

độ đặc hiệu 99,4% và giá trị tiên đoán dương tính 96,9%[3]. Kết quả này khẳng định rằng việc phát hiện tổn thương JNET typ III có thể được xem là chỉ dấu định hướng điều trị phẫu thuật triệt căn, thay vì cắt polyp qua nội soi.

Khi phân biệt tổn thương không tân sinh (JNET typ I) và tổn thương loạn sản độ thấp (JNET typ IIA), phân loại JNET cho thấy độ nhạy và độ chính xác rất cao (97,3% và 95,6%), phản ánh khả năng nhận diện tin cậy các polyp cần cắt bỏ. Ở nhóm tổn thương loạn sản độ cao hoặc ung thư (JNET typ IIB, III) so với loạn sản độ thấp (JNET typ IIA) có độ chính xác 93,9%, độ đặc hiệu 94,7% và độ nhạy 85,7%, cho thấy hiệu quả chẩn đoán tốt trong phát hiện các tổn thương có nguy cơ ác tính cao. Trong phân biệt ung thư xâm lấn sâu dưới niêm mạc (JNET typ III) với các tổn thương tân sinh khác, JNET đạt độ nhạy và giá trị tiên đoán âm (100%), cùng độ đặc hiệu và độ chính xác cao (98,8%), giúp lựa chọn phẫu thuật triệt căn thay vì cắt qua nội soi.

## V. KẾT LUẬN

Hệ thống phân loại JNET cho thấy độ chính xác và độ tin cậy cao trong dự đoán đặc điểm mô bệnh học của polyp đại trực tràng, qua đó hỗ trợ bác sĩ lựa chọn phương pháp xử trí tối ưu ngay trong quá trình nội soi. Tuy nhiên, nhóm JNET IIB vẫn còn hạn chế trong việc phân biệt các tổn thương tiến triển, cần được nghiên cứu mở rộng

và kết hợp thêm với các kỹ thuật hỗ trợ khác.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Công Long và cộng sự**, Đặc điểm lâm sàng và nội soi tổn thương polyp đại tràng phát hiện tại Trung tâm Nội soi Tiêu hoá-Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. 514(2).
2. **Lê Quang Nhân và cộng sự**, Nghiên cứu giá trị của phân loại JNET trong tiên đoán mô bệnh học polyp đại trực tràng. Tạp chí Y học Việt Nam, 2023. 525(1B).
3. **Kobayashi S, et al**, Diagnostic yield of the Japan NBI Expert Team (JNET) classification for endoscopic diagnosis of superficial colorectal neoplasms in a large-scale clinical practice database. United European Gastroenterol J, 2019. 7(7): p. 914-923.
4. **Komeda Y, et al**, Magnifying Narrow Band Imaging (NBI) for the Diagnosis of Localized Colorectal Lesions Using the Japan NBI Expert Team (JNET) Classification. Oncology, 2017. 93 Suppl 1: p. 49-54.
5. **Koyama Y, et al**, Diagnostic efficacy of the Japan NBI Expert Team classification with dual-focus magnification for colorectal tumors. Surg Endosc, 2022. 36(7): p. 5032-5040.
6. **Sano Y, et al**, Narrow-band imaging (NBI) magnifying endoscopic classification of colorectal tumors proposed by the Japan NBI Expert Team. Dig Endosc, 2016. 28(5): p. 526-33.
7. **Sumimoto K, et al**, Clinical impact and characteristics of the narrow-band imaging magnifying endoscopic classification of colorectal tumors proposed by the Japan NBI Expert Team. Gastrointest Endosc, 2017. 85(4): p. 816-821.

## KHẢO SÁT TÌNH HÌNH VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY TẠI TRUNG TÂM HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI GIAI ĐOẠN 2024-2025

Phạm Lương Hiền<sup>1,2</sup>, Nguyễn Công Tấn<sup>3</sup>, Vương Xuân Toàn<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) là nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp trong khoa hồi sức, chiếm 10–25% bệnh nhân điều trị nội trú và 25–50% bệnh nhân thở máy, trong đó căn nguyên chủ yếu là vi khuẩn Gram âm đa kháng. Lựa chọn kháng sinh ban đầu phù hợp có vai trò quan trọng trong cải thiện tiên lượng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả thực trạng VPLQTM và một số đặc điểm

lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên gây VPLQTM tại trung tâm Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát mô tả được tiến hành trên 237 bệnh nhân đặt nội khí quản hoặc mở khí quản điều trị tại Trung tâm Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2024 đến tháng 7/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc VPLQTM là 21,5%, với tần suất 24,4/1.000 ngày thở máy; tuổi trung bình bệnh nhân 55,9 ± 17,4; vi khuẩn thường gặp nhất là *Acinetobacter baumannii* (35,5%) tiếp đến là *Klebsiella pneumoniae* và *Klebsiella aerogenes*. **Kết luận:** VPLQTM tại Trung tâm Hồi sức tích cực có tỷ lệ mắc còn cao, tác nhân chủ yếu là vi khuẩn Gram âm đa kháng với *Acinetobacter baumannii* chiếm tỷ lệ cao nhất. **Từ khóa:** Viêm phổi liên quan thở máy, vi khuẩn, kháng sinh

### SUMMARY

#### SURVEY OF VENTILATION ASSOCIATED PNEUMONIA AT THE INTENSIVE CENTER

<sup>1</sup>Bệnh viện Phổi Hải Dương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Tấn

Email: nguyencongtan.hstc@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

## OF CTITICAL CARE MEDICINE OF IN BACH MAI HOSPITAL PERIOD 2024-2025

Ventilator-associated pneumonia (VAP) is a common nosocomial infection in intensive care units, accounting for 10–25% of hospitalized ICU patients and 25–50% of those receiving mechanical ventilation, with multidrug-resistant Gram-negative bacteria being the predominant pathogens. Appropriate initial antibiotic therapy plays a critical role in improving patient outcomes. **Objectives:** To identify the causative pathogens of VAP and some clinical, paraclinical characteristics, as well as the etiologies of ventilator-associated pneumonia at the Intensive Care Center of Bach Mai Hospital. **Methods:** A descriptive observational study was conducted on 237 patients undergoing endotracheal intubation or tracheostomy at the Intensive Center of Critical Care Medicine in of Bach Mai Hospital from August 2024 to July 2025. **Results:** The incidence of VAP was 21.5%, with an incidence density of 24.4 per 1,000 ventilator-days. The mean age of patients was  $55.9 \pm 17.4$  years. The most common pathogen was *Acinetobacter baumannii* (35.5%), followed by *Klebsiella pneumoniae* and *Klebsiella aerogenes*. **Conclusions:** VAP at the Intensive Center of Critical Care Medicine in of Bach Mai Hospital is associated with high morbidity and mortality. Multidrug-resistant Gram-negative bacteria, particularly *Acinetobacter baumannii*, are the predominant pathogens.

**Keywords:** Ventilator-associated pneumonia, pathogens, antibiotics, Intensive Care Center.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) là viêm phổi xuất hiện sau khi bệnh nhân được đặt nội khí quản và thở máy từ 48 giờ trở lên mà không có các biểu hiện triệu chứng lâm sàng và ủ bệnh tại thời điểm nhập viện. Viêm phổi liên quan thở máy vẫn là một trong những bệnh nhiễm trùng phổ biến nhất ở các khoa hồi sức tích cực (HSTC), chiếm từ 25 - 50% số bệnh nhân thở máy và từ 10 - 25% trên tổng số bệnh nhân nhập HSTC<sup>1</sup>. VPLQTM làm tăng chi phí, thời gian điều trị, kéo dài thời gian thở máy cho bệnh nhân đồng thời làm tăng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân nguy kịch<sup>2</sup>.

Các công trình nghiên cứu trong nước và trên thế giới cho thấy tỷ lệ VPLQTM, căn nguyên, kết cục điều trị VPLQTM là không giống nhau giữa các quốc gia, ngay trong một khu vực địa lý thì cũng có sự khác nhau giữa các cơ sở điều trị. Căn nguyên gây VPLQTM thường là các chủng gram âm đa kháng thuốc. Điều trị kháng sinh thích hợp sẽ cải thiện kết quả điều trị, do đó lựa chọn kháng sinh ban đầu rất quan trọng. Trong tình hình hiện nay, sự nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn thay đổi theo thời gian. Do đó, cập nhật dữ liệu vi sinh trong VPLQTM là rất cần thiết để nâng cao hiệu quả điều trị và giảm bớt gánh

nặng cho hệ thống y tế. Nghiên cứu này nhằm mục đích khảo sát tình hình VPLQTM tại Trung tâm Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2024-2025.

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

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Tất cả bệnh nhân vào trung tâm Hồi sức tích cực - bệnh viện Bạch Mai, tuổi  $\geq 18$  và được đặt nội ống khí quản ( hoặc mở khí quản ) trên 48 giờ.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Có bằng chứng hoặc nghi ngờ viêm phổi trên lâm sàng tại thời điểm trước 48 giờ sau khi đặt nội khí quản hoặc trước 48 giờ sau khi vào trung tâm hồi sức tích cực (trường hợp đặt nội khí quản trước khi vào HSTC): sốt, ho, đau ngực, nghe phổi có ran, X-quang phổi có tổn thương.

#### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

##### Thiết kế nghiên cứu:

- Nghiên cứu quan sát mô tả
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 8/2024 đến tháng 7/2025

- Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai.

- Cỡ mẫu: toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

**Tiến hành nghiên cứu:** Các bệnh nhân vào trung tâm Hồi sức tích cực được đặt NKQ/MKQ trên 48 giờ trở lên, đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được chọn vào nghiên cứu. Các thông tin, biến số, chỉ số nghiên cứu của bệnh nhân sẽ được thu thập vào bệnh án nghiên cứu từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.

**2.3. Phân tích số liệu.** Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất, phân tích và xử lý bằng phần mềm thống kê y học. Sử dụng các thuật toán kiểm định Khi bình phương, T-test so sánh 2 trung bình. Giá trị p có ý nghĩa khi  $p < 0,05$ .

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được hội đồng đề cương trường Đại học Y Hà Nội, hội đồng đạo đức bệnh viện Bạch Mai thông qua. Mọi thông tin của bệnh nhân đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 237 bệnh nhân vào Trung tâm HSTC bệnh viện Bạch Mai đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

#### Bảng 3.1. Tỷ lệ mắc và tần suất mắc VPLQTM

Chỉ số	VPLQTM	Không VPLQTM
Số bệnh nhân	51	186

Tỷ lệ nam/nữ	1,8/1	1,7/1
Tuổi trung bình	55,9±17,4	56,9±17,2
Tỉ lệ mắc VPLQTM (%)	21,5%	
Tổng số ngày thở máy	838	1251
Tần suất mắc VPLQTM (/1.000 ngày TM)	24,4	

**Nhận xét:** Tỉ lệ mắc viêm phổi liên quan đến thở máy là 21,5%. Tần suất viêm phổi liên quan đến thở máy là 24,4 bệnh nhân/1000 ngày thở máy.

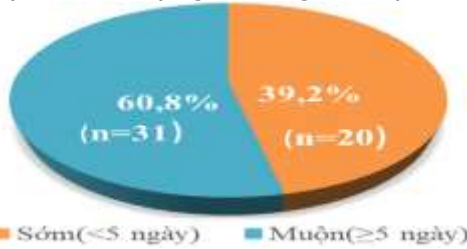
**3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm VPLQTM**

**Bảng 3.2. Đặc điểm bệnh lý nền của đối tượng nghiên cứu**

Bệnh lý nền	VPLQTM		Không viêm phổi		p
	Số lượng	%	Số lượng	%	
COPD	6	10,7	14	10,2	0,335
Xơ gan	4	7,1	11	8,0	0,616
THA	24	42,9	51	37,2	0,008
Suy tim	7	12,5	32	23,4	0,553
ĐTĐ	15	26,8	29	21,2	0,025

N = 193

**Nhận xét:** Bệnh nhân có tiền sử THA, ĐTĐ có tỉ lệ mắc VPLQTM cao hơn các nhóm có tiền sử bệnh lý khác và có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.



**Biểu đồ 3.1. Thời gian xuất hiện VPLQTM**

**Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của VPLQTM**

Đặc điểm	Giá trị	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
Nhiệt độ	≥38°C	33	64,7	
	36-38°C	18	35,3	
	<36°C	0	0	
Triệu chứng hô hấp	Rale phổi	51	100	
	Tăng tiết đờm đục	51	100	
Số lượng bạch cầu	Tăng (≥12x10 <sup>9</sup> /L)	35	68,6	
	Bình thường (4-12x10 <sup>9</sup> /L)	14	27,5	
	Giảm (≤4x10 <sup>9</sup> /L)	2	3,9	
Một số xét nghiệm khác	Xquang phổi	Thâm nhiễm lan tỏa	27	52,9
		Đông đặc phổi	24	47,1
	Procalcitonin	<0,5 ng/ml	14	27,5
		0,5-2 ng/ml	12	23,5
		>2 ng/ml	25	49,0

P/F	≤240	16	31,4
	>240	35	68,6

N = 51

**Nhận xét:** Biểu hiện trên lâm sàng phần lớn là các triệu chứng sốt, rale phổi, tăng tiết đờm đục. Cận lâm sàng nổi bật là bạch cầu tăng, procalcitonin tăng > 0,5 ng/ml, hình ảnh phổi thâm nhiễm lan tỏa trên phim Xquang.

**3.3. Căn nguyên gây VPLQTM, kháng sinh ban đầu phù hợp kháng sinh đồ**

**Bảng 3.4. Căn nguyên gây VPLQTM**

Tác nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
A. baumannii	22	35,5
K. pneumoniae	11	17,7
K. aerogenes	9	14,5
P. aeruginosa	5	8,0
S. maltophilia	4	6,5
S. aureus	4	6,5
S. argenteus	2	3,3
Acinetobacter nosocomialis	1	1,6
E. coli	1	1,6
S. pneumoniae	1	1,6
Burkholderia cepacia	1	1,6
Serratia marcescens	1	1,6

N = 62

**Nhận xét:** Tác nhân vi khuẩn gây bệnh chủ yếu là vi khuẩn gram âm, trong đó chiếm tỉ lệ cao nhất là A. baumannii.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

- Có 237 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, trong đó có 51 bệnh nhân VPLQTM, chiếm tỉ lệ 21,5% và tần suất là 24,4/1000 ngày thở máy. Kết quả này của chúng tôi tương đồng so với nghiên cứu của tác giả Hoàng Khánh Linh (2018) tỉ lệ là 24,8% và tần suất 24,5/1000 ngày thở máy<sup>3</sup>; cao hơn nghiên cứu của Lê Việt Sơn (2020) tần suất mắc là 15,3/1000 ngày thở máy<sup>5</sup>.

- Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 55,9±17,4 tuổi. Các nghiên cứu trước đây cũng cho thấy tuổi trung bình của người bệnh mắc VPLQTM là khá cao, như trong nghiên cứu của Hoàng Khánh Linh (2018) tuổi trung bình là 61,4±15,0 tuổi;<sup>3</sup> nghiên cứu của Trịnh Thị Hoàng Anh (2020) tuổi trung bình là 59,54±14,92 tuổi và người bệnh trong nhóm tuổi > 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (59,0%).<sup>6</sup> Tuổi cao là một yếu tố nguy cơ đối với VPLQTM. Nguyên nhân có thể do sự suy giảm chức năng sinh lý hô hấp, teo dần cơ hô hấp, giảm dần tính đàn hồi của nhu mô phổi, phản xạ ho bảo vệ suy yếu rõ rệt và giảm chức năng miễn dịch ở người cao tuổi. Người cao

tuổi cũng thường bị các bệnh mãn tính nặng và suy dinh dưỡng kéo dài. Do đó họ dễ bị mắc các bệnh lý nhiễm trùng hơn những người trẻ tuổi đặc biệt là VPLQTM.

#### 4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm VPLQTM

- Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân có tiền sử ĐTD, THA có tỉ lệ mắc VPLQTM cao hơn, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các bệnh nhân mắc VPLQTM muộn, chiếm tỉ lệ 60,8%. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Khánh Linh (2018), VPLQTM muộn chiếm 70,1%<sup>3</sup>. Có thể thấy được sự xuất hiện VPLQTM sớm hay muộn là khác nhau giữa các nghiên cứu. Sự khác biệt có thể do nhiều yếu tố, một số yếu tố có thể dẫn đến sự khác biệt này có thể là tình trạng bệnh lý nền và bệnh lý kèm theo của người bệnh (với người bệnh có khả năng đề kháng kém thì sẽ sớm xảy ra biến cố này); bên cạnh đó là điều kiện cơ sở vật chất của đơn vị Hồi sức tích cực và việc tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn trong quá trình đặt ống NKQ cũng như trong quá trình chăm sóc người bệnh đặt ống NKQ thở máy.

- Hầu hết các bệnh nhân của chúng tôi khi mắc VPLQTM thường có rale phổi (100%), tăng tiết đờm đục (100%) và sốt  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  (64,7%). Triệu chứng cận lâm sàng khi xuất hiện VPLQTM bạch cầu máu tăng trên  $12 \times 10^9/\text{L}$  (68,6%), Procalcitonin máu tăng trên 0,5ng/ml (72,5%) và có hình ảnh Xquang phổi thâm nhiễm lan tỏa (52,9%), đông đặc phổi (47,1%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Khánh Linh cho thấy triệu chứng khi mắc VPLQTM là sốt (73,8%), rale phổi (94,4%), tăng tiết đờm đục (91,6%). Triệu chứng cận lâm sàng khi xuất hiện VPLQTM bạch cầu máu tăng trên  $12 \times 10^9/\text{L}$  (87,9%), Procalcitonin máu tăng trên 0,5ng/ml (77,6%) và có hình ảnh Xquang phổi thâm nhiễm lan tỏa (72%), đông đặc phổi (28%)<sup>3</sup>. Như vậy biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của VPLQTM là khá đầy đủ theo tiêu chuẩn chẩn đoán ở các nghiên cứu. Các bác sĩ lâm sàng có thể dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để có thể chẩn đoán sớm VPLQTM và điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm sớm cho người bệnh trước khi có kết quả nuôi cấy vi sinh.

#### 4.3. Căn nguyên gây VPLQTM

- Kết quả nghiên cứu cho thấy, vi khuẩn gây bệnh thường gặp nhất là *Acinetobacter baumannii* chiếm 35,5%, kể đến là *Klebsiella pneumoniae* chiếm 17,7%, *Klebsiella aerogenes* chiếm 14,5% và *Pseudomonas aeruginosa* chiếm

8,0%. Theo tác giả Hoàng Khánh Linh (2018), vi khuẩn gây VPLQTM tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai hàng đầu là *Acinetobacter baumannii* chiếm 51,1%, *Klebsiella pneumoniae* chiếm 20,2%, *Pseudomonas aeruginosa* và *Staphylococcus aureus* chiếm tỉ lệ tương đương nhau là 10,4%<sup>3</sup>; kết quả nghiên cứu của Lê Sơn Việt (2020) tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai vi khuẩn gây viêm VPLQTM thường gặp là *Acinetobacter baumannii* 43,9%, *Klebsiella pneumoniae* 25,5%, *Pseudomonas aeruginosa* 11,2%, *Klebsiella aerogenes* chiếm 5,1%<sup>5</sup>. Ngay cả cùng khu vực địa lý mà căn nguyên và tỉ lệ giữa các căn nguyên có sự khác biệt ở các cơ sở điều trị, khác biệt cùng cơ sở điều trị nhưng ở từng thời điểm, giai đoạn khác nhau. Tại Trung tâm hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai các chủng vi khuẩn hay gặp nhất vẫn là 3 chủng *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*. Tuy nhiên trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, một căn nguyên mới xuất hiện trong thời gian gần đây là vi khuẩn *Klebsiella aerogenes* cũng cho thấy sự gia tăng tỉ lệ gây VPLQTM đáng lo ngại (14,5%). Bên cạnh đó đặc biệt chú ý đến từ vị trí đứng đầu của *Acinetobacter baumannii*, đây vẫn là loại vi khuẩn nguy hiểm nhất vì tính đa kháng thuốc của nó, làm tăng tỉ lệ bệnh nặng, tỉ lệ tử vong và chi phí điều trị.

#### V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy VPLQTM vẫn là biến chứng thường gặp và nặng nề ở bệnh nhân thở máy tại trung tâm Hồi sức tích cực. Tỉ lệ mắc VPLQTM là 21,5%. Tần suất VPLQTM là 24,4 bệnh nhân/1000 ngày thở máy. Căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi tại trung tâm Hồi sức tích cực đứng đầu là *Acinetobacter baumannii*, kể đến là *Klebsiella pneumoniae* và *K.aerogenes*.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kalil A. C. et al.** Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. Sep 1 2016;63(5):e61-e111.
2. **Papazian L., Klompas M., Luyt C. E.** Ventilator-associated pneumonia in adults: a narrative review. *Intensive care medicine*. May 2020;46(5):888-906.
3. **Hoàng Khánh Linh.** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân viêm phổi liên quan thở máy tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2017-2018. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.

4. **Hà Sơn Bình.** Nhận xét một số yếu tố liên quan và hiệu quả điều trị ở bệnh nhân viêm phổi liên quan đến thở máy. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Hà Nội; 2015.
5. **Lê Sơn Việt.** Đánh giá tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Mạch Mai năm 2019-2020. Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
6. **Hoàng Anh TT.** Đánh giá vi khuẩn và tình trạng kháng kháng sinh của các loại vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy tại đơn vị hồi sức ngoại, Bệnh viện Bạch Mai năm 2020. Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.

## THỰC TRẠNG BỆNH NHÂN CHẠY THẬN NHÂN TẠO TẠI KHOA THẬN LỌC MÁU – BỆNH VIỆN QUÂN Y 7

Vũ Nhị Hà<sup>1</sup>, Ngô Thị Mỹ Bình<sup>1</sup>, Phạm Văn Dũng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) liên quan sức khỏe của bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Quân y 7 bằng thang đo Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), đồng thời xác định một số yếu tố liên quan đến cảm nhận gánh nặng bệnh thận. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên các bệnh nhân đang chạy thận nhân tạo định kỳ từ tháng 01 đến tháng 10 năm 2025. Bộ câu hỏi KDQOL-SF™ (phiên bản 1.3) được áp dụng theo hướng dẫn của RAND. Các miền được quy đổi thang điểm 0–100; điểm cao phản ánh CLCS tốt hơn, riêng miền “Gánh nặng bệnh thận” điểm cao biểu thị cảm nhận gánh nặng thấp hơn. Dữ liệu được mô tả bằng trung bình ± độ lệch chuẩn (ĐLC) và so sánh bằng kiểm định Mann–Whitney U. **Kết quả:** Cỡ mẫu hữu hiệu cho các miền dao động từ 55–79. Điểm trung bình các miền đều thấp, đặc biệt là thể chất và triệu chứng. Nhóm ≥60 tuổi có điểm “Gánh nặng bệnh thận” cao hơn ( $p = 0,045$ ), tương ứng cảm nhận gánh nặng thấp hơn. **Kết luận:** CLCS của bệnh nhân chạy thận nhân tạo còn hạn chế ở nhiều lĩnh vực, phù hợp với xu hướng quốc tế. KDQOL-SF™ là công cụ hữu ích giúp lồng ghép đánh giá cảm nhận người bệnh trong quản lý điều trị và nâng cao chất lượng chăm sóc.

**Từ khóa:** chạy thận nhân tạo, KDQOL-SF, chất lượng cuộc sống, gánh nặng bệnh thận.

### SUMMARY

#### CURRENT STATUS OF HEMODIALYSIS PATIENTS AT THE DEPARTMENT OF NEPHROLOGY AND DIALYSIS – MILITARY HOSPITAL 7

**Objective:** To assess the health-related quality of life (HRQoL) of maintenance hemodialysis patients at Military Hospital 7 using the Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™) and to identify

factors associated with the perceived burden of kidney disease. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted from January to October 2025 among patients receiving regular hemodialysis. The KDQOL-SF™ (Version 1.3) was applied following the RAND scoring manual. All domains were transformed to a 0–100 scale; higher scores indicate better HRQoL, except for the Burden of Kidney Disease domain, where a higher score reflects a lower perceived burden. Domain scores were summarized as mean ± SD, and comparisons between groups were made using the Mann–Whitney U test. **Results:** The effective sample size for each domain ranged from 55 to 79. Mean scores were low across most domains, particularly Physical Functioning and Symptoms/Problems. The Burden of Kidney Disease domain score was higher among patients aged ≥60 years ( $p = 0,045$ ), indicating a lower perceived burden. **Conclusions:** The study reveals considerable impairment in HRQoL among hemodialysis patients, consistent with global findings. The KDQOL-SF™ provides valuable insight for patient-centered management and supports the inclusion of patient-reported outcomes in dialysis quality frameworks. **Keywords:** hemodialysis, KDQOL-SF, quality of life, kidney disease burden.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính (Chronic Kidney Disease – CKD) là một vấn đề sức khỏe cộng đồng toàn cầu với gánh nặng bệnh tật và tử vong cao; số người được điều trị thay thế thận (renal replacement therapy) tiếp tục gia tăng, tạo áp lực lớn lên hệ thống y tế và tài chính cộng đồng. Các báo cáo và phân tích dịch tễ cho thấy hơn 3,9 triệu người đang được điều trị thay thế thận trên toàn cầu, trong khi nhu cầu chăm sóc và theo dõi dài hạn vẫn còn nhiều bất cập ở nhiều khu vực. Những vấn đề này đã được nêu rõ trong các tổng quan và tuyên bố chính sách quốc tế. [2,9,1]

Ngoài các chỉ số sinh hóa và lâm sàng truyền thống (như creatinine, Kt/V, huyết áp), chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe (HRQoL) là chỉ số quan trọng phản ánh tác động toàn diện của CKD và điều trị lọc máu lên người bệnh.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân y 7

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Dũng

Email: bsdungv7@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025