

7. Wood J và Fabian Mangiante EC (1989), "Penetrating neck injuries: Recommendations- for selective management", J.Trauma. 5, tr. 602 - 605.

8. Elerding, S. C, Manart, F. D và Moore, E. E (2016), "A reappraisal of penetrating neck injury management", J trauma. 20(8), tr. 695-697.

ĐÁNH GIÁ TÍNH AN TOÀN VÀ HIỆU QUẢ CỦA SIÊU ÂM TRONG BUỒNG TIM HƯỚNG DẪN ĐÓNG THÔNG LIÊN NHĨ LỖ LỚN BẰNG DỤNG CỤ QUA DA

Nguyễn Quốc Tuấn¹, Nguyễn Thượng Nghĩa¹,
Hoàng Văn Sỹ^{1,2}, Đặng Vạn Phước³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đóng thông liên nhĩ bằng dụng cụ qua da là chiến lược điều trị được ưu tiên lựa chọn. Tuy nhiên, thông liên nhĩ lỗ lớn luôn là một thử thách cho các thủ thuật viên. Siêu âm tim thực quản là kỹ thuật hình ảnh được sử dụng trong các thủ thuật đóng thông liên nhĩ lỗ lớn, tuy nhiên bệnh nhân cần được tiền mê và bảo vệ đường thở đầy đủ. Siêu âm trong buồng tim hướng dẫn đóng thông liên nhĩ lỗ lớn là kỹ thuật mới cho thấy an toàn và hiệu quả. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá tính an toàn và hiệu quả của siêu âm trong buồng tim hướng dẫn đóng thông liên nhĩ lỗ lớn bằng dụng cụ qua da. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 55 bệnh nhân thông liên nhĩ thứ phát lỗ lớn được theo dõi và điều trị tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Chợ Rẫy. Nghiên cứu tiền cứu, ngẫu nhiên, không ngẫu nhiên, theo dõi dọc. **Kết quả:** nghiên cứu ghi nhận 55 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 41,78 ± 11,64 tuổi (23 - 62 tuổi), giới nữ chiếm 85,45%. Đường kính thông liên nhĩ trung bình là 24,14 ± 3,42 mm (siêu âm tim qua thực quản) và 27,89 ± 4,27 mm (siêu âm tim trong buồng tim) với P < 0,001. Đường kính thiết bị được chọn là 29,96 ± 4,40 (20 - 37mm), tất cả các bệnh nhân đều được theo dõi và đánh giá nội viện, 1 tháng và 3 tháng. Chúng tôi ghi nhận 100% các trường hợp thành công về mặt kỹ thuật, theo dõi bệnh nhân nội viện ghi nhận 01 trường hợp rung nhĩ (1,82%) được chuyển nhịp thành công và duy trì nhịp xoang đến tháng thứ 3. Ngoài ra, chúng tôi không ghi nhận thêm biến cố bất lợi nào khác tại thời điểm 3 tháng. Sau thời gian theo dõi 3 tháng, chúng tôi ghi nhận các bệnh nhân có cải thiện khó thở theo phân độ NYHA cũng như các chỉ số đường kính thất phải và áp lực động mạch phổi trên siêu âm tim. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng việc đóng các thông liên nhĩ thứ phát lỗ lớn qua da có đường kính 20–37 mm dưới hướng dẫn của siêu âm trong buồng tim có thể được thực hiện một

cách an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: thông liên nhĩ, thông liên nhĩ lỗ lớn, siêu âm tim trong buồng tim.

SUMMARY

THE SAFE AND EFFECTIVE GUIDANCE BY INTRACARDIAC ECHOCARDIOGRAPHY FOR TRANSCATHETER CLOSURE IN LARGE ATRIAL SEPTAL DEFECTS

Background: Percutaneous septal closure is the preferred treatment strategy. However, large atrial septal defect is always a challenge for the operator. Esophageal echocardiography is the imaging technique used as a guide in the closure of a large atrial septal defect. However, patients should be pre-anesthetized and adequately secured with airway protection. Intracardiac echocardiography guided closure of a large atrial septal defect is a new technique that has been shown to be safe and effective. **Objective:** Evaluating the safety and efficacy of transcatheter closure of large atrial septal defect under intracardiac echocardiography guidance. **Subjectives and method:** 55 patients with large atrial septal defect were treated at the cardiovascular centre, Cho Ray Hospital. The prospective, open label, non-randomized, longitudinal study. **Result:** 55 patients had mean age of 41.78 ± 11.64 years old (23 – 62 years), female 85.45%. The mean diameters of the atrial septal defect were 24.14 ± 3.42 mm (transesophageal echocardiography) and 27.89 ± 4.27 mm (intracardiac echocardiography) with P < 0.001. The mean diameter of the device is 29.96 ± 4.40 mm (20 - 37 mm). All patients were evaluated in-hospital, 1 month and 3 months, recording 100% of the cases technically successful. We followed up in-hospital patients and recorded 01 case of atrial fibrillation (1.82%) who were successfully converted and maintained sinus rhythm during follow-up; In addition, no other adverse events were recorded at 3 months. After a 3-month follow-up period, we recorded patients with improved dyspnea according to NYHA class as well as the right ventricular diameter and pulmonary artery pressure on echocardiography. **Conclusion:** Our study has shown that the percutaneous closure of large secondary atrial septal defects in the 20–37 mm diameter range under intracardiac echocardiography guidance can be performed safely and effectively.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

³Khoa Y, Đại học Quốc Gia, TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Tuấn

Email: dr.nguyenquoc Tuan@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2022

Ngày duyệt bài: 12.7.2022

Keywords: atrial septal defect, large atrial septal defect, intracardiac echocardiography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đóng thông liên nhĩ (ASD) bằng dụng cụ qua da là kỹ thuật điều trị an toàn và hiệu quả [4]. Trong quá trình thực hiện thủ thuật, siêu âm tim qua thực quản (TEE) được sử dụng để đánh giá kích thước, vị trí, mức độ đầy đủ của các rìa và các cấu trúc xung quanh lỗ ASD. Siêu âm tim qua thực quản (TEE) hướng dẫn triển khai thiết bị đạt yêu cầu trước khi bung dù khỏi hệ thống phân phối. Do sự khó chịu của bệnh nhân liên quan đến TEE và cần được bảo vệ đường thở đầy đủ khi bệnh nhân nằm ngửa, thủ thuật này thường được thực hiện dưới gây mê toàn thân với đặt nội khí quản, điều này làm tăng thêm thời gian, độ phức tạp của thủ thuật [5].

Sự phát triển gần đây của siêu âm trong buồng tim (ICE) đã hỗ trợ cho bác sĩ tim mạch can thiệp một phương tiện hình ảnh mới trong hướng dẫn can thiệp đóng ASD bằng dụng cụ. Với đầu dò siêu âm được đặt ở tim bên phải, ICE mô tả chính xác giải phẫu tim, lợi điểm chính của ICE là chất lượng hình ảnh rất tốt, đa diện, phổ doppler màu rất rõ ràng và bệnh nhân không cần gây mê trong quá trình thực hiện thủ thuật [3]. Một số nghiên cứu đóng ASD bằng dụng cụ dưới hướng dẫn của ICE cho thấy kỹ thuật này hiệu quả và an toàn [8]. Tuy nhiên, các ASD có kích thước lớn luôn là các thách thức cho các phẫu thuật viên; vì vậy, việc sử dụng ICE hướng dẫn đóng ASD lỗ lớn là một lợi điểm. Trên cơ sở đó chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này với mục tiêu: *đánh giá tính an toàn và hiệu quả của siêu âm trong buồng tim hướng dẫn đóng thông liên nhĩ lỗ lớn bằng dụng cụ qua da.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân ASD lỗ thứ phát và thoả tiêu chuẩn chọn mẫu được nhập khoa Tim Mạch Can Thiệp, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 09/2019 đến tháng 05/2021.

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu tiền cứu, nhãn mở, không ngẫu nhiên, theo dõi dọc.

Tiêu chuẩn chọn bệnh. Tất cả bệnh nhân ASD lỗ thứ phát lỗ lớn có siêu âm tim qua thực quản với đường kính lỗ ASD ≥ 20 mm [7].

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, ASD thiếu ≥ 2 rìa, tăng áp phổi nặng, ASD kèm bệnh lý tim bẩm sinh khác, bệnh lý nặng đi kèm với kỳ vọng sống < 1 năm.

Kỹ thuật thực hiện. Tất cả các bệnh nhân được thực hiện ICE bằng đầu dò ACUNAV 8F. Đánh giá ASD về vị trí, cấu trúc dựa trên 3 mặt

cắt: mặt cắt hai nhĩ, mặt cắt theo trục dọc vách liên nhĩ, mặt cắt ngang van động mạch chủ.

Đo đường kính ASD khi bóng đã đóng được lỗ thông, không còn dòng thông qua vách liên nhĩ trên ICE (kỹ thuật stop-flow); chụp buồng tim ở tư thế thẳng và tư thế nghiêng trái 45° nghiêng đầu 25° .

Chọn kích thước thiết bị dựa theo kích thước đo được trên siêu âm và trên chụp tia X. Thực hiện siêu âm ICE đánh giá vị trí thiết bị, shunt tồn lưu sau khi bung thiết bị.

Tất cả bệnh nhân sau đóng ASD được nằm điều trị tại khoa theo dõi trong 24 giờ sau thủ thuật, sau đó siêu âm tim qua thành ngực kiểm tra kết quả đóng thiết bị trước khi xuất viện, 01 tháng và 03 tháng.

Các biến số chính. Thành công thủ thuật bao gồm cả hai đặc điểm sau: thủ thuật thành công về mặt kỹ thuật và không có bất kỳ biến cố bất lợi chính nào.

Thành công về mặt kỹ thuật: thiết bị nằm đúng vị trí, không shunt tồn lưu ≥ 3 mm [6].

Biến cố bất lợi chính (MACE): tử vong, rối loạn nhịp tim mới xuất hiện, hở van tim mới, tràn dịch màng ngoài tim chèn ép tim cấp, đột quỵ não, thuyên tắc mạch, biến chứng mạch máu cần điều trị [6].

Phân tích thống kê. Dùng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý số liệu. Biến định danh rời rạc được trình bày dưới dạng n (%); biến định lượng có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình \pm sai số chuẩn (SD), nếu không có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung vị (tứ phân vị thứ nhất – tứ phân vị thứ 2). So sánh các biến định lượng trước và sau điều trị bằng kiểm định T-test.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của hội đồng Y đức Bệnh viện Chợ Rẫy số 889/GCN-HĐĐĐ. Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin về bệnh nhân được giữ bí mật. Dữ liệu nghiên cứu chỉ phục vụ cho nghiên cứu và chẩn đoán, giúp cho việc điều trị tốt hơn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 9/2019 đến 5/2021, chúng tôi ghi nhận 55 bệnh nhân ASD lỗ lớn (≥ 20 mm đo trên TEE). Bệnh nhân có tuổi trung bình là $41,78 \pm 11,64$ tuổi (tuổi nhỏ nhất là 23 tuổi, lớn nhất là 62 tuổi), giới nữ chiếm ưu thế (85,45%), đa phần các bệnh nhân có khó thở NYHA I (36,36%), đau ngực (40%) (Bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Trung bình ± SD Số trường hợp (tỷ lệ %) (n = 55)
Tuổi (năm)	41,78 ± 11,64
Giới nữ	47 (85,45)
BMI (Kg/m ²)	21,16 ± 2,45
Khó thở	38 (69,09)
NYHA I	20 (36,36)
NYHA II	11 (20,00)
NYHA III	7 (12,73)
Đau ngực	22 (40,00)
Rung nhĩ	1 (1,82)
Block nhánh phải trên điện tâm đồ	14 (25,45)

Đường kính ASD trung bình là 24,14 ± 3,42 mm (lớn nhất 20 mm, lớn nhất 37mm), nhóm bệnh nhân có ASD rất lớn (≥30 mm) là 5 bệnh nhân (9,09%) (TTE) và 27,89 ± 4,27 (ICE). Chúng tôi ghi nhận có 67,27% thiếu rìa động mạch chủ (Bảng 2).

Tất cả các bệnh nhân được đóng ASD dưới hướng dẫn của ICE, đường kính ASD được đo bằng bóng (kỹ thuật stop-flow) 28,09 ± 4,10 mm, đường kính thiết bị được chọn là 29,96 ±

4,40 (nhỏ nhất là 20mm lớn nhất 37mm), tất cả các bệnh nhân đều được theo dõi nội viện, 1 tháng và 3 tháng, ghi nhận 100% các trường hợp thành công về mặt kỹ thuật (Bảng 3).

Chúng tôi ghi nhận đường kính thiết bị lớn hơn đường kính ASD đo trên ICE là 2,07 ± 1,77 mm với P < 0,001 và đường kính thiết bị lớn hơn đường kính ASD đo trên TEE là 5,82 ± 3,45 mm với P < 0,001. Chúng tôi theo dõi bệnh nhân sau thủ thuật ghi nhận 01 trường hợp rung nhĩ (1,82%), bệnh nhân được chuyển nhịp thành công bằng thuốc và theo dõi 3 tháng sau bệnh nhân vẫn duy trì nhịp xoang (Bảng 4).

Đánh giá tính hiệu quả của đóng thông liên nhĩ lỗ lớn ghi nhận mức độ khó thở theo phân độ NYHA được cải thiện có ý nghĩa thống kê, mức độ NYHA III có 7 bệnh nhân (12,73%) sau thời gian 3 tháng theo dõi có 6 bệnh nhân (10,91%) được cải thiện lên NYHA II, 01 bệnh nhân (1,82%) cải thiện lên NYHA I. Có 11 bệnh nhân (20%) khó thở NYHA II sau thời gian theo dõi đều cải thiện về NYHA I và 11 bệnh nhân khó thở NYHA I không ghi nhận khó thở sau thời gian 3 tháng theo dõi (Bảng 5).

Bảng 2: Đặc điểm lỗ thông liên nhĩ lỗ lớn

Đặc điểm	Trung bình ± SD Số trường hợp (tỷ lệ %) (n = 55)		P
	TEE	ICE	
Đường kính ASD (mm)	24,14 ± 3,42	27,89 ± 4,27	<0,001
Chiều dài vách liên nhĩ (mm)	37,51 ± 6,47	37,56 ± 6,47	0,182
Đường kính RV ^(*) (mm)	52,59 ± 10,87	-	-
PAPs ^(*) (mmHg)	49,76 ± 16,48	-	-
Qp/Qs ^(*)	3,13 ± 2,09	-	-
EF ^(*) (%)	65,77 ± 6,81	-	-
Thông liên nhĩ lỗ sàng	2 (3,64)	2 (3,64)	-
Phình vách liên nhĩ	3 (5,45)	3 (5,45)	-
Thiếu rìa động mạch chủ	37 (67,27)	37 (67,27)	-

* Đánh giá trên siêu âm tim thành ngực

Bảng 3. Đặc điểm thủ thuật

Đặc điểm	Trung bình ± SD Số trường hợp (tỷ lệ %) (n = 55)
Đường kính ASD đo bằng bóng (Stop-flow) ^(a) (mm)	28,09 ± 4,10
Đường kính thiết bị ^(a) (mm)	29,96 ± 4,40
Loại thiết bị	
Amplatzer Septal Occluder	31 (56,36)
Figulla Flex II ASD Occluder	24 (43,64)
Áp lực động mạch phổi ^(b) (mmHg)	
Trước bít	49,76 ± 16,48
Sau bít	42,38 ± 13,55
Thành công về mặt kỹ thuật	55 (100)

a Đường kính thiết bị lớn hơn đường kính ASD đo bằng bóng 1,87 ± 1,29 mm với P < 0,001

b Áp lực động mạch phổi sau bít thấp hơn trước bít có ý nghĩa với P < 0,001

Bảng 4. Đặc điểm bệnh nhân theo dõi

Đặc điểm	Nội viện	1 tháng theo dõi	3 tháng theo dõi
	Số trường hợp (tỷ lệ %) (n = 55)		
Thiết bị nằm đúng vị trí	55 (100)	55 (100)	55 (100)
Shunt tồn lưu ≥ 3 mm	0	0	0
MACE			
Tử vong	0	0	0
Rung nhĩ mới	1 (1,82%)	Duy trì nhịp xoang	Duy trì nhịp xoang
Hở van tim mới	0	0	0
Rò nhĩ-động mạch chủ	0	0	0
Đột quy não	0	0	0
Thuyên tắc mạch	0	0	0
Biến chứng mạch máu(*)	0	0	0

* Chúng tôi ghi nhận có 10 trường hợp tụ máu nơi tiếp cận tĩnh mạch đùi, nhưng không có trường hợp nào cần điều trị (truyền máu hay can thiệp ngoại khoa) trong thời gian theo dõi

Bảng 5. Hiệu quả bít thông liên nhĩ thiếu rìa động mạch chủ

Đặc điểm	Trước bít	Sau bít 3 tháng	P
	Số trường hợp (tỷ lệ %) (n = 55)		
Phân độ khó thở NYHA			
I	20 (36,36)	20 (36,36)	<0,001
II	11 (20,00)	6 (10,91)	
III	7 (12,73)	0	
Đường kính RV (mm)	52,59 \pm 10,87	41,89 \pm 14,79	<0,001
PAPs (mmHg)	49,76 \pm 16,48	32,27 \pm 10,64	<0,001

IV. BÀN LUẬN

Không có định nghĩa ASD lỗ lớn nào được chấp nhận rộng rãi. Một số các nghiên cứu đã chọn ASD lớn trong khoảng đường kính 20–30 mm và mức giới hạn trên từ 36 đến 40 mm [7]. Do đó, việc so sánh trực tiếp với các nghiên cứu khác là rất khó, đặc biệt là một số nghiên cứu chỉ báo cáo kết quả về các thiết bị đã thả thành công, không đề cập đến các trường hợp triển khai thiết bị nhưng không được giải phóng do thiết bị không ổn định [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 55 bệnh nhân có ASD lỗ lớn từ 20 mm đến 37 mm (TEE), được đóng thành công (100%) và không ghi nhận biến chứng lớn nào trong quá trình theo dõi. Một bệnh nhân ghi nhận sau bít có rung nhĩ được chuyển nhịp thành công bằng thuốc Amiodaron và ghi nhận duy trì nhịp xoang trong suốt quá trình theo dõi. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Romanelli G, nhóm bệnh nhân có ASD từ 20-29 mm thành công 100%, tuy nhiên trong nghiên cứu của tác giả Romanelli G đóng ASD từ 30-39 chỉ thành công 92% có thể do cỡ mẫu trong nhóm này của chúng tôi thấp hơn hoặc chúng tôi sử dụng ICE hướng dẫn đóng ASD nên tỷ lệ thành công cao hơn so với Romanelli G sử dụng TEE [7].

Đóng ASD bằng dụng cụ qua da được coi là liệu pháp đầu tay so với phẫu thuật cho những bệnh nhân ASD phù hợp về giải phẫu. Đặc biệt,

có chỉ định đóng ASD nếu có bằng chứng về quá tải thể tích thất phải [1]. Tuy nhiên, các hướng dẫn hiện hành chưa tính đến việc đóng ASD lỗ lớn, có ý nghĩa về mặt huyết động hơn có thể gây ra tăng nguy cơ hay không. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các bệnh nhân có cải thiện về mặt lâm sàng có ý nghĩa thống kê. Các bệnh nhân khó thở NYHA II, III đều cải thiện có ý nghĩa sau thời gian theo dõi 3 tháng so với trước thủ thuật. Kết quả này cũng khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Meyer [4].

HẠN CHẾ. Nghiên cứu của chúng tôi cỡ mẫu còn nhỏ, thời gian theo dõi còn ngắn và chưa đánh giá TEE trong thời gian theo dõi để phát hiện các shunt tồn lưu ≥ 3 mm.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã chứng minh rằng việc đóng các ASD lớn qua da trong khoảng đường kính 20–37 mm dưới hướng dẫn của ICE có thể được thực hiện một cách an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baumgartner H, Backer JD, Babu-Narayan SV, Budts W, Chessa M, Diller GP, et al. ESC Guidelines for the management of adult congenital heart disease. European Heart Journal. 2020 Feb;42(6):563-645.
2. Berger F, Ewert P, Abdul-Khalik H, Nurnberg JH, Lange PE. Percutaneous closure of large atrial septal defects with the Amplatzer Septal Occluder: technical overkill or recommendable alternative treatment? J Interv Cardiol. 2001 Feb;14(1):63-7.

3. **Balzer D.** Intracardiac Echocardiographic Atrial Septal Defect Closure. *Methodist Debakey Cardiovasc J.* 2014 Apr-Jun; 10(2): 88–92.
4. **Meyer MR, Kurz DJ, Bernheim AM, Kretschmar O, and Eberli FR.** Efficacy and safety of transcatheter closure in adults with large or small atrial septal defects. *Springerplus.* 2016; 5(1): 1841.
5. **Mullen MJ, Dias BF, Walker F, Siu SC, Benson LN and, McLaughlin PR.** Intracardiac echocardiography guided device closure of atrial septal defects. *J Am Coll Cardiol.* 2003 Jan 15;41(2):285-92.
6. **O'Byrne ML, Gillespie MJ, Kennedy KF, Dori Y, Rome JJ, Glatz AC.** The influence of deficient retro-aortic rim on technical success and early adverse events following device closure of secundum atrial septal defects: An Analysis of the IMPACT Registry. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2017 Jan;89(1):102-111.
7. **Romanelli G, Harper RW, Mottram PM.** Transcatheter closure of secundum atrial septal defects: results in patients with large and extreme defects. *Heart Lung Circ.* 2014 Feb;23(2):127-31.
8. **Zhao J, Li L, and Peng L.** Safe and effective guidance by intracardiac echocardiography for transcatheter closure in atrial septal defects. *Int J Clin Exp Med.* 2015 Jun 15;8(6):9815-9.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH SAI SÓT LIÊN QUAN ĐẾN THUỐC TRONG ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HOÀN MỸ MINH HẢI NĂM 2021

Trần Thị Thu Vân¹, Võ Quang Lộc Duyên², Nguyễn Thị Linh Tuyền³

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định các sai sót liên quan đến thuốc trong điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ Minh Hải năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 442 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Nhi, khoa Nội tổng hợp, khoa Tim mạch - Nội tiết, khoa Ngoại, khoa Sản tại bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ Minh Hải từ tháng 07/2021 đến tháng 9/2021. Số liệu được thu thập, xử lý bằng phần mềm Excel 2016 và SPSS 20.0. **Kết quả:** tỷ lệ sai sót liên quan đến thuốc là 4,07%. Các sai sót liên quan đến thuốc xảy ra nhiều nhất tại Khoa Nội tổng hợp (55,56%), kế đến là Khoa Tim mạch – nội tiết (27,78%). Sai sót liên quan đến thuốc ở giai đoạn chuẩn bị và thực hiện thuốc chiếm đa số với (33,33%), giai đoạn sao chép y lệnh (27,78%). Đối tượng thường xảy ra sai sót liên quan đến thuốc là điều dưỡng với 72,22%, dược sĩ (16,67%) và bác sĩ với (11,11%). Đối tượng phát hiện sai sót liên quan đến thuốc đa phần là dược sĩ (77,78%). **Kết luận:** hầu hết các giai đoạn trong quá trình sử dụng thuốc đều xảy ra sai sót liên quan đến thuốc. Việc phát hiện các sai sót này sẽ giúp nhân viên y tế đánh giá lại và tìm ra giải pháp để làm giảm sai sót.

Từ khóa: sai sót liên quan đến thuốc, bệnh nhân nội trú, kê đơn, sao chép y lệnh.

SUMMARY

RESEARCH ON MEDICATION ERRORS IN TREATMENT FOR INPATIENTS IN HOAN MY MINH HAI GENERAL HOSPITAL IN 2021

¹Bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ Minh Hải

²Công ty TNHH Dược Sĩ Tiến

³Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Linh Tuyền

Email: ntltuyen@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.6.2022

Ngày duyệt bài: 8.7.2022

Objectives: determining medication errors in inpatient in Hoan My Minh Hai general hospital in 2021. **Materials and method:** a descriptive cross-sectional study was conducted on 442 medical records of inpatients at the Pediatrics Department, Internal Medicine Department, Cardiology – Endocrinology Department, General Surgery Department, Obstetrics and Gynecology Department in Hoan My Minh Hai general hospital from July 2021 to September 2021. Data were collected and analyzed by using Excel 2016 and SPSS 20.0 software. **Results:** the ratio of medication errors was 4.07%. Medication errors occurred most in the Internal Medicine Department (55.56%), followed by the Cardiology – Endocrinology Department (27.78%) Medication errors occurred in the medication preparation and administration stage (33.33%), followed by the transcription stage (27.78%). The person who often made medication errors was nurse with 72.22%, followed by pharmacist with 16.67% and doctor with 11.11%. Pharmacist is the person who detected medication errors most (77.78%). **Conclusion:** most stages of drug using process occurred medication errors. Detection of medication errors will help medical staff to re-evaluate and find solutions to reduce medication errors.

Keywords: medication errors, inpatient, prescription, transcription.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sai sót liên quan đến thuốc là vấn đề lớn về an toàn cho bệnh nhân và xảy ra phổ biến trên thế giới, sai sót liên quan đến thuốc có thể do bất cứ nhân viên y tế nào gây ra, từ bác sĩ, dược sĩ đến điều dưỡng [3], [7]. Sai sót liên quan đến thuốc xảy ra ở bất cứ giai đoạn nào trong quá trình sử dụng thuốc và có thể gây hại cho bệnh nhân, làm bệnh tái phát hoặc dẫn đến tử vong, kéo dài thời gian nằm viện và tổn chi phí điều trị [5], [7]. Tổ chức y tế thế giới đặt mục tiêu giảm 50% sai sót liên quan đến thuốc trước năm 2022