

- de Bronconeumología (English Edition), **47(1)**, 41–49.
5. **Chrysou K., Halat G., Hokschi B., et al. (2017)**. Lessons from a large trauma center: impact of blunt chest trauma in polytrauma patients—still a relevant problem?. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, **25(1)**, 42.
6. **Phạm Hữu Lưu, Nguyễn Văn Minh (2019)**. Kết quả điều trị máu đông, ổ cấn màng phổi sau chấn thương vết thương ngực tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực. *Tạp chí Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi Việt Nam*, **9(3)**, 18-22.
7. **Schieren M., Wappler F., Wafaisade A., et al. (2020)**. Impact of blunt chest trauma on outcome after traumatic brain injury— a matched-pair analysis of the TraumaRegister DGU®. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, **28(1)**, 21.
8. **Mezue W.C., Ndubuisi C.A., Erechukwu U.A., et al. (2012)**. Chest Injuries Associated with Head Injury. *Niger J Surg*, **18(1)**, 8–12.

## THỰC TRẠNG KIẾN THỨC GIẤC NGỦ CỦA NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI XÃ NAM PHONG THÀNH PHỐ NAM ĐỊNH NĂM 2019

Nguyễn Thị Huệ\*

### TÓM TẮT

Số liệu được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp 148 người bệnh tăng huyết áp tại xã Nam Phong, thành phố Nam Định, tỉnh Nam Định với phương pháp điều tra cắt ngang nhằm mô tả thực trạng kiến thức giấc ngủ của người bệnh tăng huyết áp. Kết quả có 49,3% bệnh nhân là nam và 50,7% bệnh nhân là nữ; 68,2% đối tượng từ 60 tuổi trở lên, 75% trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống và 68,2% đối tượng là nông dân. Kiến thức về giấc ngủ của người bệnh còn nhiều hạn chế, trong đó: 4,1% kiến thức mức tốt; 29% kiến thức mức trung bình và 66,9% kiến thức mức kém. Nghiên cứu cho thấy sự cần thiết phải nâng cao kiến thức về giấc ngủ cho người bệnh tăng huyết áp thông qua các chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe khác nhau, từ đó hướng tới mục đích tăng cường chất lượng cuộc sống cho nhóm đối tượng này.

**Từ khóa:** Kiến thức, Giấc ngủ, người bệnh tăng huyết áp, xã Nam Phong, tỉnh Nam Định

### SUMMARY

#### THE STATUS OF SLEEP KNOWLEDGE OF PATIENTS WITH HYPERTENSION IN NAM PHONG COMMUNE, NAM DINH CITY, 2019

The data were collected by face-to-face interviews among 148 hypertension patients in Nam Phong commune, Nam Dinh city, using a cross-sectional method that aimed at describing the sleep knowledge of hypertension patients. The results show that 49.3% of patients were males and 50.7% of them were females, 68.2% of them were aged greater than 60.75% had secondary academic level or lower, and 68.2% were farmers. The knowledge of sleep among respondents was still limited, clarified as 4.1% had a high level, 29% obtained a medium level, and 66.0% demonstrated a low level. The findings emphasized the need to improve the knowledge of sleep to

hypertension patients through different health educational programs.

**Keywords:** Knowledge, sleep, patients with hypertension, Nam Phong commune, Nam Dinh city.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn giấc ngủ là một vấn đề thường gặp ở bệnh nhân tăng huyết áp (THA). Hậu quả của nó là suy giảm chất lượng cuộc sống và khiến cho tình trạng THA của bệnh nhân trở lên trầm trọng hơn [2, 9]. Suy giảm chất lượng giấc ngủ (CLGN) ở bệnh nhân THA là có thể dẫn tới tăng nguy cơ một số bệnh như béo phì, bệnh động mạch vành, rối loạn nhịp thở khi ngủ, hội chứng ngưng thở khi ngủ [4]. Xã Nam Phong thành phố Nam Định là một trong những đơn vị tiêu biểu trong việc triển khai phòng ngừa và quản lý bệnh không lây nhiễm. Trạm y tế xã Nam Phong đã và đang triển khai nhiều chương trình hỗ trợ bệnh nhân THA, trong đó cải thiện CLGN là một trong những mục tiêu được chú trọng. Tuy nhiên, cho đến nay chưa từng có nghiên cứu hay khảo sát nào về kiến thức giấc ngủ được tiến hành tại xã Nam Phong. Nhằm mục đích nâng cao hiệu quả của chương trình hỗ trợ bệnh nhân THA tại đây, chúng tôi đã nghiên cứu đề tài với mục tiêu mô tả thực trạng kiến thức giấc ngủ của người bệnh đã được chẩn đoán mắc THA tại địa bàn nghiên cứu.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Người được chẩn đoán mắc THA đang sinh sống tại xã Nam Phong, thành phố Nam Định, theo danh sách được cung cấp bởi trạm y tế xã Nam Phong

#### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: từ tháng 2 đến tháng 8 năm 2019  
Địa điểm nghiên cứu: tại xã Nam Phong, thành phố Nam Định

**2.3. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

\*Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định  
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huệ  
Email: huedhdd@gmail.com  
Ngày nhận bài: 11.2.2022  
Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022  
Ngày duyệt bài: 4.4.2022

**2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu.** Chọn mẫu toàn bộ số người mắc THA được quản lý theo danh sách được cung cấp tại trạm y tế xã Nam Phong. Tổng số người bệnh tăng HA được trạm cung cấp là 178 người. Tuy nhiên có 5 người không đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu, 20 người không liên hệ được và 5 người không đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Vì vậy chúng tôi tiến hành phỏng vấn được tổng 148 đối tượng.

**2.5. Công cụ nghiên cứu**

**Câu hỏi đánh giá kiến thức giấc ngủ SKQ:** Sleep Knowledge Questionnaire (SKQ) là bộ công cụ được xây dựng bởi Gallasch và Gradisar năm 2007 [3] gồm 15 câu hỏi cũng bao gồm 7 nội dung hỏi về kiến thức vệ sinh giấc ngủ và 8 nội dung hỏi về kiến thức những hành vi điều trị giấc ngủ.

**Cách thức đánh giá bằng hình thức tính điểm:** Mỗi câu trả lời "đúng" của người bệnh được 1 điểm, câu trả lời "sai" và "không biết" được 0 điểm. Tổng là 15 điểm và phân loại thành 3 mức:

Mức độ kém: ≤ 7 điểm (<50% tổng số điểm)

Mức độ trung bình: 8-10 điểm (từ 50 đến <70% tổng số điểm).

Mức độ tốt (kiến thức đúng): ≥ 11 điểm (≥ 70% tổng số điểm).

**2.6. Thu thập số liệu.** Số liệu được thu thập bởi 10 điều tra viên là sinh viên trường Đại học Điều dưỡng Nam Định. Điều tra viên được tập huấn kỹ càng trước khi chính thức đi phỏng vấn đối tượng và được giám sát trong suốt quá trình thu thập bởi nghiên cứu viên chính.

Cán bộ trạm y tế giúp điều tra viên liên hệ với người bệnh, sau đó điều tra viên tới tận nhà người bệnh để phỏng vấn, sử dụng bộ công cụ đã được in ra trên khổ giấy A4. Sau đó điều tra viên phỏng vấn trực tiếp đối tượng. Thời gian trung bình cho mỗi cuộc phỏng vấn là 20 phút.

**2.7. Quản lý và xử lý số liệu.** Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.0 sau đó được phân tích dưới phần mềm SPSS 22.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n= 148)**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ
Tuổi	40-49	9	6,1
	50-59	24	16,2
	60-69	58	39,2
	70-79	40	27,0
	80-90	17	11,5
Giới	Nam	73	49,3

	Nữ	75	50,7
Trình độ học vấn	Tiểu học	31	20,9
	Trung học cơ sở (THCS)	80	54,1
	Trung học phổ thông	20	13,5
	Trung cấp/cao đẳng	13	8,8
	Đại học hoặc cao hơn	4	2,7
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	9	6,1
	Kết hôn	130	87,8
	Ly thân/ly dị	1	0,7
	Goá	8	5,4
Nghề nghiệp	Nông dân	101	68,2
	Công nhân	10	6,8
	Kinh doanh buôn bán	12	8,1
	Người già không chế độ hưu	1	0,7
	Cán bộ công nhân hưu	24	16,2
Thu nhập bình quân	<2 triệu/ tháng	46	31,1
	2- dưới 3 triệu/ tháng	65	43,9
	3- dưới 4 triệu/ tháng	22	14,9
	>= 4 triệu/ tháng	15	10,1
Thời gian mắc THA	1-5 năm	55	37,2
	6-10 năm	62	41,9
	11-20 năm	15	10,1
	>20 năm	3	2,0

Bảng 1 cho thấy đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu tập trung từ 50 -79 tuổi: Nhóm đối tượng từ 60 - 69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 39,2%. Nhóm đối tượng từ 70 -79 tuổi chiếm tỷ lệ thấp hơn là 27%. Tỷ lệ nam và nữ tương đối đồng đều, lần lượt là 49,3% và 50,7%. Phần lớn đối tượng có trình độ học vấn là trung học cơ sở, chiếm 54,1%. Tình trạng hôn nhân đã kết hôn chiếm tỷ lệ cao nhất là 87,8%. Nghề nghiệp chủ yếu là nông dân, chiếm 68,2%. Thu nhập bình quân phần lớn dưới 3 triệu/tháng. Thời gian mắc THA từ 1-5 năm chiếm 37,2% và từ 6-10 năm chiếm 41,9%.

**Bảng 2. Kiến thức về vệ sinh giấc ngủ của đối tượng tham gia nghiên cứu**

Nội dung hỏi	Đúng n (%)	Sai n (%)	Không biết n (%)
Uống 3 chén rượu không ảnh hưởng giấc ngủ	85 (57,4)	51 (34,5)	12 (8,1)
Hút hơn một bao thuốc lá không ảnh hưởng giấc ngủ	83 (56,1)	33 (22,3)	32 (21,6)
Đi ngủ khi đói bụng có lợi cho giấc ngủ	104 (70,3)	22 (14,9)	22 (14,9)
Đi ngủ khi khát nước ảnh hưởng giấc ngủ	74 (50,0)	37 (25,0)	37 (37,0)
Dùng thức ăn đồ uống chứa chất kích thích	89 (60,1)	35 (23,6)	24 (16,2)

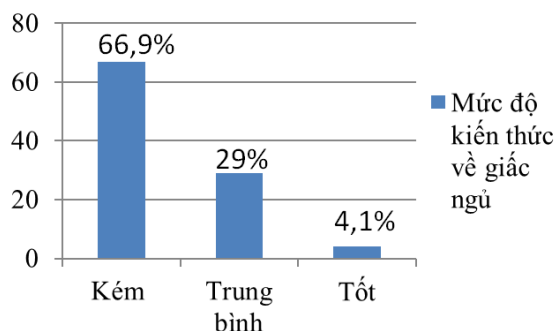
không ảnh hưởng giấc ngủ			
Tập thể dục đồ mồ hôi trong 2 giờ trước khi đi ngủ làm phá vỡ giấc ngủ	48 (32,4)	48 (32,4)	52 (35,1)
Thư giãn trước ngủ có lợi cho giấc ngủ	106 (71,6)	23 (15,5)	19 (12,8)

Qua bảng 2 cho thấy có 71,6% người bệnh nhận thức được thời gian thư giãn trước ngủ có lợi cho giấc ngủ; 50% người bệnh biết rằng để tình trạng khát nước khi đi ngủ sẽ ảnh hưởng đến giấc ngủ; 32,4% người bệnh nhận thức sai về việc tập thể dục trong 2 giờ trước khi ngủ với cường độ cao sẽ ảnh hưởng đến giấc ngủ, thậm trí có 35,1% người bệnh không biết điều này; 56,1% nhận thức được việc hút thuốc lá sẽ ảnh hưởng đến giấc ngủ; 70,3% người bệnh nhận thức được rằng để bụng đói khi đi ngủ là việc không nên; 34,5% người bệnh nhận thức sai việc uống 3 chén rượu sẽ không ảnh hưởng đến giấc ngủ và cũng có 23,6% số người nhận thức chưa đúng được đồ ăn uống có chứa các chất kích thích như nước chè cũng có thể sẽ ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ.

**Bảng 3. Kiến thức về hành vi điều trị giấc ngủ của đối tượng tham gia nghiên cứu**

Nội dung hỏi	Đúng n (%)	Sai n (%)	Không biết n (%)
Xem TV trên giường sẽ phá vỡ giấc ngủ	46 (31,1)	69 (46,6)	33 (22,3)
Ra khỏi giường nếu không ngủ được trong vòng 20 phút	31 (20,9)	53 (35,8)	64 (43,2)
Thời gian thức dậy cố định không ảnh hưởng đến giấc ngủ	42 (28,4)	66 (44,6)	40 (27,0)
Thời gian đi ngủ cố định mỗi đêm làm phá vỡ giấc ngủ	74 (50,0)	35 (23,6)	39 (26,4)
Nên nằm trên giường lâu 2 giờ so với thời gian cần thiết để ngủ	61 (41,2)	35 (23,6)	52 (35,1)
Bị thức giấc mà không ngủ lại được sau 20 phút nên nằm và cố gắng ngủ lại	41 (27,7)	79 (53,4)	28 (18,9)
Độ dài giấc ngủ như nhau không ảnh hưởng đến giấc ngủ	40 (27,0)	69 (46,6)	39 (26,4)
Để đạt được thời gian cần thiết nên nằm lâu hơn	47 (31,8)	46 (31,1)	55 (37,2)

Bảng 3 cho thấy chỉ có 31,1% nhận thức đúng với hành vi xem ti vi trên giường sẽ phá vỡ giấc ngủ, trong khi đó có 46,6% nhận thức sai và 22,3% là không biết. Có 35,8% người bệnh nhận thức sai và 43,2% trả lời không biết với hành vi nếu không ngủ được trong vòng 20 phút thì nên ra khỏi giường và ngủ lại. Với câu hỏi về hành vi thức dậy cùng một thời gian mỗi ngày hay hành vi không nên nằm trên giường và cố gắng ngủ lại khi bị thức giấc giữa đêm hay độ dài xấp xỉ mỗi đêm như nhau không ảnh hưởng đến giấc ngủ thì người bệnh hầu như nhận thức sai lần lượt là 44,6%; 53,4%; 46,6%. Có 23,6% người bệnh nhận thức sai với hành vi đi ngủ vào cùng một thời gian mỗi đêm sẽ làm phá vỡ giấc ngủ và hành vi nằm lại trên giường lâu hơn thời gian cần thiết để ngủ. Chỉ có 31,8% người bệnh nhận thức đúng, trong khi 31,1% người bệnh nhận thức sai và 37,2% trả lời không biết về hành vi để đạt được giấc ngủ cần thiết.



**Hình 1. Mức độ kiến thức chung về giấc ngủ của người bệnh**

Hình 1 cho thấy kiến thức chung về giấc ngủ của người bệnh trong nghiên cứu nhìn chung còn nhiều hạn chế, chỉ có 4,1% kiến thức ở mức tốt; 29% kiến thức mức trung bình và có đến 66,9% người bệnh có kiến thức ở mức kém.

#### IV. BÀN LUẬN

Kiến thức kém về giấc ngủ được xác định là các yếu tố nguy cơ gây ra chất lượng giấc ngủ kém [5, 6, 10]. Qua phỏng vấn 148 người bệnh tăng huyết áp tham gia nghiên cứu có độ tuổi chủ yếu tập trung từ 50 - 79 tuổi, chúng tôi nhận thấy: chỉ có 4,1% người bệnh có kiến thức về giấc ngủ ở mức tốt. Kết quả này thấp hơn kết quả của Vũ Thị Minh Phượng (13%) [1], thậm trí còn thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của M Alshahrani, Y Al Turki ở Riyadh, Saudi Arabia (30,5%) [7]. Lý giải cho điều này có thể là do địa bàn nghiên cứu của chúng tôi ở cộng đồng vùng nông thôn chủ yếu là người cao tuổi chiếm 77,7%; trình độ học vấn chủ yếu là THCS trở

xuống chiếm 75% và nghề nghiệp có 2/3 là nông dân chiếm 68,2%. Còn tác giả Vũ Thị Minh Phượng nghiên cứu trên 400 người bệnh tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại phòng khám quản lý THA thuộc bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định có 36,7% học vấn từ THCS trở xuống; 4,0% là nông dân, chủ yếu là cán bộ hưu trí 67,5%. Trong khi đối tượng tác giả M Alshahrani, Y Al Turki nghiên cứu là 225 sinh viên Y khoa trường Đại học King Saud. Như vậy có thể do địa bàn nghiên cứu, trình độ học vấn, độ tuổi và nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu là không giống nhau nên có kết quả khác nhau. Đặc biệt kiến thức giấc ngủ của đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức kém rất cao chiếm 66,9%; của Vũ Thị Minh Phượng là 29,75% [1]. Điều này cho thấy nhận thức về giấc ngủ của đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi còn nhiều hạn chế. Do đó đối tượng rất cần được truyền thông giáo dục sức khỏe từ cán bộ y tế, được tư vấn, được hướng dẫn để người bệnh tăng huyết áp có nhận thức đầy đủ kiến thức về vệ sinh giấc ngủ cũng như kiến thức về hành vi điều trị giấc ngủ, từ đó người bệnh có ý thức hơn trong thực hành tốt vệ sinh giấc ngủ, có được giấc ngủ ngon, chất lượng giấc ngủ được nâng cao, thông qua đó người bệnh tăng huyết áp có sức khỏe tốt trong điều trị tăng huyết áp.

Hành vi hút thuốc lá có ảnh hưởng không tốt đến giấc ngủ [8], vậy mà kết quả bảng 2 cho thấy có 56,1% người bệnh có nhận thức đúng về điều này, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả M Alshahrani, Y Al Turki (50,2%) [7]. Tương tự, có 57,4% nhận thức đúng việc uống rượu khoảng 3 chén nhỏ sẽ ảnh hưởng đến giấc ngủ và cũng có 60,1% số người nhận thức được đồ ăn uống có chứa các chất kích thích như nước chè cũng có thể sẽ ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ. Những kết quả này phù hợp với mức độ nhận thức trong các nghiên cứu của M Alshahrani, Y Al Turki lần lượt là 54,2%; 69,3% [7]. Chỉ có 71,6% người bệnh nhận thức được dành thời gian thư giãn trước ngủ có lợi cho giấc ngủ, trong khi đó nghiên cứu của Vũ Thị Minh Phượng ở nội dung này là 99% [1]. Một phần ba số người được hỏi (32,4%) biết rằng tập thể dục trong 2 giờ trước khi ngủ với cường độ cao sẽ ảnh hưởng đến giấc ngủ. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của M Alshahrani, Y Al Turki (39,1%) [7] và Vũ Thị Minh Phượng (40,5%) [1].

Khi đối tượng được hỏi về kiến thức hành vi điều trị giấc ngủ, kết quả bảng 3 cho thấy hầu hết người bệnh kiến thức còn nhiều hạn chế. Có đến 50% người bệnh cho rằng không nhất thiết

phải đi ngủ vào cùng một thời gian nhất định trong ngày vì người bệnh nghĩ rằng bản thân đã khó ngủ nên khi nào cảm thấy buồn ngủ thì mới đi ngủ còn nếu cố gắng ngủ vào một giờ nào đó thì càng khó ngủ. Có 79% người bệnh nhận thức sai với hành vi nếu không ngủ được trong vòng 20 phút thì nên ra khỏi giường và ngủ lại, kết quả này cao hơn nghiên cứu của Vũ Thị Minh Phượng (48,8%) [1]. Hay hành vi không nên nằm trên giường và cố gắng ngủ lại khi bị thức giấc giữa đêm (72,3%), kết quả này cao hơn nghiên cứu của M Alshahrani, Y Al Turki (47,6%) [7]. Nhận thức chưa đúng về 2 hành vi trên sẽ dẫn đến đối tượng khó đi vào giấc ngủ hoặc ngủ trở lại. Với câu hỏi về hành vi thức dậy cùng một thời gian mỗi ngày hay độ dài xấp xỉ mỗi đêm như nhau không ảnh hưởng đến giấc ngủ hay khi thức dậy rồi để đạt được thời gian ngủ cần thiết (ví dụ 7 tiếng) thì nên nằm lại trên giường lâu hơn (ví dụ 8 tiếng) thì người bệnh hầu như nhận thức sai lần lượt là 71,6%; 73,6%; 68,3%. Sự nhận thức chưa đúng về điều này phần nào đó làm ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ người bệnh.

## V. KẾT LUẬN

- 49,3% bệnh nhân là nam và 50,7% bệnh nhân là nữ, 68,2% đối tượng từ 60 tuổi trở lên, 75% trình độ học vấn từ THCS trở xuống và 68,2% đối tượng là nông dân.

- Kiến thức về giấc ngủ của người bệnh còn nhiều hạn chế, trong đó: 4,1% kiến thức mức tốt; 29% kiến thức mức trung bình và 66,9% kiến thức mức kém.

## VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe kiến thức về giấc ngủ, qua đó nâng cao chất lượng giấc ngủ cho người bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng mà cán bộ trạm Y tế xã là chỉ đạo và hướng dẫn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thị Minh Phượng**, Chất lượng giấc ngủ và một số yếu tố liên quan của người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2016, Luận văn Thạc sỹ Điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
2. **Gangwisch JE**. Epidemiological evidence for the links between sleep, circadian rhythms and metabolism. Published in final edited form as: *Obes Rev* 2009;10 (Suppl 2):37-45
3. **Julie GALLASCH and Michael GRADISAR**. Relationships between sleep knowledge, sleep practice and sleep quality. *Sleep and Biological Rhythms*2007;5:63-73doi:10.1111/j.1479-8425.2006.00248
4. **Li L., Li L., Chai J.-X. et al**. Prevalence of Poor Sleep Quality in Patients With Hypertension in

- China: A Meta-analysis of Comparative Studies and Epidemiological Surveys. *Front Psychiatry*, 2019
5. **Lillehei A, Halcon L, Gross C, Savik K, Reis R.** Well-being and self-assessment of change: secondary analysis of an RCT that demonstrated benefit of inhaled lavender and sleep hygiene in college students with sleep problems. *EXPLORE: The Journal of Science and Healing*. 2016;12(6):427-435.
  6. **Li J, Zhou K, Li X, et al.** Mediator effect of sleep hygiene practices on relationships between sleep quality and other sleep-related factors in Chinese Mainland university students. *Behav Sleep Med*. 2014;14(1):85-99. <https://doi.org/10.1080/15402002.2014.954116>
  7. **M Alshahrani,** Y Al Turki Sleep hygiene awareness: Its relation to sleep quality among medical students in King Saud University, Riyadh, Saudi Arabia. 2019 -[cbi.nlm.nih.gov](http://cbi.nlm.nih.gov)
  8. **N. Yahia, C. Brown, S. Potter, et al.** Night eating syndrome and its association with weight status, physical activity, eating habits, smoking status, and sleep patterns among college students. *Eating and Weight Disorders Bulimia Obesity*, 22 (3) (2017), pp. 421-433.
  9. **US Department of Health & Human Services.** Causes of High Blood Pressure. Updated: September 10, 2015. Available from <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/hbp/causes>
  10. **Vargas I, Lopez-Duran N.** Dissecting the impact of sleep and stress on the cortisol awakening response in young adults. *Psychoneuroendocrinology*. 2014;40:10-16.

## NGHIÊN CỨU PHÂN LOẠI MÔ BỆNH HỌC VÀ MỘT SỐ DẤU ẤN HÓA MÔ MIỄN DỊCH CỦA U THẦN KINH ĐỆM LAN TỎA CỦA NÃO THEO PHÂN LOẠI CỦA TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI NĂM 2007

Nguyễn Sỹ Lánh\*, Nguyễn Phúc Cường\*, Nguyễn Thúy Hương\*\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ các típ mô bệnh học u thần kinh đệm lan tỏa của não theo WHO 2007 và tìm mối liên quan giữa sự bộc lộ một số dấu ấn hóa mô miễn dịch với típ mô bệnh học và độ mô học. **Vật liệu nghiên cứu:** Bệnh phẩm, tiêu bản khối nền từ các trường hợp mô u não tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2015 đến tháng 1/2020. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. Chẩn đoán, phân loại và phân độ u não dựa theo phân loại của tổ chức y tế thế giới 2007. Phân tích đặc điểm phân bố về giới, tuổi. Hình ảnh mô bệnh học, độ ác tính của u não đánh giá theo thang độ ác tính. Khảo sát một số yếu tố hóa mô miễn dịch trong u não và mối liên quan đến độ ác tính như: IDH1, Ki67 và P53. **Kết quả:** Có 216 bệnh nhân từ 20-79 tuổi, nhóm 30 - 40 tuổi chiếm 25,5%, nam/nữ =1,16/1. Ba nhóm UTKĐLT của não thường gặp là: UNBTKĐ (38%), USB giảm biệt hóa (14,3%) và UTBTĐ ít nhánh giảm biệt hóa (13,4%). Gặp nhiều nhất là độ 4 chiếm 38%. U thần kinh đệm lan tỏa độ 3 chiếm 35,6%, xếp thứ hai. U TKĐ lan tỏa độ 2 chiếm tỷ lệ ít nhất là 26,4%. Tỷ lệ bộc lộ Ki67 với u sao bào lan tỏa độ 2 là: 3,8±1,57, độ 3 là: 14,6±6,01 và độ 4 là: 32,4±12,90. Tỷ lệ bộc lộ IDH1 với u TKĐ độ 2 là cao nhất chiếm 89,5%. Tỷ lệ bộc lộ IDH1 với u TKĐ độ 4 là thấp nhất chiếm 31,7%. Tình trạng bộc lộ dấu ấn P53 của U nguyên bào thần kinh đệm là cao nhất 81,7%. Tình trạng bộc lộ dấu ấn

P53 của u TKĐ lan tỏa độ 2 là thấp nhất chiếm 54,4%. **Kết luận:** UTKĐLT gặp ở cả 2 giới, tỷ lệ nam/nữ =1.16/1, độ tuổi gặp nhiều nhất 30-40. Ba nhóm u não chính thường gặp là: UNBTKĐ, USB giảm biệt hóa và UTBTĐ ít nhánh giảm biệt hóa. Độ mô học chiếm tỷ lệ cao nhất là độ 4 với 38%. Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn IDH1 gặp nhiều nhất ở độ 2 với 89,5%. Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn P53 gặp nhiều nhất ở độ 4 với 81,7%. Tỷ lệ bộc lộ Ki67 với u sao bào lan tỏa độ 2 là: 3,8±1,57, độ 3 là: 14,6±6,01 và độ 4 là: 32,4±12,90

**Từ khóa:** u thần kinh đệm lan tỏa, u nguyên bào thần kinh đệm, u sao bào, u tế bào thần kinh đệm ít nhánh và nhuộm hóa mô miễn dịch.

### SUMMARY

#### RESEARCH ON ANAPATHOLOGICAL CLASSIFICATION AND SOME IMMUNOHISTOCHEMICAL MARKERS OF THE DIFFUSE GLIOMAS OF THE BRAIN BASED ON THE WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) IN 2007

**Objection:** Determine the rate of the anapathological types of the diffuse cerebral gliomas based on the WHO in 2007, and analyze the correlation of immunohistochemical markers with the anapathological types and grades. **Research material:** Specimens, slides, and paraffin blocks from patient cases, which have been surgically removed from brain tumors, at the Viet Duc Hospital, from 1/2015 to 1/2020. **Study method:** Description of the cross-section. Analysis of disease distribution characteristics of research variables such as gender, age. Diagnosed, classified, and evaluated the malignancy of diffuse gliomas based on the classification system of the World Health Organization in 2007. Analysis of distribution characteristics of diseases of gender, age. Histopathological feature, the grading of brain tumors assessed on the scale of

\*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

\*\*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Sỹ Lánh

Email: [nguyensylanhbvvd@gmail.com](mailto:nguyensylanhbvvd@gmail.com)

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biên khoa học: 28.3.2022

Ngày duyệt bài: 4.4.2022