

colistin trung bình là 6,2 ngày, ngày khởi phát sớm nhất là sau 4 ngày, muộn nhất là sau 8 ngày. Kết quả này là phù hợp với các nghiên cứu về độc tính thận của colistin được thực hiện trước đó. Theo đó, độc tính thận được báo cáo xuất hiện chủ yếu trong vòng 1-2 tuần đầu điều trị [3],[6]. Nhóm bệnh nhân xảy ra độc tính thận được theo dõi có thời gian dùng colistin dài hơn (trung bình 11 ngày) so với nhóm bệnh nhân không xảy ra độc tính thận (trung bình 8 ngày). Nhóm bệnh nhân xảy ra độc tính thận được theo dõi có tổng liều colistin sử dụng cao hơn (trung bình 41MUI) so với nhóm bệnh nhân không xảy ra độc tính thận (trung bình 36MUI).

Độc tính thận trong nghiên cứu được phân loại theo 3 mức độ "Nguy cơ", "Tổn thương" và "Suy" chiếm tỷ lệ tương ứng là 40%, 20% và 40%. Như vậy, phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi gặp độc tính chủ yếu ở mức độ "Nguy cơ" và "Suy", trong khi một số tác giả khác báo cáo mức độ "Tổn thương" và "Suy" chiếm tỷ lệ nhiều hơn [7]. Không có bệnh nhân nào trong nghiên cứu phải ngừng thuốc do độc tính của colistin hoặc có hậu quả gây tổn thương thận không hồi phục.

## V. KẾT LUẬN

Colistin là thuốc có độc tính thận cao và thường gặp, do đó các bác sĩ cần cần nhắc khi

sử dụng như là liệu pháp cuối cùng trong việc điều trị vi khuẩn Gram âm đa kháng thuốc.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nation R. L., Li J., Cars O., Couet W., Dudley M. N., Kaye K.S., Mouton J. W., Paterson D. L., Tam V. H., Theuretzbacher U., Tsuji B. T., Turnidge J. D. (2015)**, "Framework for optimisation of the clinical use of colistin and polymyxin B: the Prato polymyxin consensus", *Lancet Infect Dis*, 15(2), pp. 225-234.
2. **Bialvaei A. Z., Samadi Kafil H. (2015)**, "Colistin, mechanisms and prevalence of resistance", *Curr Med Res Opin*, 31(4), pp. 707-21.
3. **Pogue J. M., Lee J., Marchaim D., Yee V., Zhao J. J., Chopra T., Lephart P., Kaye K. S. (2011)**, "Incidence of and risk factors for colistin-associated nephrotoxicity in a large academic health system", *Clin Infect Dis*, 53(9), pp. 879-84.
4. **Ko HJ, Jeon MH, Choo EJ, Lee EJ, Kim TH, Jun J. B., Gil H. W. (2011)**, "Early acute kidney injury is a risk factor that predicts mortality in patients treated with colistin", *Nephron Clin Pract*, 117(3), pp. c284-8.
5. **Bệnh viện Bạch Mai (2018)**, "Hướng dẫn sử dụng colistin".
6. **Deryke C. A., Crawford A. J., Uddin N., Wallace M. R. (2010)**, "Colistin dosing and nephrotoxicity in a large community teaching hospital", *Antimicrob Agents Chemother*, 54(10), pp. 4503-5.
7. **Temocin F., Erdinc S., Tulek N., Demirelli M., Bulut C., Ertem G. (2015)**, "Incidence and Risk Factors for Colistin-Associated Nephrotoxicity", *Jpn J Infect Dis*, 68(4), pp. 318-20.

## KHẢO SÁT TỶ LỆ TỬ VONG KHÔNG RÕ NGUYÊN NHÂN TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Mai Chí Công\*, Mai Phan Tường Anh\*, Vũ Anh Kiệt\*,  
Trần Hồng Thu\*\*, Nguyễn Thị Thu Sương\*\*\*

### TÓM TẮT

**Mở đầu – Mục tiêu:** Bệnh nhân tử vong được xác định bằng chết sinh học: ngừng thở, ngừng tim; kết quả điện tâm đồ và điện não đồ thể hiện bằng đường thẳng đẳng điện đã được ít nhất hai bác sĩ khám và kết luận. Nhưng trên thực tế, rất khó xác định nguyên nhân tử vong của bệnh nhân, nhất là tại Khoa Cấp cứu khi các bác sĩ chỉ tiếp xúc với bệnh nhân trong thời gian ngắn; đôi khi việc triển khai các kỹ thuật cận lâm sàng và hỗ trợ chẩn đoán chưa được thực hiện hoặc

triển khai còn hạn chế, bệnh nhân đã tử vong. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm giúp xác định tỷ lệ tử vong không rõ nguyên nhân nhập khoa Cấp cứu tử đó có các giải pháp để cải tiến vấn đề này. **Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** Một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện với việc thu thập 418 hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân tử vong trong hai năm 2019, 2020 tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Nhân dân Gia Định. Dữ liệu được mô tả bằng tần số, tỷ lệ phần trăm; trung bình, độ lệch chuẩn hoặc trung vị, tứ phân vị đối với các biến số có phân phối không bình thường,  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là  $58,8 \pm 21,3$  trong đó tỷ lệ nam:nữ là 2:1. Tỷ lệ bệnh nhân tử vong không rõ nguyên nhân chiếm 13%, nhóm có chẩn đoán nghi ngờ (40,6%) và nhóm có chẩn đoán xác định (46,4%). Việc xác định nguyên nhân tử vong có liên quan đến tuổi của bệnh nhân, người đưa bệnh nhân vào bệnh viện, nơi bệnh nhân được phát hiện và tiền căn của bệnh nhân. **Kết luận:** Việc xác định

\*Bệnh viện Nhân dân Gia Định

\*\*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Tp.Hồ Chí Minh

\*\*\*Sở Khoa học và Công nghệ thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Mai Chí Công

Email: maichicong20062001@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2022

Ngày duyệt bài: 1.6.2022

nguyên nhân gây tử vong vẫn còn gặp khó khăn tại khoa Cấp cứu. Việc khai thác các nội dung nơi bệnh nhân được phát hiện tử vong, tiền sử gia đình góp phần xác định nguyên nhân tử vong.

**Từ khóa:** khoa cấp cứu, không rõ, nguyên nhân tử vong.

## SUMMARY

### THE PREVALANCE OF UNKNOWN DEATHS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT AT NHAT DAN GIA DINH HOSPITAL

**Background – Objectives:** Patient death was determined by biological death: respiratory arrest, cardiac arrest; Electrocardiogram and EEG results shown in isoelectric lines have been examined and concluded by at least two doctors. But in practice, it is very difficult to determine the cause of death of the patient, especially in the Emergency Department when doctors only have short contact with the patient; sometimes the implementation of clinical and diagnostic support techniques has not been implemented or the implementation is limited, the patient has died. Therefore, this study was conducted to help determine the mortality rate of unknown causes that admitted to the Emergency Department so that there are solutions to solve this problem.

**Method:** A cross-sectional study was conducted with the collection of 418 medical records of patients who died in 2019 and 2020 at the Emergency Department of Nhan dan Gia Dinh Hospital. Data were described by frequency, percentage; Mean, standard deviation or median, median, quartile for innormal distribution variables,  $p < 0.05$  was considered to be statistically significant. **Results.** The mean age of patients was  $58.8 \pm 21.3$  in which the male:female ratio was 2:1. The rate of patients who died of unknown cause accounted for 13%, the group with suspected diagnosis (40.6%) and the group with confirmed diagnosis (46.4%). The determination of the cause of death is related to the age of the patient, the person who brought the patient to the hospital, the place where the patient was found, and the patient's medical history. **Conclusion:** Determining the cause of death remains difficult in the Emergency Department. Exploiting the content where the patient was found to be dead and the patient's family history contributes to determining the cause of death.

**Keywords:** emergency department, unknown death, cause of death

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tử vong đột ngột là một sự cố gây tổn thương tinh thần cho người thân, dẫn đến sự trầm cảm, lo lắng, suy nghĩ tự sát hoặc có hành vi tự sát, lạm dụng chất kích thích, rối loạn căng thẳng và tăng nguy cơ mắc bệnh tim, ung thư và huyết áp cao[8]. Tử vong không rõ nguyên nhân xảy ra do thông tin về tử vong của bệnh nhân bị thiếu hoặc không đầy đủ hoặc do bác sĩ lâm sàng hoặc chứng cứ giải thích việc tử vong không thể thống nhất hoặc đủ để xác định nguyên nhân[4].

Bệnh tim mạch là nguyên nhân phổ biến nhất dẫn đến các ca tử vong, tiếp theo đó là do chấn thương, sau đó là các bệnh về hệ thần kinh trung ương và bệnh nhồi máu cơ tim cấp là bệnh quan trọng nhất trong số này. Nhưng trên thực tế, bệnh nhân được đưa đến cấp cứu tại bệnh viện trong tình trạng ngừng tim phổi không có người chứng kiến hoặc chết bất ngờ hoặc không giải thích được nguyên nhân tử vong do bệnh hiện có và chết ngay sau khi đưa đến cấp cứu mà không được chẩn đoán xác định. Do đó việc xác định nguyên nhân cơ bản của những cái chết đột ngột và bất ngờ là rất quan trọng trong việc quản lý bệnh nhân cấp cứu, nâng cao năng lực chẩn đoán, điều trị và cứu mạng bệnh nhân[7]. Đồng thời việc tìm ra được nguyên nhân cũng sẽ giúp an ủi phần nào mất mát mà người thân của bệnh nhân đang gánh chịu, và điều đó cũng sẽ giúp nâng cao ý thức của thân nhân người bệnh (nếu họ cũng đang mắc các bệnh tương tự với bệnh nhân đã tử vong) và giải tỏa các nghi ngờ của chính thân nhân bệnh nhân dành cho chuyên môn của bệnh viện. Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề tử vong không rõ nguyên nhân tại các bệnh viện.

Chính vì những lý do đó, nhóm nghiên cứu tiến hành đề tài nhằm góp phần bổ sung khoảng trống y văn về lĩnh vực tử vong không rõ nguyên nhân, làm tiền đề đối với các nghiên cứu sau này. Mặt khác, kết quả nghiên cứu cũng cần để định hướng phát triển lĩnh vực cận lâm sàng trên thi thể người tử vong nhằm gợi ý chẩn đoán nguyên nhân tử vong nhằm đáp ứng nhu cầu của người thân của người bệnh về nguyên chính xác tử vong, góp phần nâng cao sự hài lòng của người dân đối với bệnh viện và đó cũng là nhu cầu chính đáng của người dân để được chăm sóc với chất lượng tốt nhất[5].

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** bệnh nhân tử vong tại khoa cấp cứu bệnh viện Nhân dân Gia Định năm 2019 và 2020.

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 4/2020 đến tháng 5/2021

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Nhân dân Gia Định

**Cỡ mẫu:** trong năm 2019, 2020 có tất cả 418 trường hợp tử vong tại khoa Cấp cứu bệnh viện Nhân dân Gia Định, nghiên cứu thực hiện chọn mẫu toàn bộ, do đó không áp dụng công thức tính cỡ mẫu.

**Phương pháp tiến hành.** Dựa trên hồ sơ bệnh án được lưu trữ tại bệnh viện, chúng tôi sàng lọc lại tất cả các trường hợp tử vong tại khoa Cấp cứu bệnh viện trong năm 2019, 2020. Nguyên nhân tử vong của bệnh nhân trong nghiên cứu sẽ được chia thành ba nhóm: (1) Không xác định bao gồm kết luận không xác định được hoặc ghi ngưng tim ngưng thở, (2) Nghi ngờ bao gồm nghi ngờ một yếu tố nào đó, (3) Xác định kết luận khẳng định do nguyên nhân cụ thể. Các hồ sơ được nhập liệu vào biểu mẫu soạn sẵn trên phần mềm miễn phí Google Form, nhóm không thực hiện phân tích, đánh giá lại nguyên nhân tử vong mà dựa vào kết luận của khoa Cấp cứu. Các nội dung thu thập không làm tiết lộ danh tính bệnh nhân và cũng đã được Hội đồng đạo đức của bệnh viện chấp thuận tại

Giấy chứng nhận số 56/NDGD-HĐĐĐ ngày 11 tháng 8 năm 2020.

Các dữ liệu được phân tích bằng phần mềm Stata IC13.0. Các đặc điểm bệnh nhân được mô tả bằng tần suất, tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn hoặc khoảng tứ phân vị đối với biến số không có phân phối bình thường. Xác định mối liên quan bằng phép kiểm định chi bình phương với p-value < 0,05 được xác định là có ý nghĩa thống kê

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Đặc điểm mẫu nghiên cứu.** Qua hồi cứu số liệu 418 trường hợp tử vong tại khoa Cấp cứu, nghiên cứu mô tả các đặc điểm của bệnh nhân như sau:

**Bảng 1: Bảng thể hiện đặc tính của mẫu nghiên cứu (n=418)**

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ (%)
<b>Tuổi (TB±ĐLC)</b>	58,8 ± 21,3	
<b>Giới tính:</b> Nam	287	68,7
Nữ	131	31,3
<b>Người đưa bệnh nhân vào bệnh viện:</b> Người nhà	357	85,4
Khác (bạn bè, đồng nghiệp...)	61	14,6
<b>Phương tiện đưa bệnh nhân vào viện:</b> Xe cấp cứu	145	34,7
Khác	273	65,3
<b>Nơi bệnh nhân được phát hiện:</b> Tại nhà	355	84,9
Nơi làm việc	8	1,9
Trên đường	42	10,1
Khác	13	3,1
<b>Nơi điều trị ban đầu:</b> Cơ sở y tế	135	32,3
Không	275	65,8
Không rõ	8	1,9
<b>Tiền căn về bệnh của bệnh nhân:</b> Có	287	68,7
Không	59	14,1
Không rõ	72	17,2

Bệnh nhân nam tử vong tại khoa cấp cứu nhiều hơn so với nữ (gấp 2 lần), độ tuổi trung bình là 59 tuổi và có các bệnh lý nền, phần lớn các bệnh nhân thường được phát hiện tại nhà và được người nhà đưa đến bệnh viện, các phương khác ngoài xe cấp cứu được áp dụng để đưa người bệnh đến khoa cấp cứu và đưa trực tiếp đến khoa cấp cứu. Tuy nhiên tỷ lệ đưa người bệnh đến bằng xe cấp cứu và được cơ sở y tế khác điều trị trước đó cũng chiếm một tỷ lệ đáng kể (trên 30%).

#### Tỷ lệ tử vong theo nguyên nhân

**Bảng 2: Bảng thể hiện tỷ lệ tử vong theo nguyên nhân (n=418)**

Nguyên nhân tử vong	Tần số	Tỷ lệ (%)
Không rõ	54	13,0
Nghi ngờ	170	40,6
Xác định	194	46,4

Bệnh nhân tử vong không rõ nguyên nhân chiếm tỷ lệ 13% số trường hợp tử vong trong năm, thấp hơn nhóm nghi ngờ (40,6%) và nhóm có chẩn đoán xác định (46,4%).

#### Nguyên nhân tử vong theo các đặc điểm dân số

**Bảng 3: Bảng thể hiện nguyên nhân tử vong theo các đặc tính dân số (n=418)**

Nội dung	Nguyên nhân tử vong			p
	Không rõ N(%)	Nghi ngờ N(%)	Xác định N(%)	
<b>Tuổi (TB±ĐLC)</b>	46,3±23,3	66,7±16,3	55,4±22,1	<b>0,002*</b>

<b>Giới tính:</b> Nam	38 (13,2)	113 (39,4)	136 (47,4)	0,726
Nữ	16 (12,2)	57 (43,5)	58 (44,3)	
<b>Người đưa bệnh nhân vào bệnh viện</b>				<0,001
Người nhà	48 (13,5)	158 (44,3)	151 (42,3)	
Khác (Bạn bè/đồng nghiệp)	6 (9,8)	12 (19,7)	43 (70,5)	
<b>Phương tiện đưa bệnh nhân vào viện</b>				0,287
Xe cấp cứu	19 (13,1)	66 (45,5)	60 (41,4)	
Khác	35 (12,8)	104 (38,1)	134 (49,1)	
<b>Nơi bệnh nhân được phát hiện</b>				<0,001
Tại nhà	50 (14,1)	160 (45,1)	145 (40,9)	
Khác (Nơi làm việc, Trên đường...)	4 (6,4)	10 (15,9)	49 (77,8)	
<b>Nơi điều trị ban đầu:</b> Cơ sở y tế	16 (11,8)	49 (36,3)	70 (51,9)	0,303
Khác (Không, Không rõ)	38 (13,44)	121 (42,8)	124 (43,8)	
<b>Tiền căn về bệnh của bệnh nhân:</b> Có	26 (9,1)	138 (48,1)	123 (42,9)	<0,001
Không	10 (17,0)	14 (23,7)	35 (59,3)	
Không rõ	18 (25,0)	18 (25,0)	36 (50,0)	

\*kiểm định hồi quy logistic

Có mối liên quan giữa nguyên nhân tử vong với: tuổi, người đưa bệnh nhân vào bệnh viện, nơi bệnh nhân được phát hiện, tiền căn về bệnh của bệnh nhân.

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa nguyên nhân tử vong với: giới tính, phương tiện đưa bệnh nhân vào bệnh viện, nơi điều trị trước nhập viện,

#### IV. BÀN LUẬN

**Đặc điểm bệnh nhân.** Nhìn chung các đặc điểm nhân số trong nghiên cứu của chúng tôi có nhiều điểm khá tương đồng với các mẫu nghiên cứu của một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Đặng Trúc Lan Trinh và cộng sự[2] năm 2009 và nghiên cứu của Mehtap Gurger năm 2014[7]. Xét ở phương diện người Việt Nam thì các đặc tính nghiên cứu tìm thấy đều khá phù hợp và có thể luận giải cho nhau. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 59 tuổi và nam giới tử

vong nhiều hơn nữ giới. Ở độ tuổi này, nam giới chuẩn bị nghỉ hưu và cũng là năm cuối làm việc theo luật lao động nên đàn ông sẽ có xu hướng chịu nhiều áp lực và ở độ tuổi đó cũng dễ mắc các bệnh mạn tính cũng như trải qua ít nhiều một lần bạo bệnh. Các đối tượng bệnh nhân đa số có bệnh lý kèm theo, được phát hiện tại nhà và được người thân đưa vào khoa cấp cứu, trong đó xe cấp cứu không phải là phương tiện giao thông chủ yếu và cũng như là không nhiều trường hợp được cấp cứu tại một cơ sở y tế khác. Trong khi đó, ở các quốc gia có nền kinh tế phát triển như Thổ Nhĩ Kỳ hoặc Anh thì nam giới ở độ tuổi 45 – 50 là độ tuổi chính mùa trong sự nghiệp, do đó các áp lực từ công việc, gia đình càng đè nặng và dẫn đến nguy cơ tử vong do đột tử cao hơn so với nữ giới.

#### Nguyên nhân tử vong

**Bảng 4. Bảng so sánh tỷ lệ nguyên nhân tử vong theo một số nghiên cứu**

Tác giả, năm	Nguyên nhân tử vong		
	Không rõ	Nghi ngờ	Xác định
Friberg Niklas và cộng sự[6], 2019	71%	//	29%
Mai Xuân Hiền[3], 2018	30%	//	70%
Cầm Bá Thước[1], 2015	12,1%	//	87,9%
Chúng tôi	13%	40,6%	46,4%

//: không xác định

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân tử vong không rõ nguyên nhân chiếm 13%, tương đồng với nghiên cứu Cầm Bá Thước tại Bệnh viện Điều dưỡng – Phục hồi chức năng Trung ương, nhưng có sự khác biệt với kết quả của nhiều nghiên cứu khác. Tử vong không rõ nguyên nhân sẽ còn nhiều vấn đề tranh cãi trong việc xác định nguyên nhân vì điều đó sẽ phụ thuộc vào năng lực của người bác sĩ, của cơ sở y tế. Bên cạnh đó, một số nghiên cứu đã loại hoặc cộng dồn các trường hợp vẫn còn tranh luận

trong kết luận tử vong khi còn để cập chữ “nghi ngờ”. Điều này cũng khá nhạy cảm khi trong khoảng thời gian xử trí gấp gáp, xử trí cho nhiều bệnh nhân và các kết quả cận lâm sàng chưa được thực hiện thì bệnh nhân đã tử vong; do đó dù các dấu hiệu lâm sàng cho thể giúp bác sĩ xác định được đến hơn 60% nguyên nhân tử vong nhưng vẫn cần các dấu hiệu cận lâm sàng để việc kết luận đầy đủ, rõ ràng hơn.

**Các yếu tố liên quan.** Việc xác định nguyên nhân tử vong không có sự khác biệt giữa giới

tính nam và nữ nhưng lại có sự khác biệt ở các lứa tuổi khác nhau. Số lượng bệnh nhân tử vong không rõ thường ở nhóm tuổi trẻ hơn so với nhóm nghi ngờ và xác định, điều này có thể giải thích là do lứa trẻ hơn thì chưa có quan tâm đến sức khỏe bằng việc đi khám sức khỏe định kỳ và điều này phù hợp với việc tỷ lệ nhóm này có tỷ lệ có tiền căn về bệnh thấp (9,1%). Việc xác định nguyên nhân tử vong ở người trẻ cũng sẽ khó khăn hơn so với người già khi cũng khó khai thác được thông tin tiền sử từ người thân.

Nơi bệnh nhân được phát hiện đưa đến bệnh viện là tại nhà và gấp đôi so với nơi khác ở nhóm tử vong không rõ nguyên nhân và nhóm nghi ngờ. Điều này khá phù hợp với khung giờ xuất hiện bệnh nhân cấp cứu khi tử sau 17 giờ (sau giờ hành chính) thì số lượng bệnh nhân tử vong xuất hiện tại khoa cấp cứu nhiều hơn so với thời gian trong khung giờ hành chính. Việc tuổi trung bình dao động trong mức trung bình 59 tuổi cũng có thể góp phần luận giải đặc điểm này khi người bệnh sẽ có xu hướng ở nhà nhiều hơn là dành thời gian cho các hoạt động bên ngoài.

Nhóm tử vong có nguyên nhân nghi ngờ và không rõ có tỷ lệ người nhà đưa vào bệnh viện thấp hơn so với nhóm khác. Điều này có thể lý giải phần nào tỷ lệ khai thác tiền căn của bệnh nhân thấp và dẫn đến bệnh nhân tử vong không xác định được nguyên nhân.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân tử vong không rõ nguyên nhân chiếm 13%, nhóm có chẩn đoán nghi ngờ (40,6%) và nhóm có chẩn đoán xác định

(46,4%). Việc xác định nguyên nhân tử vong có mối liên quan với việc các thông tin khai thác từ bệnh nhân tuổi của bệnh nhân, người đưa bệnh nhân vào bệnh viện, nơi phát hiện bệnh nhân trước nhập viện và tiền căn của bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cầm Bá Thúc (2015).** Tình hình tử vong tại Bệnh viện Điều dưỡng – Phục hồi chức năng Trung ương từ năm 2009 đến năm 2014. Bệnh viện Điều dưỡng – Phục hồi chức năng Trung ương: Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở.
2. **Đặng Trúc Lan Trinh, Trần Thị Uyên Linh, et al (2009).** Nhận xét đặc điểm các trường hợp ngưng tim ngoài bệnh viện, hồi sức không thành công tại khoa Cấp cứu bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 02/2008 - 12/2008. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 13(6):311-8.
3. **Mai Xuân Hiên, Bùi Văn Mạnh, et al (2018).** Đánh giá tình hình tử vong trước viện trong 5 năm (từ năm 2013 đến năm 2017) tại bệnh viện Quân Y 103. Tạp chí Dược học Quân sự. 9(4):64-8.
4. **Alexander K Rowe (2006).** Analysis of deaths with an unknown cause in epidemiologic analyses of mortality burden. Trop Med Int Health. 11(4): 540-50.
5. **Burkholder TW, Hill K, et al (2019).** Developing emergency care systems: a human rights-based approach. Bull World Health Organ. 97(9):612-9.
6. **Friberg N, Ljungberg O, et al (2019).** Cause of death and significant disease found at autopsy. Virchows Archiv. 475(6):781-8.
7. **Gurger M, Turkoglu A, et al (2014).** Sudden Suspected Death in Emergency Department: Autopsy Results. Turkish Journal of Emergency Medicine. 14(3):115-20.
8. **Shoenberger JM, Yeghiazarian S, et al (2013).** Death notification in the emergency department: survivors and physicians. West J Emerg Med. 14(2):181-5.

## PHÂN TÍCH TÌNH HÌNH KÊ ĐƠN THUỐC CHO NGƯỜI CAO TUỔI BẰNG TIÊU CHUẨN BEERS, TIÊU CHUẨN STOPP/START THÔNG QUA HOẠT ĐỘNG DƯỢC LÂM SÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN NGHI LỘC

Nguyễn Thị Nhung<sup>1</sup>, Hoàng Thị Kim Huyền<sup>2</sup>, Trần Thị Anh Tho<sup>3</sup>,  
Nguyễn Ngọc Hoà<sup>4</sup>, Nguyễn Hữu Thọ<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Bệnh viện đa khoa Nghi Lộc

<sup>2</sup>Trường Đại học Dược Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y khoa Vinh

<sup>4</sup>Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Nhung

Email: nhungnguyendkh@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2022

Ngày duyệt bài: 2.6.2022

**Mục tiêu:** Phân tích các kê đơn có khả năng không phù hợp trên người cao tuổi theo tiêu chuẩn Beers 2019 và tiêu chuẩn STOPP/START phiên bản 2 tại Bệnh viện đa khoa Nghi Lộc. Khảo sát mối liên quan giữa các thuốc có khả năng không phù hợp (PIM) và các biến cố bất lợi của thuốc (ADE). **Phương pháp:** Nghiên cứu (NC) quan sát, tiền cứu. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân (BN) ≥ 65 tuổi vào 05 khoa Bệnh viện đa khoa Nghi Lộc. **Kết quả:** Có 255 BN, tỷ lệ gặp PIM theo Beers và STOPP lần lượt là 45,49% và 48,63%; tỷ lệ gặp thuốc khả năng bị bỏ sót (PPO) theo START là 28,63%. PIM hay gặp là