

## V. KẾT LUẬN

Lao mào tinh hoàn là một bệnh lý hiếm gặp và gây nên khó khăn trong chẩn đoán và điều trị cho các bác sĩ lâm sàng. Nên đối với các trường hợp viêm tinh hoàn – mào tinh hoàn không do lao được điều trị nhiều lần bằng các nhóm kháng sinh phù hợp nhưng không khỏi, cần nghĩ đến do lao. Trong trường hợp này, giá trị nhất là chỉ định sinh thiết tinh hoàn bằng kim nhỏ để lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh hoặc xét nghiệm PCR định danh Lao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Barry R Bloom, e.a., Tuberculosis.** Major Infectious Diseases. 3rd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2017(Chapter 11).
2. **Asif Muneer, e.a.,** Urogenital tuberculosis — epidemiology, pathogenesis and clinical features. *Nature Reviews Urology*, 2019(16): p. 573–598.
3. **André A. Figueiredo, A.M.L.,** and Miguel Srougi, Urogenital Tuberculosis. *ASM*, 2017. **5**(1).
4. **André A Figueiredo, A.M.L.,** Urogenital Tuberculosis: Update and Review of 8961 Cases from the World Literature. *Rev Urol*, 2008. **10**(3): p. 207–217.
5. **Jiangwei Man, e.a.,** Diagnosis and treatment of epididymal tuberculosis: a review of 47 cases. *Peer Journal*, 2020. **8**: p. e8291.
6. **Siddharth Yadav, e.a.,** Genital tuberculosis: current status of diagnosis and management. *Transl Androl Urol*, 2017. **6**(2): p. 222–233.
7. **Viswaroop, B.S., N. Kekre, and G. Gopalakrishnan,** Isolated tuberculous epididymitis: A review of forty cases. *Journal of postgraduate medicine*, 2005. **51**(2): p. 109.
8. **Shuang Li, e.a.,** A better understanding of testicular and/or epididymal tuberculosis based on clinical, ultrasonic, computed tomography, and magnetic resonance imaging features at a high-volume institute in the modern era. *Quantitative Imaging in Medicine Surgery*, 2021. **11**(6): p. 2465–2476.
9. **Louette, A., et al.,** Treatment of Acute Epididymitis: A Systematic Review and Discussion of the Implications for Treatment Based on Etiology. *Sexually Transmitted Diseases*, 2018. **45**(12): p. e104-e108.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN QUÁ SẢN NIÊM MẠC TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Lê Thị Anh Đào\*, Mai Trọng Hưng\*\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân quá sản niêm mạc tử cung điển hình được điều trị bằng dụng cụ tử cung Mirena tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang tiến cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình 41,3 ± 4,4 tuổi, 100% bệnh nhân biểu hiện rong kinh rong huyết trong đó rong kinh chiếm 67,7%. Niêm mạc tử cung dày trên 9 mm chiếm 89,3%. **Kết luận:** Tất cả bệnh nhân có triệu chứng rong kinh, rong huyết và niêm mạc tử cung chủ yếu dày trên 9mm.

**Từ khóa:** Quá sản niêm mạc tử cung, rong kinh, dụng cụ tử cung minera.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ENDOMETRIAL HYPERPLASIA AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

**Objective:** To describe the clinical and subclinical characteristics of typical endometrial hyperplasia patients treated with Mirena IUDs at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Methods:** this is a cross-

sectional study. **Results:** Mean age was 41.3 ± 4.4 years old, 100% of patients with menorrhagia, of which menorrhagia accounted for 67.7%, endometrial thickness is over 9 mm accounting for 89.3%, 100% of the pathological results are hyperplasia. **Conclusion:** All patients with symptoms of menorrhagia, and endometrial thickness mainly over 9mm.

**Key words:** endometrial hyperplasia, menorrhagia, minera IUDs.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quá sản niêm mạc tử cung là bệnh lý hay gặp ở lứa tuổi tiền mãn kinh. Ở các nước phương Tây đây là bệnh lý rất phổ biến, nhiều gấp 3 lần ung thư niêm mạc tử cung. Tại Việt Nam chưa có con số thống kê chính thức, tuy nhiên bệnh lý này hay gặp ở những người có chu kỳ kinh nguyệt (CKKN) không phóng noãn, đặc biệt quanh thời kỳ mãn kinh. Bệnh cảnh lâm sàng của QSNMTC rất nghèo nàn trừ khi bị RKRH. Hiện tượng RKRH trong QSNMTC là do nội mạc tử cung (NMTC) chịu tác động đơn độc liên tục kéo dài của estrogen mà không có sự tác động kế tiếp hiệp đồng đối kháng của progesteron. Do đó NMTC phát triển dày lên không chế tiết và khi bong không gọn, không triệt để, do đó gây nên tình trạng chảy máu kéo dài. QSNMTC có tiềm năng trở thành ung thư NMTC nếu không được chẩn

\*Đại học Y Hà Nội

\*\*Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Anh Đào

Email: leanhdao1610@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 31.3.2022

Ngày duyệt bài: 6.4.2022

đoán sớm, điều trị đúng đắn, kịp thời.<sup>1</sup>

Các phương pháp thăm dò cận lâm sàng được sử dụng chẩn đoán QSNMTC là siêu âm tử cung và hai phần phụ, đặc biệt đo độ dày của NMTC, soi buồng tử cung để đánh giá chính xác tổn thương NMTC và cũng giúp định hướng lấy sinh thiết vùng NMTC bệnh lý, cuối cùng là nghiên cứu NMTC qua các mảnh sinh thiết hoặc trên tử cung bị cắt bỏ.

Dụng cụ tử cung có progestin (Mirena) là một trong những phương pháp điều trị quá sản niêm mạc tử cung điển hình hiệu quả

Nghiên cứu này được tiến hành với các mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân quá sản niêm mạc tử cung điển hình được điều trị bằng dụng cụ tử cung Mirena tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán quá sản niêm mạc tử cung điển hình bằng giải phẫu bệnh lý đồng ý đặt dụng cụ tử cung mirena sẽ đưa vào nghiên cứu này.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.** Bệnh nhân QSNMTC có giải phẫu bệnh lý là QSNMTC điển hình, mong muốn bảo tồn tử cung, đồng ý đặt dụng cụ tử cung Mirena.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có các chống chỉ định đặt dụng cụ tử cung và các chống chỉ định của điều trị nội tiết progesterone như: Nhiễm khuẩn đường sinh dục, ra máu âm đạo chưa rõ nguyên nhân, tổn thương nghi ngờ ở cổ tử cung, bệnh lý nội khoa mãn tính.

- Buồng tử cung rộng từ 10cm trở lên (phối hợp với u xơ tử cung)

- Đang muốn có thai tiếp trong thời gian gần
- Chưa có con hoặc không muốn đặt DCTC

### 2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ tháng 7/2020 đến tháng 2/2021  
- Địa điểm: Khoa Phụ Ngoại A5 – Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

**2.2.2. Phương pháp chọn mẫu.** Chọn mẫu thuận tiện

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Tuổi bệnh nhân tham gia nghiên cứu**

| Tuổi         | n  | %    |
|--------------|----|------|
| <35 tuổi     | 11 | 35,5 |
| 35 - 44 tuổi | 9  | 29,0 |
| >45 tuổi     | 11 | 35,5 |

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Trung bình (tuổi) | 41,3 ± 4,4 |
| Min (tuổi)        | 33         |
| Max (tuổi)        | 49         |

**Nhận xét:** Tuổi trung bình 41,3 ± 4,4 cao nhất là 49 thấp nhất là 33 tuổi.

**Bảng 2. Tiền sử kinh nguyệt và số lần sinh**

| Tiền sử kinh nguyệt, số lần sinh | n          | %            |       |
|----------------------------------|------------|--------------|-------|
| Số ngày kinh                     | < 3 ngày   | 0            | 0     |
|                                  | 3-7 ngày   | 31           | 100,0 |
|                                  | > 7 ngày   | 0            | 0     |
| Lượng kinh                       | Ít         | 0            | 0,0   |
|                                  | Trung bình | 29           | 93,5  |
|                                  | Nhiều      | 2            | 6,5   |
| Số lần sinh                      | <b>n</b>   | <b>%</b>     |       |
| 1                                | 4          | 13,0         |       |
| 2                                | 18         | 58,1         |       |
| 3                                | 7          | 22,6         |       |
| ≥ 4                              | 2          | 6,5          |       |
| <b>Tổng số</b>                   | <b>31</b>  | <b>100,0</b> |       |

**Nhận xét:** Tiền sử kinh nguyệt: Tất cả bệnh nhân có số ngày kinh từ 3 đến 7 ngày, lượng kinh chủ yếu ở mức độ trung bình chiếm 93,5%. Trên 50% bệnh nhân đã sinh 2 lần, sinh 3 lần chiếm 22,6%.

**Bảng 3. Đặc điểm rối loạn kinh nguyệt của bệnh nhân**

| Đặc điểm   | n  | %    |
|------------|----|------|
| Cường kinh | 13 | 41,9 |
| Rong kinh  | 21 | 67,7 |
| Rong huyết | 10 | 32,3 |
| Thống kinh | 0  | 0,0  |
| Kinh thưa  | 0  | 0,0  |

**Nhận xét:** Kiểu rối loạn kinh nguyệt hay gặp lần lượt là rong kinh chiếm 67,7%, cường kinh chiếm 41,9% và rong huyết chiếm 32,3%.

**Bảng 4. Thời gian rối loạn kinh nguyệt trước khi đặt DCTC**

| Thời gian ra kinh (ngày)      | Số bệnh nhân | %            |
|-------------------------------|--------------|--------------|
| 7 – 14                        | 21           | 67,7         |
| 15 – 30                       | 3            | 9,7          |
| > 30                          | 7            | 22,6         |
| <b>Tổng</b>                   | <b>31</b>    | <b>100,0</b> |
| Số tháng rối loạn kinh nguyệt | Số bệnh nhân | %            |
| 1 tháng                       | 22           | 70,9         |
| 2 tháng                       | 3            | 9,7          |
| ≥ 3 tháng                     | 6            | 19,4         |
| Trung bình (tháng)            | 1,9 ± 0,5    |              |

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân có thời gian hành kinh kéo dài >7 ngày. Trong đó, thời gian rong kinh 7-14 ngày chiếm 67,7% chiếm chủ yếu.

**Bảng 5. Độ dày NMTC trước khi hút BTC và chiều dài BTC khi hút**

| <b>Độ dày nội mạc tử cung</b> | <b>n</b>  | <b>%</b>     |
|-------------------------------|-----------|--------------|
| < 5 mm (mỏng)                 | 0         | 0            |
| 5-9 mm (trung bình)           | 4         | 10,7         |
| >9 mm (dày)                   | 27        | 89,3         |
| <b>Tổng</b>                   | <b>31</b> | <b>100</b>   |
| <b>Độ dài BTC</b>             | <b>n</b>  | <b>%</b>     |
| ≤7cm                          | 1         | 3,2          |
| 7-9cm                         | 27        | 87,2         |
| >9cm                          | 3         | 9,6          |
| <b>Tổng</b>                   | <b>31</b> | <b>100,0</b> |

**Nhận xét:** Có tới 89,3% bệnh nhân có NMTC dày > 9 mm. Không có bệnh nhân nào có NMTC < 5mm. Độ dài BTC chủ yếu là 7-9 cm chiếm 87,2%. Có 3 bệnh nhân chiếm 9,6% có độ dài BTC >9 cm.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 31 bệnh nhân có tuổi trung bình  $41,3 \pm 4,4$  cao nhất là 49 thấp nhất là 33 tuổi. Theo nghiên cứu của Rajesh Varma trong điều trị bệnh QSNMTC với độ tuổi trung bình là 54,5 tuổi (37-88 tuổi) lớn hơn rất nhiều so với tuổi trung bình trên nhóm QSNMTC điển hình của chúng tôi là  $41,3 \pm 4,4$  tuổi.<sup>2</sup> Sự khác biệt này là do nghiên cứu được tiến hành cả trên nhóm tiền mãn kinh và mãn kinh. Đặc biệt trong nghiên cứu này các bệnh nhân QSNMTC điển hình chủ yếu trên đối tượng tiền mãn kinh rất phù hợp với phương pháp điều trị bằng mirena.

Nghiên cứu trên 31 bệnh nhân chúng tôi thấy có tới 71,0% bệnh nhân là rong kinh lần đầu. Kiểu rong kinh hay gặp lần lượt là rong kinh chiếm 67,7%, cường kinh chiếm 41,9% và rong huyết chiếm 32,3%.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian rong kinh 7-14 ngày chiếm 67,7%, tiếp theo là > 30 ngày chiếm 22,6% và cuối cùng là 15-30 ngày chiếm 9,7%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 70,9% số bệnh nhân có tình trạng RKRH kéo dài < 1 tháng đã tới bệnh viện khám và điều trị, phù hợp với nghiên cứu của Phạm Thị Bình (khoảng 80%). Kết quả này khác với nghiên cứu của Nguyễn Việt Tiến với tỉ lệ đến viện khám và điều trị sau 2 tháng RKRH là 52%. Có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu sống tại thành thị, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế thuận tiện nên thường bệnh nhân sẽ đi khám sớm hơn. Theo một nghiên cứu của nước ngoài cũng có đến 40% RKRH đến khám và điều trị muộn vì bệnh nhân cố chịu đựng, cố tự điều trị, chỉ khi nào không còn hy vọng khỏi bệnh và không chịu

đựng được nữa mới đến bệnh viện. Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu đều được nhập viện trong tình trạng RKRH. Ngay cả triệu chứng bất thường về kinh nguyệt nhiều khi cũng không được người bệnh lưu tâm vì bản thân bệnh nhân

Các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian rong kinh trung bình trước khi đặt dụng cụ tử cung là  $1,9 \pm 0,5$  tháng, trong đó chủ yếu là rong kinh lần đầu (1 tháng) chiếm 70,9%. Trong nghiên cứu của chúng tôi RKRH là bệnh nhân tuổi tiền mãn kinh, quan tâm đến bệnh tật của mình nên thường đến bệnh viện sớm. Điều này đối lập với nghiên cứu của Nguyễn Việt Tiến là RKRH ở tuổi trẻ, tâm sinh lý chưa ổn định, hiểu biết bệnh tật mơ hồ nên đương nhiên sẽ đến viện khám và điều trị muộn.

**Độ dày NMTC trước khi hút BTC.** Nghiên cứu trên 31 bệnh nhân, có tới 89,3% bệnh nhân có NMTC dày > 9mm. Không có bệnh nhân nào có NMTC < 5mm. QSNMTC thường do NMTC dưới ảnh hưởng đơn độc kéo dài của estrogen, dày lên toàn bộ hoặc từng phần sau đó bong không đều, không triệt để, gây nên tình trạng RKRH.<sup>3</sup>

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với Nguyễn Ngọc Minh (tỷ lệ bệnh nhân có độ dày NMTC từ 10-15mm chiếm khoảng 60%).<sup>3</sup> Độ dày NMTC 5-9 mm chúng tôi cũng gặp 4 bệnh nhân, chiếm 10,7% thấp hơn so với Nguyễn Ngọc Minh là khoảng 20% ở. Đa số các nghiên cứu cũng thống nhất là ở độ tuổi tiền mãn kinh, NMTC dày trên 10mm ở mỗi nhóm đều chiếm tỷ lệ khoảng 70%. Còn lại, các nghiên cứu cũng thấy rằng khi NMTC mỏng dưới 5mm không thấy tình trạng bệnh lý nào ở NMTC.

Theo Phạm Việt Thanh khi trong nghiên cứu trên 30 bệnh nhân RKRH cơ năng cũng thu được NMTC < 8mm có 4 bệnh nhân (13%), từ 8 - 13mm có 19 bệnh nhân (63%), >13mm có 7 bệnh nhân (23,4%). Nguyễn Thế Phương, trong nghiên cứu trên 74 bệnh nhân RKRH cũng nhận thấy rằng khi NMTC < 5mm nạo NMTC làm GPBL không tìm thấy bệnh lý gì ở NMTC. Nguyễn Thị Cẩm Vân, Cao Ngọc Thành trong một nghiên cứu ở TP Huế cũng cho kết quả tương tự: NMTC xung quanh ngày phóng noãn dày chừng 11-12mm.<sup>3,4</sup>

**Độ dài BTC trước khi đặt DCTC.** Đo buồng tử cung là động tác bắt buộc khi tiến hành các thủ thuật nạo, hút trong buồng tử cung. Độ dài BTC chủ yếu là 7-9 mm chiếm 87,2% và nghiên cứu của chúng tôi trên các bệnh nhân có độ dài BTC ở trong giới hạn bình thường: buồng tử cung từ 7 - 9 cm, gặp ở những người đã sinh đẻ. Buồng tử cung dưới 7cm gặp ở những người

chưa sinh đẻ, trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân chiếm 3,2%. Buồng tử cung sâu trên 9 cm nhưng < 13 cm chúng tôi gặp 3 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 9,6%, không thuận lợi cho sử dụng DCTC Mirena. Nhiều nghiên cứu cũng đã nhận định buồng tử cung sâu trên 13 cm không nên điều trị bảo tồn QSNMTC mà nên điều trị ngoại khoa: cắt tử cung và 2 phần phụ, vì trong những trường hợp đó điều trị nội khoa khó đem lại kết quả tốt bởi thường có phối hợp một nguyên nhân thực thể như UXTC dưới niêm mạc, polyp buồng tử cung, KNMTC....<sup>5</sup>

## V. KẾT LUẬN

Tất cả bệnh nhân quá sản niêm mạc tử cung điều trị mirena trong nghiên cứu này đều có triệu chứng rong, kinh rong huyết trong đó chủ yếu là rong kinh chiếm 67,7%. Niêm mạc tử cung dày trên 9 mm chiếm 89,3%, kích thước tử cung chủ yếu dưới 9 cm chiếm 90,4%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yuk JS SJ, Lee JH, Park WI, Ahn HS, Kim HJ. Levonorgestrel-releasing intrauterine systems versus oral cyclic medroxyprogesterone acetate in endometrial hyperplasia therapy: a meta-analysis. *Annals of Surgical Oncology* 2017;25(5):1322-1329.
2. R. Varma, H. Soneja, K. Bhatia, et al. The effectiveness of a levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in the treatment of endometrial hyperplasia—A long-term follow-up study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2008; 139(2):169-175.
3. Nguyễn Ngọc Minh, Nguyễn Đức Vi, Dương Thị Cường. Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị quá sản nội mạc tử cung bằng lynestrenol. Trường Đại học Y Hà Nội; 2005.
4. Michael Runge H CNT. Nội tiết học sinh sản – Nam học. Nhà xuất bản Y học; 2007.
5. Omelchenko N ZM. Management of patients with climacteric syndrome and endometrial hyperplasia. In: *Climacteric, 10th World Congress on Menopause*. Vol. Abstract F-13-08. Berlin, Germany, 2002, June 10-14. 2003;

## MỨC ĐỘ KIẾT SỨC NGHỀ NGHIỆP CỦA NHÂN VIÊN KHỐI ĐIỀU DƯỠNG TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN NGOÀI CÔNG LẬP KHU VỰC PHÍA BẮC

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Kiệt sức nghề nghiệp rất thường gặp, gây tác động tiêu cực ở cả cấp độ cá nhân và tổ chức cho hệ thống Y tế. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm tìm hiểu tình trạng Kiệt sức nghề nghiệp ở nhân viên khối Điều dưỡng (Điều dưỡng viên, Kỹ thuật viên, Hộ sinh viên) ở một số bệnh viện ngoài công lập khu vực phía Bắc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 141 đối tượng, được thực hiện từ tháng 1 đến tháng 3 năm 2022 tại 02 bệnh viện ngoài công lập. Mức độ Kiệt sức nghề nghiệp được đánh giá bằng bộ câu hỏi Oldenburg Burnout Inventory. **Kết quả:** tỷ lệ nhân viên có Kiệt sức nghề nghiệp là 36,9% và 34,0% đối tượng không có biểu hiện nào của Kiệt sức nghề nghiệp. Có mối quan hệ có ý nghĩa thống kê giữa mức độ Kiệt sức nghề nghiệp với tuổi ( $r = -0,19, p < 0,01$ ) và mức độ hài lòng với công việc ( $r = -0,50, p < 0,01$ ). Không tìm thấy sự khác biệt nào về điểm Kiệt sức nghề nghiệp giữa các nhóm giới tính ( $df = 139, t = 0,45, p > 0,05$ ), khoa phòng đang công tác (nội, ngoại, sản, nhi...) ( $df = 7, F = 1,01, p > 0,05$ ), tính chất công việc (chăm

Nguyễn Hoàng Long<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Trang<sup>2</sup>

sóc người bệnh trực tiếp, không chăm sóc người bệnh trực tiếp) ( $df = 139, t = 1,53, p < 0,05$ ). **Kết luận:** tỷ lệ nhân viên có Kiệt sức nghề nghiệp ở mức độ trung bình. Các đối tượng cần được quan tâm nhiều hơn khi can thiệp cải thiện Kiệt sức nghề nghiệp là nhân viên trẻ và có mức độ hài lòng nghề nghiệp thấp.

**Từ khóa:** Kiệt sức nghề nghiệp, Điều dưỡng viên, Nhân viên khối điều dưỡng

### SUMMARY

#### BURNOUT AMONG NURSING STAFF AT SELECTED PRIVATE HOSPITALS IN THE NORTH OF VIETNAM

**Background:** Burnout among healthcare staff is common and leads to various negative outcomes to both individual and institutional levels. This study was conducted to survey burnout among nursing staff (nurses, technicians, and midwives) at selected private hospitals in the North of Vietnam. **Methods:** This cross-sectional study was implemented from January to March 2022 on 141 participants from two hospitals. Burnout was assessed by the Oldenburg Burnout Inventory. **Results:** The prevalence of burnout among respondents was 36.9%. Thirty-four percent of the subjects reported no signs and symptoms of burnout. There were significant associations between burnout and age ( $r = -0.19, p < 0.01$ ), and job satisfaction ( $r = -0.50, p < 0.01$ ). No differences in burnout scores among various group of gender ( $df = 139, t = 0.45, p > 0.05$ ), departments (medical, surgical, maternal, and pediatrics departments) ( $df = 7, F = 1.01, p >$

<sup>1</sup>Viện Khoa học Sức khỏe, Trường Đại học VinUni

<sup>2</sup>Bệnh viện ĐKQT Vinmec khu vực Đông Bắc

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Long

Email: long.nh@vinuni.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.2.2022

Ngày phản biên khoa học: 30.3.2022

Ngày duyệt bài: 5.4.2022