

- of life after operative repair of diaphyseal femur fractures in a low-resource setting. *Injury*, 49(7), 1330-5.
7. **Vu HM, Dang AK, Tran TT, et al.** (2019). Health-Related Quality of Life Profiles among Patients with Different Road Traffic Injuries in an Urban Setting of Vietnam. 16(8).
8. **Merchán-Galvis AM, Muñoz-García DA, Solano F, et al.** (2023). Delayed surgery and health related quality of life in patients with proximal femoral fracture. *Scientific reports*, 13(1), 11131.
9. **Nguyễn Kim Quang, Nguyễn Trung Kiên.** (2022). Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân gãy cổ xương đùi sau phẫu thuật thay khớp háng bán phần tại tỉnh An Giang năm 2020-2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 510(1), 227-31.
10. **Trần Thị Vân Anh.** (2014). Đánh giá sự thay đổi chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật thay khớp háng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2014, *Tạp chí Nội khoa Việt Nam*, 08/2014, 23-8.

TỈ LỆ VÀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU CẢI THIỆN SAU 1 NĂM ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA TỐI ƯU TẠI BỆNH VIỆN TIM TÂM ĐỨC

Lê Kim Tuyền¹, Trương Duy Ngọc Anh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy tim phân suất tổng máu cải thiện (HFimpEF) là một thể lâm sàng mới được định nghĩa, phản ánh sự hồi phục chức năng tim sau điều trị. Số liệu về HFimpEF tại Việt Nam trong kỷ nguyên của các thuốc điều trị suy tim mới còn hạn chế. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ suy tim phân suất tổng máu (PSTM) cải thiện và đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân suy tim mạn PSTM giảm sau 1 năm điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu trên 160 bệnh nhân suy tim có LVEF < 40% được điều trị nội khoa tối ưu tại Bệnh viện Tim Tâm Đức từ 6/2022 đến 6/2023. HFimpEF được định nghĩa là LVEF ban đầu < 40%, tăng > 10% và đạt mức > 40% khi đánh giá lại. **Kết quả:** Tuổi trung bình 59,75 + 14,62; nam giới chiếm 72,5%. Tỉ lệ sử dụng thuốc rất cao: ACEi/ARB/ARNI (96,9%), Chẹn Beta (88,8%), MRA (86,3%) và SGLT2i (69,4%). Sau 1 năm, có 44 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn HFimpEF, chiếm tỉ lệ 27,5%. Nhóm cải thiện có sự giảm đáng kể chỉ số khối cơ thất trái (LVMI) từ 142 xuống 100,5 g/m² (p<0,001) và tăng LVEF trung vị từ 28% lên 54% (p<0,001). **Kết luận:** Tỉ lệ HFimpEF đạt 27,5% sau 1 năm điều trị tối ưu đa phương thức. Việc tuân thủ điều trị giúp cải thiện rõ rệt cấu trúc và chức năng thất trái.

Từ khóa: Suy tim phân suất tổng máu cải thiện, HFimpEF, LVEF, điều trị nội khoa.

SUMMARY

PREVALENCE AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF HEART FAILURE WITH IMPROVED EJECTION FRACTION

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Bệnh viện Tim Tâm Đức

²Bệnh viện Thống Nhất TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Kim Tuyền

Email: lekimtuyen09@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.12.2025

Ngày duyệt bài: 6.01.2026

AFTER ONE YEAR OF OPTIMAL MEDICAL THERAPY AT TAM DUC HEART HOSPITAL

Objective: To determine the prevalence and clinical characteristics of heart failure with improved ejection fraction (HFimpEF) in patients with chronic heart failure with reduced ejection fraction after 1 year of treatment. **Methods:** A retrospective cohort study was conducted on 160 patients with LVEF < 40% treated at Tam Duc Heart Hospital from June 2022 to June 2023. HFimpEF was defined as an increase in LVEF > 10% from baseline and a second LVEF > 40%. **Results:** The mean age was 59.75 + 14.62 years, 72.5% were male. Usage of guideline-directed medical therapy was high: ACEi/ARB/ARNI (96.9%), Beta-blockers (88.8%), MRAs (86.3%), and SGLT2i (69.4%). After 1 year, 44 patients met HFimpEF criteria (27.5%). The improved group showed significant reduction in LVMI (142 vs 100.5 g/m² p<0.001) and increase in median LVEF (28% to 54%, p<0.001). **Conclusion:** The prevalence of HFimpEF was 27.5% with optimal medical therapy. Adherence to multimodal treatment significantly improves cardiac structure and function.

Keywords: Heart failure with improved ejection fraction, HFimpEF, LVEF, medical therapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một vấn đề sức khỏe toàn cầu với gánh nặng bệnh tật và tử vong cao. Trong thập kỷ qua, quan điểm về suy tim đã có sự thay đổi căn bản. Từ chỗ coi đây là một bệnh lý tiến triển không hồi phục, các nghiên cứu hiện đại đã chứng minh rằng chức năng tim có thể cải thiện đáng kể nếu được can thiệp đúng và đủ. Đặc biệt, với sự ra đời của các nhóm thuốc mới như ức chế thụ thể Angiotensin-Nepriylisin (ARNI) và ức chế kênh đồng vận chuyển Natri-Glucose 2 (SGLT2i), khả năng đảo ngược tái cấu trúc thất trái ngày càng trở nên khả thi hơn [2], [3].

Năm 2022, Hội Tim mạch học Hoa Kỳ (ACC/AHA) đã chính thức chuẩn hóa định nghĩa

về "Suy tim phân suất tống máu cải thiện" (Heart Failure with Improved Ejection Fraction - HFimpEF). Đây là nhóm bệnh nhân có phân suất tống máu thất trái (LVEF) ban đầu < 40%, sau điều trị tăng ít nhất 10% và đạt mức > 40%. Việc tách biệt nhóm này có ý nghĩa lâm sàng quan trọng vì họ có tiên lượng sống còn tốt hơn so với nhóm suy tim PSTM giảm dai dẳng, nhưng vẫn đối mặt với nguy cơ tái phát cao nếu ngưng điều trị [3], [7].

Tại Việt Nam, các khuyến cáo cập nhật của Hội Tim mạch Quốc gia Việt Nam (VNHA 2022) đã tiệm cận với thế giới, khuyến khích khởi trị sớm với 4 nhóm thuốc trụ cột [1]. Tuy nhiên, dữ liệu thực tế về tỉ lệ bệnh nhân đạt được tiêu chuẩn HFimpEF trong bối cảnh điều trị hiện đại tại các trung tâm tim mạch chuyên sâu vẫn còn hạn chế. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định tỉ lệ và đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân suy tim PSTM cải thiện sau 1 năm điều trị tại Bệnh viện Tim Tâm Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu tuyển chọn các bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn tính có PSTM giảm (LVEF < 40%), được quản lý và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Tim Tâm Đức trong khoảng thời gian từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2023.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:**

- o Bệnh nhân > 18 tuổi, được chẩn đoán xác định suy tim mạn với LVEF ban đầu < 40% trên siêu âm tim.

- o Được điều trị nội khoa tối ưu theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Việt Nam 2022 (bao gồm các nhóm thuốc: ACEi/ARB/ARNI, Chẹn Beta, Kháng Aldosterone, SGLT2i) với liều lượng được điều chỉnh theo dung nạp của người bệnh.

- o Có hồ sơ theo dõi đầy đủ và có kết quả siêu âm tim đánh giá lại tại thời điểm 1 năm sau điều trị (đo bằng phương pháp Simpson).

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- o Bệnh nhân có bệnh lý van tim nặng cần can thiệp phẫu thuật hoặc thay van; Nhồi máu cơ tim cấp hoặc can thiệp mạch vành trong vòng 3 tháng trước khi bắt đầu nghiên cứu.

- o Bệnh tim bẩm sinh, bệnh cơ tim phì đại, bệnh cơ tim hạn chế, bệnh cơ tim thâm nhiễm (Amyloidosis, Sarcoidosis...).

- o Bệnh thận mạn giai đoạn cuối (eGFR < 30 mL/phút/1.73m²) hoặc các bệnh lý ác tính, bệnh kèm theo đe dọa tính mạng có kỳ vọng sống < 1 năm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Đoàn hệ hồi cứu

(Retrospective cohort study).

- **Định nghĩa biến số:**

- o Suy tim PSTM cải thiện (HFimpEF): Được xác định theo tiêu chuẩn đồng thuận của ACC 2022 [3] khi thỏa mãn đủ 3 điều kiện: (1) LVEF ban đầu < 40%; (2) LVEF tăng tuyệt đối > 10% so với ban đầu; (3) LVEF tại thời điểm đánh giá lại > 40%.

- o Các biến số lâm sàng: Tuổi, giới, BMI, tiền sử bệnh (Tăng huyết áp, Đái tháo đường, Rối loạn lipid máu, Rung nhĩ...).

- o Siêu âm tim: Các thông số LVEF, thể tích thất trái cuối tâm thu/tâm trương, chỉ số khối cơ thất trái (LVMI) được đo đạc theo quy chuẩn của Hội Siêu âm tim Hoa Kỳ.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập liệu và làm sạch bằng Excel, sau đó xử lý bằng phần mềm thống kê STATA 17.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình + độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn) hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (nếu phân phối lệch). Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu. Nghiên cứu bao gồm 160 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn. Độ tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 59,75 + 14,62 tuổi, trong đó nhóm tuổi dưới 60 và trên 60 chiếm tỉ lệ cân bằng nhau (50%). Nam giới chiếm đa số với 116 bệnh nhân (72,5%). Về thể trạng, phần lớn bệnh nhân có tình trạng thừa cân - béo phì (BMI > 23 kg/m²) chiếm 61,25%, phản ánh xu hướng chuyển dịch mô hình bệnh tật liên quan đến chuyển hóa.

Các bệnh lý đồng mắc thường gặp nhất là rối loạn lipid máu và bệnh mạch vành, kể đến là tăng huyết áp và đái tháo đường. Cụ thể về đặc điểm nhân trắc và bệnh lý đi kèm được trình bày ở bảng dưới đây:

Bảng 1. Đặc điểm bệnh lý đi kèm giữa hai nhóm suy tim cải thiện và không cải thiện

Bệnh lý đi kèm n, (%)	HfimpEF (-)(n=116)	HfimpEF (+)(n=44)	Giá trị p
Tăng huyết áp	67 (57,76)	23 (52,27)	0,532
Bệnh mạch vành	72 (62,07)	22 (50,00)	0,166
Rung nhĩ	20 (17,24)	11 (25,00)	0,268
Rối loạn nhịp	40 (34,48)	13 (29,55)	0,554
Bệnh van tim	10 (8,62)	12 (27,27)	0,002
Đái tháo đường	43 (37,07)	17 (38,64)	0,855
Bệnh thận mạn	11 (9,48)	2 (4,55)	0,307
Rối loạn lipid máu	86 (74,14)	27 (61,36)	0,113
Đột quy não	1 (0,86)	4 (9,09)	0,008

Ghi chú: Dùng kiểm định chi bình phương

Nhận xét: Trong các bệnh lý đi kèm thì ở nhóm suy tim cải thiện có rối loạn lipid máu chiếm tỉ lệ cao nhất nhưng không có ý nghĩa thống kê. Bệnh lý van tim và đột quỵ não có liên quan với suy tim cải thiện với $p < 0,05$.

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh đồng mắc giữa hai nhóm suy tim cải thiện và không cải thiện

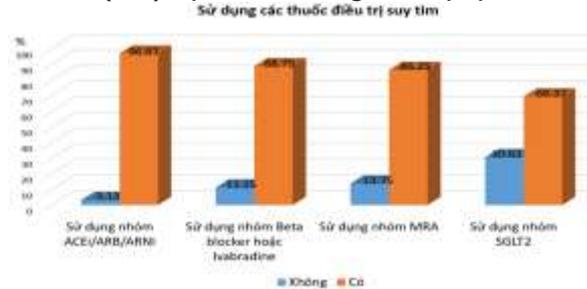
Số bệnh đồng mắc	HFimpEF (-) (n=116)	HFimpEF (+) (n=44)	OR [KTC 95%]	Giá trị p
Không có	6 (5,17)	3 (6,82)	1	0,657
1 bệnh nền	16 (13,79)	7 (15,91)	0,88 [0,17-4,54]	
2 bệnh nền	18 (15,52)	10(22,73)	1,11 [0,23-5,43]	
3 bệnh nền	36 (31,03)	10(22,73)	0,55 [0,12-2,63]	
4 bệnh nền	31 (26,72)	8 (18,18)	0,52 [0,11-2,53]	
5 bệnh nền	8 (6,90)	5 (11,36)	1,25 [0,21-7,41]	
6 bệnh nền	1 (0,86)	1 (2,27)	2 [0,09-44,35]	

Ghi chú: Phân tích hồi quy logistic đơn biến

Nhận xét: Số lượng bệnh đồng mắc ở hai nhóm bệnh nhân qua phân tích cho thấy không có ý nghĩa thống kê với p lớn hơn 0,05

3.2. Tình hình sử dụng thuốc điều trị suy tim. Kết quả khảo sát cho thấy tỉ lệ bệnh nhân được sử dụng các nhóm thuốc trong "tứ trụ" điều trị suy tim rất cao, phản ánh sự tuân thủ tốt các khuyến cáo hiện hành tại cơ sở nghiên cứu. Nhóm ức chế hệ Renin-Angiotensin-Aldosterone (ACEi/ARB/ARNI) được sử dụng phổ biến nhất (96,87%), tiếp theo là chẹn Beta (88,75%) và kháng Aldosterone (86,25%). Đặc biệt, nhóm thuốc mới SGLT2i cũng đạt tỉ lệ sử dụng ấn tượng là 69,37%.

Về phối hợp thuốc, đa số bệnh nhân được điều trị phối hợp đa mô thức. Có tới 57% bệnh nhân được phối hợp đủ 4 nhóm thuốc và 31% sử dụng phối hợp 3 nhóm thuốc. Chỉ có một tỉ lệ rất nhỏ (3%) bệnh nhân dùng đơn trị liệu.



Biểu đồ 1. Tần suất sử dụng các thuốc điều trị

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đều được dùng tối thiểu 1 trong 4 thuốc theo phác đồ điều trị tối ưu của Hội Tim Mạch Việt Nam trong đó thuốc nhóm ACEi/ARB/ARNI được dùng nhiều nhất và nhóm thuốc mới được cho phép gần đây nên được dùng ít hơn là nhóm SGLT-2i



Biểu đồ 2. Tỷ lệ sử dụng thuốc

Nhận xét: Hơn 1/2 số bệnh nhân dùng đủ 4 nhóm thuốc

3.3. Tỉ lệ suy tim phân suất tổng máu cải thiện và thay đổi cấu trúc tim. Sau 1 năm điều trị và theo dõi, kết quả ghi nhận có 44 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn của suy tim PSTM cải thiện (HFimpEF).

- **Tỉ lệ HFimpEF:** 27,5% (44/160 bệnh nhân).

- **Thay đổi chức năng thất trái:** Ở nhóm có cải thiện, LVEF trung vị tăng ấn tượng từ 30% tại thời điểm ban đầu lên 54% sau 1 năm ($p < 0,001$). Trong khi đó, nhóm không cải thiện chỉ tăng nhẹ từ 28% lên 33%.

- **Thay đổi cấu trúc thất trái:** Quá trình đảo ngược tải cấu trúc diễn ra rõ rệt ở nhóm cải thiện. Chỉ số khối cơ thất trái (LVMI) trung vị ở nhóm này giảm từ 137 g/m² xuống 100,5 g/m² ($p < 0,001$).

Bảng 3. Đặc điểm siêu âm tim giữa hai nhóm suy tim cải thiện và không cải thiện

Đặc điểm	HfimpEF (-) (n=116)	HFimpEF (+) (n=44)	Giá trị P
EF lần 1 (%)	28(22-35)	30(27-34,5)	0,386
Lvmass lần 1 (g/m ²)	142 (118,5-172)	137 (120-155,5)	0,269
EF lần 2 (%)	33(25-40)	54(46-60,5)	<0,001
Lvmass lần 2 (g/m ²)	141,5 (116,5-168)	100,5 (92,5-117,5)	<0,001
Kích thước thất trái cuối tâm trương (LVDd)	60 (55,5-65,5)	58 (54,5-62,5)	0,113
Kích thước thất trái cuối tâm thu (LVDs)	49 (45-55,5)	48 (44-53,5)	0,379
PLVW cuối tâm trương (PLVWd)	10 (9-10,5)	10 (9,5-11)	0,134

Ghi chú: Dùng kiểm định Mann-Whitney (biến định lượng phân phối lệch)

Nhận xét: Trong dân số nghiên cứu các chỉ số phân suất tổng máu (EF) lần 2 và thể tích

khối cơ thất trái hiệu chỉnh (LV mass index) lần 2 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm dân số nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu khoảng 60 tuổi, kết quả này thấp hơn so với các nghiên cứu kinh điển tại Âu Mỹ (thường > 65 tuổi) nhưng khá tương đồng với các nghiên cứu tại khu vực Châu Á và nghiên cứu của Trần Đại Cường (2024) tại Việt Nam [2]. Điều này gợi ý rằng suy tim tại Việt Nam có thể khởi phát sớm hơn hoặc bệnh nhân đang tiếp cận điều trị ở giai đoạn còn trẻ hơn so với quần thể phương Tây. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (72,5%) phù hợp với mô hình bệnh lý tim mạch do xơ vữa, khi nam giới có nguy cơ mắc bệnh mạch vành cao hơn nữ giới.

Tỷ lệ bệnh đồng mắc cao, đặc biệt là rối loạn lipid máu (70,63%) và tăng huyết áp (56,25%), cho thấy sự cần thiết của việc quản lý toàn diện đa yếu tố nguy cơ bên cạnh việc điều trị suy tim đơn thuần. Điều này phù hợp với khuyến cáo của VNHA 2022 về việc quản lý bệnh nhân suy tim toàn diện [1].

4.2. Về tỉ lệ suy tim phân suất tống máu cải thiện. Kết quả quan trọng nhất của nghiên cứu là tỉ lệ HFimpEF đạt 27,5%. Con số này nằm trong khoảng dao động từ 10-40% được ghi nhận trong y văn thế giới. Cụ thể, kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu lớn của Savarese tại Thụy Điển (26%) và phân tích gộp của He và cộng sự (22,6%) [5], [6].

Sự cải thiện đáng kể này có thể được giải thích bởi tỉ lệ tuân thủ điều trị rất cao tại Bệnh viện Tim Tâm Đức. Với 96,9% bệnh nhân dùng ức chế hệ RAAS, 88,8% dùng chẹn Beta và đặc biệt là 57% bệnh nhân dùng đủ bộ tứ thuốc (bao gồm cả SGLT2i và MRA), tác động cộng hưởng của các thuốc này trong việc giảm hậu tải, chống xơ hóa và cải thiện năng lượng cơ tim là rất rõ ràng. Các thử nghiệm lâm sàng lớn đã chứng minh rằng việc phối hợp sớm các thuốc này giúp đảo ngược quá trình tái cấu trúc thất trái mạnh mẽ hơn so với liệu pháp bậc thang cổ điển [4].

4.3. Về sự thay đổi cấu trúc tim. Nghiên cứu ghi nhận sự giảm có ý nghĩa thống kê của chỉ số khối cơ thất trái (LVMI) ở nhóm cải thiện (giảm từ 137 xuống 100,5 g/m²). Điều này chứng tỏ sự cải thiện LVEF không chỉ là sự thay đổi về huyết động học nhất thời mà phản ánh sự phục hồi thực sự của cơ tim (reverse remodeling). Wilcox và cộng sự [8] cũng nhấn mạnh rằng sự giảm thể tích và khối lượng thất trái là những chỉ

dấu quan trọng dự báo tiên lượng tốt dài hạn. Ngược lại, nhóm không cải thiện vẫn duy trì mức LVMI cao (141,5 g/m² sau 1 năm, cho thấy tình trạng tái cấu trúc bệnh lý vẫn tiếp diễn.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ suy tim phân suất tống máu cải thiện ở bệnh nhân suy tim mạn tính sau 1 năm điều trị nội khoa tối ưu là 27,5%. Nhóm bệnh nhân này có sự hồi phục rõ rệt về cấu trúc và chức năng thất trái trên siêu âm tim. Kết quả này khẳng định vai trò then chốt của việc tuân thủ các khuyến cáo điều trị đa phương thức hiện hành trong việc cải thiện tiên lượng cho người bệnh.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần tiếp tục duy trì và tối ưu hóa việc sử dụng các nhóm thuốc nền tảng (ACEi/ARNI, Beta blocker, MRA, SGLT2i). Các bác sĩ lâm sàng cần đánh giá lại siêu âm tim định kỳ để nhận diện nhóm bệnh nhân HFimpEF, từ đó có chiến lược theo dõi phù hợp, tránh việc ngưng thuốc sớm có thể dẫn đến tái phát suy tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Nguyễn Vinh, Phạm Mạnh Hùng** (2022). Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị bệnh suy tim cấp và suy tim mạn. Hội Tim mạch Quốc gia Việt Nam.
2. **Trần Đại Cường, Phạm Dương L, Hoàng Văn S** (2024). Khảo sát điều trị suy tim theo khuyến cáo của Hội Tim mạch châu Âu 2021 ở các mức phân suất tống máu khác nhau. Tạp chí Y học Việt Nam, 534(1B).
3. **Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al** (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure. *Circulation*, 145(18), e895-e1032.
4. **He Y, Ling Y, Guo W, et al** (2021). Prevalence and Prognosis of HFimpEF Developed From Patients With Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Cardiovasc Med*, 8, 757596.
5. **Kalogeropoulos AP, Fonarow GC, Georgiopoulou V, et al** (2016). Characteristics and Outcomes of Adult Outpatients With Heart Failure and Improved or Recovered Ejection Fraction. *JAMA Cardiol*, 1(5), 510-518.
6. **McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al** (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*, 42(36), 3599-3726.
7. **Savarese G, Vedin O, D'Amario D, et al** (2019). Prevalence and Prognostic Implications of Longitudinal Ejection Fraction Change in Heart Failure. *JACC Heart Fail*, 7(4), 306-317.
8. **Wilcox JE, Fang JC, Margulies KB, Mann DL** (2020). Heart Failure With Recovered Left Ventricular Ejection Fraction: JACC Scientific Expert Panel. *J Am Coll Cardiol*, 76(6), 719-734.

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG CHĂM SÓC BUỒNG TIÊM DƯỚI DA CHO BỆNH NHÂN UNG THƯ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU ĐÀ NẴNG

Đặng Thị Huệ¹, Trần Thị Bích Hương², Phan Vĩnh Sinh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Buồng tiêm dưới da (BTDD) ngày càng được sử dụng phổ biến trong điều trị người bệnh ung thư nhằm giảm thiểu các biến chứng liên quan đến tiêm truyền tĩnh mạch ngoại vi. Điều dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc chăm sóc và sử dụng BTDD, đòi hỏi kiến thức đầy đủ để đảm bảo hiệu quả điều trị và giảm nguy cơ biến chứng. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá thực trạng chăm sóc BTDD bao gồm đánh giá kiến thức của điều dưỡng về chăm sóc BTDD và xác định các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 120 điều dưỡng tại 10 khoa lâm sàng của Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng từ tháng 3/2023 đến tháng 9/2023. Đối tượng được chọn ngẫu nhiên, đáp ứng tiêu chuẩn có trình độ từ cao đẳng trở lên và đồng ý tham gia. Bộ câu hỏi trắc nghiệm 30 câu được sử dụng để đánh giá kiến thức về BTDD, bao gồm kiến thức chung, kỹ thuật chăm sóc, và nguy cơ biến chứng. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0, sử dụng các phép kiểm T-test và ANOVA với giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. **Kết quả:** Tỷ lệ điều dưỡng (ĐD) có kiến thức về chăm sóc BTDD ở mức tốt, khá, và trung bình-yếu lần lượt là 1,7%, 30%, và 68,3%. Kiến thức về dung dịch sát khuẩn, chỉ định, và chống chỉ định của BTDD đạt tỷ lệ trả lời đúng cao (56,7%-74,2%), nhưng chỉ 5,8% ĐD biết thời gian lưu kim tối đa. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức về chăm sóc BTDD với chuyên khoa công tác ($p=0,004$), đã từng tham gia tập huấn về chăm sóc BTDD ($p=0,001$), và số lần thực hiện chăm sóc BTDD ($p=0,001$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kiến thức với giới tính, thâm niên công tác, hoặc trình độ chuyên môn. **Kết luận:** Kiến thức của điều dưỡng về chăm sóc BTDD tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng còn hạn chế, đặc biệt ở mức trung bình-yếu. Việc tham gia tập huấn và kinh nghiệm thực hành có ảnh hưởng tích cực đến kiến thức. Cần tổ chức các lớp đào tạo định kỳ và kiểm tra thực hành để nâng cao chất lượng chăm sóc BTDD. **Từ khóa:** Buồng tiêm dưới da, kiến thức điều dưỡng, chăm sóc BTDD, ung thư, Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE CURRENT STATUS OF SUBCUTANEOUS INFUSION PORT CARE

¹Trường Đại học Kỹ Thuật Y - Dược Đà Nẵng

²Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Huệ

Email: dthue@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2025

Ngày duyệt bài: 23.12.2025

FOR CANCER PATIENTS AT DA NANG CANCER HOSPITAL

Background: Subcutaneous infusion ports (SIPs) are increasingly utilized in cancer treatment to minimize complications associated with peripheral intravenous administration. Nurses play a critical role in the care and management of SIPs, requiring comprehensive knowledge to ensure treatment efficacy and reduce complications. This study was conducted to assess the current status of subcutaneous injection port care, including evaluation of nurses' knowledge of SIP care and identify associated factors at Da Nang Cancer Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 120 nurses from 10 clinical departments at Da Nang Cancer Hospital from March 2023 to September 2023. Participants were randomly selected, meeting the inclusion criteria of having at least a college-level nursing qualification and consenting to participate. A 30-item multiple-choice questionnaire was used to evaluate knowledge about SIPs, encompassing general knowledge, care techniques, and complication risks. Data were analyzed using SPSS 16.0, with T-tests and ANOVA applied, considering a p -value < 0.05 as statistically significant. **Results:** The proportion of nurses with good, fair, and moderate-to-poor knowledge of SIP care was 1.7%, 30% and 68.3%, respectively. Knowledge regarding antiseptic solutions, indications, and contraindications for SIPs achieved high correct response rates (56.7%–74.2%), but only 5.8% of nurses correctly identified the maximum needle retention time. Statistically significant associations were found between SIP care knowledge and the department of work ($p = 0.004$), participation in training ($p = 0.001$), and frequency of performing SIP care ($p = 0.001$). No significant differences in knowledge were observed based on gender, years of experience, or educational level. **Conclusion:** Nurses' knowledge of SIP care at Da Nang Cancer Hospital is limited, particularly at the moderate-to-poor level. Participation in training and practical experience positively influenced knowledge. Regular training programs and practical assessments are recommended to enhance the quality of SIP care.

Keywords: Subcutaneous infusion port, nurses' knowledge, SIP care, cancer, Da Nang Cancer Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị bằng hóa chất là một trong những phương pháp phổ biến trong quản lý ung thư, nhưng tiêm truyền tĩnh mạch ngoại vi thường gây nhiều biến chứng như thoát mạch, nhiễm trùng, hoặc tổn thương tĩnh mạch trong suốt quá trình lưu buồng tiêm dưới da [1]. Buồng tiêm dưới da (BTDD) đã và đang được sử dụng ngày càng nhiều nhằm khắc phục những vấn đề trên, mang lại lợi ích như giảm đau, giảm tần suất đặt