

## **ĐÁNH GIÁ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TẠI BIẾN MẠCH NÃO GIAI ĐOẠN CẤP TÍNH: THEO DÕI SAU 6 THÁNG BỊ BỆNH**

**NGÂN THỊ HỒNG ANH, NGUYỄN THỊ HUYỀN và Cộng sự**  
*Viện Lão khoa Quốc gia*

### **RÉSUMÉ**

**Introduction:** La rééducation du patient avec AVC à la phase aigue est ré- commandée dans les recentes années. **Methode:** 96 patient sont récutés successifs. Les principes thérapeutique essentiels sont mobilisation précoce visées l'amélioration de l'activités dans la vie quotidienne. Parametres mesurées: NIHS, Barthel Index: à l'entrée, à 3 mois, 6

mois après AVC, mRS à 6 mois. Description des donnés, analyse de Spearman corelation et regression logistque est utilisée pour determiner les facteur pronostiques. Resultat: 52,07% patient avec bon resultat et 47,13% avec mauvais resultat, parmi entre eux les decès occupe 7,29%. L'Age, NIHS et PASS initial considerent les facteur pronostique sont retrouvés.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay tai biến mạch não là một vấn đề lớn của sức khoẻ cộng đồng ở nhiều quốc gia trên thế giới. Tai biến mạch não là nguyên nhân gây tử vong và tàn tật hàng đầu ở các nước phát triển. Theo dự báo của Tổ chức Y tế thế giới về vấn đề sức khoẻ toàn cầu cho thấy bệnh tim mạch trong đó có tai biến mạch não đứng đầu trong bảng xếp loại bệnh tật vào năm 2020. Vấn đề này đặt ra cho các quốc gia đòi hỏi có chiến lược phòng ngừa, điều trị và can thiệp phục hồi chức năng sớm nhằm giảm số mắc, số chết và tàn tật do bệnh gây nên.

Trong những năm gần đây, điều trị tai biến mạch não đã có nhiều thay đổi, với khẩu hiệu “ Thời gian là não- Time is brain” đòi hỏi cần sự thay đổi về truyền thông tới cộng đồng phát hiện sớm tai biến mạch não sớm và đưa bệnh nhân tới bệnh viện kịp thời, tiếp đó là can thiệp sớm về y tế trong đó vai trò phục hồi chức năng sớm cho người bệnh là vô cùng quan trọng để giảm thiểu nhưng biến chứng trong giai đoạn cấp và đẩy nhanh quá trình hồi phục của người bệnh.[1], [6].

Trước kia, quan niệm nằm bất động tại giường sau tai biến mạch nhằm mục đích phòng tổn thương lan rộng của não [7]. Ngày nay, nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy mặt trái của việc bất động tại giường sau tai biến mạch não vì gây ảnh hưởng đến hàng loạt các hoạt động chức năng của cơ thể như giảm Vo2max, teo cơ, giảm mật độ xương, giảm khả năng hoạt động chức năng hàng ngày cũng như các biến chứng do bất động gây nên như loét, viêm phổi, huyết khối tĩnh mạch chi dưới... [6]. Phục hồi chức năng sớm cho bệnh nhân tai biến mạch não ngay từ những giờ đầu bị bệnh được áp dụng ở nhiều quốc gia trên thế giới, đồng thời đơn vị đột quỵ được phát triển ở nhiều bệnh viện nhằm chăm sóc, điều trị và phục hồi chức năng được phối hợp đồng bộ.

Mục đích của nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phục hồi chức năng tai biến mạch não trong giai đoạn cấp tại viện Lão khoa quốc gia và yếu tố ảnh hưởng tới kết quả phục hồi dựa trên thang điểm Rankin sửa đổi- cấu trúc phỏng vấn.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Tai biến mạch não lần đầu bao gồm cả nhồi máu não và xuất huyết não. Các bệnh nhân được chọn liên tục từ tháng 1 năm 2009 đến hết tháng 4 năm 2009 tại Viện Lão khoa Quốc gia.

Tuổi  $\geq 50$  tuổi.

Nhập viện trong vòng từ ngày đầu tiên bị bệnh đến ngày thứ 30 bị bệnh.

Tình trạng ý thức ổn định, ít nhất có khả năng đáp ứng với lệnh lời nói.

Bệnh nhân trước khi bị tai biến mạch não có khả năng độc lập trong sinh hoạt.

## Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân tai biến mạch có thay đổi ý thức nặng lên trong những ngày đầu, bệnh nhân cần can thiệp phẫu thuật.

- Tình trạng bệnh nội khoa nặng cấp tính và mạn tính đi kèm: hội chứng bệnh mạch vành cấp tính, suy tim mất bù, tình trạng nhiễm trùng nặng...

- Huyết áp tối đa trên 220mmHg hoặc Huyết áp tối thiểu trên 110 mmHg.

- Nhịp tim lúc nghỉ  $\leq 50$  hoặc  $\geq 110$  lần/ phút, sốt  $\geq 38$  độ C.

## Thang điểm đánh giá ban đầu[5]

- Đánh giá mức độ nặng của tai biến mạch não: NIHS (AHA và ESO khuyến cáo năm 2008), mức độ nhẹ với NIHS  $< 8$ , mức độ trung bình từ 8- 16 điểm, mức nặng với NIHS  $> 16$

- Đánh giá khả năng hoạt động chức năng hàng ngày bằng chỉ số Barthel(B I) ở thời điểm ban đầu

- Đánh giá khả năng kiểm soát tư thế bằng chỉ số PASS ở thời điểm ban đầu và khi ra viện.

- Đánh giá thời gian bị bệnh: Từ khi có dấu hiệu của bệnh đến khi nhập viện.

đánh giá thời gian bắt đầu được phục hồi chức năng: kể từ khi bị bệnh đến khi được chỉ định phục hồi chức năng.

Thang điểm đánh giá sau ra viện:

- Tổng thời gian được phục hồi chức năng tại Viện.

- Đánh giá hoạt động chức năng hàng ngày bằng Barthel Index ở thời điểm 3 tháng 6 tháng

- Đánh giá mức độ tàn tật theo chỉ số Rankin sửa đổi- bằng cấu trúc phỏng vấn(mRS- SI) với 6 mức độ: từ 0 đến 2 là hồi phục tốt, từ 3- 6 là kết quả phục hồi xấu.

Phân tích số liệu trên phần mềm SPSS 13.0 với các thuật toán tương quan Spearman, hồi qui đa biến

## Can thiệp phục hồi chức năng sớm:

1. Kiểm soát tư thế đúng, huấn luyện sớm các hoạt động chức năng hàng ngày sớm [6], [7]

2. Thay đổi tư thế tại giường.

Di chuyển từ giường sang ghế, xe lăn và ngược lại

Tập ngồi dậy từ tư thế nằm, ngồi không trợ giúp

Tập đứng dậy, chịu trọng lực bên liệt

Di chuyển trong phòng bệnh, ra nhà vệ sinh, phòng tập (Có trợ giúp, có sử dụng khung- gậy 3, 4 chân, xe lăn)

Tập đi, leo cầu thang.

Tập với xe đạp lực kế

Bài tập thăng bằng.

2. Vật lý trị liệu hô hấp: Kỹ thuật vỗ rung lồng ngực, tập thở.

3. Hoạt động trị liệu: Huấn luyện kỹ năng sinh hoạt hàng ngày: Thay áo quần, sử dụng nhà vệ sinh...

Trong quá trình tập bệnh nhân được theo dõi huyết áp, nhịp tim, mức độ nặng của bài tập ở mức trung bình(dựa theo Test nói và nhịp tim tối đa ước lượng 220- số tuổi)

4. Thời gian tập: Trung bình từ 30- 60 phút/ lần tập do kỹ thuật viên PHCN thực hiện tùy theo tình trạng đáp ứng của bệnh nhân.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm ban đầu của bệnh nhân

Đặc điểm	n(96)
Tuổi(Trung bình, độ lệch chuẩn)	73,08 ± 10,45
Giới(Nam/ nữ)	44/52 (45,8%; 54,2%)
Tiền sử	
Tăng huyết áp	44(71%)
Đái tháo đường	3 (4,8%)
Rung nhĩ	5(8,1%)
Tăng huyết áp và đái tháo đường	3 (4,8%)
Không rõ	7 (11,3%)
Loại tổn thương (dựa trên CT/ IRM sọ não)	
Nhồi máu não	92,70%
Xuất huyết não	3,1%
Tổn thương phối hợp	1,00 %
Không thấy tổn thương	3,00%
NIHS	11,52 ± 4,63
< 8	24 (25%)
Từ 8- 16	55(57,29%)
> 16	17(17,70%)

Thời gian bị bệnh(Ngày)	5,69 ± 4,93
Thời gian bắt đầu được phục hồi chức năng (X, SD)	8,57 ± 7,31
Barthel Index ban đầu-BI ban đầu(X, SD)	27,28 ± 23,89
PASS ban đầu- PASS ban đầu(X,SD)	13,13 ± 8,58

Từ tháng 1 năm 2009, tuyển chọn bệnh nhân liên tiếp đến hết tháng 4 năm 2009 có 96 bệnh nhân trong đó có 52 nữ (54,2%), tuổi trung bình 73,08 ±10,45 (Thấp nhất 52 tuổi, cao nhất 90 tuổi). Điểm trung bình NIHS 11,52 ± 4,63 trong đó có 57,29% bệnh nhân là mức độ trung bình(NIHS từ 8- 16), 17,70% mức độ nặng, mức độ nhẹ chiếm 25%.

Trong số 96 bệnh nhân tai biến mạch não được tuyển chọn có 44 bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp chiếm 75%, còn lại là tiểu đường, rung nhĩ. Bệnh nhân nhồi máu não chiếm 92,7%,.

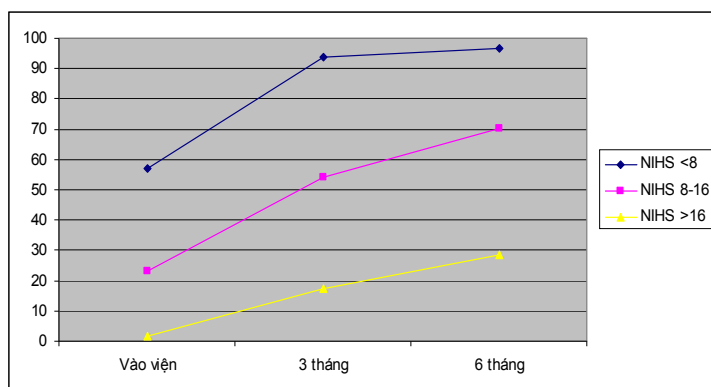
Thời gian đến viện trung bình 5,69 ± 4,93 ngày

Bảng 2. Kết quả phục hồi theo mRS sau 6 tháng bị bệnh

NIHS	mRS							
	Kết quả tốt			Kết quả kém				
	0	1	2	3	4	5	6	
<8 điểm	14 (70%)	2	6	1	0	1	0	
8-16	630 (%)	8 (%)	14 (%)	7 (%)	4 (%)	9 (%)	7*	
>16 điểm	0	0	0	2 (%)	3 (%)	12 (%)	0	
Σ	20 (20,83%)	10 10,41%	20 20,83	10 10,41%	7 7,29%	22 22,91%	7* 7,29%	
		52,07%			47,13%			

Ghi chú\*: 3 bệnh nhân chết trong vòng 3 tháng đầu sau tai biến mạch não (02 do tái phát, 01 bệnh nhân do xuất huyết tiêu hoá), 4 bệnh nhân chết (Viêm phổi, tai biến tái phát, biến chứng của tiểu đường)

Kết quả tốt sau 6 tháng bị bệnh là 52,07%, kết quả kém là 47,13% trong đó có chết trong vòng 6 tháng đầu là 7,29%, số bệnh nhân cần được chăm sóc thường xuyên (nằm liệt giường) chiếm 22,91%



**NIHS <8**  
**BI TB ban đầu: 52,29**  
**BI TB 3 tháng: 92,29**  
**BI TB 6 tháng: 94,29**

**NIHS từ 8-16**  
**BI TB ban đầu: 24,73**  
**BI TB 3 tháng: 58,94**  
**BI TB 6 tháng: 74,58**

**NIHS > 16**  
**BI TB ban đầu: 1,76**  
**BI TB 3 Tháng: 16,47**  
**BI TB 6 tháng: 25,59**

Đồ thị: Tiến triển khả năng hoạt động chức năng hàng ngày của bệnh nhân ở các thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau khi bị bệnh.

Bảng 3. Tương quan Spearman giữa các yếu tố tuổi, NIHS, Bivv, PASSv và mức độ tàn tật theo mRS sau 6 tháng bị bệnh

\* Hệ số tương quan có ý nghĩa ở mức P < 0,001

	Tuổi	NIHS	BI ban đầu	PASS ban đầu
mRS	0,432*	0,675*	-0,726*	-0,755*
P	.000	.000	.000	.000

Bảng 4. Phân tích hồi qui đa biến các yếu tố ảnh hưởng tới mức độ tàn tật sau 6 tháng tai biến mạch não

Biến	B	SE	$\beta$	t	P
Tuổi	0,46	0,12	0,24	3,744	.000
NIHS	0,10	0,45	0,23	2,242	.027**
BI ban đầu	-0,14	0,01	-0,17	-1,331	.187
PASS ban đầu	-0,78	0,31	-0,34	-2,502	.014**

Biến phụ thuộc: mRS; \* Ý nghĩa tương quan với  $P < 0,001$ ; \*\*  $P < 0,05$

## BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại Viện Lão khoa quốc gia, nơi chưa có đơn vị đột quỵ, bệnh nhân tai biến mạch não nằm điều trị tại nhiều khoa trong viện. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tuổi trung bình của bệnh nhân là  $73,08 \pm 10,45$ , thời gian nhập viện kể từ khi bị bệnh là 5,...ngày, do nhiều bệnh nhân thời gian ban đầu họ được đưa tới cơ sở y tế của tuyến dưới (bệnh viện Huyện, Tỉnh sau đó mới chuyển lên tuyến trên (Viện Lão khoa) nên thời gian được nhập viện chưa thể gọi là sớm đối với bệnh nhân tai biến mạch não.

Thời gian trung bình bệnh nhân được bắt đầu phục hồi chức năng là  $8,57 \pm 7,31$ , vì nhiều lý do khách quan mà người bệnh được bắt đầu phục hồi chức năng sớm theo như khuyến cáo của ESO cũng như hội tim mạch Hoa Kỳ, nguyên nhân cơ bản là do nhập viện muộn, trung bình sau 5 ngày bị bệnh mới nhập viện, thứ hai là do bệnh nhân tai biến mạch não nằm ở nhiều khoa trong Viện(khoa Hồi sức cấp cứu, khoa thần kinh, khoa tim mạch, nội tổng hợp...).

Điểm trung bình về mức độ nặng của bệnh dựa trên NIHS là  $11,52 \pm 4,63$  trong đó mức độ nhẹ ( $NIHS < 8$ ) chiếm 25%, mức độ nặng ( $NIHS > 16$ ) chiếm 17,70% và hơn 50% số bệnh nhân bị bệnh ở mức độ trung bình ( $NIHS$  từ 8 đến 16 điểm. Chỉ số Barthel (BI) trung bình ban đầu là  $27,28 \pm 23,89$ , phần lớn bệnh nhân trong giai đoạn đầu phụ thuộc hoàn toàn trong sinh hoạt hàng ngày (Ăn uống, vệ sinh cá nhân, thay áo quần, di chuyển...). tiến triển của BI được thấy rõ nét trong đồ thị 1, đặc biệt trong từng nhóm phân loại mức độ nặng của bệnh NIHS. Nhóm  $NIHS > 16$  sau 6 tháng bệnh nhân vẫn trong tình trạng phụ thuộc hoàn toàn trong sinh hoạt với BI trung bình là 25,59 điểm, BI trung bình nhóm  $NIHS$  từ 8 đến 16 là 74,58 điểm, bệnh nhân chỉ cần trợ giúp rất ít trong sinh hoạt hàng ngày. Chỉ số PASS trung bình ban đầu là  $13,13 \pm 8,58$ , PASS phản ánh khả năng kiểm soát tư thế của người bệnh(bệnh(khả năng lăn trở tại giường, ngồi- thẳng bằng ngồi, khả năng đứng dậy và kiểm soát tư thế đứng, chỉ số này giúp định hướng ban đầu cho bác sĩ chỉ định chương trình tập luyện và còn để theo dõi tiến triển của người bệnh[2].

Kết quả mức độ phục hồi theo mRS cho thấy chỉ có 52,07% đạt kết quả tốt sau 6 tháng bị bệnh, tức là bệnh nhân có khả năng độc lập trong hoạt động hàng ngày, thực hiện được các hoạt động đáp ứng với nhu cầu bản thân cũng như có khả năng trở lại các hoạt động xã hội như hoạt động đoàn thể, vui chơi giải trí.

Sấp xỉ 50% là ở mức độ kém(cần trợ giúp trong sinh hoạt hàng ngày tới chăm sóc thường xuyên do nằm giường, rối loạn cơ tròn và mức độ 6 (chết). Con số này đặt ra cho vấn đề cần quản lý, theo dõi bệnh nhân sau tai biến cũng như cần phát triển nhiều loại hình chăm sóc và phục hồi chức năng tiếp tục sau ra viện cho người bệnh để giảm thiểu biến chứng và số tàn tật do hậu quả của bệnh gây ra.

Các yếu tố ảnh hưởng tới mức độ tàn tật của bệnh nhân sau 6 tháng qua phân tích tương quan Spearman các yếu tố như tuổi, NIHS, BI ban đầu và chỉ số PASS ban đầu có mối tương quan tuyến tính chặt chẽ với mức độ tàn tật (mRS) sau 6 tháng bị bệnh. Tuy nhiên qua phân tích hồi qui đa biến thì 3 yếu tố ảnh hưởng rõ rệt tới mRS ở thời điểm 6 tháng là tuổi, chỉ số PASS và chỉ số NIHS. Theo nghiên cứu của Geert Sulter và cộng sự chỉ số BI ban đầu được coi như yếu tố tiên lượng cho kết quả hồi phục của bệnh nhân tai biến mạch não[3], theo kết quả của nghiên cứu của chúng tôi do cách đánh giá của BI chỉ dựa theo hỏi người bệnh và người chăm sóc về khả năng hoạt động hàng ngày, nên kết quả đánh giá có thể dưới mức khả năng của người bệnh (do người bệnh được quá chăm sóc và chưa thực sự phát huy tối đa trong sinh hoạt hàng ngày, trong khi đó chỉ số PASS và NIHS là được đánh giá trực tiếp thầy thuốc.

Nghiên cứu này của chúng tôi còn nhiều điểm hạn chế do là phương pháp mô tả, chưa có nhóm đối chứng để so sánh về nhiều tác động của các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả hồi phục như thời gian đến sớm so với nhập viện muộn cũng như thời gian được phục hồi chức năng sớm so với muộn, so sánh nhóm có rối loạn nuốt và không có rối loạn... do vậy việc phân tích yếu tố ảnh hưởng đến mức độ hồi phục theo mRS cần được tiếp tục nghiên cứu trong các nghiên cứu sau có thiết kế nghiên cứu tốt hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barbro B et al. brain plasticity and stroke rehabilitation. Stroke. 2000; 31: 223- 230.
2. Ching-Lin Hsieh et al. trunk control as an early predictor for comprehensive activities of daily living function in stroke patient. stroke. 2002; 33: 2626-2630.
3. Geert Sulter et al. Use of the Barthel Index and modified rankin scale in acute stroke patient. stroke. 1999; 30: 158- 1541.
4. Hild F et al. stroke unite care combined early support discharge: randomized controle Trial. Stroke. 2003; 34: 2687- 2692
5. Margaret KH et al. The American Heart Association; Stroke Outcome Classification. Stroke. 1998; 29: 1274-1280
6. Julie Bernhardt et al. A vvery Early rehabilitation Trial for Stroke(AVERT). Stroke. 2008; 39: 390- 396
7. Julie Bernhardt et al. Inactive and alone: physical activity within the first days of acute stroke unite care. Stroke. 2004; 35: 1005- 1009.
8. Recommandation 2008 pour Prise en charge des Infractus Cérébraux et des Ischémiques Transioire. European Stroke Organization et Comité de Rédaction de l' ESO.