

NGHIÊN CỨU CÁC ĐẶC ĐIỂM VỀ KỸ THUẬT CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ ỐNG NGỰC CHẨN ĐOÁN RÒ DƯỠNG CHẤP SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP

Lê Tuấn Linh^{1,2}, Nguyễn Ngọc Cương²

TÓM TẮT

Mục tiêu đánh giá tính an toàn của kỹ thuật chụp cộng hưởng từ (CHT) ống ngực trên các bệnh nhân có chẩn đoán rò dưỡng chấp vùng cổ sau mổ ung thư tuyến giáp. Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu mô tả hồi cứu trên các bệnh nhân đã thực hiện chụp CHT ống ngực bằng tiêm đối quang từ vào hạch bẹn hai bên. Kết quả: trong thời gian 2019-2023, tổng số 38 bệnh nhân đã thực hiện chụp CHT bạch mạch tiêm đối quang từ vào hạch bẹn. Kết quả thời gian chụp trung bình mỗi bệnh nhân hết 22 phút (15-40 phút). Thời gian thuốc đối quang từ lên đến bể dưỡng chấp trung bình 8 phút từ khi bắt đầu tiêm thuốc đối quang vào hạch bẹn. Biến chứng thường gặp nhất là đau tức tại vị trí tiêm thuốc 19 bệnh nhân (50%) ngay tại thời điểm tiêm thuốc. Sưng nề do thoát thuốc đối quang từ ra ngoài hạch ở 2 bệnh nhân (5,3%). Không có biến chứng nặng cần phải can thiệp điều trị. Kết luận: chụp CHT ống ngực tiêm thuốc đối quang từ hạch bẹn là một phương pháp chẩn đoán ít xâm lấn, an toàn và không có biến chứng cần phải điều trị.

Từ khóa: chụp CHT ống ngực, rò dưỡng chấp, chụp CHT bạch mạch

SUMMARY

TECHNICAL ASPECT OF MAGNETIC RESONANCE THORACIC DUCTOGRAPHY IN PATIENTS WITH CHYLOUS LEAKAGE POST THYROIDECTOMY

The objective was to assess the safety of MR thoracic ductography with inguinal lymph node injection of contrast material in patients diagnosed with chylous leakage post thyroidectomy. Materials and methods: This retrospective descriptive study included patients who MR thoracic ductography with contrast material injection into both inguinal lymph nodes. Results: Between 2019 and 2023, a total of 38 patients underwent MR thoracic ductography with inguinal lymph node contrast material injection. The average time per one MRI examination was 22 minutes (range: 15-40 minutes). The average time for the contrast material to reach the thoracic duct was 8 minutes from the start of injection. The most common complication was pain at the injection site, experienced by 19 patients (50%) immediately after injection. Swelling due to contrast material

extravasation from the lymph node occurred in 2 patients (5.3%). There were no severe complications requiring treatment intervention. Conclusion: MR thoracic ductography with inguinal lymph node contrast material injection is a minimally invasive and safe diagnostic method with no complications requiring treatment. **Keywords:** thoracic ductography, chylous leak, MR lymphangiography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò dưỡng chấp là biến chứng hiếm khi xảy ra sau phẫu thuật tuyến giáp với tỉ lệ là 0.5% - 8.3%, tùy thuộc vào mức độ nạo vét hạch và độ rộng của phẫu trường. Tuy nhiên với số lượng mổ ung thư tuyến giáp kết hợp nạo vét hạch rất lớn thì biến chứng này ngày càng trở nên phổ biến hơn [1].

Ống ngực là mạch bạch huyết lớn nhất cơ thể, chứa đến 75% tổng lượng dịch bạch huyết, kéo dài từ bể dưỡng chấp đến hội lưu tĩnh mạch cảnh trong - dưới đòn trái. Bởi vì đường đi của nó trải dài từ tầng trên ổ bụng cho đến nền cổ, mà đoạn nền cổ là đoạn khá dài và chạy uốn cong trên mức xương đòn trái khoảng 3-4cm trước khi đổ vào hệ tĩnh mạch [2] nên các phẫu thuật vùng cổ và nạo vét hạch có nguy cơ tổn thương ống ngực ở vị trí này. Hiện nay bằng các phương tiện hình ảnh bộc lộ đường đi của ống ngực cho thấy đoạn cổ của ống ngực có nhiều biến thể giải phẫu phức tạp với đường đi và số lượng các nhánh bên thay đổi, chỗ đổ vào hệ tĩnh mạch đa dạng thậm chí đổ vào tĩnh mạch cảnh trong vì vậy luôn có nguy cơ thường trực tổn thương ống ngực trong mổ vùng cổ nói chung, mổ ung thư tuyến giáp nói riêng [3][4]. Phương pháp chẩn đoán thăm dò không xâm lấn là chụp cộng hưởng từ gần đây được áp dụng rất rộng rãi để chẩn đoán xác định vị trí tổn thương của ống ngực cho phép định hướng cho can thiệp nút tắc vị trí rò bằng can thiệp qua da hoặc định hướng cho phẫu thuật thắt mạch [5]. Nghiên cứu này tập trung vào đánh giá về tính an toàn và hiệu quả của kỹ thuật tiêm thuốc đối quang từ vào hạch bẹn để chụp hiện hình đường bạch huyết chính, chẩn đoán rò ống ngực sau mổ ung thư tuyến giáp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trong thời gian

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Cương

Email: cuongcdha@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 18.12.2023

từ tháng 1/2019- 8/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp có biến chứng rò dịch đường chấp: dịch có màu trắng sữa, nồng độ triglyceride > 110 mg/dL.
- Bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ bạch mạch theo đúng kỹ thuật chụp.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có các chống chỉ định chụp MRI: Đặt máy tạo nhịp, van tim có bị kim loại, dị vật kim loại trong trong não, nhân cầu, Điện cực ốc tai, máy trợ thính...

- Nhiễm trùng vùng bẹn không thể tiêm thuốc đối quang

Quy trình chụp cộng hưởng từ ống ngực tiêm thuốc đối quang từ hạch bẹn

Chuẩn bị dụng cụ: - Máy siêu âm.

- Máy chụp cộng hưởng từ có bàn chụp có khả năng di chuyển ra khỏi phòng chụp.
- 02 syringe xoắn 10ml, 02 syringe thường 10ml, 02 chạc ba, 02 dây nối, 02 kim 25G, 02 lọ thuốc đối quang từ (Dortarem hoặc Gadovist), nước muối sinh lý.

- Băng dính, tấm trải, cồn, gạc.

- Lấy vào mỗi syringe xoắn 1/2 - 1 lọ thuốc đối quang từ có hoặc không pha với nước muối sinh lý, mỗi syringe thường 10ml nước muối sinh lý. Nối với chạc ba, dây nối, kim.

Chuẩn bị bệnh nhân:

- Bệnh nhân được giải thích cụ thể cách làm, dự trừ thời gian thực hiện.

- Loại bỏ hết đồ vật kim loại trên người.

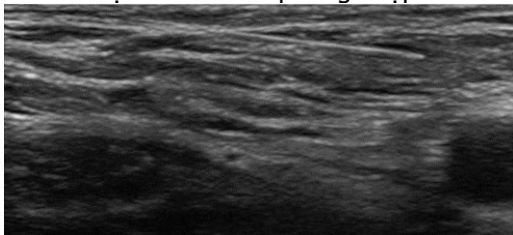
- Di chuyển bàn chụp ra khỏi phòng máy, bệnh nhân nằm lên bàn chụp, bộc lộ vùng bẹn hai bên, che phủ bộ phận sinh dục.

- Dùng máy siêu âm vùng bẹn hai bên, xác định hạch bẹn, chọn hạch có kích thước đủ lớn, vỏ hạch dày, dễ tiếp cận.

- Sát khuẩn vùng bẹn hai bên bằng cồn, chọc hạch bẹn dưới hướng dẫn siêu âm, đảm bảo đầu kim nằm ở vùng ranh giới giữa xoang hạch và vỏ hạch.

- Bơm thử nước muối sinh lý để kiểm tra chắc chắn kim đã nằm đúng vị trí. Cố định kim.

- Cho bệnh nhân vào phòng chụp.



Hình 1. Chọc hạch bẹn dưới hướng dẫn siêu âm

âm, vị trí đầu kim nằm ở ranh giới giữa vỏ hạch và xoang hạch

Tiến hành chụp:

- Đầu tiên đặt coil ở vùng bụng, chụp vùng bụng ở thì T1 trước tiêm, trên các mặt phẳng coronal và axial để khảo sát giải phẫu chung.

- Sau khi chụp xong, tiêm vào hạch mỗi bên Gadolinium với tốc độ 1ml/phút, bơm đều tay cả hai bên, đến khi bơm được 7ml mỗi bên thì dừng lại. Sau tiêm 3 phút thì bắt đầu chụp liên tục các chuỗi xung T1 FATSAT Dynamic theo các hướng coronal, axial cho đến khi thấy hiện hình bề đường chấp. Chụp mỗi xung 3 phase, mỗi phase cách nhau 15 giây, độ dày mỗi lát cắt 4mm. Trường chụp vùng bụng lấy từ dưới cơ hoành đến hết khớp háng hai bên.

- Khi thấy ống ngực đã hiện hình hết đến tận chỗ đổ cuối cùng, dừng chụp, rút kim hai bên và cho bệnh nhân ra ngoài.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung về bệnh nhân.

Trong thời gian từ tháng 1.2019 đến 8.2023. Tổng số 38 bệnh nhân chụp CHT ống ngực tiêm đối quang từ hạch bẹn được thực hiện với chẩn đoán trước chụp là rò dịch đường chấp vùng cổ sau mổ ung thư tuyến giáp.

Bảng 1. Tuổi và giới

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
<30	1	2.6
30 - 59	29	76.3
Từ 60 trở lên	8	21.1
Giới tính		
Nam	6	15.8
Nữ	32	84.2

Nhận xét:

Về tuổi: - Độ tuổi trung bình của 38 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 49.4.

- Nhóm tuổi từ 30-59 có số lượng cao nhất là 11 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 76.3%.

- Không có bệnh nhân nào trong nghiên cứu dưới 30 tuổi.

Về giới: Trong số các bệnh nhân của chúng tôi, đa số bệnh nhân là nữ giới với 32 bệnh nhân chiếm 84.2%. Số lượng bệnh nhân nam là 6 chiếm 15.8%.

3.2. Đặc điểm kỹ thuật chụp

Tổng thời gian chụp mỗi bệnh nhân:

Bảng 2. Thời gian chụp (đơn vị: phút)

Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn	95% khoảng giá trị
15	40	22.6	6	16 - 39

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian chụp trung bình của các bệnh nhân là 22.6 phút. 95% số bệnh nhân có thời gian chụp dao động trong khoảng 16 – 39 phút. Thời gian chụp dài nhất là 40 phút, thời gian chụp ngắn nhất là 15 phút.

Thời gian hiện hình bể dưỡng chấp (hoặc ống ngực):

Bảng 3. Thời gian hiện hình bể dưỡng chấp (hoặc ống ngực)

Thời gian	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<5 phút	3	7.9
5 – 10 phút	28	73.7
>10 phút	7	18.4

Nhận xét: Trong số 38 bệnh nhân ở nghiên cứu này, tất cả các bệnh nhân đều hiện hình được đoạn đầu ống ngực, thời gian trung bình là 8.3 phút. Số bệnh nhân có thời gian hiện hình đoạn đầu ống ngực trong vòng từ 5 - 10 phút là 28 chiếm 73.7%, 7 bệnh nhân chiếm 18.4% có thời gian hiện hình đoạn đầu ống ngực trên 10 phút, 3 bệnh nhân chiếm 7.9% có thời gian hiện hình đoạn đầu ống ngực dưới 5 phút.

Thời gian hiện hình hết toàn bộ ống ngực:

Bảng 4. Thời gian hiện hình hết toàn bộ ống ngực

Thời gian	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<10 phút	2	5.3
10 – 15 phút	15	39.5
>15 phút	21	55.2

Nhận xét: Ở nghiên cứu này, thời gian hiện hình ống ngực trung bình là 16.2 phút. có 55.2% số bệnh nhân có thời gian hiện hình ống ngực từ 10 – 15 phút, 39.5% có thời gian hiện hình ống ngực trên 15 phút, chỉ có 02 bệnh nhân (5.3%) có thời gian hiện hình ống ngực dưới 10 phút.

Biến chứng trong và sau khi chụp:

Bảng 5. Biến chứng trong và sau khi chụp

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Chảy máu	0	0	
Đau tức vùng bẹn	19	50	
Dị ứng	0	0	
Sưng nề vùng bẹn	02	5.3	
Bầm tím vùng bẹn	Một bên	0	0
	Hai bên	0	0

Nhận xét: Trong các bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ bạch mạch, có 19 bệnh nhân chiếm 50% có triệu chứng đau tức vùng bẹn hai bên khi tiến hành bơm thuốc đối quang từ vào hạch, có 02 bệnh nhân (5.3%) sưng nề vùng bẹn sau chụp. Không có bệnh nhân nào có biến chứng chảy máu trong quá trình chụp hay bầm tím vùng bẹn sau khi chụp xong.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu. Trong số 38 bệnh nhân trong nghiên cứu, về độ tuổi: Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 50. Trong đó 95% số bệnh nhân có độ tuổi nằm trong khoảng 46.3 đến 54.2. Bệnh lý về ống ngực có thể gặp ở bất kỳ độ tuổi nào, tuy nhiên các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là các bệnh nhân ung thư nên gặp chủ yếu ở lứa tuổi trung niên. Các bệnh lý về dị dạng bạch huyết thường gặp ở độ tuổi dưới 15 tuổi, đây không phải dịch tể của bệnh lý ung thư tuyến giáp, nên nghiên cứu của chúng tôi không phản ánh đúng được hệ giải phẫu và các bệnh lý bạch huyết ở trẻ <15 tuổi. Về giới tính: Nghiên cứu gồm chủ yếu là đối tượng nữ giới, với 32 bệnh nhân chiếm 84.2%, tỷ lệ nữ : nam = 5.3:1.

4.2. Đặc điểm kỹ thuật

Tổng thời gian chụp: Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian chụp trung bình của các bệnh nhân là 21.8 phút. Có 95% số bệnh nhân có tổng thời gian chụp nằm trong khoảng từ 19.8 đến 23.9 phút. Với các bệnh nhân trẻ tuổi, thời gian chụp nhanh hơn do nhện thở tốt hơn, đồng thời tuần hoàn bạch huyết cũng nhanh hơn so với người cao tuổi. Ngoài ra bệnh nhân trước khi chụp được ăn chế độ bình thường (không kiêng mỡ) thì đường rò sẽ rõ hơn và tốc độ tuần hoàn bạch huyết cũng nhanh hơn.

Về tổng thời gian chụp cộng hưởng từ bạch mạch hiện chưa có nghiên cứu thống kê cụ thể để so sánh với kết quả của chúng tôi. Năm 2020, tác giả Lee và cộng sự có nhắc đến thời gian thực hiện kỹ thuật chụp tính từ khi bệnh nhân được cho vào máy chụp là khoảng 30 phút [6].

Thời gian hiện hình ống ngực: Thời gian hiện hình đoạn đầu ống ngực: Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả 38 bệnh nhân đều hiện hình được đoạn đầu ống ngực, hay còn gọi là bể dưỡng chấp với những ca có đoạn đầu ống ngực giãn 200% đường kính. Thời gian hiện hình đoạn đầu ống ngực trung bình là 8.3 phút, với 95% số bệnh nhân có thời gian từ 4 phút đến 12.7 phút.

Thời gian hiện hình toàn bộ ống ngực: Thời gian hiện hình toàn bộ ống ngực trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 16.2 phút, với 95% các bệnh nhân có thời gian nằm trong khoảng từ 9 đến 25.5 phút. Kết quả này dài hơn so với tác giả Krishnamurthy và cộng sự năm 2015, trong nghiên cứu của các tác giả, 2 bệnh nhân đề cập đến thời gian hiện hình ống ngực thì có thời gian này là từ 5-7 phút [7]. Có sự khác biệt về độ dài thời gian hiện hình toàn bộ

ống ngực ở nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả có thể là do coil chúng tôi sử dụng trong quá trình chụp là coil Cardiac 8 đầu thu, trường chụp chỉ có thể ở bụng hoặc ở ngực, nên để khảo sát hết toàn bộ ống ngực, chúng tôi phải di chuyển coil lên ngực sau khi đã khảo sát ở bụng, sau khi di chuyển coil phải chụp lại xung định vị trước khi chụp xung T1W FSE VIBE/THRIVE/LAVA sau tiêm ở vùng ngực. Trong khi ở nghiên cứu của tác giả Krishnamurthy và cộng sự [8], coil được sử dụng là coil có kích thước lớn hơn, gồm 16 đầu thu, có thể khảo sát được toàn bộ chiều dài ống ngực trong 1 trường chụp, không cần phải di chuyển coil trong quá trình thực hiện, do đó thời gian khảo sát được toàn bộ ống ngực ngắn hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Biến chứng trong và sau khi chụp:

Trong quá trình chụp, có 19 bệnh nhân (50%) có triệu chứng đau tức vùng bẹn hai bên khi thực hiện tiêm thuốc đối quang từ vào hạch, không có bệnh nhân nào có mức độ đau nhiều dẫn đến phải dừng kỹ thuật chụp. Mức độ đau tức cũng giảm dần sau khi ngừng bơm thuốc vào hạch bẹn và hết hẳn sau khi ra khỏi phòng chụp. Các bệnh nhân có triệu chứng đau tức này là do khi bơm 1 lượng lớn thuốc đối quang từ vào hạch bẹn (~10ml), sẽ làm tăng áp lực trong khoang hạch, căng bao hạch và căng phần tổ chức mô mềm xung quanh hạch gây cảm giác đau tức, đặc biệt với những bệnh nhân có hạch bẹn nhỏ thì triệu chứng này sẽ càng rõ ràng hơn. Do đó để khắc phục tình trạng này, trong quá trình bơm phải bơm với một lực tay vừa phải và bơm đúng tốc độ khoảng 0.5 -1ml/phút, không bơm nhanh gây áp lực trong hạch tăng cao dễ gây cảm giác đau tức cho bệnh nhân.

Về biến chứng sưng nề vùng bẹn sau khi chụp, gặp ở 02 bệnh nhân (5.3%), đây là 02 bệnh nhân hạch bẹn kích thước nhỏ, vỏ hạch mỏng nên dễ vỡ hạch và di lệch kim trong quá trình bơm thuốc đối quang từ vì lúc tiếp cận bị vỡ gây thoát thuốc ra xung quanh trong quá trình chụp, tuy nhiên chúng tôi đã phát hiện ra sau khi mới chỉ bơm khoảng 2 ml thuốc vào hạch, do đó mức độ sưng nề ít và bệnh nhân cũng không thấy đau, sau đó chúng tôi tiến hành chọn và chọc lại hạch bẹn khác và đã thành công. Với các trường hợp có sưng nề vùng bẹn sau khi chụp, bệnh nhân được hướng dẫn chườm lạnh tại chỗ 3 – 4 giờ/lần trong 2 ngày đầu, nếu sau 2 ngày vẫn còn sưng nề thì chuyển sang chườm ấm với thời gian tương tự. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ cần chườm lạnh trong 1 ngày đã hết triệu chứng do

mức độ sưng nề giảm đi đáng kể.

Về biến chứng chảy máu tại vị trí chọc kim khi chụp hay bầm tím vùng bẹn sau khi chụp, trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào gặp phải, bởi kim được sử dụng trong quá trình bơm thuốc là kim 25G, kích thước rất nhỏ, mức độ xâm lấn hầu như không đáng kể.

Nhìn chung các biến chứng của chụp cộng hưởng từ là rất nhẹ và thường không cần điều trị gì, các nghiên cứu về chụp cộng hưởng từ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự các nghiên cứu thực hiện trước đây và với cùng nhận định trên [9][10].

V. KẾT LUẬN

Chụp ống ngực bằng cộng hưởng từ với thuốc đối quang tiêm vào hạch bẹn là phương pháp có giá trị cao trong hiện hình ống ngực, mức độ xâm lấn ít và không có biến chứng đáng kể liên quan đến thủ thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **I. Park, N. Her, J.-H. Choe, J. S. Kim, and J.-H. Kim**, 'Management of chyle leakage after thyroidectomy, cervical lymph node dissection, in patients with thyroid cancer', *Head Neck*, vol. 40, no. 1, pp. 7–15, Jan. 2018, doi: 10.1002/hed.24852.
2. **H. Hematti and R. J. Mehran**, 'Anatomy of the thoracic duct', *Thorac. Surg. Clin.*, vol. 21, no. 2, pp. 229–238, ix, May 2011, doi: 10.1016/j.thorsurg.2011.01.002.
3. **I. Lee, H. K. Kim, J. Lee, and E. Y. S. and J. Kim**, 'Thoracic Duct Embolization for Chyle Leakage after Thyroid Surgery', *Korean Thyroid Assoc.*, vol. 13, no. 1, pp. 47–50, May 2020, doi: 10.111106/ijt.2020.13.1.47.
4. **S. W. Delaney, H. Shi, A. Shokrani, and U. K. Sinha**, 'Management of Chyle Leak after Head and Neck Surgery: Review of Current Treatment Strategies', *International Journal of Otolaryngology*. Accessed: Feb. 10, 2021. [Online]. Available: <https://www.hindawi.com/journals/ijoto/2017/8362874/>
5. **F. G. Mazzei et al.**, 'MR Lymphangiography: A Practical Guide to Perform It and a Brief Review of the Literature from a Technical Point of View', *BioMed Research International*. Accessed: Feb. 05, 2021. [Online]. Available: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2017/2598358/>
6. **C. Xie, C. Stoddart, A. McIntyre, V. StNoble, H. Peschl, and R. Benamore**, 'A case series of thoracic dynamic contrast-enhanced MR lymphangiography: technique and applications', *BJRcase Rep.*, vol. 6, no. 3, p. 20200026, Sep. 2020, doi: 10.1259/bjrcr.20200026.
7. **R. Krishnamurthy, A. Hernandez, S. Kavuk, A. Annam, and S. Pimpalwar**, 'Imaging the Central Conducting Lymphatics: Initial Experience with Dynamic MR Lymphangiography', *Radiology*, vol. 274, no. 3, Art. no. 3, Mar. 2015, doi: 10.1148/radiol.14131399.
8. **R. Krishnamurthy, A. Hernandez, S. Kavuk,**

- A. Annam, and S. Pimpalwar,** 'Imaging the central conducting lymphatics: initial experience with dynamic MR lymphangiography', *Radiology*, vol. 274, no. 3, pp. 871–878, Mar. 2015, doi: 10.1148/radiol.14131399.
- 9. G. B. Chavhan, J. G. Amaral, M. Temple, and M. Itkin,** 'MR Lymphangiography in Children:

- Technique and Potential Applications', *RadioGraphics*, vol. 37, no. 6, pp. 1775–1790, Oct. 2017, doi: 10.1148/rg.2017170014.
- 10. B. S. Majdalany et al.,** 'Complications during Lymphangiography and Lymphatic Interventions', *Semin. Interv. Radiol.*, vol. 37, no. 3, pp. 309–317, Aug. 2020, doi: 10.1055/s-0040-1713448.

THỰC TRẠNG SAI SÓT TRONG SỬ DỤNG THUỐC Ở BỆNH NHÂN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ BẾN CÁT NĂM 2023

Đỗ Văn Trang¹, Đỗ Hà Ngọc Trâm²,
Nguyễn Ngọc Duyên³, Nguyễn Đức Cảnh³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát thực trạng một số sai sót trong sử dụng thuốc ở bệnh nhân được điều trị nội trú tại TTYT bến cát năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Qua khảo sát 300 bệnh án, trong số 1497 hồ sơ điều trị nội trú trong 6 tháng đầu năm 2023 của TTYT Bến Cát, thu được một số kết quả sau: Tỷ lệ hồ sơ bệnh án chứa ít nhất một sai sót trong sử dụng thuốc là 74%; Sai sót thường gặp nhất là cho thừa thuốc chiếm tỉ lệ 26,3% (kháng sinh, kháng Histamin,...); Kế đến là thiếu thuốc (22,3%); Sai thời điểm dùng thuốc chiếm tỉ lệ 20,3%; Sai về chỉ định chiếm 20%; Sai liều 8,7%. Sai về chỉ định có mối liên quan với số lượng bệnh mắc (OR: 0,8; KTC95%: 0,6-0,9; P=0,029) và số lượng thuốc dùng (OR: 1,5; KTC95%: 1,2-1,8; P=0,001). Sai sót thừa thuốc có mối liên quan với số lượng thuốc dùng (OR: 1,2; KTC95%: 1-1,4; P=0,01). Sai sót thiếu thuốc liên quan đến số lượng bệnh mắc (OR: 1,5; KTC95%: 1,2-1,8; P=0,001). Sai về thời điểm dùng thuốc liên quan với số lượng thuốc dùng và liên quan với cách sử dụng thuốc phức tạp (ví dụ phun khí dung). Sai liều liên quan với nhóm tuổi (OR: 0,5; KTC95%: 0,3-0,9; P=0,015), đặc biệt là trẻ em. **Kết luận:** Có nhiều sai sót trong sử dụng thuốc. Mỗi loại sai sót trong sử dụng thuốc có mối liên quan với các yếu tố nguy cơ khác nhau, trong đó thường gặp là liên quan với số bệnh mắc và số lượng thuốc dùng.

SUMMARY

THE CURRENT SITUATION OF SOME MEDICATION ERRORS IN INPATIENT TREATMENT PATIENTS AT BEN CAT TOWN HEALTH CENTER IN 2023

Objective: Survey the current situation of some

medication errors in inpatient treatment patients at Ben Cat Town Health Center in 2023. **Methods:** Descriptive cross-sectional. **Results:** Through a survey of 300 inpatient medical records in the first 6 months of 2023 at Ben Cat Town Health Center, the following results were obtained: The rate of medical records containing at least one medication error was 74%; The most common error were giving too much medicine at a rate of 26.3% (antibiotics, antihistamines...); followed by wrong for drug shortage (22.3%); 20.3% for wrong time to take medicine; 20% for errors in indications and 8.7% for wrong dose. Prescriptions errors were related to the number of diseases (OR: 0.8; 95% CI: 0.6-0.9; P = 0.029) and the number of drugs used (OR: 1.5; 95% CI: 1.2-1.8; P=0.001). Excess medication errors were associated with the number of medications used (OR: 1.2; 95% CI: 1-1.4; P=0.01). Medicine errors were related to the number of diseases (OR: 1.5; 95% CI: 1.2-1.8; P=0.001). Errors in the timing of medication administration were related to the amount of medication used and related to the complex method of medication administration (e.g., nebulization). Incorrect dosing was related to age group (OR: 0.5; 95% CI: 0.3-0.9; P=0.015), especially children. **Conclusions:** There are many medication errors. Each type of medication error was associated with different risk factors, the most common ones were related to the number of diseases and the number of medications used. **Keyword:** medication errors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sai sót trong sử dụng thuốc là sự cố Y khoa bất lợi phổ biến nhất chiếm 39% tổng số các trường hợp sai sót sự cố [1].

Hàng năm ở Hoa Kỳ có đến 251.000 ca tử vong do sai sót thuốc, nó trở thành nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 3 sau tim mạch và ung thư tại Mỹ [2].

Ở Việt Nam, qua kết quả một số nghiên cứu cho thấy: tỉ lệ hồ sơ bệnh án nội trú có ít nhất một sai sót trong sử dụng thuốc dao động khá lớn từ 4,07 [3], đến 92,4% (302 trong số 307 bệnh nhân được nghiên cứu) [4]; còn lĩnh vực kê

¹Trường Cao đẳng Y tế Bình Dương

²Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

³Trung tâm Y tế Bến Cát

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Trang

Email: dovantrang@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 15.12.2023