

TỶ LỆ NGƯỜI BỆNH ĐAU SAU ĐỘT QUỴ VÀ CÁC YẾU TỐ TRONG CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

Dương Thị Thu Hương¹, Hoàng Tiến Trọng Nghĩa¹
Nguyễn Thị Na¹, Nguyễn Thị Huyền¹
Lâm Thị Anh Phương¹, Nguyễn Duy Phong²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ người bệnh (NB) đau sau đột quỵ và các vị trí đau thường gặp; đồng thời mô tả cường độ đau sau đột quỵ và một số đặc điểm liên quan trong chăm sóc. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 250 NB đột quỵ có khả năng báo cáo đau tại Bệnh viện Quân y 175 trong thời gian từ tháng 01 - 6/2021 bằng thang điểm đau dọc số kết hợp với khuôn mặt (Numeric Rating Scale Supply Face Pain Scale - NRS-FPS) qua phỏng vấn trực tiếp. **Kết quả:** Tỷ lệ NB đau sau đột quỵ là 44% với các vị trí đau thường gặp là đau đầu (36,8%) và đau vai (5,6%). Đau đầu ở NB chảy máu não nghiêm trọng và phổ biến hơn nhồi máu não. Cường độ đau vai tương quan nghịch với điểm sức cơ của Hội đồng Nghiên cứu Y học Anh (Medical Research Council - MRC) với $\beta = -0,75$ và $p = 0,002$; tương quan thuận với điểm đột quỵ NIH (National Institute of Health Stroke Scale - NIHSS) với $\beta = 0,68$ và $p = 0,007$. **Kết luận:** Đau sau đột quỵ thường gặp, cần được đánh giá, theo dõi và ghi nhận đầy đủ trong quá trình chăm sóc NB đột quỵ.

* Từ khóa: Đau sau đột quỵ; Thang điểm đau dọc số kết hợp với khuôn mặt; Chăm sóc điều dưỡng.

Incidence of Post-stroke Pain and Related Factors in Nursing Care

Summary

Objectives: To evaluate the incidence of post-stroke pain and related factors in nursing care. **Subjects and methods:** A cross-sectional study on 250 stroke patients who were able to report pain at Military Hospital 175 from January to June 2021 by using a vertical numerical pain rating scale supplemented with a face pain scale through a face-to-face interview. **Results:** The incidence of post-stroke pain was 44%, the most common pain locations were headache (36.8%) and shoulder pain (5.6%). Headache in intracerebral hemorrhage patients was severe and more common than in ischemic stroke patients. Shoulder pain intensity was negatively correlated with MRC score ($\beta = -0.75$ and $p = 0.002$) and positively correlated with NIHSS score ($\beta = 0.68$ and $p = 0.007$). **Conclusion:** Post-stroke pain is common, needs to be fully assessed, monitored, and documented during nursing care.

* Keywords: Post-stroke pain; Vertical numerical pain rating scale supplemented with a face pain scale; Nursing care.

¹Bệnh viện Quân y 175

²Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Người phản hồi: Dương Thị Thu Hương (thuhuongduongpnt@gmail.com)

Ngày nhận bài: 18/10/2021

Ngày được chấp nhận đăng: 29/10/2021

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là nguyên nhân gây tử vong và tàn tật hàng đầu trên toàn thế giới [5]. Hậu quả là 50% số người sống sót sau đột quỵ tàn tật và gặp những biến chứng lâu dài [3].

Đau sau đột quỵ là một vấn đề lâm sàng phổ biến và phức tạp [4]. Thách thức của việc xác định đau sau đột quỵ bao gồm bản chất chủ quan của đau và các yếu tố liên quan đến NB đột quỵ có thể gây khó khăn cho việc báo cáo đau. Do chưa được đánh giá và điều trị phù hợp, đau sau đột quỵ ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống của NB, làm chậm quá trình phục hồi chức năng [4], tăng tỷ lệ tử vong và tự tử [3]. Chính vì thế, chủ động hỏi và đánh giá đau trên NB đột quỵ là cần thiết. Tuy nhiên, nghiên cứu điều dưỡng ở Việt Nam về đau sau đột quỵ còn nhiều hạn chế và chưa được công bố rộng rãi. Trước tình hình đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ NB đau sau đột quỵ và một số yếu tố liên quan trong chăm sóc tại Việt Nam.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: NB nhập viện tại Khoa Nội thần kinh, Bệnh viện Quân y 175, được chẩn đoán đột quỵ và đáp ứng các tiêu chuẩn: Tỉnh táo, nhận thức đúng và có đột quỵ mới.

- Tiêu chuẩn loại trừ: NB không đồng ý tham gia nghiên cứu, có rối loạn ngôn ngữ nặng, có rối loạn khớp âm nặng, có cơn đau mạn tính trước đột quỵ.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả, cắt ngang.

* *Quy trình nghiên cứu:*

- Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án: Tuổi, giới tính, thời gian khởi phát đột quỵ, loại đột quỵ, điểm NIHSS, điểm MRC và tiền sử, các bệnh đi kèm [5].

- Quy trình phỏng vấn:

+ Mời NB tham gia vào nghiên cứu.

+ Xác định đau sau đột quỵ theo phiếu soạn sẵn:

. Đau sau đột quỵ là biến nhị phân gồm hai giá trị: 1 là “Có”, 2 là “Không”. Giá trị “Có” khi NB trả lời có đau sau đột quỵ.

. Vị trí đau là biến danh định, được xác định bằng câu trả lời của NB khi được hỏi đau tại vị trí nào, bao gồm ba giá trị: 1 là “Đau đầu” khi NB nói đau đầu, 2 là “Đau vai” khi NB nói đau vai, 3 là “Khác” khi NB nói vị trí đau khác hai vị trí nêu trên.

+ Xác định cường độ đau bằng thang điểm NRS-FPS (Phụ lục 1):

. Điều dưỡng căn cứ vào số mà NB thể hiện trên thang điểm để đánh giá cường độ đau như sau: 0 là không đau, 1 - 3 là đau nhẹ, 4 - 6 là đau trung bình và 7 - 10 là đau nặng.

. Cường độ đau đầu là biến định lượng, được xác định bằng mức độ đau đầu của NB theo thang điểm NRS-FPS, gồm ba giá trị: 1 là “Nhẹ”, 2 là “Trung bình”, 3 là “Nặng”.

* *Xử lý số liệu:* Phiếu thu thập số liệu được nhập vào phần mềm Epidata 3.1. Phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 14. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 250 NB đột quy, trong đó có 83 nữ và 167 nam, tuổi trung bình là $63,17 \pm 12,36$, khoảng tuổi từ 20 - 95.

2. Đặc điểm lâm sàng ở NB đột quy

Về phân loại đột quy: Nhồi máu não chiếm đa số (84%), chảy máu não 14% và chảy máu dưới nhện 2%.

Về chức năng thần kinh: Điểm NIHSS trung bình là $5,2 \pm 3,72$. Điểm MRC trung bình là $3,41 \pm 1,41$.

Về bệnh đi kèm và tiền sử: Tăng huyết áp là bệnh đi kèm phổ biến nhất (86,4%), tiếp đến đái tháo đường (24,4%), bệnh mạch vành, rối loạn lipid máu, rung nhĩ, rối loạn đông máu. NB có tiền sử hút thuốc lá chiếm 38,8%.

3. Tỷ lệ NB đau sau đột quy và các vị trí đau thường gặp

Số NB đau sau đột quy là 110 người, chiếm 44%, trong đó phổ biến nhất là đau đầu (36,8%); đau vai 5,6%; đau vị trí khác chiếm 3,6%, bao gồm đau nửa người bên liệt, đau hai chân, đau khớp hông, đau khuỷu tay bên liệt.

Bảng 1: Tỷ lệ đau đầu ở các phân loại đột quy.

Đau đầu sau đột quy	Nhồi máu não	Chảy máu não	Chảy máu dưới nhện	Tổng
	n (%)			
Có	65 (30,9)	22 (62,8)	5 (100,0)	92
Không	145(69,1)	13 (37,2)	0 (0,0)	158
Tổng	210	35	5	250

Dùng kiểm định, khi bình phương, ta có $\chi^2 = 21,89$ với $p < 0,001$.

Tỷ lệ đau đầu ở NB nhồi máu não thấp hơn ở NB chảy máu não và chảy máu dưới nhện, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

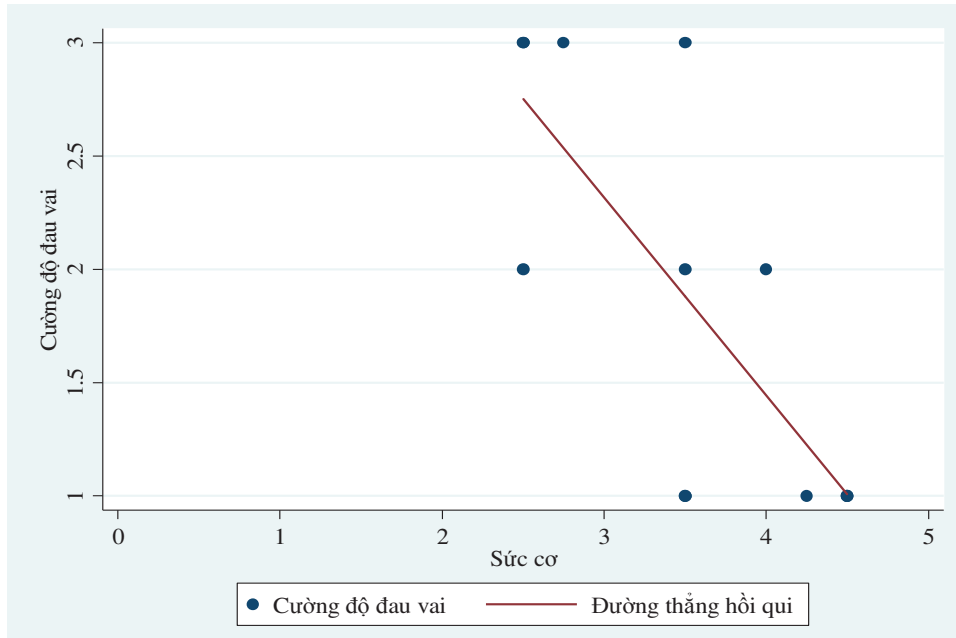
4. Cường độ đau sau đột quy và một số đặc điểm liên quan trong chăm sóc điều dưỡng

Bảng 2: So sánh cường độ đau đầu trung bình theo phân loại đột quy.

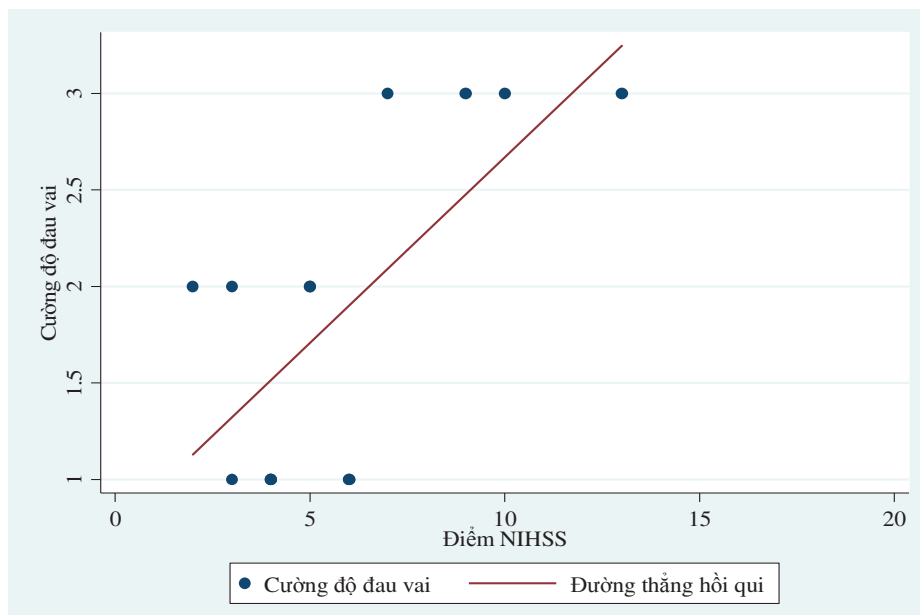
Phân loại đột quy	Số quan sát	Cường độ đau đầu trung bình	F (Phép kiểm ANOVA)	p
Nhồi máu não	65	$1,91 \pm 0,74$	4,65	0,012
Chảy máu não	22	$2,36 \pm 0,73$		
Chảy máu dưới nhện	5	$2,60 \pm 0,55$		

Đau đầu sau đột quy có cường độ từ nhẹ đến nặng với đau trung bình là chủ yếu (15,6%).

Cường độ đau đầu trung bình ở NB nhồi máu não nhỏ hơn ở NB chảy máu não và chảy máu dưới nhện, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,012$).



Biểu đồ 1: Mối liên hệ giữa sức cơ và cường độ đau vai ($\beta = -0,75$, $p = 0,002$).



Biểu đồ 2: Mối liên hệ giữa điểm NIHSS và cường độ đau vai ($\beta = 0,68$, $p = 0,007$).

Đau vai sau đột quỵ có cường độ từ nhẹ đến nặng, với đau nhẹ là chủ yếu (2,4%). Cường độ đau vai tương quan nghịch với điểm MRC ($p = 0,002$) và tương quan thuận với điểm NIHSS ($p = 0,007$).

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, tỷ lệ NB nam cao hơn nữ, tương tự các nghiên cứu dịch tễ. Sự khác biệt này được lý giải do nam giới có nguy cơ đột quỵ cao hơn nữ giới [8]. Tuổi trung bình của NB là 63,17. Đặc điểm về tuổi cũng phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam báo cáo nguy cơ đột quỵ tăng theo tuổi, đặc biệt ở đối tượng > 65 tuổi.

Nghiên cứu cho thấy, nhồi máu não chiếm đa số (84%), chảy máu não 14% và chảy máu dưới nhện 2%. Đặc điểm về phân loại đột quỵ tương đồng với các nghiên cứu dịch tễ học chỉ ra 82 - 92% trường hợp đột quỵ là nhồi máu não, chảy máu não ít phổ biến hơn. Điểm NIHSS trung bình trong nghiên cứu là 5,2.

Với mục tiêu khảo sát đau sau đột quỵ ở NB có khả năng báo cáo đau, đối tượng nghiên cứu được chọn lọc để đảm bảo đủ nhận thức xác định trải nghiệm đau, vì thể điểm NIHSS từ nhẹ đến trung bình là phù hợp. Đặc điểm về bệnh đi kèm tương đồng với các nghiên cứu khác, cho thấy tăng huyết áp và đái tháo đường là những yếu tố nguy cơ hàng đầu của đột quỵ.

Nghiên cứu phát hiện 44% NB có đau sau đột quỵ. Tổng quan tài liệu hệ thống và phân tích tổng hợp ghi nhận tỷ lệ đau sau đột quỵ dao động từ 7,1 - 71%, tỷ lệ đau tăng từ giai đoạn cấp tính đến 6 tháng sau đột quỵ [4]. Với dân số nghiên cứu là NB nhập viện trong đơn vị đột quỵ, nghiên cứu tập trung vào đau mới khởi phát trong giai đoạn cấp tính của đột quỵ.

Bảng 3: Tỷ lệ đau sau đột quỵ của các nghiên cứu khác.

Nghiên cứu	Nguyễn Hải Hà [1]	Ahangar [2]	J. Schuster [9]
Dân số nghiên cứu	Đơn vị đột quỵ	Đơn vị đột quỵ	Đơn vị đột quỵ
Thiết kế nghiên cứu	Cắt ngang, mô tả	Cắt ngang, mô tả	Đoàn hệ hồi cứu
Công cụ đánh giá đau	Bộ câu hỏi DN4 Thang đo khuôn mặt	Định nghĩa về đau	Thang đo NRS Thang đo hành vi
Người đánh giá đau	Bác sĩ	Bác sĩ và điều dưỡng	Bác sĩ và điều dưỡng
Tỷ lệ đau sau đột quỵ	36,7%	35,5%	47%

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đau sau đột quỵ là 44%, phù hợp với các nghiên cứu trên. Tại Việt Nam, Nguyễn Hải Hà ghi nhận tỷ lệ đau mới khởi phát trong tuần đầu sau đột quỵ là 36,7% [1]. Sự khác biệt về tỷ lệ đau có thể giải thích do công cụ đánh giá đau, chúng tôi dùng thang đo NRS-FPS, tuy nhiên nghiên cứu của Nguyễn Hải Hà dùng thang đo đau khuôn mặt và tiêu chuẩn chẩn đoán đau thần kinh nên việc

xác định đau phức tạp và khắt khe hơn. So sánh với các nghiên cứu trên thế giới, J. Schuster và CS hồi cứu trên 746 hồ sơ NB đột quỵ và ghi nhận tỷ lệ đau trung bình là 47% [9]. Sự khác biệt về tỷ lệ đau (47% so với 44%) có thể giải thích do đối tượng nghiên cứu của J. Schuster bao gồm một số NB đột quỵ có hạn chế giao tiếp và dùng thêm thang điểm đau hành vi cho đối tượng này, do đó mức độ phát hiện đau rộng hơn. Nghiên cứu khảo sát

mức độ đồng thuận giữa các chẩn đoán về biến chứng sau nhồi máu não của điều dưỡng và bác sĩ cho kết quả biến chứng ban đầu phổ biến nhất là đau (35,5%) [2]. Có thể việc lựa chọn đối tượng nghiên cứu chỉ tập trung vào nhồi máu não nên kết quả về tỷ lệ đau thấp hơn.

Nghiên cứu ghi nhận 36,8% NB đau đầu, cho thấy đau đầu chiếm đa số. Điều này có thể được giải thích do hai nguyên nhân chính. Đây là giai đoạn đột quy cấp tính, khi đau đầu được coi như triệu chứng bệnh sinh của đột quy. Ngoài ra, dân số nghiên cứu là NB tại đơn vị đột quy nên chủ yếu có đột quy mới; vì thế đau do bất động lâu ngày chưa thể khảo sát. Đồng thời, nghiên cứu cũng chứng minh đau đầu phổ biến và nghiêm trọng ở NB chảy máu não hơn NB nhồi máu não, điều này tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước khác [6]. Toàn bộ NB chảy máu dưới nhện đều có đau đầu, có thể giải thích bằng bệnh sinh của chảy máu dưới nhện [7]. Kết quả về cường độ đau đầu sau chảy máu dưới nhện tương đồng với nghiên cứu của Glisic ghi nhận 73% NB đau đầu dữ dội và khẳng định đau đầu sau chảy máu dưới nhện thường nghiêm trọng.

Đồng thời, chúng tôi ghi nhận 5,6% NB đau vai sau đột quy, đều được mô tả là đau nửa vai bên liệt. Do số lượng NB đau vai ít và thời gian khảo sát ngắn, không thể theo dõi tiến triển đau vai nên chủ yếu là đau nhẹ. Qua nghiên cứu, chúng tôi đã chứng minh cường độ đau vai tương quan nghịch với sức cơ ($p = 0,002$). Kết quả này phù hợp với tổng quan tài liệu khẳng định liệt cánh tay càng nặng thì nguy cơ đau vai càng nhiều [4]. Ngoài ra, nghiên cứu cũng cho thấy cường độ đau vai tương quan thuận với điểm NIHSS

($p = 0,007$), tương đồng với các nghiên cứu khác cho rằng đau vai có xu hướng nghiêm trọng hơn ở NB có điểm NIHSS cao hơn [3].

Qua phỏng vấn đau, ghi nhận 3,6% NB đau khác sau đột quy. Đau nửa người bên liệt được mô tả như cảm giác châm chích, tăng nhạy cảm với các kích thích, đặc điểm đau đi liền với rối loạn cảm giác. Triệu chứng này phù hợp với hội chứng đau trung ương sau đột quy. Đối với những vị trí như đau hai chân, đau khớp hông và đau khuỷu tay bên liệt có thể giải thích bởi tình trạng bất động các khớp, co cứng cơ và hạn chế vận động do tình trạng yếu liệt. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Wissel chứng minh tình trạng co cứng thường liên quan đến đau sau đột quy và trường hợp phổ biến nhất là đau khuỷu tay.

KẾT LUẬN

Những kết quả thu được trên 250 NB đột quy được điều trị tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 01 - 6/2021 đã cung cấp những thông tin quan trọng về tỷ lệ đau sau đột quy trong giai đoạn cấp tính như sau: Tỷ lệ NB đau sau đột quy là 44%, trong đó đau đầu chiếm đa số (36,8%); đau vai 5,6%; các vị trí đau khác là đau nửa người bên liệt, đau hai chân, đau khớp hông và đau khuỷu tay. Tỷ lệ và cường độ đau đầu khác biệt ở từng phân loại đột quy, cụ thể đau đầu ở NB chảy máu não phổ biến và nghiêm trọng hơn so với nhồi máu não. Cường độ đau vai tương quan nghịch với điểm MRC ($p = 0,002$) và tương quan thuận với điểm NIHSS ($p = 0,007$). Đau sau đột quy là hiện tượng thường gặp, do đó cần đánh giá, ghi nhận và theo dõi trong quá trình chăm sóc NB đột quy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hải Hà. Tỷ lệ và đặc điểm lâm sàng của đau mới khởi phát trong tuần đầu trong đột quỵ. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh 2019:40-41.
2. Ahangar A, Saadat P, Alijanpour S, Galeshi M, et al. Post ischemic stroke complication: How much nursing diagnosis are confirms by neurologist. *J Patient Care* 2018; 4(2):1-6.
3. Chohan SA, Venkatesh PK, How CH. Long-term complications of stroke and secondary prevention: An overview for primary care physicians. *Singapore Med J* 2019; 60(12):616-620.
4. Delpont B, Blanc C, Osseby GV, Hervieu-Bègue M, et al. Pain after stroke: A review. *Rev Neurol (Paris)* 2018; 174(10):671-674.
5. Donkor ES. Stroke in the 21st century: A snapshot of the burden, epidemiology, and quality of life. *Stroke Res Treat* 2018:323.
6. Jones R. Exploring the relationship between stroke and headache. *Nursing Times* 2018:29-32.
7. Ogunlaja OI, Cowan R. Subarachnoid hemorrhage and headache. *Current Pain and Headache Reports* 2019; 23(6):1-5.
8. Peters SAE, Carcel C, Millett ERC, Woodward M. Sex difference in the association between major risk factors and the risk of stroke in the UK Biobank cohort study. *Neurology* 2020; 95(20):e2715-e2726.
9. Schuster J, Hoyer C, Ebert A, Alonso A. Use of analgesics in acute stroke patients with inability to self-report pain: A retrospective cohort study. *BMC Neurology* 2020; 20(1):7.