

## GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG ĐÁNH GIÁ RÁCH SỤN CHÊM KHỚP GỐI DO CHẤN THƯƠNG

Phùng Anh Tuấn<sup>1</sup>, Hoàng Thị Xuân Minh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Xác định giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán rách sụn chêm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 102 bệnh nhân điều trị tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 6/2021 đến 6/2022. So sánh kết quả CHT với nội soi dựa trên bảng ma trận 2x2. **Kết quả:** Chẩn đoán rách SCT, CHT có Se 86,9%, Sp 96,4%. Chẩn đoán rách SCN, CHT có Se 84,2%, Sp 98,4%. Đối với các thể rách SC, giá trị của CHT lần lượt là: rách dọc Se 80,8%, Sp 98,3%, rách ngang Se 82,4%, Sp 98,8%, rách tỏa vòng Se 57,1%, Sp 98,9%, rách phức tạp Se 90%, Sp 98,9%. **Kết luận:** CHT rất có giá trị trong đánh giá tổn thương sụn chêm ở bệnh nhân chấn thương khớp gối.

**Từ khóa:** sụn chêm, thể rách sụn chêm, cộng hưởng từ, nội soi.

### SUMMARY

#### THE VALUE OF MRI FOR DETERMINING MENISCAL TEARS IN PATIENTS WITH INJURED KNEE

**Objective:** To describe the characteristic figures and to assess the value of MRI in determining meniscal tears. **Material and method:** 54 patients with injured knee treated at hospital 108 from Jun. 2021 to Jun. 2022. Comparison of meniscal tears on MRI with those on arthroscopy were performed by table 2x2. **Results:** The sensitivity and specificity of MRI in findings MM tear and LM tear were 86.9%, 96.4% and 84.2%, 98.4%, respectively. Detecting subtypes of meniscal tear, MRI had Se 80.8%, Sp 98.3% for longitudinal tear, Se 82.4%, Sp 98.8% for horizontal tear, Se 57.1%, Sp 98.9% for radial tear and Se 90%, Sp 98.9% for complex tear. **Conclusion:** MR image is useful for determining meniscal tears in patients with injured knee.

**Keywords:** meniscus, types of tears, MRI, arthroscopy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp gối là một khớp lớn và chịu toàn bộ tải trọng của cơ thể nên hay bị tổn thương do những chấn thương trong sinh hoạt, lao động và hoạt động thể thao. Cùng với hệ thống dây chằng, sụn chêm (SC) là một trong những thành phần chịu lực của khớp và dễ bị tổn thương [1]. Cộng hưởng từ (CHT) là một phương pháp chẩn

đoán hình ảnh rất có giá trị trong đánh giá các tổn thương của khớp gối nói chung cũng như SC nói riêng [2]. Nội soi khớp gối cho phép quan sát toàn bộ khớp gối và được coi là tiêu chuẩn vàng trong đánh giá tình trạng tổn thương của sụn khớp, dây chằng, SC. Tuy nhiên, do là phương pháp xâm lấn nên nội soi chỉ thực hiện khi BN đã được xác định có tổn thương dây chằng, SC trên lâm sàng, CHT và cần can thiệp điều trị [3]. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành với mục tiêu xác định giá trị của CHT trong đánh giá rách SC ở bệnh nhân (BN) chấn thương khớp gối.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 102 BN chấn thương khớp gối được điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 06/2021 đến tháng 06 /2022.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Các BN chấn thương khớp gối và được chụp CHT.

- Tất cả BN được phẫu thuật nội soi khớp gối

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những BN có tiền sử đã phẫu thuật khớp gối  
- Hồ sơ, bệnh án không đầy đủ

#### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, số liệu lấy theo hình thức tiến cứu

#### 2.2.1. Phương tiện, kỹ thuật:

Chụp CHT được thực hiện trên máy chụp CHT 1.5 Tesla Intera, Philips, Hà lan. Chụp CHT khớp gối với các chuỗi xung: T1W mặt phẳng đứng dọc (Sagittal), T2STIR mặt phẳng đứng ngang (Coronal), PD theo ba mặt phẳng. Độ dày lát cắt 3mm.

Nội soi khớp gối thực hiện trên máy STRYKER, Mỹ.

#### 2.2.2. Các biến số nghiên cứu trên CHT

- Rách SC: được xác định khi có 1 trong các dấu hiệu [4]:

+ Ổ tăng tín hiệu tiếp giáp một trong ba bờ của SC.

+ Sụn chêm có hình dáng không bình thường (ngoại trừ SC hình đĩa).

- Các thể tổn thương SC [5]:

+ Rách dọc: đường rách chạy song song với bờ ngoài của SC.

+ Rách ngang: chạy song song với mặt khớp và vuông góc với bao khớp

+ Rách tỏa vòng: chạy vuông góc với bó

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

<sup>2</sup>Bệnh viện Thể thao Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Anh Tuấn

Email: phunganhantuanbv103@gmail.com

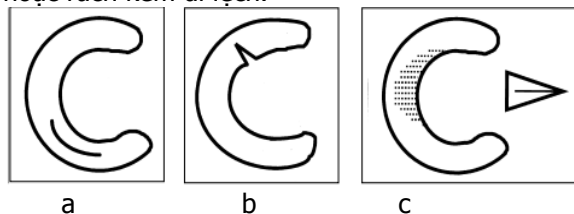
Ngày nhận bài: 30.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2022

Ngày duyệt bài: 30.11.2022

collagen dọc, bắt đầu từ bờ tự do của SC và lan ra phía ngoại vi.

+ Rách phức tạp: kết hợp các loại rách trên hoặc rách kèm di lệch.



a: rách dọc, b: rách tỏa vòng, c: rách ngang [5]

**Hình 1: Minh họa các thể rách sụn chêm**

**2.2.3. Cách thức tiến hành nghiên cứu**

- Thu thập dữ liệu lâm sàng BN và thực hiện nội soi khớp gối do các bác sỹ Khoa Phẫu thuật khớp và Y học thể thao thực hiện. Kết quả nội soi được trả lời theo mẫu thống nhất. Người nghiên cứu ghi chép các dữ liệu vào bệnh án nghiên cứu.

- Chụp CHT khớp gối do các kỹ thuật viên Khoa Chẩn đoán hình ảnh thực hiện theo quy trình thống nhất. Kết quả CHT do người nghiên

cứu và thầy hướng dẫn đánh giá theo mẫu bệnh án nghiên cứu trước khi thực hiện nội soi.

- So sánh kết quả nội soi với kết quả CHT.

**2.2.4. Xử lý số liệu:**

- Sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

- So sánh nội soi và cộng hưởng từ trong đánh giá vị trí tổn thương SC bằng Chi bình phương test. Giá trị  $p < 0,05$  được coi có ý nghĩa thống kê.

- So sánh chẩn đoán rách SC trên CHT với nội soi dựa trên bảng ma trận 2x2.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu**

- 102 BN gồm 85 nam (83,3%) và 17 nữ (16,7%). Tỷ lệ nam /nữ:5/1.

- Tuổi trung bình:  $35,73 \pm 11,8$ ; nhỏ nhất 17; lớn nhất 78. Phân chia theo nhóm tuổi: <20: 4 BN (3,9%), 20-35: 56 BN (54,9%), 36-50: 34 BN (33,3%), >50: 8 BN (7,9%).

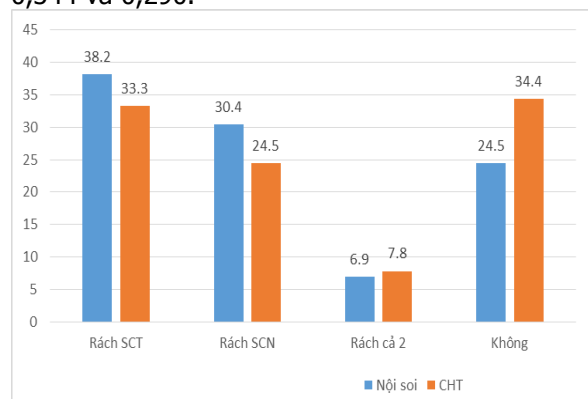
**3.2. Đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán rách sụn chêm**

**Bảng 3.1. So sánh nội soi và cộng hưởng từ trong đánh giá vị trí tổn thương sụn chêm**

Vị trí		Nội soi (n=46)	CHT (n=42)	P*
Sụn chêm trong	Sừng trước	13 (28,3)	14 (33,3)	0,344
	Sừng sau	25 (54,3)	25 (59,5)	
	Thân	8 (17,4)	3 (7,2)	
Vị trí		Nội soi (n=38)	CHT (n=33)	P*
Sụn chêm ngoài	Sừng trước	9 (23,7)	12 (36,3)	0,290
	Sừng sau	23 (60,5)	19 (57,6)	
	Thân	6 (15,8)	2 (6,1)	

\* Chi bình phương test

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt về tỷ lệ tổn thương ở sừng trước, sừng sau và thân SCT và SCN trên CHT và nội soi với p lần lượt là 0,344 và 0,290.



**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ rách sụn chêm trong và sụn chêm ngoài trên cộng hưởng từ và nội soi**

**Nhận xét:** Trên CHT: 34 BN rách SCT, 25 BN

rách SCN và 8 BN rách cả hai SC. Tổng cộng có 67 BN với 42 SCT và 33 SCN tổn thương. Trên nội soi: 39 BN rách SCT, 31 BN rách SCN và 7 BN rách cả 2 SC. Tổng cộng có 77 BN với 46 SCT và 38 SCN tổn thương. Không có sự khác biệt trong đánh giá rách SC trên CHT và nội soi với  $p = 0,437$ .

**Bảng 3.2. Giá trị cộng hưởng từ trong đánh giá tổn thương sụn chêm trong**

Nội soi		Rách	Không rách
CHT	Rách	40	2
	Không rách	6	54

**Nhận xét:** CHT có Se 86,9%, Sp 96,4% trong đánh giá rách SCT.

**Bảng 3.3. Giá trị cộng hưởng từ trong đánh giá tổn thương sụn chêm ngoài**

Nội soi		Rách	Không rách
CHT	Rách	32	1
	Không rách	6	63

**Nhận xét:** CHT có Se 84,2%, Sp 98,4% trong đánh giá rách SCN.

**Bảng 3.4. Giá trị của CHT trong đánh giá thể tổn thương sụn chêm (n=204)**

Giá trị CHT	Dương tính thật	Âm tính thật	Dương tính giả	Âm tính giả
<b>Thể rách</b>				
Rách dọc	21	175	3	5
Rách ngang	28	168	2	6
Rách tỏa vòng	8	188	2	6
Rách phức tạp	9	192	2	1

**Nhận xét:** Thể rách được tính chung cho cả SCT và SCN (n=204). Đối với từng thể rách, giá trị của CHT lần lượt là: rách dọc Se 80,8%, Sp 98,3%, rách ngang Se 82,4%, Sp 98,8%, rách tỏa vòng Se 57,1%, Sp 98,9%, rách phức tạp Se 90%, Sp 98,9%.

#### IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, BN trẻ nhất 17 tuổi, cao nhất 78 tuổi, tuổi trung bình  $35,73 \pm 11,8$ . Có tới 88,2% BN nằm trong lứa tuổi từ 20-50. Đây là lứa tuổi có nhiều hoạt động trong sinh hoạt, lao động và thể thao, vì vậy nguy cơ chấn thương khớp gối cao hơn các nhóm tuổi khác. Tỷ lệ nam gấp 5 lần nữ với 85 BN chiếm 83,3%. Các kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu về chấn thương khớp gối ở Việt nam. Trong nghiên cứu của Nguyễn Việt Nam trên 155 BN chấn thương khớp gối tại Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh tỷ lệ BN nam chiếm 72,9%, nữ 27,1%. Tuổi trung bình  $29,3 \pm 7,8$  [1]. Nghiên cứu của Đặng Thị Ngọc Anh trên 98 BN tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang cho thấy có 60,2% BN là nam. Lứa tuổi từ 20-40 chiếm tới 73,5% [6].

Sụn chêm là một cấu trúc xơ sụn nằm ở diện khớp giữa 2 đầu xương đùi và xương chày. Trên hình CHT, SC có hình tam giác hoặc hình nơ, giảm tín hiệu. Đường rách SC là những đường, ổ tăng tín hiệu tiếp xúc với các cạnh của SC. Đường rách cũng làm SC thay đổi hình thái vì vậy khi hình dáng SC thay đổi, cần phải nghi ngờ có rách theo một kiểu nào đó. Có hai ngoại lệ về hình dáng SC bất thường nhưng không rách là SC có dạng đĩa và SC uốn khúc bất thường (đường bờ gợn sóng hoặc không đều). Tuy nhiên, do những hình dáng bất thường này hiếm gặp nên luôn luôn cần tìm kiếm những bất thường tín hiệu tiếp giáp với ít nhất một mặt khớp để xác định rách SC [4], [5]. Trong nghiên cứu này, trên CHT, chúng tôi đánh giá có 34 BN rách SCT, 25 BN rách SCN và 8 BN rách cả hai

SC. Tổng cộng có 67 BN với 42 SCT và 33 SCN tổn thương. Kết quả phẫu thuật nội soi cho thấy có 39 BN rách SCT, 31 BN rách SCN và 7 BN rách cả 2 SC. Tổng cộng có 77 BN với 46 SCT và 38 SCN tổn thương. Đánh giá độ chính xác của CHT trong chẩn đoán rách SCT và SCN, kết quả bảng 3.2 và 3.3 cho thấy Se, Sp lần lượt là: 86,9%; 96,4% và 84,2%; 98,4%. Saseendran R nghiên cứu trên 40 BN chấn thương khớp gối nhận thấy có 24 BN (60%) tổn thương SCT, 12 BN (30%) tổn thương SCN và 4 BN (10%) tổn thương cả 2 SC. Đối chiếu kết quả CHT với nội soi, tác giả nhận thấy trên CHT có 28 SCT và 16 SCN rách so với 27 SCT và 17 SCN rách trên nội soi. Chẩn đoán rách SCT, CHT có Se 96,3%, Sp 84,6%. Chẩn đoán rách SCN, CHT có Se 88,2%, Sp 95,6% [7]. Nghiên cứu của Gupta MK cho thấy đối với SCT, CHT có Se 85,7%, Sp 89,4%. Đối với SCN, CHT có Se 83,3%, Sp 95,4% [3]. Như vậy, mặc dù CHT có độ chính xác cao, luôn có các trường hợp dương tính giả và âm tính giả trong các nghiên cứu. Có nhiều lý do dẫn đến điều này. Một là thời gian trễ từ khi chấn thương đến khi chụp CHT và đến khi phẫu thuật nội soi. Thời gian chậm chụp CHT sau khi chấn thương có thể khiến tổn thương khỏi nhưng tín hiệu cao vẫn còn tồn tại. Tương tự như vậy, thời gian kéo dài từ khi chụp CHT đến khi nội soi có thể khiến tổn thương khỏi và trở nên dương tính giả. Gupta MK nhận thấy ở những trường hợp dương tính giả, các vết rách trên CHT đều ở vùng đỏ được mạch máu hóa của SC. Đây có thể là vết rách thật, nhưng đã liền trước khi phẫu thuật [3]. Mặt khác, việc không quan sát kỹ các cấu trúc giải phẫu hoặc một số hiệu ứng vật lý cũng có thể gây chẩn đoán nhầm. Vị trí dây chằng liên SC ấn vào sừng trước SCN, dây chằng khoeo đi qua góc sau ngoài SCN, nhiều do 1 phần SC lệch hướng với từ trường (thường ở sừng sau SCN) đều gây dương tính giả trên CHT [4]. Trường hợp âm tính giả được ghi nhận ở BN đứt dây chằng chéo trước trong nghiên cứu của Saseendran R khẳng định một điều CHT sẽ giảm độ nhạy phát hiện rách SC khi BN có đứt dây chằng chéo trước đi kèm [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi ở vị trí hay bị tổn thương nhiều nhất là sừng sau cả SCT và SCN. Thân SC ít bị tổn thương nhất. Các nghiên cứu đã cho thấy sừng sau SC, nhất là sừng sau SCT hấp thu đa số trọng lực dồn xuống SC nên rất hay bị tổn thương. Đặc biệt đối với những trường hợp đứt dây chằng chéo trước kết hợp, sừng sau SCT trở thành cấu trúc chính ngăn chặn sự di lệch ra trước của khớp gối nên càng

để bị tổn thương. 102 BN trong nghiên cứu của chúng tôi có 68 BN có tổn thương dây chằng chéo trước kết hợp. Nghiên cứu của Saseendran R cho thấy tổn thương sừng sau SC chiếm đa số với 63,6% ở SCT và 50% ở SCN trên CHT và 62,5% ở SCT và 55,6% ở SCN trên nội soi [7].

Sụn chêm có nhiều kiểu rách khác nhau tùy thuộc vị trí, tuổi hay lực tác động chấn thương. Theo Greis PE, tổn thương SC có thể xảy ra khi có lực tác động quá mức trên một SC bình thường hoặc khi có lực tác động bình thường trên SC thoái hóa. Sụn chêm trong có các dây chằng bám vào mâm chày chắc hơn nên thường hay bị tổn thương hơn. Rách dọc thường gặp ở người trẻ và thường đi kèm đứt dây chằng chéo trước. Rách ngang thường bắt đầu từ bờ trong của SC và mở rộng ra phía bao. Rách tỏa vòng thường gặp ở chỗ nối giữa sừng sau và 1/3 giữa SC [8]. Rách dọc chạy song song với bờ ngoài của SC và biểu hiện trên CHT là đường tăng tín hiệu vuông góc với bề mặt khớp chia cắt SC. Rách ngang biểu hiện đường tăng tín hiệu song song với mặt khớp và vuông góc với bao khớp. Rách tỏa vòng bắt đầu từ bờ tự do của SC và lan ra phía ngoại vi và thấy rõ trên hình axial [5]. Do hình ảnh các thể rách khác nhau nên khả năng phát hiện trên CHT cũng khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối với từng thể rách, giá trị của CHT lần lượt là: rách dọc Se 80,8%, Sp 98,3%, rách ngang Se 82,4%, Sp 98,8%, rách tỏa vòng Se 57,1%, Sp 98,9%, rách phức tạp Se 90%, Sp 98,9%. Nghiên cứu của Jee WH trên 110 BN rách SC bao gồm 34 rách dọc, 44 rách ngang, 16 rách tỏa vòng và 22 rách phức tạp cho thấy Se, Sp đối với từng thể rách lần lượt là: 79% và 95%, 80% và 90%, 73% và 98%, 82% và 98%. Tuy nhiên tác giả cũng nhận thấy sự đồng thuận giữa những người đọc trong chẩn đoán thể rách tương đối thấp [5]. So sánh thể rách SC trên CHT với kết quả nội soi ở 71 BN chấn thương khớp gối, Nguyễn Ngọc Thái nhận thấy tỷ lệ các thể rách dọc, ngang, tỏa vòng và phức tạp trên CHT lần lượt là 35,3%; 21,5%; 30,7% và 12,5% so với các tỷ lệ tương ứng trên nội soi là 34,4%; 21,9%; 31,2% và 12,5%. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$  [9]. Nghiên cứu trên 196 BN chấn thương khớp gối với 29 trường hợp được khẳng định rách tỏa vòng trên nội soi, Harper KW nhận thấy mặc dù tất cả trường hợp này đều được khẳng định có rách SC trên CHT, đánh giá ban đầu bởi 5 bác sỹ Chẩn đoán hình ảnh chuyên cơ xương khớp chỉ có 37% chẩn đoán đúng rách tỏa vòng. Đánh giá lần 2 bổ sung thêm 4 dấu hiệu: tam giác cụt, khe

nút, khe nút tuần hành và sụn chêm ma đã giúp tăng độ chính xác trong chẩn đoán thể rách tỏa vòng lên 89% [10].

## V. KẾT LUẬN

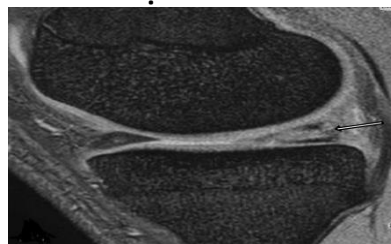
- 38,2% tổn thương sụn chêm trong, 30,4% tổn thương sụn chêm ngoài, 6,9% tổn thương cả hai sụn chêm. Đa số tổn thương nằm ở sừng sau với 54,3% ở sụn chêm trong và 60,5% ở sụn chêm ngoài.

- Đánh giá tổn thương rách sụn chêm trong, cộng hưởng từ có độ nhạy 86,9%, độ đặc hiệu 96,4%.

- Đánh giá tổn thương rách sụn chêm ngoài, cộng hưởng từ có độ nhạy 84,2%, độ đặc hiệu 98,4%.

- Độ nhạy, độ đặc hiệu của cộng hưởng từ đối với từng thể rách lần lượt là: rách dọc 80,8% và 98,3%, rách ngang 82,4% và 98,8%, rách tỏa vòng 57,1% và 98,9%, rách phức tạp 90% và 98,9%.

## VI. HÌNH MINH HỌA



Bệnh nhân Nguyễn Thị Nhung, số hồ sơ 22401555; **Hình PD** Saggital cho thấy rách ngang sừng sau sụn chêm trong



Bệnh nhân Nguyễn Duy Thịnh, số hồ sơ 22360539; **Hình T2** Saggital và PD Axial cho thấy rách tỏa vòng sừng trước sụn chêm ngoài

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Việt Nam (2013). Đối chiếu chẩn đoán giữa lâm sàng với cộng hưởng từ với nội soi về tổn thương sụn chêm và dây chằng chéo khớp gối. Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
2. Chaudhuri S, Joshi P, M G (2013). Role of MRI in evaluation of traumatic knee injuri. Journal of evolution of medical and dental sciences, 2(7):765-771.
3. Gupta MK, Rauniyar RK, Karn NK, Sah PL, Dhungel K, K A (2014). MRI evaluation of knee

- injury with arthroscopic. J Nepal Health Res Counc, 12(1):63-67.
4. **Huysse WC, Verstraete K L, Verdonk PC, R V** (2008). Meniscus imaging. Semin Musculoskelet Radiol, 12:318-333.
  5. **Jee WH, McCauley TR, Kim JM, Jun DJ, Lee YJ, Choi BG, et al.** (2003). Meniscal tear configurations: Categorization with MR imaging. American journal of roentgenology, 180:93-97.
  6. **Đặng Thị Ngọc Anh, Vũ Long, Phạm Minh Thông và cộng sự** (2020). Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ 1.5Tesla trong chấn thương dây chằng, sụn chêm khớp gối. Điện quang Việt Nam, 41:86-92.
  7. **Saseendran R, Shameem Ahamed M, Mohanan K, JP V** (2018). MRI with arthroscopic correlation in meniscal injuries of knee. International journal of contemporary medicine surgery and radiology, 3(2):70-73.
  8. **Greis PE, Bardana DD, Holmstrom MC, RT B** (2002). Meniscal injury: I. Basic science and evaluation. Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 10:168-176.
  9. **Nguyễn Ngọc Thái** (2010). Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán rách sụn chêm khớp gối do chấn thương. Luận văn bác sỹ chuyên khoa 2, Học viện Quân y.
  10. **Harper KW, Helms CA, HS L, LD H** (2004). Radial meniscal tears: significance, incidence, and MR appearance. American journal of roentgenology, 185(6):1429-1434.

## THÁI ĐỘ VỀ HỌC KỸ NĂNG GIAO TIẾP CỦA SINH VIÊN NĂM THỨ NHẤT TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI, NĂM 2021

Phạm Bích Diệp<sup>1</sup>, Phạm Thị Nga<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu mô tả thái độ về học kỹ năng giao tiếp và một số yếu tố liên quan của SV năm thứ nhất ngành bác sĩ y khoa Trường Đại Học Y Hà Nội năm học 2020-2021 và một số yếu tố liên quan. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 431 SV năm nhất hệ bác sĩ đa khoa. Kết quả cho thấy thái độ tích cực học KNGT của SV là cao (điểm PAS = 51,2/65) và thái độ tiêu cực học KNGT là thấp (điểm NAS = 30,3/65). SV có bố là bác sĩ và SV tin là KNGT cần thiết cho SV y có mối liên quan đến thái độ về học KNGT. Ngoài ra, SV nam có thái độ tiêu cực với học KNGT hơn là nữ, SV có người thân/quen cho rằng KNGT cần thiết với SV y có mối liên quan tích cực đến học KNGT. SV cần được truyền thông nâng cao nhận thức về tầm quan trọng của học KNGT. Ngoài ra, cần tiếp tục rèn luyện KNGT liên tục cho SV trong các năm học tiếp cho đến khi ra trường.

**Từ khóa:** SV Y, kỹ năng giao tiếp, thái độ tiêu cực, thái độ tích cực.

### SUMMARY

#### ATTITUDE ON COMMUNICATION SKILLS OF THE FIRST YEAR STUDENTS OF HANOI MEDICAL UNIVERSITY, 2021

The study objective is to describe the attitudes about learning communication skills and its related factors of the first-year medical students at Hanoi Medical University in the academic year 2020-2021 and several factors involved. A cross-sectional study

was conducted on 431 first-year general medical students. The results showed that students' positive attitude to learning communication skills was high (PAS score = 51.2/65) and negative attitude to learning communication skills was low (NAS score = 30.3/65). Students whose father is a doctor and students believed that communication skills were necessary for medical students were associated factors with attitude of learning communication skills. In addition, male students was more likely to have negative attitude towards learning communication skills, and students with relatives/acquaintances thought that communication skills were necessary for medical students was more likely to have positive attitude with learning communication skills. Students need to be communicated to raise awareness about the importance of learning communication skills. In addition, it is necessary to continue to practice communication skills continuously for students in the following school years until graduation.

**Keywords:** medical students, communication skills, positive attitude, negative attitude

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kỹ năng giao tiếp (KNGT) là một phần quan trọng của thực hành lâm sàng y khoa vì giao tiếp là một công cụ giúp bác sĩ chẩn đoán chính xác và thuyết phục người bệnh. Trong những năm gần đây, nhiều trường y trên toàn cầu đã đưa các kỹ năng giao tiếp vào chương trình giảng dạy của họ [1] và quy định một trong những năng lực SV Y khoa cần đạt được khi tốt nghiệp là KNGT. Tại Việt Nam, Bộ Y tế đã phê duyệt quyết định số 1854/QĐ-BYT về chuẩn năng lực cơ bản của bác sĩ đa khoa thì một trong bốn năng lực chính SV y khoa cần đạt được khi tốt nghiệp là năng lực giao tiếp cộng tác [2]. Quyết định số 2896/QĐ-ĐHYHN ban hành chuẩn đầu ra cho

<sup>1</sup>Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Bích Diệp

Email: phambichdiep@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2022

Ngày duyệt bài: 29.11.2022