

7. Azila A, Irfan M, Rohaizan Y, Shamim AK. The prevalence of anatomical variations in osteomeatal unit in patients with chronic rhinosinusitis. Med J Malaysia. 2011;66(3):191-194.
8. Junior FVA, Rapoport PB. Analysis of the Agger nasi cell and frontal sinus ostium sizes using computed tomography of the paranasal sinuses. Braz J Otorhinolaryngol. 2013;79(3):285-292. doi:10.5935/1808-8694.2013005210.
9. Jacobs JB, Lebowitz RA, Sorin A, Hariri S, Holliday R. Preoperative Sagittal CT Evaluation of the Frontal Recess. Am J Rhinol. 2000; 14(1):33-38. doi:10.2500/105065800781602948 Krings JG, Kallogjeri D, Wineland A, Nepple

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP CỦA DƯỢC SĨ LÂM SÀNG TRONG VIỆC KÊ ĐƠN THUỐC ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN BẾN LỨC TỈNH LONG AN

Nguyễn Như Hồ<sup>1</sup>, Trần Kim Trong<sup>2</sup>, Bùi Thị Hương Quỳnh<sup>1,3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả can thiệp của dược sĩ lâm sàng (DSLS) trong việc kê đơn thuốc điều trị tăng huyết áp (THA) cho bệnh nhân (BN) ngoại trú. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, so sánh trước sau. Hồi cứu đơn thuốc của BN từ 1/3/2021 đến 30/4/2021 (giai đoạn 1) và từ 1/10/2021 đến 30/11/2021 (giai đoạn 2). DSLS tiến hành can thiệp dược trên các đơn thuốc từ tháng 5/2021. Hiệu quả can thiệp được đánh giá thông qua so sánh tỷ lệ hợp lý của thuốc điều trị THA giữa 2 giai đoạn, dựa vào hướng dẫn điều trị THA của Hội tim mạch học Việt Nam 2018 và hướng dẫn sử dụng thuốc. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của BN là  $63 \pm 11,3$  và  $64,1 \pm 11,1$ . BN nữ nhiều hơn BN nam. Tuổi trung bình của bác sĩ là 41,3 và 47,7 tuổi. Bác sĩ chuyên khoa I chiếm tỷ lệ cao hơn bác sĩ đại học. Cách sử dụng phối hợp hai thuốc THA chiếm tỷ lệ cao nhất (43,3% và 41,3%). Tỷ lệ hợp lý chung của thuốc điều trị THA ở giai đoạn 2 (89,3%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với giai đoạn 1 (45,2%). Can thiệp dược lâm sàng làm tăng sự kê đơn hợp lý (OR 32,22; CI 95% 22,80-45,53). **Kết luận:** Sự can thiệp của DSLS có thể làm tăng tỷ lệ kê đơn thuốc hợp lý cho BN THA.

**Từ khóa:** Kê đơn hợp lý, can thiệp dược, tăng huyết áp

### SUMMARY

#### EFFECTIVENESS OF CLINICAL PHARMACISTS' INTERVENTION IN PRESCRIBING ANTIHYPERTENSIVE DRUGS AT BEN LUC DISTRICT HEALTH CENTER, LONG AN PROVINCE

**Objective:** To evaluate the effectiveness of clinical pharmacists' intervention in prescribing

antihypertensive drugs for outpatients. **Methods:** A descriptive, before and after study was conducted in 2 phases. In phase 1, we retrospectively reviewed the patients' prescriptions from March 2021 to April 2021 and from October 2021 to November 2021 for phase 2. Clinical pharmacists conducted interventions in antihypertensive drugs from May 2021. The effectiveness of clinical pharmacists' intervention was evaluated by comparing the appropriate rate of antihypertensive drugs between the two phases, which was assessed based on Vietnam Heart Association guideline and drug use instructions. **Results:** The mean age of patients was  $63 \pm 11,3$  and  $64,1 \pm 11,1$  years old. Female patients were more than male patients. The mean age of doctors was 41,3 and 47,7 years old. Doctors specialist I accounted for a higher proportion than doctors. The combination of two antihypertensive drugs was most commonly prescribed (43,3% and 41,3%). The overall appropriate rate of antihypertensive drugs in phase 2 (89,3%) was significantly higher than that of phase 1 (45,2%). Clinical pharmacology intervention increased the rational prescribing rate (OR 32,22; 95% CI 22,80-45,53). **Conclusions:** Clinical pharmacist intervention can increase rational prescribing rates in patients with hypertension.

**Keywords:** Appropriate prescribing, pharmacist intervention, hypertension

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh mạn tính thường gặp, có thể dẫn tới các biến chứng nặng nề và gây tử vong cho bệnh nhân (BN). Theo ước tính, tỷ lệ THA ở người lớn trên toàn cầu là 30,8% và tỷ lệ mắc tăng theo tuổi. THA là nguyên nhân gây ra 35-40% trường hợp tử vong do tim mạch [1]. THA nếu không được điều trị đúng và đầy đủ sẽ gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm trên tim mạch (nhồi máu cơ tim, suy tim), thần kinh (đột quỵ), thận (suy thận), mắt (phù gai thị, xuất huyết võng mạc) và các biến chứng mạch máu nguy hiểm khác. Việc kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu sẽ đem lại hiệu quả tích cực trong việc giảm tỷ lệ tử vong cũng như tàn tật do

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Trung tâm y tế huyện Bến Lức, Long An

<sup>3</sup>Bệnh viện Thống Nhất

Chủ trách nhiệm chính: Nguyễn Như Hồ

Email: nhnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023

các biến chứng của THA.

Trong năm 2021, tổng số BN quản lý THA trên toàn huyện Bến Lức, tỉnh Long An là 1998 BN, tăng 46,6% so với năm 2020 là 1363 BN [2]. Do đó, sử dụng thuốc THA là vẫn đề quan trọng để đạt hiệu quả kiểm soát bệnh. Đề tài được thực hiện với mục tiêu: 1) *Khảo sát tình hình sử dụng thuốc và nhận xét tính hợp lý trong đơn thuốc điều trị THA ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Bến Lức; 2) Bước đầu đánh giá vai trò của DSLS trong việc sử dụng thuốc điều trị THA trên BN ngoại trú.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, so sánh trước sau.

**2.2 Đối tượng nghiên cứu.** Đơn thuốc của BN điều trị ngoại trú được chẩn đoán THA tới khám và điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế Bến Lức trong thời gian tháng 3-4/2021 (giai đoạn 1) và tháng 10-11/2021 (giai đoạn 2).

### Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Người từ 18 trở lên
- Được kê đơn ít nhất một loại thuốc điều trị THA

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đơn thuốc không đầy đủ thông tin khảo sát
- BN là phụ nữ có thai hoặc cho con bú

### 2.3 Cở mẫu và phương pháp chọn mẫu.

Tất cả các đơn thuốc thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ ở 2 giai đoạn.

### 2.4 Phương pháp tiến hành

- Hồi cứu đơn thuốc và thông tin của BN trong 2 giai đoạn, so sánh hai giai đoạn.

- Can thiệp của dược sĩ lâm sàng (DSLS) từ tháng 5/2021:

- o DSLS tổng hợp và đánh giá tính hợp lý trong đơn thuốc điều trị ngoại trú giai đoạn 1.
- o Thông báo trên các buổi giao ban bệnh viện về khuyến cáo điều trị theo Hội tim mạch học Việt Nam (VSH/VNHA) 2018, phát các bài thông tin thuốc liên quan đến thuốc điều trị THA cho các bác sĩ tại khoa Khám Bệnh.

o DSLS làm việc mỗi ngày 2-4 giờ tại khoa khám bệnh từ thứ 2 đến thứ 6 hàng tuần, kiểm tra tình hình sử dụng thuốc, gấp và trao đổi với bác sĩ về việc sử dụng thuốc điều trị THA tại Khoa Khám bệnh theo khuyến cáo VSH/VNHA 2018.

- o Xem xét tỷ lệ thay đổi trong việc kê đơn

### Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

TUỔI	GIAI ĐOẠN 1 (n=1500)		GIAI ĐOẠN 2 (n=1437)		Giá trị p
	Tân số	Tỷ lệ (%)	Tân số	Tỷ lệ (%)	
<b>Đặc điểm bệnh nhân</b>					
Tuổi	64,1±11,1		62,8±11,3		<0,001

thuốc hợp lý giữa hai giai đoạn.

### 2.5 Các tiêu chí khảo sát

Tiến hành thu thập thông tin về:

- Đặc điểm liên quan đến BN: tuổi, giới tính (nam/nữ), bệnh kèm
- Đặc điểm liên quan tới bác sĩ: tuổi, giới tính (nam/nữ), trình độ chuyên môn (đại học, bác sĩ chuyên khoa 1, thạc sĩ, bác sĩ chuyên khoa 2 hoặc tiến sĩ)
- Đặc điểm về thuốc điều trị THA: tên thuốc, nhóm dược lý, số lượng thuốc, cách kết hợp, liều dùng.

Tính hợp lý của thuốc điều trị THA được đánh giá thông qua tiêu chí hợp lý về chỉ định, liều dùng, tần suất dùng, phối hợp thuốc, được định nghĩa là tuân theo đúng hướng dẫn điều trị THA của VSH/VNHA 2018 [3] hoặc theo tờ hướng dẫn sử dụng thuốc. Đơn thuốc được xem là hợp lý chung nếu thoả mãn tất cả các tiêu chí hợp lý.

Khảo sát và đánh giá can thiệp được lâm sàng thông qua so sánh 2 giai đoạn về tỷ lệ đơn thuốc hợp lý chung. Sử dụng hồi quy logistics đa biến để xác định các yếu tố độc lập có liên quan tới tính hợp lý chung của đơn thuốc. Biến độc lập bao gồm các biến liên quan tới đặc điểm BN, đặc điểm bác sĩ, đơn thuốc và giai đoạn can thiệp được (có/không).

**Phương pháp thống kê.** Xử lý và trình bày dữ liệu bằng phần mềm Excel 2010 và SPSS 20.0. Biến liên tục được trình bày bằng trung bình±SD (phân phối chuẩn) hoặc trung vị (min-max) (không phân phối chuẩn). Các biến phân loại được trình bày bằng tỷ lệ phần trăm.

So sánh giá trị trung bình bằng phép kiểm t-test hoặc Mann-Whitney. So sánh tỷ lệ giữa 2 nhóm bằng phép kiểm chi bình phương (hoặc Fisher exact test), với độ tin cậy 95%. Sử dụng hồi quy logistics đa biến để phân tích các yếu tố liên quan đến việc kê đơn thuốc hợp lý. Các kiểm định được xem là có ý nghĩa thống kê khi  $p<0,05$ .

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1 Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu.** Giai đoạn 1 gồm 1500 đơn thuốc và giai đoạn 2 có 1437 đơn thuốc thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

<b>Giới tính</b>					
Nam	677	45,1	780	45,3	<0,001
Nữ	823	54,9	657	54,7	
<b>Bệnh kèm</b>					
Rối loạn chuyển hóa lipid	187	10,4	726	24,8	
Đái tháo đường	121	6,7	543	18,5	
Bệnh mạch vành	79	4,4	254	8,7	
Di chứng nhồi máu não	15	0,8	93	3,2	
Viêm gan	13	0,7	115	3,9	
Phì đại tiền liệt tuyến	6	0,3	0	0	
Suy thận mạn	3	0,2	33	1,1	
<b>Đặc điểm liên quan tới bác sĩ</b>					
<b>Tuổi của bác sĩ</b>	$41,3 \pm 3,2$		$47,7 \pm 8,9$		< 0,001
<b>Giới tính của bác sĩ</b>					
Nam	1384	92,3	675	47	< 0,001
Nữ	116	7,7	762	53	
<b>Trình độ chuyên môn</b>					
Bác sĩ	64	4,3	326	22,7	< 0,001
Bác sĩ chuyên khoa I	1436	95,7	1111	77,3	

**Đặc điểm về thuốc điều trị tăng huyết áp.** Các thuốc điều trị THA được sử dụng đa số là nhóm chẹn thụ thể angiotensin II (69,1-75,1%). Kết quả thống kê các nhóm thuốc điều THA áp sử dụng được trình bày trong bảng 2.

**Bảng 2. Nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp trong nghiên cứu**

<b>Nhóm thuốc</b>	<b>Giai đoạn 1</b>		<b>Giai đoạn 2</b>		<b>Giá trị p</b>
	<b>Tân số (n=1500)</b>	<b>Tỷ lệ %</b>	<b>Tân số (n=1437)</b>	<b>Tỷ lệ %</b>	
Chẹn thụ thể angiotensin II (CTTA)	1036	<b>69,1</b>	1079	<b>75,1</b>	<0,001
Chẹn kênh calci (CKCa)	896	59,7	808	56,2	
Lợi tiểu	429	28,6	580	40,4	
Chẹn beta	263	17,5	257	17,9	
Ức chế men chuyển (UCMC)	99	6,6	126	8,8	

Các trường hợp kết hợp thuốc được trình bày trong bảng 3. Phối hợp 2 thuốc điều trị THA chiếm tỷ lệ cao nhất (43,3 và 41,3%).

**Bảng 3. Số thuốc điều trị tăng huyết áp có trong đơn thuốc**

<b>Số thuốc kết hợp</b>	<b>Giai đoạn 1 (n=1500)</b>		<b>Giai đoạn 2 (n=1437)</b>		<b>Giá trị p</b>
	<b>Tân suất</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>	<b>Tân suất</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>	
1 thuốc	571	38,1	458	31,9	<0,001
2 thuốc	649	43,3	593	41,3	
3 thuốc	263	17,5	356	24,8	
4 thuốc	17	1,1	30	2,1	

#### **Tính hợp lý của việc sử dụng thuốc và đánh giá hiệu quả can thiệp của DSLS**

Trong giai đoạn 2, DSLS tiến hành một số can thiệp được, cụ thể được trình bày trong bảng 4. Trong đó can thiệp nhiều nhất thực hiện trên nhóm thuốc chẹn beta.

**Bảng 4. Các can thiệp được lâm sàng thực hiện trong nghiên cứu**

<b>Nhóm thuốc</b>	<b>Tên thuốc</b>	<b>Lý do</b>	<b>Tân số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Chẹn beta	Bisoprolol 2,5mg	Không hợp lý về tần suất dùng thuốc; Không hợp lý về liều dùng; Không hợp lý về chỉ định bắt buộc (bệnh mạch vành và không có chống chỉ định đối với chẹn beta)	566	68,9
CTTA	Losartan 25mg	Không hợp lý về liều dùng Không hợp lý về phối hợp (phối hợp với thuốc UCMC)	247	30
UCMC	Perindopril 2mg; 4mg; Captopril 25mg	Không hợp lý về phối hợp (Phối hợp với CTTA)	5	0,6

Ivabradin	Ivaradin 5rmg	Không phù hợp về chỉ định (chỉ định điều trị THA)	3	0,4
CKCa	Amlodipin 5mg	Không hợp lý về tần suất dùng thuốc (dùng 2 lần/ ngày)	1	0,1
		<b>Tổng</b>	<b>822</b>	<b>100</b>

Tính hợp lý chung của thuốc điều trị THA ở giai đoạn 2 (89,3%) tăng có ý nghĩa thống kê so với giai đoạn 1 (45,2%) ( $p < 0,001$ ). Giai đoạn 2 là yếu tố làm tăng có ý nghĩa việc kê đơn hợp lý chung thuốc điều trị THA (Bảng 5, 6).

**Bảng 5. Tính hợp lý của thuốc điều trị tăng huyết áp giữa 2 giai đoạn**

<b>Sự hợp lý</b>	<b>Giai đoạn 1</b>		<b>Giai đoạn 2</b>		<b>Giá trị p</b>
	<b>Tần suất (n = 1500)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>	<b>Tần suất (n = 1437)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>	
Chỉ định	1497	99,8	1437	100	0,090
Liều dùng (bao gồm khoảng cách liều)	1206	80,4	1346	93,7	< 0,001
Số lần dùng	1497	99,8	1434	99,8	0,958
Kết hợp thuốc	1492	99,5	1434	99,8	0,150
Hợp lý chung	678	45,2	1283	89,3	< 0,001

**Bảng 6. Các yếu tố liên quan đến tính hợp lý chung của đơn thuốc**

<b>Biến độc lập</b>	<b>OR</b>	<b>CI 95%</b>	<b>p</b>
Giới tính của bác sĩ (Nam)	0,487	0,32-0,74	0,001
Tuổi của bác sĩ	1,034	1,01-1,06	0,004
Giai đoạn nghiên cứu (giai đoạn 2)	32,220	22,80-45,53	< 0,001

#### IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của BN nghiên cứu giai đoạn 1 là  $64,1 \pm 11,1$  tuổi và giai đoạn 2 là  $63 \pm 11,3$  tuổi. Điều này phù hợp vì THA là vẫn đề thường gặp ở người cao tuổi. Ở cả hai giai đoạn, BN nữ mắc bệnh THA ở chiếm tỷ lệ lần lượt là 54,9% và 54,3%, cao hơn nam giới. Kết quả này tương tự nghiên cứu về thực trạng THA của người từ 40 tuổi trở lên năm 2021 của Hoàng Văn Hùng với tỷ lệ nữ là 65,4% [4]. Ở cả hai giai đoạn, bệnh mắc kèm chiếm tỷ lệ cao nhất là rối loạn chuyển hóa lipid tương ứng với 10,4% và 24,8%, đứng thứ hai là đái tháo đường với tỷ lệ 6,7% và 18,5%. Đây cũng là những bệnh lý thường gặp ở BN THA và có thể làm tăng nguy cơ xảy ra các biến chứng tim mạch.

Độ tuổi trung bình của bác sĩ trong nghiên cứu ở giai đoạn 1 thấp hơn so với giai đoạn 2 trong khi tỉ lệ nam giới giảm xuống ở giai đoạn 2 có ý nghĩa thống kê. Ở cả hai giai đoạn số lượng BN được điều trị bởi Bác sĩ Chuyên Khoa I đều chiếm tỷ lệ cao hơn Bác sĩ tốt nghiệp đại học. Đặc điểm người kê đơn trong nghiên cứu hiện tại khác biệt so với một nghiên cứu về kê đơn thuốc ngoại trú ở Bệnh viện Thống Nhất [5] có thể do Bệnh viện Thống Nhất là bệnh viện Hạng I, có quy mô ngày càng mở rộng và thu hút nhiều bác sĩ trẻ hơn về công tác so với Trung tâm Y tế của chúng tôi và cơ chế tổ chức nhân sự tại các phòng khám ngoại trú tại các bệnh viện khác

nhanh là khác nhau.

Ở cả hai giai đoạn, nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất là CTTA với tỷ lệ lần lượt là 69,1% và 75,1%. Tỷ lệ sử dụng thuốc UCMC thấp hơn rất nhiều so với CTTA, có thể do UCMC thường gây ho nên làm giảm tần suất và thói quen kê đơn của bác sĩ. Nhóm thuốc được sử dụng nhiều thứ 2 là nhóm CKCa với tỷ lệ tương ứng là 59,7% và 56,2%. Nhóm CKCa và CTTA cũng là những thuốc được chỉ định nhiều nhất tại một số bệnh viện khác trong nước [6, 7]. Việc ưu tiên sử dụng các thuốc đầu tay là CTTA, CKCa phù hợp với khuyến cáo điều trị của VSH/VNHA2018 [3]. Ở cả hai giai đoạn, phác đồ phối hợp 2 thuốc thường được sử dụng nhất tương ứng với giai đoạn 1 và 2 là 43,3% và 41,3%. Trong khi đó, nghiên cứu tại Bệnh viện TW Quân đội 108 năm 2019 cho thấy tỷ lệ kết hợp ba thuốc là cao nhất (31,5%) và kết hợp 02 thuốc là 24,75% [7]. Theo nghiên cứu cắt ngang mô tả năm 2020 tại Trung tâm Y tế huyện Lục Ngạn việc kiểm soát HA tốt hơn đối với BN được sử dụng số thuốc dưới 3 thuốc/ ngày so với BN dùng nhiều hơn 03 thuốc (OR = 0,262; CI 95% 0,15-0,45;  $p < 0,001$ ) [8].

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự hợp lý chung của thuốc điều trị THA tăng có ý nghĩa thống kê trong giai đoạn 2 so với giai đoạn 1. Kết quả này tương tự so với nghiên cứu tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô với tỷ lệ hợp lý tăng sau can thiệp là 33,7% [8]. Bác sĩ kê đơn là nam có tỷ lệ kê đơn hợp lý thấp hơn bác sĩ nữ. Tuổi bác sĩ càng cao và giai đoạn can thiệp làm tăng sự hợp lý trong kê đơn thuốc điều trị THA. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương tự kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Thống Nhất [5] cho thấy, thâm niên của bác sĩ càng cao tỷ lệ sai sót kê đơn càng thấp. Bác sĩ càng có thâm niên hoặc

càng lớn tuổi có thể có nhiều kinh nghiệm lâm sàng trong hiệu quả điều trị bệnh cho BN và áp dụng phác đồ điều trị tốt hơn. Giai đoạn có sự can thiệp của DSLS làm tăng tỷ lệ kê đơn hợp lý ( $p < 0,05$ ). Kết quả đáng khích lệ này khẳng định bước đầu vai trò của DSLS trong cải thiện kê đơn hợp lý, là bước đánh dấu quan trọng cho công tác được lâm sàng tại trung tâm Y tế huyện Bến Lức.

## V. KẾT LUẬN

Tình hình đơn thuốc sử dụng hợp lý ở giai đoạn có sự can thiệp của dược sĩ tăng hơn so với giai đoạn chưa có sự can thiệp của dược sĩ. Do đó, việc tiếp tục triển khai hoạt động của DSLS trong kê đơn thuốc ngoại trú là cần thiết để tăng cường sử dụng thuốc hợp lý tại bệnh viện.

## TAI LIỆU THAM KHẢO

- Lê Kiều My, Cao Thị Hạnh, Nguyễn Thị Tuyết Hà và công sự.** Tình hình sử dụng thuốc chống tăng huyết áp trên bệnh nhân cao tuổi tại phòng khám tim mạch Bệnh Viện Thống Nhất. Tạp Chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh 2019;23, 3:147-56
- Trung tâm Y tế huyện Bến Lức.** Báo cáo công tác y tế năm 2020 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2021, 2020:6.
- Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam.** Khuyến

cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2018. <http://vnha.org.vn/data/Khuyen-Cao-THA-2018.pdf>

- Hoàng Văn Hùng, Nguyễn Văn Kiên, Đàm Khải Hoàn.** Thực trạng tăng huyết áp ở người từ 40 tuổi trở lên tại cộng đồng Tỉnh Tuyên Quang năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam 2022;516(1) doi: 10.51298/vmj.v516i1.2974.
- Phạm Thị Thu Hiền, Bùi Thị Hương Quỳnh.** Đánh giá hiệu quả của công tác Quản lý Dược trong việc giảm sai sót và giám xuất toán Bảo hiểm y tế khi kê đơn cho người bệnh ngoại trú tại Bệnh viện Thống Nhất giai đoạn 2018-2020. Tạp chí Y Dược học 2021;21:89-95
- Trần Thị Lan Anh, Lê Văn Anh, Hoàng Thị Nguyệt Phương.** Phân tích thực trạng chỉ định thuốc điều trị tăng huyết áp tại khoa nội tim mạch Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Xô. Tạp chí Y học Việt Nam 2021;501(1) doi: 10.51298/vmj.v501i1.465.
- Trần Thị Lan Anh, Mai Đức Anh, Lê Thị Thu Hằng.** Thực trạng kê đơn thuốc điều trị tăng huyết áp trong điều trị ngoại trú tại BVTW quân đội 108 năm 2019. Tạp chí Y học Việt Nam 2022;514(2) doi: 10.51298/vmj.v514i2.2646.
- Đồng Thị Ngọc Lâm, Nguyễn Thị Bạch Yến.** Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh Viện Đa Khoa Huyện Lục Ngạn. Tạp chí Y học Việt Nam 2022;509(1). doi: 10.51298/vmj.v509i1.1705

## MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG SUY HÔ HẤP CẤP THEO KHÍ MÁU Ở TRẺ EM TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Ngô Anh Vinh<sup>1</sup>, Phạm Thị Thu Hiền<sup>2</sup>,  
Bùi Thị Hương<sup>2</sup>, Nguyễn Thúy Quỳnh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng suy hô hấp cấp theo khí máu ở trẻ em tại khoa Hồi sức tích cực chống độc Bệnh viện Sản nhi Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả tiền cứu, chọn mẫu thuận tiện trên 102 bệnh nhân được chẩn đoán suy hô hấp cấp tại khoa Hồi sức tích cực chống độc. **Kết quả:** Bệnh nhân suy hô hấp type 1 chiếm 57,8%, type 2 chiếm 27,5%, type 3 chiếm 14,7%. Về triệu chứng hô hấp, các type suy hô hấp 1,2,3 đều có thở nhanh và rít lõm ngực trong đó type 1 thường có dấu hiệu ran ẩm tại phổi, type 2 có tiếng thở bất thường. Các type suy hô hấp hầu hết đều có triệu chứng nhịp tim nhanh với tỷ lệ từ 89,3% - 100%. Các

dấu hiệu thay đổi ý thức từ 33,3% - 46,4%. Về nguyên nhân, viêm phế quản phổi có suy hô hấp hay gặp nhất là type 1, tiếp theo là type 2 và type 3. 80% trường hợp có bệnh tim mạch và 60% trường hợp phổi phổi cấp có suy hô hấp thuộc type 1. **Kết luận:** suy hô hấp type 1 chiếm tỷ lệ cao nhất. Biểu hiện lâm sàng của suy hô hấp type 1 chủ yếu là ran ẩm tại phổi, type 2 chủ yếu là tiếng thở bất thường. Các type suy hô hấp chủ yếu ảnh hưởng đến cơ quan tim mạch và thần kinh với biểu hiện nhịp tim nhanh và thay đổi ý thức. Về nguyên nhân, suy hô hấp cấp do bệnh lý hệ hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất trong đó viêm phế quản phổi là nguyên nhân phổ biến nhất.

### SUMMARY

**SOME CLINICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE RESPIRATORY DISTRESS IN CHILDREN ACCORDING TO BLOOD GASES AT THE INTENSIVE CARE AND ANTI-TOXIC DEPARTMENT, NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL**

**Objectives:** To describe the clinical

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

<sup>2</sup>Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

Chủ trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: vinhinc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023