

này tương tự nghiên cứu đa trung tâm tại Hoa Kỳ, Fluconazole là thuốc chống nấm được sử dụng phổ biến nhất ở cả ba nhóm bệnh nhân (sơ sinh, trẻ em, người lớn) chiếm 85% tổng số thuốc chống nấm sử dụng ở nhóm trẻ em.⁸ Tuy nhiên kháng Fluconazole là một vấn đề đáng lo ngại đối với *Candida parapsilosis*, và *Candida auris*, trong khi ít gặp hơn ở nhiễm trùng do *Candida tropicalis*.⁹ Tỷ lệ sử dụng phối hợp thuốc chống nấm (20,5% dùng 2 loại thuốc, 5,12% dùng 3 loại thuốc) cho thấy sự phức tạp của một số ca bệnh, có thể do kháng thuốc hoặc tình trạng bệnh nền phức tạp như suy giảm miễn dịch hoặc ung thư. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân chưa được điều trị thuốc chống nấm (7,73%) do tử vong sớm hoặc xin về là một điểm đáng lưu ý. Điều này cho thấy sự cần thiết phải chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời để tăng cơ hội điều trị hiệu quả. Theo hướng dẫn của Hiệp hội Bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ (IDSA 2016), phối hợp thuốc chống nấm thường được cân nhắc trong các trường hợp nhiễm nấm huyết nặng hoặc ở bệnh nhân có nguy cơ cao.¹⁰ Amphotericin B và Caspofungin được sử dụng với tỷ lệ thấp hơn (lần lượt 5,12% và 2,56%), có thể do các tác dụng phụ tiềm tàng của Amphotericin B hoặc chi phí và tính sẵn có của các Echinocandin như Caspofungin. Việc lựa chọn thuốc cần dựa trên đặc điểm vi nấm, tình trạng lâm sàng của bệnh nhân và các yếu tố nguy cơ nhiễm nấm xâm lấn.

Thời gian điều trị chống nấm trung vị là 16 ngày (IQR: 9-28,25 ngày), trung bình $18,22 \pm 11,17$ ngày phản ánh mức độ nghiêm trọng của IFI ở trẻ em. Thời gian này phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của nhiễm nấm, loại vi nấm và các bệnh lý đồng mắc như nhiễm khuẩn huyết (94,87%) hoặc viêm phổi (74,4%). Thời gian nằm viện trung vị là 27 ngày (IQR: 16 - 44 ngày), dài hơn so với một số nghiên cứu quốc tế. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu chiếm 53,85% còn cao. Kết quả nghiên cứu đoàn hệ quan sát đa quốc gia tại Châu Âu, khi nghiên cứu 632 bệnh nhân nhiễm nấm huyết do *Candida* từ 64 cơ sở y tế cho kết quả thời gian nằm viện trung vị là 15 ngày (IQR 4-30) sau khi chẩn đoán nhiễm nấm huyết và tỷ lệ tử vong tổng thể sau 90 ngày là 43% (265/617). Điều này có thể liên quan đến tình trạng bệnh lý nặng khi nhập viện. Tỷ lệ tử vong cao có thể liên quan đến bệnh lý nền nặng hoặc sự kháng thuốc của một số

chủng nấm.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy nhiễm nấm xâm lấn ở trẻ em tại khoa Điều trị tích cực Nội khoa, Bệnh viện Nhi Trung ương chủ yếu xảy ra ở trẻ có lứa tuổi nhỏ, với các bệnh đồng mắc như viêm phổi và nhiễm khuẩn huyết làm tăng nguy cơ. *Candida albicans* chiếm ưu thế. Fluconazole vẫn là thuốc chủ đạo trong điều trị nhiễm nấm xâm lấn. Tỷ lệ tử vong còn cao phản ánh mức độ nghiêm trọng của bệnh. Cần tăng cường chẩn đoán sớm, đánh giá độ nhạy cảm thuốc và quản lý kháng sinh hợp lý để cải thiện kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cuenca-Estrella M, Kett DH, Wauters J.** Defining standards of CARE for invasive fungal diseases in the ICU. *J Antimicrob Chemother.* 2019;74(2):9-15.
2. **Kullberg BJ, Arendrup MC.** Invasive Candidiasis. *N Engl J Med.* 2015;373(15):1445-1456.
3. **Phùng Nguyễn Thế Nguyên, Dương Thiện Trang Thị, Nguyễn Minh Tiến.** Đặc điểm bệnh nhi nhiễm nấm tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc - Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 1/2009 đến 12/2013. *Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh.* 2015;24(2).
4. **Pfaller MA, Diekema DJ.** Epidemiology of invasive candidiasis: a persistent public health problem. *Clin Microbiol Rev.* 2007;20(1):133-163.
5. **Tsai CC, Lay CJ, Wang CL, Lin ML, Yang SP.** Prognostic factors of candidemia among nonneutropenic adults with total parenteral nutrition. *J Microbiol Immunol Infect Wei Mian Yu Gan Ran Za Zhi.* 2011;44(6):461-466.
6. **Borg-von Zepelin M, Kunz L, Rühl R, et al.** Epidemiology and antifungal susceptibilities of *Candida* spp. to six antifungal agents: results from a surveillance study on fungaemia in Germany from July 2004 to August 2005. *J Antimicrob Chemother.* 2007;60(2):424-428.
7. **Steinbach WJ.** Pediatric Invasive Candidiasis: Epidemiology and Diagnosis in Children. *J Fungi Basel Switz.* 2016;2(1):5.
8. **Stultz JS, Kohinke R, Pakyz AL.** Variability in antifungal utilization among neonatal, pediatric, and adult inpatients in academic medical centers throughout the United States of America. *BMC Infect Dis.* 2018;18(1):501.
9. **Lass-Flörl C, Kanj SS, Govender NP, et al.** Invasive candidiasis. *Nat Rev Dis Primer.* 2024;10(1):20.
10. **Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, et al.** Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 2016;62(4):e1-50.

SỬ DỤNG VẬT NIÊM MẠC MIỆNG TRONG ĐIỀU TRỊ HẸP NIỆU ĐẠO SAU MỔ LỖ TIỂU THẤP

**Huỳnh Công Chấn¹, Võ Lê Đức Trọng¹, Nguyễn Tài Ân²,
Hồ Trung Cường¹, Nguyễn Thị Anh Đào¹,
Trần Đại Phú¹, Lê Thanh Hùng¹**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Giới thiệu kỹ thuật và đánh giá kết quả ban đầu của phương pháp sử dụng vật niêm mạc miệng trong điều trị hẹp niệu đạo sau mổ lỗ tiểu thấp. **Phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo một vài trường hợp đã được điều trị hẹp niệu đạo sau mổ lỗ tiểu thấp bằng cách sử dụng vật niêm mạc miệng ở bệnh viện Nhi Đồng 1. **Kết quả:** Trong 10 trường hợp, có 7 trường hợp có kết quả tốt, không bị hẹp trở lại, sẹo mổ đẹp, 1 trường hợp bị hẹp lại và 2 trường hợp bị bung niệu đạo, không gây biến dạng môi dưới. **Kết luận:** Sử dụng vật niêm mạc miệng trong điều trị hẹp niệu đạo sau mổ lỗ tiểu thấp là phương pháp khả thi và đạt hiệu quả rất khả quan tuy nhiên đây là phương pháp khá phức tạp và tỉ mỉ cần được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm và kỹ năng tốt.

SUMMARY

**USE OF BUCCAL MUCOSAL GRAFT IN THE
TREATMENT OF URETHRAL STRICTURE
FOLLOWING HYPOSPADIAS SURGERY**

Objectives: To introduce techniques and evaluate the initial results of the method of using oral mucosa graft in treatment of urethral stenosis after hypospadias operations. **Research Methods:** Reported several cases of treatment of urethral stenosis after hypospadias operations using oral mucosa graft in Children's Hospital 1. **Results:** Among 10 cases, 7 patients achieved good outcomes, with no recurrence of stricture and satisfactory cosmetic results at the surgical site. One patient experienced stricture recurrence, and two patients had urethral dehiscence. no cases got lower lip deformation. **Conclusion:** Use of oral mucosa flap in the treatment of urethral stenosis after hypospadias operations is a feasible and effective method but this is a rather complex and meticulous method, should be done by the surgeons who have experience and good skills.

Keywords: Oral mucosa graft in treatment of urethral stenosis, urethral stenosis after hypospadias operations, anatomy of oral mucosa.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lỗ tiểu thấp là bệnh rất thường gặp, tỉ lệ mắc phải từ 1/300 đến 1/250 ở trẻ trai [1]. Kỹ thuật mổ đã được phổ biến nhiều nơi trên thế giới và đạt được nhiều tiến bộ. Hẹp niệu đạo là một trong những biến chứng gây khó khăn khi sửa chữa. Nhiều phương pháp đã được áp dụng

để điều trị hẹp niệu đạo đoạn thân dương vật, trong đó phương pháp tạo vật niêm mạc miệng là một trong những phương pháp thường được áp dụng [2].

Niêm mạc miệng từ lâu đã được sử dụng để tái tạo các khiếm khuyết miệng, kết mạc mắt [3], tái tạo các khiếm khuyết âm đạo, hầu họng, sau đó đã được sử dụng rộng rãi trong tái tạo niệu đạo cho các hẹp niệu đạo trước đoạn dài [4]. Ghép niêm mạc miệng có nhiều ưu điểm như: sự sẵn có, đặc tính miễn dịch thuận lợi, dễ tách ra, đặc điểm mô học tuyệt vời, đặc tính xử lý dễ dàng [5]. Chính vì vậy, phương pháp này được xem là một trong những phương pháp hiệu quả trong điều trị hẹp niệu đạo thân dương vật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi báo cáo nhiều trường hợp bị hẹp niệu đạo đoạn thân dương vật được vào sửa chữa ở Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 3/2015 đến tháng 3/2023. Các bệnh nhi này đều bị lỗ tiểu thấp, đã được tạo hình niệu đạo trước đó và vào khám với các mức độ hẹp khác nhau về đường kính và độ dài đoạn hẹp. Đặc điểm chung là các bé đi tiểu rất khó, mỗi lần đi tiểu phải rặn nhiều, tia nước tiểu nhỏ, thời gian đi tiểu lâu.

Do tính chất khá cấp thiết, các bé được xếp mổ sớm. Trong ca mổ, bé được gây mê toàn thân, đoạn hẹp được xác định bằng cách đặt ống niệu đạo và bơm nước theo ống. Khi gấp đoạn hẹp, ống sẽ bị vướng; trường hợp hẹp nhiều thì bơm nước vào ống sẽ khó khăn. Sau đó, mở niệu đạo đoạn hẹp, sát trùng lại lòng niệu đạo, đo chiều dài, chiều ngang đoạn hẹp (hình 1).

Tiếp đến là giai đoạn lấy niêm mạc miệng. Chúng tôi chọn lấy niêm mạc môi dưới vì dễ lấy hơn những vị trí khác trong khoang miệng. Dùng một bộ dụng cụ khác, vẽ hình lưới niêm mạc môi dưới (kích thước tùy theo đoạn hẹp, đoạn niệu đạo càng hẹp thì chiều ngang của mảnh ghép càng rộng) vòng theo cung răng hàm dưới, cách cung răng khoảng 1–1,5 cm tùy theo độ tuổi của bé (hình 2).

Tách rời phần niêm mạc này, khâu lại vết mổ niêm mạc môi dưới bằng chỉ tan nhanh. Phần niêm mạc sau khi được lấy sẽ được sát trùng bằng dung dịch povidine pha loãng, loại bỏ mỡ dưới niêm còn sót lại, cắt 2 đầu thành hình chữ nhật và khâu dính 4 góc bằng chỉ PDS 6.0 để dễ dàng khi khâu.

¹Bệnh viện Nhi Đồng 1²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Công Chấn

Email: huynhcongchan945@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2025

Ngày duyệt bài: 29.7.2025

Mảnh niêm mạc này được khâu phủ lên đoạn niệu đạo hẹp đã mở bằng chỉ tan 7.0 (mặt niêm hướng vào lòng niệu đạo). Một ống làm nòng (Feeding tube) được đặt từ lỗ sáo đến bàng quang (hình 3). Sau đó, đường khâu được phủ một lớp mô mềm lân cận để chống xì rò (hình 4). Cuối cùng là khâu tạo hình lại da dương vật, cắt sẹo xấu da dương vật.

Sau mổ, bệnh nhi được cho kháng sinh và giảm đau, thay băng mỗi 2 ngày, sau 10–14 ngày thì được xuất viện. Các bé được hẹn tái khám sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 1 năm.



Hình 1: Mổ đoạn niệu đạo hẹp và đo kích thước đoạn hẹp



Hình 2: Vẽ hình miệng ghép sẽ lấy ở niêm mạc môi dưới



Hình 3: Miếng ghép được khâu vào đoạn niệu đạo hẹp có nòng là một ống feeding tube



Hình 4: Niệu đạo tân tạo được phủ một lớp mô thân dương vật để chống rò

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi có 10 trường hợp, tuổi từ 4 đến 14 tuổi. Thời gian mổ từ 90 đến 120 phút, trung bình 105 phút. Trong đó, thời gian lấy niêm mạc miệng từ 20 đến 30 phút, chiếm khoảng 25% thời lượng cuộc mổ.

Lượng máu mất trung bình là 30 ml. Chiều dài đoạn hẹp từ 1 đến 4 cm. Qua 10 trường hợp, có 7 trường hợp đạt kết quả tốt: niệu đạo không hẹp lại, bé tiểu tốt, sẹo mổ đẹp, gia đình hài lòng.

Có 2 trường hợp bị bung niệu đạo thân dương vật do nhiễm trùng vết mổ vào ngày hậu phẫu thứ tư, được thay bằng ép mủ mỗi ngày, phối hợp thêm kháng sinh kháng vi khuẩn kỵ khí và nhóm Macrolide đường tĩnh mạch. Sau ngày hậu phẫu thứ 14, bé ổn định, vết mổ lành và được xuất viện. Các trường hợp này sau đó được mổ lại thành công bằng cách vá đoạn niệu đạo bị bung.

Một trường hợp bị hẹp niệu đạo đoạn gốc cổ miệng nổi, gây hẹp và bí tiểu sau mổ 2 tuần. Trường hợp này phải mổ khẩn để mở lại đoạn

niệu đạo hẹp ra da, sau đó chờ đóng lại khi đủ thời gian.

Tất cả các trường hợp vết mổ ở niêm mạc miệng đều lành tốt, không gây sẹo co rút hay biến dạng vùng môi dưới.

IV. BÀN LUẬN

Hẹp niệu đạo là biến chứng rất khó sau mổ lỗ tiểu thấp, gây tiểu khó, bí tiểu, túi thừa niệu đạo, ứ nước hai thận... cho bệnh nhi, đồng thời việc sửa chữa cũng rất khó. Các trường hợp nhập viện đều có tiểu khó, tiểu rặn; có trường hợp bí tiểu do hẹp đoạn dài tới tận lỗ sáo phải nhập viện cấp cứu. Trong trường hợp đó, chúng tôi phải mở bung niệu đạo qua hết đoạn hẹp, chờ ngày tạo hình lại niệu đạo. Tất cả các trường hợp đều là kết quả mổ thất bại trước đó, có trường hợp tái phát và mổ nhiều lần, nên không những hẹp niệu đạo mà da, mô dưới da dương vật cũng sẹo xấu, việc tạo hình lại rất khó.

Trên thế giới, đã có nhiều phương pháp sửa chữa hẹp niệu đạo như dùng da bìu, niêm mạc bàng quang, tĩnh mạch, ruột non... [2], [6]. Tuy nhiên, niêm mạc miệng khả thi nhất nhờ tính chất mô phù hợp và dễ áp dụng. Niêm mạc miệng có cấu tạo bằng biểu mô lát tầng không sừng hóa với lớp mô đệm mỏng, rất giống cấu trúc giải phẫu của niêm mạc niệu đạo [5].

Ngoài ra, việc lấy niêm mạc miệng cũng dễ hơn và ít biến chứng lên cơ quan lấy so với các mô khác như niêm mạc bàng quang (phải mở bàng quang), tĩnh mạch (phải chọn tĩnh mạch lớn, rất khó ở trẻ em), màng cứng (rất phức tạp và mạo hiểm).

Trong kỹ thuật mổ, cần chú ý tránh nhiễm trùng vết mổ vì mảnh ghép lấy từ miệng – khu vực chứa nhiều vi khuẩn. Vi khuẩn dễ phát triển ở đoạn niệu đạo mới, gây biến chứng như bung vết mổ, hẹp lại niệu đạo, nhiễm trùng tiểu, viêm mô tế bào thân dương vật...

Chúng tôi sử dụng hai bộ dụng cụ riêng biệt cho hai thì phẫu thuật và sát trùng kỹ mảnh ghép để hạn chế nhiễm trùng. Ngoài ra, khám bệnh nhi và theo dõi vết mổ mỗi ngày để phát hiện sớm dấu hiệu nhiễm trùng, can thiệp kịp thời (thêm kháng sinh, thay băng, ép mủ...).

Một biến chứng quan trọng là mảnh ghép không sống được. Vì mảnh ghép dạng tự do, sống nhờ hiện tượng thẩm thấu dinh dưỡng và oxy từ mô xung quanh, sau 96 giờ sẽ có mạch máu tân tạo [7]. Các yếu tố như nhiễm trùng, phù nề, tụ máu, sót mỡ dưới niêm đều có thể gây hoại tử mảnh ghép. Do đó, phẫu thuật cần được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kỹ năng tốt và nhiều kinh nghiệm để đạt kết quả tốt nhất.

Khi so sánh với một số tác giả khác (bảng 1), chúng tôi nhận thấy rằng việc sử dụng vạt niêm mạc miệng trong tái tạo niệu đạo cho kết quả tốt hơn so với các phương pháp sử dụng mô khác. Theo Barbagli và cộng sự [8], tỉ lệ thành công của ghép niêm mạc miệng dao động từ 85–90%. Phương pháp này có nhiều ưu điểm vì mô ghép có cấu trúc sinh học gần giống với niêm mạc niệu đạo tự nhiên, dễ bám mạch và hạn chế xơ hóa.

Các phương pháp khác như sử dụng niêm mạc bàng quang đạt tỉ lệ thành công khoảng 70–

75% theo nghiên cứu của El-Kassaby [9], nhưng đi kèm tỉ lệ biến chứng cao hơn. Việc sử dụng tĩnh mạch để ghép niệu đạo theo Fichtner [10] chỉ đạt tỉ lệ thành công khoảng 65%, với biến chứng như rò niệu đạo, hẹp tái phát nhiều hơn.

So với các nghiên cứu trên, kết quả của chúng tôi đạt tỉ lệ thành công 70%, phù hợp với thực tế vì nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu đều đã từng mổ thất bại nhiều lần, mô sẹo xấu và hẹp đoạn dài. Đây vẫn được coi là một kết quả khả quan trong điều kiện lâm sàng hiện nay.

Bảng 1. So sánh kết quả giữa nghiên cứu của chúng tôi và một số nghiên cứu khác

Tác giả/Nghiên cứu	Phương pháp ghép	Tỉ lệ thành công	Tỉ lệ biến chứng
Barbagli et al. (1996) [8]	Niêm mạc miệng	85–90%	10–15%
Nghiên cứu của chúng tôi	Niêm mạc miệng	70%	30%
El-Kassaby et al. (1993) [9]	Niêm mạc bàng quang	70–75%	25–30%
Fichtner et al. (1995) [10]	Tĩnh mạch (mạch máu)	65%	35%

V. KẾT LUẬN

Hẹp niệu đạo là biến chứng khó sau mổ lỗ tiểu thấp. Điều trị hẹp niệu đạo bằng vạt niêm mạc miệng là phương pháp khả thi và hiệu quả tuy nhiên kỹ thuật khá phức tạp và tỉ mỉ, cần được phẫu thuật viên có kỹ năng tốt và nhiều kinh nghiệm về mổ mảnh ghép, để đảm bảo mảnh ghép sống tốt, hạn chế biến chứng thêm cho bệnh nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Li Y, Mao M, Dai L, Li K, Li X, et al (2012). Time trends and geographic variations in the prevalence of hypospadias in China. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol ; 94: 36–41.
- Barbagli, G, Kulkarni, SB, Fossati, N et al (2014). Long-term followup and deterioration rate of anterior substitution urethroplasty. J. Urol; 192: 808–13.
- Donoff RB (1976). Biological basis for vestibuloplasty procedures, J Oral Surg; 34 : 890
- Barbagli G, De Stefani S (2006). Reconstruction of the bulbar urethra using dorsal onlay buccal mucosal graft: New Concepts and surgical tricks. Indian J Urol; 22 113 117
- Hensle TW, Kearney MC & Bingham JB (2002). Buccal Mucosa Grafts for Hypospadias Surgery: Long Term Results. J Urol; 168 1734 1737
- Liu, JS, Han, J, Said, M et al (2015). Long-term outcomes of urethroplasty with abdominal wall skin grafts. Urology; 85: 258–62.
- Fischer JC (1997). Skin Grafting. In: Georgiade Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery, 3rd Ed. Georgiade, GS, Riefkolil, Levin SL (Eds). William and Wilkins Baltimore. 17.
- Barbagli G, Selli C, Tosto A, Palminteri E. Dorsal free graft urethroplasty. J Urol. 1996;155(1):123-6
- El-Kassaby AW, Retik AB, Gearhart JP, Barnewolt CE, Mandell J. Urethral replacement using bladder mucosa lined tube. J Urol. 1993;149(2):359-62.
- Fichtner J, Filipas D, Fisch M, Hohenfellner R, Thüroff JW. Long-term results of flap urethroplasty. J Urol. 1995;153(3 Pt 2):923-6.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ VIỄN THỊ CỦA CHA MẸ CÓ CON VIỄN THỊ KHÁM TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG NĂM 2025

Nguyễn Thúy Hải^{1,2}, Phạm Thị Hải Yến², Phạm Hồng Vân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát kiến thức, thái độ và một số yếu tố liên quan của cha mẹ có con viễn thị khám tại

bệnh viện Mắt Trung ương năm 2025. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang được thực hiện trên 109 cha mẹ trẻ có con mắc viễn thị. **Kết quả:** Về kiến thức, có 89% cha mẹ biết hoặc từng nghe khái niệm tật viễn thị, 5,9% cha mẹ chưa biết về viễn thị; Có 74,3% cha mẹ có kiến thức tốt, 21,1% cha mẹ không biết biến chứng của viễn thị; 6,54% cha mẹ chưa biết làm thế nào để phát hiện chính xác viễn thị; chỉ có 2,2 % cha mẹ biết đầy đủ các phương pháp điều trị viễn thị cho trẻ. Về thái độ, có 67,9% cha mẹ có thái độ tốt; có 50,9% cha mẹ cho rằng thuốc nhỏ mắt điều trị được viễn thị. Yếu tố cha mẹ mắc tật khúc xạ và yếu tố tiếp nhận

¹Trường Đại học Thăng Long

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thúy Hải

Email: watersea1982@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2025

Ngày duyệt bài: 28.7.2025

thông tin về viễn thị từ nhân viên y tế có mối liên quan đến kiến thức và thái độ. **Kết luận:** Cần tăng cường hoạt động truyền thông, tư vấn về kiến thức, thái độ về viễn thị và chăm sóc mắt liên quan đến khám và điều trị viễn thị nhằm vào nhóm đối tượng cha mẹ có con mắc viễn thị, đặc biệt nhân viên y tế làm công tác tuyên truyền rất có hiệu quả thay đổi kiến thức và thái độ của cha mẹ trẻ mắc viễn thị.

Từ khóa: kiến thức, thái độ, viễn thị, cha mẹ.

SUMMARY

PARENTS' KNOWLEDGE AND ATTITUDES TOWARD HYPEROPIA WHOSE CHILDREN ARE EXAMINED AT THE NATIONAL EYE HOSPITAL IN 2025

Objective: To assess the knowledge, attitudes, and some related factors of parents whose children with hyperopia were examined at the National Eye Hospital in 2025. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 109 parents of children diagnosed with hyperopia. **Results:** Regarding knowledge, 89% of parents knew or had heard of the concept of hyperopia, 5.9% had never heard of it, and 3% could not recall ever hearing about it. A total of 74.3% of parents had good knowledge, while 21.1% were unaware of the complications of hyperopia. Additionally, 6.54% did not know how to accurately detect hyperopia, and only 2.2% of parents were fully aware of all treatment methods for hyperopia in children. Regarding attitudes, 67.9% of parents demonstrated a positive attitude; however, 50.9% believed that eye drops could treat hyperopia. Parental refractive errors and receiving information about hyperopia from healthcare professionals were factors associated with better knowledge and attitudes. **Conclusion:** It is necessary to strengthen communication and counseling activities regarding knowledge and attitudes toward hyperopia and eye care, especially in relation to the examination and treatment of hyperopia. These efforts should target parents of children with hyperopia, with healthcare professionals playing a particularly effective role in changing parental knowledge and attitudes.

Keywords: knowledge, attitude, hyperopia, parents.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viễn thị là một trong ba loại tật khúc xạ gặp trên trẻ em, mặc dù tỷ lệ mắc thường thấp nhưng viễn thị có thể gây ảnh hưởng nặng đến chức năng thị giác của trẻ, viễn thị nếu không được điều trị sớm và đúng cách có thể gây biến chứng như lác, nhược thị...

Viễn thị ở trẻ thường xuất hiện ngay từ bẩm sinh và có xu hướng giảm dần độ khi trẻ lớn lên nhờ quá trình chính thị hóa. Vì trẻ có khả năng điều tiết rất tốt nên nhiều cha mẹ chỉ phát hiện được con mình bị viễn thị khi thấy mắt trẻ bị lác

hoặc nhìn mờ, ảnh hưởng đến việc học tập của trẻ ở trường. Bởi vậy, để tìm hiểu kiến thức và thái độ của cha mẹ về tật viễn thị của con mình, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: 1. Mô tả kiến thức, thái độ về viễn thị của cha mẹ có con viễn thị tại khoa Khúc xạ Bệnh viện Mắt trung ương năm 2025; 2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ về viễn thị của cha mẹ

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: là cha hoặc mẹ của học sinh tiểu học (lớp 1 đến lớp 5) có con mắc viễn thị (gồm viễn thị đơn thuần và loạn viễn thị), sống cùng với trẻ, trực tiếp nuôi dạy trẻ, tình nguyện tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Mắt trung ương năm 2025 trong thời gian từ tháng 2/2025 đến tháng 5/2025.

Cỡ mẫu: nghiên cứu được thực hiện trên 109 cha mẹ đáp ứng được các tiêu chí.

Phân tích số liệu: Số liệu sau khi thu thập, được xử lý bằng phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Bảng 3.1. Đặc điểm giới tính, tuổi, trình độ học vấn và tật khúc xạ của cha mẹ

Giới tính	Số lượng	Tỷ lệ %
Nam	33	30,3%
Nữ	76	69,7%
Tuổi		
Từ 25 tuổi-50 tuổi	Trung bình 36,09±5,29 tuổi	
Trình độ học vấn		
THPT	50	45,9
Trung cấp	13	11,9
Cao đẳng/Đại học	43	39,4
Sau đại học	3	2,8
Tật khúc xạ của cha mẹ		
Có	31	28,4
Không	78	71,6
Tổng cộng	109	100

Tỷ lệ nữ cao hơn nam (69,7% và 30,3%). Tuổi trung bình của cha mẹ trong nghiên cứu là 36,09 ± 5,29. Trình độ học vấn THPT của cha mẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (45,9%). Tỷ lệ cha mẹ có mắt và không mắt tật khúc xạ lần lượt là (28,4% và 71,6%).

3.2. Kiến thức, thái độ về viễn thị

Bảng 3.2. Kiến thức về tật viễn thị của cha mẹ có con mắc viễn thị

Phân loại	Kiến thức	n	%
	Nghe đến khái niệm viễn thị	97	89

Các phương tiện tiếp nhận thông tin	1. Các phương tiện truyền thông	62	61,4
	2. Nhân viên y tế	52	51,5
	3. Sách, báo	30	29,7
	4. Khác	10	9,9
Biểu hiện của viễn thị	1. Nhìn mờ	79	72,5
	2. Lắc	34	31,2
	3. Mỏi mắt, nhức đầu	25	22,9
	4. Nheo mắt	55	50,5
	5. Không biết	9	8,3
Các yếu tố nguy cơ gây viễn thị	1. Tiền sử gia đình	25	22,9
	2. Khác	84	77,1
Trẻ em mắc viễn thị có thể dẫn đến bệnh	1. Lắc mắt	50	45,9
	2. Nhược thị	60	55
	3. Rối loạn thị giác hai mắt	48	44
	4. Không biết	23	21,1
Viễn thị ảnh hưởng đến quá trình học tập	1. Không ảnh hưởng đến học tập	6	5,5
	2. Góp phần dẫn đến kém tập trung trong học tập	95	87,2
	3. Cải thiện quá trình học tập	1	9
	4. Không biết	7	6,4
Viễn thị ảnh hưởng gì đến tầm nhìn của trẻ	1. Chỉ ảnh hưởng đến nhìn gần	17	15,6
	2. Chỉ ảnh hưởng đến nhìn xa	21	19,3
	3. Ảnh hưởng đến nhìn xa và nhìn gần	62	56,9
	4. Không biết	9	8,3
Viễn thị không được phát hiện kịp thời ảnh hưởng đến quá trình phát triển hành vi của trẻ	1. Không ảnh hưởng	5	5,45
	2. Ảnh hưởng xấu	92	100,3
	3. Ảnh hưởng tốt	2	2,18
	4. Không biết	10	10,9
Các phương pháp điều trị viễn thị cho trẻ em	1. Kính gọng	81	74,3
	2. Kính áp tròng	9	8,3
	3. Phẫu thuật	14	12,8
	4. Tập mắt	50	45,9
	5. Không biết	13	11,9
Trẻ em nên được đi khám mắt lần đầu khi nào	1. Khi có dấu hiệu bất thường về mắt	61	56
	2. Khám mắt khi trẻ 3 tuổi	23	21,1
	3. Khám mắt trước khi vào lớp 1	9	8,3
	4. Khi trẻ than phiền về mắt	13	11,9
	5. Không biết	3	2,8
Viễn thị nếu không được điều trị có thể gây mù không	1. Có	50	45,9
	2. Không	13	11,9
	3. Không biết	46	42,2

Theo nghiên cứu của chúng tôi có 6,4% cha mẹ không biết tật viễn thị ảnh hưởng đến tầm nhìn của trẻ, 10,9% cha mẹ không biết viễn thị không được phát hiện kịp thời ảnh hưởng đến quá trình phát triển hành vi của trẻ và 21,1% cha mẹ không biết 1 biến chứng của viễn thị nào. Như vậy, kiến thức của cha mẹ về tật viễn thị còn chưa được đầy đủ. Tỷ lệ cha mẹ trẻ biết tới phương pháp điều trị viễn thị cho trẻ em

bằng kính gọng là 74,3%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Quỳnh Hoa (2015) 71,87% [3] và thấp hơn nghiên cứu của Sukaki (2021) ở Swaziland (79%) [6] có thể do sự hiểu biết của người dân Việt Nam về tật viễn thị còn thấp.

Đa số cha mẹ biết về biểu hiện của viễn thị là nhìn mờ (72,5%), tương tự kết quả của Trịnh Quang Trí (2022) 75,3% [5] và thấp hơn kết quả Phạm Văn Anh (2023) 87,8% [1].

Bảng 3.3: Thái độ về tật viễn thị của cha mẹ có con mắc viễn thị

Nội dung	Rất đồng ý		Đồng ý		Không có ý kiến		Không đồng ý		Rất không đồng ý	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
1. Trẻ em có nên được khám mắt định kỳ 6 tháng 1 lần	57	52,3	51	46,8	0	0	1	0,9	0	0

2. Khám sàng lọc mắt nên được thực hiện khi trẻ 3 tuổi	37	33,9	61	56	8	7,3	3	2,8	0	0
3. Giáo viên có thể giúp phát hiện sớm các dấu hiệu về viễn thị ở trẻ em	31	28,4	67	61,5	7	6,4	4	3,7	0	0
4. Cha/ mẹ có thể phát hiện sớm các dấu hiệu về viễn thị ở trẻ em	37	33,9	57	52,3	8	7,3	6	5,5	1	0,9
5. Cha/ mẹ có thể giúp ngăn chặn biến chứng và các tác động xấu của viễn thị	39	35,8	59	54,1	7	6,4	4	3,7	0	0
6. Trẻ em có thể sử dụng kính gọng một cách hiệu quả và thuận tiện	38	34,9	66	60,6	3	2,8	2	1,8	0	0
7. Thuốc nhỏ mắt không điều trị được viễn thị	14	12,8	31	28,4	25	22,9	38	34,9	1	0,9

Bảng 3.3 cho thấy có 52,3% cha mẹ có thái độ rất đồng ý và 0,9% cha mẹ không đồng ý trẻ em nên được khám mắt định kỳ 6 tháng 1 lần. Việc khám sàng lọc mắt nên thực hiện khi trẻ 3 tuổi được 33,9% cha mẹ rất đồng ý và 2,8% cha mẹ có thái độ không đồng ý. Trẻ em có thể sử dụng kính gọng một cách hiệu quả và thuận tiện được cha mẹ rất đồng ý là 34,9% và 1,8% cha mẹ không đồng ý. Bên cạnh đó, chỉ có 28,4% cha mẹ đồng ý

và 34,9% cha mẹ không đồng ý thuốc nhỏ mắt không điều trị được viễn thị. Kết quả này cho thấy đa số cha mẹ có thái độ đúng về tật viễn thị nhưng còn một số ít cha mẹ chưa có thái độ đúng. Vì thế cha mẹ cần được tăng cường phổ biến kiến thức về tật viễn thị để thay đổi thái độ.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ về viễn thị của cha mẹ có con viễn thị

Bảng 3.4: Môi liên quan giữa giới tính của người được khảo sát với kiến thức

Giới tính	Kiến thức tốt		Kiến thức chưa tốt		OR	95%CI	p
	n	%	n	%			
Nam	21	63,6	12	36,4	0,467	0,19-1,15	0,076
Nữ	60	78,9	16	21,1			
Tổng	81	74,3	28	25,7%			

Kết quả bảng 3.4 cho thấy giới tính của cha hay mẹ không liên quan đến kiến thức ($p > 0,05$), kiến thức tốt đạt 74,3%, kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Hữu Lê (2020) là 61,7% [4], và kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Anh (2023) là 52,1% [1]. Nguyên nhân có thể là do cách tính điểm của chúng tôi khác với các tác giả này.

Bảng 3.5: Môi liên quan giữa giới tính của người được khảo sát với thái độ

Giới tính	Thái độ tích cực		Thái độ chưa tích cực		OR	95%CI	p
	n	%	n	%			
Nam	22	66,7	11	33,3	0,923	0,387 - 2,204	0,513
Nữ	52	68,4	24	31,6			
Tổng	74	67,9	35	32,1			

Bảng 3.5 cho thấy trong 109 cha mẹ được khảo sát có 69,7% là mẹ, điều này là phù hợp bởi trong gia đình, mẹ thường là người chăm sóc con cái. Tuy nhiên, giới tính của người được khảo sát (cha/mẹ) không ảnh hưởng đến kiến thức và thái độ về viễn thị ($p > 0,05$)

Tỷ lệ thái độ tích cực của cha mẹ trong nghiên cứu của chúng tôi là 67,9%, thấp hơn Phạm Chu Long Gia (2023) là 88,4% thấp hơn Phạm Văn Anh (2023) là 89,4% [1], vì mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn như hai nghiên cứu này.

Bảng 3.6. Môi liên quan giữa trình độ học vấn của cha mẹ và kiến thức

Trình độ học vấn	Kiến thức tốt		Kiến thức chưa tốt		OR	95%CI	p
	n	%	n	%			
THPT/Trung cấp	45	71,4	18	28,6	0,694	0,286 - 1,689	0,281
CĐ/ĐH/Sau đại học	36	78,3	10	21,7			

Bảng 3.6 cho chúng ta biết trình độ học vấn không liên quan đến kiến thức. Điều này có thể lý giải do người bệnh hiện nay có nhiều nguồn tiếp cận thông tin để tìm hiểu về bệnh lý, đặc biệt tật khúc xạ nói chung và tật viễn thị nói riêng. Cha mẹ trẻ ở mọi trình độ đều có thể tiếp cận với các thông tin này để có kiến thức cơ bản nhất về tật khúc xạ mà con họ mắc phải.

Bảng 3.7. Môi liên quan giữa trình độ học vấn của cha mẹ và thái độ

Trình độ học vấn	Thái độ tích cực	Thái độ chưa tích cực	OR	95%CI	p
------------------	------------------	-----------------------	----	-------	---

	n	%	n	%			
THPT/Trung cấp	39	61,9	24	38,1	0,511	0,219 - 1,191	0,086
CĐ/ĐH/Sau đại học	35	76,1	11	23,9			

Bảng 3.7 cũng cho chúng ta thấy thái độ tích cực ở nhóm có trình độ CĐ/ĐH/SDH (76,1%) cao hơn so với nhóm có trình độ THPT/ Trung cấp (61,9%) nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 0,086$). Như vậy, dù được tiếp cận với thông

tin về bệnh lý như nhau nhưng nhóm có trình độ học vấn cao hơn ở một mức độ nào đó có thể có thái độ quan tâm đối với theo dõi, điều trị tật viễn thị cho con mình tốt hơn.

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa cha mẹ mắc tật khúc xạ với kiến thức và thái độ

		Có mắc tật khúc xạ		Không mắc tật khúc xạ		OR	95%CI	p
		n	%	n	%			
Kiến thức	Tốt	27	87,1	54	69,2	3	0,945 - 9,521	0,042
	Chưa tốt	4	12,9	24	30,8			
Thái độ	Tích cực	27	87,1	47	60,3	4,452	1,418 - 13,974	0,005
	Chưa tích cực	4	12,9	31	39,7			

Bảng 3.8 cho chúng ta thấy người được khảo sát mắc tật khúc xạ có kiến thức và thái độ đều tốt hơn so với người không mắc tật khúc xạ, có ý nghĩa thống kê (p lần lượt là 0,042 và 0,05). Điều này chứng tỏ những người mắc tật khúc xạ hiểu được mức độ ảnh hưởng và tầm quan trọng trong việc theo dõi, điều trị tật khúc xạ. Chính họ

trước đây cũng đã đi khám bệnh cho bản thân mình nên được nghe giải thích, tiếp cận với các nguồn thông tin để hiểu về tật khúc xạ. Do đó, kiến thức và thái độ của họ đối với tật viễn thị của con mình cũng tốt hơn so với nhóm cha mẹ không mắc tật khúc xạ.

Bảng 3.9. Mối liên quan giữa tiếp nhận thông tin về viễn thị từ nhân viên y tế với kiến thức

Tiếp nhận TT từ NVYT	Kiến thức tốt		Kiến thức chưa tốt		OR	95%CI	p
	n	%	n	%			
Có	48	92,3	4	7,7	8,727	2,770 - 27,495	0,000
Không	33	57,9	24	42,1			

Tỷ lệ có kiến thức tốt ở nhóm được tiếp nhận thông tin từ NVYT (92,3%) cao hơn hẳn tỷ lệ này ở nhóm không được tiếp nhận thông tin từ NVYT (57,9%) với $p < 0,001$. Điều này cho thấy dù được tiếp cận từ rất nhiều nguồn khác nhau, có nhiều phương tiện để cung cấp thông tin cho người bệnh hiện nay nhưng các thông tin

do NVYT cung cấp vẫn đầy đủ, chính xác hơn giúp người bệnh có kiến thức đúng, toàn diện hơn. Qua đây, cho thấy vai trò cần thiết của NVYT khi cung cấp thông tin về tật viễn thị cho người bệnh trong mỗi lần thăm khám để nâng cao nhận thức của họ.

Bảng 3.10. Mối liên quan giữa tiếp nhận thông tin từ nhân viên y tế với thái độ

Tiếp nhận TT từ NVYT	Thái độ tích cực		Thái độ chưa tích cực		OR	95%CI	p
	n	%	n	%			
Có	39	75	13	25	1,886	0,828 - 4,297	0,094
Không	35	61,4	22	38,6			

Bảng 10 cho thấy nhóm được tiếp nhận thông tin từ NVYT có thái độ tích cực là 75,0%, cao hơn so với nhóm không được tiếp nhận thông tin từ NVYT (61,4%). Tuy nhiên, sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 0,094$). Điều này có thể lý giải do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn để thấy sự khác biệt và có thể do phần tư vấn về thái độ tật khúc xạ chưa được chú trọng. Điều này cho thấy dù được tiếp cận từ rất nhiều nguồn khác nhau, có nhiều phương tiện để cung cấp thông tin cho người bệnh hiện nay nhưng các thông tin do nhân viên y tế cung cấp vẫn đầy đủ, chính xác hơn giúp người bệnh có kiến thức đúng, toàn diện hơn.

IV. KẾT LUẬN

Cha mẹ trẻ có kiến thức về viễn thị ở mức tốt chiếm tỷ lệ 74,3%. Cha mẹ có thái độ tốt về viễn thị là 67,9%. Giới tính của cha mẹ trẻ không liên quan đến kiến thức và thái độ về tật viễn thị. Người được khảo sát mắc tật khúc xạ có kiến thức và thái độ đều tốt hơn so với người không mắc tật khúc xạ, có ý nghĩa thống kê (p lần lượt là 0,042 và 0,05). Nhóm được tiếp nhận thông tin từ nhân viên y tế có kiến thức tốt (92,3%) cao hơn so với nhóm không được tiếp nhận thông tin từ nhân viên y tế (57,9%) với $p < 0,001$. Qua đây, cho thấy vai trò cần thiết của nhân viên y tế khi cung cấp thông tin về bệnh lý

cho người bệnh trong mỗi lần thăm khám để nâng cao nhận thức của họ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Văn Anh** (2023), "Kiến thức, thái độ của giáo viên tiểu học về tật khúc xạ của học sinh ở một số trường tiểu học tại Hà Nội năm 2022 và một số yếu tố liên quan", Luận văn Thạc sĩ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội, 36 - 77
2. **Phạm Chu Long Gia** (2022), "Đánh giá thực trạng kiến thức, thái độ, hành vi của cha mẹ trẻ em có tật khúc xạ đến khám tại Bệnh viện Mắt Trung ương năm 2022", Tạp chí Y học Việt Nam tập 530 – tháng 9 – số 2 – 2023, 235 – 240.
3. **Nguyễn Thị Quỳnh Hoa** (2015), "Thực trạng cận thị của học sinh và kiến thức, thái độ, thực hành của cộng đồng trong chăm sóc mắt cho học

sinh trường trung học cơ sở Lê Hồng Phong – Hải Phòng", Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, 36 – 66

4. **Nguyễn Hữu Lê** (2020), "Can thiệp truyền thông nâng cao ý thức và thực hành của cha mẹ về phòng chống tật khúc xạ cho học sinh tiểu học tại trường tiểu học Hà Huy Tập II, thành phố Vinh, Nghệ An", Luận án Tiến sĩ Y tế công cộng, trường Đại học Y Tế Công Cộng, 40 – 69
5. **Trịnh Quang Trí** (2022), "Kiến thức, thực hành phòng chống tật khúc xạ học đường ở giáo viên tiểu học tại 5 tỉnh thuộc đồng bằng sông Cửu Long năm 2018", Tạp chí Y học Dự Phòng, số 3 phụ bản: 178-180
6. **Sukati VN** (2021), "Knowledge and practices of teachers about child eye healthcare in the public sector in Swaziland". Afr Vis Eye Health, 80(1):13.

LIÊN QUAN GIỮA ĐA HÌNH RS2383207 GEN CDKN2B – AS1 VÀ TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ NĂM 2023 – 2025

Nguyễn Thanh Tuấn^{1,2}, Trần Viết An¹, Phạm Thị Ngọc Nga¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đa hình rs2383207 gen CDKN2B – AS1 cho thấy có liên quan đến bệnh mạch vành do ảnh hưởng đến xơ vữa động mạch, ngoài ra còn liên quan đến mức độ tổn thương động mạch vành. **Mục tiêu:** Tìm hiểu liên quan giữa kiểu đa hình rs2383207 gen CDKN2B – AS1 với tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang từ năm 2023 đến năm 2025 trên bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Bệnh nhân được chụp động mạch vành qua da và lấy 2 ml máu phân tích kiểu đa hình gen bằng phương pháp Real – time PCR. Hẹp động mạch vành có ý nghĩa khi hẹp > 50% và hẹp nặng khi hẹp > 70%; hẹp động mạch vành được chia thành 5 mức: bình thường, hẹp không đáng kể (0-50%), hẹp có trung bình (50-70%), hẹp nặng (70-90%), hẹp rất nặng (>90%); kiểu đa hình rs2383207 gen CDKN2B – AS1 gồm GG, GA và AA. **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập được 69 bệnh nhân, kết quả phân tích tần suất và tỷ lệ kiểu đa hình rs2383207 gen CDKN2B – AS1 như sau: kiểu đa hình gen GG có tần suất là 39 ca, tỷ lệ 56,5%; kiểu đa hình gen GA có tần suất 35 ca, tỷ lệ 36,2%; kiểu đa hình gen AA có tần suất là 5 ca, tỷ lệ 7,2%. Có sự liên quan giữa kiểu đa hình gen rs2383207 gen CDKN2B – AS1 với mức độ

hẹp động mạch liên thất trước ($p = < 0,001$) và với hẹp động mạch liên thất trước có ý nghĩa ($p < 0,001$). Bên cạnh đó, từ kết quả phân tích mô hình GG + GA cũng cho thấy liên quan với mức độ hẹp động mạch liên thất trước ($p < 0,001$), với hẹp động mạch liên thất trước có ý nghĩa ($p < 0,001$) và với hẹp nặng động mạch liên thất trước ($p = 0,043$). Ngoài ra, có sự liên quan giữa kiểu đa hình rs2383207 gen CDKN2B – AS1 và mô hình GG + GA với hẹp từ 2 động mạch vành có ý nghĩa ($p = 0,011$ và $p = 0,005$). **Kết luận:** Tỷ lệ kiểu đa hình GG, GA và AA lần lượt là 56,5%; 36,2% và 7,2%. Có liên quan giữa kiểu đa hình gen rs2383207 gen CDKN2B – AS1 và mô hình GG + GA với mức độ hẹp động mạch liên thất trước, liên quan với hẹp động mạch liên thất trước có ý nghĩa, cũng như liên quan với hẹp từ 2 động mạch vành có ý nghĩa. Ngoài ra, mô hình GG + GA cho thấy liên quan với hẹp nặng động mạch liên thất trước.

Từ khóa: Đa hình gen, rs2383207, gen CDKN2B – AS1, tổn thương động mạch vành, hội chứng động mạch vành mạn.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN RS2383207 POLYMORPHISM IN THE CDKN2B – AS1 GENE AND CORONARY ARTERY LESIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY SYNDROME AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL, 2023–2025

Background: The rs2383207 polymorphism of the CDKN2B–AS1 gene has been shown to be associated with coronary artery disease by influencing atherosclerosis, and may also be related to the severity of coronary artery lesions. **Objectives:** To investigate the association between the rs2383207 polymorphism of the CDKN2B–AS1 gene and coronary

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Tuấn

Email: tuanctump98@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2025

Ngày duyệt bài: 29.7.2025