

ẢNH HƯỞNG CỦA VẬT LÝ TRỊ LIỆU SỚM ĐỐI VỚI VẬN ĐỘNG TỰ CHỦ VÀ KIỂM SOÁT TƯ THẾ TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUÝ GIA ĐOẠN CẤP TÍNH

Lê Thị Kim Phượng¹, Nguyễn Thị Thu Hằng¹, Phạm Thị Cẩm Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định ảnh hưởng của can thiệp Vật lý trị liệu (VLTL) sớm và tổng số ngày VLTL đối với khả năng vận động tự chủ và kiểm soát tư thế ở người bệnh đột quỵ cấp tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại hai thời điểm nhập viện và xuất viện trên tám mươi người bệnh đột quỵ cấp tính. Thời gian từ khi người bệnh nhập viện vào khoa đột quỵ đến lần vật lý trị liệu đầu tiên (DA-VLTL) và tổng số ngày điều trị Vật lý trị liệu (DVLTL) được ghi chép hồ sơ bệnh án của khoa. Mỗi người bệnh được đánh giá khả năng vận động tự chủ và kiểm soát tư thế khi nhập viện và trước khi xuất viện. Khả năng vận động tự chủ được đánh giá bằng Thang đánh giá phục hồi chức năng vận động sau đột quỵ (Stroke Rehabilitation Assessment of Movement - STREAM) và khả năng kiểm soát tư thế bằng Thang đánh giá tư thế đột quỵ (Postural Assessment Scale for Stroke - PASS). Mỗi tương quan giữa các biến thời gian và điểm STREAM và PASS khi xuất viện được kiểm tra bằng kiểm định tương quan Spearman. **Kết quả và kết luận:** Có mối tương quan nghịch giữa DA-VLTL với STREAM ($r_s = -0,241$; $p = 0,031$) và PASS ($r_s = -0,291$; $p = 0,009$) khi xuất viện. Không tìm thấy mối tương quan giữa DVLTL với STREAM và PASS khi xuất viện. Thời gian từ khi nhập viện đến lần vật lý trị liệu đầu tiên là yếu tố ảnh hưởng đến khả năng vận động tự chủ và kiểm soát tư thế của người bệnh đột quỵ tại thời điểm xuất viện. **Từ khóa:** vật lý trị liệu, vận động tự chủ, kiểm soát tư thế, đột quỵ cấp tính.

SUMMARY

THE INFLUENCE OF EARLY VLTL INTERVENTION AND DURATION OF VLTL PROGRAM ON VOLUNTARY MOVEMENT AND POSTURAL CONTROL IN INDIVIDUALS WITH ACUTE STROKE

Objective: Determine the influence of early VLTL intervention and duration of VLTL program on voluntary movement and postural control in individuals with acute stroke. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study in eighty acute stroke patients. Each patient was assessed for time from admission to the stroke unit to first physical therapy (DA-VLTL), total days of physical therapy (DVLTL). At discharge, each participant was evaluated for movement and postural control. Voluntary movement

was assessed by the Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM) and postural control by Postural Assessment Scale for Stroke (PASS). The correlation between time variabCDs and STREAM and PASS score at discharge were tested by Spearman correlation test. **Results and conclusions:** There was negative correlation between DA-VLTL and STREAM ($r_s = -0.241$; $p = 0.031$) and PASS ($r_s = -0.291$; $p = 0.009$) at discharge. No correlation was found between DVLTL and STREAM and PASS at discharge. The time from admission to the unit to first VLTL, but not the total days of receiving VLTL, was a factor influencing voluntary movement and postural balance at discharge. **Keywords:** physical therapy, voluntary movement, postural control, acute stroke.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba và là nguyên nhân hàng đầu gây ra tình trạng khuyết tật mắc phải ở người lớn trên toàn thế giới, theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). Một trong những hậu quả thường gặp của đột quỵ là rối loạn thăng bằng, giảm khả năng vận động và mất khả năng tự chủ trong sinh hoạt hàng ngày. VLTL đóng vai trò không thể thiếu trong quá trình phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ, đặc biệt là cải thiện khả năng vận động tự chủ và kiểm soát tư thế.

Dựa trên cơ chế tính dẻo thần kinh, quá trình phục hồi sau tổn thương não có thể được kích hoạt chỉ vài phút sau khi xảy ra đột quỵ. Các liệu pháp phục hồi chức năng, bao gồm VLTL, có thể góp phần tối ưu hóa quá trình này thông qua việc thúc đẩy các phản ứng tái tổ chức thần kinh¹. Bằng chứng hiện tại chỉ ra rằng việc vận động sớm – đặc biệt là trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện hoặc trong vòng 48 giờ sau khi khởi phát đột quỵ – giúp cải thiện rõ rệt kết quả chức năng, giảm biến chứng và thúc đẩy hồi phục vận động². Một nghiên cứu của Chippala và cộng sự cho thấy những bệnh nhân được thực hiện các buổi hoạt động ngoài giường kéo dài từ 5–30 phút, ít nhất hai lần mỗi ngày trong một tuần, bắt đầu trong vòng 24 giờ sau khởi phát đột quỵ, có cải thiện chức năng đáng kể hơn so với nhóm không được can thiệp sớm³. Tuy nhiên, với sự phát triển của các phương pháp điều trị nội khoa cho đột quỵ, đặc biệt là liệu pháp tiêu sợi huyết tĩnh mạch và/hoặc phẫu thuật lấy huyết khối cơ học trong đột quỵ thiếu máu cục bộ cấp

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Kim Phượng
Email: phuongtk@hmtu.edu.vn
Ngày nhận bài: 25.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025
Ngày duyệt bài: 28.11.2025

tính, bệnh nhân thường được khuyến cáo hạn chế vận động ít nhất trong 24 giờ đầu⁴. Điều này có thể làm trì hoãn việc bắt đầu VLTL và ảnh hưởng đến hiệu quả phục hồi chức năng. Bên cạnh đó, số lượng bệnh nhân đột quỵ đang gia tăng nhanh chóng trong những năm gần đây, góp phần làm quá tải hệ thống bệnh viện, đặc biệt là tại các đơn vị cấp cứu. Tình trạng này có thể giới hạn thời gian nằm viện và rút ngắn thời gian dành cho can thiệp VLTL, ảnh hưởng đến kết quả điều trị toàn diện. Do đó, việc xác định thời điểm tối ưu để bắt đầu và kéo dài VLTL trong giai đoạn sớm sau đột quỵ là cần thiết, nhằm hỗ trợ việc đưa ra quyết định lâm sàng và lập kế hoạch chăm sóc phù hợp – đặc biệt trong bối cảnh số ca đột quỵ tiếp tục gia tăng. Chính vì vậy để làm rõ hơn thời điểm nên bắt đầu VLTL và thời gian kéo dài VLTL chúng tôi làm nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định ảnh hưởng của can thiệp VLTL sớm và số ngày VLTL đối với khả năng vận động tự chủ và kiểm soát tư thế ở những người bị đột quỵ cấp tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

+ Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh từ 18 tuổi trở lên, đột quỵ lần đầu và đồng ý tham gia nghiên cứu

+ Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm:

- 1) Mặc các bệnh lý thần kinh khác như u não, bệnh Parkinson
- 2) Bị hạn chế chức năng khớp
- 3) Đột quỵ tái phát hoặc tiến triển
- 4) Bị rối loạn vận động
- 5) Bị suy tim
- 6) Huyết áp tâm thu lớn hơn 160mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương lớn hơn 100mmHg
- 7) Bị đau trên 7 độ được đánh giá bằng thang điểm Visual Analog

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Tháng 11/2021 đến tháng 6/2022
- Địa điểm: Khoa Đột quỵ, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại 2 thời điểm
- Chọn mẫu nghiên cứu: Chọn tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.
- Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu: Thông tin người bệnh được trích xuất từ hồ sơ bệnh án bao gồm: tuổi, giới tính, chỉ số khối cơ thể (BMI), điểm Glasgow, tổn thương bán cầu não, bên tổn thương, D_{A-VLTL} , D_{VLTL} . Người tham gia được đánh giá STREAM và PASS trong vòng 3 ngày sau khi nhập viện tại khoa Đột quỵ cấp,

STREAM khi xuất viện ($STREAM_{xv}$) và PASS khi xuất viện ($PASS_{xv}$) trong vòng 2 ngày trước khi xuất viện.

2.4. Xử lý số liệu: - Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS phiên bản 23 (SPSS Inc, Chicago, IL).

- Phân tích mô tả được thực hiện để xác định đặc điểm của người tham gia và trình bày kết quả với giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD) cho dữ liệu phân phối chuẩn và trung vị, tứ phân vị cho dữ liệu phân phối không chuẩn.

- Kiểm định Spearman được sử dụng để tìm mối tương quan giữa D_{A-VLTL} , D_{VLTL} với STREAM và PASS khi xuất viện. Mức ý nghĩa được thể hiện ở giá trị p nhỏ hơn 0,05.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương chấp thuận về mặt đạo đức.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tổng cộng có 85 người bệnh đột quỵ được đưa vào nghiên cứu này. Trong đó, 2 người bệnh tử vong và 3 người bệnh chuyển viện sau đánh giá lần 1 được thực hiện giá ban đầu. Nghiên cứu có 80 người tham gia đánh giá đủ ở hai thời điểm. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=80)

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi, trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (tối thiểu, tối đa)	64,45 $\pm$ 14,25 (21, 92)
Giới tính, n (%)	
Nam giới	43 (53,8)
Nữ giới	37 (46,2)
BMI, trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (tối thiểu, tối đa)	24,26 $\pm$ 4,41 (15,2, 36,9)
Điểm hôn mê Glasgow, trung vị (Q1, Q3)	
Điểm mắt	4 (3, 4)
Điểm lời nói	5 (4, 5)
Điểm vận động	6 (5, 6)
Bán cầu tổn thương, n (%)	
Bên trái	40 (50)
Phải	29 (36,3)
Cả hai	1 (1,3)
Không tìm thấy	10 (12,5)
Bên bị ảnh hưởng, n (%)	
Bên trái	34 (42,5)
Phải	42 (52,5)
Cả hai	1 (1,3)
Không có	3 (3,8)
Tổng số ngày từ khi nhập viện đến	2 (1, 2)

lần VLTL đầu tiên, trung vị (Q1, Q3)	
Tổng số ngày điều trị VLTL, trung vị (Q1, Q3)	3.5 (2, 6)
Điểm STREAM ban đầu, trung vị (Q1, Q3)	
Điểm thành phần CT	13,5 (0, 20)
Điểm thành phần CD	8 (0, 18)
Điểm thành phần khả năng di chuyển cơ bản	11 (1, 24)
Điểm tổng	45 (2,14, 88,21)
Điểm STREAM xuất viện, trung vị (Q1, Q3)	
Điểm thành phần CT	17 (0, 20)
Điểm thành phần CD	12,5 (1,19,75)
Điểm thành phần khả năng di chuyển cơ bản	15,5 (3,27,75)
Điểm tổng	65 (8,93,95,35)
Điểm PASS ban đầu, trung bình (Q1, Q3)	
Duy trì tư thế	6 (0, 12)
Thay đổi tư thế	9 (1, 20)
Điểm tổng	14 (1, 32)
Điểm PASS khi xuất viện, trung vị (Q1, Q3)	
Duy trì tư thế	10,5 (1,25,13,75)
Thay đổi tư thế	14 (5,25,21)
Điểm tổng	25 (6,5,34,75)

BMI = Chỉ số khối cơ thể; VLTL = Vật lý trị liệu; SD = Độ lệch chuẩn; Q1 = tứ phân vị thứ nhất; Q3 = tứ phân vị thứ ba; STREAM = Đánh giá chuyển động phục hồi chức năng sau đột quỵ; CT = Chi trên; CD = Chi dưới; PASS = Tư thế

Nhận xét: Trong số 80 người bệnh, độ tuổi trung bình là $64,45 \pm 14,25$ tuổi, nữ giới có nguy cơ bị đột quỵ cao hơn nam giới. Nhìn chung, hầu hết người bệnh đều thừa cân do BMI trung bình khá cao theo tiêu chuẩn BMI của người châu Á. Trong giai đoạn cấp sau đột quỵ, hầu hết người bệnh đều có phản ứng mắt, lời nói và vận động tốt theo thang điểm hôn mê Glasgow. Kết quả cho thấy tỷ lệ người bệnh đột quỵ có tổn thương bán cầu não trái cao hơn (50%) so với bên đối diện (36,3%). Thời gian nằm viện tại đơn vị đột quỵ cấp khoảng 1 tuần, trong đó, phục hồi chức năng sớm được áp dụng tương đối sớm trong vòng 2 ngày sau khi nhập viện và duy trì khoảng 3-4 ngày.

3.2. Môi trường quan giữa các biến thời gian và điểm STREAM và PASS khi xuất viện. Môi trường quan giữa D_{A-VLTL} và D_{VLTL} với $STREAM_{xv}$ và $PASS_{xv}$ được tóm tắt trong Bảng 2.

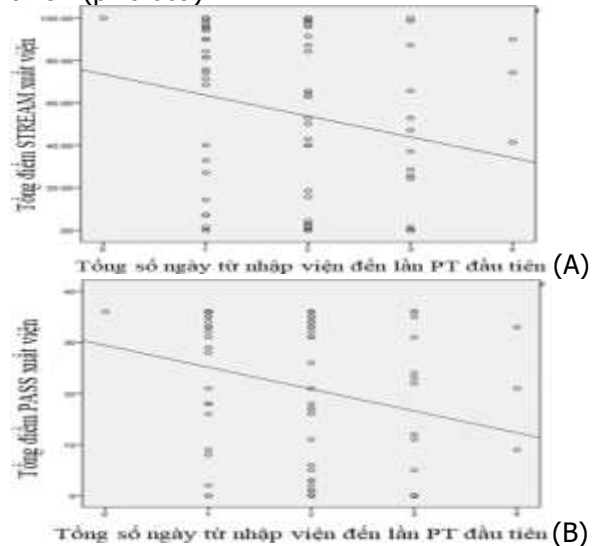
Bảng 2. Tương quan giữa D_{A-VLTL} và D_{VLTL} với $STREAM_{xv}$ và $PASS_{xv}$

Các yếu tố	$STREAM_{xv}$		$PASS_{xv}$	
	r_s	p	r_s	p
Tổng số ngày từ khi nhập viện đến lần VLTL đầu tiên (D_{A-VLTL})	-0,241	0,031	-0,291	0,009
Tổng số ngày điều trị VLTL (D_{VLTL})	-0,201	0,073	-0,185	0,101

$STREAM_{xv}$ = điểm phục hồi vận động tại thời điểm xuất viện

$PASS_{xv}$ = điểm kiểm soát tư thế tại thời điểm xuất viện

Nhận xét: Số ngày từ khi nhập viện đến lần VLTL đầu tiên có mối tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê với cả điểm vận động và điểm kiểm soát tư thế tại thời điểm xuất viện với hệ số tương quan r_s lần lượt là -0,241 ($p=0.031$) và -0,291 ($p=0.009$).



Biểu đồ 3. Môi trường quan giữa thời gian từ khi nhập viện tới lần đầu VLTL với $STREAM_{xv}$ (A) và $PASS_{xv}$ (B)

Nhận xét: Số ngày từ khi nhập viện đến lần đầu VLTL càng lớn thì điểm vận động và kiểm soát tư thế của người bệnh tại thời điểm xuất viện càng nhỏ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là $64,45 \pm 14,25$ tuổi, tương đối khép kín so với các báo cáo trước đó – trong đó phần lớn các trường hợp đột quỵ được ghi nhận ở độ tuổi trên 65. Tuy nhiên, kết quả này phù hợp với xu hướng "trẻ hóa" bệnh nhân đột quỵ được ghi nhận trong các cuộc điều tra gần đây tại nhiều quốc gia⁵, phản ánh sự thay

đổi trong đặc điểm dịch tễ học toàn cầu.

Về giới tính, tỷ lệ nam giới bị đột quỵ cao hơn so với nữ giới trong mẫu nghiên cứu. Sự phân bố này tương tự với báo cáo tổng quan năm 2018, trong đó mô tả rằng nam giới có tỷ lệ đột quỵ cao hơn ở lứa tuổi trẻ và trung niên. Trong khi đó, tỷ lệ đột quỵ ở nữ giới tăng dần sau tuổi trung niên và vượt nam giới ở nhóm tuổi ≥ 85 .

Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình của người tham gia ở mức cao, cho thấy phần lớn bệnh nhân bị thừa cân hoặc béo phì theo tiêu chuẩn dành cho người châu Á. Mặc dù BMI không phản ánh trực tiếp sự phân bố mỡ trong cơ thể và có thể bị sai lệch ở những người có khối lượng cơ nạc cao, nhưng nhiều bằng chứng đã chỉ ra rằng thừa cân và béo phì là các yếu tố nguy cơ độc lập của đột quỵ. Điều này cho thấy kiểm soát cân nặng vẫn nên được xem là yếu tố quan trọng trong công tác phòng ngừa và quản lý bệnh đột quỵ.

Điểm Glasgow ở hầu hết người tham gia nằm trong khoảng bình thường, phản ánh tình trạng ý thức tốt, giúp đảm bảo độ chính xác trong quá trình đánh giá lâm sàng và khả năng hợp tác khi thực hiện các bài kiểm tra chức năng.

Về mặt giải phẫu, tỷ lệ tổn thương ở bán cầu não trái (50%) cao hơn so với bán cầu phải (36%), dẫn đến số lượng người bị liệt nửa người phải nhiều hơn. Phát hiện này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, vốn chỉ ra rằng đột quỵ ở bán cầu trái thường gặp hơn, một phần do tỷ lệ tắc nghẽn ở động mạch não giữa bên trái cao hơn. Do đó, các nhà trị liệu cần lưu ý nhiều hơn đến các biểu hiện lâm sàng của nửa thân bên phải, đồng thời tối ưu hóa kế hoạch phục hồi chức năng phù hợp với đặc điểm tổn thương thần kinh chi phối.

4.2. Mối tương quan giữa các biến thời gian và điểm STREAM và PASS khi xuất viện. Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá ảnh hưởng của hai yếu tố thời gian bao gồm (1) số ngày từ khi nhập viện đến buổi can thiệp vật lý trị liệu (VLTL) đầu tiên và (2) tổng số ngày VLTL trong giai đoạn cấp đến khả năng vận động và kiểm soát tư thế khi xuất viện ở bệnh nhân đột quỵ cấp tính.

Kết quả cho thấy thời gian từ khi nhập viện đến buổi VLTL đầu tiên có mối tương quan nghịch đáng kể với khả năng vận động tự chủ và kiểm soát tư thế, trong khi tổng số ngày VLTL trong giai đoạn cấp không có mối tương quan đáng kể với các kết quả này. Nói cách khác, bệnh nhân được can thiệp VLTL sớm hơn có xu hướng cải thiện chức năng vận động và thăng bằng tốt hơn tại thời điểm xuất viện. Phát hiện

này phù hợp với các nghiên cứu trước đó ^{3,6}, trong đó phục hồi chức năng sớm có liên quan đến sự cải thiện đáng kể trong chỉ số độc lập chức năng như Barthel Index (BI), và hiệu quả còn duy trì sau 3 tháng theo dõi. Cụ thể, nhóm được huy động sớm hơn trung bình 12 giờ đã đạt được kết quả tốt hơn so với nhóm điều trị muộn hơn. Tuy nhiên, kết quả từ một đánh giá có hệ thống của Lynch và cộng sự ⁷ không cho thấy lợi ích rõ ràng của VLTL rất sớm so với chăm sóc thông thường. Thử nghiệm AVERT ⁸ cũng báo cáo rằng nhóm can thiệp sớm với cường độ cao hơn lại có điểm chức năng thấp hơn tại thời điểm 3 tháng sau đột quỵ, cho thấy rằng việc can thiệp quá sớm hoặc quá tích cực có thể không mang lại lợi ích như mong đợi. Trong nghiên cứu hiện tại, mối tương quan giữa thời gian bắt đầu VLTL và khả năng di chuyển/kiểm soát tư thế chỉ ở mức yếu, gợi ý rằng một loạt yếu tố lâm sàng khác có thể đang đóng vai trò gây nhiễu, như tuổi, loại đột quỵ (thiếu máu hay xuất huyết), vị trí và thể tích tổn thương não. Một số nghiên cứu trước cũng đặt ra câu hỏi liệu bệnh nhân đột quỵ xuất huyết có thể hưởng lợi từ việc trì hoãn phục hồi chức năng hơn so với nhóm thiếu máu cục bộ, tuy nhiên kết luận vẫn chưa nhất quán ⁶.

Ngoài ra, kết quả cũng cho thấy không có mối tương quan giữa tổng số ngày VLTL trong giai đoạn cấp với điểm STREAM_{xv} và PASS_{xv}, điều này có thể phản ánh sự phục hồi thần kinh tự phát diễn ra trong những ngày đầu sau đột quỵ, phần nào làm lu mờ tác động của số buổi VLTL. Đồng thời, cũng gợi mở khả năng có những yếu tố chưa được xác định khác ảnh hưởng đến quá trình phục hồi chức năng ở giai đoạn cấp tính. Do đó, các nghiên cứu tiếp theo nên xem xét đồng thời các yếu tố điều trị nội khoa (ví dụ như tiêu sợi huyết, hạ áp hoặc kiểm soát đường huyết), vì đây là những can thiệp có thể tác động mạnh đến sự phục hồi trong giai đoạn đầu sau đột quỵ.

Trên thực hành lâm sàng, kết quả nghiên cứu này góp phần củng cố vai trò của can thiệp VLTL sớm trong chăm sóc bệnh nhân đột quỵ giai đoạn cấp. Ngoài việc giúp cải thiện vận động và kiểm soát tư thế, VLTL còn có vai trò phòng ngừa các biến chứng thứ phát (như loét, huyết khối, mất cơ...). Tuy nhiên, việc áp dụng VLTL sớm cần được cá thể hóa, đảm bảo an toàn dựa trên các chỉ số sinh tồn, xét nghiệm và kế hoạch điều trị nội khoa. Phục hồi chức năng quá sớm hoặc quá mạnh nếu không phù hợp có thể dẫn đến những hệ quả không mong muốn.

Nghiên cứu này phát hiện ra hai hạn chế.

Thứ nhất, nếu không có quá trình theo dõi, kết quả sẽ không được khái quát hóa cho các giai đoạn đột quy bán cấp và mạn tính. Thứ hai, nghiên cứu cần mở rộng thêm một số yếu tố lâm sàng thường gặp có thể ảnh hưởng đến chức năng vận động và thăng bằng.

V. KẾT LUẬN

Khoảng thời gian từ khi nhập viện đến lần đầu tiên được VLTL là yếu tố ảnh hưởng đến khả năng vận động tự chủ và kiểm soát tư thế của người bệnh đột quy cấp tính tại thời điểm xuất viện. Trong khi đó tổng số ngày VLTL không ảnh hưởng đến điểm ân động tự chủ và kiểm soát tư thế khi xuất viện. Điều này cho thấy những người bị đột quy cấp được điều trị VLTL sớm hơn sẽ cải thiện tốt hơn khả năng vận động tự chủ và kiểm soát tư thế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wieloch T, Nikolich K.** Mechanisms of neural plasticity following brain injury. *Curr Opin Neurobiol.* 2006;16(3):258-64.
2. **MorreaCD M, Marchione P, Pili A, Laut A, Castiglia SF, Spallone A, et al.** Early versus

delayed rehabilitation treatment in hemipCDgic patients with ischemic stroke: proprioceVLTLive or cognitive approach? *Eur J Phys Rehabil Med.* 2016;52(1):81-9.

3. **Chippala P, Sharma R.** Effect of very early mobilisation on functional status in patients with acute stroke: a singCD-blind, randomized controlCDd trail. *Clin Rehabil.* 2016;30(7):669-75.
4. **Ha J, Churilov L, Linden T, Bernhardt J.** Bed rest or mobilization after rt-PA, a case-crossover study of factors inflCTncing clinical decision making in stroke services. *Int J Stroke.* 2013;8(3):172-9.
5. **Scott, C. A., Li, L., & Rothwell, P. M. J. J. n.** (2022). Diverging temporal trends in stroke incidence in younger vs older people: a systematic review and meta-analysis. 79(10), 1036-1048.
6. **Bernhardt J, Churilov L, ElCDry F, Collier J, Chamberlain J, Langhorne P, et al.** Prespecified dose-response analysis for a very early rehabilitation trial (AVERT). *Neurology.* 2016;86(23):2138-45.
7. **Lynch E, Hillier S, Cadilhac D.** When should physical rehabilitation commence after stroke: a systematic review. *Int J Stroke.* 2014;9(4):468-78.
8. **Bernhardt J, English C, Johnson L, Cumming TB.** Early mobilization after stroke: early adoVLTLion but limited evidence. *Stroke.* 2015;46(4):1141-6.

BIẾN CHỨNG CHẢY MÁU VÀ CÁCH XỬ TRÍ Ở BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI

Đặng Triệu Hùng¹, Phatsalin Chanthanit¹

TÓM TẮT

Biến chứng chảy máu sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới là một vấn đề thường gặp trong nha khoa, đòi hỏi các quy trình xử trí kịp thời và hiệu quả. Nghiên cứu mô tả chùm bệnh nhằm mô tả quy trình xử trí biến chứng chảy máu sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới ở 27 bệnh nhân sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới có biến chứng chảy máu tại Viện Đào tạo Răng - Hàm - Mặt, Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 7/2024 đến tháng 6/2025. **Kết quả:** Tất cả các trường hợp đều là chảy máu thông thường. Các biện pháp xử trí cơ bản như dùng kháng sinh, giảm đau/chống viêm, bơm rửa sạch sẽ và cầm gạc được áp dụng cho 100% bệnh nhân. Các biện pháp chuyên biệt hơn bao gồm chườm lạnh má (66,7%), dùng tranexamic acid (22,2%), nhét surgicel (37,0%), khâu lại (7,4%) và đốt điện (3,7%). Quy trình xử trí phổ biến nhất (51,9%) là kết hợp các biện pháp cơ bản cùng với chườm lạnh má. Đáng chú ý, 100% các trường hợp đều cầm được máu thành

công, khẳng định hiệu quả của các quy trình xử trí hiện hành. **Kết luận:** Nghiên cứu này cung cấp cái nhìn sâu sắc về các chiến lược quản lý biến chứng chảy máu, góp phần chuẩn hóa và nâng cao chất lượng điều trị.

Từ khóa: Răng khôn hàm dưới, chảy máu sau nhổ răng, biến chứng, quy trình xử trí, chùm ca bệnh.

SUMMARY

POST-EXTRACTION BLEEDING COMPLICATIONS AND MANAGEMENT PROTOCOLS IN PATIENTS UNDERGOING MANDIBULAR THIRD MOLAR SURGERY

Post-extraction bleeding complications following mandibular third molar surgery are a common issue in dentistry, requiring timely and effective management protocols. This case series study aimed to describe the management protocols for post-extraction bleeding complications in 27 patients who underwent mandibular third molar surgery and experienced bleeding complications at the National Hospital of Odonto-Stomatology, Hanoi Medical University and Hanoi Medical University Hospital from July 2024 to June 2025. **Results:** All cases presented with conventional bleeding. Basic management measures such as systemic antibiotics, analgesics/anti-inflammatories, thorough irrigation, and gauze biting

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phatsalin Chanthanit

Email: nackphatsalin@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025