

**CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH SAU ĐỘT QUY NÃO ĐIỀU TRỊ
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ GIANG NĂM 2021**

Hà Xuân Kiên¹, Trương Tuấn Anh², Vũ Đình Sơn³, Hồ Phương Thúy⁴

¹Trường Trung cấp Y tế Hà Giang; ²Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định,;

³Trường Cao đẳng Vĩnh Phúc; ⁴Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng chất lượng cuộc sống và xác định một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh sau đột quy não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 164 người bệnh sau đột quy não từ 18 tuổi trở lên tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang từ tháng 01/2021 đến hết tháng 5/2021. **Kết quả:** Chất lượng cuộc sống chung của người bệnh sau đột quy não theo thang EQ5D5L là $0,32 \pm 0,25$. Chỉ số chất lượng cuộc sống của người bệnh sau đột quy não theo sự đi lại ($0,18 \pm 0,12$), tự chăm sóc ($0,10 \pm 0,06$), sinh hoạt thường lệ ($0,11 \pm 0,07$), Đau/khó chịu ($0,20 \pm 0,07$), lo lắng /u sầu ($0,09 \pm 0,04$). Đa số người bệnh sau đột quy não có chất lượng cuộc sống không cao chiếm 99,4%, chất lượng cuộc sống cao chỉ chiếm 0,6%. **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống của người bệnh sau đột quy não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang tương đối thấp. Chất lượng cuộc sống của người bệnh có mối liên quan với tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, thói quen hút thuốc, số lần đột quy, tay - chân thuận và chức năng sinh hoạt.

Từ khóa: Đột quy não, chất lượng cuộc sống, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang

**QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER STROKE TREATED
AT HA GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2021**

ABSTRACT

Objective: To describe the current state of quality of life and identify some factors related to the quality of life of patients after a cerebral stroke at Ha Giang General Hospital in 2021. **Method:** A cross-sectional descriptive study on 164 patients after cerebral stroke aged 18 years and older at Ha Giang General Hospital from January 2021 to the end of May 2021. **Results:** Overall quality of life of patients after stroke according to EQ5D5L scale is $0,32 \pm 0,25$. Quality of life index of patients after stroke according to walking ($0,18 \pm 0,12$), self-care ($0,10 \pm 0,06$), routine activities ($0,11 \pm 0,07$), Pain/discomfort ($0,20 \pm 0,07$), anxiety/melancholy ($0,09 \pm 0,04$). The majority of patients after cerebral stroke have a low quality of life (99,4%), high quality of life accounts for only 0,6%. **Conclusions:** The

Tác giả: Hà Xuân Kiên,
Địa chỉ: Trường Trung cấp Y tế Hà Giang
Email: xuankienttytdv@gmail.com

Ngày phản biện: 09/9/2021
Ngày duyệt bài: 11/9/2021
Ngày xuất bản: 30/9/2021

quality of life of patients after a stroke at Ha Giang General Hospital is relatively low. The quality of life of patients is related to age, occupation, education level, place of residence, smoking habits, number of strokes, dominant hand and foot, and daily living function.

Keywords: Stroke, quality of life, Ha Giang General Hospital.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não (ĐQN) còn gọi là tai biến mạch máu não là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ ba sau ung thư và bệnh tim mạch và là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế ở người trưởng thành và người cao tuổi [1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), ĐQN là nguyên nhân thứ 2 gây tử vong hàng đầu cho những người bệnh 60 tuổi và là nguyên nhân thứ 5 ở những người trong độ tuổi từ 15 đến 59 tuổi; hằng năm có khoảng 16,3 triệu người mắc tai biến mạch máu não, trong đó có 11,2 triệu người ở các nước đang phát triển mắc [2]. Theo một số liệu thống kê mới đây tại Mỹ cho thấy cứ 4 giây thì có một người ĐQN, trong đó 4 phút trôi qua có một trường hợp ĐQN tử vong và dự báo đến năm 2030 ĐQN sẽ tăng lên 20,5% so với năm 2012 [3]. Tại Việt Nam, theo số liệu thống kê của Hội phòng chống tai biến mạch máu não (2018), mỗi năm có hơn 200.000 bị đột quy, hơn 50% trong số tử vong và chỉ có 10% những người sống sót và bình phục hoàn toàn (không có di chứng và không phụ thuộc người khác). Tỷ lệ người bệnh là nam giới cao gấp 4 lần so với người bệnh là nữ giới. Điều đáng lo ngại là số ca đột quy não tăng lên khoảng 2% trong vòng 3 năm... ngày càng có xu hướng trẻ hóa. Số người bệnh trong độ tuổi 40-45 chiếm 1/3 tổng số ca đột quy não. Thậm chí, rất nhiều người ở độ tuổi 20 hoặc trẻ hơn cũng bị đột quy não, rơi vào khoảng 83.000 người /năm [4], [5]. Khi người bệnh đã bị đột quy não dẫn đến tử vong hoặc di chứng tàn phế do đó tạo nên một gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Hiện nay, tuy đã có những tiến bộ trong chẩn đoán, điều trị toàn diện ĐQN, nhưng ĐQN vẫn là vấn đề sức khỏe gây nhiều khó khăn cho người bệnh sau ĐQN, sự suy giảm thể chất tinh thần còn là gánh nặng cho gia đình và xã hội nhất là hệ thống y tế tại địa phương. Việc cải thiện chất lượng sống ở những người bệnh sống sót sau đột quy được nhìn nhận là hết sức cần thiết, như là một phần không thể thiếu của công việc điều trị. Nghiên cứu về chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh sau ĐQN sẽ giúp có thêm những bằng chứng về sự phục hồi của người bệnh. Biết được các yếu tố liên quan đến CLCS của người bệnh sẽ góp phần đưa ra được các chiến lược để nâng cao CLCS cho người bệnh ĐQN [6].

Tại tỉnh Hà Giang đã có một số đề tài nghiên cứu về ĐQN, song chủ yếu vẫn tập trung vào các vấn đề như tình hình bệnh tật, tử vong, chẩn đoán, điều trị, phục hồi chức năng, vai trò chăm sóc, tinh thần thể chất vv... Nhưng CLCS và các yếu tố liên quan đến CLCS của người bệnh ĐQN chưa được quan tâm nghiên cứu. Chính vì những lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "*Chất lượng cuộc sống của người bệnh sau đột quy điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang năm 2021*" với mục tiêu:

Mô tả thực trạng chất lượng cuộc sống và xác định một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh sau đột quy tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang năm 2021.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh sau đột quỵ não đến khám, điều trị tại Khoa phục hồi chức năng - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi từ 18 tuổi trở lên.
- Không có rối loạn nhận thức.
- Có khả năng nghe, nói, đọc, viết bằng tiếng Việt.
- Đồng ý, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh trước đó đã được đánh giá chất lượng cuộc sống.
- Người bệnh hạn chế khả năng giao tiếp như giảm thính lực, sa sút trí tuệ.
- Người mắc bệnh kết hợp hoặc đang điều trị cấp cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian thu thập số liệu: Từ tháng 01 năm 2021 đến hết 5 năm 2021.
- Địa điểm: Tại Khoa phục hồi chức năng, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

a) Cỡ mẫu: Chọn được 164 người bệnh ĐQN.

b) Phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện (chọn mẫu toàn bộ) với tất cả các đối tượng thỏa mãn yêu cầu của nghiên cứu đề ra.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Dữ liệu được thu thập bằng phương

pháp phỏng vấn trực tiếp người bệnh, thông qua bộ câu hỏi chuẩn bị trước.

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá chất lượng cuộc sống

Nghiên cứu sử dụng thang đo EQ -5D - 5L, gồm 25 câu hỏi trong 5 lĩnh vực: đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường lệ, đau/khó chịu, lo lắng/u sầu.

Mỗi lĩnh vực có 5 câu hỏi áp dụng, người bệnh trả lời đúng thực tế của mình thì tích vào ô tương ứng với câu hỏi có điểm và hệ số tương ứng.

Điểm số tình trạng sức khỏe của người bệnh tổng hợp điểm từ 5 câu hỏi trong 5 lĩnh vực người bệnh trả lời: Ví dụ 11111, là điểm số của người hoàn toàn khỏe mạnh và có mức độ CLCS là 1. Tính hệ số (mức độ) CLCS cho tình trạng sức khỏe của người bệnh tính theo ví dụ: CLCS tình trạng 12345 = 1-(MO1) - (SC2) - (UA3) - (PD4) - (AD5) = 1- (0) - (0.04595) - (0.05873) - (0.27002) - (0.23881) = 0.38969 [7].

Phân loại đánh giá CLCS của người bệnh sau ĐQN: Tổng cộng các điểm từ điểm số tình trạng sức khỏe ta được tổng điểm để phân loại CLCS cho người bệnh: Ví dụ 11111 có tổng điểm là 5 điểm. Sau đó từ tổng điểm ta sẽ phân loại CLCS của người bệnh sau ĐQN, cụ thể:

CLCS Rất cao: 5 điểm; CLCS cao: 6 -10 điểm, CLCS trung bình: 11 – 15 điểm; CLCS thấp: 16 -20 điểm; CLCS rất thấp: 21- 25 điểm [8].

2.7. Phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 22 để phân tích số liệu. Sử dụng tần số, tỷ lệ phần trăm để mô tả thực trạng CLCS, sử dụng các thuật toán T- test, anova test để xác định các yếu tố liên quan đến CLCS của người bệnh ĐQN.

3. KẾT QUẢ

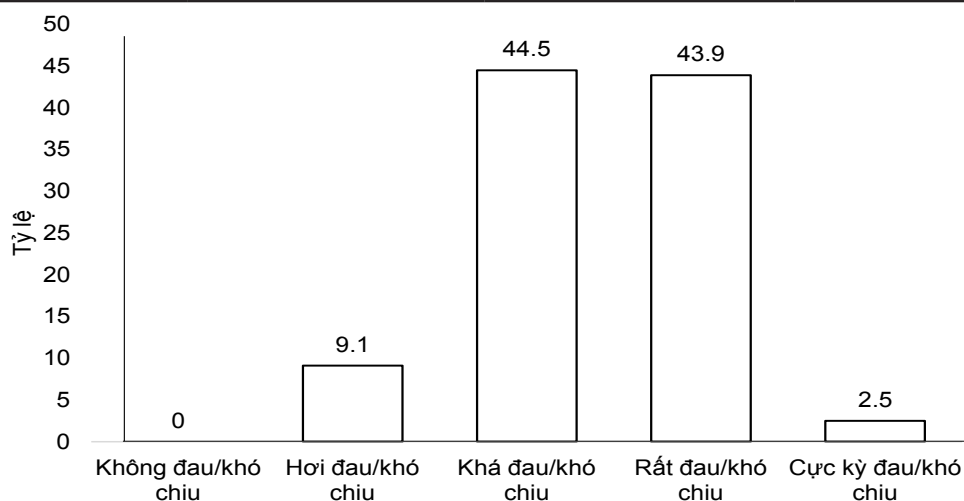
3.1. Một số đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Trong tổng số 164 người bệnh đã tham gia vào nghiên cứu, nam giới chiếm 69,5%, nữ giới chiếm 30,5%. Người bệnh có độ tuổi dưới 60 tuổi chiếm 39,5%, từ 60 tuổi trở lên chiếm 60,5%. Nơi ở: 58,5% người bệnh sống ở nông thôn, 41,5% người bệnh ở thành thị. Nghề nghiệp: Nông dân chiếm 72 %, nghề nghiệp khác chiếm 28%. Trình độ học vấn gồm: Tiểu học chiếm 22,6%, THCS chiếm 36,6%, THPT chiếm 9,1%, Trung cấp chiếm 5,5%; cao đẳng và đại học chiếm 26,2%. Tình trạng hôn nhân: Có gia đình (98,8%) và sống một mình (1,2%). Người bệnh có BHYT (98,8%) và không có BHYT (1,2%). CLCS theo sinh hoạt hằng ngày có 34,2% người bệnh phụ thuộc hoàn toàn, 65,2% phụ thuộc hoàn toàn, 0,6% người bệnh sinh hoạt độc lập. Người bệnh bị đột quy 01 lần chiếm 70,1%, đột quy 02 lần trở lên chiếm 29,1%. Người bệnh thuận tay – chân phải (73,2%), thuận tay – chân trái chỉ chiếm 26,8%.

3.2. Thực trạng về chất lượng cuộc sống của người bệnh sau đột quy não

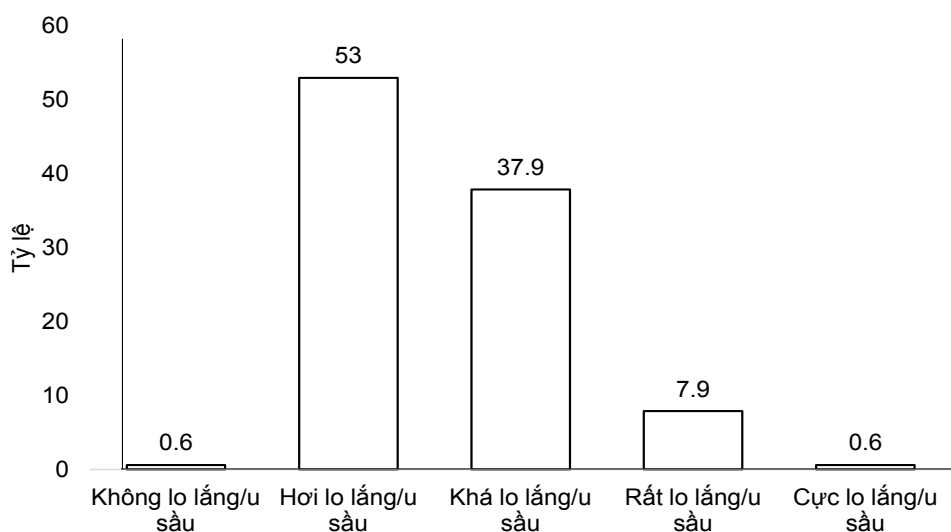
Bảng 1. Chất lượng cuộc sống theo sự đi lại, sự chăm sóc và sự sinh hoạt thường lệ (n = 164)

Nội dung	Chất lượng cuộc sống theo sự đi lại	Chất lượng cuộc sống theo tự chăm sóc	Chất lượng cuộc sống theo sự sinh hoạt thường lệ
Không khó khăn	7,3%	0%	0%
Hơi khó khăn	0%	11,6%	10,4%
Khá khó khăn	41,2%	44,5%	46,4%
Rất khó khăn	29,9%	36,6%	40,2%
Không thể thực hiện	20,7%	7,3%	3,0%



Biểu đồ 1. Chất lượng cuộc sống theo sự đau khó chịu (n = 164)

Kết quả trong biểu đồ 1 cho thấy CLCS theo sự đau/khó chịu: Người bệnh cực kỳ đau/khó chịu (2,5%), rất đau/khó chịu (43,9%), khá đau/khó chịu (44,5%) và người bệnh hơi đau/khó chịu (9,1%).



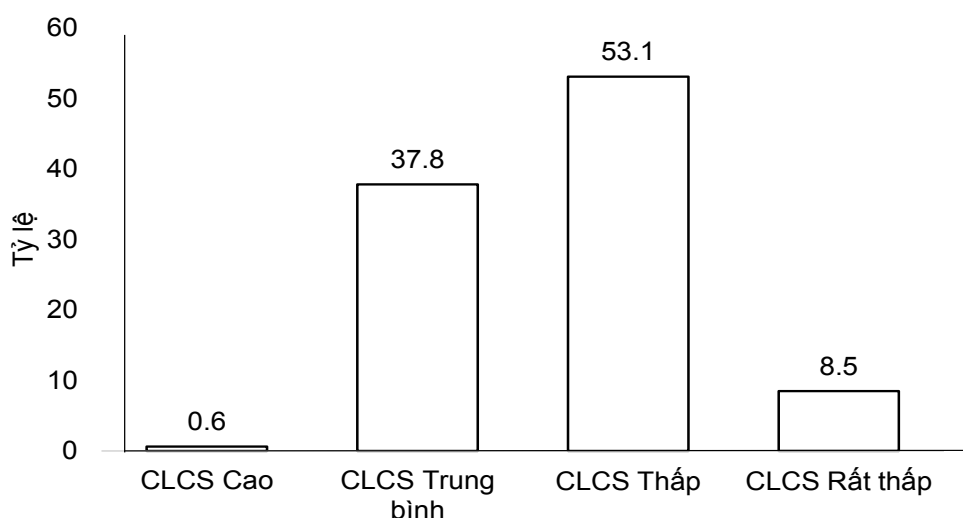
Biểu đồ 2. Chất lượng cuộc sống theo sự lo lắng/u sầu (n=164)

Biểu đồ 2 cho thấy CLCS theo sự lo lắng/u sầu: Người bệnh cực kỳ lo lắng/u sầu chiếm 0,6%, rất lo lắng/u sầu chiếm 7,9%, khá lo lắng/u sầu chiếm 37,9% và hơi lo lắng/u sầu chiếm 53,0% và 0,6% không lo lắng/u sầu.

Bảng 2. Chỉ số trung bình CLCS theo các lĩnh vực sức khỏe của người bệnh sau ĐQN (n=164)

Các lĩnh vực CLCS	Điểm trung bình \pm Độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$)
Sự đi lại	0,18 \pm 0,12
Tự chăm sóc	0,10 \pm 0,06
Sinh hoạt thường lệ	0,11 \pm 0,07
Đau/ khó chịu	0,20 \pm 0,07
Lo lắng /u sầu	0,09 \pm 0,04
Chất lượng cuộc sống chung	0,32 \pm 0,25

Kết quả nghiên cứu trong bảng 2 đã cho thấy chỉ số CLCS của người bệnh theo Đau/khó chịu là cao nhất (0,20 \pm 0,07), tiếp theo đó CLCS theo sự đi lại có chỉ số là 0,18 \pm 0,12, CLCS theo lo lắng/u sầu có chỉ số thấp nhất (0,09 \pm 0,04). Chỉ số chất lượng cuộc sống chung 0,32 \pm 0,25.



Biểu đồ 3. Phân loại CLCS của người bệnh sau ĐQN theo EQ-5D-5L (n=164)

Kết quả trong biểu đồ 3 cho thấy người bệnh có CLCS thấp chiếm tỷ lệ cao nhất (53,1%), tiếp theo đó CLCS trung bình chiếm 37,8%, CLCS rất thấp chiếm 8,5%, CLCS cao chỉ có 0,6%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh sau ĐQN

Bảng 3. Mối liên quan giữa CLCS với các đặc điểm chung của người bệnh (n=164)

Nội dung		Tần số	$\bar{X} \pm SD$
Nhóm tuổi	Dưới 60	65	0,37 ± 0,21
	Từ 60 tuổi trở lên	99	0,29 ± 0,26
	t-test	t = 2,09; p = 0,038 < 0,05	
Nghề nghiệp	Nông dân	118	0,36 ± 0,23
	Công nhân	04	0,18 ± 0,30
	Công chức, viên chức	08	0,27 ± 0,24
	Hưu trí	31	0,21 ± 0,27
	Khác	03	0,21 ± 0,18
	Anova	F = 3.17, p = 0,015 < 0,05	

NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

	Nội dung	Tần số	$\bar{X} \pm SD$
Trình độ học vấn	Tiểu học	37	0,30 ± 0,23
	Trung học cơ sở	60	0,38 ± 0,24
	Trung học phổ thông	15	0,35 ± 0,22
	Trung cấp	09	0,40 ± 0,28
	Cao đẳng, Đại học	43	0,23 ± 0,25
	Anova	F = 2,95; p = 0,02 < 0,05	
Thuốc lá	Có	22	0,31 ± 0,25
	Không	144	0,42 ± 0,16
	t-test	t = -2,02; p = 0,045 < 0,05	
Số lần đột quy	1 lần	115	0,39 ± 0,21
	Hai lần trở lên	49	0,15 ± 0,24
	t-test	t = 6,29; p = 0,00 < 0,05	
Tay – chân thuận	Tay – chân phải	120	0,30 ± 0,26
	Tay – chân trái	44	0,39 ± 0,20
	t-test	t = -2,34; p = 0,02 < 0,05	
Chức năng sinh hoạt hằng ngày	Độc lập	01	0,61
	Phụ thuộc 1 phần	107	0,45 ± 0,14
	Phụ thuộc hoàn toàn	56	0,07 ± 0,22
	Anova	F = 91,3; p = 0,000 < 0,05	

Kết quả bảng 3 cho thấy, nhóm tuổi dưới 60 tuổi có chỉ số CLCS cao hơn so với nhóm tuổi từ 60 trở lên (0,37 ± 0,21 so với 0,29 ± 0,26), sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Chỉ số CLCS người bệnh có trình độ trung cấp (0,40 ± 0,28), THCS (0,38 ± 0,24), THPT (0,35 ± 0,22), Tiểu học (0,30 ± 0,23) và CĐ-ĐH (0,23 ± 0,25), sự khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Chỉ số CLCS của người bệnh là nông dân (0,36 ± 0,23) là cao nhất, tiếp theo là công chức, viên chức (0,27 ± 0,24) và thấp

nhất là công nhân ($0,18 \pm 0,30$), sự khác biệt chỉ số CLCS giữa các nhóm nghề nghiệp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3 cho thấy về yếu tố nguy cơ hút thuốc lá: Nhóm người bệnh không hút thuốc lá có chỉ số CLCS ($0,42 \pm 0,16$) cao hơn so với nhóm người bệnh hút thuốc lá, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Về số lần đột quy: Nhóm người bệnh có đột quy 1 lần có chỉ số CLCS ($0,39 \pm 0,21$) cao hơn so với nhóm đột quy 2 lần trở lên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhóm người bệnh thuận tay chân trái có chỉ số CLCS ($0,39 \pm 0,20$) cao hơn so với nhóm thuận tay chân phải ($0,30 \pm 0,26$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đối với chức năng sinh hoạt hằng ngày: Chỉ số CLCS ở nhóm người bệnh độc lập trong sinh hoạt ($0,61$) là cao nhất, nhóm phụ thuộc hoàn toàn trong sinh hoạt có chỉ số CLCS ($0,07 \pm 0,22$) là thấp nhất, sự khác nhau cũng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng về chất lượng cuộc sống của người bệnh sau đột quy não

Về sự đi lại: Kết quả trong bảng 1 cho thấy người bệnh đi lại khó khăn ở thời điểm đến khám và PHCN chiếm 92,7%, chỉ có 7,3% người bệnh không gặp khó khăn trong đi lại. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của các tác giả nước ngoài: Nghiên cứu của Muslimah AR và các cộng sự (2019) ở người bệnh đang phục hồi chức năng (80% và 20%) [9]; nghiên cứu của Dominik Gi và các cộng sự (2015) ở thời điểm sau 4 tháng bị ĐQN (84,8% và 15,8%) [10]; nghiên cứu của Marta RH và các cộng sự (2021) ở thời điểm sau 3 tháng điều trị và PHCN (60,9% và 39,1%) [11]. Sự khác biệt cho thấy hiệu quả của việc điều trị và PHCN đối với việc cải thiện sự đi lại cho người bệnh, vì vậy người bệnh cần chú trọng đến công tác PHCN sau ĐQN.

Về tự chăm sóc (tự tắm rửa hay khi tự mặc quần áo): Kết quả trong bảng 1 cho thấy 100% người bệnh có khó khăn về tự chăm sóc (khá khó khăn chiếm tỷ lệ cao nhất 44,5%, rất khó khăn chiếm tỷ lệ 36,6%, hơi khó khăn chiếm 11,6% và người bệnh

không thể tự chăm sóc chiếm 7,3%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi 100% người bệnh có khó khăn về tự chăm sóc cao hơn nghiên cứu của Muslimah AR và các cộng sự (2019) [9], của Dominik G và các cộng sự (2015) [10] và của Marta RH và các cộng sự (2021) [11] với tỷ lệ lần lượt là 64,86%, 50,9% và 34,8%. Từ nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả ngoài nước trên cho thấy sự tự chăm sóc của người bệnh cũng được cải thiện sau một thời gian người bệnh được điều trị và PHCN.

Người bệnh khi thực hiện các sinh hoạt thường lệ: Kết quả trong bảng 1 cho thấy người bệnh khá khó khăn chiếm 46,4%, rất khó khăn chiếm 40,2%, hơi khó khăn chiếm 10,4% và người bệnh không thể thực hiện chiếm 3,0%. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi có 100% người bệnh có khó khăn khi thực hiện các sinh hoạt thường lệ tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Muslimah AR và các cộng sự (71,71%) [9], nghiên cứu Dominik Gi và các cộng sự (73,2%) [10], nghiên cứu của Marta RH và các cộng sự (65,2%) [11]. Như vậy việc sinh hoạt thường lệ của người bệnh sau ĐQN cũng được cải thiện dần qua quá trình điều trị và PHCN.

Về đau/khó chịu: Kết quả trong biểu

đồ 1 cho thấy người bệnh khá đau/khó chịu có tỷ lệ cao nhất 44,5%, người bệnh rất đau/ khó chịu (43,9%); người bệnh hơi đau/ khó chịu chiếm tỷ lệ 9,1%. Kết quả nghiên cứu có 100% người bệnh hơi đau/khó chịu trở lên cao hơn kết quả nghiên cứu của Muslimah AR và các cộng sự (76,29%) [9], nghiên cứu của Dominik G và các cộng sự (74,1%) [10], nghiên cứu của Marta RH và các cộng sự (82,6%) [11]. Kết quả nghiên cứu người bệnh có đau/khó chịu của chúng tôi cao hơn của các tác giả trên cũng phù hợp với tiến triển của bệnh trong quá trình người bệnh được điều trị và PHCN.

Về lo lắng, u sầu: Kết quả trong biểu đồ 2 cho thấy người bệnh hơi lo lắng hay/u sầu trở lên chiếm 99,4%; người bệnh không lo lắng/u sầu chiếm tỷ lệ 0,6%. Tỷ lệ người bệnh hơi lo lắng/u sầu trở lên của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Muslimah AR và các cộng sự, của Dominik G và cộng sự và của Marta RH (94,4% so với 70,86%, 76,8% và 69,6%) [9], [10], [11]. Sự khác biệt này phù hợp với sự tiến triển của bệnh. Sự khác nhau này, cũng cho thấy qua quá trình người bệnh được điều trị và PHCN cùng với sự tiến triển của bệnh, người bệnh cũng giảm lo lắng/u sầu.

Về phân loại CLCS chung: Kết quả trong biểu đồ 3 cho thấy người bệnh có CLCS cao chỉ có 0,6%, CLCS chưa cao chiếm 99,4%. Kết quả này tương tự với kết quả của Đặng Thị Hân (2017) có tỷ lệ CLCS cao và CLCS chưa cao là 6,7% và 93,3% [6]. Tuy nhiên, kết quả của Nguyễn Đức Thuận và cộng sự có tỷ lệ CLCS cao và chưa cao là 71,7% và 28,3% [12], sự khác biệt này cũng phù hợp do nghiên cứu của nhóm tác giả được thực hiện tại thời điểm sau 3 tháng điều trị. Từ kết quả phân loại chất lượng cuộc sống của chúng tôi và của các tác giả trên, một lần nữa cho thấy hiệu

quả của công tác điều trị và PHCN đối với sự tiến triển của bệnh, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Về chỉ số CLCS: Kết quả trong bảng 2 cho thấy CLCS của người bệnh theo đau/ khó chịu có chỉ số cao nhất ($0,20 \pm 0,07$), tiếp theo đó CLCS theo sự đi lại có chỉ số là $0,18 \pm 0,12$, CLCS theo lo lắng/u sầu có chỉ số thấp nhất ($0,09 \pm 0,04$). CLCS chung của người bệnh có chỉ số $0,32 \pm 0,25$. Kết quả nghiên cứu về chỉ số CLCS chung trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Muslimah AR và các cộng sự ($0,38 \pm 0,51$) [9] và của Lisa Söderblom ở người bệnh ĐQN sau 3 tháng ($0,68 \pm 0,28$) [13], nghiên cứu của Dominik G và các cộng sự ($0,69 \pm 0,23$) [10]. Như vậy, chỉ số CLCS chung của người bệnh ĐQN ngày càng được nâng lên cùng với quá trình điều trị và PHCN.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh sau ĐQN

Kết quả bảng 3 cho thấy CLCS người bệnh sau ĐQN có liên quan đến nhóm tuổi, nghề nghiệp và trình độ học vấn của người bệnh. CLCS liên quan tới tuổi, tuổi càng cao thì điểm số chất lượng cuộc sống càng giảm, nhóm tuổi dưới 60 tuổi có chỉ số CLCS ($0,37 \pm 0,21$) cao hơn so với nhóm từ 60 tuổi trở lên ($0,29 \pm 0,26$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($t = 2,09$; $p < 0,05$). Kết quả này phù hợp các nghiên cứu trong và ngoài nước: Nghiên cứu Đặng Thị Hân (2017), có liên quan giữa CLCS (thang đo SS-QOL) và nhóm tuổi [6]; mối liên quan này cũng được tìm thấy trong nghiên cứu của Nguyễn Tấn Dũng (2012): Những người bệnh ĐQN có tuổi từ 65 trở lên có CLCS không tốt khi vào viện cao hơn so với những nhóm người bệnh có tuổi dưới 65 (OR=5,1; 95% CI = 1,4-18,76) [14]; nghiên cứu của Cao

Phi Phong và Trần Trung Thành đánh giá CLCS của người bệnh ĐQN theo thang đo tác động của đột quy (Stroke Impact Scale 2.0) thấy có sự tương quan của SIS với tuổi, gợi ý rằng, CLCS thấp ở bệnh nhân lớn tuổi [15]; mối liên quan này cũng được tìm thấy trong nghiên cứu của Muslimah AR và các cộng sự nghiên cứu về CLCS của người bệnh bị ĐQN ở Indonesia có sự khác biệt CLCS giữa các nhóm tuổi ($p=0,001$) [9], nghiên cứu của Lisa Söderblom về CLCS ở người bệnh sau 3 tháng đột quy ở CHLB Đức ($p<0,001$) [13]. Kết quả này phù hợp với đặc điểm tâm sinh lý của con người, khi tuổi ≥ 49 thì quá trình lão hóa trong cơ thể càng diễn ra nhanh, sức khỏe thể chất, sức khỏe chức năng và sức khỏe tinh thần càng giảm. Do đó, đối tượng người cao tuổi luôn cần nhiều sự hỗ trợ, chăm sóc từ mọi phía, đặc biệt người điều dưỡng cùng với gia đình cần hỗ trợ về mặt tinh thần cho người bệnh, góp phần nâng cao hơn nữa CLCS.

Kết quả trong bảng 3 cũng cho thấy có mối liên quan giữa CLCS với nghề nghiệp của người bệnh sau ĐQN: Nông dân ($0,36 \pm 0,23$), công nhân ($0,18 \pm 0,30$), công chức- viên chức ($0,27 \pm 0,24$), hưu trí ($0,21 \pm 0,27$), khác ($0,21 \pm 0,18$), sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê ($F = 3,17, p = 0,015 < 0,05$). Nghiên cứu của Muslimah AR và các cộng sự (2019), kết quả cũng cho thấy có sự khác biệt về CLCS giữa nhóm có nghề nghiệp ($0,4 \pm 0,51$) và nhóm không có nghề nghiệp ($0,15 \pm 0,52$), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) [9]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của Đặng Thị Hân (2017) cho thấy chưa có mối liên quan giữa CLCS và yếu tố nghề nghiệp: Nông dân ($140,44 \pm 37,42$), công nhân ($135,75 \pm 13,38$), công chức- viên chức ($156,60 \pm 36,80$), hưu trí ($132,09 \pm 25,55$), khác ($137 \pm 28,13$) với ($p>0,05$) [6].

Bảng 3 cho thấy có sự khác biệt về CLCS giữa các nhóm ĐĐHV của người bệnh, chỉ số CLCS của những người trình độ trung cấp ($0,40 \pm 0,28$), THCS ($0,38 \pm 0,24$), THPT ($0,35 \pm 0,22$), Tiểu học ($0,30 \pm 0,23$); CĐ và ĐH ($0,23 \pm 0,25$), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($F = 2,95, p < 0,05$). Sự liên quan giữa CLCS và ĐĐHV của người bệnh sau ĐQN trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Đặng Thị Hân năm 2017: THPT ($141,25 \pm 32,75$); TC và CĐ ($151,29 \pm 32,86$); ĐH và SĐH ($164 \pm 38,11$) và THCS hoặc thấp hơn ($126,44 \pm 26,74$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($F = 2,7, p < 0,05$) [6]. Mối liên quan này cũng được xác định trong nghiên cứu của Muslimah AR và các cộng sự (2019): Giữa nhóm giáo dục tiểu học ($0,27 \pm 0,54$), giáo dục trung học ($0,46 \pm 0,45$), giáo dục đại học ($0,38 \pm 0,57$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [9].

Trong số các yếu tố nguy cơ: Tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim mạch, Rối loạn Cholesterol máu, nghiện bia rượu, thuốc lá và các yếu tố khác, chỉ có chỉ số CLCS của người bệnh hút thuốc ($0,31 \pm 0,25$) và người bệnh không hút thuốc ($0,42 \pm 0,16$) có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($t = -2,02; p = 0,045 < 0,05$). Kết quả nghiên cứu khác với nghiên cứu của Đặng Thị Hân năm 2017: Tăng huyết áp ($137,12 \pm 31,97$), đái tháo đường ($137,95 \pm 32,04$), bệnh tim mạch ($149 \pm 29,52$), Rối loạn Cholesterol máu ($128,58 \pm 29,62$), nghiện bia rượu ($141,30 \pm 35,19$), thuốc lá ($148,62 \pm 48,82$) và các yếu tố khác ($142,45 \pm 33,51$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($F=0,08, p>0,05$) [6].

Kết quả bảng 3 cho thấy có mối liên quan giữa CLCS và số lần đột quy, chỉ số CLCS của người bệnh bị đột quy 01 lần ($0,39 \pm 0,21$) cao hơn người bệnh bị đột quy 02 lần

trở lên ($0,15 \pm 0,24$), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($t = 6,29$; $p = 0,00 < 0,05$). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi khác với kết quả của Đặng Thị Hân năm 2017: Nhóm 01 lần đột quỵ có CLCS ($139,38 \pm 33,05$) cao hơn nhóm 02 lần đột quỵ trở lên ($132,62 \pm 30,02$), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($t=1,15$, $p>0,05$) [6].

Kết quả cứu của chúng tôi trong bảng 3 cho thấy CLCS của nhóm thuận tay – chân phải ($0,30 \pm 0,26$) thấp hơn so với thuận tay – chân trái ($0,39 \pm 0,20$), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($t = -2,34$; $p < 0,05$). Nghiên cứu của Đặng Thị Hân năm 2017 cho thấy chỉ số CLCS giữa nhóm thuận tay – chân phải ($138,69 \pm 32,29$) và nhóm thuận tay – chân trái ($133,44 \pm 33,55$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($t=0,024$, $p>0,05$) [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3, CLCS có liên quan với chức năng sinh hoạt hàng ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Người bệnh ở nhóm độc lập trong sinh hoạt hàng ngày có chỉ số CLCS ($0,64$) là cao nhất, người bệnh ở nhóm phụ thuộc 1 phần ($0,45 \pm 0,14$) và phụ thuộc hoàn toàn trong sinh hoạt hàng ngày ($0,07 \pm 0,22$). Nghiên cứu Đặng Thị Hân năm 2017, CLCS có mối liên quan đến chức năng sinh hoạt hàng ngày, CLCS người bệnh độc lập trong sinh hoạt ($188 \pm 17,42$), phụ thuộc một phần ($130,28 \pm 21,94$), phụ thuộc hoàn toàn ($92,78 \pm 6,59$), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($F = 10,18$, $p<0,05$) [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Tấn Dũng (2012), CLCS có liên quan với chức năng sinh hoạt hàng ngày, người bệnh độc lập trong sinh hoạt hàng ngày có CLCS tốt hơn người bệnh phụ thuộc trong sinh hoạt hàng ngày [14]. Nghiên cứu Vũ Thị Thu Hà (2014), chức năng sinh hoạt hàng ngày ở nhóm độc lập trong sinh hoạt

có điểm trung bình CLCS cao hơn nhóm người bệnh phải phụ thuộc hoàn toàn trong sinh hoạt (ĐTB $179,1 \pm 18,4/ 118,4 \pm 12,2$) [16]. Từ nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả trên cho thấy độc lập trong sinh hoạt hàng ngày làm người bệnh cảm thấy tràn đầy năng lượng, vui vẻ, tự tin trong cuộc sống. Trái lại, người bệnh phụ thuộc trong sinh hoạt hàng ngày sẽ cảm thấy mệt mỏi, chán nản, giao tiếp hạn chế, trí nhớ giảm sút. Bởi vậy, bên cạnh sự chăm sóc của người thân thì sự chăm sóc, gần gũi đồng viên, khích lệ của nhân viên y tế là thật sự rất cần thiết.

5. KẾT LUẬN

CLCS của người bệnh sau đột quỵ não tại điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang tương đối thấp. CLCS chung của người bệnh sau ĐQN theo thang EQ5D5L là $0,32 \pm 0,25$. Chỉ số CLCS theo sự đi lại ($0,18 \pm 0,12$), tự chăm sóc ($0,10 \pm 0,06$), Sinh hoạt thường lệ ($0,11 \pm 0,07$), Đau/khó chịu ($0,20 \pm 0,07$), Lo lắng /u sầu ($0,09 \pm 0,04$). Đa số người bệnh sau ĐQN có CLCS không cao 99,4%, CLCS cao chỉ chiếm 0,6%. Chất lượng cuộc sống của người bệnh có mối liên quan với tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, thói quen hút thuốc, số lần đột quỵ, tay chân thuận và chức năng sinh hoạt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M Patrice L and et al (2019), World Stroke Organization (WSO): global stroke fact sheet 2019, SAGE Publications Sage UK: London, England.
2. Valery LF, Bo N and George AM (2017), "Global burden of stroke", *Circulation research*. 120(3), pp. 439-448.

3. Bruce O and et al (2013), "Forecasting the future of stroke in the United States: a policy statement from the American Heart Association and American Stroke Association", *Stroke*. 44(8), pp. 2361-2375.
4. Nguyễn Văn Thông và Nguyễn Hồng Quân (2012), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng bệnh nhân đột quỵ có đặt nội khí quản thở máy", *Tạp chí Y Dược lâm sàng* (108), tr. 234-240.
5. Lương Ngọc Trương (2007), "Nghiên cứu tỉ lệ tử vong sơ sinh và một số yếu tố liên quan tại Thanh Hoá", *Y học thực hành*. 575, tr. 28-30.
6. Đặng Thị Hân (2017), Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh Đột quỵ não điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Nam Định năm 2017, *Luận văn Thạc sĩ*, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
7. Hoàng Văn Minh và cộng sự (2018), Thang điểm đo lường chất lượng cuộc sống tại Việt Nam (sử dụng bộ công cụ EQ - 5D-5L). *Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển*
8. Đỗ Thị Ngọc Anh và Nguyễn Thị Kim Liên (2017), "Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân chấn thương tủy sống giai đoạn tái hòa nhập cộng đồng", *Y - Dược học Quân sự*.
9. Muslimah AR and et al (2019), "Evaluation of Health Related Quality of Life Among Ischaemic Stroke Patient in Indonesia Using Eq-5D-5L", *International Journal of Civil Engineering and Technology*. 10(7). pp 131-140.
10. Dominik G and et al (2015), "Comparing responsiveness of the EQ-5D-5L, EQ-5D-3L and EQ VAS in stroke patients", *Quality of Life Research*. 24(6), pp1555-1563.
11. Marta RH and et al (2021), "Effects of Virtual Reality-Based Therapy on Quality of Life of Patients with Subacute Stroke: A Three-Month Follow-Up Randomized Controlled Trial", *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(6), pp. 2810.
12. Nguyễn Đức Thuận (2018), Báo cáo "Đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân Đột quỵ não sau 3 tháng tại Bệnh viện Quân y 103" tại Hội nghị thần kinh và đột quỵ não năm 2018.
13. Lisa Söderblom (2018), "Health-Related Quality of Life". *Student essay*.
14. Nguyễn Tấn Dũng (2012), Nghiên cứu chất lượng cuộc sống và hiệu quả phục hồi chức năng cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh sau tai biến mạch máu não tại Đà Nẵng, *Luận án Tiến sĩ*, Trường Đại học Y Hà Nội.
15. Cao Phi Phong và Trần Trung Thành (2013), "Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau đột quỵ.", *Báo khoa học thành phố Hồ Chí Minh*. 1 (17), tr. 78 - 84.
16. Vũ Thị Thu Hà (2014), Chất lượng cuộc sống của người bệnh tai biến mạch máu não sau điều trị và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện y học cổ truyền và phục hồi chức năng Khánh Hòa, *Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện*, Trường Đại học Y tế công cộng.