

điểm chung của bệnh nhân đột quy. Tùy thuộc vào định nghĩa END được sử dụng làm các đặc điểm này có đôi chút khác biệt trong các nghiên cứu. Tuy có đôi chút sự khác biệt về định nghĩa END được sử dụng trong từng nghiên cứu (mức độ diễn tiến nặng của đột quy và khung thời gian khác nhau được sử dụng để đánh giá tình trạng xấu đi). Các tác giả đều ghi nhận END có liên quan tới tử vong và lâm sàng kém về sau giai đoạn cấp [1],[5],[7]. Vì vậy việc theo dõi lâm sàng trên đối tượng này trong giai đoạn cấp là cần thiết để có những can thiệp kịp thời khi bệnh nhân có dấu hiệu END là cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. He-Hong Geng, Qiang Wang, et al. (2017), Early neurological deterioration during the acute phase as a predictor of long-term outcome after first-ever ischemic stroke, *Medicine*, 96, e9068.
2. C. Manno, G. Disanto, et al. (2019), Outcome of endovascular therapy in stroke with large vessel occlusion and mild symptoms, *Neurology*, 93 (17), e1618-e1626.
3. World Health Organization (2020), The 10 leading causes of death by broad income group, World Health Organization.
4. William J. Powers, Alejandro A. Rabinstein, et al. (2019), Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association, *Stroke*, 50 (12), e344-e418.
5. Yasir Saleem, Raul G. Nogueira, et al. (2020), Acute Neurological Deterioration in Large Vessel Occlusions and Mild Symptoms Managed Medically, *Stroke*, 51 (5), 1428-1434.
6. Connie W. Tsao, Aaron W. Aday, et al. (2022), Heart Disease and Stroke Statistics — 2022 Update: A Report From the American Heart Association, *Circulation*, 145 (8), e153-e639.
7. Wansi Zhong, Ying Zhou, et al. (2021), Minor Non-Disabling Stroke Patients with Large Vessel Severe Stenosis or Occlusion Might Benefit from Thrombolysis, *Brain Sciences*, 11 (7), 945.

(Ngày nhận bài: 18/02/2022 – Ngày duyệt đăng: 16/5/2022)

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC CỦA BỆNH NHÂN CÓ KHỐI U PHỔI ĐƯỢC SINH THIẾT PHỔI XUYÊN THÀNH NGỰC DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH LỒNG NGỰC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2021-2022

Nguyễn Văn Tuyết^{1*}, Võ Phạm Minh Thu²

1. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: bstuyet75@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư phổi có tỷ lệ mắc và tử vong đứng hàng đầu trong các bệnh ung thư trên thế giới cũng như ở Việt Nam, bệnh được ghi nhận ở cả ở cả hai giới. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của bệnh nhân có khối u phổi được sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính lồng ngực tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiền cứu trên 56 bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ có tổn thương dạng u ở phổi được chỉ định sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính lồng ngực, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0. **Kết quả:** Triệu chứng mệt là

triệu chứng cơ năng thường gặp nhất chiếm 75,0%, tiếp đến là đau ngực chiếm 58,9%, khó thở chiếm 51,8%, thấp nhất là đau khớp chiếm 1,8%. Triệu chứng ho là triệu chứng thực thể chiếm tỷ lệ cao nhất 76,8%, gầy sút chiếm 55,4%, sốt chiếm 26,8%, thấp nhất là ngất chiếm 1,8%. Đa số khối u có hình không tròn chiếm 87,5%, u hình tròn chiếm 12,5%. Bệnh nhân tổn thương bờ không nhẵn chiếm tỷ lệ cao nhất 69,6%, thấp nhất là bờ có tua gai chiếm 8,9%. **Kết luận:** Triệu chứng cơ năng và triệu chứng thực thể thường gặp nhất lần lượt là mệt (75,0%) và ho (76,8%). Đa số khối u có hình không tròn chiếm 87,5%, bệnh nhân tổn thương bờ không nhẵn chiếm tỷ lệ cao nhất 69,6%.

Từ khóa: Sinh thiết phổi, khối u phổi.

ABSTRACT

CLINICAL AND IMAGING CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH LUNG TUMORS UNDERGOING TRANSTHORACIC LUNG BIOPSY UNDER THE GUIDANCE OF COMPUTED TOMOGRAPHY THORACIC AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2021-2022

Nguyen Van Tuyet^{1*}, Vo Pham Minh Thu²

1. Can Tho Central General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Lung cancer has the highest morbidity and mortality rates among cancers in the world as well as in Viet Nam. The disease is reported in both sexes. **Objectives:** To describe the clinical and imaging characteristics of patients with lung tumors undergoing transthoracic lung biopsy under the guidance of computed tomography thoracic at Can Tho Central General Hospital in 2021-2022. **Material and methods:** A prospective cross-sectional descriptive study on 56 patients who came to Can Tho Central General Hospital for examination and treatment with tumor-like lesions in the lungs and were assigned a transthoracic lung biopsy under the guidance of microscopic tomography thoracic, and analyzed the data using SPSS 18.0 software. **Results:** Fatigue was the most common functional symptom, accounting for 75.0%, followed by chest pain (58.9%), shortness of breath (51.8%), and joint pain (1.8%) the lowest. Cough is the physical symptom with the highest proportion 76.8%, weight loss 55.4%, fever 26.8%, fainting lowest 1.8%. Most of the tumors were non-circular, accounting for 87.5%, and round-shaped tumors accounted for 12.5%. Patients with lesions with uneven margins accounted for the highest rate of 69.6%, the lowest rate was with thorny fringes accounting for 8.9%. **Conclusion:** The most common symptoms and physical symptoms were fatigue (75.0%) and cough (76.8%) respectively. Most of the tumors were non-circular, accounting for 87.5%, patients with non-smooth border lesions accounted for the highest rate of 69.6%.

Keywords: Lung biopsy, lung tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các tổn thương dạng u ở phổi là những đám hoặc nốt mờ được phát hiện trên phim Xquang phổi hay trên phim cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực. Có hơn 80 loại các tổn thương dạng u ở phổi, bản chất các tổn thương này có thể lành tính hoặc ung thư phổi hoặc ung thư di căn từ nơi khác đến [7]. Ung thư phổi có tỷ lệ mắc và tử vong đứng hàng đầu trong các bệnh ung thư trên thế giới cũng như ở Việt Nam, bệnh được ghi nhận ở cả ở cả hai giới [6].

Hiện nay, có nhiều phương pháp để chẩn đoán bản chất các khối u ở phổi, trong đó sinh thiết kim xuyên thành ngực đã được sử dụng rộng rãi cho cả chẩn đoán mô bệnh học và vi sinh [8]. Đây là kỹ thuật sinh thiết bằng kim qua thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính lồng ngực để sinh thiết các đám mờ ở phổi [1]. Các nghiên cứu đã chứng minh khả năng đạt được bệnh phẩm các tổn thương ở sâu, kích thước nhỏ, vị trí nguy hiểm (như ở trung thất, sát tim và các mạch máu lớn) với độ an toàn, chính xác cao của kỹ thuật này. Theo

Đỗ Thị Thanh Hương và cộng sự, Nguyễn Quang Hưng và cộng sự, kỹ thuật sinh thiết phổi xuyên thành ngực có giá trị cao trong chẩn đoán nguyên nhân ác tính lần lượt là 89,6% [3], 85,8% [2] số ca ác tính phân loại được tít mô học. Nghiên cứu của Nguyễn Hồ Lam, Trần Văn Ngọc cho thấy hiệu quả hỗ trợ chẩn đoán của kỹ thuật này đạt khoảng 80% [4].

Để làm rõ hơn về vai trò của sinh thiết phổi xuyên thành ngực trong chẩn đoán tổn thương dạng u ở phổi chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của bệnh nhân có khối u phổi được sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính lồng ngực tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2021-2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ có tổn thương dạng u ở phổi được chỉ định sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp CLVT lồng ngực từ 1/2021 đến 5/2022.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân có tổn thương dạng u ở phổi trên phim X quang phẳng nghiêng hoặc trên CLVT ngực được chỉ định sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp CLVT lồng ngực đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các bệnh nhân có chống chỉ định với kỹ thuật sinh thiết [2]: Có rối loạn đông, cầm máu nặng không điều chỉnh được: số lượng tiểu cầu < 50giga/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; người bệnh thở máy; người bệnh không nằm được; người bệnh không đồng ý thực hiện kỹ thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiền cứu.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu nhỏ nhất hợp lý

Z: độ tin cậy, mức tin cậy mong muốn là 95% → Z=1,96

p: là tỷ lệ phân loại được mô học của khối u. Theo nghiên cứu của Nguyễn Quang Hưng và cộng sự [2], tỷ lệ phân loại được mô học của khối u đạt 85,8%. Do đó chúng tôi chọn p=0,858.

d: là sai số cho phép, mức chính xác 95%, sai số cho phép là d=0,1.

Theo công thức trên tính ra số cỡ mẫu nhỏ nhất hợp lý là 46 bệnh nhân. Thực tế chọn 56 bệnh nhân.

- **Nội dung nghiên cứu:**

Đặc điểm chung:

+ Giới tính: nam và nữ;

+ Tuổi: chia thành 4 nhóm: ≤50 tuổi, 51-60 tuổi, 61-70 tuổi và >70 tuổi.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh học của bệnh nhân:

+ Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân;

+ Triệu chứng thực thể của bệnh nhân;

- + Vị trí tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính;
- + Hình dạng u trên phim chụp cắt lớp vi tính;
- + Bờ tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 18.0 để phân tích, sử dụng phép thống kê mô tả tần số, tỷ lệ để mô tả đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của bệnh nhân có khối u phổi được sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp CLVT lồng ngực; sử dụng phép kiểm Chi bình phương để xác định yếu tố liên quan đến ung thư, mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới tính của bệnh nhân

Đặc điểm		Nhóm ung thư (n=32)		Nhóm không ung thư (n=24)		Chung (n=56)		p
		n	%	n	%	n	%	
Giới tính	Nam	27	58,7	19	41,3	46	82,1	0,615
	Nữ	5	50,0	5	50,0	10	17,9	
	Tổng	32	57,1	24	42,9	56	100	
Nhóm tuổi	≤50	3	27,3	8	72,7	11	19,6	0,116
	51-60	6	66,7	3	33,3	9	16,1	
	61-70	9	75,0	3	25,0	12	21,4	
	>70	14	58,3	10	41,7	24	42,9	
	Tổng	32	57,1	24	42,9	56	100	

Nhận xét: Bệnh nhân nam chiếm đa số (82,1%), tỷ lệ ung thư phổi ở bệnh nhân nam (58,7%) cao hơn bệnh nhân nữ (50,0%), bệnh nhân > 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 42,9%, thấp nhất là từ 51-60 tuổi chiếm 16,1%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của bệnh nhân có khối u phổi được sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính lồng ngực

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân

Triệu chứng	Nhóm ung thư (n=32)		Nhóm không ung thư (n=24)		Chung (n=56)		p
	n	%	n	%	n	%	
Mệt	24	57,1	18	42,9	42	75,0	1,000
Đau ngực	23	69,7	10	30,3	33	58,9	0,023
Khó thở	19	65,5	10	34,5	29	51,8	0,189
Nuốt nghẹn	2	100	0	0	2	3,6	0,212
Đau khớp	1	100	0	0	1	1,8	0,382
Đau vai tay	1	50,0	1	50,0	2	3,6	0,835
Đau lưng	1	33,3	2	66,7	3	5,4	0,392
Khác	2	50,0	2	50,0	4	7,1	0,765

Nhận xét: Triệu chứng mệt là triệu chứng thường gặp nhất chiếm 75,0%, tiếp đến là đau ngực chiếm 58,9%, khó thở chiếm 51,8%, thấp nhất là đau khớp chiếm 1,8%. Trong đó tỷ lệ bệnh nhân ung thư có triệu chứng đau ngực (69,7%) cao hơn bệnh nhân không ung thư (30,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,023$.

Bảng 3. Triệu chứng thực thể của bệnh nhân

Triệu chứng	Nhóm ung thư (n=32)		Nhóm không ung thư (n=24)		Chung (n=56)		p
	n	%	n	%	n	%	
Sốt	7	46,7	8	53,3	15	26,8	0,338
Gầy sút	18	58,1	13	41,9	31	55,4	0,877
Ho	25	58,1	18	41,9	43	76,8	0,784
Ho ra máu	4	40,0	6	60,0	10	17,9	0,227
Hạch ngoại biên	2	66,7	1	33,3	3	5,4	0,732
Ran âm ran nổ	2	50,0	2	50,0	4	7,1	0,765
Ngát	0	0	1	100	1	1,8	0,244

Nhận xét: Triệu chứng ho chiếm tỷ lệ cao nhất 76,8%, gầy sút chiếm 55,4%, sốt chiếm 26,8%, thấp nhất là ngát chiếm 1,8%.

Bảng 4. Hình dạng u trên phim chụp cắt lớp vi tính

Hình dạng	Nhóm ung thư (n=32)		Nhóm không ung thư (n=24)		Chung (n=56)		p
	n	%	n	%	n	%	
Tròn	5	71,4	2	28,6	7	12,5	0,414
Không tròn	27	55,1	22	44,9	49	87,5	
Tổng	32	57,1	24	42,9	56	100	

Nhận xét: Đa số khối u có hình không tròn chiếm 87,5%, u hình tròn chiếm 12,5%.

Bảng 5. Bờ tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính

Bờ tổn thương	Nhóm ung thư (n=32)		Nhóm không ung thư (n=24)		Chung (n=56)		p
	n	%	n	%	n	%	
Nhẵn	2	22,2	7	77,8	9	16,1	0,021
Không nhẵn	26	66,7	13	33,3	39	69,6	0,029
Tua gai	2	40,0	3	60,0	5	8,9	0,417
Bờ có múi	6	85,7	1	14,3	7	12,5	0,102

Nhận xét: Bệnh nhân tổn thương bờ không nhẵn chiếm tỷ lệ cao nhất 69,6%, thấp nhất là bờ có tua gai chiếm 8,9%. Trong đó, bệnh nhân ung thư tổn thương bờ nhẵn (22,2%) thấp hơn bệnh nhân không ung thư (77,8%), bệnh nhân ung thư tổn thương bờ không nhẵn (66,7%) cao hơn bệnh nhân không ung thư (33,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Trong nghiên cứu bệnh nhân nam chiếm đa số 82,1%, bệnh nhân nữ chỉ chiếm 17,9%, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Thị Thanh Hương, Trần Bảo Ngọc, Lê Anh Quang các khối u phổi gặp ở nam nhiều hơn nữ (2,9/1) [3]. Điều này có thể lý giải là do nam giới thường có thói quen hút thuốc lá cao hơn nam giới, bên cạnh đó theo nhiều nghiên cứu cho thấy hút thuốc lá là nguy cơ chủ yếu dẫn đến các tổn thương trên phổi, đặc biệt là u phổi.

Trong số 56 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, bệnh nhân > 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 42,9%, tiếp đến là từ 61-70 tuổi chiếm 21,4%, bệnh nhân ≤ 50 tuổi chiếm 19,6%, thấp nhất là từ 51-60 tuổi chiếm 16,1%. Trong nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân hết tuổi lao động chiếm gần 50% vì thế tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi chiếm đa số là phù hợp. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Thị Thanh Hương, Trần Bảo Ngọc, Lê Anh Quang, các khối u phổi gặp chủ yếu ở tuổi trên 50 (80,6%) [3].

4.2. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của bệnh nhân có khối u phổi được sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính lồng ngực

Các tổn thương dạng u phổi là vấn đề luôn được các nhà lâm sàng học quan tâm, bởi vì các triệu chứng lâm sàng trong giai đoạn đầu thường rất ít hoặc thậm chí không có. Một khi đã có triệu chứng thì các tổn thương đã lớn gây chèn ép hay các trường hợp ác tính đã di căn hay các hội chứng cận ung thư. Tổng nghiên cứu, triệu chứng mệt là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất chiếm 75,0%, tiếp đến là đau ngực chiếm 58,9%, khó thở chiếm 51,8%, nuốt nghẹn và đau vai tay đều chiếm 3,6%, đau lưng chiếm 5,4%, thấp nhất là đau khớp chiếm 1,8%. Trong đó tỷ lệ bệnh nhân ung thư có triệu chứng đau ngực (69,7%) cao hơn bệnh nhân không ung thư (30,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,023$. Theo kết quả nghiên cứu của Đoàn Thị Phương Lan bệnh nhân có triệu chứng đau ngực chiếm 47,1% và gặp ở cả 2 nhóm bệnh nhân ung thư và không ung thư [5].

Triệu chứng ho là triệu chứng thực thể chiếm tỷ lệ cao nhất 76,8%, gầy sút chiếm 55,4%, sốt chiếm 26,8%, ho ra máu chiếm 17,9%, ran ẩm ran nổ là 7,1%, hoạch ngoại biên là 5,4%, thấp nhất là ngất chiếm 1,8%. Kết quả này phù hợp với đặc điểm các triệu chứng lâm sàng tại chỗ, tại vùng của các bệnh nhân có tổn thương phổi cũng như ung thư phổi, các triệu chứng thường gặp bao gồm ho: gặp trong khoảng 80% bệnh nhân, thường thay đổi về tần suất và mức độ trên người hút thuốc, có thể ho khan hoặc kèm theo khạc đờm, nặng hơn có thể ho ra máu.

Đa số khối u có hình không tròn chiếm 87,5%, u hình tròn chiếm 12,5%. Kết quả này khác với nghiên cứu của Đoàn Thị Phương Lan, trong nghiên cứu này u có hình dạng tròn 63/104 (60,6%) gặp nhiều hơn các u không tròn 41/104 (39,4%) [5].

Bờ của u có thể phân chia thành bờ nhẵn, không nhẵn, bờ có múi và bờ tua gai. Mặc dù các tổn thương lành tính thường có bờ nhẵn, nét nhưng đó không phải là tiêu chuẩn chẩn đoán vì các tổn thương ác tính cũng có bờ nhẵn, nét. Một u bờ không nhẵn, có tua gai, mạch máu xung quanh xoắn vặn thường là tổn thương ác tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân tổn thương bờ không nhẵn chiếm tỷ lệ cao nhất 69,6%, bờ nhẵn là 16,1%, bờ có múi là 12,5%, thấp nhất là bờ có tua gai chiếm 8,9%. Trong đó, bệnh nhân ung thư tổn thương bờ nhẵn (22,2%) thấp hơn bệnh nhân không ung thư (77,8%), bệnh nhân ung thư tổn thương bờ không nhẵn (66,7%) cao hơn bệnh nhân không ung thư (33,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đoàn Thị Phương Lan, Các tổn thương có bờ không nhẵn gặp nhiều nhất 38/104 (36,5%) [5].

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng cơ năng và triệu chứng thực thể thường gặp nhất lần lượt là mệt (75,0%) và ho (76,8%). Đa số khối u có hình không tròn chiếm 87,5%, bệnh nhân tổn thương bờ không nhẵn chiếm tỷ lệ cao nhất 69,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành hô hấp, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr.242-246.
2. Nguyễn Quang Hưng và cộng sự (2010), Giá trị của sinh thiết kim dưới hướng dẫn của CT Scan trong chẩn đoán khối u phổi, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 14, Phụ bản của Số 4, tr.364-368.
3. Đỗ Thị Thanh Hương, Trần Bảo Ngọc, Lê Anh Quang (2012), Đánh giá giá trị xác chẩn u phổi bằng sinh thiết kim xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính, *Tạp chí khoa học và công nghệ*, 89, tr.111-115.
4. Nguyễn Hồ Lam, Trần Văn Ngọc (2015), Đánh giá tính hiệu quả và an toàn của phương pháp sinh thiết phổi xuyên ngực dưới hướng dẫn của CT trong chẩn đoán u phổi tại khoa hô hấp bệnh viện Chõ Rẫy, *Tạp chí Y Dược thực hành*, tr.37-40.

5. Đoàn Thị Phương Lan (2014), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị của sinh thiết cắt xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán các tổn thương dạng u ở phổi, Luận văn Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
6. Alberg AJ, Brock MV, Ford JG, Samet JM, Spivack SD (2013), Epidemiology of lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines, *Chest*, 143 (5), pp.1-29.
7. David Ost (2008), The Solitary Pulmonary Nodule: A Systematic Approach., Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, *Fourth Edition*, pp.1816-1830.
8. Huang W, Chen L, Xu N, Wang L, Liu F, He S, et al. (2019), Diagnostic value and safety of color doppler ultrasound-guided transthoracic core needle biopsy of thoracic disease, *Biosci Rep*, 39 (6).
(Ngày nhận bài: 18/3/2022 – Ngày duyệt đăng: 24/5/2022)

TÌNH HÌNH TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ HEN PHẾ QUẢN TẠI BỆNH VIỆN BÀ RỊA NĂM 2021-2022

Trương Thị Xuân Mai^{1*}, *Lê Thị Thanh Tuyền*¹, *Nguyễn Thị Thu Hương*¹,
*Vi Tuyết Mai*², *Trần Mỹ Thanh*², *Bùi Trần Nhật Khôi*², *Nguyễn Thắng*²

1. Bệnh viện Bà Rịa

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

* Email: truongthixuanmai17@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu Gánh nặng bệnh tật toàn cầu cho thấy năm 2017 bệnh hen phế quản gây ra khoảng 495 nghìn ca tử vong, ảnh hưởng tới khoảng 300 triệu người trên toàn thế giới. Tuân thủ giúp tăng hiệu quả của các phương pháp điều trị. Các nghiên cứu về hen trên thế giới và tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị rất khác nhau ở các địa phương và dao động 30% đến 70%. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân ngoại trú mắc bệnh hen phế quản tại Bệnh viện Bà Rịa năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 247 bệnh nhân hen phế quản từ tháng 10/2021 đến tháng 01/2022. Đánh giá tuân thủ điều trị bằng thang đo General Medication Adherence Scale (GMAS) của Atta Abbas Naqvi. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy 77,7% bệnh nhân hen tuân thủ với GMAS 30-33 điểm (GMAS=33 chiếm 48,6%, GMAS=30-32 điểm chiếm 29,1%). Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy độ tuổi, hút thuốc, dịch Covid-19 ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân hen, khác biệt có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy tuân thủ điều trị ở bệnh nhân hen phế quản ngoại trú tại Bệnh viện đạt mức cao so với các nghiên cứu trong nước và trên thế giới.

Từ khóa: Tuân thủ, hen, GMAS, yếu tố liên quan.

ABSTRACT

TREATMENT ADHERENCE IN ASTHMA OUTPATIENTS AT BA RIA HOSPITAL IN 2021-2022

Trương Thị Xuân Mai^{1*}, *Lê Thị Thanh Tuyền*¹, *Nguyễn Thị Thu Hương*¹,
*Vi Tuyết Mai*², *Trần Mỹ Thanh*², *Bùi Trần Nhật Khôi*², *Nguyễn Thắng*²

1. Ba Ria Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: The Global Burden of Disease Study found that in 2017, asthma caused about 495 thousand deaths, affecting about 300 million people worldwide. Adherence increases the