

corticosteroid là 30 ngày (11-78 ngày) [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nằm viện dài nhất lên tới 112 ngày với tổng thời gian sử dụng corticosteroid là 14 tuần.

V. KẾT LUẬN

Việc sử dụng ICI đã tăng lên trong những năm qua kéo theo đó là tỷ lệ mắc bệnh viêm phổi liên quan đến ICI tăng. Viêm phổi liên quan đến điều trị thuốc ức chế PD-1/PD-L1 trong thực tiễn lâm sàng gặp với tỷ lệ cao hơn so với trong y văn. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng thường không đặc hiệu, chẩn đoán thường là loại trừ viêm phổi do các căn nguyên vi sinh thường gặp. Thời gian điều trị bằng corticosteroid thường dài dẫn đến thách thức có thể dẫn đến bệnh lý ung thư tiến triển trong thời gian đó. Kết quả của chúng tôi phản ánh những thách thức trong môi trường lâm sàng hàng ngày để chẩn đoán và quản lý bệnh nhân điều trị thuốc ức chế PD-1/PD-L1 có biểu hiện triệu chứng hô hấp, đặc biệt ở những bệnh nhân ung thư phổi có các triệu chứng lâm sàng chồng lấp giữa bệnh ung thư và tổn thương phổi liên quan ICI.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferrara R., Imbimbo M., Malouf R., et al. (2021). Single or combined immune checkpoint inhibitors compared to first-line platinum-based chemotherapy with or without bevacizumab for people with advanced non-small cell lung cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 2021(4).
2. Luo W., Wang Z., Tian P., et al. (2018). Safety and tolerability of PD-1/PD-L1 inhibitors in the treatment of non-small cell lung cancer: a meta-

- analysis of randomized controlled trials. *J Cancer Res Clin Oncol*, 144(10), 1851–1859.
3. Reuss J.E., Suresh K., and Naidoo J. (2020). Checkpoint Inhibitor Pneumonitis: Mechanisms, Characteristics, Management Strategies, and Beyond. *Curr Oncol Rep*, 22(6), 56.
 4. Nishino M., Giobbie-Hurder A., Hatabu H., et al. (2016). Incidence of Programmed Cell Death 1 Inhibitor-Related Pneumonitis in Patients With Advanced Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Oncol*, 2(12), 1607–1616.
 5. Antonia S.J., Villegas A., Daniel D., et al. (2017). Durvalumab after Chemoradiotherapy in Stage III Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med*, 377(20), 1919–1929.
 6. Atchley W.T., Alvarez C., Saxena-Beem S., et al. (2021). Immune Checkpoint Inhibitor-Related Pneumonitis in Lung Cancer. *Chest*, 160(2), 731–742.
 7. Delaunay M., Cadranet J., Lusque A., et al. (2017). Immune-checkpoint inhibitors associated with interstitial lung disease in cancer patients. *Eur Respir J*, 50(2), 1700050.
 8. Nishino M., Ramaiya N.H., Awad M.M., et al. (2016). PD-1 Inhibitor-Related Pneumonitis in Advanced Cancer Patients: Radiographic Patterns and Clinical Course. *Clin Cancer Res*, 22(24), 6051–6060.
 9. Suresh K., Voong K.R., Shankar B., et al. (2018). Pneumonitis in Non-Small Cell Lung Cancer Patients Receiving Immune Checkpoint Immunotherapy: Incidence and Risk Factors. *J Thorac Oncol Off Publ Int Assoc Study Lung Cancer*, 13(12), 1930–1939.
 10. Voong K.R., Hazell S.Z., Fu W., et al. (2019). Relationship Between Prior Radiotherapy and Checkpoint-Inhibitor Pneumonitis in Patients With Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer. *Clin Lung Cancer*, 20(4), e470–e479.

MÔ HÌNH QUẢN LÝ BỆNH MẠN TÍNH KHÔNG LÂY TẠI PHÒNG KHÁM BÁC SĨ GIA ĐÌNH BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH

Trần Đức Sĩ¹, Phan Chung Thuỳ Lynh^{1,2},
Trần Văn Khanh², Lê Thanh Toàn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cùng với phát triển kinh tế đất nước là sự gia tăng của các bệnh mạn tính không lây nhiễm, nhất là trên người cao tuổi, làm tăng gánh nặng lên hệ thống y tế vốn đã quá tải. Phát triển y học gia đình và quản lý bệnh mạn tính không lây tại tuyến cơ sở đang là chủ trương chung của ngành y tế.

Mục tiêu: Mô tả hoạt động quản lý bệnh mạn tính không lây cho người cao tuổi ở Phòng khám Bác sĩ gia đình Bệnh viện Lê Văn Thịnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 2 phần: 1) Định tính: mô tả sự phát triển và cách ứng dụng các nguyên lý Y học gia đình tại phòng khám; 2) Nghiên cứu định lượng, số lượng người cao tuổi đến khám tại Phòng khám Bác sĩ gia đình và hoạt động theo dõi, chuyển tuyến bệnh nhân bệnh mạn tính không lây nhiễm trong năm 2022. **Kết quả:** Phòng khám ứng dụng thành công một số nguyên lý Y học gia đình và tiếp tục mở rộng về quy mô cũng như nhân sự. Tỷ lệ có tái khám ở bệnh nhân bệnh mạn tính không lây thường gặp chiếm 85%. Tỷ lệ nhập viện và chuyển viện lần lượt là 0,7% và 0,6%. Khoảng 1/2 số bệnh nhân nhập viện và 2/3 số bệnh nhân chuyển viện tiếp tục điều trị tại phòng khám.

¹Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Lê Văn Thịnh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Sĩ

Email: sitd@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 5.3.2024

Phần lớn bệnh nhân đạt mục tiêu điều trị. **Kết luận:** Mô hình quản lý bệnh mạn tính không lây thường gặp cho người cao tuổi ở Phòng khám Bác sĩ gia đình Bệnh viện Lê Văn Thịnh đang được triển khai hiệu quả. Tuy nhiên hoạt động phối hợp chuyển tuyến chưa được như kỳ vọng. **Từ khóa:** người cao tuổi, bệnh mạn tính không lây, Y học gia đình

SUMMARY

CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASE MANAGEMENT AT THE FAMILY MEDICINE CLINIC, LE VAN THINH HOSPITAL

Background: Along with the country's economic development, there is an increase in chronic non-communicable diseases, especially among the elderly, increasing the burden on the overloaded health system. Developing family medicine and managing chronic non-communicable diseases at the primary health facility are the actual policies of the National Health Department. **Objective:** Describe the management of chronic non-communicable diseases for the elderly at the Family Doctor Clinic of Le Van Thinh Hospital. **Research objects and methods:** Includes 2 parts: 1) Qualitative: describes the development and application of family medicine principles at the clinic; 2) Quantitative: statistics on the number of elderly people visiting the Family Doctor Clinic and specialty referral management for patients with chronic non-communicable diseases. **Results:** The clinic successfully applies a number of Family Medicine principles and continues to expand in size and staff. The compliance for follow-up schedule in patients with common chronic diseases was low Hospitalization and transfer rates were 0.7% and 0.6%, respectively. About half of hospitalized patients and two-thirds of transferred patients still follow treatment at our clinic. Most patients achieved treatment goals. **Conclusion:** Management of common chronic non-communicable diseases for the elderly at the Family Doctor Clinic of Le Van Thinh Hospital was being implemented effectively. However, the coordination in patient transferring had not been as expected. **Keywords:** elderly people, chronic non-communicable diseases, family medicine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình bệnh tật ở nước ta thay đổi với sự gia tăng của các bệnh mạn tính không lây nhiễm (BMKL), nhất là trên đối tượng người cao tuổi (NCT). Theo Bộ Y Tế (BYT), tại Việt Nam, BMKL là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong. Cứ 10 người chết có gần 8 người chết do BMKL Ước tính cứ 25 người Việt Nam trưởng thành thì có 1 người mắc ĐTĐ và 5 người trưởng thành thì có 1 người mắc THA. Tuy nhiên có tới 70-80% bệnh nhân BMKL chưa được quản lý điều trị.¹

Các đơn vị y tế cơ sở đã triển khai điều trị BMKL như THA hoặc ĐTĐ thực chất chỉ là điều trị như các bệnh thông thường, không theo cách tiếp cận quản lý duy trì đối với bệnh mạn tính: không theo dõi, đánh giá tỷ lệ đạt mục tiêu điều

trị, không tư vấn, can thiệp thay đổi hành vi lối sống.¹ Đó là lý do mà việc quản lý BMKL tại y tế tuyến cơ sở (YTCS) theo nguyên lý y học gia đình (YHGĐ) được kỳ vọng sẽ là giải pháp cho vấn đề. Dù vậy, đây vẫn là một mô hình mới tại Việt Nam.

Bệnh viện Lê Văn Thịnh (BvLVT) đã và đang triển khai phòng khám bác sĩ gia đình (PK BSGĐ) nhiều năm. Việc chia sẻ kinh nghiệm hoạt động của BV sẽ cung cấp thêm một góc nhìn khác về việc quản lý BMKL theo nguyên lý YHGĐ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả bao gồm 2 phần: 1)Phần định tính mô tả sự phát triển và cách ứng dụng các nguyên lý Y học gia đình tại phòng khám; 2)Phần định lượng thống kê số lượng NCT, đặc biệt NCT đến khám 3 loại BMKL phổ biến nhất tại PK trong năm 2022, hoạt động theo dõi, chuyển tuyến bệnh nhân (BN) BMKL trong năm 2022.

Phương pháp thu thập thông tin: 1)Tổng hợp các văn bản, báo cáo, mô tả cách thức triển khai PK BSGĐ; 2)Thống kê BN NCT đến khám tại PKBSGĐ BvLVT từ 1/1/2022 đến 31/12/2022 dựa vào phần mềm quản lý khám bệnh. Lọc số liệu, đảm bảo mỗi BN chỉ tính 1 lần. Lọc tìm tất cả BN mắc một bệnh hay đồng mắc 3 BMKL thường gặp nhất. Tra cứu bệnh án điện tử, bệnh án lưu trữ của BN để thu thập dữ liệu về những lần tái khám, nhập viện, chuyển viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Cơ sở vật chất, nhân sự và sự phát triển của phòng khám. Phòng khám BSGĐ BvLVT triển khai hoạt động từ ngày 15/2/2012 theo Quyết định số 4031/SYT-NVY của Sở Y tế.

Cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế đảm bảo đầy đủ theo chuẩn quốc gia. Diện tích 100m² cho 4 phòng khám bệnh bằng nhôm kính, lắp máy lạnh. Sảnh chờ rộng 60m² trang bị quạt máy, tivi và kệ báo. Ngoài các thiết bị thông thường, mỗi phòng được trang bị kệ chứa hồ sơ bệnh án, tranh treo tường và thêm ghế ngồi cho thân nhân BN. Quá trình bệnh lý của BN được theo dõi song song bằng hồ sơ giấy và phần mềm quản lý. Phòng khám đặt tại Bv nên có đầy đủ các cận lâm sàng cần thiết như máy siêu âm màu, X quang kỹ thuật số, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ.

Bảng 1: Nhân sự phòng khám qua các giai đoạn

Đặc tính	Giai đoạn 2012-2013	Giai đoạn 2014-nay
Số bàn khám	2	4

Số bác sĩ	12	16
Số điều dưỡng	2	4

Số bàn khám và nhân sự đều tăng lên kể từ khi thành lập. Tất cả các BS đều có giấy phép hành nghề BSGĐ và có bằng sau đại học; bao gồm 7 BS có bằng chuyên khoa cấp 2 (43,8%), 5 BS chuyên khoa cấp 1 (31,2%), 2 thạc sĩ và 2 tiến sĩ (cùng 12,5%). Một số cán bộ quản lý của BvLVT cũng tham gia các khóa đào tạo về YHGD.

Tổng số lượt khám hàng năm tại PK BSGĐ tăng hơn 2 lần, từ 25.781 lượt khám trong năm 2016, lên 57.485 lượt năm 2022.

Quy trình khám chữa bệnh, quản lý bệnh nhân. Quy trình tiếp nhận, khám chữa bệnh tại PK BSGĐ tương tự các PK ngoại trú khác. Điểm khác biệt là BN đến khám lần đầu, nếu có nhu cầu được quản lý sức khỏe tại PK thì BS sẽ lập một hồ sơ bệnh án.

Mỗi BN đến khám đều có một mã số riêng biệt, được cấp một lần, có mã vạch dán trên sổ khám bệnh. Quản lý thông tin cho các BN khám ngoại trú bằng phần mềm chung của cả BV có liên kết tất cả các khoa trong BV. Ngoài ra đối với những BN mắc BMKL không chỉ là nhóm NCT đều được làm hồ sơ bệnh án giấy và lưu trữ tại các phòng khám, thời gian lưu trữ là mười năm.

Bác sĩ sẽ ứng dụng nguyên lý tổng quát toàn diện, liên tục của YHGD; theo dõi quá trình tái khám, đề nghị các xét nghiệm định kỳ theo quy định hoặc theo diễn tiến bệnh. Tuy nhiên số lượt kiểm tra CLS vẫn tùy theo từng BN. Riêng phần tầm soát biến chứng mắt ở BN ĐTĐ typ 2, THA,

các BS của PK chưa chỉ định cho tất cả BN thực hiện hàng năm.

Các hoạt động nổi bật có thể kể đến: 1) Quản lý theo dõi BN liên tục; 2) Điều trị đa số các bệnh đồng mắc; 3) Phối hợp khám chuyên khoa, nhập viện, chuyển viện (nếu cần thiết); 4) Tham vấn tuân thủ dùng thuốc, tái khám định kỳ, chế độ ăn uống và thay đổi lối sống; 5) Hướng dẫn BN tiêm chủng phòng ngừa các bệnh thường gặp ở người mắc BMKL như cúm, phế cầu, viêm gan...; 6) Khuyến khích sự giúp đỡ điều trị từ người thân trong gia đình....

Phòng khám hoạt động 8 giờ mỗi ngày làm việc. Số ngày làm việc của PK trong năm 2022 sau khi đã trừ các ngày cuối tuần, lễ, Tết theo quy định là 250 ngày. Như vậy trung bình mỗi ngày có: 57485 lượt BN: 250 ngày=230BN/ngày. Có 4 PK hoạt động 1 ngày, vậy mỗi PK có 230/4=58BN/PK. Thời gian khám trung bình 1 BN là 8 phút/BN

Hoạt động quản lý bệnh mạn tính không lây thường gặp ở người cao tuổi. Tổng số NCT đến khám năm 2022 là 4713 người, trong đó có 3506 NCT mắc các BMKL thường gặp là THA, ĐTĐ typ 2, BTTMCB, chiếm tỉ lệ 74,4%. Trong tổng số 4713 BN NCT, có 3247 BN nữ (68,9%). Nhóm 65-74 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 44,8%. Ngoài nhóm NCT cư ngụ tại Quận Thủ Đức là đông nhất 73,5%, còn có những BN đến từ Đồng Nai hay An Giang. Đa số BN NCT đến khám có bảo hiểm y tế (BHYT) 89,2%.

Bảng 2: Số lần khám trong năm của người cao tuổi mắc bệnh mạn tính không lây nhiễm

Số lần khám trong năm	THA	ĐTĐ typ 2	BTTMCB
	n (%)	n (%)	n (%)
Chỉ khám 1 lần	499 (15,2)	181 (13,1)	267 (13,1)
Tái khám không đủ	1251 (38,1)	499 (36,2)	755 (36,9)
Tái khám đủ 100% theo lịch hẹn	1536 (46,7)	699 (50,7)	1024 (50,0)
Tổng cộng	3286 (100)	1379 (100)	2046 (100)

Tỉ lệ BN tái khám đủ ở 3 nhóm đạt gần 50%, tỉ lệ BN có tái khám (không đủ và đủ) ở 3 nhóm xấp xỉ 85%.

Bảng 3: Tỉ lệ khám chuyên khoa của người cao tuổi mắc bệnh mạn tính không lây nhiễm

Khám chuyên khoa	THA (n=3286)	ĐTĐ typ 2 (n=1379)	BTTMCB (n=2046)
	n (%)	n (%)	n (%)
1 chuyên khoa	73 (2,2)	31 (2,2)	35 (1,7)
≥2 chuyên khoa	4 (0,1)	2 (0,1)	2 (0,1)

Tỉ lệ BN khám thêm chuyên khoa không cao ở cả 3 nhóm, cao nhất 2,2%.

Bảng 4: Tỉ lệ nhập viện của người cao tuổi mắc bệnh mạn tính không lây nhiễm

Số lần nhập viện	Mắc 1 bệnh			Mắc 2 bệnh			Mắc 3 bệnh
	THA	ĐTĐ	BTTMCB	THA+ĐTĐ	THA+BTTMCB	ĐTĐ+BTTMCB	THA+ĐTĐ+BTTMCB
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Không	962(99,6)	111(96,5)	88(98,9)	375(98,9)	1070(99,7)	16(100)	860(99,0)
Có	4(0,4)	4(3,5)	1(1,1)	4(1,1)	3(0,3)	0(0,0)	9(1,0)

Tổng cộng	966	115	89	379	1072	16	869
	1170 (33,4%)			2336 (66,6%)			

Tỉ lệ nhập viện là 0,7% (25/3506 ca), nhiều nhất là ở nhóm có ĐTD. Nhập viện do biến chứng của BMKL chiếm 40% (10 ca) còn lại 60% là do các nguyên nhân khác (15 ca).

Bảng 5: Tỉ lệ chuyển viện của người cao tuổi

Nguyên nhân chuyển viện	Do biến chứng BMKL	Nguyên nhân khác
Số lượng	2	19
Tỉ lệ (%)	9,5	90,5

Chuyển viện do biến chứng của BMKL là 9,5% (2/21 ca), 15/21 trường hợp là u tân sinh được chẩn đoán trước chuyển viện, chiếm tỉ lệ 71,4%. Tỉ lệ chuyển viện là 21/3506= 0,6%.

Bảng 6: Tỉ lệ người cao tuổi tiếp tục điều trị sau chuyển viện, xuất viện

Tiếp tục điều trị tại phòng khám BSGĐ	Sau chuyển viện (N=21)	Sau xuất viện (N=25)
Số lượng	13	12
Tỉ lệ (%)	61,9	48

Khoảng 1/2 BN nhập viện, 2/3 BN chuyển viện tiếp tục điều trị tại PK BSGĐ.

Bảng 7: Kết quả điều trị bệnh mạn tính không lây thường gặp

	THA	ĐTD tít 2	BTTMCB
	n=3286 (%)	n=1379 (%)	n=2046 (%)
Đạt mục tiêu	3160(96,2)	1329(96,4)	1965(96,1)
Biến chứng	126(3,8)	50(3,6)	81(3,9)

Đa số các NB đạt mục tiêu huyết áp, đường huyết và hầu hết NB BTTMCB không có cơn đau thắt ngực hay nhồi máu cơ tim trong năm. Tỉ lệ có biến chứng ở 3 nhóm THA, ĐTD, BTTMCB rất thấp.

IV. BÀN LUẬN

Sự phát triển của Phòng khám bác sĩ gia đình. Quá tải BV đặc biệt là tại BV tuyến tỉnh và trung ương tồn tại đã lâu, đòi hỏi sớm có biện pháp khắc phục. Xây dựng và phát triển mô hình PKBSGD là nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản, toàn diện, liên tục và thuận lợi cho cá nhân, gia đình và cộng đồng, góp phần làm giảm tải BV.²

Phòng khám BSGĐ BVLVT đã ra đời trong bối cảnh đó, và đang ngày càng phát triển chứng minh cho tính hiệu quả của mô hình. Quá trình tăng cường chăm sóc ban đầu để quản lý bệnh không lây nhiễm ở Malaysia cũng đã chứng minh tính khả thi và đáng tin cậy của mô hình này.³

Quy trình khám bệnh. Đối với NCT, việc

đăng ký khám bệnh có thể có những khó khăn. Trong khi đó đây là đối tượng chiếm gần 50% lượt khám của PK BSGĐ, nên PK có một quầy đăng ký ưu tiên cho BN từ 75 tuổi trở lên cũng như những hỗ trợ khác. Đây cũng là một trong những yêu cầu đối với PK BSGĐ: gần gũi, dễ tiếp cận không phải chỉ về mặt địa lý, tâm lý giao tiếp mà cả cách thức tổ chức hoạt động.

Thời gian khám bệnh trung bình ở phòng khám BSGĐ BVLVT thấp hơn trung bình của thế giới là 15 phút. Tại Việt Nam, Bộ Y tế quy định mỗi BS khám không quá 65 BN/ngày.⁴ Vậy thời gian khám bệnh trung bình của chúng tôi là phù hợp quy định. Dù vậy với thời gian 8 phút trung bình cho mỗi BN, BS có thể thiếu thời gian để vừa khám, vừa tham vấn, vừa điền đầy đủ thông tin của BN vào bệnh án điện tử.

Tuy nhiên đây là NC hồi cứu trên một số lượng BN lớn, chúng tôi không phân tích thời gian khám trung bình của từng BS, vì thực tế số lượt khám mỗi thời điểm có khác nhau và yêu cầu của từng trường hợp bệnh, ngay cả ở từng lần tái khám của cùng một BN vẫn khác nhau.

Quản lý bệnh mạn tính không lây thường gặp ở người cao tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3506 NCT mắc THA (69,7%), BTTMCB (43,4%), ĐTD tít 2 (29,3%), chiếm gần 3/4 số NCT đến khám và điều trị. Đây là đối tượng chăm sóc chính của BSGĐ vì nhu cầu tái khám định kỳ, lâu dài.

Tỉ lệ BN có tái khám xấp xỉ 85%. Tỉ lệ tái khám đầy đủ ở cả 3 nhóm THA, ĐTD, BTTMCB chỉ đạt xấp xỉ 50%. So với kết quả của: Nguyễn Thị Tố Uyên⁵ trong nghiên cứu Quản lý điều trị ĐTD ở 1560 BN NCT tại Trung tâm y tế Huyện Phú Lương, Tỉnh Thái Nguyên, có 88,3% BN tái khám đủ 1 tháng/1 lần; Lương Thị Thu Giang⁶ nghiên cứu Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở NCT THA tại BV Hữu nghị Việt Tiệp, năm 2021, số BN tuân thủ tái khám đạt 75,2%. Như vậy tỉ lệ tuân thủ tái khám của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu trên. Sự khác nhau giữa các nghiên cứu có thể là do khác biệt về điều kiện nhân khẩu học từng vùng hoặc có thể do sự khác biệt về giá dịch vụ giữa hệ thống công và tư.

Tỷ lệ NCT khám thêm chuyên khoa không cao. Điều này có thể do BSGĐ có thể giải quyết hầu hết bệnh đồng mắc. Điều này giúp bệnh nhân đỡ mất thời gian khám nhiều chuyên khoa, hạn chế trùng thuốc, lạm dụng thuốc, BHYT đỡ tốn kém. Điều này thể hiện tính chăm sóc toàn

diện của BSGĐ. Giả thuyết khác là có thể khi NCT xuất hiện một triệu chứng mới, họ đăng ký khám trực tiếp tại Pk chuyên khoa mà chúng tôi không thống kê được.

Tỉ lệ nhập viện là 0,7%, ở nhóm mắc ít nhất hai bệnh là 0,5%. Khác với Zhang⁷ trong nghiên cứu 1077 NCT mắc ít nhất hai bệnh, có 17% BN nhập viện. Tỉ lệ nhập viện của chúng tôi không nhiều có thể do: Phòng khám của chúng tôi ở tuyến cơ sở nên quản lý BN không quá nặng. Tuy nhiên nghiên cứu nêu trên ở Hồng Kông cũng triển khai ở tuyến chăm sóc ban đầu.⁷ Giả thuyết khác là khi diễn biến nặng BN có thể sẽ tự đi cấp cứu hoặc đến khám tại các chuyên khoa tương ứng và được cho nhập viện nên chúng tôi không thể thống kê. Điều này hợp lý hơn vì NCT có thể gặp những vấn đề sức khỏe đa dạng và trên thực tế hầu hết các ca được chúng tôi cho nhập viện là vì các nguyên nhân khác chứ không phải là do biến chứng của chính các BMKL đang được theo dõi. Tỉ lệ chuyển viện thấp 0,6%, có thể có chung nguyên nhân với tỷ lệ nhập viện đã nêu trên.

Khoảng 1/2 số BN nhập viện (48%) và 2/3 BN sau chuyển viện (61,9%) tiếp tục điều trị tại PK. Sự nhập viện, chuyển viện, cũng như sự giới thiệu khám chuyên khoa từ PKBSGD, là một phần của nguyên lý chăm sóc phối hợp giữa BSGĐ và chuyên khoa, giữa tuyến dưới và tuyến trên. Thông thường BN NCT cần nhận được sự chăm sóc đa ngành, bao gồm các chuyên khoa sâu; trong đó BSGĐ là người giới thiệu, tham vấn để BN tiếp nhận những điều trị chuyên sâu một cách sát hợp và sau đó tiếp tục điều trị, theo dõi song song, hợp tác với các chuyên khoa. Trong chương trình chăm sóc BMKL tại YTCS theo nguyên lý YHGĐ của BHYT có những quy định rõ ràng về thời điểm chuyển BN THA, ĐTĐ lên tuyến trên cũng như vai trò của từng tuyến.¹ Việc BN không quay lại BSGĐ sau khi được nhập viện, chuyển viện có thể là quyết định của cá nhân và gia đình khi sức khỏe BN đã chuyển sang một giai đoạn mới phức tạp hơn. Tuy nhiên cũng cần xem lại công tác chuyển trả BN từ tuyến trên xuống tuyến dưới, từ các chuyên khoa khác về chuyên khoa YHGĐ. Hoạt động này quá mới mẻ đối với ngành y tế Việt Nam nhưng là một trong những chìa khóa để áp dụng thành công mô hình YHGĐ tại nước ta.

Hầu hết các BN THA đạt mục tiêu huyết áp (96,2%), BN ĐTĐ đạt được mục tiêu đường huyết (96,4%) và BN BTTMCB không có cơn đau ngực (96,1%) trong thời gian nghiên cứu. So với các nghiên cứu khác: Muli nghiên cứu kiểm soát THA ở 1052 NCT Đức, có 92,8% NB đang điều

trị và 53,7% đạt mục tiêu⁸; Nguyễn Thị Tố Uyên⁵ nghiên cứu quản lý điều trị ĐTĐ ở NCT, trong 1560 NB, 67,6% NB kiểm soát HbA1C tốt, kiểm soát đường huyết lúc đói tốt là 77,2%. Nhìn chung kết quả đạt được huyết áp mục tiêu, đường huyết mục tiêu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu trên. Chúng tôi không tìm được nghiên cứu nào trên NB BTTMCB để so sánh.

Tỉ lệ NCT mắc BMKL điều trị hiệu quả trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác có thể vì: 1) Bệnh viện chúng tôi là tuyến cơ sở, là nơi tiếp nhận và điều trị bệnh ban đầu, với BMKL chủ yếu ở các mức độ trung bình và nhẹ nên hiệu quả điều trị sẽ có sự khác biệt so với các BV trung ương và chuyên khoa sâu, nơi có bệnh nặng và tiên lượng phức tạp hơn. 2) Chúng tôi chỉ đánh giá hiệu quả điều trị dựa trên chỉ số HA với BN THA, chỉ số đường huyết với BN ĐTĐ và không có biến cố cơn đau thắt ngực và NMCT trên BN BTTMCB. Điều này dẫn đến sự khác biệt về thang đo cũng như kết quả so với các nghiên cứu khác. 3) Ngoài ra như trên đã nói, chúng tôi đánh giá kết quả dựa trên nhiều lần NB tái khám, tỉ lệ có tái khám của NCT trong nghiên cứu của chúng tôi xấp xỉ 85%, do đó kết quả sẽ có sự thống nhất, liên tục và đầy đủ, đây cũng là yếu tố góp phần tăng kết quả đánh giá về hiệu quả điều trị trong nghiên cứu. Điều này thể hiện hiệu quả của tính chăm sóc liên tục của BSGĐ.

V. KẾT LUẬN

Hoạt động quản lý BMKL theo nguyên lý YHGĐ tại PKBSGD BvLVT đã đạt được những thành công nhất định. Nguyên lý chăm sóc toàn diện đã giúp giảm số lượt khám của NCT đồng mắc nhiều BMKL. Tỷ lệ NB có tái khám và đạt mục tiêu điều trị thể hiện hiệu quả của tính chăm sóc liên tục. Tính chăm sóc phối hợp thể hiện qua số lượt nhập viện, chuyển viện và sự quay trở lại tiếp tục điều trị của những BN này. Tuy nhiên cần có giải pháp để cải thiện tình trạng phản hồi chuyển tuyến, đảm bảo tính liên tục trong chăm sóc NCT theo đúng nguyên lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế** (2019), Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm (Ban hành kèm theo Quyết định số 5904/QĐ-BYT ngày 20 tháng 12 năm 2019). Hà Nội - Tài liệu hướng dẫn của Bộ Y Tế.
- Montegut AJ, Cartwright CA, Schirmer JM, Cummings S.** An international consultation: the development of family medicine in Vietnam. *Fam Med.* 2004 May;36(5):352-6. PMID: 15129383.
- Low LL, A B Rahim FI, Hamzah NAR, Ismail MS.** Process evaluation of enhancing primary

- health care for non-communicable disease management in Malaysia: Uncovering the fidelity & feasibility elements. PLoS One. 2021; 16(1): e0245125. doi: 10.1371/journal.pone.0245125. PMID: 33428645; PMCID: PMC7799751.
- Bộ Y tế** (2018), Quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong một số trường hợp. Thông tư số 15/2018/TT-BYT.
 - Nguyễn Thị Tố Uyên.** Kết quả quản lý điều trị bệnh đái tháo đường ở người cao tuổi tại Trung tâm y tế Huyện Phú Lương, Tỉnh Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023; 524(1A): tr 24-29.
 - Lương Thị Thu Giang.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở người cao tuổi bị tăng huyết áp tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng, năm 2021. Tạp chí Y học dự phòng. 2022; 32(5): tr 30-36.
 - Zhang D, Sit RWS, Wong C, Zou D, Mercer SW, Johnston MC, Wong SYS.** Cohort profile: The prospective study on Chinese elderly with multimorbidity in primary care in Hong Kong. BMJ Open. 2020; 10(2): e027279. doi: 10.1136/bmjopen-2018-027279. PMID: 32086349; PMCID: PMC7045043.
 - Muli S., Meisinger, C., Heier, M. et al.** Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in older people: results from the population-based KORA-age 1 study. BMC Public Health. 2020; 20; 1049-1058.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH VÀ DƯỚI TÍP PHÂN TỬ CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ VÚ XÂM NHẬP TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THANH HÓA

Nguyễn Thị Thủy¹, Nguyễn Thành Nam¹,
Mai Thị Ngọc¹, Nguyễn Thị Ngân²

STUDY ON SOME PATHOLOGICAL FEATURES AND MOLECULAR SUBTYPES OF INVASIVE BREAST CARCINOMA AT THANH HOA ONCOLOGY HOSPITAL

Background: Breast cancer is the most common type of cancer in women, of which invasive breast carcinoma (IBC) is the type with the highest proportion. IBC is diverse in histopathological characteristics and molecular types, so there are different treatment methods and prognosis. In the world and at central hospitals in Vietnam, there are many studies on breast cancer, but in Thanh Hoa there are very few studies on this disease. **Purpose:** "Describe some pathological features and molecular subtypes of invasive breast carcinoma". **Methods:** Research subjects and methods: Descriptive study on 164 IBC cases at Thanh Hoa Oncology Hospital from February 2022 to September 2023. **Results:** Invasive breast carcinoma of no special type (86.6%), histological grade II (73.2%) were the characteristics with the highest proportion. 53.7% of cases had axillary lymph node metastasis, 4.3% of cases had nerve invasion. The Her2 positive type accounts for the highest proportion (24.4%), the lowest are the luminal type A and triple negative. **Conclusion:** The histopathological characteristics and molecular subtypes of IBC at Thanh Hoa Oncology Hospital are very diverse, which is a premise for conducting more in-depth research on breast cancer.

Keywords: Invasive breast carcinoma, molecular subtypes, histopathology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư phổ biến hàng đầu ở phụ nữ trên thế giới nói chung cũng như Việt Nam nói riêng. Tại Việt Nam năm 2020,

TÓM TẮT

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư phổ biến hàng đầu ở phụ nữ, trong đó ung thư biểu mô vú xâm nhập (UTBMVXN) là loại chiếm tỷ lệ cao nhất. UTBMVXN đa dạng về đặc điểm mô bệnh học và dưới típ phân tử nên có phương pháp điều trị và tiên lượng khác nhau. Trên thế giới và ở các bệnh viện tuyến Trung Ương tại Việt Nam đã có rất nhiều nghiên cứu về UTV, tuy nhiên ở Thanh Hóa các nghiên cứu về UTV còn hạn chế. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm giải phẫu bệnh và dưới típ phân tử của ung thư biểu mô vú xâm nhập. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 164 trường hợp UTV tại Bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa từ 02/2022 đến 09/2023. **Kết quả:** Típ mô học UTBM ống xâm nhập thể không đặc biệt (86.6%), độ mô học II (73.2%) là những nhóm chiếm tỉ lệ cao nhất. 53.7% trường hợp có di căn hạch nách cùng bên, 4.3% trường hợp có xâm nhập thần kinh. Típ phân tử Her2 âm tính chiếm tỷ lệ nhiều nhất (24.4%), thấp nhất là típ lòng ống A và bộ ba âm tính. **Kết luận:** Các đặc điểm mô bệnh học và dưới típ phân tử của UTBMVXN ở Bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hóa rất đa dạng, là tiền đề để thực hiện nhiều nghiên cứu sâu hơn về UTV.

Từ khóa: Ung thư biểu mô vú xâm nhập, dưới típ phân tử, mô bệnh học

SUMMARY

¹Trường Đại học Y Hà Nội Phân hiệu Thanh Hóa

²Bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thủy

Email: nguyenthuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024