

trên lâm sàng là không đủ để đánh giá di căn hạch nách với độ nhạy và độ đặc hiệu thấp, độ âm tính giả cao (độ nhạy = 44,0%, độ đặc hiệu = 71,0%, âm tính giả = 29,0%). Đặc điểm này phù hợp với những kết luận của các nghiên cứu trước đây và việc xác định các yếu tố ảnh hưởng để dự đoán tình trạng di căn hạch nách là rất cần thiết. Trong nghiên cứu của chúng tôi kích thước khối u được cho là yếu tố dự báo tình trạng di căn hạch. Kích thước u càng lớn thì nguy cơ di căn hạch càng cao. Trong nghiên cứu này, những bệnh nhân có khối u T2 (>2 cm) có tỷ lệ di căn hạch nách là 53,0% cao hơn các khối u T1 là 21,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,045$. Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ di căn hạch nách tăng theo kích thước khối u, như nghiên cứu của Reger (1989) và cộng sự cho thấy tỷ lệ di căn hạch tăng theo lần lượt là 3%; 10%; 21% và 35% tương ứng với kích thước u dưới 0,5cm; 0,6-1cm; 1,1-1,5cm và 1,6-2cm [5], Melvin J và cộng sự (2001) trong một nghiên cứu hồi cứu trên 2.282 bệnh nhân ung thư vú xâm lấn hoặc ung thư biểu mô ống tại chỗ được phẫu thuật để đánh giá tình trạng di căn hạch nách, đã nhận thấy tỷ lệ di căn hạch theo giai đoạn: Tis: 0,8%, T1a: 5%, T1b: 16%, T1c: 28%, T2: 47%, T3: 68%, T4: 86% [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố về tuổi, tình trạng mãn kinh. BMI; độ mô học cũng như các yếu tố về sinh học phân tử như tình trạng ER, PR, Ki67, Her-2 chưa phải là các yếu tố ảnh hưởng đến di căn hạch nách.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ di căn hạch nách trên các bệnh nhân UTV giai đoạn I-IIIa là 43,0%, trong đó có 24,3% số bệnh nhân di căn 1-3 hạch và 18,7% bệnh nhân di căn từ 4 hạch trở lên.

- Đánh giá hạch nách bằng lâm sàng có độ nhạy và độ đặc hiệu không cao, độ âm tính giả cao. Kích thước u là yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch nách với $p=0,045$

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray, Freddie, et al.** "Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries." CA: a cancer journal for clinicians 74.3 (2024): 229-263.
2. **Kitajima M, Kitagawa Y, Fujii H, et al** (2005). Credentialing of nuclear medicine physicians, surgeons and pathologists as a multidisciplinary team for selective sentinel lymphadenectomy. Cancer Treat Res. 127. 253-67.
3. **Chua B, Ung O, Taylor R, et al** (2001). Frequency and predictors of axillary lymph node metastases in invasive breast cancer. ANZ J Surg. 71. 723-8
4. **Saleh S, Mona M and Mohammad E** (2018). Frequency and Predictors of Axillary Lymph Node Metastases in Iranian Women with Early Breast Cancer. Asian Pac J Cancer Prev. 19(6): 1617-1620
5. **Reger V, Beito H, Jolly P.C** (1989), Factors affecting the incidence of lymph node metastases in small cancers of the breast, The American Journal of Surgery, 157 (5): 501-502.
6. **Skinner KA, Lomis JT, Melvin et al** (2001), Predicting axillary nodal positivity in 2282 patients with breast carcinoma, World Jour of Surgery, 25(6): 767-72.
7. **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology** (2024). Breast Cancer, V5.2024

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHỐI U DI CĂN NÃO KÍCH THƯỚC LỚN BẰNG XẠ PHẪU GAMMA HAI PHÂN LIỀU TẠI BỆNH VIỆN K

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả điều trị khối u não di căn kích thước lớn bằng phương pháp xạ phẫu gamma 2 phân liều tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bao gồm các bệnh nhân ung thư di căn não được điều trị gamma knife tại bệnh viện K từ 7/2019 đến 6/2022. Bệnh nhân có từ 1-5 ổ di căn

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Liên

Email: drduclien@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025

Nguyễn Đức Liên^{1,2}, Nguyễn Minh Thuận¹

não, trong đó có 01 khối u di căn có đường kính >3cm (hoặc thể tích >10 cc), liều điều trị 12 Gy x 2 phân liều, thời gian giữa hai phân liều là 2 tuần. **Kết quả:** Tổng số 50 bệnh nhân, thể tích trung bình khối u có kích thước lớn nhất là 18,13 ± 6,98 cc ở lần điều trị đầu tiên, và 13,24 ± 6,56 ở lần điều trị thứ hai (giảm 27,24%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,003$). Tỷ lệ kiểm soát khối u có kích thước lớn tại thời điểm 3 tháng là 94%, trong đó 34% đáp ứng điều trị hoàn toàn, 52% đáp ứng một phần, 8% ổn định. Tỷ lệ kiểm soát u tại các thời điểm 6 tháng, 12 tháng lần lượt là 88%, 76%. Không có trường hợp nào có khối di căn não mới tại thời điểm khám lại 3 tháng sau điều trị. Có 6 bệnh nhân biểu hiện tác dụng phụ xạ trị mức độ nhẹ (8% độ 1 và độ 2, 4% độ 3). Tỷ lệ sống sau điều trị gamma knife 6 tháng và 12 tháng lần lượt là 92% ± 4% và 74% ± 6%. **Kết**

luận: Xạ phẫu gamma hai phân liều là một phương pháp điều trị hiệu quả đối với di căn não kích thước lớn. **Từ khóa:** xạ phẫu phân liều, di căn não lớn, gamma knife

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT LARGE BRAIN METASTASIS WITH TWO FRACTIONED GAMMA KNIFE RADIOSURGERY AT K HOSPITAL

Purpose: The optimal interfraction intervals for fractionated radiosurgery has yet to be established. Our study aimed to evaluate the preliminary treatment result of 2-staged stereotactic radiosurgery by Gamma Knife for large brain metastases. **Methods:** All patients underwent 2-staged Gamma Knife radiosurgery for large brain metastases using the ICON unit at K hospital, Hanoi, VietNam from 7/2019 to 6/2022. All patients had 1-5 brain metastases, at least 1 large brain metastasis with the largest diameter > 3cm or the volume >10cc, treatment dose 12 Gy x 2 fractions, time between two fractions is 2 weeks. **Results:** Total were 50 patients in this study, mean of tumor volume at first treatment was $18,13 \pm 6,98$ cc, and $13,24 \pm 6,56$ cc at the second treatment (volume reduction 27.24%, $p = 0.003$). The local tumor control rate of 50 large brain metastases was 94% at 3 months, 34% complete response, 52% partial response, 8% stable disease. The estimated local control rate was 88% and 76% at 6 months and 12 months, respectively. New brain metastases have not developed during 3 months follow up period. Among 50 lesions, 6 (12%) show radiation-induced adverse effects (8% Grade 1 and 2 toxicity, 4% Grade 3). The estimated overall survival rates at 6 and 12 months were $92\% \pm 4\%$ and $74\% \pm 6\%$, respectively. **Conclusion:** According to our results, we suggest that 2-staged Gamma Knife radiosurgery with a 2 weeks interval can be one of the effective treatment method for large brain metastases.

Keywords: staged radiosurgery, large brain metastases. Gamma knife.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Di căn não là khối u ác tính hay gặp nhất của não, gặp hơn 10 lần ung thư nguyên phát tại não. Dựa theo đường kính hoặc thể tích, khối di căn não lớn được định nghĩa là khối u có đường kính ≥ 3 cm hoặc thể tích ≥ 10 cm³. Đối với khối di căn não lớn hiện nay chưa có phương pháp điều trị tối ưu nào. Các phương pháp điều trị có thể bao gồm kết hợp phẫu thuật và xạ trị bổ trợ vào giường u hoặc xạ toàn não, hoặc xạ phẫu, hoặc xạ trị phân liều. Trước đây, với tổn thương di căn lớn, nếu đủ khả năng phẫu thuật, phẫu thuật kết hợp với xạ trị bổ trợ sẽ giúp giảm hiệu ứng khối, cải thiện triệu chứng thần kinh. Trong trường hợp không thể phẫu thuật, xạ toàn não được chỉ định nhằm điều trị triệu chứng. Tuy nhiên, xạ toàn não thường kém hiệu quả trong kiểm soát tại chỗ với khối di căn não lớn. Xạ phẫu đang ngày càng trở thành một phương

pháp điều trị ưa thích đối với tổn thương di căn não, nhưng với khối u lớn, hiệu quả kiểm soát của xạ phẫu một phân liều giảm đáng kể. Theo RTOG 90-05, u có kích thước <2cm liều xạ phẫu tối đa là 24Gy, u từ 2-3cm liều tối đa 18Gy, u > 3cm liều tối đa là 15Gy, tuy nhiên liều xạ phẫu có hiệu quả kiểm soát u não di căn được khuyến nghị từ 18-20Gy. Nghiên cứu của Higuchi (2009), Yamamoto (2018) đều cho thấy chiến lược xạ phẫu phân liều là hiệu quả trong việc kiểm soát khối u di căn não có kích thước lớn. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị khối u di căn não kích thước lớn bằng phương pháp xạ phẫu gamma hai phân liều tại Bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Chẩn đoán ung thư di căn não, với tổng số ổ di căn não 1 – 5 ổ, trong đó 1 ổ di căn có kích thước lớn >3cm (hoặc thể tích lớn hơn 10 cc và nhỏ hơn 25 cc) chỉ số toàn trạng Karnofsky ≥ 60 . Được điều trị Gamma knife hai phân liều tại bệnh viện K từ 7/2019 đến 6/2022, liều điều trị 12 Gy x 2 phân liều, thời gian giữa hai phân liều là 2 tuần.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã được xạ toàn não trước đó, hoặc đã được phẫu thuật lấy khối u não di căn. Bệnh nhân có các bệnh ung thư khác kèm theo hoặc bệnh cấp và mãn tính trầm trọng có nguy cơ tử vong gần.

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu: thuận tiện; trong nghiên cứu, chúng tôi đã thu thập được 50 bệnh nhân.

Các bước tiến hành

- Bệnh nhân được khám lâm sàng, cận lâm sàng trước điều trị.

- Bệnh nhân được điều trị xạ phẫu bằng hệ thống máy xạ phẫu Leksell Gamma Knife ICON (Elekta AB, Thụy Điển) sử dụng khung cố định. Liều điều trị khối u di căn kích thước lớn 12 Gy x 2 phân liều. Khoảng cách giữa 2 phân liều là 2 tuần. Các khối di căn còn lại (kích thước nhỏ hơn 3cm) điều trị 1 phân liều với liều 18-22 Gy.

- Bệnh nhân được đánh giá định kỳ mỗi 3 tháng. Đánh giá đáp ứng triệu chứng lâm sàng, chụp MRI sọ não kiểm tra đánh giá kích thước u và các tác dụng phụ của xạ trị (nếu có).

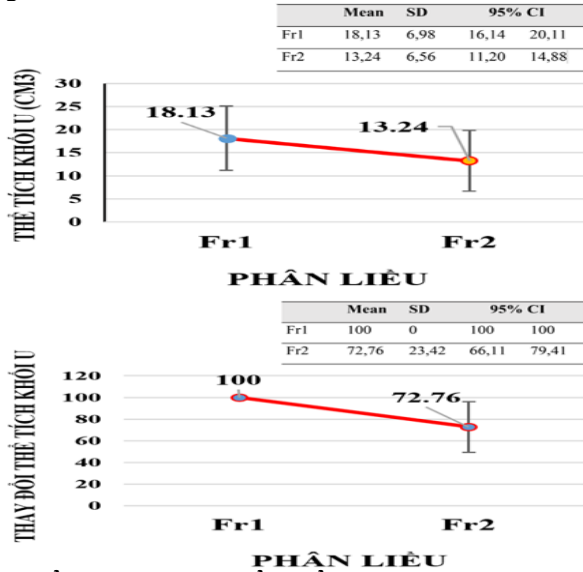
Xử lý số liệu: theo thuật toán thống kê thường quy, áp dụng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung: Tổng số 50 bệnh nhân có khối u di căn não kích thước lớn trên 3cm. Tỷ lệ

nam/nữ là 1,3/1, Tuổi trung bình 57,3 ± 16,3, nhỏ nhất là 37 tuổi, lớn nhất là 74 tuổi. Khối u nguyên phát từ phổi chiếm 35/50 bệnh nhân (70%), ung thư vú 8/50 (16%), khối u khác (14%). Các bệnh nhân có 1 khối u di căn não chiếm 22/50 (44%), 2-5 khối di căn não (56%). Thể tích khối u có kích thước lớn, trước điều trị gamma knife: trung bình là 18,13 ± 6,98 cc.

Kết quả thể tích u giữa hai lần điều trị gamma knife



Biểu đồ 1. Thay đổi thể tích u và phần trăm thể tích u giữa 2 lần điều trị gamma knife

Nhận xét: Thể tích u tại phân liều 1 là 18,13±6,98 cc, thể tích u tại phân liều 2 là 13,24±6,56 cc (thể tích giảm 27,24%, p<0,003).

Bảng 1. Đánh giá đáp ứng lâm sàng tại thời điểm 3 tháng (N=50)

Triệu chứng lâm sàng	Trước điều trị (N, %)	Khám lại sau 3 tháng
Đau đầu	35 (70%)	3 (6%)
Buồn nôn	7 (14%)	0 (0%)
Nôn	4 (8%)	0 (0%)
Liệt	19 (38%)	2 (0%)
Rối loạn cảm giác	8 (16%)	3 (6%)

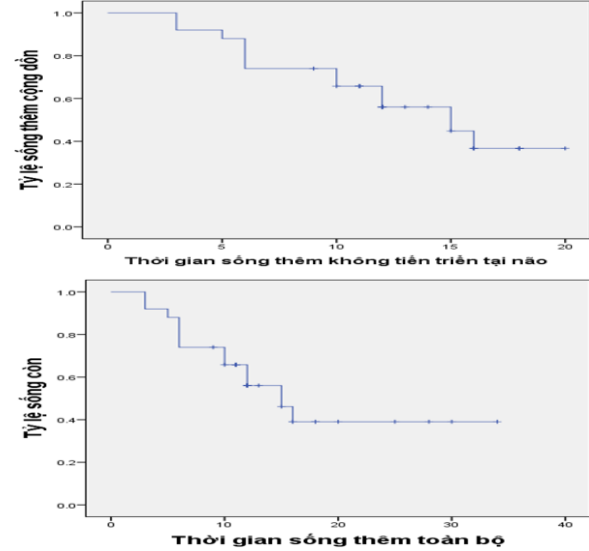
Bảng 2. Kết quả chụp cộng hưởng từ tại thời điểm 3 tháng sau điều trị

Đáp ứng tại u có kích thước lớn nhất	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hoàn toàn	17	34
Một phần	26	52
Ổn định	4	8
Tiến triển	3	6
Tổng số	50	100

Đánh giá kết quả kiểm soát khối u não:

Tất cả các bệnh nhân được chụp lại phim cộng hưởng từ tại thời điểm 3 tháng, tỷ lệ kiểm soát

khối u là 94% (34% đáp ứng hoàn toàn, 52% đáp ứng một phần, 8% u giữ nguyên). Không có trường hợp nào xuất hiện nốt mới tại thời điểm 3 tháng. Tỷ lệ kiểm soát khối u tại thời điểm 6 tháng, 12 tháng lần lượt là 88%, 76%. **Tác dụng phụ:** Có 6 bệnh nhân biểu hiện tác dụng phụ xạ trị mức độ nhẹ (8% độ 1 và độ 2, 4% độ 3)



Biểu đồ 2: Thời gian sống thêm không tiến triển tại não và thời gian sống thêm toàn bộ

Nhận xét: Thời gian sống thêm không tiến triển tại não trung bình 13,6 ± 0,9 tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ 20,6 ± 1,7 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay, xạ phẫu đang ngày càng trở thành một phương pháp điều trị ưa thích đối với tổn thương di căn não, không chỉ vì khả năng kiểm soát tại chỗ cao, cải thiện thời gian sống thêm mà vì giảm độc tính trên các tế bào não lành đặc biệt là chức năng nhận thức thần kinh so với xạ toàn não. Tuy nhiên, khi kích thước khối u tăng, liều xạ phải giảm để đảm bảo liều xạ an toàn và không gây ra độc tính thì hiệu quả kiểm soát lại giảm. Trong nghiên cứu của Vogebaum³ và cộng sự, tỷ lệ kiểm soát tại chỗ với khối u 2,1 – 3cm và 3,1 – 4 cm chỉ là 49% và 45%, trong khi với khối u ≤ 2 cm, tỷ lệ đó là hơn 85% với liều xạ phẫu 24 Gy. Các nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự, Petrovich⁴ và cộng sự nhận thấy tỷ lệ kiểm soát tại chỗ tại thời điểm 1 năm với tổn thương < 3 cm³ là cao hơn tổn thương > 3 cm³ (90% so với 78%). Do đó, các tác giả nhận thấy rằng để kiểm soát tại chỗ tốt hơn thì cần phải tăng liều cao hơn, tuy nhiên nếu điều trị liều cao trong một phân liều trên một thể tích lớn sẽ dẫn đến nguy cơ tăng độc tính, vì vậy chiến lược xạ phẫu phân liều được đưa ra như một giải

pháp hiệu quả 3,5. Nghiên cứu của Higuchi1 và cộng sự trên 43 bệnh nhân di căn não lớn (> 10cm³), liều xạ phẫu là 30 Gy trong 3 phân liều cách nhau mỗi 2 tuần, tác giả nhận thấy khoảng cách 2 tuần giúp giảm đáng kể thể tích khối u: tại thời điểm phân liều 2 và 3, thể tích khối u giảm tương ứng 18,8% và 39,8%. Yamamoto2 và cộng sự nghiên cứu trên 78 bệnh nhân đã báo cáo, thể tích u tại phân liều 1 là 23,74 ± 10,94cm³, thể tích u tại phân liều 2 là 19,51 ± 12,55cm³ (giảm 4,23cm³ (20%), p<0,001), thể tích u tại phân liều 3 là 22,09 ± 19,4 cm³ (giảm 9,68cm³ (42%), p < 0,0001). 10.5 cm³ (2,4–31,3cm³) and 7,0 cm³ (range 1,0–29,7 cm³). Nghiên cứu của Angelov7 và cộng sự, thể tích u tại phân liều 1 là 10,5 cm³ (2,4–31,3 cm³), thể tích u tại phân liều 2 là 7,0 cm³ (1,0–29,7 cm³), giảm 3,5 cm³, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy kết quả tương tự: thể tích u tại phân liều 1 là 18,13 ± 6,98cm³, thể tích u tại phân liều 2 là 13,24 ± 6,56cm³, giảm 4,26cm³ giữa hai lần xạ phẫu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p =0,003.

Về kết quả kiểm soát khối u, trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm 3 tháng tỷ lệ kiểm soát khối u là 94% (34% đáp ứng hoàn toàn, 52% đáp ứng một phần, 8% u giữ nguyên), không có trường hợp nào xuất hiện nốt mới, tỷ lệ cải thiện triệu chứng lâm sàng là 88,9%. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trên thế giới. Nghiên cứu của Higuchi, tỷ lệ kiểm soát tại chỗ tại thời điểm 6 tháng và 12 tháng là 89,8% và 75,9%. Nghiên cứu của Yamamoto2 cũng cho kết quả tương tự. Yomo và Hayashi6 nghiên cứu trên 58 bệnh nhân di căn não lớn (≥ 10 cm³) xạ phẫu 2 phân liều, liều xạ tổng 20 – 30 Gy chia 2 phân liều, cách nhau 3 – 4 tuần, tỷ lệ kiểm soát tại chỗ tại 6 tháng và 1 năm là 85% và 64%. Angelov7 và cộng sự nghiên cứu trên 54 bệnh nhân với 63 khối di căn não ≥ 2 cm với liều xạ 24 – 33 Gy (trung vị 30 Gy) trong 2 – 3 phân liều, khoảng cách 1 tháng. Thể tích khối u sau phân liều 1 giảm 17%, 90% tổn thương không tiến triển, tỷ lệ kiểm soát tại chỗ tại 6 tháng là 88%. Dohm8 và cộng sự nghiên cứu trên 33 bệnh nhân với 39 tổn thương điều trị 2 phân liều cách nhau 4 tuần, liều phân liều 1 trung vị 15 Gy (10 – 21 Gy), phân liều 2 là 14 Gy (10 – 18 Gy), thể tích khối u giảm sau phân liều đầu là 32,6%. Tỷ lệ thất bại tại chỗ tại 1 năm là 13%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sống thêm không tiến triển tại não trung bình 13,6 ± 0,9 tháng, thời gian sống thêm toàn bộ 20,6 ± 1,7 tháng.

V. KẾT LUẬN

Tổng số 50 bệnh nhân, di căn não từ khối u nguyên phát chủ yếu từ phổi (35/50, chiếm 70%), vú (16%). Phân loại số u di căn não: nhóm có 1 ổ di căn não (44%), nhóm có 2-5 ổ di căn não (28/50, chiếm 56%). Thể tích trung bình khối u có kích thước lớn nhất là 18,13 ± 6,98 cc ở lần điều trị đầu tiên, và 13,24 ± 6,56 ở lần điều trị thứ hai (giảm 27,24%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,003). Tỷ lệ kiểm soát khối u có kích thước lớn tại thời điểm 3 tháng là 94%, trong đó 34% đáp ứng điều trị hoàn toàn, 52% đáp ứng một phần, 8% ổn định. Tỷ lệ kiểm soát u tại các thời điểm 6 tháng, 12 tháng lần lượt là 88%, 76%. Không có trường hợp nào có khối di căn não mới tại thời điểm khám lại 3 tháng sau điều trị. Có 6 bệnh nhân biểu hiện tác dụng phụ xạ trị mức độ nhẹ (8% độ 1 và độ 2, 4% độ 3). Tỷ lệ sống sau điều trị gamma knife 6 tháng và 12 tháng lần lượt là 92% ± 4% và 74% ± 6%. Như vậy, xạ phẫu gamma hai phân liều là một phương pháp điều trị hiệu quả đối với di căn não kích thước lớn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Y. Higuchi, T. Serizawa, O. Nagano et al**, Three-staged stereotactic radiotherapy without whole brain irradiation for large metastatic brain tumors, *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 2009 74(5), p1543-1548.
2. **M. Yamamoto, Y. Higuchi, T. Serizawa**, Three-stage Gamma Knife treatment for metastatic brain tumors larger than 10 cm³: a 2-institute study including re-analyses of earlier results using competing risk analysis. *J Neurosurg*, 2018, 129(Suppl1), p77-85.
3. **M. A. Vogelbaum, L. Angelov, S. Y. Lee**, Local control of brain metastases by stereotactic radiosurgery in relation to dose to the tumor margin, *J Neurosurg*, 2006, 104(6), p907-12.
4. **Z. Petrovich, C. Yu, S. L. Giannotta**, Survival and pattern of failure in brain metastasis treated with stereotactic gamma knife radiosurgery. *J Neurosurg*, 2002, 97(5 Suppl), p 499-506.
5. **C. Mayo, M. K. Martel, L. B. Marks**, Radiation dose-volume effects of optic nerves and chiasm. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 2010, 76(3 Suppl), p S28-35.
6. **S. Yomo và M. Hayashi**, A minimally invasive treatment option for large metastatic brain tumors: long-term results of two-session Gamma Knife stereotactic radiosurgery. *Radiat Oncol*, 2014, 9, p132.
7. **L. Angelov, A. M. Mohammadi, E. E. Bennett**, Impact of 2-staged stereotactic radiosurgery for treatment of brain metastases ≥/ = 2 cm. *J Neurosurg*, 2018, 129(2), p 366-382.
8. **A. Dohm, E. R. McTyre, C. Okoukoni**, Staged Stereotactic Radiosurgery for Large Brain Metastases: Local Control and Clinical Outcomes of a One-Two Punch Technique. *Neurosurgery*, 2018, 83(1), p.114-121.

KIẾN THỨC CHĂM SÓC CỦA BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 2 TUỔI MẮC BỆNH TIÊU CHẢY CẤP TẠI BỆNH VIỆN NHI TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2024

Đặng Thị Hân¹, Cồ Thị Toan¹, Phạm Thị Hiếu¹,
Nguyễn Thị Huyền Trang¹, Hoàng Thị Vân Lan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức chăm sóc của bà mẹ có con dưới 2 tuổi mắc bệnh tiêu chảy cấp tại Bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu là 142 bà mẹ có con dưới 2 tuổi mắc TCC đang điều trị tại bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định, thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Khảo sát kiến thức chăm sóc của bà mẹ có con dưới 2 tuổi mắc bệnh tiêu chảy cấp dựa trên bộ công cụ xây dựng theo tài liệu Chăm sóc trẻ tiêu chảy cấp – Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam; tài liệu hướng dẫn xử trí lồng ghép chăm sóc trẻ bệnh của Bộ y tế. Tổng điểm kiến thức là 36 điểm, bà mẹ trả lời được $\geq 70\%$ tổng số điểm (tương đương với bà mẹ trả lời được từ 26 điểm trở lên) là có kiến thức đạt. **Kết quả:** Có 64,1% bà mẹ có kiến thức đạt bên cạnh 35,9% bà mẹ có kiến thức chưa đạt về bệnh tiêu chảy cấp. Bà mẹ có kiến thức đúng đạt điểm cao nhất là 31 điểm, thấp nhất là 11 điểm trên tổng điểm tối đa là 36 điểm. **Kết luận:** Thực trạng Kiến thức chăm sóc của bà mẹ có con dưới 2 tuổi mắc bệnh tiêu chảy cấp tại Bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định còn nhiều hạn chế. Cần tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh tiêu chảy cấp cho các bà mẹ nhằm cung cấp thêm kiến thức cho bà mẹ. **Từ khóa:** kiến thức của bà mẹ, chăm sóc, tiêu chảy cấp.

SUMMARY

THE KNOWLEDGE OF CARE FOR MOTHERS WITH CHILDREN UNDER 2 YEARS OLD SUFFERING FROM ACUTE DIARRHEA AT THE NAM DINH PROVINCIAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2024

Objective: To assess the knowledge of mothers regarding the care of children under 2 years old with acute diarrhea at the Nam Dinh Provincial Children's Hospital in 2024. **Subjects and Methods:** The study subjects were 142 mothers of children under 2 years old diagnosed with acute diarrhea, receiving treatment at the Nam Dinh Provincial Children's Hospital. The study was a cross-sectional descriptive design. The mothers' knowledge of care for children with acute diarrhea was assessed using a tool developed based on the Diarrhea Care for Children manual from the Vietnam Education Publishing House, and the Ministry of Health's guidelines for managing sick children. The total knowledge score was 36 points, with a score

$\geq 70\%$ of the total points (i.e., 26 points or higher) considered as meeting the knowledge standard. **Results:** 64.1% of mothers achieved a passing knowledge level, while 35.9% did not meet the required knowledge level regarding acute diarrhea. The highest score was 31 points, and the lowest score was 11 points, with a maximum possible score of 36 points. **Conclusion:** The current state of maternal knowledge on the care of children under 2 years old with acute diarrhea at the Nam Dinh Provincial Children's Hospital has significant limitations. There is a need to strengthen health communication and education efforts about acute diarrhea for mothers to improve their knowledge. **Keywords:** maternal knowledge, care, acute diarrhea.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêu chảy cấp là bệnh thường gặp ở trẻ em đặc biệt là các nước đang phát triển. Trên thế giới, tiêu chảy cấp là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong ở trẻ em, ngoại trừ viêm phổi [1]. Ước tính mỗi năm có khoảng 1,7 tỷ trường hợp tiêu chảy và khoảng 760.000 trẻ em dưới 5 tuổi chết do bệnh tiêu chảy. Trong đó 80% tử vong xảy ra ở lứa tuổi dưới 24 tháng tuổi. Tại Việt Nam, theo báo cáo điều tra của Unicef trong 2 tuần trước điều tra tỷ lệ trẻ mắc tiêu chảy cấp cao nhất ở lứa tuổi 12 - 23 tháng (9,2%), tiếp theo là 0-11 tháng (4,3%) [2]. Ngoài vấn đề tỷ lệ mắc và tử vong cao, bệnh tiêu chảy còn là nguyên nhân hàng đầu gây suy dinh dưỡng, chậm phát triển về cả thể chất và tinh thần của trẻ, là điều kiện thuận lợi cho sự xâm nhập của các bệnh nhiễm trùng khác [3]. Nguyên nhân chính gây tử vong khi trẻ bị tiêu chảy là mất nước và điện giải, tiếp theo là suy dinh dưỡng.

Vai trò chăm sóc trẻ của bà mẹ trong tiêu chảy cấp mất nước là bù nước cho trẻ bằng cách uống Oresol – dung dịch chứa Glucose và chất điện giải có tỷ lệ thích hợp với trẻ tiêu chảy, ngoài ra trẻ tiêu chảy nên tiếp tục ăn chế độ ăn bình thường, trẻ đang bú mẹ cần tiếp tục bú mẹ trừ khi có hướng dẫn khác của bác sĩ, xử lý tốt phân để không nhiễm vào nguồn nước và đặc biệt mẹ cần theo dõi các dấu hiệu cần đưa trẻ ngay đến cơ sở y tế [4]. Nếu bà mẹ hoặc người chăm sóc có kiến thức tốt về chăm sóc trẻ mắc bệnh tiêu chảy cấp thì có thể giúp trẻ mắc tiêu chảy không bị mất nước từ đó giảm nguy cơ tử vong và biến chứng cho trẻ. Nhằm đánh giá kiến thức của bà mẹ, nghiên cứu được tiến hành:

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Hân

Email: ngochan.atk@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025