

tốt cho quyết định điều trị của bệnh nhân.² Tác giả Xu và cộng sự nghiên cứu về giá trị của ACR TI-RADS trong việc chẩn đoán phân biệt các dưới nhóm ung thư tuyến giáp cũng đưa ra nhận định rằng giá trị của phân loại ACR TI-RADS tốt hơn đối với chẩn đoán nhóm ung thư tuyến giáp thể nhú (và thể không biệt hóa) hơn là thể nang.⁸

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế như sau: số lượng bệnh nhân còn hạn chế và thực hiện ở một địa điểm nghiên cứu. Tồn thương chủ yếu xét trên nhóm bệnh nhân có kết quả tế bào học, chưa tính đến kết quả giải phẫu bệnh bằng sinh thiết lõi hoặc phẫu thuật tuyến giáp, đôi khi sẽ ảnh hưởng đến một tỷ lệ nhất định bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Phân loại ACR TI-RADS có giá trị trong chẩn đoán nguy cơ ác tính của các tổn thương nhân tuyến giáp với sự đồng thuận ở mức cao với phân loại tế bào học Bethesda.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aher P, Juliano A, Donato F.** The Role of the ACR TI-RADS Scoring System to Evaluate Solid and Cystic Thyroid Nodules Compared With Those Solid Nodules With or Without Echogenic Foci and Their Cytology Results. *Journal of Diagnostic Medical Sonography*. 2022;38(4):324-329.
2. **Alsibani A, Alessa M, Alwadi F, et al.** Evaluation of ACR TI-RADS for Predicting

Malignancy in Thyroid Nodules: Insights from Fine-Needle Aspiration Cytology and Histopathology Results. *Journal of the Oman Medical Association*. 2024;1(1):61-68.

3. **Eissa MS, Sabry RM, Abdellateif MS.** Evaluating the Diagnostic Role of ACR-TIRADS and Bethesda Classifications in Thyroid Nodules Highlighted by Cyto-Histopathological Studies. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2024;132(11):596-606.
4. **Kang S, Kwon SK, Choi HS, et al.** Comparison of Korean vs. American Thyroid Imaging Reporting and Data System in Malignancy Risk Assessment of Indeterminate Thyroid Nodules. *Endocrinol Metab (Seoul)*. 2021;36(5):1111-1120.
5. **Mohanty J, Sanket, Mishra P.** Role of ACR-TIRADS in risk stratification of thyroid nodules. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2019;7(4):1039-1043.
6. **Thattarakkal VR, Ahmed TSF, Saravanam PK, et al.** Evaluation of Thyroid Nodule: Thyroid Imaging Reporting and Data System (TIRADS) and Clinicopathological Correlation. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2022;74(Suppl 3):5850-5855.
7. **Torshizian A, Hashemi F, Khoshhal N, et al.** Diagnostic Performance of ACR TI-RADS and ATA Guidelines in the Prediction of Thyroid Malignancy: A Prospective Single Tertiary Center Study and Literature Review. *Diagnostics*. 2023;13(18):2972.
8. **Xu Y, Pi J, Jinghu Y, et al.** Diagnostic Efficiency of ACR-TIRADS Score for Differentiating Benign and Malignant Thyroid Nodules of Various Pathological Types. *Med Sci Monit*. 2024;30:e943228-1-12.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THỰC HÀNH DỰ PHÒNG ĐỘT QUỴ CỦA NGƯỜI DÂN TẠI CỘNG ĐỒNG TỈNH NAM ĐỊNH

Trương Tuấn Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mô tả thực trạng kiến thức và thực hành dự phòng đột quỵ của người dân tại cộng đồng tỉnh Nam Định. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 1.800 người dân từ 3 xã/phường đại diện cho 3 vùng địa lý của tỉnh Nam Định từ tháng 01 đến 03 năm 2024. Dữ liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi tự điền (có giám sát), xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** phần lớn người dân có nhận thức đúng về một số yếu tố nguy cơ của đột quỵ như tăng huyết áp (93,1%), đái tháo đường (80,9%), bệnh tim mạch (89,9%). Tuy nhiên, kiến thức về các yếu tố hành vi

như hút thuốc (61,3%), ít vận động (56,7%), căng thẳng (53,8%) còn thấp. Về thực hành, chỉ 21,7% người dân thường xuyên theo dõi huyết áp, 8,4% kiểm tra đường huyết định kỳ, trong khi 79,1% thường xuyên ăn đồ nhiều dầu mỡ và 81,9% ăn mặn.

Kết luận: Kiến thức và thực hành dự phòng đột quỵ của người dân tại cộng đồng còn nhiều hạn chế.

Khuyến nghị: Cần tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe, phát huy vai trò của y tế cơ sở trong quản lý bệnh không lây nhiễm và lồng ghép nội dung phòng chống đột quỵ vào các chương trình chăm sóc sức khỏe cộng đồng. **Từ khóa:** kiến thức, thực hành, đột quỵ, dự phòng.

SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDES ON PREVENTION STROKE AMONG PEOPLE IN THE COMMUNITY OF NAM DINH PROVINCE

Objective: This study aimed to describe the current status of knowledge and practices related to stroke prevention among people in the community of

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Chính

Email: anhtt@ndun.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025

Nam Dinh province, Vietnam. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 1,800 residents from three representative communes/wards in Nam Dinh province from January to March 2024. Data were collected using supervised self-administered questionnaires and analyzed using SPSS version 20.0. **Results:** The findings indicated that most participants correctly identified major stroke risk factors such as hypertension (93.1%), diabetes (80.9%), and cardiovascular diseases (89.9%). However, knowledge regarding behavioral risk factors such as smoking (61.3%), physical inactivity (56.7%), and stress (53.8%) remained limited. In terms of practice, only 21.7% of respondents regularly monitored their blood pressure, and 8.4% checked their blood sugar levels. Meanwhile, 79.1% frequently consumed fatty foods and 81.9% reported eating salty meals regularly. **Conclusion:** Knowledge and preventive practices related to stroke among the community remain limited. **Recommendations:** It is essential to strengthen health education and communication efforts, enhance the role of primary healthcare in managing non-communicable diseases, and integrate stroke prevention content into routine community health programs. **Keywords:** Knowledge, practice, stroke, prevention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong, phụ thuộc và tàn tật lâu dài ở người lớn và trở thành gánh nặng cho chính người bệnh, gia đình họ, các dịch vụ y tế và toàn thể cộng đồng^{1,2}. Tại Việt Nam, theo một nghiên cứu từ năm 1990 đến 2021 cho thấy gánh nặng đột quỵ gia tăng đáng kể, đặc biệt ở các khu vực nông thôn và dân cư có tuổi đời cao³.

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra, đột quỵ có thể dự phòng bằng cách can thiệp các yếu tố nguy cơ. 90% nguy cơ là những yếu tố có thể thay đổi, 74% là yếu tố nguy cơ hành vi^{4,5}. Tuy nhiên, hiệu quả của các biện pháp dự phòng phụ thuộc rất lớn vào nhận thức và thực hành của người dân trong cộng đồng. Các nghiên cứu cho thấy, mặc dù đột quỵ là bệnh phổ biến và nghiêm trọng, nhưng kiến thức và thực hành dự phòng của người dân vẫn còn nhiều hạn chế, đặc biệt tại các khu vực nông thôn⁵⁻⁸.

Nam Định là một tỉnh có dân cư chủ yếu sinh sống ở nông thôn, tỷ lệ người cao tuổi cao và tỷ lệ mắc bệnh không lây nhiễm ngày càng gia tăng. Tuy nhiên, hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá cụ thể về kiến thức, thực hành dự phòng đột quỵ của người dân tại cộng đồng. Việc xác định rõ thực trạng này có ý nghĩa quan trọng trong việc xây dựng các chương trình can thiệp truyền thông – giáo dục sức khỏe phù hợp với đặc thù địa phương, từ đó góp phần giảm thiểu gánh nặng bệnh tật do đột quỵ gây ra. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu

"Mô tả kiến thức và thực hành dự phòng đột quỵ não của người dân tại cộng đồng tỉnh Nam Định" với mục đích cấp cơ sở khoa học cho việc xây dựng và triển khai các chiến lược phòng chống đột quỵ hiệu quả tại cộng đồng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người dân trên 18 tuổi sống tại tỉnh Nam Định.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Người dân sống tại địa bàn nghiên cứu tính đến thời điểm thu thập số liệu trên 1 năm
+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người không thể đọc, trả lời câu hỏi hoặc mắc các bệnh lý nặng.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian thu thập dữ liệu: tháng 01/2024 đến 03/2024.

- Địa điểm: Tỉnh Nam Định

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Nghiên cứu sử dụng công thức tính mẫu mô tả một nhóm.

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Chọn $\alpha = 0,05$, $d = 0,025$, $p = 0,5$, cộng thêm 20% đối tượng có thể từ chối tham gia nghiên cứu, cỡ mẫu lấy tròn là: $n = 1800$

- Phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn: Với mỗi vùng chọn ngẫu nhiên 1 huyện/TP đại diện, chọn được 3 huyện/TP. Mỗi huyện/ thành phố chọn ngẫu nhiên 1 xã/phường. Lựa chọn được xã Tam Thanh, xã Giao Long, Phường Vị Xuyên

2.4. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin. Bộ công cụ được xây dựng dựa trên bộ công cụ nghiên cứu của Sujata Das⁷, các nghiên cứu trước đó và "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não" của Bộ Y tế năm 2020 và Hướng dẫn AHA/ASA năm 2011, hướng dẫn STEPS Việt Nam và tổng quan tài liệu. Bộ công cụ gồm 3 phần: Phần 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu; Phần 2: Kiến thức về dự phòng đột quỵ; Phần 3: thực hành dự phòng đột quỵ.

Sử dụng phương pháp tự điền (có giám sát) để thu thập thông tin

2.5. Phương pháp xử lý và phân tích dữ liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20 để mô tả thực trạng kiến thức, thực hành phòng ngừa đột quỵ của người dân tại cộng đồng tỉnh Nam Định bằng tần số, tỷ lệ %

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã

được thông qua Hội đồng đạo đức Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định. Đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu, các số liệu thu thập cho nghiên cứu chỉ sử dụng cho mục đích khoa học và các thông tin liên quan cá nhân sẽ được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

* Đặc điểm nhân khẩu học

Nghiên cứu được thực hiện trên 1.800 người dân tại 3 xã/phường thuộc tỉnh Nam Định. Trong đó, nhóm tuổi từ 50–70 chiếm tỷ lệ cao nhất (49,8%), nhóm trên 70 tuổi chiếm 27,5%, cho thấy phần lớn người tham gia là người cao tuổi – nhóm có nguy cơ cao mắc đột quỵ não. Tỷ lệ nữ cao hơn nam (55,4% so với 44,6%).

Về trình độ học vấn, 52,2% có trình độ tiểu học và trung học cơ sở, 26,2% trung học phổ thông, và 10,0% có trình độ đại học/sau đại học. Về nghề nghiệp, gần một nửa là nông dân (49,7%), tiếp theo là người nghỉ hưu (19,7%) và công nhân (12,2%).

* Tiền sử và trải nghiệm

Đối với tiền sử đột quỵ não, kết quả cho thấy có 4,2% đối tượng đã từng bị đột quỵ và 6,9% đối tượng có người nhà đã từng bị đột quỵ.

18,6% đối tượng đã từng chứng kiến người bị đột quỵ và có 9,3% người đã từng chăm sóc người bệnh đột quỵ tại cơ sở y tế và tại nhà.

Có 65,3 đối tượng cho biết chỉ số huyết áp của mình bình thường, 26,6% biết mình bị huyết áp cao. Có đến 72,8% không biết về chỉ số đường huyết của bản thân và 4,7% đối tượng biết mình bị đái tháo đường.

* Tiếp cận thông tin và nhu cầu giáo dục sức khỏe về đột quỵ

Trong việc tiếp cận với nguồn thông tin giáo dục sức khỏe về đột quỵ não có 66,9% đối tượng đã được nhận thông tin. Trong đó, nguồn thông tin được đối tượng tiếp cận nhiều nhất là qua phương tiện truyền thông (58,2%), tiếp đến là qua nhân viên y tế (43,6%). Trong khi đó nhu cầu được nhận thêm các hướng dẫn về dự phòng, phát hiện sớm và xử lý ban đầu của đột quỵ não là rất cao (96,8%).

3.2. Thực trạng kiến thức, thực hành dự phòng đột quỵ não của người dân tại cộng đồng tỉnh Nam Định

3.2.1. Kiến thức dự phòng đầu đột quỵ não của người dân

Bảng 3.1. Kiến thức về các yếu tố làm gia tăng nguy cơ đột quỵ não

Các yếu tố làm gia tăng nguy cơ đột quỵ não	Trả lời	
	Đúng n(%)	Sai/không biết n(%)
Tăng huyết áp	1676 (93,1)	124 (6,9)
Đái tháo đường	1457 (80,9)	343 (19,1)
Tiền sử đột quỵ	1431 (79,5)	369 (20,5)
Rối loạn mỡ máu	1122 (62,3)	678 (37,7)
Mắc các bệnh tim mạch	1681 (89,9)	182 (10,1)
Béo phì	1280 (71,1)	520 (28,9)
Hút thuốc lá	1104 (61,3)	696 (38,7)
Uống rượu	1211 (67,3)	589 (32,7)
Ít vận động	1020 (56,7)	780 (43,3)
Tuổi cao	1419 (78,8)	381 (21,1)
Gia đình có tiền sử đột quỵ	1175 (65,3)	625 (34,7)
Căng thẳng lo lắng	968 (53,8)	832 (46,2)
Thời tiết thay đổi/trời lạnh	1333 (74,1)	467 (25,9)

Nhận xét: Một số yếu tố nguy cơ được người dân nhận thức chưa cao là: Rối loạn mỡ máu, hút thuốc lá, ít vận động, lo lắng căng thẳng.

Bảng 3.2. Kiến thức về dự phòng đột quỵ não

Biện pháp dự phòng đột quỵ não	Trả lời	
	Đúng n(%)	Sai/không biết n(%)
Tập thể dục thường xuyên	1696 (94,2)	104 (5,8)
Theo dõi trọng lượng cơ thể thường	339 (18,8)	1461(81,2)
Không hút thuốc/bỏ hút thuốc	1274 (70,8)	526 (29,2)
Hạn chế thức ăn chứa nhiều muối	1450 (80,6)	350 (19,4)
Hạn chế thức ăn nhiều dầu mỡ	1506 (83,7)	294 (16,3)
Ăn trái cây và rau thường xuyên	1563 (86,8)	237 (13,2)
Tránh uống nhiều rượu, bia	1468 (81,6)	332 (18,4)
Kiểm soát đường máu nếu bị đái tháo đường	1428 (79,3)	372 (20,7)
Khám và điều trị các bệnh tim mạch	1213 (67,4)	587 (32,6)
Tuân thủ điều trị huyết áp nếu bị tăng huyết áp	1393 (77,4)	407 (22,6)
Tránh căng thẳng, lo âu	661 (36,7)	1139(63,3)

Nhận xét: Chỉ có 18,8% có kiến thức theo dõi cân nặng thường xuyên, tránh lo âu căng thẳng (36,7%), tuân thủ điều trị huyết áp (77,4%), kiểm soát đường huyết (79,3%).

3.3.2. Thực hành dự phòng đột quỵ não của người dân

Bảng 3.3. Thực hành sinh hoạt hàng ngày của ĐTNC

Nội dung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Hút thuốc	Hút thuốc (n=1800)	Có	222	12,2	
		Không	1480	82,2	
		Đã từng hút nhưng đã bỏ	100	5,6	
	Số liều thuốc hút/ngày (n=222)	Mean ± SD: 9,1 ± 4,5			
Dùng đồ uống có cồn	Uống rượu/bia (n=1800)	Có	304	16,9	
		Không	1496	83,1	
	Có uống (n=304)	Mức cho phép	124	40,8	
		Mức có hại	180	59,2	
		Không ăn	73	4,1	
Chế độ ăn	Ăn rau trong 1 tuần	1-3 ngày	335	18,5	
		4-6 ngày	182	10,1	
		Hàng ngày	1200	66,7	
		Không biết	10	0,6	
		Sử dụng thức ăn có nhiều dầu mỡ	Thường xuyên	1424	79,1
			Hạn chế ăn	376	20,9
		Ăn mặn	Có	1475	81,9
	Không		325	18,1	
	Hoạt động thể chất		Số ngày hoạt động thể chất trong tuần	Không thực hiện	1032
		1-3 ngày		141	7,9
4-6 ngày		153		8,5	
Hàng ngày		474		26,3	
Số phút thực hiện hoạt động thể chất		Không thực hiện	1032	57,3	
		< 20 phút	50	2,8	
		– 30 phút	485	26,9	
		> 30 phút	233	12,9	

Nhận xét: 12,2% đối tượng hiện đang hút thuốc. Số liều thuốc hút trung bình của những người hiện đang hút thuốc là 9,1 $\pm$ 4,5 liều. Trong số những người đang sử dụng đồ uống có chứa cồn có 59,2% uống ở mức có hại. 79,1% ăn thường xuyên thức ăn nhiều dầu mỡ. 81,9% vẫn còn thói quen ăn mặn. 57,3% không thực hiện các hoạt động thể chất.

Bảng 3.4. Tỷ lệ tuân thủ điều trị và theo dõi sức khỏe của ĐTNC

Nội dung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Tuân thủ điều trị	Tăng huyết áp (n=685)	Thường xuyên	403	58,8
		Không thường xuyên và không dùng thuốc	282	41,2
	Đái tháo đường (n=391)	Thường xuyên	172	43,9
		Không thường xuyên và không dùng thuốc	219	56,1
Theo dõi	Huyết áp	Thường xuyên	389	21,7
		Thỉnh thoảng	477	26,5
		Không theo dõi	950	52,8
	Đường huyết	Thường xuyên	151	8,4
		Thỉnh thoảng	533	29,6
		Không theo dõi	1116	62
	Khám sức khỏe định kỳ	Khám định kỳ	756	42
		Không khám định kỳ	1044	58

Nhận xét: Trong số những người biết mình bị tăng huyết áp, đái tháo đường có 58,8% đối tượng thường xuyên tuân thủ điều trị tăng huyết áp và 43,9% thường xuyên tuân thủ điều trị đái tháo đường. Chỉ có 42% đối tượng thực hiện khám sức khỏe định kỳ,

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức dự phòng đột quỵ não.
Kết quả cho thấy kiến thức của người dân về dự

phòng đột quỵ còn chưa toàn diện, mặc dù một số nội dung cơ bản được nhận thức khá tốt. Cụ thể, tỷ lệ người dân trả lời đúng về các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp (93,1%), bệnh tim mạch (89,9%), đái tháo đường (80,9%). Tuy nhiên, những yếu tố nguy cơ như căng thẳng (53,8%), ít vận động (56,7%), hút thuốc lá (61,3%) và béo phì (71,1%) vẫn chưa được nhiều người dân đánh giá đúng mức. Đối với các

biện pháp phòng ngừa, tỷ lệ người biết đến các hành vi có lợi như tập thể dục (94,2%), ăn nhiều rau quả (86,8%), hạn chế muối (80,6%), bỏ thuốc (70,8%) là khá cao, nhưng các nội dung chuyên sâu hơn như theo dõi cân nặng thường xuyên (18,8%) hoặc kiểm soát đường huyết (79,3%) vẫn chưa được hiểu đầy đủ. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Nguyệt và cộng sự tại Thái Nguyên, người dân Nam Định có nhận thức tốt hơn về các yếu tố nguy cơ phổ biến như tăng huyết áp⁶. Tuy nhiên, nhận thức về các yếu tố nguy cơ hành vi như stress, hút thuốc lá và ít vận động vẫn còn thấp ở cả hai địa phương. Nghiên cứu của Sujata Das et al. (Ấn Độ, 2021) cũng ghi nhận hiện tượng tương tự khi người dân dễ nhớ các yếu tố nguy cơ dễ nhận biết (tăng huyết áp, tiểu đường), nhưng thiếu kiến thức về yếu tố lối sống như béo phì hoặc căng thẳng⁷. Một nghiên cứu tại Trung Quốc cho thấy chỉ khoảng 60% người dân ở vùng nông thôn biết rằng hút thuốc là một yếu tố nguy cơ đột quỵ – con số này ở Nam Định là 61,3%, cho thấy tính phổ biến của hạn chế kiến thức về các yếu tố nguy cơ hành vi⁸.

4.2. Thực hành dự phòng đột quỵ. Thực hành dự phòng đột quỵ trong cộng đồng dân cư tỉnh Nam Định còn nhiều hạn chế, đặc biệt trong kiểm soát các yếu tố nguy cơ và thay đổi hành vi. Tỷ lệ người dân thường xuyên theo dõi huyết áp (21,7%) và kiểm tra đường huyết định kỳ (8,4%) là rất thấp, so với nghiên cứu tại Thái Nguyên có 31,1% đối tượng thường xuyên đo huyết áp hàng ngày⁶. Việc theo dõi sức khỏe định kỳ – chỉ đạt 42% – cho thấy cộng đồng chưa hình thành thói quen chăm sóc sức khỏe chủ động.

Hành vi sinh hoạt chưa hợp lý cũng là một rào cản lớn. Có đến 79,1% người dân thường xuyên ăn đồ nhiều dầu mỡ và 81,9% có thói quen ăn mặn – vượt xa khuyến cáo dinh dưỡng của WHO². Bên cạnh đó, 57,3% không tham gia hoạt động thể chất, điều này trái ngược với khuyến nghị tập luyện tối thiểu 150 phút mỗi tuần của AHA/ASA⁹. Kết quả này cũng thấp hơn với nghiên cứu của tác giả Minh Nguyệt khi có 86,8% thường xuyên tập thể dục và 62,8% ăn nhạt⁶. Bên cạnh đó, tỷ lệ tuân thủ điều trị tăng huyết áp (58,8%) và đái tháo đường (43,9%) còn thấp điều này cho thấy đây là một trong những nội dung cần chú ý khi quản lý người bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường.

Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức và thực hành dự phòng đột quỵ não của người dân tại Nam Định chưa thực sự tốt. Theo nghiên cứu của Sharma và cộng sự (2022), rào cản lớn trong việc thực hành dự phòng hiệu quả tại các

cộng đồng nông thôn ở Nam Á là sự thiếu hiểu biết, trình độ học vấn thấp, và sự tiếp cận hạn chế tới các dịch vụ y tế⁵. Nghiên cứu cũng chỉ ra một thực trạng tương tự, khi phần lớn người dân tiếp cận thông tin sức khỏe qua truyền thông đại chúng (58,2%), trong khi tỷ lệ tiếp cận thông tin qua nhân viên y tế chỉ đạt 43,6%. Vì vậy, nhận thức của người dân còn chưa đầy đủ, chủ yếu tập trung vào các khuyến cáo chung như ăn uống lành mạnh, bỏ thuốc lá – nhưng chưa hiểu rõ về kiểm soát bệnh nền hay nhận diện yếu tố nguy cơ cụ thể. Thêm vào đó, đặc điểm dân cư có trình độ học vấn chủ yếu ở mức tiểu học – trung học cơ sở (52,8%) cũng là yếu tố ảnh hưởng đáng kể tới khả năng tiếp cận, hiểu và áp dụng thông tin y tế. Ngoài ra thói quen cố hữu vẫn còn phổ biến ở người dân (ăn mặn).

4.3. Một số hạn chế. Các thông tin về kiến thức và hành vi chủ yếu được thu thập thông qua bảng hỏi tự điền (có giám sát), do đó có thể bị ảnh hưởng bởi sai số hồi tưởng, hiểu sai câu hỏi, làm tăng khả năng sai lệch thông tin. Bên cạnh đó, mặc dù nghiên cứu đã lựa chọn 3 xã/phường đại diện cho 3 vùng của tỉnh Nam Định, song cỡ mẫu vẫn chưa phản ánh đầy đủ sự đa dạng về kinh tế, văn hóa và trình độ dân trí giữa các địa phương trong toàn tỉnh. Do đó, khả năng khái quát hóa kết quả cho toàn bộ tỉnh vẫn còn hạn chế.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức và thực hành dự phòng đột quỵ của người dân tại cộng đồng tỉnh Nam Định còn nhiều hạn chế, đặc biệt là nhận thức về yếu tố nguy cơ hành vi và thực hiện các biện pháp phòng ngừa chủ động.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Tăng cường truyền thông – giáo dục sức khỏe tại cộng đồng với nội dung dễ hiểu, tập trung vào các yếu tố nguy cơ hành vi và cách dự phòng đột quỵ.

Phát huy vai trò của y tế cơ sở trong quản lý bệnh không lây nhiễm, tư vấn phòng chống đột quỵ và theo dõi sức khỏe định kỳ.

Lồng ghép nội dung phòng chống đột quỵ vào các chương trình chăm sóc sức khỏe thường xuyên, đặc biệt cho người cao tuổi và nhóm nguy cơ cao tại cộng đồng nông thôn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GBD** 2021 Stroke Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurol.* 2024;23(10):973-1003. doi:10.1016/S1474-4422(24)00369-7

2. **C. Bushnell, W. N. Kernan, A. Z. Sharrief, et al.** 2024 Guideline for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2024;55(12):344–424.
3. **Truyen TTTT, Vo NLY, Vo QP, et al.** Burden and risk factors of stroke in Vietnam from 1990 to 2021 - a systematic analysis from global burden disease 2021. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2025;34(3): 108241. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2025.108241
4. **Rasura M, Baldereschi M, Di Carlo A, et al.** Effectiveness of public stroke educational interventions: a review. *Eur J Neurol*. 2014;21(1):11–20. doi:10.1111/ene.12266
5. **Nowrin I, Bhattacharyya DS, Saif-Ur-Rahman KM.** Community-based interventions to prevent stroke in low-income and middle-income countries: a protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2022;12(8):e063181. Published 2022 Aug 8. doi:10.1136/bmjopen-2022-063181
6. **Nguyễn, Thị Minh Nguyệt, Văn Tuấn Trần, Thị Quyên Lê và cộng sự.** Kiến thức, thái độ và thực hành của người Cao tuổi về dự phòng đột quỵ não tại Thái Nguyên. *Tạp Chí thần Kinh học Việt Nam*. 2025; 2 (41): 32-40.
7. **Das S, Hazra A, Ray BK, et al.** Knowledge, attitude, and practice in relation to stroke: A community-based study from Kolkata, West Bengal, India. *Ann Indian Acad Neurol*. 2016;19(2):221–227.
8. **Li S, Cui LY, Anderson C, Zhu S & at al.** Public Awareness of Stroke and the Appropriate Responses in China: A Cross-Sectional Community-Based Study (FAST-RIGHT). *Stroke*. 2019 Jan 7;50(2)

ỨNG DỤNG PHƯƠNG PHÁP SIÊU ÂM PHỔI ĐÁNH GIÁ B LINE TRONG QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN SUY TIM CẤP

Phạm Trần Linh^{1,2,3}, Bùi Thanh Huyền⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm và sự thay đổi của hình ảnh B line trên siêu âm phổi ở bệnh nhân suy tim cấp trong quá trình điều trị. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến hành trên 45 bệnh nhân suy tim cấp. Bệnh nhân được siêu âm phổi đánh giá B line tại 4 vùng đơn giản hoá vào các thời điểm nhập viện và trong quá trình điều trị. **Kết quả:** Chỉ số B line trung bình khi nhập viện là $23,2 \pm 6,9$; tỷ lệ dương tính ở các vùng từ 86,7% đến 100%. Chỉ số và số lượng B line giảm dần trong quá trình điều trị, đặc biệt rõ nhất trong ngày đầu. Nhóm tử vong/xin về duy trì số lượng B line cao và biến thiên không ổn định. NT-proBNP > 9152,4 pg/mL liên quan đến số lượng B line cao hơn. Những bệnh nhân có rale ẩm, gan to và tĩnh mạch cổ nổi cũng ghi nhận số lượng B line cao hơn đáng kể. **Kết luận:** Siêu âm phổi là công cụ hiệu quả trong đánh giá và theo dõi đáp ứng điều trị ở bệnh nhân suy tim cấp. **Từ khóa:** B line, siêu âm phổi, suy tim cấp, ứ huyết phổi.

SUMMARY

APPLICATION OF LUNG ULTRASOUND FOR B-LINE EVALUATION IN THE MANAGEMENT OF ACUTE HEART FAILURE PATIENTS

¹Viện tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện 198

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trần Linh

Email: ptlinhmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025

Objective: To describe the characteristics and changes of B-line patterns on lung ultrasound in patients with acute heart failure during treatment. **Methods:** A descriptive case series was conducted on 45 patients diagnosed with acute heart failure. Lung ultrasound was performed in 4 simplified regions at admission and on subsequent treatment days. **Results:** The mean B-line index at admission was 23.2 ± 6.9 , with positive rates ranging from 86.7% to 100% across regions. The B-line index and the number of B-lines in each region decreased progressively during treatment, with the most significant reduction observed within the first day. Patients in the death/self-discharge group maintained a higher and more fluctuating number of B-lines compared to the discharge/transfer group. Patients with NT-proBNP > 9152.4 pg/mL consistently exhibited higher B-line counts. Those presenting with clinical signs such as crackles, hepatomegaly, and jugular vein distension also had significantly higher B-line numbers. **Conclusion:** Lung ultrasound is an effective tool for monitoring pulmonary congestion and assessing treatment response in acute heart failure, supporting timely therapeutic decision-making.

Keywords: B-line, lung ultrasound, acute heart failure, pulmonary congestion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là vấn đề phổ biến trong lâm sàng tim mạch với tỷ lệ gia tăng nhanh, đặc biệt ở người cao tuổi (2–3% dân số, 10–20% ở người trên 70 tuổi). Suy tim cấp là nguyên nhân hàng đầu gây nhập viện ở người trên 65 tuổi với tỷ lệ tử vong cao và chi phí điều trị lớn. Việc chẩn đoán nhanh tình trạng sốc tim và phù phổi là rất quan trọng để can thiệp kịp thời. Chẩn đoán dựa