M, McLaughlin MM, Bhamidipalli SS, Haas DM.** Impact of Enhanced Recovery After Surgery pathway for cesarean delivery on postoperative pain. *AJOG Glob Rep*. Feb 2023;3(1): 100169. doi:10.1016/j.xagr.2023.100169
4. **Sang Chinchou.** Nghiên cứu mổ lấy thai chủ động tại khoa điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 9/2017 - 7/2018. 2018.
5. **Mundhra R, Gupta DK, Bahadur A, Kumar A, Kumar R.** Effect of Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) protocol on maternal outcomes following emergency caesarean delivery: A randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. Jun 2024;22: 100295. doi:10.1016/j.eurox.2024.100295
6. **Hồ Hữu Đức.** Đánh giá hiệu quả thực hiện eras trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng. *Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế - Số 96/2024*. 2024;
7. **Nguyễn Văn Thủy.** Kết quả ứng dụng chương trình ERAS trong phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An Tạp chí Y học Việt Nam tập 530. 2023;

HIỆU QUẢ CỦA CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ VÀ GIÁO DỤC TỰ QUẢN LÝ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRÊN NỀN TẢNG KỸ THUẬT SỐ DỰA TRÊN VIỆC HUẤN LUYỆN CHO NGƯỜI MẮC BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Vũ Nhật Phong, Thạch Thị Phola³, Trần Kiều Hoanh⁴,
Nguyễn Thị Hồng Hà⁴, Trương Đại Lan⁴, Lâm Tiểu Uyên⁴,
Trần Quốc Việt⁴, Tô Ý Nhi⁴, Lương Trần Hoàng Nhật⁴,
Lê Thị Thái Dương², Trần Quang Khánh^{1,2}, Lý Đại Lương⁵

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường vẫn là một thách thức đối với sức khỏe cộng đồng toàn cầu. Các ứng dụng di động và nền tảng kỹ thuật số cung cấp các giải pháp cải tiến để nâng cao khả năng quản lý bệnh đái tháo đường.

Mục tiêu: Nghiên cứu này đánh giá tác động của chương trình hỗ trợ và giáo dục tự quản lý bệnh đái tháo đường bằng kỹ thuật số (DSMES) dựa trên kết quả lâm sàng và kiến thức liên quan đến bệnh đái tháo đường ở những người mắc bệnh.

Phương pháp: Một nghiên cứu so sánh đã được tiến hành trên 163 người mắc bệnh đái tháo đường, được chia thành 2 nhóm, nhóm can thiệp (n = 81) và nhóm đối chứng (n = 82). Kết quả lâm sàng, bao gồm đường huyết lúc đói (FBG), HbA1c, các chỉ số lipid, cân nặng, BMI, vòng eo và kiến thức về bệnh đái tháo đường thông qua Bài kiểm tra kiến thức về bệnh đái tháo đường của Đại học Michigan (Michigan University Diabetes Knowledge Test – MDKT score), đã được đánh giá trước và sau khi can thiệp. Nhóm can thiệp đã tham gia vào chương trình giáo dục kéo dài mười tuần được cung cấp thông qua ứng dụng DiaB và các nền tảng kỹ thuật số khác, dựa trên khuôn khổ DSMES do Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) khuyến nghị. Chương trình này bao gồm các cuộc gọi video giáo dục trực tuyến theo nhóm do bác sĩ, chuyên gia dinh dưỡng và huấn luyện viên sức khỏe phụ trách. Nhóm đối chứng được chăm sóc tiêu chuẩn.

Kết quả: Đối với những người tham gia có BMI ban đầu ≥ 25 kg/m², nhóm can thiệp đã giảm cân nặng trung bình -1,5 kg so với 0 kg ở nhóm đối chứng (P = .02). Nhóm can thiệp cũng cho thấy đường huyết trung bình lúc đói (FBG) giảm đáng kể từ 7,5 xuống 6,7 mmol/L (P <.001) và giảm nhiều hơn nhóm đối chứng (P = .004). HbA1c trung bình ở nhóm can thiệp giảm từ 7,8% xuống 7,3% (P <.001), trong khi không thấy thay đổi đáng kể nào ở nhóm đối chứng.

¹Bộ môn Nội tiết, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

³Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long

⁴DIA-B, L17-11, Lầu 17, Vincom Center, 72 Lê Thánh Tôn, Phường Bến Nghé, Quận 1, Thành phố Hồ Chí Minh

⁵Bộ môn Sinh lý, Khoa Y, Đại học Quốc tế TP HCM, Tòa nhà Hành chính YA1, Đường Hải Thượng Lãn Ông, thành phố Dĩ An, tỉnh Bình Dương, Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Thạch Thị Phola

ĐT: 0904580845

Email: phola.thach1@hoanmy.com

Ngày nhận bài: 23/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 07/09/2024

Ngày duyệt bài: 30/10/2024

Nhóm can thiệp có điểm MDKT tăng đáng kể (+3 so với -1, $P < .001$). Sự cải thiện về các chỉ số lipid cũng lớn hơn ở nhóm can thiệp ($P < .001$).

Kết luận: Chương trình DSMES kỹ thuật số đã cải thiện đáng kể việc kiểm soát đường huyết và kiến thức về bệnh đái tháo đường. Việc kết hợp chương trình kỹ thuật số này vào việc quản lý bệnh đái tháo đường truyền thống có thể nâng cao kết quả lâm sàng và giáo dục bệnh nhân.

Từ khóa: Bệnh đái tháo đường, chương trình DSMES kỹ thuật số, diaB, kiểm soát đường huyết, giáo dục bệnh nhân.

SUMMARY

THE EFFECTIVENESS OF A DIGITAL DIABETES SELF-MANAGEMENT EDUCATION AND SUPPORT PROGRAM EMPOWERED BY COACHING IN VIETNAMESE INDIVIDUALS WITH TYPE 2 DIABETES

Background: Diabetes mellitus remains a global public health challenge. Mobile applications and digital platforms offer innovative solutions for enhancing diabetes management.

Objectives: This study evaluated the impact of a digital diabetes self-management education and support (DSMES) program on clinical outcomes and diabetes-related knowledge in individuals with diabetes.

Methods: A comparative study was conducted with 163 individuals with diabetes, divided into an intervention group ($n = 81$) and a control group ($n = 82$). Clinical outcomes, including fasting blood glucose (FBG), HbA1c, lipid profiles, weight, BMI, waist circumference, and diabetes knowledge (Michigan University Diabetes Knowledge Test – MDKT score), were measured before and after the intervention. The intervention group participated in a ten-week educational program delivered via the DiaB app

and other digital platforms, based on the DSMES framework recommended by the American Diabetes Association. This program included online group-based educational video calls led by doctors, nutritionists, and health coaches. The control group received standard care.

Results: For participants with baseline BMI ≥ 25 kg/m², the intervention group experienced a median weight reduction of -1.5 kg compared to 0 kg in the control group ($P = .02$). The intervention group showed a significant decrease in median FBG from 7.5 to 6.7 mmol/L ($P < .001$) and a greater reduction than the control group ($P = .004$). Median HbA1c in the intervention group decreased from 7.8% to 7.3% ($P < .001$), while no significant change was observed in the control group. The intervention group had a significant increase in MDKT score (+3 vs. -1, $P < .001$). Improvements in lipid profiles were also greater in the intervention group ($P < .001$).

Conclusion: The digital DSMES program significantly improved glycemic control, and diabetes knowledge. Incorporating this digital program into traditional diabetes management could enhance clinical outcomes and patient education.

Keywords: Diabetes mellitus, digital DSMES program, diaB, glycemic control, patient education.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một bệnh rối loạn chuyển hóa phổ biến, đang bùng phát như một “đại dịch” toàn cầu. Theo báo cáo năm 2019 của Liên đoàn Đái tháo đường thế giới, dân số mắc bệnh đái tháo đường trên toàn thế giới trong độ tuổi 20 - 79 đạt 463 triệu người, dự kiến sẽ tăng lên 700 triệu người vào năm 2045 [6]. Đáng chú ý, tại các quốc gia có thu nhập trung bình thấp như Việt Nam, tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường đã tăng gần gấp đôi

trong thập kỷ qua [6]. Dự kiến số người mắc bệnh đái tháo đường ở Việt Nam sẽ gia tăng vào năm 2045 đặt ra thách thức lớn về chăm sóc sức khỏe. Theo ước tính của tổ chức Gánh nặng bệnh tật toàn cầu, bệnh đái tháo đường đã tăng lên vị trí thứ sáu trong số các nguyên nhân gây tử vong vào năm 2017, từ vị trí thứ mười vào năm 2007 [11]. Hơn nữa, đây cũng là nguyên nhân gây ra tình trạng khuyết tật nghiêm trọng thứ ba cũng trong năm 2007 [11]. Một nghiên cứu đáng chú ý năm 2017 cho thấy 55% bệnh nhân đái tháo đường ở Việt Nam bị biến chứng mạn tính hoặc bị hạ đường huyết [15]. Những biến chứng này làm trầm trọng thêm căng thẳng tài chính đối với những người mắc bệnh đái tháo đường ở Việt Nam, một quốc gia có thu nhập trung bình thấp (LMIC – Low Middle Income Country), với chi phí điều trị các biến chứng tăng gần gấp đôi so với những người không có biến chứng [15]. Mặc dù nhiều loại thuốc đã được phát triển để cải thiện lượng đường trong máu và giảm thiểu nguy cơ biến chứng thận và tim mạch, nhưng chi phí tăng cao của các loại thuốc này cũng đã nhấn mạnh tầm quan trọng của việc ưu tiên các chiến lược không dùng thuốc. Những cách tiếp cận như vậy mang lại một phương pháp hiệu quả hơn về mặt chi phí để giảm nguy cơ biến chứng. Hơn nữa, căng thẳng tài chính đáng kể đặt lên hệ thống bảo hiểm y tế quốc gia chủ yếu là do chi phí thuốc cao, nhấn mạnh sự cần thiết phải có một chiến lược toàn diện để tìm ra các giải pháp can thiệp hiệu quả cho những người mắc bệnh đái tháo đường.

Kiểm soát đường huyết tối ưu là mấu chốt quan trọng trong việc giảm thiểu các biến chứng lâu dài và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Tuy nhiên, nỗ lực này gặp phải nhiều trở ngại ở các nước

LMIC như Việt Nam. Những thách thức này phát sinh từ sự hiểu biết và nhận thức chưa đầy đủ của bệnh nhân về bệnh tật cũng như các kỹ thuật tự quản lý, dữ liệu y tế và lối sống kém lành mạnh cũng như sự thiếu hụt một nền tảng giao tiếp tích hợp có sự tham gia hiệu quả của bác sĩ, bệnh nhân, chuyên gia về biến chứng và chuyên gia về lối sống. Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) ủng hộ một chiến lược toàn diện bao gồm cả các biện pháp can thiệp bằng thuốc và không dùng thuốc để điều trị bệnh đái tháo đường típ 2, phù hợp với các nghiên cứu toàn cầu, nhấn mạnh vào việc điều chỉnh lối sống như giảm cân, điều chỉnh chế độ ăn uống và hoạt động thể chất [1]. Đáng tiếc là các biện pháp không dùng thuốc này chưa được quan tâm đầy đủ ở Việt Nam, khiến các bác sĩ phải đối mặt với những hạn chế về thời gian khi đến khám tại phòng khám, cản trở việc tư vấn toàn diện về lối sống. Việc thiết lập các biện pháp can thiệp hiệu quả về mặt chi phí, dễ tiếp cận và bền vững đặt ra thách thức chính trong việc ngăn ngừa các biến chứng của bệnh đái tháo đường típ 2.

DSMES được ADA khuyến khích nhằm trang bị cho bệnh nhân kiến thức và kỹ năng cần thiết để thay đổi lối sống [2]. Mặc dù chương trình offline-DSMES đã thành công ở Việt Nam nhưng gặp các trở ngại đáng kể trong việc triển khai bao gồm nhu cầu về nguồn lực vật chất và y tế [14]. Hơn nữa, các chương trình tập trung cũng gặp khó khăn liên quan đến khả năng tiếp cận bệnh nhân do khoảng cách địa lý và hạn chế về thời gian. Ngoài các chương trình trực tiếp (offline), nhiều giải pháp kỹ thuật số trực tuyến (online) và ứng dụng điều trị đái tháo đường khác nhau đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc điều chỉnh lối sống, với các phân tích tổng hợp và thử nghiệm lâm

sàng cho thấy tác động tích cực đến việc giảm HbA_{1c}, giảm cân và cải thiện lipid máu [4], [8], [13].

Tại Việt Nam, việc sử dụng điện thoại thông minh đã tăng đều đặn kể từ năm 2010, đạt 79,03 triệu dân vào năm 2023, với dự báo sẽ đạt mức cao nhất là 97,19 triệu dân vào năm 2029, theo báo cáo của Statista's Key Market Indicators [3]. Sự phát triển vượt bậc của công nghệ điện thoại thông minh và số hóa đã mở ra con đường cho giáo dục sức khỏe và kiểm soát dịch bệnh. Các ứng dụng điện thoại thông minh thể hiện triển vọng trong việc quản lý bệnh mạn tính lâu dài, bao gồm cả bệnh đái tháo đường. Một số ứng dụng với các chương trình cụ thể có ảnh hưởng tích cực đến khả năng thay đổi lối sống và kiểm soát đường huyết của bệnh nhân đái tháo đường, thúc đẩy việc toàn cầu áp dụng như một biện pháp can thiệp bổ sung cùng với thuốc [13]. Chương trình kỹ thuật số DSMES diaB đã được triển khai ở nhiều tỉnh thành ở Việt Nam, với sự tham gia của các bệnh viện và bệnh nhân. Chương trình kéo dài trong nhiều tuần và kết hợp nhiều yếu tố khác nhau, bao gồm việc sử dụng ứng dụng điện thoại thông minh diaB để học về cách tự quản lý bệnh đái tháo đường, các buổi giáo dục trực tuyến với bác sĩ và các cuộc họp huấn luyện sức khỏe được thực hiện thông qua nền tảng họp trực tuyến Zoom. Ngoài ra, huấn luyện viên sức khỏe còn quản lý các cuộc trò chuyện nhóm trực tuyến để tạo điều kiện thuận lợi cho việc áp dụng kiến thức vào cuộc sống hàng ngày của người tham gia. Những buổi huấn luyện sức khỏe này là một trong những tính năng chính của chương trình. Trong những thập kỷ gần đây, huấn luyện sức khỏe đã nổi lên như một phương pháp tiếp cận lấy bệnh nhân làm trung tâm để quản lý các bệnh mạn tính trên

toàn cầu [16]. Mặc dù các tiêu chuẩn để xác định huấn luyện viên sức khỏe và phương pháp đào tạo khác nhau, nhưng nhiều nghiên cứu cho thấy kết quả tích cực trong việc quản lý bệnh đái tháo đường típ 2 thông qua các biện pháp can thiệp huấn luyện sức khỏe, bao gồm cải thiện HbA_{1c} và chỉ số BMI [10], [12].

Sau một nghiên cứu thử nghiệm trước đó, thử nghiệm lâm sàng này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của chương trình kỹ thuật số diaB, đánh giá xem liệu bệnh nhân tham gia nâng cao kiến thức, sửa đổi lối sống và sau đó cải thiện việc kiểm soát đường huyết, cân nặng, vòng eo, huyết áp và lipid máu hay không sau can thiệp kỹ thuật số. Dựa trên bối cảnh nói trên, chúng tôi đã thiết lập các mục tiêu chính của nghiên cứu sau:

1. Đánh giá hiệu quả của chương trình kỹ thuật số DSMES diaB trong việc nâng cao kiến thức về bệnh đái tháo đường. Đánh giá này sẽ được thực hiện thông qua thang đo Kiến thức về Bệnh đái tháo đường (MDKT Michigan University Diabetes Knowledge Test) đã được chỉnh sửa.

2. Kiểm tra tác động của chương trình diaB đối với việc kiểm soát đường huyết và các chỉ số liên quan khác ở những bệnh nhân đái tháo đường típ 2.

Các mục tiêu này nhằm mục đích cung cấp những hiểu biết toàn diện về hiệu quả của chương trình kỹ thuật số diaB trong bối cảnh quản lý bệnh đái tháo đường ở những bệnh nhân đái tháo đường típ 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Đây là nghiên cứu theo thời gian (hồi cứu và tiến cứu), ngẫu nhiên có đối chứng với hai nhóm, đa trung tâm, nhãn mở. Nghiên cứu tập trung vào bệnh nhân ngoại trú đang được

điều trị đái tháo đường típ 2 tại hai bệnh viện: Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long tại Thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Nguyễn Tri Phương tại Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. Thời gian theo dõi của nghiên cứu kéo dài 3 tháng, đủ để chứng minh những thay đổi đáng kể về kiến thức bệnh đái tháo đường và mức HbA1c.

2.2. Đối tượng tham gia nghiên cứu

Tiêu chí chọn mẫu bao gồm các bệnh nhân ≥ 18 tuổi, đáp ứng tiêu chí chẩn đoán bệnh đái tháo đường típ 2 theo ADA [1], sử dụng điện thoại thông minh có kết nối internet (đối với nhóm can thiệp), đồng ý tham gia nghiên cứu và cam kết tái khám tại phòng khám sau ba tháng khởi trị. Tiêu chí loại trừ bao gồm những bệnh nhân đang mang thai hoặc dự định có thai, sử dụng một số loại thuốc tăng đường huyết trong vòng 3 tháng qua (ví dụ: glucocorticoid hoặc hormone tuyến giáp), bệnh cấp tính nặng, có rào cản giao tiếp do suy giảm thị giác hoặc thính giác, rối loạn tâm thần hoặc đang điều trị bằng thuốc hướng tâm thần, nghiện hoặc lạm dụng rượu/thuốc kích thích tâm thần và không thể sử dụng điện thoại thông minh (đối với nhóm can thiệp). Những bệnh nhân tham gia được phân thành hai nhóm: nhóm can thiệp và nhóm đối chứng. Những bệnh nhân từ chối tham gia hoặc không đáp ứng các tiêu chí thu nhận của chương trình can thiệp sẽ được đưa vào nhóm đối chứng. Trong nhóm này, các bệnh nhân đến phòng khám nội tiết để được chăm sóc thường xuyên và được điều trị thông thường. Các bệnh nhân nhận được hướng dẫn thay đổi lối sống từ các chuyên gia chăm sóc sức khỏe tại phòng khám nhưng không tham gia các buổi can thiệp và không cài đặt ứng dụng diaB trên điện thoại của mình.

2.3. Sự can thiệp

Các bệnh nhân trong nhóm can thiệp tham gia vào chương trình kỹ thuật số kéo dài 10 tuần dựa trên khuôn khổ DSMES theo khuyến nghị của ADA [2], được bổ sung bằng lý thuyết quyền tự quyết [9]. Chương trình này sử dụng ứng dụng di động về sức khỏe diaB. Những bệnh nhân tham gia nhóm can thiệp nhận được các bài học về cách tự quản lý bệnh đái tháo đường thông qua video hoặc tin nhắn theo lịch trình cụ thể trên ứng dụng này. Các bài học video bao gồm 26 chủ đề, bao gồm kiến thức về bệnh đái tháo đường, dinh dưỡng, bài tập tại nhà và tâm lý hành vi. Đồng thời, bệnh nhân nhận được hướng dẫn trực tuyến hai lần một tuần qua Zoom từ nhóm chuyên gia bao gồm bác sĩ điều trị đái tháo đường, chuyên gia dinh dưỡng, nhà tâm lý học, huấn luyện viên thể chất và huấn luyện viên sức khỏe, giải quyết các chủ đề liên quan. Để giải quyết những lo ngại trong quá trình can thiệp, người tham gia có thể tương tác với huấn luyện viên sức khỏe được chỉ định thông qua nền tảng nhắn tin "Zalo" được sử dụng rộng rãi tại Việt Nam. Ngoài ra, những người tham gia được khuyến khích theo dõi lượng đường trong máu tại nhà và nhập dữ liệu vào ứng dụng diaB. Các huấn luyện viên sức khỏe và bác sĩ điều trị đái tháo đường sau đó có thể đưa ra các khuyến nghị dựa trên dữ liệu này, bao gồm lời khuyên về chế độ ăn uống, tập thể dục hoặc cách tiếp cận sử dụng thuốc. Mục tiêu tổng thể của các buổi học là nâng cao sự hiểu biết và tự nhận thức của bệnh nhân, trao cho họ nắm quyền kiểm soát việc tự quản lý bệnh đái tháo đường. Cùng với chương trình này, bệnh nhân tiếp tục được chăm sóc theo dõi định kỳ tại phòng khám nội tiết.

2.4. Thu thập dữ liệu

Khi bắt đầu nghiên cứu, các đặc điểm cơ bản - bao gồm tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh đái tháo đường, tình trạng hút thuốc, cân nặng, chiều cao, chỉ số BMI, chu vi vòng eo, huyết áp, các bệnh đi kèm (tăng huyết áp, rối loạn lipid máu) và việc sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường được ghi nhận lại. Đồng thời, nhiều thông số sinh học khác nhau cũng được thu thập, bao gồm HbA_{1c}, đường huyết lúc đói (FBG), mức lọc cầu thận ước tính (eGFR) và chỉ số lipid huyết.

Cùng với các thông số này, kiến thức về bệnh đái tháo đường, xem như kết cục chính, đã được đánh giá khi chọn mẫu bằng cách sử dụng Bài kiểm tra kiến thức về bệnh đái tháo đường đã được sửa đổi của Đại học Michigan (MDKT), công cụ được sử dụng phổ biến bao gồm 23 mục [5]. 14 mục đầu tiên đánh giá kiến thức chung, trong khi 9 mục còn lại đánh giá kiến thức về sử dụng insulin. Bảng câu hỏi ban đầu đã được dịch sang tiếng Việt và điều chỉnh theo văn hóa. Phiên bản tiếng Việt này trước đây đã được sử dụng trong một nghiên cứu được thực hiện ở Việt Nam và đã được chứng minh là có giá trị tốt [14]. Mỗi câu trả lời đúng trong các câu hỏi trắc nghiệm sẽ được một điểm. Những người tham gia đạt ≥ 12 điểm được phân loại là có đủ kiến thức về bệnh đái tháo đường (đạt bài kiểm tra), trong khi những người đạt < 12 điểm được coi là không đạt bài kiểm tra.

Tất cả các biến cơ bản được đề cập ở trên được xem xét lại ba tháng sau khi bắt đầu nghiên cứu.

Để đánh giá kết cục chính trong nghiên cứu, bao gồm sự thay đổi đáng kể về kiến

thức về bệnh đái tháo đường được đo bằng bảng câu hỏi MDKT, cỡ mẫu được xác định bằng công thức sau:

$$n = \frac{2(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 S_p^2}{\delta^2}$$

Mức ý nghĩa (α) được đặt ở mức 5% và sức mạnh của phép kiểm định thống kê là 90%. Các biến khác trong công thức được lấy từ một nghiên cứu trước đây được tiến hành ở Việt Nam, đánh giá sự thay đổi kiến thức về bệnh đái tháo đường sau các buổi can thiệp trực tiếp theo nhóm [14]. Cỡ mẫu yêu cầu tối thiểu để tính toán là 37 bệnh nhân cho mỗi nhóm với ước tính sẽ giảm 20% số người tham gia. Do đó, cỡ mẫu tối thiểu cuối cùng cần có là 44 bệnh nhân cho mỗi nhóm.

2.5. Phân tích thống kê

Các đặc điểm của bệnh nhân tham gia được trình bày bằng cách sử dụng giá trị trung bình (độ lệch chuẩn) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) cho các biến liên tục cũng như số lượng và tỷ lệ phần trăm cho các biến phân loại nếu phù hợp. Kiểm định chi bình phương được sử dụng để so sánh các biến phân loại giữa các nhóm. Nếu các điều kiện của phép kiểm chi bình phương không được đáp ứng thì phép kiểm Fisher sẽ được sử dụng để kiểm định. Để so sánh giá trị trung bình của hai biến định lượng, sử dụng kiểm định Student's t-test khi có phân phối chuẩn và Mann-Whitney test được sử dụng khi không có phân phối chuẩn. Phép kiểm định McNemar được sử dụng để đánh giá tỷ lệ phần trăm của các biến định danh trước và sau nghiên cứu. Những thay đổi quan sát được ở thời điểm 3 tháng được đánh giá liên quan đến các giá trị cơ bản bằng cách sử dụng t-test bất cặp hoặc Wilcoxon test bất

cặp trong trường hợp phân phối chuẩn không được thỏa mãn. Tất cả các đánh giá được thực hiện ở mức ý nghĩa là 0,05; khoảng tin cậy 95%. Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và các phân tích được thực hiện bằng Stata/MP phiên bản 14.0 của StataCorp LLC.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng Y Đức của hai bệnh viện nói trên. Có sự đồng ý bằng văn bản từ những bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Độ tuổi trung bình của những bệnh nhân tham gia trong dân số nói chung là 62 tuổi, trong đó nhóm can thiệp có độ tuổi trung bình trẻ hơn (59 tuổi) so với nhóm đối chứng (64 tuổi), $P=,004$. Thời gian mắc bệnh đái tháo đường là tương tự nhau ở tất cả các nhóm, với thời gian trung bình là 8 năm. Phần lớn bệnh nhân tham gia ở cả hai nhóm có eGFR trên 60 ml/phút/1,73m² và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng ($P=,27$). Tương tự, không có sự khác biệt đáng kể về giới tính, tiền sử gia đình mắc bệnh đái tháo đường, tỷ lệ tăng huyết áp, rối loạn lipid huyết. Đáng chú ý, mặc dù nhóm can thiệp có ít bệnh nhân hút thuốc lá hơn một chút so với nhóm đối chứng (6,20% so với 14,60%), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P=0,08$) (Bảng 1).

Về các thông số thể chất, trước can thiệp, cân nặng trung bình, BMI và chu vi vòng eo không khác biệt giữa hai nhóm (Bảng 1). Khi so sánh trước và sau can thiệp trong mỗi nhóm, nhóm can thiệp cho thấy cân nặng và

BMI trung bình giảm đáng kể về mặt thống kê sau can thiệp ($P<,001$) (Bảng 3). Ở những bệnh nhân có chỉ số BMI nền ≥ 25 kg/m², trọng lượng đã giảm đáng kể ở nhóm can thiệp, với mức thay đổi trung bình là -1,5 ((-3)-0) kg, trái ngược với nhóm đối chứng có mức thay đổi trung bình là 0 ((-2)-0) kg, ($P=,02$) (Bảng 4). Tuy nhiên, vòng eo trung bình sau can thiệp không khác biệt so với trước can thiệp (Bảng 3).

Về kiểm soát đường huyết, trước can thiệp không có sự khác biệt về FBG trung bình giữa hai nhóm ($P=,60$) (Bảng 2). Tương tự, HbA_{1c} trung vị và tỷ lệ bệnh nhân có HbA_{1c} ban đầu $\geq 7\%$ không có sự khác biệt giữa hai nhóm (Bảng 2). Sau can thiệp, nhóm can thiệp cho thấy mức FBG trung bình giảm đáng kể, từ 7,5 xuống 6,7 mmol/L ($P<0,001$), được thể hiện trong Bảng 5. Sự thay đổi về mức FBG so với ban đầu sau can thiệp khác nhau đáng kể giữa các nhóm ($P=0,004$), trong đó nhóm can thiệp cho thấy mức giảm nhiều hơn, được thể hiện trong Bảng 6. Tương tự, nhóm can thiệp cho thấy mức HbA_{1c} trung bình giảm đáng kể, từ 7,8% xuống 7,3% ($P<0,001$), như được báo cáo trong Bảng 5. Sự can thiệp đã làm giảm đáng kể tỷ lệ người tham gia có mức HbA_{1c} $\geq 7\%$, từ 79,0% lúc ban đầu xuống còn 60,5% sau 12 tuần ($P<0,001$). Ngược lại, nhóm đối chứng cho thấy không có thay đổi đáng kể về tỷ lệ này (Bảng 5). Một cách nhất quán, sự thay đổi về mức HbA_{1c} là khác nhau đáng kể giữa các nhóm ($P<0,001$), trong đó nhóm can thiệp cho thấy mức giảm nhiều hơn, như được trình bày chi tiết trong Bảng 6. Đối với những bệnh nhân tham gia có chỉ số BMI cơ bản từ 25 trở lên, không thấy sự khác biệt

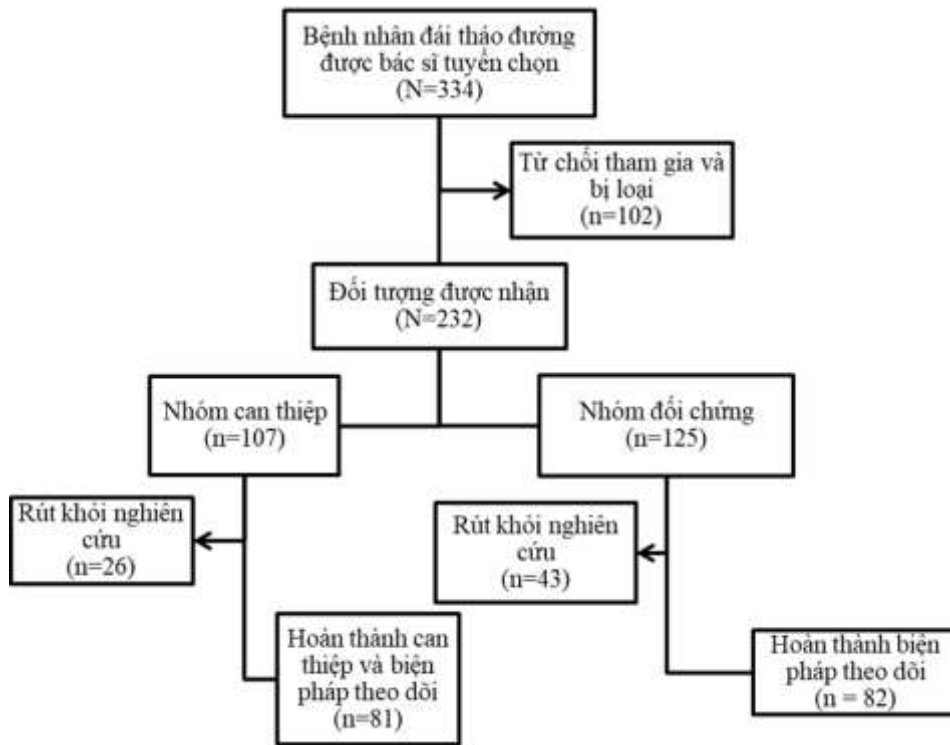
đáng kể về sự thay đổi nồng độ HbA_{1c} sau 12 tuần giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng ($P=0,71$) (Bảng 6). Đáng chú ý là không có sự khác biệt về việc sử dụng insulin hoặc các thuốc khác giữa các nhóm nghiên cứu trước và sau can thiệp cũng như trong từng nhóm trước và sau can thiệp (Bảng 12).

Về các thông số lipid huyết cơ bản, không có sự khác biệt đáng kể nào được quan sát thấy ở mức độ trung bình của các thông số lipid máu, bao gồm LDL, HDL và Cholesterol toàn phần, giữa hai nhóm nghiên cứu. Tuy nhiên, hàm lượng Triglyceride trung bình ở nhóm can thiệp cao hơn đáng kể so với nhóm đối chứng (Bảng 2). Khi so sánh trong nhóm trước và sau can thiệp, nhóm can thiệp cho thấy mức giảm đáng kể mức LDL, Triglyceride và Cholesterol toàn phần trung bình ($P<0,001$), trong khi các chỉ số này không thay đổi ở nhóm đối chứng (Bảng 7). Hơn nữa, mức giảm LDL, HDL, Triglyceride và Cholesterol toàn phần từ lúc bắt đầu đến sau can thiệp ở nhóm can thiệp lớn hơn đáng kể so với nhóm đối chứng (Bảng 8).

Xét kiến thức về bệnh đái tháo đường, lúc ban đầu không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm nghiên cứu về điểm số kiến thức về bệnh đái tháo đường trung bình hoặc tỷ lệ bệnh nhân có đủ kiến thức về bệnh đái tháo đường (Bảng 1). Sau 12 tuần, điểm kiến thức về bệnh đái tháo đường trung bình ở nhóm can thiệp cao hơn đáng kể so với nhóm đối chứng (lần lượt là 16 [IQR 14-18] so với 12 [IQR 8-14]) ($P<0,001$) (Bảng 10). Tương

tự, tỷ lệ bệnh nhân đạt đủ kiến thức (≥ 12 điểm) về bệnh đái tháo đường ở nhóm can thiệp (85,2%) cao hơn nhóm chứng (59,8%) ($P<0,001$) (Bảng 10). Ngoài ra, so sánh trong nhóm cho thấy nhóm can thiệp có sự gia tăng đáng kể về điểm MDKT trung bình từ 12 lên 16 sau 12 tuần ($P<0,001$), trong khi nhóm đối chứng thể hiện sự giảm đáng kể có ý nghĩa thống kê về điểm MDKT trung bình của họ từ 13 xuống 12 ($P=0,02$) (Bảng 9). Sự thay đổi về điểm MDKT so với ban đầu cũng lớn hơn đáng kể ở nhóm can thiệp (+3 [IQR 0-5]) so với nhóm đối chứng (-1 [IQR (-3)-1]) ($P<,001$) (Bảng 10). Hơn nữa, tỷ lệ người tham gia có đủ kiến thức về bệnh đái tháo đường (điểm MDKT ≥ 12) trong nhóm can thiệp tăng đáng kể từ 64,2% lên 85,2% ($P=0,001$), trong khi không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ở nhóm đối chứng ($P=,24$) (Bảng 9).

Cuối cùng, tập trung vào tỷ lệ tương tác, chúng tôi đã theo dõi tần suất bệnh nhân tham gia sử dụng ứng dụng diaB cho các bài học về bệnh đái tháo đường và các nền tảng khác cho các buổi huấn luyện nhóm và giáo dục. Tỷ lệ tham gia trung bình của bệnh nhân dùng ứng dụng diaB trong các bài học DSMES là 76,07%, cho thấy rằng những bệnh nhân tham gia đã hoàn thành 76,07% số bài học có sẵn. Đối với các buổi học do chuyên gia chủ trì, tỷ lệ hoàn thành cao hơn ở mức 81,14%, trong khi tỷ lệ tham gia các buổi huấn luyện nhóm thấp hơn một chút ở mức 73,18% (Bảng 11).



Sơ đồ 1. Sơ đồ dòng người tham gia: thu nhận, can thiệp và theo dõi

Bảng 1. Hồ sơ nhân khẩu học và đặc trưng lâm sàng cơ bản của những người tham gia nghiên cứu

Đặc trưng	Chung (n=163)	Nhóm can thiệp (n=81)	Nhóm đối chứng (n=82)	Giá trị P
Tuổi (năm), trung vị (IQR)	62 (52-66)	59 (50-65)	64 (57-67)	0,004
Giới tính, n (%)				
Nữ giới	82 (50,3)	40 (49,4)	42 (51,2)	0,82
Nam giới	81 (49,7)	41 (50,6)	40 (48,8)	
Người hút thuốc, n (%)	17 (10,4)	5 (6,2)	12 (14,6)	0,08
Thời gian mắc bệnh đái tháo đường (năm), trung vị (IQR)	8 (5-11)	8 (5-11)	8 (5-11)	0,90
Tiền sử gia đình mắc bệnh đái tháo đường, n (%)	82 (50,3)	41 (50,6)	41 (50,0)	0,94
Cân nặng (kg), trung vị (IQR)	62 (56-68)	62 (56-70)	63 (56-68)	0,85
BMI (kg/m ²), trung vị (IQR)	23.80 (21.90-26.20)	23.80 (22.10-26.20)	23.90 (21.60-26.20)	0,79
BMI ≥ 25 kg/m ² , n (%)	59 (36,2)	26 (32,1)	33 (40,2)	0,28
Vòng eo (cm), trung vị (IQR)	88 (84-95)	88 (84-95)	89 (84-96)	0,97
Điểm MDKT cơ bản, trung vị (IQR)	13 (11-15)	12 (16-11)	13 (11-15)	0,23
Có đủ kiến thức về bệnh đái tháo đường (điểm MDKT ≥ 12 điểm), n (%)	107 (65,6)	52 (64,2)	55 (67,1)	0,70

Bảng 2. Các thông số xét nghiệm ban đầu ở những người tham gia nghiên cứu

Thông số	Chung (n=163)	Nhóm can thiệp (n=81)	Nhóm đối chứng (n=82)	Giá trị P
Độ lọc cầu thận ước tính (ml/phút/1,73m ²), n (%)				
< 60	14 (8,6)	5 (6,2)	9 (11,0)	0,27
≥ 60	149 (91,4)	76 (93,8)	73 (89,0)	
FBG ban đầu (mmol/L), trung vị (IQR)	7,6 (6,9-8,8)	7,5 (6,9-8,7)	7,8 (6,9-10,1)	0,60
HbA1c ban đầu (%), trung vị (IQR)	7,7 (7,0-8,9)	7,8 (7,1-9,0)	7,6 (6,9-8,8)	0,26
HbA1c ban đầu ≥7%, n (%)	125 (76,7)	64 (79,0)	61 (74,4)	,49
LDL ban đầu (mmol/L), trung vị (IQR)	2,2 (1,7-2,9)	2,1 (1,7-2,9)	2,2 (1,6-3,0)	0,91
HDL ban đầu (mmol/L), trung vị (IQR)	1,1 (0,95-1,23)	1,1 (0,95-1,3)	1,1 (0,95-1,2)	0,53
Triglyceride ban đầu (mmol/L), trung vị (IQR)	1,8 (1,3-2,8)	1,9 (1,4-3,0)	1,7 (1,2-2,3)	,008
Cholesterol toàn phần ban đầu (mmol/L), trung vị (IQR)	4,2 (3,1-5,0)	4,2 (3,0-5,0)	4,2 (3,3-5,0)	0,90

Bảng 3. Thay đổi cân nặng, chỉ số BMI và vòng eo sau 12 tuần

Đặc trưng	Nhóm can thiệp (n=81)	Giá trị P	Nhóm đối chứng (n=82)	Giá trị P
Cân nặng, trung vị (IQR)				
Ban đầu	62 (56-70)	<,001	63 (56-68)	0,08
Sau 12 tuần	61 (55-68)		62 (56-67)	
BMI (kg/m²), trung vị (IQR)				
Ban đầu	23.80 (22.10-26.20)	<,001	23.90 (21.60-26.20)	0,1
Sau 12 tuần	23.70 (22,0-26,0)		23.50 (21.50-25.90)	
BMI ≥ 25 kg/m², n (%)				
Ban đầu	26 (32,1)	0,21	33 (40,2)	0,18
Sau 12 tuần	22 (27,2)		30 (36,6)	
Vòng eo (cm), trung vị (IQR)				
Ban đầu	88 (84-95)	0,09	89 (84-96)	0,17
Sau 12 tuần	86 (81-94)		89 (83-94)	

Bảng 4. So sánh những thay đổi về kết quả đo lường từ lúc bắt đầu đến 12 tuần giữa các nhóm

Đặc trưng	Nhóm can thiệp (n=81)	Nhóm đối chứng (n=82)	Giá trị P
Thay đổi cân nặng so với ban đầu (kg), trung vị (IQR)	-1 ((-2)-0)	0 ((-1)-0)	0,07
Thay đổi cân nặng (kg) ở bệnh nhân có BMI ban đầu ≥25, trung vị (IQR)	-1,5 ((-3)-0)	0 ((-2)-0)	0,02
Thay đổi BMI so với ban đầu (kg/m ²), trung vị (IQR)	-0,3 ((-0,7)-0)	0 ((-0,4)-0)	0,07
Thay đổi chu vi vòng eo so với ban đầu (cm), trung vị (IQR)	0 ((-3)-1)	0 ((-2)-1)	0,73

Bảng 5. Thay đổi FBG và HbA1c sau 12 tuần

Đặc trưng	Nhóm can thiệp (n=81)	Giá trị P	Nhóm đối chứng (n=82)	Giá trị P
FBG (mmol/L), trung vị (IQR)				
Ban đầu	7,5 (6,9-8,7)	<,001	7,8 (6,9-10,1)	0,80
Sau 12 tuần	6,7 (6,1-7,7)		7,9 (6,9-9,2)	
HbA1c (%), trung vị (IQR)				
Ban đầu	7,8 (7,1-9,0)	<,001	7,6 (6,9-8,8)	,41
Sau 12 tuần	7,3 (6,4-8,0)		7,8 (6,8-8,9)	
HbA1c ≥7%, n (%)				
Ban đầu	64 (79,0)	<,001	61 (74,4)	0,16
Sau 12 tuần	49 (60,5)		55 (67,1)	

Bảng 6. So sánh sự thay đổi FBG và HbA1c từ lúc ban đầu đến 12 tuần giữa các nhóm

Đặc trưng	Nhóm can thiệp (n=81)	Nhóm đối chứng (n=82)	Giá trị P
Thay đổi FBG so với ban đầu (mmol/L), trung vị (IQR)	-0,6 ((-1,7)-0,1)	0,06 ((-1,7)-1,07)	,004
Thay đổi HbA1c so với ban đầu (%), trung vị (IQR)	-0,6 ((-1,4)-(-0,2))	-0,1 ((-0,6)-0,5)	<,001
Thay đổi HbA1c so với ban đầu (%) ở bệnh nhân có BMI ban đầu ≥25, trung vị (IQR)	0 ((-3)-1)	0 ((-2)-1)	0,73

Bảng 7. Những thay đổi về chỉ số lipid sau 12 tuần

Đặc trưng	Nhóm can thiệp (n=81)	Giá trị P	Nhóm đối chứng (n=82)	Giá trị P
LDL (mmol/L), trung vị (IQR)				
Ban đầu	2,1 (1,7-2,9)	<,001	2,2 (1,6-3,0)	0,61
Sau 12 tuần	1,5 (0,9-2,0)		2,1 (1,7-2,8)	
HDL (mmol/L), trung vị (IQR)				
Ban đầu	1,1 (0,95-1,3)	<,001	1,1 (0,95-1,2)	0,70
Sau 12 tuần	0,7 (0,4-1,1)		1,1 (0,9-1,3)	
Triglyceride (mmol/L), trung vị (IQR)				
Ban đầu	1,9 (1,4-3,0)	<,001	1,7 (1,2-2,3)	,32
Sau 12 tuần	1,7 (1,3-2,4)		1,7 (1,3-2,5)	
Cholesterol toàn phần (mmol/L), trung vị (IQR)				
Ban đầu	4,2 (3,0-5,0)	<,001	4,2 (3,3-5,0)	0,97
Sau 12 tuần	2,4 (1,2-4,0)		4,0 (3,1-5,0)	

Bảng 8. So sánh sự thay đổi các chỉ số lipid từ lúc ban đầu đến 12 tuần giữa các nhóm

Đặc trưng	Nhóm can thiệp (n=81)	Nhóm đối chứng (n=82)	Giá trị P
Thay đổi LDL so với ban đầu (mmol/L), trung vị (IQR)	-0,6 ((-1,1)-0,07)	0 ((-0,5)-0,5)	<,001

Thay đổi HDL so với ban đầu (mmol/L), trung vị (IQR)	-0,3 ((-0,5)-(-0,02))	0,02 ((-0,1)-0,1)	<,001
Triglyceride thay đổi so với ban đầu (mmol/L), trung vị (IQR)	-0,3 ((-0,9)-0,1)	0,04 ((-0,4)-0,6)	0,001
Thay đổi Cholesterol toàn phần so với ban đầu (mmol/L), trung vị (IQR)	-1,2 ((-2,1)-(-0,4))	-0,04 ((-0,6)-0,6)	<,001

Bảng 9. Thay đổi điểm MDKT sau 12 tuần

Đặc trưng	Nhóm can thiệp (n=81)	Giá trị P	Nhóm đối chứng (n=82)	Giá trị P
Điểm MDKT, trung vị (IQR)				
Ban đầu	12 (16-11)	<,001	13 (11-15)	0,02
Sau 12 tuần	16 (14-18)		12 (8-14)	
Có đủ kiến thức về bệnh đái tháo đường, n (%)				
Ban đầu	52 (64,2)	0,001	55 (67,1)	0,24
Sau 12 tuần	69 (85,2)		49 (59,8)	

Bảng 10. So sánh kết quả kiến thức về bệnh đái tháo đường giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng sau 12 tuần

Đặc trưng	Nhóm can thiệp (n=81)	Nhóm đối chứng (n=82)	Giá trị P
Điểm MDKT sau 12 tuần, trung vị (IQR)	16 (14-18)	12 (8-14)	<,001
Thay đổi điểm MDKT so với ban đầu, trung vị (IQR)	3 (0-5)	-1 ((-3)-1)	<,001
Tỷ lệ kiến thức đầy đủ về bệnh đái tháo đường sau 12 tuần, n (%)	69 (85,2)	49 (59,8)	<,001

Bảng 11. Tỷ lệ tham gia theo loại hoạt động

Loại hoạt động	Tỷ lệ tương tác (%)
Bài học DSMES trong ứng dụng diaB	76,07
Buổi học với các chuyên gia	81,14
Buổi huấn luyện nhóm với huấn luyện viên sức khỏe	73,18

Bảng 12. Phân tích so sánh việc sử dụng thuốc ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng trong 12 tuần

Loại thuốc	Chung (n=163), n (%)	Nhóm can thiệp (n=81), n (%)	Nhóm đối chứng (n=82), n (%)	P *
Sử dụng insulin				
Lúc ban đầu	77 (47,2)	37 (45,7)	40 (48,8)	0,69
Sau 12 tuần	76 (46,6)	39 (48,2)	37 (45,1)	0,70
P **		,32	,18	
Sử dụng metformin				
Lúc ban đầu	130 (79,7)	62 (76,5)	68 (82,9)	0,31
Sau 12 tuần	125 (76,7)	60 (74,1)	65 (79,3)	,43
P **		,41	,365	

Sử dụng Sulfonylureas				
Lúc ban đầu	73 (44,8)	32 (39,5)	41 (50,0)	,18
Sau 12 tuần	74 (45,4)	35 (43,2)	39 (47,6)	0,58
P **		,18	0,53	
Sử dụng SGLT-2i				
Lúc ban đầu	62 (38,0)	31 (38,3)	31 (37,8)	0,95
Sau 12 tuần	59 (36,2)	28 (34,6)	31 (37,8)	0,67
P **		0,18	1,00	
Sử dụng thuốc ức chế DPP4				
Lúc ban đầu	73 (44,8)	36 (44,4)	37 (45,1)	0,93
Sau 12 tuần	68 (41,7)	35 (43,2)	33 (40,2)	0,70
P **		0,76	0,25	

*P *:* So sánh giữa các nhóm

*P **:* So sánh nội nhóm đánh giá những thay đổi từ ban đầu đến sau 12 tuần

IV. BÀN LUẬN

Mục tiêu chính của nghiên cứu này là đánh giá tính hiệu quả của chương trình DSMES kỹ thuật số. Chương trình DSMES tích hợp của chúng tôi, kết hợp giáo dục nhóm, sử dụng ứng dụng, các buổi huấn luyện sức khỏe và tư vấn nhóm, dường như cải thiện đáng kể kết quả lâm sàng và kiến thức về bệnh đái tháo đường ở những người tham gia.

Nhóm can thiệp cho thấy sự cải thiện đáng kể về mức độ FBG, HbA_{1c}, cholesterol LDL và Triglyceride sau can thiệp. Đáng chú ý, có sự nâng cao đáng kể về kiến thức về bệnh đái tháo đường, bằng chứng là điểm số kiến thức tăng lên, cho thấy sự hiểu biết tốt hơn về các chiến lược quản lý bệnh đái tháo đường và thực hành tự chăm sóc. Những phát hiện này nhấn mạnh tiềm năng của 'chương trình kỹ thuật số đái tháo đường' để tạo điều kiện quản lý bệnh đái tháo đường hiệu quả và điều chỉnh lối sống.

Các kết quả tích cực quan sát được ở nhóm can thiệp có thể ít nhất một phần là do tính hiệu quả của chương trình kỹ thuật số đái tháo đường.

Một phân tích tổng hợp gần đây cho thấy các thử nghiệm lâm sàng về các biện pháp can thiệp kỹ thuật số thường có trung bình 143 người tham gia, cho thấy mức HbA_{1c} trung bình khoảng 8,5%, với thời gian theo dõi từ 1 đến 24 tháng. So với chăm sóc tiêu chuẩn, các biện pháp can thiệp kỹ thuật số đã làm giảm mức HbA_{1c} trung bình khoảng 0,31%. Điểm đáng chú ý là nhóm can thiệp cường độ cao, nhóm này có mức giảm HbA_{1c} trung bình khoảng 0,46% [7]. Do đó, với mức giảm HbA_{1c} là 0,5%, nghiên cứu của chúng tôi một lần nữa xác nhận tính hiệu quả của các biện pháp can thiệp kỹ thuật số, phù hợp với những phát hiện từ nghiên cứu trước đó.

Mặc dù có kết quả đầy hứa hẹn, nghiên cứu này phải đối mặt với một số hạn chế. Khoảng thời gian can thiệp kéo dài 10 tuần có thể đã hạn chế khả năng quan sát các tác động lâu dài của chúng tôi đối với các hành vi và kết quả tự quản lý. Việc kéo dài thời gian can thiệp có thể cung cấp những hiểu biết sâu sắc hơn về những thay đổi hành vi được duy trì lâu dài và tác động của chúng đối với kết quả sức khỏe lâu dài. Ngoài ra, so

với các nghiên cứu khác, nghiên cứu của chúng tôi không khám phá các yếu tố động lực cá nhân hoặc đo lường kỹ năng hành vi tự quản lý một cách toàn diện, vốn rất cần thiết để hiểu được tác động đầy đủ của các chương trình DSMES.

Tỷ lệ rút khỏi nghiên cứu được quan sát - 24,3% ở nhóm can thiệp và 34,4% ở nhóm đối chứng - có thể đã ảnh hưởng đến kết quả của nghiên cứu, gây lo ngại về khả năng áp dụng chung và hiệu quả của chương trình, đặc biệt là ở những người lớn tuổi ít quen thuộc với công nghệ. Bất chấp những trở ngại này, mức độ tham gia cao trong các buổi giáo dục, đặc biệt là những buổi do các chuyên gia thực hiện thông qua Zoom, nhấn mạnh sự quan tâm đáng kể đến việc tham gia. Điều này cho thấy hiệu quả tiềm năng của chương trình kỹ thuật số diaB trong việc tăng cường giáo dục và gắn kết bệnh nhân. Thật vậy, chương trình kỹ thuật số đã cung cấp hỗ trợ cho những người tham gia đang gặp phải những thách thức cụ thể là cài đặt ứng dụng trên điện thoại thông minh và tương tác với các chuyên gia thông qua các nền tảng giao tiếp thay thế. DiaB đã hỗ trợ nỗ lực này bằng một nhóm hỗ trợ trực tiếp qua nền tảng Zalo hoặc gián tiếp thông qua người thân của người tham gia. Để duy trì chất lượng của chương trình, những người tham gia thiếu kinh nghiệm về công nghệ đã được hỗ trợ trong các nhóm nhỏ hơn, chuyên biệt hơn với sự hướng dẫn toàn diện. Do đó, quan điểm cho rằng sự tuân thủ của người tham gia là vấn đề chính trong chương trình kỹ thuật số này có thể được xem xét lại.

Để hiểu rõ hơn các yếu tố góp phần vào tỷ lệ rút khỏi nghiên cứu, các nghiên cứu trong tương lai nên bao gồm các đánh giá động lực cho cả người hoàn thành và người không hoàn thành. Điều này có thể cung cấp

những hiểu biết có giá trị về các rào cản đối với việc tuân thủ chương trình và giúp tùy chỉnh chương trình để đáp ứng tốt hơn nhu cầu của người tham gia.

V. KẾT LUẬN

Những phát hiện từ nghiên cứu này nêu bật vai trò quan trọng của các biện pháp can thiệp sức khỏe kỹ thuật số, như chương trình DSMES kỹ thuật số toàn diện của chúng tôi, có thể đóng một vai trò quan trọng trong quản lý bệnh đái tháo đường. Bằng cách tích hợp các công nghệ như vậy vào dịch vụ chăm sóc tiêu chuẩn, các chuyên gia chăm sóc sức khỏe có thể trao quyền cho bệnh nhân chủ động quản lý sức khỏe của họ và thúc đẩy việc ra quyết định chung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Diabetes Association Professional Practice Committee** (2022), "4. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Medical Care in Diabetes-2022", *Diabetes Care*, 45(Suppl 1), pp. S46-s59.
2. **American Diabetes Association Professional Practice Committee** (2021), "5. Facilitating Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes—2022", *Diabetes Care*, 45(Supplement_1), pp. S60-S82.
3. **Degenhard, J.** (2024), "Number of mobile internet users in Vietnam from 2010 to 2029", Available from: <https://www.statista.com/forecasts/1147340/mobile-internet-users-in-vietnam>.
4. **El-Gayar, O., Ofori, M., Nawar, N.** (2021), "On the efficacy of behavior change techniques in mHealth for self-management

- of diabetes: A meta-analysis", *J Biomed Inform*, 119, pp. 103839.
5. **Fitzgerald, J.T., Funnell, M.M., Anderson, R.M., et al.** (2016), "Validation of the Revised Brief Diabetes Knowledge Test (DKT2)", *Diabetes Educ*, 42(2), pp. 178-87.
 6. **IDF DIABETES ATLAS Ninth edition** (2019), "Diabetes in South-East Asia".
 7. **Kerr, D.Ahn, D.** (2024), "Digital Interventions for Self-Management of Type 2 Diabetes Mellitus: Systematic Literature Review and Meta-Analysis", 26, pp. e55757.
 8. **Moschonis, G., Siopis, G., Jung, J., et al.** (2023), "Effectiveness, reach, uptake, and feasibility of digital health interventions for adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials", *Lancet Digit Health*, 5(3), pp. e125-e143.
 9. **Patrick, H.Williams, G.C.** (2012), "Self-determination theory: its application to health behavior and complementarity with motivational interviewing", *Int J Behav Nutr Phys Act*, 9, pp. 18.
 10. **Pirbaglou, M.Katz, J.** (2018), "Personal Health Coaching as a Type 2 Diabetes Mellitus Self-Management Strategy: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials", 32(7), pp. 1613-1626.
 11. **Safiri, S., Kolahi, A.A., Cross, M., et al.** (2021), "Global, regional, and national burden of other musculoskeletal disorders 1990-2017: results from the Global Burden of Disease Study 2017", *Rheumatology (Oxford)*, 60(2), pp. 855-865.
 12. **Sherifali, D., Viscardi, V., Bai, J.W., et al.** (2016), "Evaluating the Effect of a Diabetes Health Coach in Individuals with Type 2 Diabetes", *Can J Diabetes*, 40(1), pp. 84-94.
 13. **Sy, B., Wassil, M., Hassan, A., et al.** (2022), "Personalizing self-management via behavioral predictive analytics with health education for improved self-efficacy", *Patterns (N Y)*, 3(6), pp. 100510.
 14. **Thanh, H.T.K.Tien, T.M.** (2021), "Effect of Group Patient Education on Glycemic Control Among People Living with Type 2 Diabetes in Vietnam: A Randomized Controlled Single-Center Trial", *Diabetes Ther*, 12(5), pp. 1503-1521.
 15. **Tuan Kiet Pham, H., Tuyet Mai Kieu, T., Duc Duong, T., et al.** (2020), "Direct medical costs of diabetes and its complications in Vietnam: A national health insurance database study", *Diabetes Res Clin Pract*, 162, pp. 108051.
 16. **Wolever, R.Q., Simmons, L.A., Sforzo, G.A., et al.** (2013), "A Systematic Review of the Literature on Health and Wellness Coaching: Defining a Key Behavioral intervention in Healthcare", *Glob Adv Health Med*, 2(4), pp. 38-57.

NÂNG CAO KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH VỀ PHÒNG NGỪA ĐAU CỘT SỐNG THẮT LƯNG Ở BỆNH NHÂN KHOA PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH VIỆN CHẤN THƯƠNG CHÍNH HÌNH TP.HCM

Dương Thành Trí¹, Lê Thành Khánh Vân², Phạm Đình Nguyên³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng kiến thức và thực hành phòng ngừa đau cột sống thắt lưng của bệnh nhân tại Khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện Chấn thương Chính hình Thành phố Hồ Chí Minh. Đồng thời, phân tích hiệu quả của chương trình can thiệp giáo dục trong việc nâng cao kiến thức và thay đổi hành vi thực hành phòng ngừa của bệnh nhân.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp can thiệp trước-sau được thực hiện trên 140 bệnh nhân bị đau cột sống thắt lưng. Dữ liệu được thu thập thông qua bảng câu hỏi tự điền, đánh giá kiến thức và thực hành của bệnh nhân về phòng ngừa đau cột sống thắt lưng trước và sau can thiệp. Kết quả được phân tích bằng phần mềm SPSS.

Kết quả: Sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân có kiến thức đúng về phòng ngừa đau cột sống thắt lưng tăng từ 35% lên 60%, trong khi tỷ lệ thực hành đúng tăng từ 30% lên 65%. Nghiên cứu chỉ ra mối tương quan giữa kiến thức và thực hành, bệnh nhân có kiến thức tốt thường có xu hướng thực hành đúng đắn hơn.

Kết luận: Can thiệp giáo dục giúp cải thiện đáng kể kiến thức và thực hành phòng ngừa đau cột sống thắt lưng của bệnh nhân. Nghiên cứu đề xuất tiếp tục duy trì và mở rộng các chương trình giáo dục nhằm nâng cao nhận thức và thực hành phòng ngừa bệnh lý cột sống cho bệnh nhân trong tương lai.

Từ khóa: đau cột sống thắt lưng, kiến thức, thực hành, phòng ngừa, can thiệp giáo dục

SUMMARY

IMPROVING KNOWLEDGE AND PRACTICES ON LUMBAR SPINE PAIN PREVENTION AMONG PATIENTS AT THE REHABILITATION DEPARTMENT OF HCM.C ORTHOPEDIC AND TRAUMA HOSPITAL

Objective: This study aimed to assess the knowledge and preventive practices regarding lumbar spine pain among patients at the Rehabilitation Department of Ho Chi Minh City Orthopedic and Trauma Hospital. The study also evaluated the effectiveness of an educational intervention in improving patients' knowledge and altering their preventive practices.

Methods: A cross-sectional descriptive study combined with a pre-post intervention was conducted on 140 patients suffering from lumbar spine pain. Data were collected through self-administered questionnaires evaluating the patients' knowledge and practices before and after the intervention. The results were analyzed using SPSS software.

Results: After the intervention, the proportion of patients with correct knowledge

¹Bệnh viện Chấn thương Chính hình Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Trà Vinh

³Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Dương Thành Trí

ĐT: 090844732

Email: duongthantri@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 22/10/2024

Ngày duyệt bài: 30/10/2024

about lumbar spine pain prevention increased from 35% to 60%, while the proportion of correct practices rose from 30% to 65%. The study also found a strong correlation between knowledge and practice, with patients possessing better knowledge tending to exhibit correct preventive behaviors.

Conclusion: The educational intervention significantly improved the patients' knowledge and preventive practices regarding lumbar spine pain. The study suggests maintaining and expanding such educational programs to further enhance patient awareness and preventive practices in the future.

Keywords: lumbar spine pain, knowledge, practices, prevention, educational intervention

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau cột sống thắt lưng không chỉ ảnh hưởng đến người lớn tuổi mà còn có xu hướng gia tăng ở độ tuổi lao động trẻ. Tỷ lệ đau cột sống thắt lưng ở người trưởng thành tại Việt Nam dao động từ 60-80%. Trong đó, tỷ lệ mắc bệnh cao nhất trong độ tuổi từ 30-50, nhóm tuổi đang có mức độ tham gia lao động và đóng góp kinh tế cao nhất. Điều này đặt ra thách thức lớn đối với hệ thống y tế và đòi hỏi phải có biện pháp phòng ngừa, can thiệp kịp thời (1).

Tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình TP.HCM, đau cột sống thắt lưng là một trong những bệnh lý phổ biến nhất ở khoa Phục hồi chức năng. Trung bình mỗi ngày tiếp nhận hơn một trăm bệnh nhân. Điều này không chỉ làm tăng gánh nặng lên hệ thống y tế mà còn ảnh hưởng đến người bệnh, khi họ phải đối mặt với các đợt điều trị kéo dài, hạn chế khả năng lao động, và giảm chất lượng cuộc sống. Một trong những vấn đề quan trọng là sự thiếu kiến thức và thực hành đúng trong việc phòng ngừa đau cột sống thắt lưng của bệnh nhân. Nhiều bệnh nhân không nhận

thức được tầm quan trọng của việc duy trì tư thế đúng, luyện tập thể dục thường xuyên, có chế độ sinh hoạt phù hợp để giảm nguy cơ đau cột sống, chưa hiểu rõ nguyên nhân và cách phòng tránh bệnh (2)

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện với mục tiêu đánh giá thực trạng kiến thức và thực hành phòng ngừa đau cột sống thắt lưng của bệnh nhân, đồng thời triển khai các can thiệp nhằm nâng cao nhận thức và thay đổi hành vi phòng bệnh của bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân từ 18 tuổi, bị đau cột sống thắt lưng điều trị tại Khoa Phục hồi chức năng.

Tiêu chí chọn lựa: Bệnh nhân từ 18 tuổi, bị đau cột sống thắt lưng điều trị tại Khoa Phục hồi chức năng từ tháng 01- tháng 5/2024.

Tiêu chí loại ra: Bệnh nhân không có khả năng hoàn thành bảng câu hỏi do các yếu tố về nhận thức hoặc thể chất hoặc từ chối tham gia sẽ được loại trừ khỏi nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện tại Khoa Phục hồi chức năng từ tháng 01- tháng 5/2024.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang kết hợp với can thiệp trước sau

Cỡ mẫu và phương pháp nghiên cứu:

Cỡ mẫu

Phương pháp nghiên cứu

Gồm 3 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: Thu thập dữ liệu ban đầu về kiến thức và thực hành phòng ngừa đau cột sống thắt lưng của bệnh nhân thông qua bảng câu hỏi. Mục tiêu là mô tả thực trạng kiến thức và thực hành của bệnh nhân về phòng ngừa bệnh trước khi có sự can thiệp giáo dục.

• Giai đoạn 2: Triển khai chương trình can thiệp giáo dục nhằm nâng cao nhận thức của bệnh nhân về phòng ngừa đau cột sống thắt lưng. Chương trình này bao gồm thuyết trình, phát tài liệu hướng dẫn và cung cấp thông tin trực tiếp thông qua các buổi tư vấn cá nhân. Nội dung tập trung vào giải thích các yếu tố nguy cơ, hướng dẫn tập vận động phòng ngừa và tư thế đúng khi làm việc, sinh hoạt.

• Giai đoạn 3: Sau khi hoàn thành chương trình can thiệp, bệnh nhân sẽ hoàn tất bảng câu hỏi đánh giá kiến thức và thực hành như trước can thiệp để so sánh và đánh giá hiệu quả chương trình.

Phương pháp thu thập dữ liệu: Dữ liệu về kiến thức và thực hành phòng ngừa đau cột sống thắt lưng được thu thập thông qua bảng câu hỏi gồm các phần: Thông tin chung (tuổi, giới tính, nghề nghiệp, chỉ số khối cơ thể - BMI); Kiến thức về nguyên nhân, triệu chứng và các biện pháp phòng ngừa đau cột

sống thắt lưng; Thực hành phòng ngừa bệnh thông qua các câu hỏi về tư thế làm việc, thói quen sinh hoạt và tập luyện thể dục. Bệnh nhân được hướng dẫn, giải thích cụ thể để đảm bảo hoàn thành bảng câu hỏi đầy đủ, chính xác.

Phương pháp thống kê: Số liệu được phân tích phần mềm SPSS phiên bản 22.0. Các biến định lượng sẽ được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến định tính trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Dữ liệu trước và sau can thiệp sẽ được so sánh bằng kiểm định McNemar cho các biến định tính và T-test ghép cặp cho các biến định lượng.

Đạo đức nghiên cứu: Tuân thủ quy định về đạo đức trong nghiên cứu. Bệnh nhân được thông báo đầy đủ về mục đích và phương pháp; hoàn toàn có thể từ chối tham gia ở bất kỳ giai đoạn nào. Thông tin cá nhân được bảo mật hoàn toàn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân tham gia nghiên cứu (n=140)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	65	46.4
Nữ	75	53.6
Tuổi		
18-29	20	14.3
30-39	35	25.0
40-49	45	32.1
50-59	30	21.4
>60	10	7.2
Chỉ số BMI		
<18.5 (Gầy)	15	10.7
18.5-24.9 (Bình thường)	70	50.0
25-29.9 (Thừa cân)	40	28.6
≥30 (Béo phì)	15	10.7

Nhận xét: Tỷ lệ nữ (53.6%) cao hơn so với nam (46.4%). Độ tuổi phổ biến nhất trong khoảng từ 30- 49 tuổi (57.1%). Chỉ số BMI cho thấy 28.6% bệnh nhân trong tình trạng thừa cân và 10.7% trong nhóm béo phì.

3.2. Kiến thức của bệnh nhân về phòng ngừa đau cột sống thắt lưng trước và sau can thiệp

Bảng 2. Kiến thức của bệnh nhân trước và sau can thiệp

Kiến thức đúng (%)	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Nguyên nhân đau CSTL	40.0	72.1
Yếu tố nguy cơ	35.7	68.6
Cách phòng ngừa	30.0	65.0
Tập thể dục đúng cách	28.6	70.0
Tư thế làm việc	25.7	63.6
Tổng cộng	35.0	60.0

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân hiểu rõ về nguyên nhân gây đau cột sống thắt lưng tăng từ 40% lên 72,1% sau can thiệp. Nhận thức về các yếu tố nguy cơ tăng từ 35.7% lên 68.6% và kiến thức về cách phòng ngừa có sự cải thiện rõ rệt từ 30% lên 65%. Đáng chú ý, bệnh nhân biết cách tập thể dục đúng để

phòng ngừa bệnh tăng từ 28.6% lên đến 70% sau can thiệp. Nhìn chung, tỷ lệ kiến thức đúng về phòng ngừa đau cột sống thắt lưng đã tăng từ 35% lên 60% sau can thiệp.

3.3. Thực hành phòng ngừa đau cột sống thắt lưng của bệnh nhân trước và sau can thiệp

Bảng 3. Thực hành đúng về phòng ngừa đau cột sống thắt lưng trước và sau can thiệp

Thực hành đúng (%)	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Tập thể dục thường xuyên	31.4	69.3
Giữ tư thế đúng khi làm việc	27.9	64.3
Nghỉ ngơi đúng cách	30.7	66.4
Sử dụng các biện pháp hỗ trợ	22.9	60.7
Tổng cộng	30.0	65.0

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân thực hiện các bài tập thể dục thường xuyên để phòng ngừa đau cột sống thắt lưng đã tăng từ 31.4% trước can thiệp lên 69.3% sau can thiệp. Việc giữ tư thế đúng khi làm việc cũng có sự cải thiện rõ rệt từ 27.9% trước can thiệp lên 64.3% sau can thiệp. Sự cải thiện trong việc

nghỉ ngơi và sử dụng các biện pháp hỗ trợ như nẹp lưng hay các dụng cụ nâng đỡ cũng rất rõ rệt từ 22.9% lên 60.7%. Tổng thể, thực hành đúng của bệnh nhân đã tăng từ 30% trước can thiệp lên 65% sau can thiệp.

3.4. Tương quan giữa kiến thức và thực hành của bệnh nhân

Bảng 4. Tương quan giữa kiến thức, thực hành trước và sau can thiệp

Nhóm	Trước can thiệp (%)	Sau can thiệp (%)
Kiến thức tốt - Thực hành đúng	28.6	60.0
Kiến thức tốt - Thực hành sai	6.4	0.0
Kiến thức kém - Thực hành đúng	1.4	5.0
Kiến thức kém - Thực hành sai	63.6	35.0

Nhận xét: Bệnh nhân có kiến thức tốt và thực hành đúng tăng từ 28.6% lên 60% sau can thiệp. Không có bệnh nhân nào có kiến thức tốt nhưng thực hành sai sau can thiệp; 5% bệnh nhân dù có kiến thức kém nhưng vẫn thực hành đúng.

3.5. Tác động của can thiệp giáo dục đến các nhóm đối tượng khác nhau

Bảng 5. Tỷ lệ cải thiện kiến thức và thực hành theo nhóm đối tượng

Nhóm tuổi	Cải thiện kiến thức (%)	Cải thiện thực hành (%)
18-29	40	35
30-39	45	40
40-49	50	47
50-59	38	35
>60	30	28

Nhận xét: Nhóm tuổi 40-49 có sự cải thiện đáng kể nhất về cả kiến thức (50%) và thực hành (47%). Các nhóm tuổi trẻ hơn như 18-29 và 30-39 cũng có sự cải thiện tốt, nhưng mức độ thay đổi ít hơn. Nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi có mức độ cải thiện thấp nhất

3.6. Các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp

Bảng 6. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự cải thiện kiến thức và thực hành

Biến số	Hệ số hồi quy	P-value
Giới tính (nam/nữ)	0.25	0.032
Độ tuổi	0.18	0.041
Chỉ số BMI	0.10	0.102
Trình độ học vấn	0.35	0.005
Thời gian mắc bệnh (năm)	0.22	0.015

Nhận xét: Nữ giới và bệnh nhân trong độ tuổi 40-49 có mức độ cải thiện tốt hơn. Bệnh nhân có trình độ học vấn cao hơn, thời gian mắc bệnh dài có xu hướng cải thiện kiến thức và thực hành tốt hơn.

Nghiên cứu thực hiện trên 140 bệnh nhân, tỷ lệ bệnh nhân nữ (53.6%) cao hơn nam (46.4%), tương đồng với kết quả của Bùi Thị Ngọc Anh. Nữ giới có tỷ lệ mắc bệnh cơ xương khớp, đặc biệt là đau cột sống thắt lưng cao hơn nam giới. Nguyên nhân có thể do sự khác biệt về sinh lý giữa nam và nữ, đặc biệt là ở nữ giới sau mãn kinh, sự

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

thay đổi hormone có thể góp phần vào tình trạng loãng xương và thoái hóa cột sống (3).

Độ tuổi mắc bệnh tập trung chủ yếu ở nhóm 30-49 tuổi (57.1%) phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tú, cho thấy nhóm người trong độ tuổi lao động thường gặp các vấn đề về cột sống thắt lưng do cường độ làm việc và vận động cao (2).

Về chỉ số BMI, tỷ lệ thừa cân và béo phì cao (39.3) tương đồng với kết quả của Phan Quang Trí. Người thừa cân, béo phì có nguy cơ mắc các bệnh lý cơ xương khớp cao hơn do áp lực tăng lên các khớp và cột sống (4).

4.2. Kiến thức phòng ngừa đau cột sống thắt lưng của bệnh nhân trước và sau can thiệp

Kiến thức của bệnh nhân về phòng ngừa đau cột sống thắt lưng đã cải thiện rõ rệt sau can thiệp, từ 35% lên 60%, chứng tỏ chương trình đã đạt được hiệu quả tốt. Sự cải thiện này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tú. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ bệnh nhân nắm vững nguyên nhân và cách phòng ngừa bệnh đã tăng rõ rệt. Điều này cho thấy cung cấp thông tin chính xác và có hệ thống giúp bệnh nhân hiểu rõ hơn về bệnh lý của bản thân (2).

Tuy nhiên, tỷ lệ kiến thức đúng sau can thiệp (60%) trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn thấp hơn so với kết quả của Ahmed, kiến thức bệnh nhân sau can thiệp của tác giả này lên đến 70% (5), có thể do yếu tố văn hóa, xã hội khác nhau hoặc do mức độ chi tiết của chương trình can thiệp, sử dụng các phương tiện giáo dục công nghệ số và công cụ hỗ trợ trực quan hiện đại.

4.3. Thực hành phòng ngừa đau cột sống thắt lưng trước và sau can thiệp

Tỷ lệ bệnh nhân thực hành đúng các biện pháp phòng ngừa đã tăng từ 30% lên 65% sau can thiệp, cho thấy can thiệp giáo dục không chỉ cải thiện kiến thức mà còn thúc đẩy sự thay đổi hành vi thực hành trong việc phòng ngừa đau cột sống thắt lưng. Nghiên cứu của Vũ Mạnh Độ cũng cho thấy sự cải thiện tương tự trong việc thực hành phòng ngừa sau can thiệp, đặc biệt trong các hoạt động như giữ tư thế đúng và thực hiện các bài tập vận động. Bệnh nhân thực hành đúng trong nghiên cứu này tăng từ 16,7% lên 70% (6). Nghiên cứu của chúng tôi một lần nữa đã khẳng định cung cấp các hướng dẫn chi tiết và bài tập cụ thể giúp bệnh nhân thay đổi hành vi tích cực và bền vững. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tú, sự cải thiện trong thực hành phòng ngừa của chúng tôi (65%) vẫn thấp hơn so với tác giả (70%). Sự khác biệt này có thể do tác giả đã huấn luyện bệnh nhân nhiều lần và có sự giám sát chặt chẽ, trong khi nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào can thiệp giáo dục một lần duy nhất (2).

4.4. Tương quan giữa kiến thức và thực hành của bệnh nhân

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có sự tương quan chặt chẽ giữa kiến thức và thực hành của bệnh nhân, với tỷ lệ bệnh nhân có kiến thức tốt và thực hành đúng tăng từ 28.6% lên 60% sau can thiệp. Điều này phù hợp với nguyên lý chung của các nghiên cứu y khoa, khi kiến thức tốt thường dẫn đến thực hành đúng đắn. Nghiên cứu của Bello

cho thấy sự tương quan mạnh giữa kiến thức và thực hành, trong đó bệnh nhân có hiểu biết tốt về bệnh sẽ có xu hướng thực hành các biện pháp phòng ngừa hiệu quả hơn. Điều này chứng tỏ kiến thức là cơ sở vững chắc giúp thay đổi hành vi và áp dụng các biện pháp phòng bệnh vào cuộc sống hàng ngày (7). Tuy nhiên, một số bệnh nhân (5%) của chúng tôi dù có kiến thức kém nhưng vẫn thực hành đúng, có thể do sự hỗ trợ từ các tài liệu trực quan được cung cấp trong quá trình can thiệp. Đây là một yếu tố quan trọng giúp bệnh nhân có trình độ học vấn thấp hoặc khó khăn trong việc tiếp thu kiến thức lý thuyết vẫn có thể thực hiện đúng các biện pháp phòng ngừa nhờ vào hướng dẫn cụ thể.

4.5. Tác động của can thiệp giáo dục đến các nhóm đối tượng khác nhau

Phân tích tác động của can thiệp đến các nhóm đối tượng cho thấy nhóm bệnh nhân trong độ tuổi 40-49 có sự cải thiện lớn nhất về cả kiến thức (50%) và thực hành (47%). Điều này có thể do đây là nhóm đối tượng có nguy cơ cao nhất mắc các vấn đề về cột sống do cường độ làm việc cao và gánh nặng về thể chất. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phan Quang Trí (2018), nhóm tuổi này có nguy cơ mắc bệnh cơ xương khớp cao và dễ tiếp thu các chương trình giáo dục sức khỏe. Nghiên cứu cũng chỉ ra trình độ học vấn có tác động mạnh mẽ đến hiệu quả can thiệp. Bệnh nhân có trình độ học vấn cao đạt được sự cải thiện hơn về cả kiến thức và thực hành. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Hồng Vân, bệnh nhân có trình độ

học vấn cao thường tiếp thu và thực hiện các biện pháp phòng ngừa bệnh lý tốt hơn (8). Tuy nhiên, nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi lại có sự cải thiện thấp hơn, có thể do hạn chế về thể lực và khả năng tiếp thu thông tin. Điều này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Bùi Thị Ngọc Anh, người cao tuổi gặp khó khăn trong việc thay đổi thói quen và áp dụng các biện pháp phòng ngừa mới (3). Do vậy, cần có các biện pháp can thiệp đặc thù cho bệnh nhân cao tuổi như các chương trình hỗ trợ dài hạn và giám sát chặt chẽ.

V. KẾT LUẬN

Chương trình can thiệp giáo dục đã cải thiện đáng kể kiến thức và thực hành phòng ngừa đau cột sống thắt lưng ở bệnh nhân. Sau can thiệp, tỷ lệ kiến thức và thực hành đúng tăng rõ rệt. Mối tương quan giữa kiến thức và thực hành khẳng định vai trò quan trọng của giáo dục trong thay đổi hành vi phòng ngừa. Cần duy trì và mở rộng chương trình giáo dục, áp dụng cho cả bệnh nhân nội trú và ngoại trú. Chương trình cần được điều chỉnh cho các nhóm nguy cơ cao như người cao tuổi và lao động nặng. Sử dụng công cụ giáo dục trực quan sẽ tăng hiệu quả và đảm bảo thay đổi hành vi bền vững.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Hòa (2022). Tỷ lệ và các yếu tố nguy cơ của đau thắt lưng ở người trưởng thành tại Việt Nam. Tạp chí Y học TP.HCM, 502(2), 45-52.
2. Nguyễn Thị Thanh Tú (2021). Phân loại chẩn đoán bệnh nhân đau thắt lưng được điều trị tại Phòng chăm sóc ngoại trú Bệnh viện

- Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam, 502(2), 62-68.
3. **Bùi Thị Ngọc Anh** (2022). Đau mạn tính trên bệnh nhân cao tuổi có loãng xương. Tạp chí Y học Việt Nam, 520(2), 55-61.
 4. **Phan Quang Trí** (2018). Phác đồ điều trị của Bệnh viện Chấn thương Chính hình 2018, phần 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Bệnh viện Chấn thương Chính hình, 88-125.
 5. **Ahmed H, Hashim M, et al.** (2022). Impact of work-related chronic low back pain on functional performance and physical capabilities in women and men: a sex-wise comparative study. *BioMed Research International*, 2022: 123-129.
 6. **Vũ Mạnh Độ** (2020). Kiến thức thực hành đúng về tư thế, vận động trước và sau can thiệp của người bệnh sau phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*, 3(2), 32-40.
 7. **Bello B, et al.** (2022). Knowledge, attitude, and perception of low back pain and activities that may prevent it among adolescents in Nigeria. *African Health Sciences*, 4(4), 140-147.
 8. **Vũ Hồng Vân** (2021). Tỷ lệ bị rối loạn lo âu và trầm cảm ở bệnh nhân đau thắt lưng mạn tính do thoái hóa cột sống. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 505(1), 78-85.

THỰC TRẠNG SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH VỀ DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH NĂM 2024

Trương Thị Hồng Thắm¹, Bùi Quốc Thắng¹, Phạm Đình Nguyên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Lê Văn Thịnh, Thành phố Thủ Đức, để từ đó đưa ra các giải pháp nâng cao chất lượng dịch vụ và trải nghiệm của bệnh nhân.

Phương pháp: Nghiên cứu tiến hành khảo sát 200 bệnh nhân và phỏng vấn sâu 15 nhân viên y tế tại Khoa Khám bệnh. Dữ liệu được thu thập nhằm đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân về thời gian chờ đợi, cơ sở vật chất và chất lượng chuyên môn của bác sĩ, cũng như phân tích các khó khăn mà nhân viên y tế đang gặp phải.

Kết quả: Bệnh nhân: 40% không hài lòng với thời gian chờ đợi, 35% không hài lòng với cơ sở vật chất, trong khi 75% hài lòng hoặc rất hài lòng với chất lượng chuyên môn của bác sĩ.

Nhân viên y tế: 80% cho biết gặp áp lực lớn do số lượng bệnh nhân đông mỗi ngày, và 65% cảm thấy không đủ thời gian chăm sóc chi tiết cho từng bệnh nhân.

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy sự hài lòng của bệnh nhân bị ảnh hưởng chủ yếu bởi thời gian chờ đợi và cơ sở vật chất, trong khi chất

lượng chuyên môn của bác sĩ được đánh giá cao. Để nâng cao trải nghiệm của bệnh nhân, các giải pháp bao gồm: cải thiện quy trình khám chữa bệnh, nâng cấp cơ sở vật chất, và tăng cường đào tạo nhân viên y tế nhằm giảm tải áp lực công việc và cải thiện chất lượng chăm sóc.

Từ khóa: Sự hài lòng của bệnh nhân, dịch vụ khám chữa bệnh, thời gian chờ đợi, cải thiện chất lượng dịch vụ, Bệnh viện Lê Văn Thịnh.

SUMMARY

PATIENT SATISFACTION WITH HEALTHCARE SERVICES, AND INFLUENCING FACTORS AT THE OUTPATIENT DEPARTMENT OF LE VAN THINH HOSPITAL IN 2024

Objective: The study aims to assess patient satisfaction in the Outpatient Department at Le Van Thinh Hospital, Thu Duc City, to propose solutions for improving service quality and patient experience.

Methods: The study conducted a survey of 200 patients and in-depth interviews with 15 healthcare staff members in the Outpatient Department. Data was collected to evaluate patient satisfaction regarding wait times, facilities, and the professional quality of doctors, as well as to analyze the challenges faced by healthcare staff.

Results: Patients: 40% were dissatisfied with wait times, 35% were dissatisfied with the facilities, while 75% were satisfied or very satisfied with the professional quality of the doctors. Healthcare staff: 80% reported

¹Đại học Trà Vinh

²Bệnh viện Nhi Đồng

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Hồng Thắm;

ĐT: 0909285385

Email: yenlinhbc84@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 26/10/2024

Ngày duyệt bài: 31/10/2024

experiencing high pressure due to a large daily patient load, and 65% felt they lacked sufficient time to provide detailed care for each patient.

Conclusion: The study shows that patient satisfaction is primarily affected by wait times and facilities, while the professional quality of doctors is rated highly. To enhance patient experience, recommended solutions include improving the examination and treatment processes, upgrading facilities, and providing additional training for healthcare staff to reduce work pressure and improve the quality of care.

Keywords: Patient satisfaction, healthcare services, waiting time, service improvement, Le Van Thinh Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng của người bệnh là một tiêu chí quan trọng trong việc đánh giá chất lượng dịch vụ y tế. Theo WHO, mức độ hài lòng của bệnh nhân phản ánh chất lượng và hiệu quả của dịch vụ, đồng thời tác động đến uy tín và sự phát triển bền vững của các cơ sở khám chữa bệnh. Sự hài lòng của bệnh nhân còn ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả điều trị và quyết định của họ trong việc quay lại sử dụng dịch vụ hay giới thiệu cho người khác. Tại Việt Nam, các bệnh viện, đặc biệt là bệnh viện tuyến trên, thường xuyên phải đối mặt với tình trạng quá tải, dẫn đến thời gian chờ đợi dài, chất lượng cơ sở vật chất không đáp ứng yêu cầu và thái độ phục vụ chưa tốt của nhân viên y tế. Nghiên cứu tại Bệnh viện Thận Hà Nội cho thấy 40% bệnh nhân không hài lòng về thời gian chờ đợi, trong khi chỉ 38,4% bệnh nhân thực sự hài lòng với toàn bộ quy trình khám chữa bệnh (1).

Bệnh viện Lê Văn Thịnh, một trong những bệnh viện đa khoa lớn tại Thành phố Thủ Đức, cũng đối diện với nhiều thách thức trong việc đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh

ngày càng tăng. Khoa Khám bệnh, nơi tiếp nhận một lượng lớn bệnh nhân hàng ngày, gặp nhiều khó khăn do quy trình khám chưa tối ưu, cơ sở vật chất thiếu thốn và áp lực công việc đối với nhân viên y tế. Chính vì vậy, việc đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân và tìm ra các giải pháp nâng cao chất lượng dịch vụ là vô cùng cấp thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân: 200 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, đến khám và điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện Lê Văn Thịnh, trong khoảng thời gian từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2024

- Nhân viên y tế: 15 nhân viên y tế (bác sĩ, điều dưỡng và nhân viên hỗ trợ) tại Khoa Khám bệnh, có thời gian làm việc tại bệnh viện ít nhất 6 tháng.

Tiêu chuẩn chọn lựa

Tiêu chuẩn loại ra

2.2. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu định lượng: Sử dụng bảng câu hỏi dựa trên mô hình SERVQUAL để đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân về các yếu tố chính: thời gian chờ đợi, cơ sở vật chất, thái độ phục vụ, chất lượng chuyên môn và sự hài lòng tổng thể. Bảng câu hỏi được thiết kế theo thang đo Likert 5 mức độ, từ “rất không hài lòng” đến “rất hài lòng”. Dữ liệu được phân tích bằng SPSS với các phương pháp thống kê như tỷ lệ phần trăm và hệ số tương quan Pearson.

- Nghiên cứu định tính: Thực hiện phỏng vấn sâu với 15 nhân viên y tế để thu thập thông tin về áp lực công việc, thời gian chăm sóc bệnh nhân và nhu cầu đào tạo. Dữ liệu phỏng vấn được mã hóa và phân tích theo phương pháp phân tích nội dung để xác định các chủ đề chính.

2.3. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

- Khảo sát định lượng: Bảng câu hỏi được phát trực tiếp cho bệnh nhân sau khi hoàn thành quá trình khám chữa bệnh. Các câu trả lời được nhập vào phần mềm SPSS và xử lý bằng các kỹ thuật thống kê mô tả và kiểm định Pearson.

- Phỏng vấn sâu: Dữ liệu từ phỏng vấn nhân viên y tế được ghi âm, mã hóa và phân tích bằng phương pháp phân tích nội dung để tìm ra những khó khăn và nhu cầu cụ thể của nhân viên y tế.

2.4. Các tiêu chí đánh giá

- Thời gian chờ đợi: Đánh giá sự hài lòng về thời gian chờ đợi từ lúc đăng ký đến

khi gặp bác sĩ, so sánh với kỳ vọng của bệnh nhân.

- Cơ sở vật chất: Đánh giá mức độ hài lòng về không gian, tiện nghi tại khu vực chờ, phòng khám và các thiết bị hỗ trợ.

- Thái độ phục vụ của nhân viên y t: Đánh giá sự tận tâm, chu đáo và kỹ năng giao tiếp của nhân viên y tế.

- Chất lượng chuyên môn: Đánh giá mức độ tin tưởng của bệnh nhân vào năng lực chuyên môn của bác sĩ.

- Sự hài lòng tổng thể: Đo lường qua câu hỏi tổng hợp về sự hài lòng đối với toàn bộ quá trình khám chữa bệnh.

2.5. Phân tích thống kê

2.6. Đạo đức nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Sự hài lòng bệnh nhân

Bảng 1. Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng với các yếu tố dịch vụ tại Khoa Khám bệnh

Yếu tố đánh giá	Phân bố theo mức độ hài lòng (%)				
	Rất hài lòng	Hài lòng	Bình thường	Không hài lòng	Rất không hài lòng
Thời gian chờ đợi	10	25	25	30	10
Cơ sở vật chất	15	20	30	25	10
Thái độ phục vụ của nhân viên y tế	20	30	20	20	10
Chất lượng chuyên môn của bác sĩ	35	40	15	10	10

Nhận xét: Thời gian chờ đợi là yếu tố không hài lòng lớn nhất, với 40% bệnh nhân không hài lòng. Cơ sở vật chất cũng là yếu tố được đánh giá thấp, với 35% bệnh nhân không hài lòng về không gian và trang thiết bị. Tuy nhiên, chất lượng chuyên môn của bác sĩ được đánh giá rất cao, với 75% bệnh nhân hài lòng hoặc rất hài lòng.

Bảng 2. Sự hài lòng của bệnh nhân về thời gian chờ đợi

Thời gian chờ đợi trung bình	Phân bố theo sự hài lòng (%)	
	Hài lòng	Không hài lòng
Dưới 15 phút	80	20
15-30 phút	50	50
Trên 30 phút	20	80

Nhận xét: Bệnh nhân chờ dưới 15 phút có tỷ lệ hài lòng cao nhất (80%), trong khi 80% bệnh nhân chờ trên 30 phút bày tỏ sự không hài lòng.

3.2. Khảo sát nhân viên y tế

Bảng 3. Áp lực công việc của nhân viên y tế

Nội dung phỏng vấn	Tỷ lệ nhân viên (%)
Thường xuyên phải xử lý số lượng bệnh nhân lớn	80
Không đủ thời gian tư vấn, chăm sóc bệnh nhân	65
Áp lực về thời gian và hiệu quả công việc	70
Thiếu nhân sự trong các ca trực	60

Nhận xét: 80% nhân viên y tế phải xử lý số lượng bệnh nhân lớn hàng ngày, gây ra áp lực công việc cao và giảm thời gian chăm sóc cho từng bệnh nhân. Điều này phản ánh thực trạng quá tải tại bệnh viện.

Bảng 4. Thực trạng về đào tạo và nhu cầu đào tạo của nhân viên y tế

Lĩnh vực đào tạo	Đã tham gia (%)	Muốn tham gia (%)
Kỹ năng giao tiếp	50	85
Nâng cao chuyên môn	60	90
Quản lý thời gian	40	75
Sử dụng công nghệ thông tin	30	70

Nhận xét: 85% nhân viên y tế mong muốn được đào tạo kỹ năng giao tiếp, và 90% cần nâng cao chuyên môn để cải thiện chất lượng chăm sóc bệnh nhân. Điều này cho thấy tầm quan trọng của việc đào tạo liên tục trong môi trường y tế

chữa bệnh thực tế. Để giải quyết vấn đề này, cần có sự kết hợp giữa cải tiến quy trình và thay đổi cách thức giao tiếp với bệnh nhân trong khi họ chờ đợi. Một trong những giải pháp hiệu quả đã được áp dụng tại nhiều bệnh viện lớn trên thế giới là hệ thống thông báo thời gian thực, giúp bệnh nhân dễ dàng theo dõi và kiểm soát kỳ vọng về thời gian chờ (2). Nghiên cứu của Hui Zhang cho thấy việc cung cấp thông tin về thời gian chờ đợi rõ ràng và minh bạch làm giảm bớt sự căng thẳng và cảm giác khó chịu ở bệnh nhân, từ đó giúp họ kiên nhẫn hơn (3).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thời gian chờ đợi

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian chờ đợi dài là yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến sự không hài lòng của bệnh nhân, với 40% người bệnh bày tỏ sự không hài lòng về thời gian chờ. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây, như nghiên cứu của Zhang và cộng sự (2023), trong đó thời gian chờ đợi là yếu tố lớn nhất tác động tiêu cực đến trải nghiệm dịch vụ y tế. Một điểm quan trọng cần nhấn mạnh là không chỉ thời gian chờ đợi thực tế, mà cả thời gian chờ đợi được bệnh nhân cảm nhận cũng ảnh hưởng sâu sắc đến sự hài lòng của họ. Khi bệnh nhân cảm thấy thời gian chờ lâu hơn kỳ vọng, họ có xu hướng đánh giá tiêu cực toàn bộ quy trình dịch vụ, bất kể chất lượng khám

Ngoài ra, việc áp dụng các hệ thống quản lý hẹn trước trực tuyến và đặt lịch linh hoạt có thể giảm tải lượng bệnh nhân tập trung tại một thời điểm, giúp phân luồng bệnh nhân hiệu quả hơn. Nghiên cứu của Redding et al. (2023) cho thấy rằng việc sử dụng công nghệ số để quản lý lịch hẹn không chỉ làm giảm thời gian chờ đợi mà còn tạo cảm giác chủ động và tiện lợi cho bệnh nhân (3). Điều này đặc biệt quan trọng trong bối cảnh các bệnh viện đang gặp phải áp lực quá tải như hiện nay. Các giải pháp như này cần được triển

khai rộng rãi để cải thiện trải nghiệm cho bệnh nhân và giảm tải áp lực cho đội ngũ y tế.

4.2. Cơ sở vật chất

Cơ sở vật chất là một yếu tố khác ảnh hưởng lớn đến sự hài lòng của bệnh nhân, với 35% người bệnh không hài lòng về chất lượng không gian và trang thiết bị tại khu vực chờ. Mặc dù thời gian chờ đợi có thể không được rút ngắn ngay lập tức, nhưng việc tạo ra một không gian chờ thoải mái và đầy đủ tiện nghi có thể giúp làm dịu đi cảm giác khó chịu của bệnh nhân trong quá trình chờ đợi. Điều này đã được khẳng định trong nghiên cứu của Redding et al. (2023), trong đó cho rằng một môi trường chờ thoải mái có thể cải thiện đáng kể sự hài lòng của bệnh nhân, thậm chí khi họ phải chờ đợi lâu (4).

Không gian chờ không chỉ là nơi bệnh nhân nghỉ ngơi mà còn là môi trường tâm lý quan trọng, giúp bệnh nhân cảm thấy an toàn và được chăm sóc. Nghiên cứu của Masrom et al. (2023) tại Malaysia đã cho thấy rằng không gian chờ đợi được thiết kế khoa học, với đầy đủ ánh sáng, ghế ngồi thoải mái, và thông tin dịch vụ rõ ràng, làm tăng đáng kể sự hài lòng của bệnh nhân (5). Bệnh viện Lê Văn Thịnh có thể cân nhắc việc cải thiện cơ sở vật chất bằng cách nâng cấp khu vực chờ, trang bị thêm ghế ngồi, hệ thống điều hòa, và các tiện ích cơ bản như nước uống hoặc wifi miễn phí, giúp bệnh nhân có trải nghiệm tích cực hơn trong quá trình chờ đợi. Thêm vào đó, hệ thống thông tin điện tử cần được lắp đặt tại các khu vực chờ, giúp bệnh nhân dễ dàng theo dõi số thứ tự khám bệnh và thời gian dự kiến đến lượt mình. Theo nghiên cứu của Hui Zhang (2023), việc có hệ thống thông tin minh bạch và dễ theo dõi không chỉ giúp bệnh nhân cảm thấy bớt căng thẳng mà

còn tăng tính minh bạch và tin tưởng vào quy trình (3)

4.3. Thái độ và chuyên môn của nhân viên y tế

Kết quả nghiên cứu cho thấy 75% bệnh nhân hài lòng với chuyên môn của bác sĩ, tuy nhiên, có 30% người bệnh không hài lòng với thái độ phục vụ của nhân viên y tế. Mặc dù nhân viên y tế có kiến thức chuyên môn vững vàng, nhưng thái độ giao tiếp và sự tận tâm trong việc tư vấn, chăm sóc bệnh nhân chưa được đánh giá cao. Nghiên cứu của Phạm Như Quang (2023) tại Bệnh viện Đa khoa Củ Chi cũng chỉ ra rằng việc thiếu sự thân thiện và thiếu thông tin từ phía nhân viên y tế làm giảm sự hài lòng của bệnh nhân, bất kể chất lượng điều trị (6).

Thái độ phục vụ không chỉ ảnh hưởng đến cảm nhận của bệnh nhân mà còn tác động đến sự hợp tác của họ trong quá trình điều trị. Một nghiên cứu của Masrom et al. (2023) tại Malaysia cho thấy rằng những bệnh nhân nhận được sự chăm sóc tận tâm từ nhân viên y tế có tỷ lệ tuân thủ điều trị cao hơn và có xu hướng quay lại bệnh viện để tiếp tục sử dụng dịch vụ (5). Vì vậy, bệnh viện cần chú trọng hơn đến việc đào tạo kỹ năng giao tiếp cho đội ngũ nhân viên y tế, đặc biệt là các kỹ năng tư vấn và xử lý tình huống căng thẳng với bệnh nhân.

Một giải pháp khác là xây dựng chính sách khuyến khích và động viên nhân viên y tế để họ cảm thấy được ghi nhận và tôn vinh những nỗ lực trong chăm sóc bệnh nhân. Điều này không chỉ giúp cải thiện tinh thần làm việc của nhân viên mà còn tạo ra một văn hóa phục vụ tốt hơn, nơi mà sự hài lòng của bệnh nhân luôn được đặt lên hàng đầu. Thực hiện các chương trình khảo sát nội bộ định kỳ về thái độ phục vụ của nhân viên cũng có thể giúp bệnh viện đánh giá và điều

chính phù hợp để nâng cao chất lượng dịch vụ.

4.4. Áp lực công việc và nhu cầu đào tạo của nhân viên y tế

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng 80% nhân viên y tế tại Khoa Khám bệnh gặp phải áp lực công việc lớn do phải xử lý một số lượng bệnh nhân quá đông, dẫn đến chất lượng phục vụ giảm sút. Điều này phản ánh một thực trạng chung tại nhiều bệnh viện tuyến trên, nơi tình trạng quá tải kéo dài gây ra những tác động tiêu cực không chỉ đến bệnh nhân mà còn đến sức khỏe và tinh thần của nhân viên y tế. Nghiên cứu của Abaalkhayl và cộng sự (2023) tại Ả Rập Xê Út cũng khẳng định rằng sự quá tải công việc là một trong những nguyên nhân chính gây ra kiệt sức ở nhân viên y tế, từ đó làm giảm hiệu suất làm việc và sự hài lòng của bệnh nhân (7).

Việc giảm tải công việc cho nhân viên y tế không chỉ giúp cải thiện sức khỏe tinh thần và thể chất của họ mà còn nâng cao chất lượng phục vụ. Bệnh viện có thể tăng cường nhân lực, đặc biệt là bổ sung thêm đội ngũ điều dưỡng và hỗ trợ viên để giảm tải cho bác sĩ và nhân viên chính. Điều chỉnh ca làm việc và sắp xếp nhân lực hợp lý theo khung giờ cao điểm cũng là một biện pháp hiệu quả, giúp giảm bớt áp lực trong các thời điểm bệnh nhân đông nhất.

Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu cho thấy có 85% nhân viên y tế mong muốn được đào tạo thêm về kỹ năng giao tiếp, và 90% mong muốn nâng cao chuyên môn. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đào tạo liên tục cho đội ngũ nhân viên y tế. Các khóa học chuyên sâu về kỹ năng mềm như giao tiếp, tư vấn, cùng với các chương trình cập nhật kiến thức y học mới sẽ giúp nâng cao năng lực toàn diện của nhân viên y tế, đồng

thời tăng cường sự tự tin và chuyên nghiệp trong quá trình chăm sóc bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu đã cho thấy sự hài lòng của bệnh nhân tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện Lê Văn Thịnh chịu ảnh hưởng lớn bởi các yếu tố như thời gian chờ đợi, cơ sở vật chất, thái độ phục vụ và áp lực công việc của nhân viên y tế. Cụ thể:

- Thời gian chờ đợi là yếu tố không hài lòng lớn nhất, với 40% bệnh nhân bày tỏ sự không hài lòng, đặc biệt khi thời gian chờ vượt quá 30 phút.

- Cơ sở vật chất chưa đáp ứng đủ nhu cầu của bệnh nhân, với 35% người bệnh không hài lòng về không gian và trang thiết bị tại khu vực chờ.

- Thái độ và chất lượng phục vụ của nhân viên y tế tuy được đánh giá cao về chuyên môn (75% bệnh nhân hài lòng), nhưng 30% bệnh nhân không hài lòng về kỹ năng giao tiếp và tư vấn.

- Áp lực công việc đối với nhân viên y tế rất lớn, với 80% phải xử lý số lượng bệnh nhân quá đông hàng ngày, ảnh hưởng tiêu cực đến khả năng tư vấn và chăm sóc kỹ lưỡng cho từng bệnh nhân.

Các yếu tố này phản ánh tình trạng chung tại nhiều bệnh viện lớn ở Việt Nam, cho thấy sự cần thiết phải có các biện pháp cải tiến để nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, từ đó nâng cao sự hài lòng của bệnh nhân. Dựa trên kết quả ghi nhận, chúng tôi đã đề xuất một số giải pháp cụ thể sau:

- Cải tiến quy trình khám chữa bệnh: Ứng dụng công nghệ quản lý hẹn khám trực tuyến để bệnh nhân có thể đặt lịch từ xa và giảm thời gian chờ đợi đồng thời phân luồng bệnh nhân hợp lý, đặc biệt ưu tiên cho những

ca bệnh cần điều trị nhanh chóng, nhằm giảm tình trạng quá tải tại các giờ cao điểm.

- Nâng cấp cơ sở vật chất: Mở rộng không gian chờ đợi với các tiện ích như ghế ngồi thoải mái, hệ thống điều hòa, và nước uống miễn phí; lắp đặt hệ thống thông tin điện tử giúp bệnh nhân theo dõi số thứ tự khám và thời gian dự kiến để chuẩn bị tốt hơn trong quá trình chờ.

- Tăng cường đào tạo nhân viên y tế: Tổ chức các khóa đào tạo định kỳ về kỹ năng giao tiếp và tư vấn nhằm cải thiện tương tác giữa nhân viên y tế và bệnh nhân. Khả năng giao tiếp tốt không chỉ giúp bệnh nhân an tâm mà còn tăng cường niềm tin vào dịch vụ y tế. Tạo động lực cho nhân viên y tế thông qua các chính sách động viên và khuyến khích, từ đó nâng cao tinh thần làm việc và tạo ra văn hóa phục vụ chuyên nghiệp hơn.

- Giảm tải công việc cho nhân viên y tế: Tuyển dụng thêm nhân sự, đặc biệt là đội ngũ hỗ trợ như điều dưỡng và kỹ thuật viên, để giảm bớt áp lực công việc lên nhân viên chính. Sắp xếp ca trực hợp lý và điều chỉnh thời gian làm việc theo khung giờ cao điểm nhằm tối ưu hóa sức lao động của nhân viên y tế và nâng cao chất lượng phục vụ bệnh nhân.

Việc thực hiện đồng bộ các giải pháp trên sẽ không chỉ giúp cải thiện trải nghiệm của bệnh nhân mà còn góp phần nâng cao chất lượng tổng thể của Bệnh viện Lê Văn Thịnh, đáp ứng tốt hơn nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng tăng của cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Trí Tuấn và cộng sự** (2023), "Sự hài lòng của người bệnh với chất lượng dịch vụ y tế tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện Thân Hà Nội", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 169(8):300-301
2. **Hui Zhang, et al.** (2023), "Effect of Waiting Time on Patient Satisfaction in Outpatient: An Empirical Investigation", Medicine Journal, 102(40):35184.
3. **Zhang, H., et al.** (2023), "Impact of Healthcare Environment on Patient Satisfaction: Case Studies in China", Health Policy and Management Journal, 15(3):45-53.
4. **Redding, T.S., et al.** (2023), "Evaluating Factors That Influence Patient Satisfaction in Otolaryngology Clinics", Annals of Otolaryngology & Laryngology, 132(1):19-26.
5. **Masrom, S.N.F., et al.** (2023), "The Association Between Patient Satisfaction and Other Related Factors at the Outpatient Department", Journal of UCYP Press, 2(1):50-64.
6. **Phạm Như Quang và cộng sự** (2023), "Nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Củ Chi", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 61:121-127.
7. **Abaalkhayl, M. et al.** (2023), "Patient Satisfaction in Outpatient Clinics", Journal of Medical Sciences, 102(2):56-63.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG SUY HÔ HẤP Ở TRẺ SƠ SINH TẠI KHOA NHI - BỆNH VIỆN HOÀN MỸ VINH NĂM 2022 - 2023

Nguyễn Thị Ngọc Quỳnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy hô hấp (SHH) là một tình trạng suy giảm đáng kể khả năng trao đổi khí của hệ hô hấp, biểu hiện bằng sự giảm oxy máu (hypoxemia) và/ hoặc tăng CO₂ máu (hypercapnia). Suy hô hấp là một hội chứng của nhiều nguyên nhân gây nên, rất hay gặp trong thời kỳ sơ sinh, nhất là những ngày đầu sau sinh, khi trẻ làm quen với môi trường bên ngoài tử cung, có thể xuất hiện vài giờ hay vài ngày sau sinh, tùy thuộc vào nguyên nhân gây nên. Phát hiện sớm nguy cơ, nguyên nhân, triệu chứng của suy hô hấp để có định hướng chăm sóc, theo dõi và điều trị kịp thời cho bệnh nhân.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tìm yếu tố nguy cơ của suy hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Khoa nhi – Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 62 bệnh nhân sơ sinh ≤ 28 ngày tuổi được chẩn đoán suy hô hấp tại khoa Nhi Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh từ tháng 01/2022 đến tháng 08/2023 thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn bệnh. Tiến hành nghiên cứu các đặc

điểm lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố nguy cơ của các bệnh nhân suy hô hấp.

Kết quả: Trẻ sơ sinh hay gặp suy hô hấp nhất trong ngày đầu sau sinh với các triệu chứng giảm SpO₂<90% (95,2%), thở nhanh (72,6%), rút lõm lồng ngực (80,6%), phập phồng cánh mũi (82,3%). Trẻ suy hô hấp có nhiều rối loạn cận lâm sàng về khí máu, đường máu, bạch cầu, các yếu tố đông máu, tổn thương phổi trên phim XQ tim phổi. Bệnh lý suy hô hấp hay gặp ở trẻ non tháng là hội chứng màng trong (70%), ở trẻ đủ tháng là cơn thở nhanh thoáng qua (34,6%), viêm phổi (34,6%). Có mối liên quan giữa sinh mổ và cơn thở nhanh thoáng qua với p<0,05.

Kết luận: Cần đo SpO₂ ở các trẻ sơ sinh ngay sau sinh để phát hiện sớm dấu hiệu suy hô hấp. Sinh mổ đúng chỉ định.

Từ khóa: suy hô hấp, yếu tố nguy cơ

SUMMARY

RESEARCH ON CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF NEONATAL RESPIRATORY SYNDROME AT THE DEPARTMENT OF PEDIATRICS - HOAN MY VINH HOSPITAL IN 2022-2023

Background: Neonatal respiratory syndrome is a syndrome caused by many factors, very common in the neonatal period, especially in the first days after birth, and can appear a few hours or days after birth. Early detection of risks, causes, and symptoms of respiratory failure is necessary to provide timely care, monitoring, and treatment for patients.

¹Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Quỳnh

ĐT: 0374716114

Email: bsquynh.bvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 28/10/2024

Ngày duyệt bài: 31/10/2024

Objectives: Determine the rate of clinical and paraclinical characteristics and find risk factors of neonatal respiratory syndrome of at the Department of Pediatrics - Hoan My Vinh Hospital

Methods: Cross-sectional descriptive study on 62 newborn patients ≤ 28 days old diagnosed with neonatal respiratory syndrome at the Department of Pediatrics, Hoan My Vinh Hospital from 01/2022 to 08/2023. Conduct research on clinical and paraclinical characteristics and risk factors of patients with respiratory syndrome.

Results: Newborns most often have respiratory failure on the first day after birth with symptoms of decreased SpO₂ $<90\%$ (95.2%), rapid breathing (72.6%), chest retraction (80.6%), and nasal flaring (82.3%). Paraclinical disorders of blood gases, blood sugar, white blood cells, blood coagulation disorders, and lung damage on chest X-ray. Respiratory failure is common in preterm infants with respiratory distress syndrome (70%), while in full-term infants it is transient tachypnea (34.6%), and pneumonia (34.6%). There is a relationship between cesarean section and transient tachypnea with $p < 0.05$.

Conclusion: SpO₂ should be measured in newborns immediately after birth to detect early signs of respiratory failure. Caesarean section as indicated.

Keywords: Neonatal respiratory syndrome, risk factor

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp (SHH) là một tình trạng suy giảm đáng kể khả năng trao đổi khí của hệ hô hấp, biểu hiện bằng sự giảm oxy máu (hypoxemia) và/hoặc tăng CO₂ máu (hypercapnia). Suy hô hấp là một hội chứng của nhiều nguyên nhân gây nên, rất hay gặp

trong thời kỳ sơ sinh, nhất là những ngày đầu sau sinh, khi trẻ làm quen với môi trường bên ngoài tử cung, có thể xuất hiện vài giờ hay vài ngày sau sinh, tùy thuộc vào nguyên nhân gây nên. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ tử vong của sơ sinh trong những ngày đầu do suy hô hấp chiếm 70-80%, theo số liệu của Bệnh viện Nhi Trung ương là 87,7%^{1,2}. Xác định nguyên nhân gây suy hô hấp ở trẻ sơ sinh là rất quan trọng, giúp định hướng chăm sóc, theo dõi và điều trị kịp thời cho bệnh nhi.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “**Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Khoa Nhi – Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh năm 2022-2023**” với 2 mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của suy hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Khoa nhi – Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh.
2. Tìm một số yếu tố nguy cơ gây suy hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Khoa Nhi – Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả trẻ sơ sinh ≤ 28 ngày tuổi được chẩn đoán SHH lúc nhập viện hoặc trong quá trình điều trị tại Khoa Nhi bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh từ tháng 1/2022- tháng 8/2023.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

Tất cả trẻ sơ sinh ≤ 28 ngày tuổi được chẩn đoán SHH có các đặc điểm sau :

- + Tiêu chuẩn lâm sàng: Khi có ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau:
 - Thay đổi nhịp thở: thở nhanh >60 lần/phút hoặc thở chậm <30 lần/phút.

- Dấu hiệu thở gắng sức: rút lõm lồng ngực nặng hoặc phập phồng cánh mũi hoặc thở rên.

- Tím khi thở khí trời: tím quanh môi, đầu chi hoặc toàn thân, SpO₂ <90%.

- Có thể có hoặc không kèm theo các triệu chứng khác: nhịp tim nhanh hay chậm, thay đổi tri giác, giảm phản xạ.

+ Tiêu chuẩn cận lâm sàng: PaO₂ <50 – 60 mmHg và/hoặc PaCO₂ >60 mmHg và pH <7,25.

2.3. Tiêu chuẩn loại ra

Trẻ bị bỏ rơi, không rõ tiền sử của mẹ, không được làm đầy đủ các xét nghiệm.

2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nhi bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh, Nghệ An

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2022 đến tháng 8/2023.

2.5. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu thuận tiện: 62 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn

- Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả.

- Thiết kế nghiên cứu: điều tra cắt ngang.

2.6. Phương pháp thống kê

- Số liệu thu thập được kiểm tra, làm sạch, mã hóa và tiến hành thực hiện nhập liệu 2 lần có so sánh để hạn chế sai sót trong quá trình nhập liệu.

- Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

- Đề tài đã được thông qua hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Hoàn Mỹ Vinh.

- Các thông tin về bệnh nhân đảm bảo bí mật, chỉ phục vụ nghiên cứu, không dùng cho mục đích khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố theo giới tính và ngày tuổi

Giới tính \ Ngày tuổi	≤1 ngày		1-7 ngày		>7 ngày		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nam	27	48,2	0	0	2	40	29	46,8
Nữ	29	51,8	1	100	3	60	33	53,2
Tổng	56	90,3	1	1,6	5	8,1	62	100

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ nữ (53,2%) cao hơn trẻ nam (46,8%), tỷ lệ nữ/nam = 1.14/1. Tỷ lệ trẻ ≤1 ngày tuổi (90,3%) chiếm đa số, tiếp đến là nhóm >7 ngày tuổi với 8,1% và nhóm trẻ thấp nhất là 1-7 ngày tuổi với 1,6%. Trẻ đủ tháng chiếm tỷ lệ cao (83,9%) hơn trẻ non tháng (16,1%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Thời điểm ngay sau sinh ≤ 24 giờ tuổi (87,1%) ở cả trẻ đủ tháng (88,4%) và non tháng (80%).

Bảng 2. Các dấu hiệu về hô hấp theo tuổi thai

Dấu hiệu	Tuổi thai	Non tháng		Đủ tháng		Tổng		P
		N=10	%	N=52	%	N=62	%	
Nhịp thở	40-60l/p	4	40	13	25	17	27,4	0,27
	≥ 60 l/p	6	60	39	75	45	72,6	
SpO2	<90%	10	100	49	94,2	59	95,2	0,58
	≥90%	0	0	3	5,8	3	4,8	
CNT bệnh lý		3	30	5	9,6	8	12,9	0,11
Thở rên		7	70	22	42,3	29	46,8	0,10
RLLN		8	80	42	80,8	50	80,6	0,62
Phập phồng cánh mũi		8	80	43	82,7	51	82,3	0,57
Tím		6	60	33	63,5	39	62,9	0,55

Nhận xét: Dấu hiệu suy hô hấp hay gặp nhất là SpO2 thấp <90% (95,2%), sau đó là phập phồng cánh mũi (82,3%), rút lõm lồng ngực (80,6%), thở nhanh >60 lần/phút (72,6%), tím (62,9%), thở rên (46,8%).

3.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm xét nghiệm máu theo tuổi thai: Trẻ sơ sinh có dấu hiệu tăng bạch cầu(74,2%), giảm prothrombin (64,5%), giảm đường huyết (29%), tăng CRP (19,4%), tăng hemoglobin (6,5%), bạch cầu giảm

(1,6%). Tỷ lệ hạ đường huyết ở nhóm non tháng (80%) cao hơn nhóm đủ tháng (18%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p <0,0001.

Đặc điểm xét nghiệm khí máu động mạch theo tuổi thai: Tỷ lệ trẻ có pH<7,35 chiếm tỷ lệ khá cao (29%), sau đó là PaO2<50mmHg (19,4%) và PaCO2>45 mmHg (16,1%). Tỷ lệ trẻ có pH < 7,35 ở trẻ non tháng (40%) cao hơn trẻ đủ tháng (26,9%).

3.3. Nguyên nhân gây suy hô hấp

Bảng 3. Tần suất nguyên nhân gây suy hô hấp theo tuổi thai.

Bệnh lý	Tuổi thai	Non tháng		Đủ tháng		Tổng		P
		N=10	%	N= 52	%	N= 62	%	
HCMT		7	70	0	0	7	11,3	0,00
Viêm phổi		0	0	14	26,9	14	22,6	0,06
CTNTQ		0	0	18	34,6	18	29	0,02
Hít phân su		1	10	2	3,8	3	4,8	0,41
Nhiễm trùng sơ sinh		1	10	9	17,3	10	16,1	0,68
Tím bẩm sinh		0	0	2	3,8	2	3,2	0,70
Ngạt		0	0	2	2,8	2	3,2	0,70
Khác		1	10	5	9,6	6	9,7	0,66

Nhận xét: Con thở nhanh thoáng qua (CTNTQ), viêm phổi, nhiễm trùng sơ sinh, hội chứng màng trong (HCMT) là những bệnh hay gặp với tỷ lệ lần lượt là 29%, 22,6%, 16,1%, 11,3%.

Nhóm trẻ sơ sinh non tháng suy hô hấp chủ yếu do HCMT và nhiễm trùng sơ sinh. Nhóm sơ sinh đủ tháng hay gặp CTNTQ và viêm phổi. Trong đó HCMT liên quan đến tuổi thai mạnh nhất với p < 0,05. Tỷ lệ mắc

HCMT ở nhóm trẻ nhẹ cân (62,5%) cao hơn các nhóm bình dưỡng và thừa cân là 2,3% và 10%. Ngược lại ở nhóm cân nặng bình dưỡng và thừa cân thì tỷ lệ các bệnh CTNTQ và viêm phổi chiếm tỷ lệ cao với 31,8% và 25%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về

tỷ lệ mắc HCMT giữa các nhóm cân nặng với $p < 0,05$.

3.4. Mối liên quan giữa một số đặc điểm của mẹ và các bệnh lý gây suy hô hấp

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa một số đặc điểm thuộc về mẹ với con thở nhanh thoáng qua

Phương pháp sinh	CTNTQ		Không bị CTNTQ		Tổng		P
	N=18	%	N=44	%	N=62	%	
Sinh thường	1	5,6	16	36,4	17	27,4	0,01
Sinh mổ	17	94,4	28	63,6	45	72,6	

Nhận xét: Có sự liên quan giữa phương pháp sinh và con thở nhanh thoáng qua. Tỷ lệ trẻ có CTNTQ ở nhóm sinh mổ cao hơn sinh thường, sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong số các trẻ suy hô hấp thì tỷ lệ trẻ sơ sinh ≤ 1 ngày tuổi (87,1%) chiếm đa số. Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Tochie và cộng sự (2016), có tới 83,8% trẻ sơ sinh SHH nhập viện ngay ngày đầu của cuộc sống³. Cũng tương tự nghiên cứu của Hoàng Thị Dung năm 2021 tại bv TW Thái Nguyên với tỷ lệ trẻ bị SHH trong ngày đầu chiếm 79,6%⁴. Một số nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng tuổi nhập vào đơn vị chăm sóc đặc biệt của trẻ sơ sinh tỷ lệ thuận với tuổi thai, nghĩa là trẻ càng non tháng tuổi nhập viện càng thấp. Điều này chứng tỏ rằng, ngày đầu tiên sau sinh là giai đoạn khó khăn của trẻ khi phải thích ứng với cuộc sống bên ngoài tử cung với nhiều yếu tố

nguy cơ gây bệnh. Do vậy, chúng ta cần phải theo dõi sát để phát hiện sớm và điều trị kịp thời các dấu hiệu của SHH, đặc biệt trong vòng 24 giờ đầu sau sinh, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc trẻ sơ sinh.

Nghiên cứu này ghi nhận trẻ đủ tháng chiếm tỷ lệ cao (83,9%) hơn trẻ non tháng (16,1%). Trẻ sơ sinh có cân nặng bình dưỡng (2500-4000g) chiếm đa số (71%) và chủ yếu ở nhóm trẻ đủ tháng, nhẹ cân $< 2500g$ chiếm tỷ lệ thấp nhất 12,9% chủ yếu là nhóm trẻ đẻ non. Tỷ lệ này có sự khác biệt so với các nghiên cứu khác do nguồn bệnh nhân ở BV Quốc tế nhận chủ yếu là non muộn và cơ sở cũng chưa nuôi được những trẻ cực nhẹ cân nên tỷ lệ các trẻ dưới 2500 g còn thấp và tỷ lệ trẻ non tháng cũng ít hơn.

Dấu hiệu suy hô hấp hay gặp nhất là SpO₂ thấp $< 90\%$ (95,2%), sau đó phập phồng cánh mũi (82,3%), rút lõm lồng ngực (80,6%), thở nhanh > 60 lần/phút (72,6%), tím (62,9%), thở rên (46,8%) với tương đương ở trẻ đủ tháng và non tháng. Nghiên cứu của

tác giả Trần Thiên Lý cùng cộng sự (2015) tại Bệnh viện tỉnh Cà Mau quan sát thấy thở nhanh >60 lần/phút là dấu hiệu thường gặp nhất chiếm 73,68%, sau đó là rút lõm lồng ngực (45,9%), tím (33,36%) và cơn ngưng thở kéo dài (16,8%)⁵. Đo SpO₂ là dấu hiệu sớm, đơn giản và dễ nhận biết đối với trẻ bị suy hô hấp. Nên việc đo SpO₂ thường quy ở các trẻ sơ sinh sau khi sinh nên được đặt ra để theo dõi sơ sinh, nhằm phát hiện sớm và điều trị kịp thời các trường hợp suy hô hấp.

Nghiên cứu của tôi cũng chỉ ra tỷ lệ trẻ suy hô hấp nặng ở nhóm trẻ sinh non tháng 30% cao hơn nhóm trẻ sơ sinh đủ tháng 13,5%. Có thể thấy rằng trẻ sơ sinh non tháng dễ bị SHH nặng hơn so với trẻ đủ tháng. Điều này có thể do đặc điểm chung của trẻ đẻ non là chức năng của các bộ phận, các hệ thống chưa phát triển hoàn chỉnh, khả năng thích nghi với môi trường bên ngoài từ cung kém hơn nhiều so với trẻ sơ sinh đủ tháng.

Hạ đường máu chiếm tỷ lệ khá cao (29%) và cao hơn ở trẻ sinh non tháng (80%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hạ đường huyết ở trẻ non tháng và đủ tháng với $p < 0,05$. Do trẻ non tháng chức năng gan còn yếu, khả năng dự trữ đường thấp nên dễ bị hạ đường huyết. Ngoài vấn đề điều trị suy hô hấp thì nên chú trọng thêm về vấn đề nuôi dưỡng để đảm bảo đường huyết ổn định cho trẻ.

Khí máu là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán suy hô hấp. Trong nghiên cứu của tôi tỷ lệ trẻ có pH < 7,35 chiếm tỷ lệ khá cao (29%), sau

đó là PaO₂ < 50 mmHg (19,4%) và PaCO₂ > 45 mmHg (16,1%).

Cơn thở nhanh thoáng qua, viêm phổi, nhiễm trùng sơ sinh và hội chứng màng trong là những bệnh hay gặp với tỷ lệ lần lượt là 29%, 22,6%, 16,1%, 11,3%. Nhóm trẻ sơ sinh non tháng suy hô hấp chủ yếu do HCMT (70%) và nhiễm trùng sơ sinh (10%). Nhóm sơ sinh đủ tháng hay gặp CTNTQ và viêm phổi. Trong đó HCMT liên quan đến tuổi thai và cân nặng mạnh nhất với $p < 0,05$. Điều này được lý giải theo sinh lý bệnh hô hấp của tuổi thai. Trẻ non tháng và nhẹ cân thì thiếu hụt surfactant một phospholipid do tế bào biểu mô type II của phế nang sản xuất ra và lót bề mặt bên trong phế nang. Chất này có chức năng đặc biệt giúp cho phổi giữ được thông khí ngay cả khi áp lực qua phổi rất thấp. Chất này có trong tế bào biểu mô type II từ tuần thứ 20 - 22 và được tiết lên bề mặt phế nang vào tuần thứ 30 của thai kỳ.

Có mối liên quan mạnh giữa cơn thở nhanh thoáng qua và phương pháp sinh với $p < 0,05$. Tương tự nghiên cứu của chúng tôi, Riskin và cộng sự (2005) nghiên cứu 67 trẻ sơ sinh CTNTQ và 134 trẻ không mắc CTNTQ thấy rằng tỷ lệ trẻ mổ lấy thai thuộc nhóm bệnh (50,7%) cao hơn nhóm chứng (22,4%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0016$. Nghiên cứu chứng minh rằng mổ lấy thai làm tăng nguy cơ mắc CTNTQ gấp 2,44 lần⁶.

Cơ chế bệnh sinh của CTNTQ đã được biết đến là do sự chậm tái hấp thu dịch phế nang của thai nhi qua tuần hoàn mao mạch và hệ bạch huyết. Trước khi bắt đầu cuộc

sinh, có sự gia tăng catecholamin ở thai nhi dẫn đến làm giảm dịch trong các phế nang. Trẻ được mổ lấy thai lượng catecholamin thấp hơn những trẻ sinh bằng đường âm đạo. Trong suốt quá trình mổ lấy thai, do không có sự co bóp nén chặt của âm đạo lên thai nhi nên đã làm giảm sự tổng xuất dịch qua khí quản. Điều này lý giải tại sao mổ lấy thai làm gia tăng tần suất mắc bệnh.

V. KẾT LUẬN

Trẻ sơ sinh hay gặp suy hô hấp nhất trong ngày đầu sau sinh với các triệu chứng giảm SpO₂ (95,2%), thở nhanh, rút lõm lồng ngực, phập phồng cánh mũi.

Bệnh lý suy hô hấp hay gặp ở trẻ non tháng là hội chứng màng trong (70%), ở trẻ đủ tháng là cơn thở nhanh thoáng qua, viêm phổi.

Có mối liên quan giữa đẻ mổ và cơn thở nhanh thoáng qua.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tuấn Anh.** Kết quả thở máy xâm nhập ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Luận văn Bác sĩ nội trú.

Trường Đại học Y – Dược, Đại học Thái Nguyên. 2020. tr. 41 – 61.

2. **Bộ Y Tế.** Sơ sinh. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ở trẻ em, Quyết định số 3312/QĐ – BHYT ngày 07/08/2015. 2015. r. 185 – 257.
3. **Tochie J. N., Choukem S. P., Langmia R. N., et al.** Neonatal respiratory distress in a reference neonatal unit in Cameroon: an analysis of prevalence, predictors, etiologies and outcomes. *The Pan African medical journal.* 2016. 24 (4), pp. 152 – 160.
4. **Hoàng Thị Dung.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân suy hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Luận văn Bác sĩ nội trú. Trường Đại học Y – Dược, Đại học Thái Nguyên. 2021. tr 41- 54.
5. **Trần Thiên Lý, Lê Mộng Thúy và Trương Thanh Hùng.** Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả điều trị suy hô hấp sơ sinh tại Bệnh viện sản nhi tỉnh Cà Mau năm 2015. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 2015. tr.146 – 155.
6. **Riskin A., Abend-Weinger M., Riskin-Mashiah S., et al.** Cesarean section, gestational age, and transient tachypnea of the newborn: timing is the key. *American Journal of Perinatology.* 2005. 22 (7), pp. 377 – 382

ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC ỨC CHẾ BƠM PROTON TRONG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ BẢO HIỂM Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN THUẬN MỸ ITO ĐỒNG NAI

Võ Thị Quỳnh Như¹, Nguyễn Thị Lan Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình hình kê đơn nhóm thuốc ức chế bơm proton (PPI) ở các phòng khám ngoại trú BHYT tại Bệnh viện Thuận Mỹ ITO Đồng Nai, đề xuất các phương án kê đơn PPI an toàn, hợp lý, hiệu quả về điều trị và kinh tế.

Phương pháp: mô tả cắt ngang, từ ngày 01/01 đến 31/8/2024, mẫu nghiên cứu là toàn bộ các đơn thuốc khám bệnh ngoại trú BHYT có kê đơn PPI tại Bệnh viện Thuận Mỹ ITO Đồng Nai.

Kết quả: khảo sát 28.367 đơn thuốc có sử dụng PPI của 14.443 người bệnh, tỷ lệ nữ (65,6%) cao hơn so với nam (34,4%). Độ tuổi trung bình là 52,8 tuổi, nhóm tuổi từ 18 đến 59 chiếm 63,3%. Phòng khám Nội và phòng khám Chấn thương chỉnh hình chiếm 80,5% số đơn thuốc có kê PPI. Phân tích kê đơn các hoạt chất omeprazol 20mg, lansoprazol 30mg, pantoprazol 40mg, esomeprazol 20mg và 40mg. **Kê đơn an toàn:** dùng cho người bệnh có chống chỉ định (không có), dùng thuốc trùng nhóm PPI (không có), tương tác thuốc bất lợi: không có tương tác 74,4%, tương tác nhẹ - trung bình 25,5%, nghiêm trọng 0,1% (esomeprazol - clopidogrel). Tỷ lệ đơn thuốc PPI an toàn là 74,4%, chưa an toàn là

25,6%. **Kê đơn hợp lý:** dùng thuốc đúng chỉ định (chưa phù hợp 0,5%), đúng liều dùng (100% phù hợp) và đúng thời điểm dùng thuốc (81,1% ghi rõ và phù hợp hướng dẫn điều trị, 1,6% ghi rõ nhưng chưa phù hợp, có 17,3% chưa ghi thời điểm dùng thuốc). Tỷ lệ đơn thuốc chưa hợp lý là 19,4%. **Dùng PPI kéo dài:** có 42,4% sử dụng PPI dài hơn 1 tháng, có 221 BN có số ngày kê đơn từ 240 ngày trở lên, có những BN sử dụng PPI 8 tháng liên tục.

Kết luận: Để sử dụng PPI an toàn, hợp lý cần chỉ định phù hợp chẩn đoán, tránh tương tác thuốc bất lợi, ghi cụ thể thời điểm dùng thuốc, không kê thuốc trùng nhóm PPI, đánh giá sự cần thiết các trường hợp dùng PPI kéo dài (tiếp tục sử dụng, giảm liều, ngưng thuốc).

Từ khóa: thuốc ức chế bơm proton, kê đơn an toàn, kê đơn hợp lý, xuống thang PPI

SUMMARY

EVALUATION OF PROTON PUMP INHIBITOR USAGE IN HEALTH INSURANCE OUTPATIENT TREATMENT AT THUAN MY ITO DONG NAI HOSPITAL

Objective: Evaluate the prescription of proton pump inhibitors (PPIs) for health insurance outpatient and propose safe, rational, and cost-effective prescription practices for PPIs at Thuan My ITO Dong Nai Hospital.

Method: A cross-sectional descriptive study was conducted from January 1 to August 31, 2024. The study sample consisted of all health

¹Bệnh viện Hoàn Mỹ ITO Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Quỳnh Như

ĐT: 0983187091

Email: nhu.vo@thuanmy.vn

Ngày nhận bài: 27/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 29/10/2024

Ngày duyệt bài: 30/10/2024

insurance outpatient prescriptions that included PPIs at Thuan My ITO Dong Nai Hospital.

Results: A survey of 28,367 prescriptions for 14,443 patients who were prescribed PPIs was conducted. The proportion of females (65.6%) was higher than males (34.4%). The average age was 52.8 years, with the age group from 18 to 59 accounting for 63.3%. The Internal Medicine and Orthopedic clinics accounted for 80.5% of prescriptions with PPIs. The study analyzed the prescription of active ingredients: omeprazole 20mg, lansoprazole 30mg, pantoprazole 40mg, esomeprazole 20mg and 40mg. **Safe prescribing:** No contraindications for patients, no duplicate PPI prescriptions, and adverse drug interactions were categorized as: no interaction (74.4%), mild-moderate interaction (25.5%), and severe interaction (0.1%) (esomeprazole - clopidogrel). The rate of safe PPI prescriptions was 74.4%, while 25.6% were not considered safe. **Rational prescribing:** Correct indications (0.5% not appropriate), correct dosage (100% appropriate), and correct timing (81.1% noted and compliant with treatment guidelines, 1.6% noted but not compliant, 17.3% did not record the timing of drug use). The rate of irrational prescriptions was 19.4%. **Prolonged PPI use:** 42.4% used PPIs for more than 1 month, 221 patients had prescriptions for 240 days or more, and some patients used PPIs continuously for 8 months.

Conclusion: To ensure safe and rational use of PPIs, proper diagnosis, avoiding adverse drug interactions, clearly noting drug timing, avoiding duplicate PPI prescriptions, and assessing the necessity of prolonged PPI use (whether to continue, decrease to lower dose, or stop) are necessary.

Keywords: Proton pump inhibitors, safe prescribing, rational prescribing, deprescribing PPI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhóm thuốc ức chế bơm proton (PPI) làm giảm bài tiết acid trong dạ dày và được xếp hạng là một trong những loại thuốc ức chế acid được sử dụng rộng rãi nhất trên toàn cầu. Do hiệu quả vượt trội của thuốc PPI về thời gian làm lành và hiệu quả giảm triệu chứng trong các rối loạn có liên quan đến acid dạ dày nên hiện nay các thuốc PPI được sử dụng rất phổ biến [4, 5, 7].

Theo “Đánh giá sử dụng thuốc tại Bệnh viện Hoàn Mỹ ITO Đồng Nai bằng phương pháp ABC/VEN năm 2023” các thuốc đường tiêu hóa chiếm chi phí sử dụng cao nhất trong các nhóm thuốc (6.386.479.908VND, tương ứng 16,58% tổng chi phí sử dụng thuốc). Trong đó PPI là đa số, riêng PPI dạng viên được kê đơn 1.182.279 viên, với chi phí là 2.113.223.494VND.

Mặc dù PPI an toàn trong thời gian ngắn, nhưng gần đây có bằng chứng cho thấy có những rủi ro liên quan đến việc sử dụng lâu dài (gia tăng mắc tiêu chảy do nhiễm C. Difficile, gãy xương, viêm thận kẽ cấp tính, suy thận mạn và nhồi máu cơ tim...). Bên cạnh sự gia tăng tác hại cho người bệnh (NB), việc kê đơn PPI không hợp lý còn tiêu tốn chi phí không cần thiết [6, 7].

Đề tài “Đánh giá tình hình sử dụng thuốc ức chế bơm proton trong điều trị ngoại trú bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Thuận Mỹ ITO Đồng Nai” được tiến hành để đánh giá thực tế việc sử dụng PPI, từ đó đưa ra những đề xuất để đảm bảo việc kê đơn thuốc an toàn, hợp lý và hiệu quả.

Mục tiêu nghiên cứu:

- Phân tích tình hình kê đơn PPI ở các phòng khám ngoại trú BHYT.
- Đánh giá đơn thuốc ngoại trú BHYT có chỉ định PPI chưa an toàn, chưa hợp lý, có tương tác thuốc, có rủi ro xuất toán BHYT

do chỉ định chưa phù hợp, thời gian dùng thuốc kéo dài mà không mang lại lợi ích.

- Đề xuất các phương án kê đơn PPI an toàn, hợp lý và đạt hiệu quả về điều trị và kinh tế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Đơn thuốc ngoại trú của NB có BHYT đến khám và điều trị tại Khoa khám bệnh

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đơn thuốc ngoại trú của NB có BHYT đến khám và điều trị tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện Thuận Mỹ ITO Đồng Nai được kê thuốc PPI từ ngày 01/01/2024 đến 31/8/2024.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đơn thuốc ngoại trú dịch vụ, đơn thuốc ngoại trú BHYT không có chỉ định PPI.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ ngày 01/01/2024 đến 31/8/2024, khám bệnh ngoại trú Bệnh viện Thuận Mỹ ITO Đồng Nai.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ.

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Phương pháp thu thập dữ liệu: thu thập dữ liệu đơn thuốc đã kê trên HIS, thông tin thuốc PPI (Dược thư Quốc gia Việt Nam, Thông tư số 20/2022/TT-BYT, tờ hướng dẫn

sử dụng thuốc, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế) [1, 2, 3].

Tra cứu tương tác thuốc trên website www.drugs.com/drug_interactions.

Phương pháp thống kê:

Đánh giá tính an toàn của việc sử dụng thuốc [4, 5]:

An toàn:

- Không dùng trên đối tượng có chống chỉ định

- Không xuất hiện tương tác bất lợi với các thuốc điều trị khác

- Không dùng chung từ 02 thuốc trở lên cùng nhóm PPI

Chưa an toàn: Không đáp ứng ≥ 01 trong 03 điều kiện

Đánh giá tính hợp lý của việc sử dụng thuốc [4, 5]:

Hợp lý:

- Đúng chỉ định

- Đúng liều

- Đúng thời điểm dùng thuốc

Chưa hợp lý: Không đáp ứng ≥ 01 trong 03 điều kiện

Đạo đức nghiên cứu: các dữ liệu thu thập được sử dụng cho mục đích nghiên cứu và được công bố dưới dạng thống kê, cam kết bảo mật thông tin của NB và bác sĩ kê đơn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

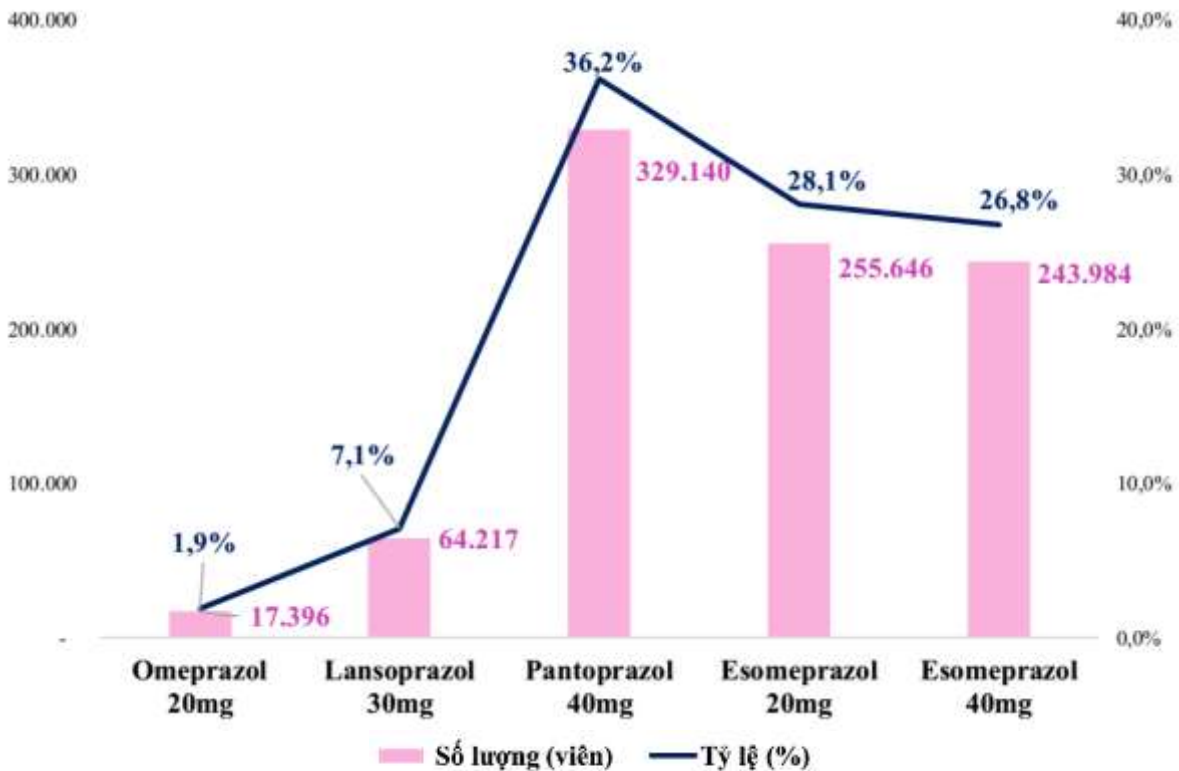
Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm mẫu nghiên cứu	Phân nhóm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 18 tuổi	156	1,1
	Từ 18-59 tuổi	9.149	63,3
	≥ 60 tuổi	5.138	35,6
Giới tính	Nam	4.966	34,4
	Nữ	9.477	65,6

Nhận xét: Có 14.443 NB trong mẫu nghiên cứu, có độ tuổi từ 08 đến 100 tuổi, trung bình là 52,8 tuổi. Nhóm tuổi từ 18 đến 59 tuổi chiếm 63,3%, nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm 35,6% và thấp nhất là nhóm <18 tuổi với 1,1%. Tỷ lệ nữ cao (65,6%) hơn so với nam (34,4%).

Tỷ lệ đơn thuốc có chỉ định PPI

Đơn thuốc ngoại trú tại Khoa khám bệnh từ ngày 01/01/2024 đến 31/8/2024: 110.748 đơn. Trong đó, đơn thuốc có sử dụng PPI là 28.367 đơn, chiếm 25,6%. Tỷ lệ đơn kê PPI ở phòng khám Nội (68,9%) và phòng khám Chấn thương chỉnh hình (11,6%) chiếm 80,5% số đơn thuốc có kê PPI.



Hình 1. Số lượng và tỷ lệ % các PPI được sử dụng 8 tháng đầu năm 2024

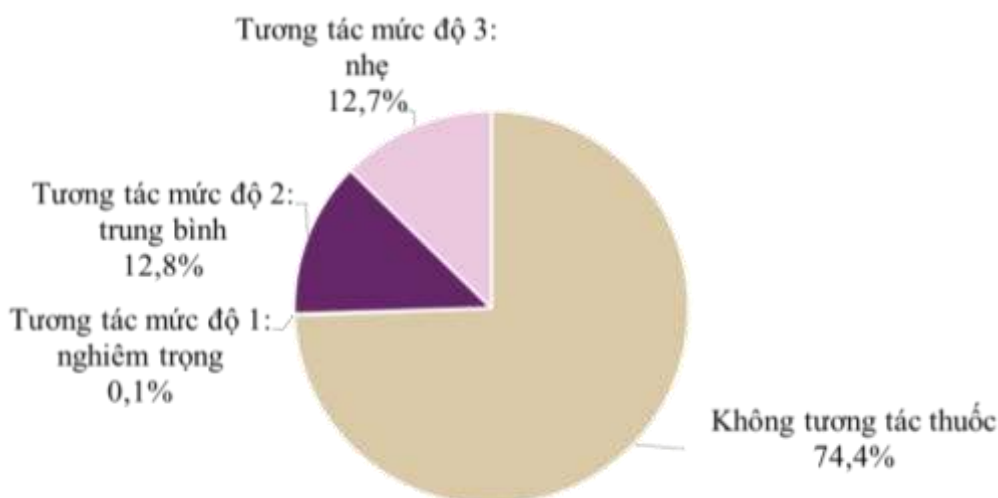
Nhận xét: Bệnh viện sử dụng các thuốc PPI thanh toán BHYT có giá thành từ 215 đồng (Ocid 20mg -omeprazol) đến 2.710 đồng (Stadnex 20mg - esomeprazol), có 8/10 thuốc PPI do Việt Nam sản xuất, 2/10 thuốc do Ấn Độ sản xuất. PPI được chỉ định nhiều nhất là Esmeprazol (54,9%), ít nhất là omeprazol (1,9%).

3.2. Kê đơn PPI an toàn

An toàn đánh giá trên việc không dùng trên đối tượng có chống chỉ định, không xuất hiện nguy cơ tương tác bất lợi với các thuốc điều trị khác, không dùng chung từ 02 thuốc trở lên cùng nhóm PPI.

Trong mẫu nghiên cứu không có chỉ định PPI trên NB có chống chỉ định.

Đơn thuốc có nguy cơ tương tác thuốc bất lợi:



Hình 2. Tỷ lệ đơn thuốc có nguy cơ tương tác thuốc bất lợi

Bảng 2. Các cặp tương tác thuốc bất lợi

	Clopidogrel	Aspirin	Clarithromycin	Sắt	Vitamin B12
Omeprazol	0/ 0	0/ 0	0/ 0	0/ 0	207/ 0,7%
Esomeprazol	31/ 0,1%	227/ 0,8%	52/ 0,2%	146/ 0,5%	1.959/ 6,9%
Pantoprazol	2.600/ 9,2%	446/ 1,6%		78/ 0,3%	525/ 1,8%
Lansoprazol	734/ 2,6%	18/ 0,1%	0/ 0	72/ 0,3%	164/ 0,6%
Mức độ 1 (Major): nghiêm trọng	Mức độ 2 (Moderate): trung bình		Mức độ 3 (Minor): nhẹ		

Nhận xét: Tỷ lệ đơn thuốc sử dụng thuốc không tương tác thuốc bất lợi là 74,4%, tương tác thuốc nhẹ và trung bình là 25,5%, tương tác thuốc nghiêm trọng rất ít, chiếm 0,1%.

Cặp tương tác thuốc nghiêm trọng: Clopidogrel – Esomeprazol do esomeprazol ức chế enzym CYP2C19, làm giảm tác dụng chống kết tập tiểu cầu của clopidogrel. Xử trí bằng cách tránh sử dụng đồng thời clopidogrel và esomeprazol, chọn

pantoprazol hoặc lansoprazol ít ảnh hưởng đến hoạt động chống kết tập tiểu cầu của clopidogrel hoặc sử dụng esomeprazol thì dùng liệu pháp chống kết tập tiểu cầu khác.

Kiểm tra đơn thuốc ngoại trú 8 tháng đầu năm ghi nhận 12 cặp đơn thuốc có kê trùng nhóm thuốc PPI giữa 2 phòng khám, tuy nhiên các đơn thuốc này đã được dược sĩ lâm sàng tư vấn với bác sĩ để điều chỉnh đơn thuốc. Do đó, không có đơn thuốc có dùng chung từ 2 thuốc PPI trở lên.

Bảng 3. Tổng hợp tính an toàn của chỉ định thuốc

Dùng thuốc PPI an toàn		Số đơn (n)	Tỷ lệ (%)
Dùng trên NB có chống chỉ định	Có	0	0,0
	Không	28.367	100,0
Tương tác thuốc bất lợi	Có	7.259	25,6
	Không	21.108	74,4

Dùng chung từ 2 thuốc PPI trở lên	Có	0	0,0
	Không	28.367	100,0
An toàn chung	Có	21.108	74,4
	Không	7.259	25,6

Nhận xét: Tỷ lệ đơn thuốc sử dụng thuốc PPI an toàn là 74,4%, tỷ lệ đơn thuốc chưa an toàn là 25,6%.

3.3. Kế đơn PPI hợp lý

Kế đơn hợp lý được đánh giá trên các khía cạnh dùng thuốc đúng chỉ định, đúng liều dùng và đúng thời điểm dùng thuốc.

Nhóm thuốc PPI được chỉ định cho BN ngoại trú trong các trường hợp [1, 2, 4]:

- Bệnh trào ngược dạ dày - thực quản (GERD): K21

- Bệnh trào ngược dạ dày - thực quản với viêm thực quản: K21.0

- Bệnh trào ngược dạ dày - thực quản không có viêm thực quản: K21.9

- Loét dạ dày: K25

- Loét tá tràng: K26

- Loét dạ dày - tá tràng, vị trí không đặc hiệu: K27

- Helicobacter pylori gây các bệnh đã được phân loại ở chương khác: B98.0

- Tiết gastrin bất thường: E16.4

Bảng 4. Sự phù hợp của chỉ định thuốc

Loại PPI	Phù hợp		Chưa phù hợp	
	n	%	n	%
Omeprazol	633	2,2	1	0,0
Lansoprazol	1.450	5,1	10	0,0
Pantoprazol	8.911	31,4	60	0,2
Esomeprazol	17.220	60,7	82	0,3
Tổng cộng	28.214	99,5	153	0,5

Nhận xét: Có 99,5% đơn thuốc có PPI phù hợp chỉ định của thuốc, 0,5% đơn thuốc có chỉ định chưa phù hợp.

Căn cứ Dược thư Quốc gia Việt Nam 2022 và thông tin kê đơn, thông kê liều dùng theo ngày của các PPI được sử dụng.

Bảng 5. Sự phù hợp của liều dùng

Loại PPI Liều dùng/ngày ^(*)	Liều dùng / ngày (n, %)					
	20mg	30mg	40mg	60mg	80mg	120mg
Omeprazol 20-120mg	179 0,6%	0 0%	455 1,6%	0 0%	0 0%	0 0%
Lansoprazol 15-180mg	0 0%	619 2,2%	0 0%	841 3,0%	0 0%	0 0%
Pantoprazol 20-240mg	0 0%	0 0%	5.589 19,7%	0 0%	3.382 11,9%	1 0%
Esomeprazol 20-160mg	2.130 7,5%	0 0%	11.040 38,9%	2 0%	4.129 14,6%	0 0%

(*): Dược thư Quốc gia Việt Nam 2022

Nhận xét: 100% đơn thuốc chỉ định PPI liều dùng không vượt liều tối đa cho phép.

Bảng 6. Sự phù hợp của hướng dẫn thời điểm dùng thuốc

Loại PPI	Hướng dẫn thời điểm dùng thuốc ^(**)					
	Phù hợp		Chưa phù hợp		Không hướng dẫn	
	n	%	n	%	n	%
Omeprazol	163	0,6	3	0,0	468	1,6
Lansoprazol	1.233	4,3	11	0,0	216	0,8
Pantoprazol	8.314	29,3	161	0,6	496	1,7
Esomeprazol	13.303	46,9	270	1,0	3.729	13,1
Tổng cộng	23.013	81,1	445	1,6	4.909	17,3

(**): Hướng dẫn dùng thuốc trước, sau ăn trong đơn thuốc

Nhận xét: Có 81,1% đơn thuốc có ghi rõ thời điểm dùng thuốc phù hợp hướng dẫn điều trị, có 1,6% đơn thuốc có ghi thời điểm dùng thuốc nhưng chưa phù hợp, có 17,3% đơn thuốc chưa ghi thời điểm dùng thuốc. Bác sĩ cần lưu ý kê đơn có các thời điểm sử dụng thuốc cụ thể để thuốc phát huy tác dụng tốt nhất.

Bảng 7. Tổng hợp tính hợp lý của chỉ định thuốc

Dùng thuốc PPI hợp lý		Số đơn (n)	Tỷ lệ (%)
Chỉ định	Có	28.214	99,5
	Không	153	0,5
Liều dùng	Có	28.367	100
	Không	0	0
Thời điểm dùng thuốc	Phù hợp	23.013	81,1
	Chưa phù hợp	445	1,6
	Không hướng dẫn	4.909	17,3
Hợp lý chung	Có	22.860	80,6
	Không	5.507	19,4

Nhận xét: tổng hợp tính hợp lý chung có 80,6% đơn thuốc hợp lý, 19,4% đơn thuốc chưa hợp lý.

3.4. Sử dụng PPI kéo dài

Tác hại khi dùng PPI kéo dài: tăng nguy cơ nhiễm trùng, kém hấp thu các chất dinh dưỡng, tăng nhẹ nguy cơ gãy xương, hạ

magnesi máu nặng, thiếu hụt vitamin B12 ở NB cao tuổi, giảm natri máu (rất ít) ở người cao tuổi, viêm thận kẽ cấp tính liên quan đến PPI [7].

Thời gian dùng thuốc kéo dài mà không mang lại lợi ích và gây lãng phí chi phí điều trị cho NB và BHYT.

Bảng 8. Thời gian dùng PPI

Thời gian dùng thuốc	Số đơn (n)	Tỷ lệ (%)
1 tuần	2.678	18,5%
2 tuần	3.114	21,6%
> 2 - 4 tuần	2.522	17,5%
> 4 tuần	6.129	42,4%

Nhận xét: Có 42,4% BN sử dụng PPI dài hơn 1 tháng, có 221 BN có số ngày kê đơn > 240 ngày, trong đó có những BN sử dụng PPI 8 tháng liên tục. Cần phân tích các trường hợp kê đơn PPI kéo dài và đánh giá xem có nên tiếp tục sử dụng hay có thể giảm liều PPI hay không.

IV. BÀN LUẬN

Tình hình kê đơn PPI ở các phòng khám ngoại trú BHYT: Tỷ lệ sử dụng PPI chiếm tỷ lệ 25,6%; PPI được chỉ định nhiều nhất là Esmeprazol (54,9%), ít nhất là omeprazol (1,9%); BN ở nhóm tuổi từ 18 đến 59 tuổi chiếm 63,3%, tỷ lệ nữ cao (65,6%). Phòng khám Nội và phòng khám Chấn thương chỉnh hình chiếm 80,5% số đơn thuốc có kê PPI.

Đánh giá chỉ định PPI chưa an toàn, chưa hợp lý: Tỷ lệ đơn thuốc sử dụng thuốc không tương tác thuốc bất lợi là 74,4%, tương tác thuốc nhẹ và trung bình là 25,5%, tương tác thuốc nghiêm trọng rất ít, chiếm 0,1%. Tỷ lệ đơn thuốc sử dụng thuốc PPI an toàn là 74,4%, tỷ lệ đơn thuốc chưa an toàn là 25,6%. Tính hợp lý chung có 80,6% đơn thuốc hợp lý, 19,4% đơn thuốc chưa hợp lý (0,5% chỉ định chưa phù hợp, 1,6% thời điểm dùng thuốc chưa phù hợp, 17,3% chưa hướng dẫn trong đơn).

V. KẾT LUẬN

Đề xuất phương án kê đơn PPI an toàn, hợp lý và đạt hiệu quả về điều trị và kinh tế: Việc chỉ định PPI trên lâm sàng cần được hết sức lưu ý để đảm bảo tối ưu khía cạnh hiệu quả, an toàn cũng như chi phí trên NB. Chỉ định PPI phù hợp dựa trên chẩn đoán chính xác và đánh giá cẩn thận về các yếu tố nguy cơ cũng như tương tác thuốc bất lợi khi dùng chung với các thuốc khác. Đã ban hành các thông báo liên quan nhằm kê đơn PPI phù hợp, đạt hiệu quả kinh tế. Bác sĩ kê đơn cần chỉ định PPI phù hợp chẩn đoán; tránh dùng thuốc có tương tác thuốc chống chỉ định, tương tác thuốc bất lợi; ghi cụ thể thời điểm dùng thuốc; không kê thuốc trùng nhóm; đánh giá sự cần thiết các trường hợp dùng PPI kéo dài. Nếu cần điều trị duy trì PPI dài hạn, nên sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả. Dược sĩ kiểm tra đơn thuốc, phát hiện những nội dung chưa phù hợp và trao đổi với BS để hạn chế sai sót thuốc và rủi ro xuất toán BHYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp. Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014. 2014.
- Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tiêu hóa. Quyết định số 3313/QĐ-BYT ngày 07/8/2015. 2015.

3. **Bộ Y tế.** Danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế. Thông tư số 20/2022/TT-BYT ngày 31/12/2022. 2022.
4. **Nguyễn Hoàng, Đặng Thị Minh Trí, Huỳnh Thị Mỹ Duyên.** Tình hình sử dụng thuốc ức chế bơm proton trong kê đơn thuốc bảo hiểm y tế ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sóc Trăng năm 2020. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2021; số 40: 110-117.
5. **Nguyễn Hữu Trúc, Nguyễn Thanh Liêm, Nguyễn Thị Thu Hiền, Đặng Duy Khánh.** Nghiên cứu tính an toàn và phù hợp trong sử dụng thuốc ức chế bơm proton ở bệnh nhân ngoại trú điều trị dịch vụ tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022- 2023. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2023; số 62: 223-230.
6. **Farrell B, Pottie K, Thompson W, et al.** Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician. 2017;63:354-364.
7. **Shanika LGT, Reynolds A, Pattison S, Braund R.** Proton pump inhibitor use: systematic review of global trends and practices. Eur J Clin Pharmacol. 2023;79:1159–1172. DOI 10.1007/s00228-023-03534-z.

KHẢO SÁT ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH VÀ SỬ DỤNG KHÁNG SINH CỦA CÁC CHỦNG VI KHUẨN PHÂN LẬP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VẠN PHÚC 2 NĂM 2023-2024

Nguyễn Thị Phương¹, Phan Thị Thanh Hương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc sử dụng kháng sinh rộng rãi tại bệnh viện làm gia tăng tỷ lệ đề kháng kháng sinh của các chủng phân lập tại bệnh viện, đặc biệt là các chủng gram âm, thậm chí đã xuất hiện các vi khuẩn đa kháng. Đa số các trường hợp điều trị tại bệnh viện đều dùng kháng sinh, hiện tại Bệnh viện đa khoa Vạn Phúc 2 đã có báo cáo đề kháng kháng sinh hằng năm và nghiên cứu tình hình đề kháng kháng sinh tại bệnh viện.

Phương pháp: Hồi cứu, mô tả cắt ngang, nghiên cứu thu thập 240 mẫu cấy vi khuẩn dương tính, thời gian 1/2023 đến 8/2024 tại Bệnh viện.

Kết quả: Kết quả phân lập vi khuẩn tại Bệnh viện nhóm vi khuẩn Gram âm (*E.coli*, *Enterobacter* spp, *Klebsiella* spp) chiếm tỷ lệ 62,0% cao gấp 2 lần so với nhóm vi khuẩn Gram dương (*S.aureus*, *Staphylococcus* spp) chiếm 26,67%. *E.coli* đề kháng kháng sinh cao với các loại kháng sinh như: Amoxicillin/ Clavulanic acid chiếm 50,7%; Ciprofloxacin 53,3%; Cefotaxime 58,7%; Ceftriaxime 58,7%; Ceftazidime 37,3%; Levofloxacin 56,0%; Gentamicin 41,3%. Tỷ lệ *E.coli* sinh ESBL chiếm 53,3%. *Enterobacter* spp đề kháng sinh thông thường với các loại kháng sinh như

Cefoxitin chiếm 56,25%; Cefotaxime chiếm 43,75 %; Ciprofloxacin và Levofloxacin 31,25%. *Klebsiella* spp đề kháng với: Cefoxitin 43,24%, Amoxicillin/clavulanic chiếm 32,43%, Ciprofloxacin chiếm 27,03%. *P.aeruginosa* đề kháng cao với với Cefepime 56,25%, Ciprofloxacin 50,0%, Levofloxacin và Gentamycin chiếm 43,75%. *Staphylococcus aureus* đề kháng cao với Azithromycin, Clindamycin Erythromycin và Cefoxitin trên 80%; Penicillin chiếm 95,12%, Cefuroxime chiếm 47,3%. Thử nghiệm tụ cầu kháng Methicilin (MRSA) bằng đĩa kháng sinh Cefoxitin đề kháng chiếm 58,53%. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh ban đầu phù hợp tại Bệnh Viện đạt tỷ lệ 75,42%. Mối liên quan giữa độ tuổi, chẩn đoán nhập viện và loại vi khuẩn của nhóm điều trị kháng sinh ban đầu phù hợp và nhóm dùng kháng sinh ban đầu không phù hợp có ý nghĩa thống kê ($p<0.05$).

Kết luận: Kết quả phân lập vi khuẩn tại Bệnh viện nhóm vi khuẩn Gram âm (*E.coli*, *Enterobacter* spp, *Klebsiella* spp) chiếm tỷ lệ 62,0%. Nhóm vi khuẩn Gram dương (*S.aureus*, *Staphylococcus* spp) chiếm 26,67%. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh phù hợp tại Bệnh Viện đạt tỷ lệ 75,42%. Mối liên quan giữa độ tuổi, chẩn đoán nhập viện và loại vi khuẩn của nhóm điều trị kháng sinh ban đầu phù hợp và nhóm dùng kháng sinh ban đầu không phù hợp có ý nghĩa thống kê ($p<0.05$).

Từ khóa: Đề kháng kháng sinh, Vi khuẩn Gram âm, Kháng sinh phù hợp.

¹Bệnh viện Đa khoa Vạn Phúc 2

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương

ĐT: 0945948383

Email: phuong.nguyen9@hoanmy.com

Ngày nhận bài: 24/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 26/10/2024

Ngày duyệt bài: 30/10/2024

SUMMARY

**SURVER OF ANTIBIOTIC
RESISTANCE AND ANTIBIOTIC OF
USAGE AT PATHOGENIC BACTERIA
ISOLATED IN VAN PHUC 2
HOSPITAL, YEAR 2023 -2024**

Objective: The widespread use of antibiotics in the hospital has increased the antibiotic resistance rate of the strains isolated in the hospital, especially the gram-negative strains and even the appearance of multi-resistant bacteria. Most of the treatment cases in hospital are indicated for using antibiotics. Van Phuc 2 Hospital has reported antibiotic resistance every year and studied the situation of antibiotic resistance at the Hospital.

Methods: Retrospective, descriptive cross-sectional methods. The study collected 240 bacterial culture Positive, from January 2023 to August 2024 in Van Phuc Hospital.

Results: Bacterial isolation results at the hospital of gram-negative bacteria group (*E.coli*, *Enterobacter* spp, *Klebsiella* spp) with the rate of 62,0% two times higher than that of gram-positive bacteria (*S.aureus*, *Staphylococcus* spp) with the rate of 26,67%. *E. coli* resistant antibiotics: Amoxicillin/ Clavulanic acid 50,7%; Ciprofloxacin 53,3%; Cefotaxime 58,7%; Ceftriaxone 58,7%, Ceftazidime 37,3%, Levofloxacin 56,0%, Gentamicin 41,3%. The rate *E.coli* with extended spectrum beta-lactamases 53,3%. *Enterobacter* spp resistance to Cefoxitin 56,25%; Cefotaxime 43,75 %; Ciprofloxacin and Levofloxacin 31,25%. *Klebsiella* spp; resistance to Cefoxitin 43,24%; Amoxicillin/clavulani 32,43%; Ciprofloxacin 27,03%. *P.aeruginosa* resistance Cefepime 56,25%; Ciprofloxacin 50,0%; Levofloxacin and Gentamycin chiếm 43,75%. *Staphylococcus aureus* resistance high Azithromycin, Clindamycin Erythromycin and Cefoxitin pass

80%; Penicillin 95,12%; Cefuroxime 47,3%. Test *S.aureus* resistance Methicilin (MRSA) by antibiotic resistance Cefoxitin 58,53%. The rate of appropriate begin antibiotic use at the Hospital was 75,42%, while inappropriate use accounted for 25,58%. There was a relationship between age, hospitalization diagnosis and type of bacteria between the appropriate antibiotic begin treatment group and the inappropriate antibiotic treatment begin group ($p<0.05$).

Conclusion: Bacterial isolation results at the hospital of gram-negative bacteria group (*E.coli*, *Enterobacter* spp, *Klebsiella* spp) with the rate of 62,0%; gram-positive bacteria (*S.aureus*, *Staphylococcus* spp) with the rate of 26,67%. The rate of appropriate antibiotic use at the Hospital was 75,42%. There was a relationship between age, hospitalization diagnosis and type of bacteria between the appropriate antibiotic treatment group and the inappropriate antibiotic treatment group ($p<0.05$).

Keywords: Antibiotic resistance, Gram-negative bacteria, Appropriate antibiotic use

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng sinh đã được đưa vào sử dụng từ những năm đầu thế kỷ 20, nhưng cho đến nay, sử dụng kháng sinh hợp lý vẫn đang là một thách thức lớn của toàn thế giới, thuật ngữ “đề kháng kháng sinh” đã trở nên quen thuộc trong điều trị nhiễm khuẩn. Nhiều nghiên cứu tiến hành trên thế giới và Việt Nam cho thấy đã xuất hiện nhiều loại vi khuẩn kháng thuốc và tỷ lệ kháng đang tăng dần theo thời gian [1].

Tại Việt Nam, thuộc nhóm có tỷ lệ vi khuẩn đề kháng kháng sinh cao nhất thế giới. Một nghiên cứu cho thấy phế cầu khuẩn ở Việt Nam có tỷ lệ kháng Penicillin và Erythromycin lần lượt là 71,4% và 92,1%, cao nhất trong số 11 nước châu Á được khảo

sát. Ngay cả các kháng sinh Cephalosporin thế hệ 3 và 4 cũng đã bị đề kháng với tỷ lệ 30-70% trong khi 40-60% kháng sinh nhóm Aminoglycosid và Fluoroquinolon không còn tác dụng trên nhiều chủng vi khuẩn [4]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Khảo sát đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn được phân lập và tình hình sử dụng kháng sinh tại Bệnh Viện Đa Khoa Vạn Phúc 2 từ 01/2023 đến 8/2024”**.

Mục tiêu nghiên cứu:

- Khảo sát tỷ lệ và đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây bệnh thường gặp tại Bệnh Viện đa khoa Vạn Phúc 2.
- Khảo sát tỷ lệ sử dụng kháng sinh ban đầu hợp lý, không hợp lý và các mối liên quan trong điều trị bệnh nhân tại Bệnh viện trong thời gian nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân nội trú cho chỉ định cấy kháng sinh đồ ở các khoa tại Bệnh Viện Đa Khoa Vạn Phúc

2 từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 8 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Chủng vi khuẩn gây bệnh đã phân lập trên các bệnh phẩm có đầy đủ thông tin trên phiếu chỉ định và kết quả kháng sinh đồ.

Tiêu chuẩn loại ra:

Đối với các bệnh phẩm tạp nhiễm và các trường hợp không có kết quả kháng sinh đồ.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Thời gian: Từ tháng 01/2023 đến 8/2024

Địa điểm: Tại khoa xét nghiệm Bệnh viện Đa Khoa Vạn Phúc 2.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang.

Phương pháp thu thập dữ liệu

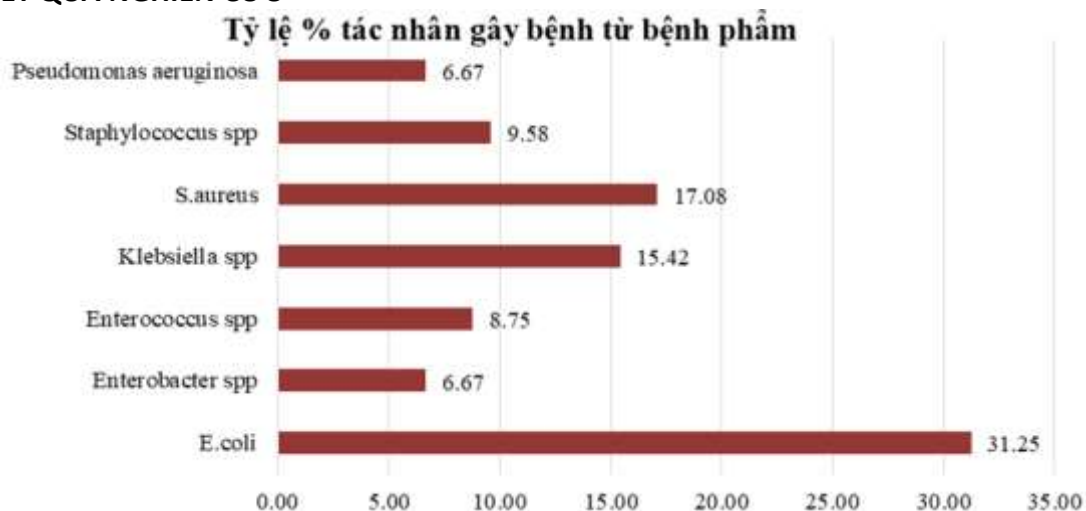
Phân lập, định danh vi khuẩn gây bệnh theo thường qui trên các môi trường thích hợp. Xác định mức độ đề kháng kháng sinh bằng phương pháp Kirby Bauer với đĩa giấy theo hướng dẫn của CLSI 2022, 2023 [8].

Phân tích thống kê

Số liệu xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0.

Đạo đức nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



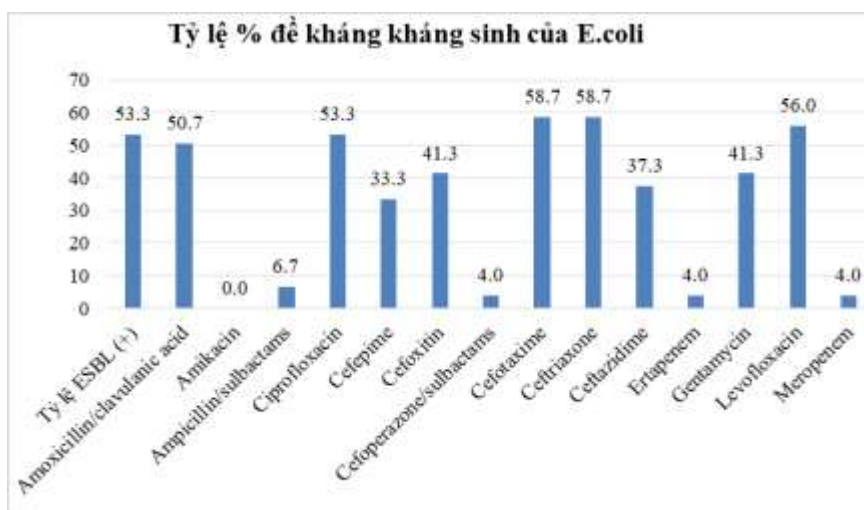
Biểu đồ 1. Tỷ lệ % các vi khuẩn gây bệnh (%)

Nhận xét: Trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2024 có 240 mẫu bệnh phẩm cấy vi khuẩn tại khoa xét nghiệm bệnh viện Đa Khoa Vạn Phúc 2 đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiêm cứu. Loại vi khuẩn thường gặp tại bệnh viện khi phân lập là vi khuẩn gram âm chiếm 62,0 % trong đó vi khuẩn là E.coli chiếm tỷ lệ cao nhất 31,25%; thấp nhất là Enterobacter spp và nhóm trực khuẩn gram âm không lên men đường chiếm tỷ lệ 6,67%. Ngoài ra có nhóm vi khuẩn gram

dương chiếm 26,67% trong đó S.aureus chiếm 17,08%.

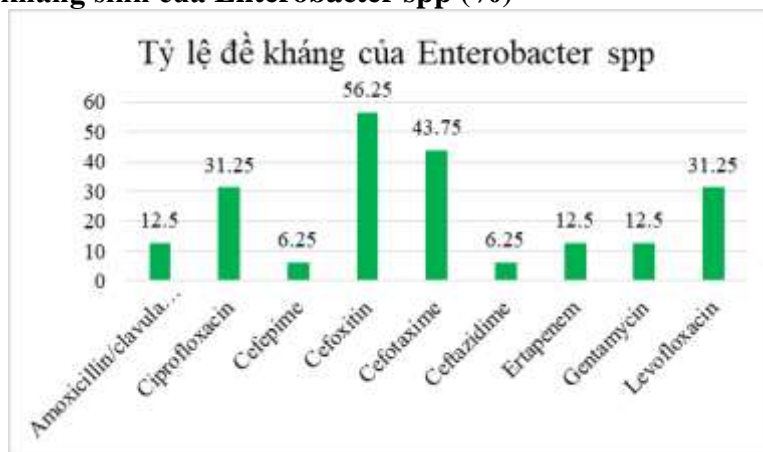
*** Đề kháng kháng sinh của E.coli**

Nhận xét: E.coli đề kháng cao với các loại kháng sinh như: Amoxicillin/ Clavulanic acid chiếm 50,7%; Ciprofloxacin 53,3%; Cefotaxime 58,7%; Cetriaxome 58,7%, Ceftazidime 37.3%, Levofloxacin 56,0%, Gentamicin 41,3%. Tỷ lệ E.coli sinh ESBL dương tính chiếm 53,3%.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của E.coli (%)

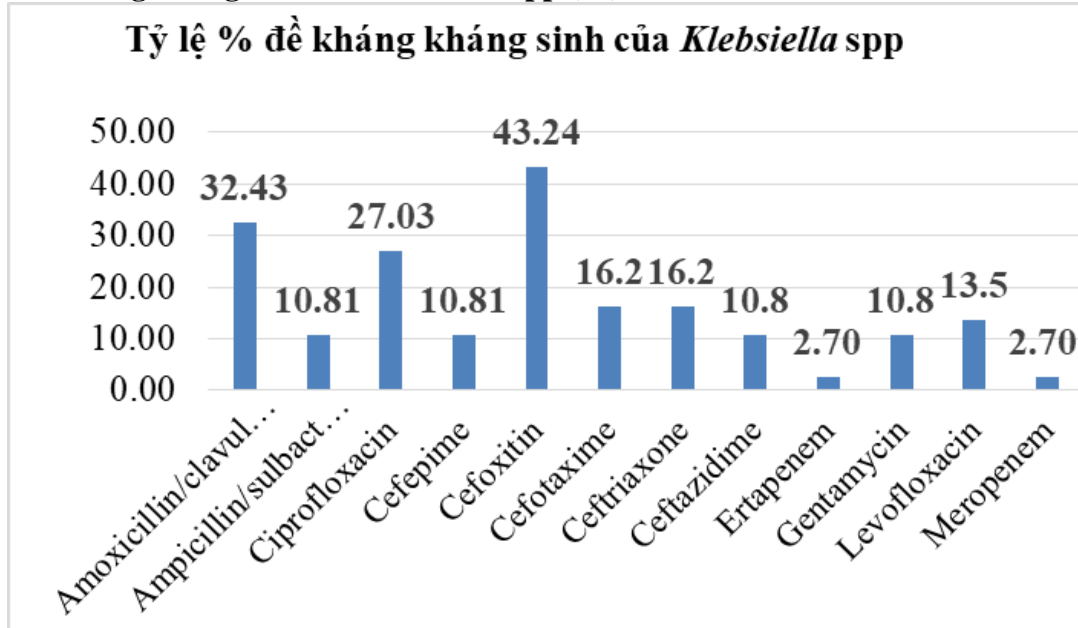
*** Đề kháng kháng sinh của Enterobacter spp (%)**



Biểu đồ 3. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh Enterobacter spp (%)

Nhận xét: Enterobacter spp đề kháng sinh thông thường với các loại kháng sinh như Cefoxitin chiếm 56,25%; Ciprofloxacin và Levofloxacin 31.25%.

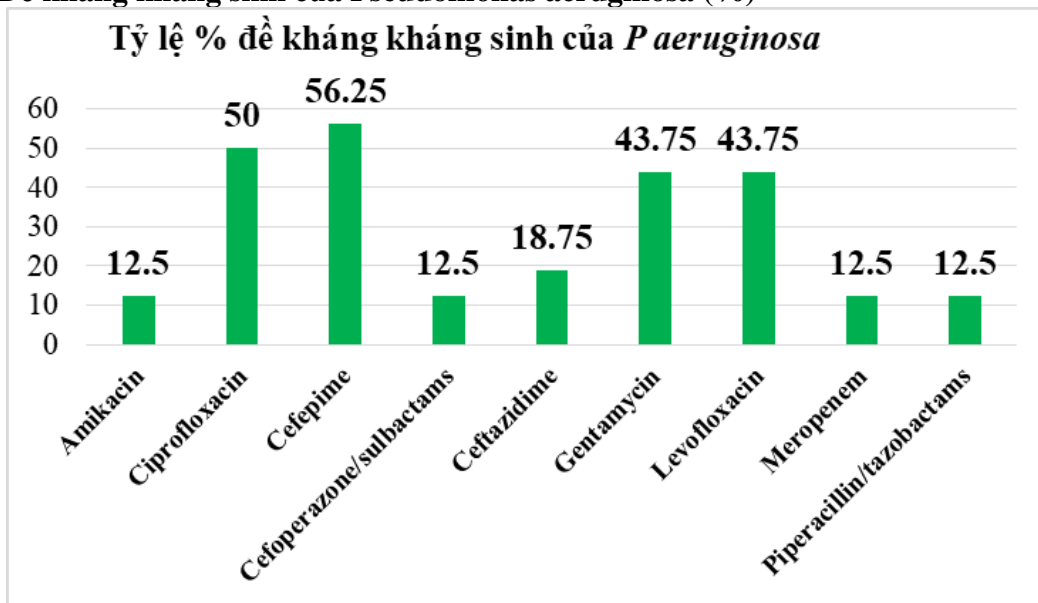
*** Đề kháng kháng sinh của *Klebsiella* spp (%)**



Biểu đồ 4. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh *Klebsiella* spp (%)

Nhận xét: *Klebsiella* spp đề kháng cao với các loại kháng sinh như Cefoxitin 43,24%, Amoxicillin/clavulanic chiếm 32,43%, Ciprofloxacin chiếm 27,03%.

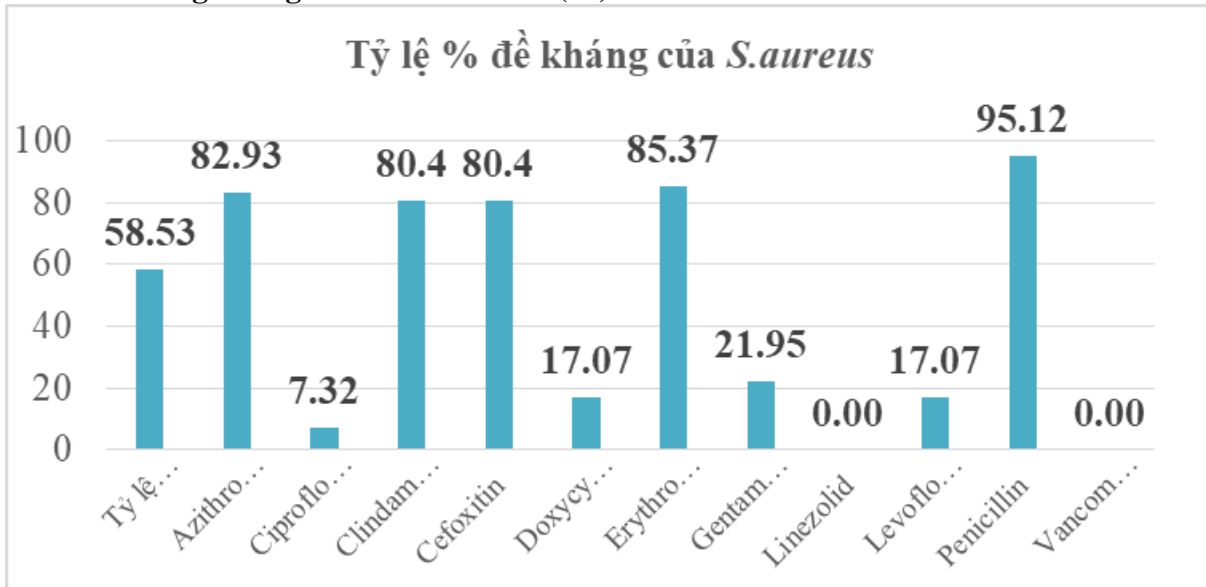
*** Đề kháng kháng sinh của *Pseudomonas aeruginosa* (%)**



Biểu đồ 5. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh *P.aeruginosa* (%)

Nhận xét: Vi khuẩn *P.aeruginosa* đề kháng cao với Cefepime 56,25%, Ciprofloxacin 50,0%, Levofloxacin và Gentamycin chiếm 43,75%. Nhạy cảm với các loại kháng sinh như: Amikacin, Ceftazidime, Meropenem, Cefoperazone/ sulbactams, Piperacillin/tazobactams chiếm trên 80%.

*** Đề kháng kháng sinh của S.aureus (%)**

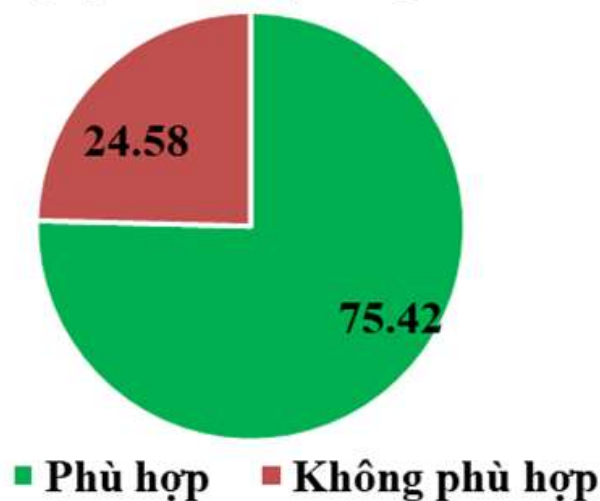


Biểu đồ 6: Tỷ lệ đề kháng kháng sinh S.aureus (%)

S.aureus đề kháng cao nhất với Vancomycin, Levofloxacin, Doxycycline, Azithromycin, Clindamycin Erythromycin và Ciprofloxacin chiếm trên 80%. Tỷ lệ tụ cầu sinh MRSA chiếm 58,53%. S.aureus nhạy với nhiều loại kháng sinh như

*** Tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện**

Tỷ lệ % điều trị kháng sinh



Biểu đồ 7. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh ban đầu phù hợp và không phù hợp của bệnh nhân

Nhận xét: Tỷ lệ kháng sinh ban đầu điều trị phù hợp cho bệnh nhân tại bệnh viện đạt tỷ lệ 75,42%. Tỷ lệ điều trị kháng sinh ban đầu không phù hợp tại bệnh viện là 25,58%.

3.1. Các yếu tố liên quan của bệnh nhân trong nhóm kháng sinh ban đầu điều trị phù hợp và không phù hợp

Bảng 4. Đặc điểm chung, vi khuẩn của đối tượng với nhóm điều trị phù hợp và không phù hợp

Các đặc điểm chung		Phù hợp		Không phù hợp		P	
		n	%	n	%		
Giới tính	Nam	83	81,4	19	18,6	0,065	
	Nữ	98	71,0	40	29,0		
Tuổi	1- 20 Tuổi	15	88,2	2	11,8	0,003	
	21 - 40 Tuổi	58	86,6	9	13,4		
	41 - 60 Tuổi	55	62,5	33	37,5		
	> 60 Tuổi	53	77,9	15	22,1		
Ngày điều trị	< 5 ngày	123	78,8	33	21,2	0,093	
	≥ 5 ngày	58	69,0	26	31,0		
Chẩn đoán nhập viện	1. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu	50	60,2	33	39,8	<0,001	
	2. Nhiễm khuẩn đường hô hấp	64	84,2	12	15,8		
	3. Nhiễm khuẩn da mô mềm (Áp xe mũ dịch)	45	91,8	4	8,2		
	4. Nhiễm khuẩn đường tiêu hóa	16	72,7	6	27,3		
	5. Khác	6	60,0	4	40,0		
Loại vi khuẩn	Vi khuẩn Gram (-)						
	E.coli	49	65,3	26	34,7	0,001	
	Klebsiella	27	73,0	10	27,0		
	Enterococcus spp	19	100	0	0,0		
	Enterobacter spp	14	87,5	2	12,5		
	P.seudomonas	9	56,3	7	43,8		
	Vi khuẩn Gram (+)						
	S.aureus	36	87,8	5	12,2		
	Staphylococcus spp	14	60,9	9	39,1		

Nhận xét: Qua phân tích cho thấy đặc điểm chung giữa nhóm dùng kháng sinh ban đầu phù hợp so với nhóm kháng sinh ban đầu không phù hợp cho thấy giữa 2 nhóm có mối quan hệ với độ tuổi, chẩn đoán nhập viện và loại vi khuẩn có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Trong đó nhóm dùng kháng sinh ban đầu phù hợp so với nhóm kháng sinh ban đầu không phù hợp không có mối quan hệ nhau về giới tính và ngày nằm viện điều trị có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

IV. BÀN LUẬN

Qua tổng số 240 mẫu thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu tình hình đề kháng kháng sinh tại Bệnh Viện Đa Khoa Vạn Phúc 2 kết quả như sau:

Tỷ lệ loại vi khuẩn thường gặp tại bệnh viện khi nuôi cấy vi khuẩn trong đó vi khuẩn gram âm chiếm 62,0 % trong đó vi khuẩn là E.coli chiếm tỷ lệ cao nhất 31,25%; thấp nhất là Enterobacter spp 6,67%. Nhóm trực khuẩn gram âm không lên men đường

Pseudomonas chiếm tỷ lệ 6,67%, Ngoài ra có nhóm vi khuẩn gram dương chiếm 26,67% trong đó *S.aureus* chiếm 17,08%; *Staphylococcus spp* chiếm 9,58%. Kết quả này so với tác giả Trần Bích Hợp năm 2019 tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Đồng Nai nhóm vi khuẩn đường ruột *E.coli* chiếm 59,7%; vi khuẩn *P.aeruginosa* (3,8%); nhóm vi khuẩn gram dương chiếm 32,8% [5]. Kết quả nghiên cứu của Bệnh viện đa khoa khu vực Củ Chi (2019), tỷ lệ các chủng vi khuẩn phân lập được *E. coli* là 16,05%, *Klebsiella spp* (16,67%), *Enterobacter spp* (8,09%). Kết quả nghiên cứu tác giả Nguyễn Thị Hải (2022) vi khuẩn lập được *E. coli* là 22,4% *Klebsiella spp* (17,6%), *S.aureus* 19,7%, *Pseudomonas spp* 14,1%. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Vĩnh Nghi (2023), tỷ lệ các chủng vi khuẩn phân lập được *E. coli* là 57,1%, *Klebsiella spp* (34,5%), *Enterobacter spp* (0,9%) [1], [3],[6].

Tỉ lệ đề kháng kháng sinh của nhóm vi khuẩn đường ruột (*Ecoli*, *Klebsiella spp*, *Enterobacter spp*).

Vi khuẩn *E.coli* cho thấy nhóm kháng sinh đề kháng *E.coli* đề kháng cao với các loại kháng sinh như: Amoxicillin/ Clavulanic acid chiếm 50,7%; Ciprofloxacin 53,3%; Cefotaxime 58,7%; Cetriaxome 58,7%, Ceftazidime 37,3%, Levofloxacin 56,0%, Gentamicin 41,3%. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu tác giả Đặng Ngọc Thủy năm 2019 tại Bệnh viện Đa khoa Phúc Yên, tác giả Trần Bích Hợp năm 2019 tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Đồng Nai [5],[7]. Tỷ lệ vi khuẩn *E.coli* sinh ESBL dương tính chiếm 53,3%. Theo nghiên cứu của Đinh Thị Thúy Hà (2021) sinh ESBL dương tính 35,8%; Trần Bích Hợp (2019) sinh ESBL dương tính 55,6% [4],[5].

Enterobacter spp đề kháng thông thường với các loại kháng sinh như Cefoxitin chiếm 56,25%; Cefotaxime chiếm 43,75 %; Ciprofloxacin và Levofloxacin 31,25%. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Vĩnh Nghi (2023) tại Bệnh Viện Đa Khoa Ninh Thuận [6].

Klebsiella spp trong nghiên cứu đề kháng kháng sinh với Cefoxitin 43,24%, Amoxicillin/ clavulanic chiếm 32,43%, Ciprofloxacin chiếm 27,03%. Nhạy cảm Amikacin chiếm 100%, Ampicillin/ sulbactams 93,78% và Cefoperazone/ sulbactams 94,59%. Kết quả nghiên cứu này phù hợp tác giả Trần Bích Hợp (2019) tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Đồng Nai [5].

Đề kháng kháng sinh của *Staphylococcus aureus*

S. aureus đề kháng cao nhất với Azithromycin, Clindamycin Erythromycin và Cefoxitin trên 80%; Penicillin chiếm 95,12%, Cefuroxime chiếm 47,3%. *S.aureus* nhạy với nhiều loại kháng sinh như Vancomycin, Levofloxacin, Doxycycline, Ciprofloxacin chiếm trên 80%. Tỷ lệ tụ cầu sinh MRSA chiếm 58,53%. Tỷ lệ tụ cầu sinh MRSA 58,53%. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Bích Hợp (2019) tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Đồng Nai sinh MRSA 64% [5].

Đề kháng kháng sinh của *Pseudomonas aeruginosa*

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy *P.aeruginosa* Cefepime 56,25%, Ciprofloxacin 50,0%, Levofloxacin và Gentamycin chiếm 43,75%. Nhạy cảm với các loại kháng sinh như: Amikacin, Ceftazidime, Meropenem, Cefoperazone/ sulbactams, Piperacillin/tazobactams chiếm trên 80%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn tác giả Nguyễn Vĩnh Nghi (2023) tại Bệnh Viện

Đa Khoa Ninh Thuận Cefepime chiếm 64,8% [6].

Tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn

Tỷ lệ kháng sinh ban đầu điều trị phù hợp cho bệnh nhân tại bệnh viện đạt tỷ lệ 75,42%. Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu trong nước và nước ngoài: từ 51- 63%. Tỷ lệ điều trị kháng sinh ban đầu không phù hợp tại Bệnh Viện là 25,58%. Tỷ lệ này thấp hơn của Đình Thị Thúy Hà tại bệnh viện Đa khoa Đồng Nai thì tỷ lệ phác đồ kháng sinh ban đầu không phù hợp là 35,8%; Nguyễn Phương Dung và cộng sự (2022) bệnh nhân được sử dụng kháng sinh kinh nghiệm không hợp lý theo các phác đồ điều trị là 36,8% [2],[4].

Qua phân tích cho thấy đặc điểm chung giữa nhóm dùng kháng sinh ban đầu phù hợp so với nhóm kháng sinh ban đầu không phù hợp cho thấy giữa 2 nhóm có mối quan hệ với độ tuổi, chẩn đoán nhập viện và loại vi khuẩn có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Tương tự tác giả Đặng Ngọc Thùy (2019) cho kết quả có ý nghĩa thống kê độ tuổi, chẩn đoán bệnh và loại vi khuẩn có mối liên quan giữa nhóm dùng kháng sinh hợp lý và nhóm không dùng kháng sinh hợp lý ($p < 0.05$) [7]. Trong đó nhóm dùng kháng sinh phù hợp so với nhóm kháng sinh không phù hợp không có mối quan hệ nhau về giới tính và ngày nằm viện điều trị có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

V. KẾT LUẬN

5.1. Các loại vi khuẩn gây bệnh thường gặp ở Bệnh Viện đa khoa Vạn Phúc 2

Qua nghiên cứu trên 240 mẫu bệnh phẩm trong thời gian nghiên cứu từ 1/2023 đến 8 năm 2024 chúng tôi có kết luận như sau:

- Nhóm vi khuẩn Gram âm chiếm 62,0%, trong đó thường gặp cao nhất là vi khuẩn E.coli chiếm 31,25%, Klebsiella spp chiếm 15,42%, Enterobacter 6,67%, Pseudomonas chiếm 6,67%. Nhóm vi khuẩn Gram dương chiếm 26,67%; trong đó S.aureus chiếm 17,08%.

+ E.coli đề kháng cao với các loại kháng sinh như: Amoxicillin/ Clavulanic acid chiếm 50,7%, Nhóm Cephalosporin: Ciprofloxacin 53,3%; Cefotaxime 58,7%; Cetriaxome 58,7%, Ceftazidime 37,3%, Levofloxacin 56,0%, Gentamicin 41,3%. Tỷ lệ E.coli tiết beta-lactamase cao chiếm 53,3%

+ Enterobacter spp đề kháng sinh thông thường với các loại kháng sinh như Cefoxitin chiếm 56,25%; Cefotaxime chiếm 43,75 %; Ciprofloxacin và Levofloxacin 31.25%.

+ Klebsiella spp đề kháng cao với các loại kháng sinh như Cefoxitin 43,24%, Amoxicillin/clavulanic chiếm 32,43%, Ciprofloxacin chiếm 27,03%.

+ P.aeruginosa đề kháng cao với Cefepime 56,25%, Ciprofloxacin 50,0%, Levofloxacin và Gentamycin chiếm 43,75%.

+ S.aureus đề kháng cao nhất với Azithromycin, Clindamycin, Erythromycin và Cefoxitin trên 80%; Penicillin chiếm 95,12%; Cefuroxime chiếm 47,3%. Tỷ lệ S.aureus kháng Methicillin chiếm 58,53% đây mối quan tâm lớn trong việc kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện.

5.2. Tình hình sử dụng kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện

Tỷ lệ điều trị kháng sinh ban đầu phù hợp 75,42% và sử dụng không phù hợp là 25,58%. Qua phân tích cho thấy giữa nhóm dùng kháng sinh ban đầu phù hợp so với nhóm kháng sinh ban đầu không phù hợp cho thấy giữa 2 nhóm có mối quan hệ với độ tuổi, chẩn đoán nhập viện và loại vi khuẩn có

ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Cho thấy giữa nhóm dùng kháng sinh ban đầu phù hợp so với nhóm kháng sinh ban đầu không phù hợp cho thấy giữa 2 nhóm có không mối quan hệ về giới tính và ngày điều trị có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

Kiến nghị

- Vi khuẩn gram âm là tác nhân thường gặp nhất trong Bệnh viện đa khoa Vạn Phúc 2. Cần có chiến lược kiểm soát và sử dụng kháng sinh ban đầu hợp lý dựa theo kháng sinh đồ là hết sức cần thiết để hạn chế tốc độ kháng thuốc như hiện nay. Dự trù danh mục thuốc kháng sinh điều trị vượt tuyến cho trường hợp sử dụng điều trị cho bệnh nhân nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện đa khoa khu vực Củ Chi** (2019), Báo cáo tình hình đề kháng kháng sinh năm 2019, tr12-14.
2. **Nguyễn Phương Dung** (2022) “Đánh giá hiệu quả của chương trình quản lý sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Thống Nhất, năm 2022”, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 510 (2), trang 127-133.
3. **Nguyễn Thị Hải, Lê Văn Hưng và cộng sự** (2023) “Tỷ lệ phân bố các chủng vi khuẩn thường gặp tại Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Bắc Ninh năm 2022”, TCNCYH 172 (11) - 2023, 133-139.
4. **Đinh Thị Thúy Hà**, Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn Gram âm đa kháng tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai. Tạp chí y học Việt Nam, 2021. 501(1).
5. **Trần Bích Hợp, Đoàn Thị Thanh Tâm** (2019), “Khảo sát đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh phân lập tại Bệnh Viện Hoàn Mỹ Đồng Nai từ tháng 4/2016 đến 4/2018” Tạp chí y học thực hành (1116) số 11/2019, tr77-83.
6. **Nguyễn Vĩnh Nghi** (2023), “Khảo sát tình hình kháng kháng sinh của các vi khuẩn gram âm đường ruột thường gặp tại Bệnh Viện Tỉnh Bình Thuận, Truyền nhiễm Việt Nam. Số đặc biệt 02 (42), tr77-82.
7. **Đặng Ngọc Thủy**. (2019) “Nghiên cứu thực trạng nhiễm khuẩn Bệnh Viện Tại Bệnh viện đa khoa khu vực Phúc yên, Tỉnh Vĩnh Phúc, năm 2019, Luận Văn thạc sĩ trường Y dược Hà Nội, năm 2019, tr 48-49.
8. **CLSI**, (2023) Performance standards for Antimicrobial Susceptibility testing, Supplement M100. Ed34E. Wayne, PA clinical and laboratory standards Institute, 978-1-98440-221-2.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC U PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG LASER HOLMIUM (HOLEP) TẠI BV THUẬN MỸ ITO ĐỒNG NAI - NHÂN 15 TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Văn Truyen¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: u phì đại lành tính tuyến tiền liệt (UPĐLTTL) là bệnh lý thường gặp ở nam giới lớn tuổi gây nên triệu chứng đường tiểu dưới, làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Điều trị ngoại khoa khi bệnh không đáp ứng với điều trị nội khoa hoặc có biến chứng. Trước đây thường cắt đốt nội soi u qua đường niệu đạo (TURP) hoặc mổ mở nếu u lớn. Hiện nay, chuyển dần qua nội soi bóc u bằng Laser Holmium (HoLEP). BV Thuận Mỹ ITO Đồng Nai bắt đầu triển khai phẫu thuật này từ tháng 7/2022. Để đánh giá kết quả sớm, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu đánh giá tính khả thi, an toàn và hiệu quả của phẫu thuật.

Đối Tượng & Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiền cứu, mô tả hàng loạt trường hợp (TH). Người bệnh bị UPĐLTTL có bí tiểu cấp hoặc mạn, nước tiểu tồn lưu trên 100ml, nhiễm trùng đường tiểu, tiểu máu tái phát nhiều lần, có biến chứng sỏi hoặc túi thừa bàng quang, thận ứ nước, suy thận, điều trị nội khoa thất bại. Có kết quả giải phẫu bệnh lý sau mổ xác nhận UPĐLTTL.

Kết quả: 15 TH. Tuổi trung bình $70,47 \pm 9,79$. Thể tích TTL $74,67 \pm 37,32$ ml. IPSS $29,87$

$\pm 2,47$ điểm. QoL $5,73 \pm 0,45$ điểm. Qmax $4,82 \pm 1,42$ ml/s. PSA total $3,51 \pm 1,64$ ng/ml. Thời gian phẫu thuật $140,67 \pm 76,29$ phút. Thời gian nằm viện $5,26 \pm 0,45$ ngày. Có 1 TH bị tai biến thủng vỏ TTL – ngộ độc nước (Clavien Dindo 3b). Biến chứng còn lại là Clavien Dindo 1 hoặc 2, bao gồm 1 TH phải truyền máu. Tiểu không kiểm soát khi gắng sức 3 TH. 5/5 TH xuất tinh ngược dòng khi quan hệ tình dục. Tất cả NB đều tự tiểu tốt khi xuất viện. Không có tử vong. Kết quả tốt sau mổ từ 1 – 3 tháng đạt 93,7%.

Kết luận: Phẫu thuật bóc u phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng Laser Holmium là phẫu thuật khả thi, an toàn và hiệu quả. Kết quả tốt 93,7%. Tai biến, biến chứng chấp nhận được.

Từ khóa: UPĐLTTL, Bóc UPĐLTTL bằng Laser Holmium.

SUMMARY

EVALUATING PRIMARY RESULT OF HOLMIUM LASER PROSTATE ENUCLEATION FOR BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA (HoLEP) – A REPORT OF 15 CASES AT THUAN MY ITO DONG NAI HOSPITAL

Introduction: Benign prostatic hyperplasia (BPH) is a common health condition in aging men resulting in lower urinary tract symptoms (LUTS) and low quality of life (QoL). Transurethral resection of the prostate (TURP) and open prostatectomy (OP) have been considered for decades the surgical standard for treating BPH. Holmium Laser Enucleation Of The Prostate (HoLEP) is now a frequent and

¹BV Thuận Mỹ ITO Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Truyen
ĐT: 0919006593

Email: truyen.nguyen@thuanmy.vn

Ngày nhận bài: 22/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 29/10/2024

Ngày duyệt bài: 31/10/2024

widespread alternative, minimally invasive approach to TURP and OP in the surgical treatment of BPH. From July 2022, at Thuan My ITO Dong Nai hospital, we have also done Holmium Laser Enucleation of the Prostate (HoLEP). We report our experience of HoLEP and evaluate the feasibility, the safety and the efficiency of this procedure.

Research methodology: This was a prospective case series descriptive study. All patients diagnosed with benign prostatic hyperplasia (BPH) and requiring surgical intervention. Criteria for inclusion and research include IPSS score ≥ 15 . Quality of life (QoL) score > 3 . Lower urinary tract obstruction does not respond to medical treatment. The volume of residual urine (PVR) > 100 ml. There are accompanying bladder stones or recurrent acute or chronic urinary retention, hydronephrosis, renal failure.

Results: We had 15 cases performed HoLEP. The mean age 70.47 ± 9.79 . Prostatic volume 74.67 ± 37.32 ml. IPSS 29.87 ± 2.47 points. QoL 5.73 ± 0.45 points. Qmax 4.82 ± 1.42 ml/s. PSA total 3.51 ± 1.64 ng/ml. The mean operative time 140.67 ± 76.29 minutes. Postoperative hospital stay was 5.26 ± 0.45 days. About complications, 1 patient had been TUR syndrome (Clavien-Dindo Grade 3b) and few perioperative complications but not severe (Clavien-Dindo Grade 1 or 2). All patients urinated well on their own after removing urethral catheterization. Evaluation of primary result was good 93,7% 1 – 3 months after surgery.

Conclusion: Holmium Laser enucleation of the prostate is an feasible, effective and safe procedure in aging men, resulting in good functional outcomes 93,7%, low morbidity, and few perioperative complications.

Keywords: Benign Prostatic Hyperplasia, Holmium Laser Enucleation of The Prostate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UPĐLTTTL là bệnh lý thường gặp ở nam giới lớn tuổi. Bệnh không gây tử vong như ung thư nhưng có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống. Tần suất bệnh tỉ lệ thuận với tuổi. Theo thống kê của Wei và cộng sự, ở Mỹ bệnh chiếm tỷ lệ 75% nam giới trong độ tuổi từ 70 – 80. Ở Việt Nam, tỷ lệ bệnh khoảng 50% nam giới trên 50 tuổi theo nghiên cứu của Trần Đức Hòa. Điều trị ngoại khoa được chỉ định cho những trường hợp bệnh không đáp ứng với điều trị nội khoa hoặc có biến chứng^(1,2,3,6,8). Trước đây thường sử dụng kỹ thuật cắt đốt nội soi qua đường niệu đạo (TURP)^(1,2,3,6,8) hoặc mổ mở nếu u lớn. Hiện nay, với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, đã bắt đầu chuyển qua phẫu thuật nội soi bóc u bằng Laser^(1,2,3,6,8). Hai loại Laser thường được sử dụng hiện nay là Holmium và Thulium. Tuy nhiên, tại Việt Nam, Holmium phổ biến hơn^(4,5,7). Phương pháp bóc UPĐLTTTL bằng Laser Holmium (HoLEP) lần đầu tiên được giới thiệu vào năm 1998 bởi Fraundorfer và Gilling. Từ đó, đã có nhiều nghiên cứu chứng minh HoLEP mang lại kết quả tốt hơn so với phẫu thuật cắt bỏ u qua niệu đạo truyền thống cho nam giới với các triệu chứng đường tiểu dưới (LUTS) và tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (BPH), an toàn ở NB lớn tuổi, có bệnh tim mạch phải sử dụng thuốc chống đông, giảm thời gian đặt ống thông sau phẫu thuật, thời gian nằm viện, chảy máu trong và sau mổ, đặc biệt đối với những u có thể tích lớn > 80 gr, tỉ lệ tái phát thấp do bóc trọn u^(1,2,3,6,8). Hòa theo xu thế chung cũng như cập nhật những phương pháp tiên tiến về điều trị ngoại khoa UPĐLTTTL trên thế giới và tại Việt Nam, từ tháng 7/2022, BV Hoàn Mỹ ITO Đồng Nai đã bắt đầu triển khai phẫu thuật loại này. Để đánh giá kết quả phẫu

thuật sớm, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu sau đây:

Mục tiêu tổng quát: xác định tính khả thi, an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi bóc UPĐLT TTL bằng Laser.

Mục tiêu cụ thể:

- Xác định tỉ lệ thành công của phẫu thuật.

- Xác định tỉ lệ tai biến, biến chứng nếu có: thủng vỏ tuyến tiền liệt, tổn thương bàng quang, ngộ độc nước, chảy máu nhiều phải truyền máu, nhiễm khuẩn niệu, viêm tinh hoàn – mào tinh hoàn, bí tiểu sau mổ, tiểu không tự chủ, xuất tinh ngược dòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Tất cả người bệnh (NB) bị UPĐLT TTL, được khám và điều trị tại BV Hoàn Mỹ ITO Đồng Nai trong thời gian từ tháng 07/2022 đến 31/08/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

NB bị UPĐLT TTL có biến chứng bí tiểu cấp hoặc mạn, nước tiểu tồn lưu trên 100ml, nhiễm trùng đường tiểu tái đi tái lại nhiều lần, tiểu máu tái diễn nhiều lần, có biến

chứng sỏi bàng quang, túi thừa bàng quang, thận ứ nước, suy thận, điều trị nội khoa thất bại. Có kết quả giải phẫu bệnh lý sau mổ xác nhận UPĐLT TTL.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- NB không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Không theo dõi được.

Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu mô tả hàng loạt trường hợp.

Cỡ mẫu: thu thập tất cả các NB thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh.

Các biến số được đưa vào nghiên cứu: tuổi, bệnh đồng mắc (tim mạch, đái tháo đường,...), điểm IPSS, điểm QoL, PSA total, thể tích tuyến tiền liệt ghi nhận trên siêu âm, lưu lượng dòng tiểu tối đa (Qmax), kỹ thuật mổ, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, các tai biến, biến chứng nếu có. Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 1 – 3 tháng theo tiêu chuẩn Yokio Homma.

Tiêu chuẩn Yukio Homma: dựa theo 04 tiêu chí: IPSS, QoL, Qmax, Thể tích TTL trước và sau mổ. Kết quả phẫu thuật theo tiêu chuẩn Yukio Homma được phân loại như sau – Bảng 1

Bảng 1. Tiêu chuẩn Yukio Homma

Kết quả	IPSSsm/IPSSstm	Hiệu Qmax sau mổ & trước mổ (dòng tiểu)	Thể tích TTLsm/Thể tích TTLtm	QoLtm-QoLsm
Tốt	≤ 0,25	≥ 10	≤ 0,5	≥ 4
Khá	≤ 0,5	≥ 5	≤ 0,75	3
Trung bình	≤ 0,75	≥ 2,5	≤ 0,90	1 - 2
Kém	> 0,75	< 2,5	> 0,90	≤ 0

Biến chứng được phân độ theo Clavien Dindo cải biên của Tefekli A.

Quy Trình Kỹ Thuật: 1 trong 2 kỹ thuật mổ: bóc từng thùy - 2 thùy nếu có 2 thùy bên, 3 thùy nếu có thêm thùy giữa hoặc bóc nguyên khối.

Phương tiện, dụng cụ: máy cắt đốt nội soi Laser Holmium, dàn máy mổ nội soi.

Dịch rửa trong mổ là dung dịch NaCl 0,9%. Máy xay hút lấy mô u TTL khi khối u được đẩy vào lòng bàng quang.

Kỹ thuật mổ: nông niệu đạo bằng các cây nông Benique đến số 30Fr. Dùng máy soi cắt Resectoscope Laser soi từ niệu đạo vào bàng quang, nhận định ụ núi, cơ thắt ngoài ụ núi, các thùy của tuyến tiền liệt, cổ

bàng quang, 2 niệu quản, tình trạng bàng quang.

Nếu bóc từng thùy, thì bóc thùy giữa trước nếu u phì đại TTL có 3 thùy: xẻ rãnh giữa thùy giữa và thùy trái ở vị trí 5h và rãnh giữa thùy giữa và thùy phải ở vị trí 7h từ cổ bàng quang tới ụ núi. Xẻ sâu tới lớp vỏ TTL. Tiến hành bóc thùy giữa, rồi thùy trái và thùy phải. Bóc đến đâu cầm máu đến đó để phẫu trường luôn luôn sáng rõ nhằm tránh tai biến thủng vỏ tuyến tiền liệt, lấy triệt để u và tránh lạc đường. Đẩy các thùy đã bóc vào bàng quang. Dùng máy xay hút mô để lấy u ra ngoài.

Nếu dùng kỹ thuật “En bloc”, thì khởi đầu bằng đường cắt niêm mạc ngay trước ụ núi để đi vào lớp bóc tách giữa khối u và vỏ tuyến tiền liệt, bóc từ ụ núi đi lên về phía cổ bàng quang và từ ụ núi đi ra 2 bên thùy trái và thùy phải. Tiếp tục cắt niêm mạc khối u ở vị trí 12h ngay phía trước cơ thắt ngoài ụ núi để nhập vào đường bóc tách từ ụ núi vòng lên. Từ đó, bóc u dần về phía cổ bàng quang. Khối u tuyến tiền liệt sau khi bóc hết, sẽ được đẩy vào lòng bàng quang. Bóc đến đâu cầm máu đến đó. Khối u TTL sau khi được đẩy vào lòng bàng quang, sẽ dùng máy xay mô, vừa xay vừa hút lấy mô u cho đến hết.

Dù dùng kỹ thuật nào thì đều phải cầm máu cẩn thận. Sau khi kiểm tra hết chảy máu, rút máy, đặt ống thông Foley số 20 hoặc 22 ba nhánh bơm bóng 30 – 40cc có thắt noeut

ở đầu dương vật trong 6 giờ để bóng chèn áp chặt vào cổ bàng quang giúp cầm máu.

Hậu phẫu:

- Ghi nhận tình trạng chảy máu, sốt.
- NB được rút thông tiểu sau 01 - 05 ngày tùy trường hợp cụ thể.

- Tái khám sau 01 - 03 tháng: đánh giá tình trạng đi tiểu, siêu âm kiểm tra, PSA total, điểm IPSS, điểm QoL, Qmax.

Thu thập số liệu và xử lý thống kê:

- Các số liệu được thu thập theo bảng thu thập số liệu được thiết kế sẵn.

- Thời gian nghiên cứu, thu thập số liệu, địa điểm nghiên cứu: từ 07/2022 đến 31/08/2024 tại BV Hoàn Mỹ ITO Đồng Nai, khoa Ngoại – Sản - LCK.

- Dữ liệu được thu thập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 15 trường hợp (TH) được đưa vào nghiên cứu. Trong đó, 5 TH (33,3%) có bệnh đồng mắc nội khoa như bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ, tăng huyết áp, đái tháo đường,...

Về kỹ thuật mổ, trong 15 TH nghiên cứu, có 5 TH (33,3%) thực hiện kỹ thuật bóc từng thùy và 10 TH còn lại (66,7%) sử dụng kỹ thuật “En bloc”. Tất cả các TH mổ đều được làm giải phẫu bệnh lý cho kết quả tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.

Kết quả nghiên cứu như sau:

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 15) – Bảng 2

Bảng 2. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm NB	Trung bình	Nhỏ nhất – Lớn nhất
Tuổi	70,47 ± 9,79	55 – 91
Thể tích tuyến tiền liệt trước mổ (ml)	74,67 ± 37,32	35 – 180
Thể tích tuyến tiền liệt sau mổ (ml)	16 ± 3,29	10 – 20
Điểm IPSS trước mổ (điểm)	29,87 ± 2,47	26 – 34
Điểm IPSS sau mổ (điểm)	3,27 ± 1,48	1 – 6

Điểm QoL trước mổ (điểm)	5,73 ± 0,45	5 – 6
Điểm QoL sau mổ (điểm)	0,07 ± 0,25	0 – 1
Qmax trước mổ (ml/s)	4,82 ± 1,42	2,6 – 7,3
Qmax sau mổ (ml/s)	20,53 ± 2,74	16 – 26
PSA total trước mổ (ng/ml)	3,51 ± 1,64	1,30 – 6,90
PSA total sau mổ (ng/ml)	0,10 – 3,10	1,29 – 0,83

Các tiêu chí trong và sau phẫu thuật (n = 15) – Bảng 3

Bảng 3. Các tiêu chí trong và sau phẫu thuật

Tiêu chí	Trung bình	Nhỏ nhất – Lớn nhất
Thời gian phẫu thuật (phút)	140,67 ± 76,29	60 – 360
Thời gian bóc nhân (phút)	106,67 ± 54,46	40 – 240
Thời gian xay mô (phút)	15,67 ± 7,28	5 – 30
Thời gian lưu ống thông tiểu (ngày)	4,27 ± 0,45	4 – 5
Thời gian nằm viện kể từ ngày mổ (ngày)	5,26 ± 0,45	5 – 6

Tai biến trong phẫu thuật, biến chứng sau phẫu thuật (n = 15) – Bảng 4

Bảng 4. Tai biến, biến chứng

Tai biến, biến chứng	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Chảy máu phải truyền máu	1	6,7
Thủng vỏ tuyến tiền liệt, tràn dịch trong và ngoài phúc mạc	1	6,7
Tổn thương niêm mạc bàng quang lúc xay, hút mô bằng mocellator	2	13,3
Viêm tinh hoàn – mào tinh hoàn	2	13,3
Bí tiểu cấp sau rút ống thông tiểu	1	6,7
Tiểu không kiểm soát khi gắng sức, hết sau 1 – 3 tháng	3	20
Xuất tinh ngược dòng ở NB còn quan hệ tình dục	5/5	100
Tử vong	0	0

Kết quả điều trị sau 1 – 3 tháng (n = 15) – Bảng 5

Bảng 5. Kết quả điều trị

Kết quả	Sau 1 – 3 tháng n (%)
Tốt	14 (93,3)
Khá	1 (6,7)
Trung bình	0
Kém	0
Tổng	15 (100)

IV. BÀN LUẬN

Vai trò của Laser Holmium trong phẫu thuật nội soi bóc UPĐLTTL

Trước đây, UPĐLTTL khi có chỉ định ngoại khoa thường cắt đốt nội soi qua ngã niệu đạo (TURP) đối với những u có thể tích

< 80gr. Tuy nhiên, vẫn tiềm ẩn nguy cơ chảy máu, mang ống thông lâu, nằm viện dài ngày. Đối với những u có thể tích lớn hơn, ưu tiên vẫn dành cho mổ mở bóc u. Hiện nay, xu hướng thiên về phẫu thuật nội soi bóc u bằng Laser, mang ưu điểm cộng của cả

cắt đốt nội soi qua đường niệu đạo và bóc u của mỏ mở. Do đó, rất triệt để, giảm tỉ lệ tái phát đáng kể như mổ mở nhưng lại thực hiện nội soi. Ngoài ra, phẫu thuật nội soi bóc UPĐLTTL bằng Laser Holmium đã được chứng minh làm giảm mất máu trong quá trình phẫu thuật do đi vào lớp bóc tách đường trắng “White line” nằm giữa lớp vỏ tuyến tiền liệt và u phì đại tuyến tiền liệt, không như nội soi cắt u phì đại lành tính TTL qua ngã nội soi, phải cắt u thành từng mảnh nhỏ gọi là “chip” cho đến hết. Như vậy, nếu u lớn, sẽ mất máu nhiều hơn khi thực hiện TURP. Sau khi thực hiện HoLEP, NB còn có thể xuất viện trong ngày theo Haidar Abdul Muhsin⁽⁶⁾ đối với một số TH chọn lọc. Với những ưu điểm vượt trội của HoLEP, một số tác giả như Arman Adam Kahokehr và Peter J. Gillig⁽²⁾ đã đề nghị nâng cấp HoLEP lên “tiêu chuẩn vàng” thay cho TURP. Seung-June Oh⁽⁸⁾ đề nghị sử dụng HoLEP thay thế TURP và mổ mở trong điều trị UPĐLTTL.

Thể tích u – Thời gian phẫu thuật

15 TH nghiên cứu của chúng tôi có thể tích u trung bình $74,67 \pm 37,32$ ml (35 – 180), thời gian phẫu thuật trung bình $140,67 \pm 76,29$ phút, dài hơn so với các nghiên cứu khác. Có thể do số NB phẫu thuật của chúng tôi chưa nhiều, kinh nghiệm còn hạn chế. Chúng tôi tin rằng, trong tương lai, với số NB mổ nhiều hơn, kinh nghiệm được tích lũy, kỹ năng tốt hơn, sự thuần thục tăng dần lên theo thời gian, chắc chắn thời gian phẫu thuật sẽ được cải thiện, rút ngắn như kỳ vọng. Châu Quý Thuận⁽⁴⁾ 24 NB, $65,08$ ml (50 – 120); 128,54 phút. Đỗ Trường Thành⁽⁵⁾ 258 NB, $77,54$ ml (30 – 230 ml); 72,55 phút. Hồ Xuân Tuấn⁽⁷⁾ với 63 NB, 85 ± 16 ml (62 – 150); $93,7 \pm 22,8$ phút. Cesare Marco

Scoffone, Cecilia Maria Cracco⁽³⁾ có 270 NB HoLEP, $52,4 \pm 37,9$ ml, $63,9 \pm 29,3$ phút.

Tai biến – Biến chứng

Chúng tôi có 1 TH NB 62 tuổi, UPĐLTTL với thể tích lớn, # 128ml, trong quá trình bóc u bằng Laser Holmium, bị tai biến thủng vỏ tuyến tiền liệt gần cổ bàng quang khi gần kết thúc phẫu thuật, nước muối sinh lý NaCl 0,9% dùng trong nội soi bóc u thấm vào khoang ngoài phúc mạc và trong ổ bụng gây hội chứng cắt đốt nội soi, phân độ 3b theo Clavien Dindo khiến thời gian mổ đã kéo dài lại càng dài thêm. Để giải quyết tai biến này, chúng tôi ngoài việc hoàn thiện phẫu thuật bóc u, làm thêm nội soi ổ bụng đặt dẫn lưu Douglas đưa ra hố chậu trái cho thoát dịch thấm. Đối với dịch thấm ngoài phúc mạc, chúng tôi đặt dẫn lưu Retzius và dẫn lưu bàng quang ra da. Đặt ống thông tiểu Foley 3 nhánh số 20, bơm bóng 40cc có cột noeud đè chèn cổ bàng quang. Hậu phẫu ổn định, không phải truyền máu, có dùng thêm lợi tiểu Furosemide sau mổ 03 ngày. NB xuất viện với tình trạng tiểu tốt, dòng tiểu mạnh, các ống dẫn lưu và ống thông tiểu đã được rút bỏ. Tái khám sau 1 tháng tình trạng bệnh ổn định, sức khỏe tốt, sinh hoạt và hoạt động nghề nghiệp bình thường. Các tai biến, biến chứng khác không đáng kể, chỉ độ 1 hoặc 2 theo phân độ Clavien Dindo. Tất cả đều được kiểm soát tốt bằng điều trị nội khoa. Nghiên cứu của Hồ Xuân Tuấn⁽⁷⁾, 63 NB, không xảy ra hội chứng cắt đốt nội soi, không có TH nào phải truyền máu trong và sau mổ, tỉ lệ biến chứng chung 15.8%.

Hiệu quả của phẫu thuật

15 TH mổ của chúng tôi đều đạt kết quả khá trở lên theo tiêu chuẩn đánh giá kết quả của Yukio Homma sau 1 – 3 tháng. Kết quả tốt đạt tỉ lệ 93,7%. Các chỉ số IPSS, QoL, Qmax đều cải thiện tốt sau mổ từ 1 – 3

tháng. Ngày nằm viện trung bình kể từ ngày mổ $5,26 \pm 0,45$ ngày (5 – 6 ngày). Nghiên cứu của Châu Quý Thuận⁽⁴⁾ với 24 NB, cho thấy sau 1 tháng phẫu thuật, thể tích nước tiểu tồn lưu trung bình 10 ml, điểm số IPSS trung bình là 3,96; thang điểm QoL trung bình là 3,21 và Qmax trung bình 21,83 ml/s. Nghiên cứu 63 NB của Hồ Xuân Tuấn⁽⁷⁾ cho kết quả thời gian nằm viện: $4 \pm 1,1$ ngày. Triệu chứng đường tiết niệu dưới được cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật. Amy E. Krambeck⁽¹⁾, 1065 NB HoLEP với thời gian theo dõi trung bình 287 ngày (từ 6 – 3571 ngày) cho thấy kết quả điều trị rất khả quan, IPSS, Qmax đều cải thiện rất tốt, tỉ lệ biến chứng như bí tiểu sau mổ, hẹp niệu đạo, co thắt cổ bàng quang, tiểu không kiểm soát khi gắng sức đều thấp, dao động từ 0,3 đến 6%.

V. KẾT LUẬN

Đánh giá kết quả sớm qua 15 TH phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy:

Phẫu thuật bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng Laser Holmium là phẫu thuật khả thi, an toàn và hiệu quả. Tỉ lệ đạt kết quả tốt 93,7%. Tỉ lệ tai biến, biến chứng thấp, chấp nhận được.

Do số liệu còn ít, phẫu thuật cần được thực hiện nhiều hơn, theo dõi lâu dài hơn để có thể đánh giá chính xác tính khả thi, an toàn và hiệu quả của phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Amy E. Krambeck, Shelly E. Handa and James E. Lingeman (2013). Experience with more than 1,000 Holmium Laser Prostate Enucleations of Benign Prostatic Hyperplasia. *The Journal of Urology*, Vol. 149, S141 – S145, January 2013.
2. Arman Adam Kahokehr and Peter J. Gilling (2015). Holmium Enucleation of Prostate. In *Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia: Modern Alternative to Transurethral Resection of the Prostate*, pp. 62 – 72.
3. Cesare Marco Scoffone, Cecilia Maria Cracco (2015). The en-bloc no-touch holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP) technique. *World J Urol*. DOI 10.1007/s00345-015-1741-y.
4. Châu Quý Thuận và cộng sự (2024). Đánh giá kết quả sớm bóc nhân tuyến tiền liệt bằng Laser Holmium kỹ thuật en – bloc qua ngã niệu đạo trong điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. *Tạp chí Y Dược Huế*, số đặc biệt tháng 8/2024, tr. 318 – 322.
5. Đỗ Trường Thành, Ngô Đậu Quyền, Nguyễn Đạo Uyên, Đỗ Ngọc Sơn (2023). Kết quả bóc nhân phì đại tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo bằng Holmium Laser tại BV Hữu Nghị Việt Đức. *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 528, tr. 319 – 325.
6. Haidar Abdul Muhsin, William Critchlow, Anojan Navaratnam, James Gnecco, Kimberly Tay, Marlene Girardo, Paul Andrews, Scott Cheney, Mitchell Humphreys (2019). Feasibility of holmium laser enucleation of the prostate as a 1-day surgery. *World Journal of Urology*. <https://doi.org/10.1007/s00345-019-02831-6>.
7. Hồ Xuân Tuấn, Nguyễn Ngọc Châu, Trịnh Nguyên Bách (2021). Đánh giá sớm kết quả bóc nhân tuyến tiền liệt bằng Laser Holmium trong điều trị bướu lành tính tuyến tiền liệt thể tích lớn tại Bệnh viện Bình Dân. *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 509, tr. 217 – 222.
8. Seung-June Oh (2019). Current surgical techniques of enucleation in holmium laser enucleation of the prostate. In *Investigative Clinical and Urology - ICUROLOGY*, pp. 333 – 342, <https://doi.org/10.4111/icu.2019.60.5.333>.

ĐẶC ĐIỂM NHIỄM KHUẨN HUYẾT SƠ SINH TẠI KHOA SƠ SINH BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

Ngô Mỹ Nhung¹, Đông Thị Hoài Tâm², Nguyễn Văn Hảo³,
Bùi Thị Thủy Tiên¹, Phạm Hoàng Thiên Thanh¹,
Phạm Thị Thu Hiền¹, Trần Thị Thúy Hằng¹,
Ngô Thị Thanh Thắm¹, Nguyễn Trọng Duy⁴,
Phạm Hoàng Khả Hân⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tác nhân nhiễm khuẩn huyết sơ sinh (NKHSS) tại khoa Sơ sinh bệnh viện Hùng Vương.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca từ 09/2022 đến 12/2023. Nghiên cứu áp dụng hướng dẫn chẩn đoán và điều trị từ Mạng lưới chăm sóc Bà mẹ và trẻ sơ sinh West Midlands, trẻ được chẩn đoán xác định NKHSS khi có kết quả cấy máu dương tính kèm với

- Từ 1 triệu chứng lâm sàng cùng với ≥ 2 dấu hiệu cận lâm sàng

- Hoặc từ 1 yếu tố nguy cơ, triệu chứng lâm sàng cùng với dấu hiệu cận lâm sàng của nhiễm khuẩn.

NKHSS sớm khởi phát từ ngày tuổi đầu tiên đến ngày 3, NKHSS muộn khởi phát từ ngày tuổi 4 trở đi.

Kết quả: Trong tổng số 180 trẻ tham gia có 117 trẻ NKHSS muộn (65%), 63 trẻ NKHSS sớm (35%). Sinh non và nhẹ cân là đặc điểm thường gặp trong NKHSS. Vi khuẩn gram âm chiếm đa số (61,2% - 110/180), thường gặp nhất trong NKHSS sớm và NKHSS muộn lần lượt là *S. maltophilia* (18/29) và *K. pneumoniae* (19/44). Vi khuẩn gram dương *Staphylococcus coagulase negative* (CoNS) thường gặp nhất trong NKHSS sớm, *Streptococcus* nhóm B chiếm đa số trong NKHSS muộn.

Kết luận: NKHSS muộn thường gặp hơn NKHSS sớm. Sinh non và nhẹ cân là đặc điểm thường gặp trong NKHSS. Tác nhân hàng đầu trong NKHSS muộn là *Klebsiella* spp. và CoNS. Trong NKHSS sớm, tác nhân chính là *S. maltophilia*, *E. coli* và *Streptococcus* nhóm B.

Từ khóa: nhiễm khuẩn huyết sơ sinh, nhiễm khuẩn huyết sơ sinh sớm, nhiễm khuẩn huyết sơ sinh muộn

¹Bệnh viện Hùng Vương

²Đơn vị Nghiên cứu Lâm sàng Đại học Oxford

³Bộ môn Nhiễm, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

⁴Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Mỹ Nhung

ĐT: 0938015094

Email: hung.nm_bs@bvhungvuong.vn

Ngày nhận bài: 27/10/2024

Ngày phản biện khoa học: 29/10/2024

Ngày duyệt bài: 31/10/2024

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF NEONATAL BLOODSTREAM INFECTION IN NEONATOLOGY DEPARTMENT IN HUNGVUONG HOSPITAL

Objectives: The aim of this research is to describe clinical, paraclinical, and pathogens characteristics of neonatal bloodstream infection pathogens.

Methods: We performed a case series study at HungVuong hospital in Vietnam from 09/2022 to 12/2023, enrolling 180 neonates with ≥ 2 clinical manifestations along with ≥ 2 laboratory signs according to the West Midlands Neonatal Operational Delivery Network assessment criteria and positive blood culture results. Early-onset bloodstream infection (EOS BSI) was defined as BSI on date of life 0–3 and late-onset BSI (LOS BSI) on date 4 or later.

Results: there were 117 (65%) neonates developed LOS BSI and 63 (357%) developed EOS BSI. Preterm and low birth weight were significant in neonatal BSI. Gram negative bacteria (GNB) were dominant (61,2% - 110/180). The most common GNB in EOS BSI and LOS BSI respectively was *S. maltophilia* (18/29) and *K. pneumoniae* (19/44). Regarding gram positive bacteria, Coagulase-negative Staphylococcus (CoNS) were the most frequent in LOS BSI. Streptococcus group B was dominant in EOS BSI.

Conclusion: LOS BSI is dominant in neonatology department. Preterm and low birth weight were significant in neonatal BSI. Leading pathogen in our hospital in EOS BSI is *S. maltophilia*, in LOS BSI are *K. pneumoniae* and CoNS.

Keywords: neonatal bloodstream infection, neonatal sepsis, early onset neonatal sepsis, late onset neonatal sepsis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh gây tăng tỉ lệ tử vong, để lại di chứng thần kinh ảnh hưởng sự phát triển tâm thần vận động ở trẻ. Báo cáo của Tổ chức Liên kết toàn cầu về nghiên cứu và phát triển kháng sinh¹ năm 2022 về nhiễm khuẩn huyết sơ sinh (NKHSS) được thực hiện tại Việt Nam và 10 nước khác cho thấy tỉ lệ trẻ sơ sinh tử vong liên quan nhiễm

khuẩn huyết (NKH) là 27%. Tác nhân gây nhiễm khuẩn huyết đa dạng, thay đổi giữa các bệnh viện, có sự khác biệt về nhạy cảm kháng sinh giữa nhóm tác nhân gây NKHSS sớm và muộn. Trong năm 2022, tại khoa Sơ Sinh bệnh viện Hùng Vương ghi nhận tỉ lệ bé tử vong liên quan nhiễm khuẩn huyết dao động, tỉ lệ nhiễm vi khuẩn kháng thuốc tăng, cho thấy nhiễm khuẩn huyết sơ sinh là một vấn đề cần được quan tâm nhưng chưa được khảo sát. Xuất phát từ thực tế này, chúng tôi thực hiện đề tài “Đặc điểm nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại khoa Sơ sinh bệnh viện Hùng Vương” nhằm xác định các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, tác nhân và tính đề kháng kháng sinh của các tác nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các trẻ sơ sinh ≤ 30 ngày tuổi được chẩn đoán xác định nhiễm khuẩn huyết tại khoa Sơ Sinh bệnh viện Hùng Vương từ 01/09/2022 đến 31/12/2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Áp dụng hướng dẫn chẩn đoán và điều trị từ Mạng lưới chăm sóc Bà mẹ và trẻ sơ sinh West Midlands đã được áp dụng tại khoa Sơ Sinh bệnh viện Hùng Vương 2020, trẻ được chẩn đoán xác định NKHSS khi có kết quả cấy máu dương tính kèm với

- Từ 1 triệu chứng lâm sàng cùng với ≥ 2 dấu hiệu cận lâm sàng
- Hoặc từ 1 yếu tố nguy cơ, triệu chứng lâm sàng cùng với dấu hiệu cận lâm sàng của nhiễm khuẩn.

Triệu chứng lâm sàng

- Rối loạn thân nhiệt: sốt $\geq 38^\circ\text{C}$ hoặc hạ thân nhiệt $<36,5^\circ\text{C}$
- Tuần hoàn: mạch nhanh, mạch chậm, da nổi bông, da tái, tím trung tâm, cứng mô

dưới da, hạ huyết áp, CRT > 3 giây, thiếu niệu

- Hô hấp: ngưng thở, thở nhanh > 60 lần/phút, thở co lõm, phập phồng cánh mũi, thở rên, SpO2 giảm < 90%, xuất huyết phổi

- Thần kinh: lừ đừ, giảm cử động, kích thích, co giật, tăng/ giảm trương lực cơ, thóp phồng, phản xạ kém

- Tiêu hóa: bỏ bú, bú kém, tiêu chảy, ói, chướng bụng, gan/ lách to, chậm đi phân su, xuất huyết tiêu hóa

- Da niêm: mụn mủ, nhiễm trùng rốn, xuất huyết da niêm, vàng da sớm, loét

Dấu hiệu cận lâm sàng

- Bạch cầu: trẻ dưới 24 giờ tuổi: < 6 k/ μ L hoặc > 30 k/ μ L, trẻ trên 24 giờ tuổi: < 5 k/ μ L hoặc > 20 k/ μ L

- Tiểu cầu < 150 k/ μ L

- CRP: \geq 10 mg/L

- Procalcitonin: > 0,5ng /mL

Tiêu chuẩn loại trừ: Kết quả cấy máu dương tính được phòng Vi sinh xác định là ngoại nhiễm

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, hồi cứu kết hợp tiến cứu

Kỹ thuật đo lường biến số

Xét nghiệm được thực hiện tại khoa Xét nghiệm, Bệnh viện Hùng Vương.

Mẫu máu được cấy trong chai và được ủ trong tủ cấy của hệ thống cấy máu tự động

(hệ thống được sử dụng là Bactec FX (của hãng Becton Dickinson).

- Phương pháp định danh: các chủng vi khuẩn được định danh bằng hệ thống MALDI-TOF (Matrix Assisted Laser Desorption Ionization Time of Flight).

- Phương pháp thực hiện kháng sinh đồ: phương pháp kháng sinh đồ tự động bằng hệ thống Phoenix M50.

Phương pháp thống kê

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học bệnh viện Hùng Vương, số 2994/HĐĐĐ-BVHV. Nghiên cứu không gây ảnh hưởng đến sức khỏe và quyền lợi của bệnh nhân cũng như của bệnh viện và cộng đồng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, có 180 trường hợp cấy máu dương được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết thỏa tiêu chuẩn được nhận vào nghiên cứu. Nam chiếm đa số 63,9%. Số ca NKHSS muộn chiếm tỉ lệ cao (65%), gấp 1,9 lần NKHSS sớm (35%). Trung vị ngày tuổi được chẩn đoán NKH là ngày 6.

Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng lúc sinh của trẻ dân số nghiên cứu (n=180)

Đặc điểm	Tổng n (%)	NKHSS sớm n=63	NKHSS muộn n=117	P
Ói vỡ lâu	40 (22,2)	15 (23,8)	25 (21,4)	0,70
Ói vàng xanh	22 (12,2)	13 (20,6)	9 (7,7)	0,01
Nhiễm trùng ói	29 (16,1)	13 (20,6)	16 (13,7)	0,22
Mẹ mang GBS	4 (2,2)	2 (3,2)	2 (1,7)	0,61
Tuổi thai				
Non tháng	142 (78,9)	34 (54)	108 (92,3)	< 0,001
Đủ tháng	38 (21,1)	29 (46)	9 (7,7)	

Cân nặng lúc sinh				
Nhẹ cân	137 (76,1)	32 (50,8)	105 (89,7)	< 0,001
Bình thường	43 (23,9)	31 (49,2)	12 (10,3)	
Ngạt lúc sanh	137 (76,1)	40 (63,5)	97 (82,9)	0,004

Trung vị tuổi thai lúc sinh của các trẻ trong nghiên cứu là 31 tuần tuổi (KTPV 28-36), trung vị cân nặng lúc sinh là 1640 gram (KTPV 1050-2400). Trong nhóm NKHSS muộn, tỉ lệ trẻ non tháng, nhẹ cân, ngạt lúc sanh đều cao trên 80%.

Từ lúc sinh tới lúc được chẩn đoán NKHSS, tỉ lệ trẻ NKHSS muộn được thực

hiện các can thiệp cao hơn ở nhóm NKHSS sớm: đặt đường truyền trung tâm (85,5%), đặt nội khí quản (35%), đặt sonde dạ dày (87,2%), dinh dưỡng tĩnh mạch (84,6%). Sự khác biệt về các can thiệp này giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Đặc điểm lâm sàng của dân số nghiên cứu trong đợt NKH

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của dân số nghiên cứu trong đợt NKH (n=180)

Đặc điểm	Tổng n (%)	NKHSS sớm n=63	NKHSS muộn n=117	p
Rối loạn thân nhiệt	13 (7,2)	2 (3,17)	11 (9,4)	0,12
Triệu chứng hô hấp	158 (87,8)	59 (93,7)	99 (84,6)	0,08
Triệu chứng tuần hoàn	111 (61,7)	32 (50,8)	79 (67,5)	0,023
Triệu chứng thần kinh	112(62,2)	39 (61,9)	73 (62,4)	0,98
Triệu chứng tiêu hoá	83 (46,1)	26 (41,3)	57 (48,7)	0,33
Triệu chứng da niêm	29 (16,1)	7 (11,1)	22 (18,8)	0,18
Bạch cầu				
Tăng	46 (25,6)	18 (28,6)	28 (23,9)	0,75
Giảm	19 (10,6)	7 (11,1)	12 (10,3)	
Trong giới hạn bình thường	115 (63,9)	38 (60,3)	77 (65,8)	
Giảm tiểu cầu	102 (56,7)	35 (55,6)	67 (57,3)	0,83
CRP tăng (n = 169)	81 (45)	16 (25,4)	65 (55,6)	<0,001
PCT tăng (n = 18)	9 (5)	4 (6,3)	5 (4,3)	0,54

Biểu hiện thường gặp nhất trong NKHSS là các triệu chứng hô hấp (87,8%). Riêng triệu chứng tuần hoàn hiện diện nhiều hơn (67,5%) trong NKHSS muộn so với nhóm NKHSS sớm (50,8%).

Giá trị trung vị bạch cầu, tiểu cầu tại thời điểm cấy máu của hai nhóm NKHSS sớm và

muộn chênh lệch không nhiều. Trị số CRP trong nhóm NKHSS muộn cao hơn hẳn so với CRP nhóm NKHSS sớm. Chọc dò tủy sống đã được thực hiện ở 25,6% dân số nghiên cứu.

Bảng 3. Đặc điểm biến chứng đợt NKH (n=180)

Đặc điểm	Tổng n (%)	NKHSS sớm n=63	NKHSS muộn n=117	P
Rối loạn đông máu	84 (46,7)	31 (49,2)	53 (45,3)	0,61
Viêm màng não	18 (10)	4 (6,4)	14 (12)	0,23
Sốc nhiễm khuẩn	33 (18,3)	6 (9,5)	27 (23,1)	0,02
Suy hô hấp	109 (60,6)	84 (60,9)	25 (59,5)	0,87
Nhập NICU	132 (73,3)	55 (87,3)	77 (65,8)	0,002
Không nhập NICU	48 (26,7)	8 (12,7)	40 (34,2)	
Số ngày nằm NICU (n=132)	11 (5 – 20)	8 (4 – 13)	14 (7 – 24)	0,04*
Số ngày nằm viện	23,5 (15 – 35)	16 (13 – 21)	29 (20 – 41)	<0,001*
Nhiễm khuẩn bệnh viện (thứ phát sau đợt NKH)	41 (22,8)	7 (11,1)	34 (29)	0,006

Trong các biến chứng của NKHSS, suy hô hấp được ghi nhận ở tỉ lệ cao nhất (60,6%), tiếp theo là rối loạn đông máu (46,7%). Sốc nhiễm trùng xảy ra ở tỉ lệ cao hơn ở NKH muộn so với NKH sớm.

Bảng 4. Các tác nhân nhiễm khuẩn huyết sơ sinh (n=180)

Tổng	NKHSS sớm	NKHSS muộn	Tổng
Gram âm	44 (69,8%)	66 (56,4%)	110 (61,1%)
A. baumannii	0	1	1
E. meningoseptica	0	1	1
P. aeruginosa	0	2	2
E. cloacae	1	3	4
Serratia spp.	7	4	11
B. cepacia	8	8	16
E. coli	8	11	19
S. maltophilia	20	6	26
Klebsiella spp.	0	30	30
Gram dương	18 (28,6%)	44 (37,6%)	62 (34,4%)
E. faecalis	0	2	2
Streptococcus nhóm B	9	0	9
S. aureus	0	12	12
CoNS	9	30	39
Nấm Candida spp.	1 (1,6%)	7 (6%)	8 (4,4%)
Tổng	63	117	180

Trong toàn dân số, vi khuẩn gram âm chiếm ưu thế hơn gram dương. Klebsiella spp. và CoNS (Staphylococcus coagulase negative) đứng hàng đầu trong NKH muộn,

sau đó là S. aureus và E. coli. Trong NKHSS sớm, tác nhân chính là S. maltophilia, E. coli, B. cepacia và Streptococcus nhóm B.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả của chúng tôi cho thấy tại bệnh viện Hùng Vương, NKHSS muộn chiếm tỉ lệ 65% (117/180 trẻ), cao hơn NKHSS sớm (35%, 63/180 trẻ). Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với báo cáo của tác giả Hồ Thị Phương Thanh² tại BV Sản Nhi Nghệ An với NKHSS muộn chiếm đa số, và nghiên cứu tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ cũng cho thấy NKHSS muộn chiếm tỉ lệ cao hơn NKHSS sớm.³ Nghiên cứu đa trung tâm tại Ấn Độ báo cáo tỉ lệ NKHSS muộn cao hơn NKHSS sớm, gần như gấp 3 lần hơn.⁴

Về đặc điểm lúc sinh, tỉ lệ trẻ non tháng, nhẹ cân chiếm đa số trong kết quả của chúng tôi, tương đồng với báo cáo của tác giả Hồ Thị Phương Thanh², tác giả Johnson⁴. Từ đó cho thấy non tháng, nhẹ cân là đặc điểm thường gặp ở trẻ NKHSS.

Tỉ lệ trẻ NKHSS muộn cần đặt nội khí quản cao hơn so với nhóm NKHSS sớm, kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Đỗ Thị Hương Giang.⁵ Sonde dạ dày là một trong những can thiệp được thực hiện thường xuyên nhất cho trẻ sơ sinh,⁶ có thể mang một lượng rất lớn các vi khuẩn Enterobacteriaceae, Klebsiella spp., Serratia spp., tụ cầu, liên cầu. Các vi khuẩn này bắt nguồn từ hệ vi khuẩn trong dạ dày của chính trẻ sơ sinh hoặc từ bàn tay của nhân viên y tế, dụng cụ. Các nghiên cứu đã báo cáo các vi khuẩn này tăng sinh không phụ thuộc vào thời gian lưu sonde dạ dày nên thay sonde dạ dày thường xuyên không được khuyến cáo.⁶

Các triệu chứng về tuần hoàn chiếm tỉ lệ khá cao với 61,7% trong dân số nghiên cứu, cao hơn kết quả tại bệnh viện Nhi Trung Ương⁵ (45,5%), cao hơn kết quả của tác giả Hà Thị Hồng Ân³ (42,9%).

Trong các biến chứng NKHSS, suy hô hấp được ghi nhận ở tỉ lệ cao nhất

(60,6%), tiếp theo là rối loạn đông máu (46,7%). Tỉ lệ rối loạn đông máu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ.³ Trẻ non tháng, nhẹ cân, cần đặt nội khí quản thở máy là những yếu tố nguy cơ dẫn đến tỉ lệ sốc nhiễm khuẩn, suy cơ quan ở trẻ NKHSS muộn cao hơn NKHSS sớm, nghiên cứu hồi cứu 6 năm của tác giả Ashraf Kharrat⁷ báo cáo tỉ lệ suy cơ quan ở trẻ NKHSS muộn là 39%.

Nhìn chung về phổ các tác nhân phân lập được, khi so với các nghiên cứu khác trong nước và ngoài nước, ngoài các vi khuẩn, chúng tôi còn cấy được ra nấm *Candida* spp.. Nhiễm nấm huyết gặp chỉ có 8 trường hợp (4,5%) nhưng đã báo động sự xuất hiện của các tác nhân xâm lấn này tại cơ sở điều trị. Trong nhiều năm gần đây, nhiễm nấm xâm lấn đã được nhiều tác giả báo cáo. Tại Pune, Ấn độ tỉ lệ nhiễm nấm huyết đã được ghi nhận ở 8% các ca bệnh NKHSS.⁴ Trong các vi nấm gây bệnh, *Candida* spp. là nấm thường gây bệnh ở trẻ sơ sinh, nhiễm *Candida* xâm lấn gây tăng nguy cơ tử vong ở trẻ.⁴

Tác nhân gram âm là tác nhân thường gặp nhất (61,1%), tương đồng với ghi nhận của tác giả Đỗ Thị Hương Giang,⁵ khác với tác giả Hà Thị Hồng Ân³. Có thể nói tỉ lệ tác nhân của chúng tôi rất giống với báo cáo của tác giả Johnson với gram âm chiếm gần 60%⁴.

Stenotrophomonas maltophilia, một vi khuẩn gram âm được một số tác giả lưu ý như một tác nhân mới đặc biệt, có thể gây bệnh nặng cho trẻ sơ sinh gần đây.^{8,9} Chúng tôi phân lập được 20 trường hợp nhiễm *S. maltophilia* thuộc NKHSS sớm, và 6 trường hợp là NKHSS muộn. Tỉ lệ gặp ở đây là 14,4% (26/180). Để tìm hiểu có phải khả

năng do trận dịch của *S. maltophilia* hay không trong khoa Sơ Sinh, chúng tôi đã thống kê lại và nhận thấy các ca này xuất hiện rải rác trong thời gian thực hiện nghiên cứu với tần suất 2 – 3 ca/tháng.

V. KẾT LUẬN

NKHSS muộn thường gặp hơn NKHSS sớm. Sinh non và nhẹ cân là đặc điểm thường gặp trong NKHSS. Đặc điểm lâm sàng NKHSS đa dạng. Tác nhân hàng đầu trong NKHSS muộn là *Klebsiella* spp. và CoNS. Trong NKHSS sớm, tác nhân chính là *S. maltophilia*, *E. coli* và *Streptococcus* nhóm B.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GARDP.** GARDP Neonatal Sepsis Study Report 2022.; 2022:10-17. Accessed February 22, 2023. <https://gardp.org/publications/gardp-neonatal-sepsis-study-report-2022/>
2. **Thanh HTP, Anh TTK, Cần NT.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại Khoa Hồi sức Sơ sinh - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. J 108 - Clin Med Pharmacy. Published online December 12, 2021. doi:10.52389/ydls.v16iDB4.1002
3. **Hà Thị Hồng Ân.** Đặc điểm của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh non tháng tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. Tạp Chí Dược Học Cần Thơ. 2022;50:210-217. doi:<https://doi.org/10.58490/ctump.2022i50.147>
4. **Johnson J, Robinson ML, Rajput UC, et al.** High Burden of Bloodstream Infections Associated With Antimicrobial Resistance and Mortality in the Neonatal Intensive Care Unit in Pune, India. Clin Infect Dis. 2021;73(2):271-280. doi:10.1093/cid/ciaa554
5. **Đỗ Thị Hương Giang, Nguyễn Thị Quỳnh Nga.** Căn nguyên vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023;530(1B). doi:10.51298/vmj.v530i1B.6698
6. **Parker LA, Magalhães M, Desorcyscherer K, Torrez Lamberti M, Lorca GL, Neu J.** Neonatal Feeding Tube Colonization and the Potential Effect on Infant Health: A Review. Front Nutr. 2022;9:775014. doi:10.3389/fnut.2022.775014
7. **Kharrat A, Zhu F, Baczynski M, Ye XY, Weisz D, Jain A.** Organ dysfunction and mortality in preterm neonates with late-onset bloodstream infection. Pediatr Res. 2023;94(3):1044-1050. doi:10.1038/s41390-023-02541-1
8. **Adefila WO, Osie I, Keita ML, et al.** *Stenotrophomonas maltophilia* neonatal sepsis: a case report. J Med Case Reports. 2024;18(1): 180. doi:10.1186/s13256-024-04479-2
9. **Verma A, Patnaik SK, Suryawanshi P.** *Stenotrophomonas maltophilia* sepsis in preterm neonates. Med J Armed Forces India. Published online March 16, 2023. doi:10.1016/j.mjafi.2023.01.010