

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN**

NGUYỄN HOA NGÂN

**THỰC TRẠNG ĐỘC LẬP CHỨC NĂNG
TRONG SINH HOẠT HẰNG NGÀY VÀ HIỆU QUẢ
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TẠI NHÀ CHO NGƯỜI BỆNH
SAU ĐỘT QUỴ NÃO Ở THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

THÁI NGUYÊN, NĂM 2022

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN

NGUYỄN HOA NGÀN

THỰC TRẠNG ĐỘC LẬP CHỨC NĂNG
TRONG SINH HOẠT HÀNG NGÀY VÀ HIỆU QUẢ
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TẠI NHÀ CHO NGƯỜI BỆNH
SAU ĐỘT QUỴ NÃO Ở THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN

Chuyên ngành: Y tế công cộng

Mã số: 9720701

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. GS.TS HOÀNG KHẢI LẬP**
- 2. TS NGUYỄN PHƯƠNG SINH**

THÁI NGUYÊN, NĂM 2022

LỜI CAM ĐOAN

Đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Tôi xin đảm bảo những số liệu và kết quả trong luận án này là trung thực, khách quan và chưa có ai công bố trong bất kỳ công trình nào khác.

Tác giả

Nguyễn Hoa Ngân

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành nhất tới Ban Giám hiệu, các khoa, phòng cùng toàn thể các thầy cô giáo của Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập.

Với lòng biết ơn sâu sắc và sự kính trọng của tôi, xin bày tỏ lời cảm ơn chân thành tới GS.TS Hoàng Khải Lập và TS Nguyễn Phương Sinh, những người Thầy tâm huyết đã tận tình hướng dẫn, động viên khích lệ, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và thực hiện luận án.

Tôi xin bày tỏ lời cảm ơn chân thành tới Ban Giám hiệu Trường Cao đẳng y tế Thái Nguyên đã tạo điều kiện, giúp đỡ tôi được tham gia học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án.

Tôi xin chân thành cảm ơn Trung tâm y tế Thành phố Thái Nguyên, Trạm Y tế, nhân viên y tế thôn bản và nhân dân xã Tân Cương, phường Túc Duyên, phường Tân Thành, phường Tân Long, phường Gia Sàng, Phường Hoàng Văn Thụ, phường Phan Đình Phùng đã giúp đỡ và tạo điều kiện cho tôi trong quá trình nghiên cứu.

Tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới Ban Giám đốc Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, Bệnh viện A Thái Nguyên, các y bác sỹ khoa thần kinh Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên và các y bác sỹ khoa nội Bệnh viện A Thái nguyên cùng các bạn đồng nghiệp đã nhiệt tình chia sẻ kinh nghiệm giúp đỡ tôi trong quá trình nghiên cứu và hoàn thành luận án.

Cuối cùng, tôi xin gửi tấm lòng ân tình tới Gia đình của tôi, là nguồn động viên, khích lệ và truyền nhiệt huyết cho tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án này.

Xin chân thành cảm ơn!

Thái Nguyên, ngày tháng năm 20

Tác giả

Nguyễn Hoa Ngân

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

TỪ VIẾT TẮT	TỪ ĐẦY ĐỦ
B. Bobath	: Mức độ liệt nửa người theo Bobath
BI	: Chỉ số Barthel (<i>Barthel Index</i>)
CDC	: Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa bệnh tật (<i>Center for Disease Control and Prevention</i>)
CLCS	: Chất lượng cuộc sống
CSHQ	: Chỉ số hiệu quả
FIM	: Bảng đánh giá mức độ độc lập chức năng (<i>Functional independence Measure</i>)
HQCT	: Hiệu quả can thiệp
KAP	: Kiến thức, thái độ, thực hành (<i>Knowledge Attitude Practice</i>)
MMSE	: Thang đánh giá trạng thái tâm thần (<i>Mini – Mental State Examination</i>)
MRS	: Điểm Rankin hiệu chỉnh (<i>Modified Rankin Scale</i>)
NIHSS	: Thang điểm đột quy của Viện sức khỏe quốc gia (<i>National Institute of Health Stroke Scale</i>)
PHCN	: Phục hồi chức năng
SS-QOL	: Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân đột quy (<i>Stroke Specific Quality of Life Scale</i>)
TBMMN	: Tai biến mạch máu não
WHO	: Tổ chức y tế thế giới (<i>World Health Organization</i>)

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Một số khái niệm liên quan tới đột quy não.....	3
1.1.1. Khái niệm và phân loại đột quy não.....	3
1.1.2. Khái niệm về phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy não.....	3
1.1.3. Hậu quả của đột quy não.....	7
1.1.4. Định nghĩa và các thang điểm đánh giá mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hàng ngày.....	9
1.2. Thực trạng đột quy não trên thế giới và Việt Nam.....	10
1.3. Một số nghiên cứu về mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quy não và một số yếu tố liên quan.....	12
1.3.1. Một số nghiên cứu về mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quy não.....	12
1.3.2. Một số nghiên cứu về yếu tố liên quan đến mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quy não.....	15
1.4. Một số nghiên cứu can thiệp phục hồi chức năng cho người bệnh sau đột quy não.....	21
1.4.1. Phục hồi chức năng tại viện, tại trung tâm.....	21
1.4.2. Phục hồi chức năng tại cộng đồng.....	23
1.5. Giới thiệu địa bàn nghiên cứu.....	32
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	34
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	34
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ đối tượng nghiên cứu mô tả và can thiệp.....	34
2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn đối với người chăm sóc chính của người bệnh tại nhà.....	35
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	35
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....	35
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.....	35
2.3.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu.....	36
2.3.3. Phương pháp chọn mẫu.....	38

2.4. Nội dung can thiệp	39
2.4.1. Đối tượng can thiệp.....	39
2.4.2. Mục tiêu can thiệp.....	39
2.4.3. Thời gian và địa điểm can thiệp.....	39
2.4.4. Nội dung và tổ chức can thiệp.....	40
2.4.5. Giám sát can thiệp:	44
2.5. Biến số nghiên cứu.....	45
2.5.1. Biến số nghiên cứu cho mục tiêu 1: Mô tả thực trạng mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não và một số yếu tố liên quan tại thành phố Thái Nguyên năm 2016.....	45
2.5.2. Các biến số nghiên cứu cho mục tiêu 2: đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh sau đột quỵ não	46
2.6. Các chỉ tiêu và thang điểm đánh giá sử dụng trong nghiên cứu	46
2.7. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin	49
2.7.1. Công cụ thu thập thông tin.....	49
2.7.2. Phương pháp thu thập thông tin	50
2.7.3. Biện pháp khống chế sai số.....	51
2.8. Phương pháp xử lý số liệu.....	51
2.9. Vấn đề đạo đức nghiên cứu.....	52
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	54
3.1. Thông tin chung về người bệnh nghiên cứu	54
3.2. Thực trạng mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não tại thành phố Thái nguyên và một số yếu tố liên quan	58
3.2.1. Thực trạng mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não.....	58
3.2.2. Một số yếu tố liên quan đến mức độ độc lập trong chức năng trong sinh hoạt hằng ngày ở người bệnh sau đột quỵ não	62
3.3. Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh sau đột quỵ não ..	68
Chương 4: BÀN LUẬN.....	82
4.1. Đặc điểm chung của người bệnh nghiên cứu.....	82

4.2. Thực trạng mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quy não và một số yếu tố liên quan tại thành phố Thái Nguyên năm 2016	86
4.2.1. <i>Thực trạng mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quy não.....</i>	<i>86</i>
4.2.2. <i>Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quy não</i>	<i>90</i>
4.2.3. <i>Một số yếu tố liên quan đến mức độ độc lập trong chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quy não.....</i>	<i>95</i>
4.3. Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh sau đột quy não ..	97
4.3.1. <i>Kết quả mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày sau 6 tháng và 1 năm can thiệp</i>	<i>97</i>
4.3.2. <i>Hiệu quả phục hồi mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hằng ngày.....</i>	<i>98</i>
4.3.3. <i>Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng cải thiện mức độ khiếm khuyết thần kinh và mức độ giảm khả năng, tàn tật ở người bệnh đột quy não.....</i>	<i>104</i>
4.3.4. <i>Hiệu quả can thiệp cải thiện kiến thức thái độ, thực hành của người chăm sóc chính</i>	<i>106</i>
5. Một số hạn chế của luận án	108
KẾT LUẬN	110
KHUYẾN NGHỊ.....	112
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới của người bệnh nghiên cứu.....	54
Biểu đồ 3.1. Đặc điểm nghề nghiệp của người bệnh nghiên cứu	54
Bảng 3.2. Đặc điểm về dân tộc, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân của người bệnh nghiên cứu.....	55
Bảng 3.3. Đặc điểm phân bố vị trí liệt của người bệnh theo nhóm giới tính.....	55
Bảng 3.4. Đặc điểm phân bố mức độ liệt của người bệnh theo nhóm giới tính	56
Bảng 3.5. Đặc điểm phân bố thông tin bệnh kèm theo của người bệnh nghiên cứu	57
Bảng 3.6. Đặc điểm số lần người bệnh nghiên cứu bị đột quỵ não	57
Bảng 3.7. Điểm trung bình các chức năng trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh đột quỵ não theo thang điểm Barthel.....	58
Biểu đồ 3.3. Mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não	59
Bảng 3.8. Mức độ độc lập chức năng về ăn uống của người bệnh sau đột quỵ não .	59
Bảng 3.9. Mức độ độc lập chức năng về tự vệ sinh của người bệnh sau đột quỵ não ...	60
Bảng 3.10. Mức độ độc lập chức năng về di chuyển của người bệnh sau đột quỵ não .	61
Bảng 3.11. Phân bố mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày theo giới	61
Bảng 3.12. Kiến thức về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quỵ não	62
Bảng 3.13. Thái độ về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quỵ não	63
Bảng 3.14. Thực hành về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quỵ não	64
Bảng 3.15. Mối liên quan giữa giới tính với mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não.....	65
Bảng 3.16. Mối liên quan giữa nhóm tuổi với mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não.....	65
Bảng 3.17. Mối liên quan giữa bên liệt với mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não	66

Bảng 3.18. Mối liên quan giữa tổn thương với mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quy não	66
Bảng 3.19. Mối liên quan giữa mức độ liệt với mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày	67
Bảng 3.20. Mối liên quan giữa số lần đột quy não với mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quy não.....	67
Bảng 3.21. Đặc điểm tính đồng nhất về giới và mức độ liệt của người bệnh nghiên cứu trong nhóm can thiệp so với nhóm chứng	68
Bảng 3.22. Kết quả mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày sau 6 tháng và 1 năm ở nhóm can thiệp	69
Bảng 3.23. Kết quả mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày sau 6 tháng và 1 năm theo dõi ở nhóm chứng	70
Bảng 3.24. Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày sau 6 tháng và 1 năm nhóm can thiệp so với nhóm chứng ở người bệnh sau đột quy não theo Barthel	70
Bảng 3.25. Kết quả điểm trung bình mức độ độc lập các chức năng trong sinh hoạt hằng ngày ở người bệnh sau đột quy não ở nhóm can thiệp trước và sau can thiệp	71
Bảng 3.26. Kết quả điểm trung bình mức độ độc lập các chức năng trong sinh hoạt hằng ngày ở người bệnh sau đột quy não ở nhóm chứng ở thời điểm trước và sau theo dõi.....	72
Bảng 3.27. Kết quả mức độ khiếm khuyết thần kinh của người bệnh sau đột quy não ở nhóm can thiệp trước can thiệp, sau can thiệp 6 tháng và 1 năm theo thang điểm Nihss	73
Bảng 3.28. Kết quả thay đổi mức độ khiếm khuyết thần kinh của người bệnh sau đột quy não ở nhóm chứng sau 6 tháng và 1 năm theo thang điểm Nihss	74
Bảng 3.29. Hiệu quả can thiệp mức độ khiếm khuyết thần kinh của người bệnh đột quy não nhóm can thiệp so với nhóm chứng sau 6 tháng và 1 năm can thiệp theo thang điểm Nihss	75

Bảng 3.30. Kết quả mức độ giảm khả năng, tàn tật của người bệnh sau đột quy não ở nhóm can thiệp trước, sau can thiệp 6 tháng và sau 1 năm theo thang điểm Rankin cải tiến	75
Bảng 3.31. Kết quả mức độ giảm khả năng, tàn tật của người bệnh sau đột quy não ở nhóm chứng trước theo dõi sau 6 tháng và 1 năm theo thang điểm Rankin cải tiến	76
Bảng 3.32. Hiệu quả can thiệp mức độ giảm khả năng, tàn tật của người bệnh sau đột quy não nhóm can thiệp so với nhóm chứng sau 6 tháng và 1 năm theo thang điểm Rankin cải tiến	76
Bảng 3.33. Kết quả kiến thức về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quy não nhóm can thiệp trước và sau can thiệp 6 tháng	77
Bảng 3.34. Kết quả kiến thức về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quy não ở nhóm chứng trước và sau theo dõi	77
Bảng 3.35. Hiệu quả can thiệp kiến thức về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quy não sau can thiệp và theo dõi	78
Bảng 3.36. Kết quả thái độ về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quy não ở nhóm can thiệp trước và sau can thiệp	78
Bảng 3.37. Kết quả thái độ về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quy não ở nhóm chứng trước và sau theo dõi	79
Bảng 3.38. Hiệu quả can thiệp thái độ về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quy não sau can thiệp và theo dõi	79
Bảng 3.39. Kết quả thực hành về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quy não nhóm can thiệp trước và sau can thiệp	80
Bảng 3.40. Kết quả thực hành về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quy não ở nhóm chứng trước và sau theo dõi	80
Bảng 3.41. Hiệu quả can thiệp thực hành về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quy não sau can thiệp và theo dõi	81

DANH MỤC SƠ ĐỒ, BIỂU ĐỒ

Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu	36
Sơ đồ 2: Mô hình can thiệp	43
Biểu đồ 3.1. Đặc điểm nghề nghiệp của người bệnh nghiên cứu(n=171)	54
Biểu đồ 3.2. Đặc điểm phân bố loại tổn thương đột quy não theo giới tính(n=171)	56
Biểu đồ 3.3. Mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quy não (n=171).....	59
Biểu đồ 3.4. Phân bố mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày	62
theo tổn thương(n=171)	62

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não không chỉ dẫn đến tỷ lệ tử vong cao mà còn để lại nhiều hậu quả nặng nề cho người bệnh, gia đình và xã hội. Theo tổ chức Y tế Thế giới (WHO), mỗi năm có 15 triệu người mắc đột quy não trên toàn cầu trong đó khoảng 9 triệu người phải chịu đựng những khuyết tật vĩnh viễn do đột quy não gây ra, đặt gánh nặng lên gia đình và xã hội, đặc biệt là ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam [46], [64]. Tác giả Venketasubramanian nghiên cứu ở các nước Đông Nam Á thấy tỷ lệ tàn tật do đột quy não gây ra là 1955/100.000 người [102].

Sau đột quy não nếu người bệnh sống sót thường có những khó khăn về khả năng thực hiện độc lập các chức năng trong sinh hoạt hằng ngày. Theo tác giả Whitiana G. D nghiên cứu thấy kết quả có 58,1% người bệnh độc lập trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày [108]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thị Mỹ Luật cho thấy, chỉ 1,6% người bệnh sau đột quy não độc lập trong sinh hoạt hằng ngày; 75,8% người bệnh phụ thuộc hoàn toàn; 22,6% phụ thuộc một phần [24].

Hiện nay, đã có một số nghiên cứu thực hiện can thiệp phục hồi chức năng cho người bệnh sau đột quy não tại bệnh viện, tại cộng đồng để giúp người bệnh sau đột quy não cải thiện khả năng độc lập các chức năng sinh hoạt hằng ngày, giảm bớt sự phụ thuộc của người bệnh vào người chăm sóc chính. Tác giả Cao Minh Châu áp dụng bài tập phục hồi chức năng của Bobath tại cộng đồng, kết quả nghiên cứu mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hằng ngày của người bệnh là 46,84% [4]. Tác giả Nguyễn Tấn Dũng tiến hành can thiệp tập phục hồi chức năng tại bệnh viện và kết nối chương trình tập luyện phục hồi chức năng tại nhà đã chỉ ra có 58,4% người bệnh độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày [11].

Sau khi người bệnh xuất viện trở về cộng đồng tỷ lệ người bệnh tàn tật do đột quy não còn cao trong đó khả năng thực hiện độc lập các chức năng sinh hoạt hằng ngày của người bệnh chưa được cải thiện. Do vậy, yêu cầu được phục hồi chức năng tại nhà là rất cần thiết

Việc thực hiện phục hồi chức năng tại nhà, cần vai trò của y tế cơ sở và người nhà chịu trách nhiệm phục hồi chức năng người bệnh đột quỵ não có ý nghĩa cực kỳ quan trọng. Các đối tượng này cần được bồi dưỡng kiến thức, thái độ và thực hành phục hồi chức năng cho người bệnh một cách chu đáo, đặc biệt khu vực các tỉnh miền núi. Làm tốt vấn đề này sẽ góp phần giảm tải cho bệnh viện.

Cho đến nay, mặc dù đã có một số nghiên cứu can thiệp về phục hồi chức năng tại nhà, tại cộng đồng. Tuy nhiên các nghiên cứu chưa đánh giá hiệu quả một chương trình can thiệp phục hồi chức năng một cách rõ rệt, cụ thể và cũng như chưa khẳng định được vai trò của người nhà trong việc phục hồi chức năng người bệnh đột quỵ não khi từ bệnh viện trở về; đặc biệt trong đời sống cộng đồng các tỉnh miền núi. Vậy câu hỏi đặt ra là mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hằng ngày của người bệnh đột quỵ não ra sao? Việc can thiệp phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh đột quỵ não của chúng tôi tại nhà có hiệu quả trong việc cải thiện mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hằng ngày không? Cân nhắc tới tính thời sự của vấn đề sức khỏe nêu trên và để trả lời cho các câu hỏi đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài ***“Thực trạng độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày và hiệu quả phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh sau đột quỵ não ở Thành phố Thái Nguyên”*** với mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não và một số yếu tố liên quan tại Thành phố Thái Nguyên năm 2016

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

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Một số khái niệm liên quan tới đột quy não

1.1.1. Khái niệm và phân loại đột quy não

* *Khái niệm đột quy não*

Theo Tổ chức Y tế Thế giới: “Đột quy não là sự xảy ra đột ngột các thiếu sót chức năng thần kinh thường khu trú hơn là lan tỏa, tồn tại quá 24 giờ hoặc tử vong trong vòng 24 giờ. Các tổn thương không do nguyên nhân chấn thương”[44].

* *Phân loại đột quy não*

Đột quy não gồm hai loại chính:

- *Nhồi máu não (thiếu máu não cục bộ)*: là tình trạng khi một mạch máu bị tắc nghẽn, khu vực não mà mạch máu đó cung cấp bị thiếu máu và hoại tử, nhũn ra (trước đây gọi là tai biến nhũn não). Người ta phân ra ba loại thiếu máu cục bộ:

+ *Cơn thiếu máu não thoáng qua*: Nếu sau đột quy não bệnh nhân phục hồi hoàn toàn trong 24 giờ

+ *Thiếu máu não cục bộ phục hồi*: Tai biến phục hồi trên 24 giờ và không để lại di chứng hay di chứng không đáng kể

+ *Thiếu máu não cục bộ hình thành*: thời gian phục hồi kéo dài, để lại di chứng hoặc tử vong

- *Chảy máu não*: Là máu thoát khỏi mạch máu chảy vào nhu mô não. Có thể chảy máu ở nhiều vị trí trong não như vùng bao trong, vùng nhân xám trung ương, thùy não, thân não, tiểu não.

1.1.2. Khái niệm về phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy não

1.1.2.1. Định nghĩa

Phục hồi chức năng là dùng các biện pháp y học, xã hội học... làm giảm tác động của giảm khả năng và tàn tật, tạo cho người khuyết tật có cơ hội để hội

nhập, tái hội nhập xã hội, có cơ hội bình đẳng tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội, có cuộc sống bình thường tối đa so với hoàn cảnh của họ [3], [28].

1.1.2.2. Các hình thức phục hồi chức năng

Có 3 hình thức phục hồi chức năng cho người tàn tật [3], [28]:

- ***Phục hồi chức năng tại viện, tại trung tâm:*** Người tàn tật từ các nơi xa đến các trung tâm, các viện để được điều trị phục hồi chức năng. Ưu điểm của hình thức này là có nhiều phương tiện, trang thiết bị, có nhiều cán bộ được đào tạo chuyên khoa sâu, có khả năng phục hồi được những trường hợp khó.

- ***Phục hồi chức năng ngoài viện, ngoài trung tâm:*** Là hình thức phục hồi mà cán bộ chuyên khoa đưa phương tiện đến nơi người tàn tật ở địa phương để phục hồi. Hình thức này có ưu điểm là người tàn tật không phải đi xa, số lượng người tàn tật được phục hồi nhiều hơn, giá thành chấp nhận được, người tàn tật được phục hồi chức năng tại nơi họ sinh sống.

- ***Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng:*** Cán bộ y tế cơ sở, gia đình người tàn tật được chuyển giao kỹ thuật phục hồi chức năng. Người tàn tật được phát hiện và phục hồi chức năng tại cộng đồng theo kỹ thuật thích nghi. Nguồn nhân lực tài chính dựa vào cộng đồng. Hình thức này có tính xã hội hóa cao, người tàn tật, gia đình người tàn tật, chính quyền, các tổ chức đoàn thể đều tham gia. Kinh phí chấp nhận được. Chất lượng phục hồi chức năng cao vì đáp ứng nhu cầu hội nhập xã hội của người tàn tật. Tuy nhiên có hạn chế là đối với các trường hợp khó thì không giải quyết được.

1.1.2.3. Các lĩnh vực can thiệp của chương trình PHCN

Chương trình phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ não bao gồm các lĩnh vực sau:

+ ***Vận động trị liệu:*** giúp người bệnh thực hiện được tối đa khả năng vận động và kiểm soát vận động bao gồm kiểm soát sức mạnh, sự điều hợp, khả năng di chuyển trong các vị thế.

+ **Hoạt động trị liệu**: giúp người bệnh hoàn thành các hoạt động chức năng hằng ngày như hoạt động tự chăm sóc, sinh hoạt thường nhật, vui chơi, tham gia lao động sản xuất và nghỉ ngơi.

+ **Tâm lý trị liệu**: Giúp người bệnh điều chỉnh những rối loạn về cảm xúc, khuyến cáo và sử dụng thuốc điều chỉnh cảm xúc nếu cần.

+ **Dinh dưỡng**: Hướng dẫn người nhà và người bệnh chế độ ăn và loại thức ăn phù hợp với khả năng nuốt của người bệnh, dự phòng béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường...

Nhiều kết quả nghiên cứu cho thấy can thiệp phục hồi chức năng càng sớm càng tốt ngay sau đột quỵ não mang lại lợi ích rất lớn về cơ hội và khả năng phục hồi cho người bệnh. Kết quả này không chỉ phụ thuộc vào thời gian được can thiệp phục hồi chức năng sớm hay muộn mà còn phụ thuộc vào loại hình can thiệp và chương trình can thiệp phục hồi chức năng cụ thể cho người bệnh. Thành lập chương trình phục hồi chức năng tại nhà là yếu tố chính ảnh hưởng một cách đáng kể đến chất lượng phục hồi cho người bệnh.

Chương trình phục hồi chức năng sớm ngay sau khi người bệnh nhập viện được thiết lập dưới sự theo dõi và kiểm soát của thầy thuốc phục hồi chức năng. Thầy thuốc nội khoa hay thần kinh tham gia nhóm điều trị để kiểm soát các tình trạng bệnh và biến chứng của người bệnh. Thầy thuốc điều trị, thầy thuốc phục hồi chức năng, người bệnh và gia đình quyết định người bệnh sẽ được điều trị phục hồi chức năng tại bệnh viện hay tại nhà.

+ Nếu có chỉ định phục hồi chức năng tại bệnh viện, thầy thuốc phục hồi chức năng sẽ phải xác định các phương thức và kỹ thuật can thiệp phục hồi chức năng thích hợp nhất cho người bệnh trong từng giai đoạn của bệnh (vận động trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu...). Phục hồi chức năng sớm tại bệnh viện có vai trò quan trọng trong tiến trình phục hồi và dự phòng biến chứng sau đột quỵ não.

+ Sau khi ra viện về nhà, nhóm điều trị phải xác định được loại hình phục hồi chức năng thích hợp nhất cho người bệnh để tập luyện tại nhà. Đây là giai đoạn có thể lâu dài để đạt đến hiệu quả tối đa, có ý nghĩa rất lớn trong nâng cao chất lượng cuộc sống và hội nhập xã hội của người bệnh.

*** Các tiêu chuẩn quyết định người bệnh thực hiện chương trình phục hồi chức năng tại nhà.**

- Người bệnh đã ổn định về tình trạng sức khỏe tổng quát (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, ăn uống...).
- Người bệnh sau giai đoạn cấp tính của đột quỵ não.
- Người bệnh đã kết thúc chương trình điều trị tại bệnh viện và có thể tiếp tục chương trình tại nhà.
- Có người chăm sóc đã được hướng dẫn hỗ trợ trong việc tập luyện PHCN tại nhà

*** Lập kế hoạch phục hồi chức năng tại nhà.**

- Chương trình phục hồi chức năng tại nhà sau khi xuất viện trở về gia đình và cộng đồng là một trong những mối quan tâm lớn không những của người bệnh và gia đình mà cũng là mối quan tâm của những người làm công tác phục hồi chức năng.
- Huấn luyện cho người chăm sóc người bệnh thực hành những kỹ năng chăm sóc phục hồi chức năng cơ bản.
- Đến thăm nhà người bệnh để xem xét môi trường nhà ở và khuyến cáo những thay đổi cần thiết có thể được để tạo điều kiện thuận lợi cho người bệnh hòa nhập với cuộc sống gia đình.

*** Xây dựng chương trình phục hồi chức năng tại nhà.**

Vai trò của nhóm điều trị lúc này là cung cấp chương trình phục hồi chức năng tại nhà liên tục cho người bệnh. Nhóm điều trị sẽ tập trung hơn bao gồm các kỹ thuật vận động trị liệu, hoạt động trị liệu, tâm lý trị liệu, điều dưỡng. Những công việc chính của nhóm điều trị lúc này là:

- Lượng giá nhu cầu phục hồi chức năng tại nhà
- Xác định mục tiêu phục hồi của người bệnh và người chăm sóc
- Lập kế hoạch chương trình PHCN tại nhà.

1.1.3. Hậu quả của đột quy não

Trong số những người bệnh sống sót sau đột quy não thì phần lớn đều để lại những hậu quả nặng nề.

- **Liệt hoặc mất vận động:** Theo thống kê, có khoảng 90% người bệnh bị liệt vận động (liệt nửa người, liệt tay chân, liệt mặt) sau đột quy não. Di chứng này gây khó khăn cho người bệnh về chế độ sinh hoạt, đi lại hàng ngày. Người bệnh cần phải phục hồi sau đột quy não nếu không sẽ không thể tự chăm sóc bản thân mình mà phải phụ thuộc vào người thân chăm sóc. Đồng thời khi phải nằm liệt lâu, người bệnh có thể gặp một số biến chứng nguy hiểm như: viêm loét da, viêm đường tiết niệu, viêm phổi, viêm đường hô hấp... dễ gây nhiễm trùng, tử vong.

- **Rối loạn nhận thức:** Rối loạn nhận thức là sự suy giảm các chức năng cao cấp của vỏ não do tổn thương tế bào não và rối loạn chức năng não gây nên. Đây là một trong những biến chứng nặng nề sau đột quy não dẫn đến sa sút trí tuệ của người bệnh. Người bệnh bị rối loạn nhận thức có các biểu hiện như: hay quên, suy giảm trí nhớ, đầu óc lơ mơ không tỉnh táo, mất khả năng định hướng không gian, thời gian, không nhận biết được người thân, gia đình của mình và không hiểu được lời nói của người khác...

- **Rối loạn ngôn ngữ:** Sau đột quy não, người bệnh có thể bị tổn thương dẫn đến rối loạn về ngôn ngữ. Người bệnh có thể gặp hiện tượng rối loạn ngôn ngữ với biểu hiện khá đa dạng như: nói ngọng, nói lắp, âm điệu bị biến đổi... và gặp khó khăn khi diễn đạt, thậm chí là không nói được.

- **Rối loạn thị giác:** Người bệnh bị rối loạn thị giác có biểu hiện là mất nhìn mờ một bên hoặc cả hai bên, mù một phần hoặc toàn bộ, quàng hoặc đau mắt.

- **Tiểu tiện không tự chủ:** Những người sau đột quy não thường bị rối loạn cơ vòng. Ngoài ra, rối loạn cảm giác và nhận thức khiến người bệnh không kiểm soát được tình trạng tiểu tiện.

- **Rối loạn tâm lý:** Phần lớn người bệnh sau đột quy não suy giảm hoặc mất khả năng chăm sóc bản thân và phải nhờ đến sự chăm sóc của người thân. Điều này có thể khiến cho người bệnh cảm thấy tự ti, mặc cảm, dễ dẫn đến trầm cảm.

Đột quy não là nguyên nhân gây tàn tật phổ biến đứng thứ ba trong những nguyên nhân gây tàn tật trên toàn thế giới chiếm tỷ lệ 4,5% chỉ sau nhồi máu cơ tim (6,1%). Tại Mỹ, hàng năm có đến khoảng 700.000 ca đột quy não xảy ra, trong đó đến 500.000 người tàn tật do đột quy não [42]. Theo thống kê năm 2011, hàng năm có đến 43,7 triệu người bị tàn tật do đột quy não, chiếm 3,2% số người tàn tật trên toàn cầu và còn tiếp tục tăng lên [79]. Năm 2013, trên toàn cầu có khoảng 113 triệu người bị tàn tật, chiếm tỷ lệ 1807/100.000 người [63]. Theo kết quả nghiên cứu của Katan M và cộng sự, tại Mỹ, trong 795.000 trường hợp đột quy não mới, có 26% người bệnh bị tàn tật ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày và có trên 50% người bệnh giảm khả năng vận động do liệt nửa người [71]. Theo nghiên cứu thống kê ở vương quốc Anh cũng cho thấy, đột quy não là nguyên nhân gây tàn tật hàng đầu ở Anh, 2/3 số người đột quy não còn sống sót bị tàn tật [95].

Đột quy não cũng là vấn đề nghiêm trọng, đáng quan tâm ở châu Á. Tỷ lệ tàn tật do đột quy não gây ra ở các nước Nam Á từ 888/100.000 người (ở Băng la đét) đến 1467/100.000 người (ở Pakistan). Tỷ lệ này ở các nước Đông Á là từ 706/100.000 người (ở Nhật Bản) đến 4409/100.000 (ở Mông Cổ). Ở các nước Đông Nam Á, nước có tỷ lệ tàn tật do đột quy não thấp nhất là Singapor với tỷ lệ 804/100.000 người; nước có tỷ lệ cao nhất là Indonesia với tỷ lệ 3382/100.000 người. Ngoài ra, một số nước cũng có tỷ lệ tàn tật do đột quy não khá cao như Myanma, Lao, Campuchia, Triều Tiên...[102].

Theo tác giả Tomasevic Todorović S đã chỉ ra, tỷ lệ người bệnh đột quy não liệt nửa người bên phải là 63,5%, liệt nửa người bên trái là 36,5%. Thời gian điều trị tại bệnh viện trung bình của người bệnh sau đột quy não là 34,35 ngày [100].

Theo kết quả nghiên cứu của Ghoreyshi Z và cộng sự năm 2021 cho thấy, tỷ lệ người bệnh đột quy não mắc chứng mất ngôn ngữ chiếm 61,8%, rối loạn nhận thức chiếm 76%, chứng rối loạn vận ngôn chiếm 61%. Trong đó, chứng mất ngôn ngữ thường gặp ở những người lớn tuổi và trình độ học vấn thấp hơn. Tỷ lệ người bệnh đột quy não mất ngôn ngữ và rối loạn vận ngôn là 40%, tỷ lệ rối loạn nhận thức và mất ngôn ngữ là 55% [66].

Việt Nam là nước có tỷ lệ tàn tật do đột quy não khá cao so với các nước trong khu vực cũng như trên thế giới. Tỷ lệ tàn tật do đột quy não gây ra ở Việt Nam là 1955/100.000 người [102]. Nghiên cứu của tác giả Phan Hồng Minh đã chỉ ra có 18,12% người bệnh đột quy não di chứng mức độ nhẹ, 58,39% di chứng mức độ vừa và 23,49% di chứng nặng [26]. Theo tác giả Nguyễn Văn Đăng cho thấy, có đến 92,62% người bệnh đột quy não nếu còn sống đều có di chứng về vận động; 27,69 có di chứng nặng; 68,42% di chứng vừa và nhẹ [10]. Tác giả Ngô Đăng Thục nghiên cứu cho thấy có tới 14,19% người bệnh có di chứng nhẹ; 55,48% di chứng vừa và 30,23% di chứng nặng [36]. Tác giả Phạm TL nghiên cứu tại Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy, có 34% người bệnh đột quy não di chứng mức độ nhẹ, 39% có di chứng ở mức độ trung bình, 28% có di chứng nặng [90].

1.1.4. Định nghĩa và các thang điểm đánh giá mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hàng ngày.

“Mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày là khả năng độc lập của người bệnh trong việc thực hiện các hoạt động tự chăm sóc và sinh hoạt hằng ngày. Các hoạt động này bao gồm ăn uống, vệ sinh cá nhân, kiểm soát đại tiện, tiểu tiện, di chuyển, đi lại, mặc quần áo, đi giày dép...” [8].

Người bệnh sau đột quỵ não cần phục hồi chức năng ở nhiều mặt: vận động, ngôn ngữ, tâm lý, làm việc, các chức năng sinh hoạt hằng ngày.... trong đó chức năng vận động và các chức năng độc lập sinh hoạt hằng ngày được quan tâm nhiều nhất và sớm nhất. Họ cần được đảm bảo chức năng độc lập sinh hoạt hằng ngày để họ quay trở lại sống với gia đình, tham gia lao động như trước.

Có hai thang đo thường được sử dụng để đánh giá sự độc lập của người bệnh đột quỵ não là FIM (Functional Independence Measure) và thang Barthel Index. Có nhiều nghiên cứu đã sử dụng hai thang đo này để đánh giá mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não trên thế giới và tại Việt Nam. Thang điểm Barthel đã được sử dụng từ năm 1955 tại các bệnh viện ở Maryland – Hoa Kỳ (Bệnh viện Montebello State, Deer's Head và Western Maryland), để đánh giá khả năng tự phục vụ của người bệnh mắc các bệnh thần kinh - cơ, hay bệnh cơ xương, với việc cho điểm đánh giá mười hoạt động chức năng cơ bản trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh: Ăn uống, tắm rửa, kiểm soát đại tiểu tiện, chăm sóc bản thân, thay quần áo, đi đại tiểu tiện (sử dụng nhà vệ sinh), di chuyển từ giường sang ghế hoặc xe lăn và ngược lại, di chuyển trên mặt bằng, lên xuống cầu thang. Thang điểm này cũng đã được sử dụng trong rất nhiều nghiên cứu cả trên thế giới và tại Việt Nam để đánh giá mức độ độc lập của người bệnh. Trước đây thang điểm được đánh giá từ 1 đến 20 điểm, hiện nay thường đánh giá với nấc khoảng cách là 5 điểm nên tổng điểm là 100.

1.2. Thực trạng đột quỵ não trên thế giới và Việt Nam

** Thực trạng đột quỵ não trên thế giới*

Đột quỵ não hiện nay được ví như đã đạt đến quy mô của một dịch bệnh. Theo thống kê của Tổ chức Đột Quỵ Thế giới (World Stroke Organization-WSO), cứ 6 người trên thế giới thì có 1 người bị đột quỵ não với gần 6 triệu người trong số họ mất đi cuộc sống do đột quỵ não [105]. Số người tàn tật do đột quỵ não gây ra năm 1990 là 86 triệu người, đến năm 2010 tỷ lệ tàn tật do đột quỵ não tăng 102 triệu người [64].

Theo báo cáo của hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (American Heart Association) thấy có khoảng 7,2 triệu người Mỹ trên 20 tuổi mắc đột quy não và tăng theo tuổi ở cả nam và nữ; trong đó có khoảng 3,1 triệu người là nam giới và 4,1 triệu người là nữ giới mắc đột quy não [52]. Đột quy não vẫn là một căn bệnh có tỷ lệ mắc cao ở Châu Âu, mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong việc chăm sóc và điều trị với tỷ lệ mắc đột quy não khoảng 5% ở nhóm < 75 tuổi; 10% ở nhóm > 80 tuổi [51]. Theo tác giả Owolabi M nghiên cứu ở một số nước Châu Phi thấy tỷ lệ mắc đột quy não ở Châu Phi 15 ca/100.000 dân (ở Ethiopia), 963 ca/100.000 dân (ở Hy Lạp) và 1460 ca/100.000 dân (ở Nigeria) [86]. Tác giả Adeloye D thực hiện nghiên cứu ở 10 nước của Châu Phi thấy tỷ lệ mắc đột quy não ở Châu Phi 1,89 triệu người, tương ứng 315,3 ca./100.000 dân (95%CI= 314,0-748,2) [43].

Mặc dù sự phổ biến của mắc đột quy não là một vấn đề toàn cầu, nhưng gánh nặng của đột quy não đặc biệt nghiêm trọng ở Châu Á. Tác giả Wang Wenzhi nghiên cứu 480.000 người thuộc 31 tỉnh của Trung Quốc cho thấy, tỷ lệ mắc đột quy não trung bình là 1596 ca/100.000 người [107]. Tác giả Li Q nghiên cứu thấy, tỷ lệ mắc đột quy não ở nam giới cao hơn so với ở nữ giới (nam là 2,38%; nữ là 1,82%) [76]. Theo báo cáo của WHO, số lượng hiện mắc đột quy não ở các nước Đông Nam Á khoảng 4,5 triệu người [104].

** Thực trạng đột quy não tại Việt Nam*

Cũng giống như các quốc gia khác trên thế giới, Việt Nam cũng đang phải đối mặt với tỷ lệ mắc đột quy não ngày càng cao. Theo nghiên cứu của Lê Thị Hương chỉ ra tỷ lệ mắc đột quy não cao nhất ở Cần Thơ (4,81%), thấp nhất ở Gia Lai 0,36% [18]. Kết quả nghiên cứu của Venketasubramanian ở các nước Đông Nam Á thấy tỷ lệ mắc đột quy não ở Việt Nam 610/100.000 người, tỷ lệ tàn tật do đột quy não gây ra là 1955/100.000 người [102]. Tác giả Nguyen C nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ mắc nhồi máu não 608/100.000 người [84]. Tác giả Dương Đình Chinh nghiên cứu về đặc điểm dịch tễ học đột quy não ở Nghệ An chỉ ra rằng, tỷ

lệ mắc 355,9/100.000 dân, nam giới cao hơn ở nữ giới, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) [5].

1.3. Một số nghiên cứu về mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não và một số yếu tố liên quan

1.3.1. Một số nghiên cứu về mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não

** Trên thế giới*

Theo kết quả nghiên cứu của Arsic S cho thấy, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong mức độ độc lập giữa nhóm người bệnh bị đột quỵ não và nhóm chứng (gồm những người mắc một số bệnh như Parkinson, sa sút trí tuệ, trầm cảm), với $p < 0,001$. Về khả năng tự chăm sóc, điểm trung bình ở nhóm đột quỵ não là $29,0 \pm 10,4$ thấp hơn ở nhóm chứng ($41,9 \pm 0,58$). Về khả năng tự di chuyển, điểm trung bình ở nhóm đột quỵ não thấp hơn ở nhóm chứng ($14,0 \pm 5,24$ so với $20,74 \pm 0,99$). Điểm trung bình về đại tiểu tiện tự chủ, giao tiếp, hòa nhập xã hội và nhận thức ở nhóm đột quỵ não đều thấp hơn ở nhóm chứng, $p < 0,001$ [50].

Nghiên cứu của tác giả Rayegani S.M tại Iran sử dụng thang đo FIM để đánh giá mức độ độc lập của người bệnh sau đột quỵ não ở thời điểm vào viện, ra viện và sau 6 tháng sau khi bị đột quỵ não. Kết quả điểm trung bình của FIM tại thời điểm vào viện là 86 (15 - 119), ở thời điểm ra viện điểm trung bình FIM đã tăng lên 102 điểm và ở thời điểm sau 6 tháng là 119 điểm, với $p < 0,001$. Cũng theo nghiên cứu này, chỉ có 13% người bệnh ở thời điểm nhập viện có mức độ độc lập hoàn toàn hoặc một phần ở khía cạnh thực hiện các chức năng vận động hằng ngày. Khi ra viện, tỷ lệ người bệnh có mức độ độc lập hoàn toàn hoặc một phần đã tăng lên 30%. Ở thời điểm sau 6 tháng, có đến 76% người bệnh đã độc lập hoàn toàn hoặc một phần trong việc thực hiện chức năng vận động hằng ngày [93].

Tác giả Pei L cũng sử dụng thang điểm Barthel Index để đánh giá mức độ độc lập của người bệnh đột quỵ não trong sinh hoạt hằng ngày. Kết quả cũng chỉ ra người bệnh đột quỵ não có mức độ độc lập trung bình, với điểm trung bình BI là $50,5 \pm 27,1$ [89]. Nghiên cứu của Whitiana G. D sử dụng thang điểm Barthel Index để đánh giá mức độ độc lập của người bệnh đột quỵ não trong sinh hoạt hằng ngày cho thấy, có 18/31 người bệnh độc lập trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày chiếm 58,1% [108].

Tác giả Musa K.I đánh giá sự thay đổi mức độ độc lập của người bệnh đột quỵ não ở thời điểm xuất viện, sau xuất viện 1 tháng và 3 tháng bằng thang đo Barthel index (BI). Kết quả ở thời điểm xuất viện, điểm trung bình BI của người bệnh là $35,1 \pm 39,4$ (khoảng từ 0 - 100), trong đó điểm trung bình BI ở nhóm người bệnh bị nhồi máu não cao hơn ở nhóm người bệnh bị xuất huyết não ($\bar{X} \pm SD$: $41,9 \pm 40,7$ so với $15,0 \pm 27,2$). Ở thời điểm sau xuất viện 1 tháng, điểm trung bình của thang điểm BI đã tăng lên $64,4 \pm 39,5$ điểm. Ở thời điểm sau xuất viện 3 tháng, điểm trung bình BI là $71,5 \pm 38,9$ điểm. Điều này cho thấy, ở thời điểm ngay khi ra viện, đa số người bệnh có mức độ độc lập thấp trong việc thực hiện các hoạt động trong sinh hoạt hằng ngày [81].

** Tại Việt Nam*

Theo tác giả Lê Thị Thảo (2003), nghiên cứu tại cộng đồng quận Ba Đình - Hà Nội chỉ ra rằng sau đột quỵ não có 45,3% người bệnh độc lập hoàn toàn trong sinh hoạt hằng ngày, 25,5% cần trợ giúp ít, 23,5% phụ thuộc trung bình và 5,9% phụ thuộc hoàn toàn [34]. Tác giả Cao Minh Châu (2004) nghiên cứu thấy rằng, mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày ở người bệnh sau đột quỵ não chiếm tỷ lệ 46,84%. Mức độ phụ thuộc ở nữ cao hơn ở nam [4]. Theo kết quả nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Luật năm 2008 chỉ ra đa số người bệnh đột quỵ não trước khi vào viện có mức độ phụ thuộc hoàn toàn trong việc thực hiện các hoạt động hằng ngày, chiếm 75,8%; 22,6% người bệnh có mức độ phụ thuộc một phần và chỉ

1,6% sau đột quy não độc lập trong thực hiện các chức năng sinh hoạt hằng ngày [24].

Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Triệu cho thấy, tại thời điểm vào viện chỉ có 3,9% người bệnh có khả năng thực hiện độc lập hoàn toàn chức năng trong sinh hoạt hằng ngày; 56,7% phụ thuộc hoàn toàn; 23,4% phụ thuộc một phần; 16% độc lập một phần. Tại thời điểm ra viện, tỷ lệ người bệnh có khả năng thực hiện độc lập hoàn toàn chức năng trong sinh hoạt hằng ngày tăng lên 15,7% và 37,4% người bệnh phụ thuộc hoàn toàn trong thực hiện chức năng sinh hoạt hằng ngày. Sau ra viện 3 tháng, 42,0% người bệnh thực hiện độc lập hoàn toàn chức năng trong sinh hoạt hằng ngày và 11,6% người bệnh phụ thuộc hoàn toàn. Sau 1 năm 48,3% người bệnh thực hiện độc lập hoàn toàn chức năng sinh hoạt hằng ngày và chỉ còn 7,2% phụ thuộc hoàn toàn [38].

Nghiên cứu của Nguyễn Tấn Dũng năm 2012 tại Đà Nẵng sử dụng thang điểm Barthel Index để đánh giá mức độ độc lập của người bệnh đột quy não trong sinh hoạt hằng ngày cho thấy, khi vào viện 8,4% người bệnh độc lập hoàn toàn chức năng sinh hoạt hằng ngày và 69,3% là phụ thuộc hoàn toàn chức năng sinh hoạt hằng ngày [11]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Như Mai năm 2014 chỉ ra có đến 70,1% người bệnh có nhu cầu phục hồi chức năng sinh hoạt hằng ngày, 59,1% người bệnh có nhu cầu phục hồi chức năng trong vận động [25]. Tác giả Võ Hoàng Nghĩa nghiên cứu tại Bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy, 33,1% người bệnh độc lập hoàn toàn chức năng sinh hoạt hằng ngày; 28,8% phụ thuộc hoàn toàn và 66,9% phụ thuộc một phần trong sinh hoạt hằng ngày [27].

Từ những nghiên cứu trên chúng ta có thể nhận thấy, hầu hết người bệnh sau đột quy não thường phụ thuộc một phần hoặc phụ thuộc hoàn toàn trong việc thực hiện các hoạt động trong sinh hoạt hằng ngày. Do đó, cần phục hồi chức năng sớm và toàn diện giúp hồi phục tốt hơn, đạt được mức độ độc lập trong sinh

hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não cao hơn, giảm bớt sự phụ thuộc trong sinh hoạt hằng ngày vào người thân.

1.3.2. Một số nghiên cứu về yếu tố liên quan đến mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não

Người bệnh sau đột quỵ não thường bị giảm mức độ độc lập trong chức năng sinh hoạt hằng ngày. Mức độ độc lập của người bệnh sau đột quỵ não có liên quan đến nhiều yếu tố khác nhau như độ tuổi của người bệnh, mức độ liệt, loại tổn thương đột quỵ não, bên liệt....

**** Tuổi***

Theo WHO, đột quỵ não có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi. Tuổi càng cao nguy cơ đột quỵ não càng lớn, sau 55 tuổi cứ sau mỗi mười năm thì nguy cơ đột quỵ não tăng gấp đôi.

Hurvitz E.A theo dõi 50 người sau đột quỵ não dưới 18 tuổi thấy tuổi trẻ là yếu tố thuận lợi cho sự hồi phục về mức độ độc lập sinh hoạt hằng ngày [67]. Nghiên cứu của Cakir T thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa người bệnh ở nhóm tuổi < 65 tuổi và trên 65 tuổi về điểm trung bình mức độ độc lập chức năng FIM ($83,0 \pm 32,9$ so với $78,0 \pm 31,7$; $p < 0,05$) [56].

Trong nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Thúy Vũ thấy, điểm số độc lập trong sinh hoạt hằng ngày ở nhóm người cao tuổi ≥ 75 tuổi thấp hơn so với nhóm trẻ tuổi ($< 0,05$). Người bệnh có tình trạng kinh tế khá có điểm số độc lập trong sinh hoạt hằng ngày cao hơn người bệnh có kinh tế nghèo và đủ ăn với ($p < 0,05$). Người bệnh sống chung vợ chồng có điểm số độc lập trong sinh hoạt hằng ngày cao hơn người bệnh sống độc thân, ly dị/góa bụa với ($p < 0,05$), người bệnh có vợ/chồng chăm sóc có điểm số độc lập trong sinh hoạt hằng ngày cao hơn (12,39 điểm) so với người bệnh không có người thân chăm sóc ($p < 0,05$). Điểm số độc lập trong sinh hoạt hằng ngày ở người bệnh có tình trạng yếu/liệt thấp hơn so với người bệnh không có tình trạng yếu/liệt ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm số độc lập trong sinh hoạt hằng ngày theo thang điểm

Barthel với các yếu tố như loại tổn thương não ($p > 0,05$) [41]. Theo Nguyễn Tấn Dũng thì người bệnh nhóm tuổi từ 65 trở lên có mức độ phụ thuộc chức năng sau TBMMN khi vào viện cao hơn so với những người bệnh nhóm tuổi dưới 65 (tương ứng là 71,5% so với 28,5%) (OR = 2,8; 95% CI 1,57 - 5,09) [11].

** Giới:*

Nam giới bị đột quy não nhiều hơn nữ giới, theo Clarke 56% là gặp ở nam giới [60]. Theo tiểu ban đột quy não của Hiệp hội Thần kinh học các nước Đông Nam Á, 58% gặp ở nam giới. Tác giả Cao Minh Châu (2004) nghiên cứu thấy, mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày ở người bệnh sau đột quy não chiếm tỷ lệ 46,84%, mức độ phụ thuộc ở nữ cao hơn ở nam [4]. Trong nghiên cứu của Vieira cho thấy, giới tính có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh sau đột quy não, nam giới có tỷ lệ mức độ độc lập cao hơn nữ giới (OR (95% CI) = 5,21 (4,08 - 6,65)) [103]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Cakir T không thấy có sự khác biệt giữa giới tính nam và nữ; nhóm nhồi máu não và xuất huyết não trong mức độ độc lập chức năng của người bệnh sau đột quy não [56].

** Kiến thức, thái độ, thực hành của người chăm sóc về phục hồi chức năng cho người bệnh sau đột quy não*

Nghiên cứu về kiến thức của người chăm sóc người bệnh đột quy não tại Hàn Quốc của tác giả Lee K.W chỉ ra rằng, có đến hơn 1/3 (33,8%) người chăm sóc không có đủ kiến thức về việc chăm sóc phù hợp cho người bệnh sau đột quy não. Trên thực tế, một số lượng đáng kể người chăm sóc còn thiếu kiến thức và có kiến thức không đúng trong một số lĩnh vực của việc chăm sóc và phục hồi chức năng cho người bệnh sau đột quy não: 64,3% người chăm sóc trả lời đúng về tư thế thích hợp cho người bệnh; 74,3% trả lời đúng trong việc cho ăn và 62,4% trả lời đúng về việc thay đổi tư thế và di chuyển người bệnh [75]. Tác giả Bhat A, B tại Banglades nghiên cứu thấy, nhìn chung người chăm sóc cho người bệnh sau đột quy não thiếu kiến thức về các yếu tố nguy cơ, dấu hiệu cảnh báo

đột quy não, các phương pháp điều trị người bệnh sau đột quy não trong vòng 4 giờ đầu tiên (giờ vàng) từ khi bị đột quy não: 36,4% người chăm sóc thiếu kiến thức về các yếu tố nguy cơ; 26,4% người chăm sóc thiếu kiến thức về các dấu hiệu cảnh báo và 73,6% người chăm sóc chưa bao giờ nghe về tầm quan trọng việc người bệnh được điều trị trong giờ vàng [54]. Nghiên cứu khác ở Ấn Độ của tác giả Pandit R. B cho thấy rằng, người chăm sóc người bệnh sau đột quy não có kiến thức ở mức độ trung bình (Mean \pm SD: 9,93 \pm 2,01) [88].

Kết quả nghiên cứu của tác giả Das S ở Ấn Độ chỉ ra rằng, thái độ tích cực về đột quy não của gia đình người bệnh chỉ chiếm tỷ lệ từ 43,2 - 71,9% [61]. Theo tác giả Bhat A, B nghiên cứu thấy, 10% người chăm sóc vẫn có thái độ không tốt khi trong việc xử trí khi người thân của họ bị đột quy não như đợi chờ và quan sát, đưa đến thầy lang, đưa đến điều trị bằng các phương pháp tâm linh [54]. Tại Trung Quốc, tác giả Fang Y nghiên cứu thái độ của người chăm sóc được đánh giá qua thang điểm Family Member Attitudes Questionnaire. Kết quả cho thấy, điểm trung bình về thái độ người chăm sóc người bệnh đối với việc phục hồi lại chức năng hoạt động cơ bản trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh đột quy não ở nhóm trẻ tuổi cao hơn nhóm người cao tuổi (2,8 \pm 2,7 và 2,5 \pm 2,8) [62]. Theo tác giả Pothiban L nghiên cứu chỉ ra rằng, hầu hết người chăm sóc người bệnh sau đột quy não ở Thái Lan có thái độ tốt về chăm sóc và phục hồi chức năng cho người bệnh sau đột quy não với điểm trung bình là 49,68 \pm 6,1 (điểm thái độ trong khoảng 0 - 56 điểm) [92].

Thực hành phục hồi chức năng đúng đóng vai trò quan trọng trong việc phục hồi chức năng của người bệnh sau đột quy não. Các kỹ thuật phục hồi chức năng được tiến hành càng sớm càng tốt sau khi đột quy não [53]. Tại Ấn Độ, nghiên cứu của tác giả Pandit R.B thấy rằng, điểm trung bình người chăm sóc thực hành phục hồi chức năng cho người bệnh sau đột quy não 15,53 \pm 2,01. Hầu hết người chăm sóc thực hành phục hồi chức năng kém cho người bệnh sau đột quy não. Người chăm sóc thực hành phục hồi chức năng về chăm sóc răng miệng

(điểm trung bình $17,35 \pm 0,92$), tắm ($29,0 \pm 1,93$), vệ sinh cá nhân ($17,9 \pm 1,4$), cho ăn ($18,22 \pm 0,59$), chăm sóc lung ($5,45 \pm 0,66$) [88]. Tại Ả rập, kết quả nghiên cứu của tác giả Aldebasi K.A cho thấy, 51,0% người chăm sóc sử dụng thuốc để giúp người bệnh đột quy não phục hồi; 14,3% sử dụng các phương pháp vật lý trị liệu để phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy não; 34,7% sử dụng cả 2 phương pháp trên kết hợp với nhau để phục hồi chức năng và 25,6% dành thời gian để chấp nhận sự hồi phục một cách tự nhiên [45]. Nghiên cứu của Richards L.G đã chỉ ra, chỉ có 31,9% người chăm sóc dành thời gian tập luyện cho người bệnh các hoạt động cơ bản hằng ngày, ít dành thời gian cho việc tập cho người bệnh ngồi cân bằng. Việc tập luyện các hoạt động cơ bản hằng ngày người chăm sóc chủ yếu tập trung vào tập cho người bệnh đột quy não mặc quần áo và ít tập trung vào việc tập ăn [94].

Tác giả Dương Đình Chính nghiên cứu người trực tiếp chăm sóc người bệnh đột quy não cho thấy, chỉ có 26,8% người chăm sóc có kiến thức về khoảng thời gian vàng trong bệnh đột quy não; 6,2% người chăm sóc có kiến thức sai về khoảng thời gian vàng trong bệnh đột quy não và 67% người chăm sóc không biết về khoảng thời gian vàng này. Số người chăm sóc có kiến thức đúng về quá trình phục hồi của người bệnh bị đột quy não là thấp: 55,1% người chăm sóc cho rằng quá trình hồi phục của người bệnh sau đột quy não là diễn ra suốt đời; 22,1% cho rằng quá trình hồi phục sau vài năm bị bệnh; 12,9% là quá trình hồi phục sau vài tháng bị bệnh và 9,9% là quá trình hồi phục sau vài tuần bị bệnh [6]. Tác giả cũng cho thấy tỷ lệ người chăm sóc hiểu biết về các dấu hiệu báo trước của bệnh đột quy não là không cao: 76,2% biết được dấu hiệu đau đầu; 65,8% biết được dấu hiệu choáng đột ngột và dưới 50% trường hợp biết các dấu hiệu khác thường như nói khó, lơ mơ, yếu nửa người...[5]. Tác giả Nguyễn Thị Thanh Tinh nghiên cứu thấy kết quả chỉ có 42,7% người chăm sóc có kiến thức đúng về phục hồi chức năng trong đột quy não; 43,3% người chăm sóc có kiến thức về quá trình phục hồi đột quy não; 65,3% có kiến thức về những khuyết tật xảy ra do đột quy não và 78% người chăm sóc có kiến thức về xử lý khi bị đột quy não [37]. Kết quả nghiên cứu của tác

giả Lê Bá Thắng đánh giá về hiểu biết của người chăm sóc về đột quy não cho thấy, đa số người chăm sóc đều cho rằng tuổi cao, tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc, tăng lipid máu, tiền căn đột quy và béo phì là yếu tố nguy cơ. Chỉ 61,4% trả lời não là cơ quan bị tổn thương ở người bệnh đột quy; 32,6% nghĩ rằng đột quy là do ngã; 41,2% không biết đột quy là do tắc hay vỡ mạch máu và nhiều người chăm sóc không biết đột quy có thể được phòng ngừa [32].

Thái độ và thực hành của người chăm sóc về phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy não cũng được đề cập đến trong một số nghiên cứu. Theo nghiên cứu của tác giả Dương Đình Chinh cho thấy, thái độ và thực hành của người chăm sóc cho người bệnh sau đột quy não khi khởi phát bệnh còn chưa đúng: 6,7% để cho người bệnh nằm chờ cho khỏe lại khi bị đột quy não; 69,9% là đưa người bệnh đến cơ sở y tế gần nhất và 7,7% người chăm sóc không làm gì khi người bệnh khởi phát đột quy não. Thực hành của người chăm sóc về phục hồi chức năng cho người bệnh cũng không tốt: 59,3% người chăm sóc hỗ trợ người bệnh luyện tập phục hồi chức năng; 17,1% người chăm sóc hỗ trợ người bệnh làm các hoạt động tự chăm sóc và 22,6% người chăm sóc tạo môi trường để người bệnh có thể hòa nhập với cộng đồng [5]. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tình thấy rằng 54,7% người chăm sóc có thái độ tốt về những thuận lợi khi phòng ngừa đột quy não và 98% có thái độ tốt về những khó khăn khi thực hiện phòng ngừa đột quy não thứ phát [37]. Tác giả Mai Thọ Truyền và Ngô Đăng Thực nghiên cứu, trong các phương pháp được áp dụng để người chăm sóc lựa chọn cho người bệnh đột quy não sau khi ra viện thấy 75% người chăm sóc chọn điều trị bằng phương pháp đông tây y kết hợp; 13% sử dụng thuốc tây, nhưng không có người chăm sóc nào (0%) chọn tập vật lý trị liệu phục hồi chức năng [39].

** Một số yếu tố khác*

- Yếu tố khiếm khuyết thần kinh: Theo nghiên cứu của tác giả Sveen U cho thấy, mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày cao hay thấp phụ thuộc không nhỏ vào tình trạng khiếm khuyết chức năng vận động nhiều hay ít [98]. Tác giả Nguyễn

Tân Dũng chỉ ra rằng, có sự liên quan giữa mức độ khiếm khuyết thần kinh và độc lập chức năng sau TBMMN khi vào viện. Người bệnh có điểm NIHSS ≥ 5 khi vào viện mức độ phụ thuộc các chức năng trong sinh hoạt hằng ngày cao hơn (97,6%) so với người bệnh có điểm số NIHSS < 5 (2,4%) (OR =8,7; 95% CI 5,37 - 14,19). Người bệnh sau đột quy não có điểm kiểm tra tâm trí thu nhỏ MMSE < 24 mức độ phụ thuộc các chức năng trong sinh hoạt hằng ngày cao hơn (60,0%) so với người bệnh có điểm kiểm tra tâm trí thu nhỏ MMSE ≥ 24 (40,0%) (OR = 9,6; 95% CI 3,56 - 25,90) [11].

- Yếu tố về mức độ tổn thương: Okamura T khi nghiên cứu sự tham gia của các kỹ thuật viên vật lý trị liệu trong điều trị PHCN vận động cho người bệnh đột quy não thấy rằng: Việc tiến hành thường xuyên tập luyện phục hồi chức năng vận động có tác dụng tốt và cải thiện mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh [85]. Theo tác giả Jorgensen, cho rằng tỷ lệ mức độ độc lập sinh hoạt hằng ngày cao hay thấp phụ thuộc vào mức độ đột quy não nặng hay nhẹ. Mức độ đột quy não càng nặng thì sự phục hồi về chức năng sinh hoạt hằng ngày càng khó khăn [68].

- Các bệnh mạn tính kèm theo: Các bệnh lý mạn tính kèm theo không chỉ khiến cho tình trạng đột quy não của người bệnh nặng hơn mà còn khiến người bệnh suy giảm sức khỏe thể chất và tinh thần. Đồng thời những bệnh lý kèm theo có thể dẫn đến những thương tổn làm ảnh hưởng đến mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hằng ngày của người bệnh. Kết quả nghiên cứu của tác giả Karatepe A.G cho thấy tình trạng bệnh kèm theo nặng làm giảm mức độ độc lập chức năng của người bệnh sau đột quy não ($r = - 0,180^*$, $p < 0,001$). Các bệnh lý mạn tính kèm theo của người bệnh đột quy não thường là tăng huyết áp, đái tháo đường, táo bón, rối loạn chuyển hóa lipid, giảm thị lực [69].

- Tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố khác: Nghiên cứu của tác giả Pei L thấy tình trạng dinh dưỡng ($r = 0,563$, $p < 0,001$), tuổi ($r = - 0,233$, $p = 0,004$), số lần đột quy ($r = - 0,452$, $p < 0,001$) là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến

mức độ độc lập trong chức năng sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quy não. Tác giả thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hằng ngày giữa các nhóm học vấn, nghề nghiệp và loại đột quy não ($p < 0,05$) [89]. Tác giả Kokura Y nghiên cứu cho kết quả: tuổi, tình trạng dinh dưỡng là yếu tố ảnh hưởng đến mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hằng ngày của người bệnh đột quy não. Trong đó, tình trạng dinh dưỡng kém làm giảm mức độ độc lập của người bệnh đột quy não ($\beta = 0,089$; 95% CI = 0,010 - 0,347) [73].

Từ những nghiên cứu trên có thể thấy mức độ độc lập của người bệnh đột quy não chịu tác động của nhiều yếu tố như tuổi cao, giới tính, mức độ tổn thương của người bệnh, tình trạng khiếm khuyết chức năng vận động, tình trạng dinh dưỡng, bệnh lý kèm theo...

1.4. Một số nghiên cứu can thiệp phục hồi chức năng cho người bệnh sau đột quy não

1.4.1. Phục hồi chức năng tại viện, tại trung tâm

Phục hồi chức năng cho người bệnh sau đột quy não nên được tiến hành càng sớm càng tốt ngay sau khi bị đột quy não. Ở những người bệnh sau đột quy não ổn định, phục hồi chức năng có thể được tiến hành trong vòng 2 ngày sau khi mắc đột quy não và nên được tiếp tục cả sau khi ra viện. Mục tiêu dài hạn của phục hồi chức năng là cải thiện chức năng thể chất do đó người bệnh sau đột quy có thể độc lập nhất có thể. Điều này đòi hỏi người bệnh sau đột quy não phải học lại những kỹ năng cơ bản như tắm, ăn uống, mặc quần áo, đi lại...[83].

**** Trên thế giới***

Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ và Hiệp hội Đột quy Hoa Kỳ đã đưa ra một hướng dẫn về thực hiện phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy não. Hướng dẫn này đã chứng minh hiệu quả của giải pháp can thiệp tăng cường vận động sớm cho người bệnh đột quy não trong vào 24 giờ đầu sau khi mắc đột quy não. Chương trình này được điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu thực hiện liên tục trong 14 ngày đầu sau đột quy hoặc đến khi ra viện. Trước khi tiến hành,

người bệnh được theo dõi về huyết áp, nhịp tim, SO_2 , nhiệt độ trong vòng 3 ngày đầu. Trong can thiệp này, người điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu giúp đỡ người bệnh ngồi dậy hoặc đứng thẳng ít nhất 2 lần/ ngày và 6 ngày/tuần. Chương trình can thiệp này được chứng minh là an toàn và hiệu quả trong việc phục hồi chức năng sớm cho người bệnh đột quỵ não tại bệnh viện [53, 109]

Ở Italia, nghiên cứu can thiệp tiến hành bởi một đội gồm nhà thần kinh học, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, kỹ thuật viên ngôn ngữ học... Mỗi người bệnh được tiến hành các bài tập trên ít nhất 50 phút/lần, 6 lần/ tuần. Kết quả, sức khỏe thể chất (median = 54,0 trước can thiệp so với 59,0 sau can thiệp), sự phụ thuộc vào người chăm sóc (median = 52,0 trước can thiệp so với 62,0 sau can thiệp), chức năng sinh lý (median = 10,0 trước can thiệp so với 15,0 sau can thiệp) có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê sau khi áp dụng chương trình can thiệp trên ($p < 0,05$) [48]. Tại Nhật Bản, nghiên cứu can thiệp trên 1056 người bệnh, áp dụng các liệu pháp vật lý trị liệu, ngôn ngữ liệu pháp. Mỗi liệu pháp được tiến hành 40 phút/ngày, 5 ngày/ tuần, kết hợp các bài tập thể chất tăng cường khả năng vận động 1 lần/ngày. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, nhóm không đi lại được khi vào viện có 32,6% độc lập trong đi lại sau can thiệp; Ở nhóm cần sự giúp đỡ khi đi lại khi vào viện có 80,4% độc lập đi lại sau can thiệp ($p < 0,001$). Thực hiện các hoạt động hằng ngày, sau can thiệp có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [110].

** Tại Việt Nam*

Tác giả Trần Thị Mỹ Luật năm 2008 nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phương pháp phục hồi chức năng theo Bobath B trên người bệnh đột quỵ não. Kết quả cho thấy, khả năng ngồi dậy của người bệnh sau tập phục hồi chức năng tăng từ 22,6% lên 77,4%, tỷ lệ người bệnh sau phục hồi chức năng tự đứng dậy được từ 15,1% tăng lên 69,3%. Tỷ lệ người bệnh độc lập về thực hiện các hoạt động chức năng trong tự chăm sóc và sinh hoạt hằng ngày tăng là 20,9% [24].

Tác giả Vũ Thị Tâm áp dụng phương pháp gương trị liệu trong phục hồi chức năng vận động bàn tay ở người bệnh liệt nửa người do nhồi máu não trên 60 người bệnh được chia làm hai nhóm. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả nghiên cứu dựa vào bảng đánh giá chức năng vận động bàn tay và chức năng khéo léo của bàn tay với thang điểm từ 0 - 6. Trong đó, 0 là chức năng vận động và chức năng khéo léo kém nhất, 6 là chức năng vận động và chức năng khéo léo tốt nhất. Hiệu quả phục hồi chức năng bàn tay nhóm ứng dụng gương trị liệu có cải thiện rõ rệt về chức năng bàn tay liệt so với nhóm chứng. Trong đó, chức năng vận động tay liệt tăng lên rõ rệt sau 1 tháng và 3 tháng với độ tin cậy trên 95% ($p < 0,05$). Chức năng khéo léo bàn tay được cải thiện rõ sau 3 tháng với độ tin cậy trên 95% ($p < 0,05$) [31].

Nghiên cứu của tác giả Lê Thanh Hải tiến hành đánh giá tác dụng phục hồi chức năng vận động của phương pháp điện mãng châm trên 50 người bệnh sau nhồi máu não. Kết quả cho thấy sau 30 ngày điều trị, có 86% người bệnh cải thiện độ liệt theo chỉ số Barthel và thang điểm Orgogoro. Mức tăng điểm Barthel và Orgogoro trước và sau điều trị là 216,26% và 211,47% ($p < 0,001$). Phương pháp điều trị điện mãng châm có tác dụng phục hồi chức năng vận động ở người bệnh nhồi máu não sau giai đoạn cấp và chưa thấy tác dụng không mong muốn trên lâm sàng [13].

1.4.2. Phục hồi chức năng tại cộng đồng

**** Trên thế giới***

Phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ não đòi hỏi phải một thời gian lâu dài. Do đó, phục hồi chức năng trong viện và trung tâm, mặc dù rất quan trọng, nhưng không thể phục hồi chức năng một cách toàn diện. Các chương trình phục hồi chức năng tại nhà sau khi người bệnh ra viện là rất cần thiết trong việc phục hồi các chức năng cho người bệnh đột quỵ não và nâng cao khả năng độc lập trong sinh hoạt hằng ngày cũng như nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh sau đột quỵ não.

Tại Australia, Anderson tiến hành nghiên cứu can thiệp cho xuất viện sớm và phục hồi chức năng tại nhà dành cho người bệnh đột quỵ não bởi một nhóm bao gồm các bác sĩ phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu, các nhà hoạt động xã hội, điều dưỡng. Kết quả nghiên cứu cho thấy, thời gian nằm viện trung bình của nhóm can thiệp được rút ngắn hơn 15 ngày so với nhóm chứng ($p < 0,001$) [47]. Nghiên cứu này là được tiến hành sớm trong vòng 48h sau khi ra viện với sự tham gia của một nhóm các cán bộ y tế. Hơn nữa, can thiệp tập trung vào việc tự học tự điều chỉnh thực hành phục hồi chức năng dưới sự giám sát của người chăm sóc. Đây cũng là phương pháp sẽ được áp dụng vào can thiệp của chúng tôi là đào tạo cho người chăm sóc và thực hiện phục hồi chức năng tại nhà dưới sự giám sát của nhân viên y tế.

Chaiyawat P can thiệp phục hồi chức năng cho 60 người bệnh sau đột quỵ não tại Thái Lan trong 3 tháng sau xuất viện, nghiên cứu áp dụng các bài tập về vận động bao gồm vận động chủ động, vận động thụ động, tập vận động có sức đối kháng và các hoạt động hàng ngày như đi giày dép, sử dụng gậy, xe lăn khi di chuyển. Các bài tập được cung cấp bằng đĩa CD cho người bệnh và mỗi bài tập được tiến hành khoảng 1 giờ/ngày trong vòng 3 tháng. Người nhà người bệnh được hướng dẫn cách giúp đỡ người bệnh có thể sử dụng những kỹ năng của họ nhiều nhất có thể. Kết quả đánh giá dựa trên các thang điểm Barthel Index (BI), Modified Rankin Scale (MRS). 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 ở nhóm can thiệp là $96,33 \pm 1,04$ ($66,25 \pm 1,58$ ở nhóm chứng, $p = 0,001$). Trong đó, 93,3% người bệnh ở nhóm can thiệp có điểm BI ở mức độ tàn tật nhẹ hoặc không tàn tật (BI = 95 - 100 điểm), 90% tàn tật ở mức độ nhẹ hoặc không tàn tật (tương ứng với điểm MRS = 0 - 1) sau can thiệp; nhóm chứng không có người bệnh nào ở mức độ này [59]. Sau 3 tháng, chương trình can thiệp lại tiếp tục tiến hành trong 6 tháng và đánh giá sau 2 năm can thiệp cũng cho kết quả tương tự. Sự cải thiện theo thang điểm Barthel với điểm trung bình BI ở nhóm

can thiệp tăng từ $31,7 \pm 5,9$ (trước can thiệp) lên $97,2 \pm 2,8$ (sau can thiệp) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$; ở nhóm chứng tăng từ $33,2 \pm 4,8$ (trước can thiệp) lên $76,4 \pm 9,4$ (sau can thiệp) [58]. Trong can thiệp này, ngoài việc hướng dẫn cho người chăm sóc các động tác tập phục hồi chức năng cho người bệnh, người chăm sóc còn được cung cấp các tài liệu trực quan để có thể sử dụng trong quá trình tập cho người bệnh. Việc cung cấp phương tiện, tài liệu trực quan rất hữu ích giúp cho người chăm sóc có thể thường xuyên bổ sung các kỹ năng và thực hiện các động tác PHCN đúng kỹ thuật để có thể đạt được hiệu quả cao. Nghiên cứu của chúng tôi cũng sẽ cung cấp phương tiện trực quan là tài liệu và video về bài tập PHCN cho người chăm sóc để sử dụng trong quá trình tập cho người bệnh.

Nghiên cứu của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ tiến hành phục hồi chức năng ngoài viện cho người bệnh đột quỵ não bao gồm 3 giai đoạn: giai đoạn phục hồi chức năng tại nhà thay cho chăm sóc tại bệnh viện - hay mô hình hỗ trợ sớm cho bệnh nhân ngay sau khi xuất viện (The early supported discharge - ESD model); giai đoạn phục hồi chức năng tại nhà thay cho các bài tập phục hồi chức năng tại bệnh viện và các bài tập tại nhà nhằm ngăn ngừa biến chứng và nâng cao sức khỏe. Chương trình phục hồi chức năng tại nhà bởi nhân viên y tế được tiến hành trong vòng 2 tháng sau khi xuất viện và trong vòng 6 tháng sau khi xuất viện. Thời gian thực hiện 90 phút/ngày, 3 lần/tuần và kéo dài từ 12 đến 16 tuần. Kết quả là khả năng vận động cũng như thực hiện các hoạt động hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não được cải thiện rõ rệt [77].

Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đóng một vai trò hết sức quan trọng trong phục hồi chức năng cho những người bệnh sống sót sau đột quỵ não. Đột quỵ não gây ảnh hưởng lớn đến chức năng của cơ thể, các hoạt động của người bệnh và sự tham gia vào các hoạt động xã hội của người bệnh và hậu quả của đột quỵ não bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như môi trường và các yếu tố cá nhân, gây ra sự giảm sút trong việc vận động cũng như việc thực hiện các công việc hằng ngày của người bệnh. Ngoài ra, đột quỵ não có thể ảnh hưởng đến lời nói, ngôn

ngữ, sự nuốt, thị lực, cảm giác và nhận thức của người bệnh. Từ đó nó tác động xấu đến mọi mặt cuộc sống của người bệnh. Những vấn đề đó có thể ảnh hưởng xấu đến các hoạt động làm việc và nghỉ ngơi, cũng như các mối quan hệ trong gia đình và xã hội. Gánh nặng chăm sóc cho những người trong gia đình khi những người bệnh đột quy não được xuất viện có thể ảnh hưởng xấu đến khả năng phục hồi của người bệnh. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng có vai trò rất lớn trong việc giải quyết các vấn đề trên cũng như giúp cho người bệnh đột quy não có thể phục hồi trở lại các chức năng và các hoạt động trong cuộc sống bình thường một cách sớm nhất có thể.

Mặc dù đã có những bằng chứng ủng hộ cho việc cung cấp các hoạt động phục hồi chức năng tại cộng đồng, tuy nhiên vẫn chưa rõ ràng trong việc tổ chức thực hiện một cách tốt nhất. Điều này dẫn đến sự chuyển giao các kỹ thuật phục hồi chức năng tại cộng đồng gặp nhiều khó khăn. Những thông tin về thời điểm các can thiệp tại cộng đồng được cung cấp cũng như thời gian và mức độ của các can thiệp còn khá mơ hồ. Hầu hết các hướng dẫn can thiệp phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cần cung cấp các chăm sóc chuyên biệt cho người bệnh đột quy não. Thời gian trung bình cho các can thiệp phục hồi chức năng tại cộng đồng thường kéo dài 6 - 12 tuần và các chương trình này cần phải đánh giá ở 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng sau đột quy. Theo hướng dẫn về phục hồi chức năng của Anh quốc và Canada, các can thiệp được tiến hành tối thiểu 45 phút đến 1 giờ hằng ngày [106].

Tác giả Allen L nghiên cứu can thiệp phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng trên 794 người bệnh đột quy não ở Ontario, Canada từ năm 2009 đến năm 2013. Đội phục hồi chức năng tại cộng đồng gồm các bác sĩ phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, nghề nghiệp liệu pháp, chuyên gia về ngôn ngữ học, điều dưỡng cung cấp những phương pháp can thiệp phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. Thời gian tiến hành can thiệp phục hồi chức năng tùy thuộc vào nhu cầu của người bệnh và được đánh giá hiệu quả trong 6 tháng sau khi xuất viện.

Can thiệp tập trung vào phục hồi các chức năng thông thường của người bệnh, các hoạt động hằng ngày của người bệnh. Đánh giá kết quả dựa vào mức độ độc lập trong việc thực hiện các chức năng thông thường, tác động của đột quỵ não đến việc thay đổi các chức năng như cơ lực, chức năng tay, di chuyển, thực hiện các hoạt động chăm sóc hằng ngày, giao tiếp, trí nhớ, cảm xúc và sự tham gia vào các hoạt động xã hội; đánh giá các tác động về tâm lý của người bệnh và gánh nặng của người chăm sóc. Hiệu quả của chương trình là đã làm giảm các tác động tâm lý cho người bệnh như lo lắng, trầm cảm ở người bệnh, tăng mức độ độc lập của người bệnh trong việc thực hiện các chức năng thông thường, tăng khả năng thực hiện các hoạt động tự chăm sóc hằng ngày, giảm gánh nặng của người chăm sóc, sự cải thiện này duy trì trong 6 tháng sau khi xuất viện so với lúc nhập viện và lúc xuất viện ($p < 0,001$). Có sự cải thiện trong cơ lực, sự giao tiếp của người bệnh, sự tham gia các hoạt động xã hội ở lúc xuất viện và duy trì sau đó 6 tháng ($p < 0,001$) [46].

Tại Canada, một dịch vụ tăng cường phục hồi chức năng tại cộng đồng cho 591 người bệnh đột quỵ não sống sót khi ra viện do các bác sĩ phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, bác sĩ tại cộng đồng, chuyên gia về ngôn ngữ học, điều dưỡng, các nhà xã hội học thực hiện. Người bệnh và bác sĩ tại cộng đồng có những cuộc trao đổi trực tiếp trước khi người bệnh xuất viện để thảo luận về mục tiêu và phương pháp điều trị. Trong một tháng đầu tiên, các kỹ thuật viên vật lý trị liệu và các bác sĩ tại cộng đồng đến phục hồi chức năng cho người bệnh tối đa 3 lần/tuần, các chuyên gia về ngôn ngữ học phục hồi chức năng cho người bệnh tối đa 2 lần/tuần. Trong tháng thứ hai trở đi, các kỹ thuật viên vật lý trị liệu và các bác sĩ tại cộng đồng đến phục hồi chức năng cho người bệnh tối đa 2 lần/tuần, các chuyên gia về ngôn ngữ học phục hồi chức năng cho người bệnh tối đa 1 lần/tuần. Thời gian phục hồi chức năng kéo dài 12 tuần. Đánh giá kết quả dựa vào số ngày nằm viện (Length of stay), tỷ lệ tái nhập viện, mức độ độc lập khi thực hiện các chức năng thông thường (FIM). Kết quả sau khi thực hiện dịch

vụ phục hồi chức năng tại cộng đồng, số ngày nằm viện chỉ còn là 15,7 ngày, giảm tỷ lệ tái nhập viện cho những bệnh nhân sau đột quỵ não. Khả năng độc lập của người bệnh khi thực hiện các chức năng thông thường cũng được tăng lên [74].

Từ kết quả nghiên cứu trên, phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng có hiệu quả trong việc phục hồi lại các chức năng của người bệnh như tăng mức độ độc lập của người bệnh khi thực hiện các chức năng thông thường, tăng khả năng thực hiện các hành động tự chăm sóc hằng ngày như ăn uống, tắm rửa..., tăng cường cơ lực và tầm vận động của các chi, tăng khả năng giao tiếp của người bệnh.

*** *Tại Việt Nam***

Tại Việt Nam, các nghiên cứu trước đây chủ yếu chú trọng theo từng lĩnh vực như phương pháp tập luyện vận động, hoạt động trị liệu, độc lập chức năng và khả năng hội nhập... ít có nghiên cứu chú trọng tới PHCN cho người bệnh một cách toàn diện và chất lượng cuộc sống của người bệnh sau đột quỵ não.

Nghiên cứu của tác giả Dương Xuân Đạm năm 1999 về một số kỹ thuật như điều chỉnh tư thế nằm kết hợp với sử dụng bao cát để chống lại mẫu vận động sai, thay đổi tư thế, vận động thụ động, xoa bóp, tập với dụng cụ cho người bệnh đột quỵ não [9].

Nghiên cứu của tác giả Trần Văn Chương năm 2003, tiến hành phục hồi chức năng trên 115 người bệnh liệt nửa người do TBMMN dựa vào phương pháp phục hồi của Bobath tại bệnh viện và tiếp tục tập luyện tại nhà sau một năm có 65,5% người bệnh độc lập về thực hiện các hoạt động chức năng trong tự chăm sóc và sinh hoạt hằng ngày [7].

Công trình nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Xuân Nghiê, Cao Minh Châu, Hoàng Kim Đào áp dụng phương pháp phục hồi của Bobath với các bài tập vận động di chuyển, bài tập thực hiện chức năng sinh hoạt hằng ngày theo một trình tự và theo mẫu với các dụng cụ thích nghi đơn giản tự tạo từ nguyên vật liệu có sẵn. Đánh giá kết quả theo bảng điểm của Barthel sau 1 năm cho thấy 46,84% độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày [4].

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Triệu năm 2005 đánh giá hiệu quả của phương pháp phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy não theo Bobath B. Trong đó nhóm can thiệp được áp dụng cả các bài tập luyện phục hồi chức năng kết hợp tại bệnh viện bằng các bài tập vận động nửa người bên liệt theo tầm vận động của các khớp, tập di chuyển và sau khi ra viện họ được hướng dẫn chương trình phục hồi chức năng tại nhà dưới sự giúp đỡ của gia đình hoặc nhân viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng với các bài tập vận động đã được hướng dẫn tại bệnh viện kết hợp tập luyện các hoạt động sinh hoạt cơ bản hằng ngày như mặc, cởi quần áo, đi giày, tắt, tắm rửa, đi vệ sinh, ăn uống.... Nhóm chúng chỉ được điều trị tại bệnh viện chứ không được luyện tập phục hồi chức năng tại bệnh viện cũng như tại nhà. Kết quả cho thấy, ở nhóm được can thiệp PHCN, mức độ độc lập chức năng, chỉ số tái hội nhập xã hội, tỷ lệ trở lại làm việc sau đột quy não một năm cao hơn so với nhóm chứng (tương ứng là $86 \pm 22,6$ so với $72,7 \pm 30,3$; $65,3 \pm 30,6$ so với $52,6 \pm 36,1$ và $67,6\%$ so với $37,5\%$) ($p < 0,05$). Tỷ lệ tử vong, tỷ lệ các thương tật thứ phát nhóm can thiệp PHCN thấp hơn so với nhóm chứng (tương ứng là $8,7\%$ so với $33,1\%$ và $31,3\%$ so với $49,2\%$) ($p < 0,05$). Nhóm người bệnh được bắt đầu tập luyện PHCN sớm có mức độ độc lập chức năng và tái hội nhập xã hội tốt hơn so với những người bệnh được bắt đầu tập luyện PHCN muộn (tương ứng $r = - 0,69$ và $r = - 0,66$; $p < 0,01$) [38].

Năm 2008, Bộ Y tế cũng ban hành tài liệu hướng dẫn phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho các bệnh nhân sau tai biến mạch máu não. Các kỹ thuật phục hồi chức năng cho những người bệnh sau đột quy não tại cộng đồng bao gồm các bài tập lăn trở của người bệnh, các bài tập ngồi dậy từ các tư thế khác nhau. Người bệnh cũng cần được tập tự làm hoặc làm có sự hỗ trợ của người nhà như thay quần áo, ăn uống, vệ sinh cá nhân, di chuyển từ giường sang xe lăn và ngược lại, tập đứng dậy và tập thẳng bằng khi đứng, tập đi. Ngoài ra một số bài tập người bệnh tự tập giúp họ dễ dàng di chuyển và đề phòng các biến chứng như nâng hông khỏi mặt giường, tập cài hai tay đưa lên phía đầu. Bên cạnh đó, người

bệnh cũng cần được áp dụng các bài tập phục hồi các cơ bên liệt như ức chế trương lực cơ ở tay, chân; tập gấp háng, tập mạnh cơ duỗi gối giúp đứng vững; tập kéo giãn các cơ, tập đi và di chuyển độc lập [2].

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tấn Dũng tiến hành trên 202 người bệnh sau đột quy não. Người bệnh nhóm can thiệp được tập luyện theo một chương trình phục hồi chức năng do các thầy thuốc và kỹ thuật viên được tập huấn thực hiện gồm vận động trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu và điều trị nuốt khó và sau khi ra viện được hướng dẫn chương trình tập luyện phục hồi chức năng tại nhà dưới sự giúp đỡ của gia đình hoặc nhân viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng dưới sự giám sát của nhóm nghiên cứu ít nhất 1 lần mỗi tuần. Người bệnh nhóm chứng được tập luyện phục hồi chức năng vận động tại bệnh viện và không được kết nối với chương trình tập luyện phục hồi chức năng tại nhà với sự giám sát của nhóm nghiên cứu. Đánh giá kết quả dựa vào thang điểm đánh giá tình trạng độc lập chức năng của Barthel (BI), thang điểm đánh giá tình trạng giảm khả năng, tàn tật của Rankin và đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh TBMMN (SS -QOL) tại thời điểm khi ra viện, sau 3 tháng và sau 1 năm. Kết quả là CLCS liên quan sức khỏe ở nhóm PHCN phối hợp (nhóm can thiệp) cao hơn so với nhóm PHCN vận động sau một năm trên người bệnh TBMMN ($p < 0,05$). Nhóm can thiệp PHCN sau TBMMN một năm: tỷ lệ người bệnh có mức độc lập hoàn toàn chức năng sinh hoạt hằng ngày tăng (58,4%), giảm khả năng nhẹ hay bình thường (52,5%), CLCS khá tốt sau TBMMN (42,6%). Điểm trung bình CLCS thang đo SS - QOL, sức khỏe thể chất, chức năng, tâm lý, gia đình và xã hội tương ứng ($3,7 \pm 0,90$; $3,8 \pm 0,99$; $3,7 \pm 1,47$; $3,8 \pm 1,03$; $3,3 \pm 0,93$). Tỷ lệ các thương tật thứ phát sau TBMMN ở nhóm PHCN phối hợp thấp hơn so với nhóm PHCN vận động [11].

Tác giả Trịnh Viết Thắng năm 2012 tiến hành nghiên cứu áp dụng phục hồi chức năng theo bài tập của Hoàng Hà Kiệt. Các bài tập được tiến hành với thời gian mỗi lần tập từ 30 - 45 phút, tập hằng ngày, mỗi ngày 1 - 2 lần. Việc thực

hiện các bài tập được kiểm tra đánh giá bởi các kỹ thuật viên phục hồi chức năng, các cán bộ y tế xã phường và các bác sỹ chuyên khoa thần kinh định kỳ 1 - 2 tháng/ lần. Sau một năm can thiệp tỷ lệ người bệnh có mức độ liệt nhẹ tăng lên (độ 1 tăng từ 26,2% lên 30,9%; độ 2 tăng từ 31,2% lên 36,9%), mức độ liệt nặng giảm (độ 3 giảm từ 25,0% xuống 17,9%; độ 4 giảm từ 13,1% xuống còn 10,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Mặt khác, sau tập PHCN người bệnh tổn thương thần kinh mức độ nhẹ tăng từ 8,3% lên 56,0% ($p < 0,01$); mức độ tàn tật nhẹ tăng từ 42,9% lên 64,3% ($p < 0,01$); mức độ độc lập hoàn toàn tăng từ 11,9% lên 44,0% sau can thiệp, mức độ phụ thuộc hoàn toàn giảm xuống 19,0% (ban đầu là 31,0%) với $p < 0,01$. Điều này cho thấy, các bài tập PHCN trên có hiệu quả trong việc cải thiện rõ rệt mức độ liệt, mức độ tổn thương thần kinh và cải thiện mức độ độc lập của người bệnh [33].

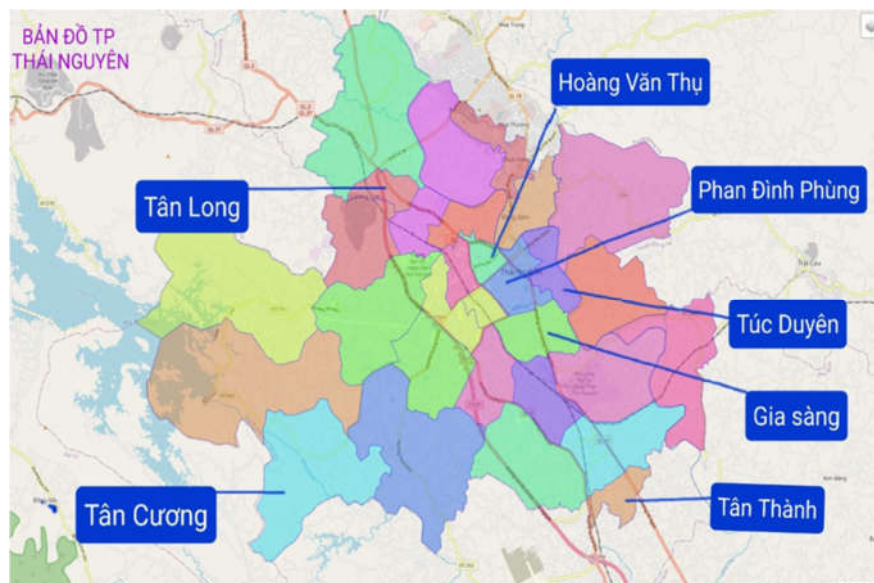
Tác giả Vũ Thị Bích Hạnh đề xuất một số kỹ thuật phục hồi chức năng cho người bệnh liệt nửa người sau đột quỵ não ở các giai đoạn khác nhau. Đối với người bệnh ở giai đoạn cấp cần thực hiện sớm các kỹ thuật phục hồi chức năng như tập vận động trị liệu bằng các biện pháp vận động thụ động theo tầm vận động của khớp để ngăn ngừa co rút, huyết khối và các biến chứng khác. Trong giai đoạn này, cần hỗ trợ người bệnh độc lập tối đa về hoạt động chức năng tại giường như lăn trở, ngồi dậy, tập thăng bằng, thay quần áo, ăn uống, di chuyển xe lăn... Đối với người bệnh ở giai đoạn hồi phục, tập các bài tập chủ động hoặc thụ động nhằm làm tăng cường sức mạnh cơ bên liệt. Người bệnh cũng cần được thực hiện các bài tập kiểm soát thăng bằng, điều hợp hỗ trợ di chuyển, tăng cường khả năng vận động của tay, giúp độc lập trong sinh hoạt hằng ngày hay các hoạt động hướng nghiệp. Ở giai đoạn sau xuất viện, người bệnh đột quỵ não cần được phục hồi chức năng tại cộng đồng và hướng nghiệp. Các kỹ thuật phục hồi chức năng tại cộng đồng bao gồm các bài tập tại nhà như tập khớp vai bằng ròng rọc, gấp vai thụ động nhờ tay lành, dôn trọng lượng lên tay liệt khi ngồi, tập với theo các mốc đánh dấu trên tường bằng tay liệt ... Đối với chân, có thể đạp xe đạp, đi bộ lên

xuống cầu thang, tập đi trên mặt đất không phẳng, đi ra khỏi môi trường quen thuộc... Người bệnh cần được khuyến khích tự thực hiện các hoạt động ăn uống, tắm rửa, thay quần áo, đi vệ sinh... giống như trước khi bị bệnh. Người bệnh đột quy não cũng được khuyến khích tham gia vào việc tái hòa nhập cộng đồng và hướng nghiệp [15].

1.5. Giới thiệu địa bàn nghiên cứu

Thành phố Thái Nguyên là đô thị loại I trực thuộc tỉnh Thái Nguyên (trước kia thuộc tỉnh Bắc Thái), trung tâm chính trị, kinh tế, văn hóa, giáo dục, khoa học - kỹ thuật, y tế, du lịch, dịch vụ của tỉnh Thái Nguyên và vùng trung du miền núi phía Bắc; trung tâm vùng trung du, miền núi Bắc Bộ, cách thủ đô Hà Nội 80 km. Thành phố Thái Nguyên có vị trí địa lý phía đông giáp huyện Đồng Hỷ, Phú Bình, phía tây giáp huyện Đại Từ, phía nam giáp Thành phố Sông Công, Phổ Yên, phía bắc giáp huyện Phú Lương. Thành phố Thái Nguyên có diện tích 222,93 km², dân số năm 2017 là 362.921 người. Thành phố Thái Nguyên có 32 đơn vị hành chính cấp xã trực thuộc, bao gồm 22 phường: Cam Giá, Chùa Hang, Đồng Bầm, Đồng Quang, Gia Sàng, Hoàng Văn Thụ, Hương Sơn, Phan Đình Phùng, Phú Xá, Quan Triều, Quang Trung, Quang Vinh, Tân Lập, Tân Long, Tân Thành, Tân Thịnh, Thịnh Đán, Tích Lương, Trung Thành, Trung Vương, Túc Duyên, Quyết Thắng và 10 xã: Cao Ngạn, Đồng Liên, Huống Thượng, Linh Sơn, Phúc Hà, Phúc Trìu, Phúc Xuân, Sơn Cầm, Tân Cương, Thịnh Đức. Tại thành phố Thái Nguyên hiện nay có 5 bệnh viện công lập: Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, bệnh viện A, bệnh viện C, bệnh viện Sức khỏe Tâm thần, bệnh viện Phổi và một số bệnh viện dân lập: bệnh viện Đa khoa Trung Tâm, bệnh viện Quốc tế Thái Nguyên, bệnh viện Trường đại học Y – Dược và một số bệnh viện khác... Đó là những cơ sở y tế tham gia khám chữa bệnh cho người dân thuộc 22 phường nêu trên; Trong đó đặc biệt chủ yếu là hai bệnh viện lớn là bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và bệnh viện A. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 7 xã phường thuộc Thành phố Thái Nguyên gồm: Tân Long, Hoàng Văn

Thụ, Phan Đình Phùng, Túc Duyên, Tân Thành, Gia Sàng, Tân Cương. Trong đó, Hoàng Văn Thụ, Phan Đình Phùng, Túc Duyên, Gia Sàng thuộc trung tâm thành phố và Tân Long, Tân Thành, Tân Cương thuộc ngoại thành.



Hình ảnh 1.1. Bản đồ thành phố Thái Nguyên

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Người bệnh sau đột quy não có triệu chứng liệt nửa người được chẩn đoán, điều trị tại bệnh viện và được chăm sóc tại nhà

- Người chăm sóc chính cho người bệnh sau đột quy não tại nhà.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ đối tượng nghiên cứu mô tả và can thiệp

• *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Người bệnh sau đột quy não, được chẩn đoán xác định và kết thúc chương trình điều trị tại bệnh viện, đã ổn định về sức khỏe tổng quát và có thể tiếp tục chương trình phục hồi chức năng tại nhà, đang có triệu chứng liệt nửa người

- Người bệnh từ 18 tuổi trở lên.

- Glasgow 15 điểm

- Đồng ý tham gia hoặc người nhà đồng ý cho tham gia nghiên cứu

• *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Người bệnh liệt nửa người nhưng không do đột quy não

- Bị các dị tật bẩm sinh ảnh hưởng đến mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hằng ngày

- Người bệnh đang mang thai, có tiền sử chấn thương sọ não, bệnh nội khoa nặng (nhồi máu cơ tim, suy tim, suy thận, viêm khớp dạng thấp mức độ nặng, ung thư...), suy giảm nhận thức do bệnh Alzheimer hay sa sút trí tuệ, Parkinson

* *Đối với người bệnh nhóm chứng:*

- Có tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ như trên

- Có đặc điểm nhân khẩu học về tuổi, giới tương đồng với người bệnh ở nhóm can thiệp

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn đối với người chăm sóc chính của người bệnh tại nhà

- Người chăm sóc chính từ 18 tuổi trở lên
- Người chăm sóc chính của người bệnh đột quỵ não tại nhà trên địa bàn thành phố Thái Nguyên (tại nơi được chọn làm địa bàn nghiên cứu)
- Có thời gian chăm sóc ít nhất 25 giờ/tuần [72].
- Đồng ý tham gia nghiên cứu
- Có đủ điều kiện cung cấp các thông tin phục hồi chức năng trong quá trình thực hiện nhiệm vụ chăm sóc người bệnh.

** Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Người chăm sóc không có khả năng trả lời các câu hỏi như mắc các bệnh lý tâm thần, rối loạn ngôn ngữ
- Không có khả năng nghe, nói, đọc, viết Tiếng Việt

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- *Địa điểm nghiên cứu:* gồm 7 phường của Thành phố Thái Nguyên là Tân Long, Hoàng Văn Thụ, Phan Đình Phùng, Túc Duyên, Tân Thành, Gia Sàng và Tân Cương..

- *Thời gian nghiên cứu:*

- + Nghiên cứu mô tả từ: Tháng 1/2016 đến tháng 12/2016
- + Nghiên cứu can thiệp từ: Tháng 4/2017 đến 4/2018

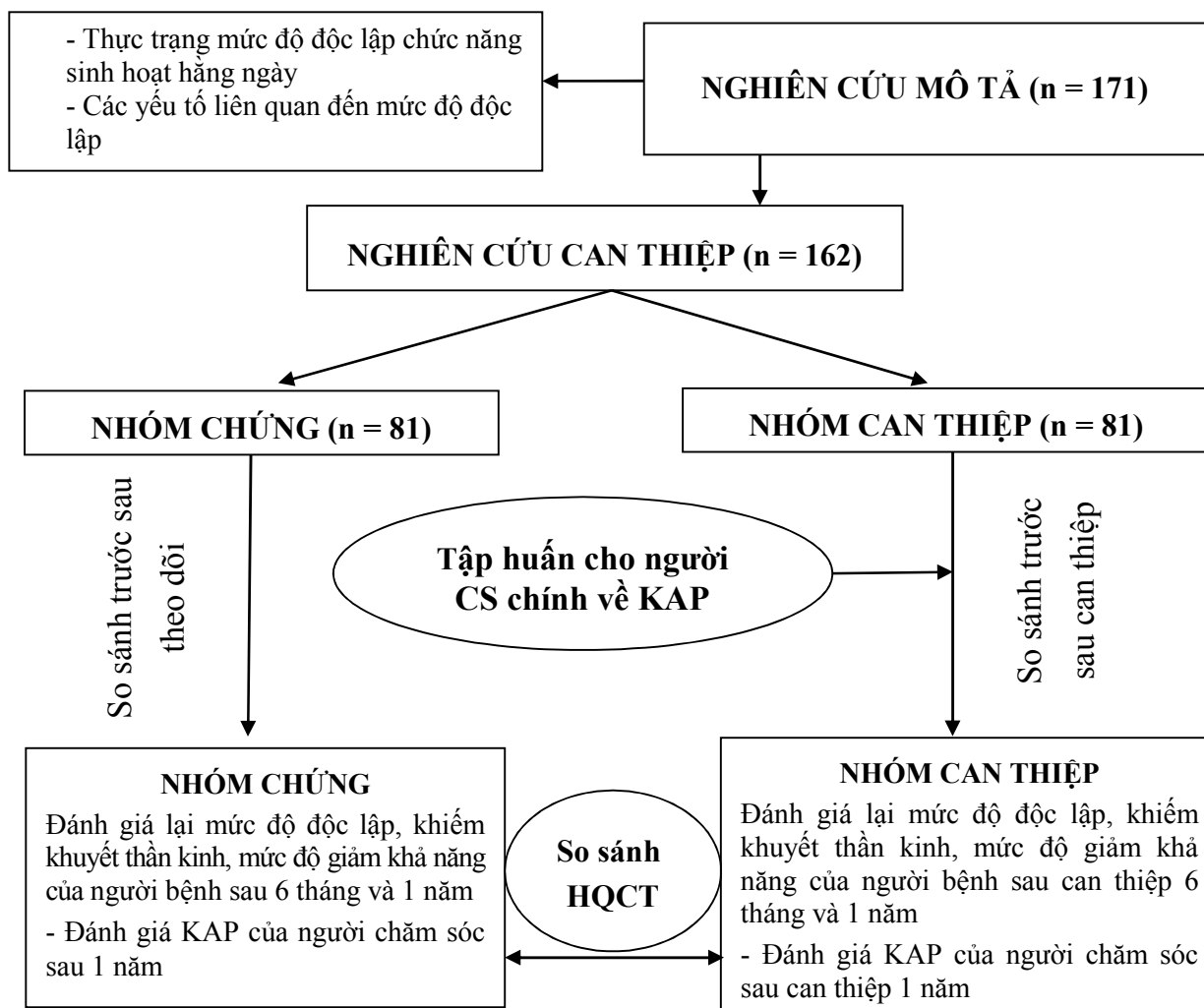
2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng hai nghiên cứu mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp cộng đồng:

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

- Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng: nhằm đánh giá KAP và hiệu quả của tập luyện PHCN phối hợp về mức độ độc lập các chức năng sinh hoạt hằng ngày ở người bệnh sau đột quỵ não .



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

2.3.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

* Cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ[14]:

$$n = z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó

n là số đối tượng cần nghiên cứu

$Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số giới hạn tin cậy, với mức tin cậy 95% $\rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

$p = 0,04$ (Tỷ lệ số người bệnh đột quy não có mức độc lập trong sinh hoạt hằng ngày theo kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Triệu năm 2005 là 3,9%, làm tròn và lấy $p = 0,04$) [38]

d : sai số cho phép, chọn $d = 0,03$

Thay vào công thức trên tính được $n = 163$. Trong nghiên cứu, chúng tôi chọn thêm 5% đề phòng bỏ cuộc. Như vậy, trên thực tế chúng tôi chọn được 171 người bệnh tham gia vào nghiên cứu. Đồng thời, với mỗi người bệnh sẽ chọn 01 người chăm sóc chính tham gia nghiên cứu mô tả. Do đó, có 171 người chăm sóc chính được chọn.

* *Cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp*

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta/2})^2 (p_1q_1 + p_2q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó:

n_1 : cỡ mẫu của nhóm nghiên cứu

p_1 : Tỷ lệ số người bệnh đột quy não có mức độc lập trong sinh hoạt hằng ngày theo kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Triệu năm 2005 là 3,9%, làm tròn và lấy $p = 0,04$ [38]

p_2 : Giả thuyết mong muốn mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh tăng lên sau can thiệp là 18%.

α : Mức sai lầm loại 1, chọn $\alpha = 0,05$ (tin cậy 95%) ta có $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

β : Mẫu sai lầm loại 2, chọn $\beta = 0,20$, (lực mẫu = 80%) ta có lực mẫu nghiên cứu ($Z_{1-\beta} = 0,84$).

Thay số vào công thức tính, ta có $n = 74$ người bệnh. Với tỷ lệ bỏ cuộc dự kiến là 10%. Như vậy, cỡ mẫu cần thiết cho mỗi nhóm là $n = 81$ người bệnh đột quy não. Trong đó số lượng mẫu can thiệp bằng số lượng mẫu nhóm đối chứng = 81 người bệnh. Tổng số mẫu nghiên cứu là 162 người bệnh đột quy não.

Đồng thời, với mỗi người bệnh sẽ chọn 01 người chăm sóc chính tham gia nghiên cứu can thiệp. Do đó, có 162 người chăm sóc chính được chọn.

2.3.3. Phương pháp chọn mẫu

*** Phương pháp chọn mẫu mô tả**

- Chọn địa điểm nghiên cứu:

Dựa trên danh sách người bệnh đột quy não của 27 xã phường trên địa bàn thành phố Thái Nguyên do các bệnh viện cung cấp và kết quả khám sàng lọc tại 27 xã phường trên địa bàn thành phố Thái Nguyên, chúng tôi chọn chủ đích các phường có nhiều người bệnh đột quy não cụ thể gồm 7 phường sau: Tân Long, Hoàng Văn Thụ, Phan Đình Phùng, Túc Duyên, Tân Thành, Gia Sàng và Tân Cương.

- Chọn đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu chọn mẫu thuận tiện số người bệnh đột quy não của các phường xã trên theo tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2016 cho đến khi đủ 171 người bệnh và 171 người chăm sóc chính đảm bảo các tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu

*** Phương pháp chọn mẫu nghiên cứu can thiệp:**

- Chọn địa điểm nghiên cứu:

Căn cứ vào danh sách điều tra người bệnh đột quy não, dựa trên địa chỉ của người bệnh đột quy não, chúng tôi chọn chủ đích các phường thuộc khu vực thành phố Thái Nguyên là: Tân Long, Hoàng Văn Thụ, Phan Đình Phùng, Túc Duyên, Tân Thành, Gia Sàng, Tân Cương là địa điểm nghiên cứu.

- Chọn đối tượng nghiên cứu:

Từ danh sách người bệnh tham gia vào nghiên cứu mô tả và kết quả nghiên cứu mô tả, chúng tôi loại ra 8 người bệnh đột quy não có điểm Barthel Index là 100 điểm (độc lập hoàn toàn) và 1 người bệnh đã chuyển địa điểm sinh sống sang tỉnh khác. Do vậy có 162 người bệnh tham gia vào nghiên cứu can thiệp. Từ danh

sách 162 người bệnh này, chúng tôi tiến hành bốc thăm ngẫu nhiên đủ 81 người bệnh tham gia nhóm can thiệp và 81 người bệnh tham gia nhóm chứng theo tiêu chuẩn chọn mẫu. Đồng thời, với mỗi người bệnh tham gia nhóm chứng và nhóm can thiệp sẽ chọn chủ đích 01 người chăm sóc chính đảm bảo tiêu chuẩn chọn mẫu tham gia nghiên cứu. Do vậy, có 81 người chăm sóc chính tham gia nhóm can thiệp và 81 người chăm sóc chính tham gia nhóm chứng.

2.4. Nội dung can thiệp

2.4.1. Đối tượng can thiệp

- Người bệnh sau đột quy não đã được lựa chọn phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu
- Người chăm sóc chính cho người bệnh đột quy não.

2.4.2. Mục tiêu can thiệp

Chương trình can thiệp nhằm 2 mục tiêu:

- Cải thiện khả năng độc lập chức năng sinh hoạt hằng ngày của người bệnh đột quy não cũng như cải thiện tình trạng khiếm khuyết thần kinh và mức độ tàn tật của người bệnh đột quy não
- Nâng cao kiến thức và thực hành của người chăm sóc chính về phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy não tại nhà

2.4.3. Thời gian và địa điểm can thiệp

- *Thời gian chương trình can thiệp*: Từ tháng 4 năm 2017 đến tháng 4 năm 2018 tại nhà của người bệnh đột quy não. Trong đó:
 - + Từ tháng 4/2017- tháng 5/2017: làm các thủ tục chuẩn bị và tập huấn trước can thiệp
 - + Từ tháng 6/2017- tháng 4/2018: Can thiệp tập luyện phục hồi chức năng cho người bệnh ở nhóm can thiệp
 - + Từ tháng 5/2018 - tháng 5 năm 2019: Đánh giá sau can thiệp

- *Địa điểm nghiên cứu can thiệp*: Được tiến hành tại 7 phường sau: Tân Long, Hoàng Văn Thụ, Phan Đình Phùng, Túc Duyên, Tân Thành, Gia Sàng và Tân Cương.

2.4.4. Nội dung và tổ chức can thiệp

* *Bước 1*: Tập huấn kỹ thuật phục hồi chức năng cho cán bộ y tế giám sát và cán bộ y tế tại xã/ phường, người chăm sóc chính. Tổng số có 14 cán bộ giám sát, 14 cán bộ y tế tại 7 xã phường nghiên cứu và 81 người chăm sóc chính người bệnh đột quy não thuộc nhóm can thiệp

+ Cán bộ giám sát: 14 cán bộ giám sát là các giáo viên thuộc bộ môn Phục hồi chức năng và bộ môn Điều dưỡng thuộc trường Cao Đẳng Y tế Thái Nguyên, được đào tạo để giám sát việc thực hiện phục hồi chức năng của các cán bộ y tế tại xã phường và người chăm sóc chính về thời gian và kỹ thuật thực hiện thông qua bảng kiểm giám sát. Việc đào tạo này do bác sĩ phục hồi chức năng trong nhóm nghiên cứu tập huấn, thời gian tập huấn gồm 3 buổi với thời lượng 3 tiếng/ buổi. Sau buổi tập huấn mỗi cán bộ giám sát được phát một cuốn bài tập in màu có hình ảnh mô phỏng (Phụ lục 7) và một video tập luyện phục hồi chức năng tại nhà được biên soạn theo chương trình tập phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh liệt nửa người do đột quy não của Trần Văn Chương [8] và chương trình AVANT về phục hồi chức năng thần kinh sau đột quy [21].

+ Cán bộ trạm y tế xã/phường: Tiến hành lựa chọn mỗi xã phường 1 bác sĩ và 1 điều dưỡng hoặc y sĩ để tiến hành tập huấn, có tổng số 14 cán bộ y tế tham gia tập huấn. Tiêu chuẩn chọn cán bộ y tế tham gia tập huấn là các bác sĩ phụ trách về PHCN hoặc có chứng chỉ đào tạo về PHCN tại các trạm y tế. Các bác sĩ phục hồi chức năng trong nhóm nghiên cứu tập huấn cho các cán bộ y tế ở 7 xã phường được lựa chọn can thiệp. Thời gian tập huấn gồm 3 buổi với thời lượng mỗi buổi là 3 tiếng. Sau buổi tập huấn mỗi cán bộ trạm y tế xã/phường được phát một cuốn bài tập in màu có hình ảnh mô phỏng (Phụ lục 7) và một video tập luyện phục hồi chức năng tại nhà được biên soạn theo chương trình tập phục hồi

chức năng tại nhà cho người bệnh liệt nửa người do đột quy não của Trần Văn Chương [8] và chương trình AVANT về phục hồi chức năng thần kinh sau đột quy [21]. Các cán bộ trạm y tế xã/ phường sau khi được tập huấn sẽ thực hiện bài tập phục hồi chức năng cho người bệnh tại nhà. Đồng thời, các cán bộ y tế này sẽ phối hợp, hỗ trợ và giám sát người chăm sóc chính thực hiện việc phục hồi chức năng cho người bệnh.

+ Người chăm sóc chính: được tập huấn về kiến thức và kỹ thuật thực hiện phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy não. Các buổi tập huấn được thực hiện bởi cán bộ trạm y tế xã/phường với sự hỗ trợ của Bác sỹ phục hồi chức năng và nhóm nghiên cứu. Với mỗi người bệnh thuộc nhóm can thiệp lựa chọn 1 người chăm sóc chính tham gia tập huấn. Mỗi xã phường thực hiện 2 buổi tập huấn cho người nhà được lựa chọn can thiệp, thời lượng mỗi buổi tập huấn là 3 tiếng. Sau buổi tập huấn mỗi người chăm sóc chính được phát một cuốn bài tập in màu có hình ảnh mô phỏng (Phụ lục 7) và một video tập luyện phục hồi chức năng tại nhà được biên soạn theo chương trình tập phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh liệt nửa người do đột quy não của Trần Văn Chương [8] và chương trình AVANT về phục hồi chức năng thần kinh sau đột quy [21].

Tài liệu tập huấn được xây dựng theo chương trình phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh liệt nửa người do đột quy não của Trần Văn Chương [8] và chương trình AVANT về phục hồi chức năng thần kinh sau đột quy [21].

** Bước 2: Triển khai thực hiện*

- Nhóm chứng:

+ Người bệnh sau đột quy não được lựa chọn chỉ điều trị nội khoa theo phác đồ điều trị của bệnh viện.

+ Người bệnh không được tham gia với chương trình tập luyện phục hồi chức năng tại nhà với giám sát của các thầy thuốc trong nhóm nghiên cứu. Người bệnh đột quy não có thể tự tập luyện tại nhà theo sự hướng dẫn của Bác sỹ sau

điều trị đột quy não tại bệnh viện không có sự hướng dẫn, giám sát của bác sỹ phục hồi chức năng thuộc nhóm nghiên cứu

- Nhóm can thiệp: Được can thiệp bởi hai nội dung cơ bản là can thiệp kiến thức, thái độ, kỹ năng về phục hồi chức năng và thực hành bài tập phục hồi chức năng

+ Người chăm sóc chính được tập huấn về kiến thức, thái độ, kỹ năng về phục hồi chức năng người bệnh sau đột quy não

+ Người bệnh được tham gia vào việc điều trị theo phác đồ điều trị thuốc của bác sỹ bệnh viện sau khi ra viện và được luyện tập hằng ngày tại nhà. Người bệnh được tập luyện tại nhà theo cùng một chương trình phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh liệt nửa người do đột quy não của Trần Văn Chương [8] và chương trình AVANT về phục hồi chức năng thần kinh sau đột quy [21] do các bác sỹ phục hồi chức năng của nhóm nghiên cứu, người chăm sóc chính và cán bộ y tế xã/phường đã được tập huấn thực hiện.

+ Chương trình tập luyện phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh sau tai biến mạch máu não theo Trần Văn Chương [8] và chương trình AVANT về phục hồi chức năng thần kinh sau đột quy [21] bao gồm:

- Tạo thuận vận động tư thế nằm: Tư thế nằm ngửa, tư thế nằm nghiêng sang bên liệt, cầm nắm an toàn, vận động chi dưới, vận động khớp vai, vận động khuỷu tay, vận động bàn tay, vận động cổ tay và các ngón tay

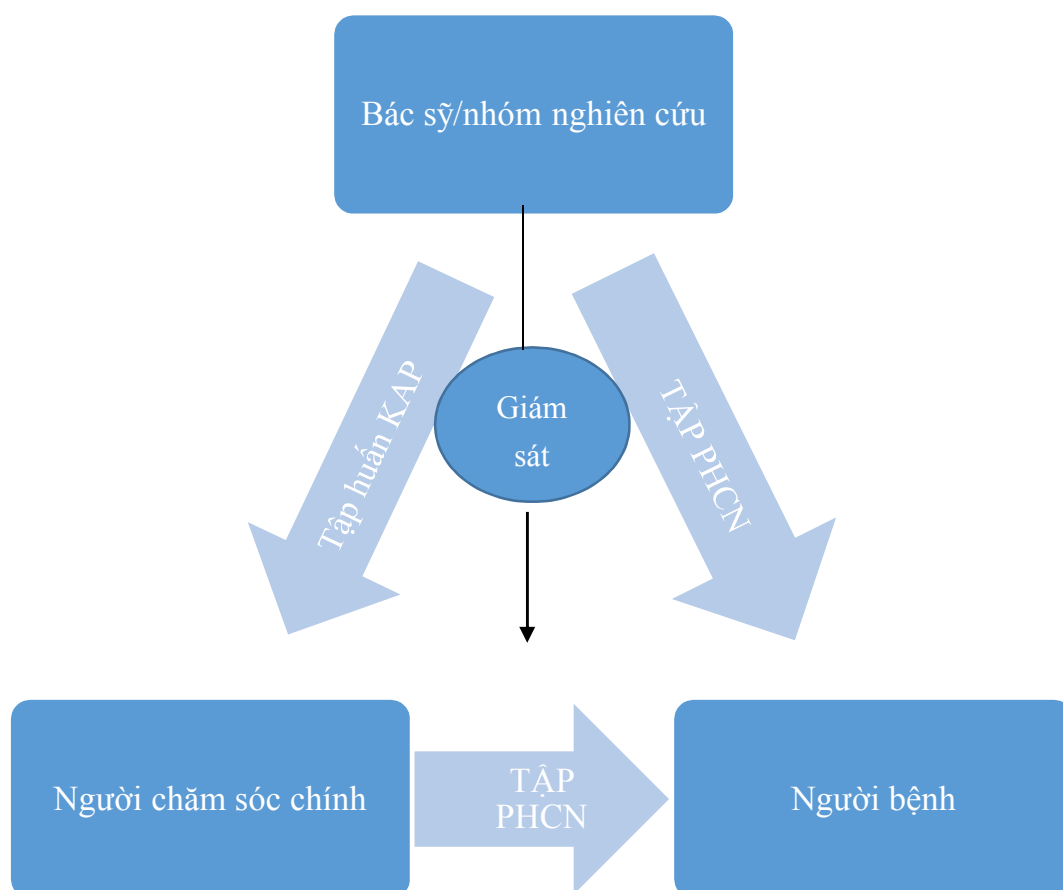
- Vận động đứng và di chuyển: ngồi dậy từ bên lành, tập ngồi ghế, tập ngồi đôn trọng lượng cơ thể lên tay liệt, hướng thân mình về phía trước, chân lành vát chéo lên chân liệt, chân liệt vát chéo lên chân lành, tập luyện chức năng di chuyển đồ vật, tập luyện tại bàn, tập đứng lên,

- Các bài tập tạo thuận vận động cho đi lại và sinh hoạt hằng ngày: Tập vận động khớp vai, vận động cánh tay, vận động khuỷu tay, vận động bàn tay, vận động khớp bàn ngón tay, động tác lau bàn, hoạt động cầm nắm, hoạt động sinh hoạt hằng ngày - mặc áo, mặc quần dài; tự xúc ăn, rửa mặt, đánh răng, vệ sinh

- Một số bài tập chuẩn bị cho kỹ năng tập đứng và đi: giậm chân và di chuyển trọng tâm; tập chân trụ; tập bước đi

+ Liệu trình tập : Tập các bài tập phù hợp với mức độ tổn thương, theo chỉ định của bác sĩ phục hồi chức năng và nhóm nghiên cứu.

+ Thời gian tập : 30 phút/ lần, tập hằng ngày, mỗi ngày tập 1 – 2 lần. Trong 1 tháng đầu, người bệnh tập luyện vào tất cả các ngày trong tuần dưới sự giám sát và hướng dẫn của các bác sĩ phục hồi chức năng và người chăm sóc chính. Trong tháng thứ 2 trở đi, người bệnh được tập luyện các bài tập dưới sự hỗ trợ của người chăm sóc chính và các cán bộ y tế/ xã phường với sự giám sát của các cán bộ giám sát 1 lần/tháng.



Sơ đồ 2: Mô hình can thiệp

2.4.5. Giám sát can thiệp:

** Nội dung giám sát can thiệp:*

- Các cán bộ giám sát: giám sát về kỹ thuật và thời gian thực hiện phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh đột quy não của người chăm sóc chính và các cán bộ y tế xã phường. Các cán bộ y tế xã phường thực hiện giám sát với người chăm sóc chính.

** Cán bộ thực hiện giám sát can thiệp:*

- Nghiên cứu sinh, nhóm nghiên cứu và các cán bộ giám sát đã được tập huấn

- Cán bộ y tế xã/phường: Cán bộ tham gia giám sát đều được tập huấn về mục đích, ý nghĩa và kỹ thuật phục hồi chức năng người bệnh sau đột quy não.

** Công cụ giám sát:* Việc thực hiện giám sát sử dụng bảng kiểm giám sát (phụ lục 8) đã được xây dựng sẵn dựa trên quy trình thực hiện phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy não của Trần Văn Chương [8] và chương trình AVANT về phục hồi chức năng thần kinh sau đột quy [21].

** Phương pháp giám sát can thiệp:*

- Người giám sát quan sát trực tiếp các cán bộ y tế xã/ phường và người chăm sóc chính thực hiện phục hồi chức năng cho người bệnh

- Kiểm tra giám sát định kỳ : Từ tháng thứ 2 trở đi, việc giám sát được thực hiện định kỳ 1 lần/ tháng tại mỗi xã phường có người bệnh thuộc nhóm can thiệp vào ngày thứ 5 của tuần thứ 3 do nghiên cứu viên, các bác sỹ phục hồi chức năng và cán bộ giám sát thực hiện

- Kiểm tra giám sát đột xuất : Nghiên cứu viên và các cán bộ giám sát thực hiện việc giám sát đột xuất 2 lần tại mỗi xã phường trong suốt thời gian can thiệp mà không có sự báo trước với cán bộ y tế xã phường và người chăm sóc chính.

- Đánh giá người bệnh : 1 tháng/lần do bác sỹ phục hồi chức năng thực hiện

2.5. Biến số nghiên cứu

2.5.1. Biến số nghiên cứu cho mục tiêu 1: Mô tả thực trạng mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quy não và một số yếu tố liên quan tại thành phố Thái Nguyên năm 2016

- Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu bao gồm: Tuổi, giới, dân tộc, nơi sinh, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, số lần bị đột quy não, loại tổn thương, tình trạng được phục hồi chức năng, bệnh đi kèm...

- Thực trạng mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quy não:

+ Mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày: được chia làm 3 mức độ phụ thuộc hoàn toàn, phụ thuộc một phần, độc lập

+ Mức độ độc lập chức năng hằng ngày theo giới

+ Mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày theo loại tổn thương

- Một số yếu tố liên quan đến mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh:

+ Mọi liên quan giữa giới tính với mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày ở người bệnh sau đột quy não

+ Mọi liên quan giữa số lần bị đột quy não với mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày ở người bệnh sau đột quy não

+ Mọi liên quan giữa mức độ liệt với mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quy não.

+ Mọi liên quan giữa tình trạng bệnh lý kèm theo với mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày ở người bệnh sau đột quy não

+ Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành của người chăm sóc chính về phục hồi chức năng người bệnh sau đột quy não trước can thiệp. Kiến thức và

thực hành của người chăm sóc chính được chia làm 2 mức độ đạt và không đạt, thái độ của người chăm sóc chính được chia làm 2 mức độ tốt và không tốt.

2.5.2. Các biến số nghiên cứu cho mục tiêu 2: đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh sau đột quỵ não

- Hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ và thực hành của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quỵ não

- Kết quả can thiệp về cải thiện mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày sau 6 tháng và một năm can thiệp ở người bệnh sau đột quỵ não.

- Hiệu quả can thiệp cải thiện mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày ở người bệnh sau đột quỵ não sau can thiệp theo Barthel

- Kết quả cải thiện mức độ khiếm khuyết thần kinh sau 6 tháng và một năm can thiệp ở người bệnh sau đột quỵ não theo thang điểm Nihss.

- Hiệu quả phục hồi chức năng cải thiện mức độ khiếm khuyết thần kinh ở người bệnh sau đột quỵ não theo thang điểm Nihss.

- Kết quả cải thiện mức độ giảm khả năng, tàn tật sau 6 tháng và một năm can thiệp ở người bệnh sau đột quỵ não theo thang điểm Rankin cải tiến

- Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng cải thiện mức độ giảm khả năng, tàn tật ở người bệnh sau đột quỵ não theo thang điểm Rankin cải tiến

2.6. Các chỉ tiêu và thang điểm đánh giá sử dụng trong nghiên cứu

2.6.1. Các chỉ tiêu đánh giá.

- Tuổi: là tuổi của đối tượng nghiên cứu được tính theo công thức: tuổi = năm hiện tại - năm sinh và được chia ra thành các nhóm tuổi sau: nhóm dưới 60 tuổi; nhóm từ 60 - 69 tuổi; nhóm từ 70 - 79 tuổi; nhóm từ 80 tuổi trở lên.

- Tình trạng hôn nhân: Là tình trạng có vợ/chồng, độc thân/ly dị/góa

- Trình độ học vấn: là trình độ cao nhất của đối tượng nghiên cứu, bao gồm mù chữ, tiểu học, trung học cơ sở, trung học phổ thông, cao đẳng/đại học/sau đại học.

- Số lần bị đột quỵ não: được chia thành 2 mức độ, bị đột quỵ não lần đầu và lần thứ hai trở đi

- Bên liệt: Đánh giá mức độ liệt bao gồm liệt nửa người bên trái hoặc bên phải

- Loại tổn thương: bao gồm chảy máu não và nhồi máu não

- Mức độ độc lập trong chức năng sinh hoạt hằng ngày được đánh giá dựa vào 3 mức độ: độc lập, phụ thuộc một phần và phụ thuộc hoàn toàn

- Tình trạng khiếm khuyết thần kinh: là mức độ khiếm khuyết về chức năng thần kinh của người bệnh, được chia làm 4 mức độ: khiếm khuyết rất nặng, khiếm khuyết nặng, khiếm khuyết trung bình, bình thường hoặc khiếm khuyết nhẹ

- Tình trạng giảm khả năng, tàn tật: là mức độ khuyết tật của người bệnh được chia làm 3 mức độ: bình thường hoặc giảm khả năng nhẹ, giảm khả năng trung bình, giảm khả năng nặng

- Mức độ liệt của người bệnh bao gồm các mức độ: Liệt nhẹ, liệt vừa, liệt nặng

*** Các thang điểm đánh giá được sử dụng trong đề tài:**

+ Thang điểm đánh giá mức độ liệt nửa người theo Bobath

Thang điểm đánh giá mức độ liệt nửa người của người bệnh thông qua các động tác nâng tay, cử động bàn tay, trương lực cổ tay, nâng tay, gấp mu bàn chân, trương lực cơ chân, giữ thăng bằng, đứng dồn trọng lượng, bước. Với mỗi động tác cho điểm thấp nhất là 0 điểm cho mức độ liệt nặng nhất. Tổng điểm cao nhất của thang điểm là 100 điểm. Thang điểm được chia ra làm 4 mức độ: Không liệt: 90 - 100 điểm; Liệt nhẹ: 70 - 85 điểm; Liệt vừa: 45 - 65 điểm; Liệt nặng: < 45 điểm.

+ Thang điểm đánh giá mức độ độc lập chức năng các hoạt động trong sinh hoạt cơ bản hằng ngày theo chỉ số Barthel (Barthel Index):

Thang điểm này đánh mức độ độc lập trong các hoạt động ăn uống, tắm, kiểm soát đại tiện, tiểu tiện, vệ sinh răng miệng, thay quần áo, sử dụng nhà vệ sinh, di chuyển từ giường sang ghế và ngược lại, đi lại, lên xuống bậc cầu thang.

Thang điểm được đánh giá từ 0 đến 100 điểm với 3 mức độ: mức độ phụ thuộc hoàn toàn từ 0 - 45 điểm; mức độ phụ thuộc một phần từ 50 - 85 điểm; mức độ độc lập là từ 90 - 100 điểm.

+ *Đánh giá mức độ khiếm khuyết thần kinh theo thang điểm NIHSS.*

Gồm 11 nội dung đánh giá về mức độ ý thức, khiếm khuyết về nhìn, khiếm khuyết về thị trường, khiếm khuyết về vận động cơ mặt, khiếm khuyết vận động tay, vận động chân, rối loạn điều phối chi, khiếm khuyết cảm giác, khiếm khuyết ngôn ngữ, loạn vận ngôn, mất chú ý. Các nội dung được đánh giá với các mức độ từ 0 - 4 điểm, 0 điểm tương ứng với mức độ không khiếm khuyết, 4 điểm tương ứng với mức độ khiếm khuyết nặng nhất. Tổng điểm của thang điểm được đánh giá với điểm thấp nhất là 0 điểm, tương ứng với không khiếm khuyết; điểm cao nhất là 45 điểm, tương ứng với mức độ khiếm khuyết nặng nhất. Thang điểm được chia làm 4 mức độ: khiếm khuyết rất nặng từ 21 - 45 điểm; khiếm khuyết nặng 16 - 20 điểm; khiếm khuyết trung bình 5 - 15 điểm; bình thường hay nhẹ 0 - 4 điểm.

- Đánh giá mức độ giảm khả năng tàn tật theo thang điểm Modified Rankin Scale với 3 mức độ: Bình thường hay giảm khả năng nhẹ là 0 - 2 điểm; giảm khả năng trung bình là 3 điểm; giảm khả năng nặng là 4 - 5 điểm.

+ *Tiêu chuẩn và phân loại mức độ kiến thức, thái độ, thực hành*

Bộ công cụ đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quỵ não: Ứng với mỗi đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành cho nhóm đối tượng trên gồm 21 câu hỏi, trong đó: 11 câu hỏi đánh giá kiến thức, 05 câu hỏi đánh giá thái độ và phân thực hành gồm 06 chương trình tập luyện và 17 động tác phục hồi để đánh giá.

Các câu hỏi được lượng hoá bằng cách cho điểm. Câu hỏi đánh giá kiến thức và thực hành của từng nhóm đối tượng sẽ được lượng hoá như sau: mỗi câu trả lời đúng/biết cho 01 điểm, trả lời sai hoặc không đủ ý thì cho 0 điểm. Sau đó tính

tổng điểm. Điểm kiến thức được chia làm hai mức theo mức độ 4/6 của thang điểm Bloom [55]:

- Đạt: khi trả lời được đúng từ $\geq 70\%$ (khi đạt từ 21 điểm trở lên)
- Không đạt: khi trả lời $< 70\%$ câu hỏi (khi đạt từ 20 điểm trở xuống)

Phân thái độ gồm 5 câu hỏi Likert scale - 5 mức độ: 1 điểm tương ứng với rất không đồng ý, 2 điểm tương ứng với không đồng ý, 3 điểm tương ứng với không có ý kiến, 4 điểm tương ứng với đồng ý và 5 điểm tương ứng với rất đồng ý. Điểm thái độ được tính theo giá trị trung bình của 5 câu hỏi và được chia thành hai mức độ:

- Tốt: khi điểm trung bình: ≥ 4 điểm
- Không tốt: khi điểm trung bình: < 4 điểm

Phần đánh giá thực hành: gồm 6 câu hỏi và 17 động tác phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ não. Với mỗi động tác thực hiện đúng được tính là 1 điểm, sau đó tính tổng điểm thực hành. Điểm thấp nhất là 0 điểm, điểm cao nhất là 17 điểm. Điểm càng cao thực hành càng tốt và ngược lại. Điểm thực hành được chia làm hai mức độ theo mức độ 4/6 theo thang điểm Bloom [55]:

- Đạt: khi điểm thực hành từ 70% tổng điểm trở lên tương ứng với ≥ 12 điểm
- Chưa đạt: khi tổng điểm thực hành $< 70\%$ tương ứng với < 12 điểm.

Chúng tôi sử dụng bảng kiểm để đánh giá thực hành của người chăm sóc chính người bệnh.

2.7. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

2.7.1. Công cụ thu thập thông tin

Phiếu điều tra đã chuẩn bị sẵn

- Bộ công cụ đánh giá mức độ liệt nửa người, thang điểm đánh giá mức độ độc lập chức năng các sinh hoạt cơ bản hằng ngày theo chỉ số Barthel [11]; thang điểm đánh giá mức độ kiểm khuyết thần kinh theo thang điểm NIHSS và đánh giá mức độ giảm khả năng tàn tật theo thang điểm Modified Rankin Scale [11]:

- Bệnh án sau đột quỵ não (phụ lục 1)
- Bảng đánh giá mức độ liệt nửa người theo B. BOBATH [11] (phụ lục 2)

- Bảng đánh giá khả năng độc lập sinh hoạt hằng ngày theo BARTHEL[11] (phụ lục 3)

- Bảng đánh giá khiếm khuyết thần kinh theo thang điểm NIHSS (phụ lục 4)

- Bảng đánh giá tình trạng giảm khả năng, tàn tật theo RANKIN cải tiến (phụ lục 5)

- Bộ câu hỏi phỏng vấn đánh giá kiến thức, thái độ của người chăm sóc chính và bảng kiểm để đánh giá thực hành phục hồi chức năng của người chăm sóc chính (phụ lục 6). Bộ câu hỏi đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành được tác giả xây dựng dựa trên bài tập của tác giả Trần Văn Chương. Bộ câu hỏi về kiến thức của người chăm sóc về phục hồi chức năng được đánh giá độ tin cậy bằng chỉ số KR-20 với kết quả 0,82. Bộ câu hỏi về thái độ và thực hành của người chăm sóc về PHCN được đánh giá độ tin cậy bằng chỉ số Cronbach Alpha với kết quả lần lượt là 0,77 và 0,87.

2.7.2. Phương pháp thu thập thông tin

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng 3 phương pháp thu thập thông tin:

- *Hồi cứu thông tin:*

Hồi cứu hồ sơ bệnh án: để chọn và xác định người bệnh sau đột quỵ não. Thu thập các thông tin về người bệnh sau đột quỵ não tại hai bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và bệnh viện A (trong địa bàn nghiên cứu) trong năm 2016 dựa trên các bệnh án của bệnh viện đã được chẩn đoán xác định, người bệnh ra viện và đạt tiêu chuẩn chọn cho nghiên cứu (phụ lục 1)

- *Phỏng vấn:*

+ Phỏng vấn trực tiếp về kiến thức, thái độ về phục hồi chức năng của người chăm sóc người bệnh sau đột quỵ não trước và sau can thiệp (phụ lục 6)

+ Sử dụng các bảng đánh giá (phụ lục 2), (phụ lục 3), (phụ lục 4), (phụ lục 5) để đánh giá mức độ liệt, khả năng độc lập sinh hoạt, mức độ khiếm khuyết thần kinh, tình trạng giảm khả năng, tàn tật

- *Quan sát:*

+ Quan sát bằng bảng kiểm đánh giá kỹ năng thực hành phục hồi chức năng của người chăm sóc chính cho người bệnh sau đột quỵ não (phụ lục 6).

+ Thu thập thông tin liên quan đến triệu chứng lâm sàng của người bệnh (phụ lục 1).

- Thu thập thông tin sau can thiệp cũng sử dụng các công cụ và cách thực hiện như trên (áp dụng như trước can thiệp).

2.7.3. Biện pháp không chế sai số

- Hạn chế các yếu tố gây nhiễu do kỹ thuật thu thập thông tin: Mẫu phiếu thu thập số liệu được xây dựng bởi các chuyên gia Y tế công cộng và các nhà lâm sàng có kinh nghiệm; các cán bộ tham gia nghiên cứu đều là giảng viên của trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên, các bác sỹ ở khoa Phục hồi chức năng – Vật lý trị liệu bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và nhóm nghiên cứu.

- Cán bộ tham gia nghiên cứu được tập huấn thống nhất kỹ thuật thu thập số liệu trước khi tiến hành nghiên cứu.

- Các giảng viên khoa phục hồi chức năng và nhóm nghiên cứu của trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên, trường Cao Đẳng Y tế Thái Nguyên tham gia tập huấn kỹ thuật phục hồi chứng năng người bệnh, theo dõi, phân loại, đánh giá mức độ độc lập của người bệnh sau đột quỵ não cho cán bộ y tế xã và người chăm sóc chính PHCN người bệnh, để hạn chế sai sót trong quá trình can thiệp.

- Trước khi triển khai nghiên cứu, toàn bộ cán bộ nghiên cứu, cán bộ y tế cơ sở, người chăm sóc chính PHCN người bệnh đều được tập huấn về kỹ thuật phục hồi chức năng để đảm bảo sự thống nhất về kỹ thuật PHCN,

2.8. Phương pháp xử lý số liệu

- Số liệu thu thập được kiểm tra, làm sạch, mã hóa và được nhập, xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê như sau:

+ Tính chỉ số OR (Odd Ratio) và 95% CI của OR để đánh giá độ chặt chẽ tương quan.

+ Kiến thức, thái độ và thực hành phục hồi chức năng của người chăm sóc chính tham gia nghiên cứu được tính dựa vào tỷ lệ % và phân loại theo mức độ đạt và không đạt.

+ Sử dụng kiểm định T - test, chi - square test, Fisher exact test và McNemar test để so sánh sự khác biệt về giá trị trung bình và sự khác biệt giữa các tỷ lệ %, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đánh giá ở ngưỡng xác suất $p < 0,05$.

+ Xác định liên quan: Bằng phương pháp đơn biến với việc thiết lập bảng 2x2, thông qua giá trị OR và CI95%

+ Đánh giá hiệu quả can thiệp dựa vào chỉ số hiệu quả và hiệu quả can thiệp:

Chỉ số hiệu quả: (CSHQ)

$$\text{CSHQ}(\%) = \frac{|p_1 - p_2|}{p_1} \times 100$$

Trong đó: p_1 : Là kết quả (số lượng hoặc tỷ lệ) của chỉ số nghiên cứu trước can thiệp

p_2 : Là kết quả (số lượng hoặc tỷ lệ) của chỉ số nghiên cứu sau can thiệp

Khi đó hiệu quả can thiệp được tính bằng công thức:

$$\text{HQCT} (\%) = \text{CSHQ}_{\text{Can thiệp}} - \text{CSHQ}_{\text{Đối chứng}}$$

Trong đó:

HQCT: Hiệu quả can thiệp

CSHQ_{ct}: chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp

CSHQ_{dc}: chỉ số hiệu quả của nhóm đối chứng

+ Các số liệu được xử lý trên máy vi tính bằng phần mềm Epidata, SPSS 20.0 và Excel

2.9. Vấn đề đạo đức nghiên cứu

- Người bệnh và người chăm sóc chính của người bệnh đều được thông báo và giải thích rõ mục đích và ý nghĩa nghiên cứu trước khi được đưa vào nghiên cứu. Người bệnh và người chăm sóc chính của người bệnh tự nguyện tham gia

ngiên 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. Kết quả nghiên cứu chỉ sử dụng cho mục đích chăm sóc sức khỏe người bệnh.

- Đề tài tiến hành phải được phép theo quy định của Hội đồng khoa học trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, hiện nay là Hội đồng y đức.

- Đề tài tiến hành sau khi báo cáo và nhận được sự cho phép của Giám đốc Trung tâm y tế Thành phố, Giám đốc Bệnh viện A, Giám đốc Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, các cấp lãnh đạo chính quyền, đoàn thể, đặc biệt là ngành y tế cho phép và tạo điều kiện thuận lợi để triển khai nghiên cứu.

- Tất cả các hộ gia đình trong diện can thiệp đều được thông báo, giải thích rõ về mục đích nghiên cứu. Do vậy họ đều nhiệt tình tham gia.

- Đối với những người bệnh thuộc nhóm chứng, sau thời gian can thiệp, nếu người bệnh có nhu cầu phục hồi chức năng, nhóm nghiên cứu sẽ tiến hành phục hồi chức năng cho người bệnh theo bài tập phục hồi chức năng đã sử dụng trong nghiên cứu.

- Giải pháp can thiệp phù hợp với nội dung chăm sóc sức khỏe cộng đồng ở Việt Nam, góp phần cải thiện, nâng cao sức khỏe cộng đồng, hạn chế quá tải bệnh viện, do vậy được cộng đồng chấp nhận.

- Đối tượng áp dụng can thiệp trong nghiên cứu là những người bệnh đã ổn định về sức khỏe tổng quát, đã kết thúc chương trình điều trị tại bệnh viện và có chỉ định có thể tiếp tục phục hồi chức năng tại nhà.

Chương 3

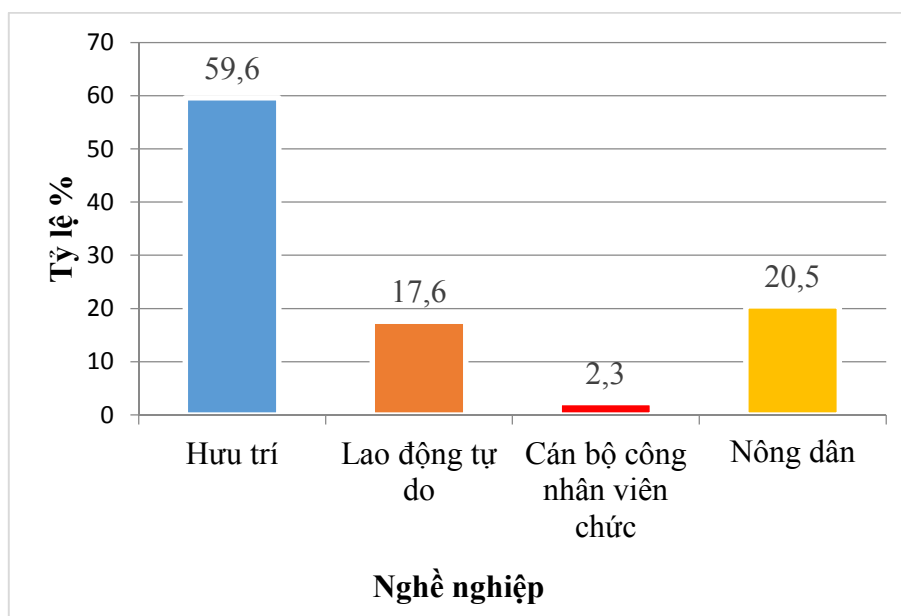
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về người bệnh nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới của người bệnh nghiên cứu (n = 171)

Giới \ Tuổi	Nam		Nữ		Tổng số	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
< 60 tuổi	15	8,8	14	8,2	29	17,0
60 - 69 tuổi	24	14,0	26	15,2	50	29,2
70 - 79 tuổi	39	22,8	14	8,2	53	31,0
80 tuổi trở lên	25	14,6	14	8,2	39	22,8
Tổng số	103	60,2	68	39,8	171	100

Nhận xét: Trong 171 người bệnh nghiên cứu, nhóm tuổi từ 60 - 69 là 29,2% và nhóm 70 - 79 là 31,0%, nhóm tuổi từ 80 tuổi trở lên là 22,8%. Tỷ lệ nam (60,2%) cao hơn nữ (39,8%).



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm nghề nghiệp của người bệnh nghiên cứu (n=171)

Nhận xét: Người bệnh sau đột quỵ não chủ yếu là hưu trí (chiếm 59,6%) và nông dân (chiếm 20,5%)

Bảng 3.2. Đặc điểm về dân tộc, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân của người bệnh nghiên cứu (n = 171)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Dân tộc	Kinh	129	75,4
	Dân tộc khác	42	24,6
Trình độ học vấn	Biết đọc/viết	10	5,8
	Tiểu học	21	12,3
	Trung học cơ sở	35	20,5
	Trung học phổ thông	42	24,6
	Cao đẳng-Đại học	63	36,8
Tình trạng hôn nhân	Đang sống cùng vợ/chồng	149	87,1
	Ly hôn	2	1,2
	Góa bụa	20	11,7

Nhận xét: 75,4% người bệnh là dân tộc kinh. Trong đó 36,8% có trình độ cao đẳng, đại học và 87,1% người bệnh đã kết hôn

Bảng 3.3. Đặc điểm phân bố vị trí liệt của người bệnh theo nhóm giới tính (n= 171)

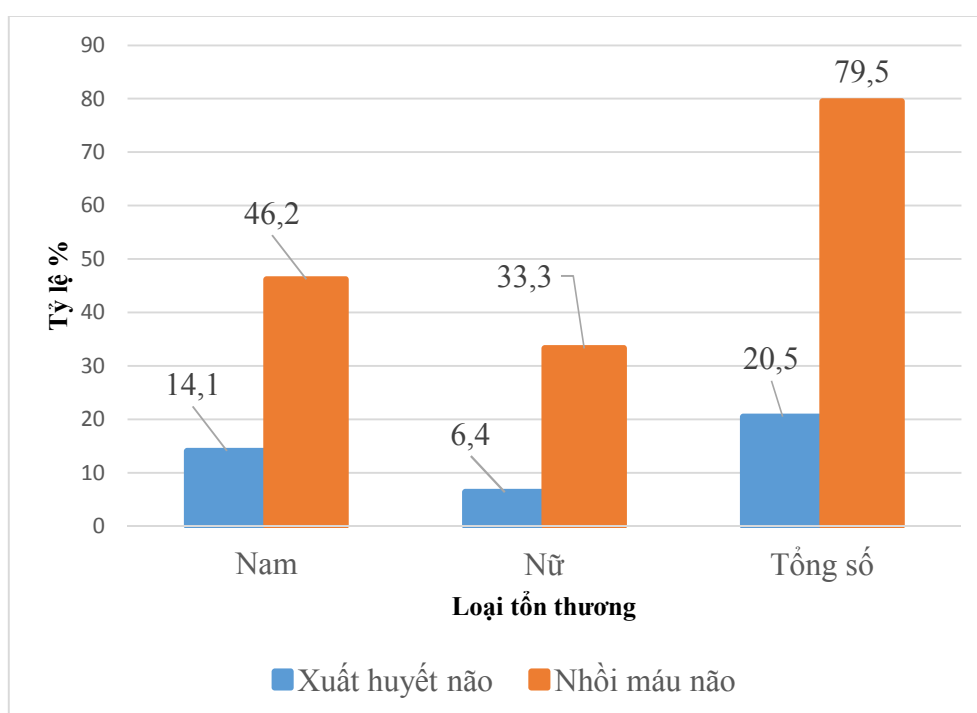
Giới	Nam		Nữ		Tổng số	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi						
Liệt bên phải	36	21,1	18	10,5	54	31,6
Liệt bên trái	67	39,2	50	29,2	117	68,4
Tổng số	103	60,2	68	39,8	171	100

Nhận xét: Trong 171 người bệnh được nghiên cứu, 68,4% là liệt bên trái (cả nam và nữ).

Bảng 3.4. Đặc điểm phân bố mức độ liệt của người bệnh theo nhóm giới tính (n= 171)

Giới	Nam		Nữ		Tổng số	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Liệt nhẹ	8	4,7	7	4,1	15	8,8
Liệt vừa	36	21,1	37	21,6	73	42,7
Liệt nặng	59	34,5	24	14,0	83	48,5
Tổng số	103	60,2	68	39,8	171	100

Nhận xét: Trong 171 người bệnh nghiên cứu có 48,5% trường hợp có mức độ liệt nặng, chỉ 8,8% là ở mức độ liệt nhẹ

**Biểu đồ 3.2. Đặc điểm phân bố loại tổn thương đột quỵ não theo giới tính (n = 171)**

Nhận xét: Trong số người bệnh nghiên cứu chủ yếu người bệnh tổn thương nhồi máu não chiếm 79,5%, xuất huyết não chỉ chiếm 20,5%

Bảng 3.5. Đặc điểm phân bố thông tin bệnh kèm theo của người bệnh nghiên cứu (n = 171)

Mắc bệnh kèm theo	Có bệnh		Không bệnh	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Tăng huyết áp	116	67,8	55	32,2
Đái tháo đường	17	9,9	154	90,1
Bệnh tim	44	25,7	127	74,3
Cứng khớp	31	18,1	140	81,9

Nhận xét: Trong 171 người bệnh nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp kèm theo là 67,8%, đái tháo đường 9,9%, bệnh tim mạch 25,7% và 18,1% cứng khớp.

Bảng 3.6. Đặc điểm số lần người bệnh nghiên cứu bị đột quy não (n = 171)

Số lần đột quy não	Số lượng	Tỷ lệ %
Bị đột quy não lần 1	32	18,7
Bị đột quy não từ lần thứ hai trở đi	139	81,3
Tổng	171	100,0

Nhận xét: Trong 171 người bệnh nghiên cứu có 81,3% mắc đột quy não từ lần 2 trở lên

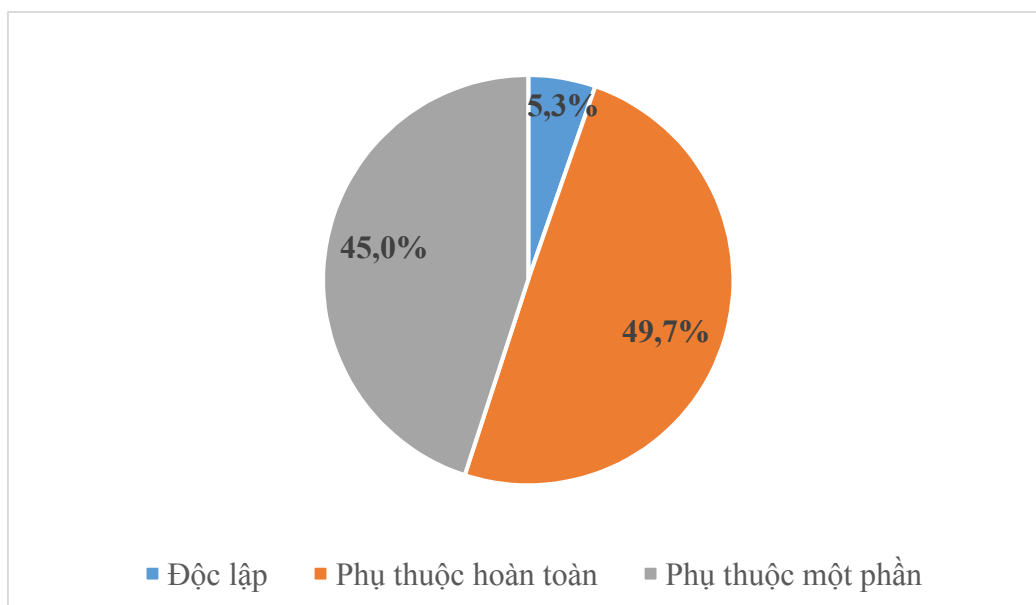
3.2. Thực trạng mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não tại thành phố Thái nguyên và một số yếu tố liên quan

3.2.1. Thực trạng mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não.

Bảng 3.7. Điểm trung bình các chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh đột quỵ não theo thang điểm Barthel (n= 171)

Chức năng sinh hoạt hằng ngày	$\bar{X} \pm SD$	Min - Max
Ăn uống	5,44 ± 2,48	0 - 10
Tắm	3,33 ± 2,36	0 - 5
Kiểm soát đại tiện	6,96 ± 2,79	0 - 10
Kiểm soát tiểu tiện	6,61 ± 3,00	0 - 10
Vệ sinh răng miệng	3,83 ± 2,12	0 - 5
Thay quần áo	6,49 ± 2,71	0 - 10
Sử dụng nhà vệ sinh	5,41 ± 3,49	0 - 10
Di chuyển từ giường sang ghế và ngược lại	5,76 ± 4,31	0 - 15
Di chuyển, đi lại	4,56 ± 3,71	0 - 15
Lên xuống bậc thang	1,99 ± 2,99	0 - 10
Tổng	50,47 ± 24,2	0 - 100

Nhận xét: Điểm trung bình về chức năng ăn uống là 5,44 ± 2,48; tắm là 3,33 ± 2,36; vệ sinh răng miệng là 3,83 ± 2,12; thay quần áo 6,49 ± 2,71; sử dụng nhà vệ sinh 5,41 ± 3,49 và di chuyển từ giường sang ghế là 5,76 ± 4,31, lên bậc thang là 1,99 ± 2,99. Điểm trung bình Barthel index là 50,47 ± 24,2



Biểu đồ 3.3. Mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não (n=171)

Nhận xét: Trong 171 người bệnh nghiên cứu, chỉ có 5,3% người bệnh độc lập hoàn toàn chức năng trong sinh hoạt hằng ngày; 49,7% phụ thuộc hoàn toàn

Bảng 3.8. Mức độ độc lập chức năng về ăn uống của người bệnh sau đột quỵ não (n=171)

Mức độ độc lập	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Độc lập hoàn toàn	29	17,0
Phụ thuộc hoàn toàn	14	8,2
Phụ thuộc một phần	128	74,9
Tổng	171	100

Nhận xét: Trong 171 người bệnh nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh phụ thuộc một phần về chức năng ăn uống chiếm 74,9%. Chỉ có 17,0% người bệnh độc lập và 8,2% người bệnh phụ thuộc hoàn toàn về chức năng ăn uống.

Bảng 3.9. Mức độ độc lập chức năng về tự vệ sinh của người bệnh sau đột quỵ não (n=171)

Mức độ độc lập	Tự vệ sinh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Độc lập hoàn toàn	Tắm	114	66,7
	Kiểm soát đại tiện	73	42,7
	Kiểm soát tiểu tiện	67	39,2
	Vệ sinh răng miệng	131	76,6
	Thay quần áo	58	33,9
	Sử dụng nhà vệ sinh	49	28,7
Phụ thuộc hoàn toàn	Tắm	57	33,3
	Kiểm soát đại tiện	6	3,5
	Kiểm soát tiểu tiện	12	7,0
	Vệ sinh răng miệng	40	23,4
	Thay quần áo	7	4,1
	Sử dụng nhà vệ sinh	35	20,5
Phụ thuộc một phần	Tắm	0	0
	Kiểm soát đại tiện	92	53,8
	Kiểm soát tiểu tiện	92	53,8
	Vệ sinh răng miệng	0	0
	Thay quần áo	106	62,0
	Sử dụng nhà vệ sinh	87	50,9

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh phụ thuộc một phần về chức năng kiểm soát đại tiện, tiểu tiện, thay quần áo, sử dụng nhà vệ sinh trên 50%. Tỷ lệ người bệnh có mức độ độc lập về chức năng tắm và vệ sinh răng miệng là 66,7% và 76,6%.

Bảng 3.10. Mức độ độc lập chức năng về di chuyển người bệnh sau đột quỵ não (n=171)

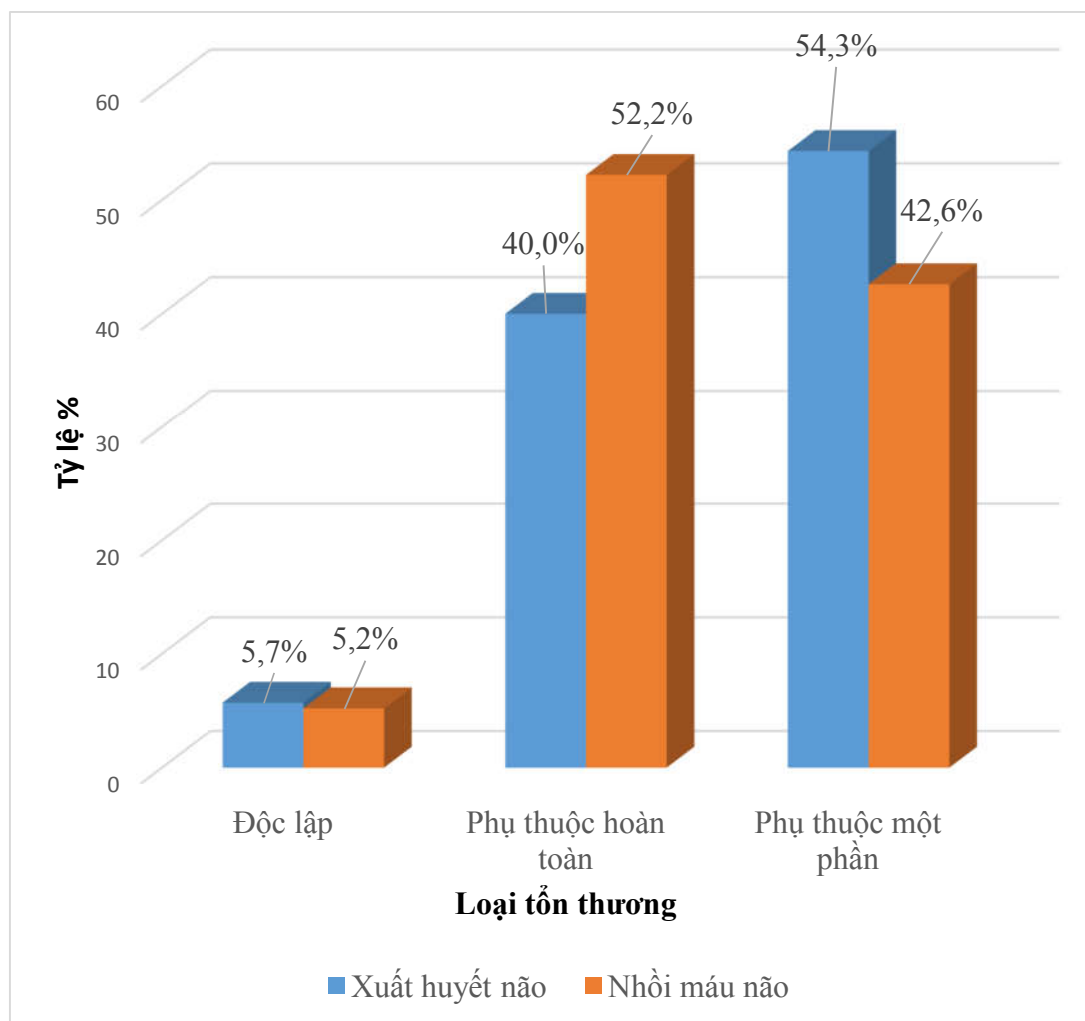
Mức độ độc lập	Chức năng di chuyển	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Độc lập hoàn toàn	Di chuyển giường sang ghế	8	4,7
	Tự đi, dắt đi...	8	4,7
	Lên xuống cầu thang	10	5,8
Phụ thuộc hoàn toàn	Di chuyển giường sang ghế	44	25,7
	Tự đi, dắt đi...	47	27,5
	Lên xuống cầu thang	113	66,1
Phụ thuộc một phần	Di chuyển giường sang ghế	119	69,6
	Tự đi, dắt đi...	116	67,9
	Lên xuống cầu thang	48	28,1

Nhận xét: Tỷ lệ độc lập chức năng di chuyển từ giường sang ghế, đi lại và lên xuống cầu thang chỉ đạt lần lượt là 4,7%; 4,7% và 5,8%.

Bảng 3.11. Phân bố mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày theo giới (n=171)

Mức độ độc lập	Giới		p		
	Nam	Nữ	Số lượng	Tỷ lệ %	
Độc lập hoàn toàn	6	3	66,7	33,3	>0,05
Phụ thuộc hoàn toàn	59	26	69,4	30,6	
Phụ thuộc một phần	38	39	49,4	50,6	
Tổng	103	68	60,2	39,8	

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh có mức độ phụ thuộc hoàn toàn ở nam giới cao hơn ở nữ giới (69,4% so với 30,6%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Biểu đồ 3.4. Phân bố mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày theo tổn thương (n=171)

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh có mức độ phụ thuộc hoàn toàn ở nhóm nhồi máu não cao hơn so với xuất huyết não. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.2. Một số yếu tố liên quan đến mức độ độc lập trong chức năng trong sinh hoạt hằng ngày ở người bệnh sau đột quỵ não

3.2.2.1. *Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quỵ não (trước can thiệp)*

Bảng 3.12. Kiến thức về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quỵ não (n=171)

Thực trạng		Số lượng	Tỷ lệ %
Kiến thức	Hậu quả của đột quỵ não	47	27,5
	Phương pháp điều trị đột quỵ não	39	22,8
	Địa điểm tiến hành PHCN	0	0
	Thời điểm PHCN	75	43,9
	Đối tượng cần PHCN	54	31,6
Kiến thức chung	Đạt	61	35,7
	Chưa đạt	110	64,3

Nhận xét: Kiến thức về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính cho người bệnh sau đột quỵ não ở mức độ đạt chiếm 35,7%, mức độ chưa đạt chiếm 64,3%.

Bảng 3.13. Thái độ về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quỵ não (n=171)

Thực trạng		Số lượng	Tỷ lệ %
Thái độ	Sự cần thiết của PHCN	68	39,8
	Cần duy trì PHCN tại nhà	83	48,5
	Sự hỗ trợ của NVYT trong PHCN	107	62,5
	Bài tập PHCN cụ thể tại nhà	53	31,0
	Cần thiết phải theo dõi kết quả PHCN	115	67,3
Thái độ chung	Không tốt	165	96,5
	Tốt	6	3,5

Nhận xét: Mức độ thái độ tốt về phục hồi chức năng của người chăm sóc cho người bệnh sau đột quỵ não chỉ chiếm 3,5%, thái độ không tốt đạt 96,5%.

Bảng 3.14. Thực hành về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quỵ não (n=171)

Thực hành đúng		Số lượng	Tỷ lệ %
Tư thế nửa người trên	Gấp duỗi khớp vai	74	43,3
	Dạng, xoay khớp vai	62	36,3
	Gấp và duỗi khớp khuỷu	75	43,9
	Gấp và duỗi các ngón tay	21	12,3
	Dạng và khép các ngón tay	41	24,0
Tư thế nửa người dưới	Dạng và duỗi khớp háng	21	12,3
	Dạng và khép khớp háng	21	12,3
	Xoay khớp háng	26	15,2
	Duỗi và gấp khớp gối	18	10,5
	Nghiêng khớp cổ chân sang hai bên	5	2,9
	Gấp và duỗi khớp cổ chân	20	11,7
	Gấp và duỗi các khớp ngón chân	15	8,8
Tập vai		10	5,8
Tập nâng mông		39	22,8
Tập ngồi dậy từ từ		6	3,5
Tập dồn trọng tâm lên tay		0	0
Tập dồn trọng lượng lên chân		21	12,3
Thực hành chung	Không đạt	84	49,1
	Đạt	87	50,9

Nhận xét: Tỷ lệ người chăm sóc chính thực hành đúng về các động tác tập phục hồi chức năng ở mức độ đạt chiếm 50,9%, và không đạt chiếm 49,1%.

3.2.2.2. Các yếu tố liên quan đến mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não

Bảng 3.15. Mối liên quan giữa giới tính với mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não (n=171)

Giới	Nam		Nữ		OR* (95% CI)
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Độc lập hoàn toàn	6	5,8	3	4,4	0,75 (0,18 - 3,09)
Phụ thuộc	97	94,2	65	95,6	
Tổng số	103	60,2	68	39,8	

* Test thống kê Fisher-Exact test

Nhận xét: Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính với mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh đột quỵ não

Bảng 3.16. Mối liên quan giữa nhóm tuổi với mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não(n=171)

Nhóm tuổi	< 65 tuổi		≥ 65 tuổi		OR* (95% CI)
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Độc lập hoàn toàn	5	11,6	4	3,1	4,08 (1,04 - 15,96)
Phụ thuộc	38	88,4	124	96,9	
Tổng số	43	25,1	128	74,9	

* Test thống kê Fisher-Exact test

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi với mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh đột quỵ não (OR[95%CI]:

4,08[1,04-15,96]). Trong đó nhóm tuổi trên 65 tuổi có tỷ lệ phụ thuộc cao hơn nhóm dưới 65 tuổi

Bảng 3.17. Mối liên quan giữa bên liệt với mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não (n=171)

Bên liệt Mức độ độc lập	Phải		Trái		OR* (95% CI)
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Độc lập hoàn toàn	2	3,7	7	6,0	1,66 (0,33-8,24)
Phụ thuộc	52	96,3	110	94,0	
Tổng số	54	31,6	117	68,4	

* Test thống kê Fisher-Exact test

Nhận xét: Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa bên liệt với mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh đột quỵ não

Bảng 3.18. Mối liên quan giữa tổn thương với mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não (n=171)

Tổn thương Mức độ độc lập	Nhồi máu não		Xuất huyết não		OR* (95% CI)
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Độc lập hoàn toàn	7	5,1	2	5,7	1,12 (0,22-5,63)
Phụ thuộc	129	94,9	33	94,3	
Tổng số	136	79,5	35	20,5	

* Test thống kê Fisher-Exact test

Nhận xét: Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa loại tổn thương với mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh đột quỵ não (OR [95%CI]: 1,12[0,22 - 5,63])

Bảng 3.19. Mối liên quan giữa mức độ liệt với mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày (n=171)

Mức độ liệt \ Mức độ độc lập	Liệt nhẹ/trung bình		Liệt nặng		OR* (95% CI)
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Độc lập hoàn toàn	9	10,2	0	0	0,49 (0,42-0,57)
Phụ thuộc	79	89,8	83	100	
Tổng số	88	51,5	83	48,5	

* Test thống kê Fisher-Exact test

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ liệt với mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh đột quỵ não (OR [95%CI]: 0,49[0,42 - 0,57]). Trong đó nhóm liệt nặng có tỷ lệ phụ thuộc cao hơn nhóm liệt nhẹ và trung bình.

Bảng 3.20. Mối liên quan giữa số lần đột quỵ não với mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não (n=171)

Số lần đột quỵ \ Mức độ độc lập	Lần 1		Lần thứ 2 trở lên		OR* (95% CI)
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Độc lập hoàn toàn	8	25,0	1	0,7	46,0 (5,5-384,6)
Phụ thuộc	24	75,0	138	99,3	
Tổng số	32	18,7	139	81,3	

* Test thống kê Fisher-Exact test

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số lần đột quỵ não với mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh đột quỵ não (OR [95%CI]: 46,0[5,5 - 384,6]). Trong đó nhóm bị đột quỵ não lần 2 trở lên có tỷ lệ phụ thuộc cao hơn nhiều so với nhóm bị lần đầu.

3.3. Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh sau đột quỵ não

Bảng 3.21. Đặc điểm tính đồng nhất về giới và mức độ liệt của người bệnh nghiên cứu trong nhóm can thiệp so với nhóm chứng (n=162)

Đặc điểm		Nhóm	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		p
			Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Giới tính	Nam		48	50,0	48	50,0	> 0,05
	Nữ		33	50,0	33	50,0	
Mức độ liệt	Liệt nhẹ		4	57,1	3	42,9	> 0,05
	Liệt vừa		31	42,5	42	57,5	
	Liệt nặng		46	56,1	36	43,9	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính và mức độ liệt giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng ($p > 0,05$).

Bảng 3.22. Kết quả mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hằng ngày sau 6 tháng và 1 năm ở nhóm can thiệp (n=81)

Kết quả Mức độ độc lập	Nhóm can thiệp						CSHQ
	Trước CT (0)		Sau 6 tháng (1)		Sau 1 năm (2)		
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)	
Độc lập	1	1,2	7	8,6	28	34,6	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 616,7 CSHQ ₍₀₋₂₎ : 2783,3
Phụ thuộc một phần	35	43,2	47	58,0	39	48,1	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 34,3 CSHQ ₍₀₋₂₎ : 11,3
Phụ thuộc hoàn toàn	45	55,6	27	33,3	14	17,3	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 40,1 CSHQ ₍₀₋₂₎ : 68,9
<p>p₍₀₋₁₎: < 0,05 p₍₀₋₂₎: < 0,001 p₍₁₋₂₎: < 0,001</p>							

Nhận xét: Ở thời điểm sau can thiệp 6 tháng, ở nhóm can thiệp, tỷ lệ người bệnh có mức độ phụ thuộc hoàn toàn 33,3% với chỉ số hiệu quả đạt 40,1% ở thời điểm 6 tháng và 17,3% với chỉ số hiệu quả đạt 68,9% ở thời điểm 1 năm. Mức độ độc lập đã tăng từ 1,2% lên 8,6% với chỉ số hiệu quả đạt 616,7% ở thời điểm 6 tháng, 34,6% với chỉ số hiệu quả đạt 2783,3% ở thời điểm 1 năm ($p < 0,05$).

Bảng 3.23. Kết quả mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hằng ngày sau 6 tháng và 1 năm theo dõi ở nhóm chứng (n=81)

Kết quả Mức độ độc lập	Nhóm chứng						CSHQ (%)
	Trước theo dõi (0)		Sau 6 tháng (1)		Sau 1 năm (2)		
	SL	TL(%)	SL	TL(%)	SL	TL (%)	
Độc lập	0	0	6	7,4	9	11,1	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 0 CSHQ ₍₀₋₂₎ : 0
Phụ thuộc một phần	42	51,9	45	55,6	49	60,5	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 7,1 CSHQ ₍₀₋₂₎ : 16,5
Phụ thuộc hoàn toàn	39	48,1	30	37,0	23	28,4	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 23,1 CSHQ ₍₀₋₂₎ : 40,9
p	p₍₀₋₁₎: > 0,05		p₍₀₋₂₎: > 0,05				

Nhận xét: Ở nhóm chứng, tỷ lệ người bệnh có mức độ phụ thuộc hoàn toàn giảm từ 48,1% xuống 37,0% ở thời điểm 6 tháng và 28,4% ở thời điểm 1 năm.

Bảng 3.24. Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày sau 6 tháng và 1 năm nhóm can thiệp so với nhóm chứng ở người bệnh sau đột quỵ não theo Barthel (n=162)

Chỉ số Mức độ độc lập	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		HQCT sau 6 tháng	HQCT sau 1 năm
	CSHQ sau 6 tháng	CSHQ sau 1 năm	CSHQ sau 6 tháng	CSHQ sau 1 năm		
Độc lập	616,7	2783,3	0	0	616,7	2783,3
Phụ thuộc một phần	34,3	11,3	7,1	23,1	27,2	-11,8
Phụ thuộc hoàn toàn	40,1	68,9	23,1	40,9	17,0	28,0

Nhận xét: Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng trong việc cải thiện mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hằng ngày ở thời điểm 6 tháng chỉ đạt 616,7%, ở

thời điểm 1 năm đạt 2783,3%. Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng trong việc giảm mức độ phụ thuộc ở thời điểm 6 tháng chỉ đạt 17,0%, ở thời điểm 1 năm đạt 28,0%.

Bảng 3.25. Kết quả điểm trung bình mức độ độc lập các chức năng trong sinh hoạt hằng ngày ở người bệnh sau đột quỵ não ở nhóm can thiệp trước và sau can thiệp (n=81)

Điểm trung bình mức độ độc lập chức năng	Nhóm can thiệp		
	Trước can thiệp (0)	Sau can thiệp 6 tháng (1)	Sau can thiệp 1 năm (2)
Ăn uống	4,69 ± 2,4	8,33 ± 2,4	9,14 ± 1,9
p	p (0-1): < 0,001; p (0-2): < 0,001		
Tắm	2,47 ± 2,5	4,94 ± 0,6	5,0 ± 0
p	p (0-1): < 0,001; p (0-2): < 0,001		
Kiểm soát đại tiện	6,17 ± 2,9	8,33 ± 2,4	9,14 ± 1,9
p	p (0-1): < 0,001; p (0-2): < 0,001		
Kiểm soát tiểu tiện	5,74 ± 3,0	8,15 ± 2,4	9,14 ± 1,9
p	p (0-1): < 0,001; p (0-2): < 0,001		
Vệ sinh răng miệng	3,4 ± 2,3	4,94 ± 0,6	5,0 ± 0
p	p (0-1): < 0,001; p (0-2): < 0,001		
Thay quần áo	5,86 ± 2,8	8,21 ± 2,4	9,14 ± 1,9
p	p (0-1): < 0,001; p (0-2): < 0,001		
Sử dụng nhà vệ sinh	4,32 ± 3,2	8,02 ± 2,5	8,58 ± 2,3
p	p (0-1): < 0,001; p (0-2): < 0,001		
Di chuyển từ giường sang ghế và ngược lại	4,81 ± 4,1	7,84 ± 3,6	10,62 ± 3,5
p	p (0-1): < 0,001; p (0-2): < 0,001		
Di chuyển	3,58 ± 2,9	6,91 ± 4,2	8,64 ± 4,5
p	p (0-1): < 0,001; p (0-2): < 0,001		
Lên xuống bậc thang	1,36 ± 2,5	4,81 ± 2,3	6,73 ± 2,5
p	p (0-1): < 0,001; p (0-2): < 0,001		
Tổng	42,6 ± 21,8	70,6 ± 19,8	81,5 ± 18,1
p	p (0-1): < 0,001; p (0-2): < 0,001 p (1-2): < 0,001		
	p (1-1): < 0,001; p (2-2): < 0,001		

Nhận xét: Ở nhóm can thiệp, điểm trung bình các chức năng trong sinh hoạt hằng ngày tăng có ý nghĩa thống kê ở thời điểm sau 6 tháng can thiệp và tiếp

tục tăng ở thời điểm sau can thiệp 1 năm ($p < 0,001$). Điểm Barthel index tăng có ý nghĩa từ $42,6 \pm 21,8$ lên $70,6 \pm 19,8$ sau 6 tháng can thiệp và $81,5 \pm 18,1$ sau 1 năm can thiệp ($p < 0,001$).

Bảng 3.26. Kết quả điểm trung bình mức độ độc lập các chức năng trong sinh hoạt hằng ngày ở người bệnh sau đột quỵ não ở nhóm chứng ở thời điểm trước và sau theo dõi (n=81)

Điểm trung bình mức độ độc lập chức năng	Nhóm chứng		
	Trước Theo dõi (0)	Sau 6 tháng (1)	Sau 1 năm (2)
Ăn uống	$5,80 \pm 2,0$	$6,17 \pm 2,3$	$6,42 \pm 2,3$
p	$p_{(0-1)}: > 0,05; p_{(0-2)}: < 0,05$		
Tắm	$4,07 \pm 2,4$	$3,77 \pm 2,2$	$4,26 \pm 1,8$
p	$p_{(0-1)}: > 0,05; p_{(0-2)}: > 0,05$		
Kiểm soát đại tiện	$7,47 \pm 2,5$	$7,1 \pm 2,6$	$7,22 \pm 2,6$
p	$p_{(0-1)}: > 0,05; p_{(0-2)}: > 0,05$		
Kiểm soát tiểu tiện	$7,22 \pm 2,6$	$6,54 \pm 2,5$	$6,54 \pm 2,6$
p	$p_{(0-1)}: > 0,05; p_{(0-2)}: > 0,05$		
Vệ sinh răng miệng	$4,2 \pm 1,8$	$3,89 \pm 2,1$	$4,38 \pm 1,7$
p	$p_{(0-1)}: > 0,05; p_{(0-2)}: > 0,05$		
Thay quần áo	$6,79 \pm 2,4$	$6,36 \pm 2,5$	$6,3 \pm 2,3$
p	$p_{(0-1)}: > 0,05; p_{(0-2)}: > 0,05$		
Sử dụng nhà vệ sinh	$6,05 \pm 3,4$	$6,48 \pm 2,6$	$6,42 \pm 2,4$
p	$p_{(0-1)}: > 0,05; p_{(0-2)}: > 0,05$		
Di chuyển từ giường sang ghế và ngược lại	$5,8 \pm 3,6$	$6,91 \pm 2,9$	$7,1 \pm 2,9$
p	$p_{(0-1)}: < 0,05; p_{(0-2)}: < 0,05$		
Di chuyển	$4,51 \pm 3,0$	$5,12 \pm 2,7$	$5,37 \pm 2,7$
p	$p_{(0-1)}: > 0,05; p_{(0-2)}: > 0,05$		
Lên xuống bậc thang	$1,79 \pm 2,4$	$3,27 \pm 3,1$	$3,95 \pm 3,1$
p	$p_{(0-1)}: < 0,01; p_{(0-2)}: < 0,001$		
Tổng	$53,7 \pm 21,0$	$55,62 \pm 19,8$	$57,96 \pm 18,6$
p	$p_{(0-1)}: > 0,05; p_{(0-2)}: > 0,05 p_{(1-2)}: > 0,05$		
	$p_{(1-1)}: < 0,001; p_{(2-2)}: < 0,001$		

Nhận xét: Ở nhóm chứng, điểm trung bình chung về mức độ độc lập các chức năng sinh hoạt hằng ngày của người bệnh tăng ở thời điểm sau 6 tháng và

sau 1 năm can thiệp so với thời điểm trước can thiệp. Nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.27. Kết quả mức độ khiếm khuyết thần kinh của người bệnh sau đột quỵ não ở nhóm can thiệp trước can thiệp, sau can thiệp 6 tháng và 1 năm theo thang điểm Nihss(n=162)

Mức độ khiếm khuyết thần kinh	Nhóm can thiệp						CSHQ
	Trước can thiệp (0)		Sau 6 tháng can thiệp(1)		Sau 1 năm can thiệp(2)		
	SL	%	SL	%	SL	%	
Bình thường – nhẹ	2	2,5	15	18,5	26	32,1	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 640 CSHQ ₍₀₋₂₎ : 1184
Khiếm khuyết trung bình	55	67,9	58	71,6	48	59,3	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 5,9 CSHQ ₍₀₋₂₎ : 12,7
Khiếm khuyết nặng	22	27,2	7	8,6	6	7,4	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 68,4 CSHQ ₍₀₋₂₎ : 72,8
Khiếm khuyết rất nặng	2	2,5	1	1,2	1	1,2	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 52,0 CSHQ ₍₀₋₂₎ : 52,0
p	p (0-1): < 0,001; p (0-2): < 0,001						

Nhận xét: Ở nhóm can thiệp tỷ lệ người bệnh có mức độ khiếm khuyết bình thường/ nhẹ tăng từ 2,5% lên 18,5% với chỉ số hiệu quả đạt 640% tại thời điểm sau 6 tháng can thiệp so với trước can thiệp ($p < 0,001$). Ở thời điểm 1 năm sau can thiệp, tỷ lệ người bệnh có mức độ khiếm khuyết bình thường/nhẹ tăng lên 32,1% với chỉ số hiệu quả đạt 1184% ($p < 0,001$).

Bảng 3.28. Kết quả thay đổi mức độ khiếm khuyết thần kinh của người bệnh sau đột quỵ não ở nhóm chứng sau 6 tháng và 1 năm theo thang điểm Nihss(n=81)

Mức độ khiếm khuyết thần kinh	Nhóm chứng						CSHQ
	Trước theo dõi (0)		Sau 6 tháng theo dõi(1)		Sau 1 năm theo dõi(2)		
	SL	TL %	SL	TL %	SL	TL %	
Bình thường – nhẹ	5	6,2	7	8,6	21	25,9	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 38,7 CSHQ ₍₀₋₂₎ : 317,7
Khiếm khuyết trung bình	66	81,5	65	80,2	53	65,4	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 1,6 CSHQ ₍₀₋₂₎ : 19,8
Khiếm khuyết nặng	10	12,3	9	11,0	7	8,6	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 10,6 CSHQ ₍₀₋₂₎ : 30,1
Khiếm khuyết rất nặng	0	0	0	0	0	0	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 0 CSHQ ₍₀₋₂₎ : 0
p	p₍₀₋₁₎: > 0,05; p₍₀₋₂₎: < 0,001						

Nhận xét: Ở nhóm chứng, tỷ lệ người bệnh có mức độ khiếm khuyết nặng giảm còn 11,0% ở thời điểm sau 6 tháng và 8,6% ở thời điểm sau 1 năm ($p > 0,05$ và $p < 0,001$); chỉ số hiệu quả đạt là 10,6 và 30,1%.

Bảng 3.29. Hiệu quả can thiệp mức độ khiếm khuyết thần kinh của người bệnh đột quỵ não nhóm can thiệp so với nhóm chứng sau 6 tháng và 1 năm can thiệp theo thang điểm Nihss (n=162)

Mức độ khiếm khuyết thần kinh	Chỉ số	Chỉ số hiệu quả				HQCT sau 6 tháng	HQCT sau 1 năm
		Nhóm can thiệp		Nhóm chứng			
		Sau 6 tháng CT	Sau 1 năm CT	Sau 6 tháng theo dõi	Sau 1 năm theo dõi		
Bình thường - nhẹ	640	1184	38,7	317,7	601,3	866,3	
Khiếm khuyết trung bình	5,9	12,7	1,6	19,8	4,3	- 7,1	
Khiếm khuyết nặng	68,4	72,8	10,6	30,1	57,8	42,7	
Khiếm khuyết rất nặng	52,0	52,0	0	0	52,0	52,0	

Nhận xét: Mức độ khiếm khuyết nặng người bệnh sau can thiệp 6 tháng đạt hiệu quả can thiệp 57,8% và 1 năm sau đạt 42,7%

Bảng 3.30. Kết quả mức độ giảm khả năng, tàn tật của người bệnh sau đột quỵ não ở nhóm can thiệp trước, sau can thiệp 6 tháng và sau 1 năm theo thang điểm Rankin cải tiến (n=81)

Mức độ giảm khả năng, tàn tật	Nhóm can thiệp						CSHQ
	Trước can thiệp (0)		Sau 6 tháng can thiệp(1)		Sau 1 năm can thiệp(2)		
	SL	TL %	SL	TL %	SL	TL %	
Bình thường-nhẹ	2	2,5	3	3,7	32	39,5	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 48,0 CSHQ ₍₀₋₂₎ : 1480
Giảm khả năng trung bình	48	59,3	63	77,8	45	55,6	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 31,2 CSHQ ₍₀₋₂₎ : 6,2
Giảm khả năng nặng	31	38,3	15	18,5	4	4,9	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 51,7 CSHQ ₍₀₋₂₎ : 87,2
p	p (0-1): < 0,001; p (0-2): < 0,001						

Nhận xét: Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ người bệnh có mức độ giảm khả năng nặng giảm có ý nghĩa thống kê 18,5% (sau 6 tháng) và 4,9% (sau 1 năm) ($p < 0,001$).

Bảng 3.31. Kết quả mức độ giảm khả năng, tàn tật của người bệnh sau đột quy não ở nhóm chứng trước theo dõi sau 6 tháng và 1 năm theo thang điểm Rankin cải tiến (n=81)

Mức độ giảm khả năng, tàn tật	Nhóm chứng						CSHQ
	Trước theo dõi (0)		Sau 6 tháng theo dõi (1)		Sau 1 năm theo dõi(2)		
	SL	TL %	SL	TL %	SL	TL %	
Bình thường-nhẹ	1	1,2	1	1,2	7	8,6	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 0 CSHQ ₍₀₋₂₎ : 616,7
Giảm khả năng trung bình	56	69,1	56	69,1	59	72,8	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 0 CSHQ ₍₀₋₂₎ : 5,3
Giảm khả năng nặng	24	29,6	24	29,6	15	18,5	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 0 CSHQ ₍₀₋₂₎ : 37,5
p	p₍₀₋₁₎: > 0,05; p₍₀₋₂₎: < 0,01						

Nhận xét: Ở nhóm chứng, mức độ giảm khả năng nặng giảm 18,5% ở thời điểm sau can thiệp 1 năm với chỉ số hiệu quả đạt 37,5% ($p < 0,001$).

Bảng 3.32. Hiệu quả can thiệp mức độ giảm khả năng, tàn tật của người bệnh sau đột quy não nhóm can thiệp so với nhóm chứng sau 6 tháng và 1 năm theo thang điểm Rankin cải tiến (n=162)

Mức độ giảm khả năng	Chỉ số	Chỉ số hiệu quả				HQCT sau 6 tháng	HQCT sau 1 năm
		Nhóm can thiệp		Nhóm chứng			
		Sau 6 tháng CT	Sau 1 năm CT	Sau 6 tháng theo dõi	Sau 1 năm theo dõi		
Bình thường- nhẹ		48,0	1480	0	616,7	48,0	863,3
Giảm khả năng trung bình		31,2	6,2	0	5,3	31,2	0,9
Giảm khả năng nặng		51,7	87,2	0	37,5	51,7	49,7

Nhận xét: Hiệu quả can thiệp cải thiện mức độ giảm khả năng nặng sau 6 tháng đạt 51,7%. Hiệu quả can thiệp cải thiện mức độ giảm khả năng nặng sau 1 năm đạt 49,7%

Bảng 3.33. Kết quả kiến thức về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quy não nhóm can thiệp trước và sau can thiệp 6 tháng (n=81)

Kiến thức người chăm sóc chính	Nhóm can thiệp				CSHQ
	Trước can thiệp (0)		Sau can thiệp 6 tháng (1)		
	SL	TL %	SL	TL %	
Đạt	27	33,3	73	90,1	CSHQ ₍₀₋₁₎ :170,6
Không đạt	54	66,7	8	9,9	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 85,2
p	p (0-1): < 0,001				

Nhận xét: Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ người chăm sóc chính có kiến thức đạt tăng 90,1% sau can thiệp so với trước can thiệp (33,3%), với chỉ số hiệu quả đạt 170,6%. Tỷ lệ có kiến thức không đạt giảm 9,9% so với trước can thiệp (66,7%), với chỉ số hiệu quả đạt 85,2%.

Bảng 3.34. Kết quả kiến thức về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quy não ở nhóm chứng trước và sau theo dõi (n=81)

Kiến thức người chăm sóc chính	Nhóm chứng				CSHQ
	Trước theo dõi (0)		Sau 6 tháng theo dõi (1)		
	SL	TL %	SL	TL %	
Đạt	31	38,3	34	42,0	CSHQ ₍₀₋₁₎ :9,6
Không đạt	50	61,7	47	58,0	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 5,9
p	p (0-1): > 0,05				

Nhận xét: Ở nhóm chứng, tỷ lệ người chăm sóc chính có kiến thức đạt tăng 42,0% sau theo dõi so với thời điểm trước theo dõi (38,3%), với chỉ số hiệu quả đạt 9,6%. Tuy nhiên sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.35. Hiệu quả can thiệp kiến thức về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quỵ não sau can thiệp và theo dõi (n=162)

Kiến thức người chăm sóc chính	Chỉ số	Chỉ số hiệu quả		HQCT
		Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	
Đạt		170,6	9,6	161,0
Không đạt		85,2	5,9	79,2

Nhận xét: Hiệu quả can thiệp giảm tỷ lệ kiến thức không đạt về phục hồi chức năng đột quỵ não của người chăm sóc chính sau can thiệp đạt 79,2%. Hiệu quả can thiệp tăng tỷ lệ kiến thức đạt 161%.

Bảng 3.36. Kết quả thái độ về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quỵ não ở nhóm can thiệp trước và sau can thiệp (n=81)

Thái độ người chăm sóc chính	Nhóm can thiệp				CSHQ
	Trước can thiệp (0)		Sau can thiệp 6 tháng (1)		
	SL	TL %	SL	TL %	
Tốt	3	3,7	65	80,2	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 206,8
Không tốt	78	96,3	16	19,8	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 79,4
p	p₍₀₋₁₎: < 0,001				

Nhận xét: Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ người chăm sóc chính có thái độ tốt tăng 80,2% sau can thiệp so với thời điểm trước can thiệp (3,7%), với chỉ số hiệu quả đạt 206,8% và giảm tỷ lệ có thái độ không tốt 19,8% so với thời điểm trước can thiệp (96,3%), với chỉ số hiệu quả đạt 79,4%.

Bảng 3.37. Kết quả thái độ về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quỵ não ở nhóm chứng trước và sau theo dõi (n=81)

Thái độ người chăm sóc chính	Nhóm chứng				CSHQ
	Trước theo dõi (0)		Sau 6 tháng theo dõi (1)		
	SL	TL %	SL	TL %	
Tốt	3	3,7	5	6,2	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 67,6
Không tốt	78	96,3	76	93,8	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 2,6
p	p₍₀₋₁₎: > 0,05				

Nhận xét: Ở nhóm chứng, tỷ lệ người chăm sóc chính có thái độ tốt tăng 6,2% sau theo dõi so với trước theo dõi (3,7%), với chỉ số hiệu quả đạt 67,6%. Sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.38. Hiệu quả can thiệp thái độ về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quỵ não sau can thiệp và theo dõi (n=162)

Thái độ người chăm sóc chính	Chỉ số	Chỉ số hiệu quả		HQCT
		Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	
Tốt		206,8	67,6	139,2
Không tốt		79,4	2,6	76,8

Nhận xét: Hiệu quả can thiệp làm giảm tỷ lệ thái độ không tốt của người chăm sóc chính sau can thiệp đạt 76,8%. Hiệu quả can thiệp làm tăng tỷ lệ có thái độ tốt sau can thiệp đạt 139,2%

Bảng 3.39. Kết quả thực hành về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quỵ não nhóm can thiệp trước và sau can thiệp (n=81)

Thực hành của người chăm sóc chính	Nhóm can thiệp				CSHQ
	Trước can thiệp (0)		Sau can thiệp 6 tháng (1)		
	SL	TL %	SL	TL %	
Đạt	18	22,2	70	86,4	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 289,2
Chưa đạt	63	77,8	11	13,6	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 82,5
p	p₍₀₋₁₎: < 0,001				

Nhận xét: Nhóm can thiệp, tỷ lệ thực hành đạt của người chăm sóc chính tăng 86,4% sau can thiệp so với trước can thiệp (22,2%) với chỉ số hiệu quả đạt 289,2% và giảm tỷ lệ chưa đạt còn 13,6% so với trước can thiệp (77,8%) với chỉ số hiệu quả đạt 82,5%.

Bảng 3.40. Kết quả thực hành về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quỵ não ở nhóm chứng trước và sau theo dõi (n=81)

Thực hành của người chăm sóc chính	Nhóm chứng				CSHQ
	Trước theo dõi (0)		Sau 6 tháng theo dõi (1)		
	SL	TL %	SL	TL %	
Đạt	32	39,5	34	42,0	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 6,3
Chưa đạt	49	60,5	47	58,0	CSHQ ₍₀₋₁₎ : 4,1
p	p₍₀₋₁₎: > 0,05				

Nhận xét: Nhóm chứng, tỷ lệ người chăm sóc chính thực hành đạt tăng từ 39,5% lên 42,0% sau theo dõi với chỉ số hiệu quả đạt 6,3%. Tuy nhiên sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

Bảng 3.41. Hiệu quả can thiệp thực hành về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quỵ não sau can thiệp và theo dõi (n=162)

Thực hành của người chăm sóc chính	Chỉ số	Chỉ số hiệu quả		HQCT
		Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	
Đạt		289,2	6,3	282,9
Chưa đạt		82,5	4,1	78,4

Nhận xét: Hiệu quả can thiệp làm giảm tỷ lệ thực hành chưa đạt của người chăm sóc chính sau can thiệp đạt 78,4%. Hiệu quả can thiệp làm tăng tỷ lệ thực hành đạt 282,9%.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của người bệnh nghiên cứu

** Đặc điểm tuổi, giới của người bệnh nghiên cứu*

Trong 171 người bệnh được đưa vào nghiên cứu, Trong 171 người bệnh nghiên cứu, nhóm tuổi từ 60 - 69 là 29,2% và nhóm 70 - 79 là 31,0%, nhóm tuổi từ 80 tuổi trở lên là 22,8% (bảng 3.1). Phân tích giới tính trong số người bệnh đưa vào nghiên cứu, cho thấy tỷ lệ nam chiếm 60,2% nhiều hơn nữ là 39,8%. Đặc điểm này, cũng phù hợp với nhiều nhận xét của nhiều tác giả trong và ngoài nước. Người cao tuổi thường có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến đột quỵ não như tăng huyết áp, đái tháo đường, mỡ máu cao, xơ vữa động mạch, ít hoạt động thể lực [65]. Theo CDC Hoa Kỳ đã chỉ ra rằng, nam giới có nhiều yếu tố thuận lợi dẫn đến đột quỵ não như: hay uống rượu bia, hút thuốc lá.....đây là những yếu tố nguy cơ dẫn đến tăng huyết áp, mà tăng huyết áp lại là một yếu tố nguy cơ quan trọng của đột quỵ não và cứ 3 người nam giới thì có 1 người bị tăng huyết áp giai đoạn II; hút thuốc lá dẫn đến tổn thương thành mạch gây đột quỵ não và nam giới hút thuốc lá nhiều hơn nữ giới; uống nhiều rượu có thể làm tăng huyết áp, tăng triglyceride máu, từ đó tăng nguy cơ đột quỵ và nam giới uống rượu nhiều hơn nữ giới; thừa cân, béo phì, đái tháo đường, hạn chế hoạt động thể lực cũng là những yếu tố nguy cơ dẫn đến đột quỵ não ở nam giới [57]. Kết quả nghiên cứu của Trần Văn Tuấn tại Thái Nguyên cũng cho thấy đa số người bệnh đột quỵ não ở độ tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm 76,75%. Trong đó, nam giới có tỷ lệ hiện mắc cao hơn nữ giới, tỷ lệ nam/nữ = 1,93, $p < 0,001$ [40]. Theo tác giả Nguyễn Thị Thu Huyền và Nguyễn Văn Chương thì tỷ lệ người bệnh nhóm tuổi từ 60 - 69 ở nhóm nhồi máu não lần đầu là 32,3% và ở nhóm đột quỵ não tái phát là 25%; Tỷ lệ người bệnh nhóm tuổi trên 70 ở nhóm đột quỵ não lần đầu chiếm 46,8% và ở nhóm đột quỵ não tái phát chiếm 40,4%. Theo các tác giả, tỷ lệ nam giới nhóm đột quỵ não lần đầu là 53,8%, cao hơn tỷ lệ nữ giới là 46,2%; tỷ lệ nam giới nhóm

đột quy não tái phát là 64,5%, cao hơn nữ là 36,5% [20]. Trong nghiên cứu của Đào Thị Bích Ngọc, phần lớn người bệnh đột quy não ở độ tuổi trên 60 tuổi, trong đó nhóm từ 59 -69 tuổi chiếm 11,3%, nhóm 69 - 79 chiếm 60,9%, nhóm trên 80 tuổi chiếm 15,7%. Tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới 1,1 lần [29].

*** Đặc điểm dân tộc, nghề nghiệp, trình độ học vấn của người bệnh nghiên cứu**

Kết quả nghiên cứu trong bảng 3.2 và biểu đồ 3.1, cho thấy đa số người bệnh là người dân tộc kinh chiếm 75,4%; hưu trí là 59,6% điều này cũng phù hợp với cấu trúc dân số của thành phố Thái Nguyên (dân tộc kinh là chủ yếu, hơn nữa các đơn vị hành chính thuộc khu vực thành phố Thái Nguyên, tỷ lệ người là công nhân viên chức khá cao. Theo quy định của Bộ luật lao động năm 2019 của Quốc Hội, tuổi nghỉ hưu của người lao động trong điều kiện lao động bình thường là đủ 60 tuổi 03 tháng đối với lao động nam và đủ 55 tuổi 04 tháng đối với lao động nữ [30].

Về trình độ học vấn, có 36,8% người bệnh có trình độ cao đẳng, đại học, 24,6% có trình độ trung học phổ thông. Tuy nhiên, vẫn còn một tỷ lệ mù chữ nhất định là 1,2% và 4,7% ở mức độ biết đọc, biết viết (bảng 3.2). Điều này cũng phù hợp với điều kiện kinh tế, xã hội chung của một tỉnh miền núi, trung du. Kết quả nghiên cứu của tác giả Đào Thị Bích Ngọc cũng cho thấy, tỷ lệ người bệnh có trình độ trung học phổ thông trở lên chiếm 49,6%, tỷ lệ người bệnh có trình độ trung học cơ sở hiếm 27,8% và tiểu học chiếm 22,6% [29].

*** Đặc điểm vị trí liệt và mức độ liệt của người bệnh nghiên cứu**

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.3 và 3.4, tỷ lệ người bệnh bị liệt bên trái chiếm 68,4% cao hơn số người liệt bên phải là 31,6%. Có 8,8% liệt mức độ nhẹ; 42,7% mức độ liệt vừa; 48,5% mức độ liệt nặng. Kết quả này chỉ ra rằng, đa số người bệnh đột quy não trong nghiên cứu là liệt bên trái với mức độ liệt vừa và liệt nặng. Đa số người bệnh có mức độ liệt vừa và liệt nặng thể hiện rằng đa số người bệnh có tình trạng tổn thương não nhiều. Điều này có thể do tỷ lệ người bệnh có dạng tổn thương là xuất huyết não trong nghiên cứu chiếm đến 20,5%. Đây là dạng tổn thương có thể khiến cho người bệnh tổn thương não nặng và dẫn đến liệt 1/2 người mức độ nặng và nhiều triệu chứng nặng khác. Nghiên cứu của

Umeki N tại Nhật Bản năm 2018 lại cho kết quả: người bệnh đột quy não liệt bên phải có 52/61 (chiếm 85,2%), cao hơn so với 9/61 (chiếm 14,8%) người bệnh đột quy não liệt bên trái [101]. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tấn Dũng, có 44,6% người bệnh đột quy não có liệt bên trái và 55,4% bệnh nhân đột quy não có liệt bên phải [11].

Kết quả nghiên cứu của Đinh Hữu Hùng cũng cho thấy tỷ lệ người bệnh có mức độ liệt nặng chiếm 52,1%, mức độ liệt nhẹ hoặc không liệt chiếm 47,9% [17].

*** Phân loại tổn thương đột quy não ở người bệnh nghiên cứu**

Kết quả nghiên cứu tại biểu đồ 3.2, số người bệnh bị nhồi máu não chiếm 79,5% cao hơn nhiều số người bệnh bị xuất huyết não chiếm 20,5%. Kết quả nghiên cứu của tác giả Tirschwell D. L cho thấy, tỷ lệ mắc nhồi máu não còn sống chiếm 52,2%, cao hơn tỷ lệ xuất huyết não còn sống chiếm 36,8%. Tỷ lệ người bệnh chết do nhồi máu chiếm 26,4% thấp hơn so với xuất huyết não chiếm 72,0% [99]. Trong nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Thúy Vũ cũng chỉ ra rằng, tỷ lệ người bệnh mắc nhồi máu não cao hơn tỷ lệ người bệnh xuất huyết não, tỷ lệ người bệnh nhồi máu não chiếm 70,1% trong khi tỷ lệ mắc xuất huyết não chiếm 29,9% [41]. Trong nghiên cứu của tác giả Nakao S cho thấy, tỷ lệ nhồi máu não là 53,8% cao hơn xuất huyết não là 46,2% [82]. Tác giả Trần Nguyên Hồng và Nguyễn Văn Chương lại cho kết quả người bệnh đột quy não thể nhồi máu não chiếm 62,3%, cao hơn so với người bệnh đột quy não thể xuất huyết não là 37,7% [16].

*** Đặc điểm bệnh kèm theo của người bệnh nghiên cứu**

Theo kết quả nghiên cứu tại bảng 3.5, có 67,8% người bệnh nghiên cứu có tăng huyết áp kèm theo; 9,9% có đái tháo đường; 25,7% có bệnh tim mạch, có 18,1% người bệnh có cứng khớp thứ phát. Tăng huyết áp là một trong những yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được của đột quy não nhưng cũng là một nguyên nhân dẫn đến đột quy não. Những người bệnh đột quy não thường xảy ra trên người bệnh tăng huyết áp. Tăng huyết áp, nguyên nhân hàng đầu của đột quy, làm tổn thương thành động mạch và có thể làm tăng hoạt động đông máu, dẫn đến sự hình thành các cục máu đông gây đột quy. Ngoài ra, đái tháo đường cũng làm tăng

nguy cơ bị đột quy não. Cơ chế quan trọng nhất là bệnh đái tháo đường sẽ gây nên tổn thương sớm ở tế bào nội mạc, làm rối loạn chức năng nội mạc mạch máu. Khi chức năng nội mạc bị rối loạn, nó sẽ làm cho các phân tử cholesterol dễ dàng chui qua lớp nội mạc vào trong, kết hợp với tăng khả năng kết dính và xuyên thành của tế bào bạch cầu vào trong lớp nội mạc, từ đó sẽ hình thành mảng xơ động mạch, hoặc mảng xơ đã hình thành thì tiến triển rất nhanh dẫn đến hẹp dần lòng mạch, hình thành nên cục huyết khối trong lòng mạch làm tắc mạch cấp tính, gây nhồi máu cơ tim, nhồi máu não... Bên cạnh đó, cứng khớp là một tổn thương thứ phát khá thường gặp ở những người bị liệt nửa người do đột quy não. Cơ bị co cứng rồi co rút, làm hạn chế vận động của khớp. Tình trạng này kéo dài sẽ dẫn đến cứng khớp. Các khớp thường bị cứng đầu tiên là khớp vai, khớp háng và khớp cổ chân ở bên liệt. Cứng các khớp khác xuất hiện muộn hơn [2].

Kết quả nghiên cứu của Kaseke F năm 2017 cũng cho rằng các yếu tố nguy cơ và bệnh kèm theo của người bệnh đột quy não là bao gồm tăng huyết áp chiếm 58,4%; đái tháo đường chiếm 18%, bệnh tim mạch chiếm 5,6% [70]. Nghiên cứu của Tirschwell cũng cho kết quả người bệnh nhồi máu não có tăng huyết áp chiếm đến 94,5%, xuất huyết não có kèm theo tăng huyết áp chiếm 98%, có đái tháo đường là 17,1% và 16,6% [99]. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tấn Dũng tại Đà Nẵng, tỷ lệ người bệnh đột quy não có tăng huyết áp kèm theo chiếm 79,7%, đái tháo đường là 16,8%, có bệnh lý về tim mạch là 20,8% [11]. Theo tác giả Nguyễn Thị Thu Huyền và Nguyễn Văn Chương thì tỷ lệ các yếu tố nguy cơ và bệnh kèm theo của người bệnh đột quy não bao gồm: tăng huyết áp chiếm 72,5%, đái tháo đường là 25,5%, rối loạn chuyển hóa lipid máu là 54,5%, nghiện thuốc lá chiếm 18,5%, tiền sử nhồi máu cơ tim và bệnh tim mạch chiếm 3,5%; rung nhĩ chiếm 4,0% [20]. Nghiên cứu của Arsić S cho thấy các yếu tố nguy cơ của người bệnh đột quy não bao gồm: tăng huyết áp là 50%, đái tháo đường type 2 chiếm 36% [49].

*** Đặc điểm thông tin bệnh tật của người bệnh nghiên cứu**

Trong 171 người bệnh nghiên cứu của chúng tôi (tại bảng 3.6), 81,3% người bệnh bị đột quy não từ lần thứ 2 trở đi, có 18,7% có biến chứng cứng khớp. Đột quy não tái phát thường xảy ra trên những người bệnh đột quy não và thường mang lại những hậu quả nặng nề hơn so với những người bị đột quy não lần đầu. Trong nghiên cứu của tác giả Oza R, có đến gần 25% trường hợp đột quy não tái phát tại Mỹ hàng năm [87]. Tác giả Nguyễn Thị Thu Huyền và Nguyễn Văn Chương nghiên cứu thấy rằng, tỷ lệ người bệnh tái đột quy não lần đầu chiếm 74%, có 1 người bệnh bị tái đột quy não 4 lần và 1 người bệnh tái đột quy não lần 5 [20]. Tác giả Nguyễn Thế Anh chỉ ra rằng, tỷ lệ người bệnh có đột quy não tái phát ở người bệnh đái tháo đường là 33,93%. Tỷ lệ có đột quy não tái phát ở nhóm không có đái tháo đường là 21,36%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,04$ [1]. Thường những người đột quy não lần thứ 2 trở lên đều nặng hơn những người bị lần đầu

4.2. Thực trạng mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quy não và một số yếu tố liên quan tại thành phố Thái Nguyên năm 2016

4.2.1. Thực trạng mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quy não

Bảng 3.7 và biểu đồ 3.3 cho thấy tỷ lệ người bệnh có mức độ phụ thuộc hoàn toàn là 49,7%; 45,0% có mức độ phụ thuộc một phần và chỉ có 5,3% trường hợp người bệnh độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày. Điểm trung bình của chỉ số Barthel Index là $50,47 \pm 24,2$ điểm. Điều này cho thấy hầu hết người bệnh đột quy não phải phụ thuộc một phần hoặc hoàn toàn vào sự chăm sóc, giúp đỡ của người khác trong việc thực hiện các chức năng sinh hoạt hằng ngày như ăn uống, tắm, đi đại tiện, tiểu tiện, di chuyển... Những chức năng sinh hoạt bị ảnh hưởng nhiều như chức năng đi lại, di chuyển từ giường sang ghế, lên xuống bậc cầu thang, ăn uống. Đột quy não thường gây ra tình trạng rối loạn ý thức, liệt nửa người, mất sự phối hợp, mất cảm giác, khó khăn trong sự di chuyển. Sau đột quy

não người bệnh cũng gặp khó khăn trong việc mặc quần áo do yếu một nửa người, khó khăn trong việc thực hiện theo thứ tự các bước mặc quần áo, khó khăn trong việc đi đại tiện hoặc tiểu tiện. Nguyên nhân chủ yếu của vấn đề này là do người bệnh đột quy não ngoài việc bị mất hoặc giảm khả năng vận động đi lại, họ còn gặp khó khăn trong việc kiểm soát cơ tròn bàng quang hoặc cơ thắt hậu môn. Hậu quả của việc tổn thương não ảnh hưởng đến tín hiệu điều khiển hoạt động của các cơ, thường dẫn đến việc yếu hoặc liệt các cơ ở nửa người bên đối diện. Từ đó dẫn đến việc giảm hoặc mất cơ lực của người bệnh. Người bệnh có thể bị giảm hoặc mất khả năng thăng bằng, vận động và di chuyển. Điều này khiến cho người bệnh không chỉ gặp khó khăn trong việc di chuyển như đi lại, mà còn ảnh hưởng đến nhiều công việc trong sinh hoạt hằng ngày cũng như khả năng tự chăm sóc của người bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tấn Dũng năm 2012 tại Đà Nẵng, tỷ lệ người bệnh phụ thuộc hoàn toàn chức năng sinh hoạt hằng ngày khi vào viện rất cao 69,3%, mức độc lập chỉ chiếm 8,4% [11]. Tác giả Trần Thị Mỹ Luật năm 2008, đa số người bệnh đột quy não trước khi vào viện có mức độ phụ thuộc hoàn toàn trong việc thực hiện các hoạt động hằng ngày, chiếm 75,8%; 22,6% có mức độ phụ thuộc một phần và chỉ 1,6% sau đột quy não độc lập trong sinh hoạt hằng ngày. Cũng trong nghiên cứu này, có đến 45,2% người bệnh đột quy não không tự ngồi được, 54,8% không tự đứng được và 74,2% không tự đi lại được [24]. Nghiên cứu của Whitiana G.D cho kết quả là 18/31 người bệnh đột quy não độc lập trong sinh hoạt hằng ngày, chiếm 58,1% [108]. Theo Yoo C và Park J, điểm trung bình của điểm Barthel Index của người bệnh sau đột quy não đạt $45,4 \pm 11,1$ [111]. Morone G sử dụng thang điểm Barthel Index đánh giá mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của bệnh nhân đột quy não có 19% người bệnh đột quy não có điểm BI là 0 điểm, 78% có điểm BI dưới 40 điểm. Điều này cho thấy, hầu hết người bệnh đột quy não có mức độ phụ thuộc hoàn toàn trong việc thực hiện các chức năng sinh hoạt hằng ngày [78]. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Duy tại Tây Ninh, có 21,4% người bệnh đột quy não trong nghiên cứu có

mức độ độc lập hoàn toàn; 45% người bệnh có mức độ phụ thuộc một phần và 42,9% người bệnh có mức độ phụ thuộc hoàn toàn. Trong đó, tỷ lệ người bệnh có mức độ phụ thuộc ở các hoạt động chức năng lần lượt là: Ăn uống là 33,0%; Tắm rửa là 54,5%; Rửa mặt là 25,9%; Mặc quần áo chiếm 56,3%; Đại tiện là 20,5%; Tiểu tiện là 19,6%; Sử dụng nhà vệ sinh là 49,1%; Dịch chuyển từ ghế sang giường là 42,0%; Di chuyển là 56,3%; Leo cầu thang chiếm 74,1%. Điểm trung bình Barthel Index trong nghiên cứu này là $66,9 \pm 31,3$ [12]. Theo Phạm Thị Thúy Vũ thấy đa số người bệnh cần trợ giúp trong sinh hoạt hằng ngày, tỷ lệ người bệnh cần trợ giúp ít là 34,2% và trợ giúp trung bình là 32,5%; tỷ lệ người bệnh độc lập hoàn toàn trong sinh hoạt là 11,1%. Điểm Barthel Index trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $54,4 \pm 19,8$ [41].

Kết quả nghiên cứu bảng 3.8 cho thấy, đa số người bệnh cần được người chăm sóc hỗ trợ về ăn uống và đút cho ăn. Người bệnh đột quỵ não hạn chế về các hoạt động như cầm nắm do bị liệt nửa người ảnh hưởng đến cơ lực của chi trên. Nếu người bệnh bị liệt bên tay thuận có thể sẽ cần người chăm sóc bón cho ăn. Nhưng nếu người bệnh bị liệt bên tay không thuận có thể họ chỉ cần hỗ trợ trong việc ăn uống. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Thư và Nguyễn Thị Kim Liên tại Bệnh Viện Bạch Mai năm 2021 thấy rằng người bệnh sau đột quỵ não cần được hỗ trợ về ăn uống do hạn chế về các hoạt động cầm nắm. Trong đó, tỷ lệ người bệnh đột quỵ não không thể ăn, cần bón cho ăn chiếm 16,7%, tỷ lệ người bệnh cần trợ giúp khi ăn chiếm 60%, tỷ lệ người bệnh có thể tự ăn chiếm 23,3% [35].

Chức năng vệ sinh cá nhân, theo kết quả bảng 3.9, các chức năng kiểm soát đại tiện, tiểu tiện, thay quần áo và sử dụng nhà vệ sinh có đa số người bệnh bị phụ thuộc hoàn toàn hoặc một phần. Việc thay quần áo hay sử dụng nhà vệ sinh đòi hỏi sự phối hợp nhiều động tác tay và chân. Những người liệt nửa người do đột quỵ não thường giảm cơ lực cả chi trên và chi dưới. Do đó, việc nhiều người bệnh đột quỵ não phải phụ thuộc hoàn toàn hoặc một phần là điều dễ hiểu. Mặt khác, người bệnh đột quỵ não thường kèm theo những rối loạn kiểm soát cơ tròn. Vì

vậy, việc kiểm soát đại tiện và tiểu tiện của họ hay có sự rối loạn và đòi hỏi sự giúp đỡ như đóng bím hoặc đặt sonde... Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Thu và Nguyễn Thị Kim Liên cho thấy người bệnh sau đột quy não có hạn chế về khả năng thực hiện các chức năng tự vệ sinh cá nhân trong đó 93,3% người bệnh phụ thuộc vào người chăm sóc trong việc mặc quần áo, 83,3% họ phụ thuộc vào người chăm sóc trong việc sử dụng nhà vệ sinh [35].

Chức năng di chuyển, kết quả nghiên cứu bảng 3.10, đa số người bệnh đột quy não phụ thuộc một phần hoặc hoàn toàn về chức năng di chuyển. Tỷ lệ độc lập chức năng di chuyển từ giường sang ghế, đi lại và lên xuống cầu thang chỉ đạt lần lượt là 4,7%; 4,7% và 5,8%. Việc đi lại hoặc di chuyển của người bệnh đòi hỏi cơ lực tốt và sự phối hợp thăng bằng của họ. Ở người bệnh đột quy não, các cơ lực của họ bị giảm hoặc mất. Kèm theo đó, sự tổn thương não có thể ảnh hưởng đến sự phối hợp động tác và giữ thăng bằng của người bệnh. Vì vậy, trong các chức năng sinh hoạt ở người bệnh đột quy não, chức năng về di chuyển bao giờ cũng bị ảnh hưởng nhiều nhất. Điều này cũng được minh chứng trong kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Duy tại Tây Ninh, tỷ lệ người bệnh có mức độ phụ thuộc ở các hoạt động chức năng lần lượt là: Dịch chuyển từ ghế sang giường là 42,0%; Di chuyển là 56,3%; Leo cầu thang chiếm 74,1% [12]. Cũng trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Thu và Nguyễn Thị Kim Liên, tỷ lệ người bệnh phụ thuộc hoàn toàn về dịch chuyển từ giường sang ghế là 53,3%, trợ giúp nhiều là 46,7%. Tỷ lệ người bệnh không thể di chuyển dưới 50m là 80%, không thể lên xuống cầu thang chiếm 93,3% [35].

**** Phân bố mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày theo giới và theo loại tổn thương***

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.11, tỷ lệ người bệnh có mức độ phụ thuộc hoàn toàn ở nam giới cao hơn ở nữ giới. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ người bệnh có mức độ phụ thuộc hoàn toàn một phần ở những người bị nhồi máu não cao hơn so với xuất huyết não (Biểu đồ 3.4), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Nam giới là những

người có nhiều yếu tố nguy cơ của đột quỵ não hơn nữ giới như uống rượu, hút thuốc lá, ăn thức ăn có nhiều cholesterol... Những yếu tố nguy cơ này khiến cho những người bệnh đột quỵ não là nam giới có thể có mức độ tổn thương nặng nề hơn nữ giới. Do đó, tỷ lệ người bệnh là nam giới có mức độ phụ thuộc hoàn toàn cao hơn ở nữ giới. Tuy nhiên nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Thúy Vũ cho kết quả là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm số độc lập trong sinh hoạt hằng ngày với các yếu tố giới [41].

4.2.2. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính người bệnh sau đột quỵ não

**** Thực trạng kiến thức***

Một vấn đề quan trọng là để người nhà chăm sóc phục hồi chức năng cho người bệnh có hiệu quả, đó chính là sự phụ thuộc vào kiến thức cũng như thực hành PHCN của người chăm sóc chính. Để đánh giá được vấn đề trên, chúng tôi đã tiến hành điều tra kiến thức về phục hồi chức năng của đối tượng chăm sóc chính. Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.12, cho thấy: kiến thức về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính cho người bệnh sau đột quỵ não ở mức độ đạt chỉ chiếm 35,7%, mức độ không đạt chiếm 64,3%. Người chăm sóc chính của người bệnh sau đột quỵ não là người có vai trò quan trọng trong việc chăm sóc và thực hiện phục hồi chức năng. Người chăm sóc chính có kiến thức về phục hồi chức năng tốt sẽ giúp cho người chăm sóc chính thực hiện đúng các biện pháp phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ não. Kiến thức về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính trong việc phục hồi chức năng của người bệnh đột quỵ não bao gồm nhiều nội dung như thời điểm cần tiến hành phục hồi chức năng, thời gian duy trì phục hồi chức năng, thời điểm thực hiện phục hồi chức năng, phương pháp phục hồi chức năng... Theo kết quả nghiên cứu chỉ có một số ít người chăm sóc chính có kiến thức đúng về hậu quả của đột quỵ não, phương pháp điều trị cũng như thời điểm, đối tượng, địa điểm phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ não.

Kết quả điều tra cho thấy kiến thức về PHCN của người chăm sóc chính còn rất hạn chế, chưa đủ điều kiện để đảm bảo sự thành công trong phục hồi chức năng người bệnh có hiệu quả. Điều này cho thấy sự cần thiết phải tiến hành đào tạo họ trước khi thực hiện can thiệp chính thức.

Kết quả điều tra về kiến thức về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính trong nghiên cứu của Lee K.W. Nghiên cứu chỉ ra rằng, có đến hơn 1/3 (33,8%) người chăm sóc chính không có đủ kiến thức về việc chăm sóc phù hợp cho người bệnh đột quy não. Trên thực tế, một số lượng đáng kể người chăm sóc chính còn thiếu kiến thức và có kiến thức không đúng trong một số lĩnh vực của việc chăm sóc và phục hồi chức năng của người bệnh đột quy não. Theo Lee K.W chỉ có 64,3% người chăm sóc chính trả lời đúng về tư thế thích hợp cho người bệnh, 74,3% trả lời đúng trong việc cho ăn và 62,4% thay đổi tư thế và di chuyển người bệnh đúng [75]. Theo nghiên cứu của Bhat A, B và tại Banglades, nhìn chung người chăm sóc cho người bệnh đột quy não thiếu kiến thức về các yếu tố nguy cơ, dấu hiệu cảnh báo đột quy não, các phương pháp điều trị và tầm quan trọng của việc người bệnh được điều trị trong vòng 4 giờ đầu tiên (giờ vàng) từ khi bị đột quy não. Kết quả có 36,4% người chăm sóc thiếu kiến thức về các yếu tố nguy cơ, có 26,4% người chăm sóc thiếu kiến thức về các dấu hiệu cảnh báo và 73,6% người chăm sóc chưa bao giờ nghe về tầm quan trọng của việc người bệnh được điều trị trong giờ vàng [54]. Tác giả Stein J tại Mỹ cho kết quả là kiến thức của người chăm sóc về đột quy não và các chức năng được phục hồi của người bệnh đột quy não còn thiếu hụt, chỉ có 60% người chăm sóc có kiến thức về phân biệt giữa nhồi máu não và xuất huyết não; 48% họ nhận ra được các phương pháp điều trị, đa số họ thường mong đợi quá mức về những chức năng sẽ có thể hồi phục của người bệnh [97].

Theo kết quả nghiên cứu của Dương Đình Chính tại Nghệ An năm 2011 trên đối tượng là người trực tiếp chăm sóc người bệnh đột quy não cho thấy, chỉ có 26,8% người chăm sóc chính có kiến thức về khoảng thời gian vàng trong bệnh đột quy não; 6,2% có kiến thức sai về khoảng thời gian vàng trong bệnh đột

quy não và phần lớn người chăm sóc chính (67%) không biết về khoảng thời gian vàng này. Có kiến thức đúng về khoảng thời gian vàng trong bệnh đột quy não đóng vai trò rất quan trọng trong việc cứu sống người bệnh, làm giảm mức độ tàn tật và giúp người bệnh đột quy não phục hồi chức năng tốt hơn. Số người có kiến thức đúng về quá trình phục hồi của người bệnh bị đột quy não là thấp. Chỉ có 55,1% số người cho rằng quá trình hồi phục của người bệnh bị đột quy não là diễn ra suốt đời; 22,1% thì cho rằng quá trình hồi phục sau vài năm bị bệnh; có 12,9% thì cho rằng quá trình hồi phục sau vài tháng bị bệnh và 9,9 % thì cho rằng quá trình hồi phục sau vài tuần bị bệnh [6]. Cũng theo tác giả Dương Đình Chinh, tỷ lệ người chăm sóc chính hiểu biết về các dấu hiệu báo trước của bệnh đột quy não là không cao: 76,2% biết được dấu hiệu đau đầu; 65,8% biết được dấu hiệu choáng đột ngột, các dấu hiệu khác thường chỉ được dưới 50% biết được như nói khó, lơ mơ, yếu nửa người....[5].

** Thực trạng thái độ*

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.13, đa số người chăm sóc chính có thái độ ở mức chưa tốt. Thái độ về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính đánh giá nhận thức của họ về tầm quan trọng và cần thiết của các biện pháp phục hồi chức năng với người bệnh sau đột quy não. Kết quả này được thể hiện thông qua tỷ lệ người chăm sóc cho rằng PHCN cần được duy trì tại nhà chiếm 48,5%, tỷ lệ người chăm sóc cho rằng cần thiết có sự hỗ trợ của nhân viên y tế trong PHCN, cần thiết xây dựng bài tập PHCN còn ít. Người chăm sóc chính người bệnh đột quy não có thái độ chưa tốt trong việc nhận thức tầm quan trọng của các biện pháp phục hồi chức năng sẽ khiến cho người chăm sóc không tận tâm và sát sao trong việc thực hiện các biện pháp này. Từ đó ảnh hưởng đến kết quả của việc phục hồi chức năng cho người bệnh.

Tỷ lệ người chăm sóc chính có thái độ tốt về phục hồi chức năng cho người bệnh sau đột quy não trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu khác. Theo nghiên cứu tại Trung Quốc của Fang Y năm 2017, thái độ của người chăm sóc được đánh giá qua thang điểm Family Member Attitudes

Questionnaire. Thái độ của người nhà người bệnh, điểm trung bình về thái độ của người nhà người bệnh đối với việc phục hồi lại chức năng trong các hoạt động cơ bản trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh đột quỵ não ở nhóm trẻ tuổi cao hơn nhóm người cao tuổi; với điểm trung bình lần lượt là $2,8 \pm 2,7$ và $2,5 \pm 2,8$ [62]. Theo Das S ở Ấn Độ, thái độ tích cực về đột quỵ não của gia đình người bệnh chiếm tỷ lệ từ 43,2 - 71,9% [61]. Nghiên cứu của Bhat A, B năm 2016 tại Bangladesh có đến 10% người chăm sóc vẫn có thái độ không tốt khi trong việc xử trí khi người thân của họ bị đột quỵ não như đợi chờ và quan sát, đưa đến thầy lang, đưa đến điều trị bằng các phương pháp tâm linh [54]. Theo tác giả Pothiban L hầu hết người chăm sóc người bệnh đột quỵ não ở Thái Lan có thái độ tốt về chăm sóc và phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ não. Điểm trung bình về thái độ của người chăm sóc là $49,68 \pm 6,1$ (điểm thái độ trong khoảng 0 - 56 điểm) [92]. Kết quả nghiên cứu của Dương Đình Chinh tại Nghệ An, thái độ chăm sóc người bệnh khi khởi phát bệnh còn chưa tốt, vẫn còn 6,7% để cho người bệnh nằm chờ cho khỏe lại khi bị đột quỵ não, chỉ có 69,9% là đưa người bệnh đến cơ sở y tế gần nhất. Có đến 7,7% người chăm sóc không làm gì khi người bệnh khởi phát đột quỵ não [6].

** Thực trạng thực hành*

Theo kết quả tại bảng 3.14, các động tác thực hành phục hồi chức năng ít được thực hiện đúng bao gồm: Gấp và duỗi các ngón tay (chiếm 12,3%); Dạng, duỗi khớp khớp háng (chiếm 12,3%); Xoay khớp háng (chiếm 15,2%); Duỗi và gập khớp gối (chiếm 10,5%); Nghiêng khớp cổ chân sang 2 bên (chiếm 2,9%); Gấp duỗi khớp cổ chân (chiếm 11,7%); Gấp duỗi khớp ngón chân (chiếm 8,8%); Tập khớp vai (chiếm 5,8%); Tập ngồi dậy từ từ (chiếm 3,5%); Tập dồn trọng tâm lên tay (chiếm 0%); Tập dồn trọng lượng lên chân (chiếm 12,3%). Tại bảng 3.13, thực hành về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính cho người bệnh sau đột quỵ não ở mức độ đạt chiếm 50,9%, mức độ không đạt chiếm 49,1%. Điều này cho thấy, còn nhiều người chăm sóc chính chưa thực hiện tốt việc phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ não. Việc thực hiện các động tác phục hồi

chức năng cho người bệnh đột quỵ não đòi hỏi phải được sự tập huấn, hướng dẫn của những người có chuyên môn. Mặt khác, người chăm sóc chính cần có kiến thức và kỹ năng trong việc thực hiện phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ não. Trên thực tế, có nhiều người chăm sóc chính chưa từng được hướng dẫn về việc tập luyện phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ não. Điều này khiến cho nhiều người không thực hiện tốt việc thực hành phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ não. Kết quả này cho thấy người chăm sóc chính cần được tập huấn kiến thức thực hành về chăm sóc phục hồi chức năng cho người bệnh sau đột quỵ não

Kết quả nghiên cứu của của một số tác giả trong và ngoài nước thấy rằng người chăm sóc người bệnh sau đột quỵ não chưa có kỹ năng thực hành các kỹ thuật phục hồi chức năng cho người bệnh. Theo Dương Đình Chính, việc thực hành chăm sóc và phục hồi chức năng cho người bệnh cũng không tốt, chỉ có 59,3% người chăm sóc hỗ trợ người bệnh luyện tập phục hồi chức năng; 17,1% người chăm sóc hỗ trợ người bệnh làm các hoạt động tự chăm sóc; 22,6% người chăm sóc tạo môi trường để người bệnh có thể hòa nhập với cộng đồng [6]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Lan và Phạm Quang Hòa, người chăm sóc có điểm trung bình kỹ năng thực hành phục hồi cho người bệnh thấp, đạt $17,37 \pm 4,01$ điểm. Trong đó, điểm trung bình kỹ năng thực hành tư thế đúng cho người bệnh đạt $10,56 \pm 2,82$ điểm. Và chỉ có 5,6% người chăm sóc có kỹ năng thực hành về phục hồi chức năng ở mức độ đạt. Những kỹ năng mà có ít người chăm sóc thực hiện đúng như đặt chân bên liệt có gối đỡ ở tư thế gấp háng và gối (chiếm 20,4%), đặt tư thế chân lành gấp ở háng và gối (chiếm 25,9%); vai bên liệt gấp (chiếm 25,9%); động tác tập gấp háng (chiếm 22,2%), tập dồn trọng lượng lên chân liệt (chiếm 7,4%)... Điều này chỉ ra rằng, có nhiều người chăm sóc vẫn chưa có kỹ năng thực hành đúng về phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ não [22]. Theo tác giả Pandit R.B, điểm trung bình thực hành chăm sóc của người nhà người bệnh đột quỵ não $15,53 \pm 2,01$. Hầu hết người chăm sóc chính thực hành kém trong chăm sóc phục hồi chức năng người bệnh đột quỵ não. Các lĩnh vực thực hành đó là chăm sóc răng miệng (điểm trung

bình $17,35 \pm 0,92$), tắm ($29,0 \pm 1,93$), vệ sinh cá nhân ($17,9 \pm 1,4$), cho ăn ($18,22 \pm 0,59$), tư thế - chăm sóc lưng ($5,45 \pm 0,66$) [88].

4.2.3. Một số yếu tố liên quan đến mức độ độc lập trong chức năng sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quy não

Một trong những vấn đề không kém phần quan trọng để giúp nâng cao hiệu quả công việc phục hồi chức năng người bệnh tại nhà của người chăm sóc chính người bệnh đột quy não là cần phải cho họ biết về những yếu tố của bản thân người bệnh có thể liên quan tới mức độ độc lập chức năng của người bệnh. Để giải quyết vấn đề này, trong nghiên cứu của chúng tôi có tiến hành nghiên cứu, đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố, như giới tính, nhóm tuổi, bên liệt, loại tổn thương, mức độ liệt và số lần đột quy não với mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quy não. Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.15; bảng 3.17 và bảng 3.18 cho thấy giới tính, bên liệt và loại tổn thương không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày. Kết quả này có thể là do mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày chủ yếu bị ảnh hưởng bởi sự giảm cơ lực của các chi dẫn đến việc không thực hiện được các động tác trong sinh hoạt hằng ngày như ăn uống, tắm rửa, mặc quần áo, di chuyển...

Kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Thúy Vũ cũng cho kết quả là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm số độc lập trong sinh hoạt hằng ngày theo thang điểm Barthel với các yếu tố như loại tổn thương não ($p > 0,05$) [41].

Khi phân tích kết quả bảng 3.16 cho thấy ở nhóm tuổi trên 65 tuổi có tỷ lệ phụ thuộc mức độ độc lập cao hơn nhóm dưới 65 tuổi, điều này cho thấy nhóm người bệnh trẻ tuổi sau đột quy não khả năng tự thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày sẽ cao hơn nhóm người bệnh cao tuổi. Kết quả bảng 3.19 cho thấy những người bệnh liệt nặng có tỷ lệ phụ thuộc cao hơn nhóm liệt nhẹ; tương tự như vậy ở bảng 3.20 cho thấy những người bệnh bị đột quy lần thứ 2 trở lên có tỷ lệ phụ thuộc mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày cao hơn nhiều so với những người bệnh mới bị liệt lần đầu, sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê

với ($p < 0,05$). Như vậy, các kết quả tại bảng 3.16, 3.19 và 3.20 thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, mức độ liệt, số lần đột quy với mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh đột quy não ($p < 0,05$). Từ những kết quả này, chúng tôi đã gợi ý cho người chăm sóc chính về thái độ và thực hành đối với những người bệnh nhóm tuổi trên 65 tuổi, những người bệnh bị tai biến lần thứ 2 và các trường hợp người bệnh ở mức độ nặng hơn. Trên thực tế, chúng ta thấy người bệnh đột quy não thường có liệt ở nửa người đối bên với bên bị tổn thương não. Khi người bệnh có liệt nửa người thì các hoạt động đi lại, di chuyển, các hoạt động tự chăm sóc của người bệnh bị giảm hoặc không thực hiện được. Người bệnh có mức độ liệt càng nặng thì mức độ phụ thuộc càng nhiều và cần sự trợ giúp của người chăm sóc trong việc di chuyển, đi lại, ăn uống, tắm rửa, vệ sinh răng miệng, mặc quần áo... Bên cạnh đó, những người bệnh bị đột quy não lần 2 trở đi có nguy cơ bị tổn thương não nặng hơn và dẫn đến mức độ liệt nặng hơn. Điều đó khiến cho những người này phải phụ thuộc nhiều hơn vào người chăm sóc trong việc thực hiện những chức năng sinh hoạt hằng ngày... Như vậy, việc phân tích và đưa ra được mối liên quan giữa mức độ liệt, nhóm tuổi và số lần đột quy trên người bệnh với tình trạng mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sẽ là những gợi ý, chỉ dẫn quan trọng cho thái độ chăm sóc người bệnh của người chăm sóc chính tại nhà, điều này rất quan trọng đối với gia đình khu vực miền núi và đặc biệt đối với các gia đình là người dân tộc ít người.

Nghiên cứu của Phạm Thị Thúy Vũ năm 2015 thấy rằng có mối liên quan mức độ độc lập với tình trạng mức độ liệt, nhóm tuổi... Theo tác giả, điểm số độc lập trong sinh hoạt hằng ngày ở những người bệnh có tình trạng yếu/liệt thấp hơn so với những người bệnh không có tình trạng yếu/liệt ($p < 0,05$). Và có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày với nhóm tuổi: Điểm số độc lập trong sinh hoạt hằng ngày ở nhóm người lớn tuổi ≥ 75 tuổi thấp hơn so với nhóm trẻ tuổi ($p < 0,05$) [41].

Theo Nguyễn Tấn Dũng thì nhóm người bệnh có tuổi từ 65 trở lên có mức độ phụ thuộc chức năng sau TBMMN khi vào viện cao hơn so với những nhóm bệnh nhân có tuổi dưới 65 (tương ứng là 71,5% so với 28,5%) (OR = 2,8; 95% CI 1,57 - 5,09) [11].

4.3. Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh sau đột quỵ não

4.3.1. Kết quả mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày sau 6 tháng và 1 năm can thiệp

Theo kết quả nghiên cứu bảng 3.21, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính và mức độ liệt giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng $p > 0,05$. Như vậy, việc lựa chọn đối tượng nghiên cứu tham gia vào nhóm can thiệp và nhóm chứng có tính đồng nhất về đặc điểm về giới tính, đặc biệt là có sự tương đồng về mức độ liệt. Điều này hạn chế được những sai số và yếu tố nhiễu ảnh hưởng đến sự so sánh, đối chứng các kết quả giữa hai nhóm chứng và can thiệp sau can thiệp 6 tháng và 1 năm. Đồng thời kết quả này cũng thể hiện được người bệnh được lựa chọn vào nhóm chứng phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu

Trong nghiên cứu của chúng tôi bảng 3.22 mức độ độc lập hoàn toàn chức năng sinh hoạt hằng ngày (chỉ số Barthel từ 90 đến 100) sau đột quỵ não của nhóm can thiệp PHCN thời điểm sau 6 tháng can thiệp (8,6%) và sau một năm (34,6%) khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tỷ lệ độc lập chức năng hoàn toàn sau đột quỵ não một năm trong nhóm can thiệp của một số tác giả cũng cho thấy có sự cải thiện về mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày sau can thiệp. Tác giả Cao Minh Châu năm 2003 chỉ ra rằng, mức độ độc lập của người bệnh đột quỵ não sau can thiệp 1 năm so với trước can thiệp tăng từ 5,2% lên 46,84% ($p < 0,01$)[4]. Tác giả Trịnh Viết Thắng sau 1 năm can thiệp tập phục hồi chức năng, tỷ lệ người bệnh có mức độ độc lập hoàn toàn tăng từ 11,9% lên 44,0% ($p < 0,01$). Điều này cho thấy, các bài tập PHCN tại nhà có hiệu quả trong việc cải thiện rõ rệt mức độ độc lập của người bệnh [33]. Chương trình phục hồi chức năng tại nhà là một phương pháp ít tốn kém lại giúp người bệnh cải thiện mức độ

độc lập chức năng trong sinh hoạt hàng ngày cao hơn và giảm mức độ tàn tật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã có những cải thiện đáng kể về mức độ độc lập hoàn toàn chức năng trong sinh hoạt hằng ngày, tuy nhiên tỷ lệ mức độ độc lập hoàn toàn chức năng trong sinh hoạt hằng ngày của chúng tôi thấp hơn của một số tác giả có thể do người bệnh của chúng tôi không được PHCN trong các bệnh viện hay Trung tâm phục hồi chức năng có kỹ thuật cao, chương trình chưa toàn diện, đội ngũ kỹ thuật viên chưa có nhiều kinh nghiệm và người bệnh chưa được huấn luyện làm quen với môi trường ngoài bệnh viện trước khi trở về với cộng đồng. Ngoài ra những phương tiện công cộng thiết kế chưa phù hợp với người giảm khả năng, những tiện ích môi trường sống chưa thuận lợi nên tỷ lệ người bệnh được cải thiện mức độ độc lập chức năng chưa cao để sớm hòa nhập được với gia đình và xã hội. Lợi ích của chỉ số Barthel là đơn giản và dễ hiểu đối với tất cả những người cùng tham gia điều trị cho người bệnh, đặc biệt là chương trình tập luyện tại nhà 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 người bệnh tiếp tục duy trì mức độ độc lập đạt được

4.3.2. Hiệu quả phục hồi mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày

**** Ở thời điểm sau can thiệp 6 tháng***

Theo kết quả nghiên cứu, ở nhóm can thiệp tỷ lệ người bệnh có mức độ phụ thuộc hoàn toàn giảm và mức độ độc lập tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp (bảng 3.22), chỉ số hiệu quả đạt 40,1% và 616,7% theo thứ tự. Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng trong việc cải thiện mức độ độc lập ở thời điểm 6 tháng chỉ đạt 616,7%. Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng giảm mức độ phụ thuộc hoàn toàn ở thời điểm 6 tháng chỉ đạt 17,0 (bảng 3.24). Trong đó, điểm trung bình theo thang điểm Barthel index tăng có ý nghĩa thống kê từ $42,6 \pm 21,8$ lên $70,6 \pm 19,8$ (bảng 3.25).

Như vậy, các biện pháp phục hồi chức năng tại nhà được áp dụng cho người bệnh đột quỵ não có hiệu quả giảm mức độ phụ thuộc và tăng mức độ độc lập của người bệnh đột quỵ não. Để có được kết quả này là do người bệnh được

tập dưới sự hướng dẫn và giám sát của bác sỹ phục hồi chức năng và nhóm nghiên cứu bao gồm: Tạo thuận vận động tư thế nằm ngửa, tư thế nằm nghiêng sang bên liệt, cầm nắm an toàn, vận động chi dưới, vận động khớp vai, vận động khuỷu tay, vận động bàn tay, vận động cổ tay và các ngón tay; vận động đứng và di chuyển: ngồi dậy từ bên lành, tập ngồi ghé, tập ngồi dồn trọng lượng cơ thể lên tay liệt, hướng thân mình về phía trước, chân lành vắt chéo lên chân liệt, chân liệt vắt chéo lên chân lành, tập luyện chức năng di chuyển đồ vật, tập luyện tại bàn, tập đứng lên; các bài tập tạo thuận vận động cho đi lại và sinh hoạt hằng ngày: Tập vận động khớp vai, vận động cánh tay, vận động khuỷu tay, vận động bàn tay, vận động khớp bàn ngón tay, động tác lau bàn, hoạt động cầm nắm, hoạt động sinh hoạt hằng ngày - mặc áo, mặc quần dài; tự xúc ăn, rửa mặt, đánh răng, vệ sinh... Người bệnh ở nhóm chúng có thể tự tập tập phục hồi chức năng hoặc không tập và không có sự giám sát của nhân viên y tế. Tuy nhiên, do thời gian can thiệp trong 6 tháng chưa đủ thời gian để đạt được hiệu quả trong việc phục hồi chức năng trong sinh hoạt hằng ngày. Người bệnh đột quy não, nhất là xuất huyết não thường có mức độ tổn thương nặng đến chức năng vận động chi trên và chi dưới, dẫn đến ảnh hưởng đến chức năng sinh hoạt hằng ngày của người bệnh. Vì vậy kết quả này cho thấy việc tiếp tục tập luyện phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy não trong thời gian dài hơn là cần thiết.

Nghiên cứu của một số tác giả khác trong việc đánh giá hiệu quả của chương trình can thiệp phục hồi chức năng đối với mức độ độc lập của người bệnh đột quy não cũng chỉ ra rằng có sự cải thiện đáng kể về mức độ độc lập chức năng trong sinh hoạt hằng ngày. Nghiên cứu của Chaiyawat P năm 2009 tại Thái Lan, 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 $96,33 \pm 1,04$ (nhóm can thiệp) so với $66,25 \pm 1,58$ (nhóm chứng), $p = 0,001$. Trong đó, có đến 93,3% người bệnh ở nhóm can thiệp có điểm BI ở mức độ độc lập (BI = 90 - 100 điểm). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ người bệnh có mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng 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 [59]. Thời gian tập luyện phụ thuộc vào tiến triển của người bệnh. Có một số người bệnh cho dù được tập luyện nhưng có thể khả năng vận động của họ vẫn không được phục hồi, tuy nhiên nếu không được tập luyện thường xuyên thì chắc chắn tình trạng người bệnh sẽ nặng lên, từ chỗ giảm khả năng người bệnh có thể vĩnh viễn trở thành người tàn tật. Tác giả Nakao S cho thấy sự cải thiện điểm BI ở thời điểm sau can thiệp 6 tháng so với thời điểm trước khi nhập viện, với điểm trung bình BI vào thời điểm nhập viện là $21,4 \pm 28,7$, sau can thiệp 6 tháng điểm trung bình BI tăng lên $67,3 \pm 37,3$ điểm [82]. Kết quả của Trần Thị Mỹ Luật năm 2008, khả năng ngồi dậy của người bệnh sau tập phục hồi chức năng là 77,4%, (trước tập là 22,6%). Sau tập có 69,3% tự đứng dậy được, trong khi trước tập là 15,1%. Sau tập 57,8% tự đi lại được, trong khi trước tập là 4,8%. Và sau tập có 20,9% người bệnh độc lập về thực hiện các hoạt động chức năng trong tự chăm sóc và sinh hoạt hằng ngày (trước tập là 1,6%) [24].

Chương trình can thiệp phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng của Allen L đánh giá đã có hiệu quả trong việc giảm các tác động tâm lý cho người bệnh như lo lắng, trầm cảm ở người bệnh, tăng mức độ độc lập của người bệnh thực hiện các chức năng thông thường, tăng khả năng thực hiện các hoạt động tự chăm sóc hằng ngày, giảm gánh nặng của người chăm sóc, sự cải thiện này duy trì trong vòng 6 tháng sau khi xuất viện so với lúc nhập viện và lúc xuất viện ($p < 0,001$). Đồng thời có sự cải thiện trong cơ lực, sự giao tiếp của người bệnh, sự tham gia các hoạt động xã hội ở lúc xuất viện và duy trì sau đó 6 tháng ($p < 0,001$). Như vậy, chương trình can thiệp của đội phục hồi chức năng tại cộng đồng có hiệu quả trong việc phục hồi lại chức năng và tâm lý cho người bệnh sau đột quỵ não và những hiệu quả đó được duy trì 6 tháng sau khi xuất viện [46].

** Ở thời điểm sau 1 năm can thiệp*

Ở thời điểm 1 năm sau can thiệp, tỷ lệ người bệnh có mức độ phụ thuộc hoàn toàn giảm có ý nghĩa thống kê từ 55,6% xuống 17,3%, mức độ độc lập tăng

từ 1,2% lên 34,6% ($p < 0,001$) (bảng 3.22) với chỉ số hiệu quả đạt là 68,9% và 2783,3% theo thứ tự. Trong khi đó ở nhóm chứng, tỷ lệ người bệnh có mức độ phụ thuộc hoàn toàn giảm từ 48,1% đến 28,4%. Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng cải thiện mức độ độc lập ở thời điểm 6 tháng đạt 616,7%, ở thời điểm 1 năm đạt 2783,3%. Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng giảm mức độ phụ thuộc ở thời điểm 6 tháng đạt 17,0%, ở thời điểm 1 năm đạt 28,0% (bảng 3.24). Tổng điểm Barthel Index tăng lên $81,5 \pm 18,1$ so với thời điểm trước can thiệp và so với thời điểm 6 tháng ($p < 0,05$). Chương trình can thiệp của chúng tôi tiếp tục áp dụng các bài tập phục hồi chức năng do người nhà thực hiện dưới sự giám sát và hướng dẫn nhóm nghiên cứu trong thời gian 1 năm. Thời gian tập luyện phục hồi chức năng được duy trì trong thời gian 1 năm làm tăng khả năng phục hồi các chức năng vận động tay, chân. Nhờ đó mà người bệnh đột quỵ não tiếp tục cải thiện khả năng thực hiện các hành vi tự chăm sóc hằng ngày. Do đó khả năng độc lập trong chức năng sinh hoạt hằng ngày của người bệnh đột quỵ não được cải thiện hơn rõ rệt ở thời điểm 6 tháng

Kết quả nghiên cứu của tác giả Cao Minh Châu năm 2003 chỉ ra rằng, mức độ độc lập của người bệnh đột quỵ não sau can thiệp 1 năm so với trước can thiệp tăng từ 5,2% lên 46,84% ($p < 0,01$)[4]. Tác giả Chaiyawat P, ở nhóm can thiệp, điểm trung bình của Barthel Index tăng từ $31,7 \pm 5,9$ lên $97,2 \pm 2,8$. Trong khi ở nhóm chứng, điểm trung bình này là $76,4 \pm 9,4$. Điểm trung bình Barthel index ở nghiên cứu này cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi là do đánh giá điểm Barthel Index vào thời điểm 2 năm sau can thiệp so với trước can thiệp [58]. Nghiên cứu của tác giả Trịnh Viết Thắng năm 2012 đánh giá hiệu quả của bài tập phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ não ở cộng đồng tại tỉnh Khánh Hòa. Bài tập phục hồi chức năng được áp dụng theo bài tập của Hà Hoàng Kiệt. Sau 1 năm can thiệp tập phục hồi chức năng, tỷ lệ người bệnh có mức độ độc lập hoàn toàn tăng từ 11,9% lên 44,0%, tỷ lệ phụ thuộc hoàn toàn giảm xuống 19,0% (ban đầu là 31,0%) ($p < 0,01$). Điều này cho thấy, các bài tập PHCN tại nhà có hiệu quả trong việc cải thiện rõ rệt mức độ độc lập của người bệnh [33]. Tác giả

Nguyễn Văn Triệu năm 2005 đã đánh giá hiệu quả của phương pháp phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ não của Bobath B. Trong đó nhóm can thiệp được áp dụng cả các bài tập luyện phục hồi chức năng kết hợp tại bệnh viện và sau khi ra viện họ được hướng dẫn chương trình phục hồi chức năng tại nhà dưới sự giúp đỡ của gia đình hoặc nhân viên phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. Người bệnh nhóm chứng chỉ được điều trị tại bệnh viện chứ không được luyện tập phục hồi chức năng tại bệnh viện cũng như tại nhà. Kết quả nghiên cứu cho thấy, ở nhóm được tập luyện PHCN, mức độ độc lập chức năng chỉ số Barthel trung bình tại thời điểm ra viện ở nhóm người bệnh có tập luyện phục hồi chức năng cao hơn nhóm chứng (tương ứng là $63,9 \pm 28,3$ so với $55,4 \pm 32,1$). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tuy nhiên, tại thời điểm sau can thiệp 3 tháng và 1 năm thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với chỉ số Barthel trung bình giữa bệnh nhân có tập luyện phục hồi chức năng và nhóm chứng (tương ứng là 80 ± 26 và $86 \pm 22,6$ so với $66 \pm 32,2$ và $72,7 \pm 30,3$) với $p = 0,007$ và $p = 0,02$ [38].

** Sự cải thiện trong điểm trung bình các chức năng trong sinh hoạt hằng ngày.*

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, sau 6 tháng can thiệp điểm trung bình các chức năng ăn uống, tắm, kiểm soát đại tiện, kiểm soát tiểu tiện, vệ sinh răng miệng, thay quần áo, sử dụng nhà vệ sinh, di chuyển từ giường sang ghế, đi lại và leo cầu thang của người bệnh sau đột quỵ não tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp; ở thời điểm 1 năm sau can thiệp tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp và sau can thiệp 6 tháng ($p < 0,05$). Tổng điểm Barthel index ở nhóm can thiệp tăng có ý nghĩa thống kê ở thời điểm 6 tháng và 1 năm so với thời điểm trước can thiệp và cao hơn ở nhóm chứng. Ngoài ra điểm trung bình các chức năng trên ở nhóm chứng tăng không có ý nghĩa thống kê và thấp hơn so với nhóm can thiệp. Hiệu quả can thiệp không chỉ thể hiện việc cải thiện tổng điểm chung Barthel Index mà còn thể hiện tăng điểm trung bình của các chức năng trong sinh hoạt hằng ngày. Trong quá trình tập luyện phục hồi chức năng, chúng tôi chú trọng cho việc tập các tư thế động tác của các cơ ở các chi và việc thực

hiện các chức năng trong sinh hoạt hằng ngày. Do đó, sau thời gian can thiệp người bệnh đột quỵ não có cải thiện đáng kể trong các chức năng này. Tác giả Yoo C và cộng sự năm 2015 nghiên cứu áp dụng biện pháp phục hồi chức năng các chức năng ăn uống (sử dụng bát, thìa, thìa), mặc và cởi quần áo, vệ sinh cá nhân (vệ sinh răng miệng, sử dụng nhà vệ sinh), đứng lên, ngồi xuống. Các bài tập được thực hiện 30 phút mỗi ngày trong vòng 4 tuần trong viện và được người nhà tập luyện tại nhà do người nhà đã được đào tạo và dưới sự giám sát của bác sỹ phục hồi chức năng. Kết quả của biện pháp can thiệp là cơ lực chi trên được cải thiện (từ $13,6 \pm 6,2$ lên $14,9 \pm 5,4$, $p < 0,05$), cảm nắm (từ $4,3 \pm 2,6$ lên $4,8 \pm 2,5$; $p < 0,05$) so với thời điểm trước can thiệp. Trong đó, chỉ số Barthel Index tăng có ý nghĩa thống kê từ $45,4 \pm 11,1$ lên $73,2 \pm 13,1$ sau can thiệp ($p < 0,001$) [111]. Nghiên cứu của Musa.K.I và Keegan.T.J ở Malaysia cho thấy, điểm trung bình Barthel index thời điểm ra viện là $35,1 \pm 39,4$; sau 1 tháng can thiệp tăng lên $64,4 \pm 39,5$; sau 3 tháng can thiệp tăng lên $71,5 \pm 38,9$ [81].

Sự tham gia tích cực và chủ động của người bệnh vào chương trình phục hồi chức năng tại nhà có ý nghĩa rất quan trọng quá trình phục hồi. Trong thực tiễn theo dõi lâu dài người bệnh tại nhà, chúng tôi nhận thấy những gia đình nghèo không có người phục vụ (người giúp việc) đầy đủ có khả năng hồi phục tốt hơn những người khá giả, được phục vụ tối đa. Các thành viên trong gia đình có trách nhiệm hướng dẫn các thông tin cơ bản về theo dõi bệnh, cách xử trí khi người bệnh bị táo bón, rối loạn đại tiểu tiện, đau đầu, chóng mặt, mệt mỏi, đau vai..., thông tin về các loại thuốc kiểm soát huyết áp và cách sử dụng, kiểm soát các yếu tố nguy cơ bằng chế độ ăn uống, sinh hoạt, phòng ngừa tai biến tái phát cho người bệnh. Chương trình Phục hồi chức năng tại nhà có thể giúp người bệnh tiếp tục duy trì chức năng đã đạt được trong thời gian nằm viện, đồng thời ngăn ngừa các biến chứng muộn như co rút, biến dạng, đau vai bên liệt.... Người bệnh tham gia vào các hoạt động của địa phương nơi sinh sống như sinh hoạt tổ dân phố, các hoạt động thể dục thể thao, tham gia các câu lạc bộ theo sở thích, tham gia hội người khuyết tật.

4.3.3. Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng cải thiện mức độ khiếm khuyết thần kinh và mức độ giảm khả năng, tàn tật ở người bệnh đột quy não.

** Hiệu quả cải thiện mức độ khiếm khuyết thần kinh ở người bệnh đột quy não*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ trầm trọng của đột quy não được xác định bằng thang điểm NIHSS, sau 6 tháng can thiệp tỷ lệ người bệnh có mức độ khiếm khuyết thần kinh rất nặng đã giảm từ 2,5% xuống còn 1,2%; mức độ khiếm khuyết thần kinh nặng giảm từ 27,2% xuống còn 8,6% và mức độ bình thường/nhẹ tăng từ 2,5% lên 18,5% so với trước can thiệp ($p < 0,001$) (bảng 3.27) với chỉ số hiệu quả đạt lần lượt là 52,0%, 68,4% và 64,0%. Ở thời điểm 1 năm sau can thiệp, mức độ khiếm khuyết thần kinh nặng giảm xuống 7,4% và mức độ bình thường tăng lên 32,1% ở nhóm can thiệp ($p < 0,001$) (bảng 3.27) với chỉ số hiệu quả đạt lần lượt là 72,8% và 118,4%. Hiệu quả can thiệp tăng tỷ lệ người bệnh có mức độ bình thường - nhẹ ở thời điểm sau 6 tháng đạt 601,3% và ở thời điểm sau 1 năm đạt 866,3%. Hiệu quả can thiệp giảm tỷ lệ người bệnh ở mức độ khiếm khuyết thần kinh nặng ở thời điểm sau can thiệp 6 tháng đạt 57,8% và ở thời điểm 1 năm sau can thiệp đạt 42,7% (bảng 3.29). Kết quả nghiên cứu của tác giả Simić-Panić D đã chỉ ra rằng, chỉ số đánh giá mức độ khiếm khuyết thần kinh bằng thang điểm NIHSS giảm từ $10,3 \pm 4,45$ xuống $7,01 \pm 3,76$ sau can thiệp [96]. Tác giả Murie-Fernández M cho thấy, sau tập luyện phục hồi chức năng cho những người bệnh đột quy não mức độ trung bình và nặng, điểm trung bình mức độ khiếm khuyết thần kinh bằng thang điểm NIHSS giảm từ $10,8 \pm 5,0$ xuống $7,4 \pm 4,9$ điểm sau 1 tháng và giảm xuống $5,7 \pm 4,3$ điểm sau 3 tháng [80]. Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là các trường hợp đột quy não có khiếm khuyết thần kinh mức độ vừa và nặng (67,9% và 27,2%) (bảng 3.27) nên khi có can thiệp tập luyện phục hồi chức năng tại nhà người bệnh có nhiều cải thiện mức độ khiếm khuyết thần kinh để giúp người bệnh thực hiện được các chức năng trong sinh hoạt hằng ngày độc lập

** Hiệu quả cải thiện mức độ giảm khả năng và tàn tật*

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, sau 6 tháng can thiệp mức độ giảm khả năng nặng đã giảm có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$ với chỉ số hiệu quả đạt 51,7%. Ở thời điểm 1 năm sau can thiệp, mức độ giảm khả năng nặng giảm có ý nghĩa thống kê xuống 4,9% so với thời điểm trước can thiệp và thời điểm 6 tháng sau can thiệp ($p < 0,001$). Hiệu quả can thiệp cải thiện mức độ giảm khả năng nặng sau can thiệp 6 tháng đạt 51,7%. Hiệu quả can thiệp cải thiện mức độ giảm khả năng nặng sau can thiệp 1 năm đạt 49,7% (bảng 3.30 và bảng 3.32). Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chương trình can thiệp phục hồi chức năng không chỉ góp phần trong việc giảm mức độ phụ thuộc của người bệnh trong chức năng sinh hoạt hằng ngày, mà còn làm giảm mức độ tàn tật của người bệnh. Người bệnh được tập phục hồi các chức năng về tư thế, động tác phối hợp và di chuyển. Đồng thời, người bệnh cũng được tập luyện kiểm soát hoạt động đại tiện, tiểu tiện. Do đó, mức độ tàn tật của người bệnh đột quỵ não được cải thiện. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Triệu áp dụng các biện pháp phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ não theo Bobath. Kết quả cho thấy điểm trung bình đánh giá mức độ tàn tật theo Rankin ở thời điểm 3 tháng sau can thiệp thấp hơn ở thời điểm ra viện và ở thời điểm 1 năm thấp hơn thời điểm 3 tháng và lúc ra viện và thấp hơn ở nhóm chứng (lúc ra viện là $3,24 \pm 1,3$, sau can thiệp 3 tháng là $2,33 \pm 1,26$, sau can thiệp 1 năm là $2,08 \pm 1,15$ so với $3,6 \pm 1,3$; $3,02 \pm 1,5$; $2,6 \pm 1,5$ ở nhóm chứng). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị p lần lượt là: 0,04; 0,0009 và 0,03) [38]. Kết quả nghiên cứu của Chaiyawat P, áp dụng các bài tập phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh đột quỵ não cũng cho thấy, trước can thiệp 100% người bệnh đột quỵ não có mức độ giảm chức năng, tàn tật ở mức độ trung bình và cao ở cả 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng. Sau can thiệp 3 tháng, tỷ lệ người bệnh đột quỵ não có mức độ giảm chức năng, tàn tật ở mức độ trung bình và cao ở nhóm can thiệp chỉ còn 6,66%, trong khi tỷ lệ người bệnh đột quỵ não bình thường hoặc giảm khả năng nhẹ chiếm 93,33%. Ở nhóm chứng tỷ lệ có mức độ giảm khả năng trung bình và cao chiếm 83,33% [59].

4.3.4. Hiệu quả can thiệp cải thiện kiến thức thái độ, thực hành của người chăm sóc chính

Kết quả nghiên cứu tại các bảng 3.33 tới bảng 3.41 cho thấy, ở thời điểm sau can thiệp, tỷ lệ người chăm sóc chính có kiến thức đạt tăng từ 33,3% lên 90,1% với chỉ số hiệu quả đạt 170,6%; Người chăm sóc chính có thái độ tốt tăng từ 3,7% lên 80,2% với chỉ số hiệu quả đạt 206,8%; Người chăm sóc chính có thực hành mức độ đạt tăng từ 22,2% lên 56,8% với chỉ số hiệu quả đạt 289,2%. Hiệu quả sau can thiệp cải thiện kiến thức đạt 161%, cải thiện thái độ đạt 139,2%, cải thiện thực hành đạt 282,9%. Có được kết quả này là do trong quá trình can thiệp phục hồi chức năng cho người bệnh, người chăm sóc chính cho người bệnh ở nhóm can thiệp được các bác sỹ phục hồi chức năng và nhóm nghiên cứu tập huấn cho các kiến thức và kỹ năng về các phương pháp tập luyện phục hồi chức năng cho người bệnh. Bên cạnh đó, người chăm sóc cũng chính là những người tham gia vào quá trình hỗ trợ người bệnh tập luyện phục hồi chức năng. Do đó, kiến thức và kỹ năng của họ ngày càng được cải thiện. Mặt khác, họ thường xuyên tiếp xúc và theo dõi người bệnh nên chính họ là người nhận ra sự cải thiện trong mức độ độc lập của người bệnh cũng như tầm quan trọng và hiệu quả các biện pháp phục hồi chức năng đã áp dụng cho người bệnh đột quy não. Từ đó, thái độ của họ trong việc nhìn nhận tầm quan trọng và sự cần thiết của việc phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy não được cải thiện.

Tác giả Nguyễn Thị Lan và Phạm Quang Hòa nghiên cứu can thiệp giáo dục sức khỏe cho từng người chăm sóc chính của người bệnh đột quy tại khoa phục hồi chức năng. Đánh giá thông qua việc quan sát trực tiếp người chăm sóc chính thực hiện các bài tập phục hồi cho người bệnh. Kết quả sau can thiệp, khả năng thực hành về phục hồi chức năng của người chăm sóc chính cho người bệnh đột quy được cải thiện đáng kể. Điểm trung bình kỹ năng thực hành của người chăm sóc chính tăng đến $31,56 \pm 2,38$ điểm sau can thiệp so với $17,37 \pm 4,01$ điểm ở trước can thiệp ($p < 0,001$). Trong đó, điểm trung bình kỹ năng thực hành tư thế đúng cho người bệnh trước can thiệp là $10,56 \pm 2,82$; sau can thiệp đạt tới

18,30 ± 1,96. Trước can thiệp chỉ có 5,6% đối tượng tham gia nghiên cứu có kỹ năng thực hành đạt, sau can thiệp tỷ lệ này tăng đến 98,1% [22]. Nghiên cứu của tác giả Pitthayapong S, áp dụng chương trình chăm sóc người bệnh đột quy não tại cộng đồng. Nhóm can thiệp, ở thời điểm trước can thiệp, điểm trung bình kỹ năng thực hành của người chăm sóc người bệnh đột quy não chiếm 34,61 ± 11,1; khi kết thúc chương trình can thiệp, điểm trung bình này tăng lên 121,64 ± 11,3. Sau 2 tháng can thiệp, điểm trung bình này tăng lên 128,93 ± 12,66. Mặt khác, ở nhóm can thiệp, điểm trung bình kỹ năng này ở thời điểm ngay sau khi can thiệp và sau 2 tháng can thiệp cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở nhóm chứng (tương ứng là 35,29 ± 11,54 và 32,81 ± 11,01) (p < 0,001) [91]. Tác giả Nguyễn Thị Mai Hương, áp dụng biện pháp giáo dục sức khỏe để tăng cường kiến thức phục hồi chức năng cho người chăm sóc của người bệnh đột quy não. Sau can thiệp giáo dục, kiến thức về phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy của người chăm sóc chính có cải thiện rõ rệt, cụ thể: Điểm trung bình kiến thức của người chăm sóc chính tại các thời điểm ngay sau can thiệp (T2) và trước khi ra viện (T3) lần lượt tăng lên đạt 7,48 ± 2,43 điểm và 9,18 ± 2,83 so với 5,88 ± 2,41 điểm ở thời điểm trước can thiệp (p < 0,001). Tỷ lệ người chăm sóc chính có kiến thức ở mức độ đạt tăng lên đạt 64% tại thời điểm T2 và 76% tại thời điểm T3 so với 38% ở thời điểm trước can thiệp [19]. Tác giả Nguyễn Thị Lan, Ngô Huy Hoàng và Trần Thị Ly (2018), áp dụng biện pháp giáo dục sức khỏe cho người chăm sóc chính cho thấy, sau can thiệp, khả năng nhận thức về phục hồi chức năng vận động của người chăm sóc chính cho người bệnh đột quy được cải thiện đáng kể. Điểm trung bình kiến thức tăng đến 12,94 ± 1,23 điểm sau can thiệp so với 5,41 ± 2,07 điểm ở trước can thiệp (p < 0,001). Trước can thiệp, tỷ lệ người chăm sóc chính có kiến thức đạt là 3,7%, không đạt là 96,3%. Sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên đáng kể. Số người chăm sóc chính có kiến thức đạt chiếm 98,1%, không đạt là 1,9% [23]. Như vậy, qua các kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho thấy việc can thiệp bằng giáo dục sức khỏe về phục hồi chức năng cho các đối tượng là người nhà trực tiếp chăm sóc người bệnh tại cộng đồng đều đem lại hiệu quả tốt, góp phần cải

thiện tình trạng mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày cho người bệnh sau đột quy não. Giải pháp này không chỉ mang đến sức khỏe cho người bệnh mà còn giúp giảm bớt gánh nặng cho bệnh viện.

Chương trình phục hồi chức năng tại nhà đóng vai trò quan trọng trong việc giảm thiểu, kiểm soát và can thiệp sớm các thương tật thứ phát. Những bệnh nhân không thể tiếp tục thực hiện chương trình tại nhà vì những lý do nhất định cần được kết nối và đưa vào chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng của địa phương để bệnh nhân tiếp tục được theo dõi và tập luyện. Hiện nay, người ta rất quan tâm đến vấn đề phục hồi chức năng tại nhà cho những người sau đột quy. Phục hồi chức năng tại nhà sau ra viện góp phần cải thiện và duy trì lâu dài tình trạng chức năng người bệnh. Những người bệnh được tập luyện phục hồi chức năng tại nhà khi ra viện có chất lượng cuộc sống tốt hơn so với nhóm sau khi ra viện không được tập luyện phục hồi chức năng tại nhà

Việc thực hiện phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh sau đột quy não không phải là vấn đề quá khó và đòi hỏi trang bị nhiều thiết bị máy móc phức tạp, vấn đề cơ bản là tại hộ gia đình/ cộng đồng đặc biệt là người chăm sóc chính tại nhà phải có người biết và thực hành được kỹ năng phục hồi chức năng người bệnh sau đột quy não. Những người này được trang bị kiến thức và thực hành về phục hồi chức năng một cách bài bản, chu đáo theo đúng chuyên môn. Hơn thế nữa, cần trang bị cho họ các tài liệu về bài tập phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh sau đột quy não. Qua thực tiễn thực hiện các vấn đề trên, chúng tôi thấy việc thực hiện phục hồi chức năng tại nhà người bệnh cải thiện chức năng rõ rệt, độc lập trong sinh hoạt hàng ngày cao hơn và mức độ tàn tật sẽ ít hơn so với người bệnh được phục hồi chức năng trong các cơ sở điều dưỡng và có thể được áp dụng rộng rãi ở những nơi có hoàn cảnh tương tự để những người bệnh được sử dụng các dịch vụ y tế sau giai đoạn điều trị tại bệnh viện và trở về cộng đồng.

5. Một số hạn chế của luận án

Chương trình phục hồi chức năng sau đột quy não cần phải có phối hợp chặt chẽ, đồng bộ của các chuyên ngành như vận động trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn

ngữ trị liệu, chế độ dinh dưỡng, hướng dẫn chương trình tập cho gia đình tùy thuộc vào giai đoạn, mức độ khiếm khuyết, tình trạng chức năng, môi trường và sự hỗ trợ của gia đình người bệnh sau đột quỵ não. Người bệnh là người được hưởng thụ tất cả những ưu điểm của chương trình nhằm phát hiện một cách đầy đủ, kịp thời những nhu cầu thiết yếu cần được phục hồi. Tuy nhiên đề tài được tiến hành trong phạm vi khá rộng (7 phường xã dân cư) của địa bàn một tỉnh miền núi tỉnh Thái Nguyên, các hộ gia đình sống cách xa nhau, giao thông đi lại không thuận lợi. Do đó trong quá trình tiến hành nghiên cứu, chúng tôi gặp khá nhiều khó khăn; Đặc biệt là giai đoạn can thiệp, không thể tiến hành can thiệp với qui mô rộng tại nhiều hộ gia đình có người bệnh. Giai đoạn tiếp theo, chúng tôi sẽ tiến hành can thiệp rộng hơn để vừa thoả mãn vấn đề y đức vừa góp phần phục hồi chức năng cho nhiều người bệnh sau đột quỵ não tại địa phương.

Về phương pháp luận can thiệp, khi phân tích kết quả can thiệp trong nghiên cứu tiếp theo, chúng tôi sẽ quan tâm nhiều hơn về các trường hợp người bệnh không thay đổi rõ rệt về mức độ phục hồi chức năng hoặc vẫn giữ nguyên mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày trong thời gian can thiệp; bởi vì đó cũng là sự đóng góp của giải pháp phục hồi chức năng tại nhà.

Khi phân tích về mối liên quan, chúng tôi sẽ phân tích thêm một số yếu tố gia đình như: tình trạng uống rượu, hút thuốc lá...bởi những yếu tố này cũng có thể liên quan tới sự phục hồi mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh. Làm rõ được điều này sẽ bổ xung thêm tác dụng giải pháp phục hồi chức năng tại nhà.

Hiện nay cũng chưa có nhiều nghiên cứu về phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh sau đột quỵ não sau giai đoạn tập luyện tại bệnh viện nên việc so sánh các kết quả nghiên cứu còn nhiều hạn chế và chưa được phong phú. Tuy nhiên thành công của đề tài đã góp phần giúp người bệnh sau đột quỵ não thực hiện độc lập chức năng sinh hoạt hằng ngày phòng ngừa được thương tật thứ cấp: tự đi lại, tự mặc áo, tự cầm ca nước uống, tự đi vệ sinh....

KẾT LUẬN

1. Thực trạng mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ não và một số yếu tố liên quan tại thành phố Thái Nguyên năm 2016

- Tỷ lệ người bệnh sau đột quỵ não có mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hằng ngày chỉ chiếm 5,3%; 45,0% có mức độ độc lập phụ thuộc một phần và 49,7% người bệnh phụ thuộc hoàn toàn về khả năng độc lập trong sinh hoạt hằng ngày

- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, mức độ liệt, số lần đột quỵ với mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hằng ngày của người bệnh đột quỵ não. Nhóm tuổi trên 65 tuổi có tỷ lệ phụ thuộc mức độ độc lập cao hơn nhóm dưới 65 tuổi; Những người bệnh liệt nặng có tỷ lệ phụ thuộc cao hơn nhóm liệt nhẹ; Những người bệnh bị đột quỵ lần thứ 2 trở lên có tỷ lệ phụ thuộc mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày cao hơn nhiều so với những người bệnh mới bị liệt lần đầu ($p < 0,05$).

- Tỷ lệ người chăm sóc chính có kiến thức về phục hồi chức năng cho người bệnh sau đột quỵ não ở mức độ đạt chỉ chiếm 35,7%; mức độ không đạt chiếm 64,3%. Tỷ lệ người chăm sóc có thái độ tốt về phục hồi chức năng cho người bệnh sau đột quỵ não chỉ chiếm 3,5%; thái độ không tốt là 96,5%. Tỷ lệ người chăm sóc thực hành về phục hồi chức năng cho người bệnh sau đột quỵ não mức độ đạt chiếm 50,9%; thực hành không đạt là 49,1%.

2. Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh sau đột quỵ não

- Sau can thiệp 6 tháng tỷ lệ người bệnh có mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hằng ngày tăng từ 1,2% lên 8,6%; tỷ lệ người bệnh có mức độ phụ thuộc hoàn toàn giảm từ 55,6% xuống 33,3%. Sau 1 năm can thiệp tỷ lệ người bệnh có mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hằng ngày tăng lên 34,6%; tỷ lệ người bệnh

có mức độ phụ thuộc hoàn toàn giảm còn 17,3%. Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng cải thiện mức độ độc lập ở thời điểm 6 tháng đạt 616,7%, ở thời điểm 1 năm đạt 2783,3%. Hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng giảm mức độ phụ thuộc ở thời điểm 6 tháng đạt 17,0%, ở thời điểm 1 năm đạt 28,0%.

- Điểm trung bình trong thực hiện các chức năng ăn uống, tắm, kiểm soát đại tiểu tiện, vệ sinh răng miệng, thay quần áo, sử dụng nhà vệ sinh, di chuyển từ giường sang ghế và tổng điểm Barthel index sau 6 tháng và sau 1 năm can thiệp đều tăng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$

- Ở nhóm can thiệp tỷ lệ người bệnh có mức độ khiếm khuyết rất nặng đã giảm từ 2,5% xuống còn 1,2% với chỉ số hiệu quả đạt 52,0%, mức độ khiếm khuyết nặng giảm từ 27,2% xuống còn 8,6% với chỉ số hiệu quả đạt 68,4% và mức độ bình thường/nhẹ tăng từ 2,5% lên 18,5% với chỉ số hiệu quả đạt 640% tại thời điểm sau 6 tháng can thiệp so với trước can thiệp ($p < 0,001$). Ở thời điểm 1 năm sau can thiệp, tỷ lệ người bệnh có mức độ khiếm khuyết nặng giảm xuống còn 7,4 % với chỉ số hiệu quả đạt 72,8%, mức độ bình thường/nhẹ tăng lên 32,1% với chỉ số hiệu quả đạt 1184% ($p < 0,001$).

- Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ người bệnh có mức độ giảm khả năng nặng đã giảm có ý nghĩa thống kê từ 38,3% xuống 18,5% ở thời điểm sau 6 tháng với chỉ số hiệu quả đạt và giảm xuống 4,9% ở thời điểm sau 1 năm ($p < 0,001$). Ở nhóm chứng, mức độ giảm khả năng nặng giảm từ 29,6% xuống 18,5% ở thời điểm sau theo dõi 1 năm.

- Sau can thiệp tỷ lệ người chăm sóc chính có kiến thức về phục hồi chức năng cho người bệnh sau đột quỵ não đạt chiếm 90,1% với hiệu quả can thiệp là 161%; có thái độ tốt về phục hồi chức năng là 80,2% với hiệu quả can thiệp đạt 139,2%; có thực hành đúng là 86,4% với hiệu quả can thiệp đạt 282,9%.

KHUYẾN NGHỊ

1. Đối với Trung tâm Y tế thành phố

- Hướng dẫn và đào tạo bài bản cho cán bộ y tế xã phường để họ thực hiện tốt việc phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy não có hiệu quả.
- Phối hợp với các ngành chức năng và y tế cơ sở trong việc đảm bảo quản lý tốt những yếu tố nguy cơ gây ra đột quy não cho người dân và quản lý người bệnh đột quy não tại cộng đồng

2. Đối với Y tế cơ sở xã phường

- Tăng cường tập huấn và đào tạo cho các nhân viên y tế tại tuyến y tế cơ sở , cung cấp trang thiết bị cho việc luyện tập phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy não tại tuyến y tế cơ sở
- Tăng cường truyền thông và giáo dục sức khỏe cho người dân các dấu hiệu nhận biết sớm đột quy não và cách xử trí ban đầu và cũng như một số yếu tố liên quan tới hậu quả của người bệnh sau đột quy não

3. Đối với hộ gia đình

- Cần được nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành phục hồi chức năng người bệnh sau đột quy não
- Cần được trang bị đầy đủ các tài liệu bài tập phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy não tại nhà .

CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Nguyễn Hoa Ngân, Trần Văn Tuấn, Hoàng Khải Lập, Nguyễn Phương sinh và cộng sự (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*, số 471, tháng 10, trang 279-284.
2. Nguyễn Hoa Ngân, Hoàng Khải Lập, Nguyễn Phương Sinh và cộng sự (2021), Hiệu quả can thiệp kiến thức, thái độ, thực hành của người chăm sóc về phục hồi chức năng cho người bệnh sau đột quỵ não ở Thành phố Thái Nguyên, *Tạp chí Y dược học*, số 18, tháng 4, trang 120-124.
3. Nguyễn Hoa Ngân, Hoàng Khải Lập, Nguyễn Phương Sinh và cộng sự (2021), Hiệu quả can thiệp mức độ độc lập sinh hoạt hàng ngày sau phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh đột quỵ não ở Thành phố Thái Nguyên, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 1, tháng 5.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Nguyễn Thế Anh (2018), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhồi máu não ở người cao tuổi có bệnh đái tháo đường*, Luận án Tiến sỹ Y học, Viện Nghiên Cứu Khoa Học Y Dược Lâm Sàng 108, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2008), *Phục hồi chức năng sau tai biến mạch máu não*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Bộ Y tế (2015), *Phục hồi chức năng*, chủ biên, Hà Nội.
4. Cao Minh Châu và Hoàng Kim Đào (2004), "Đánh giá kết quả phục hồi chức năng trong sinh hoạt hàng ngày ở bệnh nhân tai biến mạch máu não trên lều", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 301, tr. 283 - 289.
5. Dương Đình Chính(2012), *Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học và đánh giá thực trạng quản lý bệnh đột quỵ não tại Nghệ An năm 2007 - 2008*, Luận Án Tiến Sĩ Y Học, Học Viện Quân Y, Hà Nội.
6. Dương Đình Chính và Nguyễn Văn Hương (2011), "Kiến thức, thái độ và thực hành chăm sóc bệnh nhân bị đột quỵ não tại cộng đồng tỉnh Nghệ An", *Y Học Thực Hành*, 5(763), tr. 1 - 6.
7. Trần Văn Chương (2003), *Nghiên cứu phương pháp phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người do TBMMN*, Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. Trần Văn Chương (2010), *Phục hồi chức năng bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
9. Dương Xuân Đạm (2003), *Luyện tập phục hồi chức năng sau tai biến mạch máu não*, Nhà xuất bản Văn hóa- Thông tin, Hà Nội.
10. Nguyễn Văn Đăng (2006), *Tai biến mạch máu não*, Nhà Xuất Bản Y Học, Hà Nội.

11. Nguyễn Tấn Dũng (2012), *Nghiên cứu chất lượng sống và hiệu quả phục hồi chức năng nâng cao chất lượng sống của người bệnh sau tai biến mạch máu não tại Đà Nẵng*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
12. Nguyễn Thanh Duy (2018), "Đánh giá mức độ độc lập và các yếu tố liên quan ở người bị tai biến mạch máu não tại huyện Tân Biên- Tây Ninh", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 22(5), tr. 258 - 264.
13. Lê Thanh Hải, Nguyễn Nhược Kim và Ngô Quỳnh Hoa (2016), "Đánh giá tác dụng của điện mẫn châm trong phục hồi chức năng vận động trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương", *Tạp chí Nghiên Cứu Y Học*, 103(5), tr. 80 - 87.
14. Đỗ Hàm (2013), *Phương pháp nghiên cứu khoa học trong lĩnh vực Y học*, Nhà Xuất Bản Y Học, Hà Nội.
15. Vũ Thị Bích Hạnh (2016), Phục hồi chức năng bệnh nhân liệt nửa người sau tai biến mạch máu não, <https://www.phuchoichucnang.net/phuc-hoi-chuc-nang-benh-nhan-liet-nua-nguoi-sau-tai-bien-mach-mau-nao/>, truy cập ngày 18/3/2020
16. Trần Nguyên Hồng và Nguyễn Văn Chương (2012), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của đột quỵ não do chảy máu não và nhồi máu não", *Tạp chí Y Dược Học Quân Sự*, Số 2, tr. 103 - 110
17. Đinh Hữu Hùng (2014), *Nguy cơ tái phát sau đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp theo phân tầng một số yếu tố liên quan*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
18. Lê Thị Hương, Dương Thị Phượng, Lê Thị Tài và cộng sự (2016), "Tỷ lệ mắc đột quỵ tại 8 tỉnh thuộc 8 vùng sinh thái việt nam năm 2013", *Tạp Chí Nghiên Cứu Y Học*, 104(6), tr. 1 - 8.

19. Nguyễn Thị Mai Hương, Ngô Huy Hoàng, Nguyễn Thị Dung và cộng sự (2020), "Thay đổi kiến thức về phục hồi chức năng vận động cho người chăm sóc chính người bệnh đột quỵ não tại bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ", *Tạp chí Khoa Học Điều dưỡng*, 3(5), tr. 87-94.
20. Nguyễn Thị Thu Huyền và Nguyễn Văn Chương (2015), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học thần kinh và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân tái đột quỵ nhồi máu não", *Tạp chí Y Dược Học Quân Sự*, số 2, tr. 79 - 91.
21. Iglseeder B, Winkler A, Brainm M và cộng sự (2017), *Chương trình AVANT: Phục hồi chức năng thần kinh sau đột quỵ*, Nhà xuất bản Y học.
22. Nguyễn Thị Lan và Phạm Quang Hòa (2017), "Cải thiện khả năng thực hành của người chăm sóc chính về phục hồi vận động cho người bệnh đột quỵ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh", *Tạp chí Nghiên Cứu Khoa Học Điều dưỡng*, 1(2), tr. 23 - 26.
23. Nguyễn Thị Lan, Ngô Huy Hoàng và Trần Thị Ly (2018), "Cải thiện khả năng nhận thức của người chăm sóc chính về phục hồi vận động cho người bệnh đột quỵ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh", *Tạp chí Khoa Học Điều dưỡng*, 1(3), tr. 10 - 15
24. Trần Thị Mỹ Luật (2008), *Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động của bệnh nhân tai biến mạch máu não tại bệnh viện điều dưỡng - PHCN tỉnh Thái Nguyên*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại Học Y Dược Thái Nguyên, Thái Nguyên
25. Nguyễn Thị Như Mai (2014), *Nhu cầu chăm sóc, phục hồi chức năng và một số yếu tố liên quan đến mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân tai biến mạch máu não khi xuất viện tại bệnh viện lão khoa*

Trung ương năm 2013, Luận văn Thạc sỹ y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng.

26. Phan Hồng Minh (1995), *Một số nhận xét về tình hình dịch tễ tai biến mạch máu não tại huyện Thanh Oai 1989-1994*, Luận văn Thạc sỹ khoa học Y Dược, Đại học Y khoa Hà Nội.
27. Võ Hoàng Nghĩa, Cao Minh Châu và Lã Ngọc Quang (2021), "Nhu cầu chăm sóc phục hồi chức năng và một số yếu tố liên quan đến mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày người bệnh đột quỵ não khi xuất viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2020", *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*, 16(1).
28. Nguyễn Xuân Nghiên, Trần Văn Chương, Cao Minh Châu và cộng sự (1998), *Huấn luyện người tàn tật tại cộng đồng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
29. Đào Thị Bích Ngọc (2018), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của chức năng nhận thức sau nhồi máu não và một số yếu tố liên quan*, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
30. Quốc Hội (2019), Bộ luật lao động Bộ luật số 45/2019/QH14, Quốc Hội, Hà Nội.
31. Vũ Thị Tâm và Nguyễn Thị Kim Liên (2015), "Hiệu quả kết hợp gương trị liệu trong phục hồi chức năng vận động bàn tay trên bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não", *Tạp chí Nghiên Cứu Y Học*. 98(6), tr. 80 - 87.
32. Lê Bá Thắng, Lê Văn Tuấn, Vũ Anh Nhị và cộng sự (2006), "Khảo sát sự hiểu biết về đột quỵ của thân nhân và bệnh nhân đột quỵ", *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 10(1),tr. 219 - 224.

33. Trịnh Viết Thắng (2012), *Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học đột quy não và hiệu quả bài tập phục hồi chức năng tại nhà ở Khánh Hòa*, Luận Án Tiến Sĩ Y Học, Học Viện Quân Y, Hà Nội.
34. Lê Thị Thảo (2003), *Nghiên cứu nhu cầu phục hồi chức năng và một số yếu tố liên quan đến mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh sau tai biến mạch máu não tại cộng đồng quận Ba Đình, năm 2003*, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng.
35. Nguyễn Thị Thanh Thu và Nguyễn Thị Kim Liên (2021), "Đánh giá kết quả hoạt động trị liệu trong phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày ở bệnh nhân nhồi máu não trên lều", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 506(2), tr. 245 - 249.
36. Ngô Đăng Thục (2001), Hiệu quả lâm sàng của Cavinton trong điều trị nhồi máu não, *Hội thảo khoa học chuyên đề Chẩn đoán và xử trí tai biến mạch máu não*, Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội, tr. 149 - 156.
37. Nguyễn Thị Thanh Tình, Lê Văn Tuấn & Susan N (2014), "Kiến thức và thái độ của người bệnh trong phòng ngừa tai biến mạch máu não thứ phát", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 18(2), tr. 71 - 76.
38. Nguyễn Văn Triệu (2005), *Nghiên cứu thực trạng bệnh nhân sau tai biến mạch máu não tại cộng đồng và một số yếu tố liên quan đến khả năng phục hồi, tái hội nhập cộng đồng*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
39. Mai Thọ Truyền và Ngô Đăng Thục (2010), Đánh giá thực trạng điều trị và chăm sóc tại nhà của bệnh nhân tai biến mạch máu não sau ra viện ở quận Ô môn – Thành phố Cần Thơ, *Hội nghị Đột quy toàn quốc lần thứ III -Y học Thực hành*, 2012(811 + 812): 353 - 60

40. Trần Văn Tuấn (2007), *Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học tai biến mạch máu não tại Tỉnh Thái Nguyên*, Luận Án Tiến Sĩ Y Học, Học Viện Quân Y, Hà Nội.
41. Phạm Thị Thúy Vũ, Võ Tấn Sơn, Koeckeritz J. L (2015), "Các yếu tố liên quan đến mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân tai biến mạch máu não", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 19(5), tr. 136 - 143.

TIẾNG ANH

42. American Heart Association (2019), *Heart disease and stroke statistics*. Dallas (TX): American Heart Association.
43. Adeloje D (2014), "An estimate of the incidence and prevalence of stroke in Africa: a systematic review and meta-analysis", *PLoS One*. 9(6), PP. e100724
44. Aho K, Harmsen P, Hatano S, et al. (1980), "Cerebrovascular disease in the community: results of a WHO collaborative study", *Bulletin of the World Health Organization*, 58(1), pp. 113.
45. Alreshidi F.M, Alrashidi A.S, Alshammari F.N.M, et al. (2017), "Knowledge, Attitude and Practice towards Stroke Risk Factors and Warning Symptoms in Saudi Arabia, 2017", *Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 69(3), pp. 2082 - 2087.
46. Allen L, Richardson M, McIntyre A, et al. (2014), "Community stroke rehabilitation teams: providing home-based stroke rehabilitation in Ontario, Canada", *Can J Neurol Sci*, 41(6), pp. 697 - 703.
47. Anderson C, Rubenach S, Mhurchu C.N, et al. (2000), "Home or hospital for stroke rehabilitation? results of a randomized controlled trial: I: health outcomes at 6 months", *Stroke*, 31(5), pp. 1024 - 1031..

48. Aprile I, Stasio E. D, Romitelli F, et al (2008), "Effects of rehabilitation on quality of life in patients with chronic stroke", *Brain Inj*, 22(6), pp. 451 - 6.
49. Arsic S, Konstantinovic L, Eminovic F, et al. (2016), "Correlation between demographic characteristics, cognitive functioning and functional independence in stroke patients", *Srp Arh Celok Lek*, 144(1-2), pp. 31 - 7.
50. Arsic S, Konstantinovic L, Eminovic F, et al. (2015), "Correlation between Functional Independence and Quality of Executive Functions in Stroke Patients", *Türkiye Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon Dergisi*, 61(4), pp. 333 - 338.
51. Bejot Y, Bailly Henri, Durier J, et al. (2016), "Epidemiology of stroke in Europe and trends for the 21st century", *Presse Med*, 45(12 Pt 2), pp. e391 - e398.
52. Benjamin E. J, Blaha M. J, Chiuve S. E, et al. (2017), "Heart disease and stroke statistics-2017 update: a report from the American Heart Association", *Circulation*, 135(10), pp. e146 - e603.
53. Bernhardt J, Thrift A, Dewey H, et al. (2015), "A very early rehabilitation trial (avert): primary outcome", *Physiotherapy*, 101(1), pp. e141 - e142.
54. Bhat A. B, Ahmed K. I, Sharna R. N, et al. (2016), "Knowledge, Attitude and Practice Regarding Stroke amongst the Close Relatives of Stroke Victims at a Tertiary Care Hospital in Bangladesh", *International Journal of Cardiovascular and Cerebrovascular Disease*, 4(3), pp. 35 - 40.

55. Bloom B. S, Engelhart M. D, Furst E. J, et al. (1956), "Taxonomy of educational objectives. Vol. 1: Cognitive domain", *New York: McKay*, 20, pp. 24.
56. Cakir T, Sarier R. N, Koldas Dogan S, et al. (2015), "Factors affecting the Functional Independence Measure Gain of Patients with Stroke", *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 61(1), pp. 30 - 35.
57. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2019), *Men and Stroke*, Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
58. Chaiyawat P. & Kulkantrakorn K. (2012), "Randomized controlled trial of home rehabilitation for patients with ischemic stroke: impact upon disability and elderly depression", *Psychogeriatrics*, 12(3), pp. 193 - 9.
59. Chaiyawat P., Kulkantrakorn K & Sritipsukho P. (2009), "Effectiveness of home rehabilitation for ischemic stroke", *Neurol Int*, 1(1), pp. e10.
60. Clarke P. J, Black S. E, Badley E. M, et al. (1999), "Handicap in stroke survivors", *Disability and rehabilitation*, 21(3), pp. 116 - 123.
61. Das S, Ray B.K, Ghosal M, et al. (2016), "Knowledge, attitude, and practice in relation to stroke: A community-based study from Kolkata, West Bengal, India", *Annals of Indian Academy of Neurology*, 19(2), pp. 221 - 227.
62. Fang Y, Tao Q, Zhou Z, et al.(2017), "Patient and family member factors influencing outcomes of poststroke inpatient rehabilitation", *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 98(2), pp. 249 - 255. e2.
63. Feigin V. L, Norrving B & Mensah G. A.(2017), "Global Burden of Stroke", *Circ Res*, 120(3), pp. 439 - 448.
64. Feigin V.L, Norrving B & Mensah G. A. (2014), "Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010", *The Lancet*, 383(9913), pp. 245 - 255.

65. Gan Y, Wu J, Zhang S, et al. (2017), "Prevalence and risk factors associated with stroke in middle-aged and older Chinese: A community-based cross-sectional study", *Sci Rep*, 7(9501), pp.1 - 7.
66. Ghoreyshi Z, Bayat N, Nilipour R, et al. (2021), "The Incidence of Aphasia, Cognitive Deficits, Apraxia, Dysarthria, and Dysphagia in Acute Post Stroke Persian Speaking Adults", *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, pp.1 - 11.
67. Hurvitz E. A, Beale L, Ried S, et al. (1999), "Functional outcome of paediatric stroke survivors", *Pediatr Rehabil*, 3(2), pp. 43 - 51.
68. Jørgensen H. S, Nakayama H, Raaschou H. O, et al (1995), "Recovery of walking function in stroke patients: the Copenhagen Stroke Study", *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 76(1), pp. 27 - 32.
69. Karatepe A. G, Gunaydin R, Kaya T, et al. (2008), "Comorbidity in patients after stroke: impact on functional outcome", *J Rehabil Med*, 40(10), pp. 831 - 5.
70. Kaseke F, Stewart A, Gwanzura L, et al. (2017), "Clinical characteristics and outcomes of patients with stroke admitted to three tertiary hospitals in Zimbabwe: A retrospective one-year study", *Malawi Med J*, 29(2), pp. 177 - 182.
71. Katan M & Luft A. (2018), Global burden of stroke, *Seminars in neurology*, Thieme Medical Publishers, pp. 208 - 211.
72. Kim H, Chang M, Rose K, et al.(2012), "Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia", *J Adv Nurs*, 68(4), pp. 846 - 55.
73. Kokura Y, Maeda K, Wakabayashi H, et al. (2016), "High Nutritional-Related Risk on Admission Predicts Less Improvement of Functional Independence Measure in Geriatric Stroke Patients: A Retrospective Cohort Study", *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 25(6), pp. 1335 - 41.

74. Langstaff C, Martin C, Brown G, et al. (2014), "Enhancing community-based rehabilitation for stroke survivors: creating a discharge link", *Top Stroke Rehabil*, 21(6), pp. 510 - 9.
75. Lee K. W, Choi S. J, Kim S. B, et al. (2015), "A survey of caregivers' knowledge about caring for stroke patients", *Annals of rehabilitation medicine*, 39(5), pp. 800 - 815.
76. Li Q, Wu H, Yue W, et al. (2017), "Prevalence of Stroke and Vascular Risk Factors in China: a Nationwide Community-based Study", *Sci Rep*, 7(1), pp. 6402.
77. Mayo N. E. (2016), "Stroke Rehabilitation at Home: Lessons Learned and Ways Forward", *Stroke*, 47(6), pp. 1685 - 91.
78. Morone G, Paolucci S & Iosa M. (2015), "In What Daily Activities Do Patients Achieve Independence after Stroke?", *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 24(8), pp. 1931 - 7.
79. Mukherjee D & Patil C. G.(2011), "Epidemiology and the global burden of stroke", *World Neurosurg*. 76(6 Suppl), pp. S85 - 90.
80. Murie-Fernandez M & Marzo M.(2020), "Predictors of Neurological and Functional Recovery in Patients with Moderate to Severe Ischemic Stroke: The EPICA Study", *Stroke Res Treat*, 2020, pp. 1419720.
81. Musa K. I & Keegan T. J. (2018), "The change of Barthel Index scores from the time of discharge until 3-month post-discharge among acute stroke patients in Malaysia: A random intercept model", *PLoS One*, 13(12), pp. e0208594
82. Nakao S, Takata S, Uemura H, et al. (2010), "Relationship between Barthel Index scores during the acute phase of rehabilitation and subsequent ADL in stroke patients", *J Med Invest*, 57(1-2), pp. 81 - 8

83. National Stroke Association (2015), Rehabilitation Therapy after a Stroke, USA, <https://www.stroke.org/en/life-after-stroke/stroke-rehab/rehab-therapy-after-a-stroke>, Accessed in 10/2/2020.
84. Nguyen C.T & Tran D.V. (2013), "Ischemic Stroke Prevention in Vietnam", *Ischemic Stroke: Symptoms, Prevention and Recovery*, Nova Science, pp. 239 - 245.
85. Okamura T, Nakagawa Y, Ishikawa Y, et al. (1995), "Characteristics of participants in community-based rehabilitation programs and their levels of independence in activities of daily living", [*Nihon koshu eisei zasshi*] *Japanese journal of public health*, 42(10), pp. 878 - 887.
86. Owolabi M, Olowoyo P, Popoola F, et al. (2018), "The epidemiology of stroke in Africa: A systematic review of existing methods and new approaches", *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 20(1), pp. 47 - 55.
87. Oza R, Rundell K & Garcellano M (2017), "Recurrent ischemic stroke: strategies for prevention", *American family physician*, 96(7), pp. 436 - 440.
88. Pandit R.B, Mathews M & Sangle S (2017), "Caring for Stroke Patients: Caregivers' Knowledge And Practices", *Int J Recent Sci Res*, 8(6), pp. 17563 - 17566.
89. Pei L, Zang X, Wang Y, et al. (2016), "Factors associated with activities of daily living among the disabled elders with stroke", *International Journal of Nursing Sciences*, 3(1), pp. 29 - 34.
90. Pham T. L, Blizzard L, Srikanth V, et al. (2016), "Case-fatality and functional status three months after first-ever stroke in Vietnam", *J Neurol Sci*, 365, pp. 65 - 71.
91. Pitthayapong S, Thiangtam W, Powwattana A, et al. (2017), "A Community Based Program for Family Caregivers for Post Stroke

- Survivors in Thailand", *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*, 11(2), pp. 150 - 157.
92. Pothiban L, Khampolsiri T & Srirat C (2018), "Knowledge and Awareness of Stroke Impacts Among Northern Thai Population", *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22(3), pp. 212 - 222.
 93. Rayegani S. M, Raeissadat S. A, Alikhani E, et al. (2016), "Evaluation of complete functional status of patients with stroke by Functional Independence Measure scale on admission, discharge, and six months poststroke", *Iranian journal of neurology*, 15(4), pp. 202 - 208.
 94. Richards L. G, Latham N. K, Jette D. U, et al. (2005), "Characterizing occupational therapy practice in stroke rehabilitation", *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 86(12), pp. 51 - 60.
 95. Stroke Association (2017), *State of the nation- Stroke statistic 2017*, United Kingdom.
 96. Simić-Panić D, Bošković K, Milićević M, et al. (2018), "The Impact of Comorbidity on Rehabilitation Outcome after Ischemic Stroke", *Acta Clin Croat*, 57(1), tr. 5 - 15.
 97. Stein J, Shafqat S, Doherty D, et al. (2003), "Family member knowledge and expectations for functional recovery after stroke", *Am J Phys Med Rehabil*, 82(3), pp. 169 - 74.
 98. Sveen U, Bautz-Holter E, Sodring K. M, et al. (1999), "Association between impairments, self-care ability and social activities 1 year after stroke", *Disability and rehabilitation*, 21(8), pp. 372 - 377.
 99. Tirschwell D. L, Ton T. G. N, Ly K. A, et al. (2012), "A prospective cohort study of stroke characteristics, care, and mortality in a hospital stroke registry in Vietnam", *BMC neurology*, 12(1), pp. 150.

100. Tomasevic Todorovic S, Kopčanski S, Mikov A, et al.(2015), "Functional Status of Patients after Stroke", *Med Pregl*, 68(5-6), pp. 181 - 6.
101. Umeki N, Murata J, Kubota S, et al.(2018), "Relationship Between Motor Paralysis and Impairments in Tactile Sensitivity in Elderly Stroke Patients", *International Journal of Gerontology*, 12(4), pp. 310 - 313.
102. Venketasubramanian N, Yoon B. W, Pandian J, et al.(2017), "Stroke Epidemiology in South, East, and South-East Asia: A Review", *J Stroke*, 19(3), pp. 286 - 294.
103. Vieiran A, Soares P & Nunes C(2021), "Predicting Independence 6 and 18 Months after Ischemic Stroke Considering Differences in 12 Countries: A Secondary Analysis of the IST-3 Trial", *Stroke Res Treat*, 2021, pp. 5627868.
104. World Health Organization (2011), The International Agenda for Stroke, *Stroke AHA/ASA. Norrving B. 1st Global Conferences on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Diseases Control. USW: University of Massachussets.*
105. World Stroke Organization W (2013), *Global stroke leader calls for urgency on World Stroke Day*, World Stroke Organization, Geneva, Switzerland.
106. Walker M. F, Sunnerhagen K. S & Fisher R. J (2013), "Evidence-based community stroke rehabilitation", *Stroke*, 44(1), pp. 293 - 7.
107. Wang W, Jiang B, Sun H, et al. (2017), "Prevalence, Incidence, and Mortality of Stroke in ChinaClinical Perspective: Results from a Nationwide Population-Based Survey of 480 687 Adults", *Circulation*, 135(8), pp. 759 - 771.

108. Whitiana G. D, Vitriana & Aih Cahyani (2017), "Level of Activity Daily Living in Post Stroke Patients", *Althea Medical Journal*, 4(2), pp. 261 - 266.
109. Winstein C. J, Stein J, Arena R, et al. (2016), "Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association", *Stroke*, 47(6), pp. e98 - e169.
110. Yagura H, Miyai I, Seike Y, et al. (2003), "Benefit of inpatient multidisciplinary rehabilitation up to 1 year after stroke¹", *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 84(11), pp. 1687 - 1691.
111. Yoo C & Park J (2015), "Impact of task-oriented training on hand function and activities of daily living after stroke", *Journal of physical therapy science*, 27(8), pp. 2529 - 2531.

PHẦN PHỤ LỤC

Phụ lục 1

BỆNH ÁN SAU ĐỘT QUY NÃO	PHCN - 01
Đối tượng: Người bệnh sau đột quy não	Mã số phiếu:

I. THỦ TỤC HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên:..... Tuổi:..... Nam/Nữ:.....
2. Dân tộc: 1. Kinh 2. Thiếu số
3. Nghề nghiệp: 1. Nông nghiệp 2. Công nhân 3. Trí thức
4. Buôn bán 5. Hưu trí 6. Khác....
4. Trình độ học vấn: 1. Mù chữ 2. Biết đọc, viết 3. Tiểu học
4. PTCS 5. THPT 6. Cao đẳng, ĐH 7. Khác....
5. Tình trạng gia đình: 1. Độc thân 2. Có vợ, chồng 3. Ly hôn, ly thân
4. Ở góa 5. Không trả lời
6. Địa chỉ:
- Số điện thoại liên lạc:.....
7. Ngày vào viện:.....
8. Lý do vào viện:
9. Chẩn đoán:
10. Ngày ra viện:.....
11. Tử vong ngày:.....

II. BỆNH SỬ

12. Giờ, ngày xảy ra đột quy não:
13. Hoàn cảnh bị bệnh: 1. Đang nghỉ 2. Đang làm việc 3. Khác
14. Tiền triệu: 1. Đau đầu 2. Chóng mặt 3. Tê bì nửa người
4. Nói ngọng 5. Co giật 6. Khác
15. Khởi phát: 1. Đột ngột(giây) 2. Cấp (phút) 3. Từ từ (giờ)
16. Rối loạn ý thức: 1. Ngay 2. Từ từ 3. Không rối loạn
17. Triệu chứng co giật: 1. Có 2. Không
18. Buồn nôn: 1. Có 2. Không

- | | | |
|-------------------------------|--------------|-----------------|
| 19. Đái tháo: | 1. Tự chủ | 2. Không tự chủ |
| 20. Tê bì tay chân: | 1. Có | 2. Không |
| 21. Thuận tay: | 1. Phải | 2. Trái |
| 22. Đã được điều trị cấp cứu: | 1. Ở nhà | 2. Trạm y tế |
| | 3. Bệnh viện | |
| 23. Thuốc điều trị : | 1. Tây y | 2. Đông y |
| | | 3. Khác |
| 24. Tiến triển : | 1. Khá | 2. Không đổi |
| | | 3. Xấu hơn |

III. TIỀN SỬ

- | | | | |
|----------------------------|-----------------|------------------|----------------------------|
| 25. Tăng HA : | 1. Có | 2. Không | 3. Không rõ |
| 26. Được điều trị THA : | 1. Có | 2. Không | 3. Không thường xuyên |
| 27. Đột quỵ não : | 1. Có | 2. Không | 3. Không rõ |
| | Số lần... | | |
| 28. Thiếu máu não cục bộ : | 1. Có | 2. Không | |
| | Số lần..... | | |
| 29. Uống rượu : | 1. Có | 2. Không | Số chén/24h.....số năm.... |
| 30. Hút thuốc lá : | 1. Có | 2. Không | Số điếu/24h.....số năm... |
| 31. Bệnh tim : | 1. Có | 2. Không | |
| | 311. Hẹp hai lá | 312. NMCT | 313. Khác |
| 32. Nhiễm lạnh : | 1. Có | 2. Không | |
| | 321. Tắm đêm | 322. Tiểu đêm | 323. Gió lùa |
| | | | 324. Thở dục sáng |
| 33. Stress: | 1. Có | 2. Không | |
| | 33.1. Gia đình | 33.2. Cơ quan | 33.3. Xã hội |
| 34. Gắng sức: | 1. Có | 2. Không | |
| 35. Yếu tố gia đình: | 1. Có | 2. Không | |
| | 35.1. Bố mẹ | 35.2. Anh chị em | 35.3. Chú bác, cô dì |
| | | | 35.4. Ông, bà |
| | | | 35.5. Cậu |
| 36. Rối loạn lipid máu : | 1. Có | 2. Không | |
| 37. Béo phì : | 1. Có | 2. Không | |
| 38. Đái đường : | 1. Có | 2. Không | |
| 39. Đau nửa đầu : | 1. Có | 2. Không | |

40. Bệnh khác:.....
41. Hoàn cảnh kinh tế: 1. Thiếu ăn 2. Đủ 3. Khá giả
42. Chăm sóc gia đình: 1. Đầy đủ 2. Giúp đỡ 1 phần
3. Không giúp đỡ
43. Chăm sóc y tế: 1. Thường xuyên 2. Không thường xuyên
44. Nhà ở: 1. Nhà vách đất 2. Nhà gỗ 3. Nhà sàn 4. Nhà xây
45. Công trình vệ sinh: 1. Trong nhà 2. Ngoài nhà
3. Khoảng cách

IV. KHÁM LÂM SÀNG

1. Toàn thân

46. Ý thức: 1. Tỉnh 2. Lú lẫn 3. Hôn mê
47. Mạch:.....lần/phút
48. Huyết áp: 481. HATR.....mmHg 482. HATT...mmHg Độ tăng HA.....
49. Chỉ số BMI: Chiều cao.....cm Cân nặng:.....kg
50. Dị dạng mạch ngoài da: 1. Có 2. Không
- 2. Khám thần kinh:**
51. Vận động bên liệt: 1. Tự chủ 2. Không tự chủ
52. Phản xạ gân xương: 1. Tăng 2. Giảm 3. Bình thường
53. Trương lực cơ: 1. Tăng 2. Giảm 3. Bình thường
54. Rối loạn cảm giác 1/2 người: 1. Có 2. Không
54.1. Nông 54.2. Sâu

- Quay đầu, mặt về 1 phía: 1. Có 2. Không
56. Rối loạn ngôn ngữ: 1. Toàn phần 2. Broca 3. Wernick 4. Không RL
57. Liệt nửa người: 1. Phải 2. Trái
58. Mức độ liệt (B.Bath): 1. Không liệt 2. Liệt nhẹ 3. Liệt vừa 4. Liệt nặng
59. Cơ vòng: 1. Dầm dề 2. Bí đái 3. Tự chủ
60. Dinh dưỡng: 1. Loét 2. Teo cơ 3. Bình thường
61. Tổn thương dây TK số VII TW: 1. Có 2. Không
62. Tổn thương các dây TK sọ não khác: 1. Có 2. Không

Nếu có thì bệnh lý cụ thể.....

63. Tôn thương bó tháp: 1. Hoffman, Babinsky (+) 2. Hoffman, Babinsky (-)
 64. Hội chứng màng não: 1. Có 2. Không
 65. RL giác ngủ: 1. Có 2. Không
 66. Trí nhớ: 1. Tốt 2. Khá 3. Trung bình 4. Kém

3. Khám cơ, xương khớp:

67. Cơ 1. Teo nhẽo 2. Co cứng 3. Bình thường
 68. Bậc cơ bên liệt: 1. Bậc 1 2. Bậc 2 3. Bậc 3
 4. Bậc 4 5. Bậc 5
 69. Hình thể khớp: 1. Biến dạng 2. Bình thường
 70. Tầm vận động khớp(Khớp vai, khớp khuỷu, khớp cổ tay, khớp háng, khớp gối, khớp cổ chân):

1. Có hạn chế 2. Không hạn chế 3. Cứng khớp
 70.1. Gập 70.2. Duỗi 70.3. Dang 70.4. Khép 70.5. Xoay

4. Khám các cơ quan khác:

71. Bệnh tim: 1. Có 2. Không
 71.1. Hẹp hai lá 71.2. NMCT 71.3. Khác
 72. Bệnh phổi: 1. Có 2. Không
 Nếu có thì bệnh lý cụ thể.....
 73. Bệnh tiêu hóa: 1. Có 2. Không
 Nếu có thì bệnh lý cụ thể.....

74. Di chứng(Rakin):

1. Bình thường hoặc giảm nhẹ 2. Giảm trung bình 3. Giảm nặng

75. Thương tật thứ phát:

- 75.1. Viêm phổi: 1. Có 2. Không 75.5. Cứng khớp: 1. Có 2. Không
 75.2. Loét da: 1. Có 2. Không 75.6. Bàn chân rù: 1. Có 2. Không
 75.3. Teo cơ: 1. Có 2. Không 74.7. Đau vai: 1. Có 2. Không
 75.4. Co rút, co cứng: 1. Có 2. Không 75.8. Khác.....

V. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG(Nếu có)

76. Máu 76.1. HC 76.2. HST 76.3. TC 76.4. BC

	76.5. Cho	76.6. Tri	76.7. LDLc	76.8. HDLc
77. ECG	77.1. Bình thường		1. Có	2. Không
	77.2. Thiếu máu		1. Có	2. Không
	77.3. NMCT		1. Có	2. Không
	77.4. Loạn nhịp tim		1. Có	2. Không
	77.5. Tăng gánh thất T – P		1. Có	2. Không
	77.6. NMCT + Loạn nhịp		1. Có	2. Không
78. CTScanner:	78.1. Nhồi máu		1. Có	2. Không
	78.2. Chảy máu não		1. Có	2. Không

VI. CHẨN ĐOÁN

1. Nhồi máu não

2. Chảy máu não

VII. THUỐC ĐANG ĐIỀU TRỊ:

1. Có điều trị dự phòng cấp 2

2. Không có điều trị dự phòng cấp 2

VIII. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN THEO CÁC PHỤ LỤC:

Ngày.....tháng.....năm.....

Xác nhận của nơi điều trị

Bác sỹ khám

Phụ lục 2

BẢNG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ LIỆT NỬA NGƯỜI THEO B.BOBATH

Họ và tên BN:

Địa chỉ.....

Người điều tra.....

Mục	Lượng giá	Điểm chuẩn	Trước can thiệp/ Theo dõi	Sau 6 tháng can thiệp/ Theo dõi	Sau 9 tháng can thiệp/ Theo dõi
Nâng tay	- Đưa lên đầu miệng	10			
	- Không vượt quá mặt phẳng ngang	5			
	- Động đập	0			
	- Làm được động tác khéo léo	15			
Cử động bàn tay	- Hạn chế cử động khéo léo	10			
	- Cầm nắm được	5			
	- Không cầm nắm được	0			
Trương lực cổ tay	- Bình thường	5			
	- Co cứng, nhẽo	0			
	- Bình thường	15			
Nâng chân	- Thăng sức cân vừa	10			
	- Thăng trọng lực	5			
	- Động đập	0			
Gấp mu bàn chân	- Thăng sức cân	10			
	- Thăng trọng lực	5			
	- Động đập	0			
Trương lực cơ chân	- Bình thường	5			
	- Co cứng, nhẽo	0			
Giữ thăng bằng	- Khi đứng	15			
	- Khi quì	10			
	- Khi ngồi	5			
	- Không	0			
Đứng ổn trọng lượng	- Lên 1 chân liệt	10			
	- Cả hai chân	5			
	- Không	0			
Bước	- Tự bước	15			
	- Có trợ giúp	10			
	- Dậm chân tại chỗ	5			
	- Không bước được	0			
Đánh giá chung		100			
Thang điểm: 1. Không liệt : 90 - 100 điểm. 2. Liệt nhẹ: 70 - 85 điểm 3. Liệt vừa: 45 - 65 điểm 4. Liệt nặng: < 45 điểm					

Phụ lục 3

BẢNG ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG ĐỘC LẬP SINH HOẠT HÀNG NGÀY THEO BARTHEL

Họ và tên BN:

Địa chỉ.....

Người điều tra.....

Mục	Lượng giá	Điểm chuẩn	Trước can thiệp/Theo dõi	Sau 6 tháng can thiệp/Theo dõi	Sau 9 tháng can thiệp/Theo dõi
Ăn uống	- Tự xúc gấp ăn, bung chén cơm	10			
	- Cần sự giúp đỡ để bung chén cơm	5			
	- Phụ thuộc hoàn toàn, phải đút ăn	0			
Tắm	- Tự ra vào buồng tắm, tự tắm.	5			
	- Cần sự giúp đỡ, không làm được	0			
Kiểm soát đại tiện	- Tự chủ	10			
	- Cần sự trợ giúp	5			
	- Rối loạn thường xuyên	0			
Kiểm soát tiểu tiện	- Tự chủ	10			
	- Cần sự trợ giúp	5			
	- Bí tiểu, đái dầm	0			
Vệ sinh răng miệng	- Tự rửa mặt, chải đầu, đánh răng...	5			
	- Cần sự giúp đỡ	0			
Thay áo quần	- Tự chọn và thay áo quần, tất, đồ lót	10			
	- Cần sự giúp đỡ	5			
	- Phụ thuộc hoàn toàn	0			
Sử dụng nhà vệ sinh	- Tự ra vào, ngồi xuống, cởi quần, lấy giấy, làm vệ sinh, mặc quần và đứng lên	10			
	- Cần sự giúp đỡ lúc ngồi và lấy giấy	5			
	- Không làm được	0			
Di chuyển từ giường sang ghế	- Tự di chuyển được	15			
	- Cần sự trợ giúp ít bởi 1 người hoặc chỉ cần giám sát	10			

Mục	Lượng giá	Điểm chuẩn	Trước can thiệp/Theo dõi	Sau 6 tháng can thiệp/Theo dõi	Sau 9 tháng can thiệp/Theo dõi
và ngược lại	- Ngồi được, cần trợ giúp tối đa với một hay 2 người nâng đỡ - Không có khả năng ngồi, cần hai người nâng đỡ để giúp	5 0			
Di chuyển	- Tự đi 50m	15			
	- Đi 50m có người dắt, vịn	10			
	- Tự đẩy nếu có xe lăn	5			
	- Cần giúp đỡ hoàn toàn	0			
Lên xuống bậc thang	- Tự lên xuống cầu thang	10			
	- Lên xuống được nhưng phải trợ giúp	5 0			
	- Không lên xuống cầu thang được				
	Đánh giá chung	100			
Thang điểm đánh giá: 1. Phụ thuộc hoàn toàn: 0 - 45 điểm. 2. Phụ thuộc một phần: 50 - 85 điểm. 3. Độc lập: 90-100 điểm.					

Phụ lục 4

BẢNG ĐÁNH GIÁ KHIẾM KHUYẾT THẦN KINH THEO THANG ĐIỂM NIHSS

Họ và tên BN:

Địa chỉ

Người điều tra

Mục	Lượng giá	Điểm chuẩn	Trước can thiệp/Theo dõi	Sau 6 tháng can thiệp/Theo dõi	Sau 9 tháng can thiệp/Theo dõi
1a. Mức độ ý thức (bằng kích thích)	- Tỉnh táo - Lơ mơ - Lú lẫn - Hôn mê	0 1 2 3			
1b. Mức độ ý thức (bằng lời)	Bệnh nhân trả lời 2 câu: tháng trong năm và tuổi của họ - Trả lời đúng 2 câu - Trả lời đúng 1 câu - Trả lời sai 2 câu	0 1 2			
1c. Mức độ ý thức (bằng mệnh lệnh)	Bệnh nhân thực hiện 2 mệnh lệnh: mở và nhắm mắt, mở và nắm chặt tay - Làm đúng cả 2 mệnh lệnh - Đúng 1 mệnh lệnh - Sai cả 2	0 1 2			
2. Nhìn	- Bình thường - Liệt nhìn một bên - Lệch bên	0 1 2			
3. Thị trường	- Không mất thị trường - Mất thị trường một phần - Mất thị trường hoàn toàn - Mất thị trường cả 2 bên	0 1 2 3			
4. Vận động cơ mặt	- Bình thường - Liệt nhẹ - Liệt nhẹ từng phần - Liệt hoàn toàn	0 1 2 3			
5. Vận động tay	- Không đung đưa khi gấp tay 90 độ trong 10 giây - Cử động chậm - Cố gắng kháng lại trọng lực - Không cố gắng kháng lại trọng lực, tay rơi - Không cử động 5 a. Tay trái: 5 b. Tay phải:	0 1 2 3 4			

Mục	Lượng giá	Điểm chuẩn	Trước can thiệp/Theo dõi	Sau 6 tháng can thiệp/Theo dõi	Sau 9 tháng can thiệp/Theo dõi
6. Vận động chân	- Không đứng đưa khi gấp chân 30 độ trong 5 giây - Cứng động chậm - Cố gắng kháng lại trọng lực - Không cố gắng kháng lại trọng lực, chân rơi - Không cử động 5a. Chân trái: 5b. Chân phải:	0 1 2 3 4			
7. Rối loạn điều phối chi	Bệnh nhân dùng ngón tay chỉ mũi và ngón chân đặt đầu gối - Chính xác, mềm mại - Thực hiện tốt một trong 2 yêu cầu - Thực hiện không tốt cả 2 yêu cầu	0 1 2			
8. Cảm giác (khám bằng kim)	- Bình thường - Giảm 1 phần - Giảm nặng	0 1 2			
9. Ngôn ngữ	- Không thất ngôn - Thất ngôn nhẹ đến trung bình - Thất ngôn nặng - Thất ngôn toàn bộ, câm	0 1 2 3			
10. Loạn vận ngôn	Bệnh nhân đọc và phát âm một loạt từ chuẩn trên trang giấy - Bình thường - Loạn vận ngôn nhẹ đến trung bình - Loạn vận ngôn nặng	0 1 2			
11. Mất chú ý (quên nửa người)	- Không bất thường - Mất chú ý về cá nhân, không gian, nghe, sờ, nhìn - Mất chú ý nửa người	0 1 2			
Đánh giá chung					
Thang điểm: 1. Khiếm khuyết rất nặng: 21 - 45 điểm 2. Khiếm khuyết nặng: 16 - 20 điểm 3. Khiếm khuyết trung bình: 5 - 15 điểm 4. Bình thường hay nhẹ: 0 - 4 điểm					

Phụ lục 5

BẢNG ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG GIẢM KHẢ NĂNG, TÀN TẬT THEO RANKIN CẢI TIẾN

Họ và tên BN:

Địa chỉ.....

Người điều tra.....

Biểu hiện triệu chứng	Điểm	Trước can thiệp/Theo dõi	Sau 6 tháng can thiệp/Theo dõi	Sau 9 tháng can thiệp/Theo dõi
Không có triệu chứng	0			
Có triệu chứng nhưng không có khuyết tật đáng kể	1			
Khuyết tật nhẹ, tự chăm sóc bản thân, không làm được một số việc	2			
Khuyết tật mức độ trung bình, cần giúp đỡ, tự đi lại được.	3			
Khuyết tật mức độ nặng, không tự đi lại được, tự chăm sóc bản thân mà không cần trợ giúp.	4			
Khuyết tật rất nặng, nằm liệt giường, rối loạn cơ tròn, cần chăm sóc hộ lý thường xuyên.	5			
Đánh giá chung				
Thang điểm: 1. Bình thường hay giảm khả năng nhẹ: 0 – 2 điểm 2. Giảm khả năng trung bình: 3 điểm 3. Giảm khả năng nặng: 4 - 5 điểm				

Phụ lục 6

PHIẾU PHÒNG VẤN	PHCN - 02
Đối tượng: Người chăm sóc người bệnh sau đột quy não	Mã số phiếu:

I. Thông tin chung

1. Họ tên người chăm sóc..... Số điện thoại:.....
2. Tuổi..... Giới:.....
3. Nghề nghiệp: 1. Nông nghiệp 2. Hưu trí 3. Buôn bán 4. Y sỹ 5. Điều dưỡng
6. Khác...
3. Địa chỉ.....
4. Dân tộc: 1. Kinh 2. Tày 3. Sán chí 4. Nùng
5. Khác
5. Trình độ học vấn: 1. Mù chữ 2. Tiểu học 3. THCS 4. THPT 5. Cao đẳng, đại học
6. Khác.....

II. KAP về phục hồi chức năng cho người bệnh sau đột quy não

1. Kiến thức về phục hồi chức năng cho người bệnh sau đột quy não		Trước can thiệp/Theo dõi	Sau can thiệp/Theo dõi
Q1	Ông bà đã nghe nói đến phương pháp phục hồi chức năng sau đột quy não bao giờ chưa?	1. Có 2. Chưa bao giờ	1. Có 2. Chưa bao giờ
Q2	Nếu có ông bà nghe đến qua nguồn nào?	1. Đài, tivi 2. Báo chí 3. Băng rôn, áp phích 4. Qua cán bộ y tế 5. Qua người thân, bạn bè 6. Khác	1. Đài, tivi 2. Báo chí 3. Băng rôn, áp phích 4. Qua cán bộ y tế 5. Qua người thân, bạn bè 6. Khác
Q3	Theo ông bà khi bị đột quy não sẽ có thể để lại những hậu quả nào?	1. Liệt nửa người 2. Nói khó 3. Đi lại khó khăn 4. Teo cơ, cứng khớp 5. Khác....	1. Liệt nửa người 2. Nói khó 3. Đi lại khó khăn 4. Teo cơ, cứng khớp 5. Khác....

Q4	Theo ông bà sau khi bị đột quy não có thể điều trị phục hồi bằng những phương pháp nào?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tập vận động 2. Châm cứu, bấm huyệt 3. Xoa bóp 4. Cứng bái 5. Khác..... 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tập vận động 2. Châm cứu, bấm huyệt 3. Xoa bóp 4. Cứng bái 5. Khác.....
Q5	Ông bà hãy cho biết những lợi ích của phương pháp phục hồi chức năng sau đột quy não?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nhanh hồi phục 2. Vận động tay chân được 3. Tự đi lại được 4. Khác..... 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nhanh hồi phục 2. Vận động tay chân được 3. Tự đi lại được 4. Khác.....
Q6	Theo ông bà những đối tượng nào cần được điều trị bằng phục hồi chức năng?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Đột quy não 2. Gãy xương 3. Thoái hóa cột sống 4. Khác..... 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Đột quy não 2. Gãy xương 3. Thoái hóa cột sống 4. Khác.....
Q7	Theo ông bà việc phục hồi chức năng nên được tiến hành ở đâu?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bệnh viện, trung tâm 2. Trạm y tế 3. Tại nhà 4. Khác..... 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bệnh viện, trung tâm 2. Trạm y tế 3. Tại nhà 4. Khác.....
Q8	Theo ông bà thời điểm nào nên tiến hành phục hồi chức năng ở bệnh nhân đột quy não?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ngay sau đột quy 2. Sau đột quy 1 tuần 3. Sau đột quy 1 tháng 4. Khác..... 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ngay sau đột quy 2. Sau đột quy 1 tuần 3. Sau đột quy 1 tháng 4. Khác.....
Q9	Theo ông bà việc phục hồi chức năng cần được duy trì trong bao lâu?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 năm 2. 5 năm 3. Suốt đời 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 năm 2. 5 năm 3. Suốt đời
Q10	Theo ông bà việc phục hồi chức năng nên thực hiện tốt nhất vào thời gian nào trong ngày?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sáng 2. Chiều 3. Tối 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sáng 2. Chiều 3. Tối
Q11	Theo ông bà 1 ngày cần tập luyện phục hồi chức năng ít nhất là bao nhiêu lâu?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 30 phút 2. 1 tiếng 3. 2-5 tiếng 4. > 5 tiếng 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 30 phút 2. 1 tiếng 3. 2-5 tiếng 4. > 5 tiếng
2. Thái độ về phục hồi chức năng cho người bệnh sau đột quy não			

Q12	Việc phục hồi chức năng sau đột quỵ nào là cần thiết		1. Rất đồng ý 2. Đồng ý 3. Không có ý kiến 4. Không đồng ý 5. Rất không đồng ý	1. Rất đồng ý 2. Đồng ý 3. Không có ý kiến 4. Không đồng ý 5. Rất không đồng ý					
Q13	Phục hồi chức năng cần được duy trì tại nhà		1. Rất đồng ý 2. Đồng ý 3. Không có ý kiến 4. Không đồng ý 5. Rất không đồng ý	1. Rất đồng ý 2. Đồng ý 3. Không có ý kiến 4. Không đồng ý 5. Rất không đồng ý					
Q14	Cần thiết phải có sự hỗ trợ của nhân viên y tế trong quá trình phục hồi chức năng tại nhà		1. Rất đồng ý 2. Đồng ý 3. Không có ý kiến 4. Không đồng ý 5. Rất không đồng ý	1. Rất đồng ý 2. Đồng ý 3. Không có ý kiến 4. Không đồng ý 5. Rất không đồng ý					
Q15	Cần thiết phải xây dựng bài tập phục hồi chức năng cụ thể tại nhà		1. Rất đồng ý 2. Đồng ý 3. Không có ý kiến 4. Không đồng ý 5. Rất không đồng ý	1. Rất đồng ý 2. Đồng ý 3. Không có ý kiến 4. Không đồng ý 5. Rất không đồng ý					
Q16	Cần thiết phải theo dõi kết quả của bài tập phục hồi chức năng tại nhà		1. Rất đồng ý 2. Đồng ý 3. Không có ý kiến 4. Không đồng ý 5. Rất không đồng ý	1. Rất đồng ý 2. Đồng ý 3. Không có ý kiến 4. Không đồng ý 5. Rất không đồng ý					
3. Bảng kiểm thực hành phục hồi chức năng cho người bệnh sau đột quỵ não			Trước can thiệp/Theo dõi			Sau can thiệp/Theo dõi			
Động tác			Số lần	Làm đúng	Làm không đúng	Không làm	Làm đúng	Làm không đúng	Không làm
Q17	Nửa người trên	Gấp duỗi khớp vai							
		Dạng, xoay khớp vai							
		Gấp và duỗi khớp khuỷu							
		Gấp và duỗi các khớp							

		ngón tay							
		Dạng và khớp các ngón tay							
Q18	Nửa người dưới	Gập và duỗi khớp háng							
		Dạng và khớp khớp háng							
		Xoay khớp háng							
		Duỗi và gập khớp gối							
		Nghiêng khớp cổ chân sang hai bên							
		Gập và duỗi khớp cổ chân							
		Gập và duỗi các khớp ngón chân							
Q19	Tập vai	Tập vai tay liệt với sự trợ giúp của tay lành							
Q20	Tập nâng hông	Tập nâng hông lên khỏi mặt giường							
Q21	Tập ngồi	Tập ngồi dậy từ tư thế nằm nghiêng							
Q22	Tập dồn trọng tâm	Tập dồn trọng lượng lên tay liệt ở vị thế ngồi							
		Tập dồn trọng lượng lên chân liệt ở vị thế ngồi							

Ngày.....tháng.....năm.....

Người được phỏng vấn

(Họ tên và ký)

Phụ lục 7

BÀI TẬP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TẠI NHÀ CHO NGƯỜI BỆNH SAU ĐỘT QUỲ NÃO

TẠO THUẬN VẬN ĐỘNG TƯ THẾ NẪM

BÀI TẬP 1: TƯ THẾ NẪM NGỬA

1-2. Người chăm sóc đứng bên lành bệnh nhân, một tay



3-6. Duỗi thẳng chân liệt và đặt chân lên gối dày. Đặt tay liệt người bệnh lên trước ngực. Người chăm sóc nâng vai bên liệt và đặt gối dưới vai. Sau đó kéo tay liệt người bệnh đặt lên gối để bàn tay cao hơn vai. Có thể đặt một khăn trong lòng bàn tay người bệnh



BÀI TẬP 2: TƯ THẾ NẪM NGHIÊNG SANG BÊN BỊ LIỆT

1-2. Người chăm sóc đứng bên liệt. Đặt một gối lớn cạnh chân liệt



3-4. Người chăm sóc một tay đặt ở bả vai bên lành và một tay ở vùng xương chậu bên lành người bệnh. Sau đó kéo bả vai và xương chậu sang bên liệt.



5-6. Người bệnh nằm nghiêng, đặt chân lành lên trên gối trong tư thế gấp, phía sau lưng kê một chiếc gối khác. Chân liệt được duỗi thẳng và gối hơi gấp nhẹ. Tay liệt đặt lên một chiếc gối sao cho bàn tay ở mức cao hơn khuỷu



BÀI TẬP 3: CẦM NẮM AN TOÀN

1-2. Người bệnh tự dùng tay lành nắm lấy cổ bàn tay liệt. Ngón tay cái của bàn tay lành đặt trong lòng bàn tay liệt



BÀI TẬP 4: VẬN ĐỘNG CHI DƯỚI



1- 2. Người bệnh nằm ngửa. Người chăm sóc đứng bên liệt, một tay đặt dưới hõm khoeo, một tay nắm cổ bàn chân liệt. Sau đó gấp gối chân liệt và nâng chân về phía mũi người bệnh, rồi duỗi thẳng chân liệt. Lặp lại vài lần

3-4. Hai bàn tay ôm gối chân liệt, chân người bệnh thả lỏng và gác trên tay người chăm sóc. Thực hiện xoay chân người bệnh ra ngoài vào trong



5. Người chăm sóc đứng bên liệt, một tay đặt mặt dưới cẳng chân, một tay đỡ dưới gót chân bên liệt. Sau đó kéo chân bệnh nhân dang ra ngoài rồi lại khép vào trong

6-7. Người chăm sóc đứng phía dưới chân bệnh nhân, hai ngón tay cái ôm vùng mu chân bệnh nhân, còn các ngón khác ôm vùng lòng chân bệnh nhân. Sau đó cử động bàn chân bệnh nhân gập, duỗi và nghiêng hai bên

8. Người chăm sóc, một tay ôm giữ cổ bàn chân bệnh nhân, một tay ôm các ngón chân bệnh nhân, sau đó gập duỗi các ngón chân bệnh nhân

BÀI TẬP 5: VẬN ĐỘNG KHỚP VAI



1-2. Người chăm sóc đứng bên liệt, một tay giữ cố định vùng bả vai, tay còn lại căng tay đỡ cánh tay bệnh nhân rồi nhẹ nhàng nâng cánh tay từ phía dưới. Nâng cánh tay bệnh nhân lên phía đầu 90^0 và quay trở lại vị trí cũ

3. Sau đó đưa cánh tay bệnh nhân sang ngang một góc 90^0

BÀI TẬP 6: VẬN ĐỘNG KHUYU TAY

1-2. Người chăm sóc dùng một tay cố định phần trên khớp khuỷu bên liệt, tay còn lại giữ phần dưới căng tay gần cổ tay. Sau đó, gấp khuỷu tay bệnh nhân lại, đưa bàn tay bệnh nhân lần lượt lên trán, tai, miệng. Lặp đi lặp lại động tác nhiều lần



BÀI TẬP 7: VẬN ĐỘNG BÀN TAY

1-2. Đặt cánh tay bệnh nhân trên giường cạnh thân mình và khuỷu gấp 90^0 . Người chăm sóc nắm giữ quanh cổ tay và vận động bàn tay gấp, duỗi.



BÀI TẬP 8: VẬN ĐỘNG CỔ TAY VÀ NGÓN TAY



1-2. Tách ngón cái và cử động theo các hướng



3-4. Gập duỗi các khớp ngón tay

VẬN ĐỘNG NGỒI, ĐỨNG VÀ DI CHUYỂN BÀI TẬP 9: NGỒI DẬY TỪ BÊN LÀNH

1-2. Người bệnh nằm ngửa trên giường, tay lành nắm tay liệt, tự nâng và gập chân lành. Người chăm sóc đứng bên liệt hỗ trợ chân liệt để người bệnh chống chân trên mặt giường



3-4. Người chăm sóc một tay vào vùng xương bả vai, một tay đặt ở vùng xương chậu. Sau đó từ từ kéo người bệnh sang bên liệt, bệnh nhân tay lành buông tay liệt ra và chống tay lành xuống giường để ngồi dậy

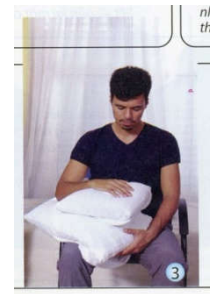
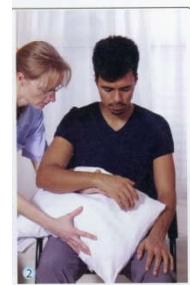


5-6. Bệnh nhân dùng tay lành chống xuống giường từ từ đẩy người về tư thế ngồi thẳng, người chăm sóc hỗ trợ giúp người bệnh cân bằng an toàn



BÀI TẬP 10: TẬP NGỒI GHẾ

1-2-3. Người bệnh ngồi thẳng tựa lưng sát vào ghế có tay vịn. Khớp háng, khớp gối gập 90°. Bàn chân đặt trên mặt sàn, đùi mở rộng. Dùng gối nâng đỡ tay liệt (gối dài đến khuỷu tay) đặt trên đùi người bệnh, đặt tay liệt lên gối trên đùi sao cho khuỷu tay gập.



BÀI TẬP 11: TẬP NGỒI DÒN TRỌNG LƯỢNG CƠ THỂ LÊN TAY LIỆT



1-2-3. Người chăm sóc ngồi bên liệt, đặt hai bàn tay người bệnh lên mặt giường, sau đó dùng tay cố định khuỷu tay và vai tay liệt người bệnh. Cho người bệnh lần lượt nghiêng người dồn lên tay liệt, rồi nghiêng người dồn lên tay lành

BÀI TẬP 12: HƯỚNG THÂN MÌNH VỀ PHÍA TRƯỚC



1-2. Người chăm sóc ngồi bên liệt. Người bệnh ngồi chân đặt trên sàn, dùng tay lành nắm tay liệt. Người chăm sóc dùng chân cố định bàn chân người bệnh, dùng một tay đỡ dưới khuỷu tay và một tay đặt sau lưng người bệnh giúp giữ thẳng bằng khi vận động



3-4. Hướng dẫn người bệnh từ từ tay lành nắm tay liệt đưa ra phía trước kéo cả người theo, ngả người ra sau và nghiêng thân mình sang hai bên



BÀI TẬP 13: CHÂN LÀNH VẮT CHÉO LÊN CHÂN LIỆT

1-2. Người bệnh ngồi trên giường, hai bàn chân đặt trên mặt sàn, hai tay chống trên mặt giường. Người chăm sóc quỳ trước người bệnh, đặt bàn chân liệt người bệnh thẳng áp sát mặt sàn, một tay giữ đầu gối và một tay giữ bàn chân. Người chăm sóc hướng dẫn người bệnh tự vắt chân lành lên chân liệt



BÀI TẬP 14: CHÂN LIỆT VẮT CHÉO LÊN CHÂN LÀNH

1-2. Người bệnh ngồi trên giường, hai bàn chân đặt trên mặt sàn, hai tay chống trên mặt giường. Người chăm sóc quỳ trước người bệnh, đặt bàn chân liệt người bệnh thẳng áp sát mặt sàn, một tay giữ đầu gối và một tay giữ bàn chân liệt. Người chăm sóc hướng dẫn người bệnh tự vắt chân liệt lên chân lành



BÀI TẬP 15: TẬP LUYỆN CHỨC NĂNG DI CHUYỂN ĐỒ VẬT

Người chăm sóc ngồi phía sau giúp người bệnh ngồi thẳng. Người bệnh ngồi trên giường có bàn trước mặt. Đặt các đồ vật khác nhau trước mặt hoặc hai bên người bệnh(chai, quả bóng, cốc, thìa...). Hướng dẫn người bệnh dùng tay liệt cầm đồ vật đưa từ phải sang trái, từ trước mặt sang hai bên...Lặp đi lặp lại động tác



BÀI TẬP 16: TẬP LUYỆN TẠI BÀN

	<p>1-2.Người ngồi đặt tay lên bàn, tay lành nắm tay liệt. Hướng dẫn người bệnh hướng hai tay ra trước để kéo thân mình ra trước, đưa tay sang hai bên để kéo thân mình sang hai bên</p>	
--	--	--

BÀI TẬP 17: TẬP ĐỨNG LÊN

<p>1-2. Người bệnh ngồi trên giường, ghé, bàn chân đặt áp sát mặt sàn. Người bệnh ngồi sát mép giường. Người chăm sóc đứng chéch sang bên liệt người bệnh, dùng gối đặt sát gối bên liệt người bệnh</p>	<p>3-4. Người chăm sóc đặt chân chéch nhẹ bên ngoài chân liệt người bệnh, một tay giữ vùng bả vai, một tay đỡ dưới tay lành và hông lành. Người bệnh đặt tay lành lên vai người chăm sóc, hơi nghiêng người về trước rồi dồn trọng lượng lên chân</p>		



5-6. Người chăm sóc từ từ kéo người bệnh đứng dậy dồn trọng lượng vào chân. Khi người bệnh đứng dậy được thì người chăm sóc vẫn dùng gối hỗ trợ cho chân liệt của người bệnh



CÁC BÀI TẬP TẠO THUẬN VẬN ĐỘNG CHO ĐI LẠI
VÀ SINH HOẠT HÀNG NGÀY
BÀI TẬP 18: VẬN ĐỘNG KHỚP VAI



1-2-3. Người bệnh ngồi thẳng lưng trên giường. Người chăm sóc ngồi bên liệt người bệnh, hai tay ôm vào vùng khớp vai bên liệt. Sau đó hướng dẫn người bệnh vận động đưa khớp vai lên trên, ra trước, ra sau và xoay.

BÀI TẬP 19: VẬN ĐỘNG CÁNH TAY



1-2-3. Người chăm sóc ngồi bên liệt, một tay đỡ cẳng tay gần khuỷu, một tay nắm bàn tay người bệnh và từ từ nâng cánh tay. Thực hiện động tác đưa cánh tay ra trước và sang hai bên

4-5. Người chăm sóc đứng bên cạnh, một tay giữ vùng bả vai, một tay ôm cẳng tay người bệnh. Sau đó từ từ đưa cánh tay người bệnh lên phía đầu khoảng $160 - 180^{\circ}$





BÀI TẬP 20: VẬN ĐỘNG KHUỶU TAY



1-2. Người chăm sóc đứng bên cạnh, một tay đỡ khuỷu tay, một tay nắm cổ bàn tay liệt người bệnh. Thực hiện động tác gấp duỗi khớp khuỷu và đưa tay lên miệng, mũi, trán

TẬP 21: VẬN ĐỘNG BÀN TAY



<p>1-2. Người chăm sóc đứng bên cạnh, một tay đỡ khuỷu tay, một tay nắm cổ bàn tay liệt người bệnh. Sau đó xoay cẳng tay và cổ tay người bệnh vào trong, ra ngoài</p>	 <p>1</p>	 <p>2</p>
--	--	---

<p>3. Người chăm sóc đứng bên cạnh, một tay nắm cổ tay, một tay nắm bàn tay liệt thực hiện gấp duỗi cổ tay, nghiêng cổ tay sang hai bên</p>	 <p>3</p>
--	---





BÀI TẬP 22: VẬN ĐỘNG KHỚP NGÓN TAY




 <p>1</p>	 <p>2</p>	 <p>3</p>
<p>1-2-3. Người chăm sóc ngồi bên liệt, một tay cố định cổ tay người bệnh, một tay đặt trong lòng bàn tay người bệnh hoặc ôm lên mu bàn tay người bệnh giúp đóng mở bàn ngón tay người bệnh</p>		

BÀI TẬP 23: ĐỘNG TÁC LAU BÀN

<p>1-2. Người bệnh ngồi thẳng, đặt tay liệt lên bàn áp sát mặt bàn. Người chăm sóc ngồi cạnh, một tay giữ khuỷu tay, một tay đặt lên bàn tay liệt người bệnh, giúp người bệnh bắt đầu động tác lau bàn theo các hướng</p>	 <p>1</p>  <p>2</p>
--	--

BÀI TẬP 24: HOẠT ĐỘNG CẢM NẮM

 	 
<p>1-2. Người bệnh ngồi đặt hai tay lên bàn. Người chăm sóc hỗ trợ người bệnh, giữ các ngón tay của người bệnh và giúp duỗi các ngón tay</p>	<p>3-4. Người chăm sóc hỗ trợ người bệnh nắm lấy các đồ vật (bóng, chai, cốc...). Sau đó hướng dẫn người bệnh tự thực hiện cảm nắm đồ vật thay đổi vị trí</p>

Nắm vật lớn	Nắm vật nhỏ	Nắm vật nhỏ
		



Đặt tay liệt lần lượt: ra sau gáy-lên đỉnh đầu-lên miệng

BÀI TẬP 25: TẬP LUYỆN ĐỘC LẬP



BÀI TẬP 26: HOẠT ĐỘNG SINH HOẠT HÀNG NGÀY-MẶC ÁO



BÀI TẬP 27: HOẠT ĐỘNG SINH HOẠT HÀNG NGÀY-MẶC QUẦN DÀI

	
<p>1-2. Người bệnh ngồi trên giường, lấy quần và để bên cạnh, sau đó người bệnh vắt chéo chân liệt lên chân lành. Người chăm sóc hỗ trợ</p>	<p>3. Người bệnh cầm quần từ từ đưa một ống quần chân liệt, sau đó kéo ống quần lên cao hết mức. Người chăm sóc ngồi cạnh hỗ trợ</p>
	
<p>4. Sau đó người bệnh đặt chân liệt đã đưa được ống quần vào xuống sàn. Rồi từ từ luồn chân lành vào ống quần còn lại rồi kéo lên</p>	<p>5. Nếu người bệnh chưa đứng được, hướng dẫn người bệnh nghiêng người sang một bên để nhấc từng bên mông lên và kéo quần lên. Người chăm sóc hỗ trợ</p>
	
<p>6. Nếu người bệnh có thể đứng được trong thời gian ngắn, người chăm sóc hỗ trợ họ và hướng dẫn người bệnh kéo quần lên</p>	<p>7. Người chăm sóc luôn hỗ trợ người bệnh trong lúc người bệnh tự kéo quần lên và chỉ giúp đỡ người bệnh đứng vững khi cần thiết</p>

MỘT SỐ BÀI TẬP CHUẨN BỊ CHO KỸ NĂNG TẬP ĐỨNG VÀ ĐI
 BÀI TẬP 28: GIẬM CHÂN VÀ DI CHUYỂN TRỌNG TÂM

<p>1-2. Người bệnh ngồi trên ghế, bàn chân lạnh tiếp xúc mặt sàn. Người chăm sóc một tay đỡ vùng khoeo chân liệt, một tay nắm mu bàn chân liệt giúp người bệnh nhấc chân liệt và người chăm sóc ấn tay lên chân để người bệnh ấn gót chân xuống sàn</p>	<p>3-4. Người chăm sóc nâng chân liệt lên cách sàn vài cm rồi thả chân rơi tự do</p>

BÀI TẬP 29: TẬP CHÂN TRỤ

	<p>1. Người bệnh đứng, tay lành vịn vào tường hoặc ghế, tay liệt buông cạnh người hoặc đặt lên vai người chăm sóc. Người chăm sóc đứng bên liệt, một tay cố định và kích thích đầu gối, một tay vòng qua hông người bệnh, hướng dẫn người bệnh đứng dồn lên chân liệt sau đó lại đổi sang bên lành.</p> <p>2. Tăng cường độ bài tập, hướng dẫn người bệnh đưa chân liệt ra trước trong tư thế bắt đầu, sau đó dần dần đưa chân lành lên phía trước. Người bệnh lại đưa chân lành về vị trí ban đầu. Hai chân lại đặt cạnh nhau</p>
--	--

BÀI TẬP 30: TẬP BƯỚC ĐI

<p>1. Người bệnh đứng cạnh tường hoặc giường. Người chăm sóc đứng bên liệt, một tay trợ giúp giữ gối khi chân liệt làm trụ, một tay đỡ vùng khung chậu</p>	<p>2. Người bệnh đứng thẳng chân trụ, chuẩn bị bước đi, đưa tay lành ra trước bám vào thành giường. Người chăm sóc đỡ gối khi người bệnh chuyển dồn trọng lượng sang bên lành, hướng dẫn người bệnh nhấc chân liệt từ từ đưa ra phía trước, sau đó lại chuyển dồn trọng lượng sang bên liệt từ từ nhấc chân lành đưa ra trước</p>

PHỤ LỤC 8

BẢNG KIỂM GIÁM SÁT BÀI TẬP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TẠI NHÀ CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY NÃO

1. Thông tin chung:

- Họ và tên bệnh nhân:.....

- Tuổi:.....Giới tính:.....

- Địa chỉ:.....

-Ngày giám sát:.....

-Người giám sát:.....

2. Bảng kiểm giám sát

TT	CÁC BƯỚC	KỸ THUẬT THỰC HIỆN		THỜI GIAN	
		Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt
1	Tạo thuận vận động tư thế nằm				
2	Chuyển tư thế nằm nghiêng sang bên bị liệt				
3	Tập cầm nắm an toàn				
4	Tập vận động chi dưới				
5	Tập vận động khớp vai				
6	Tập vận động khớp khuỷu tay				
7	Tập vận động bàn tay				
8	Tập vận động cổ tay và ngón tay				
9	Tập ngồi dậy từ bên lành				
10	Tập ngồi ghé				
11	Tập ngồi dồn trọng lượng cơ thể lên tay liệt				

12	Tập hướng thân mình về phía trước				
13	Tập chân lạnh vắt chéo lên chân liệt				
14	Tập chân liệt vắt chéo lên chân lạnh				
15	Tập di chuyển đồ vật				
16	Tập di chuyển tay trên bàn				
17	Tập đứng lên				
18	Tập tạo thuận vận động khớp vai				
19	Tập vận động cánh tay				
20	Tập vận động khuỷu tay				
21	Tập vận động bàn tay				
22	Tập vận động khớp ngón tay				
23	Tập động tác lau bàn				
24	Tập cầm nắm				
25	Tập luyện độc lập				
26	Tập mặc áo				
27	Tập mặc quần				
28	Giậm chân và di chuyển trọng tâm				
29	Tập chân trụ				
30	Tập bước đi				

Phụ lục 9

MỘT SỐ HÌNH ẢNH CAN THIỆP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỆNH SAU ĐỘT QUY NÃO TẠI THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN

HÌNH ẢNH KHÁM SÀNG LỌC NGƯỜI BỆNH SAU ĐỘT QUY NÃO



HÌNH ẢNH PHÒNG VẤN NGƯỜI CHĂM SÓC NGƯỜI CHÍNH NGƯỜI BỆNH SAU ĐỘT QUY NÃO



HÌNH ẢNH TẬP HUẤN BÀI TẬP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TẠI NHÀ NGƯỜI BỆNH SAU ĐỘT QUỴ NÃO CHO CÁN BỘ GIÁM SÁT VÀ CÁN BỘ TRẠM Y TẾ XÃ/PHƯỜNG



HÌNH ẢNH TẬP HUẤN BÀI TẬP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TẠI NHÀ CHO NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH NGƯỜI BỆNH SAU ĐỘT QUỴ NÃO





**HÌNH ẢNH GIÁM SÁT, ĐÁNH GIÁ CHƯƠNG TRÌNH TẬP PHỤC HỒI
CHỨC NĂNG TẠI NHÀ CHO NGƯỜI BỆNH SAU ĐỘT QUỴ NÃO**



