

rất đáng chú ý khi tiến hành xây dựng chương trình đào tạo về PNC ở nhóm đối tượng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** (2012). Hướng dẫn Phòng ngừa chuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Ban hành kèm theo Quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế).
2. **Bộ Y tế.** (2018). Hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Ban hành kèm theo thông tư 16/2018/TT-BYT).
3. **Đinh Phạm Phương Anh, Phan Thị Hằng.** Khảo sát kiến thức, thái độ và thực hành về phòng ngừa chuẩn của nhân viên y tế tại bệnh viện Hùng Vương. Hội Kiểm Soát Nhiễm Khuẩn Thành Phố Hồ Chí Minh, 12/09/2015:13.
4. **Nguyễn Việt Hùng, Lê Bà Nguyễn.** Đánh giá thực trạng và xác định mối liên hệ về kiến thức, thái độ, thực hành phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa cách ly của nhân viên y tế một số bệnh viện miền Bắc. Tạp chí Y Học thực hành (716), Số 5/2010, 36-40.
5. **Hồ Thị Nhi Na** (2016) Kiến thức và thái độ đối với một số qui định phòng ngừa chuẩn của nhân viên y tế tại một số khoa của bệnh viện Đa khoa Trung ương Quảng Nam năm 2015, Luận văn thạc sĩ y học, trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. **Vũ Thị Thu Thủy** (2018). Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ về phòng ngừa chuẩn của sinh viên điều dưỡng trường Đại học y khoa Vinh năm 2018, trường Đại học y khoa Vinh.
7. **Bùi Văn Tùng** (2021). Kiến thức về phòng ngừa chuẩn của sinh viên năm cuối trường Đại học Y Hà Nội năm 2021, trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Ghalya, H. and Y. Ibrahim.** (2014). Knowledge, attitudes and sources of information among nursing students toward infection control and standard precautions. Life Science Journal, 11(9), 249-260.
9. **A. Khubrani, M. Albeshar, A. Alkahtani et al.** (2018), "Knowledge and information sources on standard precautions and infection control of health sciences students at King Saud bin Abdulaziz University for Health Sciences, Saudi Arabia, Riyadh", J Infect Public Health, 11(4), p. 546-549.

SỬ DỤNG GIA SỬ SỨC KHOẺ PHÂN TẦNG NGUY CƠ UNG THƯ VÚ CHO CÁC GIA ĐÌNH BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ Ở VIỆT NAM

Lê Việt Duy¹, Đoàn Thị Phương Thảo²,
Trương Đình Kiệt³, Nguyễn Thị Quỳnh Thơ³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư (UT) vú là loại UT phổ biến và có liên quan gen di truyền. GSSK hỗ trợ quản lý và phát hiện sớm UT vú trong các gia đình. **Mục tiêu:** 1. Lập gia sử sức khỏe (GSSK) có lưu hành ung thư (UT) vú ở Việt Nam 2. Dựa trên GSSK phân loại nguy cơ UT vú theo CDC cho thân nhân bậc 1 và bậc 2. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 144 GSSK đương sự là bệnh nhân UT vú từ 5/2023 - 8/2023. Thu thập thông tin GSSK bằng phỏng vấn trực tiếp, qua điện thoại hoặc video. Phân tích đặc điểm GSSK và phân loại nguy cơ UT vú theo hướng dẫn của CDC. **Kết quả:** 89,5% GSSK bao gồm 3-4 thế hệ, trung bình $17,11 \pm 6,11$ thân nhân. Thân nhân bậc I mắc UT vú (28,5%) cao hơn thân nhân bậc II (8,4%), trong đó tỷ lệ cao nhất là mẹ đương sự (48,6%). Lượng giá theo CDC: 78,4% GSSK thuộc nhóm nguy cơ cao, 21,6% nguy cơ trung bình. Bậc gia đình và số lượng thân nhân mắc bệnh là yếu tố quyết định mức độ nguy cơ ($p < 0,001$). **Kết luận:** GSSK là công cụ hữu ích để đánh giá toàn diện nguy cơ UT vú ở thân

nhân bệnh nhân, giúp phân loại nguy cơ theo CDC và xác định đối tượng cần tư vấn, tầm soát và theo dõi phù hợp. **Từ khóa:** GSSK, ung thư vú, nguy cơ, phân loại CDC.

SUMMARY

USING FAMILY HEALTH HISTORY IN BREAST CANCER RISK ASSESSMENT FOR FAMILIES WITH BREAST CANCER PATIENTS IN VIETNAM

Background: Breast cancer is a common type of cancer and is related to genetics. GSSK supports the management and early detection of breast cancer in families. **Objectives:** 1. Establish family health histories (FHH) with breast cancer in Viet Nam. 2. Classify breast cancer risk according to CDC for first- and second-degree relatives in families of breast cancer patients in Vietnam. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 144 primary breast cancer patients from May to August 2023. FHH information was collected through direct interviews, telephone, or video. FHH characteristics were analyzed, and breast cancer risk was classified according to CDC guidelines. **Results:** Most FHH included 3-4 generations (89.5%) with an average of 17.11 ± 6.11 relatives. The proportion of patients with first-degree relatives with breast cancer (28.5%) was higher than second-degree relatives (8.4%). Mothers accounted for the highest proportion among affected first-degree relatives (48.6%). After patients developed breast cancer, 78.4% of families were

¹Bệnh viện 30-4 – Bộ Công An

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Viện Di truyền Y học

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Thơ

Email: ntqtho@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 8.7.2024

classified as high-risk and 21.6% as moderate-risk according to CDC. Family degree and number of affected relatives were determinants of risk level ($p < 0.001$). **Conclusions:** FHH is a useful tool for comprehensively assessing breast cancer risk CDC and identify individuals needing appropriate counseling, screening, and monitoring. **Keywords:** Family health history, breast cancer, risk assessment CDC.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư (UT) vú là loại bệnh lý UT phổ biến nhất ở phụ nữ trên thế giới với số mắc mới là 2.261.419 và số tử vong là 684.996 ca [1]. Tại Việt Nam, năm 2020, UT vú chiếm tỷ lệ xấp xỉ 1 trong số 4 bệnh nhân nữ được chẩn đoán UT, với 21.555 ca mắc mới và 9.345 ca tử vong. Tại TP.HCM, tỷ lệ mắc mới UT vú chuẩn hoá trong giai đoạn 2004-2013 là 22,4/100.000 nữ giới, tăng 70% trong giai đoạn 1996-2015 [2]. Mặc dù UT vú có tiên lượng tốt nếu phát hiện sớm và điều trị phù hợp, đa số bệnh nhân tại TP.HCM đến thăm khám khi bệnh đã ở giai đoạn xâm lấn, dẫn đến tỷ lệ sống sau 5 năm (74%) thấp hơn so với các nước châu Á và Âu Mỹ [3,7].

Để cải thiện tình hình này, việc xây dựng một chiến lược phát hiện sớm bệnh UT vú là điều cần thiết. Trong đó, việc xác định các yếu tố nguy cơ cao của UT vú, bao gồm tiền sử gia đình, đóng vai trò quan trọng. Tiền sử gia đình và công cụ toàn diện hơn là Gia Sử Sức Khỏe (GSSK) được xem là yếu tố quan trọng nhất trong tầm soát nguy cơ và phát hiện sớm UT vú [5].

Việc tầm soát xác định nguy cơ UT cho các cá nhân có tiền sử gia đình nguy cơ cao là cần thiết. Tuy nhiên, với hạn chế về kinh tế và công nghệ tại Việt Nam, việc chỉ định các xét nghiệm tầm soát cần được cân nhắc kỹ để tránh gánh nặng tài chính. Do đó, GSSK đóng vai trò quan trọng như một công cụ chẩn đoán chuẩn mực, dễ tiếp cận, ít tốn kém và thiết thực cho bệnh nhân [8].

Tại Việt Nam, việc sử dụng GSSK trong việc phân loại nguy cơ và lập kế hoạch tầm soát UT vú cho các gia đình bệnh nhân UT vú vẫn chưa phổ biến, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với các mục tiêu nghiên cứu:

1. *Lập GSSK có lưu hành UT vú ở Việt Nam.*
2. *Dựa trên GSSK phân tầng nguy cơ UT vú theo CDC.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UT vú nguyên phát.

Địa điểm: Khoa Khám Bệnh, Trung tâm Ung Bướu – Bệnh Viện 30-4, Viện Di Truyền Y Học.

Thời gian: Từ 01/05- 31/08/2023.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{(\epsilon)^2 p}$$

p là tỉ lệ mắc UT vú di truyền gia đình dựa vào nghiên cứu của tác giả Tran, Van Thuan và cộng sự năm 2022 65 (p từ 5-10%, chúng tôi chọn p=10% để tăng số lượng mẫu và độ tin cậy cho nghiên cứu này)

n: cỡ mẫu tối thiểu.

$Z_{1-\alpha/2}^2$: trị số từ phân phối phản ánh sai lầm loại 1, với độ tin cậy 95% thì $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$

ϵ : sai số tương đối = 0,05.

n = 139 là số GSSK của bệnh nhân tối thiểu cần thu thập được cho nghiên cứu .

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân đã được chẩn đoán UT vú nguyên phát đồng ý tham gia nghiên cứu và hoàn thành bảng hỏi thu thập thông tin về GSSK.

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả

Y đức trong nghiên cứu: Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y dược TP. HCM duyệt đồng ý (532/HĐĐĐ-ĐHYD).

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu từ hồ sơ, bệnh án. Các biến số: tuổi khởi phát, giới tính, UT buồng trứng, UT vú 2 bên, UT vú tam âm, bệnh học u thư vú được thu thập theo hồ sơ.

Các biến số của GSSK về thân nhân (bậc 1, 2, 3) mắc UT và các loại UT khác: phỏng vấn bệnh nhân trực tiếp, qua điện thoại hoặc phần mềm hỗ trợ. Thông tin có thể thu thập qua người nhà bệnh nhân nếu là thân nhân bậc I, người chăm sóc, điều trị có chuyên môn y tế.

Xử lý số liệu: Phân tích dữ liệu bằng phần mềm IBM SPSS 25.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Lập GSSK có lưu hành ung thư vú: GSSK của 144 bệnh nhân nữ ung thư vú nguyên phát, độ tuổi từ 21-82 đã được thu thập hoàn chỉnh tại Viện Di Truyền Y Học và Bệnh viện 30-4.

Bảng 1. Đặc điểm gia đình và tiền sử ung thư của bệnh nhân UT vú

Đặc điểm Gia sử sức khoẻ (GSSK)	Tần số (%)	Mean ± SD
Số thế hệ trong gia đình khai thác được qua GSSK		3,2 ±0,6
Gia đình có hai thế hệ	15 (10,5)	
Gia đình có ba thế hệ	98 (68,4)	
Gia đình có bốn thế hệ	31 (21,1)	
Trung bình số thân nhân ở các bậc trong		

GSSK thu thập được		
Số thân nhân bậc I		7,79± 2,84
Số thân nhân bậc II		9,41± 4,42
Số thân nhân bậc III		1,55± 1,57
Trung bình số thân nhân trong các GSSK thu thập được		17,11± 6,11
Số thân nhân ít nhất	7	
Số thân nhân nhiều nhất	31	
Tỷ lệ gia đình khai thác được thông tin cả 2 bên cha và mẹ	135 (93,8)	
Chỉ khai thác được bên mẹ	4 (2,8)	
Chỉ khai thác được bên cha	4 (2,8)	
Không khai thác được cả hai bên	1 (0,7)	

Nhận xét: 89,5% GSSK theo dõi được 3-4 thế hệ, trung bình một SGGK có 17,11 ± 6,11 thân nhân. 93,8% khảo sát được thông tin cả bên cha và mẹ.

3.2. Dựa trên GSSK phân tầng nguy cơ UT vú theo CDC. Phân tích một số đặc điểm làm tăng nguy cơ bệnh theo lượng giá của CDC được trình bày trong các bảng 2 và 3.

Bảng 2. Tiền sử ung thư ở thân nhân trong GSSK

Tiền sử ung thư vú và buồng trứng ở thân nhân trong gia đình	Tần số (%)	Mean ± SD
Thân nhân bậc I mắc ung thư vú	41 (28,5)	
Trong gia đình có một người thân nhân bậc I mắc ung thư vú:	37 (25,7)	
Mẹ	18 (48,6)	
Chị hoặc em gái	13 (35,1)	
Con gái ruột	6 (16,2)	
Trong gia đình có hai người thân nhân bậc I mắc ung thư vú:	4 (2,8)	
Mẹ và chị em	2 (50,0)	
Chị và em ruột	1 (25,0)	
Con gái ruột	1 (25,0)	
Thân nhân bậc II mắc UT vú	12 (8,4)	
Trong gia đình có một người thân nhân bậc II mắc UT vú:	9 (6,2)	
Trong gia đình có hai người thân nhân bậc II mắc UT vú:	3 (2,1)	
Thân nhân mắc ung thư vú theo nhánh gia đình		
Nhánh trực hệ (n=140)	37 (26,4)	
Nhánh gia đình bên mẹ (n=139)	15 (10,8)	
Nhánh gia đình bên cha(n=135)	3 (2,2)	
Thân nhân bậc I, II mắc ung thư buồng trứng	6 (4,1)	
Số trường hợp thân nhân bậc I, II mắc các bệnh ung thư khác	15 (10,3)	

UT phổi	5 (32,0)	
UT đại trực tràng	3 (20,0)	
UT dạ dày	2 (13,3)	
UT khác: gan, bàng quang, tụy, cổ tử cung, tuyến tiền liệt, lymphoma	5 (34,7)	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có thân nhân bậc I mắc ung thư vú (28,5%) cao hơn đáng kể so với thân nhân bậc II (8,4%). Trong số thân nhân bậc I mắc bệnh, mẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (48,6%). 10,3% bệnh nhân có thân nhân mắc các bệnh ung thư khác, trong đó ung thư phổi chiếm tỷ lệ cao nhất (32%).

Bảng 3. Tuổi khởi phát và đặc điểm bệnh học của dương sự là bệnh nhân UT vú

Đặc điểm	n (%)	Trung bình±SD
Nhóm tuổi khởi phát UT vú của bệnh nhân nghiên cứu		
≤50	87(60,3)	
>50	57(39,7)	
Tuổi khởi phát trung bình của bệnh nhân nghiên cứu		47,3±11,9
Số bệnh nhân có các dạng ung thư vú đặc biệt	7(4,86)	
UT kết hợp vú và buồng trứng	2(1,4)	
UT hai bên vú cùng lúc	2(1,4)	
UT vú tam âm	3(2,1)	

Nhận xét: Tuổi khởi phát trung bình UT vú là 47,3 ± 11,9 tuổi. Nhóm tuổi khởi phát sớm trước 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm khởi phát sau 50 tuổi. 7 bệnh nhân có các dạng ung thư vú đặc biệt chiếm 4,86%.

Áp dụng hướng dẫn "UT vú, UT buồng trứng và phân loại nguy cơ gia đình" của CDC Hoa Kỳ phân tầng nguy cơ UT vú di truyền cho 144 GSSK thu thập được từ đó đánh giá việc phát hiện UT vú của bệnh nhân có làm thay đổi nguy cơ cho gia đình, kết quả phân tích được trình bày trong bảng 4.

Bảng 4. Phân tầng nguy cơ gia đình bệnh nhân theo hướng dẫn CDC

Phân tầng nguy cơ bệnh nhân mang lại cho gia đình theo hướng dẫn CDC	Tần số (%)
Nguy cơ bằng dân số	0 (0)
Nguy cơ trung bình	31(21,6)
Nguy cơ cao	113(78,4)

Nhận xét: 78,4% GSSK thuộc nhóm nguy cơ cao và 21,6% gia đình có nguy cơ trung bình theo hướng dẫn của CDC. Không có GSSK nguy cơ thấp bằng dân số vì bản thân bệnh nhân ung thư vú là người mang yếu tố nguy cơ ít nhất từ trung bình trở lên cho các thành viên bậc I và II

của gia đình họ.

Áp dụng hướng dẫn CDC, kết quả kiểm chứng lượng giá NC bằng GSSK cho bản thân BN được trình bày trong bảng 5.

Bảng 5. Kiểm chứng nguy cơ UT vú của bệnh nhân bằng GSSK theo hướng dẫn CDC

Đặc điểm	Kiểm chứng nguy cơ từ gia đình cho bản thân bệnh nhân theo hướng dẫn CDC n (%)			p
	Bảng dân số	Trung bình	Cao	
Bệnh nhân đến từ gia đình có nguy cơ	96 (66,7)	13 (9,0)	35 (24,3)	
Bậc thân nhân trong gia đình quyết định phân tầng nguy cơ cho bệnh nhân				<0,001
Thân nhân bậc I	0 (0,0)	12(8,3)	28(19,4)	
Thân nhân bậc II	1 (0,7)	1 (0,7)	7 (4,9)	
Thân nhân bậc III	1 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Không có thân nhân mắc UT vú	94 (65,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Số thân nhân bậc I mắc ung thư vú				<0,001
Không	96(66,7)	1 (0,7)	7 (4,9)	
Một người	0 (0,0)	12(8,3)	23(16,0)	
Hai người	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (3,5)	
Số người thân bậc II mắc ung thư vú				<0,001
Không	95(66,0)	10(6,9)	23(16,0)	
Một người	1 (0,7)	1 (0,7)	11 (7,6)	
Hai người	0 (0,0)	2 (1,4)	1 (0,7)	

Nhận xét: Bảng 4 cho thấy thân nhân bậc I và II mắc ung thư vú có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm nguy cơ (p < 0,001). 92,3% bệnh nhân ở nhóm nguy cơ trung bình và 80% bệnh nhân ở nhóm nguy cơ cao có thân nhân bậc I mắc ung thư vú. Số lượng thân nhân bậc I và II mắc ung thư vú cũng tăng dần theo mức độ nguy cơ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã phân tích chi tiết đặc điểm GSSK của 144 bệnh nhân UT vú. Kết quả cho thấy đa số GSSK bao gồm 3-4 thể hệ với trung bình 17 thân nhân, trong đó 93,8% có thông tin cả nhánh nội và ngoại. Tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với chỉ có nhánh ngoại (2,8%) hoặc nhánh nội (2,8%), nhấn mạnh tầm quan trọng của việc thu thập đầy đủ thông tin từ cả hai phía gia đình để đánh giá toàn diện nguy cơ UT vú. Một phát hiện đáng chú ý là tỷ lệ đáng kể bệnh nhân có thân nhân mắc UT vú (28,5% ở bậc I và 8,4% ở bậc II). Đặc biệt, người mẹ chiếm tỷ lệ cao nhất trong số thân nhân bậc I (48,6%), gợi ý vai trò quan trọng của mẹ trong di truyền UT vú. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Brewer

(2017) [5] về mối liên quan chặt chẽ giữa tiền sử gia đình, đặc biệt là thân nhân bậc I, với nguy cơ mắc UT vú. Bên cạnh UT vú, nghiên cứu cũng ghi nhận 10,3% bệnh nhân có thân nhân mắc các bệnh UT khác, trong đó UT phổi chiếm tỷ lệ cao nhất (32%), cho thấy sự cần thiết của việc đánh giá tổng quát các bệnh UT trong gia đình, như nghiên cứu của Molina-Montes (2015) [4] đã chỉ ra.

Về đặc điểm cá nhân, tuổi trung bình mắc UT vú trong nghiên cứu này là 47,3 ± 11,9 tuổi, phù hợp với UT vú khởi phát sớm và tương đồng với nghiên cứu của Lan (2020) [2] về UT vú ở Việt Nam. Đáng chú ý, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ thấp các dạng UT vú đặc biệt như UT vú kết hợp buồng trứng (1,4%), UT vú hai bên (1,4%) và UT vú tam âm (2,1%).

Khi áp dụng hướng dẫn của CDC để phân loại nguy cơ, có đến 78,4% gia hệ có nguy cơ cao sau khi bệnh nhân mắc UT vú, trong khi 66,7% bệnh nhân đến từ các gia đình có nguy cơ bằng hoặc thấp hơn dân số trước khi mắc bệnh. Sự khác biệt này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá lại nguy cơ UT vú cho gia đình khi một thành viên mắc bệnh. Đối với các thân nhân bậc I của bệnh nhân ở nhóm nguy cơ cao, các biện pháp phòng ngừa, tư vấn và tầm soát cần được triển khai sớm. Ngược lại, với các thân nhân bậc II trở đi của bệnh nhân ở nhóm nguy cơ thấp và trung bình, nguy cơ UT vú có thể coi là tương đương dân số chung (CDC, 2020) [1,6].

Phân tích cho thấy bậc gia đình và số lượng thân nhân mắc bệnh là hai yếu tố quyết định mức độ nguy cơ theo CDC (p < 0,001), tương đồng với các nghiên cứu của và Copson và cộng sự (2018) [6].

Tuy nhiên, nghiên cứu cũng gặp một số hạn chế trong việc phân loại nguy cơ theo CDC. Thứ nhất, tiêu chí phân loại chủ yếu dựa trên tiền sử gia đình, chưa xét đến các yếu tố nguy cơ khác. Thứ hai, tiền sử gia đình tự khai báo có thể không chính xác, dẫn đến việc đánh giá sai nguy cơ như nghiên cứu của Ozanne và cộng sự (2012) [5] đã chỉ ra. Thứ ba, cỡ mẫu còn hạn chế, đặc biệt trong nhóm nguy cơ thấp và trung bình. Cuối cùng, khi áp dụng hướng dẫn CDC, 65,3% bệnh nhân đến từ các gia đình được xếp vào nhóm CDC âm tính, cho thấy sự cần thiết của việc kết hợp các yếu tố nguy cơ khác ngoài tiền sử gia đình để đánh giá chính xác hơn nguy cơ UT vú ở từng cá nhân.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

1. Đã lập được 144 GSSK có lưu hành ung

thư vú, trong đó 89,5% GSSK theo dõi được 3-4 thế hệ, trung bình một SGGK có $17,11 \pm 6,11$ thân nhân.

2. Lượng giá nguy cơ mắc UT vú cho thân nhân bệnh nhân dựa vào GSSK theo hướng dẫn của CDC.

+ 78,4% GSSK có các thân nhân bậc I, II được phân loại nguy cơ cao, những người này cần kế hoạch theo dõi & XN gen sớm.

+ 21,6% GSSK có các thân nhân bậc I,II được phân loại nguy cơ trung bình. Trong số này các thân nhân bậc I: cần theo dõi và có kế hoạch phòng ngừa riêng, các thân nhân từ bậc II trở đi: kế hoạch phòng ngừa như dân số cộng đồng.

- Kiểm chứng lượng giá nguy cơ UT vú bằng GSSK theo hướng dẫn của CDC cho bản thân BN: Nguy cơ cao: 24,3%; TB: 9%; thấp 66,8%.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được thực hiện dưới sự hỗ trợ của Quỹ Phát triển khoa học và công nghệ TPHCM thuộc Sở Khoa học và Công nghệ TPHCM (mã số 1426/QĐ-SKHHCN). Nhóm nghiên cứu trân trọng cảm ơn Quỹ Phát triển Khoa học và Công nghệ, Sở Khoa học và Công nghệ TP.HCM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Centers for Disease Control and Prevention.** (2020, March 25). Breast and Ovarian Cancer and Family History Risk Categories. https://www.cdc.gov/genomics/disease/breast_ovarian_cancer/risk_categories.htm. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fonc.2021.789659>

- Lan, N. T. M.** (2020). Nghiên cứu tỷ lệ mắc mới ung thư vú ở phụ nữ Hà Nội giai đoạn 2014-2016 (Luận án Tiến sĩ Y học). Đại học Y Hà Nội.
- Liaw, Y. Y., Loong, F. S., Tan, S., Chong, Y. L., Madhukumar, P., Yong, W. S.,... & Tan, P. H.** (2020). A retrospective study on breast cancer presentation, risk factors, and protective factors in patients with a positive family history of breast cancer. *The Breast Journal*, 26(3), 469-473.
- Molina-Montes, E., Requena, M., Sánchez-Cantalejo, E., Fernández, M. F., Arroyo-Morales, M., Espín, J.,... & Sánchez, M. J.** (2015). Risk of second cancers cancer after a first primary breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Gynecologic Oncology*, 136(1), 158-171.
- Brewer HR, Jones ME, Schoemaker MJ, Ashworth A, Swerdlow AJ.** (2017). Family history and risk of breast cancer: an analysis accounting for family structure. *Breast Cancer Res Treat.* 165(1):193-200. doi:10.1007/s10549-017-4325-2.
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F.** (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Tran VT, Nguyen ST, Pham XD, et al.** 2022. Pathogenic Variant Profile of Hereditary Cancer Syndromes in a Vietnamese Cohort. *Front Oncol.* Vol 11. <https://doi.org/10.3389/fonc.2021.789659>
- Wildin, R. S., Messersmith, D. J., & Houwink, E. J. F.** (2021). Modernizing family health history: achievable strategies to reduce implementation gaps. *Journal of Community Genetics*, 12(3), 493-496. <https://doi.org/10.1007/s12687-021-00531-6>

MỨC ĐỘ NHẠY CẢM KHÁNG SINH CỦA PSEUDOMONAS AERUGINOSA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG NĂM 2023

Lưu Thị Nga¹, Nguyễn Văn An^{2,3}, Lê Nguyễn Minh Hoa⁴,
Trần Quang Đôn¹, Lê Hạ Long Hải^{5,6}

TÓM TẮT

Tình trạng kháng kháng sinh của *Pseudomonas aeruginosa* gần đây đã trở thành mối lo ngại đáng kể.

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

²Học viện Quân Y

³Bệnh viện Quân y 103

⁴Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung Ương

⁵Bệnh viện Da liễu Trung ương

⁶Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hạ Long Hải

Email: lehalonghai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 8.7.2024

Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang này nhằm mục đích khảo sát tỷ lệ nhiễm và mô hình nhạy cảm với kháng sinh của *P. aeruginosa* phân lập tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2023. **Kết quả:** Kết quả cho thấy tỷ lệ nhiễm của *P. aeruginosa* là 1,3% (65/4853), với đường hô hấp là nguồn phân lập thường xuyên nhất. Vi khuẩn có tỷ lệ nhạy cảm cao nhất với kháng sinh piperacillin-tazobactam (78,5%). 17 (26,2%) chủng *P. aeruginosa* đa kháng đã được xác định và tất cả chúng đều giảm nhạy cảm với các kháng sinh ceftazidime, cefepime, ciprofloxacin, levofloxacin và imipenem. **Kết luận:** Nghiên cứu đã nhấn mạnh sự xuất hiện phổ biến, tỷ lệ giảm nhạy cảm cao với các kháng sinh thông thường của *Pseudomonas aeruginosa* và tầm quan trọng của việc kiểm soát