

và tái nhập viện ở bệnh nhân suy tim mạn tính⁶⁸.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã cho thấy bên cạnh các yếu tố tiên lượng kinh điển (tăng nồng độ NT-proBNP và giảm EF), thì NPĐB6P với KCĐB6P < 290m cũng là một yếu tố tiên lượng độc lập cho nguy cơ xảy ra biến cố gộp (tử vong và tái nhập viện) ở các bệnh nhân suy tim phân số tổng máu thất trái giảm khi theo dõi trong vòng 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bui, A. L., Horwich, T. B. & Fonarow, G. C** (2011). "Epidemiology and risk profile of heart failure". *Nat. Rev. Cardiol.* 8, 30–41 (2011).
2. **Shah KS, Xu H, Matsouaka RA, et al** (2017). "Heart failure with preserved, borderline, and reduced ejection fraction: 5-year outcomes". *J Am Coll Cardiol.* 2017; 70(20):2476-2486.
3. **Reyes, E.B., et al** (2016). "Heart failure across Asia: Same healthcare burden but differences in organization of care". *International Journal of Cardiology.* 2016. 223: p. 163-167.
4. **Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al** (2016). "2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The

Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)". Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J.* 2016 Jul 14

5. **Uszko-Lencer NHMK, Mesquita R, Janssen E, et al** (2017). "Reliability, construct validity and determinants of 6-minute walk test performance in patients with chronic heart failure". *International Journal of Cardiology.* 2017;240:285-290.
6. **Forman DE, Fleg JL, Kitzman DW, et al** (2012). "6-Min Walk Test Provides Prognostic Utility Comparable to Cardiopulmonary Exercise Testing in Ambulatory Outpatients With Systolic Heart Failure". *Journal of the American College of Cardiology.* 2012;60(25):2653-2661.
7. **Guazzi M, Dickstein K, Vicenzi M, Arena R** (2009). "Six-minute walk test and cardiopulmonary exercise testing in patients with chronic heart failure: a comparative analysis on clinical and prognostic insights". *Circ Heart Fail.* 2009;2(6):549-555.
8. **Arslan S, Erol MK, Gundogdu F, et al** (2007). "Prognostic value of 6-minute walk test in stable outpatients with heart failure". *Tex Heart Inst J.* 2007;34(2):166-169. 53.

KẾT QUẢ GHÉP GAN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TRONG TIÊU CHUẨN MILAN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Ninh Việt Khải¹, Nguyễn Đức Trung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả ghép gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan trong tiêu chuẩn Milan tại bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 22 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) trong tiêu chuẩn Milan được ghép gan tại bệnh viện Việt Đức từ 1/2013 – 3/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình 55,4 ± 8,8 (34 – 74), nhiễm virus viêm gan B chiếm 86,4%, điều trị trước ghép bằng nút động mạch gan hoá chất (TACE) và/hoặc đốt sóng cao tần (RFA) 27,3%, cắt gan 31,8%, alpha fetoprotein (AFP) trước ghép > 200 ng/ml 13,6%. Child B và C chiếm 45,5%. Ghép gan người hiến sống 22,7%, người hiến chết não 77,3%, thời gian thiếu máu lạnh 173,4 ± 76,6, thiếu máu nóng 68,8 ± 37,4. Huyết khối tĩnh mạch cửa 4,5%, huyết khối động mạch gan 0%, chảy máu sau ghép 0%, tử vong trong 3 tháng sau ghép 4,5%. Thời gian sống thêm sau 1 năm, 3 năm và 5 năm là 90,9%,

90,9% và 90,9%. Thời gian sống không bệnh sau 1 năm, 3 năm và 5 năm là 95%, 95% và 95%. **Kết luận:** Ghép gan cho bệnh nhân HCC trong tiêu chuẩn Milan đã được thực hiện an toàn với tỉ lệ tử vong sau ghép thấp, tỉ lệ sống toàn bộ sau 5 năm và tỉ lệ sống không bệnh sau 5 năm cao.

Từ khoá: ghép gan, ung thư biểu mô tế bào gan, tiêu chuẩn Milan

SUMMARY

OUTCOME OF LIVER TRANSPLANTATION FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA WITHIN MILAN CRITERIA IN VIETDUC HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results of liver transplantation in the treatment of hepatocellular carcinoma according to Milan criteria at Viet Duc hospital. **Methods:** Retrospective study of 22 patients with hepatocellular carcinoma in Milan criteria who performed liver transplantation at Viet Duc hospital from 1/2013 to 3/2022. **Results:** The mean age was 55,4 ± 8,8 (34 – 74), hepatitis B virus infection accounted for 86,4%, pre-transplant treatment with chemical hepatic artery embolization (TACE) and/or high ablation frequency (RFA) accounted for 27,3%, liver resection 31,8%, pre-transplant alpha-fetoprotein (AFP) > 200 ng/ml amounted to 13,6% of the patients. Child B and C patients accounted for 45,5%

¹Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

²Đại học y Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải

Email: drninhvietkhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biên khoa học: 15.3.2023

Ngày duyệt bài: 4.4.2023

of the patients. The living-donor liver transplant and brain-death-donor was 22,7% and 77,3%, respectively. The cold ischemia time and warm ischemia time was $173,4 \pm 76,6$ and $68,8 \pm 37,4$ respectively. Hepatic artery thrombosis 0% and portal vein thrombosis occupied 4,5%, post-transplant bleeding was 0%, and the 3-month post-transplant mortality rate was 4,5%. The overall survival rate after 1 year, 3 years and 5 years was 90.9%, 90.9% and 90.9%, respectively. Disease-free survival rate at 1 year, 3 years and 5 years was 95%, 95% and 95% respectively. **Conclusions:** Liver transplantation for HCC patients within Milan criteria was safely performed with low mortality rate. Overall survival rate after 5 years and disease – free survival rate was high.

Keywords: liver transplantation, hepatocellular carcinoma, Milan criteria

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép gan được chỉ định để điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) ngay từ những thời gian đầu thực hiện kỹ thuật này. Do loại bỏ đồng thời tổn thương u ác tính và phần gan bệnh lý đi kèm nên ghép gan là phương pháp điều trị triệt căn và có hiệu quả nhất đối với HCC. Tuy nhiên, không phải bất cứ tình trạng và giai đoạn nào của HCC ghép gan cũng mang đến hiệu quả điều trị. Năm 1996, Mazzaferro và cộng sự đã lần đầu tiên công bố tiêu chuẩn Milan để chỉ định ghép gan do HCC (1 u \leq 5 cm hoặc \leq 3 u nhưng u lớn nhất \leq 3 cm) với thời gian sống 4 năm sau ghép là 83% [1]. Nhiều quan điểm cho rằng, tiêu chuẩn Milan quá khắt khe, do vậy những năm sau đó nhiều tác giả đã đưa ra các tiêu chuẩn mở rộng với kết quả sống sau ghép tương đương. Tuy vậy cho đến nay, tiêu chuẩn Milan vẫn là tiêu chuẩn vàng để lựa chọn bệnh nhân ghép gan do HCC với thời gian sống sau ghép tương đương với nhóm bệnh lý lành tính như xơ gan mất bù, suy gan cấp... Tại Việt Nam, những đánh giá về kết quả ghép gan cho HCC trong tiêu chuẩn Milan chưa được công bố đầy đủ. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: Đánh giá kết quả ghép gan cho bệnh nhân HCC trong tiêu chuẩn Milan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân được ghép gan từ 1/2013 – 3/2022 tại bệnh viện Việt Đức, có giải phẫu bệnh khẳng định là HCC

- Chụp cắt lớp vi tính có thuốc cản quang hoặc chụp cộng hưởng từ có đối quang từ khẳng định bệnh nhân có 1 khối u kích thước < 5 cm hoặc có 2- 3 khối u nhưng kích thước khối u lớn nhất < 3 cm.

- Hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả

2.2.2. Tóm lược quy trình ghép gan

- **Bước 1:** Lấy bỏ gan bệnh lý.

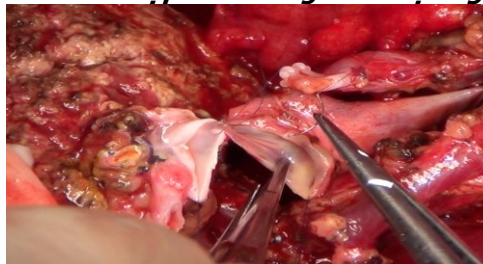
Gan bệnh có thể được lấy bỏ cùng đoạn Tm chủ dưới sau gan hoặc để lại TM này.

- **Bước 2:** Tái lập lưu thông TM gan, Tm cửa và tái tưới máu gan.

Thì này thực hiện miệng nối TM gan và TM cửa tái tưới máu gan.

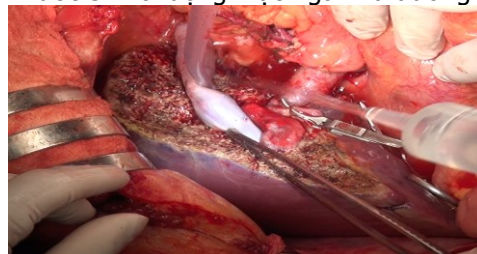


Hình 1: Tái lập lưu thông tĩnh mạch gan



Hình 2: Nối tĩnh mạch cửa

- **Bước 3:** Nối động mạch gan và đường mật



Hình 3: Gan ghép với mảnh ghép gan P từ người hiến sống

- **Bước 4:** Kiểm tra cầm máu và khâu đóng vết mổ

+ Kiểm tra khâu cầm máu hoặc đốt điện cầm máu diện cơ hoành, miệng nối..., đặt dẫn lưu và khâu đóng bụng theo lớp giải

2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

Chúng tôi đánh giá kết trên 22 bệnh nhân HCC trong tiêu chuẩn Milan (1 u, kích thước ≤ 5 cm hoặc 2-3 u trong đó u lớn nhất ≤ 3 cm) được ghép gan với những tiêu chí sau:

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Tuổi, giới, BMI, bệnh lý gan đi kèm, các phương pháp điều trị trước ghép, giá trị AFP, phân loại chức

nặng gan theo Child Pugh, phân loại theo thang điểm MELD (Model of end stage liver disease score). Trên phim chụp CT đa dãy và hoặc MRI ghi nhận kích thước u (u lớn nhất), số lượng u.

- Đặc điểm phẫu thuật ghép: Đường mổ, tổn thương trong mổ (gan xơ, lách to, khối u dính với cơ hoành), loại hình ghép gan: người hiến sống, người hiến chết não, cách thức tái lập lưu thông TM gan, tai biến trong mổ, thời gian thiếu máu nóng, thời gian thiếu máu lạnh, thời gian phẫu thuật.

- Kết quả sớm sau ghép: Các chỉ số huyết học (Hồng cầu, tiểu cầu, PT%) và sinh hoá máu (GOT, GPT, Bilirubin toàn phần) ngày 1, 3, 5, 7 sau ghép. Tử vong sau mổ (tử vong sau ghép 30 ngày hoặc sau ghép BN chưa ra được viện và tử vong), biến chứng sau mổ (chảy máu sau mổ, rò mật sau mổ, tắc ĐM gan, tắc TM cửa), tràn dịch màng phổi, nhiễm trùng vết mổ.

- Kết quả xa sau ghép: Thời gian sống thêm không bệnh, thời gian sống toàn bộ.

2.2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được nghiên cứu, mã hóa, nhập, xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 22 BN ghép gan do HCC trong tiêu chuẩn Milan từ 1/2013 – 3/2022 tại bệnh viện Việt Đức

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm (n = 22)	Giá trị
Tuổi	55,4±8,8(34-74)
Giới (nam/nữ)	6,3/1(86,4%/13,6%)
BMI	22,1±2,2(18,5-26,5)
Nguyên nhân gây bệnh lý gan	
Chỉ HBV	17 (77,2%)
Chỉ HCV	3 (13,6%)
HBV và nghiện rượu	2 (9,1)
Chỉ Nghiện rượu	1 (4,5%)
Tiền sử điều trị trước ghép	
TACE đơn thuần	5 (22,7%)
TACE và RF	6 (27,3%)
RF	1 (4,5%)
Không điều trị can thiệp	10 (45,5%)
Mổ cắt gan (có hoặc không TACE và hoặc RF)	7 (31,8%)
AFP (ng/ml)	
≤ 20	14 (63,6%)
< 20 – 200	5 (22,7%)
>200	3 (13,6%)
Child – Pugh	
A	12 (54,5%)
B	7 (31,8%)
C	3 (13,6%)

MELD	11,0 ± 4,4 (6 – 25)
Chụp CT đa dãy và hoặc MRI Kích thước (cm)	2,4 ± 1,0 (0,8 – 4,1)

Nhận xét: HBV chiếm 86,3% nguyên nhân gây bệnh lý gan, 12 BN chiếm 54,5% được TACE hoặc RF hoặc TACE kết hợp RF trong thời gian chờ ghép gan. Số bệnh nhân được phân loại Child-Pugh B hoặc C chiếm 45,5%, thang điểm MELD trung bình là 11,0 ± 4,4.

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật ghép gan

Đặc điểm	Giá trị
Đường mổ Mercedes	22 (100%)
Tổn thương trong mổ	
Gan xơ	10 (45,5%)
Lách to	8 (36,4%)
Khối u dính với cơ hoành	4 (18,2%)
Loại hình ghép	
Ghép gan người hiến sống với mảnh ghép gan P	5 (22,7%)
Tạo hình TM gan giữa	3
Ghép gan người hiến chết não	17 (77,3%)
Tái lập lưu thông TM gan kiểu cổ điển	1
Tái lập lưu thông TM gan kiểu Piggy back với 3 TM gan	12
Tái lập lưu thông qua mở rộng lỗ TM gan P	3
Tái lập lưu thông qua mở rộng lỗ TM gan G và T	1
Thời gian thiếu máu (phút)	173,4±76,6 (86 – 300)
Thiếu máu lạnh	68,8±37,4
Thiếu máu nóng	(30 – 180)

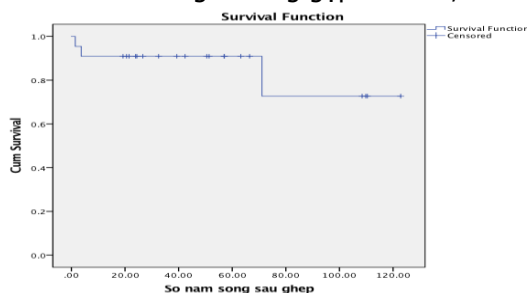
Nhận xét: Đường mổ Mercedes được thực hiện ở tất cả các BN. Ghép gan người hiến sống với mảnh ghép gan phải có 5 BN (22,7%) trong đó 3 trường hợp cần tạo hình TM gan giữa. Ghép gan người hiến chết não có 17 BN (77,3%) trong đó tái lập lưu thông kiểu Piggy back với 3 TM gan có 12 BN.

Bảng 3: Biến chứng ngoại khoa sớm sau ghép

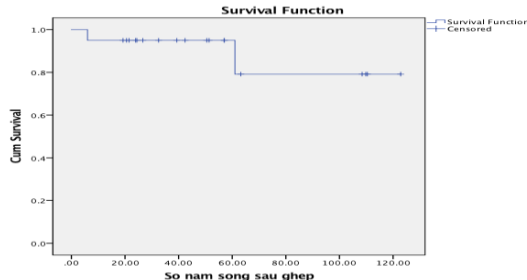
Biến chứng, tử vong sau ghép	Giá trị
Tràn dịch màng phổi (> 3cm)	10 (45,5%)
Tràn dịch cần dẫn lưu	9
Rò mật	2 (9,1%)
Nhiễm trùng vết mổ	1 (4,5%)
Tắc, huyết khối TM cửa	1 (4,5%)
Tắc, huyết khối ĐM gan	0 (0%)
Chảy máu	0 (0%)
Tử vong sau ghép	1 (4,5%)

Nhận xét: Không có BN nào có biến chứng huyết khối ĐM gan hay huyết khối TM cửa. Chảy máu sau mổ cũng không được ghi nhận. Có 2 bệnh nhân bị rò mật sau mổ, trong đó có 1 BN

tử vong sau ghép chiếm 4,5%. Tràn dịch màng phổi là biến chứng thường gặp nhất 45,5%.



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm toàn bộ sau ghép gan



Biểu đồ 2: Thời gian sống thêm không bệnh sau ghép gan

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm sau 1 năm, 3 năm và 5 năm là 90,9% và 90,9% và 90,9%, tỷ lệ sống thêm sau 6 năm chờ đi ước lượng 72,7%. Tỷ lệ sống không bệnh sau 1 năm, 3 năm và 5 năm là 95%, 95% và 95%, tỷ lệ sống thêm không bệnh sau 6 năm trở đi ước lượng 79,2%

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay ghép gan đã được khẳng định là phương pháp điều trị triệt căn, giúp kéo dài thời gian sống đối với HCC, tuy nhiên tái phát sớm vẫn xuất hiện ở 6-18% bệnh nhân [2]. Trong những năm gần đây mối quan hệ giữa những chỉ dấu sinh học với tiên lượng HCC ngày càng được làm nổi bật, tuy nhiên yếu tố quan trọng, thường được sử dụng thường xuyên nhất là AFP đã bị loại bỏ khỏi hầu hết các hướng dẫn chẩn đoán HCC, điển hình như AASLD hay EASL năm 2018. Bất chấp những điều trên, AFP tăng cao trước ghép gan có thể dự đoán cả tỷ lệ tử vong và tỷ lệ tái phát của HCC. Trong 22 bệnh nhân của chúng tôi, tái phát u gặp ở 2 trường hợp, trong đó có 1 BN có mức AFP trước mổ 262 ng/ml, di căn phổi sau 6 tháng, chúng tôi tiếp tục thực hiện phẫu thuật cắt thùy phổi và điều trị đích hỗ trợ với Sorafenib, hiện tại bệnh nhân ổn định, không có tổn thương tái phát mới. Trong một nghiên cứu hồi quy trên 3819 bệnh nhân ghép gan, ở các nhóm giai đoạn thấp hơn, mức AFP >

100 ng/ml là yếu tố dự đoán duy nhất ảnh hưởng đến tái phát HCC ($p=0,02$) [2].

Tiêu chuẩn Milan được Mazzaferro công bố vào 1996 sau đó đến năm 2002 tiêu chuẩn này đã được UNOS (United network for organ sharing – Mạng lưới chia sẻ tạng Mỹ) công nhận và sử dụng để chỉ định ghép gan toàn bộ từ người hiến chết (não, tim ngừng đập) điều trị HCC [3]. Những năm gần đây, UNOS có mở rộng chỉ định nhưng bệnh nhân phải đảm bảo điều trị hạ giai đoạn thành công để về tiêu chuẩn Milan [4]. Thời gian sống thêm trong nghiên cứu của chúng tôi sau 1 năm, 3 năm và 5 năm là 90,9% và 90,9% và 90,9% và thời gian sống không bệnh sau 1 năm, 3 năm và 5 năm là 95%, 95% và 95% là tương đương so với kết quả của các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới [5], [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 bệnh nhân tử vong sau ghép trong vòng 1,5 tháng do rò mật, nhiễm trùng nặng, 1 bệnh nhân tử vong sau ghép 4 tháng do nhiễm nấm cho thấy việc theo dõi và phòng tránh các biến chứng sớm sau ghép cả về nội và ngoại khoa phải rất chặt chẽ nhằm giúp tăng tỷ lệ sống sau ghép cao hơn nữa. Ở các nước châu Á nơi mà ghép gan từ người hiến sống chiếm đa số, chỉ định ghép gan cho HCC có xu hướng mở rộng ngoài tiêu chuẩn Milan, thậm chí ngoài cả tiêu chuẩn UCSF do đây là nguồn tạng từ những người thân có quan hệ huyết thống, không ảnh hưởng đến tính công bằng trong điều phối tạng [7], [8]. Tuy nhiên, bao giờ cũng có sự tính toán cân bằng đó là ghép gan phải mang lại lợi ích cao cho người nhận và nguy cơ thấp cho người hiến. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 5 bệnh nhân chiếm 22,7% được thực hiện ghép gan từ người hiến sống, cả 5 bệnh nhân hiện ổn định và không có tái phát bệnh thực sự là một động lực để chúng tôi chỉ định ghép gan từ người hiến sống cho những bệnh nhân HCC. Hiện tại chưa có đồng thuận về tỷ lệ tái phát, thời gian sống tối thiểu có thể chấp nhận đối với người nhận cũng như nguy cơ có thể chấp nhận đối với người hiến. Phần lớn cho rằng, tỷ lệ sống không bệnh sau 3 năm và sống sau ghép sau 5 năm tối thiểu > 50% và nguy cơ tử vong tối đa cho người hiến đối với mảnh ghép gan trái là 0.1% và gan phải là 0.3% là thích hợp để thực hiện ghép gan người hiến sống [2]

V. KẾT LUẬN

Dù số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu còn nhỏ, tuy nhiên đã cho thấy ghép gan cho bệnh nhân HCC trong tiêu chuẩn Milan đã được thực hiện an toàn với tỷ lệ tử vong sau ghép thấp

(4,5%), tỉ lệ sống toàn bộ sau 5 năm và tỉ lệ sống không bệnh sau 5 năm cao. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân có những yếu tố nguy cơ như AFP cao trước mổ cần được chú ý theo dõi sau ghép để có thể phát hiện sớm tái phát nếu có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mazzaferro. V et al.**, Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinomas in patients with cirrhosis. *N Engl J Med*, 1996. 334(11): p. 693-9.
2. **Broelsch. C.E, A. Frilling, and M. Malago**, Should we expand the criteria for liver transplantation for hepatocellular carcinoma--yes, of course! *J Hepatol*, 2005. 43(4): p. 569-73.
3. **Jarnagin. W et al.**, Surgical treatment of hepatocellular carcinoma: expert consensus statement. *HPB (Oxford)*, 2010. 12(5): p. 302-10.
4. **Mehta. N and F.Y. Yao**, What Are the Optimal Liver Transplantation Criteria for Hepatocellular Carcinoma? *Clin Liver Dis (Hoboken)*, 2019. 13(1): p. 20-25.
5. **Unek. T et al**, Comparison of Milan and UCSF criteria for liver transplantation to treat hepatocellular carcinoma. *World J Gastroenterol*, 2011. 17(37): p. 4206-12.
6. **Yoshizumi. T et al.**, Living Donor Liver Transplantation for Hepatocellular Carcinoma within Milan Criteria in the Present Era. *Anticancer Res*, 2016. 36(1): p. 439-45.
7. **Sugawara. Y, S. Tamura, and M. Makuuchi**, Living donor liver transplantation for hepatocellular carcinoma: Tokyo University series. *Dig Dis*, 2007. 25(4): p. 310-2.
8. **Lee. S.G et al.**, Expanded indication criteria of living donor liver transplantation for hepatocellular carcinoma at one large-volume center. *Liver Transpl*, 2008. 14(7): p. 935-45.

THỰC TRẠNG VĂN HÓA AN TOÀN NGƯỜI BỆNH CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KIÊN GIANG NĂM 2021

Lê Thị Hằng¹, Trần Thị Lý²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều đầu tiên trong nguyên tắc của thực hành y khoa là không gây tổn hại cho người bệnh. Với nguyên tắc đó, văn hóa an toàn người bệnh được xem là tiêu chí hàng đầu trong công tác điều trị, chăm sóc người bệnh tại các cơ sở y tế. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng văn hóa an toàn người bệnh của nhân viên y tế, tại bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang, năm 2021. **Phương pháp:** Điều tra cắt ngang, nghiên cứu định lượng. **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập thông tin định lượng từ 950 nhân viên y tế tại bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang thông qua phiếu phát vấn. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế đáp ứng tích cực với văn hóa an toàn người bệnh khá cao. **Kết luận:** Tỷ lệ đáp ứng tích cực văn hóa an toàn người bệnh của nhân viên y tế là 70,1%. Lĩnh vực có tỷ lệ đáp ứng tích cực cao nhất là "Làm việc theo ê kíp trong khoa/phòng" tỷ lệ chiếm tới 91,6%, thấp nhất là "Không trừng phạt khi có sự cố" tỷ lệ 50,3%. **Từ khóa:** Văn hóa an toàn người bệnh, nhân viên y tế.

SUMMARY

SITUATION OF PATIENT SAFETY CULTURE OF HEALTH WORKERS AT KIEN GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2021

Background: The first principle of medical

practice is to do no harm to the patient. With that principle, patient safety culture is considered the leading criterion in the treatment and care of patients at medical facilities. **Objective:** Describe the situation of patient safety culture of health workers at Kien Giang general hospital, 2021. **Methods:** Cross-sectional study, quantitative research. **Results:** The study collected quantitative information from 950 health workers at Kien Giang general hospital through questionnaires. The research results show that the rate of health workers who respond positively to the patient safety culture is quite high. **Conclusion:** The rate of positive response to patient safety culture of health workers is 70.1%. The field with the highest positive response is "Working as a team in the department/department - 91.6%, the lowest is "No punishment when there was an incident - 50.3%.

Keywords: Patient safety culture, Health workers.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

An toàn người bệnh là sự phòng ngừa các sai sót có thể gây nguy hại cho người bệnh trong quá trình điều trị và chăm sóc [1]. Một tổ chức được xem là có văn hóa an toàn khi mỗi thành viên của tổ chức đó, dù ở cương vị nào, đều thể hiện vai trò chủ động trong phòng ngừa sai sót, và vai trò của từng cá nhân này được sự hỗ trợ của tổ chức [2].

"Văn hóa an toàn" bao gồm các đặc điểm chính sau: (1) Thừa nhận bản chất nguy cơ cao hoạt động của một tổ chức và quyết tâm đạt được các hoạt động liên tục an toàn; (2) Một môi trường không có lỗi, nơi mà các cá nhân có thể

¹Trường Đại học Y Dược, ĐHQGHN

²Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hằng

Email: hang.vnu65@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2023

Ngày duyệt bài: 7.4.2023