

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ kháng là 25,5%. Kết quả của chúng tôi khá phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Kim Thư, Lê Văn Hưng có đề kháng là 29,67%[4]. Kết quả này khá tương đồng so với nghiên cứu của Jappa và cộng sự có tỷ lệ kháng là 19,2%. Tỷ lệ kháng lại gentamicin trong nghiên cứu năm 2009 về tình trạng kháng kháng sinh tại các bệnh viện thì Bệnh viện Chợ Rẫy có tới 68,8% các chủng kháng. Điều này có thể lý giải bằng việc những case bệnh ở Bệnh viện Chợ Rẫy có tình trạng nhiễm trùng nặng hơn viêm nang lông ở Bệnh viện Da liễu Cần Thơ, tức là dưới sức ép của kháng sinh bắt buộc các chủng tụ cầu vàng phải tiến hóa kháng lại kháng sinh để tồn tại. *Staphylococcus aureus* tiết ra enzyme làm biến đổi vị trí gắn của gentamicin nên gentamicin không liên kết được với vị trí đích của ribosom và không ngăn chặn được sự tổng hợp protein từ đó tụ cầu vàng có thể kháng lại gentamicin [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 95,7% *Staphylococcus aureus* kháng lại penicillin tỷ lệ kháng cao nhất trong những kháng sinh thực nghiệm. Trong nghiên cứu của Nguyễn Kim Thư, Lê Văn Hưng có tỷ lệ kháng là 92,3% [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ kháng rifampin là 7,3%. Theo nghiên cứu của Niebuhr và cộng sự, tỷ lệ kháng rifampin là 16% [8].

## V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ nhiễm *Staphylococcus aureus* ở bệnh nhân viêm nang lông đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Cần Thơ năm 2022 là 54%.

2. Mức độ kháng kháng sinh của *Staphylococcus aureus* gây nhiễm khuẩn ở những bệnh nhân viêm nang lông: đề kháng cao nhất với penicillin 95,7%, đề kháng thấp với hai kháng sinh doxycycline 2,1% và trimethoprim/sulfamethoxazole 2,2%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). Hướng dẫn chẩn và điều trị các bệnh da liễu. Nhà xuất bản y học.
2. Nguyễn Thị Vinh, Nguyễn Đức Hiền (2005). Giám sát sử dụng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh thường gặp ở Việt Nam. *Tạp chí nghiên cứu Y học*. Số đặc biệt: tr. 87-91.
3. Midde LP, Hymavathi R (2019). An Epidemiological and Bacteriological Study of Chronic Bacterial Folliculitis. *IntJCurr MicrobiolAppSci*. 8(6): pp. 1-9.
4. Nguyễn Kim Thư, Lê Văn Hưng (2018). *Staphylococcus aureus* và đề kháng kháng sinh ở bệnh nhân nhiễm khuẩn da, niêm mạc điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. *Tạp chí truyền nhiễm Việt Nam*. 1 (21): tr. 81-85.
5. Pantosti A, Sanchini A, Monaco M. (2017). Mechanisms of antibiotic resistance in *Staphylococcus aureus*. *Future Microbiol*. 2 (3): pp. 323-334.
6. Bộ Y tế (2009). Báo cáo sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại 15 bệnh viện Việt Nam năm 2008-2009.
7. Bộ Y tế (2015). Hướng dẫn sử dụng kháng sinh. Nhà xuất bản Y học.
8. Niebuhr M, Mai U, Kapp A, Werfel T (2008). Antibiotic treatment of cutaneous infections with *Staphylococcus aureus* in patients with atopic dermatitis: current antimicrobial resistances and susceptibilities. *Exp Dermatol*. Nov 2008;17(11):953-957.

## ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DI CĂN HẠCH CỔ VÀ MỐI LIÊN QUAN TỚI ĐẶC ĐIỂM BỆNH HỌC UNG THƯ SÀN MIỆNG

Nguyễn Văn Trọng<sup>1</sup>, Ngô Quốc Duy<sup>2</sup>,  
Lê Chính Đại<sup>1</sup>, Phan Quang Đạt<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng di căn hạch cổ và mối liên quan tới một số đặc điểm bệnh học ở bệnh nhân ung thư sàn miệng. **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 48 BN ung thư sàn miệng giai đoạn chưa di căn

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Trọng

Email: vantrung.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023

hạch trên lâm sàng được cắt rộng u kèm vét hạch cổ chọn lọc tại Bệnh viện K từ tháng 1/2015 đến tháng 1/2020. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Trong 48 BN nghiên cứu, tuổi trung bình là 56,8 (41 – 75); tỷ lệ nam/nữ = 7; đa số BN có tiền sử hút thuốc lá và uống rượu; 29,2% BN có u lan qua đường giữa; hình thái u thường gặp là sùi và loét kết hợp (45,8%); kích thước u trung bình 2,13 ± 0,79cm. Đa số DOI >5mm; với giai đoạn bệnh sau mổ chủ yếu là pT1,2 (79,2%); số hạch vét được trung bình: 14,0 ± 7,1; tỷ lệ di căn hạch sau phẫu thuật là 22,9%. Tỷ lệ di căn hạch cao hơn ở nhóm u >2cm so với ≤2cm (36% so với 8,7%; OR = 2,593, p=0,025), nhóm DOI >5mm so với ≤5mm (42,1% so với 8,3%;

OR = 8, p = 0,044). Tỷ lệ di căn hạch tăng dần theo giai đoạn pT1, pT2, pT3 (tương ứng 6,7%, 21,7% và 50%) với p=0,041. Các yếu tố tuổi, giới, hình thái, vị trí u không liên quan đến tỷ lệ di căn hạch. **Kết luận:** UTSM thường di căn hạch sớm. Tình trạng di căn hạch có liên quan đến kích thước u, độ xâm lấn sâu và giai đoạn u sau mổ.

**Từ khóa:** ung thư sàn miệng, di căn hạch cổ.

## SUMMARY

### CERVICAL LYMPH NODE METASTASIS AND RELATIVE CLINICOPATHOLOGICAL FACTORS IN THE FLOOR OF MOUTH CARCINOMA

**Objectives:** To evaluate cervical lymph node metastasis and its relationship with clinicopathological characteristics in patients with floor-of-mouth carcinoma. **Patients and methods:** A cross-sectional descriptive study on 48 patients with floor-of-mouth carcinoma without clinical lymph node metastasis who underwent extensive resection with selective cervical lymphadenectomy at National Cancer Hospital from 01/2015 to 01/2020. **Results:** In 48 patients studied, the mean age was 56.8 (41 - 75); male/female ratio = 7; most patients have a history of smoking and drinking alcohol; 29.2% of patients had midline-involved tumors; The most common tumor types are exophytic and ulcerative combined (45.8%); mean tumor size  $2.13 \pm 0.79$ cm. Most DOI >5mm; postoperative stage pT1,2 accounted for mainly (79.2%); the mean number of removed lymph nodes was  $14.0 \pm 7.1$ ; The lymph node metastasis rate was 22.9%. Lymph node metastasis rate was higher in tumors >2cm compared with  $\leq 2$ cm (36% vs 8.7%; OR = 2,593, p=0.025), DOI >5mm vs  $\leq 5$ mm (42.1% vs. 8.3%; OR = 8, p = 0.044). The lymph node metastasis rate increased gradually by stage pT1, pT2, and pT3 (6.7%, 21.7%, and 50% respectively) with p=0.041. Age, gender, morphology, and tumor location are not associated with lymph node metastasis rate. **Conclusions:** Floor of mouth cancer often metastasizes to lymph nodes early. Cervical lymph node metastasis was associated with tumor size, depth of invasion, and postoperative stage.

**Keywords:** floor of mouth cancer, cervical lymph node metastasis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đầu cổ là bệnh ung thư hay gặp và có xu hướng ngày càng tăng, trong đó ung thư khoang miệng là phổ biến nhất. Trong khoang miệng, sàn miệng là vị trí giải phẫu có giới hạn hẹp, khó tiếp cận để đánh giá và chẩn đoán. Khối u sàn miệng có xu hướng xâm lấn xương và mô mềm xung quanh sớm, thường di căn nhóm hạch dưới hàm và hạch cổ cao.<sup>1</sup> Đây là trở ngại cho các phẫu thuật viên trong lựa chọn phương án điều trị phù hợp. Trước đây đã có nhiều nghiên cứu về đặc điểm bệnh học và tình trạng di căn hạch của ung thư khoang miệng chung, nhưng các nghiên cứu về ung thư sàn miệng

(UTSM) còn khiêm tốn. Một số tác giả cho thấy UTSM thường di căn hạch sớm và liên quan tới một số yếu tố như hình dạng, kích thước u, độ sâu xâm lấn, giai đoạn bệnh. Tuy nhiên, các nhận xét này rút ra từ các nghiên cứu khoang miệng chung và các kết luận còn chưa thống nhất. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá tình trạng di căn hạch của UTSM và xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 48 bệnh nhân (BN) UTSM giai đoạn chưa di căn hạch trên lâm sàng được phẫu thuật cắt rộng u kèm vét hạch cổ chọn lọc tại Bệnh viện K từ tháng 1/2015 đến tháng 1/2020.

### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN UTSM giai đoạn chưa di căn hạch trên lâm sàng.
- BN được phẫu thuật cắt rộng u kèm vét hạch cổ chọn lọc tại Bệnh viện K.
- Mô bệnh học khối u là UTBM vảy
- BN chưa được điều trị bệnh trước đó.
- Không mắc các bệnh ác tính khác.
- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** - Không đủ kết quả mô bệnh học về khối u và hạch.

- Có tiền sử ung thư vùng đầu cổ.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Lựa chọn BN UTSM theo các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, thu thập thông tin BN về tuổi, giới, tiền sử và đặc điểm khối u. Các BN được phẫu thuật triệt căn cắt rộng u và vét hạch cổ chọn lọc. Sau phẫu thuật, đánh giá kết quả mô bệnh học của khối u và hạch. Xác định mối liên quan giữa di căn hạch và một số đặc điểm (tuổi, giới, vị trí u, hình thái u, kích thước u, độ sâu xâm nhập (DOI), giai đoạn pT). Giai đoạn bệnh theo phân loại TNM phiên bản 8.

**2.3. Xử lý số liệu.** Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 26.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung

#### Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm		Kết quả n (%)
Số bệnh nhân		48
Tuổi (năm)	Trung bình	56,8 ± 8,0
	Trung vị	57
	Nhỏ nhất – Lớn nhất	41 - 75
Giới tính	Nam	42 (87,5)
	Nữ	6 (12,5)

<b>Tiền sử</b>	Uống rượu	40 (83,3)
	Hút thuốc lá	35 (72,9)
	Nhai trầu	6 (12,5)
<b>Vị trí u</b>	Trước	14 (29,2)
	Bên	34 (70,8)
<b>Hình thái u</b>	Sùi loét	22 (45,8)
	Sùi	14 (29,2)
	Loét	11 (22,9)
	Thâm nhiễm	1 (2,1)
<b>Kích thước u</b>	Trung bình	2,13 ± 0,79
	Nhỏ nhất – Lớn nhất	1 – 4

**Nhận xét:** Trong số 48 BN nghiên cứu, tuổi trung bình là 56,8 (từ 41 – 75 tuổi), chủ yếu là nam (chiếm 87,5%). Đa số BN có tiền sử uống rượu và hút thuốc lá. 29,2% số BN có u sàn miệng trước, u sàn miệng trước được xác định khi khối u nằm trên đường giữa hoặc lan qua đường giữa. Hình thái u hay gặp là sùi loét, chỉ có 1 BN u dạng thâm nhiễm (chiếm 2,1%). Kích thước u trung bình 2,13 ± 0,79 (từ 1 đến 4cm).

**3.2. Đặc điểm u và hạch sau phẫu thuật**

**Bảng 2. Đặc điểm u và hạch sau phẫu thuật**

<b>Đặc điểm</b>	<b>Kết quả</b>
-----------------	----------------

**Bảng 3. Di căn hạch và một số yếu tố**

Yếu tố		pN+ n (%)	pN0 n (%)	Tổng N	OR	p
<b>Tuổi</b>	Dưới trung vị	6 (26,1)	17 (73,9)	23	1,412	0,437
	Trên trung vị	5 (20)	20 (80)	25		
<b>Giới</b>	Nam	9 (21,4)	33 (78,6)	42	0,545	0,609
	Nữ	2 (33,3)	4 (66,7)	6		
<b>Hình thái u</b>	Loét/ Sùi + Loét	10 (30,3)	23 (69,7)	33	5,650	0,086
	Sùi	1 (7,1)	13 (92,9)	14		
<b>Vị trí u</b>	Trước	5 (35,7)	9 (64,3)	14	2,593	0,164
	Bên	6 (17,6)	28 (82,4)	34		
<b>Kích thước u</b>	>2cm	9 (36)	16 (64)	25	5,917	<b>0,025</b>
	≤2cm	2 (8,7)	21 (91,3)	23		
<b>DOI</b>	>5mm	8 (42,1)	11 (57,9)	19	8	<b>0,044</b>
	≤5mm	1 (8,3)	11 (91,7)	12		
<b>pT</b>	pT1	1 (6,7)	14 (93,3)	15	1	<b>0,041</b>
	pT2	5 (21,7)	18 (78,3)	23		
	pT3	5 (50)	5 (50)	10		

**Nhận xét:** Nhóm BN kích thước u >2cm có tỷ lệ di căn hạch cao hơn nhóm u <2cm (36% so với 8,7%) với p=0,025. Nhóm BN DOI >5mm có tỷ lệ di căn hạch cao hơn nhóm DOI ≤5mm (42,1% so với 8,3%) với p=0,044. Tỷ lệ di căn hạch tăng dần theo giai đoạn pT1, pT2, pT3 (tương ứng 6,7%, 21,7% và 50%), sự khác biệt có ý nghĩa với p=0,041. Các khối u dạng loét/ sùi loét có tỷ lệ di căn hạch cao hơn khối u dạng sùi (30,3% so với 7,1%) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa với p=0,086. Tỷ lệ di căn hạch cao hơn ở nhóm u sàn miệng trước (35% so với 17,6%), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa với p=0,164. Tuổi và giới không liên quan đến di căn hạch.

		n (%)
<b>DOI</b>	≤5 mm	12 (38,7)
	>5 mm	19 (61,3)
	Tổng	31 (100)
<b>Giai đoạn pT</b>	pT1	15 (31,3)
	pT2	23 (47,9)
	pT3	10 (20,8)
<b>Số hạch vét được</b>	Trung bình	14,0 ± 7,1
	Nhỏ nhất – Lớn nhất	3 – 34
<b>Di căn hạch</b>	Có	11 (22,9)
	Không	37 (77,1)
<b>Giai đoạn pN</b>	pN0	37 (77,1)
	pN1	5 (10,4)
	pN2b	6 (12,5)

**Nhận xét:** Trên mô bệnh học sau mổ, đa số u xâm lấn sâu >5mm (chiếm 61,3%). BN chủ yếu ở giai đoạn pT1,2 (chiếm 79,1%). Số hạch vét được trung bình là 14 hạch (3 – 34 hạch). Sau phẫu thuật có 11 BN di căn hạch (chiếm 22,9%), trong đó 5 BN di căn 1 hạch (pN1) và 6 BN di căn trên 1 hạch cùng bên (pN2b).

**3.3. Môi liên quan giữa di căn hạch và một số yếu tố**

**IV. BÀN LUẬN**

**- Tình trạng di căn hạch cổ trong UTSM.**

Trong nhóm BN nghiên cứu, số hạch vét được trung bình là 14 hạch (từ 3 đến 34 hạch). Kết quả của chúng tôi tương tự tác giả Lê Văn Quảng (2021) với số hạch vét được trung bình là 12,8.<sup>2</sup> Tỷ lệ di căn hạch sau phẫu thuật là 22,9%. So sánh với một số nghiên cứu trong và ngoài nước trước đây, Lê Văn Quảng cho thấy tỷ lệ di căn hạch cổ trong UT khoang miệng là 21,5%, còn Alessandro cho thấy tỷ lệ di căn hạch là 25%.<sup>2,3</sup> Nghiên cứu của Hicks (1997) cho thấy tỷ lệ di căn hạch sau phẫu thuật trong UTSM giai đoạn

cN0 là 29,2%.<sup>4</sup> UTSM di căn hạch sớm, có thể do cấu trúc giải phẫu sàn miệng hẹp trong khi hệ thống mạch bạch huyết vùng khoang miệng rất phong phú. Trong số 11 BN di căn hạch, có 5 BN di căn 1 hạch (giai đoạn pN1, chiếm 10,4%), 6 BN di căn trên 1 hạch (pN2b, chiếm 12,5%).

**- Một số đặc điểm liên quan đến di căn hạch.** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, UTSM có xu hướng gặp ở người cao tuổi (tuổi trung bình là 56,8), nam giới (87,5%), có tiền sử hút thuốc lá và uống rượu (tương ứng 72,9% và 83,3%). Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trước đây.<sup>2,4,5</sup> Tuổi và giới không liên quan đến tình trạng di căn hạch ( $p > 0,05$ ). Kết quả này tương tự như các nghiên cứu trước về UT khoang miệng và UTSM. Trong nghiên cứu của Lê Văn Quảng, tỷ lệ di căn hạch ở nhóm >60 tuổi là 36% và nhóm <60 tuổi là 33%, không khác biệt với  $p = 0,868$ .<sup>2</sup> Alessandro cho kết quả tương tự với  $p = 0,24$ .<sup>3</sup> Các tác giả này cũng cho thấy tỷ lệ di căn hạch không khác biệt ở hai giới ( $p > 0,05$ ).

Trong nhóm BN nghiên cứu, kích thước u trung bình là 2,13cm. Chúng tôi nhận thấy nhóm BN u >2cm có tỷ lệ di căn hạch cao hơn nhóm BN u ≤2cm (tương ứng 36% so với 17,6%) với OR = 5,917,  $p = 0,025$ . Các nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra kích thước u là một yếu tố tiên lượng di căn hạch.<sup>3,4</sup> Trong nghiên cứu của Lê Văn Quảng, các BN với u >2cm có tỷ lệ di căn hạch cao hơn các BN với u ≤2cm (54% so với 20%) với  $p < 0,001$ .<sup>2</sup> Do vậy, kích thước u có thể xem là một yếu tố tiên lượng khi lựa chọn vét hạch cổ ở BN UTSM giai đoạn cN0.

Có 31 trường hợp được đánh giá DOI trên mô bệnh học, đa số các trường hợp DOI >5mm (chiếm 61,3%). Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ di căn hạch cao hơn ở nhóm DOI >5mm so với nhóm DOI ≤5mm (42,1% so với 8,3%), với OR = 8,  $p = 0,044$ . Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của các tác giả Kunzel, Alessandro và Lê Văn Quảng, các tác giả đều cho thấy nhóm DOI lớn hơn có tỷ lệ di căn hạch cao hơn với các điểm Cut-off khác nhau (tương ứng 4mm, 7mm và 5mm) ( $p < 0,05$ ).<sup>2,3,6</sup>

Về giai đoạn u sau phẫu thuật, đa số BN ở giai đoạn pT2 (chiếm 47,9%) và pT1 (chiếm 31,3%). Tỷ lệ di căn hạch tăng dần theo giai đoạn pT1, pT2 và pT3, tương ứng 6,7%, 21,7% và 50%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,041$ . Nghiên cứu của Kunzel (2013) cũng mô tả tỷ lệ di căn hạch là 4,8% ở nhóm pT1 và 28,6% ở nhóm pT2 ( $p = 0,03$ ).<sup>6</sup> Kết quả nghiên cứu của Lê Văn Quảng cũng cho thấy tỷ lệ di căn

hạch tăng dần theo nhóm giai đoạn u pT1, pT2, pT3, pT4 tương ứng là 11,7%, 40,3%, 50,5% và 66,7% ( $p < 0,001$ ), dù tỷ lệ cao hơn của chúng tôi.<sup>2</sup> Có thể thấy, di căn hạch tăng dần theo giai đoạn u, khối u càng xâm lấn thì nguy cơ di căn hạch càng cao.

Hình thái u được mô tả liên quan đến tình trạng di căn hạch trong một số báo cáo trước đây. Tác giả Suzuki (2007) ghi nhận phần lớn khối u khoang miệng có tình trạng loét (chiếm 83,3%).<sup>7</sup> Tác giả này chỉ ra khối u dạng loét có tỷ lệ di căn hạch cao hơn đáng kể so với u dạng sùi (62,5% so với 12,5%),  $p < 0,05$ .<sup>7</sup> Yamazaki cũng chỉ ra mối tương quan có ý nghĩa giữa hình thái u với di căn hạch với  $p < 0,001$ .<sup>8</sup> Trong nhóm BN của chúng tôi, khối u thường có dạng loét hoặc sùi loét kết hợp (chiếm 78,7%). Tỷ lệ di căn hạch ở nhóm khối u dạng loét cao hơn nhóm dạng sùi (35,7% so với 17,6%) với OR=2,593, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,086$ ). Sự khác biệt này do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn để tạo sự khác biệt rõ ràng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 35,7% khối u sàn miệng lan qua đường giữa hoặc nằm trên đường giữa. Kết quả này tương đồng với Saggi với 31% khối u sàn miệng trước. Vị trí u không liên quan đến tình trạng di căn hạch trong nghiên cứu của chúng tôi và Saggi ( $p > 0,05$ ).<sup>5</sup> Mặc dù, một số nghiên cứu cho thấy các khối u lưỡi sàn miệng lan qua đường giữa có tỷ lệ di căn hạch đôi bên cao hơn.<sup>9</sup>

## V. KẾT LUẬN

UTSM thường di căn hạch sớm. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ di căn hạch sau mổ ở nhóm cN0 là 22,5%. Tình trạng di căn hạch có mối tương quan đến kích thước u, độ xâm lấn sâu và giai đoạn T sau mổ. Cần có các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn để xác định thêm các yếu tố tiên lượng đến di căn hạch ở BN UTSM.

## VI. LỜI CẢM ƠN

Nguyễn Văn Trọng được tài trợ bởi Tập đoàn Vingroup – Công ty CP và hỗ trợ bởi Chương trình học bổng thạc sĩ, tiến sĩ trong nước của Quỹ Đổi mới sáng tạo Vingroup (VINIF), Viện Nghiên cứu Dữ liệu lớn, mã số VINIF.2021.ThS.87.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Văn Quảng.** Ung Thư Đầu Cổ. Nhà xuất bản Y học; 2020.
2. **Văn Quảng L, Quốc Duy N, Thế Đường L, Xuân Quý N.** Đánh giá tình trạng di căn hạch cổ và mối tương quan tới đặc điểm bệnh học ung

- thư khoang miệng. *Vmj.* 2021;500(1). doi:10.51298/vmj.v500i1.338
3. **d'Alessandro AF, Pinto FR, Lin CS, et al.** Oral cavity squamous cell carcinoma: factors related to occult lymph node metastasis. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2015;81(3):248-254. doi:10.1016/j.bjorl.2015.03.004
  4. **Hicks WL, Loree TR, Garcia RI, et al.** Squamous cell carcinoma of the floor of mouth: A 20-year review. *Head Neck.* 1997;19(5):400-405. doi:10.1002/(SICI)1097-0347(199708)19:5<400::AID-HED6>3.0.CO;2-3
  5. **Saggi S, Badran KW, Han AY, Kuan EC, St. John MA.** Clinicopathologic Characteristics and Survival Outcomes in Floor of Mouth Squamous Cell Carcinoma: A Population-Based Study. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018;159(1):51-58. doi:10.1177/0194599818756815
  6. **Künzel J, Psychogios G, Koch M, Mantsopoulos K, Kapsreiter M, Iro H.** Results of treatment for pT1/pT2 carcinomas of the floor of mouth. *Acta Oto-Laryngologica.* 2013;133(9):1000-1005. doi:10.3109/00016489.2013.796090
  7. **Suzuki M, Suzuki T, Asai M, et al.** Clinicopathological factors related to cervical lymph node metastasis in a patient with carcinoma of the oral floor. *Acta Oto-Laryngologica.* 2007;127(sup559):129-135. doi:10.1080/03655230701600020
  8. **Yamazaki H, Inoue T, Yoshida K, et al.** Lymph node metastasis of early oral tongue cancer after interstitial radiotherapy. *International Journal of Radiation Oncology\*Biophysics\*Physics.* 2004;58(1):139-146. doi:10.1016/S0360-3016(03)01459-7
  9. **Lloyd S, Yu JB, Wilson LD, Judson BL, Decker RH.** The Prognostic Importance of Midline Involvement in Oral Tongue Cancer. *American Journal of Clinical Oncology.* 2012;35(5):468-473. doi:10.1097/COC.0b013e3182195619

## KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH CỦA ĐIỀU DƯỠNG VỀ PHÒNG NGỪA NGÃ CHO NGƯỜI BỆNH THEO THANG ĐIỂM MORSE TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Ngô Anh Văn<sup>1</sup>, Trương Quang Trung<sup>1,2</sup>, Hoàng Bùi Hải<sup>1,2</sup>,  
Trần Xuân Ngọc<sup>1</sup>, Nguyễn Thế Tuyên<sup>1</sup>, Dương Tiến Đình<sup>1</sup>,  
Trần Thị Thanh Thủy<sup>3</sup>, Nguyễn Thị Thương Thương<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả kiến thức và thực hành của điều dưỡng về phòng ngừa ngã cho người bệnh theo thang điểm Morse tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2021. Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 164 điều dưỡng thông qua bộ câu hỏi tự trả lời về kiến thức và thực hành phòng ngừa ngã. Đa số điều dưỡng là nữ (72,0%), có trình độ đại học (76,2%), có dưới 10 năm kinh nghiệm (72,6%) và chăm sóc trên 10 người bệnh/ngày (61%). Tỷ lệ ĐD tham gia vào nghiên cứu được tập huấn về phòng ngừa ngã dao động từ 50,6% đến 75% và trên 90% ĐD báo cáo có quy trình sàng lọc nguy cơ ngã tại khoa và có hướng dẫn xử trí, phòng ngừa ngã tại BV. Tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức tốt về phòng ngừa ngã là 45,7% và thực hành tốt là 39,6%.

**Từ khóa:** phòng ngừa ngã, kiến thức, thực hành, điều dưỡng

### SUMMARY

#### KNOWLEDGE AND PRACTICE OF NURSE ABOUT FALL PREVENTION FOR PATIENT USING MORSE SCALE AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

The objective of this study is to describe the knowledge and practice of nurses on fall prevention for patients using Morse Scale at Hanoi Medical University Hospital in 2021. This descriptive study was conducted on 164 nurses by a self-questionnaire on knowledge and practice about fall prevention. The majority of nurses are female (72.0%), have had university degrees (76.2%), have had less than 10 years of experience (72.6%) and taken care more than 10 patients/day (61%). The percentage of nurses who were trained in fall prevention ranged from 50.6% to 75% and over 90% of nurses reported having a risk of fall screening process at the department and having a treatment plan, fall prevention in hospital. Nurse who had good knowledge on fall prevention is 45.7% and good practice is 39.6%. **Keywords:** fall prevention, knowledge, practice, nurse

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngã là một mối đe dọa đáng kể đối với sự an toàn của người bệnh (NB) tại các cơ sở y tế, có thể dẫn đến các biến chứng nặng như tử vong và thiệt hại về kinh tế.<sup>1</sup> Tỷ lệ NB nội trú ngã thay

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

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện K Trung ương

<sup>4</sup>Nguyễn Gia

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Văn

Email: vandhyhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biên khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023