

$r=0,76$ và $p=0,000$, điều này cho thấy UCEIS tương quan chặt chẽ với Mayo ES trên nội soi.

Khi đánh giá về mối tương quan giữa UCEIS và Mayo với thang điểm trên lâm sàng là Truelove and Witt, rõ ràng ta nhận thấy rằng có sự tương quan thuận mức độ vừa giữa phân loại mức độ bệnh theo UCEIS với Truelove and Witt với $r=0,47$; $p=0,005$ cao hơn mối tương quan của Mayo ES với Truelove and Witt với $r=0,35$ và $p=0,04$. Qua kết quả này chúng ta nhận thấy rõ ràng đánh giá trên nội soi bằng UCEIS tốt hơn Mayo ES khi so với thang điểm trên lâm sàng tại cùng 1 thời điểm. Kết quả này cũng đồng nhất với kết quả của tác giả Zhang X.F (2021) với $r=0,670$ và $p<0,001$ và tác giả Ikeya K (2016) thì UCEIS có tương quan với Mayo ES trước điều trị ($r=0,64$, $p<0,001$) [10]. Điều này có thể giải thích rằng UCEIS đánh giá chi tiết hơn Mayo ở các tổn thương như loét nông, sâu nên thường đem lại kết quả chính xác, chi tiết cụ thể hơn, có thể phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm khi chưa có biểu hiện nặng trên lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 35 bệnh nhân viêm loét đại tràng, chúng tôi nhận thấy rằng: thang điểm UCEIS có tương quan thuận với Mayo và UCEIS thể hiện mối tương quan tốt hơn Mayo ES khi so sánh Truelove and Witt trên lâm sàng. Như vậy, UCEIS là thang điểm rất có giá trị được nên được sử dụng rộng rãi trong chẩn đoán và theo dõi điều trị ở bệnh nhân viêm loét đại tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hiroshi Nakase et al. Evidence-based clinical practice guidelines for inflammatory bowel disease 2020 J Gastroenterol (2021) 56:489–526.
2. Lewis et al (2009). Use of the Non-invasive Components of the Mayo Score to Assess Clinical Response in Ulcerative Colitis Inflamm Bowel Dis. 14(12)
3. S. Travis et al. The Impact of Clinical Information on the Assessment of Endoscopic Activity: Characteristics of the Ulcerative Colitis Endoscopic Index Of Severity [UCEIS]. Journal of Crohn's and Colitis, 2015, 607–616
4. Siew C.Ng. et al. Incidence and phenotype of inflammatory bowel disease based on results from Asia-Pacific Crohn and Colitis Epidemiology study. Gastroenterology. 2013;145:158–165.
5. Guideline on the development of new medicinal products for the treatment of Ulcerative Colitis CHMP/EWP/18463/2006 Rev.1
6. Rogler et al. (2021). Extraintestinal manifestations of IBD. Gastroenterology. Vol 141. No 4.
7. Đinh Thị Ngà (2023). Biểu hiện lâm sàng ngoài ruột và tại ruột của bệnh nhân viêm ruột mạn tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108. Tạp chí y dược lâm sàng 108, 18(3), 96-101.
8. Truelove SC, Witts LJ. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial. BMJ 1955; 2: 1041–48.
9. Satsangi, Silverberg, Vermeire, et al. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. Gut 2006;55:749–753
10. Zhang X. F., Li P., Ding X. L., et al (2021). Comparing the clinical application values of the Degree of Ulcerative Colitis Burden of Luminal Inflammation (DUBLIN) score and Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS) in patients with ulcerative colitis, Gastroenterol Rep (Oxf), 9(6), 533–542

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHƯƠNG PHÁP ÁP LỰC ÂM ĐÓNG DA THÌ ĐẦU ĐƯỜNG MỖ SAU PHẪU THUẬT CHI DƯỚI

Đỗ Phước Hùng¹, Nguyễn Anh Khoa¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sau khi được công nhận thành công trong điều trị nhiều loại vết thương do gãy xương hở lóc da, ghép da kích thước lớn, thiếu máu nuôi hoặc nhiễm trùng... liệu pháp áp lực âm hỗ trợ đóng vết thương tiếp tục được thử nghiệm thành công với kết quả đáng khích lệ cho các vết thương đóng kín, gần kín thì đầu nhưng có nguy cơ toác hay hoại tử mép da đường mổ. Tại Việt Nam, có nhiều báo cáo về sử dụng liệu pháp áp lực âm trên các vết thương thông thường

nhưng chưa có nghiên cứu nào được thực hiện trên vết thương đã đóng kín da. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả phương pháp áp lực âm đóng da thì đầu đường mổ sau phẫu thuật chi dưới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** phương pháp mô tả dọc tiến cứu, chúng tôi tiến hành nghiên cứu 33 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được phẫu thuật điều trị gãy xương kín, gãy xương hở, vết thương phần mềm nặng chi dưới tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 12 năm 2022 đến tháng 11 năm 2023. **Kết quả:** Không ghi nhận trường hợp nào có tụ máu, tụ dịch, nhiễm trùng vết mổ nông, sâu hay chảy máu bất thường. Đau sau mổ: điểm số đau sau mổ theo thang điểm NRS (Numerical Pain Rating) không ghi nhận trường hợp đau $>3/10$. Có 2/33 (6.1%) trường hợp có ghi nhận mép vết thương hở rộng hơn so với khi vừa tháo VAC ở các lần thay băng sau đó. Giữa các mũi chỉ, khoảng hở mép da từ 5-10mm. Tình trạng này không kéo dài và đáp ứng tốt

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Khoa
Email: khoaemail@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 14.2.2025
Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025
Ngày duyệt bài: 21.4.2025

với thuốc kháng sinh, kháng viêm, chăm sóc thay băng. Cả 2 trường hợp nào đều không cần mổ lại, và tự kéo da lành sau đó. Có 1/33 (3.03%) trường hợp nổi bóng nước sau khi đặt VAC ngày 1 hậu phẫu, các bóng nước nằm rải rác dưới vùng keo dán và bên ngoài xung quanh gần vùng keo dán. Có 1/33 (3.03%) trường hợp bong tróc thương bì sau khi tháo VAC, bệnh nhân này được mổ lại 2 lần. 29/33 trường hợp không ghi nhận bất kì biến chứng nào. Thời gian nằm viện trung bình của toàn cỡ mẫu 6.21 ± 2.13 ngày, nhỏ nhất 3 ngày, lớn nhất 12 ngày. Thời gian cho đến khi lành thương hoàn toàn trung bình của toàn cỡ mẫu 14.27 ± 2.75 ngày, nhỏ nhất 10 ngày, lớn nhất 21 ngày. **Kết luận:** Áp dụng phương pháp áp lực âm đóng da thì đầu đường mổ sau phẫu thuật chi dưới là kĩ thuật an toàn với biến chứng trong và sau khi phẫu thuật thấp. Tỷ lệ lành vết mổ thì đầu cao, không làm tăng chi phí điều trị nhưng làm giảm số ngày nằm viện. **Từ khóa:** Liệu pháp áp lực âm dành, Băng gạc tiêu chuẩn, Nhiễm trùng sau mổ, Đóng kín vết thương, Chấn thương chi, Đóng vết thương kì đầu, Đường mổ phẫu thuật chi dưới.

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS BY USING NEGATIVE PRESSURE IN THE PRIMARY SKIN CLOSURE METHOD AFTER LOWER LIMB SURGERY

Background: After being recognized for success in treating many types of wounds caused by open fractures, large skin grafts, ischemia or infection ... negative pressure therapy supports wound closure, continued successful with good results, helped for primary wound closing, which have risk of skin necrosis or surgical wound dehiscence. In Vietnam, there are many reports about using of negative pressure therapy on common wounds but there is no study have been used it on primary wound closure. **Objective:** Evaluation of the effectiveness by using negative pressure in the primary skin closure method after lower limb surgery. **Method and Materials:** Observational Prospective Studies, we study on 33 patients aged 18 years and older who received treatment for close fracture, open fracture and severe soft tissue injuries of the lower extremities at Cho Ray Hospital from December 2022 to November 2023. **Results:** There are no cases of hematoma, seroma, hemorrhage, superficial or deep wound infection. Postoperative pain score according to the NRS (Numerical Pain Rating) scale does not record any cases of pain $>3/10$ scores. In 2/33 (6.1%) cases, wound suturing becomes wide separation than removing VAC system in the next day. Between suture, the skin space is 5-10mm. This situation does not last long and responds well with antibiotics, anti-inflammatories, and conventional wound dressings. Both cases do not need surgery and will healing many days later. There is 1/33 (3.03%) cases of blisters after using VAC system, the blisters are scattered under adhesive film covers and around the outside it. There is 1/33 (3.03%) cases epidermal peeling after VAC removal, this patient is re-surgery twice after that. 29/33 cases does not record any complication. The average time in hospital is 6.21 ± 2.13 days, the

smallest is 3 days, the largest is 12 days. The average time until complete wound healing is 14.27 ± 2.75 days, the smallest is 10 days, the largest is 21 days.

Conclusions: Applying negative pressure therapy for primary skin closure after lower limb surgery is a safe technique with low rate of complications during and after surgery. The wound healing rate is high, it does not increase treatment costs but reduces the number of days in the hospital.

Keywords: Negative pressure wound therapy, Conventional wound dressings, Surgical site infection, Closed incisions, Orthopaedic trauma, Primary wound closure, Lower extremity surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sau khi được công nhận thành công trong điều trị nhiều loại vết thương do gãy xương hở lóc da, ghép da kích thước lớn, thiếu máu nuôi hoặc nhiễm trùng¹... liệu pháp áp lực âm (VAC) hỗ trợ đóng vết thương tiếp tục được thử nghiệm thành công với kết quả đáng khích lệ cho các vết thương đóng kín, gần kín thì đầu nhưng có nguy cơ toác hay hoại tử mép da đường mổ. Áp dụng này có tên là liệu pháp áp lực âm dành cho các vết thương do phẫu thuật.²

Dựa trên nguyên lý sử dụng áp lực âm giúp tăng tưới máu đến vết thương, loại bỏ dịch tiết vi khuẩn tại chỗ giúp che phủ sau phẫu thuật sau khi ghép da hay điều trị các vết thương giải ép khoang, làm tăng khả năng khâu da và giảm diện tích da ghép.³ Tại Việt Nam, có nhiều báo cáo về sử dụng liệu pháp áp lực âm trên các vết thương thông thường nhưng chưa có nghiên cứu nào được thực hiện trên vết thương đã đóng kín da.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả phương pháp áp lực âm đóng da thì đầu đường mổ sau phẫu thuật chi dưới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Mô tả dọc tiến cứu

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân trên 18 tuổi.
- Có vết thương do phẫu thuật, khâu da thì đầu.
- Được phẫu thuật viên đánh giá có nguy cơ toác hay hoại tử bờ vết mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh lý suy giảm miễn dịch mắc phải tiến triển.
- Suy dinh dưỡng BMI <18.5
- Bệnh lý nền tim mạch, hô hấp, thận, gan gây nguy cơ tai biến chu phẫu rất cao.

Cách thực hiện và thu thập số liệu

Cách thực hiện

**Bước 1: Cắt lọc vết thương****Bước 2: Cố định xương gãy****Bước 3: Đóng vết mổ****Bước 4: Che phủ vết mổ bởi liệu pháp áp lực âm (VAC)***Nguồn: tư liệu nghiên cứu***Ngày hậu phẫu đầu tiên:**

- Thăm khám lâm sàng tìm các dấu chứng dị ứng da, nhiễm trùng, tụ dịch, tụ máu, theo dõi lượng dịch dẫn ra bình.

- Mức độ đau theo thang điểm NRS (Numeric Rating Scale) theo thang điểm 10

- Bệnh nhân được xét nghiệm công thức máu, CRP

Tháo VAC sau 5 ngày phẫu thuật**Bước 5: Tháo VAC và đánh giá vết thương***Nguồn: tư liệu nghiên cứu*

- Thời điểm tháo VAC bệnh nhân được đánh giá lâm sàng: tình trạng nhiễm trùng, mép vết thương, bóng nước, hoại tử da, toác vết mổ, tụ máu, tụ dịch.

- Đánh giá tình trạng chảy máu và thấm băng sau đó

- Đánh giá lại mức độ đau

- Xét nghiệm máu trước xuất viện được ghi nhận nếu có thực hiện

Chăm sóc sau tháo VAC

- Sau đó bệnh nhân được chăm sóc vết thương thường quy bằng gạc y tế và băng thun.

- Tái khám sau 10-14 ngày.

- Cắt chỉ khi vết thương lành, ghi nhận số ngày lành vết thương.

Thu thập số liệu**Ghi nhận trước mổ:**

- Bệnh lý nền, tiền căn

- Thông tin xét nghiệm máu và sinh hóa của bệnh nhân, làm bilan viêm nếu chưa có (bạch cầu, máu lắng, CRP), truyền máu

- Kết quả hình ảnh học: x quang, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ

- Chẩn đoán xác định. Biên bản phẫu thuật, thủ thuật.

Ghi nhận trong mổ:

- Chiều dài vết thương

- Khâu kín hay gần kín: khâu kín là kiểu khâu 2 mép vết thương chạm nhau, khâu gần kín là kiểu khâu 2 mép vết thương chạm nhau tại vị trí có mỗi chỉ, vị trí giữa 2 mỗi chỉ có khoảng hở da < 5mm

- Đặc điểm, kích thước miếng xố theo chiều dài, rộng và dày

- Thời gian phẫu thuật

Ghi nhận sau mổ:

- Lâm sàng: ghi nhận đầy đủ các tình trạng dị ứng da, nhiễm trùng vết mổ, hoại tử mép vết mổ, hoại tử thượng bì, toác vết mổ, tụ máu, tụ dịch, mổ lại, lượng dịch hút từ VAC và màu sắc tính chất dịch

- Thời gian nằm viện, tổng chi phí điều trị

- Cận lâm sàng: Công thức máu, CRP

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Không ghi nhận trường hợp nào có tụ máu, tụ dịch, nhiễm trùng vết mổ nông, sâu hay chảy máu bất thường.

Đau sau mổ: điểm số đau sau mổ theo thang điểm NRS (Numerical Pain Rating) không ghi nhận trường hợp đau >3/10.

Có 2/33 (6.1%) trường hợp có ghi nhận mép vết thương hở rộng hơn so với khi vừa tháo VAC ở các lần thay băng sau đó. Giữa các mũi chỉ, khoảng hở mép da từ 5-10mm. Cả 2 trường hợp nào đều không cần mổ lại, và tự kéo da lành sau đó.

Có 1/33 (3.03%) trường hợp nổi bóng nước sau khi đặt VAC ngày 1 hậu phẫu, các bóng nước nằm rải rác dưới vùng keo dán và bên ngoài xung quanh gần vùng keo dán.

Có 1/33 (3.03%) trường hợp bong tróc thượng bì và bệnh nhân này được mổ lại 2 lần.

29/33 trường hợp không ghi nhận bất kì biến chứng nào. 30/33 trường hợp sau khi tháo VAC ghi nhận không hoại tử bờ vết mổ, vết thương liền kín, không chảy dịch. Tỷ lệ lành vết mổ thì đều đạt 32/33 (96.97%) trường hợp.

Thời gian nằm viện trung bình của toàn cỡ mẫu 6.21 ± 2.13 ngày. Thời gian cho đến khi lành thương hoàn toàn trung bình của toàn cỡ mẫu 14.27 ± 2.75 ngày.

Mức chênh lệch chi phí so với các trường hợp không sử dụng VAC là không đáng kể, tuy nhiên thời gian nằm viện ngắn lại.

Ghi nhận 5/33 trường hợp sau khi đặt cố định ngoài được chuyển sang phương tiện kết hợp xương bên trong ngay ngày thứ 5 lúc tháo VAC tại phòng mổ.

IV. BÀN LUẬN

Tất cả trường hợp sau khi tháo VAC ghi nhận không có tình trạng hoại tử bờ vết mổ. Không ghi nhận tình trạng tụ máu, tụ dịch bên dưới vết mổ qua khám lâm sàng. Không ghi nhận trường hợp nào chảy máu bất thường, tình trạng nhiễm trùng nông hay sâu tại vết mổ. Các kết quả cải thiện về mặt lâm sàng của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của các tác giả nước ngoài như Stannard và cộng sự (2012)⁴, Suzuki và cộng sự (2014)⁵, Lin và cộng sự (2020)⁶.

West và cộng sự (2020)⁷ đã nâng cấp phương pháp này bằng cách phủ miếng xốp của hệ thống VAC lên toàn bộ mô mềm, với mục đích không chỉ là cải thiện chất lượng lành vết mổ mà còn tạo ra một lớp bao bọc mô mềm quanh vết mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp cắt đứt, cả 2 trường hợp chỉ được đặt VAC trên đường mổ tuy nhiên vẫn cho kết quả rất khả quan. Cả 2 trường hợp đều có mép liền khít sau khi tháo VAC tại ngày 5.

Một nghiên cứu năm 2019 của tác giả Zayan và cộng sự⁸ tiến hành hồi cứu trên 25 bệnh nhân được cắt đứt chi lớn và cắt lại mô mềm có áp

dụng liệu pháp áp lực âm, trong đó có 28% bệnh nhân phải tháo đường. Thời gian điều trị trung bình là 09 ngày, lưu VAC 7 ngày, với chỉ 1 ca có nhiễm trùng vết mổ mô mềm cắt nhưng được điều trị nhiễm trùng thành công với kháng sinh uống và không phải mổ lại. Biến chứng nổi bóng nước da xuất hiện trên 2 bệnh nhân và bóng nước tự hết, không có bệnh nhân nào có tụ dịch hay tụ máu, và dấu hiệu bung vết mổ cũng không xảy ra. So với nghiên cứu của chúng tôi, có 2/33 (6.1%) trường hợp có ghi nhận mép vết thương hở rộng hơn so với khi vừa tháo VAC ở các lần thay băng sau đó, 1/33 (3.03%) trường hợp nổi bóng nước sau khi đặt VAC ngày 1 hậu phẫu, 1/33 (3.03%) trường hợp bong tróc thượng bì sau khi tháo VAC, bệnh nhân này được mổ lại 2 lần.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có sự tương quan giữa chiều dài vết mổ và lượng dịch VAC hút được. Chiều dài vết mổ càng lớn, lượng dịch hút được sẽ càng nhiều.

Phương trình hồi quy tuyến tính:

$$Y(\text{ml}) = -8.67 + 2.73X(\text{cm}), R=0.8996$$

Với X là chiều dài vết thương và Y là thể tích dịch hút được từ VAC

Hệ số tương quan $R=0.8996$ cho thấy mức độ tương quan mạnh. Hiện chưa có nghiên cứu nào mô tả mối tương quan giữa chiều dài vết mổ và lượng dịch VAC hút được của các tác giả trên thế giới.

V. KẾT LUẬN

Áp dụng phương pháp áp lực âm đóng da thì đầu đường mổ sau phẫu thuật chi dưới là kỹ thuật an toàn với biến chứng trong và sau khi phẫu thuật thấp. Tỷ lệ lành vết mổ thì đầu cao, không làm tăng chi phí điều trị nhưng làm giảm số ngày nằm viện. Tuy nhiên do nghiên cứu với số mẫu ít, thời gian theo dõi hạn chế, do đó cần có các nghiên cứu bổ sung hoàn chỉnh hơn nữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Minh T, Đỗ Phước H.** Liệu Pháp Áp Lực Âm Điều Trị Hỗ Trợ Vết Thương Phần Mềm Trong Gãy Hở Độ IIIA, IIIB Thân Xương Dài Chi Dưới. Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh; 2014.
2. **Cowan KN, Teague L, Sue SC, Mahoney JL.** Vacuum-assisted wound closure of deep sternal infections in high-risk patients after cardiac surgery. *Ann Thorac Surg.* 2005;80(6):2205-2212. doi:10.1016/j.athoracsurg.2005.04.005
3. **Scherer LA, Shiver S, Chang M, Meredith JW, Owings JT.** The vacuum assisted closure device: a method of securing skin grafts and improving graft survival. *Arch Surg Chic Ill* 1960. 2002;137(8):930-933; discussion 933-934. doi:10.1001/archsurg.137.8.930

4. **Stannard JP, Gabriel A, Lehner B.** Use of negative pressure wound therapy over clean, closed surgical incisions. *Int Wound J.* 2012;9 Suppl 1(Suppl 1):32-39. doi:10.1111/j.1742-481X.2012.01017.
5. **Suzuki T, Minehara A, Matsuura T, Kawamura T, Soma K.** Negative-pressure wound therapy over surgically closed wounds in open fractures. *J Orthop Surg Hong Kong.* 2014;22(1): 30-34. doi:10.1177/230949901402200109
6. **Lin KC, Li YS, Tarng YW.** Safety and Efficacy of Prophylactic Closed Incision Negative Pressure Therapy after Acute Fracture Surgery. *Injury.* 2020;51(8): 1805-1811. doi:10.1016/j.injury.2020.05.032
7. **West J, Wetherhold J, Schulz S, Valerio I.** A Novel Use of Next-Generation Closed Incision Negative Pressure Wound Therapy After Major Limb Amputation and Amputation Revision. *Cureus.* 2020 Sep 11;12(9):e10393. doi: 10.7759/cureus.10393.
8. **Zayan NE, West JM, Schulz SA, Jordan SW, Valerio IL.** Incisional Negative Pressure Wound Therapy: An Effective Tool for Major Limb Amputation and Amputation Revision Site Closure. *Adv Wound Care (New Rochelle).* 2019 Aug 1;8(8):368-373. doi: 10.1089/wound.2018.0935.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRƯỚC KHI ĐẾN VIỆN VỚI CÁC BỆNH LÝ TAI MŨI HỌNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Đào Trọng Tuấn¹, Nguyễn Việt Hải¹, Nguyễn Việt Hưng¹,
Đoàn Hồng Anh¹, Hồ Chí Thanh¹, Nguyễn Thế Trọng¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu đánh giá thực trạng sử dụng kháng sinh trước khi đến viện của bệnh nhân mắc bệnh Tai Mũi Họng tại Bệnh viện TWQĐ 108. Với thiết kế nghiên cứu cắt ngang, khảo sát 348 trên tổng số 620 bệnh nhân. Kết quả cho thấy tỷ lệ sử dụng kháng sinh không kê đơn cao, đặc biệt ở khu vực nông thôn (64%), với nhiều bệnh nhân kéo dài thời gian sử dụng hoặc dùng thuốc không theo hướng dẫn. Sự thiếu nhận thức về tác dụng của kháng sinh và nguy cơ kháng thuốc cũng như hạn chế tiếp cận dịch vụ y tế đã góp phần làm tăng tình trạng này. Nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nâng cao nhận thức cộng đồng, thắt chặt quản lý việc bán kháng sinh và cải thiện dịch vụ y tế tại các khu vực khó khăn để giảm thiểu nguy cơ kháng kháng sinh.

Từ khóa: Sử dụng kháng sinh, bệnh Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

SUMMARY

THE STATUS OF ANTIBIOTIC USE BEFORE HOSPITAL ADMISSION IN ENT DISEASES AT 108 CENTRAL MILITARY HOSPITAL

The study investigates the prevalence of antibiotic use prior to hospital visits among patients with ENT (Ear, Nose, Throat) conditions at Central Military Hospital 108. Using a cross-sectional survey design, 348 out of 620 patients were examined. Results revealed a high rate of non-prescribed antibiotic use, particularly in rural areas (64%), with many patients extending or ceasing their medication without medical guidance. Limited awareness of antibiotic effects and resistance risks, along with restricted access to

healthcare services, exacerbated this issue. The study highlights the need for public awareness campaigns, stricter antibiotic sale regulations, and improved healthcare access in underserved areas to mitigate antibiotic resistance risks. **Keywords:** Antibiotic use, ENT conditions, Central Military Hospital 108.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý Tai Mũi Họng (TMH) như viêm tai giữa, viêm xoang, viêm amidan là các bệnh phổ biến khiến người bệnh đến khám và điều trị tại các cơ sở y tế. Tuy nhiên, tình trạng sử dụng kháng sinh tự ý cho các bệnh TMH trước khi đến viện đang diễn ra phổ biến và đáng lo ngại. Theo khảo sát của Bộ Y tế Việt Nam, tỷ lệ lạm dụng kháng sinh trong điều trị bệnh lý TMH vẫn cao, đặc biệt ở các khu vực nông thôn [2]. Điều này làm tăng nguy cơ kháng kháng sinh, gây khó khăn cho việc điều trị bệnh nhiễm khuẩn [3]. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) cũng chỉ ra rằng tỷ lệ kháng kháng sinh trong các bệnh TMH ở các nước đang phát triển, bao gồm Việt Nam, đã và đang gia tăng nhanh chóng [1].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

• Đối tượng nghiên cứu: 348 bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh trên tổng số 620 bệnh nhân mắc các bệnh lý TMH đến khám tại Bệnh viện TWQĐ 108.

• Địa điểm nghiên cứu: Phòng khám chuyên khoa TMH, Bệnh viện TWQĐ 108.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

• Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.
• Phương pháp thu thập dữ liệu: Khảo sát bằng bảng hỏi để thu thập thông tin về tiền sử sử dụng kháng sinh cho bệnh TMH, lý do sử

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Hải
Email: ngviethai2310@gmail.com
Ngày nhận bài: 12.2.2025
Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025
Ngày duyệt bài: 23.4.2025