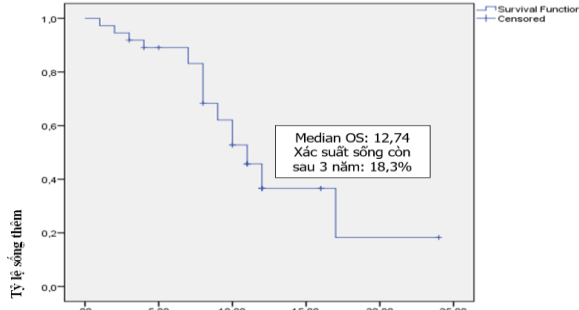


bệnh nhân đạt được đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng 1 phần đạt 53,3% (8/15 bệnh nhân), bệnh tiến triển chiếm 26,7%.

3.2. Thời gian sống thêm

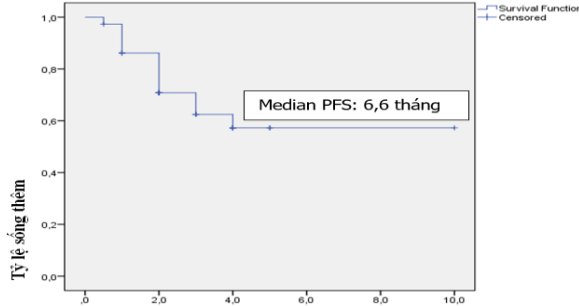
3.2.1. Thời gian sống thêm toàn bộ



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm (tháng)

3.2.2. Thời gian sống thêm không tiến triển

tiến: PFS trung bình là 6,6 tháng.



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm (tháng)

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 32 bệnh nhân ung thư dạ dày tiến triển được điều trị phác đồ FLOT từ 7/2017 đến 12/2018 tại Khoa Nội 3 Bệnh viện K,

chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Đánh giá kết quả ban đầu điều trị hóa chất phác đồ FLOT

- Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều ở giai đoạn T4, trong đó tỉ lệ T4b cao hơn với 53.1%. Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu chủ yếu ở giai đoạn IV (81,2%). Trong nhóm bệnh nhân có di căn, vị trí di căn thường gặp nhất là di căn phúc mạc.

- Sau 4 chu kỳ, tỉ lệ các bệnh nhân có đáp ứng tại u là 71%, có đáp ứng tại hạch là 68.7%, có đáp ứng tại vị trí di căn là 70%.

- Trong số 6 BN điều trị tân bổ trợ, 4 BN đánh giá đáp ứng (toàn bộ và một phần) được chuyển PT cắt DD toàn bộ, vét hạch.

- 18 BN đáp ứng một phần, điều trị tiếp theo phác đồ, chiếm 56,3%.

- Trong 13 BN có thể điều trị đủ 8 chu kỳ FLOT, tỉ lệ đáp ứng 1 phần lên đến 76,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pisters PWT, Kelsen DP, Tepper JE** (2008), Cancer of the Stomach, Cancer: Principles and practice of oncology, 8th edition, Lippincott William and Wilkins.
2. **Globocan** (2012), Gastric Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2012.
3. **Annie On On Chan, Benjamin Wong** (2014), Epidemiology of gastric cancer, UpToDate, September 2014, version 19.0.
4. **Jemal A, Siegel R, Ward E et al** (2009), Cancer statistics, CA Cancer J Clin 2009; 59:225.
5. **NCCN** (2015), Gastric cancer, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, V 3, 2015.
6. **Dicken BJ, Bigam DL, Cass C et al** (1999), Gastric Adenocarcinoma, Ann Surg, 2005 Jan; 241(1): 27–39.

LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NHỮNG PHỤ NỮ RONG KINH RONG HUYẾT CÓ HÚT BUỒNG TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Lê Thị Phương Thanh*, Phạm Minh Giang, Phạm Thị Hồng Vân**, Nguyễn Thị Nhi**, Nguyễn Thị Hồng Phượng**, Đặng Thị Minh Nguyệt***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét lâm sàng, cận lâm sàng của những phụ nữ hút buồng tử cung do rong kinh rong

huyết tại khoa khám bệnh bệnh viện Phụ sản Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 153 bệnh nhân rong kinh rong huyết đến khám và được hút buồng tử cung tại khoa khám bệnh bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ 9/2022 đến 6/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 46,16±7,44 (24-69) trong đó bệnh nhân chưa mãn kinh là 134 (87.6%), mãn kinh 19 (12,4%). Kết quả mô bệnh học sau hút buồng tử cung thì nội mạc tử cung không thấy tổn thương bất thường chiếm đa số 56 (36.6%), quá sản NMTC lành tính 53 (34,6%), có 2 trường hợp quá sản NMTC không điển hình, 7 trường

*Đại học Y Hà Nội,

**Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Minh Nguyệt

Email: Dr.dangminhnguyet@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023

hợp ung thư. Không có sự khác biệt rõ rệt về thời gian ra máu trước khi hút BTC hay mức độ thiếu máu của bệnh nhân tuy nhiên có sự khác biệt về siêu âm độ dày niêm mạc tử cung giữa các hình thái mô bệnh học. **Kết luận:** Kết quả mô bệnh học sau hút BTC cho thấy nguyên nhân hàng đầu của RKRH là rối loạn nội tiết, sau đó là quá sản NMTC lành tính. Siêu âm độ dày NMTC là thăm dò quan trọng trước khi hút BTC.

Từ khóa: Rong kinh rong huyết, hút buồng tử cung, kết quả mô bệnh học

SUMMARY

CLINICAL SYMPTOMS AND LABORATORY RESULTS OF WOMEN WITH MENORRHAGIA UNDERWENT ENDOMETRIAL CURETTAGE AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS OF GYNECOLOGY

Objectives: Assess on clinical symptoms and laboratory results of women with menorrhagia underwent endometrial curettage at Outpatients departments of NHOG. **Subjects and methods:** Descriptive observational study on 153 patients with menorrhagia had been examined and then engaged in endometrial curettage procedure from 9/2022 to 6/2023. **Results:** The mean age was 46,16±7,44 (24-69), menopausal women accounted for 19 (12,4%). Histological results: endometrial hyperplasia without atypia was 53 (34,6%), endometrium without specific lesion was 56 (36,6%). There were 2 cases atypical endometrial hyperplasia, 7 cases endometrial carcinoma. There was significant difference in endometrial thickness but no difference in bleeding time and anemia level between types of histological results **Conclusions:** Histological results after endometrial curettage showed that the main cause of menorrhagia is hormones disorder, the next is endometrial hyperplasia without atypia. Ultrasound of endometrial thickness is an essential diagnostic tool that need to be done before the procedure.

Key word: menorrhagia, endometrial curettage procedure, histological results

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rong kinh rong huyết (RKRH) là tình trạng rối loạn kinh nguyệt khá thường gặp ở phụ nữ, chiếm đến 14-25% các trường hợp bệnh nhân trong độ tuổi sinh đẻ đi khám phụ khoa hàng năm và gây ra ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe, tâm lý cũng như chất lượng cuộc sống của họ ^{1,2}. RKRH kéo dài gây ảnh hưởng đến sinh hoạt, lao động thậm chí đến tính mạng người phụ nữ nếu mất máu quá nhiều. Nguyên nhân gây RKRH có thể là cơ năng hoặc thực thể (u xơ tử cung, polyp buồng tử cung, quá sản niêm mạc tử cung, ung thư niêm mạc, ung thư cổ tử cung) hoặc phối hợp cả hai ³. Hút buồng tử cung là một can thiệp trong các trường hợp RKRH kéo dài, điều trị nội khoa không kết quả hoặc băng huyết với tác dụng làm sạch buồng tử cung cầm máu nhanh đồng thời lấy tổ chức hút làm xét nghiệm

giải phẫu bệnh. Hút buồng tử cung vừa để điều trị vừa để chẩn đoán nguyên nhân rong kinh nhất là trong rong kinh rong huyết tiền mãn kinh hoặc nghi ngờ quá sản, ung thư niêm mạc tử cung. Nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá kết quả lâm sàng, cận lâm sàng của những phụ nữ hút buồng tử cung do rong kinh rong huyết tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm các bệnh nhân đến khám vì rong kinh rong huyết có hút buồng tử cung tại khoa khám bệnh Bệnh viện Phụ sản Trung ương

• **Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng.** Các bệnh nhân RKRH được chỉ định hút BTC và đủ điều kiện làm thủ thuật tại khoa khám bệnh

• **Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng**

+ Có thai hoặc các biến chứng của thai nghén

+ Viêm nhiễm như HIV, Lao, Giang mai...

+ Những bệnh nhân RKRH liên quan tới bệnh toàn thân: Bệnh gan (bệnh xơ gan), thận, bệnh máu, đái đường, bệnh tuyến giáp, bệnh tim

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Thời gian nghiên cứu: Từ 9/2022 đến 6/2023

Cỡ mẫu nghiên cứu:

Cỡ mẫu: bao gồm tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu trên.

Áp dụng công thức ước tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{(p \cdot \epsilon)^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu cần thiết

• α : Mức ý nghĩa thống kê (Chọn = 0,05 ứng với độ tin cậy 95% thay vào bảng ta được $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$)

• ϵ = 0,08: Sai số mong muốn giữa mẫu nghiên cứu và quần thể.

• p = 0,8: Tỷ lệ quá sản NMTC ở những bệnh nhân hút BTC do rong kinh rong huyết tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (trong nghiên cứu của PhanThị Quy năm 2018) ⁴

Thay vào công thức, chúng tôi tính được n=150. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi đã lấy mẫu thuận tiện không xác suất 153 bệnh nhân.

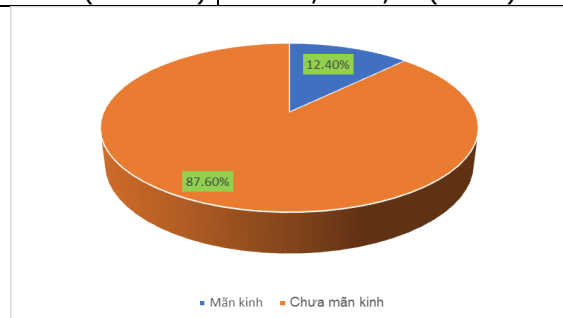
Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân rong kinh sau khi được hỏi bệnh, thăm khám, làm xét nghiệm, có chỉ định hút buồng tử cung và làm thủ thuật. Sau khi làm thủ thuật bệnh nhân được hẹn khám lại và lấy kết quả giải phẫu bệnh theo quy trình thường quy tại khoa khám bệnh. Các thông tin cần thiết cho nghiên cứu được thu thập vào phiếu nghiên cứu dựa trên hỏi bệnh, số y bạ,

kết quả xét nghiệm có trên hệ thống lưu trữ của bệnh viện và gọi điện trực tiếp nếu cần thiết

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Tuổi bệnh nhân

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
20-35 tuổi	11	7,2
36-45 tuổi	53	34,6
46-55 tuổi	80	52,3
>55 tuổi	9	5,9
Tổng	153	100,0
X±SD (min-max)	46,16±7,44 (24-69)	



Biểu đồ 3.1. Tình trạng mãn kinh

Nhận xét: Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 46,16±7,44 (24-69), tỷ lệ bệnh nhân mãn kinh là 12,4%, chưa mãn kinh là 87,6%.

Bảng 3.2: Kết quả mô bệnh học

Bảng 3.3: Đặc điểm mô bệnh học và thời gian ra máu trước hút buồng tử cung

Thời gian ra máu	<14 ngày		14-30 ngày		>30 ngày		Tổng n(%)	p
	n	%	n	%	n	%		
Giải phẫu bệnh								
Quá sản lạnh tính	21	34,4	21	29,2	11	55,0	53(34,6)	0,072
Nội mạc k có tổn thương bất thường	24	39,3	25	34,7	7	35,0	56(36,6)	
Nội mạc đáp ứng kéo dài progesterone	8	13,1	14	19,4	0	0	22(14,4)	
Ung thư, quá sản không điển hình	3	4,9	4	5,6	2	10,0	9(5,9)	
Khác	5	8,2	8	11,1	0	0	13(8,5)	
Tổng	61	100	72	100	20	100	153(100)	

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian ra máu 14-30 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (47%) có 13% số phụ nữ ra máu >30 ngày mới đến khám, còn lại là ra máu <14 ngày (40%). Không có sự khác biệt về thời gian ra máu giữa các hình thái mô bệnh học.

Bảng 3.4: Đặc điểm mô bệnh học và mức độ thiếu máu

Mức độ thiếu máu	Không		Nhẹ		Trung bình		Nặng		Tổng n(%)	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Giải phẫu bệnh										
Quá sản lạnh tính	43	34,4	8	38,1	2	33,3	0	0	53(34,6)	0,303
Nội mạc k có tổn thương bất thường	48	38,4	7	33,3	1	16,7	0	0	56(36,6)	
Nội mạc đáp ứng kéo dài progesterone	14	11,2	4	19,0	3	50,0	1	100	22(14,4)	

Kết quả giải phẫu bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Quá sản NMTC lạnh tính	53	34,6
Polyp tuyến NMTC	9	9,8
Quá sản không điển hình	2	1,3
Nội mạc đáp ứng kéo dài với progesterone	22	14,4
Ung thư NMTC	7	4,6
Nội mạc TC viêm chảy máu bán cấp tính	1	0,7
Gai rau	1	0,7
Màng rụng	2	1,3
Nội mạc tử cung không có tổn thương bất thường	56	36,6
Tổng	153	100

Nhận xét: Kết quả mô bệnh học sau hút BTC của nhóm bệnh nhân cho thấy nội mạc không có tổn thương bất thường chiếm tỷ lệ cao nhất (36,6%), sau đó là quá sản NMTC chiếm tỷ lệ khá cao 34,6%. Có 2 trường hợp quá sản không điển hình, 7 ung thư NMTC. Các trường hợp kết quả là nội mạc đáp ứng kéo dài với progesterone là do bệnh nhân đã có điều trị bằng progestin (duphaston hoặc orgametril) trước đó nhưng không hiệu quả chiếm 14,4%. Các kết quả còn lại chiếm tỷ lệ thấp và ít gặp là polyp tuyến NMTC, gai rau, màng rụng, nội mạc tử cung viêm hoại tử.

Ung thư, quá sản không điển hình	9	7,2	0	0	0	0	0	0	9(5,9)
Khác	11	8,8	2	9,5	0	0	0	0	13(8,5)
Tổng	125	100	21	100	6	100	1	100	153(100)

Nhận xét: Trong số các phụ nữ thuộc nghiên cứu thì 81,7% không có thiếu máu, 13,7% thiếu máu nhẹ, 3,9% thiếu máu trung bình, chỉ duy nhất có 1 trường hợp thiếu máu nặng Hb 76g/l. Không có sự khác biệt về mức độ thiếu máu giữa các hình thái mô bệnh học.

Bảng 3. 5. Đặc điểm mô bệnh học và độ dày niêm mạc tử cung

Giải phẫu bệnh	NMTC <6mm		6-9mm		9-15mm		>15mm		Tổng n(%)	P
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Quá sản lành tính	1	9,1	4	14,8	19	33,3	29	50,0	53(34,6)	0,002
Nội mạc k có tổn thương bất thường	8	72,7	18	66,7	18	31,6	12	20,7	56(36,6)	
Nội mạc đáp ứng kéo dài progesterone	1	9,1	4	14,8	8	14,0	9	15,6	22(14,4)	
Ung thư, quá sản không điển hình	0	0	0	0	5	8,8	4	6,9	9(5,9)	
Khác	1	9,1	1	3,7	7	12,3	4	6,9	13(8,5)	
Tổng	11	100	27	100	57	100	58	100	153(100)	

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa độ dày NMTC và kết quả mô bệnh học. Với NMTC >15mm thì quá sản NMTC lành tính chiếm tỉ lệ cao (50%). Ở mức NMTC 9-15mm thì đa phần vẫn là quá sản NMTC. Các trường hợp NMTC 6-9mm hoặc <6mm thường gặp RKRH cơ năng. Các trường hợp mãn kinh mà NMTC dày >9mm trong nghiên cứu đều có kết quả là ung thư niêm mạc.

IV. BÀN LUẬN

Trong số các phụ nữ RKRH tham gia trong nghiên cứu thì độ tuổi sinh đẻ chiếm tỉ lệ ít, đa phần là các phụ nữ ở độ tuổi tiền mãn kinh, mãn kinh chiếm đến 92,8%. Điều này hoàn toàn phù hợp với thực tế là RKRH thường gặp ở độ tuổi tiền mãn kinh, mãn kinh hơn so với độ tuổi sinh đẻ.

Kết quả mô bệnh học sau hút BTC cho thấy nguyên nhân gây RKRH hàng đầu vẫn là rối loạn nội tiết hay còn gọi là RKRH cơ năng với kết quả NMTC không có tổn thương bất thường (trong đó bao gồm các hình thái NMTC ở pha tăng sinh, pha chế tiết hay chế tiết không đều). Các trường hợp này sau hút BTC có thể có kinh nguyệt bình thường ở ngay chu kì kinh sau hoặc sử dụng vòng kinh nhân tạo cho kết quả tốt. Quá sản NMTC lành tính chiếm tỉ lệ cao nhất trong số các nguyên nhân bệnh lý. Tỉ lệ tiến triển thành ung thư NMTC ở quá sản NMTC lành tính là <5% trong 20 năm nên trong đa số các khuyến cáo hiện nay của ACOG, RCOG, NICE thì những phụ nữ quá sản NMTC có thể được điều trị bằng dụng cụ tử cung chứa nội tiết (LNG -IUS hay vòng Mirena) hoặc progestin ở nửa sau vòng kinh trong ít nhất 6 tháng^{5,6}. Các trường hợp kết

quả là ung thư NMTC hoặc nguy cơ ác tính cao như quá sản NMTC không điển hình đều được chuyển phẫu thuật. Các trường hợp kết quả là nội mạc đáp ứng kéo dài với progesterone là do bệnh nhân đã có điều trị bằng progestin (duphaston hoặc orgametril) trước đó nhưng không hiệu quả. Có 1 trường hợp nội mạc tử cung viêm chảy máu là của bệnh nhân 69 tuổi lớn tuổi nhất trong nghiên cứu, siêu âm buồng tử cung có tổ chức dịch không đồng nhất 25mm. Bệnh nhân này vì nghi ngờ ung thư niêm mạc nên có chỉ định mổ cắt tử cung và giải phẫu bệnh sau mổ vẫn là viêm hoại tử không có tổn thương ác tính. Các trường hợp gai rau và màng rụng có thể là sẩy thai sớm hoặc thai ngừng phát triển đã lâu, hCG đã về âm tính mà bản thân bệnh nhân cũng không hề biết là có thai.

Thời gian ra máu trước khi hút BTC ở nhóm phụ nữ trong nghiên cứu đa phần là 14-30 ngày, có đến 13% ra máu >30 ngày mới đến khám. Nguyên nhân là do ra máu số lượng ít, đôi khi không liên tục nên bệnh nhân cho rằng máu có thể tự cầm hoặc sau khi đã có điều trị bằng progestin, thuốc tránh thai kết hợp không đỡ thì mới đến bệnh viện. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian ra máu giữa các hình thái mô bệnh học. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phan Thị Quy năm 2018⁴

Mức độ thiếu máu của bệnh nhân RKRH phụ thuộc vào thời gian ra máu, mức độ ra máu và được đánh giá dựa trên xét nghiệm công thức máu, số lượng hồng cầu, hemoglobin. Các phụ nữ trong nghiên cứu đa phần là ra máu số lượng ít nên dù ra máu >14 ngày chiếm tỉ lệ cao thì vẫn không có thiếu máu và không ai cần can

thiệt truyền máu trước khi hút BTC. Cũng không có sự khác biệt về mức độ thiếu máu giữa các hình thái mô bệnh học.

Siêu âm đánh giá NMTC là một thăm dò quan trọng được thực hiện với các bệnh nhân RKRH đến khám, đối với các bệnh nhân trong nghiên cứu là siêu âm qua đầu dò đường âm đạo. Trên thực hành lâm sàng độ dày NMTC đôi khi có giá trị định hướng chẩn đoán và ảnh hưởng đến quyết định hút BTC. Một nghiên cứu lấy ngưỡng để sinh thiết là NMTC >16mm ở pha chế tiết với độ nhạy 67%, độ đặc hiệu 75% với phụ nữ chưa mãn kinh, với phụ nữ đã mãn kinh có ra máu bất thường là NMTC >5mm⁷. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa độ dày NMTC và kết quả mô bệnh học đặc biệt là với quá sản NMTC lành tính. Các phụ nữ mãn kinh mà NMTC >9mm đều có giải phẫu bệnh là ung thư NMTC. Trong nghiên cứu của Đinh Bích Thủy có 25% số phụ nữ có kết quả quá sản NMTC lành tính, 64% trong số đó có kết quả siêu âm NMTC 10-20mm, 16% NMTC >20mm⁸.

V. KẾT LUẬN

Hút buồng tử cung là can thiệp rất có giá trị đối với những phụ nữ rong kinh rong huyết kéo dài, đặc biệt là phụ nữ ở độ tuổi tiền mãn kinh, mãn kinh. Kết quả mô bệnh học cho thấy nguyên nhân hàng đầu của RKRH là rối loạn nội tiết, sau đó là quá sản NMTC lành tính chiếm tỉ lệ cao. Các trường hợp tổn thương ác tính hoặc nguy cơ

ác tính cao như quá sản không điển hình đều được can thiệp sớm. Trong các thăm dò cận lâm sàng trước hút buồng tử cung thì siêu âm độ dày NMTC có vai trò quan trọng trong định hướng chẩn đoán nguyên nhân rong kinh nhất là quá sản NMTC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Walker MH, Coffey W, Borger J. Menorrhagia. StatPearls. StatPearls Publishing Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC.; 2022.
2. Whitaker L, Critchley HOD. Abnormal uterine bleeding. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2016;07/01/2016;34:54-65. doi:https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.11.012
3. Tiên NV. Sinh lý kinh nguyệt và điều trị rong kinh rong huyết. Nhà xuất bản Y học; 2013.
4. Quy P. Nghiên cứu một số đặc điểm rong kinh rong huyết cơ năng ở phụ nữ từ 18 - 49 tuổi có can thiệp buồng tử cung. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội; 2014.
5. Practice bulletin no. 128: diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. Obstet Gynecol. Jul 2012;120(1):197-206. doi:10.1097/AOG.0b013e318262e320
6. Royal College of Obstetricians and Gynecologist: Management of Endometrial Hyperplasia 2016; Green top Guidelines no. 67
7. Giri SK, Nayak BL, Mohapatra J. Thickened Endometrium: When to Intervene? A Clinical Conundrum. J Obstet Gynaecol India. Jun 2021;71(3):216-225. doi:10.1007/s13224-020-01415-4
8. Thủy ĐB, Loan KTH. Rong kinh rong huyết và chỉ định nạo buồng tử cung. Y học thực hành. 2012;843:36-38.

KHẢO SÁT VIỆC ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG TRÊN BỆNH NHÂN NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI TỪ 10/2022 ĐẾN 06/2023

Đoàn Nguyễn Trà My¹, Vũ Văn Giáp¹, Nguyễn Huỳnh Phương Anh¹, Đỗ Văn Thành²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số yếu tố nguy cơ, đặc điểm tác nhân gây bệnh và tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi cộng đồng nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đôi tượng và phương pháp:**

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Nguyễn Trà My

Email: doannguyen ترامy@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành từ 10/2022 đến 06/2023 trên 83 bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng tại Trung tâm Hồ hấp – Bệnh viện Bạch Mai. Dữ liệu được thu thập và phân tích từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 63,1±1,8. Không có sự khác biệt giữa nam và nữ ở các nhóm tuổi. Bệnh lý đồng mắc thường gặp nhất là đái tháo đường (27,7%) và bệnh phổi mạn tính (24,1%). Tỷ lệ phân lập được vi khuẩn tương đối thấp (8,4%), chủ yếu là Klebsiella pneumoniae. Lựa chọn phối hợp 2 loại kháng sinh ngay từ đầu là phác đồ phổ biến nhất (51,8%), với 2 loại kháng sinh được chỉ định nhiều nhất là Ceftazidime (42,2%) và Levofloxacin (27,7%). Có