

phòng tài chính để xuất viện nên NB phải xếp hàng chờ khá là lâu.

Nhìn chung, quá trình trải nghiệm của NB từ lúc nhập viện cho đến lúc chuẩn bị các thủ tục xuất viện, đối tượng nghiên cứu đã đánh giá cao những trải nghiệm khi giao tiếp với Bác sĩ, cụ thể khi được khám sàng lọc ban đầu và khi được điều trị, người bệnh luôn được Bác sĩ giải thích rõ ràng, và dễ hiểu những thủ thuật cần làm, phương pháp điều trị, tình trạng và diễn tiến bệnh. Tuy nhiên, vẫn còn một số trải nghiệm tỷ lệ đánh giá tích cực chưa được cao như khoảng thời gian chờ để được nhập viện và khám, thái độ của các NVYT tại khoa khi tiếp đón lúc mới nhập viện, tình trạng cơ sở vật chất nói chung của bệnh viện và của khoa nói riêng. NB cũng đánh giá việc giao tiếp của điều dưỡng (cụ thể là hướng dẫn sử dụng thuốc hàng ngày) chưa được cao như khi giao tiếp với bác sĩ. Thời gian chờ để được xuất viện cũng khá lâu. Kết quả nghiên cứu là cơ sở để lãnh đạo bệnh viện có kế hoạch can thiệp nhằm nâng cao tỷ lệ trải nghiệm tích cực cho NB.

V. KẾT LUẬN

Trải nghiệm của người bệnh đối với bệnh viện được đánh giá qua 4 giai đoạn: (1) Lúc nhập viện, (2) Lúc nằm viện (cơ sở vật chất, tinh thần và thái độ của NVYT, khám chữa bệnh), (3) Lúc chi trả viện phí và (4) Lúc trước khi xuất viện.

81,1% NB trải nghiệm mức bình thường (từ 6-8 điểm). 16,1% NB trải nghiệm tích cực (từ 9-10 điểm). 2,8% NB trải nghiệm mức kém (từ 3-5 điểm) và không có NB nào đánh giá trải nghiệm

không tích cực (từ 0-2 điểm). 96,0% NB sẵn lòng giới thiệu về bệnh viện cho người khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wolf J., Niederhauser V., Marshburn D., et al. (2014). Defining Patient Experience. Patient Experience Journal, 1(1), 7-19.
2. Australian safety and quality framework for health care. (2010)
3. <<https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/32296-Australian-SandQ-Framework1.pdf>>, truy cập: 29/5/2019.
4. Harrison R., Walton M., Manias E., et al. (2017). Patients' experiences in Australian hospitals: a systematic review of evidence. Australian Health Review, 41(4), 419-435.
5. What Is Patient Experience?. <<http://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html>>, truy cập: 23/02/2020.
6. Soni Raleigh V., King's Fund Centre (London E., and Picker Institute Europe) (2015), Patients' experience of using hospital services: an analysis of trends in inpatient surveys in NHS acute trusts in England, 2005-13, .
7. Sự cần thiết phải khảo sát "trải nghiệm của người bệnh" thay vì chỉ khảo sát "hài lòng của người bệnh" tại các bệnh viện | Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh.
8. <<http://medinet.gov.vn/quan-ly-chat-luong-kham-chua-benh/su-can-thiet-phai-khao-sat-trai-nghiem-cua-nguoi-benh-thay-vi-chi-khao-sat-hai-cmobile8-4532.aspx>>, truy cập: 24/02/2020.
9. Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện - Cục quản lý khám chữa bệnh.
10. <<https://kcb.vn/vanban/quyet-dinh-so-4858qd-byt-ngay-3122013-ve-viec-ban-hanh-bo-tieu-chi-danh-gia-chat-luong-benh-vien>>, truy cập: 24/02/2020.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG CỦA THANG ĐIỂM ISS, GAP, MGAP Ở BỆNH NHÂN ĐA CHẤN THƯƠNG

Phùng Việt Chiến¹, Bùi Văn Mạnh¹, Đặng Văn Ba¹,
Nguyễn Quang Huy¹, Nguyễn Thị Hà¹, Nguyễn Trung Kiên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm ISS, GAP, MGAP ở bệnh nhân đa chấn thương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu trên 40 bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán Đa chấn thương theo tiêu chuẩn Berlin năm 2014, từ

06/2022 đến 02/2023. **Kết quả:** Bệnh nhân đa chấn thương chủ yếu trong độ tuổi lao động 41-59. Các thang điểm ISS, GAP và MGAP đều có khả năng tiên lượng tử vong với AUC lần lượt 0,809; 0,804 và 0,77. Ngưỡng cut-off của các thang điểm ISS, GAP và MGAP lần lượt là 34 với độ nhạy 83,33% và độ đặc hiệu 58,82%; 12 với độ nhạy 97,1% và độ đặc hiệu 66,67%; 18 với độ nhạy 92,1% và độ đặc hiệu 66,67%. **Kết luận:** Các thang điểm ISS, GAP và MGAP đều có khả năng tiên lượng tử vong ở bệnh nhân đa chấn thương. Trong đó, thang điểm ISS có giá trị tiên lượng tử vong tốt nhất (AUC = 0,809) so với 2 thang điểm GAP và MGAP. Thang điểm GAP với những thông số lâm sàng cơ bản có khả năng tiên lượng tử vong tốt

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Việt Chiến

Email: lnfxlog@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 23.8.2023

(AUC = 0,804) và có thể sử dụng một cách hiệu quả ở khoa Cấp cứu.

Từ khóa: ISS, GAP, MGAP, đa chấn thương.

SUMMARY

STUDYING THE MORTALITY PROGNOSTIC VALUE OF ISS, GAP, MGAP SCORES IN MULTIPLE TRAUMA PATIENTS

Purpose: To understand the mortality prognosis of ISS, GAP, MGAP scores in multiple trauma patients. **Methods:** The prospective and descriptive study for 40 multiple trauma patients from 06/2022 to 02/2023 who was from 16 years of age and older. Multiple Trauma patients were diagnosed according to Berlin consensus statement 2014. **Results:** The majority of patients in the study were in the working age group 41-59 with an average age of 38.9 ± 16.1 . The ISS, GAP, and MGAP score all have the potential to predict mortality with an AUC of 0.809, 0.804, and 0.77, respectively. The cut-off thresholds for ISS, GAP and MGAP scales were 34 with 83.3% sensitivity and 58.8% specificity, 12 with 97.1% sensitivity and 66.6% specificity, 18 with 92.1% sensitivity and 66.6% specificity, respectively. **Conclusion:** The ISS, GAP, and MGAP scores all have mortality prediction in patients with multiple trauma. In which, the ISS are the best scale in predicting mortality (AUC = 0.809) compared to the two scales left (GAP and MGAP). The GAP scale that includes basic clinical parameters has a good predictive ability of mortality (AUC = 0.804) and It can be used effectively in the Emergency Department.

Keywords: ISS, GAP, MGAP, multiple trauma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đa chấn thương là những bệnh nhân có từ hai tổn thương nặng trở lên ở các vùng hoặc hệ thống cơ quan khác nhau, trong đó có ít nhất một tổn thương hoặc kết hợp các tổn thương đe dọa tính mạng sống. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị nhưng tỷ lệ tử vong của bệnh nhân đa chấn thương vẫn còn ở mức cao [1]. Vì vậy, đánh giá đúng độ nặng lúc nhập viện, tiên lượng chính xác, chiến thuật điều trị phù hợp và kịp thời với từng bệnh nhân là những yếu tố cốt lõi để giảm tỷ lệ tử vong cũng như biến chứng, cải thiện tiên lượng của bệnh nhân đa chấn thương.

Một số thang điểm đã được áp dụng để tiên lượng tử vong trong bệnh viện của bệnh nhân đa chấn thương như ISS, TRISS, GAP, MGAP... Thang điểm GAP, MGAP sử dụng các thông số lâm sàng đơn giản có giá trị tiên lượng tử vong tốt so với các thang điểm khác thường cần những xét nghiệm cận lâm sàng chuyên sâu [2]. Cho tới nay chưa thực sự có nhiều nghiên cứu về giá trị tiên lượng của thang điểm ISS, GAP và MGAP ở bệnh nhân đa chấn thương. Do vậy, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu tìm hiểu

giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm ISS, GAP, MGAP ở bệnh nhân đa chấn thương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang trên 40 bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán Đa chấn thương vào điều trị tại Bệnh viện quân y 103 từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 2 năm 2023. Đánh giá bệnh nhân khi vào viện, đa chấn thương được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hội nghị đồng thuận Berlin năm 2014 [9]: Bệnh nhân có trên hai tổn thương có điểm tổn thương rút gọn AIS ≥ 3 và có ít nhất một trong các điều kiện bổ sung sau:

- + Tụt huyết áp (huyết áp tâm thu ≤ 90 mm Hg)
- + Hôn mê (thang điểm Glasgow [GCS] ≤ 8)
- + Nhiễm toan (BE $\leq -6,0$)
- + Rối loạn đông máu (aPTT ≥ 50 giây hoặc INR $\geq 1,4$)

+ Tuổi ≥ 70

- Thang điểm tổn thương rút gọn AIS

Đặc điểm tổn thương	Điểm
Tổn thương nhẹ	1
Tổn thương mức độ vừa	2
Tổn thương nặng, không đe dọa tính mạng	3
Tổn thương nặng, đe dọa tính mạng, còn khả năng sống sót	4
Tổn thương nặng, đe dọa tính mạng, ít khả năng sống sót	5
Tổn thương không sống sót	6

- Thang điểm ISS: Trên cơ sở thang điểm AIS, năm 1974 Baker đưa ra thang điểm ISS đánh giá độ nặng tổn thương giải phẫu các vùng tổn thương. Theo thang điểm AIS, tổn thương giải phẫu được chia thành 06 vùng. Tổng bình phương của 3 điểm AIS cao nhất là điểm ISS. Điểm ISS có giá trị từ 1 đến 75, tổn thương càng nặng điểm càng cao. Khi một vùng có điểm AIS = 6, lúc đó điểm ISS sẽ là 75 mà không quan tâm đến các vùng khác.

- Thang điểm GAP và MGAP: Thang điểm MGAP và GAP bao gồm 4 chỉ số: điểm Glasgow, huyết áp tâm thu, tuổi và cơ chế chấn thương. Nó bao gồm có 4 yếu tố độc lập được đưa ra và xây dựng bao gồm: Thang điểm Glasgow (3-15đ), cơ chế chấn thương, huyết áp tâm thu (> 120 mmhg; 5đ, 60-120mm hg; 3đ), tuổi (< 60 t, 5đ). Thang điểm GAP có giá trị từ 3 đến 25, MGAP có giá trị từ 3 đến 29. Thời điểm được sử dụng 3 thang điểm để đánh giá bệnh nhân tại thời điểm T0 (là thời điểm bệnh nhân nhập khoa hồi sức tích cực).

Bảng 1. Thang điểm MGAP

Chỉ số	Điểm
--------	------

Tuổi	<60	+5
	>60	0
Điểm Glasgow	Từ 3-15đ	3-15
Cơ chế chấn thương	Kín	4
	Hở	0
Huyết áp tâm thu	>120	+5
	60-120	+3
	<60	0

Bảng 2. Thang điểm GAP

Chỉ số		Điểm
Tuổi	<60	+4
	>60	0
Điểm Glasgow	Từ 3-15đ	3-15
Huyết áp tâm thu	>120	+6
	60-120	+4
	<60	0

- Tử vong sau 28 ngày nhập viện: Bao gồm các trường hợp tử vong tại viện và các trường hợp nặng xin về trong vòng 28 ngày sau khi nhập khoa hồi sức tích cực.

- Loại trừ các bệnh nhân nhập viện quá 24h sau khi bị tai nạn, đã được điều trị tại tuyến trước, ngưng tim trước viện, phụ nữ có thai, có các bệnh lý mạn tính và bệnh nhân hoặc người nhà từ chối tham gia nghiên cứu.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Số liệu được biểu diễn dưới dạng tỷ lệ %, $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

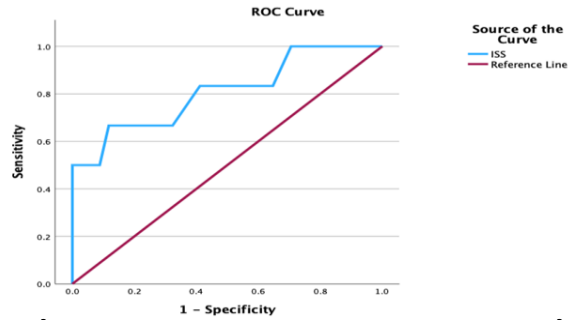
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu

Bảng 3. Đặc điểm về tuổi bệnh nhân đa chấn thương

Chỉ tiêu (tuổi)	Giá trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
16 - 20		6	15
20-40		14	35
41-59		16	40
≥ 60		4	10
Tuổi trung bình ($X \pm SD$) (min – max)		38,9 ± 16,1 (16-69)	
Cơ cấu tổn thương	Giá trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương sọ não		32	80
Chấn thương ngực		35	87,5
Tổn thương bụng		20	50
Tổn thương chi và khung chậu		18	45
Tổn thương hàm mặt		20	50
Tổn thương da và tổ chức dưới da		9	22,5

- Độ nhạy, độ đặc hiệu trong tiên lượng tử vong của thang điểm ISS ở bệnh nhân đa chấn thương

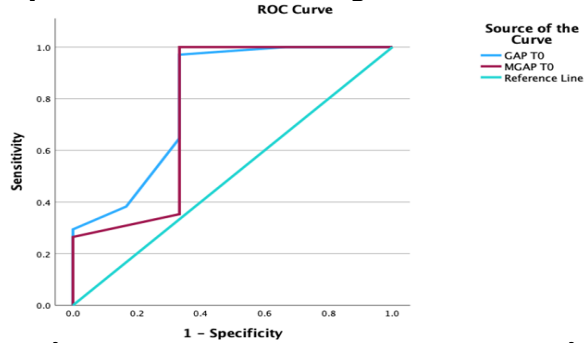


Biểu đồ 1. Đường cong ROC của thang điểm ISS trong tiên lượng tử vong

Bảng 4. Giá trị AUC, độ nhạy, độ đặc hiệu của thang điểm ISS

Thang điểm	Giá trị	AUC	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
ISS		0,809	83,33%	58,82%
ISS Trung bình ($X \pm SD$) (Min – Max)		33,82 ± 9,83 (18-60)		

- Độ nhạy, độ đặc hiệu trong tiên lượng tử vong của thang điểm MGAP và GAP ở bệnh nhân đa chấn thương



Biểu đồ 2. Đường cong ROC của thang điểm MGAP và GAP trong tiên lượng tử vong

Bảng 5. Giá trị AUC, độ nhạy, độ đặc hiệu của thang điểm MGAP và GAP

Thang điểm	Giá trị	AUC	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
MGAP		0,77	91.2%	66.67%
GAP		0,804	97,1%	66,67%
MGAP Trung bình ($X \pm SD$) (Min – Max)		20,92 ± 3,41 (12 – 28)		
GAP Trung bình ($X \pm SD$) (Min – Max)		16 ± 3,34 (6 – 23)		

IV. BÀN LUẬN

- Thang điểm ISS. Theo kết quả nghiên cứu (bảng 4), thang điểm ISS có khả năng tiên lượng bệnh nhân tử vong với AUC cao nhất trong 3 thang điểm với AUC = 0,809, $p = 0,017$. Điểm Cut-off của thang điểm là ISS ≥ 34 với độ nhạy 83,3% và độ đặc hiệu 58,8%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Tôn Thanh Trà thực

hiện 2013 - 2015 trên 409 bệnh nhân sốc chấn thương tại bệnh viện Chợ Rẫy. Trong đó thang điểm ISS có giá trị tiên lượng tử vong với AUC = 0,713 p < 0,001 [3].

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tân và cộng đồng thực hiện trên 210 bệnh nhân đa chấn thương tại Bệnh viện Quân y 175 cho thấy kết quả tương tự thang điểm ISS có khả năng tiên lượng giá trị tử vong với AUC cao = 0,952 p < 0,001. Điểm cut-off ISS >29 với độ nhạy là 90% và độ đặc hiệu là 98% [4].

Trong một nghiên cứu khác của Mahnaz Yadollahi và cộng sự được thực hiện trên 1861 bệnh nhân đa chấn thương tại Iran năm 2017 cho thấy kết quả tương tự: Thang điểm ISS cũng có khả năng tiên lượng tử vong với AUC = 0,88, p < 0,01 [5].

Tác giả Rinadi Andara và cộng sự thực hiện từ 2019 -2021 trên 150 bệnh nhân đa chấn thương cho thấy kết quả tương tự. Thang điểm ISS có khả năng tiên lượng tử vong với AUC 0,943, p < 0,05. Ngưỡng cut-off của ISS \geq 38 với độ nhạy là 83,9% và độ đặc hiệu là 90,8% [6].

Nghiên cứu của tác giả Nina Farzan và cộng sự được thực hiện trên 112 bệnh nhân đa chấn thương cho kết quả: thang điểm ISS có khả năng tiên lượng tử vong với AUC = 0,957, p < 0,001, độ nhạy là 100% và độ đặc hiệu 84,26% [7].

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu gần đây về giá trị tiên lượng của thang điểm ISS đều cho thấy: thang điểm có giá trị tốt trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân đa chấn thương. Tuy nhiên, ngưỡng cut-off của thang điểm ISS ở nghiên cứu của chúng tôi (ISS = 34) cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tân (ISS =29), nhưng lại thấp hơn so với nghiên cứu của Rinadi Andara (ISS = 38).

- Thang điểm MGAP và GAP. Trong nghiên cứu của chúng tôi Thang điểm GAP và MGAP có giá trị tiên lượng tử vong cao ở những bệnh nhân đa chấn thương với AUC lần lượt là 0,804 và 0,77 (p < 0,05). Ở thang điểm GAP, điểm Cut-off 12 với độ nhạy là 97,1% và độ đặc hiệu là 66,67. Mặt khác ở thang điểm MGAP, điểm cut-off là 18 với độ nhạy 92,1% và độ đặc hiệu 66,67%. Thang điểm GAP có khả năng tiên lượng tử vong tốt hơn thang điểm MGAP (Bảng 5).

Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Tôn Thanh Trà thực hiện 2013 – 2015 trên 409 bệnh nhân sốc chấn thương tại bệnh viện Chợ Rẫy. Thang điểm GAP có khả năng tiên lượng tử vong của bệnh nhân trong 28 ngày với AUC = 0,776 (p < 0,001), ngưỡng cut-off là 6,5 với độ nhạy 84,2% và độ đặc hiệu là 75,2%. Bệnh cạnh

đó MGAP tuy có giá trị tiên lượng tử vong thấp hơn nhưng vẫn có ý nghĩa với AUC = 0,653 (p < 0,001). Cũng trong nghiên cứu này cho thấy giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm GAP là hơn so với các thang điểm ISS, MGAP, RTS... [3]

Một nghiên cứu khác được thực hiện bởi tác giả Nguyễn Văn Tân trên 210 bệnh nhân đa chấn thương tại bệnh viện Quân Y 175 cho thấy kết quả tương tự Thang điểm GAP có khả năng tiên lượng tử vong với AUC = 0,912 với p < 0,01. Ngưỡng cut-off là GAP < 16 với độ nhạy 90% và độ đặc hiệu 96% [4].

Nghiên cứu hồi cứu của Nina Farzan và các cộng sự thực hiện trên 112 bệnh nhân đa chấn thương cho thấy thang điểm GAP và MGAP có giá trị trong tiên lượng tử vong với AUC lần lượt là 0,95 và 0,924. Trong đó MGAP có độ đặc hiệu cao hơn là 97,2% [7].

Nghiên cứu của tác giả Farzad Rhamani và cộng sự được thực hiện trên 374 bệnh nhân đa chấn thương cho thấy thang điểm GAP và MGAP có giá trị trong tiên lượng tử vong với AUC đều là 0,99 với p < 0,001. Trong thang điểm GAP điểm cut-off của nó là 14 với độ nhạy là 98% và độ đặc hiệu 91% [8]. Mặt khác, ở thang điểm MGAP có điểm cut-off là 18 với độ nhạy 98% và 91%. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của chúng tôi.

Trong một nghiên cứu khác của Mahnaz Yadollahi và cộng sự được thực hiện trên 1861 bệnh nhân đa chấn thương tại Iran năm 2017 cho thấy kết quả tương tự: Thang điểm GAP có giá trị trong tiên lượng tử vong với AUC cao = 0,91 p < 0,001. Điểm cut-off GAP < 19 điểm có độ nhạy 72,99% và độ đặc hiệu là 95,52%. Thang điểm MGAP cũng có khả năng tiên lượng tử vong (kém hơn so với thang điểm GaP) với AUC = 0,9, p < 0,01. Điểm cut-off MGAP < 24 với độ nhạy 81,04% và độ đặc hiệu 87,7% [5].

Các nghiên cứu đều cho thấy MGAP và GAP có giá trị cao trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân đa chấn thương. Ngưỡng cut-off của nghiên cứu chúng tôi là 12 đối với thang điểm GAP và 18 với thang điểm MGAP. Ngưỡng cut-off này so với các nghiên cứu ở bệnh nhân đa chấn thương khác có giá trị thấp hơn tuy nhiên lại cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Tôn Thanh Trà ở đối tượng bệnh nhân sốc chấn thương. Sở dĩ có kết quả này là vì quần thể bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu nặng hơn so với các nghiên cứu khác với điểm GCS trung bình thấp hơn (8,45) và tỉ lệ bệnh nhân đa chấn thương có sốc cao hơn (40%). Vì vậy, điểm GAP và MGAP trung bình thấp hơn và ngưỡng cut-off cũng thấp hơn

nhưng giá trị diện tích dưới đường cong vẫn cao và cho giá trị tin cậy trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân đa chấn thương.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 40 bệnh nhân Đa chấn thương trong năm 2022 chúng tôi nhận thấy: Các thang điểm ISS, GAP và MGAP đều có khả năng tiên lượng tử vong ở bệnh nhân đa chấn thương. Trong đó, thang điểm ISS có giá trị tiên lượng tử vong tốt nhất (AUC = 0,809) so với 2 thang điểm GAP và MGAP. Thang điểm GAP với những thông số lâm sàng cơ bản có khả năng tiên lượng tử vong tốt (AUC = 0,804) và có thể sử dụng một cách hiệu quả ở khoa Cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pamerneckas, A., et al.**, The assessment of clinical evaluation and treatment results of high-energy blunt polytrauma patients. *Medicina*. 2007. **43**(2): p. 137.
2. **Sartorius D. Le Manach Y. David JS. et al.** Mechanism, glasgow coma scale, age, and arterial pressure (MGAP): a new simple prehospital triage score to predict mortality in trauma patients. *Crit Care Med*. 2010
3. **Tôn Thanh Trà, Phạm Thị Ngọc Thảo**, Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và một số kết quả cận lâm sàng của bệnh nhân sốc chấn thương vào khoa cấp cứu Bệnh viện Chợ Rẫy. 2016. Luận án tiến sĩ

- y học, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh.
4. **Nguyễn Văn Tân.**, Nghiên cứu ứng dụng thang điểm ISS & GAP trong đánh giá mức độ nặng và tiên lượng tử vong bệnh nhân chấn thương tại Bệnh viện Quân Y 175 2017. Luận văn bác sĩ chuyên khoa 2.
 5. **Yadollahi M, Ghaedsharaf Z, Jamali K, et al.** The Accuracy of GAP and MGAP Scoring Systems in Predicting Mortality in Trauma; a Diagnostic Accuracy Study. *Front Emerg Med*. 2019;4(3):e73.
 6. **Yousefzadeh-Chabok S, Hosseinpour M, Kouchakinejad-Eramsadati L et al.** Comparison of Revised Trauma Score, Injury Severity Score and Trauma and Injury Severity Score for mortality prediction in elderly trauma patients. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2016 Nov;22(6):536-540.
 7. **Farzan N, Froghi Ghomi SY, Mohammadi AR.** A retrospective study on evaluating GAP, MGAP, RTS and ISS trauma scoring system for the prediction of mortality among multiple trauma patients. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022 Mar 28; 76:103536.
 8. **Rahmani Farzad, Ebrahimi Bakhtavar, Shams Vahdati, et al.** Evaluation of MGAP and GAP trauma scores to predict prognosis of multiple-trauma patients. *Trauma Monthly*. 2017 May; 22(3).
 9. **Pape HC, Lefering R, Butcher N, Peitzman A, et al.** The definition of polytrauma revisited: An international consensus process and proposal of the new 'Berlin definition'. *J Trauma Acute Care Surg*. 2014 Nov;77(5):780-786.

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG VÀ KẾT QUẢ CỦA MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP VỀ KÊ ĐƠN NGOẠI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN BÌNH TÂN TỈNH VĨNH LONG GIAI ĐOẠN 2022-2023

Thân Thị Cẩm Lệ¹, Nguyễn Phục Hưng², Dương Xuân Chũ²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hàng năm có khoảng hơn 50% chi phí tiền thuốc bị lãng phí do việc kê toa, phân phát và sử dụng thuốc không hợp lí. Điều này dẫn đến việc xuất hiện ngày càng nhiều phản ứng có hại của thuốc. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá thực trạng và kết quả của một số giải pháp sau can thiệp về kê đơn trong thực hành kê đơn ngoại trú tại TTYT huyện Bình Tân tỉnh Vĩnh Long. **Đối tượng nghiên cứu:** Đơn thuốc ngoại trú của bệnh nhân điều trị tại TTYT huyện Bình Tân. **Kết quả:** Trước can thiệp, số thuốc trung bình được kê là 5,08; tỷ lệ kê đơn có kháng sinh là

27,5%; có 43,5% đơn thuốc có xuất hiện tương tác thuốc; sau can thiệp, số thuốc trung bình trên một đơn và tỷ lệ tương tác thuốc giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), tỷ lệ đơn có kháng sinh giảm, nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. **Kết luận:** nghiên cứu là tài liệu tham khảo cho các cán bộ y tế và lãnh đạo về tình hình kê đơn thuốc ngoại trú tại 1 cơ sở y tế tuyến huyện.

Từ khóa: đơn ngoại trú, thực trạng kê đơn, đánh giá sau can thiệp.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE CURRENT STATUS AND RESULTS OF SOME INTERVENTION SOLUTIONS ON OUTCOME PRINTING AT BINH TAN DISTRICT HEALTH CENTER, VINH LONG PROVINCE 2022-2023

Background: More than 50% of drug costs are wasted every year due to inappropriate prescribing, dispensing and using drugs. This leads to an increasing number of adverse drug reactions.

¹Trung tâm Y tế huyện Bình Tân

²Trường đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phục Hưng

Email: nphung@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 24.8.2023