

- American College of Cardiology. 2013;62(17):S11-S20. doi:10.1016/j.jacc.2013.08.700
7. **Jolly SS, Yusuf S, Cairns J, et al.** Radial versus femoral access for coronary angiography and intervention in patients with acute coronary syndromes (RIVAL): a randomised, parallel group, multicentre trial. *Lancet*. 2011;377(9775):1409-1420. doi:10.1016/S0140-6736(11)60404-2
 8. **Sandoval Y, Bell MR, Gulati R.** Transradial Artery Access Complications. *Circulation: Cardiovascular Interventions*. 2019;12(11):e007386. doi:10.1161/CIRCINTERVENTIONS.119.007386
 9. **Sandoval Y, Bell MR, Gulati R.** Transradial Artery Access Complications. *Circulation: Cardiovascular Interventions*. 2019;12(11):e007386. doi:10.1161/CIRCINTERVENTIONS.119.007386
 10. **Valgimigli M, Gagnor A, Calabró P, et al.** Radial versus femoral access in patients with acute coronary syndromes undergoing invasive management: a randomised multicentre trial. *Lancet*. 2015;385(9986):2465-2476. doi:10.1016/S0140-6736(15)60292-6

KẾT QUẢ ÁP DỤNG HÚT LIÊN TỤC DỊCH TRÊN BÓNG CHÈN TRONG CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐẶT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN

Lê Thị Hoàng Diệu¹, Nguyễn Tuấn Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả áp dụng hút liên tục dịch trên bóng chèn trong chăm sóc bệnh nhân được đặt ống nội khí quản tại Trung tâm Hồi sức tích cực- Bệnh viện Bạch Mai. **Thiết kế nghiên cứu:** quan sát mô tả cắt ngang trên 140 bệnh nhân được đặt ống nội khí quản và tiến hành hút dịch đường hô hấp trên với 2013 lần quan sát khoang miệng trên bệnh nhân hút hạ họng liên tục và 1120 lần hút hạ họng ngắt quãng tại trung tâm Hồi sức tích cực- Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2023 đến tháng 11 năm 2024. **Kết quả:** trong 140 bệnh nhân nghiên cứu với tỷ lệ nam/nữ: 2/1, tuổi trung bình: $60,88 \pm 15,40$, trong đó có 92 bệnh nhân được hút dịch hạ họng liên tục chiếm 65,71%. Tỷ lệ mức độ độ dịch hầu họng nhiều ở nhóm hút liên tục thấp hơn với nhóm hút ngắt quãng (8% so với 24,6%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Với bệnh nhân hút hạ họng liên tục, lượng dịch hút khoang miệng trung bình một ngày khoảng 39 – 66ml/ngày, nhiều nhất là 270ml/ngày, ít nhất khoảng 5-10 ml/ngày. Số lượng dịch hút trên cuff ở các bệnh nhân sử dụng ống nội khí quản Hilo-Evac cũng ít hơn ở nhóm bệnh nhân hút hạ họng liên tục ($3,66 \pm 13,9$ so với $35,67 \pm 36,1$, $p < 0,05$ ở ngày 1). **Kết luận:** Kỹ thuật hút dịch đường hô hấp trên liên tục giúp làm giảm tần suất dịch đọng khoang miệng so với phương pháp chăm sóc tiêu chuẩn, đồng thời cũng làm giảm lượng dịch hút trên bóng khi so sánh với nhóm chăm sóc tiêu chuẩn. **Từ khóa:** hút dịch liên tục hạ họng, hút trên cuff, chăm sóc thở máy.

SUMMARY

THE RESULTS OF APPLYING CONTINUOUS SUCTION OF FLUID ON CUFF IN THE CARE OF PATIENTS WITH ENTRURAL TUBE

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Lão khoa Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hoàng Diệu

Email: leader.22051994@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 22.4.2025

Objective: To evaluate the results of applying continuous suctioning of fluid on the cuff in the care of patients with endotracheal intubation at the Intensive Care Center - Bach Mai Hospital. **Method:** a cross-sectional observation interventional study, data was collected on all patients who using endotracheal intubation and upper respiratory tract during period from September 2023 to November 2024. **Results:** 140 patients with endotracheal intubation and upper respiratory tract suctioning with 2013 oral cavity observations on patients with continuous hypopharyngeal suctioning and 1120 intermittent hypopharyngeal suctioning with a male/female ratio of 2/1, mean age: 60.88 ± 15.40 , of which 92 patients had continuous hypopharyngeal suctioning, accounting for 65.71%. The rate of high pharyngeal fluid level in the continuous suction group was lower than that in the intermittent suction group (8% vs. 24.6%, statistically significant difference with $p < 0.05$). In patients with continuous hypopharyngeal suction, the average amount of oral fluid aspirated per day was about 39 - 66 ml/day, the highest was 270 ml/day, the lowest was about 5-10 ml/day. The amount of fluid aspirated on the cuff in patients using Hilo-Evac endotracheal tubes was also less than in the group of patients with continuous hypopharyngeal suction (3.66 ± 13.9 vs. 35.67 ± 36.1 , $p < 0.05$ on day 1). **Conclusion:** Continuous upper airway suctioning technique reduces the frequency of oral fluid retention compared with standard care, and also reduces the amount of fluid aspirated on the balloon when compared with the standard care group.

Keywords: continuous hypopharyngeal suctioning, cuff suctioning, ventilator care

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi liên quan đến thở máy (VPLQTM) là một trong những loại nhiễm trùng bệnh viện phổ biến nhất xảy ra tại các đơn vị Hồi sức tích cực, ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe bệnh nhân, đặc biệt là những người phải sử dụng máy thở trong thời gian dài¹. Đây là một loại viêm phổi mắc phải trong bệnh viện, xuất hiện sau ít nhất 48 giờ sau khi đặt nội khí quản và bắt đầu

thở máy. Theo Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ (CDC) kết nối các nghiên cứu đã ước tính rằng có hơn 300.000 BN được thở máy mỗi năm, những BN này có nguy cơ cao bị biến chứng và tiên lượng xấu kể cả tử vong (VPLQTM được xếp vào loại biến chứng này)³. Trong năm 2012, tỷ lệ mắc VPLQTM ở Hoa Kỳ dao động từ 0,0-4,4/1000 ngày thở máy. Tại bệnh viện Bạch Mai nghiên cứu của Hoàng Khánh Linh và cs năm 2017-2018 cho thấy tỉ lệ mắc bệnh 23,4%, tần suất mắc 24,4 ca trên 1000 ngày thở máy.^{4,5}

Một trong những nguyên nhân gây VPLQTM là do hít phải vi sinh vật từ dịch tiết của khoang mũi, hầu họng hoặc dạ dày. Khi bệnh nhân sử dụng máy thở, các loại thuốc an thần, giảm đau và giãn cơ thường được sử dụng để tạo sự thoải mái và giảm bớt căng thẳng. Tuy nhiên, những loại thuốc này lại làm suy giảm phản xạ ho và khả năng tự làm sạch đường hô hấp của bệnh nhân, dẫn đến tình trạng ứ đọng đờm và dịch tiết. Điều này tạo điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn xâm nhập, gây viêm nhiễm phổi và làm trầm trọng thêm các vấn đề về hô hấp.² Trước đây, tại TT HSTC Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi đã áp dụng các giải pháp đơn lẻ để dự phòng tuy nhiên tỉ lệ VPLQTM còn cao so với các nước phát triển trên thế giới. Nghiên cứu của Trần Hữu Thông (2014) đã chứng minh được hiệu quả của giải pháp hút dịch hạ thanh môn với thời gian VPLQTM chậm hơn so với ống nội khí quản thường là 3,4 ngày.² Từ năm 2018, được sự giúp đỡ của các chuyên gia Nhật Bản, gói dự phòng 10 giải pháp đã được triển khai. Nghiên cứu của Nguyễn Đình Quân và cs (2020) đã mô tả thực trạng áp dụng 10 giải pháp dự phòng và bước đầu cho thấy có hiệu quả^{4,5}. Mặc dù các biện pháp này đã mang lại hiệu quả đáng kể, nhưng hiệu quả của từng biện pháp vẫn thay đổi tùy thuộc vào điều kiện thực tế của từng khu vực và đối tượng bệnh nhân. Đặc biệt, tình trạng thiếu nhân lực và vật tư y tế vẫn là một thách thức lớn tại nhiều cơ sở y tế, ảnh hưởng đến việc thực hiện các biện pháp phòng ngừa một cách đầy đủ và liên tục.

Một trong những giải pháp được xem là hiệu quả trong việc giảm tỷ lệ viêm phổi liên quan đến thở máy là kỹ thuật hút dịch đường hô hấp trên. Phương pháp này sử dụng ống nội khí quản có chức năng hút trên bóng chèn để loại bỏ dịch tiết tích tụ, ngăn ngừa vi khuẩn xâm nhập vào đường hô hấp dưới.⁵ Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng kỹ thuật này giúp giảm đáng kể tỷ lệ nhiễm trùng và biến chứng ở bệnh nhân thở máy. Tuy nhiên, trong thực tế, không phải tất cả bệnh nhân đều được đặt ống nội khí quản có chức

năng hút trên bóng chèn do nhiều lý do khác nhau. Một số bệnh nhân đã được đặt ống nội khí quản trước khi vào các đơn vị điều trị tích cực và không có sẵn loại ống phù hợp. Bên cạnh đó, tình trạng thiếu hụt nhân lực y tế cũng làm cho việc hút dịch không được thực hiện thường xuyên và tích cực. Những yếu tố này góp phần làm tăng tỷ lệ viêm phổi liên quan đến thở máy, đặc biệt ở các cơ sở y tế có nguồn lực hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành kỹ thuật "hút liên tục dịch đường hô hấp trên cho người bệnh có ống nội khí quản". Để đánh giá tình trạng áp dụng kỹ thuật trên nhóm chúng tôi thực hiện bước đầu: *"Nhận xét kết quả áp dụng hút liên tục dịch trên bóng chèn trong chăm sóc bệnh nhân được đặt ống nội khí quản tại Trung tâm Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

• Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được đặt ống nội khí quản tại Trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai
- Bệnh nhân được đặt ống nội khí quản trước khi nhập Trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai và có thở máy trên 24 giờ.
- Bệnh nhân được thực hiện quy trình chăm sóc hạ họng liên tục hoặc ngắt quãng theo hướng dẫn của Trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai.

• Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc các rối loạn đông máu nặng hoặc chảy máu nhiều vùng răng miệng.
- Bệnh nhân có các chấn thương vùng miệng họng.
- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

• **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát mô tả cắt ngang khoảng thời gian.

• **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 9/2023 đến tháng 11/2023.

• **Địa điểm nghiên cứu:** Trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai

• **Cỡ mẫu nghiên cứu và cách lấy mẫu:** Lấy mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân đủ điều kiện nghiên cứu.

• Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Tập huấn nhóm nghiên cứu và các điều dưỡng tham gia về quy trình chăm sóc hạ họng và cách đánh giá mức độ dịch tiết.
- Hàng ngày, ghi nhận NB mới vào TT HSTC đã được đặt ống NKQ trước đó, hoặc NB đang nằm điều trị tại TT HSTC được đặt NKQ nhóm nghiên cứu tiến hành đánh giá xác định đủ tiêu chuẩn cho vào nghiên cứu.

- Người bệnh được đưa vào nghiên cứu điều dưỡng viên tiến hành đặt sonde hút hạ họng liên tục và ghi số lượng dịch đổ được vào bảng theo dõi chăm sóc cấp 1 theo mỗi 3h hoặc khi đầy trên 2/3 cốc đựng dịch hạ họng.

- Nhóm nghiên cứu tiến hành thu thập và ghi chép số lượng dịch hút hạ họng liên tục trong 24h vào mỗi 6H sáng cho đến khi người bệnh rút NKQ, chuyển viện, chuyển khoa, ra viện.

2.3. Phân tích số liệu

- Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học SPSS 20.0

- Các thuật toán: Tính tỉ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh tỉ lệ %, các kiểm định T- test, Mann-Whitney test. Khoảng tin cậy là 95%, các kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$, vẽ đường cong ROC cho các chỉ số, tính diện tích dưới đường cong

2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Đề tài được sự đồng ý của bệnh viện Bạch Mai, khoa Hồi sức tích cực cho phép triển khai nghiên cứu và sử dụng số liệu của bệnh viện phục vụ nghiên cứu.

- Các thông tin thu thập từ bệnh nhân, từ bệnh án chỉ nhằm mục đích phục vụ nghiên cứu khoa học.

- Các thông tin về bệnh tật của bệnh nhân được giữ kín.

- Tất cả các xét nghiệm dùng trong nghiên cứu đều nằm trong quy trình chẩn đoán và điều trị thường quy bệnh nhân, chúng tôi không chỉ định thêm bất kì xét nghiệm gì.

- Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ sức khỏe người bệnh, không nhằm bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

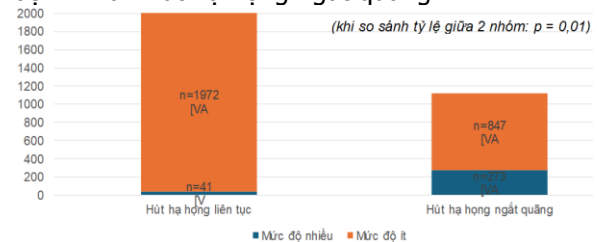
Nghiên cứu được thực hiện trên 140 bệnh nhân, trong đó 92 bệnh nhân được hút hạ họng liên tục với 2013 lần thực hiện chăm sóc khoang miệng, 48 bệnh nhân được hút hạ họng tiêu chuẩn với 1120 lần quan sát khoang miệng.

Bảng 1: Đặc điểm chung của nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân được hút hạ họng liên tục (n=92)		Min	Max
Tuổi (năm)	60,88 ± 15,40	21	92
Giới nam (n, %)	60 (65,2%)		
Ống NKQ Hi low evac có hút trên bóng chèn (n, %)	29 (31,5%)		
Đặc điểm bệnh nhân được hút hạ họng ngắt quãng (n=48)		Min	Max
Tuổi (năm)	65,56 ± 17,73	22	93
Giới nam (n, %)	29 (60,4%)		
Ống NKQ Hi low evac có hút trên bóng chèn (n, %)	15 (31,3%)		

$N = 140$

Nhận xét: Với nhóm bệnh nhân sử dụng hút hạ họng ngắt quãng, độ tuổi trung bình là 65,56 tuổi, phần lớn là bệnh nhân nam (60,4%) với khoảng 1/3 số bệnh nhân được đặt ống nội khí quản có hút trên bóng chèn, còn lại được đặt ống nội khí quản không có hút trên bóng chèn (68,7%). Với nhóm bệnh nhân sử dụng hút hạ họng liên tục, tuổi trung bình là 60,88 tuổi, trong đó nam giới chiếm 65,2%. Có 29 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được đặt ống nội khí quản có hút trên bóng chèn, chiếm tỉ lệ 31,5%. Tuổi trung bình, giới và tỉ lệ đặt ống nội khí quản có hút trên bóng chèn tương đồng với nhóm bệnh nhân hút hạ họng ngắt quãng.



Biểu đồ 1: Mức độ dịch hút khoang miệng qua các lần chăm sóc khoang miệng

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tỷ lệ dịch hút ở mức độ ít ở nhóm hút hạ họng liên tục ít hơn có ý nghĩa thống kê khi so với nhóm hút hạ họng ngắt quãng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2: Số lượng dịch hút khoang miệng ở các bệnh nhân hút hạ họng liên tục

	N	Trung bình ± SD	Min	Max
Ngày 1	92	39,86 ± 34,6	5	220
Ngày 2	92	66,14 ± 49,5	10	250
Ngày 3	92	64,63 ± 44,82	0	270

Nhận xét: Lượng dịch hút khoang miệng trung bình một ngày khoảng 39 – 66ml/ngày, nhiều nhất là 270ml/ngày, ít nhất khoảng 5-10 ml/ngày.

Bảng 3: Số lượng dịch tiết trên cuff trên nhóm bệnh nhân sử dụng ống NKQ Hilo-Evac

	Trung bình ± SD	Min	Max
Bệnh nhân sử dụng hệ thống hút hạ họng liên tục			
Ngày 1 (n=29)	3,66 ± 13,9	0	75
Ngày 2 (n=29)	6,07 ± 12,9	0	65
Ngày 3 (n=29)	5,79 ± 12,3	0	50
Bệnh nhân sử dụng hệ thống hút hạ họng ngắt quãng			
Ngày 1 (n=15)	35,67 ± 36,1	0	90
Ngày 2 (n=15)	29,73 ± 34,1	0	80
Ngày 3 (n=15)	22,80 ± 28,9	0	80

$p < 0,05$

Nhận xét: Trong nghiên cứu, việc sử dụng hệ thống hút hạ họng liên tục cho thấy số lượng dịch hút trên cuff ít hơn có ý nghĩa thống kê qua các ngày theo dõi.

Bảng 4: Số lượng dịch tiết khoang miệng trên các bệnh nhân chăm sóc hầu họng liên tục giữa các loại ống nội khí quản

	Trung bình $\pm$ SD	
Ông NKQ thường (n=63)	163,3 $\pm$ 118,5	p = 0,726
Ông NKQ có hút trên bóng chèn (n=29)	154,83 $\pm$ 77,9	

Nhận xét: Trong nghiên cứu, không nhận thấy sự khác biệt về số lượng dịch hầu họng giữa các loại ống nội khí quản.

Bảng 5: So sánh lượng dịch hút trên bóng chèn giữa 2 phương pháp hút dịch

	N	Trung bình $\pm$ SD	p
Hút ngắt quãng	15	29,40 $\pm$ 31,2	0,01
Hút liên tục	29	5,17 $\pm$ 9,1	

Nhận xét: Lượng dịch hút trên bóng chèn trung bình của phương pháp hút liên tục thấp hơn so với phương pháp hút ngắt quãng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,01.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện qua 2 giai đoạn. Giai đoạn 1, thu nạp vào 48 bệnh nhân vào trung tâm Hồi sức tích cực, được chăm sóc răng miệng theo quy trình truyền thống, hút dịch họng miệng ngắt quãng. Giai đoạn 2, thu nạp 92 bệnh nhân vào nghiên cứu và được chăm sóc răng miệng bằng sonde hút dịch họng miệng liên tục.

Về độ tuổi trung bình, nhóm trước can thiệp có độ tuổi trung bình (65,56 $\pm$ 17,73) tương đồng với độ tuổi trung bình của nhóm sau can thiệp (60,88 $\pm$ 15,4). Xét về tỷ lệ giới tính, nhóm trước can thiệp có 60,4% bệnh nhân là nam giới, trong khi nhóm sau can thiệp có tỷ lệ nam giới cao hơn một chút, chiếm 65,2%. Sự khác biệt này không lớn và ít có khả năng ảnh hưởng đến kết quả so sánh giữa hai nhóm. Tỷ lệ bệnh nhân được đặt ống nội khí quản HiLow Evac cũng cho thấy sự tương đồng giữa hai nhóm. Cụ thể, 31,3% bệnh nhân trong nhóm trước can thiệp và 31,5% trong nhóm sau can thiệp sử dụng loại ống này. Điều này giúp đảm bảo rằng yếu tố kỹ thuật sử dụng thiết bị không tạo ra sự khác biệt đáng kể trong kết quả nghiên cứu, cho phép tập trung vào hiệu quả của các phương pháp hút dịch⁵.

Mức độ dịch trong khoang miệng giữa hai nhóm trước và sau can thiệp cho thấy sự khác biệt rõ rệt, phản ánh hiệu quả của các phương pháp hút dịch. Trong nhóm trước can thiệp, tỷ lệ quan sát thấy mức độ dịch nhiều trong khoang miệng chiếm 76%, tương ứng với 847 lần quan

sát trong tổng số 1120 lần. Điều này cho thấy tình trạng tích tụ dịch nghiêm trọng, có thể làm gia tăng nguy cơ nhiễm khuẩn và biến chứng viêm phổi liên quan đến thở máy (VAP)⁴.

Ngược lại, ở nhóm sau can thiệp áp dụng phương pháp hút liên tục, tỷ lệ quan sát thấy dịch nhiều giảm đáng kể, chỉ còn 2% (41 lần quan sát trên tổng số 2013 lần). Sự giảm mạnh này không chỉ phản ánh khả năng kiểm soát dịch hiệu quả của phương pháp hút liên tục, mà còn khẳng định vai trò của kỹ thuật này trong việc duy trì khoang miệng sạch sẽ và giảm thiểu nguy cơ nhiễm khuẩn.

Bên cạnh đó, tỷ lệ quan sát thấy dịch ít hoặc không có dịch trong khoang miệng cũng có sự chênh lệch rõ rệt giữa hai nhóm. Trong nhóm trước can thiệp, 24% số lần quan sát không thấy dịch, trong khi ở nhóm sau can thiệp, tỷ lệ này tăng lên 98%, cho thấy hiệu quả vượt trội của phương pháp hút liên tục trong việc giảm thiểu lượng dịch tồn đọng. Sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê, với giá trị p < 0,05.

Lượng dịch hút trên cuff là một trong những chỉ số quan trọng để đánh giá hiệu quả của phương pháp hút dịch họng miệng ngắt quãng và hút dịch họng miệng liên tục. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự khác biệt rõ rệt về lượng dịch hút giữa hai nhóm nghiên cứu. Ở nhóm trước can thiệp (hút ngắt quãng), lượng dịch hút trung bình mỗi ngày dao động từ 22,80 – 35,67 ml/ngày, với giá trị cao nhất ghi nhận là 90 ml/ngày. Sự dao động lớn này phản ánh tính không đồng đều trong khả năng kiểm soát dịch của phương pháp hút ngắt quãng. Việc không duy trì liên tục áp lực hút có thể dẫn đến tình trạng tích tụ dịch nhiều hơn trên cuff, tăng nguy cơ rò rỉ dịch vào khí quản⁴.

Ngược lại, nhóm sau can thiệp (hút liên tục) cho thấy lượng dịch hút trên cuff giảm đáng kể, chỉ dao động từ 3,66 – 6,07 ml/ngày. Sự giảm mạnh này chứng tỏ hiệu quả vượt trội của kỹ thuật hút liên tục trong việc kiểm soát lượng dịch tích tụ trên cuff. Cơ chế chủ động loại bỏ liên tục dịch ở khoang hầu họng, ngăn ngừa sự tích tụ dịch từ đó giúp giảm số lượng dịch rò rỉ xuống khí quản. Phân tích thống kê giữa hai nhóm cho thấy sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị p = 0,01 (< 0,05). Tóm lại, so sánh lượng dịch hút trên cuff giữa hai nhóm nghiên cứu khẳng định ưu thế của phương pháp hút họng miệng liên tục trong việc giảm lượng dịch tích tụ trong khoang miệng, từ đó trực tiếp giảm được lượng dịch chảy xuống khí quản.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật hút dịch đường hô hấp trên liên tục giúp làm giảm tần suất dịch đọng khoang miệng so với phương pháp chăm sóc tiêu chuẩn, đồng thời cũng làm giảm Lượng dịch hút trên bóng khi so sánh với nhóm chăm sóc tiêu chuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Trung Kiên** (2012): Đánh giá đặc điểm vi khuẩn gây nhiễm khuẩn phổi ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại khoa Hồi sức tích cực. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Đặng Quốc Tuấn, Nguyễn Tất Thành, Trương Thái Phương, Phạm Hồng Nhung, Bùi Thị Hương Giang** (2018): Nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn *Staphylococcus aureus* tại khoa Hồi sức tích cực – bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 471, tháng 10, số 1: 179-182.
3. **CDC**. Ventilator- Associated Event (VAE) for use adult location only. 2020.
4. **Hoàng Khánh Linh**. Nghiên cứu đặc điểm viêm phổi liên quan thở máy tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2017 - 2018. Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội. 2018.
5. **Hà Sơn Bình** (2015). Nhận xét một số yếu tố liên quan và hiệu quả điều trị ở người bệnh viêm phổi liên quan đến thở máy, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
6. **Erdem H, Inan A, Altindis S, et al.** (2014): Surveillance, control and management of infections in intensive care units in Southern Europe, Turkey and Iran--a prospective multicenter point prevalence study. J Infect. 2014;68(2):131-140. doi:10.1016/j.jinf.2013.11.001.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG DI CĂN GAN BẰNG PHÁC ĐỒ CAPOX KẾT HỢP BEVACIZUMAB

Phạm Tuấn Anh^{1,2}, Nguyễn Thị Minh², Nguyễn Hữu Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phác đồ CAPOX kết hợp Bevacizumab trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng (UTĐTT) di căn gan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiền cứu, tiến hành trên 62 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán UTĐTT di căn gan, điều trị với phác đồ CAPOX kết hợp Bevacizumab trong khoảng thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 5/2024 tại Bệnh viện K. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 72,6%, trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) là 11,4 tháng. Đa phần các tác dụng không mong muốn chỉ gặp ở độ 1,2 và có thể quản lý được. **Kết luận:** Phác đồ cho tỷ lệ đáp ứng cao, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển khả quan, bệnh nhân dung nạp điều trị tốt. **Từ khóa:** CAPOX kết hợp Bevacizumab, ung thư đại trực tràng.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF CAPOX COMBINED WITH BEVACIZUMAB IN COLORECTAL CANCER PATIENTS WITH LIVER METASTASES

Aim: To evaluate the effectiveness of CAPOX combined with Bevacizumab in colorectal cancer patients with liver metastases. **Subjects and methods:** This is a retrospective and prospective descriptive study on 62 patients diagnosed with colorectal cancer with liver metastasis, who were

treated with CAPOX with Bevacizumab from January 2022 to May 2024 at K Hospital. **Results:** Objective response rate was 72.6%, median progression-free survival (PFS) was 11.4 months. The majority of adverse events were seen at grade 1-2 and were well-managed. **Conclusion:** CAPOX combined with Bevacizumab resulted in high objective response rate, promising PFS, and was well-tolerated by patients.

Keywords: CAPOX combined with Bevacizumab, colorectal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, UTĐTT là bệnh lý ác tính thường gặp, đứng thứ 3 ở nam sau ung thư phổi, ung thư tuyến tiền liệt và đứng thứ 3 ở nữ sau ung thư vú, ung thư phổi. Theo GLOBOCAN 2022, mỗi năm Việt Nam có khoảng 16.426 trường hợp mới mắc chiếm 9% và 8.524 trường hợp tử vong chiếm 7%¹. Hiện nay, mặc dù các phương pháp sàng lọc đã có nhiều tiến bộ nhưng vẫn có đến 20-40% BN phát hiện di căn tại thời điểm chẩn đoán². Hơn 50% các BN UTĐTT sẽ tiến triển di căn gan. Điều trị UTĐTT di căn gan là điều trị đa mô thức, tuy nhiên phương pháp chính vẫn là điều trị toàn thân, nhằm mục đích giảm nhẹ triệu chứng, kéo dài thêm thời gian sống và nâng cao chất lượng sống cho BN. Hóa chất vẫn là điều trị nền tảng ở giai đoạn này, trong đó các phác đồ CAPOX, FOLFOX, FOLFIRI,... là các phác đồ cơ bản đã được áp dụng nhiều năm trở lại đây và mang lại hiệu quả cao. Trong thời gian qua, với sự hiểu biết ngày càng sâu rộng về sinh học phân tử, các liệu pháp điều trị đích và miễn dịch đã mở ra trang mới trong điều trị UTĐTT di căn, trong đó phải kể

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tuấn Anh

Email: phamtuananh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 22.4.2025