

**ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN  
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC**

**BÁO CÁO TÓM TẮT  
ĐỀ TÀI KHOA HỌC VÀ CÔNG NGHỆ CẤP ĐẠI HỌC**

**Tên đề tài**

**THỰC TRẠNG ĐỘC LẬP CHỨC NĂNG SINH HOẠT HÀNG NGÀY  
SAU ĐỘT QUI NÃO VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP PHỤC HỒI  
CHỨC NĂNG TẠI NHÀ Ở THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN**

**Mã số: ĐH2017-TN05-08**

**Chủ nhiệm đề tài: PGS.TS Trần Văn Tuấn**

**Thái Nguyên, 5/2019**

**ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN  
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC**

**BÁO CÁO TÓM TẮT  
ĐỀ TÀI KHOA HỌC VÀ CÔNG NGHỆ CẤP ĐẠI HỌC**

**Tên đề tài**

**THỰC TRẠNG ĐỘC LẬP CHỨC NĂNG SINH HOẠT HÀNG NGÀY  
SAU ĐỘT QUI NÃO VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP PHỤC HỒI  
CHỨC NĂNG TẠI NHÀ Ở THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN**

**Mã số: ĐH2017-TN05-08**

**Chủ nhiệm đề tài: PGS.TS Trần Văn Tuấn**

**Thái Nguyên, 5/2019**

## DANH SÁCH NHỮNG THÀNH VIÊN THAM GIA NGHIÊN CỨU VÀ ĐƠN VỊ PHỐI HỢP CHÍNH

<b>THÀNH VIÊN THAM GIA NGHIÊN CỨU ĐỀ TÀI</b>			
TT	Họ và tên	Đơn vị công tác và lĩnh vực chuyên môn	Nội dung nghiên cứu cụ thể được giao
1	Trần Văn Tuấn	Trường ĐHYDTN	Chủ nhiệm đề tài
2	Lê Thị Quyên	Trường ĐHYDTN	Nghiên cứu viên chính
3	Phạm Thị Kim Dung	Trường ĐHYDTN	Nghiên cứu viên chính
4	Nguyễn T Minh Nguyệt	Trường ĐHYDTN	Nghiên cứu viên chính
5	Món Thị Uyên Hồng	Trường ĐHYDTN	Nghiên cứu viên
6	Nguyễn Phương Sinh	Trường ĐHYDTN	Nghiên cứu viên chính
7	Đỗ Lê Thùy	Trường ĐHYDTN	Nhập, xử lý số liệu
8	Hoàng Thái Hoa Cương	Trường ĐHYDTN	Nhập, xử lý số liệu
9	Nguyễn Hoa Ngân	Trường CĐYTTN	NC viên chính, thư ký đề tài
10	Nguyễn Văn Thắng	Trường ĐHYDTN	Hành chính
<b>ĐƠN VỊ PHỐI HỢP CHÍNH</b>			
Tên đơn vị trong và ngoài nước		Nội dung phối hợp nghiên cứu	Họ và tên người đại diện đơn vị
Sở Y tế tỉnh Thái Nguyên		Chỉ đạo các đơn vị y tế trên địa bàn tham gia nghiên cứu	Ts Đặng Ngọc Huy
Khoa Thần kinh - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên		Tham gia tuyển chọn bệnh nhân nghiên cứu	BSCKII Bùi Thị Huyền

## MỤC LỤC

1. ĐẶT VẤN ĐỀ .....	1
2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU .....	2
2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu .....	2
2.2. Phương pháp nghiên cứu .....	2
2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu .....	3
2.4. Phương pháp khống chế sai số .....	5
2.5. Xử lý số liệu .....	5
2.6. Đạo đức trong nghiên cứu .....	5
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....	5
3.1. Thực trạng độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày của BN ĐQN .....	5
3.2. Đánh giá hiệu quả PHCN sinh hoạt hàng ngày của BN sau ĐQN .....	7
4. BÀN LUẬN .....	10
4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu .....	10
4.2. Thực trạng độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày sau ĐQN .....	11
4.3. Các yếu tố liên quan đến PHCN sau đột quy não .....	11
4.4. Kết quả phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày sau đột quy não của bệnh nhân ở các thời điểm sau khi ra viện và sau 3 tháng .....	12
KẾT LUẬN .....	14
KHUYẾN NGHỊ .....	14

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Các biến số nghiên cứu .....	4
Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu .....	5
Bảng 3.2. Đặc điểm về nghề nghiệp đối tượng nghiên cứu .....	5
Bảng 3.3. Phân bố mức độ liệt của đối tượng nghiên cứu theo giới .....	5
Bảng 3.4. Tỷ lệ bệnh nhân được phục hồi chức năng sau đột quy.....	6
Bảng 3.5. Tỷ lệ mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày theo chỉ số Barthel.....	6
Bảng 3.6. Tỷ lệ mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày theo tuổi.....	6
Bảng 3.7. Tỷ lệ bệnh nhân có khả năng độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày theo mức độ liệt.....	6
Bảng 3.8. Một số yếu tố liên quan đến phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân .....	6
Bảng 3.9. Một số yếu tố liên quan đến phục hồi chức năng vận động của bệnh nhân sau đột quỵ não .....	7
Bảng 3.10. Đặc điểm về tuổi và giới của nhóm can thiệp và đối chứng.....	7
Bảng 3.11. Phân bố mức độ liệt của bệnh nhân và các thể đột quỵ não .....	8
Bảng 3.12. Kết quả mức độ phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày sau đột quỵ não ở 2 nhóm theo chỉ số Barthel.....	8
Bảng 3.13. Đánh giá kết quả mức độ cải thiện khả năng tự chăm sóc sau đột quỵ não theo thang điểm Rankin .....	8
Bảng 3.14. Mối liên quan giữa kết quả mức độ phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày sau đột quỵ não với giới .....	9
Bảng 3.15. Mối liên quan giữa kết quả mức độ phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày sau đột quỵ não với nhóm tuổi.....	9
Bảng 3.16. Kết quả phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày sau đột quỵ não theo vị trí liệt .....	10
Bảng 3.17. Kết quả mức độ phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thể tổn thương .....	10

**BẢNG CÁC CHỮ VIẾT TẮT**

Barthel	: Chỉ số Barthel(Barthel Index)
BMI	: Chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index)
BN	: Bệnh nhân
CMN	: Chảy máu não
CTscanner	: Chụp cắt lớp vi tính
ĐTNC	: Đối tượng nghiên cứu
ĐQN	: Đột quy não
HDL-Ch	: Lipoprotein tỷ trọng phân tử cao (High Density Lipoprotein - Cholesterol)
LDL-Ch	: Lipoprotein tỷ trọng phân tử thấp (Low Density Lipoprotein - Cholesterol)
MCNV	: Ủy ban y tế Hà Lan - Việt Nam (Medical Committee of Netherlands VietNam)
NMN	: Nhồi máu não
NIHSS	: Thang điểm đột quy của Viện sức khỏe Quốc Gia Hoa Kỳ (National Institute of Health Stroke Scale)
NVYTTB	: Nhân viên y tế thôn bản
PHCN	: Phục hồi chức năng
Rankin	: Thang điểm Rankin(Rankin Scale)
ROM	: Tầm vận động khớp (Range Of Motion)
TCYTTG	: Tổ chức Y Tế thế giới
WHO	: Tổ Chức Y Tế thế giới (World Health Organisation)
YTTB	: Y tế thôn bản

**ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN**  
**TRƯỜNG ĐH Y DƯỢC**

**THÔNG TIN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**1. Thông tin chung**

- Tên đề tài: Thực trạng độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày sau đột quy não và hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng tại nhà ở Thành phố Thái Nguyên.

- Mã số:ĐH2017-TN05-08

- Chủ nhiệm đề tài: PGS.TS Trần Văn Tuấn

- Tổ chức chủ trì: Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

- Thời gian thực hiện: từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2018

**2. Mục tiêu**

- Mô tả thực trạng mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân sau đột quy não và một số yếu tố liên quan tại Thành phố Thái Nguyên.
- Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng tại nhà cho bệnh nhân sau đột quy não.

**3. Tính mới và sáng tạo**

Chương trình phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh sau đột quy não để cải thiện khả năng độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày là chương trình luyện tập với các bài tập có chọn lọc và kết hợp với một số dụng cụ đơn giản nhằm cải thiện chức năng thực hiện các chức năng tự chăm sóc bản thân ở những bệnh nhân sau đột quy não trên cơ sở khuyến khích tính chủ động của bệnh nhân trong quá trình tập luyện. Đặc biệt, rất phù hợp với điều kiện kinh tế và tâm lý điều trị của người dân tại TP Thái Nguyên

**4. Kết quả nghiên cứu**

**\* Thực trạng mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân sau đột quy não và một số yếu tố liên quan tại Thành phố Thái Nguyên**

- Tỷ lệ bệnh nhân được tiếp cận dịch vụ phục hồi chức năng sau đột quy não trong nghiên cứu là 49,7%

- Mức độ độc lập các chức năng sinh hoạt hàng ngày sau đột quy não có 15,8% là độc lập hoàn toàn chức năng sinh hoạt hàng ngày

- Tuổi bệnh nhân càng cao thì mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày càng kém

- Người bệnh liệt càng nặng thì mức độ độc lập càng kém.

- Các yếu tố liên quan đến mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày: có 47,9% số bệnh nhân cần trợ giúp về ăn uống, 78,4% cần trợ giúp về mặc quần áo; 89,5% bệnh nhân cần hỗ trợ về di chuyển trong sinh hoạt hàng ngày

**\* Hiệu quả phục hồi chức năng tại nhà cho bệnh nhân sau đột quy não**

- Có sự khác biệt rõ giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng ở tỷ lệ bệnh nhân có mức độ phụ thuộc hoàn toàn và mức độ độc lập ( $p < 0,01$ ).

- Tại thời điểm sau 3 tháng, không còn bệnh nhân nào có mức độ giảm khả năng nặng ở nhóm can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân có mức độ bình thường tăng lên 43,3%, cao hơn ở nhóm chứng (13,3%). Sự khác biệt có ý nghĩa ( $p < 0,01$ ).

- Không có sự khác biệt giữa nam và nữ ở các mức độ phục hồi chức năng trong sinh hoạt hàng ngày, nhưng có sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng ( $p < 0,05$ ).

## 5. Sản phẩm

### a. Sản phẩm khoa học: 4 bài báo

1. Nguyễn Hoa Ngân, Trần Văn Tuấn, Hoàng Khải Lập, Nguyễn Thị Phương Sinh, Bế Thu Hà, Trương Mạnh Hà (2017), “Đánh giá thực trạng độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày và nhu cầu phục hồi chức năng của bệnh nhân sau đột quỵ não tại thành phố Thái Nguyên”, *Tạp chí Y Dược học lâm sàng* 108, 12 (số đặc biệt 10/2017), tr. 388-394.
2. Nguyễn Hoa Ngân, Hoàng Khải Lập, Nguyễn Phương Sinh, Trần Văn Tuấn, Nguyễn Minh Tuấn, Trương Mạnh Hà (2018), “Thực trạng KAP về phục hồi chức năng tại cộng đồng của người chăm sóc bệnh nhân sau đột quỵ não tại thành phố Thái Nguyên”, *Tạp chí Y Dược học lâm sàng* 108, 13 (số 4-2018), tr. 131-137.
3. Phạm Thị Kim Dung, Trần Văn Tuấn, Hoàng Quốc Hải, Món Thị Uyên Hồng, Nguyễn Thị Minh Nguyệt, Lê Thị Quyên (2018), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả phục hồi chức năng ở bệnh nhân nhồi máu não cấp có đái tháo đường”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 472 (số đặc biệt 11/2018), tr. 131-138.
4. Nguyễn Hoa Ngân, Trần Văn Tuấn, Hoàng Khải Lập, Món Thị Uyên Hồng, Nguyễn Phương Sinh, Lê Thị Quyên, Phạm Thị Kim Dung, Bùi Thị Huyền, Đàm Văn Hùng, Nguyễn Thị Minh Nguyệt (2018). “Đánh giá kết quả điều trị phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân sau đột quỵ não tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 471 (số đặc biệt 10/2018), tr. 279-287.

### b. Sản phẩm đào tạo: 01 nghiên cứu sinh

- Nguyễn Hoa Ngân (2015), *Thực trạng độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày sau đột quỵ não và hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng tại nhà ở Thành phố Thái Nguyên*, Trường Đại học Y dược, Đại học Thái Nguyên.

### c. Sản phẩm ứng dụng

- Chuyển giao quy trình tập phục hồi chức năng cho Trung tâm Y tế TP Thái Nguyên.

## 6. Phương thức chuyển giao, địa chỉ ứng dụng, tác động, lợi ích của nghiên cứu

- Chuyển giao quy trình tập phục hồi chức năng cho cán bộ Y tế
- Địa điểm: Trung tâm Y tế thành phố Thái Nguyên
- Lợi ích của nghiên cứu: tăng khả năng tái hòa nhập cộng đồng cho bệnh nhân đột quỵ não.

Ngày 20 tháng 5 năm 2019

Tổ chức chủ trì

Chủ nhiệm đề tài



## INFOMATION ON RESEARCH RESULTS

### 1. General information

- Project title:Independent status of daily activities after brain stroke and effectiveness home rehabilitation intervention in Thai Nguyen City
- Code number: DH2017-TN05-08
- Coordinator: Associate Professor. PhD Tran Van Tuan
- Implementing institution: TUMP -Thai Nguyen University
- Duration: from 1/2017 to 12/2018

### 2. Objectives:

- Describe the current situation of the level of independence of daily activities of patients after stroke and some related factors in Thai Nguyen City.
- Evaluate the effectiveness of home rehabilitation for patients after stroke.

### 3. Creativeness and innovativeness:

The home rehabilitation program for patients after stroke to improve their ability to function independently is a practice program with selective exercises and combined with some simple tools aims to improve the function of performing self-care functions in patients after stroke on the basis of encouraging patient autonomy during exercise. Especially, it is very suitable to the economic conditions and psychological treatment of people in Thai Nguyen City.

### 4. Results

#### *\* Current status of the independence of daily activities of patients after stroke and some related factors in Thai Nguyen City*

- 49.7% of patients have access to rehabilitation services after stroke in the study - The degree of independence of daily activities after stroke has 15.8% completely independent of daily living function.
- The higher the age of patients, the lower the degree of independence of daily activities
- The heavier patient, the lower level of independence.
- 47.9% of daily needs for rehabilitation are in need of food and drink, 78.4% need to help with dressing; 65.5% of speech disorders, 89.5% of patients have need of support for movement.

#### *\* Effective home rehabilitation for patients after stroke*

- There is a clear difference between the intervention group and the control group in the proportion of patients with a completely dependent and independent level ( $p < 0.01$ ).
- At the time after 3 months, there were no patients with severe impairment in the intervention group, the proportion of patients with normal level increased to 43.3%, higher than the control group (13, 3%). The difference is significant ( $p < 0.01$ ).

- There is no difference between men and women in the levels of rehabilitation in daily activities, but there is a difference between the intervention group and the control group ( $p < 0.05$ ).

## **5. Products:**

**a. Science products:** 4 articles published in scientific journals

1. Nguyen Hoa Ngan, Tran Van Tuan, Hoang Khai Lap, Nguyen Thi Phuong Sinh, Be Thu Ha, Truong Manh Ha (2017), "Assessing the status of independence of daily activities and needs of functional rehabilitation After stroke in Thai Nguyen City", *Journal of Clinical Medicine and Pharmacy* 108, No (12), special issue, 10/2017, pp. 388-394.
2. Nguyen Hoa Ngan, Hoang Khai Lap, Nguyen Phuong Sinh, Tran Van Tuan, Nguyen Minh Tuan, Truong Manh Ha (2018), "KAP status of rehabilitation in the community of caregivers after stroke Thai Nguyen city", *Journal of Clinical Medicine and Pharmacy* 108, No (13). 4/2018, pp. 131-137.
3. Pham Thi Kim Dung, Tran Van Tuan, Hoang Quoc Hai, Mon Thi Uyen Hong, Nguyen Thi Minh Nguyet, Le Thi Quyen (2018), "Clinical characteristics study and functional rehabilitation results in patients with acute cerebral infarction and diabete". *Vietnam Journal of Medicine*, special issue, 8/2018, pp. 131-138.
4. Nguyen Hoa Ngan, Tran Van Tuan, Hoang Khai Lap, Mon Thi Uyen Hong, Nguyen Phuong Sinh, Le Thi Quyen, Pham Thi Kim Dung, Bui Thi Huyen, Dam Van Hung, Nguyen Thi Minh Nguyet (2018), "Evaluating treatment treatment results Recovering daily activities of patients after stroke at Thai Nguyen National Hospita'l, *Vietnam Journal of Medicine*, No (471), special issue 10/2018, pp. 279-287.

**b. Training products:** 01 doctoral dissertation

- Nguyen Hoa Ngan (2015), *The independent status of daily living function after stroke and effectiveness of home rehabilitation intervention in Thai Nguyen City*, Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy, Thai Nguyen University.

**c. Application product**

- Transferring the rehabilitation process to Health Center of Thai Nguyen City

## **6. Transfer method, application address, impact and benefits of research results**

- Transferring the rehabilitation process to Medical Center of Thai Nguyen City
- Location: Medical Center of Thai Nguyen City.
- Benefits of research: increase the ability to re-integrate into the community for stroke patients.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, đột quy não vẫn đang là một vấn đề lớn của Y học các nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Bệnh do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra, có thể dẫn đến tử vong nhanh chóng hoặc để lại nhiều di chứng nặng nề, đặc biệt là các di chứng về vận động. Đó là gánh nặng không chỉ đối với người bệnh, gia đình mà còn ảnh hưởng đến cả cộng đồng và quốc gia của họ. Theo công bố của tổ chức Y tế thế giới (WHO) đột quy não là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ ba sau ung thư và tim mạch. Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ ước tính hàng năm Hoa Kỳ có trên 700.000 người mắc đột quy não, trong đó có hơn 160.000 người chết vì đột quy não với khoảng 4,8 triệu người sống sót sau đột quy não. Sau đột quy não 3 tháng, 20% số bệnh nhân đột quy não vẫn phải nằm viện, 15 - 30% tàn tật vĩnh viễn. Tổng chi phí chung ở Hoa Kỳ cho đột quy não là 53,6 tỷ đô la/năm.

Tỷ lệ bệnh nhân đột quy não tại Việt Nam đang ngày càng gia tăng do nhiều yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, xơ vữa động mạch, các bệnh về tim, chuyển hóa.... đột quy não có tỷ lệ tử vong cao, nếu bệnh nhân sống sót sau đột quy não thường để lại di chứng nặng nề: liệt nửa người, nói khó, khó khăn vận động, di chuyển. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Triệu ở Hải Dương (2005), tỷ lệ tử vong trong một năm đầu là 40%, trên 50% sống sót sau đột quy não bị tàn tật ở mức độ nặng và vừa. Tại miền Nam, theo báo cáo của Bộ môn Thần kinh, Trường Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh (1995), tỷ lệ tử vong 28%, số bệnh nhân sống sót sau tai biến có di chứng vừa và nhẹ 68,42%.

Ngày nay với sự tiến bộ không ngừng của y học, nhiều phương tiện chẩn đoán và phương pháp điều trị hiện đại đã giúp cho việc dự phòng, điều trị có hiệu quả cao hơn, cải thiện đáng kể tiên lượng của người bệnh nhưng như thế cũng có nghĩa tỷ lệ người bị di chứng và tàn tật do đột quy não cũng sẽ tăng. Ở Việt Nam, đã có một số nghiên cứu cho thấy sau đột quy não người bệnh xuất viện trở về cộng đồng thì tỷ lệ tàn tật rất cao, phần lớn người bệnh có nhu cầu phục hồi chức năng để giảm mức độ tàn phế, thương tật thứ cấp nhằm giúp họ có thể tự thực hiện được các chức năng sinh hoạt hàng ngày cũng như khả năng tái hội nhập vào đời sống cộng đồng. Đây là một trong những nội dung quan trọng trong chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng của ngành phục hồi chức năng Việt Nam.

Thái Nguyên là một tỉnh trong những năm gần đây đã có nhiều phát triển về kinh tế - xã hội, đời sống người dân được nâng cao. Tuy nhiên, đồng thời với sự phát triển về kinh tế - xã hội thì tại tỉnh đã xuất hiện nhiều bệnh tật ảnh hưởng tới đời sống, sức khỏe của nhân dân, đặc biệt trong những năm gần đây tỷ lệ đột quy não ngày càng tăng với mức độ di chứng để lại rất nặng nề trong khi kiến thức về dự phòng, điều trị, phục hồi chức năng để có hiệu quả và cải thiện di chứng cho bệnh nhân sau đột quy não còn hạn chế. Để cải thiện những di chứng cho bệnh nhân sau đột quy não, chương trình phục hồi chức năng và sự tham gia của các kỹ thuật viên vật lý trị liệu tại các cơ sở y tế có ý nghĩa rất to lớn trong những ngày đầu của bệnh, nhưng sau khi ra viện việc đáp ứng về PHCN cũng rất quan trọng vì thời gian này còn dài hơn thời gian nằm viện. Mục tiêu quan trọng của phục hồi chức năng sau khi ra viện là khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân. Chính vì vậy, chúng tôi lựa chọn đề tài "***Thực trạng độc lập chức năng sinh hoạt***

**hàng ngày sau đột quỵ não và hiệu quả can thiệp sau phục hồi chức năng tại nhà ở Thành phố Thái Nguyên”** với mục tiêu:

1. *Mô tả thực trạng mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân sau đột quỵ não và một số yếu tố liên quan tại Thành phố Thái Nguyên.*

2. *Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng tại nhà cho bệnh nhân sau đột quỵ não.*

## **2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu**

#### **2.1.1. Đối tượng nghiên cứu**

- Các bệnh nhân sau đột quỵ não phát hiện được tại cộng đồng, có triệu chứng liệt nửa người.  
- Các bệnh nhân bị đột quỵ não được chẩn đoán và điều trị tại Trung tâm đột quỵ - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

#### **2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân**

##### **\* Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân**

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, mắc đột quỵ não lần đầu.  
- Đã có chẩn đoán xác định đột quỵ não dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng và cận lâm sàng.  
- Tất cả các bệnh nhân đã được cấp cứu và điều trị tại các khoa thuộc Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

- Các bệnh nhân đều có hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ, rõ ràng

- Bệnh nhân đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu

- Lâm sàng: Dựa vào định nghĩa đột quỵ não của Tổ chức Y tế Thế giới năm 1990: TBMMN hay đột quỵ được biểu hiện với “ các dấu hiệu rối loạn chức năng của não (khu trú hoặc toàn thể) phát triển nhanh, kéo dài trên 24 giờ hoặc dẫn đến tử vong, không xác định nguyên nhân nào khác ngoài căn nguyên mạch máu”.

- Cận lâm sàng: dựa vào kết quả chụp CLVT sọ não hoặc chụp cộng hưởng từ có hình ảnh nhồi máu não hoặc chảy máu não.

##### **\* Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân chấn thương sọ não, viêm não, màng não  
- Bệnh nhân được chẩn đoán suy giảm nhận thức do bệnh Alzheimer hay sa sút trí tuệ do mạch máu trước đây.  
- Phụ nữ có thai, Bệnh nhân thở máy kéo dài tại khoa hồi sức cấp cứu có tiên lượng tử vong gần.  
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

#### **2.1.3. Địa điểm, thời gian nghiên cứu**

- *Địa điểm nghiên cứu:* tại các xã phường trên địa bàn Thành phố Thái Nguyên và Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

- *Thời gian nghiên cứu:* Từ 1/2017 đến 12/2018

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

#### **2.2.1. Thiết kế nghiên cứu**

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang phân tích nhằm mô tả thực trạng mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh sau đột quỵ não tại cộng đồng và một số yếu tố liên quan.

- Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng: nhằm đánh giá hiệu quả của tập luyện PHCN phối hợp về mức độ độc lập các chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân sau đột quỵ não ở thời điểm ra viện và 3 tháng sau can thiệp phục hồi chức năng

#### **2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

##### **2.2.2.1. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu cho nghiên cứu mô tả**

\* *Cỡ mẫu:* Sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{(\varepsilon.p)^2}$$

\* *Phương pháp chọn mẫu:* Thống kê tất cả bệnh nhân sau đột quỵ não tại thành phố Thái Nguyên theo phiếu nghiên cứu thống nhất đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

#### 2.2.2.2. *Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu cho nghiên cứu can thiệp*

\* *Cỡ mẫu*: Chọn mẫu thuận tiện đảm tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ

\* *Phương pháp chọn mẫu*: chúng tôi lựa chọn 60 bệnh nhân sau đột quỵ não sau khi ra viện trở về cộng đồng để tiến hành can thiệp, còn nhóm đối chứng là những bệnh nhân cũng đã được điều trị tại bệnh viện sau khi ra viện trở về cộng đồng.

##### - *Nhóm can thiệp*:

+ Bệnh nhân được tập luyện tại nhà theo cùng một chương trình PHCN do nhóm nghiên cứu, gia đình và cán bộ y tế cộng đồng đã được tập huấn thực hiện gồm vận động trị liệu.

+ Giám sát chương trình tập luyện phục hồi chức năng tại nhà và kiểm soát các thương tật thứ cấp do thầy thuốc trong nhóm nghiên cứu thực hiện

##### - *Nhóm chứng*:

+ Bệnh nhân sau đột quỵ não trở về sinh hoạt tại cộng đồng

+ Bệnh nhân không có kết nối với chương trình tập luyện phục hồi chức năng tại nhà với giám sát của các thầy thuốc trong nhóm nghiên cứu.

#### 2.2.3. *Nội dung can thiệp*

- Thiết lập mô hình tổ chức hoạt động PHCN tại cộng đồng về đột quỵ não: Nhóm nghiên cứu → Trạm y tế → Nhân viên YTTB → Gia đình → Người bệnh.

- Tập huấn các kỹ thuật PHCN cho người bệnh sau đột quỵ não cho các nhóm đối tượng sau:

+ Cán bộ trạm y tế xã/phường: do bác sĩ PHCN trong nhóm nghiên cứu tập huấn

+ Nhân viên YTTB: do cán bộ trạm y tế xã/phường tập huấn với sự hỗ trợ của nhóm nghiên cứu

+ Người nhà bệnh nhân: do NV YTTB tập huấn với sự hỗ trợ của cán bộ trạm y tế xã/phường và nhóm nghiên cứu

- Tất cả các bệnh nhân sau khi tham gia điều tra đều được hướng dẫn chương trình tập luyện PHCN tại nhà dưới sự giúp đỡ của gia đình hoặc nhân viên y tế thôn bản. Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng kỹ thuật phục hồi chức năng cho người bệnh theo chương trình tập luyện PHCN tại nhà cho bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ não (Phụ lục 6)

- Giám sát chương trình tập luyện PHCN tại nhà và kiểm soát các thương tật thứ phát do bác sĩ phục hồi chức năng và nhóm nghiên cứu thực hiện mỗi tháng một lần.

#### 2.2.4. *Phương pháp thu thập thông tin*

##### 2.2.4.1. *Công cụ thu thập thông tin*

\* Bộ phiếu điều tra đột quỵ não tại cộng đồng:

\* Bảng đánh giá mức độ liệt nửa người theo Bobath (phụ lục 2)

\* Thang điểm Barthel đánh giá mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân sau đột quỵ não (phụ lục 3)

\* Bảng đánh giá tình trạng khiếm khuyết thần kinh theo thang điểm NIHSS (phụ lục 4)

\* Bảng đánh giá tình trạng giảm khả năng, tàn tật theo thang điểm Rankin (phụ lục 5)

##### 2.2.4.2. *Kỹ thuật thu thập thông tin*

- Phỏng vấn trực tiếp người bệnh nghi ngờ TBMMN (nếu tỉnh táo) hoặc người nhà.

- Khám lâm sàng để xác định bệnh nhân đột quỵ não dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán đột quỵ não của WHO tại cộng đồng.

##### 2.2.4.3. *Quy trình thu thập thông tin*

*Giai đoạn 1*: Phát hiện đối tượng đột quỵ não tại cộng đồng

*Giai đoạn 2*: Sàng lọc người bệnh đột quỵ não và tiến hành biện pháp can thiệp PHCN

\* Bước 1: Sàng lọc người bệnh đột quỵ não:

\* Bước 2: Khám lượng giá người bệnh trong nhóm nghiên cứu sau khi đã sàng lọc

\* Bước 3: Lựa chọn áp dụng và hướng dẫn các bài tập phục hồi chức năng tại nhà

*Giai đoạn 3*: Đánh giá hiệu quả phục hồi mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh sau đột quỵ não sau can thiệp bằng các kỹ thuật phục hồi chức năng tại nhà

### 2.3. *Chỉ tiêu nghiên cứu*

#### 2.3.1. *Các biến số nghiên cứu*

**Bảng 2.1. Các biến số nghiên cứu**

STT	Tên biến	Định nghĩa	Phương pháp thu thập
<b>I. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu</b>			
1	Giới tính		Quan sát
2	Tuổi		Phỏng vấn
3	Nơi sống		Phỏng vấn
4	Nghề nghiệp		Phỏng vấn
5	Tình trạng hôn nhân		Phỏng vấn
6	Trình độ học vấn		
7	Số lần bị đột quỵ não		Phỏng vấn/hỏi
8	Bên liệt		Quan sát/hỏi
9	Chi liệt		Quan sát/hỏi
10	Được PHCN		Hỏi
<b>II. Thực trạng mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày</b>			
11	Mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày		Quan sát, thăm khám, hỏi
12	Tình trạng khiếm khuyết thần kinh		Quan sát, thăm khám, hỏi
13	Tình trạng giảm khả năng		Quan sát, thăm khám, hỏi
14	Khả năng vận động		Thăm khám
15	Bệnh đi kèm		Phỏng vấn Xem hồ sơ ra viện
16	Mức độ liệt		Thăm khám
17	Bậc cơ		Thăm khám
18	Các thương tật thứ cấp		Thăm khám
19	Tình trạng khớp bên liệt		Thăm khám
<b>III. Đánh giá hiệu quả can thiệp</b>			
20	Tổ chức can thiệp		Đánh giá
21	Cải thiện KAS về tập PHCN cho người bệnh		Đánh giá
22	Tỷ lệ đạt mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày		Đánh giá

**2.3.2. Đánh giá hiệu quả can thiệp**

- Đánh giá hiệu quả PHCN đối với độc lập các chức năng sinh hoạt hàng ngày sau khi ra viện và sau 3 tháng can thiệp
- Tìm hiểu mối tương quan giữa các yếu tố: tuổi, giới, mức độ độc lập chức năng, tình trạng giảm khả năng tàn tật sau đột quỵ não.
- Tìm hiểu mối tương quan của PHCN sớm và PHCN muộn đối với độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh sau ra viện và sau 3 tháng.

**2.3.3. Các thang điểm đánh giá trong nghiên cứu**

Mô tả thực trạng và đánh giá kết quả PHCN người bệnh đột quỵ não tại cộng đồng là đánh mức độ liệt nửa người, mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày, tình trạng khiếm khuyết thần kinh, giảm khả năng, tàn tật.

2.3.3.1. Đánh giá mức độ liệt nửa người theo Bobath

2.3.3.2. Đánh giá tình trạng độc lập chức năng các hoạt động sinh hoạt cơ bản hàng ngày theo chỉ số Barthel (Barthel Index)

2.3.3.3. Đánh giá tình trạng khiếm khuyết thần kinh theo thang điểm Hoa Kỳ (National Institute of Health Stroke Scale/NIHSS)

2.3.3.4. Đánh giá tình trạng giảm khả năng, tàn tật: theo thang điểm Rankin (Rankin Scale)

**2.3.4. Thời điểm đánh giá kết quả**

- Sau điều trị PHCN cho đến lúc ra viện

- Sau điều trị PHCN 3 tháng

#### 2.4. Phương pháp khống chế sai số

- Lựa chọn bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn  
 - Theo dõi chặt chẽ sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân trong nhóm can thiệp: chương trình tập có giám sát và lượng giá hàng tuần, có chương trình và kế hoạch rõ ràng. Đánh giá sự tiến bộ cũng như sự duy trì chức năng đã đạt được. Bệnh nhân không sử dụng phương pháp điều trị khác trong thời gian nghiên cứu.

#### 2.5. Xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, mã hóa và nhập dữ liệu vào máy tính bằng phần mềm EpiData và xử lý theo phương pháp thống kê Y học trên chương trình phần mềm SPSS.

#### 2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

Các bệnh nhân và gia đình của bệnh nhân đều được thông báo và giải thích rõ mục tiêu và phương pháp nghiên cứu trước khi được đưa vào nghiên cứu. Bệnh nhân và gia đình bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu, có quyền từ chối tham gia nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu tại bất cứ thời điểm nào của nghiên cứu mà không cần giải thích. Các số liệu thu thập cho nghiên cứu chỉ sử dụng cho mục đích khoa học và các thông tin liên quan cá nhân sẽ được giữ bí mật.

### 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Thực trạng mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân sau đột quỵ não

*Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu*

Giới \ Độ tuổi	Nam		Nữ		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
31 - 44	3	1,8	0	0,0	3	1,8
45 - 59	12	7,0	14	8,1	26	15,2
60 - 74	52	30,4	37	21,6	89	52,0
≥ 75	36	21,0	17	9,9	53	31,0
Tổng số	103	60,2	68	39,8	171	100

Nhận xét: Kết quả cho thấy đột quỵ não chủ yếu gặp ở lứa tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ 83,0%; từ 31 - 44 tuổi chỉ có 1,8%. Tỷ lệ BNđột quỵ não ở nam giới là 60,2%, nữ giới là 39,8%.

*Bảng 3.2. Đặc điểm về nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu*

Nghề nghiệp	n	%
Nghỉ hưu	102	59,6
Lao động tự do	30	17,5
Cán bộ công nhân viên chức	4	2,3
Làm ruộng	35	20,5
Tổng số	171	100

Nhận xét: Bệnh nhân đột quỵ não gặp ở người nghỉ hưu chiếm 59,6%; có 20,5% số bệnh nhân là làm ruộng, số còn lại là công nhân viên chức và người lao động tự do.

*Bảng 3.3. Phân bố mức độ liệt của đối tượng nghiên cứu theo giới*

Giới \ Mức độ liệt	Nam		Nữ		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Không liệt	4	2,3	2	1,2	6	3,5
Liệt nhẹ	29	17,0	18	10,5	47	27,5
Liệt vừa	36	21,1	38	22,2	74	43,3
Liệt nặng	34	19,9	10	5,8	44	25,7

Nhận xét: BNsau đột quỵ não chủ yếu là liệt ở mức độ vừa (43,3%) trong đó nam là 21,1% và nữ là 22,2%. Liệt nặng chiếm tỷ lệ 25,7% trong đó 19,9% là nam và 5,8% là nữ.

**Bảng 3.4. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị phục hồi chức năng sau đột quỵ**

Giới	Nam		Nữ		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Điêu trị PHCN						
Có	42	24,6	43	25,1	85	49,7
Không	61	35,7	25	14,6	86	50,3
Tổng số	103	60,2	68	39,8	171	100

Nhận xét: Có 49,7% trường hợp bệnh nhân được điều trị phục hồi chức năng sau đột quỵ não và 50,3% trường hợp không được điều trị phục hồi chức năng sau đột quỵ não.

**Bảng 3.5. Tỷ lệ mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày theo chỉ số Barthel**

Giới	Nam		Nữ		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Mức độ độc lập						
Phụ thuộc hoàn toàn	34	19,9	11	6,4	45	26,3
Phụ thuộc một phần	53	31,0	46	26,9	99	57,9
Độc lập	16	9,4	11	6,4	27	15,8

Nhận xét: có 15,8% số bệnh nhân là độc lập chức năng trong sinh hoạt hàng ngày; 57,9% trường hợp phụ thuộc một phần; 26,3% số bệnh nhân sống phụ thuộc hoàn toàn.

**Bảng 3.6. Tỷ lệ mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày theo tuổi**

Mức độ	Mức độ độc lập chức năng sinh hoạt						Tổng số	
	Phụ thuộc hoàn toàn		Phụ thuộc một phần		Độc lập			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tuổi								
< 75	20	16,9	73	61,9	25	21,2	118	100
≥ 75	25	47,2	26	49,1	2	3,8	53	100
Tổng số	45	26,3	99	57,9	27	15,8	171	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân < 75 tuổi có mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày là 21,2%; số bệnh nhân phụ thuộc một phần là 61,9%; phụ thuộc hoàn toàn là 16,9%.

**Bảng 3.7. Tỷ lệ bệnh nhân có khả năng độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày theo mức độ liệt**

Mức độ liệt	Khả năng độc lập chức năng sinh hoạt						Tổng số	
	Phụ thuộc hoàn toàn		Phụ thuộc một phần		Độc lập			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mức độ liệt								
Liệt nhẹ	0	0,0	27	57,4	26	49,1	53	100
Liệt vừa	5	6,8	68	91,9	1	1,4	74	100
Liệt nặng	40	90,9	4	9,1	0	0,0	44	100
Tổng số	45	26,3	99	57,9	27	15,8	171	100

Nhận xét: Bệnh nhân liệt ở mức độ vừa chỉ có 1,4% độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày; Số bệnh nhân bị liệt ở mức độ nặng không có trường hợp nào độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày.

**Bảng 3.8. Một số yếu tố liên quan đến PHCN sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân**

Giới	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Nội dung						
<b>Ăn uống</b>						
Tự làm được	51	49,5	38	55,9	89	52,0
Cần một ít trợ giúp	19	18,4	20	29,4	39	22,8
Không thể làm được	33	32,0	10	14,7	43	25,1
<b>Giữ mình sạch sẽ</b>						
Tự làm được	54	52,4	34	50,0	88	51,5
Cần một ít trợ giúp	14	13,6	22	32,4	36	21,1



Không thể làm được	35	34,0	12	17,6	47	27,5
<b>Sử dụng nhà vệ sinh</b>						
Tự làm được	50	48,5	26	38,2	76	44,4
Cần một ít trợ giúp	17	16,5	32	47,1	49	28,7
Không thể làm được	36	35,0	10	14,7	46	26,9
<b>Mặc, cởi quần áo</b>						
Tự làm được	24	23,3	13	19,1	37	21,6
Cần một ít trợ giúp	45	43,7	45	66,2	90	52,6
Không thể làm được	34	33,0	10	14,7	44	25,7

Nhận xét: Các yếu tố liên quan đến phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân: cần trợ giúp về ăn uống: 47,9%. Cần hỗ trợ giữ mình sạch sẽ: 48,6%. Hỗ trợ sử dụng nhà vệ sinh 55,6%. trợ giúp khi mặc, cởi quần áo 78,3%.

**Bảng 3.9. Một số yếu tố liên quan đến PHCN vận động của BN sau đột quỵ não**

Nội dung	Giới		Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ngồi</b>								
Tự làm được	40	38,8	22	32,4	62	36,3		
Cần một ít trợ giúp	50	48,5	42	61,8	92	53,8		
Không thể làm được	13	12,6	4	5,9	17	9,9		
<b>Đứng</b>								
Tự làm được	25	24,3	10	14,7	35	20,5		
Cần một ít trợ giúp	53	51,5	48	70,6	101	59,1		
Không thể làm được	25	24,3	10	14,7	35	20,5		
<b>Di chuyển được</b>								
Tự làm được	12	11,7	6	8,8	18	10,5		
Cần một ít trợ giúp	52	50,5	47	69,1	99	57,9		
Không thể làm được	39	37,9	15	22,1	54	31,6		
<b>Đi bộ được ít nhất 10 bước</b>								
Tự làm được	14	13,6	14	20,6	28	16,4		
Với thanh song song, khung tập đi, nạng, gậy	32	31,1	23	33,8	55	32,2		
Có sự giúp đỡ người khác	27	26,2	20	29,4	47	27,4		
Không thể làm được	30	29,1	11	16,2	41	24,0		

Nhận xét: Khả năng ngồi cần giúp đỡ chiếm 63,7%; Về khả năng đứng có 79,6% cần giúp đỡ; 89,5% trường hợp cần trợ giúp để di chuyển; 83,6% có nhu cầu trợ giúp để có thể đi bộ được ít nhất 10 bước.

### 3.2. Đánh giá hiệu quả PHCN sinh hoạt hàng ngày của người bệnh sau đột quỵ não.

**Bảng 3.10. Đặc điểm về tuổi và giới của nhóm can thiệp và đối chứng**

Nhóm Tuổi	Nhóm I (Can thiệp)				Nhóm II (Chứng)				p
	Nam		Nữ		Nam		Nữ		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
31 -> 44	2	3,33	0	0	1	1,66	0	0	> 0,05
45 -> 59	6	10,0	4	6,66	11	18,3	4	6,66	> 0,05
60 -> 75	20	33,3	8	13,3	22	36,6	4	6,66	> 0,05
> 75	8	13,3	12	20,0	12	20,0	6	10,0	> 0,05
Tổng số	36	60,0	24	40,0	46	76,7	14	23,3	

**Nhận xét:** Nam giới có tỷ lệ cao hơn ở nữ giới ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng. Sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng không có ý nghĩa với  $p > 0,05$

**Bảng 3.11. Phân bố mức độ liệt của bệnh nhân và các thể đột quy não**

Nhóm Mức độ liệt	Nhóm I (Can thiệp)				Nhóm II (Chứng)				p
	NMN		CMN		NMN		CMN		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Liệt nhẹ	8	13,3	0	0	2	3,33	0	0	> 0,05
Liệt vừa	24	40,0	0	0	28	46,6	18	30,0	> 0,05
Liệt nặng	26	43,3	2	3,33	6	10,0	6	10,0	> 0,05
Tổng số	58	96,6	2	3,33	36	60,0	24	40,0	

**Nhận xét:** Tỷ lệ nhóm bệnh nhân bị nhồi máu não cao hơn nhóm chảy máu não ở cả hai nhóm nghiên cứu. Bệnh nhân trong hai nhóm chủ yếu có mức độ liệt vừa và nặng

**Bảng 3.12. Kết quả mức độ phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày sau đột quy não ở 2 nhóm theo chỉ số Barthel**

Thời điểm - Nhóm		Mức độ		Phụ thuộc hoàn toàn		Phụ thuộc một phần		Độc lập		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Khi vào viện	Nhóm I	30	50,0	28	46,6	2	3,33	> 0,05		
	Nhóm II	18	30,0	42	70,0	0	0			
Khi ra viện	Nhóm I	10	16,7	40	66,6	10	16,7	> 0,05		
	Nhóm II	14	23,3	44	73,33	2	3,33			
Sau 3 tháng	Nhóm I	0	0	24	40,0	36	60,0	< 0,01		
	Nhóm II	14	23,3	40	66,6	6	10,0			

**Nhận xét:** Tại thời điểm vào viện, ở nhóm can thiệp tỷ lệ bệnh nhân có mức độ phụ thuộc hoàn toàn là 50%, phụ thuộc một phần là 46,6% và mức độ độc lập có 3,33%. Ở nhóm chứng, tỷ lệ bệnh nhân có mức độ phụ thuộc hoàn toàn là 30%, phụ thuộc một phần là 70%. Tại thời điểm sau 3 tháng, có sự khác biệt rõ giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng ở tỷ lệ bệnh nhân có mức độ phụ thuộc hoàn toàn và mức độ độc lập ( $p < 0,01$ ).

**Bảng 3.13. Đánh giá kết quả mức độ cải thiện khả năng tự chăm sóc sau đột quy não theo thang điểm Rankin**

Thời điểm - Nhóm		Mức độ giảm khả năng		Giảm khả năng nặng		Giảm khả năng trung bình		Bình thường hay giảm khả năng nhẹ		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Khi vào viện	Nhóm I	32	53,3	24	40,0	4	6,66	> 0,05		
	Nhóm II	16	26,7	42	70,0	2	3,33			
Khi ra viện	Nhóm I	10	16,7	40	66,6	10	16,7	> 0,05		
	Nhóm II	14	23,3	42	70,0	4	6,66			
Sau 3 tháng	Nhóm I	0	0,0	34	56,6	26	43,3	< 0,01		
	Nhóm II	12	20,0	40	66,6	8	13,3			

**Nhận xét:** Tại thời điểm vào viện, ở nhóm can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân có mức độ giảm khả năng tự chăm sóc nặng là 53,33%, mức độ giảm khả năng trung bình chiếm tỷ lệ 40% so với nhóm chứng, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Tại thời điểm sau 3 tháng, không còn bệnh nhân nào có mức độ giảm khả năng nặng ở nhóm can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân có mức độ bình thường tăng lên 43,3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa so với nhóm chứng ( $p < 0,01$ ).

**Bảng 3.14. Mối liên quan giữa kết quả mức độ phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày sau đột quỵ não với giới**

Thời điểm - Giới			Mức độ độc lập		Phụ thuộc hoàn toàn		Phụ thuộc một phần		Độc lập		p
			n	%	n	%	n	%	n	%	
Khi vào viện	Nhóm I	Nam	20	33,3	16	26,7	0	0	> 0,05		
		Nữ	10	16,7	12	20,0	2	3,33			
	Nhóm II	Nam	16	26,7	30	50,0	0	0	> 0,05		
		Nữ	2	3,33	12	20,0	0	0			
Khi ra viện	Nhóm I	Nam	6	10,0	24	40,0	6	10,0	> 0,05		
		Nữ	4	6,66	16	26,7	4	6,66			
	Nhóm II	Nam	10	16,7	34	56,7	2	3,33	> 0,05		
		Nữ	4	6,66	10	16,7	0	0			
Sau 3 tháng	Nhóm I	Nam	0	0	16	26,7	20	33,3	0,4	< 0,05	
		Nữ	0	0	8	13,3	16	26,7			
	Nhóm II	Nam	8	13,3	32	53,3	6	10,0	0,28		
		Nữ	6	10,0	8	13,3	0	0			

**Nhận xét:** Tại thời điểm vào viện, ở nhóm can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân có mức độ phụ thuộc hoàn toàn là nam giới (33,3%) cao hơn ở nữ giới (16,7%), tỷ lệ nam giới có mức độ phụ thuộc một phần (26,7%) cao hơn ở nữ giới (20%). Không có sự khác biệt giữa nam và nữ ở mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày ở cả hai nhóm ( $p > 0,05$ ). Tại thời điểm sau 3 tháng, không có sự khác biệt giữa nam và nữ ở các mức độ phục hồi chức năng trong sinh hoạt hàng ngày, nhưng có sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.15. Mối liên quan giữa kết quả mức độ phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày sau đột quỵ não với nhóm tuổi**

Thời điểm- Nhóm			Mức độ độc lập		Phụ thuộc hoàn toàn		Phụ thuộc một phần		Độc lập		p
			n	%	n	%	n	%	n	%	
Khi vào viện	Nhóm I	< 65	10	16,7	14	23,3	2	3,33	0,33		
		≥ 65	20	33,3	14	23,3	0	0,0			
	Nhóm II	< 65	6	10,0	22	36,7	0	0,0	0,29		
		≥ 65	12	20,0	20	33,3	0	0,0			
Khi ra viện	Nhóm I	< 65	2	3,33	18	30,0	6	10,0	0,42		
		≥ 65	0	0,0	24	40,0	10	16,7			
	Nhóm II	< 65	6	10,0	20	33,3	2	3,33	0,55		
		≥ 65	8	13,3	24	40,0	0	0,0			
Sau 3 tháng	Nhóm I	< 65	0	0,0	8	13,3	18	30,0	< 0,05		
		≥ 65	0	0,0	16	26,7	18	30,0			
	Nhóm II	< 65	4	6,66	18	30,0	6	10,0			
		≥ 65	10	16,7	22	36,7	0	0,0			

**Nhận xét:** tại thời điểm nhập viện, tỷ lệ bệnh nhân có mức độ phụ thuộc hoàn toàn ở nhóm < 65 tuổi ít hơn ở nhóm ≥ 65 tuổi ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng, tỷ lệ ở mức độ phụ thuộc một phần và mức độ độc lập ở hai nhóm là sấp xỉ nhau. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm tuổi này ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng ( $p > 0,05$ ). Tại thời điểm sau khi ra viện 3 tháng, có sự khác biệt giữa hai nhóm tuổi này về mức độ phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.16. Kết quả phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày sau đột quy não theo vị trí liệt**

Thời điểm - Vị trí liệt			Mức độ độc lập		Phụ thuộc hoàn toàn		Phụ thuộc một phần		Độc lập		Tổng số		p
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Khi vào viện	Nhóm I	Liệt phải	20	33,3	18	30,0	2	3,33	40	66,7	0,76		
		Liệt trái	10	16,7	10	16,7	0	0	20	33,3			
	Nhóm II	Liệt phải	4	6,66	18	30,0	0	0	22	36,7		0,25	
		Liệt trái	14	23,3	24	40,0	0	0	38	63,3			
Khi ra viện	Nhóm I	Liệt phải	4	6,66	28	46,7	8	13,3	40	66,7	0,35		
		Liệt trái	6	10,0	12	20,0	2	3,33	20	33,3			
	Nhóm II	Liệt phải	6	10,0	16	26,7	0	0	22	36,7	0,7		
		Liệt trái	8	13,3	28	46,7	2	3,33	38	63,3			
Sau 3 tháng	Nhóm I	Liệt phải	0	0	16	26,7	24	40,0	40	66,7	0,65		
		Liệt trái	0	0	8	13,3	12	20,0	20	33,3			
	Nhóm II	Liệt phải	4	6,66	16	26,7	2	3,33	22	36,7	0,86		
		Liệt trái	10	16,7	24	40,0	4	6,66	38	63,3			

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt về kết quả phục hồi chức năng theo vị trí liệt trái và liệt phải ở cả 3 thời điểm lúc nhập viện, ra viện và sau 3 tháng ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng ( $p > 0,05$ )

**Bảng 3.17. Kết quả mức độ PHCN sinh hoạt hàng ngày theo thể tổn thương**

Thời điểm - Tổn thương			Mức độ độc lập		Phụ thuộc hoàn toàn		Phụ thuộc một phần		Độc lập		p
			n	%	n	%	n	%	n	%	
Khi vào viện	Nhóm I	CMN	2	3,33	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,59
		NMN	28	46,7	28	46,7	2	3,33			
	Nhóm II	CMN	6	10,0	18	30,0	0	0,0	0	0,0	0,47
		NMN	12	20,0	24	40,0	0	0,0			
Khi ra viện	Nhóm I	CMN	0	0,0	2	3,33	0	0,0	0	0,0	0,77
		NMN	10	16,7	38	63,3	10	16,7			
	Nhóm II	CMN	6	10,0	16	26,7	2	3,3	0	0,0	0,44
		NMN	8	13,3	28	46,7	0	0,0			
Sau 3 tháng	Nhóm I	CMN	0	0,0	2	3,33	0	0,0	0	0,0	0,4
		NMN	0	0,0	22	36,7	36	60,0			
	Nhóm II	CMN	8	13,3	14	23,3	2	3,33	0	0,0	0,57
		NMN	6	10,0	26	43,3	4	6,66			

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt giữa nhóm bệnh nhân bị chảy máu não và nhồi máu não về mức độ phục hồi chức năng ở cả 3 thời điểm lúc nhập viện, ra viện và sau 3 tháng ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng ( $p > 0,05$ ).

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đột quy não hay gặp ở những người cao tuổi > 60 tuổi là 83,0%. Tỷ lệ đột quy não ở nam (60,2%) nhiều hơn ở nữ (39,8%), nguyên nhân có thể do nam giới có tỷ lệ mắc bệnh tăng huyết áp nhiều hơn nữ giới, đây là nguyên nhân hàng đầu gây đột quy não. Ngoài ra, nam giới thường hút thuốc, uống rượu bia và chịu nhiều tác động của yếu tố sang chấn tâm lý. Theo một số tác giả nhận thấy: Tuổi cao, mức độ nặng của bệnh, loại đột quy não, vị trí tổn thương, mức độ liệt, tình trạng chức năng ban đầu, chức năng nhận thức, trình độ học vấn của người bệnh, bệnh nhân có tiền sử bị đột quy não là các yếu tố nguy cơ cao gây đột quy não.

Theo Aprile, I: Tuổi cao, các yếu tố nguy cơ kèm theo (đái tháo đường, bệnh tim mạch...), khiếm khuyết thần kinh nặng, rối loạn cơ tròn, chỉ số Bathel tại thời điểm đột quỵ não xảy ra thấp, thời gian bắt đầu tập luyện PHCN muộn là những yếu tố ảnh hưởng nhiều đến kết quả hồi phục của bệnh nhân.

Trong tổng số 171 bệnh nhân sau đột quỵ não, mức độ liệt chủ yếu là liệt vừa 43,3%, có 25,7% là liệt mức độ nặng. Đột quỵ não thể NMN chiếm ưu thế hơn so với thể CMN. Không có sự khác biệt giữa các loại nhồi máu não.

#### **4.2. Thực trạng độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày sau đột quỵ não**

Qua nghiên cứu từ 171 người bệnh bị đột quỵ não cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân sau đột quỵ não được tiếp cận dịch vụ phục hồi chức năng là 49,7%. Lý do của tình trạng này là những bệnh nhân sau đột quỵ não có bệnh khác đi kèm làm cho tình trạng bệnh nặng nề hơn, do vậy không thích hợp để tập luyện phục hồi chức năng. Hơn nữa, khi người bệnh trở về với cộng đồng việc tiếp cận và tập luyện phục hồi chức năng sẽ khó khăn hơn khi người bệnh ở tại bệnh viện.

Kết quả nghiên cứu cho thấy: tuổi bệnh nhân càng cao thì mức độ độc lập chức năng càng giảm, bệnh nhân ở lứa tuổi < 75 tuổi có 21,2% là độc lập trong sinh hoạt hàng ngày, số bệnh nhân  $\geq$  75 tuổi chỉ có 3,8% độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày. Kết quả này phù hợp với kết quả của tác giả Nguyễn Tấn Dũng (2012), Nguyễn Văn Triệu (2005). Các tác giả đều cho rằng tuổi có liên quan chặt chẽ đến mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh sau đột quỵ não, nhiều nghiên cứu cũng đưa ra nhận định là tuổi càng cao thì mức độ độc lập càng kém.

Mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh bị liệt mức độ vừa chỉ chiếm 1,4%, mức độ liệt nặng là 0%. Như vậy người bệnh liệt càng nặng thì mức độ độc lập càng kém. Kết quả này phù hợp với các tác giả Cao Minh Châu (2005), Trần Văn Chương.

Các bệnh nhân sau đột quỵ tại cộng đồng được đánh giá dựa theo chỉ số Barthel cho thấy: chỉ có 15,8% là độc lập chức năng trong sinh hoạt hàng ngày; 57,9% trường hợp phụ thuộc một phần; 26,3% phụ thuộc hoàn toàn, do vậy, các chức năng độc lập sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân cần được quan tâm nhiều nhất và sớm nhất. Họ cần được đảm bảo chức năng độc lập sinh hoạt hàng ngày để tái hòa nhập với gia đình, cộng đồng và tham gia lao động như trước.

Trên bảng 3.7 tỷ lệ 26,3 % bệnh nhân phụ thuộc hoàn toàn, 57,9 % phụ thuộc một phần và 15,8 % độc lập hoàn toàn các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày. Tỷ lệ này có khác biệt so với một số nghiên cứu trong và ngoài nước có thể do khác biệt về mẫu nghiên cứu và mốc phân chia các mức độ độc lập chức năng của chỉ số Barthel. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ số Barthel từ 90 đến 100 điểm mới đạt mức độc lập chức năng hoàn toàn và kết quả tương tự nghiên cứu của Nguyễn Văn Triệu, thấp hơn nghiên cứu của Trần Văn Chương.

Phân loại mức độ độc lập chức năng các hoạt động sinh hoạt cơ bản hàng ngày theo chỉ số Barthel, Granger và cộng sự đề nghị mốc chỉ số Barthel bằng 60 điểm là ranh giới giữa phụ thuộc và độc lập chức năng một phần (cần có trợ giúp). Tác giả cũng đề nghị mốc chỉ số Barthel bằng 85 điểm là ranh giới giữa sự trợ giúp rất ít và độc lập chức năng.

Theo nghiên cứu của Henry Houlden và cộng sự (1990), chỉ số Barthel được phát triển đầu tiên năm 1965 và được cải biên bởi Granger và đồng nghiệp. Tổng điểm từ 0 điểm (phụ thuộc hoàn toàn) đến 100 điểm (độc lập sinh hoạt hàng ngày). Chỉ số Barthel cũng có thể chia những đo lường chức năng riêng biệt như khả năng tự chăm sóc (0-53 điểm), hoặc di chuyển (0-47 điểm). Chỉ số Barthel tiên lượng tốt về sống còn, hồi phục chức năng, và kế hoạch xuất viện. Chỉ số Barthel có nhạy cảm trung bình với những thay đổi về tình trạng của bệnh nhân.

#### **4.3. Các yếu tố liên quan đến phục hồi chức năng sau đột quỵ não**

Trong nhóm các yếu tố liên quan đến phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày thì có 47,9% bệnh nhân có nhu cầu cần trợ giúp về ăn uống từ trợ giúp một phần đến hoàn toàn; 48,6% bệnh nhân có nhu cầu hỗ trợ về việc giữ vệ sinh sạch sẽ bản thân từ trợ giúp một phần đến trợ giúp hoàn toàn; 55,6% bệnh nhân có nhu cầu hỗ trợ việc sử dụng nhà vệ sinh từ trợ giúp một phần đến trợ giúp hoàn toàn; 78,3% bệnh nhân có nhu cầu hỗ trợ phục hồi chức năng công việc mặc/cởi quần áo từ trợ giúp một phần đến trợ giúp hoàn toàn.

Kết quả nghiên cứu về khảo sát các yếu tố liên quan đến phục hồi chức năng vận động cho thấy tỷ lệ bệnh nhân sau đột quỵ não có nhu cầu về di chuyển cao nhất với 89,5%; nhu cầu đi bộ được ít nhất 10 bước chiếm 83,7%; nhu cầu đứng lên ngồi xuống là 79,5%; nhu cầu tự ngồi được là 63,8%.

Trong nghiên cứu này các lĩnh vực: chức năng, ngôn ngữ, trạng thái tinh thần và vai trò gia đình - xã hội đã được chúng tôi xem xét và đánh giá chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe và phân tích một số yếu tố liên quan cho từng lĩnh vực cũng như đột quỵ ảnh hưởng như thế nào đến những lĩnh vực này. Sức khỏe chức năng liên quan đến tự chăm sóc, di chuyển, công việc và hiệu quả. Lĩnh vực tâm lý là trạng thái tinh thần. Gia đình - xã hội là vai trò trong gia đình và xã hội đối với người bệnh sau đột quỵ não.

Từ kết quả trên cho thấy, để thực hiện được các chương trình PHCN phù hợp cần khảo sát nhu cầu của người bệnh đột quỵ não tại cộng đồng và các yếu tố liên quan để xây dựng hệ thống chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng/gia đình phù hợp đáp ứng được các nhu cầu chăm sóc của người bệnh sau đột quỵ não.

#### **4.4. Kết quả phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày sau đột quỵ não của bệnh nhân ở các thời điểm sau khi ra viện và sau 3 tháng**

Nam giới có tỷ lệ cao hơn ở nữ giới ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng (60,0% và 40,0% so với 76,7% và 23,3%). Trong các đối tượng nghiên cứu, phần lớn ở độ tuổi từ 60 -75 tuổi, chiếm tỷ lệ cao ở cả nhóm chứng và nhóm can thiệp. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa ( $p > 0,05$ ).

Phần lớn các đối tượng nghiên cứu trong nhóm can thiệp có mức độ liệt vừa chiếm tỷ lệ 40,0%, mức độ liệt nặng chiếm 43,3%. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa ( $p > 0,05$ ).

##### **4.4.1. Kết quả mức độ phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày sau đột quỵ não ở nhóm đối tượng nghiên cứu theo chỉ số Barthel**

Theo kết quả nghiên cứu cho thấy, có sự thay đổi trong mức độ phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày được thể hiện trong các mức độ phụ thuộc theo chỉ số Barthel Index ở nhóm can thiệp và nhóm chứng. Tại thời điểm lúc vào viện, ở nhóm can thiệp tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có mức độ phụ thuộc hoàn toàn cao nhất (50,0%), phụ thuộc một phần là 46,6% và mức độ độc lập có 3,33%. ở nhóm chứng, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có mức độ phụ thuộc hoàn toàn là 30,0% và mức độ phụ thuộc một phần là 70,0%. Sự khác biệt về mức độ phụ thuộc giữa hai nhóm tại thời điểm này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Tại thời điểm sau 3 tháng, có sự khác biệt rõ rệt giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng ở tỷ lệ của đối tượng nghiên cứu có mức độ phụ thuộc hoàn toàn và mức độ độc lập. Ở nhóm can thiệp, không còn đối tượng nào có mức độ phụ thuộc hoàn toàn, còn ở nhóm chứng mức độ phụ thuộc hoàn toàn là (23,3%). Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có mức độ độc lập ở nhóm can thiệp tăng lên 60,0% cao hơn ở nhóm chứng (10%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ). Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân trong nhóm can thiệp sau khi ra viện, tiếp tục theo chương trình can thiệp với các bài tập luyện vận động và các hoạt động sinh hoạt hàng ngày dưới sự giám sát của nghiên cứu viên. Bệnh nhân trong nhóm chứng có thể tự tập phục hồi chức năng hoặc không tập và không có sự giám sát của nhân viên y tế. Kết quả nghiên cứu cho thấy, chương trình phục hồi chức năng tại nhà cho nhóm can thiệp có hiệu quả. Điều này được thể hiện qua mức độ độc lập của nhóm can thiệp tăng lên (60%) cao hơn so với nhóm chứng (10%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Chaiyawat P và cộng sự năm 2009 tại Thái Lan. Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau 3 tháng can thiệp, điểm Barthel Index ở nhóm can thiệp có sự cải thiện đáng kể so với nhóm chứng, với điểm BI trung bình là  $96,33 \pm 1,04$  ở nhóm can thiệp so với  $66,25 \pm 1,58$  ở nhóm chứng ( $p < 0,01$ ). Trong đó, có đến 93,3% bệnh nhân ở nhóm can thiệp có điểm BI ở mức độ độc lập (BI= 90-100 điểm). Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi trong tỷ lệ bệnh nhân có mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày (30%). Điều này có thể là do, các bài tập phục hồi chức năng của chúng tôi chỉ được tiến hành trong 30 phút, còn trong nghiên cứu này các bài tập phục hồi chức năng được tiến hành trong 60 phút. Đồng thời, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Cao Minh Châu năm 2003. Trong nghiên cứu này, mức độ độc lập của bệnh nhân đột quỵ não sau can thiệp 1 năm so với trước can thiệp tăng từ 5,2% lên 46,84% ( $p < 0,01$ ).

Theo Barthel và cộng sự, lợi ích của chỉ số Barthel là đơn giản và dễ hiểu và dễ thực hiện đối với tất cả những người cùng tham gia điều trị cho bệnh nhân. Khi xuất viện, chỉ số Barthel đạt 100 điểm không yêu cầu điều trị PHCN hơn nữa nhưng cần phải có những điều chỉnh thích nghi về môi trường sống tại gia đình và cộng đồng cũng như sự tham gia của gia đình và người thân để bệnh nhân tiếp tục duy trì mức độ độc lập đạt được. Bobath B chứng minh chế độ tập luyện định hướng theo công việc với ưu tiên nhiều hơn chi bên liệt có thể tạo ra tái tổ chức não bộ và cải thiện

chức năng liên quan một cách có ý nghĩa. Cường độ tập luyện PHCN được liệt kê như là một yếu tố quan trọng liên quan với cả phục hồi chức năng sau đột quỵ não chuyên biệt và cải thiện kết quả PHCN. Sale, P chứng minh rằng những bệnh nhân với nhân cách hướng ngoại và có chiến lược chủ động thì tiên lượng tốt cải thiện độc lập chức năng và chất lượng cuộc sống ba năm sau đột quỵ não.

#### **4.4.2. Kết quả phục hồi chức năng đánh giá theo mức độ giảm khả năng sau đột quỵ não ở nhóm nghiên cứu bằng thang điểm Rankin**

Tại thời điểm vào viện, ở nhóm can thiệp, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có mức độ giảm khả năng nặng là 53,3%, mức độ giảm khả năng trung bình chiếm tỷ lệ 40% và ở mức độ bình thường hay giảm khả năng nhẹ là 6,6%. Ở nhóm chứng, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có mức độ giảm khả năng nặng là 26,7%, mức độ giảm khả năng trung bình chiếm tỷ lệ 70% và ở mức độ bình thường hay giảm khả năng nhẹ là 3,33%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ( $p > 0,05$ ). Tại thời điểm ra viện, ở nhóm can thiệp tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có mức độ giảm khả năng nặng đã giảm xuống còn 16,7%, thấp hơn tỷ lệ này ở nhóm chứng (23,3%); tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có mức độ bình thường hay giảm khả năng nhẹ ở nhóm can thiệp tăng lên 16,7% cao hơn ở nhóm chứng (6,66%). Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Tại thời điểm sau ba tháng can thiệp, không còn đối tượng nào có mức độ giảm khả năng nặng ở nhóm can thiệp, trong khi ở nhóm chứng tỷ lệ này là 20%. Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có mức độ bình thường hay giảm khả năng nhẹ tăng lên 43,3%, cao hơn ở nhóm chứng (13,3%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ). Kết quả này cũng cho thấy hiệu quả của chương trình phục hồi chức năng tại bệnh viện và phục hồi chức năng tại nhà dưới sự giám sát của nhân viên y tế. Chương trình can thiệp phục hồi chức năng của chúng tôi tập trung vào việc tập vận động và các sinh hoạt hàng ngày. Do đó, chương trình can thiệp làm cải thiện những khả năng của bệnh nhân trong việc tự chăm sóc bản thân, đi lại... Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn với kết quả nghiên cứu của tác giả Chaiyawat P và cộng sự năm 2009 tại Thái Lan. Trong nghiên cứu này, sau can thiệp 3 tháng có đến 90% nhóm can thiệp có tàn tật ở mức độ nhẹ hoặc không tàn tật (tương ứng với điểm MRS= 0-1) sau can thiệp, trong khi ở nhóm chứng không có bệnh nhân nào ở mức độ này. Tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu này có thể là do các bài tập phục hồi chức năng của chúng tôi chỉ kéo dài 30 phút mỗi ngày, còn trong nghiên cứu này, bài tập phục hồi chức năng kéo dài 60 phút.

#### **4.4.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả PHCN sau đột quỵ não**

Những bệnh nhân sau đột quỵ não hồi phục ở những mức độ khác nhau và phụ thuộc vào một số các yếu tố nguy cơ gây đột quỵ não. Có bằng chứng thuyết phục rằng tập luyện PHCN giúp cho việc tái tạo tổ chức não và đây là một thành tố quan trọng cho sự hồi phục chức năng sau đột quỵ não. Những hiểu biết của chúng ta về những yếu tố đóng góp cho sự tái tạo tổ chức não bao gồm những kích thích đa dạng từ môi trường, những cấp độ hoạt động cao, tập luyện PHCN sớm, cường độ tập luyện và chế độ tập luyện định hướng theo công việc. Trầm cảm, tình trạng bệnh kèm và những khiếm khuyết tri giác nhận thức có ảnh hưởng xấu tới quá trình hồi phục chức năng do cản trở sự học tập, tiếp thu, nhiệt tình và hứng thú của bệnh nhân sau đột quỵ não.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa chỉ số Barthel lúc vào viện liên quan với tình trạng độc lập chức năng sau đột quỵ não. Kết quả này phù hợp với nhiều kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước.

Nghiên cứu của nhóm tác giả Blake H và cho thấy PHCN nhận thức đem lại những lợi ích lâm sàng so với không nhận bất kỳ can thiệp nào. Các nhóm nghiên cứu khác cũng nhận mạnh rằng những cải thiện chức năng sau đột quỵ não đạt được tốt nhất thông qua tiếp cận điều trị tổng hợp cả điều trị nhận thức và điều trị cá nhân.

Tại thời điểm vào viện, ở nhóm can thiệp và nhóm chứng tỷ lệ bệnh nhân có mức độ phụ thuộc hoàn toàn là nam giới cao hơn ở nữ giới sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ ( $p > 0,05$ ). Tại thời điểm ra viện, ở nhóm can thiệp và nhóm chứng, tỷ lệ ở nam giới và nữ giới có giảm so với khi vào viện ở mức độ phụ thuộc hoàn toàn và tăng ở mức độ phụ thuộc một phần và mức độ độc lập. Tuy nhiên không có sự khác biệt giữa nam và nữ ( $p > 0,05$ ). Tại thời điểm sau 3 tháng, tỷ lệ nam giới có khả năng độc lập cao hơn nữ giới, ở nhóm I và nhóm II không có sự khác biệt giữa nam và nữ ở các mức độ phục hồi chức năng trong sinh hoạt hàng ngày ( $p > 0,05$ ), nhưng có sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng ( $p < 0,05$ ).

Theo Ishikawa R và cộng sự, so sánh với nam giới, phụ nữ sống sót sau đột quy não có khả năng PHCN kém hơn sau ba tháng xuất viện. Sự khác biệt này không giải thích được vì tuổi khởi phát đột quy não ở nữ cao hơn hay các đặc điểm lâm sàng và vùng địa dư khác nhau.

Tác giả Phạm Thắng xác định trong khoảng từ 3 đến 12 tháng sau khi khởi phát đột quy não vấn đề quan hệ xã hội, nhận thức môi trường sống là những tiêu chí có khuynh hướng làm gia tăng tàn tật. Tuổi cao trên 80 là yếu tố nguy cơ của tàn tật theo thời gian. Trầm cảm được coi là một ảnh hưởng ngược tác động rất rõ rệt đến chất lượng cuộc sống và tàn tật, trong khi giảm chức năng trong các hoạt động thường nhật căn bản là yếu tố đầu tiên liên quan đến giảm chất lượng cuộc sống chỉ ở tiêu chí thể chất và tinh thần.

Mazzoleni, S và cộng sự chứng minh một số yếu tố quyết định quan trọng bao gồm tình trạng thể chất, trầm cảm, khiếm khuyết nhận thức và rối loạn tiểu tiện ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe liên quan đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau đột quy não.

## KẾT LUẬN

### 1. Thực trạng mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân sau đột quy não và một số yếu tố liên quan tại Thành phố Thái Nguyên

- Tỷ lệ bệnh nhân được tiếp cận dịch vụ phục hồi chức năng sau đột quy não trong nghiên cứu là 49,7%

- Mức độ độc lập các chức năng sinh hoạt hàng ngày sau đột quy não có 15,8% là độc lập hoàn toàn chức năng sinh hoạt hàng ngày

- Tuổi bệnh nhân càng cao thì mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày càng kém

- Người bệnh liệt càng nặng thì mức độ độc lập càng kém.

- Các yếu tố liên quan đến mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày: có 47,9% số bệnh nhân cần trợ giúp về ăn uống, 78,4% cần trợ giúp về mặc quần áo; 89,5% bệnh nhân cần hỗ trợ về di chuyển trong sinh hoạt hàng ngày.

### 2. Hiệu quả phục hồi chức năng tại nhà cho bệnh nhân sau đột quy não

Chương trình can thiệp phục hồi chức năng tại bệnh viện và phục hồi chức năng tại nhà sau khi ra viện có hiệu quả trong việc phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày và làm giảm tỷ lệ tàn tật cho những người bệnh sau đột quy não tại thời điểm ra viện và sau 3 tháng.

- Có sự khác biệt rõ giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng ở tỷ lệ bệnh nhân có mức độ phụ thuộc hoàn toàn và mức độ độc lập sau 3 tháng ( $p < 0,01$ ).

- Tại thời điểm sau 3 tháng, không còn bệnh nhân nào có mức độ giảm khả năng nặng ở nhóm can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân có mức độ bình thường tăng lên 43,3%, cao hơn ở nhóm chứng (13,3%). Sự khác biệt có ý nghĩa ( $p < 0,01$ ).

- Không có sự khác biệt giữa nam và nữ ở các mức độ phục hồi chức năng trong sinh hoạt hàng ngày trong cùng một nhóm, nhưng có sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng ( $p < 0,05$ ).

## KHUYẾN NGHỊ

Để tiếp tục tăng cường mức độ độc lập và giảm tỷ lệ tàn tật ở người bệnh sau đột quy, nên tiếp tục tiến hành can thiệp phục hồi chức năng trong thời gian kéo dài hơn và cần tăng cường phối hợp với các nhân viên y tế tại cộng đồng để triển khai các chương trình phục hồi chức năng tại cộng đồng dành cho các bệnh nhân đột quy não.