

- Journal of neurosurgery. 70(4), pp. 530-535.
2. **Dammann, Philipp, et al.** (2011), "Spontaneous cerebellar hemorrhage—experience with 57 surgically treated patients and review of the literature", *Neurosurgical review*. 34(1), pp. 77-86.
 3. **Gaberel, Thomas, Magheru, Christian, and Emery, Evelyne** (2012), "Management of non-traumatic intraventricular hemorrhage", *Neurosurgical review*. 35(4), pp. 485-495.
 4. **Kirollos, Ramez W, et al.** (2001), "Management of spontaneous cerebellar hematomas: a prospective treatment protocol", *Neurosurgery*. 49(6), pp. 1378-1387.
 5. **Kuo, Lu-Ting, et al.** (2011), "Early endoscope-assisted hematoma evacuation in patients with supratentorial intracerebral hemorrhage: case selection, surgical technique, and long-term results", *Neurosurgical focus*. 30(4), p. E9.
 6. **Miller, Chad M, et al.** (2008), "Image-guided endoscopic evacuation of spontaneous intracerebral hemorrhage", *Surgical neurology*. 69(5), pp. 441-446.
 7. **Naff, Neal J, et al.** (2004), "Intraventricular thrombolysis speeds blood clot resolution: results of a pilot, prospective, randomized, double-blind, controlled trial", *Neurosurgery*. 54(3), pp. 577-584.
 8. **Naff, Neal, et al.** (2011), "Low-dose recombinant tissue-type plasminogen activator enhances clot resolution in brain hemorrhage: the intraventricular hemorrhage thrombolysis trial", *Stroke*. 42(11), pp. 3009-3016.
 9. **Pian, Renato Da, Bazzan, Alberto, and Pasqualin, Alberto** (1984), "Surgical versus medical treatment of spontaneous posterior fossa hematomas: a cooperative study on 205 cases", *Neurological research*. 6(3), pp. 145-151.
 10. **Webb, Alastair JS, et al.** (2012), "Resolution of intraventricular hemorrhage varies by ventricular region and dose of intraventricular thrombolytic: the Clot Lysis: Evaluating Accelerated Resolution of IVH (CLEAR IVH) program", *Stroke*. 43(6), pp. 1666-1668.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SỚM SAU ĐỘT QUY NÃO TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Bùi Duy Hiếu¹, Nguyễn Thị Kim Liên¹,
Phạm Đình Phương¹, Đoàn Thu Huyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng sớm bệnh nhân đột quy não tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Đối tượng phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu can thiệp tiến cứu không đối chứng, theo dõi 49 bệnh nhân trước và sau can thiệp, sau 3 tháng bằng các thang điểm NIHSS, Barthel, mRS. **Kết quả:** điểm NIHSS cải thiện điểm trung bình sau khi ra viện và sau 3 tháng tương ứng 7.2 và 5.7. Điểm Barthel trung bình cải thiện sau khi ra viện và sau 3 tháng. Sau 3 tháng, điểm mRS cải thiện có ý nghĩa thống kê, $p < 0.05$. Bệnh nhân còn gặp một số các thương tật thứ cấp trong 3 tháng theo dõi. **Kết luận:** Phục hồi chức năng sớm cho bệnh nhân đột quy não giúp bệnh nhân cải thiện về chức năng, giảm thương tật thứ cấp

Từ khóa: phục hồi chức năng sớm, đột quy não

SUMMARY

EVALUATE THE RESULT EARLY REHABILITATION AFTER STROKE IN VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: to evaluate the result of treatment with early rehabilitation in ischemic stroke patients in Viet Duc university hospital. **Subjects and methods:**

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Duy Hiếu

Email: dr.buiduyhieu@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 7.9.2023

early rehabilitation after ischemic stroke improved NIHSS points, Barthel index, and modified Rankin score after discharge, and after 3 months. There are some complications in 3 months. **Conclusions:** early rehabilitation after ischemic stroke improved functions and reduce complications

Keywords: early rehabilitation, stroke

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay tai biến mạch máu não (TBMMN) đang là một vấn đề cấp thiết của y học nói chung và phục hồi chức năng nói riêng. Theo thống kê, tai biến mạch máu não là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba sau ung thư và tim mạch. TBMMN có thể gây tử vong nhanh chóng hoặc để lại nhiều di chứng nặng nề từ đó ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống¹.

Một vấn đề quan trọng hiện nay là vận động và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau TBMMN tại cộng đồng. Theo thống kê, có 17% người bệnh có từ hai loại di chứng trở lên, 71% giảm khả năng lao động, 62% giảm các hoạt động xã hội, 51% bị phụ thuộc trong bị chăm sóc, 38% giảm khả năng giao tiếp. ²Như vậy bệnh nhân TBMMN có suy giảm chức năng vận động, cảm giác, rối loạn nuốt, rối loạn ngôn ngữ, nhận thức, gây ảnh hưởng rất lớn đến đời sống tinh thần, từ đó làm suy giảm chất lượng cuộc sống người bệnh, tăng nguy cơ tử vong. Việc

phục hồi chức năng giai đoạn sớm sau đột quỵ nhồi máu não là tổng thể các phương pháp nhằm giảm thiểu tối đa các biến chứng và các khiếm khuyết từ đó nâng cao khả năng độc lập, tái hòa nhập cộng đồng và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Ở Việt Nam đã có nhiều bệnh viện thực hiện chương trình phục hồi chức năng sớm cho bệnh nhân tai biến mạch não, nhưng tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, chưa có báo cáo nào. Do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này đánh giá sự phục hồi của bệnh nhân sau tai biến mạch máu não được phục hồi chức năng sớm với mục tiêu đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động sớm ở bệnh nhân sau tai biến mạch máu não.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán đột quỵ não trên lều lần đầu được chẩn đoán và phục hồi chức năng tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, điểm NIHSS <21 điểm, bệnh nhân ổn định về mặt lâm sàng.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân có thiếu sót thần kinh hoặc tâm thần do các nguyên nhân khác; di chứng chấn thương, các bệnh cơ xương khớp ảnh hưởng hoạt động chức năng; bệnh nhân không hợp tác được, rối loạn nhận thức hoặc thất ngôn nặng; bệnh nội khoa chưa kiểm soát được.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Là nghiên cứu can thiệp tiến cứu, không có đối chứng, so sánh trước- sau can thiệp và sau 3 tháng.

- Cỡ mẫu: lấy được 40 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ

- Phương pháp can thiệp: bệnh nhân được tập luyện đều theo chuẩn Bộ Y tế về phục hồi chức năng cho bệnh nhân tai biến mạch não³

- Công cụ thu thập số liệu theo bệnh án nghiên cứu, thang điểm NIHSS, Barthel, Rankin cải tiến

- Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 với các test thống kê y học

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** từ tháng 6/2022-3/2023 tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

- **Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu không gây khó khăn cho bệnh nhân, tất cả thông tin đều chỉ mục đích nghiên cứu. Số liệu thu thập đầy đủ, khách quan, trung thực. Kết quả đảm bảo tính khoa học, tin cậy, chính xác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đánh giá kết quả bệnh nhân

theo mức độ đột quỵ sau điều trị (Thang điểm NIHSS)

Thời điểm	Vào viện (1)	Ra viện (2)	Sau ra viện 3 tháng (3)	p
Điểm trung bình (X ± SD) (min-max)	10.3± 4.7 (5-16)	7.2± 5.6 (4-12)	5.7 ± 3.5 (3-9)	0.038

ANOVA test

Nhận xét: Trước điều trị PHCN, điểm NIHSS trung bình là 10.3. Khi ra viện và sau ra viện 3 tháng, có sự cải thiện về điểm NIHSS trung bình tương ứng là 7.2 và 5.7. Sự cải thiện có ý nghĩa thống kê với p<0.05

Bảng 2. Bảng đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm Barthel

Thời điểm	Vào viện	Ra viện	Sau ra viện 3 tháng
Mức độ Phụ thuộc hoàn toàn	77.6	32.6	10.2
Phụ thuộc một phần	22.4	46.9	38.8
Độc lập	0	20.5	51
P	p= 0.032		

ANOVA test

Nhận xét: Theo thang điểm Barthel, lúc vào viện có 80% bệnh nhân phụ thuộc hoàn toàn, 20% bệnh nhân phụ thuộc một phần. Khi bệnh nhân ra viện và sau 3 tháng, bệnh nhân cải thiện có ý nghĩa thống kê, p<0.05. Lúc ra viện, còn 32.5% số bệnh nhân phụ thuộc hoàn toàn, 45% bệnh nhân phụ thuộc một phần, 22.5% bệnh nhân độc lập. Sau 3 tháng ra viện, bệnh nhân phụ thuộc hoàn toàn còn 10%, phụ thuộc 1 phần còn 42.5, số bệnh nhân độc lập lên đến 47.5%.

Bảng 3. Bảng đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm Rankins cải tiến

Thời điểm	Vào viện (%)	Ra viện (%)	Sau ra viện 3 tháng (%)
Mức độ MRS 0 điểm	0	0	0
MRS 1 điểm	0	0	10.2
MRS 2 điểm	0	20.5	36.9
MRS 3 điểm	14.2	51	30.7
MRS 4 điểm	55.1	20.5	14.2
MRS 5 điểm	30.7	8	8
P	p= 0.027		

Nhận xét: Thời điểm vào viện, phần lớn bệnh nhân giảm khả năng nặng (4-5 điểm) khi chiếm đến 85.8%, có 14.2% giảm khả năng mức độ trung bình. Thời điểm ra viện và 3 tháng, tỉ lệ bệnh nhân giảm khả năng nặng giảm đáng kể, còn 28.5% sau khi ra viện và 22.2% sau 3 tháng. Tỉ lệ bệnh nhân giảm chức năng nhẹ tăng lên sau 3 tháng. Sự cải thiện có ý nghĩa thống kê với p<0.05.

Bảng 4. Các thương tật thứ cấp trong 3 tháng

Thương tật thứ cấp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm phổi	5	10.2
Nhiễm trùng tiết niệu	4	8.2
Bán trật khớp vai	12	24.4
Cơ rút	4	8.2
Loét tì đè	7	14.3
Rối loạn cảm xúc	3	6.1

Nhận xét: Trong 3 tháng theo dõi, các bệnh nhân gặp một số thương tật thứ cấp sau: viêm phổi (10.2%), nhiễm khuẩn tiết niệu (8.2%), bán trật khớp vai (24.4%), cơ rút (8.2%), loét tì đè (14.3%), rối loạn cảm xúc (6.1%). Trong đó bán trật khớp vai là thường gặp nhất.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi can thiệp trên 49 bệnh nhân đột quy não, bệnh nhân được phục hồi chức năng sớm theo phác đồ của Bộ Y tế. Kết quả cho thấy bệnh nhân cải thiện cả trên các thang điểm NIHSS, Barthel, mRS có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Triệu chứng theo điểm trung bình NIHSS sau 3 tháng giảm từ 10.3 điểm xuống 5.7 điểm. Tăng tỉ lệ số bệnh nhân độc lập theo điểm Barthel từ 0% lên 47.5% sau 3 tháng. Tỉ lệ bệnh nhân khiếm khuyết nhẹ theo điểm Rankin cải biên cũng cải thiện sau 3 tháng.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có sự tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới. Trong nghiên cứu của LiLi Liu⁴ (2021) đánh giá ảnh hưởng của phục hồi chức năng sớm trên bệnh nhân nhồi máu não ở 2 nhóm: nhóm phục hồi chức năng sớm (24-72 giờ) và nhóm phục hồi chức năng gần (72h-7 ngày). Đánh giá sự cải thiện dựa trên thang điểm NIHSS, Barthel index và Fugl Meyer. Kết quả cho thấy so với nhóm phục hồi chức năng gần, phục hồi chức năng sớm cải thiện đáng kể có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lý thuyết về tính dẻo dai thần kinh và tái tổ chức lại chức năng cũng được chứng minh là hợp lý. Các tín hiệu về yếu tố thúc đẩy sự hình thành synap thần kinh có thể được phát hiện sớm nhất sau 3 ngày sau khi điều trị và đạt mức cao nhất trong 7-14 ngày⁵. Trong giai đoạn cấp tính của đột quy, phản ứng viêm trên tế bào não là chất độc thần kinh, ngăn cản quá trình tái tạo lại tế bào thần kinh và ức chế dẫn truyền thần kinh. Do đó, sự ức chế phục hồi tế bào thần kinh diễn ra ở giai đoạn cấp tính nhiều hơn giai đoạn hồi phục. Điều trị can thiệp phục hồi chức năng sớm giúp giảm tác dụng ức chế từ xa và các phản ứng viêm, do đó đẩy nhanh quá trình phục hồi và

nâng cao hiệu quả phục hồi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân phụ thuộc hoàn toàn và một phần đều khó khăn trong mục di chuyển, đi lên xuống cầu thang. Những bệnh nhân tổn thương bao trọng bị liệt hoàn toàn nên khó khăn trong các hoạt động di chuyển, và chăm sóc cá nhân. Wen Xiu Wu (2020)⁶ đánh giá thấy bệnh nhân tập luyện sớm trong 48 giờ đo lường chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Bathel. Kết quả cho thấy bệnh nhân cũng cải thiện điểm theo các mốc thời gian có ý nghĩa thống kê. Tác giả cho thấy tập luyện sớm và cường độ cao cho thấy sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân. Sự can thiệp phục hồi chức năng sớm dường như làm tăng tốc độ hồi phục trong vòng 3 tháng, sau 3 tháng sự cải thiện giảm dần và duy trì sau 1 năm. Tác giả đưa ra một luận điểm rằng, chương trình phục hồi chức năng sớm tại nhà theo đúng quy trình trong vòng 6 tháng cải thiện hơn về mặt chức năng so với chăm sóc thông thường và giảm thiểu tàn tật và trầm cảm.

Nghiên cứu của Momosaki và cộng sự⁷ tìm mối liên quan giữa vận động sớm trong 72 giờ so với việc trì hoãn phục hồi chức năng ở bệnh nhân nhồi máu não, kết quả chính dựa trên sự độc lập về chức năng (mRS 0-2 điểm) khi xuất viện. Mô hình hồi quy cho thấy phục hồi chức năng sớm có liên quan đáng kể đến sự độc lập chức năng, khi tỉ lệ độc lập chức năng khi xuất viện lần lượt là 41.2% và 36.6%.

Một nghiên cứu đa trung tâm khác xem xét vai trò của thời gian bắt đầu điều trị với 2 chương trình tập tạo thuận thần kinh cơ cảm thụ bản thể chức năng (PNF) và bài tập trị liệu nhận thức (CTE), cả 2 chương trình này đều giúp cải thiện về mặt chức năng khi vận động sớm trong 24-48 giờ và sau 4 ngày dựa trên thang điểm mRS. Tác giả đưa ra kết luận rằng các kỹ thuật phục hồi chức năng dường như không ảnh hưởng đến việc phục hồi vận động lâu dài, sự ảnh hưởng có lẽ đến từ thời gian bắt đầu bệnh nhân được tập luyện.⁸

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thấy, trong 3 tháng theo dõi, các bệnh nhân gặp một số thương tật thứ cấp. Trên một số y văn thế giới cũng chỉ ra rằng, bệnh nhân có thể gặp các thương tật thứ cấp như nhiễm trùng tiết niệu, viêm phổi, trầm cảm, té ngã, tăng huyết áp không ổn định, đau vai, loét tì đè... Trong các bệnh nhân của chúng tôi, bệnh nhân và người nhà đều được giáo dục và hướng dẫn cách phòng ngừa các thương tật thứ cấp. Nhưng có thể quá trình chăm sóc khi ra viện vẫn còn nhiều

vấn đề, khả năng hiểu biết chưa đầy đủ nên vẫn còn tỉ lệ mắc các thương tật thứ cấp trên.

V. KẾT LUẬN

Tập phục hồi chức năng sớm với chương trình tập luyện chuẩn giúp cải thiện về mặt lâm sàng và chức năng của bệnh nhân thông qua thang điểm NIHSS, Barthel, mRS. Bệnh nhân giảm các thương tật thứ cấp trong quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baldwin K, Orr S, Briand M, Piazza C, Veydt A, McCoy S.** Acute Ischemic Stroke Update. *Pharmacother J Hum Pharmacol Drug Ther.* 2010;30(5): 493-514. doi:10.1592/phco.30.5.493
2. **Gresham GE, Fitzpatrick TE, Wolf PA, McNamara PM, Kannel WB, Dawber TR.** Residual disability in survivors of stroke—the Framingham study. *N Engl J Med.* 1975;293(19):954-956. doi:10.1056/NEJM197511062931903
3. **BỘ Y TẾ,** 2018. Hướng Dẫn Chẩn Đoán, Điều Trị Phục Hồi Chức Năng Cho Người Bệnh Đột Quỵ.
4. **Liu N, Cadilhac DA, Andrew NE, et al.** Randomized controlled trial of early rehabilitation after intracerebral hemorrhage stroke: difference in outcomes within 6 months of stroke. *Stroke.* 2014;45(12):3502-3507. doi:10.1161/STROKEAHA.114.005661
5. **Carmichael ST.** Cellular and molecular mechanisms of neural repair after stroke: making waves. *Ann Neurol.* 2006;59(5):735-742. doi:10.1002/ana.20845
6. **Wu WX, Zhou CY, Wang ZW, et al.** Effect of Early and Intensive Rehabilitation after Ischemic Stroke on Functional Recovery of the Lower Limbs: A Pilot, Randomized Trial. *J Stroke Cerebrovasc Dis Off J Natl Stroke Assoc.* 2020; 29(5):104649. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104649
7. **Momosaki R, Yasunaga H, Kakuda W, Matsui H, Fushimi K, Abo M.** Very Early versus Delayed Rehabilitation for Acute Ischemic Stroke Patients with Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator: A Nationwide Retrospective Cohort Study. *Cerebrovasc Dis Basel Switz.* 2016;42(1-2):41-48. doi:10.1159/000444720
8. **Morreale M, Marchione P, Pili A, et al.** Early versus delayed rehabilitation treatment in hemiplegic patients with ischemic stroke: proprioceptive or cognitive approach? *Eur J Phys Rehabil Med.* 2016;52(1):81-89.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BỂ THẬN – NIỆU QUẢN THEO CHỈ SỐ PI – APD ĐIỀU TRỊ THẬN Ú NƯỚC BẨM SINH Ở TRẺ EM

Nguyễn Duy Việt¹, Lê Anh Dũng¹

TÓM TẮT

Mục đích: mô tả kết quả phẫu thuật tạo hình bể thận – niệu quản điều trị thận ú nước bẩm sinh ở trẻ em dựa vào chỉ số PI – APD. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả hồi cứu bệnh nhân được chẩn đoán thận ú nước bẩm sinh và được phẫu thuật mổ mở theo phương pháp Anderson – Hynes, có đặt ống thông JJ trong mổ và được rút 1 tháng sau, gian đoạn từ 1.2016 đến 12.2018, tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Chỉ định mổ khi xạ hình thận DRF \leq 40%, T/2 > 20 phút bên thận tổn thương. Bệnh nhân được siêu âm đo đường kính trước sau bể thận và được lặp lại tại các thời điểm theo dõi. PI - APD \geq 38% được định nghĩa thành công. Tỷ lệ thành công, cải thiện đường kính trước sau bể thận được xác định tại các thời điểm 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng sau mổ. Số liệu xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0, với $p < 0.05$ có nghĩa thống kê. **Kết quả:** có 145 bệnh nhân thận ú nước 1 bên được phẫu thuật tạo hình bể thận niệu - quản, trong đó có 126 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn

nghiên cứu. Trong số đó gồm 97 nam (77,0%) và 29 nữ (23,0%), thận ú nước bên trái 90 chiếm 71,4% và bên phải 36 trường hợp chiếm 28,6%. Đường kính trước sau bể thận cải thiện có ý nghĩa thống kê tại các thời điểm đánh giá kết quả lần lượt là $16,6 \pm 10,7$ mm, $13,7 \pm 8,9$ mm, $11,4 \pm 7,2$ mm. Tương tự với tỷ lệ thành công lần lượt tăng lên ở các thời điểm theo dõi là 73,8%, 86,5%, 89,7%, với $p < 0,001$. Tỷ lệ thành công không liên quan đến tuổi phẫu thuật và đường kính trước sau bể thận, có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** tỷ lệ thành công không liên quan đến tuổi phẫu thuật và không liên quan đến mức độ giãn của đường kính trước sau bể thận. Bệnh nhân sau mổ tạo hình bể thận – niệu quản cần được tiếp tục theo dõi đến ít nhất 24 tháng và đạt tỷ lệ thành công cao nhất là 89,7%.

Từ khóa: thận ú nước bẩm sinh do hẹp phần nối bể thận – niệu quản, tạo hình bể thận niệu quản

SUMMARY

RESULTS OF PYELOPLASTY IN TREATMENT CONGENITAL HYDRONEPHROSIS IN CHILDREN

Aim: describe the results of pyeloplasty in the treatment congenital of hydronephrosis in children. **Subject:** a retrospective study in patients with hydronephrosis who underwent pyeloplasty by Anderson – Hynes approach, A double J stent was placed perioperatively and extracted approximately

¹Bệnh viện Nhi Trường ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Việt

Email: bsnguyenduyviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2023

Ngày phản biện khoa: 22.8.2023

Ngày duyệt bài: 8.9.2023