

người bệnh tự tìm hiểu dẫn đến tìm hiểu sai hoặc thiếu sót thông tin về bệnh đái tháo đường.

Kết quả nghiên cứu cho thấy trình độ học vấn cũng tỷ lệ thuận với kiến thức tự tiêm Insulin. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Hoài Thu (2016) với tỷ lệ kiến thức đúng từ người bệnh không đi học; cấp 1; cấp 2; cấp 3; trung cấp chuyên nghiệp trở lên lần lượt là 0%; 12,5%; 13,0%; 17,1%; 22%[6]. Điều này cho thấy những người có trình độ học vấn càng cao thì khả năng nhận thức và hiểu vai trò của việc tự tiêm Insulin đúng quy trình và kỹ thuật cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức tự tiêm Insulin có mối liên quan với nơi ở: Người bệnh sống ở nông thôn có kiến thức đạt chiếm 50,6%, người bệnh sống ở thành thị có kiến thức đạt 86,8% (với $p < 0,05$).

Kiến thức tự tiêm Insulin có mối liên quan với nghề nghiệp: người bệnh là nông dân có kiến thức tự tiêm Insulin đạt chiếm tỷ lệ thấp nhất (41,5%), tiếp đến là công nhân (58,3%), buôn bán/ tự do (62,5%), người bệnh là viên chức, công chức và hưu trí có kiến thức tự tiêm Insulin đạt chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 88,9% và 88,6% (với $p < 0,05$).

Kiến thức tự tiêm Insulin có mối liên quan với trình độ học vấn: người bệnh có trình độ học vấn càng cao thì kiến thức tự tiêm Insulin càng cao (với $p < 0,05$).

Trong nghiên cứu, chưa tìm thấy mối liên quan giữa kiến thức tự tiêm Insulin với nhóm tuổi, giới tính, chỉ số BMI, thời gian phát hiện đái

tháo đường, thời gian tự tiêm Insulin, thời gian khám sức khỏe định kỳ (với $p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ y tế (2013)**, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nội tiết, Ban hành kèm theo Quyết định số 1119/QĐ-BYT ngày 05/04/2013 của Bộ Y tế.
2. **Bộ môn Nội tiết** - Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, Hướng dẫn tự tiêm Insulin.
3. **Vũ Thị Thanh Huyền và Lê Thị Hương (2013)**, Khảo sát kiến thức, thái độ và thực hành sử dụng Insulin ở bệnh nhân đái tháo đường > 60 tuổi điều trị tại Bệnh viện Lão khoa năm 2012, Tạp chí Y-Dược học quân sự, 6-2013.
4. **Dương Thị Liên và cộng sự (2015)**, Khả năng tự tiêm Insulin ở người bệnh cao tuổi đái tháo đường, Tạp chí Nghiên cứu Y Học, 94(2), tr. 57-63.
5. **Phùng Văn Lợi và Đào Thanh Xuyên (2018)**, Đánh giá khả năng tự tiêm Insulin và một số yếu tố liên quan trên người bệnh đái tháo đường type 2 cao tuổi điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, Tạp chí Y học Thực Hành.
6. **Bùi Thị Hoài Thu (2016)**, Kiến thức, thực hành về sử dụng Insulin của bệnh nhân đái tháo đường tại khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Nội tiết Trung ương, Luận văn thạc sỹ, Trường Đại học Thăng Long.
7. **Nguyễn Thị Hoàng Vân (2014)**, Khảo sát khả năng tự tiêm Insulin ở người bệnh ĐTĐ type 2 điều trị ngoại trú, Kí yếu hội nghị khoa học BV tim mạch An Giang.
8. **American Diabetes Association (2015)**, Diagnosis and classification of diabetes mellitus, Diabetes Care, 38(Supp. 1), pp. S62-S69.
9. **International Diabetes Federation (2015)**, IDF Diabetes Atlas Seventh Edition, International Diabetes Federation, 1-142.
10. **International Diabetes Federation (2018)**, IDF Diabetes Atlas 8th ed, Edition, p.1-150.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG U QUÁI TRUNG THẤT LẠNH TÍNH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2015 - 2021

Phạm Hữu Lư*, Ngô Văn Nam**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân u quái trung thất lạnh tính được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2015

*Trung tâm Tim mạch và Lồng ngực, Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

**Bệnh viện Ung bướu Thanh Hoá

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Lư

Email: phamhuulucs@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.6.2022

Ngày duyệt bài: 8.7.2022

– 2021. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu với tất cả các trường hợp chẩn đoán là u quái trung thất lạnh tính được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Bao gồm 46 đối tượng, 15 nam và 31 nữ. Tuổi trung bình là $28,98 \pm 12,51$ (12 - 66). Trong số 40 ca có triệu chứng, đau ngực là triệu chứng hay gặp nhất (80,43%), thời gian diễn biến bệnh trung bình là $4,5 \pm 8,2$ tháng. Chụp cắt lớp vi tính có kết quả chẩn đoán cao (100%). Tất cả u nằm ở trung thất trước với kích thước u trung bình $8,4 \pm 3,8$ cm (2,7 - 17,4). Có 4 ca (8,7%) có tổn thương cơ quan sinh dục kèm theo là u xơ tử cung và nang buồng trứng. Các xét nghiệm alpha-FP và beta-HCG

đều trong giới hạn bình thường. **Kết luận:** Bệnh nhân u quái trung thất lành tính có thể gặp ở mọi lứa tuổi, không có sự khác biệt về giới tính, không có triệu chứng lâm sàng đặc trưng, hay gặp nhất là đau ngực, đa số nằm ở trung thất trước, u có thể được phát hiện trên Xquang và chụp cắt lớp vi tính. Trong một số trường hợp cần phân biệt với u tế bào mầm ác tính.

SUMMARY

THE CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BENIGN MEDIASTINAL TERATOMAS WHO WERE OPERATED ON AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN THE PERIOD 2015 - 2021

Objectives: To describe the clinical and subclinical characteristics of patients with benign mediastinal teratomas who were operated on at Viet Duc University Hospital in the period 2015 - 2021. **Methods:** A retrospective, cross-sectional descriptive study with all cases diagnosed as benign mediastinal teratomas operated at Viet Duc Friendship Hospital from January 2015 to December 2021. **Results:** Includes 46 patients, 15 men and 31 women. Mean age 28.98 ± 12.51 (12 - 66). Among 40 symptomatic cases, chest pain was the most common symptom (80.43%), the mean duration of the disease was 4.5 ± 8.2 months. Computed tomography has high diagnostic results (100%). All tumors were located in the anterior mediastinum with an average tumor size of 8.4 ± 3.8 cm (2.7 - 17.4). There were 4 cases (8.7%) with genital lesions accompanied by uterine fibroids and ovarian cysts. Alpha-FP and beta-HCG tests were both within normal limits. **Conclusion:** Patients with benign mediastinal teratoma can be found at any age, with no gender difference, no specific clinical symptoms, the most common is chest pain, mostly located in the anterior mediastinum, it can be detected on chest radiographs and computed tomography. In some cases, care is needed to differentiate from malignant germ cell tumors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U quái trung thất lành tính chiếm 5 - 10% tổng số khối u trung thất¹, và thường nằm ở trung thất trước. U trung thất nói chung và u quái trung thất lành tính nói riêng thường tiến triển chậm, ít có triệu chứng lâm sàng. Ở người lớn, 2/3 trường hợp không có triệu chứng lâm sàng^{2,3}. U quái trung thất lành tính có thể điều trị khối bằng phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u với tiên lượng tốt⁴. Đã có nhiều nghiên cứu về u trung thất nói chung, nhưng chưa có nhiều nghiên cứu chuyên về u quái trung thất lành tính. Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhóm bệnh nhân phẫu thuật u quái trung thất lành tính tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2015 - 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm tất cả

những bệnh nhân (BN) được chẩn đoán là u quái trung thất lành tính được phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2021.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang với các thông số dựa trên hồ sơ bệnh án lưu tại phòng lưu trữ hồ sơ Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Các thông số nghiên cứu bao gồm: Tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng... Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm lâm sàng: Từ tháng 01 năm 2015 đến tháng 12 năm 2021 có 46 bệnh nhân u quái trung thất lành tính được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân được mô tả như **Bảng 1**.

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng (n = 46)

Thông số	n (%)
Tuổi	$28,98 \pm 12,51$
Giới tính: Nam	15 (32,61%)
Nữ	31 (67,39%)
Diễn biến của bệnh (tháng)	$4,5 \pm 8,2$
Không có triệu chứng	06 (13,04%)
Có triệu chứng	40 (86,96%)
Đau ngực	37 (80,43%)
Khó thở	15 (32,61%)
Ho	13 (28,26%)
Sốt	05 (10,87%)
Triệu chứng khác	07 (15,22%)

Nhận xét: Đau ngực là triệu chứng thường gặp nhất trong u quái trung thất lành tính (80,43%) bên cạnh các triệu chứng khác như ho, khó thở, sốt...và có thể có hơn hai triệu chứng trên một bệnh nhân.

3.2 Đặc điểm cận lâm sàng: Tất cả 46 bệnh nhân đều được chụp X - quang và cắt lớp vi tính kiểm tra trước mổ. Chỉ có 1 trường hợp không phát hiện rõ tổn thương trên phim X-quang lồng ngực (2,2%). Chụp cắt lớp vi tính cho kết quả ở 100% trường hợp, không có trường hợp nào phải chụp cộng hưởng từ. Tất cả khối u đều nằm ở trung thất trước. Một số đặc điểm cận lâm sàng được thể hiện qua **Bảng 2**.

Bảng 2. Một số đặc điểm cận lâm sàng (n = 46)

Thông số	n (%)
Kích thước trung bình (cm)	$8,43 \pm 3,83$
Vị trí u: Bên trái	23 (50,00%)
Bên phải	18 (39,13%)
Trung thất trước trên	05 (10,87%)
Tính chất bắt thuốc	
Không bắt thuốc	09 (19,57%)

Bắt thuốc kém	36 (78,26%)
Bắt thuốc mạnh	01 (2,17%)
Tổn thương cơ quan sinh dục	
Có	04 (8,70%)
Không	42 (91,30%)
Xét nghiệm chỉ điểm khối u	
alpha-FP (ng/ml)	2,18
beta-HCG (mUI/ml)	1,06

Nhận xét: - Kích thước trung bình của khối u ở nhóm có triệu chứng là $8,98 \pm 3,83$ cm lớn hơn kích thước u trung bình của nhóm không có triệu chứng $4,82 \pm 0,98$ cm với $p < 0,05$.

- Đa số khối u trong nghiên cứu của chúng tôi đều không bắt thuốc hoặc bắt thuốc kém.

- Các xét nghiệm về chất chỉ điểm u đều trong giới hạn bình thường.

- Trong số 46 bệnh nhân, có 04 bệnh nhân có tổn thương cơ quan sinh dục kèm theo, bao gồm 03 trường hợp u xơ tử cung và 01 trường hợp có u nang buồng trứng.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm lâm sàng. U quái trung thất lành tính là u tế bào mầm lành tính thường gặp nhất, không có sự khác biệt rõ rệt về giới tính, có thể gặp ở mọi lứa tuổi, thường gặp nhất ở lứa tuổi 20 - 40, chiếm khoảng 15% các khối u trung thất trước ở người lớn và 25% khối u trung thất trước ở trẻ em².

Hầu hết bệnh nhân u quái trung thất lành tính đều không có triệu chứng lâm sàng rõ ràng^{1,5}, một số được phát hiện tình cờ khi chụp X - quang hoặc chụp cắt lớp vi tính lồng ngực. Triệu chứng lâm sàng thường không đặc trưng mà có thể lẫn với một số bệnh lý khác trong lồng ngực, trong đó phổ biến nhất là đau ngực (chiếm 80,43% trong nghiên cứu của chúng tôi). Ngoài ra còn có một số triệu chứng như khó thở (32,61%), ho (28,26%), sốt (10,87%), triệu chứng khác (15,22%: nôn ra máu, gầy sút cân,...) cũng phù hợp với các nghiên cứu khác⁶⁻⁸.

4.2 Đặc điểm cận lâm sàng. Trong bệnh lý u quái trung thất, chụp X - quang ngực và cắt lớp vi tính lồng ngực có thể thấy các khối dạng tròn ở trung thất trước, phân chia thùy một phần, có thể có vôi hóa ở trong và thậm chí có cả hình ảnh cản quang dạng răng hoặc xương. Các u quái trưởng thành lành tính thường có dạng nang (tỷ trọng đồng nhất) hoặc hỗn hợp, trong khi u quái chưa trưởng thành thường dạng tổ chức với các mức độ ngấm thuốc cản quang khác nhau (cần làm sinh thiết chẩn đoán tế bào trước mổ để có phác đồ điều trị thích hợp). Phần lớn các trường hợp u quái lành tính trong trung

thất thường nằm ở trung thất trước, dễ bị nhầm với u tuyến ức trước khi mổ nên cần phải được xác định cẩn thận⁹. Trong nghiên cứu này, tất cả u quái trung thất lành tính đều nằm ở trung thất trước với 23 bệnh nhân có u nằm ở bên phải, 18 bệnh nhân có u nằm ở bên trái và 05 trường hợp khối u nằm ở trung thất trước - trên.

Khối u có kích thước trung bình khá lớn $8,43 \pm 3,83$ cm với kích thước lớn nhất lên đến 17,4 cm. U thường có ranh giới rõ, bắt thuốc kém hoặc không bắt thuốc và có hình ảnh điển hình trên phim cắt lớp vi tính chứa nhiều thành phần khác nhau như: dịch, vôi hóa, mỡ, mô mềm. Một đặc điểm cần lưu ý cần xác định trước mổ là ranh giới của khối u với tổ chức lân cận và kích thước của khối nhằm xác định khả năng xử trí bằng phẫu thuật nội soi cho bệnh nhân.

Đối với u quái trung thất nói riêng và u tế bào mầm ngoài cơ quan sinh dục khác việc thăm khám ổ bụng cũng như cơ quan sinh dục cần được thực hiện đồng thời. Trong nghiên cứu hầu hết bệnh nhân không phát hiện khối bất thường tại cơ quan sinh dục, chỉ có 04 ca trong đó có 03 ca có u xơ tử cung và 01 ca có nang thanh dịch tại buồng trứng. Trong y văn cũng đã ghi nhận một vài trường hợp u quái trung thất cùng với u nguyên phát ở cơ quan sinh dục nhưng tỷ lệ này là rất hiếm¹⁰.

Trong quá trình chẩn đoán và theo dõi u quái trung thất, nên theo dõi các chất chỉ điểm u trong huyết thanh (là một trong những yếu tố giúp phân biệt với u quái không thành thực nhất là những trường hợp khối u có tỷ trọng tổ chức trên phim cắt lớp vi tính). Cụ thể: Alpha-FP và beta-HCG thường không tăng trong u quái lành tính nhưng ngược lại nồng độ alpha-FP hoặc beta-HCG huyết thanh tăng cao cho thấy một thành phần ác tính của u quái, chẳng hạn như ung thư biểu mô phổi, u túi noãn hoàng buồng trứng hoặc ung thư biểu mô¹¹. Trong nhóm này, 19 bệnh nhân được làm xét nghiệm alpha-FP và 8 bệnh nhân được làm xét nghiệm beta-HCG, kết quả đều trong giới hạn bình thường.

V. KẾT LUẬN

U quái trung thất lành tính có thể gặp ở mọi lứa tuổi, không có sự khác biệt về giới tính, không có triệu chứng lâm sàng đặc trưng, đa số nằm ở trung thất trước, u có thể được phát hiện trên X - quang và chụp cắt lớp vi tính lồng ngực. Trong một số trường hợp cần phân biệt với u tế bào mầm ác tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Allen MS, Trastek VF, Pairolero PC. Benign Germ

- Cell Tumors of the Mediastinum. In: Shields TW, Joseph L, Reed CE, Fein RH, editors. General Thoracic Surgery. 2009;p:2266-2510.
2. **Takeda S ichi, Miyoshi S, Ohta M**, Minami M, Masaoka A, Matsuda H. Primary germ cell tumors in the mediastinum. *Cancer*. 2003;97(2):367-376.
 3. **Mullen B, Richardson JD**. Primary anterior mediastinal tumors in children and adults. *Ann Thorac Surg*. 1986;42(3):338-345.
 4. **Lewis BD, Hurt RD, Payne WS, Farrow GM, Knapp RH, Muhm JR**. Benign teratomas of the mediastinum. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1983;86(5):727-731.
 5. **Demmy TL, Krasna MJ, Detterbeck FC, et al**. Multicenter VATS experience with mediastinal tumors. *Ann Thorac Surg*. 1998;66(1):187-192.
 6. **Tian Z, Liu H, Li S, et al**. Surgical treatment of benign mediastinal teratoma: summary of experience of 108 cases. *J Cardiothorac Surg*. 2020;15.
 7. **Pham LH, Trinh DK, Nguyen AV, et al**. Thoracoscopic surgery approach to mediastinal mature teratomas: a single-center experience. *J Cardiothorac Surg*. 2020;15.
 8. **Tsubochi H, Endo S, Nakano T, Minegishi K, Tetsuka K, Hasegawa T**. Extraction of mediastinal teratoma contents for complete thoracoscopic resection. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*. 2015;23(1):42-45.
 9. **Choi SJ, Lee JS, Song KS, Lim TH**. Mediastinal teratoma: CT differentiation of ruptured and unruptured tumors. *AJR Am J Roentgenol*. 1998;171(3):591-594.
 10. **Kalhor N, Moran C. Germ Cell Tumors**. In: Kalhor N, Moran C, eds. *Mediastinal Pathology*. Springer International Publishing; 2019:341-398.

PHÂN TÍCH NGƯỠNG CHI TRẢ CHO MỘT NĂM SỐNG CÓ CHẤT LƯỢNG CỦA NGƯỜI BỆNH HEMOPHILIA A TẠI VIỆN HUYẾT HỌC - TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG

Võ Ngọc Yến Nhi*, Nguyễn Thị Thu Thủy*

TÓM TẮT

Hemophilia A là bệnh lý gây thiếu yếu tố đông máu phổ biến có chi phí điều trị cao gây gánh nặng kinh tế to lớn cho người bệnh, gia đình và xã hội. Vì vậy, việc đánh giá ngưỡng chi trả cho bệnh này là hết sức cần thiết, giúp xem xét khả năng tiếp cận của người bệnh cũng như đưa ra các chính sách hỗ trợ cần thiết. Nghiên cứu được thực hiện tại viện Huyết học - Truyền máu Trung ương trong giai đoạn từ 10/2021 đến 06/2022. Khảo sát trên 194 người bệnh với tỷ lệ nam giới là 100%. Ngưỡng chi trả trên mỗi năm sống có chất lượng của người bệnh (WTP/QALY) hemophilia A có giá trị trung bình 164.841.827,72 VND/QALY (95%CI: 118.514.386,40 - 211.169.269,03 VND/QALY). Các yếu tố có liên quan đến WTP/QALY của người bệnh bao gồm: tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, nơi cư trú, nghề nghiệp, độ tuổi, thu nhập trung bình mỗi tháng, hệ số chất lượng sống theo thang đo EQ-5D-5L và VAS.

Từ khóa: ngưỡng chi trả, một năm sống có chất lượng, viện Huyết học - Truyền máu Trung Ương, hemophilia A.

SUMMARY

WILLINGNESS-TO-PAY PER QUALITY-ADJUSTED LIFE YEAR OF PATIENTS WITH HEMOPHILIA A IN NATIONAL INSTITUTE

*Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy
 Email: nguyenthuthuy@ump.edu.vn
 Ngày nhận bài: 1.6.2022
 Ngày phản biện khoa học: 1.7.2022
 Ngày duyệt bài: 12.7.2022

OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION IN 2022

Hemophilia A is a prevalent coagulation disorder with high treatment expenses that places a significant financial burden on individuals, families, and society. Therefore, assessing the willingness to pay for this illness is crucial to take patients' accessibility into account and provide the required support measures. The study was carried out at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion between 10/2021 and 06/2022. The study surveyed 194 patients with a male rate of 100%. The mean value of hemophilia A patients' willingness to pay per quality-adjusted life year (WTP/QALY) is 164.841.827,72 VND/QALY (95%CI: 118.514.386,40 - 211.169.269,03 VND/QALY). Relevant factors affecting the patient's WTP/QALY include marital status, education level, living place, health insurance benefits, age, disease level, quality of life coefficient as measured by the EQ-5D-5L and VAS scale.

Keyword: willingness-to-pay, quality-adjusted life year, the National Institute of Hematology and Blood Transfusion, hemophilia A.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hemophilia A là bệnh thiếu hụt yếu tố đông máu phổ biến nhất trên thế giới với chi phí điều trị cao. Hemophilia A ảnh hưởng đến tất cả các nhóm dân tộc với tỷ lệ hiện mắc khác nhau giữa các quốc gia được ước tính với tỷ lệ 3-20 ca trên 100.000 dân số [1]. Tại Việt Nam, ước tính năm 2020 có 3.913 người mắc bệnh hemophilia, trong đó có 3.228 người mắc hemophilia A chiếm 82,5% các ca bệnh [2]. Yếu tố đông máu được