

lý, tư vấn. Tác giả Lê Quang Thọ cho thấy so với nhóm đối chứng cũng như so với nhóm can thiệp trước khi can thiệp, tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức về quản lý THA ở mức đạt (>75%) đều tăng nhiều so với trước can thiệp. Sự khác biệt đều mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và CSHQ tăng từ 165,7% đến 245,2% [7]. Tác giả cho rằng việc đào tạo trong nhóm can thiệp hiệu quả, khiến cho kiến thức và thực hành của cán bộ y tế trong việc quản lý THA tăng cao sau can thiệp [7]. Nghiên cứu của Katende và cộng sự (2014) tại Uganda cho thấy sau 3 tháng đào tạo không liên tục và giám sát cho các cán bộ y tế ở phòng khám của bệnh viện, tất cả các kiến thức và kỹ năng về chẩn đoán, điều trị và truyền thông-tư vấn về phòng, chống THA đều tăng. Từ chỗ kiến thức và thực hành đo huyết áp trước can thiệp rất thấp, sau can thiệp tăng lên rõ rệt (42,9% lên 71,4%), tương tự vậy kiến thức và kỹ năng về sử dụng thuốc huyết áp cũng tăng cao sau can thiệp (28,6% lên 87,5%) [8].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức đạt yêu cầu về chẩn đoán, điều trị là 70,9%, về quản lý, tư vấn là 63,7%, kiến thức chung là 67,0%.

Về kiến thức về chẩn đoán và điều trị bệnh THA, kiến thức về tiền sử chẩn đoán và điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất với 98,4%, kiến thức về các yếu tố phân tầng nguy cơ tim mạch mức cao

thấp nhất với 41,2%. Về kiến thức về quản lý và tư vấn, kiến thức về đối tượng cần quản lý chiếm tỷ lệ cao nhất với 96,7%, kiến thức về chỉ định chuyển tuyến chiếm tỷ lệ thấp nhất với 56,0%.

Sau can thiệp, tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức về điều trị, quản lý bệnh tăng huyết áp đạt yêu cầu tăng lên có ý nghĩa thống kê: kiến thức về chẩn đoán, điều trị ($p < 0,001$; HQCT: 57,6%), kiến thức về quản lý, tư vấn ($p < 0,001$; HQCT: 112,9%), kiến thức chung ($p < 0,001$; HQCT: 80,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Lâm Việt, Tăng huyết áp - Vấn đề cần được quan tâm hơn. Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống tăng huyết áp, 2010.
2. Centers for Disease Control Prevention, Family history and other characteristics that increase risk for high blood pressure. J Retrieved January, 2014. **20**: p. 2017.
3. Lee, J., et al., Hypertension awareness, treatment, and control and their association with healthcare access in the middle-aged and older Indian population: A nationwide cohort study. PLOS Medicine, 2022. **19**(1): p. e1003855.
4. Tạ Ngọc Hà, et al., Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động phát hiện, quản lý điều trị tăng huyết áp tại Trạm y tế xã, tỉnh Cao Bằng năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. **519**(2).
5. Mai, P.P., et al., Kiến thức về bệnh tăng huyết áp và thực hành quản lý bệnh tăng huyết áp của người trưởng thành tại huyện Quảng Xương, Thanh Hoá năm 2019. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2021. **144**(8): p. 196-206.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUÝ NHỒI MÁU NÃO SAU CAN THIỆP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Phạm Văn Minh^{1,2}, Phan Thị Minh Thu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan tới CLCS của người bệnh đột quỵ nhồi máu não sau can thiệp phục hồi chức năng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp, đánh giá trước và sau điều trị trên 92 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não điều trị nội trú tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội được can thiệp chương trình phục hồi chức năng gồm vận động trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, dinh dưỡng, điều dưỡng trong 01

tháng. Bệnh nhân được đánh giá bằng thang điểm CLCS cho người bệnh đột quỵ não (Stroke Specific Quality of Life/SSQOL). **Kết quả:** Sau 4 tuần can thiệp cho thấy mức độ khiếm khuyết thần kinh càng nặng thì ảnh hưởng đến CLCS càng nhiều, mức độ suy giảm nhận thức càng nặng thì CLCS càng thấp, bệnh nhân bị đột quỵ lần đầu có điểm CLCS cao hơn so với bệnh nhân bị đột quỵ tái phát từ 2 lần trở lên, tuy nhiên không thấy sự khác biệt có ý nghĩa về điểm CLCS giữa nhóm dưới 60 tuổi so với nhóm lớn hơn hoặc bằng 60 tuổi, giữa bệnh nhân đột quỵ nam và nữ, giữa bệnh nhân bị đột quỵ có dưới 2 bệnh kèm theo và những bệnh nhân có từ 2 bệnh kèm theo trở lên. **Kết luận:** Sau 4 tuần can thiệp phục hồi chức năng cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về mức độ khiếm khuyết thần kinh, mức độ suy giảm nhận thức, số lần bị đột quỵ quy và CLCS, tuy nhiên không thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm tuổi, giới tính, các bệnh đồng mắc kèm theo và CLCS.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phục hồi Chức năng Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Minh

Email: pvminhrehab@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 14.6.2024

Từ khoá: Đột quỵ nhồi máu não, phục hồi chức năng, chất lượng cuộc sống, yếu tố liên quan.

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO THE QUALITY OF LIFE OF ISCHEMIC STROKE PATIENTS AFTER REHABILITATION INTERVENTION

Objective: Identifying some factors related to the QoL of ischemic stroke patients after rehabilitation intervention. **Method:** Intervention study, before and after treatment was conducted on 92 inpatient stroke and ischemic stroke patients at Hanoi Rehabilitation Hospital who received a rehabilitation program including physical therapy, occupational therapy, speech therapy, nutrition, nursing for 01 month. Patients were evaluated using the Stroke Specific Quality of Life/SSQOL scale. **Results:** After 4 weeks of intervention, it was shown that the more severe the neurological deficit, the greater the impact on quality of life; the more severe the level of cognitive impairment, the lower the QoL. Quality of life scores were higher than those of patients with 2 or more strokes, however, there was no significant difference in QoL scores between the group under 60 years old and the group greater than or equal to 60 years old, between male and female stroke patients, between stroke patients with less than 2 comorbidities and patients with 2 or more comorbidities. **Conclusion:** After 4 weeks of rehabilitation intervention, there was a significant difference in the level of neurological deficits, level of cognitive impairment, number of strokes and QoL, but no significant difference was seen. significance between age group, gender, comorbidities and QoL.

Keywords: ischemic stroke, rehabilitation, quality of life, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong và tàn tật vĩnh viễn, do đó đã trở thành một vấn đề cấp thiết của y học nói chung và chuyên ngành phục hồi chức năng nói riêng đối với mọi quốc gia trên thế giới. Khoảng 90% những người sống sót sau đột quỵ bị các di chứng mãn tính và khoảng 30% không thể thực hiện các hoạt động hàng ngày một cách độc lập [1]. Ngay cả đột quỵ nhẹ cũng có thể ảnh hưởng đến các hoạt động sinh hoạt hằng ngày, chức năng nhận thức và chất lượng cuộc sống.

Khi bị đột quỵ não, không chỉ có tổn thương về vận động, mà còn cả vấn đề tâm lý, nhận thức, ngôn ngữ, rối loạn nuốt... Việc cung cấp các chương trình phục hồi chức năng toàn diện với đầy đủ nguồn lực, liều lượng và thời gian là một khía cạnh thiết yếu của chăm sóc đột quỵ và nên được ưu tiên trong những nỗ lực này [2].

Tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội, là đơn vị chuyên khoa đầu ngành về PHCN của Thành phố Hà Nội với mô hình chăm sóc điều trị phục hồi chức năng toàn diện, lấy người bệnh

làm trung tâm. Các cán bộ tham gia công tác phục hồi chức năng cho người bệnh bao gồm các bác sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, cán bộ dinh dưỡng... chăm sóc toàn diện cho người bệnh cả về mặt thể chất, tinh thần và xã hội. Các bệnh nhân nói chung và bệnh nhân đột quỵ não nói riêng khi đến viện sẽ được thăm khám và chỉ định các phương pháp can thiệp toàn diện phù hợp với mức độ bệnh.

Để nâng cao CLCS của bệnh nhân thì một việc rất quan trọng đó là xác định được những yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, để từ đó chương trình can thiệp điều trị và chăm sóc trên bệnh nhân cũng đạt được hiệu quả tối ưu. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu Một số yếu tố liên quan tới chất lượng sống của người bệnh đột quỵ nhồi máu não sau can thiệp phục hồi chức năng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 92 bệnh nhân bị đột quỵ nhồi máu não điều trị nội trú tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não, người bệnh nằm viện điều trị tối thiểu 4 tuần, độc lập trong các hoạt động sống hằng ngày trước khi bị đột quỵ, người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh hạn chế khả năng giao tiếp như giảm thính lực, sa sút trí tuệ, người bệnh mắc các bệnh lý tổn thương thần kinh khác như viêm não, chấn thương sọ não..., người bệnh rối loạn ngôn ngữ nặng, không có khả năng hoàn thành các test nghiên cứu, đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Đề tài được thực hiện tại 03 khoa Khoa Lão khoa, Khoa Nội và Khoa Y học cổ truyền của Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội từ tháng 6/2022 đến tháng 12/2022

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp, đánh giá trước sau điều trị

2.4. Tiêu chuẩn đánh giá. Đánh giá CLCS bằng thang điểm chất lượng cuộc sống cho người bệnh đột quỵ não (Stroke Specific Quality of Life/SS-QOL). Thang điểm SS-QOL có bốn lĩnh vực: sức khỏe thể chất, sức khỏe chức năng tâm lý và gia đình - xã hội; với 3 mức độ đánh giá: CLCS kém: 49 - 98 điểm; CLCS trung bình: 99 - 195 điểm; CLCS tốt: 196 - 245 điểm.

2.5. Chương trình phục hồi chức năng can thiệp. Người bệnh sẽ được hội chẩn, thảo luận, phối hợp để lên kế hoạch can thiệp phục hồi chức năng phù hợp với tình trạng từng người

bệnh cụ thể. Bệnh nhân được can thiệp chương trình phục hồi chức năng sau khi nhập viện, 02 buổi/ngày x 5 ngày/tuần trong 01 tháng.

- Vận động trị liệu: Các bệnh nhân được can thiệp các bài tập theo tầm vận động (tập vận động thụ động, vận động có trợ giúp..), các bài tập thăng bằng (tập ngồi và tập đứng thăng bằng tĩnh và động), tập dáng đi...tăng tiến theo đáp ứng/tình trạng của người bệnh. Thời gian 20 phút/kỹ thuật, 02 lần/ngày.

- Hoạt động trị liệu: Khả năng tập trung chú ý, định hướng, trí nhớ. Những hoạt động chức năng chi trên, tập luyện phối hợp hai tay, các hoạt động sinh hoạt hàng ngày. Thực hiện 20 phút/lần, 01 lần/ngày

- Ngôn ngữ trị liệu: Đánh giá và cải thiện những rối loạn về ngôn ngữ, giao tiếp và sử dụng ngôn ngữ như viết, đọc... và kiểm soát những rối loạn về nuốt nếu có. Thực hiện 30 phút/lần, 01 lần/ngày.

- Dinh dưỡng: Người bệnh được chuyên khoa dinh dưỡng khám và tư vấn, hướng dẫn, xây dựng chế độ ăn và loại thức ăn phù hợp với tình trạng bệnh, khả năng nuốt của người bệnh, thực hiện các chế độ ăn bệnh lý như đái tháo đường, tăng huyết áp, mỡ máu tăng...

- Chăm sóc điều dưỡng: Điều dưỡng viên thực hiện các nhiệm vụ của kỹ thuật điều dưỡng, các chăm sóc cơ bản như hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt, đảm bảo về giấc ngủ, vệ sinh cá nhân, chăm sóc về tinh thần, chăm sóc dự phòng loét, thay đổi tư thế 2h/lần, phòng ngừa nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

2.6. Xử lý số liệu: xử lý theo thuật toán thống kê y học sử dụng phần mềm Excell và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Các phép toán sử dụng: với biến số chuẩn sử dụng Test χ^2 (so sánh 2 tỷ lệ), test T – student (so sánh 2 giá trị trung bình), test Anova (test t ghép cặp).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Liên quan giữa nhóm tuổi và điểm CLCS theo SS-QOL sau 4 tuần (n=92)

Nhóm tuổi	n	Điểm CLCS theo SSQOL	p
< 60 tuổi	31	148,06 ± 30,9	0,07
≥ 60 tuổi	61	134,54 ± 33,79	

Nhận xét: Điểm trung bình CLCS người bệnh sau 4 tuần ở nhóm dưới 60 tuổi cao hơn so với nhóm lớn hơn hoặc bằng 60 tuổi. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$

Bảng 3.2. Liên quan giữa giới và CLCS theo SS-QOL sau 4 tuần (n=92)

Giới	n	Điểm CLCS theo SS-QOL	p
Nam	59	139,02 ± 33,50	$p>0,05$
Nữ	33	139,29 ± 34,96	

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa điểm trung bình CLCS của người bệnh theo giới theo SS-QOL sau 4 tuần can thiệp ($p>0,05$).

Bảng 3.3. Liên quan giữa mức độ khiếm khuyết thần kinh và điểm CLCS theo SS-QOL sau 4 tuần can thiệp (n=92)

Khiếm khuyết thần kinh (NIHSS)	n	Điểm CLCS theo SS-QOL	p
Nhẹ	15	166,93 ± 33,23	$P<0,001$
Trung bình	64	140,13 ± 22,98	
Nặng	13	101,92 ± 22,96	

Nhận xét: Có sự liên quan giữa mức độ khiếm khuyết thần kinh tới CLCS người bệnh đột quỵ. Mức độ khiếm khuyết thần kinh càng nặng thì ảnh hưởng đến CLCS càng nhiều ($p<0,001$).

Bảng 3.4. Liên quan giữa mức độ suy giảm nhận thức và CLCS sau 4 tuần can thiệp

MMSE	n	Điểm CLCS theo SSQOL	p
≥ 24 điểm (không suy giảm nhận thức)	29	162,38 ± 33,47	$P<0,001$
20-23 điểm (SGNT nhẹ)	24	144,5 ± 24,62	
14-19 điểm (SGNT vừa)	39	118,46 ± 26,09	

Nhận xét: Có sự liên quan giữa mức độ suy giảm nhận thức tới chất lượng cuộc sống người bệnh. Điểm trung bình CLCS theo SS-QOL sau 4 tuần cao hơn ở những người có mức độ suy giảm nhận thức nhẹ hơn ($p<0,001$).

Bảng 3.5. Liên quan giữa số lần đột quỵ và CLCS sau 4 tuần can thiệp

Số lần đột quỵ	n	Điểm CLCS theo SS-QOL	p
Lần đầu	67	144,16 ± 35,32	0,02
Lần thứ 2 trở đi	25	125,52 ± 25,47	

Nhận xét: Những bệnh nhân bị đột quỵ lần đầu có điểm CLCS theo SS-QOL cao hơn so với bệnh nhân bị đột quỵ tái phát từ 2 lần trở đi ($p<0,05$).

Bảng 3.6. Liên quan giữa số bệnh lý đồng mắc và CLCS sau 4 tuần can thiệp

Số bệnh lý đồng mắc	n	Điểm CLCS theo SSQOL	p
2 <	54	139,19 ± 36,41	0,97
≥ 2	38	138,97 ± 30,29	

Nhận xét: Những bệnh nhân bị đột quỵ có dưới 2 bệnh kèm theo và những bệnh nhân có từ 2 bệnh kèm theo trở lên có điểm trung bình CLCS theo SS-QOL sau 4 tuần can thiệp là khá tương đồng. Chưa thấy sự khác biệt này không có ý nghĩa giữa 2 nhóm ($p>0,05$)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Liên quan của tuổi và giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi có điểm cải thiện chất lượng cuộc sống cao hơn nhóm bệnh nhân ≥ 60 tuổi với điểm trung bình CLCS theo SS-QOL tương ứng sau 4 tuần can thiệp là $148,06 \pm 30,9$ so với $134,54 \pm 33,79$. Tuy nhiên sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê.

Nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi có CLCS tốt cao hơn nhóm từ 60 tuổi trở lên tương ứng với 75% so với 25%. Nghiên cứu của Nguyễn Tấn Dũng (2012) cũng cho kết quả tương tự với nhóm bệnh nhân tuổi dưới 65 có CLCS tốt cao hơn nhóm từ 65 tuổi trở lên tương ứng là 72,7% so với 27,3% [3].

Khác với nghiên cứu của Đặng thị Hân (2017) CLCS người bệnh liên quan đến tuổi, tuổi càng cao thì điểm CLCS càng giảm, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả của tác giả này cũng cho thấy nhóm bệnh nhân nữ có chất lượng cuộc sống cao hơn nhóm bệnh nhân nam, nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi có chất lượng cuộc sống cao hơn nhóm trên 60 tuổi [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.17 cho thấy không có sự khác biệt giữa điểm trung bình CLCS của người bệnh theo giới theo SS-QOL sau 4 tuần can thiệp, giới nam với điểm $139,02 \pm 33,50$, nữ $139,29 \pm 34,96$. Có thể lý giải sự khác biệt do cỡ mẫu của các nghiên cứu khác nhau, cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ nên chưa có sự khác biệt rõ rệt.

Nghiên cứu của Trần Quốc Dũng (2020) cũng cho kết quả CLCS khá tốt ở nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi: xét theo một số tiêu chí phân loại chất lượng cuộc sống, điểm trung bình để đánh giá mức độ chất lượng cuộc sống của bệnh nhân đều đạt mức khá ($179 - 196$), trong đó có một số nhóm bệnh nhân được ghi nhận đạt gần tiệm cận được mức tốt: nhóm bệnh nhân < 60 tuổi (điểm trung bình: 196), nhóm bệnh nhân nam (điểm trung bình: 193) và nhóm bệnh nhân lần đầu bị bệnh (điểm trung bình: 194). [5].

Các nghiên cứu cho thấy tuổi là một trong các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả phục hồi chức năng sau đột quỵ chính vì vậy cũng ảnh hưởng nhiều đến CLCS bệnh nhân. Dữ liệu cho thấy khoảng 65% bệnh nhân bị ảnh hưởng bởi đột quỵ trước năm thứ 65 của cuộc đời không thể tiếp tục hoạt động nghề nghiệp, trong khi 14% khác sắp xếp lại giờ làm việc của họ. Đồng thời, tài liệu nhấn mạnh rằng mất việc làm do đột quỵ, tiếp đến là tình trạng mất địa vị xã hội, dẫn đến chất lượng cuộc sống bị suy giảm; đây là những yếu tố ảnh hưởng quan trọng và cũng

làm tăng nguy cơ trầm cảm sau đột quỵ [6].

4.2. Liên quan của mức độ khiếm khuyết thần kinh. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự liên quan giữa mức độ khiếm khuyết thần kinh tới CLCS người bệnh đột quỵ. Mức độ khiếm khuyết thần kinh càng nặng thì ảnh hưởng đến CLCS càng nhiều. Đánh giá theo thang điểm NIHSS cho kết quả điểm NIHSS càng cao (mức độ khiếm khuyết càng nặng) thì điểm CLCS càng thấp. Nghiên cứu cho thấy điểm trung bình CLCS SS-QOL theo mức độ khiếm khuyết thần kinh nhẹ, trung bình, nặng tương ứng giảm dần là $166,93 \pm 33,23$; $140,13 \pm 22,98$ và $101,92 \pm 22,96$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.3. Liên quan của mức độ suy giảm nhận thức. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có sự liên quan giữa mức độ suy giảm nhận thức tới chất lượng cuộc sống người bệnh. Đánh giá mức độ suy giảm nhận thức theo thang điểm MMSE, điểm trung bình CLCS theo SS-QOL sau 4 tuần ở những người có khiếm khuyết về nhận thức nặng thì CLCS kém hơn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nghiên cứu của Nys GMS cũng cho thấy khiếm khuyết nhận thức sau đột quỵ não và những yếu tố nguy cơ mạch máu (tăng Cholesterol máu, tăng huyết áp, đái đường, cơn thiếu máu thoáng qua trước đây, thuốc lá và uống rượu) tương quan với chất lượng cuộc sống giảm sau đột quỵ não [7]. Nghiên cứu của Caroline H và CS (2006) cho kết quả một số yếu tố quyết định quan trọng bao gồm khiếm khuyết nhận thức, tình trạng thể chất, trầm cảm và rối loạn tiểu tiện ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe liên quan đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau đột quỵ não [8].

Nghiên cứu các yếu tố liên qua tới CLCS người bệnh sau đột quỵ, theo phân tích của Nguyễn Tấn Dũng (2012) cho thấy có mối tương quan giữa tình trạng khiếm khuyết thần kinh theo thang điểm NIHSS, rối loạn tiểu tiện, khả năng nuốt, độc lập chức năng theo chỉ số Barthel, điểm MMSE và tuổi với CLCS liên quan sức khỏe sau đột quỵ não khi vào viện với $p < 0,01$.

4.4. Ảnh hưởng của số lần đột quỵ và số bệnh lý kèm theo. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả những bệnh nhân bị đột quỵ lần đầu có điểm CLCS theo SS-QOL cao hơn so với bệnh nhân bị đột quỵ tái phát từ 2 lần trở đi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Những bệnh nhân bị đột quỵ có dưới 2 bệnh kèm theo điểm trung bình CLCS theo SS-QOL sau 4 tuần can thiệp là $139,19 \pm 36,41$; những bệnh nhân có từ 2 bệnh kèm theo trở lên có điểm trung bình CLCS thấp

hơn là 138,97±30,29. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Khác với nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Hân và CS năm 2017 lại cho kết quả chưa tìm thấy có mối liên quan giữa CLCS với số lần đột quỵ [4].

V. KẾT LUẬN

Sau 4 tuần can thiệp phục hồi chức năng cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về mức độ khiếm khuyết thần kinh, mức độ suy giảm nhận thức, số lần bị đột quỵ quỵ và CLCS, tuy nhiên không thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm tuổi, giới tính, các bệnh đồng mắc kèm theo và CLCS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Skolarus LE, Burke JF, Brown D, Freedman VA (2014). Understanding Stroke Survivorship: Expanding the concept of post-stroke disability. *Stroke*;45(1):224-230.
2. Winstein CJ, Stein, et al (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke

3. Nguyễn Tấn Dũng (2012). Nghiên cứu chất lượng cuộc sống và hiệu quả phục hồi chức năng cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh sau tai biến mạch máu não tại Đà Nẵng, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Đặng Thị Hân, Ngô Huy Hoàng, Phạm Thị Hiếu và CS (2018). Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh đột quỵ não điều trị tại bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Nam Định năm 2017, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, Tập 1 Số 2
5. Trần Quốc Dũng (2020). Chất lượng cuộc sống người bệnh NMN và một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc tại BVTM. Luận văn thạc sĩ điều dưỡng
6. Gilworth G, Phil M, Sansam KAJ, et al (2009). Personal experiences of returning to work following stroke: An exploratory study. *Work* ; 34:95-103.
7. Nys GMS, et al (2005). Domain-specific cognitive recovery after first-ever stroke: A follow-up study of 111 cases, *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11, pp. 795-806.
8. Caroline H, Astrid A et al (2006). Long-term outcome after stroke, evaluating health-related quality of life using utility measurements, *Stroke*, 37, pp. 193-198.

NGHIÊN CỨU VAI TRÒ CỦA ¹⁸F-DG PET/CT TRONG CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN BỆNH U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO B

Bùi Tiến Công^{1,2}, Nguyễn Văn Thắng³, Phạm Văn Thái^{1,2},
Phạm Cẩm Phương^{1,2}, Võ Thị Huyền Trang²,
Chu Văn Tuynh³, Nguyễn Văn Tấn, Vũ Sỹ Quân⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu vai trò của ¹⁸F-FDG PET/CT trong chẩn đoán giai đoạn bệnh u lympho không Hodgkin tế bào B. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, phân tích mô tả trên 86 bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào B mới phát hiện được chụp PET/CT tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** PET/CT làm giảm số bệnh nhân từ 30,2% còn 22,1% ở giai đoạn I, từ 33,7% còn 26,8% ở giai đoạn II và làm tăng từ 17,5% lên 20,9% ở giai đoạn III, từ 18,6% lên 30,2% ở giai đoạn IV. Kết quả PET/CT đã làm tăng giai đoạn ở 21/86 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 24,4%. Tỷ lệ bệnh nhân tăng giai đoạn sau chụp PET/CT của nhóm mô bệnh học tiến triển nhanh là

25%, cao hơn so với nhóm mô bệnh học tiến triển chậm là 21,4%, sự khác biệt này không có ý nghĩa với $p > 0,05$. **Từ khóa:** U lympho không Hodgkin tế bào B, ¹⁸F-FDG PET/CT, SUVmax

SUMMARY

A STUDYING THE ROLE OF ¹⁸F-DG PET/CT IN THE STAGE DIAGNOSIS OF B-CELL NON-HODGKIN'S LYMPHOMA

Objective: Research the role of ¹⁸F-FDG PET/CT in the stage diagnosis of B-cell non-Hodgkin lymphoma. **Subject and method:** Retrospective study, descriptive analysis on 86 patients B-cell non-Hodgkin's lymphoma who were newly detected taken ¹⁸F-DG-PET/CT scan at Hanoi Oncology Hospital from January 2018 to December 2022. **Results:** PET/CT reduced the number of patients from 30.2% to 22.1% in stage I, from 33.7% to 26.8% in stage II and increased from 17.5% to 20.9% in stage III, from 18.6% to 30.2% in stage IV. PET/CT results increased the stage in 21/86 patients, accounting for 24.4%. The rate of patients with increased stage after PET/CT scan of aggressive histopathology group for 25%, higher than indolent histopathology group for 21.4%, this difference is not significant at $p > 0.05$.

Keywords: B-cell non-Hodgkin lymphoma, ¹⁸F-DG-PET/CT, SUVmax

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

⁴Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Tiến Công

Email: drcongibui@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 14.6.2024