

bướm, là yếu tố quan trọng cung cấp độ ổn định ban đầu cho implant trong quá trình phẫu thuật. Nghiên cứu của Sun và cộng sự cũng chỉ ra rằng neo giữ implant hạn chế ở mỏm chân bướm thường xảy ra khi xoang hàm lớn, lùi củ xương hàm trên nhỏ, hoặc thành sau xoang hàm nằm phía sau điểm vào của implant chân bướm. Trong những trường hợp tiêu xương ổ răng theo chiều dọc quá nghiêm trọng, việc đặt implant với góc nghiêng 45° có thể tiềm ẩn rủi ro, do đó cần xem xét tăng góc nghiêng.

Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tương quan giữa implant chân bướm và xoang hàm theo giới tính hoặc nhóm tuổi. Điều này cho thấy các yếu tố giải phẫu cá nhân liên quan đến tiêu xương và kích thước xoang có thể quan trọng hơn các yếu tố nhân khẩu học chung.

Hạn chế của nghiên cứu này là chỉ khảo sát trên phim CBCT, chưa có xác nhận lâm sàng trực tiếp. Tuy nhiên, việc lập kế hoạch đặt implant ảo trên phim giúp đánh giá chi tiết mối quan hệ giải phẫu một cách an toàn và chính xác, làm cơ sở cho các quyết định lâm sàng.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này đã xác định được mối tương quan giữa implant chân bướm ảo và xoang hàm ở bệnh nhân tiêu xương hàm trên. phần lớn các implant chân bướm ảo (88,9%) được đặt hoàn toàn ngoài xoang hàm trên trong mẫu bệnh nhân được khảo sát. Không có mối liên hệ giữa

tương quan implant chân bướm - xoang hàm với giới tính hoặc nhóm tuổi. Việc nắm vững đặc điểm giải phẫu cá nhân và lập kế hoạch cẩn thận là yếu tố then chốt để đạt được độ ổn định ban đầu và tránh biến chứng liên quan đến xoang hàm khi thực hiện kỹ thuật implant chân bướm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cawood JI, Howell RA.** A classification of the edentulous jaws. Int J Oral Maxillofac Surg. 1988 Aug;17(4):232-6.
2. **A. S. Bidra, G. Huynh-Ba:** Implants in the pterygoid region: a systematic review of the literature. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2011; 40: 773-781.
3. **Rafael Zetehaku Araujo, Joel Ferreira Santiago Júnior, Camila Lopes Cardoso, Anthony Froy Benites Condezo, Rosivaldo Moreira Júnior, Marcos Martins Curi.** Clinical outcomes of pterygoid implants: Systematic review and meta-analysis. Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery. 2019; 47:651-60
4. **George P, Kurtzman GM.** Pterygoid Implants: Anatomical considerations and surgical placement. J Osseointegr. 2022;14(2):81-87.
5. **Yuanyuan Sun, Chunfeng Xu, Ningtao Wang, Yiqun Wu, Yuelian Liu, Shengchi Fan and Feng Wang.** Virtual pterygoid implant planning in maxillary atrophic patients: prosthetic-driven planning and evaluation. International Journal of Implant Dentistry. 2023; 9:9
6. **Sun Y, Xu C, Wang N, Wu Y, Liu Y, Fan S, Wang F.** Virtual pterygoid implant planning in maxillary atrophic patients: prosthetic-driven planning and evaluation. Int J Implant Dent. 2023 Mar ;9(1):9.

## VIÊM TĨNH MẠCH NÔNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN CÓ LƯU KIM LUỒNG TĨNH MẠCH NGOẠI VI TẠI KHOA NGOẠI LỒNG NGỰC MẠCH MÁU, BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm tĩnh mạch nông (VTMN) do kim luồn tĩnh mạch ngoại vi (KLTMINV) là biến chứng thường gặp trong thực hành lâm sàng, có thể gây nhiễm khuẩn huyết, kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ viêm tĩnh mạch nông trên bệnh nhân nội trú có lưu KLTMINV tại khoa Ngoại lồng ngực - Mạch máu, Bệnh viện

Tiêu Chí Đức<sup>1</sup>, Trần Quốc Sử<sup>1</sup>, Hồ Thị Út<sup>1</sup>

Nhân Dân Gia Định và phân tích các yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang trên 320 bệnh nhân. Viêm tĩnh mạch nông được đánh giá theo thang điểm Visual Infusion Phlebitis (VIP). **Kết quả:** Tỷ lệ VTMN trên bệnh nhân có lưu KLTMINV là 30,94%, chủ yếu ở mức độ VIP1 (26,25%), VIP2 (3,75%) và VIP3 (0,94%), không có trường hợp VIP4 hoặc VIP5. Kim luồn kích thước lớn (20G) có nguy cơ viêm cao hơn ( $p = 0,0017$ ,  $RR = 3,22$ ). Vị trí đặt kim tại cổ tay có nguy cơ viêm cao hơn khuỷu tay ( $p = 0,004$ ,  $RR = 0,47$ ). Một số kháng sinh và dung dịch cao phân tử làm tăng nguy cơ viêm ( $p = 0,322$ ). **Kết luận:** Cần theo dõi sát tình trạng viêm tĩnh mạch, lựa chọn kim luồn và vị trí đặt phù hợp nhằm giảm nguy cơ biến chứng.

**Từ khóa:** Viêm tĩnh mạch nông, kim luồn tĩnh mạch ngoại vi, thang điểm VIP.

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Tiêu Chí Đức

Email: duc\_tieu@yahoo.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

**SUMMARY****SUPERFICIAL PHLEBITIS AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETERS AT THE THORACIC AND VASCULAR SURGERY DEPARTMENT, GIA DINH PEOPLE'S HOSPITAL**

**Background:** Superficial phlebitis (SP) caused by peripheral intravenous catheters (PIVCs) is a common complication in clinical practice, potentially leading to bloodstream infections, prolonged hospitalization, and increased healthcare costs. **Objectives:** To determine the prevalence of superficial phlebitis in hospitalized patients with PIVCs at the Thoracic and Vascular Surgery Department, Gia Dinh People's Hospital, and identify associated factors. **Methods:** A prospective cross-sectional descriptive study was conducted on 320 patients. The severity of phlebitis was assessed using the Visual Infusion Phlebitis (VIP) score. **Results:** The incidence of SP was 30.94%, primarily at VIP1 (26.25%), VIP2 (3.75%), and VIP3 (0.94%), with no cases reaching VIP4 or VIP5. Larger catheter sizes (20G) were associated with a higher risk of phlebitis ( $p = 0.0017$ ,  $RR = 3.22$ ). The wrist had a higher risk compared to the elbow ( $p = 0.004$ ,  $RR = 0.47$ ). Certain antibiotics and high-molecular-weight solutions increased phlebitis risk ( $p = 0.322$ ). **Conclusions:** Close monitoring and appropriate selection of catheter size and insertion site are crucial to reducing the risk of superficial phlebitis.

**Keywords:** Superficial phlebitis, peripheral intravenous catheter, VIP score.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Viêm tĩnh mạch nông (VTMN) do kim luồn tĩnh mạch ngoại vi (KLTMNV) là một biến chứng phổ biến trong thực hành lâm sàng [1,2], với tỷ lệ mắc bệnh dao động từ 8% đến 31% theo các nghiên cứu trong và ngoài nước, nhưng nhìn chung là cao [2-6]. Tình trạng này không chỉ gây đau đớn, khó chịu cho người bệnh mà còn có thể dẫn đến những vấn đề nghiêm trọng như nhiễm khuẩn huyết, làm kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến VTMN bao gồm kích thước kim luồn, vị trí đặt, thời gian lưu kim, loại dung dịch truyền và tình trạng bệnh lý nền của bệnh nhân.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ viêm tĩnh mạch nông trên bệnh nhân nội trú có lưu KLTMNV tại khoa Ngoại lồng ngực - Mạch máu, Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, đồng thời phân tích các yếu tố liên quan để đề xuất giải pháp giảm thiểu nguy cơ biến chứng. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp dữ liệu thực tiễn quan trọng, giúp nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh, tối ưu hóa quy trình đặt và theo dõi KLTMNV, từ đó giảm thiểu biến chứng và cải thiện hiệu quả điều trị.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trên các bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Ngoại Lồng ngực - Mạch máu, Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, từ tháng 01/2024 đến tháng 6/2024.

**Tiêu chí chọn mẫu bao gồm:** (1) bệnh nhân được đặt và lưu kim luồn tĩnh mạch ngoại vi (KLTMNV) để sử dụng thuốc, truyền dịch hoặc chế phẩm y tế khác; (2) đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu sử dụng thiết kế tiến cứu mô tả cắt ngang, thu thập dữ liệu tại thời điểm đặt KLTMNV và theo dõi diễn tiến viêm tĩnh mạch theo thang điểm Visual Infusion Phlebitis (VIP). Mỗi bệnh nhân được đánh giá hàng ngày từ khi đặt kim đến khi tháo kim hoặc xuất viện. Các biến số nghiên cứu bao gồm đặc điểm bệnh nhân (tuổi, giới, tình trạng dinh dưỡng, bệnh nền), yếu tố liên quan đến thủ thuật (kích thước kim, vị trí đặt, thời gian lưu kim) và yếu tố điều trị (loại dung dịch truyền, thuốc sử dụng).

**2.3. Quy mô mẫu và lấy mẫu.** Để tính cỡ mẫu cho nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang, công thức thường được sử dụng là:

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: - n: cỡ mẫu cần thiết

- Z: giá trị từ bảng phân phối chuẩn tương ứng với mức ý nghĩa mong muốn (ví dụ: Z = 1.96 cho mức ý nghĩa 95%)

- p: tỷ lệ ước tính của biến cố (dựa trên dữ liệu từ các nghiên cứu trước hoặc giả định)

- d: sai số mong muốn, hay độ chính xác mong muốn của ước lượng (ví dụ: 0,05 tương ứng với độ chính xác 5%).

⇒ p là tỉ lệ ước đoán 28% (theo nghiên cứu năm 2020 của Bệnh viện Trung Ương Huế), với mức độ chính xác 5% và mức ý nghĩa 95%, vậy sẽ cần tối thiểu 310 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi để có thể ước tính tỷ lệ viêm tĩnh mạch với độ chính xác mong muốn.

**2.4. Phương pháp thống kê.** Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn (SD), trong khi các biến định tính thể hiện bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm. So sánh nhóm sử dụng kiểm định Chi-square và tỷ số chênh (Odds Ratio - OR) để xác định mối liên quan giữa viêm tĩnh mạch với các yếu tố nguy cơ. Hồi quy logistic được thực hiện để đánh giá tác động của các yếu tố độc lập.

**2.5. Các cân nhắc về đạo đức.** Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Y đức Bệnh

viện Nhân Dân Gia Định.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu.** Từ tháng 01/2024 đến tháng 6/2024 tại khoa Ngoại Lồng ngực – Mạch máu, Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, đã có 320 trường hợp đưa vào nghiên cứu.



**Biểu đồ 1: Tỷ lệ giới tính của nhóm dân số tham gia nghiên cứu**

**Bảng 1. Mô tả đặc điểm về thông tin giới tính, nhóm tuổi, dinh dưỡng và bệnh nền**

Đặc điểm	Tần số (n=320)	Tỷ lệ (%)	
Giới tính	Nữ	217	67,81
	Nam	103	32,19
Nhóm tuổi	<65 tuổi	248	77,5
	≥65 tuổi	72	22,5
Tình trạng dinh dưỡng	Bình thường	230	70,55
	Suy dinh dưỡng	15	4,60
	Thừa cân	81	24,85
Bệnh nền gây suy giảm đề kháng	Có	131	40,94
	Không	189	59,06

**Bảng 2. Mô tả đặc điểm về tuổi, BMI và Số ngày nằm viện**

	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Max	Min
Tuổi	49,60	17,54	95	16
BMI	22,92	3,14	15,50	36,60
Số ngày nằm viện	8,10	7,31	1	35

**Bảng 3. Mô tả đặc điểm về các nhóm bệnh nền**

Đặc điểm	Tần số (n=131)	Tỷ lệ (%)	
Các loại bệnh nền	Ung thư	77	24,06
	Đái tháo đường	46	14,8
	Bệnh gây rối loạn đông máu	3	0,94
	Khác (suy tim, suy tĩnh mạch, các bệnh tự miễn khác.)	5	1,56

**3.2. Đặc điểm nhóm người bệnh có viêm tĩnh mạch nông.** Trong tổng số 320 bệnh nhân nghiên cứu, có 221 bệnh nhân (69,06%) không có triệu chứng viêm tĩnh mạch nông (VTMN) và 99 bệnh nhân (30,94%) có triệu chứng ở nhiều mức độ khác nhau.

**3.2.1. Đặc điểm đặt và sử dụng kim luồn.** Kim luồn kích thước 22G được sử dụng nhiều nhất (94,4%). Vị trí đặt kim chủ yếu là cổ tay (61,25%) và khuỷu tay (25,31%), các vị trí khác như cẳng tay (12,81%) và cổ chân (0,63%) ít được sử dụng. Có 94,06% bệnh nhân có thay kim ít nhất một lần, toàn bộ trường hợp đều tuân thủ quy trình vô khuẩn, với 100% bệnh nhân sử dụng dung dịch sát trùng da và dụng cụ cố định kim, đồng thời 99,38% bệnh nhân sử dụng khóa ba ngã.

**Bảng 4. Đặc điểm đặt và sử dụng kim luồn**

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Kích thước kim luồn</b>		
20G	18	5,6
22G	302	94,4
<b>Vị trí đặt kim</b>		
Cổ tay	196	61,25
Khuỷu tay	81	25,31
Cẳng tay	41	12,81
Cổ chân	2	0,63
<b>Thay kim luồn</b>		
Có	301	94,06
Không	19	5,94
<b>Dung dịch sát trùng da</b>		
Có	320	100
Không	0	0
<b>Dụng cụ cố định kim</b>		
Có	320	100
Không	0	0
<b>Sử dụng khóa ba ngã</b>		
Có	318	99,38
Không	2	0,63

**3.2.2. Thời gian lưu kim luồn.** Thời gian lưu kim trung bình là 30,4 giờ, dao động từ 2 đến 74 giờ, cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa các bệnh nhân.

**Bảng 5. Thời gian lưu kim luồn**

Thông kê	Thời gian (giờ)
Trung bình	30,4
Độ lệch chuẩn	14,82
Thời gian tối đa	74
Thời gian tối thiểu	2

**3.2.3. Biểu hiện lâm sàng sau đặt kim luồn.** Đau là triệu chứng phổ biến nhất (30,63%). Không có trường hợp nào xuất hiện mủ hoặc sốt.

**Bảng 6. Các biểu hiện thường gặp sau khi đặt kim luồn**

Biểu hiện	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đau	98	30,63
Da tấy đỏ	12	3,75
Sưng phù	14	4,38
Sờ cứng	3	0,94
Có mủ	0	0

Sốt	0	0
-----	---	---

**3.2.4. Đánh giá mức độ viêm tĩnh mạch nông theo thang điểm VIP.** Phần lớn bệnh nhân có VTMN ở mức độ nhẹ (VIP1: 26,25%), tỷ lệ mức độ trung bình (VIP2: 3,75%) và nặng (VIP3: 0,94%) thấp.

**Bảng 7. Đánh giá mức độ viêm tĩnh mạch theo VIP Score**

Điểm VIP	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
0	221	69,06
1	84	26,25
2	12	3,75
3	3	0,94
4	0	0
5	0	0

**3.2.5. Tình trạng nhiễm trùng và sử dụng kháng sinh.** Không ghi nhận bất kỳ trường hợp nhiễm trùng nào tại vị trí đặt kim, tuy nhiên 91,88% bệnh nhân sử dụng kháng sinh hoặc thuốc chống viêm, chủ yếu do bệnh nền. Nhóm cephalosporin được sử dụng nhiều nhất (74,06%), trong khi các nhóm khác như carbapenem (2,81%), glycopeptide (3,13%) hay metronidazole (0,31%) có tỷ lệ thấp.

**Bảng 8: Sử dụng thuốc chống viêm và kháng sinh**

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Tình trạng nhiễm trùng</b>		
Có	0	0
Không	320	100
<b>Sử dụng kháng sinh hoặc thuốc chống viêm</b>		
Có	294	91,88
Không	26	8,12

**3.2.6. Loại dịch truyền sử dụng.** Nhóm dịch truyền 1 (gây kích ứng nhẹ đến trung bình) được sử dụng nhiều nhất (74,38%), trong khi dịch truyền 2 (gây kích ứng cao như hóa trị liệu, thuốc vận mạch) chiếm 13,44%.

**Bảng 9. Loại dịch truyền sử dụng**

Loại dịch truyền	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Dịch truyền 1 (dung dịch ưu trương, dinh dưỡng tĩnh mạch, kháng sinh)	238	74,38
Dịch truyền 2 (hóa trị liệu, dung dịch đậm đặc, thuốc vận mạch)	43	13,44

Trong nghiên cứu trên 320 bệnh nhân, 30,94% có triệu chứng viêm tĩnh mạch nông, chủ yếu ở mức độ nhẹ. Kim 22G và vị trí đặt tại cổ tay được sử dụng phổ biến nhất. Thời gian lưu kim trung bình là 30,4 giờ. Đau là triệu chứng thường gặp nhất (30,63%), trong khi các dấu hiệu nặng hơn như sưng phù, tấy đỏ có tỷ lệ thấp. Không ghi nhận trường hợp nhiễm trùng tại chỗ đặt kim, nhưng hầu hết bệnh nhân vẫn

sử dụng kháng sinh và thuốc chống viêm (91,88%). Dịch truyền ưu trương và kháng sinh tiêm tĩnh mạch chiếm phần lớn (74,38%).

### 3.3. Môi liên quan giữa các yếu tố

**3.3.1. Giới tính và vị trí đặt kim luân.** Tỷ lệ nữ mắc VTMN cao hơn nam (76 ca so với 23 ca), với nguy cơ cao hơn 1,57 lần ( $p = 0,029$ , KTC 95%: 1,05 – 2,35). Vị trí đặt kim ở khuỷu tay có nguy cơ thấp hơn cổ tay ( $p = 0,004$ , RR = 0,47, KTC 95%: 0,28 – 0,78), trong khi các vị trí khác không có sự khác biệt đáng kể.

**Bảng 10. Môi liên quan giữa tình trạng VTMN và các yếu tố như giới tính, vị trí đặt kim luân và bệnh nền**

Tình trạng VTMN	Không (n=221)	Có (n=99)	P	RR (KTC 95%)
<b>Giới tính</b>				
Nam	80	23	1	
Nữ	141	76	0,029*	1,57 (1,05-2,35)
<b>Vị trí đặt kim luân</b>				
Cổ tay	124	72	1	
Khuỷu tay	67	14	0,004	0,47 (0,28-0,78)
Cẳng tay	28	13	0,553	0,86 (0,53-1,40)
Cổ chân	2	0	-	-
<b>Bệnh nền</b>				
Ung thư	41	36	1	
Đái tháo đường	32	14	0,090	0,65 (0,39-1,07)
Bệnh rối loạn đông máu	3	0	-	-
Khác (suy tim, suy tĩnh mạch,...)	1	6	0,002	1,83 (1,25-2,69)

**3.3.2. Kích thước kim luân và loại dịch truyền.** Kim luân 20G có nguy cơ gây VTMN cao hơn kim 22G ( $p = 0,0017$ , RR = 3,22, KTC 95%: 2,75 – 3,84). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi < 65 và  $\geq 65$  về nguy cơ VTMN ( $p = 0,833$ ).

**Bảng 11. Môi liên quan giữa tình trạng VTMN và các yếu tố như giới tính, vị trí đặt kim luân, kích thước kim luân, bệnh nền**

Tình trạng VTMN	Không (n=221)	Có (n=99)	P	RR (KTC 95%)
<b>Giới tính</b>				
Nam	80	23	1	
Nữ	141	76	0,029*	1,57 (1,05-2,35)
<b>Nhóm tuổi</b>				
<65 tuổi	172	76	1	
$\geq 65$ tuổi	49	23	0,833	0,96 (0,65-1,41)

Kích thước kim luân				
20G	2	16	1	
22G	209	93	0,0017*	3,22 (2,75-3,84)
Vị trí đặt kim luân				
Cổ tay	124	72	1	
Khuỷu tay	67	14	0,004*	0,47 (0,28-0,78)
Cẳng tay	28	13	0,553	0,86 (0,53-1,40)
Cổ chân	2	0	-	-
Dịch truyền				
Dịch truyền 1	176	62	1	
Dịch truyền 2	27	16	0,322	1,24 (0,81-1,96)

**3.3.4. Ảnh hưởng của tuổi và thời gian lưu kim.** Tuổi có mối liên quan với nguy cơ VTMN ( $p = 0,04$ ), tuy nhiên sự khác biệt giữa nhóm < 65 tuổi và ≥ 65 tuổi không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 12. Mối liên quan giữa tình trạng VTMN và các yếu tố tuổi, thời gian lưu kim luân, kích thước kim luân**

Hệ số hồi quy	Độ lệch chuẩn	Giá trị z	p	OR (KTC 95%)
Tuổi	0,01	0,007	2,03	0,04*
Hằng số	-2,07	0,17	-1,51	0,130

**Bảng 13. Mối liên quan giữa thời gian lưu kim luân và các đặc điểm VTMN**

Tình trạng	Số quan sát (n=320)	Trung bình (giờ)	Độ lệch chuẩn	p
Thời gian lưu kim luân				
Có VTMN	99	29,78	15,23	0,25*
Không có VTMN	221	31,77	14,63	
Bệnh nền				
Ung thư	77	28,93	13,11	0,005**
Đái tháo đường	46	35,41	18,06	
Bệnh rối loạn đông máu	3	20,67	1,15	
Khác (suy tim, suy tĩnh mạch,...)	7	51	23,79	

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Tần suất mắc viêm tĩnh mạch nông (VTMN).** Trong nghiên cứu tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ 01/2024 - 06/2024, tỷ lệ VTMN trên bệnh nhân có kim luân tĩnh mạch ngoại vi (KLTMNV) là 30,94% (99/320), tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước (28%-31%). Phân tích tổng hợp của Luyu Lv và cộng sự (2020) [2] cũng ghi nhận tỷ lệ 31%, trong khi Mulugeta Lulie (2021) [3] báo cáo mức cao hơn (70%). Sự khác biệt có thể do đặc điểm mẫu nghiên cứu và phương pháp đánh giá. Tại Việt

Nam, tỷ lệ dao động từ 8% đến 29,2%, phản ánh thực trạng kiểm soát biến chứng lâm sàng tốt tại bệnh viện nghiên cứu.

**4.2. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân**

**4.2.1. Giới tính.** Nữ giới có nguy cơ VTMN cao hơn nam (35,02% so với 22,33%; OR = 1,57;  $p = 0,029$ ). Kết quả phù hợp với các nghiên cứu trước đó, cho thấy vai trò của estrogen và đặc điểm sinh hoạt làm tăng nguy cơ viêm tĩnh mạch ở nữ.

**4.2.2. Tuổi.** Tuổi trung bình bệnh nhân là 49,6 (16-95 tuổi), không có sự khác biệt ý nghĩa về tỷ lệ VTMN giữa nhóm < 65 và ≥ 65 tuổi ( $p = 0,833$ ). Một số nghiên cứu trước đây cho thấy tuổi cao làm tăng nguy cơ VTMN do suy giảm miễn dịch và bệnh nền. Tuy nhiên, nghiên cứu này không ghi nhận ảnh hưởng đáng kể của tuổi, có thể do tỷ lệ bệnh nhân trẻ chiếm ưu thế (77,5%).

**4.2.3. Thể trạng và bệnh lý đi kèm.** Phần lớn bệnh nhân có dinh dưỡng bình thường (70,55%), trong khi 24,85% thừa cân. Các bệnh nền phổ biến gồm ung thư (24,06%) và đái tháo đường (14,80%). Nhóm có bệnh nền có nguy cơ VTMN cao hơn (OR = 1,83;  $p = 0,002$ ), phù hợp với nghiên cứu của Lâm Thị Nhung (2021)[7].

**4.3. Đặc điểm lâm sàng và yếu tố kỹ thuật**

**4.3.1. Tỷ lệ và mức độ VTMN.** Tỷ lệ VTMN là 31%, chủ yếu mức nhẹ (VIP 1: 26,25%, VIP 2: 3,75%). Không có trường hợp VIP 4-5. So với các nghiên cứu khác, tỷ lệ VTMN tại bệnh viện nghiên cứu tương đồng hoặc thấp hơn, phản ánh hiệu quả kiểm soát biến chứng.

**4.3.2. Đặc điểm kim luân và yếu tố kỹ thuật**

- **Kích thước kim:** Chủ yếu sử dụng 22G (94,4%), không ghi nhận sự khác biệt ý nghĩa với nguy cơ VTMN, nhưng các nghiên cứu trước đây cho thấy kim lớn (≥18G) có nguy cơ cao hơn.

- **Vị trí đặt:** Cổ tay (61,25%) và khuỷu tay (25,31%). Vị trí khuỷu tay có nguy cơ VTMN thấp hơn (RR = 0,47;  $p = 0,004$ ).

- **Thời gian lưu kim:** Trung bình 30,4 giờ (2-74 giờ). Thời gian lưu càng dài, nguy cơ VTMN càng cao, phù hợp với nghiên cứu của Đặng Duy Quang (2020).

- **Dịch truyền:** Dịch có tính kích ứng cao (hypertonic, hóa trị) làm tăng nguy cơ VTMN (59% so với 35%).

**4.4. Mối liên quan giữa các yếu tố và VTMN.** Phân tích hồi quy logistic cho thấy giới tính ( $p = 0,029$ ), bệnh nền ( $p = 0,002$ ), loại kim ( $p = 0,0017$ ), và vị trí đặt kim ( $p = 0,004$ ) có ảnh hưởng đáng kể đến nguy cơ VTMN. Tuổi có tương quan yếu với thời gian lưu kim ( $p = 0,0035$ ). Kết quả phù hợp với các nghiên cứu

trong và ngoài nước, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tối ưu hóa kỹ thuật đặt kim và kiểm soát yếu tố nguy cơ để giảm biến chứng VTMN.

## V. KẾT LUẬN

**5.1. Tỷ lệ viêm tĩnh mạch nông (VTMN) do đặt kim luồn tĩnh mạch ngoại vi (KLTMNV).** Nghiên cứu tại Khoa Ngoại Lồng Ngực – Mạch Máu, Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, ghi nhận tỷ lệ VTMN là **30,94%** (99/320). Chủ yếu ở mức độ nhẹ (VIP 1: 26,25%), mức 2 chiếm 3,75% và mức 3 chỉ 0,94%. Không có trường hợp VTMN mức độ nặng (VIP 4-5).

### 5.2. Các yếu tố liên quan đến VTMN

• **Yếu tố cố định:** Tuổi, giới tính và bệnh lý nền làm tăng nguy cơ VTMN, cần phát hiện sớm để xử trí kịp thời.

• **Yếu tố kỹ thuật:**

▪ **Kích thước kim:** Kim lớn làm tăng nguy cơ VTMN, nên chọn kim nhỏ nhất có thể phù hợp với điều trị.

▪ **Vị trí đặt:** Khuỷu tay và cổ tay là vị trí phù hợp nhất để thao tác và theo dõi.

▪ **Thời gian lưu kim:** Càng lâu thì nguy cơ viêm càng cao, cần rút kim sớm khi không còn chỉ định.

▪ **Loại dịch truyền:** Dịch ưu trương, kháng sinh làm tăng nguy cơ VTMN, nên pha loãng nếu không chống chỉ định.

### 5.3. Hạn chế và kiến nghị

**Hạn chế:** Cỡ mẫu còn hạn chế, nghiên cứu chỉ thực hiện tại một khoa, chưa đánh giá tác động của thời gian lưu kim dài hạn.

**Kiến nghị:** Cần nghiên cứu dài hạn hơn để làm rõ mối liên quan giữa thời gian lưu kim và nguy cơ VTMN, đồng thời triển khai các biện pháp tối ưu hóa kiểm soát biến chứng tại bệnh viện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **S. Talakoub, M. Tork-Torabi, M. Namnabati, and Z. Allameh,** "Vancomycin infusion methods on phlebitis prevention in children," Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, vol. 24, no. 6, 2019.
2. **L. Lv and J. Zhang,** "The incidence and risk of infusion phlebitis with peripheral intravenous catheters: A meta-analysis," J Vasc Access, vol. 21, no. 3, pp. 342-349, May 2020.
3. **M. Lulie, A. Tadesse, T. Tsegaye, T. Yesuf, and M. Silamsaw,** "Incidence of peripheral intravenous catheter phlebitis and its associated factors among patients admitted to University of Gondar hospital, Northwest Ethiopia: a prospective, observational study," Thrombosis Journal, vol. 19, no. 1, p. 48, 2021/07/13 2021.
4. **Thái Đức Thuận Phong, Nguyễn Văn Thà, and Trần Huy Giang,** "Khảo sát tỉ lệ viêm tại chỗ do đặt Catheter tĩnh mạch ngoại biên tại khoa hồi sức cấp cứu BVTM An Giang 4-10/2011," 2011.
5. **Chu Văn Long and Hệ ĐV,** "Nghiên cứu nguy cơ viêm tĩnh mạch sau đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức," Khoa học Điều dưỡng, 2020.
6. **Q. Đặng Duy,** "Đánh giá tình trạng viêm tại chỗ trên người bệnh có đặt catheter tĩnh mạch ngoại biên tại Bệnh viện Trung ương Huế," Journal of Clinical Medicine- Hue Central Hospital, 2020.
7. **Lâm Thị Nhung, Trương Quang Trung, and L. T. Cúc,** "Viêm Tĩnh Mạch Tại Vị Trí Lưu Kim Luồn Tĩnh Mạch Ngoại Biên Và Một Số Yếu Tố Liên Quan Tại Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội," Tạp chí Nghiên Cứu Y học, vol. 145, no. 9, pp. 85-92, 2021.

# TÌNH HÌNH TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 1

Chu Thị Hương<sup>1</sup>, Vũ Thanh Giang<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Phương Thảo<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tăng huyết áp (THA) và tiền đái tháo đường (tiền ĐTĐ) là các vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng với mối liên quan mật thiết. Tuy nhiên, dữ liệu về tỷ lệ tiền ĐTĐ trên bệnh nhân THA tại các địa phương như Bắc Ninh còn hạn chế. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ tiền ĐTĐ và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân THA đang

điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1. **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 345 bệnh nhân THA điều trị ngoại trú từ tháng 4/2025 đến tháng 9/2025. Thu thập thông tin qua phỏng vấn, khám lâm sàng, đo các chỉ số nhân trắc và xét nghiệm glucose máu lúc đói. Tiền ĐTĐ được chẩn đoán khi glucose máu lúc đói từ 5,6 đến 6,9 mmol/L. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 70,96 ± 9,51 tuổi, nam giới chiếm 65,5%. Tỷ lệ tiền ĐTĐ là 48,7%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tiền ĐTĐ bao gồm: giới tính nam (54,4% so với 37,8% ở nữ, p=0,003), thời gian mắc THA ≥ 5 năm (52,1% so với 38,1%, p=0,025), thừa cân/béo phì (58,6% so với 39,4% ở nhóm BMI bình thường, p=0,002), và béo bụng (55,7% so với 37,8%, p=0,001). Tỷ lệ phì đại thất trái

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1

Chịu trách nhiệm: Chu Thị Hương

Email: chuhuong1978@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025