

Toàn.⁸ Một phát hiện đáng chú ý là nhóm người chăm sóc có kiến thức đúng lại tiêm chủng đúng lịch thấp hơn 30% so với nhóm kiến thức chưa đúng. Kết quả này trái với nghiên cứu của GebreEyesus tại Ethiopia, gợi ý khả năng nhóm hiểu biết cao hơn thận trọng trước phản ứng sau tiêm hoặc tiếp cận thông tin trái chiều. Trong khi đó, thái độ đúng lại liên quan thuận chiều với tuân thủ lịch tiêm, phù hợp với kết quả của Phạm Thị Anh Thư, cho thấy niềm tin vào lợi ích vắc-xin là yếu tố thúc đẩy hành vi.^{5,6}

V. KẾT LUẬN – KIẾN NGHỊ

Cần tăng cường tuyên truyền và khuyến khích người chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi, phụ nữ mang thai tham gia các chương trình truyền thông về tiêm chủng, nhằm nâng cao kiến thức và thực hành tiêm đúng lịch. Cơ sở y tế và chính quyền địa phương cần phối hợp rà soát, lập danh sách trẻ chưa tiêm hoặc tiêm muộn để tổ chức tiêm bù kịp thời. Khuyến khích tổ chức các sự kiện tuyên truyền định kỳ về lợi ích của tiêm chủng đúng lịch để nâng cao tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ cho trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **UNICEF - Quỹ Nhi đồng Liên Hợp Quốc.** The State of the World's Children: For Every Child, Vaccination. UNICEF Innocenti - Global Office of Research and Foresight; 2023.
2. **Trần Trường Giang, Nguyễn Quan Phú, Nguyễn Văn Đoc, Phạm Thị Tâm.** Nghiên Cứu Kiến Thức Và Thực Hành Tiêm Chủng Mở Rộng Cho Trẻ Dưới 1 Tuổi Của Các Bà Mẹ Có Con Từ 12 - 24 Tháng Tuổi Tại Huyện Thới Bình, Tỉnh Cà Mau

Năm 2022-2023. Tạp Chí Dược Học Cần Thơ. 2024; (70): 26-33. doi:10.58490/ctump.2024i70. 2019

3. **Nông Diệu Thuần, Lê Thị Thanh Hoa.** Thực Trạng Tiêm Chủng Mở Rộng Đầy Đủ, Đúng Lịch Ở Trẻ Em Dưới 12 Tháng Tuổi Tại Huyện Bảo Lâm, Tỉnh Cao Bằng Năm 2021. Tạp Chí Học Việt Nam. 2022;520(2). doi:10.51298/vmj.v520i2.4141
4. **BỘ Y TẾ.** Thông Tư Số: 10/2024/Tt-BYT Ban Hành Danh Mục Bệnh Truyền Nhiễm, Đối Tượng Và Phạm Vi Phải Sử Dụng Vắc Xin, Sinh Phẩm Y Tế Bắt Buộc Ngày 13/6/2024.; 2024. <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Thong-tu-10-2024-TT-BYT-benh-truyen-nhiem-pham-vi-phai-su-dung-sinh-pham-y-te-bat-buoc-613510.aspx>
5. **GebreEyesus FA, Tarekegn TT, Amlak BT, et al.** Knowledge, Attitude, and Practices of Parents About Immunization of Infants and Its Associated Factors in Wadla Woreda, North East Ethiopia, 2019. *Pediatr Health Med Ther.* 2021;12:223-238. doi:10.2147/PHMT.S295378
6. **Phạm Anh Thư, Huỳnh Giao.** Tỷ Lệ Tiêm Chủng Đầy Đủ Của Trẻ Em Dưới 1 Tuổi Và Các Yếu Tố Liên Quan Tại Huyện Gò Dầu, Tỉnh Tây Ninh. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2024;540(2). doi:10.51298/vmj.v540i2.10360
7. **Vũ Thị Thúy, Võ Văn Hạnh, Nguyễn Thị Thọ, Hồ Hoàng Vũ, Trần Thiện Thuận.** Tỷ Lệ Tiêm Chủng Đầy Đủ, Đúng Lịch Của Trẻ Em Theo Chương Trình Tiêm Chủng Mở Rộng Và Các Yếu Tố Liên Quan Tại Thành Phố Phan Thiết, Tỉnh Bình Thuận. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2022;510(1). doi:10.51298/vmj.v510i1.1889
8. **Phạm Ngọc Toàn, Hoàng Văn Quang, Phan Thị Thanh Thiên.** Thực Trạng Tiêm Chủng Đầy Đủ, Đúng Lịch Của Trẻ Dưới 1 Tuổi Và Một Số Yếu Tố Liên Quan Tại Huyện Yên Thế, Bắc Giang Năm 2021. *J Control Vaccines Biol.* 2022;2(2):74-80. doi:10.56086/jcvb.v2i2.41

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TỔN THƯƠNG THẬN CẤP TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC, BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA

Lê Xuân Quý¹, Lâm Tiên Tùng²,
Đỗ Minh Thái², Lê Duy Long²

TÓM TẮT⁵⁹

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố liên quan đến tổn thương thận cấp (AKI) ở bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 358 bệnh nhân nhập ICU. Dữ liệu từ hồ sơ bệnh án bao gồm: đặc điểm nhân

khẩu học, bệnh kèm theo, nguyên nhân nhập viện, APACHE II, SOFA, tình trạng thở máy, sử dụng thuốc vận mạch và phân loại AKI theo KDIGO 2012. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân $64,1 \pm 16,2$; nam giới chiếm 60,9%. Các bệnh kèm theo thường gặp: tăng huyết áp (38,5%), đái tháo đường (21,2%). Nguyên nhân nhập ICU chính: suy hô hấp (19,6%), rối loạn thần kinh cấp (19,6%), nhiễm khuẩn nặng (14,0%) và sốc (10,9%). Tỷ lệ AKI là 34,4%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa gồm: tuổi cao, điểm APACHE II và SOFA cao, thở máy, dùng thuốc vận mạch, nhiễm khuẩn nặng và sốc ($p < 0,05$). **Kết luận:** AKI ở bệnh nhân ICU có liên quan đến tuổi cao, điểm APACHE II và SOFA cao, tình trạng nhiễm khuẩn, sốc, cũng như thở máy xâm nhập và sử dụng thuốc vận mạch. **Từ khóa:** tổn thương thận cấp, ICU, nghiên cứu hồi cứu, yếu tố liên quan.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Lê Xuân Quý

Email: Lexuanquy.dricu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

SUMMARY**SOME FACTORS ASSOCIATED WITH ACUTE KIDNEY INJURY IN PATIENTS IN THE INTENSIVE CARE UNIT AT THANH HOA GENERAL HOSPITAL**

Objective: To identify factors associated with acute kidney injury (AKI) in patients admitted to the Intensive Care Unit (ICU) at Thanh Hoa General Hospital. **Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 358 ICU patients. Data were collected from medical records, including demographics, comorbidities, causes of ICU admission, APACHE II and SOFA scores, mechanical ventilation, vasopressor use, and AKI classification based on KDIGO 2012. **Results:** The mean age of patients was 64.1 ± 16.2 years; 60.9% were male. Common comorbidities were hypertension (38.5%) and diabetes mellitus (21.2%). Major reasons for ICU admission were respiratory failure (19.6%), acute neurological dysfunction (19.6%), severe infection (14.0%), and shock (10.9%). The incidence of AKI was 34.4%. Significant factors associated with AKI included older age, higher APACHE II and SOFA scores, invasive mechanical ventilation, vasopressor use, severe infection, and shock ($p < 0.05$). **Conclusion:** AKI in ICU patients was associated with older age, higher APACHE II and SOFA scores, severe infection, shock, as well as invasive mechanical ventilation and vasopressor use.

Keywords: acute kidney injury, ICU, retrospective study, associated factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương thận cấp (Acute Kidney Injury – AKI) là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân hồi sức tích cực (ICU), đặc trưng bởi giảm đột ngột chức năng thận, gây tích tụ sản phẩm chuyển hóa nitơ, rối loạn cân bằng dịch – điện giải và toan kiềm. AKI làm tăng thời gian nằm viện, chi phí và tỷ lệ tử vong, đặc biệt ở bệnh nhân nặng [1]. Tỷ lệ AKI tại ICU dao động 20–50%, tùy đối tượng, tiêu chuẩn chẩn đoán và mức độ bệnh. Ở Việt Nam, một số báo cáo ghi nhận tỷ lệ AKI cao nhưng dữ liệu chưa đồng bộ, đặc biệt ở tuyến tỉnh [2], [3]. Các yếu tố nguy cơ đã được xác định gồm: tuổi cao, bệnh lý nền, thang điểm APACHE II, SOFA, nhiễm khuẩn nặng, sốc, thở máy, dùng thuốc vận mạch và nguyên nhân nhập ICU [1]. Tuy nhiên, bằng chứng chủ yếu từ trung tâm lớn, trong khi dữ liệu ở bệnh viện tuyến tỉnh còn hạn chế. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa là tuyến cuối tiếp nhận nhiều bệnh nhân nặng, song chưa có nghiên cứu hệ thống nào về AKI. Do đó, nghiên cứu này được tiến hành nhằm xác định tỷ lệ, giai đoạn và yếu tố liên quan đến AKI, cung cấp cơ sở khoa học cho chẩn đoán, điều trị và dự phòng tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân nhập viện tại Khoa Hồi sức tích cực (ICU), Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024.

Tuổi ≥ 18 tuổi.

Thời gian nằm ICU ≥ 48 giờ.

Có đầy đủ thông tin cần thiết để chẩn đoán tổn thương thận cấp (AKI) theo tiêu chuẩn KDIGO 2012.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân có bệnh thận mạn

Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả – hồi cứu, dựa trên hồ sơ bệnh án điện tử.

Chọn mẫu: Toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian tháng 1 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024.

Biến số nghiên cứu:

Biến nhân khẩu học: tuổi, giới tính.

Biến bệnh lý nền: đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh tim mạch, bệnh gan mạn, bệnh phổi mạn tính.

Mức độ bệnh nặng: điểm APACHE II và SOFA lúc nhập ICU.

Các can thiệp ban đầu trong 24 giờ đầu: thở máy xâm nhập, sử dụng thuốc vận mạch.

Nguyên nhân nhập ICU: sốc, nhiễm khuẩn nặng, suy hô hấp, rối loạn thần kinh cấp, rối loạn tiêu hóa – gan mật, nội tiết – chuyển hóa, các nguyên nhân khác.

Chẩn đoán AKI và giai đoạn dựa trên KDIGO 2012 [4], AKI được xác định khi:

+ Tăng creatinine huyết thanh $\geq 0,3$ mg/dL trong 48 giờ, hoặc

+ Tăng $\geq 1,5$ lần so với giá trị cơ bản trong 7 ngày, hoặc

+ Lượng nước tiểu $< 0,5$ mL/kg/giờ trong 6 giờ.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Dữ liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án điện tử, được mã hóa ẩn danh để bảo vệ thông tin cá nhân. Nghiên cứu viên thu thập dữ liệu được đào tạo, thống nhất cách ghi nhận AKI và các yếu tố nguy cơ. Dữ liệu được nhập vào phần mềm SPSS 25.0, phân tích bằng: biến định lượng: trung bình \pm SD, so sánh bằng t-test; biến định tính: tần suất, tỷ lệ %, so sánh bằng chi-square hoặc Fisher exact test.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa phê duyệt. Tất cả dữ liệu được ẩn danh, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu, bệnh nhân được đảm bảo quyền riêng tư.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=358)

Biến số	% (N) hoặc X ± SD
Tuổi, trung bình (±SD)	64,1 (±16,2)
Giới	
Nam	60,9% (218)
Nữ	39,1% (140)
Bệnh lý kèm theo	
Đái tháo đường	21,2% (76)
Tăng huyết áp	38,5% (138)
Bệnh tim mạch (suy tim, bệnh động mạch vành, bệnh van tim)	18,4% (66)
Bệnh gan mạn (xơ gan, viêm gan virus)	10,9% (39)
Bệnh phổi mạn tính (COPD, hen phế quản)	7,5% (27)
APACHE II, trung bình (±SD)	18,2 (±6,9)
SOFA, trung bình (±SD)	7,7 (±3,3)
Tử vong trong viện	32,1% (115)

Nhận xét: Bệnh nhân đa số tuổi cao, nam giới chiếm tỷ lệ lớn hơn, nhiều bệnh nhân có tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ). Điểm APACHE II và SOFA trung bình phản ánh mức độ nặng của nhóm nghiên cứu, tỷ lệ tử vong trong viện tương đối cao

Bảng 2. Nguyên nhân chính nhập khoa Hồi sức tích cực (N=358)

Nhóm bệnh lý	Nguyên nhân cụ thể	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Suy hô hấp	Viêm phổi nặng, đợt cấp COPD/ hen phế quản, ARDS	70	19.6
Suy tuần hoàn	Suy tim cấp, thuyên tắc ĐMP, rối loạn nhịp thất nặng	33	9.2

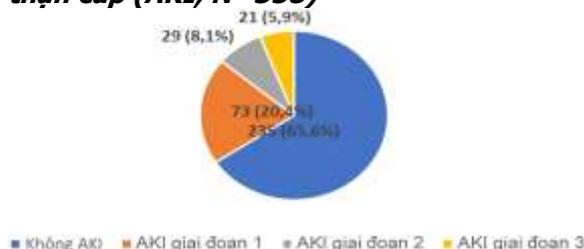
Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến AKI ở bệnh nhân hồi sức tích cực

Biến số/Nhóm bệnh lý	Không AKI (n=235)	AKI (n=123)	p-value
Tuổi, trung bình (±SD)	61,8 ± 15,2	67,3 ± 16,9	0,01*
Giới tính, nam	140 (59,6%)	78 (63,4%)	0,49
Bệnh lý kèm theo			
- Đái tháo đường	46 (19,6%)	30 (24,4%)	0,29
- Tăng huyết áp	88 (37,4%)	50 (40,7%)	0,58
- Bệnh tim mạch	40 (17,0%)	26 (21,1%)	0,36
- Bệnh gan mạn	23 (9,8%)	16 (13,0%)	0,39
- Bệnh phổi mạn tính (COPD, hen)	18 (7,7%)	9 (7,3%)	0,91
APACHE II, trung bình (±SD)	17,5 ± 6,7	19,4 ± 7,0	0,04*
SOFA, trung bình (±SD)	7,1 ± 3,1	8,6 ± 3,5	0,01*
Thở máy xâm nhập, n (%)	98 (41,7%)	70 (56,9%)	0,007*
Sử dụng thuốc vận mạch, n (%)	60 (25,5%)	55 (44,7%)	0,001*
Nguyên nhân nhập ICU			
- Suy hô hấp	40 (17,0%)	30 (24,4%)	0,09

Rối loạn chức năng thần kinh cấp tính	Xuất huyết não, nhồi máu não, co giật	70	19.6
Tiêu hóa - Gan mật	Xuất huyết tiêu hóa, viêm tụy cấp, suy gan cấp	50	14.0
Nội tiết - Chuyển hóa	Nhiễm toan ĐTĐ, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu, hạ đường huyết, rối loạn điện giải, tiêu cơ vân	41	11.5
Nhiễm khuẩn nặng	Nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi nặng có sepsis	50	14.0
Sốc	Sốc nhiễm khuẩn, sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc phản vệ, sốc tắc nghẽn, ngừng tuần hoàn	39	10.9
Khác	Phản vệ do thuốc/thức ăn, băng huyết sau sinh, sản giật	5	1.4
Tổng cộng		358	100.0

Nhận xét: Nguyên nhân nhập ICU ở nhóm nghiên cứu rất đa dạng; trong đó suy hô hấp, rối loạn chức năng thần kinh cấp tính, tiêu hóa - gan mật, nhiễm khuẩn nặng và sốc là các nhóm bệnh lý chính, chiếm phần lớn các trường hợp.

Bảng 3. Tỷ lệ và giai đoạn tổn thương thận cấp (AKI, N=358)



Nhận xét: Khoảng 1/3 bệnh nhân phát triển AKI, phần lớn ở giai đoạn 1.

– Suy tuần hoàn	20 (8,5%)	13 (10,6%)	0,53
– Rối loạn thần kinh cấp	48 (20,4%)	22 (17,9%)	0,61
– Tiêu hóa – Gan mật	30 (12,8%)	20 (16,3%)	0,34
– Nội tiết – Chuyển hóa	26 (11,1%)	15 (12,2%)	0,77
– Nhiễm khuẩn nặng	22 (9,4%)	28 (22,8%)	0,002*
– Sốc	12 (5,1%)	27 (22,0%)	<0,001*
– Khác (phản vệ, sản khoa)	6 (2,6%)	2 (1,6%)	0,54

Ghi chú: p-value: t-test cho biến liên tục; χ^2 /Fisher cho biến định tính

Nhận xét: Các yếu tố liên quan đáng kể đến AKI gồm tuổi cao, APACHE II, SOFA, thở máy, dùng thuốc vận mạch, nhiễm khuẩn nặng và sốc; các bệnh lý nền khác và giới tính không khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình cao ($64,1 \pm 16,2$), phản ánh đặc trưng của nhóm bệnh nhân ICU tại Việt Nam. Tuổi này cao hơn nghiên cứu của Đặng Thị Xuân và Nguyễn Gia Bình tại Bệnh viện Bạch Mai, đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng nhập ICU có tuổi trung bình khoảng 60 [5], nhưng thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thế Anh và Tô Hoàng Dương tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Xô, ghi nhận tuổi trung bình 78,5 [6]. Như vậy, mặc dù có khác biệt, nhìn chung bệnh nhân ICU trong nước đều thuộc nhóm tuổi cao – yếu tố nguy cơ quan trọng của AKI. Các bệnh lý nền phổ biến như tăng huyết áp, đái tháo đường và bệnh tim mạch cũng thường gặp, tương tự các nghiên cứu trong nước [5], [6]. Đặc biệt, kết quả này phù hợp với dữ liệu từ nghiên cứu AKI-EPI của Hoste và cộng sự [7], trong đó tăng huyết áp, đái tháo đường và suy tim cũng là những bệnh lý nền thường gặp ở bệnh nhân ICU. Bên cạnh đó, tuổi trung bình trong AKI-EPI (64 ± 15) cũng tương tự nghiên cứu của chúng tôi ($64,1 \pm 16,2$), cho thấy đặc điểm nhân khẩu học và bệnh lý nền giữa các quần thể ICU trong nước và quốc tế có nhiều điểm chung. Điểm APACHE II trung bình của nghiên cứu ($18,2 \pm 6,9$) và SOFA ($7,7 \pm 3,3$) phản ánh tình trạng nặng của bệnh nhân tại thời điểm nhập ICU, qua đó củng cố tính đại diện của mẫu nghiên cứu đối với nhóm bệnh nhân hồi sức nặng.

Nguyên nhân nhập ICU trong nghiên cứu phản ánh đặc trưng của bệnh nhân nặng tại Việt Nam, với tỷ lệ đáng kể các trường hợp sốc và nhiễm khuẩn nặng, cho thấy nhóm bệnh nhân này có nguy cơ cao gặp các biến chứng cấp tính, đặc biệt là tổn thương thận cấp [3], [5]. So với các nghiên cứu trước tại Việt Nam, các nguyên nhân này tương đồng, trong đó sốc và nhiễm khuẩn vẫn chiếm tỷ lệ nổi bật, nhấn mạnh tầm

quan trọng của can thiệp hồi sức sớm và kiểm soát nhiễm khuẩn kịp thời. Các nghiên cứu ICU đa trung tâm cũng ghi nhận sốc và nhiễm khuẩn là những nguyên nhân hàng đầu khiến bệnh nhân phải nhập ICU, liên quan chặt chẽ đến rối loạn huyết động và giảm dự trữ chức năng cơ quan, từ đó làm tăng nguy cơ AKI [7]. Thực trạng này phản ánh đặc điểm của khoa hồi sức tích cực bệnh viện tuyến tỉnh hiện nay, đồng thời nhấn mạnh nhu cầu ưu tiên kiểm soát huyết động, theo dõi sát tình trạng nhiễm khuẩn và can thiệp kịp thời để phòng ngừa các biến chứng nặng. Các chiến lược dự phòng AKI, do đó, cần tập trung đặc biệt vào nhóm bệnh nhân nhập viện trong tình trạng sốc hoặc nhiễm khuẩn nặng, nhằm cải thiện kết cục và giảm tỷ lệ biến chứng tại ICU.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mắc AKI ở bệnh nhân ICU là 34,4%, trong đó phần lớn ở giai đoạn 1. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thế Anh và Tô Hoàng Dương tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Xô (34,3%), cho thấy mức độ phổ biến của AKI ở nhóm bệnh nhân hồi sức nội khoa tại Việt Nam [6]. Tuy nhiên, tỷ lệ này lại thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Thị Xuân Đặng và Gia Bình Nguyễn trên nhóm bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng, với tỷ lệ AKI lên tới 45,5% [5]. Điều này một lần nữa nhấn mạnh rằng nhiễm khuẩn, đặc biệt là nhiễm khuẩn huyết, đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của AKI, làm tăng nguy cơ tổn thương thận cấp ở bệnh nhân ICU. So sánh với báo cáo của Randa I. Farah (2023) ở Jordan, tỷ lệ mắc AKI trong ICU là 42,8%, cũng cho thấy tình trạng này khá phổ biến trên thế giới [8]. Như vậy, kết quả nghiên cứu khẳng định AKI vẫn là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân hồi sức nội khoa, đặc biệt nổi bật ở nhóm có nhiễm khuẩn nặng, cần được phát hiện và xử trí sớm nhằm cải thiện tiên lượng.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành phân tích mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, bệnh nền và các yếu tố điều trị với sự xuất hiện của tổn thương thận cấp (AKI) ở bệnh nhân ICU. Kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân có AKI thường cao tuổi hơn, với tuổi trung bình $67,3 \pm 16,9$ so với $61,8 \pm 15,2$ ở nhóm không AKI, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,01$). Điều

này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây, trong đó tuổi cao được xem là yếu tố nguy cơ độc lập của AKI, có thể do dự trữ chức năng thận giảm dần theo tuổi và sự hiện diện đồng thời của nhiều bệnh lý nền [3].

Khi xem xét các bệnh lý kèm theo, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh tim mạch, gan mạn tính và bệnh phổi mạn tính đều cao hơn ở nhóm AKI so với nhóm không AKI, tuy nhiên sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê. Điều này có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn để phản ánh rõ mối liên quan, hoặc sự phân bố bệnh nền trong hai nhóm khá đồng đều. Tuy vậy, về mặt cơ chế bệnh sinh, các bệnh lý mạn tính này đều được biết là góp phần làm tăng nguy cơ tổn thương thận, đặc biệt trong bối cảnh bệnh nhân ICU thường phải chịu nhiều yếu tố tác động đồng thời như nhiễm khuẩn, thuốc và can thiệp xâm nhập [1]. Vì vậy, mặc dù nghiên cứu hiện tại chưa chứng minh được ý nghĩa thống kê, không thể phủ nhận vai trò nguy cơ của các bệnh nền này đối với AKI.

Điểm đáng chú ý trong nghiên cứu là các chỉ số đánh giá mức độ nặng, bao gồm APACHE II và SOFA, đều cao hơn rõ rệt ở nhóm AKI, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,04$ và $p = 0,01$). Điều này chứng tỏ rằng tình trạng bệnh nặng hơn, rối loạn đa cơ quan nghiêm trọng hơn có liên quan mật thiết đến nguy cơ xuất hiện AKI. Đây là yếu tố phù hợp với thực tiễn lâm sàng, khi AKI thường xảy ra như một biến chứng trong bối cảnh suy đa cơ quan.

Hai yếu tố điều trị nổi bật có liên quan chặt chẽ đến sự xuất hiện của AKI là thở máy xâm nhập và sử dụng thuốc vận mạch. Tỷ lệ bệnh nhân phải thở máy trong nhóm AKI là 56,9%, cao hơn đáng kể so với nhóm không AKI (41,7%), với $p = 0,007$. Thở máy xâm nhập có thể gây ảnh hưởng bất lợi đến huyết động, làm giảm cung lượng tim và tưới máu thận, đồng thời tăng nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện, tất cả đều góp phần làm nặng thêm tình trạng suy thận cấp. Tương tự, việc sử dụng thuốc vận mạch gặp nhiều hơn ở nhóm AKI (44,7% so với 25,5%), và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê cao ($p = 0,001$). Đây là yếu tố nguy cơ quan trọng, do thuốc vận mạch thường được chỉ định trong bối cảnh tụt huyết áp, sốc nhiễm khuẩn hoặc suy tuần hoàn, vốn đã làm giảm tưới máu thận. Hơn nữa, bản thân thuốc vận mạch có thể gây co mạch thận, làm trầm trọng thêm tình trạng thiếu máu thận và dẫn tới AKI.

Ngoài ra, phân tích nguyên nhân nhập ICU cũng cho thấy mối liên quan chặt chẽ giữa AKI và tình trạng nhiễm khuẩn nặng cũng như sốc.

Tỷ lệ AKI ở bệnh nhân nhập ICU vì nhiễm khuẩn nặng là 22,8% so với 9,4% ở nhóm không AKI ($p = 0,002$), và ở bệnh nhân sốc là 22,0% so với 5,1% ($p < 0,001$). Đây là những phát hiện có ý nghĩa quan trọng, bởi nhiễm khuẩn và sốc được xem là cơ chế bệnh sinh hàng đầu của AKI trong ICU, thông qua quá trình viêm hệ thống, rối loạn vi tuần hoàn và thiếu máu cục bộ thận.

Tóm lại, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các yếu tố liên quan đến sự xuất hiện AKI ở bệnh nhân ICU bao gồm tuổi cao, mức độ nặng của bệnh, và đặc biệt là thở máy xâm nhập cùng sử dụng thuốc vận mạch. Các bệnh lý nền mặc dù chưa chứng minh được ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu này, vẫn cần được coi là yếu tố nguy cơ quan trọng, đòi hỏi theo dõi chặt chẽ. Kết quả cũng nhấn mạnh vai trò nổi bật của nhiễm khuẩn và sốc trong cơ chế bệnh sinh của AKI, phù hợp với thực tiễn lâm sàng và các nghiên cứu trước đây.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu, tỷ lệ AKI ở bệnh nhân ICU là 34,4%, chủ yếu ở giai đoạn 1. AKI liên quan có ý nghĩa với tuổi cao, điểm APACHE II, SOFA, tình trạng nhiễm khuẩn, sốc, cũng như tỷ lệ thở máy xâm nhập và sử dụng thuốc vận mạch cao hơn. Ý nghĩa lâm sàng của kết quả này là cần sàng lọc và theo dõi chặt chẽ nhóm bệnh nhân nguy cơ cao để can thiệp kịp thời. Trong tương lai, các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn sẽ cần thiết để làm rõ hơn mối liên quan và chiến lược phòng ngừa AKI trong ICU.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Văn Đính, Nguyễn Thị Du** (2015), Suy thận cấp, Hồi sức cấp cứu toàn tập, Nhà xuất bản Y học, tr. 263 - 276.
2. **Lê Hồng Trung** (2024). Tỷ lệ hiện mắc, các yếu tố nguy cơ và kết quả điều trị tổn thương thận cấp tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2024;165(8):63-70.
3. **Nguyễn Lê Hồng Phát** (2023). Đặc điểm tổn thương thận cấp ở bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực chống độc, Bệnh viện Nhân dân 115. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;532(1):45-52.
4. **Kellum JA, Norbert Lameire, Peter Aspelin, et al.** (2012), "KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury", Kidney International Supplements, 2, pp. 1-138.
5. **Đặng Thị Xuân, Nguyễn Gia Bình** (2022). Nghiên cứu đặc điểm tổn thương thận cấp ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;514(1):149-156.
6. **Nguyễn Thế Anh, Tô Hoàng Dương** (2021). Đánh giá thực trạng tổn thương thận cấp theo thang điểm RIFLE ở bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;502(2):134-142.

7. **Hoste EAJ, Bagshaw SM, Bellomo R, et al (2015).** Epidemiology of acute kidney injury in critically ill patients: the multinational AKI-EPI study. *Intensive Care Med.* 2015;41(8):1411-1423. doi:10.1007/s00134-015-3934-7

8. **Farah RI, Alfuqaha OA, Younes AR, et al (2023).** Prevalence and mortality rates of acute kidney injury among critically ill patients: a retrospective study. *Crit Care Res Pract.* 2023;2023:9966760. doi:10.1155/2023/9966760

THỰC TRẠNG PHÒNG NGỪA LOÉT TÌ ĐÈ CHO NGƯỜI BỆNH TẠI TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ ĐỒNG NAI NĂM 2024

Đào Thị Nhung¹, Trịnh Thị Chinh¹, Nguyễn Thị Dung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mức độ kiến thức, thái độ về phòng ngừa loét tỳ đè của sinh viên điều dưỡng năm 3; Phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức và thái độ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên toàn bộ sinh viên điều dưỡng năm 3 của Trường Cao đẳng Y tế Đồng Nai đồng ý tham gia (n=101) trong 05-07/2024. Thu thập số liệu bằng bảng hỏi tự điền (Google Form) gồm thông tin chung; 15 câu hỏi kiến thức (chấm theo Bloom's cut-off 60-80%) và 10 mục thái độ (thang 5 mức, quy đổi 0-50 điểm; ≥70% điểm: thái độ tốt). Phân tích bằng SPSS 18.0; dùng phép kiểm Chi-square cho các mối liên quan (p<0,05 có ý nghĩa). **Kết quả:** Về kiến thức: 72,3% đạt mức "tốt", 23,8% "trung bình", 4,0% "chưa tốt". Ba nội dung còn yếu là nhận định giai đoạn 1 của loét (11,9% đúng), quan niệm "da luôn ẩm giúp ngừa loét" (73,3% trả lời sai do đánh dấu đồng ý) và "cần luôn băng kín vết loét" (15,8% đúng - câu phủ định). Về thái độ: 77,2% có thái độ tốt. Có liên quan có ý nghĩa giữa giới tính và thái độ (nữ tốt hơn; p<0,05), giữa xếp loại học tập và thái độ (cao hơn ở nhóm khá-giỏi-xuất sắc; p<0,05), cũng như giữa kiến thức và thái độ (kiến thức tốt đi kèm thái độ tốt; p<0,05). Chưa ghi nhận liên quan có ý nghĩa giữa các biến nhân khẩu-đào tạo với kiến thức (p>0,05). **Kết luận:** Phần lớn sinh viên có kiến thức và thái độ tích cực về phòng ngừa loét tỳ đè; tuy nhiên còn lỗ hổng ở phân độ giai đoạn sớm và thực hành chăm sóc vết loét. Cần tăng cường giảng dạy-huấn luyện lâm sàng, lồng ghép đánh giá nguy cơ, phân độ và kỹ năng xử trí vết loét ngay từ năm 1-2. **Từ khóa:** Loét tỳ đè, phòng ngừa loét, sinh viên điều dưỡng, kiến thức, thái độ.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND ATTITUDE TOWARD PRESSURE ULCER PREVENTION AMONG NURSING STUDENTS AT DONG NAI MEDICAL COLLEGE, 2024

Objective: To determine the level of knowledge and attitude regarding pressure ulcer prevention

among third-year nursing students and to analyze factors associated with knowledge and attitude. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted among all third-year nursing students of Dong Nai Medical College who agreed to participate (n = 101) from May to July 2024. Data were collected using a self-administered questionnaire (Google Form) including general information; 15 knowledge questions (scored by Bloom's cut-off 60-80%) and 10 attitude items (5-point scale, converted to 0-50 points; ≥70%: good attitude). Data were analyzed with SPSS 18.0; Chi-square test was used to examine associations (p < 0.05 considered significant). **Results:** Knowledge levels were: 72.3% "good," 23.8% "average," and 4.0% "poor." Three weak areas included identifying stage 1 pressure ulcer (11.9% correct), the misconception that "skin should always be moist to prevent ulcers" (73.3% answered incorrectly by agreeing), and the belief that "wounds should always be kept covered" (15.8% correct - negative item). Attitude: 77.2% had good attitude. Significant associations were found between gender and attitude (female students had better attitudes; p < 0.05), academic performance and attitude (better in good-excellent group; p < 0.05), and between knowledge and attitude (good knowledge accompanied good attitude; p < 0.05). No significant association was found between demographic/training variables and knowledge (p > 0.05). **Conclusion:** Most students demonstrated good knowledge and positive attitudes toward pressure ulcer prevention; however, gaps remain in early-stage recognition and wound care practices. Strengthening theoretical and clinical training with early integration of risk assessment, staging, and wound management skills from the first-second year is recommended.

Keywords: pressure ulcer, prevention, nursing students, knowledge, attitude

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét tỳ đè (loét áp lực) là tổn thương hoại tử da và mô mềm tại các vùng tỳ xương do áp lực kéo dài làm giảm tưới máu, thiếu oxy mô và hoại tử tế bào. Đây là biến chứng thường gặp ở người bệnh nằm lâu sau phẫu thuật lớn hoặc hạn chế vận động, gây kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị và nguy cơ tử vong nếu không dự phòng [1]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương ghi nhận tỷ lệ loét tỳ đè 8,23%, trong đó nhóm ≥60 tuổi chiếm 67% [2]. Trên thế giới,

¹Trường Cao Đẳng Y tế Đồng Nai

²Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Nhung

Email: nhungdao912@cyd.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025