

- university clinic patients. *Eur J Dent.* 2010;4(3):270-9.
3. **Sandhu SV, Tiwari R, Bhullar RK, Bansal H, Bhandari R, Kakkar T, et al.** Sterilization of extracted human teeth: A comparative analysis. *J Oral Biol Craniofac Res.* 2012;2(3):170-5. doi:10.1016/j.jobcr.2012.09.002
 4. **Meusbürger T, Wülk A, Kessler A, Heck K, Hickel R, Dujic H, et al.** The Detection of Dental Pathologies on Periapical Radiographs-Results from a Reliability Study. *J Clin Med.* 2023;12(6). doi:10.3390/jcm12062224
 5. **McHugh ML.** Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochem Med (Zagreb).* 2012;22(3):276-82.
 6. **Iplinsky NT, Gandini Junior LG, Gandini AS, Bagatini AT, Oliveira PHJ, Silva P, et al.** Radiographic evaluation of enamel thickness of permanent teeth: relevance and applicability. *Dental Press J Orthod.* 2024;29(3):e242422. doi:10.1590/2177-6709.29.3.e242422.oar
 7. **Mazzoni A, Navarro RS, Fernandes KPS, Mesquita-Ferrari RA, Horliana A, Silva T, et al.** Comparison of the Effects of High-Power Diode Laser and Electrocautery for Lingual Frenectomy in Infants: A Blinded Randomized Controlled Clinical Trial. *J Clin Med.* 2022;11(13). doi:10.3390/jcm11133783
 8. **Macey R, Walsh T, Riley P, Glenny AM, Worthington HV, Fee PA, et al.** Fluorescence devices for the detection of dental caries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;12(12):Cd013811. doi:10.1002/14651858.Cd013811

HIỆU QUẢ BAN ĐẦU CỦA VIỆC ÁP DỤNG CÁC BIỆN PHÁP CAN THIỆP DỰ PHÒNG VIÊM PHỔI HÍT TẠI BỆNH VIỆN VINMEC CENTRAL PARK

Đoàn Minh Sang¹, Phạm Thúy Trinh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi hít (AP) là tổn thương hoặc nhiễm trùng phổi do hít thức ăn, dịch vị hoặc dịch tiết hầu họng, thường gặp ở người bệnh suy giảm ý thức, rối loạn nuốt hoặc bệnh thần kinh. AP liên quan tăng tử vong, thời gian nằm viện và biến chứng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** cứu mô tả có so sánh tại Hồi sức, Nội, Ngoại và Trung tâm Tim mạch – BV Vinmec Central Park. Người bệnh được sàng lọc và áp dụng phòng ngừa hít sặc trong 24 giờ; can thiệp gồm đào tạo, giám sát. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 207 người bệnh cho thấy 30,4% thuộc nhóm nguy cơ và được áp dụng APB; không ghi nhận ca viêm phổi hít nào sau triển khai (giảm từ 5 ca xuống 0). Trong 46 NVYT tham gia, BS tuân thủ 100%, ĐD 81%, với sai sót chủ yếu là sử dụng ống hút. Gói can thiệp APB chứng minh hiệu quả và xác định được các điểm cần cải thiện trong tuần thủ điều dưỡng. **Kết luận:** Không ghi nhận ca AP, chứng minh hiệu quả gói APB. BS tuân thủ 100%, ĐD 81%; cần tiếp tục duy trì giám sát.

SUMMARY

INITIAL EFFECTIVENESS OF APPLYING INTERVENTIONS FOR ASPIRATION PNEUMONIA PREVENTION AT VINMEC CENTRAL PARK HOSPITAL

Background: Aspiration pneumonia (AP) is a lung injury or infection caused by inhalation of food,

gastric contents, or oropharyngeal secretions, commonly seen in patients with impaired consciousness, dysphagia, or neurological disorders. AP is associated with increased mortality, longer hospital stays, and complications. **Methods:** A comparative descriptive study was conducted in the Intensive Care Unit, Internal Medicine, General Surgery, and Cardiology Center at Vinmec Central Park Hospital. All patients were screened and provided AP prevention within 24 hours of admission. Interventions included staff training, practice monitoring. **Results:** Among 207 patients, 30.4% were identified as high-risk and received the APB bundle. No AP cases were recorded after implementation (reduced from 5 to 0). Among 46 healthcare workers, physicians achieved 100% compliance, while nurses achieved 81%, with the most common deviation being the use of drinking straws. **Conclusion:** No AP cases were detected, demonstrating the effectiveness of the APB bundle. Physician compliance was 100% and nurse compliance 81%; continued monitoring is recommended.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2005, Hiệp hội Lồng ngực Hoa Kỳ và Hiệp hội Bệnh Truyền nhiễm Hoa Kỳ giới thiệu khái niệm viêm phổi liên quan chăm sóc sức khỏe (HCAP), trong đó nhấn mạnh hít sặc là cơ chế chính góp phần hình thành các dạng viêm phổi mắc phải trong cộng đồng và tại bệnh viện [2].

Viêm phổi hít (Aspiration pneumonitis – AP) là tình trạng tổn thương hoặc nhiễm trùng phổi do hít phải các chất từ miệng hoặc dạ dày như thức ăn, nước bọt, dịch vị, hóa chất hoặc chất nôn vào đường hô hấp [3].

Các yếu tố nguy cơ của hít sặc gồm suy giảm ý thức, rối loạn nuốt do đột quỵ hoặc bệnh lý

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Central Park, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Minh Sang

Email: minhsang150@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 10.2.2026

Ngày duyệt bài: 17.3.2026

thần kinh, nôn ói, đặt ống thông tiêu hóa, can thiệp rỗng hàm mật, đặt dụng cụ đường thở và bệnh trào ngược dạ dày-thực quản.

AP được phân thành hai nhóm chính:

- Tổn thương phổi do trào ngược dịch vị (hội chứng Mendelson), trong đó mức độ tổn thương phụ thuộc vào lượng dịch vị, pH và đặc tính của dịch;

- Viêm phổi do hít phải thức ăn hoặc dịch tiết hầu họng chứa nhiều vi khuẩn, gây tổn thương nhu mô và nhiễm trùng phổi. Một nghiên cứu tại Bệnh viện Universitari de Bellvitge (Tây Ban Nha) ghi nhận tỷ lệ hiện mắc AP dao động rộng, từ 6,1% đến 53,2% [4] Tỷ lệ AP được báo cáo tại Nhật Bản cao hơn đáng kể so với các nước châu Âu, lên đến 63,5% [4];[5]. Tại Việt Nam, nghiên cứu ở Bệnh viện Saint Paul ghi nhận 12,31% người bệnh hít sặc và 5,38% mắc viêm phổi sau rối loạn nuốt [1]. Tỷ lệ tử vong ở người bệnh AP cao hơn so với những người không mắc, và AP được xác định là yếu tố tiên lượng quan trọng. Nghiên cứu của Falcone M và Komiyama et al. ghi nhận AP liên quan đáng kể đến nguy cơ tử vong 30 ngày, thời gian nằm viện kéo dài, tràn dịch màng phổi và thất bại điều trị do kháng thuốc, với tỷ số nguy cơ lần lượt là 4,94 (1,71–14,27) và 5,69 (2,31–14,04), $p < 0,001$ [6];[7].

AP khó xác định do hít sặc là cơ chế chung gây viêm phổi, khiến việc ước tính tỷ lệ mắc khách quan trở nên khó khăn. Hơn nữa, chức năng nuốt của người bệnh có thể thay đổi trước, trong và sau khi nhập viện [8]. Rối loạn nuốt thường gặp ở người bệnh mắc bệnh mạch máu não hoặc các bệnh thoái hóa hệ thần kinh trung ương, như Alzheimer hoặc Parkinson [9];[10]. Nghiên cứu của Nakagawa và cộng sự theo dõi phản xạ ho và chức năng nuốt ở người bệnh đột quỵ trong một năm cho thấy: không có người bệnh nào với phản xạ ho hoặc chức năng nuốt bình thường mắc viêm phổi, trong khi 1/4 số người bệnh có phản xạ ho bất thường và giảm chức năng nuốt phát triển viêm phổi [11]. Ngoài ra, vệ sinh răng miệng kém, lạm dụng thuốc an thần, suy giảm khả năng miễn dịch, và suy giảm chức năng phổi do lão hóa là những yếu tố nguy cơ gây AP, những yếu tố này dường như có liên quan đến nhau.

Tại Vinmec Central Park, quý 4/2021 ghi nhận 4 ca AP và quý 1/2022 thêm 1 ca, khi chưa có quy trình sàng lọc hay dự phòng chuẩn hóa. Từ tháng 4/2022, bệnh viện triển khai đào tạo, áp dụng sàng lọc rối loạn nuốt và các biện pháp phòng ngừa AP. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả các can thiệp và mức

độ tuân thủ gói chăm sóc dự phòng AP của nhân viên y tế tại các khoa nguy cơ cao trong năm 2023, bao gồm xác định tỷ lệ AP và mức độ tuân thủ của nhân viên y tế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả có so sánh được thực hiện từ tháng 3 đến tháng 6/2023 tại các khoa Hồi sức tích cực, Nội tổng hợp, Ngoại tổng hợp và Trung tâm Tim mạch – Bệnh viện Vinmec Central Park. Người bệnh được sàng lọc và áp dụng biện pháp dự phòng hít sặc trong 24 giờ sau nhập viện. Can thiệp bao gồm đào tạo kiến thức, giám sát thực hành. Dân số nghiên cứu chia thành hai nhóm: trước can thiệp (quý 4/2021 – quý 1/2022, 5 ca AP) và sau can thiệp (tháng 3 – 6/2023). Kết quả cung cấp cơ sở cải tiến chất lượng chăm sóc.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: người bệnh được sàng lọc và áp dụng phòng ngừa hít sặc trong 24 giờ sau nhập viện; bác sĩ và điều dưỡng phải có đặc quyền y tế để thực hiện can thiệp.

Tiêu chuẩn loại trừ: bác sĩ, điều dưỡng từ chối tham gia nghiên cứu, thuộc các khoa/phòng không thực hiện dự phòng AP (Khoa Nhi, Sản và khu vực ngoại trú), hoặc là nhân viên tập sự, mới tuyển dụng chưa được đào tạo gói dự phòng AP; đồng thời, người bệnh hoặc thân nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu cũng bị loại trừ.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 03/2023 đến tháng 06/2023 tại các khoa Hồi sức tích cực, Nội tổng hợp, Ngoại tổng hợp và Trung tâm Tim mạch – Bệnh viện Vinmec Central Park, TP.HCM.

Phương pháp: quan sát trực tiếp, ghi nhận qua bảng kiểm được xây dựng VM- Aspiration pneumonia Bundle 2022. Công cụ:

Phụ lục 1: Đánh giá nguy cơ hít sặc người lớn

Phụ lục 2: Tầm soát nuốt tại giường

Phụ lục 3: Bảng kiểm thực hiện APB

Đạo đức trong nghiên cứu: nghiên cứu được trình và phê duyệt bởi Ban Điều hành, Phòng Điều dưỡng, Trưởng khoa và Điều dưỡng trưởng các khoa nội trú vào ngày 02/02/2023, đồng thời được Hội đồng đạo đức của Công ty Vinmec và Bệnh viện VMCP thông qua. Trước khi giám sát, mục đích và nội dung nghiên cứu được thông báo rõ ràng; tất cả người bệnh tham gia đều tự nguyện và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào, đồng thời được đối xử bình đẳng. Thông tin cá nhân được bảo mật, và số liệu chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua giám sát, 207 trường hợp áp dụng gói chăm sóc phòng ngừa AP được thu thập, bao gồm các thông tin cá nhân như tuổi, giới tính, số ngày nằm viện, phân bố người bệnh, nhóm nguy cơ và không nguy cơ theo từng khoa/phòng, cùng kết quả tỷ lệ người bệnh mắc AP được trình bày trong các bảng phân tích. Nhóm nghiên cứu gồm 207 người bệnh (109 nam, 98 nữ), phần lớn ở độ tuổi 50–69 (42,1%), tiếp theo là 30–49 tuổi (30,4%), trên 70 tuổi (19,3%) và dưới 30 tuổi (8,2%). Về thời gian nằm viện, nhóm ≤ 2 ngày chiếm 56%, 3–5 ngày 24%, 6–9 ngày 16% và ≥ 10 ngày 4%. Theo khoa phòng, Nội và Ngoại tổng hợp có số người bệnh cao nhất (28,5% và 29,5%), tiếp theo là Trung tâm Tim mạch (25,6%) và Hồi sức tích cực (16,4%).

Tất cả 207 người bệnh được sàng lọc hít sặc và áp dụng biện pháp dự phòng thích hợp trong vòng 24 giờ sau nhập viện. Kết quả ghi nhận 50 trường hợp (24%) có nguy cơ và 157 trường hợp (76%) không có nguy cơ. Trong nhóm có nguy cơ, 12 trường hợp (24%) được tái đánh giá và chuyển sang không có nguy cơ, số còn lại tiếp tục áp dụng gói APB đến khi ổn định. Ngoài ra, 13 trường hợp ban đầu không có nguy cơ chuyển sang có nguy cơ (8,3% nhóm 157) và được can thiệp theo quy trình APB, nâng tổng số người bệnh áp dụng gói APB lên 63 người bệnh (30,4%).

Người bệnh có nguy cơ tập trung chủ yếu tại Hồi sức (65%) và Trung tâm Tim mạch (34%), tiếp theo là Nội tổng hợp (16%), trong khi Ngoại tổng hợp không có trường hợp nào. Nhóm ≥ 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (40%), chủ yếu tại Nội tổng hợp (20%), còn nhóm ≤ 30 tuổi chiếm thấp nhất (2%). Trong quá trình nghiên cứu, không ghi nhận trường hợp viêm phổi hít nào tại các khoa Hồi sức tích cực, Nội tổng hợp, Ngoại tổng hợp và Trung tâm Tim mạch.

So sánh kết quả này với nhóm người bệnh cùng kỳ năm 2022 cho thấy sự cải thiện đáng kể từ 5 ca bị viêm phổi hít mắc phải giảm còn 0 ca. Điều này cho thấy việc áp dụng quy trình chăm sóc dự phòng AP có hiệu quả trong chăm sóc người bệnh.

Nội dung	Tỉ lệ (N=207)
Tỉ lệ mắc viêm phổi hít	0%

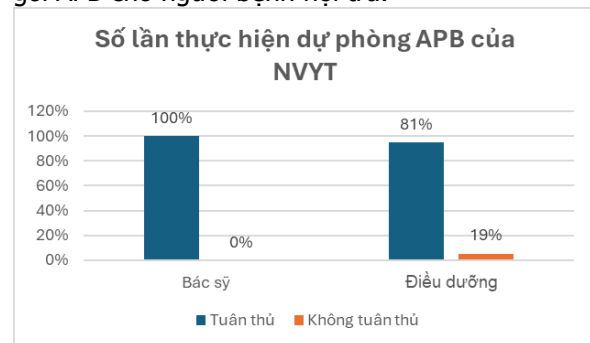
Một số thông tin chung về đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu bao gồm: tuổi, giới tính, thâm niên công tác, bằng cấp được trình bày trong bảng 5.

Trong 46 nhân viên y tế (NVYT) tham gia nghiên cứu gồm 21 bác sĩ (BS) và 25 điều dưỡng

(ĐD), nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam (63,1% so với 36,9%). Độ tuổi chủ yếu trẻ, với 39% ≤ 34 tuổi và 46% từ 35–44 tuổi. Về trình độ chuyên môn, hầu hết NVYT có bằng đại học trở lên (93,5%), chỉ 3 NVYT (6,5%) là cao đẳng thuộc nhóm ĐD.

Tất cả người bệnh đều được sàng lọc hít sặc và áp dụng biện pháp dự phòng thích hợp trong vòng 24 giờ sau nhập viện. Thông tin sàng lọc, đánh giá nguy cơ và các biện pháp dự phòng được ghi chép đầy đủ trong hồ sơ bệnh án (HSBA). BS thực hiện sàng lọc nguy cơ hít sặc, trong khi ĐD kiểm tra nuốt tại giường và thực hiện các bước dự phòng theo quy trình APB. Người bệnh không có nguy cơ được chăm sóc và cho ăn theo y lệnh, còn người bệnh có nguy cơ được ĐD áp dụng các bước dự phòng tùy theo chỉ định và tình trạng bệnh.

Kết quả giám sát tuân thủ gói chăm sóc dự phòng APB cho thấy BS thực hiện sàng lọc đạt 100%, trong khi ĐD đạt 81%. Biểu đồ minh họa sự khác biệt trong tuân thủ giữa hai nhóm NVYT, đồng thời chi tiết các bước thực hiện và chưa thực hiện giúp đánh giá tổng thể việc áp dụng gói APB cho người bệnh nội trú.



Thực trạng tuân thủ thực hiện của NVYT về số lần trong gói chăm sóc dự phòng APB tại Khoa Hồi sức tích cực, Nội tổng hợp, Ngoại tổng hợp, Trung tâm tim mạch cho thấy số lần tuân thủ của nhóm ĐD chỉ đạt 51 lần trong gói chăm sóc dự phòng và cụ thể các bước chưa tuân thủ chiếm cao nhất trong gói là dùng ống hút 8 lần, tiếp theo là chưa tuân thủ thiết lập hệ thống hút đầu giường luôn sẵn sàng sử dụng 2 lần, bàn giao người bệnh có nguy cơ hít sặc bằng SBAR 1 lần chưa tuân thủ và ở bước cho người bệnh nằm đầu cao 30–45° có 1 lần chưa tuân thủ. Như vậy tổng số lần chưa tuân thủ năm bước kỹ thuật này của nhóm ĐD có 12 lần (19%). ĐD thiết lập hệ thống hút đầu giường luôn sẵn sàng sử dụng có 2 trường hợp (3%) chưa tuân thủ liên quan đến các khoa gồm 1 trường hợp Hồi sức, 1 trường hợp Trung tâm tim mạch. Thiết lập đầu giường cao 30–45° có 1 trường hợp chưa

tuần thủ (1.6%) tại Trung tâm tim mạch. Việc dùng ống hút không tuần thủ theo gói dự phòng là bước có số lần chưa tuần thủ cao nhất tới 8 lần chiếm (12.7%) và chỉ duy nhất ở Khoa Nội tổng hợp chưa tuần thủ trong bước này khi chăm sóc người bệnh. Ngoài ra, việc tuần thủ bàn giao người bệnh có nguy cơ hít sặc rất quan trọng để tiếp tục theo dõi, giám sát người bệnh để thực hiện dự phòng không bỏ bước cho người bệnh nhưng tỉ lệ chưa tuần thủ ở bước này chiếm (1.6%) với 01 lần chưa tuần thủ rơi vào khoa Nội tổng hợp.

IV. BÀN LUẬN

Sau khi áp dụng gói chăm sóc dự phòng APB, tỷ lệ người bệnh mắc viêm phổi hít tại Vinmec Central Park giảm rõ rệt từ 5 ca (2022) xuống 0 ca (2023). Nghiên cứu gồm 207 người bệnh, chủ yếu 50–69 tuổi (42,1%); nhóm ≥ 70 tuổi và nhóm nằm viện ≥ 6 ngày có nguy cơ cao hơn. Trong 24 giờ đầu, tất cả người bệnh được BS sàng lọc nguy cơ: 50 người bệnh (24%) được xác định có nguy cơ, 12 trường hợp cải thiện; đồng thời 13 người bệnh không nguy cơ ban đầu chuyển sang có nguy cơ. Nhóm nguy cơ tập trung nhiều tại Hồi sức (65%) và Trung tâm Tim mạch (34%).

Không ghi nhận ca AP nào trong năm 2023, phù hợp với các nghiên cứu quốc tế cho thấy gói dự phòng giúp giảm viêm phổi, biến chứng và thời gian nằm viện; tương tự mô hình Trinity Regional Health Systems duy trì AP bằng 0. Về tuần thủ quy trình, BS đạt 100% sàng lọc, trong khi ĐD đạt 81% với 12 lần chưa tuần thủ, chủ yếu ở bước “không dùng ống hút”. Mức tuần thủ của ĐD vẫn cao hơn so với báo cáo của Saiede Tabaeian (56,32%), cho thấy việc đào tạo liên tục và giám sát quy trình APB là cần thiết để duy trì hiệu quả chăm sóc và phòng ngừa AP.

Nghiên cứu này là một trong số ít đánh giá toàn diện gói dự phòng viêm phổi hít, trong khi các nghiên cứu trước thường chỉ xem xét từng biện pháp. Việc BV Vinmec áp dụng đồng bộ nhiều gói chuẩn hóa, giám sát chặt chẽ và đào tạo liên tục giúp kết quả đáng tin cậy, phù hợp với xu hướng chăm sóc dựa trên bằng chứng. Tuy nhiên, nghiên cứu chỉ thực hiện tại một bệnh viện nên khó khái quát, và chỉ tập trung vào tỷ lệ AP và mức độ tuần thủ của nhân viên y tế, chưa phân tích các yếu tố như khối lượng công việc, phối hợp nhóm hay quản lý, nên khả năng giải thích hành vi tuần thủ còn hạn chế.

V. KẾT LUẬN

Dựa trên kết quả nghiên cứu tại các khoa Hồi sức tích cực, Nội tổng hợp, Ngoại tổng hợp và Trung tâm Tim mạch – Bệnh viện Vinmec Central Park năm 2023, tất cả 207 người bệnh đều được sàng lọc hít sặc và áp dụng biện pháp dự phòng trong vòng 24 giờ sau nhập viện, trong đó 63 người bệnh (30,4%) được xác định có nguy cơ AP. Kết quả ghi nhận 0 ca AP, giảm đáng kể so với 5 ca cùng kỳ năm 2022, cho thấy hiệu quả rõ rệt của gói dự phòng APB. Thực trạng tuần thủ của nhân viên y tế cho thấy BS thực hiện sàng lọc đạt 100%, trong khi ĐD tuần thủ các bước gói chăm sóc đạt 81%, với 12 lần chưa tuần thủ (19%), chủ yếu là sử dụng ống hút (8 lần), chưa chuẩn bị hệ thống hút đầu giường (2 lần), bàn giao người bệnh bằng SBAR (1 lần) và duy trì tư thế đầu cao 30–45° (1 lần). Kết quả này minh chứng gói APB hiệu quả và cần tiếp tục duy trì giám sát tuần thủ.

KHUYẾN NGHỊ

Dựa trên kết quả nghiên cứu, NCV đề xuất:

1. Nhân viên y tế: Duy trì và nâng cao tuần thủ gói APB, cải thiện các bước chưa đạt, tham gia đào tạo, giám sát chéo và chủ động thực hành đầy đủ các bước kỹ thuật.
2. Lãnh đạo khoa: Giám sát NVYT, phối hợp kiểm soát nhiễm khuẩn, tăng cường đào tạo để NVYT hiểu và thực hiện đúng từng bước trong gói APB.
3. Lãnh đạo Bệnh viện: Xây dựng chiến lược phòng ngừa APB, cập nhật và định hướng triển khai gói dự phòng liên tục, đảm bảo an toàn cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hân, N. T. N. , & Tường, P. D** - Đánh giá tình trạng rối loạn nuốt của người bệnh sau đột quỵ não cấp và hậu quả của rối loạn nuốt tại bệnh viện saint paul. *Tạp Chí Y học Cộng đồng*, (2022); 302.
2. **American Thoracic Society**; Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med*. Pubmed; (2005); 171:388–416.
3. **Sanjay Sethi , MD**. Aspiration Pneumonitis and Pneumonia; University at Buffalo, Jacobs School of Medicine and Biomedical Sciences, MSD MANUAL, (2022).
4. **Carratala J, Mykietiuik A, Fernandez-Sabe N, Suarez C, Dorca J, et al**. Health care-associated pneumonia requiring hospital admission: epidemiology, antibiotic therapy, and clinical outcomes. Pubmed; (2007); 1393–1399.

5. Yamaya M, Yanai M, Ohru T, Arai H, Sasaki H. Interventions to Prevent Pneumonia Among Older Adults. Pubmed, (2001); 49:85–90.
6. Falcone M, Blasi F, Menichetti F, Pea F, Violi F. Pneumonia in frail older patients: an up to date. Pubmed; (2012); 7:415–424.
7. Komiya K, Ishii H, Umeki K, Mizunoe S, Okada F, et al. Impact of aspiration pneumonia in patients with community-acquired pneumonia and healthcare-associated pneumonia: A multicenter retrospective cohort study. Pubmed; (2013); 18:514–521.
8. Hirose M, Komiya K, Kadota J. Influence of Appetite and Continuation of Meals on the Prognosis of Elderly Patients Who Have Lost Swallowing Function. J Palliat Med. Pubmed; (2014);259-260.
9. Nakagawa T, Sekizawa K, Nakajoh K, Tanji H, Arai H, et al. Silent cerebral infarction: a potential risk for pneumonia in the elderly. Pubmed; (2000); 247:255–259.
10. Holas MA, DePippo KL, Reding MJ. Aspiration and Relative Risk of Medical Complications Following Stroke. Pubmed; (1994); 51:1051–1053.
11. Galovic M, Leisi N, Muller M, Weber J, Abela E, et al. Lesion location predicts transient and extended risk of aspiration after supratentorial ischemic stroke. Pubmed; (2013); 44:2760–2767.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MẤT VỮNG CỘT SỐNG THẮT LƯNG - CÙNG ĐA TẦNG DO THOÁI HÓA BẰNG PHẪU THUẬT GIẢI ÉP, BẮT VÍT QUA CUỐNG VÀ HÀN XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT

Nguyễn Văn Trọng, Nguyễn Ngọc Khang

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị mất vững cột sống thắt lưng – cùng đa tầng do thoái hóa bằng phẫu thuật giải ép, bắt vít qua cuống và hàn xương liên thân đốt. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Các bệnh nhân có chẩn đoán xác định mất vững cột sống thắt lưng – cùng từ hai tầng trở lên đã được phẫu thuật giải ép, bắt vít qua cuống và hàn xương liên thân đốt tại khoa Ngoại thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/01/2019 đến 01/12/2020. **Kết quả:** Mô tả 45 bệnh nhân được phẫu thuật giải ép, bắt vít qua cuống và hàn xương liên thân đốt. Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $57,7 \pm 7,9$ tuổi, tỉ lệ nam/ nữ là 1,17. Đau theo rễ thần kinh L5 chiếm 42,3%. Thời gian mổ trung bình với mất vững cột sống thắt lưng 2 tầng là $160 \pm 3,24$ phút, thời gian mổ trung bình với mất vững cột sống thắt lưng 3 tầng là $200 \pm 3,81$ phút. Điểm đau trung bình (VAS) sau mổ khi xuất viện là $3 \pm 0,15$. Thời gian nằm viện trung bình là $3 \pm 0,08$ ngày. Tỉ lệ biến chứng chung là 6,6%, biến chứng rách màng cứng 2 trường hợp (4,4%), vỡ chân cung 1 trường hợp (2,2%). **Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật giải ép, bắt vít qua cuống và hàn xương liên thân đốt đã chứng minh tính hiệu quả và an toàn trong điều trị. **Từ khoá:** Mất vững cột sống thắt lưng-cùng đa tầng, thoái hóa cột sống, phẫu thuật giải ép, bắt vít qua cuống và hàn xương liên thân đốt.

SUMMARY

EVALUATING THE TREATMENT OUTCOMES IN LUMBAR SPINE INSTABILITY - MULTILEVEL DEGENERATIVE DISC DISEASE BY DECOMPRESSION SURGERY METHOD, PEDICLE SCREW FIXATION AND INTERBODY FUSION

Objectives: evaluating the treatment outcomes in lumbar spine instability – multilevel degenerative disc disease by decompression surgery method, pedicle screw fixation and interbody fusion. **Research methods:** A retrospective descriptive research was conducted on patients diagnosed with lumbar spine instability – multilevel degenerative disc disease and operated by decompression surgery method, pedicle screw fixation and interbody fusion at the department of neurosurgery, Cho Ray hospital from January 1, 2019, to December 1, 2020. **Result:** describe 45 patients operated by decompression surgery method, pedicle screw fixation and interbody fusion. The mean age was 57.7 ± 7.9 years, Proportion of males to females was 1,17. L5 radiculopathy accounted for 42,3%. The mean operative time with two – level lumbar instability was $160 \pm 3,24$ minutes, the mean operative time with three – level lumbar instability was $200 \pm 3,81$ minutes. Visual Analog Scale (VAS) after surgery when patient was hospital discharge was $3 \pm 0,15$. The average time of hospitalization was $3 \pm 0,08$ days, The overall complication rate was 6.6%, including 2 cases (4.4%) of dural tears and 1 case (2.2%) of pedicle fracture. **Conclusion:** The decompression surgery method, pedicle screw fixation and interbody fusion is an effective and safe surgical method for treating lumbar spine instability – multilevel degenerative disc disease. **Key words:** Lumbar spine instability, multilevel degenerative disc disease, decompression surgery, pedicle screw fixation, interbody fusion

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Trọng

Email: bstrong1991@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2026

Ngày duyệt bài: 18.3.2026