

tuyến tụy. Hút thuốc cũng làm tăng nguy cơ biến chứng tim mạch, thần kinh, gây khó khăn hơn trong điều trị ĐTĐ. Do đó, cai thuốc lá là một trong những khuyến cáo quan trọng để cải thiện kiểm soát HbA1c và phòng ngừa biến chứng.

Nghiên cứu cho thấy, tăng huyết áp có mối liên quan với việc kiểm soát HbA1c. Trong khi đó, các yếu tố bệnh tim mạch, bệnh thận không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với việc kiểm soát HbA1c ($p > 0,05$). Nhóm bệnh nhân có THA kiểm soát HbA1c tốt hơn nhóm bệnh nhân không THA.

V. KẾT LUẬN

- **Tỷ lệ kiểm soát HbA1c thấp:** Chỉ 32,1% bệnh nhân đạt mục tiêu HbA1c ($\leq 7\%$), thấp hơn một số nghiên cứu trước đó, có thể do thời gian mắc bệnh kéo dài và mức độ tuân thủ điều trị chưa tốt.

- Các yếu tố ảnh hưởng:

Kiểm soát kém hơn ở nhóm: bệnh nhân trên 60 tuổi, mắc bệnh trên 10 năm, thừa cân/béo phì, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu.

Kiểm soát tốt hơn ở nhóm: bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn uống hợp lý, không hút thuốc, vận động thường xuyên.

Tăng huyết áp có liên quan đến kiểm soát HbA1c tốt hơn, có thể do bệnh nhân được theo dõi y tế chặt chẽ hơn.

Điều trị: Chủ yếu bằng thuốc uống (48,5%), nhưng tỷ lệ kiểm soát HbA1c còn thấp, nhấn mạnh nhu cầu cá thể hóa điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation** (2021), IDF Diabetes Atlas (10th ed.), 1-135,
2. **World Health Organization** (2016), Global report on diabetes, World Health Organization,
3. **Bộ Y tế Việt Nam** (2020), Quyết định 5481-QĐ/BYT: Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2",
4. **Nathan, D.M., Turgeon, H., & Regan, S.** (2007), Relationship between glycated hemoglobin levels and mean glucose levels over time, *Diabetologia*, 50(11), 2239-2244,
5. **International Expert Committee** (2009), International Expert Committee report on the role of the A1C assay in the diagnosis of diabetes, *Diabetes Care*, 32(7), 1327-1334,
6. **Khue Thy Nguyen, Binh Thanh Thi Diep và các cộng sự khác** (2019), A cross-sectional study to evaluate diabetes management, control, and complications in 1631 patients with type 2 diabetes mellitus in Vietnam, *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 40(1), 70-79,
7. **Đỗ Đình Tùng, Nguyễn Hồng Loan** (2023), Nghiên cứu thực trạng kiểm soát glucose máu và các yếu tố nguy cơ ở người đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 525(1A), 77-80,
8. **Vũ Thanh Bình, Lê Đức Cường** (2022), Thực trạng kiểm soát Glucose máu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ĐTĐ Type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình Năm 2019, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 513(2), 207-211,
9. **Nguyễn Lê Diệu Hiền, Đỗ Thị Thanh Thư** (2024), Tình hình kiểm soát HbA1c và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại Bệnh viện Đà Nẵng, *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế*, 96, 26-32,

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG ỐNG NỘI KHÍ QUẢN CÓ HÚT TRÊN BÓNG CHÈN (ỐNG HILO-EVAC) Ở BỆNH NHÂN THỞ MÁY

Nguyễn Đức Linh¹, Nguyễn Tuấn Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét thực trạng sử dụng ống nội khí quản có hút trên bóng chèn (HiLo-Evac) tại Trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai. **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu trên 105 bệnh nhân được thở máy qua nội khí quản tại trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023. **Kết quả:** Trong 105 bệnh nhân nghiên cứu với tỷ lệ nam/nữ: 2/1, tuổi trung bình: $57,72 \pm 18,64$ với 41% bệnh nhân có tuổi từ 60 đến

80 tuổi. Nguyên nhân thông khí nhân tạo xâm nhập gặp nhiều nhất là viêm phổi với 56,2%. Tỷ lệ sử dụng ống NKQ HiLo-Evac là 28,6%, chủ yếu được sử dụng tại Trung tâm Hồi sức tích cực với 86,7%. Không có sự khác biệt về độ sâu của ống nội khí quản giữa 2 loại, áp lực cuff của ống HiLo-Evac nhỏ hơn ($18,80 \pm 0,761$ so với $19,68 \pm 0,98$, với $p=0,00$). Tỷ lệ viêm phổi thở máy ở nhóm sử dụng ống HiLo-Evac là thấp hơn (10% so với 40% với $p = 0,002$). Không ghi nhận các biến chứng đáng kể có khác biệt khi sử dụng 2 loại ống nội khí quản. **Kết luận:** Việc sử dụng ống NKQ HiLo-Evac là tương đối an toàn và có xu hướng giảm tỷ lệ VAP cũng như ngày thở máy, tuy nhiên việc sử dụng ống NKQ HiLo-Evac không cho thấy sự cải thiện về tỷ lệ kết cục xấu/tử vong.

Từ khóa: ống nội khí quản có hút trên cuff, ống HiLo-Evac, viêm phổi thở máy.

SUMMARY

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Lão khoa Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Linh

Email: nguyendulinhstc@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025

CURRENT STATUS OF USING SUCTION-INDUCED ENDOTRACHEAL TUBE ON CLOTH (HILO-EVAC TUBE) IN PATIENTS ON VENTILATORS

Objective: To evaluate application the current status of endotracheal tube use with suction on cuff (HiLo-Evac. **Method:** a prospective descriptive study, data was collected all patients who use invasive ventilation via endotracheal intubation at the Intensive Care Center - Bach Mai Hospital during period from March 2023 to September 2023. **Results:** 105 patients were involved this study in which male/female ratio 2:1, the mean age was 57.72 ± 18.64 , the common age group was 60 – 80 years old. The most common cause of invasive mechanical ventilation was pneumonia with 56.2%. The rate of using HiLo-Evac NKQ tubes was 28.6%, mainly used at the Intensive Care Center with 86.7%. There was no difference in the depth of the endotracheal tube between the 2 types, the cuff pressure of the HiLo-Evac tube was smaller (18.80 ± 0.761 vs. 19.68 ± 0.98 , with $p = 0.00$). The rate of ventilator-associated pneumonia in the group using HiLo-Evac tubes was lower (10% vs. 40% with $p = 0.002$). No significant complications were noted when using the two types of endotracheal tubes. **Conclusion:** The use of the HiLo-Evac NKQ tube was relatively safe and tended to reduce the rate of VAP as well as the number of days on mechanical ventilation, however the use of the HiLo-Evac NKQ tube did not show an improvement in the rate of adverse outcomes/mortality.

Keywords: endotracheal tube with suction on cuff, HiLo-Evac tube, ventilator-associated pneumonia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

NKQ (NKQ) là phương tiện khai thông đường dẫn khí cơ bản hàng đầu trong cấp cứu hồi sức. Thủ thuật đặt NKQ tuy đơn giản song đóng vai trò hết sức quan trọng và khởi đầu cho mọi biện pháp hỗ trợ hô hấp xâm nhập. Bên cạnh những lợi ích to lớn, cứu sống phần lớn bệnh nhân mang trong mình bệnh lý trầm trọng đặc biệt những bệnh nhân không thể tự đảm bảo hoạt động hô hấp bình thường, đặt NKQ-TM cũng gây ra không ít biến chứng nặng nề. Các biến chứng này có thể xảy ra ngay từ khi đặt NKQ cũng như trong quá trình lưu ống thở máy hoặc khi rút NKQ kết thúc TKNT¹. Theo những báo cáo gần đây tại Mỹ, cứ 1000 người nhập viện thì có từ 5 đến 10 bệnh nhân mắc VAP, cứ sau 1000 ngày thở máy thì có từ 10 đến 15 bệnh nhân mắc viêm phổi. Tỷ lệ VAP tại các ICU ước từ 9 đến 25%^{2,3}. Mặc dù y học đã có nhiều tiến bộ trong phương pháp chẩn đoán, điều trị cũng như trong kỹ thuật thở máy song việc điều trị VAP còn gặp nhiều khó khăn, hiệu quả thu được chưa cao từ đó dẫn tới kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị và tăng tỷ lệ tử vong

Từ đầu những năm 90, nhiều nghiên cứu đã chứng minh sự cư trú, di chuyển và hít phải mầm bệnh từ dịch nhiễm khuẩn đọng trên cuff ở khoang hạ thanh môn vào đường hô hấp dưới là cơ chế quan trọng hàng đầu gây viêm phổi cho bệnh nhân trong quá trình thở máy. Đồng thời, các nghiên cứu này cũng cho thấy tỷ lệ VAP giảm đáng kể khi loại bỏ dịch bội nhiễm trên cuff này. Qua đó, việc áp dụng biện pháp hút và loại bỏ dịch đọng trên cuff trong quá trình thở máy đã trở thành biện pháp dự phòng VAP hữu hiệu, nổi bật nhất trong thành tựu đó là sự ra đời của ống NKQ Hi-lo evac với sự kết hợp giữa ống NKQ thông thường và hệ thống hút dịch ở khoang trên cuff⁶. Áp dụng ống NKQ hi lo evac đã chứng tỏ được hiệu quả kinh tế cũng như lợi ích chuyên môn để làm giảm đáng kể tỷ lệ VAP, mở đầu cho sự ra đời của một thế hệ ống NKQ mới. Tại Việt Nam, VAP cũng đã được biết tới từ khá lâu, một số biện pháp hiệu quả đã được áp dụng góp phần làm giảm tỷ lệ viêm phổi tại các trung tâm hồi sức lớn, nơi các bệnh nhân đều cần được TKNT xâm nhập chiếm tỷ lệ cao. Nhưng chưa có một cơ sở nào áp dụng kỹ thuật CASS với ống NKQ Hi-Lo evac để ngăn ngừa VAP.

Tại Trung tâm Hồi Sức Tích Cực bệnh viện Bạch Mai, việc sử dụng ống nội khí quản có hút trên bóng chèn còn nhiều bất cập, do thiếu vật tư trang thiết bị hoặc do người bệnh đã được đặt ống từ đơn vị khác trước khi chuyển đến trung tâm. Vì vậy, chúng tôi làm nghiên cứu về "Thực trạng sử dụng ống nội khí quản có hút trên bóng chèn 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

- Tất cả bệnh nhân trên 18 tuổi.
- Có lưu ống nội khí quản, thở máy trên 48 giờ.

• Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bằng chứng viêm phổi từ trước: sốt, tăng bạch cầu, có dấu hiệu thâm nhiễm phổi trên chẩn đoán hình ảnh,...
- Bệnh nhân được chẩn đoán suy giảm miễn dịch từ trước.
- Bệnh nhân hoặc đại diện bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

• **Phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu, mô tả, cỡ mẫu chọn toàn bộ

• **Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 3/2023 đến tháng 9/2023

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

• **Các bước tiến hành nghiên cứu:**

- + Bệnh nhân đủ điều kiện vào nghiên cứu, được tiến hành lấy các thông tin bắt đầu nghiên cứu.
- + Theo dõi và đánh giá đáp ứng và các triệu chứng xuất hiện trong quá trình điều trị.
- + Kết thúc nghiên cứu khi bệnh nhân ra viện, xin về hoặc được mở khí quản.
- + Ghi nhận các biến cố khi điều trị liên quan đến tình trạng thở máy và ống nội khí quản của bệnh nhân.

2.3. Phương pháp phân tích số liệu

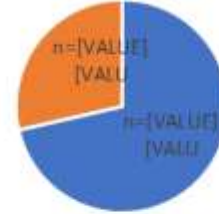
- Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học SPSS 20.00.
- Các thuật toán: Tính tỉ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh tỉ lệ %, các kiểm định T- test, Mann-Whitney test. Khoảng tin cậy là 95%, các kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$, vẽ đường cong ROC cho các chỉ số, tính diện tích dưới đường cong

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được hội đồng đề cương trường Đại học Y Hà Nội, Hội đồng khoa học Bệnh viện Bạch Mai thông qua. Tất cả các đối tượng tham gia đều được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Mọi thông tin của bệnh nhân đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 105 bệnh nhân với tuổi trung bình $57,72 \pm 18,64$ tuổi, độ tuổi chiếm ưu thế là 60 – 80 tuổi với 41%, tỷ lệ bệnh nhân nam giới chiếm 63,8%, bệnh lý chính khi nhập viện là viêm phổi với 56,2%.



■ Ống NKQ thường ■ Ống NKQ có hút trên bóng chèn
Biểu đồ 1: Tỷ lệ sử dụng ống nội khí quản HiLo-Evac

Nhận xét: Trong nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân được sử dụng ống NKQ không có hệ thống hút trên bóng chèn, chỉ có 28,6% sử dụng hệ thống hút trên bóng chèn (HiLo-evac)

Bảng 1: Nơi sử dụng ống nội khí quản HiLo-Evac

N=105

		Ống NKQ thường (n=75)	Ống NKQ có hút trên bóng chèn (n=30)	p
Nơi đặt ống NKQ	TT-Cấp cứu A9	21 (28%)	1 (4,5%)	0,001
	TT Hồi sức tích cực	1 (3,3%)	26 (86,7%)	
	TT khác trong viện	18 (24%)	3 (10%)	
	Tuyến dưới	35 (46,7%)	0 (0%)	
Số lần đặt ống NKQ	1 lần	70 (93,33%)	22 (73,33%)	0,043
	2 lần	5 (6,67%)	8 (26,67%)	

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tỷ lệ sử dụng ống này cao hơn đáng kể ở trung tâm Hồi sức tích cực, phần lớn các ống NKQ đều được đặt thành công trong 1 lần

Bảng 2: Chỉ định đặt ống nội khí quản

N=105

		Ống NKQ thường (n=75)	Ống NKQ có hút trên bóng chèn (n=30)	p
Chỉ định đặt ống NKQ	Suy hô hấp	55 (73,3%)	22 (73,3%)	0,65
	Bảo vệ đường thở	18 (24%)	8 (26,7%)	
	Sau gây mê	2 (2,7%)	0 (0%)	
Chỉ định đặt ống NKQ	Viêm phổi	43 (57,3%)	16 (53,3%)	0,65
	Đợt cấp COPD	7 (9,3%)	2 (6,7%)	
	Phù phổi cấp	2 (2,7%)	5 (16%)	
	Viêm tụy cấp	2 (2,7%)	2 (6,7%)	
	Bệnh lý khác	16 (21,3%)	3 (10%)	

Nhận xét: Trong nghiên cứu, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ định đặt ống NKQ và loại ống NKQ sử dụng.

Bảng 3: Đặc điểm ống nội khí quản được sử dụng

N=105

		Ống NKQ thường (n=75)	Ống NKQ có hút trên bóng chèn (n=30)	p
Độ sâu ống NKQ (cm)	Trung bình (X ± SD)	22,36 ± 1,08	22,07 ± 1,08	0,215
	Nhỏ nhất	21	20	
	Lớn nhất	24	24	

Áp lực bóng chèn (cmH₂O)	Trung bình (X ± SD)	19,68 ± 0,98	18,80 ± 0,761	0,000
	Nhỏ nhất	17	17	
	Lớn nhất	22	20	

Nhận xét: Trong nghiên cứu, không ghi nhận sự khác biệt về độ sâu khi cố định giữa 2 loại ống NKQ, tuy nhiên về áp lực bóng chèn cố định có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 4: Kết quả điều trị

N=105

		Ống NKQ thường (n=75)	Ống NKQ có hút trên bóng chèn (n=30)	p
Kết cục bệnh nhân	Tử vong/xin về	25 (33,3%)	9 (30%)	0,82
	Sống sót	50 (66,7%)	21 (70%)	
Tình trạng VPLQTM	Có VAP	30 (40%)	3 (10%)	0,002
	Không VAP	45 (60%)	27 (90%)	
Mở khí quản	Có	12 (16%)	4 (13,3%)	1,0
	Không	63 (84%)	26 (86,7%)	
Kết quả rút NKQ	Thành công	40 (69%)	18 (74,2%)	0,81
	Không thành công/không rút nkq	23 (31%)	8 (25,8%)	
Số ngày lưu ống NKQ	Trung bình (X ± SD)	8,85 ± 6,23	11,07 ± 9,02	0,234
	Tối đa	1	2	
	Tối thiểu	29	35	
Thời gian VPLQTM (ngày)	Trung bình (X ± SD)	3,33 ± 0,57	7,10 ± 3,09	0,046
	Min	3	4	
	Max	12	15	

Nhận xét: Trong nghiên cứu, số ngày lưu ống NKQ HiLo-Evac có xu hướng cao hơn so với ống NKQ thường, thời điểm xuất hiện VAP có xu hướng dài hơn ở nhóm sử dụng ống HiLo-evac, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ VAP cao hơn gần gấp 4 lần ở nhóm ống NKQ thường so với nhóm HiLo-evac với $p < 0,05$.

Bảng 5: Biến chứng khi sử dụng ống nội khí quản

N=105

		Ống NKQ thường (n=75)	Ống NKQ có hút trên bóng chèn (n=30)	p
Biến chứng trong quá trình đặt ống nội khí quản				
Không biến chứng	Không biến chứng	61 (70,9%)	25 (83,3%)	0,66
	Có biến chứng			
	Co thắt thanh quản	6 (8%)	1 (3,3%)	
	Chảy máu miệng họng	8 (10,7%)	4 (13,3%)	
Biến chứng trong quá trình lưu ống NKQ				
Không biến chứng	Không biến chứng	72 (70,9%)	27 (83,3%)	0,81
	Ống vào sâu	0 (0%)	1 (3,3%)	
	Tuột ống/tự rút ống	3 (10,7%)	2 (13,3%)	
	Tắc ống NKQ	0 (0%)	0 (0%)	

Nhận xét: Trong nghiên cứu, phần lớn là không ghi nhận biến chứng trong quá trình đặt ống NKQ, tỷ lệ này không khác biệt giữa 2 loại ống NKQ với $p > 0,05$. Phần lớn trong quá trình sử dụng không ghi nhận các biến chứng, không có sự khác biệt giữa 2 loại ống NKQ với $p < 0,05$

IV. BÀN LUẬN

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là $57,72 \pm 18,64$ với tuổi cao nhất là 92 tuổi và thấp nhất là 16 tuổi, hơn một nửa số bệnh nhân ở độ tuổi từ 60 trở lên. Đây là một yếu tố nặng của các bệnh nhân nhiễm khuẩn nói riêng và của các bệnh nhân hồi sức tích cực nói chung. Nghiên cứu của các tác giả khác cũng nhận thấy các bệnh nhân vào khoa Hồi sức tích cực có độ tuổi khá cao. Theo

Nguyễn Thị Thu Hà và cộng sự², 98 bệnh nhân viêm phổi cộng đồng vào điều trị tại bệnh viện Bạch Mai có tuổi trung bình là 68,6 tuổi. Với 399 bệnh nhân viêm phổi vào khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai, trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Huy và cộng sự³ có tuổi trung bình là 56,9 tuổi. Tuổi cao là một yếu tố nặng của các bệnh nhân nhiễm khuẩn nói riêng và của các bệnh nhân hồi sức tích cực nói chung. Hơn 2 phần 3 số bệnh nhân của chúng tôi có ít nhất 1 bệnh mạn tính, số có 2 đến 3 bệnh mạn tính là 25%. Như vậy, khi đánh giá nguy cơ về bệnh đi kèm, đa số bệnh nhân vào Trung tâm Hồi sức tích cực của chúng tôi sẽ được xếp vào nhóm nguy cơ trung bình hoặc cao¹. Trong các bệnh lý nền, phổ biến nhất là các bệnh lý về đái tháo

đường, tăng huyết áp và các bệnh lý về mạch máu, cơ cấu bệnh như này phù hợp với xu thế phát triển công nghiệp hóa khi các bệnh lý chuyển hóa xuất hiện nhiều hơn kèm theo các bệnh lý về mạch máu xuất hiện như một hệ quả của các bệnh lý chuyển hóa.

Trong nghiên cứu, chúng tôi cũng nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân nam giới cao gần gấp 1,5 lần nhóm bệnh nhân nữ giới. Nam giới thường có các thói quen xấu như hút thuốc lá, sử dụng chất có cồn,... có lẽ vì lý do trên bệnh nhân nam giới thường có xu hướng nặng hơn và nhập các đơn vị hồi sức tích cực nhiều hơn so với các bệnh nhân nữ. Tỷ lệ này cũng gặp trong các nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà, Nguyễn Văn Huy hoặc trong nghiên cứu ngoài nước của Vincet

Từ kết quả Biểu đồ 1, tỷ lệ sử dụng ống NKQ HiLo-evac trong nghiên cứu của chúng tôi là 28,6% - 30/105 bệnh nhân, đây là tỷ lệ tương đối thấp so với mật độ bệnh nhân trong đơn vị lâm sàng của chúng tôi với mật độ bệnh nhân cao như đơn vị của chúng tôi. Khi so sánh với nghiên cứu của Phạm Thái Dũng thực hiện tại Bệnh viện 103, tỷ lệ sử dụng ống có hút trên bóng chèn là 49,35% (55/111 bệnh nhân). Tỷ lệ này cao hơn khá nhiều so với trong nghiên cứu của chúng tôi, tuy nhiên sự khác biệt đến từ việc lựa chọn bệnh nhân ban đầu của từng chuyên khoa.

Về lý do chỉ định đặt ống NKQ, chủ yếu bệnh nhân được đặt ống NKQ chủ yếu do các nguyên nhân về hô hấp với 73,33%, các nguyên nhân như bảo vệ đường thở hay sau gây mê chiếm tỷ lệ không cao với tỷ lệ dưới 25% với cả 2 nguyên nhân. Kết quả này phù hợp với nguyên nhân gây bệnh chủ yếu là các bệnh lý về hô hấp với trên 70% bệnh lý chính khiến bệnh nhân nhập viện, Đồng thời chúng tôi không nhận thấy sự khác biệt giữa các nguyên nhân đặt ống NKQ giữa 2 loại ống NKQ được sử dụng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Nhã, Lý do phải đặt NKQ-TM chủ yếu là hôn mê do TBMN trong đó XHN 11 (44%) bệnh nhân, chảy máu dưới nhện 10 (40%) nhồi máu não 2 (8%). Ống NKQ Hi-Lo evac về cơ bản cũng giống như NKQ thông thường khác khi đặt có thể gây rối loạn nhịp tim do phản xạ, do biến chứng của gây tê hay là do tình trạng giảm ôxy máu. Ở nghiên cứu của chúng tôi không xảy ra biến chứng nào nguy hiểm phải xử trí, có một vài trường hợp thay đổi nhịp tim, huyết áp tối đa, tối thiểu và huyết áp trung bình trước và sau đặt NKQ nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Về kỹ thuật đặt ống NKQ, trong nghiên cứu, chúng tôi với ống NKQ HiLo-evac có 8/30 lần

phải đặt ống NKQ 2 lần chiếm 26,67%, còn với việc sử dụng ống NKQ thường, tỷ lệ này là 6,67%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, với các trường hợp đặt ống NKQ ngoài Trung tâm Hồi sức tích cực, chúng tôi tiến hành hồi cứu qua việc trao đổi với nhân viên vận chuyển bệnh nhân. Tuy nhiên, với việc ống NKQ HiLo-evac có kích thước ngoài to hơn so với ống NKQ thường có cùng "cỡ", đồng thời theo cảm giác của chúng tôi ống NKQ HiLo-evac có vẻ cứng hơn tương đối so với ống NKQ thường đồng thời tại trung tâm Hồi sức tích cực có nhiều đối tượng thực tập cho nên kinh nghiệm xử lý các trường hợp đặt ống NKQ khó còn chưa thực sự đồng đều. Đồng thời bệnh nhân trong nghiên cứu, phần lớn là các trường hợp suy hô hấp, tiến hành đặt ống NKQ chủ yếu trong tình trạng cấp cứu cho nên tỷ lệ thành công có vẻ thấp hơn tương đối khi so sánh với ống NKQ thông thường.

Trong nghiên cứu, cũng nhận thấy sự khác biệt về thời gian VAP, trong đó ống NKQ thường, VAP xuất hiện sớm với ngày trung bình là $3,33 \pm 0,57$ ngày, còn với ống NKQ có bóng chèn là $7,10 \pm 3,09$ ngày. Trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Nhã Có 3/25 bệnh nhân (12%) được khẳng định VAP sau thời gian thở máy trung bình $5,3 \pm 1,5$ với ĐVP được ghi nhận tại thời điểm VAP là $6,7 \pm 0,6$. Tuy nhiên, chúng tôi không so sánh giá trị của ống HiLo-evac mà cần nhìn nhận tổng quát về cả quy trình chăm sóc ống NKQ cũng như các biện pháp khác. Tại thời điểm hiện tại, Trung tâm Hồi sức tích cực đã và đang triển khai gói dự phòng VAP và ống NKQ HiLo-evac là một phần trong đó. Điều này có thể giải thích được tỷ lệ VAP là tương đối thấp trong nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Việc sử dụng ống NKQ HiLo-Evac là tương đối an toàn và có xu hướng giảm tỷ lệ VAP cũng như số ngày thở máy, tuy nhiên việc sử dụng ống NKQ HiLo-Evac không cho thấy sự cải thiện về tỷ lệ kết cục xấu/tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vincent J-L., Sakr Y., Singer M., Martin-Loeches I. et al (2020): Prevalence and Outcomes of Infection Among Patients in Intensive Care Units in 2017. JAMA. Published online March 24, 2020. doi:10.1001/jama.2020.2717.
2. Nguyễn Thị Thu Hà, Hoàng Bùi Hải, Đặng Quốc Tuấn (2016): Đặc điểm viêm phổi cộng đồng vào nhập viện tại khoa Cấp cứu bệnh viện Bạch Mai: Lâm sàng và căn nguyên gây bệnh. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 477, tháng 10 số 2: 15-19.
3. Nguyễn Văn Huy, Đặng Quốc Tuấn, Bùi Thị Hương Giang, Phạm Hồng Nhung (2018): Đặc

điểm căn nguyên viêm phổi ở bệnh nhân mới vào khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2017 - 2018. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 472, số 1: 140-145.

4. **Trần Trung Kiên** (2000) "Nghiên cứu biến chứng của đặt nội khí quản đường miệng trong Hồi sức Cấp cứu". Luận văn thạc sĩ y khoa.. Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Giảng Thục Anh** (2004) "Nhận xét tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn BV

tai khoa ĐTTT BV Bạch Mai 2003 – 2004". Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú. Trường Đại học Y Hà Nội.

6. **Nguyễn Thị Dụ**. (2000) "Đánh giá hiệu quả chống viêm phế quản phổi mắc phải trên bệnh nhân thở máy dài ngày của phương pháp hút đờm kín khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai". Công trình nghiên cứu khoa học 1999 – 2000:266-271.

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN MỨC ĐỘ KIỂM SOÁT LDL-C Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Bùi Thị Minh Phượng¹, Nguyễn Duy Chí¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C và phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến kiểm soát LDL-C ở bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 198 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng động mạch vành mạn. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm LDL-C và phỏng vấn bệnh nhân. Phân tích thống kê được thực hiện bằng SPSS 26.0, sử dụng kiểm định Chi-square, t-test và hồi quy logistic đa biến để xác định yếu tố liên quan đến kiểm soát LDL-C. **Kết quả:** 31,8% bệnh nhân đạt mục tiêu LDL-C (<1,8 mmol/L), 68,2% chưa đạt. Các yếu tố ảnh hưởng quan trọng: Tuân thủ điều trị tốt giúp tăng khả năng đạt LDL-C (26,8% vs. 0%, $p = 0,001$). Hoạt động thể chất và chế độ ăn lành mạnh có tác động đáng kể ($p < 0,01$). Hút thuốc làm giảm khả năng kiểm soát LDL-C ($p = 0,03$). **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu LDL-C còn thấp. Cần tối ưu hóa điều trị statin, tăng cường giáo dục bệnh nhân về tuân thủ thuốc và lối sống lành mạnh để kiểm soát lipid máu hiệu quả hơn. **Từ khóa:** LDL-C, hội chứng động mạch vành mạn, kiểm soát lipid, yếu tố nguy cơ, tuân thủ điều trị, lối sống.

SUMMARY

FACTORS AFFECTING LDL-C CONTROL IN PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY SYNDROME AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objective: To determine the proportion of patients achieving LDL-C targets and analyze the factors influencing LDL-C control in patients with chronic coronary syndrome at Thai Binh General Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 198 patients diagnosed with chronic

coronary syndrome. Data were collected from medical records, LDL-C test results, and patient interviews. Statistical analysis was performed using SPSS 26.0, employing Chi-square tests, t-tests, and multivariate logistic regression to identify factors related to LDL-C control. **Results:** 31.8% of patients achieved the LDL-C target (<1.8 mmol/L), while 68.2% did not. Key influencing factors: Good treatment adherence significantly increased the likelihood of achieving LDL-C targets (26.8% vs. 0%, $p = 0.001$). Physical activity and a healthy diet had significant impacts ($p < 0.01$). Smoking reduced the ability to control LDL-C ($p = 0.03$). **Conclusion:** The proportion of patients achieving LDL-C targets remains low. Optimizing statin therapy, enhancing patient education on medication adherence, and promoting a healthy lifestyle are essential for better lipid control. **Keywords:** LDL-C, chronic coronary syndrome, lipid control, risk factors, treatment adherence, lifestyle.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch, đặc biệt là hội chứng động mạch vành mạn (HCDMVM), là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới. Trong đó, cholesterol lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL-C) đóng vai trò quan trọng trong cơ chế hình thành mảng xơ vữa, làm tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim và đột quỵ. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng kiểm soát LDL-C ở mức mục tiêu có thể giúp giảm nguy cơ biến cố tim mạch lên đến 24%[1].

Theo khuyến cáo của Hiệp hội Tim mạch Châu Âu (ESC 2023), bệnh nhân HCDMVM thuộc nhóm nguy cơ rất cao cần đạt LDL-C <1,4 mmol/L, trong khi nhóm nguy cơ cao cần kiểm soát LDL-C dưới 1,8 mmol/L [2]. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đạt được mục tiêu này vẫn còn thấp, đặc biệt ở các nước đang phát triển [3].

Tại Việt Nam, kiểm soát LDL-C còn nhiều thách thức do tuân thủ điều trị kém, chế độ ăn

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Minh Phượng

Email: minhphuongybt@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025