

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BỘ Y TẾ - Trường đại học y Hà Nội.** Tai Mũi Họng. Nhà Xuất Bản Giáo Dục. Hà Nội. 2017.
2. **Passali GC, Passali D, Cingi C, Ciprandi G.** Smell impairment in patients with chronic rhinosinusitis: a real-life study. Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg. Published online May 3, 2021. doi:10.1007/-021-06848-9
3. **BỘ Y TẾ - Trường đại học y Hà Nội.** Tai Mũi Họng. Nhà Xuất Bản Giáo Dục. Hà Nội. 2017
4. **Đại Học Y Hà Nội - Khoa Y Học Cổ Truyền.** Bệnh học ngũ quan Y học cổ truyền. Nhà Xuất Bản Y Học. Hà Nội. 2017.
5. **Quy trình cây chi, Quyết định 5480/QĐ-BYT.** Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành y học cổ truyền 2020 - <https://hoatieu.vn/download/quyet-dinh-5480-qd-byt-huong-dan-quy-trinh-ky-thuat-chuyen-nganh-y-hoc-co-truyen-205251>.
6. **Ino-nasal Outcome Test (SNOT-22):** A predictor of postsurgical improvement in patients with chronic sinusitis. Published in final edited form as: Ann Allergy Asthma Immunol. 2013 October; 111(4): 246–251.e2. doi: 10.1016/j.anai.2013.06.033.
7. **Lund VJ, Kennedy DW.** Staging for rhinosinusitis. Otolaryngol-Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg. 1997; 117(3 Pt 2):S35-40. doi:10.1016/s0194-5998(97)705-6
8. **Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt.** Chăm cứu và các phương pháp không dùng thuốc. NXB y học. Hà Nội, 2017

NHẬN XÉT KẾT QUẢ XẠ TRỊ KỸ THUẬT VMAT UNG THƯ THỰC QUẢN GIỮA - DƯỚI TÁI PHÁT TẠI BỆNH VIỆN K TRUNG ƯƠNG

Vũ Xuân Huy¹, Vũ Đức Quân¹, Hoàng Minh Lý¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xạ trị lại (Re-irradiation) có tác dụng tích cực làm giảm triệu chứng lâm sàng và kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào vảy thực quản tái phát (ESCC). Tuy nhiên, liều RT tối ưu vẫn là chưa xác định. Trong bài báo cáo này, chúng tôi tiến hành phân tích tỷ lệ sống sót và xác định liều xạ trị lại cho bệnh nhân mắc ESCC tái phát sau hóa-xạ trị triệt căn. **Bệnh nhân và phương pháp:** Nghiên cứu 30 bệnh nhân mắc ESCC tái phát đã được điều trị lại từ năm 2018 đến 2021. Tất cả các bệnh nhân đều nhận được liều xạ trị > 45 Gy trong quá trình điều trị ban đầu. Thời gian trung bình bệnh tái phát sau xạ trị lần đầu > 16 tháng chiếm tỷ lệ 76.67%. Tất cả các bệnh nhân đều có tái phát tại chỗ ở thực quản. Tái phát tại vị trí u và tái phát ở cả vị trí u kèm hạch vùng. Tất cả các bệnh nhân đều được VMAT với liều trung bình là 45 Gy -50.4 Gy. Phương pháp Hóa trị được sử dụng kết hợp. Các đường cong biểu hiện tỉ sống sót được xây dựng theo phương pháp Kaplan-Meier và được so sánh bằng kiểm định logrank. **Kết quả:** Có 23 bệnh nhân (76.7%) giảm triệu chứng nuốt nghẹn sau khi tái xạ trị. Thời gian sống sót trung bình của tất cả bệnh nhân là 19,85 ± 0,59 tháng. Các biến chứng nghiêm trọng trong điều trị không xảy ra. **Kết luận:** Kết quả của chúng tôi đã chứng minh rằng những bệnh nhân mắc ESCC tái phát sau xạ trị dứt điểm có thời gian sống thêm toàn bộ ổn định. Xạ trị lại có thể được coi là một phương thức điều trị khả thi và hiệu quả. Liều re-RT > 45 Gy có thể cải thiện kết quả sống

sót và nên thận trọng khi sử dụng liều > 50.4 Gy do nguy cơ biến chứng nghiêm trọng.

Từ khóa: Ung thư tế bào vảy thực quản, Tái phát tại chỗ, Yếu tố tiên lượng, Liều chiếu xạ lại

SUMMARY

A REVIEW OF TREATMENT RESULTS USING VMAT TECHNIQUE FOR RECURRENT MIDDLE-LOWER ESOPHAGEAL CANCER PATIENTS AT VIET NAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Background: Re-irradiation (re-RT) has the active effect of relieving clinical symptoms and prolonging the survival of patients with recurrent esophageal squamous cell carcinoma (ESCC). However, the optimal re-RT dose is still uncertain. Here, we analyzed the prognostic factors associated with survival and explored the re-RT dose for patients with recurrent ESCC following definitive chemoradiotherapy. **Patients and methods:** The data of 30 patients with recurrent ESCC who were retreated between 2018 and 2021 were analyzed. All patients received a radiation dose > 45 Gy. The median time to recurrence after primary radiotherapy was over 16 months (76.67%). All patients had in-field recurrence in the esophagus. Recurrence within the local and recurrence in both the local site and regional nodes). All patients received VMAT re-RT with a median dose of 45 Gy-50.4 Gy. Chemotherapy was sequentially and survival curves were constructed according to the Kaplan-Meier method and were compared by log-rank tests. **Results:** Dysphagia relief after re-RT was achieved in 23 patients rates 76.7%. The median survival time (MST) of all patients was 19,85 ± 0,59 months. Severe complications were observed in 0 patients. **Conclusion:** Our results demonstrated that patients with recurrent ESCC following definitive radiotherapy had unfavorable OS. Re-RT could be considered a feasible and effective

¹Bệnh viện K Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Xuân Huy

Email: drvuhuy85@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.12.2022

Ngày phản biên khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 28.2.2023

treatment modality. A re-RT dose > 45 Gy could improve the survival outcomes, and a dose > 50.4 Gy should be administered with caution due to the risk of severe complications.

Keywords: Esophageal squamous cell carcinoma, Local recurrence, Prognostic factors, Re-irradiation dose.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tái phát tại chỗ tại vùng thường gặp sau khi điều trị ung thư thực quản ban đầu bằng hóa xạ trị triệt căn [1]. Theo các nghiên cứu trên thế giới, tỉ lệ tái phát tại chỗ sau hóa xạ trị triệt căn là 40%-60% với tỉ lệ sống thêm 5 năm thấp sau khi tái phát [2].

Mặc dù phẫu thuật cũng có hiệu quả điều trị nhưng nhiều nghiên cứu đã chỉ ra phương pháp này có tỉ lệ cao gây ra các biến chứng về phổi (17-30%), rò (17-39%), hồi sức tích cực (17-22%) và tử vong sau phẫu thuật (15%) [3]. Điều này làm giảm số lượng những bệnh nhân có khả năng phẫu thuật khi tái phát tại chỗ tại vùng.

Những tiến bộ trong xạ trị đã cho phép phân phối liều bức xạ với liều tối ưu vào khối u và tối thiểu vào các cơ quan lân cận. Xạ lại đã cho thấy kết quả lâm sàng khả quan ở 1 số trường hợp tái phát như ung thư phổi, ung thư đầu cổ, u tế bào đệm độ cao và ung thư trực tràng.

Trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá các yếu tố tiên lượng lâm sàng ảnh hưởng đến OS ở bệnh nhân ESCC tái phát. Phân tích so sánh điểm xu hướng được sử dụng để đánh giá kết cục lâm sàng và độc tính của việc xạ lại ở những bệnh nhân ESCC tái phát tại chỗ tại vùng nhằm điều chỉnh các biến đầu vào. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Nhận xét kết quả điều trị ung thư thực quản giữa - dưới tái phát bằng kỹ thuật xạ trị VMAT (Volumetric modulated Arc Therapy) tại bệnh viện K trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 30 bệnh nhân ung thư thực quản giữa-dưới chẩn đoán tái phát sau hóa xạ trị triệt căn được điều trị xạ lại bằng kỹ thuật VMAT từ 12/2018 đến tháng 12/2021: a) được chẩn đoán trên mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy, b) chẩn đoán tái phát sau hóa xạ trị triệt căn trên mô bệnh học hoặc/và PET-CT hoặc/và phản ứng về loét hay rò thực quản. c) Có chức năng gan, thận, tủy xương tốt với điểm KPS \geq 70, d) Được xạ trị điều trị tái phát bằng kỹ thuật VMAT.

Tiêu chuẩn loại trừ gồm có: a) có tiền sử mắc ung thư khác; b) di căn xa; và c) tái phát sau 3 tháng điều trị ban đầu, d) ung thư thực quản 1/3 trên.

Thiết kế nghiên cứu: can thiệp lâm sàng không đối chứng

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn toàn bộ số bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Tổng cộng đã có 30 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn và tham gia nghiên cứu.

Công cụ và phương tiện nghiên cứu:

Bệnh án nghiên cứu: dùng để ghi nhận toàn bộ các biến số nghiên cứu.

Máy, trang thiết bị và vật tư:

- Elekta Infinity – Serial number: 154265
- Elekta Vera HD - Serial number: 154925
- Hệ thống tính toán dữ liệu: Monaco 5.11
- Hệ thống quản lý dữ liệu: MOSAIQ®
- Mức năng lượng 6 hoặc 10 MV, 1.8-2.2/Frs và xạ 5 ngày/tuần. Liều xạ từ 45-50.4 Gy.

Hóa chất: cisplatin và paclitaxel.

Phân tích và xử lý số liệu: phân tích số liệu dựa trên phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả được sử dụng để tính toán các tần số, tỉ lệ, trung bình, độ lệch chuẩn của các biến số thích hợp. Trắc nghiệm thống kê T-test được sử dụng để so sánh giá trị trung bình về liều xạ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

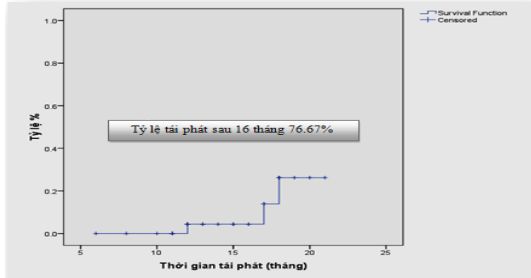
Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng - cận lâm sàng

Biến số	Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi	< 65	23	76,67
	\geq 65	7	23,33
BMI	Gầy	25	83,33
	Trung bình	4	13,33
	Béo phì	1	3,34
Hút thuốc	Có	28	93,33
	Không	2	16,37
Uống rượu	Có	19	63,33
	Không	11	36,67
Vị trí khối u	1/3 giữa	17	56,67
	1/3 dưới	13	43,33
Giai đoạn bệnh trước điều trị	I+II	10	33,33
	III	20	66,67
Thời gian tái phát	\leq 16 tháng	7	23,33
	>16 tháng	23	76,67
Vị trí tái phát	Tại u	11	36,67
	U+hạch	19	63,33

Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu là $60,5 \pm 6,8$. Trong nhóm nghiên cứu có 19 bệnh nhân liên quan đến rượu và 28 bệnh nhân hút thuốc, chiếm 63,33% và 93,33%. Tỷ lệ bệnh nhân có BMI xếp loại gầy chiếm tới 83,33%. Các bệnh nhân chủ yếu ở giai đoạn III với tỷ lệ

66,67% (u xâm lấn và di căn hạch). Bệnh nhân chủ yếu tái phát sau 16 tháng kể từ sau khi dừng điều trị hóa-xạ chiếm 76,67%. 85%-93% tái phát ngay trong trường chiếu xạ.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ tái phát sau 16 tháng điều trị

Bảng 2. Liệu xạ lên tổ chức nguy cấp

Tổ chức nguy cấp	Vị trí tái phát		
	Tái phát u (Mean±SD)	Tái phát u+hạch (Mean±SD)	Giá trị P (T-Test)
Phổi			
V10Gy ≤40%	18±7	32±5	<0.001
V40Gy ≤10%	2±0.5	7.5±3	
Tim			
V30 Gy ≤30%	9.1±2.2	15±4.3	<0.001
Tủy sống			
Dmax ≤45Gy	33±12	35±17	0.51

Liệu xạ trung bình tới tim-phổi (cùng sử dụng kỹ VMAT) trong trường hợp xạ u và hạch tái phát lớn hơn rất nhiều so với chỉ tái phát tại u. (P <0.05, độ tin cậy 95%).

Bảng 3. Độc tính cấp xạ trị

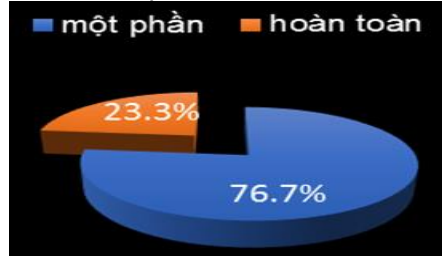
Biên số		ĐỘ 0 (%)	ĐỘ I (%)	ĐỘ II (%)	ĐỘ III (%)
Độc tính sớm	Viêm da	17 (56.7)	8 (26.7)	5 (16.6)	0 (0)
	Viêm phổi	12 (40)	13 (43.4)	5 (16.6)	0 (0)
	Viêm thực quản	0 (0)	20 (66.7)	8(26.7)	2 (6.6)
	Tổn thương tim mạch	30 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Viêm tủy sống	30(100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Độc tính cấp xạ tại u hoặc u + hạch tái phát

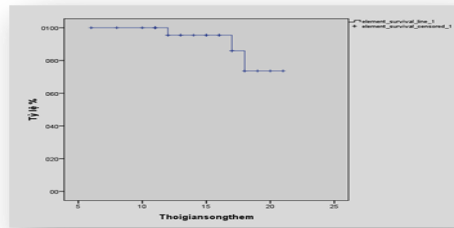
Bảng 4. Độc tính cấp xạ tại u hoặc u + hạch tái phát

	Độc tính		
	U tái phát (n)	U hạch tái phát (n)	P (X ² -test)
Viêm da			
Độ 0	10	7	0.02
Độ 1	0	8	-
Độ 2	1	4	-
Viêm phổi			
Độ 0	5	3	-
Độ 1	6	12	0.001
Độ 2	0	4	-
Viêm thực quản			
Độ 1	9	11	0.12

Kết quả điều trị. Đánh giá kết quả sớm khi thực hiện phác đồ điều trị VMAT đối với ung thư thực quản tái phát cho thấy tại thời điểm dừng điều trị xạ trị, 23 bệnh nhân (76,7%) đánh giá đáp ứng một phần, trong đó có 07 BN (23,3%) đạt đáp ứng toàn bộ và chủ yếu trường hợp bệnh nhân chỉ tái phát tại u.



Biểu đồ 2. Đáp ứng khối u sau điều trị xạ trị



Biểu đồ 3. Sống thêm toàn bộ sau xạ lại ung thư thực quản tái phát

Thời gian sống thêm trung bình toàn bộ sau hóa-xạ trị lại là: 19,85 ± 0,59 tháng.

Một số tác dụng không mong muốn

Độ 2	2	6	-
Độ 3	0	2	-

Tỷ lệ độc tính sớm trên da chủ yếu gặp ở độ 0 chiếm 56,7%, không gặp ở độ III và độ IV. Độc tính cấp viêm phổi và thực quản chủ yếu độ 1: ít gặp độ 2, viêm cấp độ 3 chỉ gặp nhóm bệnh nhân xạ u và hạch tái phát. Không có tổn thương lên tim, tủy sống.

Tách riêng độc tính cấp trường chiếu xạ bệnh nhân tái phát u và u-hạch cho thấy tỷ lệ viêm độ 2 chủ yếu trong trường hợp bệnh tái phát cả u và hạch (P = 0.001 và P=0.12).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong khoảng từ 49-72 tuổi (bảng 1).

Tuổi mắc bệnh trung bình là $60,5 \pm 6,8$ tuổi. Tuổi mắc bệnh hay gặp nhất 55-65 tuổi chiếm tỷ lệ 59,2%. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với kết quả của các tác giả khác như Nguyễn Đức Lợi là 75% [4]. Tuổi mắc bệnh trong các nghiên cứu ở Việt Nam thấp hơn so với các nghiên cứu của nước ngoài. Theo Lordick và cộng sự tuổi mắc bệnh cao nhất ở bệnh nhân UTTQ ở châu Âu là nhóm 70 - 80 tuổi [5]. Nghiên cứu của chúng tôi có 63,33% bệnh nhân có tiền sử uống rượu, 93,33% bệnh nhân có tiền sử hút thuốc. Tỷ lệ có tiền sử uống rượu trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Lợi là 83% [4].

Theo chỉ số BMI, 13,33% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có thể trạng trung bình. Điều này trái ngược các nước phương Tây, đặc biệt liên quan sự khác nhau về thể mô bệnh học của các bệnh nhân UT TQ. Tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến gặp nhiều và có xu hướng tăng lên ở các nước phương Tây, đi kèm với các yếu tố nguy cơ như béo phì, GERD, bệnh Barrett's thực quản; trong khi đó ung thư biểu mô vảy gặp nhiều ở các nước châu Á do liên quan tới yếu tố rượu và hút thuốc.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tái phát tại u nguyên phát và hạch trung thất chiếm tỷ lệ cao 63,33%, trong đó 85%-93% tái phát ngay trong trường chiếu xạ. Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của Liang Hong cùng cộng sự năm 2018 trên 87 bệnh nhân, nghiên cứu này có 14 bệnh nhân tái phát ở hạch vùng (16,1%) và 73 trường hợp thất bại tại vị trí u nguyên phát (83,9%). Trong 39 bệnh nhân tiến hành xạ lại, có 36 bệnh nhân tiếp nhận xạ lại trong trường xạ cũ [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, liều trung bình Dmax của tủy sống đạt 33 ± 12 Gy trong trường hợp tái phát tại chỗ và 35 ± 17 Gy trong trường hợp tái phát tại vùng; V10 toàn phổi trung bình là $18 \pm 7\%$ với tái phát tại chỗ và $32 \pm 5\%$ với tái phát tại vùng, V40 toàn phổi trung bình là $2 \pm 0,5\%$ với tái phát tại chỗ và $7,5 \pm 3\%$ với tái phát tại vùng; V30 của tim trung bình là $9,1 \pm 2,2\%$ với tái phát tại chỗ và $15 \pm 4,3$ với tái phát tại vùng. Trong nghiên cứu của Liang Hong và cộng sự, D max trung bình của cột sống là 25 Gy; V20 của toàn bộ phổi là 10% (0-24%) và V30 của tim là 9% (0-25%). [8]

Về đáp ứng điều trị, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 23 bệnh nhân đáp ứng sau điều trị, chiếm tỷ lệ 76,7%.

Thời gian sống thêm trung bình toàn bộ trong nghiên cứu chúng tôi đạt $19,85 \pm 0,59$ tháng, sống thêm toàn bộ 12 tháng đạt tỷ lệ

86,7% (biểu đồ 3). Trong nghiên cứu của Liang Hong, trung vị thời gian theo dõi là 87 tháng (2-206 tháng), trong nhóm xạ lại 82.1% (32/39) người đã tử vong ở lần theo dõi cuối cùng, trong đó có 27/32 số ca (84.4%) tử vong liên quan đến ung thư [8].

Độc tính: Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối với đường tiêu hóa, các triệu chứng hay gặp là nuốt vướng, nuốt rát vùng thực quản xạ trị; các triệu chứng trên đa số đều ở độ 0-1 và không ảnh hưởng đến quá trình điều trị, cũng như hồi phục được với các điều trị phối hợp. Có 43,3% bệnh nhân có biểu hiện viêm da ngực trong quá trình điều trị, tuy vậy mức độ nhẹ điều trị bằng thuốc bôi chống bỏng, vệ sinh vùng da viêm sau 10 ngày bệnh nhân ổn định. Có 73,33% bệnh nhân có biểu hiện viêm phổi trong đó độ 2 chiếm 13,33% và chỉ gặp đối với bệnh nhân trong nghiên cứu bị tái phát cả u và hạch.

Theo tác giả Liang Hong, ở nhóm bệnh nhân tiến hành xạ lại và không xạ lại, số ca ghi nhận mặc TEF lần lượt là 3/33 (9.09%) và 1/33 (3.03%), số ca tràn dịch màng tim/màng phổi là 5/33 (15.15%) và 1/33 (3.03%). Tỷ lệ mắc RP độ 3 ở nhóm xạ lại là 24.24% (8/33) còn ở nhóm còn lại là 6.06% (2/33). Liều xạ lần đầu ở 2 bệnh nhân không được xạ lại là 63 Gy và 70 Gy. Liều trung bình khi xạ lần đầu và xạ lại ở 8 bệnh nhân lần lượt là 62.2 Gy (41-64 Gy) và 50.3 Gy (36-60). Không có sự tương quan giữa RP và V20 của toàn bộ phổi ở nhóm xạ lại ($P=0.25$) [8].

V. KẾT LUẬN

Xạ lại là phương pháp điều trị khả thi và có lợi cho bệnh nhân ESCC tái phát tại chỗ tại vùng sau xạ lần đầu. So sánh với hóa xạ trị đồng thời, xạ lại thích hợp hơn. Xạ lại giúp cải thiện thời gian sống thêm, dù tỷ lệ RP cao nhưng độc tính vẫn có thể chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Welsh J, Settle SH, Amini A, Xiao L, Suzuki A, Hayashi Y, et al. Failure patterns in patients with esophageal cancer treated with definitive chemoradiation. *Cancer*. 2012;118(10):2632-40. [PMID:PMC3747650 10.1002/ cncr.26586].
2. Pennathur A, Gibson MK, Jobe BA, Luketich JD. Oesophageal carcinoma. *Lancet*. 2013; 381(9864):400-12. 10.1016/S0140-6736(12)60643-6].
3. Markar SR, Karthikesalingam A, Penna M, Low DE. Assessment of short-term clinical outcomes following salvage esophagectomy for the treatment of esophageal malignancy: systematic review and pooled analysis. *Ann Surg Oncol*. 2014;21(3):922-31. 10.1245/s10434-013-3364-0].
4. Nguyễn Đức Lợi (2015), Đánh giá hiệu quả

- phác đồ hóa xạ trị đồng thời và một số yếu tố tiên lượng ung thư biểu mô thực quản giai đoạn III-IV tại Bệnh viện K., Luận án tiến sỹ y học, Đại học Y Hà Nội. .
5. **Lordick F., Mariette C., Haustermans K. et al** (2016). Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*, 27(suppl_5), v50–v57. .
 6. **Napier K.J., Scheerer M., và Misra S.** (2014). Esophageal cancer: A Review of epidemiology, pathogenesis, staging workup and treatment modalities. *World J Gastrointest Oncol*, 6(5), 112–120.
 7. **Pennathur A., Gibson M.K., Jobe B.A. và cộng sự.** (2013). Oesophageal carcinoma. *The Lancet*, 381(9864), 400–412.
 8. **Liang Hong** (2018). Survival benefit of re-irradiation in esophageal Cancer patients with Locoregional recurrence: a propensity score-matched analysis. *Radiat Oncol* 2018 Sep 10;13(1):171.

KHẢO SÁT HỆ VI KHUẨN BÀN TAY CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH NĂM 2021

Phan Thị Lua¹, Hoàng Thị An Hà¹, Cao Trường Sinh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm xác định các vi khuẩn gây bệnh trên bàn tay nhân viên y tế (NVYT) tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nhân viên y tế trực tiếp tham gia chăm sóc bệnh nhân tại các khoa lâm sàng thuộc Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh năm 2021. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả:** Trong số 39 mẫu bàn tay NVYT lấy ngẫu nhiên, chúng tôi phân lập được 166 chủng vi khuẩn và 15 chủng vi nấm. Đa số bàn tay NVYT chứa 3 đến 4 loài vi khuẩn khác nhau, chiếm 46,1%. Có 1/39 mẫu (2,6%) chứa tới 10 loài vi khuẩn. Có 43,6% mẫu bàn tay của NVYT mang vi khuẩn Tụ cầu vàng (*S. aureus*), 53,8% mang *Staphylococcus epidermidis* (*S. epidermidis*), 15,4% mang *Acinetobacter baumannii* (*A. baumannii*), 2,6% mang *Salmonella* spp và 38,5% mang nấm *Candida* spp. **Kết luận:** Hệ vi khuẩn bàn tay của NVYT khá phong phú với nhiều chi, loài. Trong đó, nhiều vi khuẩn phân lập được là tác nhân gây bệnh quan trọng như *S. aureus*, *A. baumannii*, *Salmonella* spp,... và vi nấm *Candida* spp. Cần tuân thủ vệ sinh tay (VST) thường quy nhằm loại bỏ hoặc giảm bớt đi các vi sinh vật này, hạn chế nhiễm trùng bệnh viện trong điều kiện hiện nay.

SUMMARY

SURVEY OF HAND MICROBIOME OF MEDICAL STAFF AT VINH MEDICAL UNIVERSITY IN 2021

Objective: This study aims to identify pathogenic bacteria on the hands of healthcare workers at Vinh Medical University Hospital in 2021. **Subjects and methods:** Direct medical staffs participate in patient care at clinical departments of Vinh University of Medicine Hospital in 2021. **Study design:** A cross-

sectional descriptive study with analysis. **Results:** Among 39 hand samples of health workers randomly selected, we isolated 166 bacterial strains and 15 fungal strains. The majority of healthcare workers' hands contained 3 to 4 different species of bacteria, accounting for 46.1%. There was 1 hand sample (2.6%) containing up to 10 species of bacteria. There were 43.6% of hand samples of health workers carrying *S. aureus*, 53.8% carrying *S. epidermidis*, 15.4% carrying *A. baumannii*, 2.6% carrying *Salmonella* spp and 38, 5% carrying *Candida* spp. **Conclusion:** The microbiota of health workers' hands is quite rich with many genera and species. In which, many isolated bacteria are important pathogens such as *S. aureus*, *A. baumannii*, *Salmonella* spp,... and *Candida* spp. Therefore, it is necessary to follow routine hand hygiene in order to eliminate or reduce these microorganisms, limiting hospital infections in current conditions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) hiện đang là vấn đề toàn cầu do tỷ lệ mắc cao, kéo dài thời gian nằm viện, tăng tỷ lệ tử vong và tăng chi phí điều trị. Bàn tay NVYT là phương tiện lan truyền bệnh quan trọng trong các vụ dịch NKBV. Trong môi trường bệnh viện, mọi nơi bàn tay đụng chạm vào đều có vi khuẩn trên đó. Các tác nhân NKBV không chỉ có ở các vết thương nhiễm khuẩn, ở chất thải và dịch tiết của người bệnh mà thường xuyên có trên da lành của người bệnh. Trong quá trình chăm sóc người bệnh, bàn tay NVYT thường xuyên bị ô nhiễm vi sinh vật có ở trên da người bệnh cũng như ở bề mặt môi trường bệnh viện [1]. Theo Lê Thị Anh Thư và cs tại Bệnh viện Chợ Rẫy, lượng vi khuẩn trung bình có ở bàn tay NVYT là 5,4 log [3]. Pittet D. và cs. (1999) đánh giá mức độ ô nhiễm bàn tay NVYT trực tiếp chăm sóc người bệnh, số lượng vi khuẩn có ở các đầu ngón tay thay đổi từ 0 đến 300 đơn vị khuẩn lạc, trong đó trực khuẩn gram (-) chiếm 15% và tụ cầu vàng chiếm 11% các chủng vi

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Lua

Email: phanlua@vmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023