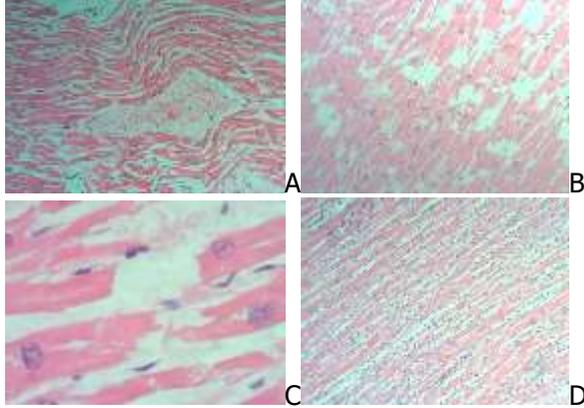


A - Vùng nhồi máu màu đỏ sẫm, giới hạn rõ; vùng hoại tử nhợt màu hơn so với cơ tim bình thường.

B - Xuất huyết dưới thanh mạc và vùng cơ tim thất trái nhồi máu sẫm màu, ranh giới rõ.



Hình 4. Đặc điểm tổn thương cơ tim trên hình ảnh mô bệnh học (nhuộm HE) A – Sợi cơ tim gọn sóng làm thay đổi hình dạng mạch máu đi cùng, kèm hình ảnh các tế bào lympho thâm nhập rải rác. B – Sợi cơ tim phân đoạn, khoảng cách đĩa nối dẫn rộng, hiện diện rải rác các nhân

cơ tim hình vuông. C – Nhân cơ tim hình vuông với đĩa nối dẫn rộng ghi nhận ở độ phóng đại lớn. D – Thấm nhập tế bào lympho rải rác trong mô kẽ giữa các sợi cơ tim.

Đáng chú ý, ngay cả ở nhóm không có dấu bong điện ở đại thể, các tổn thương mô bệnh học đặc trưng ở da (bóc tách lớp, biến đổi nhân, đông vón collagen) và ở tim (sợi cơ gọn sóng, nhân vuông, phân đoạn) vẫn hiện diện, khẳng định tầm quan trọng của khảo sát mô bệnh học trong những trường hợp khó chẩn đoán.

Hầu hết sự hiện diện các đặc điểm tổn thương ở da và ở tim ở mô bệnh học (Bảng 2) không có sự khác biệt giữa các nhóm phối hợp hình thái dấu bong điện ở đại thể (hầu hết các giá trị p đều >0,05 phép kiểm Fisher test). Điều này chứng tỏ rằng, ngay cả khi không quan sát thấy tổn thương đặc trưng bằng mắt thường, việc phân tích mô bệnh học vẫn có thể cung cấp bằng chứng quan trọng để xác định tổn thương do điện.

Bảng 2. Đặc điểm mô bệnh học tổn thương ở da và tim ở theo các nhóm, phối hợp giữa các hình thái tổn thương da ở đại thể ở đối tượng nghiên cứu

	Không ghi nhận dấu bong điện (n=4)	Chỉ có 1 dạng dấu bong điện (n=22)	Có 2 dạng dấu bong điện (n=23)	Có 3 dạng dấu bong điện (n=7)	Giá trị P
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Đặc điểm mô bệnh học ở da					
Bóc tách các lớp da	4 (100%)	20 (90,9%)	23 (100%)	7 (100%)	0.507
Hốc sáng trong da	3 (75%)	12 (54,5%)	20 (87%)	7 (100%)	0.025
Biến đổi nhân tế bào	4 (100%)	21 (95,5%)	23 (100%)	7 (100%)	0.589
Đông vón sợi collagen	4 (100%)	21 (95,5%)	22 (95,7%)	7 (100%)	1
Huyết tắc mạch máu	4 (100%)	20 (90,9%)	20 (87%)	6 (85,7%)	1
Biến đổi phần phụ dưới da	3 (75%)	11 (50%)	14 (60,9%)	6 (85,7%)	0.411
Đặc điểm mô bệnh học ở tim					
Sợi cơ tim gọn sóng	0 (0%)	2 (9,1%)	0 (0%)	1 (14,3%)	0.279
Sợi cơ tim mỏng	3 (75%)	16 (72,7%)	13 (56,5%)	5 (71,4%)	0.722
Sợi cơ tim phân đoạn	4 (100%)	22 (100%)	23 (100%)	6 (85,7%)	0.196
Nhân cơ tim vuông	4 (100%)	22 (100%)	23 (100%)	6 (85,7%)	0.196
Cơ tim hoại tử	4 (100%)	20 (90,9%)	20 (87%)	6 (85,7%)	0.543
Có vùng xơ hoá	1 (25%)	5 (22,7%)	6 (26,1%)	0 (0%)	0.597
Xuất huyết mô kẽ	1 (25%)	8 (36,4%)	7 (30,4%)	2 (28,6%)	0.967
Thâm nhiễm tế bào viêm	3 (75%)	17 (77,3%)	19 (82,6%)	5 (71,4%)	0.882

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu chứng tỏ tử vong do điện chủ yếu xảy ra ở nam giới trong độ tuổi lao động, phù hợp với đặc điểm dịch tễ đã được ghi nhận ở nhiều nghiên cứu [1,3]. Điều này phản ánh thực tế nam giới thường trực tiếp tham gia

các công việc liên quan đến tiếp xúc điện, đặc biệt trong môi trường lao động xây dựng và sửa chữa, do đó nguy cơ cao hơn [6]. Một số ít ở nhóm dưới 18 tuổi chứng tỏ tai nạn điện không chỉ ở người trưởng thành mà còn ở trẻ em, vị thành niên.

Dấu bong điện vẫn là bằng chứng quan trọng trong giám định, với tỷ lệ phát hiện cao (92,9%) và hình thái lõm trung tâm chiếm ưu thế, phù hợp mô tả của Koumbourlis [7] và Lưu Sỹ Hùng [1]. Tuy nhiên, sự hiện diện của 7,1% trường hợp không có dấu bong điện nhấn mạnh rằng không phát hiện tổn thương ngoài da không thể loại trừ nguyên nhân tử vong do điện. Các tổn thương mô bệnh học như biến đổi nhân tế bào, bóc tách lớp da và đông vón collagen, mất hình ảnh nhú chân bì màng đáy. Xuất hiện với tỷ lệ cao, tương đồng với báo cáo của Akyildiz [8] và cao hơn so với nghiên cứu Phạm Hồng Thao [2]. Điều này chứng tỏ mô bệnh học da cung cấp bằng chứng có giá trị bổ sung, đặc biệt trong trường hợp dấu hiệu đại thể không rõ ràng.

Ở tim, xuất huyết dưới thanh mạc được ghi nhận nhiều nhất, trong khi đặc điểm nhồi máu và hoại tử thường phối hợp với nhau, gợi ý cơ chế tác động phức tạp của dòng điện: vừa tổn thương cấu trúc, vừa gây rối loạn nhịp, phù hợp với mô tả của Shetty [9]. Các tổn thương mô bệnh học như sợi cơ tim gợn sóng, phân đoạn, nhân vuông và hoại tử gặp thường xuyên, khẳng định đây là dấu hiệu đặc trưng của tử vong do điện, tương đồng với báo cáo của Fineschi [5] và Gentile [4].

Điểm nổi bật là các đặc điểm mô bệnh học trên cơ tim vẫn hiện diện ngay cả khi không có dấu bong điện đại thể, chứng tỏ khảo sát mô học không chỉ mang tính hỗ trợ mà còn đóng vai trò then chốt trong khẳng định nguyên nhân tử vong do điện. Kết quả này góp phần củng cố quan điểm cần phối hợp đánh giá cả đại thể và mô bệnh học trong giám định pháp y, nhằm tăng độ chính xác và tránh bỏ sót chẩn đoán [3,10].

V. KẾT LUẬN

– Tử vong do điện chủ yếu gặp ở nam giới trong độ tuổi lao động, phản ánh yếu tố nghề nghiệp và xã hội đặc thù.

– Dấu bong điện hiện diện ở đa số trường hợp với hình thái đặc trưng là dạng lõm trung tâm, song vẫn có một tỷ lệ nhỏ không ghi nhận tổn thương đại thể.

– Các đặc điểm mô bệnh học của da (biến đổi nhân, bóc tách lớp, đông vón collagen, mất hình ảnh nhú chân bì màng đáy) và tim (sợi cơ gợn sóng, phân đoạn, nhân vuông) xuất hiện với tỷ lệ rất cao, mang giá trị pháp y quan trọng.

– Đặc biệt, các đặc điểm mô bệnh học có thể hiện diện ngay cả khi không quan sát thấy dấu bong điện ở đại thể, chứng tỏ vai trò then chốt của khảo sát mô bệnh học trong chẩn đoán nguyên nhân tử vong do điện.

– Kết hợp đánh giá đại thể và đặc điểm mô bệnh học ở cả da và cơ tim giúp nâng cao độ chính xác, khách quan trong chẩn đoán, đồng thời cung cấp bằng chứng khoa học cho công tác giám định pháp y và phòng ngừa tai nạn điện trong cộng đồng.

KIẾN NGHỊ

– Trong dự phòng tai nạn điện: Cần tăng cường trang bị và sử dụng phương tiện bảo hộ lao động, tổ chức huấn luyện định kỳ về an toàn điện, đồng thời tuyên truyền rộng rãi cho cộng đồng nhằm nâng cao ý thức phòng ngừa tai nạn trong sinh hoạt và lao động.

– Trong giám định pháp y: Nên thống nhất và đồng bộ quy trình lấy mẫu, đặc biệt ở vùng nghi ngờ bong điện và cơ tim, đồng thời tăng cường đào tạo kỹ năng đọc mẫu mô bệnh học cho giám định viên.

– Trong nghiên cứu khoa học: Khuyến khích mở rộng cỡ mẫu, khảo sát thêm các cơ quan khác (hệ thần kinh, thận) và ứng dụng các kỹ thuật nhuộm đặc hiệu, nhằm bổ sung bằng chứng chẩn đoán và nâng cao giá trị giám định trong các ca tử vong do điện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lưu Sỹ Hùng, Phạm Hồng Thao, Nguyễn Mạnh Hùng, Linh NH. Nghiên cứu các hình thái tổn thương do điện trong giám định y pháp. Tạp chí khoa học, Đại học Quốc gia Hà Nội. 2017;33(2):115-9.
2. Phạm Hồng Thao, Lưu Sỹ Hùng, Chung Đ.T. Đặc điểm mô bệnh học của da do thương tích điện gây nên qua giám định pháp y. Tạp chí Nghiên cứu y học, Đại học Y Hà Nội. 2023; 162(1):221-8.
3. Kamaradgi P, Yaggati N, P S, K R. Histomorphological changes of skin in electrocution deaths - A study in a tertiary care hospital. IP Archives of Cytology and Histopathology Research. 2022;7:47-53. doi: 10.18231/j.achr.2022.009.
4. Gentile G, Andreola S, Bailo P, Boracchi M, Fociani P, Piccinini A, et al. A Pilot Study on the Diagnosis of Fatal Electrocution by the Detection of Myocardial Microhemorrhages. J Forensic Sci. 2020;65(3):840-5. Epub 2019/12/11. doi: 10.1111/1556-4029.14255. PubMed PMID: 31821551.
5. Fineschi V, Karch SB, D'Errico S, Pomara C, Riezzo I, Turillazzi E. Cardiac pathology in death from electrocution. Int J Legal Med. 2006;120(2):79-82. Epub 2005/08/04. doi: 10.1007/s00414-005-0011-8. PubMed PMID: 16078070.
6. Austin C, Probst TM. Masculine Gender Norms and Adverse Workplace Safety Outcomes: The Role of Sexual Orientation and Risky Safety Behaviors. 2021;7(3):55. PubMed PMID: doi:10.3390/safety7030055.
7. Koumbourlis AC. Electrical injuries. Crit Care Med. 2002;30(11 Suppl):S424-30. Epub

- 2003/01/17. doi: 10.1097/00003246-200211001-00007. PubMed PMID: 12528784.
- 8. Uzun I, Akyildiz E, Inanici MA.** Histopathological differentiation of skin lesions caused by electrocution, flame burns and abrasion. *Forensic Sci Int.* 2008;178(2-3):157-61. Epub 2008/05/13. doi: 10.1016/j.forsciint.2008.03.012. PubMed PMID: 18472235.
- 9. Shetty BS, Kanchan T, Acharya J, Naik R.** Cardiac pathology in fatal electrocution. *Burns.* 2014; 40(7):e45-6. Epub 2014/03/13. doi: 10.1016/j.burns.2014.02.001. PubMed PMID: 24612995.
- 10. Tsokos M.** *Forensic Pathology Reviews 5:* Humana Press; 2008.

DỰ BÁO NGUY CƠ TIM MẠCH 10 NĂM BẰNG THANG ĐIỂM SCORE2 VÀ SCORE2- OP TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Lê Thị Thắm¹, Nguyễn Thế Anh¹, Nguyễn Bá Hiến¹, Lê Văn Dẫn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Khảo sát nguy cơ tim mạch 10 năm bằng thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP trên bệnh nhân tăng huyết áp. 2. Đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân tăng huyết áp với nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp tiến cứu mô tả, cắt ngang trên 210 bệnh nhân điều trị ngoại trú tại khoa khám bệnh Bệnh viện Thanh Nhàn trong thời gian từ tháng 4/2025 đến tháng 9/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $63,2 \pm 10,0$. Điểm ước tính nguy cơ tim mạch theo thang điểm Score 2 và Score 2 OP có giá trị trung bình là $14,1 \pm 9,2$. Nhóm nguy cơ tim mạch 10 năm rất cao có 133 bệnh nhân chiếm 63.3% sau đó là nhóm nguy cơ cao và thấp - trung bình lần lượt là 19,7% và 17,6%. Nguy cơ tim mạch ở hai nhóm tuổi 50-69 và ≥ 70 tuổi hầu hết nằm trong nhóm cao rất cao và cao chiếm tỷ lệ là 79,8% và 100%. trong khi đó nhóm nguy cơ tim mạch chủ yếu ở nhóm < 50 tuổi là thấp - trung bình chiếm tỷ lệ 54.2%. Sự khác biệt giữa 3 nhóm tuổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có mối tương quan rất chặt chẽ giữa tuổi của đối tượng nghiên cứu và thang điểm SCORE2 và SCORE2 - OP với hệ số tương quan ($r = 0,75, p < 0,05$). Nam giới có nhóm nguy cơ tim mạch 10 năm rất cao chiếm tỷ lệ cao 79.6% cao hơn ở nữ giới là 50.3% với $p < 0,05$. Tương tự như vậy tỷ lệ nhóm nguy cơ tim mạch 10 năm rất cao ở nhóm hút thuốc lá 92.9% cao hơn nhóm không hút thuốc lá 48.6%, ở nhóm tăng Cholesterol là 70.8% cao hơn nhóm không tăng Cholesterol là 53.3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm nguy cơ tim mạch 10 năm rất cao có tỷ lệ cao nhất ở nhóm bệnh nhân có thời gian tăng huyết áp > 10 năm là 79.6%, tỷ lệ này ở nhóm từ 5- 10 năm và < 5 năm lần lượt là 64.1% và 54.6% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. **Kết luận:** Điểm ước tính nguy cơ tim mạch theo thang điểm Score 2 và Score 2 OP có giá trị trung bình là $14,1 \pm 9,2$. Bệnh nhân tăng huyết áp có nhóm phân tầng nguy cơ tim mạch 10 năm rất cao theo thang điểm Score 2 và Score 2 OP chiếm đa số. Nhóm bệnh nhân nam giới, hút thuốc lá, tăng Cholesterol, tuổi ≥ 70 có nguy cơ tim mạch 10 năm cao hơn. Có mối tương quan rất chặt chẽ giữa tuổi của đối tượng nghiên cứu và thang điểm SCORE2 và SCORE2 - OP với hệ số tương quan ($r = 0,75, p < 0,05$). Nhóm nguy cơ tim mạch 10 năm rất cao có tỷ

lệ cao nhất ở nhóm bệnh nhân có thời gian tăng huyết áp > 10 năm. **Từ khóa:** Tăng huyết áp, nguy cơ tim mạch 10 năm, thang điểm Score 2 và Score 2 OP

SUMMARY

PREDICTION OF 10 YEARS CARDIOVASCULAR RISK USING SCORE2 AND SCORE2-OP SCALES IN OUTPATIENT HYPERTENSION PATIENTS

TREATMENT AT THANH NHAN HOSPITAL

Objectives: (1) To assess the 10-year cardiovascular risk using the SCORE2 and SCORE2-OP risk charts in patients with hypertension. (2) To evaluate the association between several risk factors in hypertensive patients and cardiovascular risk according to the SCORE2 and SCORE2-OP scales. **Methods:** A prospective descriptive cross-sectional study was conducted on 210 outpatients at the Department of Outpatient Services, Thanh Nhan Hospital, from April 2025 to September 2025. **Results:** The mean age of the study population was 63.2 ± 10.0 years. The average estimated cardiovascular risk score according to SCORE2 and SCORE2-OP was 14.1 ± 9.2 . The very-high 10-year cardiovascular risk group included 133 patients (63.3%), followed by the high-risk group (19.7%) and the low-moderate risk group (17.6%). In the age groups 50-69 and ≥ 70 years, most patients fell into the high and very-high risk categories, accounting for 79.8% and 100%, respectively. Meanwhile, the cardiovascular risk in the < 50 -year age group was mainly low-moderate, representing 54.2%. The differences among the three age groups were statistically significant ($p < 0.05$). There was a very strong correlation between age and the SCORE2/SCORE2-OP cardiovascular risk scores ($r = 0.75, p < 0.05$). Men had a significantly higher proportion of very-high 10-year cardiovascular risk (79.6%) compared with women (50.3%) ($p < 0.05$). Similarly, the proportion of individuals with very-high 10-year cardiovascular risk was higher among smokers (92.9%) than non-smokers (48.6%); among those with elevated cholesterol levels (70.8%) compared to those without hypercholesterolemia (53.3%). These differences were statistically significant ($p < 0.05$). The very-high 10-year cardiovascular risk group was most prevalent among patients with hypertension duration > 10 years (79.6%), followed by the 5-10 year group (64.1%) and the < 5 year group (54.6%), with statistically significant differences ($p < 0.05$). **Conclusion:** The average estimated cardiovascular risk according to the SCORE2 and SCORE2-OP charts was 14.1 ± 9.2 . Most hypertensive patients were classified as having very-high 10-year cardiovascular risk according to SCORE2 and SCORE2-OP. Male patients, smokers, individuals with elevated cholesterol levels, and those aged ≥ 70 years had

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thắm

Email: letham8615@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

higher 10-year cardiovascular risk. There was a very strong correlation between age and the SCORE2/SCORE2-OP risk scores ($r = 0.75$, $p < 0.05$). The highest proportion of very-high cardiovascular risk was observed in patients with hypertension duration >10 years. **Keywords:** Hypertension, 10-year cardiovascular risk, Score 2 and Score 2 OP scales

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp được biết đến là một yếu tố nguy cơ phổ biến dẫn tới các biến cố tim mạch, là gánh nặng bệnh tật lớn ở nhiều quốc gia. Điều trị tốt sẽ giúp làm giảm đáng kể các nguy cơ và biến cố tim mạch liên quan. Hội nghị Tim mạch châu Âu 2021 đã khuyến nghị sử dụng hệ thống đánh giá mới, bao gồm thang điểm SCORE2 cho người từ 40 - 69 tuổi và SCORE2-OP cho người từ 70 tuổi trở lên nhằm đánh giá và phân tầng nguy cơ tim mạch gồm cả tử vong và không tử vong trong vòng 10 năm [1]. Tại Việt Nam, khuyến cáo "Dự phòng bệnh lý tim mạch trong thực hành lâm sàng" của Hội Tim mạch Việt Nam (2022) cũng khuyến nghị sử dụng thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP dành cho nhóm nước có nguy cơ tim mạch cao để ước đoán và phân tầng nguy cơ tim mạch [2]. Bệnh viện Thanh Nhàn hiện đang điều trị ngoại trú cho hơn 4000 bệnh nhân tăng huyết áp nhằm cung cấp thông tin áp dụng các khuyến cáo mới về dự phòng bệnh lý tim mạch trong thực hành lâm sàng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm (1) Khảo sát nguy cơ tim mạch 10 năm bằng thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP trên bệnh nhân tăng huyết áp. (2) Đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân tăng huyết áp với nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân (BN) đến khám tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 4/2025 đến tháng 10/2025, có một trong các tiêu chuẩn lựa chọn

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân có tiền sử THA nguyên phát và bệnh nhân vào viện được chẩn đoán tăng huyết áp nguyên phát theo Hội Tim Mạch Việt Nam và phân hội Tăng huyết áp Việt Nam năm 2024 [3]. Tức là khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

+ Bệnh nhân mắc các bệnh lý nội khoa khác: suy thận, đái tháo đường, xơ gan, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính...

+ Bệnh nhân đang có bệnh cấp tính: như sốt, rối loạn nước và điện giải hoặc có bệnh mãn tính giai đoạn cuối...

+ Bệnh nhân mắc các bệnh lý tim mạch khác: suy tim, bệnh tim mạch do xơ vữa, bệnh tim bẩm sinh, bệnh lý van tim...

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

+ Địa điểm: Bệnh viện Thanh Nhàn, Thời gian: Từ tháng 4/2025 đến tháng 10/2025

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp tiến cứu mô tả, cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn các bệnh nhân vào nghiên cứu liên tiếp theo trình tự thời gian. Cỡ mẫu: 210

2.3.3. Các chỉ số và biến số trong nghiên cứu. Các biến số về thông tin chung của người bệnh: Tuổi, giới, BMI

Huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương, hút thuốc lá, Thời gian mắc tăng huyết áp, Điểm SCORE2 và SCORE2-OP: sử dụng thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP dành cho nhóm nước có nguy cơ tim mạch cao để ước đoán và phân tầng nguy cơ tim mạch 10 năm.

- Phân tầng nguy cơ tim mạch 10 năm:

Nguy cơ thấp- trung bình: điểm SCORE2 và SCORE2-OP < 5

Nguy cơ cao: điểm SCORE2 từ 5-10 và SCORE2-OP từ 5 - 14

Nguy cơ rất cao: điểm SCORE2 ≥ 10 và SCORE2-OP ≥ 14

2.4. Phương pháp xử lý số liệu. Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata, Xử lý bằng phần mềm Stata 14.2.

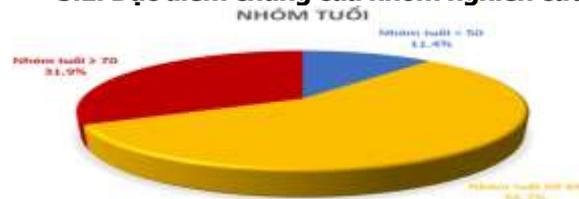
• Các biến định tính được tính tỷ lệ phần trăm và kiểm định χ^2 để tìm sự khác biệt.

• Các biến định lượng được tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn.

• Tìm hiểu mối liên quan giữa hai biến định lượng chúng tôi sử dụng hệ số tương quan r (Spearman). Hệ số tương quan r có giá trị từ -1 đến + 1. Khi hệ số tương quan > 0 : tương quan đồng biến, khi hệ số tương quan < 0 : tương quan nghịch biến; hệ số tương quan càng gần 1 thì tương quan càng chặt, trị số $< 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu



Biểu đồ 1. Đặc điểm phân bố nhóm tuổi