

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ NÃO ĐẾN TÁI KHÁM TẠI TRUNG TÂM ĐỘT QUỴ BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đào Việt Phương^{1,2,3}, Đỗ Thị Kim Chi¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đột quỵ não (ĐQN) là nguyên nhân gây tử vong cao, để lại nhiều di chứng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống cho những người sống sót [1]. **Mục tiêu:** Đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) tổng thể và theo từng lĩnh vực ở bệnh nhân sau đột quỵ não bằng thang đo chất lượng cuộc sống dành riêng cho đột quỵ (SS-QOL); xác định các yếu tố có thể ảnh hưởng đến CLCS sau đột quỵ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên bệnh nhân sau khởi phát ĐQN 1 tháng đến tái khám tại Trung tâm Đột Quỵ Bệnh viện Bạch Mai. Bộ câu hỏi phỏng vấn được xây dựng gồm 3 phần: Thông tin chung đánh giá tình trạng độc lập chức năng sinh hoạt cơ bản hằng ngày bằng thang điểm Barthel, Thang điểm đánh giá chất lượng cuộc sống SS-QOL cho người bệnh ĐQN. **Kết quả:** Từ tháng 8/2022 đến tháng 1/2023, có 207 bệnh nhân bị đột quỵ não được tái khám sau 1 tháng tại Trung tâm Đột quỵ bệnh viện Bạch Mai. Tỷ lệ người bệnh có chất lượng cuộc sống tốt chiếm 36,23%, đặc biệt cao ở lĩnh vực sức khỏe chức năng. Người bệnh có CLCS kém chiếm tỷ lệ thấp 1,45%. Tỷ lệ người bệnh sau điều trị ĐQN 1 tháng có thể độc lập chức năng sinh hoạt cơ bản hàng ngày (Chỉ số Barthel) chiếm tỷ lệ cao, trên 90%. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tuổi càng cao thì CLCS càng thấp, những người không bị mắc bệnh nào có CLCS tốt hơn những người bị mắc từ 1 bệnh lý kèm theo trở lên ở lĩnh vực sức khỏe chức năng, Chỉ số Barthel càng cao bệnh nhân càng có CLCS tốt trên tất cả các lĩnh vực của CLCS. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. **Kết luận:** Sau 1 tháng điều trị, người bệnh có chất lượng cuộc sống từ trung bình đến khá cao đặc biệt ở lĩnh vực sức khỏe chức năng. Có sự ảnh hưởng của tuổi, số lượng bệnh lý kèm theo đặc biệt là tăng huyết áp, chỉ số Barthel lên các lĩnh vực chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Từ khóa: Đột quỵ não, chất lượng cuộc sống.

SUMMARY

THE ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN STROKE PATIENTS RE-EXAMINING AT STROKE CENTER IN BACH MAI HOSPITAL

Background: Cerebral stroke is a high cause of death. For those that survive, it can leave many sequelae that impact quality of life. **Objectives:** To assess overall and sub-area quality of life ("QOL") in

patients after cerebral stroke using the stroke-specific quality of life scale ("SS-QOL") and to identify factors that may affect quality of life after stroke. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on patients who came to be re-examined at the Stroke Center of Bach Mai Hospital one month after the onset of cerebral stroke. The set of interview questions comprised three sections: a general information section, an assessment of the patient's ability to perform basic daily living activities using the Barthel Scale, and an assessment of the patient's quality of life using the SS-QOL. **Results:** From August 2022 to January 2023, 207 patients experiencing cerebral stroke were re-examined at the Stroke Center of Bach Mai Hospital. After one month of cerebral stroke onset, 36.23% of the patients treated at the Stroke Centre had a good quality of life, especially in regard to functional health. Meanwhile, only 1.45% of the patients treated had a poor quality of life one month after cerebral stroke onset. After one month of treatment, a high percentage of patients – over 90% – could independently perform basic daily activities (based on the Barthel Scale). Research results also show that older people have a lower quality of life than younger people, people without any disease have a better quality of life than those with 1 or more comorbidities in the functional health field, patients with a high Barthel Index have a good quality of life across all domains. This difference is statistically significant with $p < 0.05$. **Conclusion:** After one month of treatment, patients had a fairly high average to good quality of life, especially in regard to functional health. There are some influence factors such as age and the number of comorbidities (especially hypertension) that affect a patient's quality of life and the scores generated using the Barthel Scale. **Keywords:** Cerebral stroke, quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), ĐQN là nguyên nhân thứ 2 gây tử vong cho những người trên 60 tuổi [2], là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế cho người bệnh tuổi trưởng thành. Trên thế giới tỷ lệ ĐQN hiện mắc vào khoảng 1,3‰, tỷ lệ mới mắc là 22/100.000 người/năm.[4]. Ở Việt Nam, theo kết quả điều tra dịch tễ học của bộ môn Thần kinh Trường Đại học Y Hà Nội, tại miền Bắc và miền Trung, tỉ lệ mắc tai biến mạch máu não là 75/100.000 dân, tỉ lệ mới mắc là 53/100.000 dân [3]

Bệnh viện Bạch Mai là bệnh viện hàng đầu của cả nước, hàng năm tiếp nhận hàng nghìn ca bệnh đột quỵ đến khám và điều trị. Tại đây đã có một vài nghiên cứu đánh giá một số khía cạnh của bệnh nhân sống sót sau đột quỵ

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia HN

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Phương

Email: daovietphuong85@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023

não, nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá toàn diện các lĩnh vực chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ĐQN giai đoạn sớm tại Trung tâm Đột Quy Bệnh viện Bạch Mai

Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành đề tài "Đánh giá chất lượng cuộc sống người bệnh đột quy não đến tái khám tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2022" với mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống tổng thể và theo từng lĩnh vực ở bệnh nhân sau đột quy não bằng thang đo chất lượng cuộc sống dành riêng cho đột quy (SS-QOL); xác định các yếu tố có thể ảnh hưởng đến CLCS sau đột quy

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân sau khởi phát ĐQN 1 tháng đến tái khám tại Trung tâm Đột Quy Bệnh viện Bạch Mai

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Đột Quy, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2022 đến tháng 12/2022

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần thiết; $Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy mức 95%, tương ứng là 1,96; p: 0,067 (tỷ lệ bệnh nhân sau Đột quy có chất lượng cuộc sống tốt 6,7% theo nghiên cứu của Đặng Thị Hân [4]); Độ chính xác tuyệt đối mong muốn $d = 0.05$

Thay vào công thức ta có cỡ mẫu là $n = 96$. Dự trừ 10% đối tượng từ chối tham gia nghiên cứu, mất thông tin. Như vậy cỡ mẫu tối thiểu được tính là 106 người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi có tổng cộng 207 NB tham gia vào nghiên cứu

2.5. Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu

Bộ câu hỏi phỏng vấn được xây dựng gồm 3 phần: Thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu

Thang điểm Barthel Đánh giá tình trạng độc lập chức năng sinh hoạt cơ bản hằng ngày gồm 10 câu hỏi về đánh giá kết quả thực hiện 10 hoạt động sống cơ bản trong sinh hoạt hàng ngày.[4]

Tổng điểm: 100

- Độc lập hoàn toàn trong sinh hoạt hằng ngày: 60-100

- Phụ thuộc một phần trong sinh hoạt hằng

ngày: 40 - 59

- Phụ thuộc hoàn toàn trong sinh hoạt hằng ngày: dưới 40

Thang điểm đánh giá chất lượng cuộc sống SS-QOL cho người bệnh gồm 49 câu hỏi với 4 lĩnh vực: sức khỏe thể chất, sức khỏe chức năng, yếu tố tâm lý, gia đình và xã hội với mục đích đánh giá chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe riêng biệt cho người bệnh ĐQN.

- Chất lượng cuộc sống kém: 49-98 điểm.

- Chất lượng cuộc sống trung bình: 99-195 điểm.

- Chất lượng cuộc sống tốt: 196-245 điểm

Kết quả đánh giá CLCS được cho là tốt khi tổng điểm lớn hơn 195 điểm. Tổng điểm nhỏ hơn hay bằng 195 được đánh giá là CLCS không tốt [4]

- Bộ câu hỏi được thử nghiệm nhằm đảm bảo từ ngữ, câu văn dễ hiểu với bệnh nhân. Chỉ số Cronbach's alpha (chỉ số nhất quán nội bộ) được sử dụng để ước tính độ tin cậy của bảng câu hỏi SS-QOL trong nghiên cứu là 0.9

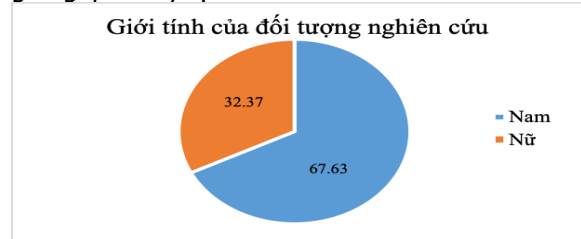
2.6. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được làm sạch sau đó được nhập và phân tích trên phần mềm thống kê y học SPSS 16.0. Thống kê mô tả: Lập bảng phân bố tần số, phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn của các biến số. Các kiểm định như: t - test và Anova, so sánh giá trị trung bình được sử dụng phù hợp để xem xét các yếu tố liên quan. Mức ý nghĩa thống kê lựa chọn cho nghiên cứu là $p < 0,05$, với khoảng tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3. 6. Tuổi của đối tượng nghiên cứu (n=207)

	Số lượng	Tỷ lệ
<60	81	39,13
≥60	126	60,87
Trung bình (min – max)	61,25 ± 12,57 (24 – 88)	

Nhận xét: Tỷ lệ NB từ 60 tuổi trở lên cao gần gấp đôi tỷ lệ NB dưới 60



Biểu đồ 3. 3. Giới tính của đối tượng nghiên cứu (n=207)

Nhận xét: Tỷ lệ nam mắc bệnh nhiều gấp đôi nữ

Bảng 3.2. Đánh giá điểm hoạt động chức năng của người bệnh (n=207)

	Số lượng	Tỷ lệ
Phụ thuộc hoàn toàn trong sinh hoạt hàng ngày	8	3,86
Phụ thuộc một phần trong sinh hoạt hàng ngày	12	5,8
Độc lập hoàn toàn trong sinh hoạt hàng ngày	187	90,34
Trung bình (min – max)	87,61 ± 20,38 (0 – 100)	

Nhận xét: Một tháng sau điều trị, Tỷ lệ NB độc lập trong sinh hoạt hằng ngày chiếm trên 90%, chỉ có duy nhất 3,86% NB phụ thuộc hoàn toàn vào người thân trong sinh hoạt hằng ngày

Bảng 3.3: Điểm trung bình các lĩnh vực sức khỏe của người bệnh đột quỵ não và điểm tổng quát theo SS-QOL

Các lĩnh vực CLCS		Điểm trung bình ± Độ lệch chuẩn (Mean ± SD)
Sức khỏe thể chất	Năng lượng	9,36 ± 2,53
	Ngôn ngữ	20,3 ± 4,44
	Sức nhìn	12,22 ± 2,59
	Suy nghĩ	8,87 ± 3,07
Sức khỏe thể chất chung		50,76 ± 9,54
Sức khỏe chức năng	Di chuyển	23,46 ± 5,62
	Tự chăm sóc	21,68 ± 4,39
	Chức năng chi	20,65 ± 4,54

	trên	
	Công việc/năng suất	10,86 ± 2,93
Sức khỏe chức năng chung		76,65 ± 16,27
Yếu tố tâm lý	Tâm trạng	18,33 ± 3,94
	Tính cách	10,96 ± 2,36
Yếu tố tâm lý chung		29,29 ± 5,64
Gia đình và xã hội	Vai trò gia đình	10,05 ± 2,55
	Vai trò xã hội	15,05 ± 4,9
Gia đình và xã hội chung		25,11 ± 7,02

Nhận xét: Điểm trung bình chung các lĩnh vực CLCS tương đối cao, cao hơn điểm từng thành phần. Trong đó đáng chú ý là điểm sức khỏe chức năng chung có điểm trung bình cao nhất ở mức 76,65

Bảng 3.4. Tổng điểm chất lượng cuộc sống

	Số lượng	Tỷ lệ
Chất lượng cuộc sống kém	3	1.45
Chất lượng cuộc sống trung bình	129	62.32
Chất lượng cuộc sống tốt	75	36.23
Trung bình (min – max)	181,8 ± 33,29 (57 – 245)	

Nhận xét: Tỷ lệ NB có CLCS tốt sau 1 tháng mắc ĐQÑ chiếm 1/3 tổng số NB. Tỷ lệ NB có CLCS kém chỉ chiếm 1,45%

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa các lĩnh vực chất lượng cuộc sống và các yếu tố

	Sức khỏe thể chất Mean ± SD	p	Sức khỏe chức năng Mean ± SD	p	Sức khỏe tinh thần Mean ± SD	p	Gia đình và xã hội Mean ± SD	p
Giới tính								
Nam	50,76 ± 9,48	0,933	77,21 ± 16,37	0,304	29,46 ± 5,65	0,434	25,28 ± 6,79	0,51
Nữ	50,76 ± 9,73		75,48 ± 16,11		28,92		24,73 ± 7,51	
Tuổi								
≤ 60	50,04 ± 8,73	0,009	79,34 ± 15,19	0,035	30,39 ± 5,22	0,02	26,37 ± 6,89	0,044
> 60	49,29 ± 9,78		74,91 ± 16,75		28,58 ± 5,8		24,29 ± 7,01	
Trình độ học vấn								
≤ cấp 3	49,76 ± 9,43	0,074	75,86 ± 16,82	0,614	29,04 ± 5,42	0,5	24,46 ± 7,04	0,067
Trung cấp, cao đẳng trở lên	52,91 ± 8,93		77,93 ± 14,6		29,77 ± 6,05		26,63 ± 6,42	
Tình trạng sống chung								
Sống 1 mình	45,2 ± 9,09	0,184	69,2 ± 23,55	0,654	26 ± 9,46	0,188	24,8 ± 8,93	0,77
Có gia đình	50,89 ± 9,55		76,81 ± 16,12		29,36 ± 5,54		25,15 ± 6,99	

Nghề nghiệp								
Nông dân/tự do	49,57 ± 9,93	0,063	74,38 ± 17,75	0,061	28,31 ± 5,66	0,01	24,32 ± 7,23	0,186
Công nhân/viên chức, công chức	53,79 ± 8,19		80,71 ± 14,68		29,58 ± 5,63		26,55 ± 6,7	
Vẽ hưu	49,94 ± 8,49		77,98 ± 12,86		31,08 ± 4,78		24,89 ± 6,31	
Nơi sống								
Nông thôn	49,79 ± 9,43	0,012	76,18 ± 16,34	0,124	28,86 ± 5,54	0,03	24,42 ± 6,88	0,013
Thành thị	53,85 ± 9,24		79,94 ± 14,27		31 ± 5,28		27,37 ± 6,82	
Chỉ số khối cơ thể								
Bình thường	50,2 ± 10,06	0,675	74,89 ± 17,72	0,184	29,1 ± 5,75	0,916	24,39 ± 7,21	0,11
Nhẹ cân	49,73 ± 6,63		74,82 ± 14,47		29,09 ± 3,86		24,27 ± 6,17	
Thừa cân/béo phì	51,82 ± 9,01		79,81 ± 13,47		29,63 ± 5,72		26,41 ± 6,72	
Chẩn đoán bệnh								
Xuất huyết não	52,67 ± 7,99	0,415	78,16 ± 14,03	0,691	29,87 ± 5,82	0,29	26,61 ± 7,01	0,03
Nhồi máu não	50,32 ± 9,9		76,15 ± 16,79		29,08 ± 5,68		24,56 ± 6,92	
Khác	52,63 ± 6,32		81,12 ± 13,38		31,5 ± 3,34		30,62 ± 6,69	
Bệnh lý kèm theo								
Tăng huyết áp	Có	49,35 ± 9,47	0,003	74,33 ± 16,51	0,002	0,085	23,96 ± 6,7	0,002
	Không	53,34 ± 9,17		80,89 ± 15,01			30,07 ± 5,99	
Đái tháo đường	Có	50,47 ± 9,26	0,295	78,9 ± 11,29	1,000	0,07	26,13 ± 6,94	0,33
	Không	50,47 ± 9,58		76,26 ± 16,96			29,02 ± 5,63	
Bệnh tim	Có	49,91 ± 8,23	0,83	68,36 ± 17,9	0,082	0,4	19,91 ± 3,75	0,02
	Không	50,81 ± 9,62		77,11 ± 16,09			29,36 ± 5,71	
Rối loạn lipid	Có	51,5 ± 6,3	0,616	75,83 ± 14,71	0,556	0,265	24,58 ± 6,29	0,79
	Không	50,71 ± 9,71		76,7 ± 16,39			29,4 ± 5,65	
Uống rượu bia	Có	51,96 ± 11,25	0,495	75,62 ± 18,71	0,952	0,7	24,29 ± 7,43	0,51
	Không	50,6 ± 9,31		76,78 ± 15,97			29,28 ± 5,37	
Thuốc lá	Có	52,22 ± 9,43	0,781	78,11 ± 10,99	0,723	0,04	25,06 ± 7,28	0,95
	Không	50,62 ± 9,56		76,51 ± 16,69			29,03 ± 5,64	
Khác	Có	48,42 ± 10,38	0,148	71,92 ± 16,65	0,059	0,82	22,42 ± 6,43	0,053
	Không	51,09 ± 9,39		77,32 ± 16,14			29,23 ± 5,71	

Số lượng bệnh kèm theo								
Không mắc bệnh kèm theo	53,73 ± 8,28	0,055	82,44 ± 12,63	0,012	30,02 ± 5,55	0,28	28,11 ± 6,71	0,007
Mắc 1 bệnh	49,51 ± 9,51		75,25 ± 17,63		28,57 ± 5,62		24,38 ± 6,98	
Mắc từ 2 bệnh trở lên	50,58 ± 10,08		74,7 ± 15,63		29,87 ± 5,68		24,11 ± 6,82	
Chỉ số hoạt động chức năng								
Phụ thuộc hoàn toàn	36 ± 10,46	0,0001	36,87 ± 16,73	0,0001	20,62 ± 8,63	0,0001	14,75 ± 3,73	0,0001
Phụ thuộc một phần	39,42 ± 8,29		45,92 ± 7,18		24,17 ± 3,81		17,42 ± 4,83	
Độc lập hoàn toàn	52,12 ± 8,55		80,32 ± 11,7		29,99 ± 5,11		26,04 ± 6,59	

Nhận xét: Tuổi, chỉ số Barthel, số bệnh lý mắc phải có mối liên quan đến cả 4 lĩnh vực của CLCS, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Nghề nghiệp, nơi sống có mối liên quan với lĩnh vực sức khỏe tâm thần của NB ĐQN, đặc biệt, yếu tố nơi sống có mối liên quan với lĩnh vực gia đình và xã hội.

IV. BÀN LUẬN

1. Chất lượng cuộc sống của người bệnh Đột Quy não. Trong nghiên cứu của chúng tôi, Đặc điểm nhóm tuổi phản ánh xu hướng chung về độ tuổi mắc bệnh ĐQN chủ yếu là người cao tuổi (≥ 60) [4]. Tỷ lệ người bệnh ĐQN là nam nhiều gấp đôi nữ. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế đã được báo cáo trong các nghiên cứu khác trước đây [4][5][6]

Tỷ lệ NB độc lập trong sinh hoạt hằng ngày ở tháng thứ 1 chiếm trên 90%, kết quả của chúng tôi tương tự với KQ của Cao Phi Phong và CS ở tháng thứ 3 sau ĐQ có trên 91,6% NB có điểm BI độc lập trong sinh hoạt [5]

Điểm trung bình chung CLCS trong nghiên cứu của chúng tôi (ở mức 181,8) cũng như điểm trung bình chung các lĩnh vực theo thang SSQOL đều cao hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hân, đặc biệt trong lĩnh vực sức khỏe chức năng chung. Điều này có thể do đối tượng NC của chúng tôi là NB đến Trung tâm Đột Quy trong giai đoạn cấp, đã được điều trị tái tưới máu và ra viện khác với đối tượng NC của Nguyễn Thị Hân là đối tượng đang nằm điều trị phục hồi chức năng tại viện Y học cổ truyền.

2. Mối liên quan giữa các lĩnh vực CLCS và các yếu tố. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không thấy có sự khác biệt giữa các lĩnh vực CLCS với giới tính, trình độ học vấn, tình trạng sống chung, chỉ số khối cơ thể cũng như loại ĐQ. Kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả của Sarah M. Alotaibi và cộng sự chất lượng cuộc

sống nói chung không tương quan đáng kể với giới tính, tuổi tác, loại đột quy, tái phát đột quy và thời gian kể từ khi đột quy ($p > 0,05$) [6]

Tuổi của người bệnh bị ĐQN càng cao thì CLCS của NB càng giảm, Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trên cả 4 lĩnh vực của CLCS. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Cao Phi Phong và Trần Trung Thành [5]

Nghề nghiệp của người bệnh có mối liên quan đến lĩnh vực sức khỏe tinh thần của người bệnh. Những người về hưu có CLCS cao hơn với những NB đang còn làm việc ở lĩnh vực sức khỏe tâm thần. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

Những người sống ở thành thị có CLCS cao hơn những người sống ở nông thôn ở 3 lĩnh vực của CLCS là SK thể chất, sức khỏe tinh thần và lĩnh vực gia đình và xã hội

Những người bị tăng huyết áp có CLCS thấp hơn những người không bị ở các lĩnh vực sức khỏe thể chất, sức khỏe chức năng, gia đình và xã hội. Hút thuốc lá làm tăng CLCS của những người bị ĐQN ở lĩnh vực sức khỏe tinh thần. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

Trong nghiên cứu của chúng tôi, những người không bị mắc bệnh nào có CLCS tốt hơn những người bị mắc từ 1 bệnh lý kèm theo trở lên ở lĩnh vực sức khỏe chức năng của CLCS. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Tình trạng độc lập chức năng sinh hoạt cơ bản hằng ngày được phản ánh bởi thang BI có tính chất quyết định đến CLCS của bệnh nhân sau đột quy. Chỉ số Barthel càng cao càng bệnh nhân càng có CLCS tốt trên tất cả các lĩnh vực của CLCS. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Cao Phi Phong và Trần Trung Thành [5] nghiên cứu trên NB tại tháng thứ 3 sau ĐQN.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh sau 1 tháng khởi phát ĐQN được điều trị tại Trung tâm Đột Quy có chất lượng cuộc sống từ trung bình đến tốt khá cao đặc biệt cao ở lĩnh vực sức khỏe chức năng. Người bệnh có CLCS kém chiếm tỉ lệ thấp. Tỷ lệ người bệnh sau điều trị ĐQN 1 tháng có thể độc lập chức năng sinh hoạt cơ bản hàng ngày chiếm tỷ lệ cao, trên 90%

Tuổi càng cao thì CLS-SK càng thấp. Những người về hưu có CLCS cao hơn với những NB đang còn làm việc ở lĩnh vực sức khỏe tâm thần

Chỉ số Barthel càng cao, bệnh nhân càng có CLCS tốt trên tất cả các lĩnh vực của CLCS

Những người bị tăng huyết áp có CLCS thấp hơn ở các lĩnh vực sức khỏe thể chất, sức khỏe chức năng, gia đình và xã hội. Hút thuốc lá làm tăng CLCS của những người bị ĐQN ở lĩnh vực sức khỏe tinh thần. Những người không bị mắc bệnh lý kèm theo có CLCS tốt hơn những người bị mắc từ 1 bệnh lý kèm theo trở lên ở lĩnh vực sức khỏe chức năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Thị Yên Nhi (2010), "Kết quả phục hồi chức năng bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch não tại bệnh viện điều dưỡng – phục hồi chức năng Thừa Thiên Huế năm 2005-2009", đề tài cấp cơ sở, Bệnh viện điều dưỡng – phục hồi chức năng Thừa Thiên Huế.
2. World Stroke Organization (2015). World Stroke Campaign, <<http://www.world-stroke.org/advocacy/world-stroke-campaign>> [Accessed 16 October 2016].
3. Nguyễn Đình Tuấn (2020) "Đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân ở tháng thứ 3 sau đột quy não theo thang đo tác động của đột quy não (SIS 3.0)" luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội
4. Đặng Thị Hàn (2017) "Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh đột quy não điều trị tại bệnh viện y học cổ truyền tỉnh Nam Định năm 2017", Tạp chí Khoa học điều dưỡng, tập 1 số 02
5. Cao Phi Phong và Trần Trung Thành (2013) "Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau đột quy", Báo khoa học thành phố Hồ Chí Minh, 1(17), 78-84
6. Sarah M. Alotaibi et al (2021) "Assessment of the stroke-specific quality-of-life scale in KFHU, Khobar", Neurosciences Journal, 26 (2),171-178.

PHÂN TÍCH MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN VIỆC SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRÊN BỆNH NHÂN HỆ NGOẠI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH, NĂM 2020

Trần Thị Lý¹, Lê Thị Hằng², Phạm thế Dũng³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị kháng sinh có khả năng làm tăng sức đề kháng của vật chủ, phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn. Tuy nhiên những chỉ định chưa đúng hoặc lạm dụng có thể dẫn đến tình trạng kháng kháng sinh. **Mục tiêu:** Phân tích một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân hệ ngoại tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2020. **Phương pháp:** Điều tra cắt ngang, nghiên cứu định lượng kết hợp định tính. **Kết quả:** Hai nhóm yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng kháng sinh của NB bao gồm: (1) Các yếu tố thuộc về bác sĩ: Không chỉ định làm KSD, đáp ứng nhu cầu NB, chỉ định theo kinh nghiệm và thói quen của cá nhân. (2) Các yếu tố thuộc về tổ chức quản lý: Thiếu thuốc, chưa ứng dụng CNTT trong quản lý thuốc, thiếu dược sĩ lâm sàng, công tác kiểm soát nhiễm khuẩn chưa tốt (chưa đảm bảo điều kiện chăm sóc hậu phẫu), chưa có phác đồ

hướng dẫn cụ thể về việc sử dụng kháng sinh dự phòng. **Từ khóa:** Yếu tố ảnh hưởng, Sử dụng kháng sinh, bệnh nhân hệ ngoại

SUMMARY

ANALYZE SOME FACTORS AFFECTING THE USE OF ANTIBIOTICS ON SURGICAL PATIENTS AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL, IN 2020

Background: Antibiotic treatment has the potential to increase host resistance, prevention and control of bacterial infections. However, improper indications or abuse can lead to antibiotic resistance. **Objectives:** Analyzing some factors affecting the use of antibiotic on surgical patients at Thai Binh General Hospital, in 2020. **Methods:** Cross-sectional survey, quantitative combined qualitative research. **Results:** Two groups of factors affecting the use of antibiotics including: (1) Factors that belong to the doctors: Do not prescribe as an antibiogram, responses to the needs of patients, indications according to the experience and habits of the individual. (2) Factors belong to the management: Lack of drugs, lack of IT for drug management, lack of clinical pharmacists, poor infection control, there is no specific guideline on the use of prophylactic antibiotics.

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Lý

Email: ly13021984@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 9.5.2023