

xơ gan mất bù trong vòng 2 năm với độ nhạy 76.3% và độ đặc hiệu 80%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của tác giả APR Schneider và cộng sự đánh giá thang điểm EPOD trên 25354 bệnh nhân xơ gan trong thời gian từ 1996 – 2020, thang điểm có ý nghĩa dự báo nguy cơ xơ gan mất bù sau 3 năm ở các nhóm đoàn hệ nghiên cứu là 0,694, 0,692 và 0,770.<sup>7</sup> Tuy nhiên, do cỡ mẫu còn nhỏ, và dữ liệu nghiên cứu có thể còn chưa đầy đủ, kết quả của chúng tôi vẫn cần thêm thời gian để hoàn thiện và kiểm chứng.

So sánh với thang điểm MELD, PALBI và Child-Pugh, có thể thấy thang điểm EPOD có độ tin cậy và giá trị dự báo cao hơn khi tiên lượng nguy cơ mất bù trong vòng 2 năm cho bệnh nhân xơ gan. Diện tích dưới đường cong AUROC của EPOD lớn hơn các thang điểm còn lại. Điều này cho thấy tiềm năng của EPOD trong tư vấn điều trị cũng như dự phòng chuyển giai đoạn từ còn bù sang mất bù cho bệnh nhân xơ gan.

## V. KẾT LUẬN

Thang điểm EPOD cho thấy giá trị tiên lượng có ý nghĩa trong dự đoán nguy cơ mất bù ở bệnh nhân xơ gan trong vòng 2 năm với độ chính xác cao (AUROC = 0,832). Thang điểm này có độ tin cậy cao hơn MELD, PALBI, và Child-Pugh trong việc tiên lượng nguy cơ mất bù cho bệnh nhân xơ gan. Do đó, EPOD có thể trở thành công cụ hữu ích trong thực hành lâm sàng khi cần xác định bệnh nhân có nguy cơ cao tiến triển thành xơ gan mất bù để can thiệp điều trị sớm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huang DQ, Terrault NA, Tacke F, et al.** Global epidemiology of cirrhosis - aetiology, trends and predictions. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. Jun

2023;20(6):388-398. doi:10.1038/s41575-023-00759-2

2. **Liu YB, Chen MK.** Epidemiology of liver cirrhosis and associated complications: Current knowledge and future directions. *World J Gastroenterol*. Nov 7 2022;28(41):5910-5930. doi:10.3748/wjg.v28.i41.5910
3. **Loomba R, Friedman SL, Shulman GI.** Mechanisms and disease consequences of nonalcoholic fatty liver disease. *Cell*. May 13 2021; 184(10):2537-2564. doi:10.1016/j.cell.2021. 04.015
4. **D'Amico G, Garcia-Tsao G, Pagliaro L.** Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies. *J Hepatol*. Jan 2006;44(1): 217-31. doi:10.1016/j.jhep.2005.10.013
5. **Gülcicegi DE, Goeser T, Kasper P.** Prognostic assessment of liver cirrhosis and its complications: current concepts and future perspectives. *Mini Review. Frontiers in Medicine*. 2023-September-14 2023;Volume 10 - 2023doi:10.3389/fmed.2023.1268102
6. **Del Cioppo S, Faccioli J, Ridola L.** Hepatic cirrhosis and decompensation: Key indicators for predicting mortality risk. *World J Hepatol*. Mar 27 2025; 17(3): 104580. doi:10.4254/wjh.v17.i3. 104580
7. **Schneider ARP, Schneider CV, Schneider KM, et al.** Early prediction of decompensation (EPOD) score: Non-invasive determination of cirrhosis decompensation risk. *Liver Int*. Mar 2022;42(3):640-650. doi:10.1111/liv.15161
8. **Angeli P, Bernardi M, Villanueva C, et al.** EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *Journal of Hepatology*. 2018;69(2):406-460. doi:10.1016/j.jhep.2018.03.024
9. **Thuy PTN.** Áp dụng thang điểm CLIF-C ACLF ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng. Master by Research. Hanoi Medical University; 2020.
10. **Cầm Phương P, Thị Thúy Quỳnh V, Văn Thái P, et al.** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 01/05 2022;508(1)doi:10.51298/vmj. v508i1.1542

# ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY BẰNG THANG ĐO SS-QOL-12

Ngô Thị Kim Trinh<sup>1,2</sup>, Lê Thị Kim Nhung<sup>1</sup>, Đàng Nguyễn An Nhiên<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Kim Nguyên<sup>2</sup>, Ngô Anh Tuấn<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đột quy là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật. Bên cạnh kéo dài sự sống, chăm sóc sau đột quy cần chú trọng cải thiện chất

lượng cuộc sống (CLCS). Tại Việt Nam, nghiên cứu ứng dụng thang đo chuyên biệt SS-QOL-12 còn hạn chế. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ suy giảm CLCS và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân sau đột quy bằng thang SS-QOL-12. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 328 bệnh nhân sau đột quy ≥1 tháng điều trị tại Bệnh viện 1A (10/2024–06/2025). CLCS được đánh giá bằng SS-QOL-12; quy ước suy giảm khi tổng điểm ≤195 sau quy đổi thang điểm. Phân tích hồi quy logistic đa biến xác định yếu tố liên quan độc lập. **Kết quả:** Có 305/328 bệnh nhân (92,98%) có suy giảm CLCS theo SS-QOL-12. So với nhóm không suy giảm CLCS, nhóm suy giảm lớn tuổi

<sup>1</sup>Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

<sup>2</sup>Bệnh viện 1A, TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Kim Trinh

Email: ntktrinh@ntt.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 29.9.2025

hơn ( $63,03 \pm 12,63$  so với  $54,52 \pm 11,13$ ;  $p=0,0019$ ), tỷ lệ  $\geq 60$  tuổi cao hơn ( $61,31\%$  so với  $26,09\%$ ;  $p=0,0009$ ), mức độ nặng của đột quỵ (NIHSS) cao hơn ( $13,2 \pm 5,4$  so với  $9,4 \pm 4,5$ ;  $p<0,001$ ) và nhiễm trùng bệnh viện nhiều hơn ( $22,95\%$  so với  $8,69\%$ ;  $p=0,010$ ). Bốn yếu tố liên quan độc lập với suy giảm CLCS gồm: tuổi  $\geq 60$  (OR hiệu chỉnh 4,57; KTC95%: 1,69–12,36;  $p=0,003$ ), tiền căn bệnh tim thiếu máu cục bộ (OR 12,94; 2,92–57,23;  $p=0,001$ ), mỗi 1 điểm tăng NIHSS (OR 1,11; 1,04–1,19;  $p=0,002$ ) và nhiễm trùng bệnh viện (OR 2,90; 1,20–7,00;  $p=0,015$ ). **Kết luận:** Tỷ lệ suy giảm CLCS ở bệnh nhân sau đột quỵ nội trú rất cao. Cần sàng lọc thường quy bằng thang SS-QOL-12 và ưu tiên các nhóm tuổi  $\geq 60$ , bệnh tim thiếu máu cục bộ, mức độ nặng của đột quỵ và nhiễm trùng bệnh viện. **Từ khóa:** đột quỵ; chất lượng cuộc sống; SS-QOL-12.

## SUMMARY

### ASSESSMENT OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN POST-STROKE PATIENTS USING THE SS-QOL-12 SCALE

**Background:** Stroke is a leading cause of mortality and disability worldwide. Beyond survival, post-stroke care aims to improve and maintain health-related quality of life (HRQoL). In Vietnam, studies using specialized instruments such as the Stroke-Specific Quality of Life-12 (SS-QOL-12) remain limited. **Objective:** To determine the prevalence of impaired HRQoL and associated factors among post-stroke patients using the SS-QOL-12 scale. **Patients and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 328 patients at least one month after stroke, admitted to 1A Hospital between October 2024 and June 2025. HRQoL was assessed using the SS-QOL-12; impairment was defined as a total score  $\leq 195$  after scale transformation. Multivariable logistic regression was applied to identify independent predictors. **Results:** Of 328 patients, 305 (92.98%) had impaired HRQoL. Compared with those without impairment, affected patients were older ( $63.0 \pm 12.6$  vs.  $54.5 \pm 11.1$  years;  $p=0.0019$ ), had a higher proportion aged  $\geq 60$  years ( $61.3\%$  vs.  $26.1\%$ ;  $p=0.0009$ ), greater stroke severity (NIHSS  $13.2 \pm 5.4$  vs.  $9.4 \pm 4.5$ ;  $p<0.001$ ), and more hospital-acquired infections ( $22.9\%$  vs.  $8.7\%$ ;  $p=0.010$ ). Multivariable analysis identified four independent factors: age  $\geq 60$  years (adjusted OR 4.57; 95% CI 1.69–12.36), ischemic heart disease (OR 12.94; 95% CI 2.92–57.23), each 1-point increase in NIHSS (OR 1.11; 95% CI 1.04–1.19), and hospital-acquired infection (OR 2.90; 95% CI 1.20–7.00). **Conclusions:** The prevalence of impaired HRQoL among post-stroke inpatients was very high. Older age, ischemic heart disease, higher stroke severity, and hospital-acquired infections were significantly associated with worse HRQoL. Routine screening with SS-QOL-12 and targeted interventions are warranted in high-risk groups. **Keywords:** stroke; health-related quality of life; SS-QOL-12.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là một trong các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật toàn cầu, ước tính

11,9 triệu ca mới và 3,6 triệu ca tử vong mỗi năm [1]. Tại Việt Nam, gánh nặng đột quỵ tăng kéo theo suy giảm đáng kể về vận động, chức năng tâm-xã hội và chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe (CLCS) sau xuất viện. Trong các công cụ đánh giá CLCS, SS-QOL bản đầy đủ có giá trị nhưng khá dài; bản rút gọn SS-QOL-12 (12 mục, mỗi mục đại diện một lĩnh vực) được phát triển với độ tin cậy nội tại tốt (Cronbach's alpha 0,77–0,89) và khả dụng cho lâm sàng – nghiên cứu [2]. Bảng chứng quốc tế tiếp tục ủng hộ giá trị của thang đo này: nghiên cứu tại Lebanon (SS-QOL-12-AR) trên 172 bệnh nhân ghi nhận 61,6% CLCS thấp, Cronbach's alpha = 0,917, và CLCS liên quan chặt chẽ với mức độ khuyết tật vận động cũng như tiên lượng xấu sau đột quỵ [3].

Tuy vậy, tại Việt Nam hiện còn thiếu các khảo sát ứng dụng và kiểm định SS-QOL-12 trong thực hành. Trong bối cảnh phục hồi chức năng ngày càng được chú trọng, việc chuẩn hóa một thang đo ngắn gọn, tin cậy và đã được quốc tế công nhận như SS-QOL-12 là cần thiết để theo dõi, đánh giá và nâng cao chất lượng chăm sóc cho người bệnh đột quỵ. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm các mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ suy giảm CLCS bằng thang đo SS-QOL-12 ở bệnh nhân sau đột quỵ  $\geq 1$  tháng điều trị tại Bệnh viện 1A.
2. Khảo sát các yếu tố liên quan đến suy giảm CLCS theo thang đo SS-QOL-12 ở quần thể trên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu gồm những người bệnh  $\geq 18$  tuổi được chẩn đoán xác định đột quỵ (thiếu máu não hoặc xuất huyết não) bằng CT/MRI, điều trị nội trú tại Bệnh viện 1A trong giai đoạn từ tháng 10/2024 đến tháng 06/2025, với thời gian sau đột quỵ  $\geq 1$  tháng, đã qua giai đoạn cấp và đang tham gia phục hồi chức năng nội trú. Người bệnh cần có khả năng tự trả lời bộ câu hỏi SS-QOL-12; trường hợp hạn chế giao tiếp, phỏng vấn được thực hiện với người chăm sóc am hiểu về tình trạng của người bệnh. Tất cả đối tượng đều được giải thích mục tiêu, quy trình nghiên cứu và ký đồng thuận tham gia bằng văn bản.

Loại trừ ra khỏi nghiên cứu các trường hợp rối loạn nhận thức/sa sút trí tuệ nặng hoặc rối loạn tâm thần nặng không thể hoàn tất phỏng vấn và không có người hỗ trợ đáng tin cậy; đang trong tình trạng cấp cứu/không ổn định cản trở việc đánh giá; hoặc từ chối tham gia. Nghiên cứu áp dụng chọn mẫu thuận tiện liên tục, bao phủ toàn bộ các trường hợp đáp ứng tiêu chí trong

thời gian nghiên cứu.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu: tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z^2 \cdot p(1-p)/d^2,$$

Với  $Z = 1,96$ ,  $\alpha = 0,05$ ,  $d = 0,06$ , chọn  $p = 0,5$  để cỡ mẫu tối ưu  $\rightarrow n$  tối thiểu = 267. Nghiên cứu thu nhận 328 bệnh nhân, đáp ứng yêu cầu.

Kỹ thuật chọn mẫu: thuận tiện liên tục.

Công cụ đo lường và định nghĩa biến số: kết cục chính là chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe (CLCS) sau đột quy, đánh giá bằng thang đo SS-QOL-12 (12 mục; mỗi mục 1–5 điểm; tổng 12–60). Tổng điểm được quy đổi tuyến tính về hệ quy chiếu 49–245 tương ứng SS-QOL đầy đủ; quy ước “suy giảm CLCS” khi tổng điểm  $\leq 195$  sau quy đổi. Biến đồng biến gồm: đặc điểm nhân khẩu (tuổi, giới, BMI), bệnh đi kèm (tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, bệnh tim thiếu máu cục bộ), loại đột quy, mức độ nặng thần kinh (NIHSS), và nhiễm trùng bệnh viện trong thời gian nằm viện. Các biến được định nghĩa/hồi cứu từ hồ sơ bệnh án theo biểu mẫu chuẩn hóa.

Thu thập số liệu và kiểm soát sai số: Phòng văn trực tiếp bằng bảng hỏi chuẩn hóa do nghiên cứu viên đã được huấn luyện thực hiện; đồng thời trích lục các biến lâm sàng–cận lâm sàng từ bệnh án. Dữ liệu được kiểm tra logic và đối chiếu ngẫu nhiên với bệnh án để hạn chế sai số thông tin. Những trường hợp thiếu dữ liệu

biến chính được loại khỏi phân tích tương ứng; tỷ lệ thiếu và lý do được ghi nhận.

**2.3. Phân tích thống kê.** Phân tích bằng Stata 14. Biến định tính trình bày tần số (%); biến định lượng trình bày trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn hoặc trung vị (IQR) tùy phân phối. So sánh hai nhóm (suy giảm so với không suy giảm CLCS) bằng  $\chi^2$ /Fisher cho biến định tính và t-test/Mann–Whitney cho biến định lượng. Các yếu tố liên quan độc lập với suy giảm CLCS được xác định bằng hồi quy logistic đa biến theo tiếp cận purposeful selection: đưa vào mô hình các biến có  $p < 0,20$  ở phân tích đơn biến và/hoặc có ý nghĩa lâm sàng. Trình bày odds ratio (OR), khoảng tin cậy 95% (KTC95%), và p-value. Kiểm tra đa cộng tuyến bằng VIF và đánh giá độ phù hợp mô hình (ví dụ Hosmer–Lemeshow) theo chuẩn thông lệ. Ngưỡng ý nghĩa hai phía:  $p < 0,05$ .

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Đề cương được Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện 1A phê duyệt; mọi người bệnh/đại diện hợp pháp đều ký đồng thuận tham gia; dữ liệu được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 10/2024 đến tháng 06/2025, có 328 người bệnh đột quy đáp ứng tiêu chí được đưa vào phân tích. Chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe (CLCS) được đánh giá bằng thang đo SS-QOL-12; suy giảm CLCS được quy ước khi tổng điểm  $\leq 195$  sau quy đổi. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

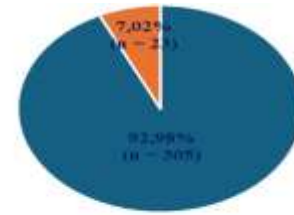
**Bảng 1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu (n=328)**

| Đặc điểm                          | Tổng số bệnh nhân (n=328) | Bệnh nhân có giảm chất lượng cuộc sống (n=305) | Bệnh nhân không giảm chất lượng cuộc sống (n=23) | P      |
|-----------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------|
| <b>Đặc điểm nhân trắc học</b>     |                           |                                                |                                                  |        |
| Nam - n (%)                       | 179 (54,57)               | 169 (55,41)                                    | 10 (43,48)                                       | 0,27   |
| Tuổi - năm                        | 62,43 $\pm$ 12,71         | 63,03 $\pm$ 12,63                              | 54,52 $\pm$ 11,13                                | 0,0019 |
| Tuổi $\geq 60$ - n (%)            | 193 (58,84)               | 187 (61,31)                                    | 6 (26,09)                                        | 0,0009 |
| Thành thị                         | 188 (57,32)               | 173 (56,72)                                    | 15 (65,22)                                       | 0,4285 |
| <b>Bệnh đồng mắc</b>              |                           |                                                |                                                  |        |
| Tăng huyết áp - n (%)             | 319 (97,26)               | 297 (97,38)                                    | 22 (95,65)                                       | 0,6266 |
| Đái tháo đường - n (%)            | 113 (34,45)               | 107 (35,08)                                    | 6 (26,09)                                        | 0,3829 |
| Rối loạn lipid máu - n (%)        | 271 (82,62)               | 256 (83,93)                                    | 15 (65,22)                                       | 0,0223 |
| Bệnh tim thiếu máu cục bộ - n (%) | 161 (49,09)               | 140 (45,90)                                    | 21 (91,30)                                       | <0,001 |
| Tiền sử đột quy não - n (%)       | 37 (11,28)                | 35 (11,48)                                     | 2 (8,70)                                         | 0,6856 |
| <b>Đặc điểm lâm sàng</b>          |                           |                                                |                                                  |        |
| Nhồi máu não - n (%)              | 272 (82,9)                | 255 (83,6)                                     | 17 (73,9)                                        | 0,18   |
| Xuất huyết não - n (%)            | 56 (17,1)                 | 50 (16,4)                                      | 6 (26,1)                                         | 0,21   |
| Điểm NIHSS (điểm)                 | 12,8 $\pm$ 5,3            | 13,2 $\pm$ 5,4                                 | 9,4 $\pm$ 4,5                                    | <0,001 |
| Nhiễm trùng bệnh viện - n (%)     | 72 (21,95)                | 70 (22,95)                                     | 02 (8,69)                                        | 0,01   |
| Xuất huyết tiêu hóa - n (%)       | 40 (12,19)                | 38 (12,45)                                     | 02 (8,69)                                        | 0,3    |

**Chú thích:** NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale): thang điểm đột quỵ của Viện Y tế Quốc gia Hoa Kỳ.

Bảng 1 cho thấy nhóm suy giảm CLCS lớn tuổi hơn đáng kể so với nhóm không suy giảm ( $63,03 \pm 12,63$  so với  $54,52 \pm 11,13$  năm;  $p=0,0019$ ) và có tỷ lệ  $\geq 60$  tuổi cao hơn (61,31% so với 26,09%;  $p=0,0009$ ). Về bệnh đồng mắc, tăng huyết áp (97,38% vs 95,65%;  $p=0,6266$ ) và đái tháo đường (35,08% vs 26,09%;  $p=0,3829$ ) không khác biệt có ý nghĩa, trong khi rối loạn lipid máu gặp nhiều hơn ở nhóm suy giảm (83,93% so với 65,22%;  $p=0,0223$ ). Ngoài ra, bệnh tim thiếu máu cục bộ phân bố chênh lệch rõ rệt giữa hai nhóm (45,90% so với 91,30%;  $p<0,001$ ). Về mức độ nặng, nhóm suy giảm có điểm NIHSS cao hơn ( $13,2 \pm 5,4$  so với  $9,4 \pm 4,5$ ;  $p<0,001$ ) và nhiễm trùng bệnh viện nhiều hơn (22,95% so với 8,69%;  $p=0,010$ ). Không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa theo phân nhóm đột quỵ (nhồi máu não/xuất huyết não) hay biến chứng xuất huyết tiêu hóa ( $p>0,05$ ).

Trong tổng số 328 bệnh nhân, 305 trường hợp (92,98%) có suy giảm CLCS theo SS-QOL-12. Kết quả cho thấy gánh nặng suy giảm CLCS rất cao ở quần thể nội trú trong giai đoạn phục hồi chức năng (hình 1).



■ Giảm chất lượng cuộc sống ■ Không giảm chất lượng cuộc sống

**Hình 1. Tỷ lệ suy giảm CLCS theo SS-QOL-12**

Trong mô hình hồi quy logistic đa biến, bốn yếu tố cho thấy liên quan độc lập với suy giảm CLCS sau đột quỵ. Cụ thể, người bệnh  $\geq 60$  tuổi có odds suy giảm CLCS cao hơn 4,57 lần so với  $<60$  tuổi (OR hiệu chỉnh 4,57; KTC95%: 1,69–12,36;  $p=0,003$ ); tiền căn bệnh tim thiếu máu cục bộ làm tăng khoảng 13 lần odds suy giảm CLCS (aOR 12,94; KTC95%: 2,92–57,23;  $p=0,001$ ); mỗi 1 điểm tăng NIHSS gắn với tăng 11% odds suy giảm CLCS (aOR 1,11; KTC95%: 1,04–1,19;  $p=0,002$ ); và nhiễm trùng bệnh viện làm tăng gần 3 lần odds suy giảm CLCS (aOR 2,90; KTC95%: 1,20–7,00;  $p=0,015$ ). Kết quả nhấn mạnh vai trò của tuổi cao, gánh nặng tim mạch đồng mắc, mức độ nặng thần kinh, và biến chứng nội viện trong dự báo chất lượng cuộc sống thấp sau đột quỵ (Bảng 2).

**Bảng 2. Các đặc điểm lâm sàng liên quan đến giảm chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân đột quỵ (n=328)**

| Biến Số                            | Hồi quy đơn biến     |        | Hồi quy đa biến         |       |
|------------------------------------|----------------------|--------|-------------------------|-------|
|                                    | OR thô (KTC 95%)     | p      | OR hiệu chỉnh (KTC 95%) | p     |
| Tuổi $\geq 60$                     | 4,49 (1,72 - 11,71)  | 0,002  | 4,57 (1,69 - 12,36)     | 0,003 |
| Tiền căn bệnh tim thiếu máu cục bộ | 12,38 (2,85 - 53,70) | 0,001  | 12,94 (2,92 - 57,23)    | 0,001 |
| Điểm NIHSS                         | 1,12 (1,05 - 1,20)   | <0,001 | 1,11 (1,04 - 1,19)      | 0,002 |
| Nhiễm trùng bệnh viện              | 3,1 (1,3 - 7,4)      | 0,001  | 2,9 (1,2 - 7,0)         | 0,015 |

**Chú thích:** NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale): thang điểm đột quỵ của Viện Y tế Quốc gia Hoa Kỳ; KTC: khoảng tin cậy.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Tỷ lệ suy giảm chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân đột quỵ.** CLCS sau đột quỵ là chỉ số đầu ra then chốt phản ánh hiệu quả điều trị và mức độ phục hồi toàn diện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ suy giảm CLCS đạt 92,98%, tương đương với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Hằng là 91,3%, cho thấy gánh nặng đáng kể không chỉ về mặt vận động mà còn cả khía cạnh tâm lý-xã hội. Tỷ lệ này cao hơn một số báo cáo quốc tế dùng cùng công cụ: Sakr và cs. trên 172 bệnh nhân tại Lebanon với SS-QOL-12-AR ghi nhận 61,6% CLCS thấp (Cronbach's alpha 0,917) [3]; tại Hong Kong, Wong và cs. đánh giá 348 bệnh nhân sau 3 tháng cho điểm SS-QOL-12 trung bình 48, gợi ý suy

giảm nhẹ-trung bình [4]. Khác biệt này có thể do bối cảnh nội trú phục hồi chức năng (ca nặng hơn), NIHSS cao hơn ở nhóm suy giảm (13,2 so với 9,4), gánh nặng đồng mắc/biến chứng nội viện (bệnh tim thiếu máu cục bộ; nhiễm trùng bệnh viện) và khác biệt thời điểm đo/bối cảnh văn hoá-hệ thống y tế [4]. Ngoài ra, quy ước nhân chia điểm SS-QOL-12 theo ngưỡng có thể làm tăng ước tính tỷ lệ so với báo cáo theo thang liên tục - một lưu ý quan trọng khi so sánh giữa các nghiên cứu. Trong quần thể của chúng tôi, tuổi trung bình 62,4, tỷ lệ tăng huyết áp 97,3%, đái tháo đường 34,5%, bệnh tim thiếu máu cục bộ 49%, và bối cảnh đánh giá khi còn nội trú có thể cùng góp phần lý giải tỷ lệ cao này.

**4.2. Các yếu tố liên quan tới suy giảm chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân đột quỵ.** Suy giảm CLCS sau đột quỵ gắn với giảm tự

chăm sóc/hoạt động xã hội, tăng trầm cảm, giảm tuân thủ, tăng tái nhập viện/chi phí, và gánh nặng cho người chăm sóc [5]. Phân tích đa biến của chúng tôi xác định bốn yếu tố liên quan độc lập: tuổi cao, bệnh tim thiếu máu cục bộ, điểm NIHSS cao, và nhiễm trùng bệnh viện. Những phát hiện này tương hợp với y văn: Ramos-Lima và cs. cho thấy tuổi, mRS và NIHSS là tiên lượng bất lợi của CLCS; dụng cụ chỉnh hình và đột quỵ tuần hoàn trước toàn bộ cũng là yếu tố nguy cơ độc lập [6]. Tại Sri Lanka, Kariyawasam và cs. ghi nhận tuổi cao làm giảm CLCS cùng với mức độ lệ thuộc và rối loạn ngôn ngữ [7]. Ở Estonia, Schneider và cs. báo cáo bệnh tim thiếu máu cục bộ tại thời điểm đột quỵ dự báo giảm CLCS dài hạn, bên cạnh khiếm khuyết vận động, trầm cảm, tái phát đột quỵ và thất nghiệp [8]. Về cơ chế, tuổi cao đi kèm dự trữ sinh học thấp/đa bệnh, nên cùng mức khiếm khuyết thần kinh sẽ phụ thuộc ADL hơn và hồi phục chậm hơn; bệnh tim thiếu máu cục bộ phản ánh gánh nặng xơ vữa toàn thân, giảm dung nạp gắng sức, tăng đau/khó chịu—mệt mỏi và lo âu biến cố, từ đó kéo thấp điểm CLCS [8]; NIHSS cao biểu thị tổn thương rộng, ảnh hưởng nhiều miền (vận động, ngôn ngữ, nhận thức), làm tăng phụ thuộc; còn nhiễm trùng bệnh viện kéo dài nằm viện, gây mất khối cơ và tăng biến cố nội viện [9].

Hàm ý thực hành: ưu tiên phòng ngừa nhiễm trùng bệnh viện, tối ưu hóa tim mạch đồng mắc, và phục hồi chức năng sớm—tích cực ở người  $\geq 60$  tuổi, NIHSS cao hoặc có bệnh tim thiếu máu cục bộ; đồng thời sàng lọc CLCS định kỳ bằng SS-QOL-12 để phân tầng và theo dõi.

#### 4.3. Hạn chế của nghiên cứu:

Nghiên cứu cắt ngang nên không suy luận nhân-quả; một trung tâm, chọn mẫu thuận tiện có thể gây sai lệch chọn mẫu và hạn chế khái quát. Đo CLCS trong giai đoạn nội trú có thể chịu ảnh hưởng tâm lý cấp tính/biến cố nội viện, chưa phản ánh đường cong hồi phục sau xuất viện. Ngoài ra, chúng tôi chưa đo lường có hệ thống các yếu tố tâm lý-xã hội (lo âu, trầm cảm, hỗ trợ xã hội) vốn có thể ảnh hưởng đáng kể đến CLCS.

Trong tương lai, các nghiên cứu dọc đa trung tâm nên được triển khai nhằm đánh giá thay đổi CLCS theo thời gian (nhập viện—ra viện—sau xuất viện) và xác nhận đặc tính đo lường của SS-QOL-12 trong bối cảnh Việt Nam—tiếp nối mạch bằng chứng quốc tế về tính tin cậy và giá trị của thang đo này, đồng thời liên hệ với gánh nặng đột quỵ đang gia tăng. Những dữ liệu

như vậy sẽ hỗ trợ mạnh mẽ việc chuẩn hóa quy trình sàng lọc CLCS, tối ưu hóa phân bổ nguồn lực và nâng cao chất lượng chăm sóc cho người bệnh đột quỵ.

#### V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy giảm chất lượng cuộc sống theo SS-QOL-12 ở bệnh nhân sau đột quỵ rất cao (92,98%). Các yếu tố liên quan độc lập gồm tuổi  $\geq 60$ , bệnh tim thiếu máu cục bộ, mức độ nặng thần kinh cao và nhiễm trùng bệnh viện. Những phát hiện này ủng hộ sàng lọc CLCS thường quy bằng SS-QOL-12 và ưu tiên can thiệp phục hồi sớm, kiểm soát tim mạch đồng mắc, cùng dự phòng kiểm soát nhiễm khuẩn—đặc biệt ở các nhóm nguy cơ nêu trên—nhằm cải thiện chất lượng sống sau đột quỵ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Feigin VL, Brainin M, Norrving B, et al.** World stroke organization: global stroke fact sheet 2025. *International Journal of Stroke*. 2025;20(2):132-144.
2. **Post MW, Boosman H, Van Zandvoort MM, et al.** Development and validation of a short version of the Stroke Specific Quality of Life Scale. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2011;82(3):283-286.
3. **Sakr F, Dabbous M, Akel M, et al.** Cultural adaptation and validation of the Arabic version of the short 12-item stroke-specific quality of life scale. *Frontiers in Neurology*. 2023;14:1232602.
4. **Fong T, Lo T, Ho R.** Psychometric properties of the 12-item Stroke-Specific Quality of Life Scale among stroke survivors in Hong Kong. *Sci. Rep*. 2023; 13 (1): 1510.
5. **Della Vecchia C, Préau M, Haesebaert J, et al.** Factors associated with post-stroke social participation: a quantitative study based on the ICF framework. *Annals of physical and rehabilitation medicine*. 2023;66(3):101686.
6. **Ramos-Lima MJM, Brasileiro IdC, Lima TLd, et al.** Quality of life after stroke: impact of clinical and sociodemographic factors. *Clinics*. 2018;73:e418.
7. **Kariyawasam PN, Pathirana KD, Hewage DC.** Factors associated with health related quality of life of patients with stroke in Sri Lankan context. *Health and quality of life outcomes*. 2020;18(1):129.
8. **Schneider S, Taba N, Saapar M, et al.** Determinants of long-term health-related quality of life in young ischemic stroke patients. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2021;30(2):105499.
9. **Fluck D, Fry CH, Robin J, et al.** Impact of healthcare-associated infections within 7-days of acute stroke on health outcomes and risk of care-dependency: a multi-centre registry-based cohort study. *Internal and emergency medicine*. 2024;19(4):919-929.

# CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN DỊCH NÃO TỦY Ở TRẺ SƠ SINH VIÊM MÀNG NÃO TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ NĂM 2023-2025

Phạm Kiều Anh Thơ<sup>1</sup>, Nguyễn Thiện Bình<sup>1</sup>,  
Nguyễn Minh Phương<sup>1</sup>, Bùi Quang Nghĩa<sup>1</sup>, Trần Quang Khải<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm màng não (VMN) là một bệnh nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương nghiêm trọng ở trẻ sơ sinh với biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu gây khó khăn cho chẩn đoán. Do đó, việc phân tích dịch não tủy (DNT) đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định bệnh, đặc biệt là ở trẻ sơ sinh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trẻ sơ sinh mắc VMN tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2023-2025; và tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng sự thay đổi các thành phần DNT ở trẻ sơ sinh mắc VMN tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt ca tất cả trẻ sơ sinh được chẩn đoán VMN nhập viện tại Khoa Sơ sinh Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 03/2023 đến tháng 02/2025. **Kết quả:** Có tổng cộng 58 trẻ sơ sinh mắc viêm màng não được ghi nhận với trung vị ngày tuổi là 7,5 ngày. Trẻ nam có tỷ lệ mắc VMN cao hơn (58,6%). Các trường hợp mắc bệnh chủ yếu là khởi phát muộn. Suy hô hấp là triệu chứng thường gặp nhất ở trẻ sơ sinh bị VMN (53,4%). Nồng độ protein trung vị trong DNT là 1,38g/L (1-1,85g/L) và số lượng tế bào trung vị là 20 tế bào/mm<sup>3</sup> (10-83 tế bào/mm<sup>3</sup>). Tăng protein và tăng tế bào trong DNT là 2 thay đổi thường gặp nhất (75% và 63,8%). Sơ sinh nhẹ cân, suy hô hấp và sốt là các yếu tố có ảnh hưởng đến tăng protein DNT; trong khi tuổi nhập viện  $\geq 7$  ngày, suy hô hấp, sốt và tăng CRP là các yếu tố có ảnh hưởng đến tăng tế bào DNT ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** trên lâm sàng cần khám kỹ càng các trẻ sơ sinh nhẹ cân, nhập viện  $\geq 7$  ngày, suy hô hấp và sốt để phát hiện sớm VMN.

**Từ khóa:** Viêm màng não, sơ sinh, dịch não tủy.

## SUMMARY

### FACTORS AFFECTING CEREBRAL SPINAL FLUID IN NEWBORNS WITH MENINGITIS AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL IN 2023-2025

**Background:** Meningitis is a severe infection of the central nervous system in newborns, with non-specific clinical manifestations that make diagnosis challenging. Therefore, cerebrospinal fluid (CSF) analysis plays a crucial role in confirming the diagnosis, especially in neonates. **Objectives:** To describe the clinical and laboratory characteristics of neonates with meningitis at Can Tho Children's Hospital in 2023-2025; to investigate the factors

affecting changes in CSF components in newborns with meningitis at Can Tho Children's Hospital.

**Materials and methods:** This case series describes all neonates diagnosed with meningitis who were admitted to the Neonatal Department of Can Tho Children's Hospital from March 2023 to February 2025.

**Results:** A total of 58 neonates with meningitis were recorded, with a median age of 7.5 days. Male neonates accounted for a higher proportion of meningitis cases (58.6%). The majority of cases presented as late-onset meningitis (77.6%). Respiratory failure was the most prevalent clinical sign occurring in 53.4% of neonates diagnosed with meningitis. The median CSF protein concentration was 1.38 g/L (1-1.85g/L), while the median CSF white cell count was 20 cells/mm<sup>3</sup> (10-83 cells/mm<sup>3</sup>). Low birth weight, respiratory failure and fever were factors affecting increased CSF protein; while age at admission  $\geq 7$  days, respiratory failure, fever and increased CRP were factors affecting increased CSF cells ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** Clinically, it is necessary to carefully examine low birth weight infants, hospitalized  $\geq 7$  days, with respiratory failure and fever to detect early meningitis. **Keywords:** Meningitis, neonates, cerebrospinal fluid.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng não (VMN) ở trẻ sơ sinh là một bệnh lý nhiễm trùng nghiêm trọng, đe dọa tính mạng. Bệnh có tỷ lệ tử vong cao và có thể để lại nhiều di chứng nặng nề như điếc, chậm phát triển tâm thần vận động, động kinh và rối loạn học tập nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Các triệu chứng như sốt, bỏ bú, co giật thường không rõ ràng, dễ nhầm lẫn với các bệnh khác, khiến việc chẩn đoán lâm sàng trở nên quan trọng để nghi ngờ sớm và tiến hành kiểm tra. Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán VMN sơ sinh là nuôi cấy dịch não tủy (DNT). Tuy nhiên, tỷ lệ phát hiện các tác nhân gây bệnh qua nuôi cấy DNT ở trẻ sơ sinh mắc VMN vẫn rất thấp được thể hiện qua kết quả của nhiều nghiên cứu [1], [5]. Do đó, phân tích DNT là một xét nghiệm quan trọng giúp xác định chẩn đoán. Sự kết hợp giữa chẩn đoán lâm sàng và phân tích DNT là cần thiết để đảm bảo chẩn đoán chính xác và điều trị hiệu quả tránh các di chứng lâu dài cho trẻ. Chính vì lẽ đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với hai mục tiêu chính: *Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ sơ sinh mắc VMN tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2023-*

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Khải

Email: tqkhai@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2025

Ngày duyệt bài: 30.9.2025