UBND TỈNH BÌNH THUẬN
SỞ Y TẾ

Số: 785 /SYT-NV

V/v thời gian nhận đề cương và báo cáo hoàn chỉnh đề tài nghiên cứu khoa học, sáng kiến cải tiến kỹ thuật năm 2021

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Bình Thuận, ngày 12 tháng 3 năm 2021

Kính gửi: Các cơ quan, đơn vị trong ngành y tế

Thời gian qua việc triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học (NCKH) hoặc sáng kiến cải tiến kỹ thuật (SKCTKT) trong toàn ngành đã đi vào ổn định. Tuy nhiên để đề tài nghiên cứu có kết quả đạt chất lượng cao, áp dụng vào thực tế và làm cơ sở để xét thi đua khen thưởng hàng năm trong toàn ngành, Sở Y tế quy định một số việc như sau:

1. Số người tham gia: Mỗi đề tài không quá **02 thành viên** tham gia

2. Thời gian nhận đề cương, đề tài:

2.1. Đề cương

- Thời gian nhận đề cương nghiên cứu khoa học và sáng kiến cải tiến kỹ thuật đến hết ngày 30/4/2021.

- Đề cương cho mỗi đề tài NCKH hoặc SKCTKT: Nộp 01 bản giấy kèm theo file word gửi theo địa chỉ: *nganv@syt.binhthuan.gov.vn.*

2.2. Báo cáo hoàn chỉnh

- Thời gian nhận báo cáo hoàn chỉnh đề tài nghiên cứu khoa học và sáng kiến cải tiến kỹ thuật từ ngày 01/10/2021 đến hết ngày 20/10/2021.

- Báo cáo hoàn chỉnh mỗi đề tài NCKH hoặc SKCTKT phải nộp **02 bản** *(01 bản chính và 01 bản sao).*

Lưu ý: Trong quá trình tham gia Nghiên cứu đề tài nếu có thay đổi thành viên trong Nhóm nghiên cứu thì cá nhân, đơn vị đã đăng ký thực hiện đề tài phải thông báo đến Sở Y tế bằng văn bản để kịp thời điều chỉnh trước khi đánh giá, xếp loại và công bố Quyết định kết quả nghiên cứu của toàn ngành.

3. Nội dung Đề cương và đề tài hoàn chỉnh, sáng kiến cải tiến kỹ thuật ***(viết theo biểu mẫu hướng dẫn kèm theo)*** gửi về phòng Nghiệp vụ, Sở Y tế.

Đề nghị lãnh đạo các đơn vị trong ngành y tế thông báo và đôn đốc cá nhân, tập thể của đơn vị thực hiện đúng quy định./.

Nơi nhận:
- Như trên;
- Giám đốc SYT (b/cáo);
- Các PGĐ SYT (biết);
- Các Phòng thuộc SYT;
- Lưu: VT, NV.

KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC

Sở Y tế tỉnh Bình Thuận
12.03.2021 14:44:01 +07:00

Đặng Thức Anh Vũ

Mẫu viết báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp cơ sở để nghiệm thu

Trang bìa 1

SỞ Y TẾ TỈNH BÌNH THUẬN
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BÌNH THUẬN

BÁO CÁO KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐỀ TÀI CẤP CƠ SỞ

TÊN ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU

Chủ nhiệm đề tài: Nguyễn
Đơn vị thực hiện: Bệnh viện

BÌNH THUẬN, NĂM 2021

Trang bìa 2

SỞ Y TẾ TỈNH BÌNH THUẬN
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BÌNH THUẬN

BÁO CÁO KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐỀ TÀI CẤP CƠ SỞ

TÊN ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU

Chủ nhiệm đề tài: Nguyễn Đình B , Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Thuận.
Người tham gia (nếu có):
1)
2)

BÌNH THUẬN, NĂM 2021

Trang bìa 3

BÁO CÁO KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐỀ TÀI CẤP CƠ SỞ

1. Tên đề tài:
2. Chủ nhiệm đề tài:
3. Cơ quan, đơn vị chủ trì đề tài:
4. Danh sách nghiên cứu viên:
   -
   -
   -
5. Thời gian thực hiện đề tài từ tháng … năm … đến tháng … năm …
6. Mục tiêu nghiên cứu.
7. Phương pháp đã được sử dụng để nghiên cứu.
8. Kết quả nghiên cứu (cần nêu rõ được tính mới, độc đáo, sáng tạo của đề tài)
9. Kết luận rút ra từ nghiên cứu. Hiệu quả, phương thức chuyển giao kết quả nghiên cứu và khả năng ứng dụng

Bình Thuận, ngày tháng năm 2020

CHỦ TRÌ ĐỀ TÀI

CHỦ NHIỆM ĐỀ TÀI

(ký, họ tên)

Trang bìa 4

LỜI CAM ĐOAN

MỤC LỤC

Trang

1. ĐẶT VẤN ĐỀ:
1.1. Tóm lược những nghiên cứu trong và ngoài nước liên quan đến đề tài. Tính cấp thiết cần nghiên cứu của đề tài.
1.2. Giả thiết nghiên cứu của đề tài (nếu có).
1.3. Mục tiêu nghiên cứu.

2. TỔNG QUAN TÀI LIỆU:
2.1. Lịch sử liên quan đến chủ đề nghiên cứu
2.2. Tình hình nghiên cứu ngoài nước liên quan tới đề tài.
2.3. Tình hình nghiên cứu trong nước liên quan tới đề tài.

3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:
3.1. Thiết kế nghiên cứu.
3.2. Đối tượng nghiên cứu.
3.3. Phương pháp chọn mẫu.
3.4. Phương pháp thu thập số liệu.
3.5. Phương pháp xử lý số liệu.
3.6. Kiểm soát sai số.
3.7. Y đức
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

4. BÀN LUẬN:

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ:

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

7. Phụ lục:
Phụ lục 1
Phụ lục 2
Phụ lục 3
…..

NHỮNG CHỮ VIẾT TẮT

HƯỚNG DẪN CÁCH VIẾT BÁO CÁO KHOA HỌC KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU CỦA ĐỀ TÀI KHOA HỌC CÔNG NGHỆ CẤP CƠ SỞ

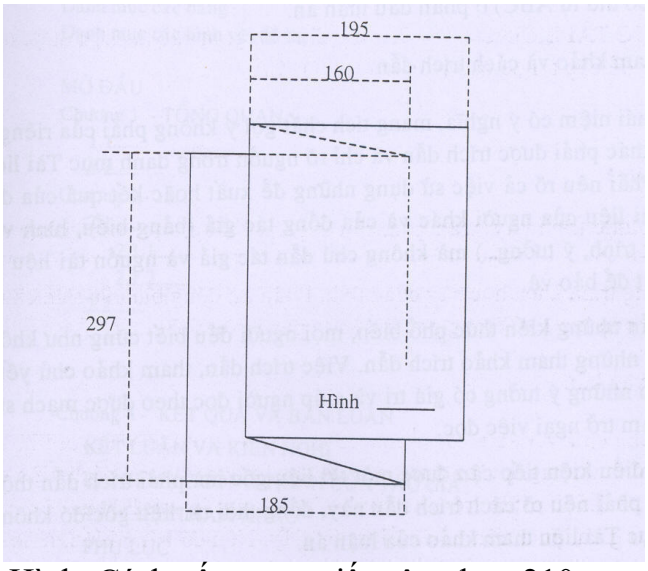
I. Hình thức của báo cáo

1. Báo cáo đề tài: Sử dụng Times New Roman, chữ cỡ 13 hoặc 14, mật độ chữ bình thường, không được nén hoặc kéo dãn khoảng cách giữa các chữ; dãn dòng đặt ở chế độ 1,5 lines; lề trên 2,0 cm, lề dưới 2,0 cm, lề trái 3,5 cm, lề phải 2,0 cm. Số trang được đánh ở giữa, phía dưới mỗi trang giấy. Báo cáo được in trên một mặt giấy trắng khổ A4 (21,0 x 29,7 cm).

2. Chương, mục, tiểu mục: Tên các chương dùng số latinh, các tiểu mục của Báo cáo được trình bày và đánh số thành nhóm chữ số, nhiều nhất gồm bốn chữ số với số thứ nhất chỉ số chương (ví dụ: 4.1.2.1 chỉ tiểu mục 1 nhóm tiểu mục 2 mục 1 chương 4). Tại mỗi nhóm tiểu mục phải có ít nhất hai tiểu mục, nghĩa là không thể có tiểu mục 2.1.1 mà không có tiểu mục 2.1.2 tiếp theo. Không gạch chân dưới các chương, mục, tiểu mục.

3. Bảng, biểu, ảnh, hình vẽ, sơ đồ, bản đồ, mô hình …: Việc đánh số bảng biểu, hình vẽ, ảnh, bản đồ … phải gắn với số chương, ví dụ Hình 3.4 có nghĩa là hình thứ 4 trong Chương 3. Mọi đồ thị, bảng biểu lấy từ các nguồn khác phải được trích dẫn đầy đủ, ví dụ "Nguồn: Bộ Y tế 1996"; nguồn được trích dẫn phải được liệt kê chính xác trong danh mục Tài liệu tham khảo. Đầu đề của bảng biểu ghi phía trên bảng, đầu đề của hình vẽ ghi phía dưới hình. Các hình vẽ phải được vẽ sạch sẽ bằng mực đen để có thể sao chụp lại, có đánh số và ghi đầy đủ đầu đề, cỡ chữ phải bằng cỡ chữ sử dụng trong văn bản báo cáo. Thông thường, những bảng ngắn và đồ thị phải đi liền với phần nội dung đề cập tới các bảng và đồ thị này ở lần thứ nhất. Các bảng dài có thể để ở những trang riêng nhưng cũng phải tiếp theo ngay phần nội dung đề cập tới bảng này ở lần đầu tiên.

Các bảng rộng vẫn nên trình bày theo chiều đứng dài 297 mm của trang giấy, chiều rộng của trang giấy có thể hơn 210 mm. Chú ý gấp trang giấy này như minh họa ở *Hình 1* sao cho số và đầu đề của hình vẽ hoặc bảng vẫn có thể nhìn thấy ngay mà không cần mở rộng tờ giấy. Cách làm này cũng giúp để tránh bị đóng vào gáy của báo cáo phần mép gấp bên trong hoặc xén rời mất phần mép gấp bên ngoài. Tuy nhiên nên hạn chế sử dụng các bảng quá rộng.



Hình. Cách gấp trang giấy rộng hơn 210 mm

Đối với những trang giấy có chiều đứng hơn 297 mm (bản đồ, bản vẽ…) thì có thể để trong một phong bì cứng đính bên trong bìa sau báo cáo.

4. Viết tắt: Không lạm dụng việc viết tắt trong báo cáo. Chỉ viết tắt những từ, cụ từ hoặc thuật ngữ được sử dụng nhiều lần trong báo cáo, không viết tắt những cụm từ dài, mệnh đề, không viết tắt những cụm từ ít xuất hiện trong báo cáo. Nếu cần viết tắt những từ, thuật ngữ, tên cơ quan, tổ chức v.v.. thì được viết tắt sau lần viết thứ nhất có kèm theo chữ viết tắt trong ngoặc đơn. Nếu báo cáo có nhiều chữ viết tắt thì phải có bảng danh mục các chữ viết tắt ở phần đầu báo cáo.

5. Tài liệu tham khảo: Tài liệu tham khảo gồm những sách, ấn phẩm, tạp chí đã đọc và được trích dẫn hoặc được sử dụng về ý tưởng vào báo cáo và cần phải được trích dẫn ở những phần phù hợp trong báo cáo. Tác giả phải có toàn văn bài báo khoa học đó bằng bản gốc hoặc bản phôtô. Tác giả cần có sẵn sàng các bản toàn văn tài liệu tham khảo để khi nghiệm thu nếu Hội đồng cần có tài liệu nào, tác giả cần trình trước hội đồng tài liệu đó. Phải nêu rõ việc sử dụng những đề xuất hoặc kết quả của đồng tác giả.

Lưu ý: Chỉ liệt kê những tài liệu có liên quan đến nhiệm vụ nghiên cứu.

6. Cách trích dẫn:

6.1. Hình thức trích dẫn

- Trích dẫn trực tiếp là trích dẫn nguyên văn một phần câu, một câu, một đoạn văn, hình ảnh, sơ đồ, quy trình,… của bản gốc vào bài viết.

- Trích dẫn nguyên văn phải bảo đảm đúng chính xác từng câu, từng chữ, từng dấu câu được sử dụng trong bản gốc được trích dẫn. “Phần trích dẫn được đặt trong ngoặc kép”, [số TLTK] đặt trong ngoặc vuông.

6.2. Một số nguyên tắc về trích dẫn tài liệu tham khảo

- Tài liệu tham khảo có thể được trích dẫn và sử dụng trong các phần đặt vấn đề, tổng quan, phương pháp nghiên cứu, bàn luận. Phần giả thiết nghiên cứu, kết quả nghiên cứu, kết luận, kiến nghị không sử dụng tài liệu tham khảo.

- Cách ghi trích dẫn phải thống nhất trong toàn bộ văn bản và phù hợp với cách trình bày trong danh mục tài liệu tham khảo.

- Việc trích dẫn là theo thứ tự của tài liệu tham khảo ở danh mục Tài liệu tham khảo và được đặt trong ngoặc vuông [15], khi cần có thể có cả số trang, ví dụ [15, tr.314-315]. Đối với phần được trích dẫn từ nhiều tài liệu khác nhau, số của từng tài liệu được đặt độc lập trong từng ngoặc vuông và theo thứ tự tăng dần, cách nhau bằng dấu phảy và không có khoảng trắng, ví dụ [3],[9],[18] hoặc [3, tr.23],[9, tr.40],[18, tr.2].

- Không ghi học hàm, học vị, địa vị xã hội của tác giả vào thông tin trích dẫn.

- Tài liệu được trích dẫn trong đề tài phải có trong danh mục tài liệu tham khảo và ngược lại tài liệu được liệt kê trong danh mục tham khảo phải có trích dẫn trong đề tài.

- Không nên trích dẫn những chi tiết nhỏ, ý kiến cá nhân, kinh nghiệm chủ quan, những kiến thức đã trở nên phổ thông. Khi một thông tin có nhiều người nói đến thì nên trích dẫn những nghiên cứu/ bài báo/ tác giả có tiếng trong chuyên ngành.

Hạn chế tài liệu tham khảo trích dẫn từ nguồn internet, báo mạng

7. Cách sắp xếp tài liệu tham khảo: Tài liệu tham khảo được xếp riêng theo từng ngôn ngữ (Việt, Anh, Pháp, Đức, Nga, Trung, Nhật v.v..). Các tài liệu bằng tiếng nước ngoài phải giữ nguyên văn, không phiên âm, không dịch, đối với tài liệu bằng ngôn ngữ cón ít người biết đến có thể thêm phần dịch tiếng Việt đi kèm theo mỗi tài liệu).

Tài liệu tham khảo xếp theo thứ tự ABC họ tên tác giả báo cáo theo hệ thống của từng nước và được đánh số liên tục từ tài liệu đầu (tiếng Việt) đến tài liệu cuối (không ngắt quãng theo nhóm ngôn ngữ).

- Tác giả là người nước ngoài: xếp thứ tự ABC theo họ. *Ví dụ: Pamela E. Wright: Wright P.E lấy vần W; Geogre M. Cherry lấy vần C.*;

- Tác giả là người Việt Nam: xếp thứ tự ABC theo tên nhưng vẫn giữ nguyên thứ tự thông thường của tên người Việt Nam, không đảo tên lên trước họ. *Ví dụ: Vũ Triệu An lấy vần A để xếp thứ tự; Nguyễn Thế Khánh lấy vần K để xếp thứ tự ...;*

- Tài liệu không có tên tác giả thì xếp theo thứ tự ABC từ đầu tiên của tên cơ quan ban hành báo cáo hay ấn phẩm.

Tài liệu tham khảo là sách, luận án hoặc báo cáo phải ghi đầy đủ các thông tin sau:

- Tên tác giả hoặc cơ quan ban hành (không có dấu ngăn cách)

- (Năm xuất bản hoặc Năm công bố), (đặt trong dấu ngoặc đơn, dấu phẩy sau ngoặc đơn)

- Tên sách, báo cáo, luận án, (in nghiên, dấu phẩy cuối tên)

- Nhà xuất bản, (dấu phẩy cuối tên nhà xuất bản)

- Nơi xuất bản. (dấu chấm kết thúc tài liệu tham khảo)

Đối với tạp chí, bài trong cuốn sách cần ghi đầy đủ các thông tin sau:

- Tên tác giả (không có dấu ngăn cách)

- (Năm công bố), (đặt trong dấu ngoặc đơn, dấu phẩy sau ngoặc đơn)

- "Tên bài báo", (đặt trong dấu ngoặc kép, không in nghiên, dấu phẩy cuối tên)

- *Tên tạp chí hoặc tên sách*, (in nghiên, dấu phẩy cuối tên)

- Tập (không có dấu ngăn cách)

- (số), (đặt trong dấu ngoặc đơn, dấu phẩy sau ngoặc đơn)

- Các số trang, (gạch ngang giữa hai chữ số, dấu chấm kết thúc)

Chú ý: Nếu tài liệu dài hơn một dòng thì nên trình bày sao cho từ dòng thứ hai lùi vào so với dòng thứ nhất 01 cm để phần tài liệu tham khảo được rõ ràng và dễ theo dõi.

8. Phụ lục của Báo cáo: Phần này bao gồm những nội dung cần thiết nhằm minh hoạ hoặc bổ trợ cho nội dung báo cáo, Phụ lục phải được đánh số thứ tự bằng số La Mã hoặc số A Rập. Ví dụ: Phụ lục I, Phụ lục II, hoặc Phụ lục 1, Phụ lục 2 và sắp xếp như sau:

- Biểu, bảng thống kê;

- Sơ đồ, mô hình;

- Ảnh tư liệu;

- Bảng hỏi;

- Báo cáo điều tra.

CHI TIẾT VỀ TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tài liệu tham khảo là bài báo trong tạp chí, tập san được trình bày như sau:

Họ và tên tác giả được viết đầy đủ đối với tên người Việt Nam; Họ (viết đầy đủ), tên gọi và tên đệm (viết tắt) đối với tên người nước ngoài. Nếu bài báo có nhiều tác giả, cần ghi tên 3 tác giả đầu và cộng sự (et al-tiếng Anh), năm xuất bản (trong ngoặc đơn). Tên bài báo. *Tên tạp chí, tập san* (*ghi nghiêng*), tập (số,

không có dấu ngăn cách, đặt trong ngoặc đơn, dấu phẩy sau ngoặc đơn), các số trang (gạch nối giữa hai số, dấu chấm kết thúc). Ví dụ:

1) Nguyễn Kim Sơn, Phạm Hùng Vân, Nguyễn Bảo Sơn và cộng sự (2010). Đột biến gen mã hóa EGFR trong ung thư phổi. *Tạp chí nghiên cứu y học,* 3, 30-37.
2) 2. Amanda B.R, Donna P.A, Robin J.L et al (2008). Total prostate specific antigen stability confirmed after long-term storage of serum at -80C. *J.Urol,* 180(2), 534-538.

2. Tài liệu tham khảo là một chương (một phần) trong cuốn sách ghi như sau:

Họ và tên tác giả hoặc cơ quan ban hành; năm xuất bản (đặt trong ngoặc đơn). Tên phần (hoặc chương), *Tên sách (ghi nghiêng,* dấu phẩy cuối tên), lần xuất bản (chỉ ghi mục này với lần xuất bản thứ hai trở đi), nhà xuất bản (dấu phẩy cuối tên nhà xuất bản); nơi xuất bản (ghi tên thành phố, không phải ghi tên quốc gia), tập, trang.. Nếu sách có hai tác giả thì sử dụng chữ và (hoặc chữ and) để nối tên hai tác giả. Nếu sách có 3 tác giả trở lên thì ghi tên tác giả thứ nhất và cụm từ cộng sự (hoặc et al.). Ví dụ:

Kouchoukos N.T (2013). Postoperative care. *Kirklin/Barratt-Boyes Cardiac Surgery,* fourth edition, Elsevier Saunder, Philadenphia, 1, 190-249.Bottom of Form

3. Tài liệu tham khảo là sách ghi như sau:

Tên tác giả hoặc cơ quan ban hành; năm xuất bản (đặt trong ngoặc đơn). *Tên sách* (*ghi nghiêng,* dấu phẩy cuối), lần xuất bản (chỉ ghi mục này với lần xuất bản thứ hai trở đi), nhà xuất bản (dấu phẩy cuối tên nhà xuất bản); nơi xuất bản (ghi tên thành phố, không phải ghi tên quốc gia, đặt dấu chấm kết thúc). Nếu sách có hai tác giả thì sử dụng chữ và (hoặc chữ and) để nối tên hai tác giả. Nếu sách có 3 tác giả trở lên thì ghi tên tác giả thứ nhất và cụm từ cộng sự (hoặc et al.). Ví dụ:

1) Trần Thừa (1999). *Kinh tế học vĩ mô*, Nhà xuất bản Giáo dục, Hà Nội.
2) Phạm Thắng và Đoàn Quốc Hưng (2007). *Bệnh mạch máu ngoại vi*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3) Bộ Giáo dục và Đào tạo (2002). *Các văn bản pháp luật về đào tạo sau đại học,* Nhà xuất bản Giáo dục, Hà Nội.
4) Boulding K.E (1995). *Economic Analysis*, Hamish Hamilton, London
5) Grace B. et al (1988). *A history of the world,* NJ: Princeton University Press, Princeton.

4. Tài liệu tham khảo là luận án, luận văn, khóa luận ghi như sau:

Tên tác giả, năm xuất bản (đặt trong ngoặc đơn). *Tên đề tài luận án, luận văn* (*ghi nghiêng,* dấu phẩy cuối tên luận án/luận văn), bậc học, tên chính thức của cơ sở đào tạo. Ví dụ:

1) Đoàn Quốc Hưng (2006). *Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị ngoại khoa bệnh thiếu máu chi dưới mạn tính do vữa xơ động mạch*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

2) Nguyễn Hoàng Thanh (2011). *Nghiên cứu mức sẵn sàng chi trả cho cải thiện điều kiện vệ sinh môi trường tại huyện Kim Bảng, Hà Nam năm 2010,* Luận văn Thạc sĩ y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội.

5. Tài liệu tham khảo là bài báo đăng trong các kỷ yếu của hội nghị, hội thảo, diễn đàn... ghi như sau:

Tên tác giả (năm). Tên bài báo. *Tên kỷ yếu/tên hội nghị/diễn đàn* (ghi nghiêng), Địa điểm, thời gian tổ chức, cơ quan tổ chức, số thứ tự trang của bài báo trong kỷ yếu. *Ví dụ*:

1) Nguyễn Đức Chính, Phạm Hải Bằng, Phạm Văn Trung và cs (2013). Nhận xét tình hình bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS điều trị tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2010-2012. *Hội nghị khoa học quốc gia về phòng chống HIV/AIDS lần thứ V*, Trường Đại học Y Hà Nội ngày 2-3/12/2013, Bộ Y tế, 342-346

6. Tài liệu tham khảo là các giáo trình, bài giảng hay tài liệu lưu hành nội bộ: Cần cung cấp thông tin cơ bản về tên tác giả, năm xuất bản, tên giáo trình, bài giảng, nhà xuất bản (nếu có), đơn vị chủ quản. Ví dụ:

2) Tạ Thành Văn (2013). *Giáo trình Hóa sinh lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học, Trường Đại học Y Hà Nội
3) Hội đồng chức danh Nhà nước (2012). *Văn bản pháp quy và tài liệu hướng dẫn việc xét công nhận đạt tiêu chuẩn chức danh giáo sư, phó giáo sư năm 2012.* Hà Nội, tháng 5 năm 2012.

7. Tài liệu tham khảo trích dẫn từ nguồn internet, báo mạng (hết sức hạn chế loại trích dẫn này).

Tên tác giả (nếu có), năm (nếu có). Tên tài liệu tham khảo, <đường dẫn để tiếp cận tài liệu đó>, thời gian trích dẫn. Ví dụ:

1) Nguyễn Trần Bạt (2009). Cải cách giáo dục Việt Nam, <http://www.chungta.com/Desktop.aspx/chungtasuyngam/giaoduc/cai_cach_giao_duc_Viet_Nam/>, xem/truy cập ngày 12/3/2009
2) Anglia Ruskin University. Havard system of Referencing Guide. [online] Available at: http://libweb.anglia.ac.uk/referencing/havard.htm [Accessed 12 August 2011]

II. Trình tự và các phần của báo cáo

1. Trình tự về trang bìa, phụ bìa như sau

- Trang bìa chính (bìa cứng, không hoa văn).
- Trang bìa phụ (giấy A4).
- Cam đoan.
- Mục lục (không quá chi tiết), ghi rõ các phần của nội dung và số trang tương ứng
- Danh mục các chữ viết tắt sắp xếp theo thứ tự ABC
- Danh mục các bảng, biểu …
- Danh mục các hình vẽ, đồ thị.

(Các phần trên không đánh số trang)

- Chi tiết về trang bìa và phụ bìa

a/. Trang bìa: (theo mẫu 1)

– Tên cơ quan quản lý: Sở Y tế (chữ in hoa- cỡ chữ 14)

– Tên cơ quan, đơn vị thực hiện: Bệnh viện/Trung tâm … (chữ in hoa, đậm, cỡ chữ 14)

– Cấp độ: Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp cơ sở (chữ in hoa, đậm, cỡ chữ 16)

– Tên đề tài: chữ in hoa, đậm, cỡ chữ 20

– Chủ nhiệm đề tài: chữ thường, cỡ chữ 14

– Đơn vị thực hiện: chữ thường, cỡ chữ 14

– Địa danh, năm thực hiện đề tài: chữ in hoa, đậm, cỡ chữ 14.

b/. Trang bìa phụ: (theo mẫu 2) như trang bìa, phần chủ nhiệm đề tài thay bằng những người thực hiện: có thêm những người tham gia nghiên cứu, đơn vị phối hợp.

2. Nội dung báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp cơ sở.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ: (1 – 2 trang)

1.1. Tóm lược những nghiên cứu trong và ngoài nước liên quan đến đề tài. Tính cấp thiết cần nghiên cứu của đề tài.

1.2. Giả thiết nghiên cứu của đề tài (nếu có).

1.3. Mục tiêu nghiên cứu.

2. Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU: (8 – 12 trang)

2.1. Lịch sử liên quan đến chủ đề nghiên cứu

2.2. Tình hình nghiên cứu ngoài nước liên quan tới đề tài.

2.3. Tình hình nghiên cứu trong nước liên quan tới đề tài.

3. Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU: (7 - 9 trang)

3.1. Thiết kế nghiên cứu.

3.2. Đối tượng nghiên cứu.

3.3. Phương pháp chọn mẫu.

3.4. Phương pháp thu thập số liệu.

3.5. Phương pháp xử lý số liệu.
3.6. Kiểm soát sai số.
3.7. Y đức
4. Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU: (8 – 10 trang)

5. Chương 4. BÀN LUẬN: (10 – 14 trang)

6. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ: (1 – 2 trang)

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Các phần này được đánh số trang từ 1 đến hết.

8. Phụ lục:

Trình bày các phụ lục kèm theo báo cáo như: Bảng biểu chi tiết; Bộ câu hỏi (công cụ nghiên cứu); ảnh minh hoạ; ... Phần phụ lục không đánh số trang chỉ đánh số thứ tự của phụ lục như:

Phụ lục 1: Danh sách đối tượng lấy mẫu.
Phụ lục 2: Phiếu điều tra phỏng vấn.
Phụ lục 3: ảnh minh họa.

III. Nội dung báo cáo chi tiết kết quả nghiên cứu đề tài cấp cơ sở.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Trong phần đặt vấn đề cần phải nêu được 3 ý chính sau đây:

* Lý do chọn đề tài nghiên cứu: cần trình bày rõ và rất tóm lược nhưng nghiên cứu trong và ngoài nước liên quan tới đề tài, nêu được những tồn tại còn chưa được giải quyết cả về lý luận và thực tiễn, tính cấp thiết cần phải nghiên cứu đề tài, nếu giải quyết được vấn đề tồn tại nào đó về lý luận hoặc thực tiến sẽ đóng góp gì cho khoa học hoặc thực tiễn hoặc cả hai.

* Giả thuyết nghiên cứu của đề tài: từ phần trên cần rút ra giải thuyết nghiên cứu của đề tài. Giả thiết nghiên cứu là một vấn đề khoa học hoặc thực tiễn được giả định để chúng ta phải chứng minh giả thuyết này bằng các mục tiêu nghiên cứu sẽ được nêu ở phần tiếp theo.

* Mục tiêu nghiên cứu của đề tài:

Các mục tiêu phải có quan hệ chặt chẽ với nhau và phải mang tính logic, phải nhằm chứng minh giả thuyết nghiên cứu cũng chính là giải quyết được vấn đề cơ bản đặt ra ở chính tên đề tài nghiên cứu.

Một đề tài cấp cơ sở có thể có mục tiêu tổng quát và mục tiêu cụ thể nhưng cũng có thể chỉ cần mục tiêu cụ thể. Một đề tài không nên có quá nhiều mục tiêu cụ thể, chỉ nên có tối đa 03 mục tiêu cụ thể.

Khi viết các mục tiêu cần theo đúng cách viết mục tiêu đã được hướng dẫn trong các tài liệu về phương pháp luận nghiên cứu khoa học. Thông thường khi viết các mục tiêu phải bắt đầu bằng một động từ và không diễn giải quá cụ thể thay cho phần nội dung nghiên cứu cần thực hiện để giải quyết các mục tiêu đề ra.

2. TỔNG QUAN TÀI LIỆU.

Phần tổng quan tài liệu cần chú ý những điểm sau:

- Các mốc lịch sử liên quan đến chủ đề nghiên cứu (theo trình tự thời gian). Trình bày các sự kiện nổi bật có liên quan đến vấn đề nghiên cứu như sự khám phá mới, phát hiện mới, tác giả đầu tiên nghiên cứu vấn đề đó, bước ngoặt về công nghệ liên quan đến chủ đề nghiên cứu, những vấn đề còn tồn tại…

- Trình bày các kết quả nghiên cứu ngoài nước và trong nước có liên quan đến vấn đề nghiên cứu từ đó nêu bật những vấn đề cần giải quyết, những điểm chưa được xác nhận về lý luận hoặc về thực tiễn.

- Phần tổng quan phải trình bày sáng sủa, mạch lạc có hệ thống, mang tính tổng hợp và khái quát cao đồng thời phải có trích dẫn những tài liệu tham khảo phù hợp.

3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

Trong phần đối tượng và phương pháp nghiên cứu cần trình bày rõ các phần sau đây:

3.1. Thiết kế nghiên cứu của đề tài: cần nêu được đề tài được thiết kế nghiên cứu điều tra mô tả cắt ngang hay nghiên cứu bệnh chứng, thuần tập/ đoàn hệ, nghiên cứu dịch tễ hay can thiệp, nghiên cứu thực nghiệm, hay nghiên cứu triển khai ở giai đoạn I, II, …

3.2. Chọn mẫu, cỡ mẫu và đối tượng nghiên cứu

- Cách tính cỡ mẫu: các nghiên cứu cần tính cỡ mẫu thì phải nêu công thức tính cỡ mẫu và giải thích nguồn gốc các thông số đưa vào, công thức tính phải phù hợp với thiết kế và mục tiêu nghiên cứu.

- Cần trình bày rõ tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng vào nghiên cứu và tiêu chuẩn loại trừ đối tượng ra khỏi nghiên cứu.

- Nếu có nhóm chứng cần nói rõ cách chọn nhóm chứng và số lượng đối tượng ở nhóm chứng.

3.3. Phạm vi nghiên cứu của đề tài

Phạm vi nghiên cứu của đề tài là một phần giới hạn của nghiên cứu liên quan đến đối tượng khảo sát và nội dung nghiên cứu. Xác định phạm vi nghiên cứu là xác định giới hạn về không gian của đối tượng khảo sát, giới hạn quỹ thời

gian để tiến hành nghiên cứu và giới hạn quy mô nghiên cứu được xử lý. Xác định được phạm vi nghiên cứu của đề tài giúp cho việc nghiên cứu đi đúng hướng, không lệch trọng tâm.

3.4. Phương pháp nghiên cứu, thu thập số liệu

- Cần trình bày rõ phương pháp, các bước tiến hành nghiên cứu theo thiết kế nghiên cứu, các biến số độc lập, các biến số phụ thuộc (đặc điểm của biến số, cách kiểm soát bằng độ nhạy và độ đặc hiệu), các yếu tố gây nhiễu (cách xác định và phương pháp khử nhiễu).

– Các phương tiện sử dụng để nghiên cứu: sử dụng các kỹ thuật, máy móc gì, làm tại đâu, sinh phẩm, hóa chất, bảng câu hỏi, các tiêu chuẩn áp dụng…để khẳng định độ tin cậy của những kết quả thu được sau này.

Các kỹ thuật thực hiện: Phải mô tả chi tiết

++ Nguyên tắc

++ Tác giả của kỹ thuật

++ Hóa chất, các kit (hãng sản xuất, số catalogue, thời gian sử dụng) và các thiết bị máy móc.

++ Quy trình kỹ thuật các bước tiến hành.

++ Cách đánh giá và nhận định kết quả

- Cần mô tả cây vấn đề, khung logic, khung lý thuyết (nếu cần và có thể).

- Các thuật toán thống kê được sử dụng trong báo cáo. Cần ghi cụ thể từng thuật toán tránh viết chung chung như:

++ Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê sinh học bằng phần mềm Epi 6.0.

++ Cần ghi rõ. Ví dụ như: So sánh hai số trung bình bằng Test T Student, so sánh hai tỷ lệ bằng Test x^2 v.v..

3.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Áp dụng cho tất cả các nghiên cứu lâm sàng

- Tuân thủ theo các nguyên tắc đạo đức:

+ Hợp với lý lẽ đạo đức thông thường

+ Phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức

+ Có Giấy cam kết đồng thuận trước khi nghiên cứu

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

- Các kết quả nghiên cứu cần trình bày thành các mục theo thứ tự của các nội dung nghiên cứu nhằm giải quyết các mục tiêu đề ra.

– Kết quả được minh họa bằng các hình thức khác nhau như bảng số, biểu đồ, đồ thị, sơ đồ, hình ảnh…

– Cùng 1 nội dung kết quả chỉ diễn đạt bằng một loại hình thức (nếu là bảng thì không biểu đồ).

– Tiêu đề của bảng phải ghi ở phía trên bảng, tiêu đề của biểu đồ hoặc đồ thị phải ghi ở phía dưới. Nếu ảnh chụp đối tượng cần phải che mắt bệnh nhân hoặc đối tượng nghiên cứu, để tránh có thể nhận dạng được.

– Trước hoặc sau mỗi bảng, biểu đồ… cần có nhận xét tóm tắt của tác giả về kết quả trong bảng, đồ thị hay hình ảnh. Bảng, biểu cần đi liền với nhận xét, tránh tình trạng bảng biểu ở 1 trang, chỉ dẫn nhận xét ở cách xa làm người đọc khó theo dõi. Bảng không nên thiết kế quá nhiều số liệu rườm rà.Tên bảng, đồ thị cần gọn, khúc chiết, rõ ràng. Không đưa kết quả của người khác hoặc của bản thân nhưng không liên quan đến vấn đề nghiên cứu vào phần kết quả để so sánh.

5. BÀN LUẬN:

Trong phần bàn luận những nội dung cần phải trình bày rõ là:

- So sánh các kết quả của bản thân tác giả với các tác giả khác.

- Đưa ra các giả thuyết để giải thích các kết quả thu được tạo tiền đề cho các nghiên cứu tiếp theo hoặc các cơ sở lý luận và thực tiễn cho việc triển khai ứng dụng.

- Dùng những kết quả để minh hoạ giả thuyết đã đưa ra và chứng minh những vấn đề mới trong nghiên cứu của bản thân.

- Khi đọc phần bàn luận chúng ta có thể đánh giá được khả năng tư duy và trình độ phân tích biện luận của người thực hiện đề tài.

6. KẾT LUẬN:

Trong phần kết luận cần phải đối chiếu với mục tiêu để kết luận những kết quả cụ thể nổi bật nhất giải quyết từng mục tiêu. Những kết quả là đóng góp mới của nghiên cứu.

Phần kết luận cần ngắn gọn cụ thể, chú ý không viết lời bàn luận suy luận, hoặc giải thích trong phần kết luận.

Nếu có những kiến nghị hoặc đề xuất thì cũng cần lưu ý chỉ đề xuất những vấn đề có tính khả thi và không nên trùng lặp những vấn đề đã có các chủ trương, chính sách hoặc chiến lược đang giải quyết. Không nên có quá nhiều đề xuất hoặc kiến nghị và cần phải biết đề xuất với ai với cấp nào giải quyết, có khả năng giải quyết được không. Nếu giải quyết thì ai là người thực hiện và những đề xuất kiến nghị này phục vụ cho mục tiêu gì tiếp theo.

Đề xuất liên quan đến đề tài (nếu có): Cần ghi rõ ý kiến đề xuất liên quan đến việc triển khai ứng dụng hoặc phát triển tiếp các nghiên cứu và cần giải thích rõ lý do vì sao lại đề xuất như vậy.

* Triển vọng ứng dụng của đề tài
– Những hạn chế và khắc phục
– Ý nghĩa của nghiên cứu
– Tầm quan trọng của kết quả (lâm sàng, cộng đồng, xã hội)
– Những đề xuất, gợi ý nghiên cứu tiếp theo?
– Có thể làm gì tiếp theo sau khi có kết quả?

LƯU Ý KHI VIẾT ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU CỦA ĐỀ TÀI KHOA HỌC CÔNG NGHỆ CẤP CƠ SỞ

I. Tại sao phải viết đề cương nghiên cứu?

• Để trình bày tư duy của người nghiên cứu 1 cách logic, có khoa học, dễ thuyết phục
• Có cơ sở để hội đồng khoa học phê duyệt và xin kinh phí
• Tham khảo và xin ý kiến đóng góp của đồng nghiệp, chuyên gia
• Chọn được đề tài, cỡ mẫu, loại thiết kế NC thích hợp
• Dự trù được các nguồn lực cần thiết, lường trước các tình huống có thể xảy ra,
• Dễ triển khai NC do có kế hoạch và khung thời gian và sự phân bổ của các nguồn lực

II. Các bước xây dựng đề cương NC

1. Lựa chọn chủ đề NC:

+ Câu hỏi? • Vấn đề nghiên cứu là gì? • Tại sao?
+ Sản phẩm
  • Vấn đề nghiên cứu
  • Tên đề tài
  • Đặt vấn đề

2. Tham khảo tài liệu:

+ Câu hỏi? • Đã có những thông tin gì về vấn đề NC? • Thông tin nào cần bổ sung?
+ Sản phẩm
  • Tổng quan tài liệu

3. Hình thành mục tiêu nghiên cứu:

+ Câu hỏi? • Kết quả mong đợi từ NC là gì?
+ Sản phẩm

- Câu hỏi NC
- Mục tiêu NC
- Giả thuyết NC

4. Xây dựng phương pháp nghiên cứu:

+ Câu hỏi? • Loại NC nào? • Cần thu thập những thông tin gì? • Bằng phương pháp nào? • Trên đối tượng nào? • Bao nhiêu? • Ở đâu? • Khi nào?

+ Sản phẩm

- Thiết kế nghiên cứu
- Đối tượng nghiên cứu
- Địa điểm nghiên cứu
- Mẫu và cách chọn mẫu
- Biến số, chỉ số
- Kỹ thuật và công cụ
- Khống chế sai số NC
- Vấn đề đạo đức NC

5. Xây dựng kế hoạch nghiên cứu

+ Câu hỏi? Cần nguồn lực gì? Ai làm? Ở đâu? Khi nào? Kinh phí là bao nhiêu? Phân bổ? Lấy từ đâu?

+ Sản phẩm

- Lập kế hoạch về nhân lực, thời gian, tổ chức và dự trù kinh phí

6. Xây dựng dự kiến kết quả nghiên cứu

+ Câu hỏi? Mong đợi kết quả nghiên cứu được trình bày như thế nào?

+ Sản phẩm

- Các bảng trống, biểu đồ
- Các test TK

7. Xây dựng dự kiến bàn luận, kết luận và kiến nghị?

+ Câu hỏi? Những phát hiện chính từ nghiên cứu? Giải thích? Kết luận như thế nào? Kiến nghị như thế nào?

+ Sản phẩm

- Dự kiến bàn luận
- Dự kiến kết luận
- Dự kiến kiến nghị

II. Thành phần cơ bản của đề cương NC

1. Tên đề tài
2. Đặt vấn đề
3. Mục tiêu nghiên cứu
4. Tổng quan tài liệu

5. Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:
- Thiết kế và qui trình nghiên cứu
- Đối tượng nghiên cứu
- Địa điểm, thời gian nghiên cứu
- Mẫu và cách chọn mẫu
- Biến số, chỉ số
- Kỹ thuật và công cụ
- Quản lý và phân tích số liệu, khống chế sai số NC
- Vấn đề đạo đức NC

6. Dự kiến kết quả
7. Dự kiến bàn luận
8. Dự kiến kết luận
9. Dự kiến khuyến nghị
10. Kế hoạch nghiên cứu (nhân lực, vật lực, thời gian và dự toán kinh phí)
11. Danh mục tài liệu tham khảo
12. Phụ lục (nếu có)

III. So sánh đề cương và báo cáo kết quả đề tài NCKH

1. ***Các phần giống nhau***: Tên đề tài; Đặt vấn đề; Mục tiêu chung, cụ thể; Tổng quan (Báo cáo chi tiết, đầy đủ hơn)
2. ***Phần khác nhau***

Phần khác nhau	**Đề cương**	**Báo cáo kết quả NC**
Đối tượng và phương pháp	Viết ở thì tương lai	Viết ở thì quá khứ và điều chỉnh, bổ sung (nếu có)
Kết quả nghiên cứu	Dự kiến các bảng, biểu, đồ thị trống	Bảng, biểu cụ thể, chi tiết, đầy đủ thông tin
Bàn luận	Dự kiến các phần sẽ bàn luận	So sánh và khái quát hóa kết quả NC
Kết luận	Dự kiến kết luận theo mục tiêu	Kết luận theo mục tiêu
Kiến nghị	Chưa có	Kiến nghị dựa trên KQ NC
Tài liệu tham khảo	Chưa đầy đủ	Đầy đủ và chuẩn theo mẫu
Phần khác	Phụ lục nếu có	Lời cám ơn, phụ lục chi tiết

THAM KHẢO VỀ BÁO CÁO CA BỆNH VÀ HÀNG LOẠT CA BỆNH

Báo cáo ca bệnh (case report) hoặc hàng loạt ca (case series report) nhằm thông tin các ca bệnh hiếm, các ca bệnh có các biểu hiện, diễn tiến hoặc biến chứng khác thường hoặc tường trình các tai biến bất thường do thuốc gây ra cho người bệnh. Báo cáo ca bệnh ít có giá trị về y học chứng cớ, tuy nhiên trong lịch sử y học đôi khi nhờ các báo cáo này giúp cho nhà khoa học phát hiện một loại bệnh mới hoặc các biến chứng gây ra do thuốc mà các hãng bào chế không lường trước được. Ví dụ điển hình, vào những năm đầu thập niên 60, hàng ngàn phụ nữ châu Âu sinh ra quái thai, dị tật cụt chi giống như hải cẩu, do uống thuốc an thần thalidomid trong 3 tháng đầu thai kỳ. Bác sĩ McBride ở Úc là người đầu tiên đã phát hiện ca dị tật cụt chi ở một bệnh viện phụ sản tại Sydney và đã báo cáo trên báo Lancet vào năm 1961. Đến năm 1962 hàng loạt các ca tương tự đã được phát hiện tại Anh và công bố trên báo British Medical Journal [1].

Một phụ nữ 35 tuổi, có thai lần đầu tiên sau 12 tháng kết hôn, uống thuốc an thần thalidomid 2 tháng trước khi có thai và tiếp tục 3 tuần đầu sau khi có thai. Trẻ sinh ra đủ tháng và chết 24 giờ sau sinh, kết quả giải phẫu tử thi: Trẻ gái cân nặng 3,4 kg vòng đầu 35 cm, vòng ngực 37,5 cm, 2 mắt có tật: thiếu mống mắt bên mắt phải và đục thủy tinh thể mắt trái, hoàn toàn cụt 2 tay, 2 chi dưới kém phát triển nhưng có 4 ngón chân bên phải và 6 ngón chân bên trái…

Nhờ những phát hiện đầu tiên này và thông báo trên báo đã gây sự chú ý trong giới y học và đã xác định thalidomid là thủ phạm gây ra dị tật cho hàng ngàn trẻ sơ sinh vào những thập niên 60-70.

Báo cáo ca bệnh do ít có bằng chứng khoa học nên khó được chấp nhận đăng trên các báo nổi tiếng của y học. Trong những năm gần đây đã có nhiều tờ báo y học chuyên đăng báo cáo ca bệnh, điển hình là báo Journal Medical Case Reports phát hành lần đầu vào tháng 2 năm 2007 và đã xuất bản đều đặn hàng tháng [2].

1. Cách trình bày bài báo cáo ca bệnh

Tùy theo báo y học, cách trình bày bài viết báo cáo ca bệnh phải theo hướng dẫn về nội dung, hình thức và các tiêu chí do tờ báo quy định. Nói chung, báo cáo ca bệnh thường được trình bày như sau [3] [4].

Hình thức của bài viết báo cáo ca bệnh gồm các phần: Tóm tắt, mở đầu, báo cáo ca bệnh và bàn luận. Báo cáo ca bệnh có thể mô tả một ca hoặc hàng loạt ca bệnh (case serie

report). Tổng độ dài bài viết dài khoảng 1500-2500 từ. Tựa bài báo phải ngắn gọn, đầy đủ và xúc tích.

1.1. Phần tóm tắt

Có khoảng 100-250 từ, phải tóm tắt đủ cả 4 phần chính: mở đầu và mục đích, báo cáo ca bệnh, bàn luận và kết luận. Tuy nhiên hình thức có thể thay đổi tùy theo từng tờ báo y học đòi hỏi.

1.2. Phần mở đầu

Nêu vấn đề một cách xúc tích và ngắn gọn trong vài câu về tình trạng hiếm và lạ của ca bệnh này để gây ngay sự chú ý cho người đọc. Tham khảo trong y văn và internet (Medline, Embase, Ovid, thư viện Cochrane…), hoặc ngay cả ở bộ máy tìm kiếm Google, các trường hợp tương tự đã được báo cáo trước đây. Nếu ca bệnh mô tả tai biến do dùng thuốc phải dò tìm các dữ liệu về tác dụng phụ của thuốc ở Clin-Alert hoặc các thông tin về thuốc của đại học Iowa (Iowa Drug Information Services). Phần mở đầu thường chỉ cần ba đoạn văn là đủ và thường không cần ghi tựa (ví dụ: đặt vấn đề hoặc mở đầu).

1.3. Phần báo cáo ca bệnh

Phần chính của bài báo, được trình bày theo trình tự thời gian và liên hệ nhân-quả của ca bệnh, tránh lập lại và viết các chi tiết không cần thiết. Trình bày các thông tin liên quan đến ca bệnh bao gồm tiền sử bệnh, chẩn đoán ban đầu, diễn tiến của bệnh: dấu hiệu sinh tồn, các kết quả xét nghiệm, các kết quả hội chẩn, nên tránh các chi tiết không liên quan đến ca bệnh. Ghi nhận hiệu quả của việc điều trị, các diễn tiến ngoài dự đoán, kết cục (outcome) của người bệnh, các đề nghị về hướng xử trí tiếp theo và tình trạng người bệnh vào thời điểm viết báo cáo.

Phần tiền sử và đặc điểm cá nhân bao gồm tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, chủng tộc, nghề nghiệp, tiền sử gia đình…Tuy nhiên không ghi chi tiết cụ thể như ghi rõ tên, ngày tháng năm sinh, ngày giờ nhập viện, xuất viện của người bệnh để tránh người khác nhận dạng được. Mô tả rõ các thăm khám thực thể và các dấu hiệu bất thường. Các xét nghiệm và dữ liệu chẩn đoán ca bệnh và các chẩn đoán loại trừ phải được ghi ra, các giới hạn bình thường của các xét nghiệm ít phổ biến nên ghi trong ngoặc đơn. Chỉ cần ghi ý chính các kết quả cận lâm sàng (chẩn đóan hình ảnh, giải phẫu bệnh…) mà không cần ghi lại nguyên văn theo phiếu ghi kết quả. Các hình ảnh minh họa về người bệnh phải tránh nhận dạng được và có sự đồng ý của người bệnh.

Tiền sử về sử dụng thuốc phải được ghi nhận, đặc biệt báo cáo các ca bệnh có liên quan đến tác dụng phụ của thuốc gồm liều lượng, đường dùng và thời gian dùng thuốc. Tên thuốc đôi khi phải ghi cả tên thương mại vì tính sinh khả dụng và các phụ phẩm của thuốc tên thương mại thường khác thuốc tên gốc. Cũng cần ghi nhận tiền sử uống

các loại thuốc khác như thuốc nam, thuốc đông y, chủng ngừa và các thuốc không cần kê đơn...

Chế độ ăn của người bệnh cũng cần ghi nhận vì có sự tương tác giữa thức ăn với các thuốc người bệnh sử dụng, hơn nữa nhiều loại thức ăn cũng gây dị ứng như thuốc.

1.4. Phần bàn luận

Là phần quan trọng nhất của báo cáo ca bệnh, đoạn văn đầu tiên thường nêu lên mục đích của báo cáo ca bệnh này, đoạn kế tiếp liên hệ đến các báo cáo trước đây về các trường hợp tương tự đã nêu trong y văn, cần phân tích sự giống nhau hoặc sự khác biệt với các trường hợp ghi nhận trước đây, lưu ý các bài báo tham khảo phải là bài báo gốc không được trích dẫn thông qua bài báo của tác giả khác. Đoạn văn cuối cùng, phần quan trọng nhất của phần bàn luận, là nêu được *các chứng cớ khoa học để thuyết phục người đọc* là ca bệnh mô tả được chẩn đoán là đáng tin cậy, các diễn tiến của ca bệnh này là logic và có những đặc điểm khác với các ca bệnh kinh điển đã được mô tả

trước đây. Kết thúc phần bàn luận nên nêu lên bài học kinh nghiệm được rút ra từ ca bệnh này.

1.5. Phần kết luận

Đôi khi không cần thiết hoặc chỉ tóm tóm tắt trong một câu văn về thông điệp chính hoặc bài học kinh nghiệm mà tác giả muốn chuyển tải đến người đọc, đồng thời gợi ý các ý tưởng mới cho các nghiên cứu trong tương lai.

2. Các bài báo mẫu về báo cáo ca bệnh

2.1. Báo cáo nhân một trường hợp

Sau đây là một bài báo mẫu về báo cáo ca bệnh được đăng trên tạp chí World Journal of Gastroenterology [5].

Tựa: Nhân một trường hợp viêm ruột thừa do vòng tránh thai

Tóm tắt. *Thủng tử cung là một biến chứng trầm trọng khi đặt vòng tránh thai. Thủng tử cung do vòng tránh thai có thể gây tổn thương các cơ quan kề cận. Một trường*

hợp viêm ruột thừa (VRT) cấp do đặt vòng tránh thai multiload Cu 315. Đây là một biến chứng hiếm gặp và đã có 14 trường hợp trước đây được ghi nhận trong y văn

Mở đầu. *Vòng tránh thai (VTT) được dùng phổ biến từ năm 1965. Thủng tử cung do VTT là biến chứng trầm trọng và hiếm gặp với tần suất từ 1/350 đến 1/2500 lần đặt. Thủng tử cung có thể gây ra tổn thương các cơ quan kế cận như bàng quang và đặc biệt tổn thương ruột đưa đến nhiều biến chứng trầm trọng cần phải điều trị tích cực (phẫu thuật). Thủng tử cung có thể gặp ngay lúc đặt hoặc nhiều năm sau. Thủng tử cung lúc đặt liên hệ đến kỹ năng của người đặt. Thủng trễ về sau thường do phản ứng viêm mạn tính với chất đồng của VTT. Chúng tôi báo cáo một ca VRT cấp ở một phụ nữ 50 tuổi đã đặt vòng tránh thai 18 năm về trước.*

Hình 1. Hình ảnh minh họa thủng tử cung do vòng tránh thai

Báo cáo ca bệnh. *Bệnh nhân nữ 50 tuổi, PARA 3003, nhập viện vì đau nhiều vùng bụng dưới kèm theo sốt và nôn ói. Đặt vòng đã 18 năm nhưng không được theo dõi đều đặn. Khám lâm sàng: Âm nhu động ruột, có phản ứng đau dội khắp vùng hố chậu phải. Xét nghiệm có bạch cầu tăng, chụp X quang thấy VTT ở mào hông phải (hình minh họa). Mở bụng vùng McBurney nhìn thấy VTT trong xoang bụng đằng sau chổ nối van hồi manh tràng và đầu VTT đâm vào đầu ruột thừa, toàn vùng bị phù nề và che phủ bởi mạc nối. Không thấy sỏi phân trong ruột thừa. Lấy VTT và cắt ruột thừa. Bệnh nhân hồi phục tốt sau phẫu thuật.*

Bàn luận. *Nói chung VTT là phương tiện an toàn để giúp ngừa thai lâu dài. Các biến chứng liên quan VTT gồm chảy máu, nhiễm trùng, thai ngoài tử cung và thủng tử cung. Thủng tử cung thường hiếm gặp. Thủng tử cung có lẽ do kỹ thuật lúc đặt hoặc do phản ứng viêm lâu ngày làm xoi mòn dần thành tử cung. Tần suất thủng tùy thuộc nhiều yếu tố như thời điểm đặt, số con, tiền sự phá thai, loại VTT, kinh nghiệm của người đặt và vị trí đặt trong tử cung. Phần lớn tai biến thủng tử cung xảy ra ngay lúc đặt vòng. Nếu xảy ra trễ nghĩ nhiều đến nguyên nhân do di chuyển thứ phát. Thời điểm đặt VTT rất linh động, nhiều nghiên cứu trước đây thấy rằng đặt VTT 0-3 tháng sau sinh có nguy cơ thủng tử cung cao hơn vào thời điểm 3-6 tháng sau sinh.*

Trong ca này, cơ chế gây thủng là do sự xoi mòn dần dần của thành TC vì đã đặt 18 năm trước. Không thấy sỏi phân trong ruột thừa như vậy có thể VRT do phản ứng viêm mạn tính với chất đồng của VTT.

Các phụ nữ đặt VTT phải được cảnh báo VTT có thể di chuyển. Thường xuyên khám âm đạo xem sợi chỉ của VTT có còn không để phát hiện sớm sự di chuyển. Chụp phim X quang và siêu âm để xác định vị trí của VTT so với tử cung. Điều trị VTT di chuyển vào xoang bụng bằng phẫu thuật nội soi hoặc mổ hở. Nên lấy VTT ra mặc dù chưa gây triệu chứng để tránh các biến chứng thủng ruột, thủng bàng quang hoặc tạo dò. Theo chúng tôi biết, đây là ca thứ 15 gây VRT cấp do VTT.

2.2. Báo cáo hàng loạt ca bệnh

Một ví dụ về báo cáo hàng loạt ca bệnh của Karanikolas và cộng sự đăng trên tạp chí Journal of Medical Case Reports [6]

Tựa: Điều trị uốn ván nặng với magnesium tĩnh mạch liều cao, kéo dài tại khoa Hồi sức tích cực: báo cáo hàng loạt ca bệnh.

Mở đầu

Uốn ván (UV) là bệnh hiếm gặp dễ gây chết người do ngoại độc tố của Clostridium tetani. Bệnh nhân (BN) mắc UV có triệu chứng co cứng cơ và suy hô hấp, vì vậy cần nhập khoa Hồi sức tích cực (ICU) và thở máy. Các báo cáo ca bệnh không đối chứng và các nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên (RCT) mới đây ở Việt Nam gợi ý rằng magnesium (Mg) là một loại thuốc chọn lựa trong điều trị UV nhưng e ngại vì độc tính của thuốc. Chúng tôi trình bày 3 trường hợp UV nhập viện tại Bệnh viện đại học Patras vì suy hô hấp. Cả 3 trường hợp đều được điều trị bằng Mg tĩnh mạch liều cao và kéo dài với kết cục tốt.

Báo cáo ca bệnh

Cả 3 BN trong loạt ca bệnh này đều nhập viện tại ICU vì co cứng cơ toàn thân được đặt nội khí quản và thở máy với đường truyền tĩnh mạch trung tâm. Cả 3 đều được cho an thần bằng propofol kết hợp với clonidin. Theo phác đồ của đơn vị, hạ huyết áp được định nghĩa khi HA trung bình < 50mmHg và được truyền TM liên tục bằng norepinephrin. Nhịp tim chậm được định nghĩa khi nhịp tim < 45 nhịp/phút và được điều trị bằng atropin và/hoặc truyền TM isoproterenol. Nhịp tim nhanh khi lớn hơn 100 nhịp/phút và được điều trị với esmolol truyền TM. Các BN đều được cho heparin trọng lượng phân tử thấp để phòng ngừa thuyên tắc mạch và nuôi dưỡng bằng ống xông miệng-dạ dày, Lượng nước tiểu được giữ trên 0,5 ml/kg/giờ bằng dịch truyền thích hợp.

Hiệu quả của Mg điều trị được đánh giá hàng ngày bằng test "đánh thức": xem mức độ co cứng cơ và thở tự phát với hỗ trợ áp suất. Nếu kiểm tra nhận thấy mức độ co cứng cơ chưa đủ sẽ tăng liều magnesi từ 10-15%, và khi co cứng cơ giảm sẽ giảm liều từ 10-25%. Thu thập số liệu bằng phương pháp hồi cứu.

Báo cáo ca bệnh 1

BN nam 50 tuổi người Hy Lạp gốc Caucase, tiền sử nghiện rượu, chích xì-ke và viêm gan virus C, nhập viện ICU vì co cứng và suy hô hấp nặng. Có chích ngừa UV từ nhỏ và lập lại 1 lần lúc 20 tuổi, khi nhập ngũ vào quân đội. Lúc mới vào ICU, BN được đặt nội khí quản và thở máy áp lực dương. Kháng sinh ban đầu gồm meropenem, vancomycin và metronidazol. Colistin và gentamicin cho thêm sau 7 ngày vì BN bị viêm phổi do Enterobacter cloacae.

BN được truyền norepinephrin liên tục trong 5 ngày vì hạ huyết áp. Vì tình trạng bệnh nặng, chúng tôi dự đoán không thể ngưng thở máy sớm nên đã mở khí quản vào ngày 3 sau khi nhập ICU. Co cứng cơ của BN cải thiện sau khi cho Mg truyền TM. Tuy nhiên sự co cứng cơ kéo dài nên Mg truyền TM được duy trì trong 26 ngày với tổng liều là 337g. Đo nồng độ Mg trong huyết thanh mỗi ngày, dao động ở mức từ 3-4 mmol/L. BN dần dần được cải thiện, cho ngưng thở máy và xuất viện sau 30 ngày điều trị trong tình trạng ổn định.

Báo cáo ca bệnh 2

BN nam 77 tuổi người Hy Lạp gốc Caucase, không tiền sử bệnh, vào ICU vì suy hô hấp và co cứng toàn thân. Một tuần trước bị một vết thương nhỏ, sưng, đỏ, và đau ở chân phải. BN không có sổ tiêm chủng và cho rằng không chủng ngừa UV hơn 20 năm

nay. Ngay khi vào ICU, BN được cho thuốc an thần, đặt nội khí quản và thở máy áp lực dương. BN được cho thuốc chống đau, an thần và cisatracurium để trị co cứng cơ. Cho kháng sinh ceftriaxon và metronidazol. Chúng tôi mở khí quản vào ngày 7 sau nhập ICU. Vì co cứng cơ liên tục, chúng tôi cho Mg vào ngày 8 của bệnh với mục đích giảm bớt các thuốc giãn cơ không khử cực. Triệu chứng co cứng cơ giảm nhiều sau khi cho Mg truyền TM và BN không cần dùng thuốc giãn cơ nữa. Nồng độ Mg máu được đo mỗi ngày. Độ co cứng cơ được kiểm soát tốt và nồng độ Mg máu duy trì trong khoảng 4 - 4,5 mmol/L. Ngưng thở máy cho BN vào ngày 14 và ngưng truyền Mg vào ngày 16. BN xuất viện trong tình trạng ổn định vào ngày 22 của bệnh.

Báo cáo ca bệnh 3

BN 30 tuổi, người Hy Lạp gốc Caucase nhập ICU với chẩn đoán UV với triệu chứng co cứng toàn thân, cứng hàm và khó nuốt. BN tự chích thuốc phiện với kim bẩn 3 ngày trước khi bệnh khởi phát. Có chích ngừa UV từ lúc nhỏ nhưng không chích lập lại ít nhất đã hơn 10 năm. BN nhập ICU trong tình trạng huyết động ổn định và được cho Mg tiêm mạch ngay. Cơn co cứng giảm sau 3-4 giờ tiêm. Tuy nhiên cơn co cứng vẫn còn kéo dài khi đánh giá bằng test đánh thức hàng ngày, BN được cho Mg tiếp tục trong 26 ngày. Cho kháng sinh gồm: meropenem, vancomycin và metronidazol. BN được mở khí quản vào ngày 5. Sau thời gian dài nằm ICU với không có biến chứng trầm trọng nào, BN được cai thở máy vào ngày 28 và xuất viện vào ngày 30 trong tình trạng ổn định. Đặc điểm nhân khẩu học, điều trị và kết cục được trình bày trong bảng 1. Bất ổn hệ thống thần kinh tự động không là vấn đề, chỉ một BN có bị một đợt nhiễm khuyết máu 5 ngày.

Bảng 1. Dữ liệu đặc điểm nhân khẩu, điều trị và kết cục

Bảng 1. Dữ liệu đặc điểm nhân khẩu, điều trị và kết cục

BN	Tuổi/ giới	Tiều sử	Huyết động	Thuốc vận mạch	T. liều Mg (g)	TG SD Mg	An thần/ giãn cơ	TG thở máy (ng)	TG Nằm ICU (ng)	Kết cục
1	50/N	Rượu, xì ke, thuốc lá, VGC	NT >110/ph, MAP < 5	NE x 5 ngày	337	26	Propofol/ Clonidine	22	30	Tốt
2	77/N	THA, thuốc	Ổn	Không	277	7	Propofol / Cisatracu-	14	22	Tốt

		lá					rium			
3	30/N	Xì ke, thuốc lá, VGC	Ổn	Không	758	26	Propofol/ Clonidine	28	32	Tốt

N: Nam; VGC: Viêm gan virus C; THA: Tăng huyết áp; NT: nhịp tim; MAP: huyết áp động mạch trung bình; NE: Norepinephrine; TDSD: Thời gian sử dụng; TG: thời gian; ng: ngày

Điều trị Mg TM kiểm soát co cứng cơ cực tốt và không cần dùng thêm thuốc giãn cơ ở các BN của chúng tôi. Tuy nhiên vì sự co cứng cơ kéo dài và gây đau qua test đánh giá mỗi ngày, Mg TM được duy trì kéo dài đến 26 ngày ở BN 1 và 3. Cả 3 BN đều dung nạp tốt với Mg với không có tác dụng phụ và đều xuất viện trong tình trạng ổn định.

Bàn luận

UV là bệnh của hệ thống thần kinh gồm 4 thể: toàn thân, khu trú, đầu và sơ sinh. Ở người lớn thể toàn thân gồm co cứng và co giật thường rất nặng. Đô thị hóa, cơ giới hóa nộng nghiệp và yếu tố kinh tề-xã hội như nghèo đói, vệ sinh kém, thiếu dịch vụ chăm sóc sức khỏe làm gia tăng ca bệnh UV. Mặc dù số ca bệnh đã giảm nhờ thuốc chủng ngừa trong 2 thập kỷ qua, số ca mắc vẫn còn khoảng 500 ngàn ca trên toàn thế giới.

Tỉ lệ tử vong UV cao, chiếm khoảng 45%. Bảy mươi lăm % số ca chết trong tuần lễ đầu vì viêm phổi nhiễm trùng, do hít hoặc thuyên tắc phổi. Năm 2004 có khoảng 163 ngàn ca tử vong.

Số ca UV rất thấp ở các nước phát triển. Từ 1972-2001 ở Mỹ chỉ có 1842 ca. Tỉ lệ mắc mới trên triệu dân giảm từ 0,39 năm 1976 còn 0,16 từ 1997-2001, tỉ suất mắc-chết giảm từ 45% xuống còn 16%. Trong 932 ca bệnh ghi nhận, có 69% do BN không được tiêm ngừa và tỉ suất chết-mắc là 28%. Tỉ lệ mắc mới và mắc-chết cao nhất ở nhóm BN trên 60 tuổi. Đái tháo đường làm tăng nguy cơ tử vong trong UV. Khoảng 50% số ca UV tại Mỹ là do bị thương, tuy nhiên số ca mắc do chích xì-ke gia tăng đáng kể, tăng khoảng 3 lần so với thập niên trước.

Điều trị UV cần phải nhập viện, đặt BN nơi yên tĩnh và theo dõi thường xuyên các biến chứng. Chăm sóc bao gồm theo dõi dấu hiệu sinh tồn, hút đàm nhớt, duy trì nước điện giải và điều trị co cứng cơ. Chỉ định mở khí quản cần thực hiện sớm để phòng ngừa ngạt do co thắt thanh quản, giảm sặt phổi và thuận lợi cho việc thở máy. Cơ chế sinh bệnh lý chính của UV là do tetanospamin được tạo ra do C. tetani. Tetanospamin xâm

nhập hệ thống thần kinh trung ương qua chổ tiếp nối thần kinh-cơ. Tetanospamin gắn vào đầu cuối tiền xi-náp của màng thần kinh làm giảm tiết GABA ức chế. Co cứng, co giật và tăng hoạt quá mức hệ giao cảm vì GABA ức chế không hoạt động.

Mg là một chất ức chế thần kinh-cơ tiền xi-náp với giãn mạch, ức chế bài tiết catecholamin, chống co giật. Tất cả các đặc tính này của Mg giúp kiểm soát co cứng và điều trị rối loạn thần kinh thực vật trong UV. Liều điều trị của Mg có thể gây yếu cơ hoặt liệt cơ tạm thời. Mg làm giảm hoạt tính của hệ giao cảm có thể gây giãn mạch, hạ huyết áp và chậm nhịp tim.

Dữ liệu lâm sàng các báo cáo ca bệnh và hàng loạt ca không đối chứng gợi ý hiệu quả điều trị của Mg. Một nghiên cứu tiến cứu mô tả ở Sri Lanka và nghiên cứu RCT mới đây ở Việt Nam cũng ủng hộ về tính an toàn và hiệu quả của Mg trong điều trị UV nặng. Mg làm giảm việc dùng thuốc kiểm soát co cứng cơ và thuốc kiểm soát tình trạng huyết động bất ổn, nhưng không làm giảm tử vong và sự cần thiết thở máy. Vì điều trị với Mg có thể gây tác dụng phụ nặng như yếu liệt cơ, hạ huyết áp, vì vậy cần có thêm dữ liệu trước khi coi Mg như là thuốc điều trị đầu tay trong UV.

Trong bài này, chúng tôi báo cáo 3 bệnh nhân bị UV có suy hô hấp cần phải thở máy dài ngày và chăm sóc tại ICU. Cả 3 BN đều được cho Mg TM liều cao kéo dài nhiều ngày, được mở khí quản sớm và đều được cai máy thở khi tình trạng co cứng cơ được cải thiện. Ngoại trừ 1 BN bị một đợt nhiễm khuẩn huyết, tình trạng huyết động đều ổn định trong thời gian điều trị. Cả 3 BN đều ra viện trong tình trạng ổn định và tình trạng co cứng cơ không cần điều trị thêm.

Hầu hết các báo cáo điều trị UV với Mg là từ các nước đang phát triển như Sri Lanka và Việt Nam. Hấu hết các ca công bố đều dùng Mg điều trị để tránh phải thở máy do điều kiện thiếu thốn trang thiết bị. Báo cáo hàng loạt này của chúng tôi có thể là lần đầu tại châu Âu, nơi bệnh UV thường hiếm gặp. Chúng tôi vừa dùng Mg kết hợp với thở máy do có lẽ BN của chúng tôi nặng hơn so với các công bố trước đây, Lý do sử dụng Mg của chúng tôi nhằm giảm sử dụng thuốc giãn cơ không khử cực, chứ không nhằm tránh việc thở máy. Ngoài ra, có 2 BN trong báo cáo này phải dùng Mg TM rất dài (26 ngày) ngày hơn các báo cáo trước đây.

Việc theo dõi và điều chỉnh liều Mg điều trị TM rất dài ngày với không có tác dụng phụ và độc tính quan trọng trên các cơ quan là vấn đề thích thú nhất mà chúng tôi ghi nhận qua báo cáo này. Vì vậy, chúng tôi tin rằng báo cáo này có ý nghĩa trong việc bổ sung vào y văn là việc sử dụng Mg trong điều trị co cứng cơ ở bệnh UV cần phải thở máy.

Kinh nghiệm của chúng tôi gợi ý rằng sử dụng Mg TM liều cao, dài ngày trong điều trị UV có thể thực hiện được với không có độc tính quan trọng nào. Tuy nhiên, Mg có thể có nhiều tác dụng phụ nặng mà dữ liệu này của chúng tôi không khẳng định được tính an toàn của thuốc. Cho đến khi có nhiều dữ liệu từ các nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên, chúng tôi tin tưởng rằng điều tri Mg TM liều cao là một chọn lựa hứa hẹn, tuy nhiên chỉ dành chữa cho các BN bị co cứng cơ kháng trị với thuốc an thần và giảm đau hoặc phải điều trị dài ngày mà không cần thuốc giãn cơ không khử cực.

Kết luận

Các ca UV ngày càng hiếm nhờ sử dụng rộng rãi thuốc tiêm ngừa, vì vậy kinh nghiệm điều trị ở các nước phát triển thì không nhiều. Hiệu quả của Mg TM trong điều trị co cứng cơ ở bệnh UV được nêu lên trong các nghiên cứu báo cáo ca bệnh, các nghiên cứu không đối chứng và một nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên mới đây. Chúng tôi trình bày 3 BN bị UV nặng với triệu chứng suy hô hấp cần phải thở máy. Cả 3 BN đều cần nhập vào ICU và điều trị dài ngày với Mg truyền TM liều cao. Ngộ độc Mg không là vấn đề và cả 3 đều cải thiện và ra viện trong tình trạng ổn định. Báo cáo này ủng hộ việc dùng Mg trong điều trị UV nặng. Tuy nhiên Mg có thể gây tác dụng phụ nặng nên cần có thêm các nghiên cứu RCT với quy mô lớn hơn để khẳng định tính hiệu quả và an toàn của Mg trước khi được chấp nhận như một loại thuốc đầu tay trong điều trị UV.

Tài liệu tham khảo

1. Ward S.P. Thalidomide and congenital abnormalities. British Medical Journal,1962 pp. 646

2. Kidd M, Hubbard C. Introducing journal of medical case reports. J Med Case Reports. 2007;1:1.

3. Cohen H. How to write a patient case report. Am J Health Syst Pharm. 2006;63:1888-92.

4. Rahij Anwar. How to write a case report. Student BMJ, Volume 12, Feb 2004.

5. Chang HM, Chen TW, Hsieh CB, Chen CJ, Yu JC, Liu YC, Shen KL, Chan DC. Intrauterine contraceptive device appendicitis: a case report. World J Gastroenterol.2005;11:5414-5.

6. Karanikolas *et al.*Prolonged high-dose intravenous magnesium therapy for severe tetanus in the intensive care unit: a case series. *Journal of Medical Case*

Reports 2010; 4:100

TS Nguyễn Ngọc Rạng. ĐHYD Cần Thơ. email:nguyenngocrang@gmail.com

http://thongkeyhoc2015.blogspot.com/2017/01/bao-cao-ca-benh-va-hang-loat-ca-benh.html truy cập ngày 22/01/2020

Hướng dẫn trên là viết báo, đối với viết báo cáo ca bệnh và loạt ca bệnh nên dựa vào hướng dẫn cách viết đề tài NCKH, giảm bớt các phần không cần thiết, tập trung vào các phần tham khảo trên.

Ưu điểm:

☺ Báo cáo ca bệnh và báo cáo loạt ca bệnh giúp mô tả được mức độ phổ biến của vấn đề sức khoẻ.

☺ Thông tin do báo cáo loạt ca bệnh có giá trị hơn thông tin do báo cáo ca bệnh.

☺ Giúp hình thành giả thuyết.

Nhược điểm:

☻ Không giúp kiểm định giả thuyết vì không có nhóm so sánh.

Thí dụ về báo cáo ca bệnh

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP

Vi khuẩn PantoeAgglomerans, một mầm bệnh thực vật gây bệnh cho người, gây hoại tử da, cơ nhanh và mạnh, như một dạng "vi khuẩn ăn thịt người"

Trần Như Bửu Hoa, Nguyễn Kế Lạc, Đồng Trọng Tấn

1. Đặt vấn đề:

Trên thế giới, báo chí cũng từng đưa tin không ít trường hợp "vi khuẩn ăn thịt người"

gây hoại tử da mô dưới dạng ở người nhanh và rộng. Gần đây tại Mỹ cũng ghi nhận nhiều bệnh nhân nhập viện do vi khuẩn nói trên, dẫn đến đoạn bỏ chân, tay, thậm chí tử vong. Trong 2 năm (2010 - 2011), Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương cũng đã ghi nhận hơn 10 trường hợp bị "vi khuẩn ăn thịt người" nhập viện và chỉ 3 ca được cứu sống, 7 ca còn lại đều tử vong. Vi khuẩn được mệnh danh "Vi khuẩn ăn thịt người" hay "Vi khuẩn ăn mô" là cách gọi thông thường khác (non-medical) của loại vi khuẩn ***Aeromonas Hydrophila*** có khả năng sinh ra nội độc tố, gây tán huyết và gây độc tế bào, gây hoại tử nhanh chóng da và cân cơ. Tuy nhiên, 1 trường hợp bệnh nhân được ghi nhận tại BV Phong – Da liễu Trung ương Quy Hòa, vi khuẩn ăn mô, hoại tử da và cân cơ lan rộng nhanh khủng khiếp, nhưng không phải loại vi khuẩn trên. Vi khuẩn ***Pantoea Agglomerans*** (***P. Agglomerans)*** gây bệnh ở người là không phổ biến. Theo hầu hết các báo cáo, ***P. Agglomerans*** là tác nhân gây bệnh trên thực vật. Các nhiễm trùng trên người được ghi nhận do ***P. Agglomerans*** được báo cáo thông thường là viêm khớp nhiễm trùng, viêm phổi, dị ứng… đồng thời được xem là tác nhân gây bệnh nghề nghiệp, nhiễm trùng cơ hội trên bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Tuy nhiên, một trường hợp lâm sàng gây bệnh phát hiện trên người do ***P. Agglomerans*** gây hoại tử mô mềm, da, cân cơ đặc biệt diễn tiến quá nhanh và mạnh được ghi nhận tại Bệnh viện Phong – Da liễu Trung ương Quy Hòa.

2. Trường hợp lâm sàng:

Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp như sau:

Bệnh nhân nam, 86 tuổi, có tiền sử bị bệnh lao phổi đã điều trị ổn định cách đây 5 năm. Đặc điểm cư trú: bệnh nhân ở vùng quê có vườn rừng. Trước đó 3 tuần, bệnh nhân đi làm vườn bị gai cây trong vườn đâm quẹt vùng lưng nơi vết loét hình thành. Khởi phát bệnh nhân có triệu chứng mệt mỏi, ho ít, kiểu viêm phế quản, ho tăng dần, ổ loét hình thành, có sưng và đau nhẹ vùng lưng nơi bị gai cây đâm, được khám ở tuyến dưới và chuyển viện trực tiếp vào bệnh viện Da liễu Trung ương Quy Hòa.

Bệnh nhân nhập viện ngày 7/12/2015 vào Khoa Da tổng hợp với thể trạng suy nhược, mệt mỏi, da tái, sốt nhẹ 38^0C, dấu hiệu hô hấp mờ nhạt, ho ít, không khó thở, đi lại, ăn uống được. Chẩn đoán ban đầu tại **Khoa Da tổng hợp**: ***"Hồng ban cố định nhiễm sắc vùng lưng"*** với đặc điểm tổn thương là một ổ loét hoại tử đen nhỏ khoảng 2cm, xung quanh là tổn thương đỏ da hình tròn. Bệnh nhân không có tiền sử dùng thuốc gì trước đó, X-quang tim phổi cho thấy tình trạng viêm phổi kẻ, xơ cũ đỉnh phổi do lao cũ. Các test chẩn đoán xác định bệnh lao âm tính. Đường máu ở giới hạn bình thường.

Đặc biệt, vết loét tiến triển nhanh, hoại tử lan rộng sau từng ngày. Điều trị tại khoa Da tổng hợp theo hướng chẩn đoán trên, bệnh nhân không cải thiện, vết loét hoại tử lan rộng quá nhanh, được hội chẩn và chuyển đến khoa ICU, kết quả cấy máu không thấy vi khuẩn, dường như là do đã dùng kháng sinh mạnh tĩnh mạch trước đó. Xét nghiệm vi sinh, cấy mủ ổ loét 3 lần đều có kết quả là loại vi khuẩn như trên. Giải phẫu bệnh kết quả mô hoại tử viêm nhiễm. Bệnh tiến triển nặng dần theo hướng nhiễm trùng nhiễm độc, tổn thương loét hoại tử mô càng lan rộng khủng khiếp nhanh chóng xâm nhập cả bình diện rộng và sâu đến xương sườn và cả cột sống, mặc dù đã được điều trị ngoại khoa và hồi sức tích cực.

Điều trị: Tại khoa ICU, sau nhập viện ngày thứ 4, bệnh nhân được hội chẩn Nội-Ngoại khoa và Da liễu với chẩn đoán TD Nhiễm trùng huyết/ Hoại tử sâu rộng vùng lưng diến tiến nhanh/ BN Suy kiệt, viêm phổi bội nhiễm.

Tổn thương ngày 8/12/2015 Tổn thương ngày 9/12/2015

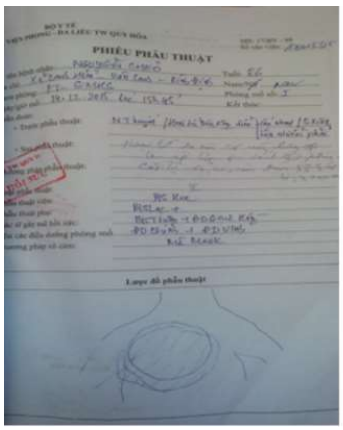
Bệnh nhân được phẫu thuật sớm: Cắt lọc mô hoại tử, làm sạch vết thương. Tổn thương lại tiến triển hoại tử quá nhanh, nên tiến hành phẫu thuật 3 lần, cắt lọc lại sau từng ngày (cách ngày). Phối hợp hồi sức tích cực, kháng sinh mạnh 4 loại, dịch truyền, điện giải, đạm, sinh tố…

Mô tả tổ chức hoại tử đại thể: Mô hoại tử săn chắc, không mủn rữa như mô hoại tử vi trùng khác, thối vừa phải, không chảy máu, mô tái xám, viêm tắc mạch lan nhanh, ăn nhanh hoại tử da cân các cơ, đến màng xương hoại tử tấn công nhanh chưa từng thấy đến hết mô thịt, lộ xương sườn, xương cột sống và thâm nhập vào màng phổi và phổi bên dưới; xung quang tổn thương viền đen, ngoài cùng viền đỏ và viền đỏ lại thành hoại tử đen đến chỉ sau một ngày.

Bệnh diễn tiến nhanh, hoại tử rộng sâu đến cột sống, màng phổi, không thể cắt lọc sâu hơn nữa, gần như không thể kiểm soát tốc độ hoại tử dù đã cố gắng cắt lọc sớm,

bệnh diễn tiến xấu dần, nhiễm trùng nhiễm độc, người nhà xin về.

Tổn thương hoại tử 11/12/2015 Tổn thương hoại tử 14/12/2015



Tường trình PT cắt lọc 14/12 Tổn thương hoại tử 16/12/2015

3. Đặc điểm vi khuẩn theo y văn:

Pantoea Agglomerans là một vi khuẩn kỵ khí, Gram âm, hình que, thuộc họ Enterobacteriaceae, được phát hiện phần nhiều tại các nhà máy chế biến nguyên liệu thực vật, phổ biến trong ngũ cốc và hạt bụi. Vi khuẩn này cũng có nhiều tại các nhà máy nông nghiệp; trong các sản phẩm thực vật và động vật; trong cơ thể động vật chân đốt; trong nước, đất, bụi và không khí và có thể tìm thấy trong phân người và động vật. ***Pantoe Aagglomerans*** tạo ra độc tố sinh học rất mạnh gây thối rữa, hoại tử

trái cây và lá thực vật. *Erwinia milletiae* và *Enterobacter Agglomerans* là từ đồng nghĩa cho **A*gglomerans Pantoea***

Mức độ của ***P.Agglomerans*** là khá cao trong không khí, nơi có các cơ sở chế biến dược và nguyên liệu thực vật và mức thấp hơn ở các trang trại chăn nuôi. Nội độc tố tồn tại dưới hình thức các hạt nano hình cầu, kích thước 10-50. Theo Limulus, có mối quan hệ rất quan trọng đã được tìm thấy (R = 0,804, P = 0,000927) giữa mức độ của ***P. Agglomerans*** tồn tại trong không khí của các cơ sở nông nghiệp nhiều hơn vùng khác. ***P. Agglomerans*** có thể gây nhiễm trùng cơ hội ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch, có thể gây nhiễm trùng bệnh viện. Các đường truyền là tiếp xúc trực tiếp hoặc gián tiếp với người hoặc đồ vật bị nhiễm, thông thường qua vết thương da hoạc bị cây gai đâm. Nội độc tố ***P. Agglomerans*** được xác định như một tác nhân có hại trong môi trường lao động nông nghiệp, gây viêm phổi, gây dị ứng, hen suyễn và là một tác nhân tiềm ẩn gây bệnh viêm da dị ứng ở người và các rối loạn dị ứng phổi ở gia súc. Kết quả của những thí nghiệm này là phù hợp với các nghiên cứu lâm sàng.

4. Bàn luận:

4.1. Theo nhiều báo cáo đã được xuất bản, Pantoea Agglomerans là tác nhân gây bệnh chủ yếu trên thực vật:

Như gây thối rữa trái cây, giải phóng cellulase và amylase gây hoại tử đen đậu Hà Lan, các loại trái cây và bề mặt lá táo và lê. ***Pantoea Agglomerans*** phát hiện đầu tiên, phân lập được từ những đốm hoại tử trong lá của loại hạt đậu bãi biển *(Lathyrus maritimus*) vùng biển Newfoundland, Canada.

Hiện nay, vai trò sinh vật này vẫn còn mơ hồ, vừa có hại nhiều hơn có lợi: Một mặt nó gây rối loạn ở những người tiếp xúc với hít phải bụi hữu cơ và các bệnh của cây trồng, bởi tác động có hại của chất gây dị ứng protein và nội độc tố được sản xuất bởi vi khuẩn này. Khi bị gai cây đâm có vết thương, vi khuẩn có cơ hội sẽ tăng trưởng và về mặt nguyên tắc, nó có thể gây hoại tử mô, phần mềm trên người do các nội độc tố như gây thối trái cây thực vật nhưng y văn thế giới chưa ghi nhân trường hợp nào gây hoại tử mô nhanh và kinh khủng như trường hợp nêu trên.

Nhiều thí nghiệm thế kỷ XX trên động vật và những người tình nguyện đã chứng minh nội độc tố của ***P. Agglomerans*** và vi khuẩn Gram âm khác (trong bụi bông) là

tác nhân gây bệnh ở thực vật và cả trên người.

Ngược lại, nó cũng tạo ra một số có hiệu ứng có lợi, ức chế sự phát triển của mầm bệnh thực vật khác và xuất hiện như một phân sinh học, thúc đẩy tăng trưởng thực vật. Nghiên cứu siêu cấu trúc của lá bị nhiễm cho thấy vi khuẩn trong khoảng gian bào của các mô hoại tử và được xác định là một loại vi khuẩn ưu thế trên cây bông được trồng khắp nơi trên thế giới, vốn được xem như là một phụ sinh, hiếm khi là tác nhân gây bệnh.

4.2. *Gây bệnh trên người đã được báo cáo:*

Vi khuẩn này được coi như là một vi khuẩn cơ hội khi có sẵn vết thương, khi suy giảm miễn dịch và gây bệnh phổi nghề nghiệp. Mackel (2009) báo cáo sáu trường hợp nhiễm khuẩn huyết bệnh viện do ***P. Agglomerans*** có liên quan với việc sử dụng các dây truyền tĩnh mạch bị ô nhiễm. Bennet (1995) đã báo cáo nhiễm khuẩn huyết tương tự. De Champs (2000) từ Pháp ghi nhận ***P. Agglomerans*** trong hai trường hợp viêm khớp sau bị chấn thương do gai và mảnh gỗ đâm, kháng Amikacin. Milanowski (2003) nhận thấy nhiều ca nhiễm trùng đường hô hấp và dị ứng da do ***P. Agglomerans***. De Baere (2004), ***P. Agglomerans*** còn là nguyên nhân gây nhiễm trùng ở trẻ em hơn là người lớn gây nhiễm khuẩn huyết. Chẩn đoán viêm xương, hoặc nhiễm trùng khớp ở trẻ em thường bị trì hoãn do bác sĩ ít nghĩ đến vi khuẩn này trên lâm sàng.

Do đó, phải nghĩ đến tác nhân ***P. Agglomerans*** trên đứa trẻ nếu có viêm tủy xương mãn tính, không cải thiện với điều trị thông thường và nên nghi ngờ gây bệnh trong trường hợp chấn thương, vết thương có vấy bẩn bởi đất nạm hoặc thảm thực vật mà trơ với điều trị kháng sinh thông thường.

P. Agglomerans còn được coi là tác nhân chủ yếu của bệnh phổi nghề nghiệp bởi tác động nhiều hiệu ứng tương tự khi hít bởi bụi bông. Vi khuẩn từ không khí theo bụi bông vào phổi, hoạt hóa đại thực bào phế nang, tiết ra chất trung gian (prostaglandin, yếu tố tiểu cầu kích hoạt, interleukin-1, yếu tố hoại tử) là nguyên nhân gây tích tụ tiểu cầu trong mao mạch, bắt đầu tình trạng viêm cấp và mãn tính dẫn đến tổn thương tế bào nội mô, thoát mạch và các chất lỏng vào khoang kẻ. Những thay đổi này gây co thắt phế quản, suy giảm chức năng phổi, giảm thể tích thở cưỡng bức một giây (FEV1) hoặc khả năng khuếch tán, tăng triệu chứng chủ quan như sốt, kích ứng đường thở và tức ngực… gây rối loạn hô hấp và bệnh phổi nói chung.

4.3. ***Trường hợp lâm sàng trên, có lẽ là trường hợp đầu tiên theo y văn cho thấy tốc độ và mức độ gây hoại tử khủng khiếp do Pantoea Agglomearns:***

Là sinh vật duy nhất được tìm thấy liên tục trong cả 3 lần phân lập, phải được xem xét và nghi ngờ ở bệnh nhân có chấn thương gai cây và hoại tử mô. Y văn đã ghi nhận, ***Pantoea Agglomerans*** đã được xác định trong mô hoại tử ở vài bệnh nhân nhiễm trùng do cây đâm nhưng toàn bộ ở mức độ không nặng. Theo Wagner, Matsaniotis (1994), các bệnh nhân hoại tử mô mềm đã có kết quả tốt qua 3 lần cắt lọc làm sạch và được điều trị bằng amoxicillin-clavulanate tĩnh mạch trong ba tuần. Maria Carla Liberto (2002) cho thấy rằng sự tăng trưởng mạnh của vi khuẩn gây hoại tử vết thương ở bệnh nhân đái đường sau khi chấn thương do cây gai cây đâm đã được báo cáo. Hầu hết tác giả nhấn mạnh đặc điểm triệu chứng không điển hình của nhiễm trùng mô mềm, như không mủ, mô dai chắc, nang dịch trong cơ, triển triển chậm, mức độ thường không nặng, và luôn điều trị kháng sinh là cần thiết. Trường hợp lâm sàng trên, ngoài vi khuẩn ***P. Agglomerans***, còn đồng thời có cả nhóm vi khuẩn ruột ***Enterococcus sp***, sẽ làm tình trạng nhiễm khuẩn nặng lên. Có lẽ tiền sử lao phổi cũ, thể trạng suy nhược, già yếu cũng góp phần tiên lượng bệnh và vết thương hoại tử nhanh chóng.

Chúng tôi muốn cảnh báo rằng: Vi khuẩn ***Pantoea Agglomerans,*** *một mầm bệnh trên thực vật lại phát hiện gây bệnh trầm trọng, gây hoại tử da và cân cơ nhanh chóng trên người là điều hiếm gặp mà chúng tôi chưa thấy báo cáo y văn nào trường hợp đặc biệt thế này, dù cũng đã điều trị kháng sinh và hồi sức tích cực nhưng không thể kiểm soát tốc độ tiến triển của bệnh.*

Thông báo ca lâm sàng này để rút kinh nghiệm và xem xét khả năng gây bệnh của vi khuẩn này, không thể được đánh giá thấp và để có thái độ tiếp cận chẩn đoán và điều trị tốt hơn. Hy vọng chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu rõ hơn, đánh giá tốt hơn về chủng vi khuẩn này. Trường hợp bệnh trên đang cảnh báo có 1 tác nhân gây nhiễm trùng huyết và đe dọa tử vong không thể xem thường, một tác nhân gây bệnh từ họ Enterobacteriaceae. Chúng tôi nhấn mạnh rằng trên thực hành lâm sàng, các chấn thương do cây gai đâm có hoại tử hay viêm khớp nên nghĩ đến P.agglomeran để có thái độ giải quyết tích cực trong chẩn đoán và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alvarez, F. E., K. J. Rogge, J. Tarrand, and B. Lichtiger.** 1995. Bacterial contamination of cellular blood components. A retrospective review at a large cancer center.Ann. Clin. Lab. Sci. 25**:**283-290.

2. **Andersson, A. M., N. Weiss, F. Rainey, and M. S. Salkinoja-Salonen.** 1999. Dust-borne bacteria in animal sheds, schools and children's day care centres. J. Appl. Microbiol.86**:**622-634.

3. **Bennett, S. N., M. M. McNeil, L. A. Bland, M. J. Arduino, M. E. Villarino, D. M. Perrotta, D. R. Burwen, S. F. Welbel, D. A. Pegues, and L. Stroud.** 1995. Postoperative infections traced to contamination of an intravenous anesthetic, propofol. N. Engl. J. Med.333**:**147-154.

4. **Cicchetti, R., M. Iacobini, F. Midulla, P. Papoff, M. Mancuso, and C. Moretti.** 2006.*Pantoea agglomerans* sepsis after rotavirus gastroenteritis. Pediatr. Infect. Dis. J. 25**:**280-281.

5. **Clinical and Laboratory Standards Institute.** 2000-2006. Performance standards for antimicrobial disk susceptibility testing, 10th to 16th informational supplements. Clinical and Laboratory Standards Institute, Wayne, PA.

6. **De Champs, C., S. Le Seaux, J. J. Dubost, S. Boisgard, B. Sauvezie, and J. Sirot.**2000. Isolation of *Pantoea agglomerans* in two cases of septic monoarthritis after plant thorn and wood sliver injuries. J. Clin. Microbiol. 38**:**460-461

7. **Flatauer, F. E., and M. A. Khan.** 1978. Septic arthritis caused by *Enterobacter agglomerans*. Arch. Intern. Med. 138**:**788.

8. **Habsah, H., M. Zeehaida, H. Van Rostenberghe, R. Noraida, W. I. Wan Pauzi, I. Fatimah, A. R. Rosliza, N. Y. Nik Sharimah, and H. Maimunah.** 2005. An outbreak of*Pantoea* spp. in a neonatal intensive care unit secondary to contaminated parenteral nutrition. J. Hosp. Infect. 61**:**213-218.

9. **Kratz, A., D. Greenberg, Y. Barki, E. Cohen, and M. Lifshitz.** 2003. *Pantoea agglomerans* as a cause of septic arthritis after palm tree thorn injury; case report and literature review. Arch. Dis. Child. 88**:**542-544.

10. **Lau, K. K., B. H. Ault, and D. P. Jones.** 2005. Polymicrobial peritonitis including*Pantoea agglomerans* from teething on a catheter. South. Med. J. 98**:**580-

581.

11. **Matsaniotis, N. S., V. P. Syriopoulou, M. C. Theodoridou, K. G. Tzanetou, and G. I. Mostrou.** 1984. Enterobacter sepsis in infants and children due to contaminated intravenous fluids. Infect. Control 5**:**471-477.

12. **Monier, J.-M., and S. E. Lindow.** 2005. Aggregates of resident bacteria facilitate survival of immigrant bacteria on leaf surfaces. Microb. Ecol. 49**:**343-352.

13. **Stone, N. D., C. M. O'Hara, P. P. Williams, J. E. McGowan, Jr., and F. C. Tenover.**2007. Comparison of disk diffusion, VITEK 2, and broth microdilution antimicrobial susceptibility test results for unusual species of *Enterobacteriaceae*. J. Clin. Microbiol.45**:**340-346.

14. **Ulloa-Gutierrez, R., T. Moya, and M. L. Avila-Aguero.** 2004. *Pantoea agglomerans*and thorn-associated suppurative arthritis. Pediatr. Infect. Dis. J. 23**:**690.

15. **Vincent, K., and R. M. Szabo.** 1988. *Enterobacter agglomerans* osteomyelitis of the hand from a rose thorn. A case report. Orthopedics 11**:**465-467.

SỞ Y TẾ BÌNH THUẬN
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

BẢNG HƯỚNG DẪN CHẤM ĐIỂM ĐỀ CƯƠNG ĐỀ TÀI KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ NĂM 2021

Thành viên Hội đồng
Họ và tên:.....
Chức danh trong hội đồng: .....
Khoa/Phòng: .....
Tên đề tài:
.....
.....
.....
Chủ nhiệm đề tài:.....
Cộng sự: .....
.....

A. Thang điểm cụ thể

Tiêu chuẩn đánh giá (cho điểm chẵn từ 0 đến 100 điểm)		Khung điểm tối đa	Điểm chấm
1	***Tên đế tài***	***5***	
	– Tên đề tài nên ngắn gọn, súc tích và bắt đầu bằng một động từ	2	
	– Tên đề tài chứa đủ các thông tin trả lời câu hỏi: Ai? Cái gì? Ở đâu? Khi nào?	2	
	– Đặt tên đề tài dưới 20 chữ	1	
2	***Đặt vấn đề***	***5***	
	– Đặt vấn đề ngắn gọn, dễ hiểu súc tích bản chất của vấn đề nghiên cứu, nêu bật được lý do tại sao nghiên cứu	2	
	– Tìm được các lập luận khoa học để giải thích vấn đề liên quan	1	
	– Mô tả ngắn gọn các nghiên cứu trước đây đã được áp dụng nhằm giải quyết vấn đề sức khỏe. Kết quả nghiên cứu là gì? Tại sao vấn đề sức khỏe này cần phải nghiên cứu thêm?	1	
	– Các kết quả mong đợi từ nghiên cứu này là gì? Kết quả này đóng góp như thế nào vào việc giải quyết vấn đề sức khỏe?	1	
3	***Mục tiêu nghiên cứu (SMART))***	***10***	
	– Mục tiêu rõ ràng cụ thể (Speccific)	2	
	– Các kết quả nghiên cứu phải đo được, đếm được…(Measureable)	2	

	– Mục tiêu đề ra phải có khả năng đạt được, tính khả thi (Achievable)	2	
	– Mục tiêu phải hợp lý, chấp nhận được (Reasonable)	2	
	– Mục tiêu phải có phạm vi thời gian (Time)	2	
4	**Tổng quan tài liệu, danh sách tài liệu tham khảo**	**10**	
	– Tổng quan tài liệu bao trùm được các vấn đề dự định nghiên cứu đã trình bày trong phần mục tiêu	5	
	– Tổng quan và tài liệu tham khảo viết đúng qui định *(đúng nguyên tắc trích dẫn tài liệu, tên nghiên cứu, tác giả, v.v.)*	3	
	– Tài liệu tham khảo và trích dẫn có cập nhật những công trình nghiên cứu mới nhất có liên quan ở cả trong nước và quốc tế	2	
5	***Phương pháp nghiên cứu***	***50***	
	– Loại thiết kế nghiên cứu phù hợp với vấn đề nghiên cứu	5	
	– Nêu phương pháp chọn mẫu phù hợp, chính xác *(bao gồm cả công thức tính cỡ mẫu, cách chọn mẫu)*	5	
	– Nêu quần thể đích, đối tượng rõ ràng và phù hợp	3	
	– Có khung lý thuyết và/hoặc cây vấn đề rõ ràng và phù hợp	5	
	– Các biến số lựa chọn phù hợp với mục tiêu nghiên cứu và giả thuyết nghiên cứu	5	
	– Những biến số có định nghĩa, chỉ số hay thang đo rõ ràng, hợp lý	5	
	– Công cụ thu thập số liệu phù hợp với biến số, giả thuyết nghiên cứu và được trình bày hợp lý *(bộ câu hỏi, bảng kiểm, mẫu xét nghiệm, mẫu thông tin thu thập số liệu định tính, v.v.)*	10	
	– Kế hoạch triển khai nghiên cứu, kinh phí rõ ràng chi tiết	3	
	– Dự kiến các bước phân tích và trình bày số liệu hợp lý, khoa học và phù hợp với mục tiêu nghiên cứu *(bao gồm các chiến lược quản lý và phân tích số liệu, các bảng trống dự kiến, các mô hình phân tích thống kê dự kiến, dự kiến các vấn đề sẽ thảo luận và báo cáo, v.v.)*	5	
	– Nhìn tổng thể, với kế hoạch và thiết kế đã mô tả, vấn đề nghiên cứu được trình bày trong đề cương có tính khả thi cao	4	
6	***Đạo đức trong nghiên cứu***	***5***	
	– Luôn đặt quyền lợi, sự an toàn và bảo mật cho đối tượng nghiên cứu	2	
	– Bản thỏa thuận nghiên cứu hợp lệ với đối tượng	1	

	– Được hội đồng KHKT phê duyệt và cho phép thực hiện	1	
	– Trong đề cương chứng minh không vi phạm y đức	1	
7	***Đề tài có ý nghĩa thực tiễn và tính sáng tạo***	***10***	
	– Nếu được thực hiện thành công, đề tài có ý nghĩa thực tiễn cao	5	
	– Đề tài có tính sáng tạo, đóng góp cho lĩnh vực khoa học chuyên ngành	5	
8	***Hình thức trình bày đề cương***	***5***	
	– Lỗi chính tả, lỗi in ấn - đánh máy, bảng biểu, lề, phông và cỡ chữ, từ viết tắt, đánh số đề mục, v.v.	5	
Tổng số điểm		**100**	

B. Cách phân loại

Đề cương nghiên cứu được đánh giá xếp loại như sau:

+ Xuất sắc: ***A*** ☐
Đạt tổng số điểm từ 90 đến 100 điểm

+ Khá: ***B*** ☐
Đạt tổng số điểm từ 70 đến 89 điểm

+ Trung bình: ***C*** ☐
Đạt tổng số điểm từ 50 đến 69 điểm

+ Không Đạt: ☐
Đạt tổng số điểm từ 0 - 49 điểm

Ký tên
(ghi rõ họ tên)

BẢNG HƯỚNG DẪN CHẤM ĐIỂM
ĐỀ TÀI KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ NĂM 2021

Thành viên Hội đồng
Họ và tên:.....
Chức danh trong hội đồng: .....
Đơn vị công tác:.....
Tên đề tài:
.....
.....
.....
Chủ nhiệm đề tài:.....
Đơn vị chủ trì đề tài: .....

A. Thang điểm cụ thể

	Tiêu chuẩn đánh giá (cho điểm chẵn từ 0 đến 100 điểm)	**Khung điểm tối đa**	**Điểm chấm**
1	***Hình thức***	***10***	
	Trình bày rõ ràng, sạch, đúng quy định (Bìa, danh mục, danh mục các bảng, danh mục các biểu đồ, danh mục các chữ viết tắt (nếu có), phần mở đầu (đặt vấn đề), phần nội dung,)	2	
	Nội dung bố cục chặt chẽ, mạch lạc, hợp lý gồm (Đặt vấn đề. Chương 1: Tổng quan tài liệu. chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu. Chương 3: kết quả nghiên cứu. Chương 4: Bàn luận. Kết luận và kiến nghị. Tài liệu tham khảo. Phụ lục (nếu có).)	2	
	Bảng, biểu đồ, sơ đồ, hình, phương trình được đánh số thành nhóm 2 chữ số. số đầu là số chương và số sau là số thứ tự (Thí dụ: bảng 3.18 tức là bảng thứ 18 của chương 3)	1	
	Bảng, biểu đồ, sơ đồ, hình, phương trình số thứ tự được đánh tăng dần từ đầu Đề tài NCKH đến cuối đề tài và thứ tự của bảng, biểu đồ, sơ đồ , hình, phương trình được đánh số độc lập nhau	1	
	Bảng biểu, hình ảnh, sơ đồ rõ, đẹp, đúng quy định (Đầu đề hoặc tên của bảng đặt ở phía trên bảng, còn đầu đề hoặc tên biểu đồ, hình ghi ở bên dưới biểu đồ, sơ đồ, hình.)	2	
	Lỗi chính tả, lỗi đặt câu không đáng kể (không quá 10 lỗi)	2	
2	***Đặt vấn đề***	***5***	
	Đặt vấn đề ngắn gọn, dễ hiểu súc tích bản chất của vấn đề nghiên cứu, nêu bật được lý do tại sao nghiên cứu	2	
	Tìm được các lập luận khoa học để giải thích vấn đề liên quan	1	

	Mô tả ngắn gọn các nghiên cứu trước đây đã được áp dụng nhằm giải quyết vấn đề sức khỏe. kết quả nghiên cứu là gì? Tại sao vấn đề sức khỏe này cần phải nghiên cứu thêm?	1	
	Các kết quả mong đợi từ nghiên cứu này là gì? Kết quả này đóng góp như thế nào vào việc giải quyết vấn đề sức khỏe?	1	
	Mục tiêu nghiên cứu (SMART))	**5**	
4	***Tổng quan tài liệu, danh sách tài liệu tham khảo***	***10***	
	Tổng quan tài liệu bao trùm được các vấn đề dự định nghiên cứu đã trình bày trong phần mục tiêu	5	
	Tổng quan và tài liệu tham khảo viết đúng qui định *(đúng nguyên tắc trích dẫn tài liệu, tên nghiên cứu, tác giả, v.v.)*	3	
	Tài liệu tham khảo và trích dẫn có cập nhật những công trình nghiên cứu mới nhất có liên quan ở cả trong nước và quốc tế	2	
5	***Phương pháp nghiên cứu***	***20***	
	Loại thiết kế nghiên cứu phù hợp với vấn đề nghiên cứu	5	
	Nêu phương pháp chọn mẫu phù hợp, chính xác *(bao gồm cả công thức tính cỡ mẫu, cách chọn mẫu.* Nêu quần thể đích, đối tượng rõ ràng và phù hợp	5	
	Các biến số lựa chọn phù hợp với mục tiêu nghiên cứu và giả thuyết nghiên cứu. Những biến số có định nghĩa, chỉ số hay thang đo rõ ràng, hợp lý	5	
	Công cụ thu thập số liệu phù hợp với biến số, giả thuyết nghiên cứu và được trình bày hợp lý *(bộ câu hỏi, bảng kiểm, mẫu xét nghiệm, mẫu thông tin thu thập số liệu định tính, v.v.)*	5	
6	***Kết quả bàn luận***	***35***	
	Kết quả thu được đáp ứng mục tiêu đã đề ra	10	
	Xử lý kết quả (xử lý thống kê, chọn cách trình bày phù hợp)	10	
	Nhận xét kết quả phù hợp	5	
	Bàn luận kết quả (so sánh, giải thích, chứng minh cái mới …)	10	
7	**Kết luận – Đề nghị**	***5***	
	Kết luận ngắn gọn, súc tích, đáp ứng được mục tiêu đề ra, phù hợp với kết quả thu được	***3***	
	Đề nghị khả thi, phù hợp với phạm vi nghiên cứu	***2***	
8	**Tính sáng tạo và triển vọng của đề tài**	***10***	
	Đề tài có khả năng áp dụng/tham khảo	10	
	Tổng số điểm	**100**	

B. Cách phân loại

Đề tài nghiên cứu được đánh giá xếp loại như sau:

+ Xuất sắc: ***A*** ☐
Đạt tổng số điểm từ 90 đến 100 điểm

+ Khá: ***B*** ☐
Đạt tổng số điểm từ 70 đến 89 điểm

+ Trung bình: ***C*** ☐
Đạt tổng số điểm từ 50 đến 69 điểm

+ Không Đạt: ☐
Đạt tổng số điểm từ 0 - 49 điểm

Nhận xét chung của đề tài nghiên cứu

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Những thiếu sót và tồn tại của đề tài

.....
.....
.....
.....

Kết quả đánh giá đề cương nghiên cứu đạt:...../100 điểm;
Đạt loại: .....

……., ngày ……. tháng …… năm 20….
Người nhận xét
(Ký, ghi rõ họ và tên)