

## TÌNH TRẠNG DI CẢN HẠCH VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY

Nguyễn Tài Tiến<sup>1</sup>, Lê Trung Thọ<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Ung thư dạ dày là bệnh lý ung thư phổ biến trên thế giới. Tiên lượng phụ thuộc vào tít mô bệnh học cũng như mức độ di căn. Nghiên cứu nhằm mục đích xác định tình trạng di căn hạch và mối liên quan với một số đặc điểm giải phẫu bệnh của ung thư biểu mô dạ dày. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 222 bệnh nhân ung thư dạ dày nguyên phát đã được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học bệnh phẩm phẫu thuật tại bệnh viện K trung ương cơ sở Tân Triều. Mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch và các đặc điểm giải phẫu bệnh ung thư dạ dày được xác định bằng kiểm định khi bình phương với mức ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . **Kết quả:** Trong 222 bệnh nhân nghiên cứu có 7 dưới tít mô bệnh học, trong đó UTBM tuyến ống chiếm tỉ lệ cao nhất (64,86%), tiếp đến là UTBM kém kết dính (27,93%). Tỉ lệ di căn hạch 62,16%. Tỉ lệ di căn hạch N0, N1, N2, N3a, N3b lần lượt là 37,84%; 17,57%; 19,37%; 18,47%; 6,76%. Có mối liên hệ đồng biến giữa mức độ xâm lấn khối u (pT), hình ảnh đại thể khối u, xâm nhập mạch, xâm nhập thần kinh với tình trạng di căn hạch ( $p < 0,05$ ). Không có mối liên quan giữa các dưới tít mô bệnh học, vị trí khối u, kích thước khối u với tình trạng di căn hạch ( $p > 0,05$ ). **Kết luận:** bệnh nhân UTDD có tỉ lệ di căn hạch cao, có mối liên hệ đồng biến giữa mức độ xâm lấn khối u (pT), hình ảnh đại thể khối u, xâm nhập mạch, xâm nhập thần kinh với tình trạng di căn hạch.

**Từ khóa:** ung thư dạ dày, di căn hạch, dưới tít mô bệnh học.

### SUMMARY

#### THE SITUATION OF LYMPH NODE METASTASIS AND THE RELATIONSHIP WITH SOME HISTOPATHOLOGICAL FEATURES OF GASTRIC CARCINOMA

**Objectives:** Gastric cancer is popular cancer in the world. Prognosis depends on the histopathological type as well as the stage of metastasis. The study aims to determine the status of lymph node metastasis and its relationship with some histopathological features of gastric carcinoma. **Methods:** This cross-sectional study included two hundred twenty-two patients with gastric carcinoma whose diagnosed by histopathology of surgical specimens in Tan Trieu Facility - Vietnam National Cancer Hospital. The relationship between lymph node metastasis and histopathological features of gastric carcinoma was determined by a chi-square test with

statistical significance  $p < 0,05$ . **Results:** In the total of two hundred twenty-two patients, there were 7 subtypes of histopathology. Tubular gastric adenocarcinoma (64.86%) was the most popular subtype, followed by poorly cohesive gastric carcinoma (27.93%). Along with that, 62.16% had lymph node metastasis. N0 (37.84%) was the most stage lymph node metastasis, followed by N2 (19.37%), N3a (18.47%), N1 (17.57%) and N3b (6.76%). There was a covariate relationship between tumor staging, macroscopy features, vessel invasion, and nerve invasion with lymph node metastasis ( $p < 0.05$ ). There was no relationship between subtypes of histopathology, location and size of the tumor with lymph node metastasis ( $p > 0.05$ ). **Conclusions:** gastric cancer had a high rate of lymph node metastasis. There was a covariate relationship between tumor staging, macroscopy features, vessel invasion, and nerve invasion with lymph node metastasis.

**Keywords:** gastric cancer, lymph node metastasis, subtypes of histopathology.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một bệnh lý ung thư phổ biến, đứng hàng thứ 5 trong các loại ung thư và đứng hàng thứ 3 các loại ung thư gây tử vong cao nhất.<sup>1</sup> Trước đây, ung thư dạ dày (UTDD) thường được phân loại mô bệnh học theo Lauren 1965, nhưng từ khi ra đời hệ thống phân loại u đường tiêu hóa của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) mà đến năm 2019 là phiên bản thứ 5 đang được áp dụng rộng rãi nhờ vào phân loại chi tiết, cập nhật và dễ áp dụng.<sup>2,3</sup> Theo phân loại của WHO 2019, ung thư biểu mô là dưới tít phổ biến trong UTDD. Hiện nay, chẩn đoán và điều trị UTDD đã có nhiều tiến bộ, tuy nhiên tỉ lệ sống sau 5 năm chỉ khoảng 28%.<sup>2</sup> Tiên lượng bệnh nhân tùy thuộc vào tít mô bệnh học cũng như mức độ di căn của khối u. Ở các nước châu Âu và Mỹ, tỉ lệ chẩn đoán UTDD sớm mới phát hiện chỉ khoảng 15-20%. Tỉ lệ di căn hạch tới 75-85% khiến cho tỉ lệ sống còn sau 6 tháng còn dưới 15% ở những người được chẩn đoán muộn.<sup>4</sup> Tại Việt Nam, chưa có các nghiên cứu sử dụng hệ thống phân loại WHO 2019 cũng như tình trạng di căn hạch và mối liên hệ với một số đặc điểm giải phẫu bệnh ung thư biểu mô dạ dày. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** bao gồm 222 bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày nguyên phát đã

<sup>1</sup>Đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Trung Thọ

Email: drlonglive@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2022

Ngày duyệt bài: 14.12.2022

được chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm MBH trên bệnh phẩm phẫu thuật tại trung tâm Giải phẫu bệnh – Sinh học phân tử, bệnh viện K trung ương cơ sở Tân Triều từ tháng 2 năm 2022 đến tháng 9 năm 2022.

**Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, cỡ mẫu thuận tiện, chọn mẫu không xác suất.

**Các chỉ số nghiên cứu:**

Giai đoạn di căn hạch: xác định di căn theo nhóm, vùng: môn vị, bờ cong nhỏ, bờ cong lớn, mạc nối, rốn lách chia thành các giai đoạn N0, N1, N2, N3a, N3b theo AJCC 8.

Phân loại dưới típ mô bệnh học theo WHO 2019: cắt bệnh phẩm 3 lát qua thành dạ dày bao gồm u và niêm mạc xung quanh, 2 lát qua diện cắt 2 đầu và 1 lát cắt qua vùng niêm mạc dạ dày lành. Các tiêu bản sau nhuộm HE được đọc dưới kính hiển vi quang học và đưa ra chẩn đoán dưới típ mô bệnh học theo tiêu chuẩn của WHO 2019.<sup>2</sup>

Vị trí u: chia thành vị trí tâm vị, thân – phình vị, bờ cong nhỏ, bờ cong lớn, hang – môn vị.

Xâm nhập mạch: khi tế bào u xuất hiện trong lòng mạch, được lớp bởi một lớp nội mô.

Xâm nhập thần kinh: khi tế bào u xâm nhập vào vỏ hoặc vào trong cấu trúc dây thần kinh.

Các đặc điểm giải phẫu bệnh: hình ảnh đại thể (thâm nhiễm có/không), mức độ biệt hóa (vừa-cao, thấp), mức độ T, giai đoạn TNM theo AJCC 8.

**Xử lý số liệu:** số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học STATA 16.0. Các biến định tính được tính theo tỉ lệ phần trăm, giá trị mong đợi, các biến định lượng được tính trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn, giá trị thấp nhất, giá trị cao nhất; so sánh trung bình giữa các biến định lượng, phần trăm giữa các biến định tính; xác định sự khác biệt giữa các nhóm định lượng: 2 nhóm (t-test độc lập với biến phân bố chuẩn và Mann-Whitney test hay Wilcoxon test với biến không chuẩn), xác định sự khác biệt giữa các biến định tính: khi bình phương hoặc fisher's exact test. Giá trị p<0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Tình trạng di căn hạch của ung thư biểu mô dạ dày**

**Bảng 1. Phân bố u theo mức độ di căn hạch (n=222)**

| Giai đoạn di căn hạch | Số lượng | Tỉ lệ (%) |
|-----------------------|----------|-----------|
| N0                    | 84       | 37,84     |
| N1                    | 39       | 17,57     |
| N2                    | 43       | 19,37     |
| N3a                   | 41       | 18,47     |
| N3b                   | 15       | 6,76      |

Tỉ lệ di căn hạch gặp ở 62,16%, trong đó tỉ lệ giai đoạn N2 chiếm 19,37%, giai đoạn N3b ít nhất với 6,76%.

**3.2. Môi liên quan giữa tình trạng di căn hạch và một số đặc điểm giải phẫu bệnh ung thư biểu mô dạ dày**

**Bảng 2. Môi liên quan hình ảnh đại thể, kích thước khối u với tình trạng di căn hạch**

| Biến             | Mức độ di căn hạch (n=222) |             | p     |
|------------------|----------------------------|-------------|-------|
|                  | N0                         | N+          |       |
| Thâm nhiễm       | 29 (27,36%)                | 77 (72,64%) | 0,002 |
| Không thâm nhiễm | 55 (47,41%)                | 61 (52,59%) |       |
| >5 cm            | 18 (28,13%)                | 46 (71,88%) | 0,058 |
| ≤5cm             | 66 (41,77%)                | 92 (58,23%) |       |

Bệnh nhân có hình ảnh đại thể thâm nhiễm có tỉ lệ di căn hạch cao hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân không có hình ảnh thâm nhiễm. Trong khi đó, kích thước khối u không có liên quan đến tình trạng di căn hạch với p=0,058.

**3.3. Liên quan giữa mức độ xâm lấn khối u với tình trạng di căn hạch**

**Bảng 3. Môi liên quan mức độ xâm lấn khối u với tình trạng di căn hạch**

| Mức độ xâm lấn | Mức độ di căn hạch (n=222) |              | p     |
|----------------|----------------------------|--------------|-------|
|                | N0                         | N+           |       |
| T1 - T2        | 49 (75,38%)                | 16 (24,62%)  | 0,000 |
| T3 - T4        | 35 (22,29%)                | 122 (77,71%) |       |

Mức độ xâm lấn càng cao thì tình trạng di căn hạch càng nhiều. Nhóm có mức độ xâm lấn nặng T3-T4 có tỉ lệ di căn hạch cao hơn rõ rệt so với nhóm mức độ xâm lấn nhẹ T1-T2, với p<0,001.

**3.4. Liên quan giữa dưới típ mô bệnh học theo WHO 2019 với tình trạng di căn hạch**

**Bảng 4. Môi liên quan giữa dưới típ mô bệnh học với tình trạng di căn hạch**

| WHO 2019          | Mức độ di căn hạch (n=222) |             | p     |
|-------------------|----------------------------|-------------|-------|
|                   | N0                         | N+          |       |
| UTBM tuyến ống    | 57 (39,58%)                | 87 (60,42%) | 0,095 |
| UTBM kém kết dính | 25 (40,32%)                | 37 (59,68%) |       |
| Khác              | 2 (12,50%)                 | 14 (87,50%) |       |

Các dưới típ mô bệnh học để có tình trạng di căn hạch đều cao hơn tỉ lệ không di căn hạch (>50%), tuy nhiên không có sự khác biệt về tỉ lệ di căn hạch giữa các dưới típ mô bệnh học theo phân loại WHO 2019, với p=0,095.

**3.5. Liên quan giữa mức độ biệt hóa với tình trạng di căn hạch**

**Bảng 5. Môi liên quan giữa mức độ biệt hóa với tình trạng di căn hạch**

| Mức độ biệt hóa | Mức độ di căn hạch (n=145) |             | p     |
|-----------------|----------------------------|-------------|-------|
|                 | N0                         | N+          |       |
| Cao – Vừa       | 35 (49,30%)                | 36(50,70%)  | 0,016 |
| Thấp            | 22 (29,73%)                | 52 (70,27%) |       |

Mức độ biệt hóa càng thấp có tình trạng di căn hạch càng nhiều, tỉ lệ di căn hạch ở nhóm mức độ biệt hóa vừa, biệt hóa cao có ý nghĩa thống kê so với tỉ lệ di căn hạch ở nhóm mức độ biệt hóa vừa-cao, với  $p=0,016$ .

### 3.6. Liên quan giữa xâm nhập mạch, xâm nhập thần kinh với tình trạng di căn hạch

**Bảng 6. Môi liên quan giữa mức độ xâm nhập mạch, thần kinh với di căn hạch**

| Biến               | Di căn hạch (n=222) |             | p     |
|--------------------|---------------------|-------------|-------|
|                    | N0                  | N+          |       |
| Xâm nhập mạch      | 14 (13,33%)         | 91 (86,67%) | 0,000 |
| Xâm nhập thần kinh | 21 (20,39%)         | 82 (79,61%) | 0,000 |

Tình trạng xâm nhập mạch, xâm nhập thần kinh có mối liên quan đồng biến với tình trạng di căn hạch. Tỉ lệ có di căn hạch với nhóm có xâm nhập mạch, xâm nhập thần kinh cao hơn có ý nghĩa thống kê với với nhóm không có xâm nhập mạch, xâm nhập thần kinh.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Tình trạng di căn hạch.** Kết quả di căn hạch của bệnh nhân ung thư dạ dày trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Đỗ Trường Sơn trên 241 bệnh nhân ung thư dạ dày tỉ lệ di căn hạch cũng giảm dần theo giai đoạn, N0, N1, N2, N3 lần lượt là 53,1%, 27,8%, 10,8%, 8,3%.<sup>5</sup> Kết quả của tác giả Daniele Marrelli nghiên cứu trên 2090 bệnh nhân ung thư dạ dày cho thấy 42,3% u không có hạch di căn.<sup>6</sup> Kết quả các nghiên cứu trên cho thấy tình trạng di căn hạch thường gặp ở bệnh nhân UTDD dù ở cả giai đoạn sớm. Về đánh giá tình trạng di căn hạch, do số lượng hạch thu được phụ thuộc vào trình độ phẫu thuật viên, người phẫu tích bệnh phẩm, kỹ năng của bác sĩ giải phẫu bệnh trong tìm kiếm các hạch nhỏ, đặc biệt ở hai vùng mạc nối sát hai bờ cong của dạ dày, việc đánh giá hạch chỉ dựa vào một lát cắt không tránh khỏi tình trạng đánh giá không toàn diện.

**4.2. Liên quan giữa kích thước, hình ảnh đại thể khối u với tình trạng di căn hạch.** Khi nghiên cứu về mối liên quan giữa kích thước khối u với tình trạng di căn hạch, chúng tôi lấy cut-point là 5, thì không thấy có sự khác

biệt giữa hai nhóm. Tuy nhiên, tác giả Nguyễn Tiến Bình lấy điểm cắt là 2cm thì cho thấy tỉ lệ di căn hạch ở nhóm >2cm cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm ≤2cm, tương tự tác giả Li và cộng sự nghiên cứu trên 278 bệnh nhân cho thấy với kích thước khối u <2 cm gần như không thấy tình trạng di căn hạch.<sup>7,8</sup> Có sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn.

Hình ảnh khối u với đánh giá đã loét thâm nhiễm trên mặt đại thể cho thấy các tế bào ung thư đã lan tràn xa khỏi vị trí khởi phát, khối u có hình ảnh đại thể thâm nhiễm tiên lượng xấu hơn về giai đoạn cũng như tình trạng di căn hạch so với chưa thâm nhiễm. Theo tác giả Li mức độ thâm nhiễm có ý nghĩa tiên lượng về tình trạng di căn hạch, mức độ thâm nhiễm càng rộng đồng nghĩa với tình trạng di căn hạch càng cao, ngược với đó là tiên lượng sống thêm của bệnh nhân càng xấu.<sup>7</sup>

**4.3. Môi liên quan giữa dưới típ mô bệnh học, mức độ biệt hóa với tình trạng di căn hạch.** Với nhận định giữa các típ mô bệnh học với tình trạng di căn hạch ở bảng 4 chưa làm rõ lên được mối liên quan, thì giờ đây việc đánh giá cụ thể hơn giữa mức độ biệt hóa của tế bào với tình trạng di căn hạch cho kết quả với  $p<0.05$ . Có nghĩa là nhóm bệnh nhân có mô bệnh học biệt hóa thấp có nguy cơ di căn hạch (72,41%) cao hơn so với nhóm bệnh nhân có mức độ biệt hóa từ vừa đến cao (52,05%). Tác giả Li cho biết mức độ biệt hóa thấp khiến cho tế bào ung thư dạ dày có khả năng di chuyển linh hoạt hơn trong hệ thống bạch huyết, dẫn đến khả năng di căn hạch có xu hướng cao hơn.<sup>7</sup>

**4.4. Môi liên quan giữa mức độ xâm lấn khối u, xâm lấn mạch, xâm lấn thần kinh với tình trạng di căn hạch.** Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt rõ rệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ xâm lấn khối u và tình trạng di căn hạch. Tình trạng di căn hạch xảy ra chủ yếu ở nhóm giai đoạn khối u xâm lấn vượt qua lớp cơ, có hiện diện tế bào ung thư ở lớp cơ, thanh mạc với tỉ lệ di căn của nhóm T3-T4 di căn hạch chiếm 77,71% so với 24,62% ở giai đoạn T1-T2. Kết quả trên cũng tương đồng các tác giả khác về mức độ xâm lấn của khối u và tình trạng di căn hạch. Như tác giả Li cho biết việc khối u càng xâm lấn sâu xuống các lớp từ dưới niêm mạc, thanh mạc và xâm lấn vùng càng có nhiều mạch máu được nuôi dưỡng, thần kinh, bên cạnh các mạch bạch huyết nhiều hơn ở dưới niêm mạc, lớp cơ và nó có thể là lý do mà mức độ xâm lấn vùng của khối u có liên quan đến tỉ lệ di căn hạch.<sup>7</sup> Điều này cũng giải thích

cho mỗi liên quan giữa mức độ xâm lấn mạch, xâm lấn thần kinh càng cao thì tỉ lệ di căn hạch càng nhiều. Như vậy, mức độ xâm lấn khối u, xâm nhập mạch, xâm nhập thần kinh của các tế bào ung thư dạ dày nói riêng, cũng như các ung thư nói chung, gần như cho thấy tổn thương đã lan rộng không còn khu trú ở lớp niêm mạc chứng tỏ giai đoạn càng muộn, mức độ xâm lấn nhiều cơ quan, tổ chức nên tình trạng di căn hạch càng cao.

**V. KẾT LUẬN**

Tình trạng di căn hạch thường gặp trong UTDD kể cả ở giai đoạn sớm. Không có mối liên quan giữa các dưới típ mô bệnh học, vị trí khối u, kích thước khối u với tình trạng di căn hạch. Có mối liên quan đồng biến giữa mức độ biệt hóa, mức độ xâm lấn của khối u (pT), hình ảnh đại thể thâm nhiễm, xâm nhập mạch, xâm nhập thần kinh với tình trạng di căn hạch ở bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày nguyên phát.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A.** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185

countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424. doi:10.3322/caac.21492

2. **Nagtegaal ID, Odze RD, Klimstra D, et al.** The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system. *Histopathology.* 2020;76(2):182-188. doi:10.1111/his.13975

3. **Laurén P.** THE TWO HISTOLOGICAL MAIN TYPES OF GASTRIC CARCINOMA: DIFFUSE AND SO-CALLED INTESTINAL-TYPE CARCINOMA: An Attempt at a Histo-Clinical Classification. *Acta Pathol Microbiol Scand.* 1965;64(1):31-49. doi:10.1111/apm.1965.64.1.31

4. **Brenner H, Rothenbacher D, Arndt V.** Epidemiology of stomach cancer. *Methods Mol Biol Clifton NJ.* 2009;472:467-477. doi:10.1007/978-1-60327-492-0\_23

5. **Đỗ Trường Sơn.** Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày tại khoa phẫu thuật tiêu hóa Bệnh viện Việt Đức. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2014;5(1).

6. **Marrelli D, Roviello F, De Stefano A, et al.** Prognostic Significance of CEA, CA 19-9 and CA 72-4 Preoperative Serum Levels in Gastric Carcinoma. *Oncology.* 1999;57(1):55-62. doi:10.1159/000012001

7. **Li X, Liu S, Yan J, et al.** The Characteristics, Prognosis, and Risk Factors of Lymph Node Metastasis in Early Gastric Cancer. *Gastroenterol Res Pract.* 2018;2018:1-7. doi:10.1155/2018/6945743

8. **Nguyễn Tiên Bình.** Đánh giá tình trạng di căn hạch của ung thư dạ dày pT1,pT2 tại bệnh viện K. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2022;511(2):218-221.

**PHÂN TÍCH TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP CHO NGƯỜI BỆNH NGOẠI TRÚ: NGHIÊN CỨU TẠI BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH NĂM 2021**

**Hoàng Thy Nhạc Vũ<sup>1,2</sup>, Trần Anh Duyên<sup>1</sup>, Lê Phước Thành Nhân<sup>2</sup>, Trần Văn Khanh<sup>2</sup>, Trần Thị Ngọc Vân<sup>1</sup>**

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Tăng huyết áp là nguyên nhân hàng đầu gây ra tử vong và các bệnh tim mạch. Lựa chọn thuốc điều trị tăng huyết áp thích hợp theo các hướng dẫn điều trị không chỉ giúp kiểm soát huyết áp tốt mà còn làm giảm chi phí điều trị. Nghiên cứu được thực hiện nhằm phân tích tình hình sử dụng các thuốc điều trị tăng huyết áp cho người bệnh ngoại trú có bảo hiểm y tế (BHYT) tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh (BVLVT) năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thông qua việc hồi

cứu dữ liệu về danh mục và chi phí sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp cho người bệnh ngoại trú có BHYT tại BVLVT năm 2021. **Kết quả:** Trong năm 2021, BVLVT sử dụng 169 thuốc điều trị THA cho người bệnh ngoại trú có BHYT, tương ứng với 81 hoạt chất khác nhau, với tổng chi phí là 25,3 tỉ đồng. Có 102 thuốc đơn thành phần, chiếm 60,4% tổng số thuốc sử dụng; và chiếm 57,7% tổng chi phí thuốc. Thuốc dạng phối hợp chiếm 42,3%; hoạt chất có thành phần phối hợp Amlodipin 5mg + Atorvastatin 10mg có nhiều thuốc nhất, và cũng chiếm chi phí sử dụng lớn nhất. Thuốc ức chế men chuyển, thuốc ức chế thụ thể, và thuốc chẹn beta là ba nhóm thuốc chiếm tỉ lệ lớn nhất về số lượng thuốc và chi phí sử dụng. 169 thuốc điều trị THA được sử dụng tại BVLVT có nguồn gốc từ 22 quốc gia khác nhau, trong đó, thuốc được sản xuất tại Việt Nam chiếm 38,5% số lượng thuốc; với chi phí sử dụng là 8,9 tỉ đồng (35,2%). Nhóm biệt dược gốc có 38 thuốc, chiếm 22,5% tổng số thuốc được sử dụng, và chiếm 20,0% chi phí. **Kết luận:** Các thông tin về tình hình sử dụng

<sup>1</sup>Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Lê Văn Thịnh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thy Nhạc Vũ

Email: hoangthyhacvu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2022

Ngày duyệt bài: 20.12.2022