

Biểu 17

THÔNG TIN VỀ KẾT QUẢ CHUYÊN GIAO TRI THỨC,
CHUYÊN GIAO CÔNG NGHỆ, HỖ TRỢ KHỞI NGHIỆP (NĂM 2025)

Stt	Nội dung	Tóm tắt nội dung	Đường dẫn đến thông tin chi tiết trên cổng thông tin điện tử	Ghi chú
I	Chuyên giao tri thức	Không có		
1				
II	Chuyên giao công nghệ			
1	<i>Quy trình phân lập tế bào đơn nhân máu ngoại vi cho kỹ thuật ELISPOT (nhằm mục đích nghiên cứu giám sát miễn dịch về HBV).</i>	ELISpot là lựa chọn hàng đầu trong các nghiên cứu giám sát miễn dịch đặc biệt là nghiên cứu virus viêm gan B. ELISpot còn gọi là điểm hấp thụ miễn dịch liên kết với enzyme, là một loại xét nghiệm tập trung vào việc đo định lượng tần số tiết cytokine cho một tế bào. Để đảm bảo kết quả phân tích ELISpot, bước quan trọng đầu tiên của chiến lược giám sát miễn dịch đó là đảm bảo chất lượng tế bào tươi thu được từ bệnh nhân. Chuẩn hóa quy trình và đảm bảo chất lượng mẫu cho thử nghiệm ELISPOT nhằm mục đích nghiên cứu giám sát miễn dịch về HBV. Quy trình tách tế bào PBMCs được tuân thủ theo quy trình chuẩn của		

		<p>viện Virus học Munich. Tế bào máu ngoại vi đơn nhân tươi hoặc trữ đông được thu thập để đánh giá đặc điểm miễn dịch thể và tế bào. Các thử nghiệm này yêu cầu chất lượng tế bào sau tách phải đảm bảo các yêu cầu nghiêm ngặt về tỷ lệ sống và chức năng. Tế bào tươi cần được tách trong vòng 8 tiếng sau khi thu mẫu máu với ống chống đông Heparin. Hóa chất cần có là RPMI1640, Pancoll, PBS. Tế bào sau khi tách được lưu ở -80°C trong vòng 48 tiếng sau đi được chuyển sang lưu trong ni tơ lỏng trước khi tiến hành các nghiên cứu miễn dịch bằng ELISpot.</p>		
2	<p><i>Quy trình xác định khả năng nhiễm virus viêm gan B mạn tính, dự đoán tiến triển của bệnh, khả năng đáp ứng điều trị, dự đoán khả năng lây nhiễm từ mẹ sang con cho từng cá nhân người bệnh để áp dụng tại Việt Nam.</i></p>	<p>Virus viêm gan B (HBV) có thể lây truyền từ mẹ sang con qua nhau thai hoặc qua tiếp xúc máu với máu trong hoặc ngay sau khi sinh. Việc tiến hành đánh giá rủi ro sớm và chính xác là điều cần thiết để hướng dẫn các quyết định lâm sàng và thực hiện các biện pháp phòng ngừa hiệu quả. Các kỹ thuật khai thác dữ liệu đóng vai trò là công cụ mạnh mẽ để xác định chính xác các yếu tố dự báo trong chẩn đoán y khoa. Phương pháp: Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã sử dụng các thuật toán cây quyết định (ID3 và CART) trên một tập dữ liệu bao gồm 60 phụ nữ mang thai dương tính với HBsAg. Các mẫu được thu thập trước hoặc ngay tại thời điểm sinh, cho phép chúng tôi đưa vào những bệnh nhân chưa được chẩn đoán hoặc có khả năng tiếp cận điều trị hạn chế. Chúng tôi đã kiểm tra các thông số lâm sàng và cận lâm sàng, đặc biệt là tình trạng HBeAg và nồng độ tế bào đơn nhân máu ngoại vi (PBMC) và đánh giá các tác dụng bổ sung hoặc ức chế của các chỉ số sinh hóa khác. Mô hình đã được</p>		

		<p>xác thực bằng cách sử dụng nhiều tỷ lệ phân chia đào tạo-kiểm tra khác nhau.</p> <p>Phân tích của chúng tôi chỉ ra rằng khoảng 42-47% các trường hợp dương tính với HBeAg có liên quan đến nguy cơ lây truyền từ mẹ sang con (MTCT-Mother to child transmission) đáng kể. Đối với phụ nữ âm tính với HBeAg, những người có nồng độ PBMC $\geq 8 \times 10^6$ tế bào/ml có nguy cơ MTCT thấp, trong khi những người có nồng độ $< 8 \times 10^6$ tế bào/ml cho thấy nguy cơ không đáng kể. Hơn nữa, các mô hình cây quyết định luôn xác định HBeAg và PBMC là những yếu tố dự báo quan trọng nhất, bất kể tỷ lệ phân chia, xác nhận độ tin cậy và tầm quan trọng của chúng trong phân tầng nguy cơ.</p> <p>Quy trình này minh họa rằng các mô hình cây quyết định có thể phân tầng nguy cơ MTCT hiệu quả bằng cách tích hợp các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng thiết yếu, với tình trạng HBeAg và nồng độ PBMC nổi bật là những yếu tố dự báo quan trọng. Mặc dù phân tích của chúng tôi tập trung vào những bệnh nhân chưa được điều trị, nhưng nó đặt nền tảng có giá trị cho các nghiên cứu trong tương lai bao gồm các trường hợp đã được điều trị. Mô hình cây quyết định cho thấy tình trạng HBeAg và nồng độ PBMC là những yếu tố dự báo quan trọng trong lây truyền viêm gan B từ mẹ sang con, góp phần xây dựng các chiến lược phòng ngừa hiệu quả hơn.</p>		
--	--	--	--	--

3	<p>“Mô hình can thiệp dự phòng và xử trí đột quy não tại cộng đồng”</p>	<p>Tóm tắt nội dung: Mô hình can thiệp dự phòng và xử trí cấp cứu đột quy não trên người cao tuổi tại cộng đồng dân cư thành phố Thái Nguyên: trên cơ sở khảo sát về thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của người cao tuổi về dự phòng và xử trí cấp cứu đột quy, xác định các yếu tố nguy cơ đột quy của người cao tuổi. Từ đó, can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe. Đánh giá hiệu quả của mô của mô hình can thiệp truyền thông tại cộng đồng trong công tác dự phòng, xử trí đột quy não ở người cao tuổi.</p> <p>Lĩnh vực ứng dụng: Y tế cộng đồng</p> <p>Tính mới: là nghiên cứu đi sâu về can thiệp dự phòng và xử trí đột quy não giai đoạn cấp tại cộng đồng. Nghiên cứu không chỉ dừng lại ở việc khảo sát làm rõ thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành và các yếu tố nguy cơ đột quy của người cao tuổi, can thiệp nhằm nâng cao kiến thức, góp phần thay đổi thái độ và thực hành mà còn theo dõi, đánh giá thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của người cao tuổi về đột quy sau can thiệp.</p>		
4	<p>Giải pháp điều trị phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhân đột quy não bằng phương pháp gương trị liệu kết hợp với kỹ thuật vận động bắt buộc.</p>	<p>Đây là một quy trình can thiệp phục hồi chức năng mới, kết hợp đồng thời hai phương pháp gương trị liệu kết hợp với kỹ thuật vận động bắt buộc bên liệt đã được chứng minh hiệu quả trên thế giới nhằm tăng cường khả năng phục hồi vận động và tái lập chức năng thần kinh sau tổn thương.</p> <p>Gương trị liệu được thực hiện bằng cách sử dụng một tấm gương đặt song song với trục cơ thể, phản chiếu hình ảnh của chi lành. Khi bệnh nhân</p>		

quan sát động tác của chi lành trong gương, vùng vận động của bán cầu não bị tổn thương sẽ được kích hoạt thông qua cơ chế “Tế bào thần kinh phản chiếu” (Mirror neuron). Phương pháp này giúp khôi phục sự dẫn truyền thần kinh, cải thiện khả năng vận động của chi liệt. Song song đó, kỹ thuật tập bắt buộc bên liệt yêu cầu bệnh nhân hạn chế sử dụng chi lành trong sinh hoạt hằng ngày, qua đó buộc chi liệt phải hoạt động nhiều hơn, kích thích quá trình tái tạo và bù trừ chức năng ở hệ thần kinh trung ương.

Tiến hành can thiệp phương pháp gương bằng cách như sau:

- Sử dụng hộp gương có kích thước 40 x 40cm để tập tay, gương có kích thước 70 x 160 cm để tập chân, bàn tập, ghế gối, các dụng cụ tập. Bệnh nhân được tiến hành can thiệp gương trong thời gian 30 phút/ngày, 5 ngày/tuần. Tay lành sẽ được đặt đối diện với gương. Tay liệt đặt phía đằng sau gương. Trong suốt thời gian tập, bệnh nhân sẽ quan sát cử động của tay lành qua gương, cố gắng tưởng tượng tay cử động trong gương chính là tay liệt. Đồng thời, cử động tay liệt theo tay lành.

- Các bài tập cho bàn tay và cổ tay với gương như sau: tập gập duỗi, dang khép các ngón tay, đối chiếu ngón cái với các ngón tay khác. Thực hiện các cử động của cổ tay như gập duỗi cổ tay, nghiêng trụ, nghiêng quay cổ tay. Tập dụng cụ làm tăng sức mạnh bàn tay như bóng cao su hoặc miếng mút.

- Các bài tập cho chân với gương như sau: Khớp háng: tập gập, duỗi, dạng, khép, xoay trong, xoay

	<p>ngoài. Khớp gối: tập gấp, duỗi. Khớp cổ chân: tập gấp mặt lòng, gấp mặt mu, nghiêng vào trong và nghiêng ra ngoài. Các ngón chân: tập gấp, duỗi, dạng, khép.</p> <p><i>Tiến hành can thiệp phương pháp vận động bắt buộc tay liệt như sau:</i></p> <p>Người bệnh tập luyện với thời gian can thiệp kéo dài 1 tháng liên tiếp trong 15 ngày làm việc: người bệnh có định tay lành trong thời gian tập luyện tích cực tay liệt dưới hướng dẫn của kỹ thuật viên hoạt động trị liệu là 1 tiếng mỗi ngày, với các bài tập.</p> <p>Ngoài thời gian tại phòng tập, người bệnh tiếp tục sử dụng phương pháp bắt buộc tay lành tối thiểu 3 tiếng mỗi ngày để thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày gồm: bật công tắc điện, mở tủ, lấy đồ trong tủ ra, sử dụng điện thoại, rửa tay, lau tay, lau giường, lau bàn, bật vòi nước, rửa mặt, đánh răng, cạo râu, chải đầu, cầm thìa xúc thức ăn đưa lên miệng, cầm bát, cầm cốc khi ăn uống, cài khuy áo, buộc chun quần, luồn tay vào ống tay áo, vén váy/ kéo quần khi đi vệ sinh, nhắc đồ vật từ nơi này đặt sang nơi khác...</p> <p>Đánh giá kết quả bằng các thang điểm đánh giá chuẩn quốc tế như thang Fugl-Meyer (đánh giá vận động), Barthel (đánh giá mức độ độc lập) và NIHSS (đánh giá mức độ tổn thương thần kinh).</p> <p>Kết quả nghiên cứu trên 60 bệnh nhân (30 bệnh nhân nhóm can thiệp và 30 bệnh nhân nhóm đối chứng) cho thấy nhóm can thiệp có sự cải thiện rõ rệt về sức cơ, biên độ vận động khớp, khả năng phối hợp động tác và thăng bằng. Sau 3 tháng điều</p>		
--	---	--	--

		<p>trị, trên 80% bệnh nhân nhóm can thiệp đạt mức phục hồi tốt và khá theo thang điểm Fugl-Meyer, so với chỉ 45% ở nhóm đối chứng. Điểm Barthel trung bình tăng 25 điểm sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân có thể tự phục vụ sinh hoạt hằng ngày tăng hơn 60%. Các chỉ số này khẳng định tính ưu việt và hiệu quả của sáng kiến trong điều trị phục hồi vận động sau đột quy. Cụ thể kết quả như sau: Sau điều trị ở nhóm chứng ngồi được chiếm 63,33%, ở nhóm can thiệp chiếm 93,33%; nhóm chứng đứng được chiếm 56,67%, ở nhóm can thiệp chiếm 76,67%; nhóm chứng đi được chiếm 50%, ở nhóm can thiệp chiếm 73,33%. Về tầm vận động khớp ở nhóm can thiệp có 93,33% không hạn chế tầm vận động của khớp, không có bệnh nhân nào cứng khớp. Về mức độ vận động bàn tay liệt gia tăng sau thời gian điều trị 3 tháng ở cả hai nhóm, kết quả ở nhóm can thiệp cải thiện rõ rệt hơn so với nhóm chứng với mức độ vận động tốt và khá đến 73,33%.</p>		
III	Hỗ trợ khởi nghiệp	Không có		
1				

Thái Nguyên, ngày 29 tháng 5 năm 2026

Thủ trưởng đơn vị

(Ký tên và đóng dấu)



HIỆU TRƯỞNG
GS.TS Nguyễn Tiến Dũng