

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Kỳ Hậu và cs** (2015), "Tỷ lệ sa sút trí tuệ và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại thành phố Qui Nhơn tỉnh Bình Định năm 2015", *Y học cộng đồng* * Số 37- Tháng 3+4/2017, tr. 141-147.
2. **Đặng Cao Khoa** (2020), "Sa sút trí tuệ và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại huyện Nam Đông, tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2020", *Tạp chí Khoa học Đại học Huế: Khoa học Xã hội và Nhân văn* * Tập 132, Số 6D, 2023, tr. 57- 66.
3. **Thân Hà Ngọc Thế, Trần Văn Huyền** (2023), "Tỉ lệ sa sút trí tuệ ở người cao tuổi và kiến thức về sa sút trí tuệ, nhu cầu hỗ trợ của người chăm sóc tại khoa lão Bệnh viện đa khoa khu vực Cai Lậy", *Tạp chí Y học Lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế* * Số 84-2023. tr. 25
4. **Ali Ezzati, Andrea R Zammit, Mindy J Katz** (2019), "Health-related quality of life, cognitive performance, and incident dementia in a community-based elderly cohort", *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 33(3), tr. 240-245.
5. **Anders Wimo, Maëlen Guerchet, Gemma-Claire Ali** (2017), "The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010", *Alzheimer's & Dementia*, 13(1), tr. 1-7.
6. **Folstein** (1975), "Mini-Mental State Examination: MMSE", *J.gsychiaf. Res.*,1975, Vol.12,pp.189-198. PergamonPress.PrintedinGreatBritain.
7. **Jia-Hao Sun, Lan Tan, Hui-Fu Wang** (2015), "Genetics of vascular dementia: systematic review and meta-analysis", *Journal of Alzheimer's Disease*, 46(3), tr. 611-629.
8. **Jing-jing Zhang, Zhao-xia Wu, Wei Tan** (2023), "Associations among multidomain lifestyles, chronic diseases, and dementia in older adults: a cross-sectional analysis of a cohort study", *Frontiers in Aging Neuroscience*, 15, tr. 1200671.

KIẾN THỨC VÀ THÁI ĐỘ CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VỀ BÁO CÁO PHẢN ỨNG CÓ HẠI CỦA THUỐC TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN TỈNH CÀ MAU

Phạm Thành Suôi^{1,2}, Trần Yên Hảo¹, Nguyễn Thắng¹,
Trần Thị Tuyết Phụng¹, Nguyễn Thiên Vũ²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức và thái độ của nhân viên y tế (NVYT) về báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) làm cơ sở đề xuất các can thiệp nhằm nâng cao năng lực báo cáo ADR. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại ba bệnh viện tỉnh Cà Mau thông qua Bộ câu hỏi khảo sát kiến thức và thái độ của NVYT về báo cáo ADR. Đánh giá đạt khi trả lời đúng $\geq 80\%$ mỗi nội dung. **Kết quả:** Điểm trung bình kiến thức là $5,23 \pm 1,89$ với tỷ lệ NVYT đạt yêu cầu là $2,7\%$. Điểm trung bình thái độ là $7,85 \pm 1,86$ với tỷ lệ đạt là $57,5\%$. Tại thời điểm khảo sát, chỉ $12,3\%$ NVYT được tập huấn về Cảnh giác Dược. Chuyên ngành là yếu tố duy nhất liên quan đến tỷ lệ đạt yêu cầu kiến thức; trong đó, tỷ lệ đạt kiến thức trong nhóm bác sĩ cao hơn so với điều dưỡng ($OR=3,88$; $p=0,047$). **Kết luận:** Kiến thức về báo cáo ADR của các NVYT còn thấp, trong khi thái độ ở mức trung bình. Cần triển khai can thiệp phân tầng theo chuyên ngành, kết hợp tập huấn với các biện pháp hỗ trợ nhằm tăng cường hiệu quả báo cáo ADR.

Từ khóa: Phản ứng có hại của thuốc, kiến thức, thái độ, nhân viên y tế, tỉnh Cà Mau

SUMMARY

KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thành Suôi

Email: ptsuoi@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

HEALTHCARE WORKERS TOWARD ADVERSE DRUG REACTION REPORTING IN SELECTED HOSPITALS OF CA MAU PROVINCE

Objective: To assess the knowledge and attitudes of healthcare workers (HCWs) toward adverse drug reactions (ADRs) as a basis for proposing interventions to strengthen ADR reporting capacity. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted at three hospitals in Ca Mau using a questionnaire on HCWs' knowledge and attitudes toward ADR reporting. Adequacy was defined as achieving $\geq 80\%$ correct responses in each domain. **Results:** The mean knowledge score was 5.23 ± 1.89 , with only 2.7% of HCWs meeting the adequacy criterion. The mean attitude score was 7.85 ± 1.86 , with 57.5% achieving adequacy. At the time of the survey, only 12.3% of HCWs had received pharmacovigilance training. Professional category was the only factor significantly associated with adequate knowledge: physicians were more likely than nurses to reach adequacy ($OR=3.88$; $p=0.047$). **Conclusion:** Knowledge of ADR reporting among HCWs was low, whereas attitudes were moderate. Stratified interventions tailored by professional category, combining training with supportive measures, are needed to enhance the effectiveness of ADR reporting.

Keywords: Adverse drug reactions; knowledge; attitudes; healthcare workers; Ca Mau Province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hướng dẫn Quốc gia về Cảnh giác Dược năm 2021 nhấn mạnh tầm quan trọng của đào tạo và bồi dưỡng nhân viên y tế (NVYT) [1]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ ra thiếu kiến thức lâm sàng và hiểu biết về phản ứng có hại

của thuốc (ADR), cùng với thái độ chưa tích cực, là những rào cản hàng đầu khiến NVYT không thực hiện báo cáo [2]. Tại Cà Mau, dù các bệnh viện đã bắt đầu chú trọng đến công tác sử dụng thuốc an toàn-hợp lý, nhưng hoạt động Cảnh giác Dược vẫn còn hạn chế. Thống kê năm 2022 của Trung tâm DI & ADR Quốc gia cho thấy số lượng báo cáo ADR tại Cà Mau thấp hơn đáng kể so với nhiều tỉnh, thành khác (<http://magazine.canhgiacduoc.org.vn/Magazine/Details/278>). Từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "*Kiến thức và thái độ của nhân viên y tế về báo cáo phản ứng có hại của thuốc tại một số bệnh viện tỉnh Cà Mau*" với mục tiêu khảo sát kiến thức và thái độ về báo cáo ADR cùng một số yếu tố liên quan nhằm đánh giá thực trạng nhân lực, làm cơ sở cho các biện pháp can thiệp nâng cao hiệu quả báo cáo ADR.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu bao gồm NVYT (bác sĩ, điều dưỡng/hộ sinh ở các khoa lâm sàng và dược sĩ khoa Dược) đang làm việc tại 3 bệnh viện: Đa khoa tỉnh Cà Mau (BV1), Đa khoa Cái Nước (BV2) và Sản Nhi Cà Mau (BV3) trong thời gian từ tháng 06/2023 đến tháng 01/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Theo phương pháp mô tả cắt ngang, sử dụng bộ câu hỏi Khảo sát kiến thức và thái độ báo cáo phản ứng có hại của thuốc để thu thập thông tin.

- **Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu tối thiểu tại mỗi bệnh viện được tính theo công thức ước tính tỷ lệ cho quần thể hữu hạn:

$$n = \frac{N \times p(1-p)}{(N-1) \times \frac{d^2}{Z^2_{1-\alpha/2}} + p(1-p)}$$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của NVYT trong mẫu khảo sát

Bảng 1. Đặc điểm của NVYT

Đặc điểm	BV1 (N=152)	BV2 (N=128)	BV3 (N=94)	Chung (N=372)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Nhóm tuổi				
<40	125 (82,2)	90 (70,3)	68 (72,3)	283 (75,7)
≥40	27 (17,8)	38 (29,7)	26 (27,7)	91 (24,3)
Giới				
Nữ	94 (61,8)	78 (60,9)	81 (86,2)	253 (67,6)
Nam	58 (38,2)	50 (39,1)	13 (13,8)	121 (32,4)
Thời gian công tác				
<5 năm	60 (39,5)	35 (27,3)	17 (18,1)	112 (29,9)
≥5 năm	92 (60,5)	93 (72,7)	77 (81,9)	262 (70,1)
Chuyên ngành				

Trong đó, N là số NVYT của từng bệnh viện (BV1: 200; BV2:150; BV3: 100); Z là hệ số tin cậy (Z=1,96 với độ tin cậy 95%); d là sai số mong muốn, chọn d=0,05; p là tỷ lệ NVYT có nhận thức đúng về ADR từ khảo sát kiến thức và thái độ NVYT trước can thiệp trong nghiên cứu của Trần Thị Lan Anh³, chọn p=27%. Để dự phòng hao hụt trong thu thập số liệu, nghiên cứu cộng thêm 25% cỡ mẫu tối thiểu (n). Do đó, số NVYT cần khảo sát lần lượt tại BV1, BV2 và BV3 là 152, 126 và 94.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Số NVYT được phân bổ theo tỷ lệ tại các khoa và được chọn theo phương pháp thuận tiện. Bộ câu hỏi được phát trực tiếp cho NVYT có mặt tại khoa tại thời điểm khảo sát, theo nguyên tắc từ người đầu tiên gặp cho đến khi đủ số mẫu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Kiến thức được đánh giá qua 11 câu hỏi (1 điểm/câu, tổng điểm tối đa 11). Thái độ được đánh giá qua 10 câu hỏi (1 điểm/câu; tổng điểm tối đa 10). Đạt yêu cầu khi trả lời đúng ≥80%. Các đặc điểm của NVYT được phân tích mối liên quan với tỷ lệ đạt kiến thức và thái độ về báo cáo ADR.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được mã hóa, nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 30. Thống kê mô tả được sử dụng đối với đặc điểm NVYT và các nội dung khảo sát. Phân tích One-way ANOVA và kiểm định Chi-square được dùng để so sánh điểm số và tỷ lệ NVYT đạt yêu cầu về kiến thức, thái độ giữa ba bệnh viện. Hồi quy logistic được dùng để xác định các yếu tố liên quan.

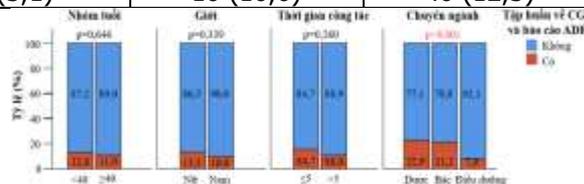
- **Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Hội đồng khoa học Kỹ thuật của các bệnh viện tham gia.

Dược sĩ	12 (7,9)	14 (10,9)	10 (10,6)	36 (9,6)
Bác sĩ	35 (23,0)	29 (22,7)	21 (22,3)	85 (22,7)
Điều dưỡng/ hộ sinh	105 (69,1)	85 (66,4)	63 (67,0)	253 (67,6)

Tập huấn về Cảnh giác Dược

Không	120 (78,9)	124 (96,9)	84 (89,4)	328 (87,7)
Có	32 (21,1)	4 (3,1)	10 (10,6)	46 (12,3)

Nhận xét: Đa số NVYT tham gia khảo sát dưới 40 tuổi (75,7%; tuổi trung bình $34,8 \pm 7,3$) và là nữ (67,6%; riêng BV3 là 86,2%). Phần lớn có thâm niên công tác ≥ 5 năm (70,1%; trung bình $10,7 \pm 7,6$ năm). Điều dưỡng/hộ sinh chiếm tỷ lệ cao nhất (67,6%). Tỷ lệ NVYT từng được tập huấn khác biệt rõ rệt giữa các bệnh viện ($p < 0,001$), thấp nhất tại BV2 (3,1%).



Hình 1. Phân bố yếu tố tập huấn theo các đặc điểm của NVYT

Nhận xét: Tỷ lệ điều dưỡng/hộ sinh được tập huấn về cảnh giác dược thấp hơn đáng kể so với bác sĩ và dược sĩ ($p < 0,001$).

3.2. Khảo sát kiến thức và thái độ của NVYT về báo cáo ADR

Bảng 2. Kiến thức về báo cáo ADR

Nội dung	BV1	BV2	BV3	Chung
	(N=152)	(N=126)	(N=94)	(N=372)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Định nghĩa ADR	79 (52,0)	40 (31,7)	51 (54,3)	170 (45,7)
2. Nguyên nhân gây ADR	93 (61,2)	69 (54,8)	59 (62,8)	221 (59,4)
3. Đối tượng thực hiện báo cáo	29 (19,1)	36 (28,6)	30 (31,9)	95 (25,5)
4. Vai trò của báo cáo ADR trong thực hành nghề nghiệp	93 (61,2)	40 (31,7)	39 (41,5)	172 (46,2)
5. Loại ADR ưu tiên báo cáo	39 (25,7)	39 (31,0)	14 (14,9)	92 (24,7)
6. Loại ADR cần được báo cáo	56 (36,8)	33 (26,2)	32 (34,0)	121 (32,5)
7. Đơn vị lưu trữ bản báo cáo ADR	2 (1,3)	0 (0)	3 (3,2)	5 (1,3)
8. Các vấn đề liên quan tới hoạt động Cảnh giác Dược trong bệnh viện	39 (25,7)	19 (15,1)	18 (19,1)	76 (20,4)
9. Đơn vị quy định mẫu báo cáo ADR	103 (67,8)	92 (73,0)	73 (77,7)	268 (72,0)
10. Xác định được báo cáo ADR là trách nhiệm của NVYT	148 (97,4)	122 (96,8)	90 (95,7)	360 (96,8)
11. Biết được văn bản qui định về "Hướng dẫn hoạt động giám sát ADR tại cơ sở khám, chữa bệnh"	143 (94,1)	112 (88,9)	92 (97,9)	347 (93,3)
Đạt kiến thức ($\geq 80\%$ tổng điểm)	4 (2,6)	0 (0)	6 (6,4)	10 (2,7)
Điểm trung bình kiến thức	$5,43 \pm 1,84$	$4,84 \pm 1,87$	$5,41 \pm 1,96$	$5,23 \pm 1,89$

Nhận xét: Hầu hết NVYT xác định báo cáo ADR là trách nhiệm của mình (96,8%) và nắm được quy định trong văn bản "Hướng dẫn hoạt động giám sát ADR tại cơ sở khám, chữa bệnh" (93,3%). Tuy nhiên, chỉ 46,2% hiểu rõ vai trò của báo cáo ADR và 45,7% định nghĩa đúng ADR. Đặc biệt, chỉ 1,3% biết đơn vị lưu trữ báo

cáo ADR. Điểm trung bình kiến thức đạt $5,23 \pm 1,89$, tương ứng tỷ lệ đạt yêu cầu là 2,7%. Phân tích ANOVA ($p = 0,018$) và kiểm định Chi-square ($p = 0,012$) cho thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các bệnh viện; trong đó BV2 không có trường hợp nào đạt yêu cầu.

Bảng 3. Thái độ về báo cáo ADR

Nội dung	BV1	BV2	BV3	Chung
	(N=152)	(N=126)	(N=94)	(N=372)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Cần thiết phải báo cáo biến cố bất lợi	147 (96,7)	126 (100)	94 (100)	367 (98,7)
2. Loại ADR quan tâm	84 (55,3)	43 (34,1)	58 (61,7)	185 (49,7)
3. Tuân thủ quy định báo cáo	105 (69,1)	101 (80,2)	75 (79,8)	281 (75,5)
4. Tuân thủ thời gian báo cáo	97 (63,8)	70 (55,6)	52 (55,3)	219 (58,9)
5. Thái độ đối với mẫu báo cáo ADR	95 (62,5)	63 (50,0)	56 (59,6)	214 (57,5)

6. Cần thiết của trình độ chuyên môn trong báo cáo ADR	142 (93,4)	111 (88,1)	90 (95,7)	343 (92,2)
7. Cần thiết của kiến thức lâm sàng trong báo cáo ADR	149 (98,0)	118 (93,7)	89 (94,7)	356 (95,7)
8. Cần nhận thông tin phản hồi sau khi nộp báo cáo ADR	144 (94,7)	126 (100,0)	90 (95,7)	360 (96,8)
9. Cần xác định mức độ nghiêm trọng của ADR	152 (100)	125 (99,2)	94 (100)	371 (99,7)
10. Cần thông tin ADR để tránh ảnh hưởng đến phác đồ điều trị	93 (61,2)	79 (62,7)	51 (54,3)	223 (59,9)
Đạt thái độ ($\geq 80\%$ tổng điểm)	95 (62,5)	62 (49,2)	57 (60,6)	214 (57,5)
Điểm trung bình thái độ	7,95 \pm 1,89	7,63 \pm 1,67	7,97 \pm 2,05	7,85 \pm 1,86

Nhận xét: Trên 90% cho rằng cần thiết phải báo cáo biến cố bất lợi, cần có trình độ chuyên môn, kiến thức lâm sàng, thông tin phản hồi sau khi nộp báo cáo ADR, và cần xác định mức độ nghiêm trọng của ADR. Tuy nhiên, mức độ quan tâm đến loại ADR còn hạn chế (49,7%),

trong đó BV2 có tỷ lệ thấp nhất (34,1%). Điểm trung bình thái độ đạt 7,85 \pm 1,86, tương ứng tỷ lệ NVYT đạt yêu cầu là 57,5%.

3.3. Liên quan giữa đặc điểm của NVYT đến tỷ lệ đạt kiến thức và thái độ

Bảng 4. Liên quan giữa đặc điểm của NVYT đến tỷ lệ đạt kiến thức và thái độ

Đặc điểm NVYT (N=372)	Đạt kiến thức			Đạt thái độ		
	n (%)	OR (KTC 95%)	p	n (%)	OR (KTC 95%)	p
Nhóm tuổi						
<40	7 (2,5)	1	0,712	159 (56,6)	1	0,518
≥ 40	3 (3,3)	1,33 (0,34-5,27)		55 (60,4)	1,17 (0,72-1,90)	
Giới						
Nữ	8 (3,2)	1	0,511	147 (58,3)	1	0,655
Nam	2 (1,7)	0,52 (0,11-2,47)		67 (55,8)	0,90 (0,58-1,40)	
Thời gian công tác						
<5 năm	4 (3,6)	1	0,493	59 (53,2)	1	0,266
≥ 5 năm	6 (2,3)	0,63 (0,17-2,28)		155 (59,4)	1,29 (0,82-2,02)	
Chuyên ngành						
Dược sĩ	1 (2,9)	1,82 (0,20-16,80)	0,596	25 (71,4)	2,03 (0,94-4,41)	0,073
Bác sĩ	5 (5,9)	3,88 (1,02-14,78)	0,047	50 (58,8)	1,16 (0,71-1,91)	0,556
Điều dưỡng/hộ sinh	4 (1,6)	1		139 (55,2)	1	
Tập huấn về Cảnh giác Dược						
Không	7 (2,1)	1	0,114	184 (56,4)	1	0,260
Có	3 (6,5)	3,18 (0,79-12,76)		30 (65,2)	1,45 (0,76-2,76)	

Nhận xét: Chuyên ngành bác sĩ là yếu tố duy nhất liên quan đến tỷ lệ đạt kiến thức với $p=0,047$ và OR (KTC 95%)=3,88 (1,02-14,78), cao hơn so với nhóm điều dưỡng/hộ sinh. Không tìm thấy mối liên quan giữa các đặc điểm của NVYT với tỷ lệ đạt thái độ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu khảo sát đồng thời kiến thức và thái độ của NVYT làm cơ sở cho các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao hiệu quả hoạt động báo cáo ADR. Sự kết hợp giữa lực lượng trẻ (75,7% dưới 40 tuổi) và giàu kinh nghiệm (70,1% công tác ≥ 5 năm) tạo nên nguồn nhân lực khá thuận lợi cho việc triển khai các chính sách y tế. Nữ chiếm đa số, phản ánh đặc thù nhân lực khi điều dưỡng/hộ sinh (chủ yếu là nữ) chiếm tỷ lệ cao (67,6%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước tại bệnh viện Nhi Đồng 1 [3], Đa khoa Vĩnh Long [8], Nhân Dân

Gia Định [4], và 10 bệnh viện tuyến tỉnh [5]. Sự tham gia của lực lượng điều dưỡng/hộ sinh có ý nghĩa quan trọng trong hệ thống Cảnh giác Dược, bởi đây là nhóm tiếp xúc trực tiếp và thường xuyên với bệnh nhân, đóng vai trò tuyến đầu trong phát hiện và báo cáo ADR. Tuy nhiên, công tác đào tạo cho nhóm đối tượng này vẫn chưa được chú trọng. Hình 1 chỉ ra tỷ lệ điều dưỡng/hộ sinh được tập huấn về Cảnh giác Dược thấp hơn đáng kể so với bác sĩ và dược sĩ ($p<0,001$).

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ NVYT đạt yêu cầu kiến thức chỉ 2,7% – thấp hơn so với nghiên cứu tại ba bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh trước can thiệp (27%)[7]. Ngoài ra, kiến thức của NVYT chưa đồng đều ở một số nội dung: trên 90% xác định được báo cáo ADR là trách nhiệm của mình và nắm được quy định trong văn bản "Hướng dẫn hoạt động giám sát ADR tại cơ sở khám, chữa bệnh", nhưng chỉ 1,3% biết đơn vị lưu trữ báo

cáo ADR và 20,4% biết các vấn đề liên quan tới hoạt động của Cảnh giác Dược. Trong khi đó, Bảng 3 ghi nhận tỷ lệ NVYT đạt yêu cầu thái độ là 57,5% và tương đương giữa các bệnh viện ($p>0,05$). Tuy nhiên, vẫn có chênh lệch đáng kể giữa các nội dung. Trên 90% NVYT nhận thức được tầm quan trọng của việc báo cáo, trình độ chuyên môn và kiến thức lâm sàng, thông tin phản hồi sau khi nộp báo cáo và mức độ nghiêm trọng của ADR. Kết quả khá tương đồng với các khảo sát trước đó [5, 8]. Tuy nhiên, sự quan tâm của NVYT đến loại ADR (49,7%), thời gian báo cáo (58,9%) và vai trò của thông tin về báo cáo ADR (59,9%) chỉ ở mức trung bình. Vì vậy, công tác tập huấn về cảnh giác dược cần tập trung vào những nội dung mà đa phần NVYT còn thiếu sót, gắn kết hoạt động báo cáo với thực hành chuyên môn để củng cố kiến thức và thái độ tích cực của NVYT.

Bảng 4 cho thấy chuyên ngành là yếu tố duy nhất có liên quan đến tỷ lệ NVYT đạt yêu cầu kiến thức với bác sĩ có tỷ lệ đạt cao hơn đáng kể so với điều dưỡng/hộ sinh ($p=0,047$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu tại bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long [4], và các quốc gia đang phát triển [5]. Điều này được lý giải bởi bác sĩ được đào tạo chuyên sâu về bệnh học và điều trị, từ đó có mức độ hiểu biết cao hơn về ADR và báo cáo ADR. Chúng tôi không ghi nhận được mối liên quan nào đến tỷ lệ đạt yêu cầu thái độ, có thể do đặc thù nghề nghiệp, NVYT thường duy trì thái độ tích cực đối với hoạt động giám sát an toàn thuốc, ngay cả khi kiến thức và chuyên môn còn hạn chế.

Mặc dù "tập huấn" giúp tăng tỷ lệ đạt yêu cầu kiến thức gấp ba lần (6,5% so với 2,1%, Bảng 4), nhưng khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,114$). Kết quả này trái ngược với một số nghiên cứu trước đây về tác động tích cực của đào tạo và tập huấn [6] và được lý giải như sau: (1) Số lượng NVYT được tập huấn trước can thiệp quá ít (12,3%) làm giảm sức mạnh thống kê của phép kiểm định; (2) Các chương trình tập huấn trước đó tại Cà Mau chưa thực sự hiệu quả hoặc chưa được duy trì thường xuyên, khiến NVYT khó áp dụng và dễ quên kiến thức đã được truyền đạt; (3) Nhiều yếu tố khác cũng ảnh hưởng đến kiến thức của NVYT như hệ thống quản lý, hướng dẫn quy trình báo cáo ADR và các tài liệu hỗ trợ [6]. Do đó, để nâng cao kiến thức của NVYT, các chiến lược can thiệp cần được duy trì thường xuyên, mở rộng quy mô, phù hợp với từng chuyên ngành và kết hợp

nhiều giải pháp hỗ trợ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tại ba bệnh viện tỉnh Cà Mau cho thấy kiến thức của NVYT về báo cáo ADR còn thấp; trong khi thái độ chỉ ở mức trung bình. Dù đội ngũ nhân lực tương đối trẻ và giàu kinh nghiệm, thiếu hụt đào tạo về Cảnh giác Dược vẫn là hạn chế lớn, đặc biệt trong nhóm điều dưỡng/hộ sinh. Việc chuyên ngành là yếu tố duy nhất liên quan đến tỷ lệ đạt yêu cầu kiến thức cho thấy cần phải triển khai các chiến lược can thiệp phân tầng – kết hợp đào tạo định hướng chuyên ngành với các giải pháp hỗ trợ nhằm cải thiện nguồn nhân lực cho hoạt động báo cáo ADR tại tuyến tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2021), Hướng dẫn Quốc gia về Cảnh giác Dược (122/QĐ-BYT).
2. **Hazell L, Shakir SA** (2006), Under-reporting of adverse drug reactions: a systematic review. *Drug safety*, 29(5): 385-96. doi:10.2165/00002018-200629050-00003
3. **Nguyen-Thi HY, Do-Tran MT, Ngoc TL, Nguyen-Ngoc TT, Le NDT** (2022), Assessment of Knowledge, Attitude, and Practice in Adverse Drug Reaction Reporting of Healthcare Professionals in Vietnam: A Cross-Sectional Study. *Hospital Pharmacy*, 57(3):392-401. doi:10.1177/00185787211046864
4. **Pham HT, Tran Doan MT, Dang Thi T, Nguyen Tuan D, Tran MH, Nguyen TNP** (2024), Impact of multifaceted interventions on the knowledge, attitude, and practice of adverse drug reactions reporting among healthcare workers in Vietnam: a comparative intervention study. *Frontiers in pharmacology*, 15:1420914. doi:10.3389/fphar.2024.1420914
5. **Prashar L, Jere E, Kalungia CA** (2019), Inadequate knowledge and practice of pharmacovigilance affecting adverse drug reaction reporting by health professionals in private healthcare facilities in Lusaka, Zambia. *Medical Journal of Zambia*, 46(4):314-320.
6. **Shalviri G, Mohebbi N, Mirbaha F, et al.** (2024), Improving adverse drug event reporting by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10):CD012594. doi:10.1002/14651858.CD012594.pub2
7. **Trần Thị Lan Anh, Trần Lê Vương Đại, Vũ Phương Thảo, et al.** (2021), Phân tích kiến thức, thái độ và thực hành của nhân viên y tế về báo cáo phản ứng có hại của thuốc tại một số bệnh viện Đa khoa năm 2020. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 502(2):215-220.
8. **Tran VD, Tran TNK, Vo QLD, et al.** (2024), A Survey of Pharmacists and Other Healthcare Professionals in Vietnam: Factors Influencing Knowledge and Attitudes Toward Reporting Adverse Drug Reactions. *Hospital Pharmacy*, 59(1):56-69. doi:10.1177/00185787231186506

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MRI TIM Ở BỆNH NHÂN VIÊM CƠ TIM CẤP NHẬP VIỆN

Nguyễn Đức Khánh¹, Trần Thanh Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh MRI tim ở bệnh nhân viêm cơ tim cấp nhập viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2021-2022, đồng thời phân tích mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng – cận lâm sàng với mức độ tổn thương cơ tim.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả, tiến hành trên 218 bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, được chẩn đoán viêm cơ tim cấp có xác nhận MRI tim theo tiêu chuẩn Lake Louise 2018, điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/01/2021 đến 31/12/2022. Dữ liệu thu thập bao gồm: đặc điểm nhân khẩu, biểu hiện lâm sàng, kết quả điện tâm đồ, siêu âm tim, men tim, và hình ảnh MRI tim. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 41,2 ± 16,9 tuổi; nam giới chiếm 63,3%. Các triệu chứng thường gặp nhất là sốt (72%), đau ngực (62%) và khó thở (59%). Tăng Troponin I (95%) và CK-MB (91%) phản ánh rõ tổn thương cơ tim. EF trung bình 44,1 ± 12,9%, với 28,4% bệnh nhân có PSTM < 35%. MRI tim ghi nhận phù cơ tim ở 82,1%, LGE dương tính 77,1% và tổn thương lan tỏa ≥ 3 vùng ở 48,2% bệnh nhân. Tăng men tim, tổn thương trên cộng hưởng tử tim và PSTM giảm có ý nghĩa chuẩn đoán cao viêm cơ tim. **Kết luận:** Viêm cơ tim cấp tại Bệnh viện Chợ Rẫy chủ yếu gặp ở người trẻ, biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu. MRI tim là công cụ quan trọng trong chẩn đoán và phân tầng nguy cơ, giúp phát hiện sớm tổn thương cơ tim lan tỏa và hỗ trợ quyết định điều trị kịp thời.

Từ khóa: Viêm cơ tim cấp, MRI tim, Troponin, phân suất tổng máu, Bệnh viện Chợ Rẫy.

SUMMARY

CLINICAL AND CARDIAC MRI CHARACTERISTICS IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDITIS

Objective: To describe the clinical, paraclinical, and cardiac MRI characteristics of patients with acute myocarditis admitted to Cho Ray Hospital in 2021-2022, and to analyze the relationship between clinical-laboratory parameters and the extent of myocardial injury. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 218 patients aged ≥16 years diagnosed with acute myocarditis confirmed by cardiac MRI according to the 2018 Lake Louise criteria. Clinical features, laboratory results, ECG, echocardiography, and MRI findings were collected from hospital records between January 1, 2021 and December 31, 2022.

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Khánh

Email: Khanh.Nguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

Results: The mean age was 41.2 ± 16.9 years, and males accounted for 63.3%. The most common symptoms were fever (72%), chest pain (62%), and dyspnea (59%). Elevated Troponin I (95%) and CK-MB (91%) indicated significant myocardial injury. The mean ejection fraction (EF) was 44.1 ± 12.9%, with 28.4% of patients showing EF < 35%. Cardiac MRI revealed myocardial edema in 82.1%, positive LGE in 77.1%, and diffuse involvement (≥3 segments) in 48.2% of patients. Elevated cardiac enzymes, myocardial injury detected on cardiac magnetic resonance imaging, and reduced left ventricular ejection fraction are highly diagnostic indicators of myocarditis. **Conclusion:** Acute myocarditis at Cho Ray Hospital predominantly affected young adults, with nonspecific clinical manifestations. Cardiac MRI played a crucial role in diagnosis and risk stratification, allowing early detection of diffuse myocardial involvement and guiding timely management.

Keywords: Acute myocarditis, cardiac MRI, Troponin, ejection fraction, Cho Ray Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cơ tim (myocarditis) là một bệnh lý viêm của cơ tim, thường do nhiễm virus, đặc trưng bởi sự thâm nhiễm tế bào viêm vào mô cơ tim và hoại tử tế bào cơ tim không do thiếu máu cục bộ.^{1,2} Bệnh có phổ biểu hiện lâm sàng rất rộng, từ thể nhẹ thoáng qua chỉ có biểu hiện giống cúm, đến thể tối cấp với suy tim, rối loạn nhịp đe dọa tính mạng hoặc đột tử.^{2,3} Do biểu hiện đa dạng và thường không đặc hiệu, việc chẩn đoán viêm cơ tim trên lâm sàng gặp nhiều khó khăn, đặc biệt trong giai đoạn sớm của bệnh.^{2,3} Trên thế giới, tỷ lệ mắc viêm cơ tim ước tính khoảng 8–10 ca trên 100.000 dân mỗi năm, chiếm 10–20% các trường hợp bệnh cơ tim giãn nở và 12–20% nguyên nhân đột tử ở người trẻ.^{4,5} Tuy nhiên, con số thực tế có thể cao hơn do nhiều trường hợp bị bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm với hội chứng mạch vành cấp, viêm màng ngoài tim hoặc bệnh cơ tim khác.

Tại Việt Nam, các báo cáo về viêm cơ tim còn rất hạn chế, chủ yếu là những nghiên cứu đơn lẻ với cỡ mẫu nhỏ. Bệnh thường được phát hiện muộn khi đã có biến chứng nặng như suy tim, rối loạn nhịp thất, hoặc sốc tim. Việc chẩn đoán xác định bằng sinh thiết nội tâm mạc – cơ tim (theo tiêu chuẩn Dallas, 1987) vẫn chưa được triển khai rộng rãi do hạn chế về kỹ thuật và nhân lực, khiến nhiều trường hợp chỉ được chẩn đoán dựa vào biểu hiện lâm sàng và men tim.

Sự phát triển của cộng hưởng tử tim