

với CeraSeal. Tuy nhiên đã có nhiều nghiên cứu so sánh BioRoot™ RCS, CeraSeal với các dòng vật liệu nền calcium silicate như MTA hay nền nhựa resin như AH Plus. Trong đó có nghiên cứu cho rằng CeraSeal giúp kích thích hình thành các nốt khoáng hoá nhiều hơn MTA, BioRoot™ RCS biểu hiện sự hình thành các nốt khoáng hoá nhiều hơn AH Plus. Nghiên cứu của Mohammad cho thấy sự hình thành nốt khoáng hóa ở dịch chiết CeraSeal nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm xi măng AH 26. Hay nghiên cứu của Oh và cộng sự ghi nhận xi măng TBOT nền nhựa resin ít nốt khoáng hoá hơn so với CeraSeal và xi măng nền calcium silicate khác.

Thử nghiệm Alizarin Red cung cấp thông tin khá hữu ích về khả năng hình thành các nốt khoáng hóa tế bào khi tiếp xúc với vật liệu, thông qua nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, xi măng nền calcium silicate biểu hiện khả năng kích thích sự khoáng hoá hình thành mô cứng.

V. KẾT LUẬN

Xi măng TBOT nền calcium silicate BioRoot™ RCS và CeraSeal đều có khả năng kích thích tế bào hình thành nên mô khoáng hóa. Trong đó, CeraSeal là vật liệu trộn sẵn, dễ sử dụng hơn trên lâm sàng so với BioRoot™ RCS ở dạng bột- lỏng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kaur A, Shah N, Logani A, Mishra N.** (2015), "Biototoxicity of commonly used root canal sealers: A meta-analysis", *J Conserv Dent*, 18(2), pp 83-88.

2. **Lee BN, Hong JU, Kim SM, Jang JH, Chang HS, Hwang YC, Hwang IN, Oh WM.** (2019), "Anti-inflammatory and Osteogenic Effects of Calcium Silicate-based Root Canal Sealers", *J Endod*, 45(1), pp 73-78.
3. **Zhou HM, Shen Y, Zheng W, Li L, Zheng YF, Haapasalo M.** (2013), "Physical properties of 5 root canal sealers", *J Endod*, 39(10), pp 1281-1286.
4. **Al-Haddad A, Ab Aziz C, Zeti A.** (2016), "Bioceramic-based root canal sealers: A review", *Int J Biomater*.
5. **El-Mansy L.H., Ali M.M., Hassan R.E.S.** (2020), "Evaluation of the Biocompatibility of a Recent Bioceramic Root Canal Sealer (BioRoot™ RCS): In-vivo Study", *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, vol 8, D, pp 100-106.
6. **Josette Camilleri** (2015), "Sealers and Warm Gutta-percha Obturation Techniques", *Journal of Endodontics*, Vol 41(1), pp 72-78.
7. **Maria Xuereb, Paul Vella, Denis Damidot, Charles V. Sammut, Josette Camilleri** (2015), "In Situ Assessment of the Setting of Tricalcium Silicate-based Sealers Using a Dentin Pressure Model", *Journal of Endodontics*, 41(1), pp 111-124.
8. **Silva Almeida LH, Moraes RR et al** (2017), "Are premixed calcium silicate-based endodontic sealers comparable to conventional materials? A systematic review of in vitro studies", *J Endod*, 43(4), pp 527-535.
9. **Dubey N, Rajan SS et al** (2017), "Graphene nanosheets to improve physico-mechanical properties of bioactive calcium silicate cements", *Materials (Basel)*, 10(6).
10. **Jimenez- Sanchez, Segura- Egea, et al** (2019), "Higher hydration performance and bioactive response of the new endodontic bioactive cement MTA HP repair compared with Proroot MTA white and NeoMTA plus", *J Biomed Mater Res B Appl Biomater*, 107, pp 2109-2120.

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG DI CĂN NHẢY CỐC HẠCH TRUNG THẤT TRONG UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN I-III A ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Đình Đạt¹, Nguyễn Khắc Kiểm², Hoàng Mạnh Thắng^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Di căn nhảy cóc hạch trung thất (skip N2) là hiện tượng di căn hạch trung thất mà không qua chặng hạch N1, được cho là có tiên lượng tốt hơn so với di căn tuần tự. Tuy nhiên, dữ liệu trong nước còn hạn chế, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân được điều trị phẫu thuật nội soi. **Đôi tượng và phương pháp:**

Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 123 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTTBN) giai đoạn I-III A được phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi và nạo vét hạch hệ thống tại Bệnh viện K từ tháng 01 đến tháng 12 năm 2022. Tình trạng di căn hạch được phân loại thành: không di căn, chỉ di căn hạch N1, di căn nhảy cóc (pNON2) và di căn tuần tự (pN1N2). Các yếu tố lâm sàng, mô bệnh học, và chẩn đoán hình ảnh được so sánh giữa nhóm có và không có di căn nhảy cóc. **Kết quả:** Tỷ lệ di căn nhảy cóc là 7,3% trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu và chiếm 42,8% nhóm di căn hạch N2. Di căn nhảy cóc có liên quan có ý nghĩa thống kê với khối u >3cm (p = 0,033). Các yếu tố như vị trí u ở thùy trên, thể mô học tuyến và xâm lấn màng phổi có xu hướng liên quan nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê. Phẫu thuật nội soi cho thấy khả năng phát hiện tốt các trường hợp di căn nhảy cóc khi thực

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Đạt

Email: dr.dinhdat@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025

nhưng chúng ta cần thiết vét hạch trung thất để đảm bảo tính triệt căn.

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi đã được triển khai rộng rãi trong điều trị ung thư phổi, nhưng dữ liệu về tỉ lệ và đặc điểm của di căn hạch nhảy cóc còn rất hạn chế mặc dù đây là một yếu tố tiên lượng độc lập với kết quả điều trị của bệnh nhân. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giải phẫu bệnh ở nhóm bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn I-IIIa được phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi vét hạch hệ thống.

2. Xác định tỷ lệ di căn hạch nhảy cóc (skip N2) và phân tích một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bao gồm tất cả bệnh nhân được chẩn đoán UTPKTBN giai đoạn lâm sàng I-IIIa, được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi và nạo vét hạch trung thất hệ thống tại Khoa Ngoại Lồng ngực từ tháng 1 năm 2022 đến hết tháng 12 năm 2022. Chẩn đoán và giai đoạn bệnh được xác định dựa trên kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã được điều trị tân bổ trợ (hóa trị, xạ trị) trước phẫu thuật.

Bệnh nhân có phẫu thuật không triệt căn (còn sót u vi thể hoặc đại thể - R1/R2).

Bệnh nhân có nhiều hơn một khối u nguyên phát ở phổi.

Bệnh án không đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Cỡ mẫu: Lựa chọn toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập thông tin từ bệnh án điều trị nội trú, phiếu phẫu thuật, và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

Các biến số nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Vị trí khối u nguyên phát (thùy trên, thùy giữa, thùy dưới), kích thước khối u lớn nhất trên CT-scan ngực.

Đặc điểm giải phẫu bệnh: Loại mô bệnh học (biểu mô tuyến, biểu mô vảy, khác), mức độ xâm lấn màng phổi tạng (PL0, PL1, PL2).

Tình trạng di căn hạch: Các hạch được phân loại theo bản đồ hạch của Hiệp hội Quốc tế về Nghiên cứu Ung thư Phổi (IASLC). Tình trạng di căn hạch sau mổ (p) được chia thành 4 nhóm:

Không di căn hạch (pN0): Âm tính ở cả hạch

N1 và N2.

Chỉ di căn hạch N1 (pN1): Dương tính ở hạch N1 và âm tính ở hạch N2.

Di căn hạch nhảy cóc (skip N2): Âm tính ở hạch N1 và dương tính ở hạch N2.

Di căn hạch tuần tự (N1N2): Dương tính ở cả hạch N1 và N2.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm (%). Các biến số định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Phép kiểm định Chi-bình phương (χ^2) hoặc Fisher's exact test được sử dụng để so sánh các tỷ lệ. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu bao gồm 123 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn I-IIIa được phẫu thuật nội soi. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là $62,8 \pm 7,5$ tuổi (nhỏ nhất 44, lớn nhất 77). Tỷ lệ nam/nữ là 1,2/1 (67 bệnh nhân nam, chiếm 54.5% và 56 bệnh nhân nữ, chiếm 45.5%).

3.2. Đặc điểm khối u và giải phẫu bệnh. Vị trí khối u thường gặp nhất là ở thùy trên phải (38.2%), tiếp theo là thùy trên trái (24.4%). Về kích thước, 76.4% (94/123) bệnh nhân có khối u với đường kính ≤ 3 cm. Ung thư biểu mô tuyến là loại mô bệnh học chiếm đa số với 86.2% (106/123), tiếp đến là ung thư biểu mô vảy với 6.5% (8/123). Tỷ lệ xâm lấn màng phổi tạng là 68.3%.

3.3. Tình trạng di căn hạch sau phẫu thuật. Trong tổng số 123 bệnh nhân, có 35 bệnh nhân (28.5%) có di căn hạch sau mổ. Phân bố các kiểu hình di căn hạch được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Phân bố tình trạng di căn hạch sau phẫu thuật (n=123)

Tình trạng di căn hạch	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Không di căn hạch (pN0)	88	71.5
Chỉ di căn hạch N1 (pN1)	14	11.4
Di căn hạch nhảy cóc (pN0N2)	9	7.3
Di căn hạch tuần tự (pN1N2)	12	9.8
Tổng số có di căn hạch	35	28.5

Tỷ lệ di căn hạch nhảy cóc trong nghiên cứu của chúng tôi là 7.3% trên tổng số bệnh nhân được phẫu thuật, và chiếm 25.7% (9/35) trong tổng số các trường hợp có di căn hạch.

3.4. Phân tích các yếu tố liên quan đến di căn hạch nhảy cóc. Chúng tôi tiến hành so sánh một số đặc điểm lâm sàng và giải phẫu

bệnh giữa nhóm có di căn hạch nhạy cóc (n=9) và nhóm có di căn hạch tuần tự (n=12).

Bảng 2. So sánh các yếu tố giữa nhóm di căn nhạy cóc và không di căn nhạy cóc

Đặc điểm	Nhạy cóc (n=9)	Không nhạy cóc (n=114)	Giá trị P
Giới tính (nam/nữ)	66.7%	53.5%	p=0.508
Kích thước u >3cm	55.5%	21.1%	p=0.033
Vị trí u ở thùy trên	88.9%	60.5%	p=0.151
Thể mô bệnh học: Ung thư biểu mô tuyến	100%	85.1%	p=0.359
Xâm lấn lá tạng màng phổi	100%	65.8%	p=0.056

Kết quả phân tích cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kích thước khối u >3cm và tình trạng di căn nhạy cóc hạch trung thất với p = 0.033 và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính, vị trí khối u, loại mô bệnh học và xâm lấn lá tạng giữa hai nhóm. Tỷ lệ di căn nhạy cóc có xu hướng cao hơn ở nhóm có thể giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến, khối u nằm ở vị trí thùy trên và các khối u xâm lấn màng phổi tuy nhiên sự khác biệt này chưa đạt ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu của chúng tôi.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, chúng tôi quan sát hồi cứu 123 bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn I-IIIa được phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi và nạo vét hạch hệ thống. Độ tuổi trẻ nhất là 44 và lớn tuổi nhất là 77, độ tuổi trung bình là 62,8 ± 7.5 tuổi, trong đó tỷ lệ nam/nữ là 1.2/1.

Trong tổng số 123 bệnh nhân phẫu thuật nghiên cứu có 7.3% bệnh nhân được phát hiện có tình trạng di căn hạch nhạy cóc, và chiếm 25.7% các trường hợp có di căn hạch. Trong nhóm di căn hạch N2, nhóm này chiếm 42.8%. Tỷ lệ này tương đồng với một số nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới như 17.2-42.7% được mô tả trong bảng 3.

Bảng 3. Một số nghiên cứu liên quan đến tình trạng di căn hạch nhạy cóc

Năm	Nghiên cứu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
2023	Lê Hải Sơn và CS ⁷	98	45%
2021	Wang và CS ⁴	6476	27.9%
2023	Shize Wang và CS ⁸	456	24.6%

Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với nghiên cứu của Lê Hải Sơn và CS, khác biệt với nghiên cứu của Wang và Shize Wang và cộng sự ở đặc điểm bệnh nhân lựa chọn phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi và L.H Sơn lựa chọn các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi với đặc điểm các khối u kích thước nhỏ, số lượng

bệnh nhân di căn hạch thấp hơn so với nghiên cứu của 2 tác giả còn lại là lựa chọn tất cả các bệnh nhân cả phẫu thuật nội soi và mổ mở.

Khi tiến hành phân tích mối liên quan độc lập của các yếu tố như giới tính, kích thước khối, thể giải phẫu bệnh, vị trí u, tình trạng xâm lấn màng phổi chúng tôi thu được kết quả. Tỷ lệ di căn hạch nhạy cóc ở nhóm có kích thước khối u >3cm là 55.5% cao hơn so với 21.1% ở nhóm không di căn nhạy cóc có ý nghĩa thống kê với p=0.033. Điều này phù hợp với một số nghiên cứu quốc tế, cho thấy khối u nhỏ hơn 3cm thường ít xảy ra tình trạng di căn hạch nhạy cóc.

Cũng trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân di căn hạch nhạy cóc trong nhóm bệnh nhân có u vị trí thùy trên là 88.9% so với 60.5% (p=0.151), nhóm bệnh nhân có thể giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến là 100% so với 85.1% với p=0.359, nhóm bệnh nhân có xâm lấn màng phổi là 100% so với 65.8% với p=0.056%. Mặc dù nghiên cứu này chưa thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với các yếu tố thể giải phẫu bệnh, xâm lấn lá tạng hay vị trí u ở thùy trên đến tình trạng di căn hạch nhạy cóc, điều này có thể do cỡ mẫu còn hạn chế, làm giảm khả năng phát hiện các mối liên quan này. Cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn để có đánh giá thêm về các mối liên quan này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, toàn bộ bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực (PTNS), một phương pháp xâm lấn tối thiểu đã được chứng minh có nhiều ưu điểm về giảm đau, rút ngắn thời gian nằm viện và phục hồi nhanh hơn. Mặc dù vẫn còn một số quan điểm cho rằng mổ mở có thể giúp nạo vét hạch dễ dàng hơn, các bằng chứng quốc tế và kinh nghiệm ngày càng tăng tại các trung tâm lớn cho thấy PTNS, khi được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, hoàn toàn có thể đạt được hiệu quả nạo vét hạch tương đương mổ mở, đảm bảo phân giai đoạn chính xác sau mổ. Việc phát hiện được 7.3% trường hợp di căn hạch nhạy cóc trong nghiên cứu này cho thấy phẫu thuật nội soi là an toàn và hiệu quả trong việc nạo vét hạch trung thất một cách hệ thống. Trong nghiên cứu, có 21 bệnh nhân di căn hạch chằng N2, trong đó có 9 bệnh nhân (chiếm 42.8%) bệnh nhân không di căn hạch N1. Vì vậy, trong phẫu thuật ung thư phổi, cắt thùy phổi và nạo vét hạch trung thất hệ thống là tiêu chuẩn cho điều trị, mặc dù các phương pháp chẩn đoán hình ảnh trước mổ xác định không có hạch nghi ngờ hoặc trong quá trình phẫu thuật đánh giá không có di căn hạch chằng N1 nhưng vét hạch chằng N2 là điều cần thiết bởi tình trạng di căn

nhảy cóc đã được chứng minh là thường xuyên diễn ra.

V. KẾT LUẬN

Di căn hạch nhảy cóc (skip N2) là một kiểu hình di căn phổ biến, chiếm tỷ lệ 7.3% trong số các bệnh nhân UTPKTTBN giai đoạn I-IIIa và chiếm 42.8% trong số bệnh nhân di căn hạch N2 được phẫu thuật nội soi tại trung tâm chúng tôi. Nghiên cứu cho thấy mối quan liên giữa kích thước khối u >3cm thường có tỷ lệ di căn hạch nhảy cóc cao hơn nhóm còn lại, các yếu tố liên quan khác như thể giải phẫu bệnh, xâm lấn lá tạng và u ở vị trí thùy trên có tỷ lệ cao hơn nhóm còn lại nhưng chưa có ý nghĩa về mặt thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Goldstraw P, Chansky K, Crowley J, et al.** The IASLC Lung Cancer Staging Project: Proposals for Revision of the TNM Stage Groupings in the Forthcoming (Eighth) Edition of the TNM Classification for Lung Cancer. *J Thorac Oncol.* 2016;11(1): 39-51. doi:10.1016/j.jtho. 2015.09.009
3. **Long-term outcomes of surgery in resectable single-station N2 non-small cell lung cancer patients.** Accessed July 13, 2025. <https://tgkdc.dergisi.org/abstract.php?lang=en&id=3860>
4. **Wang X, Guo H, Hu Q, Ying Y, Chen B.** The Impact of Skip vs. Non-Skip N2 Lymph Node Metastasis on the Prognosis of Non-Small-Cell Lung Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Surg.* 2021;8:749156. doi:10.3389/fsurg.2021.749156
5. **Riquet M, Hidden G, Debessé B.** Direct lymphatic drainage of lung segments to the mediastinal nodes. An anatomic study on 260 adults. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1989;97(4): 623-632.
6. **Schlachtenberger G, Schallenberg S, Doerr F, et al.** Non-Small Cell Lung Cancer Patients with Skip-N2 Metastases Have Similar Survival to N1 Patients—A Multicenter Analysis. *J Pers Med.* 2025;15(3):113. doi:10.3390/jpm15030113
7. **Lê HS, Trần TK, Mai VV.** Mối liên quan giữa di căn hạch và đặc điểm khối u ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi, nạo vét hạch. *jmpm.* 2023;48(2):50-58. doi:10.56535/jmpm.v48i2.226
8. **Wang S, Xie S, Han Y, Gao M, Su X, Liu Q.** Role of skip N2 lymph node metastasis for patients with the stage III-N2 lung adenocarcinoma: a propensity score matching analysis. *BMC Pulmonary Medicine.* 2023;23(1): 147. doi:10.1186/s12890-023-02437-0

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC TRÊN BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI MỘT BỆNH VIỆN HẠNG 1, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Trần Hồ Mai Ca¹, Phan Thanh Hằng²,
Nguyễn Thị Sáu², Nguyễn Hương Thảo^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh nhân (BN) bệnh thận mạn (Chronic kidney disease – CKD) thường mắc nhiều bệnh kèm và dùng nhiều loại thuốc. Vì thế, việc khảo sát tình hình sử dụng thuốc trên BN CKD là cần thiết để cải thiện hiệu quả và an toàn trong điều trị. **Mục tiêu:** Xác định đặc điểm BN, các vấn đề liên quan đến thuốc (Drug – related problem – DRP) và yếu tố liên quan (YTLQ) đến sự xuất hiện DRP. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu (NC) cắt ngang mô tả được thực hiện trên hồ sơ bệnh án (HSBA) của BN CKD điều trị nội trú tại khoa Thận – Thận nhân tạo của một bệnh viện hạng 1, Thành phố Hồ Chí Minh, từ

01/09/2024 – 31/12/2024. DRP được xác định và phân loại theo Hướng dẫn của Mạng lưới Chăm sóc Dược Châu Âu, phiên bản 9.1, với các tài liệu: Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc, Hướng dẫn điều trị hiện hành của Bộ Y Tế, Hướng dẫn KDIGO năm 2024, Dược Thư Quốc Gia Việt Nam 2022, Stanford Health Care Antimicrobial Dosing Reference Guide và Lexidrug. Hồi quy logistic được sử dụng để xác định các YTLQ đến sự xuất hiện DRP, với $p < 0,05$. **Kết quả:** Có 112 HSBA được khảo sát (Tuổi trung bình: $55,27 \pm 14,89$, nam giới: 57,1%). Các nhóm thuốc được chỉ định phổ biến gồm: Thuốc trên hệ tim mạch (100,0%), thuốc trên máu và cơ quan tạo máu (81,3%), thuốc trên đường tiêu hoá và chuyển hoá (67,0%). Có 41,1% BN dùng >8 thuốc/ngày và 50,9% BN điều trị ≥ 10 ngày. Tỷ lệ HSBA có ít nhất 1 DRP là 83,9%. Các DRP chủ yếu liên quan đến thời điểm dùng thuốc (31,6%), liều dùng (31,0%) và lựa chọn thuốc (13,9%). Việc dùng >8 thuốc/ngày ($OR=10,408$; 95% CI: 1,093 – 99,147; $p=0,042$) hoặc sử dụng thuốc kháng khuẩn toàn thân ($OR=8,649$; 95% CI: 1,704 – 43,916; $p=0,009$) liên quan đến tăng nguy cơ xảy ra DRP. **Kết luận:** Tỷ lệ DRP trên BN

¹Trường Dược, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Trung Ương, TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hương Thảo

Email: thao.nh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025