

CÁC BIẾN CHỨNG Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY CHẢY MÁU NÃO

Đỗ Đức Thuần¹, Đặng Phúc Đức¹

Tóm tắt

Mục tiêu: So sánh gánh nặng về tài chính và sức khỏe ở nhóm bệnh nhân (BN) đột quy chảy máu não (ĐQCMN) có và không có biến chứng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 147 BN ĐQCMN điều trị nội trú tại Khoa Đột quy - Bệnh viện Quân y 103 giai đoạn từ tháng 01 - 10/2021. Các BN ĐQCMN điều trị nội trú được chia 2 nhóm: Có biến chứng (nhóm 1) và không biến chứng (nhóm 2). So sánh kết cục ra viện, chi phí và thời gian điều trị ở 2 nhóm. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc ít nhất 1 biến chứng là 24,5%. Thời gian nằm viện trung bình của các BN ĐQCMN không mắc biến chứng là 9,2 ngày. Thời gian này tăng lên có ý nghĩa ở nhóm có biến chứng, $p < 0,05$. Chi phí điều trị nội trú cao hơn có ý nghĩa ở nhóm BN có biến chứng (120,4 triệu đồng ở nhóm có ≥ 3 biến chứng) so với nhóm không có biến chứng (27,9 triệu đồng), $p < 0,05$. **Kết luận:** Sự xuất hiện các biến chứng làm gia tăng gánh nặng tài chính và sức khỏe cho BN ĐQCMN. Cần tối ưu chiến lược dự phòng, điều trị các biến chứng cho BN ĐQCMN ngay từ giai đoạn điều trị nội trú.

* Từ khóa: Đột quy chảy máu não; Biến chứng; Gánh nặng đột quy.

COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH HEMORRHAGIC STROKE

Summary

Objectives: To compare the financial and health burden in hemorrhagic stroke (HS) patients with and without complications. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 147 HS patients who were treated at the Stroke Department of Military Hospital 103 from January to October 2021. The patients were divided into 2 groups: with complications (group 1) and without complications (group 2). Comparison of outcome, cost, and duration of treatment in 2 groups.

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Người phản hồi: Đặng Phúc Đức (dangphucduc103@gmail.com)

Ngày nhận bài: 18/01/2023

Ngày được chấp nhận đăng: 07/02/2023

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v48i2.257>

Results: Among 147 patients with HS, the incidence of at least 1 complication was 24.5%. The mean hospital stay of group 2 was 9.2 days. This time increased significantly in group 1, $p < 0.05$. The cost of inpatient treatment was significantly higher in group 1 (120.4 million VND in the group with ≥ 3 complications) than in group 2 (27.9 million VND), $p < 0.05$. **Conclusion:** The occurrence of complications increases the financial and health burden for patients with HS. It is necessary to optimize strategies for preventing and treating complications right from the in-hospital stage.

* *Keywords: Hemorrhagic stroke; Complication; Stroke burden.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não hiện đang là gánh nặng toàn cầu với tỷ lệ tử vong và tỷ lệ tàn phế cao. ĐQCMN mặc dù là thể ít gặp nhưng tiên lượng thường kém hơn thể nhồi máu não. Sự sống còn và hồi phục ở BN ĐQCMN phụ thuộc vào nhiều yếu tố: Đặc điểm cá thể bệnh, vị trí chảy máu, mức độ chảy máu não, phương pháp điều trị. Đặc biệt sự xuất hiện của các biến chứng trong quá trình nằm viện là một yếu tố tác động tiêu cực tới kết cục [1]. Một số biến chứng hay gặp là viêm phổi, viêm đường tiết niệu, loét điểm tỳ, huyết khối tĩnh mạch sâu, chảy máu tiêu hóa, tăng áp lực nội sọ, đột quỵ não tái diễn... [2] Các biến chứng này không chỉ ảnh hưởng xấu đến kết quả điều trị mà còn làm tăng gánh nặng tài chính cho người bệnh, gia đình họ và toàn xã hội [1]. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Sơ sánh gánh nặng về tài chính, sức khỏe ở nhóm BN ĐQCMN có và không có biến chứng.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

147 BN ĐQCMN điều trị nội trú tại Khoa Đột quỵ - Bệnh viện Quân y 103 giai đoạn từ tháng 01 - 10/2021.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- BN được chẩn đoán xác định ĐQCMN theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới [3] kết hợp với hình ảnh tăng tỷ trọng nhu mô não trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não (có hoặc không tràn máu khoang dưới nhện, tràn máu não thất).

- BN ≥ 18 tuổi.

- BN (hoặc thân nhân) đồng ý tham gia nghiên cứu.

Chẩn đoán viêm phổi, viêm đường tiết niệu dựa vào tiêu chuẩn của CDC 2020 [4]. Chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu dựa vào xét nghiệm D-Dimer tăng, siêu âm Duplex mạch máu phát hiện cục máu đông trong lòng tĩnh mạch.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- BN chảy máu dưới nhện, chảy máu não thất, nhồi máu não chuyển thể chảy máu.

- Bệnh nền nặng: Ung thư, suy tim nặng, suy thận nặng, suy gan nặng...

* *Cỡ mẫu và chia nhóm BN:*

Phương pháp lấy mẫu thuận tiện.

Qua quá trình theo dõi, các BN có xuất hiện biến chứng được đưa vào nhóm 1 (nhóm có biến chứng) và các BN còn lại được đưa vào nhóm 2 (nhóm không biến chứng).

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang có so sánh.

Một số biến chứng chính của BN ĐQCMN điều trị nội trú được đưa vào nghiên cứu: Viêm phổi, viêm đường tiết niệu, loét điểm tỳ, chảy máu tiêu hóa, huyết khối tĩnh mạch sâu.

Chi phí điều trị được lấy thông tin từ tổng chi phí nội trú cho tới khi BN ra viện (bao gồm cả chi phí do bảo hiểm y tế chi trả và chi phí tự túc). Không tính tới chi phí cho người chăm sóc BN và các phát sinh chi phí khác.

Để đánh giá hậu quả của bệnh tật toàn cầu, Tổ chức Y tế Thế giới sử dụng chỉ số DALY (Số năm sống được điều chỉnh theo mức độ bệnh tật) [5]. Theo đó DALY được tính bằng tổng YLL (số năm sống bị mất do tử vong

sớm) với YLD (số năm sống bị mất do bệnh tật). Tuy nhiên, chỉ số này phù hợp với các khảo sát lớn, còn các nghiên cứu nhỏ chỉ đánh giá các khía cạnh hậu quả cụ thể mà bệnh tật gây ra. Định nghĩa hoàn chỉnh nhất về sức khỏe là định nghĩa do Tổ chức Y tế Thế giới đề xuất năm 1948: “Sức khỏe là một tình trạng hoàn toàn thoải mái về thể chất, tinh thần, xã hội chứ không chỉ đơn thuần là không có bệnh hay tàn tật” [6]. Như vậy, gánh nặng bệnh tật là những tổn thất về sức khỏe, tinh thần, vật chất và xã hội của một cộng đồng; nó ảnh hưởng đến chất lượng sống của con người và xã hội. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá một khía cạnh nhỏ về gánh nặng bệnh tật, đó là gánh nặng về tài chính và sức khỏe do ĐQCMN gây ra đối với BN, bao gồm thời gian nằm viện, tử vong hoặc nặng xin về do bệnh ĐQCMN, chi phí điều trị.

3. Xử lý số liệu

- Bằng phần mềm SPSS 22.0.

- Tính tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn các chỉ số ở từng nhóm.

- So sánh 2 tỷ lệ bằng test χ^2 hoặc test Fisher's. So sánh các giá trị trung bình giữa 2 biến độc lập bằng test T-student hoặc ≥ 3 biến độc lập bằng hàm ANOVA. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0,05$.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01 - 10/2021, chúng tôi thu thập được tổng số 147 BN ĐQCMN. Kết quả nghiên cứu chính như sau:

1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm chung BN nghiên cứu.

Đặc điểm		Nhóm 1 (n = 36) n (%)	Nhóm 2 (n = 111) n (%)	Tổng (n = 147) n (%)	p
Tuổi trung bình		63,22 ± 12,89	60,09 ± 14,56	60,86 ± 14,19	0,251
Giới tính	Nam	23 (63,9)	79 (71,2)	102 (69,4)	0,410
	Nữ	13 (36,1)	32 (28,8)	45 (30,6)	
Tiền sử	THA	28 (77,8)	65 (58,6)	93 (63,3)	0,038
	ĐTĐ	4 (11,1)	4 (3,6)	8 (5,4)	0,084
	Rung nhĩ	0 (0)	1 (0,9)	1 (0,7)	0,568
	Hút thuốc lá	1 (2,8)	3 (2,7)	4 (2,7)	0,981
	Uống rượu	2 (5,6)	13 (11,7)	15 (10,2)	0,289
Thê CMN	CM nhu mô	27 (75,0)	92 (82,9)	119 (81,0)	0,295
	CMDN	9 (25,0)	19 (17,1)	28 (19)	0,295

* *THA: Tăng huyết áp; ĐTĐ: Đái tháo đường; CMN: Chảy máu não; CM: Chảy máu.*

Tuổi trung bình của cả 2 nhóm là 60,86 ± 14,19. Tuổi trung bình ở nhóm có biến chứng cao hơn nhóm không có biến chứng 3,13 tuổi, sự khác biệt không có ý nghĩa với $p > 0,05$. Tỷ lệ nam giới bị ĐQCMN cao hơn nữ giới: 69,4% so với 30,6%. Tỷ lệ BN nam mắc biến chứng 63,9% cao hơn so với 36,1% ở nữ giới ($p > 0,05$).

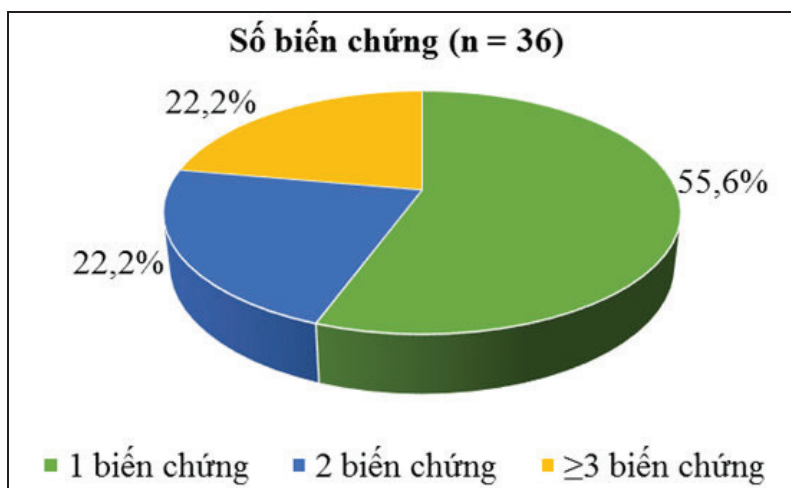
Tỷ lệ THA, ĐTĐ, hút thuốc lá ở nhóm có biến chứng đều cao hơn nhóm không có biến chứng. Tuy nhiên, chỉ thấy khác biệt có ý nghĩa về tiền sử THA giữa 2 nhóm trên với (77,8% so với 58,6%) $p < ,05$.

2. Các biến chứng nội viện ở BN ĐQCMN

Bảng 2: Các biến chứng nội viện ở BN ĐQCMN.

Biến chứng	n = 147	Tỷ lệ (%)
Có mắc ít nhất 1 biến chứng	36	24,5
Viêm phổi	25	17,0
Viêm đường tiết niệu	17	11,6
Loét điểm tỳ	10	6,8
Huyết khối tĩnh mạch sâu	3	2,0
Chảy máu tiêu hóa	3	2,0

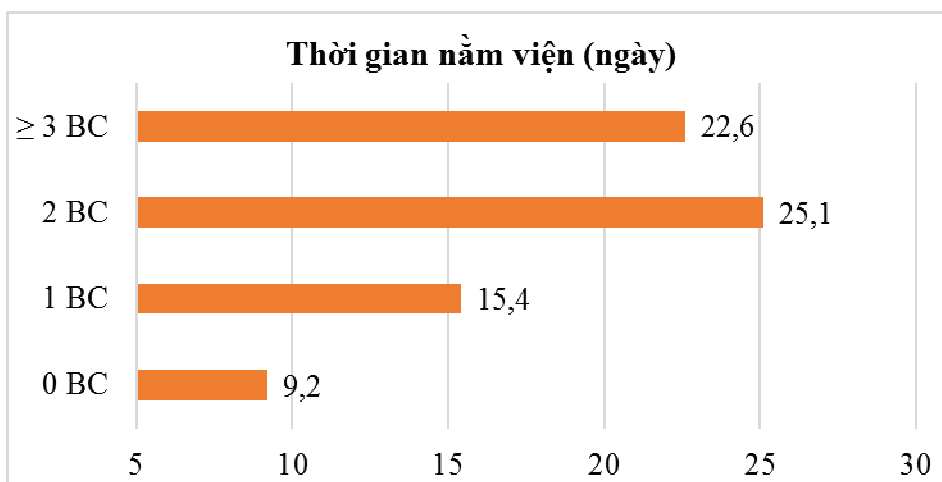
Tỷ lệ BN mắc ít nhất 1 biến chứng là 24,5%. Biến chứng hay gặp nhất ở giai đoạn điều trị nội trú là viêm phổi chiếm 17,0%; tiếp theo là viêm đường tiết niệu 11,6%; loét điểm tỳ 6,8%; huyết khối tĩnh mạch sâu và chảy máu tiêu hóa là 2,0%.



Hình 1: Số lượng biến chứng của BN nhóm 1.

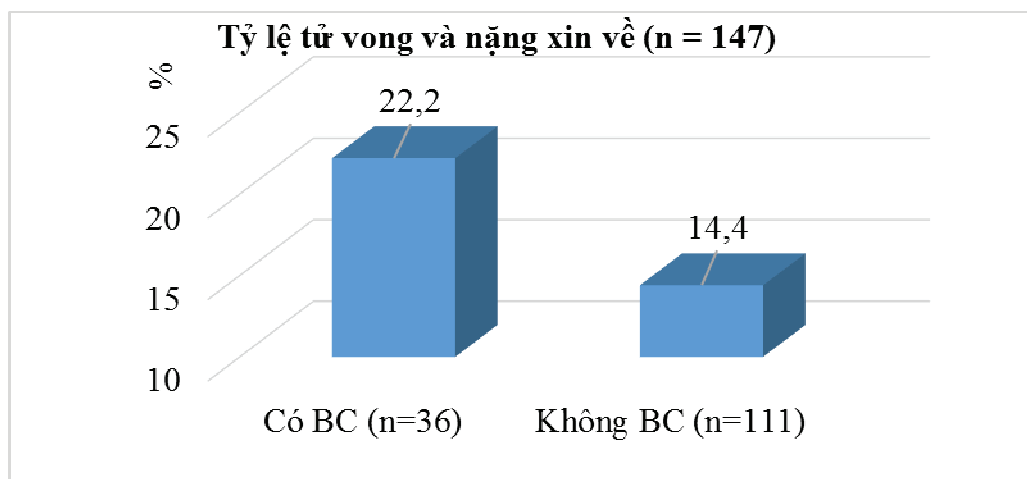
Trong số 36 BN có biến chứng, đa số BN chỉ mắc một biến chứng (55,6%). Tỷ lệ BN mắc 2 biến chứng và từ ≥ 3 biến chứng là ngang nhau với 22,2%.

3. So sánh gánh nặng tài chính và sức khỏe ở BN ĐQCMN có và không có biến chứng



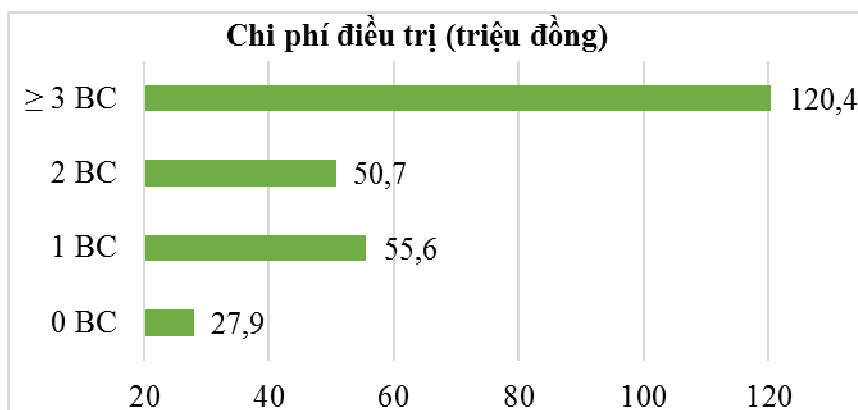
Hình 2: Gánh nặng thời gian nằm viện ở BN ĐQCMN (n = 147).

Thời gian nằm viện trung bình của các BN ĐQCMN không mắc biến chứng là 9,2 ngày. Con số này tăng lên có ý nghĩa theo số lượng biến chứng mà BN mắc phải (1 biến chứng: 15,4 ngày; 2 biến chứng 25,1 ngày và ≥ 3 biến chứng 22,6 ngày), với $p < 0,05$.



Hình 3: Tỷ lệ tử vong và BN nặng xin về ở BN ĐQCMN.

Tỷ lệ tử vong hoặc BN nặng xin về của nhóm có biến chứng là 22,2%, cao hơn so với nhóm không biến chứng là 14,4%; khác biệt không có ý nghĩa với $p = 0,271$.



Hình 4: Gánh nặng chi phí điều trị ở BN ĐQCMN (n = 147).

Chi phí điều trị ở nhóm không mắc biến chứng là 27,9 triệu đồng. Chi phí này tăng lên hơn 4 lần ở nhóm có ≥ 3 biến chứng; khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

BÀN LUẬN

1. Các biến chứng nội viện ở BN ĐQCMN

Theo nghiên cứu của chúng tôi, trong số 147 BN ĐQCMN, có tới gần 1/4 số trường hợp có ít nhất 1 biến chứng. Đa số BN chỉ mắc một biến chứng với 55,6%; tỷ lệ mắc ≥ 3 biến chứng cũng khá cao 22,2%. Biến chứng hay gặp nhất ở BN ĐQCMN trong giai đoạn điều trị nội trú là viêm phổi 17,0%; tiếp theo là viêm đường tiết niệu 11,6%. Nghiên cứu của nhóm tác giả Hàn Quốc trên 10625 BN bị đột quỵ cấp tính, có tới 2.210 (20,8%) mắc ít nhất 1 biến chứng nội khoa, hay gặp là rối loạn chức năng bàng quang (7,00%), rối loạn chức năng ruột (6,86%), rối loạn giấc ngủ (3,80%), viêm phổi (3,87%) và viêm đường tiết

niệu (3,01%). Đặc biệt, các biến chứng xảy ra thường xuyên hơn ở BN lớn tuổi, bị ĐQCMN, nhiều bệnh nền, suy giảm khả năng vận động nghiêm trọng ngay ban đầu hoặc chức năng nuốt kém. Các biến chứng nội khoa trong bệnh viện có mối tương quan đáng kể với phục hồi chức năng kém ở mọi thời điểm [1]. Tỷ lệ nhiễm trùng trong thời gian điều trị nội trú, bao gồm viêm phổi và viêm đường tiết niệu trong số BN của chúng tôi còn khá cao so với nhóm BN tại Hàn Quốc. Do đó, việc tiếp tục triển khai tích cực các biện pháp dự phòng như tập vận động sớm, nằm đầu cao, vỗ rung, vệ sinh răng miệng, hút đờm rãi, đảm bảo vô khuẩn trong chăm sóc và điều trị, điều trị sớm rối loạn nuốt, đảm bảo vệ sinh đường tiết niệu sinh dục, đặt và rút Sonde tiểu đúng chỉ định là rất cần thiết.

THA và ĐTĐ là những yếu tố nguy cơ hàng đầu đối với các biến chứng ở BN ĐQCMN. Mỗi mức HA tâm thu tăng 20 mmHg hoặc HA tâm trương tăng 10 mmHg đều làm tăng gấp đôi nguy cơ tử vong ở BN đột quy [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ THA cao hơn có ý nghĩa ở nhóm có biến chứng so với nhóm không biến chứng. THA được biết đến là yếu tố nguy cơ quan trọng của đột quy não, ở cả 2 thể là nhồi máu não và chảy máu não. Việc kiểm soát HA, bao gồm cả mục tiêu HA tâm thu và tâm trương sẽ góp phần làm giảm tỷ lệ đột quy và giảm biến chứng sau đột quy, đặc biệt là ĐQCMN.

2. So sánh gánh nặng tài chính và sức khỏe ở BN ĐQCMN có và không có biến chứng

Thời gian nằm viện trung bình của BN ĐQCMN không mắc biến chứng là 9,2 ngày. Thời gian này tăng lên có ý nghĩa thống kê ở những BN có biến chứng. Khi mắc các biến chứng, thay vì chỉ điều trị ĐQCMN, BN phải nằm viện lâu hơn để điều trị thêm các biến chứng. Kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác cũng cho thấy các BN đột quy não có biến chứng sẽ khiến kéo dài thời gian nằm viện [7, 8]. Trong nghiên cứu này, thời gian nằm viện của BN có 2 biến chứng là 25,1 ngày, dài hơn so với nhóm mắc ≥ 3 biến chứng

(22,6 ngày). Để phân tích kết quả này, chúng tôi kiểm tra lại cụ thể trong nhóm có 2 biến chứng (8 BN) có tới 4 BN (50%) viêm phổi nặng, 1 BN (12,5%) xuất huyết tiêu hóa nặng, 1 BN loét điễm tỳ gây kéo dài đáng kể thời gian điều trị. Như vậy, thời gian điều trị không chỉ phụ thuộc vào số biến chứng mà còn chịu tác động của loại và mức độ nặng của biến chứng. Sai số do tác động này có thể giảm đi bằng cách tăng cỡ mẫu nghiên cứu. Với các biến chứng nhiễm trùng phải sử dụng kháng sinh, thời gian nằm viện tăng lên. Những trường hợp nhiều biến chứng thường là tuổi cao, có nhiều bệnh nền, ĐQCMN nặng và không được chẩn đoán điều trị kịp thời. Các trường hợp liệt nặng, khả năng tự vận động kém nếu không được hỗ trợ kịp thời từ nhân viên y tế và người chăm sóc BN làm tăng khả năng viêm phổi ứ đọng, viêm đường tiết niệu, loét tỳ đè và huyết khối tĩnh mạch sâu do bất động lâu và sử dụng các thuốc cầm máu. Do vậy, việc chăm sóc đặc biệt các đối tượng này và tập vận động sớm là rất quan trọng.

Chi phí điều trị ở nhóm không mắc biến chứng là 27,9 triệu đồng. Chi phí này tăng lên đáng kể ở nhóm có mắc biến chứng, đặc biệt là các BN có mắc ≥ 3 biến chứng với 120,4 triệu đồng; sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Đây là chi phí rất lớn so với mức thu

nhập trung bình. Báo cáo năm 2018, thu nhập bình quân đầu người Việt Nam một tháng ở khu vực thành thị là 3,8 triệu đồng và khu vực nông thôn là 2,7 triệu đồng [9]. Như vậy, 01 BN ĐQCMN mắc ≥ 3 biến chứng phải chi trả số tiền bằng thu nhập trong 1 tháng của hơn 30 người sống ở thành thị cộng lại. Sự gia tăng chi phí điều trị ở nhóm bệnh có biến chứng liên quan tới việc sử dụng các thủ thuật, thuốc, dinh dưỡng và chăm sóc. Chi phí này do BN (hoặc thân nhân) và bảo hiểm y tế phải thanh toán cho quá trình điều trị nội trú, chưa tính đến chi phí mất đi do BN mất khả năng lao động trong thời gian nằm viện cũng như sau ra viện, chi phí cho người chăm bệnh với những trường hợp tàn phế. Trong nghiên cứu này, nhóm BN mắc 1 biến chứng có chi phí điều trị trung bình 55,6%, cao hơn so với nhóm mắc 2 biến chứng. Kết quả này có vẻ không logic vì thông thường BN mắc nhiều biến chứng dễ dẫn tới chi phí điều trị tăng lên. Tuy nhiên, khi bóc tách các khoản chi phí cụ thể ở BN cho thấy: Ở nhóm mắc 1 biến chứng, tổng mức chi phí thủ thuật phục hồi chức năng cao, trong khi BN mắc 2 biến chứng lại có chi phí điều trị phục hồi chức năng thấp hơn. Nguyên nhân do các BN mức độ nhẹ, trung bình có thể đưa đến khoa Phục hồi chức năng tập luyện hàng ngày, còn các BN nặng lại được

hướng dẫn và tập luyện tại chỗ bởi nhân viên đột quy. Các BN tập tại chỗ không được chỉ định thủ thuật tập luyện phục hồi chức năng.

Tỷ lệ tử vong và BN nặng xin về của nhóm có biến chứng là 22,2%, cao hơn nhóm không biến chứng là 14,4%, $p > 0,05$. Mức độ đột quy càng nặng kéo theo thời gian nằm viện càng lâu, càng dễ mắc các biến chứng, đặc biệt là các biến chứng liên quan đến bất động như nhiễm trùng, huyết khối tĩnh mạch sâu. Và khi mắc biến chứng, hệ thống miễn dịch của BN giảm xuống, hồi phục sau đột quy càng kém. Nghiên cứu năm 2011 tại Đức [10] trên 16518 BN bị đột quy não cho thấy tỷ lệ tử vong tại bệnh viện là 5,4% và 45,7% hồi phục kém (điểm mRS ≥ 3). Ở những BN có thời gian nằm viện ngắn ≤ 7 ngày; 37,5% trường hợp tử vong tại bệnh viện là do đột quy nặng, 23,1% là do yếu tố cá thể (tuổi cao và đột quy trước đó) và 28,9% do tăng áp lực nội sọ và các biến chứng khác. Ở những người có thời gian nằm viện > 7 ngày, tuổi và mức độ nghiêm trọng của đột quy chiếm 44,1%, trong đó viêm phổi (12,2%), tăng áp lực nội sọ (8,3%) và các biến chứng khác (12,6%) chiếm tới một phần ba số ca tử vong tại bệnh viện. Các trường hợp hồi phục kém liên quan đến tiền sử đột quy, mức độ nặng của đột quy, viêm phổi bất kể thời gian nằm viện.

KẾT LUẬN

Trong số 147 BN ĐQCMN, có 24,5% xuất hiện biến chứng. Thời gian nằm viện trung bình của các BN ĐQCMN không mắc biến chứng là 9,2 ngày. Thời gian này tăng lên có ý nghĩa so với nhóm có biến chứng. Tỷ lệ tử vong và nặng xin về của nhóm có biến chứng là 22,2%, cao hơn không có ý nghĩa so với nhóm không mắc biến chứng 14,4%. Chi phí điều trị nội trú cao hơn có ý nghĩa ở nhóm BN có biến chứng so với nhóm không có biến chứng, đặc biệt là các BN mắc nhiều biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim, B.-R., et al. (2017). Risk factors and functional impact of medical complications in stroke. *Annals of Rehabilitation Medicine*; 41(5): 753-760.
2. Sidhartha, J.M., et al., (2015). Risk factors for medical complications of acute hemorrhagic stroke. *Journal of Acute Disease*; 4(3): 222-225.
3. Nguyễn Văn Chương (2017). Đại cương đột quỵ não, trong Giáo trình Thần kinh học (Giáo trình giảng dạy sau đại học). Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân. Hà Nội: 3-41.
4. Network-NHSN, N.H.S. (2020). CDC/NHSN surveillance definitions for specific types of infections., NHSN.
5. Lea, R.A., (1993). World development report 1993: 'Investing in Health'.
6. Organization, W.H. (1946). Constitution of the world health organization, signed on 22 July 1946 in New York City. *International Organization*; 1(1): 225-239.
7. Association, A.H. (2015). Complications After Stroke., American Heart Association.
8. Bovim, M.R., et al. (2016). Complications in the first week after stroke: A 10-year comparison. *BMC Neurology*; 16(1): 133-133.
9. Bùi Thế Cường và Trương Sĩ Ánh (2020). Giai tầng xã hội dựa trên thu nhập ở Việt Nam, 1998-2018. *Tạp chí Xã hội học*; 2(150): 20-30.
10. Koennecke, H.-C., et al., (2011). Factors influencing in-hospital mortality and morbidity in patients treated on a stroke unit. *Neurology*; 77(10): 965-972.