7. **Cảnh PH.** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và thể tích khí phế thũng ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính bằng cắt lớp vi tính đa dãy. Trường Đại học Y Hà Nội; 2017.
8. **Smith BM, Austin JH, Newell Jr JD, et al.** Pulmonary emphysema subtypes on computed tomography: the MESA COPD study. The American journal of medicine. 2014;127(1):94. e7-94. e23.
9. **Song, Lan, et al.** "Quantitative CT analysis in patients with pulmonary emphysema: do calculated differences between full inspiration and expiration correlate with lung function?." International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2020): 1877-1886.

BIẾN CHỨNG DI LỆCH THANH SAU PHẪU THUẬT NUSS ĐIỀU TRỊ LÕM NGỰC BẨM SINH

Trần Thanh Vỹ[1,2], Hồ Tất Bằng[1,2], Lâm Thảo Cường[1,2], Lê Thị Thiên Nga[1], Đào Duy Phương[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến biến chứng di lệch thanh sau phẫu thuật nâng xương ức ít xâm lấn (Nuss) điều trị lõm ngực bẩm sinh tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca trên 524 bệnh nhân được phẫu thuật Nuss từ tháng 3/2008 đến tháng 5/2023. Các biến số thu thập bao gồm: đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng, cận lâm sàng, chỉ số Haller, chỉ số BMI, tiền sử viêm hô hấp và các đặc điểm phẫu thuật. **Kết quả:** Tỷ lệ di lệch thanh sau mổ là 2,67%. Hai yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê là chỉ số BMI thấp (<18,5) (p = 0,006) và tiền sử viêm hô hấp kéo dài (p = 0,038). Các yếu tố như tuổi, giới tính, chỉ số Haller và hình thái lõm ngực không liên quan có ý nghĩa với biến chứng này. **Kết luận:** Di lệch thanh là biến chứng hiếm gặp nhưng gây thất bại điều trị. Việc nhận diện sớm các yếu tố nguy cơ như BMI thấp và viêm hô hấp mạn tính góp phần cải thiện tiên lượng và lựa chọn kỹ thuật cố định phù hợp trong phẫu thuật điều trị lõm ngực bẩm sinh. ***Từ khóa:*** Di lệch thanh; Phẫu thuật Nuss; Lõm ngực bẩm sinh

SUMMARY

BAR DISPLACEMENT COMPLICATION AFTER NUSS PROCEDURE FOR PECTUS EXCAVATUM

Objective: This study aimed to determine the prevalence and associated factors of bar displacement following the Nuss procedure for pectus excavatum at University Medical Center Ho Chi Minh City. **Methods:** A retrospective case series was conducted on 524 patients who underwent Nuss procedure from March 2008 to May 2023. Collected variables included demographic data, clinical characteristics, Haller index, BMI, history of respiratory infections, and surgical details. **Results:** The prevalence of bar displacement was 2.67%. Two factors significantly associated with displacement were low BMI (<18.5) (p = 0.006) and prolonged history of respiratory infections (p = 0.038). Other factors such as age, sex, Haller index, and chest wall morphology showed no significant association. **Conclusion:** Bar displacement is a rare but important complication that can compromise treatment outcomes. Early identification of risk factors such as low BMI and chronic respiratory conditions may help improve prognosis and guide the selection of appropriate fixation strategies in the surgical management of pectus excavatum. ***Keywords:*** Bar displacement; Nuss procedure; Pectus excavatum.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lõm ngực bẩm sinh (pectus excavatum - PE) là dị tật phổ biến nhất của thành ngực trước, chiếm khoảng 1/1000 trẻ sinh sống, trong đó nam giới mắc bệnh nhiều gấp 4 lần nữ giới [1,2]. Dị tật này không chỉ ảnh hưởng đến thẩm mỹ mà còn có thể gây ra hậu quả chức năng đáng kể như suy giảm thông khí phổi, rối loạn huyết động và ảnh hưởng tâm lý ở trẻ em và thanh thiếu niên [3]. Trong lịch sử, nhiều phương pháp phẫu thuật đã được phát triển, trong đó phương pháp Ravitch truyền thống từng được sử dụng rộng rãi trước khi bị thay thế bởi phẫu thuật nâng xương ức ít xâm lấn do Nuss giới thiệu năm 1998 [2].

Kỹ thuật Nuss đã mở ra một kỷ nguyên mới trong điều trị PE với ưu điểm thẩm mỹ cao, ít tổn thương mô, thời gian hồi phục nhanh [1,4]. Tuy nhiên, một biến chứng đáng lo ngại sau phẫu thuật là hiện tượng di lệch thanh kim loại, biến chứng này có thể lên tới 15%, tùy theo kỹ thuật cố định, số lượng thanh và kinh nghiệm của phẫu thuật viên [5]. Di lệch thanh có thể biểu hiện dưới nhiều hình thức như trượt ngang, tụt sâu, xoay thanh hoặc lệch tại điểm bản lề, đôi khi cần can thiệp lại [2].

Nhiều phương pháp đã được đề xuất nhằm hạn chế biến chứng này, từ việc sử dụng thanh

[1]*Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*
[2]*Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Vỹ
Email: vy.tt@umc.edu.vn
Ngày nhận bài: 7.3.2025
Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025
Ngày duyệt bài: 9.5.2025

đôi, cầu nối (bridge bar), chỉ thép không gỉ cho đến các kỹ thuật cố định trung tâm bằng ốc vít hai bên [6]. Gần đây, chỉ số Bar Displacement Index (BDI) cũng được phát triển như một công cụ định lượng mức độ di lệch, hỗ trợ trong việc ra quyết định lâm sàng có nên phẫu thuật lại hay không [2]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về biến chứng di lệch thanh sau mổ Nuss còn hạn chế, đặc biệt là các yếu tố nguy cơ liên quan. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định tỉ lệ di lệch thanh sau phẫu thuật Nuss và phân tích các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả loạt ca

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân lõm ngực bẩm sinh, được điều trị phẫu thuật bằng phương pháp Nuss tại bệnh viện đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh từ tháng 3/2008 đến tháng 5/2023.

Tiêu chí chọn vào bao gồm: (1) Bệnh nhân được chẩn đoán dị dạng lõm ngực bẩm sinh; (2) Được điều trị bằng phẫu thuật Nuss, đặt một thanh, buộc chỉ thép; (3) Có đầy đủ hồ sơ phẫu thuật, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính. Tiêu chí loại ra bao gồm: (1) Đã từng được phẫu thuật điều trị lõm ngực trước đây; (2) Bệnh nhân lõm ngực kèm hở xương ức; (3) Bệnh nhân có hội chứng Poland.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ bệnh nhân lõm ngực bẩm sinh thỏa tiêu chí chọn mẫu.

2.3. Các biến số nghiên cứu

- Biến số phụ thuộc chính là tình trạng di lệch thanh sau phẫu thuật, được xác định khi có bằng chứng lâm sàng và/hoặc hình ảnh học ghi nhận sự thay đổi vị trí thanh kim loại được đặt trong khoang ngực, xảy ra trong vòng 2 năm sau phẫu thuật. Biến số này được phân loại thành hai nhóm: có di lệch và không di lệch.

- Các biến số độc lập bao gồm đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng, cận lâm sàng, hình thái giải phẫu ngực và đặc điểm phẫu thuật. Về mặt nhân khẩu học, các thông tin được thu thập bao gồm tuổi (dưới dạng số liên tục và phân nhóm: <6 tuổi, 6–11, 12–15, 16–18 và >18 tuổi), giới tính (nam/nữ), chiều cao (cm), cân nặng (kg) và chỉ số khối cơ thể – BMI, được phân loại thành ba nhóm: dưới 18,5 (suy dinh dưỡng), từ 18,5–22,9 (bình thường) và ≥23 (thừa cân).

- Các đặc điểm lâm sàng liên quan khác bao gồm thời điểm phát hiện bệnh (ngay sau sinh hoặc vào tuổi dậy thì), bệnh lý đi kèm như viêm hô hấp kéo dài, vẹo cột sống, hen phế quản, và các triệu chứng cơ năng như ảnh hưởng tâm lý, đau ngực khi vận động, thiếu sức khi tập luyện, khó thở khi gắng sức. Các đặc điểm siêu âm, điện tâm đồ cũng được ghi nhận. Hình thái dị dạng phân loại theo hai tiêu chí: phân loại Hyung Joo Park (gồm các nhóm IA, IB, IIA1, IIA2, IIA3, IIB, IIC) và chỉ số Haller, phân chia thành bốn nhóm: <3.2, từ 3.2–3.5, từ 3.6–6.0 và >6.0.

Về phẫu thuật, các biến số được thu thập bao gồm thời gian phẫu thuật (phút), có hay không đặt dẫn lưu màng phổi, thời gian lưu ống dẫn lưu (ngày), có sử dụng gây tê ngoài màng cứng, sử dụng morphin để giảm đau, và thời gian nằm viện (ngày).

2.4. Phương pháp phân tích dữ liệu. Dữ liệu thu thập được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm thống kê R. Các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Trong phân tích mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và biến chứng di lệch thanh, các biến định tính được so sánh giữa hai nhóm (di lệch và không di lệch) bằng kiểm định Chi bình phương (Chi-square test) hoặc Fisher's Exact test khi tần số kỳ vọng nhỏ hơn 5. Đối với các biến định lượng, so sánh trung bình giữa hai nhóm được thực hiện bằng kiểm định t độc lập (Independent Samples t-test) nếu phân phối chuẩn hoặc kiểm định Mann–Whitney nếu không phân phối chuẩn. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định là $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh phê duyệt. Tất cả dữ liệu được thu thập hồi cứu, bảo mật danh tính người bệnh và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1 trình bày đặc điểm chung của 524 bệnh nhân, bao gồm tuổi trung bình 11,3 ± 5,7, nam giới chiếm 74,8%, phần lớn được phát hiện bệnh ngay sau sinh (95,2%). Tỷ lệ bệnh kèm theo thấp và đa số có triệu chứng ảnh hưởng tâm lý (63,5%). Phần lớn bệnh nhân có BMI dưới 18,5 (72,7%).

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi	11.3 ± 5.7
Giới, n(%)	
Nam	392 (74.8)
Nữ	132 (25.2)
Thời điểm phát hiện bệnh	
Ngay sau sinh	499 (95.2)
Tuổi dậy thì	25 (4.8)

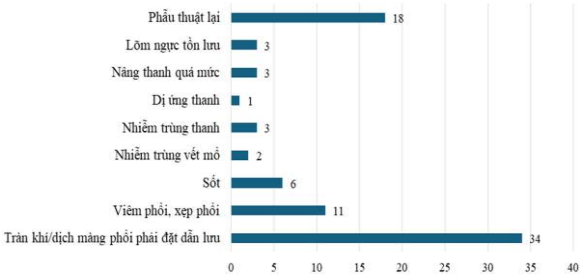
Bệnh kèm theo	
Viêm hô hấp kéo dài	12 (2.3)
Vẹo cột sống	7 (1.3)
Hen phế quản	5 (1.0)
Triệu chứng	
Ảnh hưởng tâm lý	333 (63.5)
Đau ngực	196 (37.4)
Thiếu sức khi tập luyện	187 (35.7)
Khó thở khi gắng sức	115 (21.9)
Chiều cao	135.6 ± 30.7
Cân nặng	32.6 ± 14.3
Phân loại BMI	
<18.5	381 (72.7)
18.5-22.9	97 (18.5)
≥23	46 (8.8)
Chỉ số Haller	
<3.2	97 (18.5)
3.2-3.5	94 (17.9)
3.6-6.0	329 (62.8)
>6.0	4 (0.8)
Phân loại lõm ngực theo Park	
IA	373 (71.2)
IB	65 (12.4)
IIA1	41 (7.8)
IIA2	12 (2.3)
IIA3	21 (4.0)
IIB	11 (2.1)
IIC	1 (0.2)
Chỉ số Haller	
<3.2	97 (18.5)
3.2-3.5	94 (17.9)
3.6-6.0	329 (62.8)
>6.0	4 (0.8)

Bảng 2 mô tả đặc điểm phẫu thuật, với thời gian mổ trung bình là 45,8 ± 18,9 phút, 14,3% có đặt dẫn lưu màng phổi, 28,6% gây tê ngoài màng cứng và 64,5% sử dụng morphin sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là 5,8 ± 1,4 ngày.

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật

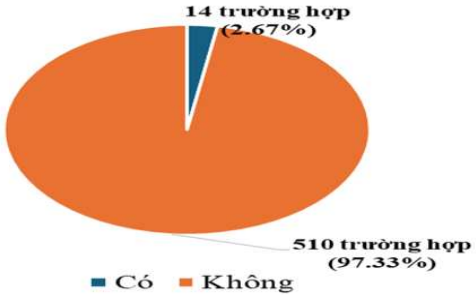
Đặc điểm	Tần số (%) Trung bình ± Độ lệch chuẩn (N=524)
Thời gian phẫu thuật	45.8 ± 18.9
Có dẫn lưu màng phổi	75 (14.3)
Thời gian lưu ống dẫn lưu	2.4 ± 1.1
Có gây tê ngoài màng cứng	150 (28.6)
Sử dụng giảm đau morphin	338 (64.5)
Thời gian nằm viện	5.8 ± 1.4

Biểu đồ 1 thể hiện tỷ lệ các biến chứng sớm sau mổ, phổ biến nhất là tràn khí/dịch màng phổi (6,5%), phẫu thuật lại (3,4%), viêm/xẹp phổi (2,1%) và các biến chứng khác như sốt, nhiễm trùng hoặc dị ứng thanh.



Biểu đồ 1. Biến chứng sớm sau phẫu thuật

Biểu đồ 2 minh họa tỷ lệ di lệch thanh sau mổ là 2,67%, xảy ra ở 14 trong số 524 bệnh nhân, trong vòng 2 năm sau phẫu thuật.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ biến chứng di lệch thanh

Kết quả cho thấy có hai yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với biến chứng di lệch thanh. Thứ nhất, bệnh nhân có viêm hô hấp kéo dài có tỷ lệ di lệch cao hơn đáng kể (16,7% so với 2,3%, p = 0,038). Thứ hai, chỉ số BMI thấp dưới 18,5 có liên quan đến nguy cơ di lệch cao hơn (4,7% so với 0,4% ở nhóm BMI 18,5–22,9, p = 0,006). Các yếu tố khác như tuổi, giới tính, phân loại hình thái lõm ngực theo Park, chỉ số Haller, các bất thường trên điện tâm đồ và siêu âm tim đều không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa với biến chứng này.

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến di lệch thanh

Đặc điểm	Không di lệch (N=510)	Di lệch (N=14)	Giá trị p
Tuổi	11.3 ± 5.7	11.3 ± 5.4	0.981
Nhóm tuổi			
<6	116 (97.5)	3 (2.5)	0.793
6-11	131 (96.3)	5 (3.7)	
12-15	132 (98.5)	2 (1.5)	
16-18	80 (96.4)	3 (3.6)	
>18	51 (98.1)	1 (1.9)	
Giới tính			
Nam	383 (97.7)	9 (2.3)	0.357
Nữ	127 (96.2)	5 (3.8)	
Thời điểm phát hiện bệnh			
Ngay sau sinh	485 (97.2)	14 (2.8)	1
Tuổi dậy thì	25 (100.0)	0 (0.0)	
Viêm hô hấp kéo dài			0.038

Không	500 (97.7)	12 (2.3)	
Có	10 (83.3)	2 (16.7)	
Vẹo cột sống			
Không	503 (97.3)	14 (2.7)	1
Có	7 (100.0)	0 (0.0)	
Hen phế quản			
Không	505 (97.3)	14 (2.7)	1
Có	5 (100.0)	0 (0.0)	
Ảnh hưởng tâm lý			
Không	188 (98.4)	3 (1.6)	0.276
Có	322 (96.7)	11 (3.3)	
Đau ngực			
Không	321 (97.9)	7 (2.1)	0.403
Có	189 (96.4)	7 (3.6)	
Thiếu sức khi tập luyện			
Không	331 (98.2)	6 (1.8)	0.098
Có	179 (95.7)	8 (4.3)	
Khó thở khi gắng sức			
Không	397 (97.1)	12 (2.9)	0.745
Có	113 (98.3)	2 (1.7)	
Chiều cao	135.6±30.8	137.9±28.4	0.766
Cân nặng	32.6±14.3	31.8±14.4	0.833
Phân loại BMI			
<18.5	221 (95.3)	11 (4.7)	0.006
18.5-22.9	237 (99.6)	1 (0.4)	
≥23	52 (96.3)	2 (3.7)	
Phân loại lõm ngực theo Park			
IA	365 (97.9)	8 (2.1)	0.222
IB	63 (96.9)	2 (3.1)	
IIA1	38 (92.7)	3 (7.3)	
IIA2	12 (100.0)	0 (0.0)	
IIA3	21 (100.0)	0 (0.0)	
IIB	10 (90.9)	1 (9.1)	
IIC	1 (100.0)	0 (0.0)	
Bất thường ECG			
Không	476 (97.3)	13 (2.7)	1
Có	34 (97.1)	1 (2.9)	
Bất thường siêu âm tim			
Không	499 (97.3)	14 (2.7)	1
Có	11 (100.0)	0 (0.0)	
Chỉ số Haller			
<3.2	91 (93.8)	6 (6.2)	0.056
3.2-3.5	94 (100.0)	0 (0.0)	
3.6-6.0	321 (97.6)	8 (2.4)	
>6.0	4 (100.0)	0 (0.0)	

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ di lệch thanh trong nghiên cứu này là 2.67%, nằm trong giới hạn thấp so với một số nghiên cứu quốc tế. Ghionzoli và cộng sự ghi nhận tỷ lệ này là 10.4% trong tổng số 48 bệnh nhân [5]. Tác giả Sa et al. báo cáo có đến 11.5% bệnh nhân cần phẫu thuật lại do di lệch thanh, và đề xuất chỉ số BDI với ngưỡng cắt 8,7 là tiêu chí định hướng can thiệp [2]. Ngược lại, Kim và cộng sự áp dụng hệ thống ốc cố định trung tâm hai bên kết hợp cho phép bệnh nhân vận động sớm nhưng không ghi nhận bất kỳ trường hợp lệch thanh nào trong số bệnh nhân phẫu thuật được theo dõi [7].

Một trong những cơ chế dẫn đến di lệch thanh được đề cập trong các nghiên cứu là chuyển động ba chiều của thanh sau mổ, bao gồm xoay, trượt và tụt sâu. Kỹ thuật cố định hai bên với ốc vít giúp kiểm soát cả ba hướng di chuyển, tạo sự ổn định vượt trội và hạn chế biến chứng mà vẫn cho phép bệnh nhân sớm trở lại sinh hoạt bình thường [7].

Các yếu tố liên quan đến nguy cơ di lệch cũng được nhiều tác giả đề cập. Sa et al. cho thấy bệnh nhân có chỉ số Haller cao (trung bình 5,0 ± 1,0) có nguy cơ lệch thanh cao hơn so với nhóm không lệch (HI = 4,0 ± 1,1) [2]. Ghionzoli et al. thì chứng minh sử dụng thanh ngắn hơn sẽ làm giảm lực xoắn lên thanh và giảm đáng kể nguy cơ lệch thanh (từ 10,4% xuống còn 1,1%, p = 0,0373) [5].

Một cải tiến đáng chú ý khác là vị trí đặt ốc cố định. Melhado và cộng sự đã áp dụng phương pháp đặt cố định ở vị trí trung tâm hai bên và cho phép bệnh nhân vận động hoàn toàn ngay sau mổ mà không ghi nhận ca lệch thanh nào, kể cả trong các trường hợp chơi thể thao sớm [6]. Điều này đặt lại vấn đề về sự cần thiết của các khuyến cáo hạn chế vận động nghiêm ngặt sau mổ.

Một số tác giả đã xây dựng một mô hình ra quyết định lâm sàng dựa trên chỉ số BDI để chuẩn hóa điều trị, giảm thiểu phẫu thuật lại không cần thiết. Đây là hướng đi triển vọng nhằm đưa ra quyết định dựa trên bằng chứng thay vì chỉ dựa vào đánh giá cảm quan hay kinh nghiệm cá nhân [2].

Tổng hợp các bằng chứng trên cho thấy, biến chứng di lệch thanh là vấn đề không hiếm gặp trong phẫu thuật Nuss và có thể hạn chế nếu áp dụng đúng kỹ thuật cố định và đánh giá nguy cơ từ trước mổ. Phát hiện mới từ nghiên cứu này về mối liên quan giữa BMI thấp và tiền sử viêm hô hấp kéo dài với nguy cơ di lệch góp phần mở rộng thêm các yếu tố cần lưu ý trong sàng lọc và chăm sóc bệnh nhân lõm ngực trước – trong – và sau phẫu thuật.

Nghiên cứu mới chỉ tập trung vào đánh giá biến chứng di lệch thanh, chưa phân tích các biến chứng khác (nhiễm trùng, đau kéo dài, xẹp phổi…) cũng có thể tác động đến kết quả điều trị toàn diện. Do đó, trong các nghiên cứu tiếp theo, cần mở rộng phạm vi theo dõi biến chứng để có cái nhìn toàn diện hơn.

V. KẾT LUẬN

Di lệch thanh là biến chứng hiếm gặp nhưng gây thất bại điều trị. Việc nhận diện sớm các yếu tố nguy cơ như BMI thấp và viêm hô hấp mạn tính góp phần cải thiện tiên lượng và lựa chọn kỹ thuật cố định phù hợp trong phẫu thuật điều trị lõm ngực bẩm sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thế May, Đoàn Quốc Hưng.** Lõm ngực bẩm sinh: cập nhật chẩn đoán và điều trị ngoại khoa. Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam. 2020 11/05;22:54-62.
2. **Sa YJ, Lee J, Jeong JY, et al.** A clinical decision-making model for repeat surgical treatment of pectus Bar displacement: distance measurement after nuss procedure. J Cardiothorac Surg. 2016 Jan 19;11:16.
3. **Alaca N, Yüksel M.** Comparison of physical functions and psychosocial conditions between adolescents with pectus excavatum, pectus carinatum and healthy controls. Pediatr Surg Int. 2021 Jun;37(6):765-775.
4. **Trần Thanh Vỹ, Nguyễn Lâm Vương, Vũ Hữu Vĩnh, et al.** Đánh giá kết quả dài hạn sau sửa chữa dị tật lõm ngực ở trẻ em. Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam. 2020 11/05;22:86-93.
5. **Ghionzoli M, Ciuti G, Ricotti L, et al.** Is a shorter bar an effective solution to avoid bar dislocation in a Nuss procedure? Ann Thorac Surg. 2014 Mar;97(3):1022-7.
6. **Melhado C, Highet A, Mukherjee N, et al.** Effect of medial stabilizer chest position on pectus bar dislocation. Pediatr Surg Int. 2024 Aug 18;40(1):232.
7. **Park HJ, Kim KS, Lee S, et al.** A Next-Generation Pectus Excavatum Repair Technique: New Devices Make a Difference. The Annals of Thoracic Surgery. 2015;99(2):455-461.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC TRÊN NGƯỜI BỆNH MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2024

Huỳnh Tấn Sang[1], Mai Nguyễn Ngọc Trác[2], Huỳnh Thị Thu Màu[3], Nguyễn Thế Bảo[4], Võ Quang Trung [5], Võ Văn Bảy[5]

TÓM TẮT

Mở đầu: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) hiện là một trong ba nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới. Bệnh thường hay có mắc bệnh đi kèm khác ảnh hưởng đến tình trạng lâm sàng và điều trị. **Mục tiêu:** Phân tích thực trạng và tính hợp lý sử dụng thuốc trên người bệnh COPD điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu đơn thuốc của người bệnh COPD đến khám, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ từ tháng 01/2024 đến tháng 04/2024. **Kết quả nghiên cứu:** Trong 384 đơn thuốc, phần lớn người bệnh được chỉ định sử dụng thuốc ly giải chất nhầy (60,9%) và thuốc cường β2 tác dụng dài (LABA) và glucocoticosteroid (83,3%). Tỷ lệ sử dụng thuốc đơn trị là 27,6%. Tỷ lệ sử dụng thuốc hợp lý chung là 87,3%. Có sự khác biệt trong việc sử dụng thuốc LABA /glucocoticosteroid, thuốc ly giải chất nhầy, kháng sinh và corticosteroid giữa nhóm có diện chi trả viện phí, đợt cấp, nhóm bệnh theo GOLD, đáp ứng ICS và số lượng bạch cầu ái toan (p < 0,05). **Kết luận:** Việc sử dụng thuốc điều trị COPD hợp lý trong nghiên cứu tương đối cao. Các yếu tố bảo hiểm y tế, đợt cấp của COPD, phân nhóm bệnh theo GOLD, sự đáp ứng ICS và số lượng bạch cầu ái toan có liên quan đến sử dụng LABA /glucocoticosteroid, thuốc ly giải chất nhầy, kháng sinh và corticosteroid.

Từ khóa: Điều trị ngoại trú, phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), sử dụng thuốc

SUMMARY

CURRENT STATUS OF DRUG UTILIZATION IN OUTPATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND ASSOCIATED FACTORS AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL IN 2024

Background: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is currently one of the three leading causes of mortality worldwide. The condition is often accompanied by comorbidities that influence clinical outcomes and treatment strategies. **Objectives:** To assess the current status of drug utilization in outpatients with COPD at Can Tho City General Hospital in 2024. **Methods**: A retrospective, cross-sectional study was conducted in the prescriptions of COPD outpatients who visited and received treatment at Can Tho City General Hospital between January 2024 and April 2024. **Results:** Among 384 prescriptions reviewed, the most commonly prescribed medications included mucolytics (60.9%) and long-acting β2-agonists (LABA) and glucocorticosteroids (83.3%). Monotherapy was prescribed in 27.6% of

[1]*Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ*
[2]*Trường Đại học Tây Đô*
[3]*Trường Cao đẳng Y tế Cần Thơ*
[4]*Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng*
[5]*Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch*
Chịu trách nhiệm chính: Võ Văn Bảy
Email: bayvv@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.3.2025
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025
Ngày duyệt bài: 9.5.2025