

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, MỨC ĐỘ DI CHỨNG VÀ THỰC TRẠNG CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NÃO TẠI CỘNG ĐỒNG DÂN CƯ TỈNH KHÁNH HÒA

TRINH VIỆT THẮNG
Bệnh viện 87, Tổng cục Hậu cần

TÓM TẮT:

Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, mức độ di chứng của bệnh nhân đột quy và mức độ chăm sóc bệnh nhân đột quy tại cộng đồng; qua đó đề xuất một số giải pháp khả thi nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN đột quy. Kết quả nghiên cứu cho thấy:

- Về đặc điểm lâm sàng: 100% bệnh nhân bị liệt theo thang điểm Henry, trong đó 77% liệt từ độ 2 trở lên chiếm; theo thang điểm Rankin 100% bệnh nhân bị di chứng, trong đó 69,1% di chứng mức độ III-V; 92,2% tăng trương lực cơ; 49,1% rối loạn cảm giác; 28,9% rối loạn ý thức; 30,5% rối loạn ngôn ngữ và 14,3% rối loạn cơ vòng.

- Về mức độ chăm sóc tại cộng đồng: 41,6% bệnh nhân cần người chăm sóc hàng ngày; 83,8% bệnh nhân hài lòng với sự chăm sóc.

- Ngành y tế tỉnh Khánh Hòa cần có những cơ sở chăm sóc bệnh nhân đột quy với những nhân viên được huấn luyện về chuyên môn cùng sự trợ giúp của bác sĩ chuyên khoa nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân đột quy tại cộng đồng.

Từ khóa: đột quy não, di chứng

ĐẶT VẤN ĐỀ.

Đột quy não là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 3 sau các bệnh ung thư và tim mạch, đồng thời là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế cho bệnh nhân (BN) trong tất cả các loại bệnh lý.

Tại Mỹ, theo Glen Gillen (2004), hàng năm có khoảng 550.000 người mắc mới đột quy não, với số người chết là 150.000 người và hơn 300.000 bị tàn phế nặng nề; chi phí cho BN đột quy chiếm 30 tỷ đô la, trong đó 17 tỷ là chi phí y tế, 13 tỷ chi phí gián tiếp do mất khả năng lao động. Theo thống kê của WHO (2008), trên toàn thế giới có 9 triệu người mắc mới đột quy và 30,7 triệu người hiện mắc đột quy. Trong nghiên cứu về gánh nặng bệnh tật trên toàn cầu (global burden of disease study - GBD), WHO (2000) cho rằng: đột quy não là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế đối với người trưởng thành, mỗi năm có hàng triệu người phải chấp nhận cuộc sống với những hạn chế trong hoạt động thường ngày do hậu quả của đột quy, nhiều BN còn sống sau đột quy não phải phụ thuộc vào sự trợ giúp của người khác để sinh tồn.

Có nhiều nghiên cứu về lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị nhằm hạn chế tỷ lệ tử vong và di chứng của bệnh lý đột quy não, nhưng chúng được tiến hành tại bệnh viện.

Các nghiên cứu về lâm sàng, mức độ di chứng của BN đột quy não tại cộng đồng đã được thực hiện nhưng số liệu tại các địa phương còn chưa đầy đủ. Chúng tôi nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, mức độ di chứng và sự chăm sóc BN đột quy não tại cộng đồng dân cư tỉnh Khánh Hòa với mục tiêu:

- Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, mức độ di

chứng của BN đột quy tại cộng đồng dân cư tỉnh Khánh Hòa.

- Tìm hiểu thực trạng chăm sóc BN đột quy tại cộng đồng, đề xuất một số giải pháp khả thi nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN đột quy.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

308 BN bị đột quy tại cộng đồng dân cư tỉnh Khánh Hòa.

* Tiêu chuẩn chọn BN:

- Triệu chứng thần kinh khu trú xảy ra đột ngột.
- Các triệu chứng tồn tại quá 24 giờ hoặc tử vong trong 24 giờ.

- Không có căn nguyên nào khác ngoài căn nguyên mạch máu.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua.
- Sau chấn thương sọ não.
- Dấu hiệu thần kinh khu trú tăng dần (u não).
- Dấu hiệu thần kinh khu trú kèm theo hội chứng nhiễm trùng lúc khởi bệnh.

- Liệt Told sau động kinh (có tiền sử động kinh).

- Các BN đột quy đang điều trị tại bệnh viện.

2. Phương pháp nghiên cứu:

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Nội dung nghiên cứu:

- Một số đặc điểm lâm sàng, mức độ di chứng của BN đột quy tại cộng đồng.

- Mức độ chăm sóc BN đột quy tại cộng đồng.

2.3. Xử lý số liệu:

Các số liệu được xử lý trên phần mềm EPIINFO 6.04.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

1. Tỷ lệ các loại di chứng

1.1. Di chứng liệt nửa người (phân bố theo mức độ liệt Henry):

- Liệt độ 1: 71 BN (23,0%).

- Liệt độ 2: 109 BN (35,4%).

- Liệt độ 3: 96 BN (31,2%).

- Liệt độ 4: 27 BN (8,8%).

- Liệt độ 5: 5 BN (1,6%).

Nhận xét: Tất cả các các BN nghiên cứu đều bị liệt, trong đó liệt từ độ 2 trở lên chiếm 77%.

1.2. Di chứng tàn tật theo thang điểm Rankin:

- Mức độ I: 43 BN (14,0%).

- Mức độ II: 52 BN (16,9%).

- Mức độ III: 109 BN (35,4%).

- Mức độ IV: 83 BN (26,9%).

- Mức độ V: 21 BN (6,8%).

Nhận xét: Số BN bị tàn tật gặp ở các mức độ từ độ I đến độ V, nhiều nhất là tàn tật độ III (34,5%), mức độ tàn tật độ III trở lên chiếm 69,1%.

1.3. Rối loạn trương lực cơ:

- Tăng trương lực cơ: 284 BN (92,2%).

- Giảm trương lực cơ: 3 BN (1,0%).

1.4. Rối loạn cảm giác:

- Rối loạn cảm giác nông: 149 BN (48,4%).
- Rối loạn cảm giác sâu: 2 BN (0,7%).

1.5. Rối loạn ngôn ngữ:

- Rối loạn ngôn ngữ toàn phần: 22 BN (7,1%).
- Rối loạn ngôn ngữ Broca: 65 BN (21,1%).
- Rối loạn ngôn ngữ Wernick: 7 BN (2,3%).

1.6. Rối loạn dinh dưỡng:

- Loét vùng cùnng cụt: 15 BN (4,9%).
- Teo cơ: 13 BN (4,2%).

1.7. Rối loạn cơ vòng:

- Tiểu tiện không tự chủ: 37 BN (12,0%).
- Bí tiểu: 7 BN (2,3%).

1.8. Rối loạn thần kinh thực vật:

- Vã mồ hôi: 87 BN (28,3%).
- Tăng tiết đờm dãi: 11 BN (3,6%).
- Sốt: 11 BN (3,6%).
- Rối loạn nhịp thở: 3 BN (0,9%).

1.9. Đặc điểm khởi phát bệnh:

- Đột ngột (giây): 135 BN (43,8%).
- Cấp tính (phút): 104 BN (33,8%).
- Từ từ (giờ): 69 BN (22,4%).

1.10. Mức độ ý thức:

- Tỉnh: 219 BN (71,1%).
- Lú lẫn: 89 BN (28,9%).

1.11. Bệnh lý kết hợp:

- Dị dạng mạch ngoài da: 2 BN (0,7%).
- Bệnh phổi: 22 BN (7,1%).
- Bệnh hệ tiêu hóa: 21 BN (6,8%).
- Bệnh hệ tiết niệu sinh dục: 20 BN (6,5%).

2. Thực trạng về chăm sóc người bệnh bị đột quy

não tại Khánh Hòa:

2.1. Tỷ lệ BN có thể tự chăm sóc được bản thân:

- Tự chăm sóc được: 180 BN (58,4%).
- Không tự chăm sóc được: 128 BN (41,6%).

2.2. Tỷ lệ người bệnh có người chăm sóc:

- Con trai: 33 BN (10,7%).
- Con gái: 52 BN (16,9%).
- Con dâu: 18 BN (5,8%).
- Vợ/chồng: 179 BN (58,1%).
- Hàng xóm: 26 BN (8,4%).

Nhận xét: Tỷ lệ BN có người chăm sóc chiếm 91,5%.

2.3. Mức độ hài lòng của người bệnh đột quy:

- Rất hài lòng: 45 BN (14,6%).
- Hài lòng: 213 BN (69,2%).
- Bình thường: 41 BN (13,3%).
- Không hài lòng: 8 BN (2,6%).
- Rất không hài lòng: 1 BN (0,3%).

BÀN LUẬN.

1. Các loại di chứng của đột quy não:

- Di chứng về chức năng vận động: liệt từ độ 2 (theo thang điểm Henry) trở lên chiếm 77%. số BN bị di chứng theo thang điểm Rankin gặp ở tất cả các mức độ, nhiều nhất là di chứng độ III, IV và V với tỷ lệ 69,1%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Ruth Bonita (1988) tại New Zealand, theo đó 88% BN bị đột quy não có tổn thương chức năng vận động. Nghiên cứu của Jorgensen (1995) khi đánh giá mức độ tàn phế của BN đột quy não bằng thang điểm Rankin và thang điểm Scandinavian cho thấy, 59% BN bị đột quy não có tàn phế ở mức độ khác nhau. P.W. Duncan trong một nghiên cứu năm 1992 cho thấy 84% BN cần sự trợ giúp trong hoạt động hàng ngày.

- Tăng trương lực cơ trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 92,2%. Do tăng trương lực cơ và đồng hành với nó là tăng phản xạ gân xương đã gây ra các biến chứng như biến dạng chi, bất lực vận động, nếu nặng có thể gây đau do chèn ép tại các điểm tiếp xúc giữa các mô mềm. Để giải quyết tình trạng này, công tác điều trị vật lý trị liệu và phục hồi chức năng là rất quan trọng, đặc biệt được triển khai tại cộng đồng.

- Rối loạn cảm giác: 49,1% số BN có rối loạn cảm giác. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Langhorne (2000), theo đó 43% BN bị đột quy não có cảm giác đau, kể cả đau khớp vai. Căn nguyên đau sau đột quy não có thể do đau đầu căn nguyên mạch, tắc tĩnh mạch sâu hoặc tĩnh mạch phổi, cứng cơ, căn nguyên thần kinh trung ương... Biện pháp điều trị đau sau đột quy phụ thuộc vào từng loại căn nguyên.

- Rối loạn ngôn ngữ: số BN có rối loạn ngôn ngữ chiếm 30,5%. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu về đột quy não tại Copenhagen, Đan Mạch (1995), theo đó 38% BN có rối loạn ngôn ngữ. Nghiên cứu của Stefan T. Engelter (2006) cho thấy: 30% BN đột quy có rối loạn ngôn ngữ.

- Rối loạn cơ vòng: 14,3% số BN có rối loạn cơ vòng. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Mehool Patel (2001), theo đó tình trạng tiểu tiện không tự chủ chiếm 12% sau 2 năm.

- Ý thức: số BN ở trạng thái lú lẫn chiếm 28,9%. Nghiên cứu của Gustafson (1991) cho thấy 24-48% BN đột quy có tình trạng lú lẫn. Có nhiều yếu tố tác động làm tăng tình trạng lú lẫn sau đột quy nhưng các yếu tố quan trọng nhất là sự tăng lên của tuổi tác, mức độ nặng khi bị đột quy và những sa sút trí tuệ trước khi bị đột quy. BN đột quy có lú lẫn làm ảnh hưởng lớn đến việc chăm sóc tại cộng đồng.

2. Thực trạng chăm sóc BN đột quy não tại cộng đồng ở Khánh Hòa:

Trong số 308 BN bị đột quy não, số BN có thể tự đi lại, làm vệ sinh và tắm rửa hàng ngày chiếm 58,4%; còn 41,6% cần người chăm sóc hàng ngày. Tỷ lệ này phản ánh nhu cầu chăm sóc đối với BN đột quy não tại cộng đồng là rất cao.

- Tỷ lệ BN có người chăm sóc chiếm 91,5%, trong đó người chăm sóc là vợ/chồng chăm sóc cho nhau chiếm 58,1%, các trường hợp được con chăm sóc chiếm 33,4% và do hàng xóm chăm sóc là 8,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với các nghiên cứu của thế giới. Theo Langhorne (2005), các BN đột quy tại châu Âu sau thời gian nằm viện trung bình 8 ngày được chuyển tới các đơn vị phục hồi chức năng và các cơ sở chăm sóc tại cộng đồng với sự trợ giúp của bệnh viện và nhân viên y tế. Do điều kiện về kinh tế, xã hội và văn hóa ở mỗi nơi khác nhau nên sự chăm sóc BN đột quy não tại cộng đồng cũng không giống nhau.

- Hầu hết các BN được chăm sóc đều hài lòng với những gì mình được chăm sóc và hài lòng với người chăm sóc mình (83,8%), chỉ có 2,9% số BN không hài lòng với người chăm sóc mình.

KẾT LUẬN.

Qua nghiên cứu 308 BN bị đột quy tại cộng đồng dân cư tỉnh Khánh Hòa, chúng tôi rút ra kết luận:

- Về đặc điểm lâm sàng, mức độ di chứng của BN đột quy: liệt từ độ 2 trở lên (theo thang điểm Henry) chiếm 77%; BN bị di chứng theo thang điểm Rankin gặp

ở tất cả các mức độ, nhiều nhất là di chứng độ III-V (69,1%); 92,2% có tăng trương lực cơ; 49,1% có rối loạn cảm giác; 28,9% có rối loạn ý thức; 30,5% bị rối loạn ngôn ngữ và 14,3% bị rối loạn cơ vòng.

- Về mức độ chăm sóc BN đột quy tại cộng đồng: 41,6% cần người chăm sóc hàng ngày, trong đó 91,5% có người nhà chăm sóc. 83,8% BN hài lòng với sự chăm sóc và với người đang chăm sóc mình.

Từ kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi kiến nghị: ngành y tế tỉnh Khánh Hòa cần có những cơ sở chăm sóc cho BN đột quy tại cộng đồng với những nhân viên được huấn luyện về chuyên môn, thường xuyên có sự trợ giúp của các bác sĩ chuyên khoa trong bệnh viện đối với người chăm sóc nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN đột quy tại cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chương (2005), "Đại cương đột quy não", Thực hành lâm sàng thần kinh học, tập III: Bệnh học thần kinh.

2. Nguyễn Văn Chương (2003), "Đặc điểm lâm sàng đột quy, những số liệu qua 150 BN", Tạp chí Y học thực hành.

3. Nguyễn Văn Đăng (1997), Tai biến mạch máu não,

Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

4. Nguyễn Minh Hiện (1995), "Góp phần nghiên cứu các yếu tố tiên lượng và các yếu tố nguy cơ trong tai biến mạch máu não", Tạp chí Tim mạch học Việt Nam.

5. Nguyễn Văn Thông (1997), Bệnh mạch não và các cơn đột quy, NXB Y học Hà Nội.

6. Glen Gillen (2004), Stroke Rehabilitation a function-base approach, 2nd edition, Mosby.

8. Jorgensen (1995), "Outcome and time course of recovery in stroke, the Copenhagen study", Arch Phys Med.

9. Langhorne (2000), "Medical complication after stroke", Stroke, 31.

10. P.V PW Ducan (1992), "Measurement of motor recovery after stroke, outcome assessment and sample size requirements", Stroke, 23.

11. R Bonita (1988), "Recovery of motor function after stroke", Stroke, 19.

12. Stefan T. Engelter (2006), "Epidemiology of Aphasia attributable to first ischemic stroke", Stroke, 37.

13. WHO (2004), Global burden of diseases - GBD (update 2008).