

- changes in the effect of rapid maxillary expansion on the position of labially impacted maxillary canines: case-control study. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 2021. 159(3): p. 305-311.
5. **Hadler-Olsen, S., et al.,** Double vs single primary tooth extraction in interceptive treatment of palatally displaced canines: A randomized controlled trial. The Angle Orthodontist, 2020. 90(6): p. 751-757.
 6. **Bishara, S.E. and D. Ortho,** Impacted maxillary canines: A review. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 1992. 101(2): p. 159-171.
 7. **Chausu, S., et al.,** The labiopalatal impacted canine: Accurate diagnosis based on the position and size of adjacent teeth: A cone-beam computed tomography study. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 2023. 163(5): p. 690-699.
 8. **Becker, A. and S. Chausu,** Etiology of maxillary canine impaction: A review. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 2015. 148(4): p. 557-567.
 9. **Guarnieri, R., et al.,** Local factors relating to mandibular canine impaction: A retrospective study. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 2024. 165(5): p. 556-564.

ĐẶC ĐIỂM BƯỚU THẬN TRONG PHẪU THUẬT ROBOT CẮT THẬN TẬN GỐC ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO THẬN

Nguyễn Hoàng Luông¹, Trần Vĩnh Hưng¹

CHARACTERISTICS OF KIDNEY TUMORS IN ROBOT - ASSISTED RADICAL NEPHRECTOMY FOR TREATMENT OF RENAL CELL CARCINOMA

Introduction: To survey on characteristics of kidney tumors in robot - assisted radical nephrectomy in the treatment of renal cell carcinoma at Binh Dan Hospital. **Patients and methods:** We analyzed data from 25 patients with a diagnosis of kidney tumor who underwent robot-assisted radical nephrectomy at Binh Dan Hospital from December 2023 to October 2024. Characteristics of kidney tumors through imaging, surgical procedures as well as related variables were recorded and analyzed. **Results:** Recorded 25 patients (14 men, 11 women, male/female ratio: 1.3/1, average age 59.5 years; range from 35 to 70) treated with radical nephrectomy using robotic surgery. Kidney tumors were located on the left side in 13 cases (52%), on the right side in 12 cases (48%). Tumors were located in the upper pole in 6 cases (24%), in the lower pole in 10 cases (40%), and in the middle of the kidney in 9 cases (36%). Kidney tumor size is 74 ± 39 mm, including 5 cases of stage I (pT₁, 20%), 12 cases of stage II (pT₂, 48%), 8 cases of stage III (pT_{2b}N₁ and pT₃, 32%). Pathological results recorded 25 cases of renal cell carcinoma, including: 18 patients with clear cell type (72%), 5 are papillary type (20%) and 2 chromophobe cells (4%). **Conclusion:** Renal cell carcinoma in robot - assisted radical nephrectomy is mainly stage II (48%) and stage III (32%) with an average tumor size of 74mm. Postoperative pathology results were mainly clear cell carcinoma (72%) and papillary type (20%).

Keywords: Renal cell carcinoma, tumor kidney, robot - assisted radical nephrectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào thận (UTBMTBT – Renal cell carcinoma: RCC) chiếm khoảng 3% trong số tất cả các bệnh ung thư, với tỷ lệ mắc cao nhất xảy ra ở các nước phương Tây. Vào

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khảo sát đặc điểm bướu thận trong phẫu thuật robot cắt thận tận gốc trong điều trị ung thư biểu mô tế bào thận tại Bệnh viện Bình Dân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi phân tích dữ liệu từ 25 bệnh nhân với chẩn đoán bướu thận được thực hiện phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot cắt thận tận gốc tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 12/2023 đến tháng 10/2024. Các đặc điểm của bướu thận qua hình ảnh học, quá trình phẫu thuật cũng như các biến số liên quan được ghi nhận và phân tích. **Kết quả:** Ghi nhận 25 bệnh nhân (14 nam, 11 nữ, tỷ lệ nam/nữ: 1,3/1, trung bình 59,5 tuổi; từ 35 đến 70) được điều trị cắt thận tận gốc bằng phẫu thuật robot. Bướu thận vị trí bên trái là 13 trường hợp (52%), bên phải là 12 (48%). Bướu vị trí cực trên là 6 trường hợp (24%), cực dưới 10 trường hợp (40%) và giữa thận là 9 trường hợp (36%). Kích thước bướu thận là 74 ± 39 mm, trong đó có 5 trường hợp giai đoạn I (pT₁, 20%), 12 trường hợp giai đoạn II (pT₂, 48%), 8 trường hợp giai đoạn III (pT_{2b}N₁ và pT₃, 32%). Kết quả giải phẫu bệnh ghi nhận 25 trường hợp ung thư biểu mô tế bào thận gồm: 18 bệnh nhân là loại tế bào sáng (72%); 5 là dạng nhú (20%); 2 tế bào kỵ màu (chromophobe, chiếm 4%). **Kết luận:** Ung thư biểu mô tế bào thận trong phẫu thuật robot trong cắt thận tận gốc chủ yếu là giai đoạn II (48%) và giai đoạn III (32%) với kích thước bướu trung bình 74mm. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ chủ yếu là loại ung thư biểu mô tế bào sáng (72%) và dạng nhú (20%).

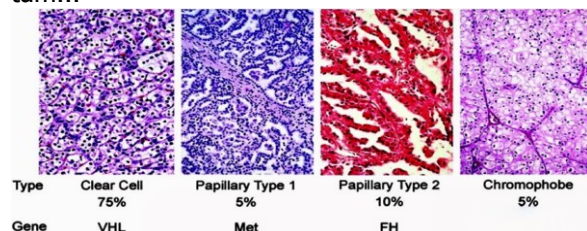
Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào thận, bướu thận, phẫu thuật robot cắt thận tận gốc.

SUMMARY

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Luông
Email: 22.05.104.02@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 20.12.2024
Ngày phản biện khoa học: 23.01.2025
Ngày duyệt bài: 24.2.2025

năm 2020, ước tính có khoảng hơn 431.000 trường hợp mắc UTBMTBT mới trên toàn cầu, trong đó có hơn 138.000 trường hợp ở Châu Âu. Tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở châu Âu và Bắc Mỹ được đưa ra giả thuyết là do tỷ lệ khối bướu thận nhỏ (SRM - Small Renal Mass) cao hơn ở những khác. Cũng năm 2020, ở Lithuania báo cáo tỷ lệ mắc UTBMTBT chung cao nhất, tiếp theo là ở Cộng hoà Czech với tỷ lệ chuẩn hóa theo độ tuổi ước tính lần lượt là 14,5/100.000 và 14,4/100.000. Một người sống ở Czech có 2,83% nguy cơ mắc UTBMTBT. Nói chung, trong suốt hai thập kỷ qua cho đến gần đây, tỷ lệ mắc bệnh tăng hàng năm khoảng 2% trên toàn thế giới và ở châu Âu. Vào năm 2022, tỷ lệ tử vong trên toàn thế giới do UTBMTBT là 179.368 ca tử vong (115.600 nam và 63.768 nữ) ¹. Ở đường tiết niệu, UTBMTBT là loại ung thư phổ biến nhất của thận với tỉ lệ trên 90%. Nguyên nhân đến nay vẫn chưa biết được chính xác, tuy nhiên nhiều yếu tố nguy cơ có thể là thuốc lá, ngoài ra còn có yếu tố như lớn tuổi, béo phì, tăng huyết áp, suy thận... Bệnh thường phổ biến ở nam giới, trong độ tuổi từ 50 đến 70. ²

UTBMTBT là một phổ rộng các thực thể mô bệnh học được mô tả trong Phân loại của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 2016 ¹. Có ba loại chính bao gồm như: Tế bào sáng (ccRCC); Tế bào nhú (pRCC loại I và II); Tế bào biểu mô thận kỵ màu (chRCC). Chẩn đoán mô học UTBMTBT hiện nay sử dụng hệ thống chấm điểm WHO/ISUP (Hiệp hội Bệnh lý Tiết niệu Quốc tế) để thay thế hệ thống chấm điểm Fuhrman. Có nhiều cách phân chia giai đoạn phát triển của bệnh bướu UTBMTBT: Phân loại theo Robson (đơn giản, dễ sử dụng nhưng không có nhiều sự liên hệ giữa giai đoạn và tiên lượng bệnh nên dần bị thay thế bởi hệ thống phân loại TNM); Phân loại theo TNM; Phân loại giải phẫu bướu: Hệ thống đánh giá kích thước bướu, vị trí bướu trước và trong khi phẫu thuật nhằm chuẩn hóa mô tả bướu. Các hệ thống phân loại thường dùng là thang điểm R.E.N.A.L, ghi nhận đường kính lớn nhất của bướu, vị trí ngoại vi hay trung tâm... ^{1,2}



Hình 1. Phân loại các dạng tế bào mô học trong ung thư biểu mô tế bào thận¹

Trong những năm gần đây với những tiến bộ của khoa học kỹ thuật, phẫu thuật bằng robot đã phát triển nhanh chóng được chấp nhận cho một loạt các phẫu thuật do lợi ích nhất định của nó, bao gồm cung cấp tầm nhìn ba chiều (3D) rõ ràng, sắc nét, cho phép thực hiện các động tác tinh tế và chính xác, giảm thiểu rung động tự nhiên của cơ thể do phẫu thuật viên gây ra và giúp các thao tác kẹp, nắm dễ dàng với phạm vi chuyển động rộng. Trong lĩnh vực phẫu thuật thận, cắt một phần thận và cắt thận tận gốc với sự hỗ trợ của robot đã tăng đáng kể và được xem là tiêu chuẩn điều trị cho những bướu tại chỗ giai đoạn cT₁₋₃ ^{3,4,5}. Hơn nữa, kể từ báo cáo ban đầu của Klinger và đồng nghiệp⁶, phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ thận có hỗ trợ robot được xem là phương pháp điều trị thay thế đầy hứa hẹn cho phẫu thuật mở hoặc nội soi, và tỉ lệ bệnh nhân mắc bướu tế bào thận được thực hiện phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc đã tăng đáng kể trong thập kỷ qua. Ở Việt Nam, cũng đã bắt đầu áp dụng kỹ thuật mổ robot cắt thận tận gốc điều trị cho ung thư biểu mô tế bào thận ở các trung tâm Niệu khoa lớn như Bệnh viện Bình Dân, bệnh viện Chợ Rẫy. Vậy thì đặc điểm bướu thận trong chỉ định phẫu thuật robot cắt thận tận gốc có đặc điểm gì khác biệt so với mổ mở hay phẫu thuật nội soi cổ điển?

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

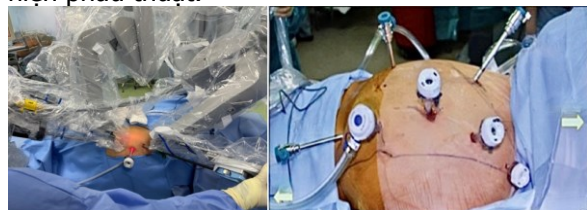
Đối tượng nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp, chúng tôi chọn tất cả các bệnh nhân bị bướu thận khám tại Bệnh viện Bình Dân được thực hiện phẫu thuật nội có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc từ 12/2023 đến 10/2024.

Phẫu thuật: Biến số chúng tôi đánh giá trước phẫu thuật bao gồm đánh giá lâm sàng, các xét nghiệm bao gồm công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, xét nghiệm chức năng gan, thận và chức năng đông máu, hình ảnh học như X quang ngực thẳng, siêu âm nhằm đánh giá sơ bộ bản chất, kích thước, vị trí, giai đoạn của bướu. CT scan có cản quang hoặc MRI niệu có cản từ: đánh giá giai đoạn và di căn hạch, đánh giá tình trạng mạch máu (theo phân độ TNM).

Tất cả các phẫu thuật đều được tiến hành dưới gây mê toàn thân. Phẫu thuật thực hiện bằng đường vào qua phúc mạc. Đặt thông mũi dạ dày và thông tiểu. Tư thế bệnh nhân và lắp các vị trí trocar với cánh tay robot (docking). Đặt BN ở tư thế nghiêng về bên đối diện với bên cần phẫu thuật khoảng 60 - 90 độ, hông nằm nghiêng trên bàn, bàn có thể uốn cong khoảng 15 độ tại điểm giữa. Đem cánh tay và các điểm tì đè, cố định vị

trí BN vào bàn; kiểm tra bàn nghiêng để xác nhận BN vẫn ở vị trí an toàn nếu bàn di chuyển trong quá trình lắp các cánh tay robot. ³

Thiết lập các trocar, sau đó gắn các cánh tay thao tác sau cho tối đa hóa khoảng cách giữa tất cả các cánh tay robot (docking). Tiến hành thực hiện phẫu thuật.



Hình 2. Thiết lập các vị trí đặt trocar và docking³

Di động đại tràng về đường giữa: Tiến hành cắt phúc mạc (mạc Told) hạ đại tràng góc gan (bên phải) hoặc đại tràng góc lách (bên trái) về phía đường giữa để bộc lộ vùng cần phẫu thuật và tránh tổn thương đại tràng. Phẫu tích quanh vùng rốn thận: Bóc tách vào rốn thận có thể tìm thấy động mạch thận nhờ vào mạch đập. Hoặc nếu khó, phía bên phải đi theo tĩnh mạch chủ dưới, phía bên trái đi theo tĩnh mạch sinh dục hoặc động mạch chủ lên trên để tìm rốn thận. Hoặc có thể đi dọc theo niệu quản, khi qua hết bể thận là đến vùng rốn thận. Kẹp và cắt động tĩnh mạch thận: Bộc lộ rõ động mạch thận dài khoảng 1cm càng gần gốc càng tốt để tránh nhầm lẫn với nhánh của động mạch thận, kẹp bằng Hem - O - Lok và cắt động mạch. Làm tương tự với tĩnh mạch thận. Phẫu tích giải phóng cực trên, dưới và cắt đoạn niệu quản. Lấy mẫu mô ra khỏi cơ thể người bệnh. ³

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu gồm 25 trường hợp phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot cắt thận tận gốc điều trị ung thư biểu mô tế bào thận thỏa mãn các tiêu chí nghiên cứu.

Đặc điểm trước mổ của bệnh nhân được thể hiện trong bảng 1

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân

Tuổi (năm)	59,5±6,24 (35-70)
Giới tính	
Nam (%)	14 (56%)
Nữ (%)	11 (44%)
Vị trí bướu theo bên cơ thể	
Phải (%)	12 (48%)
Trái (%)	13 (52%)
Vị trí bướu theo trục thận	
Cực trên	6 (24%)
Giữa thận	9 (36%)
Cực dưới	10 (40%)

Kích thước bướu (mm)	74 + 39
Giai đoạn bướu theo hình ảnh học	
cT1a	2 (8%)
cT1b	3 (12%)
cT2a	7 (28%)
cT2b	11 (44%)
cT3a	2 (8%)

Đặc điểm trong mổ của bệnh nhân được thể hiện qua bảng 2

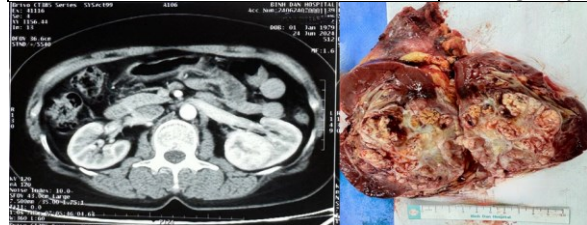
Bảng 2. Phân tích trong mổ:

Thời gian phẫu thuật	132±19,9 phút
Lượng máu mất (ước lượng)	88±28,3 ml
Trường hợp cần truyền máu	0 trường hợp
Biến chứng chính	0 biến chứng

Đặc điểm bướu thận sau khi có kết quả giải phẫu bệnh ghi nhận ở bảng 3

Bảng 3. Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật

Hoại tử, xuất huyết bên trong bướu thận	8 (32%)
Xâm lấn mô quanh thận và mô mỡ xoang thận	5 (20%)
Hạch rốn thận dương tính	1 (4%)
Có chồi bướu trong tĩnh mạch thận	2 (8%)
Phân loại mô học sau mổ	
Ung thư biểu mô loại tế bào sáng	18 (72%) trường hợp
Ung thư biểu mô dạng nhú	5 (20%) trường hợp
Ung thư biểu mô loại tế bào kỵ màu	2 (8%) trường hợp



Hình 3. Bướu thận bên trái và thận kèm mỡ quanh thận trên CT scan và sau phẫu thuật robot được lấy ra từ người bệnh trong mẫu nghiên cứu

Trong tổng số 25 trường hợp thì có 2 trường hợp phát hiện có hạch vùng rốn thận, tuy nhiên khi nạo hạch rốn thận thì kết quả sau mổ cho thấy có 1 trường hợp là hạch viêm, 1 trường hợp hạch dương tính (do ung thư di căn hạch) nên phân loại sau mổ là pT2bN1M0. Ngoài ra, trong mẫu nghiên cứu có 5 trường hợp (1 bướu thận cT2a và 4 bướu thận cT2b) có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là xâm lấn mô quanh thận và mô mỡ xoang thận dẫn đến gia tăng phân độ lên thành pT3a.

Bảng 4. Phân độ giai đoạn bệnh ung thư biểu mô tế bào thận theo giải phẫu bệnh sau mổ:

Giai đoạn I (20%)	pT1aN0M0	2 (8%)
	pT1bN0M0	3 (12%)
Giai đoạn II (48%)	pT2aN0M0	6 (24%)
	pT2bN0M0	6 (24%)
Giai đoạn III (32%)	pT2bN1M0	1 (4%)
	pT3aN0M0	7 (28%)

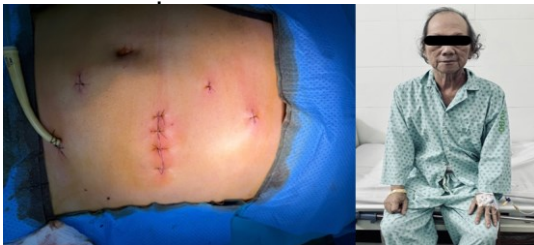
IV. BÀN LUẬN

Kể từ khi Klinger và đồng nghiệp⁶ giới thiệu

Bảng 5. So sánh đặc điểm bướu thận trong nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả:

Biến số	Davila HH (n=15) ⁸	Anele UA (n=404) ⁹	Chúng tôi (n=25)
Vị trí bướu			
Trái	9	-	13
Phải	6	-	12
Kích thước (mm)	58 + 26	81 (70 - 100)	74 + 39
Hoại tử, xuất huyết	-	-	8 (32%)
Xâm lấn mô xung quanh, mỡ xoang thận	-	-	5 (20%)
Hạch rốn thận	-	22 (5,4%)	1 (4%)
Phân loại mô học sau mổ			
Tế bào sáng	13 (86,6%)	300 (74,3)	18 (72%)
Dạng nhú	1 (6,7%)	39 (9,7%)	5 (20%)
Tế bào kỵ màu	1 (6,7%)	34 (8,4%)	2 (8%)
Giai đoạn bệnh			
Giai đoạn I	5 (33,3%)	16 (4%)	5 (20%)
Giai đoạn II	10 (66,7%)	304 (75,2%)	12 (48%)
Giai đoạn III	0	81 (20%)	8 (32%)

Thực tế trong nghiên cứu này đã được thực hiện trong 2 trường hợp với bướu cT1a, các đặc điểm được xem xét một cách cẩn thận để tránh việc lạm dụng cắt thận tận gốc. Cụ thể các bướu cT1a trong nghiên cứu của chúng tôi đều có điểm R.E.N.A.L (Bảng điểm đánh giá độ phức tạp của bướu) > 10 với 1 bướu vị trí trung tâm, gần như toàn bộ chìm hẳn trong nhu mô thận và nằm trọn giữa hai đường phân chia cực, 1 bướu nằm sát rốn thận.

**Hình 4. Vết mổ trên bụng và người bệnh sau phẫu thuật robot cắt thận tận gốc ngày thứ 2**

Các đặc điểm riêng biệt của nền tảng robot có thể hữu ích trong việc thực hiện các phẫu thuật khó, thường được thực hiện bằng phẫu thuật mở, như điều trị các bướu liên quan đến

phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc, tỉ lệ bệnh nhân mắc bướu thận, không phù hợp để cắt một phần thận được thực hiện loại phẫu thuật này được báo cáo tăng lên đáng kể. Ví dụ, Jeong và đồng nghiệp⁷ thực hiện một nghiên cứu dựa trên dân số lớn để xem xét xu hướng sử dụng phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc tại Hoa Kỳ từ năm 2003 - 2015 và cho thấy việc sử dụng phẫu thuật có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc tăng từ 1,5% lên đến 27% đối với người bệnh mô bướu thận trong khoảng thời gian này.

các mạch máu lớn. Trên thực tế, đã có một số báo cáo mô tả những kết quả tích cực về phẫu thuật robot trong cắt thận tận gốc và loại bỏ chồi ở tĩnh mạch chủ dưới¹⁰. Hơn nữa, trong loạt bệnh nhân này, bướu thận kèm theo chồi bướu ở tĩnh mạch thận đã được loại bỏ thành công bằng công cụ khâu của hệ thống robot. Cụ thể, 2 trường hợp bướu giai đoạn cT3a có chồi nằm trong tĩnh mạch thận được cô lập, khâu bảo tồn được lòng ống tĩnh mạch chủ, điều này rất quan trọng vì giúp ngăn ngừa các biến chứng mạch máu hạ lưu liên quan đến việc giảm dòng chảy. Vì vậy, khi xem xét những kết quả này, chỉ định của phẫu thuật có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc có thể được mở rộng cho các bướu thận phức tạp hơn, bao gồm cả những trường hợp có chồi tĩnh mạch.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này bao gồm 25 bệnh nhân mắc bướu thận khu trú, bao gồm cả những trường hợp bướu thận khó phẫu thuật, phẫu thuật robot trong cắt thận tận gốc đã được thực hiện trong khoảng thời gian chấp nhận được, khả thi mà

không có biến chứng lớn trong phẫu thuật. Kích thước bướu thận (trung bình là 74mm) và giai đoạn bệnh (chủ yếu pT2) ghi nhận trong phẫu thuật robot lớn hơn so với bướu thận được áp dụng phẫu thuật nội soi cổ điển, cho thấy khả năng linh hoạt và ưu điểm vượt trội về mặt công nghệ của robot khi áp dụng cắt thận tận gốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ljungberg B, Bex A, Albiges L et al**, "EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma", European Association of Urology, Limited Update March 2024.
2. **Motzer RJ, Jonasch E, Agarwa N et al**, "NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Kidney Cancer", National Comprehensive Cancer Network, Version 1, 2025.
3. **Abaza R**, "Robotic Radical Nephrectomy", Robotic Surgery, Springer International Publishing AG 2018, pp. 71 - 77. doi: 10.1007/978-3-319-65864-3.
4. **Stout TE, Gellhaus PT et al**, "Robotic Partial vs Radical Nephrectomy for Clinical T3a Tumors: A Narrative Review", Journal Of Endourology, Volume 37, Number 9 (2023), pp. 978 - 985. doi: 10.1089/end.2023.0173.
5. **Gershman B, Bukavina L, Chen Z, et al**. The association of robot - assisted versus pure laparoscopic radical nephrectomy with perioperative outcomes and hospital costs. Eur Urol Focus. 2020;6, pp. 305 - 312.
6. **Klingler DW, Hemstreet GP, Balaji KC et al**, "Feasibility of robotic radical nephrectomy initial results of single-institution pilot study", J Urology, 65, 2005, pp. 1086 - 1089.
7. **Jeong IG, Khandwala YS, Kim JH, et al**, "Association of robotic-assisted vs laparoscopic radical nephrectomy with perioperative outcomes and health care costs", JAMA, 318, 2017, pp. 1561 - 1568.
8. **Davila HH, Storey RE, Rose MC. et al**, "Robotic-assisted laparoscopic radical nephrectomy using the Da Vinci Si system: how to improve surgeon autonomy. Our step-by-step technique", J Robotic Surg, 10, 2016, pp. 285 - 288. DOI 10.1007/s11701-016-0608-6.
9. **Anele UA, Marchioni M, Yang B et al**, "Robotic versus laparoscopic radical nephrectomy: a large multi- institutional analysis", World J Urol, 37(11), 2019, pp. 2439 - 2450. doi: 10.1007/s00345-019-02657-2.
10. **Shen D, Du S, Huang Q, et al**. A modified sequential vascular control strategy in robot-assisted level III-IV inferior vena cava thrombectomy: initial series mimicking the open 'milking' technique principle. BJU Int. 2020, 126, pp. 447 - 456.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG COVID-19 CỦA CÁC LỰC LƯỢNG CHỨC NĂNG TẠI CỬA KHẨU HỮU NGHỊ VÀ TÂN THANH TỈNH LẠNG SƠN NĂM 2023

Nguyễn Thị Tố Uyên¹, Lương Hoàng Huân²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh COVID-19 vẫn là một thách thức trên thế giới do vậy kiến thức, thái độ và thực hành của mỗi cá nhân đóng vai trò quan trọng trong phòng chống dịch. **Mục tiêu:** Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành phòng, chống COVID-19 của các lực lượng chức năng tại cửa khẩu Hữu Nghị và Tân Thanh tỉnh Lạng Sơn năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 318 cán bộ làm việc tại cửa khẩu Hữu Nghị và Tân Thanh tỉnh Lạng Sơn. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy kiến thức, thái độ và thực hành chung về phòng chống COVID-19 lần lượt là 79,2%, 98,7% và 65,4%. **Kết luận:** Các lực lượng chức năng làm việc tại cửa khẩu Hữu Nghị và Tân Thanh tỉnh Lạng Sơn phần lớn có kiến thức, thái độ và thực hành tốt về phòng chống dịch bệnh COVID-19. **Từ khóa:** COVID-19; Kiến thức; Thái độ; Thực hành.

SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND PRACTICES ON COVID-19 PREVENTION OF THE FORCES ON DUTY AT HUU NGHİ AND TAN THANH BORDER GATES, LANG SON PROVINCE IN 2023

Background: COVID-19 remains a global challenge; therefore, the knowledge, attitudes, and practices of each individual play an importance role in pandemic prevention and control. **Objective:** To evaluate the knowledge, attitudes, and practices related to COVID-19 prevention and control among officials at the Huu Nghi and Tan Thanh border gates in Lang Son province in 2023. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted with 318 officials working at the Huu Nghi and Tan Thanh border gates in Lang Son province. **Results:** The study revealed that the general levels of knowledge, attitudes, and practices regarding COVID-19 prevention and control were 79.2%, 98.7%, and 65.4%, respectively. **Conclusions:** Most officials working at the Huu Nghi and Tan Thanh border gates in Lang Son province demonstrated good knowledge, attitudes, and practices related to COVID-19 prevention and control. **Keywords:** COVID-19; Knowledge; Attitude; Practice.

¹Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

²Cửa khẩu Tân Thanh tỉnh Lạng Sơn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tố Uyên

Email: nguyenthitouyen@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2025

Ngày duyệt bài: 24.2.2025