

bệnh nhân hemophilia A cao hơn hemophilia B.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế** (2024), "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, chăm sóc, theo dõi và quản lý người bệnh hemophilia", Quyết định số 472/QĐ-BYT ngày 29 tháng 02 năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế, pp. (Bộ Y tế, Hà Nội, 2024).
- Ngô Thị Hường** (2012), "Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học lâm sàng bệnh Hemophilia và hiệu quả sử dụng Hemofil M trong điều trị hemophili A", Luận án tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Nguyễn Thị Mai** (2018), "Nghiên cứu phát hiện bệnh nhân và người mang gen bệnh hemophili a dựa trên phân tích phả hệ", Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Trần Bằng Lăng** (2020), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân Hemophilia tại bệnh viện Huyết học-Truyền máu Cần Thơ 2019-2020", Luận văn Chuyên khoa cấp II., Trường đại học Y -Dược Cần Thơ.
- Vũ Thị Minh Châu** (2001), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của bệnh hemophilia A tại Viện Huyết học - Truyền máu", Trường Đại học Y Hà Nội. Luận văn chuyên khoa cấp II.
- Amy L. Dunn, et al.** (2016), "Target Joint Bleeding in Pediatric Patients with Hemophilia A Receiving Twice Weekly Prophylaxis with a Pegylated Full-Length Recombinant Factor VIII with Extended Half-Life". Disorders of Coagulation or Fibrinolysis: Poster III.
- Mai, Nguyen Thi, et al.** (2022), Study on demographic, clinical and therapeutic characteristics of hemophilia patients at national institute of hematology and blood transfusion 2019-2020, wiley 111 river st, hoboken 07030-5774, nj usa, pp. 36-36.
- Marilyn Manco-Johnson, et al.** (2023), "Risk Factors for Joint Bleeding in Severe Hemophilia a and B: Analysis of the Community Counts Longitudinal Surveillance Cohort", Disorders of Coagulation or Fibrinolysis: Clinical and Epidemiological| November 2, 2023.
- Singh, A., et al.** (2023), "Clinicopathological Parameters of Haemophilia Patients at a Tertiary Care Centre in Northern India", Cureus. 15(7), p. e41670.
- Chiari, John B, et al.** (2024), "Joint bleeds in mild hemophilia: Prevalence and clinical characteristics", Haemophilia. 30(2), pp. 331-335.

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XÉT NGHIỆM VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH TĂNG SINH TỬY ÁC TÍNH THỂ BCR-ABL ÂM TÍNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Bá Thái¹, Phan Thị Lam¹,
Cù Nam Thắng¹, Trần Văn Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bước đầu và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị bệnh tăng tiểu cầu tiên phát (ET), đa hồng cầu nguyên phát (PV), xơ tuỷ nguyên phát (PMF). **Đối tượng và phương pháp:** Can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 49 bệnh nhân lần đầu được chẩn đoán ET, PV, PMF trong thời gian 01/2023 đến 06/2024 tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. Các bệnh nhân thỏa mãn nghiên cứu được tiến hành chẩn đoán theo hướng dẫn chẩn đoán Bộ Y tế, tiêu chuẩn chẩn đoán WHO 2008. 49 bệnh nhân được điều trị theo phác đồ "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý Huyết học" - năm 2022. Nhóm nghiên cứu sẽ đánh giá hiệu quả điều trị khi ra viện và sau 03 tháng điều trị. **Kết quả:** Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 65,51±12,7; Tỷ lệ Nam/Nữ =1,3/1. PMF có độ tuổi trung bình 75,67±12,78 cao hơn nhóm ET, PV. Triệu chứng rối loạn vi tuần hoàn gặp nhiều ở nhóm PV, ET

lần lượt 84%, 38,9%. Tình trạng tắc mạch chủ yếu gặp tắc động mạch (nhồi máu não, nhồi máu cơ tim) gặp ở nhóm ET, PV chiếm 33,3%, 24%. Lách to gặp ở cả 3 nhóm bệnh, nhóm PMF chủ yếu lách to độ III, IV. Tỷ lệ đột biến JAK2V617F ở 3 nhóm PMF, PV, ET lần lượt là 100%; 92%; 83,3%. ET, PV 100% có đáp ứng điều trị tấn công. Sau 03 tháng có giá trị trung bình PLT 499 G/l ở nhóm bệnh ET. PV sau 03 tháng điều trị có Hgb trung bình 149g/l. **Kết luận:** Điều trị PV, ET đều có đáp ứng điều trị về mặt huyết học ngay khi điều trị tấn công và dần dần ổn định sau 03 tháng. Nhóm PMF hiện nay hiệu quả điều trị còn chưa cao khi 100% phụ thuộc truyền máu.

Từ khóa: Đa hồng cầu nguyên phát, Tăng tiểu cầu tiên phát, Xơ tuỷ nguyên phát, JAK2V617F

SUMMARY

EVALUATION OF CLINICAL FEATURES, LABORATORY FINDINGS, AND TREATMENT OF SOME BCR-ABL-NEGATIVE MYELOPROLIFERATIVE NEOPLASMS AT NGHỆ AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the initial treatment outcomes and some factors related to the treatment outcomes of essential thrombocythemia (ET), polycythemia vera (PV), and primary myelofibrosis

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Thái
Email: drbathaina@gmail.com
Ngày nhận bài: 18.9.2024
Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024
Ngày duyệt bài: 6.12.2024

(PMF). **Subjects and Methods:** A non-controlled clinical intervention was conducted on 49 patients who were newly diagnosed with ET, PV, or PMF between January 2023 and June 2024 at Nghe An Friendship General Hospital. The patients who met the research criteria were diagnosed according to the Ministry of Health's diagnostic guidelines and the 2008 WHO diagnostic criteria. All 49 patients were treated based on the 2022 "Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Some Hematologic Diseases". The research team assessed treatment effectiveness upon hospital discharge and after three months of treatment. **Results:** The average age of the study group was 65.51 ± 12.7 years; the male-to-female ratio was 1.3/1. PMF patients had a higher average age (75.67 ± 12.78 years) compared to those with ET and PV. Microcirculatory disorder symptoms were more common in the PV and ET groups, at 84% and 38.9%, respectively. Arterial thrombosis (such as cerebral infarction and myocardial infarction) was primarily found in the ET and PV groups, accounting for 33.3% and 24%, respectively. Splenomegaly was present in all three disease groups, with PMF patients predominantly having grade III and IV splenomegaly. The JAK2V617F mutation rate in the PMF, PV, and ET groups was 100%, 92%, and 83.3%, respectively. Both ET and PV groups had 100% response to induction therapy. After three months, the average platelet count (PLT) in the ET group was 499 G/l, while the PV group had an average hemoglobin (Hgb) level of 149 g/l after three months of treatment. **Conclusion:** Treatment for PV and ET showed hematological response during induction therapy, with gradual stabilization after three months. In contrast, the treatment effectiveness for the PMF group remains low, with 100% of patients still dependent on blood transfusions. **Keywords:** Polycythemia vera, Essential thrombocythemia, Primary myelofibrosis, JAK2V617F.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khái niệm các bệnh tăng sinh tủy ác tính kinh điển không có tổ hợp gen BCR/ABL là một nhóm tổn thương ác tính về huyết học không đồng nhất bao gồm: đa hồng cầu nguyên phát (polycythemia vera – PV), tăng tiểu cầu tiên phát (essential thrombocythemia – ET) và xơ tủy nguyên phát (primary myelofibrosis – PMF)¹. Nhóm bệnh này có đặc điểm là không xuất hiện đột biến tổ hợp gene BCR/ABL trong khi đó lại xuất hiện tỷ lệ cao đột biến gen JAK2 V617F với diễn biến có thể tăng sinh một hoặc nhiều dòng tế bào máu, kèm theo lách to. Tiến triển của nhóm bệnh tăng sinh tủy ác tính mang tính chất mạn tính nhiều năm, có thể tiến tới chuyển thành bệnh lý ác tính cấp tính. Đối với bệnh tăng tiểu cầu và đa hồng cầu nguyên phát đặc trưng bởi tăng sinh mạnh dòng tiểu cầu hoặc hồng cầu, người bệnh có nguy cơ cao biến chứng huyết khối, có thể dẫn tới giảm thời gian cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Trong

khi đó, bệnh xơ tủy lại biểu hiện lâm sàng đa dạng và nặng nề hơn: triệu chứng toàn thân, lách to, giảm các dòng tế bào máu, sinh máu ngoài tủy và nguy cơ tiến triển thành lơ xê mi cấp trong vòng một đến vài năm. Người ta đã tìm ra rằng trong các bệnh tăng sinh tủy ác tính (Myeloproliferative neoplasms – MPN) cổ điển thì đột biến JAK2 V617F là biến cố phân tử phổ biến nhất xuất hiện ở hơn 95% bệnh nhân mắc bệnh PV và 50–60% bệnh nhân với ET hoặc PMF². Ngày nay cùng với sự tiến bộ không ngừng của lĩnh vực di truyền - sinh học phân tử, các đột biến mới của các gen gây bệnh MPN tiếp tục được tìm ra và phát huy vai trò quan trọng trong chẩn đoán, tiên lượng và điều trị: JAK2 exon 12, CALR, MPL và một số gen khác.

Với mong muốn đưa ra được góc nhìn đầy đủ nhất có thể về đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, thực tiễn điều trị các bệnh tăng sinh tủy ác tính, trên cơ sở đó góp phần nâng cao năng lực chẩn đoán, cải thiện chất lượng điều trị bệnh nhân, chúng tôi thực hiện đề tài này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 49 bệnh nhân vào điều trị lần đầu tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 07/2020 đến tháng 07/2024

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trên 16 tuổi;

Chẩn đoán lần đầu, chưa được điều trị trước khi tham gia nghiên cứu;

Được chẩn đoán một trong ba bệnh: tăng tiểu cầu tiên phát, đa hồng cầu nguyên phát, xơ tủy nguyên phát theo tài liệu "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học" và Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2008.

Điều trị theo phác đồ đã được Bộ Y tế ban hành trong tài liệu "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý Huyết học" - năm 2022;

Xét nghiệm đột biến gene BCR/ABL âm tính

Tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Dị ứng với thành phần thuốc điều trị.

- Không tuân thủ phác đồ điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Can thiệp lâm sàng không đối chứng.

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

+ Thời gian: từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2024

+ Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

- **Cỡ mẫu:** cỡ mẫu thuận tiện,

Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chẩn đoán PV, ET, PMF theo

WHO 2008:

- Phân nhóm nguy cơ ET theo điểm IPSET – thrombosis sửa đổi
- Phân nhóm nguy cơ PMF theo điểm DIPSS
- Tiêu chuẩn đáp ứng điều trị PV theo ELN 2011
- Tiêu chuẩn đáp ứng điều trị ET theo ELN 2011

2.3. Xử lý và phân tích số liệu: Các dữ liệu được thu thập và mã hóa bằng phần mềm Excel, xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.0. Các thuật toán thống kê được sử dụng: tính tỷ lệ, trung bình, trung vị, min, max, so sánh tỷ lệ, tính phương sai, kiểm định phi tham số... để mô tả các đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, đột biến gen, đáp ứng với điều trị và liên quan với một số đặc điểm sinh học của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Chung	
	n	%	n	%	n	%
< 40	1	3,8	1	4,3	2	4,1
40 - 49	1	3,8	2	8,7	3	6,1
50 - 59	5	19,2	2	8,7	7	14,3
60 - 69	8	30,7	12	52,1	20	40,8
> 70	11	42,5	6	26,2	17	34,7
Tổng	26	100	23	100	49	100
Tuổi trung bình	66,31 ±11,93		64,61 ±13,72		65,51 ±12,7	
P tuổi trung bình nam và nữ	0,895					

Nhận xét: Nam giới tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi 60-69 (30,7%) và >70 tuổi (42,5%). Nữ phần lớn thuộc nhóm 60-69 tuổi (52,1%), tiếp theo là nhóm >70 tuổi (26,2%). Tuổi trung bình của nam (66,31 ± 11,93) và nữ (64,61 ± 13,72) khá tương đồng, với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (P = 0,895 > 0,05).

Bảng 2. Một số triệu chứng lâm sàng ở các thể bệnh

Triệu chứng	ET (n=18)		PV (n=25)		PMF (n=6)	
	n	%	n	%	n	%
Rối loạn vi tuần hoàn (tê tay chân, đỏ và đau đầu chi...)	7	38,9	21	84	0	0
Ngứa	0	0	4	16	0	0
Đau xương	0	0	0	0	4	66,6
Nhiễm trùng	0	0	0	0	4	66,6
Thiếu máu	Nam	0	0	0	2	33,3
	Nữ	5	27,8	0	0	4
Xuất huyết	2	11,1	0	0	5	83,3
Lách to	4	22,2	1	4	6	100
Tiền sử huyết khối (nhồi máu não, nhồi máu cơ)	6	33,3	6	24	0	0

tim, huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới...)					
--	--	--	--	--	--

Nhận xét: -Triệu chứng rối loạn vi tuần hoàn gặp chủ yếu ở nhóm bệnh PV 84%.

- Triệu chứng ngứa sau tắm nước ấm chỉ gặp ở 4/25 nhóm bệnh PV.

- Triệu chứng đau xương chỉ gặp ở 4/6 bệnh nhân nhóm PMF.

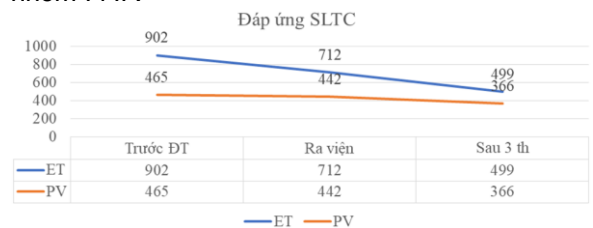
- Tại thời điểm chẩn đoán bệnh tình trạng nhiễm trùng gặp ở nhóm bệnh PMF 4/6 bệnh nhân.

- Tình trạng thiếu máu gặp 100% ở nhóm bệnh PMF. Không gặp bệnh nhân thiếu máu ở nhóm bệnh PV.

- 2/18 trường hợp có xuất huyết ở nhóm ET. Bên cạnh đó nhóm PMF là 5/6.

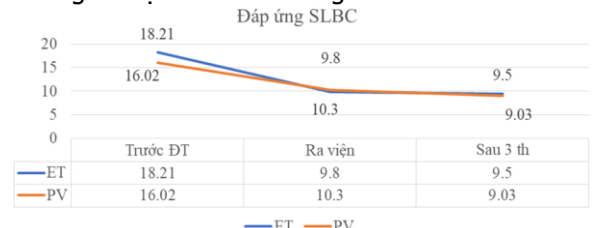
- Biểu hiện lách to gặp ở tất cả bệnh nhân PMF 6/6 trong khi ở nhóm PV chỉ gặp 1/25 trường hợp.

- Tình trạng huyết khối gặp ở 2 nhóm bệnh PV, ET lần lượt (24%; 33,3%). Không bắt gặp ở nhóm PMF.



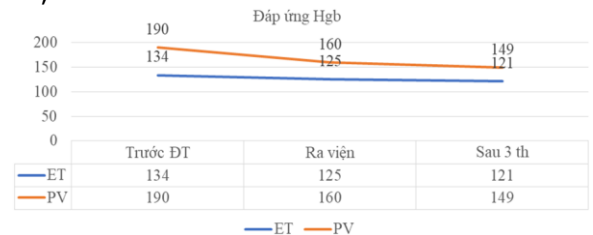
Biểu đồ 1: Đáp ứng điều trị về số trung bình lượng tiểu cầu PV, ET

Nhận xét: Số lượng tiểu cầu ở nhóm ET, PV có đáp ứng với điều trị tấn công đầu tiên, có xu hướng ổn định sau 03 tháng.



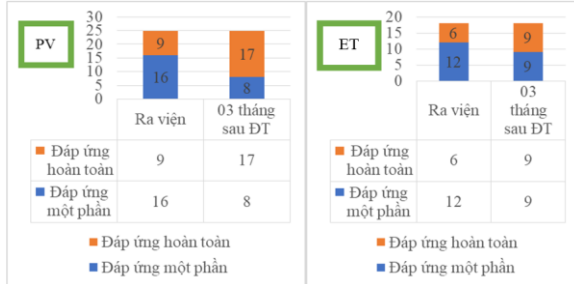
Biểu đồ 2: Số lượng bạch cầu trung bình lúc ở nhóm bệnh ET, PV

Nhận xét: Số lượng trung bình bạch cầu giảm về bình thường 03 tháng điều trị ở nhóm ET, PV



Biểu đồ 3: Nồng độ trung bình Hgb ở nhóm bệnh ET, PV

Nhận xét: Nồng độ trung bình Hgb giảm dần và về mức bình thường sau 03 tháng điều trị.



Biểu đồ 4: Đáp ứng điều trị nhóm ET, PV

Nhận xét: 100% bệnh nhân ET, PV đều có đáp ứng với điều trị (đáp ứng một phần + đáp ứng hoàn toàn) về mặt huyết học. ĐÚHT nhóm ET,PV sau 03 tháng lần lượt là 50%, 68%.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình chung là 65,51 tuổi, theo từng nhóm bệnh ET,PV,PMF là 60,17 tuổi, 66,92 tuổi, 75,67 tuổi. Có thể nhận thấy dù kết quả của nhóm nghiên cứu chúng tôi có độ tuổi trung bình cao hơn so với các nghiên cứu của Mỹ nhưng lại khá tương đồng với các nghiên cứu trên bệnh nhân châu Á. Tác giả Yudi Zhang và các cộng sự vào năm 2022 trên hơn 850 bệnh nhân đã chỉ ra rằng trung vị tuổi của hơn 850 bệnh nhân mắc rối loạn/tăng sinh tủy ác tính là 56 tuổi [24]. Dữ liệu của chương trình Giám sát, Dịch tễ học và Kết quả cuối cùng (SEER- Surveillance, Epidemiology and End Results) của Viện Ung thư Quốc gia, ước tính phạm vi cao là khoảng 20.000 người mắc MPN mỗi năm và có khoảng 295.000 người sống chung với MPN tại Hoa Kỳ MPN thường được chẩn đoán sau 50 tuổi, hầu hết bệnh nhân ở độ tuổi 60 và 70. Tuy nhiên, có những trường hợp MPN hiếm gặp ở những bệnh nhân trẻ tuổi³.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Rối loạn vi tuần hoàn là biểu hiện khá thường gặp khi thăm khám ở nhóm bệnh tăng sinh tủy, biểu hiện của bệnh có nhiều cơ chế xảy ra xung quanh nhưng nổi trội bởi tình trạng tăng độ quánh của máu dẫn đến các tình trạng giảm tưới máu tổ chức vi tuần hoàn, tắc mạch, tăng tiết histamin.. Dựa theo kết quả bảng 3.5 cho thấy biểu hiện này thường gặp ở nhóm bệnh nhân PV, ET (84%; 38,9%). Theo nghiên cứu của tác giả Van Genderen và cộng sự năm 1999 cho kết quả biểu hiện rối loạn vi tuần hoàn ở 15/175 bệnh nhân ET⁴.

Theo kết quả nghiên cứu bảng 3.5 và 3.6 nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tình trạng huyết khối xảy ra ở nhóm bệnh nhân ET,PV (33%; 24,6%) không ghi nhận trường hợp nào trong nhóm PMF xảy ra tình trạng huyết khối. Tình trạng huyết khối gặp chủ yếu ở động mạch (nhồi máu não 32,7%, nhồi máu cơ tim 19,1%, nhồi máu lách 5,5%). Kết quả nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân tăng sinh tủy ác tính của tác giả E Hachulla cho thấy tình trạng huyết khối xảy ra ở nhóm bệnh nhân ET,PV lần lượt 43% và 24% gặp chủ yếu tình trạng huyết khối động mạch máu lớn và vừa, đặc biệt là động mạch não, động mạch chi, động mạch vành và động mạch tiêu hóa⁵.

Tế bào máu ngoại vi Hgb của của các nhóm bệnh ET, PV, PMF là 134,78; 190,12; 81,83 so sánh với các tác giả khác như Yap⁶ trung vị Hgb ở ET, PV, PMF là 130,8; 178,6; 98,6. Tác giả Szuber⁷ trung vị Hgb ET,PV, PMF lần lượt 136; 179; 102. Trung vị số lượng Bạch cầu trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt ở ba thể bệnh ET, PV, PMF là 18,21; 16,02; 26,89. So sánh với nghiên cứu của Yap [22] ở ET,PV, PMF 13,36 G/L; 16,61 G/L; 22,37 G/L. Trung vị số lượng Tiểu cầu theo bảng 3.9 trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm bệnh ET, PV, PMF có giá trị lần lượt 902; 465; 311. So sánh với các kết quả nghiên cứu của Yap giá trị trung vị số lượng tiểu cầu ET,PV, PMF 1032G/L; 539G/L; 350G/L. Tác giả Szuber⁷ có kết quả trung vị tiểu cầu ở nhóm ET,PV,PMF lần lượt là 876G/L; 467G/L; 229G/L.

Đột biến gene JAK2V617 trong là một tiêu chuẩn chính trong chẩn đoán nhóm bệnh tăng sinh tủy ác tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.14 cho kết quả ghi nhận đột biến gene JAK2V617 ở 100% bệnh nhân PMF, 92% ở nhóm PV và 83,3% ở nhóm bệnh nhân ET. Các nghiên cứu khác trên thế giới như của tác giả E Joanna Baxter năm 2005 cho kết quả Một đột biến điểm đơn (Val617Phe) đã được xác định trong JAK2 ở 71 (97%) trong số 73 bệnh nhân mắc bệnh đa hồng cầu nguyên phát, 29 (57%) trong số 51 bệnh nhân mắc bệnh tiểu cầu nguyên phát và tám (50%) trong số 16 bệnh nhân mắc bệnh xơ tủy vô căn⁸.

Hiệu quả điều trị. Trong kết quả nghiên cứu tỉ lệ bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn sau điều trị tấn công đạt 33,3% và sau 03 tháng điều trị đạt 50%. Cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Vũ Bảo Anh khi tỷ lệ đáp ứng điều trị sau 03 tháng ở nhóm bệnh nhân ET đạt 35,2%. Nghiên cứu của Carobbio có kết quả đạt đáp ứng một phần 58%, 17% bệnh nhân không

đạt đáp ứng một phần trở lên, gợi ý tình trạng kháng với Hydroxyurea.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân có đáp ứng về mặt huyết học, sau 03 tháng điều trị tỷ lệ đạt đáp ứng hoàn toàn huyết học là 68%. Một báo cáo điều trị PV tại Đức do tác giả Crodell thực hiện (2021) cho thấy: trên tổng số 1440 bệnh nhân PV, có 60,7% bệnh nhân cần điều trị thuốc giảm tế bào, thuốc được sử dụng phổ biến nhất là Hydroxyurea (72,3%). Đáp ứng điều trị của bệnh nhân PV tại Đức cho thấy 71,3% bệnh nhân duy trì được Hct < 0,45 l/l, trong khi 20,3% bệnh nhân có Hct từ 0,45 – 0,48 l/l và 7,8% bệnh nhân có Hct > 0,49 l/l.

V. KẾT LUẬN

Điều trị PV,ET đều có đáp ứng điều trị về mặt huyết học ngay khi điều trị tấn công và dần dần ổn định sau 03 tháng. Nhóm PMF hiện nay hiệu quả điều trị còn chưa cao khi 100% phụ thuộc truyền máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baumeister J., Chatain N., Sofias A.M. và cộng sự. (2021). Progression of Myeloproliferative Neoplasms (MPN): Diagnostic and Therapeutic Perspectives. *Cells*, 10(12), 3551.
2. Chen M., Zhang C., Hu Z. và cộng sự. (2021). CRISPR/Cas12a-Based Ultrasensitive and Rapid Detection of JAK2 V617F Somatic Mutation in

- Myeloproliferative Neoplasms. *Biosensors* (Basel), 11(8), 247.
3. Khoury JD, Solary E, Abla O, et al. The 5th edition of the World Health Organization Classification of Haematolymphoid Tumours: Myeloid and Histiocytic/Dendritic Neoplasms. *Leukemia*. 2022;36(7): 1703-1719. doi:10.1038/s41375-022-01613-1
4. van Genderen PJ, Prins FJ, Michiels JJ, Schrör K. Thromboxane-dependent platelet activation in vivo precedes arterial thrombosis in thrombocythaemia: a rationale for the use of low-dose aspirin as an antithrombotic agent. *Br J Haematol*. 1999;104(3): 438-441. doi:10.1046/j.1365-2141.1999.01224.x
5. Barbui T, Carobbio A, Rumi E, et al. In contemporary patients with polycythemia vera, rates of thrombosis and risk factors delineate a new clinical epidemiology. *Blood*. 2014; 124(19): 3021-3023. doi:10.1182/blood-2014-07-591610
6. Yap YY, Law KB, Sathar J, et al. The epidemiology and clinical characteristics of myeloproliferative neoplasms in Malaysia. *Exp Hematol Oncol*. 2018;7:31.
7. Szuber N, Mudireddy M, Nicolosi M, et al. 3023 Mayo Clinic Patients With Myeloproliferative Neoplasms: Risk-Stratified Comparison of Survival and Outcomes Data Among Disease Subgroups. *Mayo Clin Proc*. 2019;94(4):599-610.
8. Baxter EJ, Scott LM, Campbell PJ, et al. Acquired mutation of the tyrosine kinase JAK2 in human myeloproliferative disorders. *Lancet Lond Engl*. 2005;365(9464): 1054-1061. doi:10.1016/S0140-6736(05)71142-9

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ DỰ PHÒNG LOÉT TỖ ĐÈ CỦA ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC TIMES CITY NĂM 2024

Đặng Minh Quyết¹, Trần Quang Huy², Lê Văn Cơ¹,
Lê Thị Lâm¹, Nguyễn Thị Ly², Nguyễn Tiến Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: “Mô tả thực trạng kiến thức, thái độ về dự phòng loét tỳ đè (LTD) của điều dưỡng (ĐD) Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City (BVĐKQT VTC) năm 2024” và “Mô tả một số yếu tố liên quan đến kiến thức và thái độ về dự phòng LTD của ĐD BVĐKQT VTC”. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 149 ĐD làm việc tại các khoa: Hồi sức tích cực, Tim mạch, Nội, Ung bướu, Ngoại khoa của BVĐKQT VTC từ tháng 01/2024 đến tháng 6/2024. **Kết quả:** ĐD có kiến thức về dự phòng LTD ở mức

đạt chiếm tỷ lệ 77,85%. 80,54% ĐD có thái độ tích cực trong việc dự phòng LTD. Các yếu tố liên quan đến kiến thức của ĐD là đào tạo dự phòng LTD và khối lượng công việc liên quan đến LTD. Yếu tố liên quan đến thái độ của ĐD là khối lượng công việc liên quan đến LTD. Hiện chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đạt phần kiến thức và thái độ tích cực giữa các nhóm khác nhau về tuổi, giới, thâm niên công tác, khoa công tác, trình độ học vấn và vị trí làm việc (p>0,05). **Kết luận:** ĐD BVĐKQT VTC có tỷ lệ kiến thức đạt và thái độ tích cực trong vấn đề phòng ngừa LTD khá cao. Đào tạo về dự phòng LTD có liên quan đến kiến thức đạt của ĐD trong dự phòng LTD. Khối lượng công việc liên quan đến chăm sóc LTD có liên quan đến cả kiến thức đạt và thái độ tích cực của ĐD. Cần tổ chức thường xuyên và liên tục các chương trình tập huấn về dự phòng LTD, đồng thời khuyến khích ĐD trao đổi, chia sẻ các kinh nghiệm trong công việc chăm sóc người bệnh có nguy cơ hoặc có LTD.

Từ khóa: kiến thức, thái độ, LTD

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

²Trường Đại học Đại Nam

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Minh Quyết

Email: minhquyet1291@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 9.12.2024