

- controlled trial. *Lancet*. 2009; 373:1016-1024.
4. **Leech JA, Dulberg C, Kellie S, et al.** Relationship of lung function to severity of osteoporosis in women. *Am Rev Respir Dis*. 1990;141:68-71.
  5. **McLain RF, Ferrara L, Kabins M.** Pedicle morphometry in the upper thoracic spine: limits to safe screw placement in older patients. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2002;27:2467-2471.
  6. **Dvorak M, MacDonald S, Gurr KR, et al.** An anatomic, radiographic, and biomechanical assessment of extrapedicular screw fixation in the thoracic spine. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1993;18: 1689-1694.
  7. **Husted DS, Yue JJ, Fairchild TA, et al.** An extrapedicular approach to the placement of screws in the thoracic spine: an anatomic and radiographic assessment. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2003;28:2324-2330.
  8. **Han KR, Kim C, Eun JS, et al.** Extrapedicular approach of percutaneous vertebroplasty in the treatment of upper and mid-thoracic vertebral compression fracture. *Acta Radiol*. 2005;46: 280-287.
  9. **Ge Z, Ma R, Chen Z, et al.** Uniextrapedicular kyphoplasty for the treatment of thoracic osteoporotic vertebral fractures. *Orthopedics*. 2013;36: e1020-e1024.
  10. **Ryu KS, Park CK, Kim MK, et al.** Single balloon kyphoplasty using far-lateral extrapedicular approach: technical note and preliminary results. *J Spinal Disord Tech*. 2007;20:392-398.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ QUẢN LÝ CẢI THIỆN LỰC CƠ VÀ GIẢM CO CỨNG TRÊN ĐỐI TƯỢNG KHUYẾT TẬT VẬN ĐỘNG TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Phan Minh Hoàng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hoàng Vân<sup>1</sup>, Nguyễn Hồng Hà<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Việc đánh giá kết quả quản lý người khuyết tật cũng là cần thiết trong việc quản lý về y tế. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả cải thiện lực cơ và giảm co cứng trên đối tượng khuyết tật vận động tại TP. HCM. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên đối tượng người khuyết tật tham gia chương trình tập phục hồi chức năng trong đề án người khuyết tật tại TP. HCM. **Kết quả:** Hiệu quả cải thiện lực cơ theo MRC với trung vị tăng từ 2 lên 3 điểm sau điều trị ( $p < 0,001$ ). Độ co cứng theo Asworth cải thiện với trung vị từ 2 xuống 1+ ( $p < 0,001$ ). Có sự liên quan giữa hiệu quả cải thiện lực cơ, giảm co cứng với mức độ khuyết tật và bệnh lý kèm theo ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Có sự cải thiện đáng kể lực cơ và giảm độ co cứng trên đối tượng khuyết tật vận động trước và sau điều trị.

**Từ khóa:** lực cơ, co cứng, khuyết tật

### SUMMARY

#### EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF MANAGING IMPROVEMENT OF MUSCLE FORCE AND REDUCING SPRAINCTION IN SUBJECTS WITH MOBILITY DISABILITY IN HO CHI MINH CITY

**Background:** Evaluating the results of managing people with disabilities is also necessary in medical management. **Objectives:** Evaluate the effectiveness

of improving muscle strength and reducing spasticity on subjects with mobility disabilities in Ho Chi Minh city. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study on people with disabilities participating in a rehabilitation program in a project on people with disabilities in Ho Chi Minh city. **Results:** Effective improvement in muscle force according to MRC with median increase from 2 to 3 points after treatment ( $p < 0.001$ ). Asworth spasticity improved with median from 2 to 1+ ( $p < 0.001$ ). There is a relationship between the effectiveness of improving muscle strength and reducing spasticity with the level of disability and accompanying diseases ( $p < 0.05$ ). **Conclusions:** There was a significant improvement in muscle force and reduction in spasticity in subjects with mobility disabilities before and after treatment.

**Keywords:** muscle strength, spasticity, disability

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày 02/04/2018, Bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị bệnh nghề nghiệp trình Sở Y tế kế hoạch thực hiện đề án hỗ trợ người khuyết tật (NKT) tại TP. HCM năm 2018. Tính đến nay, Bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị bệnh nghề nghiệp đã tiếp cận hơn 7000 đối tượng tại một số quận, huyện trên địa bàn thành phố. Một số đối tượng NKT được điều trị tại bệnh viện hoặc trung tâm y tế (TTYT) được điều trị thêm bằng các kỹ thuật điện trị liệu, âm ngữ trị liệu, thủy trị liệu. Phần lớn NKT còn lại được tập vận động trị liệu, hoạt động trị liệu ngay tại nhà. Chẩn đoán bệnh chủ yếu do tổn thương hệ thần kinh trung ương như yếu liệt tứ chi, yếu liệt 1/2 người sau tai biến mạch máu não (TBMMN), chấn thương sọ não (CTSN), bại não hay yếu vận động khác do tổn thương tủy sống, ngoài ra còn

<sup>1</sup>Bệnh viện Phục hồi Chức năng - Điều trị Bệnh Nghề nghiệp TP. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính:

Email: drhoangphan@bvphuchoichucnanghcm.vn

Ngày nhận bài: 9.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 12.4.2024

các bệnh lý về cơ- xương- khớp khác. Trong đó đối tượng yếu vận động do di chứng tai biến mạch máu não, CTSN và bại não là nhiều nhất, việc luyện tập chủ yếu dựa trên đội ngũ kỹ thuật viên tại khoa Phục hồi chức năng – Vật lý trị liệu của bệnh viện [1].

Việc đánh giá kết quả quản lý người khuyết tật cũng là cần thiết trong việc quản lý về y tế và việc tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá hiệu quả cải thiện lực cơ và giảm co cứng trên đối tượng khuyết tật vận động. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp số liệu cho các nhà quản lý về y tế và đưa ra đề án tiếp theo của bệnh viện cũng như thành phố để mang lại hiệu quả tốt nhất cho NKT.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả các hồ sơ bệnh án đánh giá của kỹ thuật viên (KTV) trên đối tượng NKT thuộc dạng khuyết tật vận động trên địa bàn TP. HCM trong thời gian từ năm 2019 đến năm 2020.

**Tiêu chuẩn chọn:** Tất cả hồ sơ bệnh án NKT tham gia chương trình tập phục hồi chức năng (PHCN) trong đề án người khuyết tật (NKT).

Hồ sơ bệnh án NKT được tập PHCN đủ 3 tháng.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Hồ sơ bệnh án NKT thuộc khuyết tật vận động không thuộc các chẩn đoán: Yếu/yếu liệt tứ chi/nửa người/2 chân - di chứng tai biến mạch máu não/CTSN, bại não.

KTV không hoàn thành đủ các thông tin trong phiếu thu thập.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang.

**Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Sử dụng kỹ thuật chọn mẫu toàn bộ.

**Nội dung nghiên cứu:** Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Giới tính, nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, hoàn cảnh kinh tế gia đình, mức độ khuyết tật, thời gian bị tổn thương, kỹ thuật phục hồi chức năng, bệnh lý nền.

Đánh giá hiệu quả cải thiện lực cơ và giảm co cứng trước và sau 3 tháng điều trị, mối liên quan giữa hiệu quả phục hồi chức năng và một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

**Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:**

Số liệu được nhóm nghiên cứu tiến hành thu thập bằng phiếu thu thập thông tin. Kết quả được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Kết quả phân tích cho thấy, tỷ lệ nam giới trong số bệnh nhân là cao hơn, chiếm 56,2%. Đa số bệnh nhân tham gia vào nghiên

cứu là người trên 60 tuổi và trong nhóm từ 16 - 60 tuổi (với tỷ lệ lần lượt là 47,3% và 36%). Hầu hết bệnh nhân có trình độ học vấn dưới THPT (44,9%), tỷ lệ bệnh nhân có trình độ học vấn trên THPT chỉ chiếm 11,8%. Nghề nghiệp của đa số bệnh nhân là thất nghiệp/nội trợ/hưu trí (57,8%). Khoảng 82,3% bệnh nhân đối diện với tình trạng kinh tế gia đình ở mức bình thường hoặc nghèo khó và chỉ có 2,4% bệnh nhân có tình trạng kinh tế ở mức giàu.

**Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ khuyết tật	Đặc biệt nặng	114	30,6
	Nặng	222	59,7
	Nhẹ	36	9,7
Thời gian tổn thương	Dưới 6 tháng	8	2,2
	6 tháng tới 1 năm	22	5,9
	Từ 1 đến 3 năm	99	26,6
	Từ 3 năm trở lên	243	65,3
Bệnh lý nền	Tăng huyết áp	193	51,9
	Đái tháo đường	53	14,3
	Bệnh tim mạch	17	4,6
	Khác	66	17,7
Kỹ thuật phục hồi chức năng	Vận động trị liệu	372	100
	Điện trị liệu	31	8,3
	Hoạt động trị liệu	297	79,8
	Am ngữ trị liệu	32	8,6
	Thủy trị liệu	13	3,5

**Nhận xét:** Phần lớn bệnh nhân có mức độ khuyết tật được xem là nặng và đặc biệt nặng (90,3%). Thời gian những bệnh nhân này bị tổn thương thường kéo dài từ 3 năm trở lên, chiếm tỷ lệ 65,3%. Kỹ thuật phục hồi chức năng cơ học thường được áp dụng cho hầu hết các bệnh nhân (100%) và hoạt động trị liệu cũng được thực hiện trên 79,8%. Đa số bệnh nhân đều có bệnh lý kèm theo (69,4%), trong đó tăng huyết áp chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 51,9%.

**3.2. Hiệu quả cải thiện lực cơ và giảm co cứng trước và sau 3 tháng điều trị và một số yếu tố liên quan**

**3.2.1. Hiệu quả cải thiện lực cơ và giảm co cứng trước và sau 3 tháng điều trị**

**Bảng 2. Kết quả bệnh nhân trước và sau điều trị**

Đặc điểm	Trước điều trị TV (KTPV)	Sau điều trị TV (KTPV)	p
Điểm sức cơ theo MRC	2 (1-3)	3 (2-4)	<0,001
Điểm co cứng Asworth	2 (1+ -3)	1+ (1-2)	<0,001

**Nhận xét:** Nhìn chung, các đối tượng tham gia nghiên cứu đã có cải thiện đáng kể sức mạnh

cơ bắp và giảm độ co cứng. Sự khác biệt trong việc cải thiện trước và sau quá trình tập luyện có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

**3.2.2. Môi liên quan giữa hiệu quả cải thiện lực cơ, giảm co cứng cơ và các đặc**

**điểm của bệnh.** Nghiên cứu ghi nhận hiệu quả cải thiện lực cơ liên quan với nghề nghiệp ( $p = 0,06$ ), hoàn cảnh kinh tế gia đình ( $p = 0,010$ ). Hiệu quả giảm co cứng cơ liên quan với trình độ học vấn ( $0,028$ ) và hoàn cảnh kinh tế gia đình ( $p = 0,009$ ).

**Bảng 3. Môi liên quan giữa hiệu quả phục hồi chức năng và các đặc điểm của bệnh nhân**

	Đặc điểm	MRC	p	ASWORTH	p
<b>Mức độ khuyết tật</b>	Đặc biệt nặng	1(0-1)	0,007	1(0,5-1)	0,004
	Nặng	1(1-1)		0,5(0,5-1)	
	Nhẹ	1(1-1)		0,5(0,5-0,5)	
<b>Thời gian tổn thương</b>	Dưới 6 tháng	1(1-1)	0,038	0,5(0,5-0,5)	0,511
	6 tháng tới 1 năm	1(1-1)		0,5(0,5-1)	
	Từ 1 đến 3 năm	1(1-1)		1(0,5-1)	
	Từ 3 năm trở lên	1(1-1)		0,5(0,5-1)	
<b>Bệnh lý nền</b>	Tăng huyết áp	1(1-1)	0,007	0,5(0,5-1)	0,153
	Đái tháo đường	1(1-1)	0,985	0,5(0,5-1)	0,475
	Bệnh tim mạch	1(1-2)	0,001	1(0,5-2)	0,007
	Khác	1(1-1)	0,812	1(0,5-1)	0,08
<b>Kỹ thuật phục hồi chức năng</b>	Vận động trị liệu	1(1-1)	-	0,5(0,5-1)	-
	Điện trị liệu	1(1-1)	0,077	0,5(0,5-1)	0,395
	Hoạt động trị liệu	1(1-1)	0,056	0,5(0,5-1)	0,563
	Âm ngữ trị liệu	1(1-1)	0,525	0,75(0,5-1)	0,645
	Thủy trị liệu	1(1-2)	0,012	0,5(0,5-0,5)	0,292

**Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu cho thấy các đặc điểm của bệnh nhân liên quan đến hiệu quả cải thiện lực cơ và co cứng bao gồm mức độ khuyết tật, các loại bệnh lý liên quan. Yếu tố liên quan đến cải thiện lực cơ còn có thời gian bị tổn thương, có bệnh lý kèm theo, trong đó tăng huyết áp và bệnh lý tim mạch có mối liên quan.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Về giới tính, nam chiếm ưu thế hơn nữ tương ứng với 56,2% và 43,8%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Rayegani SM và cộng sự (65% nam, 35% nữ), cũng phù hợp với báo cáo tổng điều tra của Quỹ dân số Liên hiệp quốc (UNFPA) năm 2009 với tỷ lệ khuyết tật trong nhóm trẻ em nam và nam giới từ 16 đến 59 tuổi cao hơn so với nữ giới trong cùng nhóm tuổi. Qua đó thấy được quản lý y tế nên xem xét thêm cách tiếp cận và dịch vụ phục hồi dựa trên giới tính để đảm bảo tính công bằng và hiệu quả trong việc đáp ứng nhu cầu của cả nam và nữ [4], [5].

Nhóm tuổi > 60 chiếm tỉ lệ cao hơn nhóm tuổi từ 15 - 60 với tỷ lệ lần lượt là 47,3% và 36%, đặc điểm tương đồng với nghiên cứu về bệnh tật ở nhóm tuổi > 60 chiếm đa số, là nhóm tuổi dễ tổn thương và mang nhiều bệnh tật nhất. Qua đó cho thấy cần cung cấp các chương trình phục hồi dành riêng cho người cao tuổi và người trẻ là thực sự cần thiết, vì họ có nhu cầu và khả năng khác nhau trong quá trình phục hồi.

Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu đa số dưới THPT, chiếm 44,9%, không biết chữ cũng chiếm 1/5 trong nhóm nghiên cứu, điều này phù hợp với dữ liệu của nghiên cứu. Có sự tương đồng giữa trình độ học vấn và nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu với tỷ lệ của nhóm thất nghiệp/nội trợ/hưu trí và tự do chiếm tỷ lệ 88,7%. Mặc khác nhóm đối tượng nghiên cứu > 60 tuổi chiếm ưu thế mà nhóm tuổi này thuộc diện khó khăn trong tiếp cận giáo dục trong những năm 1960, điều này cũng giải thích cho trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu thấp.

Hoàn cảnh kinh tế gia đình của đối tượng tham gia nghiên cứu phần lớn nằm ở mức bình thường, chiếm tỷ lệ 59,7%, trong khi người có hoàn cảnh gia đình ở mức nghèo chiếm tỷ lệ 23,1%, và mức giàu chỉ là 2,4%. Điều này phản ánh thực tế rằng đa số NKT chưa đủ điều kiện kinh tế để chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe đầy đủ, đặc biệt là trong lĩnh vực phục hồi và chăm sóc sau bệnh. Qua những kết quả này, quản lý y tế cần xem xét thêm các hình thức cung cấp hỗ trợ tài chính và chương trình phục hồi dựa trên hoàn cảnh kinh tế gia đình của mỗi người khuyết tật. Điều này có thể giúp và đảm bảo rằng NKT có tiếp cận đầy đủ và bình đẳng đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe và phục hồi, không bị hạn chế bởi tình trạng kinh tế gia đình [4].

Nghiên cứu nhận thấy đa số bệnh nhân thuộc nhóm NKT đang mắc phải các khuyết tật

nặng và đặc biệt nặng, chiếm hơn 90,3%; trong khi khuyết tật nhẹ chỉ chiếm tỷ lệ là 9,7%. Sự khác biệt này so với báo cáo Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009, trong 6,1 triệu NKT tại Việt Nam năm 2009 có 385 nghìn NKT nặng; trong đó chiếm số đông là khuyết tật về thị giác, sau đó mới đến khuyết tật về vận động. Sự khác biệt này cũng có thể là do đối tượng nghiên cứu đã có giấy xác nhận khuyết tật từ UBND địa phương để nhận trợ cấp thường xuyên từ Bộ lao động Thương binh và Xã hội; họ thường có mức độ khuyết tật từ nặng trở lên. Ngược lại, đối tượng có khuyết tật nhẹ thì không được nhận trợ cấp nên chưa được quan tâm đúng mức, dẫn đến tỷ lệ này tương đối thấp (9,7%) [4].

Xét về thời gian tổn thương, 63,5% nhóm đối tượng nghiên cứu có thời gian tổn thương kéo dài trên 3 năm. Điều này đặc biệt quan trọng vì theo tiêu chuẩn ở bệnh nhân tai biến mạch máu não theo Hướng dẫn Phục hồi chức năng cho bệnh nhân đột quỵ của Bộ Y tế năm 2019; trong quá trình phục hồi, giai đoạn mạn tính được định nghĩa khi thời gian tổn thương kéo dài trên 6 tháng, khả năng phục hồi trong giai đoạn này thường khó khăn hơn, nhóm này chiếm đến 97,8% và nhóm đối tượng có thời gian tổn thương kéo dài dưới 6 tháng chỉ chiếm tỷ lệ 2,2%. Điều này cho thấy rằng quá trình phục hồi của nhóm đối tượng này có thể gặp nhiều khó khăn và cần đặc biệt quan tâm hơn để đảm bảo hiệu quả phục hồi. Ngoài ra, nhóm đối tượng NKT tại cộng đồng thường là đối tượng đã khuyết tật lâu năm [2].

Kết quả phân tích cũng cho thấy nhóm đối tượng nghiên cứu được tập PHCN bằng nhiều phương pháp kết hợp, trong đó 100% bệnh nhân được tập vận động trị liệu, ngoài ra còn có 79,8% bệnh nhân được tập Hoạt động trị liệu. Âm ngữ trị liệu, điện trị liệu và thủy trị liệu được chỉ định ít hơn điều này hoàn toàn hợp lý bởi đa số bệnh nhân là tập tại cộng đồng (70%) nên không thể áp dụng các phương pháp trị liệu đòi hỏi phải có dụng cụ và máy móc thích hợp.

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, phần lớn các bệnh nhân đều có ghi nhận sự xuất hiện của các bệnh lý kèm theo, chiếm tỷ lệ cao lên đến 69,4%. Các bệnh lý này thường là bệnh mạn tính, ảnh hưởng đáng kể đến bệnh chính của đối tượng. Trong số các bệnh lý kèm theo này, tăng huyết áp chiếm đa số với tỷ lệ trên 50%, điều này hoàn toàn phù hợp bởi đa số bệnh nhân thuộc diện đột quỵ thì nguyên nhân và yếu tố liên quan hàng đầu gây nên là tăng huyết áp. Bệnh lý đái tháo đường cũng được xác định ở

mức tỷ lệ là 14,3%, đây là mặt bệnh phổ biến ở người lớn tuổi. Ngoài ra, một số bệnh khác như bệnh lý tim mạch, bệnh lý về thần kinh khác như Parkinson, Alzheimer, lão suy... cũng xuất hiện trong nhóm đối tượng nghiên cứu với tần suất thấp. Vì vậy, việc đánh giá và hiểu rõ bệnh lý kèm theo của nhóm đối tượng NKT này đặc biệt quan trọng. Các bệnh lý mạn tính được kiểm soát và quản lý thường xuyên sẽ giúp đảm bảo rằng chúng không gây thêm khó khăn cho quá trình phục hồi của bệnh nhân. Việc thiết lập kế hoạch chăm sóc sức khỏe toàn diện dựa trên các bệnh lý kèm theo và tình trạng khuyết tật của bệnh nhân cũng là điều cần thiết [3].

**4.2. Hiệu quả cải thiện lực cơ và giảm co cứng trước và sau 3 tháng điều trị và một số yếu tố liên quan.** Nghiên cứu của chúng tôi cũng đã phát hiện rằng sự cải thiện về lực cơ của bệnh nhân là có ý nghĩa thống kê. Kết quả tương tự với nghiên cứu của tác giả Sale P và cộng sự (2012). Hơn nữa, chúng tôi đã quan sát mức độ cải thiện giảm co cứng, cũng được tìm thấy là có ý nghĩa thống kê trước và sau quá trình tập luyện. Kết quả này được giải thích bởi quá trình tập vận động trị liệu giúp cải thiện các bó sợi cơ bị co cứng hoặc mềm nhão do tổn thương, ngoài ra kích thích các synap thần kinh tăng dẫn truyền xung động đến hệ thống cơ sau tổn thương dẫn đến tăng lực cơ [6].

Nghiên cứu tìm thấy các yếu tố liên quan đến cải thiện sức cơ trong nhóm đặc điểm bệnh lý của bệnh nhân bao gồm mức độ khuyết tật, thời gian bị tổn thương, bệnh lý kèm theo. Theo mức độ cải thiện được đánh giá trước và sau khi luyện tập, khi sức cơ lúc bắt đầu ở mức trung bình – khá thì khả năng luyện tập sẽ tốt hơn so với mức thấp, thậm chí không có lực cơ, thời gian và khả năng luyện tập còn bị chi phối bởi bệnh lý kèm theo vì bệnh nhân chỉ luyện tập hiệu quả khi sức khỏe ổn định. Điều này giải thích cho mức độ khuyết tật, thời gian tổn thương ở tùy bệnh nhân sẽ ảnh hưởng đến hiệu quả sức cơ.

## V. KẾT LUẬN

Việc thúc đẩy quá trình phục hồi chức năng và luyện tập vận động trị liệu cho bệnh nhân là người khuyết tật có tổn thương vận động là bước quan trọng trong quản lý y tế để cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm các tác động của tổn thương lên sức khỏe và khả năng vận động của người khuyết tật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### 1. Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị

- bệnh nghề nghiệp (2019), Văn bản về việc triển khai thực hiện đề án hỗ trợ người khuyết tật tại TP.HCM năm 2019.
- Bộ Y tế** (2019), Hướng dẫn chăm sóc, điều trị phục hồi chức năng đối với 04 bệnh: Đột quỵ não, Chấn thương sọ não, Bại não, Não úng thủy do Nút đột sống.
  - Nguyễn Thị Thanh Nga** (2019), Đánh giá kết quả phục hồi chức năng bàn tay trên bệnh nhân liệt nửa người do chấn thương sọ não, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
  - UNFPA** (2011), "Một số kết quả chủ yếu từ Tổng điều tra Dân số và Nhà ở Việt Nam 2009". Người khuyết tật ở Việt Nam, tr. 20 -22.
  - Rayegani, S. M., Raeissadat, S. A., Alikhani, E., Bayat, M., Bahrami, M. H., & Karimzadeh, A.** (2016). Evaluation of complete functional status of patients with stroke by Functional Independence Measure scale on admission, discharge, and six months poststroke. Iranian journal of neurology, 15(4), 202.
  - Sale, P., Lombardi, V., & Franceschini, M.** (2012). Hand robotics rehabilitation: feasibility and preliminary results of a robotic treatment in patients with hemiparesis. Stroke research and treatment, 2012.

## THỰC TRẠNG KHÁNG KHÁNG SINH CỦA MỘT SỐ CHỦNG VI KHUẨN GÂY NHIỄM KHUẨN HUYẾT PHÂN LẬP ĐƯỢC TẠI BỆNH VIỆN E NĂM 2022

Phan Văn Hậu<sup>1</sup>, Lê Văn Hưng<sup>2,3</sup>, Vũ Huy Lượng<sup>2,3</sup>,  
Nguyễn Thị Hà Vinh<sup>2,3</sup>, Phạm Quỳnh Hoa<sup>3</sup>, Lê Huyền My<sup>3</sup>,  
Nguyễn Văn An<sup>4,5</sup>, Lê Huy Hoàng<sup>6</sup>, Nguyễn Hoàng Việt<sup>2</sup>,  
Phạm Thị Vân<sup>1</sup> và Lê Hạ Long Hải<sup>2,3</sup>

### TÓM TẮT

Nhiễm khuẩn huyết là một tình trạng nhiễm trùng cấp tính nặng với tỉ lệ tử vong rất cao. Tình trạng lây nhiễm các chủng vi khuẩn kháng thuốc gây giảm hiệu quả điều trị và tăng gánh nặng về chi phí. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm xác định các chủng vi khuẩn thường gặp và mức độ kháng kháng sinh của chúng trong mẫu cấy máu tại Bệnh viện E. **Kết quả:** Tỉ lệ cấy máu dương tính là 22,3%. Tác nhân gây bệnh hay gặp nhất là *E. coli* (27,1%), *K. pneumoniae* (16,1%), *S. aureus* (12,6%) và *A. baumannii* (7,7%). Tỉ lệ *E. coli* và *K. pneumoniae* sinh men beta-lactamase phổ rộng là 63,4% và 12,4%. *E. coli* đề kháng thấp nhất với amikacin (1,2%), carbapenem (3,7%) và piperacillin – tazobactam (6,2%), trong khi tỷ lệ đề kháng với các kháng sinh khác từ 13,4% đến 69,5%. *K. pneumoniae* đề kháng cao nhất với ampicillin (100%), ampicillin/sulbactam (100%), piperacillin (91,2%) và đề kháng thấp nhất với amikacin (9,7%). Tỷ lệ *A. baumannii* và *P. aeruginosa* đề kháng với các kháng sinh lần lượt là 22,7%-60,9% và 18,2%-45,5%. Tỷ lệ *S. aureus* kháng methicillin là 71,1%, đề kháng cao nhất với benzylpenicillin (97,4%)

và erythromycin (71,1%) nhưng không phát hiện chủng đề kháng linezolid và vancomycin. **Kết luận:** Các tác nhân gây nhiễm khuẩn huyết hàng đầu là *E. coli*; *K. pneumoniae*; *A. baumannii*; *P. aeruginosa* và *S. aureus* đã kháng lại hầu hết các kháng sinh thử nghiệm với mức độ đề kháng khác nhau.

**Từ khóa:** Nhiễm khuẩn huyết, kháng kháng sinh, ESBL; MRSA; Bệnh viện E

### SUMMARY

#### RESISTANCE PROFILE OF COMMON BACTERIA ISOLATED FROM BLOOD CULTURES AT E HOSPITAL IN 2022

Septicaemia poses a significant public health challenge due to its severe and often fatal nature. The emergence of antibiotic-resistant bacterial strains compounds the complexity of treatment, resulting in increased healthcare costs. **Methods:** This cross-sectional study, conducted at E Hospital, aimed to characterize prevalent bacterial strains and assess their antibiotic resistance patterns in blood cultures. Results: The findings revealed a 22.3% positivity rate in blood cultures. The predominant pathogens identified were *Escherichia coli* (27.1%), *Klebsiella pneumoniae* (16.1%), *Staphylococcus aureus* (12.6%), and *Acinetobacter baumannii* (7.7%). Notably, the extended-spectrum beta-lactamase production rates were 63.4% for *E. coli* and 12.4% for *K. pneumoniae*. *E. coli* demonstrated the lowest resistance to amikacin (1.2%), carbapenem (3.7%), and piperacillin-tazobactam (6.2%), while exhibiting resistance ranging from 13.4% to 69.5% to other antibiotics, while *K. pneumoniae* exhibited the highest resistance to ampicillin (100%), ampicillin/sulbactam (100%), and piperacillin (91.2%), with the lowest resistance observed for amikacin (9.7%). *A. baumannii* and *Pseudomonas aeruginosa* displayed antibiotic resistance rates ranging from 22.7% to 60.9% and

<sup>1</sup>Bệnh viện E

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Da liễu Trung ương

<sup>4</sup>Học viện Quân Y

<sup>5</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>6</sup>Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hạ Long Hải

Email: lehalonghai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024