

**4. Tác dụng không mong muốn.** Tỷ lệ buồn nôn ở nhóm S cao hơn có ý nghĩa thống kê (với  $p < 0,05$ ) so với nhóm D. Theo Bùi Thị Thúy Nga (2013) tỷ lệ nôn, buồn nôn của nhóm sevoflurane và desflurane lần lượt là 6,67 % và 12,9% [2]. Kết quả của nghiên cứu này có tỷ lệ nôn, buồn nôn cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi không sử dụng thuốc giảm đau là fentanyl.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân gặp các biến chứng ngừng thở, co thắt phế quản... như vậy với hai thuốc mê là desflurane và sevoflurane đều an toàn cho quá trình duy trì mê.

## V. KẾT LUẬN

Sử dụng desflurane duy trì mê trong gây mê ngoại trú cho hiệu quả gây mê mê tốt. Gây mê desflurane có thời gian hồi tỉnh và rút nội khí quản sớm hơn, tỷ lệ bệnh nhân nôn, buồn nôn thấp hơn so với sevoflurane.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ryu K, Song K, Kim J, Kim E, Kim SH.

Comparison of the Analgesic Properties of Sevoflurane and Desflurane Using Surgical Pleth Index at Equi-Minimum Alveolar Concentration. *Int J Med Sci* 2017; 14(10):994-1001. doi: 10.7150/ijms.20291.

2. **Bùi Thị Thúy Nga (2013).** Nghiên cứu so sánh gây mê bằng sevoflurane và desflurane trong phẫu thuật sỏi mật. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Ellis (1996),** Response to intravenous midazolam sedation in general dental practice, *Br Dental J*, 180: pp 417 – 420.
4. **Welborn, Hannallah, Norden, Ruttimann (1996).** Comparison of Emergence and Recovery Characteristics of Sevoflurane, Desflurane, and Halothane in Pediatric Ambulatory Patients. *Anesthesia & Analgesia*: November 1996 - Volume 83 - Issue 5 - p 917-920.
5. **Cohen IT, Finkel JC, Hannallah RS, Hummer KA, Patel KM.** The effect of fentanyl on the emergence characteristics after desflurane or sevoflurane anesthesia in children. *Anesth Analg* 2002; 94:1178-81.
6. **Sessler CN, Grap MJ, Brophy GM.** Multidisciplinary management of sedation and analgesia in critical care. *Semin Respir Crit Care Med*. 2001; 22(2): 211-26.

## CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KHẢ NĂNG ĐI TRÊN BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI DO NHỒI MÁU NÃO

Phạm Văn Minh\*, Nguyễn Thị Huệ\*\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến kết quả phục hồi khả năng đi trên bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 31 bệnh nhân được chẩn đoán liệt nửa người do nhồi máu não lần đầu tiên được điều trị tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội từ ngày 01/08/2020 đến ngày 30/05/2021. Bệnh nhân được tập luyện phục hồi chức năng tập trung vào các bài tập tăng khả năng đi trong thời gian 1 tháng tại bệnh viện. Đánh giá sau 2 tuần, 1 tháng khả năng dồn trọng lượng bên liệt, vận tốc đi, nhịp bước đi, chiều dài sải chân, cơ lực chi dưới, thang điểm khả năng đi FAC và thang điểm Tinetti. **Kết quả:** Độ tuổi hay gặp là  $\geq 60$  chiếm 80,6%, tuổi trung bình  $63,6 \pm 9,8$ . Tỷ lệ nam/nữ là 1,38. Tỷ lệ liệt nửa người bên phải chiếm 74,2%, bên trái chiếm 25,8%. Thời gian đột quỵ trong nhóm nghiên cứu hay gặp là  $\leq 12$  tuần chiếm 93,5%. Sau 1 tháng điều trị cho thấy thời gian đột quỵ trước 8

tuần cho kết quả phục hồi khả năng đi tốt hơn so với nhóm có thời gian đột quỵ sau 8 tuần và dồn trọng lượng mức tốt có khả năng đi tốt hơn hơn so với dồn trọng lượng mức trung bình và khá ( $p < 0,05$ ). Tuy nhiên kết quả phục hồi khả năng đi và nhóm tuổi, kết quả phục hồi khả năng đi và bên liệt không sự khác biệt ( $p > 0,05$ ). **Kết luận:** Thời gian đột quỵ trước 8 tuần cho kết quả phục hồi khả năng đi tốt hơn so với nhóm có thời gian đột quỵ sau 8 tuần và dồn trọng lượng mức tốt có khả năng đi tốt hơn hơn so với dồn trọng lượng mức trung bình và khá. Tuy nhiên kết quả phục hồi khả năng đi và nhóm tuổi, kết quả phục hồi khả năng đi giữa nam và nữ, kết quả phục hồi khả năng đi và bên liệt không có sự khác biệt.

**Từ khóa:** yếu tố liên quan, phục hồi khả năng đi, nhồi máu não

### SUMMARY

#### FACTORS RELATED TO WALKING REHABILITATION FOR PATIENTS WITH HEMIPLEGIA DUE TO ISCHEMIC STROKE

**Objectives:** To study the factors related to the outcome of walking rehabilitation in patients with hemiplegia due to ischemic stroke. **Patients and methodology:** Including 31 patients diagnosed with hemiplegia due to ischemic stroke for the first time being treated at Hanoi Rehabilitation Hospital from

\*Trường Đại học Y Hà Nội

\*\*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Minh

Email: pvminhrehab@yahoo.com

Ngày nhận bài: 1.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 1.6.2022

August 1, 2020 to May 30, 2021. The patient received rehabilitation training focusing on exercises to increase walking ability during 1 month at the hospital. Evaluation after 2 weeks, 1 month of ability to put weight on the paralyzed side, walking speed, walking rate, stride length, lower limb muscle strength, FAC scale and Tinetti scale. **Results:** The common age is  $\geq 60$ , accounting for 80,6%, the mean age is  $63,6 \pm 9,8$ . The male/female ratio is 1,38. The rate of patients with hemiplegia on the right side is 74,2% and the left side is 25,8%. The common stroke time in the study group was  $\leq 12$  weeks, accounting for 93,5%. After 1 month of treatment, the result of stroke time before 8 weeks was better than the group with stroke time after 8 weeks and excellent weighting has better walking ability than average and good weighting ( $p < 0.05$ ). However, the results of walking rehabilitation and age group, the results of walking rehabilitation between men and women, the results of walking rehabilitation and the paralyzed side were not different ( $p > 0.05$ ). **Conclusion:** Time to stroke before 8 weeks resulted in better walking recovery compared to group with stroke time after 8 weeks and excellent weighting had better walking ability than average and good weighting. However, there was no difference between the results of walking rehabilitation and age group, the results of walking rehabilitation between men and women, the results of walking rehabilitation and the paralyzed side.

**Key word:** factors related, walking rehabilitation, ischemic stroke

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là nguyên nhân hàng đầu của khuyết tật gây ảnh hưởng tới mọi mặt cuộc sống của người bệnh cũng như gia đình và xã hội do đó là thách thức cho ngành y học nói chung và chuyên ngành Phục hồi chức năng (PHCN) nói riêng. Theo thống kê, đột quỵ làm giảm khả năng di chuyển và hoạt động của hơn nửa bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên, trong đó, giảm hoặc mất chức năng vận động chi dưới làm bệnh nhân phải sống phụ thuộc một phần hoặc hoàn toàn vào người khác. Trong chu kỳ mỗi bước đi, cần có sự tham gia của khả năng dồn trọng lượng, cơ lực, trương lực cơ, vận động khớp và hệ thống thăng bằng và điều hợp. Tuy nhiên sau đột quỵ, bệnh nhân khiếm khuyết các yếu tố này làm khó khăn thực hiện khả năng đi và tăng nguy cơ ngã với tỉ lệ ngã 7% trong tuần đầu tiên và 73% trong năm đầu tiên sau đột quỵ gây ra các chấn thương, khuyết tật, thậm chí là tử vong. Vì vậy vấn đề PHCN vận động chi dưới cũng như khả năng đi là mối quan tâm cấp thiết cần thực hiện có chiến lược, lâu dài, toàn diện giúp phòng ngừa các thương tật thứ phát, nâng cao khả năng đi độc lập, giảm nguy cơ ngã, thuận lợi tham gia các hoạt động, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh và tái hòa nhập cộng

đồng. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả phục hồi khả năng đi trên bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 31 bệnh nhân được điều trị tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội từ ngày 01/08/2020 đến ngày 30/05/2021.

### Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân đủ điều kiện chẩn đoán liệt nửa người do đột quỵ nhồi máu não lần đầu tiên
- Đứng không cần trợ giúp
- Điểm nhận thức MoCA  $\geq 18$  điểm.
- Trương lực cơ chi dưới theo thang điểm Ashworth cải biên  $\leq 2$  điểm

### Tiêu chuẩn loại trừ

- Có khuyết tật về vận động chi bên liệt trước khi xuất hiện đột quỵ nhồi máu não.
- Có mắc các bệnh lý động kinh, tim mạch không ổn định.
- Tái phát đột quỵ nhồi máu não hoặc tử vong trong thời gian nghiên cứu.

## 2.2 Phương pháp nghiên cứu

### 2.2.1 Tập luyện phục hồi chức năng.

Bệnh nhân được tập luyện PHCN khả năng đi tập trung vào các bài tập đứng, tập đi, trong thời gian 1 giờ/ngày x 5 ngày/tuần trong 1 tháng tại viện. Ngoài ra bệnh nhân vẫn được kết hợp điều trị bằng các kĩ thuật PHCN khác theo chỉ định điều trị của khoa phòng. Bệnh nhân được đánh giá tại 3 thời điểm: ban đầu, sau 2 tuần và sau 1 tháng điều trị.

### 2.2.2 Các chỉ số đánh giá

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, vị trí bên liệt, thời gian bị đột quỵ
- Đánh giá chức năng đi theo Functional Ambulation Categories (FAC)

Không chức năng đi: 0 điểm, phụ thuộc mức độ 2: 1 điểm, phụ thuộc mức 1: 2 điểm, phụ thuộc giám sát: 3 điểm, độc lập mức nền phẳng: 4 điểm, độc lập hoàn toàn: 5 điểm

- Tìm hiểu mối liên quan giữa khả năng đi FAC và thời gian đột quỵ, mối liên quan giữa khả năng đi FAC và khả năng dồn trọng lượng, mối liên quan giữa khả năng đi FAC và nhóm tuổi, mối liên quan giữa khả năng đi FAC và giới, mối liên quan giữa khả năng đi FAC và bên liệt

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Trong 31 bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi thu được kết quả

- Độ tuổi hay gặp là  $\geq 60$  chiếm 80,6%, tuổi trung bình  $63,6 \pm 9,8$  dao động từ 34-77. Tỷ lệ nam/nữ là 1,38, tỷ lệ liệt nửa người bên phải là 74,2% và bên trái là 25,8%.

- Thời gian đột quỵ trong nhóm nghiên cứu hay gặp là  $\leq 12$  tuần chiếm 93,5%.

### 3.2. Một số yếu tố liên quan đến kết quả khả năng đi FAC sau 1 tháng tập PHCN

**Bảng 3.1. Mối liên quan giữa khả năng đi và thời gian đột quỵ**

Thời gian (tuần)	Điểm FAC ban đầu			Điểm FAC sau 1 tháng			Tổng (n, %)
	2	3	4	2	3	4	
4-8	10(55,6%)	8(44,4%)	0%	1(5,6%)	11(61,1%)	6(33,3%)	18(100%)
< 8-12	10(92,3%)	1(7,7%)	0%	3(27,3%)	6(54,5%)	2(18,2%)	11(100%)
>12	2(100%)	0%	0%	2(100%)	0%	0%	2(100%)
p	p= 0,015						

**Nhận xét:** Bệnh nhân được điều trị sớm cho kết quả tốt với trước 8 tuần đạt kết quả FAC mức 3 và 4 là 94,4% và 8-12 tuần là 72,7%, sau 12 tuần là 0%. Có mối liên quan giữa thời gian đột quỵ và kết quả FAC sau 1 tháng với  $p < 0,05$ . Như vậy thời gian đột quỵ trước 8 tuần cho kết quả phục hồi khả năng đi tốt hơn so với nhóm có thời gian đột quỵ sau 8 tuần.

**Bảng 3.2. Mối liên quan giữa khả năng đi và dồn trọng lượng bên liệt**

Đồn trọng lượng	Điểm FAC Ban đầu			Điểm FAC Sau 1 tháng			Tổng (n,%)
	2	3	4	2	3	4	
Trung bình	2(100%)	0%	0%	1(50%)	1(50%)	0	2(100%)
Khá	19(73,1%)	7(26,9%)	0%	3(11,5%)	17(65,4%)	6(23%)	26(100%)
Tốt	1(33,3%)	2(66,7%)	0%	0	1(33,3%)	2(66,7%)	3(100%)
p	p= 0,026						

**Nhận xét:** Sau 1 tháng, dồn trọng lượng bên liệt mức trung bình có khả năng đi mức 3 và mức 4 chiếm 50%, dồn trọng lượng mức khá có khả năng đi mức 3 và mức 4 là 88,4%, dồn trọng lượng mức tốt có khả năng đi mức 3 và mức 4 là 100%. Sự khác biệt này có ý nghĩa với  $p < 0,05$ . Như vậy dồn trọng lượng tốt hơn có khả năng đi tốt hơn.

**Bảng 3.3. Mối liên quan giữa khả năng đi và nhóm tuổi**

Nhóm tuổi	Điểm FAC Ban đầu			Điểm FAC sau 1 tháng			Tổng (n, %)
	2	3	4	2	3	4	
< 60	0%	3 (50%)	3(50%)	0%	4(66,7%)	2(33,3%)	6(100%)
$\geq 60$	19(76%)	6(24%)	0%	4(16%)	15(60%)	6(24%)	25(100%)
p	p= 0,832						

**Nhận xét:** Kết quả FAC sau 1 tháng với mức 3, 4 điểm của nhóm tuổi < 60 tuổi chiếm 100% là cao hơn so với nhóm  $\geq 60$  tuổi chiếm 84%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa  $p > 0,05$ . Như vậy trong nghiên cứu này chúng tôi không khẳng định được nhóm tuổi nào có kết quả phục hồi tốt hơn.

**Bảng 3.4. Mối liên quan giữa khả năng đi và giới**

Giới	Điểm FAC Ban đầu			Điểm FAC sau 1 tháng			Tổng (n,%)
	2	3	4	2	3	4	
Nam	14(77,8%)	4(22,2%)	0%	3(16,7%)	12(66,7%)	3(16,4%)	18(100%)
Nữ	8(61,5%)	5(38,5%)	0%	1(7,7%)	7(53,8%)	5(38,5%)	13(100%)
p	p= 0,496						

**Nhận xét:** Kết quả khả năng đi FAC mức 3,4 điểm theo giới sau 1 tháng đều chiếm tỷ lệ cao, với nam chiếm 83,3%, với nữ chiếm 92,3%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa với  $p > 0,05$ . Như vậy chúng tôi không thấy sự khác biệt trong kết quả phục hồi khả năng đi giữa nam và nữ.

**Bảng 3.5. Mối liên quan giữa khả năng đi và bên liệt**

Bên liệt	Điểm FAC Ban đầu			Điểm FAC sau 1 tháng			Tổng (n, %)
	2	3	4	2	3	4	
Phải	18(78,3%)	5(21,7%)	0%	3(13%)	15(65,2%)	5(21,8%)	23(100%)
Trái	4(50%)	4(50%)	0%	1(12,5%)	4(50%)	3(37,5%)	8(100%)
p	p= 0,835						

**Nhận xét:** Kết quả khả năng đi FAC mức 3, 4 điểm theo bên liệt sau 1 tháng đều chiếm tỷ lệ cao, với liệt bên phải chiếm 87%, với liệt bên trái chiếm 87,5%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa với  $p > 0,05$ . Như vậy, không có mối liên quan giữa kết quả khả năng đi FAC và bên liệt.

#### IV. BÀN LUẬN

##### **Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.**

Trong 31 BN nghiên cứu BN có tuổi thấp nhất là 34 tuổi, cao tuổi nhất là 77, tuổi trung bình  $63,6 \pm 9,8$ , nhóm tuổi  $\geq 60$  chiếm tỉ lệ cao nhất 80,6%. Tỉ lệ nam/nữ là 1,38. Theo Trần Văn Chương nhóm tuổi 60-69 gặp nhiều nhất, nam/nữ là 1,7<sup>1</sup>. Nghiên cứu của Van Criekinge T có độ tuổi trung bình  $63,6 \pm 14,4$ <sup>2</sup>.

Tỉ lệ liệt liệt nửa người bên phải chiếm 74,2%, bên trái chiếm 25,8%. Theo Van Criekinge T, bên phải chiếm 35% và bên trái là 65%<sup>2</sup>. Chúng tôi cho rằng sự khác nhau này có thể do cách chọn, số lượng bệnh nhân nghiên cứu của các tác giả không giống nhau.

Thời gian đột quỵ trong nhóm nghiên cứu hay gặp là  $\leq 12$  tuần chiếm 93,5%. Sự phục hồi vận động của đột quỵ không phải là một đường thẳng mà theo đường cong và hầu hết phục hồi xảy ra trong những ngày tháng đầu tiên đặc biệt trong 3 tháng đầu theo cơ chế tính mềm dẻo thần kinh của não bộ. Vì vậy nhóm nghiên cứu của chúng tôi vẫn nằm trong khoảng thời gian vàng để hồi phục vận động.

**Mối liên quan giữa khả năng đi và thời gian đột quỵ.** Chương trình PHCN được khuyến cáo cần can thiệp càng sớm càng tốt khi tình trạng bệnh nhân ổn định, thường là sau 24 giờ<sup>3</sup>. Ngay từ những ngày đầu bệnh nhân đã được tập luyện đúng cách để phòng tránh các thương tật thứ cấp, đồng thời kích thích vận động hồi phục. Tùy theo giai đoạn mà lựa chọn các kĩ thuật PHCN phù hợp.

Nhiều tác giả đã nghiên cứu cho kết quả, bệnh nhân được tập luyện PHCN sớm sẽ cho kết quả phục hồi tốt hơn so với những bệnh nhân được phục hồi muộn. Trong nghiên cứu của Trần Văn Chương thấy rằng, bệnh nhân được bắt đầu tập trước 6 tuần có kết quả phục hồi khả năng đi cao hơn so với bệnh nhân được bắt đầu sau 6 tuần<sup>1</sup>.

**Mối liên quan giữa khả năng đi và đôn trọng lượng bên liệt.** Bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ thường khó chấp nhận và chịu sức nặng ở chân liệt, do đó họ thường có biểu hiện không cân xứng khi đứng và trong khi di chuyển với tỉ lệ trọng lượng cơ thể lớn hơn ở chân không liệt. Phân bố trọng lượng cơ thể dường như là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến sự ổn định tư thế và là một trong những thước đo cân bằng được sử dụng để định lượng mức độ thiếu hụt trong kiểm soát tư thế ở những người sống sót sau đột quỵ.

Hạn chế khả năng đi là hạn chế được báo cáo phổ biến nhất sau đột quỵ trong đó khả năng

đồn trọng lượng bên liệt tốt là nhân tố góp phần giúp khả năng đi tốt hơn<sup>4</sup>. Không có sự thống nhất về tỉ lệ phần trăm trọng lượng cơ thể gánh trên chân bị ảnh hưởng ở những người sống sót sau đột quỵ là bao nhiêu là có thể đi tốt mặc dù đã báo cáo chung rằng chân không bị ảnh hưởng có tỉ lệ trọng lượng lớn hơn một cách không cân đối so với chân bị ảnh hưởng. Việc giảm gánh nặng chịu trọng lượng không đối xứng ở bệnh nhân đột quỵ ở mức độ thấp hơn là giúp cải thiện sự ổn định tư thế, đi tốt hơn<sup>5</sup>,

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng đồn trọng lượng bên liệt mức trung bình có khả năng đi mức 3 và mức 4 chiếm 50%, đồn trọng lượng mức khá có khả năng đi mức 3 và mức 4 là 89,5%, đồn trọng lượng mức tốt có khả năng đi mức 3 và mức 4 chiếm với mức tốt chiếm 100%. Như vậy đồn trọng lượng tốt hơn có khả năng đi tốt hơn.

**Mối liên quan giữa khả năng đi và nhóm tuổi.** Không có giới hạn về tuổi cho phục hồi chức năng, nhưng tuổi cao là yếu tố không thuận lợi đối với bệnh nhân. Khả năng phục hồi giảm xuống khi tuổi tăng lên. Kết quả nghiên cứu Trần Văn Chương cho thấy nhóm tuổi  $< 60$  tuổi kết quả phục hồi chức năng vận động tốt hơn so với nhóm bệnh nhân có độ tuổi  $\geq 60$  tuổi<sup>1</sup>. Người cao tuổi thường có biểu hiện đột quỵ và bệnh đi kèm nghiêm trọng hơn, có liên quan đến việc phục hồi kém hơn sau đột quỵ<sup>6</sup>.

Với quan điểm tuổi càng cao khả năng phục hồi càng giảm nên một số chuyên gia phục hồi chức năng cho rằng đối với người trẻ tuổi chiến lược phục hồi là phục hồi lại chức năng đã giảm hay mất còn với người cao tuổi là ưu tiên sự phục hồi bù trừ và thay thế để giúp bệnh nhân có tự chăm sóc bản thân, độc lập trong các sinh hoạt hàng ngày. Cũng trong nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Luật cho thấy nhóm tuổi dưới 60 có kết quả phục hồi khả năng vận động, hoạt động chức năng tốt hơn nhóm tuổi trên 60. Tác giả kết luận tuổi càng trẻ có khả năng phục hồi càng tốt<sup>7</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy nhóm tuổi  $< 60$  tuổi có tỉ lệ phục hồi khả năng đi tốt hơn nhóm  $\geq 60$  tuổi tuy nhiên có thể mẫu nghiên cứu của chúng tôi thấp và thời gian nghiên cứu tương đối ngắn nên sự khác biệt chưa thực sự rõ rệt, hơn nữa sự phục hồi này còn tích hợp bởi nhiều yếu tố khác như vị trí tổn thương, thời gian đột quỵ.

**Mối liên quan giữa khả năng đi và giới.** Kết quả phục hồi sau đột quỵ của nam và nữ vẫn chưa hoàn toàn thống nhất trong các nghiên cứu. Một số tác giả cho rằng không có sự khác biệt về kết

quả phục hồi giữa nam và nữ, một số tác giả lại cho rằng nam có kết quả phục hồi tốt hơn nhưng cũng có các tác giả cho kết quả ngược lại. Một nghiên cứu phân tích tổng hợp Phan HT thấy rằng phụ nữ có kết quả phục hồi kém hơn do đau cơ xương nhiều hơn và sợ ngã, ít chấp nhận rủi ro hơn nam giới nên hạn chế tham gia vào quá trình PHCN<sup>8</sup>, trong nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Luật cũng không tìm thấy sự khác biệt<sup>7</sup>. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng không tìm thấy sự khác biệt giữa nam và nữ.

**Mối liên quan giữa khả năng đi và bên liệt.** Bệnh nhân đột quỵ não tùy vào vị trí tổn thương bán cầu não trái hay não phải mà có các triệu chứng lâm sàng khác nhau. Bệnh nhân liệt nửa người bên phải thường kèm theo thất ngôn vì vậy quá trình phục hồi chức năng sẽ gặp nhiều khó khăn, còn đối với những bệnh nhân liệt nửa người bên trái hay kèm theo hội chứng lảng quên nửa người bên liệt vì vậy trong quá trình vận động và phục hồi cũng gặp những khó khăn nhất định.

Trong kết quả nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Luật cũng không thấy có sự khác biệt về khả năng vận động giữa bên phải và bên trái<sup>7</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khả năng đi FAC mức 3, 4 điểm theo bên liệt sau 1 tháng đều chiếm tỉ lệ cao, với liệt bên phải chiếm 87%, với liệt bên trái chiếm 87,5%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,845 > 0,05$ . Như vậy, chúng tôi cũng không tìm được mối liên quan giữa kết quả khả năng đi và bên liệt.

## V. KẾT LUẬN

Thời gian đột quỵ trước 8 tuần cho kết quả phục hồi khả năng đi tốt hơn so với nhóm có thời gian đột quỵ sau 8 tuần và dồn trọng lượng mức

tốt có khả năng đi tốt hơn hơn so với dồn trọng lượng mức trung bình và khá. Tuy nhiên kết quả phục hồi khả năng đi và nhóm tuổi, kết quả phục hồi khả năng đi giữa nam và nữ, kết quả phục hồi khả năng đi và bên liệt không có sự khác biệt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Chương (2003)**, Nghiên cứu phương pháp phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
2. **Van Criekinge T., Hallemans A., Herssens N. et al (2020)**, SWEAT2 Study: Effectiveness of Trunk Training on Gait and Trunk Kinematics After Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Physical Therapy*, 100(9), 1568–1581.
3. **Coleman ER, Moudgal R, Lang K, et al (2017)**, Early Rehabilitation After Stroke: a Narrative Review. *Curr Atheroscler Rep*;19(12):59. doi: 10.1007/s11883-017-0686-6
4. **Schmid A, Duncan PW, Studenski S, et al (2007)**, Improvements in speed-based gait classifications are meaningful. *Stroke*;38(7):2096-2100. doi:10.1161/stroke.106.475921
5. **De Nunzio AM, Zucchella C, Spicciato F et al (2014)**, Biofeedback rehabilitation of posture and weight-bearing distribution in stroke: a center of foot pressure analysis. *Funct Neurol*;29(2):127-134.
6. **Gur AY, Tanne D, Bornstein NM et al (2012)**, Stroke in the very elderly: characteristics and outcome in patients aged  $\geq 85$  years with a first-ever ischemic stroke. *Neuroepidemiology*. ; 39(1):57-62. doi:10.1159 /000339362
7. **Trần Thị Mỹ Luật, Dương Hồng Thái (2008)**, Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động của bệnh nhân tai biến mạch máu não tại bệnh viện điều dưỡng - PHCN tỉnh Thái Nguyên. Published online.
8. **Phan HT, Blizzard CL, Reeves MJ et al (2018)**, Factors contributing to sex differences in functional outcomes and participation after stroke. *Neurology*; 90(22):e1945-e1953. doi: 10.1212/WNL.00000000000005602

## CÁC VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN HÀNH VI TỰ CHĂM SÓC TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TRONG ĐẠI DỊCH COVID - 19

Nguyễn Thị Thảo<sup>1</sup>, Cao Thị Bích Thảo<sup>1</sup>, Đồng Thị Xuân Phương<sup>1</sup>,  
Nguyễn Tứ Sơn<sup>1</sup>, Lê Văn Anh<sup>2</sup>, Phạm Thị Thúy Vân<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Trường Đại học Dược Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thúy Vân

Email: vanptt@hup.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2022

Ngày duyệt bài: 3.6.2022

**Đặt vấn đề:** Việc thực hiện tốt các hành vi tự chăm sóc (gồm: tuân thủ dùng thuốc, thực hiện chế độ ăn uống lành mạnh, luyện tập thể chất, giám sát đường huyết, kiểm soát cảm xúc, giải quyết vấn đề khi gặp biến chứng) trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2 là yếu tố quan trọng quyết định thành công của việc điều trị. Trong đại dịch COVID - 19, các biện pháp kiểm soát dịch bệnh có ảnh hưởng tiêu cực đến các hành vi tự chăm sóc này. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu khảo sát thực trạng và ảnh hưởng của dịch COVID - 19 tới các vấn đề liên quan đến hành vi