

association critical decisions in trauma: management of the mangled extremity. *J Trauma Acute Care Surg.* 2012;72:86–93.

7. **Mayur B. Patel & Kathleen M. Richter & Shahid Shafi.** Mangled Extremity: Amputation Versus Salvage, *Curr Trauma Rep* (2015) 1:45–49
8. **Grabowski, Gregory MD; Pacana, Matthew**

**J. MD; Chen, Elliot MD.** Keloid and Hypertrophic Scar Formation, Prevention, and Management: Standard Review of Abnormal Scarring in Orthopaedic Surgery. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons* 28(10):p e408-e414, May 15, 2020. | DOI: 10.5435/JAAOS-D-19-00690

## THỰC TRẠNG TUÂN THỦ VỆ SINH TAY NGOẠI KHOA TẠI KHOA KHÁM SỨC KHỎE TỔNG QUÁT – BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC NĂM 2025

Tổng Thị Hương<sup>1</sup>, Đỗ Thị Vân Anh<sup>1</sup>,  
Lại Thế Hiệp<sup>1</sup>, Trần Thị Thanh Hương<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa và phân tích một số yếu tố liên quan đến tuân thủ của nhân viên y tế tại Khoa Khám sức khỏe Tổng quát, Bệnh viện Đa khoa Vinmec năm 2025. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 45 quy trình vệ sinh tay ngoại khoa do bác sĩ, điều dưỡng và kỹ thuật viên thực hiện trước các thủ thuật xâm lấn nhỏ. Dữ liệu được thu thập bằng bảng kiểm theo Quyết định 3916/QĐ-BYT và hướng dẫn WHO 2009. Phân tích thống kê bao gồm mô tả, kiểm định Chi-square và đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố. **Kết quả:** Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ quy trình là 64,4%. Các thao tác có tỷ lệ tuân thủ thấp nhất gồm chà mu ngón tay (75,6%) và chà ngón cái (73,3%). Thời gian trung bình rửa tay ngoại khoa là 176,2 ± 12,5 giây, 86,7% quy trình đạt ≥3 phút theo khuyến cáo. Các yếu tố như thời điểm thực hiện, kinh nghiệm làm việc, khối lượng công việc và hình thức giám sát có liên quan có ý nghĩa thống kê đến tuân thủ. **Kết luận:** Tuân thủ vệ sinh tay ngoại khoa tại khoa đạt mức khá nhưng còn hạn chế một số thao tác chuyên biệt. Cần tăng cường đào tạo và giám sát để cải thiện chất lượng thực hành. **Từ khóa:** vệ sinh tay ngoại khoa, tuân thủ, nhiễm khuẩn bệnh viện, Vinmec.

### SUMMARY

#### COMPLIANCE WITH SURGICAL HAND ANTISEPSIS AT THE GENERAL HEALTH CHECK-UP DEPARTMENT – VINMEC INTERNATIONAL HOSPITAL IN 2025

**Objective:** This study aimed to describe the compliance with surgical hand antisepsis procedures and analyze associated factors among healthcare workers at the General Health Check-up Department, Vinmec International Hospital in 2025. **Methods:** A

cross-sectional descriptive study was conducted on 45 surgical hand antisepsis procedures performed by physicians, nurses, and technicians prior to minor invasive interventions. Data were collected using a checklist based on Decision 3916/QĐ-BYT and the 2009 WHO Guidelines. Statistical analysis included descriptive statistics, Chi-square tests, and evaluation of associations between relevant factors and compliance. **Results:** The overall full-compliance rate was 64.4%. The lowest-compliance steps were scrubbing the dorsal fingers (75.6%) and the thumbs (73.3%). The mean duration of surgical hand antisepsis was 176.2 ± 12.5 seconds, with 86.7% of procedures meeting the recommended ≥3-minute requirement. Several factors—including time of day, years of experience, workload intensity, and type of monitoring—were significantly associated with compliance. **Conclusion:** Compliance with surgical hand antisepsis at the department was generally satisfactory; however, certain specific steps remained suboptimal. Enhanced training and continuous monitoring are recommended to improve procedural quality and promote consistent adherence.

**Keywords:** surgical hand antisepsis, compliance, healthcare-associated infection, Vinmec.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vệ sinh tay ngoại khoa là một trong những biện pháp quan trọng và hiệu quả nhất trong phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện, đặc biệt là nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) [8,10]. Nhiều nghiên cứu cho thấy vệ sinh tay đúng quy trình có thể góp phần giảm rõ rệt tỷ lệ nhiễm khuẩn liên quan chăm sóc y tế, qua đó rút ngắn thời gian nằm viện và giảm chi phí điều trị cho người bệnh [10].

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã ban hành “Hướng dẫn vệ sinh tay trong chăm sóc y tế” năm 2009, nhấn mạnh vai trò của vệ sinh tay, bao gồm cả vệ sinh tay thường quy và vệ sinh tay ngoại khoa, như một trụ cột trong chương trình kiểm soát nhiễm khuẩn [8]. Tại Việt Nam, Bộ Y tế đã cụ thể hóa các khuyến cáo này bằng “Hướng dẫn thực hành vệ sinh tay trong các cơ sở khám, chữa bệnh” theo Quyết định 3916/QĐ-

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Vinmec

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tổng Thị Hương

Email: huonghuong1301@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 2.12.2025

Ngày duyệt bài: 7.01.2026

BYT, trong đó quy định rõ quy trình rửa tay thường quy, sát khuẩn tay nhanh và vệ sinh tay ngoại khoa bằng xà phòng khử khuẩn hoặc chế phẩm có chứa cồn [1,2].

Các bằng chứng quốc tế cũng cho thấy việc sử dụng dung dịch chứa cồn đạt chuẩn EN 12791 có hiệu quả diệt khuẩn tương đương hoặc cao hơn so với phương pháp chải tay truyền thống, đồng thời rút ngắn thời gian thực hiện và tăng tính chấp nhận của nhân viên y tế. Tuy vậy, ở nhiều cơ sở, thực hành thực tế vẫn chủ yếu dựa vào rửa tay bằng xà phòng khử khuẩn và còn khoảng trống giữa khuyến cáo và tuân thủ [3–7].

Khoa Khám sức khỏe Tổng quát – Bệnh viện Đa khoa Vinmec thường xuyên thực hiện các thủ thuật xâm lấn nhỏ (lấy bệnh phẩm, tiểu phẫu da – mô mềm, thủ thuật soi kiểm tra...), tiềm ẩn nguy cơ NKVM nếu quy trình vô khuẩn không được đảm bảo. Dù bệnh viện đã xây dựng quy trình nội bộ về kiểm soát nhiễm khuẩn và vệ sinh tay ngoại khoa [7], song dữ liệu cụ thể về mức độ tuân thủ và các yếu tố ảnh hưởng tại khoa vẫn còn hạn chế. Trong bối cảnh đó, việc khảo sát thực trạng tuân thủ vệ sinh tay ngoại khoa và phân tích các yếu tố liên quan có ý nghĩa quan trọng, giúp đề xuất các giải pháp can thiệp phù hợp, góp phần bảo đảm an toàn người bệnh [3,5,8].

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa của nhân viên y tế tại Khoa Khám sức khỏe Tổng quát – Bệnh viện Đa khoa Vinmec năm 2025.

2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa tại khoa.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu của đề tài bao gồm tất cả các quy trình vệ sinh tay ngoại khoa do nhân viên y tế thực hiện trước các thủ thuật xâm lấn nhỏ tại Khoa Khám sức khỏe Tổng quát – Bệnh viện Đa khoa Vinmec trong thời gian nghiên cứu từ tháng 05/2025 đến tháng 11/2025.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Một quy trình vệ sinh tay ngoại khoa được đưa vào nghiên cứu khi đáp ứng đầy đủ các tiêu chí sau:

- Được thực hiện ngay trước một thủ thuật xâm lấn nhỏ (lấy mẫu mô, xử lý vết thương, tiểu phẫu mô mềm, thủ thuật soi kiểm tra...).

- Được thực hiện tại khu vực rửa tay vô khuẩn của khoa, nơi đảm bảo đủ ánh sáng và quan sát rõ thao tác.

- Người thực hiện là nhân viên y tế của bệnh

viện: bác sĩ, điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên được phân công thực hiện thủ thuật.

- Quy trình được quan sát đầy đủ tất cả các bước, không bị gián đoạn, không bị che khuất trong quá trình ghi nhận.

### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

Một quy trình bị loại khỏi nghiên cứu khi:

- Hình ảnh hoặc quan sát bị che khuất, không ghi nhận được đầy đủ thao tác theo bảng kiểm.

- Quy trình thực hiện trong tình huống khẩn cấp, có yếu tố ưu tiên xử trí lâm sàng, không đảm bảo điều kiện quan sát chuẩn.

- Nhân viên thực hiện không thuộc đối tượng theo kế hoạch nghiên cứu (ví dụ: học viên mới chưa được phân công thao tác vô khuẩn).

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phù hợp với mục tiêu mô tả thực trạng tuân thủ và phân tích mối liên quan giữa một số yếu tố tại một thời điểm [8,10].

**Công cụ thu thập số liệu:** Bảng kiểm được xây dựng dựa trên "Hướng dẫn thực hành vệ sinh tay trong các cơ sở khám, chữa bệnh" của Bộ Y tế (QĐ 3916/QĐ-BYT) [1,2] và "WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care" [8]. Các bước và thao tác vệ sinh tay ngoại khoa được đối chiếu với yêu cầu về thời gian, số lần chà và vùng da cần được làm sạch theo các tài liệu quốc tế và trong nước [1,8,10].

**Xử lý và phân tích số liệu:** Dữ liệu được làm sạch, mã hóa và phân tích bằng SPSS 22. Thống kê mô tả được sử dụng để trình bày đặc điểm mẫu, thời gian thực hiện, tỷ lệ tuân thủ từng bước và toàn bộ quy trình. Kiểm định Chi-square dùng để đánh giá mối liên quan giữa tuân thủ và một số yếu tố (thời điểm, kinh nghiệm, khối lượng công việc, hình thức giám sát). Cách tiếp cận này tương tự nhiều nghiên cứu về tuân thủ vệ sinh tay và NKVM đã công bố [3–6].

### **Đạo đức nghiên cứu:**

- Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức của bệnh viện đa khoa Vinmec

- Dữ liệu được mã hóa nhằm bảo mật thông tin nhân viên y tế.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### **Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu**

Đặc điểm	Nội dung	SL	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	13	28,9
	Nữ	32	71,1
Trình độ đào tạo	Cao đẳng	12	26,7
	Đại học	30	66,7
	Sau ĐH	3	6,6

<b>Thời gian công tác</b>	<3 năm	15	33,3
	>10 năm	30	66,7

Bảng số liệu cho thấy nhóm tham gia nghiên cứu chủ yếu là nữ giới, chiếm 71,1%, cao hơn đáng kể so với nam (28,9%). Điều này phù hợp với thực tế cơ cấu nhân lực tại nhiều khoa lâm sàng và khối điều dưỡng – kỹ thuật, nơi tỷ lệ nữ thường chiếm ưu thế.

Về trình độ đào tạo, đa số nhân viên có trình độ đại học (66,7%), tiếp theo là cao đẳng (26,7%), và một tỷ lệ nhỏ có trình độ sau đại học (6,6%). Cơ cấu này phản ánh nền tảng đào tạo tương đối tốt của đội ngũ, phù hợp với yêu cầu chuyên môn tại bệnh viện tuyến cao.

Xét về thời gian công tác, phần lớn nhân viên có kinh nghiệm >10 năm (66,7%), trong khi nhóm <3 năm kinh nghiệm chiếm 33,3%. Tỷ lệ nhân viên lâu năm tương đối cao cho thấy đội ngũ tại khoa có nền tảng kinh nghiệm thực hành vững, có khả năng duy trì quy trình chuẩn và đào tạo lại cho nhóm nhân viên trẻ.

**Bảng 2. Thực trạng tuân thủ vệ sinh tay ngoại khoa**

Biến số	Giá trị/Tỷ lệ (%)
<b>1. Thời điểm thực hiện quy trình</b>	
Ca sáng	20 (44,4%)
Ca chiều	14 (31,1%)
Ca tối	11 (24,4%)
<b>2. Chức danh nhân viên y tế thực hiện</b>	
Bác sĩ	23 (51,1%)
Điều dưỡng	16 (35,6%)
Kỹ thuật viên	6 (13,3%)
<b>3. Thời gian vệ sinh tay ngoại khoa</b>	
Thời gian trung bình (giờ)	176,2 ± 12,5

**Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến tuân thủ vệ sinh tay**

Yếu tố	Nhóm	Tuân thủ (%)	Không tuân thủ (%)	p
<b>Thời điểm</b>	Sáng (n=20)	75,0	25,0	0,042*
	Chiều (n=14)	64,3	35,7	
	Tối (n=11)	45,5	54,5	
<b>Kinh nghiệm</b>	<3 năm (n=18)	50,0	50,0	0,031*
	≥3 năm (n=27)	74,1	25,9	
<b>Khối lượng công việc</b>	≤10 ca/giờ (n=28)	75,0	25,0	0,027*
	>10 ca/giờ (n=17)	47,1	52,9	
<b>Giám sát</b>	Trực tiếp (n=18)	72,2	27,8	0,040*
	Giám sát kín (n=27)	55,6	44,4	

Kết quả bảng cho thấy có 4 yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tuân thủ vệ sinh tay ngoại khoa, gồm: thời điểm thực hiện, kinh nghiệm làm việc, khối lượng công việc và hình thức giám sát (p < 0,05).

**1. Thời điểm thực hiện:** Tỷ lệ tuân thủ cao nhất ghi nhận ở ca sáng (75,0%), giảm dần vào ca chiều (64,3%) và thấp nhất ở ca tối (45,5%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,042).

Tỷ lệ đạt ≥3 phút	39/45 (86,7%)
<b>4. Tuân thủ từng bước</b>	
Bước 1 (đánh kẽ móng tay)	93,3%
Bước 2 (rửa tay lần 1)	88,9%
Bước 3 (rửa tay lần 2)	76,7%
Chà mu ngón tay	75,6%
Chà mu ngón tay	73,3%
<b>5. Tuân thủ đầy đủ toàn bộ quy trình</b>	
	29/45 (64,4%)

Bảng số liệu cho thấy phần lớn quy trình vệ sinh tay ngoại khoa được thực hiện vào ca sáng (44,4%), phù hợp với thời điểm tập trung nhiều thủ thuật trong ngày. Nhân viên thực hiện chủ yếu là bác sĩ (51,1%), tiếp theo là điều dưỡng (35,6%) và kỹ thuật viên (13,3%), phản ánh đúng phân bố nhân lực thực hành thủ thuật tại khoa.

Thời gian vệ sinh tay ngoại khoa đạt yêu cầu khá tốt, với thời gian trung bình 176,2 ± 12,5 giây và 86,7% quy trình đạt ≥ 3 phút, đáp ứng khuyến cáo của Bộ Y tế và WHO. Điều này cho thấy nhân viên y tế có ý thức duy trì thời gian tiếp xúc đủ lâu với dung dịch sát khuẩn.

Tỷ lệ tuân thủ theo từng bước giảm dần từ bước 1 (93,3%) đến bước 3 (76,7%). Các thao tác có tỷ lệ thấp nhất là chà mu ngón tay (75,6%) và chà ngón cái (73,3%), đây cũng là những vị trí thường bị bỏ sót trong nhiều nghiên cứu trước.

Tổng hợp toàn bộ quy trình, chỉ 64,4% quy trình được thực hiện đầy đủ, cho thấy mặc dù đa số nhân viên thực hiện đúng phần lớn các bước, vẫn còn khoảng một phần ba quy trình chưa đạt yêu cầu hoàn chỉnh và cần được cải thiện thông qua đào tạo và giám sát.

Điều này gợi ý rằng tuân thủ có xu hướng giảm vào cuối ngày, có thể liên quan đến mệt mỏi tích lũy, giảm tập trung hoặc giảm nhân lực trực ca tối, phù hợp với xu hướng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trước.

**2. Kinh nghiệm làm việc:** Nhóm nhân viên có <3 năm kinh nghiệm chỉ đạt mức tuân thủ 50%, thấp hơn rõ rệt so với nhóm ≥3 năm kinh nghiệm (74,1%), sự khác biệt có ý nghĩa (p =

0,031). Điều này cho thấy kỹ năng và sự tuân thủ trong thao tác rửa tay ngoại khoa được cải thiện theo thời gian, nhấn mạnh vai trò của đào tạo thực hành và kèm cặp lâm sàng.

**3. Hình thức giám sát.** Tỷ lệ tuân thủ cao hơn khi giám sát trực tiếp (72,2%) so với giám sát kín (55,6%), sự khác biệt có ý nghĩa ( $p = 0,040$ ). Điều này phản ánh hiệu ứng Hawthorne — nhân viên thường có xu hướng cải thiện hành vi khi biết mình đang được quan sát. Do đó, kết hợp giám sát trực tiếp và giám sát kín (camera) có thể phản ánh trung thực hơn thực hành hằng ngày.

**4. Khối lượng công việc theo giờ.** Khi khối lượng công việc dưới 10 ca/giờ, tỷ lệ tuân thủ đạt 75%, tuy nhiên giảm mạnh xuống 47,1% khi số ca vượt quá 10 ca/giờ. Sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ( $p=0,027$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ đầy đủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa tại Khoa Khám sức khỏe Tổng quát – Vinmec đạt 64,4%. Mức này cao hơn một số báo cáo trong nước ở bệnh viện tuyến tỉnh và một số chuyên khoa khác, nơi tỷ lệ tuân thủ dao động từ 40–60% [3–6], nhưng vẫn thấp hơn ngưỡng kỳ vọng  $\geq 80\%$  thường được khuyến cáo trong các chương trình kiểm soát nhiễm khuẩn [8,10]. Điều này cho thấy mặc dù đơn vị đã có nhiều nỗ lực, khoảng trống giữa khuyến cáo và thực hành vẫn còn đáng kể.

Thời gian vệ sinh tay ngoại khoa trung bình  $176,2 \pm 12,5$  giây, với 86,7% quy trình đạt thời gian  $\geq 3$  phút, tương đối phù hợp với khuyến cáo của Bộ Y tế và WHO về thời gian tiếp xúc tối thiểu giữa da tay và dung dịch sát khuẩn [1,8]. Một số nghiên cứu về sử dụng dung dịch chứa cồn trong vệ sinh tay ngoại khoa còn cho thấy có thể duy trì hiệu quả diệt khuẩn tương đương với thời gian ngắn hơn nếu chế phẩm đạt chuẩn EN 1279. Tuy nhiên, trong bối cảnh nghiên cứu, khoa vẫn chủ yếu sử dụng xà phòng khử khuẩn, tương tự thói quen tại nhiều cơ sở y tế khác ở Việt Nam [3–6,7].

Phân tích chi tiết các bước cho thấy bước 3 (rửa tay lần 2 và làm khô) có tỷ lệ tuân thủ thấp hơn các bước còn lại; trong đó, các thao tác chà mu ngón tay và chà ngón cái là những vị trí dễ bị bỏ sót nhất (75,6% và 73,3%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước, khi vùng ngón cái và mu ngón tay thường là “điểm mù” trong thực hành vệ sinh tay, dù đây là những vùng có nguy cơ lưu giữ vi khuẩn cao [10].

Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tuân thủ bao gồm thời điểm thực hiện, kinh

ngiệm làm việc, khối lượng công việc và hình thức giám sát. Tỷ lệ tuân thủ thấp nhất ở ca tối (45,5%), phù hợp với ghi nhận của Pittet và cộng sự về tác động của mệt mỏi và áp lực công việc cuối ca trực. Nhân viên có kinh nghiệm  $< 3$  năm có tỷ lệ tuân thủ thấp hơn rõ rệt so với nhóm  $\geq 3$  năm, điều này gợi ý vai trò của đào tạo thực hành, kèm cặp lâm sàng và củng cố kỹ năng qua thời gian [3–5].

Khối lượng công việc cao ( $> 10$  bệnh nhân/giờ) làm giảm đáng kể tỷ lệ tuân thủ, phù hợp với các báo cáo quốc tế và trong nước coi “thiếu thời gian” là rào cản thường gặp nhất đối với vệ sinh tay [8,10]. Về hình thức giám sát, tuân thủ cao hơn trong điều kiện giám sát trực tiếp so với giám sát kín, phản ánh điển hình hiệu ứng Hawthorne – nhân viên cải thiện hành vi khi biết mình đang được quan sát. Do đó, việc kết hợp giám sát kín (camera, theo dõi qua hệ thống) với phản hồi định kỳ có thể giúp phản ánh trung thực hơn thực hành hằng ngày, đồng thời duy trì động lực tuân thủ ở mức cao [7,8].

Khi so sánh với các nghiên cứu đánh giá hiệu quả của dung dịch chứa cồn đạt chuẩn EN 12791, có thể thấy tiềm năng áp dụng các chế phẩm này trong bối cảnh khối lượng thủ thuật tăng nhưng vẫn cần đảm bảo hiệu quả diệt khuẩn. Tuy nhiên, quá trình chuyển đổi cần cân nhắc các yếu tố chi phí, chấp nhận của nhân viên và điều kiện tổ chức tại cơ sở [3,7].

Từ những kết quả trên, có thể khẳng định việc chuẩn hóa quy trình, củng cố đào tạo, kiểm soát khối lượng công việc hợp lý và áp dụng các hình thức giám sát – phản hồi đa dạng là các yếu tố then chốt giúp nâng cao tuân thủ vệ sinh tay ngoại khoa tại Vinmec nói riêng và các cơ sở y tế nói chung [1–3,8,10,].

#### V. KẾT LUẬN

Tuân thủ vệ sinh tay ngoại khoa tại Khoa Khám sức khỏe Tổng quát – Vinmec đạt 64,4%, mức khá nhưng chưa tối ưu.

Các thao tác chà mu ngón tay và chà ngón cái có tỷ lệ tuân thủ thấp nhất.

Các yếu tố ảnh hưởng bao gồm thời điểm thực hiện, kinh nghiệm làm việc, khối lượng công việc và hình thức giám sát.

Cần tăng cường đào tạo, giám sát liên tục và tối ưu phân bổ nhân lực.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** (2017). Hướng dẫn thực hành vệ sinh tay trong các cơ sở khám, chữa bệnh (QĐ 3916/QĐ-BYT).
- Bộ Y tế.** (2012). Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện. NXB Y học.

3. **Nguyễn Thị Hồng Vân, & Nguyễn Quốc Anh.** (2019). Thực trạng tuân thủ vệ sinh tay tại bệnh viện tuyến trung ương. Tạp chí Kiểm soát Nhiễm khuẩn, 9(3), 45–52.
4. **Phạm Thị Bích Liên.** (2020). Đánh giá tuân thủ vệ sinh tay ngoại khoa của điều dưỡng tại một bệnh viện đa khoa. Y học TP. Hồ Chí Minh, 24(6), 112–118.
5. **Trần Văn Tiến.** (2021). Tuân thủ vệ sinh tay theo 5 thời điểm của WHO tại bệnh viện tỉnh. Tạp chí Y học Việt Nam, 507(1), 78–84.
6. **Vũ Hoàng Lan.** (2022). Tuân thủ rửa tay ngoại khoa trong phẫu thuật sản phụ khoa. Tạp chí Y học Thực hành, 1143(3), 33–39.
7. **Bệnh viện Vinmec.** (2023). Quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn – Vệ sinh tay ngoại khoa. (Tài liệu nội bộ).
8. **WHO.** (2009). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. WHO Press.
9. **WHO.** (2016). Surgical site infection prevention guidelines.
10. **Boyce, J. M., & Pittet, D.** (2002). Guideline for hand hygiene in health-care settings. MMWR Recommendations and Reports, 51(RR-16), 1–45.

## SO SÁNH AN TOÀN VÀ HIỆU QUẢ CỦA PHẪU THUẬT MỞ BÈ 360° ĐƯỜNG TRONG VÀ CẮT BÈ CỨNG MẠC Ở BỆNH NHÂN GLÔCÔM GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT

Nguyễn Quang Đại<sup>1,2</sup>, Nguyễn Công Kiệt<sup>2</sup>, Phạm Thị Thuỷ Tiên<sup>1</sup>, Mai Đăng Tâm<sup>1</sup>, Trang Thanh Nghiệp<sup>1</sup>, Nguyễn Chí Trung Thế Truyền<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** So sánh hiệu quả và tính an toàn sau 6 tháng giữa phẫu thuật mở bè 360° đường trong bằng chỉ (mở bè) và cắt bè cứng mạc có sử dụng 5-fluorouracil (CBCM) trong điều trị glôcôm góc mở nguyên phát. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu so sánh trên 80 mắt của bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát được phẫu thuật mở bè (41 mắt) hoặc CBCM (39 mắt). Các chỉ số được theo dõi gồm nhãn áp, số lượng thuốc hạ nhãn áp, tỷ lệ thành công (hoàn toàn và một phần), và biến chứng trong 6 tháng sau mổ. **Kết quả:** Sau 6 tháng, cả hai nhóm đều ghi nhận mức giảm nhãn áp có ý nghĩa lâm sàng (mở bè: từ  $28,17 \pm 9,11$  xuống  $14,20 \pm 1,96$  mmHg; CBCM: từ  $28,39 \pm 8,55$  xuống  $14,78 \pm 2,01$  mmHg;  $p = 0,16$ ). Số lượng thuốc hạ nhãn áp giảm đáng kể ở cả hai nhóm, trong đó nhóm CBCM cần ít thuốc hơn ( $0,62 \pm 1,04$  so với  $1,17 \pm 1,20$ ;  $p < 0,05$ ). Tỷ lệ thành công tích lũy tương đương nhau (mở bè: 95,1%; CBCM: 92,3%;  $p = 0,586$ ), nhưng tỷ lệ thành công hoàn toàn cao hơn ở nhóm CBCM (66,7% so với 43,9%;  $p = 0,01$ ). Biến chứng xuất huyết tiền phòng xuất hiện ở 54,8% số mắt nhóm mở bè, trong khi 15,4% số mắt nhóm CBCM ghi nhận nhãn áp thấp trong tuần đầu sau mổ. **Kết luận:** Cả hai phương pháp đều đạt hiệu quả kiểm soát nhãn áp tốt sau 6 tháng. CBCM cho tỷ lệ thành công hoàn toàn cao hơn và giảm nhu cầu thuốc, nhưng kèm theo nguy cơ nhãn áp thấp sớm. Mở bè là lựa chọn ít xâm lấn hơn, phù hợp trong các trường hợp cần bảo tồn kết mạc.

**Từ khóa:** glôcôm góc mở nguyên phát, mở bè 360° đường trong, cắt bè cứng mạc.

<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt Tp. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Đại

Email: drquangdai@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 3.12.2025

Ngày duyệt bài: 8.01.2026

### SUMMARY

#### COMPARATIVE EFFICACY AND SAFETY OF 360° AB INTERNO TRABECULOTOMY (GATT) AND TRABECULECTOMY IN THE MANAGEMENT OF PRIMARY OPEN ANGLE GLAUCOMA

**Purpose:** To compare the 6-month efficacy and safety of 360° ab interno trabeculotomy using suture (GATT) versus trabeculectomy with adjunctive 5-fluorouracil (TRAB) in patients with primary open-angle glaucoma (POAG). **Methods:** This clinical trial analyzed 80 eyes with POAG undergoing either GATT (n=41) or TRAB (n=39). Primary outcomes included intraocular pressure (IOP), number of medications, surgical success (complete and qualified), and postoperative complications at 6 months. **Results:** Mean IOP significantly decreased in both groups at 6 months (GATT:  $28.17 \pm 9.11$  to  $14.20 \pm 1.96$  mmHg; TRAB:  $28.39 \pm 8.55$  to  $14.78 \pm 2.01$  mmHg;  $p=0.16$ ). Medication use was lower in the TRAB group ( $0.62 \pm 1.04$  vs.  $1.17 \pm 1.20$ ;  $p<0.05$ ). Cumulative success rates were comparable (GATT: 95.1%, TRAB: 92.3%;  $p=0.586$ ), but complete success was higher with TRAB (66.7% vs. 43.9%;  $p=0.01$ ). Hyphema occurred in 54.8% of GATT eyes; hypotony was noted in 15.4% of TRAB eyes. **Conclusions:** Both GATT and TRAB effectively reduced IOP in POAG over 6 months. TRAB achieved higher complete success and medication reduction but posed a risk of early hypotony. GATT offers a less invasive option, potentially advantageous in cases requiring conjunctival preservation.

**Keywords:** primary open-angle glaucoma, gonioscopy-assisted transluminal trabeculotomy, trabeculectomy

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là nguyên nhân hàng đầu gây mù không hồi phục trên thế giới, với số ca mắc dự kiến sẽ vượt quá 110 triệu người vào năm 2040, trong đó glôcôm góc mở nguyên phát chiếm tỷ trọng lớn nhất<sup>1</sup>. Cho đến nay, hạ nhãn áp vẫn là chiến lược