

reproductive health surveillance in Viet Nam. 9th annual scientific congress of Asia Pacific association of medical toxicology collaboration against poisoning from regional experience to global vision, 45.

7. **Trần Danh Cường** (2009), "Một số nhận xét về kết quả chọc hút nước ối trong chẩn đoán trước

sinh tại Bệnh viện phụ sản Trung Ương". Hội nghị sản phụ khoa Việt - Pháp, 297 - 331.

8. **Hasegawa J., Nakamura M., Sekizawa A.** How do the trends in the prenatal diagnosis of aneuploidy change after a non-invasive prenatal test becomes available? A Japanese single center study. *J. Med. Ultrason.* 2015;42(2): 195 - 198.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT U SAO BÀO LÔNG VÙNG DƯỚI LỀU TIỂU NÃO

Vương Quang Uyên<sup>1</sup>, Nguyễn Thanh Xuân<sup>2</sup>,  
Trần Trung Kiên<sup>3</sup>, Nguyễn Thành Nam<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

#### Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu trên 32 trường hợp được phẫu thuật và chẩn đoán u sao bào lông vùng dưới lều tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** tuổi trung bình  $19 \pm 9,73$ , tỉ lệ nam/nữ: 1,67/1. Trong đó nhóm tuổi thanh thiếu niên và trẻ em chiếm 84,4%, tuổi trên 30 chiếm 15,6%. Vị trí u ở thùy nhộng và bán cầu tiểu não chiếm 65,6% cho kết quả phẫu thuật lấy toàn bộ u cao nhất 90%. Nhóm u ở vị trí thân não có kết quả lấy hết u thấp nhất. **Kết luận:** U sao bào lông thường gặp ở lứa tuổi trẻ, vị trí u thường nằm ở tiểu não và thùy nhộng, đây cũng là vị trí có kết quả phẫu thuật tốt nhất. **Từ khóa:** u sao bào lông, U vùng dưới lều tiểu não

### SUMMARY

#### RESULTS OF SURGERY FOR PILOCYTIC ASTROCYTOMA IN THE SUBTENTORIAL CEREBELLAR

**Methods:** Retrospective and prospective study on 32 cases of surgery and diagnosis of pilocytic astrocytoma in the subtentorial cerebellar at Viet Duc hospital from January 2021 to December 2022. **Results:** the mean age was 19 years; the male to ratio of female: 1.67/1. In which, the age group of adolescents and children accounted for 84,4%, the age of over 30 years accounted for 15,6%. The tumor location is located in the pupal lobe and cerebellar hemisphere, accounting for 65.6% for surgical results ,taking the whole tumor was the highest 90%. The group of tumors in the brain stem location had the lowest results of removing all tumors. **Conclusion:** Pilocytic Astrocytoma is common in young age. The tumor location is usually located in the cerebellum and

vermis, this is also the location with the best surgical results. **Keywords:** pilocytic astrocytoma, subtentorial cerebellar tumor

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U sao bào lông là một loại trong nhóm u sao bào, được xếp loại độ I theo tổ chức y tế thế giới và là loại u lành tính, phát triển chậm, ranh giới rõ, có tiên lượng tốt. U thường xuất hiện ở vùng tiểu não, gần cuống não, vùng dưới đồi, giao thoa thị giác, ngoài ra cũng có thể xuất hiện ở các vị trí khác có sao bào hiện diện, chẳng hạn như đại não hay tủy sống.<sup>1</sup> U sao bào lông chiếm tỉ lệ nhỏ trong các u nội sọ (0,6 đến 6%) và chiếm 18-23,5 % u sao bào,<sup>2,3</sup> chủ yếu gặp ở độ tuổi thanh thiếu niên, ít gặp ở người lớn. Ở Mỹ, tỉ lệ u sao bào lông chiếm khoảng 0,37 /100.000 người / năm.<sup>4</sup>

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính u sao bào lông dưới lều. Vai trò của xạ trị sau phẫu thuật u sao bào lông còn nhiều tranh cãi. Brown và cộng sự đã nghiên cứu tiến cứu điều trị u sao bào lông trên lều ở người lớn với thời gian trung bình 10 năm, nhận thấy 95% bệnh nhân sống sau 5 năm và tình trạng bệnh ổn định sau phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ hoặc gần toàn bộ u mà không cần tia xạ<sup>5</sup>. Trái lại Kidd và cộng sự (2006) đã nghiên cứu 19 bệnh nhân u sao bào lông ở tuổi thanh thiếu niên được xạ phẫu sau sinh thiết hoặc phẫu thuật với thời gian theo dõi trung bình 6,4 năm, 100% sống sau 5 năm, 68% không tiến triển bệnh sau 5 năm theo dõi.

Những năm trở lại đây, với những trang thiết bị hiện đại, phẫu thuật điều trị u sao bào lông mang lại kết quả tốt, tuy nhiên phẫu thuật u vùng dưới lều đặc biệt vùng liên quan thân não luôn là một phẫu thuật khó, đòi hỏi kinh nghiệm và độ chính xác cao. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Kết quả điều trị phẫu thuật u sao bào lông vùng dưới lều tiểu não tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức".

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

<sup>2</sup>Bệnh viện Việt Đức

<sup>3</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Xuân

Email: drxuan.vd@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2023

Ngày duyệt bài: 9.11.2023

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

Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiền cứu tại trung tâm phẫu thuật thần kinh, bệnh viện Việt Đức. Thời gian: từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2022. Đối tượng tham gia: 32 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh dựa vào:

- Phim chụp cộng hưởng từ sọ não: khối u vùng dưới lều tiểu não.

- Bệnh nhân được phẫu thuật lấy u vi phẫu.

- Giải phẫu bệnh là u sao bào lông.

Đánh giá kết quả:

- Đánh giá tần xuất suất hiện ở từng nhóm tuổi, phân loại vị trí u.

- Dựa vào mức độ lấy u qua phim chụp lại sau mổ.

- Đánh giá tỉ lệ các biến chứng sau phẫu thuật như chảy máu, phù não, dò dịch não tủy, viêm màng não, liệt dây thần kinh sọ....

- Đánh giá mức độ hồi phục của bệnh nhân qua thang điểm Karnofsky.

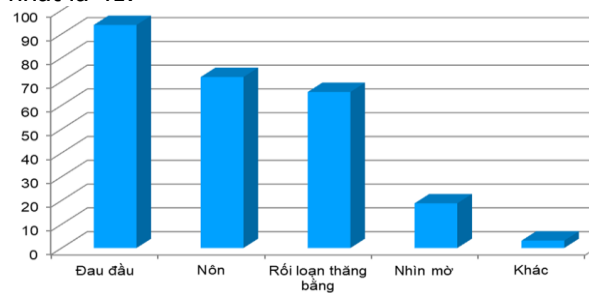
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

|                    | n           | %    |
|--------------------|-------------|------|
| Số lượng bệnh nhân | 32          |      |
| Tuổi trung bình    | 19,0 ± 9,73 |      |
| Nam                | 20          | 62,5 |
| Nữ                 | 12          | 37,5 |
| Tuổi <20           | 19          | 59,4 |
| Tuổi 20-30         | 8           | 25   |
| Tuổi >30           | 5           | 15,6 |

Nghiên cứu của chúng tôi có tổng 32 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 19, nam giới gồm có 20 bệnh nhân (62.5%), nữ giới có 12 bệnh nhân (37.5%), tỉ lệ nam/nữ: 1,67/1. Thường gặp ở lứa tuổi < 20 (59,4%), tuổi thấp nhất là 8, cao nhất là 41.



**Biểu đồ 1: Triệu chứng lâm sàng khi vào viện**

Bệnh nhân vào viện chủ yếu vì 3 lí do chính là đau đầu 92,6%, Nôn, buồn nôn chiếm 73%, rối loạn thăng bằng chiếm 61,5%.

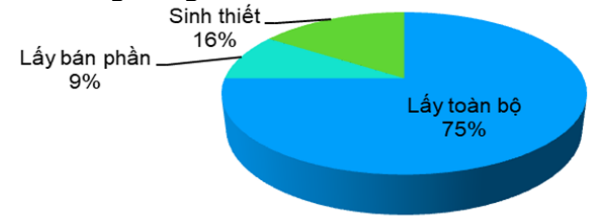
Có thể gặp nhiều triệu chứng trên một bệnh nhân. Ngoài ra còn một số lí do ít gặp hơn như nhìn mờ, liệt chi, liệt dây TK sọ.

**Bảng 2. Vị trí u theo phim cộng hưởng từ**

| Vị trí  | n         | %          |
|---|-----------|------------|
| U ở bán cầu tiểu não  | 11        | 34,4       |
| U ở thùy nhộng  | 10        | 31,2       |
| U ở tiểu não liên quan đến cuống tiểu não và góc cầu                | 4         | 12,5       |
| U ở tiểu não hoặc thùy nhộng liên quan đến thân não và sàn não thất | 1         | 3,1        |
| U ở thân não  | 6         | 18,8       |
| <b>Tổng</b>   | <b>32</b> | <b>100</b> |

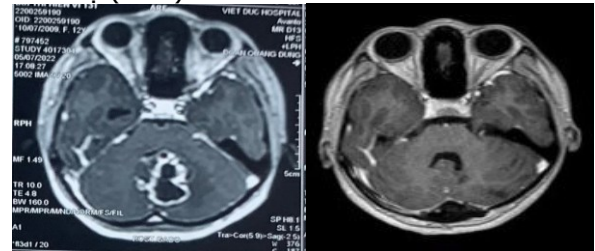
Đa số u sao bào lông ở vị trí bán cầu tiểu não và thùy nhộng (65,6%), tuy nhiên có 15,6% u sao bào lông liên quan đến cuống tiểu não, thân não. Có 18,8% u ở thân não.

**3.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật u sao bào lông vùng dưới lều tiểu não**



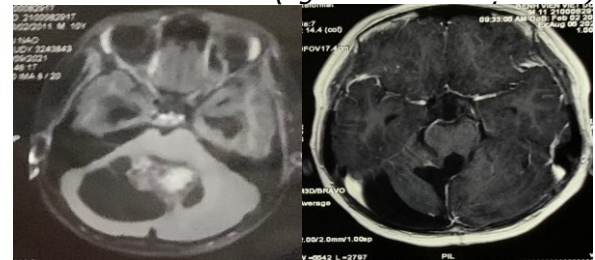
**Biểu đồ 2: Mức độ lấy**

Đánh giá mức độ lấy u dựa vào ghi nhận của phẫu thuật viên trong mổ và dựa vào hình ảnh chụp cộng hưởng từ kiểm tra sau mổ. Đa số bệnh nhân được lấy toàn bộ khối u hoặc lấy gần toàn bộ (84%).



**Hình 1: Phim CHT trước mổ và sau mổ lấy u sao bào lông thùy nhộng: Không còn tổ chức u sau mổ**

(nguồn: BN Bùi Thị Hiền V)



**Hình 2: Phim CHT trước mổ và sau mổ lấy u**

**sao bào lông bán cầu tiểu não phải: Không còn tổ chức u sau mổ**

(nguồn: Phạm Quốc H)

**Bảng 3. Phẫu thuật dẫn lưu não thất ổ bụng**

| Phương pháp   | n         | %          |
|---|-----------|------------|
| Không dẫn lưu   | 24        | 75         |
| Dẫn lưu não thất trước mổ lấy u                                   | 5         | 15,6       |
| Phẫu thuật dẫn lưu não thất ổ bụng trong cùng thì mổ sinh thiết u | 0         | 0          |
| Dẫn lưu não thất ổ bụng sau khi mổ lấy u                          | 3         | 9,4        |
| <b>Tổng</b>   | <b>32</b> | <b>100</b> |

Có 15,6 % bệnh nhân được dẫn lưu não thất ổ bụng để điều trị tình trạng giãn não thất trước khi mổ lấy u.

**Bảng 5. Mức độ lấy u theo vị trí**

| Mức độ lấy U | Vị trí U         |            |                                       |                                 |                      |      | Tổng | P     |
|--------------|------------------|------------|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------|------|------|-------|
|              | Bán cầu tiểu não | Thùy nhộng | U liên quan góc cầu và cuống tiểu não | U thùy nhộng liên quan thân não | U thân não, hành não |      |      |       |
| Lấy toàn bộ  | n                | 10         | 9                                     | 3                               | 1                    | 1    | 24   | 0,011 |
|              | %                | 90,9       | 90                                    | 75                              | 100                  | 16,7 | 75   |       |
| Lấy một phần | n                | 0          | 0                                     | 1                               | 0                    | 2    | 3    |       |
|              | %                | 0.0        | 0.0                                   | 25                              | 0.0                  | 33,3 | 9,4  |       |
| Sinh thiết   | n                | 1          | 1                                     | 0                               | 0                    | 3    | 5    |       |
|              | %                | 9.1        | 10                                    | 0.0                             | 0.0                  | 50   | 15,6 |       |
| Tổng         | n                | 11         | 10                                    | 4                               | 1                    | 6    | 32   |       |
|              | %                | 100        | 100                                   | 100                             | 100                  | 100  | 100  |       |

Tỉ lệ lấy hết U không giống nhau ở mỗi vị trí, U ở bán cầu tiểu não và thùy nhộng tỉ lệ lấy hết u cao nhất (~90%), nhóm u ở thân não có tỉ lệ lấy toàn bộ thấp nhất 16,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P = 0,011.

**Bảng 6. Tương quan kết quả với mức độ lấy u**

| Mức độ lấy U                 |   | Kết quả |       |       | Tổng | P     |
|------------------------------|---|---------|-------|-------|------|-------|
|                              |   | Tốt     | Khá   | Kém   |      |       |
| Lấy toàn bộ hoặc gần toàn bộ | n | 18      | 2     | 4     | 24   | 0.021 |
|                              | % | 75      | 8,33  | 16,67 | 100  |       |
| Lấy một phần                 | n | 1       | 2     | 0     | 3    |       |
|                              | % | 33,3    | 66,7  | 0.0   | 100  |       |
| Sinh thiết                   | n | 1       | 2     | 2     | 5    |       |
|                              | % | 20      | 40    | 40    | 100  |       |
| Tổng                         | n | 20      | 6     | 6     | 32   |       |
|                              | % | 62.5    | 18.75 | 18.75 | 100  |       |

Nhóm lấy u toàn bộ có kết quả tốt cao nhất (75%), nhóm sinh thiết u có kết quả tốt thấp nhất (20%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P = 0,021.

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu này tuổi trung bình của bệnh nhân là 19.0 ± 9.729, tuổi thấp nhất là 8, cao nhất là 41. Trong đó 59,4,% bệnh nhân nằm ở lứa tuổi trẻ em và thanh thiếu niên, những bệnh nhân trên 30 tuổi ít gặp (chiếm 15,63%). Nghiên cứu của Jone (2012) và Louis (2007)<sup>6</sup> cũng cho kết quả tương tự: thường gặp nhất ở lứa tuổi từ 5-14 tuổi, với tần xuất gặp cao nhất ở

**Bảng 4. Biến chứng sau mổ**

| Biến chứng                       | n  | %    |
|----------------------------------|----|------|
| Không có biến chứng nào sau mổ   | 22 | 68,8 |
| Hôn mê, xin về, tử vong          | 3  | 9,4  |
| Liệt tứ chi                      | 2  | 6,2  |
| Viêm màng não                    | 0  | 0    |
| Nhiễm trùng vết mổ               | 0  | 0    |
| Dò dịch não tủy                  | 1  | 3,1  |
| Liệt dây thần kinh sọ tiến triển | 3  | 9,4  |
| Chảy máu sau mổ                  | 1  | 3,1  |

Có 68,8% bệnh nhân không bị biến chứng sau mổ. Trong đó biến chứng tử vong (9,4%); liệt thần kinh sọ tiến triển (9,4%), liệt vận động tứ chi (6,2%).

hai đỉnh từ 0-4 tuổi và 15- 19 tuổi. Nghiên cứu đa trung tâm của Drek (2012) dựa trên tất cả các dữ liệu của viện nghiên cứu ung thư Mỹ trên 3306 u sao bào lông, thấy nhóm tuổi từ 0-19 chiếm 71,8%, nhóm tuổi 20-39 (19,2%), nhóm tuổi 40-59 (7,1%), nhóm tuổi trên 60 (1,9%).<sup>7</sup>

Giới: Nam chiếm 62,5%, nữ 37,5% tỷ lệ nam/nữ 1,67/1. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Liên về u sao bào lông nói chung có tỷ lệ nam/nữ =1,52/1. Như vậy trong nghiên cứu này, tỉ lệ nam nhiều hơn nữ ~ 1,5 lần. Điều này không thể kết luận được tần suất u có thường gặp ở nam hay không, bởi cỡ mẫu còn rất nhỏ.

Vị trí chủ yếu của u sao bào lông vùng dưới lều là ở tiểu não 65,6% trong đó bán cầu tiểu não 34,4% và thùy nhộng 31,2%. Nhưng có đến 15,6% u tiểu não có liên quan đến cuống tiểu não và thân não, điều này gây ảnh hưởng đến khả năng lấy u. Nghiên cứu của Malik cho thấy u dưới lều chiếm 67,5%, trong đó u tiểu não chiếm đến 61,7%<sup>8</sup>, nghiên cứu của Cyrine (2013) cũng cho thấy vị trí u dưới lều 74,9% và ở tiểu não là 59,3%.<sup>9</sup> Như vậy, kết quả nghiên cứu phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới về sự phân bố của u.

U sao bào lông ở hố sau: ở tiểu não thường đến viện với triệu chứng đau đầu, và đi lại loạng choạng. Trong khi đó u ở vùng thân não lý do đến viện có thể là đau đầu, nôn không có lý do, hoặc liệt dây thần kinh sọ, thường là liệt dây VI hoặc dây VII. Nguyên nhân chủ yếu có thể do tính lành tính của u, ít gây phù não, u phát triển chậm đến khi kích thước đủ lớn gây chèn ép mới có triệu chứng. Như vậy mục tiêu điều trị là mổ lấy u sao cho không còn hiệu ứng khối.

Mức độ lấy u cho thấy đa số lấy toàn bộ u (75%), phẫu thuật lấy một phần u (dưới 90% thể tích u) là 9,4%, sinh thiết u là 15,6%. Đánh giá mức độ lấy u dựa vào ghi nhận của phẫu thuật viên trong mổ và dựa vào hình ảnh chụp cộng hưởng từ kiểm tra. Tỷ lệ lấy toàn bộ u cao nhất ở vị trí bán cầu tiểu não (90,9%), thùy nhộng (90%), vùng thân não là (16,7%). U ở tiểu não, thùy nhộng, phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u là một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng liên quan đến tỷ lệ tái phát và tiến triển u.<sup>10</sup> Trong nghiên cứu này có 90,9% khối u ở tiểu não được lấy bỏ toàn bộ, có 2 trường hợp u ở tiểu não được mổ sinh thiết do cấu trúc u nhỏ, ở vùng cuống tiểu não, thân não. Khả năng lấy u phụ thuộc vào vị trí của u liên quan đến các cấu trúc quan trọng như thân não, cuống tiểu não. Với những trường hợp u dính vào cấu trúc thân não, cuống tiểu não thường phải để lại một phần u, phần u tồn dư cần được theo dõi bằng cộng hưởng từ. Phẫu thuật cắt bỏ một phần u được áp dụng khi việc cắt bỏ gần toàn bộ sẽ mang nguy cơ tử vong cao và rối loạn chức năng thần kinh trầm trọng, thường chỉ định với những trường hợp u thâm nhiễm vào thân não, sàn não thất IV, cuống tiểu não.

Phẫu thuật dẫn lưu não thất ổ bụng trong điều trị u sao bào lông: Trong nghiên cứu này cho thấy chỉ có 15,6% bệnh nhân cần phải dẫn lưu não thất ổ bụng trước mổ. Điều này có thể giải thích do u sao bào thể lông là một u lành tính, diễn biến từ từ nên não có sự thích nghi với sự hiện diện của u trong hộp sọ. Chúng tôi lựa

chọn phẫu thuật sớm lấy khối u và lập lại lưu thông dịch não tủy hơn là lựa chọn phẫu thuật dẫn lưu não thất ổ bụng, điều này giúp tránh tình trạng phụ thuộc van dẫn lưu và các biến chứng nhiễm trùng tắc van, viêm màng não do nó gây ra. Nghiên cứu của Trần Quang Vinh (2012) về u sao bào lông ở hố sau cho thấy 100% bệnh nhân đến viện có hình ảnh giãn não thất, tuy nhiên chỉ có 13% trường hợp cần đặt dẫn lưu trước mổ. Điều này phù hợp với ý kiến việc dẫn lưu dịch não tủy trước khi mổ ít khi cần thiết, việc sử dụng corticoid và phẫu thuật sớm thường hiệu quả hơn. Việc phẫu thuật dẫn lưu não thất ổ bụng được đặt ra khi bệnh nhân có tình trạng tăng áp lực nội sọ, dọa tụt hạnh nhân tiểu não, hay những u có kích thước lớn, cần phải dẫn lưu não thất dự phòng.

Các biến chứng sau mổ trong đó biến chứng tử vong (9,4%), liệt thần kinh sọ tiến triển (9,4%), liệt vận động tứ chi (6,2%). Có 68,8% bệnh nhân không bị biến chứng sau mổ. Trong nghiên cứu này có 3 bệnh nhân tử vong sau mổ đều do vị trí u liên quan đến vùng thân não dẫn đến liệt cơ hô hấp, viêm phổi dẫn đến tử vong; 2 bệnh nhân bị di chứng liệt dây IX cần phục hồi chức năng, có 2 trường hợp di chứng yếu chi tiến triển, cần sự chăm sóc đặc biệt; 1 trường hợp cần phẫu thuật vá dò do vá màng cứng không kín gây nên tình trạng tụ dịch và thâm dịch não tủy qua vết mổ.

Đánh giá toàn trạng bệnh nhân khi khám lại dựa vào thang điểm Karnofsky, nhóm bệnh nhân đến viện có Karnofsky từ 70 điểm trở lên cho kết quả cải thiện tốt; trong khi đó 2 bệnh nhân đến viện với tình trạng toàn thân kém Karnofsky 50-60 thì kết quả sau mổ không cải thiện. Trong nghiên cứu này cho thấy nhóm bệnh nhân được phẫu thuật lấy toàn bộ khối u cũng cho kết quả khám lại tốt hơn so với nhóm còn lại (75%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,021$ . Những bệnh nhân đến viện với tình trạng toàn thân nặng thường gặp ở các u vùng thân não, lúc này phẫu thuật lấy bỏ tối đa khối u là rất hạn chế do e ngại những tai biến trong mổ cũng như các di chứng nặng nề về sau.

## V. KẾT LUẬN

U sao bào lông vùng dưới lều tiểu não thường gặp ở lứa tuổi thanh thiếu niên, phân bố ở cả nam và nữ. U phát triển chậm vì vậy người bệnh đến viện khi u đã lớn, thường biểu hiện lâm sàng bởi triệu chứng đau đầu, nôn, rối loạn thăng bằng. Vị trí của u thường gặp ở tiểu não và thùy nhộng. Về mặt điều trị, phẫu thuật vẫn

được xem là phương pháp điều trị chính, phẫu thuật lấy toàn bộ u cho kết quả lâm sàng tốt, ít biến chứng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huang H, Hara A, Homma T, Yonekawa Y, Ohgaki H** (tháng 10 năm 2005). "Altered expression of immune defense genes in pilocytic astrocytomas". *J. Neuropathol. Exp. Neurol.* 64 (10): p891-901.
2. **Chourmouzi Danai, Elissabet Papadopoulou, Manolis Konstantinidis, Vasileios Sirris Antonios Drevelegas** (2014). Manifestations of pilocytic astrocytoma: a pictorial review. *Insights imaging*, 5, p385-402.
3. **Stefan Pfister, Olaf Witt** (2009). Chapter 4: Pediatric Gliomas, Gliomas, Springer p67- 82.
4. **Stefan Pfister, Christian Hartmann, Andrey Korshunov** (2009). Histology and Molecular Pathology of Pediatric Brain Tumors, *Journal of Child Neurology*, 24(11), p1375- 1386.
5. **A. Azad, S. Deb, L. Cher** (2009). Primary anaplastic pilocytic astrocytoma. *Journal of Clinical Neuroscience*, 16, 1704-1706.
6. **David N. Louis, Hiroko Ohgaki, Otman D. Wiestler, Webster K. Cavenee** (2007). WHO classification of tumours of the central nervous system, 4th edition, Lyon.
7. **Jones D. T, J. Gronych, P. Lichter, O. Witt, S. M. Pfister** (2012). MAPK pathway activation in pilocytic astrocytoma. *Cell Mol Life Sci*, Jun, 69 (11), 1799-1811.
8. **Malik A, Deb P, Sharma MC et al** (2006). Neuropathologically spectrum of pilocytic astrocytomas: an indian series of 120 cases. *Pathol Oncol Res*, 12 (3), 164-171.
9. **Cyrine S, Sonia, Mounir T et al** (2013). pilocytic astrocytoma a retrospective study of 32 cases. *Clin Neurol Neurosurg*, 115 (8), 1220-1225.
10. **Abdollahzadeh M, Hoffman HJ, Blazer SI, et al** (1994). Benign cerebellar astrocytoma in childhood: experience at the Hospital for Sick Children 1980-1992. *Childs Nerv Syst*, 10 (6), 380-383.

## TUÂN THỦ VỆ SINH TAY THƯỜNG QUY CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ ĐỒNG HỚI NĂM 2023

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng tuân thủ vệ sinh tay thường quy của nhân viên y tế tại bệnh viện Đa khoa thành phố Đồng Hới năm 2023 và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính. Đối tượng nghiên cứu là bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, hộ sinh công tác tại bệnh viện để đánh giá thực trạng tuân thủ vệ sinh tay; phỏng vấn sâu lãnh đạo bệnh viện và Phòng chức năng; thảo luận nhóm... để phân tích yếu tố ảnh hưởng. Thời gian nghiên cứu từ tháng 12/2022 đến tháng 4/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ tuân thủ VSTTQ chung của ĐTNK là 70,61%, VSTTQ bằng nước và xà phòng chiếm 43,89%. Trước khi làm thủ thuật vô khuẩn (64,87%); sau khi tiếp xúc với người bệnh 30,43%. VSTTQ bằng dung dịch chứa cồn (56,11%): sau khi tiếp xúc với người bệnh (66,67%). Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ 6 bước của quy trình VSTTQ của ĐTNK là 23,28%.. Khối lượng công việc quá tải theo mùa là yếu tố giảm tỷ lệ tuân thủ VSTTQ. NVYT được tập huấn thường xuyên có kiến thức tốt tuân thủ VSTTQ cao hơn. Đơn vị khoa phòng có giám sát đi kiểm tra thường xuyên

<sup>1</sup>Sở Y tế tỉnh Quảng Bình

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

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Tân

Email: mph2131019@studenthup.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023

Nguyễn Hoàng Tân<sup>1</sup>, Nguyễn Thuý Quỳnh<sup>2</sup>

thì NVYT ở đó sẽ thực hiện tuân thủ VSTTQ tốt hơn.

**Từ khóa:** Vệ sinh tay thường quy, Nhân viên y tế, Bệnh viện.

#### SUMMARY

#### COMPLIANCE WITH REGULAR HAND HYGIENE OF MEDICAL STAFF AND SOME INFLUENCING FACTORS AT DONG HOI CITY GENERAL HOSPITAL IN 2023

**Objective:** Describe the current status of compliance with routine hand hygiene (RHH) among medical staff at Dong Hoi City General Hospital in 2023 and analyze some influencing factors. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive research design, combining quantitative and qualitative. The research subjects were doctors, nurses, technicians, and midwives working at the hospital to evaluate the current state of hand hygiene compliance; In-depth interviews with hospital leaders and functional departments; Group discussion... to analyze influencing factors. Research period is from December 2022 to April 2023. **Results:** The overall rate of compliance with hygiene standards of the research team was 70.61%, hygiene hygiene with water and soap accounted for 43.89%. Before aseptic procedures (64.87%); 30.43% after contact with patient. RHH with alcohol-containing solution (56.11%): after contact with the patient (66.67%), after contact with the area around the patient is 32.35%. The rate of full compliance with the 6 steps is 23.28%. Seasonal workload overload is a factor in reducing RHH