

với các nhóm mô học này. Các nghiên cứu đa trung tâm, tiến cứu với cỡ mẫu lớn hơn sẽ cần thiết để khẳng định và mở rộng kết quả.

Nghiên cứu không đối chiếu với GPB sau phẫu thuật, nên không tính được độ nhạy và độ đặc hiệu thật sự của STXTN – CLVT so với "tiêu chuẩn vàng" là phẫu thuật.

## V. KẾT LUẬN

- Nghiên cứu cho thấy sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định có giá trị chẩn đoán cao với 71% mẫu có tế bào ác tính, phân bố mô học phù hợp với đặc điểm dịch tễ học, trong đó ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất

- Thủ thuật được đánh giá có độ an toàn tương đối cao, với tỷ lệ biến chứng trong giới hạn cho phép và tỷ lệ can thiệp thấp.

- Không ghi nhận mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa đặc điểm mô học và nguy cơ biến chứng. Các yếu tố kỹ thuật và cá thể đóng vai trò chủ đạo trong nguy cơ tai biến. Điều này nhấn mạnh vai trò của kinh nghiệm can thiệp viên và sự chuẩn hóa quy trình kỹ thuật.

## VI. KIẾN NGHỊ

1. Tiếp tục triển khai STXTN-CLVT cho các u phổi nghi ác tính tại cơ sở có kinh nghiệm: hiệu quả chẩn đoán cao, tỷ lệ tai biến ở mức chấp nhận được và tỷ lệ tai biến nặng rất thấp.

2. Thực hiện nghiên cứu tiếp theo đối chiếu kết quả giải phẫu bệnh của tổn thương lấy từ phương pháp STXTN – CLVT với GPB lấy từ mẫu mô sau phẫu thuật để ước lượng độ nhạy – đặc hiệu thực sự và mức độ phù hợp giữa hai phương pháp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F., Laversanne M., Sung H., et al.** (2024), "Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", 74 (3), pp. 229-263.
2. **Ettinger D. J. N. C. C. N.** (2020), "NCCN clinical guidelines in oncology: non-small cell lung cancer", 3, pp. 1.
3. **Heerink W. J., de Bock G. H., de Jonge G. J., et al.** (2017), "Complication rates of CT-guided transthoracic lung biopsy: meta-analysis", 27 (1), pp. 138-148.
4. **Kim J., Chee C. G., Cho J., et al.** (2021), "Diagnostic accuracy and complication rate of image-guided percutaneous transthoracic needle lung biopsy for subsolid pulmonary nodules: a systematic review and meta-analysis", 94 (1127), pp. 20210065.
5. **Laurent F., Latrabe V., Vergier B., et al.** (2000), "CT-guided transthoracic needle biopsy of pulmonary nodules smaller than 20 mm: results with an automated 20-gauge coaxial cutting needle", 55 (4), pp. 281-287.
6. **Lindeman N. I., Cagle P. T., Aisner D. L., et al.** (2018), "Updated molecular testing guideline for the selection of lung cancer patients for treatment with targeted tyrosine kinase inhibitors: guideline from the College of American Pathologists, the International Association for the Study of Lung Cancer, and the Association for Molecular Pathology", 142 (3), pp. 321-346.
7. **Liu G.-S., Wang S.-Q., Liu H.-L., et al.** (2020), "Computed tomography-guided biopsy for small ( $\leq 20$  mm) lung nodules: a meta-analysis", 44 (6), pp. 841-846.
8. **Sung H., Ferlay J., Siegel R. L., et al.** (2021), "Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", 71 (3), pp. 209-249.
9. **Youlden D. R., Cramb S. M., Baade P. D. J. J. o. t. o.** (2008), "The International Epidemiology of Lung Cancer: geographical distribution and secular trends", 3 (8), pp. 819-831.

# THỰC TRẠNG TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN HẢI DƯƠNG NĂM 2024

Phạm Thị Cẩm Hưng<sup>1</sup>, Nguyễn Đoàn Phi Hùng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng tự chăm sóc của người bệnh tâm thần phân liệt tại Bệnh viện Tâm thần Hải Dương năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với cỡ mẫu thuận tiện 67 người bệnh tâm thần phân liệt điều trị

tại Bệnh viện Tâm thần Hải Dương. **Kết quả:** Khả năng tự chăm sóc của người bệnh tâm thần phân liệt bị suy giảm nhiều, 29 người (43,28%) cần trợ giúp, 9 người (13,44%) phụ thuộc hoàn toàn vào người chăm sóc. Đa số người bệnh gặp vấn đề trong việc họ quên cách thực hiện hoạt động sinh hoạt hàng ngày như mặc đồ ngược, sai mặt, tắm rửa chưa sạch... trong đó, 31 người (46,27%) cần trợ giúp trong việc ăn uống và mặc quần áo; 29 người (43,28%) cần trợ giúp trong việc tắm rửa; 23 người (34,33%) cần trợ giúp trong việc dịch chuyển và đi vệ sinh; 12 người (17,91%) không tự chủ kiểm soát cơ tròn. **Kết luận:** Khả năng tự chăm sóc của người bệnh tâm thần phân liệt bị suy giảm nhiều. Đa số người bệnh quên cách

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Cẩm Hưng

Email: phamcamhungal@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

thực hiện hoạt động sinh hoạt hàng ngày như mặc đồ ngược, sai mặt, tắm rửa chưa sạch. **Từ khóa:** Người bệnh, tâm thần, tâm thần phân liệt, tự chăm sóc

## SUMMARY

### SELF-CARE STATUS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS AT HAI DUONG MENTAL HOSPITAL IN 2024

**Objective:** Describe the current status of self-care of schizophrenic patients at Hai Duong Mental Hospital in 2024. **Research subjects and methods:** cross-sectional descriptive study with a convenient sample size of 67 schizophrenic patients treated at Hai Duong Mental Hospital. **Results:** The self-care ability of schizophrenic patients is significantly impaired, 29 people (43.28%) need help, 9 people (13.44%) are completely dependent on caregivers. Most patients have problems in forgetting how to perform daily activities such as wearing clothes backwards, facing the wrong way, not bathing properly... of which, 31 people (46.27%) need help with eating and dressing; 29 people (43.28%) need help with bathing; 23 people (34.33%) need help with moving and going to the toilet; 12 people (17.91%) have involuntary control of their sphincter muscles. **Conclusion:** The ability of schizophrenic patients to take care of themselves is greatly reduced. Most patients forget how to perform daily activities such as wearing clothes backwards, facing the wrong way, not bathing properly. **Keywords:** Patient, mental health, schizophrenia, self-care

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt là một nhóm bệnh loạn thần nặng, với đặc trưng là các triệu chứng loạn thần như hoang tưởng, ảo giác, căng trương lực, hành vi thanh xuân và ngôn ngữ thanh xuân. Các triệu chứng của tâm thần phân liệt rất đa dạng, phong phú và luôn thay đổi theo thời gian. Tâm thần phân liệt ảnh hưởng đến khả năng nhận thức, cảm xúc và hành vi của người bệnh, gây ra nhiều khó khăn trong cuộc sống, công việc và giao tiếp xã hội. Chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng tiêu cực bởi sự suy giảm chức năng xã hội này.

Theo Viện Đo lường và Đánh giá Sức khỏe (IHME), số người mắc tâm thần phân liệt đã tăng từ 20,9 triệu trường hợp năm 2016 lên đến 24 triệu trường hợp trong năm 2019, tỷ lệ mắc 0,32% trên toàn thế giới. Tỷ lệ này là 1 trên 222 người 0,45% ở nam giới [1]. Bệnh tâm thần phân liệt tuy chiếm tỷ lệ thấp so với nhiều mặt bệnh khác nhưng đứng thứ 12 về gánh nặng bệnh tật toàn cầu. Tỷ lệ mắc bệnh này ở Việt Nam là 0,3-0,8% và hàng năm tăng thêm 0,1-0,15% dân số [1].

Điều trị Tâm thần phân liệt gồm các liệu pháp hóa dược, liệu pháp tâm lý và phục hồi chức năng tâm lý xã hội. Để đạt kết quả điều trị,

cần đánh giá đúng tình trạng bệnh, khả năng hiện tại của người bệnh, các hoạt động hàng ngày của người bệnh... Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Thực trạng tự chăm sóc của người bệnh tâm thần phân liệt tại Bệnh viện Tâm thần Hải Dương năm 2024".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

### 2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Bệnh viện Tâm thần Hải Dương, Thành phố Hải Phòng

- Thời gian: từ tháng 12 năm 2023 đến tháng 5 năm 2024

**2.3. Đối tượng nghiên cứu:** 67 người bệnh và gia đình người bệnh (người chăm sóc – NCS) được chẩn đoán TTPL đang điều trị nội trú và ngoại trú tại BV TT Hải Dương từ tháng 01 năm 2024 đến hết tháng 4 năm 2024. Người bệnh được chẩn đoán TTPL theo bệnh án chẩn đoán của BV TT Hải Dương và chẩn đoán xác định theo (ICD-10), người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ theo tiêu chuẩn NC.

### 2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

- Cỡ mẫu: 67 người bệnh.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn tất cả NB và NCS đáp ứng tiêu chuẩn chọn lựa và loại trừ đang điều trị ngoại trú và nội trú tại BV TT Hải Dương

### 2.5. Nội dung, biến số nghiên cứu

- Tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, chỗ ở/môi trường sống, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thời gian điều trị nội trú, các phương pháp điều trị đã áp dụng

- Khả năng tự chăm sóc: tắm rửa, mặc quần áo, đi vệ sinh, dịch chuyển, kiểm soát cơ tròn và ăn uống. Các biến số được tính theo chỉ số độc lập sinh hoạt hàng ngày Katz. NB được cho điểm để đánh giá tính độc lập trong từng chức năng trong số sáu chức năng.

**2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:** Công cụ thu thập số liệu: Sử dụng phiếu được thiết kế sẵn gồm 3 phần. Phần 1 là những câu hỏi về thông tin của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC), phần 2 gồm khả năng tự chăm sóc và nhu cầu PHCN. Phần 3 là xin ý kiến của ĐTNC để cải thiện dịch vụ chăm sóc tại viện và chia sẻ thêm về bệnh TTPL

**2.7. Phương pháp xử lý, phân tích số liệu:** Sử dụng phần mềm thống kê Excel, SPSS phiên bản 20

**2.8. Đạo đức nghiên cứu:** NC được thông qua Hội đồng NCKH của trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, được sự chấp thuận của BV TT Hải Dương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

Tuổi (n=67)	NB Nội trú (n=20)		NB Ngoại trú (n=47)		Tổng (n=67)	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<31	1	5	0	0	1	1,49
31-40	2	10	5	10,64	7	10,45
41-50	3	15	13	27,66	16	23,88
51-60	6	30	18	38,3	24	35,82
>60	8	40	11	23,4	19	28,36
<b>Giới tính</b>						
Nam	15	75	26	55,32	41	61,19
Nữ	5	25	21	44,68	26	38,81
<b>Thời gian điều trị nội trú lần gần nhất (n=67)</b>	<b>NB Nội trú (n=20)</b>		<b>NB Ngoại trú (n=47)</b>		<b>Tổng (n=67)</b>	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 2 tuần	0	0	1	2,13	1	1,49
2 – 4 tuần	4	20	20	42,55	24	35,82
> 4 tuần	16	80	26	55,32	42	62,69
<b>Các phương pháp điều trị đã áp dụng (n=67)</b>	<b>NB Nội trú (n=20)</b>		<b>NB Ngoại trú (n=47)</b>		<b>Tổng (n=67)</b>	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hóa dược	20	100	47	100	67	100
Phục hồi chức năng tâm thần	14	70	15	0	29	43,28
Sốc điện, kích thích từ xuyên sọ	0	0	0	0	0	0
Khác	2	10	4	8,51	6	8,96

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình của ĐTNC là 55,00 ± 12,41. Trong đó nhóm tuổi từ 51 đến 60 tuổi chiếm 35,82%, có 41 người (61,19%) là nam, tỷ lệ NB điều trị nội trú lần gần nhất 4 tuần là (62,69%). NB TTPL được áp dụng các phương pháp điều trị chủ yếu là hóa dược (100%).

**Bảng 2. Khả năng tự chăm sóc của người bệnh tâm thần phân liệt**

Khả năng tự chăm sóc (n=67)	NB Nội trú (n=20)		NB Ngoại trú (n=47)		Tổng (n=67)	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độc lập	1	5	28	59,57	29	43,28
Trợ giúp	16	80	13	27,66	29	43,28
Phụ thuộc	3	15	6	12,77	9	13,44

**\*Ghi chú:** Độc lập 18 điểm; trợ giúp 12-17 điểm; phụ thuộc <12 điểm.

**Nhận xét:** Có tới 29 người (43,28%) có khả năng tự chăm sóc ở mức độc lập và trợ giúp, tuy nhiên, ở NB nội trú mức độ cần trợ giúp chiếm tới

80%, trong khi ở NB ngoại trú chỉ là 27,66%. Ở mức độ phụ thuộc, tỷ lệ NB phụ thuộc trong việc tự chăm sóc của NB nội trú chiếm tới 15%, cao hơn 2,33% so với NB ngoại trú.

**Bảng 3. Khả năng ăn uống của người bệnh tâm thần phân liệt**

Khả năng ăn uống (n=67)	NB Nội trú (n=20)		NB Ngoại trú (n=47)		Tổng (n=67)	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độc lập	7	35	28	59,57	35	52,24
Trợ giúp	12	60	19	40,43	31	46,27
Phụ thuộc	1	5	0	0	1	1,49

**Nhận xét:** Khả năng độc lập ăn uống của NB ngoại trú cao hơn so với NB nội trú là 24,57%. NB nội trú cần trợ giúp trong việc ăn uống là 12 người (60%) cao hơn 19,57% so với NB ngoại trú.

**Bảng 4. Khả năng tắm rửa của người bệnh tâm thần phân liệt**

Khả năng tắm rửa (n=67)	NB Nội trú (n=20)		NB Ngoại trú (n=47)		Tổng (n=67)	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độc lập	1	5	29	61,7	30	44,78
Trợ giúp	16	80	13	27,66	29	43,28
Phụ thuộc	3	15	5	10,64	8	11,94

**Nhận xét:** Tỷ lệ NB nội trú tắm rửa cần trợ giúp là 80% cao hơn tỷ lệ cần trợ giúp của NB ngoại trú 52,34%. Tỷ lệ tắm rửa độc lập của NB ngoại trú cao hơn 56,7% so với NB nội trú. Trong khi tỷ lệ tắm rửa phụ thuộc của NB nội trú là 15%, cao hơn 4,36% so với NB ngoại trú.

**Bảng 5. Khả năng mặc quần áo của người bệnh tâm thần phân liệt**

Khả năng mặc quần áo (n=67)	NB Nội trú (n=20)		NB Ngoại trú (n=47)		Tổng (n=67)	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độc lập	1	5	29	61,7	30	44,78
Trợ giúp	15	75	16	34,04	31	46,27
Phụ thuộc	4	20	2	4,26	6	8,95

**Nhận xét:** NB nội trú cần trợ giúp trong việc mặc quần áo là 15 người (75%), NB ngoại trú là 16 người (34,04%). Tỷ lệ độc lập mặc đồ của NB ngoại trú là 61,7%, cao hơn 56,7% so với NB nội trú. Trong khi tỷ lệ mặc quần áo phụ thuộc của NB nội trú cao hơn 15,74% so với NB ngoại trú.

**Bảng 6. Khả năng dịch chuyển của người bệnh tâm thần phân liệt**

Khả năng dịch chuyển (n=67)	NB Nội trú (n=20)		NB Ngoại trú (n=47)		Tổng (n=67)	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độc lập	8	40	30	63,83	38	56,72
Trợ giúp	9	45	14	29,79	23	34,33
Phụ thuộc	3	15	3	6,38	6	8,95

**Nhận xét:** NB nội trú cần trợ giúp trong việc dịch chuyển là 9 người (45%), ngoại trú là 14 người (29,79%). Tỷ lệ dịch chuyển độc lập của NB ngoại trú là 63,83% cao hơn 23,83% so với NB nội trú. Trong khi tỷ lệ dịch chuyển phụ thuộc của NB nội trú cao hơn 8,62% so với NB ngoại trú.

**Bảng 7. Khả năng đi vệ sinh của người bệnh tâm thần phân liệt**

Khả năng đi vệ sinh (n=67)	NB Nội trú (n=20)		NB Ngoại trú (n=47)		Tổng (n=67)	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độc lập	7	35	29	61,7	36	53,73
Trợ giúp	10	50	13	27,66	23	34,33
Phụ thuộc	3	15	5	10,64	8	11,94

**Nhận xét:** NB nội trú cần trợ giúp trong việc đi vệ sinh là 10 người (50%), ngoại trú là 13 người (27,66%). Tỷ lệ NB đi vệ sinh độc lập của NB ngoại trú là 61,7% cao hơn 26,7% so với NB nội trú. Trong khi tỷ lệ đi vệ sinh cần phụ thuộc của NB nội trú cao hơn 4,36% so với NB ngoại trú.

**Bảng 8. Khả năng kiểm soát cơ tròn của người bệnh tâm thần phân liệt**

Khả năng kiểm soát cơ tròn (n=67)	NB Nội trú (n=20)		NB Ngoại trú (n=47)		Tổng (n=67)	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độc lập	14	70	40	85,11	54	80,6
Trợ giúp	5	25	7	14,89	12	17,91
Phụ thuộc	1	5	0	0	1	1,49

**Nhận xét:** Tỷ lệ độc lập trong việc kiểm soát cơ tròn của NB nội trú và NB ngoại trú đều cao, lần lượt là 14 người (70%) và 40 người (85,11%).

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Khả năng tự chăm sóc.** Qua khảo sát chúng tôi thấy rằng tại gia đình, phần đa NCS chưa nhận thức được vấn đề này nên NB chưa được NCS đôn đốc, nhắc nhở và khuyến khích NB vệ sinh cá nhân, có tới 29 người (43,28%) cần trợ giúp trong việc tự chăm sóc, kết quả phù hợp với NC của Yildirim (2014) [2], và Adeosun (2013) [3].

NC của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả NC của Mechi Silvia Dora (2024), trong 296 người được hỏi, hầu hết khả năng tự chăm sóc của NB TTPL ở mức cần hỗ trợ (42,2%) [4].

Đặc điểm của bệnh TTPL là NB hay quên, nhận thức của NB hạn chế, thao tác chậm chạp nên người chăm sóc nhắc nhở NB có thể không làm hoặc làm không đúng. Việc này lặp đi lặp lại nhiều lần tạo cảm giác chán nản cho NCS khiến NCS không tích cực đôn đốc, nhắc nhở và khuyến khích NB tự chăm sóc về vệ sinh cá nhân ở những lần sau.

Khi được hỏi về vấn đề NB phụ thuộc khả năng tự chăm sóc thì có 9 người (13,44%) cần được hỗ trợ hoàn toàn. Vì vậy gia đình cần cố gắng khích lệ từ công việc nhỏ nhất như đánh răng, gội đầu, rửa mặt, xúc ăn... để NB nhanh chóng hòa nhập, giảm bớt gánh nặng cho gia đình. So với nghiên cứu của Đinh Quốc Khánh và Trần Hữu Bình, tỷ lệ NCS phải giúp NB vệ sinh cá nhân hàng ngày là 67%, kết quả của chúng tôi

thấp hơn khi tỷ lệ người chăm sóc phải hỗ trợ hoàn toàn hoặc một phần là 56,72% [5]. Tỷ lệ NB TTPL tự làm hoàn toàn vệ sinh cá nhân chiếm 43,28% nhưng cần lưu ý trong một số trường hợp NB hoàn toàn tự làm về vệ sinh cá nhân lại là biểu hiện ở sự chăm sóc kém của NCS.

**4.2. Khả năng ăn uống, tắm rửa, mặc quần áo, di chuyển.** Phần lớn NB cần trợ giúp trong những khả năng ăn uống (46,27%), tắm rửa (43,28%), mặc quần áo (46,27%), đi vệ sinh (34,33%) và dịch chuyển (34,33%).

Từ kết quả khảo sát ĐTNC và quan sát thực tế khi điều tra chúng tôi thấy rằng có sự khác nhau ở mức độ cần trợ giúp và phụ thuộc trong khả năng tự chăm sóc giữa NB ngoại trú (27,66%) và NB nội trú (80%). Hầu hết NB suy giảm chức năng sinh hoạt, có những hành vi sai trái mới cần thiết vào điều trị nội trú, trong khi những NB ngoại trú có những triệu chứng nhẹ, có thể sử dụng thuốc để duy trì sự tỉnh táo. Tuy nhiên, trong số ĐTNC điều trị ngoại trú, có 13 người (27,66%) cần hỗ trợ và 6 người (12,77%) phụ thuộc trong khả năng tự chăm sóc, trong số 19 người này, vẫn có những người chưa được quản lý tốt về chăm sóc vệ sinh cá nhân, có thể thấy được qua quá trình khảo sát NB TTPL giữ gìn vệ sinh cá nhân kém. Điều này làm tiềm ẩn những nguy cơ nhiễm khuẩn, mắc các bệnh về đường ruột, hô hấp, răng miệng... cho người bệnh TTPL và gia tăng sự kỳ thị của những người xung quan, làm hạn chế sự tái hòa nhập cộng đồng của người bệnh. Ngoài ra họ cũng gặp các vấn đề trong hội nhập xã hội, cũng như công việc của bản thân. Điều này phù hợp với NC của Susanti và cộng sự (2010), đối với NB TTPL rất khó thực hiện việc tự chăm sóc bản thân một cách độc lập [6].

**4.3. Khả năng kiểm soát cơ tròn.** Khả năng kiểm soát cơ tròn của NB đa số (80,6%) ở mức độ độc lập, tự chủ, một phần nhỏ (17,91%) thể làm một phần với sự trợ giúp từ người thân. Kết quả cho thấy việc mắc TTPL không ảnh hưởng quá nhiều tới việc kiểm soát cơ tròn của NB.

NC của Wen-Yu Hsu và cộng sự (2017), NB TTPL có tỷ lệ tiểu tiện không tự chủ cao hơn 1,78 lần so với người bình thường. Đây là NC đầu tiên cho thấy NB TTPL có tỷ lệ tiểu tiện không tự chủ cao hơn người bình thường. Việc tiểu tiện không tự chủ dẫn đến ảnh hưởng các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, chức năng sinh dục và gây ra sự xấu hổ dẫn đến NB bị cô lập xã hội [7].

Bằng chứng trong NC của Bueno-Antequera và cộng sự (2017) đã chỉ ra một mối quan hệ giữa các loại thuốc chống loạn thần và tình trạng đại tiện không tự chủ [8]. Sự rối loạn hệ thống

tiêu hóa của NB TTPL bị ảnh hưởng bởi mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng. Hơn nữa, lối sống ít vận động, chế độ ăn kém và việc tiêu thụ lượng nước hạn chế làm trầm trọng thêm tình trạng đại tiện không tự chủ ở NB mắc các rối loạn tâm thần, bao gồm cả loạn thần. Tuy nhiên, sự tham gia của NB và NCS là vô cùng quan trọng cho việc quản lý đại tiện. Trong hầu hết các trường hợp, sự tham gia của gia đình bị ảnh hưởng do gánh nặng liên quan đến việc đối phó với một NB mắc một căn bệnh mãn tính liên quan dẫn đến kết quả sức khỏe kém. Theo NC của Garman và cộng sự (2012), cả ở người lớn và trẻ em, tình trạng đại tiện không tự chủ được điều trị bằng phương pháp loại bỏ phân như dùng thuốc cho tiêu chảy, thuốc điều trị táo bón, thay đổi lối sống (chế độ ăn giàu chất xơ và tập dục để khuyến khích việc điều tiết đường ruột), và thay đổi hành vi (thiết lập lịch trình đi tiểu và kỹ thuật vật lý để đại tiện).

NC của Severance và cộng sự (2015) cho rằng sự xuất hiện của tình trạng đại tiện không tự chủ ở NB mắc vấn đề về sức khỏe tâm thần vây quanh vấn đề về việc tham gia vào các buổi đào tạo kỹ năng xã hội. Không chỉ những NB này báo cáo về các phàn nàn, nỗi khổ trong việc kiểm soát việc đại tiểu tiện của mình, mà họ cũng không dùng thuốc, đặc biệt khi thiếu sự hỗ trợ quan trọng từ xã hội [9].

## V. KẾT LUẬN

- Nam 61,19%; 59,7% không có việc làm; 100% đang điều trị thuốc, 43,28% được can thiệp phục hồi chức năng.

- Khả năng tự chăm sóc của người bệnh tâm thần phân liệt bị suy giảm nhiều, 29 người (43,28%) cần trợ giúp, 9 người (13,44%) phụ thuộc hoàn toàn vào người chăm sóc. Đa số người bệnh gặp vấn đề trong việc họ quên cách thực hiện hoạt động sinh hoạt hàng ngày như mặc đồ ngược, sai mặt, tắm rửa chưa sạch... Trong đó, 31 người (46,27%) cần trợ giúp trong việc ăn uống và mặc quần áo; 29 người (43,28%) cần trợ giúp trong việc tắm rửa; 23 người (34,33%) cần trợ giúp trong việc dịch chuyển và đi vệ sinh; 12 người (17,91%) không tự chủ 1 phần trong việc kiểm soát cơ tròn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Việt Hùng và cs.** (2021). Đặc điểm rối loạn chú ý, trí nhớ và nhân thức ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid. Tạp chí Y học Việt Nam, 504.
2. **Levey S, Howells K, Levey S** (1995). Dangerousness, unpredictability and the fear of people with schizophrenia. Journal of Forensic Psychiatry, 6(1), 19-39

3. **Adeosun I. I.** (2013). Correlates of Caregiver Burden among Family Members of Patients with Schizophrenia in Lagos, Nigeria. *Schizophrenia research and treatment*. 2013. 353809.
4. **Dora, M. S., & Arini, L.** (2024). The Relationship of Characteristics of Schizophrenic Clients with The Level of Self-Care Capability. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 6(4), 2239-2244
5. **Đình Quốc Khánh và cs** (2011). Kiến thức, thái độ, thực hành của người chăm sóc chính người bệnh tâm thần phân liệt tại nhà và một số yếu tố liên quan ở huyện Bình Xuyên, Vĩnh Phúc năm 2010. *Tạp chí y tế công cộng*, 21, 15-19.
6. **Susanti.** (2010). Defisit Perawatan Diripada Klien Skizofrenia: Aplikasi Teori Keperawatan Orem. Universitas Indonesi: Depok. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 13(2).
7. **Lauterbach, E.C., Baralatei, F.T.,** (2009). Switching to duloxetine remits ziprasidone associated urinary incontinence and improves neuropsychiatric behavior in dementia: possible relationship of incontinence to 5HT2 receptor blockade. *Psychopharmacol. Bull.* 42 (3), 99-105
8. **Bueno-Antequera, J., Oviedo-Caro, M. A., & Munquia-Izquierdo, D.** (2017). Sedentary behaviour patterns in outpatients with severe mental illness: a cross-sectional study using objective and self-reported methods. *The PsychiActive project. Psychiatry Research*, 255, 146-152.
9. **Severance, E. G., Prandovszky, E., Castiglione, J., & Yolken, R. H.** (2015). Gastroenterology issues in schizophrenia: why the gut matters. *Current psychiatry reports*, 17, 1-10.

## ĐÁNH GIÁ BIẾN THỂ RS1049174 CỦA GEN NKG2D TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ VỎY AMIDAN TRONG GIAI ĐOẠN 2018 - 2022

Nguyễn Văn Hùng<sup>1</sup>, Nguyễn Hoàng Việt<sup>2</sup>, Nguyễn Quang Trung<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Xác định mối liên quan giữa biến thể rs1049174 của gen NKG2D đối với nguy cơ mắc ung thư biểu mô vảy (UTBMV) amidan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đối bệnh chứng, mô tả cắt ngang thực hiện trên 2 nhóm đối tượng (nhóm bệnh và nhóm chứng) bằng phương pháp Realtime PCR để xác định kiểu gen. **Kết quả:** Số lượng kiểu gen CC ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0.05$ ) với tỉ lệ lần lượt là 25,8% và 15%. Chưa có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa sự phân bố alen G làm giảm đáng kể đến khả năng mắc UTBMV amidan so với alen C ở cả hai nhóm ( $p > 0,05$ ). **Kết luận:** Alen G đa hình đơn nucleotide (SNP) rs1049174 của gen NKG2D có vai trò bảo vệ làm giảm nguy cơ mắc UTBMV amidan, trong khi đó, alen C có vai trò làm tăng nguy cơ mắc UTBMV amidan (biểu hiện ở kiểu gen CC) gợi ý những SNP này có thể được sử dụng như một dấu ấn sinh học để sàng lọc, tiên lượng và điều trị các bệnh nhân Việt Nam có nguy cơ mắc UTBMV amidan. **Từ khóa:** Ung thư biểu mô vảy amidan, SNP rs1049174, alen G, alen C

### SUMMARY

#### EVALUATING NKG2D GENE RS1049174 VARIANT IN PATIENTS WITH TONSILLAR SQUAMOUS CELL CARCINOMA DURING 2018 - 2022

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung

Email: nguyenguangtrung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

**Purpose:** The study was conducted to determine the association between rs1049174 of the NKG2D gene and the risk of tonsillar squamous cell carcinoma. **Materials and methods:** A cross-sectional, descriptive case-control study was conducted on two groups of subjects (case group and control group) using Realtime PCR method to determine genotype. **Results:** The number of CC genotypes in the disease group was statistically significant ( $p < 0.05$ ) compared to the control group, with rates of 25,8% and 15%, respectively. There was not a statistically significant difference between the distribution of the G allele and the C allele in both two groups ( $p > 0,05$ ). **Conclusion:** The G SNP rs1049174 allele of the NKG2D gene has a protective role in reducing the risk of tonsillar squamous cell carcinoma and the C allele of the NKG2D gene has increased the risk of this cancer (showed in CC genotypes), which suggested that these SNPs can be used as biomarkers for screening, prognosis, and treatment for Vietnamese patients at risk of that cancer.

**Keywords:** tonsillar squamous cell carcinoma, SNP rs1049174, C allele, G allele.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong năm 2022, ước tính trên thế giới có khoảng 106.400 trường hợp mắc mới và 52.305 trường hợp tử vong do ung thư vùng họng miệng (OPC).<sup>1</sup> Hơn 90% OPC là ung thư biểu mô tế bào vảy (UTBMV), chủ yếu ở amidan. Với khả năng di căn sớm, cùng độ ác tính cao, tỷ lệ sống sót chung sau năm năm ở bệnh nhân UTBMV amidan chiếm khoảng 60%.<sup>2</sup>

Tế bào diệt tự nhiên (NK) là một loại tế bào miễn dịch đóng vai trò quan trọng trong việc chống lại sự nhiễm virus và tế bào ung thư thông qua nhiều cơ chế. Sự kiểm soát hoạt động của tế