

- Halling K, Johansson S, Liu W, He J (2010). "Impact of gastroesophageal reflux disease on daily life: the Systematic Investigation of Gastrointestinal Diseases in China (SILC) epidemiological study". Health Qual Life Outcomes. 2010 Nov 10; 8:128
4. **Nguyễn Văn Vinh.** "Nghiên cứu hình ảnh nội soi đường tiêu hóa trên và đặc điểm lâm sàng bệnh trào ngược dạ dày thực quản tại Bệnh viện quân y 121".
  5. **Triệu Thị Bích Hợp và cs** (2022). "Đặc điểm lâm sàng, nội soi và các yếu tố nguy cơ bệnh trào ngược dạ dày thực quản ở bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện Thiện Hạnh, tỉnh Đắk Lắk năm 2022". Tạp chí Y học Việt Nam, số 1, tháng 4 năm 2022.
  6. **Phạm Thị Hà Giang và cs** (2022). "Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi dạ dày thực quản trên bệnh nhân người cao tuổi có bệnh lý trào ngược dạ dày thực quản tại bệnh viện Thống Nhất". Tạp chí Khoa Học trường Đại học Quốc Tế Hồng Bàng, số đặc biệt 12/2022.
  7. **Vũ Thu Trang, Phạm Văn Linh** (2022). "Đổi chiều đặc điểm lâm sàng với tổn thương thực quản qua nội soi ở bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản ở bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp năm 2021". Tạp Chí Y học Việt Nam, 515(1).
  8. **Thạch Hoàn Sơn, Quách Trọng Đức** (2019). "Tần suất và các đặc điểm của triệu chứng ngoài thực quản ở bệnh nhân trào ngược dạ dày - thực quản". Tạp Chí Y Học TP Hồ Chí Minh, Vol 23, No 1, 2019, 93-98.
  9. **Richter JE** (2007). "The many manifestations of gastroesophageal reflux disease: presentation, evaluation, and treatment". Gastroenterol Clin North Am. 2007 Sep;36(3):577-599
  10. **Trần Mạnh Bắc** (2018). Áp dụng bảng điểm GERD-Q trong chẩn đoán trào ngược dạ dày-thực quản ở người cao tuổi. Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội.

## BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHƯƠNG PHÁP CẮT LÁCH TRÊN MỘT SỐ BỆNH NHÂN GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH NGUYÊN PHÁT KHÔNG ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ HÀNG 1

Tống Thị Hương<sup>1</sup>, Lê Quang Tường<sup>1</sup>, Trần Thị Kiều My<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phân tích kết quả điều trị của phương pháp cắt lách trên bệnh nhân giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát không đáp ứng điều trị hàng 1. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc trên 20 bệnh nhân cắt lách được chẩn đoán giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát không đáp ứng với điều trị hàng 1. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $41,2 \pm 16,2$  tuổi, tỷ lệ nữ/nam là 1,22/1. Số lượng tiểu cầu lúc đến viện lần đầu là  $8,3 \pm 6,4$ G/l, số lượng tiểu cầu trước cắt lách là  $18,9 \pm 17,9$ , với thời gian điều trị trước cắt lách là 7,3 tháng. Tỷ lệ đáp ứng sau cắt lách là 75%. Số lượng tiểu cầu tăng dần sau cắt lách 1 tuần, 1 tháng và thời điểm kết thúc nghiên cứu. Tỷ lệ đáp ứng với cắt lách ở bệnh nhân có số lượng tiểu cầu trên 300G/l tại thời điểm ngày 14 sau phẫu thuật cao hơn nhóm còn lại. Nhóm bệnh nhân không đáp ứng và tái phát sau cắt lách cần điều trị Corticoid phối hợp với Eltrombopag cho thấy hiệu quả cao hơn so với trước cắt lách, chỉ có 1 bệnh nhân kháng trị. Không có bệnh nhân nào tử vong do cắt lách, có 4 bệnh nhân nhiễm trùng mức độ nhẹ. **Kết luận:** Cắt lách có tỷ lệ đáp ứng là 75% ở bệnh nhân giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát không đáp ứng điều trị hàng 1 với tỷ lệ nhiễm trùng mức độ nhẹ là 20%. Tỷ lệ đáp ứng toàn

bộ của nhóm bệnh nhân đến thời điểm kết thúc nghiên cứu là 95%. **Từ khóa:** giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát, cắt lách.

### SUMMARY

#### SPLENECTOMY EVALUATION IN PATIENT IMMUNE THROMBOCYTOPENIA WHO DO NOT RESPONSE TO FIRST LINE THERAPY

**Objectives:** Study was done to evaluate on treatment results of patients immune thrombocytopenia (ITP) who do not respond to first line therapy. **Subjects and methods:** A descriptive prospective study of 20 patients with ITP who do not response to first line therapy. **Results and conclusion:** The mean age of the study group was  $41.2 \pm 16.2$  years, rate of female/male is 1,22/1. Platelet count at first hospital admission was  $8.3 \pm 6.4$ G/l, the preoperative platelet count was  $18.9 \pm 17.9$  with the time of therapy before splenectomy was 7.3 months. The response rate of splenectomy was 75%. The level of latelet count increased gradually after 1 week, 1 month and time to stop treatment. Response to splenectomy was found to be higher in patients who had the platelet count was more than 300 G/l on day 14 of surgery. The patients with no response and relapsed after splenectomy who required therapy corticoid combined eltrombopag, were more effective than prior to splenectomy, only 1 patient multirefractory. Four patients had mild infections and no patient died. **Keywords:** Immune thrombocytopenia, splenectomy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát (ITP) là bệnh lý huyết học phổ biến, bệnh có thể gặp ở

<sup>1</sup>Viện Huyết học - Truyền máu TW

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tống Thị Hương

Email: huongtonghh@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023

người lớn và trẻ em, ở người lớn bệnh chiếm tỷ lệ 0,2-0,4 ca mắc mới/10000 dân mỗi năm[1]. ITP là một bệnh tự miễn do sự phá hủy tiểu cầu có gắn kháng thể bởi các đại thực bào. Liệu pháp ức chế miễn dịch với Glucocorticoid vẫn là điều trị đầu tay và khoảng 80% bệnh nhân ITP người lớn thất bại với Corticoid hoặc trở nên phụ thuộc, phải điều trị hàng 2 [2]. Trong thực hành lâm sàng hiện nay, cắt lách, Rituximab là phương pháp điều trị hàng 2 thích hợp. Mục đích của cắt lách là loại bỏ sự phá hủy tiểu cầu đã gắn kháng thể và loại bỏ nơi tạo ra kháng thể. Tỷ lệ đáp ứng của cắt lách là 50-85% so với tỷ lệ đáp ứng của corticoid là 15-30% [3]. Cắt lách giúp bệnh nhân đạt đáp ứng ổn định và giảm thiểu thời gian sử dụng corticoid, tránh các tác dụng phụ lâu dài. Viên Huyết học- Truyền máu TW đang quản lý một số liệu lớn bệnh nhân giảm TC đến khám và điều trị, song chưa có đánh giá đầy đủ về hiệu quả điều trị của cắt lách khi bệnh nhân không đáp ứng với điều trị hàng 1. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Bước đầu đánh giá kết quả của phương pháp điều trị cắt lách trên bệnh nhân ITP không đáp ứng điều trị hàng 1" với mục tiêu: *Phân tích kết quả điều trị của phương pháp cắt lách trên bệnh nhân ITP không đáp ứng điều trị hàng 1.*

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu trên 20 bệnh nhân (BN) cắt lách chẩn đoán ITP không đáp ứng với điều trị hàng 1 đến khám và điều trị tại viện Huyết học – Truyền máu TW từ 1/2020 – 5/2023.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu**

- Tuổi: trên 15 tuổi.
- Không tìm thấy nguyên nhân khác gây giảm tiểu cầu (TC): rối loạn sinh tủy, suy tủy xương, viêm gan virus, cường lách, giảm tiểu cầu do thuốc, DIC...
- Giảm TC nhưng không đáp ứng với thuốc đáp ứng miễn dịch hàng 1: corticoid, IVIG sau thời gian 3 tuần.
- BN và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm số lượng tiểu cầu sau cắt lách**

Thời điểm		SLTC (G/l)			X̄ ± SD	p < 0,05
		< 30	30 - 100	≥ 100		
Trước cắt lách	Số BN	20	0	0	18,9 ± 17,9	
	Tỷ lệ %	0	0	0		
Sau mổ 1 tuần	Số BN	2	8	10	157,8 ± 145,1	
	Tỷ lệ %	10	40	50		
Sau mổ 1 tháng	Số BN	5	6	9	126,3 ± 110,1	
	Tỷ lệ %	25	30	45		

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca bệnh theo dõi dọc.

**Biến số áp dụng trong nghiên cứu:**

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, số lượng tiểu cầu (SLTC) lần đầu đến viện, thời gian điều trị trước cắt lách, thời gian theo dõi của nghiên cứu.
- Đánh giá điều trị của nhóm nghiên cứu: thuốc điều trị trước và sau cắt lách, đánh giá đáp ứng.
- Thời điểm đánh TC: trước cắt lách, sau cắt lách 1 tuần, 1 tháng và đến kết thúc nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu:**

- Tiêu chuẩn đáp ứng điều trị theo nhóm thực hành quốc tế (IWG 2009) [4]
- Tiêu chuẩn không đáp ứng với điều trị hàng 1: Tiêu chuẩn không đáp ứng với corticoid (IVIG) với thời gian điều trị trên 3 tuần.
- Tiêu chuẩn đáp ứng được đánh giá ít nhất 1 tháng sau phẫu thuật cắt lách.
- + Đáp ứng hoàn toàn: đạt được và duy trì SLTC > 100 G/l cho tất cả các lần xét nghiệm trong 30 ngày hoặc lâu hơn sau khi cắt lách và không điều trị bổ sung thuốc, ngoại trừ việc giảm dần liều corticoid hoặc các phương pháp điều trị khác.
- + Đáp ứng một phần: SLTC > 30 G/l cho các lần xét nghiệm trong 30 ngày hoặc lâu hơn sau cắt lách, có hoặc không có điều trị khác. Do đó, BN tái phát sau cắt lách được coi là đáp ứng một phần [3].

- Điều trị corticoid kéo dài: BN sử dụng thuốc corticoid với liều bất kỳ kéo dài trên 60 ngày.

**Phương pháp xử lý số liệu:** sử dụng phần mềm SPSS với các thuật toán thống kê phù hợp

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

- Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu: 41,2 ± 16,2 (17-73) tuổi.
- Tỷ lệ nữ/nam: 1,22/1.
- Số lượng TC trung bình lần đầu đến viện: 8,3 ± 6,4 G/l.
- Thời gian điều trị trước cắt lách: 7,3 ± 3,9 tháng (3 - 14).
- Thời gian theo dõi nghiên cứu: 12,9 ± 8,2 tháng (3 - 35).

TC tại thời điểm dừng nghiên cứu	Số BN	1	11	8	112,1 ± 94,1
	Tỷ lệ %	5	55	40	

**Nhận xét:** Trước cắt lách BN đều có SLTC < 30G/l, sau cắt lách tính đến thời điểm hiện tại có 95% BN có SLTC > 30G/l. SLTC trung bình sau cắt lách tăng dần tại thời điểm 1 tuần, 1 tháng và đến thời điểm kết thúc theo dõi nghiên so với trước cắt lách, với  $p < 0,05$ .

**Bảng 2. Đánh giá đáp ứng của BN sau cắt lách tại thời điểm 1 tháng**

Đặc điểm	Đáp ứng hoàn toàn n (%)	Đáp ứng một phần n (%)	Không đáp ứng n (%)
Số bệnh nhân (n=20)	9 (45)	6 (30)	5 (25)
Số bệnh nhân tái phát	4/9 (44,4)	6/6 (100)	0
SLTC trung bình (G/l)	281 ± 122,6	51,9 ± 17,2	16,5 ± 2,8
Thời gian tái phát (tháng)	2,6 ± 1,2 (1,5 - 4)		

**Nhận xét:** Tỷ lệ đáp ứng của nhóm BN sau cắt lách là 75%, không đáp ứng là 25%. Có 10 BN tái phát sau cắt lách với thời gian trung bình là 2,6 ± 1,2 (tháng). BN tái phát sớm nhất là sau 1,5 tháng và muộn nhất là 4 tháng.

**Bảng 3. Đánh giá đáp ứng thuốc của BN sau cắt lách tới thời điểm dừng nghiên cứu**

Sử dụng thuốc sau cắt lách		Đáp ứng n (%)	Không đáp ứng n (%)
Nhóm đáp ứng một phần (n=10)	Corticoid	1 (10)	9 (90)
	Corticoid + ức chế miễn dịch	3 (30)	7 (70)
	Corticoid + Eltrombopag	10 (100)	0
Nhóm không đáp ứng (n=5)	Corticoid	0	5 (100)
	Corticoid + ức chế miễn dịch	0	5 (100)
	Corticoid + Eltrombopag	4 (80)	1 (20)

**Nhận xét:** Hầu hết các BN đáp ứng một phần và BN không đáp ứng sau cắt lách đều đáp ứng với Corticoid và Revolade. BN tái phát sau cắt lách điều trị corticoid hoặc corticoid phối hợp thuốc ức chế miễn dịch cho tỷ lệ đáp ứng thấp là 10-30%, còn nhóm không đáp ứng với cắt lách đều không đáp ứng.

**Bảng 4. Một số yếu tố liên quan với đáp ứng cắt lách**

Yếu tố	BN đáp ứng (n=15)	BN không đáp ứng (n=5)	p
Tuổi	41	42	0,91
Nữ/Nam (11/9)	10/5	1/4	0,13
Thời gian điều trị <12 tháng	5,6	5,2	0,79
TC ≥ 300G/l tại ngày 14 sau cắt lách	4/5	1/5	0,02

**Nhận xét:** Các yếu tố như tuổi, thời gian điều trị trước cắt lách dưới 12 tháng và giới không ảnh hưởng tới kết quả cắt lách với  $p > 0,05$ . Tuy nhiên, tỷ lệ đáp ứng với cắt lách cao hơn và được ngừng thuốc hoàn toàn ở bệnh nhân có số lượng tiểu cầu tăng trên 300G/l tại thời điểm ngày 14 sau phẫu thuật ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 5. Tác dụng không mong muốn trong quá trình theo dõi bệnh nhân**

Tác dụng phụ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nhiễm trùng	4	20
Hội chứng cushing	4	20

Đau xương, chuột rút	9	45
Đục thủy tinh thể, giảm thị lực	5	25
Lo lắng, mất ngủ	7	35
Tử vong	0	0

**Nhận xét:** Không có BN nào tử vong sau cắt lách. Có 4 BN bị nhiễm trùng mức độ nhẹ sau cắt lách. Ngoài ra, gặp một số tác dụng không mong muốn liên quan tới điều trị corticoid kéo dài: đau xương hay chuột rút (45%), tỷ lệ bị hội chứng cushing là 20%, lo lắng, mất ngủ là 35% và đục thủy tinh thể, giảm thị lực là 25%.

#### IV. BÀN LUẬN

ITP là bệnh hay gặp ở nữ giới, trẻ tuổi, nhưng tỷ lệ nam nữ bị bệnh ITP thường như nhau ở người lớn tuổi (>65 tuổi). Theo nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 41,9 ± 16,2 tuổi và ưu thế ở giới nữ hơn nam. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác như tác giả Cao Minh Phúc có tuổi trung bình là 37,2 ± 13,7 tuổi và bệnh gặp ở nữ nhiều hơn [5]. Tác giả Nicola Vianelli tại Ý nghiên cứu 233 bệnh nhân ITP cắt lách, theo dõi 10 năm cho thấy tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 36,5 và bệnh chủ yếu ở nữ [6]. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu do số lượng người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ (20 BN) nên sự phân bố theo nhóm tuổi có thể chưa thật sát với sự phân bố thực tế.

Corticoid là điều trị hàng 1 tiêu chuẩn cho

ITP, mặc dù đáp ứng lâu dài chỉ đạt được trong 20–30% trường hợp [2],[6]. Cắt lách giúp đạt đáp ứng ổn định và từ lâu đã được coi là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho bệnh nhân ITP mạn tính cần điều trị hàng 2. Với sự ra đời của các thuốc như Rituximab và thuốc đồng vận thụ thể Thrombopoietin, việc sử dụng phương pháp cắt lách đã giảm dần và thường chỉ định cho những bệnh nhân thất bại với nhiều điều trị trước đó. Rituximab sau điều trị 5 năm cho tỷ lệ đáp ứng duy trì khoảng 20–30% trường hợp; nhưng khi điều trị thuốc này cần theo dõi cẩn thận vì đã có báo cáo về các biến chứng nhiễm trùng nghiêm trọng. Thuốc đồng vận thụ thể Thrombopoietin (TPO) có hiệu quả cao trong điều trị ITP dai dẳng, mạn tính hay tái phát sau cắt lách. Tuy nhiên, chi phí điều trị cao và sau ngừng thuốc tỷ lệ đáp ứng chỉ còn 10-30% [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân không đáp ứng với điều trị hàng 1, trước cắt lách đều được điều trị Corticoid kết hợp ức chế miễn dịch, tuy nhiên không có bệnh nhân nào đạt được đáp ứng, chỉ có 2/9 bệnh nhân điều trị Corticoid và Eltrombopag đạt đáp ứng nhưng do chi phí thuốc điều trị tốn kém nên 2 BN này đã ngừng Eltrombopag, sau đó TC lại giảm dưới 30G/l. Có 1 BN kết hợp điều trị Rituximab không đạt đáp ứng. Các BN có thời gian theo dõi trung bình trước cắt lách là  $7,3 \pm 3,9$  tháng.

Trước cắt lách BN đều có SLTC < 30G/l, sau cắt lách tính đến thời điểm hiện tại có 95% bệnh nhân có SLTC > 30G/l. SLTC trung bình sau cắt lách tăng dần tại thời điểm 1 tuần, 1 tháng và đến thời điểm kết thúc theo dõi nghiên cứu so với trước cắt lách. Tác giả Trần Thanh Tùng (2017) nghiên cứu về phẫu thuật nội soi cắt lách trong điều trị bệnh máu cho thấy nhóm bệnh ITP có SLTC tăng dần sau cắt lách [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng của nhóm BN sau cắt lách là 75%, không đáp ứng là 25%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây đã báo cáo tỷ lệ đáp ứng chung 50-85% [3],[5],[6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 10 BN tái phát sau cắt lách với thời gian trung bình là  $2,6 \pm 1,2$  (tháng). BN tái phát sớm nhất là sau 1,5 tháng và muộn nhất là 4 tháng. Trong nhóm BN đáp ứng hoàn toàn, tỷ lệ tái phát là 4/9 (44,4%), nhóm đáp ứng một phần đều là những BN tái phát (6/6) vì tiêu chuẩn đáp ứng một phần có bao gồm những BN tái phát. Những BN tái phát này cần phải điều trị lại vì tiểu cầu < 30G/l hoặc vì chảy máu, đều cho kết quả đáp ứng (100%) với Corticoid và Eltrombopag, trong khi nếu điều trị Corticoid đơn độc hoặc Corticoid

và ức chế miễn dịch, tỷ lệ đáp ứng chỉ 10-30%. Nghiên cứu của Fabian Depre (2018) tại Đức ghi nhận khi phối hợp corticoid và ức chế miễn dịch khác hay điều trị Eltrombopag thì tỷ lệ đáp ứng của các thuốc dao động từ 40-70%, BN điều trị do tái phát sau cắt lách có tỷ lệ đáp ứng từ 60 - 100% [7]. Như vậy, tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu, có 5 BN đáp ứng hoàn toàn, không phải điều trị thuốc duy trì chiếm 25%. Chỉ có 1 (5%) BN thất bại với cắt lách. Nhóm BN đáp ứng một phần chiếm tỷ lệ là 14/20 (70%). Như vậy, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ của nhóm BN đến thời điểm dừng nghiên cứu là 95%.

Các nghiên cứu trước đây về đặc điểm BN và dự đoán các yếu tố ảnh hưởng tới đáp ứng cắt lách có kết quả không nhất quán. Trong 1 bài báo hệ thống của tác giả Kojouri K (2004) về 135 trường hợp cắt lách cho thấy bệnh nhân trẻ tuổi có đáp ứng cao hơn. Nghiên cứu này không giới hạn tuổi cắt lách vì cắt lách vẫn đáp ứng ở BN trên 65 tuổi. Tuy nhiên, các nghiên cứu khác thấy tỷ lệ tái phát cao hơn ở bệnh nhân lớn tuổi, với đáp ứng lâu dài chỉ được ở 50% [3],[6]. Hơn nữa, bệnh nhân lớn tuổi thường có các bệnh phối hợp, do đó làm tăng biến chứng của phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố như tuổi, thời gian điều trị trước cắt lách dưới 12 tháng và giới không ảnh hưởng tới kết quả cắt lách với  $p > 0,05$ . Tuy nhiên, SLTC > 300G/l tại ngày thứ 14 sau phẫu thuật có tỷ lệ đáp ứng với cắt lách cao hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Naveen Naz Syed [9].

Trong các nghiên cứu trước đây, tỷ lệ tử vong của bệnh BN cắt lách từ 0,2 -1% [3]. Nghiên cứu của chúng tôi không gặp BN nào tử vong hay nhiễm trùng nặng hoặc huyết khối, có thể số lượng BN trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít và thời gian theo dõi ngắn. Chỉ có 4 BN bị nhiễm trùng mức độ nhẹ sau cắt lách. Nghiên cứu của chúng tôi ít gặp biến chứng nặng có thể là do việc cắt lách sớm được áp dụng (thời gian trung bình từ khi chẩn đoán đến phẫu thuật là 7,3 tháng), điều đó có nghĩa là tránh được các độc tính liên quan tới thuốc ức chế miễn dịch trước cắt lách. Ngoài ra, thực tế là rituximab và thuốc đồng vận thụ thể TPO có chi phí điều trị cao, nên nhiều BN không sử dụng được. Việc áp dụng phẫu thuật cắt lách sớm đôi khi cũng bỏ qua sự thuyên giảm tự nhiên của bệnh trong năm đầu, điều này có thể đạt được nếu theo dõi lâu hơn ngay cả khi không phẫu thuật. Tuy nhiên, chúng tôi không thể tìm thấy bất kỳ mối tương quan nào giữa thời gian cắt lách và đáp

ứng ổn định. Ngoài ra gặp một số tác dụng không mong muốn liên quan tới điều trị corticoid kéo dài: thường gặp BN đau xương hay chuột rút (45%), tỷ lệ bị hội chứng cushing là 20%, lo lắng, mất ngủ là 35% và đục thủy tinh thể, giảm thị lực là 25%. Với những trường hợp điều trị corticoid lâu dài, tác dụng này gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

## V. KẾT LUẬN

Cắt lách là phương pháp điều trị hiệu quả với tỷ lệ đáp ứng 75% trường hợp giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát không đáp ứng với điều trị hàng 1. Những bệnh nhân tái phát (kháng trị) sau cắt lách mà cần điều trị thì đều cho tỷ lệ đáp ứng với phác đồ phối hợp có Eltrombopag. Tỷ lệ đáp ứng với cắt lách cao hơn ở những bệnh nhân có SLTC > 300G/l tại thời điểm ngày 14 sau phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abrahamson PE, Hall SA, Feudjo-Tepie M, Mitrani-Gold FS, Logie J (2009)**, "The incidence of idiopathic thrombocytopenic purpura among adults: a population-based study and literature review". Eur J Haematol. 83(2):83-9.
2. **Ghanima W, Gernsheimer T, Kuter DJ (2021)**. "How I treat primary ITP in adult patients who are unresponsive to or dependent on corticosteroid treatment". Blood, 137(20):2736-2744.
3. **Kojouri K, Vesely SK, Terrell DR, George JN**

- (2004), "Splenectomy for adult patients with idiopathic thrombocytopenic purpura: a systematic review to assess long-term platelet count responses, prediction of response, and surgical complications". Blood, 104(9):2623-2634.
4. **Rodeghiero F, Stasi R, Gernsheimer T, et al (2009)**, "Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from an international working group". Blood. 113(11):2386-93.
5. **Cao Minh Phúc (2016)**, "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt lách trong điều trị bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu". Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú. Đại học Y Hà Nội; 2016.
6. **Nicola Vianelli, Francesco Rodeghiero et al (2013)**, "Splenectomy as a curative treatment for immune thrombocytopenia: a retrospective analysis of 233 patients with a minimum follow up of 10 years". Haematologica 2013;98(6):875-880.
7. **Depre F, Aboud N, Mayer B, Salama A (2018)**, "Efficacy and tolerability of old and new drugs used in the treatment of immune thrombocytopenia: Results from a long-term observation in clinical practice". PLoS One. 13(6):e0198184.
8. **Trần Thanh Tùng (2017)**, "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt lách điều trị một số bệnh về máu thường gặp". Luận án tiến sỹ y học. Đại học Y Hà Nội; 2017.
9. **Naveen Naz Syed, Salman Naseem Adil, Raihan Sajid et al (2007)**, "Chronic ITP: Analysis of various factors at presentation which predict failure to first line treatment and their response to second line therapy". Journal of Pakistan Medical Association, 57(3), 126-129.

# BẮT NẠT TẠI NƠI LÀM VIỆC ĐỐI VỚI ĐIỀU DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH, NĂM 2023

Lê Thị Lan Hương<sup>1</sup>, Lê Thị Kim Ánh<sup>2</sup>, Nguyễn Hữu Thịnh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng bị bắt nạt tại nơi làm việc (BNTNLV) và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến thực trạng bị BNTNLV của điều dưỡng (ĐD) tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (BV ĐHYD TPHCM). **Phương pháp:** Thiết kế mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính, sử dụng bộ câu hỏi về hành vi tiêu cực - sửa đổi NAQ-R trên 220 ĐD. Thực hiện phỏng vấn sâu 10 ĐD và 05 đại diện

cấp lãnh đạo. **Kết quả:** Tỷ lệ bị BNTNLV của ĐD tại BV ĐHYD TPHCM là 40,4%, có 31,8% trong giai đoạn đầu bị bắt nạt và 8,6% xác định là nạn nhân của hành vi bị bắt nạt. Hành vi bắt nạt liên quan đến công việc phổ biến nhất, tiếp theo là liên quan đến con người, tới liên quan thể chất. Hiểu lầm nơi làm việc, giao tiếp và chính sách quản lý chưa tốt là nguyên nhân chủ yếu gây tình trạng BNTNLV. **Kết luận:** Bệnh viện cần có chính sách đầy đủ về khen thưởng, xử phạt liên quan đến BNTNLV. Đào tạo kỹ năng giao tiếp ứng xử, kỹ năng mềm giải quyết tình huống khi bị bắt nạt. Đảm bảo bí mật và công bằng khi tiếp nhận thông tin. Tổ chức các hoạt động tuyên truyền nâng cao nhận thức về vị thế của ĐD và những hành vi không tốt trong môi trường y tế.

**Từ khóa:** bắt nạt tại nơi làm việc, NAQ-R, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

<sup>2</sup>Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Lan Hương

Email: huong.ltl@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.10.2023

Ngày duyệt bài: 9.11.2023