

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP, TRUNG BÌNH GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN TẠI CHỖ TẠI BỆNH VIỆN K TỪ 2013-2019

VÕ QUỐC HƯNG  
Bệnh viện K

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá và nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn tiến triển tại chỗ tại Bệnh viện K từ năm 2013-2019.

**Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu có theo dõi dọc trên 85 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp, trung bình giai đoạn tiến triển tại chỗ bằng phương pháp khám, theo dõi và điều trị trực tiếp cho bệnh nhân.

**Kết quả:** Triệu chứng cơ năng chủ yếu là ở bệnh nhân ung thư trực tràng là đi ngoài nhầy máu 95,3%; rối loạn lưu thông ruột 87,1%. Về triệu chứng toàn thân thì gầy sút chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,0%; suy nhược 23,5% và thiếu máu 23,5%. Bệnh nhân ung thư trực tràng có khối u >3/4 chu vi chiếm tỷ lệ cao và đa số ở trạng thái sùi loét với 74,1%. Có 47,9% bệnh nhân có nồng độ CEA > 5ng/ml. Đa số u ở vị trí thấp và xâm lấn vào cấu trúc, cơ quan khác.

**Từ khóa:** Ung thư trực tràng, Bệnh viện K.

## SUMMARY

**CLINICAL CHARACTERISTICS, CLOSURE OF LOW COLORECTAL CANCER, MEDIUM PERIOD IN DEVELOPMENT IN K HOSPITAL FROM 2013-2019**

**Objectives:** To evaluate and comment on some clinical and subclinical characteristics of patients with locally advanced rectal cancer patients in K hospital from 2013-2019.

**Methods:** A prospective longitudinal follow-up study on 85 low-grade rectal cancer patients, on average, progressing to the local area by direct examination, monitoring and treatment for patients.

**Results:** The functional predominant symptom in rectal cancer patients is bloody mucus 95.3%; intestinal circulation disorders 87.1%. In terms of systemic symptoms, thinning accounted for the highest proportion with 40.0%;

Chịu trách nhiệm: Võ Quốc Hưng  
Email: hungthanh2000@gmail.com  
Ngày nhận: 02/12/2020  
Ngày phản biện: 06/01/2021  
Ngày duyệt bài: 19/01/2021

asthenic 23.5% and anemia 23.5%. People with rectal cancer who have tumors more than 3/4 of the circumference account for a high proportion and most of them have ulcerative state with 74.1%. There are 47.9% of patients with CEA concentrations > 5ng / ml. Most tumors are low in position and invade other structures and organs.

**Keywords:** Rectal cancer, K hospital.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là một trong những bệnh ung thư phổ biến ở nước ta và các nước trên thế giới. Tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng (trong đó hơn 50% là ung thư trực tràng) trên thế giới ngày càng tăng. Ở những nước phát triển, ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ 2 trong số các bệnh ung thư ở cả 2 giới, chỉ sau ung thư phổi ở nam giới và ung thư vú ở nữ giới. Tại Pháp, hàng năm có khoảng 34.500 ca ung thư đại trực tràng mới và khoảng 16.800 ca tử vong. Bệnh chiếm vị trí thứ nhất trong các loại ung thư [6], [7].

Tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng nằm trong số các bệnh ung thư hay gặp, đứng vị trí thứ 5 trong các bệnh ung thư. Hiện nay, tỷ lệ bệnh nhân ung thư trực tràng thấp và trung bình đến viện ở giai đoạn muộn khi tổn thương đã xâm lấn tổ chức xung quanh còn cao nên tỷ lệ các bệnh nhân được điều trị phẫu thuật triệt căn và phẫu thuật bảo tồn cơ tròn hậu môn thấp, chính vì vậy thời gian sống thêm và chất lượng sống không cao. Trên thế giới hiện nay đang có những thay đổi và tiến bộ lớn trong điều trị ung thư trực tràng, các nhà khoa học đang nghiên cứu ứng dụng các kỹ thuật mới, các thuốc mới, phối hợp nhiều phương pháp để nâng cao hiệu quả điều trị và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân ung thư trực tràng, một trong những hướng nghiên cứu đó là điều trị phối hợp hoá xạ trị. Với mục đích tìm hiểu kĩ hơn về bệnh, từ đó đưa ra hướng điều trị phù hợp cho bệnh nhân ung thư trực tràng thấp, trung bình giai đoạn tiến triển tại chỗ chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu "Đánh giá và nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư trực tràng thấp, trung bình giai đoạn tiến triển tại chỗ tại Bệnh viện K từ năm 2013-2019".

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Đối tượng nghiên cứu**

Các bệnh nhân ung thư trực tràng thấp, trung bình giai đoạn tiến triển tại chỗ được điều trị hoá xạ trị đồng thời tại Bệnh viện K với các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ sau:

*Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:*

- Bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư trực tràng thấp, trung bình mà:

+ Có chẩn đoán giải phẫu bệnh là carcinome (ung thư biểu mô trực tràng).

+ Có chỉ định hoá xạ trị: U cố định hoặc di động hạn chế (giai đoạn 3,4 theo phân loại của Y.Mason).

+ Bệnh nhân chưa có di căn xa.

- Bệnh nhân được điều trị lần đầu.

- Thể trạng chung còn tốt: Chỉ số toàn trạng từ 0 - 2 theo thang điểm ECOG, hoặc chỉ số Karnofsky > 60%.

- Chức năng tuỷ xương còn tốt, chức năng gan thận còn tốt.

- BN không mắc các bệnh cấp và mạn tính trầm trọng.

*Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:*

- Bệnh nhân được chẩn đoán là: Ung thư trực tràng cao (u cách rìa hậu môn  $\geq$  8cm), U di động (giai đoạn 1,2 theo phân loại của Y.Mason), bệnh nhân có di căn xa, bệnh nhân bỏ dở điều trị.

- Ung thư ống hậu môn: loại ung thư tế bào vẩy xuất phát từ da và niêm mạc ống hậu môn phát triển sùi ra bên ngoài hậu môn, di căn hạch bẹn.

- Thể trạng chung yếu: Chỉ số toàn trạng từ 3-4 theo thang điểm ECOG, hoặc chỉ số Karnofsky  $\leq$  60%.

- Bệnh nhân có nguy cơ tử vong gần do các bệnh trầm trọng khác.

### **2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả nghiên cứu tiến cứu có theo dõi dọc

**2.2. Cỡ mẫu** nghiên cứu là 85 bệnh nhân.

**2.3. Thu thập số liệu**

**2.4. Tiến hành điều trị**

- Sau khi các bệnh nhân được chẩn đoán là UTTR thấp có đầy đủ các tiêu chuẩn nghiên cứu được điều trị bằng hoá xạ trị:

- Hoá trị: Capecitabine (Xeloda) viên 500mg, dùng liều 825mg/m<sup>2</sup> uống 2 lần/ngày vào các ngày xạ trị (5 buổi/tuần).

- Xạ trị: Sử dụng máy gia tốc tuyến tính (LINAC: Linear Accelerator) với kỹ thuật 3D.

+ Chuẩn bị bệnh nhân:

Bệnh nhân được giải thích rõ về bệnh, cách

thức điều trị và một số điều cần thiết khi xạ trị như: bệnh nhân phải nằm yên trong quá trình mô phỏng cũng như xạ trị, bệnh nhân phải đi tiểu cho hết nước tiểu ngay trước khi chụp mô phỏng và ngay trước mỗi lần tiến hành xạ trị.

Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa, hai tay dơ lên đầu, có đai cố định vùng hông và bụng bệnh nhân.

+ Mô phỏng:

Thực hiện chụp mô phỏng bằng chụp cắt lớp vi tính (CT). Bệnh nhân được đội ngũ nhân viên xạ trị gắn một số điểm mốc đánh dấu trên cơ thể với hệ thống laser định vị không gian 3 chiều.

Chụp CT từ đốt sống L2 đến 2 cm dưới đáy chậu, các hình ảnh thu được có khoảng cách 5 mm.

Chuyển hình ảnh CT mô phỏng vào máy tính lập kế hoạch xạ trị với phần mềm Prowess Panther 4.6.

+ Lập kế hoạch xạ trị

+ Xác định các thể tích điều trị:

- Thể tích khối u thô (GTV: gross tumor volume): Bao gồm nền khối u và các hạch nghi ngờ di căn.

- Thể tích bia lâm sàng (CTV: clinical target volume): bao gồm các GTV-T (thể tích khối u thô) và GTV-N (thể tích hạch di căn) nghĩa là bao gồm GTV/ nền khối u + rìa 2- 5 cm (2cm xung quanh; ít nhất xuống dưới 2 cm, 5 cm theo chiều lên trên dọc theo trực tràng), vùng mỡ quanh trực tràng, vùng trước xương cùng, hạch cạnh động mạch chậu trong, hạch cạnh động mạch chậu chung. Hạch cạnh động mạch chậu ngoài trong trường hợp dương tính trên PET/CT, trường hợp ở giai đoạn T4 (u xâm lấn cơ quan lân cận) hoặc thấy rõ trên chẩn đoán hình ảnh (CT, MRI).

- Thể tích kế hoạch (đích) điều trị (PTV: planning target volume): bao gồm CTV + 1 cm, những chỗ gần với bàng quang, ruột non có thể lấy 0,5 cm.

- Liều xạ trị: Xạ trị tiền phẫu: 45 Gy cho (PTV) sau đó nâng liều vào GTV tới 50,4Gy. phân liều 1,8 Gy/ngày, 5 buổi/tuần.

+ Xác định các tạng cần bảo vệ (Các tạng nguy cấp: OARVs: The organ at risk volumes):

Bao gồm bàng quang, ruột non, cổ xương đùi có thể vẽ thêm cơ thắt hậu môn, tuyến tiền liệt, tử cung-âm đạo với giới hạn liều tại các cơ quan cần bảo vệ trong giới hạn liều cho phép, với mục đích liều xạ trị tại các cơ quan lành càng ít càng tốt nhằm giảm thiểu tối đa biến chứng trong và sau xạ trị. Mức độ ưu tiên như sau: ruột non, tuỷ sống, bàng quang, cổ xương đùi.

+ Năng lượng chùm tia, hướng và số lượng các trường chiếu: Dùng mức năng lượng 15MV để đảm bảo độ xuyên sâu tốt

### 3. Quản lý và phân tích dữ liệu

Số liệu được nhập, quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả qua các tỷ lệ %, trung bình, độ lệch chuẩn, sử dụng kiểm định Chi square với xác suất sai lầm loại I là  $\alpha = 0,05$ .

### 4. Đạo đức nghiên cứu

Quyền lợi và mọi thông tin của bệnh nhân trong dữ liệu được đảm bảo theo đúng các quy định của Hội đồng đạo đức, Hội đồng Khoa học Công nghệ và được sự chấp thuận của Ban giám đốc Bệnh viện K thông qua.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 1. Một số đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=85)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi (TB= 57.5 ± 10.4)	<40 tuổi	4	4,7
	40-49 tuổi	8	9,4
	50-59 tuổi	35	41,2
	≥ 60 tuổi	38	44,7
Giới tính	Nam	60	70,6
	Nữ	25	29,4
Nghề nghiệp	Nông dân	53	62,4
	Cán bộ	30	35,3
	Khác	2	2,3
Dân tộc	Kinh	84	98,8
	Khác	1	1,2

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 57,8 ± 10,2 tuổi. Trong đó, nhóm tuổi ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 44,7%, 50 – 59 tuổi là 41,2%. Bệnh nhân chủ yếu là nam giới với 70,6%; nữ giới 29,4%. Tỷ lệ bệnh nhân có nghề nghiệp là nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất với 62,4%; cán bộ 35,3%. Hầu hết bệnh nhân là dân tộc kinh với 98,8%

Có thể thấy, ung thư trực tràng xảy ra chủ yếu ở độ tuổi từ 50 tuổi trở lên. Ung thư đại trực tràng gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới (tỷ lệ nam/nữ là 1,7:1), nó được xếp thứ 2 trong 5 loại ung thư thường gặp nhất ở nam giới [3],[6]. Một số nhà nghiên cứu cho rằng, đàn ông thường có thói quen và lối sống thiếu lành mạnh và khoa học hơn phụ nữ. Thường xuyên hút thuốc lá, sử dụng chất kích thích, uống rượu bia... chính là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây nên ung thư đại tràng ở nam giới

### 2. Một số đặc điểm lâm sàng trước điều trị

Bảng 2. Một số triệu chứng lâm sàng trước điều trị

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ
Triệu chứng cơ năng	Rối loạn lưu thông ruột	74	87,1
	Đi ngoài nhầy máu	81	95,3
	Đau bụng hạ vị	60	70,6
	Ỉa lỏng	59	69,4
	Táo bón	26	30,6
	Thay đổi khuôn phân	70	82,4
	Khối ở bụng	11	12,9
	Tắc ruột	8	9,4
	Bán tắc ruột	3	3,5
Triệu chứng toàn thân	Thiếu máu	20	23,5
	Gầy sút	34	40,0
	Suy nhược	20	23,5
Chỉ số toàn trạng	0	36	42,4
	1	37	43,5
	2	12	14,1

Đa số bệnh nhân đến khám với triệu chứng đại tiện máu. Khi phát hiện tình cờ hoặc bệnh nhân phát hiện khi khám định kỳ thì ở giai đoạn này thường chưa có triệu chứng lâm sàng rõ rệt và có khoảng 50% bệnh nhân không có triệu chứng khi điều trị. Tuy nhiên, hệ thống tầm soát ung thư nói chung và ung thư trực tràng nói riêng ở Việt Nam còn chưa phát triển mạnh; hầu hết bệnh nhân vào viện đều có các triệu chứng điển hình: đại tiện máu, mót rặn, đau vùng hậu môn và thay đổi thói quen đại tiện [1]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, triệu chứng cơ năng chủ yếu là ở bệnh nhân ung thư trực tràng là đi ngoài nhầy máu 95,3%; rối loạn lưu thông ruột 87,1%; thay đổi khuôn phân 82,4%; đau bụng hạ vị 70,6%; ỉa lỏng 69,4%. Rối loạn lưu thông ruột là dấu hiệu sớm với những thay đổi thói quen đại tiện, thay đổi giờ giấc, số lần đi ngoài, có khi bị táo bón, ỉa chảy, hoặc xen kẽ cả táo và ỉa lỏng. Chảy máu trực tràng, thay đổi khuôn phân, đau hạ vị, buồn đi ngoài, cảm giác đi ngoài không hết phân là những dấu hiệu hay gặp của bệnh. Ngoài ra, một số bệnh nhân UTTT đến khám vì những biến chứng của u như bán tắc ruột, tắc ruột, thủng u gây viêm phúc mạc [2],[3].

Về triệu chứng toàn thân thì gầy sút chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,0%; suy nhược 23,5% và thiếu máu 23,5%. Bệnh nhân thiếu máu là do chảy máu trực tràng kéo dài, da xanh. niêm mạc nhợt, xét nghiệm thấy giảm hồng cầu, huyết sắc tố... Bệnh nhân có thể gầy sút 5 - 10 kg trong vòng 2 - 4 tháng dẫn đến suy kiệt [4],[6].

Về chỉ số toàn trạng, chỉ số toàn trạng là 1 và 0 chiếm tỷ lệ cao với 43,5% và 42,4%

### 3. Đặc điểm cận lâm sàng trước điều trị

Bảng 3. Hình thái u qua nội soi trực tràng

Đặc điểm u	Sùi n (%)	Loét n (%)	Sùi loét n (%)	Thâm nhiễm n (%)	Tổng n (%)
<1/4 chu vi	0	0	1(1,2)	0	1(1,2)
1/4-1/2 chu vi	1 (1,2)	0	0	0	1 (1,2)
1/2-3/4 chu vi	2 (2,3)	0	18 (21,2)	0	20 (23,5)
>3/4 chu vi	14 (16,4)	2 (2,3)	46 (54,1)	1 (1,2)	63 (74,1)
Tổng	17 (20,0)	2 (2,4)	65 (76,5)	1 (1,2)	85 (100)

Cho đến nay nội soi trực tràng được áp dụng một cách rộng rãi trong các cơ sở y tế từ tuyến tỉnh trở lên. Nội soi cho một cái nhìn tổng quát về hình dạng, kích thước, chu vi cũng như khoảng cách bờ dưới u so với rìa hậu môn. Theo kết quả nghiên cứu thì có 21,2% ở thể sùi, 2,3% loét và có đến 76,5% thể phối hợp sùi loét. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của Trương Vĩnh Quý với thể sùi chiếm tỷ lệ 92,3%, thể loét 3,8% và thể phối hợp 3,8% [5]. Bệnh nhân ung thư trực tràng có khối u toàn bộ chu vi chiếm tỷ lệ cao và đa số ở trạng thái sùi loét với 75%.

Bảng 4. Xét nghiệm CEA

CEA	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 5ng/ml	37	52,1
>5ng/ml	34	47,9
Tổng	71	100

Có tổng số 71/85 bệnh nhân có kết quả xét nghiệm chất chỉ điểm khối U: CEA, trong đó 47,9% có nồng độ CEA trên 5ng/ml. Đối với bệnh nhân đang trong giai đoạn đầu của bệnh khi đó chỉ số CEA sẽ bình thường, tuy nhiên khi bước vào giai đoạn di căn thì phần lớn chỉ số này sẽ tăng cao. Khi tiến hành chữa trị nếu trị số này giảm có nghĩa tiến trình loại bỏ đã thành công phần nào. Nếu như chỉ số CEA tiếp tục tăng thì việc điều trị không hiệu quả. Dựa vào chỉ số CEA trong máu để có thể chẩn đoán phần nào mức độ tái phát của căn bệnh.

Bảng 5. Một số đặc điểm u theo MRI

Đặc điểm u theo MRI		n	%
Vị trí u	Trung bình	26	30,6
	Thấp	59	69,4
Kích thước U	<1/4 chu vi	1	1,2
	1/4-1/2 chu vi	1	1,2
	1/2-3/4 chu vi	20	23,5
	>3/4 chu vi	63	74,1
Xâm lấn	Có	30	96,8
	Không	1	3,2

Tính chất xâm lấn	Lớp dưới niêm mạc	0	0,0
	Lớp cơ	0	0,0
	Lớp dưới thanh mạc	10	32,3
	Cấu trúc, cơ quan khác	21	67,7
Hình ảnh hạch	Có	21	67,7
	Không	10	32,3
Di căn	Có	4	4,7%
	Không	81	95,3%

MRI tiêu khung rất có giá trị đánh giá tình trạng khối U và hạch trước điều trị. Vị trí u thấp chiếm tỷ lệ cao với 69,4%. Kích thước u >3/4 chu vi chiếm đa số với 74,1%. U xâm lấn 96,8%; tính chất xâm lấn là cấu trúc, cơ quan khác 67,7%, lớp dưới thanh mạc 32,3%. Có hình ảnh hạch 67,7%. Hầu hết bệnh chưa di căn với 95,3%.

### 4. Giải phẫu bệnh, độ mô bệnh học

Bảng 6. Phân loại theo mô bệnh học

Độ mô học	UTBM tuyến n (%)
Biệt hoá cao	10 (11,8)
Biệt hoá vừa	67 (78,8)
Kém biệt hoá	3 (3,5)
Không biệt hoá	5 (5,9)
Tổng	85 (100)

Độ biệt hóa tế bào ung thư cũng là những yếu tố liên quan đến tỷ lệ tái phát bệnh. Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (78,8%), biệt hóa cao 11,8%; không biệt hóa 5,9% và kém biệt hóa 3,5%. Theo nghiên cứu của Trương Vĩnh Quý, nhóm tế bào u biệt hóa kém, không biệt hóa và tế bào nhẵn có 16,7% trường hợp và xuất hiện 25% tái phát tại chỗ. Tỷ lệ tái phát có liên quan đến nhóm tế bào biệt hóa kém hoặc không biệt hóa [5].

### KẾT LUẬN

Triệu chứng cơ năng chủ yếu là ở bệnh nhân ung thư trực tràng là đi ngoài nhầy máu 95,3%; rối loạn lưu thông ruột 87,1%. Về triệu chứng toàn thân thì gầy sút chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,0%; suy nhược 23,5% và thiếu máu 23,5%. Bệnh nhân ung thư trực tràng có khối u >3/4 chu vi chiếm tỷ lệ cao và đa số ở trạng thái sùi loét với 74,1%. Có 47,9% bệnh nhân có nồng độ CEA > 5ng/ml. Đa số u ở vị trí thấp và xâm lấn vào cấu trúc, cơ quan khác.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh An (2013), "Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi trong ung thư trực tràng thấp", *Luận án Tiến sĩ Y học*, Học viện Quân y.
2. Nguyễn Bá Đức (1999), "Các chất chỉ điểm khối u trong ung thư", *Bài giảng ung thư học*, Nhà xuất bản y học, 58-65.
3. Nguyễn Bá Đức, Đào Ngọc Phong (2008) "Dịch tễ học bệnh ung thư", Nhà xuất bản Y học.
4. Đoàn Hữu Nghị (1994), "Góp phần nghiên cứu xây dựng phác đồ điều trị ung thư trực tràng,

nhận xét 529 bệnh nhân tại Bệnh viện K qua 2 giai đoạn 1975-1983 và 1984-1992”, *Luận án Phó Tiến sĩ Khoa học Y Dược*, Trường Đại học Y Hà Nội.

5. **Trương Vĩnh Quý** (2018), “Đánh giá kết quả điều trị triệt căn ung thư trực tràng thấp bằng phẫu thuật nội soi có bảo tồn cơ thắt”, *Luận án Tiến sĩ Y học*, Trường Đại học Y Dược Huế.

6. **Diez M., Muguerza J. M., et al** (2000), “Time-dependency of the prognostic effect of carcinoembryonic antigen and p53 protein in colorectal adenocarcinoma”, *Cancer* 88(1), 35 - 41.

7. **Dromain C** (2006), “Imagerie des cancers du rectum et du canal anal”, *EMC (Elsevier SAS, Paris), Radiodiagnostic-Appareil digestif*, 33-480-A-20.

## THỰC TRẠNG QUẢN LÝ, SỬ DỤNG TRANG THIẾT BỊ Y TẾ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TRÀ VINH NĂM 2020

LÊ MINH DŨNG<sup>1</sup>,  
LÊ PHẠM MINH TRUNG<sup>1</sup>, DƯƠNG KIM TUẤN<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Trà Vinh, Trà Vinh  
<sup>2</sup>Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội

### TÓM TẮT

Trang thiết bị y tế (TTBYT) là phương tiện khám, chẩn đoán và điều trị tối cần thiết cho người thầy thuốc trong công tác chẩn đoán, theo dõi và điều trị bệnh một cách chính xác và hiệu quả. Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 260 cán bộ y tế với 249 trang thiết bị y tế tại Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh năm 2020 với 2 mục tiêu: Mô tả thực trạng công tác quản lý, sử dụng trang thiết bị y tế tại Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh năm 2020; Tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác quản lý, sử dụng thiết bị y tế tại Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh năm 2020. Nghiên cứu đưa ra một số kết quả: Số lượng TTBYT phân bố không đồng đều giữa các khoa phòng, nhiều nhất ở khoa Hồi sức cấp cứu với 60 TTBYT. Tỷ lệ TTBYT hư hỏng cần phải sửa chữa và thay thế cao nhất ở khoa Khám bệnh cấp cứu với 29,1%. 75,0% cán bộ y tế cho rằng bệnh viện có quan tâm đến công tác đầu tư mua sắm TTBYT và có khảo sát, phân tích nhu cầu trước khi mua sắm. Việc quản lý về lý lịch trang thiết bị, tài liệu kỹ thuật của từng TTBYT, nhật ký đều chưa được đánh giá thực hiện tốt (dưới 30,0%). Phòng Vật tư – Trang thiết bị hiện tại không có kế hoạch theo dõi, bảo dưỡng định kỳ cho các loại TTBYT, chưa xây dựng nội quy về sử dụng cho các TTBYT, các yếu tố ảnh hưởng chính đến cả quản lý và sử dụng TTBYT gồm 4

nhóm bệnh viện, nhân lực, đặc điểm trang thiết bị và bên cung ứng dịch vụ.

**Từ khóa:** Trang thiết bị Y tế, Sản Nhi Trà Vinh

### SUMMARY

Medical equipment is the essential means of examination, diagnosis and treatment for physicians in accurately and effectively diagnosing, monitoring and treating diseases. Cross-sectional study was performed on 260 medical staff with 249 medical equipment at Tra Vinh Obstetrics and Gynecology Hospital by 2020 with 2 objectives: Describe the status of management and use of equipment Medical Care at Tra Vinh Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2020; Find out some factors affecting the management and use of medical equipment at Tra Vinh Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2020.

Results: The number of medical equipment is unevenly distributed among departments, with the largest number in Emergency Recovery Department with 60 medical equipment. The rate of damaged medical equipment that needs repairing and replacement is highest in the Emergency Department with 29.1%. 75.0% of health workers said that the hospital is interested in investing in the procurement of medical equipment and has surveyed and analyzed the needs before purchasing. The management of equipment profiles, technical documents of each medical device, and diaries has not been evaluated well (below 30,0%). The Material - Equipment Department does not currently have a plan for periodic monitoring and maintenance of medical equipment, and has not developed regulations on the use of medical

Chịu trách nhiệm: Dương Kim Tuấn

Email: dkt@huph.edu.vn

Ngày nhận: 22/12/2020

Ngày phản biện: 18/01/2021

Ngày duyệt bài: 27/01/2021