

**NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỨC ĐỘ HOẠT ĐỘNG ĐỘC LẬP TRONG SINH HOẠT HÀNG NGÀY THEO THANG ĐIỂM BARTHEL CỦA NGƯỜI BỆNH TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2019**

Nguyễn Thị Thu Hiền<sup>1</sup>, Cao Thị Dung<sup>1</sup>,  
Trần Thị Hồng Xiêm<sup>1</sup>, Tô Minh Tuấn<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và xác định tỷ lệ hoạt động độc lập trong sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Barthel của người bệnh tai biến mạch máu não tại khoa Thần kinh và khoa Nội Cán bộ Lão khoa - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 112 bệnh nhân được chẩn đoán tai biến mạch máu não, đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, được quan sát đánh giá mức độ hoạt động độc lập theo thang điểm Barthel. **Kết quả:** Điểm Barthel trung bình của người

bệnh là  $55,00 \pm 28,18$ . Tỷ lệ người bệnh độc lập hoàn toàn trong sinh hoạt hàng ngày là 17,9%, tỷ lệ người bệnh cần trợ giúp là 42,9% và phụ thuộc hoàn toàn là 39,3%. **Kết luận:** Tỷ lệ người bệnh cần sự trợ giúp trong sinh hoạt hàng ngày còn khá cao nên đòi hỏi nhân viên y tế và người nhà phải có sự quan tâm đặc biệt đến những người bệnh bị tai biến mạch máu não.

**Từ khóa:** Tai biến mạch máu não, hoạt động độc lập, thang điểm Barthel.

**CLINICAL CHARACTERISTICS AND LEVEL OF INDEPENDENT ACTIVITIES IN DAILY LIVING BY USING BARTHEL SCALE OF PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR ACCIDENT IN THAI BINH GENERAL HOSPITAL IN 2019**

**ABSTRACT**

**Objective:** To describe the clinical characteristics and determine the level of independent activities of daily living by using the Barthel scale of patients with CVA at the Neurology Department and Medicine and Geriatric Department- Thai Binh General Hospital 2019. **Method:** To collect data from 112 patients with CVA by observing and assessing level of independent activities of daily living by using the Barthel scale. **Results:** The patient's average score was

$55.00 \pm 28.18$ . 17.9% of patients were completely independent in daily activities, 42.9% of patients need help and 39.3% of patients were totally dependent. **Conclusion:** The proportion of patients who need assistance in daily activities is still quite high, so that they requires special attention and help from healthcare providers and family members.

**Keywords:** Cerebrovascular accident (or Stroke), independent activity, Barthel scale.

**1. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là một trong những bệnh nặng, thường gặp ở người cao tuổi và là nguyên nhân tử vong

đứng hàng thứ hai trên thế giới sau các bệnh lý (AHA 2016) [1], mỗi năm có khoảng 15 triệu người trên thế giới bị TBMMN và trong số đó có 6 triệu người chết, 5 triệu người bị tàn phế vĩnh viễn. Ở Việt Nam, theo Lê Văn Thành [2], mỗi năm có khoảng 200.000 người mắc bệnh TBMMN và có tới 50% trường hợp tử vong và 90% số người sống sót sau TBMMN phải sống chung với với các di chứng về thần kinh và vận động. Các di chứng về vận động, các khiếm khuyết

Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Thu Hiền  
Email: hienbvdkb@gmail.com  
Ngày phản biện: 18/9/2020  
Ngày duyệt bài: 05/10/2020  
Ngày xuất bản: 15/10/2020

về chức năng vận động tay, chân làm cho họ trở nên phụ thuộc vào người khác trong các sinh hoạt hàng ngày, sức khỏe bị hạn chế, giảm tuổi thọ, không có việc làm, thu nhập và trở thành nghèo đói. Sự khiếm khuyết về khả năng độc lập trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày là yếu tố quan trọng ngăn cản người bệnh tham gia vào các hoạt động của gia đình và xã hội cũng như các hoạt động hòa nhập với cộng đồng. Việc đánh giá mức độ hoạt động độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh giúp người điều dưỡng lập kế hoạch hỗ trợ chăm sóc và tư vấn hướng dẫn người bệnh các hoạt động tự chăm sóc giúp người bệnh tái hòa nhập cộng đồng sau khi xuất viện. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *“Nhận xét đặc điểm lâm sàng và mức độ hoạt động độc lập trong sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Barthel của người bệnh tai biến mạch máu não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019”* với mục tiêu: *Nhận xét đặc điểm lâm sàng và xác định tỷ lệ hoạt động độc lập trong sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Barthel của người bệnh TBMMN tại khoa Thần kinh và khoa Nội Cán bộ Lão khoa- Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019.*

**2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Người bệnh bị tai biến mạch máu não được điều trị tại khoa Nội Cán bộ lão khoa và khoa Thần kinh Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

**- Tiêu chuẩn lựa chọn:**

+ Người bệnh thỏa mãn các tiêu chuẩn lâm sàng chẩn đoán TBMMN của Tổ chức Y tế Thế giới: khởi phát đột ngột với các biểu hiện lâm sàng của rối loạn chức năng thần kinh khu trú hoặc toàn thể của não kéo dài trên 24 giờ hoặc dẫn đến tử vong mà không có nguyên nhân rõ ràng nào ngoài tổn thương mạch máu não.

+ Người bệnh được phân cấp chăm sóc cấp II, cấp III (theo CE của BS) đã được điều trị qua giai đoạn cấp cứu, tình trạng bệnh ổn định.

+ Người bệnh có khả năng giao tiếp, nhận thức được.

**- Tiêu chí loại trừ:** Người bệnh chấn thương sọ não, người bệnh có rối loạn về tâm thần đang tồn tại, người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1/2019 - tháng 10/2019. Tại khoa Nội Cán bộ Lão khoa và khoa Thần kinh – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

- Sử dụng công thức ước lượng một tỷ lệ. Thay các giá trị vào công thức ta có: n = 112  
 + Khoa Nội Cán bộ Lão khoa: 22 BN  
 + Khoa Thần kinh: 90 BN  
 - Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên.

**2.5. Phương pháp thu thập số liệu:** phỏng vấn để thu thập các thông tin về đặc điểm nhân khẩu học, về đặc điểm lâm sàng và tiến hành quan sát đánh giá mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Barthel

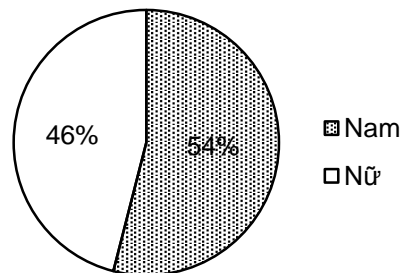
**2.6. Công cụ nghiên cứu:** Đánh giá tình trạng độc lập chức năng các hoạt động sinh hoạt cơ bản hàng ngày theo thang điểm Barthel (BI). Gồm có 10 hoạt động chức năng cơ bản trong sinh hoạt hàng ngày gồm ăn uống, tắm giặt, vệ sinh, thay quần áo, di chuyển. Tổng điểm là 100 điểm, chia thành 3 mức độ:

- Độc lập hoàn toàn: 90 - 100 điểm
- Cần trợ giúp: 50 – 85 điểm
- Phụ thuộc hoàn toàn: < 45 điểm

**2.7. Xử lý số liệu:** Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

**3. KẾT QUẢ**

**3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu**



**Biểu đồ 1. Giới tính của đối tượng nghiên cứu**

**Nhận xét:** Hơn một nửa đối tượng nghiên cứu là nam chiếm tỷ lệ 54%.

**Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi**

Đặc điểm	SL	TL %
<b>Tuổi trung bình*:</b> 72,00 ± 10,45		
<b>Nhóm tuổi</b>		
< 45 tuổi	3	2,7
45 – 59 tuổi	10	8,9
60 – 74 tuổi	61	54,5
≥ 75 tuổi	38	33,9
<b>Tổng</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

\* Trung bình ± Độ lệch chuẩn

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của nhóm tham gia nghiên cứu là 72,00 ± 10,45 tuổi. Người bệnh nhóm tuổi từ 60 – 74 chiếm tỷ lệ cao nhất 54,5% và người bệnh thuộc nhóm tuổi < 45 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,7%.

**Bảng 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo địa bàn dân cư**

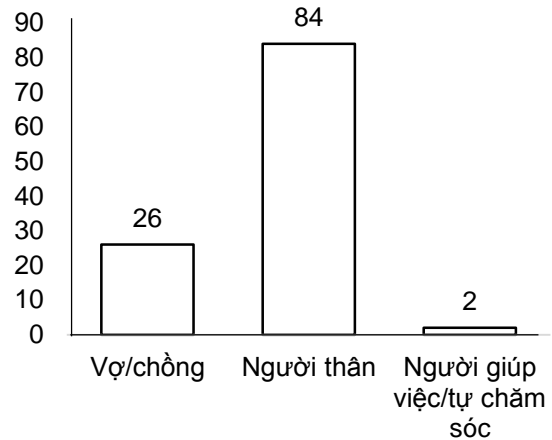
Nơi cư trú	SL	TL %
Thành thị	12	10,7
Nông thôn	100	89,3
<b>Tổng</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Phần lớn người bệnh TBMMN sống ở vùng nông thôn chiếm tỷ lệ 89,3%, chỉ có 10,7% người bệnh sống ở thành thị.

**Bảng 3. Đặc điểm về trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế**

Đặc điểm của NB	SL	TL %
<b>Trình độ học vấn</b>		
Cấp I	15	13,4
Cấp II	70	62,5
Cấp III	10	8,9
Đại học/ Cao đẳng	17	15,2
<b>Nghề nghiệp</b>		
Đang làm việc	8	7,1
Thất nghiệp/ nội trợ	25	22,3
Già/ nghỉ hưu	79	70,5
<b>Tình trạng kinh tế</b>		
Nghèo/Trung bình	67	59,8
≥ Khá	45	40,2

**Nhận xét:** Đa số người bệnh có trình độ cấp II chiếm tỷ lệ cao nhất 62,5%. Hầu hết người bệnh trong nhóm nghiên cứu già, nghỉ hưu, nội trợ hoặc thất nghiệp chiếm tỷ lệ 92,8%, chỉ có 7,1% người bệnh đang làm việc. Phần lớn người bệnh có mức kinh tế nghèo hoặc trung bình chiếm tỷ lệ 59,8%.



**Biểu đồ 2. Phân bố người bệnh theo người tham gia chăm sóc**

**Nhận xét:** Thân nhân người bệnh chủ yếu là người thân như con cái, họ hàng chăm sóc tại thời điểm nằm viện chiếm tỷ lệ cao nhất 75%; tỷ lệ người thân là vợ/chồng chăm sóc nhau là 13,4%; thấp nhất là tỷ lệ người bệnh tự chăm sóc là 1,8%.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh**

**Bảng 4. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu**

Đặc điểm lâm sàng của NB	SL	TL %
<b>Loại tổn thương</b>		
Nhồi máu não	95	84,8
Chảy máu não	17	15,2
<b>Tình trạng yếu liệt</b>		
Có	73	65,2
Không	39	34,8
<b>Vị trí liệt</b>		
Bên phải	32	43,2
Bên trái	40	54,1
Cả 2 bên	2	2,7
<b>Tiền sử TBMMN</b>		
Có	34	30,4
Không	78	69,6
<b>Phân cấp chăm sóc</b>		
Cấp II	84	75
Cấp III	28	25

**Nhận xét:** Phần lớn người bệnh bị nhồi máu não chiếm 84,8%. Hơn một nửa số người bệnh có yếu liệt chiếm tỷ lệ 65,2%. Trong đó tỷ lệ người bệnh bị liệt nửa người bên phải thấp hơn người bệnh bị liệt nửa người bên trái (43,2% so với 54,1%), có 2,7% người bệnh bị liệt cả 2 bên. Phần lớn người bệnh không có tiền sử TBMMN, chiếm tỷ lệ 69,6%; Đa số người bệnh được phân cấp chăm sóc cấp II chiếm 75%.

**3.3. Tỷ lệ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh TBMMN theo thang điểm Barthel**

**Bảng 5. Phân bố mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh TBMMN theo thang điểm Barthel**

Mức độ độc lập theo Barthel	SL	TL %
$\bar{X} \pm SD: 55,00 \pm 28,18$		
Độc lập hoàn toàn	20	17,9
Cần trợ giúp	48	42,9
Phụ thuộc hoàn toàn	44	39,3
<b>Tổng</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Điểm Barthel trung bình của nhóm người bệnh là  $55,00 \pm 28,18$ . Phần lớn người bệnh cần trợ giúp trong sinh hoạt hàng ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 42,9%.

**Bảng 6. Mức độ độc lập của 10 hoạt động sinh hoạt hàng ngày của người bệnh TBMMN theo thang điểm Barthel**

Khả năng hoạt động	Độc lập hoàn toàn		Cần trợ giúp		Phụ thuộc hoàn toàn	
	SL	TL %	SL	TL %	SL	TL %
Ăn uống	36	32,1	70	62,5	6	5,4
Tắm rửa	0	0	36	32,1	76	67,9
Vệ sinh cá nhân	3	2,7	62	55,4	47	42
Mặc và thay quần áo	41	36,6	53	47,3	18	16,1
Kiểm soát đại tiện	70	62,5	31	27,7	11	9,8
Kiểm soát tiểu tiện	78	69,6	22	19,6	12	10,7
Sử dụng nhà vệ sinh	1	0,9	90	80,4	21	18,8
Di chuyển từ giường sang ghế/xe lăn và ngược lại	18	16,1	79	70,5	15	13,4
Di chuyển trên mặt bằng phẳng	27	24,1	56	50	29	25,9
Lên xuống cầu thang	13	11,6	63	56,2	49	43,8

**Nhận xét:** Tại thời điểm trước khi ra viện, phần lớn người bệnh độc lập hoàn toàn trong việc kiểm soát đại tiện (62,5%) và tiểu tiện (69,6%). Ngược lại không có người bệnh nào độc lập trong hoạt động tắm; có rất ít người bệnh có khả năng tự vệ sinh cá nhân (2,7%), sử dụng nhà vệ sinh (0,9%) hay các hoạt động di chuyển như lên xuống cầu thang (11,6%), di chuyển từ giường sang ghế/xe lăn (16,1%) và tự di chuyển trên mặt bằng phẳng (24,1%).

**4. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm nhân khẩu học**

Tổng số đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là 112 người bệnh TBMMN, gồm 61 nam chiếm tỷ lệ 54% và 51 nữ chiếm tỷ lệ 46%. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu của các tác giả Mai Thọ Truyền (2012) [3], Lê Hòa (2015) [4]. Một số nghiên cứu thế giới cũng cho thấy tỷ lệ người bệnh TBMMN đa số là nam giới như LiPei (2016) 61,2% số người bệnh TBMMN là nam giới; Cho K.H. (2014) nam giới chiếm tỷ lệ 59% cao hơn với nữ giới 41%. Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi, đa số người bệnh ở nhóm tuổi già, trong đó tỷ lệ người bệnh thuộc nhóm tuổi 60 -74 chiếm tỷ lệ 54,5%, tỷ lệ người bệnh thuộc nhóm tuổi từ 75 tuổi trở lên chiếm 39,3% và người bệnh thuộc nhóm tuổi dưới

45 thấp nhất, chiếm tỷ lệ 2,7%. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu của các tác giả như Phạm Văn Phú (2003) [5] nhóm tuổi 60 - 74 chiếm tỷ lệ cao nhất 53,9%. Mai Thọ Truyền (2012) [3] đối tượng lớn tuổi chiếm tỷ lệ cao, trong đó nhóm tuổi 60 -74 tuổi chiếm 38%, nhóm  $\geq 75$  tuổi chiếm tỷ lệ 29%. Đặng Hoàng Anh (2009)[6] người bệnh nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ, nhóm người bệnh ở lứa tuổi trên 60 tuổi gặp cao nhất chiếm tỷ lệ 77,2%.

Để lý giải cho vấn đề nam giới tỷ lệ TBMMN cao hơn nữ giới vì ở nam giới tỷ lệ mắc bệnh tăng huyết áp nhiều hơn so với nữ và tăng huyết áp là một trong những nguyên nhân gây ra TBMMN ở người cao tuổi, ngoài ra ở nam giới có thói quen hút thuốc lá, uống

rượu, bia và chịu tác động của nhiều yếu tố sang chấn tâm lý, đây là yếu tố thuận lợi gây ra tăng huyết áp và đột quỵ. Trong 10 nguyên nhân gây gánh nặng bệnh tật lớn nhất theo giới năm 2010, tỷ lệ nam bị TBMMN do xuất huyết chiếm 6% trong khi đó tỷ lệ nữ chỉ có 5%. TBMMN gặp nhiều nhất ở người cao tuổi và tăng tỷ lệ thuận với tuổi. Cùng với thời gian tác động của các yếu tố nguy cơ lên con người càng nhiều. Tuổi cao là yếu tố quan trọng, đây là bệnh của nhóm tuổi này vì tuổi càng cao có liên quan nhiều đến bệnh mạch máu. Tỷ lệ gặp TBMMN có liên quan đến tăng huyết áp chiếm đa số từ 70 -80% [4, 7].

Qua nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy phần lớn người bệnh TBMMN sống ở vùng nông thôn chiếm tỷ lệ cao nhất 89.3%; chỉ có 10.7% người bệnh sống ở thành thị. Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự với tác giả Trịnh Viết Thắng (2012) [8] nghiên cứu trên 308 người bệnh bị TBMMN tại cộng đồng dân cư tỉnh Khánh Hòa cho thấy người bệnh là nông thôn nhiều hơn thành thị. Chúng tôi nhận thấy điều này phù hợp với thực tế, vì BVĐK tỉnh Thái Bình là bệnh viện hạng I nên tập trung nhiều người bệnh nặng từ các bệnh viện tuyến dưới chuyển đến. Bên cạnh đó, Thái Bình là tỉnh thuần nông nên đa số người dân sống ở các vùng nông thôn, điều kiện tiếp cận với thông tin về phòng ngừa bệnh tật có nhiều hạn chế. Vì vậy, việc điều trị và dự phòng bệnh của nhóm đối tượng vùng nông thôn kém hơn thành thị làm cho tỷ lệ mắc bệnh ở nông thôn cao hơn thành thị.

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có trình độ học vấn đa số có trình độ học vấn cấp II chiếm đa số 62,5%; trình độ cấp I chiếm 13,4%; trình độ cấp III chiếm 8,9%; có 15,2% người bệnh có trình độ học vấn cao đẳng hoặc đại học. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Li Pei (2016) [9] đối tượng nghiên cứu là người bệnh sống tại 18 huyện của thành phố Tianjin-Trung Quốc cho thấy 62,1% người bệnh có trình độ cấp I, cấp II. Tỷ lệ người bệnh có trình độ học vấn cấp I, cấp II cao nhất trong nghiên cứu vì số người bệnh sống ở vùng nông thôn chiếm tỷ lệ 89,3%. Những người có trình độ học vấn thấp thường thiếu nhận thức về tầm quan trọng của việc phòng ngừa bệnh TBMMN, do lối sống có thể chịu tác động nhiều hơn của các yếu tố nguy cơ.

Sau khi quan sát chúng tôi nhận thấy hầu hết người bệnh trong nhóm nghiên cứu già hoặc nghỉ hưu chiếm tỷ lệ cao 70,5%, chỉ có 7,1% người bệnh đang làm việc; có 22,3% người bệnh thất nghiệp hoặc nội trợ. Điều này phù hợp vì đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình cao ( $72 \pm 10$ ).

Phần lớn người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có mức kinh tế nghèo hoặc trung bình chiếm tỷ lệ 59,8% và có 40,2% người bệnh có mức kinh tế khá trở lên. Tình trạng kinh tế cũng ảnh hưởng rất lớn đến quá trình phục hồi bệnh. Theo Egan M (2015) [10] những người bệnh có thu nhập thấp có liên quan đến nguy cơ TBMMN và các dịch vụ chăm sóc, các dịch vụ về phục hồi chức năng sinh hoạt cũng như vận động sớm bị hạn chế.

Vì trình độ học vấn thấp, người dân sống ở vùng nông thôn chiếm tỷ lệ cao nên ảnh hưởng đến nghề nghiệp và tình trạng kinh tế của họ. Đây cũng là một gánh nặng cho gia đình và xã hội. Những người bệnh đang làm việc là nguồn thu nhập chính cho gia đình, khi họ nằm viện thì nguồn thu nhập trong gia đình bị giảm sút. Và việc nằm viện cũng trở thành áp lực kinh tế cho gia đình khi phải chi trả chi phí điều trị tại bệnh viện, chi phí chăm sóc lâu dài trong giai đoạn hồi phục tại nhà. Tình trạng kinh tế giảm sút sẽ ảnh hưởng đến quá trình hồi phục và chăm sóc người bệnh sau TBMMN.

Về thành phần người tham gia chăm sóc người bệnh chúng tôi nhận thấy có 75% là người thân như con cái, họ hàng; chỉ có 3,4% người chăm sóc là vợ hoặc chồng và có 2 người bệnh là người giúp việc chăm sóc. Điều này phù hợp với đặc điểm của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi và sống ở vùng nông thôn nên đối tượng chăm sóc chủ yếu là họ hàng và con cái chăm sóc. Cần tập trung quan tâm đến nhóm đối tượng là người thân chăm sóc vì nhóm người bệnh này có thể chỉ có người chăm sóc khi nằm viện còn khi về nhà sẽ gặp khó khăn và đặc biệt nhóm này sẽ thay đổi người chăm sóc thường xuyên ảnh hưởng nhiều đến việc tư vấn, hướng dẫn chăm sóc bệnh nhân khi về gia đình của điều dưỡng.

#### 4.2. Đặc điểm lâm sàng

Loại tổn thương não: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh bị nhồi máu não cao hơn tỷ lệ người bệnh bị xuất huyết

não, tỷ lệ người bệnh nhồi máu não chiếm 84,8%; tỷ lệ người bệnh xuất huyết não là 15,2%. Kết quả tương tự như nghiên cứu của các tác giả ở Việt Nam như Phạm Văn Phú (2003) [5] tỷ lệ nhồi máu não 11,9% cao hơn xuất huyết não 89,2%. Cao Phi Phong (2013) [11] nhồi máu não chiếm tỷ lệ 77,1% cao hơn xuất huyết não 22,9%. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho kết quả tương tự như của tác giả Li Pei (2016) [9] nhồi máu não chiếm tỷ lệ cao (84,2%) so với xuất huyết não (15,8%). Cho K.H.(2014) [12] tỷ lệ người bệnh nhồi máu não 64,1% cao hơn xuất huyết não 35,9%. Hiện nay, trên địa bàn tỉnh Thái Bình có nhiều bệnh viện có máy chụp CT Scanner cho phép chẩn đoán xác định người bệnh bị xuất huyết não. Tuy nhiên, việc phát hiện người bệnh bị nhồi máu não thường muộn hơn do kỹ thuật MRI chưa phát triển ở các bệnh viện tuyến dưới vì vậy phải chuyển người bệnh đến Bệnh viện Đa khoa tỉnh để điều trị và chẩn đoán xác định.

Tình trạng yếu liệt và vị trí liệt: Qua nghiên cứu chúng tôi thấy có 65,2% người bệnh bị yếu liệt. Trong số những người bệnh liệt cps 43,2% người bệnh bị liệt bên phải thấp hơn người bệnh bị liệt bên trái là 54,1%, chỉ có 2,7% người bệnh liệt cả 2 bên. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Cho K.H (2014) [12] tỷ lệ người bệnh bị liệt nửa người bên phải chiếm 48,7%, những người bệnh bị liệt nửa người bên trái chiếm tỷ lệ 51,3%. Tình trạng yếu và liệt là dấu hiệu thường gặp nhất trong TBMMN, tùy mức độ tổn thương mà người bệnh có liệt hoặc không liệt, tình trạng này ảnh hưởng rất nhiều đến khả năng hoạt động độc lập của người bệnh.

Tiền sử TBMMN: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn người bệnh không có tiền sử TBMMN chiếm tỷ lệ 69,6% và người bệnh có tiền sử TBMMN là 30,4%. Theo nghiên cứu của Li Pei (2016) [9] tỷ lệ người bệnh TBMMN 1 lần chiếm 51,3%, số người bệnh TBMMN từ 2 lần trở lên chiếm 48,7%

Phân cấp chăm sóc người bệnh: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 75% người bệnh chăm sóc cấp II, 25% người bệnh chăm sóc cấp III. Mặc dù thời điểm nghiên cứu là trước khi ra viện 1 ngày nhưng đa số người bệnh vẫn còn phụ thuộc 1 phần vào người chăm sóc, điều này là do có 65,2% người bệnh có liệt, việc hồi phục các chức năng sau TBMMN cần có thời gian trong khi Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình là bệnh

viện hạng I nên sau khi người bệnh điều trị ổn định sẽ được chuyển về bệnh viện huyện để điều trị và phục hồi chức năng. Đa số người bệnh cần sự hỗ trợ một phần nên điều dưỡng cần hướng dẫn cho người chăm sóc chính cho người bệnh cách chăm sóc và phục hồi chức năng cho người bệnh sau khi xuất viện.

#### **4.3. Tỷ lệ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh TBMMN theo thang điểm Barthel**

Mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh TBMMN theo thang điểm Barthel: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ người bệnh độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của đối tượng nghiên cứu là 17,9%. Phần lớn người bệnh cần trợ giúp trong sinh hoạt hàng ngày, chiếm tỷ lệ 42,9% và có 39,3% người bệnh phụ thuộc hoàn toàn trong sinh hoạt hàng ngày. Điểm Barthel trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $55,00 \pm 28,18$ . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hoàng Trọng Hanh (2015) [13] có điểm Barthel trung bình là  $56,6 \pm 21,2$ ; tác giả Li Pei (2016) [9] có điểm Barthel trung bình là  $50,50 \pm 27,12$ .

Thông qua việc đánh giá khả năng hoạt động độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh, điều dưỡng hiểu rõ khả năng tự chăm sóc của người bệnh và mức độ phụ thuộc để lập kế hoạch chuẩn bị xuất viện. Điều dưỡng sẽ tác động về mặt tâm lý, thông báo, giải thích, động viên cho người bệnh hoặc người nhà về tình trạng bệnh hiện tại. Đồng thời, điều dưỡng sẽ cung cấp kiến thức và kế hoạch tập phục hồi vận động sớm tại nhà để nâng cao khả năng tự chăm sóc bản thân trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày giúp người bệnh sớm hòa nhập với cộng đồng và tự tin hơn trong cuộc sống. Bên cạnh đó, cần quan tâm đến việc hướng dẫn người chăm sóc chính của người bệnh biết cách hỗ trợ, thúc đẩy người bệnh tập luyện phục hồi sức khỏe tại nhà.

Mức độ độc lập chức năng của 10 hoạt động sinh hoạt hàng ngày của người bệnh TBMMN theo thang điểm Barthel: Qua nghiên cứu, chúng tôi cũng mô tả mức độ độc lập chức năng của 10 hoạt động sinh hoạt hàng ngày. Tại thời điểm ra viện, phần lớn người bệnh độc lập hoàn toàn trong các hoạt động kiểm soát đại tiện (62,5%) và tiểu

tiện (69,6%). Ngược lại, có rất ít người bệnh độc lập trong các hoạt động tắm (0%), sử dụng nhà vệ sinh (0,9%), vệ sinh cá nhân (2,7%), hoạt động di chuyển như tự đi lên/xuống cầu thang (11,6%); di chuyển từ giường sang ghế/xe lăn và ngược lại (16,1%) di chuyển trên mặt phẳng bằng (24,1%). Những người bệnh có mức độ cần trợ giúp chiếm tỷ lệ cao trong các hoạt động sử dụng nhà vệ sinh (80,4%) di chuyển từ giường sang ghế/xe lăn và ngược lại (70,5%); ăn uống (62,5%); di chuyển trên mặt phẳng bằng (50,0%); lên và xuống cầu thang (56,2%). Phần lớn người bệnh phụ thuộc hoàn toàn vào hoạt động tắm rửa (67,9%), vệ sinh cá nhân (42%), lên xuống cầu thang (43,8%). Việc hiểu rõ các hoạt động nào trong sinh hoạt hàng ngày có mức độ độc lập cao hay thấp, hoạt động nào cần trợ giúp sẽ giúp người điều dưỡng cũng như người bệnh và gia đình trong quá trình lập kế hoạch để chuẩn bị cho người bệnh khi xuất viện.

## 5. KẾT LUẬN

### 5.1. Đặc điểm lâm sàng

- Loại tổn thương chủ yếu là nhồi máu não chiếm 84,8%, chảy máu não chiếm 15,2%.

- Có 65,2% người bệnh có tình trạng yếu liệt, trong đó chủ yếu là liệt 1 bên.

- Có 69,6% người bệnh không có tiền sử TBMMN, chỉ có 30,4% người bệnh có tiền sử TBMMN.

### 5.2. Tỷ lệ về mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh TBMMN theo thang điểm Barthel.

- Điểm Barthel trung bình độc lập trong sinh hoạt hàng ngày trong nghiên cứu của chúng tôi là  $55,00 \pm 28,18$ .

- Tỷ lệ người bệnh độc lập hoàn toàn trong sinh hoạt hàng ngày là 17,9%, tỷ lệ người bệnh cần trợ giúp là 42,9% và phụ thuộc hoàn toàn là 39,3%.

- Điều dưỡng nên sử dụng thang điểm Barthel để đánh giá mức độ phụ thuộc của người bệnh trong quá trình phối hợp với bác sỹ trong phân cấp chăm sóc cho người bệnh.

- Cần lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh TBMMN trước khi ra viện. Hướng dẫn người bệnh chương trình phục hồi chức năng tại nhà giúp người bệnh hoàn thiện khả năng tự chăm sóc.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2016;133(4):e38-360.

2. Lê Văn Thành. Lễ phát động Ngày Đột quy thể giới tổ chức ngày 14/10 tại thành phố Hồ Chí Minh 2010. [Available from: <http://www.youtube.com/watch?v=6iODTOCA4bY&feature=youtu.be> .

3. Mai Thọ Truyền, Ngô Đăng Thục. Đánh giá thực trạng điều trị và chăm sóc tại nhà của bệnh nhân đột quy 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.

4. Lê Hòa. Khảo sát một số yếu tố nguy cơ thường gặp ở bệnh nhân đột quy tại khoa Hồi sức tích cực –chống độc bệnh viện Đa khoa Tỉnh Phú Yên. Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở.: Bệnh viện Đa khoa Phú Yên; 2015.

5. Phạm Văn Phú, Ngô Đăng Thục, Trần Trọng Hải. Đánh giá mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày sau đột quy tại cộng đồng. *Y học TP Hồ Chí Minh*. 2003;7(4):69-72.

6. Đặng Hoàng Anh, Nguyễn Văn Chương. Nghiên cứu sự hồi phục ở bệnh nhân sau tai biến mạch máu não có tăng huyết áp sau 1 năm và một số yếu tố liên quan 2009.

7. Tuấn TV. Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học đột quy tại tỉnh Thái Nguyên: Trường Đại học Y Hà Nội; 2007.

8. Trịnh Viết Thắng. Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học đột quy não và hiệu quả bài tập phục hồi chức năng tại nhà ở tỉnh Khánh Hòa: Học viện Quân Y; 2012.

9. Pei L, Zang X.Y, Wang Y, Chai Q-W, Wang J-Y, Sun C-Y, et al. Factors associated with activities of daily living among the disabled elders with stroke. *International Journal of Nursing Sciences*. 2016;3(1):29-34.

10. Egan M, Kubina L.A, Dubouloz C.J, Kessler D, Kristjansson E, Sawada M. Very low neighbourhood income limits participation post stroke: preliminary evidence from a cohort study. *BMC Public Health*. 2015;15:528-.

11. Cao Phi Phong, Trần Trung Thành. Đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân sau đột quy. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 2013;17(1):152-7.

12. Cho K.H, Lee J.Y, Lee K.J, Kang EK. Factors Related to Gait Function in Post-stroke Patients. J Phys Ther Sci. 2014; 26(12):1941-4.

13. Hoàng Trọng Hanh. Nghiên cứu nồng độ protein S100 và NSE máu ở bệnh nhân nhồi máu não ở giai đoạn cấp: Trường Đại học Y Dược Huế.; 2015.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ỨNG DỤNG LIỆU PHÁP HÚT ÁP LỰC ÂM CHĂM SÓC KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG

Nguyễn Hồng Đạo<sup>1</sup>, Phạm Thị Liễu<sup>1</sup>,  
Đào Thị Minh Thu<sup>1</sup>, Đào Thị Hải<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt-Tiếp Hải Phòng

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả chăm sóc vết thương loét hổng phần mềm được điều trị bằng liệu pháp hút áp lực âm tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiếp Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, quan sát mô tả bệnh chứng trên 312 người bệnh được áp dụng liệu pháp hút áp lực âm tại Bệnh viện Việt Tiếp Hải Phòng từ năm 2014 đến năm 2018. Kỹ thuật đặt hút áp lực âm gồm 5 bước, cài đặt chế độ hút là 18-20 Kpa (135-150 mmHg) hoặc 16-18 Kpa (120-135 mmHg). Đánh giá kết quả hút áp lực âm bằng đánh giá mức độ đau, thời gian thay băng, kích thước vết thương, mức độ tiết dịch, sự phát triển của tổ chức hạt tại vết thương và thời gian hút áp lực âm. **Kết quả:** Nguyên nhân loét hổng phần mềm thường gặp nhất là loét do tỳ đè chiếm tỷ lệ 64,74%. Vị trí thường gặp nhất là vùng cẳng cụt 46,47%. loét hổng phần mềm độ IV chiếm tỷ lệ cao nhất 51,6%, diện tích loét hổng phần mềm từ 50-100 cm<sup>2</sup>

chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,73%. Tổn thương phổ biến nhất là loét hổng phần mềm mạn tính 51,7%. Đánh giá người bệnh sau can thiệp cho thấy: Mức độ đau (theo thang điểm VAS) của người bệnh giảm. Diện tích vết thương thu nhỏ hơn; lượng dịch tiết tại chỗ còn lại rất ít, chỉ còn đủ ẩm tạo môi trường liền thương. Tổ chức hạt phát triển tại loét hổng phần mềm nhanh, tổ chức hạt đỏ, sạch, phủ kín toàn bộ bề mặt loét hổng phần mềm. Thời gian thay băng được rút ngắn hơn. **Kết luận:** Liệu pháp hút áp lực âm có nhiều ưu điểm hơn hẳn so với kỹ thuật chăm sóc vết thương thông thường. Dịch viêm được loại bỏ, tuần hoàn tại chỗ được tăng cường, vết thương sạch, tổ chức hạt nhanh mọc, kích thước vết thương được thu nhỏ, người bệnh đỡ đau đớn, thời gian thay băng được rút ngắn nên thuận lợi cho quá trình điều trị.

**Từ khóa:** Liệu pháp hút áp lực âm, chăm sóc loét hổng phần mềm, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiếp Hải Phòng.

## ASSESSING NEGATIVE PRESSURE THERAPY IN MANAGEMENT OF MUSCLE LOSS NURSING CARE AT VIET TIEP HOSPITAL, HAI PHONG PROVINCE

### ABSTRACT

**Objective:** Describe clinical features and evaluate the nursing care outcome of muscle

loss injury using negative pressure therapy at Viet Tiep hospital, Hai Phong province.

**Method:** Progressive research, observational and descriptive studies on 312 patients who applied negative pressure therapy at Hai Phong Viet Tiep Hospital from 2014 to 2018. The NPT consists of 5 steps, suction mode at 18-20 Kpa (135-150 mmHg) or 16-18 Kpa (120-135 mmHg).

Người chịu trách nhiệm: Phạm Thị Liễu  
Email: ptliou0810@gmail.com  
Ngày phản biện: 18/9/2020  
Ngày duyệt bài: 05/10/2020  
Ngày xuất bản: 15/10/2020