

Cường⁶ dùng colistin liều cao đạt 73.9%.

V. KẾT LUẬN

- Thời gian cắt sốt của nhóm sử dụng khí dung nhanh hơn so với nhóm tĩnh mạch: trung bình 3 ngày ở nhóm KD và 5 ngày ở nhóm TM ($p < 0.05$).

- Điểm viêm phổi (CPIS): cải thiện sau điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên không khác biệt giữa hai nhóm.

- Hiệu quả đáp ứng lâm sàng và kết quả điều trị khi ra viện ở hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arthur LE, Kizor RS, Selim AG., et al. Antibiotics for Ventilator Associated Pneumonia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016(10).
2. Markantonis S.L, Markou N, Fousteri M, et al (2009). "Penetration of Colistin into Cerebrospinal

Fluid". Antimicrob Agents Chemother, 53(11), 4907-10.

3. Qin Lu, MD, et al (2012). "Efficacy of High-Dose Nebulized Colistin in Ventilator-Associated Pneumonia Caused by Multidrug-Resistant Pseudomonas Aeruginosa and Acinetobacter Baumannii". Anesthesiology December 2012, 117, 1335-1347.
4. Ji Young Jang, et al (2017), "Efficacy and Toxicity of High-Dose Nebulized Colistin for Critically Ill Surgical Patients with Ventilator-Associated Pneumonia Caused by Multidrug Resistant Acinetobacter Baumannii". Journal of Critical Care, (40), 251-256.
5. MJ Perez-Pedrero, M Sanchez-Casado, S Rodriguez-Villar (2011). Nebulized Colistin Treatment of Multi-Resistant Acinetobacter Baumannii Pulmonary Infection in Critical Ill Patients. Med Intensiva, 35(4), 266-31.
6. Nguyễn Bá Cường (2017). "Đánh Giá Hiệu Quả và Độc Tính Trên Thận Của Hai Chế Độ Liều Sử Dụng Colistin ở Bệnh Nhân Viêm Phổi Liên Quan Thở Máy". Luận Văn Bác Sĩ Nội Trú. Đại Học Y Hà Nội.

VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN PHÂN ĐỘ GIAI ĐOẠN T UNG THƯ BÀNG QUANG

Nghiêm Phương Thảo¹, Nguyễn Thiện Vượng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng (CHT) và đánh giá vai trò của CHT trong chẩn đoán phân độ giai đoạn T của ung thư bàng quang (UTBQ). **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 40 bệnh nhân UTBQ được chụp CHT vùng chậu, được phẫu thuật và chẩn đoán xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh (GPB) qua bệnh phẩm sinh thiết qua nội soi hoặc bệnh phẩm sau phẫu thuật tại bệnh viện Bình Dân từ 01/06/2019 đến 31/10/2022. Tất cả phim CHT được đánh giá trước phẫu thuật và so sánh với kết quả mô bệnh học. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 40 trường hợp UTBQ. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $61,25 \pm 15,34$ (tuổi). Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (67%). Kết quả mô bệnh học cho thấy ung thư tế bào chuyển tiếp chiếm đa số với 37 trường hợp (chiếm 92,5%), ung thư tế bào gai chiếm 7,5%. U chủ yếu gặp ở thành bên (42%), đa số có 1 u (70%). Kích thước u trung bình là $18,18 \pm 17,18$ (mm). Đa số ung thư bàng quang có hình dạng polyp với 17 trường hợp (42,5%), trong đó phần lớn là polyp có cuống (70%). Có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa hình dạng u, kích thước u và mức độ xâm lấn cơ bàng quang ($p < 0,001$). Đa số u

dạng polyp là u chưa xâm lấn cơ bàng quang, chiếm $13/17 = 76,5\%$. Trên chuỗi xung T2W, đa số các u có tín hiệu trung gian (92,5%), tín hiệu thấp chiếm 7,5%. Giá trị của các chuỗi xung trong việc phân biệt giai đoạn $\leq T1$ và $\geq T2$ khi sử dụng đơn độc chuỗi xung T2W có độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác lần lượt là 78,3%; 41,2%; 62,5%; khi kết hợp T2W và DCE thì các tỉ lệ này là 95,7%; 58,8%; 80%; khi kết hợp 2 chuỗi xung T2W và DWI thì các tỉ lệ này lần lượt là 91,3%; 82,4%; 87,5%; khi kết hợp 3 chuỗi xung T2W với DCE và DWI thì tỉ lệ này là 95,7%; 88,2%; 92,5%. Diện tích dưới đường cong (AUC) cho thang điểm VIRADS trong phân biệt ung thư bàng quang có hay không tình trạng xâm lấn cơ là 0,948, với ngưỡng cut-off 3 cho độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất trong chẩn đoán lần lượt là 96,7% và 82,4%. **Kết luận:** CHT là phương pháp chẩn đoán hình ảnh chẩn đoán chính xác giai đoạn T của ung thư bàng quang, giúp các nhà lâm sàng lập kế hoạch điều trị thích hợp cho bệnh nhân.

Từ khóa: ung thư bàng quang, cộng hưởng từ, giai đoạn T, VI-RADS

SUMMARY

ROLE OF MRI IN DIAGNOSIS OF BLADDER CANCER FOR T-STAGING

Objective: Describing imaging characteristics and assessing values of MRI in the diagnosis of bladder cancer at T-stage. **Subjects and Methods:** 40 patients with bladder cancer, undergo pelvic MRI, diagnosed, operated, and had pathology results from 01/06/2019 to 31/10/2022 at Binh Dan hospital. All

¹Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Phương Thảo

Email: nghiempuongthao2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.4.2023

Ngày duyệt bài: 25.4.2023

MRI films were evaluated preoperatively and compared with histopathology postoperatively. **Results:** Among 40 patients being studied, the mean age was $61,25 \pm 15,34$; male predominance (67%). Histopathological results showed that transitional cell cancer accounted for the majority with 37 cases (92,5%), squamous cell cancer accounted for 7,5%. Out of 85 tumors, the most common tumor location was bilateral bladder 42%, mostly one tumor (70%). Featured images: mean size $18,18 \pm 17,18$; most frequently found polyp-shaped tumor 42,5%. There was a strong correlation between the shape and size of tumors and T staging ($p < 0.001$). Most polypoid tumors were non-muscle invasive (76,5%). On T2 sequences, most tumors had intermediate signal (92,5%), low signal accounted for 7,5%. The value of sequences when in distinguishing tumors in T1 or lower and tumors in T2 or higher when using T2 sequences alone had the sensitivity, specificity and overall accuracy of 78,3%; 41,2%, 62,5%, accordingly. When combining T2 and DCE, these rates are 95,7%; 58,8%; 80%; when combining T2 and DWI these rates were 91,3%; 82,4%; 87,5%. These rates were 95,7%; 88,2%; 92,5%, respectively, when combining 3 sequences T2, DCE and DWI. The area under the curve (AUC) for the VI-RADS scale in distinguishing muscle invasive of bladder was 0,948, with cut-off of 3 giving the highest sensitivity and specificity in diagnosis, 96,7% and 82,4% respectively. **Conclusion:** MRI is an accurate method of bladder cancer for T-staging, helping clinicians having appropriate treatment plan for patients.

Keywords: bladder cancer, magnetic resonance imaging (MRI), T stage, VI-RADS score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang (UTBQ) là loại ung thư phổ biến bậc nhất của hệ tiết niệu và xếp thứ 11 trong tất cả các loại ung thư nói chung (1). Tiên lượng sống 5 năm trung bình của UTBQ là 77,1% (6). Tiên lượng này phụ thuộc nhiều vào giai đoạn u, có hay không tình trạng xâm lấn cơ bàng quang. Những khối u bề mặt không xâm lấn lớp cơ (giai đoạn T1 hoặc thấp hơn) được điều trị với cắt u nội soi qua ngã niệu đạo, có thể kèm bổ trợ sau phẫu thuật bằng bơm hóa chất trong lòng bàng quang. Các khối u được đánh giá xâm lấn đến lớp cơ (giai đoạn T2 hoặc cao hơn) được điều trị bằng cắt bàng quang tân gốc, kết hợp xạ trị và hóa chất toàn thân. Chính vì thế, vai trò chẩn đoán hình ảnh trong chẩn đoán phân lập chính xác hai nhóm trên trước can thiệp có ý nghĩa đặc biệt quan trọng. Gần đây, công hưởng tử với 2 chuỗi xung T2W và Dynamic T1W xóa mỡ (Dynamic Contrast Enhancement-DCE) kết hợp sự phát triển không ngừng công nghệ đặc biệt chuỗi xung khuếch tán (Diffusion Weighted Imaging - DWI) đã mở ra một hướng đi mới cho sự phân lập hai nhóm ung thư bàng quang có hay không xâm lấn cơ với độ chính xác

cao. Do đó đề tài được thực hiện với mục tiêu nghiên cứu mô tả đặc điểm hình ảnh công hưởng tử ung thư bàng quang và đánh giá vai trò của CHT trong chẩn đoán phân độ giai đoạn T của UTBQ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 40 BN được chẩn đoán ung thư bàng quang.

***Tiêu chuẩn chọn mẫu:** bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định ung thư bàng quang bằng kết quả giải phẫu bệnh qua bệnh phẩm sinh thiết qua nội soi hoặc bệnh phẩm sau phẫu thuật và được chụp CHT bằng quang trước phẫu thuật.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** BN có chống chỉ định chụp công hưởng tử và BN dị ứng với thuốc đối quang tử hay BN không có kết quả giải phẫu bệnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

***Phương tiện nghiên cứu :** Máy MRI của hãng GE Healthcare 1,5 Tesla, thuốc đối quang tử Gadolinium (Dotarem) 0,1 mmol/kg.

*Kỹ thuật thu thập số liệu:

- Tất cả các bệnh nhân phải được nhịn tiểu vừa phải ít nhất 1 giờ trước khi chụp để đảm bảo có nước tiểu trong lòng bàng quang. Ở những bệnh nhân được đặt sonde tiểu có thể bơm 250-400ml nước muối sinh lý để làm đầy bàng quang.

- Chuỗi xung T2W được chụp theo ba hướng axial, sagital và coronal (hoặc coronal Oblique) tùy theo vị trí của nền khối u tránh tiếp tuyến với thành bàng quang.

- Chuỗi xung Diffusion (DWI) được sử dụng b0 và b1000 sec/mm², DW được sử dụng với lát cắt axial.

- Chuỗi xung T1- weighted xóa mỡ (T1W FS -3D) động học tiêm thuốc đối quang tử được tiến hành trước và sau khi tiêm tĩnh mạch 0,1 ml/ kg cân nặng cơ thể. Chụp chuỗi xung T1W xóa mỡ đối quang tử động học vuông góc với trục của khối u theo 3 hướng, hình ảnh được ghi lại ở thời điểm 30, 60, 90 và 300 giây sau khi tiêm đối quang tử.

***Hệ thống thang điểm VIRADS đánh giá xâm lấn bàng quang qua 3 chuỗi xung (T2W, DCE, DWI) gồm 5 mức độ:** 1. Không xâm lấn cơ; 2. Khả năng xâm lấn cơ thấp; 3. Xâm lấn cơ không rõ, 4. Khả năng xâm lấn cơ; 5. Xâm lấn cơ.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Các số liệu thu thập được nhập vào máy tính và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và SPSS 22.0.

2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.

Nghiên cứu khảo sát dữ liệu từ hồ sơ bệnh án, không can thiệp trên bệnh nhân, không thu thập thông tin tiết lộ danh tính cá nhân và mọi dữ liệu được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu gồm 40 trường hợp thoả tiêu chí chọn mẫu.

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là: $61,25 \pm 15,34$ (tuổi). Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (67%).

Trong 40 mẫu giải phẫu bệnh với bệnh phẩm sinh thiết và phẫu thuật, ung thư tế bào chuyển tiếp chiếm đa số với 37 trường hợp (chiếm 92,5%), ung thư tế bào gai chiếm 7,5%.

Về vị trí của u, chủ yếu gặp ở thành bên (42%), thành sau (24%), thành trước (17%),

tam giác (6%), cổ (7%), toàn thành (4%).

Tổng số u được quan sát là 85 u, đa số có 1 u (70%), 2 u trở lên chiếm 30%, có 1 trường hợp có 11 u.

Kích thước u trung bình trong mẫu nghiên cứu: $18,18 \pm 17,18$ (mm). Kích thước u lớn nhất là 86,2mm và u kích thước u nhỏ nhất là 3,3mm. Đa số u có kích thước <30mm (73,5%).

Về hình dạng, đa số ung thư bàng quang có hình dạng polyp với 17 trường hợp (42,5%), trong đó phần lớn là polyp có cuống (70%), dạng phẳng chiếm 20%, khối thâm nhiễm xung quanh chiếm 20%, dạng khối đáy rộng chiếm 17,5%.

Đặc điểm hình ảnh CHT của UTBQ. Trên chuỗi xung T2W, đa số các u có tín hiệu trung gian (92,5%), tín hiệu thấp chiếm 7,5%.

Bảng 1. Tương quan giữa kích thước và hình dạng u

		Hình dạng u				Tổng	P
		Dạng phẳng	Dạng polyp	Dạng đáy rộng	Dạng xâm nhiễm xung quanh		
Nhóm kích thước	Dưới 10mm	2	30	0	0	32	<0,001
	Từ 10 đến dưới 20mm	6	19	0	0	25	
	Từ 20 đến dưới 30mm	0	9	4	1	14	
	Từ 30mm trở lên	0	1	4	9	14	
Tổng		8	59	8	10	85	

Tương quan giữa kích thước và hình dạng u cho thấy các u có kích thước càng lớn có xu hướng tạo khối dạng đáy rộng và xâm nhiễm xung quanh.

Bảng 2. Tương quan giữa kích thước u và mức độ xâm lấn

		Mức độ xâm lấn		Tổng	p
		≤ T1	≥ T2		
Nhóm kích thước	Dưới 10mm	30	2	32	<0,001
	Từ 10 đến dưới 20mm	17	8	25	
	từ 20 đến dưới 30mm	9	5	14	
	Từ 30mm trở lên	1	13	14	

Có mỗi tương quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm kích thước và mức độ xâm lấn cơ bàng quang ($p < 0,001$).

Bảng 3. Tương quan giữa hình dạng u và mức độ xâm lấn

		Mức độ xâm lấn		Tổng	p
		≤ T1	≥ T2		
Hình dạng u	Dạng phẳng	2	6	8	<0,001
	Dạng polyp	13	4	17	
	Dạng đáy rộng	2	5	7	

Dạng xâm nhiễm xung quanh	0	8	8
Tổng	17	23	40

Có mỗi tương quan có ý nghĩa thống kê giữa hình dạng u và mức độ xâm lấn cơ bàng quang ($p < 0,001$).

Bảng 4. Giá trị các chuỗi xung trong phân biệt các giai đoạn ≤T1 và ≥T2

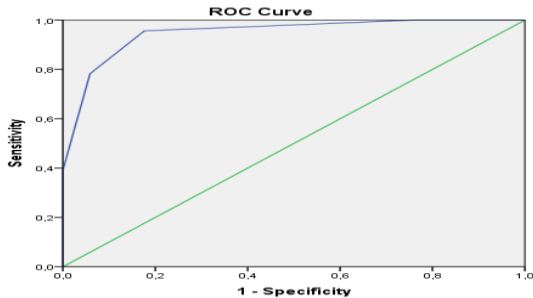
Chuỗi xung	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ chính xác
T2W	78,3%	41,2%	62,5%
T2W + DCE	95,7%	58,8%	80%
T2W + DWI	91,3%	82,4%	87,5%
T2W+ DCE+ DWI	95,7%	88,2%	92,5%

Bảng 5. Tương quan VIRADS và giai đoạn T

		Mức độ xâm lấn		Tổng	p
		≤T1	≥T2		
VIRADS	1	4	0	4	<0,001
	2	10	1	11	
	3	2	4	6	
	4	1	9	10	
	5	0	9	9	
Tổng		17	23	40	

- Diện tích dưới đường cong (AUC) cho thang điểm VIRADS trong phân biệt ung thư bàng quang có hay không tình trạng xâm lấn cơ là

0,948, với ngưỡng cut – off 3 cho độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất trong chẩn đoán lần lượt là 96,7% và 82,4%.



IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 61,25 ± 15,34 tuổi. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy tuổi trung bình của UTBQ thay đổi từ 56-61,25 tuổi (3, 5). Nghiên cứu này có tỉ lệ nam/nữ = 2/1. Các nghiên cứu thực hiện trong và ngoài nước cũng có những điểm tương đồng.

Kết quả GPB cho thấy tỉ lệ ung thư tế bào chuyển tiếp chiếm ưu thế, kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây. Các nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng u xuất phát từ thành bên hiếm tỉ lệ cao nhất, đồng thời vị trí u cũng đánh giá nguy cơ phát triển và xâm lấn các cơ quan lân cận. Tổng số u được quan sát là 85 u, đa số có 1 u (70%), 2 u trở lên chiếm 30%. Các nghiên cứu khác lại cho kết quả nhiều u chiếm tỉ lệ cao hơn, tỉ lệ nhiều u trong nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Yến là 57.8%, tác giả Tekes A là 30-40% (8). Tỉ lệ nhiều u cao hơn là do các nghiên cứu này thực hiện trên bệnh nhân UTBQ giai đoạn muộn, một bệnh nhân có thể có nhiều khối do thứ phát.

Nghiên cứu này cho thấy có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa hình thái u bàng quang và mức độ xâm lấn cơ bàng quang ($p < 0,001$), Đa số u dạng polyp là u chưa xâm lấn cơ bàng quang, chiếm 13/17 = 76,5%. Trong khi đó, tất cả u dạng xâm nhiễm xung quanh là u đã xâm lấn cơ bàng quang. Kết quả về mối tương quan trên tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Toàn(5)

Nhìn chung, giá trị của chuỗi xung T2W đơn độc trong chẩn đoán phân độ giai đoạn T tương đối hạn chế. Việc kết hợp thêm chuỗi xung DCE và T2W giúp tăng giá trị chẩn đoán. Điều này có thể giải thích do đặc điểm lớp trong thành bàng quang gồm niêm mạc và dưới niêm, duy nhất có thể nhận diện được trên chuỗi xung Dynamic so với T2W và DWI, tương phản về tính chất bắt thuốc của mô u, lớp trong và cơ bàng quang

khảo sát động học qua các thì. Chính đặc điểm tương phản này giúp tăng khả năng và độ chính xác trong phát hiện xâm lấn các lớp thành bàng quang. Khi kết hợp chuỗi xung DWI với chuỗi xung DCE và T2W làm tăng độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của CHT trong chẩn đoán phân biệt các giai đoạn T của UTBQ. Chuỗi xung DWI hữu ích trong chẩn đoán phân biệt dày lớp dưới niêm mạc do phản ứng viêm tấy và xơ hóa có thể tương tự như xâm lấn lớp cơ trên các chuỗi xung T2W và DCE, trên chuỗi xung DWI phần thay đổi này giảm tín hiệu hơn khối u, do đó có thể giúp tăng độ đặc hiệu hay giảm dương tính giả trong chẩn đoán xâm lấn lớp cơ.

Giá trị của việc sử dụng chuỗi xung T2 đơn thuần, hay kết hợp 2 chuỗi xung DCE và T2W hay kết hợp 3 chuỗi xung DCE, T2W và DWI tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Quang Toàn hay tác giả Takeuchi (2009) (5), (7).

Kết quả nghiên cứu cho thấy, có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa phân độ VIRADS và giai đoạn T ung thư bàng quang. Diện tích dưới đường cong (AUC) của thang điểm VIRADS trong phân biệt ung thư bàng quang có hay không tình trạng xâm lấn cơ là 0,948, với ngưỡng cut – off là 3 cho độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất trong chẩn đoán lần lượt là 96,7% và 82,4%.

Kết quả trên phù hợp với kết quả nghiên cứu đoàn hệ của tác giả Wang và cộng sự với cỡ mẫu lớn gồm 340 đối tượng với AUC là 0,94 và ngưỡng cut – off tối ưu được lựa chọn là VI – RADS ≥ 3 (9) hay kết quả nghiên cứu của tác giả tác giả Del Giudice, hay của tác giả Michele Marchioni và cộng sự (2),(4).

Hệ thống thang điểm VI – RADS ban đầu được xây dựng nên để đánh giá khối u bàng quang nguyên phát, không can thiệp bằng hóa chất hay phẫu thuật trước đó, do những ảnh hưởng từ điều trị làm thay đổi hình thái, gây phù nề và viêm mô bàng quang xung quanh. Việc áp dụng thang điểm này bị giới hạn đối với những u bàng quang tái phát do có thể đánh giá cao hơn giai đoạn so với thực tế.

V. KẾT LUẬN

CHT là phương tiện chẩn đoán chính xác giai đoạn T của UTBQ, giúp cho các nhà lâm sàng lập kế hoạch điều trị thích hợp cho BN

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.
2. **Del Giudice F, Barchetti G, De Berardinis E, Pecoraro M, Salvo V, Simone G, et al.** Prospective Assessment of Vesical Imaging Reporting and Data System (VI-RADS) and Its Clinical Impact on the Management of High-risk Non-muscle-invasive Bladder Cancer Patients Candidate for Repeated Transurethral Resection. Eur Urol. 2020;77(1):101-9.
 3. **Lê Minh Hoàn, Trần Công Hoan.** Giá trị cắt lớp vi tính đa dãy chẩn đoán ung thư bàng quang. Điện Quang Việt Nam. 2014.
 4. **Marchioni M, Primiceri G, Delli Pizzi A, Basilico R, Berardinelli F, Mincuzzi E, et al.** Could Bladder Multiparametric MRI Be Introduced in Routine Clinical Practice? Role of the New VI-RADS Score: Results from a Prospective Study. Clin Genitourin Cancer. 2020;18(5):409-15.
 5. **Nguyễn Quang Toàn.** Nghiên cứu giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán giai đoạn T của ung thư bàng quang. Trường đại học Y Hà Nội. 2018.
 6. **Surveillance Research Program (SRP).** Cancer Stat Facts: Bladder Cancer U.S: NIH - National Institutes of Health 2021 [Available from: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/urinb.html>].
 7. **Takeuchi M, Sasaki S, Ito M, Okada S, Takahashi S, Kawai T, et al.** Urinary bladder cancer: diffusion-weighted MR imaging--accuracy for diagnosing T stage and estimating histologic grade. Radiology. 2009;251(1):112-21.
 8. **Tekes A, Kamel I, Imam K, Szarf G, Schoenberg M, Nasir K, et al.** Dynamic MRI of bladder cancer: evaluation of staging accuracy. AJR Am J Roentgenol. 2005;184(1):121-7.
 9. **Wang H, Luo C, Zhang F, Guan J, Li S, Yao H, et al.** Multiparametric MRI for Bladder Cancer: Validation of VI-RADS for the Detection of Detrusor Muscle Invasion. Radiology. 2019;291(3):668-74.

NHẬN XÉT THỰC TRẠNG THỰC HÀNH AN TOÀN PHẪU THUẬT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI NĂM 2022

Phạm Thanh Hà¹, Trần Văn Phú¹, Nguyễn Thanh Huyền¹,
Nguyễn Thị Mận¹, Nguyễn Thị Lan Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng tới an toàn phẫu thuật tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội năm 2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, định lượng kết hợp định tính. Thời gian từ tháng 5- 9/2022 trên 112 ca phẫu thuật và ekip, tài liệu có liên quan, sử dụng bảng kiểm đánh giá mức độ an toàn theo Quyết định 7482/QĐ-BYT. Số liệu định lượng được nhập bằng SPSS 25.0. **Kết quả:** bệnh viện đạt 94/110 điểm mức độ 4 – bảo đảm an toàn phẫu thuật. Có 3/5 tiêu chí đạt hoàn toàn, 5/8 tiêu chí đánh giá đều đạt một phần. Tiêu chí 4 có tỉ lệ ca phẫu thuật đạt là thấp nhất 72,3. 54/67 tiểu mục được đánh giá mức đạt, 8/67 tiểu mục trong bộ tiêu chí được đánh giá mức đạt một phần, 5/67 tiểu mục không đạt. Những yếu tố ảnh hưởng tích cực: Nhân viên y tế có kiến thức tốt và thái độ tích cực về an toàn phẫu thuật; Nhân viên y tế có trình độ kỹ năng chuyên môn tốt để thực hiện các ca phẫu thuật an toàn; Thuốc, hóa chất, vật tư tiêu hao, máu đủ; Hướng dẫn quy định, quy trình thực hiện an toàn phẫu thuật được xây dựng tương đối đầy đủ. Những yếu tố ảnh hưởng tiêu cực: Thiếu các buổi tập huấn an toàn phẫu thuật, thiếu cơ chế khen thưởng xử phạt.

Từ khóa: an toàn phẫu thuật, bệnh viện, 7482/QĐ-BYT, mức độ an toàn, tiêu chí.

SUMMARY

COMMENTS ON THE SITUATION OF SAFETY SURGICAL PRACTICE AND SOME FACTORS AFFECTING AT NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO STOMATOLOGY IN 2022

Objective: describe the situation and some factors affecting surgical safety in 2022. **Method:** Cross-sectional descriptive study, quantitative combined with qualitative. The period time was from May 2022 to September 2022 at National Hospital Of Odonto Stomatology. The sample size was 112 surgeries and related health staffs and documents. The study used a checklist to assess the safety level, classified according to Decision No.7482/QĐ-BYT. Collected data were entered using SPSS 25.0 software to analyse frequency and mean. **Results:** the hospital scored a safety level of 94,5/110, reaching level 4 - ensured surgical safety. There are 3 of 8 criteria obtained total pass, 5 of 8 criteria obtained partial pass, criterion 4 has the lowest rate of surgery meet its requirements (72.3%). 54 of 67 sub-items were assessed as passing, 08 of 67 sub-items were assessed as partial pass, and 05 of 67 sub-items failed. Positive influencing factors: Medical staff have good knowledge and positive attitude about surgical safety; Medical staff with a good level of technical skills to perform safe surgeries; Medicines, chemicals, consumables, enough blood; Regulatory guidelines, procedures for safe surgical implementation are

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm: Phạm Thanh Hà

Email: havrhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2023

Ngày duyệt bài: 21.4.2023