

**TỔNG HỘI Y HỌC VIỆT NAM
HỘI SINH LÝ HỌC VIỆT NAM**

TẠP CHÍ

**SINH LÝ HỌC
VIỆT NAM**

Tập 26, N^o4

12/2022

**Vietnam Journal of Physiology
Volume 26, N^o4, December 2022**

TẠP CHÍ SINH LÝ HỌC VIỆT NAM

Tổng biên tập

GS.TS. Phạm Thị Minh Đức

Phó tổng biên tập:

PGS.TS. Trần Hải Anh

PGS.TS. Nguyễn Tùng Linh

Ban biên tập:

GS.TS. Phạm Thị Minh Đức

GS.TS. Lê Quý Phương

PGS.TS. Trần Hải Anh

PGS.TS. Đặng Quốc Bảo

PGS.TS. Tạ Tuyết Bình

PGS.TS. Trần Minh Hậu

PGS.TS. Nguyễn Trung Kiên

PGS.TS. Nguyễn Tùng Linh

PGS.TS. Nguyễn Bạch Ngọc

PGS.TS. Vũ Đăng Nguyên

PGS.TS. Lê Đình Tùng

TS. Hoàng Khánh Hằng

Thư ký biên tập:

TS. Vũ Thị Thu

TS.BS. Phan Thị Minh Ngọc

ThS.BS. Lê Quốc Tuấn

ThS.BS. Nguyễn Hữu Bền

Trụ sở Ban biên tập:

Tầng 1, Nhà B2, Trường Đại học Y Hà Nội

Địa chỉ: Số 1, Phố Tôn Thất Tùng, Quận Đống Đa, Thành phố Hà Nội

Điện thoại (04)38.523.798 Ext: 203; 205; 207

Mọi thông tin liên lạc xin gửi về:

Văn phòng Ban biên tập Tạp chí Sinh lý học Việt Nam

Tầng 1, Nhà B2, Trường Đại học Y Hà Nội

Địa chỉ: Số 1, Phố Tôn Thất Tùng, Quận Đống Đa, Thành phố Hà Nội

Điện thoại (04)38.523.798 Ext: 203; 205; 207

Email: tapchi@sinhlyhoc.com.vn

THẺ LỆ GỬI BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ SINH LÝ HỌC VIỆT NAM

Tạp chí Sinh lý học Việt Nam là tạp chí chuyên ngành Sinh lý học. Tạp chí đăng tải các công trình nghiên cứu, các bài tổng quan, thông báo khoa học thuộc chuyên ngành Sinh lý học và các chuyên ngành có liên quan với Sinh lý học Y học, Sinh lý học Người và Động vật.

1. Quy định chung về bài đăng trên Tạp chí Sinh lý học Việt Nam

- Các thuật ngữ thống nhất theo tự điển Bách khoa Việt Nam.
- Bài gửi đăng phải đánh máy bằng tiếng Việt rõ ràng, phông chữ Unicode, kiểu chữ Arial, cỡ chữ 10, khổ giấy 26.5*19.0 cm, lề trên 2cm, lề dưới 2cm, lề trái 2.5cm, lề phải 2.5cm, cách dòng 1.15 line. Các chữ viết tắt phải được chú thích các từ gốc của các chữ viết tắt đó. Thứ tự các đề mục đánh số Ả-rập, không đánh số La Mã (Thí dụ 1, 1.1, 1.1.1, 2, 2.2...).
- Bài đăng Tạp chí gửi về địa chỉ <https://tapchi.sinhlyhoc.com.vn/index.php/vjp/index>, gửi kèm theo tên, địa chỉ liên lạc, địa chỉ email và số điện thoại của tác giả chịu trách nhiệm khoa học về bài báo (Tạp chí không nhận bản in).
- Mỗi tác giả được phép đăng nhiều bài trong 1 số nhưng chỉ được đứng tên đầu ở 1 bài. Bài không đăng được, không trả lại bản thảo.
- Tác giả chịu trách nhiệm khoa học của bài báo phải ký vào văn bản cam kết về bản quyền của mình, các số liệu nghiên cứu, nội dung được đưa ra trong bài báo, các vấn đề về đạo đức nghiên cứu và gửi về địa chỉ Ban biên tập:

Văn phòng Hội Sinh lý học Việt Nam

Tầng 1, Nhà B2, Trường Đại học Y Hà Nội,

Số 1, Phố Tôn Thất Tùng, Quận Đống Đa, TP Hà Nội

2. Một số yêu cầu cụ thể về bài đăng công trình nghiên cứu khoa học

- Bài gửi đăng chưa được đăng ở bất kỳ Tạp chí quốc gia nào.
- Tổng số trang của bài đăng công trình không quá 8 trang giấy A4, không quá 10 trang với bài tổng quan.
- Tổng số các đối tượng minh họa, kết quả (gồm hình, bảng, biểu) không quá 5 (gồm bảng, biểu, hình, ảnh, biểu đồ) và/hoặc 1/4 tổng số trang của bài báo. Tên các đối tượng được ghi theo số thứ tự cho mỗi loại (ví dụ hình 1, hình 2, bảng 1, bảng 2). Tên bảng được đặt ở trên, chính giữa bảng, tên hình, biểu đồ được đặt ở dưới, chính giữa hình, biểu đồ.
- Lệ phí đăng bài là 600.000 đồng/bài và 200.000 chi phí in ấn/bài. Kinh phí được thu nộp khi bài báo được chấp nhận đăng. Thông tin tài khoản của Hội Sinh lý học Việt Nam như sau:

Đoàn Thị Vân Du

Số tài khoản: **1221 0001 39 0003.**

tại Ngân hàng BIDV chi nhánh Hà Thành

- Trình tự các mục trong bài:
 - + Tên bài báo: Được viết ngắn gọn, thể hiện được nội dung chính của bài báo và bắt đầu bằng danh từ
 - + Họ và tên các tác giả, địa chỉ cơ quan, nơi thực hiện công trình (không ghi học hàm, học vị, chức danh). Tác giả thực hiện chính được viết đầu tiên, tác giả chịu trách nhiệm khoa học về bài báo được viết cuối cùng nếu có (ví dụ tên thầy hướng dẫn). Cuối trang thứ nhất của bài báo cần ghi rõ tên tác giả chịu trách nhiệm khoa học về bài báo, kèm theo địa chỉ liên lạc, địa chỉ email và số điện thoại. Liệt kê đầy đủ tất cả các tác giả tham gia bài báo, đề nghị không viết “và cộng sự”.
 - + Tóm tắt tiếng Việt: Viết không quá 300 từ, viết dưới dạng bài văn xuôi thể hiện được mục tiêu, đối tượng nghiên cứu, phương pháp nghiên cứu, kết quả chính của nghiên cứu và kết luận. Từ khóa không quá 5 từ, cụm từ.
 - + Tên bài báo và tóm tắt bằng tiếng Anh đặt ở cuối bài báo, sau tài liệu tham khảo, cần được dịch đầy đủ chính xác từ tên bài báo, tóm tắt và từ khóa bằng tiếng Việt.
 - + Nội dung toàn văn gồm:

- ✓ Đặt vấn đề (bao gồm cả mục tiêu nghiên cứu của đề tài): Cần nêu rõ lý do hoặc giả thuyết nghiên cứu, mục tiêu nghiên cứu (không trùng lặp với tên bài báo).
- ✓ Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Viết ngắn gọn, đầy đủ thông tin bao gồm: đối tượng nghiên cứu, thiết kế nghiên cứu, công cụ nghiên cứu, phương pháp thu thập số liệu, phương pháp phân tích số liệu, đạo đức nghiên cứu.
- ✓ Kết quả nghiên cứu: được thể hiện bằng các bảng, biểu đồ, hình hoặc bằng lời.
- ✓ Bàn luận (bàn luận có thể viết chung với kết quả nghiên cứu, trong trường hợp viết chung thì đề mục cần ghi rõ "Kết quả và bàn luận"): tác giả cần so sánh kết quả nghiên cứu của mình với các tác giả khác và lý giải về kết quả thu được.
- ✓ Kết luận: viết ngắn gọn, trả lời đầy đủ mục tiêu đề ra.
- ✓ Khuyến nghị: nếu có.
- ✓ Lời cảm ơn: cảm ơn quý tài trợ, nơi thực hiện nghiên cứu, các cộng sự đóng góp cho công trình.
- ✓ Tài liệu tham khảo

3. Quy định về tài liệu tham khảo

- Tài liệu tham khảo (không quá 15 tài liệu) được xếp theo thứ tự vần chữ cái A, B, C..., tiếng Việt trước, tiếng nước ngoài sau.
- Nếu tài liệu là tạp chí thì ghi tên tác giả, năm xuất bản, tên bài, tên tạp chí, tập, số, trang (đầu và cuối). Ví dụ:
 - + **Dean P, Michell IJ, Redgrave P (1988)**, Responses resembling defensive behaviour produced by microinjection of glutamate into superior colliculus of rats. *Neuroscience*, 24(2):501-510.
- Trường hợp tài liệu tham khảo có từ 3 tác giả trở xuống thì ghi đầy đủ họ tên của 10 tác giả. Trong trường hợp có từ 3 tác giả trở lên thì ghi đầy đủ họ, tên của 3 tác giả đầu tiên, sau đó viết "và cộng sự" nếu bài báo viết bằng tiếng Việt hoặc "et al" nếu bài báo viết bằng tiếng nước ngoài. Ví dụ:
 - + **Domett E, Coizet V, Blaha CD, et al (2005)**, How visual stimuli activate dopaminergic neurons at short latency. *Science*, 307(5714):1476-1479.
- Nếu là sách chuyên khảo thì ghi tên tác giả, năm xuất bản, tên sách, nhà xuất bản, TP xuất bản, trang tham khảo. Ví dụ:
 - + **Stein BE, Meredith MA (1993)**, The merging of the senses. Cambridge, MA: MIT, pp.230-235.
- Nếu là một chương trong sách thì ghi tên tác giả của chương, năm xuất bản, tên chương, tên sách, tên người biên tập, thành phố xuất bản, nhà xuất bản, trang tham khảo. Ví dụ:
 - + **Gerfen CR, Wilson CJ (1996)**, The basal ganglia. In: *Handbook of chemical neuroanatomy, Vol 12: Integrated systems of the CNS, Part III.* (Swanson LW, Bjorklund A, Hokfelt T, eds), Amsterdam: Elsevier, pp.371 - 468.
- Nếu tài liệu không thuộc hệ chữ Latinh thì phiên âm tên tác giả (theo tiếng Latinh) và dịch toàn bộ phần còn lại ra tiếng Việt, sau đó mở ngoặc ghi chú tiếng của tài liệu đó. Ví dụ: (tiếng Nga).
- Các tài liệu đưa ra phải được trích dẫn đầy đủ trong nội dung bài báo. Trong đó ít nhất 50% số tài liệu tham khảo cần xuất hiện trong phần bàn luận.

4. Yêu cầu đối với các bài tổng quan, thông báo khoa học và bài dịch

- Đối với các bài Tổng quan cần có đầy đủ các tài liệu tham khảo và nguồn số liệu được trích dẫn trong bài. Tác giả bài Tổng quan được ghi rõ chức danh khoa học, học vị, chuyên ngành, địa chỉ cơ quan (ghi ở cuối trang đầu của bài Tổng quan). Nếu bài tổng quan dài, Ban biên tập sẽ chia làm 2 kỳ, mỗi kỳ dài không quá 10 trang, kể cả hình ảnh, bảng, biểu và tài liệu tham khảo. Số tài liệu tham khảo không quá 20 tài liệu.
- Đối với các bài Thông tin khoa học, các bài dịch cần ghi rõ xuất xứ của nguồn dữ liệu được sử dụng để viết bài thông tin hoặc bài dịch. Đối với bài dịch cần photocopy toàn văn bản bài báo tiếng nước ngoài gửi kèm theo bản dịch.
- Đối với bài tổng quan và các bài thông tin khoa học, tác giả gửi đăng sẽ không phải nộp lệ phí khoa học.

MỤC LỤC

Các bài đăng công trình	Trang
Đánh giá hiệu quả tái sinh oxy và tác dụng duy trì sự sống của “hạt tái sinh vn” trên chuột nhắt trắng <i>Nguyễn Hoàng Ngân, Vương Văn Trường, Hà Ngọc Thiện, Hoàng Thị Tuyết Nhung</i>	1
Một số yếu tố liên quan nguy cơ tim mạch liên quan đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim đã được can thiệp động mạch vành tại Viện tim mạch Việt Nam <i>Nguyễn Thị Hạnh, Chu Dũng Sĩ</i>	7
Thực trạng kiến thức và nhu cầu điều trị của người bệnh đái tháo đường được quản lý tại quận Bắc Từ Liêm, Thành phố Hà Nội <i>Đinh Thị Thanh, Nguyễn Thị Thùy Dương, Trần Văn Hường, Trương Việt Dũng</i>	16
Khảo sát tỷ lệ trẻ 24-36 tháng có biểu hiện rối loạn phổ tự kỷ bằng thang điểm MCHAT-R và MCHAT-R/F tại các trường mầm non công lập thành phố Nam Định <i>Phạm Thị Tố Uyên, Nguyễn Thị Hương Giang</i>	23
Tình trạng lo âu, trầm cảm và stress ở người bệnh mắc Covid-19 điều trị tại bệnh viện Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương <i>Nguyễn Thị Thúy Hường, Hoàng Thị Bắc, Nguyễn Đình Dũng</i>	29
Tỷ lệ stress ở bệnh nhân Covid-19 trong khu cách ly tập trung tại cộng đồng và một số yếu tố liên quan ở thành phố Hồ Chí Minh <i>Phạm Ngọc Thảo, Đỗ Đức Thuần, Đinh Việt Hùng</i>	36
Hiệu quả điều trị bệnh nhân rối loạn lipid máu của bài thuốc tiêu đàm – 03 <i>Phan Văn Minh, Lê Thị Nga, Bùi Thanh Hà, Nguyễn Thanh Hà Tuấn, Hoàng Văn Nghĩa</i>	42
Kết quả phục hồi chức năng vận động thô của trẻ bại não thể co cứng dưới 6 tuổi qua can thiệp kết hợp tại bệnh viện và tại nhà <i>Phạm Văn Hải, Vũ Thị Bích Hạnh</i>	49
Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động chi trên ở bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ nhồi máu não trên lều <i>Bùi Thị Nga, Phạm Văn Minh</i>	57

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ TÁI SINH OXY VÀ TÁC DỤNG DUY TRÌ SỰ SỐNG CỦA “HẠT TÁI SINH VN” TRÊN CHUỘT NHẮT TRẮNG

Nguyễn Hoàng Ngân¹, Vương Văn Trường², Hà Ngọc Thiện², Hoàng Thị Tuyết Nhung³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá khả năng tái sinh oxy của “hạt tái sinh VN” và thời gian sống thêm của chuột nhắt trắng nhốt trong buồng kín 1,5L, so sánh với hạt tái sinh Nga. **Đối tượng và phương pháp:** Mỗi lô 10 chuột, mỗi chuột được nhốt trong buồng kín 1,5L với hạt tái sinh VN hoặc hạt tái sinh Nga 6g, 12g, 18g. Lô chứng không có hạt tái sinh. Xác định sự biến đổi về tần số thở, nồng độ CO₂, O₂ trong buồng kín và thời gian sống của chuột. **Kết quả:** Hạt tái sinh VN duy trì mức độ và tốc độ tái sinh không khí cũng như kéo dài thời gian sống thêm của chuột tương đương với hạt tái sinh Nga. Cứ mỗi 1 gam của hạt tái sinh VN cũng như hạt tái sinh Nga có khả năng tái sinh O₂ giúp một chuột nhắt trắng 25g sống thêm khoảng 2,62 giờ. **Kết luận:** Hạt tái sinh VN có khả năng tái sinh oxy tốt, tương đương hạt tái sinh Nga.

Từ khóa: hạt tái sinh VN, tái sinh không khí, chuột nhắt.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiết bị thở cá nhân (mặt nạ cách ly) kiểu tái sinh hóa học là khí tài cứu hộ cá nhân dùng để bảo vệ khẩn cấp cơ quan hô hấp, mắt, da mặt trong thời điểm xảy ra sự cố và khi thực hiện các biện pháp cứu nạn ban đầu, sau đó chuyển sang sử dụng các thiết bị phòng hộ sử dụng lâu dài hoặc sơ tán ra khỏi khu vực tai nạn. Thiết bị thở cá nhân có thời gian bảo quản tương đối ngắn và là khí tài bảo vệ sử dụng một lần [1]. Thiết bị thở cá nhân ПДА Nga do Nga sản xuất, là vật tư đi kèm theo khi nhập khẩu tàu ngầm Kilo, phục vụ cho yêu cầu trong huấn luyện và sẵn sàng chiến đấu, tuy nhiên số lượng có hạn và giá thành cao. Để có thể chủ động nguồn cung cấp trong nước, với giá thành thấp hơn, Trung tâm Nhiệt đới Việt- Nga tiến hành đề tài nghiên cứu chế tạo thiết bị thở cá nhân PDA.VN theo nguyên mẫu thiết bị thở cá nhân

¹Học viện Quân y

²Trung tâm nhiệt đới Việt Nga,

³Đại học Dược Hà Nội

Tác giả chịu trách nhiệm khoa học: **Nguyễn Hoàng Ngân**

Tác giả liên hệ chính: **Nguyễn Hoàng Ngân**

Email: nganvnu@gmail.com

Ngày tiếp nhận: 07/10/2021

Ngày phản biện: 23/6/2022

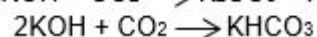
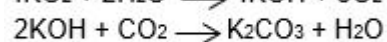
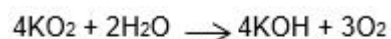
Ngày chấp nhận đăng: 15/12/2022

nhân ПДА Nga. Trên cơ sở thành công của đề tài nghiên cứu chế tạo tấm tái sinh không khí [2], hạt tái sinh được nghiên cứu bào chế với mục tiêu đưa vào bình thở của thiết bị thở cá nhân PDA.VN nhằm tái sinh oxy. Để đánh giá khả năng tái sinh oxy của hạt tái sinh, chúng tôi tiến hành thử nghiệm với chuột nhắt trắng trong buồng kín 1,5 lít.

2. ĐỐI TƯỢNG, VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, vật liệu nghiên cứu

2.1.1. Chế phẩm nghiên cứu: Hạt tái sinh VN do Phòng Vật liệu, Viện Độ bền nhiệt đới, Trung tâm Nhiệt đới Việt - Nga chế tạo với thành phần chính là KO₂(95%) kết hợp với amiang trắng (5%) đóng vai trò chất độn tạo cấu trúc. Hạt tái sinh Nga lấy ra từ thiết bị thở cá nhân ПДА Nga do Cục Kỹ thuật/QCHQ cung cấp. Hạt tái sinh VN và hạt tái sinh Nga tái sinh oxy dựa trên cơ sở phản ứng hoá học giữa chất tái sinh oxy KO₂ với khí CO₂ và hơi ẩm của không khí theo các phương trình phản ứng sau [3]:



2.1.2. Động vật thí nghiệm

Chuột nhắt trắng trưởng thành chủng Swiss, cả hai giống, khỏe mạnh, đạt tiêu chuẩn thí nghiệm, trọng lượng 25 ± 1 g, số lượng 70 con. Chuột do Ban động vật thí nghiệm - Học viện Quân Y cung cấp, được nuôi dưỡng trong phòng nuôi động vật thí nghiệm ít nhất một tuần trước khi tiến hành nghiên cứu.

2.1.3. Thiết bị, dụng cụ nghiên cứu

Hệ thống PowerLab 16/35 (ADI Australia) với thiết bị ngoại vi ML206 Gas Analyzer đo tần số thở, nồng độ CO₂, O₂ trong khí thở dùng cho động vật nhỏ (chuột thực nghiệm).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Tiến hành nghiên cứu theo phương pháp của Jordan B. Holquist và cộng sự (2014) [4] có sửa đổi cho phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

Buồng kín 1,5 L là bình nhựa trong có nắp vặn được kiểm tra bảo đảm độ kín, bên trong có chuồng nhốt 1 chuột nhắt với lượng thức ăn và nước uống đủ cho 2-3 ngày. Buồng kín được kết nối với hệ thống Powerlab qua catheter nhỏ, nhờ vi bơm (micro pump) để bơm khí vào các đầu đo nồng độ CO₂ và O₂ của thiết bị phân tích khí ML206 Gas Analyzer để đo và theo dõi liên tục các chỉ số này.

Chuột nhắt trắng đủ tiêu chuẩn thí nghiệm, cân nặng 25g/con, số lượng 70 con, chia ngẫu nhiên 7 lô, mỗi lô 10 con.

- Lô 1 (lô NC 1, n = 10): nhốt trong buồng kín với hạt tái sinh VN 6g/con.
- Lô 2 (lô NC2, n = 10): nhốt trong buồng kín với hạt tái sinh VN 12g/con.
- Lô 3 (lô NC 3, n = 10): nhốt trong buồng kín với hạt tái sinh VN 18g/con.
- Lô 4 (lô TC 1, n = 10): nhốt trong buồng kín với hạt tái sinh Nga 6g/con.

- Lô 5 (lô TC 2, n = 10): nhốt trong buồng kín với hạt tái sinh Nga 12g/con.
- Lô 6 (lô TC 3, n = 10): nhốt trong buồng kín với hạt tái sinh Nga 18g/con.
- Lô 7 (lô chứng, n = 10): nhốt trong buồng kín, không có hạt tái sinh không khí.

Xác định sự biến đổi về tần số thở, nồng độ CO₂, O₂ trong buồng kín và thời gian sống của chuột...từ đó đánh giá tác dụng về khả năng tái sinh oxy và mức độ duy trì hoạt động sống cho động vật của hạt tái sinh VN so với hạt tái sinh Nga.

2.3. Xử lý số liệu

Các số liệu được trình bày dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (Mean \pm SD), sử dụng phần mềm SPSS 16.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kết quả đánh giá về thời gian sống của chuột

Thời gian sống của chuột là khoảng thời gian từ khi đưa chuột vào buồng kín đến khi chuột chết. Kết quả trình bày ở bảng 1. Ở lô chứng không có hạt tái sinh, chuột nhanh chóng có biểu hiện khó thở và chết, với thời gian sống trung bình là 4,26 giờ. Ở các lô dùng hạt tái sinh, thời gian sống trung bình của chuột tăng cao rõ rệt ($p < 0,001$) khi so sánh các lô có dùng hạt tái sinh so với lô chứng cũng như khi so sánh lô dùng hạt tái sinh liều cao so với lô dùng hạt tái sinh liều thấp. So sánh giữa lô dùng hạt tái sinh VN (các lô 2, 3, 4) so với lô dùng hạt tái sinh Nga với cùng khối lượng (các lô 4, 5, 6 tương ứng) cho thấy thời gian sống thêm của chuột là tương đương ($p > 0,05$).

Bảng 1. Thời gian sống của chuột trong thử nghiệm đánh giá tác dụng của hạt tái sinh VN so sánh với hạt tái sinh Nga (n = 10, Mean ± SD)

Lô nghiên cứu	Tầm tái sinh thử nghiệm	Thời gian sống (giờ)	Thời gian sống tăng so với	
			lô 7	Các lô liều thấp
Lô 1 (NC 1) (1)	Hạt tái sinh VN 6g/con	20,01 ± 3,04	15,75 giờ	-
Lô 2 (NC 2) (2)	Hạt tái sinh VN 12g/con	35,72 ± 5,66	31,46 giờ	tăng 15,71 giờ so với lô 1
Lô 3 (NC 3) (3)	Hạt tái sinh VN 18g/con	51,51 ± 6,19	47,25 giờ	tăng 31,50 giờ so với lô 1 tăng 15,79 giờ so với lô 2
Lô 4 (TC 4) (4)	Hạt tái sinh Nga 6g/con	19,96 ± 3,24	15,70 giờ	-
Lô 5 (TC 2) (5)	Hạt tái sinh Nga 12g/con	35,62 ± 5,17	31,36 giờ	tăng 15,66 giờ so với lô 4
Lô 6 (TC 3) (6)	Hạt tái sinh Nga 18g/con	51,43 ± 6,94	47,17 giờ	tăng 31,47 giờ so với lô 4 tăng 15,81 giờ so với lô 5
Lô 7 (chứng) (7)	Không có hạt tái sinh	4,26 ± 0,61	-	-
P	p ₋₇ < 0,001; p _{2,5-1,4} < 0,001; p _{3,6-1,4} < 0,001; p _{2,5-3,6} < 0,001; p ₁₋₄ > 0,05; p ₂₋₅ > 0,05; p ₃₋₆ > 0,05			

Bảng 2. Thời gian sống thêm của chuột ở các lô dùng hạt tái sinh

Loại hạt tái sinh Khối lượng dùng trong lô nghiên cứu	Thời gian sống của chuột kéo dài thêm (so với chứng)			
	Hạt tái sinh VN		Hạt tái sinh Nga	
	Tổng thời gian	Thời gian tính cho 1g	Tổng thời gian	Thời gian tính cho 1g
6g	15,75	2,63	15,70	2,62
12g	31,46	2,62	31,36	2,61
18g	47,36	2,63	47,17	2,62
Trung bình	-	2,62	-	2,62

Kết quả bảng 2 cho thấy khi sử dụng hạt tái sinh không khí cho động vật thí nghiệm trong buồng kín, khả năng hoạt động của hạt tái sinh VN tương đương với hạt tái sinh Nga. Trung bình cứ mỗi gam của chất tái sinh không khí (cả hạt tái sinh VN và hạt tái sinh Nga) tạo ra lượng O₂ giúp cho một chuột sống thêm được 2,62 giờ. Từ đó có thể ước tính thời gian sống thêm của chuột khi sử dụng a (g) hạt tái sinh là a x 2,62 (giờ).

3.2. Kết quả về sự biến đổi nồng độ O₂, CO₂ trong buồng kín và tần số thở của

chuột khi thử nghiệm trong buồng kín với hạt tái sinh VN, so sánh với hạt tái sinh Nga

Để bảo đảm kết quả chính xác ở những lần đo khác nhau, trước mỗi lần thí nghiệm, nồng độ O₂ và CO₂ trong không khí của phòng thí nghiệm cũng như trong buồng 1,5L (trước khi cho chuột vào và đóng kín lại) đều được đo xem giá trị có biến đổi bất thường gì không, như là một lần test máy. Kết quả các lần test máy nồng độ O₂ và CO₂ trong không khí phòng thí nghiệm và trong buồng 1,5L trước khi

cho chuột vào đều ổn định và đúng với giá trị về nồng độ khí trong không khí thông thường (nồng độ O₂ dao động quanh 20,4%, nồng độ CO₂ là 0,04%).

*Ở lô chứng không có hạt tái sinh: Kết quả đo nồng độ CO₂ và O₂ trong bình kín nhất chuột và tần số thở của chuột ở lô chứng tại các thời điểm đo trình bày ở Bảng 3.

Bảng 3. Nồng độ O₂, CO₂ trong buồng kín và tần số thở của chuột ở lô chứng (n = 10, Mean ± SD)

Thông số đo		Ban đầu (1)	Sau 1 giờ (2)	Sau 2 giờ (3)	Sau 3 giờ (4)	Sau 4 giờ (5)
Nồng độ O ₂ trung bình (%)	Mean ± SD	20,54 ± 2,36	16,31 ± 1,82	13,40 ± 1,54	11,12 ± 1,26	9,45 ± 0,98
	P	p _{sau-trước} < 0,01				
Nồng độ CO ₂ trung bình (%)	Mean ± SD	0,59 ± 0,01	4,76 ± 0,04	7,35 ± 0,06	9,79 ± 0,09	11,18 ± 0,11
	P	p _{sau-trước} < 0,01				
Tần số thở trung bình (lần/phút)	Mean ± SD	304,8 ± 16,5	310,6 ± 18,2	312,8 ± 20,1	299,2 ± 19,6	225,1 ± 17,4
	P	p ₅ < 0,01				

Sau khi cho vào buồng kín, sự gia tăng của nồng độ CO₂ và sự sụt giảm của nồng độ O₂ nhanh chóng được nhìn thấy. So với thời điểm đo trước, ở lần đo sau nồng độ O₂ giảm, nồng độ CO₂ tăng với p < 0,01. Tần số thở có biểu hiện tăng nhẹ, ở thời điểm sau 1-2 giờ tăng cao hơn so với thời điểm ban đầu tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Sau đó, ở thời điểm sau 3 giờ, hô hấp rối loạn lúc nhanh lúc chậm, nhưng vẫn chưa biến đổi nhiều. Ở thời điểm cuối, hô hấp chậm dần, tần số hô hấp tại thời điểm sau 4 giờ giảm rõ so với các thời điểm đo trước đó (p < 0,01).

*Ở các lô nghiên cứu có dùng hạt tái sinh không khí

Sau khi cho chuột và hạt tái sinh không khí vào bình kín 1,5 lít, nồng độ O₂ và CO₂ trong bình đều tăng. Đây là quá trình hạt tái sinh hoạt động giải phóng ra lượng O₂ đủ cao để gây ra tình trạng tăng nhẹ nồng độ O₂ so với nồng độ O₂ của không khí thông thường [4]. Đồng thời, trong buồng kín lượng khí CO₂ tạo ra từ quá trình hô hấp của chuột cũng nhanh chóng làm nồng độ CO₂ tăng cao hơn so với nồng độ CO₂ của không khí thông thường [5]. Tuy nhiên, quá trình cân bằng

động nhanh chóng được thiết lập. Nồng độ O₂ và CO₂ sau đó dao động xung quanh một giá trị nhất định (nồng độ O₂ dao động quanh 27 - 37 %, nồng độ CO₂ dao động quanh 0,9 - 1,0 % trong một khoảng thời gian dài (tương ứng với khoảng thời gian sống thêm của chuột). Trong khoảng thời gian này, tần số thở của chuột dao động tăng giảm nhẹ xung quanh một giá trị ổn định (khoảng 300 lần/phút). Sau khoảng thời gian ổn định, do lượng chất tái sinh không khí được sử dụng để tái sinh không khí giảm dần theo thời gian, đến khi còn một lượng nhất định thì tốc độ sản sinh O₂ ít hơn so với lượng O₂ cần cung cấp cho hoạt động hô hấp của chuột đồng thời lượng CO₂ bị hấp thụ cũng thấp hơn so với lượng CO₂ thải ra do hoạt động hô hấp của chuột [4], [5]. Khi đó nồng độ O₂ trong bình bắt đầu giảm dần, kèm theo nồng độ CO₂ trong bình cũng tăng nhanh, diễn biến trở về gần như ở lô chứng. Tần số thở sau đó có biểu hiện tăng nhẹ. Khi có sự biến đổi nhiều về nồng độ O₂ và CO₂ (khí O₂ giảm nhiều, khí CO₂ tăng nhiều), tần số thở của chuột dao động tăng giảm mạnh hơn, sau đó tần số thở giảm dần, rối loạn nhịp thở và chuột chết. So sánh giữa các lô sử dụng hạt tái sinh

VN và hạt tái sinh Nga, thấy sự biến đổi nồng độ khí trong buồng kín là tương đương khi so sánh theo cặp: lô 1 so với lô 4 (có 6g hạt tái sinh), lô 2 so với lô 5 (có 12g hạt tái sinh), lô 3 so với lô 6 (có 18g hạt tái sinh). Mức độ và tốc độ sản sinh không khí của hạt tái sinh VN và hạt tái sinh Nga là tương đương, không có sự khác biệt.

4. KẾT LUẬN

Thử nghiệm với chuột nhắt trắng trong buồng kín 1,5 lít cho thấy hạt tái sinh VN có khả năng tái sinh oxy tốt, làm giảm nồng độ CO₂ và tăng nồng độ O₂ trong thử nghiệm nhốt chuột nhắt trắng trong bình kín 1,5L giúp cho chuột hoạt động bình thường và kéo dài thời gian sống rõ rệt so với lô chứng, tương đương với hạt tái sinh Nga. Cứ mỗi 1 gam của hạt tái sinh VN cũng như hạt tái sinh Nga tạo ra lượng O₂ giúp cho một chuột nhắt trắng 25g sống thêm được khoảng 2,62 giờ.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Bộ môn Dược lý, Học viện Quân y; Trung tâm Nhiệt đới Việt Nga đã tạo mọi điều kiện thuận lợi cho nghiên cứu hoàn thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Majchrzycka K, Bartkowiak B, Stefko A, Kamińska W, Owczarek G, Pietrowski P, Baszczyński K (2010).** 'Personal Protective Equipment', In: Koradecka, D. (Ed), 'Handbook of Occupational Safety and Health', CRC Press, Boca Raton, 2010, pp. 515-549.
2. **Nguyễn Hoàng Ngân, Vương Văn Trường, Hà Ngọc Thiện, Phạm Duy Nam (2017).** Đánh giá khả năng làm việc của tấm tái sinh không khí do Việt Nam sản xuất trên động vật thực nghiệm. Tạp chí Khoa học và Công nghệ nhiệt đới, Số 12 (10/2017), trang 53-58.
3. **Ферапонтов Юрий Анатольевич (2013),** Способ получения продукта для регенерации воздуха, патент 2472555, 2013.
4. **Jordan BH, David MK, John CG (2014).** Characterization of Potassium Superoxide and a Novel Packed Bed Configuration for Closed Environment Air Revitalization, 44th International Conference on Environmental Systems, 13-17 July 2014, Tucson, Arizona.
5. **Stull JO, White MG (1982).** An Engineering Analysis on Control of Breathing Atmospheres Using Alkali Metal Superoxides: An Engineering Analysis, Phase 1, School of Chemical Engineering, Georgia Institute of Technology, Atlanta, GA.

SUMMARY**EVALUATION OF THE OXYGEN REGENERATION EFFECT OF VN REGENERATING SEEDS ON WHITE MICE IN CLOSED CHAMBERS**

**Nguyen Hoang Ngan¹, Vuong Van Truong², Ha Ngoc Thien²,
Hoang Thi Tuyet Nhung³**

¹Vietnam Military Medical University, ²Vietnam-Russia Tropical Centre,
³Hanoi University of Pharmacy

Objective: Evaluation of the oxygen regeneration ability of "VN regenerating seeds" and the survival time of white mice kept in a closed chamber of 1.5L, compared with Russian regenerated seeds. **Subjects and methods:** Each group of 10 mice, each mouse was kept in a closed chamber of 1.5L with VN regenerating seeds or Russian regenerating seeds 6g, 12g, 18g. The control group had no regenerating seeds. Determine the change in breathing rate, CO₂ and O₂ concentration in closed chamber and survival time of mice. **Results:** VN regenerating seeds maintained the level and rate of air regeneration as well as prolonging the survival time of mice comparable to Russian regenerating seeds. Every 1 gram of VN regenerating seeds as well as Russian regenerating seeds has the ability to regenerate O₂ to help a 25g white mouse live for about 2.62 hours. **Conclusion:** VN regenerating seeds have good air regeneration ability, equivalent to Russian regenerating seeds.

Keywords: VN regenerating seeds, regenerating air, mice.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN NGUY CƠ TIM MẠCH LIÊN QUAN ĐẾN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN SAU NHỒI MÁU CƠ TIM ĐÃ ĐƯỢC CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH TẠI VIỆN TIM MẠCH VIỆT NAM

Nguyễn Thị Hạnh¹, Chu Dũng Sĩ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ tim mạch có liên quan đến CLCS của NB sau NMCT đã được can thiệp ĐMV tại Viện Tim mạch Việt nam. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** NC 200 người bệnh NMCT đã được đặt stent ĐMV tại Viện Tim Mạch, Bệnh viện Bạch mai từ 09/2015 - 06/2016. NC mô tả cắt ngang. Sử dụng bộ câu hỏi MacNew. **Kết quả:** Đa số các câu hỏi về CLCS phần lớn NB có từ 5 điểm trở lên. Một số yếu tố có liên quan với CLCS ở người bệnh NMCT sau can thiệp ĐMV là: Tuổi có tương quan nghịch biến với điểm CLCS chung ($r = -0.25, p < 0,05$). Trong số các yếu tố nguy cơ tim mạch: Tăng huyết áp là yếu tố làm giảm CLCS (OR =2,6, CI 95%: 1,2 – 5,9. Tăng Huyết áp đến CLCS có ảnh hưởng rất rõ với thể chất và xã hội của NB sau NMCT với OR lần lượt là 1.18 và 1.38.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, yếu tố liên quan, yếu tố nguy cơ tim mạch.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng cuộc sống (CLCS) là một thuật ngữ được sử dụng để đánh giá chung nhất về các mức độ tốt đẹp của cuộc sống đối với cá nhân và trên phạm vi toàn xã hội cũng như đánh giá về mức độ sự sáng khoái, hài lòng hoàn toàn về thể chất, trí tuệ tinh thần và hoạt động xã hội [1].

Nhồi máu cơ tim (NMCT) là tình trạng hoại tử một vùng cơ tim, nguyên nhân do tắc nghẽn một hay nhiều nhánh động mạch vành (ĐMV) gây thiếu máu cơ tim đột ngột. Hiện nay với nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị bệnh, đặc biệt là can thiệp ĐMV qua da đã cải thiện rõ rệt tiên lượng và tử vong của bệnh [2]. Tuy vậy đây vẫn là bệnh có nhiều biến chứng và tỷ lệ tử vong cao. Những người bệnh (NB) sống sót sau NMCT thường để lại di chứng suy tim và nguy cơ các biến cố như tái nhồi máu, tái nhập viện do suy tim, rối loạn nhịp và đột tử [3]. NMCT cũng là bệnh

có chi phí điều trị cao trong giai đoạn cấp và cần theo dõi điều trị liên tục lâu dài (suốt đời). NMCT là bệnh có ảnh hưởng đến hoạt động thể lực, cũng như tinh thần và CLCS nói chung của NB sau NMCT [4].

Trên thế giới đã có một số NC đánh giá về CLCS của NB sau NMCT, trong đó có nhiều NC cho thấy các yếu tố nguy cơ tim mạch cũng ảnh hưởng rõ rệt đến CLCS của người bệnh ĐMV nhất là những trường hợp NMCT; Điều này càng được thấy rõ qua việc được cải thiện sau khi NB được can thiệp tái thông ĐMV [5]. Tại Việt Nam, đã có một số NC về CLCS của BN như Alzheimer, sau đột quy và lĩnh vực tim mạch (suy tim, THA, ...); Tuy nhiên, vẫn chưa ghi nhận được NC nào về CLCS của NB sau NMCT được can thiệp ĐMV [6]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành NC này nhằm mục tiêu nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ tim mạch có liên quan đến CLCS của NB sau NMCT đã được can thiệp ĐMV tại Viện Tim mạch Việt Nam.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

NC mô tả cắt ngang [7], NC 200 NB đã được chẩn đoán NMCT và được điều trị can thiệp ĐMV tại Viện Tim mạch, Bệnh

¹Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai
Tác giả chịu trách nhiệm khoa học:

Chu Dũng Sĩ

Tác giả liên hệ chính: **Chu Dũng Sĩ**

Email: chudungsi@gmail.com

Ngày tiếp nhận: 18/12/2021

Ngày phản biện: 21/11/2022

Ngày chấp nhận đăng: 15/12/2022

Viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ tháng 09/2015 đến 03/2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn: NB đã được chụp ĐMV và can thiệp ≥ 6 tuần đến khám và điều trị ngoại trú tại Viện Tim mạch Việt Nam. Chẩn đoán NMCT theo tiêu chuẩn của WHO 1971 [8]. NB có đủ năng lực nhận thức trả lời câu hỏi phỏng vấn. Tự nguyện đồng ý tham gia NC.

Công cụ, biến số và chỉ số NC: Sử dụng bộ câu hỏi MacNew đã được dịch sang tiếng Việt [9], chỉ tiến hành phỏng vấn từ câu 1 đến câu 26. Riêng câu 27 hỏi về vấn đề tình dục là vấn đề nhạy cảm nên chúng tôi không đưa vào NC, và theo các NC thì cũng không ảnh hưởng đến toàn bộ các câu hỏi khác.

+ Mô tả CLCS của NB sau NMCT được can thiệp ĐMV: Phỏng vấn theo bộ câu hỏi sử dụng bộ câu hỏi MacNew đã được dịch sang tiếng Việt [9]. Tinh thần (Câu 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 18, 23.), thể chất (Câu: 1, 6, 9, 12, 14, 16, 17, 19, 20, 21, 24, 25, 26), hoạt động xã hội (Câu: 2, 11, 12, 13, 15, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26). Cho điểm theo 7 mức từ 1-7, tương ứng với các mức điểm đó là CLCS tăng dần. Điểm CLCS theo lĩnh vực là trung bình của các mục ở lĩnh vực đó. Điểm CLCS chung là trung bình của tổng 26 mục.

+ Mô tả một số yếu tố liên quan đến CLCS: Phỏng vấn, phân tích tương quan đơn biến và đa biến: Tuổi, giới, nơi cư trú, và chất lượng cuộc sống. Yếu tố nguy cơ bệnh ĐMV (Tuổi, giới, THA, ĐTD, Thừa cân, béo phì, RLLPM,...).

Số liệu được xử lý bằng Phần mềm SPSS 21.0. Các biến định lượng được thể hiện dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn, các biến định tính được thể hiện dưới dạng tỉ lệ %. Sử dụng t-test để so sánh 2 giá trị trung bình.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung và điểm chất lượng cuộc sống của các bệnh nhân nghiên cứu

NC 200 người bệnh NMCT đủ tiêu chuẩn, 143 nam giới là chiếm đa số 72,5%, còn 57 nữ giới chiếm 28,5%. Tuổi trung bình của nhóm NC là $66,4 \pm 9,97$ [40 – 89], nam giới có độ tuổi trung bình $64,6 \pm 10,07$ [40 – 86] còn nữ giới là $66,4 \pm 9,97$ [40 - 89]. So sánh 2 nhóm về giới cho thấy độ tuổi trung bình của nhóm nam thấp hơn nhóm nữ ($64,6 \pm 10,07$ so với $70,9 \pm 8,18$) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kết quả còn cho thấy đa số NB > 60 tuổi. Tỷ lệ > 60 tuổi ở nhóm NB nữ là 93% cao hơn so với ở nhóm NB nam (60,8%) với $p < 0,05$.

Kết quả NC về CLCS chung và theo 3 lĩnh vực của nhóm NMCT sau can thiệp cho thấy: Điểm CLCS của người bệnh NMCT về Thể chất là: $5,17 \pm 0,64$ [3,08:6,83]; Tinh thần là: $5,68 \pm 0,75$ [3,85:6,92]; Hoạt động xã hội là: $4,92 \pm 0,67$ [2,38:6,77]. Điểm CLCS chung là $5,26 \pm 0,64$ [3,1:6,77]. Đối với đa số các câu hỏi về CLCS phần lớn người bệnh có điểm từ 5 trở lên (NB cảm thấy ít hoặc không ảnh hưởng đến CLCS). Riêng đối với các câu hỏi số 17 và 26 đánh giá về mức độ hạn chế chơi thể thao, hoạt động thể lực và câu 19 hỏi về triệu chứng choáng váng, chóng mặt của NB thì có tới $> 75\%$ NB cảm thấy có hạn chế. Trong 3 lĩnh vực, điểm CLCS về hoạt động thấp nhất (4,92), điểm CLCS về tinh thần cao nhất (5,68).

Bảng 3.1 cho thấy thấy tuổi có tương quan nghịch biến, ở mức độ yếu ớt (không chặt chẽ) với thang điểm đánh giá CLCS ($p < 0,05$), do vậy những người bệnh NMCT có tuổi càng cao thì điểm CLCS càng giảm. Kết quả này phù hợp với đặc điểm tâm sinh lý của con người là tuổi càng cao thì sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần càng giảm, bên cạnh đó là giảm hoạt động xã hội.

Tương quan về giới cho thấy giới nam có điểm thể chất, điểm xã hội và điểm Macnew chung lần lượt là $5,22 \pm 0,68$, $4,97$

$\pm 0,7$, $5,3 \pm 0,66$, cao hơn so với nữ giới lần lượt là $5,05 \pm 0,53$, $4,8 \pm 0,58$ và $5,14 \pm 0,5$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuy nhiên khi đánh giá chỉ số Odds, về nguy cơ giảm CLCS sau can thiệp NMCT, ở nữ so với nam không có sự khác biệt, với OR là 1,627 (CI 95%: 0,858 – 3,085). Các NC gần đây về ảnh hưởng của giới đến CLCS ở NB mạch vành cũng không đồng nhất. Năm 2010, Gisele Moriel có tiến hành một NC đánh giá CLCS ở NB mắc bệnh mạch vành, cho kết quả không có sự khác biệt về CLCS giữa nam giới và nữ giới [10]. Tuy nhiên, NC khác của tác

giả Colleen M. Norris với đối tượng là các NB đã được can thiệp ĐMV, thì ghi nhận nhóm NB nữ giới sau can thiệp ĐMV có sự giảm khả năng gắng sức hơn nam giới do ở nhóm này xuất hiện thường xuyên hơn các cơn đau thắt ngực [11], [12]. Các NC cho thấy, mặc dù nam giới có nguy cơ mắc bệnh ĐMV cao hơn nữ giới, nhưng nữ giới khi đã bị mắc bệnh thì lại thường bị nặng hơn; Còn đối với CLCS thì nhiều NC vẫn cho ra những kết quả khác nhau, do đó mối liên quan giữa giới tính và CLCS vẫn còn là vấn đề tranh cãi và tiếp tục cần phải NC thêm.

ảng 3.1. Mối tương quan giữa tuổi và điểm chất lượng cuộc sống

Đặc điểm nhóm NC	Tương quan tuổi và điểm chất lượng cuộc sống			
	Tinh thần	Thể chất	Hoạt động xã hội	Điểm Macnew chung
Chung (n=200)	r = - 0,198 p = 0,005	r = - 0,229 p = 0,001	r = - 0,264 p < 0,001	r = - 0,25 p < 0,001
Nam giới (n= 143)	r = - 0,164 p = 0,05	r = - 0,215 p = 0,01	r = - 0,264 p = 0,003	r = - 0,224 p = 0,007
Nữ giới (n= 57)	r = - 0,243 p = 0,069	r = - 0,199 p = 0,139	r = - 0,252 p = 0,058	r = - 0,259 p = 0,052

3.2. Điểm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim phân theo một số yếu tố nguy cơ tim mạch

Bảng 3.2. Điểm chất lượng cuộc sống của nhóm NC theo các yếu tố nguy cơ

Các yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành		Số lượng (tỉ lệ %)	Điểm tinh thần	Điểm thể chất	Điểm xã hội	Điểm Macnew chung
		N (%)	X \pm SD	X \pm SD	X \pm SD	X \pm SD
Hút thuốc lá nam giới	Có	139 (97,2%)	5,72 \pm 0,76	5,22 \pm 0,67	4,97 \pm 0,69	5,31 \pm 0,65
	Không		5,57 \pm 0,73	5,04 \pm 0,57	4,8 \pm 0,61	5,1 \pm 0,58
	P		0,485	0,941	0,932	0,677
Tăng huyết áp	Có	176 (87,0%)	5,64 \pm 0,75	5,1 \pm 0,63	4,84 \pm 0,66	5,2 \pm 0,63
	Không		5,88 \pm 0,7	5,64 \pm 0,53	5,45 \pm 0,52	5,66 \pm 0,51
	P		0,2	< 0,001	< 0,001	0,001
Đái tháo	Có	71 (36,5%)	5,68 \pm 0,76	5,17 \pm 0,58	4,89 \pm 0,63	5,25 \pm 0,61

đường	Không		5,68±0,75	5,17±0,68	4,93±0,7	5,26±0,65
	P		0,233	0,93	0,809	0,632
Béo phì	Có	7 (3,5%)	6,09±0,76	5,7±0,52	5,4±0,73	5,73±0,6
	Không		5,66±0,75	5,15±0,64	4,9±0,67	5,24±0,63
	P		0,054	0,019	0,2	0,015
Rối loạn lipid máu	Có	141 (70,5%)	5,69±0,74	5,19±0,63	4,95±0,67	5,28±0,62
	Không		5,63±0,79	5,12±0,67	4,85±0,67	5,2±0,66
	P		0,363	0,164	0,073	0,144

Bảng 3.2 cho thấy: Nam giới có hút thuốc lá chiếm 97,2%, không có NB nữ nào hút thuốc lá. Tỷ lệ NB có THA là 87%. rối loạn lipid máu là 70,5% và ĐTĐ là 36,5%. Nhóm người bệnh NMCT có THA có điểm CLCS về thể chất, xã hội và điểm Macnew chung thấp hơn so với nhóm

không kèm theo THA ($p < 0,05$). Nhóm NB béo phì có điểm CLCS thể chất và điểm Macnew chung cao hơn (tốt hơn) nhóm không béo phì ($p < 0,05$).

3.3. Ảnh hưởng của một số yếu tố nguy cơ tim mạch với chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nhồi máu cơ tim sau CT

Bảng 3.3. Các yếu tố nguy cơ tim mạch và chất lượng cuộc sống chung

Yếu tố nguy cơ			CLCS		Tỉ suất chênh (OR)	Khoảng tin cậy (CI 95%)
			< 5	≥ 5		
Hút thuốc lá	Không	N	26	34	1	0,46-1,0
		%	43	57		
	Có	N	41	99	0,7	
		%	29	71		
Tăng huyết áp	Không	N	3	20	1	0,95-8,15
		%	13	87		
	Có	N	64	112	2,8	
		%	36	64		
Đái tháo đường	Không	N	41	88	1	0,77-1,71
		%	32	68		
	Có	N	26	45	1,2	
		%	37	63		
Rối loạn lipid máu	Không	N	22	37	1	0,57-1,29
		%	37	63		
	Có	N	45	96	0,9	
		%	32	68		

Giảm chất lượng cuộc sống với điểm Macnew chung < 5

Nhận xét: Trong các yếu tố nguy cơ, THA là yếu tố góp phần là giảm CLCS của người bệnh sau NMCT (với OR = 2,8 và $p < 0,05$).

Bảng 3.4. Các yếu tố nguy cơ tim mạch có liên quan đến các lĩnh vực CLCS

Các yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành			Tình thần		Tỉ suất chênh (OR)	Khoảng tin cậy (CI 95%)
			< 5	≥ 5		
Các yếu tố nguy cơ tim mạch có liên quan đến CLCS về tinh thần:						
Hút thuốc lá	Không	N (%)	12 (17%)	49 (83%)	1	0,42-1,48
	Có		22 (15,7%)	118 (84,3%)	0,8	
Tăng huyết áp	Không	N (%)	1 (4,3%)	22 (95,7%)	1	0,62-30,05
	Có		33 (18,7%)	143 (81,3%)	4,3	
Đái tháo đường	Không	N (%)	22 (28,4%)	107 (71,6%)	1	0,52-1,88
	Có		12 (17%)	59 (83%)	1,0	
Rối loạn lipid máu	Không	N (%)	11 (18,6%)	48 (81,4%)	1	0,46-1,68
	Có		23 (18,6%)	118 (81,4%)	0,9	
Các yếu tố nguy cơ tim mạch có liên quan đến CLCS về thể chất:						
Hút thuốc lá	Không	N (%)	35 (58%)	25 (42%)	1	0,56-0,99
	Có		61 (43%)	79 (57%)	0,8	
Tăng huyết áp	Không	N (%)	5 (22%)	18 (78%)	1	1,08-5,23
	Có		91 (51%)	85 (49%)	2,4	
Đái tháo đường	Không	N (%)	59 (46%)	70 (54%)	1	0,85-1,52
	Có		37 (52%)	34 (48%)	1,1	
Rối loạn lipid máu	Không	N (%)	30 (51%)	29 (49%)	1	0,68-1,25
	Có		66 (47%)	75 (53%)	1,0	
Các yếu tố nguy cơ tim mạch có liên quan đến CLCS về xã hội :						
Hút thuốc lá	Không	N (%)	37 (62%)	23 (38%)	1	0,64-1,06
	Có		71 (51%)	69 (49%)	0,9	
Tăng huyết áp	Không	N (%)	5 (28%)	18 (72%)	1	1,23-5,90
	Có		103 (59%)	73 (41%)	2,7	
Đái tháo đường	Không	N (%)	66 (51%)	63 (49%)	1	0,90-1,50
	Có		42 (59%)	29 (41%)	1,2	
Rối loạn lipid máu	Không	N (%)	35 (59%)	24 (41%)	1	0,67-1,14
	Có		73 (52%)	68 (48%)	0,9	

Giảm chất lượng cuộc sống với điểm Macnew chung < 5

Nhận xét: Kết quả NC cho thấy các yếu tố nguy cơ Tim mạch (Hút thuốc lá, THA, ĐTD, RLLPM) đều có liên quan đến CLCS về lĩnh vực tinh thần. Tỉ lệ NB nhóm có điểm CLCS về lĩnh vực tinh thần < 5 điểm là ít gặp hơn nhiều so với nhóm có điểm CLCS về tinh thần ≥ 5 điểm. Riêng yếu tố THA là có mối liên quan mạnh mẽ đến CLCS trong lĩnh vực tinh thần với OR

= 4.318 (CI từ 0.619 – 30,05). Điều này cho thấy ở những người bệnh NMCT này trên nền bệnh lý THA bị ảnh hưởng mạnh mẽ đến lĩnh vực tinh thần.

Các yếu tố nguy cơ Tim mạch (Hút thuốc lá, THA, ĐTD, RLLPM) đều có liên quan đến CLCS về lĩnh vực thể chất. Yếu tố Hút thuốc lá, RLLPM có điểm CLCS lĩnh vực tinh thần < 5 điểm là ít gặp hơn nhiều

so với nhóm có điểm CLCS về tinh thần ≥ 5 điểm. Tuy nhiên yếu tố THA và ĐTD lại cho thấy ở nhóm có điểm CLCS < 5 lại nhiều hơn ở nhóm có điểm CLCS ≥ 5 . Những NB mà có Yếu tố THA hay ĐTD đi kèm thường bị ảnh hưởng nhiều đến CLCS về thể chất, đặc biệt là ở những NB bị THA với OR = 2.4 (CI từ 1.08 – 5.23), còn yếu tố ĐTD ảnh hưởng không đáng kể.

Kết quả còn cho thấy các yếu tố nguy cơ Tim mạch (Hút thuốc lá, THA, ĐTD, RLLPM) đều có liên quan đến CLCS

về lĩnh vực xã hội. Yếu tố Hút thuốc lá, RLLPM, tỉ lệ bệnh nhân có điểm CLCS lĩnh vực xã hội < 5 là ít gặp hơn nhiều so với nhóm có điểm CLCS về tinh thần ≥ 5 điểm. Riêng yếu tố THA và ĐTD lại cho thấy ở nhóm có điểm CLCS < 5 lại nhiều hơn ở nhóm có điểm CLCS ≥ 5 . Kết quả còn cho thấy ở những NB có yếu tố nguy cơ THA hay ĐTD cũng thường bị ảnh hưởng nhiều đến CLCS lĩnh vực hoạt động xã hội, đặc biệt vẫn là ở những NB bị THA với OR = 2,7 (CI từ 1,23 – 5,90), còn yếu tố ĐTD ảnh hưởng cũng là không đáng kể.

Bảng 3.5. Phân tích đa biến (tuổi, giới, các yếu tố liên quan) với CLCS

Yếu tố nguy cơ	Tương quan đa biến với CLCS			
	Tinh thần (OR, CI 95%)	Thể chất (OR, CI 95%)	Xã hội (OR, CI 95%)	CLCS chung (OR, CI 95%)
Tuổi (≥ 60)	0,87 (0,13-1,32)	0,04 (0,46-2,04)	0,12 (0,42-1,88)	0,07 (0,42-2,07)
Giới nữ	0,15 (0,36-2,05)	0,42 (0,33-1,29)	0,32 (0,37-1,49)	0,44 (0,32-1,3)
THA	1,11 (0,34-26,89)	1,18 (1,03-10,23)	1,38 (1,26-12,46)	1,11(0,78-11,82)
ĐTD	0,25 (0,34-1,83)	0,07 (0,57-2,04)	0,17 (0,62-2,26)	0,02 (0,52-1,99)
RLLM	0,03 (0,46-2,32)	0,03 (0,55-1,93)	0,09 (0,48-1,74)	0,07 (0,49-1,79)
Béo phì	0,59 (0,18-18,19)	0,49 (0,11-3,60)	0,67 (0,09-3,04)	0,07 (0,05-4,25)

Phân tích đa biến cho thấy rõ ảnh hưởng của THA đến CLCS về thể chất và xã hội của NB sau NMCT với OR = 1,18 (CI 95%: 1,03-10,23) và OR = 1,38 (CI 95%: 1,26-12,46).

Hút thuốc lá: NC của chúng tôi không ghi nhận mối liên quan giữa thói quen hút thuốc lá và sự giảm CLCS sau can thiệp NMCT, với điểm tinh thần, điểm thể chất điểm xã hội và điểm Macnew chung của hai nhóm hút thuốc và không hút thuốc khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P > 0.05$). Thực tế, mặc dù hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ chính của bệnh mạch vành. Tuy nhiên, NC của chúng tôi mới đánh giá CLCS sau can thiệp ĐMV khoảng 6 tuần, do đó, những cảm nhận về CLCS chưa đủ gây ra sự khác biệt giữa 2 nhóm này.

NC này ghi nhận **tăng huyết áp** là yếu tố ảnh hưởng đến CLCS, nhóm NB có THA có điểm CLCS thấp hơn so với nhóm không có THA. Đặc biệt, sự khác biệt này

rõ ràng khi phân tích trong nhóm nam giới. Điểm thể chất, điểm xã hội và điểm Macnew chung ở nhóm nam giới có THA thấp hơn hẳn so với nhóm nam không có THA ($P < 0.05$). Kết quả NC của chúng tôi giống với NC của Emilian N. Souza và cộng sự (2008) ở những người bệnh THA có bệnh ĐMV có CLCS thấp hơn nhóm không có THA ($p < 0,05$), những người bệnh THA có bệnh mạch vành bị giảm điểm số ở một số lĩnh vực của CLCS [13]. Chúng ta có thể được giải thích là do những NB nam có THA, sau khi bị NMCT và phải can thiệp đặt stent ĐMV, chế độ điều trị sẽ cần nghiêm ngặt hơn, bao gồm điều trị bệnh mạch vành và điều trị THA. Điều này có thể làm giảm CLCS của các NB có THA.

NC của chúng tôi, nhóm NB nữ giới có **đái tháo đường** có 44,1% có điểm Macnew chung < 5 , cao hơn so với tỉ lệ 34,8% NB nữ giới không có ĐTD có điểm Macnew > 5 ; tuy nhiên không thấy sự khác

biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm NB có ĐTD và nhóm không có ĐTD về điểm CLCS tinh thần, thể chất, hoạt động xã hội và điểm Macnew chung. Kết quả trong NC của chúng tôi tuy chưa có ý nghĩa thống kê, nhưng có xu hướng đồng ý với kết quả NC của Ewurabena Simpson và Louise Pilote (2005) với kết quả NC này cho thấy, điểm số cho NB tiểu đường có điểm số thấp hơn đáng kể so với các NB không ĐTD sau một năm theo dõi (điều đó có nghĩa là sự khác biệt là -8,7 (95% CI -12,7, - 4,6) [10]. Trong thực hành lâm sàng, ĐTD gây ra rất nhiều biến chứng nguy hiểm nếu không được phát hiện sớm và khống chế chỉ số glucose máu đạt mục tiêu. Thường khi người bệnh ĐTD có biến chứng ĐMV thì cũng là lúc xuất hiện các biến chứng khác của tiểu đường trên các cơ quan là mắt, thận, thần kinh... Điều này sẽ làm giảm CLCS cho các người bệnh ĐTD mắc bệnh mạch vành. Tuy nhiên, mức độ nghiêm trọng gây ảnh hưởng CLCS sau khi bị biến cố mạch vành cũng chưa rõ ràng. Một số NC của các tác giả trên thế giới tập chung đánh giá ảnh hưởng của ĐTD đến CLCS ghi nhận ĐTD là yếu tố làm giảm thể lực, sự giảm khả năng gắng sức rõ hơn ở nhóm NB nữ giới, tuy nhiên mức độ ảnh hưởng không nhiều [14].

Về tình trạng **rối loạn lipid máu**: NC chưa thấy ảnh hưởng của tình trạng rối loạn lipid máu với CLCS của NB sau can thiệp NMCT. Thực tế, các NC dịch tễ học đã chỉ ra rằng cholesterol toàn phần huyết thanh đo trong suốt cuộc đời tương quan với gánh nặng mảng xơ vữa ở tất cả các đoạn ĐM được NC (ĐMC, ĐMV, ĐM não) [3]. Tuy nhiên, rối loạn lipid máu là nguyên nhân dẫn đến hình thành mảng xơ vữa, dẫn đến bệnh lý mạch vành, còn bản thân rối loạn lipid máu không phải là yếu tố trực tiếp tác động làm giảm CLCS ở NB. Điều này có thể lý giải một phần sự không liên quan giữa rối loạn lipid máu và điểm CLCS của NB trong NC của chúng tôi.

4. KẾT LUẬN

NC trên 200 người bệnh NMCT đã được đặt stent ĐMV tại Viện Tim Mạch, Bệnh viện Bạch mai từ 09/2015- 06/2016, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau: Thực trạng CLCS ở người bệnh NMCT sau can thiệp ĐMV đa số các câu hỏi về CLCS phần lớn NB có từ 5 điểm trở lên: Điểm CLCS chung là $5,26 \pm 0,64$; Điểm CLCS về tinh thần là $5,68 \pm 0,75$ về thể chất là $5,17 \pm 0,64$ về hoạt động xã hội là $4,92 \pm 0,67$. Một số yếu tố có liên quan với CLCS ở nhóm NMCT sau can thiệp ĐMV là: Tuổi có tương quan nghịch biến với điểm CLCS chung ($r = -0,25$, $p < 0,05$). Trong số các yếu tố nguy cơ tim mạch: THA là yếu tố làm giảm CLCS (OR =2,6, CI 95%: 1,2 – 5,9. THA đến CLCS có ảnh hưởng rất rõ với thể chất và xã hội của NB sau NMCT với OR lần lượt là 1.18 và 1.38.

Lời cảm ơn

Chúng tôi chân thành cảm ơn lãnh đạo Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai đã tạo mọi điều kiện thuận lợi cho nghiên cứu được hoàn thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization Quality of Life Assessment Group (1995)**. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): *Position Paper from the World Health Organization*. Social Science and Medicine, 41, 1403-1409.
2. **Braunwald E et al (2012)**, 2012 ACCF/AHA Focused Update of the Guideline for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (Updating the 2007 Guideline and Replacing the 2011 Focused Update): A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, *Circulation*, 2012 (126): 875-910.
3. **Brorsson B et al (2001)**, Quality of life of chronic stable angina patients 4 years after coronary angioplasty or

- coronary artery bypass surgery, *Journal of Internal Medicine*, 249: 47-57.
4. **Dempster M, Donnelly M (2000)**, Measuring the health related quality of life of people with ischaemic heart disease, *Heart*, 83: 641-644.
 5. **Bernd S, Matthias H, Christa M, Hans-Helmut K, Oliver G, Rolf H (2009)**, Quality of life several years after myocardial infarction: comparing the Monika/Kora registry to the general population, *European Heart Journal*, 2009 (30): 436-443.
 6. **Trần Công Duy (2014)**, “nghiên cứu chất lượng cuộc sống ở BN THA”, luận án tiến sĩ y học, đại học y dược thành phố hồ chí minh.
 7. **Kjell IP, Elena K, Arnfinn R, Knut S, Aasmund R. (2008)**, Health-related quality of life after myocardial infarction is associated with level of left ventricular ejection fraction, *BMC Cardiovasc Disord*, 2008: 8:28.
 8. **American Heart Association (2013)**, Heart Disease and Stroke Statistics - 2013 Update, *Circulation*, 127: e6-e245 Page e1-e8.
 9. **Kristian T, Joseph SA, Allan SJ, Maarten LS, Bernard RC, Harvey DW. (2012)**, Third Universal Definition of Myocardial Infarction, European Society of Cardiology, American College of Cardiology Foundation, American Heart Association, Inc., and the World Heart Federation, Elsevier, 2012: 1584
 10. **Morie G et al (2010)**, Quality of Life in Patients with Severe and Stable Coronary Atherosclerotic Disease, *Arq Bras Cardiol*, 2010.
 11. **Norris CM et al (2004)**, Women with coronary artery disease report worse health related quality of life outcomes compared to men, *Health and Quality of Life Outcomes* 2, 2004: 1-21.
 12. **Norris CM et al (2008)**, Sex and Gender Discrepancies in Health-Related Quality of Life Outcomes Among Patients With Established Coronary Artery Disease, *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 1: 123-130.
 13. **Nguyễn Lâm Việt (2003)**. Thực hành bệnh tim mạch. Nhà xuất bản y học.
 14. **Pischke CR et al (2006)**, Comparison of Coronary Risk Factors and Quality of Life in Coronary Artery Disease Patients With Versus Without Diabetes Mellitus, *The American Journal of Cardiology*, 97: 1267–1273.

SUMMARY**STUDY ON THE INFLUENCE OF SOME CARDIOVASCULAR RISK FACTORS ON LIFE QUALITY IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AFTER CORONARY INTERVENTION AT THE VIETNAM HEART INSTITUTE****Nguyen Thi Hanh¹, Chu Dung Si¹**¹Vietnam Heart Institute, Bach Mai Hospital

Objective: To study the influence of some cardiovascular risk factors on the life quality of patients after myocardial infarction who received coronary intervention at the Vietnam Heart Institute. **Subjects and methods:** A descriptive cross-sectional descriptive was conducted on 200 patients with heart attacks who got coronary stents at the Vietnam Heart Institute from September 2015 to June 2016. Make use of the MacNew questionnaire. **Results:** Most of the questions about life quality of the patients are over five points. The life quality group's overall and most of the questions about life quality score were over five points. Some cardiovascular risk factors related to the life quality of patients after myocardial infarction who received coronary intervention are: The overall life quality score was inversely linked with age ($r = -0.25$, $p < 0.05$). Among the cardiovascular risk factors: Hypertension degree is associated to life quality, Hypertension has an effect on lower life quality (OR = 2.6, 95% CI: 1.2 – 5.9). Hypertention degree has a higher life quality score on the physical and social factors with ORs of 1.18 and 1.38, respectively.

Keywords: Life quality, influence, cardiovascular risk factors.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ NHU CẦU ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG ĐƯỢC QUẢN LÝ TẠI QUẬN BẮC TỪ LIÊM, THÀNH PHỐ HÀ NỘI

Đinh Thị Thanh¹, Nguyễn Thị Thùy Dương², Trần Văn Hường²,
Trương Việt Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá thực trạng kiến thức và nhu cầu điều trị của người bệnh Đái tháo đường được quản lý ở một số phường tại Quận Bắc Từ Liêm, thành phố Hà Nội năm 2018. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 320 người bệnh đái tháo đường được quản lý tại trung tâm y tế quận Bắc từ liêm, Hà Nội. **Kết quả và kết luận:** 88,9% người bệnh ĐTĐ trên 60 tuổi chiếm 88,9%, nhóm tuổi dưới 40 có 01 NB chiếm 0,3%. Đa số người bệnh đều hiểu được kiến thức về các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm, tuy nhiên vẫn còn khoảng từ 0,4% đến 5,8% NB không biết và không trả lời về các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm. Đối với bệnh ĐTĐ, đa số NB đều hiểu về kiến thức nhận biết, biến chứng, điều trị, chế độ ăn của bệnh ĐTĐ, nhưng vẫn còn một số NB không biết về các kiến thức bệnh ĐTĐ: triệu chứng bệnh (6,9%), các biến chứng (10,1%), phương pháp điều trị (3,7%), chế độ ăn (3,2%). 93,1% NB có nhu cầu cung cấp kiến thức về bệnh ĐTĐ. 87,1% NB đang được điều trị tại bệnh viện, có 3,2% NB điều trị tại nhà, Nhu cầu được điều trị tại bệnh viện chỉ có 49,2%, trong khi nhu cầu điều trị tại Trạm y tế là 41,2%.

Từ khóa: Đái tháo đường, Quản lý, Bắc Từ Liêm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh không lây nhiễm (BKLN) hiện đang là thách thức của toàn cầu và gánh nặng lớn đối với xã hội và hệ thống y tế, là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu thế giới khi dẫn đến cái chết của 41 triệu người mỗi năm, chiếm 71% tỷ lệ chết, trong đó có tới 15 triệu người chết sớm trong độ tuổi từ 30- 69 [5].

Trong năm 2016, BKLN gây ra 71% tử vong trên toàn cầu. Các BKLN chính gây ra các tử vong này là bệnh tim mạch (chiếm 44% trong tổng số tử vong do BKLN và 31% tử vong toàn cầu); ung thư (chiếm 22% tổng số tử vong do BKLN, 16% tử vong toàn cầu); bệnh phổi mạn tính (chiếm 9% tổng số

tử vong do BKLN, 7% tử vong toàn cầu) và đái tháo đường (chiếm 4% tử vong do BKLN và 3% tử vong toàn cầu). Ước tính chỉ trong năm 2015, đái tháo đường trực tiếp gây ra 1,6 triệu người tử vong [6], trong khi năm 2017, ước tính có 4 triệu người tử vong do đái tháo đường và biến chứng của nó [3]. Toàn thế giới có trên 425 triệu người mắc đái tháo đường và con số này dự đoán tăng lên đến 629 triệu vào năm 2045 [3].

Đái tháo đường là một trong những bệnh không lây nhiễm thường gặp, đang có xu hướng ngày càng tăng. Theo điều tra Step năm 2015, tỷ lệ người dân có rối loạn đường huyết lúc đói là 3,6% và tỷ lệ tăng đường huyết (chỉ số đường huyết cao hoặc đang dùng thuốc điều trị đái tháo đường) là 4,1% [1]. Các tỷ lệ này có xu hướng tăng nhanh theo thời gian. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (2018), vào năm 2016, Việt Nam có tỷ lệ tử vong do đái tháo đường là 4% [4]. Tuy nhiên chỉ sau đó 1 năm, theo nghiên cứu được đăng trên Annals of Global Health của tác giả Nguyễn Bích Ngọc và các cộng sự đã chỉ ra, tỷ lệ có khoảng 5,76 triệu người mắc bệnh tiểu đường hiện đang sống

¹TT Y tế quận Bắc Từ Liêm

²Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương

Tác giả chịu trách nhiệm khoa học:

Trương Việt Dũng

Tác giả thực hiện chính: **Đinh Thị Thanh**

Email: dinhthithanhtccbtuliem@yahoo.com.vn

Ngày tiếp nhận: 17/10/2022

Ngày phản biện: 03/11/2022

Ngày chấp nhận đăng: 15/12/2022

ở Việt Nam. Tỷ lệ bệnh đái tháo đường được điều chỉnh theo độ tuổi trong dân số Việt Nam đã tăng thêm 2% so với năm 2016, đạt khoảng 6% trong năm 2017 [2]

Để có những can thiệp hợp lý trong quản lý và điều trị bệnh ĐTD chúng tôi tiến hành *đánh giá thực trạng kiến thức và nhu cầu điều trị của người bệnh Đái tháo đường được quản lý ở một số phường tại Quận Bắc Từ Liêm, thành phố Hà Nội năm 2018.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

- *Đối tượng nghiên cứu:* 320 người bệnh ĐTD từ 18 tuổi trở lên đang được quản lý trên địa bàn Quận Bắc Từ Liêm, thành phố Hà Nội, đáp ứng tiêu chuẩn sau: hiện đang sinh sống, có hộ khẩu thường trú tại địa bàn nghiên cứu ít nhất 2 năm tính từ thời điểm điều tra, tự nguyện tham gia nghiên cứu và có khả năng giao tiếp bằng lời nói.

- *Địa điểm nghiên cứu:* tại 6/13 phường thuộc quận Bắc Từ Liêm: Thượng Cát, Liên Mạc, Xuân Đình, Thụy Phương, Minh Khai, Đức Thắng.

- *Thời gian nghiên cứu:* tháng 5,6/2018

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1: Thiết kế và cỡ mẫu nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó: n: là cỡ mẫu tối thiểu; Z: là hệ số tin cậy ($\alpha = 5\%$), $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; p: là tỷ lệ người bệnh ĐTD được quản lý tại cộng đồng. Theo điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ

bệnh không lây nhiễm năm 2015, tỷ lệ quản lý ĐTD: 28,9%; d: là sai số chấp nhận được, chọn $d = 0,05$ [1]. Tính được mẫu cho quản lý đối tượng ĐTD: $n = 316$ người. Dựa vào kết quả tính trên lựa chọn mẫu cho nghiên cứu là $n = 316$ người, mỗi phường là 53 người/phường được lựa chọn ngẫu nhiên, đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

2.2.2. Công cụ thu thập số liệu: Phiếu điều tra được soạn theo mẫu thống nhất

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp

2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Tình hình quản lý bệnh đái tháo đường: tỷ lệ người bệnh ĐTD theo nhóm tuổi, giới tính, tỷ lệ NB tham gia bảo hiểm y tế, tình hình khám chữa bệnh, cấp phát thuốc .

- Kiến thức và nhu cầu dự phòng, điều trị bệnh ĐTD của đối tượng nghiên cứu:

+ Tỷ lệ đạt kiến thức và nhu cầu dự phòng, điều trị bệnh ĐTD: nguyên nhân, biểu hiện, chẩn đoán, điều trị, theo dõi, biến chứng, cách phòng bệnh.

+ Tỷ lệ đạt kiến thức về các yếu tố nguy cơ đối với bệnh không lây nhiễm: Hút thuốc, uống rượu bia, chế độ ăn, mức độ hoạt động thể lực.

2.2.5. Xử lý và phân tích số liệu

Tất cả số liệu sẽ được nhập 2 lần và có so sánh để kiểm tra sai lệch, các trường hợp sai sót sẽ được đối chiếu với số liệu gốc, được xử lý, phân tích bằng phần mềm STATA.

2.2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã tuân thủ đầy đủ các tiêu chuẩn được Hội đồng Y đức của cơ sở đào tạo là Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương thông qua.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Một số đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu

Giới tính	n	%
Nam	137	42,7
Nữ	183	57,3
Tuổi		
Từ 18-39 tuổi	1	0,3
Từ 40 đến 59	35	10,8
Từ 60 tuổi trở lên	284	88,9
Tổng	320	100

Nhận xét: 320 người bệnh ĐTD chiếm 88,9%, nhóm tuổi dưới 40 chỉ có 01 nghiên cứu có 42,7% nam và 57,3% nữ. BN chiếm 0,3%. Nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là trên 60 tuổi

Bảng 3.2. Tình hình tham gia BHYT, đăng ký khám chữa bệnh BHYT của người bệnh được quản lý (n=320)

Đặc điểm	n	%
Tham gia BHYT		
Có	263	82,2
Không	57	17,8
Nơi đăng ký KCB BHYT		
Bệnh viện	233	88,4
Phòng khám	19	7,4
Trạm y tế	11	4,2

Nhận xét: Trong số 320 BN ĐTD tại Phòng khám là 7,4% và tại Trạm y tế là 4,2%.
 được quản lý: 263 người có thẻ BHYT chiếm 82,2% trong đó đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại Bệnh viện chiếm 88,4%,

3.2. Thực trạng kiến thức và nhu cầu điều trị của người bệnh Đái tháo đường

Bảng 3.3. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về hậu quả của các biện pháp có thể dự phòng đối với bệnh không lây nhiễm (n= 320)

Nội dung		n	%
1. Hậu quả của hút thuốc	Đái tháo đường	0	0
	Tăng huyết áp	262	82
	Ung thư	231	72,1
	Bệnh đường hô hấp	301	94,2
	Không biết/Không trả lời	1	0,4
2. Hậu quả của lạm dụng rượu bia	Đái tháo đường	94	29,3
	Tăng huyết áp	114	35,6
	Bệnh gan mật, dạ dày	263	82,1
	Không biết/Không trả lời	2	0,5
3. Hậu quả của ăn mặn	Tăng huyết áp	116	36,4
	Bệnh Tim mạch khác	61	19
	Không biết/Không trả lời	19	5,8
4. Hậu quả của ăn nhiều mỡ	Đái tháo đường	10	3,2
	Tim mạch	122	38,1

	Thừa cân-béo phì	141	75,3
	Không biết/Không trả lời	13	4,1
5. Hậu quả của ăn ít rau, hoa quả	Đái tháo đường	69	21,5
	Tim mạch	41	12,9
	Không biết/Không trả lời	4	1,2
6. Hậu quả của ít hoạt động thể lực	Đái tháo đường	113	35,2
	Tim mạch	81	25,2
	Béo phì	150	46,9
	Không biết/Không trả lời	5	1,6

Nhận xét: Đa số NB hiểu được kiến thức về các yếu tố nguy cơ đối với bệnh không lây nhiễm. Còn số ít NB không biết và không trả lời về những yếu tố nguy cơ này, trong đó hậu quả hút thuốc có 0,4%, hậu

quả của lạm dụng rượu bia chiếm 0,5%, hậu quả của ăn mặn chiếm 5,8%, hậu quả của ăn nhiều mỡ chiếm 4,1%, hậu quả của ăn ít rau quả chiếm 1,2%, hậu quả của ít hoạt động thể lực chiếm 1,6%.

Bảng 3.4. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về bệnh ĐTD (n = 320)

Nội dung		n	%
1. Triệu chứng của bệnh ĐTD	Mệt mỏi, sút cân	239	74,7
	Ăn, uống nhiều, đái nhiều	221	69,0
	Nước tiểu có kiến, ruồi bâu	162	50,6
	Có thể không có triệu chứng	0	0
	Khác	8	2,6
	Không biết/không trả lời	22	6,9
2. Các biến chứng của bệnh ĐTD	Bệnh tim mạch	150	46,8
	Tai biến mạch máu não	108	33,9
	Bệnh mắt	187	58,3
	Bệnh thận/Suy thận	132	41,3
	Viêm, loét bàn chân	144	45,1
	Viêm thần kinh ngoại biên	69	21,6
	Vết thương lâu lành, dễ nhiễm trùng	79	24,7
	Không biết/không trả lời	32	10,1
3. Các phương pháp điều trị bệnh ĐTD	Điều chỉnh chế độ ăn	251	78,4
	Rèn luyện thể lực	172	53,7
	Không uống rượu/bia	126	39,4
	Không hút thuốc lá/lào	116	36,2
	Xét nghiệm đường máu định kỳ	138	43,1
	Dùng thuốc	226	70,7
	Không biết/Không trả lời	12	3,7
4. Chế độ ăn dành cho người ĐTD	Hạn chế đồ ngọt, tinh bột	249	77,9
	Không ăn đồ ăn nhiều mỡ	154	48,0
	Ăn kiêng	148	46,3
	Ăn nhiều rau, quả	171	53,4
	Không nhịn ăn, bỏ bữa	0	0
	Không biết/Không trả lời	10	3,2

Nhận xét: Đa số BN đều hiểu về kiến thức nhận biết, biến chứng, điều trị, chế độ ăn đối với bệnh ĐTĐ, tuy nhiên vẫn còn một số NB không biết về các kiến

thức bệnh ĐTĐ: về triệu chứng bệnh 6,9%, các biến chứng 10,1%, phương pháp điều trị 3,7%, chế độ ăn 3,2%.

Bảng 3.5 Hình thức cung cấp thông tin phòng và điều trị bệnh ĐTĐ đối tượng nghiên cứu mong muốn (n=289)

Hình thức cung cấp thông tin	N	%
Qua ti vi	119	40,1
Qua đài truyền thanh phường	76	25,4
Tài liệu phát tay	128	42,9
Pa nô, băng rôn	52	17,4
Nói chuyện nhóm	63	21,3
CBYT phường đến nhà tư vấn	118	39,7
Tự đến TYT để được tư vấn	59	19,8
Tư vấn qua điện thoại	45	15,2

Nhận xét: Có 298/320 người bệnh có nhu cầu được cung cấp thông tin về ĐTĐ, chiếm 93,1%. Hình thức được cập

nhật tài liệu phát tay chiếm tỷ lệ cao nhất 42,9%, hình thức tư vấn qua điện thoại chỉ có 45 NB chiếm 15,2%.

Bảng 3.6. Nhu cầu điều trị bệnh ĐTĐ (n=320)

Nội dung	Cơ sở y tế đang điều trị		Địa điểm mong muốn được điều trị	
	N	%	N	%
Bệnh viện	279	87,1	157	49,2
Phòng Khám	31	9,7	31	9,7
Trạm y tế	0	0	132	41,1
Tại nhà	10	3,2	0	0
Tổng	320	100	320	100

Nhận xét: Có 87,1% người bệnh ĐTĐ điều trị tại bệnh viện, có 3,2% NB điều trị tại nhà. Nhưng mong muốn của NB được điều trị tại bệnh viện chỉ chiếm 49,2%, trong khi nhu cầu được điều trị tại Trạm y tế là 41,1%.

4. BÀN LUẬN

Trong 320 người bệnh ĐTĐ nghiên cứu có 42,7% nam và 57,3% nữ, như vậy gặp người bệnh nữ nhiều hơn nam. Nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là trên 60 tuổi chiếm 88,9%, nhóm tuổi dưới 40 chỉ có 01 BN chiếm 0,3%.

Trong số 320 BN ĐTĐ được quản lý: 263 người có thẻ BHYT chiếm 82,2%

trong đó đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại Bệnh viện chiếm 88,4%, tại Phòng khám là 7,4% và tại Trạm y tế là 4,2%. Như vậy tỉ lệ đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại Trạm Y tế là rất thấp, đây cũng là thực trạng tại các cơ sở y tế ban đầu do các điều kiện khám chữa bệnh chưa đáp ứng được nhu cầu của người bệnh. Vì vậy người bệnh có xu hướng đăng ký khám chữa bệnh tại nơi có điều kiện khám chữa bệnh cao hơn.

Đa số NB hiểu được kiến thức về các yếu tố nguy cơ đối với bệnh không lây nhiễm. Còn số ít NB không biết và không trả lời về những yếu tố nguy cơ này, trong

đó hậu quả hút thuốc có 0,4%, hậu quả của lạm dụng rượu bia chiếm 0,5%, hậu quả của ăn mặn chiếm 5,8%, hậu quả của ăn nhiều mỡ chiếm 4,1%, hậu quả của ăn ít rau quả chiếm 1,2%, hậu quả của ít hoạt động thể lực chiếm 1,6%.

Nghiên cứu của chúng tôi về kiến thức hiểu biết bệnh đái tháo đường cũng cho thấy đa số BN đều hiểu về kiến thức nhận biết, biến chứng, điều trị, chế độ ăn đối với bệnh ĐTD, tuy nhiên vẫn còn một số NB không biết về các kiến thức bệnh ĐTD: về triệu chứng bệnh 6,9%, các biến chứng 10,1%, phương pháp điều trị 3,7%, chế độ ăn 3,2%. Như vậy các người bệnh đái tháo đường trong nghiên cứu vẫn còn một tỉ lệ thấp chưa hiểu biết về bệnh không lây nhiễm nói chung và bệnh đái tháo đường nói riêng, đây cũng là đối tượng cần can thiệp người bệnh hiểu hơn về bệnh từ đó giúp người bệnh có thể tự phòng và điều trị tốt hơn.

Mặc dù tỉ lệ người bệnh hiểu biết về bệnh đái tháo đường của đối tượng nghiên cứu là khá cao, nhưng tỉ lệ người bệnh mong muốn được cung cấp thông tin về bệnh đái tháo đường vẫn rất cao (93,1%). Như vậy cho thấy người bệnh luôn mong muốn được cung cấp nhiều hơn nữa về bệnh mình đang mắc. Đây là thuận lợi cho việc can thiệp để nâng cao hiểu biết của người bệnh.

Theo kết quả nghiên cứu tại bảng 3.6 về thực trạng điều trị của đối tượng nghiên cứu tại Bệnh viện là chủ yếu (87,1%), còn tại TYT không có BN nào. Nhưng mong muốn được điều trị tại TYT có chiều hướng tăng lên so với thực tế (41,1%), còn mong muốn được điều trị tại Bệnh viện giảm xuống so với thực tế, chỉ 49,2% so với 87,1%. Vì vậy việc triển khai điều trị đái tháo đường tại cơ sở là cần thiết, giúp cho người bệnh thuận lợi hơn trong quá trình theo dõi và điều trị bệnh.

5. KẾT LUẬN

Trong số 320 người bệnh ĐTD được quản lý tại địa phương: người bệnh trên 60 tuổi là chủ yếu, chiếm 88,9%;

nhóm tuổi dưới 40 có 01 NB chiếm 0,3%. Đa số người bệnh đều hiểu được kiến thức về các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm, tuy nhiên vẫn còn khoảng từ 0,4% đến 5,8% NB không biết và không trả lời về các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm. Đối với bệnh ĐTD, đa số NB đều hiểu về kiến thức nhận biết, biến chứng, điều trị, chế độ ăn của bệnh ĐTD, nhưng vẫn còn một số NB không biết về các kiến thức bệnh ĐTD: triệu chứng bệnh (6,9%), các biến chứng (10,1%), phương pháp điều trị (3,7%), chế độ ăn (3,2%). 93,1% NB có nhu cầu cung cấp kiến thức về bệnh ĐTD. 87,7% NB đang được điều trị tại bệnh viện, có 3,2% NB điều trị tại nhà, Nhu cầu được điều trị tại bệnh viện chỉ có 49,2%, trong khi nhu cầu điều trị tại Trạm y tế là 41,2%.

Vi vậy cần có các giải pháp tăng cường quản lý điều trị bệnh ĐTD tại TYT để đáp ứng nhu cầu người bệnh, mặt khác tăng cường truyền thông cập nhật kiến thức và hướng dẫn người bệnh thực hành về dinh dưỡng, tập luyện góp phần vào nâng cao hiệu quả điều trị tại tuyến y tế cơ sở.

Lời cảm ơn

Chúng tôi chân thành cảm ơn chính quyền các phường thuộc quận Bắc Từ Liêm: Thượng Cát, Liên Mạc, Xuân Đình, Thụy Phương, Minh Khai, Đức Thắng đã tạo mọi điều kiện thuận lợi hỗ trợ cho nghiên cứu được hoàn thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, WHO Việt Nam (2016), Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm ở Việt Nam năm 2015.
2. Nguyen BiN, Zhou LL, Waqas A (2020). Diabetes: What Challenges Lie Ahead for Vietnam?, *Annals of Global Health*, 86(1).
3. International Diabetes Federation (2019). IDF Diabetes Atlas. Eighth edition.
4. WHO (2018). Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles.
5. WHO (2018). *Noncommunicable diseases*.

6. **World Health Organization (2019).** Guidelines on second- and third-line medicines and type of insulin for the

control of blood glucose levels in non-pregnant adults with diabetes mellitus.

SUMMARY

THE CURRENT STATUS OF KNOWLEDGE AND TREATMENT NEEDS OF PATIENTS DIABETES ARE MANAGED IN BAC TU LIEM DISTRICT, HANOI

Dinh Thi Thanh¹, Nguyen Thi Thuy Duong², Tran Van Huong²,
Truong Viet Dung²

¹Medical center of Bac Tu Liem, Hanoi

²National Institute of Hygiene and Epidemiology

Objective: to assess the current status of knowledge and treatment needs of patients with diabetes managed in some wards in Bac Tu Liem District, Hanoi in 2018. **Methods:** A cross sectional study on 320 patients with Diabetes. **Results and conclusion:** 88.9% of patients with diabetes were over 60 years old, in the age group under 40 there was 1 patient, accounting for 0.3%. Most patients have understanding of risk factors for NCD, however, between 0.4% and 5.8% of patients do not know risk factors for NCD. For diabetes, the majority of patients understand the knowledge of recognition, complications, treatment, and diet of diabetes, but there are still some patients who do not know about diabetes knowledge: symptoms of diabetes (6.9%), complications (10.1%), treatments (3.7%), diet (3.2%). 93.1% of patients have a need to provide knowledge about diabetes. 87.1% of patients are being treated at the hospital, 3.2% of patients are being treated at home. Only 49.2% of patients wanted to be treated at a hospital, while 41.2% of patients wanted to be treated at a health station.

Keywords: Diabetes, Management, Bactuliem.

KHẢO SÁT TỶ LỆ TRẺ 24-36 THÁNG CÓ BIỂU HIỆN RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ BẰNG THANG ĐIỂM MCHAT-R và MCHAT-R/F TẠI CÁC TRƯỜNG MẦM NON CÔNG LẬP THÀNH PHỐ NAM ĐỊNH

Phạm Thị Tố Uyên¹, Nguyễn Thị Hương Giang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ trẻ 24-36 tháng có biểu hiện rối loạn phổ tự kỷ bằng thang điểm MCHAT-R và MCHAT-R/F tại các trường mầm non công lập thành phố Nam Định năm 2022. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 536 trẻ 24-36 tháng bằng thang điểm MCHAT-R do cha mẹ đánh giá và thang điểm MCHAT-R/F do nhân viên y tế đánh giá. **Kết quả:** Tổng có 536 trẻ được sàng lọc; tỷ lệ trẻ được sàng lọc chiếm 83,75% tổng số trẻ đi nhà trẻ; có 44 trẻ (8,21%) dương tính với MCHAT-R; 14 trẻ (2,61%) dương tính với MCHAT-R/F; có 7 trẻ (1,31%) được chẩn đoán RLPTK. Các câu hỏi trong thang MCHAT-R có tỷ lệ dương tính cao là: câu 3 (47,73%), 8 (47,73%); 9 (45,45%); 11 (43,18%). **Kết luận:** Tỷ lệ trẻ có biểu hiện rối loạn phổ tự kỷ (MCHAT-R dương tính) chiếm 8,21%. Có thể áp dụng thang điểm MCHAT-R và MCHAT-R/F để tầm soát sớm rối loạn phổ tự kỷ cho trẻ 24-36 tháng.

Từ khóa: Rối loạn phổ tự kỷ, thang điểm MCHAT-R; thang điểm MCHAT-R/F.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phổ tự kỷ được xem là một trong những mối lo lắng lớn của các bậc cha mẹ có con nhỏ vì bệnh xuất hiện ngày càng nhiều, gây khuyết tật từ khi còn nhỏ, kéo dài đến suốt cuộc đời. Theo số liệu của CDC tỷ lệ mắc RLPTK năm 2000 là 6,7‰ đến năm 2016 là 18,5‰ [1]. Ở Việt Nam, theo nghiên cứu mô hình tàn tật ở trẻ em viện Nhi Trung Ương, số trẻ RLPTK đến khám năm 2007 tăng gấp 50 lần so với năm 2000; Theo nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học của Bùi Thị Thu Hà và cộng sự năm 2020, tỷ lệ mắc RLPTK ở trẻ em 18-30 tháng ở cộng đồng là 7,6‰ [2]. Các bằng chứng hiện tại cho thấy chẩn đoán RLPTK sớm giúp cải thiện tiên lượng và kết quả lâu dài của trẻ mắc RLPTK [3]. “Bảng kiểm sàng lọc rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ nhỏ có sửa đổi – Hiệu chỉnh” (được viết tắt là

MCHAT-R) và “Bảng kiểm sàng lọc rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ nhỏ có sửa đổi – hiệu chỉnh và theo dõi tiếp” (MCHAT-R/F) do nhân viên y tế đánh giá là những bộ câu hỏi có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong phát hiện sớm RLPTK và đã được áp dụng tại nhiều nước trên thế giới [4] [5]. Tại Việt Nam rất nhiều trẻ RLPTK bị phát hiện muộn sau 36 tháng tuổi (43,86% theo số liệu tại viện Nhi Trung Ương năm 2007 [4]) nhưng nghiên cứu về phát hiện sớm RLPTK lại rất ít.

Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Khảo sát tỷ lệ trẻ 24-36 tháng có biểu hiện rối loạn phổ tự kỷ bằng thang điểm MCHAT-R và MCHAT-R/F tại các trường mầm non công lập thành phố Nam Định năm 2022.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

536 trẻ 24-36 tháng học tại các trường mầm non công lập thành phố Nam Định trong thời gian từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 6 năm 2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ có cha mẹ chấp nhận tham gia nghiên cứu và cung cấp đầy đủ thông tin; không có các bệnh mạn tính nặng như ung thư, suy thận.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung Ương

Tác giả chịu trách nhiệm khoa học: **Phạm Thị Tố Uyên**

Tác giả liên hệ chính : **Phạm Thị Tố Uyên**

Email: phamtouyen200896@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/9/2022

Ngày phản biện: 25/10/2022

Ngày chấp nhận đăng: 15/12/2022

Nghiên cứu mô tả cắt ngang; chọn mẫu toàn thể tất cả các trẻ 24-36 tháng học tại các trường mầm non công lập thành phố Nam Định

2.3 Phương pháp thu thập và sử lý số liệu

Các bước thu thập số liệu

1. Tập huấn giáo viên tại các lớp 24-36 tháng

2. Giáo viên phát phiếu MCHAT-R đến cha mẹ phụ huynh và hướng dẫn, giải đáp thắc mắc cho cha mẹ, thu thập phiếu gửi nghiên cứu viên

3. Những trẻ có từ 3-7 câu thất bại trong MCHAT-R được nhân viên y tế đánh giá lại bằng thang MCHAT-R/F

4. Những trẻ có từ 8 câu thất bại trong MCHAT-R và từ 2 câu trong MCHAT-

R/F được hướng dẫn gửi chuyên gia đánh giá để chẩn đoán RLPTK

5. Nội dung nghiên cứu:

– Tỷ lệ trẻ có MCHAT-R (+)

– Tỷ lệ trẻ có MCHAT-R/F (+)

– Tỷ lệ trẻ chẩn đoán RLPTK sau khi dương tính với MCHAT-R và MCHAT-R/F

– Dấu hiệu lâm sàng của trẻ có MCHAT-R (+)

Các số liệu được sử lý tính toán bằng phần mềm IBM SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tỷ lệ trẻ được sàng lọc	Tổng số đi nhà trẻ	640	100
	Tổng số trẻ được sàng lọc	536	83,75
Giới tính	Nam	296	55,22
	Nữ	240	44,78
Nhóm tuổi	24 tháng	12	2,25
	27 tháng	37	6,90
	30 tháng	96	17,91
	33 tháng	124	23,13
	36 tháng	267	49,81

Nhận xét: 83,75% trẻ đi học tham gia nghiên cứu, tỷ lệ giới tính là nam/nữ là 1,23/1; nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là

36 tháng (49,81%); nhóm thấp nhất là 24 tháng (2,25%)

3.2 Sàng lọc MCHAT-R và MCHAT-R/F

Bảng 2. Kết quả sàng lọc RLPTK bằng MCHAT-R và MCHAT-R/F

		Nam	Nữ	n	Tỷ lệ % (so với n=536)
Số câu thất bại MCHAT-R	≤ 2	265	227	492	91,79
	3-7	30	13	43	8,02
	≥ 8	1	0	1	0,19
Số câu thất bại MCHAT-R/F	< 2	20	9	29	5,41
	≥ 2	11	3	14	2,61
Số trẻ cần gặp chuyên gia (MCHAT-R ≥ 8 và MCHAT-R/F ≥ 2)		12	3	15	2,80

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ dương tính với MCHAT-R là 8,21%, tỷ lệ nam/nữ = 2,38/1; tỷ lệ trẻ dương tính với MCHAT-R/F là

2,61%, tỷ lệ nam/nữ = 2,58/1; trẻ cần gặp chuyên gia sau sàng lọc MCHAT-R và MCHAT-R/F là 2,80%, nam/nữ=4/1

Bảng 3. Kết quả chẩn đoán RLPTK

	Số trẻ chẩn đoán RLPTK	Tỷ lệ (%)
MCHAT-R (+) (n=44)	7	15,91
MCHAT-R/F (+) (n=14)	6	42,86
Trẻ cần gặp chuyên gia (n=15)	7	46,67

Nhận xét: Giá trị dự đoán dương của dương khi kết hợp MCHAT-R và MCHAT-R/MCHAT-R là 15,91%; Giá trị dự đoán R/F là 46,67%.

Bảng 4. So sánh kết quả sàng lọc bằng MCHAT-R với kết quả sàng lọc MCHAT-R/F và kết quả chẩn đoán RLPTK

		Số lượng trẻ MCHAT-R(+)	Số lượng trẻ MCHAT-R/F (+)	Số lượng trẻ RLPTK
Số câu thất bại của MCHAT-R	3	17	2	0
	4	12	3	0
	5	8	4	2
	6	4	3	2
	7	2	2	2
	8	1		1
Tổng		44	14	7

Nhận xét: trong nhóm trẻ MCHAT-R dương tính và nhóm RLPTK thì chủ yếu có dương tính, trẻ có 3 và 4 câu thất bại chiếm từ 5 đến 8 câu MCHAT-R thất bại. tỷ lệ nhiều nhất.; trong nhóm MCHAT-R/F

Bảng 5. Tỷ lệ thất bại các câu hỏi của MCHAT-R

STT	Các dấu hiệu	Câu thất bại trong MCHAT-R (n=44)	
		n	Tỷ lệ %
1	Bé có nhìn theo khi bạn chỉ một điểm trong phòng không?	4	9,09
2	Bạn có bao giờ tự hỏi liệu con bạn có bị điếc không?	9	20,45
3	Con bạn có chơi trò đóng vai hay giả vờ không?	21	47,73
4	Con bạn thích leo trèo lên đồ vật không?	5	11,36
5	Chuyển động ngón tay bất thường đến gần mắt không?	6	13,64
6	Dùng ngón tay trở để yêu cầu hay giúp đỡ không?	9	20,45
7	Dùng ngón tay để chỉ bạn thứ bé thích không?	8	18,18
8	Con bạn có thích chơi với những đứa trẻ khác không?	21	47,73
9	Có khoe đồ chơi mới cho bạn không?	20	45,45
10	Con bạn có đáp lại khi được gọi tên không?	9	20,45
11	Khi bạn cười với con bạn, bé có cười lại với bạn không?	19	43,18
12	Con bạn có thấy khó chịu bởi những tiếng ồn xung quanh không?	5	11,36
13	Con bạn có biết đi không?	1	2,27
14	Có nhìn vào mắt bạn khi bạn nói chuyện với bé không?	5	13,64
15	Con bạn có bắt chước những điều bạn làm không?	4	9,09
16	Quay đầu theo nhìn khi bạn nhìn gì đó?	14	27,27
17	Con bạn cố gắng gây sự chú ý để bạn phải nhìn bé không?	5	11,36
18	Con bạn có hiểu bạn nói gì khi bạn yêu cầu làm không?	7	15,91
19	Có nhìn bạn khi có điều gì mới lạ xảy ra không?	4	9,09
20	Thích những hoạt động mang tính chất hoạt động?	9	20,45

Nhận xét: Các câu có tỷ lệ dương tính nhiều nhất là câu: là câu 3, 8, 9 và câu 11 với tỷ lệ lần lượt là: 47,73%; 47,73%; 45,45%; 43,18%. Câu có tỷ lệ âm tính thấp nhất là câu 13 với tỷ lệ 2,27%.

4. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Tổng số trẻ đi nhà trẻ là 640 trẻ, trong đó có 536 (83,75%) trẻ đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu; điều này thể hiện sự quan tâm của cha mẹ với vấn đề tâm lý, sức khỏe của con cái và thể hiện mức độ hiểu được ý nghĩa bộ câu hỏi để đồng ý tham gia nghiên cứu. Tỷ lệ trẻ nam chiếm 55,22%, gấp 1,23 lần nữ giới. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất là 36 tháng chiếm 49,81%; nhóm thấp nhất là 24 tháng chiếm 2,25%; lí do của sự chênh lệch lớn này là do thời gian nghiên cứu đang xảy ra dịch covid, những trẻ nhỏ tuổi cha mẹ chưa đồng ý làm hồ sơ nhập học cho con.

4.2 Kết quả sàng lọc RLPTK bằng MCHAT-R và MCHAT-R/F

Tỷ lệ trẻ nghi ngờ RLPTK qua sàng lọc bằng thang điểm MCHAT-R là 8,21% cao hơn với nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương [6] năm 2020 trên 528 trẻ (6,63%) do cô giáo mầm non đánh giá, sự khác biệt này do giáo viên có trình độ hiểu biết hơn về bảng câu hỏi so với cha mẹ, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Đức Trí [7] là 6,9% do cha mẹ đánh giá, sự khác biệt này có thể do trong thời gian nghỉ dịch trẻ ít được tương tác với trẻ khác nên biểu hiện bất thường nhiều hơn.

Tỷ lệ số trẻ dương tính khi kết hợp MCHAT-R và MCHAT-R/F là 2,80% cao hơn so với 1,41% trong nghiên cứu của Robins DL [5], sự khác biệt này là do tỷ lệ trẻ RLPTK năm 2014 thấp hơn hiện tại và có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu của tôi chưa đủ lớn.

Giá trị dự đoán dương của MCHAT-R là 15,91% cao hơn của R.Robins [5] là 13,8% điều này cho thấy sự tích cực của cha mẹ trong việc theo dõi con và trả lời phiếu hỏi; MCHAT-R và MCHAT-R/F là

46,67% tương đương so với nghiên cứu của Robins DL [5] là 47,5%, điều này cho thấy kĩ thuật sàng lọc lại bằng MCHAT-R/F của nghiên cứu viên không có sự khác biệt so với nghiên cứu viên trong nghiên cứu của Robins DL. Với độ nhạy khi kết hợp MCHAT-R và MCHAT-R/F (theo Robins DL [5] là 0,854) ta có thể dự đoán số trẻ RLPTK thực thụ trong 536 trẻ là 8 trẻ; từ đó ta có tỷ lệ trẻ RLPTK trong 536 trẻ là 1,49% trong khoảng RLPTK trên thế giới và ở Việt Nam.

Những trẻ được chẩn đoán xác định RLPTK là những trẻ có số câu thất bại trong MCHAT-R là từ 5 trở lên; điều này cho thấy số câu thất bại của MCHAT-R càng cao thì khả năng dương tính với RLPTK càng cao đặc biệt là những trẻ có từ 5 câu thất bại trở lên.

Tỷ lệ Nam/nữ của tổng số trẻ được đánh giá, MCHAT-R (+); MCHAT-R/F (+); RLPTK lần lượt là: 2,83/1; 2,58/1; 4/1. Tỷ lệ này tương đương với các nghiên cứu trên thế giới và ở Việt Nam [2]

4.3. DẤU HIỆU BẤT THƯỜNG CỦA TRẺ DƯƠNG TÍNH VỚI THANG ĐIỂM MCHAT-R

Đây được hiểu là các dấu hiệu bất thường của trẻ dưới sự đánh giá của cha mẹ trẻ. Nhóm câu hỏi dương tính cao nhất: Con bạn có biết chơi đóng vai hay giả vờ không (câu 3); Con bạn có thích chơi với những đứa trẻ khác không (câu 8); có khoe đồ chơi mới cho bạn không (câu 9) và khi bạn cười với con bạn, bé có cười lại với bạn không (câu 11). Đây là những câu hỏi liên quan đến sự giao tiếp xã hội. Hầu hết trẻ tự kỷ đều thể hiện những thiếu sót trong mối quan hệ xã hội, chia sẻ cảm xúc và khả năng tưởng tượng kết bạn [8]. Dấu hiệu này là một gợi ý quan trọng đáng tin cậy để nhận định một trẻ có RLPTK do đó được xếp vào tiêu chí A trong tiêu chuẩn chẩn đoán trẻ có RLPTK theo DSM-V. So với kết quả của tác giả Nguyễn Minh Phương [6] tại 528 trẻ ở trường mầm non do cô giáo đánh giá, các câu hỏi có tỷ lệ dương tính cao nhất là câu 3, câu 9, câu 11 và câu 19; sự khác biệt này có thể do trẻ ở trong môi trường

khác nhau có biểu hiện khác nhau: ví dụ như ở nhà của trẻ những đứa trẻ xung quanh thân thuộc hơn những bạn bè cùng lớp nên trẻ tương tác nhiều hơn.

Câu hỏi dương tính thấp nhất: Con bạn có biết đi không (câu 13): do thường hầu hết những trẻ đã biết đi rồi cha mẹ mới gửi đến nhà trẻ.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ có biểu hiện rối loạn phổ tự kỷ (MCHAT-R) dương tính chiếm 8,21%; kết hợp MCHAT-R và MCHAT-R/F dương tính chiếm 2,80%; giá trị dự đoán dương của MCHAT-R là 15,91%, của MCHAT-R kết hợp với MCHAT-R/F là 46,67%. Số trẻ chẩn đoán RLPTK sau dương tính với MCHAT-R và MCHAT-R/F là 7 trẻ; số trẻ dự kiến bị RLPTK trong cộng đồng những trẻ đã được đánh giá là 8 trẻ. Số trẻ được hướng dẫn tiếp tục theo dõi đánh giá RLPTK ở những mốc phát triển tiếp theo là 37 trẻ.

6. KIẾN NGHỊ

Có thể áp dụng bảng câu hỏi MCHAT-R/F để tầm soát sớm rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ 24-36 tháng. Nên lưu ý với các câu trả lời thất bại ở các câu hỏi quan trọng. Cần có nhiều nghiên cứu rộng hơn, thời gian nghiên cứu lâu hơn để có thể xác định chính xác số trẻ RLPTK trong cộng đồng đồng thời có những hướng dẫn và can thiệp kịp thời trẻ có nguy cơ và trẻ đã chẩn đoán xác định RLPTK.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn tập thể cán bộ thuộc Phòng giáo dục đào tạo thành phố Nam Định, các thầy cô giáo các trường mầm non thành phố Nam Định, các bác sĩ và kỹ thuật viên khoa phục hồi chức năng bệnh viện Nhi Trung Ương đã tạo điều kiện để giúp đỡ chúng tôi thu thập số liệu phục vụ nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **CDC (2020).** Data and Statistics on Autism Spectrum Disorder | CDC. Centers for Disease Control and Prevention,

<<https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>>, accessed: 06/27/2021.

2. **Bùi Thị Thu Hà** Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học, phương pháp chẩn đoán và can thiệp sớm rối loạn tự kỷ ở trẻ em tại cộng đồng, Đề tài cấp nhà nước Khoa học về chăm sóc sức khỏe và dịch vụ y tế (bao gồm cả quản trị bệnh viện, tài chính y tế,...). <<https://detaikh.com/nguyen-cuu-dac-diem-dich-te-hoc-phuong-phap-chan-doan-va-can-thiep-som-roi-loan-tu-ky-o-tre-em-tai-cong-dong-dr3050.html>>, accessed: 06/26/2021.
3. **Coelho-Medeiros M.E., Bronstein J., Aedo K., et al. (2019).** M-CHAT-R/F Validation as a screening tool for early detection in children with autism spectrum disorder. *Revista chilena de pediatría*, **90(5)**, 492–499.
4. **Nguyễn Thị Hương Giang Thư viện Đại Học Y.** <<http://thuvien.hmu.edu.vn/pages/cms/FullBookReader.aspx?Url=/pages/cms/TempDir/books/881cba34-4a37-4398-82a0-3811ff16af32/2018/10/03/201810031425-53f8096c-9b95-4fcb-8300-6143a68e017a/FullPreview&TotalPage=172&ext=jpg#page/1/mode/2up>>, accessed: 06/19/2021.
5. **Robins D.L., Casagrande K., Barton M., et al. (2014).** Validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised With Follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics*, **133(1)**, 37–45.
6. **Phương N.M., Thắng T.T., Hưng P.V., et al. (2021).** khảo sát tỷ lệ trẻ từ 18-36 tháng có biểu hiện rối loạn phổ tự kỷ bằng thang điểm m-chat tại trường mầm non ở thành phố cà mau 2020. *Tạp chí Y học Việt Nam*, **502(1)**.
7. **Trí N.Đ. and TD T. (2014).** Tỷ lệ M-CHAT dương tính (nguy cơ bị rối loạn phổ tự kỷ): một khảo sát tại cộng đồng trẻ học mầm non từ 16-36 tháng trong quận Ninh Kiều, thành phố Cần Thơ. *Tạp chí*

ngiên cứu y học TP Hồ Chí Minh, 1(18), 454–458.

8. Nguyen P., Tran T., Tran T., et al. (2021). Clinical characteristics and

associated socio-demographic factors of autism spectrum disorder in Vietnamese children. *Current Pediatric Research*, 25, 308–312.

SUMMARY

SURVEYING THE RATE OF CHILDREN 24-36 MONTHS WITH SIGNS OF AUTISM SPECTRUM DISORDER BY MCHAT-R AND MCHAT-R/F SCALE AT PUBLIC PRESCHOOL OF NAM DINH CITY

Pham Thi To Uyen¹, Nguyen Thi Huong Giang²

¹Ha Noi Medical University

²National Hospital of Peadiatrics

Objective: Survey the rate of children 24-36 months with sign of autism spectrum disorder by MCHAT-R and MCHAT- R/F scores at public preschools of Nam Dinh city in 2022. **Methods:** a cross-sectional descriptive study in 536 children 24-36 months using the MCHAT-R scale evaluated by parents and the MCHAT-R/F scale evaluated by a health workers. **Results:** the percentage of children being screened accounted for 83.8% of the total number of children attending kindergartens; 44 children (8.21%) were positive for MCHAT-R; 14 children (accounting for 32.56% of 44 children) were positive for MCHAT-R/F; 7 children (1.31%) were diagnosed with ASD. The questions in the MCHAT-R scale with a high positive rate are: question 3 (47.73%), 8 (47.73%); 9 (45.45%); 11 (43.18%). **Conclusion:** The rage of children with signs of autism spectrum disorder (MCHAT-R positive) accounted for 8.21%. The MCHAT-R and MCHAT-R/F scales can be applied to early screening for autism spectrum disorders for children 24-36 months.

Keywords: Autism spectrum disorder, MCHAT-R scale, MCHAT-R/F scale.

TÌNH TRẠNG LO ÂU, TRẦM CẢM VÀ STRESS Ở NGƯỜI BỆNH MẮC COVID 19 ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG

Nguyễn Thị Thúy Hương¹, Hoàng Thị Bắc¹, Nguyễn Đình Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mức độ rối loạn lo âu, trầm cảm, căng thẳng của người bệnh mắc Covid -19 điều trị tại bệnh viện Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 270 người bệnh mắc Covid-19 được điều trị tại Bệnh viện Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương từ 02/2021 đến 05/2021. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh mắc Covid-19 điều trị tại bệnh viện Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương có biểu hiện stress, lo âu và trầm cảm của người bệnh tại thời điểm vào viện lần lượt là 50,4%, 52,6%, 42,6% và bệnh tại thời điểm ra viện lần lượt là 23,7%, 49,3%, 30,7%. **Kết luận:** Chất lượng sức khỏe tâm thần của người bệnh sau điều trị tại bệnh viện Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương được cải thiện.

Từ khóa: sức khỏe tâm thần, Covid-19.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, với sự lây lan nhanh chóng của COVID-19, các hệ thống y tế toàn cầu đang phải đối mặt với những thách thức quan trọng trong việc ngăn ngừa nhiễm trùng, xác định và quản lý các trường hợp COVID-19 cũng như đảm bảo các chiến lược hiệu quả để bảo vệ sức khỏe cộng đồng.¹ Những thách thức này, mặc dù chủ yếu xuất hiện từ một căn bệnh truyền nhiễm có ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất, nhưng cũng có thể ảnh hưởng sâu sắc đến sức khỏe tinh thần.² Stress, lo âu, trầm cảm là những vấn đề sức khỏe tâm thần thường gặp trong cuộc sống. Đại dịch Covid 19 đã và đang làm gia tăng các vấn đề về sức khỏe tâm thần trên toàn thế giới đặc biệt là những người bệnh mắc Covid 19, làm gia tăng các vấn đề về tâm thần hoặc làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh hiện có của bệnh nhân. Mặt khác, bản thân Covid 19 có thể dẫn đến các biến

chứng thần kinh và tâm thần. Tuy nhiên, trên thực tế sức khỏe tâm thần của bệnh nhân Covid vẫn chưa được đánh giá toàn diện và quan tâm đúng mức.

Bên cạnh những khó khăn về mặt y học, bệnh nhân còn đối diện một loạt những thách thức từ xã hội, gây ra những trạng thái tâm lý lo lắng, bồn chồn, thậm chí là tâm lý tiêu cực và chính điều này đã tác động hay giảm mạnh chất lượng cuộc sống. Tại Bệnh viện Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương chưa có một nghiên cứu nào khảo sát về sức khỏe tâm thần của bệnh nhân đang điều trị Covid. Để biết được thực trạng sức khỏe tâm thần của bệnh nhân Covid-19 từ đó có những phương pháp hỗ trợ kịp thời nhằm hạn chế các vấn đề sức khỏe tâm thần cho người bệnh đồng thời góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, chúng tôi quyết định chọn đề tài nghiên cứu với mục tiêu: “*Khảo sát mức độ rối loạn lo âu, trầm cảm, căng thẳng của người bệnh mắc Covid -19 điều trị tại bệnh viện Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương*”

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán mắc Covid 19 điều trị tại Bệnh viện Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Tác giả chịu trách nhiệm khoa học: Nguyễn Thị Thúy Hương

Tác giả liên hệ chính: Nguyễn Thị Thúy Hương

Email liên hệ:

huongnguyenthithuyhmtu@gmail.com

Ngày tiếp nhận: 13/8/2022

Ngày phản biện: 08/11/2022

Ngày chấp nhận đăng: 15/12/2022

- Người bệnh được chẩn đoán mắc Covid-19 bằng xét nghiệm Real time RT – PCR (dương tính) điều trị tại BV Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

- Đủ 18 tuổi trở lên (tính theo năm dương lịch).

- Đồng ý tham gia nghiên cứu (NC).

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh có suy giảm nhận thức

- Người bệnh chuyển viện

2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ 02/2021 đến 05/2021 tại Bệnh viện Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương

+ Thời điểm 1: Trong 7 ngày đầu khi bệnh nhân nhập viện.

+ Thời điểm 2: Trước khi bệnh nhân ra viện. Xét nghiệm lại 3 lần bằng xét nghiệm Real time RT –PCR cách nhau một ngày cho kết quả âm tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu được áp dụng theo công thức tính cỡ mẫu tỉ lệ: $n = (Z^2(1-p)/d^2)$. Trong đó $Z^2(1-p) = 1,96^2$, Z: hệ số giới hạn tin cậy tương ứng với sai số α ; p: tỷ lệ người dân lo lắng về đại dịch Covid 19 và $p = 80\%$; d: độ chính xác mong muốn ấn định là 5%.

- Cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu này là 246. Mẫu thực tế thu về được là 270 người bệnh. Vì vậy chúng tôi quyết định lấy toàn bộ phiếu thu được và nghiên cứu.

2.3. Công cụ nghiên cứu

Bộ công cụ đã được xin ý kiến chuyên gia và chỉnh sửa phù hợp với đối tượng nghiên cứu. Bộ công cụ gồm 3 phần:

Phần 1: Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu

Phần 2: Tác động của quy mô dịch bệnh (IES-R) : 22 câu hỏi.

Phần 3: Đánh giá mức độ trầm cảm-lo âu–căng thẳng do ảnh hưởng của dịch COVID-19 (DASS-21): 21 câu

2.4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Điều tra viên được tập huấn giải thích về mục đích nghiên cứu, bộ công cụ nghiên cứu, phương pháp thu thập số liệu trước khi tiến hành thu thập số liệu.

Thông báo, giải thích cho người bệnh về mục đích và nội dung nghiên cứu. Hướng dẫn người bệnh cách tự điền vào bộ câu hỏi được thiết kế sẵn .

Trong quá trình điền phiếu, điều tra viên giám sát không để người bệnh cùng phòng trao đổi ảnh hưởng tới kết quả nghiên cứu.

Sau khi thu thập số liệu, phiếu câu hỏi được tập hợp lại để làm sạch, mã hoá và nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng thuật toán thống kê mô tả để phân tích dữ liệu với mức ý nghĩa thống kê được đặt ở mức $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích mục đích, quyền lợi tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin của đối tượng được mã hoá, bảo mật và chỉ sử dụng để nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 270 bệnh nhân tham gia trả lời trong nghiên cứu, nữ giới chiếm đa số với 65,2%. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 37,8 tuổi. Dân tộc kinh chiếm 96,7% và không tôn giáo là 88,9%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu đã kết hôn chiếm 83,7% và không sống một mình chiếm 84,8%. Trình độ học vấn chủ yếu từ trung học phổ thông trở xuống chiếm 66,3%; tỷ lệ người bệnh là công nhân là 63,7%. Đa số kinh tế của đối tượng nghiên cứu ở mức trung bình chiếm 90,7%. Tần suất tập thể dục thường xuyên chỉ chiếm 38,1%.

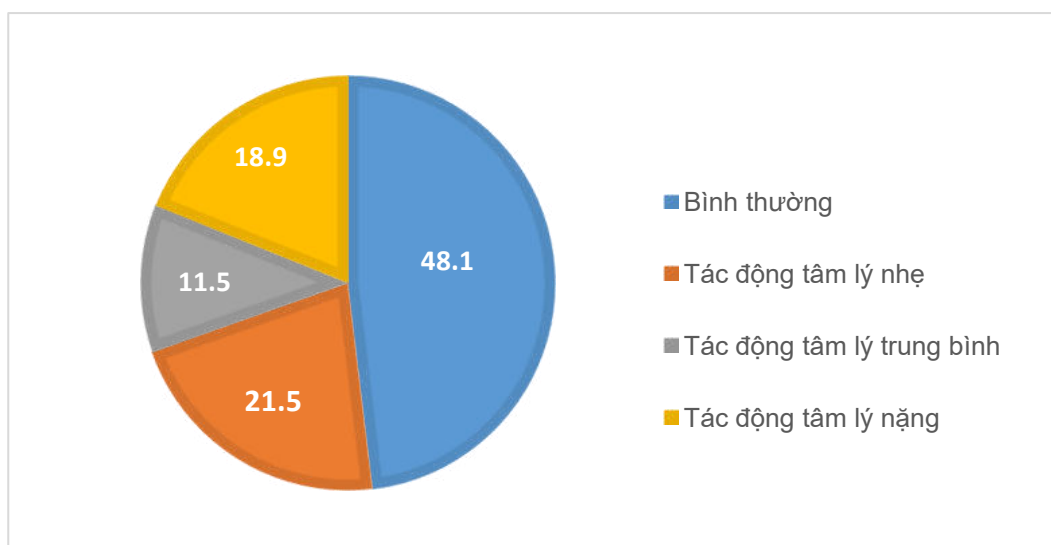
3.1. Kết quả tại thời điểm sau 7 ngày từ khi bệnh nhân bắt đầu vào viện

Bảng 3.1. Mức độ các dấu hiệu stress, lo âu, trầm cảm ở người bệnh tại thời điểm sau vào viện 7 ngày (n = 270)

Đặc điểm		Tần số	Tỉ lệ
Stress (n=270)			
Không	Bình thường	134	49,6
Có (50,4%)	Nhẹ	57	21,1
	Vừa	41	15,2
	Nặng	28	10,4
	Rất nặng	10	3,7
Lo âu (n= 270)			
Không	Bình thường	128	47,4
Có (52,6%)	Nhẹ	15	5,6
	Vừa	71	26,3
	Nặng	24	8,9
	Rất nặng	32	11,9
Trầm cảm (n=270)			
Không	Bình thường	155	57,4
Có (42,6%)	Nhẹ	50	18,5
	Vừa	40	14,8
	Nặng	11	4,1
	Rất nặng	14	5,2

Đối với tình trạng xuất hiện các dấu hiệu stress, lo âu, trầm cảm đa phần người bệnh biểu hiện ở mức độ nhẹ và vừa. Mức độ nặng và rất nặng cũng được tìm thấy

trong khoảng 3,7-11,9% người bệnh. Đặc biệt người bệnh có dấu hiệu lo âu ở mức nặng và rất nặng khá cao 8,9% và 11,9%.

**Biểu đồ 1.** Mức độ tác động của quy mô dịch bệnh

Kết quả trên cho thấy dịch bệnh Covid 19 có tác động tâm lý lên 51,9% đối tượng nghiên cứu.

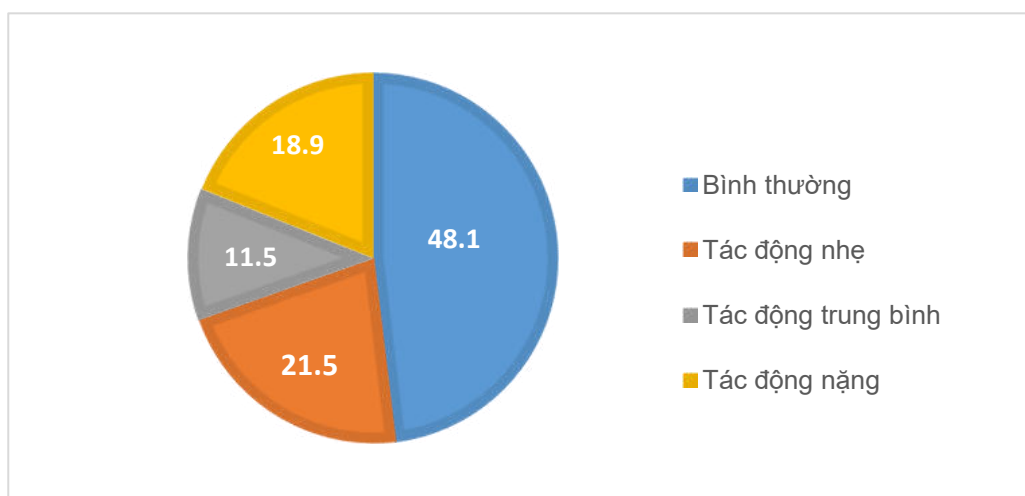
3.2. Kết quả tại thời điểm trước khi người bệnh ra viện

Bảng 3.2. Mức độ các dấu hiệu stress, lo âu, trầm cảm ở người bệnh tại thời điểm trước khi ra viện (n = 270)

Đặc điểm		Tần số	Tỉ lệ
Stress (n=270)			
Không	Bình thường	206	76,3
Có (23,7%)	Nhẹ	32	11,9
	Vừa	18	6,7
	Nặng	10	3,7
	Rất nặng	4	1,5
Lo âu (n= 270)			
Không	Bình thường	137	50,7
Có (49,3%)	Nhẹ	61	22,6
	Vừa	46	17,0
	Nặng	14	5,2
	Rất nặng	12	4,4
Trầm cảm (n=270)			
Không	Bình thường	187	69,3
Có (30,7%)	Nhẹ	33	12,2
	Vừa	42	15,6
	Nặng	3	1,1
	Rất nặng	5	1,9

Đối với tình trạng xuất hiện các dấu hiệu stress, lo âu, trầm cảm đa phần người bệnh biểu hiện ở mức độ nhẹ và vừa. Mức độ nặng và rất nặng cũng được tìm thấy

trong khoảng 1,1-5,2% người bệnh. Đặc biệt người bệnh có dấu hiệu lo âu ở mức nặng và rất nặng khá cao 4,4% và 5,2%.



Biểu đồ 2. Mức độ tác động của quy mô dịch bệnh tại thời điểm trước khi ra viện

Kết quả trên cho thấy dịch bệnh Covid 19 có tác động tâm lý lên 33,7% đối tượng nghiên cứu.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ stress ở người bệnh tại thời điểm bắt đầu nhập viện là 50,4%. Mức độ các dấu hiệu stress nhẹ, vừa, nặng, rất nặng xuất hiện ở lần lượt 21,1%; 15,2%; 10,4% và 3,7% đối tượng tham gia nghiên cứu. Tại thời điểm trước khi ra viện, tỉ lệ stress của người bệnh giảm xuống còn 23,7%. Mức độ các dấu hiệu stress nhẹ, vừa, nặng và rất nặng xuất hiện ở lần lượt 11,9%; 6,7%; 3,7% và 1,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tại Ả Rập Xê Út cho thấy có 22,3% báo cáo các triệu chứng căng thẳng từ trung bình đến nặng [1], nghiên cứu của Mazza (2020) bằng DASS cho thấy căng thẳng 27,2% (752) [2], cao hơn nghiên cứu của Othman ở vùng Kurdistan, Iraq, năm 2020 bằng thang DASS21 cho thấy tỷ lệ căng thẳng 17,5% (96) ($S > 10$).[3] Như vậy, tỉ lệ có dấu hiệu stress trên bệnh nhân Covid có dấu hiệu giảm giữa hai thời điểm khi bắt đầu vào viện và trước khi ra viện nhưng sức khỏe tâm thần của người bệnh, đặc biệt là các tình trạng biểu hiện stress cần có được sự quan tâm hơn nữa của gia đình và xã hội.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ biểu hiện lo âu của người bệnh khi bắt đầu nhập viện là 52,6%. Tỉ lệ người bệnh biểu hiện lo âu ở các mức độ lo âu nhẹ, vừa, nặng và rất nặng lần lượt là 5,6%; 26,3%; 8,9% và 11,9%. Tại thời điểm trước khi ra viện, tỉ lệ biểu hiện lo âu của người bệnh giảm xuống còn 49,3%; đặc biệt ở các mức độ nặng và rất nặng. Tỉ lệ người bệnh biểu hiện lo âu ở các mức độ lo âu nhẹ, vừa, nặng và rất nặng lần lượt là 2,6%; 17,0%; 5,2% và 4,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Kazmi và cộng sự về tác động đối với sức khỏe tâm thần tại Ấn Độ 2020 bằng thang DASS cho thấy tỷ lệ lo âu là 43%.[4] Nghiên cứu của Othman năm 2020 về trầm cảm, lo lắng và căng thẳng trong thời điểm xảy ra đại dịch COVID-19 ở vùng Kurdistan, Iraq bằng thang

DASS21 cho thấy tỷ lệ lo âu 47,1% (258) ($A > 7$),[3] và nghiên cứu của Wang C. tại Trung Quốc tỉ lệ biểu hiện lo âu là 36,3%. Tỉ lệ người bệnh biểu hiện lo âu ở các mức độ lo âu nhẹ, vừa, nặng/ rất nặng lần lượt là 7,5%; 20,4%; 8,4%.

Nghiên cứu cho thấy có 42,6% người bệnh có biểu hiện trầm cảm khi bắt đầu nhập viện. Tỉ lệ người bệnh biểu hiện trầm cảm ở các mức độ nhẹ, vừa, nặng và rất nặng lần lượt là 18,5%; 14,8%; 4,1% và 5,2%. Có 30,7% người bệnh có biểu hiện trầm cảm trước khi ra viện. Tỉ lệ người bệnh biểu hiện trầm cảm ở các mức độ nhẹ, vừa, nặng và rất nặng lần lượt là 12,2%; 15,6%; 1,1% và 1,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả một số nghiên cứu trên thế giới. Nghiên cứu của Zhou và cộng sự về tỷ lệ hiện mắc và nhân khẩu học xã hội tương quan với các vấn đề sức khỏe tâm lý ở thanh thiếu niên Trung Quốc trong thời kỳ bùng phát COVID-19 cho thấy tỷ lệ trầm cảm 30,3% (367).[5] Nghiên cứu của Kazmi và cộng sự (2020) nghiên cứu về tác động đối với sức khỏe tâm thần tại Ấn Độ 2020 bằng thang DASS cho thấy tỷ lệ trầm cảm là 38,9% (389),[4] nghiên cứu của Othman (2020) về trầm cảm, lo lắng và căng thẳng trong thời điểm xảy ra đại dịch COVID-19 ở vùng Kurdistan, Iraq năm 2020 bằng thang DASS21 cho thấy tỷ lệ trầm cảm là 44,9% (246) ($D > 9$) [3], nghiên cứu của Odriozola-González và cộng sự về các triệu chứng tâm lý của sự bùng nổ của cuộc khủng hoảng COVID-19 tại Tây Ban Nha năm 2020 bằng DASS 21 cho thấy tỷ lệ trầm cảm 44,1% (1566) $D > 9$. [6] Nghiên cứu về tỷ lệ căng thẳng, lo lắng, trầm cảm trong dân số nói chung trong đại dịch COVID-19 tại Iran của tác giả Nader Salari năm 2020 cho thấy tỷ lệ trầm cảm là 33,7%.[7]

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ người bệnh có biểu hiện stress, lo âu, trầm cảm trước khi ra viện đều thấp hơn thời điểm khi bệnh nhân mới nhập viện, đặc biệt là tỉ lệ biểu hiện ở các

mức độ nặng và rất nặng. Tỷ lệ người bệnh có biểu hiện stress, lo âu, trầm cảm khi mới nhập viện lần lượt là 27,4%; 52,6% và 42,6%. Tỷ lệ người bệnh có biểu hiện stress, lo âu, trầm cảm trước khi ra viện lần lượt là 23,7%; 49,3% và 30,7%. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Yanmengian Zhou và cộng sự nghiên cứu trong liên tiếp ba đợt bùng phát dịch tại Hoa Kỳ. Tỷ lệ biểu hiện stress, lo âu, trầm cảm ở đợt 3 thấp hơn đáng kể so với đợt 1 và đợt 2. Tỷ lệ người bệnh có biểu hiện stress, lo âu, trầm cảm ở đợt 1 lần lượt là 43,08%; 51,56% và 55,63%. Tỷ lệ người bệnh có biểu hiện stress, lo âu, trầm cảm ở đợt 2 lần lượt là 40,28%; 42,18% và 49,92%. Tỷ lệ người bệnh có biểu hiện stress, lo âu, trầm cảm ở đợt 3 lần lượt là 35,25%; 37,56% và 44,12%. [8] Lý giải cho sự khác biệt về sức khỏe tâm thần của người bệnh tại hai thời điểm có lẽ do nhiều lý do khác nhau. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là người bệnh nhiễm Covid 19 nằm trong làn sóng Covid-19 đang đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe, cướp đi mạng sống của hàng triệu người trên khắp thế giới. Đáng sợ hơn, người nhiễm Covid-19 thường có diễn biến thất thường và phức tạp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự căng thẳng tâm lý, lo âu, trầm cảm của người bệnh ở các mức độ khác nhau. Kết quả nghiên cứu về tình trạng biểu hiện stress, lo âu và trầm cảm của chúng tôi cũng chỉ ra sự cần thiết phải có biện pháp hỗ trợ tâm lý cho người bệnh từ phía bệnh viện, gia đình và quan trọng hơn nữa là từ bản thân những người nhiễm Covid.

Tác động tâm lý đối với người dân của đại dịch Covid trong nghiên cứu của chúng tôi ngay từ khi bệnh nhân nhập viện. Tỷ lệ tác động tâm lý lên người bệnh được đo bằng IES-R cao hơn tỷ lệ những người có biểu hiện stress, lo âu và căng thẳng đo bằng thang DASS-21. Sự khác biệt giữa IES-R và DASS-21 là do IES-R đánh giá mức độ ảnh hưởng tâm lý sau khi tiếp xúc với khủng hoảng sức khỏe cộng

đồng từ đại dịch Covid. Đại dịch Covid-19 đang gây ra nỗi sợ hãi và cả xã hội cần hiểu biết kịp thời về tình trạng sức khỏe tâm thần.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh mắc Covid-19 điều trị tại bệnh viện dã chiến Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương có biểu hiện stress, lo âu và trầm cảm của người bệnh tại thời điểm ra viện giảm so với thời điểm vào viện. Chất lượng sức khỏe tâm thần của người bệnh được cải thiện.

Lời cảm ơn

Chúng tôi chân thành cảm ơn Bệnh viện Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương đã tạo điều kiện hỗ trợ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abdulmajeed A. Alkamees A, SAAbvcs (2020).** The psychological impact of COVID-19 pandemic on the general population of Saudi Arabia, *Comprehensive Psychiatry*, 102.
2. **Mazza C và cộng sự (2020).** A Nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors, *Int J Environ Res Public Health*, 17(9).
3. **N O (2020).** Depression, anxiety, and stress in the time of COVID-19 pandemic in Kurdistan region, Iraq, *J Appl Res*, 5:37-44.
4. **Kazmi SSH HK, Talib S, Saxena S. (2020).** COVID-19 and Lockdwon: A Study on the Impact on Mental Health, Available at SSRN.
5. **Zhou S-J ea (2020).** Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 29:1-10.
6. **Odriozola-González P P-GÁ, Irurtia-Muñiz MJ, de Luis-García (2020).** Psychological symptoms of the

- outbreak of the COVID-19 crisis and confinement in the population of Spain.
7. **sup; NSvc (2020)**. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis, *Globalization and Health*
 8. **Zhou Y, MacGeorge EL, Myrick JG (2020)**. Mental Health and Its Predictors during the Early Months of COVID-19 Pandemic Experience in the United States *International Journal of environmental research and public health*, 17(17).

SUMMARY

ASSESSMENT OF MENTAL HEALTH IN PATIENTS WITH COVID 19 TREATED AT THE FIELD HAI DUONG MEDICAL TECHNOLOGY HOSPITAL

Nguyen Thi Thuy Huong¹, Hoang Thi Bac¹, Nguyen Dinh Dung¹

¹Hai Duong University of Medical Technology

Objective: To investigate the level of anxiety, depression and stress disorders of patients with Covid-19 treated at the field hospital of Hai Duong University of Medical Technology. **Subjects and methods:** A cross-sectional study on 270 Covid-19 patients were treated at the field Haiduong Medical Technology Hospital from 02/2021 to 05/2021.

Results: The proportion of patients with Covid-19 treated at the field Haiduong Medical Technology Hospital of stress, anxiety and depression at the time of admission was 50.4%, 52.6%, 42.6% respectively and the disease at the time of discharge was 23.7%, 49.3%, 30.7%, respectively. **Conclusion:** The quality of mental health of patients after treatment at the field hospital of Hai Duong University of Medical Technology is improved.

Keywords: mental health, Covid-19.

TỶ LỆ STRESS Ở BỆNH NHÂN COVID-19 TRONG KHU CÁCH LY TẬP TRUNG TẠI CỘNG ĐỒNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Phạm Ngọc Thảo¹, Đỗ Đức Thuận², Đinh Việt Hùng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chúng tôi nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân Covid-19 có biểu hiện stress trong khu cách ly tập trung trong cộng đồng ở thành phố Hồ Chí Minh. **Phương pháp:** Tổng số 125 bệnh nhân được chẩn đoán dương tính với SARS-CoV-2 bằng xét nghiệm realtime RT-PCR hoặc test nhanh kháng nguyên được thu thập từ tháng 9 tới tháng 11 tại khu cách ly ở phường 10, Quận Gò Vấp, Thành phố Hồ Chí Minh. Tình trạng stress của bệnh nhân được đánh giá bằng bộ câu hỏi đánh giá Lo âu – Trầm cảm – Stress (DASS 21). **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện stress là 14.4%, trong đó tỷ lệ nam có biểu hiện stress là 19.6% và tỷ lệ nữ có biểu hiện stress là 11.1%. Điểm stress tương quan thuận và có ý nghĩa thống kê với tuổi của bệnh nhân. Nhóm bệnh nhân có độ tuổi từ 40 tới 60 và lớn hơn 40 tuổi có điểm stress cao hơn có ý nghĩa thống kê đối với nhóm bệnh nhân có độ tuổi nhỏ hơn 40 tuổi. **Kết luận:** Tăng tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện stress ở bệnh nhân nhiễm Covid-19 trong khu cách ly tập trung trong cộng đồng.

Từ khóa: Bệnh nhân Covid-19, stress, DASS-21.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự bùng phát của bệnh dịch Covid-19 gây ra những hậu quả nặng nề đối với kinh tế, sức khỏe và các mặt đời sống khác của con người. Các đặc điểm gồm sợ nhiễm vi rút, không có thuốc điều trị đặc hiệu, tỷ lệ tử vong có liên quan đến vi rút cao, không chắc chắn về thời điểm vi rút sẽ được kiểm soát hay hiệu quả của vắc xin những yếu tố chính được cho là nguyên nhân làm gia tăng stress trong cộng đồng. Bên cạnh đó, để giảm nguy cơ phơi nhiễm COVID-19, biện pháp giãn cách xã hội được đề xuất và thực hiện ở nhiều nước trên thế giới. Mọi người được khuyến cáo ở trong nhà, duy trì khoảng cách vật lý trong bất kỳ tình huống nào khi

ra ngoài vì những lý do cần thiết. Thiệt hại kinh tế, thói quen hàng ngày bị gián đoạn, không có khả năng tham gia vào các sự kiện xã hội cũng gây gia tăng stress trong cộng đồng [2]. Phân tích thống kê từ 5 nghiên cứu với tổng số 9074 đối tượng, Salari và cộng sự 2020 báo cáo tỷ lệ có rối loạn stress trong cộng đồng là 29.6% [3]. Hơn nữa, tổng hợp 16 nghiên cứu từ 113285 đối tượng trong 6 tháng đầu tiên kể từ khi phát hiện ca bệnh đầu tiên, Lakhan và cộng sự 2020 báo cáo tỷ lệ stress trong cộng đồng là 53% [2]. Tại Việt nam, ca nhiễm Covid-19 đầu tiên được ghi nhận vào ngày 23 tháng 1 năm 2020 tại Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam [4]. Sau đó đã lan rộng ra nhiều tỉnh, thành phố trong cả nước. Nhiều khu cách ly tập trung trong cộng đồng được thiết lập nhằm mục đích cách ly và điều trị bệnh nhân Covid-19. Điều này gợi ý rằng, tăng tỷ lệ bệnh nhân bị stress ở bệnh nhân Covid-19 trong khu cách ly tập trung ở Việt nam được giả thuyết.

Do vậy, trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành với mục tiêu nghiên cứu tỷ lệ và các yếu tố ảnh hưởng lên tình trạng stress ở bệnh nhân nhiễm Covid-19 đang thực hiện cách ly tại khu cách ly tập trung

¹Bộ môn Chẩn đoán Chức năng, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Khoa Đột Quy, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

³Bộ môn-khoa Tâm Thần, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Tác giả thực hiện chính và chịu trách nhiệm khoa học: **Phạm Ngọc Thảo**

Email: phamngocthaovmm@gmail.com

Ngày tiếp nhận: 01/8/2022

Ngày phản biện: 13/10/2022

Ngày chấp nhận đăng: 15/12/2022

ở phường 10, quận Gò Vấp, thành phố Hồ Chí Minh, một điểm cách ly bệnh nhân Covid-19 tập trung trong Cộng đồng. Kết quả nghiên cứu này làm cơ sở thực hiện hiệu quả hơn công tác chăm sóc quản lý người bệnh Covid-19 trong cộng đồng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên tổng số 125 bệnh nhân đang thực hiện cách ly tại khu cách ly tại phường 10, Quận Gò Vấp, thành phố Hồ Chí Minh thời gian từ tháng 9 tới tháng 11 năm 2021.

Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: từ 18 tuổi trở lên, được khẳng định nhiễm SARS-CoV-2 bằng xét nghiệm realtime RT-PCR hoặc test nhanh kháng nguyên và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu được chia ra thành 3 nhóm theo tuổi: < 40 tuổi, 40-60 tuổi và \geq 60 tuổi. Các thông tin về độ tuổi, học vấn, giới tính, thu nhập cá nhân, tình trạng hút thuốc và uống rượu bia, tình trạng hôn nhân, sống một mình hay sống với gia đình, số mũi vắc xin đã tiêm, bệnh nền của bệnh nhân được thu thập.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Tình trạng stress của bệnh nhân

Thang đánh giá Lo âu – Trầm cảm – Stress (DASS 21) bao gồm 7 câu hỏi đánh giá tình trạng stress được sử dụng để

đánh giá tình trạng của bệnh nhân. Bệnh nhân được phát phiếu phỏng vấn trực tiếp và trả lời các câu hỏi có thang điểm từ 0 tới 3 tương ứng với biểu hiện tăng dần của tình trạng stress của bệnh nhân. Điểm đánh giá tình trạng stress được tính bằng tổng điểm thành phần, sau đó kết quả thu được nhân với 2. Mức độ stress của bệnh nhân được đánh giá như sau: bình thường (0-14 điểm), nhẹ (15-18 điểm), vừa (19-25 điểm), nặng (26-33 điểm), rất nặng (\geq 34 điểm) [5].

2.4. Phân tích kết quả

Thống kê mô tả đặc điểm của bệnh nhân và thang điểm đánh giá tình trạng Stress của bệnh nhân được thực hiện bằng phần mềm phân tích thống kê SPSS 21.0. Mối liên quan giữa thang điểm đánh giá Stress và các yếu tố ảnh hưởng được phân tích bằng tương quan hạng Spearman đối với các biến liên tục hoặc kiểm định Mann-Whitney U đối với các biến phân loại. Phân tích phương sai (Analysis of variance) được sử dụng để so sánh điểm đánh giá stress giữa các nhóm tuổi khác nhau. Giá trị $p < 0.05$ được xác định có ý nghĩa thống kê.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Bệnh nhân được giải thích trước khi tham gia nghiên cứu và tự nguyện tham gia khảo sát. Các thông tin của bệnh nhân và kết quả khảo sát tình trạng stress của bệnh nhân được bảo mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Trung bình, n	SD, %
Tuổi (năm)	43.9	14.2
Học vấn (năm)	10.6	4.0
Tổng thu nhập/tháng (Triệu đồng)	7.5	4.5
BMI	23.3	3.5
Giới tính (% nam)	56.0	44.8
Hút thuốc lá (% có)	17.0	13.6

Uống rượu, bia (% có)	20.0	16.0
Tiêm vắc xin (% có)	108.0	86.4
Tiền sử bệnh nền (% có)	45.0	36.0
Sống một mình (% có)	4.0	3.2
Đã lập gia đình (% có)	94.0	75.2

n: số lượng đối tượng, *SD*: độ lệch chuẩn, *BMI*: chỉ số khối cơ thể

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu được thể hiện ở bảng 1. Độ tuổi trung bình(\pm SD) của đối tượng nghiên cứu là 43.9 (\pm 14.2). Học vấn của đối tượng nghiên cứu (số năm học \pm SD) là 10.6 \pm 4.0. Tổng số đối tượng nghiên cứu là nam giới là 56, chiếm tỷ lệ 44.8%. 13.6% tổng số đối tượng là người đã từng hút thuốc lá, 16% tổng số đối tượng có uống rượu bia. 86.4% đối tượng đã tiêm ít nhất 1 mũi vắc xin phòng Covid-19 và 36% đối tượng là người có tiền sử bệnh lý mạn tính. Hầu hết các đối tượng đã lập gia đình (94%), trong đó chỉ có 3.2% đối tượng là sống một mình.

3.2. Đặc điểm phân bố mức độ stress

Mức độ stress được chia ra làm 5 mức độ bao gồm: không có rối loạn stress (bình thường), mức độ nhẹ, mức độ vừa, mức độ nặng và mức độ rất nặng. Phân bố mức độ stress ở tổng số đối tượng và theo

giới tính được thể hiện ở bảng 2.

Kết quả nghiên cứu thể hiện tỷ lệ bệnh nhân Covid-19 biểu hiện stress là 14.4%. Trong đó hầu hết tập trung ở mức độ nhẹ với 8.8%. Tỷ lệ bệnh nhân có stress mức độ vừa và nặng là 1.6% và 3.2%. Chỉ có 0.8% tổng số đối tượng biểu hiện stress mức độ nặng.

Tỷ lệ bệnh nhân covid-19 có rối loạn stress ở nam giới là 19.6% với 14.3% biểu hiện mức độ nhẹ, 1.8% biểu hiện mức độ vừa, 3.6% biểu hiện mức độ nặng. Không có bệnh nhân nam biểu hiện stress mức độ rất nặng. Tỷ lệ bệnh nhân covid-19 biểu hiện stress thấp hơn ở nữ giới so với nam với 11.1% tổng số đối tượng. Chỉ 4.3% bệnh nhân Covid-19 nữ có biểu hiện stress mức độ nhẹ, 1.4% biểu hiện mức độ vừa, 2.9% biểu hiện mức độ nặng và 1.4% biểu hiện mức độ rất nặng (Bảng 2).

Bảng 2. Phân bố mức độ stress

	Toàn bộ		Nam		Nữ	
	N	%	N	%	N	%
Bình thường	107	85.6	45	80.4	62	89.9
Mức độ nhẹ	11	8.8	8	14.3	3	4.3
Mức độ vừa	2	1.6	1	1.8	1	1.4
Mức độ nặng	4	3.2	2	3.6	2	2.9
Mức độ rất nặng	1	0.8	0	0.0	1	1.4

N: Số đối tượng

3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng lên tình trạng stress

Mối liên quan giữa đặc điểm của bệnh nhân và thang điểm stress được phân tích sử dụng phân tích tương quan

hạng Spearman hoặc kiểm định Mann-Whitney U. Kết quả của phân tích tương quan hạng Spearman được thể hiện ở bảng 3 dưới đây.

Kết quả chỉ ra điểm stress tương

quan thuận và có ý nghĩa thống kê với độ tuổi của bệnh nhân ($r = 0.183$, $p = 0.041$). Tương tự, điểm stress cũng tương quan thuận với số năm học vấn, tổng thu nhập hàng tháng, các chỉ số về chiều cao, cân nặng, chỉ số khối cơ thể của bệnh nhân. Tuy nhiên, sự tương quan này không có ý nghĩa thống kê.

Điểm stress cũng được so sánh ở

cách nhóm bệnh nhân nam và nữ, hút thuốc lá và không hút thuốc lá, uống rượu bia và không uống rượu bia, tiêm vắc xin và không tiêm vắc xin, bệnh nền và không có bệnh nền bằng kiểm định Mann-Whitney U. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê được quan sát trong nghiên cứu của chúng tôi (không biểu thị số liệu).

Bảng 3. Một số yếu tố ảnh hưởng lên thang điểm stress

Một số yếu tố ảnh hưởng	r	p
Tuổi (năm)	0.183	0.041
Học vấn (năm)	0.036	0.687
Tổng thu nhập/tháng (Triệu đồng)	0.015	0.866
Cân nặng	0.125	0.164
Chiều cao	0.050	0.578
BMI	0.106	0.239

BMI: chỉ số khối cơ thể

Để đánh giá sự khác biệt về điểm stress ở các nhóm tuổi khác nhau. Điểm stress của bệnh nhân được so sánh ở ba nhóm tuổi khác nhau sử dụng phân tích phương sai (analysis of variance) và kết quả được thể hiện ở bảng 4. Nhóm đối tượng có độ tuổi 40-60 và lớn hơn 60 tuổi

có điểm stress cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm tuổi nhỏ hơn 40 tuổi ($p < 0.05$). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi 40-60 tuổi và nhóm tuổi lớn hơn 60 về điểm stress được quan sát trong nghiên cứu hiện tại ($p > 0.05$) (trình bày tại bảng 4).

Bảng 4. So sánh thang điểm stress ở nhóm tuổi khác nhau

Tuổi	N	Mean	SE	95% CI (lower, higher)	P-value
< 40	47	3.5	0.7	(1.9, 5.0)	
40-60	49	6.7	1.3	(4.1, 9.4)	0.032
> 60	29	7.2	1.3	(4.3, 6.9)	0.035

N: số lượng đối tượng, Mean: giá trị trung bình, SE: sai số chuẩn, 95% CI: Khoảng tin cậy 95%, P-value: so sánh với nhóm nhỏ hơn 40 tuổi.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu hiện tại, tỷ lệ bệnh nhân Covid-19 có biểu hiện stress là 14.4%. Trong nghiên cứu trước đây về ảnh hưởng của đại dịch lên tỷ lệ stress trong

cộng đồng ở Việt Nam, Le và cộng sự (2020) sử dụng bộ câu hỏi DASS-21 khảo sát online trên 1382 đối tượng ở 63 tỉnh, thành phố tại Việt Nam. Tác giả báo cáo tỷ lệ stress trong cộng đồng tại thời điểm 1

tuần sau khi thực hiện giãn cách xã hội (ngày 1 tháng 4 năm 2020) là 3.4% [6]. Kết quả này chỉ ra, tỷ lệ bệnh nhân Covid-19 có biểu hiện stress trong nghiên cứu của chúng tôi cao gấp khoảng 4-5 lần so với tỷ lệ stress trong cộng đồng. Như vậy, tỷ lệ stress trong cộng đồng hay ở bệnh nhân Covid-19 ở Việt Nam thấp hơn so với một số nước khác trên thế giới như ở Trung Quốc, Iran, hay Italy. Trong nghiên cứu trước đây, tổng hợp 16 nghiên cứu về ảnh hưởng của đại dịch Covid-19 lên tỷ lệ stress trong cộng đồng từ tháng 12 năm 2019 tới tháng 6 năm 2020 bao gồm 11 nghiên cứu từ Trung Quốc, 2 nghiên cứu từ Ấn Độ, 1 nghiên cứu từ Tây Ban Nha, Italy và Iran, Lakhan và cộng sự (2020) báo cáo tỷ lệ stress trong cộng đồng là 53% [2]. Salari và cộng sự 2020 tổng hợp và phân tích thống kê từ 5 nghiên cứu với tổng số 9074 đối tượng. Tác giả báo cáo tỷ lệ stress trong cộng đồng là 29.6%. Mặc dù 5 nghiên cứu này sử dụng các bộ câu hỏi khảo sát khác nhau và thời gian 5 nghiên cứu này được thực hiện từ tháng 12 năm 2019 tới tháng 5 năm 2020 [3]. Nghiên cứu tỷ lệ stress ở bệnh nhân Covid-19 ở Afghanistan, Niazi và cộng sự 2022 báo cáo tỷ lệ bệnh nhân Covid-19 có biểu hiện stress là 49.6%. Trong đó 42.9% có biểu hiện stress mức độ vừa và nặng [7]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, bệnh nhân Covid-19 biểu hiện stress hầu hết ở mức độ nhẹ, chỉ có 4.0% biểu hiện mức độ nặng và rất nặng. Kết quả này thể hiện sự thành công của chính phủ trong công tác phòng chống, điều trị và kiểm soát dịch bệnh. Bên cạnh đó nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trong khu cách ly tập trung cộng đồng nơi chỉ giữ cách ly và điều trị bệnh nhân Covid-19 mức độ nhẹ và nghiên cứu được thực hiện tại thời điểm gần 2 năm sau khi xuất hiện ca bệnh đầu tiên trên thế giới. Bên cạnh đó, cỡ mẫu trong nghiên cứu này nhỏ, điều này có thể ảnh hưởng tới kết quả của nghiên cứu hiện tại. Do vậy, nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn là cần thiết để đánh

giá chính xác hơn tỷ lệ bệnh nhân Covid-19 biểu hiện stress ở Việt Nam.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng phát hiện tăng biểu hiện stress tương quan thuận với tăng tuổi của bệnh nhân. Do vậy, trong thực hiện công tác quản lý và điều trị bệnh Covid-19 tại khu cách ly cộng đồng, đặc biệt là tình trạng stress của bệnh nhân cần có những chú ý cao hơn về phương pháp điều trị đối với nhóm người cao tuổi.

5. KẾT LUẬN

Tăng tỷ lệ stress được phát hiện ở bệnh nhân nhiễm Covid-19 tại khu cách ly tập trung trong cộng đồng. Tăng biểu hiện stress liên quan tới tuổi của bệnh nhân ở bệnh nhân Covid-19, Tăng cường các biện pháp trong công tác chăm sóc sức khỏe, đặc biệt theo dõi chặt chẽ các biểu hiện stress ở bệnh Covid-19 là yêu cầu cần thiết.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn tới toàn bộ bệnh nhân đã tham gia nghiên cứu. Xin bày tỏ lòng biết ơn tới cán bộ, nhân viên y tế khu cách ly phường 10, Quận Gò Vấp, Thành phố Hồ Chí Minh đã hỗ trợ chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. <https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>.
2. Lakhan R, Agrawal A, Sharma M (2020). Prevalence of Depression, Anxiety, and Stress during COVID-19 Pandemic. *Journal of neurosciences in rural practice*, 11(4), 519–525.
3. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S et al. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*. 16(1):57.
4. Coleman J (2020). "Vietnam reports first coronavirus cases". *The Hill*. Truy cập ngày 18 tháng 2 năm 2020.
5. Lovibond PF, Lovibond SH (1995). The structure of negative emotional states:

- comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. Behav. Res. Ther. 33(3):335–343.
6. Le HT, Lai AJX, Sun J, Hoang MT, Vu LG et al. (2021). Anxiety and Depression Among People Under the Nationwide Partial Lockdown in Vietnam. Front Public Health. 8:589359.
7. Niazi AU, Alekozay M, Najm AF (2022). Prevalence and associated factors of depression, anxiety and stress among coronavirus disease 2019 (COVID-19) patients in Heart, Afghanistan. Global health journal (Amsterdam, Netherlands).
<https://doi.org/10.1016/j.glohj.2022.02.001>.

SUMMARY

THE PREVALENCE OF STRESS IN COVID-19 PATIENTS IN ISOLATION AREAS IN THE COMMUNITY IN HO CHI MINH CITY: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Pham Ngoc Thao¹, Do Duc Thuan², Dinh Viet Hung³

¹ Department of Functional Diagnosis, 103 Military Hospital, Vietnam Military Medical University

² Department of Stroke, 103 Military Hospital, Vietnam Military Medical University

³ Department of Psychiatry, 103 Military Hospital, Vietnam Military Medical University

Objective: We investigated the prevalence of stress among Covid-19 patients in an isolation area in the community in Ho Chi Minh city. **Methods:** A total of 125 Covid-19 patients was recruited from september to november, 2021 in 10 commune, Go Vap district, Ho Chi Minh city. The stress status of the patients was examined by the Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21). **Results:** The prevalence of stress in Covid-19 patients was 14.4% with 19.6% male and 11.1% female showed stress disorder. The stress scores was positively and significantly correlated with age of the patients. The scores of stress in the groups of the patients older than 60 years old and the patients aged from 40 to 60 years were significantly higher than those in the groups of the patients with their age less than 40 years old. **Conclusion:** Increased prevalence of stress among Covid-19 patients in the isolation area in the community in Ho Chi Minh city.

Keywords: Covid-19 patients, Stress, DASS-21.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN RỐI LOẠN LIPID MÁU CỦA BÀI THUỐC TIÊU ĐÀM – 03

Phan Văn Minh¹, Lê thị Nga², Bùi Thanh Hà¹,
Nguyễn Thanh Hà Tuấn¹, Hoàng Văn Nghĩa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả điều trị bệnh nhân rối loạn lipid máu của bài thuốc Tiêu đàm - 03. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 35 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn lipid máu điều trị tại viện Y học cổ truyền Quân đội từ tháng 4/2022 đến tháng 7/2022. Bệnh nhân được uống thuốc nghiên cứu vào ngày thứ 2 sau vào viện với liều 2,8g/kg thể trọng chia 2 lần/ngày (tương đương 140ml/lần) uống vào lúc 8h30 và 15h30, uống liên tục trong 21 ngày. Bệnh nhân được theo dõi và so sánh một số chỉ số lâm sàng và các xét nghiệm TC, TG, LDL-C, HDL-C vào ngày trước khi uống thuốc (D0) và ngày thứ 21 (D21). **Kết quả và kết luận:** Bài thuốc Tiêu đàm - 03 có tác dụng làm giảm nồng độ TC 12,7%, nồng độ TG giảm 19,8%, nồng độ LDL-C giảm 16,3%, nồng độ HDL-C tăng 3,8%. Hiệu quả điều trị: kết quả tốt đạt 60%, kết quả khá đạt 31,3%, kết quả trung bình 2,9%, không hiệu quả 5,8%. Bài thuốc Tiêu đàm - 03 làm giảm chỉ số xơ vữa mạch (AI) là 22,2%.

Từ khóa: Bài thuốc Tiêu đàm – 03; Rối loạn lipid máu; Hiệu quả điều trị.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu (RLLPM) là tình trạng bệnh lý khi có một hoặc nhiều thông số lipid bị rối loạn. Bệnh là một trong những yếu tố nguy cơ chính ảnh hưởng tới phân bố gánh nặng bệnh tật toàn cầu [1]. RLLPM gây nhiều biến chứng trầm trọng và là một trong những yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch, tổ chức Y tế thế giới (WHO) dự báo đến năm 2030 sẽ có khoảng 23,3 triệu ca tử vong do bệnh tim mạch liên quan đến RLLPM trên toàn thế giới [2]. Ngoài bệnh tim mạch, tăng lipid máu cũng có liên quan chặt chẽ với bệnh tiểu đường, kháng insulin và béo phì [3].

Các nghiên cứu lâm sàng về y học cổ truyền nhận thấy RLLPM và chứng đàm thấp có nhiều điểm tương đồng, điều trị chứng đàm thấp bằng thuốc YHCT mang lại hiệu quả điều trị RLLPM máu tốt. Mặt khác, thuốc YHCT có những ưu điểm

riêng: nguồn thuốc phong phú, tác dụng sinh học đa cơ chế, có tác dụng điều chỉnh RLLPM tốt, cải thiện tốt các triệu chứng lâm sàng và ít độc tính hoặc tác dụng phụ, có thể linh hoạt trong việc kê đơn và phù hợp với từng cá nhân do đó nó có triển vọng ứng dụng rộng rãi [4]. Bài thuốc Tiêu đàm - 03 là bài thuốc kinh nghiệm gồm 13 vị thuốc được khoa YHCT Bệnh viện 103 xây dựng trên cơ sở biện chứng luận trị của YHCT về chứng đàm thấp để điều trị RLLPM. Kết quả nghiên cứu thực nghiệm của đề tài chuyên khoa cấp II của bác sĩ Bành Thị Thu Quyên (2018) về bài thuốc cho thấy thuốc có tác dụng điều chỉnh RLLPM tốt, ít độc tính do chưa xác định được độc tính cấp, bán trường diễn trên động vật thực nghiệm [5]. Vì vậy, để có thêm cơ sở khoa học cho ứng dụng lâm sàng điều trị RLLPM, chúng tôi tiến hành đề tài nhằm đánh giá hiệu quả điều trị bệnh nhân rối loạn lipid máu của bài thuốc Tiêu đàm - 03.

2. ĐỐI TƯỢNG, VẬT LIỆU, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, chất liệu nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng, vật liệu nghiên cứu

¹Bệnh viện Quân y 103 - Học viện Quân y

²Viện Y học cổ truyền Quân đội

Tác giả thực hiện chính và chịu trách nhiệm khoa học: Lê Thị Nga

Email: lenga2318@gmail.com

Ngày tiếp nhận: 29/8/2022

Ngày phân biện: 09/10/2022

Ngày chấp nhận đăng: 15/12/2022

- 35 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán RLLPM điều trị tại viện Y học cổ truyền Quân đội từ tháng 4/2022 đến tháng 7/2022.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, không phân biệt giới tính, RLLPM máu nguyên phát đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán RLLPM của VNHA 2008 – 2010[6]. Bệnh nhân chưa dùng thuốc hạ lipid máu hoặc đã ngưng dùng thuốc hạ lipid máu trên 2 tuần mà lipid máu vẫn rối loạn. Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Bệnh nhân bị RLLPM thứ phát (do hội chứng thận hư, suy giáp...). Bệnh nhân đang có các bệnh lý nghiêm trọng (viêm gan, rối loạn chức năng gan và thận, các bệnh về hệ thống tạo máu, bệnh tâm thần, có tiền sử nhồi máu cơ tim cấp trong vòng sáu tháng, BN cơ địa dị ứng và những người dị ứng với nhiều loại thuốc). Phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú. Bệnh nhân đang sử dụng heparin, thyroxine, steroid hoặc thuốc ức chế miễn dịch ảnh hưởng đến lượng lipid trong máu.

- Tiêu chuẩn ngừng các trường hợp nghiên cứu: Trong quá trình dùng thuốc, bệnh nhân xảy ra các biến cố nghiêm trọng như: nhồi máu cơ tim, đột quỵ não, dị ứng thuốc hoặc bệnh nhân gặp các phản ứng có hại nghiêm trọng khác. Bệnh nhân không chấp hành đúng theo quy trình nghiên cứu

2.1.2. Thuốc nghiên cứu

Bài thuốc tiêu đàm 03: Chỉ thực (Fructus *Aurantii immaturus*):10g, Bán hạ (Rhizoma *Pinelliae Ternatae*):10g, Đờm nam tinh (*Arisaema Cum Bile*): 08g, Trạch tả (Rhizoma *Alismatis*):15g, Viễn chí (Radix *Polygalae Tenuifoliae*):05g, Hồng hoa (Flos *Carthami*):10g, Ngưu tất (Radix *Achyranthis Bidentatae*):15g, Mộc hương (Radix *Aucklandiae*):05g, Sa nhân (Fructus *Amomi*):08g, Bạch thược (Radix *Paconiae Alba*):15g, Bạch truật (Rhizoma *Atractylodis Macrocephalae*):12g, Ngoc trúc (Rhizoma *Polygonati Odorati*):12g, Sơn tra (Fructus *Crataegi*):15g.

Dược liệu do trung tâm sản xuất thuốc Đông dược viện YHCTQĐ cung cấp, đạt tiêu chuẩn cơ sở. Bài thuốc được chiết bằng hệ thống máy sắc và đóng gói tự động của Hàn Quốc tại khoa Dược - Viện Y học cổ truyền Quân đội.

Dạng sử dụng: dịch chiết có tỷ lệ 1:1, đóng túi 140ml.

Liều dùng: 140ml /lần, ngày uống 2 lần tương đương 2,8g/kg thể trọng/ngày.

2.1.3. Dụng cụ máy móc

- Máy xét nghiệm sinh hóa máu AU480 của hãng Beckman Coulter (Mỹ sản xuất)

- Máy xét nghiệm huyết học SYSMEX của hãng SYSMEX (Nhật Bản sản xuất).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu được thiết kế theo mô hình thử nghiệm lâm sàng mở, tiến cứu, so sánh trước - sau điều trị, không có nhóm chứng.

- 35 BN được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng, tại thời điểm trước điều trị (D₀) và ngày thứ 21 của nghiên cứu (D₂₁).

Chiều cao: đo một lần lúc bắt đầu điều trị bằng thước gắn trên cân đồng hồ.

Cân nặng: cân vào buổi sáng, lúc đói trước và sau nghiên cứu (D₀, D₂₁) bằng cân đồng hồ nhãn hiệu cân bàn SMIC (Trung Quốc).

Mạch, huyết áp (HA): sử dụng máy đo HA nhãn hiệu ALP do Nhật Bản sản xuất, được hiệu chỉnh bằng huyết áp kế thủy ngân, đo HA ngày 2 lần.

Các chỉ số xét nghiệm sinh hóa máu (cholesterol, triglyceride, LDL-C, HDL-C) được thực hiện vào ngày D₀, D₂₁.

Các xét nghiệm Xquang tim phổi, Điện tâm đồ, nước tiểu làm một lần trước điều trị để loại trừ bệnh lý khác không thuộc diện nghiên cứu.

- Tiến hành điều trị: Bệnh nhân được uống thuốc nghiên cứu vào ngày thứ 2 sau vào viện với liều 2,8g/kg thể trọng chia 2 lần/ngày (tương đương 140ml/lần) uống vào lúc 8h30 và 15h30, uống liên tục trong

21 ngày. Các bệnh nhân được theo dõi trong 21 ngày kể từ khi bắt đầu dùng thuốc trên mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Nếu phát hiện có các biến chứng nặng thì dừng nghiên cứu hoặc chuyển điều trị bằng thuốc của YHHĐ.

- Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn lipid máu của thuốc Tiêu đàm - 03

+ Đánh giá sự biến đổi các trị số TG, TC, HDL-C, LDL-C huyết thanh trước và sau khi điều trị và tính toán chỉ số xơ vữa động mạch (AI).

+ Đánh giá sự biến đổi các chỉ số: HA tâm thu, HA tâm trương, BMI, cân nặng.

- Xử lí số liệu: phần mềm SPSS 20.0, giá trị các chỉ tiêu NC được trình bày dưới dạng số trung bình \pm độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$) với độ tin cậy 95%, so

sánh các kết quả trước sau điều trị theo từng cặp bằng kiểm định T- test, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ hoặc $p < 0,01$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

- Thuốc NC đã được Hội đồng Y đức BVQY- 103 cho phép thử nghiệm trên người tình nguyện. Trước NC, bệnh nhân tình nguyện được tìm hiểu những thông tin cần thiết về đề tài NC và ký vào giấy đồng ý tham gia NC. Nghiên cứu chỉ được thực hiện khi bệnh nhân đồng ý, tự nguyện tham gia NC. Bệnh nhân có thể rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không ảnh hưởng đến chăm sóc y tế.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

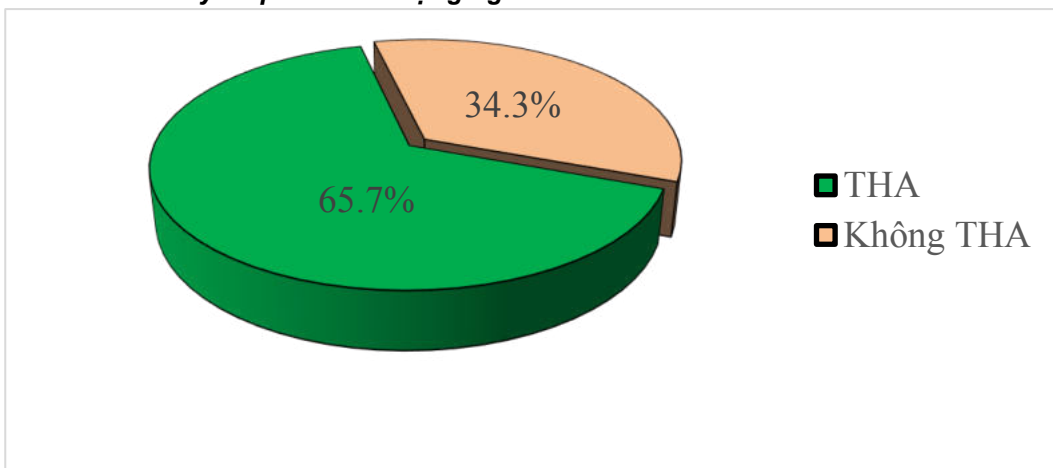
3.1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Chỉ số nhân trắc của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân loại bệnh nhân theo chỉ số BMI (n=35)

BMI	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thiếu cân (BMI < 18,5)	0	0
Bình thường (BMI 18,5 - 22,9)	10	28,6
Thừa cân (BMI 23 - 24,9)	16	45,7
Béo phì (BMI \geq 25)	9	25,7
Tổng	35	100%
$\bar{X} \pm SD$	23,72 \pm 1,58	

3.1.2. Chỉ số huyết áp của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Bệnh lý kèm theo của nhóm nghiên cứu

3.1.3. Đặc điểm rối loạn các thành phần lipid máu

Bảng 2. Phân loại RLLPM theo VNHA 2008 – 2010 (n=35)

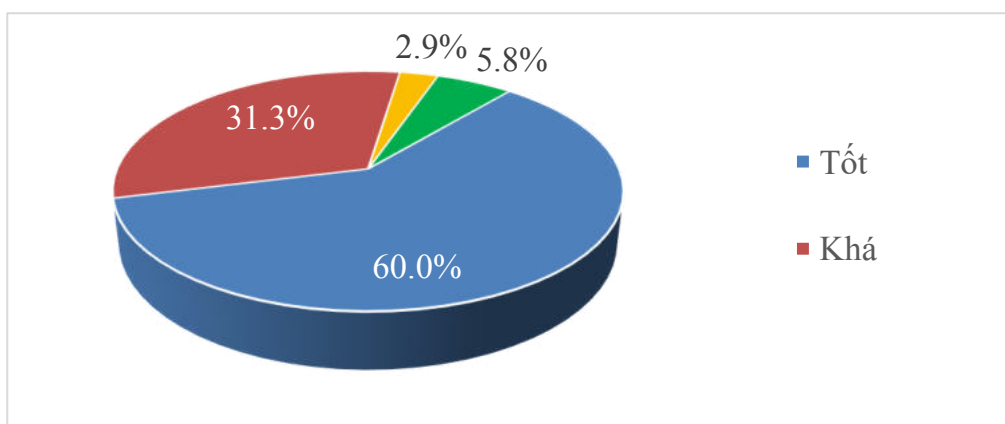
Chỉ số lipid máu	RLLPM (n)	Tỷ lệ%
Cholesteron (mmol/l) > 5,2	28	82,8
Triglicerid (mmol/l) > 2,3	26	77,1
HDL-C (mmol/l) < 0,9	3	8,6
LDL-C (mmol/l) > 3,4	26	77,1

3.2. Kết quả điều trị của thuốc Tiêu đàm-03

3.2.1. Tác dụng của Tiêu đàm-03 trên các chỉ số lipid máu

Bảng 3. Tác dụng của Tiêu đàm - 03 trên các chỉ số lipid máu (n=35)

Chỉ số	Thời điểm	Trước điều trị (D ₀) ($\bar{X} \pm SD$)	Sau điều trị (D ₂₁) ($\bar{X} \pm SD$)	p	Mức giảm (%)
TC (mmol/L)		5,85 ± 0,82	5,09 ± 0,67	< 0,001	12,7
TG (mmol/L)		3,35 ± 1,8	2,68 ± 1,5	< 0,001	19,8
LDL-C (mmol/L)		3,88 ± 0,71	3,24 ± 0,63	< 0,001	16,3
HDL-C (mmol/L)		1,26 ± 0,26	1,3 ± 0,22	< 0,05	3,8
AI		3,81 ± 1,04	2,82 ± 0,79	< 0,001	22,2



Biểu đồ 2. Hiệu quả điều chỉnh RLLPM của bài thuốc Tiêu đàm-03

3.2.2. Hiệu quả điều trị thông qua thay đổi một số chỉ số

Bảng 4. Hiệu quả điều trị thông qua thay đổi các chỉ số nhân trắc (n=35)

Chỉ số	Thời điểm	Trước điều trị (1) ($\bar{X} \pm SD$)	Sau điều trị (2) ($\bar{X} \pm SD$)	p ₁₋₂
Cân nặng (kg)		62,34 ± 7,5	62,03 ± 7,7	>0,05
BMI		23,72 ± 1,59	23,6 ± 1,68	>0,05

Bảng 5. Huyết áp động mạch trước và sau điều trị ở bệnh nhân tăng HA (n= 23)

Chỉ số \ Thời điểm	Trước điều trị ($\bar{X} \pm SD$)	Sau điều trị ($\bar{X} \pm SD$)	p
HATT	155 \pm 7,5	136,5 \pm 8,7	p < 0,001
HATr	98 \pm 10,7	87,6 \pm 3,3	p < 0,001

Bảng 6. Huyết áp động mạch trước và sau điều trị ở bệnh nhân không tăng HA (n= 12)

Chỉ số \ Thời điểm	Trước điều trị ($\bar{X} \pm SD$)	Sau điều trị ($\bar{X} \pm SD$)	p
HATT	125 \pm 6,7	125 \pm 6,0	p>0,05
HATr	80 \pm 4,0	76 \pm 5,1	p>0,05

4. BÀN LUẬN

4.1. Tác dụng của bài thuốc Tiêu đàm - 03 trên các chỉ số lipid máu

Sau 21 ngày điều trị, bài thuốc Tiêu đàm - 03 đã làm thay đổi nồng độ các chỉ số lipid máu: nồng độ TC sau điều trị đạt 5,09 \pm 0,67, giảm 12,7% so với trước điều trị với p<0,001, nồng độ TG giảm 19,8% so với trước điều trị với p <0,001, nồng độ LDL-C giảm 16,3% so với trước điều trị với p<0,001, nồng độ HDL-C tăng 3,8% so với trước điều trị với p<0,05 (Bảng 3).

Sau 21 ngày điều trị, tỉ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt chiếm 60%, đạt kết quả khá chiếm 31,3 %, trung bình 2,9% và không hiệu quả là 5,8% (Biểu đồ 2). Hiệu quả điều chỉnh RLLPM của bài thuốc Tiêu đàm-03 cao hơn *Cao lỏng đại an* của Tạ Thu Thủy (2016) với 72,2% bệnh nhân điều trị có hiệu quả, trong đó hiệu quả tốt là 35,5% [7] và tương đương với *Cốm hạ mỡ máu* của Nguyễn Thị Ngọc Châu với 94,7% bệnh nhân đạt hiệu quả [8]. Giải thích cho tác dụng điều chỉnh RLLPM của bài thuốc Tiêu đàm-03, chúng tôi nhận thấy, trong nhiều nghiên cứu đã chỉ ra dịch triết nước từ Sơn tra liều dùng 3,6g/ngày trong 3 tháng đã chứng minh được làm giảm nồng độ cholesterol, triglycerid, và LDL-C cho 45 tình nguyện viên bị tăng lipid

máu [9]. Bên cạnh đó, để đánh giá bước đầu nguy cơ VXĐM chúng tôi dùng chỉ số vừa xơ mạch A.I được tính toán theo công thức: A.I = (TC – HDL-C)/HDL-C. Kết quả nghiên cứu cho thấy sau 21 ngày điều trị Tiêu đàm 03 chỉ số A.I giảm 22,2% với p<0,001 (Bảng 3). Vì thế, theo chúng tôi, tác dụng trừ đàm của bài thuốc tiêu đàm - 03 có tác dụng làm giảm lipid trong máu và giảm nguy cơ xơ vữa động mạch là rất khả quan.

4.2. Hiệu quả điều trị qua cải thiện các chỉ số khác

- Chỉ số BMI của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có xu hướng giảm nhẹ sau điều trị (Bảng 4). Tuy nhiên, sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Kết quả này tương ứng với kết quả của các tác giả Nguyễn Thị Thương Huyền (2017).

- Thay đổi huyết áp của bệnh nhân: bảng 5 cho thấy ở nhóm bệnh nhân có tăng huyết áp, giá trị trung bình huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương sau 21 ngày điều trị có xu hướng giảm có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Ở nhóm bệnh nhân không có tăng huyết áp, giá trị trung bình huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương sau 21 ngày điều trị có xu hướng giảm tuy

nhiên không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (Bảng 6).

Một số vị thuốc trong bài thuốc Tiêu đàm 03 được nghiên cứu cho thấy có ảnh hưởng đến huyết áp: đan sâm gây hạ HA ức chế thụ thể β -adrenergic làm chậm nhịp tim. Chỉ thực, trạch tả làm giãn mạch ngoại vi, hạ HA do chẹn thụ thể α -adrenergic [10].

Như vậy, với thành phần bài thuốc có tác dụng chính là kiện tỳ, trừ đàm, hành khí và hoạt huyết, giải quyết vào cơ chế sinh đàm thấp theo YHCT, bài thuốc Tiêu đàm 03 vừa có hiệu quả điều chỉnh rối loạn lipid máu đồng thời còn làm giảm huyết áp trên bệnh nhân có THA nhưng không làm thay đổi tình trạng huyết áp của bệnh nhân có huyết áp bình thường.

5. KẾT LUẬN

Bài thuốc Tiêu đàm - 03 có tác dụng thay đổi các chỉ số lipid máu, cải thiện một số triệu chứng lâm sàng trên bệnh nhân rối loạn lipid máu:

- Làm thay đổi rõ rệt các chỉ số lipid máu: giảm nồng độ TC 12,7%, nồng độ TG giảm 19,8%, nồng độ LDL-C giảm 16,3%, nồng độ HDL-C tăng 3,8%.

- Hiệu quả điều trị: kết quả tốt đạt 60%, kết quả khá đạt 31,3%, kết quả trung bình 2,9%, không hiệu quả 5,8%.

- Bài thuốc Tiêu đàm - 03 làm giảm chỉ số xơ vữa mạch (AI) là 22,2%.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu xin được gửi lời cảm ơn tới tập thể Viện y học cổ truyền Quân đội, Bộ môn - Khoa YHCT - HVQY, Khoa A21 - Viện YHCT Quân đội; TS Bùi Thanh Hà đã chỉ bảo, hướng dẫn, giúp đỡ, tạo mọi điều kiện tốt nhất cho chúng tôi hoàn thành nghiên cứu của mình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2015)**, *Rối loạn chuyển hóa lipid máu, Hướng dẫn chẩn đoán và*

điều trị bệnh nội tiết – chuyển hóa. Nhà Xuất Bản Y Học. 255-263.

2. **Mathers CD and Loncar D (2006)**, *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*. LoS Medicine. 3(11): p. e442.
3. **Đỗ Trung Quân (2015)**, “*Rối loạn lipid và lipoprotein huyết*”, *Bệnh nội tiết chuyển hóa*. Nhà xuất bản Giáo dục Việt nam. 324-338.
4. **Zhang Daming, Yang Jianyu (2008)**, *Distinguishing that hyperlipidemia belongs to "phlegm" and "fat"*. Modern Distance Education of Chinese Medicine, 6(5): p. 401-402.
5. **Bành Thị Thu Quyên (2018)**, *Đánh giá độc tính cấp, bán trường diễn và tác dụng điều chỉnh rối loạn lipid máu của bài thuốc tiêu đàm - 03 trên thực nghiệm*. Học viện Quân Y.
6. **Hội tim mạch học quốc gia Việt Nam (2015)**, *Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu*. p. 29 trang.
7. **Tạ Thu Thủy (2016)**, *Đánh giá tác dụng điều trị hội chứng rối loạn lipid máu của cao lỏng đại an*, Luận án tiến sỹ Y học, Trường đại học Y Hà nội.
8. **Nguyễn Thị Ngọc Châu, Trần Công Trường, Nguyễn Mạnh Tuyên (2018)**, *Đánh giá tác dụng của cốm hạ mỡ máu trên một số chỉ số cận lâm sàng ở bệnh nhân rối loạn lipid máu thể đàm thấp*, tạp chí Y học Việt Nam, tháng 12 năm 2018, số 1 và 2, tr 192-195
9. **Xiong J.P., H.W. Guo and X.F. Gu (2004)**, *Study on effect of hawthorn fruit extraction on human blood lipids*, *Zhong Guo Gong Gong Wei Sheng*, 1469-1470.
10. **Bộ Y tế (2009)**, *Dược học cổ truyền sách đào tạo bác sĩ chuyên khoa y học cổ truyền*. Nhà xuất bản y học.

SUMMARY**EFFECTIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH DYSLIPIDEMIA OF TIEU DAM-03**

**Phan Van Minh¹, Le Thi Nga², Bui Thanh Ha¹,
Nguyen Thanh Ha Tuan¹, Hoang Van Nghia¹**

¹Military Medical Hospital 103 - Military Medical Academy

²Military Institute of Traditional Medicine

Objective: to evaluate the effectiveness of treatment of dyslipidemia patients of Tieu dam - 03. **Methods:** 35 patients were diagnosed with dyslipidemia treated at the Military Institute of Traditional Medicine. team from April 2022 to July 2022. The patient was given the study drug on the 2nd day after admission to the hospital with a dose of 2.8g/kg body weight divided into 2 times/day (equivalent to 140ml/time) orally at 8:30am and 3:30pm, continuously for 21 days. Patients were monitored and compared a number of clinical indices and tests of TC, TG, LDL-C, HDL-C on the day before taking the drug (D0) and day 21 (D21). **Results and conclusion:** Tieu dam - 03 has the effect of reducing TC concentration by 12.7%, TG concentration by 19.8%, LDL-C concentration by 16.3%, HDL-C concentration by 3.8. %. Treatment efficiency: good results reached 60%, good results reached 31.3%, average results 2.9%, ineffective 5.8%. The remedy Diarrhea - 03 reduces the atherosclerotic index (AI) by 22.2%.

Keywords: Tieu dam – 03; dyslipidemia; treatment efficiency.

KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG THÔ CỦA TRẺ BẠI NÃO THỂ CO CỨNG DƯỚI 6 TUỔI QUA CAN THIỆP KẾT HỢP TẠI BỆNH VIỆN VÀ TẠI NHÀ

Phạm Văn Hải¹, Vũ Thị Bích Hạnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động thô cho trẻ bại não thể co cứng dưới 6 tuổi sau can thiệp mô hình kết hợp trung tâm-tại nhà. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp có đối chứng, so sánh trước sau can thiệp, 42 trẻ bại não thể co cứng ≤ 6 tuổi khám và điều trị tại Khoa PHCN - Bệnh viện Xanh Pôn từ tháng 8/2021 đến tháng 5/2022 được chia làm 2 nhóm: Nhóm chứng gồm 21 trẻ được can thiệp theo Chương trình can thiệp truyền thống trước đó ở khoa; Nhóm can thiệp gồm 21 trẻ được can thiệp như nhóm chứng, ngoài ra cha mẹ được tập huấn thêm về kiến thức bại não/ hướng dẫn thực hành tập cho trẻ. Đánh giá sự thay đổi vận động thô theo thang điểm GMFM của trẻ trước can thiệp, sau 1 tháng và sau 3 tháng. **Kết quả:** Tổng điểm GMFM ở thời điểm sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng ở cả hai nhóm đều cải thiện hơn thời điểm trước can thiệp. Điểm GMFM ở thời điểm sau can thiệp 3 tháng ở nhóm can thiệp cải thiện hơn nhóm chứng 2,83 điểm, có mức ý nghĩa thống kê và có ý nghĩa lâm sàng. Điểm GMFM cải thiện theo GMFCS II-IV khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng. **Kết luận:** Can thiệp phục hồi chức năng kết hợp tại bệnh viện và tại nhà của cha mẹ cho trẻ bại não thể co cứng cải thiện chức năng vận động thô hơn so với can thiệp phục hồi chức năng tại bệnh viện.

Từ khóa: Bại não, chức năng vận động thô, chương trình can thiệp kết hợp bệnh viện và tại nhà.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bại não là một thuật ngữ chung mô tả "một nhóm các rối loạn vĩnh viễn về phát triển vận động và tư thế, gây ra các giới hạn về hoạt động do những rối loạn không tiến triển xảy ra trong não bào thai hoặc giai đoạn não ở trẻ đang phát triển. Các rối loạn vận động của bại não thường kèm theo những rối loạn về cảm giác, nhận cảm, nhận thức, giao tiếp và hành vi, với động kinh và với các vấn đề cơ xương thứ phát".[4] Bại não có 3 thể chính, bao gồm: thể co cứng, thể loạn vận động và thể thất điều. Trong đó, thể co cứng ảnh hưởng đến

khoảng 87% trẻ bị bại não. Hậu quả của co cứng cơ gây ra co rút cơ, hạn chế tầm vận động của khớp, ảnh hưởng đến chức năng vận động, cản trở mọi hoạt động chăm sóc và phục hồi chức năng (PHCN) cho trẻ bại não.[5]

Điều trị cho trẻ bại não cần phối hợp nhiều phương pháp khác nhau, trong đó chương trình can thiệp tại nhà được coi là một bổ sung hữu ích hoặc thậm chí thay thế liệu pháp tại trung tâm trong việc phục hồi chức năng cho trẻ em bị bại não.[6] Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu cho thấy chương trình can thiệp giáo dục có thể cải thiện kiến thức, thái độ, thực hành của cha mẹ về chăm sóc trẻ bại não, từ đó cải thiện chức năng vận động của trẻ. Tuy nhiên, hiện tại ở Việt Nam có rất ít nghiên cứu về đánh giá tác động của các chiến lược giáo dục khác nhau đến sự cải thiện vận động thô cho trẻ bại não thể co cứng. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục

¹Đại học Y Hà Nội

Tác giả chịu trách nhiệm khoa học:

Vũ Thị Bích Hạnh

Tác giả liên hệ chính: **Phạm Văn Hải**

Email: phamhaiyh@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/10/2022

Ngày phản biện: 13/10/2022

Ngày chấp nhận đăng: 15/12/2022

tiêu: *Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động thô cho trẻ bại não thể co cứng dưới 6 tuổi sau can thiệp mô hình kết hợp trung tâm- tại nhà.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các trẻ bại não thể co cứng ≤ 6 tuổi được khám và điều trị tại Khoa Phục hồi chức năng - Bệnh viện Xanh Pôn từ tháng 8/2021 đến tháng 5/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Trẻ bại não thể co cứng ≤ 6 tuổi khám và điều trị tại Khoa Phục hồi chức năng - Bệnh viện Xanh Pôn được chẩn đoán theo định nghĩa và phân loại bại não Châu Âu đề xuất bởi Bax và cộng sự, 2005.[7]

- Trẻ có mức vận động thô theo GMFCS độ II, III, IV.

- Có sự đồng ý, tham gia nghiên cứu của bố (mẹ) hoặc người bảo vệ hợp pháp của trẻ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ bại não thể co cứng kèm theo các bệnh lý tổn thương não bẩm sinh hay mắc phải khác: xơ cơ tủy, đa xơ cứng, chấn thương não và các tổn thương não do các nguyên nhân xác định khác (viêm não, di chứng não sau ngạt nước, ngạt khí...)

- Trẻ chậm phát triển trí tuệ và động kinh mức độ nặng.

2.2. Phương pháp

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp có đối chứng, so sánh trước sau

2.2.2. Mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện. Thực tế chúng tôi chọn được 42 trẻ bại não chia làm 2 nhóm:

- Nhóm chứng gồm 21 trẻ: được can thiệp theo Chương trình can thiệp kết hợp hướng dẫn cha mẹ như truyền thống trước đó ở khoa bao gồm: hướng dẫn cha mẹ 1 lần các bài tập duy trì tầm vận động khớp, tạo thuận vận động mỗi lần 30 phút, ngày 2-3 lần.

- Nhóm can thiệp gồm 21 trẻ được can thiệp như nhóm chứng, ngoài ra cha

mẹ được tập huấn thêm về kiến thức bại não/ hướng dẫn thực hành tập cho trẻ theo tài liệu hướng dẫn.

2.2.3. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Chọn bệnh nhân, phân vào nhóm nghiên cứu

Trẻ bại não thể co cứng được tiếp nhận, thu thập thông tin, ghi chép hồ sơ. Khám, lượng giá và chẩn đoán, lập kế hoạch can thiệp. Trẻ được chia ngẫu nhiên vào 2 nhóm: trẻ có số thứ tự lẻ vào nhóm can thiệp (nhóm I), số chẵn vào nhóm chứng (nhóm II), với sự chấp thuận của cha mẹ.

Bước 2: Can thiệp

Can thiệp cho trẻ cả hai nhóm tại khoa PHCN BV Xanh Pôn, thời gian can thiệp 4 tuần, đồng thời hướng dẫn cha mẹ tập cho con các bài tập duy trì tầm vận động khớp, tạo thuận vận động mỗi ngày 2 – 3 lần, mỗi lần 30 phút.

Riêng trẻ thuộc nhóm nghiên cứu, mẹ (hoặc cha) sẽ được lập thành nhóm để tập huấn thêm về lý thuyết và thực hành. Thời gian gồm 3 buổi, mỗi buổi 60 phút.

Nội dung: *Giảng lý thuyết chung 15 phút, 45 phút gia đình thực hành*

+ *Buổi thứ nhất:* khái niệm về bại não, các thể bại não và các khó khăn của trẻ bại não (di chuyển, cử động tay chân, tư thế và thăng bằng, chơi, tự chăm sóc, ăn nuốt, giao tiếp). Quan sát các khó khăn của trẻ.

+ *Buổi thứ hai:* Một số kỹ thuật can thiệp dành cho cha mẹ: Kiểm soát tư thế-thăng bằng: kiểm soát co cứng, đặt tư thế đúng, bế ẵm, thay quần áo... và dụng cụ (xe lăn, đeo nẹp).

+ *Buổi thứ ba:* Tạo thuận vận động chức năng: hướng dẫn lật lẫy, cho trẻ ngồi, bò quỳ, đứng đi có trợ giúp

Bước 3: Đánh giá kết quả PHCN vận động thô cho trẻ, bằng thang điểm GMFM:

- *Khả năng vận động thô của trẻ được đánh giá trên 5 lĩnh vực:* Nằm và lẫy; ngồi; bò và quỳ; đứng; đi, chạy, nhảy

- *Cách cho điểm từng mục như sau* (Mỗi mục là một động tác):

0 = Trẻ không thể khởi đầu một hoạt động.

1 = Trẻ có thể khởi đầu một hoạt động và thực hiện được < 10% hoạt động.

2 = Trẻ có thể thực hiện một phần hoạt động (10 đến dưới 100% hoạt động).

3 = Trẻ có thể thực hiện hoàn toàn một hoạt động (100% hoạt động).

– *Cách tính điểm:*

Cho điểm từng mục, sau đó cộng tổng điểm của các tiết mục trong từng mốc vận động rồi chia cho điểm số tối đa của lĩnh vực đó để tìm ra tỉ lệ % của từng lĩnh vực: $Tỷ\ lệ\% \text{ của lĩnh vực} = \frac{\sum \text{điểm của trẻ trong lĩnh vực}}{\text{tổng điểm của lĩnh vực}} \times 100\%$

Đánh giá sự cải thiện điểm GMFM ở thời điểm sau can thiệp 1 tháng, 3 tháng so với trước can thiệp; ở thời điểm sau can thiệp 3 tháng so với 1 tháng trong cùng 1 nhóm và giữa 2 nhóm. Và đánh giá sự cải thiện điểm GMFM theo các mức độ GMFCS của 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Hệ thống Phân loại Chức năng Vận động Thô (GMFCS):

• Độ I: Trẻ không hạn chế đi lại, hạn chế vận động thô cao cấp hơn.

• Độ II: Hạn chế đi bộ trong ngoài nhà và trong cộng đồng, cần dụng cụ trợ giúp khi bắt đầu đi.

• Độ III: Thường xuyên cần sử dụng dụng cụ trợ giúp và dụng cụ chỉnh hình để đi bộ.

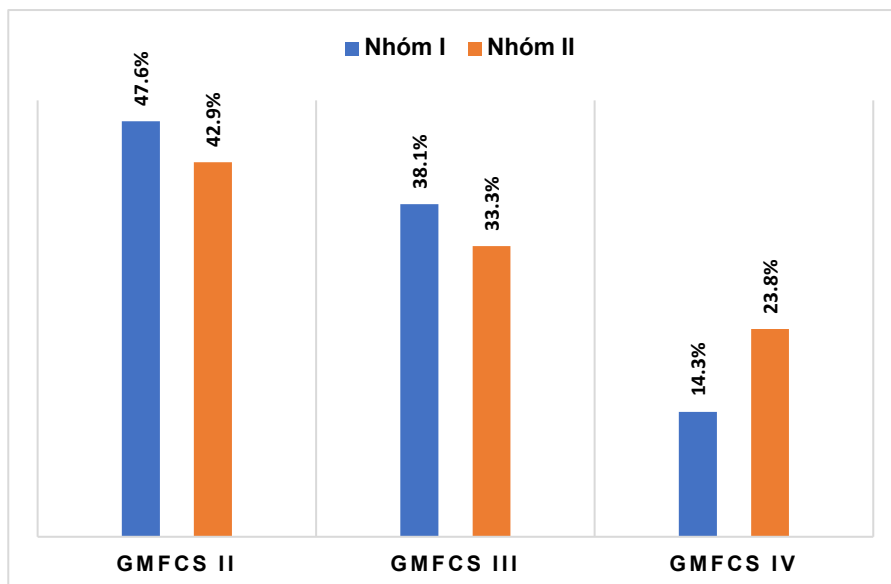
• Độ IV: Tự di chuyển với những hạn chế. Trẻ được vận chuyển hoặc sử dụng dụng cụ di chuyển có động cơ khi di chuyển ngoài nhà hoặc trong cộng đồng.

• Độ V: Di chuyển phụ thuộc hoàn toàn.

Bước 4: Xử lý số liệu và kết luận.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 42 trẻ bại não tham gia vào nghiên cứu, ở cả 2 nhóm can thiệp và chứng, tỷ lệ trẻ nam gặp nhiều hơn trẻ nữ, với tỷ lệ nam/nữ ở nhóm can thiệp là 2,5/1, ở nhóm chứng là 1,6/1. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu: nhóm can thiệp là $39,9 \pm 21,15$ tháng; nhóm chứng là $36,14 \pm 20,32$.



Biểu đồ 1. Phân bố trẻ bại não theo GMFCS

Nhận xét: Nhóm GMFCS II chiếm đa số ở cả hai nhóm, nhóm I chiếm 47,6% và nhóm II chiếm 42,9%

Nhóm GMFCS IV chiếm tỷ lệ thấp nhất ở cả hai nhóm, nhóm I chiếm 14,3% và nhóm II chiếm 23,8%

Bảng 1. So sánh tổng điểm GMFM giữa các thời điểm trước can thiệp, sau can thiệp 1 tháng và sau can thiệp 3 tháng của hai nhóm can thiệp và nhóm chứng

Thời gian	Nhóm	Nhóm I (n=21)	Nhóm II (n=21)
		GMFM ($\bar{X} \pm SD$)	GMFM ($\bar{X} \pm SD$)
Trước can thiệp (T_0)		36,63 \pm 13,98	34,57 \pm 13,67
Sau can thiệp 1 tháng (T_1)		41,9 \pm 13,85	39,28 \pm 13,52
Sau can thiệp 3 tháng (T_3)		49,61 \pm 13,84	44,72 \pm 13,5
p1 (T_1 & T_0)		0,000	0,000
p2 (T_3 & T_0)		0,000	0,000
p3 (T_3 & T_1)		0,000	0,000

Nhận xét: Tổng điểm GMFM ở thời điểm sau can thiệp 1 tháng ở cả hai nhóm can thiệp và nhóm chứng đều cao hơn so với thời điểm trước khi can thiệp với $p1 = 0,000$. Tổng điểm GMFM ở thời điểm sau can thiệp 3 tháng ở cả hai nhóm can thiệp

và nhóm chứng đều cao hơn so với thời điểm trước khi can thiệp với $p2 = 0,000$. Tổng điểm GMFM ở thời điểm sau can thiệp 3 tháng ở cả hai nhóm can thiệp và nhóm chứng đều cao hơn so với thời điểm sau can thiệp 1 tháng với $p3 = 0,000$.

Bảng 2. So sánh tổng điểm GMFM sau điều trị giữa hai nhóm bệnh và chứng qua các thời điểm đánh giá

Điểm GMFM ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm I (n = 21)	Nhóm II (n = 21)	p	Trung bình khác biệt	95% CI TB khác biệt
T_0	36,63 \pm 13,98	34,57 \pm 13,67	0,633	2,06	[- 6,57; 10,68]
T_1	41,9 \pm 13,85	39,28 \pm 13,52	0,539	2,62	[- 5,92; 11,15]
T_3	49,61 \pm 13,84	44,72 \pm 13,5	0,254	4,22	[- 3,64; 13,42]

Nhận xét: Trung bình tổng điểm GMFM ở thời điểm trước can thiệp, sau can thiệp 1 tháng và sau can thiệp 3 tháng giữa

hai nhóm can thiệp và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3. So sánh mức độ cải thiện điểm GMFM sau điều trị giữa hai nhóm can thiệp và nhóm chứng qua các thời điểm đánh giá

Điểm GMFM ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm I (n = 21)	Nhóm II (n = 21)	p	Trung bình khác biệt	95% CI TB khác biệt
Delta T_1 ($T_1 - T_0$)	5,27 \pm 0,53	4,71 \pm 0,59	0,003	0,56	[0,21; 0,91]
Delta T_2 ($T_3 - T_0$)	12,98 \pm 0,56	10,15 \pm 1,26	0,000	2,83	[2,22; 3,44]
Delta T_3 ($T_3 - T_1$)	7,71 \pm 0,53	5,44 \pm 1,41	0,000	2,27	[1,61; 2,94]

Nhận xét: Điểm chênh trung bình của GMFM ở thời điểm sau can thiệp 1 tháng và sau can thiệp 3 tháng so với thời điểm trước can thiệp giữa hai nhóm can thiệp và chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,003 < 0,05$ và $p = 0,000 < 0,001$.

Điểm chênh trung bình của GMFM ở thời điểm sau can thiệp 3 tháng so với thời điểm sau can thiệp 1 tháng giữa hai nhóm can thiệp và chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000 < 0,001$.

Bảng 4. Sự cải thiện về điểm GMFM ở thời điểm sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng so với thời điểm trước can thiệp theo các mức độ GMFCS của 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng

Nhóm Mức độ GMFCS	Nhóm I		Nhóm II	
	Delta T ₁ ($\bar{X} \pm SD$)	Delta T ₂ ($\bar{X} \pm SD$)	Delta T ₁ ($\bar{X} \pm SD$)	Delta T ₂ ($\bar{X} \pm SD$)
GMFCS II	5,43 ± 0,66	13,18±0,59	4,99 ± 0,63	9,84 ± 1,77
GMFCS III	5,09 ± 0,37	12,79±0,43	4,36 ± 0,56	10,5 ± 0,9
GMFCS IV	5,23 ± 0,29	12,81±0,74	4,68 ± 0,35	10,2 ± 0,33
p	0,419	0,312	0,097	0,606

Nhận xét: Điểm chênh trung bình của GMFM ở thời điểm sau can thiệp và trước can thiệp theo mức độ GMFCS của cả hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu: nhóm can thiệp là $39,9 \pm 21,15$ tháng; nhóm chứng là $36,14 \pm 20,32$. Tỷ lệ trẻ nam gặp nhiều hơn trẻ nữ, với tỷ lệ nam/nữ ở nhóm can thiệp là 2,5/1, ở nhóm chứng là 1,6/1.

GMFM là một trong những thang điểm đánh giá sự thay đổi chức năng vận động thô cho trẻ bại não rất chính xác và hiệu quả, mang tính khách quan cao, được áp dụng ở nhiều nước trên thế giới. Đây là một công cụ có hiệu quả để mô tả, đánh giá mức độ hiện tại của trẻ về chức năng vận động thô, từ đó đề ra mục tiêu điều trị, đồng thời cũng dùng để giải thích và đánh giá sự cải thiện của trẻ bại não sau một thời gian điều trị và PHCN.

Kết quả nghiên cứu ở bảng 1 và bảng 2 cho thấy, tổng điểm GMFM trung bình ở hai nhóm đều tăng đáng kể ở thời điểm sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng. Tổng điểm GMFM trung bình của nhóm can thiệp ở

thời điểm sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng lần lượt là $41,9 \pm 13,85$ và $49,61 \pm 13,84$ điểm, tăng trung bình $5,27 \pm 0,53$ và $12,98 \pm 0,56$ so với trước điều trị. Tổng điểm GMFM trung bình của nhóm chứng ở thời điểm sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng lần lượt là $39,28 \pm 13,52$ và $44,72 \pm 13,5$ điểm, tăng trung bình $4,71 \pm 0,59$ và $10,15 \pm 1,26$ so với trước điều trị. Sự cải thiện điểm GMFM trung bình sau 1 tháng và 3 tháng điều trị so với trước điều trị ở hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Theo nghiên cứu của Jooyeon Ko, đánh giá 84 trẻ bại não sau 1 tháng can thiệp PHCN, điểm GMFM trung bình tăng $4,5 \pm 3,2$; sau 3 tháng tăng trung bình $8,3 \pm 6,3$ điểm.[8] Nghiên cứu của các tác giả trong nước cũng cho kết quả tương tự. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Linh về vai trò của điện châm, thủy châm sau 1 tháng ở trẻ bại não thể co cứng, kết quả điểm GMFM trung bình tăng 11,7 điểm.[1] Tác giả Bùi Thị Phương đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động thô trên trẻ bại não thể co cứng dưới 6 tuổi cho thấy điểm GMFM trung bình cải thiện 10,3 điểm sau 03 tháng điều trị.[2] Như vậy, các

nghiên cứu đều cho thấy có sự cải thiện về điểm vận động thô GMFM sau điều trị.

Khi so sánh tổng điểm GMFM trung bình giữa hai nhóm can thiệp và nhóm chứng tại thời điểm sau điều trị 1 tháng và 3 tháng, chúng tôi thấy không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Tuy nhiên điểm chênh trung bình của GMFM ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng ở cả thời điểm sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng so với thời điểm trước can thiệp ($p=0,003<0,05$ và $p=0,000<0,001$); và thời điểm 3 tháng cao hơn so với thời điểm 1 tháng sau can thiệp ($p=0,000<0,001$). Sau 1 tháng điều trị, điểm GMFM trung bình của nhóm can thiệp tăng 5,27 điểm, cao hơn nhóm chứng 0,56 điểm ($p < 0,05$); Sau 3 tháng điều trị, điểm GMFM trung bình của nhóm can thiệp tăng 12,98 điểm, cao hơn nhóm chứng 2,83 điểm ($p < 0,001$). Điểm GMFM thay đổi trung bình 1,58 được coi là cải thiện có ý nghĩa trên lâm sàng.[9] Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng sau can thiệp 1 tháng, sự cải thiện điểm GMFM của nhóm can thiệp so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê nhưng không có ý nghĩa lâm sàng; sau 3 tháng điểm GMFM trung bình của nhóm can thiệp cải thiện hơn 2,83 điểm ($>1,58$) so với nhóm chứng. Điều này chứng tỏ việc thực hiện mô hình PHCN kết hợp trung tâm- tại nhà phải kéo dài ít nhất 3 tháng mới có sự cải thiện về chức năng vận động thô của trẻ trên lâm sàng. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Jermaine M Dambi và cộng sự (2014) trên 46 trẻ bại não, kết quả cho thấy điểm GMFM trung bình của nhóm trẻ kết hợp can thiệp tại trung tâm phục hồi chức năng và tại nhà (phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng) cao hơn 2,49 điểm so với nhóm trẻ can thiệp tại trung tâm phục hồi chức năng.[10]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ bại não GMFCS mức độ II chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm: nhóm can thiệp (47,6%) và nhóm chứng (42,9%). GMFCS mức độ VI chiếm tỷ lệ thấp nhất ở cả hai nhóm, lần lượt chiếm 14,3% và 23,8%. Sau

điều trị, có sự cải thiện về điểm GMFM ở cả 3 mức độ phân loại GMFCS. Tuy nhiên sự cải thiện điểm GMFM giữa các mức độ GMFCS không có sự khác biệt ($p>0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Seung Hoon Lee và cộng sự (2015)[11], Nguyễn Thị Ngọc Linh (2012) [1], kết quả cho thấy các mức độ phát triển vận động thô không ảnh hưởng đến kết quả phục hồi chức năng của trẻ bại não. Khác với nghiên cứu của chúng tôi, theo nghiên cứu của Hoàng Khánh Chi (2014) [3] trên 50 trẻ bại não với thời gian can thiệp là 6 tháng; tác giả Russell và cộng sự (2000)[12] trên 537 trẻ bại não với thời gian can thiệp là 5,2 tháng, kết quả cho thấy sự thay đổi tổng điểm GMFM sau can thiệp phụ thuộc vào mức độ nặng của trẻ bại não khi nhập viện. Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của các tác giả trên, chúng tôi cho rằng có thể do số lượng trẻ nghiên cứu và thời gian can thiệp của chúng tôi ngắn hơn so với các nghiên cứu này nên chúng tôi chưa quan sát được hết mối liên quan.

4. KẾT LUẬN

Can thiệp phục hồi chức năng mô hình trung tâm – tại nhà cho trẻ bại não thể co cứng cải thiện chức năng vận động thô hơn so với can thiệp phục hồi chức năng tại bệnh viện ở mức có ý nghĩa lâm sàng sau 03 tháng can thiệp. Can thiệp giáo dục, thực hành cho cha mẹ trẻ bại não là cần thiết để cải thiện chức năng vận động thô cho trẻ.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn tập thể cán bộ Khoa phục hồi chức năng – Bệnh viện Xanh Pôn đã tạo điều kiện giúp đỡ cho chúng tôi hoàn thiện bộ số liệu phục vụ nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngọc Linh (2012). Đánh giá kết quả PHCN vận động thô trẻ bại não co cứng kết hợp châm cứu và xoa bóp bấm huyệt. *Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.*

2. **Bùi Thị Phương (2015)**. Bước đầu đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động thô trên bệnh nhân bại não thể co cứng dưới 6 tuổi. *Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội*.
3. **Hoàng Khánh Chi (2014)**. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động trẻ bại não thể co cứng dưới 3 tuổi bằng thang điểm vận động thô và vận động tinh. *Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội*.
4. **Rosenbaum P, Paneth N, et al (2007)**. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Dev Med Child Neurol Suppl.* 109:8-14.
5. **Carpate AJ, Accardo PJ (1996)**. Cerebral palsy: The spectrum of motor dysfunction. *Development disabilities in infancy and childhood.* Vol.II:81-100
6. **Sakzewski L, Ziviani J, et al (2014)**. Efficacy of upper limb therapies for unilateral cerebral palsy: a meta-analysis. *Pediatrics.* 133(1):e175-204.
7. **Bax M, Goldstein M, et al (2005)**. Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005. *Dev Med Child Neurol.* 47(8):571-576.
8. **Ko J, Kim M (2013)**. Reliability and responsiveness of the gross motor function measure-88 in children with cerebral palsy. *Phys Ther.* 93(3):393-400.
9. **Hsu CW, Kang YN, Tseng SH (2019)**. Effects of Therapeutic Exercise Intensity on Cerebral Palsy Outcomes: A Systematic Review With Meta-Regression of Randomized Clinical Trials. *Frontiers in Neurology.*
10. **Jm D, J J(2014)**. The impact of hospital-based and community based models of cerebral palsy rehabilitation: a quasi-experimental study. *BMC pediatrics.*
11. **Lee SH, Shim JS, et al (2015)**. Gross Motor Function Outcome After Intensive Rehabilitation in Children With Bilateral Spastic Cerebral Palsy. *Ann Rehabil Med.* ;39(4):624-629.
12. **Russell DJ, Avery LM, et al (2000)**. Improved scaling of the gross motor function measure for children with cerebral palsy: evidence of reliability and validity. *Phys Ther.* 80(9):873-885.

SUMMARY**GROSS MOTOR FUNCTION REHABILITATION OUTCOME AFTER CENTRAL-HOME COMBINATION INTERVENTION IN CHILDREN WITH SPASTIC CEREBRAL PALSY UNDER SIX YEARS OLD**Pham Van Hai¹, Vu Thi Bich Hanh¹¹ HaNoi Medical University

Objective: Evaluate gross motor function rehabilitation outcome for children with spastic cerebral palsy under 6 years of age following a central-home combination model intervention. **Methods:** Controlled clinical trial, 42 children with spastic cerebral palsy ≤ 6 years old were examined and treated at the Department of Rehabilitation – Saint Paul Hospital from August 2021 to May 2022 divided into 2 groups: A control group of 21 children who were intervened under the previous traditional intervention program in the department; The intervention group consisted of 21 children who were given traditional intervention program with training for parents on cerebral palsy knowledge and practical guidelines for children; the results are compared before and after intervention. We evaluated gross motor function change by GMFM scale before the intervention, after 1 month, and after 3 months. **Results:** We compared total GMFM scores at 1 month and 3 months post-intervention in both groups compared to pre-intervention times. After 3 months of intervention, the improvement in GMFM score in the intervention group were significantly 2,83 points higher than the control group, this difference is clinically meaningful. Improvement of GMFM scores according to GMFCS II-IV in both the intervention and control groups were not different significantly with $p > 0,05$. **Conclusion:** Combined intervention between rehabilitation in hospital and parental guidance at home for cerebral palsy improved significantly raw motor function in compared with rehabilitation in hospital alone.

Keywords: Cerebral Palsy, The Gross Motor Function Measure, Home Exercise Program, Central-home Combination Intervention.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG CHI TRÊN Ở BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI DO ĐỘT QUY NHỒI MÁU NÃO TRÊN LỀU

Bùi Thị Ngà¹, Phạm Văn Minh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động chi trên ở bệnh nhân liệt nửa người do đột quy nhồi máu não trên lều và một số yếu tố ảnh hưởng kết quả phục hồi chức năng vận động chi trên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp trước sau đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động chi trên ở bệnh nhân liệt nửa người do đột quy nhồi máu não trên lều ở 18 người bệnh có chẩn đoán xác định nhồi máu não trên lều có di chứng liệt vận động chi trên điều trị nội trú tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội từ 2/2022 đến 6/2022. **Kết quả:** Sau can thiệp, chức năng vận động chi trên theo thang điểm FMA tăng 1,94 sau 1 tháng, tăng 7,28 sau 2 tháng. Mức độ khéo léo của bàn tay theo thang điểm MAS tăng 1,17 sau 1 tháng và tăng 3,35 sau 2 tháng; và mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày theo Barthel Index cải thiện 10 sau 1 tháng, 24,16 sau 2 tháng và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có mối tương quan vừa phải giữa tuổi với vận động chi trên bên liệt $p < 0,05$. Không có mối tương quan giữa vận động tay bên liệt với giai đoạn bệnh $p > 0,05$. **Kết luận:** Chức năng vận động chi trên và mức độ khéo léo của bàn tay cũng như khả năng độc lập sinh hoạt của bệnh nhân đều cải thiện sau 1 tháng và cải thiện rõ rệt sau 2 tháng.

Từ khóa: nhồi máu não, phục hồi chức năng chi trên.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), mỗi năm có 15 triệu người bị đột quy trên toàn thế giới, trong đó 5 triệu người chết và 5 triệu người bị tàn tật vĩnh viễn, trong đó 82 – 92% đột quy nhồi máu não[1]. Ước tính 40 - 60% những người sống sót sau đột quy biểu hiện một số mức độ suy giảm vận động chi trên và cần ít nhất một phần hỗ trợ trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL)[2-5]. Việc mất chức năng vận động chi trên có thể đặt ra những thách thức đáng kể đối với hiệu suất ADL. Phục hồi chức năng chi trên đang trở thành nhu cầu ngày càng cấp bách nhằm giảm thiểu tối đa di chứng, tăng khả năng độc lập trong sinh hoạt và giúp người tàn tật sớm hoà nhập

trở lại với gia đình và cộng đồng. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: “Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động chi trên ở bệnh nhân liệt nửa người do đột quy nhồi máu não trên lều và một số yếu tố ảnh hưởng kết quả phục hồi chức năng vận động chi trên”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

18 người bệnh nhồi máu não chẩn đoán xác định bằng phim chụp cắt lớp vi tính (CT scanner) hoặc cộng hưởng từ sọ não (MRI) di chứng liệt vận động chi trên được can thiệp vận động trị liệu, hoạt động trị liệu, điện trị liệu chi trên đánh giá kết quả sau 1 tháng và 2 tháng can thiệp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp trước sau.

+ Các biến số và chỉ số thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu, bao gồm:

- Thông tin chung của người bệnh: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh...
- Lượng giá mức độ khiếm khuyết vận động chi trên: thang điểm Motor Assessment Scale (MAS) trước và sau

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội

Tác giả chịu trách nhiệm khoa học: **Phạm Văn Minh**

Tác giả liên hệ chính: **Bùi Thị Ngà**

Email: ngoquadiah@mail.com

Ngày tiếp nhận: 23/9/2022

Ngày phản biện: 10/10/2022

Ngày chấp nhận đăng: 15/12/2022

- can thiệp. Thang điểm gồm 3 mục: chức năng cánh tay, các vận động của bàn tay, các hoạt động khéo léo của bàn tay. Tổng điểm tối đa là 18 điểm.
- Lượng giá mức độ khiếm khuyết vận động chi trên theo thang điểm Fulg Meyer Arm Test (FMA) trước và sau can thiệp. Thang điểm gồm 8 nội dung, 33 mục mỗi mục tối đa 2 điểm. Tổng điểm tối đa 66.
 - Lượng giá khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Barther Index (BI) trước và sau can thiệp. Thang điểm gồm 10 mục lượng giá khả năng độc lập trong hoạt động ăn uống; di chuyển từ giường ra ghế hay xe lăn; vệ sinh cá nhân; sử dụng nhà vệ sinh; tắm rửa; đi bộ; lên và xuống cầu thang; thay quần, áo; đại tiện và tiểu tiện. Điểm tối đa là 100 điểm
- + Quy trình thực hiện: Lượng giá trước can thiệp, sau 1 tháng và 2 tháng can thiệp.

Những bệnh nhân tham gia chương trình hoạt động trị liệu và vận động trị liệu phục hồi chức năng chi trên bao gồm các phương pháp: kỹ thuật tạo thuận cảm thụ bản thể thần kinh cơ PNF; trị liệu vận động Bobath; chương trình học lại vận động và các phương pháp tập mạnh cơ gắn với hoạt động chức năng... được thiết kế tùy theo tình trạng vận động chi trên cũng như nhu cầu trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Thời gian tập luyện: 40 phút/ngày, 5 ngày/ tuần trong 2 tháng liên tiếp.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 02 năm 2022 đến tháng 6 năm 2022 tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội.

2.4. Thu thập và xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý tính toán bằng phần mềm IBM SPSS 20.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Trung bình	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Giới (n, %)	Nam		11	61,11
	Nữ		7	38,89
Tuổi	< 50	59,83 11± 10,1	4	22.2
	50 – 65		8	44.4
	> 65		6	33.3
Tay bên liệt (n, %)	Trái		10	55,6
	Phải		8	44,4
Giai đoạn đột quy	Cấp tính		8	44.4
	Hồi phục		8	44.4
	Di chứng		2	11.1
Tổng (n)			18	100

Nhận xét:

Tỉ lệ nam nhiều hơn nữ (55.6%) độ tuổi từ 50 – 60 nhiều nhất (chiếm tỉ lệ 44.4%), tay trái với tay phải bị liệt như nhau,

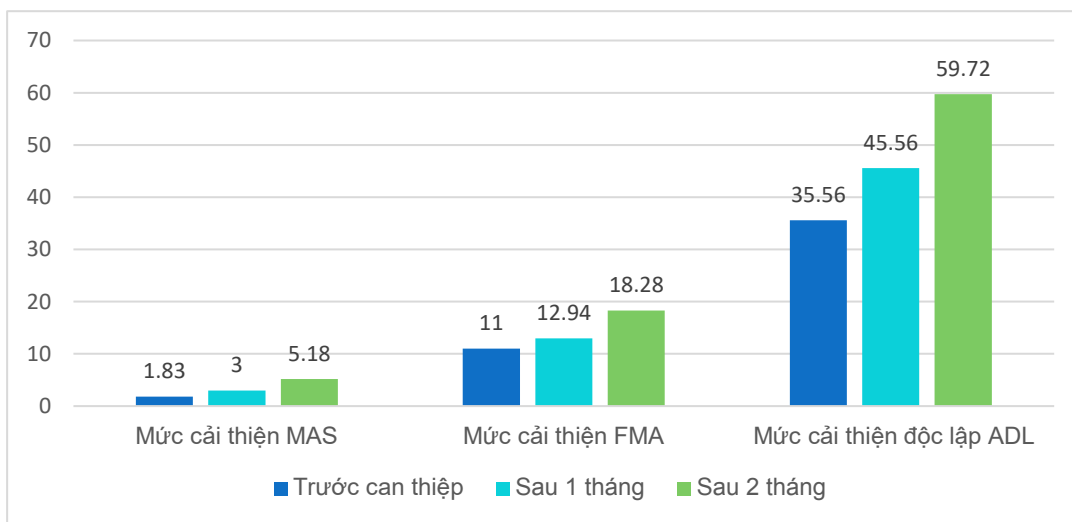
giai đoạn cấp tính và hồi phục nhiều nhất (chiếm tỉ lệ 44.4%)

3.2. Kết quả phục hồi chức năng vận động chi trên

Bảng 2. Kết quả chức năng chi trên và khả năng độc lập trong ADL của nhóm nghiên cứu trước và sau can thiệp 1 tháng, 2 tháng

Thang điểm	Trước can thiệp	Sau can thiệp 1 tháng	Sau can thiệp 2 tháng	p
MAS	1.83	3	5.18	<0.05
FMA	11	12.94	18.28	<0.05
BI	35.56	45.56	59.72	<0,05

Nhận xét: Có sự cải thiện đáng kể chức năng chi trên và chất lượng cuộc sống sau 1 tháng và 2 tháng với $p < 0,05$.

**Biểu đồ 1.** Kết quả cải thiện chức năng chi trên và khả năng độc lập ADL sau can thiệp 1 tháng và 2 tháng.

Nhận xét: Sau 1 tháng và 2 tháng can thiệp chức năng chi trên theo thang điểm MAS, FMA và khả năng độc lập ADL theo thang điểm BI đều có cải thiện đặc biệt là sau 2 tháng với $p < 0.05$

3.3. Một số yếu tố liên quan đến cải thiện chức năng vận động chi trên

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến sự cải thiện chức năng vận động chi trên

Yếu tố liên quan	Sự cải thiện vận động tay liệt sau 2 tháng		Sự cải thiện vận động khéo léo tay liệt sau 2 tháng		Sự cải thiện độc lập sinh hoạt sau 2 tháng	
	r	p	r	p	r	p
Tuổi	- 0,49	0,04	- 0,67	< 0,01	- 0,59	0,01
Giai đoạn	- 0,37	0,13	- 0,39	0,11	- 0,06	0,8
Giới		0,85		0,28		0,64
Bên liệt		0,96		0,46		0,96
Khớp vai		0,25		0,22		0,16
Tay thuận		0,09		0,31		0,25

Nhận xét: Có mối tương quan tuyến tính ngược chiều giữa tuổi với chức năng vận động tay, mức độ độc lập sinh hoạt với $p < 0,05$. Không có mối tương quan giữa giai đoạn với vận động tay liệt, vận động khéo léo, độc lập sinh hoạt với $p > 0,05$. Không có sự khác biệt về giới, bên liệt, tình trạng khớp vai bên liệt, tay thuận với vận động chi trên bên liệt $p > 0,05$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam chiếm 61,11%, tỉ lệ nam /nữ là 1,57, tuổi trung bình là 59,83, nhóm tuổi 50 – 65 gặp nhiều nhất chiếm 44,4%. Kết quả này tương đối phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Thị Kim Liên (2011)[6], Phạm Ngọc Anh (2005)[7]. Tỉ lệ người bệnh liệt nửa người trái 55,6% cao hơn tỉ lệ liệt nửa người phải 44,4%. Người bệnh điều trị ở giai đoạn cấp tính, hồi phục chiếm 88,8%.

4.2. Kết quả phục hồi chức năng vận động chi trên và mức độ độc lập sinh hoạt

Suy giảm chức năng vận động chi trên đặt ra những thách thức đáng kể đối với việc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL) và do đó ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Nếu không điều trị, các hạn chế chức năng có thể tồn tại hoặc xấu đi theo thời gian, dẫn đến tăng sự phụ thuộc và gánh nặng cho người chăm sóc. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trước can thiệp đa số bệnh nhân phụ thuộc trong việc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày như ăn uống, thay quần áo, di chuyển, đại tiểu tiện. Sau can thiệp chương trình tập vận động và hoạt động trị liệu chi trên, khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày tăng lên đáng kể với điểm Barther Index tăng trung bình từ 35,56 lên 45,56 sau 1 tháng và 59,72 điểm sau 2 tháng (trên tổng điểm BI tối đa là 100), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả cải thiện chức năng vận động chi trên theo thang điểm FMA thay đổi từ 11 lên 12,94 sau 1 tháng, lên 18,28 sau 2 tháng, sự khác biệt

có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Mức độ khéo léo của bàn tay theo thang điểm MAS có điểm trung bình tăng 1.83 lên 3 sau 1 tháng can thiệp và 5,18 sau 2 tháng can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Liên (2011)[6], Vũ Thị Kim Thanh (2012)[8]. Theo nghiên cứu của Ph. Marque và cộng sự (1997) thấy rằng sự cải thiện vận động tay liệt gần hoàn toàn 3 tháng đầu sau đột quỵ[9].

4.3. Một số yếu tố liên quan đến vận động chi trên

Tuổi có tương quan tuyến tính ngược chiều với vận động tay liệt cũng như các hoạt động khéo léo của bàn tay, hoạt động sinh hoạt hàng ngày với r lần lượt là -0,49; -0,67; -0,59 với $p < 0,05$. Thật vậy tuổi càng cao thì cơ quan bộ phận đều suy giảm chức năng, vận động tay cũng sẽ kém đi do đó mức độ cải thiện vận động giảm đi. Trong nghiên cứu của Vũ Thị Kim Thanh (2012)[8] cũng thấy có tương quan tuyến tính ngược chiều với vận động tay liệt $r = -0,544$, $p < 0,05$

5. KẾT LUẬN

Nhóm tuổi hay gặp đột quỵ não là 50 – 65, có 8 người bệnh chiếm 44,4%. Tỉ lệ nam/nữ là 1,57. Kết quả phục hồi chức năng vận động chi trên, mức độ độc lập sinh hoạt có cải thiện sau 1 tháng và rõ rệt hơn sau 2 tháng ($p < 0,05$).

Có mối liên quan giữa tuổi với sự cải thiện vận động chi trên bên liệt, vận động khéo léo của bàn tay và độc lập sinh hoạt hàng ngày. Tuổi càng cao thì mức độ hồi phục vận động tay liệt kém hơn.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn tập thể cán bộ bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên Khoa Nội và Khoa Lão Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội đã tạo điều kiện hỗ trợ chúng tôi thu thập bộ số liệu phục vụ nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al (2015). Heart Disease and Stroke

- Statistics—2015 Update. *Circulation*. 2015;131(4):29-322.
doi:10.1161/CIR.0000000000000152
2. **Wade DT (1989)**. Measuring arm impairment and disability after stroke. *International Disability Studies*. 1989;11(2):89-92.
doi:10.3109/03790798909166398
 3. **Parker VM, Wade DT, Hewer RL (1986)**. Loss of arm function after stroke: measurement, frequency, and recovery. Published online 1986:69-73.
 4. **Wade D, Langton-Hewer R, Wood V, et al (1983)**. The hemiplegic arm after stroke: measurement and recovery. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. Published online 1983:521-524.
 5. **Loubinoux I (2003)**. Correlation between cerebral reorganization and motor recovery after subcortical infarcts. *NeuroImage*. 2003;20(4):2166-2180.
doi:10.1016/j.neuroimage.2003.08.017
 6. **Nguyễn Thị Kim Liên (2011)**. *Nghiên Cứu Phục Hồi Chức Năng Bàn Tay Trên Bệnh Nhân Liệt Nửa Người Do Tai Biến Mạch Máu Não*. Luận án tiến sĩ Y học. 2011.
 7. **Phạm Ngọc Anh (2005)**. *Bước Đầu Đánh Giá Hiệu Quả Hoạt Động Trị Liệu Trong Phục Hồi Chức Năng Chi Trên ở Bệnh Nhân Liệt Nửa Người Do Nhồi Máu Não*. Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2005.
 8. **Vũ Thị Kim Thanh (2012)**. *Đánh Giá Hiệu Quả Phục Hồi Chức Năng Vận Động Chi Trên ở Bệnh Nhân Tai Biến Nhồi Máu Não Trên Lều Tiểu Não*. Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2012.
 9. **Marque P, Felez A, Puel M, et al (1997)**. Impairment and recovery of left motor function in patients with right hemiplegia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 1997;62(1):77-81. 10.1136/jnnp.62.1.77

SUMMARY**ASSESSMENT OF THE RESULTS OF UPPER LIMB MOTOR FUNCTION IN PATIENTS WITH HEMIPLEGIA DUE TO CEREBRAL ISCHEMIC STROKE****Bui Thi Nga¹, Pham Van Minh²**¹Hanoi Medical University²Hanoi Rehabilitation Hospital

Objective: To assess the results of upper limb motor function in patients with hemiplegia due to cerebral ischemic stroke and a number of factors affect the results of upper limb motor rehabilitation. **Methods:** before and after study evaluating the results of upper limb motor rehabilitation in 18 ischemic stroke inpatients at Hanoi Rehabilitation Hospital from February 2022 to June 2022. **Results:** After the intervention, the upper limb motor function according to the FMA scale increased 1.94 after 1 month, increased 7.28 after 2 months. Advanced hand activities based on the MAS scale increased by 1.17 after 1 month and increased by 3.35 after 2 months; and the level of independence in daily activities according to Barthel Index improved 10 after 1 month, 24.16 after 2 months and the difference was statistically significant with $p < 0.05$. There is a moderate correlation between age and upper limb movement on the paralyzed side, $p < 0.05$. There is no correlation between lateral arm movement and disease stage, $p > 0,05$. **Conclusion:** Upper limb motor function and advanced hand activities as well as the independent living ability of the patient improved after 1 month and significantly improved after 2 months.

Key words: ischemic stroke, upper limb rehabilitation.

TABLE OF CONTENTS

Articles	Page
EVALUATION OF THE OXYGEN REGENERATION EFFECT OF VN REGENERATING SEEDS ON WHITE MICE IN CLOSED CHAMBERS	1
<i>Nguyen Hoang Ngan, Vuong Van Truong, Ha Ngoc Thien, Hoang Thi Tuyet Nhung</i>	
STUDY ON THE INFLUENCE OF SOME CARDIOVASCULAR RISK FACTORS ON LIFE QUALITY IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AFTER CORONARY INTERVENTION AT THE VIETNAM HEART INSTITUTE	7
<i>Nguyen Thi Hanh, Chu Dung Si</i>	
THE CURRENT STATUS OF KNOWLEDGE AND TREATMENT NEEDS OF PATIENTS DIABETES ARE MANAGED IN BAC TU LIEM DISTRICT, HANOI	16
<i>Dinh Thi Thanh, Nguyen Thi Thuy Duong, Tran Van Huong, Truong Viet Dung</i>	
SURVEYING THE RATE OF CHILDREN 24-36 MONTHS WITH SIGNS OF AUTISM SPECTRUM DISORDER BY MCHAT-R AND MCHAT-R/F SCALE AT PUBLIC PRESCHOOL OF NAM DINH CITY	23
<i>Pham Thi To Uyen, Nguyen Thi Huong Giang</i>	
ASSESSMENT OF MENTAL HEALTH IN PATIENTS WITH COVID 19 TREATED AT THE FIELD HAI DUONG MEDICAL TECHNOLOGY HOSPITAL	29
<i>Nguyen Thi Thuy Huong, Hoang Thi Bac, Nguyen Dinh Dung</i>	
THE PREVALENCE OF STRESS IN COVID-19 PATIENTS IN ISOLATION AREAS IN THE COMUMUNITY IN HO CHI MINH CITY: A CROSS-SECTIONAL STUDY	36
<i>Pham Ngoc Thao, Do Duc Thuan, Dinh Viet Hung</i>	
EFFECTIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH DYSLIPIDEMIA OF TIEU DAM-03	42
<i>Phan Van Minh, Le Thi Nga, Bui Thanh Ha, Nguyen Thanh Ha Tuan, Hoang Van Nghia</i>	
GROSS MOTOR FUNCTION REHABILITATION OUTCOME AFTER CENTRAL-HOME COMBINATION INTERVENTION IN CHILDREN WITH SPASTIC CEREBRAL PALSY UNDER SIX YEARS OLD	49
<i>Pham Van Hai, Vu Thi Bich Hanh</i>	
ASSESSMENT OF THE RESULTS OF UPPER LIMB MOTOR FUNCTION IN PATIENTS WITH HEMIPLEGIA DUE TO CEREBRAL ISCHEMIC STROKE	57
<i>Bui Thi Nga, Pham Van Minh</i>	

VIETNAM JOURNAL OF PHYSIOLOGY

Editor in Chief:

Prof. Pham Thi Minh Duc MD. PhD.

Deputy Editors:

Assoc.Prof. Tran Hai Anh MD. PhD.

Assoc.Prof. Nguyen Tung Linh MD. PhD.

Editor Board:

Assoc.Prof. Tran Hai Anh MD. PhD.

Assoc.Prof. Dang Quoc Bao MD. PhD.

Assoc.Prof. Ta Tuyet Binh MD. PhD.

Prof. Pham Thi Minh Duc MD. PhD.

Assoc.Prof. Tran Minh Hau MD. PhD.

Assoc.Prof. Nguyen Trung Kien MD. PhD.

Assoc.Prof. Nguyen Tung Linh MD. PhD.

Assoc.Prof. Nguyen Bach Ngoc MD. PhD.

Assoc.Prof. Vu Dang Nguyen MD. PhD

Prof. Le Quy Phuong MD. PhD.

Assoc.Prof. Le Dinh Tung MD. PhD.

Editorial Secretaries:

Vu Thi Thu PhD.

Phan Thi Minh Ngoc MD.PhD.

Le Quoc Tuan MD.

Nguyen Huu Ben MD.

Editorial Office:

First Floor, B2 Building, Hanoi Medical University

Nº1 Ton That Tung Street, Dong Da District, Hanoi City

Tel: 84-4-3852-3798. Ext: 203, 205, 207

Email: tapchi@sinhlyhoc.com.vn

Contact Addresses:

First Floor, B2 Building, Hanoi Medical University

Nº1 Ton That Tung Street, Dong Da District, Hanoi City

Tel: 84-4-3852-3798. Ext: 203, 205, 207

Email: tapchi@sinhlyhoc.com.vn

