

các nhân thuộc nhóm Bethesda III.⁶

Nghiên cứu của chúng tôi có hạn chế là chỉ đối chiếu 2 hệ thống phân loại với kết quả tế bào học do tiến hành tại bệnh viện tuyến cơ sở.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy cả hệ thống K-TIRADS và ACR-TIRADS đều có hiệu quả tốt trong đánh giá nguy cơ ác tính của các nốt tổn thương tuyến giáp. ACR-TIRADS có giá trị chẩn đoán cao hơn so với K-TIRADS trong đánh giá tổn thương nhân tuyến giáp. Việc áp dụng hệ thống phân loại siêu âm phù hợp có thể hỗ trợ hiệu quả cho quyết định lâm sàng, tối ưu hóa chiến lược chẩn đoán và điều trị các nốt tuyến giáp không xác định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cibas ES, Ali SZ.** The 2017 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. *Thyroid*. 2017;27(11):1341-6.
2. **Grani G, Lamartina L, Ascoli V, et al.** Reducing the number of unnecessary thyroid biopsies while improving diagnostic accuracy: toward the "right" TIRADS. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019;104(1):95-102.
3. **Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al.** 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules

and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2016;26(1):1-133.

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*. 2021;36(5):1111-20.
5. **Layfield LJ, Baloch ZW, Esebua M, et al.** Impact of the reclassification of the non-invasive follicular variant of papillary carcinoma as benign on the malignancy risk of the Bethesda system: a meta-analysis. *Acta Cytol*. 2017;61(3):187-93.
6. **Russ G, Bonnema SJ, Erdogan MF, et al.** European Thyroid Association Guidelines for Ultrasound Malignancy Risk Stratification of Thyroid Nodules in Adults: The EU-TIRADS. *Eur Thyroid J*. 2017;6(5):225-37.
7. **Shin JH, Baek JH, Chung J, et al.** Ultrasonography diagnosis and imaging-based management of thyroid nodules: revised Korean Society of Thyroid Radiology consensus statement and recommendations. *Korean J Radiol*. 2016;17(3):370-95.
8. **Tessler FN, Middleton WD, Grant EG, et al.** ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): White Paper of the ACR TI-RADS Committee. *J Am Coll Radiol*. 2017;14(5):587-95.
9. **Trimboli P, Fulciniti F, Zilioli V, et al.** Accuracy of international ultrasound risk stratification systems in thyroid lesions cytologically classified as indeterminate. *Diagn Cytopathol*. 2017;45(2):113-7.

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH XỬ LÝ BAN ĐẦU ĐỘT QUỴ CỦA NGƯỜI DÂN TẠI CỘNG ĐỒNG TỈNH NAM ĐỊNH

Trương Tuấn Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành xử lý ban đầu đột quỵ não của người dân tại cộng đồng tỉnh Nam Định. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 01- 03/2024 trên 1.800 người dân tại 3 xã/phường thuộc 3 vùng địa lý của tỉnh Nam Định. Dữ liệu được thu thập bằng bảng hỏi tự điền có giám sát, phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. **Kết quả:** Người dân có nhận thức tốt về một số dấu hiệu điển hình của đột quỵ như méo miệng (88,9%), nói ngọng (86,7%), yếu liệt tay chân (83,1%), nhưng nhận thức về các dấu hiệu không đặc hiệu như mất thị lực (38,3%) và mệt mỏi đột ngột (21,7%) còn thấp. Về xử lý ban đầu, 94,6% biết cần đưa bệnh nhân đến bệnh viện sớm, tuy nhiên chỉ 22,2% biết tư thế nằm an toàn, 20,3% biết hỏi tiền sử bệnh và triệu chứng.

Các hành vi không phù hợp như trích máu (32,3%), cao gió (36,6%), cho ăn/uống (55,7%) vẫn phổ biến. **Kết luận:** Kiến thức và thực hành xử lý ban đầu đột quỵ tại cộng đồng còn hạn chế, đặc biệt trong kỹ năng xử trí đúng. **Khuyến nghị:** Cần tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe, huấn luyện kỹ năng thực hành và phát huy vai trò của y tế cơ sở trong nâng cao năng lực xử trí đột quỵ tại cộng đồng.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND INITIAL STROKE MANAGEMENT PRACTICES AMONG COMMUNITY RESIDENTS IN NAM DINH PROVINCE, VIET NAM

Objective: To describe the knowledge and initial stroke management practices among community residents in Nam Dinh province, Vietnam. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted from January to March 2024 among 1,800 residents from three representative communes/wards in Nam Dinh province. Data were collected using supervised self-administered questionnaires and analyzed using SPSS version 16.0. **Results:** Residents demonstrated good awareness of typical stroke symptoms such as facial droop (88.9%),

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Chính

Email: anhtt@ndun.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 25.6.2025

slurred speech (86.7%), and limb weakness (83.1%). However, awareness of less specific signs such as sudden vision loss (38.3%) and fatigue (21.7%) remained low. While 94.6% of respondents knew to bring the patient to the hospital early, only 22.2% correctly identified the safe recovery position, and 20.3% knew to ask about medical history and symptom onset. Misguided practices like bloodletting (32.3%), coining or massage (36.6%), and giving food or drink (55.7%) were still common.

Conclusion: Knowledge and practices regarding initial stroke management in the community remain limited, especially in terms of correct emergency responses. **Recommendations:** Strengthening health education, practical skill training, and the role of primary healthcare in community-based stroke response is urgently needed.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật tại Việt Nam và trên thế giới¹⁻³. Can thiệp sớm trong vòng 3–6 giờ đầu kể từ khi xuất hiện triệu chứng có thể cứu sống và cải thiện đáng kể khả năng hồi phục cho người bệnh. Tuy nhiên, nhiều trường hợp đến viện muộn do người thân không nhận biết được dấu hiệu đột quỵ hoặc xử trí ban đầu sai cách dẫn đến những hậu quả nặng nề cho người bệnh.

Các nghiên cứu cho thấy kiến thức và thực hành xử trí ban đầu đột quỵ tại cộng đồng còn hạn chế. Một nghiên cứu tại Trung Quốc cho thấy chỉ 41,5% người dân biết cách xử lý ban đầu đúng⁴. Tại Việt Nam, Nghiên cứu chỉ ra chỉ có dưới 50% đối tượng biết về dấu hiệu cảnh báo đột quỵ FAST và chỉ có 40,40% người tham gia biết cách xử trí cấp cứu ban đầu cho bệnh nhân đột quỵ⁵, bên cạnh đó vẫn còn phổ biến quan điểm trích máu, cạo gió, cho ăn/uống có thể gây sặc hoặc trì hoãn “thời gian vàng” cấp cứu.

Tại Nam Định chưa có nghiên cứu hệ thống nào đánh giá cụ thể về thực trạng nhận thức và thực hành xử lý ban đầu đột quỵ não của người dân tại đây. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu “mô tả thực trạng kiến thức và thực hành xử lý ban đầu đột quỵ của người dân tỉnh Nam Định” để làm cơ sở xây dựng các can thiệp truyền thông – giáo dục sức khỏe tại cộng đồng nhằm nâng cao hiệu quả xử trí đột quỵ tại địa phương, giúp giảm tỷ lệ tử vong, tàn tật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người dân từ 18 tuổi trở lên, đang cư trú tại địa phương trên 1 năm và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người có bệnh lý

nặng hoặc không đủ khả năng nhận thức, giao tiếp để trả lời bảng hỏi.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Số liệu được thu thập từ tháng 01/2024 đến 03/2024, tại tỉnh Nam Định

2.3. Phương pháp nghiên cứu.

Cỡ mẫu được tính theo công thức xác định tỷ lệ trong nghiên cứu mô tả. Kết quả tính được $n = 1536$; cộng thêm 20% dự phòng rút lui, cỡ mẫu làm tròn là 1.800 người.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu nhiều giai đoạn, từ cấp huyện/thành phố, xã/phường đến chọn người dân.

2.4. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin.

Sử dụng bảng hỏi cấu trúc tự điền có giám sát, gồm 3 phần: thông tin nhân khẩu – xã hội học; kiến thức về nhận diện sớm và xử lý ban đầu đột quỵ; thực hành xử lý ban đầu đột quỵ.

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. 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

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
18-50	409	22,7
50-70	896	49,8
> 70	495	27,5
Giới		
Nam	803	44,6
Nữ	997	55,4
Trình độ học vấn		
Tiểu học, trung học cơ sở	951	52,8
Trung học phổ thông	471	26,2
Trung cấp, cao đẳng	198	11,0
Đại học, sau đại học	180	10,0
Nghề nghiệp		
Nông dân	895	49,8
Công nhân	219	12,2
Hưu	355	19,7
Khác	455	25,3
Tình trạng hôn nhân		

Kết hôn	1554	86,3
Độc thân/ly hôn/góa	247	13,7

Nhận xét: Nhóm tuổi từ 50 – 70 chiếm tỷ lệ cao nhất (49,8%). Nữ giới chiếm 55,4%. Nhóm người có trình độ Tiểu học, trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất (52,2%). Người làm nông dân chiếm đa số (49,7%). Hầu hết đối tượng nghiên cứu (86,3%) kết hôn

Bảng 3.2. Một số chỉ số sức khỏe của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Chỉ số huyết áp		
Bình thường	1175	65,3
Cao	479	26,6
Thấp	12	0,7
Không biết	134	7,4
Chỉ số đường huyết		
Bình thường	398	22,1
Cao	85	4,7
Thấp	7	0,03
Không biết	1310	72,8
BMI		
Gầy	80	4,4
Bình thường	1632	90,7
Thừa cân và béo phì	88	4,9

Nhận xét: 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

***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.

***Tiếp cận thông tin và nhu cầu giáo dục sức khỏe về đột quỵ.** Có 66,9% người dân cho biết đã từng tiếp cận thông tin giáo dục sức khỏe (GDSK) về đột quỵ, trong đó phương tiện truyền thông chiếm tỷ lệ cao nhất (58,2%), tiếp đến là nhân viên y tế (43,6%). Có 96,8% người dân bày tỏ mong muốn được nhận thêm hướng dẫn về xử lý ban đầu đột quỵ não.

3.2. Kiến thức về xử lý ban đầu đột quỵ não tại đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Kiến thức về phát hiện sớm đột quỵ não

Dấu hiệu phát hiện sớm đột quỵ não	Trả lời	
	Đúng n(%)	Sai/không biết n(%)
Mất thăng bằng, cử động khó khăn, không thể phối hợp	1455 (80,8)	345 (19,2)

các động tác vận động		
Đau đầu dữ dội, có thể kèm theo nôn/buồn nôn	1315 (73,1)	485 (26,9)
Nhìn mờ/mất thị lực	690 (38,3)	1110 (61,7)
Yếu liệt một bên cơ thể hoặc không thể cử động một bên chân tay	1496 (83,1)	304 (16,9)
Đột nhiên cảm thấy mất sức, cơ thể mệt mỏi	390 (21,7)	1410 (78,3)
Tê cứng mặt hoặc một nửa mặt, nụ cười bị méo mó, nhân trung bị lệch	1600 (88,9)	200 (11,1)
Mất khả năng nói/nói nhưng khó phát âm, nói ngọng	1560 (86,7)	240 (13,3)

Nhận xét: Các dấu hiệu được biết đến nhiều nhất tê cứng mặt hoặc một nửa mặt, nụ cười bị méo mó, nhân trung bị lệch (88,9), mất khả năng nói hoặc nói nhưng khó phát âm, nói ngọng (86,7%). Một số dấu hiệu cảnh báo rất ít đối tượng biết đến là giảm hoặc mất thị lực một hoặc hai mắt (38,3%), Đột nhiên cảm thấy mất sức, cơ thể mệt mỏi (21,7%).

Bảng 3.4. Kiến thức về xử lý ban đầu đột quỵ não

Xử lý ban đầu đột quỵ não	Trả lời	
	Đúng n(%)	Sai/không biết n(%)
Không cần làm gì cả	1393 (77,4)	407 (22,6)
Nên hỗ trợ người bệnh tránh té ngã	1680 (93,3)	120 (6,7)
Để người bệnh nằm tư thế an toàn	400 (22,2)	1400 (77,8)
Gọi ngay xe cứu thương, thông báo có người bị đột quỵ não	1696 (94,2)	104 (5,8)
Đưa người bệnh đến bệnh viện càng sớm càng tốt	1702 (94,6)	98 (5,4)
Hỏi người bệnh/người nhà về tiền sử, loại thuốc đang dùng, thời điểm đột quỵ, các dấu hiệu	365 (20,3)	1435 (79,7)
Theo dõi các dấu hiệu, cung cấp cho nhân viên y tế	396 (22,0)	1404 (78,0)
Nếu người bệnh bị ngất, kiểm tra mạch, phát hiện ngưng tim cần thực hiện ngay hồi sức tim phổi	1194 (66,3)	606 (33,7)
Cho người bệnh uống thuốc người bệnh thường dùng	225 (12,5)	1575 (87,5)
Cho người bệnh ăn nhẹ	403 (22,4)	1397 (77,6)

hoặc uống nước/sữa...		
Cạo gió/đánh cảm/xoa bóp cho người bệnh	689 (38,3)	1111 (61,7)
Trích máu đầu ngón tay, dái tai cho người bệnh	627 (34,8)	1153 (65,2)
Khuyên người bệnh điều trị bằng tâm linh	1274 (70,8)	526 (29,2)
Cho người bệnh tự đi xe đến viện	1277 (70,9)	523 (29,1)

Nhận xét: Phần lớn người dân biết cần gọi xe cấp cứu (94,2%) và đưa người bệnh đến bệnh viện sớm (94,6%). Tuy nhiên, các kỹ năng quan trọng khác lại được nhận biết thấp: 22,2% biết tư thế nằm an toàn; 20,3% biết hỏi người bệnh về tiền sử, thời điểm xảy ra triệu chứng; 22,0% biết theo dõi các dấu hiệu để cung cấp cho nhân viên y tế. Ngoài ra, vẫn còn nhiều quan niệm sai lầm: 34,8% tin rằng cần trích máu ở ngón tay/dái tai; 38,3% cho rằng nên cạo gió/xoa bóp; 55,7% cho ăn hoặc uống nước/sữa cho người bệnh; 54,1% cho người bệnh uống thuốc đang dùng; 70,9% đồng ý để người bệnh tự đi đến viện.

3.2. Thực hành xử lý ban đầu đột quy não tại đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.5. Thực hành xử lý ban đầu đột quy não của ĐTNC

Nội dung	Thực hiện	
	Có	Không
Hỗ trợ người bệnh tránh té ngã	1645 (91,4)	155 (8,6)
Đặt người bệnh nằm tư thế an toàn	286 (15,9)	1514 (84,1)
Gọi xe cứu thương (115)	1742 (96,8)	58 (3,2)
Đưa ngay người bệnh đến bệnh viện	1751 (97,3)	49 (2,7)
Hỏi tiền sử, loại thuốc đang dùng, thời điểm đột quy, các dấu hiệu	383 (21,3)	1417 (78,7)
Theo dõi các dấu hiệu, cung cấp thông tin cho nhân viên y tế	402 (22,3)	1398 (77,7)
Hồi sức tim phổi (trường hợp bệnh nhân bị ngưng tuần hoàn)	439 (24,4)	1361 (75,6)

Nhận xét: Trong thực hành, phần lớn người dân thực hiện hỗ trợ tránh té ngã (91,4%), gọi cấp cứu (96,8%) và đưa đi viện sớm (97,3%). Tuy nhiên, các kỹ năng mang tính chuyên môn lại ít được thực hiện: 15,9% đặt người bệnh nằm đúng tư thế; 21,3% hỏi được thông tin bệnh lý cơ bản; 22,3% theo dõi dấu hiệu để cung cấp cho nhân viên y tế; 24,4% thực hiện hồi sức tim phổi khi người bệnh ngưng tim.

Bảng 3.6. Một số biện pháp xử lý ban đầu đột quy não không phù hợp của ĐTNC

Nội dung	Thực hiện	
	n	Tỷ lệ
Cho người bệnh uống thuốc	974	54,1
Cho người bệnh ăn nhẹ hoặc uống nước/sữa...	1003	55,7
Cạo gió/đánh cảm/xoa bóp cho người bệnh	659	36,6
Trích máu đầu ngón tay, dái tai cho người bệnh	582	32,3
Khuyên người bệnh điều trị bằng tâm linh	184	10,2
Cho người bệnh tự đi xe đến viện	195	10,8

Nhận xét: Một số hành vi không phù hợp vẫn còn phổ biến: 55,7% cho người bệnh ăn uống; 54,1% cho uống thuốc; 36,6% cạo gió/đánh cảm; 32,3% thực hiện trích máu; 10,8% cho người bệnh tự đi xe đến bệnh viện.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức xử lý ban đầu đột quy não. Kết quả nghiên cứu cho thấy, phần lớn người dân tại cộng đồng tỉnh Nam Định có nhận thức tương đối tốt về một số dấu hiệu điển hình của đột quy như méo miệng, nói khó, yếu liệt tay chân. Tuy nhiên, những triệu chứng ít đặc hiệu hơn như mất thị lực (38,3%) hoặc mệt mỏi đột ngột (21,7%) lại ít được biết đến. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đó tại Việt Nam và quốc tế, cho thấy người dân thường chỉ nhận diện các biểu hiện rõ ràng, dễ quan sát, trong khi bỏ qua các dấu hiệu kín đáo nhưng nguy hiểm. Nghiên cứu của Lưu Quang Minh và cộng sự trên đối tượng thân nhân người bệnh đột quy cho thấy đa phần thân nhân bệnh nhân đột quy biết được dấu hiệu khởi phát của bệnh là liệt tay (46,7%), nói khó (30,7%), kể đến là liệt mặt (28,0%). Tuy nhiên, có đến 32% thân nhân không biết các dấu hiệu của đột quy và 25,3% không thấy được sự khẩn trương của việc cấp cứu đột quy⁶. Nghiên cứu của Đồng Thị Ngọc Mai (2021) cũng cho thấy chỉ có 41,4% biết các dấu hiệu của FAST⁵. Điều này cho thấy cần thiết phải truyền thông đa chiều về nhận diện dấu hiệu sớm của đột quy theo mô hình FAST, đồng thời nhấn mạnh các triệu chứng thường bị bỏ qua.

Kiến thức về xử lý ban đầu đột quy não: tỷ lệ người dân biết gọi cấp cứu (94,2%) và đưa người bệnh đến bệnh viện sớm (94,6%) là rất đáng khích lệ, nhưng kiến thức về các thao tác xử trí ban đầu đúng như đặt tư thế an toàn (22,2%), hỏi bệnh sử (20,3%) hay theo dõi dấu hiệu lâm sàng (22%) lại còn rất hạn chế. Đặc biệt, nhiều người vẫn tin và áp dụng các biện pháp không phù hợp như trích máu (34,8%), cạo gió (38,3%) hoặc cho người bệnh uống

thuốc sắc có (54,1%), ăn uống (55,7%). Các quan niệm này phản ánh ảnh hưởng sâu sắc của văn hóa dân gian và thiếu hụt thông tin y tế chính thống tại cộng đồng. Nghiên cứu của Lưu Quang Minh cũng chỉ ra có đến 53,3% đối tượng không biết đến các biện pháp xử lý khi gặp người bệnh đột quỵ⁶. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của Đồng Thị Ngọc Mai (40,4%)⁵. So với nghiên cứu của Rasura M (2015) tổng quan về can thiệp giáo dục cộng đồng tại các nước đang phát triển, nhận thức sai về xử trí ban đầu là một rào cản lớn khiến bệnh nhân không tiếp cận kịp thời dịch vụ y tế chuyên môn, làm tăng tỷ lệ tử vong và tàn tật do đột quỵ⁷.

Kiến thức xử lý ban đầu đột quỵ não của người dân còn thấp điều này có thể do trình độ học vấn của đối tượng không cao (hơn 50% ở mức tiểu học và THCS), tỷ lệ người làm nông nghiệp cao (49,7%) và độ tuổi trung bình cao. Đây là những yếu tố khiến khả năng tiếp cận và tiếp nhận thông tin y tế bị hạn chế. Bên cạnh đó, chỉ 43,6% người dân từng được tiếp cận thông tin từ nhân viên y tế, trong khi đây là nguồn thông tin tin cậy và cần thiết nhất. Điều này cho thấy vai trò của y tế cơ sở trong truyền thông – giáo dục sức khỏe cần được tăng cường, đồng thời kết hợp các phương tiện truyền thông đại chúng và truyền thông trực tiếp.

4.2. Thực hành xử lý ban đầu đột quỵ não. Kết quả nghiên cứu phản ánh khoảng cách lớn giữa kiến thức và thực hành. Dù nhận thức được tầm quan trọng của cấp cứu sớm, nhưng thực tế tỷ lệ người biết thực hiện đúng các thao tác ban đầu như đặt tư thế, hỏi bệnh sử hay hỗ trợ hô hấp tim phổi lại rất thấp (15,9 – 24,4%). Bên cạnh đó, có rất nhiều người thực hiện như cho người bệnh uống thuốc (54,1%), cho người bệnh ăn uống (55,7%). Đặc biệt, tỷ lệ thực hành các biện pháp không phù hợp còn cao. Các biện pháp dân gian như trích máu đầu ngón tay, dãi tai cho người bệnh (32,3%); cạo gió/đánh cảm/xoa bóp (36,6%). Các biện pháp này thường được bà con truyền miệng cho nhau, hoặc được hướng dẫn qua các kênh không chính thống. Các hành vi không phù hợp không chỉ trì hoãn “thời gian vàng” trong điều trị mà còn có thể gây nguy hiểm cho người bệnh (như gây sặc, mất ý thức, tụt huyết áp). Điều này cũng thể hiện ở nghiên cứu của Lưu Quang Minh khi chỉ có 30,7% sơ cứu đúng, và chỉ có 20,7% nhanh chóng đưa người bệnh đến cơ sở y tế.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy đây là nội dung hết sức quan trọng cần được đưa vào chương trình giáo dục sức khỏe cộng đồng một cách trọng tâm. Trong quá trình giáo dục sức

khỏe cần có các minh họa trực quan, dễ hiểu, cũng như cần có những hướng dẫn cụ thể, trực quan các bước xử lý.

4.3. Hạn chế của nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang chỉ phản ánh thực trạng tại thời điểm khảo sát, không đánh giá được sự thay đổi theo thời gian. Dữ liệu thu thập dựa trên tự báo cáo của người tham gia, có thể dẫn đến sai lệch thông tin do nhớ lại không chính xác hoặc muốn trả lời theo hướng xã hội mong đợi. Bên cạnh đó, nghiên cứu được thực hiện tại ba xã/phường đại diện cho tỉnh Nam Định, do đó kết quả có thể không phản ánh đầy đủ tình hình ở các khu vực khác trong tỉnh hoặc các tỉnh khác.

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.

Khoảng cách giữa kiến thức và thực hành còn lớn, cho thấy cần có các giải pháp can thiệp toàn diện nhằm nâng cao hiệu quả phòng ngừa và xử trí đột quỵ tại cộng đồng.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Tăng cường truyền thông – giáo dục sức khỏe về nhận diện dấu hiệu và xử trí ban đầu đột quỵ bằng hình thức trực quan, dễ hiểu, phù hợp trình độ dân cư nông thôn.

Đẩy mạnh vai trò của y tế cơ sở trong tư vấn, giáo dục thường xuyên, kết hợp với các hội, đoàn thể trong cộng đồng.

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. **Mai DT, Dao XC, Luong NK, Nguyen TK, Nguyen HT, Nguyen TN.** Current State of Stroke Care in Vietnam. *Stroke Vasc Interv Neurol.* 2022;2(2):e000331. doi:10.1161/SVIN.121.000331
3. **Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al.** Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association [published correction appears in *Stroke*. 2019 Dec;50(12)]
4. **Zhong X, Wang J, He L, Xu R.** Recognition of stroke-related knowledge among community residents and the improvement after intensive

health education: a cross-sectional study. BMC Neurol. 2020;20(1):373. Published 2020 Oct 12. doi:10.1186/s12883-020-01951-6

5. Nguyễn T.M.Đ, Bùi T.N. Thời gian cấp cứu trước viện và hiểu biết của người nhà bệnh nhân tại Thanh Hóa. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;501(2):117–121.

6. Đồng T.N.M, Lê T.N.A, Trần T.K.L. Khảo sát một số hiểu biết về yếu tố nguy cơ, triệu chứng và sơ cứu của thân nhân bệnh nhân đột quỵ. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108. 2021;16(6):45–50.

7. 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

TỶ LỆ TÂN SINH TRONG BIỂU MÔ CỔ TỬ CUNG Ở PHỤ NỮ TẦM SOÁT UNG THƯ CỔ TỬ CUNG CÓ NHIỄM HPV NGUY CƠ CAO VÀ PHẾT TẾ BÀO HỌC ÂM TÍNH

Văn Đức Dương¹, Nguyễn Hữu Trung², Nguyễn Thị Ngọc Trúc²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ tân sinh trong biểu mô CTC ở phụ nữ tầm soát ung thư cổ tử cung có nhiễm HPV nguy cơ cao và phết tế bào học âm tính và soi cổ tử cung bất thường tại Bệnh viện Âu Cơ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu báo cáo loạt ca khảo sát 57 trường hợp phụ nữ tầm soát ung thư cổ tử cung có kết quả dương tính HPV nguy cơ cao, tế bào học bất thường và soi cổ tử cung bất thường tại Bệnh viện Âu Cơ trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2017 đến tháng 3/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ tân sinh trong biểu mô cổ tử cung ở phụ nữ dương tính với HPV nguy cơ cao nhưng tế bào học âm tính và soi cổ tử cung bất thường là 73,7% (KTC 95%: 60,3–84,5). Trong đó tân sinh trong biểu mô cổ tử cung mức độ cao (CIN 2+) chiếm tỷ lệ 31,6% và không có trường hợp nào ung thư cổ tử cung. **Kết luận:** Cần có sự quan sát lâu dài để thấy rõ được mối liên quan giữa thời gian phơi nhiễm HPV với tân sinh trong biểu mô cổ tử cung. **Từ khóa:** HPV, tân sinh trong biểu mô cổ tử cung, ung thư cổ tử cung

SUMMARY

EPITHELIAL PROLIFERATION RATE IN THE CERVIX OF WOMEN UNDERGOING CERVICAL CANCER SCREENING WITH HIGH-RISK HPV INFECTION AND NEGATIVE CYTOLOGY RESULTS

Objective: To determine the rate of cervical intraepithelial neoplasia in women screened for cervical cancer with high-risk HPV infection and negative cytology and abnormal colposcopy at Au Co Hospital. **Method:** The study reports a series of 57 cases of women screened for cervical cancer with positive high-risk HPV results, abnormal cytology and abnormal colposcopy at Au Co Hospital during the

study period from January 2017 to March 2024.

Results: The rate of cervical intraepithelial neoplasia in women positive for high-risk HPV but negative cytology and abnormal colposcopy was 73.7% (95% CI: 60.3–84.5). Of which, high-grade cervical intraepithelial neoplasia (CIN 2+) accounted for 31.6% and there were no cases of cervical cancer.

Conclusion: Long-term observation is needed to clearly see the relationship between HPV exposure time and cervical intraepithelial neoplasia.

Keywords: Human papillomavirus, cervical intraepithelial neoplasia, cervical cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là loại ung thư gây tử vong đứng hàng thứ tư trong các bệnh lý ung thư nói chung và đứng hàng thứ hai trong các bệnh ung thư phụ khoa ở nữ giới. Theo số liệu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2012, trên toàn thế giới có 528.000 ca mắc mới được chẩn đoán và số tử vong lên đến 266.000 ca [1]. Năm 2018, tại Việt Nam ghi nhận có hơn 164.000 ca mới mắc và hơn 114.000 ca tử vong [2].

Ung thư cổ tử cung là bệnh lý ác tính có khả năng phát hiện sớm nhờ vào các chiến lược sàng lọc từ giai đoạn tiền ung thư (CIN). Nguyên nhân đóng vai trò chính trong bệnh sinh của CIN và UTCTC là HPV nguy cơ cao. Ung thư cổ tử cung có tiến trình hình thành theo giai đoạn hơn là tiến triển quá nhanh. Các tổn thương tiền xâm lấn có thể tồn tại ngay cả trong giai đoạn bệnh lý của các tế bào nông hoặc thương tổn trong liên bào trong nhiều năm trước khi chuyển sang xâm lấn. Mặc dù giai đoạn sớm của bệnh lý tiền xâm lấn có thể không triệu chứng, nhưng chúng có thể được phát hiện qua quan sát, xét nghiệm tế bào học cổ tử cung, xét nghiệm HPV, qua soi cổ tử cung và sinh thiết tổn thương [3, 4].

Phết tế bào học, xét nghiệm HPV và soi cổ tử cung là những phương tiện mũi nhọn trong tầm soát ung thư cổ tử cung tại bệnh viện Âu Cơ. Những trường hợp có kết quả tế bào học bất

¹Bệnh viện Âu Cơ

²Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Trung

Email: drtrung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 25.6.2025