

ISSN 2354-0613

TẠP CHÍ

Y HỌC CỘNG ĐỒNG

VIETNAM JOURNAL OF COMMUNITY MEDICINE



HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN LẦN THỨ 6
BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC



Y HỌC
CỘNG ĐỒNG

Vol. 64, Special Issue 9, 2023

NHÀ TÀI TRỢ KIM CƯƠNG



NHÀ TÀI TRỢ VÀNG



NHÀ TÀI TRỢ BẠC



NHÀ TÀI TRỢ ĐỒNG



ĐỒNG TÀI TRỢ



Vol. 64, Special Issue 9, 2023

VIỆN SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG



Editor-in-Chief

Le Bach Quang - Vietnam Institute of Community Health

Deputy Editor-in-Chief

Tran Quoc Thang - Vietnam Institute of Community Health

Advisory Editorial Board

Pham Thanh Ky - Hanoi University of Pharmacy, Vietnam	Do Tat Cuong - Vin University, Vietnam
Dao Van Dung - Vietnam Institute of Community Health	Dang Tuan Dat - Buon Ma Thuot University, Vietnam
Pham Ngoc Dinh - National Institute of Hygiene and Epidemiology, Vietnam	Pham Van Thuc - Hai Phong University of Medicine and Pharmacy, Vietnam
Hoang Nang Trong - Thai Binh University of Medicine and Pharmacy, Vietnam	Luong Xuan Hien - Thai Binh University of Medicine and Pharmacy, Vietnam
Le Gia Vinh - Vietnam Medical Association	Nguyen Duc Trong - Thang Long University

Editors

Pham Ngoc Chau - Vietnam Institute of Community Health	Nguyen Xuan Bai - Thai Binh University of Medicine and Pharmacy, Vietnam
Nguyen Ngoc Chau - 108 Military Central Hospital, Vietnam, Vietnam Military Medical University	Nguyen Sinh Hien - Hanoi Heart Hospital, Vietnam
Vu Binh Duong - Vietnam Military Medical University	Vu Van Du - National Hospital of Obstetrics and Gynecology, Vietnam
Pham Van Dung - Thong Nhat General Hospital, Dong Nai, Vietnam	Thai Doan Ky - 108 Military Central Hospital, Vietnam
Tran Van Huong - Thang Long University, Vietnam	Dinh Ngoc Sy - Vietnam Medical Association
Dang Duc Nhu - Ministry of Health, Vietnam	Le Dinh Thanh - Thong Nhat Hospital, Vietnam
Phan Van Tuong - Hanoi University of Public Health, Vietnam	Nguyen Linh Toan - Vietnam Military Medical University
Ngo Van Toan - Hanoi Medical University, Vietnam	Nguyen Ngo Quang - Ministry of Health, Vietnam
Nguyen Anh Tuan - Vietnam Military Medical University	Do Van Minh - Hanoi Medical University, Vietnam
Pham Trung Kien - University of Medicine and Pharmacy - Vietnam National University, Hanoi	Nguyen Thanh Chung - National Institute of Hygiene and Epidemiology, Vietnam
Pham Van Thao - Vietnam Institute of Community Health	Cao Ba Loi - National Institute of Malariology, Parasitology and Entomology, Vietnam
Nguyen Van Ba - Vietnam Military Medical University	

Secretary

Nguyen Van Chuyen - Vietnam Military Medical University	Dao Thi Mai Huong - National Children’s Hospital, Vietnam
Nguyen Thai Duc - Ministry of Health, Vietnam	Ngo Thi Tam - Dai Nam University, Vietnam
Pham The Thach - Bach Mai Hospital, Vietnam	Phan Hai - Vietnam National University, Hanoi, Vietnam

Email: tapchihcd@gmail.com Telephone: (+84) 24 3762 1898

Publication Information

The Vietnam Journal of Community Medicine (VJCM) is a fully open access journal publishing double-blinded peer-reviewed publication, which offers the Original Articles, Review Article, Case Report, and Short Communication dealing with: preventive medicine, health manpower, disease prevention, health care services, health promotion, and health insurance programs. VJCM publishes bimonthly by the Institute of Community Health. As a fully open access publication, the journal will provide maximum exposure for published articles, making the research available to all to read and share. A corresponding print version is also available. Any suitable manuscript followed the journal’s scope and author guideline will be undergone double-blinded peer-reviewed by at least one independent expert in the field. The Handling Associate Editors make an editorial decision, which is subject to endorsement by the Editor-in-Chief. Further Information is available through the journal website: <https://tapchihcd.vn>

Publication Permit No. 229/GP-BTTTT issued on June 19, 2013. Printed at Tan Hue Hoa Printing House, Phuc Dien ward, Bac Tu Liem district, Hanoi, Vietnam. Legal Deposit: October 2023

GENERAL

Types of article

Contributions falling into the following categories will be considered for publication: Overview Paper, Research Paper and Case Report.

Submission checklist

One author has been designated as the corresponding author with contact details: E-mail address, mobile phone number, full postal address. All necessary files concerning to the manuscript have been uploaded: Include keywords, all figures (include relevant captions), all tables (including titles, description, footnotes, ensure all figure and table citations in the text match the files provided. Further considerations: Manuscript has been “spell checked” and “grammar checked”; all references mentioned in the Reference List are cited in the text. Referee suggestions and contact details provided, based on journal requirements

Submission

Our online submission system guides you stepwise through the process of entering your article details and uploading your files. Editable files (e.g., Word, LaTeX) are required to typeset your article for final publication. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, is sent by e-mail. Please submit your article via <https://tapchihcd.vn/index.php/yhcd/login>

PREPARATION

Double-blind review

To facilitate the double-blind review, please include the following separately. Blinded manuscript: This is the manuscript without author details. It should not include any identifying information, such as the authors' names, affiliations, acknowledgements and any Declaration of Interest statement, and a complete address for the corresponding author including an e-mail address. Full manuscript: This is the manuscript with author details.

Essential title page information

- **Title.** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.
- **Author names and affiliations.** Please clearly indicate the given name(s) and family name(s) of each author. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lower-case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author.
- **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. This responsibility includes answering any future queries about Methodology and Materials.

Abstract

A concise and factual abstract is required. A brief structured abstract of the paper with the headings **Background/Purpose, Methods, Results and Conclusions** should precede the body of the paper, to run no more than 300 words is required for articles written in Vietnamese.

Keywords

Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords, and avoiding general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, “and”, “of”).

References style

Text: Indicate references by number(s) in square brackets in line with the text. The actual authors can be referred to, but the reference number(s) must always be given. Example: “... as demonstrated [3,6]. Barnaby and Jones [8] obtained a different result”.

List: Number the references (numbers in square brackets) in the list in the order in which they appear in the text.

Examples:

Journal article, one author:

[1] Huong LTM, Overview of primary immunology, Journal of Community Medicine, 2018; 2(6): 3-10.

Journal article, two or three authors:

[2] Hoa NTM, Le NNQ, Huong LTM, Food allergy in asthmatic children, Journal of Community Medicine, 2018; 2(6): 37-43.

Journal article, more than three authors:

[3] Huong LTT, Ha TT, Huong LTM et al., Desensitization for allergy reaction to Epotosid at the NHP., Journal of Community Medicine, 2018; 2(6): 32-36.

Journal article, in press

[4] Viet PT, Disease Model in Preterm Newborns at the Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2019. (in press)

Complete book

[5] Khanh NC, Tra LN, Nhan NT et al., Textbook of Medicine. Medical Publishing House, 2016.

Chapter of book

[6] Van TTH, Infectious diseases prevention: Textbook of Medicine, Medical Publishing House, 2016; p. 13-42.

Paper presented at a meeting

[7] Dung VC, Genotype and phenotype of 101 Vietnamese Patients with Congenital Hyperinsulinism. Presented at the 9th Conference of Asia Pacific Pediatric Endocrinology Society in Tokyo, Japan, 2016.



Chuyên Nghiệp - Tận Tâm - Vươn Tâm Chất Lượng

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN LẦN THỨ 6 BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC

HỘI ĐỒNG KHOA HỌC

CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG

GS.TS. ĐẶNG VĂN PHƯỚC

PHÓ CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG

**TS.BS. VŨ TRÍ THANH
BSCKII. HOÀNG VĂN DŨNG**

ỦY VIÊN

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| 1. PGS.TS. ĐỖ VĂN DŨNG | 6. PGS.TS.BS. PHẠM THỌ TUẤN ANH |
| 2. PGS.TS.BS. TRẦN QUYẾT TIẾN | 7. TS.BS. NGUYỄN VĨNH THỐNG |
| 3. PGS.TS. PHẠM VĂN BÙI | 8. PGS.TS. NGUYỄN VĂN CHINH |
| 4. TS.BSCKII. PHẠM HỮU VĂN | 9. PGS.TS. TRẦN THIÊN THUẦN |
| 5. PGS.TS.BS. NGUYỄN HOÀI NAM | |

BAN THƯ KÝ

**THS.BSCKII. NGUYỄN XUÂN CHI
THS. NGUYỄN VÕ MINH HOÀNG**

LỜI NÓI ĐẦU

Kính thưa Quý đồng nghiệp và Quý độc giả,

Trong những năm qua, Bệnh viện thành phố Thủ Đức đã không ngừng học hỏi, cải tiến chất lượng và tự khẳng định mình trong công tác khám chữa bệnh cho người dân không những trên địa bàn và khu vực Đông Bắc TP. Hồ Chí Minh mà là điểm đến khám chữa bệnh đáng tin cậy của người dân trên cả nước. Có được kết quả như ngày hôm nay, đó là sự đoàn kết và phấn đấu không mệt mỏi của tập thể cán bộ viên chức Bệnh viện. Bên cạnh những bước đi của Bệnh viện là sự động viên, giúp đỡ quý báu của các Nhà khoa học đầu ngành trong nước và quốc tế; sự giúp đỡ của Quý đồng nghiệp trong và ngoài nước về đào tạo và nghiên cứu khoa học. Tập thể cán bộ viên chức của Bệnh viện luôn tích cực nghiên cứu khoa học, sáng tạo trong công tác để những kết quả nghiên cứu khoa học có giá trị cao, ứng dụng vào thực tiễn trong công tác chăm sóc, bảo vệ sức khỏe nhân dân, góp phần cho sự phát triển bền vững của Bệnh viện hôm nay và mãi về sau.

Hội nghị Khoa học thường niên Bệnh viện thành phố Thủ Đức lần thứ 6 được tổ chức vào ngày 26 tháng 10 năm 2023, là hoạt động rất quan trọng của Bệnh viện. Đây là dịp để các Nhà khoa học, các y bác sĩ của Bệnh viện chia sẻ kinh nghiệm nhằm nâng cao kiến thức, trình độ chuyên môn để công tác khám chữa bệnh ngày càng chuyên sâu, chất lượng. Hội nghị có sự tham dự của các nhà khoa học đầu ngành trong và ngoài nước, đó là những Giáo sư, Phó Giáo sư, Tiến sĩ đã, đang và sẽ tiếp tục giúp đỡ cho sự phát triển của Bệnh viện cùng với quý đồng nghiệp đến từ các tỉnh, thành trong cả nước.

Tại Hội nghị lần này, Tạp chí Y học Cộng đồng sẽ đăng tải toàn văn các bài tham luận tổng quan, nghiên cứu khoa học, tóm tắt nghiên cứu để tạo thuận lợi cho việc tham khảo và học tập. Trân trọng giới thiệu đến Quý đồng nghiệp, độc giả và mong nhận được những đóng góp phản hồi quý báu để Bệnh viện tiếp tục hoàn thiện trong những lần tổ chức tiếp theo./.

TM. BAN TỔ CHỨC HỘI NGHỊ

P. GIÁM ĐỐC

TS.BS. VŨ TRÍ THANH

CONTENTS

1. Lựa chọn các biện pháp can thiệp nhằm cải thiện tuân thủ điều trị ở người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	1
Selection of interventional methods to improve treatment adherence in people with chronic obstructive pulmonary disease	
<i>Nguyễn Thị Thu Triều, Nguyễn Thị Yến Hoài, Trần Văn Long, Nguyễn Thị Anh Phương</i>	
2. Yếu tố dự báo rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn	9
Predicting factors of heart arrhythm in patients with permanent heart pacemaker	
<i>Vũ Trí Thanh, Lê Duy Lạc, Phạm Hữu Văn</i>	
3. Kết quả quản lý văn hoá an toàn người bệnh và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức	16
The patient safety culture at Thu Duc city Hospital	
<i>Nguyễn Văn Tập, Nguyễn Chí Huynh, Nguyễn Võ Minh Hoàng</i>	
4. So sánh hiệu quả và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến xét nghiệm hoà hợp có sử dụng kháng globulin người trên Gel-Card	23
Anti-human globulin crossmatch on Gel-Card and some related factors	
<i>Nguyễn Thị Hoài Thu, Nguyễn Thị Quỳnh Nga, Trần Thị Tư</i>	
5. Tỷ lệ bệnh không lây và các yếu tố liên quan trên người bệnh HIV/AIDS đang điều trị tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức	30
Prevalence of non-communicable disease among undertreatment HIV/AIDS patients at Thu Duc city Hospital and associated factors	
<i>Nguyễn Thị Bích Uyên, Trần Nguyễn Ái Thanh, Phan Thị Hoài Yến, Vũ Trí Thanh</i>	
6. Đánh giá hiệu quả của phác đồ Ledipasvir phối hợp Sofosbuvir trong đáp ứng sinh hóa và xơ hóa ở người bệnh viêm gan C mạn kiểu Gen 6 tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức	39
Evaluate the effectiveness of Sofosbuvir combination Ledipasvir regimen on biochemical and fibrosis regression in patients with genotype 6 chronic hepatitis c virus at Thu Duc city Hospital	
<i>Trần Nguyễn Ái Thanh, Nguyễn Thị Bích Uyên, Nguyễn Hoàng Anh Vũ, Dương Kim Ngân, Vũ Trí Thanh</i>	
7. Thực trạng tư vấn nhập viện điều trị của bác sĩ cho người bệnh và một số yếu tố ảnh hưởng tại khoa ngoại lồng ngực – mạch máu Bệnh viện thành phố Thủ Đức năm 2022	47
The current status of doctors' treatment consultations for patients and some influencing factors at the department of thoracic and vascular surgery of Thu Duc city Hospital in 2022	
<i>Nguyễn Đình Thìn, Nguyễn Thị Bích Phương, Hồ Thị Hoài, Nguyễn Ngọc Tín</i>	
8. Áp lực học tập và mối liên quan với lo âu ở học sinh trung học phổ thông thành phố Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh	54
Academic pressure and its association with anxiety among high school students in Thu Duc city, Ho Chi Minh city	
<i>Nguyễn Hoàng Anh Vũ, Vương Nguyễn Toàn Thiện, Phan Thị Hoài Yến, Trần Phan Diệu Anh</i>	
9. Tổng quan về một số xét nghiệm mới trong chẩn đoán lao kháng thuốc	65
Overview of some new tests for the diagnosis of drug-resistant tuberculosis	
<i>Trương Thị Bích Phương</i>	

10. Tỷ lệ bú sữa mẹ hoàn toàn trong 24 giờ sau sinh và một số yếu tố liên quan tại khoa Sản, Bệnh viện thành phố Thủ Đức	75
The proportion of exclusive breastfeeding in 24 hours after birth and some related factors at the Department of Obstetrics and Gynecology, Thu Duc city Hospital <i>Nguyễn Thị Ngọc Bích, Đinh Văn Quỳnh, Vũ Thị Kim Chi</i>	
11. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn	82
The clinical, subclinical characteristics and treatment results of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease complicated with infection <i>Lê Thị Minh Hiền, Đỗ Thái Phương, Trần Ngọc Anh, Nghiêm Chí Cương</i>	
12. Khảo sát tính kháng kháng sinh của Escherichia Coli và Klebsiella Pneumoniae gây nhiễm trùng tiết niệu tại Bệnh viện C Đà Nẵng	90
Survey the antibiotic resistance of Escherichia Coli and Klebsiella Pneumoniae causing urinary tract infections at Da Nang C Hospital <i>Trương Thị Thu Sương, Nguyễn Thị Đoan Trinh</i>	
13. Tỷ lệ thiếu máu và đặc điểm chỉ số huyết học trên người bệnh lao phổi tại Bệnh viện Phổi Đà Nẵng	98
Prevalence of anemia and hematological characteristics in patients with pulmonary tuberculosis at Da Nang Lung Hospital <i>Nguyễn Thị Minh Nguyệt, Nguyễn Thị Quỳnh Nga</i>	
14. Đánh giá kết quả sinh thiết tổn thương dạng u tại phổi dưới hướng dẫn chụp cắt lớp vi tính sau 5 năm thực hiện tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức	107
Evaluate the result of computed tomography guided transthoracic needle biopsy in approaching lung tumor after 5 years of performance at Thu Duc city Hospital <i>Nguyễn Bá Tùng, Lê Hoàng Hải, Lê Hương Ly, Vũ Trí Thanh, Nguyễn Hoàng Anh Vũ</i>	
15. Nghiên cứu giá trị và độ an toàn của siêu âm nội soi và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ trong chẩn đoán ung thư tụy	115
Research for the value and safety of endoscopic ultrasound and endoscopic ultrasound fine-needle aspiration (EUS-FNA) in the diagnosis of pancreatic cancer <i>Lương Việt Thắng, Đặng Nguyễn Ngọc Hải</i>	
16. Nghiên cứu tình hình nhiễm Human Papillomavirus ở người bệnh có u nhú sinh dục tại Bệnh viện Da liễu Đà Nẵng	124
Research on human papillomavirus infection in patient genital papillomas at Da Nang Dermato-Venereology Hospital <i>Nguyễn Huy Hoàng, Trần Thị Ngọc Thảo, Nguyễn Thị Đoan Trinh, Hoàng Thị Minh Hòa</i>	
17. Mối liên quan giữa nồng độ C-reactive protein huyết tương với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở đợt cấp bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn	132
The correlation between C-reactive protein and clinical, subclinical characteristics of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease complicated with infection <i>Ngô Vũ Thùy Trang, Lê Thị Minh Hiền, Đỗ Thái Phương, Nguyễn Anh Thư, Nguyễn Thu Trang</i>	
18. Vai trò của siêu âm đánh dấu mô cơ tim trong đánh giá sớm bất thường chức năng nhĩ trái ở bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2	139
Early identification of left atrial functional abnormalities by two-dimensional speckle tracking echocardiography in patients with type 2 diabetes mellitus <i>Đặng Nguyễn Ngọc Hải, Lương Việt Thắng</i>	
19. Stress ở sinh viên đại học năm thứ nhất tại thành phố Hồ Chí Minh và các yếu tố liên quan	146
Stress at first year university students in Ho Chi Minh city and associated factors <i>Nguyễn Huỳnh Thái Dương, Phạm Văn Sỹ, Phan Thị Hoài Yến, Nguyễn Hoàng Anh Vũ, Phan Thị Thanh Hương</i>	

20.	Đánh giá hiệu quả hoạt động công tác xã hội trong việc hỗ trợ người bệnh tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức	154
	Assessment of the efficiency of social work activities in supporting the patients at Thu Duc city Hospital <i>Nguyễn Thị Mỹ Châu, Ngô Thị Ngọc Ánh</i>	
21.	Đánh giá sự hài lòng người bệnh về chất lượng dịch vụ cung cấp suất ăn tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức năm 2022	167
	Evaluating patient satisfaction with the quality of meal provision at Thu Duc city Hospital in 2022 <i>Nguyễn Thị Cẩm Nhung, Huỳnh Mỹ Thư, Trần Thị Bích Bo</i>	
22.	Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phục hồi răng vĩnh viễn trước trên bằng dán sứ Emax trên bệnh nhân tại Bệnh viện huyện Củ Chi tp. Hồ Chí Minh 2022 - 2023	175
	Results of permanent restoration of anterior upper jaw teeth using Emax porcelain veneers on patients at Cu Chi Hospital, Ho Chi Minh city, 2022 - 2023 <i>Phạm Văn Nôi, Trương Nhựt Khuê</i>	
23.	Mối liên quan giữa nồng độ Acid Uric và một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân tiền sản giật	181
	The correlation between Uric Acid with the characteristics of clinical, subclinical in pre-eclampsia <i>Nguyễn Anh Thư, Lê Thị Minh Hiền, Đỗ Thái Phương, Phạm Thị Thanh Thủy, Ngô Vũ Thùy Trang</i>	
24.	Thực trạng stress liên quan đến công việc, sự hài lòng về công việc, khả năng bỏ việc ở điều dưỡng tại một số cơ sở y tế khu vực phía Bắc	189
	The status of works-related stress, job satisfaction, turnover intention among nurses in some healthcare facilities in the Northern areas <i>Đỗ Thị Lệ Hằng, Hoàng Minh Hương, Ngô Xuân Long</i>	
25.	Nghiên cứu nguy cơ biến cố tim mạch lớn ở bệnh nhân đau ngực bằng thang điểm HEART	194
	Researching the risk of major adverse cardiac events in patients with chest pain using the HEART score <i>Nguyễn Thị Hoài Thương, Trần Thị Diễm Lệ, Đoàn Phạm Phước Long</i>	
26.	Mối liên quan giữa các yếu tố từ phía người chồng và trầm cảm ở phụ nữ thai nghén có nguy cơ cao đang điều trị tại Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng	203
	The association between the influence of the husband and depression in high-risk pregnant women treated at Da Nang Hospital for Women and Children <i>Dương Thị Kim Hoa, Võ Văn Thắng</i>	
27.	Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư điều trị tại khoa Ung bướu, Bệnh viện trường Đại học Y - Dược Huế	209
	Quality of life and associated factors among cancer patients receiving treatment at the Oncology department, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital <i>Nguyễn Thị Thúy Hằng, Nguyễn Thị Minh Hòa, Nguyễn Thị Hương, Võ Minh Hoàng, Phan Thị Thùy Linh, Vũ Thị Cúc, Đoàn Phước Thuộc</i>	
28.	Đặc điểm các xét nghiệm đông máu ở người bệnh Covid-19 tại thành phố Thủ Đức và giá trị tiên lượng tử vong	217
	Characteristics of coagulation index among Covid-19 patients in Thu Duc city and the mortality prognostic validity <i>Vũ Trí Thanh, Nguyễn Thị Bích Uyên, Trần Nguyễn Ái Thanh, Nguyễn Hoàng Anh Vũ</i>	
29.	Điều trị gãy mặt khớp mâm chày và tổn thương dây chằng khớp gối bằng nội soi: Báo cáo case lâm sàng	227
	Arthroscopic management of tibial plateau articular fractures and ligaments injury: Case report <i>Phạm Đình Thế, Lê Hoàng Văn Hải</i>	

30. Tình trạng kiệt sức của bác sĩ tại bệnh viện tuyến cơ sở: Tỷ lệ và yếu tố liên quan	237
The condition of burnout in doctors at cottage hospital: The ratio and related factors	
<i>Nguyễn Vũ Quỳnh Hoa, Võ Thành Liêm</i>	
31. Độ tin cậy và tính giá trị của bộ câu hỏi khảo sát sự hài lòng ở người bệnh cao tuổi tại phòng khám bác sĩ gia đình Bệnh viện Lê Văn Thịnh	245
Reliability and validity of the satisfaction survey questions in elderly out-patients at the family doctor clinic of the Le Van Thinh Hospital	
<i>Nguyễn Thị Bích Ngọc, Nguyễn Thanh Hiệp, Phạm Lê An, Trần Văn Khanh, Nguyễn Trần Ái Uyên</i>	
32. Kết quả điều trị gãy xương thuyền ít di lệch bằng vít rỗng không đầu nén ép xuyên qua da	254
The result of treatment little displacement scaphoid fracture by using cannulated cancellous screw compressed through skin	
<i>Tiêu Hiếu, Nguyễn Vinh Thống, Lê Hoàng Văn Hải, Nguyễn Xuân Dũng</i>	
33. Báo cáo trường hợp lâm sàng điều trị mũ màng phổi trên bệnh nhân rò khí phế quản sau cắt toàn bộ phổi	261
Clinical case report of pleural effusion on tracheobronchial fistula patient after lung removal	
<i>Vũ Trí Thanh, Nguyễn Kim Anh, Phan Thanh Thái, Phạm Xuân Vinh, Bùi Ngọc Huy</i>	
34. Khảo sát đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ đứt dây chằng chéo trước tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2019 – 2020	273
Survey of clinical characteristics and magnetic resonance images of anterior cruciate ligament rupture at Cho Ray Hospital in 2019 – 2020	
<i>Nguyễn Tuấn Cảnh, Ngô Huỳnh Như Phúc, Hoàng Thị Vân Khánh, Nguyễn Thị Quỳnh Mi, Quách Thiện Đức, Trần Đỗ Thanh Phong, Nguyễn Văn Út</i>	
35. Kết quả phẫu thuật cắt gan theo Tôn Thất Tùng điều trị ung thư gan (HCC)	279
Outcomes of liver resection by the Ton That Tung method to treat liver cancer (HCC)	
<i>Huỳnh Thanh Long, Nguyễn Mạnh Khiêm, Huỳnh Nhất Cao Nhân</i>	
36. Thực trạng tuân thủ quy trình giai đoạn trước xét nghiệm máu tại Viện Y dược học Dân tộc tp. Hồ Chí Minh năm 2023	286
Status of compliance with procedures before blood test and some factors affecting Traditional Medicine Institute in Ho Chi Minh city in 2023	
<i>Châu Nguyễn Phương Thảo, Phan Văn Tường, Huỳnh Nguyễn Lộc</i>	
37. Sự hài lòng của khách hàng sử dụng dịch vụ tại Hệ thống phòng khám thẩm mỹ Hoàng Tuấn năm 2023	295
Satisfaction of customers using services at Hoang Tuan Cosmetic Clinic System in 2023	
<i>Trần Quốc Thắng, Nguyễn Hoài Nam, Đào Văn Dũng, Trần Thị Lý</i>	

SELECTION OF INTERVENTIONAL METHODS TO IMPROVE TREATMENT ADHERENCE IN PEOPLE WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Nguyen Thi Thu Trieu^{1,2*}, Nguyen Thi Yen Hoai²,
Tran Van Long¹, Nguyen Thi Anh Phuong³

¹Nam Dinh University of Nursing - 257 Han Thuyen, Vi Xuyen, Nam Dinh city, Nam Dinh, Vietnam

²Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy - 99 Hung Vuong, Hai Chau District, Da Nang city, Vietnam

³Hue University of Medicine and Pharmacy - 6 Ngo Quyen, Vinh Ninh, Hue City, Thua Thien Hue, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 10/08/2023; Accepted: 11/09/2023

ABSTRACT

Objectives: This study aims to select interventions to improve treatment adherence in patients with COPD in outpatient facilities.

Methods: The research used the Delphi method incorporates with a systematic review. Accordingly, a systematic review to identify the interventions used from the studies was published through 4 databases, including: Medline, Cochrane, PubMed, and Google Scholar. Then, 15 respiratory specialists evaluated the interventions through 3 continuously rounds according to 3 criteria: feasibility, sustainability, and applicability to clinical implementation.

Results: Of the 156 articles that were retrieved in the literature search, five systematic reviews were included. A total of 30 interventions were selected for evaluation by 15 experts. The consensus after three Delphi rounds was reached included 16 interventions, of which nine were classified as educational, two as behavioral, and five related to other aspects of concern.

Conclusion: Interventions were selected according to a comprehensive and standardized approach, which can be used to improve treatment adherence in patients with COPD.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, interventional method, treatment adherence.

*Corresponding author

Email address: nguyenthutrieu@dhktyduocdn.edu.vn

Phone number: (+84) 932522805

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



LỰA CHỌN CÁC BIỆN PHÁP CAN THIỆP NHẪM CẢI THIỆN TUẦN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở NGƯỜI BỆNH MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Nguyễn Thị Thu Triều^{1,2*}, Nguyễn Thị Yên Hoài²,
Trần Văn Long¹, Nguyễn Thị Anh Phương³

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định - 257 Hàn Thuyên, Vị Xuyên, TP. Nam Định, Nam Định, Việt Nam

²Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng - 99 Hùng Vương, quận Hải Châu, TP. Đà Nẵng, Việt Nam

³Trường Đại học Y - Dược Huế - 6 Ngô Quyền, Vinh Ninh, Thành phố Huế, Thừa Thiên Huế, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 10/08/2023; Ngày duyệt đăng: 11/09/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá và lựa chọn các biện pháp can thiệp có tính khả thi, tính bền vững và khả năng áp dụng trên lâm sàng giúp cải thiện mức độ tuân thủ điều trị ở người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) đang điều trị ngoại trú tại các cơ sở y tế.

Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp Delphi kết hợp tổng quan hệ thống. Theo đó, tổng quan hệ thống nhằm xác định các can thiệp được sử dụng từ các nghiên cứu tổng quan được tìm thấy thông qua 4 cơ sở dữ liệu, bao gồm: Medline, Cochrane, PubMed và Google Scholar. Sau đó, 15 chuyên gia Nội hô hấp đánh giá các can thiệp trong 3 vòng đánh giá liên tục dựa trên 3 tiêu chí gồm: tính khả thi, tính bền vững và khả năng ứng dụng vào thực hiện lâm sàng.

Kết quả: Trong số 156 bài báo được tìm thấy, có 5 bài tổng quan hệ thống với 30 can thiệp đã được lựa chọn để đưa vào vòng đánh giá bởi các chuyên gia. Bên cạnh đó, sau ba vòng đánh giá dựa trên phương pháp Delphi, nghiên cứu đã thu được 16 biện pháp can thiệp đảm bảo tính khả thi, tính bền vững và khả năng ứng dụng. Trong đó có 9 can thiệp được phân loại là can thiệp giáo dục, 2 can thiệp hành vi, và 5 can thiệp liên quan đến các khía cạnh khác cần quan tâm.

Kết luận: Các can thiệp được lựa chọn theo cách tiếp cận toàn diện và chuẩn hóa, có thể sử dụng trên thực tế lâm sàng nhằm cải thiện mức độ tuân thủ điều trị ở người bệnh mắc BPTNMT.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, phương pháp can thiệp, tuân thủ điều trị.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo năm 2020 của tổ chức GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), mỗi năm trên thế giới có khoảng 3 triệu người tử vong liên quan đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT), thêm vào đó, tỷ lệ tử vong do BPTNMT tăng cao tại các nước phát triển được xác định bởi một số nguyên nhân chính như: hút thuốc lá, lớn tuổi, môi trường sống.

Dự báo đến năm 2060 thế giới sẽ có khoảng 5,4 triệu người chết liên quan tới BPTNMT [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ BPTNMT trong cộng đồng dân cư từ 40 tuổi trở lên chiếm 4,2%, và ước tính có khoảng 1,3 triệu người mắc BPTNMT cần được chẩn đoán và điều trị [2].

Người mắc BPTNMT thường đến các cơ sở y tế khám chữa bệnh trong giai đoạn muộn, khi tình trạng tắc nghẽn đã nặng nên việc điều trị thường gặp nhiều khó

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenthutrieu@dhktyduocdn.edu.vn

Điện thoại: (+84) 932522805

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

khăn, tốn kém và tỉ lệ tử vong cao. Hiện nay BPTN-MT chưa thể chữa khỏi hoàn toàn, tuy nhiên nếu được điều trị sớm, người bệnh tuân thủ điều trị có thể làm giảm triệu chứng bệnh, làm chậm quá trình tổn thương ở phổi, từ đó giúp cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh [1]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc tuân thủ điều trị đối với các bệnh lý mạn tính trong thời gian dài là không tối ưu trong môi trường thực tế [3]. Theo đó, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) ước tính rằng chỉ có khoảng 50% người bệnh tuân thủ đúng liệu pháp điều trị [3]. Việc tuân thủ điều trị kém trong BPTNMT có tác động xấu lên diễn biến bệnh và tạo gánh nặng chi phí điều trị cho chính người bệnh và gia đình họ [1]. Do đó, các can thiệp nhằm cải thiện mức độ tuân thủ điều trị của người mắc BPTNMT cần được thiết kế hoặc điều chỉnh để phù hợp với đặc điểm của người bệnh. Trong khi đó, các nghiên cứu gần đây cũng cho thấy rằng các biện pháp can thiệp đơn lẻ ít có hiệu quả trong việc cải thiện tuân thủ điều trị ở người bệnh mạn tính [4]. Ngoài ra, hiện tại chúng tôi chỉ tìm thấy các tổng quan hệ thống thực hiện lựa chọn các biện pháp can thiệp nhằm cải thiện tuân thủ điều trị ở người bệnh mắc tăng huyết áp, hoặc mắc đa bệnh; việc lựa chọn các can thiệp chuyên sâu nhằm cải thiện tuân thủ điều trị ở cho người bệnh mắc BPTNMT vẫn còn hạn chế.

Phương pháp Delphi được công nhận là hữu ích trong việc xử lý các vấn đề phức tạp khi thiếu bằng chứng rõ ràng dựa trên những đánh giá chủ quan của các chuyên gia. Phương pháp này kết hợp với các bằng chứng khoa học thông qua nghiên cứu tổng quan tài liệu có hệ thống nhằm đưa đến sự đồng thuận về tính giá trị và mức độ phù hợp của một vấn đề trước khi đưa vào thực hiện trong môi trường thực tế [5].

Do đó, mục tiêu chính của nghiên cứu này là áp dụng phương pháp Delphi kết hợp tổng quan hệ thống nhằm đánh giá và lựa chọn các biện pháp can thiệp có tính khả thi, tính bền vững và khả năng áp dụng trên lâm sàng giúp cải thiện mức độ tuân thủ điều trị ở người bệnh mắc BPTNMT đang điều trị ngoại trú tại các cơ sở y tế. Từ đó nghiên cứu của chúng tôi có thể giúp các bác sĩ và điều dưỡng công tác tại các khoa Nội hô hấp có thể lựa chọn được các chương trình can thiệp phù hợp để áp dụng trên người bệnh mắc BPTNMT nhằm giúp cải thiện mức độ tuân thủ điều trị cũng như góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống, giảm tỷ lệ tử vong do BPTNMT trong tương lai.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các chuyên gia thuộc lĩnh vực Nội khoa chuyên khoa hô hấp, bao gồm các bác sĩ và điều dưỡng có kinh nghiệm làm việc từ 10 năm trở lên.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp Delphi được thực hiện thông qua 3 vòng lấy ý kiến và sự đồng thuận của các chuyên gia; kết hợp với tổng quan hệ thống về các nghiên cứu đã thực hiện các can thiệp nhằm cải thiện mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh mắc BPTNMT.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại 3 bệnh viện, gồm Bệnh viện Bạch Mai – Hà Nội, bệnh viện Trường Đại học Y – Dược Hồ Chí Minh, và bệnh viện C-Đà Nẵng trong khoảng thời gian từ tháng 10/2021 đến tháng 5/2022.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu: Theo quy định của phương pháp Delphi, số lượng chuyên gia trong một lĩnh vực được chọn vào nghiên cứu khoảng 5 – 10 người [5]. Nghiên cứu này có tổng số chuyên gia được mời tham gia nghiên cứu là 15 người (gồm 5 bác sĩ và 10 điều dưỡng).

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Bước 1: Chọn chủ đích 3 bệnh viện đại diện cho 3 miền Bắc, Trung, Nam của Việt Nam: Thu thập thông tin cá nhân và liệt kê tất cả những người đã và đang hoạt động trong lĩnh vực Nội khoa chuyên khoa hô hấp.

Bước 2: Rà soát lại thông tin cá nhân và sắp xếp lại danh sách theo thứ tự từ người có nhiều kinh nghiệm thực tiễn chuyên môn đến người có ít kinh nghiệm hơn.

Bước 3: Liên hệ và mời những người trong danh sách theo thứ tự từ trên xuống dưới đến khi đủ 15 người.

2.6. Phương pháp thu thập và phân tích số liệu

Việc thu thập số liệu được thực hiện qua gửi thư và tiến hành 3 vòng cụ thể như sau:

+ Vòng 1: Đối với mỗi biện pháp can thiệp các chuyên gia được yêu cầu xếp hạng mức độ phù hợp từ 0 đến 4 (với 0 - không phù hợp đến 4 - rất phù hợp). Khi phân tích để ra quyết định lựa chọn biện pháp cần dựa vào ba tiêu chí sau: Biện pháp đó có tính khả thi không? Biện pháp đó có mang tính bền vững không? Biện pháp đó có khả năng áp dụng vào thực tiễn không? Ngoài ra, các chuyên gia cũng được khuyến khích thêm vào danh sách ban đầu các biện pháp khác dựa trên kinh nghiệm công tác của họ.

Nhóm nghiên cứu sử dụng phần mềm SPSS 20.0 và các phép thống kê về giá trị trung bình nhằm đánh giá mức độ đồng thuận đạt được giữa các chuyên gia cho mỗi biện pháp can thiệp. Nếu điểm trung bình ≥ 3.25 thì can thiệp được xem là phù hợp. Các can thiệp đã đạt được sự đồng thuận của các chuyên gia về tính phù hợp sẽ không sử dụng để đánh giá lại ở vòng 2.

+ Vòng 2: Sau 2 tuần, các chuyên gia được yêu cầu đánh giá lại tính phù hợp của các can thiệp chưa đạt được sự đồng thuận ở vòng một. Kết quả thu được từ vòng 2 được phân tích và phân loại như ở vòng 1.

+ Vòng 3: được thực hiện như vòng 2, sau 2 tuần. Kết quả thu được từ vòng 3 được phân tích và phân loại như ở vòng 2.

Cuối cùng, nhóm nghiên cứu tiến hành tổng hợp lại các biện pháp can thiệp được lựa chọn sau 3 vòng.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Lựa chọn nghiên cứu thông qua tổng quan hệ thống

Trong số 156 nghiên cứu được tìm thấy thông qua bước tổng quan hệ thống, cuối cùng nhóm nghiên cứu lựa chọn được 5 nghiên cứu phù hợp để đưa vào lấy ý kiến chuyên gia. Trong 5 bài tổng quan được chọn có 3 nghiên cứu thực hiện trên người bệnh mắc BPTNMT [6 - 8], và 02 nghiên cứu thực hiện trên người bệnh mắc BPTNMT và hen phế quản [9 - 10] (Bảng 1). Ngoài ra, theo tiêu chí AMSTAR, 5 nghiên cứu tổng quan hệ thống đều được đánh giá là có chất lượng cao, với điểm trung bình đạt 8,6 [11], [12].

Bảng 1. Đặc điểm của các đánh giá hệ thống

Nghiên cứu	Số lượng và thiết kế của các nghiên cứu	Loại can thiệp
Zhong và cộng sự (2014) [8]	8 nghiên cứu thử nghiệm có đối chứng	87,5% can thiệp giáo dục (7 nghiên cứu), 12,5% can thiệp hành vi (1 nghiên cứu)
Bryant và cộng sự (2013) [6]	6	33% can thiệp hành vi (2 nghiên cứu), can thiệp kết hợp: 67% (4 nghiên cứu)
Schulte và cộng sự (2021) [9]	6	67% giáo dục (4 nghiên cứu), 36% hành vi (2 nghiên cứu)
Van de Hei và cộng sự (2021) [10]	40	60% giáo dục (24 nghiên cứu), 12,5% hành vi (5 nghiên cứu), 27,5% hành vi kết hợp (11 nghiên cứu)
Lin và cộng sự (2022) [7]	20	89% (26 nghiên cứu) giáo dục, 11% (3 nghiên cứu) hành vi

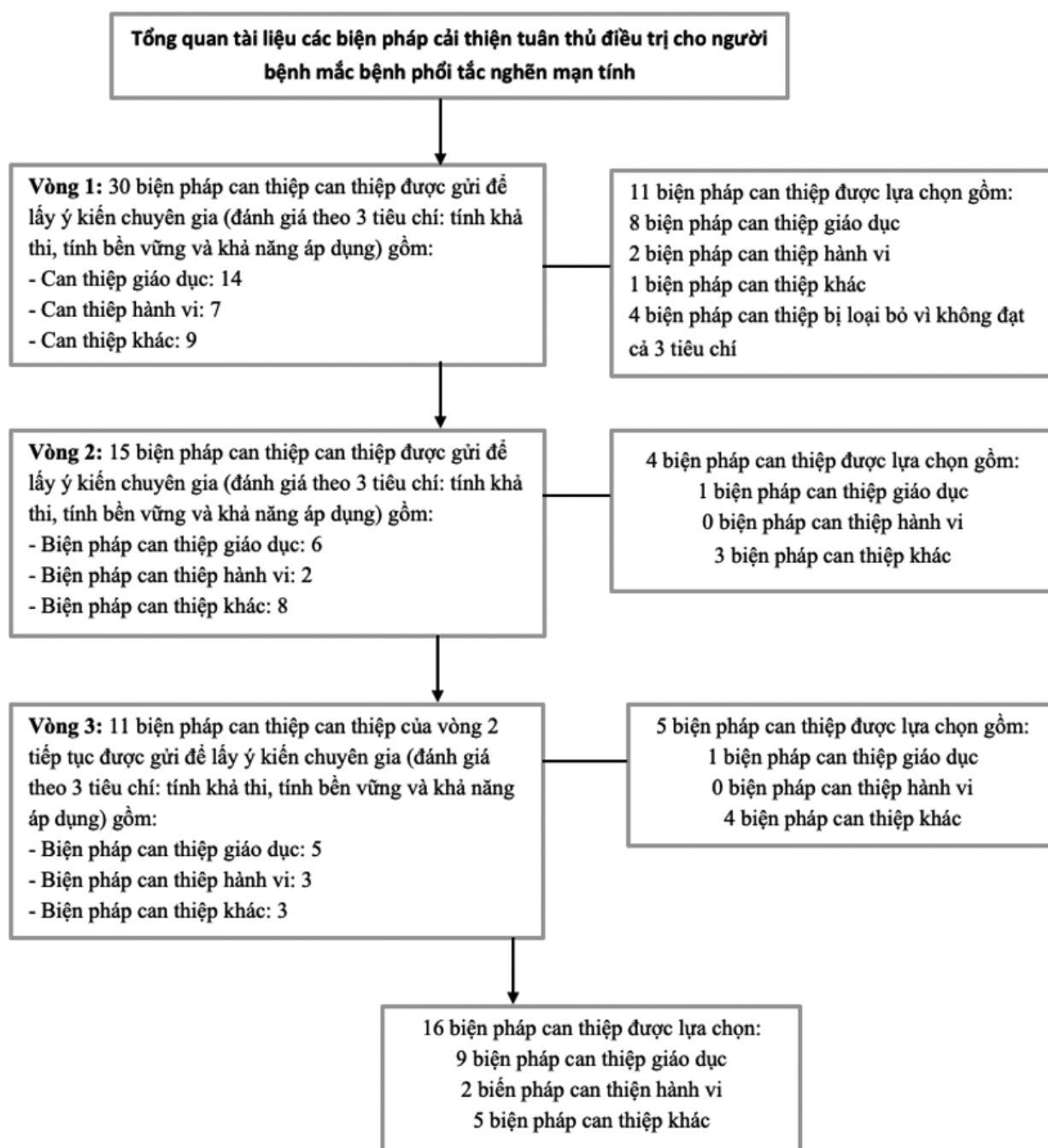
3.2. Tính phù hợp của các can thiệp theo ý kiến chuyên gia

Tỷ lệ phản hồi của các chuyên gia đạt 100% cho cả ba vòng. Theo đó, trong vòng đầu tiên, nhóm chuyên gia đạt được sự đồng thuận cho 11 can thiệp trong số 30 can thiệp được đề xuất về cả ba tiêu chí. Ngoài ra, các chuyên gia cũng đồng thuận về việc loại bỏ 4 biện pháp do không đảm bảo cả ba tiêu chí, và 15 biện pháp can thiệp còn lại các chuyên gia chỉ đánh giá ở mức không phù hợp hoặc không chắc chắn liên quan đến ít nhất một, hai trong 3 tiêu chí nên các can thiệp này được đưa vào đánh giá lại ở vòng thứ 2 (Hình 1).

Kết quả đáng giá 15 can thiệp của vòng 2 cho thấy có bốn biện pháp can thiệp được lựa chọn, trong khi 11 biện pháp can thiệp còn lại không đạt được sự đồng thuận cả ba tiêu chí, được tiếp tục gửi đánh giá tại vòng 3. Tổng cộng có 5 biện pháp can thiệp nhận được sự đồng thuận từ ý kiến của các chuyên gia về cả ba tiêu chí tại vòng 3.

Như vậy sau 3 vòng lấy ý kiến chuyên gia cuối cùng có 16 biện pháp can thiệp (bảng 2) đã đạt được sự đồng thuận theo ý kiến chuyên gia về tính khả thi, tính bền vững và khả năng áp dụng trên lâm sàng.

Hình 1. Quy trình và kết quả đánh giá các can thiệp theo ý kiến chuyên gia



Bảng 2. Tổng hợp kết quả thu được đối với các can thiệp sau 3 vòng đánh giá

Can thiệp giáo dục	Tư vấn giáo dục cho người bệnh theo nhóm
	Điều dưỡng tổ chức các buổi giáo dục
	Thông tin liên quan đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính cung cấp cho người bệnh và người chăm sóc chính
	Thông tin về tầm quan trọng của việc tuân thủ dùng thuốc điều trị để cải thiện triệu chứng bệnh và nâng cao chất lượng cuộc sống cung cấp cho người bệnh và người chăm sóc chính
	Thông tin về các tác dụng không mong muốn liên quan đến thuốc cũng như hướng dẫn phòng ngừa và/hoặc phát hiện được cung cấp cho người bệnh và người chăm sóc chính
	Các lỗi thường gặp khi sử dụng thuốc dạng hít và cách khắc phục cung cấp cho người bệnh và người chăm sóc chính
Can thiệp hành vi	Các biện pháp tự quản lý bệnh cung cấp cho người bệnh và người chăm sóc chính
	Cung cấp cho người bệnh hoặc người chăm sóc chính cách liên hệ khi cần trao đổi thông tin liên quan đến bệnh
Can thiệp khác	Cung cấp cho bác sĩ/điều dưỡng cách liên hệ với người bệnh hoặc người chăm sóc chính
	Can thiệp giáo dục và hành vi kết hợp
	Các can thiệp phù hợp với nhu cầu của từng người bệnh theo các rào cản tuân thủ dùng thuốc
	Can thiệp củng cố được thực hiện trực tiếp hoặc qua điện thoại
	Can thiệp củng cố được thực hiện từ 3 đến 6 tháng tính từ lúc can thiệp lần đầu
	Can thiệp củng cố được thực hiện đồng thời với tư vấn y tế bất kể thời gian tính từ lúc can thiệp lần đầu

4. BÀN LUẬN

Thông qua 3 vòng lấy ý kiến đánh giá của các chuyên gia, 16 can thiệp nhằm cải thiện mức độ tuân thủ điều trị ở những người bệnh mắc BPTNMT đã được xác định là có tính khả thi, tính bền vững và khả năng áp dụng trên lâm sàng. Ngoài ra, có 5 can thiệp được phân loại thuốc nhóm can thiệp giáo dục, 6 can thiệp hành vi và 5 can thiệp bao gồm các khía cạnh quan tâm khác.

Phương pháp Delphi đã được Gong sử dụng để lựa chọn các giải pháp dựa trên sự đồng thuận ý kiến chuyên gia về mức độ tuân thủ dùng thuốc nhưng tập trung vào người bệnh mắc nhiều bệnh lý [4]. Mặc dù có sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu giữa nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của Gong, nhưng cả hai nghiên cứu đều cho thấy tầm quan trọng của việc nâng cao kiến thức – thực hành cho người bệnh thông qua can thiệp giáo dục sức khỏe. Trong khi đó, tác giả Bosworth và cộng sự chứng minh rằng các biện pháp can thiệp như phỏng vấn tạo động lực, tư vấn và chia sẻ quá trình ra quyết định, can thiệp thực hiện theo quan điểm lấy người bệnh làm trung tâm đã góp phần cải thiện việc tuân thủ dùng thuốc [13]. Nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy các can thiệp tương tự nêu trên.

Mặt khác, kết quả của chúng tôi chỉ ra rằng các can thiệp nhằm cải thiện cả kiến thức của người bệnh và giáo dục cho người chăm sóc chính đóng vai trò rất quan trọng. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây về tầm quan trọng của người chăm sóc chính trong việc cải thiện việc tuân thủ dùng thuốc ở những bệnh nhân mắc bệnh mạn tính [14].

Theo ý kiến của các chuyên gia tăng cường giao tiếp giữa người bệnh và các cán bộ y tế là một cách tiếp cận hành vi khác nên được áp dụng. Kết luận này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Kee và cộng sự, theo đó tác giả cho rằng kỹ năng giao tiếp tốt của các cán bộ y tế với người bệnh sẽ tạo điều kiện cho người bệnh chia sẻ các thông tin quan trọng cần thiết để chẩn đoán bệnh chính xác, cho phép cán bộ y tế hiểu rõ hơn về nhu cầu của người bệnh, và từ đó thúc đẩy quá trình điều trị bệnh được hiệu quả hơn [17]. Bên cạnh đó, giao tiếp tốt giữa người bệnh và cán bộ y tế cũng giúp nâng cao kiến thức của người bệnh về bệnh lý đang mắc và thúc đẩy sự tuân thủ các kế hoạch điều trị đã được khuyến nghị với người bệnh [15].

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng cần thực hiện các can thiệp củng cố, đây cũng là một mấu chốt quan trọng nhằm đánh giá lại quá trình tuân thủ của người bệnh, kết quả này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trước đây [4].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã tìm ra 16 biện pháp can thiệp có thể áp dụng nhằm cải thiện mức độ tuân thủ điều trị ở người bệnh mắc BPTNMT bằng cách lấy ý kiến sự đồng thuận của 15 chuyên gia trong lĩnh vực Nội hô hấp thông qua 3 vòng đánh giá theo phương pháp Delphi. Theo đó, các can thiệp này đều cho thấy tính hiệu quả, tính bền vững và tính áp dụng thực tiễn, từ đó làm cơ sở cho các cán bộ y tế lựa chọn can thiệp phù hợp với điều kiện thực tế tại bệnh viện và đặc điểm người bệnh để thực hiện can thiệp mang lại hiệu quả tốt nhất cho người bệnh.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc tới Ban lãnh đạo và các cán bộ y tế của 3 bệnh viện (Bệnh viện C - Đà Nẵng; Bệnh viện Bạch Mai - Hà Nội; Bệnh viện Đại học Y – Dược Thành phố Hồ Chí Minh đã tham gia giúp chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

Tài trợ nghiên cứu: Tác giả Nguyễn Thị Thu Triều được tài trợ bởi Chương trình học bổng đào tạo thạc sĩ, tiến sĩ trong nước của Quỹ Đổi mới sáng tạo Vingroup (VINIF), VINIF. 2022.TS135.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] GOLD, Global strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2020. Update 2020. Accessed August 23, 2022. <http://www.goldBPTN-MT.org>.
- [2] Lim S, Lam DCL, Muttalif AR et al., Impact of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in the Asia-Pacific region: the EPIC Asia population-based survey. *Asia Pac Fam Med*. 2015;14(1):4. doi:10.1186/s12930-015-0020-9
- [3] WHO, Adherence to long-term therapies: Evidence for action 2020. Accessed 4 Feb 2020. https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf?ua=1 (2003)
- [4] Gong S, Hu H, Zhao K et al., Cost-Effectiveness of Dual Bronchodilator Indacaterol/Glycopyrronium for COPD Treatment in China. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2021; 16, 433–441.
- [5] Avella JR, Delphi panels: research design, procedures, advantages, and challenges. *International Journal of Doctoral Studies*. 2016; 11, 305–321.
- [6] Bryant J, Mansfield E, Boyes AW et al., Involvement of informal caregivers in supporting patients with COPD: A review of intervention studies. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2016; 11, 1587–1596. doi: 10.2147/COPD.S107571.
- [7] Lin G, Zheng J, Tang PK et al., Effectiveness of Hospital Pharmacist Interventions for COPD

- Patients: A Systematic Literature Review and Logic Model. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2022; 17, 2757–2788. doi: 10.2147/COPD.S383914.
- [8] Zhong H, Ni XJ, Cui M et al., Evaluation of pharmacist care for patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 2014; 36(6), 1230–1240. doi: 10.1007/s11096-014-0024-9.
- [9] Schulte MH, Aardoom JJ, Loheide-Niesmann L et al., Effectiveness of eHealth Interventions in Improving Medication Adherence for Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease or Asthma: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*. 2021; 23(7), e29475. doi: 10.2196/29475
- [10] Van de Hei S J, Dierick B, Aarts JE et al., Personalized Medication Adherence Management in Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Review of Effective Interventions and Development of a Practical Adherence Toolkit. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology. In Practice*. 2021; 9(11), 3979–3994. doi: 10.1016/j.jaip.2021.05.025
- [11] Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA et al., Development of AMSTAR: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*. 2007; 7, 10.
- [12] Peterson AM, Takiya L, Finley R, Meta-analysis of interventions to improve drug adherence in patients with hyperlipidemia. *Pharmacotherapy*. 2003; 23(1), 80–87. doi: 10.1592/phco.23.1.80.31921
- [13] Bosworth HB, Fortmann SP, Kuntz J et al., Recommendations for Providers on Person-Centered Approaches to Assess and Improve Medication Adherence. *Journal of General Internal Medicine*. 2017; 32(1), 93–100. doi: 10.1007/s11606-016-3851-7
- [14] Vahedparast H, Mohammadi E, Ahmadi F, The Role of Social Support in Adherence to Treatment Regimens: Experiences of Patients with Chronic Diseases. *Medical - Surgical Nursing Journal*. 2018; 7(1), 1. doi: 10.5812/msnj.69646
- [15] Kee JW, Khoo HS, Lim I et al., Communication Skills in Patient-Doctor Interactions: Learning from Patient Complaints. *Health Professions Education*. 2018; 4(2), 97–106. doi: 10.1016/j.hpe.2017.03.006

PREDICTING FACTORS OF HEART ARRHYTHMIA IN PATIENTS WITH PERMANENT HEART PACEMAKER

Vu Tri Thanh^{1*}, Le Duy Lac¹, Pham Huu Van²

¹Thu Duc City Hospital - 29 Phu Chau, Tam Phu, Thu Duc city, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Heart Rhythm Society Ho Chi Minh city - No. 4 Nguyen Luong Bang, Tan Phu Ward, District 7, HCMC, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 14/08/2023; Accepted: 20/09/2023

ABSTRACT

Background: Permanent pacemaker implantation is a method to improve symptoms and reduce the risk of sudden death for patients, but arrhythmia after implantation is a problem that needs to be taken care of to ensure its effectiveness. machine performance and help professionals make the right decisions.

Objective: Identify some factors predicting arrhythmia after permanent pacemaker placement to treat atrioventricular block and sinus node dysfunction.

Methods: Prospective study in 312 patients with permanent pacemakers due to atrioventricular block and sinus node dysfunction being monitored at Thong Nhat Hospital and Thu Duc city hospital from March 2022 to September 2022.

Results: The rate of arrhythmia after pacemaker insertion was 41%, of which 20.2% atrial fibrillation; 10.9% atrial tachycardia; 1.3% stopped sinus; 9.9% ventricular premature beats; 1.3% ventricular tachycardia and 2.2% supraventricular tachycardia. Factors that determine the possibility of arrhythmia after permanent pacemaker placement include ejection fraction index, blood potassium, blood chloride, blood HDL-Cholesterol concentration, smoking and pacemaker mode (VVIR). /DDDR).

Conclusion: Cardiac arrhythmia in patients with permanent pacemakers is always likely to occur, related factors predict 57.8% of the possibility of this event occurring.

Keywords: Atrioventricular block, sinus node dysfunction, permanent pacemaker placement.

*Corresponding author
Email address: drthanhtinh2000@yahoo.com
Phone number: (+84) 938999929
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



YẾU TỐ DỰ BÁO RỐI LOẠN NHỊP TIM Ở BỆNH NHÂN ĐẶT MÁY TẠO NHỊP VĨNH VIỄN

Vũ Trí Thanh^{1*}, Lê Duy Lạc¹, Phạm Hữu Văn²

¹Bệnh viện thành phố Thủ Đức - 29 Phú Châu, Tam Phú, thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Hội Nhịp tim học Việt Nam - Số 4 Nguyễn Lương Bằng, phường Tân Phú, Quận 7, Tp. HCM, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 14/08/2023; Ngày duyệt đăng: 20/09/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn là một phương pháp nhằm cải thiện triệu chứng và giảm nguy cơ đột tử cho bệnh nhân, tuy nhiên rối loạn nhịp tim sau đặt máy là một vấn đề cần được quan tâm để đảm bảo hiệu quả của máy và giúp các chuyên gia đưa ra các quyết định phù hợp.

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố dự báo rối loạn nhịp tim sau đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn điều trị block nhĩ thất và rối loạn chức năng nút xoang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu ở 312 bệnh nhân được đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn do Block nhĩ thất và rối loạn chức năng nút xoang đang được theo dõi tại Bệnh viện Thống Nhất và Bệnh viện thành phố Thủ Đức từ tháng 03/2022 đến tháng 09/2022.

Kết quả: Tỷ lệ rối loạn nhịp tim sau đặt máy tạo nhịp là 41%, trong đó có 20,2% rung nhĩ; 10,9% nhịp nhanh nhĩ; 1,3% ngưng xoang; 9,9% ngoại tâm thu thất; 1,3% nhanh thất và 2,2% nhịp nhanh trên thất. Các yếu tố quyết định khả năng rối loạn nhịp tim sau đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn bao gồm chỉ số phân suất tống máu, Kali máu, Clo máu, nồng độ HDL-Cholesterol máu, hút thuốc lá và mode máy tạo nhịp (VVIR/DDDR).

Kết luận: Rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn luôn có khả năng xảy ra, các yếu tố liên quan dự báo 57,8% khả năng xảy ra biến cố này.

Từ khóa: Block nhĩ thất, rối loạn chức năng nút xoang, đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nhịp tim là một vấn đề lớn của tim mạch học. Trong những năm gần đây, điều trị rối loạn nhịp tim đã đạt những tiên bộ vượt bậc nhờ tiến bộ của kỹ thuật và hiểu biết hơn về cơ chế rối loạn nhịp tim [1]. Ngày nay điều trị rối loạn nhịp tim bằng máy tạo nhịp đã có trên 60 năm kinh nghiệm và trở thành một phương pháp điều trị rối loạn nhịp tim không thể thiếu trong tim mạch học hiện đại. Điều trị bằng máy tạo nhịp không những chỉ điều trị rối loạn nhịp tim chậm, mà cả nhịp nhanh và một số loạn dẫn truyền khác [2].

Trong điều trị bằng máy tạo nhịp cho nhịp chậm, chủ yếu bao gồm hai hội chứng lớn: block nhĩ thất và rối loạn

chức năng nút xoang, ổn định tần số tim để đạt huyết động học tốt là mục tiêu hàng đầu [3]. Để đạt được mục đích đó, trước hết kích thích cần đạt được hiệu quả cơ tim co bóp theo tần số kích thích, còn gọi là bắt được cơ tim. Để bắt được cơ tim, kích thích cần đạt được năng lượng nhất định hay đạt được ngưỡng bắt được cơ tim. Ngưỡng kích thích hay ngưỡng tạo nhịp có tầm quan trọng hàng đầu trong điện sinh lý kích thích tim nhằm đảm bảo kích thích ổn định, kéo dài tuổi thọ máy tạo nhịp và góp phần nâng cao chất lượng sống của bệnh nhân.

Theo dõi máy tạo nhịp sau đặt máy trở thành một vấn đề chăm sóc hàng đầu bởi vì sau khi đặt máy, ngoài việc theo dõi để đảm bảo máy tạo nhịp hoạt động tối ưu, phát

*Tác giả liên hệ

Email: drthanhtinh2000@yahoo.com

Điện thoại: (+84) 938999929

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

hiện các rối loạn bất thường của máy tạo nhịp thì cần điều trị bệnh nền và các bệnh kết hợp [4]. Rối loạn nhịp tim sau đặt máy cũng là một vấn đề cần quan tâm để không những đảm bảo hiệu quả của máy tạo nhịp đạt tối ưu mà còn phát hiện những rối loạn nhịp tim để có những quyết định điều trị chuyên biệt khác như rung nhĩ, nhịp nhanh thất tạm thời và dai dẳng... Theo dõi các rối loạn nhịp sau đặt máy bằng thăm khám lâm sàng rất khó để phát hiện nên cần theo dõi bằng điện tâm đồ 24 giờ. Nhưng nếu rối loạn nhịp tim không thường xuyên, việc theo dõi bằng điện tâm đồ liên tục chỉ trong vòng 24 giờ, 48 giờ nhiều khi không đủ thời gian để bắt được rối loạn nhịp tim. Nhờ tiến bộ của khoa học kỹ thuật, các máy tạo nhịp một buồng, hai buồng, ba buồng và các máy khử rung đều có một chức năng quan trọng giúp ghi lại kịp thời các rối loạn nhịp tim có ý nghĩa xảy ra trong suốt quá trình hoạt động của máy tạo nhịp [5]. Các máy tạo nhịp này cho phép chúng ta truy xuất các rối loạn nhịp tim bằng tư liệu để xác định chẩn đoán và đưa ra quyết định điều trị phù hợp.

Kiểm tra máy tạo nhịp ngày nay không chỉ kiểm tra xem máy hoạt động tốt không, điều chỉnh biên độ xung, điều chỉnh tần số tạo nhịp để tối ưu điều trị và tiết kiệm năng lượng, kéo dài thời gian hoạt động máy tạo nhịp mà còn xem trong quá trình tạo nhịp bệnh nhân có bị rối loạn nhịp tim gì khác, có ý nghĩa lâm sàng không. Từ đó xem xét điều chỉnh tần số tạo nhịp có khả năng ức chế các rối loạn nhịp tim đó hay không, hay phải điều trị bằng thuốc kết hợp. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định một số yếu tố dự báo rối loạn nhịp tim sau đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn điều trị bloc nhĩ thất và rối loạn chức năng nút xoang.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn do Bloc nhĩ thất và rối loạn chức năng nút xoang đang được theo dõi tại Bệnh viện Thống Nhất và Bệnh viện thành phố Thủ Đức từ tháng 03/2022 đến tháng 09/2022

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được đặt máy tạo nhịp theo dõi khám định kỳ tại bệnh viện Thống Nhất và Bệnh viện thành phố Thủ Đức. Các máy tạo nhịp được theo dõi là các máy có chế độ theo dõi và lưu các rối loạn nhịp tim trong bộ nhớ của máy.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đặt máy tạo nhịp không do bloc nhĩ thất và rối loạn chức năng nút xoang. Máy tạo nhịp không có chế độ theo dõi và lưu lại các biến cố rối loạn nhịp tim và không truy xuất được các sự kiện được lưu trong máy. Các bệnh nhân có rối loạn nhịp đã chẩn đoán xác định trước. Các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thời gian thu thập số liệu: 01/03/2022 - 31/09/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Theo mục tiêu 2, chúng tôi áp dụng công thức tính cỡ mẫu là:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}{d^2}$$

Trong đó:

Z: là trị số từ phân phối chuẩn ($Z_{0,975} = 1,96$)

α : là xác suất sai lầm loại I ($\alpha = 0,05$)

d: là sai số cho phép, $d = 0,05$

p: là tỷ lệ rối loạn nhịp tim có thể gặp, nghiên cứu của tác giả Costa năm 2022 [6] thì tỷ lệ rối loạn nhịp tim dạng rung nhĩ là 25,3%. Trong các loại rối loạn nhịp tim được ghi nhận sau khi đặt máy thì rối loạn nhịp tim dạng rung nhĩ được ghi nhận nhiều hơn cả nên chúng tôi chọn tỷ lệ này để làm tỷ lệ tham khảo tính cỡ dân số nghiên cứu. Thay vào công thức trên chúng tôi có cỡ mẫu tối thiểu cần đạt là 291 bệnh nhân. Trong quá trình thu thập số liệu, chúng tôi đã thu thập thực tế là 312 bệnh nhân, nhiều hơn mẫu tối thiểu cần đạt.

2.4. Một số biến số nghiên cứu

Nhóm biến số về nhân khẩu học: Tuổi; Giới.

Nhóm biến số về nhân trắc học: chiều cao; cân nặng; chỉ số khối cơ thể BMI (body mass index).

Nhóm biến số về đặc máy tạo nhịp: Ngày đặt máy; loại máy tạo nhịp; hãng tạo nhịp; chẩn đoán khi đặt máy.

Nhóm biến số các bệnh lý kèm theo: tăng huyết áp; đái tháo đường; rối loạn lipid máu; bệnh thận mạn; béo phì, thừa cân; hút thuốc lá; bệnh mạch vành.

Biến số về siêu âm tim: EF (%); LVDd (mm); PAPs (mmHg).

Nhóm biến số xét nghiệm: Creatinine (mmol/L)/ GFR; Na (mmol/L); K (mmol/L); Cl (mmol/L); Ca (mmol/L); FT4 (ng/dl); FT3 (ng/ml); TSH (mIU/ml); Glucose máu lúc đói (mmol/L); HbA1c (%); Cholesterol toàn phần (mmol/L); LDL-c (mmol/L); HDL-c (mmol/L); Triglyceride (mmol/L).

Nhóm biến số về thông số kiểm tra máy tạo nhịp: Mode tạo nhịp; Tỷ lệ tạo nhịp (Pacing:% of total); Ngưỡng tạo nhịp (Measured Threshold); Nhận cảm (Sensitivity); Trở kháng

(Measured Impedance); Tuổi thọ của máy.

Biến số về biến cố loạn nhịp tim.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích số liệu và vẽ biểu đồ.

Dùng kiểm định Skewness để kiểm định phân bố chuẩn.

Phân tích hồi qui logistic để xây dựng mô hình tác động của các yếu tố liên quan đến biến cố loạn nhịp tim.

Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

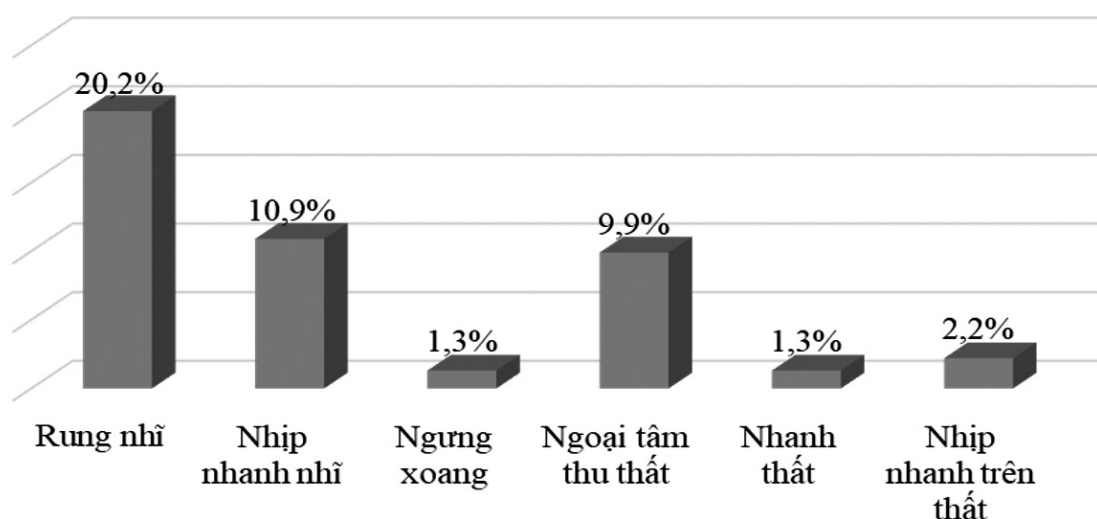
Trong nghiên cứu, tỉ lệ nam giới và nữ giới là 56,1% và 43,9%. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $68,8 \pm 14,3$ tuổi, trong đó nhóm tuổi < 70 tuổi chiếm tỉ lệ lớn nhất là 43,9%; nhóm tuổi từ 70 - 79 tuổi là 31,4%

và nhóm tuổi lớn hơn 79 tuổi là 24,7%.

Nghiên cứu cho thấy chẩn đoán chỉ định đặt máy tạo nhịp chủ yếu là rối loạn chức năng nút xoang (76,3%), Block AV độ II (10,6%), Block AV độ III (13,1%); có 62,8% bệnh nhân có bệnh lý đái tháo đường type 2 kèm theo, 52,6% bệnh nhân có bệnh tăng huyết áp, 36,2% bệnh nhân có bệnh mạch vành, 31,1% bệnh nhân có rối loạn lipid máu, 20,2% bệnh nhân bị thừa cân/béo phì, 16,7% bệnh nhân có hút thuốc lá, 11,5% bệnh nhân có bệnh thận mạn.

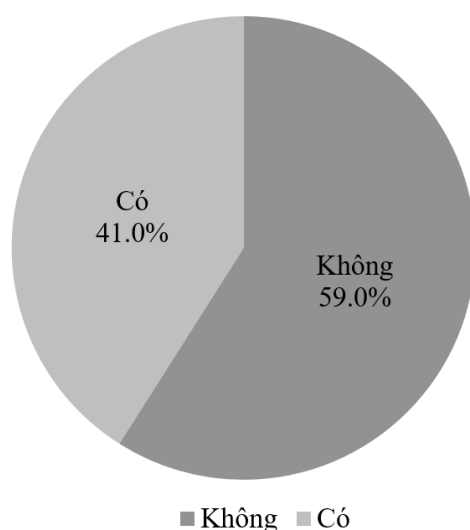
Đa số bệnh nhân được đặt máy tạo nhịp hai buồng (68,9%), hãng sản xuất của máy tạo nhịp được sử dụng nhiều là Bio (50,8%) tiếp theo là hãng Med (27,0%) và hãng St là 22,2%. Các mode được cài đặt trên máy tạo nhịp chủ yếu là DDDR (40,7%), DDD(28,5%), VVIR (23,4%), VVI (7,1%) còn lại là mode AAIR (0,3%) và mode AAI không có bệnh nhân được cài đặt.

Biểu đồ 1. Đặc điểm rối loạn nhịp tim sau đặt máy tạo nhịp



Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy có đến 20,2% bệnh nhân bị rung nhĩ, 10,9% bệnh nhân có nhịp nhanh nhĩ, 9,9% bệnh nhân có ngoại tâm thu thất, 2,2% bệnh

nhân có nhịp nhanh trên thất, 1,3% bệnh nhân có ngưng xoang hoặc nhanh thất.

Biểu đồ 2. Tỷ lệ rối loạn nhịp tim sau đặt máy tạo nhịp

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn nhịp tim các loại bao gồm rung thất và nhịp nhanh trên thất là 41%.
nhĩ, nhanh nhĩ, ngưng xoang, ngoại tâm thu thất, nhanh

Bảng 1. Mô hình hồi quy logistic của biến cố rối loạn nhịp sau đặt máy tạo nhịp

Đặc điểm	β	OR (KTC 95%)	p
EF	- 0,03	0,97 (0,95 – 0,99)	0,00
K	0,78	2,18 (1,33 – 3,58)	0,00
Cl	0,13	1,14 (1,06 – 1,22)	0,00
HDL-Cholesterol	0,50	1,65 (1,09 – 2,49)	0,02
Có hút thuốc lá	0,85	2,34 (1,21 – 4,53)	0,01
Máy tạo nhịp chế độ VVIR	- 1,00	0,37 (0,18 – 0,77)	0,01
Máy tạo nhịp chế độ DDDR	0,84	2,32 (1,33 – 4,05)	0,00

EF: Ejection fraction (Phân suất tổng máu), K: Kali, Cl: Clo máu, HDL-Cholesterol: High Density Lipoprotein-Cholesterol (Cholesterol tỷ trọng cao). Dự đoán (Predicted) có rối loạn nhịp là 57,8%.

Nhận xét: Kết quả bảng 1 cho thấy biến số EF, Kali, Clo máu, HDL-Cholesterol, có hút thuốc lá máy tạo nhịp chế độ VVIR, DDDR giải thích cho 57,8% khả năng xảy ra rối loạn nhịp của bệnh nhân có đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn. Cách giải thích khác về khả năng xảy ra rối loạn nhịp của bệnh nhân đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn: Cứ EF tăng lên 1 thì khả năng xảy ra rối loạn nhịp giảm đi 0,97 lần; cứ Kali tăng lên 1 thì khả năng xảy ra rối loạn nhịp tăng thêm 2,18 lần; cứ Clo máu tăng thêm 1

thì khả năng xảy ra rối loạn nhịp tăng thêm 1,14 lần; cứ HDL-Cholesterol tăng lên 1 thì khả năng xảy ra rối loạn nhịp tăng thêm 1,65 lần; có hút thuốc lá thì khả năng xảy ra rối loạn nhịp tăng thêm 2,34 lần; máy tạo nhịp ở chế độ VVIR thì khả năng rối loạn nhịp giảm đi 0,37 lần; máy tạo nhịp ở chế độ DDDR thì khả năng rối loạn nhịp tăng thêm 2,32 lần.

4. BÀN LUẬN

Biểu hiện lâm sàng của nhịp tim chậm có thể rất khác nhau từ các triệu chứng âm thầm đến các cơn ngất rõ ràng. Nhịp tim chậm có thể được phân loại thành 2 nhóm là rối loạn chức năng nút xoang và block nhĩ thất. Các biểu hiện lâm sàng tùy thuộc vào các biểu hiện điện sinh lý khác nhau, tần số thất, sự tạm thời của các bất thường này, tình trạng y tế nói chung và thuốc [7 - 9].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ rung nhĩ chiếm ưu thế và kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Ferreira và cộng sự [10] khi các tác giả này ghi nhận trên các bệnh nhân chưa có tiền căn rung nhĩ trước đây sau khi đặt máy tạo nhịp thì tỷ lệ rung nhĩ mới xuất hiện là 51,6% (tổng 345 bệnh nhân); kết quả tương tự Lê Tiến Dũng [11] khi tác giả ghi nhận 33,33% bệnh nhân rung nhĩ; 49,02% bệnh nhân có cơn nhịp nhanh nhĩ, tỷ lệ ngoại tâm thu thất trong nghiên cứu này khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ rung nhĩ được ghi nhận từ nghiên cứu của chúng tôi cũng không tương đồng với nghiên cứu của tác giả Cho và cộng sự [12] khi các tác giả này ghi nhận tỷ lệ rung nhĩ chiếm 10,3% trên tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Nhưng kết quả trong nghiên cứu của tác giả Costa và cộng sự không chênh lệch quá nhiều với kết quả được ghi nhận từ nghiên cứu của chúng tôi khi nhóm tác giả này cho thấy rằng có 47 bệnh nhân trong tổng số 186 bệnh nhân chiếm 25,3% bị rung nhĩ sau đặt máy tạo nhịp, và vì nhóm tác giả này tiến hành theo dõi nhiều năm nên có ghi nhận thêm tỷ lệ mắc bệnh là 5,64 trường hợp trên 100 bệnh nhân trong mỗi năm theo dõi. Khi so sánh kết quả nghiên cứu của tác giả Wu và cộng sự [1] ghi nhận sự tương đồng, điều này có thể do đôi tượng là bệnh nhân được đặt máy tạo nhịp vì rối loạn chức năng nút xoang và block nhĩ thất.

Trong nghiên cứu chúng tôi có 4 bệnh nhân chiếm 1,3% có ngưng xoang khi kiểm tra máy tạo nhịp, đây là trường hợp rất hiếm gặp khi bệnh nhân đã được đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn. Chúng tôi đã trích xuất và khai thác lại bệnh án những bệnh nhân này ghi nhận 4 trường hợp này máy hết pin và thời gian qua do ảnh hưởng dịch COVID hoặc nhà xa nên không vào thành phố Hồ Chí Minh kiểm tra máy định kỳ, đây là một tình trạng đáng báo động và những bệnh nhân này đã được nhập viện để thay máy tạo nhịp mới.

Tỷ lệ mắc rung nhĩ tăng dần theo sự biến đổi hình thái cấu trúc thất trái và liên quan đến kích thước nhĩ trái và chức năng tâm thu thất trái [13]. Với kết quả nêu trên, tác giả Qin và cộng sự đã ghi nhận có mối liên quan giữa rung nhĩ và chức năng tâm thu thất trái; điều này tương đồng với kết quả được ghi nhận từ nghiên cứu của chúng tôi mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa rung nhĩ và phân nhóm phân suất tổng máu.

Một số điện giải đóng một vai trò trong sự hình thành điện thế hoạt động qua màng tế bào, những thay đổi

trong điện thế hoạt động liên quan rõ ràng nhất đến rối loạn nhịp tim phụ thuộc lớn vào mức độ kali máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ số Kali quyết định khả năng rối loạn nhịp tim tăng 2,18 lần khi tăng lên 1 đơn vị.

Máy tạo nhịp VVI và DDD là các máy được chỉ định phổ biến nhất. Các máy tạo nhịp này mang lại lợi ích sống còn tương đương cho bệnh nhân. Trong một nghiên cứu khác của tác giả Healey và cộng sự [14], các tác giả đã ghi nhận khi bệnh nhân đặt máy tạo nhịp được cài chế độ AAI hoặc DDD có mối liên quan đến tình trạng rung nhĩ sau đặt máy tạo nhịp ở những bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn chức năng nút xoang cụ thể là nguy cơ bị rung nhĩ có giảm trong thời gian được theo dõi. Còn trong nghiên cứu của tác giả Ferreira và cộng sự [10] ghi nhận rung nhĩ khởi phát mới trên bệnh nhân không có tiền căn rung nhĩ trước đó là một phát hiện thường xuyên sau khi bệnh nhân được đặt máy tạo nhịp loại DDD và có liên quan đến tử vong do mọi nguyên nhân về lâu dài. Kết quả này không tương đồng với kết quả được ghi nhận từ nghiên cứu của chúng tôi khi chúng tôi thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa máy tạo nhịp loại VVIR hay DDDR và tình trạng rối loạn nhịp tim nói chung sau khi đặt máy tạo nhịp. Sự khác biệt này có thể bị ảnh hưởng do đặc điểm dân số nghiên cứu mà cụ thể là theo hướng dẫn điều trị và theo các báo cáo trước đây việc đặt máy tạo nhịp loại AAI và DDD cho thấy ưu thế và hiệu quả hơn nhưng thường do nguyên nhân về kinh tế và việc lưu hành của các loại máy tại Việt Nam nên trong dân số nghiên cứu của chúng tôi không có ca nào đặt máy loại AAI, chỉ có một ca đặt AAIR, và phần lớn chiếm đại đa số là đặt máy hai buồng loại DDDR.

Hạn chế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang nên trong nghiên cứu chúng tôi không biết được kết cục theo thời gian của các bệnh nhân có rối loạn nhịp sau đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn như thế nào

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ rối loạn nhịp tim sau đặt máy tạo nhịp là 41%, trong đó có 20,2% rung nhĩ; 10,9% nhịp nhanh nhĩ; 1,3% ngưng xoang; 9,9% ngoại tâm thu thất; 1,3% nhanh thất và 2,2% nhịp nhanh trên thất.

Các yếu tố quyết định khả năng rối loạn nhịp tim sau đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn bao gồm chỉ số phân suất tổng máu, Kali máu, Clo máu, nồng độ HDL-Cholesterol máu, hút thuốc lá và mode máy tạo nhịp (VVIR/DDDR).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Wu Z, Chen X, Ge J et al., The risk factors of new-onset atrial fibrillation after pacemaker implantation. *Herz*. 2021;46(Suppl 1):61-8.
- [2] Alasti M, Machado C, Rangasamy K et al., Pacemaker-mediated arrhythmias. *Journal of arrhythmia*. 2018;34(5):485-92.
- [3] Berruezo A, Mont L, Scalise A et al., Orthodromic pacemaker-mediated tachycardia in a biventricular system without an atrial electrode. *Journal of cardiovascular electrophysiology*. 2004;15(9):1100-2.
- [4] Allan V, Honarbakhsh S, Casas JP et al., Are cardiovascular risk factors also associated with the incidence of atrial fibrillation? A systematic review and field synopsis of 23 factors in 32 population-based cohorts of 20 million participants. *Thrombosis and haemostasis*. 2017;117(5):837-50.
- [5] Kosmala W, Saito M, Kaye G et al., Incremental value of left atrial structural and functional characteristics for prediction of atrial fibrillation in patients receiving cardiac pacing. *Circulation Cardiovascular imaging*. 2015;8(4).
- [6] Costa M, Santos J, Schafranski M, Prevalence of Atrial Fibrillation in Pacemaker Patients. *International Journal of Cardiovascular Sciences*. 2022;35.
- [7] Healey JS, Connolly SJ, Gold MR et al., Subclinical atrial fibrillation and the risk of stroke. *The New England Journal of medicine*. 2012;366(2):120-9.
- [8] Surawicz B, Childers R, Deal BJ et al., AHA/ACCF/HRS recommendations for the standardization and interpretation of the electrocardiogram: part III: intraventricular conduction disturbances: a scientific statement from the American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; the American College of Cardiology Foundation; and the Heart Rhythm Society. Endorsed by the International Society for Computerized Electrocardiology. *Journal of the American College of Cardiology*. 2009;53(11):976-81.
- [9] Tayal B, Riahi S, Sogaard P et al., Risk of atrial fibrillation after pacemaker implantation: A nationwide Danish registry-based follow-up study. *Journal of electrocardiology*. 2020;63:153-8.
- [10] Ferreira V, Portugal G, Viveiros Monteiro A et al., New onset atrial fibrillation after dual chamber pacemaker implantation: long term predictors. *European Heart Journal*. 2020;41(Supplement 2).
- [11] Lê Tiên Dũng, Nghiên cứu đặc điểm rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân có hội chứng suy nút xoang trước và sau cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn, 2014.
- [12] Cho MS, Kim J, Kim JH et al., Clinical, Echocardiographic, and Electrocardiographic Predictors of Persistent Atrial Fibrillation after Dual-Chamber Pacemaker Implantation: An Integrated Scoring Model Approach. *PloS one*. 2016;11(8):e0160422.
- [13] Qin D, Heist EK, Atrial fibrillation ablation in congestive heart failure with preserved ejection fraction: Tackling the vicious twins. *Journal of cardiovascular electrophysiology*. 2020;31(3):689-91.
- [14] Healey JS, Toff WD, Lamas GA et al., Cardiovascular outcomes with atrial-based pacing compared with ventricular pacing: meta-analysis of randomized trials, using individual patient data. *Circulation*. 2006;114(1):11-7.



THE PATIENT SAFETY CULTURE AT THU DUC CITY HOSPITAL

Nguyen Van Tap¹, Nguyen Chi Huynh^{2*}, Nguyen Vo Minh Hoang²

¹Nguyen Tat Thanh University - 300A Nguyen Tat Thanh, Ward 13, District 4, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Thu Duc City Hospital - 29 Phu Chau, Tam Phu, Thu Duc city, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 19/08/2023; Accepted: 02/10/2023

ABSTRACT

Background: Patient safety culture is a multidimensional concept within the healthcare service context and is the result of values, attitudes, awareness, capabilities, and standards of behavior of individuals and entities that determine the commitment, style, and proficiency of managers in patient safety management.

Subjects and methods: A cross-sectional study was conducted to describe a survey using a questionnaire among 420 healthcare staff members.

Results: According to the HSOPSC-VN2015 measurement scale, assessing the overall level of patient safety culture, the proportion of healthcare staff members with positive responses was 70.4%, the proportion with neutral responses was 16.3%, and the proportion with negative responses was 13.3%. The criteria of Individual Punishment for Mistakes/Incidents and Handoffs and Transitions of Patient Care between Departments/Units had a lower proportion of positive responses in the staff members.

Conclusion: The patient safety culture at the hospital has achieved a good level, and the high proportion of positive responses has contributed to ensuring patient safety at the hospital.

Keywords: Culture, patient safety, patient safety culture.

*Corresponding author

Email address: nguyenchihuynhtcc15@gmail.com

Phone number: (+84) 911738169

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

KẾT QUẢ QUẢN LÝ VĂN HOÁ AN TOÀN NGƯỜI BỆNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC

Nguyễn Văn Tập¹, Nguyễn Chí Huynh^{2*}, Nguyễn Võ Minh Hoàng²

¹Đại học Nguyễn Tất Thành - 300A Nguyễn Tất Thành, Phường 13, Quận 4, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện Thành phố Thủ Đức - 29 Phú Châu, Tam Phú, thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 19/08/2023; Ngày duyệt đăng: 02/10/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Văn hóa an toàn người bệnh là một khái niệm đa chiều trong bối cảnh dịch vụ y tế và là sản phẩm của các giá trị, thái độ, nhận thức, năng lực và tiêu chuẩn về hành vi của cá nhân, đơn vị xác định cam kết, phong cách và sự thành thạo của nhà quản lý trong việc quản lý an toàn người bệnh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả khảo sát bằng bộ câu hỏi trên 420 nhân viên y tế.

Kết quả: Theo thang đo HSOPSC-VN2015 đánh giá mức độ phản hồi văn hóa an toàn người bệnh chung, tỷ lệ nhân viên y tế có phản hồi tích cực chiếm tỷ lệ 70,4%, tỷ lệ nhân viên y tế có phản hồi trung tính chiếm tỷ lệ 16,3%, tỷ lệ nhân viên y tế có phản hồi tiêu cực chiếm tỷ lệ 13,3%. Tiêu chí Trừng phạt cá nhân khi để xảy ra sự cố/sai sót, Bàn giao và chuyển tiếp người bệnh giữa các khoa/phòng và tiêu chí về Nhân lực có tỷ lệ phản hồi tích cực thấp.

Kết luận: Văn hoá an toàn người bệnh tại bệnh viện đã đạt mức tốt và tỷ lệ phản hồi tích cực cao góp phần đảm bảo an toàn người bệnh tại bệnh viện.

Từ khóa: Văn hoá, an toàn người bệnh, văn hoá an toàn người bệnh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vấn đề an toàn của người bệnh (ATNB) là một yếu tố quan trọng, là nền tảng đánh giá chất lượng dịch vụ y tế. Ngày nay, các bệnh viện càng nhận thấy rằng việc tăng cường văn hóa an toàn trong các cơ sở y tế là quan trọng để không ngừng nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh (KCB)[9].

Trong môi trường bệnh viện hiện nay, công tác đánh giá văn hóa an toàn người bệnh (VHATNB) đang được sử dụng như một công cụ quản lý cung cấp các bằng chứng xác thực phục vụ cho mục đích của các nhà quản lý, hoạch định chính sách y tế ở các nước trên thế giới. Đánh giá văn hóa có nhiều mục đích: (một) nâng cao nhận thức của nhân viên về ATNB; (hai) đánh giá hiện trạng VHATNB trong tổ chức; (ba) xác định các điểm mạnh của văn hóa an toàn và các lĩnh vực cần cải thiện;

(bốn) phân tích xu hướng văn hóa an toàn theo thời gian; (năm) đánh giá tác động đối với văn hóa an toàn của các sáng kiến, can thiệp để cải thiện ATNB và (sáu) so sánh trong và giữa các tổ chức y tế với nhau[11].

Vấn đề VHATNB tại bệnh viện rất được quan tâm gần đây, đã có một vài đánh giá riêng lẻ gần đây về văn hóa ATNB được thực hiện trước khi đại dịch COVID-19 xuất hiện, kết quả cho thấy mức độ văn hóa ATNB tại bệnh viện được nhân viên y tế (NVYT) đánh giá tốt chưa cao giảm từ 85,6% năm 2020 xuống còn 78,1% vào đầu năm 2022. Việc thực hiện đề tài nghiên cứu về VHATNB là rất cần thiết trong giai đoạn hiện nay nhằm cung cấp thông tin về các lĩnh vực cần cải thiện và thúc đẩy một nền văn hóa an toàn trong BV trong tình hình mới. Do đó nghiên cứu “*Kết quả quản lý văn hóa an toàn người bệnh và một số yếu tố ảnh hưởng tại bệnh*

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenchihuynhtcc15@gmail.com

Điện thoại: (+84) 911738169

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



viện Thành phố Thủ Đức” được thực hiện nhằm mục tiêu mô tả thực trạng văn hoá an toàn người bệnh tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức năm 2022.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả tiến hành khảo sát văn hoá an toàn người bệnh trên đối tượng NVYT tại bệnh viện thành phố Thủ Đức dựa trên bộ công cụ HSOP-SC-VN2015.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả nhân viên y tế hiện đang công tác tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh (34 khoa lâm sàng, 6 khoa cận lâm sàng, 3 khoa/phòng khối hậu cần và 9 phòng chức năng).

Tiêu chuẩn lựa chọn: NVYT làm việc tại bệnh viện trên 03 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: NVYT đang nghỉ chế độ thai sản, nghỉ ốm, nghỉ dài ngày... hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Nội dung nghiên cứu

Sử dụng bộ câu hỏi HSOPSC-VN2015 đã được Sở Y tế Hồ Chí Minh tiến hành nghiên cứu và được công nhận về khảo sát văn hóa an toàn người bệnh[6] bao gồm:

- 7 lĩnh vực về văn hóa an toàn tại khoa:

+ Làm việc theo ê kíp trong cùng một Khoa/phòng (bao gồm 4 câu hỏi);

+ Quan điểm và hành động của người quản lý về ATNB (4 câu hỏi);

+ Tính cải tiến liên tục và học tập một cách hệ thống (3 câu hỏi);

+ Phản hồi và trao đổi về sai sót/lỗi (3 câu hỏi);

+ Cởi mở trong thông tin về sai sót (3 câu hỏi);

+ Nhân sự (4 câu hỏi);

+ Hành xử không buộc tội khi có sai sót (3 câu hỏi).

- 3 lĩnh vực về văn hóa ATNB trong toàn bệnh viện:

+ Hỗ trợ về quản lý cho ATNB (3 câu hỏi);

+ Bàn giao và chuyển bệnh (4 câu hỏi);

+ Làm việc theo ê kíp giữa các Khoa/phòng (4 câu hỏi).

- 2 lĩnh vực về sai sót/sự cố y học liên quan đến ATNB

+ Tần suất ghi nhận sự cố/sai sót/lỗi (3 câu hỏi);

+ Quan điểm tổng quát về ATNB (4 câu hỏi).

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ thực hiện khi có Giấy chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học số 29/HĐĐĐ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm của nhân viên y tế (n = 420)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ%
Chuyên môn	Bác sĩ	113	26,9
	Điều dưỡng/nữ hộ sinh	165	39,3
	Kỹ thuật viên	14	3,3
	Khác	128	30,5
Trình độ chuyên môn	Sau đại học	48	11,4
	Đại học	207	49,3
	Cao đẳng	76	18,1
	Trung cấp	37	8,8
	Lao động phổ thông	52	12,4
Thâm niên công tác tại bệnh viện	Từ 1 đến 5 năm	207	49,3
	Từ 6 đến 10 năm	93	22,1
	Trên 10 năm	120	28,6

Nhận xét: Về chuyên môn, NVYT có chuyên môn Điều dưỡng/Nữ hộ sinh chiếm tỷ lệ cao nhất với 39,3%, tiếp đến là chuyên môn Khác 30,5%. NVYT có chuyên môn Kỹ thuật viên chiếm tỷ lệ thấp nhất với 3,3%. NVYT trình độ Đại học chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 49,3%, tiếp đến là trình độ Cao đẳng chiếm tỷ lệ 18,1%. NVYT có trình độ Trung cấp chiếm tỷ lệ thấp nhất với 8,8%. Về thâm niên, NVYT có thâm niên từ 1 đến 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 49,3%, tiếp đến là thâm niên trên 10 năm chiếm 28,6%. NVYT có thâm niên từ 6 đến 10 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất với 22,1%.

3.2. Mức độ an toàn người bệnh của khoa

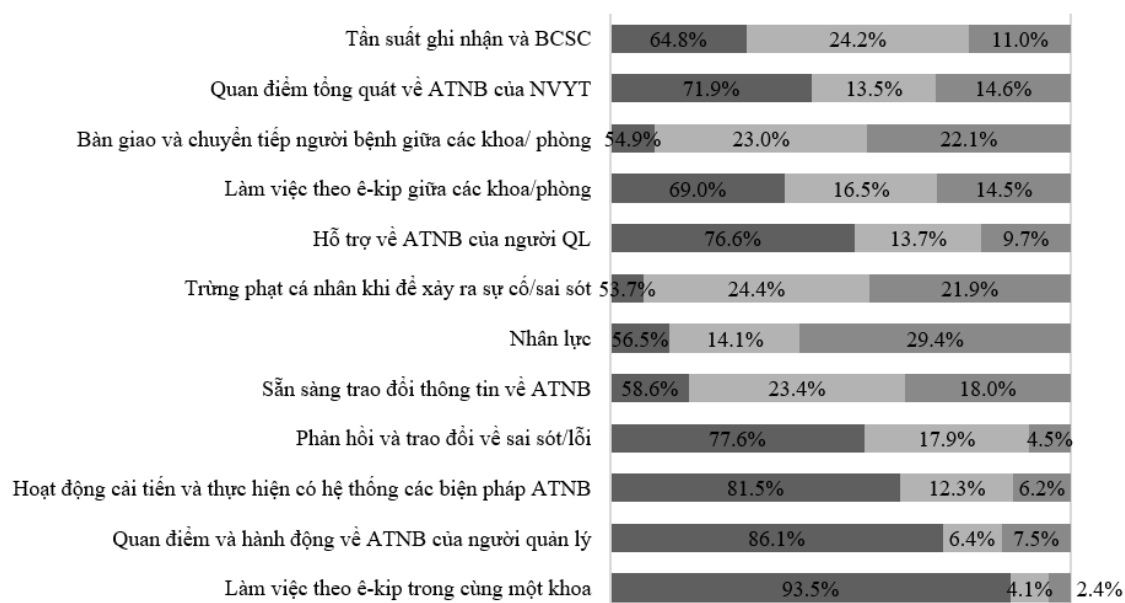
Bảng 2. Đánh giá mức độ an toàn người bệnh của khoa của NVYT (n = 420)

Mức độ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Xuất sắc	45	10,7
Rất tốt	279	66,4
Chấp nhận được	89	21,2
Kém – Không đạt	7	1,7
Tổng cộng	420	100,0

Nhận xét: Mức độ xuất sắc và rất tốt là mức độ an toàn người bệnh được NVYT đánh giá nhiều nhất với tỷ lệ 77,1%.

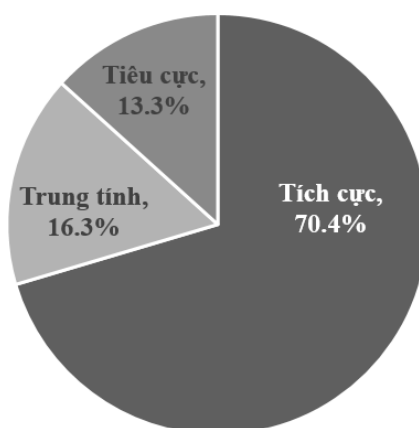
3.3. Thực trạng văn hoá an toàn tại bệnh viện theo 12 khía cạnh

Biểu đồ 1. Tỷ lệ phản hồi tích cực về 12 tiêu chí ATNB theo thang đo HSOPSC-VN2015 (n = 420)



Nhận xét: Tỷ lệ phản hồi tích cực của tiêu chí Làm việc theo ê-kíp cùng một khoa chiếm tỷ lệ cao nhất với 93,5%. Tiếp đến là tiêu chí Quan điểm và hành động về ATNB của người quản lý và tiêu chí Hoạt động cải tiến và thực hiện có hệ thống các biện pháp ATNB chiếm

tỷ lệ lần lượt là 86,1% và 81,5%. Tiêu chí về Nhân lực và Bàn giao và chuyển tiếp người bệnh giữa các khoa/phòng có tỷ lệ phản hồi tiêu cực cao nhất chiếm tỷ lệ lần lượt là 29,4% và 22,1%

Mức độ phản hồi văn hóa ATNB chung theo thang đo HSOPSC-VN2015**Biểu đồ 2. Mức độ phản hồi văn hóa ATNB chung theo thang đo HSOPSC-VN2015**

Nhận xét: Theo thang đo HSOPSC-VN2015, tỷ lệ NVYT có phản hồi tích cực chiếm tỷ lệ 70,4%, tỷ lệ NVYT có phản hồi trung tính chiếm tỷ lệ 16,3%, tỷ lệ NVYT có phản hồi tiêu cực chiếm tỷ lệ 13,3%.

3.4. Góp ý của nhân viên y tế để cải thiện văn hoá ATNB tại bệnh viện**Bảng 3. Phân loại góp ý của nhân viên y tế**

STT	Góp ý của nhân viên y tế	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
1	Cải thiện phúc lợi cho NVYT, tăng cường nhân sự	34	11,4
2	Tăng cường tập huấn, nâng cao trình độ của NVYT	43	14,5
3	Tiếp thu ý kiến, cải tiến quy trình	27	9,1
4	Tăng cường sự cam kết của lãnh đạo và sự phối hợp giữa các khoa	47	15,9
5	Củng cố cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, vật tư y tế	90	30,4
6	Tăng cường kiểm tra, giám sát	38	12,8
7	Bệnh viện đã làm tốt	17	5,9

Nhận xét: Về phân loại ý kiến của NVYT, tỷ lệ NVYT phản ánh, góp ý về vấn đề Củng cố cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, vật tư y tế chiếm tỷ lệ cao nhất với 30,4%. Tỷ lệ NVYT phản ánh về Tăng cường sự cam kết của lãnh đạo và sự phối hợp giữa các khoa chiếm tỷ lệ 15,9%, Tăng cường tập huấn, nâng cao trình độ của NVYT chiếm tỷ lệ 14,5%, Tăng cường kiểm tra, giám sát chiếm tỷ lệ 12,8%, Cải thiện phúc lợi cho NVYT, tăng cường nhân sự chiếm tỷ lệ 11,4%, Tiếp thu ý kiến, cải tiến quy trình chiếm tỷ lệ 9,1%. Tỷ lệ NVYT cho rằng bệnh viện đã làm tốt chiếm tỷ lệ thấp nhất với 5,9%.

4. BÀN LUẬN**4.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Chuyên môn của đối tượng nghiên cứu là Điều dưỡng/Nữ hộ sinh chiếm đa số (39,3%). Kết quả này có phần thấp hơn so với kết quả các nghiên cứu được thực hiện trước đây. Trong nghiên cứu của tác giả Trần Nguyễn Như Anh thực hiện tại bệnh viện Từ Dũ cho kết quả tỷ lệ Điều dưỡng/Nữ hộ sinh tham gia nghiên cứu đạt tỷ lệ 51%¹. Trong nghiên cứu của tác giả Tăng Chí Thượng tỷ lệ này lên đến 76,0% và trong nghiên cứu của tác giả

Nguyễn Cẩm Hằng tỷ lệ này lên đến 78,5%[5].

Hơn một nửa đối tượng tham gia nghiên cứu có trình độ Đại học và Sau đại học. Điều này là do xã hội càng phát triển nhu cầu của người bệnh ngày càng cao, yêu cầu bệnh viện đòi hỏi phân lớn đối tượng nhân sự được tuyển dụng vào bệnh viện phải có trình độ đại học trở lên nhằm đáp ứng nhu cầu của người bệnh.

Về thâm niên công tác, gần một nửa NVYT có thâm niên từ 1 đến 5 năm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có phần thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Cẩm Hằng cho kết quả tỷ lệ này lên đến 83,8%[3]. Điều này có thể giải thích do sự biến động nhân sự của các bệnh viện công trong khu vực thành phố Hồ Chí Minh. Việc thiếu nhân sự buộc bộ phận nhân sự tại bệnh viện phải bổ sung lượng lớn nhân sự cho các khoa nên thâm niên NVYT trong nghiên cứu từ 1 – 5 năm chiếm đa số.

4.2. Mức độ an toàn người bệnh của khoa

Kết quả nghiên cứu cho thấy, phần lớn NVYT đánh giá mức độ ATNB tại bệnh viện là xuất sắc và rất tốt (77,1%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu trước đây. Một nghiên cứu trước đây được thực hiện tại bệnh viện Dutch tại Hoa Kỳ đã cho tỷ lệ NVYT đánh giá mức độ ATNB tại bệnh viện là xuất sắc và rất tốt đạt 75%[10]. Tác giả Nguyễn Thị Thanh Trúc đã thực hiện một nghiên cứu về văn hóa ATNB tại bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu tỉnh Bến Tre vào năm 2017 cho kết quả tỷ lệ NVYT đánh giá mức độ ATNB tại bệnh viện đạt mức tốt là 72,2%[7]. Một nghiên cứu khác thực hiện tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức vào năm 2021 cho kết quả thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ NVYT đánh giá mức độ ATNB là chấp nhận được với 60,0%, tỷ lệ tự đánh giá mức độ an toàn rất tốt chỉ 17,9%, nhưng có đến 18,4% NVYT đánh giá mức độ an toàn tại BV là kém và 3,2% đánh giá là không đạt[8]. Năm 2022 đã qua thời kỳ đỉnh dịch COVID-19, một số quy trình đã được đơn giản hóa, các hoạt động trong bệnh viện không còn chịu nhiều ảnh hưởng từ COVID-19 đã làm giảm áp lực công việc cho NVYT. Từ đó, NVYT dành nhiều thời gian cho người bệnh hơn và có những đánh giá tích cực về ATNB tại bệnh viện.

4.3. Thực trạng văn hoá an toàn tại bệnh viện theo 12 khía cạnh

Kết quả nghiên cứu đã cho thấy trong 12 tiêu chí đánh giá văn hóa ATNB, tỷ lệ phản hồi tích cực tiêu chí Làm việc với ê-kíp trong cùng một khoa chiếm tỷ lệ cao nhất (93,5%). Tiêu chí Trừng phạt cá nhân khi để xảy ra sự cố/sai sót, Bàn giao và chuyển tiếp người bệnh giữa các khoa/phòng và tiêu chí về Nhân lực có tỷ lệ phản hồi tích cực thấp nhất (53,%, 54,9% và 56,5%). Nghiên cứu của tác giả Tăng Chí Thượng cũng cho kết quả tỷ lệ phản hồi tích cực của tiêu chí Làm việc nhóm trong khoa chiếm tỷ lệ cao nhất với 90,0% và tiêu chí Hành xử không buộc tội khi có sai sót và Tiêu chí Nhân

lực có tỷ lệ phản hồi tích cực thấp nhất với tỷ lệ lần lượt là 51,0% và 52,0%⁴. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Bích đã cho kết quả tiêu chí được đánh giá tích cực là làm việc theo ê-kíp trong khoa, tiêu chí quan điểm và hành động của người quản lý. Các tiêu chí được đánh giá chưa tích cực bao gồm tiêu chí Trừng phạt cá nhân khi để xảy ra sai sót/sự cố, tiêu chí Bàn giao chuyển tiếp bệnh nhân và kém nhất là về tiêu chí nhân lực[2].

4.4. Mức độ phản hồi văn hóa ATNB chung theo thang đo HSOPSC-VN2015

Kết quả đánh giá mức độ tổng thể văn hóa ATNB theo thang đo HSOPSC-VN2015 cho thấy tỷ lệ NVYT đánh giá tích cực về văn hóa ATNB chiếm tỷ lệ khá thấp với chỉ 70,4%, phản hồi trung tính chiếm tỷ lệ 16,3% và phản hồi tiêu cực chiếm tỷ lệ 13,3%. Tỷ lệ này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác khi tỷ lệ đánh giá tích cực đều không vượt quá 75%. Ví dụ tại khoa Sản bệnh viện quận Thủ Đức năm 2019, tỷ lệ tích cực là 72,3%[2]. So sánh với một số nghiên cứu gần đây tại các bệnh viện cùng tuyến hoặc có trình độ gần tương tự, cho thấy kết quả khá tương đồng nhau, khác với dự đoán rằng mức độ văn hóa ATNB tại bệnh viện thành phố Thủ Đức sẽ bị suy giảm nhiều so với các nghiên cứu gần đây do tác động của đại dịch COVID-19, dịch bệnh bùng phát mạnh mẽ tại các tỉnh thành phía Nam mà thành phố Hồ Chí Minh là nặng nề nhất. Ngoài ra, ảnh hưởng mạnh mẽ từ làn sóng NVYT nghỉ việc tại thành phố Hồ Chí Minh làm gia tăng áp lực công việc cho NVYT tại bệnh viện thành phố Thủ Đức từ đó làm suy giảm mức độ ATNB.

4.5. Góp ý của nhân viên y tế để cải thiện văn hoá ATNB tại bệnh viện

Trong các góp ý, phản ánh của NVYT, tỷ lệ góp ý về vấn đề Cùng cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, vật tư y tế chiếm tỷ lệ cao nhất. Điều này do Bệnh viện thành phố Thủ Đức được xây dựng dựa trên cơ sở cũ, hạ tầng xuống cấp trầm trọng, gây ra các vấn đề không an toàn cho người bệnh. Bên cạnh đó, cơ chế đầu thầu phức tạp đã gây ra tình trạng thiếu vật tư, trang thiết bị y tế kéo dài không đáp ứng công tác chuyên môn từ đó gây ra các vấn đề không đảm bảo an toàn người bệnh. Góp ý về nâng cao phúc lợi chiếm tỷ lệ rất thấp, điều này cho thấy nhận thức của NVYT tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức về vấn đề ATNB đạt mức cao, nhận định được các nguy cơ, vấn đề an toàn và có các góp ý phù hợp nhằm cải thiện ATNB tại bệnh viện.

5. KẾT LUẬN

Kết quả thực trạng văn hóa ATNB tại bệnh viện cho thấy bệnh viện đã tiến hành tốt công tác quản lý văn hóa ATNB tại bệnh viện. Tuy nhiên, vẫn còn một số vấn đề còn tồn tại như Trừng phạt cá nhân khi để xảy ra



sự cố/sai sót, Bàn giao và chuyển tiếp người bệnh giữa các khoa/phòng và Nhân lực cần phải được khắc phục nhằm cải thiện văn hóa ATNB tại bệnh viện theo chiều hướng tích cực hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trần Nguyễn Như Anh, Nghiên cứu Văn hóa an toàn người bệnh tại bệnh viện Từ Dũ; (Luận văn thạc sĩ Kinh tế), Trường Đại học Kinh tế Thành phố Hồ Chí Minh, 2015.
- [2] Nguyễn Thị Ngọc Bích, Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến văn hóa an toàn người bệnh của nhân viên y tế tại khoa Sản, Bệnh viện quận Thủ Đức, năm 2019; (Luận văn chuyên khoa Cấp 2), Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội, 2020.
- [3] Nguyễn Cẩm Hằng, Văn hóa An toàn người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp năm 2012; Luận văn Chuyên Khoa I YTCC: Trường đại học Y tế công cộng, 2012.
- [4] Tăng Chí Thượng, Khảo sát văn hóa an toàn người bệnh tại bệnh viện Nhi đồng I năm 2012; Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 18(4), 2012, tr. 8-17.
- [5] Tăng Chí Thượng, Khảo sát thực trạng về văn hóa an toàn người tại các bệnh viện trong Thành phố Hồ Chí Minh; Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 20(2), 2016, tr. 454-465
- [6] Tăng Chí Thượng, Xây dựng phiên bản tiếng Việt bộ câu hỏi khảo sát thực trạng về văn hóa an toàn người bệnh của cơ quan chất lượng và nghiên cứu sức khỏe Hoa Kỳ; Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 20(2), 2016, tr. 239-246.
- [7] Nguyễn Thị Thanh Trúc, Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến văn hóa an toàn người bệnh tại Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu tỉnh Bến Tre năm 2017; Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển, Tập 2 Số (2) 2018, tr. 110-119
- [8] Lê Thanh Tòng, Đánh giá văn hóa an toàn người bệnh và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện quận Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2021; Luận văn chuyên khoa II, chuyên ngành tổ chức quản lý y tế, Trường đại học Y tế công cộng, 2021.
- [9] DiCuccio, M. H. The relationship between patient safety culture and patient outcomes: a systematic review. Journal of patient safety, 11(3), 2015, pp.135-142.
- [10] Marleen S, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C et al., The psychometric properties of the'Hospital Survey on Patient Safety Culture'in Dutch hospitals. BMC health services research, 8(1), 2008, pp. 1-9
- [11] Sorra J, Yount N, Famolaro T et al., AHRQ Hospital survey on patient safety culture version 2.0: user's guide. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2019.

ANTI-HUMAN GLOBULIN CROSSMATCH ON GEL-CARD AND SOME RELATED FACTORS

Nguyen Thi Hoai Thu, Nguyen Thi Quynh Nga, Tran Thi Tu*

Da Nang University of Medicine and Pharmacy Technology - 99 Hung Vuong, Hai Chau District, Da Nang city, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 21/08/2023; Accepted: 23/09/2023

ABSTRACT

Objective: Compare the effectiveness of AHG CrossMatch on gel-card and Saline CrossMatch and find out some related factors of the positivity of AHG CrossMatch.

Method: A cross-sectional descriptive study in 3,433 packed red blood cells (PRBCs) indicated for transfusion at Danang Hospital from January to March 2023.

Results: The rate of positive AHG CrossMatch accounted for 3.4% compared with 0.6% of Saline Cross Match. There is a relationship between positive AHG CrossMatch and sex, age, treatment unit, number of blood transfusions and this difference is statistically significant with $p < 0.05$.

Conclusion: The AHG CrossMatch helps to detect higher cases of serological incompatibility than the Saline CrossMatch does. Factors such as gender, age, treatment unit, and number of blood transfusions should be taken care when doing AHG CrossMatch.

Keywords: Cross Match, Anti-Human Globulin (AHG), Blood transfusion safety.

*Corresponding author
Email address: tranthitudhkyddn@gmail.com
Phone number: (+84) 988964663
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



SO SÁNH HIỆU QUẢ VÀ TÌM HIỂU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN XÉT NGHIỆM HOÀ HỢP CÓ SỬ DỤNG KHÁNG GLOBULIN NGƯỜI TRÊN GEL-CARD

Nguyễn Thị Hoài Thu, Nguyễn Thị Quỳnh Nga, Trần Thị Tư*

Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng - 99 Hùng Vương, quận Hải Châu, TP. Đà Nẵng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 21/08/2023; Ngày duyệt đăng: 23/09/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả của xét nghiệm hoà hợp có sử dụng AHG với xét nghiệm hoà hợp trong môi trường nước muối ở 22°C và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến sự dương tính của xét nghiệm hoà hợp có sử dụng AHG.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 3.433 chế phẩm hồng cầu khối được chỉ định truyền tại Bệnh viện Đà Nẵng từ tháng 01 - 3/2023.

Kết quả: Tỷ lệ xét nghiệm hoà hợp có sử dụng AHG dương tính chiếm 3,4% so với 0,6% khi thực hiện kỹ thuật này trên môi trường nước muối ở nhiệt độ 22°C. Có mối liên quan giữa xét nghiệm hoà hợp có AHG dương tính với giới tính, nhóm tuổi, đơn vị điều trị, số lần truyền máu và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết luận: Xét nghiệm hoà hợp có sử dụng AHG giúp phát hiện các trường hợp bất đồng miễn dịch chống hồng cầu cao hơn so với xét nghiệm hoà hợp trong môi trường nước muối. Cần lưu ý các yếu tố như giới tính, nhóm tuổi, đơn vị điều trị, số lần truyền máu khi thực hiện xét nghiệm hoà hợp có sử dụng AHG.

Từ khóa: Xét nghiệm hoà hợp, kháng globulin người (AHG), an toàn truyền máu.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Truyền máu vẫn luôn đóng vai trò quan trọng trong y học. Truyền máu có tác dụng cấp cứu tức thời cứu sống tính mạng bệnh nhân khi mất máu cấp, đồng thời truyền máu cũng có tác dụng điều trị một số bệnh mà đến nay, vẫn chưa có một dược phẩm nào có thể thay thế hoàn toàn được.

Tuy nhiên, trong truyền máu nói chung và truyền hồng cầu khối nói riêng luôn tồn tại những yếu tố nguy cơ tiềm ẩn, có thể gây ra nhiều hậu quả không mong muốn ở nhiều mức độ khác nhau cho người nhận máu. Một trong những nguy cơ được quan tâm nhiều nhất là bất đồng miễn dịch do kháng nguyên hồng cầu giữa người cho và người nhận. Chính vì vậy, các biện pháp sàng lọc, kiểm soát để đảm bảo hạn chế đến mức thấp nhất những

tai biến này là một vấn đề luôn được đặt ra hàng đầu. Các xét nghiệm được chỉ định để hạn chế tai biến này đang được áp dụng một cách thường quy tại các cơ sở truyền máu bao gồm: định nhóm máu hệ ABO, Rh(D) và xét nghiệm hoà hợp (XNHH) trong môi trường nước muối. XNHH có sử dụng kháng globulin người (AHG) mới chỉ được triển khai ở những cơ sở lớn trong những năm gần đây. Để góp phần đánh giá hiệu quả của xét nghiệm này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: “So sánh hiệu quả và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến xét nghiệm hoà hợp có sử dụng kháng globulin người trên Gel-card” với 2 mục tiêu:

1. So sánh hiệu quả của xét nghiệm hoà hợp có sử dụng AHG với xét nghiệm hoà hợp trong môi trường nước muối 22°C.

*Tác giả liên hệ

Email: tranthitudhkyddn@gmail.com

Điện thoại: (+84) 988964663

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan dẫn tới sự dương tính của xét nghiệm hòa hợp có sử dụng AHG.

- Phản ứng hòa hợp trên môi trường nước muối ở 220C bằng phương pháp ống nghiệm.

- Phản ứng hòa hợp sử dụng AHG trên gelcard.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các chế phẩm hồng cầu khối được chỉ định truyền tại khoa Huyết học - Truyền máu của Bệnh viện Đà Nẵng từ tháng 01-5/2023.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những trường hợp không đủ thông tin theo yêu cầu của đối tượng nghiên cứu.

- Kết quả XNHH không rõ ràng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ đáp ứng tiêu chuẩn chọn.

Cỡ mẫu: 3.433 khối hồng cầu.

2.2.3. Các kỹ thuật được sử dụng trong nghiên cứu

2.2.4. Biến số nghiên cứu

- Tuổi, giới tính, nhóm máu, số lần truyền hồng cầu khối.

- Kết quả của phản ứng hòa hợp trong môi trường nước muối ở 220C.

- Kết quả của phản ứng hòa hợp có sử dụng AHG.

2.2.5. Xử lý số liệu

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0.

- Phân tích thống kê mô tả: tần suất (n) và tỷ lệ phần trăm (%).

- Phân tích thống kê đơn biến: sử dụng test Chi bình phương, Fisher Exact test để kiểm định giả thuyết về sự khác biệt các tỷ lệ. Độ tin cậy có ý nghĩa thống kê được chọn là giá trị $p < 0,05$.

2.2.6. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng và được sự chấp thuận của Ba Giám đốc Bệnh viện Đà Nẵng.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. So sánh hiệu quả của xét nghiệm hoà hợp có sử dụng AHG với xét nghiệm hoà hợp trong môi trường nước muối ở 22°C

Bảng 3.1. So sánh XNHH giữa 2 môi trường nước muối 22°C và môi trường AHG

Kết quả \ XNHH	Môi trường nước muối/22°C	Môi trường AHG
Âm tính	3.412 (99,4%)	3.316 (96,6%)
Dương tính	21 (0,6%)	117 (3,4%)
Tổng	3.433 (100%)	3.433 (100%)

Nhận xét: Trong 3.433 hồng cầu khối thu được 21 trường hợp có phản ứng dương tính ở môi trường muối

220C chiếm tỷ lệ 0,6% và trên môi trường có sử dụng AHG có 117 hồng cầu khối có dương tính chiếm 3,4%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến sự dương tính của xét nghiệm hoà hợp có sử dụng AHG

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa kết quả XNHH có sử dụng AHG với nhóm tuổi

Kết quả XNHH Nhóm tuổi	Âm tính	Dương tính	Tổng	p
≤ 20	131 (3,8%)	5 (0,1%)	136 (4,0%)	p < 0,05
21 - 40	616 (17,9%)	53 (1,5%)	669 (19,5%)	
41 - 60	1.065 (31%)	14 (0,4%)	1.079 (31,4%)	
Trên 60	1.504 (43,8)	45 (1,3%)	1.549 (45,1%)	
Tổng	3.316 (96,6%)	117 (3,4%)	3.433 (100%)	

Nhận xét: Có sự khác biệt giữa kết quả XNHH trong môi trường có sử dụng AHG với nhóm tuổi và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa kết quả XNHH có sử dụng AHG với giới tính

Kết quả XNHH Giới tính	Âm tính	Dương tính	Tổng	p
Nam	1.848 (53,8%)	46 (1,3%)	1.894 (55,2%)	p < 0,05
Nữ	1.468 (42,8%)	71 (2,1%)	1.539 (44,8%)	
Tổng	3.316 (96,6%)	117 (3,4%)	3.433 (3,4%)	

Nhận xét: Có sự khác biệt giữa kết quả XNHH trong môi trường có sử dụng AHG với giới tính và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa kết quả XNHH có sử dụng AHG với nhóm máu ABO

Kết quả XNHH Nhóm máu	Âm tính	Dương tính	Tổng	p
A	741 (21,6%)	16 (0,5%)	757 (22,1%)	p < 0,05
B	858 (25%)	32 (0,9%)	890 (25,9%)	
AB	182 (5,3%)	10 (0,3%)	192 (5,6%)	
O	1.535 (44,7%)	59 (1,7%)	1.594 (46,4%)	
Tổng	3.316 (96,6%)	117 (3,4%)	3.433 (3,4%)	

Nhận xét: Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kết quả XNHH trong môi trường AHG với các nhóm máu hệ ABO.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa kết quả XNHH có sử dụng AHG với số lần truyền máu

Kết quả XNHH Số lần truyền máu	Âm tính	Dương tính	Tổng	p
Nhận máu lần đầu	776 (22,6%)	20 (0,6%)	796 (23,2%)	p < 0,05
Nhận máu từ 2 - 5 lần	1.780 (51,8%)	50 (1,5%)	1.830 (53,3%)	
Nhận máu > 5 lần	760 (22,1%)	47 (1,4%)	807 (23,5%)	
Tổng	3.316 (96,6%)	117 (3,4%)	3.433 (3,4%)	

Nhận xét: Có sự khác biệt giữa kết quả XNHH trong môi trường có sử dụng AHG với số lần truyền máu và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

4.1. So sánh hiệu quả của xét nghiệm hoà hợp có sử dụng AHG với xét nghiệm hoà hợp trên môi trường nước muối ở 220C

Kết quả ở bảng 3.1. cho thấy: Trong 3.433 hồng cầu khối thu được 21 trường hợp có phản ứng dương tính ở môi trường muối 220C chiếm tỷ lệ 0,6% và trên môi trường có sử dụng AHG có 117 đơn vị hồng cầu khối có kết quả dương tính chiếm 3,4%. Với kết quả trên ta nhận thấy tỷ lệ dương tính của xét nghiệm hoà hợp trên môi trường AHG gấp 5,7 lần so với xét nghiệm hoà hợp trên môi trường nước muối ở 220C. Kết quả trên tương tự với tác giả: Hoàng Văn Phóng và cộng sự (2011) thu được tỷ lệ XNHH dương tính ở môi trường nước muối 220C chiếm 0,18% và trên môi trường sử dụng AHG chiếm 0,55% [1]. Theo Nguyễn Thị Tuyết Trâm và cộng sự (2013) thu được tỷ lệ XNHH dương tính ở môi trường muối 220C chiếm tỷ lệ 0,8% và trên môi trường có sử dụng AHG chiếm 5,5% [2]. Theo Vũ Bích Vân và cộng sự (2011) thu được XNHH ở 220C (chiếm 2%) và trong môi trường AHG (chiếm 5%) [3]. Qua đó ta nhận thấy tỷ lệ dương tính trong XNHH trong môi trường AHG cao hơn so với trong môi trường nước muối ở 220C, do đó khả năng phát hiện được trường hợp xét nghiệm không hoà hợp ở môi trường AHG cao hơn so với môi trường nước muối. Lý giải kết quả này là do các kháng thể miễn dịch thường có bản chất là IgG, khi tiến hành XNHH trong môi trường nước muối ở 220C không thể phát hiện những kháng thể miễn dịch này mà phát hiện được nhờ có AHG. Do đó nếu chỉ thực hiện XNHH ở 220C sẽ bỏ sót những trường hợp có kháng thể bất thường do truyền máu không hòa hợp nhóm máu ngoài hệ ABO, đây chính là nguy cơ gây ra truyền máu không hiệu lực trên lâm sàng đồng thời làm

ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Vì vậy, triển khai kỹ thuật XNHH có sử dụng AHG sẽ hạn chế được các phản ứng tan máu do nguyên nhân miễn dịch, góp phần nâng cao hiệu quả truyền máu và mang lại lợi ích về kinh tế cho BN (giảm chi phí do giảm số lượt vào viện điều trị, giảm số lần truyền máu cũng như số ngày điều trị,...).

4.2. Một số yếu tố liên quan đến sự dương tính của xét nghiệm hoà hợp có sử dụng AHG

Kết quả ở bảng 3.2 cho thấy: Có sự khác biệt giữa kết quả XNHH trong môi trường có sử dụng AHG với nhóm tuổi và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong đó nhóm tuổi từ 21 đến 40 tuổi và trên 60 tuổi có tỷ lệ XNHH có sử dụng AHG dương tính cao nhất lần lượt là 1,5% và 1,3%. Nghiên cứu trên tương tự với Đào Thị Thanh Nga và cộng sự (2014) cho được kết quả nhóm tuổi từ 19 đến 40 tuổi có tỷ lệ kháng thể bất thường là 0,97% là cao nhất [4]. Theo Nguyễn Thị Kiều Giang, Cao Minh Phương (2013) có tỷ lệ XNHH sử dụng AHG dương tính cao nhất ở nhóm 21 - 40 chiếm 5,43%, thấp nhất ở nhóm > 60 tuổi chiếm 1,58% [5]. Lý giải kết quả này là do ở độ tuổi 21 - 40 hệ thống miễn dịch được phát triển một cách hoàn thiện cho nên đáp ứng miễn dịch xảy ra mạnh nhất. Ở độ tuổi 60 tuổi trở lên hệ thống miễn dịch bắt đầu suy giảm cho nên đáp ứng miễn dịch sẽ kém hơn. Tuy nhiên, độ tuổi này thường xuất hiện các bệnh lý ác tính đi kèm và đây cũng có thể là nguyên nhân làm XNHH trong môi trường AHG trở nên dương tính.

Kết quả bảng 3.3 cho thấy: Có sự khác biệt giữa kết quả XNHH trong môi trường có sử dụng AHG với giới tính và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhận xét của các tác giả sau: Theo Vũ Bích Vân và cộng sự (2011) với kết quả tỷ lệ XNHH có sử dụng AHG dương tính ở nữ



(8,3%) lớn hơn nam (1,9%), tỷ lệ này có sự khác biệt với $p < 0,05$ [3]. Theo Li H, Xu HM, Zhang Y (2015) thu được trong đó có 33 trường hợp là nam chiếm tỷ lệ 0,18% ở nam giới nghiên cứu; 104 trường hợp là nữ chiếm tỷ lệ 0,40%, sự khác biệt về phân bố giới tính có ý nghĩa thống kê ($X^2 = 15,38$, $P < 0,05$) [6]. Theo Đào Thị Thanh Nga (2014), Nguyễn Thị Tuyết Trâm và cộng sự (2013) cũng cho kết quả tương tự [2], [4]. Lý giải kết quả này là ở bệnh nhân nữ ngoài nguyên nhân truyền máu thì kháng thể bất thường còn thể được sinh ra do trong quá trình mang thai, sinh đẻ, đây là lúc cơ thể người mẹ có cơ hội tiếp xúc với kháng nguyên lạ. Cơ thể họ có thể bị miễn cảm bởi những hồng cầu mang những kháng nguyên không hòa hợp của thai nhi nên khi tái miễn cảm sẽ thúc đẩy đáp ứng miễn dịch nhớ, sản xuất ra kháng thể đặc hiệu chống lại những hồng cầu mang kháng nguyên tương ứng. Do đó tỷ lệ dương tính trong XNHH có sử dụng AHG ở nữ sẽ cao so với ở nam.

Theo kết quả bảng 3.4 cho thấy: Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kết quả XNHH trong môi trường AHG với các nhóm máu hệ ABO. Kết quả này tương tự với tác giả Bùi Thị Mai An (2012) [7]. Điều này có nghĩa là do bất cứ nhóm máu hệ ABO nào truyền nhiều lần đều có khả năng sinh miễn dịch như nhau.

Theo kết quả bảng 3.5 cho thấy: Có sự khác biệt giữa kết quả XNHH trong môi trường có sử dụng AHG với số lần truyền máu và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Cụ thể là những bệnh nhân truyền máu lần đầu có tỷ lệ XNHH có sử dụng AHG dương tính khá thấp (0,6%), nhóm truyền máu từ 2 đến 5 lần là 1,5% và trên 5 lần là 1,4%. Với kết quả này cho thấy tỷ lệ dương tính của XNHH có sử dụng AHG dương tính chiếm tỷ lệ cao ở đối tượng truyền từ 2 - 5 lần và từ 5 lần trở lên. Có một số nghiên cứu phù hợp với kết quả trên: Nguyễn Long Quốc và cộng sự (2019) tỷ lệ truyền máu từ 5 lần trở lên có xuất hiện kháng thể bất thường chiếm tỷ lệ 33,3%, nhóm bệnh nhân truyền máu dưới 5 lần không ghi nhận có kháng thể bất thường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê [8]. Nguyễn Thị Thu Hà (2014) cũng báo cáo kết quả tương tự: bệnh nhân truyền máu dưới 5 lần có tỷ lệ kháng thể bất thường là 5,9%, từ 5 - 10 lần là 10,1%, trên 10 lần là 15,6% [9]. Tác giả Nguyễn Thế Tùng (2011) cho thấy rằng tỷ lệ kháng thể bất thường tăng dần theo số lần truyền máu, cao nhất ở nhóm truyền trên 10 lần (41,3%), kể đến từ 3 - 10 lần (24,6%), và từ dưới 2 lần thì không có kháng thể bất thường [10]. Điều này có thể phù hợp bởi theo sinh lý, miễn dịch các kháng nguyên phải có một liều lượng kích thích thích hợp và với số lần kích thích nhất định mới có khả năng gây đáp ứng miễn dịch. Khi số lần truyền máu càng nhiều thì kích thích hệ miễn dịch sinh ra kháng thể bất thường chống lại kháng nguyên hồng cầu không hòa hợp được đưa vào nhiều lần qua truyền máu.

5. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ xét nghiệm hòa hợp có sử dụng AHG dương tính chiếm 3,4% so với 0,6% khi thực hiện kỹ thuật này trên môi trường nước muối ở nhiệt độ 22°C.

- Có sự khác biệt giữa kết quả xét nghiệm hòa hợp trong môi trường có sử dụng AHG với giới tính, nhóm tuổi, số lần truyền máu và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

6. KIẾN NGHỊ

Từ các kết quả nghiên cứu, bàn luận và kết luận trên, chúng tôi có một số kiến nghị sau:

- Việc sử dụng xét nghiệm hòa hợp có sử dụng AHG là cần thiết cho tất cả các trường hợp truyền máu để tăng tính hiệu quả an toàn truyền máu.

- Trong quá trình thực hiện xét nghiệm hòa hợp có sử dụng AHG, các yếu tố như số lần truyền máu, phụ nữ mang thai, nhóm tuổi... cần được lưu ý giúp cho người bệnh được truyền máu an toàn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Vũ Bích Vân, Cao Minh Phương, Tăng Bá Tùng, Nghiên cứu hiệu quả của phản ứng hòa hợp để sử dụng kháng globulin người tại bệnh viện đa khoa trung ương thái nguyên. Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2011; 4 (15): 80-86.
- [2] Nguyễn Thị Tuyết Trâm, Nguyễn Duy Thăng, Trần Văn Lượng, Khảo sát kháng thể bất thường kháng hồng cầu bằng phản ứng hòa hợp tại khoa huyết học lâm sàng bệnh viện trung ương Huế. Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2013; 5 (17): 102-108.
- [3] Hoàng Văn Phóng, Phạm Thị Thùy Nhung, Lê Thị Hòa, Bước đầu nghiên cứu hiệu quả của phản ứng hòa hợp có sử dụng kháng globulin người tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng từ 1/2011 đến 7/2011. Y học Việt Nam. 2011; 0: 305-311.
- [4] Hoàng Thị Thanh Nga, Nghiên cứu KT bất thường hệ hồng cầu và kết quả bước đầu của truyền máu hòa hợp một số kháng nguyên nhóm máu ở bệnh nhân thalassemia tại Viện Huyết học - Truyền máu TW (2013-2014). Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học. 2014. Trường Đại học Y Hà Nội.
- [5] Nguyễn Thị Kiều Giang, Cao Minh Phương, Kết quả sàng lọc và định danh kháng thể bất thường ở bệnh nhân truyền khối hồng cầu tại bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2013; 5 (17): 49-53.
- [6] Li H, Xu HM, Zhang Y et al., Analysis of Pa-

- tients' Irregular Antibody Screening and Identification Results before Blood Transfusion. Zhongguo Shi Yan Xue Ye Xue Za Zhi. 2015; 23 (3): 861-865.
- [7] Bùi Thị Mai An, Nguyễn Anh Hùng, Nghiên cứu kết quả xét nghiệm hòa hợp có sử dụng kháng Globulin cho bệnh nhân bệnh máu tại Viện Huyết học Truyền máu Trung ương (2009-2010). Y học Việt Nam. 2012; SDB: 489-493.
- [8] Nguyễn Long Quốc, Nguyễn Trung Kiên, Bước đầu định danh kháng thể bất thường kháng hồng cầu và đánh giá kết quả truyền khối hồng cầu ở bệnh nhân Thalassemia. Tạp chí Y tế Công cộng. 2019; (22-25).
- [9] Nguyễn Thị Thu Hà và cộng sự, Nghiên cứu đặc điểm kháng thể bất thường ở bệnh nhân thalassemia có truyền máu tại Viện Huyết học - Truyền máu trung ương năm 2011 – 2014. Y học Việt Nam, 2014; (SĐBT8/2014):748 - 753.
- [10] Nguyễn Thế Tùng, Trần Tiến Thịnh, Nguyễn Kiều Giang và cộng sự, Nghiên cứu phát hiện kháng thể bất thường hệ hồng cầu ở bệnh nhân thalassemia truyền máu nhiều lần tại Bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên năm 2011; Y học Việt Nam. 2011; (SDBT8/2012): 365 - 36.



PREVALENCE OF NON-COMMUNICABLE DISEASE AMONG UNDERTREATMENT HIV/AIDS PATIENTS AT THU DUC CITY HOSPITAL AND ASSOCIATED FACTORS

Nguyen Thi Bich Uyen^{1*}, Tran Nguyen Ai Thanh¹,
Phan Thi Hoai Yen^{1,2}, Vu Tri Thanh^{1,2}

¹Thu Duc City Hospital - 29 Phu Chau, Tam Phu, Thu Duc city, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy - 217 Hong Bang, Ward 11, District 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 25/08/2023; Accepted: 28/09/2023

ABSTRACT

Objective: The study was conducted to determine the proportion of HIV/AIDS patients being treated at Thu Duc City Hospital with obesity, hypertension, diabetes and dyslipidemia and to determine associated factors with these diseases.

Subjects and methods: Cross-sectional survey on 898 HIV/AIDS patients receiving ART at Thu Duc City Hospital, HCM city during the period from June 2023 to December 2023 has full clinical and subclinical information. Research strictly adheres to ethical standards.

Results: The NCD rate was 90.6% in which 73.2% had at least 1 NCD and 16.6% had 2 NCDs and 0.8% had 3 NCDs. The highest rate is dyslipidemia with 80.7%; followed by overweight and obesity with 34.1%, finally hypertension and diabetes, the prevalence was 7.4% and 5.6%, respectively. No factors were found to be associated with obesity in HIV/AIDS patients. Factors associated with hypertension include: age > 50 years (OR = 5.11; 95% CI: 2.52 - 9.91 and $p < 0.0001$); treatment for more than 5 years (OR = 2.53; 95% CI: 1.26 - 5.08 and $p = 0.0009$); without health insurance (OR = 2.47; CI 95%: 1.40 - 4.25 and $p = 0.002$). Factors related to diabetes: treatment over 5 years (OR = 2.23; KT 95%: 1.05 - 4.79 and $p = 0.039$). Factors associated with dyslipidemia include: are female (OR = 1.72; CI 95%: 1.07 - 2.83 and $p = 0.02$); no health insurance (OR = 1.38; 95% CI: 1.10 - 1.96 and $p = 0.05$). In addition, we noted a reverse trend with increasing age and increasing number of years of treatment to reduce the risk of dyslipidemia.

Conclusion: The prevalence of NCDs is higher than that of the general population.

Keywords: Non-communicable diseases, HIV/AIDS patients.

*Corresponding author
Email address: uyendr0610@gmail.com
Phone number: (+84) 938082009
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

TỈ LỆ BỆNH KHÔNG LÂY VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NGƯỜI BỆNH HIV/AIDS ĐANG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC

Nguyễn Thị Bích Uyên^{1*}, Trần Nguyễn Ái Thanh¹,
Phan Thị Hoài Yến^{1,2}, Vũ Trí Thanh^{1,2}

¹Bệnh viện thành phố Thủ Đức - 29 Phú Châu, Tam Phú, thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, Phường 11, Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 25/08/2023; Ngày duyệt đăng: 28/09/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định tỉ lệ người bệnh HIV/AIDS đang điều trị tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức bị béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn lipid máu và các yếu tố liên quan đến các bệnh lý này.

Đối tượng và phương pháp: Khảo sát cắt ngang trên 898 người bệnh HIV/AIDS được điều trị ARV tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ tháng 06/2023 đến tháng 12/2023 có đầy đủ thông tin lâm sàng, cận lâm sàng. Nghiên cứu tuân thủ chặt chẽ các tiêu chuẩn đạo đức.

Kết quả: Tỉ lệ bệnh không lây nhiễm (BKLN) là 90,6% trong đó 73,2% mắc ít nhất 1 BKLN và có 16,6% mắc 2 BKLN và 0,8% có 3 BKLN. Chiếm tỉ lệ cao nhất là rối loạn lipid máu với 80,7%; kế đến là thừa cân và béo phì với 34,1%, cuối cùng là tăng huyết áp và đái tháo đường thì tỉ lệ mắc lần lượt là 7,4% và 5,6%. Không ghi nhận yếu tố nào có liên quan đến béo phì ở người bệnh HIV/AIDS. Các yếu tố liên quan đến tăng huyết áp bao gồm: tuổi > 50 tuổi (OR = 5,11; KTC 95%: 2,52 - 9,91 và p < 0,0001); điều trị trên 5 năm (OR = 2,53; KTC 95%: 1,26 - 5,08 và p = 0,0009); không có BHYT (OR = 2,47; KTC 95%: 1,40 - 4,25 và p = 0,002). Yếu tố liên quan đến đái tháo đường: điều trị trên 5 năm (OR = 2,23; KT 95%: 1,05 - 4,79 và p = 0,039. Các yếu tố có liên quan với rối loạn lipid máu bao gồm: là nữ giới (OR = 1,72; KTC 95%: 1,07 - 2,83 và p = 0,02); không có BHYT (OR = 1,38; KTC 95%: 1,10 - 1,96 và p = 0,05). Ngoài ra chúng tôi ghi nhận một xu hướng ngược khi tuổi càng lớn và số năm điều trị tăng sẽ làm giảm nguy cơ mắc các rối loạn lipid máu.

Kết luận: Tỉ lệ mắc BKLN cao hơn nhóm dân số chung.

Từ khóa: Bệnh không lây nhiễm, người bệnh HIV/AIDS.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) và Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) vẫn là một mối lo ngại lớn về sức khỏe cộng đồng, có ảnh hưởng lớn đến hệ thống y tế [8]. Tuy nhiên, hiện nay tỉ lệ nhiễm mới đã phân nào được kiểm soát. Ngược

lại, nhóm người sống chung với HIV ngày càng già đi làm dấy lên mối lo ngại về sự tồn tại chung của HIV với các bệnh mạn tính khác, đặc biệt là các bệnh không lây nhiễm (BKLN) [7]. Bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu và các BKLN khác ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe cộng đồng và sự phát triển kinh tế xã hội của đất nước do số người mắc bệnh nhiều,

*Tác giả liên hệ

Email: uyendr0610@gmail.com

Điện thoại: (+84) 938082009

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



bệnh gây tàn tật và tử vong cao.

Theo nghiên cứu gánh nặng bệnh tật toàn cầu 2010, trong tổng số 52,7 triệu ca tử vong năm 2010, có 65,5% là do các bệnh không lây nhiễm, tỉ lệ này tăng 30% so với năm 1990, chủ yếu do tăng trưởng dân số và già hóa dân số [9]. Ở Việt Nam, bệnh không lây nhiễm ước tính chiếm 77% tổng số tử vong của người dân vào năm 2016; trong đó, bệnh tim mạch chiếm 31% và bệnh đái tháo đường chiếm 4% [2]. Thống kê của WHO (2015) ghi nhận BKLN là nguyên nhân tử vong của 38 triệu người mỗi năm, và 3/4 trong số này xảy ra ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình vốn đã phải chịu gánh nặng của HIV [11].

Hơn nữa, những người nhiễm HIV đã được phát hiện có nguy cơ mắc các bệnh không lây nhiễm cao hơn. Đây là kết quả của việc nhiễm HIV, điều trị bằng thuốc kháng virus, ức chế miễn dịch liên quan đến HIV, tuổi của người sống với HIV ngày càng tăng, tình trạng viêm nhiễm liên quan đến HIV, ngoài truyền thống các yếu tố nguy cơ của BKLN như: hút thuốc lá, uống rượu, lười vận động, chế độ ăn uống không lành mạnh và sự chuyển đổi nhân khẩu học và dịch tễ học [4]. Mặc dù bằng chứng từ các quốc gia có thu nhập cao là rõ ràng về tầm quan trọng mới nổi của các BKLN đối với người có HIV, nhưng có rất ít dữ liệu và nghiên cứu tiên bộ về các tình trạng như vậy ở các nước thu nhập thấp và trung bình trong đó có Việt Nam [7].

Phòng, chống các bệnh không lây nhiễm hiệu quả sẽ hạn chế số người mắc bệnh này trong cộng đồng, ngăn chặn tàn tật, tử vong sớm và giảm quá tải tại các bệnh viện. Phát hiện các yếu tố nguy cơ gây bệnh như hút thuốc lá, lạm dụng đồ uống có cồn, dinh dưỡng không hợp lý, thực phẩm không an toàn, thiếu hoạt động thể lực, cùng với chủ động giám sát, phát hiện bệnh sớm, điều trị, quản lý liên tục và lâu dài tại cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu là yếu tố quyết định hiệu quả trong phòng, chống các bệnh không lây nhiễm đặc biệt là ở người nhiễm HIV/AIDS. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm xác định tỉ lệ người bệnh HIV/AIDS đang điều trị tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức bị béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn lipid máu và các yếu tố liên quan đến các bệnh lý này.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu cắt ngang tại một thời điểm.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện trên 898 người bệnh HIV/AIDS đang điều trị ARV tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ tháng 06/2023 đến tháng 12/2023.

- **Tiêu chí đưa vào:** Người bệnh từ 18 cho đến 60 tuổi bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chí loại trừ:** Người bệnh không đạt chức năng tâm thần tối thiểu, không hoàn thành các xét nghiệm thường quy được chỉ định hoặc đang trong giai đoạn phơi nhiễm.

2.3. Phương pháp thu nhập dữ liệu

- **Quy trình thu nhập dữ liệu:** Người bệnh nhiễm HIV/AIDS đến khám tại Phòng khám bệnh truyền nhiễm, Bệnh viện thành phố Thủ Đức và nhận thuốc ARV hằng tháng sẽ được mời tham gia nghiên cứu. Kể đến phổ biến các nguyên tắc đạo đức bao gồm bảo mật, tính tự nguyện và quyền dừng tham gia bất kỳ lúc nào của người bệnh. Người bệnh ký tên vào phiếu đồng thuận và sẽ bắt đầu được nghiên cứu viên thu thập các thông tin nền, đặc điểm văn hóa – xã hội.

- **Dữ liệu nghiên cứu gồm 2 phần:** (1) Các thông tin nền như giới, tuổi, số năm điều trị và có BHYT hay không và (2) Các thông tin về cận lâm sàng và lâm sàng các bệnh không lây.

- **Các xét nghiệm định lượng:** Cholesterol toàn phần, định lượng Triglycerid, định lượng LDL-cholesterol, định lượng HDL- cholesterol là biến số định lượng đơn vị tính là mg/dL, các xét nghiệm trên máy Atellica CH 930 của hãng Siemens.

2.4. Định nghĩa các biến số

- **Tuổi** là biến định lượng bằng cách lấy năm hiện tại là 2023 trừ cho năm sinh.

- **Giới tính** là biến số nhị giá bao gồm hai giá trị: Nam, Nữ.

- **Bảo hiểm y tế (BHYT)** là biến số nhị giá bao gồm hai giá trị: Có, Không.

- **Chỉ số BMI** (theo phân loại của WHO tại Châu Á-Thái Bình Dương) [10]. Trong đó Nhẹ cân: BMI < 18,5; Bình thường: BMI từ 18,5 – 22,9; Thừa cân: BMI từ 23 – 24,9; Béo phì độ I: BMI từ 25 – 29,9; Béo phì độ II: BMI ≥ 30.

- **Tăng huyết áp** (Theo Báo cáo lần thứ 7 của Liên Ủy ban Quốc gia về dự phòng, phát hiện, đánh giá và điều trị tăng huyết áp JNC VII), thì tăng huyết áp khi huyết áp tâm thu ≥ 140mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90mmHg.

- **Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường** (theo Hiệp Hội Đái tháo đường Mỹ - ADA 2020) dựa vào 1 trong các tiêu chuẩn sau đây: glucose huyết tương lúc đói, nhịn ăn ít nhất 8 giờ ≥ 126 mg/dL (hay 7 mmol/L) hay glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g ≥ 200 mg/dL (hay 11,1 mmol/L) hay HbA1c ≥ 6,5% (48 mmol/mol).

- **Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn lipid máu** theo Hiệp hội tim mạch Việt Nam, chẩn đoán xác định rối loạn lipid máu khi có một hoặc nhiều rối loạn sau [1]:

- + Cholesterol máu > 5,2 mmol/L (200mg/dL),
- + Triglycerid > 1,7 mmol/L (150mg/dL),
- + LDL-cholesterol > 2,58mmol/L (100mg/dL),
- + HDL- cholesterol < 1,03mmol/L (40mg/L).

2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

- Nhập dữ liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng Stata 14.

- Thống kê mô tả: mô tả tần số, tỉ lệ (%) với các biến số định tính: nhóm tuổi, giới tính, nơi cư trú. Mô tả trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn các biến số định lượng: tuổi của người bệnh, số năm điều trị, v.v..

- Thống kê phân tích: sử dụng phép kiểm Chi bình phương và OR (KTC95%) để xác định mối liên quan đơn biến giữa các biến danh định, nhị giá về bệnh với có hay không bị mắc BKLN (kiểm định chính xác Fisher's được sử dụng thay thế cho kiểm định Chi bình phương

nếu tần số lý thuyết < 5) với mức ý nghĩa 5%.

2.6. Vấn đề y đức:

Các người bệnh tham gia vào nghiên cứu được giải thích rõ về mục đích, lợi ích của cuộc phỏng vấn. Sự tham gia nghiên cứu của người bệnh là hoàn toàn tự nguyện. Các người bệnh có quyền đồng ý hay từ chối tham gia phỏng vấn. Nếu đồng ý tham gia phỏng vấn thì sẽ ký vào bản cam kết và bắt đầu được phỏng vấn. Trong quá trình phỏng vấn nếu các người bệnh không muốn tiếp tục thì cuộc phỏng vấn sẽ dừng lại. Nếu người bệnh từ chối tham gia nghiên cứu thì sẽ không gây ảnh hưởng đến quá trình điều trị.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 06/2023 đến tháng 12/2023, nghiên cứu thu thập dữ liệu trên 898 người bệnh HIV/AIDS đang điều trị ARV tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh và kết quả thu được như sau:

3.1. Đặc điểm chung của người bệnh

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu và điều trị của người bệnh (n = 898)

Đặc điểm		Tần suất	%
Giới	Nam	710	79,1
	Nữ	188	20,9
Nhóm tuổi	≤ 50 tuổi	833	92,8
	> 50 tuổi	65	7,2
BHYT	Có	426	47,4
	Không	472	52,6
Năm điều trị	≤ 2 năm	296	33
	3 đến 5 năm	405	45,1
	Trên 5 năm	197	21,9

Nhận xét: Đặc điểm nổi bật của người bệnh trong nghiên cứu bao gồm nam chiếm đa số với 79,1% và từ 50 tuổi trở xuống với 92,8%. Trong đó tuổi trung bình của

người bệnh là $35,2 \pm 9,8$ (nhỏ nhất 18 tuổi và lớn nhất là 74 tuổi), số năm điều trị trung bình là $4 \pm 2,8$ năm. Ngoài ra ghi nhận có đến 52,6% người bệnh HIV/AIDS

không có bảo hiểm.

3.2. Tỷ lệ bệnh không lây trên người bệnh HIV/AIDS

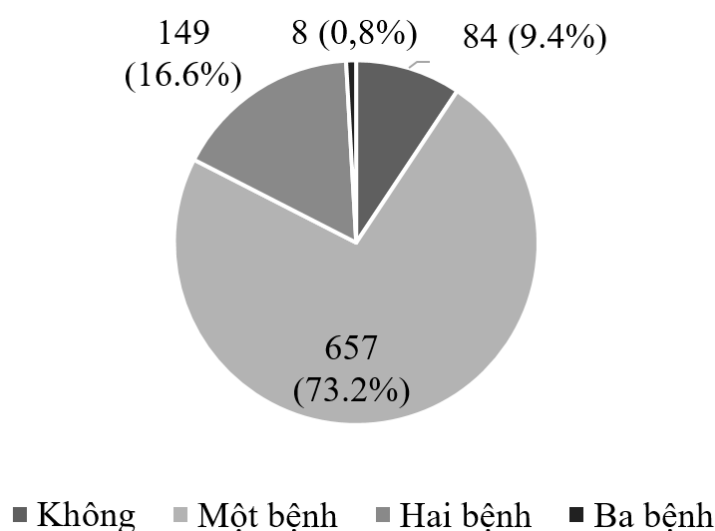
Bảng 2. Tỷ lệ bệnh không lây trên người bệnh HIV/AIDS (n = 898)

Đặc điểm		Tần suất	%
Béo phì	Suy dinh dưỡng	86	9,6
	Bình thường	504	56,1
	Thừa cân	170	18,9
	Béo phì	138	15,4
Tăng huyết áp	Có	66	7,4
	Không	832	92,6
Đái tháo đường	Có	50	5,6
	Không	848	94,4
Rối loạn lipid máu	Có	725	80,7
	Không	173	19,3
Bệnh không lây nhiễm	Có	814	90,6
	Không	84	9,4

Nhận xét: Kết quả bảng 2 ghi nhận tỷ lệ BKLN ở người bệnh HIV/AIDS là 90,6% trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là rối loạn lipid máu với 80,7%; kế đến là thừa cân và

béo phì với 34,1%. Đáng chú ý, ghi nhận có 9,6% người bệnh HIV/AIDS có tình trạng suy dinh dưỡng và 5,6% có đái tháo đường type 2.

Biểu đồ 1. Số BKLN trên người bệnh HIV/AIDS (n = 898)



Nhận xét: Ghi nhận có 73,2% người bệnh HIV/AIDS mắc ít nhất 1 BKLN và có 16,6% mắc 2 BKLN. Đáng

chú ý khi kết quả ghi nhận có 8 người bệnh (chiếm tỉ lệ 0,8) có đến 3 BKLN.

3.3. Các yếu tố liên quan đến bệnh không lây trên người bệnh HIV/AIDS

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến béo phì trên người bệnh HIV/AIDS

Yếu tố	Béo phì		OR (KTC 95%)	p (*)
	Có (n = 138)	Không (n = 760)		
Giới				
Nam	111 (15,6)	599 (84,4)	1	0,667
Nữ	27 (14,4)	161 (85,6)	1,1 (0,69 – 1,81)	
Nhóm tuổi				
≤ 50 tuổi	126 (15,1)	707 (84,9)	1	0,473
> 50 tuổi	12 (18,5)	53 (81,5)	0,78 (0,40 – 1,66)	
Có BHYT				
Có	70 (16,4)	356 (83,6)	1	0,401
Không	68 (14,4)	404 (85,6)	1,17 (0,80 – 1,71)	
Thời gian điều trị				
≤ 2 năm	49 (16,5)	247 (83,5)	1	0,417
3 đến 5 năm	58 (14,3)	347 (85,7)	0,84 (0,55 – 1,27)	
Trên 5 năm	31 (15,7)	166 (84,3)	0,94 (0,57 – 1,54)	

Ghi chú: (*) kiểm định Chi bình phương

Nhận xét: Không ghi nhận yếu tố nào có liên quan đến béo phì ở người bệnh HIV/AIDS.

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến tăng huyết áp trên người bệnh HIV/AIDS

Yếu tố	Tăng huyết áp		OR (KTC 95%)	p (*)
	Có (n = 66)	Không (n = 832)		
Giới				
Nam	52 (7,3)	658 (92,7)	1	0,954
Nữ	14 (7,4)	174 (92,6)	0,98 (0,52 – 1,97)	
Nhóm tuổi				
≤ 50 tuổi	50 (6)	783 (94)	1	< 0,0001
> 50 tuổi	16 (24,6)	49 (75,4)	5,11 (2,52 – 9,91)	
Có BHYT				
Có	19 (4,5)	407 (95,5)	1	0,002
Không	49 (10)	425 (90)	2,47 (1,40 – 4,52)	
Thời gian điều trị				
≤ 2 năm	14 (4,7)	282 (95,3)	1	0,152
3 đến 5 năm	30 (7,4)	375 (92,6)	1,61 (0,84 – 3,10)	
Trên 5 năm	22 (11,2)	175 (88,8)	2,53 (1,26 – 5,08)	

Ghi chú: (*) kiểm định Chi bình phương

Nhận xét: Thông qua kiểm định Chi bình phương, chúng tôi ghi nhận yếu tố tuổi có mối liên quan đến bệnh lý tăng huyết áp. Trong đó, người bệnh > 50 tuổi

có nguy cơ tăng huyết áp cao hơn nhóm từ 50 trở xuống với OR = 5,11 (KTC 95%: 2,52 - 9,91) và p < 0,0001. Ngoài ra kết quả cũng cho thấy điều trị trên 5 năm sẽ

làm gia tăng nguy cơ tăng huyết áp so với nhóm mới điều trị từ 2 năm trở xuống với OR = 2,53 (KTC 95%: 1,26 – 5,08) và p = 0,0009. Nghiên cứu cũng ghi nhận tình trạng không có BHYT sẽ làm gia tăng nguy cơ mắc tăng huyết áp ở người bệnh HIV/AIDS.

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến đái tháo đường trên người bệnh HIV/AIDS

Yếu tố	Đái tháo đường		OR (KTC 95%)	p (*)
	Có (n = 50)	Không (n = 848)		
Giới				
Nam	35 (4,9)	675 (95,1)	1	0,105
Nữ	15 (8)	173 (92)	0,60 (0,31 – 1,21)	
Nhóm tuổi				
≤ 50 tuổi	47 (5,6)	786 (94,4)	1	0,728
> 50 tuổi	3 (4,6)	62 (95,4)	1,24 (0,38 – 6,38)	
Có BHYT				
Có	23 (5,4)	403 (94,6)	1	0,834
Không	27 (5,7)	445 (94,3)	0,94 (0,51 – 1,73)	
Thời gian điều trị				
≤ 2 năm	12 (4,1)	284 (95,9)	1	
3 đến 5 năm	21 (5,2)	384 (94,8)	1,29 (0,62 – 2,67)	0,486
Trên 5 năm	17 (8,6)	180 (91,4)	2,23 (1,05 – 4,79)	0,039

Ghi chú: (*) kiểm định Chi bình phương

Nhận xét: Kết quả bảng 5 ghi nhận các yếu tố giới, tuổi, tình trạng BHYT không có mối liên quan đến mắc đái tháo đường ở người bệnh HIV/AIDS. Tuy nhiên, việc điều trị trên 5 năm sẽ làm gia tăng nguy cơ mắc đái tháo đường với OR = 2,23 (KT 95%: 1,05 – 4,79) và p = 0,039.

Bảng 6. Các yếu tố liên quan đến rối loạn lipid trên người bệnh HIV/AIDS

Yếu tố	Rối loạn lipid		OR (KTC 95%)	p (*)
	Có (n = 725)	Không (n = 173)		
Giới				
Nam	562 (79,1)	148 (20,9)	1	0,02
Nữ	163 (86,7)	25 (13,3)	1,72 (1,07 – 2,83)	
Nhóm tuổi				
≤ 50 tuổi	683 (82)	150 (18)	1	0,001
> 50 tuổi	42 (64,6)	23 (35,4)	0,40 (0,23 – 0,72)	
Có BHYT				
Có	355 (83,3)	71 (16,7)	1	0,05
Không	370 (78,4)	102 (21,6)	1,38 (1,10 – 1,96)	
Thời gian điều trị				
≤ 2 năm	257 (86,8)	39 (13,2)	1	
3 đến 5 năm	318 (78,5)	87 (21,5)	0,56 (0,37 – 0,83)	0,005
Trên 5 năm	150 (76,1)	47 (23,9)	0,48 (0,30 – 0,77)	0,002

Ghi chú: (*) kiểm định Chi bình phương

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu ghi nhận người bệnh nữ có nguy cơ mắc rối loạn lipid máu cao hơn nhóm người bệnh nam với $OR = 1,72$ (KTC 95%: 1,07 - 2,83) và $p = 0,02$. Ngoài ra chúng tôi ghi nhận một xu hướng ngược khi tuổi càng lớn và số năm điều trị tăng sẽ làm

giảm nguy cơ mắc các rối loạn lipid máu. Điều này có thể lý giải do người lớn tuổi, lâu năm sẽ có nhiều kinh nghiệm trong việc theo dõi và quản lý sức khỏe của mình.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ bệnh không lây nhiễm ở người bệnh HIV/AIDS

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ BKLN tương đối cao với 90,6% chủ yếu là do bệnh lý rối loạn lipid máu có tỷ lệ mắc rất cao, đến 80,7% trong khi các bệnh lý như tăng huyết áp và đái tháo đường thì tỷ lệ mắc lần lượt là 7,4% và 5,6%.

Nghiên cứu của Hadavandsiri và cộng sự (2023) tại Iran có phân bố tuổi tương tự như chúng tôi ghi nhận 19,2% người bệnh mắc ít nhất một BKLN (với tỷ lệ lần lượt là 15,20% và 38,69% ở những người bệnh dưới 50 tuổi và trên 50 tuổi). Tỷ lệ mắc bệnh tim, tăng huyết áp, đái tháo đường và ngưng thở khi ngủ ở tất cả các bệnh nhân lần lượt là 1,59%, 2,05%, 1,55% và 10,26%. Trong đó tỷ lệ mắc một, hai hoặc ba BKLN trở lên ở bệnh nhân dưới 50 tuổi lần lượt là 10,63%, 1,32% và 0,21% và bệnh nhân trên 50 tuổi lần lượt là 22,50%, 11,49% và 4,97%. [6]. Như vậy tỷ lệ của bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường tại Iran thấp hơn tại Việt Nam.

Các nghiên cứu cho thấy các yếu tố nguy cơ của BKLN thường phổ biến hơn ở những quốc gia đang phát triển, nơi có nguồn lực thấp, dẫn đến tỷ lệ mắc BKLN tăng lên và chuyển từ nhóm dân số thu nhập cao sang nhóm dân số có thu nhập thấp [5].

Như vậy tỷ lệ mắc BKLN trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác là do lựa chọn bệnh rối loạn lipid máu. Khi so sánh với cộng đồng, tại Việt Nam tỷ lệ mắc rối loạn lipid máu vốn đã ở mức khá cao. Nghiên cứu của Đỗ Đình Xuân và Trần Văn Long (2009) thực hiện ở 3 tỉnh đồng bằng Bắc Bộ trên 630 người ≥ 40 tuổi được chọn ngẫu nhiên vào nghiên cứu để xét nghiệm các chỉ số lipid máu. Kết quả cho thấy 70,4% có rối loạn lipid máu trong đó có 52,5% đối tượng có tăng LDL-C; 41,9% tăng cholesterol; 37,0% tăng triglycerid; chỉ có 0,2% có HDL-C giảm [3].

4.2. Các yếu tố liên quan đến bệnh không lây nhiễm ở người bệnh HIV/AIDS

Hadavandsiri và cộng sự (2023) ghi nhận nguy cơ mắc ít nhất một bệnh không lây nhiễm cao hơn ở những bệnh nhân trên 50 tuổi. Tuổi tác và béo phì là những yếu tố nguy cơ đáng kể đối với BKLN ở những người trên 50 tuổi, trong khi lây truyền HIV qua quan hệ tình dục, béo phì, trình độ học vấn và tuổi tác là những yếu tố nguy cơ

đáng kể ở bệnh nhân dưới 50 tuổi [6]. Kết quả này khác với kết quả của chúng tôi khi ghi nhận chỉ có tăng huyết áp là có liên quan đến tuổi, trong khi rối loạn lipid lại có xu hướng giảm theo tuổi. Có thể đặt ra giả thuyết người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi dưới sự hướng dẫn của bác sĩ, đặc biệt là người bệnh lớn tuổi có thói quen ngưng dùng rượu bia, thuốc lá và điều chỉnh lối sống, do đó có thể phần nào làm giảm các yếu tố nguy cơ của rối loạn lipid máu.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 898 người bệnh HIV/AIDS điều trị HIV/AIDS tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức ghi nhận tỷ lệ BKLN là 90,6% trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là rối loạn lipid máu với 80,7%; kế đến là thừa cân và béo phì với 34,1%. Cuối cùng là tăng huyết áp và đái tháo đường thì tỷ lệ mắc lần lượt là 7,4% và 5,6%. Bên cạnh đó có 73,2% người bệnh HIV/AIDS mắc ít nhất 1 BKLN và có 16,6% mắc 2 BKLN và 8 người bệnh (chiếm tỷ lệ 0,8) có 3 BKLN.

Không ghi nhận yếu tố nào có liên quan đến béo phì ở người bệnh HIV/AIDS. Các yếu tố liên quan đến tăng huyết áp bao gồm: tuổi > 50 tuổi ($OR = 5,11$; KTC 95%: 2,52 - 9,91 và $p < 0,0001$); điều trị trên 5 năm ($OR = 2,53$; KTC 95%: 1,26 - 5,08 và $p = 0,0009$); không có BHYT ($OR = 2,47$; KTC 95%: 1,40 - 4,25 và $p = 0,002$). Yếu tố liên quan đến đái tháo đường: điều trị trên 5 năm ($OR = 2,23$; KTC 95%: 1,05 - 4,79 và $p = 0,039$). Các yếu tố có liên quan với rối loạn lipid máu bao gồm: là nữ giới ($OR = 1,72$; KTC 95%: 1,07 - 2,83 và $p = 0,02$); không có BHYT ($OR = 1,38$; KTC 95%: 1,10 - 1,96 và $p = 0,05$). Ngoài ra chúng tôi ghi nhận một xu hướng ngược khi tuổi càng lớn và số năm điều trị tăng sẽ làm giảm nguy cơ mắc các rối loạn lipid máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam, Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị rối loạn Lipid máu, 2015.
- [2] WHO, Ước tính của WHO về gánh nặng bệnh không lây nhiễm ở Việt Nam năm 2016, 2016.
- [3] Đỗ Đình Xuân, Trần Văn Long, "Rối loạn lipid máu ở nhóm người trên 40 tuổi tại một số tỉnh thuộc đồng bằng bắc bộ"; Tạp chí Y học thực hành, 662, (5), 2009.
- [4] Edwards JK, Bygrave H, Van den Bergh R et al., "HIV with non-communicable diseases in

- primary care in Kibera, Nairobi, Kenya: characteristics and outcomes 2010-2013"; *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 109, (7), 440-6, 2015.
- [5] Gowshall M, Taylor-Robinson SD, "The increasing prevalence of non-communicable diseases in low-middle income countries: the view from Malawi". *Int J Gen Med*, 11, 2018, 255-264.
- [6] Hadavandsiri F, Shafaati M, Mohammad-Nejad S et al., "Non-communicable disease comorbidities in HIV patients: diabetes, hypertension, heart disease, and obstructive sleep apnea as a neglected issue". *Sci Rep*, 13, (1), 12730, 2023.
- [7] Haregu TN, Oldenburg B, Sestwe G et al., "Epidemiology of comorbidity of HIV/AIDS and non-communicable diseases in developing countries: a systematic review". *J Glob Health Care Syst*, 2, (1), 2012, 1-12.
- [8] Kansime S, Mwesigire D, Mugerwa H, "Prevalence of non-communicable diseases among HIV positive patients on antiretroviral therapy at joint clinical research centre, Lubowa, Uganda". *PLoS One*, 14, (8), e0221022, 2019.
- [9] Lozano R, Naghavi M, Foreman K et al., "Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010". *Lancet*, 380, (9859), 2095-128, 2012.
- [10] Western Pacific Regional Office of the World Health Organization, *The AsiaPacific perspective: redefining obesity and its treatment*. The International Association for the Study of Obesity, The International Obesity TaskForce. Melbourne, 2000.
- [11] WHO, *Noncommunicable diseases*, <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/non-communicable-diseases>, 2018.

EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF SOFOSBUVIR COMBINATION LEDIPASVIR REGIMEN ON BIOCHEMICAL AND FIBROSIS REGRESSION IN PATIENTS WITH GENOTYPE 6 CHRONIC HEPATITIS C VIRUS AT THU DUC CITY HOSPITAL

Tran Nguyen Ai Thanh^{1*}, Nguyen Thi Bich Uyen¹,
Nguyen Hoang Anh Vu¹, Duong Kim Ngan¹, Vu Tri Thanh^{1,2}

¹Thu Duc City Hospital - 29 Phu Chau, Tam Phu, Thu Duc city, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy - 217 Hong Bang, Ward 11, District 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 10/08/2023; Accepted: 20/09/2023

ABSTRACT

Introduction: Data about liver fibrosis regression after Sofosbuvir and Ledipasvir (SOF/LDV) treatment in patients with chronic hepatitis C, in particular genotype 6 are still limited. This study was aimed at evaluating biochemical and liver fibrosis regression among genotype 6 chronic hepatitis C with/without compensated cirrhosis patients treated by combination therapy of Sofosbuvir and Ledipasvir (SOF/LDV).

Methodology: Observation study of therapeutic efficacy on 61 HCV genotype 6 patients received 12 weeks therapy of SOF/LDV at Thu Duc city Hospital. Liver stiffness (LS) measured by Fibroscan at baseline, end of treatment, 12-weeks and 24-weeks after EOT.

Result: 12-weeks and 24-weeks after the end of treatment, liver stiffness (LS) measured by Fibroscan showed a significant decreased compared with baseline ($p < 0.001$) and total 22.9% LS score after 6 months of observation. Baseline recorded 42.6% patients diagnosed with F0-F1 stage of liver fibrosis and increased to 54.1% at 24-weeks after end of therapy timepoint, cirrhosis patients decreased from 24.6% (15/61) patients to 14.7% at 24-weeks after end of therapy timepoint. Among cirrhosis patients, 26.7% decreased into F3 stage at 24-weeks after the end of therapy timepoint.

Conclusion: LS measured by Fibroscan gradually reduce at observe time point and grant total of 22.9% at 24-weeks after the end of therapy timepoint.

Keywords: Hepatitis C virus, genotype 6, liver fibrosis regression, SOF/LDV.

*Corresponding author
Email address: dotranaitanh@gmail.com
Phone number: (+84) 906846818
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHÁC ĐỒ LEDIPASVIR PHỐI HỢP SOFOSBUVIR TRONG ĐÁP ỨNG SINH HÓA VÀ XƠ HÓA Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN C MẠN KIỂU GEN 6 TẠI BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC

Trần Nguyễn Ái Thanh^{1*}, Nguyễn Thị Bích Uyên¹,
Nguyễn Hoàng Anh Vũ¹, Dương Kim Ngân¹, Vũ Trí Thanh^{1,2}

¹Bệnh viện thành phố Thủ Đức - 29 Phú Châu, Tam Phú, thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, Phường 11, Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 10/08/2023; Ngày duyệt đăng: 20/09/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dữ liệu về đáp ứng xơ hóa gan sau khi điều trị bằng Sofosbuvir và Ledipasvir (SOF/LDV) ở người bệnh viêm gan C mạn tính, đặc biệt là kiểu gen 6 vẫn còn hạn chế. Nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá tình trạng đáp ứng sinh hóa và xơ hóa gan ở người bệnh viêm gan C mạn tính kiểu gen 6 có/không có người bệnh xơ gan còn bù được điều trị bằng liệu pháp kết hợp Sofosbuvir và Ledipasvir (SOF/LDV).

Phương pháp: Nghiên cứu quan sát hiệu quả điều trị trên 61 người bệnh HCV kiểu gen 6 được điều trị SOF/LDV trong 12 tuần tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức. Độ xơ hóa gan được đo bằng Fibroscan vào các thời điểm trước điều trị, kết thúc điều trị (EOT), 12 tuần và 24 tuần sau EOT.

Kết quả: 12 tuần và 24 tuần sau khi kết thúc điều trị, độ xơ hóa gan đo bằng Fibroscan cho thấy giảm đáng kể so với ban đầu ($p < 0,001$) và tổng điểm xơ hóa gan giảm 22,9% tại 24 tuần sau EOT. Kết quả ghi nhận 42,6% người bệnh xơ hóa gan giai đoạn F0 - F1 và tăng lên 54,1% ở thời điểm 24 tuần sau EOT, người bệnh xơ gan giảm từ 24,6% (15/61) người bệnh xuống còn 14,7% tại thời điểm 24 tuần sau khi kết thúc điều trị. Trong số người bệnh xơ gan, 26,7% chuyển sang giai đoạn F3 ở thời điểm 24 tuần sau EOT.

Kết luận: Độ xơ hóa gan đo bằng Fibroscan giảm dần tại thời điểm quan sát và đạt tổng cộng 22,9% ở thời điểm 24 tuần sau khi kết thúc điều trị.

Từ khóa: Virus viêm gan C, kiểu gen 6, đáp ứng xơ hóa gan, SOF/LDV.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan C mạn tính (VGCM) là một vấn đề sức khỏe toàn cầu quan trọng. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính năm 2019 có 71 triệu người nhiễm virus Viêm gan C (HCV) trên toàn thế giới [18]. Người bệnh VGCM có 15 - 35% nguy cơ tiến triển thành xơ gan sau 20 - 25 lần điều trị không đúng cách và có thể dẫn đến các biến chứng bao gồm xơ gan mất bù, ung thư biểu mô tế bào

gan (HCC) và tử vong. Tỷ lệ mắc VGCM trong cộng đồng tại Việt Nam khá cao, được ghi nhận từ 1 - 4% [2], [6]. Trong các kiểu gen, HCV kiểu gen 6 chiếm đa số trong số các kiểu gen ở Việt Nam [13], [14] và được phát hiện có sự đa dạng nhất về các phân nhóm phụ [10].

Trong những năm gần đây, do sự ra đời của phác đồ có các thuốc kháng virus trực tiếp (DAA) đã có nhiều

*Tác giả liên hệ
Email: dotranaitanh@gmail.com
Điện thoại: (+84) 906846818
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

bước đột phá trong điều trị VGCM. Sự ra đời của liệu pháp kết hợp sofosbuvir và ledipasvir (SOF/LDV) là một trong những phác đồ tiên phong giúp tăng tỷ lệ diệt trừ (> 95%) với tần suất tác dụng phụ thấp và cũng có khả năng làm thoái triển tình trạng xơ hóa gan [9], [13], [17].

Tiệt trừ HCV làm giảm nguy cơ xơ gan mất bù, ung thư biểu mô tế bào gan và tỷ lệ tử vong ở người bệnh VGCM. Phác đồ DAA được ghi nhận hiệu quả mang lại sự cải thiện ở giai đoạn xơ hóa và trở thành mục tiêu quan trọng nhất bên cạnh việc đạt được đáp ứng virus bền vững (SVR) [9], [19]. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ SOF/LDV trong đáp ứng sinh hóa hóa và xơ hóa trên người bệnh VGCM tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu cắt ngang có theo dõi tiến cứu, không có nhóm chứng.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện trên 61 người bệnh được chẩn đoán xơ gan còn bù có HCV kiểu gen 6 được điều trị SOF/LDV trong 12 tuần tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức năm 2021 - 2022.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người người bệnh được chẩn đoán VGCM theo Quyết định 2065/QĐ-BYT của Bộ Y tế ban hành năm 2021; đồng ý tham gia nghiên cứu và hoàn thành liệu trình điều trị.

- **Tiêu chuẩn loại mẫu:** Người bệnh xơ gan Child-Pugh B hoặc C; men gan tăng cao > 5 lần giới hạn trên bình thường; bệnh thận mạn giai đoạn 5 (Clcr < 30 ml/phút); sử dụng amiodarone; phát hiện HCC trong quá trình điều trị; nghiện rượu (uống rượu > 40g/ngày đối với

nam và > 20g/ngày đối với nữ) và phụ nữ mang thai.

2.3. Thu thập dữ liệu

- **Quy trình chọn mẫu:** Tất cả người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được liên hệ và ký giấy đồng thuận tham gia nghiên cứu. Người bệnh tham gia nghiên cứu sẽ được ghi nhận đặc điểm nhân khẩu học, định kiểu gen HCV, kết quả các xét nghiệm cận lâm sàng đánh giá chức năng gan thận và hoàn thành quá trình điều trị theo phác đồ SOF/LDV trong 12 tuần.

- **Đánh giá đáp ứng với điều trị:** Kết quả xét nghiệm sinh hóa và xơ gan được đánh giá vào tuần thứ 12 và 24 sau khi kết thúc điều trị (EOT). Độ xơ hóa gan được đo bằng phương pháp siêu âm đo độ đàn hồi (Fibroscan) trên máy Fibroscan 502 tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức tại 4 thời điểm: (1) trước điều trị; (2) tại thời điểm kết thúc điều trị (EOT); (3) Tuần thứ 12 sau EOT; (4) Tuần thứ 24 sau EOT. Xơ gan được phân loại theo các mức F0: 1 - 5 kPa, F1: 5 - 7 kPa, F2: 7,1 - 8,6 kPa, F3: 8,7 - 14,5 kPa, F4: > 14,6 kPa [3]. Số đo được ghi tại các mốc thời gian là trung bình của 10 lần đo.

2.4. Phân tích số liệu:

Dữ liệu được xử lý bằng STATA 14. Sử dụng phép kiểm T bắt cặp để kiểm định sự khác biệt về sinh hóa, độ xơ hóa đo bằng Fibroscan giữa các lần đánh giá nếu phân bố bình thường, sử dụng phép kiểm Wilcoxon nếu phân bố không bình thường. Kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Ủy ban đạo đức nghiên cứu y sinh, Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế và Bệnh viện thành phố Thủ Đức. Phác đồ LDV/SOF theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam. Nghiên cứu tuân thủ bí mật và quyền lợi của người bệnh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm trước điều trị của người bệnh trong nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm trước điều trị của người bệnh trong nghiên cứu (n = 61)

Đặc điểm		n	%
Tuổi	< 40	18	29,5
	40 - 59	24	39,3
	≥ 60	19	31,2
Giới	Nam	30	49,2
	Nữ	31	50,8

Đặc điểm		n		%
Bệnh nền	Dư cân	7		11,5
	Béo phì	10		16,4
	Tăng huyết áp	8		13,1
Độ xơ hóa gan	F0 - F1	26		42,6
	F2	6		9,8
	F3	14		23
	F4	15		22,6
Đặc điểm cận lâm sàng		TB ± ĐLC	Trung vị [Khoảng tứ vị]	Giá trị bất thường n (%)
AST		60,6 ± 36,7	47 [33 - 75]	14 (22,9)
ALT		73,6 ± 47,9	57 [36 - 104]	27 (44,3)
Albumin (g/dL)		4,28 ± 0,45	4,39 [4 - 4,58]	4 (6,6)
Bilirubin (g/dL)		0,67 ± 0,29	0,63 [0,46 - 0,8]	7 (11,5)

(*) Hb giảm, Albumin giảm, Bilirubin tăng, AST và ALT > 2 lần > 5 lần giới hạn trên bình thường

Nhận xét: Tuổi trung bình của 61 người bệnh trong nghiên cứu là $52,2 \pm 13,7$ tuổi, tỷ lệ nam và nữ ngang nhau. Trong số bệnh sử ghi nhận có 8 người bệnh được chẩn đoán tăng huyết áp và 10 người bệnh béo phì theo

tiêu chí của WHO - Thái Bình Dương, Độ xơ hóa gan đo bằng Fibroscan của 61 người bệnh có trung bình là $10,9 \pm 7,5$ kPa.

3.2. Đáp ứng sinh hóa ở người bệnh VGCM

Bảng 2. Đặc điểm sinh hóa của người bệnh tại các thời điểm (n = 61)

Đặc điểm	Trước điều trị (1)	EOT (2)	Tuần thứ 12 sau EOT (3)	Tuần thứ 24 sau EOT (4)	p (*)
AST	60,6 ± 36,7	27,1 ± 9,9	25 ± 9,3	24,7 ± 7,4	$p_{(1-2)} < 0,0001$ $p_{(1-3)} < 0,0001$ $p_{(1-4)} < 0,0001$
ALT	73,6 ± 47,9	27,8 ± 17,1	25,8 ± 9,3	24,7 ± 14,7	$p_{(1-2)} < 0,0001$ $p_{(1-3)} < 0,0001$ $p_{(1-4)} < 0,0001$
Albumin	4,28 ± 0,45	4,39 ± 0,37	4,5 ± 0,33	4,51 ± 0,34	$p_{(1-2)} = 0,004$ $p_{(1-3)} < 0,0001$ $p_{(1-4)} < 0,0001$ $p_{(2-3)} = 0,0015$ $p_{(2-4)} = 0,0015$
Bilirubin	0,67 ± 0,29	0,64 ± 0,30	0,65 ± 2,89	0,65 ± 0,26	$p > 0,05$

(*) T-test bất cặp

Nhận xét: Nồng độ Albumin tăng dần ở thời điểm EOT, tuần thứ 12 và 24 sau EOT so với ban đầu ($p < 0,001$). Bilirubin trong giới hạn bình thường và không có sự thay đổi tại thời điểm sau điều trị so với lúc ban đầu (p

$> 0,05$). Hoạt độ AST và ALT thay đổi tại các thời điểm sau điều trị so với thời điểm ban đầu, trong đó giảm nhanh nhất ở thời điểm kết thúc điều trị.

3.3. Đánh ứng xơ hóa ở người bệnh VGCM

Bảng 3. Đặc điểm xơ hóa đo bằng Fibroscan của người bệnh tại các thời điểm (n = 61)

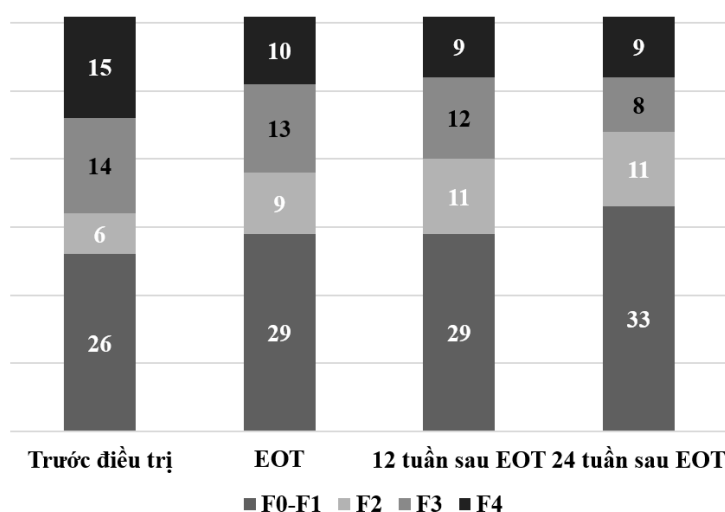
	Độ xơ gan đo bằng Fibroscan				
	Trước điều trị (1)	EOT (2)	Tuần thứ 12 sau EOT (3)	Tuần thứ 24 sau EOT (4)	p (*)
TB ± ĐLC	10,9 ± 7,5	9,4 ± 5,9	8,9 ± 5,3	8,4 ± 4,9	$p_{(1-2)} = 0,0017$ $p_{(1-3)} = 0,0003$ $p_{(1-4)} < 0,0001$ $p_{(2-4)} = 0,0032$ $p_{(3-4)} = 0,0079$ $p_{(2-3)} = 0,018$

(*) Wilcoxon bất cặp

Nhận xét: Độ xơ hóa gan đo bằng Fibroscan giảm đáng kể tại EOT, tuần 12 và 24 sau EOT so với lúc ban đầu ($p < 0,001$). Tương tự, mức giảm này cũng có ý nghĩa thống kê giữa các thời điểm sau điều trị, tuần 12 và 24

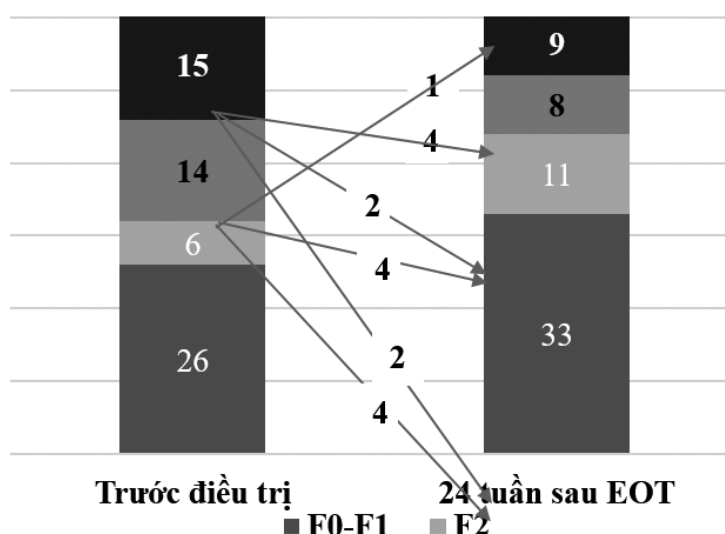
sau EOT so với EOT ($p < 0,05$) và tuần 24 sau EOT so với tuần 12 sau EOT ($p < 0,05$). Nhìn chung, giá trị Fibroscan của người bệnh trong nghiên cứu giảm 22,9% sau 24 tuần sau EOT so với thời điểm ban đầu.

Biểu đồ 1. Sự thay đổi phân độ xơ hóa theo tiêu chuẩn phân loại Fibroscan



Nhận xét: Trước, nhóm người bệnh F0 - F1 chiếm tỷ lệ 42,6% (26/61), người bệnh F2 chiếm tỷ lệ thấp nhất với 9,8% và tăng lên 14,7% khi kết thúc điều trị và ổn định ở mức 18% vào thời điểm 12 và 24 tuần sau EOT. Nhóm

người bệnh xơ gan chiếm 24,6% (15/61) trước điều trị và cải thiện độ xơ hóa gan nên chỉ còn 16,3% (10/61) tại EOT và 14,7% tại tuần 24 sau EOT.

Biểu đồ 2. Sự thay đổi phân độ xơ hóa ở nhóm F3 - F4 theo tiêu chuẩn phân loại Fibroscan

Nhận xét: Trong tổng số 15 người bệnh có xơ gan ban đầu (phân độ F4), 4 người bệnh (tỷ lệ 26,7%) giảm xuống mức F3 tại thời điểm 24 tuần sau EOT, 2 người bệnh (13,3%) giảm xuống mức F2 và 2 người bệnh (13,3%) giảm xuống mức F0 - F1. Chúng tôi ghi nhận 7 người bệnh (46,7%) duy trì mức F4 tại thời điểm 24 tuần sau EOT. Ở nhóm người bệnh F3 (xơ hóa nặng) có 4/14 người bệnh (tỷ lệ 28,6%) giảm xuống mức F0 - F1 và 4/14 người bệnh giảm xuống mức F2, tuy nhiên có 1 người bệnh tăng lên F4.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá đáp ứng sinh hóa

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khả năng đáp ứng sinh hóa với phác đồ SOF/DV, trong đó các chỉ số sinh hóa chức năng gan cải thiện nhanh chóng tại thời điểm kết thúc điều trị. Chúng tôi nhận thấy albumin có xu hướng tăng dần sau điều trị và cao hơn có ý nghĩa thống kê so với sau điều trị. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Tada T và cộng sự (2017) [16]. Gan là cơ quan duy nhất tổng hợp albumin huyết thanh. Vì vậy, nồng độ albumin huyết thanh là một trong những chỉ số quan trọng để đánh giá chức năng gan. Riêng chỉ số bilirubin nghiên cứu không thay đổi sau điều trị. Những kết quả này phù hợp với kết quả được báo cáo bởi Deterding K; Wong RJ và Younossi ZM [5], [20], [21].

Kết quả cho thấy nồng độ ALT giảm nhanh từ 73,6 U/L xuống 27,8 U/L tại EOT và 24 tuần sau EOT còn 24,7 U/L. Tương tự, AST cũng giảm nhanh sau điều trị và giảm dần ở những tuần tiếp theo. Kết quả này tương tự với Chekuri S., Raschzok N [4], [15]. Hoạt động transaminase gan giảm phản ánh sự cải thiện tình trạng

viêm và hoại tử tế bào gan và do đó có thể là một yếu tố dự báo mức độ cứng gan sau điều trị được cải thiện bên cạnh phản ứng tải lượng virus.

4.2. Đánh giá đáp ứng xơ hóa

Xơ hóa gan là một quá trình bệnh lý trong quá trình tiến triển của viêm gan mạn tính do bất kỳ nguyên nhân nào. Đây là chỉ số có ý nghĩa lâm sàng rất lớn, giúp đánh giá mức độ, giai đoạn bệnh, đặc biệt giúp chỉ định, theo dõi đáp ứng điều trị, ngăn ngừa tiến triển thành xơ gan. Mặc dù sinh thiết gan vẫn được coi là tiêu chuẩn vàng nhưng nó bộc lộ nhiều nhược điểm, đặc biệt là có biến chứng nên chưa được áp dụng rộng rãi trong đánh giá mức độ xơ hóa gan. Trong số các phương pháp đánh giá xơ hóa gan không xâm lấn hiện nay, đo độ đàn hồi gan được xem là kỹ thuật có độ chính xác cao, khả thi và dễ thực hiện [1].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới. Elsharkawy A và cộng sự vào năm 2017 đã đánh giá đáp ứng xơ hóa được đo bằng siêu âm đo độ đàn hồi, chỉ số FIB-4 và APRI ở 337 người bệnh HCV được điều trị bằng phác đồ có sofosbuvir. Kết quả ghi nhận có sự cải thiện đáng kể về độ xơ hóa sau 3 tháng với điểm Fibroscan là $11,8 \pm 8,8$ kPa so với $14,8 \pm 10,7$ kPa tại thời điểm trước điều trị. Có 77% người bệnh đạt được đáp ứng xơ hóa và 81,1% người bệnh xơ gan giảm tình trạng xơ hóa sau 3 tháng điều trị. Các chỉ số FIB-4 và APRI cũng cho thấy có hiệu quả điều trị [8]. Dolmazashvili E năm 2017 đã theo dõi đáp ứng xơ hóa ở 304 người bệnh VGCM được điều trị bằng các phác đồ DAA, bao gồm 56,6% người bệnh xơ gan với độ cứng ban đầu là 16,9 kPa (11,8 - 27,7 kPa). Có 65,1% người bệnh cải thiện tình trạng xơ hóa với độ xơ hóa tại thời điểm 6 tháng là 11,9 kPa ($p < 0,0001$) [7].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sự cải thiện dần về độ xơ hóa theo thời gian. Sự cải thiện về độ xơ hóa gan có ý nghĩa thống kê tại các thời điểm khác nhau: EOT so với trước điều trị ($p = 0,0017$), tuần 12 sau EOT so với EOT ($p = 0,018$) và tuần 24 sau EOT so với tuần 12 sau EOT ($p = 0,0079$). Các nghiên cứu khác báo cáo tỷ lệ cải thiện của xơ hóa gan ở tuần 12 sau EOT dao động từ 40% đến 77% [8], [12], và ở tuần 24 sau EOT trở đi, dao động từ 65,1% đến 88% [7], [11]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các nghiên cứu trước đây, cả hai đều cho thấy sự cải thiện hiệu quả về mức độ xơ hóa gan sau khi điều trị bằng phác đồ LDV/SOF, nhưng cần theo dõi trong quá trình điều trị trong thời gian dài.

Trong phân tích đặc biệt tập trung vào nhóm F4, nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy tỷ lệ người bệnh F4 trước khi điều trị là 24,6%, giảm xuống 16,4% ở EOT và tiếp tục giảm xuống 14,7% ở tuần 24 sau EOT. Phần lớn các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng khoảng một nửa số người bệnh bị xơ gan đạt được SVR sau khi điều trị bằng DAA, dẫn đến tình trạng xơ hóa gan thoái triển. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận mức giảm điểm xơ hóa trung bình là 20,2% ở EOT và 36,8% ở tuần 24 sau EOT ở nhóm F4 so với mức xơ hóa gan trước điều trị.

5. KẾT LUẬN

Bilirubin tại thời điểm theo dõi không có sự thay đổi so với trước điều trị ($p > 0,05$). Albumin tăng và AST, ALT giảm rõ rệt so với trước điều trị ($p < 0,05$).

Sau quá trình điều trị, độ xơ hóa gan đo bằng Fibroscan giảm rõ rệt sau điều trị ở thời điểm EOT, tuần 12 và 24 sau EOT so với trước điều trị ($p < 0,001$) và điểm Fibroscan của người bệnh trong nghiên cứu giảm 22,9% ở tuần 24 sau EOT so với thời điểm điều trị, trước khi điều trị. Trước điều trị, người bệnh F0-F1 chiếm 42,6%, tăng lên 54,1% ở thời điểm 24 tuần sau EOT, nhóm xơ gan chiếm 24,6% (15/61) trước điều trị và 14,7% ở thời điểm 24 tuần sau EOT. Ở người bệnh xơ gan trước điều trị, 26,7% giảm xuống nhóm F3, 46,7% duy trì mức F4 sau 24 tuần sau EOT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bedossa P, Poynard T, "An algorithm for the grading of activity in chronic hepatitis C. The METAVIR Cooperative Study Group"; *Hepatology*, 24, (2), 1996, 289-93.
- [2] Berto A, Day J, Van Vinh Chau N et al., "Current challenges and possible solutions to improve access to care and treatment for hepatitis C infection in Vietnam: a systematic review". *BMC Infect Dis*, 17, (1), 2017, 260.
- [3] Brakenhoff SM, Verburgh ML, Willemse SB et al., "Liver stiffness improvement in hepatitis C patients after successful treatment". *Neth J Med*, 78, (6), 2020, 368-375.
- [4] Chekuri S, Nickerson J, Bichoupan K et al., "Liver Stiffness Decreases Rapidly in Response to Successful Hepatitis C Treatment and Then Plateaus". *PLoS One*, 11, (7), e0159413, 2016.
- [5] Deterding K, Honer Zu Siederdisen C, Port K et al., "Improvement of liver function parameters in advanced HCV-associated liver cirrhosis by IFN-free antiviral therapies". *Aliment Pharmacol Ther*, 42, (7), 2015, 889-901.
- [6] Do SH, Yamada H, Fujimoto M, "High prevalences of hepatitis B and C virus infections among adults living in Binh Thuan province, Vietnam". *Hepatology Research*, 259-68, 2014.
- [7] Dolmazashvili E, Abutidze A, Chkhartishvili N et al., "Regression of liver fibrosis over a 24-week period after completing direct-acting antiviral therapy in patients with chronic hepatitis C receiving care within the national hepatitis C elimination program in Georgia: results of hepatology clinic HEPA experience"; *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 29, (11), 2017, 1223-1230.
- [8] Elsharkawy A, Alem SA, Fouad R et al., "Changes in liver stiffness measurements and fibrosis scores following sofosbuvir based treatment regimens without interferon". *J Gastroenterol Hepatol*, 32, (9), 2017, 1624-1630.
- [9] Flower B, McCabe L, Le Ngoc C et al., "High Cure Rates for Hepatitis C Virus Genotype 6 in Advanced Liver Fibrosis With 12 Weeks Sofosbuvir and Daclatasvir: The Vietnam SEARCH Study". *Open Forum Infect Dis*, 8, (7), ofab267, 2021.
- [10] Hedskog C, Parhy B, Chang S et al., "Identification of 19 Novel Hepatitis C Virus Subtypes-Further Expanding HCV Classification". *Open forum infectious diseases*, 6, (3), ofz076-ofz076, 2019.
- [11] Knop V, Hoppe D, Welzel T et al., "Regression of fibrosis and portal hypertension in HCV-associated cirrhosis and sustained virologic response after interferon-free antiviral therapy". *J Viral Hepat*, 23, (12), 2016, 994-1002.
- [12] Lledo GM, Carrasco I, Benitez-Gutierrez LM et al., "Regression of liver fibrosis after curing chronic hepatitis C with oral antivirals in patients with and without HIV coinfection". *AIDS*, 32, (16), 2018, 2347-2352.
- [13] Nguyen DT, Tran TTT, Nghiem NM et al., "Effectiveness of sofosbuvir based direct-acting antiviral regimens for chronic hepatitis C virus genotype 6 patients: Real-world experience in Vietnam". *PLoS One*, 15, (5), e0233446, 2020.
- [14] Pham VH, Nguyen HD, Ho PT et al., "Very high prevalence of hepatitis C virus genotype 6 variants in southern Vietnam: large-scale survey based on sequence determination"; *Jpn J Infect*

- Dis, 64, (6), 2011, 537-9.
- [15] Raschzok N, Schott E, Reutzel-Selke A et al., "The impact of directly acting antivirals on the enzymatic liver function of liver transplant recipients with recurrent hepatitis C". *Transpl Infect Dis*, 18, (6), 2016, 896-903.
 - [16] Tada T, Kumada T, Toyoda H et al., "Improvement of liver stiffness in patients with hepatitis C virus infection who received direct-acting antiviral therapy and achieved sustained virological response". *J Gastroenterol Hepatol*, 32, (12), 2017, 1982-1988.
 - [17] Thong VD, Akkarathamrongsin S, Poovorawan K et al., "Hepatitis C virus genotype 6: virology, epidemiology, genetic variation and clinical implication". *World journal of gastroenterology*, 20, (11), 2014, 2927-2940.
 - [18] WHO, WHO urges countries to invest in eliminating hepatitis, <https://www.who.int/news/item/26-07-2019-who-urges-countries-to-invest-in-eliminating-hepatitis>, 26 July 2019.
 - [19] Wight TN, Potter-Perigo S, "The extracellular matrix: an active or passive player in fibrosis?". *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*, 301, (6), G950-5, 2011.
 - [20] Wong RJ, Nguyen MT, Trinh HN et al., "Community-based real-world treatment outcomes of sofosbuvir/ledipasvir in Asians with chronic hepatitis C virus genotype 6 in the United States". *J Viral Hepat*, 24, (1), 2017, 17-21.
 - [21] Younossi ZM, Stepanova M, Chan HL et al., "Patient-reported Outcomes in Asian Patients With Chronic Hepatitis C Treated With Ledipasvir and Sofosbuvir". *Medicine (Baltimore)*, 95, (9), e2702, 2016.

THE CURRENT STATUS OF DOCTORS' TREATMENT CONSULTATIONS FOR PATIENTS AND SOME INFLUENCING FACTORS AT THE DEPARTMENT OF THORACIC AND VASCULAR SURGERY OF THU DUC CITY HOSPITAL IN 2022

Nguyen Dinh Thin*, Nguyen Thi Bich Phuong, Ho Thi Hoai, Nguyen Ngoc Tin

Thu Duc City Hospital - 29 Phu Chau, Tam Phu, Thu Duc city, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 14/08/2023; Accepted: 23/09/2023

ABSTRACT

Background: Counseling plays an important role in the process before, during and after treatment, helping to increase the effectiveness of treatment.

Objectives: Describe the current status of hospital consultation and treatment of doctors for patients and some influencing factors at the Department of Thoracic and Vascular Surgery, Thu Duc City Hospital in 2022.

Subjects and methods: A descriptive cross-sectional study was conducted from August 2022 to October 2022, including a quantitative study with 121 patients and a qualitative in-depth interview with one doctor whose head of the Department of Thoracic and Vascular Surgery, 04 doctors treating in the ward and 05 inpatients.

Results: 100% of patients received treatment counseling at the time of admission. Most of the doctors conducted full consultation according to the contents must performed; 95.9% of patients understood the rules and regulations; 95.9% of patients understood their rights and obligations during their hospital stay; 91.7% and 94.2% of patients understood about health insurance, social insurance as well as the costs they have to pay during their hospital stay.

Positive influencing factors: Policy to improve communication ability, professional capacity from the Board of Directors, Dean of Faculty; young, high quality human resources of the faculty with dynamic and friendly working style; Patients have good coordination and cooperation.

Negative factors: Elderly patients, difficulty in receiving new information; disease characteristics of the department with three specialties: heart, vascular, thoracic with many differences in the patient's psychology; limited experience from young human resources; narrow infrastructure, overloaded hospitals; There is no policy for this consulting activity.

The study proposes recommendations to the Hospital: Developing a counseling process for patients, with support conditions such as consulting rooms, communication channels, training for doctors on counseling and commendation policies, appropriate rewards and discipline.

Keywords: Counselling, treatment, hospitalize, patient.

*Corresponding author
Email address: nguyendinhthin274@gmail.com
Phone number: (+84) 978623148
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



THỰC TRẠNG TƯ VẤN NHẬP VIỆN ĐIỀU TRỊ CỦA BÁC SĨ CHO NGƯỜI BỆNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI KHOA NGOẠI LÒNG NGỰC – MẠCH MÁU BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC NĂM 2022

Nguyễn Đình Thìn*, Nguyễn Thị Bích Phương, Hồ Thị Hoài, Nguyễn Ngọc Tín

Bệnh viện thành phố Thủ Đức - 29 Phú Châu, Tam Phú, thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 14/08/2023; Ngày duyệt đăng: 23/09/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tư vấn đóng vai trò quan trọng trong quá trình trước, trong và sau điều trị, giúp tăng hiệu quả của điều trị.

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tư vấn nhập viện điều trị của bác sĩ cho người bệnh và một số yếu tố ảnh hưởng tại khoa ngoại Lòng ngực – Mạch máu bệnh viện Thành phố Thủ Đức năm 2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành từ tháng 8/2022 đến tháng 10/2022, bao gồm nghiên cứu định lượng thực hiện phát vấn 121 người bệnh và nghiên cứu định tính phỏng vấn sâu 01 người là trưởng khoa Ngoại Lòng ngực – Mạch máu, 4 người là bác sĩ điều trị tại khoa và 05 người bệnh nội trú.

Kết quả: 100% người bệnh được tư vấn điều trị tại thời điểm nhập viện và hầu hết các trường hợp bác sĩ điều trị tiến hành tư vấn đầy đủ theo các nội dung cần thực hiện; 95,9% người bệnh hiểu về nội quy, quy định; 95,9% người bệnh hiểu được quyền và nghĩa vụ của mình; 91,7% và 94,2% người bệnh hiểu về chế độ bảo hiểm y tế, bảo hiểm xã hội cũng như chi phí mình phải trả trong thời gian nằm viện.

Các yếu tố ảnh hưởng tích cực: Chính sách nâng cao khả năng giao tiếp, năng lực chuyên môn từ Ban Giám đốc, Trưởng khoa; nhân lực trẻ, chất lượng cao của khoa với tác phong làm việc năng động, thân thiện; người bệnh có sự phối hợp và hợp tác tốt. Các yếu tố ảnh hưởng tiêu cực: người bệnh cao tuổi, khó khăn trong việc tiếp nhận thông tin mới; đặc thù bệnh của khoa với 3 chuyên khoa sâu: tim, mạch máu, lồng ngực cùng với khác biệt rất nhiều ở tâm lý người bệnh; kinh nghiệm từ nguồn nhân lực trẻ còn hạn chế; cơ sở hạ tầng chật hẹp, quá tải bệnh viện; chưa có chính sách cho hoạt động tư vấn này.

Nghiên cứu đề xuất các kiến nghị với Bệnh viện: Xây dựng quy trình tư vấn cho người bệnh, với các điều kiện hỗ trợ như phòng tư vấn, kênh truyền thông, tập huấn cho bác sĩ về tư vấn và các chính sách khen thưởng, kỷ luật phù hợp.

Từ khóa: Tư vấn, điều trị, nhập viện, người bệnh.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyendinhthin274@gmail.com

Điện thoại: (+84) 978623148

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với mỗi người, nằm viện là khoảng thời gian đầy lo lắng và áp lực với nhiều xáo trộn thể chất và tâm lý, ảnh hưởng đến sự tuân thủ điều trị và phục hồi sức khỏe (1 - 3). Tại Việt Nam, theo luật khám chữa bệnh năm 2009, có hiệu lực 2011 (4), cùng với trách nhiệm tuân thủ theo nội quy, quy định của bệnh viện, của Bộ Y Tế, của Bảo hiểm xã hội thì tư vấn điều trị là quyền người bệnh được hưởng khi nằm viện.

Khi đời sống xã hội thay đổi, không ngừng được nâng cao, hiểu biết của người bệnh và người nhà cũng như quyền lợi và nghĩa vụ của họ trong quá trình nhập viện điều trị được đề cao thì việc điều trị bệnh thông qua sự tương tác giữa nhân viên y tế và người bệnh không còn là truyền đạt thông tin một chiều (bác sĩ ra y lệnh, điều dưỡng thực hiện, người bệnh tuân thủ) mà hiện tại là quá trình giao tiếp hai chiều. Người bệnh tham gia chung và được quyền quyết định việc điều trị của mình trong hầu hết các trường hợp. Do đó, tư vấn điều trị là phần không thể thiếu trong quy trình điều trị bệnh nội trú được ban hành ở tất cả các bệnh viện trong cả nước.

Hoạt động tư vấn điều trị được thực hiện xuyên suốt trong thời gian nằm viện bao gồm việc tư vấn tại thời điểm nhập viện, tư vấn theo diễn tiến bệnh, tư vấn trước phẫu thuật, tư vấn sau phẫu thuật và tư vấn trước xuất viện. Trong đó, tư vấn tại thời điểm nhập viện cung cấp nhiều thông tin quan trọng cho toàn bộ hoạt động tư vấn sau này, do đó đề tài nghiên cứu được thực hiện tại khoa Ngoại lồng ngực - Mạch máu, Bệnh viện Thành phố Thủ Đức nhằm mô tả thực trạng hoạt động tư vấn nhập viện điều trị người bệnh nội trú và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng từ đó có cái nhìn tổng thể hơn để hoạt động quản lý bệnh viện, khoa phòng được hiệu quả, nâng cao chất lượng điều trị cùng thái độ tuân thủ cũng như cải thiện sự hài lòng người bệnh.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Nghiên cứu định tính

Tiêu chuẩn chọn lựa: Người bệnh có chỉ định nhập viện tại khoa Ngoại Lồng ngực - Mạch máu từ 25 tháng 8 năm 2022 đến tháng 10 năm 2022. Biết đọc, biết viết; có đủ sức khỏe tham gia phỏng vấn; đồng ý tham gia trả lời phỏng vấn; có trách nhiệm pháp lý. Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề làm việc tại khoa Ngoại Lồng ngực - Mạch máu năm 2022 đồng ý tham gia trả lời phỏng vấn.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh sau nhập viện phát hiện các bệnh rối loạn tâm thần kinh như động kinh, trầm cảm...

2.1.2. Nghiên cứu định lượng

Tiêu chuẩn chọn lựa: Người bệnh có chỉ định nhập viện tại khoa Ngoại Lồng ngực - Mạch máu từ 25 tháng 8 năm 2022 đến tháng 10 năm 2022. Biết đọc, biết viết; có đủ sức khỏe tham gia phỏng vấn; đồng ý tham gia trả lời bảng câu hỏi phát vấn; có trách nhiệm pháp lý. Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề làm việc tại khoa Ngoại Lồng ngực - Mạch máu năm 2022, đồng ý tham gia nghiên cứu, được thực hiện quan sát theo bảng kiểm tại phòng khám bởi quan sát viên.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh sau nhập viện phát hiện các bệnh rối loạn tâm thần kinh như động kinh, trầm cảm...

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Từ 01/12/2021 đến 30/11/2022. Khoa ngoại Lồng ngực – Mạch máu.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu Cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính. Các số liệu định lượng nhằm mô tả các hoạt động tư vấn nhập viện điều trị được thực hiện tại phòng khám khoa Ngoại lồng ngực - Mạch máu. Các số liệu nghiên cứu định tính nhằm phân tích một số yếu tố ảnh hưởng hoạt động tư vấn điều trị này.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu định lượng: Nghiên cứu chọn mẫu toàn bộ người bệnh nhập viện ($n = 121$) trong thời gian từ 25 tháng 8 đến tháng 10 năm 2022 tại khoa Ngoại Lồng ngực - Mạch máu. Nghiên cứu chọn toàn bộ bác sĩ phòng khám với tổng số lần tư vấn cho toàn bộ người bệnh nhập viện ($n = 121$) theo bảng kiểm quan sát.

Cỡ mẫu cho nghiên cứu định tính: Chọn mẫu chủ đích. Phỏng vấn sâu lãnh đạo khoa: Trưởng khoa Ngoại lồng ngực – mạch máu Bác sĩ: 04 có chứng chỉ hành nghề tại khoa. Người bệnh: 05 người bệnh nhập viện nội trú.

2.5. Phương pháp phân tích số liệu

Nghiên cứu định lượng: Số liệu được làm sạch các lỗi, mã hóa và nhập thông tin vào máy tính bằng phần mềm Excel 2016 và xử lý bằng phần mềm SPSS 20. Quá trình phân tích bao gồm: Đối với các câu hỏi âm tính, đảo chiều các câu hỏi trước khi xử lý thống kê. Thống kê mô tả: sử dụng tần số, tỷ lệ của các biến định tính và biến định lượng.

Nghiên cứu định tính: Nội dung thông tin ghi âm từ các cuộc phỏng vấn sâu đã xử lý theo phương pháp gỡ băng, phân tích theo phương pháp mã hóa theo chủ đề và ghi lại dưới dạng văn bản. Các nội dung này được sử dụng để trích dẫn trong phần kết quả và bàn luận, góp phần làm rõ thêm các nội dung nghiên cứu, từ đó đưa ra các khuyến nghị, đề xuất.



3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng hoạt động tư vấn nhập viện điều trị tại khoa Ngoại lồng ngực – mạch máu Bệnh viện thành phố Thủ Đức

Phần lớn người bệnh nhập viện điều trị nội trú tại khoa Ngoại lồng ngực – mạch máu được đưa vào nghiên cứu là người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) chiếm 35,6%; người bệnh nằm trong nhóm tuổi 30 – 59 tuổi chiếm 51,2%; chỉ có 13,2% người bệnh trong nhóm dưới 30 tuổi. Tuổi trung bình của người bệnh là $52,07 \pm 16$ tuổi. Tuổi thấp nhất là 19 tuổi, tuổi cao nhất là 92 tuổi.

Người bệnh là nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới (56,7% so với 46,3%). Tỷ lệ người bệnh có trình độ trung cấp trở xuống chiếm tỷ lệ cao nhất 93,4%, người bệnh có trình độ Cao Đẳng chiếm 1,6%, người bệnh có trình độ đại học và sau đại học chiếm tỷ lệ 5%. Về nghề nghiệp, đa số người bệnh hết tuổi lao động hoặc làm công việc lao động tự do, chiếm 80,2%. Sau khi nghe bác sĩ tư vấn nhập viện, hầu hết người bệnh hiểu được tình trạng bệnh của mình, tại sao cần nhập viện, tình trạng hiện tại ra sao và tiên lượng cũng như kế hoạch sắp tới như thế nào. Tuy nhiên còn 1,6% người bệnh chưa hiểu rõ, chưa nắm rõ.

Hầu hết người bệnh hiểu rõ về nội quy, quy định tại bệnh viện nên nắm được các quy định và cùng hợp tác tuân thủ điều trị. Cũng còn 4,1% người bệnh không hiểu rõ quy định, họ ăn uống sinh hoạt không theo đúng hướng dẫn của bác sĩ, điều dưỡng.

Nhìn chung 100% người bệnh nhập viện được tư vấn điều trị và hầu hết các trường hợp bác sĩ điều trị tiến hành tư vấn đầy đủ theo các nội dung cần thực hiện tư vấn.

3.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động tư vấn nhập viện điều trị

Hơn 30% người bệnh nhập viện điều trị nội trú tại khoa Ngoại lồng ngực – mạch máu là người cao tuổi nên khó khăn trong việc tư vấn và cung cấp thông tin về tình trạng bệnh lý cũng như thay đổi hành vi vận động, phục hồi chức năng sau mổ, dinh dưỡng tiết chế.

Những người bệnh về hưu có xu hướng ngồi nghe và tương tác bác sĩ tư vấn nhiều hơn những người trẻ, người ở nhà nội trợ và do đó họ nắm rõ vấn đề bệnh lý của mình nhiều hơn.

Hoạt động khám, tư vấn nhập viện điều trị nhận được sự quan tâm của ban lãnh đạo khoa Ngoại lồng ngực – Mạch máu, lãnh đạo Bệnh viện thành phố Thủ Đức. Bệnh viện thành phố Thủ Đức đã tạo điều kiện cho các bác sĩ tại khoa Ngoại lồng ngực – Mạch máu tham gia các khóa tập huấn về giao tiếp ứng xử, hướng tới sự hài lòng người bệnh, tạo điều kiện cho bác sĩ học tập nâng cao chuyên môn và kỹ năng trong việc khám, điều trị

người bệnh (học tập các lớp đào tạo liên tục về chuyên môn, các lớp đào tạo sau đại học tại các trường đại học y khoa trong thành phố).

Nguồn nhân lực về bác sĩ đảm bảo về số lượng, chất lượng chuyên môn, trình độ học vấn đáp ứng đủ nhu cầu khám, tư vấn điều trị tại khoa Ngoại lồng ngực – mạch máu.

Hiện nay, giường kế hoạch được giao là 800 giường, nhưng số giường thực kê lên đến 1.000 giường, diện tích trung bình cho một giường bệnh là 13m²/giường bệnh (tiêu chuẩn diện tích giường bệnh của Việt Nam là 70 - 100m²/giường), với công suất sử dụng luôn đạt trên 80%, bệnh viện luôn trong tình trạng quá tải trầm trọng.

Miễn phí về kinh phí tư vấn điều trị cho người bệnh, thúc đẩy tinh thần người bệnh tham gia tư vấn và hợp tác với bác sĩ điều trị và điều dưỡng khoa thực hiện các hoạt động theo dõi, chăm sóc dẫn đến tỷ lệ hài lòng về các khâu trong quá trình nằm viện là khá cao (98,4%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng hoạt động tư vấn nhập viện điều trị cho người bệnh nội trú

4.1.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Phần lớn người bệnh nhập viện điều trị nội trú tại khoa Ngoại lồng ngực – mạch máu Bệnh viện thành phố Thủ Đức được đưa vào nghiên cứu là người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) chiếm 35,6%; Năm 2019, tác giả Mai Hóa thực hiện nghiên cứu tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức "Sự hài lòng của người bệnh nội trú về dịch vụ điều trị và một số yếu tố ảnh hưởng tại khoa Ngoại Tổng Quát" cũng ghi nhận được: Tuổi trung bình là $41,3 \pm 15,9$, tỷ lệ cao nhất là nhóm 20 - 39 tuổi (48,1%), tiếp đến là nhóm 40 - 59 tuổi (30,5%), nhóm trên 60 tuổi (16,9%) và cuối cùng là dưới 20 tuổi (4,5%) (5). Tác giả Phạm Thế Cường khi thực hiện nghiên cứu tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An cũng ghi nhận tỷ lệ người bệnh tham gia nghiên cứu với tỉ lệ độ tuổi từ 30 - 60 chiếm cao nhất, kế đến là người bệnh ở độ tuổi trên 60 và thấp nhất cũng ở độ tuổi dưới 30 (5, 6). Kết quả này là phù hợp với đặc thù của Bệnh viện thành phố Thủ Đức khi bệnh viện nằm ở cửa ngõ phía Đông thành phố, tiếp giáp các khu công nghiệp, khu công nghệ cao với đặc điểm dân cư trẻ.

4.1.2. Thực trạng hoạt động tư vấn nhập viện điều trị

Ngay khi chẩn đoán ra tình trạng bệnh lý dựa vào thăm khám và những xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh tại phòng khám hay khoa cấp cứu hay từ các khoa phòng khác, bác sĩ nhận thấy người bệnh có chỉ định nhập viện, nhập khoa Ngoại Lồng ngực - Mạch

máu điều trị theo chuyên khoa sẽ tư vấn nhập viện, nhập khoa điều trị. Đây cũng là công việc cần làm đầu tiên và vô cùng quan trọng của người bác sĩ. Tác giả Trần Quốc Hưng (7) cũng nhận định rằng hoạt động tư vấn trực tiếp này giữ vai trò quan trọng và chiếm đa số trong các hình thức tư vấn. Nhóm tác giả Trần Hữu Lộc tại Bệnh viện tỉnh Kiên Giang, Ngô Thị Bích Ly, Phạm Thị Rê và Võ Phan Như Ngọc thực hiện tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định thì hoạt động này chiếm tỷ lệ trên 90% (8, 9). Hoạt động tư vấn này được đánh giá khách quan ban đầu bằng việc quan sát bằng bảng kiểm, trước hết nhìn nhận bác sĩ có làm đủ, làm đúng các bước cần thiết hay không. Đây là điều quan trọng trước tiên vì có làm đúng, làm đủ các bước này thì nội dung, hiệu quả tư vấn mới mang lại hiệu quả thiết thực. Kết quả nghiên cứu cho thấy mặc dù 100% người bệnh được tư vấn nhưng có đến 10% người bệnh không được thực hiện đầy đủ tất cả các bước này, hay nói cách khác chỉ có 90% người bệnh được bác sĩ tư vấn nhập viện điều trị thực hiện đầy đủ các nội dung trong bảng quan sát.

Điều đó cho thấy mặc dù khoa Ngoại lồng ngực – Mạch máu thực hiện tốt hoạt động chuyên môn tư vấn nhập viện điều trị cho người bệnh tuy nhiên vẫn còn 10% người bệnh chưa được thực hiện đầy đủ. Có thể lý giải một phần nguyên nhân này là do áp lực quá tải bệnh viện, do số bệnh nhân này có người đã nhập viện nhiều lần ở các khoa phòng khác nhau hay nhập viện nhiều lần ở khoa Ngoại lồng ngực – mạch máu với bệnh lý tương tự nên những thông tin đã được tư vấn ở những lần nhập viện trước đó và bác sĩ không cần giải thích gì thêm. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Liên chỉ có 23,5% cán bộ y tế thực hiện chào hỏi, 9,2% khuyến bảo giải thích, 16,1% hỏi nguyên nhân vấn đề. (10)

Phân tích sâu hơn về kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, mặc dù gần như mọi bệnh nhân được tư vấn đầy đủ khi nhập viện nhưng cũng không ít trong số đó là thực hiện chưa đạt, việc này được đánh giá dựa trên quan sát của người quan sát khi thấy các nội dung bác sĩ tư vấn lướt qua nhanh, chưa có thực hiện kiểm tra ngược lại xem người bệnh đã nắm được vấn đề này hay chưa. Đây cũng là vấn đề cần đặt ra và cải thiện để nâng cao chất lượng buổi tư vấn nhập viện điều trị. Người bác sĩ cần giải thích các nội dung cặn kẽ, người bệnh có thể nói lại được các vấn đề đó, có thể phân tích và đặt ngược lại các câu hỏi đến khi thấu đáo thì khi đó vấn đề được sáng tỏ và đạt được hiệu quả cao nhất của buổi tư vấn.

Phần lớn người bệnh được đánh giá, đánh giá thời gian nằm viện là hài lòng (98,4%); chỉ có 1,6% người bệnh đánh giá không hài lòng.

4.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động tư vấn nhập viện điều trị cho người bệnh nội trú tại khoa Ngoại lồng ngực – mạch máu Bệnh viện Thành phố Thủ Đức năm 2022

4.2.1. Yếu tố thuộc về người bệnh

Ở những độ tuổi khác nhau con người sẽ có những thay đổi khác nhau về chức năng sinh lý. Tuổi càng già, chức năng càng suy giảm. Trong số “những suy giảm về chức năng” thường thấy ở người già thì 1/4 là do bệnh; 1/4 do giảm “sử dụng” (nghỉ hưu, giảm hoạt động trí não...); 1/4 do “sử dụng sai” (hút thuốc lá, các chấn thương khi chơi thể thao...); 1/4 do biến đổi về sinh lý ở người già (11). Vì thế người cao tuổi ngoài các loại thuốc, các phương pháp can thiệp (phẫu thuật, tiểu phẫu) còn cần một chế độ sinh hoạt đa dạng và hợp lý để tránh hoặc cải thiện tình trạng bệnh tật. Nhưng vấn đề lại nằm ở chính họ, với những thói quen khó thay đổi hay ít nhất cần thay đổi trong thời gian nằm viện. Điều này đã gây nhiều khó khăn cho bác sĩ điều trị khi tư vấn cho họ về tình trạng bệnh lý, những thói quen phải bỏ ngay trong thời gian nằm viện, tuân thủ chế độ sinh hoạt nghiêm ngặt và khó hơn cả là thay đổi chế độ dinh dưỡng theo bệnh lý (chế độ ăn của người bệnh tim mạch, đái tháo đường, suy dinh dưỡng...).

Đây rõ ràng là một vấn đề khó khăn khác khi thực hiện tư vấn điều trị cho người bệnh cao tuổi, có thể suy giảm nhận thức, hoặc nghe kém do vậy thường không tiếp thu được hoặc tiếp thu rất ít các ý kiến chuyên môn đã được tư vấn. Vì vậy, các bác sĩ thường thực hiện tư vấn đồng thời cho người nhà, người chăm sóc người bệnh. Nhưng một số trường hợp người bệnh không có con cái chăm sóc, thay vì đó họ thuê người chăm nuôi, có những người bệnh có hơn 1 người chăm nuôi dẫn đến việc tư vấn điều trị cho họ gặp khó khăn hơn những đối tượng khác và không mang lại chất lượng tốt.

Tình trạng căng thẳng của người bệnh trước và sau phẫu thuật còn làm thay đổi chức năng đường tiêu hóa, giảm mức lọc cầu thận, thay đổi chức năng hệ tim mạch, thay đổi động học của thuốc, tỷ lệ tái nhập viện cao, chất lượng cuộc sống giảm. Bên cạnh đó, tâm lý của người bệnh cũng là một yếu tố tác động không tích cực đến hoạt động tư vấn điều trị tại khoa Ngoại lồng ngực – Mạch máu.

4.2.2. Về tình trạng bệnh khi nhập viện

Đối tượng người bệnh cần tư vấn về tình trạng bệnh lý tại khoa Ngoại lồng ngực - mạch máu khá đặc thù do đây là một chuyên khoa sâu về cả tim, lồng ngực và mạch máu. Ở những người bệnh mang bệnh lý tim cần nhập viện để mổ tim hở thì việc tư vấn không chỉ dừng lại ở người bệnh mà gần như tất cả người nhà có liên quan đều phải cùng lắng nghe, cùng được giải thích và cùng hiểu hết nội dung từ người bác sĩ điều trị thì mới có thể phối hợp tốt nhất. Việc tư vấn này đôi khi kéo dài 30 - 60 phút và có khi kéo dài qua các buổi khám bệnh khác. Việc tư vấn trước mổ tim cũng nằm trong phần hướng dẫn quy trình kỹ thuật Bộ Y Tế ban hành năm 2016, được các bệnh viện mổ tim tiếp thu và thực hiện đầy đủ. (12, 13). Ngược lại những người bệnh về lồng ngực thường là do chấn thương, ấu dả, đâm chém và việc tư vấn phẫu thuật, tư vấn nhập viện này diễn ra

ở khoa cấp cứu. Bác sĩ sẽ tư vấn nhanh, ngắn gọn, rõ ràng nhất với người bệnh, người nhà với những thông tin đầy đủ nhất để nhanh chóng thực hiện cuộc mổ cứu sống người bệnh. Sau đó sẽ là buổi tư vấn rõ ràng, căn kẽ hơn tại khoa khi họ hồi tỉnh và chuyển về phòng bệnh. Do đó, có thể nói việc xây dựng quy trình tư vấn nhập viện điều trị cần linh hoạt, và bao quát hầu hết các trường hợp thường gặp để người bác sĩ có sự chủ động nhất định, mang đến sự yên tâm và hiệu quả công việc cao nhất.

4.2.3. Yếu tố thuộc về bệnh viện

Chủ trương, chính sách: Thuận lợi lớn nhất của hoạt động chuyên môn về tư vấn nhập viện điều trị nhận được sự quan tâm của ban lãnh đạo Bệnh viện thành phố Thủ Đức, lãnh đạo khoa. Sự quan tâm đó được thể hiện thông qua các chính sách khuyến khích tinh thần của nhân viên. Một trong những chính sách điển hình là Bệnh viện thành phố Thủ Đức đã tạo điều kiện cho các bác sĩ, học các khóa đào tạo liên tục 3 tháng, 6 tháng và sau đại học nhằm nâng cao chuyên môn về phẫu thuật, khám chữa bệnh.

Tuy nhiên, việc chưa ban hành chính sách hay quy định nào liên quan đến kinh phí chi trả cho người thực hiện các hoạt động khám, tư vấn điều trị cho người bệnh cũng như quy định liên quan đến thưởng, khen thưởng, kỷ luật nhân viên tham gia các hoạt động điều trị là một hạn chế lớn trong tiến trình hoàn thiện và phát triển tổ chức của khoa Ngoại lồng ngực – mạch máu. Bên cạnh đó, việc tư vấn điều trị không trả chi phí đã tác động ít nhiều đến động lực làm việc, tinh thần trách nhiệm với công việc của nhân viên hoạt động tư vấn điều trị của khoa cũng như của toàn bệnh viện. Trong thời điểm khó khăn, sau thời gian dịch bệnh hoành hành, khối lượng công việc quá tải và số lượng nhân viên y tế xin nghỉ việc nhiều như thời điểm hiện tại thì chế độ khen thưởng kịp thời hay phụ cấp thêm kinh phí hoạt động cho nhân viên là việc làm cần thiết nhất. Trong vòng 18 tháng từ đầu năm 2021 đến giữa 2022 sau đại dịch, có đến 9680 nhân viên y tế xin thôi việc, bỏ việc (14). Có thêm phụ cấp kinh phí và được khen thưởng kịp thời giúp nhân viên phấn khởi hơn, yên tâm công tác, có động lực làm việc và tinh thần trách nhiệm cao hơn.

Nhân lực: Một trong những thuận lợi lớn của hoạt động tư vấn nhập viện điều trị trong khoa là nhân lực khoa Ngoại lồng ngực – mạch máu có trình độ học vấn cao và có chuyên môn. Cơ cấu nhân sự bác sĩ khoa Ngoại lồng ngực – mạch máu gồm có 10 bác sĩ, trong đó có 2 bác sĩ chuyên khoa cấp II trong đó 1 bác sĩ đang tham gia nghiên cứu sinh, 2 bác sĩ trình độ thạc sĩ, 6 bác sĩ còn lại cũng đang tham gia lớp sau đại học với trình độ thạc sĩ. Như vậy trong thời gian tới, 100% bác sĩ tại khoa sẽ có trình độ sau đại học. Đội ngũ nhân lực có trình độ cao và có chuyên môn sâu về lâm sàng là yếu tố then chốt quyết định chất lượng điều trị của người bệnh, tăng niềm tin của người bệnh đối với chỉ định điều trị của bác

sĩ và niềm tin đối với bệnh viện nói chung. Nghiên cứu của tác giả Đoàn Thị Hồng Nhung (2017) cũng kết luận tương tự kiến thức và kỹ năng tư vấn của người tư vấn đóng vai trò quyết định đến khả năng tiếp thu và hiểu biết của bản thân người bệnh (15). Tuy nhiên, so với quy mô hoạt động của khoa Ngoại lồng ngực – mạch thì nguồn nhân lực về điều trị lâm sàng còn thiếu.

Cơ sở vật chất, trang thiết bị: Cơ sở vật chất - trang thiết bị y tế là một trong những yếu tố quan trọng quyết định hiệu quả, chất lượng của công tác tư vấn nhập viện điều trị. Cơ sở hạ tầng tốt không những tạo môi trường làm việc thoải mái cho cán bộ y tế còn tạo cho người bệnh yên tâm nằm điều trị, hỗ trợ cho người thầy thuốc trong chẩn đoán, điều trị người bệnh được chính xác, nhanh chóng, an toàn và hiệu quả. Trang thiết bị đầy đủ góp phần hỗ trợ cho việc sàng lọc, đánh giá, theo dõi người bệnh được kịp thời và chính xác hơn.

Vì thế, cơ sở vật chất - trang thiết bị là một yếu tố tác động tích cực đến hoạt động chuyên môn về tư vấn nhập viện điều trị cho người bệnh tại khoa Ngoại lồng ngực – mạch máu

Thời gian tư vấn: Hoạt động tư vấn nhập viện tại phòng khám được thực hiện ngay tại bàn khám khi bác sĩ chẩn đoán ra bệnh lý của người bệnh cần phải nhập viện điều trị. Việc nhập viện này có thể cần phẫu thuật ngay, chờ phẫu thuật theo chương trình hay điều trị nội khoa trước khi cần can thiệp sau này. Do đó có thể thấy thời gian tư vấn này phụ thuộc rất nhiều vào tình trạng hiện tại của phòng khám với lượng bệnh nhiều hay ít. Nếu lượng bệnh nhiều thì thời gian dành cho người bệnh sẽ ít đi và bác sĩ sẽ tranh thủ tư vấn nhanh với những thông tin cơ bản. Trong trường hợp ngược lại, người bệnh sẽ nhận được nhiều thời gian để trao đổi tư vấn với bác sĩ.

5. KẾT LUẬN

5.1. Thực trạng hoạt động tư vấn nhập viện điều trị của bác sĩ cho người bệnh

Hoạt động tư vấn nhập viện điều trị là một phần vô cùng quan trọng trong quy trình nhập viện điều trị được Bệnh viện thành phố Thủ Đức ban hành trên cơ sở hướng dẫn của Bộ Y tế. Thực tế cho thấy 100% người bệnh nhập viện tại khoa Ngoại Lồng ngực - Mạch máu đã được bác sĩ tư vấn đầy đủ về tình trạng bệnh lý của mình. Hơn 90% người bệnh sau khi được tư vấn đã hiểu rõ và đầy đủ các điều mình cần làm khi nhập viện để phối hợp tốt với bác sĩ, điều dưỡng, mang lại hiệu quả điều trị cao hơn cho chính bản thân mình.

Hầu hết người bệnh, mặc dù đã được tư vấn đầy đủ tại phòng khám trước khi nhập viện, nhưng khi lên khoa phòng, họ vẫn muốn được tư vấn thêm, được nắm thêm thông tin để tránh bỏ sót những gì quan trọng cho sức khỏe của mình. Hoạt động tư vấn được thực hiện và

đánh giá thông qua bảng kiểm quan sát tư vấn tại phòng khám cho thấy gần như 100% bác sĩ đã làm tốt và đầy đủ các bước cần thiết cho buổi tư vấn.

Nhìn chung hoạt động tư vấn nhập viện điều trị đã được thực hiện tốt tại phòng khám khoa Ngoại Lồng ngực – Mạch máu tuy nhiên còn nhiều điểm cần cải thiện về nội dung, thời gian và không gian tư vấn.

5.2. Các yếu tố ảnh hưởng

Yếu tố tích cực: Chính sách nâng cao khả năng giao tiếp, năng lực chuyên môn từ Ban Giám đốc, Trưởng khoa khoa Ngoại lồng ngực – mạch máu. Nhân lực trẻ, chất lượng cao của khoa Ngoại lồng ngực – mạch máu với tác phong làm việc năng động, thân thiện. Người bệnh có sự phối hợp và hợp tác tốt.

Yếu tố tiêu cực: Một bộ phận không nhỏ người bệnh cao tuổi, khó khăn trong việc tiếp nhận thông tin mới từ bác sĩ khi tư vấn nhập viện. Đặc thù mô hình bệnh tật của khoa với 3 chuyên khoa sâu: tim, mạch máu, lồng ngực cùng với khác biệt rất nhiều ở tâm lý người bệnh, cần có sự linh hoạt trong việc tư vấn. Kinh nghiệm từ nguồn nhân lực trẻ còn hạn chế. Cơ sở hạ tầng còn chật hẹp, quá tải bệnh viện và những vấn đề chung của ngành Y tế đang ảnh hưởng trực tiếp đến tâm lý người bệnh và nhân viên. Chưa có chính sách cho hoạt động tư vấn này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Leino-Kilpi H, Vuorenheimo J, Patient satisfaction as an indicator of the quality of nursing care. *Vård i Norden*. 1992;12(3-4):22-8.
- [2] Shuldham C. 1. A review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery. *International journal of nursing studies*. 1999;36(2):171-7.
- [3] White C, Consultants should be available to admit patients to hospital 12 hours a day. *BMJ*. 2010;341:c7021.
- [4] Quốc hội, Luật Khám bệnh, chữa bệnh, 2023.
- [5] Mai Hóa, Sự hài lòng của người bệnh nội trú về dịch vụ điều trị và một số yếu tố ảnh hưởng tại khoa ngoại tổng hợp Bệnh viện Thủ Đức thành phố Hồ Chí Minh năm 2019: Đại Học Y tế Công cộng; 2019.
- [6] Phạm Thế Cường, Hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe của điều dưỡng tại các khoa Lâm sàng Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An năm 2019 và một số yếu tố ảnh hưởng, Đại Học Y tế Công cộng; 2019.
- [7] Trần Quốc Hưng, Thực trạng tư vấn sức khỏe của nhân viên y tế và một số yếu tố ảnh hưởng tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Nhân dân Gia Định, thành phố Hồ Chí Minh năm 2019, Đại Học Y Tế Công Cộng; 2019.
- [8] Trần Hữu Lộc, Đánh giá chất lượng hoạt động công tác truyền thông giáo dục sức khỏe của y tế tuyến huyện trên địa bàn tỉnh Kiên Giang năm 2016, 2016.
- [9] Ngô Thị Bích Ly, Võ Phan Như Ngọc, Sự hiểu biết về hoạt động vật lý trị liệu của nhân viên y tế bệnh viện Nhân dân Gia Định, 2018.
- [10] Nguyễn Thị Kim Liên, Đánh giá thực trạng và hiệu quả một số giải pháp can thiệp truyền thông – giáo dục sức khỏe trong chăm sóc sức khỏe trẻ em tại tuyến y tế cơ sở, Trường Đại học Y Hà Nội; 2006.
- [11] Trần Châu Quyên, Dinh dưỡng ở người cao tuổi, Viện Dinh dưỡng quốc gia, 2019.
- [12] Bệnh viện đa khoa Tâm Anh, Một số lưu ý cần ghi nhớ trước và sau phẫu thuật van tim, 2021.
- [13] Bộ Y tế, Quyết định về việc ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Tim mạch - Lồng ngực, 2016.
- [14] Đoàn Thị Hồng Nhung, Tình trạng dinh dưỡng và điều kiện chăm sóc cho bệnh nhân viêm gan điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Thái Bình năm 2017, Trường Đại học Y dược Thái Bình; 2017.



ACADEMIC PRESSURE AND ITS ASSOCIATION WITH ANXIETY AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS IN THU DUC CITY, HO CHI MINH CITY

Nguyen Hoang Anh Vu^{1,2*}, Vuong Nguyen Toan Thien²,
Phan Thi Hoai Yen^{1,3}, Tran Phan Dieu Anh¹

¹Thu Duc City Hospital - 29 Phu Chau, Tam Phu, Thu Duc city, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Hoa Sen University - 8 Nguyen Van Trang, Ben Thanh Ward, 1 District, Ho Chi Minh City, Vietnam

³Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy - 217 Hong Bang, Ward 11, District 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 14/08/2023; Accepted: 11/09/2023

ABSTRACT

Introduction: In today's rapidly advancing educational landscape, curricula and learning activities are becoming increasingly intense, leading to higher academic pressure among students. This heightened academic pressure can have adverse effects on students' mental health, including anxiety disorders.

Objective: This study aims to determine the prevalence of academic pressure and its correlation with anxiety among high school students in Thu Duc City, Ho Chi Minh City.

Methods: A cross-sectional study was conducted from April to May 2023 among high school students in Thu Duc City, Ho Chi Minh City. Students completed a self-administered questionnaire. The ESSA (Educational Stress Scale for Adolescents) and ZUNG-SAS (Zung Self-Rating Anxiety Scale) scales were used to assess academic pressure and anxiety levels.

Results: Out of the 421 participating students, the percentages of students experiencing mild, moderate, and severe academic pressure were 35.9%, 30.6%, and 33.5%, respectively. The prevalence of anxiety was 35.6%. There was a statistically significant correlation between academic pressure and anxiety ($p < 0.001$). Moderate to severe academic pressure and anxiety were higher among high school students. Students experiencing moderate academic pressure had a 2-fold higher prevalence of anxiety compared to those with mild academic pressure, while students experiencing severe academic pressure had a 3.79-fold higher prevalence of anxiety. Schools and families should implement measures to alleviate academic pressure and enhance students' well-being.

Keywords: Academic pressure, anxiety, high school students, Thu Duc City.

*Corresponding author

Email address: hoanganhvu.psy@gmail.com

Phone number: (+84) 903060192

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

ÁP LỰC HỌC TẬP VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI LO ÂU Ở HỌC SINH TRUNG HỌC PHỔ THÔNG THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Hoàng Anh Vũ^{1,2*}, Vương Nguyễn Toàn Thiện²,
Phan Thị Hoài Yến^{1,3}, Trần Phan Diệu Anh¹

¹Bệnh viện thành phố Thủ Đức - 29 Phú Châu, Tam Phú, thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Trường Đại học Hoa Sen - 8 Nguyễn Văn Tráng, Phường Bến Thành, Quận 1, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

³Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, Phường 11, Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 14/08/2023; Ngày duyệt đăng: 11/09/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Với sự phát triển hiện nay, chương trình giáo dục và các hoạt động học tập ngày càng chuyên sâu với khối lượng nặng hơn dẫn đến áp lực học tập của học sinh ngày càng cao. Kết quả có thể gây ra nhiều vấn đề sức khỏe tâm thần cho học sinh, trong đó có rối loạn lo âu.

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tình trạng áp lực học tập và mối liên quan giữa áp lực học tập với lo âu ở học sinh trung học phổ thông thành phố Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh.

Đối tượng - phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang thực hiện từ tháng 4 đến tháng 5 năm 2023 trên học sinh trung học phổ thông tại thành phố Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh. Học sinh hoàn thành bộ câu hỏi tự điền. Thang đo ESSA và ZUNG – SAS có tính tin cậy và tính giá trị cao được sử dụng để đánh giá áp lực học tập và lo âu của học sinh.

Kết quả: Trong 421 học sinh tham gia nghiên cứu, tỉ lệ chịu áp lực học tập của học sinh theo 3 mức độ nhẹ, vừa, nặng lần lượt là 35,9%, 30,6%, 33,5% và tỉ lệ lo âu là 35,6%. Áp lực học tập và lo âu có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tỉ lệ chịu áp lực học tập mức độ vừa, nặng và lo âu cao ở học sinh trung học phổ thông. Những học sinh chịu áp lực học tập mức độ vừa có tỉ lệ lo âu cao gấp 2 lần so với những học sinh chịu áp lực học tập mức độ nhẹ, những học sinh chịu áp lực học tập mức độ nặng có tỉ lệ lo âu cao gấp 3,79 lần so với những học sinh chịu áp lực học tập mức độ nhẹ. Từ đó, nhà trường và gia đình nên có những biện pháp nhằm cải thiện tình trạng chịu áp lực học tập và nâng cao sức khỏe của học sinh.

Từ khóa: Áp lực học tập, lo âu, học sinh trung học phổ thông, Thành phố Thủ Đức.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thời đại xã hội đang phát triển, việc học được xem là việc cần thiết cho mọi đối tượng, đặc biệt đối với trẻ em, là tương lai của đất nước. Chương trình giáo dục cho học sinh được phát triển, những môn học mới đang được mở rộng ngày càng nhiều. Tuy nhiên, điều này đồng nghĩa với việc học sinh sẽ phải dành thời gian cho việc học nhiều hơn, thời gian nghỉ ngơi cũng ít đi. Điều

này khiến cho học sinh phải căng thẳng, lo âu nhiều khi đối mặt với nhiều kỳ thi khác nhau, không chỉ ở trường học, từ đó sức khỏe tâm thần của học sinh cũng giảm sút nhiều [5]. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng áp lực học tập hiện nay là một vấn đề phổ biến trong học sinh trung học phổ thông (THPT) và có mối liên hệ với rối loạn lo âu [9, 10].

Rối loạn lo âu hiện nay đang là một vấn đề phổ biến. Tổ

*Tác giả liên hệ

Email: hoanganhvu.psy@gmail.com

Điện thoại: (+84) 903060192

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



chức Y tế thế giới (WHO) ghi nhận cho đến năm 2019, có 301 triệu người đang sống chung với chứng rối loạn lo âu, trong đó có 58 triệu người là trẻ em và thanh thiếu niên [12]. Một nghiên cứu ở Việt Nam mô tả thực trạng lo âu, trầm cảm của học sinh ở đối tượng học sinh lớp 12 tại 2 trường THPT của thành phố Thái Bình năm 2020 của Ngô Văn Mạnh cho kết quả có tỉ lệ học sinh có biểu hiện lo âu là 24% và có 49,6% học sinh cảm thấy thỉnh thoảng và thường xuyên cảm thấy áp lực thi cử, kiểm tra [3]. Một nghiên cứu khác ở Đà Nẵng năm 2019 mô tả về mức độ căng thẳng trong học tập của học sinh lớp 12 có kết quả là 71,9% học sinh lớp 12 bị căng thẳng ở nhiều mức độ khác nhau, và nguyên nhân chủ yếu là lo lắng cho kì thi THPT quốc gia [4].

Ngày nay, hầu hết tất cả các trường trong thành phố đều dạy học 2 buổi cho học sinh, kèm theo đó là việc gần như học sinh nào cũng phải học thêm. Ở hệ thống giáo dục trung học phổ thông, theo quyết định số 16/2006/QĐ-BGDĐT, học sinh trung học phổ thông sẽ học mỗi ngày tối đa 48 tiết trong 1 tuần [1], đối với học sinh lớp 10 là 36,5 tiết trong 1 tuần theo thông tư số 13/2022/TT-BGDĐT [2]. Học sinh ngày nay gần như phải dành hết thời gian trong ngày chỉ để dành cho việc học, kể cả ngày chủ nhật, khiến cho các em không còn thời gian để nghỉ ngơi. Ngoài những kì thi ở trường, học sinh cũng phải đối mặt thêm với những kì thi tại những trung tâm học thêm. Đặc biệt với những học sinh lớp 9 và 12 chuẩn bị thi chuyển cấp, việc cha mẹ mong muốn cho con mình có thể vào được một ngôi trường mới thật tốt đã vô tình khiến cho các học sinh phải chịu áp lực lớn và có thể dẫn đến rối loạn lo âu.

Thành phố Thủ Đức được thành lập tháng 12 năm 2020 trên cơ sở hợp nhất ba quận của thành phố Hồ Chí Minh là quận 2, quận 9 và quận Thủ Đức. Theo phê duyệt, thành phố Thủ Đức là đô thị loại I trực thuộc thành phố Hồ Chí Minh, phát triển theo mô hình đô thị sáng tạo, tương tác cao; trung tâm phía đông của thành phố Hồ Chí Minh về kinh tế, khoa học kỹ thuật và công nghệ, văn hóa, giáo dục đào tạo. Sau ba năm thành lập, thành phố Thủ Đức đã ghi dấu sự phát triển các thành tích trong lĩnh vực giáo dục nhưng cũng có dẫn đến gia tăng khối lượng học tập cho học sinh. Tuy nhiên, không phải học sinh nào cũng có nhu cầu, khả năng và điều kiện để đáp ứng được. Hiện tại chưa có nghiên cứu nào liên quan đến mô tả, xác định tình trạng lo âu cũng như áp lực học tập trên những đối tượng này. Do đó, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục đích: 1) Đánh giá tỷ lệ và mức độ áp lực học tập; 2) Xác định các yếu tố cá nhân và học tập của học sinh có liên quan đến áp lực học tập và 3) Xác định mối liên hệ giữa áp lực học tập và lo âu của học sinh THPT trên địa bàn thành phố Thủ Đức.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Cắt ngang mô tả, khảo sát bằng bảng hỏi từ tháng 4 đến tháng 6/2023 tại các trường THPT trên địa bàn thành phố Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

421 học sinh THPT tại thành phố Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh năm học 2022 – 2023.

Tiêu chí chọn vào: Tất cả học sinh đang theo học THPT tại thành phố Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh năm học 2022 – 2023 đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra: Những học sinh trả lời không đủ 100% những câu hỏi của khảo sát và không được phụ huynh đồng ý cho phép tham gia.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Được thực hiện theo các bước sau:

- Liên hệ Ban giám hiệu nhà trường THPT Giồng Ông Tố để xin phép tiến hành nghiên cứu tại trường và tìm hiểu thông tin về lịch học.
- Lập kế hoạch lấy mẫu và liên hệ với giáo viên chủ nhiệm của mỗi lớp.
- Chuẩn bị phiếu khảo sát, danh sách lớp, đánh số thứ tự.
- Phát bộ câu hỏi tự điền tại các lớp được chọn trong giờ sinh hoạt cuối tuần. Điều tra viên sẽ giải thích rõ ràng các phần của bộ câu hỏi, cách trả lời và giải đáp những thắc mắc của học sinh (nếu có). Sau khi học sinh hoàn thành, điều tra viên thu lại ngay phiếu trả lời.

2.4. Công cụ thu thập dữ liệu

Sử dụng bộ câu hỏi tự điền gồm 3 phần:

- Phần 1: Thông tin nền, bao gồm các câu hỏi về đặc tính cá nhân (tuổi, giới, khối lớp, nơi ở), đặc điểm học tập (học lực và hạnh kiểm học kì I năm học 2022 – 2023, học thêm), đặc điểm sức khỏe (tình trạng sức khỏe, thời gian hoạt động thể lực), đặc điểm gia đình (tình trạng hôn nhân cha mẹ, người sống chung nhà, kinh tế gia đình).
- Phần 2: Bảng câu hỏi ESSA gồm các câu hỏi đánh giá mức độ áp lực học tập. Điểm áp lực học tập là biến biến định lượng và tổng điểm được tính bằng cách cộng điểm của tất cả 16 câu hỏi trong thang đo. Dựa trên điểm tổng sẽ phân được thành 3 mức độ: (1) Không có áp lực và áp lực ít (< 51 điểm); (2) Áp lực vừa (51 – 58 điểm); (3) Áp lực nặng (≥ 59 điểm) [11].
- Phần 3: Bảng câu hỏi đánh giá lo âu Zung – SAS. Thang đo bao gồm 20 câu hỏi dưới hình thức Likert 4 mức độ, với điểm tổng càng cao thì mức độ lo âu càng cao. Dựa trên điểm tổng thì lo âu sẽ được phân thành 4 mức độ: (1) Không lo âu (≤ 40 điểm); (2) Lo âu mức độ nhẹ (41 – 50 điểm); (3) Lo âu mức độ vừa (51 – 60

điểm); (4) Lo âu mức độ nặng (61 – 70 điểm) và (5) Lo âu mức độ Rất nặng: ≥ 71 điểm [8].

2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu:

Số liệu được nhập liệu bằng Epidata 3.1 và xử lý thống kê bằng STATA 14.0.

Sử dụng phép kiểm Chi bình phương và Chi bình phương khuynh hướng để xác định mối liên hệ giữa áp lực học tập và các đặc điểm nền, đặc điểm học tập và lo âu ở học sinh THPT.

Sử dụng phép kiểm tương quan pearson để tìm hiểu

tương quan giữa áp lực học tập và lo âu của học sinh.

Mức ý nghĩa thống kê được chọn là 0,05.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đã thực hiện liên hệ trên 455 học sinh các trường THPT trên địa bàn thành phố Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh và nhận được sự hồi âm cũng như đồng ý cho phép tham gia nghiên cứu của 421 học sinh, chiếm tỉ lệ 92,5 %. Kết quả chi tiết như sau:

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nền của học sinh (n = 421)

Đặc điểm		Tần số	Tỉ lệ %
Giới	Nam	204	48,5
	Nữ	217	51,5
Lớp	Khối 10	138	32,8
	Khối 11	163	38,8
	Khối 12	120	28,4
Khối ngành đang học	Khoa học tự nhiên	216	51,3
	Khoa học xã hội	205	48,7

Nhận xét: Trong tổng số 421 học sinh tham gia nghiên cứu có 204 học sinh nam (chiếm tỉ lệ 48,5%) và 217 học sinh nữ (chiếm tỉ lệ 51,5%), tỉ lệ này khá đồng đều. Khối lớp được chọn nghiên cứu nhiều nhất là khối 11 với 38,8% toàn bộ học sinh của mẫu, ngoài ra các khối

lớp 10, 12 có tỉ lệ lần lượt là 32,8% và 28,4% số học sinh nghiên cứu. Có 51,3% số học sinh được nghiên cứu học ban khoa học tự nhiên tại trường, 48,7% học sinh học ban khoa học xã hội.

Bảng 2. Đặc điểm học tập của học sinh (n = 421)

Đặc điểm		Tần số	Tỉ lệ %
Học lực học kỳ I	Giỏi	149	35,4
	Khá	233	55,3
	Trung bình	39	9,3
Học thêm	Có	372	88,4
	Không	49	11,6
Những môn học thêm (*)	Toán	338	80,3
	Vật lý	126	29,9
	Hóa học	133	31,6
	Ngữ văn	29	6,9
	Ngoại ngữ	218	51,8
	Sinh học	6	1,4
	Khác	32	7,6



Đặc điểm		Tần số	Tỉ lệ %
Môn học khó nhất	Toán	121	28,7
	Vật lý	79	18,8
	Hóa học	71	16,9
	Ngữ văn	42	10
	Ngoại ngữ	72	17,1
	Sinh học	12	2,8
	Khác	24	5,7
Hoàn thành tốt bài tập về nhà	Có	242	57,5
	Không	179	42,5
Hài lòng về thời gian học ở trường	Có	300	71,3
	Không	121	28,7
Đặc điểm		Trung bình $\pm$ ĐLC	
Thời gian học thêm trong 1 tuần		7,62 $\pm$ 4,5 giờ	
Thời gian học ở trường trong 1 tuần		38,14 $\pm$ 2,1 tiết	
Thời gian tự học trong 1 ngày		1,75 $\pm$ 0,73 giờ	

Ghi chú: (*) câu hỏi nhiều lựa chọn

Nhận xét: Phần lớn học sinh tham gia nghiên cứu có học lực khá (55,3%), chiếm tỉ lệ thấp nhất là học sinh trung bình (9,3%) và không có học sinh nào dưới trung bình. Với tình trạng học thêm, có gần 90% học sinh được khảo sát có học thêm ngoài giờ. Môn toán là môn có học sinh đi học thêm nhiều nhất (80,3%), môn học có ít học sinh học thêm nhất là môn Sinh học (1,4%) Thời gian học thêm trung bình trong một tuần của học sinh có đi học thêm là 7,62 $\pm$ 4,5 giờ. Ở trường, tổng số tiết

học trong 1 tuần của học sinh là 38,14 $\pm$ 2,1 tiết.

Theo cảm nhận của học sinh về môn học khó nhất là môn Toán (28,7%), môn học có ít số học sinh cảm thấy khó nhất là môn Sinh học (2,8%). Có 57,5% học sinh cảm thấy có thể hoàn thành tốt được bài tập về nhà. Về thời gian học ở trường, đa phần học sinh cảm thấy hài lòng với thời gian học ở trường (71,3%).

3.2. Tình trạng áp lực học tập của học sinh và mối liên hệ với các biến số nền, học tập

Bảng 3. Tình trạng áp lực học tập của học sinh (n = 421)

Mức độ áp lực học tập	Tần số	Tỉ lệ
Nhẹ	151	35,9
Vừa	129	30,6
Nặng	141	33,5

Nhận xét: Theo thang điểm ESSA, điểm trung bình của 421 học sinh trong nghiên cứu là 53,44 $\pm$ 9,85, mức độ chịu áp lực học sinh ở cả 3 mức độ đều có tỉ lệ tương đương nhau. Học sinh chịu áp lực học tập mức độ nhẹ

hoặc không có áp lực chiếm tỉ lệ cao nhất là 35,9%, thấp nhất ở mức độ vừa (30,6%). Tuy nhiên tỉ lệ học sinh chịu áp lực học tập mức độ nặng khá cao (chiếm 33,5%).

Bảng 4. Mối liên quan giữa áp lực học tập với các đặc điểm nền của mẫu nghiên cứu (n = 421)

Đặc điểm	Áp lực học tập [n (%)]			Giá trị p (*)
	Nhẹ (n = 151)	Vừa (n = 129)	Nặng (n = 141)	
Giới tính				
Nam	84 (55,6)	63 (48,8)	57 (40,4)	0,03
Nữ	67 (44,4)	66 (51,2)	84 (59,6)	
Lớp				
Khối 10	57 (37,7)	41 (31,8)	40 (28,4)	0,002
Khối 11	43 (28,5)	51 (39,5)	69 (48,9)	
Khối 12	51 (33,8)	37 (28,7)	32 (22,7)	
Khối ngành				
Khoa học tự nhiên	78 (51,7)	65 (50,4)	73 (51,8)	0,99
Khoa học xã hội	73 (48,3)	64 (49,6)	68 (48,2)	

Ghi chú: (*) kiểm định Chi bình phương

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa khối ngành (ban) học sinh đang học với áp lực học tập. Kết quả bảng 4 ghi nhận có sự khác biệt giữa khối với áp lực học tập, cụ thể học sinh lớp 11 chịu áp lực học tập cao nhất với 48,9% học sinh ở mức nặng, trong khi khối lớp

10 và 12 lần lượt là 28,4% và 22,7%, lớp 12 chịu áp lực học tập ít nhất. Bên cạnh đó, học sinh nữ chịu áp lực học tập nhiều hơn học sinh nam với tỉ lệ áp lực rất nặng lần lượt là 59,6% và 40,4%. Những sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5. Mối liên quan giữa áp lực học tập với đặc điểm về học tập của mẫu nghiên cứu (n = 421)

Đặc điểm	Áp lực học tập [n (%)]			Giá trị p (*)
	Nhẹ (n = 151)	Vừa (n = 129)	Nặng (n = 141)	
Học lực HKI				
Giỏi	62 (41,1)	49 (38)	38 (27)	0,003
Khá	81 (53,6)	68 (52,7)	84 (59,6)	
Trung bình	8 (5,3)	12 (9,3)	19 (13,4)	
Học thêm				
Có	123 (81,5)	114 (88,4)	135 (95,7)	< 0,001
Không	28 (18,5)	15 (11,6)	6 (4,3)	
Những môn học thêm				
Toán				
Có	108 (71,5)	99 (76,7)	131 (92,9)	< 0,001
Không	43 (28,5)	30 (23,3)	10 (7,1)	
Lý				
Có	48 (31,8)	30 (23,3)	48 (34)	0,72
Không	103 (68,2)	99 (76,7)	93 (66)	



Đặc điểm	Áp lực học tập [n (%)]			Giá trị p (*)
	Nhẹ (n = 151)	Vừa (n = 129)	Nặng (n = 141)	
Hóa				
Có	47 (31,1)	40 (31)	46 (32,6)	0,79
Không	104 (68,9)	89 (69)	95 (67,4)	
Văn				
Có	7 (4,6)	14 (10,8)	8 (5,7)	0,68
Không	144 (95,4)	115 (89,2)	133 (94,3)	
Ngoại ngữ				
Có	71 (47)	62 (48,1)	85 (60,3)	0,03
Không	80 (53)	67 (51,9)	56 (39,7)	
Sinh				
Có	2 (1,3)	4 (3,1)	0 (0)	0,37
Không	149 (98,7)	125 (96,9)	141 (100)	
Khác				
Có	8 (5,3)	7 (5,4)	17 (12,1)	0,03
Không	143 (94,7)	122 (94,6)	124 (87,9)	

Nhận xét: Có sự khác biệt giữa học lực học kì 1 với áp lực học tập. Những học sinh có học lực trung bình trong học kì 1 vừa qua chịu áp lực học tập nhiều hơn so với học sinh có học lực giỏi và khá, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p = 0,003$ và có tính khuynh hướng, học sinh đạt thành tích thấp thì mức độ áp lực học tập cao. Về việc học thêm, những học sinh có đi học thêm chịu áp lực học tập cao hơn so với học sinh không đi học thêm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với

giá trị $p < 0,001$.

Trong các môn học thêm, môn toán, ngoại ngữ và môn học khác có mối liên quan với chỉ số áp lực học tập của học sinh. Học sinh có học thêm những môn này đều có mức độ áp lực học tập cao hơn so với những học sinh không học, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$.

Bảng 6. Mối liên quan giữa áp lực học tập với cảm nhận về việc học của mẫu nghiên cứu (n = 421)

Đặc điểm	Áp lực học tập [n (%)]			Giá trị p (*)
	Nhẹ (n = 151)	Vừa (n = 129)	Nặng (n = 141)	
Môn học khó nhất				
Toán	30 (19,9)	38 (29,5)	53 (37,6)	0,008
Lý	29 (19,2)	24 (18,6)	26 (18,4)	
Hóa	22 (14,6)	31 (24)	18 (12,8)	
Văn	18 (11,9)	9 (6,9)	15 (10,6)	
Ngoại ngữ	33 (21,8)	15 (11,6)	24 (17)	
Sinh	5 (3,3)	4 (3,1)	3 (2,1)	
Khác	14 (9,3)	8 (6,2)	2 (1,4)	

Đặc điểm	Áp lực học tập [n (%)]			Giá trị p (*)
	Nhẹ (n = 151)	Vừa (n = 129)	Nặng (n = 141)	
Khả năng hoàn thành tốt bài tập về nhà				
Có	101 (66,9)	75 (58,1)	66 (46,8)	0,001
Không	50 (33,1)	54 (41,9)	75 (53,2)	
Hài lòng với thời gian học ở trường				
Có	122 (82,8)	97 (75,2)	81 (57,4)	< 0,001
Không	29 (17,2)	32 (24,8)	60 (42,6)	

Nhận xét: Đối với các môn học mà học sinh cảm thấy khó nhất, tất cả đều có sự khác biệt, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Trong đó những học sinh cảm thấy môn toán khó nhất có tỉ lệ chịu áp lực học tập nặng cao nhất với 37,6%; kế đến là môn lý với 18,4%.

Những học sinh chưa thể hoàn thành tốt bài tập về nhà có điểm số áp lực học tập cao hơn so với học sinh có

thể hoàn thành tốt bài tập về nhà. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Sự khác biệt về điểm số áp lực học tập giữa độ hài lòng với thời gian học ở trường của học sinh có ý nghĩa thống kê. Cụ thể học sinh không hài lòng với thời gian học ở trường có điểm số áp lực học tập cao hơn học sinh hài lòng.

3.3. Mối liên quan giữa áp lực học tập và lo âu ở học sinh THPT

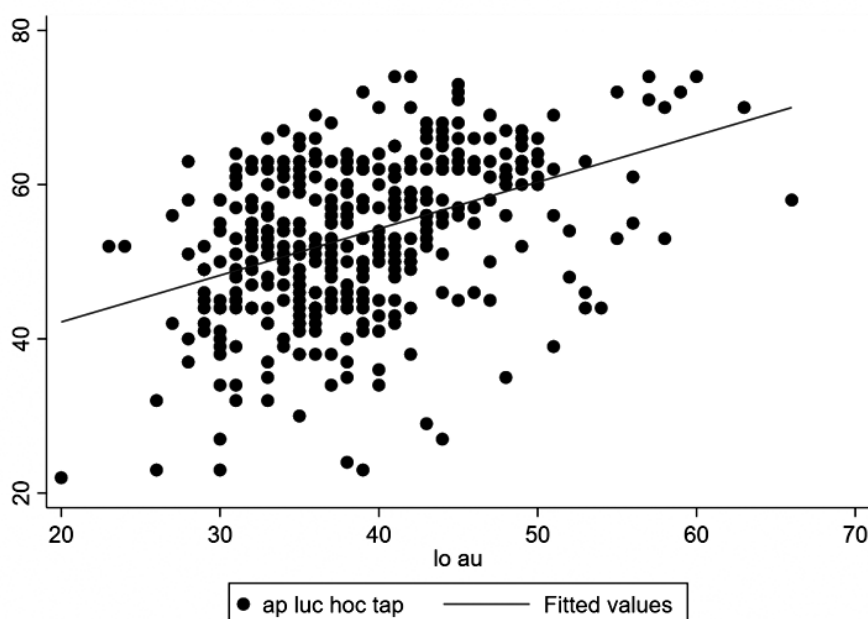
Bảng 7. Tỉ lệ lo âu của học sinh (n = 421)

Lo âu	Tần số	Tỉ lệ
Có	150	35,6
Không	271	64,4
Lo âu	Tần số	Tỉ lệ
Không lo âu	271	64,4
Lo âu nhẹ	128	30,4
Lo âu vừa	20	4,8
Lo âu nặng	2	0,5
Lo âu rất nặng	0	0

Nhận xét: Dựa vào thang đo SAS-Zung, có 150 học sinh trên tổng số 421 học sinh có biểu hiện lo âu, chiếm tỉ lệ 35,6% số học sinh tham gia nghiên cứu. Tuy nhiên, trong những học sinh có biểu hiện lo âu, đa phần đều

biểu hiện ở mức độ nhẹ (30,4%), lo âu ở mức độ vừa chiếm 4,8%, mức độ nặng chỉ chiếm 0,5% và không có học sinh nào biểu hiện lo âu ở mức độ rất nặng.



Biểu đồ 1. Mối liên quan giữa áp lực học tập với lo âu

Nhận xét: Dựa vào phương pháp kiểm định hồi quy tuyến tính, kết quả cho thấy có mối tương quan thuận giữa áp lực học tập và lo âu. Mức độ tương quan trung bình ($r = 0,42$).

Bảng 8. Kiểm định khuynh hướng mối liên quan giữa áp lực học tập và lo âu ở học sinh THPT

Áp lực học tập	Lo âu		Giá trị p	OR (KTC 95%)
	Có (n = 150)	Không (n = 271)		
Nhẹ	24 (16)	127 (46,9)	< 0,001	1
Vừa	41 (27,3)	88 (32,5)		2 (1,28 – 3,1)
Nặng	85 (56,7)	56 (20,6)		3,79 (2,57 – 5,61)

Nhận xét: Có mối liên quan giữa việc học sinh chịu áp lực học tập với lo âu. Mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,001$ và có tính khuynh hướng. Tỷ lệ lo âu ở những học sinh chịu áp lực học tập vừa cao gấp 2 lần so với học sinh chịu áp lực học tập nhẹ với KTC 95% từ 1,28 – 3,1. Tỷ lệ lo âu ở những học sinh chịu áp lực học tập nặng cao gấp 3,79 lần so với học sinh chịu áp lực học tập nhẹ với KTC 95% từ 2,57 – 5,61.

4. BÀN LUẬN

Chúng tôi thực hiện kỹ thuật lấy mẫu cụm với đơn vị cụm là lớp theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống dựa trên danh sách lớp của trường. Có 10 lớp với tổng số 455 học sinh được chọn lựa để đưa vào nghiên cứu, kết quả thu về 421 mẫu đạt yêu cầu.

4.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên cả học sinh nam và học sinh nữ ở lứa tuổi từ 16 đến 18. Không có sự chênh lệch đáng kể giữa tỷ lệ học sinh nam và học sinh nữ. Cụ thể là học sinh nữ chiếm 51,5% và học sinh nam chiếm 48,5%. Ngoài ra, sự phân bố giới tính trong nghiên cứu có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân (2018) [5]. Và không có sự khác biệt giữa lớp khoa học tự nhiên và khoa học xã hội, học sinh học ban khoa học tự nhiên chiếm 51,3% và khoa học xã hội là 48,7%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn học sinh THPT tại thành phố Thủ Đức được xếp loại học lực khá và giỏi, trong đó tỷ lệ học sinh có học lực khá là cao nhất với 55,3%, học lực giỏi chiếm 35,4%, học sinh có học lực trung bình tương đối thấp, chiếm 9,3% và không ghi

nhận có học sinh xếp loại học lực dưới trung bình. Về tình trạng học thêm, có đến 88,4% học sinh có đi học thêm ở ngoài. Số học sinh học thêm môn Toán chiếm tỉ lệ cao nhất với 80,3%, thấp nhất là môn Sinh với 1,4%. Thời gian đi học thêm trong 1 tuần của 1 học sinh trung bình là $7,62 \pm 4,5$ giờ, thời gian tự học trung bình của một học sinh là $1,75 \pm 0,73$ giờ.

4.2. Tỉ lệ chịu áp lực học tập

Về tình trạng áp lực học tập của học sinh, theo thang đo ESSA, điểm trung bình của học sinh là $53,45 \pm 9,83$. Về mức độ chịu áp lực học tập, học sinh chịu áp lực học tập mức độ nhẹ là 35,9%, mức độ vừa là 30,6% và mức độ nặng là 33,5%. Cả 3 mức độ này đều gần tương đương nhau, mặc dù đang trong giai đoạn thi học kì và khoảng thời gian sắp bước vào kì thi tốt nghiệp, đại học của khối 12 nhưng tỉ lệ áp lực học tập nhẹ vẫn chiếm nhiều hơn so với áp lực vừa và nặng, đối với kết quả này có thể đánh giá rằng ngày nay học sinh đã không còn quá áp lực và đặt nặng vấn đề học tập như trước nhưng khi xếp chung mức độ vừa và nặng thì chiếm đến 64,1%. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Thái Thanh Trúc (2016) [6] ở học sinh trường THPT tại Tây Ninh. Việc học tập ở Việt Nam vẫn còn mang tư tưởng điểm số càng cao càng tốt của cha mẹ áp đặt lên con cái, tuy ngày nay đã có sự giảm bớt việc đặt kỳ vọng quá nặng nề nhưng tỉ lệ cha mẹ muốn con mình phải đạt được những thành tích cao luôn chiếm tỉ lệ cao trong các gia đình, do đó việc học sinh có nhiều áp lực trong học tập cũng là điều dễ hiểu ngoài ra việc dạy học ở Việt Nam thường mang tính chất lý thuyết khô khan và ít áp dụng những biện pháp vừa dạy vừa học, ở thời gian thi học kì các học sinh cần phải học một khối lượng kiến thức lớn và việc học thuộc lòng như một cỗ máy tất cả các bài giảng thì không phải học sinh nào cũng hứng thú. Để giảm những áp lực này chúng ta cũng cần thay đổi cách giảng dạy để các học sinh thấy hứng thú và dễ dàng ghi nhớ bài giảng.

Nghiên cứu này cho thấy có mối liên quan về mức độ áp lực học tập với một số đặc điểm nền. Về đặc điểm khối lớp và tuổi, học sinh lớp 11 có mức độ áp lực học tập cao hơn so với học sinh lớp 10 và 12. Kết quả này cho thấy dù kì thi THPT quốc gia đã đến gần, nhưng học sinh lớp 12 không còn cảm thấy quá nhiều áp lực, tuy nhiên những học sinh lớp 11, là những học sinh còn một năm nữa để ôn thi THPT quốc gia lại cảm thấy áp lực về học tập nhiều hơn. Kết quả nghiên cứu còn cho thấy giới tính nữ có tỉ lệ chịu áp lực học tập cao hơn nam.

Với những đặc điểm trong việc học, học sinh đạt học lực giỏi có áp lực học tập thấp hơn những học sinh khá và trung bình, mối liên quan này có tính khuynh hướng. Cụ thể kết quả cho thấy học sinh có học lực càng thấp, mức độ áp lực học tập càng cao. Những học sinh có đi học thêm chịu áp lực học tập cao hơn so với những học sinh không đi học thêm. Trong các môn học thêm, học sinh có học thêm môn toán, ngoại ngữ, môn khác có

mức độ áp lực học tập cao hơn học sinh không học thêm những môn đó, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$. Mối liên quan giữa những môn học thêm khác với áp lực học tập không có ý nghĩa thống kê.

Có mối liên quan giữa việc học sinh cảm thấy khó khăn trong việc học với áp lực học tập, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Những học sinh chưa thể hoàn thành tốt bài tập về nhà chịu áp lực học tập cao hơn so với học sinh có thể hoàn thành tốt bài tập về nhà. Dù các em học sinh có thể học cùng một lớp, cùng một khối, cùng một giáo viên, nhưng không phải ai cũng có khả năng hoàn thành tốt bài tập của mình, chúng ta thường hay có quan niệm “Người khác làm được thì mình cũng làm được” nhưng thực sự không phải ai cũng có năng lực, sở thích, sự hỗ trợ giống nhau. Vì vậy việc giao bài tập về nhà của giáo viên nên được xem xét lại. Việc học thêm cũng tương tự, học sinh không hài lòng với thời gian học thêm của mình có điểm số áp lực học tập cao hơn học sinh hài lòng. Điều này cho thấy việc học sinh không thoải mái trong việc học thêm, 1 phần do phụ huynh ép học thêm cũng dẫn đến việc tăng áp lực học tập cho học sinh.

Có mối liên quan giữa việc học sinh hài lòng với thời gian ở trường và áp lực học tập, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,0001$. Những học sinh không hài lòng với thời gian học ở trường có điểm số áp lực học tập cao hơn so với học sinh cảm thấy hài lòng. Thời gian học ở trường của các học sinh ở 3 khối lớp là như nhau với 5 tiết/ngày và 3 tiết chiều/ngày trừ chiều thứ tư, học 5 ngày/tuần, những học sinh ôn thi học sinh giỏi, olympic sẽ được học thêm vào cuối tuần, những học sinh lớp 11 sẽ thêm 2 tiết/tuần môn nghệ. Như vậy, 1 tuần các em sẽ học ít nhất 37 tiết học, cao hơn so với mức trung bình của 1 học sinh THPT dù đang học ở chương trình mới hay chương trình cũ. Nếu kể đến cả thời gian học thêm, các học sinh sẽ học trung bình 1 tuần đến 47 tiết.

4.3. Mối liên quan giữa áp lực học tập với lo âu

Theo như kết quả cho thấy, hệ số tương quan giữa áp lực học tập và lo âu là 0,42, cho thấy 2 biến có mối tương quan thuận mức trung bình. Mối liên quan giữa việc học sinh chịu áp lực học tập với lo âu hoàn toàn có tính khuynh hướng và có ý nghĩa thống kê. Cụ thể, tỉ lệ lo âu ở những học sinh chịu áp lực học tập vừa gấp 2 lần so với học sinh chịu áp lực học tập nhẹ với KTC 95% từ 1,27 – 3,1. Tỉ lệ lo âu ở những học sinh chịu áp lực học tập nặng gấp 3,77 lần so với học sinh chịu áp lực học tập nhẹ với KTC 95% từ 2,55 – 5,57. Kết quả này khá phù hợp với kết quả nghiên cứu của Thái Thanh Trúc (2015) đã khảo sát trên 1283 học sinh từ lớp 8 đến lớp 12 với kết quả hệ số tương quan $r = 0,37$ cho thấy giữa áp lực học tập và lo âu có mối tương quan thuận mức độ vừa [11].

Một nghiên cứu khác của tác giả Trần Thị Hương Quỳnh

(2020) về thực trạng trầm cảm, lo âu của học sinh tại một trường THPT tỉnh Nghệ An, kết quả cho thấy học sinh cảm thấy có áp lực học tập có nguy cơ mắc lo âu cao gấp 2,63 lần học sinh không cảm thấy áp lực học tập [7].

5. KẾT LUẬN

Thang đo ESSA cho thấy điểm trung bình áp lực học tập của học sinh là $53,44 \pm 9,85$. Xét về mức độ áp lực học tập, tỉ lệ học sinh chịu áp lực học tập mức độ nhẹ là 35,9% mức độ vừa là 30,6% mức độ nặng là 33,5%. Thang đo SAS-Zung xác nhận có 35,6% học sinh có dấu hiệu lo âu. Trong đó, tỉ lệ học sinh lo âu mức độ nhẹ chiếm 30,4%, mức độ vừa chiếm 4,8%, mức độ nặng chiếm 0,5% và mức độ rất nặng chiếm 0%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm số áp lực học tập trong các đặc điểm lớp, giới tính, học lực HKI, học thêm, thời gian học thêm, môn học thêm, môn học khó nhất, khả năng hoàn thành bài tập về nhà, hài lòng với thời gian học ở trường ($p < 0,05$). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa áp lực học tập với tình trạng lo âu ở học sinh với $p < 0,001$. Những học sinh chịu áp lực học tập mức độ vừa có tỉ lệ lo âu gấp 2 lần so với những học sinh chịu áp lực học tập mức độ nhẹ. Những học sinh chịu áp lực học tập mức độ vừa có tỉ lệ trầm cảm gấp 3,79 lần so với những học sinh chịu áp lực học tập mức độ nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Giáo dục và Đào tạo, Quyết định số 16/2006/QĐ-BGDĐT ban hành chương trình giáo dục phổ thông, 2006.
- [2] Bộ Giáo dục và Đào tạo, Thông tư số 13/2022/TT-BGDĐT - thông tư sửa đổi, bổ sung một số nội dung trong chương trình giáo dục phổ thông ban hành kèm theo thông tư số 32/2018/TT-BGDĐT Ngày 26 tháng 12 năm 2018, 2022.
- [3] Ngô Văn Mạnh, Phạm Thị Hương Ly, "Thực trạng lo âu, trầm cảm ở học sinh lớp 12 tại 2 trường trung học phổ thông của thành phố thái bình năm 2020". Tạp chí Y học Việt Nam, Tổng hội Y học Việt Nam, 506, (2), 2021, tr. 126-131.
- [4] Nguyễn Thị Hằng Phương, Đinh Xuân Lâm, "Thực trạng mức độ căng thẳng trong học tập của học sinh lớp 12 trên địa bàn thành phố Đà Nẵng"; Tạp chí Giáo dục, (2), 2019, tr. 121-127.
- [5] Nguyễn Thị Vân, "Thực trạng rối loạn lo âu của học sinh trung học phổ thông tại thành phố Hồ Chí Minh qua thang đo mức độ lo âu học đường (STAI)". Tạp chí Giáo dục, (425), 2018, tr.19 - 22.
- [6] Thái Thanh Trúc, Trần Phước Đoàn, "Các yếu tố liên quan đến ý nghĩ tự tử ở học sinh trung học phổ thông tại Tây Ninh". Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 20, (phụ bản của số 1), 2016, tr 163 - 168.
- [7] Trần Thị Hương Quỳnh, Trần Quỳnh Anh, Nguyễn Văn Định & cs, "Thực trạng trầm cảm, lo âu ở học sinh một trường trung học phổ thông tại tỉnh Nghệ An năm học 2019-2020 và một số yếu tố liên quan". Tạp chí Y học dự phòng, Hội Y học Dự phòng Việt Nam, 30, (6), 2021, 83-89.
- [8] Dunstan DA, Scott N, "Norms for Zung's Self-rating Anxiety Scale". BMC Psychiatry, 20, (1), 2020, 90.
- [9] Karki A, Thapa B, Pradhan PMS et al., "Depression, anxiety and stress among high school students: A cross-sectional study in an urban municipality of Kathmandu, Nepal". PLOS Glob Public Health, 2, (5), e0000516, 2022.
- [10] Kristensen SM, Larsen TMB, Urke HB et al., "Academic Stress, Academic Self-efficacy, and Psychological Distress: A Moderated Mediation of Within-person Effects". J Youth Adolesc, 52, (7), 2023, 1512-1529.
- [11] Truc TT, Loan KX, Nguyen ND et al., "Validation of the Educational Stress Scale for Adolescents (ESSA) in Vietnam". Asia Pac J Public Health, 27, (2), Np2112-21, 2015.
- [12] WHO, Mental disorders, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders#:~:text=Anxiety%20disorders%20are%20characterised%20by,or%20significant%20impairment%20in%20functioning.>, accessed on 16 January 2023.

OVERVIEW OF SOME NEW TESTS FOR THE DIAGNOSIS OF DRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS

Truong Thi Bich Phuong*

Tra Vinh University - 126 Nguyen Thien Thanh, Ward 5, Tra Vinh City, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 19/08/2023; Accepted: 28/09/2023

ABSTRACT

Globally, tuberculosis (TB) continues to be a significant public health problem. The prevalence rates of multidrug-resistant TB (MDR-TB) and extensively drug-resistant TB (XDR-TB) continue to rise among both new and previously treated TB cases. Rapid molecular diagnostic tests are crucial for earlier diagnosis, shortened time to treatment initiation and improved treatment outcomes. In this review, we appraise the wide range of molecular diagnostics for DR-TB endorsed by the World Health Organisation.

Keywords: Tuberculosis, drug resistance tuberculosis, Rapid Molecular Assays

*Corresponding author
Email address: ttbphuong@tvu.edu.vn
Phone number: (+84) 988483447
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



TỔNG QUAN VỀ MỘT SỐ XÉT NGHIỆM MỚI TRONG CHẨN ĐOÁN LAO KHÁNG THUỐC

Trương Thị Bích Phương*

Trường Đại học Trà Vinh - 126 Nguyễn Thiện Thành, Phường 5, TP Trà Vinh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 19/08/2023; Ngày duyệt đăng: 28/09/2023

TÓM TẮT

Trên toàn cầu, bệnh lao tiếp tục là một vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng. Tỷ lệ mắc bệnh lao đa kháng thuốc và bệnh lao siêu kháng thuốc vẫn tiếp tục gia tăng ở cả các trường hợp mắc bệnh lao mới và đã được điều trị trước đó. Các xét nghiệm chẩn đoán phân tử rất quan trọng để chẩn đoán sớm hơn, rút ngắn thời gian bắt đầu điều trị, và cải thiện kết quả điều trị. Trong bài viết này, chúng tôi đề cập đến một số các xét nghiệm sinh học phân tử nhanh mới để chẩn đoán lao kháng thuốc được Tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo.

Từ khóa: Lao, lao kháng thuốc, xét nghiệm phân tử nhanh

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên toàn cầu, bệnh lao tiếp tục là một vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng, với ước tính có khoảng 10 triệu người mắc bệnh lao vào năm 2019 nhưng chỉ có 7,1 triệu người được chẩn đoán mắc bệnh lao [10]. Theo Báo cáo bệnh lao toàn cầu năm 2021, có khoảng 10 triệu người mắc bệnh lao, trong đó có khoảng 50.000 trường hợp mắc bệnh lao kháng thuốc [24]. Hơn 1,4 triệu người chết vì bệnh lao vào năm 2020, với hơn 95% số ca tử vong này xảy ra ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình. 1 Mặc dù tỷ lệ tử vong do bệnh lao đã giảm 20% từ năm 2015 đến năm 2020, nhưng tỷ lệ mắc bệnh lao đa kháng thuốc và bệnh lao siêu kháng thuốc vẫn tiếp tục gia tăng ở cả các trường hợp mắc bệnh lao mới và đã được điều trị trước đó [22].

Yếu tố quan trọng nhất trong phòng chống lao là chẩn đoán sớm và điều trị thích hợp. Chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị lao làm tăng nguy cơ lây truyền bệnh, tiến triển bệnh nặng hơn và tăng nguy cơ tử vong. Vào năm 2020, hơn 40% trong số 10 triệu ca lao ước tính không được chẩn đoán, chủ yếu là do khả năng tiếp cận các dịch vụ chẩn đoán lao trên toàn cầu bị giảm sút do ảnh hưởng của dịch bệnh COVID-19. Hơn nữa, chỉ 59% trong số 4,8 triệu người mắc bệnh lao được chẩn đoán xác định về vi khuẩn học, chỉ một nửa trong

số đó được chẩn đoán bằng xét nghiệm phân tử nhanh do WHO khuyến cáo [22]. Chiến lược toàn cầu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) về phòng ngừa, chăm sóc và kiểm soát bệnh lao giai đoạn 2015-2035 - được gọi là Chiến lược Chấm dứt Bệnh lao - kêu gọi chẩn đoán sớm bệnh lao và tiếp cận toàn dân với xét nghiệm độ nhạy cảm với thuốc (DST: drug-susceptibility testing) nhanh và chính xác cho tất cả bệnh nhân lao [21].

Các xét nghiệm chẩn đoán phân tử nhanh rất quan trọng để chẩn đoán sớm hơn, rút ngắn thời gian bắt đầu điều trị, và cải thiện kết quả điều trị. Trong bài viết này, chúng tôi đề cập đến một số xét nghiệm sinh học phân tử mới trong chẩn đoán lao kháng thuốc được Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo.

2. NỘI DUNG

2.1. Chẩn đoán xác định lao kháng thuốc

Theo phân loại của Tổ chức y tế thế giới WHO năm 2021, tiêu chuẩn chẩn đoán cho các thể bệnh lao kháng thuốc được xác định như sau:

Kháng đơn thuốc: Chỉ kháng với duy nhất một thuốc chống lao hàng một khác Rifampicin.

*Tác giả liên hệ
Email: ttbphuong@tvu.edu.vn
Điện thoại: (+84) 988483447
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

Kháng nhiều thuốc: Kháng với từ hai thuốc chống lao hàng một trở lên mà không kháng với Rifampicin.

Lao kháng Rifampicin: Kháng với Rifampicin, có hoặc không kháng thêm với các thuốc lao khác kèm theo (có thể là kháng đơn thuốc, kháng nhiều thuốc, đa kháng thuốc hoặc siêu kháng thuốc).

Đa kháng thuốc (MDR-TB: Multi Drug Resistant Tuberculosis): Kháng đồng thời với ít nhất hai thuốc chống lao là Isoniazid và Rifampicin.

Tiền siêu kháng (Pre-XDR-TB): Lao đa kháng có kháng thêm bất kỳ thuốc nào thuộc nhóm Fluoroquinolone (Levofloxacin, Moxifloxacin).

Siêu kháng thuốc (XDR-TB: Extensively Drug-Resistant Tuberculosis): Lao đa kháng có kháng thêm với bất kỳ thuốc nào thuộc nhóm Fluoroquinolone và ít nhất một thuốc nhóm A (Bedaquilin, Linezolid) [1].

2.2. Khuyến cáo của WHO về các xét nghiệm chẩn đoán lao

WHO khuyến cáo rằng các Chương trình chống lao chuyển đổi từ soi kính hiển vi là xét nghiệm chẩn đoán lao ban đầu sang xét nghiệm chẩn đoán phân tử nhanh cho phép phát hiện đồng thời Mycobacterium tuberculosis (MT) và tình trạng kháng thuốc kháng lao [23]

2.2.1. Xét nghiệm thông thường

1. Soi đờm trực tiếp
2. Nuôi cấy
3. Kháng sinh đồ kiểu hình

2.2.2. Xét nghiệm chẩn đoán nhanh được Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo

A. Xét nghiệm chẩn đoán lao ban đầu Có xác định tính kháng thuốc

1. Xpert MTB/RIF
2. Xpert MTB/RIF Ultra
3. TrueNat MTB/RIF
4. Xét nghiệm NAATs tự động độ phức tạp vừa phải

B. Xét nghiệm chẩn đoán lao ban đầu Không xác định tính kháng thuốc

1. TB-LAMP
2. Urine LAM

C. Xét nghiệm theo dõi xác định kháng thêm thuốc khác

1. Xét nghiệm NAATs tự động độ phức tạp thấp
2. Kỹ thuật lai mẫu dò (LPA)

3. Xét nghiệm NAATs lai ngược độ phức tạp cao

2.2.3. Xét nghiệm chẩn đoán nhanh được Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo

2.2.3.1. Xét nghiệm chẩn đoán lao ban đầu Có xác định tính kháng thuốc

2.2.3.1.1. Xpert MTB/RIF

Xét nghiệm Xpert MTB/RIF sử dụng real-time polymerase chain reaction (PCR) bán định lượng để xác định nhanh phức hợp vi khuẩn lao và phát hiện tình trạng kháng Rifampicin (RIF) bằng cách khuếch đại một đoạn chứa vùng điểm nóng cặp bazơ 81 của gen rpo B (codon 507 – 533), sau đó được lai với năm đầu dò đèn hiệu phân tử [3]. Mỗi đầu dò bao gồm một trình tự riêng biệt và được dán nhãn bằng thuốc nhuộm huỳnh quang [14].

Xpert MTB/RIF sử dụng một Catridge và kết quả được đọc bằng máy (tự động) nên yêu cầu về kỹ thuật viên chỉ cần được đào tạo ở mức tối thiểu [15]. Một số thử nghiệm quy mô lớn đã đánh giá độ chính xác của Xpert MTB/RIF trong lao phổi và lao ngoài phổi [13]. So với kháng sinh đồ kiểu hình dựa trên nuôi cấy tiêu chuẩn, độ nhạy và độ đặc hiệu đối với các mẫu dương tính với phết tế bào có thể đạt lần lượt là 100% và 99%, 62,6% và 99% đối với các mẫu âm tính với phết tế bào. Thời gian cho kết quả trong vòng 2 giờ [22].

Hơn nữa, Xpert MTB/RIF tăng tỷ lệ phát hiện MT (23%) trong số các trường hợp được xác nhận bằng nuôi cấy so với kính hiển vi phết tế bào, với độ chính xác phát hiện Mycobacterium tuberculosis (MT) cao hơn, hạn chế chẩn đoán nhầm giữa MT và vi khuẩn lao không điển hình (NTM: non-tuberculous mycobacteria) [19]. Tuy nhiên, độ nhạy dưới mức tối ưu với bệnh phẩm soi âm tính và trên những đối tượng đặc biệt (người lớn nhiễm HIV, trẻ em, bệnh nhân lao ngoài phổi), một số nghiên cứu đã báo cáo kết quả dương tính giả với Xpert MTB/RIF do đột biến thâm lặng [ví dụ: tại codon 514 của gen rpoB] và kết quả âm tính giả do không thể phát hiện đột biến gây kháng RIF bên ngoài khu vực điểm truy cập rpo B [18]. Ngoài ra, xét nghiệm này không phát hiện đột biến gen liên quan đến kháng isoniazid (INH) mà sử dụng kháng RIF làm đại diện để phát hiện MDR-TB. Do đó, nhiều trường hợp lao đơn kháng INH được phân loại nhầm là nhạy cảm với thuốc [14].

Vì vậy WHO khuyến cáo nên sử dụng Xpert MTB/RIF là xét nghiệm ban đầu để chẩn đoán xác định lao và lao kháng RIF hơn là soi đờm trực tiếp, nuôi cấy và kháng sinh đồ kiểu hình [22].

2.2.3.1.2. Xpert MTB/RIF Ultra

Xét nghiệm Xpert MTB/RIF Ultra thế hệ tiếp theo (Cepheid Inc., Sunnyvale, CA, USA) Cartridge mới hơn sử dụng cùng hệ thống GeneXpert có khả năng nhận dạng

MT và kháng RIF tốt hơn. Về độ nhạy, Xpert Ultra bổ sung hai mục tiêu khuếch đại nhiều bản sao (IS6110 và IS1081) và một buồng PCR lớn hơn để tăng lượng đờm [6]. Giới hạn phát hiện trực khuẩn của Xpert MTB/RIF Ultra thấp hơn bốn lần so với Xpert MTB/RIF (15,6 CFU/mL so với 112,6 CFU/mL). Độ nhạy tăng lên của Xpert MTB/RIF Ultra là do các đầu dò bổ sung có khả năng phát hiện nồng độ rất thấp như bệnh phẩm soi âm nhưng cấy dương, bệnh phẩm có số lượng vi khuẩn thấp ở người nhiễm HIV, bệnh phẩm ở trẻ em, bệnh phẩm ngoài phổi như lao màng não..., Xpert Ultra có thể đưa ra kết quả "có vết", kết quả này không dựa trên sự khuếch đại của gen *rpoB* và do đó không đưa ra kết quả về tính nhạy cảm hoặc kháng RIF. Vì vậy phù hợp hơn để sử dụng cho trẻ em và những người nhiễm HIV/AIDS [6]. Mặc dù độ nhạy của Xpert MTB/RIF Ultra cao hơn 5% so với Xpert MTB/RIF, nhưng độ đặc hiệu lại thấp hơn 3,2%. Tuy nhiên, độ đặc hiệu thấp hơn ở những bệnh nhân có tiền sử mắc bệnh lao trước đó, tạo ra kết quả dương tính giả do phát hiện xác MT. Do đó, kết quả Xpert MTB/RIF Ultra nên được giải thích cẩn thận, cùng với tiền sử lâm sàng toàn diện và khám thực thể ở những bệnh nhân mắc lao gần đây [22].

2.2.3.1.3. TrueNat MTB, MTBPlus, MTB-RIF Dx

Vào năm 2020, WHO cũng khuyến nghị xét nghiệm Truenat MTB, MTB Plus và MTB-RIF Dx làm xét nghiệm ban đầu để phát hiện lao và kháng RIF ở tất cả những người có nguy cơ mắc lao phổi [14]. Xét nghiệm Truenat MTB và MTB Plus sử dụng Real-time micro-PCR dựa trên chip để phát hiện bán định lượng phức hợp vi khuẩn lao trực tiếp từ các mẫu đờm và cho kết quả trong vòng một giờ. Các xét nghiệm sử dụng các thiết bị tự động, chạy bằng pin để trích xuất, khuếch đại và phát hiện các locus DNA bộ gen cụ thể [23].

Các xét nghiệm được thiết kế để vận hành trong các phòng thí nghiệm với cơ sở hạ tầng tối thiểu và kỹ thuật viên được đào tạo ở mức tối thiểu [17]. Nếu thu được kết quả dương tính với xét nghiệm MTB hoặc MTB Plus, thì một lượng nhỏ DNA chiết xuất sẽ được chạy trên xét nghiệm Truenat MTB-RIF Dx để phát hiện các đột biến liên quan đến kháng RIF. Một thử nghiệm lâm sàng lớn đa trung tâm đã đánh giá độ chính xác trong chẩn đoán của xét nghiệm Truenat MTB và MTB Plus để chẩn đoán lao phổi và xét nghiệm MTB-RIF Dx để chẩn đoán tình trạng kháng RIF ở người lớn có triệu chứng ở Ấn Độ, 24% trong số họ cấy đờm dương tính. Độ nhạy và độ đặc hiệu của từng xét nghiệm như sau: Truenat MTB: 73% (KTC 95% 67 – 78%) và 97% (KTC 95% 96 – 98); Truenat MTB Plus: 79% (KTC 95% 74 – 84) và 96% (KTC 95% 95 – 97) và Truenat MTB-RIF Dx: 84% (KTC 95% 62 – 94) và 94% (KTC 95%, 90 – 97) [23]. WHO khuyến nghị sử dụng các xét nghiệm Truenat MTB, MTB Plus và MTB-RIF Dx trong các tình huống sau [22]:

- Ở người lớn và trẻ em có các dấu hiệu và triệu chứng

của bệnh lao phổi, Truenat MTB hoặc MTB Plus có thể được sử dụng làm xét nghiệm chẩn đoán bệnh lao ban đầu thay vì soi kính hiển vi hoặc nuôi cấy.

- Ở người lớn và trẻ em có dấu hiệu và triệu chứng của bệnh lao phổi và kết quả Truenat MTB hoặc MTB Plus dương tính, Truenat MTB-RIF Dx có thể được sử dụng làm xét nghiệm ban đầu để tìm kháng RIF thay vì nuôi cấy và kháng sinh đồ kiểu hình.

2.2.3.1.4. Xét nghiệm NAATs (Nucleic acid amplification test) tự động độ phức tạp vừa phải

Là loại xét nghiệm có thể được sử dụng làm xét nghiệm ban đầu để phát hiện bệnh lao phổi từ các bệnh phẩm đường hô hấp. Độ nhạy gộp tổng thể để phát hiện lao là 93,0% (khoảng tin cậy 95% [CI]: 90,9 - 94,7%) và độ đặc hiệu 97,7% (KTC 95%: 95,6 - 98,8%) đồng thời phát hiện khả năng kháng cả RIF và INH. Độ nhạy tổng thể để phát hiện kháng RIF là 96,7% (KTC 95%: 93,1 - 98,4%) và độ đặc hiệu là 98,9% (KTC 95%: 97,5 - 99,5%) [14].

Hiện có các xét nghiệm phân tử lượng cao để phát hiện kháng RIF và INH bao gồm RealTime MTB và MTB RIF/INH của Abbott; BD MAX[®] MDR-TB, Cobas MTB và MTB-RIF/INH của Roche và Bruker-HAIN Fluoro Type MTBDR. Các xét nghiệm này thực hiện ít phức tạp hơn so với DST và LPA kiểu hình và được tự động hóa sau bước chuẩn bị mẫu ban đầu. Cho kết quả xét nghiệm nhanh và chính xác trong vòng 1 giờ và mang lại hiệu quả khi yêu cầu số lượng lớn xét nghiệm hàng ngày. Do đó, những công nghệ này thích hợp ở các khu vực có mật độ dân số cao và có hệ thống chuyển gửi mẫu nhanh chóng [12].

Độ nhạy và độ đặc hiệu của xét nghiệm Abbott RealTime MTB và INH/RIF để phát hiện Mtb và phát hiện kháng INH là 92,4% (KTC 95% 83,6 – 96,9) và 95,4% (KTC 95% 91,1 – 97,7) và 84,2% (KTC 95% 60,4 – 96,6) và 100% (KTC 95% 89,7 – 100), tương ứng [14].

BD MAX MDR-TB (Becton Dickinson) cho phép phát hiện trực tiếp Mtb trong đờm thô hoặc cặn đờm cô đặc [9]. Một nghiên cứu về độ chính xác chẩn đoán gần đây sử dụng xét nghiệm BD MAX MDR-TB cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 90,6% và 98,5%, và 82,5% và 98,9% đối với việc phát hiện Mtb trong các mẫu bệnh phẩm trong phổi và ngoài phổi. Để phát hiện kháng INH và RIF, độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 71,4% và 96,8% và 100% và 93,9% [14].

Roche Cobas MTB và MTB-RIF/INH là một xét nghiệm real-time PCR tự động, được thiết kế để sử dụng cho đờm thô, đờm đã khử trùng hoặc mẫu rửa phế quản phế nang, bất kể tình trạng phết tế bào [24]. Giới hạn phát hiện cho xét nghiệm này là 7,6 – 8,8 CFU/mL. Độ nhạy và độ đặc hiệu để phát hiện kháng RIF so với INH lần lượt là 88,4% và 97,6% so với 76,6% và 100,0%

[14].

FluoroType MTBDR (FT-MTBDR) là một xét nghiệm dựa trên phản tử tự động trong ống nghiệm mới, đồng thời phát hiện các đột biến MT liên quan đến RIF và INH. Có thể sử dụng đờm đã khử trùng và các chủng vi khuẩn phân lập làm vật liệu mẫu. Giới hạn phát hiện là 20 CFU/mL đối với xét nghiệm FluoroType MTBDR (FluoroType®MDRTB, 2019, Unitaid, 2017) [11]. Độ nhạy để phát hiện phức hợp MT trong các mẫu xét nghiệm phết tế bào dương tính và phết tế bào âm tính lần lượt là 97,9% và 91,8%. Độ nhạy và độ đặc hiệu để phát hiện kháng RIF so với INH từ các mẫu phết tế bào dương tính lần lượt là 96,9% và 97% so với 98,3% và 97,3% [14].

2.2.3.2. Xét nghiệm theo dõi xác định kháng thêm thuốc khác

2.2.3.2.1. Xét nghiệm NAATs tự động độ phức tạp thấp

Là Xét nghiệm Xpert MTB/XDR nhanh, mới nhất để phát hiện kháng thuốc Isoniazid, Fluoroquinolone (FQ) và các thuốc chống lao khác như Ethionamide (ETH), các thuốc tiêm hàng hai như Amikacin (AMK), Kanamycin và Capreomycin (CAP) sử dụng máy Xpert 10 màu [5]. Trong các mẫu bệnh phẩm đã phát hiện MT, xét nghiệm Xpert MTB/XDR cũng có thể phát hiện các đột biến gây kháng thuốc của INH (gen mục tiêu: inhA promoter, katG, fabG1, vùng chuyển gen oxyR-aphC), fluoroquinolones (FQs) (gyrA và gyrB), ethionamide (ETH) (inhA promoter) và thuốc tiêm hàng thứ hai (rrs và eis) Xét nghiệm Xpert MTB/XDR là một hệ thống tự động và tích hợp hoàn toàn sử dụng các kỹ thuật xử lý mẫu chính xác như Xpert MTB/RIF và Ultra, cung cấp kết quả trong vòng chưa đầy 90 phút, NAAT này yêu cầu cơ sở hạ tầng và đào tạo kỹ thuật viên giống như các xét nghiệm Xpert khác [4].

Một số nghiên cứu cũng đã báo cáo hiệu suất và độ đặc hiệu cao của xét nghiệm này để phát hiện tình trạng kháng INH và các loại thuốc tiêm hàng thứ hai [4]. Nghiên cứu tiền cứu đầu tiên đánh giá độ chính xác trong chẩn đoán lâm sàng của xét nghiệm Xpert MTB/XDR đối với INH, FQ, ETH và kháng thuốc lao bậc hai được tiến hành ở Châu Phi, Châu Âu và Đông Nam Á đã báo cáo về tình trạng kháng thuốc, độ nhạy tổng thể để phát hiện kháng INH là 94% (KTC 95%: 89 - 97%) và độ đặc hiệu là 98% (KTC 95%: 95 - 99%). Độ nhạy tổng thể để phát hiện kháng FQ là 93% (KTC 95%: 88 - 96%) và độ đặc hiệu là 98% (KTC 95%: 94 - 99%), độ nhạy phát hiện 54% đối với ETH, 73% đối với Amikacin, 86% đối với Kanamycin và 61% đối với Capreomycin. Độ đặc hiệu cho tất cả các loại thuốc lớn hơn 98% [20]. Do đó, Xpert MTB/XDR được khuyến nghị để phát hiện bệnh lao và kháng thêm FQ ở cả bệnh nhân còn nhạy hay kháng với Rifampicin [14].

Mặc dù tồn tại dữ liệu về độ đặc hiệu và độ nhạy quan

trọng mô tả khả năng phát hiện lao kháng thuốc (DR-TB: drug-resistant tuberculosis) của xét nghiệm Xpert MTB/XDR một cách nhanh chóng, nhưng những thiếu sót liên quan đến xét nghiệm này cần được thừa nhận. Nó không thể phát hiện sự đề kháng với các loại thuốc mới hơn hiện đang được sử dụng trong điều trị lao kháng thuốc đã được WHO phê duyệt (bedaquiline, delamanid, linezolid, clofazimine, carbapenem và pyrazinamide) [14].

2.2.3.2.2. Kỹ thuật lai mẫu dò (LPA: Line Probe Assay)

Năm 2008, WHO đã khuyến nghị sử dụng LPA là xét nghiệm ban đầu cho các mẫu đàm dương tính thay vì nuôi cấy lỏng LPA có độ chính xác cao và tạo ra kết quả trong vòng năm giờ và là một xét nghiệm phân tử phát hiện bệnh lao và lao kháng thuốc với kết quả được đọc từ một dãy [14].

LPA hàng một

LPA hàng một (FL-LPAs: First-line Line probe assay): GenoType MTBDR plus cho phép phát hiện nhanh bệnh lao và tính kháng RIF và INH bằng cách nhắm mục tiêu các đột biến cụ thể trong vùng xác định kháng rifampicin của gen rpoB (codon 505 đến 533), cũng như các đột biến trong yếu tố khởi đầu xác định tính kháng isoniazid của inhA (-16 đến -8 nucleotide ngược dòng của inhA) và katG (codon 315), từ các mẫu phết đờm dương tính trực tiếp hoặc các chủng phân lập nuôi cấy gián tiếp. Trong các mẫu phết đờm dương tính, độ nhạy và độ đặc hiệu để phát hiện kháng RIF và INH lần lượt là 96,7% và 98,8%, 90,2% và 99,2% [2]. Độ nhạy và độ đặc hiệu của MTBDRplus để phát hiện RIF trên các chủng phân lập nuôi cấy lần lượt là 95,1% (95% CI 92,2% đến 98,1%) và 100%. Độ nhạy và độ đặc hiệu để phát hiện kháng INH lần lượt là 96,1% (93,5% đến 98,7%) và 96,1% (90,8% đến 100%) [14].

GenoType MTBDRplus cho kết quả nhanh chóng từ các mẫu phết đờm dương tính, từ đó cho phép điều trị thích hợp. Tuy nhiên, sự phụ thuộc vào các phân lập nuôi cấy từ các mẫu đờm hô hấp trong trường hợp mẫu xét nghiệm phết tế bào âm tính là một hạn chế của xét nghiệm này. Ngoài ra, xét nghiệm MTBDRplus, cầu người vận hành có kinh nghiệm, tuân thủ nghiêm ngặt các quy trình vận hành tiêu chuẩn với tối thiểu ba phòng riêng biệt để tách chiết DNA và nhiều quy trình để giảm thiểu rủi ro nhiễm chéo bộ khuếch đại. Các xét nghiệm này cũng yêu cầu người đọc có kinh nghiệm giải thích các dải lai, mặc dù điều này có thể được bán tự động với chi phí bổ sung [7].

LPA hàng hai

LPA hàng hai (SL-LPA: Second Line – Line probe assay) như GenoType MTBDRsl cho phép phát hiện nhanh các đột biến kháng FQ (Levofloxacin, Moxifloxacin) và kháng các thuốc tiêm hàng hai (Amikacin).

Xét nghiệm MTBDRsl bao gồm các vùng xác định kháng quinolone của gen *gyrA* (codon 85 đến 96) và gen *gyrB* (codon 536 đến 541). Quy trình xét nghiệm có thể được thực hiện trực tiếp bằng cách sử dụng mẫu đờm đã xử lý hoặc gián tiếp sử dụng DNA được phân lập và khuếch đại từ MT. MTBDRsl có độ nhạy và độ đặc hiệu tổng hợp lần lượt là 86,2% và 98,6% để phát hiện tính kháng FQ bằng thử nghiệm trực tiếp. 105 Một số nghiên cứu khác đã đánh giá độ chính xác chẩn đoán của xét nghiệm Genotype® MTBDRsl và báo cáo những phát hiện tương tự [20].

WHO khuyến nghị sử dụng SL-LPA: Đối với những bệnh nhân đã được xác nhận MDR/RR-TB, SL-LPA có thể được sử dụng làm xét nghiệm ban đầu, thay vì kháng sinh đồ kiểu hình, để phát hiện khả năng kháng FQ và Amikacin [22].

Tóm lại, LPA nhanh chóng, đơn giản, dễ thực hiện và dễ diễn giải (được tạo thủ công hoặc tự động). Các hạn chế đối với việc sử dụng LPA bao gồm nhu cầu về cơ sở hạ tầng phòng thí nghiệm phức tạp, bao gồm các thiết bị đắt tiền thường chỉ có sẵn trong các phòng thí nghiệm tham chiếu [14].

2.2.3.2.3. Xét nghiệm NAAT lai ngược độ phức tạp cao

Xét nghiệm NAAT lai ngược độ phức tạp cao như Geno Scholar PZA-TB (Pyrazinamid Tuberculosis) cho phép xác định kháng Pyrazinamid (PZA resistance) nhanh hơn kháng sinh đồ kiểu hình. Xét nghiệm Gen Scholar PZA-TB dựa trên nguyên tắc tương tự như LPA nhưng

yêu cầu sử dụng một số lượng lớn mẫu dò lai để bao phủ toàn bộ gen *pncA*. Độ nhạy gộp tổng thể để phát hiện kháng PZA là 81,2% (KTC 95%: 75,4 - 85,8%) và độ đặc hiệu gộp là 97,8% (KTC 95%: 96,5 - 98,6%) [8]. WHO khuyến nghị sử dụng các NAAT lai ngược có độ phức tạp cao trong các tình huống sau: Ở những người mắc bệnh lao có bằng chứng về mặt vi khuẩn học, NAAT lai ngược có độ phức tạp cao có thể được sử dụng trên các chủng nuôi cấy *M. tuberculosis* để phát hiện kháng PZA, thay vì kháng sinh đồ kiểu hình [22].

2.3. Triển vọng tương lai của các xét nghiệm phân tử nhanh trong chẩn đoán lao kháng thuốc

Yếu tố quan trọng nhất trong phòng chống lao là chẩn đoán sớm và điều trị thích hợp. Chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị lao làm tăng nguy cơ lây truyền bệnh, tiến triển bệnh nặng hơn và tăng nguy cơ tử vong. WHO khuyến nghị tiếp cận phổ cập các công nghệ chẩn đoán lao bằng các xét nghiệm phân tử nhanh mới để giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao do lao. Do đó, việc phát hiện sớm nhiều ca lao hơn và nhanh chóng xác định tình trạng kháng thuốc là điều cần thiết để cải thiện việc chăm sóc từng bệnh nhân và làm hạn chế sự lây truyền trong cộng đồng. Điều này đòi hỏi khả năng tiếp cận các công cụ hiện đại và các chiến lược hành động sát với tình hình thực tế. Tuy nhiên, những thách thức về kinh tế sẽ cản trở sự triển khai và thực hiện các chẩn đoán mới. Do đó, việc phòng chống lao sẽ cần nhiều nguồn lực và sự hỗ trợ từ nhiều phía để hướng đến mục tiêu chung là chấm dứt bệnh lao.

Bảng so sánh các xét nghiệm phân tử nhanh được WHO khuyến cáo để chẩn đoán bệnh lao và tính kháng thuốc [14]

Xét nghiệm (Nhà sản xuất) Năm	MT và Kháng thuốc (Độ nhạy, Độ đặc hiệu) %	Phân loại DR-TB	Thời gian để có kết quả	Bệnh phẩm	Những lợi ích	Hạn chế
XPRT MTB/ RIF (Cepheid) 2010	Mtb: (85, 98) Kháng thuốc: RIF (96, 98)	RR-TB	2 giờ	Đờm thô Cặn đờm đặc	- Quy trình một bước - tự động - Có kết quả trong < 2 giờ - Yêu cầu ít biện pháp an toàn sinh học hơn so với nuôi cấy/LPA, do đó có thể được sử dụng ở cấp độ thấp hơn - Độ nhạy và độ đặc hiệu cao - Đa nền tảng: có thể sử dụng cho HIV, viêm gan Chẩn đoán C và theo dõi tải lượng vi rút - Có thể sử dụng trên các mẫu lao ngoài phổi	- Phụ thuộc vào điện - Đất tiền - Không thể sử dụng để theo dõi tiến độ điều trị - Yêu cầu hiệu chuẩn hàng năm
XPRT MTB/ RIF Ultra (Cepheid) 2017	Mtb (90, 96) Kháng thuốc: RIF (94, 98)	RR-TB	2 giờ	Đờm thô Cặn đờm đặc		
TRUENAT MTB - RIF Dx (Molbio) 2020	MT: không Kháng thuốc: RIF (84, 97)	RR-TB	1 giờ	Đờm Dịch cơ thể ngoài phổi	- Có kết quả trong < 1 giờ - Đa nền tảng: có thể dùng cho viêm gan C	- Một số bước thủ công cần được thực hiện bởi nhân viên lành nghề
Thời gian thực MTB RIF (Abbott) 2019	MT: không Kháng thuốc: RIF (94, 8, 100) INH (88, 3, 94, 3)	RR-TB; MDR-TB	10,5 giờ	Đờm thô Rửa phế quản phế nang		
BD MAX MDR- TB (Becton Dickson) 2021	MT: không Kháng thuốc: RIF (90, 95) INH (82, 100)	RR-TB; MDR-TB	4 tiếng	Đờm thô Cặn đờm đặc		
Cobas MTB- RIF/INH (Roche) 2021	MT: không có RIF (97, 2, 98, 6) INH (96, 9, 99, 4)	RR-TB; MDR-TB	4,5 giờ	Đờm thô Cặn đờm Rửa phế quản phế nang	- Số lượng mẫu cao	- Phụ thuộc vào điện - Thiết bị đắt tiền và yêu cầu đào tạo chuyên môn
FluoroType MTBDR (Hain) 2021	MT: không Kháng thuốc: RIF (98, 9, 100); INH (91, 7, 100)	RR-TB; MDR-TB	3 giờ	Đờm khử trùng		



Xét nghiệm (Nhà sản xuất) Năm	MT và Kháng thuốc (Độ nhạy, Độ đặc hiệu) %	Phân loại DR-TB	Thời gian để có kết quả	Bệnh phẩm	Những lợi ích	Hạn chế
XPert MTB/ XDR (Cepheid) 2021	MT : không Kháng thuốc: INH (94, 2, 98); FQ (93, 1, 98, 3); AMK (86, 1, 98, 9); ETH (98, 99, 7)	RR-TB; MDR-TB; Tiền XDR- TB;	1,5 giờ	Đờm thô Cặn đờm đặc	- Quy trình một bước-tự động - Có kết quả trong < 2 giờ - Yêu cầu ít biện pháp an toàn sinh học hơn so với nuôi cấy/LPA, do đó có thể được sử dụng ở cấp độ thấp hơn - Độ nhạy và độ đặc hiệu cao - Đa nền tảng: có thể sử dụng cho HIV, viêm gan Chẩn đoán C và theo dõi tải lượng vi rút - Có thể sử dụng trên các mẫu lao ngoài phổi	- Phụ thuộc vào điện - Đắt tiền - Không thể sử dụng để theo dõi tiến độ điều trị - Yêu cầu hiệu chuẩn hàng năm
GenoType MTB- DR plus (Hain hàng 1) 2008	MT: Không Kháng thuốc: RIF (98, 2, 97, 8) INH (95, 4, 98, 8)	RR-TB MDR-TB	5 giờ	Đờm đã khử trùng Chất nuôi cấy (môi trường rắn/lỏng)	- Có thể được thực hiện từ bệnh phẩm phổi và từ vật liệu nuôi cấy - Kết quả thu được sau 5 giờ. - Phát hiện nhanh tình trạng kháng INH và RIF, cho phép điều trị sớm, thích hợp, làm giảm sự lây truyền và lây lan của MDR-TB.	- Không thể thay thế hoàn toàn các phương pháp như nuôi cấy thông thường - Không nhanh bằng Xpert - Yêu cầu cơ sở hạ tầng phòng thí nghiệm phức tạp và thiết bị đắt tiền - Yêu cầu nhân viên được đào tạo tốt - Số lượng kết quả khó giải thích cao - Phạm vi mục tiêu bị giới hạn đối với các đột biến chính
GenoType MTB- DR sl (Hain hàng 2) 2016	MT: không Kháng thuốc: FLQ (100, 98, 9); AMK (93, 8, 98, 5); cap (86, 2, 95, 9)	RR-TB MDR-TB	5 giờ	Đờm đã khử trùng Chất nuôi cấy (môi trường rắn/lỏng)		
GenoScholar PZA-TB	MT: không Kháng thuốc: PZA (81, 2, 97, 8)	RR-TB	5 giờ	Đờm Dịch cơ thể ngoài phổi	- Phát hiện nhanh tình trạng kháng PZA, cho phép điều trị sớm, thích hợp, làm giảm sự lây truyền và lây lan của MDR-TB.	- Thiết bị đắt tiền và yêu cầu đào tạo chuyên môn

3. KẾT LUẬN

Xét nghiệm chẩn đoán phân tử rất quan trọng để chẩn đoán sớm hơn bệnh lao, rút ngắn thời gian bắt đầu điều trị, và cải thiện kết quả điều trị. Việc triển khai toàn cầu các xét nghiệm phân tử được WHO chứng thực đã cải thiện việc phát hiện các trường hợp DR-TB. Mỗi xét nghiệm có những ưu nhược điểm riêng. Việc lựa chọn chúng để sẽ phụ thuộc nhiều nguồn lực sẵn có, năng lực và sự phân bổ của cơ sở hạ tầng phòng thí nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao, Số 1314/QĐ-BYT, ngày 24/3/2020.
- [2] Bai Y, Wang Y, Shao C et al., MTBDR plus assay for rapid detection of multidrug resistance in *Mycobacterium tuberculosis*: a meta-analysis. *PLoS One*. 2016;11(3):e0150321. doi: 10.1371/journal.pone.0150321
- [3] Campbell EA, Korzheva N, Mustaev A et al., Structural mechanism for rifampicin inhibition of bacterial RNA polymerase. *Cell*. 2001;104(6):901–912. doi: 10.1016/S0092-8674(01)00286-0
- [4] Cao Y, Parmar H, Gaur RL et al., Xpert MTB/XDR: a 10-color reflex assay suitable for point-of-care settings to detect isoniazid, fluoroquinolone, and second-line-injectable-drug resistance directly from *Mycobacterium tuberculosis*-positive sputum. *J Clin Microbiol*. 2021;59(3):e02314–e02320. doi: 10.1128/JCM.02314-20.
- [5] Cepheid, Xpert MTB-XDR English Package Insert 302–351. 4 Rev A; 2020.
- [6] Chakravorty S, Simmons AM, Rowneki M et al., The new Xpert MTB/RIF Ultra: improving detection of *Mycobacterium tuberculosis* and resistance to rifampin in an assay suitable for point-of-care testing. *mBio*. 2017;8(4):e00812–e00817. doi: 10.1128/mBio.00812-17.
- [7] de Vos M, Derendinger B, Dolby T et al., Diagnostic accuracy and utility of FluoroType MTBDR, a new molecular assay for multidrug-resistant tuberculosis. *J Clin Microbiol*. 2018;56(9):e00531–18. doi: 10.1128/JCM.00531-18
- [8] Dheda K, Ruhwald M, Theron G et al., Point-of-care diagnosis of tuberculosis: past, present and future. *Respirology*. 2013;18(2):217–232. doi: 10.1111/resp.12022
- [9] Dickinson B, BD MAX™ multi drug resistant tuberculosis (MDR-TB) assay. Pack insert; 2020.
- [10] Global tuberculosis report 2020, Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>).
- [11] Haasis C, Rupp J, Andres S et al., Validation of the FluoroType® MTBDR assay using respiratory and lymph node samples. *Tuberculosis*. 2018;113:76–80. doi: 10.1016/j.tube.2018.09.004
- [12] Kohli M, MacLean E, Pai M et al., Web Annex 4.8. Moderate complexity automated NAATs: diagnostic accuracy for TB detection and detection of resistance to rifampicin and isoniazid. A systematic review and meta-analysis. WHO consolidated guidelines on tuberculosis Module 3: diagnosis–rapid diagnostics for tuberculosis detection; 2021:181.
- [13] Lee H, Seong M, Park S et al., Diagnostic accuracy of Xpert® MTB/RIF on bronchoscopy specimens in patients with suspected pulmonary tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013;17(7):917–921. doi: 10.5588/ijtld.12.0885
- [14] Louansha N, Rubeshan P, Kogieleum N, Rapid Molecular Assays for the Diagnosis of Drug-Resistant Tuberculosis, South Africa, 2022. *Infection and Drug Resistance* 2022;15 4971–4984.
- [15] Nguyen TNA, Berre A-L, Bañuls A-L et al., Molecular diagnosis of drug-resistant tuberculosis; a literature review. *Front Microbiol*. 2019;10:794. doi: 10.3389/fmicb.2019.00794.
- [16] Penn-Nicholson A, Georghiou SB, Ciobanu N et al., Clinical evaluation of the Xpert MTB/XDR assay for rapid detection of isoniazid, fluoroquinolone, ethionamide and second-line drug resistance: a cross-sectional multicentre diagnostic accuracy study. *medRxiv*. 2021. doi: 10.1101/2021.05.06.21256505.
- [17] Practical guide to implementation of Truenat tests for the detection of TB and rifampicin resistance (Version 2). Geneva: Stop TB Partnership, USAID and GLI; 2021 (http://stoptb.org/assets/documents/resources/publications/sd/Truenat_Implementation_Guide.pdf).
- [18] Sanchez-Padilla E, Merker M, Beckert P et al., Detection of drug-resistant tuberculosis by Xpert MTB/RIF in Swaziland. *N Engl J Med*. 2015;372(12):1181–1182. doi: 10.1056/NEJM1413930
- [19] Steingart KR, Sohn H, Schiller I et al., Xpert® MTB/RIF assay for pulmonary tuberculosis and rifampicin resistance in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(1). doi: 10.1002/14651858.CD009593.pub2
- [20] Tomasichchio M, Theron G, Pietersen E et al., The diagnostic accuracy of the MTBDRplus and MTBDRsl assays for drug-resistant TB detection when performed on sputum and culture isolates. *Sci Rep*. 2016;6:17850. doi: 10.1038/srep17850
- [21] WHO End TB Strategy: global strategy and tar-

- gets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HTM-TB-2015.19>).
- [22] WHO, Consolidated guideline on tuberculosis: Module 3: Diagnosis- Rapid diagnostics for tuberculosis detection – update 2021. Truy cập ngày 7/8/2023.
- [23] WHO, Who operational handbook on tuberculosis: Module 3: Diagnosis - Rapid diagnostics for tuberculosis detection – update 2021. Truy cập ngày 7/8/2023.
- [24] World Health Organisation, Global tuberculosis report 2021; 2021

THE PROPORTION OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING IN 24 HOURS AFTER BIRTH AND SOME RELATED FACTORS AT THE DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, THU DUC CITY HOSPITAL

Nguyen Thi Ngoc Bich^{1*}, Dinh Van Quynh¹, Vu Thi Kim Chi²

¹Thu Duc City Hospital - 29 Phu Chau, Tam Phu, Thu Duc city, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Pham Ngoc Thach Medical University - 2 Duong Quang Trung, Ward 12, District 10, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 25/08/2023; Accepted: 20/09/2023

ABSTRACT

Early breastfeeding and exclusive breastfeeding within the first 24 hours after birth are important for the health of the infant and the mother. To provide more scientific information, this study was conducted with the goal of determining the rate of exclusive breastfeeding in 24 hours after birth and some related factors at the Department of Obstetrics and Gynecology, Thu Duc City Hospital, year 2022. Design a descriptive cross-sectional study, survey 401 pregnant women through observation, recording on checklists combined with direct interviews according to built-in forms. The results showed that the rate of early breastfeeding after birth was 91.5% (95%CI: 88.8% - 94.3%), the rate of exclusive breastfeeding in the first 24 hours after birth was 35.7% (95% CI: 31.0% - 40.4%). The possibility of exclusive breastfeeding was higher in the group that attended antenatal training, delivered vaginally, delivered at full term, received support from the family, breastfed properly and had no problems at mother's breast. In general, the rate of exclusive breastfeeding in the first 24 hours postpartum is low, and increased antenatal classes, breast milk unit organization, and postpartum breastfeeding support are needed to increase the rate of exclusive breastfeeding rates after birth.

Keywords: Early breastfeeding, exclusive breastfeeding, Thu Duc city Hospital.

*Corresponding author
Email address: drnobita1983@gmail.com
Phone number: (+84) 966762894
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



TỶ LỆ BÚ SỮA MẸ HOÀN TOÀN TRONG 24 GIỜ SAU SINH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI KHOA SẢN, BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC

Nguyễn Thị Ngọc Bích^{1*}, Đinh Văn Quỳnh¹, Vũ Thị Kim Chi²

¹Bệnh viện Thành phố Thủ Đức - 29 Phú Châu, Tam Phú, thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch - 2 Dương Quang Trung, Phường 12, Quận 10, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 25/08/2023; Ngày duyệt đăng: 20/09/2023

TÓM TẮT

Bú mẹ sớm (BMS) và bú mẹ hoàn toàn (BMHT) trong vòng 24 giờ đầu sau sinh có tầm quan trọng đối với sức khỏe của trẻ sơ sinh và bà mẹ. Để cung cấp thêm thông tin khoa học, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu xác định tỷ lệ bú sữa mẹ hoàn toàn trong 24 giờ sau sinh và một số yếu tố liên quan tại khoa Sản, Bệnh viện thành phố Thủ Đức, năm 2022. Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, thực hiện khảo sát 401 sản phụ qua quan sát, ghi nhận lên bảng kiểm kết hợp với phỏng vấn trực tiếp theo biểu mẫu xây dựng sẵn. Kết quả tỷ lệ BMS sau sinh là 91,5% (95% CI: 88,8% - 94,3%), tỷ lệ BMHT trong 24 giờ đầu sau sinh là 35,7% (95% CI: 31,0% - 40,4%). Khả năng cho con BMHT cao hơn ở nhóm có tham gia lớp tập huấn tiền sản, sinh ngã âm đạo, sinh đủ tháng, nhận được sự giúp đỡ từ gia đình trong việc cho con bú mẹ, cho con bú đúng cách và không có vấn đề về vú. Nhìn chung, tỷ lệ BMHT trong 24 giờ đầu sau sinh là thấp, tăng cường các lớp học tiền sản, tổ chức đơn nguyên về sữa mẹ và hỗ trợ cho con bú mẹ sau sinh là cần thiết nhằm tăng tỷ lệ BMHT sau sinh.

Từ khóa: Bú mẹ sớm, bú mẹ hoàn toàn, Bệnh viện thành phố Thủ Đức.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những giờ đầu sau sinh là giai đoạn nhiều rủi ro nhất trong đời của đứa trẻ nhưng việc bắt đầu cho trẻ bú mẹ sớm (BMS) mang lại cho trẻ sự bảo vệ tuyệt vời [1], bởi vì sữa mẹ có nhiều lợi ích ngắn hạn và dài hạn cho cả mẹ và trẻ [2, 3]. Bú mẹ hoàn toàn (BMHT) 24 giờ đầu sau sinh được chứng minh làm giảm nguy cơ tử vong sơ sinh, làm tăng thời gian nuôi con bằng sữa mẹ (NCBSM) hoàn toàn [4, 5].

Theo các báo cáo, tỷ lệ bắt đầu cho con BMS sau sinh rất thay đổi ở các khu vực khác nhau trên thế giới, ví dụ ở Đông Âu và Trung Á (72%), Nam Á (39%) và Đông Á và Thái Bình Dương (41%) [6]. Tại Việt Nam, theo Quỹ Nhi đồng Liên hợp Quốc năm 2021, tỷ lệ BMS trong vòng 1 giờ đầu sau sinh là 26%, trong đó tỷ lệ trẻ được bú mẹ trong 24 giờ sau sinh là 72,5%, tỷ lệ trẻ được BMS ở tại thành phố Hồ Chí Minh là 34% và bú

mẹ trong 24 giờ đầu sau sinh là 62,7% [6].

Hiện nay hầu hết các thai phụ lựa chọn sinh tại bệnh viện, các can thiệp y tế trong những ngày đầu sau sinh có ảnh hưởng tích cực đến thời điểm trẻ được BMS và thời gian NCBSM [7]. Vì vậy thúc đẩy hỗ trợ cho con bú mẹ trong những ngày đầu sau sinh là một trong những chiến lược chính nhằm gia tăng tỷ lệ NCBSM [8]. Bệnh viện Thành phố Thủ Đức hàng năm có khoảng 3000 ca sinh sống. Nhằm cung cấp thông tin khoa học, nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ bú sữa mẹ hoàn toàn trong 24 giờ sau sinh và một số yếu tố liên quan tại khoa Sản, Bệnh viện thành phố Thủ Đức, năm 2022.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

*Tác giả liên hệ

Email: drnobita1983@gmail.com

Điện thoại: (+84) 966762894

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

Sản phụ tuổi từ 18 trở lên, sinh tại khoa Sản, Bệnh viện thành phố Thủ Đức. Ngoại trừ những sản phụ có bệnh lý cần can thiệp khi sinh, hoặc những trường hợp trẻ non tháng (< 34 tuần), nhẹ cân, sứt môi hở vòm nặng, APGAR < 7 cần hồi sức sơ sinh.

2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Cỡ mẫu bao gồm 401 sản phụ trong thời gian từ tháng 6/2022 đến tháng 10/2022. Lựa chọn đối tượng được tiến hành ngay tại phòng chờ sinh, dựa vào danh sách sản phụ nhập phòng chờ sinh.

2.3. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Quan sát và ghi nhận theo bảng kiểm về cho con BMS sau sinh và cho con bú sữa mẹ trong 24 giờ sau sinh, kết hợp phỏng vấn trực tiếp một số lý do chủ quan dẫn đến không cho con BMS sau sinh và BMHT trong 24 giờ sau sinh.

2.5. Các biến số nghiên cứu

Bao gồm các biến số về đặc điểm mẹ (tuổi, nơi cư trú, học vấn, nghề nghiệp, đặc điểm tiền sử, chăm sóc thai kỳ), đặc điểm con (giới tính, phương pháp sinh), đặc điểm gia đình (ở riêng, gặp khó khăn từ gia đình, hỗ trợ từ gia đình trong việc cho con bú mẹ), sự tư vấn hỗ trợ của nhân viên y tế.

Biến số về cho con bú mẹ: tiếp xúc da kề da, loại sữa cho con bú lần đầu tiên, thời điểm và thời gian cho con bú cử đầu tiên, bú mẹ hoàn toàn 24 giờ đầu sau sinh, bú đúng cách, tần suất bú mẹ, lý do không cho con BMHT.

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá

BMS là sản phụ cho con bú mẹ trong vòng một giờ đầu sau sinh[1].

BMHT trong 24 giờ sau sinh là bắt đầu từ khi trẻ sinh ra đến khi đủ 24 giờ tuổi trẻ được bú hoàn toàn bằng sữa mẹ mà không thêm bất kỳ dung dịch hay thức ăn khác (kể cả nước).

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng Stata 14.0. Phân tích mối liên quan giữa các yếu tố đến tỷ lệ BMHT trong 24 giờ đầu qua phép kiểm chi bình phương (hoặc kiểm định chính xác Fisher). Số đo kết hợp OR (tỷ số số chênh) được sử dụng để ước lượng độ mạnh của các mối tương quan với ngưỡng ý nghĩa thống kê $\alpha < 0,05$.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo

đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Thành phố Thủ Đức theo Quyết định số 01/HĐĐĐ-BV ngày 10/02/2022 về việc chấp thuận các vấn đề đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

3. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Có 269 trường hợp sinh ngã âm đạo (67,1%), 132 trường hợp sinh mổ (32,9%). Đa số sản phụ ở độ tuổi 21 - 35 tuổi với 75,0%, cư trú tại thành phố Hồ Chí Minh (chủ yếu là tại Thành phố Thủ Đức) 67,3%. Có 52,6% có trình độ học vấn THPT, trình độ trên THPT 26,4%. Nghề nghiệp là công nhân cao nhất với 46,4% và cán bộ nhân viên 16,5%, nghề khác 37,1%. Có 75,1% sản phụ ở riêng sống cùng chồng.

Đa số sinh con rạ với 74,8%. Khi mang thai, hầu hết (88,8%) sản phụ đã đi khám và theo dõi thai kỳ đầy đủ nhưng chỉ 36,4% sản phụ đã từng tham gia lớp tập huấn tiền sản. Có 30,2% sản phụ có bệnh lý trong lúc mang thai, 7,0% trẻ sinh thiếu tháng và 4,2% trẻ sinh ra bị nhẹ cân, kết quả cũng ghi nhận bệnh lý khác ngay sau sinh là 2 trường hợp (0,5%). Sau khi sinh, hầu hết (98,3%) sản phụ đã được nhân viên y tế tư vấn về NCBSM.

3.2. Tỷ lệ cho con bú sữa mẹ hoàn toàn trong 24 giờ đầu sau sinh

Bảng 1. Tỷ lệ bú mẹ sớm sau sinh (n = 392)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Sinh thường	368	91,8
Sinh mổ	365	90,9
Chung	367	91,5

Nhận xét: Trong 401 sản phụ thì có 392 sản phụ cho trẻ BMS. Tỷ lệ cho con bú mẹ sớm sau sinh tương đối cao đạt 91,5% (ở nhóm sinh ngã âm đạo và nhóm sinh mổ lần lượt là 91,8% so với 90,9%, $p > 0,05$).

Bảng 2. Thực hành nuôi dưỡng trẻ trong 24 giờ đầu sau sinh

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Bú sữa công thức	8	2,0
Bú sữa mẹ/công thức và thức uống khác	97	24,1
Bú mẹ hoàn toàn	143	35,7
Bú sữa mẹ và sữa công thức	153	38,2
Có bú sữa mẹ	393	98,0

Nhận xét: Trong 24 giờ đầu có 393 sản phụ đã cho con bú sữa mẹ (98%) và có 8 sản phụ không/không thể cho

con bú mẹ. Tuy vậy tỷ lệ sản phụ cho con BMHT lại không cao (35,7%). Tỷ lệ cho con bú kết hợp vừa sữa mẹ vừa sữa công thức chiếm 38,2% và 2,0% không cho con bú sữa mẹ được mà chỉ cho con bú sữa công thức hoàn toàn, 24,1% cho con bú sữa mẹ và/hoặc cho con bú sữa công thức nhưng có sử dụng thêm các thức uống khác, và chủ yếu cho uống thêm nước.

Bảng 3. Tỷ lệ trẻ bú sữa mẹ hoàn toàn trong 24 giờ đầu sau sinh

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Sinh ngã âm đạo	167	41,6
Sinh mổ	94	23,5
Chung	143	35,7

Nhận xét: Tỷ lệ BMHT ở trẻ sinh mổ chỉ 23,5% và có 41,6% trẻ sinh ngã âm đạo được BMHT trong 24 giờ đầu sau sinh.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ bú mẹ hoàn toàn 24 giờ đầu sau sinh

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ BMHT 24 giờ sau sinh qua phân tích hồi quy đa biến

Yếu tố		OR _{hc} (95%CI)	p*
Trình độ học vấn	Dưới THPT	1	
	THPT	1,15 (0,78 - 1,41)	0,633
	Trên THPT	1,17 (0,83 - 5,38)	0,218
Tham gia lớp học tiền sản	Không	1	
	Có	2,41 (1,22 - 2,88)	< 0,001
Phương pháp sinh	Sinh mổ	1	
	Sinh ngã âm đạo	1,94 (1,27 - 2,58)	< 0,001
Sinh thiếu tháng	Không	1	
	Có	0,44 (0,27 - 0,92)	0,006
Ở riêng	Không	0,68 (0,19 - 1,22)	0,198
	Có	1	
Gặp khó khăn gia đình	Không	1	
	Có	0,73 (0,25 - 1,14)	0,211
Sự giúp đỡ của gia đình về cho trẻ bú	Không	1	
	Có	2,71 (1,62 - 3,30)	< 0,001
Cho trẻ bú đúng cách	Không	1	
	Có	1,93 (1,19 - 2,45)	< 0,001
Cho trẻ bú theo nhu cầu	Không	1	
	Có	1,52 (0,94 - 3,25)	0,081
Mẹ có vấn đề về vú	Không	1	
	Có	0,13 (0,05 - 0,77)	< 0,001
Trẻ thường quấy khóc	Không	1	
	Có	0,31 (0,06 - 1,02)	0,052

Nhận xét: Qua phân tích đơn biến có 11 yếu tố có liên quan đến tỷ lệ BMHT 24 giờ đầu sau sinh được đưa vào phân tích hồi quy logistic đa biến. Kết quả có 6 yếu tố có liên quan độc lập đến tỷ lệ BMHT trong 24 giờ đầu sau sinh, cho thấy khả năng cho con BMHT cao hơn ở

nhóm có tham gia lớp học/tập huấn tiền sản, sinh ngã âm đạo, sinh con đủ tháng, nhóm nhận được sự giúp đỡ từ gia đình trong việc cho con bú mẹ, cho con bú đúng cách và không có vấn đề về vú.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ trẻ bú mẹ sớm trong một giờ đầu sau sinh

Trong nghiên cứu có 91,5% được BMS điều này phù hợp với khuyến nghị của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). Tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Hạnh tại Bệnh viện Quốc tế Hạnh Phúc (86,9%) [9] hay nghiên cứu của Nguyễn Thị Sơn tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (86,6%) [10]. Kết quả này cao hơn báo cáo của Tổng cục thống kê Việt Nam và UNICEF năm 2021 có tỷ lệ cho con BMS của Việt Nam là 26% [6]. Điều này cho thấy Bệnh viện đã quan tâm hỗ trợ tốt trọng việc cho con BMS ngay sau sinh qua việc triển khai nhiều hoạt động như: sản phụ được da kề da thường quy đối với sinh ngã âm đạo và sinh mổ nếu không có chống chỉ định, NVYT luôn luôn có mặt, hướng dẫn cho con bú sớm ngay sau sinh tại phòng hậu sản gần đối với trẻ sinh ngã âm đạo. Ở trẻ sinh mổ cũng có 1 nữ hộ sinh thực hiện da kề da tại phòng mổ và hỗ trợ cho trẻ BMS trong giờ đầu sau mổ.

4.2. Tỷ lệ bú sữa mẹ hoàn toàn trong 24 giờ đầu sau sinh

Có tới 98% trẻ được bú sữa mẹ trong 24 giờ đầu sau sinh, tương đồng với nghiên cứu năm 2019 ở Iran [11] là 96% và cao hơn các báo cáo khác cũng vào năm 2021 như tại Việt Nam là 72,5% và tại TP.HCM là 62,7% [6]. Tuy nhiên chỉ có 35,7% trẻ được BMHT trong 24 giờ đầu sau sinh. Như vậy có tới 62,5% trẻ được bổ sung thêm các thức ăn khác ngoài sữa mẹ và trong đó có 2,0% trẻ hoàn toàn không được BSM mà chỉ được cho bú sữa công thức hoàn toàn trong 24 giờ đầu sau sinh. Kết quả này thấp hơn so với tác giả Nguyễn Thị Hồng Hạnh [9] tại BV Quốc tế Hạnh Phúc (tỷ lệ BMHT trong thời gian nằm viện sau sinh là 58,1%), hay nghiên cứu của Hoàng Thị Nam Giang [12] với 51,5%. Tỷ lệ BMHT thấp có thể do việc hỗ trợ của NVYT chăm sóc hậu sản cho việc NCBSM là chưa tốt. Trong ngày đầu sau sinh đa số các sản phụ còn đau, mệt nên nếu không được sự hỗ trợ tích cực từ người thân và NVYT thì việc cho con bú sẽ gặp rất nhiều khó khăn đặc biệt những sản phụ sinh/ mổ vào ban đêm. Ngoài ra một số sản phụ và thân nhân cho rằng sữa mẹ không đủ nên bổ sung thêm các thức uống khác và cụ thể là sữa công thức và vẫn có tình trạng tiếp thị sữa công thức trong bệnh viện (có 8,9% sản phụ được tặng sữa công thức khi đi khám thai) trong khi nhận thức của các bà mẹ sinh con tại BV chưa cao cũng đã dẫn đến thực hành cho con BMHT kém. Nguyên nhân khác có thể do mẹ cho bú chưa đúng cách dẫn đến trẻ không nhận đủ nhu cầu dinh dưỡng trẻ quấy khóc và người thân hay sản phụ sẽ có xu hướng bổ sung thêm sữa công thức. Đây là những điểm cần được chú trọng trong việc tư vấn NCBSM cho các bà mẹ sớm từ những lần khám thai đầu tiên, suốt quá trình mang thai, trong quá trình chuyển dạ và sau sinh.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ bú sữa mẹ hoàn

toàn trong 24 giờ đầu sau sinh

Những rào cản cho con bú mẹ sau sinh là nguyên nhân quan trọng dẫn đến việc bà mẹ không cho con BMHT trong 24 giờ đầu sau sinh, khi phân tích đa biến chúng tôi thấy rằng quan điểm bà mẹ cho rằng lượng sữa mình ít có khả năng cho trẻ BMHT thấp hơn ($OR_{hc} = 0,18$; $p < 0,05$) và mẹ có các vấn đề về vú khả năng cho con BMHT thấp hơn ($OR_{hc} = 0,13$; $p < 0,05$). Mặc dù đây chỉ là cảm nhận chủ quan của bà mẹ nhưng nó góp phần không nhỏ vào việc không cho BMHT vì khi đó bà mẹ và gia đình sẽ có xu hướng bổ sung thêm sữa công thức cho trẻ [13]. Câu trả lời không đủ sữa cũng là câu trả lời rất thường gặp khi phỏng vấn các bà mẹ cho con ăn bổ sung sớm trong các nghiên cứu về BMHT ở Việt Nam và thế giới. Đối với vấn đề về vú, cùng quan điểm, tác giả như Hoàng Thị Nam Giang [12] các bà mẹ gặp phải những vấn đề về vú thì khả năng cho con BMHT thấp trong thời gian nằm viện sau sinh 24,3% ($OR = 0,13$; $p < 0,001$) mặc dù chỉ mới là ngày đầu tiên sau sinh những vấn đề như căng sữa, tắc tia sữa, viêm vú chưa xảy ra nhưng vẫn có khả năng gây ảnh hưởng đến việc cho BMHT. Các bà mẹ sẽ ngại cho trẻ bú và bổ sung sữa công thức cho trẻ.

Những bà mẹ sinh ngã âm đạo có khả năng cho con BMHT trong 24 giờ đầu sau sinh cao hơn những bà mẹ sinh mổ ($OR_{hc} = 1,94$; $p < 0,05$). Người mẹ sau sinh mổ thường yếu hoặc đau nhiều hơn sinh ngã âm đạo việc này ảnh hưởng nhiều đến việc bà mẹ cho con bú. Hơn nữa, sau mổ mặc dù được da kề da ít nhất 90 phút theo khuyến cáo nhưng vẫn còn một khoảng thời gian mẹ và trẻ không được ở gần nhau khi mẹ ở trong phòng hậu phẫu đây cũng là một yếu tố cản trở việc BMHT. Kết quả điều tra ban đầu của Dự án Alive & Thrive tại Việt Nam cho thấy các bà mẹ sinh mổ có xu hướng cho con uống sữa bột trong 3 ngày đầu sau sinh cao gấp hơn 5 lần so với các bà mẹ sinh thường [14].

Trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn nhận những trẻ sinh non dưới 34 tuần tuổi thai mà không cần chuyển đến khoa hồi sức nhi, khi phân tích thấy được mối liên quan giữa trẻ non tháng và đủ tháng với việc BMHT 24 giờ sau sinh, trong việc chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng, NVYT thường có chỉ định bổ sung sữa công thức cho trẻ với mục đích đề phòng ngừa hạ đường huyết sau sinh chính điều này làm cho tỷ lệ trẻ sơ sinh non tháng được BMHT thấp hơn hẳn. Tuy nhiên qua các nghiên cứu trên thế giới thì trẻ sơ sinh non tháng thì vai trò của sữa mẹ đặc biệt là sữa non càng có tác dụng bảo vệ vượt trội hơn. Và việc bổ sung sữa công thức sớm cho trẻ non tháng đem lại những nguy cơ tiềm ẩn lớn, chính vì vậy khi quyết định bổ sung cần xem xét kỹ.

Kết quả phân tích đa biến cho thấy rằng khả năng cho trẻ BMHT ở nhóm các bà mẹ được sự giúp đỡ của gia đình cao hơn nhiều so với nhóm không nhận được sự giúp đỡ từ gia đình ($OR_{hc} = 2,71$; $p < 0,05$). Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu trước đây, vì



dự nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Hạnh[9]. Ngay đầu sau sinh, bà mẹ còn đau, còn yếu nên sự hỗ trợ của gia đình là rất quan trọng trong việc có một tư thế bú đúng, giúp bà mẹ cho trẻ ngậm bú đúng. Đây chính là 2 thành tố quan trọng trong việc cho bú mẹ thành công. Vì vậy trong công tác giáo dục tiền sản thì người thân đặc biệt là chồng sản phụ cũng nên được hướng dẫn kỹ cách giúp đỡ cho con BSM như thế nào. Một số nghiên cứu trước đây thấy rằng quyết định của bà mẹ thường bị ảnh hưởng bởi thái độ và ý kiến của người thân trong gia đình đối với việc cho con BMHT. Người thân có vai trò rất lớn trong việc hỗ trợ bà mẹ và đặc biệt là có tác động lớn đến quyết định nuôi dưỡng trẻ nhỏ của bà mẹ. Những quyết định bổ sung thức ăn khác cũng chịu ảnh hưởng nhiều từ người thân trong gia đình. Bệnh viện cũng nên chú ý tư vấn NCBSM cho thân nhân vì đây là những người sẽ đồng hành cùng sản phụ trong suốt quá trình NCBSM sau này.

Cùng quan điểm với Nguyễn Thị Hồng Hạnh [9], Nguyễn Thị Sơn [10] qua phân tích đa biến chúng tôi thấy rằng những bà mẹ cho con bú đúng cách có khả năng cho con BMHT cao hơn những bà mẹ cho con bú không đúng cách ($OR_{HC} = 1,93; p < 0,05$). Tư thế cho bú đúng tạo cho mẹ và trẻ sự thoải mái, thuận lợi trong suốt quá trình cho bú đặc biệt là trong những giờ đầu và ngày đầu sau sinh. Có được tư thế bú tốt bà mẹ sẽ giúp cho trẻ ngậm bắt vú đúng, đây chính là chìa khóa thành công cho việc BSM và BMHT. Trẻ ngậm bắt vú đúng sẽ nhận đủ lượng sữa cần thiết theo nhu cầu của mình. Việc không cho con bú đúng cách khiến trẻ phải cố gắng nút mạnh mới nhận được sữa gây tổn thương da và nứt đầu núm vú, đau núm vú hoặc sữa không dễ dàng chảy vào miệng trẻ được, trẻ bú không đủ sữa, khóc nhiều có thể trẻ sẽ từ chối vú mẹ. Bên cạnh đó đây cũng là nguyên nhân dẫn đến sữa dễ bị ứ, dẫn đến cương tắc tuyến vú khiến cho người mẹ gặp khó khăn trong việc cho con bú. Những nguyên nhân này làm giảm tỷ lệ cho con BMHT của sản phụ [13].

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ BMS sau sinh là 91,5% (95% CI: 88,8% - 94,3%), tỷ lệ BMHT trong 24 giờ đầu sau sinh là 35,7% (95% CI: 31,0% - 40,4%). Khả năng cho con BMHT cao hơn ở nhóm có tham gia lớp học/tập huấn tiền sản, sinh ngã âm đạo, sinh con đủ tháng, nhóm nhận được sự giúp đỡ từ gia đình trong việc cho con bú mẹ, cho con bú đúng cách và không có vấn đề về vú. Nhìn chung, tỷ lệ BMHT trong 24 giờ đầu sau sinh là thấp, tăng cường các lớp học tiền sản, tổ chức đơn nguyên về sữa mẹ và hỗ trợ cho con bú mẹ sau sinh là cần thiết nhằm tăng tỷ lệ BMHT sau sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] UNICEF and WHO, Capture the moment: early initiation of breastfeeding: the best start for every newborn. 2021, New York: United Nations Children's Fund.
- [2] Ghanbarnejad, A., S. Abedini, and L. Taqipoor, Exclusive breastfeeding and its related factors among infants in Bandar Abbas city, Iran. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 2014. 16(1): p. 85-91.
- [3] Kang NM et al., Breastfeeding Initiation and Continuation by Employment Status among Korean Women. *J Korean Acad Nurs*, 2015. 45(2): p. 306-13.
- [4] Edmond KM et al., Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*, 2006. 117(3): p. e380-6.
- [5] Smith ER et al., Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 2017. 12(7): p. e0180722.
- [6] Tổng cục Thống kê Việt Nam and UNICEF, Điều tra các mục tiêu phát triển bền vững về trẻ em và phụ nữ Việt Nam 2020-2021, B.c.k.q.đ. tra, Editor. 2021, Tổng cục Thống kê, Hà Nội, Việt Nam.
- [7] Tornese G et al., Does the LATCH score assessed in the first 24 hours after delivery predict non-exclusive breastfeeding at hospital discharge? *Breastfeeding Medicine*, 2012. 7(6): p. 423-430.
- [8] García-de-León-González R et al., Becoming baby-friendly in Spain: a quality-improvement process. *J Acta Paediatrica*, 2011. 100(3): p. 445-450.
- [9] Nguyễn Thị Hồng Hạnh, Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ cho con bú sữa mẹ hoàn toàn trong thời gian nằm viện tại Bệnh viện quốc tế Hạnh Phúc, in Chuyên ngành Sản phụ khoa; 2019, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
- [10] Nguyễn Thị Sơn, Trần Anh Vũ, Một số yếu tố liên quan đến thực hành cho trẻ bú sớm của bà mẹ tại khoa sản, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2018; *Tạp chí Khoa học và công nghệ - Đại học Thái Nguyên*, 2019. 194(1): p. 121-125.
- [11] Mirahmadizadeh A et al., Evaluation of breastfeeding patterns in the first 24 h of life and associated factors in south of Iran: A cross-sectional study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 2019. 8(1): p. 33-37.
- [12] Hoàng Thị Nam Giang, Đỗ Thị Thúy Duy, Nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ trong thời gian nằm viện sau sinh và các yếu tố liên quan; *Tạp chí Khoa học và Công nghệ - Đại học Đà Nẵng*, 2022: p. 78-82.
- [13] Walker M, Formula supplementation of breast-

fed infants: helpful or hazardous? ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition, 2015. 7(4): p. 198-207.

- [14] Kuyper, E., B. Vitta, K. Dewey, Tác động của mô đề tới tình trạng nuôi con bằng sữa mẹ và các chiến lược hỗ trợ nuôi con bằng sữa mẹ. Mô đề

và nuôi con bằng sữa mẹ, in Cập nhật chuyên đề A&T. 2014, Alive và thrive Việt Nam, Bộ Y tế, p. 1-11.



THE CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF ACUTE EXACERBATIONS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE COMPLICATED WITH INFECTION

Le Thi Minh Hien^{1*}, Do Thai Phuong², Tran Ngoc Anh¹, Nghiem Chi Cuong²

¹Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy - 284 Luong Ngoc Quyen, Quang Trung, Thai Nguyen City, Thai Nguyen, Vietnam

²A Thai Nguyen Hospital - Thinh Dan, Thai Nguyen City, Thai Nguyen, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 10/08/2023; Accepted: 23/09/2023

ABSTRACT

Objective: 1. Describe the clinical and subclinical characteristics of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease complicated with infection (AECOPD); 2. Evaluation of treatment results of AECOPD.

Methods: 33 patients with AECOPD were examined and treated at A Thai Nguyen Hospital from April 1, 2023 to September 9, 2023. Use the cross-sectional descriptive method. Research criteria: clinical symptoms, subclinical and treatment results.

Results: Common functional symptoms: dyspnea (60.6%), purulent sputum (84.8%), fever (60.6%), dry cough (72.7%), chest pain (54.5%). The physical symptoms encountered: respiratory muscle contraction (24.2%), hissing, snoring (51.5%), crackles, wet rales (75.8%). The lesion images: alveolar dilatation, interstitial lesions and hyperintensity of bilateral pulmonary bronchial branches. Mixed ventilation disorders were the most common (63.6%). There were 6 patients with positive sputum culture, 13 patients with increased white blood cell count, 19 patients with increased CRP concentration ($61 \pm 47\text{mg/L}$) and 16 patients with increased PCT ($0.279 \pm 0.228\text{ ng/ml}$). 30 stable patients were discharged from the hospital.

Conclusion: Common symptoms: dyspnea, purulent sputum, fever, dry cough, chest pain, respiratory muscle contractions, hissing rales, snoring rales, crackles, wet rales. The lesions images: alveolar dilatation, interstitial lesions and hyperintensity of bilateral pulmonary bronchial branches. Mixed ventilation disorders are the most common. There were 6 patients with positive sputum culture, 13 patients with increased WBC count, 19 patients with increased CRP concentration, 16 patients with increased PCT, 30 stable patients discharged from hospital.

Keywords: Clinical, subclinical, acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease complicated with infection.

*Corresponding author

Email address: leminhhien143@gmail.com

Phone number: (+84) 972269120

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH NHIỄM KHUẨN

Lê Thị Minh Hiền^{1*}, Đỗ Thái Phương², Trần Ngọc Anh¹, Nghiêm Chí Cường²

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên - 284 Lương Ngọc Quyến, Quang Trung, Thành phố Thái Nguyên, Thái Nguyên, Việt Nam

²Bệnh viện A Thái Nguyên - Thịnh Đán, Thành phố Thái Nguyên, Thái Nguyên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 10/08/2023; Ngày duyệt đăng: 23/09/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn; 2. Đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu được thực hiện trên 33 bệnh nhân có đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có nhiễm khuẩn đến khám và điều trị tại Bệnh viện A Thái Nguyên từ 01/04/2023 đến 09/2023. Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang. Chỉ tiêu nghiên cứu: triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị.

Kết quả: Các triệu chứng cơ năng thường gặp: khó thở (60,6%), khạc đờm mủ (84,8%), sốt (60,6%), ho khan (72,7%), đau ngực (54,5%). Các triệu chứng thực thể gặp: co kéo cơ hô hấp (24,2%), ran rít, ran ngáy (51,5%), ran nổ, ran ẩm (75,8%). Các hình ảnh tổn thương gặp phổ biến: giãn phế nang, tổn thương kẽ và tăng đậm các nhánh phế huyết quản trường phổi hai bên. Rối loạn thông khí hỗn hợp là phổ biến nhất (63,6%). Có 6 bệnh nhân cây đờm dương tính, có 13 bệnh nhân tăng số lượng bạch cầu, 19 bệnh nhân tăng nồng độ CRP ($61 \pm 47\text{mg/L}$) và 16 bệnh nhân tăng PCT ($0,279 \pm 0,228\text{ ng/ml}$). 30 bệnh nhân ổn định ra viện.

Kết luận: Các triệu chứng thường gặp: khó thở, khạc đờm mủ, sốt, ho khan, đau ngực, co kéo cơ hô hấp, ran rít, ran ngáy, ran nổ, ran ẩm. Các tổn thương gặp phổ biến: giãn phế nang, tổn thương kẽ và tăng đậm các nhánh phế huyết quản trường phổi hai bên, Rối loạn thông khí hỗn hợp là phổ biến nhất, có 6 bệnh nhân cây đờm dương tính, có 13 bệnh nhân tăng số lượng bạch cầu, 19 bệnh nhân tăng nồng độ CRP, 16 bệnh nhân tăng PCT, 30 bệnh nhân ổn định ra viện.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2017, COPD là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 3 với khoảng 3,2 triệu người chết và 329 triệu người mắc trên toàn thế giới. Theo dự đoán, tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong sẽ còn tiếp tục gia tăng trong những thập kỷ tới do tăng tiếp xúc các yếu tố nguy cơ COPD và tình trạng già đi của

dân số. Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là biểu hiện một tình trạng nặng của bệnh. Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được định nghĩa là sự thay đổi các triệu chứng ho, khạc đờm, khó thở vượt quá dao động hàng ngày ở bệnh nhân, bệnh làm chức năng hô hấp suy giảm nhanh hơn, ảnh hưởng đến thể lực, đến chất lượng cuộc sống, sức khỏe của bệnh nhân và gia tăng nguy

*Tác giả liên hệ

Email: leminhhien143@gmail.com

Điện thoại: (+84) 972269120

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



cơ nhiễm khuẩn Bệnh viện, đòi hỏi phải thay đổi điều trị. Đặc biệt tỷ lệ tử vong tăng cao ở những bệnh nhân phải nhập viện nhiều lần vì đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính [1]. Bởi vậy một trong những mục tiêu điều trị quan trọng theo hướng dẫn GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - Chiến lược toàn cầu về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính) là phòng tránh được các đợt cấp [2].

Nhiễm trùng là nguyên nhân thường gặp nhất của đợt cấp BPTNMT. Có đến 80% số bệnh nhân bị đợt cấp BPTNMT có nguyên nhân từ nhiễm trùng, trong đó có ít nhất từ 40 - 50% là do nhiễm vi khuẩn [3]. Tiên lượng sống còn dài hạn của bệnh nhân nhập viện do đợt cấp BPTNMT khá thấp, với tỷ lệ tử vong sau 5 năm lên đến 50%. Tình trạng nhiễm trùng ở những bệnh nhân này trong đợt cấp của BPTNMT thường rất nặng nề và đặc biệt là có nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện rất cao với những chủng vi khuẩn đa kháng thuốc.

Đây là thách thức lớn đối với các bác sĩ trong việc lựa chọn kháng sinh hợp lý để vừa đảm bảo hiệu quả trên bệnh nhân, vừa giảm tỷ lệ đề kháng kháng sinh. Để có cái nhìn tổng quan về đợt cấp COPD có nhiễm trùng. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu sau:

1. *Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn.*

2. *Đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn.*

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chọn 33 bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn đến khám và điều trị tại Bệnh viện A Thái Nguyên.

* Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân COPD

Chẩn đoán COPD và chẩn đoán đợt cấp COPD dựa vào GOLD 2018 [2]

* **Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn:** Có ít nhất 2 trong các dấu hiệu sau:

Sốt > 38°C hoặc hạ thân nhiệt < 36°C. Nhịp tim nhanh > 90 lần/phút, Tần số thở > 20 lần/phút. Bạch cầu tăng > 12.000 hoặc giảm < 4000/mm³. Dấu hiệu nhiễm khuẩn khi cấy máu hoặc nhuộm gram, cấy đờm, nước tiểu hoặc dịch vô khuẩn của cơ thể dương tính với sinh vật gây bệnh.

* Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân COPD có các bệnh đồng mắc: lao phổi đang hoạt động, tràn khí màng phổi, ung thư, bệnh lý tim mạch cấp tính. Bệnh nhân viêm phổi do hóa chất, tổn thương phổi do thuốc. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội bệnh viện A Thái Nguyên.

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ, thuận tiện.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu và các chỉ tiêu nghiên cứu

- Bệnh nhân được phỏng vấn, khám lâm sàng và được làm các xét nghiệm cận lâm sàng, kết quả điều trị được ghi chép đầy đủ vào hồ sơ bệnh án.

- Triệu chứng lâm sàng: Ho, khạc đờm mạn tính. Số lượng đờm tăng, từ trong sang đục, vàng, xanh, Triệu chứng cơ năng theo bảng điểm CAT và mMRC, Khó thở, Sốt/không sốt, Ho, Đau ngực, Co kéo cơ hô hấp, Ran rít, ran ngáy, ran ẩm, ran nổ.

- Cận lâm sàng: Xét nghiệm huyết học: số lượng bạch cầu, Xét nghiệm vi sinh: cấy đờm, Định lượng các chỉ số viêm: PCT, CRP huyết tương.

2.4. Xử lý số liệu

- Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu có sự chấp thuận của Ban Giám đốc Bệnh viện A Thái Nguyên và bệnh nhân. Nghiên cứu được tiến hành một cách trung thực và nghiêm túc.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm nghiên cứu (n = 33)			
		Nam (n = 29)		Nữ (n = 4)	
		n	%	n	%
Nhóm tuổi	< 60	4	12,1	0	0
	60 - 79	19	57,6	3	9,1
	>= 80	6	18,2	1	3,0
Nghề nghiệp	Nông dân	27	81,8	4	12,1
	Hưu trí	2	6,1	0	0
Số đợt cấp/năm	n (%)				
0 – 1	14 (42,4%)				
≥ 2	19 (58,6%)				
$\bar{X} \pm SD$	1,91 ± 1,07 (1 - 6)				

Nhận xét: Bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn đa số là nam giới ở nhóm tuổi từ 60 đến 79 tuổi chiếm 57,6 % cao hơn so với nữ giới (9,1%).

Tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở nông dân (93,9%), nghỉ hưu (6,1%). Số đợt cấp trung bình $1,91 \pm 1,07$ dao động 1 – 6; số trường hợp có ≥ 2 đợt cấp/năm chiếm tỷ lệ 58,6%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng, thực thể

Triệu chứng	n = 33	Tỷ lệ %
Khó thở	20	60,6
Đờm đục, xanh, vàng	28	84,8
Sốt	20	60,6
Đau ngực	18	54,5
Ho khan	24	72,7
Co kéo lồng ngực	08	24,2
Ran rít, ngáy	17	51,5
Tím môi, đầu chi	3	9,1
Ran nổ, ẩm	25	75,8
Phù 2 chi dưới	01	3,0
Lồng ngực hình thùng	01	3,0
Hội chứng 3 giảm	01	3,0

Nhận xét: Các triệu chứng cơ năng gặp phổ biến: khó thở (60,6%), khạc đờm mủ (84,8%), sốt (60,6%), ho khan (72,7%), đau ngực (54,5%). Các triệu chứng thực

thể gặp phổ biến: co kéo cơ hô hấp (24,2%), ran rít, ran ngáy (51,5%), tím môi, đầu chi (9,1%), ran nổ, ran ẩm (75,8%). Các triệu chứng khác gặp với tỷ lệ thấp hơn.



Bảng 3. Đánh giá triệu chứng theo bảng điểm CAT và mMRC

CAT			mMRC		
Điểm	n = 33	Tỷ lệ %	Điểm	n = 33	Tỷ lệ %
< 10	15	45,5	0 - 1	14	42,4
≥ 10	18	54,5	≥ 2	19	47,6
$\bar{X} \pm SD$	11,7 ± 2,8	9 - 17	$\bar{X} \pm SD$	1,9 ± 1,1	0 - 4

Nhận xét: Điểm CAT ($\bar{X} \pm SD$): 11,7 ± 2,8, dao động 9 – 17. Điểm mMRC là 1,9 ± 1,1, dao động 0 – 4. 54,5% trường hợp có nhiều triệu chứng (CAT ≥ 10) và 47,6 % có mMRC ≥ 2.

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng	n = 33	Tỷ lệ %
X quang phổi		
Giãn phế nang	8	24,2
Tổn thương kẽ	14	42,4
Xẹp phổi	2	6,1
Tràn dịch màng phổi	1	3,0
Tăng đậm các nhánh phế huyết quản trường phổi hai bên	10	30,3
Đo thông khí		
Rối loạn thông khí hỗn hợp	21	63,6
Rối loạn thông khí tắc nghẽn	7	21,2
Rối loạn thông khí hạn chế	5	15,2
Cấy đờm		
Âm tính	27	81,8
Dương tính	6	18,2
Đặc điểm cận lâm sàng	n = 33	$\bar{X} \pm SD$
Số lượng Bạch cầu/mm³		
≤ 12.000/ mm ³	20	8560 ± 1412
> 12.000/ mm ³	13	13715 ± 2171
Nồng độ CRP (mg/L)		
≤ 10mg/L	14	2,7 ± 2,2
> 10 mg/L	19	61 ± 47
Nồng độ PCT (ng/mL)		
≤ 0,05 ng/mL	17	0,039 ± 0,005
> 0,05 ng/mL	16	0,279 ± 0,228

Nhận xét: Các hình ảnh tổn thương gặp phổ biến: giãn phế nang, tổn thương kẽ và tăng đậm các nhánh phế huyết quản trường phổi hai bên, Rối loạn thông khí hỗn hợp là phổ biến nhất (63,6%), có 6 bệnh nhân cấy đờm

dương tính, có 13 bệnh nhân tăng số lượng bạch cầu, 19 bệnh nhân tăng nồng độ CRP (61 ± 47mg/L) và 16 bệnh nhân tăng PCT (0,279 ± 0,228 ng/mL).

Bảng 5. Kết quả điều trị của bệnh nhân

Kết quả điều trị	n = 33	Tỷ lệ %
Ổn định ra viện	30	90,9
Nặng, chuyển khoa HSCC	2	6,1
Nặng, chuyển viện	1	3,0

Nhận xét: Qua thời gian điều trị có 30 bệnh nhân ổn định ra viện chiếm 90,9%, 02 bệnh nhân nặng được chuyển sang khoa Hồi sức cấp cứu và 01 bệnh nhân nặng phải chuyển viện tuyến cao hơn.

4. BÀN LUẬN

Bệnh nhân COPD thường gặp ở nhóm tuổi trên 40 tuổi, tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở nam cao hơn nữ, nhưng đã có một số báo cáo ghi nhận tỷ lệ mắc bệnh ở nam và nữ gần tương đương nhau, phản ánh mô hình hút thuốc ở nữ đang có xu hướng gia tăng [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: đa số là nam giới mắc bệnh và gặp ở nhóm tuổi từ 60 đến 79 tuổi chiếm 57,6 % cao hơn so với nữ giới (9,1%). Tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở nông dân (93,9%), nghỉ hưu (6,1%). Theo nghiên cứu của Yanyan Li và cộng sự (2017), cho thấy tuổi trung bình của nhóm đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn là $66,9 \pm 7,1$ tuổi, nam chiếm 80,61%, nữ giới chiếm 19,39% [5]. Điều này chứng tỏ với độ tuổi càng cao (trên 60 tuổi) thì tỉ lệ mắc đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính càng lớn tức nguy cơ nhiễm khuẩn càng lớn do hệ thống hô hấp và các chức năng này dần suy giảm theo thời gian.

Đợt cấp COPD là một biến cố quan trọng trong tiến trình tự nhiên ở bệnh nhân COPD bởi các ảnh hưởng tiêu cực đến tình trạng sức khỏe, tỷ lệ nhập viện, tái nhập viện và tiến triển của bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi có số đợt cấp trung bình $1,91 \pm 1,07$ dao động 1 – 6; số trường hợp có ≥ 2 đợt cấp/năm chiếm tỷ lệ 58,6%. Cho đến nay, không có dấu ấn sinh học nào trong đờm hoặc huyết thanh được xác định có độ nhạy và độ đặc hiệu đủ tốt để có thể xác định được sự hiện diện hoặc mức độ nặng của đợt cấp. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Dhamane AD và cộng sự (2015), nghiên cứu 52.459 bệnh nhân, thời gian theo dõi 24 tháng, ghi nhận 44,3% số bệnh nhân có ít nhất 1 đợt cấp/năm, 8,5% số trường hợp có > 3 đợt cấp/năm, tác giả ghi nhận tần suất đợt cấp làm tăng tỷ lệ nhập viện, tái nhập viện và tăng chi phí điều trị [6].

Mục tiêu trong đánh giá bệnh nhân COPD theo hướng dẫn của GOLD là đánh giá mức độ tắc nghẽn, mức độ triệu chứng tác động lên tình trạng sức khỏe của bệnh

nhân và nguy cơ xuất hiện các biến cố trong tương lai (đợt cấp, nhập viện, tử vong). Hướng dẫn của GOLD phân loại bệnh nhân thành 4 nhóm A, B, C, D dựa trên 3 tiêu chí: mức độ tắc nghẽn, tần suất đợt cấp 12 tháng trước và mức độ triệu chứng dựa trên thang điểm mMRC hoặc CAT. Kết quả nghiên cứu ở bảng 3 cho thấy điểm CAT trung bình $11,7 \pm 2,8$ (9 – 17). Điểm mMRC trung bình $1,9 \pm 1,1$ (0 – 4). 54,5% trường hợp có nhiều triệu chứng ($CAT \geq 10$) và 47,6 % có mMRC ≥ 2 . Một số nghiên cứu chỉ ra sự khác biệt trong đánh giá triệu chứng giữa 2 thang điểm, Lee CH và CS (2015) nghiên cứu 428 bệnh nhân COPD tại Hàn Quốc cho thấy tỷ lệ các nhóm A, B, C, D theo thang điểm CAT: 24,5%, 47,2%, 4,2%, 24,1%; theo thang điểm mMRC: 49,3%, 22,4%, 8,9%, 19,4% [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các triệu chứng cơ năng gặp phổ biến là: khó thở (60,6%), khạc đờm mù (84,8%) ho khan (72,7%), đau ngực (54,5%) và sốt (60,6%) các triệu chứng thực thể gặp phổ biến là: co kéo cơ hô hấp (24,2%), ran rít, ran ngáy (51,5%), tím môi, đầu chi (9,1%), ran nổ, ran ẩm (75,8%). Kết quả của chúng tôi cũng tương tự nhiều nghiên cứu của Shetty R và cộng sự nghiên cứu 668 bệnh nhân đợt cấp COPD ghi nhận: phù (69,2%), đau chi dưới (45,2%), khó thở (33,7%), ho (9,3%), đau ngực (7,9%), ho máu (2,8%) [8].

Các dấu hiệu X quang phổi cũng là cận lâm sàng thường quy ở bệnh nhân có đợt cấp COPD nhiễm khuẩn với các hình ảnh giảm tưới máu (oligemia) khu trú, xung huyết bên phổi bị tổn thương, giãn các động mạch rốn phổi, xẹp phổi, tràn dịch màng phổi... tuy nhiên các hình ảnh này cũng có thể gặp trên các bệnh lý phổi khác vì vậy chụp X Quang có giá trị trong theo dõi điều trị bệnh tốt hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi các hình ảnh tổn thương gặp phổ biến như giãn phế nang, tổn thương kẽ và tăng đậm các nhánh phế huyết quản trường phổi hai bên. Theo nghiên cứu của Hoàng Bùi Hải, Nguyễn Đạt Anh (2015) ghi nhận: Xquang phổi bình thường (29,8%); tràn dịch màng phổi (24,6%), xẹp phổi (17,5%), vòm hoành nâng cao (7%) giãn cung động mạch phổi (10,5%), thâm nhiễm nhu mô phổi (10,5%), dấu hiệu Westermarck (3,5%), dấu hiệu Hampton's hump (3,5%) [9].

Nghiên cứu của Wen Zhou và Jie Tan (2021) cho thấy vi khuẩn gram âm là mầm bệnh chính của đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính phức tạp với nhiễm trùng phổi, trong đó Klebsiella pneumoniae (23,73%) và Pseudomonas aeruginosa (20,34%) chiếm tỷ lệ cao nhất [10]. Theo như nghiên cứu của chúng tôi có 6 bệnh nhân cấy đờm dương tính chủ yếu là vi khuẩn Pseudomonas aeruginosa và enterobacter cloacae. Bởi đường hô hấp là vị trí nhiễm đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính gây bệnh thường gặp nhất, có thể là do sự suy yếu tính đàn hồi của phế nang, suy giảm nhu động đường mật phế quản và khó loại trừ dịch tiết phổi ở bệnh nhân đợt cấp

bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Bên cạnh đó, chức năng miễn dịch của bệnh nhân cũng bị suy yếu, dẫn đến tăng nguy cơ nhiễm bệnh.

C Reactive Protein (CRP) được sử dụng khá thường quy trong điều trị bệnh nhân nhiễm khuẩn. Tuy nhiên, CRP có độ đặc hiệu không cao. Mặt khác, nồng độ CRP gia tăng chậm sau nhiễm khuẩn và cũng giảm chậm sau vài ngày điều trị, nên khó đánh giá sớm đáp ứng điều trị. Procalcitonin (PCT) đã được nhiều nghiên cứu chứng minh là có giá trị chẩn đoán và tiên lượng nhiễm khuẩn cao hơn so với CRP. Nồng độ PCT huyết thanh tăng nhanh khi nhiễm khuẩn và giảm nhanh khi nhiễm khuẩn được kiểm soát, với thời gian bán hủy là 24 - 30 giờ. Biến đổi nồng độ PCT đánh giá đáp ứng điều trị và tiên lượng bệnh nhân nhiễm khuẩn. Một số nghiên cứu đã cho thấy thay đổi nồng độ của PCT trong quá trình điều trị có giá trị hơn so với giá trị PCT ban đầu trong tiên lượng điều trị bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng/sốc nhiễm khuẩn. Việc kết hợp hai xét nghiệm này có giá trị cao hơn sử dụng xét nghiệm riêng lẻ. Nghiên cứu của Zhou W, Tan J. (2021) cho thấy nồng độ CRP, PCT huyết tương ở nhóm AECOPD nhiễm khuẩn cao hơn nhóm AECOPD không nhiễm khuẩn rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ [10]. Theo nghiên cứu của chúng tôi có 19 bệnh nhân tăng nồng độ CRP ($61 \pm 47\text{mg/L}$) và 16 bệnh nhân tăng PCT ($0,279 \pm 0,228\text{ng/mL}$).

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trung Kiên cho thấy tỷ lệ bệnh nhân điều trị thành công ra viện là 70,7%. Tỷ lệ tử vong/xin về là 29,3% [11]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ điều trị ổn định ra viện là chiếm 90,9%, 02 bệnh nhân nặng được chuyển sang khoa Hồi sức cấp cứu và 01 bệnh nhân nặng phải chuyển viện tuyến cao hơn.

Lựa chọn đúng phác đồ điều trị là vấn đề quan trọng để cải thiện tình trạng bệnh COPD đặc biệt bệnh nhân có đợt cấp nhiễm khuẩn. Trong đó triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng như chụp X quang, Đo thông khí và các xét nghiệm máu như CRP, PCT rất có ý nghĩa trong chẩn đoán và theo dõi bệnh.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 33 bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn cho thấy các triệu chứng cơ năng gặp phổ biến: khó thở (60,6%), khạc đờm mủ (84,8%), sốt (60,6%). Ho khan (72,7%), Đau ngực (54,5%). Các triệu chứng thực thể gặp phổ biến: co kéo cơ hô hấp (24,2%), ran rít, ran ngáy (51,5%), tím môi, đầu chi (9,1%), ran nổ, ran ẩm (75,8%). Các hình ảnh tổn thương gặp phổ biến: giãn phế nang, tổn thương kẽ và tăng đậm các nhánh phế huyết quản trường phổi hai bên, Rối loạn thông khí hỗn hợp là phổ biến nhất (63,6%), có 6 bệnh nhân cây đờm dương tính, có 13 bệnh nhân tăng số lượng BC, 19 bệnh nhân tăng nồng độ CRP ($61 \pm 47\text{mg/L}$) và 16 bệnh nhân tăng PCT

($0,279 \pm 0,228\text{ng/mL}$). Có 30 bệnh nhân ổn định ra viện chiếm 90,9%, 02 bệnh nhân nặng được chuyển sang khoa Hồi sức cấp cứu và 01 bệnh nhân nặng phải chuyển viện tuyến cao hơn.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Ban giám đốc Bệnh viện A Thái Nguyên, Khoa Sinh hóa, Khoa Nội - Bệnh viện A Thái Nguyên và Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên đã tạo điều kiện cho chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Schmidt SAJ, Johansen MB, Olsen M et al., The impact of exacerbation frequency on mortality following acute exacerbations of COPD: A registry - based cohort study. *BMJ Open*. Published online 2014. doi:10.1136/bmjopen - 2014 - 006720.
- [2] GOLD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Executive Summary: Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2018 report: <http://www.gold.copd.org>.
- [3] Bộ Y tế, Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn” Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”. Số: 2767/QĐ-BYT, ngày 04/7/2023.
- [4] Smith MC, Wrobel JP, Epidemiology and clinical impact of major comorbidities in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*; 2014, 9: 871-888
- [5] Li Y, Xie L, Xin S, Li K, Values of procalcitonin and C-reactive proteins in the diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease having concomitant bacterial infection. *Pak J Med Sci*. 2017; 33(3): 566-569. doi: 10.12669/pjms.333.12554.
- [6] Dhamane AD, Moretz C, Zhou Y et al., COPD exacerbation frequency and its association with health care resource utilization and costs. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*; 2015, 10: 2609-2618.
- [7] Lee CH, Lee J, Park YS et al., Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) assessment test scores corresponding to modified Medical Research Council grades among COPD patients. *Korean J Intern Med*; 2015, 30(5): 629-637.
- [8] Shetty R, Seddighzadeh A, Piazza G et al., Chronic obstructive pulmonary disease and deep vein thrombosis: a prevalent combination. *J Thromb Thrombolysis*; 2008, 26(1): 35-40.
- [9] Hoàng Bùi Hải, Nguyễn Đạt Anh, X quang phổi thường quy trong chẩn đoán tắc động mạch phổi cấp. *TCNCYH*; 2015, 98(6): 1-8.

- [10] Zhou W, Tan J, The expression and the clinical significance of eosinophils, PCT and CRP in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease complicated with pulmonary infection. *Am J Transl Res.* 2021;13(4):3451-3458.
- [11] Nguyễn Trung Kiên, Đánh giá đặc điểm vi khuẩn gây nhiễm khuẩn phổi ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Khoa Hồi sức tích cực, Luận văn thạc sĩ y học 2012, Trường Đại học Y Hà Nội.



SURVEY THE ANTIBIOTIC RESISTANCE OF ESCHERICHIA COLI AND KLEBSIELLA PNEUMONIAE CAUSING URINARY TRACT INFECTIONS AT DA NANG C HOSPITAL

Truong Thi Thu Suong, Nguyen Thi Doan Trinh*

Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy - 99 Hung Vuong, Hai Chau District, Da Nang city, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 25/08/2023; Accepted: 02/10/2023

ABSTRACT

Introduction: Urinary tract infections are often caused by many different causes such as viruses, parasites, fungi, bacteria ... in which bacteria are the most common cause. Using antibiotics to treat infections can lead to an increase in antibiotic-resistant and multi-resistant strains of bacteria. Determining the correct cause of urinary tract infections and the level of antibiotic resistance of bacteria will help to treat effectively, reduce treatment costs, and limit the increase of antibiotic-resistant bacteria.

Objective: Determining the rate of E.coli and K.pneumoniae causing urinary tract infections and antibiotic resistance of bacteria at Da Nang C Hospital.

Subject and method: A cross-sectional retrospective study on 299 bacterial strains isolated from urine specimens diagnosed with urinary tract infections at C Hospital Da Nang from January 1, 2022 to December 31, 2022. Bacterial strains were identified by culture identification and antibiogram by the Kirby Bauer method.

Results: Among 299 bacterial strains isolated from urinary tract infections, 57.2% E.coli and 17.7% K.pneumoniae. In which, the rate of E. coli producing ESBL was 51.5% and K. pneumoniae producing ESBL was 58.5%. E.coli has a high resistance rate of over 80% with Ampicillin and over 50% with Cefuroxime axetil, Trimethoprim/ Sulfamethoxazole, Ofloxacin, Levofloxacin, Ciprofloxacin, Ceftazidime, Tetracycline, Ceftriaxone, Cefotaxime. E.coli is still highly sensitive over 90% to combination antibiotics and carbapenem group. Multi-resistant E.coli accounted for 44.4%. K.pneumoniae is completely resistant to Ceftazidime and over 80% resistant to Amoxicillin/ Clavulanic acid, Levofloxacin, Ciprofloxacin, Ofloxacin, and is more than 50% resistant to most antibiotics. K.pneumoniae is still more than 90% sensitive to Chloramphenicol. K.pneumoniae multi-resistant accounted for 58.5%.

Conclusions: The rate of E.coli, K. pneumoniae isolated in urinary infection was 57.2% and 17.7%. The isolated bacteria were resistant to many commonly used antibiotics to varying degrees. Appeared with a high rate of many strains of E.coli, K. pneumoniae producing ESBL (51.5% and 58.5%) and multi-antibiotic resistance (44.4% and 58.5%).

Keywords: E.coli, K. pneumoniae, urinary tract infections, antibiotic resistance.

*Corresponding author

Email address: doantrinhxn@dhktyduocdn.edu.vn

Phone number: (+84) 973606763

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

KHẢO SÁT TÍNH KHÁNG KHÁNG SINH CỦA ESCHERICHIA COLI VÀ KLEBSIELLA PNEUMONIAE GÂY NHIỄM TRÙNG TIẾT NIỆU TẠI BỆNH VIỆN C ĐÀ NẴNG

Trương Thị Thu Sương, Nguyễn Thị Đoan Trinh*

Trường Đại học Kỹ thuật Y Dược Đà Nẵng - 99 Hùng Vương, quận Hải Châu, TP. Đà Nẵng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 25/08/2023; Ngày duyệt đăng: 02/10/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm trùng tiết niệu thường do nhiều loại căn nguyên khác nhau gây ra như virus, ký sinh trùng, nấm, vi khuẩn... trong đó vi khuẩn là căn nguyên thường gặp nhất. Sử dụng kháng sinh điều trị bệnh nhiễm trùng có thể làm gia tăng các chủng vi khuẩn đề kháng và đa kháng với kháng sinh. Xác định đúng căn nguyên gây NTTN và mức độ kháng kháng sinh của các vi khuẩn sẽ giúp cho việc điều trị có hiệu quả, giảm được chi phí điều trị, hạn chế sự gia tăng vi khuẩn đề kháng kháng sinh.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ E.coli và K.pneumoniae gây nhiễm trùng tiết niệu và tính kháng kháng sinh của vi khuẩn tại Bệnh viện C Đà Nẵng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 299 chủng vi khuẩn phân lập được từ mẫu bệnh phẩm nước tiểu được chẩn đoán nhiễm trùng tiết niệu tại Bệnh viện C Đà Nẵng từ 01/2022 đến 31/12/2022. Các chủng vi khuẩn được xác định bằng nuôi cấy định danh và làm kháng sinh đồ bằng phương pháp Kirby Bauer.

Kết quả: Trong 299 chủng vi khuẩn được phân lập từ các bệnh nhân nhiễm trùng tiết niệu có 57,2% E.coli và 17,7% K.pneumoniae. Trong đó, tỷ lệ E. coli sinh ESBL là 51,5% và K. pneumoniae sinh ESBL là 58,5%. E.coli có tỷ lệ đề kháng cao trên 80% với Ampicillin và trên 50% với Cefuroxime axetil, Trimethoprim/ Sulfamethoxazole, Ofloxacin, Levofloxacin, Ciprofloxacin, Ceftazidime, Tetracycline, Ceftriaxone, Cefotaxime. E.coli còn nhạy cảm cao trên 90% với các kháng sinh kết hợp và nhóm Carbapenem. E.coli đa kháng chiếm 44,4%. K.pneumoniae đề kháng hoàn toàn với Ceftazidime và đề kháng cao trên 80% với Amoxicillin/ Clavulanic acid, Levofloxacin, Ciprofloxacin, Ofloxacin, đề kháng trên 50% với hầu hết các loại kháng sinh. K.pneumoniae còn nhạy cảm trên 90% với Cloramphenicol. K.pneumoniae đa kháng chiếm 58,5%.

Kết luận: Tỷ lệ E.coli, K. pneumoniae phân lập được trong nhiễm trùng tiết niệu là 57,2% và 17,7%. Các vi khuẩn phân lập được đã đề kháng với nhiều kháng sinh thường dùng với các mức độ khác nhau. Xuất hiện với tỷ lệ khá cao nhiều chủng E.coli, K. pneumoniae sinh ESBL (51,5% và 58,5%) và đa kháng kháng sinh (44,4% và 58,5%).

Từ khóa: E.coli, K. pneumoniae, nhiễm trùng tiết niệu, kháng kháng sinh.

*Tác giả liên hệ
Email: doantrinhxn@dhktyduocdn.edu.vn
Điện thoại: (+84) 973606763
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng tiết niệu (NTTN) là một bệnh lý nhiễm trùng phổ biến xảy ra ở mọi lứa tuổi và trên toàn thế giới. Nhiễm trùng tiết niệu thường do nhiều loại căn nguyên khác nhau gây ra như virus, ký sinh trùng, nấm, vi khuẩn... trong đó vi khuẩn là căn nguyên thường gặp nhất. Nhiều nghiên cứu cho thấy các vi khuẩn Gram âm chiếm chủ yếu trong những tác nhân gây nhiễm trùng tiết niệu, trong đó *E.coli* và *Klebsiella pneumoniae* là tác nhân thường gặp nhất [1], [2], [3]. Ở những bệnh nhân nhiễm trùng tiết niệu phức tạp, đa phần đều nhiễm các loại vi khuẩn với tỷ lệ kháng kháng sinh cao. Theo nghiên cứu của Ngô Đức Kỳ (2022) cho thấy tỷ lệ *E. coli* sinh ESBL là 47,4%. *E.coli* kháng với nhóm kháng sinh Quinolone từ 42,1 – 57,9%; kháng với nhóm Cephalosporin 42,1 – 73,7%; Ampicillin và Piperacillin 84,2%; Cotrimoxazol và Ampicillin/Sulbactam là 57,9% [4]. Ở nghiên cứu Trần Phú Vinh (2022) tỷ lệ *K.pneumoniae* sinh men ESBL là 76,7%. Tỷ lệ *K.pneumoniae* đa kháng là 94,0%. *K.pneumoniae* kháng hoàn toàn với kháng sinh nhóm Beta-lactam; kể đến nhóm Quinolone là 96% [5]. Sự xuất hiện của các chủng vi khuẩn đa kháng, sinh ESBL, sinh carbapenemase; cùng với sự khan hiếm các dòng kháng sinh mới dẫn đến việc điều trị các bệnh lý nhiễm khuẩn ngày càng khó khăn hơn, làm ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh. Việc xác định đúng căn nguyên gây nhiễm trùng tiết niệu và mức độ kháng kháng sinh của chúng có thể giúp cho việc lựa chọn kháng sinh trong điều trị được chính xác hơn, tăng hiệu quả điều trị, giảm bớt vấn đề kinh tế và hạn chế khả năng lây lan tính kháng thuốc của vi khuẩn. Vì vậy, chúng tôi đã tiến hành đề tài: “Khảo sát tính kháng kháng sinh của *Escherichia coli* và *Klebsiella pneumoniae* gây nhiễm trùng tiết niệu tại Bệnh viện C Đà Nẵng” với 2 mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ *E.coli* và *K.pneumoniae* gây nhiễm trùng tiết niệu tại Bệnh viện C Đà Nẵng.

2. Khảo sát tính kháng kháng sinh của *E.coli* và *K.pneumoniae*.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các chủng vi khuẩn *E.coli* và *K.pneumoniae* được phân lập từ mẫu nước tiểu của bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm trùng tiết niệu tại Bệnh viện C Đà Nẵng.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các chủng vi khuẩn *E.coli* và *K.pneumoniae* được phân lập từ mẫu nước tiểu nhiễm trùng tiết niệu có kết quả cấy định lượng, định danh và kháng sinh đồ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang

2.2.2. **Cỡ mẫu:** 299 chủng vi khuẩn được phân lập từ mẫu bệnh phẩm nước tiểu của bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm trùng tiết niệu tại Bệnh viện C Đà Nẵng từ 01/01/2022 đến 31/12/2022.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ

2.2.4. Kỹ thuật nghiên cứu:

- Lấy bệnh phẩm: là nước tiểu giữa dòng, tiến hành nuôi cấy trong vòng 2 giờ.

- Nuôi cấy định lượng vi khuẩn trong nước tiểu:

Tiêu chuẩn chẩn đoán NTTN:

+ Trường hợp 1: số lượng vi khuẩn <10 khuẩn lạc/đĩa (lượng vi khuẩn tương đương <10⁴ CFU/ml), trả kết quả “Không phát hiện vi khuẩn gây nhiễm trùng tiểu”.

+ Trường hợp 2: kết quả nuôi cấy có lượng từ 10-100 khuẩn lạc/đĩa tương đương với 10⁴-10⁵ CFU/ml.

▪ Nếu bệnh nhân không có triệu chứng NTTN: đề nghị lấy lại mẫu nước tiểu và tiến hành nuôi cấy định lượng lại.

▪ Nếu bệnh nhân có triệu chứng NTTN và trên đĩa nuôi cấy có 1 hay 2 loại vi khuẩn: tiến hành định danh.

▪ Nếu bệnh nhân không có triệu chứng NTTN hay triệu chứng không rõ ràng và kết quả nhuộm Gram thấy số lượng bạch cầu, vi khuẩn ít: trả kết quả số lượng CFU, đề nghị lấy lại mẫu nước tiểu và tiến hành nuôi cấy định lượng lại.

+ Trường hợp 3: số lượng vi khuẩn >10⁵ CFU/ml và mẫu cấy có 1-2 loại vi khuẩn: chẩn đoán xác định NTTN và cần tiến hành định danh vi khuẩn gây bệnh.

+ Trường hợp 4: nếu đĩa nuôi cấy có nhiều hơn 2 loại vi khuẩn ở trường hợp 2 và 3: báo cáo kết quả: “Mẫu tạp nhiễm, yêu cầu lấy lại mẫu nước tiểu đúng cách”.

- Cấy định danh vi khuẩn ở những mẫu nước tiểu nhiễm trùng:

Tiến hành định danh với các mẫu nuôi cấy đạt số lượng vi khuẩn gây bệnh. Dựa vào hình thái khuẩn lạc, các thử nghiệm sinh vật hóa học để định danh vi khuẩn.

- Kháng sinh đồ: Làm kháng sinh đồ bằng phương pháp khuếch tán đĩa kháng sinh trên thạch (Phương pháp Kirby Bauer) và đo đường kính dựa vào tiêu chuẩn CLSI 2018.

- Kỹ thuật phát hiện vi khuẩn sinh ESBL: Dùng phương pháp đĩa kết hợp với 2 cặp đĩa giấy kháng sinh là ceftazidime 30μg - ceftazidime/acid clavulanic 30/10μg và cefotaxime 30μg - cefotaxime/acid clavulanic 30/10μg.

- Đánh giá vi khuẩn đa kháng được thực hiện theo Magiorakos và cộng sự [6]: Vi khuẩn đa kháng: không nhạy cảm với ít nhất một kháng sinh trong ít nhất 3 nhóm kháng sinh (Multidrug resistant - MDR)

2.3. Xử lý số liệu

Dữ liệu được thu thập, quản lý và phân tích bằng phần mềm Whonet và phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm Excel 2019.

2.4. Vấn đề y đức

Đề tài đã được Hội đồng Y đức Trường Đại học Kỹ thuật Y Dược Đà Nẵng thông qua và được sự chấp thuận của lãnh đạo Bệnh viện C Đà Nẵng. Các số liệu và thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Tỷ lệ vi khuẩn gây nhiễm trùng tiết niệu phân lập được tại các khoa phòng

Khoa	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hội sức tích cực + Trung tâm Đột quỵ	52	17,4
Nội tổng hợp	81	27,1
Nội thận tiết niệu	69	23,1
Ngoại	71	23,7
Khoa khác	26	8,7
Tổng	299	100

Nhận xét: Các vi khuẩn gây NTTN phân lập được từ Khoa Nội tổng hợp cao nhất (27,1%), tiếp theo là khoa Ngoại (23,7%), khoa Nội thận tiết niệu (23,1%), Hội sức tích cực và Trung tâm Đột quỵ (17,4%) và cuối cùng là các khoa khác (8,7%).

3.2. Tỷ lệ *Escherichia coli* và *Klebsiella pneumoniae* gây nhiễm trùng tiết niệu

Bảng 2. Tỷ lệ *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* gây nhiễm trùng tiết niệu

Vi khuẩn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Escherichia coli</i>	171	57,2
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	53	17,7

Nhận xét: Trong 299 chủng vi khuẩn được phân lập từ bệnh nhân nhiễm trùng tiết niệu *Escherichia coli* chiếm tỷ lệ là 57,2% và *Klebsiella pneumoniae* chiếm 17,7%.

Bảng 3. Tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL

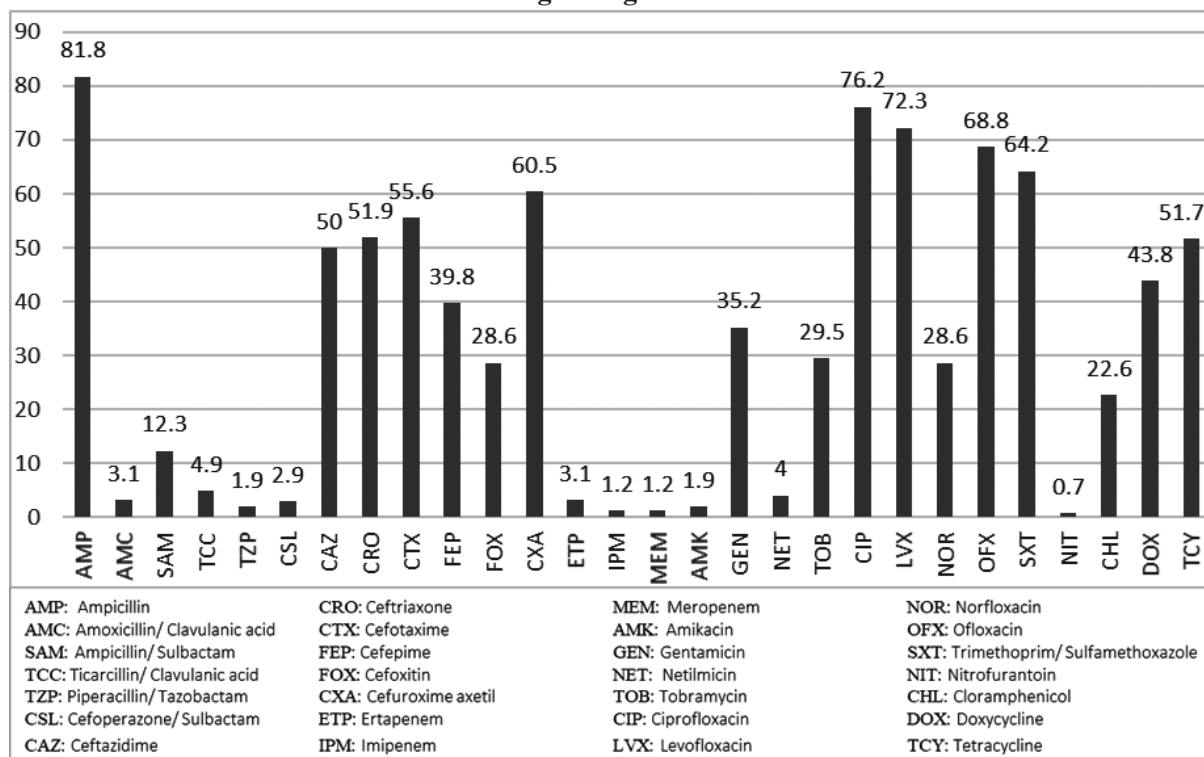
Vi khuẩn	ESBL (+)		ESBL (-)		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
<i>E.coli</i>	88	51,5	83	48,5	171	100
<i>K.pneumoniae</i>	31	58,5	22	41,5	53	100

Nhận xét: Tỷ lệ *E.coli* sinh ESBL là 51,5%. Tỷ lệ *K.pneumoniae* sinh ESBL là 58,5%.

3.3. Tính kháng kháng sinh của *Escherichia coli* và *Klebsiella pneumoniae* gây nhiễm trùng đường tiết niệu

3.3.1. Tính kháng kháng sinh của *Escherichia coli*

Biểu đồ 1. Tính kháng kháng sinh của *Escherichia coli*



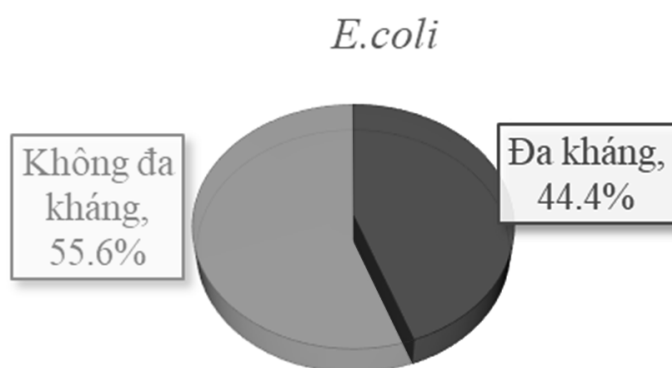
Nhận xét:

- *E.coli* có tỷ lệ đề kháng cao trên 80% với Ampicillin và trên 60% với Cefuroxime axetil, Trimethoprim/ Sulfamethoxazole, Ofloxacin, Levofloxacin, Ciprofloxacin.
- *E.coli* đề kháng trên 50% với Ceftazidime, Tetracycline, Ceftriaxone, Cefotaxime, và đề kháng từ 12,3 đến 43,8% với Ampicillin/ Sulbactam, Clorampheni-

col, Cefoxitin, Norfloxacin, Tobramycin, Gentamicin, Cefepime, Doxycycline.

- *E.coli* còn nhạy cảm cao với Amoxicillin/ Clavulanic acid, Ticarcillin/ Clavulanic acid, Piperacillin/ Tazobactam, Cefoperazone/ Sulbactam, Ertapenem, Imipenem, Meropenem, Amikacin, Netilmicin, Nitrofurantoin.

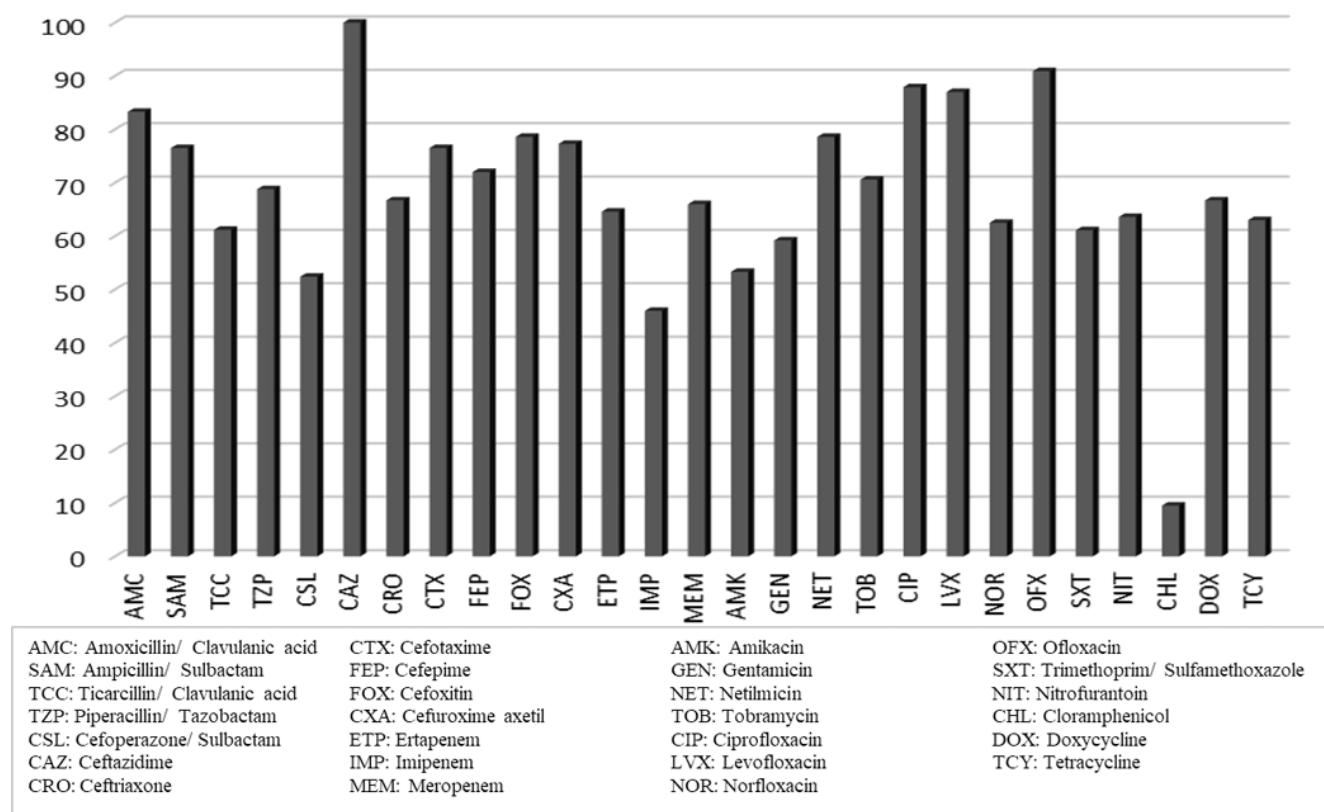
Biểu đồ 2. Mức độ đa kháng kháng sinh của *Escherichia coli*



Nhận xét: Trong 171 chủng *E.coli* có 76 chủng đa kháng chiếm tỷ lệ 44,4%

3.3.2. Tính kháng kháng sinh của *Klebsiella pneumoniae*

Biểu đồ 3. Tính kháng kháng sinh của *Klebsiella pneumoniae*



Nhận xét:

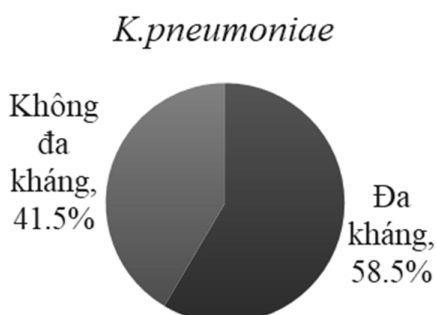
- *K.pneumoniae* đề kháng hoàn toàn với Ceftazidime và đề kháng cao trên 80% với Amoxicillin/ Clavulanic acid, Levofloxacin, Ciprofloxacin, Ofloxacin.

- *K.pneumoniae* đề kháng trên 60% với Trimethoprim/ Sulfamethoxazole, Ticarcillin/ Clavulanic acid, Norfloxacin, Tetracycline, Nitrofurantoin, Ertapenem,

Meropenem, Ceftriaxone, Doxycycline, Piperacillin/ Tazobactam, Tobramycin, Cefepime, Cefuroxime axetil, Ampicillin/ Sulbactam, Cefotaxime, Cefoxitin, Netilmicin.

- *K.pneumoniae* đề kháng từ 46-59,2% với Imipenem, Cefoperazone/ Sulbactam, Amikacin, Gentamicin và đề kháng nhẹ với Cloramphenicol.

Biểu đồ 4. Mức độ đa kháng kháng sinh của *Klebsiella pneumoniae*



Nhận xét: Trong 31/53 chủng *K. pneumoniae* đa kháng chiếm tỷ lệ 58,5%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* gây nhiễm trùng tiết niệu

Từ 299 chủng vi khuẩn được phân lập từ các bệnh nhân nhiễm trùng tiết niệu ở Khoa Nội tổng hợp (27,1%), khoa Ngoại (23,7%), khoa Nội thận tiết niệu (23,1%), khoa Hồi sức tích cực và Trung tâm Đột quỵ (17,4%) và các khoa khác (Trung tâm Ung bướu, Phục hồi chức năng, Phòng khám, Điều trị Covid) (8,7%), cho thấy *E.coli* và *K.pneumoniae* chiếm tỷ lệ cao trong những tác nhân gây nhiễm trùng tiết niệu với tỷ lệ lần lượt là 57,2% và 17,7%. Các nghiên cứu trước cũng cho thấy *E. coli* là tác nhân gây nhiễm trùng tiết niệu được phân lập nhiều nhất. Kết quả này tương tự với nghiên cứu Quế Trâm Anh (2021), Phạm Thị Lành (2023) với *E. coli* lần lượt là 38,48% và 61%, với *K.pneumoniae* lần lượt là 13,32% và 7,9% [1], [2]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ *E.coli* sinh ESBL là 51,5% và *K.pneumoniae* sinh ESBL là 58,5%. So với kết quả nghiên cứu của Ngô Đức Kỳ tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An (2022) tỷ lệ *E.coli* sinh ESBL là 47,4% [4] thấp hơn nghiên cứu này. Qua đó cho thấy xu hướng *E.coli* sinh ESBL ngày càng tăng. So sánh về tỷ lệ *K.pneumoniae* sinh ESBL ở nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Trần Phú Vinh (2022) tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ (76,7%) [5], nhưng cao hơn so với nghiên cứu Lê Công Trứ (2022) tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ (31,3%) [7] và Vũ Bảo Trang (2023) tại Bệnh viện Thống Nhất (17%) [8]. Tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL khác nhau rất nhiều trên toàn thế giới, theo khu vực địa lý và đang nhanh chóng thay đổi theo thời gian. Nhìn chung, các vi khuẩn *E.coli* và *K.pneumoniae* sinh ESBL ở nghiên cứu này ở mức khá cao (>50%), điều này chứng tỏ việc lạm dụng các kháng sinh thuộc nhóm cephalosporins thế hệ 3, 4 là một trong những lý do làm xuất hiện nhiều chủng *E.coli* và *K.pneumoniae* có khả năng sinh β – lactamase phổ rộng. Đây là vấn đề cần đặc biệt quan tâm vì chúng sẽ làm lây lan nhanh chóng gen kháng thuốc cho cộng đồng vi khuẩn đặc biệt là các trực khuẩn Gram âm đường ruột.

4.2. Tính kháng kháng sinh của *Escherichia coli*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, *E.coli* có tỷ lệ đề kháng cao trên 80% với Ampicillin và trên 60% với Cefuroxime axetil, Trimethoprim/ Sulfamethoxazole, Ofloxacin, Levofloxacin, Ciprofloxacin. *E.coli* đề kháng trên 50% với Ceftazidime, Tetracycline, Ceftriaxone, Cefotaxime, và đề kháng từ 12,3% đến 43,8% với Ampicillin/ Sulbactam, Cloramphenicol, Cefoxitin, Norfloxacin, Tobramycin, Gentamicin, Cefepime, Doxycycline. *E.coli* còn nhạy cảm cao với Amoxicillin/ Clavulanic acid, Ticarcillin/ Clavulanic acid, Piperacillin/ Tazobactam, Cefoperazone/ Sulbactam, Ertapenem, Imipenem, Meropenem, Amikacin, Netilmicin, Nitrofurantoin. Kết quả của chúng tôi gần tương tự với kết quả nghiên cứu của Ngô Đức Kỳ tại Bệnh viện Hữu Nghị

Đa Khoa Nghệ An (2022) [4], tuy nhiên tỷ lệ đề kháng với nhóm kháng sinh Quinolon trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, cho thấy xu hướng *E.coli* đề kháng với nhóm Quinolon đang dần tăng cao. Ngoài ra kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Nguyễn Thị Nhung (2022) tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên [9]. So sánh với nghiên cứu của Trần Quốc Huy (2023) tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang [3], chủng *E.coli* chúng tôi nghiên cứu có tỷ lệ đề kháng kháng sinh thấp hơn. Nguyên nhân khác biệt về mức độ đề kháng kháng sinh có thể do đặc điểm nhiễm trùng của người bệnh và quá trình sử dụng kháng sinh khác nhau.

Trong 171 chủng *E.coli* phân lập được có 76 chủng đa kháng kháng sinh chiếm tỷ lệ 44,4%. Tỷ lệ vi khuẩn đa kháng kháng sinh này phù hợp khi chúng ta tìm thấy có 51,5% *E.coli* sinh ESBL. Các vi khuẩn đa kháng kháng sinh này càng làm cho việc điều trị càng trở nên khó khăn, do vậy giải pháp điều trị kháng sinh hữu hiệu là sử dụng chỉ dẫn của kết quả kháng sinh đồ.

4.3. Tính kháng kháng sinh của *Klebsiella pneumoniae*

Kết quả trên cho thấy *K.pneumoniae* đã đề kháng hoàn toàn với Ceftazidime và đề kháng cao trên 80% với Amoxicillin/ Clavulanic acid, Levofloxacin, Ciprofloxacin, Ofloxacin. Ngoài ra *K.pneumoniae* đề kháng trên 50% với hầu hết các loại kháng sinh chỉ trừ Cloramphenicol với tỷ lệ 9,5%. So sánh với các nghiên cứu trong nước, kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Lê Thùy Dương (2018) tại Bệnh viện Quân y 175 [10]. Với kết quả của Lương Thị Phương (2022) tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy tỷ lệ đề kháng cao với Cephalosporin thế hệ 3 (70,6%), nhạy với Amikacin 82,6%, Carbapenem 75,6%, Fosfomycin 52,9% [11]. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh Cephalosporin của chúng tôi tương tự trên tuy nhiên tỷ lệ kháng nhóm Carbapenem (46-66%) và Amikacin (53%) của chúng tôi thấp hơn. Kháng sinh có tỷ lệ đề kháng thấp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là Cloramphenicol với tỷ lệ 9,5%. Kết quả này cũng tương đồng với tác giả Nguyễn Chí Nguyễn (2022) khảo sát tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ [12]. Sự đề kháng kháng sinh của *K.pneumoniae* có những thay đổi ở các nghiên cứu, đặc biệt trong tình hình vi khuẩn gia tăng khả năng sinh ESBL sẽ làm gia tăng tốc độ đề kháng kháng sinh nhanh chóng.

Trong 53 chủng *K.pneumoniae* được nghiên cứu, có 31 chủng đa kháng kháng sinh chiếm tỷ lệ 58,5%. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Trần Phú Vinh (2022) tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ (94,0%) [5]. Sự xuất hiện của các chủng đa kháng kháng sinh này cho thấy vấn đề kiểm soát vi khuẩn kháng thuốc là vấn đề cấp thiết, cần tăng cường các biện pháp để hạn chế sự lan rộng các chủng vi khuẩn này.

5. KẾT LUẬN

Trong 299 chủng vi khuẩn được phân lập từ các bệnh nhân nhiễm trùng tiết niệu có 57,2% E.coli và 17,7% K.pneumoniae. Trong đó, tỷ lệ E. coli sinh ESBL là 51,5% và K. pneumoniae sinh ESBL là 58,5%.

E.coli có tỷ lệ đề kháng cao trên 80% với Ampicillin và trên 50% với Cefuroxime axetil, Trimethoprim/ Sulfamethoxazole, Ofloxacin, Levofloxacin, Ciprofloxacin, Ceftazidime, Tetracycline, Ceftriaxone, Cefotaxime. E.coli còn nhạy cảm cao trên 90% với các kháng sinh kết hợp và nhóm Carbapenem. E.coli đa kháng chiếm 44,4%.

K.pneumoniae đề kháng hoàn toàn với Ceftazidime và đề kháng cao trên 80% với Amoxicillin/ Clavulanic acid, Levofloxacin, Ciprofloxacin, Ofloxacin, đề kháng trên 50% với hầu hết các loại kháng sinh. K.pneumoniae còn nhạy cảm trên 90% với Cloramphenicol. K.pneumoniae đa kháng chiếm 58,5%.

KIẾN NGHỊ

Cần sử dụng kháng sinh hợp lý trong điều trị dựa trên kết quả kháng sinh đồ. Thường xuyên tiến hành nghiên cứu và giám sát các chủng vi khuẩn gây NTTN ở các khoa phòng. Cần phối hợp chặt chẽ giữa lâm sàng và cận lâm sàng. Tăng cường công tác khử khuẩn – tiết khuẩn, hạn chế lây lan các vi khuẩn gây bệnh trong bệnh viện, đặc biệt là các chủng vi khuẩn kháng thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Quế Anh Trâm, Lê Nguyễn Minh Hoa, Trần Anh Đào, “Nghiên cứu sự kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu phân lập được tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An”, Tạp chí Y học lâm sàng, 71, 2021.
- [2] Phạm Thị Lành, Nguyễn Như Hồ, Nguyễn Ngọc Khôi, “Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm trùng đường tiết niệu tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai”, Tạp chí Y học Việt Nam, 523(2), 2023.
- [3] Trần Quốc Huy, Trần Thị Mộng Lành, Lý Ngọc Trâm & cs, “Tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu và kháng kháng sinh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang năm 2021, Tạp Chí Y học Việt Nam, 523(1), 2023.
- [4] Ngô Đức Kỳ, “Khảo sát tỷ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn Escherichia coli gây nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh nhân đái tháo đường”, Tạp Chí Y học Việt Nam, 510(2), 2022.
- [5] Trần Phú Vinh, Dương Xuân Chử, Nguyễn Thị Diệu Hiền & cs, “Nghiên cứu tình hình đa kháng kháng sinh của Klebsiella pneumoniae sinh ESBL, Carbapenemase trên bệnh phẩm phân lập được tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ”, Tạp chí Y học Việt Nam, 516(1), 2022.
- [6] Magiorakos AP, Srinivasan A et al., “Multi-drug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance”, Clinical microbiology and infectious diseases, 18(3), 2012, 268-81.
- [7] Lê Công Trứ, Đỗ Hoàng Long, Trần Đỗ Hùng, “Tình hình đề kháng kháng sinh của Klebsiella pneumoniae tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ”, Tạp chí Y học Việt Nam, 518(2), 2022.
- [8] Vũ Bảo Trang, Nguyễn Minh Thành, Lê Bảo Huy et al., “Tình hình đề kháng và sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn do Escherichia coli và Klebsiella pneumoniae tại Bệnh viện Thống Nhất”, Tạp chí Y học Việt Nam, 522(1), 2023.
- [9] Nguyễn Thị Nhung, Lưu Thị Bình, “Đặc điểm bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu phức tạp điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên”, Tạp chí Y học Việt Nam, 508(2), 2022.
- [10] Lê Thùy Dương, Sự đề kháng kháng sinh của các chủng trực khuẩn Gram âm gây bệnh thường gặp tại Bệnh viện Quân Y 175 từ 11/2017 đến 6/2018, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, 2018.
- [11] Lương Thị Phượng, Tống Ngọc Huy, Nguyễn Ngọc Huy & cs, “Kháng kháng sinh ở trẻ nhiễm khuẩn tiết niệu có bất thường đường tiêu tại Bệnh viện Nhi Trung ương”, Tạp chí Nghiên cứu Y học, 151(3), 2022.
- [12] Nguyễn Chí Nguyễn, Trần Đỗ Hùng, Phạm Thị Ngọc Nga & cs, “Tình hình đề kháng kháng sinh của Klebsiella pneumoniae được phân lập từ các mẫu bệnh phẩm tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2021-2022”, Tạp chí Y học Việt Nam, 517(2), 2022.

PREVALENCE OF ANEMIA AND HEMATOLOGICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS AT DA NANG LUNG HOSPITAL

Nguyen Thi Minh Nguyet, Nguyen Thi Quynh Nga*

Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy - 99 Hung Vuong, Hai Chau District, Da Nang city, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 19/08/2023; Accepted: 20/09/2023

ABSTRACT

Objective: To determine the rate of anemia in patients with pulmonary tuberculosis at Da Nang Lung Hospital. Survey on anemia characteristics in patients with pulmonary tuberculosis at Da Nang Lung Hospital.

Subjects and methods: Using a cross-sectional descriptive study design to survey anemia in tuberculosis patients at Da Nang Lung Hospital.

Results: The proportion of tuberculosis patients with anemia was 44.5% (73/164), of which mild anemia accounted for 63%, moderate anemia 35.6% and severe anemia 1.4%. In the group of patients with pulmonary tuberculosis with anemia, the rate of normal-sized red blood cell anemia accounted for 75.3%, microcytic anemia accounted for 20.5%, and macrocytic anemia accounted for 4.1%. In the group of patients with pulmonary tuberculosis with anemia, the rate of isochronic anemia accounted for 76.7% and hypochromic anemia accounted for 23.3%.

Conclusion: In patients with pulmonary tuberculosis have anemia and red blood cells are normal in size and isochromatic.

Keywords: Anemia, tuberculosis.

*Corresponding author
Email address: ntqnga@dhktyduocdn.edu.vn
Phone number: (+84) 932465052
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

TỶ LỆ THIẾU MÁU VÀ ĐẶC ĐIỂM CHỈ SỐ HUYẾT HỌC TRÊN NGƯỜI BỆNH LAO PHỔI TẠI BỆNH VIỆN PHỔI ĐÀ NẴNG

Nguyễn Thị Minh Nguyệt, Nguyễn Thị Quỳnh Nga*

Trường Đại học Kỹ thuật Y Dược Đà Nẵng - 99 Hùng Vương, quận Hải Châu, TP. Đà Nẵng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 19/08/2023; Ngày duyệt đăng: 20/09/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ thiếu máu trên người bệnh lao phổi tại Bệnh viện Phổi Đà Nẵng. Khảo sát đặc điểm thiếu máu trên người bệnh lao phổi tại Bệnh viện Phổi Đà Nẵng.

Đối tượng và phương pháp: Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang để khảo sát tình trạng thiếu máu trên người bệnh lao phổi tại Bệnh viện Phổi Đà Nẵng.

Kết quả: Tỉ lệ người bệnh lao phổi có thiếu máu là 44,5% (73/164), trong đó thiếu máu nhẹ chiếm 63%, thiếu máu trung bình 35,6% và thiếu máu nặng 1,4%. Trong nhóm người bệnh lao phổi có thiếu máu, tỉ lệ thiếu máu hồng cầu có kích thước bình thường chiếm 75,3%, thiếu máu hồng cầu nhỏ chiếm 20,5% và thiếu máu hồng cầu to chiếm 4,1%. Trong nhóm người bệnh lao phổi có thiếu máu, tỉ lệ thiếu máu đẳng sắc chiếm 76,7% và thiếu máu nhược sắc chiếm 23,3%.

Kết luận: Trên người bệnh lao phổi có tình trạng thiếu máu và hồng cầu có kích thước bình thường và đẳng sắc.

Từ khóa: Thiếu máu, lao phổi.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam hiện vẫn là nước có gánh nặng bệnh lao cao với 169.000 người mắc bệnh lao và 12.000 người tử vong do lao năm 2021, xếp thứ 11 trong 30 nước có gánh nặng người bệnh lao cao trên thế giới và đang phải đối mặt nguy cơ bệnh lao bùng phát trong cộng đồng [1]. Lao là bệnh truyền nhiễm do Mycobacterium Tuberculosis gây ra và bệnh lao là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do một tác nhân truyền nhiễm duy nhất, xếp trên cả HIV/AIDS. Vi khuẩn lao có thể tác động tới mọi cơ quan nhưng trong đó thường gặp nhất là cơ quan hô hấp [1]. Lao phổi là thể bệnh phổ biến nhất gây ra do nhiễm trùng Lao, nguyên nhân vì đây chính là nơi vi khuẩn dễ xâm nhập, phát triển và lây lan. Căn bệnh này gây ra những biến đổi lớn ở tế bào máu ngoại vi, trong đó thiếu máu là một trong những biến chứng phổ biến và yếu tố nguy cơ gây tử vong trên người bệnh lao phổi [2]. Hiện nay, đã có nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy rằng tỉ lệ thiếu máu trên người bệnh lao

phổi ngày càng cao với những mức độ khác nhau, gây ra không ít khó khăn cho việc điều trị và tiên lượng bệnh. Tỉ lệ thiếu máu ở người bệnh lao phổi dao động từ 20% đến 86% [3], [4], [5]. Vậy nên, để hiểu rõ hơn về mức độ thiếu máu và các yếu tố liên quan trên người bệnh lao phổi tại Đà Nẵng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Tỉ lệ thiếu máu và một số yếu tố liên quan trên người bệnh lao phổi tại Bệnh viện Phổi Đà Nẵng” với hai mục tiêu sau:

1. Xác định tỉ lệ thiếu máu trên người bệnh lao phổi tại Bệnh viện Phổi Đà Nẵng.

2. Khảo sát đặc điểm thiếu máu trên người bệnh lao phổi tại Bệnh viện Phổi Đà Nẵng.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

*Tác giả liên hệ
Email: ntqnga@dhktyduocdn.edu.vn
Điện thoại: (+84) 932465052
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

Hồ sơ bệnh án của người bệnh được chẩn đoán xác định lao phổi mới và được chỉ định làm công thức máu ngay lần đầu tiên tại Bệnh viện Phổi Đà Nẵng từ tháng 06/2022 đến tháng 03/2023.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hồ sơ bệnh án của người mắc bệnh lý về máu như: Bệnh hemoglobin như: Thalassemia, hồng cầu hình liềm, bệnh lý liên quan đến tủy xương, loét dạ dày tá tràng, trĩ...

- Hồ sơ bệnh án của người mắc bệnh tự miễn, bệnh thận mãn tính, bệnh gan mãn tính và dùng thuốc gây thiếu máu và có bù sắt trong quá trình điều trị, các bệnh lý ác tính khác.

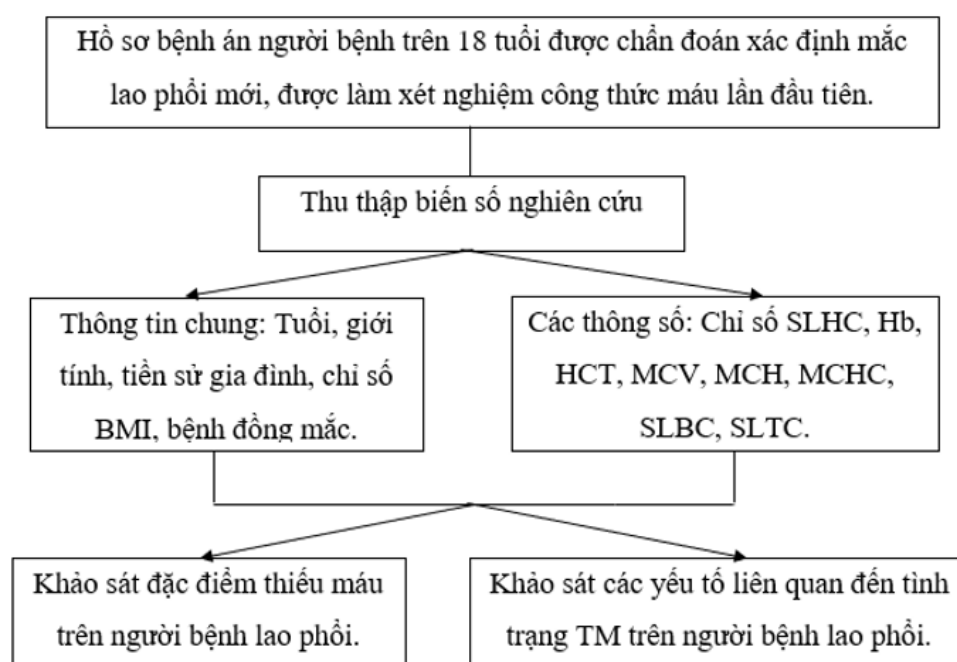
- Phụ nữ mang thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.3. Sơ đồ nghiên cứu



2.2.4. Biến số nghiên cứu

- Tuổi, giới tính, tiền sử gia đình, chỉ số BMI, số lượng hồng cầu, Hct, MCV, MCH, MCHC, Số lượng bạch cầu, số lượng tiểu cầu.

- Thiếu máu dựa trên Hb theo tiêu chuẩn chẩn đoán của WHO (2011): Thiếu máu được xác định khi Hb < 120 g/L ở nữ và < 130 g/L ở nam.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

- n: Số lượng mẫu cần điều tra

- α : là ý nghĩa thống kê, ở mức $\alpha = 0,05$ giá trị Z tương ứng là 1,96

- p: lấy p = 0,54 dựa trên nghiên cứu của Võ Trọng Thành (2017) trên người bệnh mắc lao phổi tại Bệnh viện Phổi Trung ương là 54% [7].

- d: Sai số mong đợi, lấy d = 0,08

Thay vào công thức tính được n = 149 người bệnh.

Cộng với 10% để phòng những trường hợp phiếu điều tra không đạt, hạn chế sai số và dự trữ mất số liệu, nên cỡ mẫu cuối cùng là 164 người bệnh.

2.2.5. Xử lý số liệu

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0.

- Phân tích thống kê mô tả: tần suất (n) và tỷ lệ phần trăm (%).

- Phân tích thống kê đơn biến: sử dụng test Chi bình phương, Fisher Exact test để kiểm định giả thuyết về sự

khác biệt các tỷ lệ. Độ tin cậy có ý nghĩa thống kê được chọn là giá trị $p < 0,05$.

Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng và được sự chấp thuận của hội đồng Bệnh viện Phổi Đà Nẵng.

2.2.6. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Trường

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về tuổi

Bảng 3.1. Phân bố người bệnh theo lứa tuổi

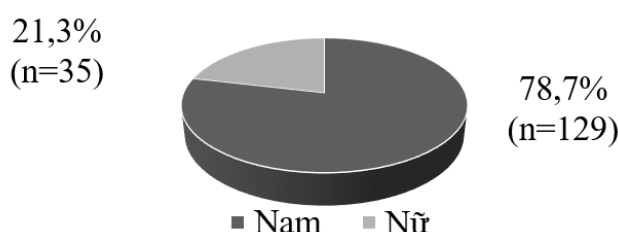
Độ tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	$\pm$ SD (Min – Max)
18 - 30	30	18,3	49,15 $\pm$ 16,04 (20 - 86)
31 - 40	17	10,4	
41 - 50	29	17,7	
51 - 60	50	30,5	
> 60	38	23,2	
Tổng	164	100	

Nhận xét: Kết quả bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình trong nghiên cứu là 49,15 $\pm$ 16,04 tuổi, trong đó người bệnh có độ tuổi thấp nhất là 20 tuổi và cao nhất là 86

tuổi. Độ tuổi 51 - 60 chiếm tỷ lệ cao nhất là 30,5%, tiếp theo là độ tuổi > 60 là 23,2%.

3.1.2. Đặc điểm về giới tính

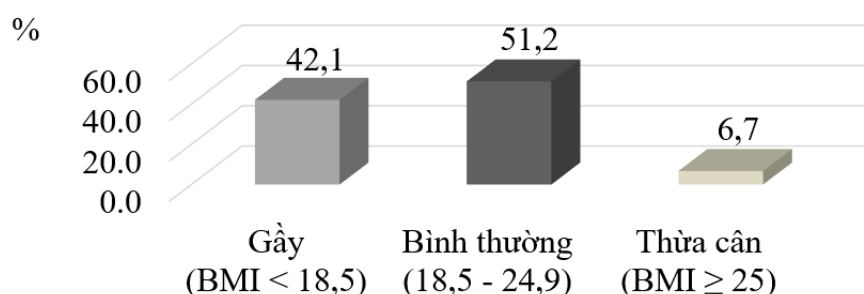
Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo giới tính



Nhận xét: Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ nam giới chiếm 78,7% cao hơn so với nữ giới 21,3%.

3.1.3. Phân bố người bệnh theo chỉ số khối cơ thể BMI

Biểu đồ 3.2. Phân bố người bệnh theo chỉ số khối cơ thể



Nhận xét: Kết quả biểu đồ 3.2 cho thấy nhóm người bệnh có chỉ số BMI ở mức bình thường chiếm tỷ lệ cao

nhất với 51,2%, tiếp đến là nhóm có chỉ số BMI mức
gầy với 42,1%; mức thừa cân - béo phì chiếm tỉ lệ thấp nhất với 6,7%.

3.1.4. Đặc điểm các chỉ số hồng cầu của người bệnh

Bảng 3.2. Đặc điểm các chỉ số hồng cầu của người bệnh

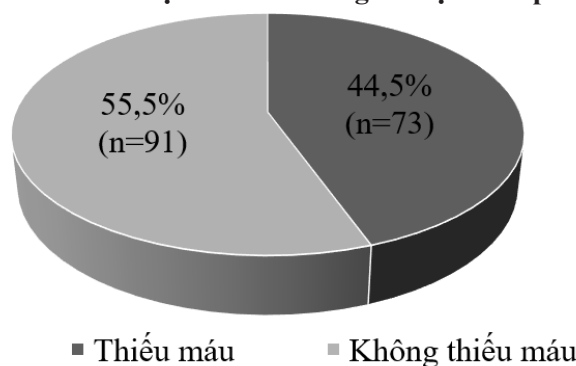
Chỉ số hồng cầu	$\pm$ SD	Min	Max
SLHC (T/L)	$4,36 \pm 0,59$	3,0	6,8
Hb (g/L)	$127,27 \pm 18,29$	73	172
HCT (L/L)	$0,398 \pm 0,055$	0,2	0,5
MCV (fl)	$89,49 \pm 8,35$	63,5	111
MCH (pg)	$29,38 \pm 3,02$	19,6	35,6
MCHC (g/L)	$327,99 \pm 9,43$	299	350

Nhận xét: Kết quả bảng 3.2 cho thấy số lượng hồng cầu trung bình là $4,36 \pm 0,59$ T/L, Hb trung bình là $127,27 \pm 18,29$ g/L, HCT trung bình là $0,398 \pm 0,055$ L/L, MCV trung bình là $89,49 \pm 8,35$ fl, MCH trung bình là $29,38 \pm 3,02$ pg và MCHC trung bình là $327,99 \pm 9,43$ g/L.

3.2. Đặc điểm thiếu máu trên người bệnh lao phổi

3.2.1. Tỉ lệ thiếu máu ở người bệnh lao phổi

Biểu đồ 3.3. Tỉ lệ thiếu máu ở người bệnh lao phổi



Nhận xét: Kết quả từ biểu đồ 3.3 cho thấy tỉ lệ người bệnh có thiếu máu là 44,5% (73/164) và không có thiếu máu là 55,5% (91/164).

3.2.2. Mức độ thiếu máu trên người bệnh lao phổi

Bảng 3.3. Mức độ thiếu máu trên người bệnh lao phổi

Mức độ	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Thiếu máu nhẹ	46	63
Thiếu máu vừa	26	35,6
Thiếu máu nặng	1	1,4
Tổng	73	100

Nhận xét: Kết quả bảng 3.3 cho thấy thiếu máu nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất với 63%, tiếp đến là thiếu máu vừa 35,6%, thiếu máu nặng 1,4%.

3.2.3. Phân loại thiếu máu theo MCV trên người bệnh lao phổi

Bảng 3.4. Phân loại thiếu máu theo MCV trên người bệnh lao phổi

Phân loại thiếu máu theo MCV	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Thể tích khối hồng cầu nhỏ (MCV < 80 fl)	15	20,5
Thể tích khối hồng cầu bình thường (80 < MCV < 100 fl)	55	75,3
Thể tích khối hồng cầu to (MCV > 100 fl)	2	4,1
Tổng	73	100

Nhận xét: Kết quả bảng 3.4 cho thấy thiếu máu trên người bệnh Lao phổi, hồng cầu bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất là 75,3%, hồng cầu nhỏ và hồng cầu to chiếm tỉ lệ lần lượt là 20,5% và 4,1%.

3.2.4. Phân loại thiếu máu theo MCHC trên người bệnh lao phổi

Bảng 3.5. Phân loại thiếu máu theo MCHC trên người bệnh lao phổi

Phân loại thiếu máu theo MCHC	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Hồng cầu nhược sắc (MCHC < 320 g/L)	17	23,3
Hồng cầu đẳng sắc (320 < MCHC < 360 g/L)	56	76,7
Tổng	73	100

Nhận xét: Kết quả bảng 3.5 cho thấy trên người bệnh Lao phổi, tỉ lệ thiếu máu hồng cầu đẳng sắc (76,7%) cao hơn hồng cầu nhược sắc (23,3%). Ở người bệnh lao phổi chủ yếu là thiếu máu hồng cầu đẳng sắc chiếm 76,7%.

sàng và cận lâm sàng của người bệnh LAO PHỔI mới AFB dương tính và âm tính tại Bệnh viện Quân y 103” đã ghi nhận Lao phổi AFB (+) gặp nhiều nhất ở độ tuổi 50 - 64 và độ tuổi 65 - 79 đối với Lao phổi AFB (+) [7]. So sánh với nghiên cứu của Trần Ngọc Dung (2023) thì độ tuổi trung bình của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của họ là $52 \pm 16,32$ [8].

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm về tuổi

Kết quả bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình trong nghiên cứu là $49,15 \pm 16,04$ tuổi, trong đó người bệnh có độ tuổi thấp nhất là 20 tuổi và cao nhất là 86 tuổi. Độ tuổi 51 - 60 chiếm tỉ lệ cao nhất là 30,5%, tiếp theo là độ tuổi > 60 là 23,2%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Võ Trọng Thành (2021), độ tuổi trung bình của là $47,88 \pm 16,55$, tuổi nhỏ nhất 16 tuổi và cao nhất là 83 tuổi [6]. Về độ tuổi thường mắc bệnh lao, nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Tạ Bá Thắng (2020) về “So sánh đặc điểm lâm

4.1.2. Đặc điểm về giới tính

Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy tỉ lệ nam giới chiếm 78,7% cao hơn so với nữ giới 21,3%, tỉ lệ nam/nữ là 3,7:1. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Ngọc Dung (2023), cho thấy tỉ lệ nam giới mắc lao chiếm 75,31% gấp 3,1 lần nữ giới [8]. Nghiên cứu của Trần Thị Lý (2023) cũng cho thấy tỉ lệ mắc Lao phổi ở nam giới cao gấp 2,3 lần ở nữ giới [9]. Khi so sánh với các nghiên cứu ngoài nước của Guo Xin (2021) có tỉ lệ nam/nữ lần lượt là 2,1 [10]. Nhận thấy với tỉ lệ nam/nữ ở các nghiên cứu trên thấp hơn so với tỉ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,7:1. Nguyên nhân có thể do sự khác biệt về cơ mẫu, địa lý, chủng tộc và các yếu tố xã hội giữa nghiên cứu của chúng tôi và của các tác

giả trên. Từ những nghiên cứu trên có thể thấy xu hướng Lao phổi thường gặp ở nam giới nhiều hơn so với nữ giới. Nguyên nhân có thể liên quan tới yếu tố nam giới lao động nặng, chịu nhiều áp lực trong công việc hoặc do thói quen sinh hoạt không có lợi cho sức khỏe.

4.1.3. Đặc điểm về chỉ số khối cơ thể BMI

Kết quả biểu đồ 3.2 cho thấy nhóm người bệnh có chỉ số BMI ở mức bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất với 51,2%, tiếp đến là nhóm có chỉ số BMI mức gây với 42,1%, mức thừa cân - béo phì chiếm tỉ lệ thấp nhất với 6,7%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Trần Ngọc Dung (2023), người bệnh Lao phổi có chỉ số BMI bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất là 58,63%, chỉ số BMI nhẹ cân chiếm 36,68%, thấp nhất là thừa cân - béo phì - béo phì là 5% [8]. Theo nghiên cứu của Yousang Ko (2020) tại Hàn Quốc, tỉ lệ người bệnh Lao phổi có BMI mức bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất là 67% [11]. Qua các nghiên cứu trên chúng tôi nhận thấy xu hướng chung về tỉ lệ người bệnh Lao phổi chủ yếu có BMI nằm trong mức bình thường.

4.1.4. Đặc điểm về các chỉ số hồng cầu của người bệnh

Kết quả bảng 3.2 cho thấy số lượng hồng cầu trung bình là $4,36 \pm 0,59$ T/L, Hb trung bình là $127,27 \pm 18,29$ g/L, HCT trung bình là $0,398 \pm 0,055$ L/L, MCV trung bình là $89,49 \pm 8,35$ fl, MCH trung bình là $29,38 \pm 3,02$ pg và MCHC trung bình là $327,99 \pm 9,43$ g/L. Nhìn chung các chỉ số hồng cầu có giá trị trung bình đều nằm trong ngưỡng bình thường. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với Tạ Bá Thắng (2021), nhận thấy số lượng hồng cầu trung bình là $4,21 \pm 0,3$ T/L, Hb trung bình là $125,1 \pm 19,24$ g/L [7]. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Võ Trọng Thành (2017) trên 87 người bệnh Lao phổi với số lượng hồng cầu trung bình là $4,07 \pm 0,88$ T/L; Hb trung bình là $116,1 \pm 23,8$ g/L; HCT trung bình là $0,356 \pm 0,067$ L/L [4]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không tương đồng với Daniel Kahase (2018) tại Ethiopia, kết quả trên 40 người bệnh Lao phổi cho thấy các chỉ số số lượng hồng cầu trung bình $4,9 \pm 0,9$ T/L, Hb trung bình $14,1 \pm 2,4$ g/dl, HCT trung bình $0,433 \pm 0,074$ L/L [12]. Các giá trị trong nghiên cứu trên cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, có thể liên quan đến đặc điểm đối tượng nghiên cứu về chủng tộc, địa lý, thời gian và cỡ mẫu nghiên cứu, các chỉ số khoảng tham chiếu về số lượng hồng cầu, Hb và HCT của người dân Ethiopia đều cao hơn so với chỉ số bình thường của người Việt Nam [13].

4.2. Đặc điểm thiếu máu ở người bệnh lao phổi

4.2.1. Tỉ lệ thiếu máu ở người bệnh lao phổi

Theo biểu đồ 3.3, tỉ lệ thiếu máu trên người bệnh Lao phổi là 44,5% (73/164) và không có thiếu máu là 55,5% (91/164), trong bảng 3.2 cho thấy nồng độ Hb trung bình là $127,27 \pm 18,29$ g/L. Kết quả của chúng tôi

tương đồng với nghiên cứu của Feven Abay và cộng sự (2018), trên 50 người bệnh Lao phổi cho thấy tỉ lệ thiếu máu là 46% [14]. Tuy nhiên, kết quả về tỉ lệ thiếu máu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Võ Trọng Thành năm 2017 tại Bệnh viện Phổi Trung ương, tỉ lệ người bệnh có thiếu máu là 54% và nồng độ Hb trung bình là $11,61 \pm 2,38$ g/dL [4]. Trong nghiên cứu của Võ Trọng Thành (2021), tỉ lệ người bệnh Lao phổi có thiếu máu là 69,37% [6]. Do đó, thiếu máu là một bất thường huyết học cần được theo dõi thường xuyên trên người bệnh Lao phổi, người bệnh thường có tình trạng giảm huyết sắc tố, thiếu hụt sắt gây ra tại thời điểm chẩn đoán lao.

4.2.2. Mức độ thiếu máu trên người bệnh lao phổi

Kết quả bảng 3.3 cho thấy thiếu máu nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất (63%), tiếp theo là thiếu máu vừa (35,6%) và thiếu máu nặng (1,4%). Kết quả của chúng tôi tương đồng với Mukherjee (2019), thiếu máu nhẹ chiếm tỉ lệ lớn nhất là 61,8%, thiếu máu vừa chiếm 25,4% và thiếu máu nặng chiếm 12,7% [15]. Khi so sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với Feven Abay (2018), có tỉ lệ thiếu máu nhẹ và thiếu máu vừa gần tương đương nhau với 47,48% và 47,8% [14]. Theo nghiên cứu của Baluku (2022), nhận thấy thiếu máu trung bình chiếm ưu thế với 48,1% [16]. Nghiên cứu này có tỉ lệ thiếu máu vừa cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Nguyên nhân có thể do chưa có sự tương đồng trong đối tượng tham gia về tình trạng dinh dưỡng và tiến triển của bệnh tại thời điểm chẩn đoán. Đồng thời, thói quen sinh hoạt không hợp lý như sử dụng rượu bia hay thuốc lá và các bệnh mạn tính đi kèm cũng làm trầm trọng hơn tình trạng bệnh.

4.2.3. Phân loại thiếu máu theo MCV trên người bệnh lao phổi

Kết quả bảng 3.4 cho thấy thiếu máu trên người bệnh Lao phổi, thiếu máu hồng cầu bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất là 75,3%, tiếp theo là thiếu máu hồng cầu nhỏ (20,5%) và thiếu máu hồng cầu to (4,1%). Theo Chhabra (2021) cũng cho thấy rằng tỉ lệ thiếu máu hồng cầu bình thường chiếm ưu thế với 68% và thiếu máu hồng cầu nhỏ chiếm 32% [17]. Trong nghiên cứu của Feleke (2019), có tỉ lệ thiếu máu hồng cầu bình thường cao nhất với 50,07%, tiếp theo là thiếu máu hồng cầu nhỏ chiếm 47,11%, thiếu máu hồng cầu to chiếm 2,82% [18]. Có thể thấy rằng thiếu máu hồng cầu bình thường phổ biến nhất, tuy nhiên nhưng các loại thiếu máu như: hồng cầu nhỏ hay hồng cầu to cũng xuất hiện. Điều này gợi ý về nguyên nhân gây thiếu máu ở Lao phổi có thể do một số cơ chế thay vì một cơ chế bệnh sinh duy nhất. Kết quả của chúng tôi chưa có sự tương đồng với Feven Abay (2015), cho thấy trên người bệnh Lao phổi có tỉ lệ thiếu máu hồng cầu nhỏ cao nhất với 55%, tiếp theo là thiếu máu hồng cầu bình thường chiếm 37%, thiếu máu hồng cầu to chiếm 8%. Trên người bệnh Lao phổi, tùy theo diễn tiến bệnh tại thời điểm chẩn đoán mà có những ảnh hưởng khác nhau đến tình trạng thiếu

máu. Với những người bệnh thường ho ra máu có lúc nhiều, có lúc kéo dài, nên làm cho tình trạng thiếu máu xảy ra từ từ và liên tục, dẫn đến thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ [14].

4.2.4. Phân loại thiếu máu theo MCHC trên người bệnh lao phổi.

Kết quả bảng 3.4 cho thấy trên người bệnh Lao phổi, tỉ lệ thiếu máu đẳng sắc (76,7%) cao hơn thiếu máu nhược sắc (23,3%). Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với với Baluku (2022) cho thấy tỉ lệ thiếu máu đẳng sắc (59%) cao hơn so với thiếu máu nhược sắc (41%) [16]. Theo nghiên cứu của Mukherjee (2019), tỉ lệ thiếu máu đẳng sắc chiếm 56,9% cao hơn thiếu máu nhược sắc với 28,7% [15]. Đồng thời, trong nghiên cứu của Feven Abay (2015) cũng cho thấy thiếu máu đẳng sắc chiếm tỉ lệ cao nhất với 55% [15]. Từ những nghiên cứu trên cho thấy thiếu máu trên người bệnh Lao phổi vẫn đang là chủ đề được nhiều tác giả thực hiện để tìm hiểu về đặc điểm và cập nhật về xu thế thay đổi của tình trạng thiếu máu theo thời gian, giữa các cộng đồng chủng tộc và xã hội khác nhau. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi chưa có sự tương đồng với Feleke (2019), tác giả cho thấy tỉ lệ thiếu máu nhược sắc (49,5%) cao hơn thiếu máu đẳng sắc (46,6%) [16]. Điều này có thể lý giải là do có sự khác biệt về thời gian nghiên cứu, chủng tộc và các yếu tố xã hội.

5. KẾT LUẬN

- Tỉ lệ người bệnh lao phổi có thiếu máu là 44,5% (73/164), trong đó thiếu máu nhẹ chiếm 63%, thiếu máu trung bình 35,6% và thiếu máu nặng 1,4%.

- Trong nhóm người bệnh lao phổi có thiếu máu, tỉ lệ thiếu máu hồng cầu bình thường chiếm 75,3%, thiếu máu hồng cầu nhỏ chiếm 20,5% và thiếu máu hồng cầu to chiếm 4,1%.

- Trong nhóm người bệnh lao phổi có thiếu máu, tỉ lệ thiếu máu đẳng sắc chiếm 76,7% và thiếu máu nhược sắc chiếm 23,3%.

6. KIẾN NGHỊ

1. Cần thực hiện nghiên cứu tiếp theo với quy mô lớn hơn, cỡ mẫu lớn hơn thực hiện nghiên cứu hồi cứu hoặc tiến cứu để đánh giá mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu và người bệnh mắc lao phổi. Mở rộng phạm vi nghiên cứu trên đối tượng người bệnh mắc lao nói chung với các yếu tố khác như các thể bệnh lao, tiền sử điều trị lao, tính kháng thuốc của vi khuẩn lao.

2. Đánh giá thêm các chỉ số như Ferritin, Sắt huyết thanh để làm rõ thêm tình trạng thiếu máu thiếu sắt ở người bệnh lao phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization, Global tuberculosis report 2022, <<https://www.who.int/publications/item/9789240061729>> accessed April 24, 2023.
- [2] Shah AR et al., "Evaluation of hematological parameters in pulmonary tuberculosis patients", J Family Med Prim Care, 11, 2022, 4424-8.
- [3] Barzegari S et al., "Prevalence of anemia among patients with tuberculosis: A systematic review and meta - analysis", Indian J Tuberc, 66, 2019, 299-307.
- [4] Võ Trọng Thành, Nguyễn Thị Hà Thanh, Nguyễn Thanh Hà và cộng sự, "Bước đầu nghiên cứu đặc điểm tế bào máu ngoại vi và tủy xương của người bệnh lao phổi tại Bệnh viện Phổi Trung ương", Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam, 59.12, 2017.
- [5] Nagu TJ, Spiegelman D et al., "Anemia at the Initiation of Tuberculosis Therapy Is Associated with Delayed Sputum Conversion among Pulmonary Tuberculosis Patients in Dar - es - Salaam, Tanzania", Plos One 9(3), 2014.
- [6] Võ Trọng Thành, Nghiên cứu sự thay đổi một số chỉ số huyết học ở bệnh nhân lao, được điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương, Luận án tiến sĩ, Trường đại học Y Hà Nội, 2021.
- [7] Tạ Bá Thắng và cộng sự, "So sánh đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh lao phổi mới AFB dương tính và âm tính tại Bệnh viện Quân y 103", Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam, 2021.
- [8] Trần Ngọc Dung et al., "Tỷ lệ mắc và đặc điểm dịch tễ lao mới tại tỉnh Đồng Tháp năm 2020", Tạp chí Y học Việt Nam, 524(1B), 2023.
- [9] Trần Thị Lý và cộng sự, "Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh lao phổi tại khoa Lao hô hấp, Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2019", Tạp chí Y học Việt Nam, 526(1A), 2023.
- [10] Guo, Xin, et al., "Nutrition and clinical manifestations of pulmonary tuberculosis: a cross-sectional study in Shandong province, China", Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition 31(1), 2022, 41-48.
- [11] Ko, Yousang et al., "Changes in nutritional status in pulmonary tuberculosis: longitudinal changes in BMI according to acid-fast bacilli smear positivity", Journal of Clinical Medicine 4082, 2020.
- [12] Kahase D, Solomon A, Alemayehu M, "Evaluation of Peripheral Blood Parameters of Pulmonary Tuberculosis Patients at St. Paul's Hospital Millennium Medical College, Addis Ababa, Ethiopia: Comparative Study", J Blood Med, 11, 115-121, 2020.
- [13] Bimerew LG, Demie T, Eskinder K et al., "Reference intervals for hematology test parameters from apparently healthy individuals in southwest Ethiopia." SAGE Open Med, 6, 2050312118807626.
- [14] Feven Abay, Aregawi Yalew et al., "Hematological

Abnormalities of Pulmonary Tuberculosis Patients with and without HIV at the University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia: A Comparative Cross-Sectional Study”, Tuberculosis Research and Treathiếu máu, 2018.

- [15] Mukherjee A et al., “Prevalence, characteristics, and predictors of tuberculosis associated anemia”, J Family Med Prim Care, 8, 2445-9, 2019.
- [16] Baluku, Joseph Baruch et al., “Prevalence of anaemia and associated factors among people with pulmonary tuberculosis in Uganda”, Epidemiology & Infection, 150, 2022.
- [17] Chhabra S, Kashyap A, Bhagat M et al., “Anemia and Nutritional Status in Tuberculosis Patients”, Int J Appl Basic Med Res, 11(4), 2021, 226-230.
- [18] Feleke BE, Feleke TE, Biadglegne F., “Nutritional status of tuberculosis patients, a comparative cross-sectional study”, BMC Pulm Med, 182(19), 2019.

EVALUATE THE RESULT OF COMPUTED TOMOGRAPHY GUIDED TRANSTHORACIC NEEDLE BIOPSY IN APPROACHING LUNG TUMOR AFTER 5 YEARS OF PERFORMANCE AT THU DUC CITY HOSPITAL

Nguyen Ba Tung^{1*}, Le Hoang Hai¹, Le Huong Ly¹,
Vu Tri Thanh^{1,2}, Nguyen Hoang Anh Vu¹

¹Thu Duc City Hospital - 29 Phu Chau, Tam Phu, Thu Duc city, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy - 217 Hong Bang, Ward 11, District 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 17/08/2023; Accepted: 03/10/2023

ABSTRACT

Objective: To evaluate the pilot result, diagnostic value, the feasibility and possible complications of computed tomography (CT) guided transthoracic needle biopsy of tumor type lung lesions performed at Thu Duc city Hospital.

Material and method: A prospective cross- sectional was performed from January 1st 2017 to December 30th 2022, on 250 patients with tumor type lung lesions, who had transthoracic biopsy by trucut needle under CT guiding.

Results: There were 100% sample acquired. 170 cases (68.0%) have malignant, 17 cases (6.8%) have tuberculosis result, 4 case (1.6%) has Aspergillus tumor. There were 25 cases benign tumor for sure, 8 cases with necrotic inflammation tissue, and 22 (8.8%) cases with chronic inflammation tissue result. Diagnostic accuracy is 91.6%. Pneumothorax complicated 29.6%, and there were 6 cases needed placing percutaneous catheter drainage. Hemoptysis complicated 20%, hemorrhage was mild and no case need intervention.

Conclusion: The procedure has an acceptable efficacy and safety, and it could be well performed in CT equipped hospitals.

Keywords: Biopsy, lung tumor, computed tomography guide.

*Corresponding author
Email address: Ba.tungyds@gmail.com
Phone number: (+84) 934912000
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SINH THIẾT TỔN THƯƠNG DẠNG U TẠI PHỔI DƯỚI HƯỚNG DẪN CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH SAU 5 NĂM THỰC HIỆN TẠI BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC

Nguyễn Bá Tùng^{1*}, Lê Hoàng Hải¹, Lê Hương Ly¹,
Vũ Trí Thanh^{1,2}, Nguyễn Hoàng Anh Vũ¹

¹Bệnh viện thành phố Thủ Đức - 29 Phú Châu, Tam Phú, thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
²Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, Phường 11, Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 17/08/2023; Ngày duyệt đăng: 03/10/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả, tính khả thi và an toàn của phương pháp sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp cắt lớp vi tính trong tổn thương phổi dạng u được thực hiện tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu trên 250 bệnh nhân có tổn thương dạng u qua chụp cắt lớp vi tính được sinh thiết xuyên thành ngực bằng kim trucut dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính từ lúc bắt đầu triển khai thủ thuật tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức từ 01/01/2017 đến 30/12/2022.

Kết quả: Toàn bộ 100% bệnh nhân lấy được mẫu và có 170 trường hợp ung thư chắc chắn chiếm tỷ lệ 68%, 17 bệnh nhân mô viêm lao, chiếm 6,8%, 4 bệnh nhân u nấm *Aspergillus* chiếm 1,6%. Ngoài ra, 25 bệnh nhân mô lành tính chắc chắn, 8 bệnh nhân mô hoại tử và 22 bệnh nhân viêm mạn tính chiếm 8,8%. Tỷ lệ chẩn đoán chắc chắn là 91,2%. Hai biến chứng được ghi nhận là tràn khí màng phổi chiếm 29,6%, 6 bệnh nhân cần đặt dẫn lưu màng phổi và ho ra máu chiếm 20,0 %. Biến chứng chảy máu thoáng qua và không cần phải can thiệp.

Kết luận: Thủ thuật có hiệu quả cao và độ an toàn chấp nhận được, có thể thực hiện được ở các bệnh viện có máy chụp cắt lớp vi tính.

Từ khóa: Sinh thiết, u phổi, hướng dẫn CT.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong những ung thư gây tử vong hàng đầu trên thế giới [12]. Tại Việt Nam, ung thư phổi khá thường gặp nhưng đa số trường hợp thường được phát hiện khá muộn với tiên lượng tử vong cao [1], [2].

Hiện nay có nhiều phương pháp chẩn đoán tổn thương dạng u: tìm tế bào đàm, sinh thiết qua nội soi phế quản, nội soi thực quản, sinh thiết xuyên thành ngực hoặc tiếp cận ngoại khoa qua nội soi trung thất, nội soi lồng ngực, nội soi màng phổi, mở ngực chẩn đoán [11]. Việc chọn

phương thức tiếp cận tùy thuộc vị trí u, mức độ xâm lấn, các phương tiện sẵn có tại cơ sở y tế. Nội soi phế quản là một phương pháp có độ an toàn cao, thường được chọn là phương thức tiếp cận đầu tiên, có ưu thế ở các u trung tâm. Tuy nhiên, các khối u nằm xa trung tâm hay không thể quan sát bằng nội soi phế quản thì khi đó sinh thiết xuyên thành ngực nên được xem xét [13]. Lấy mẫu xuyên thành ngực bao gồm chọc hút hoặc sinh thiết cắt từ lâu được coi là một kỹ thuật tương đối an toàn và có khả năng chẩn đoán cao đặc biệt với bệnh lý ác tính (độ nhạy 64 - 97%, độ đặc hiệu 86 - 100%) cho những tổn thương ngoại vi lồng ngực mà nội soi không

*Tác giả liên hệ
Email: Ba.tungyds@gmail.com
Điện thoại: (+84) 934912000
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

với tới được [20]. Sinh thiết cắt cho mẫu mô lớn thích hợp cho chẩn đoán giải phẫu bệnh, mẫu mô lớn giúp đạt tới chẩn đoán được một u lành đặc hiệu với độ chính xác cao (52 - 91%) [4], [6]. Tuy nhiên kỹ thuật này vẫn có các biến chứng thường gặp như: tràn khí màng phổi (26%) và chảy máu (10%) [8].

Tại khoa Nội tổng quát, Bệnh viện thành phố Thủ Đức, hầu hết người bệnh được chỉ định nội soi phế quản nếu có u phổi. Ở những người bệnh không có được chẩn đoán mô bệnh học sau nội soi vì không thấy u trong lòng phế quản hoặc sinh thiết cho kết quả âm tính sẽ được chỉ định sinh thiết hút xuyên ngực bằng kim Trucut. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá kết quả của việc sử dụng kim Trucut xuyên ngực cho chẩn đoán mô bệnh học các u phổi có kết quả nội soi sinh thiết âm tính cũng như tính an toàn của thủ thuật sau 5 năm triển khai.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Cắt ngang mô tả hồi cứu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Người bệnh có tổn thương phổi dạng u nhập viện vào Khoa Nội tổng quát, Bệnh viện thành phố Thủ Đức trong thời gian từ 01/01/2017 đến 30/12/2022.

Tiêu chuẩn nhận bệnh

- Người bệnh được xác định có khối tổn thương phổi và màng phổi qua chụp cắt lớp vi tính (CT) ngực và không thể chẩn đoán bản chất bằng những phương pháp khác về mặt mô học (soi phế quản chọc hút xuyên thành phế quản, xét nghiệm tế bào của dịch rửa phế quản).

- Người bệnh có chỉ định thực hiện sinh thiết xuyên

thành ngực.

- Người bệnh đồng ý tiến hành thủ thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Có rối loạn đông, cầm máu nặng không điều chỉnh được: số lượng tiểu cầu < 50 giga/lít; tỷ lệ prothrombin < 50%.

- Nghi tổn thương u mạch.

- Có kén hơi ở vùng định chọc kim qua.

- Đã cắt phổi bên đối diện.

- Ho quá nhiều không cầm được.

- Suy tim, rối loạn nhịp tim, suy hô hấp nặng, tình trạng huyết động không ổn định.

- Người bệnh không hợp tác (chống chỉ định tương đối) hoặc không đồng ý.

- Có bệnh phổi tắc nghẽn vừa hoặc nặng ($FEV1 < 1L$). Người bệnh thở máy.

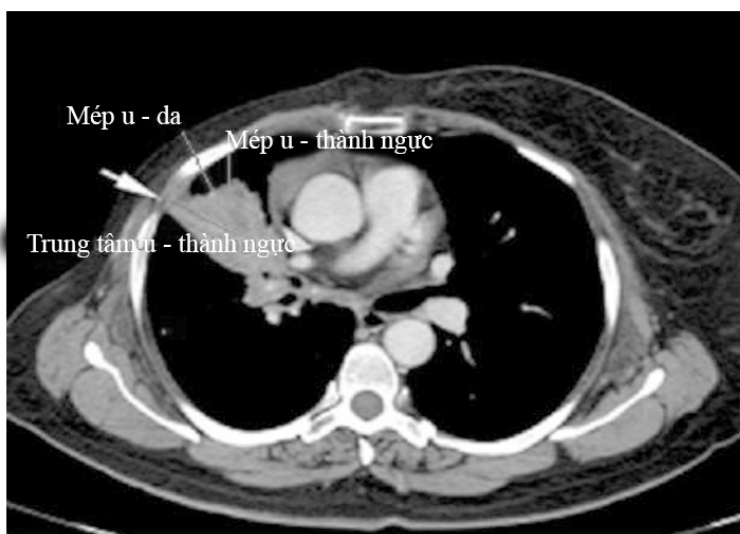
- Người bệnh không nằm được.

2.3. Định nghĩa biến số

- Khoảng cách trung tâm u – thành ngực: Khoảng cách tính từ thành ngực đến trung tâm u (tại lát cắt mà kích thước u là lớn nhất) (đơn vị mm).

- Khoảng cách u – thành ngực: Khoảng cách tính từ thành ngực đến mép u (tại lát cắt mà kích thước u là lớn nhất) (đơn vị mm).

- Khoảng cách mép u – da: Khoảng cách tính từ da cho đến mép u (tại lát cắt mà kích thước u là lớn nhất) (đơn vị mm).



- Tiêu chuẩn chẩn đoán ác tính: Có bằng chứng mô bệnh học là ung thư

- Tiêu chuẩn chẩn đoán lành tính:

- Có bằng chứng xác định mô bệnh lao trên giải phẫu bệnh và đáp ứng về lâm sàng và cận lâm sàng khi điều trị lao.
- Có diễn tiến lành tính: tổn thương tự biến mất hay để lại di chứng, tự phát hay sau điều trị đặc hiệu không phải kháng ung thư.
- Có kết quả mô học sau phẫu thuật kết luận là lành tính.

2.4. Tiến hành nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên kết quả thực hiện thủ thuật và bệnh án của 250 người bệnh thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và loại trừ. Những người bệnh này được tiến hành các xét nghiệm thường quy chẩn đoán nguyên nhân gây bệnh.

Nội soi phế quản kèm sinh thiết được ưu tiên thực hiện trên tất cả người bệnh. Nếu không thấy u và không lấy được mẫu hoặc lấy mẫu không cho kết quả phù hợp chẩn đoán lâm sàng, các người bệnh sau đó được giải thích kỹ về lợi ích của thủ thuật cũng như tai biến tràn khí màng phổi, tràn khí màng phổi cần đặt dẫn lưu, chảy máu hoặc ho ra máu, thuyên tắc khí và ký cam kết đồng ý tham gia nghiên cứu.

Đông máu toàn bộ được thực hiện thường quy trước thủ thuật. Tất cả thủ thuật được thực dưới chụp cắt lớp vi tính. Định vị u, chọn điểm chọc kim, chọn góc chọc kim theo các phương tiện hướng dẫn. Người bệnh được tiền mê nhẹ bằng Diazepam 5 – 10mg đường uống và ngăn ngừa shock thần kinh X bằng Atropin 2 ống tiêm bắp. Thủ thuật được thực hiện dưới tê tại chỗ với lidocain tiêm trong da, dưới da và qua các lớp cơ, màng phổi thành.

Sử dụng kim Trucut cỡ 18 – 20G, loại dùng 1 lần, gồm 1 kim dẫn đường có ốc định vị và 1 kim cắt cỡ 18 – 20G.

2.5. Các bước thực hiện sinh thiết

- Chụp lại một phim ngực toàn thể và quét khu trú lại vùng tổn thương đã xác định.
- Bật đèn hướng dẫn, dựa vào vị trí quét của vùng tổn thương mà dán lá kim đánh dấu lên vùng thành ngực định sinh thiết, vị trí vùng sinh thiết bằng giao điểm vị trí dán lá kim và vết sáng của máy phát tia.
- Đo và ước lượng khoảng cách từ bề mặt da đến vị trí của tổn thương.
- Xác định góc tạo bởi đường vuông góc với mặt bàn chụp và đường dự định vào sinh thiết.
- Lựa chọn vị trí người bệnh dựa trên vị trí của tổn

thương, kích thước của tổn thương sinh thiết phải được nhắm mục tiêu đối với thành phần rắn của nốt hoặc khối u. Tương tự, nếu có hoại tử trung tâm, sinh thiết phải được hướng trực tiếp vào thành của tổn thương.

- Rút kim gây tê, chọc kim sinh thiết vào ngay vị trí vừa rút. Di chuyển đưa kim sinh thiết vào sâu hướng đầu kim vào khối u, hết thành ngực đến màng phổi thành thì dừng lại. Quét cắt lớp vi tính kiểm tra trên màn hình góc, hướng đi và khoảng cách của đầu kim sinh thiết so với khối u.

- Tiếp tục xuyên kim đến độ dài đã được định vị sẵn, quét cắt lớp vi tính kiểm tra lại sự tiếp cận giữa đầu kim và khối u.

- Tiến hành bấm sinh thiết 3 - 5 mẫu, các mẫu mô được lưu giữ trong dung dịch formalin 10%.

- Kim dẫn đường và kim sinh thiết được rút cùng lúc sau khi đạt được mẫu mô cuối.

- Quét lại cắt lớp vi tính kiểm tra tràn khí màng phổi, tụ máu nhu mô phổi ngay sau khi kết thúc thủ thuật.

- Người bệnh sau sinh thiết phải theo dõi sát tiếp trong vòng 24 giờ về huyết áp, mạch, nhiệt độ, nhịp thở, các biểu hiện ho ra máu, tràn khí màng phổi, thuyên tắc khí... bằng lâm sàng.

- Chụp lại X-Quang ngực trong vòng 6 giờ sau sinh thiết để đánh giá tràn khí màng phổi muộn.

- Các trường hợp tràn khí lượng ít được chỉ định thở oxy nhằm tăng khả năng hấp thu. Tràn khí màng phổi được tiến hành dẫn lưu nếu là lượng nhiều (trên 35% lồng ngực), tiến triển và/hoặc gây triệu chứng.

- Các mẫu mô sẽ chuyển đến phòng giải phẫu bệnh cố định, đọc mô bệnh học, có thể kết hợp nhuộm hóa mô miễn dịch, sinh học phân tử.

- Người bệnh đã sinh thiết tiếp tục được theo dõi kết cục trong 3 – 6 tháng sau, đánh giá kết quả cận lâm sàng khác, kết quả phẫu thuật, kết quả điều trị ung thư hoặc các điều trị khác và diễn tiến khối u mỗi 3 tháng với các khối u mô viêm lành tính.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu được ghi nhận trên 250 người bệnh có khối tổn thương phổi và màng phổi có chỉ định sinh thiết xuyên ngực trong giai đoạn từ 01/01/2017 đến 30/12/2022 tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức. Đặc điểm của người bệnh bao gồm: nam giới là 157 người (chiếm tỉ lệ 62,8%), nữ giới chiếm 93 người (tỉ lệ 37,2%). Tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là 62,3. Khả năng lấy được mẫu là 100% và số lần chọc kim trung bình là 4,1 lần/1 người bệnh, trong đó ghi nhận

11 người bệnh lấy mẫu lại lần 2.

3.1. Tính khả thi

Tất cả 250 người bệnh đều được tiến hành sinh thiết dưới hướng dẫn của CT, trường hợp gần nhất là sát thành

ngực, trường hợp xa nhất cách thành ngực 63,2mm và khoảng cách trung bình được ghi nhận là 37,2mm.

Kích thước khối u nhỏ nhất là 10mm còn kích thước lớn nhất ghi nhận được lên đến 120mm (Bảng 1).

Bảng 1. Kích thước u và các khoảng cách (n = 250)

Đặc điểm	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị bé nhất	Giá trị lớn nhất
Kích thước u (mm)	52,45	18,9	10	120
Khoảng cách u – thành ngực (mm)	17,42	11,29	0	44,3
Khoảng cách da – thành ngực (mm)	19,79	1,20	17	23,4
Khoảng cách da – mép u (mm)	37,22	11,37	17	63,2
Khoảng cách đâm kim (mm)	57,42	8,75	30	92,7
Khoảng cách thành ngực – trung tâm u (mm)	36,63	8,67	9,6	71,5

Nhận xét: Nghiên cứu cũng ghi nhận 100% người bệnh có thể lấy được mẫu, có 33 người bệnh phải sinh thiết lần thứ 2 do kết quả giải phẫu bệnh không phù hợp so với lâm sàng, kết quả sinh thiết lần 2 của những người bệnh này được sử dụng trong nghiên cứu.

3.2. Kết quả sinh thiết

Kết quả giải phẫu bệnh sau khi sinh thiết có 170 trường hợp chẩn đoán chắc chắn ung thư (68,0%), các kết quả giải phẫu bệnh khác bao gồm Aspergillus (1,6%), lao (6,8%), mô hoại tử (4,4%) và mô viêm mạn tính (8,8%).

Bảng 2. Kết quả giải phẫu bệnh (n = 250)

Chẩn đoán	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Aspergillus	4	1,6%
Lao	17	6,8%
Mô hoại tử	11	4,4%
Mô viêm mạn tính	22	8,8%
Ung thư	170	68,0%
Mô lành tính khác	26	10,4%

Nhận xét: Trong 22 người bệnh mô viêm mạn tính, 2 người bệnh ghi nhận tổn thương ổn định sau 6 tháng theo dõi. Ngoài ra, tất cả các người bệnh được chẩn đoán ung thư đều được theo dõi và điều trị ung thư phổi

tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện thành phố Thủ Đức. Tất cả các người bệnh đều đáp ứng với điều trị cho tới thời điểm báo cáo (tháng 8/2023).

Qua các kết quả trên, có thể thấy độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán bệnh lý ác tính đều đạt 100%, vì kết quả giải phẫu bệnh khẳng định chắc chắn mà không nghi ngờ ác tính.

3.3. Tính an toàn

Bảng 3. Biến chứng sinh thiết xuyên ngực

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Ho ra máu	50	20%
Ho ra máu + tràn khí màng phổi	12	4,8%
Tràn khí màng phổi	74	29,6%
Không biến chứng	126	50,4%

Nhận xét: Không có trường hợp thuyên tắc khí nào xảy ra. Chỉ có 50/250 trường hợp có ho ra máu, tự giới hạn trong vòng 24h mà không cần điều trị. Ghi nhận 12/250 trường hợp (tỷ lệ 4,8%) vừa có ho ra máu và tràn khí màng phổi, cả 2 đều tự giới hạn với thở oxy 5L/phút qua Cannula.

Ngoài ra, ghi nhận 74/250 trường hợp (29,6%) có tràn khí màng phổi đơn thuần, và trong đó chỉ 4 trường hợp tràn khí màng phổi lượng nhiều cần đặt dẫn lưu màng phổi.

Bảng 4. Tương quan giữa khả năng tràn khí và kích thước u

	Tràn khí màng phổi		p (*)
	Có (n = 74)	Không (n = 176)	
Kích thước u < 2cm	18 (42,8%)	24 (57,2%)	0,001
Kích thước u ≥ 2cm	56 (26,9%)	152 (73,1%)	
Khoảng cách u – thành ngực < 2cm	21 (14,5%)	124 (85,5%)	0,0001
Khoảng cách u – thành ngực ≥ 2cm	53 (50,5%)	52 (49,5%)	

Ghi chú: (*) kiểm định Chi bình phương

Nhận xét: Kết quả bảng 4 ghi nhận có mối liên hệ giữa kích thước u và biến chứng tràn khí màng phổi. Trong đó ghi nhận tỉ lệ người bệnh có kích thước u < 2cm bị tràn khí màng phổi là 42,8% so với 26,9% bệnh nhân có u ≥ 2cm. Bên cạnh đó có 14,5% người bệnh có khoảng cách u – thành ngực < 2cm bị tràn khí màng phổi trong khi tỉ lệ ở nhóm có khoảng cách u – thành ngực ≥ 2cm là 50,5%.

Như vậy, khi sinh thiết những u có kích thước lớn và nằm gần thành ngực sẽ ít bị tràn khí màng phổi hơn khi sinh thiết những u có kích thước nhỏ và cách xa thành ngực. Khoảng cách tính từ da cho đến trung tâm u (thường là vị trí cắt của kim) càng lớn thì khả năng tràn khí màng phổi càng cao.

Bảng 5. Tương quan giữa khả năng ho ra máu và kích thước u

	Ho ra máu		p (*)
	Có (n = 50)	Không (n = 200)	
Kích thước u < 2cm	6 (14,3%)	36 (85,7%)	0,171
Kích thước u ≥ 2cm	44 (21,2%)	164 (78,8%)	
Khoảng cách u – thành ngực < 2cm	18 (12,4%)	127 (87,6%)	0,053
Khoảng cách u – thành ngực ≥ 2cm	32 (30,5%)	73 (69,5%)	

Ghi chú: (*) kiểm định Chi bình phương

Nhận xét: Theo bảng trên ta thấy, kích thước u lớn hay nhỏ không phải là yếu tố nguy cơ của biến chứng ho ra máu sau sinh thiết.

4. BÀN LUẬN

Người bệnh trong nhóm nghiên cứu tuổi trung bình 62,3 phù hợp với các nghiên cứu khảo sát các người bệnh u phổi khác. Tỷ lệ nam cao hơn nữ (62,8% so với 37,2%) cũng phù hợp vì ung thư là chẩn đoán phổ biến trong nhóm nghiên cứu, thường gặp hơn ở nam do tỷ lệ hút thuốc lá cao.

4.1. Tính khả thi

Tỷ lệ lấy mẫu được là 100% trong khi Harrison ghi nhận 81/89 trường hợp (82,7%) [6]. Trong nghiên cứu

này khả năng lấy mẫu được cao là do tất cả các người bệnh đều được làm dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính dù u nằm sát thành ngực. Có thể thấy, sinh thiết dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính có thể làm tăng khả năng lấy mẫu lên đáng kể, có thể tránh cho người bệnh phải sinh thiết lại do lấy mẫu thất bại. Một số nguyên nhân thất bại trong khi lấy mẫu đã được báo cáo: Tràn khí màng phổi trước khi lấy được mẫu, bệnh nhân không giữ yên tư thế, không thể nín thở, hợp tác kém (giảm thị lực, lú lẫn ở người lớn tuổi...) [15]. Khả năng lấy mẫu được cao là do tất cả các người bệnh đều được làm dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính dù u nằm sát thành ngực. Vì được hướng dẫn bằng CT, nên số lần đâm kim thấp do đó không gặp trường hợp tràn khí trước khi lấy được mẫu. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của người bệnh là 62,3 tuổi, không quá cao do đó ít gặp những trường hợp kém hợp tác.

Chúng tôi chưa thấy có sự khác biệt đáng kể giữa các thương tổn lớn hay nhỏ trong việc lấy được hay không mẫu, cũng như có được hay không chẩn đoán xác định phù hợp. Tuy nhiên khối u nhỏ ($< 2\text{cm}$) là 1 yếu tố nguy cơ của việc thất bại chẩn đoán [15] ngoài ra còn một số yếu tố nguy cơ khác cũng đã được báo cáo như: khối bán đặc [10], khối u thùy dưới hay tràn khí trong quá trình sinh thiết [16].

4.2. Hiệu quả trong chẩn đoán

Thủ thuật có chẩn đoán với các tổn thương ác tính, độ nhạy và độ đặc hiệu là 100%. Độ nhạy và độ đặc hiệu cao đối với tổn thương ác tính vì những người bệnh được chỉ định sinh thiết đều là những người bệnh đã nghi ngờ tổn thương ác tính trên CT. Với các tổn thương mô viêm lành tính trong nghiên cứu, 13,2% (33/250) người bệnh cần sinh thiết lại lần 2 và không có người bệnh nào sinh thiết lần 3. Tương tự, một nghiên cứu khác ghi nhận 13% (85/650) cần sinh thiết lại ít nhất 2 lần, trong đó 9 người bệnh sinh thiết lần 3 và 3 người bệnh sinh thiết tới lần thứ 4 [9]. Trong 11 người bệnh sinh thiết lại, có 7 người bệnh ung thư, 3 người bệnh lao và 1 người bệnh viêm mạn tính.

4.3. Tính an toàn

Tỷ lệ tràn khí màng phổi trong nghiên cứu là 74 người bệnh (tỷ lệ 29,6%), số người bệnh phải đặt dẫn lưu màng phổi là 2,4%. Thấp hơn so với nghiên cứu phân tích gộp gần đây là 38,8% tràn khí màng phổi và 5,7% cần dẫn lưu màng phổi [7]. Theo nghiên cứu này các yếu tố như giới tính, tuổi, số lượng mẫu thu được không phải là yếu tố nguy cơ làm tăng biến chứng khi sinh thiết, tương tự như nghiên cứu của Bozbaş [5] và Tongbai và cs [17]. Tuy nhiên một vài nghiên cứu chỉ ra rằng, nhóm người bệnh ở độ tuổi 60 và 70 có vẻ có nguy cơ cao hơn và nhóm người bệnh ở độ tuổi ≥ 80 lại có nguy cơ thấp hơn [18]. Các yếu tố như kích thước khối u, khoảng cách sinh thiết ảnh hưởng đến nguy cơ biến chứng tràn khí màng phổi tương tự như những nghiên cứu khác [3], [15], [16].

Không có yếu tố nguy cơ nào khi so sánh giữa tỷ lệ biến chứng tràn khí chung và tràn khí cần dẫn lưu màng phổi [15]. Các nghiên cứu của tác giả khác cũng chỉ ra thêm những yếu tố nguy cơ khác: Kim đi xuyên qua rãnh liên thùy, vùng phổi xơ hay khí phế thũng [15], [16]. Biến chứng ho ra máu trong nghiên cứu khoảng 20%, đa số là ho ra máu thoáng qua, tự cầm sau 3 - 6 giờ và không có người bệnh nào kéo dài quá 12 giờ. Tỷ lệ này tương tự những nghiên cứu khác, 20 - 30% [18], [21] nhưng cũng có nghiên cứu với tỷ lệ ho ra máu thấp hơn, khoảng 6,5% [14]. Khoảng cách từ màng phổi đến u có thể liên quan đến tỷ lệ chảy máu sau sinh thiết. Nghiên cứu trên, họ có lượng bệnh mà khối u nằm xa màng phổi không nhiều (22,75% $> 2,5\text{cm}$). Trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng thuyên tắc khí. Đây là biến chứng rất hiếm gặp.

Theo y văn và những nghiên cứu khác, tỷ lệ biến chứng thuyên tắc khí và reo rắc tế bào ung thư dọc đường đi của kim chỉ khoảng 0,2 - 1% [15], [19].

4.4. Hạn chế của nghiên cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu lớn nhưng chưa có nhóm so sánh. Các trường hợp chủ yếu nguyên nhân xác định bằng theo dõi và điều trị trong khi đó thời gian theo dõi còn khá ngắn vì vậy có nhiều trường hợp chẩn đoán xác định còn chưa ghi nhận. Chúng tôi chưa mở rộng nghiên cứu trên các đối tượng u lành, u ác mà không có chỉ định phẫu thuật chưa được nội soi theo như y văn.

5. KẾT LUẬN

Ghi nhận toàn bộ 100% bệnh nhân lấy được mẫu và có 170 trường hợp ung thư chắc chắn chiếm tỷ lệ 68%, 17 bệnh nhân mô viêm lao, chiếm 6,8%, 4 bệnh nhân u nấm *Aspergillus* chiếm 1,6%. Ngoài ra, 25 bệnh nhân mô lành tính chắc chắn, 8 bệnh nhân mô hoại tử và 22 bệnh nhân viêm mạn tính chiếm 8,8%. Như vậy tỷ lệ chẩn đoán chắc chắn là 91,2%. Ngoài ra, hai biến chứng được ghi nhận là tràn khí màng phổi chiếm 29,6%, 6 bệnh nhân cần đặt dẫn lưu màng phổi và ho ra máu chiếm 20,0 %. Biến chứng chảy máu thoáng qua và không cần phải can thiệp. Thủ thuật này có thể được áp dụng hiệu quả và an toàn ở các bệnh viện có máy chụp cắt lớp vi tính và có bác sĩ chuyên khoa hô hấp được đào tạo các thủ thuật sinh thiết và dẫn lưu màng phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phan Lê Thắng, Nghiên cứu điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn II, IIIa bằng phối hợp phẫu thuật triệt căn và hóa - xạ trị hỗ trợ; Luận án tiến sĩ, Trường ĐHY Hà Nội, 2017
- [2] Nguyễn Khánh Toàn, Tạ Văn Tờ, "Hiệu quả điều trị bước một ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn iv bằng pembrolizumab phối hợp bộ đôi platinum"; Tạp chí Nghiên cứu Y học, 162, (1), 2023, tr.121-128.
- [3] Beşir FH, Altın R, Kart L et al., "The results of computed tomography guided tru-cut transthoracic biopsy: complications and related risk factors". *Wien Klin Wochenschr*, 123, (3-4), 2011, 79-82.
- [4] Beslic S, Zukic F, Milisic S, "Percutaneous transthoracic CT guided biopsies of lung lesions; fine needle aspiration biopsy versus core biopsy". *Radiol Oncol*, 46, (1), 2012, 19-22.
- [5] Bozbaş Ş, Akçay Ş, Ergür F et al., "Transthoracic lung and mediastinal biopsies obtained with the Tru-Cut technique: 10 years' experience". *Turk J Med Sci*, 40, 2010, 495-501.
- [6] Harrison BD, Thorpe RS, Kitchener PG et al.,

- "Percutaneous Trucut lung biopsy in the diagnosis of localised pulmonary lesions". *Thorax*, 39, (7), 1984, 493-9.
- [7] Heerink WJ, de Bock GH, de Jonge GJ et al., "Complication rates of CT-guided transthoracic lung biopsy: meta-analysis". *Eur Radiol*, 27, (1), 2017, 138-148.
- [8] Heyer CM, Reichelt S, Peters SA et al., "Computed Tomography-Navigated Transthoracic Core Biopsy of Pulmonary Lesions: Which Factors Affect Diagnostic Yield and Complication Rates?". *Academic Radiology*, 15, (8), 2008, 1017-1026.
- [9] Khouri NF, Stitik FP, Erozan YS et al., "Transthoracic needle aspiration biopsy of benign and malignant lung lesions". *AJR Am J Roentgenol*, 144, (2), 1985, 281-8.
- [10] Lee KH, Lim KY, Suh YJ et al., "Diagnostic Accuracy of Percutaneous Transthoracic Needle Lung Biopsies: A Multicenter Study". *Korean J Radiol*, 20, (8), 2019, 1300-1310.
- [11] Nooreldeen R, Bach H, "Current and Future Development in Lung Cancer Diagnosis". *Int J Mol Sci*, 22, (16), 2021.
- [12] Parkin DM, Bray F, Ferlay J et al., "Estimating the world cancer burden: Globocan 2000". *Int J Cancer*, 94, (2), 2001, 153-6.
- [13] Rivera MP, Mehta AC, Wahidi MM, "Establishing the diagnosis of lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines". *Chest*, 143, (5 Suppl), e142S-e165S, 2013.
- [14] Schulze R, Seebacher G, Enderes B et al., "Complications in CT-Guided, Semi-Automatic Coaxial Core Biopsy of Potentially Malignant Pulmonary Lesions". *Rofo*, 187, (8), 2015, 697-702.
- [15] Shin YJ, Yi JG, Son D et al., "Diagnostic Accuracy and Complication of Computed Tomography (CT)-Guided Percutaneous Transthoracic Lung Biopsy in Patients 80 Years and Older". *J Clin Med*, 11, (19), 2022.
- [16] Takeshita J, Masago K, Kato R et al., "CT-guided fine-needle aspiration and core needle biopsies of pulmonary lesions: a single-center experience with 750 biopsies in Japan". *AJR Am J Roentgenol*, 204, (1), 2015, 29-34.
- [17] Tongbai T, McDermott S, Fintelmann FJ et al., "Complications and Accuracy of Computed Tomography-guided Transthoracic Needle Biopsy in Patients Over 80 Years of Age". *J Thorac Imaging*, 34, (3), 2019, 187-191.
- [18] Wiener RS, Schwartz LM, Woloshin S et al., "Population-based risk for complications after transthoracic needle lung biopsy of a pulmonary nodule: an analysis of discharge records". *Ann Intern Med*, 155, (3), 2011, 137-44.
- [19] Wiener RS, Wiener DC, Gould MK et al., "Risks of Transthoracic Needle Biopsy: How High?". *Clin Pulm Med*, 20, (1), 2013, 29-35.
- [20] Winokur RS, Pua BB, Sullivan BW et al., "Percutaneous lung biopsy: technique, efficacy, and complications". *Semin Intervent Radiol*, 30, (2), 2013, 121-7.
- [21] Yucel S, Sayit AT, Tomak L et al., "Frequency of complications and risk factors associated with computed tomography guided core needle lung biopsies". *Ann Saudi Med*, 41, (2), 2021, 78-85.

RESEARCH FOR THE VALUE AND SAFETY OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND AND ENDOSCOPIC ULTRASOUND FINE-NEEDLE ASPIRATION (EUS-FNA) IN THE DIAGNOSIS OF PANCREATIC CANCER

Luong Viet Thang^{1*}, Dang Nguyen Ngoc Hai²

¹University of Medicine and Pharmacy – Hue University - 6 Ngo Quyen, Vinh Ninh, Hue City, Thua Thien Hue, Vietnam

²Duy Tan University Da Nang - 254 Nguyen Van Linh, Thac Gian, Thanh Khe, Da Nang, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 14/08/2023; Accepted: 23/09/2023

ABSTRACT

Background: Pancreatic cancer is one of the leading causes of cancer death and one of the gastrointestinal cancers with the worst prognosis, with a low 5-year survival rate even with treatment. Most of the patients are diagnosed in the late stage. Early detection and accurate diagnosis and staging of pancreatic cancer are paramount in guiding treatment plans, as surgical resection can provide the only potential cure for this disease. The advancement of imaging studies and the multidisciplinary approach have a major impact on the management of pancreatic cancer. Endoscopic ultrasound (EUS) with a high-frequency probe can optimal access to the pancreas, which can help to get a better assessment of pancreatic lesions, particularly small lesions (< 2 cm). In addition, EUS also helps guide fine-needle aspiration cytology to determine the exact histology of the tumor. The advancement in EUS techniques has made this modality a critical adjunct in the management process of pancreatic cancer.

Objectives: 1. Evaluate the value of EUS and EUS-FNA in the diagnosis of pancreatic cancer; 2. Evaluate the technical safety of EUS-FNA in the diagnosis of pancreatic cancer.

Materials and methods: Descriptive cross-sectional study in 75 patients who had pancreatic neoplasms, performed EUS and had a final diagnosis of pancreatic lesions based on cytology and histopathology results.

Results: For pancreatic cancer diagnosis, the sensitivity (Se) of EUS was 94.2%, specificity (Sp) 82.6%, positive predictive value (PPV) 92.5%, negative predictive value (NPV) 86.4%, accuracy (Acc) 90.1%. The diagnostic value of pancreatic cancer of EUS-FNA: Se 75.9%, Sp 100.0%, PPV 100.0%, NPV 53.3%, Acc 81.1%. For nodal staging: Se 95.0%, Sp 83.3%, PPV 95.0%, NPV 83.3%, Acc 84.6%. For vascular invasion: Se 85.7%, Sp 83.3%, PPV 85.7%, NPV 83.3%, Acc 92.3%. For estimating tumor size: There was no difference in mean tumor size assessment between EUS and surgery as well as ultrasound, CT/MRI. EUS and EUS-FNA have higher values than ultrasound, computed tomography, magnetic resonance in the diagnosis of pancreatic cancer, nodal staging and assessment of vascular invasion. There was only 1 in 37 cases that had bleeding complication after EUS-FNA.

Conclusion: EUS and EUS-FNA had high value in the diagnosis of pancreatic cancer, assessment of tumor size, vascular invasion, nodal staging. These methods appear to be safe.

Keywords: Endoscopic ultrasound, endoscopic ultrasound fine-needle aspiration, pancreatic cancer, diagnostic value, safety.

*Corresponding author

Email address: luongvthang95@gmail.com

Phone number: (+84) 374744374

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ VÀ ĐỘ AN TOÀN CỦA SIÊU ÂM NỘI SOI VÀ CHỌC HÚT TẾ BÀO BẰNG KIM NHỎ TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ TỤY

Lương Việt Thắng^{1*}, Đặng Nguyễn Ngọc Hải²

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Huế - 6 Ngô Quyền, Vinh Ninh, Thành phố Huế, Thừa Thiên Huế, Việt Nam

²Trường Đại học Duy Tân Đà Nẵng - 254 Nguyễn Văn Linh, Thạch Gián, Thanh Khê, Đà Nẵng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 14/08/2023; Ngày duyệt đăng: 23/09/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư tụy (UTT) là một trong các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do các loại ung thư và là một trong các loại ung thư đường tiêu hóa có tiên lượng xấu nhất với tỉ lệ sống sau 5 năm thấp kể cả khi được điều trị. Phần lớn bệnh được phát hiện ở giai đoạn muộn. Phát hiện sớm và chẩn đoán chính xác cũng như phân loại giai đoạn ung thư tụy là điều tối quan trọng trong việc định hướng phương án điều trị vì phẫu thuật cắt bỏ u là phương pháp điều trị tiềm năng duy nhất. Những tiến bộ về các phương tiện chẩn đoán hình ảnh cũng như là phối hợp đa chuyên ngành đã có tác động lớn đến quản lý ung thư tụy. Siêu âm nội soi (SANS) với đầu dò tần số cao có khả năng tiếp cận lý tưởng với tụy giúp cho việc đánh giá các tổn thương đặc biệt là các tổn thương nhỏ (< 2 cm) được chính xác hơn. Ngoài ra, SANS còn giúp hướng dẫn chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (EUS-FNA) giúp xác định bản chất của tổn thương. Những tiến bộ của kỹ thuật EUS đã giúp cho phương tiện này trở thành công cụ quan trọng trong quản lý ung thư tụy.

Mục tiêu: 1. Đánh giá giá trị của siêu âm nội soi và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ trong chẩn đoán ung thư tụy; 2. Đánh giá độ an toàn của kỹ thuật chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi trong chẩn đoán ung thư tụy.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 75 bệnh nhân được chẩn đoán u tụy, có làm SANS và có chẩn đoán cuối cùng tổn thương tại tụy dựa trên kết quả của tế bào học và mô bệnh học.

Kết quả: Giá trị của SANS trong chẩn đoán ung thư tụy: độ nhạy (Se) 94,2%, độ đặc hiệu (Sp) 82,6%, giá trị tiên đoán dương (PPV) 92,5%, giá trị tiên đoán âm (NPV) 86,4%, độ chính xác (Acc) 90,1%. Giá trị chẩn đoán ung thư tụy của EUS-FNA: Se 75,9%, Sp 100,0%, PPV 100,0%, NPV 53,3%, Acc 81,1%. SANS có giá trị trong chẩn đoán hạch ổ bụng: Se 95,0%, Sp 83,3%, PPV 95,0%, NPV 83,3%, Acc 92,3%. Chẩn đoán xâm lấn mạch máu: Se 75,9%, Sp 100,0%, PPV 100,0%, NPV 72,7%, Acc 88,5%. Đánh giá kích thước u: Không có sự khác biệt về đánh giá kích thước trung bình khối u giữa SANS và phẫu thuật cũng như SA, CLVT/CHT ($p > 0,05$). SANS và EUS-FNA có giá trị cao hơn siêu âm, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ trong chẩn đoán ung thư tụy, chẩn đoán hạch ổ bụng, đánh giá xâm lấn mạch máu. Chỉ có 1/37 trường hợp xảy ra biến chứng chảy máu sau EUS-FNA.

Kết luận: SANS và EUS-FNA có giá trị cao trong chẩn đoán ung thư tụy, đánh giá kích thước khối, xâm lấn mạch máu, hạch ổ bụng. Đây là những kỹ thuật tương đối an toàn.

Từ khóa: Siêu âm nội soi, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi, ung thư tụy, giá trị chẩn đoán, tính an toàn.

*Tác giả liên hệ

Email: luongvthang95@gmail.com

Điện thoại: (+84) 374744374

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tụy là một trong các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do các loại ung thư và là một trong các loại ung thư đường tiêu hóa có tiên lượng xấu nhất với tỉ lệ sống sau 5 năm < 10,0% ngay cả khi được điều trị [9], [16], [18]. Ung thư tụy thường có tiên triển âm thầm và ở giai đoạn sớm thường không có triệu chứng [9]. Do đó phần lớn bệnh được phát hiện ở giai đoạn muộn, không còn khả năng phẫu thuật cắt bỏ u từ đó ảnh hưởng xấu đến tiên lượng của bệnh nhân. Nếu ung thư tụy được phát hiện sớm (kích thước ≤ 2 cm) và điều trị thích hợp thì tỷ lệ sống sau 5 năm khá cao (khoảng 60,0%) [5]. Do đó phát hiện và chẩn đoán ung thư tụy giai đoạn sớm có ý nghĩa rất lớn trong điều trị và cải thiện tiên lượng thời gian sống cho bệnh nhân.

Siêu âm nội soi gần đây xuất hiện cho thấy khả năng đánh giá tổn thương ở tụy với độ chính xác cao. Ngoài ra một ưu điểm nổi bật của siêu âm nội soi là giúp hướng dẫn cho việc chọc hút tế bào để lấy mẫu làm tế bào học, mô bệnh học giúp cho chúng ta biết rõ bản chất của khối u. Đây là bằng chứng quan trọng để khẳng định chẩn đoán, góp phần định hướng kế hoạch điều trị cũng như tiên lượng cho bệnh nhân. Với những ưu thế của mình, siêu âm nội soi được xem là phương tiện hàng đầu trong việc phát hiện u tụy, đặc biệt là u ung thư tụy giai đoạn sớm và những trường hợp khó.

Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu chứng minh giá trị của siêu âm nội soi tuy nhiên ở Việt Nam các nghiên cứu về giá trị của siêu âm nội soi còn ít và cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá vai trò của siêu âm nội soi cũng như chọc hút tế bào bằng kim nhỏ trong chẩn đoán ung thư tụy tại khu vực miền Trung. Dựa trên nhu cầu đó nên chúng tôi thực hiện đề tài “*Nghiên cứu ứng dụng siêu âm nội soi và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ trong chẩn đoán ung thư tụy*” với hai mục tiêu:

1. *Đánh giá giá trị của siêu âm nội soi và kỹ thuật chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi trong chẩn đoán ung thư tụy.*

2. *Đánh giá độ an toàn của kỹ thuật chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi trong chẩn đoán ung thư tụy.*

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm các bệnh nhân (BN) đến thăm khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 4/2018 – 6/2023. Các đối tượng được đưa vào nghiên cứu thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Các đối tượng được lấy vào nghiên cứu thỏa mãn đồng

thời các điều kiện sau:

- Có tổn thương khu trú tại tụy hoặc dấu hiệu gián tiếp nghi ngờ là u tụy trên siêu âm bụng, siêu âm nội soi (SANS), cắt lớp vi tính (CLVT), cộng hưởng từ (CHT).

- Được làm siêu âm nội soi.

- Có chẩn đoán cuối cùng tổn thương tại tụy dựa trên kết quả tế bào học hoặc mô bệnh học.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Các đối tượng bị loại khỏi nghiên cứu vì một trong các lý do sau:

- Chống chỉ định nội soi đường tiêu hóa trên (suy tim, suy hô hấp, nhồi máu cơ tim, cơn cao huyết áp).

- Hẹp môn vị, hẹp hành tá tràng, tá tràng.

- Bệnh nhân đã phẫu thuật cắt dạ dày, nối mật - ruột, nối mật - tụy.

- Rối loạn đông máu: tỷ Prothrombin < 50%, INR > 1,5.

- Tiểu cầu giảm: < 50.000 G/L.

2.1.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán ung thư tụy

* *Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định ung thư tụy (UTT)*

Bao gồm ít nhất 1 trong 2 tiêu chuẩn sau:

- Kết quả tế bào học từ bệnh phẩm chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi (EUS-FNA) là ung thư tụy.

- Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật là ung thư tụy.

* *Tiêu chuẩn chẩn đoán u không phải ung thư tụy*

Các trường hợp không thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán xác định ung thư tụy.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu:

Thuận tiện, gồm 75 bệnh nhân

2.2.3. Quy trình thực hiện

- Hỏi bệnh sử, thăm khám, ghi nhận các dữ liệu tuổi, giới, tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng.

- Ghi nhận các dữ liệu cận lâm sàng.

- Giải thích bệnh nhân về thủ thuật EUS, EUS-FNA.

- Chuẩn bị bệnh nhân, tiến hành thủ thuật

- Theo dõi sau thủ thuật.
- Ghi nhận kết quả, xử lý số liệu

2.2.4. Phương tiện nghiên cứu:

Máy siêu âm nội soi của hãng Fujifilm, đầu dò Radial EG- 530UR2, đầu dò Linear EG-530UT2. Nguồn sáng Fujifilm XL-4450, bộ xử lý hình ảnh Fujifilm VP-4450HD, bóng siêu âm nội soi Fujifilm B20UR, bộ xử lý hình ảnh siêu âm Fujifilm Sonart. Kim chọc hút: kim 19G, 22G, 25G.

2.2.5. Biến số nghiên cứu: Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm, tính an toàn

2.2.6. Phương pháp xử lý số liệu

- Sử dụng phần mềm Microsoft office Excel 2019 và SPSS 26.0.
- Tính trung bình và độ lệch chuẩn đối với các biến số định lượng.
- Chỉ số Youden Index (J) = max (Se + Sp-1): chỉ số kết hợp giữa độ nhạy và độ đặc hiệu để xem xét và nhận

định xem phương pháp chẩn đoán nào tốt nhất. Chỉ số J càng cao càng có ý nghĩa chẩn đoán chính xác bệnh.

2.2.7. Đạo đức nghiên cứu:

Đề tài đã được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Dược Huế vào ngày 18/06/2020. Các thông tin về bệnh nhân được mã hóa để đảm bảo bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 75 bệnh nhân, có 52 bệnh nhân UTT trong đó tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1, độ tuổi trung bình là $60,2 \pm 14,8$ (35 – 83), chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:

3.1. Giá trị của kỹ thuật siêu âm nội soi và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ trong chẩn đoán ung thư tụy

3.1.1. Giá trị của siêu âm nội soi trong chẩn đoán ung thư tụy

Bảng 1. Liên quan giữa chẩn đoán ung thư tụy trên SANS và chẩn đoán cuối cùng

		Chẩn đoán cuối cùng		Tổng (N)
		Ung thư tụy (n)	Không ung thư tụy (n)	
SANS	Ung thư tụy	49	4	53
	Không ung thư tụy	3	19	22
	Tổng (N)	52	23	75

Nhận xét: Độ nhạy (Se): 94,2%, độ đặc hiệu (Sp): 82,6%, âm (NPV): 86,4%, độ chính xác (Acc): 90,1%, giá trị tiên đoán dương (PPV): 92,5%, giá trị tiên đoán

3.1.2. Giá trị siêu âm nội soi trong chẩn đoán hạch ổ bụng

Bảng 2. Giá trị của siêu âm nội soi trong chẩn đoán hạch ổ bụng

		Phẫu thuật		Tổng (N)
		Có hạch (n)	Không có hạch (n)	
SANS	Có hạch	19	1	20
	Không có hạch	1	5	6
	Tổng (N)	20	6	26

Nhận xét: Se: 95,0%; Sp:83,3%; PPV: 95,0%; NPV: 83,3%; Acc: 92,3%.

3.1.3. Giá trị của SANS trong chẩn đoán xâm lấn mạch máu

Bảng 3. Giá trị siêu âm nội soi chẩn đoán xâm lấn mạch

		Phẫu thuật		Tổng (N)
		Có xâm lấn (n)	Không xâm lấn (n)	
SANS	Có xâm lấn mạch	15	0	15
	Không xâm lấn mạch	3	8	11
	Tổng (N)	18	8	26

Nhận xét: Se: 83,3%; Sp: 100,0%; PPV: 100,0%; NPV: 72,7%; Acc: 88,5%.

3.1.4. Giá trị của chọc hút tế bào bằng kim nhỏ trong chẩn đoán ung thư tụy

Bảng 4. Giá trị chẩn đoán ung thư tụy của chọc hút tế bào so với chẩn đoán cuối cùng

		Chẩn đoán cuối cùng		Tổng (N)
		Ung thư (n)	Không ung thư (n)	
Chọc hút tế bào	Ung thư	22	0	22
	Không ung thư	7	8	15
	Tổng (N)	29	8	37

Nhận xét: Se: 75,9%; Sp: 100,0%; PPV: 100,0%; NPV: 53,3%; Acc: 81,1%.

3.1.5. So sánh giá trị siêu âm nội soi và chọc hút tế bào với các phương pháp khác trong đánh giá ung thư tụy

3.1.5.1. Chẩn đoán ung thư tụy

Bảng 5. Giá trị chẩn đoán ung thư tụy qua các phương pháp

Phương pháp	n	Se (%)	Sp (%)	PPV (%)	NPV (%)	Acc (%)	Chỉ số J
SANS	75	94,2	82,6	92,5	86,4	90,1	0,768
EUS-FNA	37	75,9	100,0	100,0	53,3	81,1	0,759
CLVT/CHT	70	95,8	54,5	82,1	85,7	82,9	0,503
CA 19.9/100	53	54,8	78,3	77,3	58,1	66,0	0,331
SA bụng	75	59,6	52,2	73,8	36,4	57,3	0,118

Chú thích: CA 19.9/100: là giá trị chẩn đoán UTT của CA 19.9 ở ngưỡng 100 U/mL. Tương tự cách tính như với SANS ta tính được giá trị của các kỹ thuật hình ảnh khác.

Nhận xét: Trong các phương pháp chẩn đoán ung thư tụy, SANS có chỉ số J cao nhất (0,768), tiếp theo là EUS-FNA (J = 0,759). Như vậy trong nghiên cứu của

chúng tôi SANS và EUS-FNA có giá trị chẩn đoán UTT cao hơn các phương pháp chẩn đoán khác.

3.1.5.2 Chẩn đoán hạch ổ bụng

Bảng 6. So sánh giá trị của các kỹ thuật hình ảnh trong đánh giá hạch ổ bụng

Kỹ thuật hình ảnh	n	Se (%)	Sp (%)	PPV (%)	NPV (%)	Acc (%)	J
SA	26	60,0	66,7	85,7	33,3	61,5	0,267
SANS	26	95,0	83,3	95,0	83,3	92,3	0,833
CLVT/CHT	26	90,0	66,7	90,0	66,7	84,6	0,567

Nhận xét: SANS là phương pháp có giá trị cao nhất trong chẩn đoán hạch ổ bụng với J = 0,833.

3.1.5.3. Chẩn đoán xâm lấn mạch máu

Bảng 7. Giá trị của các kỹ thuật hình ảnh trong đánh giá xâm lấn mạch máu

Kỹ thuật hình ảnh	n (%)	Se (%)	Sp (%)	PPV (%)	NPV (%)	Acc (%)	J
SANS	26	83,3	100,0	100,0	72,7	88,5	0,833
CLVT/CHT	26	77,8	87,5	93,3	63,6	80,8	0,475
SA	26	27,8	87,5	83,3	35,0	46,2	0,153

Nhận xét: SANS có chỉ số J cao nhất (J = 0,833). Như vậy SANS có giá trị cao nhất trong việc chẩn đoán xâm

lấn mạch máu.

3.1.5.4. Đánh giá kích thước trung bình u tụy

Bảng 8. Liên quan kích thước trung bình u tụy đo được qua các phương pháp với phẫu thuật

Phương pháp	X ± SD (mm)
SA	45,4 ± 20,3
SANS	44,8 ± 13,1
CLVT/CHT	46,4 ± 17,7
Phẫu thuật	42,6 ± 14,9
p	> 0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt về kích thước của u tụy được đánh giá trên SANS so với kích thước đo trên phẫu thuật cũng như trên các kỹ thuật hình ảnh khác (SA, CLVT/CHT) (p > 0,05).

3.2. Tai biến chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi

Bảng 9. Tai biến chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi

Tai biến		n (%)
Thủng tạng rỗng	Có	0 (0,0)
	Không	37 (100,0)
Sốt	Có	0 (0,0)
	Không	37 (100,0)
Chảy máu	Có	1 (2,7)
	Không	36 (97,3)
Khác	Có	0 (0,0)
	Không	37 (100,0)
Tổng N (%)		37 (100,0)

Nhận xét: Hầu hết các trường hợp thực hiện EUS-FNA không xảy ra biến chứng. Chỉ có 1 BN chiếm 2,7% có

biến chứng chảy máu sau chọc hút tế bào.

4. BÀN LUẬN

4.1. Giá trị của siêu âm nội soi và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ trong chẩn đoán ung thư tụy

4.1.1. Giá trị trong chẩn đoán ung thư tụy

Từ kết quả nghiên cứu (bảng 1), có thể thấy được SANS là phương pháp có giá trị cao trong chẩn đoán UTT với độ nhạy (Se) 94,2%, độ đặc hiệu (Sp) 82,6%, giá trị tiên đoán dương (PPV) 92,5%, giá trị tiên đoán âm (NPV) 86,4%, độ chính xác (Acc) 90,1%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với kết quả của Nguyễn Trường Sơn (2017) [2] với Se = 92,9%, Sp = 76,5%, PPV = 92,9%, NPV = 76,5% và Acc = 89,0%. Theo Hyungjin Rhee và cộng sự, SANS có độ nhạy từ 89,0 – 91,0% và độ đặc hiệu từ 81,0 – 86,0% trong chẩn đoán UTT [15].

Từ bảng 4, EUS-FNA có giá trị cao trong việc chẩn đoán UTT tụy với Se = 75,9%, Sp = 100,0%, PPV = 100,0%, NPV = 55,3% và Acc = 81,1%. Theo Keihanian và cộng sự, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi có độ chính xác 85,0 – 92,0%, độ nhạy từ 80,0 – 95,0% và độ đặc hiệu từ 92,0 – 100,0% [8]. Độ chính xác của EUS-FNA phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau như chỉ định kỹ thuật phù hợp, kích thước kim chọc, kỹ thuật chọc, đánh giá mẫu mô sau khi lấy... Việc cải thiện thực hiện đúng và phù hợp những yếu tố này sẽ giúp cải thiện khả năng chẩn đoán của EUS-FNA [20].

So với các kỹ thuật hình ảnh khác, nhờ có độ phân giải cao, SANS có khả năng đánh giá nhu mô tụy tốt

hơn nên SANS, hữu ích trong việc đánh giá những tổn thương mà không phát hiện được trên các phương tiện kỹ thuật hình ảnh khác, đặc biệt là những tổn thương nhỏ. Từ bảng 5, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: SANS và EUS-FNA có giá trị chẩn đoán UTT cao hơn các phương pháp như CA 19,9 ở ngưỡng chẩn đoán là 100 UI/mL, siêu âm bụng, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với kết quả của Nguyễn Trường Sơn và cộng sự khi SANS và EUS-FNA là hai phương pháp có khả năng chẩn đoán cao nhất [2]. Chính vì vậy trong chẩn đoán ung thư tụy, EUS và EUS-FNA là phương tiện được khuyến cáo sử dụng theo hướng dẫn của các hiệp hội chuyên ngành để đạt được kết quả chính xác nhất [3], [13].

4.1.2. Giá trị của siêu âm nội soi trong chẩn đoán hạch ổ bụng

Sự xuất hiện hạch hay không có hạch không phải là yếu tố quyết định chỉ định phẫu thuật hay không phẫu thuật cắt bỏ u. Tuy nhiên, hạch ung thư di căn là một tiên lượng không tốt. Nếu có hạch di căn ở bệnh nhân vẫn còn khả năng cắt bỏ u thì nên hóa trị liệu sau phẫu thuật.

Kết quả từ bảng 2 cho thấy SANS có giá trị trong việc chẩn đoán hạch ổ bụng như sau Se: 95,0%; Sp: 83,3%; PPV: 95,0%; NPV: 83,3%; Acc: 92,3%. Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Trường Sơn và cộng sự với Se = 69,2%, Sp = 88,5%, PPV = 85,7%, NPV 74,2%, Acc = 78,9%. Theo Gress và cộng sự, SANS chẩn đoán hạch ổ bụng trong chẩn đoán ung thư tụy có độ nhạy, độ đặc hiệu và chẩn đoán chính xác xấp xỉ 85,0%, 100,0% và 89,0% [7]. Như vậy có thể thấy rằng SANS là phương tiện tốt trong

việc đánh giá hạch ổ bụng. Từ bảng 6, có thể thấy SANS có giá trị cao nhất trong việc chẩn đoán hạch ổ bụng với chỉ số J cao nhất (0,768). Bispo và cộng sự (2021) nhấn mạnh hiện nay SANS là phương tiện chính xác nhất trong việc phân độ N với độ nhạy tổng hợp là 60,0% (trong khi độ nhạy của CLVT và CHT dưới 30,0%), độ đặc hiệu trong việc phát hiện di căn hạch là tương tự nhau giữa SANS, CLVT và CHT (81,0 – 88,0%) [4].

4.1.3. Giá trị của SANS trong chẩn đoán xâm lấn mạch máu

Việc đánh giá xâm lấn mạch máu là một trong những tiêu chuẩn để phân độ, giai đoạn ung thư tụy nhằm quyết định bệnh nhân có phẫu thuật được hay không?

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy SANS có Se: 83,3%; Sp: 100,0%; PPV: 100,0%; NPV: 72,7%; Acc: 88,5% trong việc đánh giá xâm lấn mạch máu (Bảng 3). Trong các phân tích tổng hợp, độ nhạy và độ đặc hiệu tổng hợp của EUS trong việc phát hiện sự xâm lấn mạch máu của khối u lần lượt là 66 – 86% và 89 – 94% [10],[12]. Trong một nghiên cứu vừa được công bố vào năm 2023, EUS cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 100%, 95,93% và 96% đối với xâm lấn tĩnh mạch và 95, 65%, 100% và 99,5% đối với xâm lấn động mạch [11]. Từ những kết quả ở trên, có thể thấy được SANS có giá trị cao trong việc chẩn đoán xâm lấn mạch máu.

Từ bảng 7 có thể thấy rằng SANS có giá trị cao nhất trong chẩn đoán xâm lấn mạch máu khi so sánh với các phương pháp khác. Theo Tellez-Avila, SANS ưu thế hơn CLVT trong việc nhận diện xâm lấn mạch, đặc biệt là xâm lấn động mạch (PPV của SANS là 100,0% so với CLVT 60,0%) [19]. Một số tác giả khác lại cho rằng CLVT chẩn đoán xâm lấn mạch chính xác hơn SANS và CHT (HT có giá trị tương tự SANS) [14], [17]. Độ nhạy của EUS thay đổi tùy theo mạch máu liên quan. Nó vượt trội hơn so với CT để đánh giá sự liên quan với tĩnh mạch cửa; tuy nhiên, nó kém chính xác hơn trong việc đánh giá mối liên quan của khối u với động mạch mạc treo tràng trên, tĩnh mạch mạc treo tràng trên và động mạch thân tạng [3], [20]. Từ những bằng chứng đã nêu ở trên có thể thấy được rằng sự khác biệt trong giá trị trong chẩn đoán xâm lấn mạch máu của SANS, CLVT và CHT là không rõ ràng.

4.1.4. Giá trị của SANS trong đánh giá kích thước trung bình khối u

Từ bảng 8, ta có thể thấy được kích thước trung bình u trên phẫu thuật là $42,6 \pm 14,9$ nhỏ hơn so với trên SANS $44,8 \pm 13,1$ tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả tương tự đối với các kỹ thuật hình ảnh khác. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Trường Sơn và cộng sự khi không có sự khác biệt về kích thước u trên SANS và phẫu thuật, cũng như giữa các kỹ thuật hình ảnh [2]. Như vậy có thể thấy được SANS và các kỹ

thuật hình ảnh khác xác định kích thước u khá chính xác. Điều này có ý nghĩa trong việc phân độ và phân giai đoạn UTT, một yếu tố vô cùng quan trọng trong việc quyết định chẩn đoán và điều trị bệnh.

4.2. Độ an toàn của kỹ thuật chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi trong chẩn đoán ung thư tụy

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 37 trường hợp được chọc hút tế bào thì chỉ có 1 trường hợp có biến chứng chảy máu sau chọc và chảy máu đã được cầm sau khi tiêm adrenalin 0,001% vào vị trí chảy máu. Các trường hợp khác không ghi nhận biến chứng. Nghiên cứu của Trịnh Phạm Mỹ Lệ, Nguyễn Trường Sơn, Caymaz cũng cho thấy kết quả tương tự với tỷ lệ biến chứng lần lượt là 3/57; 0/62; 0/52 bệnh nhân được chọc hút [1], [2], [5]. Theo Gress và cộng sự, chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi có tỉ lệ tai biến viêm tụy cấp 0,0% - 2,0%, thủng tạng rỗng 0,03%, nhiễm khuẩn 1,0%, chảy máu 1,3% - 4,0% [6]. Như vậy ta có thể thấy được EUS-FNA là một thủ thuật xâm nhập khá an toàn trong việc chẩn đoán UTT với tỷ lệ biến chứng thấp.

5. KẾT LUẬN

Siêu âm nội soi là phương tiện có giá trị cao trong chẩn đoán ung thư tụy, đánh giá kích thước khối u, chẩn đoán hạch ổ bụng, xâm lấn mạch máu. SANS và EUS-FNA ưu thế hơn CLVT/HT, siêu âm, CA 19.9 trong chẩn đoán ung thư tụy.

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi là phương pháp tương đối an toàn trong chẩn đoán ung thư tụy. Kỹ thuật này nên được cân nhắc thực hiện trong thực hành lâm sàng để chẩn đoán ung thư tụy ở những tuyến y tế thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trịnh Phạm Mỹ Lệ, Hồ Đăng Quý Dũng, Trần Văn Huy, "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, sinh học và siêu âm nội soi ở bệnh nhân ung thư tụy tại Bệnh viện Chợ Rẫy", Tạp chí Y Dược học, 11, 2021, tr. 60-65.
- [2] Nguyễn Trường Sơn, Nghiên cứu giá trị siêu âm nội soi và chọc hút bằng kim nhỏ trong chẩn đoán ung thư tụy, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2017.
- [3] Arya N et al., A proposal for the ideal algorithm for the diagnosis, staging, and treatment of pancreas masses suspicious for pancreatic adenocarcinoma: Results of a working group of the Canadian Society for Endoscopic Ultrasound. Endosc. Ultrasound 2020, 9, 154–161
- [4] Bispo M et al., "The Role of Endoscopic Ultra-

- sound in Pancreatic Cancer Staging in the Era of Neoadjuvant Therapy and Personalised Medicine", *GE Port J Gastroenterol*, 28(2), 2021, pp. 111-120.
- [5] Caymaz I, Afandiyeva N, Diagnostic Evaluation of Solid Pancreatic Lesions: Endoscopic Ultrasound-Guided Fine Needle Aspiration Versus Percutaneous Ultrasound-Guided Core Needle Biopsy. *Cardiovasc Intervent Radiol*, 2023.
- [6] Gress FG, Savides TJ, Endoscopic Ultrasonography Second edition, John Wiley-Blackwell, West Sussex, 2009.
- [7] Gress F.G S.T.J., Bounds B.C, et al., Atlas of Endoscopic Ultrasonography, 1st ed, Wiley-Blackwell, West Sussex, 2012.
- [8] Keihanian T., J.A. BarkinE.O. Souto, "Early Detection of Pancreatic Cancer: Risk Factors and the Current State of Screening Modalities", *Gastroenterol Hepatol (N Y)*, 17(6), 2021, pp. 254-262.
- [9] Khalaf N, El-Serag HB, Abrams HR et al., Burden of Pancreatic Cancer: From Epidemiology to Practice. *Clin. Gastroenterol. Hepatol. Off. Clin. Pract. J. Am. Gastroenterol. Assoc*, 2021, 19, 876–884.
- [10] Li AE et al., Diagnostic Accuracy of Imaging Modalities in the Evaluation of Vascular Invasion in Pancreatic Adenocarcinoma: A Meta-Analysis. *World J. Oncol*; 2013, 4, 74–82.
- [11] Mohammed Ali El-Nady, Amro MH, Mustafa AH et al., Role of endoscopic ultrasound in staging and vascular assessment of pancreatic cancer, 29 March 2023, PREPRINT (Version 1) available at Research Square.
- [12] Nawaz H et al., "Performance characteristics of endoscopic ultrasound in the staging of pancreatic cancer: a meta-analysis", *JOP*, 14(5), 2013, pp. 484-97.
- [13] Okusaka T et al., Clinical Practice Guidelines for Pancreatic Cancer 2019 From the Japan Pancreas Society; *Pancreas* 2020, 49, 326–335.
- [14] Ramsay D et al., "Identification and staging of pancreatic tumours using computed tomography, endoscopic ultrasound and mangafodipir trisodium-enhanced magnetic resonance imaging", *Australas Radiol*, 48(2), 2004, pp. 154-61.
- [15] Rhee H. M.-S. Park, "The Role of Imaging in Current Treatment Strategies for Pancreatic Adenocarcinoma", *Korean Journal of Radiology*, 22(1), 2021, p. 23.
- [16] Siegel RL et al., "Cancer Statistics, 2021", *CA Cancer J Clin*, 71(1), 2021, pp. 7-33.
- [17] Soriano A et al., "Preoperative staging and tumor resectability assessment of pancreatic cancer: prospective study comparing endoscopic ultrasonography, helical computed tomography, magnetic resonance imaging, and angiography", *Am J Gastroenterol*, 99(3), 2004, pp. 492-501.
- [18] Sung H et al., "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", *CA Cancer J Clin*, 71(3), 2021, pp. 209-249.
- [19] Tellez-Avila FI et al., "Vascular invasion in pancreatic cancer: predictive values for endoscopic ultrasound and computed tomography imaging", *Pancreas*, 41(4), 2012, pp. 636-8.
- [20] Zakaria A et al., The Role of Endoscopic Ultrasonography in the Diagnosis and Staging of Pancreatic Cancer. *Cancers*, 14, 2022, 1373.



RESEARCH ON HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION IN PATIENT GENITAL PAPILLOMAS AT DA NANG DERMATO-VENEREOLOGY HOSPITAL

Nguyen Huy Hoang*, Tran Thi Ngoc Thao,
Nguyen Thi Doan Trinh, Hoang Thi Minh Hoa

Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy - 99 Hung Vuong, Hai Chau District, Da Nang city, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 21/08/2023; Accepted: 28/09/2023

ABSTRACT

Objectives: Determining the prevalence of HPV infection and its relationships in patients with genital papillomas at Da Dang Dermato - Venereology Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study on 141 patients with papillomas who visited Da Nang Dermato - Venereology Hospital from 1/2021 to 5/2021. Collect information according to questionnaires and collect samples for Real-time PCR Human Papillomavirus.

Results: The rate of Human papillomavirus infection in 141 patients with papillomas was 51.1%. The group of patients in the city infected with HPV (52.1%) was higher than the group in the countryside (48.9%). Men infected with HPV (52.1) higher than women. The age group with the highest HPV infection was over 45 years old (60.0%), followed by 18 - 30 years old (51.6%), and 31 - 45 years old (42.9%). The group of patients with an intermediate-college level of education had a higher rate of HPV infection (71.0%) than the high-school group (62.1%) and the university group (39.5%). The group of business and self-employed workers have higher rates of HPV infection (73.5% and 66.7%) than the group of students and office workers (54.5% and 31.1%). HPV infection was high in patients who had 2 or more sexual partners (59.6%), had first sexual intercourse before 18 years of age (81.5%) and did not use condoms frequently (69.5%). There was a statistically significant relationship ($p < 0.05$) between HPV infection and education level, occupation, number of sexual partners, age of first sex and condom use.

Conclusions: The rate of Human papillomavirus infection in patients with papillomas was 51.1%. There was a statistically significant difference between HPV infection and education level, occupation, number of sexual partners, age at first sexual intercourse and condom use.

Keywords: Human papillomavirus; papilloma; Da Nang Dermato - Venereology Hospital.

*Corresponding author

Email address: nhhoang@dhktyduocdn.edu.vn

Phone number: (+84) 987313137

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH NHIỄM HUMAN PAPILLOMAVIRUS Ở NGƯỜI BỆNH CÓ U NHÚ SINH DỤC TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU ĐÀ NẴNG

Nguyễn Huy Hoàng*, Trần Thị Ngọc Thảo,
Nguyễn Thị Đoàn Trinh, Hoàng Thị Minh Hòa

Trường Đại học Kỹ thuật Y Dược Đà Nẵng - 99 Hùng Vương, quận Hải Châu, TP. Đà Nẵng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 21/08/2023; Ngày duyệt đăng: 28/09/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ nhiễm HPV và các mối liên quan ở các người bệnh có u nhú sinh dục đến khám tại Bệnh viện Da Liễu Thành phố Đà Nẵng

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 141 người bệnh có u nhú đến khám tại Bệnh viện Da Liễu Đà Nẵng từ 1/2021 - 5/2021. Thu thập thông tin theo phiếu điều tra và tiến hành lấy mẫu xét nghiệm Real-time PCR Human Papillomavirus.

Kết quả: Tỷ lệ nhiễm Human papillomavirus trên 141 người bệnh có u nhú là 51,1%. Nhóm người bệnh nhiễm HPV ở thành thị (52,1%) cao hơn nhóm ở nông thôn (48,9%). Nam giới nhiễm HPV (52,1%) cao hơn nữ giới. Nhóm tuổi nhiễm HPV cao nhất là trên 45 tuổi (60,0%), tiếp theo là nhóm 18 - 30 tuổi (51,6%) và nhóm 31 - 45 tuổi (42,9%). Nhóm người bệnh có trình độ học vấn là trung cấp - cao đẳng có tỷ lệ nhiễm HPV (71,0%) cao hơn nhóm Trung học phổ thông (62,1%) và nhóm đại học (39,5%). Nhóm nghề kinh doanh và nghề tự do có tỷ lệ nhiễm HPV (73,5% và 66,7%) cao hơn nhóm học sinh- sinh viên và nhóm nhân viên văn phòng (54,5% và 31,1%). Nhiễm HPV cao ở những người bệnh có 2 bạn tình trở lên (59,6%), tuổi quan hệ tình dục lần đầu trước 18 tuổi (81,5%) và không dùng bao cao su thường xuyên (69,5%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa nhiễm HPV với trình độ học vấn, nghề nghiệp, số lượng bạn tình, tuổi quan hệ tình dục lần đầu và sử dụng bao cao su.

Kết luận: Tỷ lệ nhiễm Human papillomavirus ở người bệnh có u nhú là 51,1%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm HPV với trình độ học vấn, nghề nghiệp, số lượng bạn tình, tuổi quan hệ tình dục lần đầu và sử dụng bao cao su.

Từ khóa: Human papillomavirus, u nhú, bệnh viện Da Liễu Đà Nẵng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Virus gây u nhú ở người (Human papillomavirus-HPV) là loại virus phổ biến nhất gây ra các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục. Hầu hết phụ nữ và nam giới có quan hệ tình dục sẽ bị nhiễm HPV tại một số thời điểm trong cuộc đời của họ. HPV sinh dục thường lây lan khi quan hệ tình dục qua miệng, âm đạo hoặc hậu môn với người bị nhiễm và nó có thể lây lan ngay cả khi người bệnh không có dấu hiệu hay triệu chứng gì. Tình trạng nhiễm bệnh này có thể tự nhiên biến mất

sau một khoảng thời gian, tuy nhiên đôi khi nó cũng để lại những hậu quả khôn lường ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh. Một trong những biểu hiện lâm sàng da liễu phổ biến do nhiễm HPV nguy cơ thấp đó là bệnh sùi mào gà với tỷ lệ tái phát sau điều trị cao. Một số tuýp HPV nguy cơ cao có thể gây nên tình trạng bệnh ung thư khác nhau như ung thư cổ tử cung, hậu môn và các bộ phận sinh dục khác. Bên cạnh đó, một số u nhú sinh dục lành tính hoàn toàn không gây nguy hiểm, có thể gặp ở cả nam và nữ, cũng không gây bất cứ ảnh hưởng xấu nào đến sức khỏe và chức năng sinh sản ở

*Tác giả liên hệ

Email: nhhoang@dhktyduocdn.edu.vn

Điện thoại: (+84) 987313137

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

cả hai giới. Triệu chứng của hiện tượng này khá giống với bệnh sùi mào gà nên thường dễ chẩn đoán nhầm, người bị u nhú sinh dục dễ rơi vào tình trạng hoang mang, lo lắng không biết phải làm thế nào với tình trạng này. Việc xét nghiệm chẩn đoán sự có mặt của Human papillomavirus ở tổn thương u nhú sinh dục là cần thiết, giúp chẩn đoán phân biệt giữa u nhú sinh dục lành tính và sùi mào gà, góp phần điều trị đúng bệnh, giảm chi phí của người bệnh.

Hiện tại trên địa bàn thành phố Đà Nẵng còn rất ít các báo cáo về tỷ lệ nhiễm Human papillomavirus, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: “*Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm Human papillomavirus ở người bệnh có u nhú sinh dục tại Bệnh viện Da Liễu Đà Nẵng*” với các mục tiêu sau:

1. *Xác định tỷ lệ nhiễm HPV ở các người bệnh có u nhú sinh dục đến khám tại Bệnh viện Da Liễu Thành phố Đà Nẵng.*

2. *Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến sự lây nhiễm của Human papillomavirus.*

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh đến khám tại Bệnh viện Da Liễu có u nhú sinh dục.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh có u nhú sinh dục được các bác sĩ nhận định và chỉ định làm xét nghiệm Real-time PCR Human papillomavirus.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt

ngang.

2.2.2. *Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu:*

- Cỡ mẫu: 141 người bệnh có u nhú sinh dục đến khám trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2021 - 5/2021.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ.

2.3. Kỹ thuật nghiên cứu

2.3.1. *Tư vấn và phỏng vấn người bệnh*

- Tư vấn cho người bệnh về quá trình lấy bệnh phẩm để làm xét nghiệm.

- Phỏng vấn người bệnh theo phiếu điều tra.

2.3.2. *Xét nghiệm HPV*

- Lấy mẫu sinh thiết ở vị trí u nhú cho vào ống eppendorf chứa sẵn ED5.

- Tiến hành xét nghiệm HPV bằng phương pháp Real-time PCR.

2.4. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20, kiểm tra mối liên quan bằng Chi Square test.

2.5. Vấn đề y đức

Nghiên cứu đã được sự đồng ý của hội đồng Y đức Bệnh viện Da Liễu Đà Nẵng. Mọi số liệu thu thập được giữ bí mật, chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Thông tin khảo sát		Tần số n	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	71	50,4
	Nữ	70	49,6
Địa dư	Thành thị	94	66,7
	Nông thôn	47	33,3
Nhóm tuổi	18 - 30	93	65,9
	31 - 45	28	19,9
	Trên 45	20	14,2

Thông tin khảo sát		Tần số n	Tỷ lệ (%)
Học vấn	Đại học	81	57,4
	Trung cấp, CĐ	31	22,0
	THPT	29	20,6
Nghề nghiệp	Nhân Viên VP	61	43,3
	HS - SV	22	15,6
	Kinh doanh	34	24,1
	Tự do	24	17,0
Tình trạng hôn nhân	Có gia đình	72	51,1
	Ly hôn	8	5,7
	Chưa kết hôn	61	43,3
Tuổi QHTD lần đầu	< 18	27	19,1
	≥ 18	114	80,6
Số lượng bạn tình	1	27	19,1
	≥ 2	114	80,6
Dùng bao cao su	Không thường xuyên	82	58,2
	Luôn luôn	59	41,8

Tỷ lệ nam và nữ trong nhóm đối tượng nghiên cứu là tương đương nhau, nam giới chiếm 50,4%, nữ giới chiếm 49,6%. Đa số người bệnh tham gia nghiên cứu sống ở thành thị chiếm 66,7%, nông thôn chiếm 33,3%. Nhóm tuổi 18 - 30 chiếm tỷ lệ cao nhất với 65,9%, nhóm 31- 45 tuổi chiếm 19,9% và trên 45 tuổi chiếm 14,2%. Nhóm có trình độ đại học chiếm tỷ lệ cao 57,4%, nhóm trình độ trung cấp, cao đẳng chiếm 22%, nhóm trung học phổ thông chiếm 20,6%. Nhóm công việc nhân viên văn phòng chiếm 43,3%, nhóm học sinh- sinh viên chiếm 15,6%, nhóm kinh doanh chiếm 24,1% và làm nghề tự do chiếm 17,0%. Nhóm người bệnh có gia đình chiếm 51,1%, nhóm độc thân chưa kết hôn chiếm tỷ lệ 43,3% và ly hôn 5,7%. Nhóm người luôn luôn dùng bao

cao su chiếm 41,8% và nhóm không dùng hoặc dùng không thường xuyên chiếm 58,2%.

3.2. Tỷ lệ nhiễm HPV

Bảng 2. Tỷ lệ nhiễm HPV

Nhiễm HPV	n	Tỷ lệ %
Có nhiễm	72	51,1
Không nhiễm	69	48,9
Tổng	141	100

Trong 141 người bệnh u nhú sinh dục có 72 người nhiễm HPV, chiếm 51,1%.

3.3. Các yếu tố liên quan đến nhiễm HPV ở người bệnh u nhú sinh dục

3.3.1. Sự liên quan giữa nhiễm HPV với giới tính

Bảng 3. Liên quan giữa nhiễm HPV với giới tính

Giới tính	Nhiễm HPV		Không nhiễm HPV		p
	n	%	n	%	
Nam	37	52,1	34	47,9	p > 0,05
Nữ	35	50	35	50	
Tổng	72	51,1	69	48,9	

Tỷ lệ người bệnh nhiễm HPV ở nam có u nhú sinh dục là 52,1% và ở nữ là 50,0%. Không có sự khác biệt có ý

nghĩa thống kê với p > 0,05.



3.3.2. Sự liên quan giữa nhiễm HPV với địa dư

Bảng 4. Liên quan giữa nhiễm HPV với địa dư

Địa dư	Nhiễm HPV		Không nhiễm HPV		p
	n	%	n	%	
Thành thị	49	52,1	45	47,9	p > 0,05
Nông thôn	23	48,9	24	51,1	
Tổng	72	51,1	69	48,9	

Tỷ lệ nhiễm HPV ở người bệnh có u nhú sinh dục tại thành thị là 52,1% và nông thôn 48,9%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3.3. Sự liên quan giữa nhiễm HPV với nhóm tuổi

Bảng 5. Liên quan giữa nhiễm HPV với nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Nhiễm HPV		Không nhiễm HPV		p
	n	%	n	%	
18 - 30	48	51,6	45	48,4	p > 0,05
31 - 45	12	42,9	16	57,1	
Trên 45	12	60,0	8	40,0	
Tổng	72	51,1	69	48,9	

Tỷ lệ nhiễm HPV ở nhóm trên 45 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 69,2%, nhóm tuổi 18 – 30 chiếm 51,6%, nhóm tuổi 31-45 chiếm 42,9%. Không có mối liên quan giữa nhóm tuổi và sự lây nhiễm HPV với $p > 0,05$.

3.3.4. Sự liên quan giữa nhiễm HPV với học vấn

Bảng 6: Liên quan giữa nhiễm HPV với học vấn

Trình độ học vấn	Nhiễm HPV		Không nhiễm HPV		p
	n	%	n	%	
Đại học	32	39,5	49	60,5	p < 0,05
Trung cấp-Cao đẳng	22	71	9	29	
Phổ thông trung học	18	62,1	11	37,9	
Tổng	72	51,1	69	48,9	

Tỷ lệ nhiễm HPV của nhóm đối tượng nghiên cứu có trình độ TC-CD cao nhất với 71%, nhóm trình độ THPT chiếm 62,1%, nhóm trình độ đại học chiếm 39,5%. Có mối liên quan giữa trình độ học vấn và tỷ lệ nhiễm HPV với $p < 0,05$.

3.3.5. Sự liên quan giữa nhiễm HPV với nghề nghiệp

Bảng 7: Liên quan giữa nhiễm HPV với nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Nhiễm HPV		Không nhiễm HPV		p
	n	%	n	%	
Nhân viên văn phòng	19	31,1	42	68,9	p <0,05
Học sinh- Sinh viên	12	54,5	10	45,5	
Kinh doanh	25	73,5	9	26,5	
Nghề tự do	16	66,7	8	33,3	
Tổng	72	51,1	69	48,9	

Tỷ lệ nhiễm HPV ở nhóm kinh doanh chiếm tỷ lệ cao nhất với 73,5%, nhóm làm nghề tự do 66,7%, nhóm HS-SV 54,5%. Nhóm nhân viên văn phòng có tỷ lệ nhiễm

HPV thấp nhất với 31,1%. Có mối liên quan giữa nghề nghiệp và tỷ lệ nhiễm HPV với $p < 0,05$.

3.3.6. Sự liên quan giữa nhiễm HPV với tình trạng hôn nhân

Bảng 8: Liên quan giữa nhiễm HPV với tình trạng hôn nhân

Trình trạng gia đình	Nhiễm HPV		Không nhiễm HPV		p
	n	%	n	%	
Có gia đình	35	48,6	37	51,4	p >0,05
Chưa kết hôn	34	55,7	27	44,3	
Ly hôn	3	37,5	5	62,5	
Tổng	72	51,1	69	48,9	

Nhóm đối tượng độc thân chưa kết hôn có tỷ lệ nhiễm HPV cao nhất với 55,7%. Nhóm có gia đình chiếm 48,6% và nhóm đã ly hôn chiếm tỷ lệ thấp nhất với

37,5%. Không có mối liên quan giữa tình trạng hôn nhân và tỷ lệ nhiễm HPV với $p > 0,05$.

3.3.7. Sự liên quan giữa nhiễm HPV với các yếu tố nguy cơ

Bảng 9: Liên quan giữa nhiễm HPV với các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ		Nhiễm HPV		Không nhiễm HPV		p
		n	%	n	%	
Tuổi QHTD lần đầu	<18	22	81,5	5	18,5	p <0,05
	≥ 18	50	43,9	64	56,1	
Số lượng bạn tình	1	4	14,8	23	85,2	p <0,05
	≥ 2	68	59,6	46	40,4	
Dùng bao cao su	Không	57	69,5	25	30,5	p <0,05
	Luôn luôn	15	25,4	44	74,6	



Tỷ lệ nhiễm HPV ở nhóm quan hệ tình dục lần đầu trước 18 tuổi (81,5%) cao hơn nhóm quan hệ tình dục lần đầu trên 18 tuổi (43,9%). Nhóm người có 2 bạn tình trở lên nhiễm HPV là 59,6% cao hơn nhóm có 1 bạn tình là 14,8%. Nhóm người không dùng thường xuyên bao cao su có tỷ lệ nhiễm HPV là 69,5% cao hơn nhóm luôn dùng bao cao su 25,4%. Có mối liên quan giữa độ tuổi quan hệ tình dục lần đầu, số lượng bạn tình và dùng bao cao su với tỷ lệ nhiễm HPV có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ nhiễm HPV

Tỷ lệ nhiễm HPV trong nghiên cứu là 51,1%, tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu trước đây của các tác giả Hồ Thị Phương Thảo (2011) tại Bệnh viện TW Huế là 19,57% [1], Hà Nguyên Phương Anh (2015) tại Hà Nội là 36,54% [2] và Lâm Đức Tâm (2017) tại Cần Thơ là 4,1% [3]. So với các nghiên cứu trên Thế giới, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Mc-Quillan.G (2017) ở Mỹ là 7,3% [4] và nghiên cứu của Jing Wang (2019) ở Trung Quốc là 14,02% [5]. Tỷ lệ nhiễm HPV ở nghiên cứu này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Wendland E.M (2020) tại Brazil là 53,6% [6]. Các kết quả này khác nhau do đối tượng nghiên cứu khác nhau và thực hiện ở các địa phương khác nhau, tuy nhiên điều này cũng cho thấy ở Việt Nam có sự gia tăng tình trạng nhiễm HPV.

4.2. Các yếu tố liên quan đến nhiễm HPV

Đối tượng tham gia trong nghiên cứu có sự tương đương nhau giữa nam và nữ (71/70) và tỷ lệ người bệnh nhiễm HPV ở nam và ở nữ cũng tương đương là 52,1% và 50,0%. Theo nghiên cứu của Zhu C (2019) tỷ lệ nam nhiễm HPV 60,6% cao hơn nữ 39,4% [7]. Tuy nhiên theo nghiên cứu của Wendland E.M (2020) tại Brazil tỷ lệ nhiễm HPV là 36,4% ở nam thấp hơn 63,6% ở nữ [6]. Sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm HPV ở các nghiên cứu này đều không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Trong nghiên cứu này, số người bệnh đến từ thành thị chiếm ưu thế với 66,7% so với nhóm đến từ nông thôn chiếm 33,3%. Tỷ lệ nhiễm HPV ở những người thành thị chiếm 52,1% cao hơn không đáng kể so với nhóm những bệnh nhân đến từ nông thôn là 48,9%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lâm Đức Tâm (2017) ghi nhận tỷ lệ nhiễm HPV ở thành thị và nông thôn (52,75% và 47,25%) không có sự khác biệt [3].

Theo kết quả bảng 3.5, tỷ lệ nhiễm HPV ở nhóm trên 45 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 69,2%, nhóm tuổi 18 – 30 chiếm 51,6%, nhóm tuổi 31-45 chiếm 42,9%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hà Nguyên Phương Anh (2015) tại Bệnh viện Da liễu Trung Ương ghi nhận ở độ tuổi 50-69 tỷ lệ nhiễm HPV 55,6% [2], cao hơn

nghiên cứu của Jing Wang (2019) độ tuổi nhiễm HPV cao nhất là 46-50 chiếm 10,30% [5] và nghiên cứu của Zhu C (2019) tỷ lệ nhiễm HPV ở độ tuổi 45-49 là 8,3% và độ tuổi 50-54 là 4,9% [7]. Tuy nhiên các nghiên cứu đều cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm HPV với độ tuổi.

Tỷ lệ nhiễm HPV của nhóm đối tượng nghiên cứu có trình độ TC-CD cao nhất với 71%, nhóm trình độ THPT chiếm 62,1%, nhóm trình độ đại học chiếm 39,5%. Nghiên cứu tìm thấy có mối liên quan giữa trình độ học vấn và tỷ lệ nhiễm HPV với $p < 0,05$. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Lâm Đức Tâm (2017) tỷ lệ nhiễm HPV cao nhất ở đối tượng THCS (33,42%) [3] và nghiên cứu của Wendland E.M. (2020) tại Brazil tỷ lệ nhiễm HPV cao nhất ở trình độ trung học (55,9%) [6].

Đa số đối tượng tham gia nghiên cứu có nghề nghiệp thuộc nhóm nhân viên văn phòng với tỉ lệ 43,3%, tiếp theo là nhóm kinh doanh với 24,1%, nhóm nghề tự do chiếm 17,0% và nhóm học sinh sinh viên chiếm 15,6%. Tỷ lệ nhiễm HPV cao nhất ở nhóm kinh doanh với 73,5%, nhóm làm nghề tự do 66,7%, nhóm HS-SV 54,5%. Nhóm nhân viên văn phòng có tỷ lệ nhiễm HPV thấp nhất với 31,1%. Có mối liên quan giữa nghề nghiệp và tỷ lệ nhiễm HPV với $p < 0,05$. Tỷ lệ nhiễm HPV ở nhóm nhân viên văn phòng tương đồng với nghiên cứu của Hà Nguyên Phương Anh (38,9%) [2]. Nghiên cứu cho thấy người nhiễm HPV thuộc nhóm nghề tự do, kinh doanh tương quan với nhóm có trình độ học vấn thấp nên có tỷ lệ nhiễm cao hơn.

Tỷ lệ HPV cao nhất ở nhóm độc thân chưa có gia đình chiếm 55,7%, tiếp đến là nhóm có lập gia đình với 48,6%, thấp nhất là nhóm độc thân đã ly hôn với 37,5%. Mặc dù kết quả không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa ở đây nhưng điều này cho thấy xu hướng quan hệ tình dục trước hôn nhân ngày càng cao làm gia tăng tình trạng nhiễm HPV cũng như các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở đối tượng này. Kết quả này phù hợp khi tỷ lệ nhiễm HPV ở nhóm quan hệ tình dục lần đầu trước 18 tuổi (81,5%) cao hơn nhóm quan hệ tình dục lần đầu trên 18 tuổi (43,9%). Theo nghiên cứu của Hà Nguyên Phương Anh (2015) cho thấy nếu có QHTD trước 18 tuổi thì khả năng nhiễm HPV tăng lên 1,66 lần [2]. Roset Bahmanyar E. (2012) nhận định về tình hình nhiễm HPV ở phụ nữ nhiều quốc gia thuộc các châu Âu, Mỹ, Phi, Á (Thái Lan, Đài Loan và Hồng Kông): tuổi QHTD lần đầu trước 15 tuổi làm tăng nguy cơ nhiễm HPV đến 2,75 lần, từ 15 đến 18 tuổi thì nguy cơ này tăng 1,76 lần [8]. Mối liên quan này giúp chúng ta lưu ý hơn về vấn đề tư vấn sức khỏe tình dục và sinh sản của thanh thiếu niên hiện nay cũng như khuyến cáo việc tiêm vaccine phòng nhiễm HPV từ tuổi dưới 15.

Tình hình nhiễm HPV có sự khác biệt giữa nhóm người có 1 bạn tình và nhóm người có 2 bạn tình trở lên. Nhóm người có 2 bạn tình trở lên nhiễm HPV là 59,6% cao hơn nhóm có 1 bạn tình là 14,8%. Kết quả của chúng

tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả, theo Hà Nguyên Phương Anh (2015) người bệnh có 2 bạn tình hoặc nhiều hơn thì nguy cơ nhiễm HPV tăng lên 1,59 lần (OR=1,59; KTC 95%: 0,99 – 2,56) [2]. Theo Xavier Bosch F. (2013) tổng hợp từ nhiều nghiên cứu cho thấy rằng tỷ lệ nhiễm HPV sinh dục liên quan mật thiết đến sự gia tăng số lượng bạn tình trong đời và sự hạ thấp tuổi QHTD lần đầu [9].

Nghiên cứu của chúng tôi có 59 trường hợp luôn luôn sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục và 82 trường hợp sử dụng không thường xuyên. Kết quả nhóm không sử dụng bao cao su thường xuyên có đến 69,5% người nhiễm HPV, trong khi nhóm luôn sử dụng bao cao su có tỷ lệ nhiễm HPV thấp hơn nhiều (25,4%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Tỷ lệ người nhiễm HPV ở nhóm không dùng bao cao su của nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu của Hà Nguyên Phương Anh (38,1%) [2]. Bao cao su được xem như là vũ khí hữu hiệu trong việc ngăn ngừa sự lan truyền của nhiều bệnh lây truyền qua đường tình dục khác, nhưng lại không ngăn chặn lây nhiễm HPV. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu cũng cho thấy nếu có sự bảo vệ thì khả năng nhiễm HPV có thể giảm đi.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm Human Papillomavirus ở 141 đối tượng nghiên cứu chiếm 51,1%.

Nhóm người bệnh nhiễm HPV ở thành thị (52,1%) cao hơn nhóm ở nông thôn (48,9%). Nam giới nhiễm HPV (52,1%) cao hơn nữ giới. Nhóm tuổi nhiễm HPV cao nhất là trên 45 tuổi (60,0%), tiếp theo là nhóm 18-30 tuổi (51,6%) và nhóm 31-45 tuổi (42,9%). Nhóm người bệnh có trình độ học vấn là trung cấp- cao đẳng có tỷ lệ nhiễm HPV (71,0%) cao hơn nhóm Trung học phổ thông (62,1%) và nhóm đại học (39,5%). Nhóm nghề kinh doanh và nghề tự do có tỷ lệ nhiễm HPV (73,5% và 66,7%) cao hơn nhóm học sinh- sinh viên và nhóm nhân viên văn phòng (54,5% và 31,1%). Nhiễm HPV cao ở những người bệnh có 2 bạn tình trở lên (59,6%), tuổi quan hệ tình dục lần đầu trước 18 tuổi (81,5%) và không dùng bao cao su thường xuyên (69,5%).

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa nhiễm HPV với trình độ học vấn, nghề nghiệp, số lượng bạn tình, tuổi quan hệ tình dục lần đầu và sử dụng bao cao su. Không có mối liên quan giữa nhiễm HPV theo độ tuổi, giới tính, địa dư, tình trạng hôn nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hồ Thị Phương Thảo, Lê Minh Toàn, Đinh Thị Phương Minh & cs, Tình hình nhiễm HPV ở những phụ nữ đến khám tại Bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí Phụ sản; 2012; 10(3): 187-191.
- [2] Hà Nguyên Phương Anh, Nhiễm Human papillomavirus trên bệnh nhân bị nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục và tác dụng của Cimetidin trong phòng tái phát bệnh sùi mào gà; Luận án tiến sĩ y học, trường Đại học Y Hà Nội, 2015.
- [3] Lâm Đức Tâm, Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm Human papillomavirus, một số yếu tố liên quan và kết quả điều trị các tổn thương cổ tử cung ở phụ nữ thành phố Cần Thơ; Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y Dược Huế, 2017.
- [4] McQuillan G, Kruszon-Moran D, Markowitz LE et al., Prevalence of HPV in Adults Aged 18-69: United States, 2011-2014; NCHS data brief. 2017; (280): 1-8.
- [5] Wang J, Tang D, Wang K et al., HPV genotype prevalence and distribution during 2009-2018 in Xinjiang, China: baseline surveys prior to mass HPV vaccination, BMC women's health, 2019; 19(1): 90.
- [6] Wendland EM, Villa LL, Prevalence of HPV infection among sexually active adolescents and young adults in Brazil. Scientific reports, 2020; 10 (1): 4920.
- [7] Zhu C, Wang Y, Mao W et al., Prevalence and distribution of HPV types in genital warts in Xi'an, China: a prospective study. BMJ open. 2019; 9(5), e023897.
- [8] Roset Bahmanyar E, Paavonen J, Naud P et al., Prevalence and risk factors for cervical HPV infection and abnormalities in young adult women at enrolment in the multinational PATRICIA trial. Gynecologic Oncology; 2012; 127 (3): 440-450.
- [9] Xavier Bosch F, Broker Thomas R, Forman D et al., Comprehensive control of human papillomavirus infections and related diseases; Vaccine, 2013; 31 Suppl 7, H1-H31.



THE CORRELATION BETWEEN C-REACTIVE PROTEIN AND CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE EXACERBATIONS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE COMPLICATED WITH INFECTION

Ngo Vu Thuy Trang^{1*}, Le Thi Minh Hien¹,
Do Thai Phuong², Nguyen Anh Thu¹, Nguyen Thu Trang¹

¹Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy - 284 Luong Ngoc Quyen, Quang Trung, Thai Nguyen City, Thai Nguyen, Vietnam

²A Thai Nguyen Hospital - Thinh Dan, Thai Nguyen City, Thai Nguyen, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 19/08/2023; Accepted: 03/10/2023

ABSTRACT

An acute exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary (AECOPD) is defined as an event in the natural course of the disease characterised by change in dyspnoea, cough or sputum that is beyond normal day-to-day variation the patient's respiratory status is acutely worsening, and requires change in daily treatment regimen of patients with COPD.

Objective: To investigate the relationship between plasma C-reactive protein (CRP) concentration and clinical, subclinical characteristics in infectious acute exacerbation of patients with chronic obstructive pulmonary disease in A Thai Nguyen Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study on 33 patients diagnosed with infectious acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (disease group), 34 patients diagnosed with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) non-infectious (control group) treated at A Thai Nguyen Hospital.

Results: The median of CRP concentration in group which had symptoms of cough, dyspnea, chest pain, fever was higher than group had not symptoms ($p < 0.05$) and there was a significant positive correlation between CRP and white blood cell count $r = 0.403$, $p = 0.02$. There was no association between CRP and blood biochemistry tests Ure, Creatinin, AST, ALT, Glucose ($p > 0.05$). The median of CRP concentration in positive sputum culture group was 74,17 mg/L (19,12 - 132,22) which was higher than negative sputum culture group was 11,24 mg/L (11,74 - 43,33) ($p < 0.05$).

Conclusion: CRP concentration was related to clinical symptoms of cough, dyspnea, chest pain, fever with statistical significance $p < 0.05$ and subclinical characteristics with white blood cell count, $p = 0.02$. The median of CRP concentration in positive sputum culture group was higher than negative sputum culture group ($p < 0.05$)

Keywords: CRP, infectious chronic obstructive pulmonary disease exacerbation.

*Corresponding author

Email address: ngovuthuytrang13042002@gmail.com

Phone number: (+84) 989324007

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ C-REACTIVE PROTEIN HUYẾT TƯƠNG VỚI ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở ĐỢT CẤP BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH NHIỄM KHUẨN

Ngô Vũ Thùy Trang^{1*}, Lê Thị Minh Hiền¹,
Đỗ Thái Phương², Nguyễn Anh Thư¹, Nguyễn Thu Trang¹

¹Đại học Y Dược Thái Nguyên - 284 Lương Ngọc Quyến, Quang Trung, Thành phố Thái Nguyên, Thái Nguyên, Việt Nam

²Bệnh viện A Thái Nguyên - Thịnh Dán, Thành phố Thái Nguyên, Thái Nguyên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 19/08/2023; Ngày duyệt đăng: 03/10/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được định nghĩa là sự thay đổi các triệu chứng ho, khạc đờm, khó thở vượt quá dao động hàng ngày ở bệnh nhân, tình trạng hô hấp của bệnh nhân xấu đi cấp tính và đòi hỏi phải thay đổi phác đồ điều trị hàng ngày của bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa nồng độ C-reactive Protein huyết tương với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở đợt cấp bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn tại Bệnh viện A Thái Nguyên.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 33 người bệnh được chẩn đoán đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn (nhóm bệnh), 34 người bệnh được chẩn đoán đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính không nhiễm khuẩn (nhóm chứng) điều trị tại Bệnh viện A Thái Nguyên.

Kết quả: Nồng độ CRP ở nhóm bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng có giá trị trung vị cao hơn so với giá trị trung vị khi không xuất hiện các triệu chứng lâm sàng (ho, khó thở, đau ngực, sốt) với $p < 0,05$. Có sự tương quan giữa nồng độ CRP với số lượng bạch cầu trên bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính không nhiễm khuẩn với $r = 0,403$, $p = 0,02$. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa CRP với chỉ số hóa sinh Ure, Creatinin, AST, ALT, Glucose ($p > 0,05$). CRP trung vị ở nhóm cây đờm dương tính là 74,17 mg/L (19,12 - 132,22) cao hơn nhóm cây đờm âm tính là 11,24 mg/L (11,74 - 43,33) với mức ý nghĩa thống kê $p = 0,018$.

Kết luận: Nồng độ CRP có mối liên quan đến các triệu chứng lâm sàng ho, khó thở, đau ngực, sốt với ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ và với số lượng bạch cầu có $p = 0,02$. CRP trung vị ở nhóm cây đờm dương tính cao hơn nhóm cây đờm âm tính với $p < 0,05$.

Từ khóa: CRP, đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (AECOPD) được định nghĩa là sự thay đổi các triệu chứng ho, khạc đờm, khó thở vượt quá dao động hàng ngày ở bệnh nhân, tình

trạng hô hấp của bệnh nhân xấu đi cấp tính và đòi hỏi phải thay đổi phác đồ điều trị hàng ngày của bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Khi bệnh nhân vào đợt cấp, tình trạng viêm diễn ra thường trực trong giai đoạn ổn định và gia tăng (kèm thay đổi đáng kể). Đợt

*Tác giả liên hệ

Email: ngovuthuytrang13042002@gmail.com

Điện thoại: (+84) 989324007

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính làm chức năng hô hấp suy giảm nhanh hơn, ảnh hưởng đến thể lực, đến chất lượng cuộc sống, sức khỏe của bệnh nhân và làm gia tăng nguy cơ nhiễm khuẩn Bệnh viện [1]. Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là một vấn đề sức khỏe toàn cầu với tỷ lệ ngày càng gia tăng và tỷ lệ tử vong ước tính chiếm 5% tử vong toàn cầu. Đây là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 4 trên thế giới và dự kiến sẽ tăng lên hàng thứ 3 vào năm tới. Bởi vậy một trong những mục tiêu điều trị quan trọng theo hướng dẫn GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - Chiến lược toàn cầu về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính) là phòng tránh được các đợt cấp [2,3].

Trong những năm gần đây, rất nhiều dấu ấn sinh học (biomarker) được nghiên cứu ứng dụng chẩn đoán, tiên lượng và theo dõi điều trị bệnh nhiễm khuẩn. C-Reactive Protein (CRP) được sử dụng khá thường quy trong chẩn đoán và điều trị bệnh nhân nhiễm khuẩn bởi CRP là dấu ấn của viêm giống như chất trung gian của tiến trình viêm, có đa hiệu ứng, có hoạt tính tiền viêm và kháng viêm. CRP được đánh giá trong nhiều bệnh cảnh khác nhau của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhằm tiên lượng bệnh và xác định các đợt cấp nhiễm trùng. Một số thử nghiệm ngẫu nhiên gần đây đã cho thấy chỉ định kháng sinh cho bệnh nhân đợt cấp điều trị ngoại trú dựa vào nồng độ CRP huyết thanh làm giảm kê đơn kháng sinh mà không ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị [4]. Trên thế giới cũng đã có những nghiên cứu chứng minh rằng C-Reactive Protein huyết tương là dấu ấn đáng tin cậy trong chẩn đoán, tiên lượng tử vong và theo dõi điều trị ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn (AECOPD nhiễm khuẩn) [5]. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Khảo sát mối liên quan giữa nồng độ C-reactive Protein huyết tương với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở đợt cấp bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn tại Bệnh viện A Thái Nguyên.*

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chọn 67 bệnh nhân theo tiêu chuẩn lựa chọn đến khám và điều trị tại Bệnh viện A Thái Nguyên. Chia ra làm 2 nhóm:

- Nhóm bệnh: 33 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đợt cấp COPD nhiễm khuẩn.
- Nhóm chứng: 34 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đợt cấp COPD không có nhiễm khuẩn.

* Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân COPD

Chẩn đoán COPD dựa vào triệu chứng lâm sàng và đo chức năng hô hấp theo GOLD 2018 [6]:

Bệnh nhân trên 40 tuổi. Tiền sử có phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ: hút thuốc lá, thuốc lá, khói, bụi và hóa chất nghề nghiệp. Ho, khạc đờm mạn tính không do các bệnh như lao phổi, giãn phế quản... Khó thở: tiến triển nặng dần theo thời gian, nặng lên khi gắng sức, dai dẳng. Đo chức năng hô hấp: biểu hiện rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục hoàn toàn sau nghiệm pháp giãn phế quản: chỉ số Gaensler (FEV1/FVC) < 70% là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định COPD.

* Tiêu chuẩn chọn nhóm bệnh nhân đợt cấp COPD:

Dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán đợt cấp COPD của Bộ Y tế GOLD 2018 [6].

Chẩn đoán đợt cấp dựa theo tiêu chuẩn Anthonisen (1987): Khó thở tăng. Khạc đờm tăng. Thay đổi màu sắc của đờm, đờm chuyển thành đờm mủ. Một trường hợp là đợt cấp COPD khi có cả ba triệu chứng: khó thở tăng, khạc đờm tăng và đờm chuyển thành đờm mủ (đờm vàng, xanh); hoặc có hai triệu chứng kể trên; hoặc có một triệu chứng kể trên nhưng kèm theo ít nhất một trong các triệu chứng sau: sốt không do nguyên nhân nào khác, thở khò khè tăng, ho tăng, nhịp thở và nhịp tim tăng trên 20% so với trước khi có đợt cấp.

* Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn:

Có ít nhất 2 trong các dấu hiệu sau:

Sốt > 38°C hoặc hạ thân nhiệt < 36°C.

Nhịp tim nhanh > 90 lần/phút.

Tần số thở > 20 lần/phút.

Bạch cầu tăng > 12.000 hoặc giảm < 4000/mm³.

Dấu hiệu nhiễm khuẩn khi cấy máu hoặc nhuộm gram, cấy đờm, nước tiểu hoặc dịch vô khuẩn của cơ thể dương tính với sinh vật gây bệnh.

* Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân COPD có các bệnh đồng mắc: lao phổi đang hoạt động, tràn khí màng phổi, ung thư, bệnh lý tim mạch cấp tính. Bệnh nhân viêm phổi do hóa chất, tổn thương phổi do thuốc. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Địa điểm: nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện A Thái Nguyên.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 3/2023 đến tháng 8/2023

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ, thuận tiện (chúng tôi lấy toàn bộ những bệnh án bệnh nhân thỏa

mãn tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu) trong thời gian nghiên cứu với cỡ mẫu là 67 bệnh nhân

2.3. Phương pháp thu thập và phân tích số liệu

- *Phương pháp thu thập số liệu:* Khám, phỏng vấn các bệnh nhân theo tiêu chuẩn lựa chọn để thu thập các số liệu về tuổi, triệu chứng lâm sàng. Và thu thập các dữ liệu về kết quả xét nghiệm cận lâm sàng ghi chép vào hồ sơ nghiên cứu.

- *Phân tích số liệu:* Số liệu được xử lý theo phương

pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm thống kê SPSS (Statistical Package for Social Science) version 20.0.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu có sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái nguyên theo quyết định số 754/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 03/7/2023.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm chứng (n = 34)				Nhóm bệnh (n = 33)				n	Tỷ lệ (%)
		Nam (n = 21)		Nữ (n = 13)		Nam (n = 29)		Nữ (n = 4)			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Nhóm tuổi	< 60	4	5,97	3	4,48	4	5,97	0	0	11	16,42
	60 - 79	13	19,4	6	8,96	19	28,36	3	4,48	41	61,19
	>= 80	4	5,97	4	5,97	6	8,96	1	1,49	15	22,39
Nghề nghiệp	Nông dân	16	23,88	8	11,94	27	40,3	4	5,97	55	82,1
	Hưu trí	5	7,46	5	7,46	2	2,98	0	0	12	17,91

Nhận xét: Bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đa số là từ 60 đến 79 tuổi chiếm 61,19%, phần lớn là nam giới (74,63%) và nữ giới (25,38%). Tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở nông dân (82,1%), nghỉ hưu (17,91%).

Trong đó, bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn chiếm 32,84% (28,36% nam, 4,48% nữ) với nông dân là 46,27%, hưu trí 2,98%.

Bảng 2. Một số yếu tố nguy cơ ở nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm chứng		Nhóm bệnh		n	Tỷ lệ (%)
		Số lượng (n = 34)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n = 33)	Tỷ lệ (%)		
Yếu tố nguy cơ	Trên 20 năm	11	16,41	10	14,92	21	31,34
	Dưới 20 năm	20	29,85	18	26,86	38	56,71
	Không	5	7,46	5	7,46	10	14,92
Môi trường khói bụi	Có	6	8,95	6	8,95	12	17,91
	Không	28	41,79	27	40,3	55	82,09

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân trong nhóm đối tượng nghiên cứu đều hút thuốc lá (88,05%), số nhỏ còn lại

không hút thuốc thì mắc bệnh có thể do sống môi trường khói bụi với tỷ lệ mắc bệnh 17,91%.

3.2. Mối liên quan giữa nồng độ CRP với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn

Bảng 3. Mối liên quan giữa nồng độ CRP với triệu chứng lâm sàng trên bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn

Triệu chứng lâm sàng		n	Nồng độ CRP Median (IQR)	p
Ho	Có	24	56,34 (13,88 - 115,87)	0,026
	Không	9	12,98 (12,5 - 38,64)	
Khó thở	Có	20	25,01 (19,48 - 75,12)	0,03
	Không	13	5,03 (1,76 - 25,05)	
Đau ngực	Có	18	38,54 (25,05 - 79,76)	0,025
	Không	15	11,24 (5,83 - 28,07)	
Sốt	Có	20	37,31 (20,20 - 93,08)	0,038
	Không	13	12,98 (9,98 - 36,14)	

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu của bảng 3 cho thấy, nồng độ CRP có mối liên quan đến các triệu chứng lâm sàng ho, khó thở, đau ngực, sốt với ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Bảng 4. Mối tương quan giữa nồng độ CRP với đặc điểm cận lâm sàng trên bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn

Chỉ số cận lâm sàng	Nồng độ CRP (mg/L)	
	r	p
Số lượng bạch cầu	0,403	0,02
Ure (mmol/L)	0,122	0,50
Creatinin (μ mol/L)	0,189	0,293
AST (U/L/370C)	- 0,098	0,588
ALT(U/L/370C)	- 0,153	0,397
Glucose (mmol/L)	0,172	0,338

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy được số lượng bạch cầu có liên quan với nồng độ CRP ($p < 0,01$). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa ure, creatinin, AST, ALT, Glucose với nồng độ CRP ($p > 0,05$).

Bảng 5. Mối liên quan giữa nồng độ CRP với kết quả cấy đờm trên bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn

Cấy đờm	Âm tính (n = 27) Median (IQR)	Dương tính (n = 6) Median (IQR)	p
Nồng độ CRP (mg/L)	11,24 (11,74 - 43,33)	74,17 (19,12 - 132,22)	0,018

Nhận xét: Trung vị của nhóm cấy đờm dương tính cao hơn so với trung vị của nhóm cấy đờm âm tính, điều đó đã nói lên được mối liên quan giữa nồng độ CRP với kết quả cấy đờm trên bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với $p = 0,018$.

4. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của Yanyan Li và cộng sự (2017), cho thấy tuổi trung bình của nhóm đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn là $66,9 \pm 7,1$ tuổi, nam chiếm 80,61%, nữ giới chiếm 19,39% [7]. Nghiên cứu của chúng tôi, kết quả thu được cho thấy nhóm tuổi chủ yếu bị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là 60 - 79 tuổi (61,19%) với nam giới chiếm 74,63% và nữ giới chiếm 25,38%. Ngoài ra còn có nhóm tuổi < 60 tuổi với 16,42%, nhóm tuổi ≥ 80 với 22,39%, điều này chứng tỏ với độ tuổi càng cao (cụ thể là trên 60 tuổi) thì tỉ lệ mắc đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính càng lớn tức nguy cơ nhiễm khuẩn càng lớn do hệ thống hô hấp già đi theo thời gian và các chức năng này dần suy giảm theo thời gian. Tương tự như các cơ khác trên cơ thể, các cơ hỗ trợ thở trở nên yếu hơn. Sự suy yếu của các cơ này có thể khiến một người không thể hít vào và thở ra đủ không khí. Phổi cũng trở nên cứng hơn khi già đi, khiến chúng giãn nở và dễ co lại hơn. Điều này có thể khiến khó thở hơn. Ngoài ra, một số thay đổi nhất định xảy ra trong hệ thống thần kinh khiến ho kém hiệu quả hơn. Khi không thể loại bỏ chất nhầy khỏi phổi thông qua ho, một lượng lớn các hạt có thể tích tụ trong đường thở. Điều quan trọng là những thay đổi liên quan đến tuổi tác trong phổi tạo nên tác động của các bệnh tim và phổi, đặc biệt là những bệnh do tác động tàn phá của hút thuốc gây ra. Theo nghiên cứu của Lại Thị Tố Uyên và cộng sự (2022) cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nam hút thuốc của nhóm đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là 48,5% và nữ là 0,5% [8], còn nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc trên 20 năm của nhóm đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là 31,34%, hút thuốc dưới 20 năm của nhóm đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là 56,71%, còn lại 14,92% không hút và đa số bệnh nhân hút thuốc đều là nam giới do khói thuốc lá chứa nhiều phân tử oxy hóa gây nên tổn thương phổi vì thu hút các tế bào đến phổi làm tăng phản ứng viêm. Hút thuốc lá cũng kích thích các tế bào viêm giải phóng elastase - một enzym phá vỡ các sợi chun trong mô phổi, phá vỡ elastin, phá hủy đường dẫn khí cùng phế nang và kết quả là làm khởi phát bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính sớm hơn. Ngoài hút thuốc thì môi trường khói bụi cũng là một trong số các yếu tố nguy cơ gây nên đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn do sự xâm nhập bởi các con vi khuẩn trong môi trường bên ngoài cơ thể xâm nhập, qua khảo sát thì thấy được cũng có những bệnh nhân mắc bệnh do 2 yếu tố nguy cơ này nhưng với tỷ lệ ít hơn yếu tố nguy cơ hút thuốc với tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính do môi trường khói bụi là 17,91%.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mối liên quan rõ rệt giữa nồng độ CRP với các triệu chứng lâm sàng trên bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn qua giá trị trung vị với mức ý nghĩa thống kê của ho, khó thở $p < 0,05$; mức ý nghĩa thống kê của đau ngực $p = 0,025$; của sốt $p = 0,038$. Bờn ho tăng, khó

thở tăng, khạc ra đờm mủ đều là những triệu chứng dễ biết được bệnh nhân đang trong tình trạng nặng hay nhẹ. Bên cạnh đó, chúng tôi nghiên cứu khảo sát mối tương quan giữa nồng độ CRP với các xét nghiệm hóa sinh như Ure, Creatinin, AST, ALT, Glucose thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), và có ý nghĩa thống kê với xét nghiệm huyết học (số lượng bạch cầu, $p < 0,05$) bởi đây đều là chỉ số xét nghiệm đều bị ảnh hưởng ít nhiều từ bệnh, đặc biệt ở tình trạng nhiễm khuẩn trên bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính khi mà vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể thì các đại thực bào sẽ kêu gọi bạch cầu ra chống lại vi khuẩn từ bên ngoài vào nên số lượng bạch cầu rất có giá trị trong quá trình chẩn đoán và theo dõi bệnh.

Nghiên cứu của Wen Zhou và Jie Tan (2021) cho thấy vi khuẩn gram âm là mầm bệnh chính của đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính phức tạp với nhiễm trùng phổi, trong đó *Klebsiella pneumoniae* (23,73%) và *Pseudomonas aeruginosa* (20,34%) chiếm tỷ lệ cao nhất [9]. Theo như nghiên cứu của chúng tôi cũng có sự chứng minh nhất định về giá trị trung vị giữa nồng độ CRP ở nhóm cây đờm dương tính 74,17 mg/L (19,12 - 132,22) cao hơn nhóm cây đờm âm tính 11,24 mg/L (11,74 - 43,33) với mức ý nghĩa thống kê $p = 0,018$ trên bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn. Bởi đường hô hấp là vị trí nhiễm đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính gây bệnh thường gặp nhất, có thể là do sự suy yếu tính đàn hồi của phế nang, suy giảm nhu động đường mật phế quản và khó loại trừ dịch tiết phổi ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Bên cạnh đó, chức năng miễn dịch của bệnh nhân cũng bị suy yếu, dẫn đến tăng nguy cơ nhiễm loại mầm bệnh này. Chính vì vậy, ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đặc biệt là nhiễm khuẩn luôn làm xét nghiệm vi sinh cây đờm để khẳng định được nguyên nhân thật sự gây bệnh và tìm ra được đó là vi khuẩn nào.

5. KẾT LUẬN

Qua tiến hành nghiên cứu 67 bệnh nhân trong đó 33 bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có nhiễm khuẩn (nhóm bệnh), 34 bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính không nhiễm khuẩn (nhóm chứng). Nhóm tác giả rút ra kết luận như sau: nồng độ CRP ở nhóm bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng có giá trị trung vị cao hơn so với giá trị trung vị khi không xuất hiện các triệu chứng lâm sàng (ho, khó thở, đau ngực, sốt) với $p < 0,05$. Có sự tương quan giữa nồng độ CRP với số lượng bạch cầu với $p = 0,02$. CRP trung vị ở nhóm cây đờm dương tính là 74,17 mg/L (19,12 - 132,22) cao hơn nhóm cây đờm âm tính là 11,24 mg/L (11,74 - 43,33) với mức ý nghĩa thống kê $p = 0,018$.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Ban giám đốc Bệnh viện A Thái Nguyên, Khoa Sinh hóa, Khoa Nội - Bệnh viện A Thái Nguyên và Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên đã tạo điều kiện cho chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Schmidt SAJ, Johansen MB, Olsen M et al., The impact of exacerbation frequency on mortality following acute exacerbations of COPD: A registry - based cohort study; *BMJ Open*. Published online 2014. doi:10.1136/bmjopen - 2014 - 006720.
- [2] Bộ Y tế; Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn” Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính” Số: 2767/QĐ-BYT, ngày 04/7/2023.
- [3] Schellack N, Schellack G, Omoding R, Chronic obstructive pulmonary disease: An update; *SA Pharm J*. 2015;82 (6):24 - 29
- [4] Jason J.Ashworth, Nicolla R.Sproston, ”Role of C-Reactive Protein at Sites of Inflammation and Infection”; Published online 2018 Apr 13. doi: 10.3389/fimmu.2018.00754
- [5] Anna LJ, Maria H, Kathrin G et al., Novel protein biomarkers for pneumonia and acute exacerbations in COPD: a pilot study. *Front Med* (Lausanne). 2023; 10: 1180746. Published online 2023 Jun 5. doi: 10.3389/fmed.2023.1180746.
- [6] GOLD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Executive Summary: Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease; 2018 report: <http://www.gold.copd.org>.
- [7] Li Y, Xie L, Xin S, Li K, Values of procalcitonin and C-reactive proteins in the diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease having concomitant bacterial infection. *Pak J Med Sci*. 2017;33(3):566-569. doi: 10.12669/pjms.333.12554.
- [8] Lại Thị Tố Uyên, Trần Huy Thịnh, “Nồng độ Procalcitonin và C-reactive protein huyết tương ở đợt cấp bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn”; *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 160 (12V1) – 2022.
- [9] Zhou W, Tan J, The expression and the clinical significance of eosinophils, PCT and CRP in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease complicated with pulmonary infection; *Am J Transl Res*, 2021;13(4):3451-3458.

EARLY IDENTIFICATION OF LEFT ATRIAL FUNCTIONAL ABNORMALITIES BY TWO-DIMENSIONAL SPECKLE TRACKING ECHOCARDIOGRAPHY IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Dang Nguyen Ngoc Hai^{1*}, Luong Viet Thang²

¹Duy Tan University Da Nang - 254 Nguyen Van Linh, Thac Gian, Thanh Khe, Da Nang, Vietnam

²University of Medicine and Pharmacy – Hue University - 6 Ngo Quyen, Vinh Ninh, Hue City, Thua Thien Hue, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 25/08/2023; Accepted: 02/10/2023

ABSTRACT

Objective: To assess the role of two-dimensional speckle tracking echocardiography in the early detection of left atrial functional abnormalities in patients with type 2 diabetes.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 119 patients divided into two groups: a diabetes group and a control group, at the University of Medicine and Pharmacy Hospital, Hue, from 2022 to 2023.

Results: There were 59 patients with type 2 diabetes (diabetes group) and 60 healthy individuals (control group) included. Both groups exhibited no significant differences in terms of age, waist circumference, BMI, and BSA. Left atrial morphology and left ventricular function on two-dimensional echocardiography were normal for both groups. Two-dimensional speckle tracking echocardiography revealed significant differences in parameters including left atrial strain during reservoir at QRS (LASr_ED %), left atrial strain during reservoir at P (LaSr_AC %), left atrial strain during conduit at QRS (LAScd_ED %), left atrial strain during conduit at P (LaScd_AC %), left atrial strain during contraction at QRS (LASct_ED %), and left atrial strain during contraction at P (LASct_AC %). In the diabetes group, these parameters were 33.8 ± 5.1 , 27.5 ± 8.7 , 15 ± 6.7 , 12.1 ± 8 , 18.6 ± 6 , and 15.5 ± 4.3 , respectively, while in the control group, they were 42.7 ± 6.5 , 35.1 ± 4.6 , 21.2 ± 6.5 , 17.7 ± 5.9 , 21.4 ± 6.8 , and 17.4 ± 4.6 , respectively. Left atrial functional parameters in the diabetes group showed a significant decrease compared to the control group ($p < 0.05$).

Conclusion: In patients with type 2 diabetes, even in the absence of changes in left atrial morphology or left ventricular function on conventional ultrasound, two-dimensional speckle tracking echocardiography can help detect early left atrial functional abnormalities.

Keywords: Two-dimensional speckle tracking echocardiography, type 2 diabetes mellitus, left atrial functional abnormalities.

*Corresponding author
Email address: ngochai123dc@gmail.com
Phone number: (+84) 358762292
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM ĐÁNH DẤU MÔ CƠ TIM TRONG ĐÁNH GIÁ SỚM BẤT THƯỜNG CHỨC NĂNG NHĨ TRÁI Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TUÝP 2

Đặng Nguyễn Ngọc Hải^{1*}, Lương Việt Thắng²

¹Trường Đại học Duy Tân Đà Nẵng - 254 Nguyễn Văn Linh, Thạc Gián, Thanh Khê, Đà Nẵng, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Huế - 6 Ngô Quyền, Vinh Ninh, Thành phố Huế, Thừa Thiên Huế, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 25/08/2023; Ngày duyệt đăng: 02/10/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá vai trò của siêu âm đánh dấu mô cơ tim trong việc phát hiện sớm bất thường chức năng nhĩ trái ở bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2.

Đối tượng: Nghiên cứu cắt ngang 119 bệnh nhân được chia thành hai nhóm bệnh và nhóm chứng tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Huế trong thời gian từ 2022 - 2023.

Kết quả: 59 bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 (nhóm bệnh) và 60 người khỏe mạnh (nhóm chứng) không có sự khác biệt về độ tuổi, vòng bụng, chỉ số BMI, BSA. Hình thái nhĩ trái và chức năng thất trái trên siêu âm thường quy bình thường cả hai nhóm. Siêu âm đánh dấu mô cơ tim phát hiện chức năng chứa máu, dẫn máu, tổng máu qua trị số tuyệt đối của các thông số LASr_ED (%), LaSr_AC (%), LAScd_ED (%), LaScd_AC (%), LASct_ED (%), LASct_AC (%) ở nhóm bệnh lần lượt là $33,8 \pm 5,1$, $27,5 \pm 8,7$, $15 \pm 6,7$, $12,1 \pm 8$, $18,6 \pm 6$, $15,5 \pm 4,3$, nhóm chứng lần lượt là $42,7 \pm 6,5$, $35,1 \pm 4,6$, $21,2 \pm 6,5$, $17,7 \pm 5,9$, $21,4 \pm 6,8$, $17,4 \pm 4,6$. Các thông số chức năng nhĩ trái trên siêu âm đánh dấu mô cơ tim ở nhóm bệnh giảm đáng kể so với nhóm chứng với $p < 0,05$.

Kết luận: Ở bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2, khi chưa có sự thay đổi về hình thái nhĩ trái hay chức năng thất trái trên siêu âm thường quy chúng ta có thể phát hiện rối loạn chức năng nhĩ trái bằng siêu âm đánh dấu mô cơ tim.

Từ khóa: Siêu âm đánh dấu mô cơ tim, đái tháo đường tuýp 2, chức năng nhĩ trái.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường là một bệnh lý do rối loạn chuyển hóa gây tổn thương cho nhiều hệ thống trong cơ thể, đặc biệt là hệ mạch máu và hệ thần kinh. Hiện nay, đái tháo đường trở thành một vấn đề sức khỏe quan trọng trên phạm vi toàn cầu và được xem là một trong những nguyên nhân dẫn đến tử vong hàng thứ ba sau bệnh ung thư và bệnh tim mạch [8].

Bệnh đái tháo đường gây ra nhiều biến chứng, có nguyên nhân chủ yếu do các cơ chế phức tạp liên kết với nhau như tăng đường huyết, kháng insulin, viêm mức độ thấp

và hình thành mảng xơ vữa, ảnh hưởng đến các cơ quan nói chung và gây biến đổi cả về cấu trúc lẫn chức năng của tim mạch nói riêng [7].

Theo nghiên cứu United Kingdom Prospective Diabetes Study, có tới 50% bệnh nhân xuất hiện biến chứng tim mạch ngay từ thời điểm chẩn đoán bệnh đái tháo đường tuýp 2 [5]. Việc phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn với biến chứng tim mạch đã xuất hiện đang làm cho việc điều trị trở nên phức tạp hơn. Do đó, việc phát hiện sớm biến chứng tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 trở nên vô cùng quan trọng.

*Tác giả liên hệ

Email: ngochai123dc@gmail.com

Điện thoại: (+84) 358762292

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu được thực hiện để phát hiện sớm các bất thường về cấu trúc và chức năng tim ở bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2, nhưng những nghiên cứu này chủ yếu tập trung vào cấu trúc và chức năng của thất trái [2] và thất phải [4]. Các nghiên cứu về ảnh hưởng của đái tháo đường đối với cấu trúc và chức năng của nhĩ trái lại ít được chú ý. Tuy vậy, hình thái và chức năng của nhĩ trái là một yếu tố có khả năng dự đoán kết quả mạnh mẽ, bao gồm các vấn đề quan trọng như rung nhĩ, suy tim, đột quỵ và nguy cơ tử vong [3].

Có nhiều phương pháp để đánh giá kích thước và chức năng của nhĩ trái như chụp cộng hưởng từ tim, cắt lớp vi tính tim và chụp xạ hình tim [6], nhưng những phương tiện này có chi phí đắt, không phổ biến ở mọi nơi nên việc triển khai rộng rãi khó khăn. Siêu âm tim có nhiều ưu điểm, như giá thành thấp, độ an toàn cao, độ phân giải thời gian tốt, và có thể thực hiện nhiều lần. Gần đây, phương pháp siêu âm đánh dấu mô cơ tim hai bình diện đã xuất hiện, giúp phân tích sức căng của cơ tim, đang được ứng dụng để đánh giá chức năng của nhĩ trái, bao gồm khả năng chứa máu, dẫn máu và tổng máu. Phân tích sức căng của cơ tim là một phương pháp đơn giản, có khả năng đánh giá bất thường kín đáo về chức năng của nhĩ trái, thậm chí ngay cả trước khi có sự biến đổi về hình thái. Các thay đổi về chức năng của nhĩ trái cũng đã được xác định là một yếu tố dự báo độc lập về các biến cố tim mạch bất lợi trong bệnh đái tháo đường loại 2. Do đó, việc ứng dụng siêu âm đánh dấu mô cơ tim hai bình diện để đánh giá chức năng của nhĩ trái ở bệnh nhân đái tháo đường loại 2 mang lại nhiều triển vọng hứa hẹn [14].

Trên thế giới, đã có một số công trình nghiên cứu chứng minh giá trị siêu âm đánh dấu mô cơ tim trong việc đánh giá biến đổi cấu trúc và chức năng nhĩ trái ở bệnh nhân đái tháo đường. Tại Việt Nam, siêu âm đánh dấu mô cơ tim hiện chỉ đang triển khai ở các trung tâm Y khoa lớn và vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về vai trò của siêu âm đánh dấu mô cơ tim đánh giá chức năng nhĩ trái ngay cả khi cấu trúc nhĩ trái vẫn còn bình thường ở bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2. Dựa trên thực tiễn đó nên chúng tôi thực hiện đề tài "*Vai trò của siêu âm đánh dấu mô cơ tim trong đánh giá sớm bất thường chức năng nhĩ trái ở bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2*" với mục tiêu đánh giá vai trò của siêu âm đánh dấu mô cơ tim trong phát hiện sớm bất thường chức năng nhĩ trái ở bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 138 bệnh nhân (BN) đái tháo đường (ĐTĐ) tuýp 2 đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế trong thời gian từ tháng 4 năm 2022 đến tháng 7 năm 2023.

2.1.1. Nhóm bệnh

Tiêu chuẩn chọn

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xác định ĐTĐ tuýp 2 theo tiêu chuẩn khuyến cáo của Hiệp Hội ĐTĐ Hoa Kỳ – ADA năm 2022 [1] hoặc bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTĐ tuýp 2 trước đây.

Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ:

Theo tiêu chuẩn của Hội ĐTĐ Hoa Kỳ 2022:

HbA1C $\geq 6,5\%$ hoặc xét nghiệm đường máu tĩnh mạch lúc đói (nhịn ăn ít nhất 8 giờ) $\geq 7,0\text{mmol/l}$ hoặc kết quả xét nghiệm dung nạp glucose $\geq 11,1\text{ mmol/l}$ hoặc ở BN có các triệu chứng điển hình của tăng đường huyết mà xét nghiệm glucose máu ngẫu nhiên $\geq 11,1\text{ mmol/l}$ [1].

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Tăng huyết áp.
- Các bệnh lý tim mạch khác: Bệnh van tim (Hẹp van hai lá, hở hai van hai lá vừa, nặng), bệnh tim bẩm sinh, các bệnh cơ tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ, suy tim phân suất tống máu giảm, rung nhĩ mạn tính, bệnh nhân có cấy máy tạo nhịp (PM).
- Hình ảnh siêu âm không rõ nét.

2.1.2. Nhóm chứng

Tiêu chuẩn lựa chọn

Gồm các đối tượng khỏe mạnh, đến khám sức khỏe định kỳ, không mắc các bệnh lý tim mạch, đái tháo đường, có tuổi và giới tương đương với nhóm bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Hình ảnh siêu âm không rõ nét.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

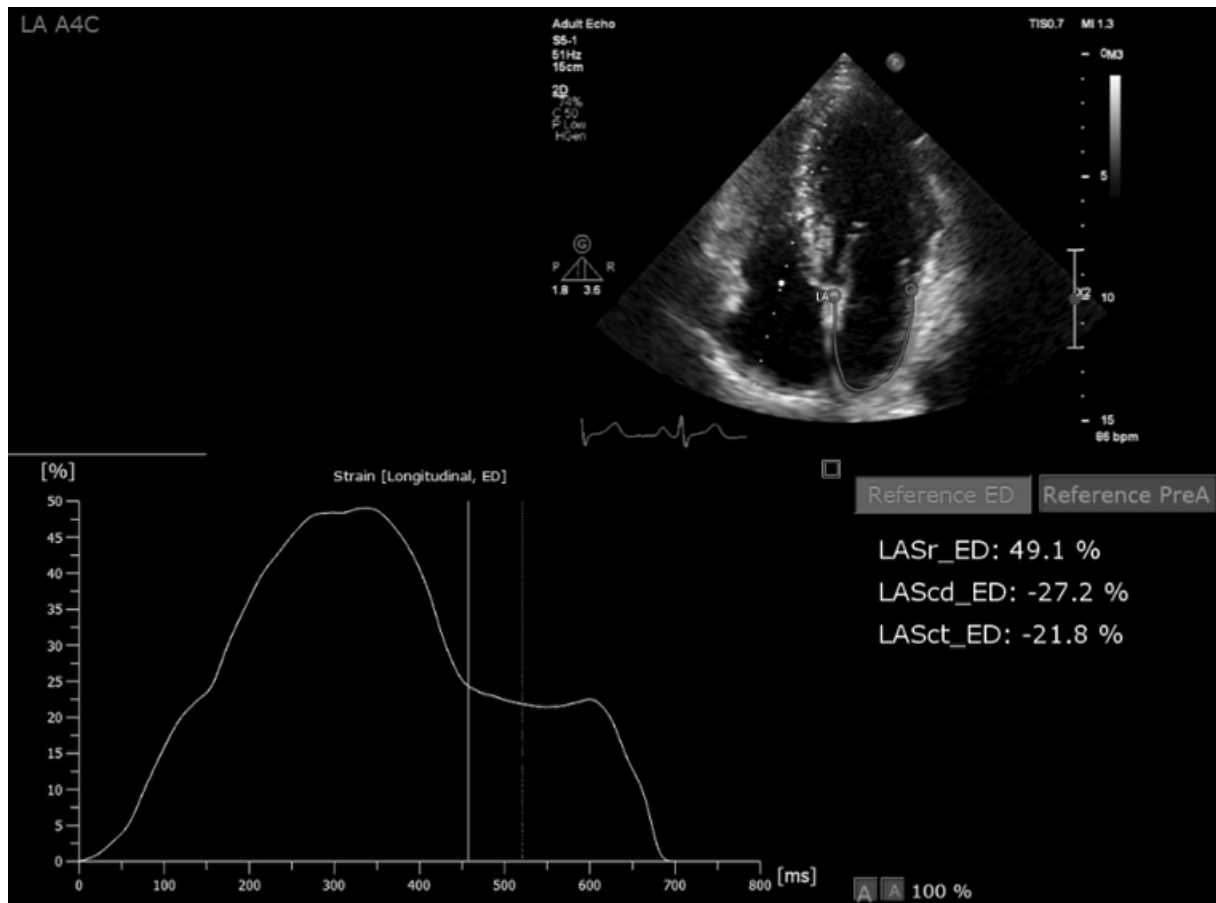
2.2.2. Cỡ mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện, dự kiến trên 50 bệnh nhân và 50 nhóm chứng.

2.3. Xử lý số liệu nghiên cứu

Nhập và quản lý dữ liệu bằng Microsoft Office 365. Thuật toán thống kê được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. Xử lý hình ảnh siêu âm bằng phần mềm QLAB 17.0.

Hình 1. Xử lý kết quả siêu âm đánh dấu mô cơ tim bằng phần mềm QLAB 17.0.



2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y đức của Trường Đại học Y dược Huế. Nghiên cứu chỉ nhằm phục vụ nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh cho bệnh nhân.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 119 đối tượng trong đó 59 bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 và 60 người đủ tiêu chuẩn làm nhóm chứng, đáp ứng các tiêu chuẩn chọn bệnh theo tiêu chí nghiên cứu. Nghiên cứu của tôi thu được những kết quả như sau:

Bảng 3.1. Các đặc điểm tuổi, giới và chỉ số nhân trắc học của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm bệnh (n = 59)	Nhóm chứng (n = 60)	p
Tuổi		59,7 ± 8,7	59,9 ± 6,0	> 0,05
Giới	Nữ	38	32	> 0,05
	Nam	21	28	> 0,05
BSA (m2)		1,5 ± 0,1	1,5 ± 0,1	> 0,05
BMI (kg/m2)		22,2 ± 3,1	22,0 ± 2,1	> 0,05
Vòng bụng (cm)		76,1 ± 9,3	76,2 ± 5,1	> 0,05

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của hai nhóm đối tượng tương đương nhau lần lượt là $59,7 \pm 8,7$ và $59,9 \pm 6,0$. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Số lượng nữ giới cao hơn nam giới trong mẫu nghiên cứu. Tuy nhiên, phân bố giới tính trong nhóm chứng và nhóm bệnh không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình của nhóm bệnh và nhóm chứng lần lượt là $22,2 \pm 3,1$ và $22,0 \pm 2,1$. Chỉ số diện tích da (BSA) trung bình của nhóm bệnh và nhóm chứng lần lượt là $1,5 \pm 0,1$ và $1,5 \pm 0,1$. Chỉ số vòng bụng của nhóm bệnh và nhóm chứng lần lượt là $76,1 \pm 9,3$ và $76,2 \pm 5,1$. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về BMI, BSA, Vòng bụng giữa hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

Bảng 3.2. Các thông số về hình thái nhĩ trái trên siêu âm thường quy

Thông số	Nhóm bệnh (n = 59)	Nhóm chứng (n = 60)	p
LA (cm)	$3,1 \pm 0,4$	$3 \pm 0,5$	$> 0,05$
LAV (cm)	$26,2 \pm 7,7$	$28,1 \pm 4,6$	$> 0,05$
LAVI (cm)	$16,9 \pm 4,9$	$18,2 \pm 3$	$> 0,05$

Nhận xét: Đường kính nhĩ trái (LA), thể tích nhĩ trái (LAV), chỉ số thể tích nhĩ trái (LAVI) giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Bảng 3.3. Các thông số về chức năng thất trái trên siêu âm thường quy

Thông số	Nhóm bệnh (n = 59)	Nhóm chứng (n = 60)	p
EF (%)	$68,2 \pm 7,5$	$70,2 \pm 6,7$	$> 0,05$
FS (%)	$38 \pm 5,8$	$39,7 \pm 6,2$	$> 0,05$

Nhận xét: Phân suất tổng máu thất trái tính theo phương pháp Teicholz (EF), phân suất co cơ (FS) giữa nhóm bệnh và nhóm chứng lần lượt là $68,2 \pm 7,5$ và $70,2 \pm 6,7$, $38 \pm 5,8$ và $39,7 \pm 6,2$. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

Bảng 3.4. Chức năng chứa máu trên siêu âm đánh dấu mô cơ tim

Thông số	Nhóm bệnh (n = 59)	Nhóm chứng (n = 60)	p
LASr_ED (%)	$33,8 \pm 5,1$	$42,7 \pm 6,5$	$< 0,01$
LaSr_AC (%)	$27,5 \pm 8,7$	$35,1 \pm 4,6$	$< 0,01$

Nhận xét: Chức năng chứa máu trung bình nhĩ trái khởi đầu từ sóng P và QRS trên siêu âm đánh dấu mô cơ tim ở bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 thấp hơn nhóm chứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.5. Chức năng dẫn máu trên siêu âm đánh dấu mô cơ tim

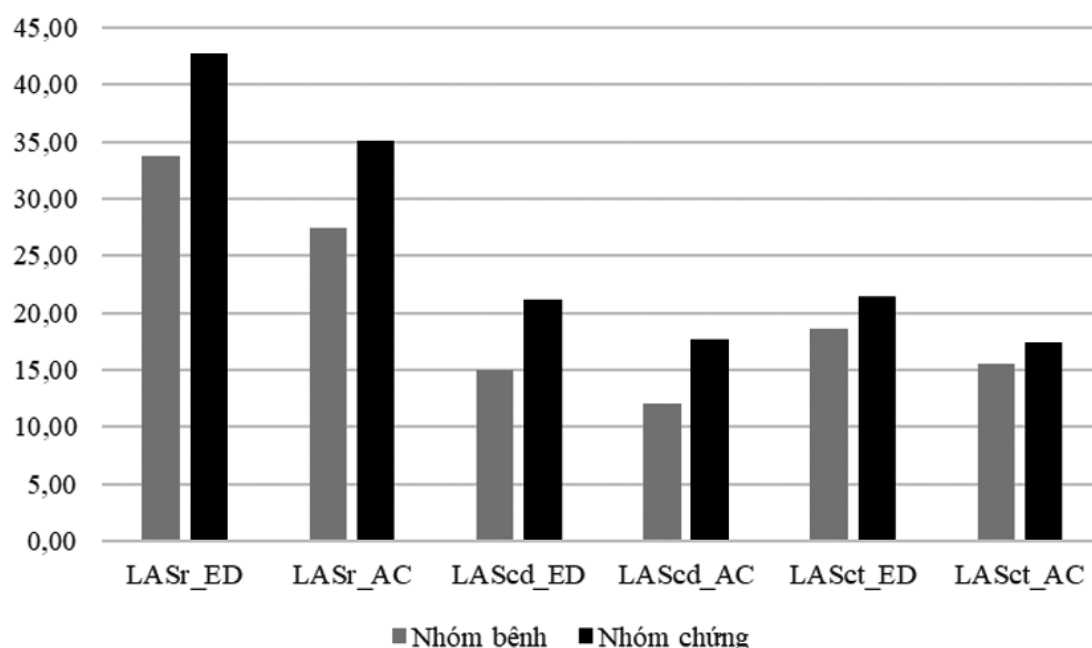
Thông số	Nhóm bệnh (n = 59)	Nhóm chứng (n = 60)	p
LAScd_ED (%)	$-15 \pm 6,7$	$-21,2 \pm 6,5$	$< 0,01$
LaScd_AC (%)	$-12,1 \pm 8$	$-17,7 \pm 5,9$	$< 0,01$

Nhận xét: Trên siêu âm đánh dấu mô cơ tim cho thấy trị tuyệt đối của chức năng dẫn máu trung bình nhĩ trái khởi đầu từ sóng P và QRS ở bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 thấp hơn nhóm chứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.6. Chức năng tổng máu trên siêu âm đánh dấu mô cơ tim

Thông số	Nhóm bệnh (n = 59)	Nhóm chứng (n = 60)	p
LASct_ED (%)	$-18,6 \pm 6$	$-21,4 \pm 6,8$	$< 0,05$
LASct_AC (%)	$-15,5 \pm 4,3$	$-17,4 \pm 4,6$	$< 0,05$

Nhận xét: Trên siêu âm đánh dấu mô cơ tim cho thấy trị tuyệt đối của chức năng tổng máu trung bình nhĩ trái khởi đầu từ sóng P và QRS ở nhóm chứng cao hơn nhóm bệnh. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Biểu đồ 3.1. Trung bình giá trị tuyệt đối của các chỉ số biến dạng nhĩ trái trên siêu âm đánh dấu mô giữa hai nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Trên siêu âm đánh dấu mô cơ tim cho tất cả các thông số ở nhóm bệnh đái tháo đường tuýp 2 có kết quả thấp hơn so với nhóm chứng. Sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình của nhóm bệnh và nhóm chứng lần lượt là $59,7 \pm 8,7$ và $59,9 \pm 6,0$, như vậy độ tuổi của hai nhóm nghiên cứu tương đồng nhau. Nghiên cứu của Sergio Mondillo và cộng sự (2011), nghiên cứu về đánh dấu mô cơ tim nhĩ trái ở bệnh nhân tăng huyết áp và đái tháo đường tuýp 2 ở phân nhóm đái tháo đường tuýp 2 có độ tuổi trung bình là $64 \pm 12,3$ [9]. Tương tự, nghiên cứu của Georgievska-Ismail Ljubica và cộng sự (2016), nghiên cứu về đánh dấu mô cơ tim nhĩ trái ở bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu bảo tồn ở phân nhóm đái tháo đường tuýp 2 độ tuổi trung bình là $63,2 \pm 8,9$ [10]. Như vậy chúng tôi nhận thấy rằng độ tuổi trung bình của nhóm đái tháo đường tuýp 2 tương đồng với một số nghiên cứu khác trên thế giới.

Ngoài ra, đặc điểm về tuổi và một số chỉ số nhân trắc học giữa hai nhóm nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng nhau. Chỉ số BMI, BSA của nhóm đái tháo đường tuýp 2 trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là $22,2 \pm 3,1$ và $1,5 \pm 0,1$ thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Sergio Mondillo và cộng sự (2011) là $27,4 \pm 4,2$ và $1,9 \pm 0,3$ [9]. Tương tự chỉ số vòng bụng nhóm đái tháo đường tuýp 2 của chúng tôi là $76,1 \pm 9,3$ cũng thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Georgievska-Ismail Lju-

bica và cộng sự (2016) là $105,0 \pm 9,1$ ở nam và $101,2 \pm 8,8$ ở nữ. Điều này cũng dễ hiểu vì sự khác biệt về chủng tộc ở các nước phương Tây so với chúng ta, bằng chứng là điểm cắt BMI mức thừa cân béo phì của các nước châu Á thấp hơn nhiều so với điểm cắt của dân số phương Tây theo phân loại của WHO [11].

Hình thái nhĩ trái giữa hai nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt. Đồng thời theo phân loại của Hội siêu âm tim Hoa Kỳ 2016 [12], hình thái nhĩ trái đối tượng nghiên cứu của chúng tôi nằm trong giới hạn bình thường. Đồng thời, chức năng thất trái trên siêu âm thường quy của chúng tôi cũng nằm trong giới hạn bình thường theo khuyến cáo của Hội tim mạch Hoa Kỳ 2023 [13].

Tuy nhiên, Chức năng nhĩ trái trên siêu âm đánh dấu mô cơ tim cho thấy chức năng chứa máu đại diện với hai chỉ số LASr_ED (%) và LaSr_AC (%) ở nhóm đái tháo đường tuýp 2 lần lượt là $33,8 \pm 5,1$ và $27,5 \pm 8,7$ giảm so với nhóm chứng lần lượt là $42,7 \pm 6,5$ và $35,1 \pm 4,6$. Nghiên cứu của Sergio Mondillo và cộng sự (2011) và Georgievska-Ismail Ljubica và cộng sự (2016), cũng chỉ ra rằng chức năng chứa máu ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 giảm so với nhóm chứng [9 - 10].

Chức năng dẫn máu của nhĩ trái đại diện với hai chỉ số là LAScd_ED (%) và LaScd_AC (%) trên siêu âm đánh dấu mô cơ tim ở nhóm đái tháo đường tuýp 2 trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là $-15 \pm 6,7$ và $-12,1 \pm 8$ so với nhóm chứng là $-21,2 \pm 6,5$ và $-17,7 \pm 5,9$. Nếu so sánh với trị tuyệt đối của các chỉ số ta thấy chức năng của dẫn máu của nhĩ trái ở nhóm đái tháo đường tuýp 2 trên siêu âm đánh dấu mô cơ tim giảm so với

nhóm chứng.

Chức năng tổng máu của nhĩ trái trên siêu âm đánh dấu mô cơ tim được đại diện với hai chỉ số LASct_ED (%) và LASct_AC (%). Nhóm đái tháo đường tuýp 2 trong nghiên cứu của chúng tôi có chỉ số LASct_ED (%) và LASct_AC (%) lần lượt là $-18,6 \pm 6$ và $-15,5 \pm 4,3$. Đồng thời, nhóm chứng có chỉ số LASct_ED (%) và LASct_AC (%) lần lượt là $-21,4 \pm 6,8$ và $-17,4 \pm 4,6$. Khi so sánh trị tuyệt đối của chỉ số này, ta thấy nhóm bệnh nhân đái tháo đường có giảm chức năng tổng máu so với nhóm chứng.

Trên siêu âm đánh dấu mô cơ tim trị tuyệt đối của tất cả các thông số ở nhóm bệnh đái tháo đường tuýp 2 có kết quả thấp hơn đáng kể so với nhóm chứng. Kết quả này cho thấy dù chưa có sự thay đổi về hình thái nhĩ trái hoặc chức năng của thất trái ở bệnh nhân đái tháo đường đã có sự giảm đáng kể chức năng của nhĩ trái.

5. KẾT LUẬN

Siêu âm đánh dấu mô cơ tim là một công cụ hiệu quả để đánh giá sớm sự giảm chức năng nhĩ trái ở bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 qua các thông số LASr, LAScd và LASct đại diện lần lượt cho ba chức năng của nhĩ trái là chứa máu, dẫn máu và tổng máu. Ở bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2, qua nghiên cứu của chúng tôi trước khi có sự thay đổi về hình thái nhĩ trái hay chức năng thất trái trên siêu âm thường quy đã có rối loạn chức năng nhĩ trái mà chỉ siêu âm đánh dấu mô cơ tim mới phát hiện được so với siêu âm tim thường quy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] American Diabetes Association, Standards of Medical Care in Diabetes—2022 Abridged for Primary Care Providers; Clin Diabetes, 2022;40(1):10-38.
- [2] Asghar O, Diabetic cardiomyopathy; Clin Sci, 2009;116(10):741-760.
- [3] Blume GG, Left atrial function: physiology, assessment, and clinical implications; Eur J Echocardiogr, 2011;12(6):421-430.
- [4] Kang Y, Right ventricular dysfunction and remodeling in diabetic cardiomyopathy; Am J Physiol Heart Circ Physiol, 2019;316(1):H113-H122.
- [5] King P, The UK Prospective Diabetes Study (UKPDS): clinical and therapeutic implications for tuýp 2 diabetes: Therapeutic implications of the UKPDS; Br J Clin Pharmacol, 1999;48(5):643-648.
- [6] Kuchynka P, The Role of Magnetic Resonance Imaging and Cardiac Computed Tomography in the Assessment of Left Atrial Anatomy, Size, and Function; BioMed Res Int; 2015, 2015:1-13.
- [7] Schlienger JL, Complications du diabète de type 2; La Presse Med. 2013;42(5):839-848.
- [8] International Diabetes Federation, IDF Diabetes Atlas 2021; Brussels, Belgium; 2021.
- [9] Mondillo S, Cameli M, Caputo ML et al., Early detection of left atrial strain abnormalities by speckle-tracking in hypertensive and diabetic patients with normal left atrial size. J Am Soc Echocardiogr. 2011;24(8):898-908.
- [10] Georgievska-Ismail L, Bogdanova D, Dzheko-va B et al., Evaluation of the role of left atrial strain using two-dimensional speckle tracking echocardiography in patients with diabetes mellitus and heart failure with preserved left ventricular ejection fraction. Diabetes Vasc Dis Res. 2016;13(6):384-394.
- [11] Lim JU, Lee JH, Kim JS et al., Comparison of World Health Organization and Asia-Pacific body mass index classifications in COPD patients. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2017;12:2465-2475. doi:10.2147/COPD.S141295
- [12] Lang RM, Badano LP, Mor-Avi V et al., Recommendations for cardiac chamber quantification by echocardiography in adults: an update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging. J Am Soc Echocardiogr. 2015;28(1):1-39. e14.
- [13] Kittleson MM, Anstrom KJ, Lindenfeld J et al., 2023 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Management of Heart Failure With Preserved Ejection Fraction: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee; J Am Coll Cardiol; 2023;81(18):1835-1878.
- [14] Yuda S, Short L, Khandheria BK et al., Clinical implications of left atrial function assessed by speckle tracking echocardiography. J Echocardiogr. 2015;14:104-112.

STRESS AT FIRST YEAR UNIVERSITY STUDENTS IN HO CHI MINH CITY AND ASSOCIATED FACTORS

Nguyen Huynh Thai Duong^{1*}, Pham Van Sy²,
Phan Thi Hoai Yen^{1,3}, Nguyen Hoang Anh Vu¹, Phan Thi Thanh Huong⁴

¹Thu Duc City Hospital - 29 Phu Chau, Tam Phu, Thu Duc city, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Ho Chi Minh City University of Technology - 475A Dien Bien Phu, Ward 25, Binh Thanh District, Ho Chi Minh City, Vietnam

³Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy - 217 Hong Bang, Ward 11, District 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

⁴Sai Gon University - 273 An Duong Vuong, Ward 3, District 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 10/08/2023; Accepted: 28/09/2023

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to determine the stress level of first-year university students in Ho Chi Minh City in 2022 - 2023 and identify related factors.

Methodology: Cross-sectional study was held from February to April 2023 in freshmen, Ho Chi Minh City. Students complete a self-completed questionnaire. The SSI scale has high reliability and validity and is used to assess students' academic stress.

Results: Studying stress levels conducted on 249 first-year university students in Ho Chi Minh City, we recorded 51.0% low stress, 47.4% moderate stress 1.6% stress at a high level. Among them, the rate of high levels of academic stress accounts for the highest rate at 8.8%. There is a statistically significant difference in the level of "body stress", "stress on living environment" and general stress in female students compared to male students (the average in two groups is 2.12 and 1, respectively). .98; $p = 0.002$). Students over 19 years old have a higher level of "Living Environmental Stress" than the 19 years old group ($p = 0.040$).

Keywords: Student stress, first-year students, Ho Chi Minh City.

*Corresponding author

Email address: thaидуong.yds@gmail.com

Phone number: (+84) 779989599

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

STRESS Ở SINH VIÊN ĐẠI HỌC NĂM THỨ NHẤT TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Huỳnh Thái Dương^{1*}, Phạm Văn Sỹ²,
Phan Thị Hoài Yến^{1,3}, Nguyễn Hoàng Anh Vũ¹, Phan Thị Thanh Hương⁴

¹Bệnh viện thành phố Thủ Đức - 29 Phú Châu, Tam Phú, thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Trường Đại học Công nghệ thành phố Hồ Chí Minh - 475A Điện Biên Phủ, Phường 25, Quận Bình Thạnh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

³Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, Phường 11, Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

⁴Trường Đại học Sài Gòn - 273 An Đường Vương, Phường 3, Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 10/08/2023; Ngày duyệt đăng: 28/09/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này được tiến hành nhằm xác định mức độ stress của sinh viên đại học năm thứ nhất tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2022 - 2023 và xác định các yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang thực hiện từ tháng 2 đến tháng 4 năm 2023 trên sinh viên năm nhất, thành phố Hồ Chí Minh. Sinh viên hoàn thành bộ câu hỏi tự điền. Thang đo SSI có tính tin cậy và tính giá trị cao được sử dụng để đánh giá stress học tập của sinh viên.

Kết quả: Nghiên cứu về mức độ stress trên 249 sinh viên đại học năm nhất tại thành phố Hồ Chí Minh, chúng tôi ghi nhận 51,0% stress ở mức độ thấp, 47,4% stress ở mức trung bình 1,6% stress ở mức cao. Trong đó, tỉ lệ có stress trong học tập ở mức độ cao chiếm tỉ lệ cao nhất với 8,8%. Có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về mức độ “Stress cơ thể”, “Stress về môi trường sống” và stress chung ở sinh viên nữ so với sinh viên nam (ĐTB ở hai nhóm lần lượt là 2,12 và 1,98; $p = 0,002$). Sinh viên trên 19 tuổi có mức độ “Stress về môi trường sống”, cao hơn nhóm 19 tuổi ($p = 0,040$).

Từ khóa: Stress sinh viên, sinh viên năm nhất, Thành phố Hồ Chí Minh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

WHO (2020) định nghĩa stress là: “cảm thấy rắc rối hoặc bị đe dọa bởi cuộc sống” [12]. Có nhiều tác nhân gây ra stress, bao gồm những khó khăn cá nhân (ví dụ: mối quan hệ với những người thân yêu, sống một mình, thiếu thu nhập, lo lắng về tương lai), các vấn đề trong công việc (ví dụ: mối quan hệ với đồng nghiệp, một công việc cực kỳ khắt khe hoặc không an toàn) hoặc các mối đe dọa lớn trong cộng đồng của bạn (ví dụ: bạo lực, bệnh tật, thiếu cơ hội kinh tế).

Một khảo sát ghi nhận tỉ lệ stress toàn cầu là 36,5% [9]. Salari và cộng sự (2020) ghi nhận stress là 1 trong 5 rối loạn tâm thần trong đại dịch COVID-19 với tỉ lệ hiện

mắc là 29,6% [10]. Tại Việt Nam, theo thống kê của Bộ Y tế (2017) thì có khoảng 15% dân số mắc các rối loạn liên quan tới stress [3]. Đặc biệt trên đối tượng sinh viên, Đại học Quốc gia Hà Nội ghi nhận 3,02 % sinh viên bị stress học tập ở mức độ vừa, có 79,01 % sinh viên bị stress ở mức độ nhẹ và 17,97% không bị stress và có nhiều nhóm nguyên nhân trong đó liên quan đến môi trường học tập đóng vai trò chủ đạo [4].

Sinh viên là nhóm dân số có nhiều áp lực, đa phần các bạn vừa phải hoàn thành nhiệm vụ học tập ở trường, vừa cần tham gia các hoạt động, bắt đầu mở rộng mối quan hệ xã hội, chuẩn bị cho tương lai khi tốt nghiệp ra trường. Để hoàn thành nhiều việc đòi hỏi các bạn sinh viên cần có sức khỏe tốt cả về thể chất lẫn tinh thần, đặc

*Tác giả liên hệ

Email: thaيدuong.yds@gmail.com

Điện thoại: (+84) 779989599

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

biệt là vấn đề stress ở sinh viên rất nổi bật và nếu không khắc phục tốt có thể gây nhiều ảnh hưởng đến học tập và sinh hoạt như thành tích đi xuống do khó tập trung, mệt, có vấn đề cảm xúc dẫn đến xung đột với bạn, những người xung quanh. Do đó, stress ở sinh viên đang là vấn đề nhận được nhiều sự quan tâm nghiên cứu, trong đó sinh viên năm nhất là đối tượng chịu tác động bởi nhiều các yếu tố như gặp khó khăn để thích ứng với việc thay đổi môi trường học từ trung học phổ thông lên đại học, thay đổi môi trường sống, bạn bè thầy cô, cần tăng khả năng tự lập, thiếu nguồn lực hỗ trợ [1].

Nghiên cứu này được tiến hành nhằm xác định mức độ stress của sinh viên đại học năm thứ nhất tại thành phố Hồ Chí Minh và các yếu tố liên quan.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Cắt ngang mô tả, khảo sát bằng bảng hỏi từ tháng 2 đến tháng 4/2023 tại các trường đại học trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

249 sinh viên đại học năm nhất trong năm học 2022 - 2023 tại thành phố Hồ Chí Minh.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu:

Thu thập dữ liệu theo phương pháp thuận tiện trên sinh viên 4 khối ngành sức khỏe, ngành truyền thông và nghệ thuật, ngành khoa học xã hội và ngành công nghệ.

2.4. Công cụ thu thập dữ liệu:

Sử dụng bộ câu hỏi tự điền gồm 2 phần:

- Phần 1: Thông tin nền, bao gồm các câu hỏi về đặc tính cá nhân (tuổi, giới, khối ngành học và nơi ở).

- Phần 2: Thang đo mức độ căng thẳng của sinh viên (Student-Life Stress Inventory - SSI). Thang đo SSI được thiết kế bởi tác giả Bernadette M. Gadzella (1993) bao gồm 40 câu hỏi dưới hình thức Likert 4 mức độ theo thứ tự là "Không bao giờ", "Thỉnh thoảng", "Thường xuyên" và "Rất thường xuyên". Điểm số tương ứng cho mỗi lựa chọn là 1 cho 'Không bao giờ', 2 cho 'Thỉnh thoảng', 3 cho 'Thường xuyên' và 4 cho 'Rất thường xuyên'. Thang đo được chia thành 4 tiểu thang đo bao gồm: Stress cơ thể, Stress trong mối quan hệ cá nhân, Stress trong học tập, Stress về môi trường sống. Điểm tổng mỗi tiểu thang đo và thang đo tổng căng cao thì mức độ stress càng cao. Ngoài ra, điểm cắt của thang đo được Aziz và cộng sự nghiên cứu trong năm 2019 [6], như sau:

Bảng 1. Điểm cắt phân loại stress

Stress	Mức độ thấp	Mức độ trung bình	Mức độ cao
Stress chung	40 - 80	81 - 121	122 - 160
Tiểu thang đo	10 - 18	19 - 29	30 - 40

2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu:

Số liệu được nhập liệu bằng Epidata 3.1 và xử lý thống kê bằng STATA 14.0. Sử dụng phép kiểm ANOVA và hậu kiểm Tukey để xác định các yếu tố liên quan đến stress ở sinh viên. Mức ý nghĩa thống kê được chọn là 0,05.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Trong thời gian thực hiện nghiên cứu, chúng tôi đã khảo sát được 249 sinh viên với những đặc điểm như sau:

Bảng 2. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (n= 249)

Đặc điểm khách thể		n	%
Giới tính	Nam	134	53,8%
	Nữ	115	46,2%
Ngành đang học	Ngành sức khỏe	42	16,9%
	Ngành truyền thông và kinh tế	91	36,5%
	Ngành khoa học xã hội	78	31,3%
	Ngành công nghệ	38	15,3%

Đặc điểm khách thể		n	%
Khu vực sinh sống trước đây	Thành thị	227	91,2%
	Nông thôn	22	8,8%
Tuổi	TB $\pm$ ĐLC	19,9 $\pm$ 1,4	
	Nhỏ nhất – Lớn nhất	19 - 27	

Nhận xét: Ghi nhận tỉ lệ nam/nữ là tương đồng nhau trong nghiên cứu này, ngoài ra sinh viên trong khảo sát tập trung vào khối ngành truyền thông và kinh tế (36,5%), kế đến là ngành khoa học xã hội và ngôn ngữ (31,3%). Ngoài ra, có 91,2% các bạn sinh viên đến từ

các thành thị trong khi chỉ có 8,8% đến từ khu vực nông thôn. Mặc dù khảo sát được tiến hành trên sinh viên năm nhất nhưng vẫn có những sinh viên tuổi lớn hơn các bạn cùng khóa với độ tuổi lớn nhất được ghi nhận là 27.

3.2. Mức độ stress ở sinh viên đại học năm thứ nhất

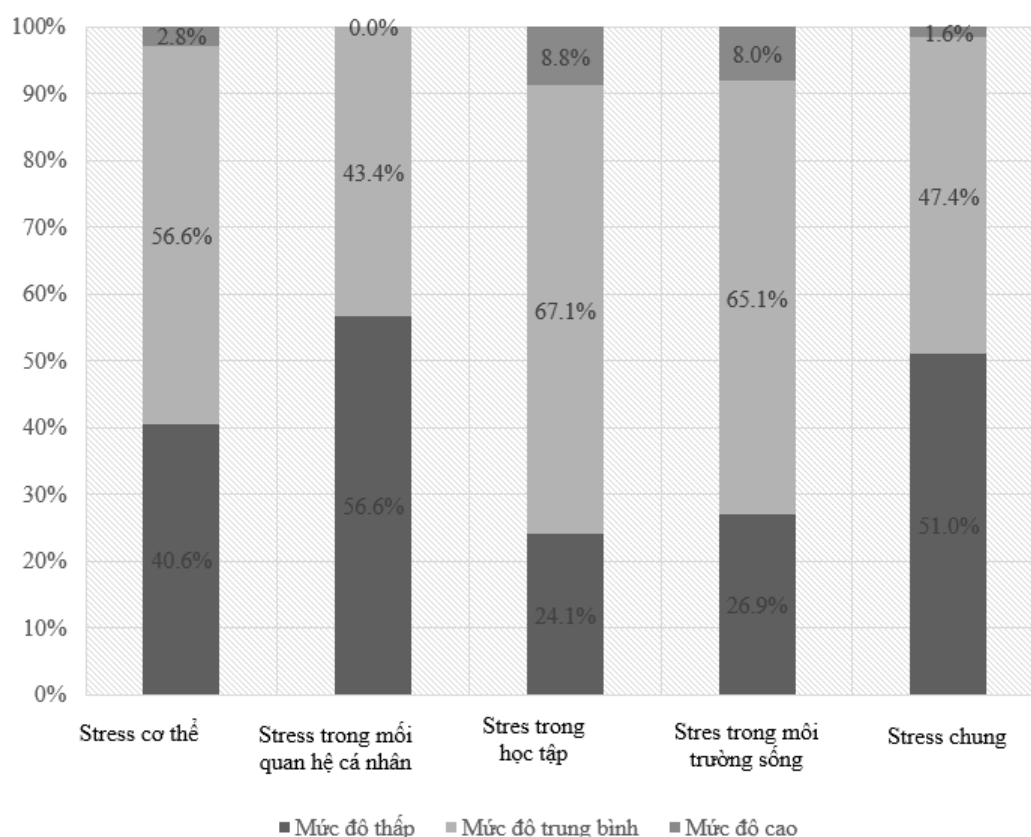
Bảng 3. Thực trạng stress ở sinh viên năm thứ nhất tại thành phố Hồ Chí Minh

Các thang đo	Phạm vi thang điểm	TB	ĐLC	Thấp nhất	Cao nhất
Stress cơ thể	1 - 4	1,97	0,43	1,00	3,50
Stress trong mối quan hệ cá nhân	1 - 4	1,83	0,39	1,20	2,80
Stress trong học tập	1 - 4	2,18	0,47	1,10	3,40
Stress về môi trường sống	1 - 4	2,19	0,51	1,00	3,60
Stress chung	1 - 4	2,05	0,35	1,40	3,05

Nhận xét: Kết quả bảng 3 cho thấy điểm số “Stress cơ thể” là 1,97, điểm số “Stress trong mối quan hệ cá nhân” là 1,83, điểm số “Stress trong học tập” là 2,18 và điểm

số cao nhất là “Stress về môi trường sống” với 2,19 điểm (điểm tối đa của các thang đo này đều là 4).



Biểu đồ 1. Mức độ stress ở sinh viên năm thứ nhất tại thành phố Hồ Chí Minh

Theo điểm cắt phân loại như bảng 1, chúng tôi ghi nhận 127 sinh viên (tỉ lệ 51,0%) có biểu hiện stress ở mức độ thấp, 118 sinh viên (tỉ lệ 47,4%) stress ở mức trung bình và 4 sinh viên (tỉ lệ 1,6%) stress ở mức cao. Trong đó tỉ lệ sinh viên có stress trong học tập ở mức độ cao chiếm tỉ lệ cao nhất với 8,8% (22/249 sinh viên).

Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ stress thấp hơn các nghiên cứu của Hamaideh (2011) khi ghi nhận tỉ lệ sinh viên có mức độ stress trung bình lên đến 58,4% và nặng là 16,5% [8], Ngoài ra, tác giả Alkhawaldeh (2023) ghi

nhận tỉ lệ sinh viên stress nặng trong nghiên cứu của mình là 44,7% [5]. Sự khác biệt này có thể lý giải do đặc điểm về dân số xã hội tại các quốc gia.

3.3. Các yếu tố liên quan đến stress ở sinh viên đại học năm thứ nhất

Các yếu tố nhân khẩu được chúng tôi tìm hiểu mối liên quan với stress ở sinh viên năm thứ nhất tại thành phố Hồ Chí Minh bao gồm: giới tính, tuổi, nơi ở trước đây, ngành đang học.

Bảng 4. Mối liên quan giữa stress và giới tính ở sinh viên năm nhất

	Nam		Nữ		Giá trị p (*)
	TB	ĐLC	TB	ĐLC	
Stress cơ thể	1,87	0,40	2,09	0,43	< 0,0001
Stress trong mối quan hệ cá nhân	1,80	0,35	1,87	0,43	0,163
Stress trong học tập	2,16	0,45	2,21	0,47	0,483
Stress về môi trường sống	2,09	0,51	2,31	0,50	0,001
Stress chung	1,98	0,33	2,12	0,35	0,002

(*) Kiểm định ANOVA

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về các biểu hiện “Stress trong mối quan hệ cá nhân” và “Stress trong học tập” giữa sinh viên nam và nữ ($p > 0,05$). Có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về mức độ “Stress cơ thể”, “Stress về môi trường sống” và stress chung ở sinh viên với sinh viên nữ có mức độ stress nặng hơn sinh

viên nam, ĐTB ở hai nhóm lần lượt là 2,12 và 1,98 ($p = 0,002$).

Kết quả giới tính nữ có liên quan với mức độ stress cao tương tự với nghiên cứu của Clinciu (2013) [7] và nghiên cứu của Simonelli-Muñoz và cộng sự (2018) [11].

Bảng 5. Mối liên quan giữa stress và tuổi ở sinh viên năm nhất

	19 tuổi		Trên 19 tuổi		Giá trị p (*)
	TB	ĐLC	TB	ĐLC	
Stress cơ thể	1,93	0,42	2,02	0,43	0,111
Stress trong mối quan hệ cá nhân	1,81	0,39	1,85	0,39	0,461
Stress trong học tập	2,14	0,40	2,23	0,52	0,148
Stress về môi trường sống	2,13	0,53	2,26	0,49	0,040
Stress chung	2,01	0,35	2,09	0,34	0,054

(*) Kiểm định ANOVA

Nhận xét: Ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về biểu hiện “Stress về môi trường sống”, trong đó nhóm sinh viên trên 19 tuổi có mức độ stress cao hơn nhóm 19 tuổi ($p = 0,040$).

Nhóm sinh viên trên 19 tuổi chủ yếu là sinh viên đậu vào trường sau khi học ôn thi đại học thêm 1 hay vài năm, một số bạn đậu đại học nhưng xin bảo lưu, một số bạn đã đậu trường khác nhưng chọn thi lại đại học, việc nhập học trễ so với bạn cùng lứa có thể làm các bạn đã có một mức độ căng thẳng nhất định dẫn đến dễ

bị tác động từ môi trường hơn làm tăng mức độ stress trong vấn đề về môi trường sống. Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các biểu hiện stress giữa các sinh viên có độ tuổi khác nhau ($p > 0,05$), điều này có thể do nghiên cứu tập trung khảo sát trên sinh viên năm thứ nhất, tuy các bạn ở độ tuổi khác nhau nhưng đều thuộc cùng năm học đại học, mới tiếp xúc với thay đổi môi trường sống và học tập, hoàn cảnh học tập tương tự nên chưa ghi nhận sự khác biệt về mức độ stress có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Mối liên quan giữa stress và nơi ở trước đây ở sinh viên năm nhất

	Thành thị		Nông thôn		Giá trị p (*)
	TB	ĐLC	TB	ĐLC	
Stress cơ thể	1,98	0,43	1,87	0,37	0,247
Stress trong mối quan hệ cá nhân	1,83	0,39	1,81	0,31	0,782
Stress trong học tập	2,19	0,47	2,11	0,31	0,455
Stress về môi trường sống	2,20	0,51	2,09	0,52	0,332
Stress chung	2,05	0,35	1,97	0,30	0,301

(*) Kiểm định ANOVA

Nhận xét: Kết quả bảng 6 cho thấy không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê khi so sánh các biểu hiện stress giữa sinh viên có khu vực sinh sống trước khi lên

đại học là thành thị và nông thôn ($p > 0,05$).

Kết quả này tương tự với nghiên cứu của 2 tác giả Vũ

Huyền và Thu Thủy năm 2021 [2]. Điểm trung bình mức độ stress của nhóm sinh viên ở thành thị cao hơn nông thôn, đặc biệt là nhóm stress về học tập và môi trường sống, với điểm trung bình lần lượt là 2,19 và 2,20. Sinh viên ở thành thị đa phần sống cùng nhà với ba mẹ hay người thân, gia đình kiểm soát nhiều và theo sát kết quả học tập của sinh viên, đồng thời sinh viên cũng tự đặt ra áp lực cho bản thân phải có kết quả tốt vì muốn

tương lai có việc làm tại thành phố, làm việc cùng thành phố với gia đình, những vấn đề này có thể góp phần làm tăng mức độ stress của sinh viên. Ngoài ra, có một bộ phận không nhỏ các bạn ở thành thị khi học phổ thông vẫn được phụ huynh đưa đón nên khi học đại học phải tự đi xe máy, đặc biệt là khi thời tiết xấu cũng là một thay đổi làm các bạn sinh viên mệt mỏi và căng thẳng.

Bảng 7. Mối liên quan giữa stress và ngành học ở sinh viên năm nhất

Biểu hiện	Khoa Điều dưỡng và Xét nghiệm		Khoa Truyền thông và Thiết kế		Khoa Khoa học Xã hội và Quan hệ Công chúng		Khoa Công nghệ thông tin		Giá trị p (*)
	TB	ĐLC	TB	ĐLC	TB	ĐLC	TB	ĐLC	
Stress cơ thể	1,94	0,38	2,03	0,44	1,98	0,44	1,88	0,42	p > 0,05
Stress trong mối quan hệ cá nhân	1,83	0,35	1,85	0,40	1,84	0,41	1,76	0,36	
Stress trong học tập	2,19	0,43	2,20	0,45	2,21	0,51	2,08	0,42	
Stress về môi trường sống	2,12	0,47	2,21	0,48	2,27	0,54	2,07	0,55	
Stress chung	2,02	0,33	2,07	0,33	2,07	0,37	1,95	0,35	

(*) Kiểm định ANOVA, kiểm định post hoc Tukey

Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê khi so sánh các biểu hiện stress giữa các sinh viên học các khoa khác nhau ($p > 0,05$).

4. KẾT LUẬN

Nghiên cứu về mức độ stress trên 249 sinh viên đại học năm nhất tại thành phố Hồ Chí Minh, chúng tôi ghi nhận 51,0% stress ở mức độ thấp, 47,4% stress ở mức trung bình 1,6% stress ở mức cao. Trong đó, tỉ lệ có stress trong học tập ở mức độ cao chiếm tỉ lệ cao nhất với 8,8%.

Có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về mức độ “Stress cơ thể”, “Stress về môi trường sống” và stress chung ở sinh viên nữ so với sinh viên nam (ĐTB ở hai nhóm lần lượt là 2,12 và 1,98; $p = 0,002$). Sinh viên trên 19 tuổi có mức độ “Stress về môi trường sống”, cao hơn nhóm 19 tuổi ($p = 0,040$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phùng Quốc Điệp, Chu Văn Thắng, Nguyễn Thị Thúy Hạnh & cs, "Thực trạng trầm cảm, lo âu, stress ở sinh viên cao đẳng điều dưỡng chính quy Trường cao đẳng Y tế Bạch Mai và một số yếu tố
- [2] liên quan năm 2021"; Tạp chí Y học Cộng đồng, 62, (7), 2021.
- [3] Lê Thị Vũ Huyền, Nguyễn Thị Thu Thủy, "Stress ở sinh viên hệ bác sĩ y khoa năm thứ nhất Trường Đại học y Hà Nội năm học 2020-2021 và một số yếu tố liên quan"; Tạp chí Y học Việt Nam, 508, (1), 2021.
- [4] Tuấn Minh, Việt Nam có khoảng 15% dân số mắc các rối loạn liên quan tới stress, Trung tâm truyền thông – giáo dục sức khỏe trung ương, <http://t5g.org.vn/viet-nam-co-khoang-15-dan-so-mac-cac-roi-loan-lien-quan-toi-stress>, 2019.
- [5] Nguyễn Hữu Thụ, "Nguyên nhân stress của sinh viên Đại học Quốc gia Hà Nội"; Tạp chí Tâm lý học, số 3 (120), 2009.
- [6] Alkhawaldeh A, Al-Omari O, Al-Aldawi S et al., "Stress Factors, Stress Levels, and Coping Mechanisms among University Students". ScientificWorldJournal, 2023, 2026971.
- [7] Aziz M, Mohamed S, Pendidikan U et al., Manual Of Student Stress Inventory (SSI) Edition 2019 Development, Validity And Reliability of Student Stress Inventory (SSI), Faculty of Education and Human Development Sultan Idris Education University, 2019.
- [7] Clinciu AI, "Adaptation and Stress for the First Year University Students". Procedia - Social and Behavioral Sciences, 78, 2013, 718-722.

- [8] Hamaideh SH, "Stressors and reactions to stressors among university students". *Int J Soc Psychiatry*, 57, (1), 2011, 69-80.
- [9] Nochaiwong S, Ruengorn C, Thavorn K et al., "Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis". *Scientific Reports*, 11, (1), 2021, 10173.
- [10] Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R et al., "Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis". *Globalization and Health*, 16, (1), 2020, 57.
- [11] Simonelli-Muñoz AJ, Balanza S, Rivera-Caravaca JM et al., "Reliability and validity of the student stress inventory-stress manifestations questionnaire and its association with personal and academic factors in university students"; *Nurse Educ Today*, 64, 2018, 156-160.
- [12] World Health Organization, *Doing what matters in times of stress: an illustrated guide*, 2020.



ASSESSMENT OF THE EFFICIENCY OF SOCIAL WORK ACTIVITIES IN SUPPORTING THE PATIENTS AT THU DUC CITY HOSPITAL

Nguyen Thi My Chau*, Ngo Thi Ngoc Anh

Thu Duc City Hospital - 29 Phu Chau, Tam Phu, Thu Duc city, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 10/08/2023; Accepted: 20/09/2023

ABSTRACT

Introduction: Social work activities in hospitals aim to support patients, their families and medical staff to solve social and psychological problems arising reasons related to illness and the medical examination and treatment process. Implementing social work activities well in the hospital will help patients overcome social obstacles to have comprehensive health both physically and mentally.

Objective: Percentage of patients accessing social work activities being implemented, percentage of patients satisfied with social work activities and related factors at Thu Duc City Hospital. Needs of patients and some suggestions of health workers related to social work activities being implemented at the hospital.

Methods: Descriptive cross – sectional, conducted research on 132 patients being treated at the Oncology Department and the Nephrology – Artificial Kidney Department, in-depth interviews with 2 head nurses of 2 Oncology departments and Nephrology.

Results: 77.3% of patients are satisfied with social work activities at the hospital. Some factors related to the level of satisfaction of patients with social work activities are: treatment department, ethnicity, average income/capita of the patient's family; Time the patient started treatment at the hospital up to now; average treatment cost after deducting monthly health insurance and patients having to borrow money for treatment ($p < 0.05$).

Conclusion: The rate of patients satisfied with social work activities is 77.3%. Some recommendations of health workers include: develop and expand social work activities on counseling, psychological support and spiritual support for patients to diversify content and organizational form; Accompanying the department in guiding patients on administrative procedures, providing basic health care information, welcoming and guiding patients with information related to health insurance.

Keywords: Social work in hospital, satisfied, patient.

*Corresponding author
Email address: mychaubvtd@gmail.com
Phone number: (+84) 972847669
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG VIỆC HỖ TRỢ NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC

Nguyễn Thị Mỹ Châu*, Ngô Thị Ngọc Ánh

Bệnh viện thành phố Thủ Đức - 29 Phú Châu, Tam Phú, thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 10/08/2023; Ngày duyệt đăng: 20/09/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hoạt động công tác xã hội (CTXH) trong bệnh viện nhằm hỗ trợ người bệnh (NB), người nhà người bệnh (NNNB) và các nhân viên y (NVYT) tế giải quyết các vấn đề xã hội, tâm lý phát sinh liên quan đến bệnh tật và quá trình khám chữa bệnh. Thực hiện tốt các hoạt động CTXH trong bệnh viện sẽ giúp NB vượt qua được những trở ngại về mặt xã hội để có một sức khỏe toàn diện cả về thể chất và tinh thần.

Mục tiêu: Tỷ lệ NB tiếp cận được với các hoạt động CTXH đang được triển khai, tỷ lệ NB hài lòng với các hoạt động CTXH và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức. Nhu cầu của NB và một số đề xuất của NVYT liên quan đến các hoạt động CTXH đang triển khai tại bệnh viện.

Đối tượng và phương pháp: Cắt ngang mô tả, thực hiện nghiên cứu trên 132 NB đang điều trị tại khoa Ung Bướu và khoa Nội thận – thận nhân tạo (Khoa Thận), phòng vắn sâu 2 điều dưỡng trưởng của 2 khoa Ung Bướu và khoa Thận.

Kết quả: 77,3% NB hài lòng với các hoạt động CTXH tại bệnh viện. Một số yếu tố liên quan đến mức độ hài lòng của NB với các hoạt động CTXH là: Khoa điều trị, Dân tộc, Thu nhập bình quân/đầu người của gia đình NB; Thời gian người bệnh bắt đầu điều trị tại bệnh viện tới nay; Chi phí điều trị trung bình sau khi trừ bảo hiểm y tế (BHYT) hàng tháng và NB phải vay mượn tiền để điều trị ($p < 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ NB hài lòng với các hoạt động CTXH là 77,3%. Một số kiến nghị của NVYT bao gồm: phát triển, mở rộng thêm các hoạt động CTXH về tư vấn hỗ trợ tâm lý, nâng đỡ tinh thần cho NB đa dạng về nội dung và hình thức tổ chức; đồng hành với khoa trong công tác hướng dẫn NB các thủ tục hành chính, cung cấp các thông tin chăm sóc sức khỏe cơ bản, đón tiếp, hướng dẫn NB các thông tin liên quan tới BHYT.

Từ khóa: Công tác xã hội trong bệnh viện, hài lòng, người bệnh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Công tác xã hội là một ngành nghề với sứ mạng giúp đỡ, hỗ trợ, chăm sóc những cá nhân (nhóm) thiếu may mắn, có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn trong cộng đồng nhằm giúp họ hòa nhập và có cuộc sống tốt hơn [4]. Hoạt động CTXH trong bệnh viện nhằm hỗ trợ NB, NNNB và các NVYT giải quyết các vấn đề xã hội, tâm lý phát sinh liên quan đến bệnh tật và quá trình chữa bệnh [1].

Mục đích là hỗ trợ các nhóm đối tượng yếu thế khắc phục những khó khăn về mặt xã hội để đạt được hiệu quả chăm sóc sức khỏe tốt nhất. Tại các nước phát triển, hầu hết các bệnh viện đều có phòng CTXH, đây là một trong những điều kiện để được công nhận là hội viên của Hội các bệnh viện. Sự hỗ trợ của nhân viên CTXH đã làm tăng thêm sự hài lòng của NB và gia đình người bệnh khi đến điều trị tại bệnh viện [11].

*Tác giả liên hệ

Email: mychaubvtd@gmail.com

Điện thoại: (+84) 972847669

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

Tại Việt Nam, đến năm 2011 Bộ Y tế bắt đầu triển khai thành lập thí điểm phòng CTXH tại 10 bệnh viện trong khuôn khổ Đề án phát triển ngành CTXH trong ngành y tế giai đoạn 2011 – 2020 theo quyết định số 32/2010/QĐ-TTg ngày 25 tháng 3 năm 2010 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Đề án phát triển nghề CTXH giai đoạn 2010 – 2020, trong đó xác định rõ mục tiêu, nội dung hoạt động nhằm phát triển CTXH trở thành một nghề ở Việt Nam. Đây là cơ sở pháp lý quan trọng cho việc hình thành và phát triển nghề CTXH trong các lĩnh vực y tế ở nước ta. Bệnh viện thành phố Thủ Đức là bệnh viện hạng I nằm ở cửa ngõ Đông Bắc của thành phố Hồ Chí Minh với đối tượng NB đa dạng, phức tạp cả về trình độ và hoàn cảnh. Để nâng cao chất lượng phục vụ, bệnh viện đã thành lập phòng CTXH vào năm 2015 nhằm hỗ trợ NB tới điều trị tại bệnh viện một cách tốt nhất góp phần nâng cao sự hài lòng của NB nói chung. Từ khi thành lập tới nay, phòng CTXH đã nỗ lực thực hiện nhiều hoạt động nổi bật hướng tới NB có hoàn cảnh khó khăn đặc biệt là nhóm NB chạy thận nhân tạo và NB ung thư cần điều trị thường xuyên và lâu dài, chi phí điều trị lớn. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào lượng giá được khả năng tiếp cận và mức độ hài lòng của NB cũng như mong muốn của NB liên quan tới các hoạt động CTXH đã được triển khai tại bệnh viện. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 3 mục tiêu: (1) Tỷ lệ NB tiếp cận được với các hoạt động CTXH đang được triển khai tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức. (2) Tỷ lệ NB hài lòng với các hoạt động CTXH và các yếu tố liên quan. (3) Nhu cầu của NB và một số đề xuất của NVYT liên quan đến các hoạt động CTXH.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu định lượng kết hợp định tính, mô tả cắt ngang

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 9/2022 đến tháng 10/2023 tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh

2.3. Đối tượng nghiên cứu:

NB đang chạy thận nhân tạo (lọc máu) định kỳ ≥ 6 tháng tại khoa Thận và NB đang hóa trị tại khoa Ung Bướu ≥ 6 tháng, điều dưỡng trưởng khoa Thận và khoa Ung Bướu, Bệnh viện thành phố Thủ Đức.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Tiêu chuẩn đưa vào: NB đang hóa trị ≥ 6 tháng tại khoa Ung Bướu và NB chạy thận định kỳ ≥ 6 tháng tại khoa Thận; Điều dưỡng trưởng 2 khoa Thận, khoa Ung bướu; Đồng ý tham gia và trả lời phỏng vấn.

Tiêu chuẩn loại ra: Những người bị câm, điếc, người mắc các bệnh ảnh hưởng đến giao tiếp; NB quá mệt mỏi không thể tham gia nghiên cứu; NB không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu nghiên cứu cắt ngang tính theo công thức nhằm xác định một tỷ lệ.

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

α : xác suất sai lầm loại I ($\alpha = 0,05$)

Z: Trị số tra từ bảng phân phối chuẩn

P: trị số ước tính tỷ lệ hài lòng

Ở khảo sát này của chúng tôi, giá trị p ước tính tỷ lệ hài lòng của NB khi được thụ hưởng các hoạt động CTXH tại bệnh viện là $p = 0,73$ (tham khảo tỷ lệ hài lòng của NB trong nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Tú Quyên, Nguyễn Thanh Hà và Hoàng Văn Minh nghiên cứu về sự hài lòng của NB ngoại trú với dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại Việt Nam cho kết quả tỷ lệ NB hài lòng với các dịch vụ y tế nhận được tại bệnh viện huyện là 73%) [7].

+ $D = 0,08$: độ chính xác mong muốn

+ $n = 119$ (giá trị n tính được là 118,3 làm tròn là 119). Dự phòng thêm số lượng mất mẫu, phiếu không đạt yêu cầu: 10%.

+ Vậy tổng số cỡ mẫu của nghiên cứu là: $119 + 12 = 131$ làm tròn là ít nhất 131 người bệnh sẽ được mời tham gia vào nghiên cứu.

+ Tại thời điểm lấy mẫu nghiên cứu số NB chạy Thận tại khoa Thận là 220 người và số NB hóa trị tại khoa Ung Bướu là 90 người vậy số NB của từng khoa được lấy vào cỡ mẫu lần lượt là: 93 NB khoa Thận và 39 NB khoa Ung Bướu. Vậy tổng số mẫu cuối cùng của nghiên cứu là 132 NB.

2.5. Kỹ thuật chọn mẫu:

Chọn mẫu bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện đối với NB: Thời gian thu thập số liệu bắt đầu từ 10/4/2023 cho tới khi đủ số mẫu cần thiết. Với đối tượng NVYT mời tham gia nghiên cứu định tính: tiến hành chọn mẫu có chủ đích 2 điều dưỡng trưởng của khoa Thận và khoa Ung bướu để thu thập các thông tin cần thiết liên quan đến NB đang điều trị tại từng khoa.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Phương pháp nghiên cứu văn bản, tài liệu: Các tài liệu hiện có tại cơ sở nghiên cứu, chính sách, đề án phát triển nghề CTXH trong ngành Y tế, các tài liệu có liên quan

đến CTXH trong bệnh viện.

Phương pháp điều tra bộ câu hỏi: phương pháp này tác giả nghiên cứu 132 trường hợp NB đang điều trị nhằm thu thập thông tin, số liệu về thực trạng hoàn cảnh gia đình, tình trạng bệnh của NB theo bộ câu hỏi đã soạn sẵn.

Phương pháp phỏng vấn sâu: tiến hành phỏng vấn sâu với 2 điều dưỡng trưởng khoa Thận và Ung Bướu theo form câu hỏi gợi ý, sau đó tổng hợp các câu trả lời nhằm có cái nhìn sâu hơn, cụ thể hơn về các vấn đề nghiên cứu.

2.7. Phân tích và xử lý số liệu:

Bộ câu hỏi khảo sát sau khi thu thập sẽ được kiểm tra tính hoàn chỉnh các câu trả lời để loại bỏ những phiếu chưa hoàn chỉnh nhằm đảm bảo các dữ kiện được thu thập đầy đủ; Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Epidata

3.1; Xử lý và phân tích dữ kiện bằng phần mềm SPSS 11. Thống kê mô tả đối với biến độc lập, lập bảng phân bố tần số, tỷ lệ của các biến số.

Phân tích mối liên quan giữa tuân thủ điều trị với một số yếu tố liên quan sử dụng phép kiểm định χ^2 với khoảng tin cậy 95%, $\alpha = 0,05$. Kiểm định Fisher được thay thế cho phép kiểm định χ^2 nếu trên 20% tổng số các ô có vọng trị < 5 .

2.8. Đạo đức nghiên cứu:

Đề tài nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Y đức Bệnh viện thành phố Thủ Đức. Tất cả NB đều được giải thích cụ thể về mục đích, nội dung của nghiên cứu, hoàn toàn tự nguyện tham gia và hợp tác tốt trong quá trình nghiên cứu. Mọi thông tin của đối tượng đều được giữ bí mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 132)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 30 tuổi	11	8,3
	30 – 50 tuổi	44	33,3
	> 50 tuổi	77	58,3
Giới tính	Nam	61	46,2
	Nữ	71	53,8
Dân tộc	Dân tộc kinh	130	98,5
	Dân tộc khác	2	1,5
Nghề nghiệp	Nhân viên văn phòng	2	1,5
	Công nhân	9	6,8
	Lao động tự do	37	28
	Nội trợ	21	15,9
	Nghỉ hưu	8	6,1
	Không có việc làm/sống phụ thuộc	55	41,7



Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nơi sống	Có nhà riêng	90	68,2
	Ở nhà thuê	42	31,8
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	24	18,2
	Đã kết hôn	107	81,1
	Ly thân	0	0
	Ly hôn/góa	1	0,8
	Sống chung không đăng ký kết hôn	0	0
Thu nhập bình quân/ đầu người của gia đình người bệnh	< 2.150.000	7	5,3
	2.150.000 – < 4.300.000	54	40,9
	4.300.000 - < 6.450.000	45	34,1
	6.450.000 - < 8.600.000	13	9,8
	> 8.600.000	7	5,3
	Không biết	6	4,5
Thời gian điều trị bệnh	6 – 12 tháng	18	13,6
	13 – 24 tháng	34	25,8
	25 – 48 tháng	21	15,9
	Lớn hơn 48 tháng	59	44,7
Chi phí điều trị trung bình	2 – 3,5 triệu/tháng	35	26,5
	3,5 – 4,5 triệu/tháng	29	22
	4,5 – 5,5 triệu/tháng	13	9,8
	5,5 – 7,5 triệu/tháng	33	25
	> 7,5 triệu/tháng	22	16,7
NB đã từng phải vay mượn tiền để điều trị bệnh	Có	66	50
	Không	66	50

Nhận xét: Độ tuổi lớn hơn 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 58,3%. Giới tính nữ chiếm số đông hơn với tỷ lệ 53,8%.

NB không có thu nhập chủ động hàng tháng từ các công việc hàng ngày 57,6% (cụ thể: 15,9% NB là nội trợ tại

nhà và 41,7% NB không có việc làm/sống phụ thuộc vào gia đình, người thân hoặc các tổ chức xã hội). NB có nhà riêng 68,2%; 81,1% NB đã có gia đình. Thu nhập bình quân đầu người của gia đình NB nằm trong khoảng từ 2.150.000 - < 4.300.000 chiếm 40,9% và 34,1% gia đình NB có thu nhập bình quân đầu người nằm trong khoảng 4.300.000 - < 6.450.000 chiếm tỷ lệ 34,1%. Chi phí điều trị trung bình của NB hàng tháng dao động từ

2 – lớn hơn 7.500.000/tháng. Trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là 2 – 3.500.000/tháng chiếm 26,5%, 5.500.000 – 7.500.000/tháng chiếm 25% và mức chi trả chiếm tỷ lệ thấp nhất là 4.500.000 – 5.500.000/tháng với 9,8%. 50% NB đã từng phải vay mượn tiền để chi trả chi phí điều trị vì không có khả năng xoay sở kịp để đóng viện phí.

3.2. Tỷ lệ người bệnh nhận được hỗ trợ từ các hoạt động CTXH của bệnh viện

Bảng 2: Tỷ lệ người bệnh nhận được hỗ trợ từ các hoạt động CTXH của bệnh viện

Các hoạt động công tác xã hội		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Các hoạt động công tác xã hội	Hỗ trợ kinh phí điều trị	52	39,4
	Hỗ trợ các vấn đề tâm lý trong khám chữa bệnh	39	29,5
	Hỗ trợ các phần ăn miễn phí	88	66,7
	Quà từ các chương trình: Phiên chợ 0đ, xuân yêu thương, tết trung thu,...	117	88,6
	Hỗ trợ xe lăn miễn phí	13	9,8
	Chương trình chăm lo đời sống tinh thần cho NB	15	11,4
	Hướng dẫn, tiếp đón người bệnh	62	47
	Thăm hỏi hướng dẫn thủ tục hành chính	41	31,1
	Hỗ trợ thẻ BHYT/Xe vận chuyển NB	1	0,8

Nhận xét: 88,6% NB được nhận quà từ các chương trình từ thiện trong bệnh viện như: phiên chợ 0đ, xuân yêu thương, tết thiếu nhi, quà trung thu,... 66,7% được hỗ

trợ các phần ăn miễn phí. 39,4% được hỗ trợ kinh phí trực tiếp và 29,5% được hỗ trợ các vấn đề tâm lý trong quá trình khám chữa bệnh.

3.3. Nhu cầu cần được hỗ trợ của người bệnh để tiếp tục điều trị

Bảng 3. Nhu cầu cần được hỗ trợ của người bệnh để tiếp tục điều trị tại bệnh viện

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhu cầu cần được hỗ trợ của người bệnh để tiếp tục điều trị tại bệnh viện	Rất cần thiết	3	2,3
	Cần thiết	63	47,7
	Bình thường	56	42,4
	Không cần thiết	10	7,6
	Rất không cần thiết	0	0



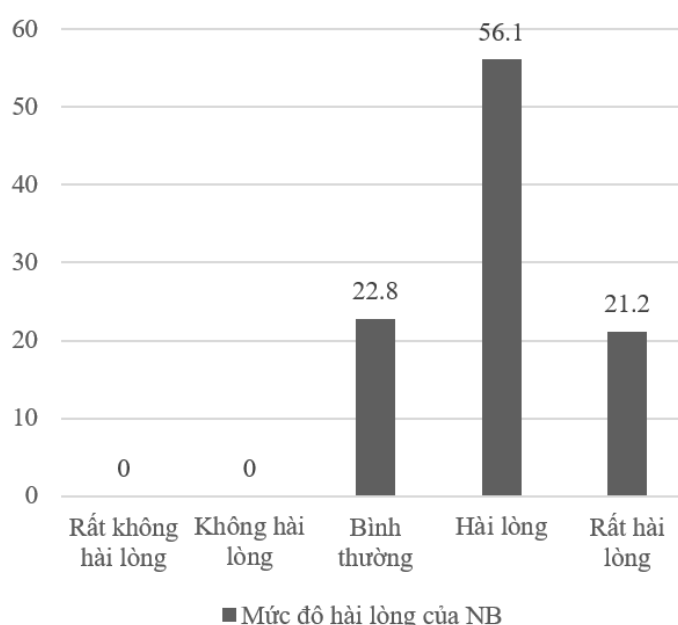
Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Các hoạt động công tác xã hội đang được triển khai tại bệnh viện mà người tham gia nghiên cứu cho rằng cần phải duy trì và đẩy mạnh	Hỗ trợ kinh phí điều trị	129	97,7
	Hỗ trợ các vấn đề tâm lý	88	66,7
	Hỗ trợ các phần ăn miễn phí	111	84,1
	Quà từ các chương trình	127	96,2
	Hỗ trợ xe lăn miễn phí	53	40,2
	CT chăm lo đời sống tinh thần cho NB	77	58,3
	Tiếp đón, hướng dẫn NB	65	49,2
	Thăm hỏi hướng dẫn thủ tục hành chính	79	59,8
	Hỗ trợ thẻ BHYT/xe vận chuyển NB	6	4,5

Nhận xét: 50% NB có nhu cầu cần nhận được sự hỗ trợ từ các hoạt động CTXH – đặc biệt là hỗ trợ viện phí. 97,7% NB cho rằng hỗ trợ kinh phí điều trị cho NB khó khăn là cần thiết phải duy trì và đẩy mạnh. 96,2% NB cho rằng các chương trình có quà tặng cho NB là cần thiết duy trì và đẩy mạnh. 84,1% người tham gia nghiên cứu cho rằng cần thiết duy trì hỗ trợ các phần ăn miễn phí. 66,7% NB cho rằng cần duy trì và đẩy mạnh hoạt động hỗ trợ tâm lý. Theo nhân viên y tế thì vai trò của

các hoạt động tư vấn tâm lý là rất quan trọng: “Theo tôi các hoạt động CTXH hỗ trợ về vật chất thì đã tốt rồi còn vấn đề hỗ trợ tâm lý, tinh thần và hỗ trợ về mặt xã hội cho NB thì còn thiếu và yếu cần đẩy mạnh trong thời gian tới vì nhu cầu chăm sóc NB là chăm sóc toàn diện bao gồm cả chăm sóc về mặt thể chất, tâm lý, xã hội hay tâm linh. Đặc biệt với NB ung thư ở giai đoạn cuối đời thì chăm sóc về mặt tâm lý hay xã hội nhiều khi còn được ưu tiên hơn (PVS, N.T.L.P, K. Ung bướu)”.

3.4. Mức độ hài lòng của người bệnh với các hoạt động CTXH được triển khai tại bệnh viện

Hình 1. Mức độ hài lòng của NB với các hoạt động CTXH



21,2% NB cho biết họ rất hài lòng với các hoạt động CTXH đang triển khai tại bệnh viện. Số lượng NB hài lòng là 56,1% và có 22,8% NB cho biết họ cảm thấy bình thường vì họ cũng chưa nhận được sự hỗ trợ nhiều từ các chương trình CTXH tại bệnh viện.

NB hài lòng với các hoạt động CTXH chủ yếu liên quan đến: công tác tổ chức, lựa chọn NB và phân hỗ trợ trong các chương trình CTXH. Liên quan tới vấn đề

này chúng tôi cũng đề cập đến trong phần phỏng vấn sâu để ghi nhận được những ý kiến của 2 điều dưỡng trưởng: “*Tiêu chí để NB có được hỗ trợ hay không phụ thuộc vào hoàn cảnh gia đình NB (NB điều trị tại khoa lâu thì mình sẽ nhận biết được), thời gian điều trị bệnh, chi phí điều trị của NB kết hợp với sự quan sát, nhận biết của NVYT trong quá trình chăm sóc và điều trị liên tục cho NB tại khoa. (PVS, N.D.H, K. Thận)*”.

3.5. Các yếu tố liên quan tới mức độ hài lòng với các hoạt động CTXH của người bệnh

Bảng 4. Các yếu tố liên quan tới mức độ hài lòng với các hoạt động CTXH của người bệnh

Đặc điểm	Mức độ hài lòng				p	PR (KTC 95%)
	Chưa hài lòng		Hài lòng			
	n	%	n	%		
Nhóm tuổi						
< 30 tuổi	2	18,2	9	81,8	-	1
30 – 50 tuổi	7	15,9	37	84,1	0,862	1,03 (0,76 - 1,40)
> 50 tuổi	21	27,3	56	72,7	0,459	0,89 (0,65 - 1,21)
Giới tính						
Nam	16	26,2	45	73,8	0,374	1
Nữ	14	19,7	57	80,3		1,09 (0,90 - 1,31)
Khoa điều trị						
Khoa Thận	14	14,9	79	85,1	< 0,001	1
Khoa Ung Bướu	16	42,1	23	57,9		0,68 (0,51 - 0,90)
Nghề nghiệp						
Không có thu nhập	15	19,7	61	80,3	0,34	1
Có thu nhập	15	26,8	41	73,2		0,91 (0,75 - 1,11)
Dân tộc						
Dân tộc kinh	28	21,5	102	78,5	0,05	-
Dân tộc khác	2	100	0	0		
Nơi sống						
Ở nhà thuê	7	16,7	35	83,3	0,256	1
Có nhà riêng	23	25,6	67	74,4		0,89 (0,75 - 1,07)

Đặc điểm	Mức độ hài lòng				p	PR (KTC 95%)
	Chưa hài lòng		Hài lòng			
	n	%	n	%		
Tình trạng hôn nhân						
Độc thân (bao gồm ly hôn/góa)	6	24	19	76	0,866	1
Đã kết hôn	24	22,4	83	77,6		1,02 (0,80 - 1,30)
Thu nhập bình quân/đầu người của gia đình người bệnh						
< 2.150.000	0	0	7	100		1
2.150.000 - < 4.300.000	10	18,5	44	81,5	0,002	0,81 (0,72 - 0,93)
4.300.000 - < 6.450.000	9	20	36	80	0,003	0,8 (0,69 - 0,93)
6.450.000 - < 8.600.000	5	38,5	8	61,5	0,027	0,62 (0,4 - 0,95)
> 8.600.000	4	57,1	3	42,9	0,053	0,43 (0,18 - 1,01)
Không biết	2	33,3	4	66,7	0,162	0,67 (0,38 - 1,18)
Thời gian người bệnh bắt đầu điều trị tại bệnh viện tới nay						
6 – 12 tháng	11	61,1	7	38,9	< 0,001	1
> 12 tháng	19	16,7	95	83,3		2,14 (1,19 - 3,85)
Chi phí điều trị trung bình sau khi trừ bảo hiểm y tế hàng tháng						
≤ 4,5 triệu/tháng	9	14,1	55	85,9	0,021	1
> 4,5 triệu/tháng	21	30,9	47	69,1		0,80 (0,67 - 0,97)
Người bệnh phải vay mượn tiền để điều trị						
Có	21	31,8	45	68,2	0,013	0,79 (0,65 - 0,96)
Không	9	13,6	57	86,4		1

Một số yếu tố liên quan độc lập với sự hài lòng của NB đã được chia lại thành hai nhóm là chưa hài lòng và hài lòng là: Khoa điều trị - NB khoa Ung bướu có sự hài lòng bằng 0,68 lần so với NB khoa Thận. Thu nhập bình quân/đầu người của gia đình NB – mức thu nhập 2.150.000 – 4.300.000, 4.300.000 – 6.450.000, 6.450.000 – 8.600.000 có sự hài lòng lần lượt bằng 0,81, 0,8 và 0,62 lần so với sự hài lòng của NB có thu

nhập bình quân đầu người trong gia đình < 2.150.000 đồng. Thời gian bắt đầu điều trị liên tục tại bệnh viện cho tới nay – NB có thời gian điều trị > 12 tháng bằng 2,14 lần so với NB có thời gian điều trị liên tục tại BV từ 6 – 12 tháng. Chi phí điều trị trung bình sau khi trừ BHYT hàng tháng – NB có chi phí điều trị trung bình ở mức > 4.500.000/tháng có sự hài lòng lần lượt bằng 0,8 lần so với NB có chi phí điều trị trung bình sau khi trừ

BHYT ở mức $\leq 4.500.000$ /tháng. NB phải vay mượn để điều trị thì có sự hài lòng ở mức thấp hơn so với nhóm NB không phải vay mượn để điều trị 0,79 lần.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 132 NB đang điều trị thường xuyên, liên tục tại khoa Ung bướu và khoa Thận của Bệnh viện thành phố Thủ Đức. Trong đó, tỷ lệ NB là nam giới tham gia nghiên cứu là 46,2%, nữ là 53,8%. Kết quả này cho thấy mẫu nghiên cứu của chúng tôi với NB ung thư và NB suy thận mạn cần chạy thận định kỳ có tỷ lệ mắc bệnh tương đối đồng đều ở cả hai giới. Về nhóm tuổi: < 30 tuổi chiếm tỷ lệ 8,3%, $30 - 50$ tuổi chiếm tỷ lệ 44% và > 50 tuổi chiếm tỷ lệ 58,3%. 81,1% NB đã kết hôn và đang sống với vợ/chồng, 18,2% NB còn độc thân. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lưu Thị Thắm với tỷ lệ NB còn độc thân là 11%, đã kết hôn là 82,6% và ly hôn/góa là 6,4% [8].

44,7% NB có thời gian điều trị bệnh liên tục > 2 năm và từ 13 – 24 tháng chiếm 25,8%. Chi phí điều trị trung bình hàng tháng được chia thành các mức 2.000.000 – 3.500.000/tháng chiếm 26,5%, 3.500.000 – 4.500.000/tháng chiếm 22%, 4.500.000 – 5.500.000/tháng chiếm 9,8%, 5.500.000 – 7.500.000/tháng chiếm 25% và mức lớn hơn 7.500.000/tháng chiếm 16,7%. 50% người bệnh đã từng phải vay mượn để có tiền điều trị kết quả này cao hơn rất nhiều so với kết quả nghiên cứu của Trần Ngọc Yến với tỷ lệ người bệnh phải vay mượn để chi trả chi phí điều trị ở mức 6,1% [10]. Đây là một trong những vấn đề cấp thiết cần được NVYT và nhân viên CTXH quan tâm.

4.2. Tỷ lệ và tần suất NB nhận được hỗ trợ từ các hoạt động CTXH của bệnh viện

Về hỗ trợ kinh phí điều trị: 39,4% NB được hỗ trợ kinh phí điều trị (31,1% cho biết tần suất được hỗ trợ là hiếm khi, 6,8% thỉnh thoảng và 1,5% thường xuyên). Tỷ lệ tại khoa Thận là 43% và khoa Ung bướu là 30,8%. Sự khác biệt này có thể là do tại khoa Thận NB phải lọc máu liên tục từ khi bắt đầu có chỉ định chạy thận còn khoa Ung bướu thì NB chỉ điều trị theo từng đợt theo phác đồ và sẽ ngưng điều trị khi hoàn tất quá trình điều trị.

Về hỗ trợ các vấn đề tâm lý: 29,5% NB được nhân viên CTXH thuộc phòng CTXH hỗ trợ các vấn đề tâm lý, xã hội (0,8% NB được tư vấn thường xuyên, 4,5% thỉnh thoảng và 24,2% hiếm khi). Tại khoa Thận là 32,3% và khoa Ung bướu 23,1%. Tỷ lệ này khá thấp vì nhân sự công tác tại bộ phận CTXH của phòng CTXH chỉ có 3 người trong khi cần hỗ trợ cho tất cả các khoa lâm sàng. Bên cạnh đó tại khoa NB luôn được NVYT, mạng lưới CTXH, điều dưỡng trưởng hỗ trợ các vấn đề

về tâm lý và TT GDSK xuyên suốt quá trình điều trị.

Về hỗ trợ phần ăn miễn phí: 66,7% NB cho biết nhận được phần ăn miễn phí (39,4% NB cho biết tần suất là thường xuyên, 25% thỉnh thoảng và 3% ít khi). Phân theo khoa điều trị thì: khoa Thận 54,8% và khoa Ung bướu 94,9%. Hoạt động này của chúng tôi tương đồng với bệnh viện Chợ Rẫy thành phố Hồ Chí Minh [11]. Đây là một hoạt động luôn được chúng tôi chú trọng thực hiện vì yếu tố dinh dưỡng là một trong những vấn đề đóng góp vào thành công của đợt điều trị.

Về hỗ trợ quà cho NB từ các chương trình do bệnh viện tổ chức như: Phiên chợ 0 đồng, Xuân yêu thương, Tết trung thu, Giáng sinh an lành,...: đây là một trong những điểm mạnh của phòng CTXH. Chương trình Phiên chợ 0 đồng đã tạo thành một hình ảnh tiêu biểu trong các hoạt động chăm lo cho các đối tượng yếu thế trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh. Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận 88,6% NB cho biết họ đã từng được tham gia các chương trình thiện nguyện do BV tổ chức và nhận được những phần quà giá trị từ các chương trình này (19,7% NB cho biết tần suất là hiếm khi, 64,4% thỉnh thoảng, 4,5% thường xuyên). Các chương trình thiện nguyện ngoài mang lại những phần quà có giá trị cho người tham gia còn là dịp để Ban giám đốc, các nhà hảo tâm trực tiếp gặp gỡ động viên tinh thần NB để NB yên tâm tiếp tục điều trị. Hoạt động này tương đồng với một số hoạt động của BV Nhi trung ương nhằm đem lại sự thoải mái về tinh thần, hứng khởi cho NB [5].

Ngoài ra chúng tôi còn ghi nhận ý kiến của NVYT tham gia phỏng vấn sâu cho biết: các hoạt động CTXH đang triển khai là tốt rồi tuy nhiên cần đẩy mạnh các hoạt động tư vấn tâm lý, hỗ trợ hướng dẫn các thủ tục hành chính, chính sách xã hội và hỗ trợ NB giải quyết các vấn đề xã hội liên quan.

4.3. Nhu cầu của người bệnh với các hoạt động CTXH đang được triển khai tại đơn vị

97,7% NB mong muốn được hỗ trợ kinh phí điều trị. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Vân Ngọc với tỷ lệ là 72,7% [6], tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Yến ghi nhận nhu cầu mong muốn được hỗ trợ thanh toán một phần kinh phí điều trị là 90,3% [9]. Khai thác thêm chúng tôi ghi nhận: 2,3% NB cho biết sự hỗ trợ là rất cần thiết, nếu không được hỗ trợ thì họ sẽ gặp nhiều khó khăn trong việc xoay sở kinh phí để tiếp tục điều trị; 47,7% cho biết sự hỗ trợ là cần thiết, nếu không được hỗ trợ thì họ sẽ gặp khó khăn trong quá trình tìm kiếm kinh phí để điều trị; Kết quả này phản ánh mức độ khó khăn của NB đó là 50% NB có khó khăn trong việc chi trả viện phí hàng tháng và mong muốn được hỗ trợ để giảm bớt phần nào những khó khăn này. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lưu Thị Thắm ghi nhận nhu cầu kết nối nguồn lực và hỗ trợ từ thiện của NB là 55,5% [8].

Về nhu cầu hỗ trợ các vấn đề tâm lý là 66,7% khi tìm hiểu sâu hơn chúng tôi ghi nhận: 9,8% NB cho rằng rất cần thiết phải hỗ trợ tâm lý, 37,9% cho rằng cần thiết, 39,4% cảm thấy bình thường và 12,9% cho rằng không cần thiết. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lưu Thị Thắm ghi nhận 62,9% NB có nhu cầu cần được hỗ trợ tâm lý [8] và thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Ngọc Yến và Trần Thị Vân Ngọc ghi nhận NB có nhu cầu tư vấn – tham vấn tâm lý lần lượt là 100% và 90,6%[6] [34]. Hoạt động tư vấn, tham vấn tâm lý tại bệnh viện thành phố Thủ Đức còn thiếu và yếu do nhiều nguyên nhân. Ghi nhận nhu cầu cụ thể của NB chính là cơ sở để chúng tôi đề xuất phát triển hơn hoạt động này tại các khoa đặc biệt là các khoa có bệnh nặng, bệnh cần điều trị dài ngày.

Nhu cầu NB cần được hỗ trợ phần ăn dinh dưỡng miễn phí là 84,1% kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Trần Ngọc Yến với tỷ lệ 95,4% [10]. Nhu cầu được tặng quà từ các chương trình được tổ chức tại bệnh viện như phiên chợ 0đ, xuân yêu thương, tết trung thu, kết nối từ mạnh thường quân,... là 96,2%. Kết quả này cho thấy nhu cầu của NB với hai hoạt động này cao hơn so với mức độ NB tiếp cận được ở 2 hoạt động CTXH ghi nhận được trong nghiên cứu này lần lượt là 66,7% và 88,6%. Do vậy cần tiếp tục duy trì và đẩy mạnh hơn nữa trong thời gian tới.

Nhu cầu cần được tiếp đón, hướng dẫn và thăm hỏi hướng dẫn thủ tục hành chính lần lượt là 49,2% và 59,8% thấp hơn so với các nghiên cứu đã được tiến hành như nghiên cứu của Lưu Thị Thắm ghi nhận 81,9% NB có nhu cầu cung cấp dịch vụ chỉ dẫn, tư vấn thông tin chung về khám chữa bệnh [9]; Trần Ngọc Yến ghi nhận 99,5% NB có nhu cầu được hướng dẫn, hỗ trợ thủ tục/quy trình khám bệnh, 95,4% NB có nhu cầu tư vấn chính sách BHYT, 99% có nhu cầu tư vấn chi phí điều trị [10]. Kết quả này có thể là do nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đã quá quen thuộc với bệnh viện, với khoa nên nhu cầu không nhiều so với các nhóm đối tượng ở các nghiên cứu khác. Bên cạnh đó, có thể do sự khác biệt về thời gian, địa điểm và đối tượng nghiên cứu nên mới có những sự khác biệt này.

4.4. Mức độ hài lòng của người bệnh với các hoạt động CTXH và các yếu tố liên quan

Mức độ hài lòng với các hoạt động CTXH của người bệnh

21,2% NB cảm thấy rất hài lòng với các hoạt động CTXH của bệnh viện, 56,1% hài lòng và 22,8% cảm thấy bình thường. Tỷ lệ này cao hơn kết quả của Bùi Tuấn Khoa và cộng sự ở bệnh viện Trung ương Quân đội 108 ghi nhận tỷ lệ NB hài lòng với các hoạt động CTXH đạt 48,7% [3]. 100% NB cho biết họ cảm thấy các đối tượng nhận được hỗ trợ là hợp lý. Đây là một tín hiệu đáng mừng cho nhóm nghiên cứu và phòng CTXH cũng như hai khoa Thận và khoa Ung bướu vì

thực tế chúng tôi chưa có bộ công cụ cụ thể nào để đo lường mức độ khó khăn của NB mà chủ yếu dựa vào nhận định cá nhân của NVYT. “*Tiêu chí để người bệnh có được hỗ trợ hay không phụ thuộc vào hoàn cảnh gia đình người bệnh (người bệnh điều trị tại khoa lâu thì mình sẽ nhận biết được), thời gian điều trị bệnh, chi phí điều trị của người bệnh kết hợp với sự quan sát, nhận biết của nhân viên y tế trong quá trình chăm sóc và điều trị liên tục cho người bệnh tại khoa (PVS, N.D.H, K. Thận)*”. “*Trong quá trình lựa chọn người bệnh tôi cũng chủ yếu dựa vào hoàn cảnh gia đình người bệnh, quan sát cách họ ăn uống, sinh hoạt tại bệnh viện, cách họ đăng ký các dịch vụ tại khoa và cách họ đóng tiền viện phí để lựa chọn hỗ trợ. Bên cạnh đó cũng lựa chọn thuận tiện theo phương thức người bệnh khó khăn điều trị trong đợt có chương trình công tác xã hội diễn ra để người bệnh không phải đi lại nhiều.* (PVS, N.T.L.P, K. Ung bướu)”.

Các yếu tố liên quan tới mức độ hài lòng của NB với các hoạt động CTXH

Tỷ lệ hài lòng ở NB khoa Thận cao hơn khoa Ung Bướu. Cụ thể, ở khoa Thận NB hài lòng là 85,1%, Ung bướu là 57,9%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, PR đạt 0,68 (95% CI, 0,51 - 0,90). Kết quả này có thể là do các hoạt động CTXH đã được triển khai có độ phủ cả về số lượng và tần suất cao hơn ở nhóm NB chạy thận. Nhóm này thường ổn định nên số NB biết đến và được tham gia các hoạt động CTXH luôn ở mức cao. Với nhóm NB Ung thư, mỗi cá nhân có một phác đồ điều trị khác nhau, thời gian điều trị khác nhau, nên tần suất và tỷ lệ NB đang hóa trị tham gia vào nghiên cứu được mời vào các hoạt động CTXH có tỷ lệ thấp hơn. Đồng thời, có thể nhu cầu của nhóm NB đang điều trị ung thư cao hơn nên các hoạt động hiện tại đang triển khai vẫn chưa thực sự làm họ hài lòng.

Thu nhập bình quân/đầu người của gia đình có sự tương quan với mức độ hài lòng của NB. NB có thu nhập bình quân/đầu người/tháng trong gia đình ở mức từ 2.150.000 – 4.300.000 đồng có sự tương quan có ý nghĩa thống kê với nhóm NB có mức thu nhập bình quân/đầu người/tháng trong gia đình ở mức $< 2.150.000$ đồng với $p < 0,05$ PR 0,81 (95% CI, 0,72 - 0,93). Tương tự, với nhóm NB có mức thu nhập bình quân/tháng ở mức 4.300.000 - $< 6.450.000$ đồng thì PR 0,8 và với nhóm có mức thu nhập bình quân/tháng ở mức 6.450.000 – 8.600.000 đồng thì PR 0,62 (95% CI, 0,4 - 0,95). Kết quả trên cho thấy mức độ hài lòng của NB cao nhất ở nhóm thu nhập bình quân/tháng $< 2.150.000$ đồng và giảm dần ở các nhóm có mức thu nhập bình quân đầu người tăng dần lên. Nếu lấy sự hài lòng của nhóm NB có mức thu nhập $< 2.150.000$ đồng/tháng làm chuẩn thì sự hài lòng ở các nhóm tiếp theo 2.150.000 – $< 4.300.000$, 4.300.000 - $< 6.450.000$ và $> 8.600.000$ đồng/tháng sẽ lần lượt bằng 0,81, 0,8, 0,62 và 0,43 lần. Nghĩa là thu nhập càng tăng thì sự hài lòng sẽ càng giảm xuống.

NB có thời gian điều trị 6 – 12 tháng có tỷ lệ hài lòng thấp hơn nhóm có thời gian điều trị > 12 tháng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ PR 2,14 (95% CI, 1,19 – 3,85). NB điều trị lâu hơn có mức độ hài lòng cao hơn vì họ biết đến và được tham gia hoạt động CTXH tại bệnh viện nhiều hơn.

Chi phí điều trị trung bình có tương quan có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$ PR 0,8 (95% CI, 0,67 – 0,97). Kết quả về tỷ lệ hài lòng ghi nhận được ở nhóm NB có mức chi trả ngoài BHYT hàng tháng $\leq 4.500.000$ /tháng và $> 4.500.000$ /tháng lần lượt là 85,9% và 69,1%. Nghĩa là nếu nhóm có chi phí ngoài BHYT trung bình/tháng $\leq 4.500.000$ /tháng có mức độ hài lòng là 1 thì nhóm có chi phí ngoài BHYT trung bình/tháng $> 4.500.000$ triệu/tháng bằng 0,8 lần. Kết quả này có thể là do một số NB tham gia BHYT tự nguyện chi phí hàng tháng cao do tỷ lệ đồng chi trả với bảo hiểm cao hơn (20%) so với nhóm có bảo hiểm nghèo và cận nghèo, đồng nghĩa với việc những NB này vẫn nằm trong nhóm có điều kiện hơn so với nhóm có bảo hiểm y tế hộ nghèo và cận nghèo. Kết quả này tương đồng với kết quả ghi nhận được về thu nhập bình quân đầu người/tháng đã được chúng tôi phân tích cụ thể phía trên.

NB đã từng phải vay mượn để điều trị cũng có liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ hài lòng của với các hoạt động CTXH với giá trị p ghi nhận $< 0,05$. Nhóm NB đã từng phải vay mượn có tỷ lệ hài lòng 68,2% trong khi tỷ lệ này ở nhóm chưa từng phải vay mượn 86,4%. Kết quả này được giải thích theo hướng NB từng phải vay mượn để điều trị có thể đã từng phải trải qua những đợt điều trị lớn cần nhiều chi phí. Bên cạnh đó, NB đã từng phải vay mượn có thể có kỳ vọng cao hơn về các hoạt động CTXH nên tỷ lệ hài lòng bị thấp xuống vì các hoạt động đang được triển khai tại bệnh viện vẫn chưa thể đạt được kỳ vọng của họ ở mức độ hài lòng.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ NB tiếp cận được với các hoạt động CTXH: NB được hỗ trợ kinh phí điều trị: 39,4%; NB được hỗ trợ các vấn đề tâm lý: 29,5%; NB được hỗ trợ các phần ăn miễn phí: 66,7%; NB được hỗ trợ quà từ các chương trình: 88,6%; NB được hỗ trợ xe lăn miễn phí: 9,8%; NB được chăm lo đời sống tinh thần: 11,4%; NB được hướng dẫn, tiếp đón: 47%; NB được thăm hỏi hướng dẫn các thủ tục hành chính: 31,1%; NB được hỗ trợ thẻ BHYT/Xe vận chuyển NB: 0,8%

Tỷ lệ NB hài lòng với các hoạt động CTXH: 77,3% NB hài lòng với các hoạt động CTXH đã và đang được triển khai tại bệnh viện. Các yếu tố liên quan với tỷ lệ hài lòng là: khoa điều trị, dân tộc, thu nhập bình quân/đầu người của gia đình NB, Thời gian NB bắt đầu điều trị tại bệnh viện tới nay, Chi phí điều trị trung bình sau khi trừ BHYT hàng tháng, NB phải vay mượn tiền để điều trị.

Một số kiến nghị của NVYT bao gồm: phát triển, mở rộng thêm các hoạt động CTXH về tư vấn hỗ trợ tâm lý, nâng đỡ tinh thần cho NB đa dạng về nội dung và hình thức tổ chức; đồng hành với khoa trong công tác hướng dẫn NB các thủ tục hành chính, cung cấp các thông tin chăm sóc sức khỏe cơ bản, đón tiếp, hướng dẫn NB các thông tin liên quan tới BHYT và các chính sách liên quan.

6. KIẾN NGHỊ

Xây dựng các quy trình, tài liệu hướng dẫn chuẩn, mở rộng các hoạt động đào tạo, tập huấn, cập nhật kiến thức liên tục về tư vấn hỗ trợ các vấn đề tâm lý, xã hội cho NB cho nhân viên CTXH và mạng lưới CTXH tại khoa.

Tìm kiếm mở rộng hợp tác với các tổ chức, đơn vị, nhóm thiện nguyện, tình nguyện viên có thực hiện các hoạt động can thiệp về các vấn đề tâm lý, xã hội cho người bệnh để đưa về triển khai tại bệnh viện.

Tiếp tục triển khai đẩy mạnh các hoạt động hỗ trợ kinh phí, phần ăn dinh dưỡng miễn phí và các chương trình hỗ trợ quà, chăm lo đời sống tinh thần cho NB tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Thông tư số 43/2015/TT-BYT ngày 26/11/2015 Quy định về nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ CTXH của Bệnh viện, 2015.
- [2] Lê Minh Hiền, Thực trạng hoạt động giúp đỡ người bệnh có hoàn cảnh khó khăn tại bệnh viện Chợ Rẫy giai đoạn 2009 – 2013, Đại học Y tế Công cộng Hà Nội, 2014.
- [3] Bùi Tuấn Khoa và các cộng sự, Đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh điều trị nội trú về hoạt động công tác xã hội tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2019.
- [4] Bùi Thị Xuân Mai, Giáo trình nhập môn CTXH, NXB Lao động xã hội, Hà Nội, 2012.
- [5] Nguyễn Thị Minh, Mô hình công tác xã hội trong bệnh viện từ thực tiễn tại Bệnh viện Nhi Trung ương và Bệnh viện Nội tiết Trung ương, Luận văn thạc sĩ Công tác xã hội, Học viện Khoa học xã hội, Hà Nội, 2015.
- [6] Trần Thị Vân Ngọc, Thực trạng nhu cầu và hoạt động công tác xã hội tại Bệnh viện Nhi Trung ương, năm 2015.
- [7] Bùi Thị Tú Quyên và cộng sự, Sự hài lòng của bệnh nhân ngoại trú với dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu tại Việt Nam, 2015.
- [8] Lưu Thị Thắm, Nhu cầu và khả năng cung cấp dịch vụ công tác xã hội đối với người bệnh tại

- Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2018, Trường
ĐH Y tế công cộng, 2018.
- [9] SDRC, Công tác xã hội là gì?, tại trang web
<http://congtacxahoi.net/cong-tac-xa-hoi-la-gi/>,
2017.
- [10] Trần Ngọc Yến, Nhu cầu hỗ trợ công tác xã hội
của người bệnh điều trị nội trú và một số yếu
tổ liên quan tại khoa tim mạch, đái tháo đường
bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang năm
2018, 2018.
- [11] Gibelman M, What Social Workers Do (2nd ed.).
Washington, DC. NASW Press, 2005.

EVALUATING PATIENT SATISFACTION WITH THE QUALITY OF MEAL PROVISION AT THU DUC CITY HOSPITAL IN 2022

Nguyen Thi Cam Nhung*, Huynh My Thu, Tran Thi Bich Bo

Thu Duc City Hospital - 29 Phu Chau, Tam Phu, Thu Duc city, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 21/08/2023; Accepted: 02/10/2023

ABSTRACT

Introduction: Starting from the aim to enhance the quality of meal services provided and the current situation at Thu Duc City Hospital, the authors conducted a research project titled "Assessing Patient Satisfaction with the Quality of Meal Services at Thu Duc City Hospital." The objective was to evaluate the quality of meal services through patient perceptions and to develop action plans for improving the quality of meal services for patients at Thu Duc City Hospital.

Objective: To assess patient satisfaction with the quality of meal services at Thu Duc City Hospital.

Subjects and Methods: The research was conducted at Thu Duc City Hospital from July 2022 to May 2023. The study utilized both quantitative and descriptive cross-sectional research methods, combined with qualitative analysis. A research questionnaire was administered using the Servperf service quality measurement scale with 24 observed variables. Interviews were conducted with 248 inpatients who used the meal services at the hospital. Qualitative research was conducted following the quantitative study to understand the issues that patients perceived as low quality and unsatisfactory regarding the nutritional meal services at the hospital.

Results: Patient satisfaction with the quality of meal services at Thu Duc City Hospital was assessed based on five dimensions of the Servperf scale. The satisfaction rates of patients with each dimension, from highest to lowest, were as follows: Assurance (3.56 points), Tangibles (3.55 points), Empathy (3.18 points), Reliability (3.13 points), and Responsiveness (2.32 points). Overall satisfaction with the meal services at the hospital was rated at 3.20 points, with an 18.5% satisfaction rate.

Conclusion: From the perspective of the patients, the quality of meal services provided to inpatients at the hospital falls short of their expectations. Several factors influencing inpatient satisfaction with the quality of meal services include: the competence of the nutrition service staff, physical infrastructure and equipment, the capacity to provide meal services, and organizational and management aspects.

Thiếu keywords: Patient satisfaction, quality of meal provision.

*Corresponding author

Email address: nhungcam_ng@yahoo.com

Phone number: (+84) 909247023

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH VỀ CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ CUNG CẤP SUẤT ĂN TẠI BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC NĂM 2022

Nguyễn Thị Cẩm Nhung*, Huỳnh Mỹ Thư, Trần Thị Bích Bo

Bệnh viện thành phố Thủ Đức - 29 Phú Châu, Tam Phú, thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 21/08/2023; Ngày duyệt đăng: 02/10/2023

TÓM TẮT

Mở đầu: Xuất phát từ những định hướng nâng cao chất lượng dịch vụ cung cấp suất ăn và tình hình thực tế tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức, nhóm tác giả tiến hành nghiên cứu Đánh giá sự hài lòng người bệnh về chất lượng dịch vụ cung cấp suất ăn tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức với mục tiêu đánh giá sự hài lòng về chất lượng dịch vụ cung cấp suất ăn thông qua cảm nhận của người bệnh nhằm có những kế hoạch cải tiến chất lượng cung cấp suất ăn phục vụ người bệnh tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức.

Mục tiêu: Đánh giá sự hài lòng người bệnh về chất lượng dịch vụ cung cấp suất ăn tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức từ tháng tháng 7/2022 - 05/2023. Đề tài sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng, cắt ngang mô tả, có kết hợp định tính. Bộ câu hỏi nghiên cứu đã sử dụng bộ thang đo chất lượng dịch vụ Servperf với 24 biến quan sát. Tiến hành phỏng vấn 248 đối tượng là người bệnh sử dụng dịch vụ cung cấp suất ăn nội trú tại bệnh viện. Nghiên cứu định tính được tiến hành sau nghiên cứu định lượng để tìm hiểu những vấn đề người bệnh cảm nhận thấp và không hài lòng về chất lượng cung cấp suất ăn dinh dưỡng tại Bệnh viện.

Kết quả: Chất lượng dịch vụ cung cấp suất ăn tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức được người bệnh đánh giá qua cảm nhận ở năm thành phần của thang đo Servperf với tỉ lệ hài lòng của người bệnh về các nhân tố lần lượt từ cao đến thấp: nhân tố đảm bảo (3,56 điểm), nhân tố hữu hình (3,55 điểm), nhân tố đồng cảm (3,18 điểm), nhân tố tin cậy (3,13 điểm) và nhân tố đáp ứng (2,32 điểm). Mức hài lòng chung về dịch vụ cung cấp suất ăn tại bệnh viện là 3,20 điểm với tỷ lệ 18,5%.

Kết luận: Dưới góc nhìn của người bệnh, chất lượng dịch vụ cung cấp suất ăn cho người bệnh nội trú của bệnh viện chưa đáp ứng được yêu cầu của người bệnh. Một số các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng người bệnh nội trú về chất lượng cung cấp suất ăn là: Nhân lực thực hiện công tác dinh dưỡng; Cơ sở vật chất, trang thiết bị; Năng lực đáp ứng dịch vụ cung cấp suất ăn; Tổ chức và quản lý điều hành.

Thiếu từ khóa: Sự hài lòng người bệnh, chất lượng dịch vụ cung cấp suất ăn.

*Tác giả liên hệ

Email: nhungcam_ng@yahoo.com

Điện thoại: (+84) 909247023

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng trong điều trị có vai trò rất quan trọng trong cải thiện tình trạng dinh dưỡng của người bệnh, làm tăng hiệu quả điều trị, giúp bệnh nhân nhanh chóng hồi phục, trở về tái hòa nhập với gia đình và xã hội.

Thông tư 18/2020/TT-BYT về công tác dinh dưỡng và tiết chế trong Bệnh viện (1) cũng đã quy định dinh dưỡng là giải pháp điều trị bên cạnh dùng thuốc hoặc các liệu pháp điều trị khác, tỷ lệ ăn trong bệnh viện còn là một tiêu chí quan trọng trong đánh giá chất lượng công tác dinh dưỡng. Tuy nhiên, hiện tại người bệnh tại Bệnh viện đăng ký suất ăn rất ít và có nhiều ý kiến phản nản về thực trạng cung cấp suất ăn như bữa ăn chưa ngon, chưa đảm bảo năng lượng, cung cấp không đúng giờ, không đáp ứng các yêu cầu của người bệnh... mà chưa có một khảo sát hay nghiên cứu nào đánh giá về thực trạng hiện tại. Chính vì thế, nhóm nghiên cứu tiến hành thực hiện nghiên cứu Đánh giá sự hài lòng người bệnh về chất lượng dịch vụ cung cấp suất ăn nội trú tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức năm 2022 để đưa ra những bằng chứng về thực trạng dịch vụ cung cấp suất ăn tại bệnh viện, tìm hiểu những gì bệnh nhân muốn, cần và kinh nghiệm trong chăm sóc dinh dưỡng để có những kế hoạch hành động cải tiến chất lượng cung cấp suất ăn phục vụ người bệnh.

Mục tiêu: Đánh giá sự hài lòng người bệnh về chất lượng dịch vụ cung cấp suất ăn tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức năm 2022.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Đề tài sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng, cắt ngang mô tả, có kết hợp định tính. Nghiên cứu định tính được tiến hành sau nghiên cứu định lượng để tìm hiểu những vấn đề người bệnh cảm nhận thấp và không hài lòng về chất lượng cung cấp suất ăn dinh dưỡng tại Bệnh viện.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu định lượng: 248 người bệnh nội trú có sử dụng suất ăn theo mã chế độ ăn bệnh viện tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức từ 2 ngày trở lên, đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Nghiên cứu định tính: Tiến hành trao đổi với 10 người bệnh và thân nhân người bệnh tại các khoa nội trú để tìm hiểu những nguyên nhân sâu xa và khám phá các yếu tố để bổ sung cho phần nghiên cứu định lượng.

2.3. Phương pháp thu thập

Tiếp cận đối tượng nghiên cứu (theo cách chọn mẫu thuận tiện) sau khi đối tượng đã sử dụng suất ăn từ 02 trở lên tại các khoa nội trú. Giải thích rõ mục tiêu nghiên cứu, việc sử dụng kết quả nghiên cứu, tính bảo mật của thông tin. Đối tượng thỏa tiêu chuẩn sẽ được chọn vào nghiên cứu.

Số liệu thu thập được trong nghiên cứu định lượng được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Thông tin thu thập từ nghiên cứu định tính ghi nhận qua trao đổi với người bệnh được sắp xếp theo từng chủ đề.

2.4. Công cụ thu thập

Nghiên cứu định lượng: Bộ câu hỏi soạn sẵn gồm 28 câu, trong đó có 6 câu hỏi về các thông tin chung của người bệnh, 24 câu hỏi về sự hài lòng của người bệnh sử dụng bộ công cụ SERVPERF (2) ở 5 năm thành phần (Phương tiện hữu hình, Sự tin cậy, Sự đáp ứng, Sự đảm bảo và Sự đồng cảm) đánh giá mức độ hài lòng theo hướng tăng dần, từ 1 là “Rất không hài lòng” đến 5 là “Rất hài lòng”.

Áp dụng giá trị khoảng cách: $(5 - 1)/5 = 0,8$, thang đo 5 mức độ sẽ được mã hóa thành 02 nhóm: Nhóm không hài lòng: $< 3,41$ điểm và nhóm hài lòng: $\geq 3,41$ điểm.

Nghiên cứu định tính: là các câu hỏi mở, xoay quanh 5 chủ đề Nhân lực thực hiện công tác dinh dưỡng; Cơ sở vật chất, trang thiết bị; Năng lực đáp ứng dịch vụ cung cấp suất ăn; Tổ chức và quản lý điều hành.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Sự hài lòng chung của người bệnh nội trú về chất lượng dịch vụ cung cấp suất ăn tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức

Bảng 1. Sự hài lòng người bệnh nội trú về Chất lượng dịch vụ cung cấp suất ăn qua các khía cạnh chất lượng

Tiêu chí	Trung bình (Mean)	Chất lượng dịch vụ	
		Hài lòng (n,%)	Không hài lòng (n,%)
Phương tiện hữu hình	3,55	170 (68,5)	78 (31,5)
Nhân tố tin cậy	3,36	120 (48,4)	128 (51,6)
Nhân tố đáp ứng	2,31	1 (0,4)	247 (99,6)
Nhân tố đảm bảo	3,56	158 (63,7)	90 (36,3)
Nhân tố về sự đồng cảm	3,19	55 (22,2)	193 (77,8)
Đánh giá chung	3,20	46 (18,5)	202 (81,5)

Nhận xét: Tại 5 khía cạnh của nhân tố chất lượng, người bệnh đánh giá cao ở nhân tố đảm bảo và hữu hình với mức điểm lần lượt là 3,56 và 3,55, các nhân tố tin cậy, đồng cảm, đáp ứng với điểm đánh giá 3,36, 3,19 và 2,31. Điểm trung bình chung hài lòng về chất lượng dịch vụ của người bệnh được đánh giá ở mức 3.20 điểm chiếm tỷ lệ 18,5% trong 248 người bệnh tham gia nghiên cứu. Kết quả này thấp so với kết quả nghiên cứu của Dương Thị Thúy Đông tại Bệnh viện Phụ sản Cần thơ năm 2017 (60,3%) (3), Nguyễn Thành Luân và cộng sự tại Bệnh viện Đại học Y dược (79%) (4), Nguyễn Thị Hà Thu tại Bệnh viện 108 (70,3%) (5), Nguyễn Thị Phương Thảo tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2018 (79,8%) (6) và nghiên cứu của Hoàng Thị Quý tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh 70,1% (7). Bệnh viện trong những năm qua đã có nhiều cố gắng để cải tạo, thay đổi nhiều dụng cụ để đáp ứng cơ sở vật chất cũng như chuyên môn trong công tác cung cấp suất ăn, tuy nhiên hiện tại và trong thời gian sắp tới cần có nhiều giải pháp toàn diện hơn nữa để cải tiến dịch vụ cung cấp suất ăn cho người bệnh nội trú.

3.2. Đánh giá của người bệnh nội trú về chất lượng dịch vụ cung cấp suất ăn tại bệnh viện theo từng nhóm nhân tố chất lượng

3.2.1. Sự hài lòng của người bệnh nội trú ở nhân tố Phương tiện hữu hình

Khía cạnh hữu hình bao gồm 04 tiểu mục tập trung về cơ sở vật chất, trang thiết bị để phục vụ cho việc cung cấp suất ăn cũng như tạo điều kiện cho người bệnh. Trong 04 tiểu mục này, người bệnh đánh giá không cao ở tiểu mục về trình bày bài trí món ăn và khay đựng thức ăn với số điểm đánh giá lần lượt là 3.30 và 3.44 điểm, với tỷ lệ hài lòng là 31% và 42,3%, kết quả này rất thấp

so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo tại Bệnh viện đa khoa Thái Bình (77,8%), nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà Thu tại Bệnh viện 108 (65,7%), Dương Thị Thúy Đông tại Bệnh viện Phụ sản Cần Thơ (97,7%) và Amany M. Abdelhafez tại Ả Rập Xê Út (96,8%) (8). Hiện tại Bệnh viện đang sử dụng khay dùng một lần để đựng thức ăn cho người bệnh. Dù khay đựng thức ăn rất tiện lợi, không cần giao trả lại cho người giao suất ăn đúng thời gian, nhưng kết quả cho thấy rất nhiều người bệnh cảm thấy quan ngại và cảm nhận không tốt về khía cạnh này, họ lo lắng về khay đựng bằng nhựa có nguy cơ gây bệnh khi đựng thức ăn nóng sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe. Việc bài trí một suất ăn đẹp, màu sắc thực phẩm hấp dẫn sẽ kích thích vị giác, giúp người bệnh ăn ngon hơn, tiêu hóa tốt hơn. Nhưng ở tiêu mục “Món ăn được trình bày đẹp mắt” chỉ có điểm cảm nhận trung bình 3,30 và ở mức tỷ lệ 31%, rất thấp so với nghiên cứu của Dương Thị Thúy Đông ở Bệnh viện Phụ sản Cần Thơ (94,8%). Ở tiêu mục “Có không gian để ông/ bà ngồi ăn” được đánh giá ở mức điểm 3.57 - ở mức điểm hài lòng, song người bệnh vẫn mong muốn có một chiếc bàn tại giường để đặt suất ăn. Thật dễ hiểu bởi khi cơ thể không khỏe, bức bối, đau đớn vì bệnh tật, người bệnh thật sự cần một không gian thoải mái, một chỗ để suất ăn đường hoàn khi ăn, một suất ăn được chăm chút, trình bày đẹp cũng sẽ làm tinh thần người bệnh phấn chấn, kích thích vị giác và cảm thấy mình được tôn trọng, xẻ chia. Từ kết quả này, bệnh viện cần có những cải tiến về cơ sở vật chất, trang thiết bị để phục vụ cho người bệnh tốt hơn.

3.2.2. Sự hài lòng của người bệnh nội trú ở nhân tố tin cậy

Đây là một trong những khía cạnh có đánh giá thấp của người bệnh, với số điểm 3,36 điểm. Các tiểu mục về

khẩu vị và chất lượng suất ăn được cảm nhận ở mức lần lượt từ 2,88 đến 3,18 điểm. Tiêu mục về hợp khẩu vị có mức điểm thấp nhất, chỉ 2,88 điểm ở món rau và 3,08 điểm ở món mặn với tỷ lệ hài lòng lần lượt là 17,3% và 30,2%. Kết quả này thấp so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà Thu tại Bệnh viện 108 (39,8%), Bệnh viện đa khoa Thái Bình (73%). Thực đơn tại Bệnh viện buổi sáng có nui, bún, phở, hủ tiếu và có thay đổi; suất ăn buổi trưa, chiều thường có một món mặn, một món xào và một món canh, đáp ứng cơ bản yêu cầu của người bệnh. Tuy nhiên, suất ăn không hợp khẩu vị dẫn đến tình trạng người bệnh không ăn hết suất, điều đó ảnh hưởng đến năng lượng khẩu phần cần thiết của người bệnh. Chế độ ăn uống trong bệnh viện cần phải được thiết kế để đáp ứng các nhu cầu dinh dưỡng cụ thể của từng bệnh nhân, tùy thuộc vào tình trạng sức khỏe và cơ địa của họ (9). Vì thế những nỗ lực để xem xét chất lượng suất ăn, nhu cầu của người bệnh và sự hài lòng của người bệnh đối với chất lượng bữa ăn trong bệnh viện là điều rất quan trọng và hữu ích giúp bệnh viện xác định những thiếu sót trong dịch vụ ăn uống và tìm hiểu những mong đợi của người bệnh để cải thiện sự hài lòng, ngăn ngừa lãng phí thức ăn do vượt quá nhu cầu người bệnh và do suất ăn chất lượng thấp. Để khắc phục tình trạng này, cán tin bệnh viện cần chú trọng đến chất lượng của suất ăn, cách chế biến món ăn phù hợp và ngon miệng hơn đồng thời đảm bảo chế độ ăn điều trị. Cần có bữa ăn nhiều kích thích và đa dạng để phục vụ khả năng ăn của người bệnh. Còn đối với các khoa lâm sàng thực hiện việc báo ăn cho người bệnh cần phải tư vấn để người bệnh lựa chọn được suất ăn phù hợp với bệnh lý, sở thích cũng như khả năng ăn của người bệnh, đảm bảo kế hoạch can thiệp dinh dưỡng cho người bệnh.

3.2.3. Đánh giá của người bệnh nội trú ở nhân tố đáp ứng

Ở khía cạnh nhân tố đáp ứng, từ kết quả có thể thấy rằng người bệnh đã đánh giá ở mức hài lòng thấp - mức cảm nhận ở mức 2,3 điểm, với tỷ lệ 0,4% người bệnh tham gia nghiên cứu hài lòng. Kết quả này quá thấp so với nghiên cứu của Nguyễn Thành Luân tại Bệnh viện trường Đại học tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2017 (89%). Khả năng cung ứng suất ăn theo yêu cầu người bệnh không được đáp ứng tốt tại bệnh viện. Hiện tại người bệnh không tự lựa chọn món ăn bởi bệnh viện không có thực đơn, người bệnh được thông báo khi đăng ký suất ăn là ăn cá và thịt ở các ngày xen kẽ nhau. Không biết sẽ ăn loại cá hay thịt gì và chế biến ở dạng nào: kho, chiên, hầm, nấu canh hay theo cách nào khác. Điều đó gây một số bất tiện cho người bệnh trong việc lựa chọn món ăn mình thích, mình muốn ăn trong thời gian nằm viện để tăng cảm giác ngon miệng trong khi cơ thể có nhiều bất ổn. Những vấn đề như thông báo về suất ăn đã đăng ký cũng như thời gian cung cấp không ổn định, khả năng phản hồi ý kiến về suất ăn chậm cũng được người bệnh phản ánh nhiều trong nghiên cứu này. Như vậy, qua nghiên cứu các thông tin liên quan đến dịch vụ

chưa được cung cấp thỏa đáng đến người bệnh sử dụng dịch vụ cũng như năng lực đáp ứng dịch vụ chưa đảm bảo. Để làm tốt điều này, cần phải có sự phối hợp tốt giữa bệnh viện và cán tin bệnh viện.

3.2.4. Đánh giá của người bệnh nội trú ở Nhân tố đảm bảo

Ở nhân tố đảm bảo đạt mức cảm nhận của người bệnh là 3,56 điểm. Tiêu mục nhân viên y tế có tư vấn, hướng dẫn cho người bệnh về tình trạng dinh dưỡng chế độ ăn phù hợp có mức hài lòng 51,6%. Bệnh viện có thực hiện công tác tư vấn hướng dẫn chế độ ăn cho người bệnh khi nhập viện, tuy nhiên kết quả này vẫn thấp hơn so với nghiên cứu của Dương Thị Thủy Đông ở Bệnh viện Phụ sản Cần Thơ (96,4%), nghiên cứu của Nguyễn Thành Luân tại Bệnh viện một trường đại học ở thành phố Hồ Chí Minh (88%). Ở tiêu mục này có 48,4% người bệnh chưa hài lòng. Lý giải điều này cũng thật dễ hiểu bởi người bệnh chưa thấy sự khác biệt nhiều giữa suất ăn bình thường và suất ăn bệnh lý. Giữa các suất ăn bệnh lý cũng có sự khác nhau: suất ăn dành cho người bệnh tiểu đường sẽ khác suất ăn cho người bệnh tim mạch, bệnh lý thận... Người bệnh chưa được giải thích kỹ về sự khác biệt này, đảm bảo rằng suất ăn ấy phù hợp với sức khỏe của họ, giúp họ nhanh chóng khỏi bệnh khi nằm điều trị tại đây. Hiện tại, với các suất ăn hiện tại cán tin cung cấp cho người bệnh rất ít lựa chọn và chưa phù hợp với nhu cầu của người bệnh. Khi nhân viên y tế tư vấn về chế độ ăn điều trị theo bệnh lý nhưng cán tin không cung cấp được thì lại giảm niềm tin ở người bệnh. Hơn nữa, suốt thời gian dài chống dịch, số lượng nhân viên y tế nghỉ nhiều, áp lực công việc đang đè nặng lên nhân viên y tế còn lại. Thông tư 18/2020/BYT ra đời đã gần 2 năm nhưng bệnh viện vẫn chưa đảm bảo nhân sự theo thông tư (100 giường có 01 chuyên trách về công tác dinh dưỡng). Để giải quyết cần phải đảm bảo nguồn nhân lực nhưng cũng phải đảm bảo phối hợp tốt ở nhiều phương diện: tiết chế, tư vấn, hình ảnh và cũng như thay đổi kiến thức, thái độ và hành vi của người bệnh về “cơm bệnh viện”. Việc xây dựng những thực đơn bệnh lý cho bệnh nhân đa dạng, quảng bá hình ảnh các món ăn đến người bệnh, cùng với việc tư vấn của nhân viên y tế để người bệnh hiểu, có niềm tin vào suất ăn là việc cần làm để tăng chất lượng cung cấp suất ăn tại bệnh viện, đảm bảo chế độ ăn điều trị và tăng sự hài lòng của người bệnh. Kết quả nghiên cứu đã cho thấy rằng nhân viên y tế chưa tư vấn nhiều về suất ăn cho người bệnh, cũng như chưa giải thích và trả lời rõ ràng những thắc mắc của người bệnh về suất ăn chưa thỏa đáng, cụ thể ở tiêu mục Nhân viên y tế luôn giải thích khi ông bà có thắc mắc về vấn đề dinh dưỡng có điểm cảm nhận 3,47 với tỷ lệ 58,2% người bệnh tham gia nghiên cứu chưa hài lòng. Việc hướng dẫn người bệnh lựa chọn thực phẩm tốt, thực phẩm thay thế hay cách ăn như thế nào để đảm bảo nhu cầu năng lượng cho cơ thể là việc phải làm trong kế hoạch chăm sóc sức khỏe khi người bệnh nhập viện nhằm đảm bảo nhu cầu dinh

đường, giúp người bệnh nhanh chóng hồi phục trở về tái hòa nhập cộng đồng. Và hơn thế nữa, một số nghiên cứu đã chứng minh rằng sự tiếp xúc nhiều với các chuyên gia dinh dưỡng có ý nghĩa lớn trong việc thay đổi hành vi - giao tiếp giữa bệnh nhân và chuyên gia dinh dưỡng là quan trọng trong việc cải thiện sự hài lòng với dịch vụ ăn uống (8).

3.2.5. Đánh giá của người bệnh nội trú ở nhân tố đồng cảm

Trong nhân tố đồng cảm, tiêu mục Nhân viên y tế đồng cảm khi ông bà có khó khăn về ăn uống trong khía cạnh này có điểm cảm nhận là 3,05 điểm, với tỷ lệ hài lòng 19,4% người bệnh tham gia nghiên cứu, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Bệnh viện Makkah (49,9%)... Điều đó chứng tỏ rằng, người bệnh chưa nhận được nhiều sự đồng cảm, sự quan tâm của nhân viên y tế khi có những khó khăn. Ở tiêu mục "Nhân viên y tế luôn quan tâm đến sở thích ăn uống, mong muốn cũng như nhu cầu dinh dưỡng của người bệnh" mức cảm nhận đạt 2,77 điểm với 90,7% người bệnh tham gia nghiên cứu không hài lòng. Người già cần một suất ăn với cách chế biến làm kết cấu mềm hơn, người bệnh muốn suất ăn được mang đến tận giường vì chân đau không đi được nhưng đã không được đáp ứng... Đặc biệt, những người bệnh ở khoa Ung bướu bị đầy vò khi điều trị bởi hóa chất ảnh hưởng rất lớn đến khẩu vị, đa số các bữa ăn họ không thể ăn được nhưng chế độ ăn vẫn không có sự khác biệt và không nhận được lời động viên từ nhân viên y tế. Sự thờ ơ và thiếu quan tâm của nhân viên y tế lại một lần nữa được nhắc đến. Tất cả những điều tương tự như nhỏ nhặt, nhưng ảnh hưởng lớn đến cảm nhận tích cực, đến sự hài lòng của người bệnh trong quá trình sử dụng suất ăn dinh dưỡng khi điều trị nội trú tại Bệnh viện.

Giá tiền của suất ăn được người bệnh đã đánh giá với mức 3,21 điểm với tỷ lệ hài lòng 20,6% người bệnh tham gia nghiên cứu. Kết quả này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thành Luân (89%), nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình (88%). Tuy nhiên, nhiều người bệnh cho rằng suất ăn với giá tiền như vậy vẫn phù hợp với kinh tế của họ, không chênh lệch với suất ăn bên ngoài là bao nhiêu nhưng lại được phục vụ tại khoa, không làm phiền người nhà và rất tiện lợi cho những người không có ai chăm sóc. Kết quả cho thấy đối tượng nghiên cứu tập trung đông vào những nhóm người có công việc tay chân, thu nhập không cao, mức thu nhập hàng tháng và người già sống nương tựa vào con cái. Hơn nữa, với cơ thể đang ốm không thể hết suất ăn, nên họ ngại đăng ký suất ăn. Họ mong muốn có những suất ăn nhỏ hơn, phù hợp với nhu cầu của họ để tránh lãng phí thực phẩm. Dịch vụ ăn uống đáp ứng nhu cầu của người bệnh sẽ giảm lãng phí thực phẩm và góp phần tiết kiệm đáng kể nếu cung cấp cho người bệnh các suất ăn phù hợp với nhu cầu cơ thể, khả năng ăn cũng như túi tiền của họ.

Bên cạnh đó, vẫn có nhiều người bệnh mong muốn bệnh viện cung cấp một suất ăn đầy đủ dinh dưỡng, người bệnh ăn ngon miệng thì dù giá tiền có cao hơn vẫn chấp nhận được, đặc biệt là tại khoa Sản. Bệnh viện có thể đa dạng thêm suất ăn, mở rộng phân khúc dịch vụ này để đáp ứng các yêu cầu của người bệnh.

3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến hài lòng người bệnh nội trú về chất lượng dịch vụ cung cấp suất ăn

3.3.1. Yếu tố về nhân lực thực hiện công tác dinh dưỡng

Một trong các yếu tố đầu vào của hệ thống y tế, nhân viên y tế có vai trò rất quan trọng đối với sự hài lòng của người bệnh (10). Ngoài kiến thức chuyên môn cao để đánh giá, chỉ định, hướng dẫn, tư vấn cho người bệnh chế độ ăn hợp lý, thái độ giao tiếp, sự thấu cảm và kỹ năng làm việc của nhân viên y tế còn là yếu tố quan trọng hàng đầu trong cung ứng dịch vụ tại bệnh viện. Với các kết quả thu được từ nghiên cứu, bệnh viện cần đảm bảo số lượng nhân lực để phục vụ cho công tác dinh dưỡng, có kế hoạch đào tạo kiến thức và kỹ năng xử lý công việc cũng như tập huấn giao tiếp.

3.3.2. Yếu tố về cơ sở vật chất, trang thiết bị

Đây là yếu tố có ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh về chất lượng dịch vụ cung cấp suất ăn. Người bệnh sẽ có những cảm nhận ban đầu về suất ăn phụ thuộc vào yếu tố này. Tại bệnh viện, cơ sở vật chất để thực hiện cho dịch vụ này chưa được đầy đủ: không gian nơi chế biến còn quá chật hẹp, khay ăn cho người bệnh vẫn còn sử dụng khay nhựa, chưa có bàn gấp mở cho người bệnh dùng suất ăn tại giường, chưa có dụng cụ chuyên dụng để vận chuyển thức ăn...

3.3.3. Yếu tố về năng lực đáp ứng dịch vụ cung ứng suất ăn

Khi nói đến dịch vụ, bất cứ ai cũng quan trọng về năng lực đáp ứng. Trong dịch vụ cung ứng suất ăn, ngoài việc suất ăn đảm bảo với chế độ điều trị, còn phải ngon, hợp khẩu vị. Người bệnh còn cần sự chính xác, phù hợp nhu cầu và phản hồi nhanh chóng khi sử dụng dịch vụ. Thế nhưng tại bệnh viện, dịch vụ chưa đáp ứng được quyền lựa chọn của người bệnh, suất ăn chế biến chưa đảm bảo đáp ứng phác đồ điều trị, chưa thơm ngon, chưa đẹp mắt, chưa hợp khẩu vị. Thậm chí người bệnh còn thiếu thông tin về suất ăn.

3.3.4. Yếu tố về tổ chức và quản lý điều hành

Dịch vụ cung cấp suất ăn cho người bệnh là một dịch vụ phải được kiểm soát nghiêm ngặt từ chỉ định của bác sĩ, vệ sinh an toàn thực phẩm trong suốt quá trình mua, chế biến và vận chuyển đến người bệnh. Đây là một dịch vụ có liên quan đến nhiều đối tượng, không những từ nhà cung cấp suất ăn mà phải có sự tham gia của lãnh đạo bệnh viện (xuất phát từ mong muốn chăm sóc sức khỏe

toàn diện cho người bệnh và cải tiến liên tục), của khoa Dinh dưỡng, từ bác sĩ điều trị và điều dưỡng chăm sóc. Tuy nhiên, tại bệnh viện các tiêu chuẩn, các quy định đưa ra còn thực hiện lỏng lẻo, đưa đến chưa có sự kết nối giữa người bệnh, nhân viên y tế trong chăm sóc và điều trị và nhân viên chế biến suất ăn, chưa tạo được một chuỗi “cung ứng” tốt cho người bệnh.

4. KẾT LUẬN

Chất lượng dịch vụ cung cấp suất ăn tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức được người bệnh đánh giá hài lòng qua cảm nhận ở năm thành phần của thang đo SERVPERF về các nhân tố lần lượt từ cao đến thấp: nhân tố đảm bảo (3,56 điểm), nhân tố hữu hình (3,55 điểm), nhân tố đồng cảm (3,18 điểm), nhân tố tin cậy (3,13 điểm) và nhân tố đáp ứng (2,32 điểm). Mức hài lòng chung về dịch vụ cung cấp suất ăn tại bệnh viện là 3,20 điểm với tỷ lệ 18,5%, thấp so với các nghiên cứu ở các bệnh viện khác. Dưới góc nhìn của người bệnh, chất lượng dịch vụ cung cấp suất ăn cho người bệnh nội trú của bệnh viện chưa đáp ứng được yêu cầu. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng về chất lượng dịch vụ cung cấp suất ăn cho người bệnh nội trú tựu trung vào các yếu tố: Nhân lực thực hiện công tác dinh dưỡng; Cơ sở vật chất, trang thiết bị; Năng lực đáp ứng dịch vụ cung cấp suất ăn; Tổ chức và quản lý điều hành.

5. KHUYẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu, để nâng cao sự hài lòng của người bệnh nội trú về chất lượng dịch vụ cung cấp suất ăn, nhóm nghiên cứu đưa ra một số khuyến nghị giải quyết những vấn đề đang tồn tại nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ cung cấp suất ăn dinh dưỡng tại bệnh viện:

5.1. Cải tiến cơ sở vật chất, trang thiết bị

- Trang bị khay đựng thức ăn bằng inox đảm bảo vệ sinh an toàn thực phẩm cho bệnh nhân;
- Trang bị xe chuyên chở thức ăn cho người bệnh;
- Có bàn gấp mở để đặt suất ăn cho bệnh nhân tại giường;
- Xây dựng Cẩm nang chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhân nằm viện với những bệnh lý đặc thù tại Bệnh viện nhằm cung cấp thêm công cụ cho công tác hướng dẫn tư vấn dinh dưỡng cũng như cung cấp thông tin cho người bệnh.

5.2. Nâng cao đội ngũ nhân lực y tế là công tác dinh dưỡng

- Cung cấp đủ và đào tạo đội ngũ nhân viên y tế làm công tác dinh dưỡng tại bếp và khoa nội trú;

- Xây dựng khẩu phần, thiết kế thực đơn, nấu thử, cảm quan các suất ăn bệnh lý đặc biệt đúng tiêu chuẩn kỹ thuật, đảm bảo người bệnh sử dụng được và chuyển giao công thức cho bếp ăn thực hiện;

- Tập huấn Nâng cao thái độ giao tiếp, ứng xử của nhân viên y tế.

5.3. Cải tiến năng lực đáp ứng dịch vụ cung cấp suất ăn

- Xây dựng, bổ sung, đa dạng các suất ăn bệnh lý. Tính toán, xây dựng công thức chi tiết, có cảm quan và chuyển giao để đầu bếp thực hiện được;

- Bếp ăn được mở cửa 17/7, có thực đơn đa dạng và nhiều kích cỡ để đáp ứng nhu cầu ăn, bảo đảm các chế độ ăn bệnh lý;

- Bữa ăn cần phục vụ tại giường nhằm hạn chế đi lại cho người bệnh và kiểm soát nhiễm khuẩn. Đồng thời thực hiện được công tác thăm hỏi, kịp thời động viên, giúp đỡ, có giải pháp cho các bệnh nhân khó khăn trong vấn đề ăn uống;

- Xây dựng hình ảnh quảng bá suất ăn bệnh viện nhằm kích thích trải nghiệm và cảm nhận chất lượng dịch vụ.

5.4. Cải tiến công tác tổ chức và quản lý điều hành

- Xây dựng các tiêu chuẩn kỹ thuật rõ ràng cho từng suất ăn bệnh lý và thực hiện cam kết với đơn vị cung cấp suất ăn;

- Xây dựng quy định đảm bảo thông tin được kết nối giữa người bệnh, người chăm sóc và người cung cấp suất ăn cho người bệnh nội trú;

- Định kỳ và đột xuất kiểm tra giám sát việc thực hiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Thông tư 18/2020/TT-BYT ngày 12 tháng 11 năm 2020 Quy định về hoạt động dinh dưỡng trong bệnh viện.
- [2] Cronin Jr, J. J., & Taylor, S. A. SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal of marketing*, 58(1), 1994, 125-131.
- [3] Dương Thị Thúy Đông, Hài lòng của khách hàng về suất ăn dinh dưỡng và các yếu tố liên quan đến suất ăn dinh dưỡng – tiết chế tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ (Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở - Bệnh viện phụ sản thành phố Cần Thơ), 2017.
- [4] Nguyễn Thành Luân và cộng sự, Khảo sát người bệnh nội trú về dịch vụ cung cấp suất ăn của khoa Dinh dưỡng tại một bệnh viện trường đại

- học tại thành phố Hồ Chí Minh, Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 22, Số 1, 2017, p.p 44-49.
- [5] Nguyễn Thị Hà Thu, Nguyễn Đình Phú, Trần Thị Phương Hoa & cs, Sự hài lòng của bệnh nhân nội trú về việc sử dụng suất ăn bệnh lý và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2017, Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, tập 13, số 1/2018, p.p 157-164.
- [6] Nguyễn Thị Phương Thảo, Bùi Thị Lan, Nguyễn Thị Kim Liên & cs, Khảo sát sự hài lòng của người bệnh nội trú về tình hình cung cấp suất ăn của Khoa Dinh dưỡng Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2018, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 3(5), 2020, 157-164.
- [7] Hoàng Thị Quý, Hoạt động dinh dưỡng tiết chế cho người bệnh nội trú và sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ dinh dưỡng tiết chế tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh năm 2019 (Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Trường ĐH Y tế Công cộng Hà Nội), 2019.
- [8] Abdelhafez, A. M., Al Qurashi, L., Al Ziyadi, R. et al., Analysis of factors affecting the satisfaction levels of patients toward food services at general hospitals in Makkah, Saudi Arabia; American journal of medicine and medical sciences, 2(6), 2012, 31- 50.
- [9] Bộ Y tế, Quyết định số 2879/QĐ-BYT ngày 10 tháng 8 năm 2006 của Bộ Y tế hướng dẫn chế độ ăn bệnh viện.
- [10] World Health Organization, The World Health Report 2000: health systems: improving performance; Geneva, 2000.

RESULTS OF PERMANENT RESTORATION OF ANTERIOR UPPER JAW TEETH USING EMAX PORCELAIN VENEERS ON PATIENTS AT CU CHI HOSPITAL, HO CHI MINH CITY, 2022 - 2023

Pham Van Noi*, Truong Nhut Khue

Can Tho University of Medicine and Pharmacy - No. 179, Nguyen Van Cu Street, An Khanh Ward, Ninh Kieu District, Can Tho city, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 17/08/2023; Accepted: 28/09/2023

ABSTRACT

Introduction: In Vietnam, currently Emax porcelain material has been put into clinical use, but there have not been many studies

Objectives: To evaluate the results of permanent restoration of anterior upper jaw teeth using Emax porcelain veneers at Cu Chi Hospital, Ho Chi Minh City, from 2022 to 2023.

Methods: A cross-sectional descriptive study on a total of 30 patients with a total of 74 of anterior upper jaw teeth assigned to prosthetics.

Results: The most common reason for prosthetics was tooth decay, 56.8%; The number of teeth restored in the right maxillary anterior tooth was 54.1%, the left one was 45.9%. Immediately after restoration, 100% of the teeth were evaluated as good in terms of aesthetics and function. However, when re-examination after 7 days, there was 1 tooth with clear cracks and 1 tooth with restorations. After 1 and 3 months of fitting teeth, in terms of aesthetics: 100% of teeth had good fit, retention and restoration durability; 100% teeth were not discolored and the gum line was very harmonious; In terms of function: all teeth had a normal bite, chewing ability was good, the contact between the prosthetic tooth and the adjacent tooth was also good and 100% of the normal opposing teeth were not worn due to restorations.

Conclusions: The technique of using porcelain veneers on anterior teeth has many advantages and is highly regarded by both doctors and patients for its effectiveness. However, a longer follow-up period is needed to comprehensively evaluate the results of Emax porcelain veneers on the permanent anterior teeth in the upper jaw.

Keywords: Porcelain veneers, E.max, restoration

*Corresponding author
Email address: phamvannoi.tgdd@gmail.com
Phone number: (+84) 979686252
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHỤC HỒI RĂNG VĨNH VIỄN TRƯỚC TRÊN BẢNG DÁN SỨ EMAX TRÊN BỆNH NHÂN TẠI BỆNH VIỆN HUYỆN CỬ CHI TP. HỒ CHÍ MINH 2022 - 2023

Phạm Văn Noi*, Trương Nhựt Khuê

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ - Số 179, đường Nguyễn Văn Cừ, P. An Khánh, Q. Ninh Kiều, TP. Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 17/08/2023; Ngày duyệt đăng: 28/09/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ở Việt Nam, hiện vật liệu sứ Emax đã được đưa vào sử dụng trong lâm sàng nhưng chưa có nhiều nghiên cứu

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phục hồi răng vĩnh viễn phía trước hàm trên bằng mặt dán sứ Emax tại Bệnh viện huyện Cử Chi, thành phố Hồ Chí Minh, năm 2022 - 2023

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tổng 30 bệnh nhân với tổng 74 răng vĩnh viễn trước trên được chỉ định phục hình

Kết quả: Lý do phục hình hay gặp nhất là sâu răng (56,8%); Số lượng răng được phục hình ở răng trước hàm trên bên phải là 54,1%, bên trái là 45,9%. Ngay sau khi phục hình, 100% các răng được đánh giá tốt về thẩm mỹ và chức năng. Tuy nhiên khi tái khám sau 7 ngày có 01 răng xuất hiện đường nứt rõ và 01 răng bị sức phục hình. Sau 1 và 3 tháng lắp răng, về thẩm mỹ: 100% răng có độ khít sát, độ lưu giữ và độ bền phục hình đạt tốt; 100% răng không bị đổi màu và đường viền nướu rất hài hòa; về chức năng: tất cả các răng đều có khớp cắn bình thường, khả năng nhai đạt mức tốt, sự tiếp xúc giữa răng phục hình với răng bên cạnh cũng đạt mức tốt và 100% răng đối bình thường ko bị mòn do phục hình.

Kết luận: Kỹ thuật sử dụng mặt dán sứ trên răng trước có nhiều ưu điểm và hiệu quả cũng được bác sĩ và bệnh nhân đánh giá tốt. Tuy nhiên cần theo dõi thời gian dài hơn để đánh giá toàn diện kết quả mặt dán sứ Emax trên nhóm răng vĩnh viễn phía trước, hàm trên.

Từ khóa: Mặt dán sứ, E.max, phục hình.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, với đời sống ngày càng cao, nhu cầu chăm sóc sức khỏe cũng như thẩm mỹ cũng tăng lên. Đối với những bệnh nhân có răng bị xấu về màu sắc, bất thường về hình thể, tổn thương tổ chức cứng, lệch lạc mức độ nhẹ, bất cân xứng giữa các răng, sửa chữa những sai sót nhỏ sau chỉnh nha thì trước đây thường được chỉ định phục hình mào toàn diện [1], [2], [7]. Tuy nhiên việc điều trị bằng mào toàn diện phải mài nhiều mô răng,

thay đổi cảm giác ăn nhai, dễ kích thích mô nha chu. Vì vậy kỹ thuật mặt dán sứ ra đời với nhiều ưu điểm vượt trội như mài răng ít, bảo tồn mô răng tối đa, đường viền cổ răng nguyên vẹn, tính thẩm mỹ cao, tương hợp tốt với mô mềm, bền vững trong thời gian dài và có những trường hợp không phải mài răng [1], [4], [7]. Ở Việt Nam, hiện vật liệu sứ Emax đã được đưa vào sử dụng trong lâm sàng nhưng chưa có nhiều nghiên cứu, đặc biệt kỹ thuật sử dụng mặt dán sứ trong phục hình thẩm

*Tác giả liên hệ

Email: phamvannoi.tgdd@gmail.com

Điện thoại: (+84) 979686252

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

mỹ răng trước đã được tiến hành khá phổ biến trên lâm sàng nhưng có ít nghiên cứu đánh giá kết quả về kỹ thuật thực hiện mặt dán sứ. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: Đánh giá kết quả phục hồi răng vĩnh viễn trước trên bằng mặt dán sứ Emax tại Bệnh viện huyện Củ Chi, thành phố Hồ Chí Minh, năm 2022 - 2023.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Răng vĩnh viễn phía trước hàm trên của các bệnh nhân được chỉ định phục hình thẩm mỹ tại Bệnh viện huyện Củ Chi, thành phố Hồ Chí Minh, năm 2022 - 2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Răng vĩnh viễn phía trước hàm trên (răng số 11, 12, 13, 21, 22 và 23) của các bệnh nhân được chỉ định phục hình thẩm mỹ. Răng được chỉ định phục hình khi có 1 trong các đặc điểm sau:

- + Răng có bất thường về màu sắc như nhiễm Fluor, nhiễm tetracyclin hay răng có miếng trám cũ;
- + Răng không điều trị tủy trước đó và không có bệnh lý tủy ở thời điểm hiện tại;
- + Răng có bất thường về hình thể;
- + Khe thưa giữa các răng;
- + Răng bị tổn thương tổ chức cứng;
- + Răng lệch lạc nhẹ;
- + Khớp cắn hạng I theo Angle;
- + Đường cười không lộ nướu hoặc chỉ lộ nướu ở vùng khoảng kẽ răng.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Răng có chiều cao không đủ nâng đỡ;
- Răng của các bệnh nhân có thói quen xấu tạo nên các lực quá lớn trên phục hình (ví dụ: cắn móng tay, cắn bút chì, nghiền răng...).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiền cứu có can thiệp

- *Thời gian nghiên cứu:* từ tháng 06/2022 đến tháng 06/2023

- *Cỡ mẫu:* Tất cả các răng vĩnh viễn phía trước hàm trên của các bệnh nhân được chỉ định phục hình thẩm mỹ thỏa tiêu chuẩn chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ. Có 74 răng của tổng 30 bệnh nhân đã tham gia trong

nghiên cứu này.

- *Nội dung nghiên cứu:*

+ Một số đặc điểm của răng trước phục hình: vị trí răng phục hình, lý do phục hình, tình trạng răng trước phục hình.

+ Kết quả phục hình: có 2 nội dung nghiên cứu, cụ thể:

Tính thẩm mỹ, chức năng răng sẽ được đánh giá tại các thời điểm: ngay sau lắp; sau 1 tuần, sau 1 tháng và 3 tháng bởi nghiên cứu viên và 1 Bác sĩ Răng Hàm Mặt khác có kinh nghiệm trong chuyên khoa Phục hình tại bệnh viện. Kết quả đánh giá được ghi nhận sau khi đã so sánh kết quả thông qua chỉ số Kappa (chỉ số đạt trên 0,8), nếu không thống nhất kết quả sẽ tiến hành khám lại và thống nhất.

Sự hài lòng của bệnh nhân về phục hình cũng được đánh giá sau 3 tháng điều trị thông qua phiếu khảo sát một số thông tin cơ bản.

- *Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:* số liệu được thu thập từ kết quả hồi bệnh, thăm khám lâm sàng kỹ và kết quả cận lâm sàng từ chụp X quang, CT Cone Beam tại các thời điểm trước và sau khi ghép phục hình. Số liệu được nhập, xử lý phân tích thông bằng phần mềm SPSS 25.0.

3. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm của răng trước phục hình

Có tổng 74 răng vĩnh viễn phía trước hàm trên của 30 bệnh nhân, trong đó có 7/30 (23,3%) bệnh nhân là nam và 23/30 (76,7%) bệnh nhân là nữ tham gia trong nghiên cứu.

- Vị trí răng phục hình

Bảng 1. Vị trí răng phục hình

Vị trí răng phục hình		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hàm trên bên phải	11	23	31,1
	12	13	17,6
	13	4	5,4
	Tổng	40	54,1%
Hàm trên bên trái	21	21	28,4
	22	9	12,2
	23	4	5,4
	Tổng	34	45,9%

Nhận xét: 40/74 (54,1%) răng có vị trí phía trước hàm

trên bên phải, 45,9% còn lại có vị trí phía trước hàm trên bên trái.

- Lý do phục hình

Bảng 2. Lý do phục hình răng phân bố theo giới tính

Lý do phục hình	Nam n (%)	Nữ n (%)	Tổng n (%)	p
Do sâu răng	7 (35,0)	35 (64,8)	42 (56,8)	0,001*
Thẩm mỹ răng cửa	0 (0)	9 (16,7)	9 (12,2)	
Khe thưa các răng cửa	6 (30,0)	5 (9,3)	11 (14,8)	
Phục hồi thẩm mỹ vùng răng trước	7 (35,0)	5 (9,3)	12 (16,2)	

Nhận xét: hơn 50% các răng được thẩm mỹ phục hình do bị sâu răng (56,8%), các lý do còn lại là: Phục hồi thẩm mỹ vùng răng trước (16,2%); Khe thưa các răng (14,8%) và thấp nhất là Thẩm mỹ răng cửa (12,2%). Có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$) về phân bố các lý do phục hình răng theo giới tính.

Bảng 3. Một số đặc điểm khác của răng phục hình

Đặc điểm	Có n (%)	Không n (%)
Bất thường về hình thể	71 (95,9)	3 (4,1)
Khớp cắn hạng I theo Angle	60 (81,1)	14 (18,9)
Sâu răng	59 (79,7)	15 (20,3)
Răng lệch lạc	39 (52,7)	35 (47,3)
Có khe thưa giữa các răng	26 (35,1)	48 (64,9)
Đường cười không lộ nướu hoặc chỉ lộ nướu ở vùng khoảng kẽ răng	24 (32,4)	50 (67,6)
Mòn răng	16 (21,6)	58 (78,4)
Bất thường về màu sắc	13 (17,6)	61 (82,4)
Thiếu sản men	5 (6,8)	69 (93,2)
Chấn thương răng	3 (4,1)	71 (95,9)

Nhận xét: Trong 10 đặc điểm của răng được ghi nhận trước phục hình, 3 đặc điểm: bất thường về hình thể

(95,9%); khớp cắn hạng I theo Angle (81,1%); sâu răng (79,7%) chiếm tỷ lệ cao nhất; 2 đặc điểm là thiếu sản men và chấn thương chiếm tỷ lệ thấp nhất lần lượt là 6,8% và 4,1%.

3.2. Kết quả phục hình

3.2.1. Về thẩm mỹ

- Ngay sau khi lắp phục hình: 100% răng lắp được ghi nhận đạt yêu cầu về thẩm mỹ, với 5 tiêu chí được đánh giá cụ thể:

+ Sự đổi màu bờ viền phục hình: 100% không có sự đổi màu;

+ Hình thể đường viền nướu: 100% hài hòa;

+ Độ khít sát phục hình: 100% có độ khít sát tốt;

+ Độ bền phục hình: 100% nguyên vẹn;

+ Độ lưu giữ của phục hình: 100% tốt.

- Sau 7 ngày có 2/74 (2,8%) răng không đạt thẩm mỹ sau khi gắn phục hình, cụ thể có 01 răng xuất hiện đường nứt vỡ và 01 răng bị sút phục hình. Cả 02 răng được phục hình lại.

- Sau 1 và 3 tháng lắp răng: 100% răng lắp được ghi nhận đạt yêu cầu về thẩm mỹ theo 05 tiêu chí như trên.

3.2.2. Về chức năng

Ngay sau phục hình, sau 1 tuần, 1 và 3 tháng, 100% răng phục hình cho kết quả tốt khi đánh giá về chức năng, cụ thể:

- Khớp cắn: 100% khớp cắn sau phục hình bình thường (mức tốt);

- Khả năng nhai: chức năng nhai 100% đạt mức tốt;

- Sự tiếp xúc giữa răng phục hình với răng bên cạnh: 100% đạt mức tốt;

- Sau 1 và 3 tháng nghiên cứu ghi nhận tình trạng răng đối: 100% bình thường không bị mòn do phục hình.

3.2.3. Sự hài lòng của bệnh nhân sau 3 tháng điều trị

- Sự hài lòng về thẩm mỹ khi lắp răng: 100% hài lòng

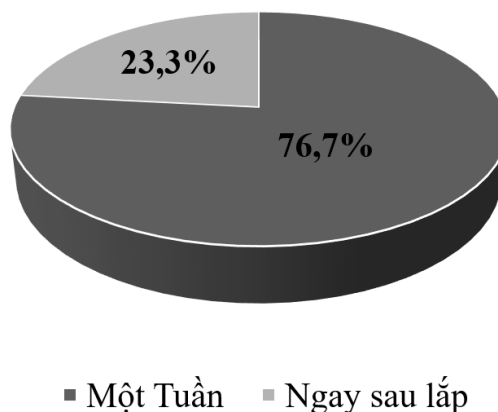
- Sự hài lòng về hình dáng của răng sau khi lắp răng: 100% hài lòng

- Cảm giác ngay sau khi lắp răng: không đối tượng cảm thấy vướng hay khó chịu với phục hình.

- Không ghi nhận trường hợp nào ảnh hưởng tới phát âm, bị vướng thức ăn hay gặp khó khăn trong việc vệ sinh răng gắn phục hình.

- Thời gian quen với phục hình:

Biểu đồ 1. Thời quen với phục hình của bệnh nhân



Nhận xét: Có 7/30 (23,3%) quen ngay sau khi lắp phục hình và 23/30 (76,7%) bệnh nhân làm quen sau một tuần.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, có tổng 74 răng vĩnh viễn phía trước hàm trên của 30 bệnh nhân, trong đó có 7/30 (23,3%) bệnh nhân là nam và 23/30 (76,7%) bệnh nhân là nữ đồng ý tham gia. Về vị trí phục hình có 40/74 (54,1%) răng ở vị trí phía trước hàm trên bên phải, 45,9% răng còn lại ở vị trí phía trước hàm trên bên trái.

Có đến 59/74 (79,7%) răng phục hình bị sâu răng, nhưng khi khảo sát, lý do phục hình do bị sâu răng chỉ chiếm 56,8%, các lý do khác được quan tâm là: thẩm mỹ răng cửa (16,7%); khe thưa các răng cửa (9,3%) và phục hồi thẩm mỹ vùng răng trước (9,3%). Như vậy, sâu răng là một trong những lý do phục hình, tuy nhiên với các bệnh nhân, nó không phải là tất cả để chọn phục hình. Ở nữ giới, vấn đề thẩm mỹ luôn được chú trọng vì vậy khi phân tích sự phân bố lý do phục hình theo giới tính, nghiên cứu ghi nhận sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$ (Bảng 2).

Khảo sát 10 đặc điểm của răng được ghi nhận trước phục hình (Bảng 3) tỷ lệ được ghi nhận giảm dần từ bất thường về hình thể (95,9%); khớp cắn hạng I theo Angle (81,1%); sâu răng (79,7%); Răng lệch lạc (52,7%); có khe thưa giữa các răng (35,1%); đường cười không lộ nướu hoặc chỉ lộ nướu ở vùng khoảng kẽ răng (32,4%); mòn răng (21,6%); bất thường về màu sắc (17,6%); 2 đặc điểm là thiếu sản men và chấn thương chiếm tỷ lệ thấp nhất lần lượt là 6,8% và 4,1%.

4.2. Kết quả phục hình

Emax là một loại sứ đặc biệt, được làm từ vật liệu sứ

tinh thể có độ cứng và độ bền cao. Đặc điểm của sứ Emax là khả năng tương thích màu sắc và ánh sáng tự nhiên của răng, tạo ra kết quả thẩm mỹ cao và tự nhiên. Các lớp veneer sứ Emax được tạo ra tương ứng với hình dạng và kích thước của từng răng bị ảnh hưởng. Kỹ thuật này tạo ra một lớp bảo vệ cho răng gốc và cải thiện tính thẩm mỹ của nụ cười bằng cách thay đổi hình dạng, màu sắc và kích thước của răng. Với nhiều ưu điểm, kỹ thuật dán sứ Emax được sử dụng rộng rãi trong nha khoa thẩm mỹ để cải thiện nụ cười, khắc phục các vấn đề như răng vênh, răng hở, răng thưa, răng bị mòn và màu sắc răng không đều. Nhiều kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước đã chỉ ra hiệu quả của kỹ thuật này. Đánh giá về thẩm mỹ, chức năng và sự hài lòng của bệnh nhân, kết quả ghi nhận:

Về thẩm mỹ: Trong nghiên cứu này, với 5 tiêu chí được đánh giá bao gồm: sự đổi màu bờ viền phục hình; hình thể đường viền nướu; độ khít sát phục hình; độ bền và độ lưu giữ của phục hình, với chỉ tiêu kết quả thẩm mỹ răng được đánh giá tốt khi cả 5 tiêu chí đều đạt tốt,... Sau 7 ngày phục hình, nghiên cứu ghi nhận có tổng 2/74 (2,8%) răng không đạt thẩm mỹ trong đó 01 răng xuất hiện đường nứt rõ và 01 răng bị sút phục hình. Cả 02 răng được phục hình lại. Và sau 1 và 3 tháng lắp răng với kết quả: sự đổi màu bờ viền phục hình: 100% không có sự đổi màu; hình thể đường viền nướu: 100% hài hòa; độ khít sát phục hình: 100% có độ khít sát tốt; độ bền phục hình: 100% nguyên vẹn; độ lưu giữ của phục hình: 100% tốt, với sự thống nhất tuyệt đối (chỉ số Kappa đạt 1.0) cả 2 bác sĩ đánh giá 100% răng lắp đều đạt yêu cầu về thẩm mỹ.

Kết quả của chúng tôi khác với nghiên cứu của Mai Văn Đức, 2021 [1], cũng sau 3 tháng, với tổng số 31 bệnh nhân với 96 răng phục hình thực hiện kỹ thuật dán sứ Emax, nhóm tác giả này không phát hiện bất kỳ trường hợp nào bị rạn, nứt, vỡ sứ phục hình. Nghiên cứu với số lượng răng phục hình nhiều hơn và thời gian dài hơn, kết quả của một số nhóm tác giả ngoài nước

cũng khác chúng tôi. Nghiên cứu của Peumans M và cộng sự (1998) [8] với 87 mặt dán sứ được đặt ở răng trước trên 25 bệnh nhân trong 5 năm thì có 93% mặt dán sứ đạt yêu cầu. Kết quả hồi cứu của Ulrike Stephanie Beier và cộng sự, 2012 [5] trên 84 bệnh nhân đã được phục hồi với 318 răng phục hình bằng mặt dán sứ răng trước từ năm 1987 đến 2009 tại Đại học y khoa Innsbruck kết quả tỷ lệ sống sót phục hình ước tính sau 5 năm 94.4%, sau 10 năm là 93,5% và 82.93% sau 20 năm. Kết quả hồi cứu của Fradeani M, 2005 [6] trong 12 năm 182 mặt dán sứ răng trước trên 46 bệnh nhân. Kết quả xác suất sống sót của 182 mặt dán sứ là 94.4% sau 12 năm. Kết quả nghiên cứu của Aristidis GA, và cộng sự, 2002 [3], sau 5 năm, 186 mặt dán sứ trên răng trước của 61 bệnh nhân thì có 98.4% mặt dán sứ đạt yêu cầu mà không cần can thiệp.

Như vậy kết quả nghiên cứu của các tác giả trên trong thời gian dài mà tỷ lệ về độ bền mặt dán sứ là rất lớn. Do đó kết quả nghiên cứu của chúng tôi trong thời gian rất ngắn như thế là hoàn toàn phù hợp.

Về chức năng: trong nghiên cứu này, ngay sau phục hình, sau 1 tuần, 1 và 3 tháng, 100% răng phục hình cho kết quả tốt khi đánh giá về chức năng. Về khớp cắn, 100% khớp cắn sau phục hình là bình thường (mức tốt); chức năng nhai 100% đạt mức tốt. Nghiên cứu chưa ghi nhận sự tiếp xúc giữa răng phục hình với răng bên cạnh. Sau 1 và 3 tháng, 100% răng đối không bị mòn do phục hình. Kết quả của chúng tôi lại khác với Mai Văn Đức, chức năng nhai sau khi phục hình và kiểm tra lại sau 7 ngày được thiết lập có 2 đơn vị đạt mức trung bình, số còn lại đều có chức năng nhai tốt. Hai đơn vị ở mức độ trung bình là do bệnh nhân chưa quen với sự hiện diện của phục hình mới và cần điều chỉnh nhỏ ở khớp cắn.

Sự hài lòng của bệnh nhân sau 3 tháng điều trị:

Các lớp veneer sứ Emax sau khi được dán hoàn thiện sẽ tạo ra một lớp bảo vệ cho răng gốc và cải thiện tính thẩm mỹ của nụ cười bằng cách thay đổi hình dạng, màu sắc và kích thước của răng. Vì vậy khi đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân sau 3 tháng điều trị. Kết quả nghiên cứu chỉ ra sự hài lòng tuyệt đối của bệnh nhân dành cho các chỉ tiêu: thẩm mỹ, hình dáng của răng sau khi lắp răng. 100% bệnh nhân không đối tượng cảm thấy vướng hay khó chịu với phục hình. Nghiên cứu cũng không ghi nhận trường hợp nào ảnh hưởng tới phát âm, bị vướng thức ăn hay gặp khó khăn trong việc vệ sinh răng gắn phục hình. Thời gian quen phục hình của bệnh nhân lâu nhất là sau 1 tuần trong đó có 7/30 (23,3%) quen ngay sau khi lắp phục hình. Nghiên cứu của Mai Văn Đức, cũng tương tự, 100% bệnh nhân đều hài lòng với kết quả phục hình [1]...

5. KẾT LUẬN

Thực hiện phục hồi 74 răng vĩnh viễn phía trước hàm trên bằng mặt dán sứ Emax tại Bệnh viện huyện Củ Chi, Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 06/2022 đến tháng 06/2023, nghiên cứu ghi nhận 100% răng được bệnh nhân và bác sĩ đánh giá tốt cả về thẩm mỹ và chức năng sau 3 tháng. Tuy nhiên cần theo dõi thời gian dài hơn để đánh giá toàn diện kết quả mặt dán sứ Emax trên nhóm răng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Mai Văn Đức, Kết quả phục hình thẩm mỹ răng trước sử dụng kỹ thuật mặt dán sứ E.max tại một số cơ sở răng hàm mặt, Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2021.
- [2] Vũ Thị Bích Vân, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá chất lượng điều trị phục hồi răng vĩnh viễn trước trên bằng mào sứ Zirconia trên bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, năm 2020-2021, Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, 2021.
- [3] Aristidis GA, Dimitra B, Five-year clinical performance of porcelain laminate veneers. Quintessence Int;33(3), 2002, 185-189
- [4] Alothman Y, Bamasoud MS, The Success of Dental Veneers According To Preparation Design and Material Type. Open Access Maced J Med Sci; 6(12), 2018, 2402-2408.
- [5] Beier US, Kapferer I, Burtscher D et al., Clinical performance of porcelain laminate veneers for up to 20 years. In J Prosthodont; 25 (1), 2012, 79-85.
- [6] Fradeani M, Redemagni M, Corrado M, Porcelain laminate veneers: 6- to 12-year clinical evaluation -a retrospective study. Int J Periodontics Restorative Dent;25(1), 2005, 9-17.
- [7] Oztürk E, Bolay S, Survival of porcelain laminate veneers with different degrees of dentin exposure: 2-year clinical results. J Adhes Dent;16(5), 2014, 481-9.
- [8] Peumans M, Van Meerbeek B, Lambrechts P et al., Five-year clinical performance of porcelain veneers. Quintessence int; 29(4), 1998, 211-221.

THE CORRELATION BETWEEN URIC ACID WITH THE CHARACTERISTICS OF CLINICAL, SUBCLINICAL IN PRE-ECLAMPSIA

Nguyen Anh Thu^{1*}, Le Thi Minh Hien¹,
Do Thai Phuong², Pham Thi Thanh Thuy³, Ngo Vu Thuy Trang¹

¹Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy - 284 Luong Ngoc Quyen, Quang Trung, Thai Nguyen City, Thai Nguyen, Vietnam

²A Thai Nguyen Hospital - Tinh Dan, Thai Nguyen City, Thai Nguyen, Vietnam

³National Hospital of Obstetrics and Gynecology - 43 Trang Thi, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 14/08/2023; Accepted: 23/09/2023

ABSTRACT

Objectives: To investigate the correlation between serum uric acid with the characteristics of clinical, subclinical in pre-eclampsia.

Methods: Three groups of pregnant women, including 33 pregnant women at risk of pre-eclampsia, 25 patients with mild preeclampsia and 13 patients with severe preeclampsia from 1st Wednesday 2023 to September 2023 at A Thai Nguyen Hospital. Blood uric acid was determined by the method of hydrolysis of uricase enzyme and measured at the optical density at 505 nm.

Results: The average concentrations of uric acid in the patients at risk of preeclampsia, mild preeclampsia and severe preeclampsia groups were $429,66 \pm 81,50$ $\mu\text{mol/L}$; $466,39 \pm 56,12$ $\mu\text{mol/L}$ and $534,17 \pm 68,54$ $\mu\text{mol/L}$, respectively, the concentration of uric acid of severe pre-eclampsia group is higher than that of the two groups ($p < 0,001$). There is a correlation between serum uric acid and serum urea, creatinin, AST, ALT, protein, albumin; and proteinuria in three groups.

Conclusion: The concentration of uric acid of severe preeclampsia group is higher than that of the patients at risk of preeclampsia and mild preeclampsia group. The concentration of uric acid is correlated with biochemical indicators including urea, creatinin, AST, ALT, protein, albumin; and proteinuria in group of research subjects.

Keywords: Pre-eclampsia, Uric Acid.

*Corresponding author

Email address: nguyenanhthu19092002@gmail.com

Phone number: (+84) 961203545

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ ACID URIC VÀ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN TIỀN SẢN GIẬT

Nguyễn Anh Thu^{1*}, Lê Thị Minh Hiền¹,
Đỗ Thái Phương², Phạm Thị Thanh Thủy³, Ngô Vũ Thùy Trang¹

¹Đại học Y Dược Thái Nguyên - 284 Lương Ngọc Quyến, Quang Trung, Thành phố Thái Nguyên, Thái Nguyên, Việt Nam

²Bệnh viện A Thái Nguyên - Thịnh Đán, Thành phố Thái Nguyên, Thái Nguyên, Việt Nam

³Bệnh viện Phụ sản Trung ương - 43 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 14/08/2023; Ngày duyệt đăng: 23/09/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa nồng độ acid uric và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân tiền sản giật.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu được thực hiện trên ba nhóm thai phụ gồm 33 thai phụ nguy cơ tiền sản giật và 25 thai phụ tiền sản giật nhẹ và 13 thai phụ tiền sản giật nặng từ 01/04/2023 đến 09/2023 tại Bệnh viện A Thái Nguyên. Nồng độ acid uric được xác định theo phương pháp thủy phân enzyme uricase và đánh giá mật độ quang ở bước sóng 505 nm.

Kết quả: Nồng độ acid uric máu trung bình của nhóm nguy cơ là $429,66 \pm 81,50 \mu\text{mol/L}$; nhóm tiền sản giật nhẹ là $466,39 \pm 56,12 \mu\text{mol/L}$ và của nhóm tiền sản giật nặng là $534,17 \pm 68,54 \mu\text{mol/L}$; nồng độ acid uric máu trung bình của nhóm tiền sản giật nặng cao hơn so với nhóm nguy cơ và nhóm tiền sản giật nhẹ ($p < 0,01$). Nồng độ acid uric có mối tương quan thuận với tuổi mẹ, tuần thai lúc vào viện, huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương. Nồng độ acid uric có mối tương quan với các chỉ số sinh hóa: ure, creatinin, AST, ALT, protein máu, albumin; và protein niệu ở các thai phụ tiền sản giật.

Kết luận: Nồng độ acid uric huyết tương ở thai phụ tiền sản giật nặng cao hơn so với nhóm nguy cơ và nhóm tiền sản giật nhẹ. Nồng độ acid uric có mối tương quan với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân tiền sản giật.

Từ khóa: Tiền sản giật, acid uric.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật (TSG) là một chứng bệnh nghiêm trọng trong thời kỳ thai nghén, thường gặp ở ba tháng cuối thai kỳ, nguyên nhân của bệnh hiện vẫn chưa được biết rõ. Tiền sản giật là nguyên nhân của nhiều tai biến sản khoa như đẻ non, thai chết lưu, rau bong non, nhất là sản giật có thể gây tử vong cho cả thai phụ và thai nhi [1, 2]. Ở Việt Nam, tỷ lệ mắc tiền sản giật khoảng 5 - 10 % thai phụ. Ngay ở những nước phát triển như Mỹ tỷ lệ mắc bệnh cũng vào khoảng 5 - 6%, tại Anh tỷ lệ tiền sản giật vào khoảng 5 - 8%. Điều này cho thấy mặc dù đã được

kiểm soát tốt và khống chế ở mức cao song tiền sản giật vẫn là mối nguy cơ cho các thai phụ và có thể xảy ra ở bất kỳ nước nào, dù là nước tiên tiến có đời sống cao hay nước nghèo, đang phát triển [3]. Cho đến nay, việc chẩn đoán TSG chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng như tăng huyết áp, protein niệu. Tuy nhiên, trên thế giới cũng như Việt Nam, đã có những nghiên cứu về TSG và nhiều nghiên cứu tập trung khai thác những khía cạnh khác nhau của bệnh lý, trong đó có khảo sát các chỉ số cận lâm sàng để tiên lượng và theo dõi bệnh. Một số nghiên cứu gần đây cho thấy acid uric máu có mối liên

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenanhtu19092002@gmail.com

Điện thoại: (+84) 961203545

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

quan đến bệnh lý tiền sản giật - sản giật (SG) [4]. Acid uric là sản phẩm chuyển hóa cuối cùng của nucleotid có nhân purin được hình thành từ 3 nguồn: Thoái giáng các nucleotide từ thức ăn; Thoái giáng các nucleoprotein do quá trình hủy tế bào trong cơ thể hoặc từ sự tổng hợp nội sinh các nucleoprotein. Đánh giá nồng độ acid uric trong huyết tương ở các thai phụ tiền sản giật, đặc biệt là tiền sản giật khởi phát sớm, cao hơn so với phụ nữ mang thai bình thường [5]. Bên cạnh đó, việc xét nghiệm Acid Uric có giá thành rẻ, dễ thực hiện, có thể đưa vào là xét nghiệm thường quy đối với phụ nữ mang thai, góp phần theo dõi nguy cơ tiền sản giật cũng như hỗ trợ chẩn đoán tiền sản giật - sản giật. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài *“Mối liên quan giữa nồng độ Acid uric với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân tiền sản giật tại bệnh viện A Thái Nguyên”* với mục tiêu: *Khảo sát mối liên quan giữa nồng độ acid uric và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân tiền sản giật.*

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

71 bệnh nhân mang thai ở quý 2 (tuần 14 – tuần 27) và quý 3 (tuần 28 – tuần 42) đến khám và được chẩn đoán xác định là nguy cơ tiền sản giật, tiền sản giật – sản giật từ 1/4/2023 đến 09/2023 tại Bệnh viện A Thái Nguyên.

Chia làm ba nhóm:

- + Nhóm 1: Nhóm nguy cơ tiền sản giật (33 bệnh nhân)
- + Nhóm 2: Tiền sản giật nhẹ (25 bệnh nhân)
- + Nhóm 3: Tiền sản giật nặng – Sản giật (13 bệnh nhân)

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Theo quyết định số 1911/QĐ-BYT năm 2021 của Bộ Y tế: “Hướng dẫn sàng lọc và điều trị dự phòng tiền sản giật” [6]

- *Tiêu chuẩn loại trừ:*

+ Bệnh nhân mắc các bệnh rối loạn chuyển hóa, có bệnh lý về thận, bệnh gan, bệnh tim một số bệnh lý ảnh hưởng đến chuyển hóa acid uric máu như suy thận, tăng hủy tế bào (ung thư, bệnh lý tan máu,...).

+ Phụ nữ mang thai hiện đang hút thuốc, uống rượu và những người bị đa thai. Sử dụng các loại thuốc tăng acid uric máu trong thời gian mang thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu:* Mô tả cắt ngang.

- *Địa điểm nghiên cứu:* Khoa Hóa sinh, khoa Sản Bệnh viện A Thái Nguyên.

- *Cỡ mẫu và chọn mẫu:* Chọn mẫu toàn bộ, thuận tiện (chúng tôi lấy toàn bộ những bệnh án và thai phụ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu) trong thời gian nghiên cứu với cỡ mẫu là 71 bao gồm 33 thai phụ nhóm nguy cơ, 25 thai phụ nhóm tiền sản giật nhẹ và 13 thai phụ nhóm tiền sản giật nặng.

- *Xác định acid uric:* Theo phương pháp thủy phân enzyme uricase. Trong phản ứng thủy phân bởi enzyme uricase, H₂O₂ được hình thành bởi sự ly giải của peroxidase; 3,5 dichloro-2-hydroxy benzen sulfonic acid (DCHBS) và 4-aminophenazon (PAP) cho ra phức chất quinoneimin có màu đỏ tím. Sản phẩm phản ứng được đánh giá bằng đo mật độ quang ở bước sóng 505nm trên máy xét nghiệm hóa sinh tự động.

- *Chỉ số nghiên cứu:*

+ Tuổi.

+ Triệu chứng lâm sàng

+ Các xét nghiệm cận lâm sàng: Acid uric, Ure, creatinin, AST, ALT, Protein máu, Albumin máu, Protein niệu.

+ Mối liên quan giữa nồng độ acid uric với triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng.

2.3. Phương pháp thu thập và phân tích số liệu

- *Phương pháp thu thập số liệu:* Khám, phỏng vấn các bệnh nhân theo tiêu chuẩn lựa chọn để thu thập các số liệu về tuổi, triệu chứng lâm sàng. Và thu thập các dữ liệu về kết quả xét nghiệm cận lâm sàng ghi chép vào hồ sơ nghiên cứu.

- *Phân tích số liệu:* Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm thống kê SPSS (Statistical Package for Social Science) version 20.0.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu có sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái nguyên theo quyết định số 754/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 03/7/2023.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm nguy cơ (n = 33) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm TSG nhẹ (n = 25) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm TSG nặng (n = 13) $\bar{X} \pm SD$	p
Tuổi mẹ	29,76 $\pm$ 5,92	30,24 $\pm$ 5,0	32,62 $\pm$ 5,27	0,147
Tuần thai	27,41 $\pm$ 4,09	32,67 $\pm$ 1,84	35,33 $\pm$ 1,06	<0,01
Huyết áp tâm thu (mmHg)	128,24 $\pm$ 10,84	132,8 $\pm$ 10,29	135,54 $\pm$ 13,21	0,032
Huyết áp tâm trương (mmHg)	80,45 $\pm$ 9,38	85,2 $\pm$ 6,53	88,85 $\pm$ 8,92	0,02

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tuổi mẹ trung bình giữa 3 nhóm ($p = 0,147$). Tuần thai lúc vào viện ở nhóm nguy cơ sớm hơn so với nhóm tiền sản giật nhẹ và nhóm tiền sản giật nặng ($p < 0,01$). Huyết áp tâm thu ở thai phụ bị tiền sản giật nặng là 135,54 $\pm$ 13,21 mmHg cao

hơn so với nhóm tiền sản giật nhẹ là 132,8 $\pm$ 10,29 mmHg và nhóm nguy cơ là 128,24 $\pm$ 10,84 mmHg ($p = 0,032$). Bên cạnh đó, bảng 1 cho thấy huyết áp tâm trương ở nhóm tiền sản giật nặng tăng cao nhất, sau đó là thai phụ bị tiền sản nhẹ, và nhóm nguy cơ ($p = 0,02$).

Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ của thai phụ trong nghiên cứu

TT	Yếu tố nguy cơ	Số thai phụ mắc	Tỷ lệ %
1	Có thai khi lớn tuổi (> 35 tuổi)	20	28,2
2	Thai IVF (thụ tinh trong ống nghiệm)	14	19,7
3	Có thai lần đầu	12	16,9
4	Tăng huyết áp	13	18,3
5	Tiền sử rau bong non	9	12,7
6	Tiền sử thai lưu	3	4,2
	Tổng	71	100

Nhận xét: Số liệu bảng 2 cho thấy, thai phụ có thai khi lớn tuổi (> 35 tuổi) có tỷ lệ cao nhất trong nhóm nghiên cứu chiếm 28,2%, thai thụ tinh trong ống nghiệm (19,7%) và thai phụ bị tăng huyết áp (18,3%).

Tiền sử rau bong non ở thai phụ thuộc nhóm nghiên cứu chiếm 12,7%. Chiếm tỷ lệ thấp nhất là 4,2 % là thai phụ có tiền sử thai lưu.

Bảng 3. Một số đặc điểm cận lâm sàng ở nhóm nghiên cứu

Nhóm NC Chỉ số hóa sinh	Nhóm nguy cơ (n = 33)	Nhóm TSG nhẹ (n = 25)	Nhóm TSG nặng (n = 13)	p
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	
Ure (mmol/L)	4,20 (3,66 - 4,59)	5,83 (5,22 - 6,72)	7,86 (6,53 - 8,84)	< 0,01
Creatinin (μ mol/L)	59,5 (57,52 - 69,02)	67,21 (64,87 - 80,19)	68,9 (60,53 - 86,98)	< 0,05
AST (IU/L/370C)	20,72 (20,02 - 26,99)	20,72 (18,34 - 30,72)	33,36 (23,09 - 98,85)	< 0,01
ALT (IU/L/370C)	15,0 (14,42 - 23,83)	23,08 (13,22 - 32,93)	53,53 (22,33 - 84,72)	< 0,01
Protein (g/l)	57,47 (56,01 - 60,86)	54,80 (52,18 - 59,09)	53,69 (42,69 - 58,54)	< 0,01
Albumin (g/l)	29,00 (27,96 - 31,28)	28,24 (26,79 - 29,39)	27,62 (23,68 - 29,27)	0,02
Protein niệu (mg/dl)	8,30 (7,15 - 17,98)	15,00 (12,13 - 27,80)	25,00 (17,65 - 43,52)	< 0,01

Nhận xét: Kết quả ở bảng 3 cho thấy, trung vị của một số chỉ số hóa sinh ở phần lớn phụ nữ mang thai bị tiền sản giật nặng cao hơn so với nhóm nguy cơ và tiền sản giật nhẹ, trong đó nồng độ Ure, Creatinin, AST, ALT, Protein niệu tăng dần lần lượt theo nhóm nguy cơ, nhóm tiền sản giật nhẹ, tiền sản giật nặng; với Ure, AST, ALT

($p < 0,01$) và Creatinin ($p < 0,05$). Bên cạnh đó, Protein máu, Albumin máu của thai phụ bị tiền sản giật nặng thấp hơn so với nhóm nguy cơ và tiền sản giật nhẹ, với protein máu ($p < 0,01$) và albumin máu ($p = 0,02$). Protein niệu của thai phụ bị tiền sản giật nặng cao hơn so với nhóm nguy cơ và tiền sản giật nhẹ ($p < 0,01$).

3.2. Mối liên quan giữa nồng độ acid uric và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 4. Nồng độ trung bình của acid uric ở nhóm nghiên cứu

Nhóm NC Chỉ số	Nhóm nguy cơ (n = 33) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm TSG nhẹ (n = 25) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm TSG nặng (n = 13) $\bar{X} \pm SD$	p
Acid uric (μ mol/L)	429,66 $\pm$ 81,50	466,39 $\pm$ 56,12	534,17 $\pm$ 68,54	< 0,01

Nhận xét: Giá trị acid uric máu trung bình của nhóm nguy cơ là 429,66 $\pm$ 81,50 μ mol/L; nhóm tiền sản giật nhẹ là 466,39 $\pm$ 56,12 μ mol/L và của nhóm tiền sản giật nặng là 534,17 $\pm$ 68,54 μ mol/L. Cho thấy nồng độ acid uric máu trung bình của nhóm tiền sản giật nặng cao

hơn so với nhóm nguy cơ và nhóm tiền sản giật nhẹ. Kiểm định giá trị trung bình của acid uric máu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 3 nhóm với $p < 0,01$ (Bảng 4).

Bảng 5. Mối tương quan giữa nồng độ acid uric với đặc điểm lâm sàng ở đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nồng độ Acid uric (μ mol/L)	
	r	p
Tuổi mẹ	0,237	0,046
Tuần thai	0,276	0,02
Huyết áp tâm thu (mmHg)	0,583	< 0,01
Huyết áp tâm trương (mmHg)	0,636	< 0,01



Nhận xét: Kết quả ở bảng 5 cho thấy có mối tương quan giữa nồng độ acid uric với đặc điểm lâm sàng ở cả 3 nhóm nghiên cứu. Nồng độ acid uric trung bình có mối

tương quan thuận với tuổi mẹ ($p = 0,046$), tuần thai ($p = 0,02$) và huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương ($p < 0,01$)

Bảng 6. Mối tương quan giữa nồng độ acid uric với đặc điểm cận lâm sàng ở đối tượng nghiên cứu

Chỉ số hóa sinh	Nồng độ Acid uric ($\mu\text{mol/L}$)	
	r	p
Ure (mmol/L)	0,906	< 0,01
Creatinin ($\mu\text{mol/L}$)	0,245	0,04
AST (IU/L/370C)	0,246	0,039
ALT (IU/L/370C)	0,259	0,029
Protein máu (g/l)	- 0,301	0,011
Albumin (g/l)	- 0,642	< 0,01
Protein niệu (mg/dl)	0,392	0,01

Nhận xét: Kết quả ở bảng 6, cho thấy có sự liên quan giữa nồng độ acid uric với các chỉ số hóa sinh ở cả 3 nhóm nghiên cứu. Mối tương quan thuận giữa acid uric với ure ($p < 0,01$), creatinin ($p = 0,04$). Có sự liên quan giữa acid uric với AST và ALT thông qua mối tương quan thuận; với AST ($p = 0,039$) VÀ ALT ($p = 0,029$). Acid uric có tương quan tuyến tính nghịch với Protein máu ($p = 0,011$), Albumin máu ($p < 0,01$). Protein niệu có mối tương quan thuận với acid uric với $p = 0,01$.

4. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Loan cho thấy, độ tuổi trung bình của thai phụ TSG là $31,1 \pm 6,5$, TSG nặng hay gặp trong độ tuổi từ 25-34 và chiếm tỷ lệ 44,1% [8]. Nghiên cứu của chúng tôi, kết quả thu được cho thấy độ tuổi trung bình của thai phụ ở 3 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt, độ tuổi trung bình là $29,76 \pm 5,92$ (nhóm nguy cơ); $30,24 \pm 5,0$ (nhóm tiền sản giật nhẹ) và $32,62 \pm 5,27$ (nhóm tiền sản giật nặng). Với những kết quả tổng quan thu được, bước đầu nhóm tác giả ghi nhận độ tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu khoảng từ 24 - 37 tuổi. Kết quả xử lý số liệu cho thấy, tuần thai lúc vào viện của nhóm nguy cơ là $27,41 \pm 4,09$ tuần, nhóm tiền sản giật nhẹ là $32,67 \pm 1,84$ tuần và nhóm tiền sản giật nặng là $35,33 \pm 1,06$ tuần. Kết quả nghiên cứu cho thấy, thai phụ có nguy cơ tiền sản giật thường sẽ phát hiện ở tuần thai sớm hơn so với 2 nhóm còn lại. Sự khác nhau này cũng là yếu tố hiển nhiên bởi hầu hết các thai sản thuộc nhóm nguy cơ đều có thể phát hiện sớm nếu khi khám định kỳ và làm các xét nghiệm hóa sinh đầy đủ để sàng lọc, trong khi những thai sản bị tiền sản giật nhẹ - nặng thường sẽ phát hiện ra ở tuần thai muộn hơn do được chẩn đoán dựa trên các triệu chứng lâm sàng như tăng huyết áp và protein niệu.

Huyết áp là một trong những tiêu chuẩn chẩn đoán tiền sản giật, do đó những thai phụ tiền sản giật có sự tăng huyết áp đáng kể, đặc biệt là ở nhóm tiền sản giật nặng, với huyết áp tâm thu $135,54 \pm 13,21$ mmHg và huyết áp tâm trương $88,85 \pm 8,92$ mmHg.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thai phụ trên 35 tuổi và thai thụ tinh trong ống nghiệm là hai yếu tố chiếm tỷ lệ cao nhất làm tăng nguy cơ tiền sản giật chiếm 28,2% và 19,7%. Thai phụ có thai lần đầu là nguy cơ chiếm tỷ lệ 16,9% ở đối tượng nghiên cứu. Bên cạnh đó, thai phụ bị tăng huyết áp và tiền sử rau bong non chiếm tỷ lệ lần lượt là 18,3% và 12,7%. Những yếu tố này cũng được tìm thấy trong nhiều nghiên cứu trước [8, 9, 10]. Và chiếm tỷ lệ thấp nhất là 4,2 % là thai phụ có tiền sử thai lưu.

TSG nặng ure máu có thể tăng khi có tổn thương viêm thận, creatinin máu tăng chứng tỏ khả năng lọc của cầu thận giảm trong suy thận. Do đó, một số tác giả cho rằng mức độ tăng ure và creatinin trong máu mẹ có liên quan với mức độ nặng của bệnh. Nếu sản phụ TSG có ure máu $> 6,6$ mmol/l kết hợp với creatinin $> 110 \mu\text{mol/l}$ thì tỷ lệ suy thận là 52,6% [11]. Các chỉ số sinh hóa phản ánh chức năng gan, chức năng thận trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu trên, tuy nhiên có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm theo mức độ bệnh. Theo nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ Ure, Creatinin, AST, ALT, Protein niệu tăng dần lần lượt theo nhóm nguy cơ, nhóm tiền sản giật nhẹ, tiền sản giật nặng; với Ure, AST, ALT ($p < 0,01$) và Creatinin ($p < 0,05$). Bên cạnh đó, Protein máu, Albumin máu của thai phụ bị tiền sản giật nặng thấp hơn so với nhóm nguy cơ và tiền sản giật nhẹ, với protein máu ($p < 0,01$) và albumin máu ($p = 0,02$). Protein niệu của thai phụ bị tiền sản giật nặng cao hơn so với nhóm nguy cơ và tiền sản giật nhẹ ($p < 0,01$).

Ở bệnh nhân tiền sản giật, acid uric có xu hướng tăng sớm hơn so với khi bắt đầu xuất hiện tăng huyết áp và protein niệu. Việc acid uric trong máu tăng gây ra tác dụng tiền viêm có thể dẫn đến rối loạn chức năng nội mạc đã được chứng minh. Nghiên cứu của Patel Tejal (2014), nồng độ acid uric trung bình ở sản phụ tiền sản giật là $> 360 \mu\text{mol/L}$ và ở sản phụ bình thường là $< 360 \mu\text{mol/L}$ [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy giá trị acid uric máu trung bình của nhóm nguy cơ là $429,66 \pm 81,50 \mu\text{mol/L}$; nhóm tiền sản giật nhẹ là $466,39 \pm 56,12 \mu\text{mol/L}$ và của nhóm tiền sản giật nặng là $534,17 \pm 68,54 \mu\text{mol/L}$. Cho thấy nồng độ acid uric máu trung bình của nhóm tiền sản giật nặng cao hơn so với nhóm nguy cơ và nhóm tiền sản giật nhẹ. Kiểm định giá trị trung bình của acid uric máu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 3 nhóm với $p < 0,01$. Bảng 5, số liệu cho thấy nồng độ acid uric có mối tương quan thuận với tuổi mẹ, tuần thai lúc vào viện, huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương. Để giải thích cho điều này, chúng tôi cho rằng thai phụ trên 35 tuổi và có bệnh lý tăng huyết áp có nguy cơ mắc tiền sản giật cao hơn so với thai phụ bình thường. Nồng độ acid uric tăng cao là một yếu tố giúp dự báo trước nguy cơ tiềm ẩn bị tiền sản giật.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Hương và cộng sự (2022), Tiền sản giật dẫn đến thay đổi các chỉ số sinh lý ở gan, thận [13]. Mối liên quan giữa nồng độ acid uric và một số chỉ số hóa sinh của 3 nhóm phụ tiền sản giật được thể hiện trong bảng 6. Kết quả cho thấy có mối tương quan đồng biến giữa nồng độ acid uric và ure, creatinin, AST, ALT, protein niệu; có mối tương quan nghịch biến giữa nồng độ protein máu và albumin máu. Điều đó chứng tỏ nồng độ acid uric tăng liên quan đến mức độ tăng của các chỉ số sinh hóa: ure, creatinin, AST, ALT và protein niệu ở các thai phụ tiền sản giật. Bên cạnh đó, nồng độ acid uric tăng liên quan đến mức độ giảm của chỉ số protein máu, albumin máu. Do vậy có thể xem sự tăng acid uric là yếu tố dự báo tiền sản giật.

5. KẾT LUẬN

Từ những kết quả phân tích trên, nhóm tác giả đưa ra những kết luận sau:

Nghiên cứu của chúng tôi, kết quả thu được cho thấy nồng độ acid uric máu trung bình của nhóm nguy cơ là $429,66 \pm 81,50 \mu\text{mol/L}$; nhóm tiền sản giật nhẹ là $466,39 \pm 56,12 \mu\text{mol/L}$ và của nhóm tiền sản giật nặng là $534,17 \pm 68,54 \mu\text{mol/L}$; nồng độ acid uric máu trung bình của nhóm tiền sản giật nặng cao hơn so với nhóm nguy cơ và nhóm tiền sản giật nhẹ ($p < 0,01$). Nồng độ acid uric có mối tương quan thuận với tuổi mẹ, tuần thai lúc vào viện, huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương. Nồng độ acid uric tăng liên quan đến mức độ tăng của các chỉ số sinh hóa: ure, creatinin, AST, ALT; và protein

niệu ở các thai phụ tiền sản giật. Bên cạnh đó, nồng độ acid uric tăng liên quan đến mức độ giảm của chỉ số protein máu, albumin máu.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Ban giám đốc Bệnh viện A Thái Nguyên, Khoa Sản, khoa Sinh hóa - Bệnh viện A Thái Nguyên và Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên đã tạo điều kiện cho chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Chính Nghĩa, “Nghiên cứu yếu tố phát triển rau thai (PIGL) và thụ thể yếu tố phát triển tế bào nội mạc hòa tan (sFlt-1) trong huyết thanh ở thai phụ bình thường và thai phụ có nguy cơ tiền sản giật”, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, 2013.
- [2] Stevens W, Shih T, Incerti D et al., Short-term costs of preeclampsia to the United States healthcare system. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 217:237– 48.e16. (Level III)
- [3] Cunningham FG L. K., et al., Hypertensive Disorders. *Williams Obstetrics* 24th, 2014, 728-779.
- [4] Alzuabidi ZF, “The Role of Uric Acid in Predicting Preeclampsia Women”, *Journal of Chemical and Pharmaceutical Research*, 8(4), 2016, 1175-9.
- [5] Sangeeta N, Shaini L, Basar G et al., “Serum Uric Acid and homocysteine as predictors of pre-eclampsia”, *J Diabetes Metab* 4(4), 2013, 259
- [6] Bộ Y tế, Quyết định về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn sàng lọc và điều trị dự phòng tiền sản giật”, Số: 1911/QĐ-BYT, ngày 19/04/2021.
- [7] Nguyễn Thị Thanh Loan, Nghiên cứu hiệu quả điều trị tiền sản giật nặng bằng phương pháp chấm dứt sớm thai kỳ hoặc điều trị duy trì, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế, 2012.
- [8] S. Baragou, E. Goeh-Akue, M. Pio et al., “[Hypertension and pregnancy in Lome (sub-Saharan Africa): epidemiology, diagnosis and risk factors]”. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*, Hypertension arterielle et grossesse a Lome (Afrique sub-saharienne): aspects epidemiologiques, diagnostiques et facteurs de risque., 63, (3), 2014, 145-50
- [9] V. L. Bilano, E. Ota, T. Ganchimeg et al., “Risk factors of pre-eclampsia/eclampsia and its adverse outcomes in low- and middle-income countries: a WHO secondary analysis”. *PLoS One*, 9, (3), e91198, 2014.

- [10] C. Ye, Y. Ruan, L. Zou et al., “The 2011 survey on hypertensive disorders of pregnancy (HDP) in China: prevalence, risk factors, complications, pregnancy and perinatal outcomes”. *PLoS One*, 9, (6), e100180, 2014.
- [11] Nguyễn Thị Anh, “Nghiên cứu mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng với xét nghiệm cận lâm sàng trong tiền sản giật nặng và kết quả mổ lấy thai ở những sản phụ này”, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, 2012.
- [12] Tejal P., Astha D., “Uric acid and maternal and perinatal outcome in hypertensive disease in pregnancy”, *Gujarat Medical Journal*, 2014; 69(2):5–6.
- [13] Nguyễn Thị Lan Hương, Nông Thị Khánh Chi, Đặng Thị Thu Thủy và cộng sự, Nghiên cứu sự thay đổi một số chỉ số sinh hóa – huyết học ở thai phụ tiền sản giật, *Tạp chí Y học Việt Nam* (2022), tr 64-65.

THE STATUS OF WORKS-RELATED STRESS, JOB SATISFACTION, TURNOVER INTENTION AMONG NURSES IN SOME HEALTHCARE FACILITIES IN THE NORTHERN AREAS

Do Thi Le Hang*, Hoang Minh Huong, Ngo Xuan Long

Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy - 284 Luong Ngoc Quyen Street, Thai Nguyen City, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 25/08/2023; Accepted: 03/10/2023

ABSTRACT

Objective of the study was to describe and evaluate the correlation between work-related stress, job satisfaction, and turnover intention among nurses in some healthcare facilities in the northern areas. An anonymous survey was conducted from April to June 2023, with 448 nurses who are working in the clinic departments of the healthcare facilities participated in this survey (Response rate = 70.8%). The study results showed that nurses experience mild, moderate, and high levels of work-related stress, accounting for 69.2%, 27.9%, and 2.9%, respectively. Among the contributing factors, patient and patient family-related issues were identified as the main sources of work-related stress for nurses (Mean = 1.94; SD = 0.6). Despite the presence of work-related stress, most nurses find genuine joy in their work, with a high level of job satisfaction (mean = 3.08; SD = 0.62). However, many nurses were dissatisfied with their income, rating it at an average level (mean = 2.95; SD = 0.8). Interestingly, 87.7% of the nurses expressed no desire to leave their current jobs. There is a weak correlation between work-related stress and job satisfaction with the potential to leave the nursing profession in the future.

Keywords: Nursing, Works-related Stress, Job Satisfaction, Turnover Intention.

*Corresponding author
Email address: dothilehang1603@gmail.com
Phone number: (+84) 989886742
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



THỰC TRẠNG STRESS LIÊN QUAN ĐẾN CÔNG VIỆC, SỰ HÀI LÒNG VỀ CÔNG VIỆC, KHẢ NĂNG BỎ VIỆC Ở ĐIỀU DƯỠNG TẠI MỘT SỐ CƠ SỞ Y TẾ KHU VỰC PHÍA BẮC

Đỗ Thị Lệ Hằng*, Hoàng Minh Hương, Ngô Xuân Long

Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên - 284 đường Lương Ngọc Quyến, Thành phố Thái Nguyên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 25/08/2023; Ngày duyệt đăng: 03/10/2023

TÓM TẮT

Nhằm mô tả và đánh giá mối tương quan giữa thực trạng stress, sự hài lòng về công việc và khả năng bỏ việc ở điều dưỡng tại một số cơ sở y tế khu vực phía Bắc. Khảo sát ẩn danh đã được tiến hành từ tháng 4 - 6 năm 2023. Đã có 448 điều dưỡng đang công tác tại khoa lâm sàng của một số cơ sở y tế khu vực phía bắc tham gia vào khảo sát này (Tỷ lệ phản hồi = 70,8%). Kết quả nghiên cứu cho thấy điều dưỡng có stress liên quan đến công việc ở mức độ nhẹ, stress mức độ trung bình và cao chiếm tỷ lệ lần lượt là 69,2%, 27,9% và 2,9%. Trong đó nhóm nguyên nhân từ người bệnh và gia đình người bệnh gây nên tình trạng stress của điều dưỡng nhiều nhất (Mean = 1,94; SD = 0,6). Hầu hết điều dưỡng tìm thấy niềm vui thực sự trong công việc, ở mức độ cao (mean = 3,08; SD = 0,62), tuy nhiên nhiều điều dưỡng không hài lòng với mức thu nhập của mình ở mức trung bình (mean = 2,95; SD = 0,8). Có 87,7% điều dưỡng không muốn rời bỏ công việc hiện tại. Có mối tương quan mức độ yếu giữa stress liên quan đến công việc và sự hài lòng trong công việc với khả năng rời bỏ công việc trong tương lai của điều dưỡng.

Từ khóa: Điều dưỡng, Stress liên quan đến công việc, sự hài lòng trong công việc, khả năng bỏ việc ở điều dưỡng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Stress của điều dưỡng là một phản ứng có tác động tổn hại đến chức năng sinh học và tâm lý khi người điều dưỡng đối mặt với áp lực, căng thẳng hoặc sự khó khăn liên quan đến công việc trong quá trình chăm sóc sức khỏe người bệnh tại bệnh viện. Bị stress trong công việc kéo dài và vượt quá sức chịu đựng có ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống và sức khỏe của điều dưỡng. Từ đó stress sẽ tác động nghiêm trọng đến việc cung cấp dịch vụ chăm sóc, chất lượng và hiệu quả của việc cung cấp dịch vụ y tế cũng như quá chăm sóc người bệnh, nhất là với người điều dưỡng trực tiếp chăm sóc người bệnh [1, 2]. Điều dưỡng có liên quan đến nguy cơ mắc chấn thương tâm lý liên quan đến stress liên quan đến công việc cao hơn bác sĩ [3].

Nhiều nguyên nhân gây nên tình trạng stress cho điều dưỡng đã được báo cáo qua nhiều nghiên cứu bao gồm

công việc với các dụng cụ sắc nhọn và tiếp xúc với máu và dịch cơ thể người bệnh cũng như bệnh truyền nhiễm tác nhân, ô nhiễm môi trường làm việc hóa chất và môi trường làm việc căng thẳng và ồn ào. Ngoài ra, khối lượng công việc quá nặng, làm các thủ tục gây đau đớn cho người bệnh...[4, 5]. Trách nhiệm cao, gấp gáp trong công việc, làm ca đêm, kiệt sức do thể chất và sức lực, áp lực tâm lý, sự gây hấn bằng lời nói của bệnh nhân và các mối đe dọa cũng được đề cập là những yếu tố gây căng thẳng lớn nhất cho người điều dưỡng [6].

Sự hài lòng trong công việc của điều dưỡng sẽ giúp cho người điều dưỡng nhiệt tình, tận tâm và gắn bó với công việc từ đó tác động tích cực tới chất lượng chăm sóc người bệnh trong các cơ sở y tế [7]. Ngược lại sự không hài lòng trong công việc có thể dẫn tới sự thiếu trách nhiệm và ý định rời bỏ công việc hiện tại ở điều dưỡng [8]. Điều này sẽ ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả chăm sóc người bệnh và thiếu hụt nghiêm trọng nguồn

*Tác giả liên hệ

Email: dothilehang1603@gmail.com

Điện thoại: (+84) 989886742

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

nhân lực y tế.

Mục tiêu nghiên cứu nghiên cứu của chúng tôi nhằm mô tả và đánh giá mối tương quan giữa stress, sự hài lòng về công việc và khả năng bỏ việc ở điều dưỡng tại một số cơ sở y tế khu vực phía Bắc.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Là học viên Điều dưỡng hệ vừa làm vừa học tại trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên. Thiết kế nghiên cứu là mô tả cắt ngang. Thời gian nghiên cứu từ 4/2022 – 6/2023 tại Trường đại học Y- Dược Thái Nguyên.

Cỡ mẫu nghiên cứu và cách chọn mẫu: Tổng số 691 học viên vừa làm vừa học, hiện đang công tác tại các khoa lâm sàng trực tiếp chăm sóc người bệnh tại các cơ sở y tế phía bắc.

Bộ công cụ Expanded Nursing Stress Scale (ENSS) được sử dụng để đánh giá mức độ căng thẳng stress liên quan đến công việc của điều dưỡng. Thang đo ENSS với độ tin cậy đạt 0.94. Thang đánh giá ENSS khảo sát tình trạng stress của Điều dưỡng gồm 54 câu hỏi hỏi về 8 lĩnh vực gây stress cho điều dưỡng. Có 4 mức trả lời tương đương với điểm 1, 2, 3, 4 (chưa bao giờ stress, thỉnh thoảng stress, thường xuyên stress, rất stress) [9, 10, 11].

Mức độ hài lòng với công việc của điều dưỡng dựa trên bộ câu hỏi của (Mueller's (1981) job satisfaction questions với 4 thang đo được điều chỉnh từ 5 mức xuống còn 4 mức (Hoàn toàn không đồng ý; Không đồng ý; Đồng ý; Hoàn toàn không đồng ý) và 1 câu hỏi về sự hài lòng với thu nhập từ công việc được thêm vào [5].

Khả năng rời bỏ công việc trong tương lai. Phần này hỏi về phản hồi của điều dưỡng về cảm giác của họ về khả năng bỏ việc trong tương lai với 4 khả năng (1: chắc chắn sẽ không bỏ việc, 2: có lẽ sẽ không bỏ việc, 3: có lẽ sẽ bỏ việc, 4: chắc chắn sẽ bỏ việc) [5].

Số liệu được thu thập qua một đường link của bộ câu hỏi nghiên cứu được thiết kế dưới dạng Google form tới học viên Điều dưỡng hệ vừa làm vừa học được gửi vào zalo nhóm của lớp thông qua các giảng viên cố vấn học tập. Tổng số 448 học viên điều dưỡng vừa làm vừa học đã phản hồi trả lời bộ câu hỏi đạt tỷ lệ 70,8%.

Số liệu được xử lý: Bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả được sử dụng để mô tả thực trạng stress, mức độ hài lòng với công việc, và khả năng bỏ việc của đối tượng nghiên cứu. Spearman rank correlation đã được sử dụng để đánh giá mối tương quan giữa stress, sự hài lòng với công việc và khả năng rời bỏ công việc trong tương lai.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận hội

đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học – Y dược Thái Nguyên theo quyết định số 343/DHYD-HĐĐ ngày 29/4 năm 2022.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 448 điều dưỡng tham gia nghiên cứu ở độ tuổi từ 24 đến 56 tuổi với độ tuổi trung bình 35,74 (SD = 4.996). Điều dưỡng tham gia trong nghiên cứu này ở nhóm tuổi từ 35 – 45 tuổi chiếm tỷ lệ 52%. Tỷ lệ nữ điều dưỡng chiếm đa số là 84,2%. Điều dưỡng đều đã kết hôn (91,3%), trình độ chủ yếu là cao đẳng chiếm tỷ lệ 71%, thâm niên công tác của điều dưỡng đa phần là từ 11 đến 20 năm chiếm tỷ lệ 66,3.

Kết quả cho thấy điều dưỡng có stress liên quan đến công việc ở mức độ nhẹ, stress mức độ trung bình và cao chiếm tỷ lệ lần lượt là 69,2%, 27,9% và 2,9% (Mean = 97,5, SD = 26,87; range: 54 – 207). Trong đó nhóm nguyên nhân từ người bệnh và gia đình người bệnh gây nên tình trạng stress của điều dưỡng nhiều nhất (Mean = 1,94; SD = 0,6. Nhóm các vấn đề liên quan đến đồng nghiệp ít gây nên tình trạng stress của người điều dưỡng nhất (Mean = 1,64; SD = 0,49). Cụ thể là làm việc với người bệnh/gia đình người bệnh có lời lẽ lăng mạ/si nhục, người bệnh/gia đình người bệnh hung hăng/bạo lực (Mean = 2,07, SD = 0,84), Tiếp xúc với những nguy hiểm cho sức khỏe và an toàn của bản thân (Mean = 2,02; SD = 0,79), bác sĩ không có mặt trong tình huống cấp cứu (Mean = 2,03; SD = 0,84) đều là nguyên nhân gây stress ở mức trung bình và nhiều nhất cho điều dưỡng.

Nghiên cứu cho thấy sự hài lòng trong công việc của điều dưỡng ở mức độ cao. Như tìm thấy niềm vui thực sự trong công việc (mean = 3,08; SD = 0,62), coi công việc của mình khá thú vị (Mean = 3,01; SD = 0,57). Tuy nhiên hầu hết điều dưỡng không hài lòng với mức thu nhập chưa xứng đáng với công việc của mình ở mức độ trung bình (mean = 2,95; SD = 0,8).

Khả năng rời bỏ công việc trong tương lai. Kết quả cho thấy điều dưỡng chắc chắn không bỏ việc là 40,8%, có lẽ sẽ không bỏ việc chiếm tỷ lệ cao nhất 46,9%, tuy nhiên vẫn có 11,8 có lẽ sẽ bỏ việc trong tương lai và 0,4% chắc chắn sẽ bỏ việc.

Mối tương quan giữa mức độ stress trong công việc với khả năng rời bỏ công việc trong tương lai có mối tương quan thuận ở mức độ yếu ($r = 0,126$ đến $0,176$; $p = .000 - .007$), sự hài lòng trong công việc có mối tương quan nghịch với khả năng rời bỏ công việc hiện tại trong tương lai của điều dưỡng ở mức độ yếu ($r = - 0,325$ đến $-0,352$; $p = .000$). Trong đó stress do khối lượng công việc ($r = 0,176$, $p = .000$), có liên quan đến khả năng bỏ việc cao nhất. Nghiên cứu cũng chỉ ra sự không hài lòng với mức thu nhập không có mối tương quan với khả năng bỏ việc của người điều dưỡng trong tương lai.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy các điều dưỡng có mức độ stress trung bình và cao chiếm tỷ lệ lần lượt là 27,9% và 2,9%, kết quả này cao hơn một khảo sát khác năm 2019 trên 347 điều dưỡng tại viện 108 cho thấy có 19,6% tỷ lệ điều dưỡng bị stress trong đó có 4,4% bị stress mức độ nặng [12]. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu năm 2020 trên điều dưỡng tại một số bệnh viện tuyến tỉnh tại Việt Nam cho thấy 43,5% [13]. Tổng quan qua 40 bài báo từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2020 ở nhiều nước cũng cho thấy tỷ lệ căng thẳng của điều dưỡng chiếm tỷ lệ 43% [14]. Một nghiên cứu khác năm 2021 trên 6581 điều dưỡng tại các bệnh viện tại Iran cho thấy tỷ lệ căng thẳng cao điều dưỡng chiếm tỷ lệ 38% [15]. Đặc biệt một nghiên cứu tại Egypt trong thời kỳ dịch bệnh cho thấy 75,2% điều dưỡng có mức độ stress cao [16].

Trong nghiên cứu này chỉ ra điều dưỡng thường bị căng thẳng ở mức độ trung bình khi bác sĩ không có mặt trong tình huống khẩn cấp do có thể bác sĩ đi mổ, hội chẩn hoặc đang cấp cứu bệnh nhân khác (Mean = 2,03; SD = 0,84). Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Hà và cộng sự cho thấy mức độ stress của điều dưỡng trong tình huống này ở mức độ nhẹ (Mean = 1,70; SD = 0,9) [11]. Nghiên cứu cũng cho thấy điều dưỡng stress khi tiếp xúc với những nguy hiểm cho sức khỏe và an toàn của bản thân ở mức độ trung bình (Mean = 2,02; SD = 0,79). Kết quả này tương tự một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Ngọc Bích khảo sát điều dưỡng tại các bệnh viện đa khoa tỉnh [13], kết quả này của Hà và cộng sự cũng là mức độ stress trung bình (Mean = 2,98; SD = 0,8).

Nghiên cứu này chỉ ra phải làm việc với người bệnh/gia đình người bệnh hung hăng/bạo lực và phải làm việc với người bệnh/gia đình người bệnh có lời lẽ lăng mạ/si nhục đều gây mức độ căng thẳng trung bình và nhiều nhất cho điều dưỡng. Kết quả tương tự như kết quả của một số nghiên cứu khác tại Việt Nam [11, 13]. Khác với nghiên cứu của Olga cho thấy điều dưỡng chủ yếu bị stress nhất liên quan đến cái chết của người bệnh và quá trình hấp hối, thực hiện nhiều thủ thuật gây đau đớn cho bệnh nhân, lắng nghe hoặc nói chuyện với người bệnh về cái chết đang đến với họ, khi thấy người bệnh tử vong [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra điều dưỡng tìm thấy niềm vui thực sự trong công việc của mình ở mức hài lòng cao nhất, kết quả này tương tự nghiên cứu của Olga và cộng sự [5]. Kết quả này khác với nghiên cứu của Said trong thời kỳ dịch bệnh mức độ hài lòng thấp chiếm 51% [16]. Tuy nhiên mức độ không hài lòng về mức thu nhập chưa xứng đáng với công việc của tôi trong nghiên cứu này ở mức trung bình và là điều không hài lòng nhất ở hầu hết điều dưỡng. Kết quả này tương tự khảo sát của bộ y tế [17].

Khả năng bỏ việc của điều dưỡng trong nghiên cứu này được chỉ ra 87,7% điều dưỡng không muốn rời bỏ công việc, khả năng sẽ bỏ việc là 11,8% và chắc chắn bỏ việc là 0,4% kết quả này gần tương đương so với nghiên cứu của Olga và cộng sự năm 2015 lần lượt là 83%, 13,9%, và 3,1% [5], nghiên cứu của Said khả năng bỏ việc của điều dưỡng là 4,8%. Theo Bộ Y tế của Việt Nam cho biết số lượng điều dưỡng thôi việc, bỏ việc từ ngày 01/01/2021 - 30/6/2022 trên cả nước là 2.874. Đặc biệt trong khu vực thành phố Hồ Chí Minh trong 6 tháng đầu năm 2022 có 391 điều dưỡng bỏ việc [17].

Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra stress liên quan đến công việc và sự hài lòng trong công việc có mối liên quan thấp tới khả năng bỏ việc của điều dưỡng. Kết quả này tương tự của nhiều nghiên cứu khác [5, 7]. Mặc dù thu nhập là nguyên nhân gây ra sự không hài lòng nhiều nhất ở điều dưỡng nhưng nó không liên quan đến khả năng bỏ việc của điều dưỡng đã được chỉ ra trong nghiên cứu này ($r = 0,65$, $p = 0,167$). Kết quả này khác với thống kê của Bộ y tế về nhóm nguyên nhân gây bỏ việc của điều dưỡng [17].

5. KẾT LUẬN

Stress liên quan đến công việc của điều dưỡng đa phần ở mức độ nhẹ, điều dưỡng cảm thấy stress nhất liên quan đến phải làm việc với người bệnh/gia đình người bệnh hung hăng/bạo lực và phải làm việc với người bệnh/gia đình người bệnh có lời lẽ lăng mạ/si nhục.

Mức độ hài lòng với công việc của điều dưỡng với công việc ở mức cao. Hầu hết điều dưỡng cảm nhận tìm thấy niềm vui thực sự trong công việc, tuy nhiên mức thu nhập từ công việc là điều không hài lòng nhất ở hầu hết điều dưỡng.

Mặc dù vậy, hết điều dưỡng không có ý định thay đổi công việc hiện tại. Mức độ stress quan đến công việc và sự hài lòng trong công việc có mối tương quan yếu với khả năng rời bỏ công việc trong tương lai của điều dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Ersöğütçü F, and Şener N, Stress as A Basic Concept and Nursing Approaches. Biomed J Sci Tech Res Approaches. 2019; 21 (5): 16225 – 16227.
- [2] WHO, “Stress,” 2023. Truy cập ngày 5/6/2023. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>.
- [3] Song X, Fu W, Liu X et al., Mental health status of medical staff in emergency departments during the Coronavirus disease 2019 epidemic in China. Brain. Behav. Immun. 2020; 88: 60 – 65.

- [4] Nguyễn Thị Ngọc Phương, Trần Thị Xuân Giao, Dương Phúc Thiên Trang & cs, Stress trong công việc của Điều dưỡng và các yếu tố liên quan. *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*; 2022; 55: 27 – 34.
- [5] Olga R, Dale K, Rimantas G et al., Nurses' work-related stress, job satisfaction, and intent to leave: a survey in primary health care centers. *NERP*, 2015; 5 (1): 11 – 20.
- [6] Zhang SX, Liu J, Jahanshahi A et al., At the height of the storm: Healthcare staff's health conditions and job satisfaction and their associated predictors during the epidemic peak of COVID-19. *Brain, Behavior, and Immunity*; 2020; 87: 144 – 146.
- [7] Lu H, Zhao Y, While A, Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *Int. J. Nurs. Stud*, 2019; 94: 21 – 31.
- [8] Han K, Alison MT, Ayse PG, Work-related factors, job satisfaction and intent to leave the current job among United States nurses. *J. Clin. Nurs*. 2015; 24: 3224–3232.
- [9] French SE, Lenton R, Walters V et al., An empirical evaluation of an expanded Nursing Stress Scale. *J. Nurs. Meas*. 2000; 8 (2): 161 – 178.
- [10] Trần Thị Phương Hà, Đỗ Minh Sinh, Tăng Thị Hảo & cs, Nguy cơ stress liên quan đến nghề nghiệp ở điều dưỡng viên: một nghiên cứu cắt ngang dựa vào thang đo expanded nursing stress scale; *Tạp chí Điều dưỡng*, 2020; 3 (3): 41 – 49.
- [11] Tăng Thị Hảo, Tăng Thị Hải, Đỗ Minh Sinh, Thực trạng Stress nghề nghiệp ở điều dưỡng viên tại Bệnh viện nhi Thái Bình năm 2019; *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*; 2019; 3 (2): 5 – 12.
- [12] Nguyễn Bạch Ngọc, Vũ Mai Lan, Nguyễn Thị Kim Phụng et al., Mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến stress, trầm cảm và lo âu ở nhân viên điều dưỡng khối nội tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108, 14 (6): 2019, 108 – 116.
- [13] Nguyễn Ngọc Bích, Trần Thị Hà My, Thực trạng stress ở điều dưỡng tại một bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh và một số yếu tố nguy cơ nghề nghiệp năm 2020, *Tạp chí Y học Dự phòng*, 2021; 31 (6): 181 – 190.
- [14] Maqbali M, Sinani M, Lenjawi B, Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J. Psychosom. Res*. 2021; 141: 1 – 18.
- [15] Hemmati F, Sarokhani M, Abdan Z et al., The prevalence of depression, anxiety and stress in nurses working in Iranian hospitals: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiol. Rev. Epidemiol*. 2021; 75 (2): 254 – 262.
- [16] Said RM, El-Shafei DA, Occupational stress, job satisfaction, and intent to leave: nurses working on front lines during COVID-19 pandemic in Zagazig City, Egypt. *Environ. Sci. Pollut. Res. Int*. 2021; 28 (7): 8791 – 8801.
- [17] Bộ Y tế, Bộ Y tế chỉ ra 4 nguyên nhân chính 2022. truy cập ngày 15/6/2023. https://moh.gov.vn/tin-tong-hop/-/asset_publisher/k206Q9qkZO-qn/content/18-thang-co-9-680-nhan-vien-y-te-xin-thoi-viec-bo-viec-bo-y-te-chi-ra-4-nguyen-nhan-chinh



RESEARCHING THE RISK OF MAJOR ADVERSE CARDIAC EVENTS IN PATIENTS WITH CHEST PAIN USING THE HEART SCORE

Nguyen Thi Hoai Thuong¹, Tran Thi Diem Le¹, Doan Pham Phuoc Long^{1,2*}

¹University of Medicine and Pharmacy, Hue University - 06 Ngo Quyen, Vinh Ninh Ward, Thua Thien Hue, Vietnam

²Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital - 41 & 51, Nguyen Hue, Vinh Ninh, Hue City, Thua Thien Hue, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 21/08/2023; Accepted: 23/09/2023

ABSTRACT

Background: Chest pain is the most common reason for patients to be admitted to the emergency department (ED). The HEART score is a instrumental tool that quickly stratifies the risk level of chest pain patients in the ED, predicting the risk of major adverse cardiac events (MACE) within a 30-day period. This study aims to assess the correlation between the HEART score and MACEs in chest pain patients during their inpatient treatment.

Objective: 1) To describe some clinical and paraclinical characteristics of chest pain patients at the Emergency and Stroke Center of Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital; 2) Investigating the correlation between the HEART score and MACE in the research subjects.

Subjects and methods: Descriptive study combined with short-term follow-up in 88 patients with chest pain symptoms treated at the Emergency and Stroke Center of Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital and Emergency Department of Cardiovascular Intervention of Hue Center Hospital that met the disease selection criteria during hospitalization.

Results: During the hospitalization period, 46 patients experienced cardiovascular events (52.3%). The HEART score showed a statistically significant positive correlation with the likelihood of MACE in patients admitted for chest pain ($p=0.035$). In high-risk patients, 84.6% of patients had major cardiovascular events. With an area under the curve of 0.706, a cut-off point of 5.5, the HEART score has a sensitivity of 67% and a specificity of 79% in predicting the risk of MACE during hospitalization in patients with chest pain.

Conclusion: The HEART score is an effective, simple tool with predictive value for major adverse cardiac events occurring in chest pain patients during hospitalization period.

Key words: HEART score, chest paint, major adverse cardiac events, emergency department.

*Corresponding author

Email address: dpplong@huemed-univ.edu.vn

Phone number: (+84) 782580843

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

NGHIÊN CỨU NGUY CƠ BIẾN CỐ TIM MẠCH LỚN Ở BỆNH NHÂN ĐAU NGỰC BẰNG THANG ĐIỂM HEART

Nguyễn Thị Hoài Thương¹, Trần Thị Diễm Lệ¹, Đoàn Phạm Phước Long^{1,2*}

¹Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế - 06 Ngô Quyền, phường Vĩnh Ninh, Thừa Thiên Huế, Việt Nam

²Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế - 41 & 51, Nguyễn Huệ, Vĩnh Ninh, Thành phố Huế, Thừa Thiên Huế, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 21/08/2023; Ngày duyệt đăng: 23/09/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đau ngực là lý do phổ biến nhất khiến bệnh nhân phải nhập viện cấp cứu.

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá mối liên quan giữa thang điểm HEART với các biến cố tim mạch lớn ở bệnh nhân đau ngực trong thời gian điều trị nội trú.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu ở 88 bệnh nhân có triệu chứng đau ngực vào điều trị tại Trung tâm cấp cứu và Đột quỵ Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế và khoa Cấp cứu – Tim mạch can thiệp Bệnh viện Trung Ương Huế.

Kết quả: Trong thời gian theo dõi, có 46 bệnh nhân xảy ra biến cố tim mạch (52,3%). Thang điểm HEART cho thấy có mối tương quan thuận có ý nghĩa với khả năng xảy ra biến cố tim mạch lớn ở bệnh nhân vào viện vì đau ngực ($p = 0,035$). Ở bệnh nhân thuộc nhóm HEART nguy cơ cao, có 84,6% bệnh nhân xuất hiện biến cố tim mạch lớn. Thang điểm HEART có AUC 0,706, độ nhạy 67% và độ đặc hiệu 79%, trong dự báo nguy cơ xuất hiện biến cố tim mạch lớn trong thời gian nằm viện ở bệnh nhân đau ngực.

Kết luận: Thang điểm HEART là một công cụ hữu hiệu, đơn giản và có giá trị tiên lượng các biến cố tim mạch lớn xảy ra trên bệnh nhân đau ngực trong thời gian nằm viện.

Từ khóa: Điểm HEART, đau ngực, biến cố tim mạch lớn, cấp cứu.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau ngực là một trong những lý do nhập viện cấp cứu và điều trị phổ biến nhất [1, 2], chiếm khoảng 5 - 20% các nguyên nhân nhập viện tại khoa cấp cứu [3]. Thách thức đối với các bác sĩ là phải xác định những bệnh nhân này liệu có khả năng mắc hội chứng mạch vành cấp (HCVC), sau đó tiến hành các phương pháp điều trị theo dõi chuyên sâu. Quá trình chẩn đoán này cần nhanh chóng và hiệu quả, vì tiên lượng điều trị sẽ cải thiện đáng kể nếu bệnh nhân HCVC được chẩn đoán và điều trị kịp thời [4]. Thực tế, khoảng 8% bệnh nhân nhập viện cấp cứu vì đau ngực được cho về theo dõi tại nhà, sau đó được chẩn đoán mắc HCVC [5]. Ngược lại, có đến 60% số ca nhập viện vì đau ngực cuối cùng

được chứng minh là nhập viện không cần thiết [5]. Vì vậy, đã có nhiều thang điểm ra đời để đánh giá nguy cơ như thang điểm TIMI, GRACE, hệ thống phân loại Manchester,... [3, 6, 7]. Trong đó, thang điểm HEART được Six, Backus và Kelder và cộng sự nghiên cứu và phát triển vào năm 2008 là một công cụ giúp nhanh chóng phân tầng nguy cơ bệnh nhân đau ngực tại khoa cấp cứu, dự đoán nguy cơ xuất hiện các biến cố lớn (MACE) trong vòng 30 ngày [8]. Thang điểm này cũng đã được hội Tim mạch học Hoa Kỳ năm 2021 khuyến cáo bệnh nhân đau ngực nên được phân tầng nguy cơ thấp, trung bình, cao để thuận tiện sắp xếp đánh giá và đề xuất sử dụng thang điểm HEART đánh giá nhanh nguy cơ đau ngực ở bệnh nhân nhập viện [9].

*Tác giả liên hệ

Email: dpplong@huemed-univ.edu.vn

Điện thoại: (+84) 782580843

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

Đã có nhiều nghiên cứu về thang điểm HEART tại nước ngoài, phần lớn các nghiên cứu đưa đến kết luận thang điểm HEART giúp phân tầng nguy cơ, dự đoán kết quả dễ dàng, nhanh chóng và đáng tin cậy trên bệnh nhân đau ngực [1, 3, 8]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về thang điểm HEART chưa nhiều nhưng cũng khẳng định giá trị phân tầng nguy cơ, tiên lượng các biến cố tim mạch là rất cao [10], đặc biệt trong thời gian hậu COVID, có nhiều khó khăn về nguồn cung trang thiết bị y tế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *“Nghiên cứu nguy cơ biến cố tim mạch lớn ở bệnh nhân đau ngực bằng thang điểm HEART”*. Nghiên cứu này được thực hiện với 2 mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đau ngực vào Trung tâm cấp cứu và Đột quỵ Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế; và nghiên cứu mối liên quan giữa thang điểm HEART với các biến cố tim mạch lớn xảy ra trên bệnh nhân.*

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân có triệu chứng đau ngực, nhập viện tại Trung tâm cấp cứu và Đột quỵ, Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế và khoa Cấp cứu – Tim mạch can thiệp, Bệnh viện Trung Ương Huế từ ngày 22/07/2022 đến ngày 08/03/2023.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có các bệnh lý bệnh thận mạn giai đoạn cuối, suy gan giai đoạn cuối, bệnh lý ác tính, bệnh nhân không có đầy đủ các kết quả theo dõi lâm sàng, cận lâm sàng.

Thời gian thu thập số liệu: 22/07/2022 - 22/03/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp theo dõi ngắn trong thời gian bệnh nhân nằm viện.

2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Tất cả bệnh nhân vào khoa cấp cứu trong khoảng thời gian từ ngày 22/07/2022 đến ngày 08/03/2023 với triệu chứng đau ngực, không có tiêu chuẩn loại trừ được chọn vào nghiên cứu. Cỡ mẫu nghiên cứu bao gồm 88 bệnh nhân.

2.4. Một số biến số nghiên cứu

2.4.1. Thang điểm HEART (HS)

Dựa trên 5 biến số, bao gồm tiền sử, điện tâm đồ 12 chuyển đạo, tuổi, các yếu tố nguy cơ và troponin T. Thang điểm nằm trong khoảng từ 0 đến 2 trong mỗi loại trong số năm biến này, với điểm thấp nhất là 0 và điểm cao nhất là 10.

• Tiền sử (H)

Trong trường hợp không có các yếu tố điển hình với HCVC về tính chất cơn đau ngực, khởi phát và thời gian kéo dài, liên quan đến gắng sức, căng thẳng hoặc gặp lạnh, vị trí, các triệu chứng kèm theo và phản ứng với nitrat ngậm dưới lưỡi, tiền sử được phân loại là ‘nguy cơ thấp’ và 0 điểm. Nếu tiền sử bệnh nhân vừa chứa các yếu tố không điển hình và vừa điển hình với HCVC, thì tiền sử được phân loại là ‘nguy cơ vừa’ và được cho 1 điểm. Nếu tiền sử liên quan đến HCVC, tiền sử chủ yếu là các yếu tố điển hình, thì được phân loại là ‘nguy cơ cao’ và được cho 2 điểm.

• Điện tâm đồ (E)

Điện tâm đồ hoàn toàn bình thường nhận được điểm 0.

Nếu có bất thường tái cực mà ST không chênh xuống đáng kể được cho 1 điểm. Những bất thường tái cực này bao gồm: block nhánh bó (BBB), phì đại tâm thất trái (LVH), bất thường tái cực do sử dụng digoxin, cấy máy tạo nhịp vào thất phải, và các bất thường tái cực không thay đổi so với ECG trong quá khứ. Bao gồm nhồi máu cơ tim trong quá khứ.

Nếu đoạn ST chênh đáng kể, chênh xuống hoặc chênh lên - trong trường hợp không có BBB, LVH, cấy máy tạo nhịp thất phải hoặc sử dụng digoxin - nhận được 2 điểm.

• Tuổi (A)

Tại thời điểm nhập viện, bệnh nhân từ 45 tuổi trở xuống nhận điểm 0; bệnh nhân ở độ tuổi 46 – 64 nhận được điểm 1; và bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên nhận được điểm 2.

• Yếu tố nguy cơ (R)

Là các yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh mạch vành (CAD). Các yếu tố nguy cơ bao gồm: đái tháo đường (ĐTĐ) đã được chẩn đoán; hiện đang hút thuốc lá hoặc đã bỏ < 15 năm; tăng huyết áp (THA) được chẩn đoán; tăng cholesterol máu được chẩn đoán; béo phì (BMI > 30) và tiền sử gia đình mắc bệnh CAD.

0 điểm nếu bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ nào; 1 điểm cho 1 đến 2 yếu tố nguy cơ và 2 điểm cho 3 yếu tố nguy cơ trở lên hoặc bệnh nhân có tiền sử bệnh động mạch ngoại vi, nhồi máu cơ tim, đã thủ thuật tái thông mạch vành trong quá khứ hoặc đột quỵ.

• Troponin (T)

Nếu nồng độ Troponin khi nhập viện thấp hơn hoặc bằng giới hạn bình thường (Troponin $\leq 0,14\text{ng/L}$) thì không có điểm nào. Nếu Troponin nằm trong khoảng từ một đến ba lần giới hạn bình thường thì 1 điểm. Và nếu cao hơn từ ba lần thì sẽ được 2 điểm.

2.4.2. Các biến cố tim mạch lớn được theo dõi (MACE)

Các biến cố được ghi nhận gồm: Chụp/can thiệp động mạch vành (ĐMV); bắc cầu nối chủ vành (CABG); rối loạn nhịp tim; suy tim cấp; nhồi máu cơ tim cấp (NMCT cấp); tử vong. Tất cả các biến cố được theo dõi từ khi bệnh nhân vào viện đến khi bệnh nhân xuất viện.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu

- Sử dụng phần mềm SPSS 18.0 để phân tích số liệu và vẽ biểu đồ.

- Dùng kiểm định Kolmogorov - Smirnov để kiểm định phân bố chuẩn.

- Dùng đường cong ROC để biểu diễn độ nhạy và độ đặc hiệu của chỉ số HS và xác định giá trị điểm cắt để tiên lượng sự xuất hiện biến cố trong thời gian theo dõi.

- Giá trị $p < 0.05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Giá trị ($\bar{X} \pm SD$) hoặc n (%)
Tổng số bệnh nhân	n = 88
Tuổi (năm)	$69 \pm 15,43$
≤ 45	11 (12,5%)
45 - 64	20 (22,7%)
≥ 65	57 (64,8%)
Nam	37 (42%)
Cận lâm sàng	
Hs Troponin T	$0,014 \pm 0,086$
Cholesterol TP	$4,67 \pm 1,01$
HDL-C	$1,22 \pm 0,43$
LDL-C	$2,98 \pm 0,89$
ECG	
ST chênh	5 (5,7%)
BBB	8 (9,1%)
LVH	4 (4,5%)
T đảo ngược	14 (15,9%)
Rối loạn nhịp	33 (37,5%)
Siêu âm tim	
Rối loạn vận động	9 (10,2%)
EF giảm	12 (13,6%)
LVH	34 (28,6%)
Hẹp/hở van tim	37 (42%)
Rối loạn nhịp	14 (15,9%)
Khác	10 (11,4%)

Các số liệu được trình bày dưới dạng $\bar{X}$ hoặc trung vị $\pm$ độ lệch chuẩn đối với các biến phân bố chuẩn hoặc Trung vị $\pm$ SD với các biến không thuộc phân bố chuẩn và tỷ lệ (%) đối với các biến phân loại.

Trong nghiên cứu, tỉ lệ nam giới và nữ giới là 42% và 58% (bảng 1). Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $69 \pm 15,43$, trong đó nhóm tuổi ≥ 65 chiếm tỉ lệ lớn nhất là 64,8%. Nghiên cứu cho thấy kết quả bất thường của ECG, phần lớn bệnh nhân có tình trạng rối loạn nhịp tim trong thời gian theo dõi chiếm 37,5%, đặc

biệt điện tim xuất hiện 5 trường hợp ST chênh, chiếm 5,7%. Về đặc điểm siêu âm tim, hẹp/hở van tim chiếm phần lớn với 42%, thấp nhất là rối loạn vận động với 10,2%.

Bảng 2. So sánh một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa các nhóm thang điểm HEART

Đặc điểm lâm sàng	HS thấp < 3,2 (n=23)	HS trung bình 3,2 – 7,8 (n=52)	HS cao >7,8 (n=13)	P
Độ tuổi (năm)	48,4 $\pm$ 12,9	72,3 $\pm$ 9,3	80 $\pm$ 9,4	<0,01
Các đặc điểm tiền sử mắc bệnh				
THA	5 (21,7%)	41 (78,8%)	10 (76,9%)	0,001*
ĐTDĐ	0 (0%)	11 (21,2%)	2 (15,4%)	0,082
RLLP	2 (8,7%)	3 (5,8%)	2 (15,4%)	0,664
RLN	5 (21,7%)	6 (11,5%)	1 (7,7%)	0,19
Suy tim	3 (13,0%)	8 (15,4%)	4 (30,8%)	0,245
CAD/NMCT/ Stent/CABG	0 (0%)	22 (42,3%)	10 (76,9%)	0,001*
TBMNN/TIA	0 (0%)	9 (17,3%)	1 (7,7%)	0,219
Gia đình có CAD	2 (8,7%)	4 (7,7%)	1 (7,7%)	0,896
Đặc điểm cận lâm sàng				
Hs-TroponinT	0,007 $\pm$ 0,005	0,024 $\pm$ 0,050	0,137 $\pm$ 0,171	0,001*

Các số liệu được trình bày dưới dạng $\bar{X}$ hoặc trung vị $\pm$ độ lệch chuẩn đối với các biến phân bố chuẩn hoặc Trung vị $\pm$ SD với các biến không thuộc phân bố chuẩn và tỷ lệ (%) đối với các biến phân loại.

Bảng 2 cho thấy, 88 bệnh nhân được chia thành 3 nhóm theo mức HS (HS thấp: < 3,2, HS trung bình: 3,2 - 7,8 và HS cao: > 7,8). Bảng 3.2 cho thấy độ tuổi trung bình tăng dần theo mức HS, lần lượt là $48,4 \pm 12,9$, $72,3 \pm 9,3$ và 80 ± 9 ($p < 0,01$).

Tiền sử THA có sự khác biệt giữa các nhóm HS, tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử THA ở nhóm HS trung bình cao hơn có ý nghĩa so với hai nhóm HS thấp và cao ($p = 0,001$). Tương tự, tiền sử CAD/NMCT/Stent/CABG

cũng ý nghĩa thống kê với nhóm HS cao cao hơn so với nhóm HS thấp và trung bình ($p = 0,001$). Các yếu tố nguy cơ còn lại không có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm. Kết quả xét nghiệm hs Troponin T cho thấy có tình trạng tăng ở hầu hết các trường hợp nhóm HS trung bình, cao và sự tăng hs-TnT huyết thanh tăng dần theo chiều tăng của các nhóm HS (lần lượt là $0,007 \pm 0,005$; $0,024 \pm 0,050$; $0,137 \pm 0,171$; $p = 0,001$).

Bảng 3. So sánh các thành phần trong thang điểm HEART giữa các nhóm HS

Thang điểm HEART	HS thấp < 3,2 (n=23)	HS trung bình 3,2 – 7,8 (n=52)	HS cao >7,8 (n=13)	p
H	0,39 ± 0,5	1,38 ± 0,6	1,92 ± 0,3	0,001*
E	0,13 ± 0,5	0,37 ± 0,5	1,15 ± 0,6	0,001*
A	0,65 ± 0,6	1,79 ± 0,5	2 ± 0,00	0,001*
R	0,78 ± 0,6	1,58 ± 0,5	1,85 ± 0,4	0,001*
T	0,04 ± 0,2	0,46 ± 0,6	1,54 ± 0,5	0,001*

Các số liệu được trình bày dưới dạng $\bar{X}$ hoặc trung vị ± độ lệch chuẩn đối với các biến phân bố chuẩn hoặc Trung vị ± SD với các biến không thuộc phân bố chuẩn và tỷ lệ (%) đối với các biến phân loại.

Bảng 3 cho thấy trong nhóm HS thấp, R là thành phần chiếm tỉ lệ điểm cao nhất với $0,78 \pm 0,6$; trong nhóm HS trung bình, thành phần cao nhất là A với $1,79 \pm 0,5$; và trong nhóm HS cao là thành phần A với $2 \pm 0,00$ cho thấy tất cả bệnh nhân đều ≥ 65 tuổi.

3.2. Mối liên quan giữa thang điểm HEART với các biến cố tim mạch lớn trong thời gian theo dõi

3.2.1. Mối liên quan giữa thang điểm HEART và các biến cố tim mạch xảy ra trong thời gian theo dõi tại viện.

Bảng 4. Mối liên quan giữa chỉ số HS và các biến cố tim mạch xảy ra

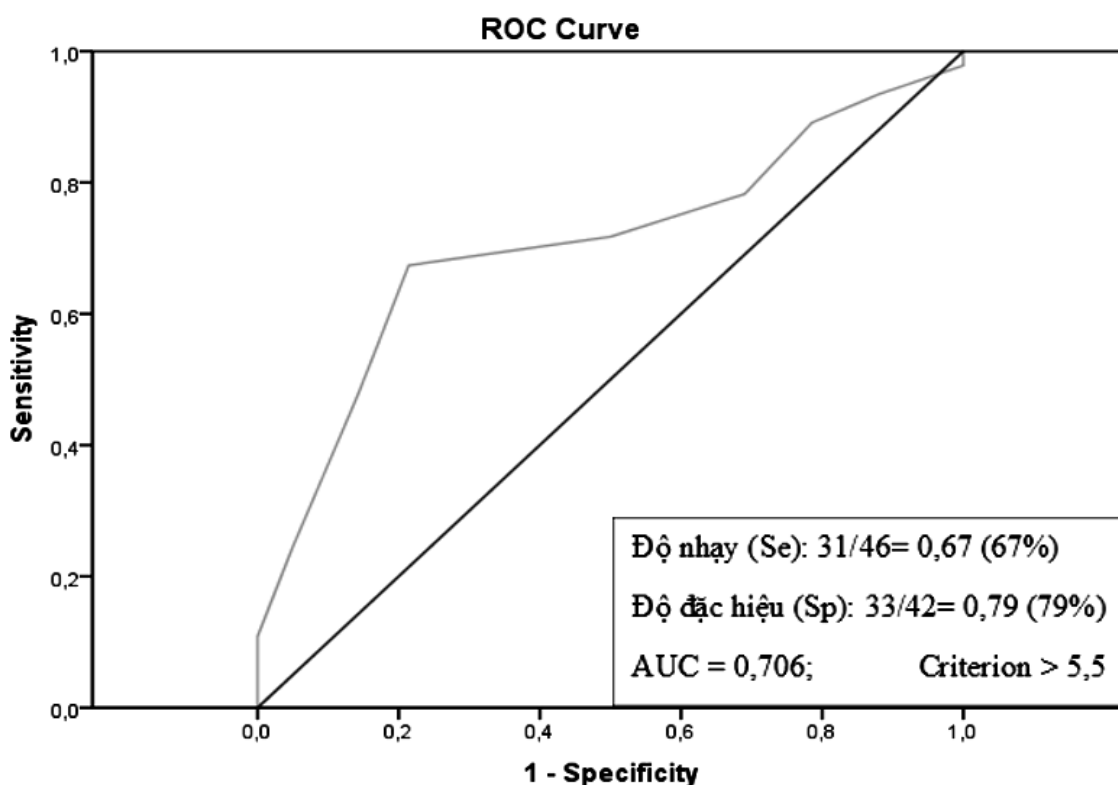
Đặc điểm lâm sàng	HS thấp < 3,2 (n=23)	HS trung bình 3,2 – 7,8 (n=52)	HS cao >7,8 (n=13)	p
Có BC	10 (43,5%)	25 (48,1%)	11 (84,6%)	0,035*
Chụp/can thiệp ĐMV	0	2 (3,8%)	4 (30,8%)	0,002*
CABG	0	0	0	-
Rối loạn nhịp tim	10 (43,5%)	17 (32,7%)	7 (53,8%)	0,767
Suy tim cấp	0	6 (11,5%)	2 (15,4%)	0,083
NMCT cấp	0	2 (3,8%)	7 (53,8%)	0,001*
Tử vong	0	0	0	-

Bảng 4 cho thấy, trong tất cả 88 bệnh nhân được nghiên cứu, có 46 trường hợp xuất hiện biến cố tại viện. Đa phần các bệnh nhân xuất hiện biến cố đều thuộc nhóm HS trung bình và cao (36 trường hợp). Bảng 3.4 cho thấy tỉ lệ xuất hiện biến cố tăng dần theo mức HS, trong đó nhóm HS cao có 84,6% bệnh nhân xuất hiện biến cố. Chỉ biến cố chụp/can thiệp ĐMV và NMCT cấp có ý

nghĩa thống kê và NMCT cấp chiếm tỉ lệ cao nhất trong nhóm HS cao với p lần lượt là 0,002 và 0,001. Trong nhóm HS thấp chỉ xuất hiện biến cố rối loạn nhịp và chiếm 43,5% tổng số trong nhóm.

3.2.2. Độ nhạy và độ đặc hiệu của thang điểm HEART trong áp dụng tiên lượng bệnh nhân đau ngực khi vào khoa cấp cứu.

Hình 1. Đường cong ROC (Receiver operating Characteristic) biểu hiện độ nhạy và độ đặc hiệu của thang điểm HEART trong tiên lượng nguy cơ xảy ra biến cố tim mạch.



Hình 1 cho thấy, với khoảng tin cậy 95%, bệnh nhân có chỉ số HS lúc vào viện lớn hơn 5,5 thì có độ nhạy 67% và độ đặc hiệu 79% trong tiên lượng nguy cơ xảy ra biến cố tim mạch.

4. BÀN LUẬN

Một số nghiên cứu điều tra tính hiệu quả của 3 mô hình tính điểm khác nhau đối với thành phần tiên sử của điểm số HEART và không có mô hình nào được coi là yếu tố dự báo hiệu quả cho nhu cầu nghiên cứu. Có ý kiến cho rằng việc sử dụng mô hình tính điểm này so với đánh giá của từng bác sĩ có thể hữu ích hơn trong việc tăng cường tính đồng nhất giữa các bác sĩ [11]. Trong nghiên cứu của chúng tôi yếu tố tiên sử cũng không phải là yếu tố dự báo quan trọng cho nhu cầu nghiên cứu về MACE và tính đặc hiệu của yếu tố tiên sử là không cao. Giải thích cho vấn đề trên đối với những bệnh nhân nữ, người cao tuổi, người có nhiều bệnh nền nặng có thể biểu hiện không đặc hiệu triệu chứng đau ngực trong bối cảnh HCVC.

Điện tâm đồ ban đầu là công cụ nhanh chóng và sẵn có để đánh giá bệnh nhân nghi ngờ bị HCVC. Nhưng có tới trên 20% bệnh nhân không có thay đổi tức thời

trên ECG. Trong quá trình tính điểm thành phần E nếu đoạn ST chênh đáng kể, chênh xuống hoặc chênh lên, - trong trường hợp không có BBB, LVH, cây máy tạo nhịp thất phải hoặc sử dụng digoxin (lần đầu đo hoặc không có ECG cũ) - được 2 điểm [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có nhiều bệnh nhân có tiền sử mắc CAD/NMCT/Stent/CABG ảnh hưởng đến kết quả điện tâm đồ, vì vậy các bệnh nhân này có điểm số E thấp hơn so với nguy cơ.

Tuổi là một yếu tố nguy cơ có giá trị tiên lượng đối HCVC. Tuổi càng cao thì tỷ lệ BMV càng tăng [10]. Vì vậy thành phần tuổi là yếu tố quan trọng dự báo nguy cơ MACE. Tương tự trong nghiên cứu này thành phần R cũng chiếm điểm khá cao trong các nhóm HS. Các yếu tố nguy cơ trong nghiên cứu có liên quan trực tiếp đến bệnh mạch vành (CAD). Nguy cơ càng nhiều thì rủi ro mắc CAD càng cao.

Troponin tim có độ nhạy cao cũng là dấu hiệu tiên lượng mạnh mẽ cho các biến cố và tử vong, đặc biệt là các bệnh tim mạch [13]. Tuy nhiên các bệnh nhân sau khi được đánh giá, sẽ được theo dõi và xác định lại troponin sau 3 giờ [14]. Mức hs-TnT tăng cao không phải lúc nào cũng chỉ ra HCVC mà những trường hợp như suy tim, tăng huyết áp nặng, nhiễm trùng huyết, thuyên tắc phổi,

bệnh thận mạn, cũng có thể làm tăng troponin [13]. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy thành phần T không đạt điểm cao trong các nhóm HS và hs Troponin T lúc vào viện không thể đánh giá toàn diện nguy cơ bệnh mạch vành trên bệnh nhân.

Trên thực tế, một tỷ lệ đáng kể những bệnh nhân đau ngực vào khoa cấp cứu được trải qua đánh giá y khoa nâng cao dẫn đến thời gian nằm viện cấp cứu lâu hơn, thực hiện nhiều xét nghiệm không cần thiết và tốn kém hơn [7, 11]. Do đó việc phân tầng nguy cơ thích hợp cho đối tượng bệnh nhân cần được đưa ra nhanh chóng nhằm mục đích xác định các biến cố tim mạch quan trọng, đồng thời giảm các xét nghiệm và nhập viện không cần thiết.

Theo một số nghiên cứu, những bệnh nhân có HS nguy cơ thấp (≤ 3 điểm) được phát hiện có MACE chiếm 1,7%, HS nguy cơ trung bình (4 – 6 điểm) tỷ lệ MACE xấp xỉ 12 – 17% và HS nguy cơ cao (7 – 10 điểm) là khoảng 50 – 65% [14]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ xuất hiện MACE tăng dần và tương quan thuận với HS. Với điểm cắt $> 5,5$, HS có giá trị tiên lượng MACE ở nhóm nghiên cứu với độ nhạy 67%, độ đặc hiệu là 79%, diện tích dưới đường cong ROC là 0,706. Kết quả nghiên cứu chứng minh rằng: chỉ số HS là yếu tố tiên lượng độc lập và có giá trị tiên lượng cao cho nguy cơ xuất hiện biến cố tim mạch ở bệnh nhân đau ngực khi vào khoa cấp cứu. Chú ý hơn là trong nhóm HS thấp chỉ xảy ra biến cố rối loạn nhịp tim và chỉ cần theo dõi điều trị nội khoa; trong hai nhóm HS trung bình và cao đều xuất hiện hầu hết các loại biến cố và khả năng xảy ra biến cố rất lớn. Với nhóm HS cao $> 7,8$ (8 - 10 điểm) khả năng xảy ra biến cố rất lớn (84,6%), cần nhập viện theo dõi sát, có thể can thiệp điều trị sớm nếu cần thiết để hạn chế tình trạng diễn tiến nặng của bệnh.

Thang điểm HEART là một thang điểm đã được kiểm chứng bằng những nghiên cứu lớn đa trung tâm [11, 15, 16]. HS như một công cụ phân tầng nguy cơ nhanh chóng cho bệnh nhân bị đau ngực có MACE trong thời gian ngắn. Công cụ này được coi là khá có giá trị vì nhiều lý do, bao gồm tính dễ áp dụng, tính sẵn có của các biến, tập trung vào kết quả trong thời gian ngắn, phù hợp với quản lý cấp cứu và xác định ba nhóm bệnh nhân riêng biệt (nguy cơ thấp, trung bình và cao) của bệnh nhân đau ngực cấp cứu nghi ngờ HCVC [11]. Như vậy dựa vào thang điểm HEART giúp người bệnh có nguy cơ cao được xử trí và điều trị can thiệp kịp thời, xác định bệnh nhân có nguy cơ thấp phù hợp để xuất viện sớm hơn và giúp bác sĩ lâm sàng phân tầng được nhóm bệnh nhân nhanh chóng, khách quan để đưa ra quyết định nhanh và đúng đắn hơn.

5. KẾT LUẬN

Trong thời gian theo dõi tại viện 88 bệnh nhân bệnh nhân đau ngực vào khoa cấp cứu, có 46 bệnh nhân xảy ra biến cố tim mạch với 6 trường hợp chụp/can thiệp ĐMV, 34 trường hợp rối loạn nhịp tim, 8 trường hợp suy tim cấp.

Thang điểm HEART tương quan thuận với khả năng xảy ra MACE. Ở nhóm bệnh nhân nguy cơ thấp (0 - 3 điểm) thì tỷ lệ xuất hiện biến cố là 43.5%, nhóm bệnh nhân nguy cơ trung bình (4 - 7 điểm) có 48.1% bệnh nhân có biến cố, nhóm bệnh nhân nguy cơ cao (8 - 10 điểm) có tỷ lệ cao 84.6% bệnh nhân xuất hiện biến cố tim mạch lớn.

Với khoảng tin cậy 95%, điểm cắt $> 5,5$ thang điểm HEART là yếu tố tiên lượng có độ nhạy 67% và độ đặc hiệu 79%, diện tích dưới đường cong ROC là 0,706 cho nguy cơ xuất hiện biến cố tim mạch lớn.

Thang điểm Heart là một công cụ hữu hiệu, đơn giản và có giá trị tiên lượng các biến cố tim mạch lớn xảy ra trên bệnh nhân đau ngực trong thời gian nằm viện, có thể áp dụng thực tế trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Backus BE et al., A prospective validation of the HEART score for chest pain patients at the emergency department. *Int J Cardiol*, 2013. 168(3): p. 2153-8.
- [2] Bhuiya, F.A., S.R. Pitts, and L.F. McCaig, Emergency department visits for chest pain and abdominal pain: United States, 1999-2008. *NCHS Data Brief*, 2010(43): p. 1-8.
- [3] Leite L et al., Chest pain in the emergency department: risk stratification with Manchester triage system and HEART score. *BMC Cardiovasc Disord*, 2015. 15: p. 48.
- [4] Bassand JP et al., Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *Eur Heart J*, 2007. 28(13): p. 1598-660.
- [5] Bayón Fernández J et al., [Chest pain units. Organization and protocol for the diagnosis of acute coronary syndromes]. *Rev Esp Cardiol*, 2002. 55(2): p. 143-54.
- [6] Poldervaart JM et al., Comparison of the GRACE, HEART and TIMI score to predict major adverse cardiac events in chest pain patients at the emergency department. *Int J Cardiol*, 2017. 227: p. 656-661.
- [7] Hammami R et al., Accuracy of the TIMI and GRACE scores in predicting coronary disease in patients with non-ST-elevation acute coronary syndrome. *Rev Port Cardiol (Engl Ed)*, 2018. 37(1): p. 41-49.

- [8] Six, A.J., B.E. Backus, and J.C. Kelder, Chest pain in the emergency room: value of the HEART score. *Neth Heart J*, 2008. 16(6): p. 191-6.
- [9] Writing Committee, M., et al., 2021 AHA/ACC/AASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*, 2021. 78(22): p. e187-e285.
- [10] Trần Nam Chung, Nghiên cứu áp dụng thang điểm HEART trong phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân đau ngực tại phòng cấp cứu Bệnh viện 199; *Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology*, 2022(47): p. 163-168.
- [11] Brady, W. and K. de Souza, The HEART score: A guide to its application in the emergency department; *Turk J Emerg Med*, 2018. 18(2): p. 47-51.
- [12] Hirai, T. and H. Inoue, [The electrocardiogram in the diagnosis of acute coronary syndrome]; *Nihon Rinsho*, 1998. 56(10): p. 2561-8.
- [13] Lazar DR et al., High-Sensitivity Troponin: A Review on Characteristics, Assessment, and Clinical Implications. *Dis Markers*, 2022. 2022: p. 9713326.
- [14] Mahler SA et al., The HEART Pathway randomized trial: identifying emergency department patients with acute chest pain for early discharge. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 2015. 8(2): p. 195-203.
- [15] McCord J et al., Prognostic Utility of a Modified HEART Score in Chest Pain Patients in the Emergency Department. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 2017. 10(2).
- [16] Patnaik S et al., Clinical utility of the HEART score in patients admitted with chest pain to an inner-city hospital in the USA. *Coron Artery Dis*, 2017. 28(4): p. 336-341.

THE ASSOCIATION BETWEEN THE INFLUENCE OF THE HUSBAND AND DEPRESSION IN HIGH-RISK PREGNANT WOMEN TREATED AT DA NANG HOSPITAL FOR WOMEN AND CHILDREN

Duong Thi Kim Hoa^{1*}, Vo Van Thang²

¹Da Nang University of Medical and Pharmacy Technology - 99 Hung Vuong, Hai Chau District, Da Nang city, Vietnam

²Hue University of Medicine and Pharmacy - 6 Ngo Quyen, Vinh Ninh, Hue City, Thua Thien Hue, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 19/08/2023; Accepted: 02/10/2023

ABSTRACT

Background: Depression, which is increasingly common in pregnant women, is affected by many psychological and social factors, and the support of the husband plays an important role in improving mental health. Especially in women with a high-risk pregnancy, there will be an increased possibility of preterm birth, low birth weight, or likelihood of postpartum depression, moreover, they may develop suicidal ideation or harm themselves and their children.

Objectives: Determine the prevalence of depression according to the Edinburgh scale (EPDS) and explore some factors related to the role of husband and depression in high-risk pregnant women treated at Da Nang Hospital for Women and Children.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study, was conducted on 312 high-risk pregnant women, treated at Da Nang Hospital for Women and Children from February 2022 to September 2022.

Results: The prevalence of depression in high-risk pregnant women is 36.5% and several factors relating to the husband are: current pregnancy expectations, promotion of pregnancy care, concern and support to his wife, and domestic violence during pregnancy ($p < 0.05$).

Conclusion: The rate of depression in high-risk pregnant women is alarming, and more findings are consolidating the role of the spouse in that elevation.

Keywords: High-risk pregnancy, depression in pregnant women, Edinburgh postpartum depression scale (EPDS).

*Corresponding author
Email address: dtkhoa@dhktyduocdn.edu.vn
Phone number: (+84) 905010675
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



MỐI LIÊN QUAN GIỮA CÁC YẾU TỐ TỪ PHÍA NGƯỜI CHỒNG VÀ TRẦM CẢM Ở PHỤ NỮ THAI NGHÉN CÓ NGUY CƠ CAO ĐANG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN - NHI ĐÀ NẴNG

Dương Thị Kim Hoa^{1*}, Võ Văn Thắng²

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng - 99 Hùng Vương, quận Hải Châu, TP. Đà Nẵng, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế - 6 Ngô Quyền, Vĩnh Ninh, Thành phố Huế, Thừa Thiên Huế, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 19/08/2023; Ngày duyệt đăng: 02/10/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trầm cảm ngày càng phổ biến ở phụ nữ mang thai, bệnh bị tác động bởi một số yếu tố tâm lý, xã hội và sự hỗ trợ của người chồng đóng vai trò quan trọng để cải thiện vấn đề sức khỏe tâm thần. Đặc biệt ở những phụ nữ thai nghén có nguy cơ cao bị trầm cảm sẽ làm tăng nguy cơ sinh non, sinh trẻ nhẹ cân, chậm phát triển tâm thần vận động của trẻ sau này hoặc tăng nguy cơ trầm cảm sau sinh ở bà mẹ, nghiêm trọng hơn, có thể xuất hiện ý định tự tử, tự hủy hoại bản thân và con của họ.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ trầm cảm theo thang đo Edinburgh (EPDS) và mối liên quan giữa các yếu tố từ phía người chồng và trầm cảm ở phụ nữ thai nghén có nguy cơ cao đang điều trị tại bệnh viện Phụ Sản – Nhi Đà Nẵng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành trên 312 phụ nữ thai nghén có nguy cơ cao đang điều trị tại Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng từ tháng 2 đến tháng 9 năm 2022.

Kết quả: Tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ thai nghén có nguy cơ cao là 36,5% và một số yếu tố liên quan từ phía người chồng là: sự mong đợi thai kỳ hiện tại, khuyến khích chăm sóc thai kỳ, sự quan tâm, giúp đỡ và chia sẻ với vợ, bạo hành vợ khi mang thai ($p < 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ thai nghén có nguy cơ cao là báo động, một số yếu tố liên quan đến người chồng làm tăng tỷ lệ trầm cảm.

Từ khóa: Thai nghén có nguy cơ cao, trầm cảm ở phụ nữ mang thai, thang đo trầm cảm sau sinh của Edinburgh (EPDS).

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trầm cảm ngày càng phổ biến ở phụ nữ mang thai [1]. Ước tính có khoảng 10% phụ nữ trên toàn thế giới đã trải qua trầm cảm trước sinh, tỉ lệ này còn cao hơn ở các nước đang phát triển, khoảng 15,6% [2]. Việt Nam là một trong những quốc gia có tỷ lệ trầm cảm trước sinh hiện hành cao, dao động từ 12,2% đến 29,1% [3, 4]. Nếu không được phát hiện và điều trị có thể làm tăng nguy cơ bị trầm cảm sau sinh, hoặc mắc bệnh tâm thần,

ng nghiêm trọng hơn, bà mẹ có thể xuất hiện ý định tự hủy hoại bản thân và con của họ [5].

Nghiên cứu ở Ethiopia năm 2016, tìm thấy những thai phụ có xung đột hôn nhân thì nguy cơ bị trầm cảm trước sinh cao hơn gấp 6 lần so với những người không có xung đột [6]. Tương tự, kết quả nghiên cứu ở Ấn Độ chỉ ra bạo lực gia đình làm tăng đáng kể nguy cơ trầm cảm trước sinh gấp 5 lần [7]. Tác giả Abriham Zegeye và những nghiên cứu tổng hợp của Underwood Lisa,

*Tác giả liên hệ

Email: dtkhoa@dhktyduocdn.edu.vn

Điện thoại: (+84) 905010675

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

Abel Fekadu Dadi cũng kết luận: thai phụ thiếu hỗ trợ từ chồng thì tăng nguy cơ trầm cảm trước sinh gấp 3 lần so với nhóm được hỗ trợ [6, 8, 9].

Tại Việt Nam năm 2018, Trần Thơ Nhị và cộng sự nghiên cứu thuần tập trên 1274 thai phụ tại huyện Đông Anh, Hà Nội, tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai là 5,0% (63/1274) và trong đó có 33,3% diễn biến thành trầm cảm sau sinh (21/63), các yếu tố liên quan đến trầm cảm trước sinh bao gồm: có tiền sử thai chết lưu; phụ nữ bị bạo lực tinh thần, thể xác, tình dục trong khi mang thai hoặc không được gia đình hỗ trợ; lo âu trong khi mang thai [3].

Năm 2008, Brandon Anna R. phát hiện tỷ lệ trầm cảm ở thai phụ đang điều trị nội trú vì thai nghén có nguy cơ cao là 44,2% (57/129) [10]. Kết quả cho thấy cần phải sàng lọc trầm cảm để xác định những trường hợp cần điều trị, giảm nguy cơ cho mẹ và thai. Tuy nhiên ở Việt Nam, chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào được tiến hành trên đối tượng thai nghén có nguy cơ cao.

Bệnh viện Phụ Sản – Nhi Đà Nẵng là bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối của thành phố. Tất cả các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao đều được điều trị tại đây. “Liệu với những nguy cơ tiềm tàng đe dọa đến sức khỏe bà mẹ và thai nhi có làm gia tăng tỷ lệ trầm cảm ở đối tượng này hay không?”. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ trầm cảm theo thang đo Edinburgh (EPDS) và tìm hiểu mối liên quan giữa các yếu tố từ phía người chồng và trầm cảm ở phụ nữ thai nghén có nguy cơ cao đang điều trị tại Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng.*

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả những phụ nữ thai nghén có nguy cơ cao, có hồ sơ bệnh án đang điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản – Nhi Đà Nẵng đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Những phụ nữ thai nghén có nguy cơ cao được chẩn đoán rối loạn tâm thần hoặc trầm cảm, đang trong tình trạng cấp cứu, hoặc không có khả năng nghe, nói, đọc viết Tiếng Việt.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng tỷ lệ.

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: số lượng mẫu nghiên cứu.

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ với độ tin cậy 95%.

$p = 44,2\%$ (0,245) tỷ lệ trầm cảm trước sinh ở phụ nữ mang thai có nguy cơ cao theo nghiên cứu của tác giả Brandon Anna R. năm 2008 [10].

$d = 0,06$ với sai số mong muốn là 6%

$$n = (1,96)^2 \frac{0,442(1-0,442)}{(0,06)^2} = \frac{3,84 \times 0,442 \times 0,558}{0,0036} = 261,99$$

$n \approx 262$, chúng tôi chọn 312 đối tượng là những phụ nữ thai nghén có nguy cơ cao.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Nghiên cứu hồ sơ bệnh án và phỏng vấn những phụ nữ thai nghén có nguy cơ cao đang điều trị.

+ Bước 1: Chọn hồ sơ bệnh án của những thai phụ được chẩn đoán thai nghén có nguy cơ cao. Theo hướng dẫn Chuẩn Quốc Gia về sức khỏe sinh sản năm 2016, thai nghén nguy cơ cao được chia theo 5 nhóm: Nhóm nguy cơ có liên quan tới thai phụ: tuổi (dưới 16 hoặc trên 35 tuổi), chiều cao (< 145cm), cân nặng (< 40kg hoặc > 70 kg trước khi mang thai), bất thường giải phẫu cơ quan sinh dục; Nhóm nguy cơ liên quan tới bệnh tật của mẹ có từ trước: tăng huyết áp, bệnh thận, tim mạch, lao phổi, thiếu máu, nhiễm khuẩn; Nhóm có tiền sử thai sản nặng nề: sảy thai liên tiếp, thai chết lưu, tiền sản giật, đẻ non, trẻ dị dạng bẩm sinh; Nhóm nguy cơ cao có liên quan tới yếu tố xã hội: nghèo đói, trình độ văn hóa thấp, giao thông không thuận tiện; Nhóm các yếu tố bất thường phát sinh trong thai kỳ lần này: Tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ, thai bất thường, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, rau tiền đạo, rau cài răng lược, đa ối, thiếu ối... [11].

+ Bước 2: Thu thập những thông tin của thai phụ qua hồ sơ bệnh án liên quan đến tình trạng thai nghén có nguy cơ cao.

+ Bước 3: Phỏng vấn thai phụ với bộ câu hỏi được thiết kế sẵn về một số thông tin liên quan đến người chồng: sự mong đợi thai kỳ và giới tính của thai nhi, sự chăm sóc, hỗ trợ, chia sẻ cùng với vợ cũng như sự bạo hành đối với vợ.

+ Bước 4: Phỏng vấn thai phụ bộ câu hỏi đánh giá trầm cảm theo thang điểm EPDS. Thang đo EPDS có 10 câu hỏi, tổng điểm của thang đo cao nhất là 30 và thấp nhất là 0 điểm. Sử dụng điểm cắt 9/10; Có trầm cảm: EPDS ≥ 10 điểm; Không trầm cảm: EPDS < 10 điểm [9, 14].

- **Phương pháp phân tích số liệu:** Phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Áp dụng các thuật toán thống kê mô tả để trình bày các tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, và phép kiểm định ANOVA, T – test để tìm

mối liên quan với độ tin cậy 95% ($p < 0,05$).

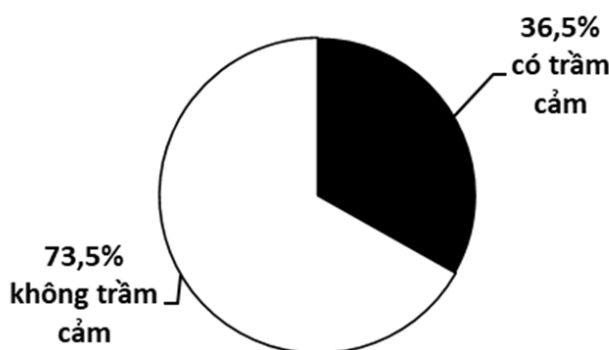
- Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Thời gian nghiên cứu từ tháng 2 đến tháng 9 năm 2022. Địa điểm nghiên cứu: tại Khoa Sinh, Khoa Sản bệnh lý, Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng.

- Đạo đức trong nghiên cứu: Nội dung nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học, Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng và Hội đồng Khoa học của bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ thai nghén có nguy cơ cao

Hình 1. Tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ thai nghén có nguy cơ cao



Nhận xét: Điểm trung bình đánh giá trầm cảm theo thang đo EPDS là $7,77 \pm 4,97$; thấp nhất là 0; cao nhất là 24 điểm. Tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ thai nghén có nguy cơ cao đang điều trị là 36,5% (114/312). Trong 114

(36,5%) phụ nữ thai nghén có nguy cơ cao bị trầm cảm thì có 41,2 % thai phụ suy nghĩ làm hại chính mình, trong đó 11,4% thỉnh thoảng nghĩ đến và 29,8% là hiếm khi nghĩ đến, không có trường hợp nào là khá thường.

3.2. Mối liên quan giữa một số yếu tố từ phía người chồng và trầm cảm ở phụ nữ thai nghén có nguy cơ cao đang điều trị

Bảng 1. Một số yếu tố liên quan từ phía người chồng và điểm trung bình đánh giá trầm cảm theo thang đo EPDS

Yếu tố khảo sát từ phía người chồng		n	Điểm trung bình EPDS	Độ lệch chuẩn	p
Chồng mong đợi lần mang thai này	Có	241	7,25	4,78	$p < 0,05$
	Không	71	9,51	5,23	
Chồng mong đợi giới tính của con	Trai	202	7,55	4,66	$p > 0,05$
	Gái	110	8,16	5,49	
Chồng khuyến khích CS thai kỳ	Có	264	7,54	4,83	$p < 0,05$
	Không	48	9,02	5,59	
Chồng quan tâm vợ khi mang thai	Có	303	7,67	4,82	$p < 0,05$
	Không	9	11,0	8,52	
Chồng giúp đỡ vợ khi mang thai	Chồng	252	7,46	4,89	$p < 0,05$
	Gia đình	60	9,03	5,16	
Chồng chia sẻ với vợ khi mang thai	Chồng	263	7,51	4,93	$p < 0,05$
	Gia đình	49	9,12	5,04	
Tổng		312	7,77	4,97	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm trung bình trầm cảm theo EPDS giữa 2 nhóm có và không về sự mong đợi của người chồng đối với lần mang thai này cũng như được chồng khuyến khích vợ nhận các dịch vụ chăm sóc thai sản; chồng quan tâm đến vợ nhiều hơn từ khi mang thai; chồng là người giúp đỡ,

chia sẻ với vợ nhiều hơn so với gia đình ($p < 0,05$). Mặc dù điểm trung bình trầm cảm theo EPDS là cao hơn ở nhóm thai phụ có người chồng mong đợi giới tính thai nhi là gái, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 2. Mối liên quan giữa sự bạo hành thai phụ từ phía người chồng và điểm đánh giá trầm cảm theo thang đo EPDS

Yếu tố khảo sát		n	Điểm trung bình EPDS	Độ lệch chuẩn	p
Chồng đe dọa vợ	Có	7	11,29	8,05	$p < 0,05$
	Không	305	7,69	4,87	
Chồng hăm dọa vợ	Có	1	24,00		$p < 0,05$
	Không	311	7,71	4,89	
Chồng đánh vợ khi mang thai	Có	1	24,00		$p < 0,05$
	Không	311	7,71	4,89	
Chồng ép vợ QHTD khi mang thai	Có	3	14,00	11,79	$p < 0,05$
	Không	309	7,71	4,86	
Tổng		312	7,77	4,97	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm trung bình trầm cảm theo EPDS giữa 2 nhóm có và không việc người chồng thể hiện bạo lực tinh thần, thể chất và tình dục với vợ của mình ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ thai nghén có nguy cơ cao đang điều trị

Tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ thai nghén có nguy cơ cao là 36,5%, kết quả của chúng tôi thấp hơn Brandon Anna R. 2008 (44,2%) [10]. Theo chúng tôi trầm cảm còn bị ảnh hưởng bởi các yếu tố tâm lý, văn hóa, tôn giáo và xã hội. Tuy nhiên, các tỷ lệ này cao hơn so với một số nghiên cứu trầm cảm trên đối tượng chỉ là phụ nữ trong thời kỳ mang thai: Trần Thơ Nhị 2018 (5%), B. Sheeba 2019 (35,7%) và Trần Thị Trúc Phương 2021 (28,7%) [3,7,14]. Do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những trường hợp thai nghén có nguy cơ cao đang điều trị tại bệnh viện, bên cạnh tình trạng bệnh hiện mắc thì họ phải chịu đựng thêm những áp lực tinh thần do tình trạng thai nghén bất lợi cho mẹ hoặc sức khỏe của thai nhi bị đe dọa, kết cục thai kỳ sắp tới luôn rình rập những nguy cơ. Cảm xúc không lạc quan, tâm lý căng thẳng kéo dài trong suốt thời gian điều trị đã ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần và làm tăng tỷ lệ trầm cảm ở đối tượng nghiên cứu.

4.2. Mối liên quan giữa một số yếu tố từ phía người

chồng và trầm cảm ở phụ nữ thai nghén có nguy cơ cao đang điều trị

Phụ nữ mang thai rất cần sự chăm sóc, hỗ trợ từ phía gia đình, xã hội và nhân viên y tế và người chồng đóng vai trò rất quan trọng trong giai đoạn nhạy cảm này. Tác giả Ying Hu (2019) chỉ ra mối quan hệ hôn nhân không tốt là một yếu tố nguy cơ trầm cảm trong quý thứ hai của thai kỳ ($OR = 3,419$, 95% CI: 0,980 – 5,904, $p < 0,05$) và trầm cảm trong quý thứ ba của thai kỳ ($OR = 4,624$, 95% CI: 2,830 – 7,555, $p < 0,05$) [15]. Theo chúng tôi, nếu người chồng lên kế hoạch mang thai, họ có thể chuẩn bị tốt về tài chính, tâm lý và sức khỏe để giúp đỡ người vợ của mình đối mặt với những vấn đề trong thai kỳ cũng như những căng thẳng trong cuộc sống bằng cách hỗ trợ về tinh thần, vật chất và chia sẻ thông tin liên quan đến chăm sóc thai nghén cho vợ. Đặc biệt là những trường hợp thai nghén có nguy cơ cao ở mẫu nghiên cứu, người chồng sẽ đồng hành xuyên suốt cùng vợ trong quá trình điều trị tại bệnh viện. Tương tự, tác giả Abriham Zegeye¹ và những nghiên cứu tổng hợp của Underwood Lisa, Abel Fekadu Dadi cũng kết luận: thai phụ thiếu hỗ trợ xã hội từ chồng thì tăng nguy cơ trầm cảm trước sinh gấp 3 lần so với nhóm được hỗ trợ ($OR: 3,2$; 95% CI: 1,2, 8,9) [6,8,9].

Kết quả ở bảng 1 của chúng tôi không tương đồng với nghiên cứu của Ying Hu (2019) tại Trung Quốc: trong phân tích đa biến, tỷ lệ trầm cảm trước sinh thấp hơn đáng kể ở những phụ nữ mang thai có chồng không mong đợi về giới tính thai nhi ($OR = 0,459$, KTC 95%: 0,261 – 0,807, $p < 0,05$) [15]. Theo chúng tôi, thực trạng

mất cân bằng giới tính khi sinh trong những năm gần đây và cảnh báo nguy cơ tỷ lệ nam giới Việt Nam trong độ tuổi kết hôn cao hơn so với phụ nữ cũng như bình đẳng giới đã tác động tích cực đến quan điểm không mong đợi giới tính khi sinh của người chồng trong mẫu nghiên cứu.

Kết quả ở bảng 2 tương đồng với các nghiên cứu khác ở trong và ngoài nước. Trần Thơ Nhị (2018) kết luận: phụ nữ mang thai bị bạo lực tinh thần từ 1 hành động trở lên có nguy cơ trầm cảm gấp 3 lần so với nhóm không bị bạo lực từ chồng (OR = 3,44; KTC 95%: 1,51 – 7,85) và thai phụ bị bạo lực về thể xác, tình dục có nguy cơ bị trầm cảm gấp 4 lần (OR = 3,73; KTC 95%: 1,64 – 8,48) [3]. Tương tự, nghiên cứu ở Ethiopia năm 2016, Abriham Zegeye tìm thấy trong mô hình phân tích đa biến những thai phụ có xung đột hôn nhân thì nguy cơ bị trầm cảm trước sinh cao hơn gấp 6 lần so với những người không có xung đột (OR: 6,45; 95% CI: 2,1 – 17,9) [6]. Cũng theo kết quả nghiên cứu dọc ở Bangalore, Ấn Độ: bạo lực gia đình làm tăng đáng kể nguy cơ trầm cảm trước sinh gấp 5 lần (OR: 5.916; 95% CI: 1.703 – 20.558) [7]. Theo chúng tôi, phụ nữ bị bạo hành bởi người chồng trong thời gian mang thai không chỉ bị tổn hại về mặt thể xác mà còn tổn thương về mặt tinh thần, có thể dẫn tới trầm cảm, rối loạn lo âu và tự tử. Đặc biệt là những trường hợp thai nghén có nguy cơ cao, người chồng đóng vai trò là bảo vệ người vợ khỏi trầm cảm nếu họ chăm sóc, chia sẻ, giúp đỡ; ngược lại nếu họ bạo hành vợ thì trở thành yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ trầm cảm.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ thai nghén có nguy cơ cao là báo động, một số yếu tố liên quan từ phía người chồng làm tăng nguy cơ trầm cảm ở đối tượng nghiên cứu. Cần có các giải pháp ưu tiên tăng nhận thức cho cộng đồng và vai trò của tuyến y tế cơ sở trong việc phát hiện sớm và dự phòng trầm cảm ở phụ nữ thai nghén có nguy cơ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hewitt CE, Gilbody SM, Mann R et al., Instruments to identify postnatal depression: Which methods have been the most extensively validated, in what setting and in which language? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2010;14: 72–76.
- [2] Sidhu GS, Sidhu TK, Kaur P et al., Evaluation of peripartum depression in females. *International Journal of Applied & Basic Medical Research*. 2019; 9: 201–205.
- [3] Nhi TT, Hanh NTT, Gammeltoft TM, Emotional violence and maternal mental health: A qualitative study among women in northern Vietnam. *BMC Women's Health*, 2018; 18: 58.
- [4] Van Ngo T, Gammeltoft T, Nguyen HTT et al., Antenatal depressive symptoms and adverse birth outcomes in Hanoi, Vietnam. 2018; *PLoS ONE* 13: e0206650.
- [5] Lépine JP, Briley M, The increasing burden of depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2011; 7 (Suppl 1), 3–7.
- [6] Zegeye A, Alebel A, Gebrie A et al., Prevalence and determinants of antenatal depression among pregnant women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018; 18:462, <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2101-x>.
- [7] Sheeba B, Nath A, Metgud C et al., Prenatal Depression and Its Associated Risk Factors Among Pregnant Women in Bangalore: A Hospital Based Prevalence Study; *Journal Frontiers in Public Health*. 2019; doi: 10.3389/fpubh.2019.00108.
- [8] Underwood L, Waldie K, D'Souza S et al., A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health*. 2016; doi: 10.1007/s00737-016-0629-1.
- [9] Dadi FA, Miller RE, Bisetegn AT et al., Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. *BMC Public Health*. 2020; 20:173, <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8293-9>.
- [10] Brandon Anna R, Trivedi Madhukar H, Hynan Linda S et al., Prenatal Depression in Women Hospitalized for Obstetric Risk, *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2008; Apr;69(4):635–43. doi: 10.4088/jcp. v69n0417.
- [11] Bộ Y tế, Hướng dẫn Chuẩn Quốc gia về các dịch vụ Chăm sóc sức khỏe sinh sản; Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2016: 83-86.
- [12] Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L et al., Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res*. 2014; 215(2), 341–346.
- [13] Pajulo M, Savonlahti E, Sourander A et al., Antenatal depression, substance dependency and social support; *J Affect Disord*, 2001; 65(1), 9–17.
- [14] Trần Thị Trúc Phương, Tô Mai Xuân Hồng, Khảo sát tỉ lệ trầm cảm và các yếu tố liên quan trên phụ nữ mang thai ở 3 tháng cuối thai kỳ tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2021; 504 (2), 202-206
- [15] Ying Hu, Wang Y, Wen S et al., Association between social and family support and antenatal depression: a hospital-based study in Chengdu, China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2019; 19: 420.

QUALITY OF LIFE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG CANCER PATIENTS RECEIVING TREATMENT AT THE ONCOLOGY DEPARTMENT, HUE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Nguyen Thi Thuy Hang*, Nguyen Thi Minh Hoa, Nguyen Thi Huong,
Vo Minh Hoang, Phan Thi Thuy Linh, Vu Thi Cuc, Doan Phuoc Thuoc

Hue University of Medicine and Pharmacy - 6 Ngo Quyen, Vinh Ninh, Hue City, Thua Thien Hue, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 17/08/2023; Accepted: 20/09/2023

ABSTRACT

The cross-sectional study on 430 cancer patients receiving treatment at the Oncology Department, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital aimed to assess the quality of life among cancer patients and to identify associated factors. The EORTC QLQ-C30 toolkit of the European Organization for Research and Treatment of Cancer was used to assess the quality of life among cancer patients. The results showed that the mean global health status score of the patients was 50.8 (SD = 20.1). In the functional scales, cognitive functioning had the highest mean score of 84.0 (SD = 16.9) and social functioning had the lowest mean score of 48.3 (SD = 24.6). In the symptoms scales, financial difficulties had the highest mean score of 57.8 (SD = 26.4) and diarrhea symptoms had the lowest mean score of 4.4 (SD = 13.4). The mean score of overall quality of life was 66.2 (SD = 13.9). Age, gender, marital status, occupation, education, health insurance, nutritional status, type of cancer, stage of cancer, duration of illness, metastasis, and co-morbidities were associated with the quality of life among cancer patients ($p < 0,05$). Physical and emotional support measures are needed to improve the quality of life among cancer patients receiving treatment at the hospital.

Keywords: Quality of life, cancer patients, EORTC QLQ-C30, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital.

*Corresponding author

Email address: ntthang.hpti@huemed-univ.edu.vn

Phone number: (+84) 979040830

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA UNG BƯỚU, BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y - DƯỢC HUẾ

Nguyễn Thị Thúy Hằng*, Nguyễn Thị Minh Hòa, Nguyễn Thị Hường, Võ Minh Hoàng, Phan Thị Thùy Linh, Vũ Thị Cúc, Đoàn Phước Thuộc

Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế - 6 Ngô Quyền, Vinh Ninh, Thành phố Huế, Thừa Thiên Huế, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 17/08/2023; Ngày duyệt đăng: 20/09/2023

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 430 bệnh nhân ung thư điều trị tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế với mục tiêu nhằm đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu. Bộ công cụ EORTC QLQ-C30 của Tổ chức Nghiên cứu và Điều trị Ung thư Châu Âu được sử dụng để đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư. Kết quả cho thấy điểm trung bình sức khỏe tổng quát của bệnh nhân là 50,8 (ĐLC = 20,1). Trong lĩnh vực chức năng, chức năng nhận thức có điểm trung bình cao nhất là 84,0 (ĐLC=16,9) và chức năng xã hội có điểm trung bình thấp nhất là 48,3 (ĐLC = 24,6). Trong lĩnh vực triệu chứng và khó khăn về tài chính, khó khăn về tài chính có điểm trung bình cao nhất là 57,8 (ĐLC = 26,4) và triệu chứng tiêu chảy có điểm trung bình thấp nhất là 4,4 (ĐLC = 13,4). Điểm trung bình chất lượng cuộc sống chung là 66,2 (ĐLC = 13,9). Nghiên cứu cũng tìm được mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư đang điều trị với nhóm tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, trình độ học vấn, bảo hiểm y tế, tình trạng dinh dưỡng, nhóm bệnh, giai đoạn bệnh, thời gian mắc bệnh, di căn và bệnh lý kèm theo ($p < 0,05$). Cần có các biện pháp hỗ trợ về thể chất và tinh thần nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư đang điều trị tại bệnh viện.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, bệnh nhân ung thư, EORTC QLQ-C30, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, mô hình bệnh tật ở Việt Nam đang là mô hình kép, bên cạnh các loại bệnh của một nước đang trên đà phát triển như nhiễm trùng, suy dinh dưỡng,... các loại bệnh của một nước công nghiệp hóa có nguy cơ ngày càng tăng như: tim mạch, nội tiết, tâm thần, và đặc biệt là ung thư [1]. Các dữ liệu thống kê về tỷ lệ mới mắc và tỷ lệ tử vong do ung thư của GLOBOCAN 2020 cho thấy rằng thế giới có gần 19,3 triệu trường hợp mới mắc và hơn 9,9 triệu trường hợp tử vong vì bệnh ung thư, số bệnh nhân trên toàn cầu sống sót sau 5 năm kể từ khi phát hiện là khoảng 50,5 triệu [2]. Tại Việt Nam, số ca

mắc mới tăng lên khoảng 183.000 ca/97,4 triệu dân, trong đó gần 70,0% trường hợp tử vong, tương đương 123.000 ca [3].

Bệnh ung thư là một vấn đề sức khỏe mang tính chất toàn cầu với tỷ lệ tử vong cao, gây ra nhiều hậu quả nặng nề và là gánh nặng kinh tế cho gia đình và xã hội. Do đó, chất lượng cuộc sống (CLCS) có vai trò quan trọng trong việc đo lường tác động của các bệnh ung thư lên sức khỏe. Ở Việt Nam, một số kết quả nghiên cứu tại các bệnh viện cho thấy CLCS của bệnh nhân ung thư là không cao và bị ảnh hưởng bởi các yếu tố liên quan về đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm bệnh lý và đặc điểm

*Tác giả liên hệ

Email: ntthang.hpti@huemed-univ.edu.vn

Điện thoại: (+84) 979040830

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

xã hội [4 - 9]. Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế là một trong những đơn vị y tế tuyến đầu trong khu vực miền Trung - Tây Nguyên nói chung và tại tỉnh Thừa Thiên Huế nói riêng. Với mong muốn cung cấp thêm bằng chứng về CLCS và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư tại các cơ sở điều trị ung bướu ở Việt Nam, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài “*Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư điều trị tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế*”.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên đã được cơ sở khám chữa bệnh chẩn đoán ung thư và đang điều trị nội trú tại địa điểm nghiên cứu; hồ sơ bệnh án của bệnh nhân thuộc đối tượng nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang trong trạng thái loạn thần; bệnh nhân quá yếu, không đủ khả năng hoàn thành bộ câu hỏi.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ 08/2021 đến 06/2022.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn toàn bộ bệnh nhân ung thư đang điều trị tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế trong thời gian nghiên cứu, đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Trên thực tế, điều tra được 430 bệnh nhân.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Lấy danh sách bệnh nhân mắc ung thư vào điều trị tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế trong thời gian nghiên cứu. Các điều tra viên căn cứ danh sách trên tiếp cận bệnh nhân và hồ sơ bệnh án để sàng lọc, lựa chọn những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn mời vào tham gia nghiên cứu (Mỗi bệnh nhân chỉ tham gia nghiên cứu một lần duy nhất trong suốt quá trình nghiên cứu).

2.6. Biến số nghiên cứu

Điểm số CLCS được tính theo bộ công cụ EORTC QLQ-C30 gồm 30 câu hỏi gồm có sức khỏe tổng quát; phần chức năng thể chất, vai trò, cảm xúc, nhận thức và xã hội; ngoài ra còn các câu hỏi về các triệu chứng và khó khăn về tài chính. Từ câu 1 – 28 được đo theo thang

điểm từ 1 – 4 tương ứng: không có, ít, nhiều, rất nhiều; câu 29 và 30 được đo theo thang Likert có từ 1 – 7 mức từ “rất kém” đến “tuyệt hảo”. Quy đổi tuyến tính sang thang điểm 100 theo hướng dẫn của nhóm nghiên cứu CLCS của Tổ chức Nghiên cứu và Điều trị Ung thư Châu Âu [10].

Điểm thô Raw Score (RS) là trung bình điểm của các câu hỏi cùng vấn đề: $RS = (I1 + I2 + \dots + In)/n$. Điểm chuẩn hóa Score (S) là điểm thô được quy đổi sang thang điểm 100: Điểm lĩnh vực sức khỏe tổng quát: $S = [(RS - 1)/6] \times 100$; Điểm lĩnh vực chức năng: $S = [1 - (RS - 1)/3] \times 100$; Điểm lĩnh vực triệu chứng và khó khăn về tài chính: $S = [(RS - 1)/3] \times 100$. Điểm CLCS là trung bình cộng của tất cả các lĩnh vực trên thang điểm 100. Điểm càng cao CLCS càng tốt.

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Thu thập số liệu với bảng câu hỏi đã soạn sẵn và điều tra viên tiến hành phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập vào máy tính với phần mềm Epidata 3.1 và được phân tích, xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. Số liệu định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỷ lệ phần trăm (%); số liệu định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình (TB), độ lệch chuẩn (ĐLC), giá trị trung vị (TV), giá trị nhỏ nhất (GTNN) và giá trị lớn nhất (GTLN). Sau khi kiểm định phân phối chuẩn của biến phụ thuộc, sử dụng kiểm định T-test và ANOVA để tìm các yếu tố liên quan đến CLCS. Có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ với độ tin cậy 95%.

2.9. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế chấp thuận theo Giấy chấp thuận số H2021/241 ngày 28/5/2021 và có sự đồng ý hỗ trợ của Ban Giám đốc, các bác sĩ, điều dưỡng Khoa Ung bướu, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. Đối tượng nghiên cứu chỉ được phỏng vấn khi họ đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Mọi thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu đều được giữ bí mật, chỉ công bố dưới hình thức số liệu. Trong quá trình nghiên cứu không có bất kỳ sự can thiệp nào ảnh hưởng đến sức khỏe của đối tượng nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong số 430 bệnh nhân, nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ 43,3% và tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 56,9 tuổi. Số lượng bệnh nhân nữ nhiều hơn nam tương ứng với tỷ lệ 57,9% và 42,1%. Có 81,4%

bệnh nhân đang duy trì tình trạng hôn nhân. Nghề nghiệp của các bệnh nhân đa dạng, trong đó nhóm cán bộ viên chức/nhân viên văn phòng chỉ chiếm 7,2%. Bệnh nhân có trình độ học vấn từ tiểu học trở xuống chiếm 45,3%. Bệnh nhân thuộc hộ có điều kiện kinh tế bình thường chiếm 85,4%. Tất cả bệnh nhân đều có bảo hiểm y tế, nhóm đồng chi trả 20% chiếm tỷ lệ 54,0%. Các bệnh nhân chủ yếu có tình trạng dinh dưỡng ở mức bình thường (57,2%).

Bệnh nhân mắc ung thư ở cơ quan tiêu hóa chiếm tỷ lệ 29,1%, tiếp theo đó là ung thư vú với tỷ lệ 26,0%. Có 48,4% bệnh nhân mắc bệnh ung thư ở giai đoạn IV, tỷ

lệ bệnh nhân ung thư ở giai đoạn II và III gần tương đương nhau (23,2% và 22,1%). Số lượng bệnh nhân ung thư được phát hiện ở giai đoạn I chiếm tỷ lệ 6,3%. Có 70,0% bệnh nhân ung thư có thời gian mắc bệnh ≤ 1 năm, 44,4% bệnh nhân được chẩn đoán là di căn và 47,0% bệnh nhân có bệnh lý kèm. Có 43,5% bệnh nhân ung thư được điều trị phối hợp 2 phương pháp. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị bằng hóa trị và phẫu thuật lần lượt là 30,2% và 17,9%. Việc điều trị bằng phương pháp khác (miễn dịch, nội tiết, điều trị triệu chứng, chăm sóc giảm nhẹ,...) hay phối hợp 3 – 4 phương pháp chiếm tỷ lệ thấp hơn.

3.2. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư

Bảng 1. Điểm CLCS theo các lĩnh vực và điểm CLCS chung của bệnh nhân ung thư

Lĩnh vực		TB	ĐLC	TV	GTNN	GTLN
Sức khỏe tổng quát		50,8	20,1	50,0	0,0	91,7
Chức năng	Thể chất	67,1	22,9	73,3	0,0	100,0
	Vai trò	61,9	27,7	66,7	0,0	100,0
	Cảm xúc	55,9	24,8	50,0	0,0	100,0
	Nhận thức	84,0	16,9	83,3	16,7	100,0
	Xã hội	48,3	24,6	50,0	0,0	100,0
Triệu chứng và khó khăn về tài chính	Mệt mỏi	50,1	22,4	44,4	0,0	100,0
	Buồn nôn và nôn	12,0	21,3	0,0	0,0	100,0
	Đau	41,5	26,2	33,3	0,0	100,0
	Khó thở	10,9	21,0	0,0	0,0	100,0
	Mất ngủ	43,7	31,8	33,3	0,0	100,0
	Chán ăn	41,1	31,9	33,3	0,0	100,0
	Táo bón	14,0	25,6	0,0	0,0	100,0
	Tiêu chảy	4,4	13,4	0,0	0,0	100,0
	Khó khăn về tài chính	57,8	26,4	66,7	0,0	100,0
CLCS chung		66,2	13,9	67,6	25,2	98,1

Điểm trung bình sức khỏe tổng quát của bệnh nhân ung thư là 50,8 (ĐLC=20,1). Trong lĩnh vực chức năng, chức năng nhận thức có điểm trung bình cao nhất là 84,0 (ĐLC=16,9) và chức năng xã hội có điểm trung bình thấp nhất là 48,3 (ĐLC=24,6). Trong lĩnh vực triệu chứng và khó khăn về tài chính, khó khăn về tài chính có điểm trung bình cao nhất là 57,8 (ĐLC = 26,4) và

triệu chứng tiêu chảy có điểm trung bình thấp nhất là 4,4 (ĐLC = 13,4). Các triệu chứng khác có điểm trung bình khá cao là mệt mỏi (TB = 50,1; ĐLC = 22,4), mất ngủ (TB = 43,7; ĐLC = 31,8), đau (TB = 41,5; ĐLC = 26,2) và chán ăn (TB = 41,1; ĐLC = 31,9). Điểm trung bình CLCS của 430 bệnh nhân ung thư là 66,2 (ĐLC = 13,9).

3.3. Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư

Bảng 2. Liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học và CLCS của bệnh nhân ung thư (n = 430)

Đặc điểm		n	TB	ĐLC	p
Nhóm tuổi	< 40	41	73,3	11,9	< 0,001**
	40 – 49	62	68,8	14,5	
	50 – 59	141	66,9	13,3	
	≥ 60	186	63,2	13,8	
Giới tính	Nam	181	62,7	14,1	< 0,001*
	Nữ	249	68,7	13,1	
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	23	66,3	15,0	0,014**
	Có vợ/chồng	350	67,0	13,5	
	Ly hôn/ly thân/góa	57	61,2	14,6	
Nghề nghiệp	Cán bộ viên chức/nhân viên văn phòng	31	72,4	14,3	< 0,001**
	Lao động chân tay	154	66,7	13,1	
	Ở nhà/nội trợ/sinh viên	114	68,4	13,1	
	Hưu trí/già	131	62,2	14,4	
Trình độ học vấn	Từ tiểu học trở xuống	195	63,6	13,1	< 0,001**
	Trung học cơ sở	107	66,7	15,1	
	Từ trung học phổ thông trở lên	128	69,7	13,3	
Điều kiện kinh tế	Hộ nghèo/cận nghèo	63	63,9	12,8	0,161*
	Hộ bình thường	367	66,6	14,0	
Bảo hiểm y tế	Đồng chi trả 20%	232	68,2	13,7	0,001**
	Đồng chi trả 5%	59	65,9	12,8	
	Không đồng chi trả	139	62,9	14,0	
Tình trạng dinh dưỡng	Nhẹ cân	82	58,9	14,1	< 0,001**
	Bình thường	246	67,4	13,2	
	Thừa cân	61	69,6	13,5	
	Béo phì	41	68,0	13,7	

* Kiểm định T-test; ** Kiểm định ANOVA

Nhóm tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, trình độ học vấn, bảo hiểm y tế và tình trạng dinh dưỡng có liên quan có ý nghĩa thống kê với CLCS của bệnh nhân ung thư ($p < 0,05$). Bệnh nhân thuộc nhóm tuổi càng cao có điểm trung bình CLCS chung càng thấp. Bệnh nhân nữ có điểm trung bình CLCS chung cao hơn so với bệnh nhân nam với điểm số lần lượt là 68,7 (ĐLC = 13,1) và 62,7 (ĐLC = 14,1). Những bệnh nhân chưa

kết hôn hoặc đang duy trì tình trạng hôn nhân có điểm trung bình CLCS chung cao hơn những người ly hôn/ly thân/góa. Bệnh nhân là cán bộ viên chức/nhân viên văn phòng có điểm trung bình CLCS chung cao nhất là 72,4 (ĐLC = 14,3) và ở nhóm hưu trí/già thấp nhất là 62,2 (ĐLC = 14,4). Bệnh nhân có trình độ học vấn và mức đồng chi trả bảo hiểm y tế càng cao có điểm trung bình CLCS chung càng cao. Bệnh nhân có tình trạng dinh

đường ở mức nhẹ cân có điểm trung bình CLCS chung thấp hơn so với những bệnh nhân khác. Đặc điểm điều

kiện kinh tế hộ gia đình chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với CLCS ($p > 0,05$).

Bảng 3. Liên quan giữa đặc điểm bệnh lý và CLCS của bệnh nhân ung thư (n = 430)

Đặc điểm		n	TB	ĐLC	p
Nhóm bệnh	Cơ quan tiêu hóa	125	61,6	13,9	< 0,001**
	Cơ quan hô hấp và trong lồng ngực	61	59,0	12,1	
	Vú	112	69,9	13,3	
	Cơ quan sinh dục	56	68,4	13,7	
	Khác	76	72,3	11,2	
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I	27	77,2	11,5	< 0,001**
	Giai đoạn II	100	71,9	11,3	
	Giai đoạn III	95	68,2	11,6	
	Giai đoạn IV	208	61,1	14,2	
Thời gian mắc bệnh	≤1 năm	301	67,1	13,7	0,027*
	>1 năm	129	63,9	14,1	
Di căn	Có	191	60,2	13,9	< 0,001*
	Không	239	71,0	11,9	
Bệnh lý kèm theo	Có	202	62,9	14,6	<0,001*
	Không	228	69,1	12,5	
Phương pháp điều trị	Điều trị đơn thuần	213	66,7	13,0	0,413*
	Điều trị phối hợp	217	65,6	14,7	

* Kiểm định T-test; ** Kiểm định ANOVA

Nhóm bệnh, giai đoạn bệnh, thời gian mắc bệnh, di căn và bệnh lý kèm theo có liên quan có ý nghĩa thống kê với CLCS của bệnh nhân ung thư ($p < 0,05$). Nhóm bệnh nhân ung thư cơ quan hô hấp và trong lồng ngực có điểm trung bình CLCS chung thấp hơn so với các nhóm bệnh nhân khác. Điểm trung bình CLCS chung giảm dần theo giai đoạn muộn của bệnh, thời gian mắc bệnh, tình trạng di căn và bệnh lý kèm theo. Đặc điểm phương pháp điều trị chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với CLCS ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư

Điểm trung bình sức khỏe tổng quát của bệnh nhân ung thư tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Trường Đại học Y -

Dược Huệ theo bộ công cụ EORTC QLQ-C30 là 50,8 (ĐLC = 20,1), tương đồng với kết quả nghiên cứu của Mai Thu Trang đã tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình (TB = 50,9; ĐLC = 19,2) [11].

Về lĩnh vực chức năng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm trung bình các lĩnh vực chức năng là không đều nhau, dao động từ 48,3 – 84,0. Trong đó, chức năng nhận thức có điểm trung bình cao nhất là 84,0 (ĐLC = 16,9) và chức năng xã hội có điểm trung bình thấp nhất là 48,3 (ĐLC = 24,6). Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trong và ngoài nước khác, cụ thể hai điểm số này ở nghiên cứu của Nguyễn Thành Lam tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên là 70,6 (ĐLC = 16,3) và 53,9 (ĐLC = 22,2) [6]; ở nghiên cứu của Huỳnh Nguyễn Phương Quang tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ là 69,3 (ĐLC = 26,1) và 49,2 (ĐLC = 27,5) [12]; ở nghiên cứu của Trần Văn Hùng tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh là 60,9

(ĐLC = 28,8) và 49,3 (ĐLC = 27,1) [5]; ở nghiên cứu của Kimman tại 8 quốc gia Đông Nam Á trên 5.249 bệnh nhân ung thư sau một năm chẩn đoán là 86,2 (ĐLC = 20,7) và 73,7 (ĐLC = 26,6) [13]. Hệ thống y tế Việt Nam cần đẩy mạnh và phát triển hệ thống hỗ trợ bệnh nhân bên cạnh công tác điều trị để nâng cao CLCS của bệnh nhân.

Về lĩnh vực triệu chứng và khó khăn về tài chính, khi so sánh điểm trung bình giữa các triệu chứng thì mệt mỏi, mất ngủ, đau và chán ăn là những triệu chứng thường gặp nhất với điểm số tương ứng là 50,1 (ĐLC = 22,4), 43,7 (ĐLC = 31,8), 41,5 (ĐLC = 26,2) và 41,1 (ĐLC=31,9). Bốn triệu chứng này cũng được báo cáo thường gặp nhất ở bệnh nhân ung thư trong các nghiên cứu trong và ngoài nước khác giai đoạn 2017 – 2020 [5, 6, 11, 13 - 16]. Vấn đề khó khăn tài chính của đối tượng nghiên cứu có số điểm cao nhất (TB = 57,8; ĐLC = 26,4). Nghiên cứu của tác giả Mai Thu Trang và Nguyễn Thành Lam cũng cho kết quả tương tự với điểm số lần lượt là 54,8 (ĐLC = 36,1) và 77,5 (ĐLC = 32,7) [6, 11]. Đối với bệnh nhân ung thư, việc phải điều trị dài ngày và nhiều lần, kèm theo chi phí điều trị là khá cao so với những bệnh khác nên càng làm cho bệnh nhân thấy khó khăn về vấn đề tài chính.

Điểm CLCS chung của 430 bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế là 66,2 (ĐLC = 13,9). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phan Xuân Vũ tại Bệnh viện Đà Nẵng và nghiên cứu của Abdollahzadeh tại Iran với điểm CLCS chung lần lượt là 67,9 (ĐLC = 13,8) và 64,1 (ĐLC = 18,8) [17, 18]. Ở nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân ung thư ở giai đoạn muộn và trải qua giai đoạn dịch bệnh COVID-19 kéo dài, do đó điểm trung bình CLCS chung là không cao. Nghiên cứu của tác giả Ciałżyńska và cộng sự (2020) tại Ba Lan đã khẳng định CLCS của bệnh nhân ung thư đã giảm sút đáng kể trong giai đoạn dịch bệnh COVID-19 [19].

4.2. Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư

Nhóm tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, trình độ học vấn, bảo hiểm y tế và tình trạng dinh dưỡng có liên quan có ý nghĩa thống kê với CLCS của bệnh nhân ung thư ($p < 0,05$). Bệnh nhân thuộc nhóm tuổi càng cao có điểm trung bình CLCS chung càng thấp. Nghiên cứu của Trần Văn Hùng tại thành phố Hồ Chí Minh, nghiên cứu của Almutairi tại Ả Rập Xê Út hay nghiên cứu của Kimman tại 8 quốc gia Đông Nam Á đều cho thấy CLCS thấp ở nhóm bệnh nhân ung thư lớn tuổi [5, 13, 20]. Bệnh nhân nữ có điểm trung bình CLCS chung cao hơn so với bệnh nhân nam. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Nông Văn Dương và cộng sự (2018) với điểm số nhận thức của nữ cao hơn nam [21]. Những bệnh nhân chưa kết hôn hoặc đang duy trì tình trạng hôn nhân có điểm trung bình CLCS chung cao hơn những người ly hôn/ly thân/góa. Phát hiện của

chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Almutairi và cộng sự (2020) trên 393 bệnh nhân tại một bệnh viện thuộc Ả Rập Xê Út [20]. Nghiên cứu của Trần Văn Hùng (2019) tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh nhận thấy việc trải qua hôn nhân không ổn định hoặc góa vợ/chồng ảnh hưởng rất lớn đến CLCS của bệnh nhân [5]. Bệnh nhân là cán bộ viên chức/nhân viên văn phòng có điểm trung bình CLCS chung cao nhất và ở nhóm hưu trí/già thấp nhất. Lý do điểm trung bình CLCS chung cao ở bệnh nhân là cán bộ viên chức/nhân viên văn phòng là vì đây là nhóm đối tượng có kinh tế ổn định, thường xuyên khám sức khỏe định kỳ và tham gia nhiều hoạt động xã hội. Bệnh nhân có trình độ học vấn và mức đóng chi trả bảo hiểm y tế càng cao có điểm trung bình CLCS chung càng cao. Một nghiên cứu trên 393 bệnh nhân ung thư của tác giả Almutairi và cộng sự (2020) tại Ả Rập Xê Út cho thấy rằng so với các nhóm trình độ học vấn khác, những bệnh nhân không đi học có CLCS thấp hơn và những bệnh nhân có bằng cử nhân có CLCS cao hơn [20]. Bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng ở mức nhẹ cân có điểm trung bình CLCS chung thấp hơn so với những bệnh nhân khác. Điều này là phù hợp vì tình trạng nhẹ cân sẽ tăng gánh nặng bệnh tật, giảm hoạt động thể chất, dẫn đến những tiên lượng xấu, tất cả đều làm giảm CLCS của bệnh nhân.

Nhóm bệnh, giai đoạn bệnh, thời gian mắc bệnh, di căn và bệnh lý kèm theo có liên quan có ý nghĩa thống kê với CLCS của bệnh nhân ung thư ($p < 0,05$). Nhóm bệnh nhân ung thư cơ quan hô hấp và trong lồng ngực có điểm trung bình CLCS chung thấp hơn so với các nhóm bệnh nhân khác. Nghiên cứu của Trần Văn Hùng tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh cũng tìm ra sự khác biệt giữa điểm CLCS của người bệnh và loại ung thư [5]. Điểm trung bình CLCS chung giảm dần theo giai đoạn muộn của bệnh, thời gian mắc bệnh, tình trạng di căn và bệnh lý kèm theo. Đây là điều dễ hiểu vì những bệnh nhân giai đoạn muộn, thời gian điều trị kéo dài, di căn và có nhiều bệnh lý kèm theo thường xuất hiện triệu chứng thực thể ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày và tự chăm sóc của họ, đồng thời họ cũng trải qua những lo lắng căng thẳng nhất, những can thiệp điều trị nặng nề nhất ảnh hưởng lớn cả về hình dạng cơ thể, tâm lý và thể chất.

5. KẾT LUẬN

Điểm trung bình chất lượng cuộc sống chung của bệnh nhân là 66,2 (ĐLC = 13,9). Nghiên cứu cũng tìm được mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chất lượng cuộc sống của bệnh nhân với nhóm tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, trình độ học vấn, bảo hiểm y tế, tình trạng dinh dưỡng, nhóm bệnh, giai đoạn bệnh, thời gian mắc bệnh, di căn và bệnh lý kèm theo ($p < 0,05$). Cần có các biện pháp hỗ trợ về thể chất và tinh thần nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư đang điều trị tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phạm Nguyên Cường, Nguyễn Thanh Xuân, Trần Đình Hưng và cs. Tỷ lệ ung thư mới mắc tại Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2; Tạp Chí Y Học Lâm Sàng, 2018; (49): 84-88.
- [2] International Agency for Research on Cancer; All Cancers, 2020.
- [3] International Agency for Research on Cancer; Viet Nam, 2020.
- [4] Nguyễn Mai Anh, Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư và một số yếu tố ảnh hưởng tại Trung tâm Ung bướu và Y học hạt nhân – Bệnh viện Quân y 103 - Năm 2017; Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện; Hà Nội, Trường Đại học Y tế công cộng, 2018.
- [5] Trần Văn Hùng, Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan của người bệnh ung thư đang được điều trị tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh năm 2019; Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Hà Nội: Trường Đại học Y tế công cộng; 2019.
- [6] Nguyễn Thành Lam, Hà Mạnh Phương, Trần Doanh Vi và cs, Tình trạng đau và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư điều trị tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên từ tháng 1 - 6 năm 2019; Tạp chí Thần kinh học, 2019.
- [7] Lê Đại Minh, Dương Ngọc Lê Mai, Nguyễn Tiến Đạt và cs, Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được chẩn đoán hoặc nghi ngờ ung thư mới nhập viện và một số yếu tố liên quan; Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2020; 126 (2): 187-196.
- [8] Nguyễn Thị Thúy Quỳnh, Trần Thị Thanh Mai, Mai Thị Yên và cs, Thực trạng chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư đang điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2020, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 2020; 3 (5): 191-198.
- [9] Nguyễn Xuân Thành, Nguyễn Thị Thắm, Phạm Thu Xanh, Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh năm 2017, Tạp chí Y học dự phòng, 2017; 27 (10): 52-59.
- [10] EORTC Quality of Life Group, The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition); 2001. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer.
- [11] Mai Thu Trang, Lê Minh Hiếu, Lê Xuân Hưng và cs, Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư giai đoạn III, IV theo bộ công cụ EORTC QLQ-C30 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình; TNU Journal of Science and Technology; 2020; 225 (8): 388-894.
- [12] Huỳnh Nguyễn Phương Quang, Nguyễn Thị Hồng Thuận, Huỳnh Nguyễn Phương Thảo, Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư điều trị tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ năm 2020. Tạp chí Y học dự phòng; 2021; 31 (9 phụ bản): 153-161.
- [13] Kimman ML, Jan S, Peters SAE et al., Health-related quality of life and psychological distress among cancer survivors in Southeast Asia: results from a longitudinal study in eight low- and middle-income countries. BMC Medicine; 2017; 15 (1): 10.
- [14] Quang BV, Minh LD, Quyen LTL et al., Quality of life among newly admitted patients to cancer hospital in Vietnam and associated factors. Health Psychol Open; 2020; 7 (2): 2055102920953049.
- [15] Sunanda VN, Priyanka M, Architha J et al., Quality of Life Assessment in Cancer Patients of Regional Centre of Hyderabad City. Journal of Applied Pharmaceutical Science; 2018; 8 (1): 165-169.
- [16] Freire MEM, Costa SFGd, Lima RAGd et al., Health-related quality of life of patients with cancer in palliative care; Texto & Contexto – Enfermagem, 2018; 27 (2): e5420016.
- [17] Phan Xuân Vũ, Nghiên cứu chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng sau phẫu thuật tại Bệnh viện Đà Nẵng; Luận văn Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế; 2021.
- [18] Abdollahzadeh F, Sadat Aghahossini S, Rahmani A et al., Quality of life in cancer patients and its related factors. Journal of caring sciences; 2012; 1 (2): 109-114.
- [19] Ciążyńska M, Pabianek M, Szczepaniak K et al., Quality of life of cancer patients during coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Psycho-oncology; 2020; 29 (9): 1377-1379.
- [20] Almutairi N, Alharbi M, Hammoudi BM et al., Depression, Anxiety and Quality of Life among Cancer Patients: A Cross-Sectional Study in Saudi Arabia. J Cancer Sci Ther. 2020; 12 (5).
- [21] Nông Văn Dương, Bùi Thị Huyền, Trương Thái Sơn et al., Đánh giá tình trạng đau và chất lượng cuộc sống người bệnh ung thư giai đoạn muộn được chăm sóc giảm nhẹ tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên; Tạp chí Khoa học Điều dưỡng. 2018; 1 (4): 7-13.

CHARACTERISTICS OF COAGULATION INDEX AMONG COVID-19 PATIENTS IN THU DUC CITY AND THE MORTALITY PROGNOSTIC VALIDITY

Vu Tri Thanh^{1,2}, Nguyen Thi Bich Uyen^{2*},
Tran Nguyen Ai Thanh², Nguyen Hoang Anh Vu²

¹Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy - 217 Hong Bang, Ward 11, District 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Thu Duc City Hospital - 29 Phu Chau, Tam Phu, Thu Duc city, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 10/08/2023; Accepted: 11/09/2023

ABSTRACT

Introduction: COVID-19 patients with coagulation disorders tend to have poor outcomes and an increased risk of mortality. Studies have reported that D-dimer, PT, and aPTT play role in prognostic, particularly for hospitalized COVID-19 patients. This research aimed to identify changes in coagulation index among COVID-19 patients over time and identify prognostic thresholds for mortality.

Methodology: This retrospective descriptive study conducted on 269 patients admitted to levels 2 to 5 of the 5-tier treatment model for COVID-19 in Ho Chi Minh City, managed by the Ho Chi Minh City COVID-19 Control Committee. The study was conducted at the COVID treatment unit in Thu Duc City Hospital from June 2021 to December 2021. Coagulation index including D-dimer, PT, and aPTT were collected on the day of hospitalization and on days 3, 5 post-admission, and the final day. Wilcoxon test was used to assess differences in coagulation test results between the deceased and surviving groups. ROC curve analysis with sensitivity and specificity indices determined survival thresholds.

Results: A significant difference was observed in D-dimer on admission between the deceased and surviving groups (medians 4.48 µg/mL and 0.93 µg/mL; $p < 0.0001$). The median PT was higher in the surviving group (14.1 vs. 13.2 seconds; $p = 0.012$), while aPTT showed no significant difference. Regarding D-dimer concentration changes, higher levels were noted in the deceased group on the first day of admission, with no significant difference on day 3. However, on day 5 and the final follow-up, the deceased group had higher D-dimer levels. No significant aPTT differences were noted in the first five days of follow-up, only a difference at the final follow-up. Logistic regression analysis indicated that increased D-dimer was a predictor of COVID-19 patient mortality (AUROC = 0.809; $p < 0.05$). The threshold of ≥ 1.126 ng/mL had an accuracy of 66%, with sensitivity and specificity of 90.57% and 60.19%, respectively.

Conclusion: D-dimer holds the highest prognostic value for mortality among the coagulation index.

Keywords: COVID-19, coagulation, prognostic threshold.

*Corresponding author
Email address: uyendr0610@gmail.com
Phone number: (+84) 938082009
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



ĐẶC ĐIỂM CÁC XÉT NGHIỆM ĐÔNG MÁU Ở NGƯỜI BỆNH COVID-19 TẠI THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC VÀ GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG TỬ VONG

Vũ Trí Thanh^{1,2}, Nguyễn Thị Bích Uyên^{2*},
Trần Nguyễn Ái Thanh², Nguyễn Hoàng Anh Vũ²

¹Đại học Y Dược TP HCM - 217 Hồng Bàng, Phường 11, Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện thành phố Thủ Đức - 29 Phú Châu, Tam Phú, thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 10/08/2023; Ngày duyệt đăng: 11/09/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Người bệnh COVID-19 nếu có rối loạn đông máu có tiên lượng kém và nguy cơ tử vong. Các nghiên cứu ghi nhận D-dimer, PT và aPTT có giá trị tiên lượng điều trị, đặc biệt người bệnh COVID-19 nội trú. Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định sự thay đổi của một số chỉ số xét nghiệm đông máu ở người bệnh COVID-19 qua các ngày và ngưỡng tiên lượng tử vong.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên 269 người bệnh thuộc tầng 2 đến tầng 5 theo mô hình điều trị thấp 5 tầng tại thành phố Hồ Chí Minh của Ban chỉ đạo Phòng chống dịch COVID-19 thành phố Hồ Chí Minh điều trị nội trú tại khu điều trị COVID, Bệnh viện thành phố Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 06/2021 đến tháng 12/2021. Thu thập các chỉ số xét nghiệm đông máu bao gồm: D-dimer, PT và aPTT vào ngày người bệnh nhập viện điều trị, và vào các ngày 3, 5 sau khi nhập viện và ngày cuối cùng. Sử dụng kiểm định Wilcoxon để đánh giá mức độ khác biệt về các xét nghiệm đông máu giữa nhóm bệnh tử vong và nhóm sống còn; phương pháp phân tích đường cong ROC với các chỉ số độ nhạy, độ đặc hiệu để xác định ngưỡng tiên lượng sống còn.

Kết quả: Ghi nhận có sự khác biệt về nồng độ D-Dimer ngày nhập viện ở nhóm tử vong và nhóm sống còn (trung vị lần lượt là 4,48 $\mu\text{g/ml}$ và 0,93 $\mu\text{g/ml}$; $p < 0,0001$); trung vị chỉ số PT ở nhóm sống còn cao hơn nhóm tử vong (lần lượt là 14,1 và 13,2 giây; $p = 0,012$) trong khi aPTT không ghi nhận có sự khác biệt. Về sự thay đổi nồng độ D-dimer, kết quả ghi nhận nồng độ D-dimer cao hơn vào ngày đầu tiên nhập viện điều trị ở nhóm tử vong, đến ngày thứ 3 thì không ghi nhận sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm; đến ngày thứ 5 và thời điểm theo dõi cuối cùng, nhóm người bệnh tử vong có nồng độ D-dimer cao hơn. Không ghi nhận sự khác biệt về aPTT ở cả hai nhóm 5 ngày đầu tiên theo dõi và chỉ ghi nhận sự khác biệt về aPTT ở hai nhóm tại thời gian theo dõi cuối cùng. Phân tích hồi quy logistic cho thấy chỉ có tăng D-Dimer có thể dự đoán tử vong ở người bệnh COVID-19 (AUROC = 0,809; $p < 0,05$). Và ngưỡng $\geq 1,126 \text{ ng/mL}$ có độ chính xác 66% với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 90,57% và 60,19%.

Kết luận: D-dimer có giá trị tiên lượng tử vong cao nhất trong các xét nghiệm đông máu.

Từ khóa: COVID-19, đông máu, ngưỡng tiên lượng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dịch bệnh COVID-19 gây ra bởi virus SARS-CoV-2 chủ yếu lan truyền qua hạt nhỏ trong không khí và tiếp

xúc gần gũi với những cá nhân có khả năng truyền nhiễm cao [5]. Các báo cáo ghi nhận COVID-19 đa phần người bệnh đều có tiên lượng tốt, nhưng tình trạng của một số người bệnh có hiện rối loạn chức năng đông

*Tác giả liên hệ
Email: uyendr0610@gmail.com
Điện thoại: (+84) 938082009
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

máu và tử vong [14], [17]. Do đó, việc xác định sớm tiên lượng có thể xảy ra rất quan trọng để chẩn đoán lâm sàng và điều trị COVID-19.

Các bằng chứng hiện nay ghi nhận những người bệnh nhiễm COVID từ vong thường có tình trạng bất thường trong D-dimer, Fibrinogen [8], [10]. Ngoài ra các nghiên cứu cũng cho thấy COVID-19 làm gia tăng tình trạng huyết khối, phần nào dẫn đến tử vong hoặc các biến chứng hậu COVID [7]. Nghiên cứu của Zhang JJ và cộng sự (2020) tại Vũ Hán trên 140 người bệnh COVID (trong đó 58 người trở nặng) ghi nhận nồng độ D-dimer tăng 2 lần và procalcitonin tăng 2 lần dự đoán đáng kể tiên lượng tử vong [16]. Ngoài ra nghiên cứu của Esayas Tekle (2022) ghi nhận PT ngày nhập viện $\geq 16,25$ giây giúp tiên lượng tình trạng nặng – nhẹ ở người bệnh COVID-19 (AUC: 0,89; KTC 95%: 0,83 – 0,95) [15].

Do đó cần có các nghiên cứu theo dõi các xét nghiệm đông máu trong 2 tuần đầu tiên nhập viện và xác định giá trị trong tiên lượng tử vong của các xét nghiệm này. Nghiên cứu này được thực hiện với các mục tiêu sau:

- Xác định sự thay đổi một số chỉ số xét nghiệm đông máu ở người bệnh COVID-19 tại các ngày 1, 3, 5 sau khi nhập viện và ngày cuối nằm viện.

- Xác định ngưỡng tiên lượng tử vong của một số chỉ số xét nghiệm đông máu ở người bệnh COVID-19.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành tại khu điều trị COVID, Bệnh viện thành phố Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 06/2021 đến tháng 12/2021.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh nhiễm COVID-19 đang điều trị tại các bệnh viện chuyên điều trị COVID trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh. Dân số chọn mẫu trong nghiên cứu là người bệnh từ tầng 2 đến tầng 5 theo mô hình điều trị tháp 5 tầng tại thành phố Hồ Chí Minh của Ban chỉ đạo Phòng chống dịch COVID-19 thành phố Hồ Chí Minh.

- **Tiêu chí đưa vào:** Người bệnh trên 18 tuổi đã được chẩn đoán COVID-19 bằng phương pháp PCR, có hồ sơ bệnh án đầy đủ, đang điều trị theo phân tầng từ 2 đến 5 theo mô hình điều trị tháp 5 tầng tại thành phố Hồ Chí Minh của Ban chỉ đạo Phòng chống dịch COVID-19 thành phố Hồ Chí Minh.

- **Tiêu chí loại ra:** Người bệnh có các bệnh lý nền huyết học mạn tính, bệnh thận mạn, xơ gan và có tiền sử chẩn

đoán các rối loạn tâm thần.

2.4. Thu thập dữ liệu nghiên cứu

- **Các xét nghiệm đông máu:** Được thực hiện cùng một thời điểm khi người bệnh nhập viện điều trị, và vào các ngày 3, 5 sau khi nhập viện và ngày cuối cùng trong bệnh án, bao gồm D-Dimer, PT và aPTT.

- **Nguyên lý và cách tiến hành xét nghiệm:** Định lượng D-dimer, PT, aPTT thực hiện trên máy Sta Compax.

- **Phương pháp thu nhập dữ liệu:** Chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên. Lấy mẫu những người bệnh đã điều trị tại khu vực điều trị COVID-19, Bệnh viện thành phố Thủ Đức thỏa điều kiện chọn mẫu, để đạt cỡ mẫu cần thiết bằng phương pháp Sort Excel từ danh sách người bệnh nhập viện điều trị. Sau đó tiến hành trích lục lại hồ sơ bệnh án. Quy trình thu thập dữ liệu được tóm tắt như sau:

- + Bước 1: Người bệnh đã điều trị COVID- Khu vực điều trị COVID-19, Bệnh viện thành phố Thủ Đức được chọn ngẫu nhiên bằng Excel.

- + Bước 2: Thu thập hồi cứu thông tin bệnh án và biên bản hội chẩn.

- + Bước 3: Thu thập thông tin cận lâm sàng của người bệnh vào các ngày nhập viện (ngày 1), sau khi nhập viện 3, 5 và ngày cuối cùng trong bệnh án (trong khoảng ngày thứ 7 đến ngày 14).

- + Bước 4: Theo dõi kết quả can thiệp và điều trị (nếu đang điều trị) và thu thập kết quả can thiệp và điều trị từ bệnh án (nếu đã kết thúc điều trị).

- **Phương pháp xử lý và phân tích dữ liệu**

Nhập và quản lý số liệu: Nhập dữ liệu bằng phần mềm Epidata 3.1.

Phân tích số liệu: Phân tích bằng phần mềm Stata 14.0.

Thông kê mô tả: Mô tả tần số, tỉ lệ (%) với các biến số định tính: nhóm tuổi, giới tính, bệnh nền; mô tả tần số, tỉ lệ (%) với các biến số kết cục điều trị. Mô tả trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn các xét nghiệm đông máu, số ngày điều trị, số ngày can thiệp hồi sức, số ngày thở máy của người bệnh nếu phân bố chuẩn và trung vị (tứ phân vị) nếu phân bố không chuẩn.

Thông kê phân tích

- Kiểm định T-Test hoặc Wilcoxon để đánh giá mức độ khác biệt về các xét nghiệm đông máu giữa nhóm bệnh tử vong và nhóm sống còn.

- Đánh giá ngưỡng tiên lượng sống còn của các chỉ số xét nghiệm đông máu ở người bệnh COVID-19 bằng phương pháp phân tích đường cong ROC với các chỉ số độ nhạy, độ đặc hiệu. Biểu diễn đường cong ROC có tọa

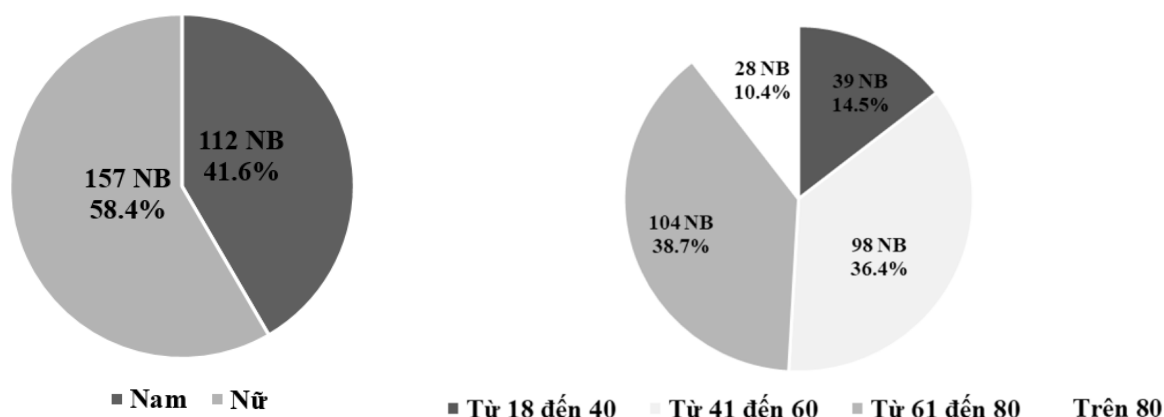
độ tương ứng ở trục hoành là tỷ lệ dương tính giả của xét nghiệm, trục tung là độ nhạy của xét nghiệm và phần diện tích dưới đường cong ROC (gọi tắt là AUROC), nếu đường cong lệch lên trên và sang trái càng nhiều thì xét nghiệm càng có giá trị chẩn đoán [2]. Chọn các biến số có diện tích dưới đường cong ROC lớn hơn 0,6 rồi mới sử dụng hệ số độ nhạy và độ đặc hiệu để xác định ngưỡng tiên lượng tử vong.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 269 người bệnh điều trị nội trú tại khu điều trị COVID, Bệnh viện thành phố Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh trong giai đoạn tháng 06/2021 đến tháng 12/2021, với kết quả thu được như sau:

3.1. Đặc điểm chung của người bệnh COVID-19 trong nghiên cứu

Biểu đồ 1. Đặc điểm giới và tuổi của người bệnh trong nghiên cứu



Nhận xét: Kết quả nghiên cứu tỷ lệ cao hơn so với nam giới, 58,4% người bệnh là nữ. Nghiên cứu chúng tôi chỉ có 39 người bệnh từ 18 đến 40 tuổi chiếm tỷ lệ 14,5%. Độ tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là

$59,5 \pm 16,7$, dao động từ 18 đến 94 tuổi, với số người bệnh trên 60 tuổi chiếm đến 49,1% trong 269 người bệnh nghiên cứu.

Bảng 1. Kết quả điều trị

Đặc điểm		Tử vong (n = 53)	Sống còn (n = 216)	Giá trị p (*)
Giới	Nam	27 (24,1%)	85 (75,9%)	0,125
	Nữ	26 (16,6%)	131 (83,4%)	
Độ tuổi	Từ 18 đến 40	2 (5,1%)	37 (94,9%)	0,01
	Từ 41 đến 60	16 (16,3%)	82 (83,7%)	
	Từ 61 đến 80	27 (25,9)	77 (74,1)	
	Trên 80 tuổi	8 (28,6%)	20 (71,4%)	

Ghi chú: (*) kiểm định Chi bình phương

Nhận xét: Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tử vong của người bệnh COVID tại thời điểm kết thúc điều trị 19,7% và sống còn là 80,3%. Ngoài ra nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tử vong giữa nam và nữ không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$); có mối tương

quan giữa nhóm tuổi và tử vong ở người bệnh COVID khi người bệnh trên 80 tuổi có tỷ lệ tử vong cao nhất với 28,6%; ở nhóm từ 61 đến 80 tuổi thì tỷ lệ tử vong là 25,9% ($p = 0,01$).

Bảng 2. Đặc điểm xét nghiệm đông máu ngày nhập viện ở nhóm người bệnh COVID tử vong và sống còn

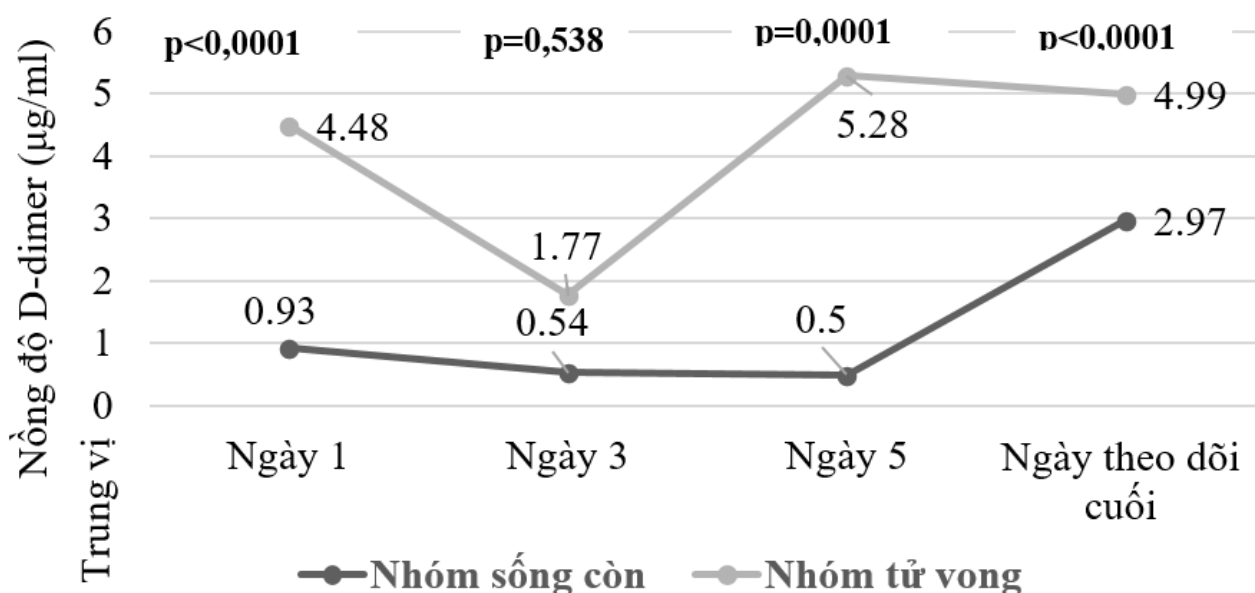
Đặc điểm	Nhóm sống còn (n = 216)	Nhóm tử vong (n = 53)	Giá trị p (*)
	Trung vị		
D-dimer (µg/ml)	0,93	4,48	< 0,0001
PT (giây)	14,1	13,2	0,012
aPTT (giây)	30,6	31,1	0,238
Fibrinogen (g/L)	3,1	2,5	0,03

Ghi chú: (*) kiểm định Wilcoxon

Nhận xét: Thông qua kiểm định so sánh phi tham số Wilcoxon, chúng tôi ghi nhận nồng độ D-Dimer có sự khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm trong đó nhóm người bệnh tử vong có nồng độ D-Dimer trung vị là 4,48 µg/ml trong khi ở nhóm sống còn là 0,93 µg/ml. Ngoài ra PT ở nhóm sống còn cao hơn nhóm tử vong, trung vị lần lượt là 14,1 và 13,2 giây; p = 0,012 trong khi aPTT không ghi nhận có sự khác biệt.

3.2. Sự thay đổi đặc điểm xét nghiệm đông máu ở người bệnh COVID-19 qua các ngày

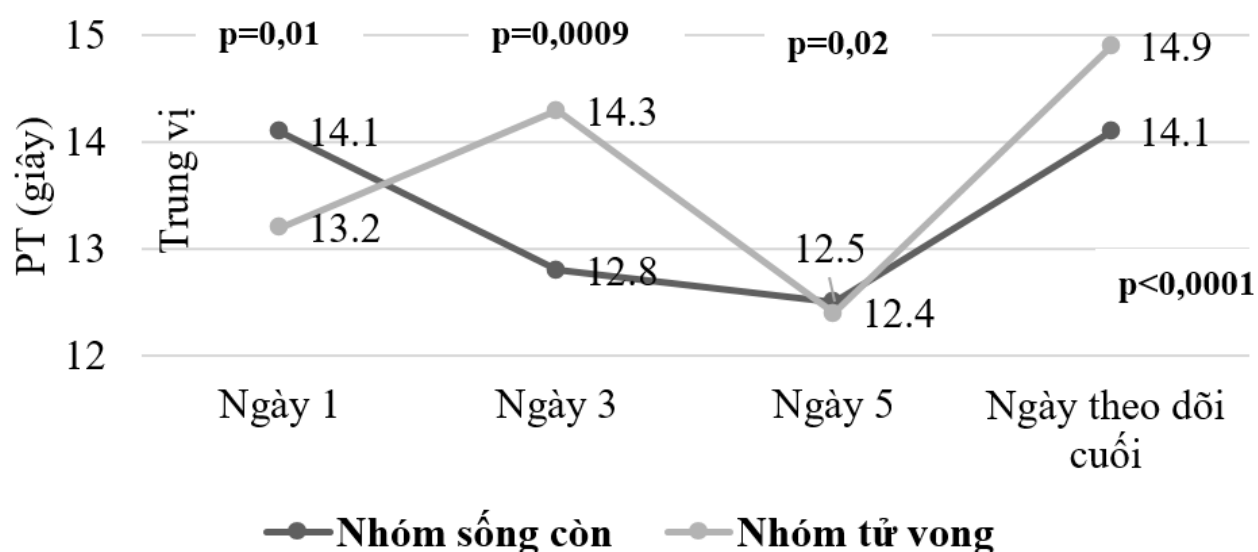
Đặc điểm đông máu được theo dõi bao gồm: D-Dimer, PT và aPTT qua các ngày: ngày đầu nhập viện, ngày 3, ngày 5 và ngày cuối cùng (từ ngày 7 đến ngày 14).

Biểu đồ 2. Sự thay đổi D-dimer ở người bệnh COVID-19 qua các ngày

Nhận xét: Vào ngày đầu tiên nhập viện điều trị, nồng độ D-dimer ở nhóm tử vong cao hơn nhóm người bệnh sống còn, tuy nhiên đến ngày thứ 3 thì không ghi nhận sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa hai

nhóm (p > 0,05). Tuy nhiên đến ngày thứ 5 và thời điểm theo dõi cuối cùng, nhóm người bệnh tử vong có D-dimer cao hơn.

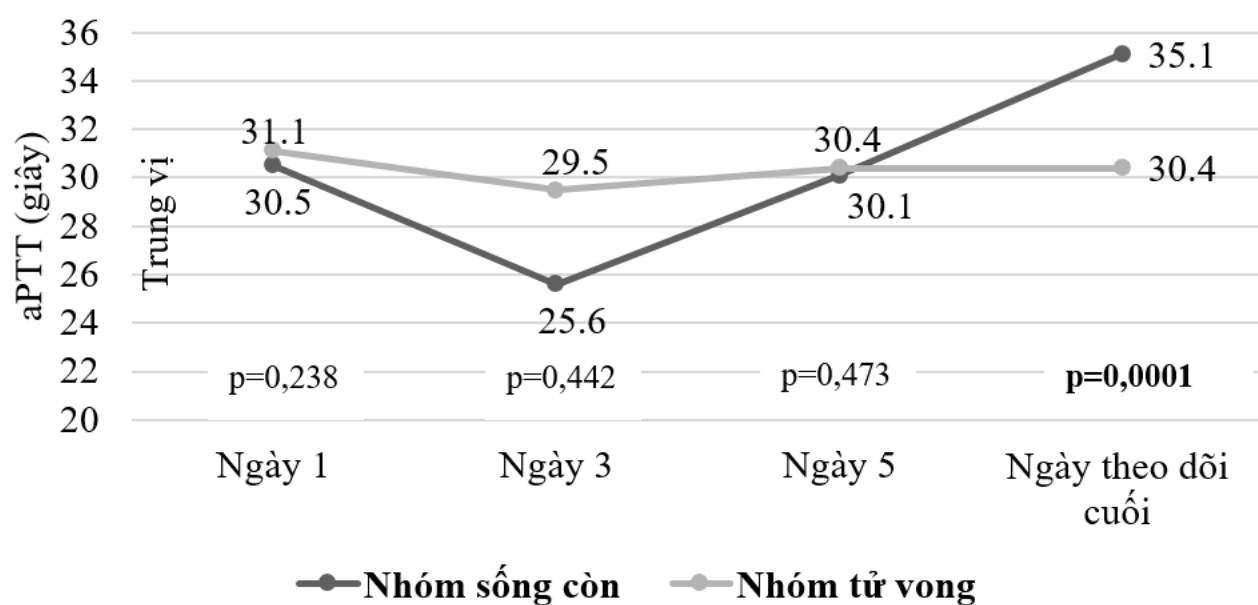
Biểu đồ 3. Sự thay đổi PT ở người bệnh COVID-19 qua các ngày



Nhận xét: Kết quả nghiên cứu ghi nhận thời gian prothrombin ở người bệnh COVID-19 tử vong ngày đầu tiên thấp hơn nhóm tử vong nhưng tại các thời

điểm ngày 3 và ngày cuối cùng theo dõi thì thời gian prothrombin ở người bệnh COVID-19 tử vong cao hơn nhóm sống còn.

Biểu đồ 4. Sự thay đổi aPTT ở người bệnh COVID-19 qua các ngày



Nhận xét: Không ghi nhận sự khác biệt về aPTT ở cả hai nhóm 5 ngày đầu tiên theo dõi. Ghi nhận sự khác biệt về aPTT ở hai nhóm tại thời gian theo dõi cuối cùng trong

đó nhóm tử vong có aPTT thấp hơn nhóm sống còn với aPTT lần lượt là 30,4 và 35,1 giây.

3.3. Đặc điểm xét nghiệm đông máu trong tiên lượng ở người bệnh COVID-19

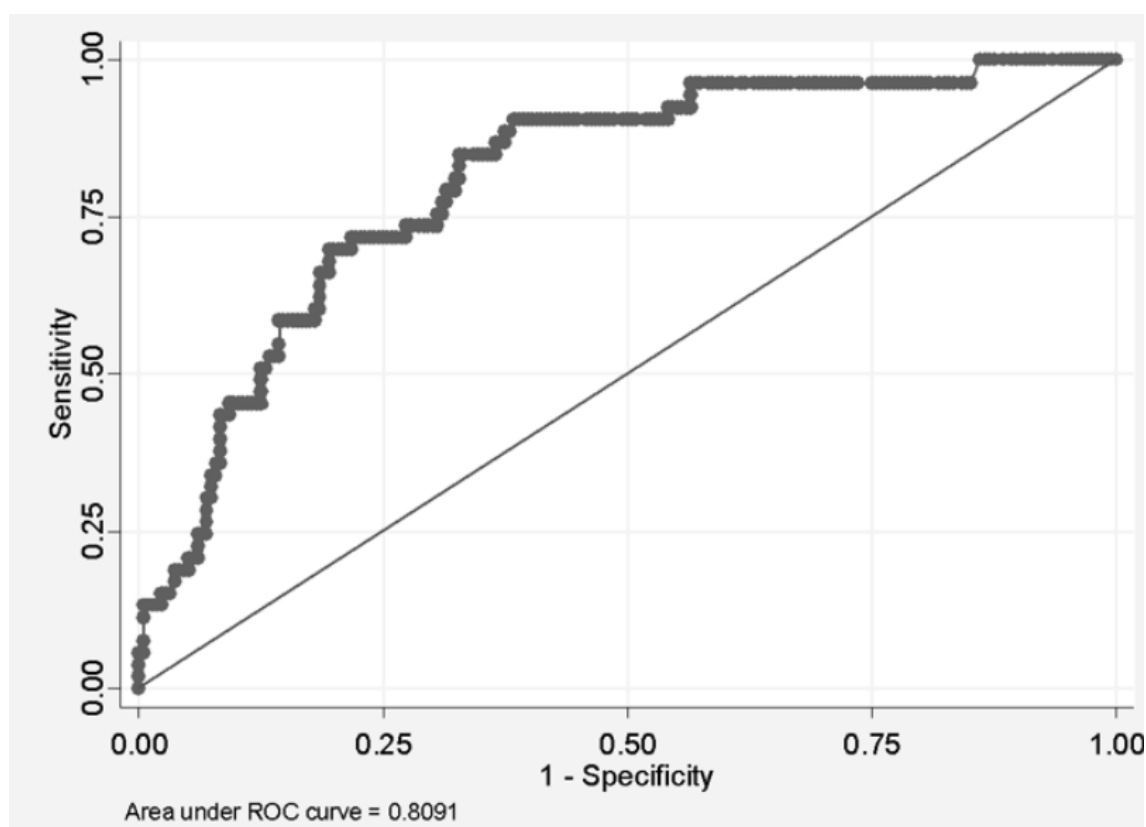
Nghiên cứu sử dụng mô hình hồi quy logistic để xác định khả năng tiên lượng tử vong của các xét nghiệm đông máu ở người bệnh COVID-19.

Bảng 3. Mô hình hồi quy logistic các yếu tố xét nghiệm đông máu dự đoán tử vong ở người bệnh COVID-19

Xét nghiệm	OR	KTC 95%	Giá trị p
D-dimer ($\mu\text{g/ml}$)	1,05	1,02 – 1,09	0,001
PT (giây)	0,93	0,76 – 1,15	0,505
aPTT (giây)	0,95	0,86 – 1,05	0,301

Nhận xét: Kết quả hồi quy logistic cho thấy chỉ có tăng D-Dimer có thể dự đoán tử vong ở người bệnh COVID-19 ($p < 0,05$). Như vậy chỉ số D-Dimer được phân tích sâu nhằm xác định ngưỡng tiên lượng tử vong bằng phân tích đường cong ROC.

Biểu đồ 5. Đường cong ROC của nồng độ D-Dimer trong tiên lượng tử vong ở người bệnh COVID-19



Nhận xét: Biểu đồ 5 biểu diễn đường cong ROC của D-Dimer trong đó phần diện tích dưới đường cong ROC của D-Dimer 0,809 cho thấy độ tiên lượng cao của D-Dimer ($> 0,6$).

Bảng 4. Độ nhạy và độ đặc hiệu của nồng độ D-Dimer tiên lượng tử vong

Ngưỡng cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ chính xác
$\geq 0,953 \mu\text{g/ml}$	90,57%	50,00%	57,99%
$\geq 1 \mu\text{g/ml}$	90,57%	54,17%	61,34%
$\geq 1,126 \mu\text{g/ml}$	90,57%	60,19%	66,17%
$\geq 1,67 \mu\text{g/ml}$	73,58%	70,37%	71,00%

Nhận xét: Ngưỡng D-Dimer trong tiên lượng tử vong chúng tôi chọn là 1,126 với độ chính xác 66% với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 90,57% và 60,19%. Như vậy nếu nồng độ D-Dimer tăng trên 1,126 $\mu\text{g/ml}$ sẽ có tiên lượng tử vong cao.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm xét nghiệm đông máu ở người bệnh COVID-19 qua các ngày

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận giá trị D-Dimer trung vị ở tất cả 269 người bệnh là 1120 ng/mL (tương đương 1,12 $\mu\text{g/mL}$). Kết quả này cao hơn nghiên cứu trên thế giới như nghiên cứu của Zhou (2020) tại Trung Quốc với trung vị nồng độ D-Dimer là 0,8 $\mu\text{g/mL}$ [18], nghiên cứu của Kim và cs (2021) tại Hoa Kỳ với trung vị nồng độ D-Dimer là 0,95 $\mu\text{g/mL}$ [11]. Sự khác biệt này có thể lý giải do tỷ lệ người bệnh mức độ khác nhau giữa các nghiên cứu. Sự khác biệt này có thể do tuổi tác khi người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình 60 tuổi.

Chúng tôi cũng ghi nhận có sự khác biệt về nồng độ D-Dimer giữa nhóm sống còn và tử vong sau khi điều trị nội trú ($p < 0,0001$). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Zhou (2020) khi nhận nồng độ D-Dimer ở nhóm tử vong và sống còn lần lượt là 5,2 $\mu\text{g/mL}$ và 0,6 $\mu\text{g/mL}$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$) [18]. Tác giả Rodelo (2012) ghi nhận mức độ D-dimer cao được báo cáo có liên quan đến tỷ lệ tử vong trong 28 ngày ở người bệnh nhiễm trùng hoặc nhiễm trùng huyết được xác định tại khoa cấp cứu [12]. Lippi và Plebani, (2020) cũng ghi nhận D-dimer ở người bệnh phải nhập hồi sức cao hơn 2,5 lần người bệnh điều trị tại nhà ($p < 0,001$) [7]. Trong nghiên cứu được công bố bởi Huang CL (2020) liên quan đến 140 người bệnh COVID-19 (13 người trở nặng), các yếu tố dự báo quan trọng cho việc nhập viện ICU là D-dimer tăng 4,8 lần [9]. Như vậy việc tăng D-Dimer có thể tiên lượng cho tình trạng trở nặng cần được chuyển ICU và cả tử vong.

Một phân tích tổng hợp được thực hiện bởi Gungor và cộng sự đã kết luận rằng người bệnh có nồng độ D-di-

mer cao khi nhập viện có nguy cơ tử vong cao hơn (nguy cơ tương đối là 1,82) và mức độ nghiêm trọng của bệnh (nguy cơ tương đối là 1,58) khi so sánh với người bệnh có nồng độ D-dimer trong các giá trị phạm vi bình thường) [6]. COVID-19 có thể dẫn đến cả bệnh huyết khối tĩnh mạch và động mạch, do kích hoạt đông máu gây ra bởi sự kết hợp của tình trạng viêm quá mức, kích hoạt tiểu cầu, rối loạn chức năng nội mô và ứ đọng dòng máu do bất động. Đo lường các dấu hiệu cho những hiện tượng này là rất quan trọng để cải thiện sự hiểu biết về cơ chế bệnh sinh của bệnh huyết khối tắc mạch ở những người bệnh này. Đồng thời, các bất thường về cầm máu rất quan trọng như một dấu hiệu cho thấy mức độ nghiêm trọng của bệnh, thay đổi từ việc tăng nhẹ D-dimer và các xét nghiệm đông máu kéo dài nhẹ đến đông máu nội mạch lan tỏa trên lâm sàng (DIC).

4.2. Đặc điểm xét nghiệm đông máu trong tiên lượng tử vong ở người bệnh COVID-19

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đặc điểm có ý nghĩa tiên lượng sống còn – tử vong ở người bệnh COVID-19 được xác định thông qua kiểm định hồi quy logistic là tăng D-Dimer. Về ngưỡng cắt D-Dimer nhằm tiên lượng tử vong ở người bệnh SARS-CoV-2, tác giả García-Cervera (2021) ghi nhận ngưỡng 1,1 $\mu\text{g/ml}$ có độ đặc hiệu 72%, độ nhạy 49%, giá trị tiên đoán dương tính (PPV) 4% và giá trị dự đoán âm tính (NPV) 99% và ngưỡng 4,7 $\mu\text{g/ml}$ cho thấy độ đặc hiệu là 95%, độ nhạy là 27%, PPV là 9% và NPV là 98% [4]. Thông qua phân tích hồi quy đa biến, tác giả Zhou (2020) ghi nhận tỷ lệ tử vong khi nhập viện ngày càng tăng liên quan đến tuổi già (OR = 1,1, KTC 95%: 1,03 – 1,17 khi tăng mỗi tuổi; $p = 0,0043$), và D-Dimer lớn hơn 1 $\mu\text{g/mL}$ khi nhập viện (OR = 18,42, 2,64 – 128,55; $p = 0,0033$) [18]. Trong khi đó nghiên cứu đa trung tâm trên 15,250 người bệnh SARS-CoV-2 tại Hoa Kỳ của Kim (2021) ghi nhận giá trị ngưỡng tối ưu của đỉnh D-dimer được xác định là 2,07 $\mu\text{g/ml}$ với độ nhạy 72% và độ đặc hiệu 70% [11]. Nghiên cứu của Ganesan (2021) tại Ấn Độ ghi nhận diện tích dưới đường cong (AUC) (KTC 95%) để dự đoán tỷ lệ tử vong đối với D-dimer là 0,709 (0,629 đến 0,781; $p < 0,001$), trong đó giá trị D-dimer > 1346 ng/mL là tối ưu trong tiên lượng tử vong với độ nhạy 58,3% và độ đặc hiệu 78,2% [3]. Suastika NKW

và cộng sự 2021 trong một nghiên cứu trên 80 người bệnh phải nhập viện, đã xác định rằng nồng độ D-dimer cao trên 1500 ng/mL là giá trị ngưỡng tối ưu để dự đoán tỷ lệ tử vong trong các trường hợp nghiêm trọng của COVID-19 với độ nhạy 80,0%; độ đặc hiệu 64,3%; và diện tích dưới đường cong ROC là 0,754 [13].

Một nghiên cứu tại Việt Nam của tác giả Phạm Quang Nhật và cộng sự (2021) trong thời gian tháng 9/2021 (cuối dịch thứ 4) tại Bệnh viện dã chiến điều trị COVID-19 đa tầng quận Tân Bình ghi nhận giá trị ngưỡng nồng độ D-dimer phân biệt nhóm bệnh tử vong là 1677 ng/mL với độ nhạy là 69,8% và độ đặc hiệu 60,7% [1]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn ngưỡng là 1,126 µg/ml với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 90,57% và 60,19% và ngưỡng 1,67 µg/ml với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 70,37% và 71%. Sự chênh lệch về ngưỡng nồng độ D-dimer, độ nhạy và độ đặc hiệu trong nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả nêu trên có thể là do sự khác nhau về cỡ mẫu nghiên cứu, tuổi tác, bệnh cảnh lâm sàng. Do D-dimer chỉ có độ nhạy và độ đặc hiệu vừa phải để tiên lượng tử vong, việc kết hợp lâm sàng với các xét nghiệm cận lâm sàng khác có thể giúp bác sĩ lâm sàng có hướng điều trị tích cực, góp phần cải thiện tỷ lệ tử vong.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 269 người bệnh điều trị nội trú tại khu điều trị COVID, Bệnh viện thành phố Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh trong giai đoạn tháng 06/2021 đến tháng 12/2021, chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt về nồng độ D-Dimer ngày nhập viện ở nhóm tử vong và nhóm sống còn (trung vị lần lượt là 4,48 µg/ml và 0,93 µg/ml; $p < 0,0001$); trung vị chỉ số PT ở nhóm sống còn cao hơn nhóm tử vong (lần lượt là 14,1 và 13,2 giây; $p = 0,012$) trong khi aPTT không ghi nhận có sự khác biệt.

Về sự thay đổi nồng độ D-dimer, kết quả ghi nhận nồng độ D-dimer cao hơn vào ngày đầu tiên nhập viện điều trị ở nhóm tử vong, đến ngày thứ 3 thì không ghi nhận sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm; đến ngày thứ 5 và thời điểm theo dõi cuối cùng, nhóm người bệnh tử vong có nồng độ D-dimer cao hơn. Không ghi nhận sự khác biệt về aPTT ở cả hai nhóm 5 ngày đầu tiên theo dõi và chỉ ghi nhận sự khác biệt về aPTT ở hai nhóm tại thời gian theo dõi cuối cùng.

Kết quả hồi quy logistic cho thấy chỉ có tăng D-Dimer có thể dự đoán tử vong ở người bệnh COVID-19 ($p < 0,05$). Như vậy chỉ số D-Dimer được phân tích sâu nhằm xác định ngưỡng tiên lượng tử vong bằng phân tích đường cong ROC. Phân tích kết quả hồi quy logistic, yếu tố tăng D-dimer dự đoán tử vong ở người bệnh COVID-19 ($p < 0,05$) với AUROC = 0,809). Nồng độ D-dimer cao hơn 1,126 ng/mL là giá trị cắt tối ưu để dự đoán tỷ lệ tử vong trong các trường hợp nặng của

COVID-19 với độ chính xác 66% với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 90,57% và 60,19%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phạm Quang Nhật, Cao Thị Vân, Đặng Đình Dân & cs, "Mức độ D-Dimer dự đoán tử vong ở bệnh nhân COVID-19 tại Bệnh viện dã chiến điều trị COVID-19 đa tầng quận Tân Bình, thành phố Hồ Chí Minh", Tạp chí Y học Việt Nam, 509, 2021.
- [2] Nguyễn Ngọc Rạng, Ứng dụng đường cong ROC trong nghiên cứu y học, Nhà xuất bản Đại học Cần Thơ, 2013.
- [3] Ganesan R, Mahajan V, Singla K et al., "Mortality Prediction of COVID-19 Patients at Intensive Care Unit Admission". Cureus, 13, (11), 2021, e19690.
- [4] García-Cervera C, Giner-Galvañ V, Wikman-Jorgensen P et al., "Estimation of Admission D-dimer Cut-off Value to Predict Venous Thrombotic Events in Hospitalized COVID-19 Patients: Analysis of the SEMI-COVID-19 Registry". J Gen Intern Med, 36, (11), 2021, 3478-3486.
- [5] Guan W, Ni Z, Hu Y et al., "Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China"; New England Journal of Medicine, 382, (18), 2020, 1708-1720.
- [6] Gungor B, Atici A, Baycan OF et al., "Elevated D-dimer levels on admission are associated with severity and increased risk of mortality in COVID-19: A systematic review and meta-analysis". Am J Emerg Med, 39, 2021, 173-179.
- [7] Hardy M, Lecompte T, Douxfils J et al., "Management of the thrombotic risk associated with COVID-19: guidance for the hemostasis laboratory". Thrombosis Journal, 18, (1), 2020, 17.
- [8] He X, Yao F, Chen J et al., "The poor prognosis and influencing factors of high D-dimer levels for COVID-19 patients"; Scientific Reports, 11, (1), 2021, 1830.
- [9] Huang C, Wang Y, Li X et al., "Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China". The Lancet, 395, (10223), 2020, 497-506.
- [10] Hung KC, Huang YT, Chang YJ et al., "Association between Fibrinogen-to-Albumin Ratio and Prognosis of Hospitalized Patients with COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis". Diagnostics (Basel), 12, (7), 2022.
- [11] Kim Y, Khose S, Abdelkhalq R et al., "Predicting In-hospital Mortality Using D-Dimer in COVID-19 Patients With Acute Ischemic Stroke". Front Neurol, 12, 702927, 2021.
- [12] Rodelo JR, De la Rosa G, Valencia ML et al., "D-dimer is a significant prognostic factor in patients with suspected infection and sepsis". Am J

- Emerg Med, 30, (9), 2012, 1991-9.
- [13] Suastika NKW, "The Optimal Cutoff Value of D-dimer Levels to Predict in Hospital Mortality in Severe Cases of Coronavirus Disease 2019". Open Access Maced J Med Sci, 9, 2021, 1561-1564.
 - [14] Tang N, Li D, Wang X et al., "Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia". J Thromb Haemost, 18, (4), 2020, 844-847.
 - [15] Tekle E, Gelaw Y, Dagnew M et al., "Risk stratification and prognostic value of prothrombin time and activated partial thromboplastin time among COVID-19 patients". PLoS One, 17, (8), e0272216, 2022.
 - [16] Zhang J, Dong X, Gao Y, "Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China". Allergy, 75, (7), 2020, 1730-1741.
 - [17] Zhou C, Bu G, Sun Y et al., "Evaluation of serum IgM and IgG antibodies in COVID-19 patients by enzyme linked immunosorbent assay". J Med Virol, 93, (5), 2021, 2857-2866.
 - [18] Zhou F, Yu T, Du R et al., "Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study". Lancet, 395, (10229), 2020, 1054-10.

ARTHROSCOPIC MANAGEMENT OF TIBIAL PLATEAU ARTICULAR FRACTURES AND LIGAMENTS INJURY: CASE REPORT

Pham Dinh The*, Le Hoang Van Hai

Thu Duc City Hospital - 29 Phu Chau, Tam Phu, Thu Duc city, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 17/08/2023; Accepted: 03/10/2023

ABSTRACT

The tibial plateau fractures account for 1% of all fractures and often occur with high-energy mechanisms. Tibial plateau fractures can be a challenging injury to manage for orthopedic surgeons. Plateau fractures may be associated with injury to adjacent structures including vasculature, nerves, ligaments, menisci, and adjacent compartments. While minimal tibial fractures with no associated injuries can be safely managed non operatively, typically this injury requires orthopedic consultation and operative management. Management of these fractures has evolved from immobilization, skeletal traction, open reduction, and internal fixation to arthroscopic reduction and internal fixation for some fracture types. The majority of tibial plateau fractures are treated surgically with internal fixation using screws and plates with the support of intraoperative fluoroscopy. However, access to menisci and ligaments can be challenging. CT-Scan and MRI support easy diagnosis of associated menisci and ligament injuries, fragments of broken articular, and high plateau fractures that are difficult to access by open surgery can be corrected by arthroscopy and internal fixation while repairing associated injuries without extensive joint exposure. We report two cases of intercondylar tibial eminence fractures with associated multiple ligament injuries treated with headless screws fixation and fiberwire suture, including reconstruction of the anterior cruciate ligament with satisfactory outcomes.

Keywords: Plateau articular fracture, Arthroscopy reduction internal fixation (ARIF), knee ligaments injury.

*Corresponding author
Email address: thepham2601@gmail.com
Phone number: (+84) 962251699
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



ĐIỀU TRỊ GỠ MẶT KHỚP MÂM CHÀY VÀ TỔN THƯƠNG DÂY CHẰNG KHỚP GỐI BẰNG NỘI SOI: BÁO CÁO CASE LÂM SÀNG

Phạm Đình Thế*, Lê Hoàng Văn Hải

Bệnh viện thành phố Thủ Đức - 29 Phú Châu, Tam Phú, thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 17/08/2023; Ngày duyệt đăng: 03/10/2023

TÓM TẮT

Gãy mâm chày chiếm 1% của tất cả các trường hợp gãy xương ở người trưởng thành và thường xảy ra do cơ chế năng lượng cao, là một loại chấn thương khó kiểm soát đối với các phẫu thuật viên chỉnh hình. Gãy mâm chày có thể tổn thương của các cấu trúc lân cận bao gồm: mạch máu, thần kinh, dây chằng, sụn chêm và biến chứng chèn ép khoang. Mặc dù những trường hợp gãy ít di lệch có thể điều trị bảo tồn, tuy nhiên hầu hết các trường hợp gãy mâm chày cần được đánh giá và theo dõi một cách cẩn thận tránh bỏ sót tổn thương, điều trị các loại gãy này cần phát triển từ việc nắn chỉnh, cố định bên trong cũng như sửa chữa các tổn thương dây chằng kèm theo nhằm trả lại chức năng cho khớp gối. Phần lớn các trường hợp gãy mâm chày được bộc lộ rộng rãi để nắn chỉnh và cố định bên trong, tuy nhiên còn khó khăn trong việc tiếp cận sụn chêm và dây chằng cũng như là các loại gãy mặt khớp. Sự xuất hiện của CT-Scan, MRI đánh giá toàn diện tổn thương xương và các cấu trúc quanh khớp gối. Các mảnh gãy mặt sụn, gãy vùng gai chày khó tiếp cận bằng đường mổ mở có thể được nắn chỉnh qua nội soi và kết hợp xương bên trong, đồng thời sửa chữa các tổn thương dây chằng và sụn chêm mà không phải bộc lộ rộng rãi khớp gối. Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp gãy mặt khớp mâm chày trung tâm kèm tổn thương đa dây chằng kèm theo. Bệnh nhân được mổ nội soi nắn chỉnh mặt khớp, kết hợp xương bên trong, tái tạo và sửa chữa những dây chằng tổn thương kèm theo trong một cuộc mổ, kết quả theo dõi ban đầu bệnh nhân hồi phục sớm sau 8 - 12 tuần.

Từ khóa: Gãy mặt khớp mâm chày, nội soi nắn chỉnh và cố định bên trong, tổn thương dây chằng khớp gối.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy mâm chày là trường hợp gãy xương thường xảy ra với cơ chế năng lượng cao, có thể liên quan đến tổn thương cấu trúc lân cận như mạch máu, thần kinh, dây chằng, sụn chêm và chèn ép khoang. Mặc dù với các trường hợp gãy ít di lệch có thể điều trị bảo tồn, tuy nhiên hầu hết các trường hợp gãy mâm chày cần được phẫu thuật nắn chỉnh, cố định bên trong và bất động, sửa chữa tổn thương dây chằng kèm theo đảm bảo khớp gối được đủ vững để vận động. Cơ chế chấn thương thường do truyền tải lực vào trong, vào ngoài hoặc dọc trục khớp gối [1]. Gãy mâm chày có thể ở một hoặc hai mâm chày, gãy một mâm chày là phổ biến nhất và thường là hậu quả của một lực tác động trực tiếp vào mặt bên của khớp gối. Gãy mặt khớp giữa hai mâm chày đòi

hỏi nhiều lực hơn và thường chịu lực dọc trục do rơi từ trên cao tiếp đất bằng chân, tai nạn giao thông. Vì vậy, gãy mâm chày trung tâm vùng gai chày ít gặp hơn gãy mâm chày bên [2].

Tất cả các phương tiện chẩn đoán hình ảnh nhằm đánh giá hình dạng, kích thước và vị trí cụ thể của các mảnh vỡ. X-quang thường quy cho hình ảnh tổng quan về trước - sau, trong - ngoài và hình ảnh khe khớp, phát hiện các đường gãy xương, tuy nhiên không thể đánh giá các dạng gãy lún, cũng như phần tổn thương phần mềm. Chụp cắt lớp vi tính đánh giá tình trạng lồi và vỡ mặt khớp, mô tả được các mảnh xương và hình dáng kiểu gãy. Chụp MRI giúp đánh giá các tổn thương về sụn chêm và dây chằng. CT-Scan hoặc MRI có thể cho cái nhìn tổng quan hơn về mức độ gãy so với chụp

*Tác giả liên hệ

Email: thepham2601@gmail.com

Điện thoại: (+84) 962251699

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

Xquang thông thường, rất hữu ích cho việc lập kế hoạch phẫu thuật.

Mức độ nghiêm trọng của gãy mâm chày thường được phân loại theo Schatzker, phân loại bao gồm từ Schatzker I- VI [3]. 10% các trường hợp gãy mâm chày không thể phân loại được dựa trên phân loại của Schatzker, đặc biệt là các trường hợp gãy trật khớp và mất vững khớp gối. Hohl and Moore đề xuất 1 phân loại khác để phân loại [2].

Bảng 1. Tổn thương và các loại gãy mâm chày theo phân loại Schatzker

Tổn thương kèm theo	Phân loại theo Schatzker
Sụn chêm ngoài	Schatzker II (>10mm)
Sụn chêm trong	S IV
Dây chằng chéo trước	S IV- VI
Động mạch khoeo	S IV- trật khớp

Các trường hợp phẫu thuật kết hợp xương bên trong cần bóc tách mô mềm rộng rãi và tăng nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật đã được báo cáo như: nhiễm trùng, tụ máu, vết thương khó lành, hoại tử da. Tuy nhiên, dù cho có bóc lột rộng rãi thì vẫn có những vị trí khó tiếp cận và không thể nắn chỉnh trực tiếp. Các biến chứng có thể xảy ra ngay cả khi một số phẫu thuật viên sử dụng kỹ thuật xâm lấn tối thiểu [4].

Cố định xương bên trong có hỗ trợ nội soi khớp (ARIF) lần đầu tiên được mô tả bởi Caspari và Jennings mô tả lần đầu năm 1985, kỹ thuật này đã nhanh chóng lan rộng trong thập kỷ qua như một phương pháp điều trị cho gãy mâm chày ngoài có lún mặt khớp. Ưu điểm chính là nó cho phép quan sát trực tiếp cũng như là nắn chỉnh mặt khớp, nội soi cũng giúp đơn giản hóa việc điều trị các tổn thương bên trong khớp kèm theo như dây chằng và sụn chêm [5].

2. BÁO CÁO LÂM SÀNG

Trường hợp 1: Phan Anh T

Bệnh nhân Nam, 29 tuổi. Bệnh nhân bị tai nạn giao thông, chống chân và xoay khớp gối trái do trụ và chống chịu lực khi ngã. Bệnh nhân đi được và đến khám tại phòng khám chấn thương bệnh viện TP Thủ Đức, được chẩn đoán Đứt DCCT gối trái và chụp MRI khớp gối, kết quả phát hiện hình ảnh đứt toàn phần DCCT, gãy mặt khớp mâm chày trong lan đến gai chày. Bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương bằng vít Herbert và tái tạo một thì dây chằng chéo trước bằng gân Hamstring cố định bằng chốt treo và vít tự tiêu, sau mổ bệnh nhân được tập vật lý trị liệu tăng dần vận động khớp, chịu lực sau 4 tuần và chịu lực toàn phần sau 8 tuần.

Các bước tiến hành:

Bệnh nhân nằm ngửa garo đùi trái thời gian 90 phút, tiến hành mổ 2 công trước cạnh gân bánh chè làm sạch máu tụ và cắt lọc khớp gối.

Kiểm tra thấy đứt toàn phần dây chằng chéo trước đoạn giữa, bong điểm bám mâm chày DCCT, gãy mặt khớp gai chày trong gối trái.

Tiến hành nắn mảnh gãy gai chày cố định bằng kim K, sử dụng định vị dây chằng chéo trước khoan định hướng, bắt 1 vít Herbert cố định mảnh xương.

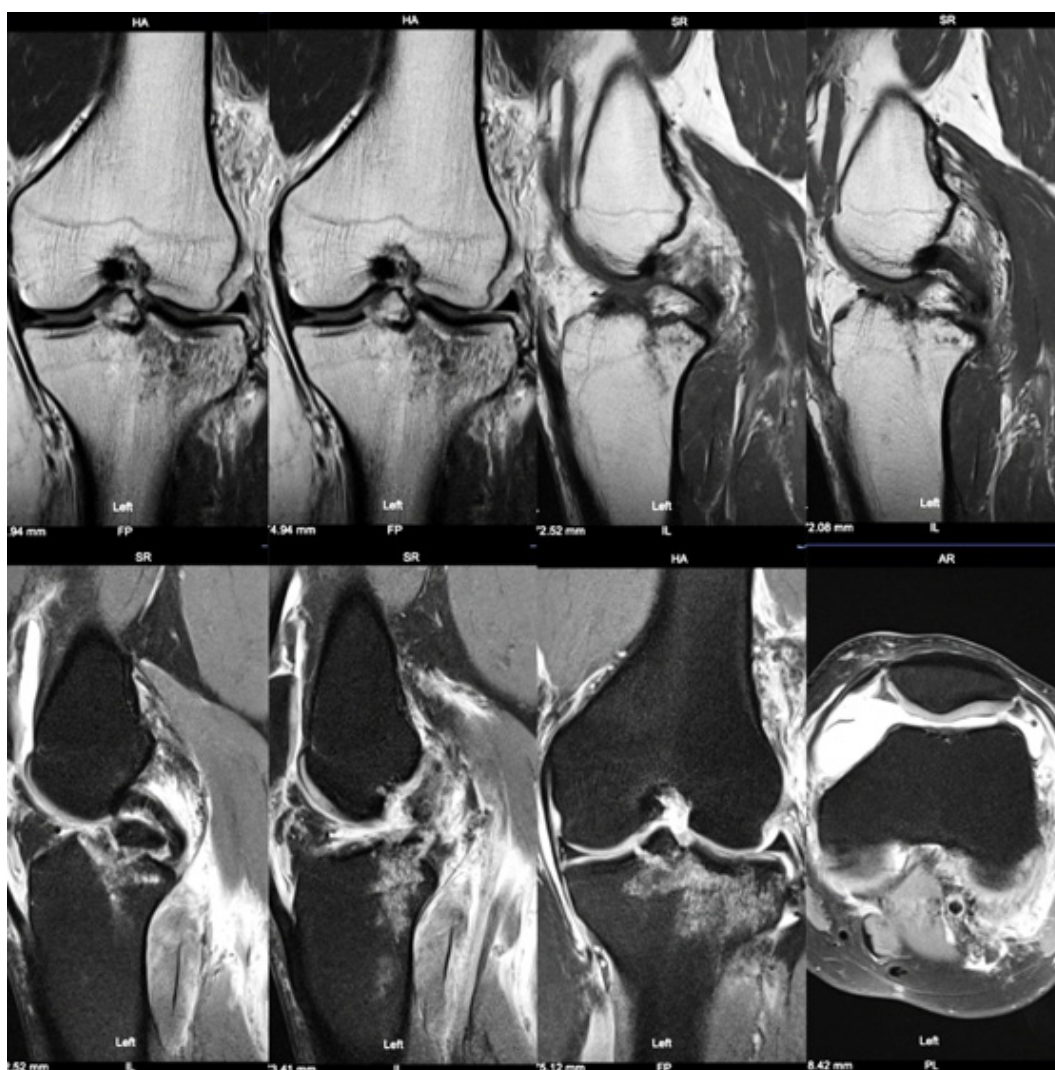
Đánh giá diện bám dây chằng chéo trước bong đường kính 10mm tương ứng gốc dây chằng. Tái tạo lại dây chằng chéo trước bằng gân Hamstring.

Kiểm tra khớp gối vững, đặt dẫn lưu, khâu vết mổ, nẹp Zimmer bất động.

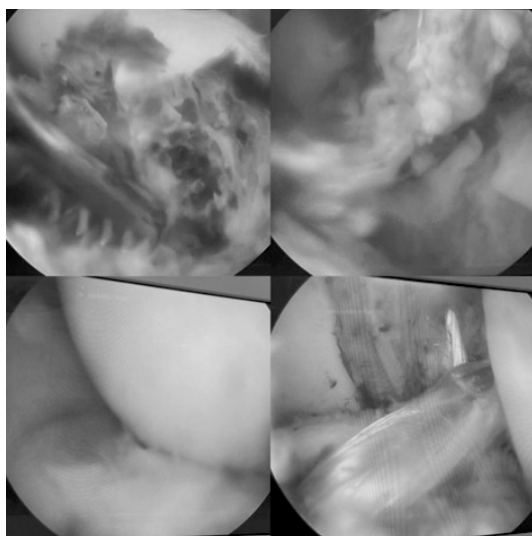
Sau mổ bệnh nhân được tập tăng dần tầm vận động khớp, chịu lực sau 4 tuần và chịu lực toàn phần sau 8 tuần.

Hình SEQ Hình * ARABIC 1. MRI bệnh nhân Phan Anh T trước mổ

Hình 1



Hình 2



Hình 3



Hình 4



Trường hợp thứ 2: Đào Thị Thu H

Bệnh nhân nữ, 32 tuổi hiện là giáo viên mầm non, địa chỉ 159/21- D11- P Trường Thọ - Thủ Đức. Bệnh nhân bị tai nạn xe máy chấn thương chống và vặn xoắn khớp gối trái, sau đó đau nhiều và mất vận động cơ năng nên được đưa vào cấp cứu tại bệnh viện thành phố Thủ Đức. Bệnh nhân được xử trí giảm đau, mang nẹp Zimmer và nhập viện. Chẩn đoán gãy mâm chày trung tâm và nhập viện chờ phẫu thuật, trong quá trình thăm khám đánh giá gối sưng nề nhiều, mạch mu chân bắt rõ. Bệnh nhân được theo dõi và siêu âm Doppler mạch máu, chờ phẫu thuật sau 1 tuần, tránh trường hợp tổn thương mạch máu do trật khớp gối tự nắn. Do hình ảnh X quang cho thấy nhiều mảnh gãy nhỏ vùng mặt khớp mâm chày trung tâm nên bệnh nhân được cho chụp CT-Scan xương để đánh giá thêm hình ảnh các mảnh gãy, MRI được thực hiện để đánh giá tổn thương dây chằng và sụn chêm.

Khám lâm sàng trước phẫu thuật: (BN đã gây tê)

Gối trái sưng nề nhiều, bập bênh xương bánh chè, mất vững xương bánh chè. Kiểm tra vẹo ngoài khớp gối mất vững, không gập gối được do bán trật khớp, lỏng lẻo khớp gối, mạch mu chân và chày sau bắt rõ.

Chẩn đoán: Gãy mâm chày trung tâm gối trái/ bong điểm bám DCCT và DCCS, đứt dây chằng bên trong và dây chằng cánh bên bánh chè.

Cận lâm sàng

X - quang: Hình ảnh gãy mâm chày trung tâm, bong điểm bám dây chằng chéo trước và chéo sau, bán trật khớp gối.

CT- Scan: Gãy bong mặt sụn vùng mâm chày trung tâm nhiều mảnh.

MRI: Bong điểm bám DCCT và chéo sau, đứt dây chằng bên trong, đứt cánh bên bánh chè.



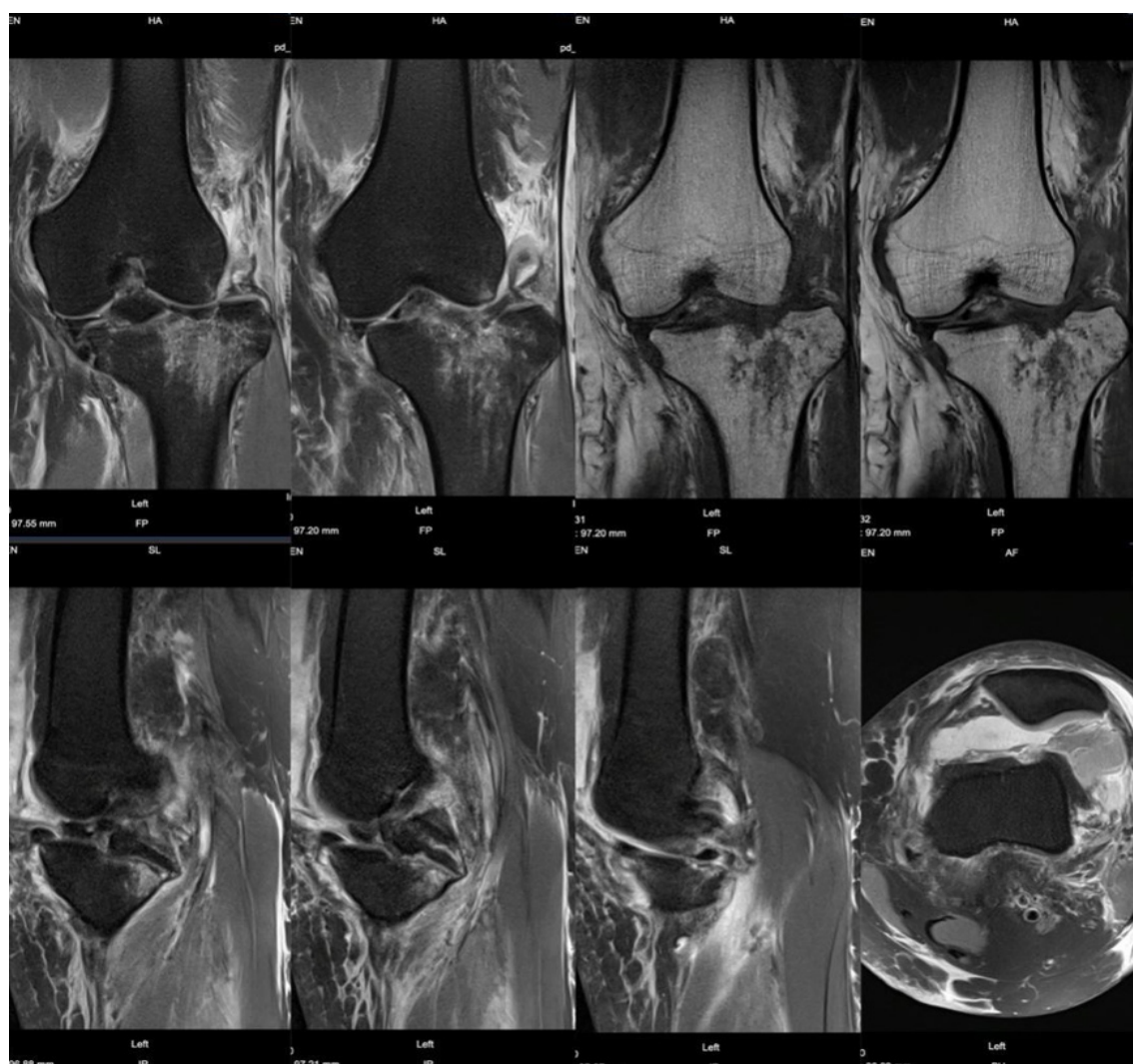
Hình 5. Tư thế Thẳng - Nghiêng



Hình 6. CT- Scan khớp gối (T) dựng hình



Hình 7. MRI khớp gối trái bệnh nhân Đ.T.T.H



Quy trình phẫu thuật

Bệnh nhân tê tùy sống, nằm ngửa, garo đùi trong 2 giờ. Tiến hành phẫu thuật, người phụ hỗ trợ nắn khớp gối và gấp gối 90 độ, mở 2 công trước gối trái cạnh gân bánh chè, cắt lọc dẫn lưu máu tụ trong khớp, làm sạch mô mỡ sau bánh chè.

Kiểm tra thấy bong điểm bám dây chằng chéo trước, khâu treo chỗ bám dây chằng chéo trước vào vùng gian lõi cầu, kiểm tra phần mặt khớp vùng gai chày gây lan đến điểm bám dây chằng chéo sau, mảnh gãy lớn và mặt khớp lật sấp xuống dưới, tiến hành mở công trước xuyên gân bánh chè, dùng dụng cụ nắn chỉnh mảnh gãy gai chày đồng thời nắn lại điểm bám dây chằng chéo sau, cố định bằng 2 kim K và bắt 2 vít rồng không đầu cố định mảnh gãy trung tâm, dây chằng chéo sau căng tốt do liền khối.

Đính lại điểm bám dây chằng chéo trước bằng chỉ siêu bền cố định vào mâm chày.

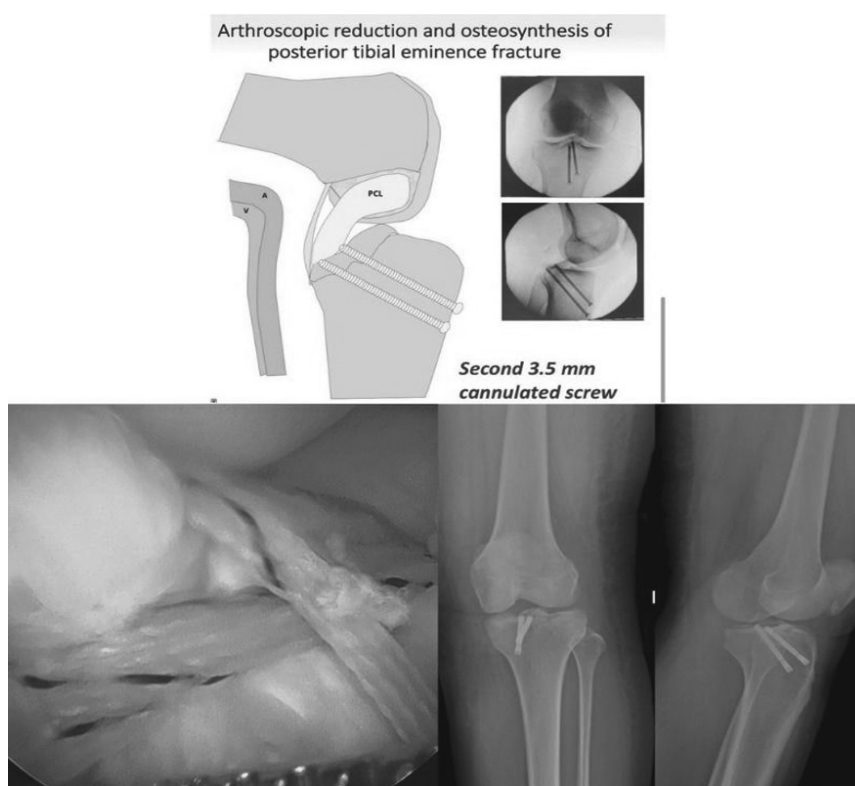
Rạch da 3cm mặt trong gối bộc lộ dây chằng bên trong và dây chằng cánh bên bánh chè, tiến hành khâu nối dây chằng bằng chỉ siêu bền, kiểm tra bánh chè vững, không mờ phía ngoài. Kiểm tra lại khớp gối vững, gấp duỗi gối tốt, đặt dẫn lưu khâu vết mổ

Toàn bộ quá trình phẫu thuật kéo dài 150 phút. Bệnh nhân không phải chuyển mê, hậu phẫu không biến chứng, bệnh nhân xuất viện sau 4 ngày, bất động gối bằng nẹp Zimmer, tập gồng cơ, chưa chịu lực, tránh mất duỗi khớp gối.

Tại thời điểm 4 tuần tái khám, bệnh nhân được kiểm tra gối vững, cứng khớp gối, được nắn bẻ khớp dưới gây mê. Sau đó bệnh nhân được cho tập vật lý trị liệu chịu lực 50% và tăng dần đến 8 tuần, bỏ nạng, tập gấp gối tối đa.

Kết quả sau mổ 8 tuần bệnh nhân tự đi lại được, gấp gối 120 độ.

Hình 8. Nội soi trong mổ và X quang khớp gối sau mổ



Hình 9. Bệnh nhân tại thời điểm 6 tuần sau mổ



Hình 10. Chức năng khớp gối sau mổ 12 tuần



3. BÀN LUẬN

Cả hai trường hợp đã nêu trên, đường gãy nằm ở mặt khớp trung tâm mâm chày, giữa khuyết gian lồi cầu, nên việc xác định đường mổ để bộc lộ và phương tiện cố định rất khó khăn, trước mổ cả 2 bệnh nhân đều được chụp MRI để đánh giá các tổn thương dây chằng và sụn chêm đi kèm. Với kinh nghiệm phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng, định chỗ bám dây chằng chéo trước và chéo sau qua nội soi nên chúng tôi quyết định mổ nội soi nắn chỉnh và kết hợp xương bằng vít Herbert, đồng thời sửa chữa những tổn thương đi kèm.

Đánh giá kết quả nắn chỉnh bằng nội soi: Nội soi giúp chúng tôi có cái nhìn trực quan mặt khớp nên việc nắn chỉnh và cố định không gặp nhiều khó khăn, tuy nhiên để mảnh gãy được cân bằng đòi hỏi sự khéo léo, đảm bảo cấp kênh mặt khớp dưới 2mm. Các mảnh xương vụn được lấy bỏ tránh kẹt khớp do rất khó cố định.

Hậu phẫu không có biến chứng, vết mổ nhỏ không làm tổn thương phần mềm rộng rãi nên người bệnh được tập vật lý trị liệu sớm ngay sau mổ. Đối với trường hợp thứ 2 bệnh nhân bán trật khớp, tổn thương nhiều dây chằng nên thời gian tập chậm hơn, nhằm bảo vệ kết quả dẫn đến cứng khớp gối. Tuy nhiên, sau nắn bề khớp tại thời điểm 4 tuần bệnh nhân hồi phục nhanh và kết quả cải thiện chức năng khớp gối.

Hiện tại nhiều tác giả báo cáo kết hợp xương mâm chày qua nội soi, phổ biến nhất là các trường hợp gãy lún mâm chày ngoài, mục đích chung là nắn chỉnh mặt khớp trực tiếp, sửa chữa các tổn thương đi kèm mà mổ mở không tiếp cận được, tránh cho bệnh nhân phải lên bàn mổ một lần nữa. Tập vật lý trị liệu sớm là ưu điểm lớn đối với phẫu thuật nội soi, bệnh nhân được tập ngay sau mổ và chịu lực sau 4 đến 8 tuần, giúp người bệnh

nh nhanh chóng trở lại cuộc sống sinh hoạt.

Hiện tại, chúng tôi tiếp tục đánh giá và chọn lựa các ca bệnh phù hợp để thực hiện kỹ thuật này. Tuy nhiên, thời gian theo dõi ngắn, chưa đánh giá được tiến triển thoái hoá khớp sau mổ. Nhưng kết quả ban đầu giúp nhóm nghiên cứu có niềm tin vào kỹ thuật và nhân rộng. Nội soi khớp nắn chỉnh và cố định bên trong gãy mâm chày đã được ghi nhận hơn 30 năm qua. Hình ảnh quan sát tốt hơn, phẫu thuật ít tổn thương mô mềm, sửa chữa các tổn thương đi kèm và vận động sớm.

4. KẾT LUẬN

Nội soi kết hợp xương mâm chày là một kỹ thuật giảm thiểu tổn thương mô mềm giúp bệnh nhân tập vật lý trị liệu sớm ngay sau mổ sớm trả lại chức năng khớp gối, khớp được vững nhờ các dây chằng được điều trị trong cùng một cuộc mổ. Ưu điểm của kỹ thuật này là cho hình ảnh rõ ràng bề mặt khớp để đánh giá chính xác, có cơ hội sửa chữa sụn chêm và dây chằng, ít nguy cơ biến chứng nhiễm trùng vết mổ. Nhược điểm là phẫu thuật viên cần có nhiều kinh nghiệm, nguy cơ rò rỉ nước gây chèn ép khoang, phương tiện cố định còn hạn chế. Cần chú ý bảo vệ cấu trúc dưới sụn, tránh làm mất xương, khâu lại sụn chêm bằng chỉ không tiêu. Trường hợp gãy vụn cần đánh giá chính xác độ cao của mâm chày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Mthethwa J, Chikate A, A review of the management of tibial plateau fractures. Musculoskeletal surgery; 2018;102(2):119-27.
- [2] Prat-Fabregat S, Camacho-Carrasco P, Treat-

- ment strategy for tibial plateau fractures: an update. *EFORT open reviews*; 2016;1(5):225-32.
- [3] Verona M, Marongiu G, Cardoni G et al., Arthroscopically assisted reduction and internal fixation (ARIF) versus open reduction and internal fixation (ORIF) for lateral tibial plateau fractures: a comparative retrospective study. *Journal of orthopaedic surgery and research*; 2019;14(1):155.
- [4] Lubowitz JH, Elson WS, Guttman D, Part I: Arthroscopic management of tibial plateau fractures. *Arthroscopy*; 2004;20(10):1063-70.
- [5] Krause M, Preiss A, Meenen NM et al., "Fracturoscopy" is Superior to Fluoroscopy in the Articular Reconstruction of Complex Tibial Plateau Fractures-An Arthroscopy Assisted Fracture Reduction Technique. *Journal of orthopaedic trauma*; 2016;30(8):437-44.

THE CONDITION OF BURNOUT IN DOCTORS AT COTTAGE HOSPITAL: THE RATIO AND RELATED FACTORS

Nguyen Vu Quynh Hoa^{1*}, Vo Thanh Liem²

¹Thu Duc City Hospital - 29 Phu Chau, Tam Phu, Thu Duc city, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Pham Ngoc Thach University of Medicine - 2 Duong Quang Trung, Ward 12, District 10, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 25/08/2023; Accepted: 28/09/2023

ABSTRACT

Physician burnout: The condition of burnout in doctors is crucial because it is related to the consequences for patient care, physician workforce, healthcare system costs, physician well-being, and safety.

Objective: This study aims to understand the extent of burnout in physicians and related factors at Thu Duc city Hospital.

Methods: Cross-sectional study, convenience sampling of 403 doctors in various departments, including 374 participating doctors, conducted from August 2022 to February 2023 at Thu Duc city Hospital. Physician burnout was assessed using the General Burnout Assessment Tool (BAT) by Wilmar Schaufeli and colleagues (2020) for healthcare workers.

Results: 41.2% of physicians were at risk of burnout, and 16.6% of doctors were in a state of burnout. 12.65% of doctors had high burnout scores. Factors related to physician burnout varied according to different aspects of burnout. The number of on-call shifts for doctors had a significant negative correlation with burnout symptoms.

Conclusion: Assessing the level of burnout in physicians is essential to provide information for hospital managers to develop plans and interventions to improve physician well-being, thereby enhancing the hospital's quality of care.

Keywords: Burnout, physicians, Thu Duc City Hospital.

*Corresponding author
Email address: quynhhoa18041988@gmail.com
Phone number: (+84) 983443639
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



TÌNH TRẠNG KIẾT SỨC CỦA BÁC SĨ TẠI BỆNH VIỆN TUYẾN CƠ SỞ: TỶ LỆ VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Vũ Quỳnh Hoa^{1*}, Võ Thành Liêm²

¹Bệnh viện thành phố Thủ Đức - 29 Phú Châu, Tam Phú, thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch - 2 Dương Quang Trung, Phường 12, Quận 10, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 25/08/2023; Ngày duyệt đăng: 28/09/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tình trạng kiệt sức của bác sĩ là quan trọng vì nó có liên quan đến những hậu quả tiêu cực đối với việc chăm sóc bệnh nhân, nhân lực bác sĩ và chi phí hệ thống chăm sóc sức khỏe, sự chăm sóc và an toàn của chính bác sĩ.

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm tìm hiểu mức độ kiệt sức của bác sĩ và các yếu tố liên quan đến Kiệt sức của bác sĩ bệnh viện thành phố Thủ Đức

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện với 403 bác sĩ tại các khoa phòng, trong đó có 374 bác sĩ đồng ý tham gia nghiên cứu, thực hiện từ tháng 8/2022 đến tháng 2/2023 tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức. Mức độ kiệt sức được đánh giá bằng Bộ câu hỏi đánh giá kiệt sức chung (BAT) của tác giả Wilmar Schaufeli và cộng sự (2020) cho nhân viên y tế.

Kết quả: Có 41,2% bác sĩ có nguy cơ kiệt sức và 16,6% bác sĩ trong tình trạng kiệt sức đỏ. Có 12,65 % bác sĩ có triệu chứng kiệt sức trong tình trạng đỏ. Các yếu tố liên quan đến kiệt sức của bác sĩ là khác nhau theo từng khía cạnh của kiệt sức. Số đêm trực của bác sĩ có mối tương quan nghịch đến triệu chứng kiệt sức.

Kết luận: Đánh giá mức độ kiệt sức của các bác sĩ là hoạt động cần thiết nhằm cung cấp thông tin cho các nhà quản lý bệnh viện xây dựng kế hoạch và giải pháp cải thiện tình trạng kiệt sức của bác sĩ, nâng cao chất lượng bệnh viện.

Từ khóa: Kiệt sức, bác sĩ, Bệnh viện thành phố Thủ Đức.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiệt sức (Burnout) được mô tả là một hội chứng tâm lý có đặc điểm là phản ứng cảm xúc tiêu cực đối với công việc do hậu quả của việc tiếp xúc lâu với môi trường làm việc căng thẳng [1 - 3]. Theo định nghĩa này, nhân viên làm việc trong những ngành nghề căng thẳng có nhiều khả năng bị kiệt sức hơn. Chăm sóc sức khỏe đã được liệt kê là một trong số các ngành nghề có mức độ căng thẳng cao, nhu cầu tương tác cá nhân mạnh mẽ với mọi người, đặc biệt là bệnh nhân và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác cũng phải chịu mức độ căng thẳng cao, dẫn đến mức độ kiệt sức cao hơn [4, 5].

Các bác sĩ, với tư cách là mắt xích trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, cũng phải đối mặt với tình trạng kiệt sức. Mối quan hệ của họ với một số lượng lớn bệnh nhân, nhân viên và quản trị viên khiến họ trở thành những ứng cử viên hàng đầu cho tình trạng kiệt sức [6]. Họ cũng phải thường xuyên giải quyết nhiều vấn đề, bao gồm kỳ vọng quá cao, thiếu thời gian và sự hỗ trợ của xã hội tại nơi làm việc, chịu trách nhiệm về sức khỏe và hạnh phúc của người khác, hành vi hung hăng và phàn nàn của bệnh nhân, cũng như đương đầu với cái chết và thương tích [7]. Bác sĩ gặp phải các vấn đề trên có nhiều khả năng bị kiệt sức; những người có mức độ

*Tác giả liên hệ

Email: quynhhoa18041988@gmail.com

Điện thoại: (+84) 983443639

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

kiệt sức cao hơn, điều này làm giảm hiệu suất công việc [6, 8 - 10].

Tình trạng kiệt sức của bác sĩ ngày càng được chú ý trong những năm gần đây [11]. Các nghiên cứu đã phát hiện ra rằng tỷ lệ kiệt sức ở các bác sĩ cao hơn so với các cá nhân làm nghề nghiệp khác [8, 12]. Tình trạng kiệt sức của bác sĩ là quan trọng vì nó có liên quan đến những hậu quả tiêu cực đối với việc chăm sóc bệnh nhân, nhân lực bác sĩ và chi phí hệ thống chăm sóc sức khỏe, sự chăm sóc và an toàn của chính bác sĩ [13]. Vì vậy, kiệt sức là một tình trạng mất mát của các bác sĩ cũng như ngành y tế nói chung.

Do đó, sự cảnh giác về hiện tượng này bằng cách nhận biết kịp thời cùng với việc phát triển các chiến lược cá nhân và tổ chức để đối phó đầy đủ là điều cần thiết để giải quyết vấn đề quan trọng này trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe hiện đại. Dựa trên nhu cầu đó nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả mức độ kiệt sức của các bác sĩ tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức và xác định yếu tố liên quan đến tình trạng kiệt sức của bác sĩ tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bác sĩ đang công tác và có mặt tại bệnh viện tính đến thời điểm nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 08/2022 đến tháng 2/2023

Thời gian thu thập số liệu: từ tháng 11/2022 đến tháng 01/2023

Địa điểm: Bệnh viện thành phố Thủ Đức

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức tính cỡ mẫu cho tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{e^2}$$

Trong đó:

Z: Trị số từ phân phối chuẩn (với độ tin cậy 95%, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$)

α : Xác suất sai lầm loại I = 0,05

e : Độ chính xác (sai số cho phép = 0,05).

p: Tỷ lệ bác sĩ và điều dưỡng kiệt sức chung, chọn $p = 0,7522$. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Bích và Vũ Thái Sơn (2020) nghiên cứu tại một bệnh viện hạng 1 Việt Nam, kết quả cho thấy có 75,22% nhân viên y tế mắc kiệt sức chung [14].

Từ công thức trên ta có $n = 286$ (bác sĩ). Cộng thêm 10% dự phòng các sai sót khi điền phiếu, vậy cỡ mẫu tối thiểu cần đưa vào nghiên cứu là 315 bác sĩ. Thực tế nghiên cứu đã thu thập được 374 bác sĩ cao hơn cỡ mẫu tối thiểu.

2.5. Phương pháp chọn mẫu cho nghiên cứu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, trên cơ sở số lượng 403 bác sĩ tại các khoa/phòng, nghiên cứu viên sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện với 403 Bác sĩ, kết quả đã có 374 bác sĩ đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Các thông tin sơ cấp được thu thập thông qua Bộ câu hỏi đánh giá kiệt sức chung (BAT) của tác giả Wilmar Schaufeli và cộng sự (2020) cho nhân viên y tế gồm 23 câu hỏi về kiệt sức với bốn khía cạnh (mệt mỏi, suy giảm cảm xúc, suy giảm nhận thức, khoảng cách tâm lý) và 11 triệu chứng với hai khía cạnh (đau khổ về tâm lý và phản nản về tâm lý). BAT là bộ công cụ mới được chuẩn hóa và dịch sang 23 ngôn ngữ khác nhau, BAT đã khắc phục được các điểm còn thiếu của các công cụ đo lường kiệt sức trước đó. Bộ công cụ được sử dụng có chỉ số Cronbach alpha tổng cho 23 mục là 0,95; tương ứng theo các khía cạnh là: mệt mỏi: 0,92; khoảng cách tinh thần: 0,91; suy giảm nhận thức: 0,92 và suy giảm cảm xúc: 0,90. Đối với hai khía cạnh triệu chứng có Cronbach's alpha chung là 0,90; tương ứng với các khía cạnh đau khổ về tâm lý và phản nản về tâm lý có thứ tự lần lượt là 0,81 và 0,85 [15].

2.7. Biến số nghiên cứu

Tuổi; giới tính; Trình độ học vấn; Số năm làm việc tại bệnh viện; Thời gian (giờ) làm việc mỗi tuần; Thời gian (giờ) làm việc mỗi ca; Số đêm trực mỗi tuần; Số lượt bệnh nhân cần chăm sóc mỗi tuần; Kiệt sức.

2.8. Tiêu chuẩn đánh giá

Theo Hướng dẫn sử dụng của tác giả Wilmar Schaufeli, kiệt sức nên được khái niệm hóa như một biến liên tục. Tuy nhiên, việc phân loại nó được tác giả hướng dẫn cụ thể theo bảng sau [16]:

Bảng 1. Điểm cắt phân loại kiệt sức

	Trung bình chung	Mệt mỏi	Suy giảm cảm xúc	Suy giảm nhận thức	Khoảng cách tâm lý	Triệu chứng
Xanh	1,00 - 2,58	1,00 - 3,05	1,00 - 2,09	1,00 - 2,69	1,00 - 2,49	1,00 - 2,84
Cam	2,59 - 3,01	3,06 - 3,30	2,10 - 2,89	2,70 - 4,09	2,50 - 3,09	2,85 - 3,34
Đỏ	3,02 - 5,00	3,31 - 5,00	2,90 - 5,00	3,10 - 5,00	3,10 - 5,00	3,35 - 5,00

Nhóm không có nguy cơ kiệt sức: khi điểm số kiệt sức chung từ 1,00 đến 3,01 điểm.

Nhóm có nguy cơ kiệt sức: khi điểm số kiệt sức chung từ 3,02 đến 5,00 điểm.

2.9. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu định lượng được thu thập, nhập liệu, quản lý bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Việc quản lý và phân tích dữ liệu được thực hiện bởi các chuyên viên phân tích dữ liệu, các dữ liệu và thông tin được mã hóa.

2.10. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài đã được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện thành phố Thủ Đức thông qua. Các thông tin về bệnh nhân được mã hóa để đảm bảo bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 375 bác sĩ tham gia nghiên cứu, độ tuổi trung bình là $33,7 \pm 10,2$ (25 – 71), nam giới chiếm 58,8%, chúng tôi ghi nhận một số kết quả như sau:

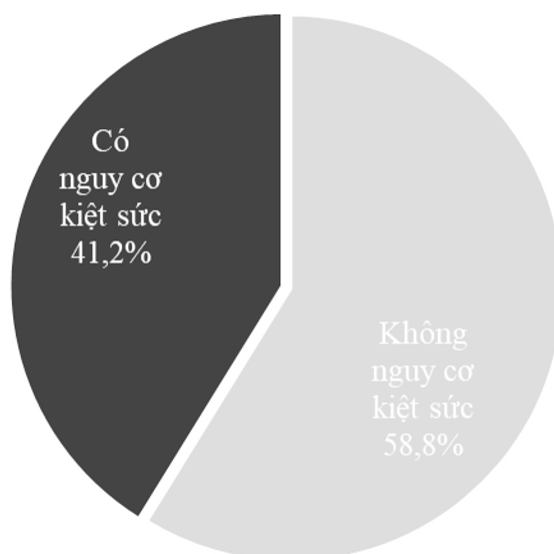
Bảng 3.1. Điểm trung bình kiệt sức của bác sĩ làm việc tại bệnh viện thành phố Thủ Đức

Kiệt sức	Trung bình $\pm$ SD	Giá trị lớn nhất	Giá trị bé nhất
Mệt mỏi	$2,85 \pm 0,72$	4,75	1
Suy giảm cảm xúc	$2,11 \pm 0,73$	4,80	1
Suy giảm nhận thức	$2,23 \pm 0,67$	4,80	1
Khoảng cách tâm lý	$2,13 \pm 0,69$	4,80	1
Triệu chứng	$2,59 \pm 0,66$	4,45	1
Kiệt sức chung	$2,47 \pm 0,56$	4,24	1

Nhận xét: Điểm kiệt sức chung của bác sĩ là $2,47 \pm 0,56$ điểm, trong đó cao nhất là khía cạnh mệt mỏi có điểm kiệt sức trung bình là $2,85 \pm 0,72$. Khía cạnh có điểm

trung bình kiệt sức thấp nhất là suy giảm cảm xúc $2,11 \pm 0,73$.

Biểu đồ 1. Tỷ lệ bác sĩ có nguy cơ kiệt sức



Nhận xét: Tỷ lệ bác sĩ có nguy cơ kiệt sức được phân loại từ thang điểm BAT là 41,2%; thấp hơn nhóm bác sĩ còn lại là không có nguy cơ kiệt sức 58,8%.

Bảng 3.2. Tỷ lệ kiệt sức của bác sĩ theo các khía cạnh

	Kiệt sức chung	Mệt mỏi	Suy giảm cảm xúc	Suy giảm nhận thức	Khoảng cách tâm lý	Triệu chứng
Xanh	220 (58,8)	225 (60,2)	197 (52,7)	282 (75,4)	258 (69)	234 (62,6)
Cam	92 (24,6)	48 (12,8)	116 (31,0)	90 (24,1)	91 (24,3)	93 (24,9)
Đỏ	62 (16,6)	101 (27)	61 (16,3)	2 (0,5)	25 (6,7)	47 (12,6)
Tổng	374 (100)	374 (100)	374 (100)	374 (100)	374 (100)	374 (100)

Nhận xét: Tỷ lệ bác sĩ kiệt sức ở mức độ Cam trở lên ở khía cạnh mệt mỏi là 39,8%; khía cạnh suy giảm cảm xúc là 37,3%; khía cạnh suy giảm nhận thức là 24,6%; khía cạnh khoảng cách tâm lý là 31,0%; khía cạnh triệu chứng là 37,5%.

Bảng 3.3. Tương quan giữa các đặc điểm nhân khẩu học, công việc và các khía cạnh của kiệt sức

Đặc điểm	Trung bình chung	Một mỗi	Suy giảm, cảm xúc	Suy giảm nhận thức	Khoảng cách tâm lý	Triệu chứng
Tuổi	- 0,017	- 0,018	0,026	- 0,054	- 0,022	- 0,008
Trình độ học vấn	- 0,087	- 0,086	- 0,056	- 0,150**	- 0,102*	- 0,015
Số năm làm việc tại bệnh viện	- 0,054	- 0,059	- 0,037	- 0,131*	- 0,082	0,022
Thời gian (giờ) làm việc mỗi tuần	- 0,051	0,047	- 0,047	- 0,205**	- 0,070	- 0,024
Thời gian (giờ) làm việc mỗi ca	- 0,053	0,046	- 0,135**	- 0,099	- 0,072	- 0,031
Số đêm trực mỗi tuần	- 0,117*	0,003	- 0,125*	- 0,195**	- 0,112*	- 0,103*
Số lượt bệnh nhân cần chăm sóc mỗi tuần	- 0,015	0,003	0,010	0,000	- 0,034	- 0,042

*. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở mức 95%; **. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở mức 99%.

Kiệt sức chung ở bác sĩ có mối tương quan nghịch với số đêm trực mỗi tuần. Khía cạnh suy giảm cảm xúc có mối tương quan nghịch với thời gian (giờ) làm việc mỗi ca, số đêm trực mỗi tuần của bác sĩ. Khía cạnh suy giảm nhận thức có mối tương quan nghịch với yếu tố trình độ học vấn, số năm làm việc tại bệnh viện, thời gian (giờ) làm việc mỗi tuần, số đêm trực mỗi tuần. Khía cạnh khoảng cách có mối tương quan nghịch với yếu tố trình độ học vấn và số đêm trực mỗi tuần. Triệu chứng kiệt sức có mối tương quan nghịch với yếu tố số đêm trực mỗi tuần của bác sĩ.

4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ kiệt sức dường như thể hiện rõ rệt ở các bác sĩ đang hành nghề. Trong một nghiên cứu gần đây ở Hoa Kỳ, 45,8% bác sĩ cho biết có ít nhất một triệu chứng kiệt sức [8]. Tương tự, nghiên cứu của Nhóm nghiên cứu kiệt sức của Mạng lưới nghiên cứu thực hành tổng hợp châu Âu, bao gồm 1.400 bác sĩ gia đình ở 12 quốc gia châu Âu, đã tiết lộ những điều sau: 43% số người được hỏi đạt điểm cao về tình trạng kiệt sức về mặt cảm xúc, 35% về vấn đề mất nhân cách và 32% về mức độ cá nhân thấp, hiệu suất công việc, trong khi 12% số người tham gia bị kiệt sức ở cả ba khía cạnh [17]. Một nghiên cứu khác bao gồm hơn 500 bác sĩ ở Vương quốc Anh đã chứng minh rằng ít nhất một phần ba số bác sĩ có biểu hiện kiệt sức [18]. Những kết quả này có thể so sánh với kết quả của những nghiên cứu tương tự được thực hiện ở một số nước Ả Rập như Yemen, Qatar và Ả Rập Saudi [19 - 21]. Triệu chứng kiệt sức được nghiên

cứ của chúng tôi đánh giá qua thang đo BAT cho thấy có đến 37,5% bác sĩ có triệu chứng của kiệt sức, điều thể hiện một sự tương đồng kiệt sức với các khu vực khác trên thế giới.

Một nghiên cứu của tác giả Anne-Floor QDijxhoorn MSc và cộng sự (2021) sử dụng bộ công cụ BAT để đo lường kiệt sức trên đối tượng là nhân viên y tế tại Hà Lan, cho thấy trong 179 người tham gia nghiên cứu thì có đến 69% người có mức độ kiệt sức trung bình và 2% người có mức độ kiệt sức rất cao, hơn 7% người phải nghỉ ốm do kiệt sức [22]. Mặc dù nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bác sĩ nguy cơ kiệt sức thấp hơn của tác giả Anne-Floor QDijxhoorn MSc và cộng sự, tuy vậy tỷ lệ bác sĩ có triệu chứng của kiệt sức trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao, và cao hơn nghiên cứu này, sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào đối tượng bác sĩ, đây là đối tượng được nhiều y văn đề cập là nhóm có nguy cơ cao [8, 12].

Nghiên cứu của nhóm tác giả Evanoff BA (2020); Zhi-hui Wang (2014); Wu (2008); Jantsch (2018), Moreira DS (2009); Jarruche và Mucci (2021); Al-Dubai và Rampal (2009) [23 - 30] cho thấy có mối liên quan giữa tuổi, giới đến kiệt sức ở nhóm đối tượng bác sĩ. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi các yếu tố này không được tìm thấy có mối liên quan đến kiệt sức của bác sĩ, sự khác biệt này có thể do đối tượng khác nhau và đặc điểm văn hóa khu vực khác nhau.

Đối với các ngành nghề y tế, tỷ lệ kiệt sức cao thường phổ biến hơn ở các bác sĩ. Ngoài một số vấn đề cá nhân, tình trạng kiệt sức phần lớn còn liên quan đến các yếu

tổ bên ngoài như khối lượng công việc tăng lên và mối quan hệ giữa các cá nhân không hiệu quả [31]. Theo các tài liệu và phát hiện, có sự khác biệt lớn (0 – 80,5%) về tỷ lệ kiệt sức ở các bác sĩ [32]. Một nghiên cứu trên 7288 bác sĩ [33] tiết lộ tỷ lệ kiệt sức cao nhất ở các bác sĩ khoa cấp cứu (52%) và bác sĩ chăm sóc tích cực (50%), với tỷ lệ thấp nhất ở bác sĩ tâm thần (33%) và nhà nghiên cứu bệnh học (32%). Điều này phù hợp với phát hiện trong nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố liên quan đến công việc của bác sĩ có liên quan đến các khía cạnh kiệt sức, tuy nhiên theo chiều hướng tương quan nghịch.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bác sĩ có nguy cơ kiệt sức tại bệnh viện khá cao, có 41,2% bác sĩ có nguy cơ kiệt sức và 16,6% bác sĩ trong tình trạng kiệt sức đỏ. Có 12,65 bác sĩ có triệu chứng kiệt sức trong tình trạng đỏ. Các yếu tố liên quan đến kiệt sức của bác sĩ là khác nhau theo từng khía cạnh của kiệt sức. Số đêm trực của bác sĩ có mối tương quan nghịch đến triệu chứng kiệt sức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Maslach C, Jackson SE, Burnout in organizational settings, *Applied social psychology annual*, 1984.
- [2] Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP, Job burnout. *Annual review of psychology*, 2001;52:pp. 397-422.
- [3] Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, Professional burnout: Recent developments in theory and research 2017.
- [4] Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A et al., Preventing occupational stress in healthcare workers, *The Cochrane database of systematic reviews*. 2014(11):pp. Cd002892.
- [5] Krystal JH, Responding to the hidden pandemic for healthcare workers: stress. *Nature medicine*. 2020;26(5):pp. 639.
- [6] Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA et al., Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *Jama*. 2018;320(11):pp. 1131-50.
- [7] Ogińska-Bulik N, Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *International journal of occupational medicine and environmental health*. 2006;19(2):pp. 113-22.
- [8] Shanafelt TD, Boone S, Tan L et al., Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of internal medicine*. 2012;172(18):pp. 1377-85.
- [9] Romani M, Ashkar K, Burnout among physicians. *The Libyan journal of medicine*. 2014;9(1):pp. 235-56.
- [10] West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD, Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of internal medicine*. 2018;283(6):pp. 516-29.
- [11] Dyrbye L, Shanafelt T, A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Medical education*. 2016;50(1):pp. 132-49.
- [12] Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN et al., Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clinic proceedings*. 2015;90(12):pp. 1600-13.
- [13] West CP, Tan AD, Shanafelt TD, Association of resident fatigue and distress with occupational blood and body fluid exposures and motor vehicle incidents. *Mayo Clinic proceedings*. 2012;87(12):pp. 1138-44.
- [14] Ngọc Bích Nguyễn, Thái Sơn Vũ, Thực trạng kiệt sức nghề nghiệp của bác sĩ và điều dưỡng tại một bệnh viện hạng 1 ở Việt Nam, 2020, *Tạp chí Y học Việt Nam*; 2021; 502(2).
- [15] Schaufeli WB, Desart S, De Witte H, Burnout Assessment Tool (BAT)—Development, Validity, and Reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(24):pp. 9495.
- [16] Schaufeli W, De Witte H, Desart S, User Manual—Burnout Assessment Tool (BAT)—Version 2.0. KU Leuven. Belgium: Internal report; 2019.
- [17] Soler JK, Yaman H, Esteva M et al., Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice*; 2008;25(4):245-65.
- [18] Sharma A, Sharp DM, Walker LG et al., Stress and burnout in colorectal and vascular surgical consultants working in the UK National Health Service. *Psycho-Oncology*; 2008;17(6):570-6.
- [19] Al-Dubai SAR, Rampal KG, Prevalence and associated factors of burnout among doctors in Yemen. *Journal of occupational health*. 2010;52(1):58-65.
- [20] Abdulla L, Al-Qahtani DM, Al-Kuwari MG, Prevalence and determinants of burnout syndrome among primary healthcare physicians in Qatar. *J South African Family Practice*. 2011;53(4):380-3.
- [21] Selaihem AA, Prevalence of burnout amongst physicians working in primary care in Riyadh military hospital, Saudi Arabia. *J Med Sci Public Health*. 2013;2(2):410-9.
- [22] Dijkhoorn A-FQ, Brom L, van der Linden YM et al., Healthcare Professionals' Work-Related Stress in Palliative Care: A Cross-Sectional Survey. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2021;62(3):pp. e38-e45.



- [23] Wang Z, Xie Z, Dai J et al., Physician burnout and its associated factors: a cross-sectional study in Shanghai. *Journal of occupational health*; 2014;13-0108-OA.
- [24] Evanoff BA, Strickland JR, Dale AM et al., Work-related and personal factors associated with mental well-being during the COVID-19 response: survey of healthcare and other workers. *Journal of medical Internet research*; 2020;22(8):pp. e21366.
- [25] Wu S, Zhu W, Li H et al., Relationship between job burnout and occupational stress among doctors in China. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*; 2008;24(2):143-9.
- [26] Jantsch N, da Costa AEK, Pissaia LF, Síndrome de Burnout: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*; 2018;7(1):pp. e1371191-e.
- [27] Modesto JG, de Souza LM, Rodrigues TS, Esgotamento profissional em tempos de pandemia e suas repercussões para o trabalhador. *PEGADA-A Revista da Geografia do Trabalho*. 2020;21(2):pp. 376-91.
- [28] Moreira DdS, Magnago RF, Sakae TM et al., Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;25:pp. 1559-68.
- [29] Jarruche LT, Mucci S, Burnout syndrome in healthcare professionals: an integrative review. *Revista Bioética*. 2021;29:pp. 162-73.
- [30] Al-Dubai SAR, Rampal KG, Prevalence and associated factors of burnout among doctors in Yemen. *Journal of occupational health*. 2009:pp. 0911040104-.
- [31] Garcia CdL, Abreu LCd, Ramos JLS et al., Influence of burnout on patient safety: systematic review and meta-analysis; *J Medicina*, 2019;55(9):553.
- [32] Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA et al., Prevalence of burnout among physicians: a systematic review; *J Jama*, 2018;320(11):1131-50.
- [33] Dyrbye LN, Varkey P, Boone SL et al., editors. Physician satisfaction and burnout at different career stages; *Mayo Clinic proceedings*; 2013: Elsevier.

RELIABILITY AND VALIDITY OF THE SATISFACTION SURVEY QUESTIONS IN ELDERLY OUT-PATIENTS AT THE FAMILY DOCTOR CLINIC OF THE LE VAN THINH HOSPITAL

Nguyen Thi Bich Ngoc^{1*}, Nguyen Thanh Hiep²,
Pham Le An³, Tran Van Khanh¹, Nguyen Tran Ai Uyen³

¹Le Van Thinh Hospital - 130 Le Van Thinh Street, Binh Trung Tay Ward, Thu Duc City, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Pham Ngoc Thach University of Medicine - 2 Duong Quang Trung, Ward 12, District 10, Ho Chi Minh City, Vietnam

³Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy - 217 Hong Bang, Ward 11, District 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 21/08/2023; Accepted: 23/09/2023

ABSTRACT

Background: Surveying customer satisfaction is crucial to service delivery, especially for healthcare services that operate under a market mechanism and financial autonomy. Surveying customer satisfaction is essential to service delivery, particularly in the healthcare industry within a market-driven and financially independent framework. Outpatient care is crucial to the operation of healthcare facilities, especially in light of the aging population. This study collected data from 351 elderly patients who sought medical care and treatment at the clinic by administering 24 survey questions on a 5-point Likert scale.

Objectives: Evaluation of the value and appropriateness of the satisfaction survey questionnaire for geriatric patients seeking medical care at the Family Doctor Clinic of Le Van Thinh Hospital.

Participants and procedures: A cross-sectional investigation involving 351 elderly patients who visited the clinic for medical care was conducted.

Results: The results revealed that the total number of female participants exceeded that of male participants, and over 95% of the elderly had health insurance. The evaluated factors included the physical environment, security, cleanliness, clinic layout, administrative procedures, waiting time, the attitude of the medical staff, and their level of expertise. The Cronbach's alpha coefficients for these factors exceeded 0.75, demonstrating their dependability. In addition, the structural equation modeling (SEM) analysis revealed that the satisfaction measurement model corresponds well to the collected data. Evaluation indices, including the Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI), and Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), indicated that the model was well-suited.

Conclusion: This questionnaire demonstrated reliability and an appropriate structure for assessing patient satisfaction among geriatric outpatients in primary care. This study's findings can aid in evaluating service quality and improving healthcare for elderly patients.

Keywords: Satisfaction, outpatient patients, Family Doctor Clinic, reliability, and structural validity.

*Corresponding author
Email address: bichngocnt2@gmail.com
Phone number: (+84) 987395369
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



ĐỘ TIN CẬY VÀ TÍNH GIÁ TRỊ CỦA BỘ CÂU HỎI KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI TẠI PHÒNG KHÁM BÁC SĨ GIA ĐÌNH BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH

Nguyễn Thị Bích Ngọc^{1*}, Nguyễn Thanh Hiệp²,
Phạm Lê An³, Trần Văn Khanh¹, Nguyễn Trần Ái Uyên³

¹Bệnh viện Lê Văn Thịnh - 130 Đường Lê Văn Thịnh, Phường Bình Trưng Tây, Thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch - 2 Dương Quang Trung, Phường 12, Quận 10, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

³Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, Phường 11, Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 21/08/2023; Ngày duyệt đăng: 23/09/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khảo sát sự hài lòng là một vấn đề không thể thiếu được trong việc cung cấp dịch vụ, nhất là dịch vụ y tế trong cơ chế thị trường, tự chủ tài chính. Khám chữa bệnh ngoại trú là một công tác không thể thiếu trong hoạt động của bệnh viện, bên cạnh đó dân số người cao tuổi ngày càng gia tăng. Nghiên cứu sử dụng một bộ gồm 24 câu hỏi khảo sát sự hài lòng với thang Likert 5 điểm để thu thập dữ liệu từ 351 người cao tuổi đã khám và chữa bệnh tại phòng khám.

Mục đích nghiên cứu: Đánh giá tính giá trị và phù hợp của bộ câu hỏi khảo sát sự hài lòng của người bệnh cao tuổi đến khám tại phòng khám Bác sĩ gia đình Bệnh viện Lê Văn Thịnh.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang trên 351 người bệnh cao tuổi trở lên đến khám tại phòng khám này.

Kết quả: Kết quả cho thấy rằng tổng số người nữ tham gia nghiên cứu nhiều hơn nam, và hơn 95% người cao tuổi sử dụng Bảo hiểm Y tế. Các khía cạnh được đánh giá bao gồm cảnh quan, an ninh, vệ sinh, cách bố trí phòng khám, thủ tục hành chính, thời gian chờ, thái độ phục vụ của nhân viên y tế và chuyên môn của nhân viên y tế. Các khía cạnh này đều đạt độ tin cậy tốt với hệ số Cronbach's Alpha lớn hơn 0,75. Ngoài ra, phân tích mô hình SEM (phương trình có cấu trúc tuyến tính) cho thấy mô hình thang đo sự hài lòng phù hợp với dữ liệu thu thập được. Các chỉ số đánh giá độ phù hợp mô hình như Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI) và Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) đều cho thấy mô hình có độ phù hợp tốt.

Kết luận: Bộ câu hỏi này có độ tin cậy và có cấu trúc phù hợp để khảo sát sự hài lòng của người bệnh cao tuổi tại phòng khám ngoại trú - phòng khám Y học gia đình. Kết quả nghiên cứu này có thể hỗ trợ đánh giá chất lượng dịch vụ và cải thiện chăm sóc sức khỏe cho người bệnh cao tuổi tại chăm sóc ban đầu.

Từ khóa: Sự hài lòng, người bệnh ngoại trú, Bác sĩ gia đình, độ tin cậy và tính giá trị cấu trúc.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng của bệnh nhân là một kết quả cơ bản khi đánh giá, cải thiện hoặc duy trì chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, dịch vụ ngoại trú là một phần quan trọng

trong dịch vụ bệnh viện và chăm sóc bệnh nhân. Quản lý chất lượng trong chăm sóc sức khỏe trong chăm sóc ban đầu đặc biệt là phòng khám ngoại trú y học gia đình có một thành phần quan trọng là đo lường sự hài

*Tác giả liên hệ

Email: bichngocnt2@gmail.com

Điện thoại: (+84) 987395369

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

lòng của bệnh nhân đến khám[7]. Mục tiêu của nghiên cứu này là tìm ra mức độ hài lòng và các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh cao tuổi về hoạt động khám chữa bệnh tại phòng khám Bác sĩ gia đình Bệnh viện Lê Văn Thịnh. Đầu tiên, dựa trên các cơ sở lý thuyết và khảo sát thực tế về mô hình bệnh tật tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh và “Phiếu khảo sát người bệnh ngoại trú” của Bộ Y tế, nghiên cứu đã xây dựng thang đo sơ bộ. Nghiên cứu tiến hành khảo sát với 351 người bệnh đã khám bệnh và chữa bệnh tại bệnh viện và tiến hành phân tích Cronbach’s Alpha và mô hình SEM (phương trình có cấu trúc tuyến tính) nhằm xác định mô hình thang đo sự hài lòng phù hợp với dữ liệu thu thập được. Phân tích hồi quy sẽ được sử dụng để kiểm định mô hình, kiểm định các giả thuyết nghiên cứu, đồng thời xác định cụ thể trọng số của từng nhân tố tác động đến mức độ hài lòng của người bệnh.

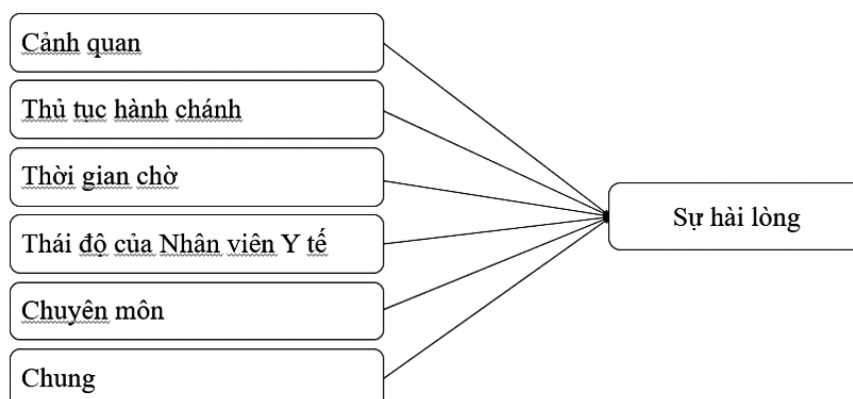
Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), tuổi thọ con người ngày càng được nâng cao, tuổi thọ trung bình là 66,8 vào năm 2000 và con số này được nâng lên 73,4 vào năm 2019. Việt Nam là một trong các quốc gia có tốc độ già hóa dân số nhanh nhất thế giới với tuổi thọ trung bình vào năm 2018 là 73,5. Theo Ủy ban chăm sóc sức khỏe người cao tuổi 2007 có đến 90,03% người cao tuổi mắc ít nhất một bệnh bệnh[3][1]. Đa số người cao tuổi khi mắc bệnh mong muốn đến khám tại các bệnh viện (BV) công (67%)[1][4][6].

Từ năm 2012, Bệnh viện Lê Văn Thịnh đã thành lập phòng khám Bác sĩ gia đình, trung bình phục vụ từ 200 - 300 lượt người bệnh mỗi ngày và số lượng người bệnh trên 50 tuổi chiếm 61,9%[5]. Năm 2018 cho thấy tỉ lệ hài

lòng chung của người bệnh đối với dịch vụ của phòng khám Bác sĩ gia đình Bệnh viện Quận 2 là 98,1%. Tuy nhiên, vẫn còn tồn tại một số khía cạnh có tỉ lệ hài lòng chưa cao như về thái độ phục vụ của nhân viên y tế là 76,7%; về thủ tục hành chính là 65,8%; về chuyên môn là 64,7%; người trên 50 tuổi có tỉ lệ hài lòng với thái độ phục vụ của nhân viên y tế là 76,7%; hài lòng về chuyên môn là 67,3%[2]. Hiện nay có nhiều cơ sở y tế công lập và ngoài công lập giúp người dân có nhiều sự lựa chọn hơn trong việc chăm sóc sức khỏe, do đó đánh giá sự hài lòng là một trong những tiêu chí đánh giá bệnh viện của Bộ y tế cũng như giúp bệnh viện cải thiện hơn những mặt chưa tốt để thu hút khách hàng. Có nhiều yếu tố góp phần quyết định nên sự hài lòng nói chung của người bệnh như (1) Mức độ hài lòng của người bệnh về cảnh quan, an ninh, vệ sinh, cách bố trí phòng khám; (2) về thủ tục hành chính; (3) về thời gian chờ; (4) về thái độ của nhân viên y tế; (5) về chuyên môn của nhân viên y tế và (6) Mức độ hài lòng chung. Trong đó, mức độ hài lòng chung là một biến định lượng cho giá trị cụ thể.

Việc áp dụng các phương pháp phân tích trong nghiên cứu luôn đòi hỏi vai trò quan trọng của bước đầu tiên là xây dựng hoàn thiện bộ câu hỏi khảo sát mức độ hài lòng. Chính vì lý do đó, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ hài lòng và các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh về hoạt động khám chữa bệnh của phòng khám Bác sĩ gia đình Bệnh viện Lê Văn Thịnh. Kết quả nghiên cứu sẽ là nền tảng cho việc đánh giá chất lượng dịch vụ phòng khám, cũng như trong việc định hướng nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe người bệnh.

Hình 1. Mô hình nghiên cứu đề xuất



2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh từ 60 tuổi trở lên đến khám tại phòng khám Bác sĩ gia đình Bệnh viện Lê Văn Thịnh.

2.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng 1 tỷ lệ:

$$n \geq \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \times p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó, xác suất sai lầm loại I, $\alpha = 0,05$, trị số phân phối chuẩn với độ tin cậy 95% ($Z_{1-\alpha/2} = 1,96$), tỉ lệ

$p = 0,647$ từ nghiên cứu của tác giả Phan Minh Hoàng [2] và sai số $d = 0,05$. Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu là $n = 351$. Chọn tất cả người bệnh từ 60 tuổi trở lên đến khám tại phòng khám Bác sĩ gia đình Bệnh viện Lê Văn Thịnh trong thời gian từ tháng 1 năm 2023 – tháng 3 năm 2023.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Thực hiện phỏng vấn người bệnh dựa trên bộ câu hỏi đã được thiết kế dựa vào bộ câu hỏi khảo sát sự hài lòng của người bệnh ngoại trú của Bộ Y tế có bổ sung. Nghiên cứu viên gửi bộ câu hỏi cho điều tra viên tại bệnh viện để phỏng vấn và thu lại sau khi được hoàn thành. Thang đo sự hài lòng gồm 38 câu hỏi với thang điểm Likert 5 điểm, từ 1 cho “Rất không hài lòng” đến 5 điểm cho “Rất hài lòng”.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Tính tin cậy nội bộ của thang đo được tính toán với hệ số Cronbach's Alpha (α). Giá trị Cronbach's Alpha $> 0,9$: thang đo xuất sắc; từ 0,8 đến 0,9: thang đo tốt; từ 0,7 đến 0,8: thang đo sử dụng được. Từ 0,6 đến 0,7: thang đo sử dụng trong trường hợp là khái niệm nghiên cứu mới hoặc trong bối cảnh nghiên cứu mới; từ 0,5 đến 0,6: thang đo kém, cần xem xét lại [8][9]. Đánh giá tính giá trị về nội dung (Content validity) để xem xét các câu của thang đo có phù hợp cho khái niệm muốn đánh giá, loại bỏ các câu có độ phù hợp thấp (thang đo được xác định bằng sơ đồ phân tích song song (Scree plot) hoặc giá trị phương sai (Eigenvalue). Phân tích CFA (Confirmatory Factor Analysis) để khẳng định các nhân tố đã xây dựng từ lý thuyết. Các chỉ số như RMSEA, KTC 90% của RMSEA, AIC, CFI và TLI được đánh giá để khẳng định mô hình hợp lệ sau phân tích CFA.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Lê Văn Thịnh thông qua số 23/HĐĐĐ-BVLVT ngày 31 tháng 6 năm 2022.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Nghiên cứu có 351 người từ 60 tuổi trở lên tham gia, tuổi trung bình là 69,61 cao nhất là 93 tuổi. Số người khám lần đầu tại phòng khám Bác sĩ gia đình Bệnh viện Lê Văn Thịnh là 15 người chiếm 3,9%, người khám nhiều nhất 240 lần, trung bình 1 người bệnh đã khám tại phòng khám 53,2 lần.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ %
Giới tính (n = 351)		
Nam	114	32,5
Nữ	237	67,5
Tuổi (n = 351)		
60 – 64	97	27,6
65 – 69	104	29,6
70 – 74	65	18,5
75 – 79	49	14,0
≥ 80	36	10,3
Tình trạng sử dụng Bảo hiểm y tế (n = 351)		
Có	340	96,9
Đúng tuyến	237	69,7
Trái tuyến	103	30,3
Không	11	3,1
Số lần khám tại PK BSGĐ BV LVT (n = 351)		
1 – 5	60	17,1
6 – 10	25	7,1
11	266	75,8
Nơi sinh sống (n = 351)		
Quận Thủ Đức	195	55,6
Quận khác	19	5,4
Tỉnh	137	39,0
Đang sống cùng (n = 351)		
Đang sống cùng con cháu	269	76,6
Một mình hoặc hai vợ chồng	74	21,1
Khác	8	2,3
Có người đi khám bệnh cùng (n = 351)		
Có	164	46,7
Không	187	53,3
Nguồn thu nhập chính (n = 351)		
Lương hưu/tiền để dành	93	26,5
Con cháu chu cấp	201	57,3
Trợ cấp xã hội	6	1,7
Tự đi làm	51	14,5

Nhận xét: Trong nghiên cứu này số người bệnh là nữ giới chiếm đa số (tỉ lệ nam: nữ ~ 1:2), hơn 95% người cao tuổi có sử dụng Bảo hiểm Y tế. Có hơn 1/3 người bệnh từ các tỉnh khác, khoảng ¼ người cao tuổi không sống cùng người thân.

3.2. Đánh giá độ tin cậy và tính giá trị cấu trúc của thang đo sự hài lòng trên đối tượng người cao tuổi đến khám ngoại trú tại phòng khám Bác sĩ gia đình Bệnh viện Lê Văn Thịnh

Bảng 3.1. Hệ số tin cậy nội bộ Cronbach's Alpha khía cạnh Cảnh quan, an ninh, vệ sinh và các bố trí của thang đo sự hài lòng NB với phòng khám (N = 351)

Câu hỏi	Hài lòng cảnh quan, an ninh, vệ sinh, cách bố trí phòng khám	N	Tương quan biến - tổng	Cronbach's Alpha khi xóa câu
A1	Cảnh quan BV đẹp, không khí trong lành	351	0,933	0,92
A2	Lối đi sạch sẽ	351	0,938	0,92
A3	Gác cổng ra vào BV an toàn	351	0,939	0,92
A4	Vị trí phòng khám dễ tìm	351	0,920	0,92
A5	Chỗ ngồi chờ tiện nghi thoải mái	351	0,907	0,92
A6	Cơ sở vật chất tại phòng khám (bàn khám, dụng cụ...)	351	0,927	0,92
A7	Số lượng bàn khám đáp ứng đủ nhu cầu	351	0,931	0,92
A8	Nhà vệ sinh sạch sẽ, thuận tiện	351	0,566	0,98

Nhận xét: Tại khía cạnh cảnh quan, an ninh, vệ sinh và các bố trí của thang đo sự hài lòng người bệnh với phòng khám cho thấy hệ số tương quan giữa điểm của các câu hỏi với điểm chung của thang đo (Tương quan

biến - tổng) dao động từ 0,566 đến 0,939. Không có câu hỏi nào có tương quan biến tổng $< 0,3$ vì vậy không đề xuất loại bỏ câu hỏi nào trong khía cạnh.

Bảng 3.2. Hệ số tin cậy nội bộ Cronbach's Alpha khía cạnh thủ tục hành chính của thang đo sự hài lòng người bệnh với phòng khám (N = 351)

Câu hỏi	Hài lòng về thủ tục hành chính	N	Tương quan biến - tổng	Cronbach's Alpha khi xóa câu
B1	Giờ làm việc có thuận tiện	351	0,846	0,57
B2	Có thể đăng ký khám qua điện thoại thuận lợi	351	0,830	0,86
B3	Hài lòng về nguồn thông tin hướng dẫn quá trình khám	351	0,824	0,61

Nhận xét: Tại khía cạnh thủ tục hành chính của thang đo, không ghi nhận câu hỏi nào có tương quan biến tổng $< 0,3$, các hệ số đề cao hơn 0,8. Hệ số Cronbach's Alpha khi xóa câu lần lượt là 0,57, 0,87 và 0,61 và hệ số tin cậy nội bộ Cronbach's Alpha tổng đạt mức chấp nhận với $\alpha = 0,75$. Kết quả cho thấy hệ số Cronbach's

Alpha khi xóa câu ở câu hỏi “Có thể đăng ký khám qua điện thoại thuận lợi” cao hơn giá trị Cronbach's Alpha của cả khía cạnh. Tuy nhiên các giá trị tương quan biến tổng thỏa điều kiện do vậy không đề xuất xóa câu hỏi này để tăng giá trị Cronbach's Alpha tổng.

Bảng 3.3. Hệ số tin cậy nội bộ Cronbach's Alpha khía cạnh thời gian chờ của thang đo sự hài lòng người bệnh với phòng khám (N = 351)

Câu hỏi	Hài lòng về thời gian chờ	N	Tương quan biến - tổng	Cronbach's Alpha khi xóa câu
C1	Thời gian chờ bác sĩ ở phòng khám	351	0,881	0,80
C2	Thời gian chờ làm xét nghiệm	351	0,913	0,81
C3	Thời gian chờ lãnh thuốc	351	0,876	0,81

Nhận xét: Khía cạnh thời gian chờ của thang đo, không ghi nhận câu hỏi nào có tương quan biến tổng $< 0,3$, các

hệ số đề cao hơn 0,8. Hệ số Cronbach's Alpha khi xóa câu dao động từ 0,80 – 0,81, đạt mức tốt.

Bảng 3.4. Hệ số tin cậy nội bộ Cronbach's Alpha khía cạnh thái độ phục vụ nhân viên y tế của thang đo sự hài lòng người bệnh với phòng khám (N = 351)

Câu hỏi	Hài lòng về thái độ của nhân viên y tế	N	Tương quan biến - tổng	Cronbach's Alpha khi xóa câu
D1	Hoạt động chăm sóc khách hàng của bệnh viện	351	0,826	0,97
D2	Sự ân cần lắng nghe của Bác sĩ, điều dưỡng	351	0,940	0,93
D3	Bác sĩ, điều dưỡng cung cấp thông tin rõ ràng	351	0,962	0,93
D4	Bác sĩ, điều dưỡng giải thích lại khi ông bà chưa hiểu	351	0,929	0,94
D5	Bác sĩ, điều dưỡng giúp ông bà đỡ cảm thấy lo lắng, căng thẳng	351	0,94	0,93

Nhận xét: Các câu hỏi trong khía cạnh thái độ phục vụ nhân viên y tế trong thang đo có tương quan biến tổng đều lớn hơn 0,8. Hệ số tin cậy nội bộ Cronbach's

Alpha các câu hỏi trong khía cạnh này đạt mức rất tốt với alpha > 0,9.

Bảng 3.5. Hệ số tin cậy nội bộ Cronbach's Alpha khía cạnh chuyên môn của thang đo sự hài lòng người bệnh với phòng khám (N = 351)

Câu hỏi	Hài lòng về chuyên môn	N	Tương quan biến - tổng	Cronbach's Alpha khi xóa câu
E1	Bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh	351	0,904	0,91
E2	Bác sĩ giải thích và hướng dẫn lựa chọn phương pháp điều trị	351	0,895	0,92
E3	Bác sĩ hướng dẫn biện pháp phòng ngừa	351	0,911	0,91
E4	Hài lòng về sự nhận định bệnh ngay ở lần khám đầu tiên	351	0,901	0,91
E5	Hài lòng với kết quả điều trị (dành cho NB khám ≥ 2 lần (n = 336))	336	0,837	0,93

Nhận xét: Khía cạnh chuyên môn trong thang đo cũng ghi nhận độ tin cậy nội bộ tốt khi các câu hỏi có tương quan biến tổng đều lớn hơn 0,8. Hệ số tin cậy nội bộ

Cronbach's Alpha các câu hỏi trong khía cạnh đạt mức rất tốt.

Bảng 3.6. Hệ số tin cậy nội bộ Cronbach's Alpha của 5 khía cạnh (N = 351)

Khía cạnh	Số biến	Tương quan biến - tổng nhỏ nhất	Hệ số Cronbach's alpha
Cảnh quan	8	0,566	0,93
Hành chính	3	0,824	0,75
Thời gian chờ	3	0,876	0,86
Thái độ nhân viên y tế	5	0,826	0,95
Chuyên môn	5	0,837	0,93
Cronbach's alpha tổng	24		0,95

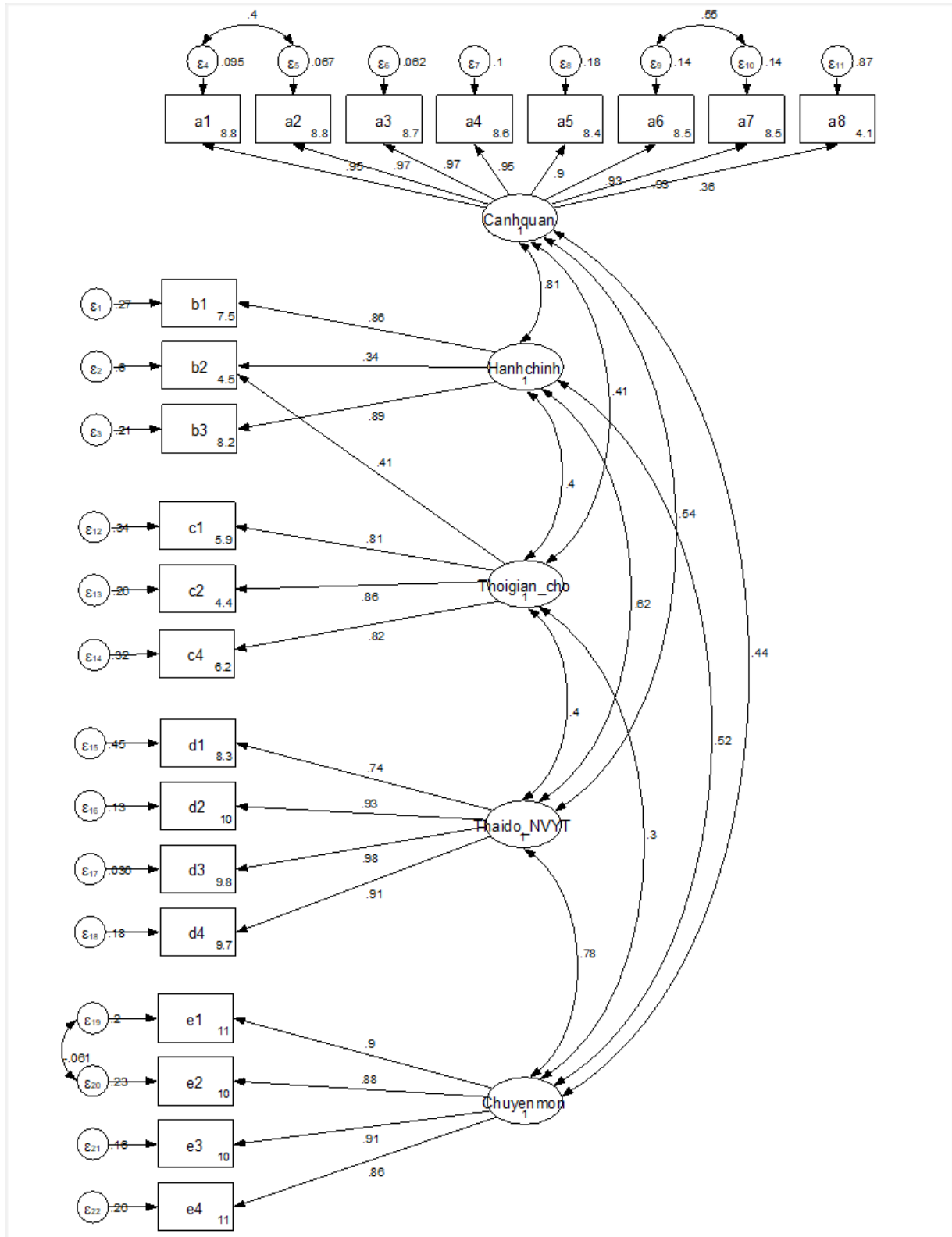
Nhận xét: Qua phân tích ghi nhận hệ số Cronbach's Alpha tổng của bộ công cụ là 0,95, đạt mức rất tốt. Hệ số alpha của 5 khía cạnh đều lớn hơn 0,75. Các hệ số tương

quan biến - tổng nhỏ nhất của 9 khía cạnh dao động từ 0,566 – 0,876. Hệ số Cronbach's Alpha từng khía cạnh và tổng trong bộ công cụ có độ tin cậy.

3.3. Đánh giá tính giá trị cấu trúc của thang đo sự hài lòng trên đối tượng người cao tuổi đến khám ngoại trú tại phòng khám Bác sĩ gia đình Bệnh viện Lê Văn Thịnh

Các biến quan sát đưa vào phương trình cấu trúc tuyến tính SEM để chứng minh cấu trúc thang đo phù hợp.

Biểu đồ 3.1. Phương trình có cấu trúc tuyến tính SEM (N = 351)



Bảng 3.9. Các chỉ số đánh giá độ phù hợp mô hình của thang đo sự hài lòng qua phương trình có cấu trúc tuyến tính SEM (N = 351)

Chỉ số	Ngưỡng đo lường	Kết quả
CFI	CFI $\geq 0,9$ tốt	0,957
	CFI $\geq 0,95$ rất tốt	
	CFI $\geq 0,8$ chấp nhận được	
TLI	TLI $\geq 0,9$ tốt	0,949
RMSEA	RMSEA $\leq 0,06$ tốt	0,076
	RMSEA $\leq 0,08$ chấp nhận được	
KTC 90% của RMSEA	KTC 90% của RMSEA $< 0,08$	0,069

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sẽ xem xét các chỉ số đánh giá độ phù hợp mô hình sử dụng thang đo sự hài lòng thông qua phương trình có cấu trúc tuyến tính SEM với một mẫu dữ liệu kích thước N = 351.

Có ba chỉ số phổ biến được sử dụng để đánh giá độ phù hợp mô hình SEM, đó là Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI) và Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). Các chỉ số này cung cấp thông tin về mức độ phù hợp giữa mô hình dự đoán và dữ liệu quan sát được.

Theo kết quả đo lường trong bảng, ta có CFI = 0,957. Với ngưỡng đo lường, CFI $\geq 0,9$ được coi là tốt, và CFI $\geq 0,95$ được xem là rất tốt. Vì giá trị CFI của mô hình là 0,957, vượt quá cả hai ngưỡng trên, chúng tôi có thể kết luận rằng mô hình có độ phù hợp tốt.

Tiếp theo, chỉ số TLI đạt giá trị 0,949. Với ngưỡng đo lường TLI $\geq 0,9$ được coi là tốt, mô hình của chúng tôi đạt được một độ phù hợp tương đối cao với giá trị TLI này. Mặc dù không vượt quá ngưỡng 0,95 cho mức độ phù hợp rất tốt, kết quả này vẫn cho thấy mô hình là chấp nhận được.

Cuối cùng, chỉ số RMSEA đạt giá trị 0,076, và KTC 90% của RMSEA là 0,069. Với ngưỡng đo lường, RMSEA $\leq 0,06$ được coi là tốt và RMSEA $\leq 0,08$ được chấp nhận. Do giá trị RMSEA của chúng ta là 0,076, nằm trong khoảng chấp nhận được, chúng tôi có thể kết luận rằng mô hình phù hợp với dữ liệu.

Tóm lại, các chỉ số đánh giá độ phù hợp mô hình của thang đo sự hài lòng thông qua phương trình có cấu trúc tuyến tính SEM cho thấy mô hình của chúng tôi đạt được độ phù hợp tốt. CFI và TLI đều vượt qua ngưỡng

0,9, trong khi RMSEA nằm trong khoảng chấp nhận được.

Thực hiện xem xét chất lượng các câu hỏi dựa trên giá trị p của trọng số tương quan (Regression Weights). Kết quả ghi nhận toàn bộ các câu hỏi đều có giá trị p $< 0,001$, như vậy các câu hỏi đều có ý nghĩa trong thang đo.

4. KẾT LUẬN

Đo lường sự hài lòng của bệnh nhân ngoại trú là một yếu tố quan trọng trong quản lý chất lượng chăm sóc sức khỏe. Thang đo sự hài lòng bệnh nhân cao tuổi đến khám phòng khám Y học gia đình bao gồm 5 thành phần với 24 đề mục được bao gồm trong cảnh quan, an ninh, vệ sinh, cách bố trí phòng khám, thủ tục hành chính, thời gian chờ, thái độ phục vụ của nhân viên y tế và chuyên môn của nhân viên y tế. Các khía cạnh này đều đạt độ tin cậy tốt với hệ số Cronbach's Alpha lớn hơn 0,75. Ngoài ra, phân tích mô hình SEM (phương trình có cấu trúc tuyến tính) cho thấy mô hình thang đo sự hài lòng phù hợp với dữ liệu thu thập được. Các chỉ số đánh giá độ phù hợp mô hình như Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI) và Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) đều cho thấy mô hình có độ phù hợp tốt các câu trong 5 thành phần. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp nền tảng cho việc đánh giá sự hài lòng của người bệnh cao tuổi khám ngoại trú y học gia đình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Giang HHT, Nghiên cứu khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi tại huyện Củ Chi năm 2018, Tp. Hồ Chí Minh: Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, 2009.
- [2] Hoàng PM, Sự hài lòng của người bệnh về phòng khám Bác sĩ gia đình ở quận 2 thành phố Hồ Chí Minh năm 2018, Tp. Hồ Chí Minh: Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, 2018.
- [3] Tổng cục thống kê, Người cao tuổi Việt Nam: Phân tích từ điều tra Biến động dân số và Kế hoạch hóa gia đình năm 2021, Hà Nội, 2021.
- [4] Lê Văn Khảm, Vấn đề về người cao tuổi ở Việt Nam hiện nay, Tạp chí Khoa học xã hội Việt Nam, số 7 (80), 2014, 77-86.
- [5] Khanh TV, Sự hài lòng của người bệnh tại phòng khám bác sĩ gia đình, bệnh viện Quận 2 Thành phố Hồ Chí Minh; Tạp chí Y tế Công cộng, 2017; số 37 tháng 3+4.
- [6] Quyền HĐ, Nhu cầu phòng ngừa và chăm sóc bệnh mạn tính không lây của người cao tuổi quận Phú Nhuận, Tp. Hồ Chí Minh: Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, 2019.
- [7] Nguyễn Hữu Thắng, Lê Thị Thanh Hà, Nguyễn Thị Thu Hà et al., Sự hài lòng của người bệnh đối với chất lượng bệnh viện tại Việt Nam: nghiên cứu tổng quan có hệ thống, giai đoạn 2000-2015; Tạp chí Y tế Công cộng, 2018; Số 45 tháng 6/2018:33-44.
- [8] Hoàng Trọng, Chu Nguyễn Mộng Ngọc, Phân tích dữ liệu nghiên cứu với SPSS – tập 1 và 2, NXB Hồng Đức, 2008.
- [9] Alkuwaiti A, Maruthamuthu T, Reliability and Validity of a New Questionnaire of Outpatient Service Satisfaction for Academic Medical Center Hospital. Health Care Academician Journal, 2017;4:57-62.



THE RESULT OF TREATMENT LITTLE DISPLACEMENT SCAPHOID FRACTURE BY USING CANNULATED CANCELLOUS SCREW COMPRESSED THROUGH SKIN

Tieu Hieu*, Nguyen Vinh Thong, Le Hoang Van Hai, Nguyen Xuan Dung

Thu Duc City Hospital - 29 Phu Chau, Tam Phu, Thu Duc city, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 14/08/2023; Accepted: 02/10/2023

ABSTRACT

Objectives: Evaluating the effectiveness of bone healing in bone fusion surgery to treat minimally displaced scaphoid fractures with hollow headless screws with compression through the skin.

Methods: Prospective study on 27 medical records of patients aged 18 to 60 years old with scaphoid fractures who were admitted to the hospital before 6 weeks after the fracture and were operated on with threaded screws without head compression. back through the skin. From the beginning of January 2019 to the end of June 2021 at the Orthopedics Department of Thu Duc City Hospital.

Results: Patients whose bones healed before 10 weeks had 27 cases, accounting for 100%. Return to work averaged 3.5 ± 0.9 weeks; Average Mayo score 88.5 ± 3.6 , lowest 80, highest 95. Wrist range of motion increased 4.5 ± 1.6 (degrees) based on wrist flexion angle. On average, the extension angle increased by 3.6 degrees. 3 months after surgery, average arm strength was 37.0 ± 6.6 ; After 6 months, average arm strength was 40.2 ± 7.4 . After 3 months, there were no more patients with mild or moderate pain.

Conclusion: Using the method of treating minimally displaced scaphoid fractures with hollow headless screws with compression through the skin helps reduce the possibility of infection, reduces surgery time and recovery time, and reduces post-operative complications. recorded in research in a good direction.

Keywords: Mayo, scaphoid fracture, bone healing time.

*Corresponding author

Email address: bacsihieuhien@gmail.com

Phone number: (+84) 988259132

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ XƯƠNG THUYỀN ÍT DI LỆCH BẰNG VÍT RỒNG KHÔNG ĐẦU NÉN ÉP XUYỀN QUA DA

Tiêu Hiếu*, Nguyễn Vĩnh Thông, Lê Hoàng Văn Hải, Nguyễn Xuân Dũng

Bệnh viện thành phố Thủ Đức - 29 Phú Châu, Tam Phú, thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 14/08/2023; Ngày duyệt đăng: 02/10/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả lành xương trong phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy xương thuyền ít di lệch với vít rồng không đầu nén ép xuyên qua da.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu trên 27 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân đủ 18 đến 60 tuổi gãy xương thuyền vào viện trước 6 tuần sau khi bị gãy và được phẫu thuật bằng vít rồng không đầu nén ép có bước ren xuyên qua da. Từ đầu tháng 01/2019 hết tháng 06/2021 tại khoa Chấn thương chỉnh hình Bệnh viện thành phố Thủ Đức.

Kết quả: Người bệnh lành xương trước 10 tuần có 27 trường hợp, chiếm tỷ lệ 100%. Trở lại công việc trung bình $3,5 \pm 0,9$ tuần; trung bình điểm số Mayo $88,5 \pm 3,6$, thấp nhất 80, cao nhất 95. Tầm vận động cổ tay tăng $4,5 \pm 1,6$ (độ) tính theo góc gấp cổ tay. Trung bình góc duỗi tăng lên $3,6$ độ. Sau mổ 3 tháng, sức tay trung bình $37,0 \pm 6,6$; sau 6 tháng sức tay trung bình $40,2 \pm 7,4$. Sau 3 tháng, không còn bệnh nhân đau nhẹ hay đau vừa phải.

Kết luận: Sử dụng phương pháp điều trị gãy xương thuyền ít di lệch bằng vít rồng không đầu nén ép xuyên qua da giúp giảm khả năng nhiễm trùng, giảm thời gian phẫu thuật và thời gian hồi phục, các biến chứng sau mổ được ghi nhận trong nghiên cứu theo hướng tốt.

Từ khóa: Mayo, gãy xương thuyền, thời gian lành xương.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương thuyền cấp tính chiếm từ 2% đến 3% trong số tất cả các trường hợp gãy xương, khoảng 10% trong số các gãy xương bàn tay và từ 60% đến 80% của tất cả các gãy xương cổ tay. Việc điều trị gãy xương thuyền có nhiều phương pháp và cũng vẫn còn nhiều tranh cãi. Tuổi dao động từ 18 đến 45 tuổi, với nam giới trẻ hơn đáng kể tại thời điểm bị thương so với nữ giới cho thấy gãy xương thuyền thường ở độ tuổi lao động, trẻ, năng động. Cơ chế thường là té chống tay [1].

Một số tác giả cho rằng bất động bó bột là phương pháp tốt để điều trị cho gãy xương thuyền không di lệch hoặc di lệch tối thiểu, tỷ lệ di lệch thứ phát trong bột thay đổi từ 3% đến 20% [2,3].

Gãy xương thuyền ít di lệch hoặc không di lệch được

điều trị bằng bất động bó bột kéo dài có thể dẫn đến cứng khớp tạm thời và yếu cơ, ngoài việc chậm trễ quay lại công việc và hoạt động thể thao.

Herbert và Fisher báo cáo tỷ lệ không lành xương sau điều trị bảo tồn ở mức 50% và sau đó đã ủng hộ việc sử dụng cố định bên trong cho gãy xương thuyền với một ốc vít được thiết kế mới. Gần đây, đã có một số nghiên cứu ủng hộ việc sử dụng cố định sớm cho gãy xương không di lệch hoặc di lệch tối thiểu [2]. Việc cố định xương thuyền bằng phẫu thuật với vít không đầu qua đường mổ nhỏ, ít xâm lấn, ít biến chứng, giúp cho bệnh nhân quay lại làm việc và hoạt động thể thao sớm hơn, giúp lành xương nhanh, không gây sẹo cứng và đau sau mổ [2].

Hiện tại các nghiên cứu liên quan đến điều trị phẫu thuật xương thuyền tại Việt Nam còn hạn chế, vì vậy

*Tác giả liên hệ

Email: bacsihieuhien@gmail.com

Điện thoại: (+84) 988259132

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

chúng tôi thực hiện đề tài này, nhằm đánh giá hiệu quả lành xương trong phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy xương thuyền ít di lệch với vít rỗng không đầu nén ép xuyên qua da.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh án của bệnh nhân đủ 18 đến 60 tuổi gãy xương thuyền vào viện trước 6 tuần sau khi bị gãy và được phẫu thuật bằng vít rỗng không đầu nén ép có bước ren xuyên qua da. Từ đầu tháng 01/2019 hết tháng 06/2021

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2021

Địa điểm: bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Tp. Hồ Chí Minh và bệnh viện thành phố Thủ Đức.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu:

- Cỡ mẫu: 27 hồ sơ bệnh án được chọn vào nghiên cứu.
- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ.

2.4. Tiêu chuẩn đánh giá

Theo dõi điều trị và đánh giá sau mổ theo các chỉ số:

Tình trạng toàn thân: mạch, nhiệt, huyết áp

Điều trị sau mổ: Kháng sinh uống, kháng viêm, giảm đau, chăm sóc thay băng, dinh dưỡng và cho bệnh nhân xuất viện sau 48h; Đánh giá kết quả sớm sau mổ tái khám từ tuần 1 đến hết tuần thứ 6: (Sẹo vết mổ; Thẩm mỹ vết mổ; Tầm vận động; Xquang lại để đánh giá liền xương; Sức cầm nắm bằng thước đo JAMAR; Tầm vận động gấp duỗi, nghiêng trụ và nghiêng quay bằng thước đo độ; Đau; Đánh giá mức độ hài lòng). Kết hợp dùng thang điểm Mayo cải tiến (The Mayo modified wrist score) để đánh giá chức năng khớp cổ tay dựa vào 4 tiêu chí: đau, mức độ hài lòng, biên độ vận động và sức cầm nắm, mỗi tiêu chí cho điểm từ 0-25 điểm, với điểm 0 là xấu nhất và 25 là tốt nhất.

2.5. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20, kiểm tra mối liên quan bằng Chi Square test.

2.6. Vấn đề y đức

Nghiên cứu đã được sự đồng ý của hội đồng Y đức Bệnh

viện thành phố Thủ Đức. Mọi số liệu thu thập được giữ bí mật, chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Lành xương trước 10 tuần

Lành xương	Số ca	Tỷ lệ (%)
Trên X quang trước 10 tuần	27	100 %

Nhận xét: Lành xương trước 10 tuần có 27 trường hợp, chiếm tỷ lệ 100%

Bảng 2. Thời gian quay lại công việc

Thời gian (tuần)	Số ca	Tỷ lệ %
2	3	11,1
3	10	37,0
4	11	40,7
5	3	11,1

Nhận xét: Trở lại công việc sau 2 tuần có 3 ca (11,1%), sau 3 tuần có 10 ca (37,0%), sau 4 tuần có 8 ca (40,7%) và chậm nhất sau 5 tuần có 3 ca (11,1%). Trung bình $3,5 \pm 0,9$ tuần.

Bảng 3. Điểm Mayo

Điểm Mayo	Số ca	Tỷ lệ %
80	1	3,7
85	9	33,3
90	14	51,9
95	3	11,1

Nhận xét: Trung bình điểm số Mayo $88,5 \pm 3,6$, thấp nhất 80, cao nhất 95.

Bảng 4. Tầm vận động cổ tay: Góc gập

Góc gập (độ)	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Thấp nhất	Lớn nhất	Trung vị	Q25	Q75
Sau 3 tháng	78,1	1,99	75	81	80	77	78
Sau 6 tháng	82,6	1,18	80	85	83	82	83
Thay đổi	4,5	1,60	2	8	4	3	4

Nhận xét: Góc gập cổ tay trung bình sau 3 tháng là $78,1 \pm 2,0$ (độ), sau 6 tháng góc gập cổ tay trung bình là $82,6 \pm 1,2$ (độ). Như vậy tầm vận động cổ tay tăng $4,5 \pm 1,6$

(độ) tính theo góc gập cổ tay, Sự cải thiện góc gập cổ tay có ý nghĩa thống kê: $p < 0,001$ (Kiểm định T mẫu cặp).

Bảng 5. Tầm vận động cổ tay: góc duỗi

Góc duỗi	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Thấp nhất	Lớn nhất	Trung vị	Q25	Q75
Sau PT 3 tháng	66,8	1,2	65	70	67	66	67
Sau PT 6 tháng	70,4	1,5	69	77	70	70	70
Cải thiện	3,6	1,4	2	9	3	3	3

Nhận xét: Sau 3 tháng góc duỗi trung bình $66,8 \pm 1,2$ độ, Sau 6 tháng góc duỗi trung bình $70,4 \pm 1,5$ độ, Như vậy trung bình góc duỗi tăng lên 3,6 độ. Sự khác biệt

có ý nghĩa thống kê: $p < 0,001$ (Kiểm định Wilcoxon).

Bảng 6. Tầm vận động cổ tay: nghiêng trụ

Nghiên trụ	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Thấp nhất	Lớn nhất	Trung vị	Q25	Q75
Sau PT 3 tháng	40,0	1,5	36	43	39	39	40
Sau PT 6 tháng	43,1	0,8	42	45	43	42	43
Cải thiện	3,1	1,0	2	6	3	2.5	3

Nhận xét: Góc nghiêng trụ sau phẫu thuật 3 tháng trung bình $40,0 \pm 1,5$ độ, sau 6 tháng góc nghiêng trụ trung

bình $43,1 \pm 0,8$ độ, Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê: $p < 0,001$ (Kiểm định Wilcoxon).



Bảng 7. Tầm vận động cổ tay: nghiêng xoay

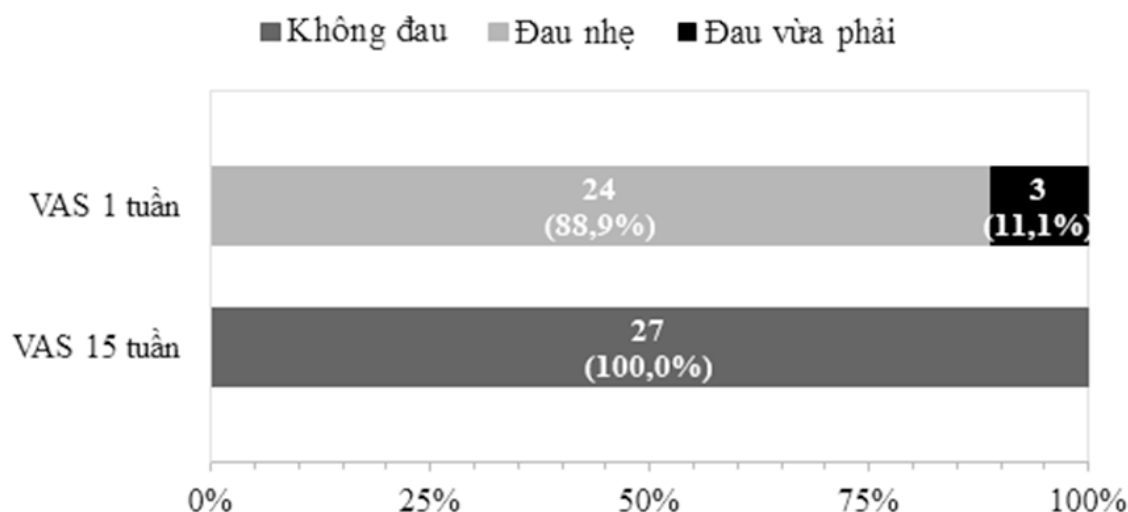
Nghiên quay	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Thấp nhất	Lớn nhất	Trung vị	Q25	Q75
Sau PT 3 tháng	13,2	0,7	12	14.5	13,5	13	13,5
Sau PT 6 tháng	14,4	0,3	14	15	14,5	14	14,5
Thay đổi	1,2	0,7	0	3	1	0.5	1

Nhận xét: Góc nghiêng quay sau phẫu thuật 3 tháng trung bình $13,2 \pm 0,7$ (độ), Sau phẫu thuật 6 tháng góc nghiêng xoay trung bình $14,4 \pm 0,3$ (độ), Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê: $p < 0,001$ (Kiểm định Wilcoxon)

Bảng 8. Sức cầm nắm sau phẫu thuật

Tham số	N	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Thấp nhất	Lớn nhất	Q50 (trung vị)	Q25	Q75
Nam	P<0,001 (kiểm định T)							
Sau 3 tháng	21	40.4	1.8	35.5	43	41	40	41
Sau 6 tháng	21	44.0	1.3	42	46	45	43	44
Thay đổi		3.6	1.3	1.8	6.5	4	3	4
Nữ	P=0,026 (kiểm định Wilcoxon)							
Sau 3 tháng	6	25.2	0.3	25	25.6	25	25	25
Sau 6 tháng	6	26.8	0.7	25.5	27.5	27	27	27
Thay đổi		1.6	0.6	0.5	2	2	1.4	1.9
Chung	P<0,001 (kiểm định T)							
Sau 3 tháng	27	37.0	6.6	25	43	41	35.5	41
Sau 6 tháng	27	40.2	7.4	25.5	46	45	42	43.5
Thay đổi		3.2	1.5	0.5	6.5	2	2	3

Nhận xét: Sau mổ 3 tháng, sức tay trung bình $37,0 \pm 6,6$; sau 6 tháng sức tay trung bình $40,2 \pm 7,4$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê: $p < 0,001$ (Kiểm định T cặp)

Biểu đồ 1. Mức đau sau mổ

Nhận xét: Sau mổ 1 tuần, số bệnh nhân đau nhẹ chiếm tỷ lệ 88,9% (24 bệnh nhân) và đau vừa phải 11,1% (3 bệnh nhân). Sau 3 tháng, không còn bệnh nhân đau nhẹ hay đau vừa phải, $p < 0,001$ (Kiểm định Wilcoxon).

4. BÀN LUẬN

Trong 27 ca đã mổ tại khoa chấn thương chỉnh hình bệnh viện Thành phố Thủ Đức, hầu hết các đầu lành xương và không có ca nào không lành xương đạt tỉ lệ 100% trước 10 tuần.

Để đạt được điều này trong quá trình chọn mẫu phải đạt các yêu cầu, sớm trước 6 tuần, mức độ di lệch đo trên CT scanner $< 1\text{mm}$, không có yếu tố bệnh nền nặng. Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi hầu hết là người trẻ nhóm tuổi 20 – 30 tuổi chiếm đa số, chỉ có 1 ca tăng huyết áp không biết khi vào nhập viện thì mới phát hiện (chiếm tỉ lệ 3,7%) và được tư vấn tái khám sau khi phẫu thuật.

Với kết quả trên cũng giống với một số tác giả Chen và các cộng sự [4] đã hồi cứu 11 bệnh nhân với gãy xương thuyền mới ít di lệch và đã được cố định bên trong qua da thông qua đường mổ mặt lòng, và đạt 100% lành xương trên X-quang với thời gian trung bình là 10,6 tuần. Tác giả Rettig và cộng sự hồi cứu [4] 14 ca xương thuyền gãy mới cố định xuyên qua da bằng vít Herbert thì 12 ca lành xương trên xquang đạt 92% và thời gian trung bình là 11.5 tuần. Tác giả Haddad and Goddard [4] dùng vít Acutrak điều trị cho 15 bệnh nhân không hoặc ít di lệch bằng phương pháp cố định xuyên qua da 100% lành xương trong thời gian theo dõi 3 tháng. Tác giả McQueen và cộng sự [4] đã thực hiện so sánh trên 60 bệnh nhân mổ kết hợp xương xuyên qua da bằng vít rỗng Acutrak (Acumed) và bất động bằng bột. Kết quả nhóm kết hợp xương lành 100% trong thời gian 9.2-

13.9 tuần. Tác giả Inoue, G.; Shionoya, K. (1997) [5], [6] phẫu thuật xuyên qua da 6 tuần và bảo tồn 9.7 tuần. Dựa vào những bằng chứng trên việc được cố định sớm và phương pháp thích hợp đối với xương thuyền gãy sẽ mang lại kết quả tốt.

Phẫu thuật đã làm giảm đau cổ tay đáng kể. Không có ca nào đau nhiều đến mức phải dùng thuốc giảm đau kéo dài. Tất cả bệnh nhân ngưng thuốc giảm đau sau 1 đến 2 tuần sau mổ. Mức độ đau giảm dần theo thời gian hậu phẫu và được đánh giá theo thang điểm đau VAS là 10 điểm. Trước mổ mức độ đau là 3- 4 điểm sau mổ 1 tuần là 24 bệnh nhân đau nhẹ chiếm tỷ lệ 88,9 % và 3 bệnh nhân đau vừa phải chiếm tỉ lệ 11,1% và sau 3 tháng tái khám và đánh giá lại mức độ đau hết hoàn toàn (0) điểm của tất cả các bệnh nhân chiếm tỉ lệ 100%.

Giải thích cho kết quả này là hầu hết các bệnh nhân sau mổ đều được nẹp bột bất động 2 tuần 100% số ca mổ, để giảm sưng nề, bảo vệ thành quả, cũng giống 1 số tác giả sau mổ kín xuyên qua da bất động với vít không đầu nên ép nên bất động sau mổ bằng nẹp bột cẳng bàn tay ôm ngón tay cái theo các tác giả Charles D. Bond, Md, Alexander y. Shin, Md, Mark T. McBride, Md, and Khiem D. Dao, Md [7]

Kết quả giảm đau sau mổ thay đổi theo từng nghiên cứu và tùy từng đặc điểm dân số của lô nghiên cứu, thang điểm đánh giá. Nhìn chung hầu hết các tác giả đều ghi nhận hơn 80% không đau hoặc ít đau. Theo Talwalkar SC 62% bệnh nhân đau ít hoặc không đau, Garcia- Elias M báo cáo có 94,73 % bệnh nhân hết đau, 5,27% đau trong hoạt động thương ngày.

Tác giả Mohamed E. Al-Ashhab, 2017, báo cáo 15 trường hợp gãy xương thuyền loại B2 ít di lệch, được mổ xuyên kín qua da với vít Herbert, theo dõi trung bình 33 tháng. Tất cả được đánh giá liền xương trên X-quang trung bình là 57 ngày (từ 35-70 ngày), không có trường

hợp nào viêm khớp sau chấn thương, không bị hoại tử xương và không có biến chứng do vật liệu. Thời gian trở lại làm việc văn phòng là 4 ngày và là 5 tuần đối với người làm việc lao động bằng tay. Thời gian lành xương từ 35-70 ngày khi được mổ xuyên qua da là tương đối ngắn so với mổ hở mà thời gian lành xương trung bình là hơn 11 tuần. Thời gian lành xương nhanh khi mổ kín xuyên qua da được cho là vì không làm tổn thương mạch máu tại chỗ cũng như không tổn thương phức hợp dây chằng nơi mặt lòng, [38]

Số liệu của chúng tôi có 27 trường hợp cũng có những điểm tương đồng như:

Đường mổ: với đường mổ nhỏ trung bình 3- 5 mm đủ để chèn vít vào nên khả năng tổn thương phần mềm thấp giảm khả năng nhiễm trùng thấp hầu hết điều không dùng kháng sinh dự phòng trước mổ chỉ dùng kháng sinh uống sau mổ khoảng 3- 5 ngày sau khi xuất viện.

Thời gian mổ: thời gian phẫu thuật trung bình $42,5 \pm 10,2$ phút, thấp nhất 30 phút, cao nhất 60 phút. 66,7 % trường hợp có thời gian phẫu thuật ≤ 45 phút vì đây là kỹ thuật tương đối đơn giản, thời gian mổ ngắn cũng là lợi thế tránh được nguy cơ nhiễm trùng và thời gian nằm viện ngắn. Thời gian nằm viện trung bình $2,0 \pm 1,0$ ngày, ngắn nhất 1 ngày và dài nhất 4 ngày. Số bệnh nhân 1 ngày chiếm 66,6% trường hợp đỡ tốn kém.

Thời gian quay trở lại công việc trước đây: Hầu hết các bệnh nhân của chúng tôi đều quay trở lại công việc như trước đây không ai bỏ nghề để đi làm việc khác, thời gian quay trở lại công việc sau 2 tuần có 3 ca (11,1%), sau 3 tuần có 10 ca (37,0%) và sau 4 tuần có 8 ca (40,7%) và chậm nhất sau 05 tuần có 3 ca chiếm 11,1%. Trung bình $3,5 \pm 0,9$ tuần. Trở lại công việc sớm 2 và 3 tuần là các trường hợp công việc văn phòng hoặc việc nội trợ, sau 5 tuần là các trường hợp lao động chủ yếu bằng tay. Các tác giả khác Inoue, G.; Shionoya, K. (1997) 5-7 tuần [6], và Herbert, T., & Fisher, W. (1984) [8], 2 tuần đối với điều trị bảo tồn và 5-8 tuần là điều trị phẫu thuật.

Biến chứng: nhiễm trùng, đau phức hợp vùng, sẹo mổ, tổn thương gân gấp, tổn thương thần kinh, thoái hóa khớp điều không phát hiện vì đây là nghiên cứu với thời gian theo dõi ngắn với số lượng mẫu ít nên chưa phát hiện các biến chứng.

5. KẾT LUẬN

Trong 27 bệnh nhân gãy xương thuyền mới đã được mổ và theo dõi, chúng tôi nhận thấy gãy xương thuyền ít di lệch và là gãy mới được chẩn đoán chính xác và điều trị sớm bằng phương pháp kết hợp xương bằng vít rỗng không đầu nên ép xuyên qua da, đây là phương pháp điều trị rất tốt cho kết quả lành xương 100%. X-quang kiểm tra sau mổ di lệch ban đầu của xương gãy được cải

thiện hơn trước mổ, vị trí vít thẳng trục và chiều dài phù hợp. Thời gian lành xương trung bình là 10 tuần. Thời gian trở lại công việc văn phòng là 2 tuần, và trở lại công việc lao động sau 5 tuần. Tất cả được phẫu thuật bằng đường tiếp cận mặt lòng. Đây cũng là đường mổ và là cách tiếp cận tốt, ít làm tổn thương thêm mạch máu nuôi xương thuyền, nhờ đó giúp xương thuyền lành nhanh hơn. Với thời gian mổ trung bình là 43 phút, đường mổ nhỏ từ 3-5mm nên giảm khả năng nhiễm trùng và không dùng kháng sinh sau mổ. Không ghi nhận tai biến và biến chứng trong lô nghiên cứu. Trong chẩn đoán, gãy xương thuyền có triệu chứng mơ hồ và X quang thông thường khó phát hiện. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân gãy xương thuyền đều có triệu chứng ấn đau nơi hố lồi, đây được xem là triệu chứng đặc hiệu của gãy xương thuyền do chấn thương. Tất cả đều được chụp CT trước mổ để xác định rõ đường gãy xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Rhemrev SJ, Ootes D, Beeres FJ et al., Current methods of diagnosis and treatment of scaphoid fractures. International journal of emergency medicine. 2011;4:4.
- [2] Bucholz RW, Rockwood and Green's Fractures in Adults: Two Volumes Plus Integrated Content Website (Rockwood, Green, and Wilkins' Fractures): Wolters Kluwer Health; 2012.
- [3] Fowler JR, Hughes TB, Scaphoid fractures. Clinics in sports medicine; 2015;34(1):37-50.
- [4] Fowler JR, Ilyas AM, Headless compression screw fixation of scaphoid fractures. Hand clinics; 2010;26(3):351-61.
- [5] Kang KB, Kim HJ, Park JH et al., Comparison of Dorsal and Volar Percutaneous Approaches in Acute Scaphoid Fractures: A Meta-Analysis. PloS one. 2016;11(9):e0162779.
- [6] Inoue G, Shionoya K, Herbert screw fixation by limited access for acute fractures of the scaphoid. The Journal of bone and joint surgery British volume; 1997;79(3):418-21.
- [7] Bond CD, Shin AY, McBride MT et al., Percutaneous screw fixation or cast immobilization for nondisplaced scaphoid fractures. The Journal of bone and joint surgery American volume; 2001;83(4):483-8.
- [8] Herbert TJ, Fisher WE, Management of the fractured scaphoid using a new bone screw. The Journal of bone and joint surgery British volume; 1984;66(1):114-23.

CLINICAL CASE REPORT OF PLEURAL EFFUSION ON TRACHEOBRONCHIAL FISTULA PATIENT AFTER LUNG REMOVAL

Vu Tri Thanh*, Nguyen Kim Anh,
Phan Thanh Thai, Pham Xuan Vinh, Bui Ngoc Huy

Thu Duc City Hospital - 29 Phu Chau, Tam Phu, Thu Duc city, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 19/08/2023; Accepted: 03/10/2023

ABSTRACT

Empyema is a complex disease with pathogenesis due to many causes, in which the complication of empyema after lung/lobectomy, although rare, leaves serious sequelae. Effective treatment of empyema must be aggressive and comprehensive, appropriate to the stage of the disease with the goal of clearing the pleural cavity of pus and leaving no residual foci. Combining both internal medicine (antibiotics, wound care, nutrition) and surgery (thoracic drainage, irrigating the pleural cavity; opening the chest to clean out pus or opening the thoracic window) is necessary, especially is when there is an air-bronchial fistula.

We report the case of a 62-year-old male patient treated at another center for pleurisy with tracheo bronchopleural fistula after left pneumonectomy due to cancer, with subsequent treatment failure with drainage. Stitching to cover the fistula, removing the incision.

Keywords: Empyema, tracheobronchial fistula, total lung resection.

*Corresponding author
Email address: drthanhtinh2000@yahoo.com
Phone number: (+84) 938999929
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG ĐIỀU TRỊ MỦ MÀNG PHỔI TRÊN BỆNH NHÂN RÒ KHÍ PHẾ QUẢN SAU CẮT TOÀN BỘ PHỔI

Vũ Trí Thanh*, Nguyễn Kim Anh,
Phan Thanh Thái, Phạm Xuân Vinh, Bùi Ngọc Huy

Bệnh viện thành phố Thủ Đức - 29 Phú Châu, Tam Phú, thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 19/08/2023; Ngày duyệt đăng: 03/10/2023

TÓM TẮT

Viêm mủ màng phổi là một bệnh lý phức tạp với bệnh sinh do nhiều nguyên nhân, trong đó biến chứng tràn mủ màng phổi sau cắt phổi/ thùy phổi dù hiếm gặp nhưng để lại những di chứng nặng nề. Điều trị tràn mủ màng phổi hiệu quả phải tích cực và toàn diện, phù hợp theo giai đoạn bệnh với mục đích sạch mủ khoang màng phổi, không còn ổ cặn. Việc kết hợp cả nội khoa (kháng sinh, chăm sóc vết mổ, dinh dưỡng) và ngoại khoa (dẫn lưu lồng ngực tưới rửa khoang màng phổi; mở ngực làm sạch ổ mủ hoặc mở cửa sổ lồng ngực) là cần thiết, nhất là khi có kèm theo lỗ rò khí - phế quản.

Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nam, 62 tuổi, điều trị ở trung tâm khác với viêm màng phổi kèm rò khí phế quản màng phổi sau phẫu thuật cắt phổi trái do ung thư, thất bại điều trị sau đó với dẫn lưu, khâu che lỗ rò, cắt lọc vết mổ.

Từ khóa: Viêm mủ màng phổi, rò khí phế quản, cắt toàn bộ phổi.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mủ màng phổi là tình trạng có mủ trong khoang màng phổi. Viêm mủ màng phổi thường là một biến chứng của viêm phổi hay sau chấn thương - vết thương ngực, vỡ thực quản, biến chứng do phẫu thuật phổi hoặc sau khi chọc hút màng phổi, đặt ống dẫn lưu khoang màng phổi. Viêm mủ màng phổi cũng có thể xảy ra do sự lan rộng của áp xe dưới hoành hoặc cạnh cột sống [1].

Viêm mủ màng phổi là một bệnh lý phức tạp với bệnh sinh do nhiều nguyên nhân. Tác nhân gây bệnh có thể là các vi khuẩn gây ra viêm mủ màng phổi gồm vi khuẩn gram dương (nhóm Streptococcus, nhóm Staphylococcus, Staphylococcus aureus kháng methicillin (MRSA) và nhiều loại vi khuẩn gram âm và vi khuẩn kỵ khí [1]. Vi nấm cũng là một tác nhân hiếm gặp gây mủ màng phổi nhưng có tỷ lệ tử vong cao.

Các biến chứng của bệnh viêm mủ màng phổi có thể là nguyên nhân thứ phát dẫn đến tình trạng nghiêm trọng thêm của các bệnh tiềm ẩn và bệnh nhân (BN) có thể

không qua khỏi khi bị nhiễm trùng huyết, sốc nhiễm trùng và dẫn đến tử vong. Các biến chứng có thể xảy ra khi dẫn lưu dịch không hiệu quả. Biến chứng này dẫn đến tràn khí màng phổi, rò phế quản màng phổi và xơ hóa màng phổi với dính phổi sau đó. Một biến chứng hiếm gặp, do mủ thành ngực, đề cập đến việc lan rộng và bóc tách vào mô dưới da của thành ngực [1,2].

Mặc dù tỷ lệ tràn mủ màng phổi có xu hướng giảm trong thời gian qua, thế nhưng điều trị tràn mủ màng phổi mạn tính đôi khi còn nhiều thách thức. Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp BN nam, 62 tuổi, chuyển đến từ 1 trung tâm khác với viêm màng phổi kèm rò khí phế quản màng phổi sau phẫu thuật cắt toàn bộ phổi trái do ung thư, thất bại điều trị sau đó với dẫn lưu, khâu che lỗ rò, cắt lọc vết mổ. Tại đây, chúng tôi tiến hành mở cửa sổ lồng ngực giúp làm sạch ổ mủ, kiểm soát nhiễm trùng, chăm sóc vết thương hàng ngày cho đến khi lên mô hạt và xuất viện điều trị ngoại trú trong tình trạng ổn định, chờ đóng cửa sổ lồng ngực khi lên mô hạt hoàn toàn.

*Tác giả liên hệ

Email: drthanhtinh2000@yahoo.com

Điện thoại: (+84) 938999929

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

2. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

BN nam, 61 tuổi, tiền căn đái tháo đường type 2 kiểm soát tốt

- Cách nhập viện # 6 tháng, BN phát hiện tổn thương đông đặc thùy dưới phổi trái trên CT (hình 1), nội soi phế quản nhiễm nấm *Candida albican* bội nhiễm *Enterococcus faecalis* nên nhập BV tư điều trị. Trong quá trình mổ VATs ghi nhận tổn thương thùy dưới dạng gan

hóa xâm lấn thùy trên nên chuyển mổ mở cắt toàn bộ phổi trái. Kết quả giải phẫu bệnh carcinoma tuyến chế nhầy tại phổi, không xâm lấn màng phổi (hình 2); rốn phổi và mỗm cụt phế quản không có tế bào ung thư; đồng nhiễm nấm *Candida albicans* và vi khuẩn *Enterococcus faecium*. Kết quả PET CT chưa ghi nhận di căn cơ quan xa (hình 3). BN được điều trị kháng nấm + kháng sinh không rõ loại, xuất viện sau mổ # 1 tuần.

Hình 1. CT scan trước phẫu thuật



Hình 2. Kết quả GPB

KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH

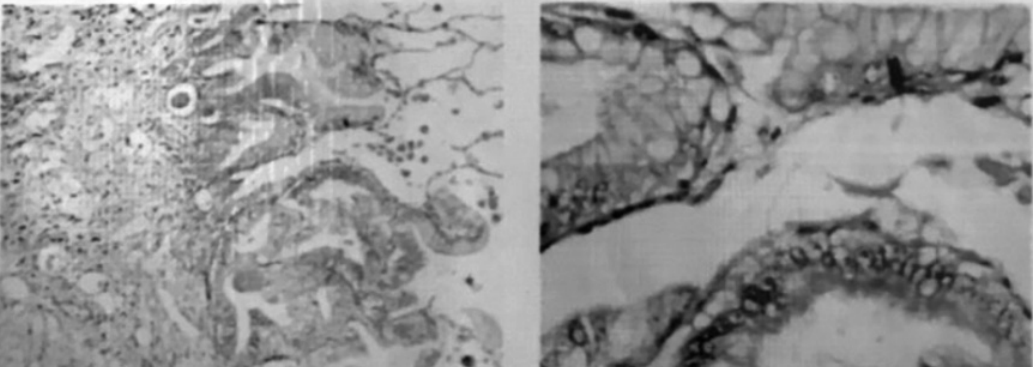
Đặc điểm đại thể:
 Lọ 1: Mô phổi d#16x10cm, xẻ nhiều lát bên trong mặt cắt màu trắng xám, mềm, dai, có vùng hơi cứng, hơi nhả
 1->3/ Vùng mô phổi đồng đặc; 4/ Rốn phổi; 5/ Lọ 2: Mô d#2.5cm
 Cắt lọc thêm (13/01/2023): 6/ Đánh dấu mực màng phổi

Đặc điểm vi thể:
 1->3, 6/ Mẫu thử gồm các tế bào dị dạng, nhân quái, nhân tăng sắc. Các tế bào này không hợp thành dạng ống mà thành dãy, bè hoặc lan tỏa. Mẫu mô được lột bởi lớp biểu mô trụ chế nhầy. Mô đệm có phản ứng viêm. Mô bướu không xâm nhập màng phổi.
 4,5/ Rốn phổi và móm cắt phế quản không có tế bào bướu trên mẫu thử này.

KẾT LUẬN: CARCINOM TUYẾN CHẾ NHẦY Ở PHỔI, KHÔNG XÂM NHẬP MÀNG PHỔI - RỐN PHỔI VÀ MÓM CẮT PHẾ QUẢN: KHÔNG CÓ TẾ BÀO BƯỚU.
 Ngày 02/02/2023 kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch

Kết quả biểu hiện của PDL-1					Tổng	HMMD +/- (+≥1% ở 1-3+)	
Ti lệ đậm độ tế bào nhuộm ăn màu	0	1+	2+	3+		Dương Tính	Âm Tính
Cường độ	0	1+	2+	3+	100%	0%	100%
Ti lệ %	100%	0%	0%	0%			

Kết quả biểu hiện của PDL-1 trên tế bào bướu: Âm tính



Hình 3. Kết quả PET CT sau mổ



- Cách nhập viện # 4 tháng, vết mổ viêm đỏ, đau nhiều nên BN nhập bệnh viện tư, được chẩn đoán nhiễm trùng vết mổ và điều trị kháng sinh 2 tuần thì tình trạng nhiễm trùng vết mổ cải thiện nên được xuất viện, tiếp tục điều trị ngoại trú.

- Cách nhập viện # 3 tháng, vết mổ sưng viêm trở lại kèm theo khạc nhiều dịch vàng khi ho nên BN đi khám lại, chụp XQ ghi nhận có dịch khoang màng phổi trái nên được nhập viện dẫn lưu dịch màng phổi + điều trị kháng sinh trong 1 tuần. lâm sàng cải thiện, BN xuất viện tiếp tục điều trị ngoại trú.

- Cách nhập viện # 2 tháng, BN ho khạc dịch vàng trở lại với tính chất tương tự lần trước, được chẩn đoán dò mòm cụt khí quản nên nhập tại bệnh viện tư tiến hành phẫu thuật lần 2 tạo hình vạt cơ và lỗ dò khí quản qua

đường mổ cũ. Hậu phẫu duy trì kháng sinh # 2 tuần và xuất viện điều trị ngoại trú.

- Cách nhập viện # 1 tháng, miệng vết mổ hở rộng và vết mổ chảy dịch vàng nhiều, BN được chẩn đoán nhiễm trùng vết mổ, nhập bệnh viện tư tiến hành cắt lọc vết mổ cũ, khâu kín bằng chỉ. BN duy trì chăm sóc vết mổ kèm kháng sinh ngoại trú # 2 tuần nhưng mép vết mổ tiếp tục hở kèm chảy dịch, được cắt lọc tiếp và khâu tăng cường nhưng lâm sàng không cải thiện, gia đình thấy BN ngày càng yếu mệt kèm sốt, ăn kém nên gia đình đưa BN đến khám và nhập khoa Ngoại Lồng ngực - Mạch máu Bệnh viện thành phố Thủ Đức điều trị tiếp.

Diễn tiến từ lúc nhập viện: BN tỉnh, sinh hiệu ổn, tổng trạng kém, vẻ mặt nhiễm trùng, suy kiệt, vết mổ còn xì khí, mủ trắng đục hôi chảy nhiều từ vết mổ (hình 4).

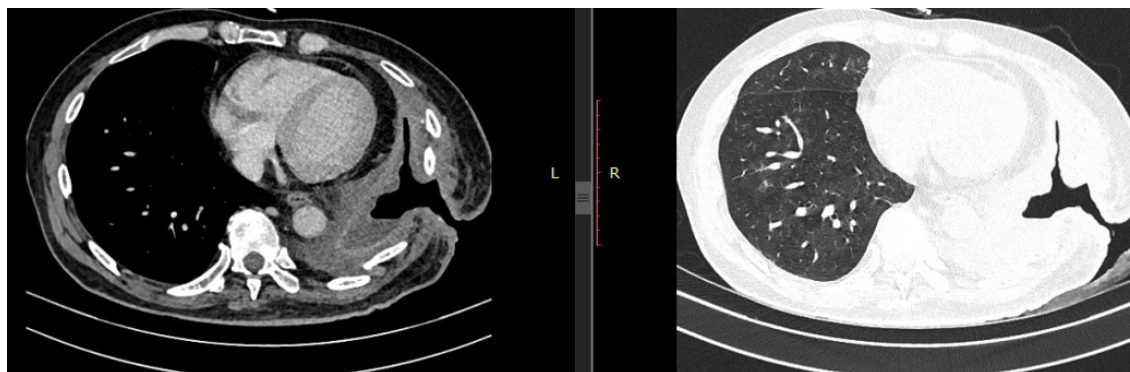
Hình 4. Vết mổ chảy dịch mủ khi nhập khoa LNMM



XN máu: WBC 15 G/L, NEU 9.2 G/L; CRP 106.8 mg/l
BN được khởi trị kháng sinh hướng nhiễm trùng vết mổ (Cefoperazone + sulbactam và Clindamycin).

Cấy dịch mủ làm kháng sinh đồ, chụp CT ngực đánh giá tổn thương (hình 5), nội soi phế quản kiểm tra.

Hình 5. Phổi (T) đã cắt toàn bộ, thâm nhiễm mô mềm thành ngực (T) có đường thông với lồng ngực (T) tạo áp xe



Bệnh phẩm cấy ra vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* đa kháng nên được đổi kháng sinh Vancomycin (hình 6).

Hình 6. Cấy mũ *Klebsiella pneumoniae* đa kháng

Chẩn đoán: VIÊM MÔ BÀO					
Bệnh phẩm: MỦ MÀNG PHỔI					
Phương pháp nuôi cấy: THÔNG THƯỜNG					
Phương pháp kháng sinh đồ: Đĩa KHÁNG SINH KHUẾCH TÁN					
1. Khảo sát vi thể: Bạch cầu 7-9/vật kính 10x, tế bào 5-7/ vật kính 10x					
2. Kết quả nuôi cấy: <i>Klebsiella pneumoniae</i>					
3. Kết quả kháng sinh đồ:					
Tên kháng sinh	KQ	Tên kháng sinh	KQ	Tên kháng sinh	KQ
Amox/ Cla.acid		Cefuroxime	R	Levofloxacin	R
Ampicillin		Cefepime	R	Linezolid	
Amikacine	R	Chloramphenicol		Meropenem	R
Ampicilin/Sulbactam	R	Ciprofloxacin	R	Ofloxacin	
Azithromycine	R	Clindamycine		Oxacillin	
Cefoperazone		Colistin		Piperacillin/Tazobactam	R
Trimethoprim/Sulfa	R	Doxycycline		Rifampicin	
Cefoperazone/Sulbactam		Ertapenem		Tobramycine	R
Cefotaxime	R	Erythromycin		Ticarcillin/Cla.acid	
Cefoxitin		Nitrofurantoin		Tetracycline	
Ceftazidime		Gentamicine	R	Vancomycine	
Ceftriaxone	R	Imipeneme	R	Ceftazidime/Cla.acid	

Chẩn đoán trước mổ: nhiễm trùng vết mổ - Mủ màng phổi do *Klebsiella Pneumoniae* đa kháng/ K phổi đã cắt toàn bộ phổi trái- rò phế quản màng phổi (T)/ Đái tháo

đường type 2.

BN được phẫu thuật mở cửa sổ lồng ngực điều trị tràn

mủ màng phổi:

Tường trình phẫu thuật

BN mê NKQ; nghiêng Phải 90 độ

Rạch da #10cm vào vị trí vết mổ cũ, khoang liên sườn VII-VII Trái

Vào khoang màng phổi ghi nhận: Dò khí phế quản màng phổi Trái, ổ mủ đục

Tiến hành bóc tách, làm sạch ổ mủ, tưới rửa nhiều lần

bằng NaCl 0,9% pha Povidine.

Cắt 1 đoạn d#10cm 2 xương sườn VI và VII; Cầm máu.

Nhét 3 gạc lớn tẩm Povidine.

Khâu da che các vị trí đầu xương, để hở vết mổ

Băng vết mổ.

Bệnh phẩm mủ gửi cấy vi khuẩn và vi nấm.

Hình 7. Trong quá trình phẫu thuật, nhiều tổn thương nghi nấm

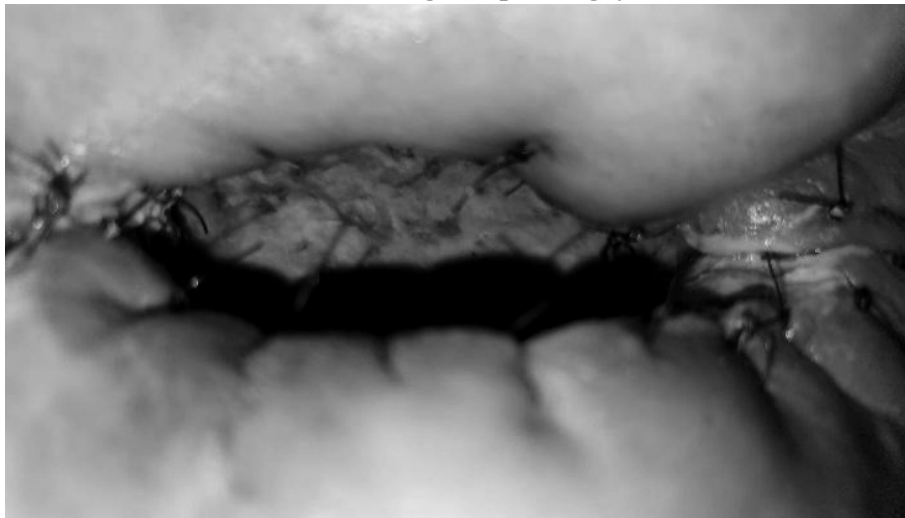


Diễn tiến sau mổ: Sau phẫu thuật, BN được thay băng, chăm sóc vết mổ mỗi ngày, giải phẫu bệnh cho kết quả nhiễm vi nấm *Aspergillus fumigatus* và vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* đa kháng thuốc

BN được hội chẩn các chuyên khoa hồi sức tích cực, nội tổng quát cùng được lâm sàng và thống nhất điều trị hậu phẫu:

1. Kháng sinh thể hệ mới. Ceftazidime + Avibactam.
2. Kháng Nấm: Voriconazole
3. Hội chẩn bổ sung dinh dưỡng đường miệng/ đường truyền
4. Tập vật lý trị liệu hô hấp ngày 1-2 lần

Hình 8. Lâm sàng hậu phẫu ngày thứ 3



Hình 9. Lâm sàng hậu phẫu ngày 7



Hình 10. Lâm sàng trước xuất viện



BN đáp ứng tốt với điều trị hậu phẫu, vết mổ lành tốt, lên mô hạt, sạch mủ. soi cấy vi nấm vết mổ ghi nhận âm tính

Tổng trạng BN cải thiện dần, BN được xuất viện sau mổ # 3 tuần.

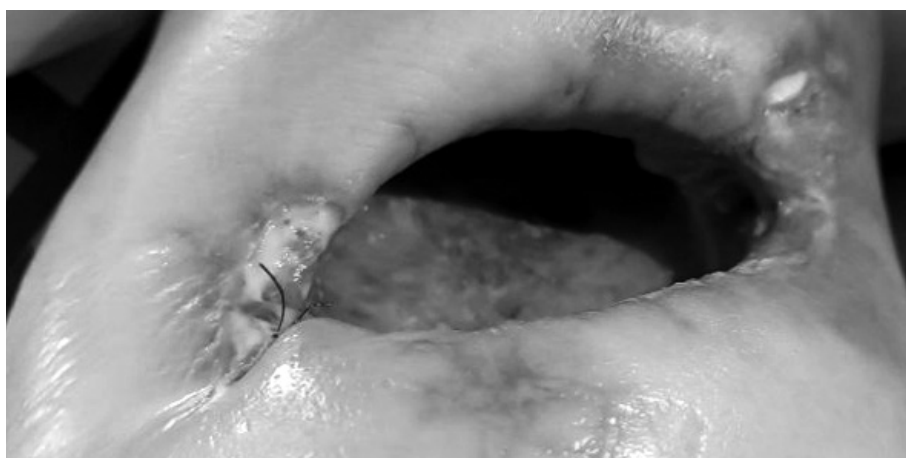
Hình 11. XQ trước mổ- hậu phẫu ngày 4 và trước xuất viện



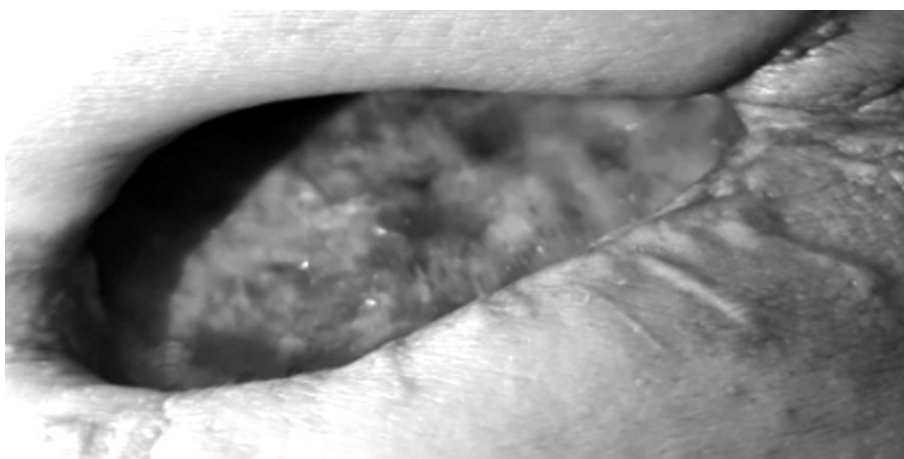
Chẩn đoán ra viện: Hậu phẫu mở cửa sổ màng phổi trái (cắt xương sườn VI, VII trái)/ Mủ màng phổi do Klebsiella Pneumoniae đa kháng - Nhiễm nấm Aspergillus

fumigatus/ K phổi đã cắt toàn bộ phổi trái- rò phế quản màng phổi / Đái tháo đường type 2.

Hình 12. lâm sàng sau xuất viện # 1 tuần



Hình 13. lâm sàng sau xuất viện # 1 tháng



Hình 14. lâm sàng sau xuất viện # 2 tháng



Theo dõi tình trạng nhiễm trùng, đáp ứng kháng sinh

	22/06	28/06	03/07	10/07	9/8
WBC	15K	15.5K	10.9K	12.6K	8.8K
CRP	107	144	54.1	17.5	32.49

3. BÀN LUẬN

Tỷ lệ viêm mủ màng phổi tại Hoa Kỳ khoảng là 6/100.000[1]. Năm 1940, với sự ra đời của thuốc kháng sinh, tỷ lệ viêm mủ màng phổi đã giảm đi. Tuy nhiên, từ năm 1996 đến 2008, tỷ lệ mắc bệnh này đã tăng gần gấp đôi ở tất cả các nhóm tuổi. Sự gia tăng này là do sự lạm dụng kháng sinh dẫn đến tăng tỷ lệ vi khuẩn đề kháng với kháng sinh. Hầu hết viêm mủ màng phổi là biến chứng của viêm phổi nhưng có tới 20% nguyên nhân là do các can thiệp ngoại khoa vào lồng ngực gây viêm nhiễm. # 3% viêm mủ màng phổi là do biến chứng của chấn thương ngực[1].

Tỷ lệ tử vong bệnh viêm mủ màng phổi là 7,2% ở Hoa

Kỳ và tăng theo tuổi. Tỷ lệ tử vong ở trẻ em là 0,4% và 16,1% ở người lớn trên 64 tuổi. Tỷ lệ tử vong tăng đối với nhiễm trùng mắc phải trong bệnh viện, vi trùng *Staphylococcus aureus*, vi trùng gram âm và nhiễm trùng kết hợp với vi khuẩn hiếu khí. Viêm mủ do nấm là một bệnh lâm sàng hiếm gặp nhưng có tỷ lệ tử vong cao[1].

Khoảng 2~8% BN cắt toàn bộ phổi có biến chứng tràn mủ màng phổi, trong đó tỷ lệ tử vong lên đến 26%[3]. Phẫu thuật mở cửa sổ lồng ngực là phương pháp hữu hiệu để kiểm soát tình trạng nhiễm trùng khoang màng phổi, nhất là khi BN có dò khí - phế quản[2,4-8]

Các biến chứng của bệnh viêm mủ màng phổi có thể là

nguyên nhân thứ phát dẫn đến tình trạng nghiêm trọng thêm của các bệnh tiềm ẩn và bệnh nhân (BN) có thể không qua khỏi khi bị nhiễm trùng huyết, sốc nhiễm trùng và dẫn đến tử vong. Các biến chứng có thể xảy ra khi dẫn lưu dịch không hiệu quả. Biến chứng này dẫn đến tràn khí màng phổi, rò phế quản màng phổi và xơ hóa màng phổi với dính phổi sau đó. Một biến chứng hiếm gặp, do mũ thành ngực, đề cập đến việc lan rộng và bóc tách vào mô dưới da của thành ngực.

Theo Hiệp hội Lồng ngực Hoa Kỳ[2], diễn tiến của viêm mũ màng phổi là một quá trình liên tục chia thành ba giai đoạn: Giai đoạn xuất tiết cấp (giai đoạn I); Giai đoạn mũ tơ huyết và tạo vách (giai đoạn II) và Giai đoạn tổ chức hóa màng tính (giai đoạn III). Ở giai đoạn này nếu không điều trị, các nguyên bào sợi kết hợp lại với nhau tạo thành lớp vỏ màng phổi dày bao bọc nhu mô phổi và có thể làm nặng thêm tình trạng lâm sàng thông qua việc ngăn cản trao đổi khí, dính phổi hoặc dạng viêm mũ màng phổi mạn tính. Viêm mũ màng phổi mạn tính: Trong giai đoạn thứ ba của bệnh mũ màng phổi, lớp dịch dày đặc bắt đầu tổ chức và lên mô hạt. Các mô hạt và mô viêm của quá trình nhiễm trùng dẫn đến sự hình thành của một lớp vỏ chèn ép bề mặt màng phổi tạng. Sự diễn tiến của quá trình này dẫn đến sự co kéo một bên ngực với sự thu hẹp khoảng gian sườn và kéo lệch trung thất về phía bên bệnh. Điều trị chính yếu của viêm mũ màng phổi mạn tính là phẫu thuật vì dẫn lưu khoang màng phổi không còn hiệu quả ở giai đoạn này. Phẫu thuật phải loại bỏ các tổ chức mũ, mảnh mô bị hoại tử, làm sạch ổ mà đề ngăn ngừa tái phát. Sự lựa chọn phương pháp phẫu thuật được quyết định dựa trên tình trạng BN, khoang màng phổi và tình trạng nhu mô phổi bên dưới.

Ca lâm sàng mô tả 1 BN có biến chứng mũ màng phổi mạn tính sau phẫu thuật cắt phổi do ung thư, BN đã điều trị ở nhiều nơi nhưng không triệt để. Tràn mũ màng phổi có thể do dò móm cụt khí phế quản, vốn là nguyên nhân hàng đầu gây tràn mũ màng phổi sau cắt phổi.

Lâm sàng của BN trước và sau điều trị cải thiện rõ rệt là nhờ ngoại khoa và nội khoa phối hợp + dinh dưỡng tích cực, trong đó:

Vai trò của nội khoa: BN có tiền sử đái tháo đường nên vết mổ chậm lành, dễ viêm nhiễm vết mổ, đồng nhiễm vi nấm, vi khuẩn đa kháng gây khó khăn cho quá trình điều trị, BN được sử dụng kháng sinh, kháng nấm nhiều đợt nhưng lâm sàng không cải thiện. Quá trình hậu phẫu tại bệnh viện, sau khi hội chẩn các chuyên khoa ICU, nội TQ, BN được sử dụng kháng sinh thế hệ mới (Cef-tazidime + Avibactam) và kháng nấm Voriconazole đã giúp kiểm soát tốt tình trạng nhiễm vi nấm, vi khuẩn đa kháng thuốc, cho kết quả hậu phẫu khả quan. Dinh dưỡng góp phần nâng đỡ tổng trạng của BN, kiểm soát đường huyết giúp quá trình lành vết mổ, tăng sức đề kháng của BN

Vai trò của ngoại khoa: quan trọng nhất của điều trị ngoại khoa TH này là phá ổ mũ, mở cửa sổ lồng ngực, và thay băng mỗi ngày cho đến khi lên mô hạt mạnh và không còn rò khí phế quản. Mở cửa sổ lồng ngực là chìa khóa quan trọng trong chiến lược điều trị của BN này. Nếu không tiến hành phẫu thuật mở cửa sổ lồng ngực mà chỉ điều trị nội khoa đơn thuần, ngoại khoa tối thiểu không thể kiểm soát được tình trạng nhiễm trùng. Mở cửa sổ màng phổi kèm theo làm sạch khoang nhiễm trùng bằng cách cắt bỏ một số xương sườn và thay băng là chỉ định cho những trường hợp viêm mũ màng phổi mạn tính có hay không có lỗ rò khí quản mà không đáp ứng với phẫu thuật bóc vỏ màng phổi và thay thế bằng vật cơ. những BN này thường không thể chịu đựng được phẫu thuật bóc vỏ màng phổi hoặc đặt vật cơ để kiểm soát lỗ rò. Sự hiện diện của lỗ rò phế quản màng phổi cũng có thể tạo ra khoảng nhiễm trùng nặng cần phải được điều trị trước khi phẫu thuật bóc vỏ màng phổi và đặt vật cơ. Mở cửa sổ màng phổi cho phép kiểm soát tình trạng nhiễm trùng. BN sau khi mở cửa sổ lồng ngực cần thay băng mỗi ngày cho đến khi vết thương bắt đầu hình thành mô hạt. sau đó có thể tiến hành điều trị lỗ rò khí phế quản, đóng cửa sổ lồng ngực khi tình trạng nhiễm trùng đã kiểm soát tốt.

Trường hợp BN này, trong 6 tháng BN đã đi khám, điều trị tại nhiều cơ sở, nhưng nhìn chung là không hiệu quả, tình trạng rò khí quản, mũ màng phổi, chậm lành vết mổ... tái đi tái lại thường xuyên, gây khó khăn, tốn kém trong điều trị, cũng như ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh. Xử trí của các cơ sở là kháng sinh, dẫn lưu, chăm sóc cắt lọc vết mổ chưa giải quyết triệt để ổ mũ màng phổi, dẫn đến phẫu thuật lần 2 tạo hình vật cơ vá lỗ rò khí quản qua đường mổ cũ không thành công.

Chiến lược điều trị BN sau xuất viện: Tiếp tục duy trì chăm sóc vết mổ cửa sổ màng phổi tại nhà, tái khám định kì đánh giá vết mổ, xem xét đóng cửa sổ, khâu đóng khí phế quản khi tình trạng nhiễm trùng ổn.

4. KẾT LUẬN

Mặc dù hiếm gặp nhưng tràn mũ màng phổi, nhất là tràn mũ màng phổi mạn tính do dò khí quản sau cắt phổi đôi khi còn thử thách. Khi dẫn lưu màng phổi không hiệu quả hoặc có dò khí phế quản, phương pháp mở cửa sổ lồng ngực, sau đó là phẫu thuật tạo hình lồng ngực, là một cách giúp kiểm soát nhiễm trùng nhanh chóng. Trong tràn mũ màng phổi mạn tính sau phẫu thuật có hoặc không có dò khí phế quản, kết hợp giữa can thiệp ngoại khoa (mở cửa sổ lồng ngực) và nội khoa (kháng sinh, kháng nấm, dinh dưỡng) cho tiên lượng khả quan hơn, rút ngắn quá trình phá hủy khoang màng phổi và thúc đẩy quá trình lên mô hạt tốt hơn. Từ đó giúp việc đóng cửa sổ lồng ngực có thể được tiến hành sớm và an toàn cho BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trần Quyết Tiến, Nguyễn Hoài Nam, Nguyễn Hoàng Định, Giáo trình giảng dạy: Ngoại lồng ngực và tim mạch: Nhà xuất bản Y học; 2021.
- [2] Shen KR, Bribriesco A, Crabtree T et al., The American Association for Thoracic Surgery consensus guidelines for the management of empyema; 2017;153(6):e129-e46.
- [3] Massera F, Robustellini M, Della Pona C et al., Open window thoracostomy for pleural empyema complicating partial lung resection; 2009;87(3):869-73.
- [4] Fukui T, Matsukura T, Wakatsuki Y et al., Simple chest closure of open window thoracostomy for postpneumonectomy empyema: a case report. 2019;5:1-5.
- [5] García-Yuste M, Ramos G, Duque JL et al., Open-window thoracostomy and thoracomyoplasty to manage chronic pleural empyema. 1998;65(3):818-22.
- [6] Hysi I, Rousse N, Claret A et al., Open window thoracostomy and thoracoplasty to manage 90 postpneumonectomy empyemas. 2011;92(5):1833-9.
- [7] Reyes K, Mason D, Murthy S et al., Open window thoracostomy: modern update of an ancient operation; 2010;58(04):220-4.
- [8] Shamji FM, Ginsberg RJ, Cooper JD et al., Open window thoracostomy in the management of postpneumonectomy empyema with or without bronchopleural fistula; 1983;86(6):818-22.

SURVEY OF CLINICAL CHARACTERISTICS AND MAGNETIC RESONANCE IMAGES OF ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RUPTURE AT CHO RAY HOSPITAL IN 2019 – 2020

Nguyen Tuan Canh*, Ngo Huynh Nhu Phuc, Hoang Thi Van Khanh,
Nguyen Thi Quynh Mi, Quach Thien Duc, Tran Do Thanh Phong, Nguyen Van Ut

Vo Trung Toan University - Tan Phu Thanh, Chau Thanh A, Hau Giang, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 10/08/2023; Accepted: 20/09/2023

ABSTRACT

Background: In Vietnam, there are many research authors evaluating the results of anterior cruciate ligament knee reconstruction surgery, but there are not many studies on the diagnosis of anterior cruciate ligament rupture due to difficulty in diagnosis. Magnetic resonance imaging is very useful in this case because of its high sensitivity and specificity. Therefore, we conducted a study on this topic.

Objectives: 1. Survey the clinical characteristics and magnetic resonance imaging of anterior cruciate ligament rupture. 2. Evaluation of the correlation between clinical and magnetic resonance images compared with images of anterior cruciate ligament injury after laparoscopic anterior cruciate ligament reconstruction.

Materials and methods: Study of 63 patients diagnosed with anterior cruciate ligament rupture due to trauma at the Department of Orthopedics - Cho Ray Hospital from December 2019 to the end of December 2020.

Results: The study included 77.8% of men affected, the age group 20-39 accounted for 71.4%. Functional symptoms: 100% loose knee, 58.7% limited movement in daily life, 47.61% joint pain. Physical signs: Anterior drawer test accounted for 90.47%, Lachman test accounted for 49.2%. Images of direct anterior cruciate ligament damage: 88.9% have loss of continuity, 31.7% have increased signal, 14.3% have increased size, 1.6% have irregular edges, 1, 6% had slack anterior cruciate ligament, 1.6% was not observed. Indirect signs suggestive of anterior cruciate ligament rupture: 46% have bone marrow edema, 50% have knee effusion.

Conclusions: Clinical symptoms and magnetic resonance imaging are closely related in the diagnosis and treatment of anterior cruciate ligament rupture. Magnetic resonance imaging is valuable in the diagnosis of anterior cruciate ligament rupture, this value has statistical significance.

Keywords: Magnetic resonance, knee joint, anterior cruciate ligament.

*Corresponding author
Email address: ntcanh@vttu.edu.vn
Phone number: (+84) 833233244
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ ĐỨT DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY NĂM 2019 – 2020

Nguyễn Tuấn Cảnh*, Ngô Huỳnh Như Phúc, Hoàng Thị Vân Khánh,
Nguyễn Thị Quỳnh Mi, Quách Thiện Đức, Trần Đỗ Thanh Phong, Nguyễn Văn Út

Trường Đại học Võ Trường Toản - Tân Phú Thạnh, Châu Thành A, Hậu Giang, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 10/08/2023; Ngày duyệt đăng: 20/09/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ở Việt Nam, có nhiều tác giả nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối nhưng nghiên cứu về chẩn đoán đứt dây chằng chéo trước chưa nhiều do khó chẩn đoán. Hình ảnh cộng hưởng từ rất có ích cho trường hợp trên do có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này.

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của đứt dây chằng chéo trước. 2. Đánh giá mối tương quan giữa lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ đối chiếu với hình ảnh tổn thương dây chằng chéo trước sau phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu 63 bệnh nhân được chẩn đoán đứt dây chằng chéo trước do chấn thương tại Khoa Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 12/2019 đến hết tháng 12/2020.

Kết quả: Nghiên cứu gồm 77,8% nam bị tổn thương, nhóm tuổi 20-39 chiếm 71,4%. Triệu chứng cơ năng: 100% lỏng gối, 58,7% hạn chế vận động trong sinh hoạt, 47,61% đau khớp. Các dấu hiệu thực thể: Nghiệm pháp ngăn kéo trước chiếm 90,47%, nghiệm pháp Lachman chiếm 49,2%. Các hình ảnh tổn thương dây chằng chéo trước trực tiếp: 88,9% có mất liên tục, 31,7% có tăng tín hiệu, 14,3% có tăng kích thước, 1,6% có bờ không đều, 1,6% có dây chằng chéo trước chùng, 1,6% không quan sát thấy. Các dấu hiệu gián tiếp gợi ý đứt dây chằng chéo trước: 46% có phù tủy xương, 50% có tràn dịch khớp gối.

Kết luận: Triệu chứng lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ có mối liên quan mật thiết trong chẩn đoán và điều trị đứt dây chằng chéo trước. Hình ảnh cộng hưởng từ có giá trị trong chẩn đoán các thể đứt dây chằng chéo trước, giá trị này có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Cộng hưởng từ, khớp gối, dây chằng chéo trước.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp gối là một khớp lớn chịu toàn bộ sức nặng khi cơ thể di chuyển đặc biệt khi chuyển từ động tác ngồi bệt sang động tác đứng [3]. Khớp gối vững nhờ hệ thống các dây chằng. Dây chằng chéo trước có chức năng chống lại sự trượt ra trước và xoay trong của mâm chày

so với lồi cầu đùi.

Ở Việt Nam, có nhiều tác giả nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối nhưng nghiên cứu về chẩn đoán đứt dây chằng chéo trước chưa nhiều do khó chẩn đoán. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Khảo sát đặc điểm lâm*

*Tác giả liên hệ
Email: ntcanh@vttu.edu.vn
Điện thoại: (+84) 833233244
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

sàng và hình ảnh cộng hưởng từ đứt dây chằng chéo trước tại bệnh viện Chợ Rẫy năm 2019 – 2020” với mục tiêu:

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của đứt dây chằng chéo trước.

2. Đánh giá mối tương quan giữa lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ đối chiếu với hình ảnh tổn thương dây chằng chéo trước sau phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước.

2 ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân được khám và chẩn đoán đứt dây chằng chéo trước tại khoa Chấn Thương Chỉnh Hình – Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 12/2019 đến hết tháng 12/2020.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Chọn hồ sơ bệnh án bệnh nhân được chẩn đoán xác định đứt dây chằng chéo trước và có chỉ định phẫu thuật.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Có tiền sử can thiệp khớp gối, phẫu thuật khớp gối. Bệnh nhân đứt dây chằng chéo trước kèm theo các tổn thương phối hợp như rách sụn chêm, gãy mâm chày,...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu theo phương pháp mô tả.

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Tất cả các trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu đến khám và điều trị từ 12/2019 đến 12/2020 tại bệnh viện Chợ Rẫy. Chọn mẫu có chủ đích các hồ sơ bệnh án thỏa tiêu chuẩn chọn và thu thập được từ 12/2019 đến 12/2020 tại bệnh viện Chợ Rẫy.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: Tuổi, giới.

+ Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật: Triệu chứng lâm sàng (Đau khớp gối, sưng khớp gối, lỏng gối, hạn chế vận động, kẹt khớp gối, nghiệm pháp ngăn kéo trước, nghiệm pháp Lachman), thương tổn giải phẫu trên cộng hưởng từ (Hình ảnh dây chằng chéo trước tăng kích thước, hình ảnh dây chằng chéo trước mất liên tục, hình ảnh dây chằng chéo trước chùng, hình ảnh dây chằng chéo trước bờ không đều, không quan sát thấy hình ảnh dây chằng chéo trước, các vết bầm dập xương, phù tủy xương và gãy nén vỏ xương, vị trí đứt dây chằng chéo trước, tràn dịch khớp gối, hình ảnh đứt dây chằng chéo trước trên nội soi, chẩn đoán đứt dây chằng chéo trước trên cộng hưởng từ)

- Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu: Thu thập thông tin trong hồ sơ bệnh án, phiếu thu thập số liệu, hình ảnh cộng hưởng từ của những bệnh nhân được khám và chẩn đoán đứt dây chằng chéo trước tại khoa Chấn Thương Chỉnh Hình – Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 12/2019 đến hết tháng 12/2020.

- Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Số liệu thu được sẽ xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các chỉ tiêu định tính được tính toán theo tỷ lệ phần trăm (%). Các chỉ tiêu định lượng được tính toán theo trung bình.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

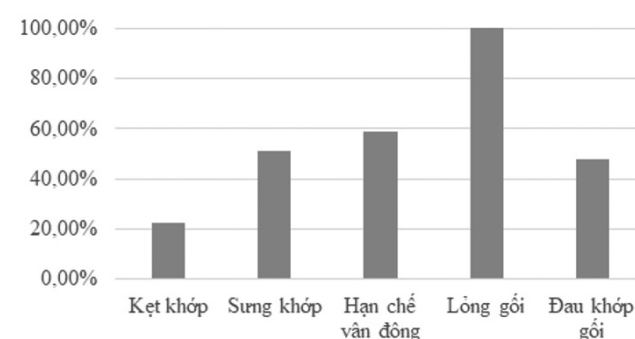
3.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình của nghiên cứu là 36,5 tuổi, trong đó xuất hiện nhiều nhất ở nhóm tuổi 20-39 (chiếm 71,5%), kế đến là nhóm tuổi ≥ 40 tuổi (chiếm 22,2%), nhóm tuổi < 20 chiếm tỷ lệ ít nhất (chiếm 6,3%). Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 17 tuổi và bệnh nhân lớn tuổi nhất là 56 tuổi.

Nghiên cứu bệnh nhân nam chiếm 77,8%, bệnh nhân nữ chiếm 22,2%. Tỷ lệ Nam/Nữ là 3,5/1

3.2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của đứt dây chằng chéo trước

Biểu đồ 1. Các triệu chứng cơ năng đứt dây chằng chéo trước



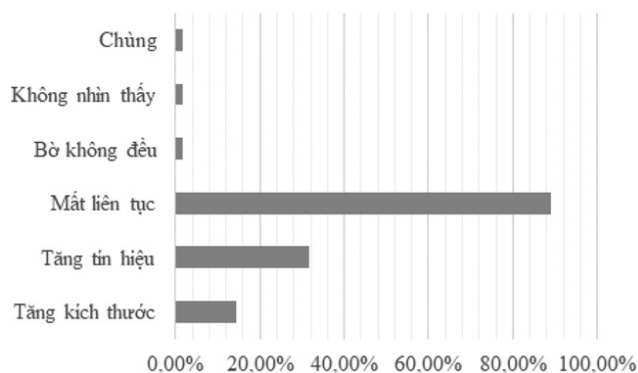
Nhận xét: Lỏng gối là triệu chứng hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 100%.

Bảng 1. Các nghiệm pháp thăm khám lâm sàng được thực hiện

Các nghiệm pháp	n	Tỷ lệ %
Nghiệm pháp ngăn kéo trước	57	90,47%
Nghiệm pháp Lachman	31	49,2%

Nhận xét: Nghiệm pháp ngăn kéo trước thường được sử dụng để đánh giá nhất với tỷ lệ 90,47%.

Biểu đồ 2. Các dấu hiệu trực tiếp đứt dây chằng chéo trước trên cộng hưởng từ



Nhận xét: 88,9% bệnh nhân có hình ảnh mất liên tục, 31,7% bệnh nhân có tăng tín hiệu, 14,3% có tăng kích thước, 1,6 có bờ không đều, 1,6% không nhìn thấy dây chằng chéo trước và 1,6% có hình ảnh chùng.

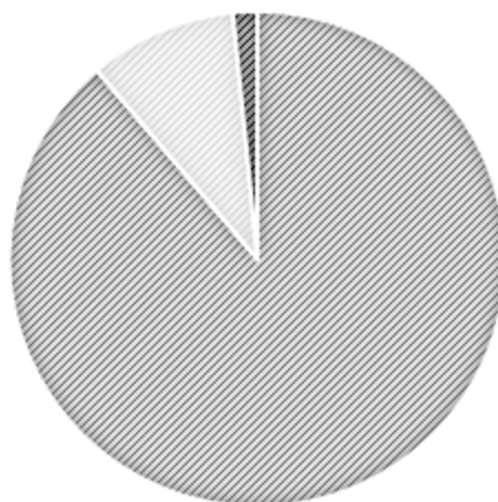
Bảng 2. Các dấu hiệu gián tiếp đứt dây chằng chéo trước trên cộng hưởng từ

Dấu hiệu	n	Tỷ lệ %
Các vết bầm dập, phù tủy xương	30	47,6%
Tràn dịch khớp gối	32	50,8%

Nhận xét: Các vết bầm dập, phù tủy xương chiếm 47,6%. Tràn dịch khớp gối chiếm 50% bệnh nhân.

Biểu đồ 3. Vị trí tổn thương dây chằng chéo trước trên nội soi

■ 1/3 trên ■ 1/3 giữa ■ 1/3 dưới



Nhận xét: Đa số vị trí đứt thường là ở 1/3 trên với tỷ lệ 88,8%.

3.3. Đánh giá mối tương quan giữa lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ đối chiếu với hình ảnh tổn thương dây chằng chéo trước sau phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước

Cộng hưởng từ \ Nội soi		Đứt dây chằng chéo trước trên nội soi		Crammer's V P
		Đứt hoàn toàn	Đứt không hoàn toàn	
Đứt dây chằng chéo trước trên cộng hưởng từ	Đứt hoàn toàn	58 (92%)	0	0,433 p = 0,001
	Đứt không hoàn toàn	4 (6,4%)	1 (1,6%)	

Nhận xét: Thống kê cho thấy có mối liên quan chặt chẽ tương đồng (92%) và có ý nghĩa thống kê giữa hai biến nghiên cứu này với giá trị Cramer's = 0,433; p = 0,001 < 0,05.

Qua kết quả nghiên cứu trên cho thấy tổn thương dây chằng chéo trước, do chấn thương xảy ra chủ yếu ở nhóm tuổi lao động trẻ 20 - 40 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nam/nữ $\approx 3,5/1$. Giải thích cho điều này, nam giới thường phải làm các công việc nặng hơn nữ giới, Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần giống với tác giả Bùi Văn Lệnh [2].

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của đứt dây chằng chéo trước

- Triệu chứng cơ năng:

Chúng tôi ghi nhận lỏng gôi là triệu chứng thường gặp nhất với tỷ lệ 100%, hạn chế vận động cũng chiếm tỷ lệ cao là 58,7%. Sưng, đau khớp gôi và kẹt khớp chiếm tỷ lệ thấy hơn là 50,8%, 47,61% và 22,2%. Đau khớp gôi là triệu chứng thường gặp đối với các bệnh nhân mới chấn thương. Tuy nhiên, đối với đứt dây chằng chéo trước đơn thuần, triệu chứng đau khớp gôi thường giảm và hết đau từ 3 – 4 tuần sau chấn thương nên đau không phải là triệu chứng chính trong bệnh lý này. Sau thời gian này lỏng gôi mới là triệu chứng chính nhưng đối với các tổn thương dây chằng chéo trước có kèm theo tổn thương của sụn chêm hay tình trạng thoái hóa khớp sau chấn thương thì đau lại đóng vai trò là triệu chứng phổ biến. Đứt dây chằng chéo trước thường gây lỏng lẻo khớp. Theo tác giả Đinh Ngọc Sơn [3], triệu chứng này gặp với tỷ lệ 94,1%. Kẹt khớp gôi có thể gặp trong đứt dây chằng chéo trước nhưng thường gặp hơn trong tổn thương sụn chêm. Khi bệnh nhân có dấu hiệu kẹt khớp gôi phải nghĩ đến có tổn thương sụn chêm kèm theo hay không. Các triệu chứng khác như đau khớp, hạn chế vận động khớp, sưng khớp không đặc hiệu cho tổn thương dây chằng chéo trước bởi vì những triệu chứng này có thể gặp ở nhiều bệnh lý khác nhau của khớp gôi.

- Triệu chứng thực thể

Trong giai đoạn sớm của tổn thương, việc tiến hành thăm khám các nghiệm pháp lâm sàng là rất khó khăn do khớp gôi sưng nề nhiều, đau và hạn chế vận động. Theo tác giả Đinh Ngọc Sơn [3], ở giai đoạn sớm của tổn thương, dấu hiệu Lachman gặp với tỷ lệ 81,8%. Vì tiêu chuẩn chọn lựa bệnh nhân của chúng tôi là tất cả bệnh nhân đều có chỉ định phẫu thuật nên chúng tôi ghi nhận các nghiệm pháp lỏng gôi đều dương tính 100%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi nhận thấy rằng các bác sĩ lâm sàng thường thực hiện nghiệm pháp ngăn kéo trước với tỷ lệ là 90,47%. Đối với bệnh nhân đến khám ở giai đoạn sớm việc tiến hành thăm khám dấu hiệu này thường gặp nhiều khó khăn do bệnh nhân đau, khớp gôi sưng nề nhiều. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đến ở giai đoạn muộn nên việc thực hiện nghiệm pháp ngăn kéo trước tương đối dễ dàng hơn. Theo Đinh Ngọc Sơn, nghiệm pháp ngăn kéo trước dương tính đến 100% ở các trường hợp đến muộn [3].

Hình ảnh cộng hưởng từ của đứt dây chằng chéo trước

Trong nghiên cứu của chúng tôi, dấu hiệu trực tiếp hay gặp nhất trong tổn thương dây chằng chéo trước là hình ảnh mất liên tục với tỷ lệ 88,9%. Đây là dấu hiệu chính quan trọng trong chẩn đoán đứt dây chằng chéo trước. Kết quả của chúng tôi ghi nhận dấu hiệu này có giá trị dự đoán dương tính là 100% tương tự kết quả của tác giả Naraghi [7]. Chúng tôi ghi nhận 1,6% trường hợp không nhìn thấy dây chằng chéo trước. Theo Huỳnh

Lê Anh Vũ tỷ lệ này là 18,2% [4]. Hình ảnh dây chằng chéo trước tăng kích thước và bờ không đều là những dấu hiệu thường được mô tả trong đứt dây chằng chéo trước không hoàn toàn. Điều này phản ánh tình trạng dập dập của dây chằng. Các hình ảnh này có giá trị chẩn đoán khác nhau tùy từng tác giả. Theo Huỳnh Lê Anh Vũ [4] thì hai dấu hiệu này gặp có tỷ lệ là 18,2% và 21,2%.

- Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận hai dấu hiệu hình ảnh gián tiếp đứt dây chằng chéo trước đó là các vết bầm dập xương, phù tủy xương và tràn dịch khớp gôi. Dấu hiệu bầm dập xương và phù tủy xương có tỷ lệ là 47,6% thấp hơn nghiên cứu của tác giả Trần Công Hoan với tỷ lệ 58,9% [1]. Tràn dịch khớp gôi theo nghiên cứu của chúng tôi là 50,8%, cũng thấp hơn so với tác giả Trần Công Hoan với tỷ lệ 81,1% [1]. Gentili cho rằng dấu hiệu này chỉ nhìn thấy trên phim cộng hưởng từ trong khoảng 6 tuần đầu sau chấn thương [6]. Tuy nhiên một nghiên cứu khác cho rằng dấu hiệu này vẫn tồn tại dai dẳng ở tất cả các bệnh nhân sau chấn thương 12 – 14 tuần. Nguyên nhân vì phần lớn bệnh nhân của chúng tôi thu thập được chụp cộng hưởng từ vào giai đoạn muộn nên tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn so với tác giả.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, quan sát thấy hình ảnh dây chằng chéo trước đứt chủ yếu qua kết quả phẫu thuật nội soi. Vị trí tổn thương hay gặp nhất là 1/3 trên, chiếm 88,8%. Vị trí tổn thương dây chằng chéo trước thường phụ thuộc vào cơ chế chấn thương.

4.3. Mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và kết quả cộng hưởng từ đứt dây chằng chéo trước đối chiếu với hình ảnh tổn thương sau phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy cộng hưởng từ có độ nhạy và độ đặc hiệu cao (97%) trong chẩn đoán đứt dây chằng chéo trước theo nghiên cứu của Phạm Anh Vũ [5]. Kết quả cộng hưởng từ, trong 58 bệnh nhân chiếm 92% được chẩn đoán đứt dây chằng chéo trước hoàn toàn trên cộng hưởng từ phù hợp với hình ảnh tổn thương khi phẫu thuật nội soi tái tạo đứt dây chằng chéo trước. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4/63 trường hợp chiếm 6,4% được chẩn đoán đứt dây chằng chéo trước không hoàn toàn bằng cộng hưởng từ so với kết quả phẫu thuật nội soi trong đó có 3 bệnh nhân được chẩn đoán đứt hoàn toàn và 1 bệnh nhân được chẩn đoán đứt không hoàn toàn. Chúng tôi sử dụng phép thống kê giữa 2 biến này cho thấy hình ảnh cộng hưởng từ có giá trị trong chẩn đoán đứt dây chằng chéo trước ($p < 0,05$). Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân đều có lỏng gôi trong đó có 4 bệnh nhân được chẩn đoán đứt không hoàn toàn bằng cộng hưởng từ. Vì vậy chỉ định phẫu thuật ở bệnh nhân này còn phụ thuộc vào triệu chứng cơ năng lỏng gôi. Việc đánh giá lỏng gôi có vai trò quan trọng trong việc xác định dây chằng chéo trước mất chức năng và có chỉ định phẫu thuật.

5. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ có mối liên quan mật thiết trong việc chẩn đoán và quyết định điều trị trong đứt dây chằng chéo trước. Hình ảnh cộng hưởng từ có giá trị trong chẩn đoán các thể đứt thường gặp dây chằng chéo trước, giá trị này có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trần Công Hoan, “Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ trong chấn thương khớp gối”, Tạp chí Y học thực hành (837), Số 6, 2013.
- [2] Bùi Văn Lệnh, Trần Công Hoan, Hoàng Đình Âu, “Một số nhận xét về đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ trong chẩn đoán chấn thương khớp gối nhân 110 trường hợp”, Tạp chí Y học thực hành, Số 6, tr.62–64, 2006.
- [3] Đinh Ngọc Sơn, “Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả phẫu thuật tổn thương dây chằng chéo trước khớp gối”, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú chuyên ngành ngoại khoa Đại Học Y Hà Nội, 2002.
- [4] Lê Thanh Tùng, “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị tổn thương sụn chêm khớp gối do chấn thương”, Tạp chí Y học thực hành, Số 6, tr.31, 2012.
- [5] Phạm Anh Vũ, “Kết quả chẩn đoán lâm sàng và cộng hưởng từ chấn thương dây chằng chéo, sụn chêm khớp gối so với phẫu thuật nội soi”, Thông tin Khoa Học & Công Nghệ, 1859 – 1302, tr.24 – 28, 2018.
- [6] Gentili A., Seeger L.L., Yao L. et al., “Anterior cruciate ligament tear : indirect signs at MR imaging”, Radiology, 193 (3), 1994, pp.835 – 840.
- [7] Naraghi A.M and White L.M., “Imaging of Athletic Injuries of knee Ligaments and Menisci: Sports Imaging Series”. Radiology, 281(1), pp.23 – 40, 2016.

OUTCOMES OF LIVER RESECTION BY THE TON THAT TUNG METHOD TO TREAT LIVER CANCER (HCC)

Huynh Thanh Long^{1,2*}, Nguyen Manh Khiem², Huynh Nhat Cao Nhan²

¹Nguyen Tat Thanh University - 300A Nguyen Tat Thanh, Ward 13, District 4, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Nguyen Tri Phuong Hospital - 468 Nguyen Trai, Ward 8, District 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 25/08/2023; Accepted: 28/09/2023

ABSTRACT

Background: Nguyen Tri Phuong Hospital has performed hepatectomy the Ton That Tung method to treat liver cancer (HCC) since 2010. However, there has been no research report summarizing the clinical and subclinical characteristics of liver resection cases here.

Subjects and methods: Retrospective study of patients (patients) diagnosed with HCC who underwent liver resection by the Ton That Tung method at Nguyen Tri Phuong Hospital from June 2015 to June 2022.

Results: There were 48 patients included in the study. The male/female ratio is 3/ first; average 55.2 ± 10.2 years old, history of hepatitis B and C accounted for 75.0%; prominent clinical symptoms are weight loss (50%), anorexia (70.8%), abdominal pain (79.2%). Most of the cases had AFP > 400 ng/ml (68.8%); 100% of the patients belonged to Child-Pugh A. The mean tumor size on MSCT scan was 5.1 ± 1.8 cm. Small liver resection accounted for the majority of 81.3%, and large liver resection accounted for 18.7%. The average operating time was 109.2 ± 52.2 minutes. The average blood loss was 109.2 ± 52.2 ml. The mean hospital stay was 13.4 ± 3.5 days. The most common postoperative complication was pleural effusion (10.4%).

Conclusion: Early results of liver resection for HCC at Nguyen Tri Phuong hospital gave positive results with low blood loss and complication rate.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, liver resection, Ton That Tung method.

*Corresponding author

Email address: bs.huynhlong1967@gmail.com

Phone number: (+84) 913662056

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT GAN THEO TÔN THẤT TÙNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ GAN (HCC)

Huỳnh Thanh Long^{1,2*}, Nguyễn Mạnh Khiêm², Huỳnh Nhất Cao Nhân²

¹Trường ĐH Nguyễn Tất Thành - 300A Nguyễn Tất Thành, Phường 13, Quận 4, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương - 468 Nguyễn Trãi, Phường 8, Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 25/08/2023; Ngày duyệt đăng: 28/09/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh viện Nguyễn Tri Phương đã triển khai phẫu thuật cắt gan phương pháp Tôn Thất Tùng điều trị Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) (hepatocellular carcinoma - HCC) từ năm 2010. Tuy vậy, chưa có nghiên cứu báo cáo kết quả cắt gan tại đây.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu các bệnh nhân (BN) đã được chẩn đoán là UTBMTBG đã được cắt gan theo Tôn Thất Tùng tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 06/2015 đến tháng 06/2022.

Kết quả: Có 48 BN được đưa vào nghiên cứu. tỷ lệ nam/nữ là 3/1; trung bình $55,2 \pm 10,2$ tuổi, tiền sử viêm gan siêu vi B và C chiếm 75,0%; triệu chứng lâm sàng nổi bật là gầy sút (50%), chán ăn (70,8%), đau bụng (79,2%). Đa phần các trường hợp có AFP > 400 ng/ml (68,8%); 100% các bệnh nhân thuộc Child A. Kích thước u trung bình trên MSCT là $5,1 \pm 1,8$ cm. Cắt gan nhỏ chiếm đa số 81,3%, cắt gan lớn chiếm 18,7%. Thời gian mổ trung bình $109,2 \pm 52,2$ phút. Máu mất trung bình $109,2 \pm 52,2$ ml. Thời gian nằm viện trung bình là $13,4 \pm 3,5$ ngày. Biến chứng sau mổ thường gặp là tràn dịch màng phổi (10,4%).

Kết luận: Kết quả sớm phẫu thuật cắt gan điều trị UTBMTBG tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương cho những kết quả khả quan với lượng máu mất mát và tỉ lệ tai biến thấp.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, cắt gan, phương pháp Tôn Thất Tùng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, theo thống kê năm 2020 của Trung tâm Quốc tế Nghiên cứu Ung thư (IARC) - Tổ chức Y tế Thế Giới (WHO) ghi nhận tỉ lệ mới mắc ung thư gan đứng hàng đầu (14,5%) ở cả nam và nữ nói chung, đứng hàng đầu ở nam và hàng thứ 5 ở nữ trong các loại ung thư thường gặp và cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở cả hai giới nam, nữ¹.

Ngày nay, điều trị triệt căn ung thư biểu mô tế bào gan bao gồm phẫu thuật cắt bỏ khối u gan, ghép gan, hay hủy u bằng liệu pháp tại chỗ... Tuy vậy, phẫu thuật cắt gan vẫn được đánh giá là phương pháp điều trị cơ bản và thông dụng nhất². Từ năm 2014 đến nay, tại đơn vị Gan – Mật – Tụy, khoa Ngoại Tổng hợp – Bệnh viện

Nguyễn Tri Phương đã hoàn thiện quy trình phẫu thuật cắt gan phương pháp Tôn Thất Tùng theo hướng dẫn của Bộ Y tế^{2,3}, tiến hành điều trị ung thư gan cho nhiều trường hợp, đa phần là ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG). Tuy vậy, chưa có nghiên cứu báo cáo tại đây về kết quả phẫu thuật cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng.

Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “*Kết quả phẫu thuật cắt gan theo Tôn Thất Tùng điều trị ung thư gan*” với 2 mục tiêu:

- *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các bệnh nhân UTBMTBG có chỉ định cắt gan.*

- *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan phương pháp Tôn*

*Tác giả liên hệ

Email: bs.huynhlong1967@gmail.com

Điện thoại: (+84) 913662056

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

Thất Tùng điều trị UTBMTBG.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng:

Nghiên cứu mô tả hồi cứu các bệnh nhân (BN) đã được chẩn đoán là UTBMTBG đã được cắt gan tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 06/2015 đến tháng 06/2022 thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân > 15 tuổi
- Đã được chỉ định mổ cắt gan phương pháp Tôn Thất Tùng theo “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị UTBMTBG” của Bộ Y tế.
- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là UTBMTBG.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân hiện mắc kèm 1 bệnh ung thư khác hoặc ung thư di căn.
- Có huyết khối tĩnh mạch cửa.
- Xơ gan Child-Pugh C

2.2. Phương pháp tiến hành:

Hồi cứu qua hồ sơ cũ và lập bệnh án nghiên cứu ghi nhận biến số:

- Đặc điểm lâm sàng UTBMTBG : Tuổi, giới tính, triệu chứng lâm sàng (đau bụng, mệt mỏi, vàng da, sụt cân), tiền sử bệnh (viêm gan siêu vi B, C)
- Đặc điểm cận lâm sàng : AFP, chụp cắt lớp vi tính (MSCT) có cản quang, đánh giá Child-Pugh.
- Kết quả phẫu thuật: Phân loại cắt gan, đường mổ, thương tổn thám sát ổ bụng, thời gian mổ, lượng máu mất trong mổ, tỷ lệ BN phải truyền máu, tỷ lệ tai biến trong mổ. Thời gian nằm viện, tỷ lệ biến chứng sau mổ.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 48 BN được đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm lâm sàng (n = 48)

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng (n = 48)

	Giá trị	
Tuổi trung bình	55,2 ± 10,2	
Tỉ lệ nam/nữ	3:1 (36:12)	
Tiền căn	Số BN	Tỷ lệ (%)
Viêm gan siêu vi B	26	54,2
Viêm gan siêu vi C	10	20,8
Phẫu thuật vùng bụng	3	6,3
Triệu chứng		
Đau bụng	38	79,2
Chán ăn	34	70,8
Sụt cân	24	50,0
Gan to	6	12,5
Vàng da	3	6,3
Báng bụng	1	2,1
Phát hiện tình cờ	10	20,8

Nhận xét: Tỷ lệ nam/nữ là 3/1. Đau bụng và chán ăn là triệu chứng thường gặp.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đánh giá Child-Pugh: Tất cả 48 bệnh nhân thuộc nhóm Child A

Kết quả AFP

Bảng 2. Kết quả AFP

Kết quả (ng/ml)	Số BN	Tỷ lệ (%)
< 20	6	12,5
20 - 400	9	18,7
400 - 1000	21	43,8
> 1000	12	25,0

Nhận xét: Đa phần các trường hợp có AFP từ 400 – 1000 ng/ml

Kết quả chụp MSCT**Bảng 3. Kích thước và số lượng khối u trên chụp cắt lớp vi tính (n = 48)**

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ (%)
1 u < 2 cm	8	16,7
1 u, 2-5 cm	7	14,6
1 u, > 5 cm	24	50,0
2-3 u, ≤ 3 cm	7	14,6
2-3 u, > 3 cm	1	2,1
> 3 u	1	2,1

- Kích thước u trung bình trên MSCT là $5,1 \pm 1,8$ cm.

- Vị trí u gan trên chụp cắt lớp vi tính: Đa phần khối u nằm ở gan phải (có 26 BN chiếm 54,2%), 17 BN khối u ở gan trái (35,4%). Có 5 BN khối u nằm ở cả 2 thùy gan chiếm 10,4%.

3.3. Kết quả phẫu thuật cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng

Cắt gan lớn có 9 BN chiếm 18,7%, trong đó cắt gan phải có 4 BN chiếm 8,3%. Cắt gan nhỏ chiếm đa số 81,3%.

Thời gian phẫu thuật**Bảng 4. Thời gian mổ (n = 48)**

Thời gian mổ (phút)	Trung bình
Cắt gan phải (n = 4)	$209,1 \pm 33,4$
Cắt gan trái (n = 5)	$118,4 \pm 30,6$
Cắt gan PT sau (n = 10)	$128,7 \pm 43,1$
Cắt gan PT trước (n = 4)	$220,2 \pm 25,6$
Cắt thùy trái (PT bên) (n = 10)	$101,9 \pm 38,3$
Cắt gan HPT I (PT lưng) (n = 1)	210
Cắt gan HPT IV (PT giữa) (n = 1)	220
Cắt gan hạ HPT V, VI (n = 4)	$188,9 \pm 32,2$
Cắt gan nhỏ khác (n = 9)	$70,1 \pm 34,5$
Toàn bộ (n = 48)	$109,2 \pm 52,2$

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình của toàn bộ nghiên cứu là $109,2 \pm 52,2$ phút. Cắt gan PT trước có thời gian phẫu thuật trung bình dài nhất là $220,2 \pm 25,6$ phút. Cắt gan nhỏ khác có thời gian phẫu thuật trung bình ngắn nhất là $70,1 \pm 34,5$ phút.

Lượng máu mất trong mổ**Bảng 5. Lượng máu mất trong mổ (n = 48)**

Lượng máu mất trong mổ (ml)	Trung bình
Cắt gan phải (n = 4)	$209,1 \pm 33,4$
Cắt gan trái (n = 5)	$118,4 \pm 30,6$
Cắt gan PT sau (n = 10)	$128,7 \pm 43,1$
Cắt gan PT trước (n = 4)	$220,2 \pm 25,6$
Cắt thùy trái (PT bên) (n = 10)	$101,9 \pm 38,3$
Cắt gan HPT I (PT lưng) (n = 1)	210
Cắt gan HPT IV (PT giữa) (n = 1)	220
Cắt gan hạ HPT V, VI (n = 4)	$188,9 \pm 32,2$
Cắt gan nhỏ khác (n = 9)	$70,1 \pm 34,5$
Toàn bộ (n = 48)	$109,2 \pm 52,2$

Nhận xét: Cắt gan phải có máu mất trung bình lớn nhất $486,9 \pm 194,8$ ml.

Thời gian rút hết dẫn lưu và thời gian nằm viện

- Thời gian nằm viện trung bình của toàn bộ BN trong nghiên cứu là $13,4 \pm 3,5$ ngày, ít nhất là 8 và nhiều nhất là 31 ngày.

- Thời gian rút hết dẫn lưu trung bình của toàn bộ BN trong nghiên cứu là $9,3 \pm 3,5$ ngày, sớm nhất là 4 và lâu nhất 25 ngày sau mổ.

Biến chứng và tử vong sau phẫu thuật**Bảng 6. Biến chứng và tử vong sau phẫu thuật (n = 48)**

Biến chứng và tử vong	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tràn dịch màng phổi	5	10,4
Cổ trướng	2	4,2
Ồ dịch tồn dư	2	4,2
Chảy máu	1	2,1
Nhiễm trùng vết mổ	1	2,1
Rò mật	1	2,1
Suy gan	1	2,1
Biến chứng chung	8	16,7
Tử vong sau mổ	1	2,1

Nhận xét: Tràn dịch màng phổi có tỷ lệ 10,4% là biến chứng gặp nhiều nhất.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi và giới tính

Nhóm nghiên cứu gồm 48 BN có tuổi trung bình là 55,2 $\pm$ 10,2 tuổi. Ở hầu hết các vùng trên thế giới, nam giới

có tỷ lệ mắc UTG cao hơn nữ giới với tỷ số nam/nữ thay đổi từ 2/1 đến 5/1 giữa các nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nam giới mắc UTBMTBG chiếm ưu thế là 75% và tỷ số nam/nữ là 3/1. Kết quả nghiên cứu không có sự khác biệt với kết quả của các nghiên cứu khác trong nước được trình bày trong bảng 7.

Bảng 7. So sánh đặc điểm chung giữa các nghiên cứu

Đặc điểm	Tuổi trung bình	Tỉ lệ Nam:Nữ	Viêm gan B	Viêm gan C
Chúng tôi	55,2 $\pm$ 10,2	3:1	54,2	20,8
Dương Huỳnh Thiện ⁴	53,6 $\pm$ 12,8	8,3:1	74,7	10,7
Lê Văn Thành ⁵	49,8	5,5:1	62,1	-
Sungwook Shin ⁶	56,4 $\pm$ 10,3	3,8:1	69,8	10,3
Yo-ichi Yamashita ⁷	60 $\pm$ 1	5,3:1	38	60

Tiền căn

Tần suất nhiễm virus viêm gan thay đổi theo các nghiên cứu. Thống kê của các tác giả cho thấy: khoảng 70 - 90% trường hợp UTBMTBG liên quan đến virus viêm gan B, 10 - 25% liên quan tới nhiễm virus viêm gan C. Khi so sánh tỷ lệ bệnh nhân có viêm gan siêu vi B với các nghiên cứu khác, chúng tôi nhận thấy cao hơn tác giả Yo-ichi Yamashita là 38%⁷; tương đương với tác giả Sungwook Shin là 69,8%⁶. Tuy nhiên, tỷ lệ nhiễm HCV trong nghiên cứu lại cao hơn khi so sánh với các tác giả: Dương Huỳnh Thiện là 10,7%⁴, Sungwook Shin là 10,3%³. Tuy nhiên trong nghiên cứu của Yo-ichi Yamashita thực hiện tại Nhật Bản, tỉ lệ viêm gan siêu vi C là 60%⁷. Sự khác biệt này có thể được giải thích, các nghiên cứu được thực hiện ở các vùng dịch tễ khác nhau cho kết quả về tần suất nhiễm HBV và HCV khác nhau.

Triệu chứng lâm sàng

Kết quả nghiên cứu cho thấy các triệu chứng khiến người bệnh phải đi khám chủ yếu là đau bụng (79,2%), mệt mỏi, chán ăn (70,8%), gầy sút (50,0%). Có 20,8% BN không có biểu hiện triệu chứng rõ ràng, được phát hiện khối u gan do tình cờ đi khám sức khỏe. Kết quả nghiên cứu thu được thấy tương tự thống kê của Dương Huỳnh Thiện (2015)⁸, về triệu chứng lâm sàng của UTBMTBG gặp: đau bụng (68%), ăn kém (30,7%) sút cân (10%), 20% phát hiện do tình cờ đi khám sức khỏe; thống kê của Ngô Đắc Sáng (2018) gặp: đau bụng (67,19%), sút cân (20,82%)⁹.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đánh giá Child-Pugh

Đánh giá chức năng gan trước mổ dựa trên phân loại

Child-Pugh là phổ biến và được hầu hết các phẫu thuật viên sử dụng. Vì vậy, theo hướng dẫn của BCLC, các trường hợp Child A cho phép phẫu thuật cắt gan lớn, cắt gan chọn lọc cho những trường hợp Child B và Child C là chống chỉ định cắt gan. Tất cả 48 BN (100%) trong nghiên cứu này được chỉ định phẫu thuật đều ở Child A, trong đó đa số bệnh nhân có điểm Child – Pugh là 5 điểm (chiếm 66,7%) . Kết quả nghiên cứu của các tác giả Dương Huỳnh Thiện⁸, Yo-ichi Yamashita⁷, các BN được chỉ định cắt gan ở giai đoạn Child A chiếm tỷ lệ từ 80 - 100%, Child B từ 5 - 10%.

Chất chỉ điểm khối u AFP

Kết quả nghiên cứu bảng 2 cho thấy nhóm AFP > 400ng/ml chiếm 68,8% chiếm tỉ lệ cao. Nhiều nghiên cứu cho thấy nồng độ AFP cao có liên quan tỷ lệ thuận tới kích thước, số lượng u và tình trạng xâm lấn mạch máu và sau khi cắt bỏ khối u gan thì hàm lượng AFP giảm nhanh chóng và tăng trở lại khi bệnh tái phát. Vì vậy, định lượng AFP còn có ý nghĩa quan trọng cho việc đánh giá kết quả điều trị và theo dõi tiên lượng bệnh.

Chẩn đoán hình ảnh

Kết quả nghiên cứu cho thấy: 100% số trường hợp được xác định u gan qua chụp CLVT. Kích thước u trung bình trên chụp CLVT là 5,1 $\pm$ 1,8 cm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần khối u nằm ở gan phải (có 26 BN chiếm 54,2%). Có 5 trường hợp khối u nằm ở cả 2 thùy gan chiếm 10,4%. Phần lớn khối u gan là 1 u có giới hạn rõ, kích thước > 5cm chiếm 50% các trường hợp trong nghiên cứu. Số lượng và kích thước u là yếu tố quan trọng để xác định giai đoạn UTBMTBG và ảnh hưởng đến quyết định điều trị, chỉ định phẫu thuật. Theo BCLC, chỉ định cắt gan với các khối u ở giai đoạn rất

sớm, có kích thước < 2 cm hoặc các khối u đơn độc có chức năng gan bình thường (giai đoạn I) và trường hợp ≤ 3 u, kích thước mỗi u < 3 cm (giai đoạn II).

4.3. Kết quả phẫu thuật cắt gan phương pháp Tôn Thất Tùng

Thời gian phẫu thuật

Thời gian mổ thay đổi theo nhiều nghiên và phụ thuộc nhiều yếu tố như loại cắt gan, vị trí khối u, tình trạng xơ gan kèm theo. Thời gian phẫu thuật trung bình của nghiên cứu là $109,2 \pm 52,2$ phút. Cắt gan PT trước có thời gian phẫu thuật trung bình dài nhất là $220,2 \pm 25,6$ phút. Cắt thùy trái (PT bên) có thời gian phẫu thuật trung bình ngắn nhất là $121,9 \pm 38,3$ phút. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Ngô Đắc Sáng, thời gian mổ trung bình là $100,4 \pm 37,2$ phút⁹.

Lượng máu mất và truyền máu trong phẫu thuật

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi: Lượng máu mất trung bình trong mổ của toàn bộ nghiên cứu là $288,2 \pm 189,4$ ml, ít nhất là 50 ml và nhiều nhất là 1600 ml. Cắt gan phải có máu mất trung bình lớn nhất $486,9 \pm 194,8$ ml. Trong nghiên cứu của Lương Công Chánh, lượng máu mất trung bình là $396,1 \pm 351,8$ ml (30-2000) ml, tỷ lệ BN phải truyền máu trong mổ (24,6%),

thể tích máu trung bình phải truyền cho một BN là $770,0 \pm 360,5$ ml (350-1750 ml)¹⁰.

Thời gian rút hết dẫn lưu và thời gian nằm viện

Chúng tôi thường rút dẫn lưu cuối cùng chỉ trước ngày dự kiến ra viện 1 – 2 ngày, thời gian rút hết dẫn lưu trung bình của toàn bộ BN trong nghiên cứu là $9,3 \pm 3,5$ ngày, sớm nhất là 4 và lâu nhất 25 ngày sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là $13,4 \pm 3,5$ ngày tương đương Nguyễn Cường Thịnh là $12 \pm 3,5$ ngày⁸.

Biến chứng sau mổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 16,7% trong đó: tràn dịch màng phổi có tỉ lệ 10,4% là biến chứng gặp nhiều nhất trong nghiên cứu. Ổ dịch tồn dư có tỉ lệ 4,2%; các biến chứng chảy máu sau mổ, rò mật, nhiễm trùng vết mổ, suy gan đều có tỉ lệ xảy ra là 2,1%. Không có trường hợp suy thận nào sau mổ. Tử vong sau mổ (trong vòng 1 tháng sau mổ) là 2,1%, xảy ra trên BN số 43 do suy gan sau mổ, đồng thời trên BN này có các biến chứng cổ trướng, tràn dịch màng phổi, viêm phổi bệnh viện trong thời gian nằm hậu phẫu. Tỷ lệ biến chứng của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác được trình bày trong bảng 8.

Bảng 8. So sánh tỉ lệ biến chứng phẫu thuật cắt gan

Đặc điểm	Suy gan	Chảy máu sau mổ	Rò mật	Tràn dịch màng phổi	Tràn dịch ổ bụng	Tử vong	Biến chứng chung
Chúng tôi	2,1%	2,1%	2,1%	10,4%	4,2%	2,1%	16,7%
Dương Huỳnh Thiện (2015) ⁸	1,3%	1,3%	2,7%	6,7%	1,3%	2,7%	13,3%
Ngô Đắc Sáng (2018) ⁹	3,5%	1,3%	1,9%	12,0%	8,5%	1,6%	23,3%

Tràn dịch màng phổi cũng là biến chứng thường gặp sau cắt gan. Trong nghiên cứu, có 05 BN bị biến chứng tràn dịch màng phổi: 03 BN được điều trị nội khoa, 01 BN được chọc hút dịch, các bệnh nhân này đều ổn định sau 7 – 14 ngày điều trị và được xuất viện. Riêng có 01 BN (BN số 43) có viêm phổi bệnh viện nằm thở máy, có tràn dịch màng phổi lượng nhiều được chúng tôi đặt dẫn lưu màng phổi, thời gian điều trị kéo dài đến 31 ngày thì bệnh nhân tử vong do tình trạng suy gan sau mổ không hồi phục và viêm phổi nặng.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt gan phương pháp Tôn Thất Tùng có thể áp dụng điều trị UTBMTBG trong nhiều trường hợp,

thời gian phẫu thuật tương đối ngắn. Kết quả sớm phẫu thuật cắt gan điều trị UTBMTBG phương pháp Tôn Thất Tùng tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương cho những kết quả khả quan.

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.
- [2] Bộ Y tế, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan; Bộ Y tế; 2020:36.
- [3] Bộ Y tế, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại

- khoa, Chuyên khoa Phẫu thuật Gan Mật; Bộ Y tế; 2016:100.
- [4] Dương Huỳnh Thiện, Nguyễn Đình Song Huy, Hồ Sĩ Minh, & cs, Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư tế bào gan tại Bệnh viện Chợ Rẫy; Y học TP Hồ Chí Minh; 20(1), 2016, 135-140.
- [5] Lê Văn Thành, Nghiên cứu chỉ định và kết quả phẫu thuật cắt gan kết hợp phương pháp Tôn Thất Tùng và Lortat Jacob trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan; Học viện Quân Y; 2013.
- [6] Shin S, Kim TS, Lee JW et al., Is the anatomical resection necessary for single hepatocellular carcinoma smaller than 3 cm?: single-center experience of liver resection for a small HCC. J Annals of hepato-biliary-pancreatic surgery; 2018;22(4):326.
- [7] Yamashita Yi, Taketomi A, Itoh S et al., Longterm Favorable Results of Limited Hepatic Resections for Patients with Hepatocellular Carcinoma: 20 Years of Experience. Journal of the American College of Surgeons. 08/01 2007;205:19-26.
- doi:10.1016/j.jamcollsurg.-2007.01.069
- [8] Dương Huỳnh Thiện, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II; Học viện Quân y, 2015.
- [9] Ngô Đắc Sáng, Nghiên cứu các biến chứng sau phẫu thuật cắt gan do ung thư theo phương pháp Tôn Thất Tùng; Học viện Quân Y; 2018.
- [10] Lương Công Chánh, Nghiên cứu điều trị ung thư gan bằng phẫu thuật cắt gan nội soi; Luận văn Tiến sĩ Y học, Viện NCKH Y Dược lâm sàng 108; 2015.



STATUS OF COMPLIANCE WITH PROCEDURES BEFORE BLOOD TEST AND SOME FACTORS AFFECTING TRADITIONAL MEDICINE INSTITUTE IN HO CHI MINH CITY IN 2023

Chau Nguyen Phuong Thao^{1*}, Phan Van Tuong², Huynh Nguyen Loc²

¹Traditional Medicine Institute in Ho Chi Minh City - 273 Nguyen Van Troi, Ward 10, Phu Nhuan District, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Hanoi University of Public Health - 1A Duc Thang, Dong Ngac, Bac Tu Liem, Hanoi, Vietnam

Received: 18/07/2023

Revised: 21/08/2023; Accepted: 28/09/2023

ABSTRACT

Objective: Describe the compliance status the pre-blood test process at the Institute of Traditional Medicine Institute in Ho Chi Minh City in 2023.

Method: Using a cross-sectional design, at the Institute of Traditional Medicine in Ho Chi Minh City from April to September 2023, over 250 observations of the process for each stage before blood testing at clinical departments.

Results: The compliance rate for steps in the sampling process reached 68.8%; Compliance with steps in the sample preservation - sample transportation process reached 65.6%; Compliance with steps in the sample receiving process reached 66.8%.

Conclusion: Compliance with the pre-test blood collection process at the Institute of Traditional Medicine and Pharmacy in Ho Chi Minh City is implemented to meet quality management standards.

Keywords: Process before blood test, blood test, Traditional Medicine Institute in Ho Chi Minh City.

*Corresponding author

Email address: Khanhhy0509@gmail.com

Phone number: (+84) 903685494

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ QUY TRÌNH GIAI ĐOẠN TRƯỚC XÉT NGHIỆM MÁU TẠI VIỆN Y DƯỢC HỌC DÂN TỘC TP. HỒ CHÍ MINH NĂM 2023

Châu Nguyễn Phương Thảo^{1*}, Phan Văn Tường², Huỳnh Nguyễn Lộc²

¹*Viện Y dược học dân tộc thành phố Hồ Chí Minh - 273 Nguyễn Văn Trỗi, Phường 10, quận Phú Nhuận, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam*

²*Trường Đại học Y tế Công cộng - 1A Đ. Đức Thắng, Đông Ngạc, Bắc Từ Liêm, Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 21/08/2023; Ngày duyệt đăng: 28/09/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ quy trình giai đoạn trước xét nghiệm máu tại Viện Y dược học dân tộc thành phố Hồ Chí Minh năm 2023.

Phương pháp: Sử dụng thiết kế cắt ngang, tại Viện Y dược học dân tộc thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 4 - 9/2023 trên 250 lượt quan sát quy trình cho mỗi giai đoạn trước xét nghiệm máu tại các khoa lâm sàng.

Kết quả: Tỷ lệ tuân thủ lượt thực hiện các bước trong quy trình lấy mẫu đạt 68,8%; Tuân thủ lượt thực hiện các bước trong quy trình bảo quản mẫu - vận chuyển mẫu đạt 65,6%; Tuân thủ lượt thực hiện các bước trong quy trình tiếp nhận mẫu đạt 66,8%.

Kết luận: Tuân thủ quy trình lấy máu trước xét nghiệm tại Viện Y dược học dân tộc thành phố Hồ Chí Minh được thực hiện đạt tiêu chuẩn quản lý chất lượng.

Từ khóa: Quy trình trước xét nghiệm máu, xét nghiệm máu, Viện Y dược học dân tộc thành phố Hồ Chí Minh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xét nghiệm là các công cụ, phương thức y tế được thực hiện rất phổ biến trong quá trình thăm khám, điều trị và theo dõi bệnh tật. Cùng với sự tiến bộ của y học hiện đại, kết quả xét nghiệm đóng vai trò không nhỏ trong việc phát hiện, chẩn đoán bệnh. Nhu cầu xét nghiệm không chỉ dành riêng cho bệnh nhân mà còn dành cho mọi người nhằm kiểm tra, phát hiện bệnh sớm bệnh tật. Vì thế các phòng xét nghiệm cần xây dựng một hệ thống quản lý chất lượng bao gồm: Kiểm soát, đảm bảo và cải tiến chất lượng xét nghiệm. Đây chính là cơ sở cho các quá trình đánh giá chất lượng phòng xét nghiệm.

Khoa Xét nghiệm Viện Y dược học dân tộc thành phố Hồ Chí Minh (Viện) thực hiện hàng ngày khoảng 300 mẫu xét nghiệm, số lượng xét nghiệm này là khá cao đối với một bệnh viện chuyên ngành y học cổ truyền, trong đó mẫu máu chiếm đa số với khoảng 80%. Khoa Xét nghiệm tuân thủ quy trình quản lý chất lượng theo

Quyết định số 2429/QĐ-BYT của Bộ Y tế ban hành ngày 12/6/2017 [2]. Việc thực hiện đánh giá tuân thủ quy trình được thực hiện thông qua việc đánh giá tay nghề hàng năm qua bảng kiểm quy trình giai đoạn trong xét nghiệm, chưa chú trọng đến việc tuân thủ các quy trình trước xét nghiệm. Nhằm cung cấp bằng chứng thực tế cho việc đề xuất các giải pháp can thiệp, hạn chế sai sót trong giai đoạn trước xét nghiệm, từ đó nâng cao mức chất lượng kỹ thuật xét nghiệm tại đơn vị, cải tiến chất lượng khám chữa bệnh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Thực trạng tuân thủ quy trình giai đoạn trước xét nghiệm máu tại Viện Y dược học dân tộc thành phố Hồ Chí Minh năm 2023*”.

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ quy trình giai đoạn trước xét nghiệm máu tại Viện Y dược học dân tộc thành phố Hồ Chí Minh năm 2023.

*Tác giả liên hệ

Email: Khanhhy0509@gmail.com

Điện thoại: (+84) 903685494

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Điều dưỡng viên, kỹ thuật viên, y sĩ, hộ lý công tác tại các khoa Lâm sàng.

- Kỹ thuật viên công tác tại Khoa Xét nghiệm.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 4 - 9/2023

- Địa điểm: Khoa Xét nghiệm, các Khoa Lâm sàng Viện Y dược học dân tộc thành phố Hồ Chí Minh.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang mô tả có phân tích.

2.4. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng tỷ lệ của quần thể để tính cỡ mẫu cho quan sát việc thực hiện quy trình trước xét nghiệm máu:

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

Trong đó:

n: là số lượt quan sát quy trình trước xét nghiệm tối thiểu cho từng bước

Z: là hệ số tin cậy với $Z(1-\alpha/2) = 1,96$ với mức ý nghĩa $\alpha=0,05$.

d: là sai số chấp nhận được, chọn $d= 6\%$ ($d = 0,06$)

p: là tỷ lệ cần ước lượng số lần quan sát không tuân thủ quy trình trước xét nghiệm. Chọn $p = 0,355$ (Theo

nghiên cứu của Thái Văn Lâm về thực trạng tuân thủ quy trình xét nghiệm sinh hóa, huyết học và một số yếu liên quan tại Bệnh viện đa khoa Cao Lãnh tỉnh Đồng Tháp năm 2014 cho kết quả tỉ lệ không tuân thủ quy trình trước xét nghiệm là 35,5%) [4]. Thay các chỉ số ta có $n = 245$. Số lần quan sát nhân viên thực hiện quy trình xét nghiệm tại mỗi giai đoạn quy trình lấy mẫu sẽ là $n = 250$. Khi đó ta có:

+ 250 lần quan sát thực hiện quy trình lấy mẫu.

+ 250 lần quan sát thực hiện quy trình bảo quản mẫu - vận chuyển mẫu

+ 250 lần quan sát thực hiện quy trình tiếp nhận mẫu

Tổng tất cả các quy trình trước xét nghiệm là 750 lượt.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Sử dụng bảng kiểm đánh giá việc tuân thủ quy trình giai đoạn trước xét nghiệm máu: Kỹ thuật lấy mẫu bệnh phẩm, bảo quản và vận chuyển mẫu bệnh phẩm, tiếp nhận mẫu bệnh phẩm.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu định lượng được nhập liệu trên phần mềm Epi-data 3.1, phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 26.0. Sử dụng thống kê mô tả bao gồm: số lượng, tỷ lệ (%).

2.7. Vấn đề đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện sau khi được sự chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức nghiên cứu y sinh học - Trường Đại học Y tế Công cộng thông qua theo giấy xác nhận số 263/2023/YTCC-HD3 ngày 23/5/2023 và và Viện Y dược học dân tộc Thành phố Hồ Chí Minh đồng ý thông qua bằng văn bản chấp thuận. Nghiên cứu thực hiện dựa trên quan sát, không gây tổn hại tới đối tượng quan sát, mọi thông tin thu thập được từ bảng kiểm được bảo mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu (n = 40)

Thông tin chung		Số lượng	Tỷ lệ
Giới tính	Nam	10	25,0
	Nữ	30	75,0
Tuổi	20 – 30 tuổi	8	20,0
	31 – 40 tuổi	22	55,0
	41 – 50 tuổi	5	12,5
	≥ 50 tuổi	5	12,5

Thông tin chung		Số lượng	Tỷ lệ
Trình độ chuyên môn	Trung cấp	15	37,5
	Cao đẳng	9	22,5
	Đại học/sau Đại học	16	40,0
Chuyên ngành đào tạo	Kỹ thuật viên	15	37,5
	Điều dưỡng	19	47,5
	Y sĩ	6	15,0
Vị trí công tác	Khoa Xét nghiệm	12	30,0
	Khoa Lâm sàng	28	70,0
Chứng chỉ hành nghề	Có chứng chỉ	34	85,0
	Chưa có chứng chỉ	6	15,0
Thời gian công tác	Từ 6 tháng đến < 01 năm	6	15,0
	1 đến < 5 năm	23	57,5
	> 5 năm	11	27,5

Nhân lực phục vụ cho công tác xét nghiệm tại Viện đa số là nữ giới chiếm ưu thế với 75,0%. Nhóm nhân lực có độ tuổi từ 31 – 40 tuổi chiếm nhiều nhất với tỷ lệ 55,0% so với các nhóm tuổi còn lại. Trình độ chuyên môn của NVYT đại học và sau đại học chiếm 40,0% cao so với trình độ chuyên môn trung cấp và cao đẳng. Nhân viên

y tế tham gia nghiên cứu chủ yếu là điều dưỡng chiếm 47,5%, kỹ thuật viên với 37,5% với vị trí công tác tại Khoa lâm sàng là chủ yếu chiếm 70,0%. Nhân viên y tế có chứng chỉ hành nghề chiếm chủ yếu với 85,0%. Nhân viên y tế có thời gian công tác từ 1 đến dưới 5 năm chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 57,5%.

Bảng 2. Thời điểm và phương thức lấy máu (n = 250)

Thông tin		Số lượng	Tỷ lệ
Thời điểm lấy máu	Giờ hành chính	173	69,2
	Giờ trực	77	30,8
Phương thức lấy máu	Bơm tiêm	250	100
	Độc kim	0	0

Thời điểm lấy máu chủ yếu thực hiện trong giờ hành chính cao hơn với 69,2% với phương thức lấy máu bằng bơm tiêm.



3.2. Thực trạng tuân thủ quy trình giai đoạn trước xét nghiệm máu tại Viện Y dược học dân tộc thành phố Hồ Chí Minh

Bảng 3. Tuân thủ quy trình lấy mẫu của nhân viên y tế tại các khoa (n=250)

TT	Quy trình lấy mẫu	Có tuân thủ thực hiện	
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1.	Đối chiếu thông tin bệnh nhân, trên phiếu xét nghiệm	219	87,6
2.	Người lấy mẫu hỏi bệnh nhân đã ăn/ uống gì chưa, có vận động quá sức, có dùng thuốc gì không,...	217	86,9
3.	Bệnh nhân ngồi tư thế thoải mái, duỗi ngửa tay trên bàn, tình trạng ổn định	246	98,4
4.	Chuẩn bị dụng cụ (ống nghiệm, kim tiêm, gòn, băng dán,...)	248	99,2
5.	Sát khuẩn tay nhanh/ mang găng	250	100
6.	Chọn tĩnh mạch thích hợp, thường lấy ở nếp gấp khuỷu tay	246	98,4
7.	Tháo bao kim tiêm, kiểm tra bơm tiêm trước khi lấy máu	225	90,0
8.	Buộc dây garô phía trên nơi tiêm 4-5 cm, cho bệnh nhân nắm bàn tay lại (tránh cột quá chặt hay quá lỏng và không quá 2 phút trước khi lấy máu)	242	96,8
9.	Dùng bông gòn/gạc thấm cồn 70o/dung dịch sát khuẩn rộng vùng tiêm (từ trong ra ngoài), để khô tự nhiên	240	96,0
10.	Dùng ngón trỏ của bàn tay thuận căng da nơi tĩnh mạch được chọn lấy máu. Tay còn lại cầm ống tiêm nghiêng 30o so với cánh tay duỗi thẳng. Đầu ngón trỏ tay thuận giữ đốc kim và ống tiêm. Ngửa mặt vát, đâm kim qua da vào tĩnh mạch góc 30o. Hạ góc độ tiêm xuống, luồng kim vào tĩnh mạch	250	100
11.	Kéo lùi nhẹ nhàng nòng có máu, rút đủ thể tích máu cần thiết (tránh tạo bọt khí)	234	93,6
12.	Tháo dây garô ngay khi máu vào ống tiêm	228	91,2
13.	Rút kim ra khi đủ lượng máu cần thiết vào bơm tiêm, ấn nhẹ bông gòn khô/gạc nơi tiêm, nhờ bệnh nhân giữ 3-5 phút, đồng thời mở nắm tay ra	234	93,8
14.	Tháo kim cho vào hộp chứa dụng cụ sắc nhọn	240	96,0
15.	Đặt bơm tiêm chéch vào thành ống nghiệm góc 45o (phù hợp với loại xét nghiệm cần thực hiện). Bơm máu từ từ vào thành tube chứa mẫu, tránh vỡ hồng cầu và đẩy nắp lại, lắc nhẹ nhàng	238	95,2
16.	Hủy bơm tiêm vào hộp chứa chất thải y tế	228	91,2
17.	Rửa tay bằng dung dịch rửa tay nhanh/ tháo găng	228	91,2
18.	Phát phiếu hẹn trả kết quả/ dặn dò người bệnh	240	96,0
Tuân thủ quy trình lấy mẫu (tuân thủ đúng 18 bước trên – đạt 18 điểm)		172	68,8

Tỷ lệ tuân thủ lượt thực hiện các bước trong quy trình lấy mẫu xét nghiệm máu tĩnh mạch đạt 68,8%. Trong

đó, quy trình thực hiện sát khuẩn tay nhanh/ mang găng tay và dùng ngón trỏ của bàn tay thuận căng da nơi tĩnh mạch được chọn lấy máu có tỷ lệ tuân thủ thực hiện 100%.

Bảng 4. Tuân thủ quy trình bảo quản – vận chuyển bệnh phẩm của nhân viên y tế tại các khoa (n=250)

TT	Quy trình bảo quản – vận chuyển bệnh phẩm	Có tuân thủ thực hiện	
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	Kiểm tra thể tích mẫu máu được lấy đúng vạch ghi trên ống nghiệm và được đựng trong loại ống nghiệm phù hợp	215	86,1
2	Kiểm tra số mẫu máu được lấy tương thích với chỉ định xét nghiệm	205	82,3
3	Đối với ống nghiệm có chứa chất chống đông phải thực hiện thao tác lắc trộn đều nhẹ nhàng từ 5-10 lần để tránh máu bị đông	205	82,3
4	Đối với ống nghiệm không chứa chất chống đông cũng phải lắc nhẹ nhàng 2-3 lần để hòa trộn máu với các hạt silica-micronised có trong ống nghiệm	192	76,8
5	Mẫu máu lấy xong được để vào giá ống nghiệm ở tư thế đứng, đặt ở nơi thoáng gió, không có côn trùng	228	91,2
6	Bảo quản không quá 60 phút kể từ khi lấy mẫu nếu nơi bảo quản có nhiệt độ từ 20 - 27oC (phòng có máy điều hòa) hoặc trong vòng 30 phút nếu nơi bảo quản có nhiệt độ từ 28 - 35oC (phòng không có máy điều hòa)	228	91,2
7	Điền đầy đủ các thông tin phù hợp với mẫu bệnh phẩm cần vận chuyển (thông tin phiếu chỉ định, số bàn giao, mẫu)	208	83,2
8	Mang dụng cụ bảo hộ phù hợp (găng tay, khẩu trang)	240	96,0
9	Các ống chứa mẫu được dây/ vận chặt nắp	233	93,2
10	Hộp chứa mẫu vận chuyển nguyên vẹn, không nứt vỡ, sạch, có nhãn cảnh báo an toàn sinh học.	234	93,6
11	Đặt giá chứa mẫu vào hộp nhựa cứng, có lót vật liệu thấm hút, thùng có nắp đóng kín	244	97,7
12	Vận chuyển mẫu đến Khoa Xét nghiệm ngay sau khi chuẩn bị	211	84,6
Tuân thủ thực hiện quy trình bảo quản – vận chuyển mẫu (thực hiện đủ 12 bước trên - đạt 12 điểm)		164	65,6

Tỷ lệ tuân thủ lượt thực hiện các bước trong quy trình bảo quản – vận chuyển bệnh phẩm đạt 65,6%, mặc dù các bước trong quy trình đạt tỷ lệ khá cao nhưng lệ tuân

thủ lượt thực hiện thấp nhất là bước đối với ống nghiệm không chứa chất chống đông cũng phải lắc nhẹ nhàng 2-3 lần là 76,8%.

Bảng 5. Thực trạng tuân thủ Quy trình nhận mẫu bệnh phẩm (n=250)

TT	Quy trình nhận mẫu bệnh phẩm	Có tuân thủ thực hiện	
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	Dụng cụ vận chuyển đúng quy định (hộp có nắp dậy kín, dán nhãn an toàn)	250	100
2	Đảm bảo tính nguyên vẹn của ống mẫu, không bị rò rỉ	208	83,2
3	Thông tin trên phiếu, trên ống mẫu, loại xét nghiệm phù hợp	240	96,0
4	Chất lượng mẫu đạt (không bị tán huyết hay có cục máu đông, đúng thể tích, đúng ống máu, đúng thời gian lấy mẫu)	234	93,8
5	Kiểm tra thông tin trên phiếu (thời gian người giao, người nhận)	204	81,6
6	Kiểm tra thông tin trên phiếu và phần mềm QA, cấp mã số dán lên phiếu và ống mẫu	234	93,6
7	Phân loại mẫu thường quy, khẩn cấp, mẫu nghiên cứu	234	93,6
8	Ký sổ giao nhận, chuyển mẫu máu tới phòng thực hiện kỹ thuật xét nghiệm đúng thời gian quy định (theo thời gian ghi trên phiếu)	222	88,8
Tuân thủ thực hiện quy trình nhận mẫu (thực hiện đủ 8 bước trên – đạt 8 điểm)		167	66,8

Tỷ lệ tuân thủ thực hiện các bước trong quy trình nhận mẫu đạt 66,8%. Trong đó, 100% dụng cụ vận chuyển mẫu đúng quy định. Tỷ lệ tuân thủ thấp nhất là về kiểm tra thông tin trên phiếu với 81,6%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 40 nhân viên y tế là đội ngũ điều dưỡng và kỹ thuật viên với tỷ lệ nữ chiếm ưu thế 75%, độ tuổi trung bình thuộc nhóm từ 31-40 tuổi chiếm đa số với trình độ đại học và sau đại học. Tuổi của nhóm kỹ thuật viên, điều dưỡng, y sĩ tham gia việc lấy mẫu tại Viện thuộc nhóm tuổi trẻ, với trình độ đại học chiếm 40%, tương đồng với nghiên cứu Dương Minh Trí tại Bệnh viện nhân dân Gia Định với nhóm điều dưỡng lấy máu tĩnh mạch có trình độ đại học chiếm 40,7% [8]. Về thâm niên công tác, tỷ lệ nhân viên y tế có thời gian công tác từ 1 năm đến dưới 5 năm chiếm nhiều nhất với 57,5%, kết quả này có sự khác biệt đối với nghiên cứu cùng chủ đề. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo thì nhân viên y tế thực hiện công tác lấy máu xét nghiệm có thâm niên công tác từ 5 – 10 năm chiếm nhiều nhất với 54,1% [7], nghiên cứu của Lê Minh Phương

tại bệnh viện nhân dân Gia Định cho thấy thời gian làm việc trung bình của nhân viên y tế là 13,45 năm [5]. Thâm niên công tác nhân viên y tế tại Viện có thời gian làm việc không dài, có sự biến động nhân sự tại các khoa. Nhân viên y tế chưa có chứng chỉ hành nghề, hạn chế chuyên môn trong công việc, với thâm niên công tác chủ yếu từ 6 tháng đến 1 năm.

Thời điểm lấy máu tĩnh mạch trên người bệnh chủ yếu thực hiện trong giờ hành chính (69,2%) với phương thức lấy máu bằng bơm tiêm. Tương đồng với nghiên cứu của Dương Minh Trí tại Bệnh viện nhân dân Gia Định với thời điểm lấy máu trong giờ hành chính chiếm 65,3% với phương thức lấy máu bằng bơm tiêm [8]. Thời điểm lấy máu đối với người bệnh thường không được đề cập trong quy trình lấy máu xét nghiệm.

4.2. Thực trạng tuân thủ quy trình kỹ thuật giai đoạn trước xét nghiệm máu tại Viện Y dược học dân tộc thành phố Hồ Chí Minh

Tuân thủ quy trình lấy máu trước xét nghiệm

Nghiên cứu trên 250 lượt xét nghiệm máu được quan sát khi lấy mẫu cho thấy tỷ lệ NVYT tuân thủ quy trình lấy mẫu là 68,8%. Tỷ lệ tuân thủ quy trình lấy máu của nghiên cứu cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn

Thị Phương Thảo khi tỉ lệ NVYT tuân thủ quy trình lấy mẫu xét nghiệm đạt 52,3% [7]. Kết quả nghiên cứu cao hơn nghiên cứu Nguyễn Thị Minh Hạnh tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương với 35,0% NVYT tuân thủ quy trình lấy mẫu xét nghiệm [3]. Để tránh nguy cơ nhiễm trùng máu, nhiễm khuẩn tại thời điểm lấy máu, NVYT thực hiện vệ sinh tay bằng cách sử dụng chế phẩm chứa cồn, đeo găng tay dùng một lần với kích cỡ phù hợp. Sau khi thực hiện lấy mẫu, bước rửa tay nhanh và tháo găng đạt 91,2% chứng tỏ NVYT rất tuân thủ quy trình lấy máu đối với người bệnh. Kết quả này cao hơn nghiên cứu Hà Thị Kim Phượng với tỷ lệ rửa tay nhanh và tháo găng đạt 79,6% [6]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo tỷ lệ rửa tay nhanh và tháo găng của NVYT đạt 86,% [7]. Sự khác nhau về tỷ lệ thực hiện rửa tay nhanh và tháo găng có thể do tính chất của mỗi đơn vị, thời gian và địa điểm khác nhau. Không thực hiện sát khuẩn tay cũng có thể là yếu tố nguy cơ làm lây lan mầm bệnh trong quá trình lấy mẫu, tiềm ẩn những yếu tố liên quan nhiễm khuẩn bệnh viện, nguy cơ cho NVYT và cho người bệnh.

Tuân thủ quy trình bảo quản – vận chuyển bệnh phẩm

Tỷ lệ tuân thủ quy trình bảo quản – vận chuyển bệnh phẩm của nghiên cứu đạt 65,6%. Tuân thủ quy trình bảo quản – vận chuyển bệnh phẩm có mối liên quan, có ý nghĩa thống kê với thời gian công tác của nhân viên y tế. Kết quả nghiên cứu có tỷ lệ tuân thủ thấp hơn so với nghiên cứu Nguyễn Thị Lan Anh với tỷ lệ tuân thủ bảo quản mẫu đạt 84,5% [1]. Kết quả nghiên cứu có tỷ lệ tuân thủ cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo có kết quả tuân thủ quy trình bảo quản – vận chuyển bệnh phẩm đạt 60,0% [7]. Trong quy trình bảo quản – vận chuyển bệnh phẩm nghiên cứu nhận thấy có một nguy cơ tiềm ẩn khác là tỷ lệ kiểm đếm phiếu chỉ định với các thông tin phù hợp trên mẫu bệnh phẩm cần vận chuyển trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ 83,1%. Phòng Điều dưỡng, Khoa Xét nghiệm cần phối hợp với Khoa Lâm sàng thực hiện các biện pháp tập huấn kỹ năng, kiến thức và kiểm tra giám sát thực hiện ghi thông tin trên phiếu chỉ định, sổ giao nhận bệnh phẩm.

Tuân thủ quy trình nhận mẫu bệnh phẩm

Tỷ lệ tuân thủ lượt thực hiện các bước trong quy trình nhận mẫu đạt 66,8%, tỷ lệ này chưa cao. Quy trình tiếp nhận mẫu là khâu cuối cùng của việc lấy mẫu trước xét nghiệm từ người bệnh. Theo nghiên cứu của Funk Dorothy M Adcock Lippi G cho thấy sự thiếu hụt các thủ tục vận hành chuẩn cho việc thực hiện các kỹ thuật trong giai đoạn trước xét nghiệm bao gồm quá trình lấy mẫu, bảo quản - vận chuyển mẫu và tiếp nhận mẫu đến phòng xét nghiệm chiếm tới 93% các lỗi hiện đang gặp phải trong toàn bộ quá trình chẩn đoán [9]. Trong quá trình tiếp nhận mẫu, việc thông tin chưa phù hợp trên phiếu xét nghiệm còn xảy ra, thông tin trên phiếu xét nghiệm không đầy đủ khiến quá trình tiếp nhận mẫu sẽ

mất thêm thời gian để tra soát thông tin, ảnh hưởng tới thời gian và chất lượng mẫu khi đưa vào thực hiện, kết quả thu được có thể sai lệch và không chính xác.

5. KẾT LUẬN

Thực trạng tuân thủ quy trình trước xét nghiệm máu tại Viện Y dược học dân tộc thành phố Hồ Chí Minh:

Nhân lực phục vụ cho công tác xét nghiệm tại Viện đa số là nữ giới chiếm ưu thế với 75,0%, trong độ tuổi từ 31 – 40 tuổi chiếm nhiều nhất với 55,0%. Trình độ chuyên môn của NVYT đại học và sau đại học chiếm 40,0%. Nhân viên y tế có chứng chỉ hành nghề chiếm chủ yếu với 85,0%, có thời gian công tác từ 1 đến dưới 5 năm chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 57,5%.

Tuân thủ quy trình lấy máu trước xét nghiệm: Tuân thủ lượt thực hiện các bước trong quy trình lấy mẫu 68,8%; tuân thủ lượt thực hiện các bước trong quy trình bảo quản mẫu – vận chuyển mẫu 65,6%; tuân thủ lượt thực hiện các bước trong quy trình tiếp nhận mẫu 66,8%.

Nhân lực tại một số Khoa Lâm sàng số lượng nhân viên tuy đủ, đúng chuyên môn nhưng chưa có chứng chỉ hành nghề, chưa đủ điều kiện hành nghề, khó khăn khi bố trí, sắp xếp công việc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Thị Lan Anh, Nguyễn Thu Hương, "Thực trạng tuân thủ quy trình xét nghiệm huyết học, sinh hóa và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện đa khoa khu vực Phúc Yên năm 2022"; Tạp chí Phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng, 130 (4), 2022, 59-67.
- [2] Bộ Y tế, Quyết định số 2429/QĐ-BYT ban hành ngày 12 tháng 6 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ y tế về việc Ban hành tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học, 2017.
- [3] Nguyễn Thị Minh Hạnh, Mô tả thực trạng hoạt động xét nghiệm tại Bệnh viện châm cứu Trung ương, Luận văn thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng, 2012.
- [4] Thái Văn Lâm, Thực trạng việc tuân thủ quy trình xét nghiệm: sinh hóa, huyết học và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa huyện Cao Lãnh tỉnh Đồng Tháp năm 2014, Luận văn thạc sĩ Quản lý bệnh viện - Trường Đại học y tế công cộng, 2014.
- [5] Lê Minh Phương, Đào tạo liên tục cho cán bộ y tế tại Bệnh viện nhân dân Gia Định giai đoạn 2016-2018, Luận văn Chuyên khoa cấp II, Quản lý y tế Trường Đại học Y tế công cộng, 2020.
- [6] Hà Kim Phượng, Kiến thức, thực hành tiêm an toàn của điều dưỡng viên lâm sàng và các yếu

- tổ liên quan tại 3 bệnh viện trực thuộc Sở Y tế Hà Nội năm 2014, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, 2014.
- [7] Nguyễn Thị Phương Thảo, Đánh giá thực trạng tuân thủ quy trình trước xét nghiệm máu tại Bệnh viện Quận 4 Thành phố Hồ Chí Minh năm 2020, Luận văn chuyên khoa 2, Quản lý y tế Trường Đại học Y tế công cộng, 2022
- [8] Dương Minh Trí, Đánh giá tuân thủ quy trình lấy máu tĩnh mạch của điều dưỡng viên tại Bệnh viện nhân dân Gia Định năm 2020, Luận văn chuyên khoa cấp II, Tổ chức quản lý y tế Trường Đại học Y tế công cộng, 2020.
- [9] Funk D.M.A., Lippi G., Favaloro E.J. "Quality standards for sample processing, transportation, and storage in hemostasis testing". *Seminars in thrombosis and hemostasis*, 38 (06), 2012, 576-585.

SATISFACTION OF CUSTOMERS USING SERVICES AT HOANG TUAN COSMETIC CLINIC SYSTEM IN 2023

Tran Quoc Thang^{1*}, Nguyen Hoai Nam², Dao Van Dung¹, Tran Thi Ly³

¹*Institute of Community Health – 24 Lieu Giai, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam*

²*Hoang Tuan Cosmetic Clinic System – 487/1 Hoang Quoc Viet, Co Nhue, Bac Tu Liem, Hanoi, Vietnam*

³*National Lung Hospital - 463 Hoang Hoa Tham, Vinh Phu, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam*

Received: 18/07/2023

Revised: 14/08/2023; Accepted: 20/09/2023

ABSTRACT

Background: The customer's satisfaction is an overall customer attitude towards a service provider. Satisfaction is seen as a measure of service quality, especially aesthetic services.

Objective: Evaluating the satisfaction of customers using services at Hoang Tuan aesthetic clinic system in 2023.

Methods: Cross-sectional study. The research collected qualitative information from 405 customers using services at Hoang Tuan aesthetic clinic system through questionnaires. Data were entered by Epidata 3.1 software and analyzed by SPSS 16.0 software.

Results: The study results show that, the customer's satisfaction with the factors of facilities, attitude of medical staff, administrative procedures and consulting information all reached over 90%. The overall customer's satisfaction rate was 97.5%.

Conclusion: Hoang Tuan clinic system needs to continue to maintain and develop the criteria that customers are currently satisfied and improve the criteria that customers are not satisfied such as: The clothes of medical staff need to be cleaner and more beautiful; The examination schedule and time should be convenient for customers.

Keywords: Satisfaction, customers, aesthetic service.

*Corresponding author
Email address: thangich@gmail.com
Phone number: (+84) 986988588
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>



SỰ HÀI LÒNG CỦA KHÁCH HÀNG SỬ DỤNG DỊCH VỤ TẠI HỆ THỐNG PHÒNG KHÁM THẨM MỸ HOÀNG TUẤN NĂM 2023

Trần Quốc Thắng^{1*}, Nguyễn Hoài Nam², Đào Văn Dũng¹, Trần Thị Lý³

¹Viện Sức khỏe Cộng đồng – 24 Liễu Giai, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

²Hệ thống phòng khám thẩm mỹ Hoàng Tuấn - 487/1 Hoàng Quốc Việt, Cổ Nhuế, Bắc Từ Liêm, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện Phổi Trung ương - 463 Hoàng Hoa Thám, Vĩnh Phú, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 14/08/2023; Ngày duyệt đăng: 20/09/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sự hài lòng của khách hàng là một thái độ tổng thể của khách hàng đối với một nhà cung cấp dịch vụ. Sự hài lòng được xem như thước đo chất lượng dịch vụ, đặc biệt là dịch vụ thẩm mỹ.

Mục tiêu: Đánh giá sự hài lòng của khách hàng sử dụng dịch vụ tại hệ thống phòng khám thẩm mỹ Hoàng Tuấn năm 2023.

Phương pháp: Điều tra cắt ngang. Nghiên cứu thu thập thông tin từ 405 khách hàng sử dụng dịch vụ thẩm mỹ tại hệ thống phòng khám Hoàng Tuấn thông qua bộ câu hỏi phỏng vấn. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0

Kết quả: Kết quả nghiên cứu cho thấy, sự hài lòng của khách hàng với các nhóm yếu tố về cơ sở vật chất, thái độ ứng xử của nhân viên y tế, thủ tục hành chính và thông tin tư vấn đều đạt trên 90%. Tỷ lệ hài lòng chung của khách hàng là 97,5%.

Kết luận: Hệ thống phòng khám Hoàng Tuấn cần tiếp tục duy trì và phát triển các tiêu chí hiện khách hàng đã hài lòng và cải thiện những tiêu chí khách hàng chưa hài lòng như: Trang phục của NVYT cần sạch, đẹp hơn; Lịch khám và thời gian khám cần thuận tiện cho khách hàng.

Từ khóa: Sự hài lòng, khách hàng, dịch vụ thẩm mỹ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng của khách hàng là một thái độ tổng thể của khách hàng đối với một nhà cung cấp dịch vụ. Sự hài lòng được xem như thước đo chất lượng dịch vụ của 1 cơ sở cung cấp dịch vụ cho người dân, trong đó có dịch vụ thẩm mỹ- một lĩnh vực ngày càng trở nên phát triển do nhu cầu làm đẹp tăng nhanh không chỉ đối với phụ nữ ở các lứa tuổi mà cả nam giới, bởi mọi người không chỉ muốn duy trì sức khỏe mà còn muốn trẻ đẹp hơn, tự tin hơn và năng động hơn.

Trong những năm gần đây chuyên ngành thẩm mỹ phát triển rộng khắp trên cả nước với số lượng ngày càng nhiều, nói đến thẩm mỹ không phải đơn thuần chỉ có

phẫu thuật thẩm mỹ, mà bên cạnh đó còn có nha khoa thẩm mỹ và da liễu thẩm mỹ.

Tại Hà Nội, số lượng phòng khám hoạt động về lĩnh vực thẩm mỹ tăng mạnh trong những năm gần đây, đặc biệt về mảng da liễu thẩm mỹ và nha khoa thẩm mỹ. Số lượng phòng khám phẫu thuật thẩm mỹ tăng không đáng kể do việc siết chặt quản lý và số lượng Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề để hoạt động trong lĩnh vực thẩm mỹ còn hạn chế [1].

Hệ thống phòng khám Thẩm mỹ Hoàng Tuấn được hình thành và phát triển hơn 10 năm qua, ban đầu chỉ là một phòng phẫu thuật thẩm mỹ kết hợp với chăm sóc da cơ bản, sau đó dần hình thành một tổ hợp gồm 3 phòng

*Tác giả liên hệ
Email: thangich@gmail.com
Điện thoại: (+84) 986988588
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i9>

khám ở 3 chuyên khoa khác nhau: Phẫu thuật thẩm mỹ, Da liễu thẩm mỹ, Nha khoa thẩm mỹ. Với sự hình thành lớn mạnh đó, sau 10 năm đã mở rộng nên một hệ thống gồm 9 phòng khám với các lĩnh vực như trên nằm ở 3 trung tâm kinh tế lớn ở miền Bắc là Hà Nội, Hải Phòng và Quảng Ninh. Việc mở rộng này đánh giá sự lớn mạnh của Hệ thống phòng khám Thẩm mỹ Hoàng Tuấn trong thị trường thẩm mỹ và đáp ứng nhu cầu làm đẹp của phần lớn nhân dân tại các tỉnh miền Bắc.

Biết được đánh giá của khách hàng khi sử dụng dịch vụ là một hoạt động quan trọng trong việc lấy khách hàng làm trung tâm, hướng đến sự hài lòng của khách hàng. Bằng cách xem xét các khía cạnh khác nhau về thái độ và cảm nhận của khách hàng trong thời gian sử dụng dịch vụ tại hệ thống phòng khám thẩm mỹ Hoàng Tuấn có thể đánh giá được mức độ mà khách hàng nhận được từ hoạt động cung ứng các dịch vụ chăm sóc của hệ thống phòng khám thẩm mỹ Hoàng Tuấn về sự tôn trọng, mức độ đáp ứng những nhu cầu, mong đợi của khách hàng. Vì vậy, việc đánh giá này sẽ giúp người quản lý các cơ sở hành nghề chuyên khoa thẩm mỹ có cái nhìn tổng quan về ngành, về đối tượng khách hàng, tâm tư, nguyện vọng của họ.

Để có cái nhìn thực tế từ những phản hồi chân thực của khách hàng về ý định sử dụng dịch vụ thẩm mỹ, nhằm cung cấp thông tin giúp cho những cơ sở chuyên khoa thẩm mỹ có định hướng tốt hơn để phát triển dịch vụ một cách hiệu quả, đáp ứng nhu cầu làm đẹp thiết thực của khách hàng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *“Sự hài lòng của khách hàng sử dụng dịch vụ tại Hệ thống phòng khám thẩm mỹ Hoàng Tuấn năm 2023”*.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3/2023 đến tháng 9/2023

2.2. Đối tượng và địa điểm nghiên cứu: Khách hàng đến đã sử dụng dịch vụ tại hệ thống phòng khám thẩm mỹ Hoàng Tuấn năm 2023, bao gồm các dịch vụ: Nha khoa thẩm mỹ, Phẫu thuật thẩm mỹ, Da liễu thẩm mỹ.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Cỡ mẫu:

+ Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

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

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết.

α : Mức ý nghĩa thống kê (Chọn $\alpha = 0,05 \rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$)

p: Tỷ lệ ước lượng về sự hài lòng của khách hàng với dịch vụ thẩm mỹ ($p = 0,5$)

d: Là sai số cho phép ($d=0,05$)

+ Cỡ mẫu tính toán được là 384 người, thực tế cỡ mẫu nghiên cứu là 405 khách hàng.

- Cách chọn mẫu:

+ Bước 1: Phân tầng theo cơ sở phòng khám (4 cơ sở)

+ Bước 2: Tại mỗi mỗi cơ sở, chọn mẫu thuận tiện đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu

2.5. Công cụ thu thập số liệu

- Phiếu phỏng vấn khách hàng: Sử dụng công cụ đánh giá sự hài lòng về chất lượng dịch vụ của Parasuraman với 22 tiêu mục theo 5 lĩnh vực. Bộ câu hỏi khảo sát về sự hài lòng của khách hàng gồm 6 phần với tổng số 49 câu:

+ Phần I. Đặc điểm chung của khách hàng: 6 câu

+ Phần II. Sự hài lòng về cơ sở vật chất, kỹ thuật: 4 câu

+ Phần III. Sự hài lòng về đối xử với khách hàng: 5 câu

+ Phần IV. Sự hài lòng về trình độ chuyên môn và thái độ của NVYT: 4 câu

+ Phần V. Sự hài lòng về thủ tục hành chính và quy trình thực hiện dịch vụ của HTPK: 4 câu

+ Phần VI. Sự hài lòng về thông tin, truyền thông, tư vấn về dịch vụ thẩm mỹ: 5 câu

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

- Làm sạch, mã hoá và nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1, sau đó xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 16.0.

- Phân tích mô tả (tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn) được sử dụng để mô tả đặc điểm, sự hài lòng của khách hàng khi sử dụng dịch vụ thẩm mỹ tại HTPK.

2.8. Tiêu chí đánh giá sử dụng trong nghiên cứu

- Đo lường mức độ hài lòng của khách hàng dựa trên thang đo Likert với 05 mức độ, theo giá trị trung bình trong thang đo Anderson ta có, giá trị khoảng cách = $(\text{maximum} - \text{minimum})/n = (5-1)/5 = 0,8$.

- Do đó, ý nghĩa của điểm trung bình (DTB), tỷ lệ và mức hài lòng như sau:

Mức hài lòng	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
Giá trị điểm số	1,00 – 1,80	1,81 – 2,60	2,61 – 3,40	3,41 – 4,20	4,21 – 5,00
Tỷ lệ %	<36	36,2-52,0	52,2-68,0	68,2-84,0	84,2-100,0
Mức đánh giá	Rất thấp	Thấp	Trung bình	Cao	Rất cao

- Mức độ hài lòng của NB được chia thành 2 nhóm:

+ Nhóm “Hài lòng”: Điểm trung bình các nội dung $\geq 3,41$ điểm.

+ Nhóm “Chưa hài lòng”: Điểm trung bình các nội dung $< 3,41$ điểm.

- Cách tính tỷ lệ hài lòng theo các công thức sau:

a. Tính điểm trung bình theo từng câu hỏi (DTBCH) với n người:

$$DTB_{CH} = \frac{\sum_{i=1}^S d_i \cdot n_j}{n}$$

d_i : điểm thứ i của từng câu hỏi; n_j : người thứ j ($j=1-n$)

b. Tính điểm trung bình chung (TBC) với m câu hỏi:

$$TBC = \frac{\sum_{i=1}^m DTB_i}{m}$$

DTB_i : điểm trung bình của câu hỏi thứ i

c. Tỷ lệ hài lòng

Tỷ lệ hài lòng =

$$\text{Tỷ lệ hài lòng} = \frac{TBC \text{ qua khảo sát}}{5 \text{ (điểm tối đa)}} \times 100$$

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

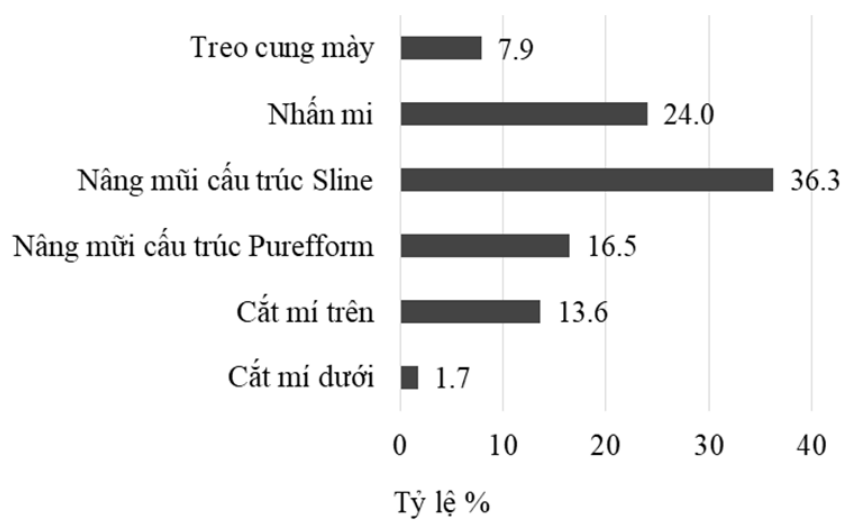
3.1. Đặc điểm của khách hàng

Bảng 3.1. Thông tin chung về khách hàng (n=405)

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)	18-34	247	61,0
	35-60	148	36,5
	> 60	10	2,5
	Trung bình	34,3 $\pm$ 9,7	
Nghề nghiệp	1. Cán bộ công chức	132	32,6
	2. Kinh doanh	130	32,1
	3. Học sinh/sinh viên	32	7,9
	4. Làm thuê/Tự do	85	21,0
	5. Nghỉ hưu	17	4,2
	6. Nội trợ	9	2,2
Mức thu nhập	1. Trung bình	241	59,5
	2. Khá giả	164	40,5

Nhận xét: Bảng 3.1 cho thấy, tuổi trung bình của khách hàng là 34,3 tuổi. 61,0% khách hàng thuộc nhóm từ 18-34 tuổi. Nghề nghiệp chủ yếu của khách hàng là

cán bộ công chức (32,6%) và kinh doanh (32,1%). Đa số khách hàng có mức thu nhập trung bình (59,5%) và khá giả (40,5%).

Biểu đồ 3.1. Dịch vụ thẩm mỹ đã sử dụng

Nhận xét: Biểu đồ 3.1 cho thấy, 7,9% khách hàng sử dụng dịch vụ thẩm mỹ treo cung mày, nhấn mí (24,0%), nâng mũi cấu trúc Sline (36,3%), nâng mũi cấu trúc

Purefform (16,5%), cắt mí trên (13,6%) và cắt mí dưới (1,7%).

3.2. Sự hài lòng của khách hàng

Bảng 3.2. Sự hài lòng của khách hàng về cơ sở vật chất kỹ thuật của Phòng khám Thẩm mỹ Hoàng Tuấn (n=405)

Tiêu chí	Hài lòng		Chưa hài lòng	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1. Trang thiết bị của PK hiện đại?	399	98,5	6	1,5
2. Cơ sở hạ tầng sạch, đẹp?	392	96,7	13	3,3
3. Nhân viên y tế trang phục gọn gàng, sạch, đẹp?	390	96,3	15	3,7
4. Cơ sở của PK phù hợp dịch vụ thẩm mỹ?	392	96,7	13	3,3
Đánh giá chung	396	97,8	9	2,2

Nhận xét: Bảng 3.2 cho thấy, 97,8% khách hàng hài lòng về cơ sở vật chất kỹ thuật của phòng khám TMHT, 2,2% khách hàng chưa hài lòng, trong đó khách hàng

chưa hài lòng cao nhất về tiêu chí “Nhân viên y tế trang phục gọn gàng, sạch, đẹp”.

Bảng 3.3. Sự hài lòng của khách hàng về việc đối xử dịch vụ của Phòng khám TMHT (n=405)

Tiêu chí	Hài lòng		Chưa hài lòng	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1. PK thực hiện đúng mọi việc như đã thông báo với khách hàng?	390	96,3	15	3,7
2. PK luôn làm khách hàng yên tâm?	391	96,5	14	3,5
3. Khách hàng đều tin tưởng vào PK?	392	96,7	13	3,3
4. PK cung cấp đúng các dịch vụ thẩm mỹ như đã thông báo với khách hàng?	393	97,0	12	3,0
5. PK bảo quản tốt hồ sơ khách hàng?	393	97,0	12	3,0
Đánh giá chung	395	97,5	10	2,5

Nhận xét: Bảng 3.3 cho thấy, 97,5% khách hàng hài lòng về cách đối xử của của phòng khám TMHT khi sử dụng dịch vụ, 2,5% khách hàng chưa hài lòng, trong đó

khách hàng chưa hài lòng cao nhất về tiêu chí “PK thực hiện đúng mọi việc như đã thông báo với khách hàng”.

Bảng 3.4. Sự hài lòng của khách hàng về trình độ chuyên môn và thái độ của nhân viên y tế tại Phòng khám TMHT (n=405)

Tiêu chí	Hài lòng		Chưa hài lòng	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1. PK thông báo chính xác thời gian cung cấp dịch vụ?	390	96,3	15	3,7
2. Khách hàng được phục vụ kịp thời từ PK?	389	96,0	16	4,0
3. Nhân viên y tế của PK lúc nào cũng sẵn sàng giúp đỡ khách hàng?	393	97,0	12	3,0
4. Nhân viên PK quá bận nên không kịp thời phục vụ khách hàng?	388	95,8	17	4,2
Đánh giá chung	394	97,3	11	2,7

Nhận xét: Bảng 3.4 cho thấy, 97,3% khách hàng hài lòng về trình độ chuyên môn và thái độ của nhân viên y tế tại phòng khám TMHT, 2,7% khách hàng chưa hài

lòng, trong đó khách hàng chưa hài lòng cao nhất về tiêu chí “Nhân viên PK quá bận nên không kịp thời phục vụ khách hàng”.

Bảng 3.5. Sự hài lòng của khách hàng về thủ tục hành chính và quy trình thực hiện dịch vụ của Phòng khám TMHT (n=405)

Tiêu chí	Hài lòng		Chưa hài lòng	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1. Khách hàng luôn tin tưởng vào nhân viên y tế của PK?	386	95,3	19	4,7
2. Khách hàng cảm thấy an toàn khi tiếp xúc với nhân viên của PK?	391	96,5	14	3,5
3. Nhân viên y tế của PK luôn luôn lịch sự, nhã nhặn?	391	96,5	14	3,5
4. Nhân viên của PK luôn được BGĐ hỗ trợ để làm tốt nhiệm vụ tại PK?	386	95,3	19	4,7
Đánh giá chung	390	96,3	15	3,7

Nhận xét: Bảng 3.5 cho thấy, 96,3% khách hàng hài lòng về thủ tục hành chính và quy trình thực hiện dịch vụ tại Phòng khám TMHT, 3,7% khách hàng chưa hài lòng, trong đó khách hàng chưa hài lòng cao nhất về tiêu

chí “Khách hàng luôn tin tưởng vào nhân viên y tế của PK” và “Nhân viên của PK luôn được BGĐ hỗ trợ để làm tốt nhiệm vụ tại PK”.

Bảng 3.6. Sự hài lòng của khách hàng về thông tin, truyền thông, tư vấn về dịch vụ thẩm mỹ của Phòng khám TMHT (n=405)

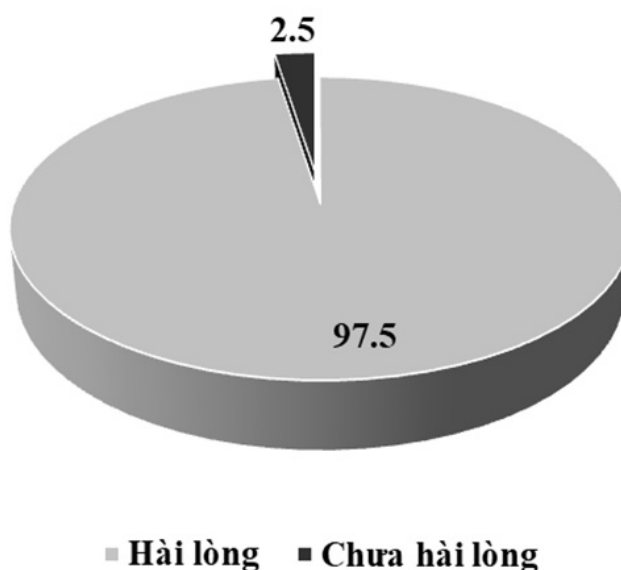
Tiêu chí	Hài lòng		Chưa hài lòng	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1. PK quan tâm tư vấn cho từng khách hàng?	385	95,1	20	4,9
2. Nhân viên PK quan tâm tư vấn cho từng khách hàng?	383	94,6	22	5,4
3. Nhân viên PK biết rõ nhu cầu của khách hàng?	386	95,3	19	4,7
4. PK mang lại lợi ích tốt nhất cho khách hàng?	386	95,3	19	4,7
5. PK bố trí thời gian thuận tiện cho mọi khách hàng?	378	93,3	27	6,7
Đánh giá chung	386	95,3	19	4,7

Nhận xét: Bảng 3.6 cho thấy, 95,3% khách hàng hài lòng về thông tin, truyền thông, tư vấn về dịch vụ thẩm mỹ tại phòng khám TMHT, 4,7% khách hàng chưa hài

lòng, trong đó khách hàng chưa hài lòng cao nhất về tiêu chí “PK bố trí thời gian thuận tiện cho mọi khách hàng”.



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ hài lòng chung của khách hàng đối với dịch vụ thẩm mỹ tại Phòng khám TMHT (n=405)



Nhận xét: Biểu đồ 3.2 cho thấy, tỷ lệ hài lòng chung của khách hàng đối với dịch vụ thẩm mỹ tại phòng khám TMHT là 97,5%. Tỷ lệ khách hàng chưa hài lòng là 2,5%.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu khảo sát thông tin từ 405 khách hàng đã sử dụng dịch vụ thẩm mỹ tại 4 cơ sở thuộc hệ thống Phòng khám thẩm mỹ Hoàng Tuấn. Kết quả cho thấy, tuổi trung bình của khách hàng là 34,3 tuổi, 61,0% khách hàng thuộc nhóm từ 18-34 tuổi, điều này cũng phù hợp với độ tuổi thường phẫu thuật thẩm mỹ đã công bố tại Việt Nam với tuổi trung bình từ 25-35 tuổi [2].

Các loại dịch vụ thẩm mỹ khách hàng đã sử dụng tại Phòng khám TMHT: 7,9% khách hàng sử dụng dịch vụ thẩm mỹ treo cung mày, nhấn mí (24,0%), nâng mũi cấu trúc Sline (36,3%), nâng mũi cấu trúc Purefform (16,5%), cắt mí trên (13,6%) và cắt mí dưới (1,7%). Đây là những tiểu phẫu can thiệp không quá phức tạp và nguy hiểm đến sức khỏe, sự an toàn của khách hàng, có thời gian phục hồi nhanh và phù hợp với độ tuổi của khách hàng.

Tỷ lệ hài lòng chung của khách hàng đối với dịch vụ thẩm mỹ tại phòng khám TMHT là 97,5%, cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hiếu Lâm và cộng sự (2011) tỷ lệ hài lòng của người bệnh điều trị nội trú là 91,5% [11], tác giả Trần Thị Cẩm Tú (2012) nghiên cứu tại Bệnh viện Trung ương Huế cho tỷ lệ hài lòng chung là 86,4% [26]. Tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Vũ Thanh Nhã (2010) tại Bệnh viện

Bệnh Nhiệt đới, có tỷ lệ hài lòng chung là 98% [16] và tác giả Trương Ngọc Hải và cộng sự (2011) nghiên cứu tại Bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy tỷ lệ hài lòng của người bệnh là 98,04% [17]. Sự khác biệt này có thể do (1) Sự khác nhau về địa điểm nghiên cứu, mỗi cơ sở y tế khác nhau sẽ có đặc thù, điều kiện, cơ chế hoạt động khác nhau nên khả năng cung cấp dịch vụ y tế cũng khác nhau; (2) Đặc điểm đối tượng nghiên cứu khác nhau, các nghiên cứu khác khảo sát sự hài lòng trên người bệnh điều trị nội trú, ngoại trú, người nhà người bệnh, trong nghiên cứu này, đối tượng nghiên cứu không phải người bệnh mà là khách hàng có nhu cầu làm đẹp; (3) Cách xác định điểm cắt hài lòng trong phương pháp nghiên cứu khác nhau nên kết quả nghiên cứu khác nhau, cụ thể: Nhóm “chưa hài lòng”: từ 1 - 3 điểm (hoặc từ 1-2 điểm). Nhóm “hài lòng”: từ 4 - 5 điểm (hoặc từ 3-5 điểm), trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm cắt là 3,14.

5. KẾT LUẬN

97,5% khách hàng hài lòng với dịch vụ thẩm mỹ tại HTPK Hoàng Tuấn. Hệ thống phòng khám Hoàng Tuấn cần tiếp tục duy trì và phát triển các tiêu chí hiện khách hàng đã hài lòng và cải thiện những tiêu chí khách hàng chưa hài lòng như: Trang phục của NVYT cần sạch, đẹp hơn; Lịch khám và thời gian khám cần thuận tiện cho khách hàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Thông tư số 41/2011/TT-BYT ngày 14/11/2011 của Bộ Y tế Hướng dẫn cấp chứng

- chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
- [2] <https://vietnammoi.vn/nhu-cau-phau-thuat-tham-my-cua-nguoi-viet-ngay-cang-tang-20201208162717198.htm>; Truy cập ngày 15/8/2023.
- [3] Trần Thị Lý, Đặng Đức Nhu, Trần Quốc Thắng & cs, “Mức độ hài lòng của của người bệnh đến khám và điều trị tại các cơ sở y tế ở Việt Nam: nghiên cứu tổng quan có hệ thống, giai đoạn 2010-2020”, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, Viện Sức khỏe Cộng đồng, tập 62, số 5 (2021), tr. 179-186.
- [4] Nguyễn Mạnh Tuyên và CS, *Mức độ hài lòng của người bệnh tại Bệnh viện trường Đại học Tây Nguyên*, năm 2012, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, 2012.
- [5] Phạm Nhật Yên, *Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa Khám, chữa bệnh theo yêu cầu của Bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội, 2008.



