

giữa các nhóm nghiên cứu ($p = 0,007$). Ở nhóm lọc máu, nồng độ Mg ở nữ cao hơn ở nam ($p=0,014$). Nồng độ Mg huyết tương không liên quan với tuổi, BMI và các chỉ số sinh hóa như ure, creatinin, uric và protein và albumin huyết tương ($p>0.05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vo NH, Pham BV, Nguyen NN, Nguyen BT. A Predictive Nomogram for Selective Screening of Chronic Kidney Disease: A Population-Based Study. *Can J Kidney Health Dis.* 2025;12:20543581241309979.
2. Francis A, Harhay MN, Ong ACM, Tummalapalli SL, Ortiz A, Fogo AB, et al. Chronic kidney disease and the global public health agenda: an international consensus. *Nature Reviews Nephrology.* 2024;20(7):473-85.
3. van de Wal-Visscher ER, Kooman JP, van der Sande FM. Magnesium in Chronic Kidney Disease: Should We Care? *Blood Purif.* 2018;45(1-3):173-8.
4. Zhan Y, Zhang R, Li G. Effect of magnesium on vascular calcification in chronic kidney disease

- patients: a systematic review and meta-analysis. *Ren Fail.* 2023;45(1):2182603.
5. Rodelo-Haad C, Pendón-Ruiz de Mier MV, Díaz-Tocados JM, Martín-Malo A, Santamaria R, Muñoz-Castañeda JR, et al. The Role of Disturbed Mg Homeostasis in Chronic Kidney Disease Comorbidities. *Frontiers in Cell and Developmental Biology.* 2020;Volume 8 - 2020.
 6. Leenders NHJ, Vermeulen EA, van Ballegooijen AJ, Hoekstra T, de Vries R, Beulens JW, et al. The association between circulating magnesium and clinically relevant outcomes in patients with chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nutrition.* 2021;40(5):3133-47.
 7. Cai K, Luo Q, Dai Z, Zhu B, Fei J, Xue C, et al. Hypomagnesemia Is Associated with Increased Mortality among Peritoneal Dialysis Patients. *PLOS ONE.* 2016;11(3):e0152488.
 8. Macías Ruiz MdC, Cuenca Bermejo L, Veronese N, Fernández Villalba E, González Cuello AM, Kublickiene K, et al. Magnesium in Kidney Function and Disease—Implications for Aging and Sex—A Narrative Review. *Nutrients.* 2023;15(7):1710.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP Ở BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC CẤP GLUFOSINAT

Đồng Văn Tô^{1,3}, Nguyễn Trung Nguyên², Hà Trần Hưng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số yếu tố liên quan tới hội chứng suy hô hấp ở nhóm bệnh nhân ngộ độc cấp glufosinat điều trị tại Trung tâm chống độc Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên 87 bệnh nhân ngộ độc glufosinat được điều trị tại Trung tâm Chống độc, Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Trong phân tích hồi cứu này, tuổi, liều dùng và thời gian nhập viện được xác định là các yếu tố tiên lượng suy hô hấp. Bệnh nhân $\geq 53,5$ tuổi có nguy cơ cao gấp 7,7 lần (OR = 7,729; CI 95%: 2,648–22,557; $p < 0,001$), trong khi liều $\geq 14,25$ g dự đoán suy hô hấp với độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 47%. Việc nhập viện muộn cũng có liên quan đáng kể đến suy hô hấp ($p = 0,039$). Các thông số lâm sàng bao gồm điểm GCS thấp hơn khi nhập viện, nhịp tim chậm vào ngày 1-2, điểm PREP và SIRS cao hơn là những yếu tố tiên lượng đáng kể (tất cả $p < 0,001$). Phân tích hồi quy đơn biến tiếp tục cho thấy PREP $\geq 41,5$ (OR = 52,4; 95% CI: 12,33–223,34; $p < 0,001$), $\text{HCO}_3^- \leq 19,7$ mmol/L (OR = 12,0, 95% CI: 3,48–41,35; $p < 0,001$),

WBC $> 10,1$ G/L (OR = 9,6; CI 95%: 3,07 - 30,03; $p < 0,001$) và $\text{NH}_3 > 68,3$ $\mu\text{mol/L}$ (OR = 16,87; CI 95%: 4,20–67,74; $p < 0,001$) có liên quan chặt chẽ với nguy cơ suy hô hấp tăng cao. **Kết luận:** Các yếu tố tiên lượng suy hô hấp ở bệnh nhân ngộ độc Glufosinat là: tuổi, lượng uống, thời gian từ lúc uống đến cơ sở y tế, Glasgow lúc vào viện, điểm PREP, SIRS, nhịp tim chậm, số lượng bạch cầu ban đầu, nồng độ NH_3 , HCO_3^- . **Từ khóa:** hội chứng suy hô hấp, ngộ độc Glufosinat

SUMMARY

SOME FACTORS ASSOCIATED WITH RESPIRATORY FAILURE SYNDROME IN PATIENTS WITH ACUTE GLUFOSINAT POISONING

Objective: Comments on some factors related to respiratory failure syndrome in patients with acute glufosinat poisoning treated at the Poison Control Center, Bach Mai Hospital. **Method:** A prospective study included 87 patients with Glufosinat poisoning treated at the Poison Control Center of Bach Mai Hospital. **Results:** In this retrospective analysis, age, ingested dose, and time to hospital admission were identified as prognostic factors for respiratory failure. Patients aged $\geq 53,5$ years had a 7,7-fold higher risk (OR = 7,729; CI 95%: 2,648–22,557; $p < 0,001$), while a dose $\geq 14,25$ g predicted respiratory failure with 100% sensitivity and 47% specificity. Delayed hospital admission was also significantly associated with respiratory failure ($p = 0.039$). Clinical

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Hà Trần Hưng

Email: hatranhung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025

parameters including lower GCS on admission, bradycardia on day 1–2, higher PREP and SIRS scores were significant predictors (all $p < 0.001$). Univariate regression further revealed that $PREP \geq 41,5$ (OR = 52,4; 95% CI: 12,33–223,34; $p < 0,001$), $HCO_3^- \leq 19,7$ mmol/L (OR = 12,0, 95% CI: 3,48–41,35; $p < 0,001$), $WBC > 10,1$ G/L (OR = 9,6; CI 95%: 3,07 - 30,03; $p < 0,001$), and $NH_3 > 68,3$ μ mol/L (OR = 16,87; CI 95%: 4,20–67,74; $p < 0,001$) were strongly associated with increased risk of respiratory failure.

Conclusion: The prognostic factors for respiratory failure in patients with glufosinat poisoning were: age, ingested dose, time from ingestion to hospital admission, Glasgow Coma Scale on admission, PREP score, SIRS score, bradycardia, initial white blood cell count, ammonia level, and bicarbonate (HCO_3^-)

Keywords: Respiratory failure syndrome, glufosinate poisoning

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glufosinat là một thuốc diệt cỏ không chọn lọc, được sử dụng từ năm 1984 và trở nên phổ biến hơn sau khi paraquat bị cấm tại nhiều quốc gia, trong đó có Việt Nam (2017). Với ưu điểm diệt được cỏ kháng glyphosate và ít tồn dư môi trường, glufosinat ngày càng được sử dụng rộng rãi, kéo theo số ca ngộ độc gia tăng. Ngộ độc glufosinat lần đầu được báo cáo tại Nhật Bản năm 1989, đặc trưng bởi khởi phát muộn, sau 4–60 giờ có thể xuất hiện tổn thương đa cơ quan (thần kinh, hô hấp, tim mạch) với tỷ lệ tử vong 13,4–24,6%. Năm 2018, do lo ngại độc tính, Ủy ban châu Âu đã không phê duyệt glufosinat tại thị trường châu Âu. Tại Việt Nam, Trung tâm Chống độc – Bệnh viện Bạch Mai gần đây tiếp nhận ngày càng nhiều trường hợp ngộ độc glufosinat với diễn biến nặng, điều trị kéo dài và nhiều di chứng, trong đó suy hô hấp là biểu hiện nghiêm trọng nhất. Tuy nhiên, việc nhận diện sớm nguy cơ suy hô hấp còn nhiều khó khăn. Hiện nay có rất ít nghiên cứu trong nước về ngộ độc glufosinat, đặc biệt là các đặc điểm liên quan đến suy hô hấp cấp. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm nhận xét một số yếu tố liên quan tới hội chứng suy hô hấp ở bệnh nhân ngộ độc cấp glufosinat điều trị tại Trung tâm Chống độc – Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán ngộ độc glufosinat và có xét nghiệm độc chất với glufosinat dương tính.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân ngộ độc cấp glufosinat phối hợp với các hóa chất khác. Bệnh nhân tiền sử bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), đang mắc các bệnh lý hô hấp cấp tính.

2.2. Địa điểm nghiên cứu:

Chống độc Bệnh viện Bạch Mai.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2025

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu

Các bước tiến hành nghiên cứu: Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tiêu chuẩn lựa chọn được tiến hành thu thập số liệu theo mẫu bệnh án thống nhất.

Các biến số, chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới, địa chỉ, nghề nghiệp, tiền sử bệnh, nguyên nhân ngộ độc, sản phẩm chứa Glufosinat, thời gian uống, liều lượng, xử trí tại tuyến cơ sở

- Đặc điểm lâm sàng: triệu chứng thần kinh (ý thức, co giật, đau đầu, hoa mắt chóng mặt, suy giảm trí nhớ), hô hấp (suy hô hấp, viêm phổi sắc, ngừng thở), tiêu hóa (buồn nôn, nôn, loét miệng họng, đau bụng, đi ngoài), tim mạch (huyết áp, nhịp tim), các chỉ số sinh tồn, điểm PREP, SIRS.

- Đặc điểm cận lâm sàng: xét nghiệm độc chất Glufosinat, công thức máu, sinh hóa (ure, creatinine, NH_3 , CK), khí máu, MRI sọ não, điện não, X-quang tim phổi/ CT-scanner lồng ngực.

- Kết quả điều trị: Số ngày thở máy, nằm viện, tỉ lệ rút ống thành công, mở khí quản, tỉ lệ tử vong, sống sót.

2.5. Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

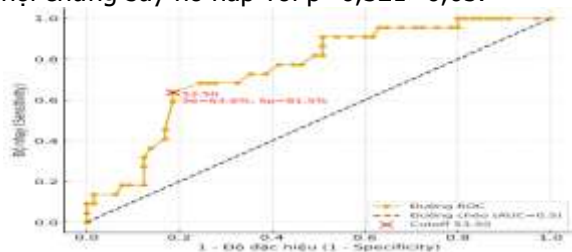
Từ 01/2023 đến 06/2025 có 87 bệnh nhân ngộ độc Glufosinat được điều trị tại Trung tâm Chống độc – Bệnh viện Bạch Mai đủ tiêu chuẩn lựa chọn, chúng tôi chia thành 2 nhóm: nhóm suy hô hấp (22 bệnh nhân) và nhóm không suy hô hấp (65 bệnh nhân).

Bảng 3.1: Mối liên quan giữa tuổi, giới, lượng uống và thời gian từ lúc uống đến cơ sở y tế với hội chứng suy hô hấp

Biến số	Không suy hô hấp (n=65)	Suy hô hấp (n=22)	p
Tuổi (Median, Q1-Q3)	42 (15-70)	56 (25-84)	<0,001
Giới	Nam 41 (63,1%)	11 (50%)	0,321
	Nữ 24 (36,9%)	11 (50%)	
Lượng uống	Mililit (median, Q1-Q3) 90 (50-100)	100 (100-200)	0,028
	Gam (median, Q1-Q3) 15 (9,5-20)	20 (15,7-36,7)	0,015
Thời gian từ lúc uống đến cơ sở y tế (giờ)	4 (0,2-20)	6 (1-17)	0,039

Nhận xét: - Nhóm suy hô hấp có độ tuổi, lượng uống theo ml và gam cao hơn nhóm không có hội chứng suy hô hấp có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là < 0,01; 0,028 và 0,015. Sự khác biệt về thời gian từ lúc uống đến cơ sở y tế có ý nghĩa thống kê với p = 0,039.

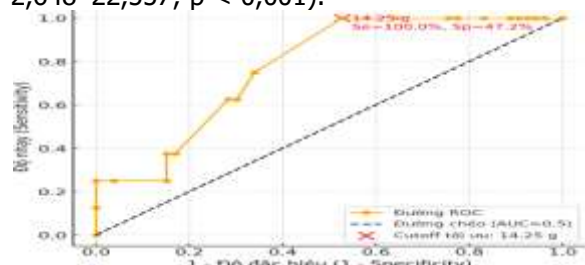
- Không có mối liên quan giữa giới tính với hội chứng suy hô hấp với p=0,321>0,05.



Biểu đồ 3.1: Đường cong ROC của tuổi

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC là 0,75. Điểm cắt tối ưu của độ tuổi là 53,5 tuổi, với độ nhạy 63,6% và độ đặc hiệu 81,5%. Phân

tích hồi quy đơn biến thấy: với tuổi $\geq 53,5$ tuổi có nguy cơ suy hô hấp cao hơn 7,7 lần so với nhóm có tuổi thấp hơn (OR = 7,729; CI 95%: 2,648–22,557; p < 0,001).



Biểu đồ 3.2: Đường cong ROC lượng Glufosinat uống vào (g)

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC là 0,776 với p = 0,017. Điểm cắt lượng uống vào theo gam là 14,25 g có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 47%

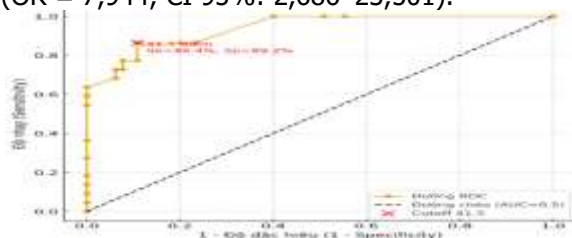
Bảng 3.2: Mối liên quan giữa nhịp tim ngày 1-2, Glasgow lúc vào, điểm PREP và hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS) với hội chứng suy hô hấp

Biến số (trung vị/tỷ lệ)	Không suy hô hấp (n=65)	Suy hô hấp (n=22)	OR	CI 95%	p
Nhịp tim chậm ngày 1-2	2 (3,1%)	4 (18,2%)			0,034
Glasgow lúc vào viện	15: 61 (93,8%) <15: 4 (6,2%)	12 (54,5%) 10 (45,5%)			<0,001
Thang điểm PREP	32 (25-52)	63 (36-96)			<0,001
SIRS ≥ 2	Không: 55 (84,6%) Có: 10 (15,4%)	9 (40,9%) 13 (59,1%)	7,944	2,686-23,501	<0,001

Nhận xét: - Tỷ lệ xuất hiện nhịp chậm trong 02 ngày đầu điều trị ở nhóm suy hô hấp cao hơn nhóm không suy hô hấp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,034.

- Nhóm suy hô hấp có Glasgow lúc vào thấp hơn và điểm PREP cao hơn nhóm không suy hô hấp có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

- Nhóm suy hô hấp có SIRS dương tính nhiều hơn nhóm không suy hô hấp có ý nghĩa thống kê với p<0,001, khả năng xuất hiện suy hô hấp khi có hội chứng SIRS cao gấp 7,9 lần (OR = 7,944; CI 95%: 2,686–23,501).



Biểu đồ 3.3: Đường cong ROC thang điểm PREP

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC là 0,94 với p < 0,001. Điểm cắt tối ưu của thang

điểm PREP là 41,5 với độ nhạy 86% và độ đặc hiệu 89,2%. Phân tích hồi quy đơn biến thấy: thang điểm PREP $\geq 41,5$ có nguy cơ suy hô hấp cao hơn 52,4 lần so với nhóm có thang điểm PREP thấp hơn (OR = 52,4; 95% CI: 12,33–223,34; p < 0,001).

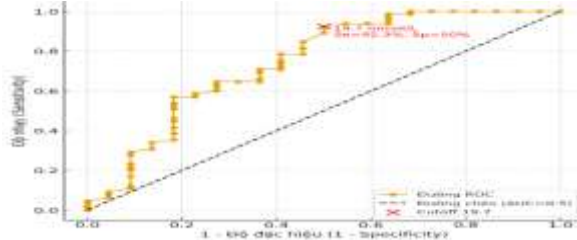
Bảng 3.3: Mối liên quan giữa khí máu và một số xét nghiệm máu lúc vào viện với hội chứng suy hô hấp

Biến số (trung bình/tỷ lệ)	Không suy hô hấp (n=65)	Suy hô hấp (n=22)	p
Khí máu động mạch			
pH <7,35	6 (9,2%)	9 (40,9%)	0,02
PaO ₂	87 (67-123)	99 (30-485)	0,123
PaCO ₂	37,5 (27-45)	37 (25-57)	0,413
HCO ₃ ⁻	24 (18,3-32,8)	19,8 (8,4-28,1)	0,001
PaO ₂ /FiO ₂	390 (193-476)	335 (142-544)	0,065
Lactat	1,05 (0,3-5)	1,45 (0,3-4,1)	0,228
Xét nghiệm máu			
BC	8,98 (5,44-18,56)	13,98 (7,44-27,46)	0,001
Cô đặc máu	11 (16,9%)	5 (22,7%)	0,375

NH ₃	53,5 (20,7-110,3)	73,1 (46-121)	<0,001
Creatinin	67 (30-118)	73 (45-196)	0,245

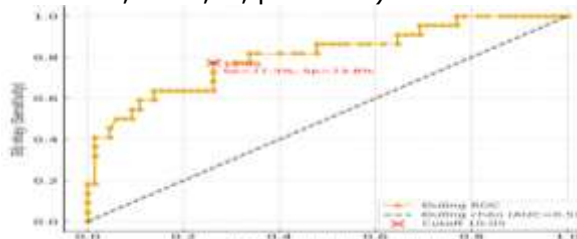
Nhận xét: - Nhóm suy hô hấp có tỷ lệ pH <7,35, lượng HCO₃⁻ máu thấp hơn nhóm không suy hô hấp có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là: 0,02 và 0,001.

- Tại thời điểm vào viện, nhóm bệnh nhân suy hô hấp có số lượng bạch cầu, nồng độ NH₃ cao hơn nhóm không suy hô hấp với p lần lượt là: 0,001 và <0,001.



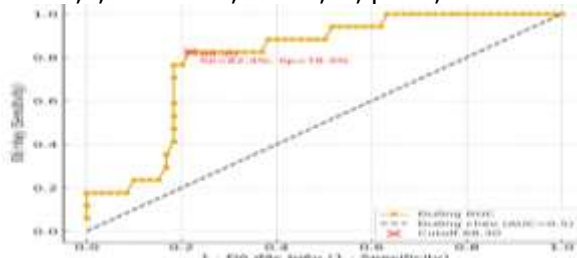
Biểu đồ 3.4: Đường cong ROC của HCO₃⁻

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC là 0,746. Điểm cắt tối ưu của HCO₃⁻ là 19,7 mmol/l với độ nhạy 92,3% và độ đặc hiệu 50%. Phân tích hồi quy đơn biến cho thấy bệnh nhân có HCO₃⁻ ≤ 19,7 mmol/L có nguy cơ suy hô hấp cao hơn 12 lần so với nhóm còn lại (OR = 12,0, 95% CI: 3,48–41,35; p < 0.001).



Biểu đồ 3.5: Đường cong ROC của bạch cầu máu lúc vào viện

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC là 0,808. Điểm cắt tối ưu là 10,1 G/l, độ nhạy là 77,3% độ đặc hiệu 73,8%. Phân tích hồi quy đơn biến thấy nhóm bệnh nhân có xét nghiệm bạch cầu lúc vào viện lớn hơn 10,1G/l có nguy cơ xuất hiện suy hô hấp cao hơn nhóm còn lại gấp 9,6 lần với OR = 9,6; CI 95%: 3,07 - 30,03; p < 0,001.



Biểu đồ 3.6: Đường cong ROC của NH₃ lúc vào viện

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC là 0,797. Điểm cắt tối ưu là 68,3 μmol/l, độ nhạy là 82,4% độ đặc hiệu 73,8%. Phân tích hồi quy đơn biến thấy nhóm bệnh nhân có xét nghiệm NH₃ máu lúc vào viện lớn hơn 68,3 μmol/l có nguy cơ xuất hiện SHH cao hơn nhóm còn lại gấp 16,8 lần với OR = 16,87; CI 95%: 4,20–67,74; p < 0,001

IV. BÀN LUẬN

Đối với đặc điểm chung của bệnh nhân, nghiên cứu chúng tôi thấy rằng: tuổi, lượng uống, thời gian đến viện là yếu tố tiên lượng suy hô hấp cụ thể: Phân tích hồi quy đơn biến thấy với tuổi ≥ 53,5 tuổi có nguy cơ suy hô hấp cao hơn 7,7 lần (OR = 7,729; CI 95%: 2,648–22,557; p < 0,001). Nhóm suy hô hấp có lượng uống glufosinat theo gram nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không suy hô hấp với p=0,015, điểm cắt lượng uống là 14,25g (độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 47%). Thời gian đến cơ sở y tế của nhóm suy hô hấp muộn hơn nhóm không suy hô hấp (p = 0,039). Nghiên cứu của Mu HW và cộng sự (n=21, 2023) không thấy có sự khác biệt về tuổi và thời gian từ lúc ngộ độc đến phòng cấp cứu giữa 2 nhóm đặt ống nội khí quản và không đặt ống nội khí quản, không thấy đề cập đến lượng uống Glufosinat.¹ Trong nghiên cứu khác của Sun và cộng sự (n= 34, 2024): Có sự khác biệt đáng kể về lượng uống giữa hai nhóm suy hô hấp và không suy hô hấp (p<0,05), lượng uống glufosinate (OR = 1,440, 95% CI: 1,033-2,009, P = 0,032), là các yếu tố dự báo suy hô hấp ở những bệnh nhân ngộ độc và điểm cắt lượng uống là 15,0 g (độ nhạy = 95,2%, độ đặc hiệu = 76,9%).²

Khác với tác giả Mu H.W, nghiên cứu của chúng tôi thấy tuổi và thời gian từ lúc uống đến cơ sở y tế là yếu tố tiên lượng về suy hô hấp, sự khác biệt này chúng tôi thấy nghĩ rằng do sự khác nhau về cỡ mẫu giữa 2 nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Sun và cộng sự về lượng uống là yếu tố dự báo suy hô hấp.

Về triệu chứng lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về Glasgow lúc vào viện (p < 0,001), nhịp tim chậm ngày 1–2 (p = 0,034), điểm PREP và SIRS (p < 0,001). Điểm cắt tối ưu PREP là 41,5 với độ nhạy 86% và độ đặc hiệu 89,2%, điểm PREP ≥ 41,5 làm tăng nguy cơ suy hô hấp 52,4 lần (OR = 52,4; 95% CI: 12,33–223,34; p < 0,001). Theo nghiên cứu của Mu H.W và cộng sự (2023): điểm Glasgow ban đầu thấp hơn ở nhóm đặt nội khí quản so với nhóm

không đặt nội khí quản ($p=0,030$), không có sự khác biệt về, nhịp tim và điểm SIRS giữa 2 nhóm.¹ Nghiên cứu của Inoue và cộng sự ($n=16$, 2013): Số bệnh nhân bị SIRS ở nhóm nặng (ngừng thở hoặc cơ giết) nhiều hơn đáng kể so với nhóm không nặng ($p=0,015$). Phân tích hồi quy logistic, SIRS được chọn là yếu tố dự báo độc lập về mức độ nghiêm trọng ngày càng tăng (OR: 29,810; CI 95%: 1,011-878,952; $p=0,049$).³ Có nhiều tác giả miêu tả nhịp tim chậm trong ngộ độc glufosinat như tác giả Lluís và cộng sự⁴, tác giả Nguyễn Đăng Đức và cộng sự.⁶

Như vậy nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Mu H.W về điểm Glasgow lúc vào viện và nghiên cứu của Inoue về thang điểm SIRS.

Thang điểm PREP là một thang điểm mới do Cho Nam -Jun và cộng sự đề xuất năm 2022 nhằm tiên lượng nguy cơ suy hô hấp ở bệnh nhân ngộ độc hóa chất diệt cỏ (bao gồm glufosinat)⁵, nghiên cứu chúng tôi đã chứng minh rằng điểm PERP là yếu tố báo hiệu về suy hô hấp. Tuy nhiên, cần thêm nhiều nghiên cứu đa trung tâm để chuẩn hóa và xác nhận tính ứng dụng.

Về đặc điểm cận lâm sàng, nghiên cứu của Mu H.W và cộng sự ($n=21$, 2023): giữa 2 nhóm khác nhau về số lượng bạch cầu ($p=0,046$) và creatinin huyết thanh ($p=0,019$) và lượng đường máu cao ($p=0,032$) có ý nghĩa thống kê, không có sự khác biệt về pH máu.¹ Nghiên cứu khác của Sun và cộng sự ($n=34$, 2024): Có sự khác biệt về HCO_3^- giữa hai nhóm suy hô hấp và không suy hô hấp ($p < 0,05$). Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy HCO_3^- (OR = 0,199, 95% CI: 0,040-0,994, $P = 0,049$) là các yếu tố dự báo suy hô hấp ở những bệnh nhân ngộ độc glufosinate, và diện tích dưới đường cong (AUC) của đường cong ROC là 0,842. Giá trị ngưỡng tối ưu là 17,6 mmol/L (độ nhạy = 71,4%, độ đặc hiệu = 84,6%).² Nghiên cứu của chúng tôi: nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về tỷ lệ pH < 7,35, HCO_3^- , bạch cầu và NH_3 ($p < 0,05$). $\text{HCO}_3^- \leq 19,7$ mmol/L làm tăng nguy cơ suy hô hấp 12 lần (OR = 12,0; 95% CI: 3,48-41,35; $p < 0,001$), bạch cầu > 10,1 G/L tăng nguy cơ 9,6 lần (OR = 9,6; 95% CI: 3,07-30,03; $p < 0,001$) và $\text{NH}_3 > 68,3$ $\mu\text{mol/L}$ tăng nguy cơ 16,8 lần (OR = 16,87; 95% CI: 4,20-67,74; $p < 0,001$). Như vậy nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Sun và cộng sự về HCO_3^- là yếu tố tiên lượng về suy hô hấp. Giống

với bghiên cứu của Mu H.W chúng tôi cũng thấy rằng số lượng bạch cầu là yếu tố tiên lượng suy hô hấp tuy nhiên khác với nghiên cứu của Mu H.W chúng tôi thấy rằng có sự khác nhau về tỷ lệ pH < 7,35, nồng độ NH_3 có ý nghĩa thống kê và không có sự khác biệt về nồng độ creatinin giữa 2 nhóm. Lý giải cho sự khác biệt trên chúng tôi nghĩ rằng: một là cỡ mẫu của 2 nghiên cứu khác nhau, hai là lượng uống của bệnh nhân giữa 2 nghiên cứu khác nhau trong khi đó rất khó để khai thác chính xác lượng glufosinat bệnh nhân uống.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố tiên lượng suy hô hấp ở bệnh nhân ngộ độc Glufosinat là: tuổi, lượng uống, thời gian từ lúc uống đến cơ sở y tế, Glasgow lúc vào viện, điểm PREP, SIRS, nhịp tim chậm, số lượng bạch cầu ban đầu, nồng độ NH_3 , HCO_3^- . Trong đó: với tuổi $\geq 53,5$ tuổi có nguy cơ suy hô hấp cao hơn 7,7 lần; Điểm cắt lượng uống vào theo gam là 14,25 g có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 47%; thang điểm PREP $\geq 41,5$ có nguy cơ suy hô hấp cao hơn 52,4 lần; lượng bạch cầu lúc đầu > 10,1G/l có nguy cơ xuất hiện suy hô hấp cao gấp 9,6 lần và NH_3 úc vào viện > 68,3 $\mu\text{mol/l}$ có nguy cơ suy hô hấp cao gấp 16,8 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mu HW, Hsieh PY, Hsiao SP, et al.** Indian Journal of Pharmaceutical Sciences. Accessed September 11, 2025. <https://www.ijpsonline.com/>
2. **Sun CN, Chen HS, Chen CS.** [Analysis on early predictors of respiratory depression in patients with glufosinate poisoning]. Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi. 2024;42(1):21-25. doi:10.3760/cma.j.cn121094-20221008-00462
3. **Inoue Y, Onodera M, Fujita Y, Fujino Y, Kikuchi S, Endo S.** Factors associated with severe effects following acute glufosinate poisoning. Clin Toxicol (Phila). 2013;51(9):846-849. doi:10.3109/15563650.2013.841180
4. **Lluís M, Nogué S, Miró O.** Severe acute poisoning due to a glufosinate containing preparation without mitochondrial involvement. Hum Exp Toxicol. 2008;27(6):519-524. doi:10.1177/0960327108092291
5. **Cho NJ, Park S, Lyu J, et al.** Prediction Model of Acute Respiratory Failure in Patients with Acute Pesticide Poisoning by Intentional Ingestion: Prediction of Respiratory Failure in Pesticide Intoxication (PREP) Scores in Cohort Study. J Clin Med. 2022;11(4):1048. doi:10.3390/jcm11041048
6. **Đức, N. Đ.; Sinh, N. P.; Hong Anh, L. N.** Multi-Organ Damage Due to Glufosinate Ammonium Poisoning. IJMSHR 2024, 08 (04), 47-49. <https://doi.org/10.51505/ijmsmr.2024.8404>

LIÊN QUAN SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG CỦA NGƯỜI BỆNH SAU ĐIỀU TRỊ PHỤC HÌNH RĂNG BẰNG CẤY GHÉP IMPLANT TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT VÀ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THẨM MỸ THÁI THUƠNG HOÀNG NĂM 2024

Nguyễn Quỳnh Anh¹, Nguyễn Thị Linh¹, Phạm Thị Thành²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống (CLCS) liên quan sức khỏe răng miệng (SKRM) của người bệnh điều trị phục hình trên cấy ghép nha khoa tại Bệnh viện Răng hàm mặt và phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ Thái Thượng Hoàng năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp định lượng được thực hiện với 190 người bệnh sử dụng bộ câu hỏi OHIP-14 bao gồm 07 lĩnh vực, 14 khía cạnh, đảm bảo tính phù hợp và độ tin cậy. Dữ liệu thu thập được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20, sử dụng các phương pháp thống kê mô tả và kiểm định. Nghiên cứu định tính được tiến hành với lãnh đạo Khoa Implant, khoa Răng sứ thẩm mỹ và người bệnh. Dữ liệu được thu thập qua ghi âm, mã hóa và phân tích để làm rõ các yếu tố ảnh hưởng đến CLCS. **Kết quả và kết luận:** Một số yếu tố ảnh hưởng đến CLCS liên quan đến SKRM của người bệnh gồm: Nhóm tuổi, tình trạng mắc bệnh mạn tính kèm theo, vị trí mất răng, chi phí, khả năng tiếp cận dịch vụ, kết quả điều trị thẩm mỹ và hiệu quả sức nhai hồi phục ($p < 0,05$). Các yếu tố ảnh hưởng tích cực đến CLCS liên quan SKRM của bệnh nhân gồm: Kết quả điều trị thẩm mỹ tốt, hiệu quả phục hồi sức nhai cao, thái độ của bác sĩ. Từ đó, Ban lãnh đạo Bệnh viện và khoa Implant, khoa Răng sứ thẩm mỹ cần tăng cường hệ thống chăm sóc khách hàng kết hợp xây dựng những ứng dụng thông minh trong quản lý, tổ chức các lớp đào tạo về kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế, đầu tư cơ sở vật chất, máy móc, trang thiết bị nhằm nâng cao chất lượng điều trị tốt hơn. **Từ khóa:** Chất lượng cuộc sống, sức khỏe răng miệng, điều trị phục hình, cấy ghép nha khoa, yếu tố ảnh hưởng

SUMMARY

SOME FACTORS INFLUENCING ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AMONG PATIENTS AFTER DENTAL IMPLANT PROSTHETIC TREATMENT AT THAI THUONG HOANG HOSPITAL OF ODONTO-STOMATOLOGY AND AESTHETIC PLASTIC SURGERY, 2024

¹Trường Đại học Y tế công cộng

²Bệnh viện Răng hàm mặt và phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ Thái Thượng Hoàng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quỳnh Anh

Email: nga@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

Objective: This study aimed to analyze several factors influencing oral health-related quality of life (OHRQoL) among patients undergoing dental implant prosthetic treatment at Thai Thuong Hoang Hospital of Odonto-Stomatology and Aesthetic Plastic Surgery in 2024. **Methods:** A quantitative study was conducted on 190 patients using the OHIP-14 questionnaire, which encompasses 7 domains and 14 items, ensuring both validity and reliability. Data were processed and analyzed using SPSS version 20, applying descriptive statistics and inferential tests. A qualitative component was also conducted through interviews with the heads of the Implant and Aesthetic Prosthodontics Departments, as well as with patients. Data were collected through audio recordings, then coded and analyzed to further clarify the factors affecting OHRQoL. **Results and Conclusion:** Factors found to significantly influence OHRQoL ($p < 0.05$) included age group, presence of chronic comorbidities, tooth loss location, treatment cost, accessibility of services, aesthetic treatment outcomes, and percentage of functional masticatory recovery. Positive contributors to improved OHRQoL included favorable aesthetic results, high masticatory restoration efficacy, and the attitude of medical staff. It is recommended that the hospital management, along with the Implant and Aesthetic Prosthodontics Departments, enhance patient care systems, implement smart management applications, conduct staff communication skills training, and invest in infrastructure, equipment, and facilities to improve treatment quality.

Keywords: Quality of life, oral health, prosthetic treatment, dental implants, influencing factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng cuộc sống (CLCS) không chỉ phụ thuộc vào sự phục hồi về mặt thể chất mà còn bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố cá nhân, gia đình, xã hội và chất lượng dịch vụ y tế. Tại các bệnh viện Răng hàm mặt vẫn còn ít nghiên cứu đánh giá được các yếu tố ảnh hưởng đến CLCS liên quan SKRM của người bệnh điều trị phục hình bằng cấy ghép Implant trên góc độ kết hợp giữa cảm nhận người bệnh và phỏng vấn sâu bác sĩ lâm sàng.

Bệnh viện Răng hàm mặt và Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ Thái Thượng Hoàng là bệnh viện chuyên khoa hàng đầu về chăm sóc sức khỏe răng miệng cho người dân trong khu vực Bắc Miền Trung. Dịch vụ cấy ghép Implant phục hình răng được đưa vào thực hiện, thu hút nhiều sự quan tâm của người bệnh. Trung bình có hơn