

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN ĐỘT QUY ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103 GIAI ĐOẠN DỊCH COVID-19

Đỗ Như Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) và tác động của dịch COVID-19 đến sức khỏe toàn diện trên bệnh nhân (BN) đột quy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 407 BN đột quy não điều trị nội trú tại Khoa Đột quy, Bệnh viện Quân y 103 từ 01/4/2020 - 01/4/2021. Đánh giá tình trạng sức khỏe và CLCS thông qua bộ câu hỏi EuroQol 5-dimensional-5 levels (EQ-5D-5L) với 5 khía cạnh và thang điểm trực quan (VAS). **Kết quả:** Điểm CLCS trung bình theo bộ câu hỏi EQ-5D-5L là $14,57 \pm 6,09$ ($n = 407$), trong đó mức cao: 23,10%, mức trung bình: 25,55%, mức thấp: 23,83%, mức rất thấp: 18,67% và mức cuộc sống rất cao có tỷ lệ ít nhất là 8,85%. Điểm trung bình chất lượng sống theo EQ-VAS là $51,31 \pm 18,88$, nhóm BN nhồi máu não là $52,66 \pm 17,98$ cao hơn nhóm chảy máu não là $47,16 \pm 20,65$. **Kết luận:** Đại dịch COVID-19 có ảnh hưởng tới tất cả khía cạnh đời sống của BN đột quy (theo bộ câu hỏi EQ-5D-5L), cụ thể là có sự gia tăng mức độ khó khăn trong việc đi lại, khả năng tự chăm sóc và sinh hoạt thường ngày.

* Từ khóa: CLCS; Đột quy não; EQ-5D-5L; COVID-19.

Evaluate the Quality of Life of Stroke Patients Treatment at Military Hospital 103 in the COVID-19 Pandemic

Summary

Objectives: To evaluate the quality of life and the impact of the COVID-19 pandemic on stroke patients. **Subjects and methods:** A cross-sectional study on 407 patients diagnosed with stroke and treatment at the stroke department, military hospital 103 from 4/2020 to 4/2021. The quality of life was assessed using EuroQol 5-dimensional-5 levels (EQ-5D-5L) and EQ-Visual Analog Scale (VAS). **Results:** The mean score of HRQoL for the stroke patients was 14.57 ± 6.09 ($n = 407$): 23.10% was the high HRQoL, 25.55% was the medium HRQoL, 23.83% was the low HRQoL, very low HRQoL was 18.67%, and the last was very high HRQoL with 8.85%. The mean score of EQ-VAS was 51.31 ± 18.88 , the score of ischemic stroke patients (52.66 ± 17.98) was higher than hemorrhagic stroke (47.16 ± 20.65). **Conclusion:** The COVID-19 pandemic has an impact on all aspects of a stroke patient's life (according to the EQ-5D-5L questionnaire), specifically with an increase in difficulty in walking, ability to self-care, and daily living.

* Keywords: Quality of life; Stroke; EQ-5D-5L; COVID-19.

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Người phản hồi: Đỗ Như Bình (nhubin.do@vmmu.edu.vn)

Ngày nhận bài: 10/6/2021

Ngày bài báo được đăng: 15/6/2021

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là một trong các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật không chỉ tại Việt Nam mà trên toàn thế giới. Với sự tiến bộ của y học, tỷ lệ tử vong do đột quy ngày càng giảm nhưng số lượng BN bị tàn tật do đột quy lại có xu hướng gia tăng [3] gây ảnh hưởng lớn đến đời sống sinh hoạt của BN.

Dịch COVID-19 ban đầu được báo cáo là một trường hợp viêm phổi không điển hình ở Vũ Hán, Trung Quốc vào tháng 12/2019, nhưng sau đó bệnh được phát hiện liên quan đến các hệ thống khác, đặc biệt là hệ thần kinh. Rối loạn chức năng thần kinh được báo cáo ở 1/3 số trường hợp BN mắc COVID-19 [6].

Đã có nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cung cấp thông tin về tình hình sức khỏe, CLCS và sức khỏe toàn diện của BN đột quy trong thời điểm diễn ra dịch COVID-19. Tuy nhiên, những nghiên cứu này chỉ đề cập đến một số vấn đề nhất định (mức độ tàn tật sau đột quy, tình hình nhập viện của BN đột quy, khả năng tái hòa nhập cộng đồng [7]...), mà chưa có các đánh giá toàn diện về năng lực sức khỏe, CLCS của người bệnh trong thời điểm xảy ra dịch COVID-19. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Đánh giá CLCS của BN đột quy điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 giai đoạn dịch COVID-19.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

407 BN được chẩn đoán xác định đột quy, nhập viện điều trị nội trú tại Khoa Đột quy, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 4/2020 đến tháng 4/2021.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng bộ câu hỏi EQ-5D-5L với 5 khía cạnh và thang điểm trực quan (Visual Analog Scale - VAS).

3. Các chỉ số nghiên cứu

- Xác định tuổi, giới tính, nghề nghiệp hiện tại, thời gian bị bệnh, thu nhập, địa vị xã hội...

- Đánh giá CLCS (CLCS) thông qua bộ câu hỏi EQ-5D-5L với 5 khía cạnh là sự đi lại, khả năng tự chăm sóc bản thân, sinh hoạt thường ngày, tình trạng đau/khó chịu, mức độ lo lắng/u sầu. Mỗi khía cạnh cũng chia thành 5 mức độ với cách tính điểm tương ứng (từ 1 - 5 điểm) để BN lựa chọn.

+ Khả năng di chuyển: Từ 1 điểm (không gặp khó khăn trong di chuyển) đến 5 điểm (không đủ khả năng để di chuyển).

+ Khả năng tự chăm sóc như tắm rửa, mặc quần áo: Từ 1 điểm (không gặp khó khăn trong tự tắm rửa hoặc tự mặc quần áo) đến 5 điểm (không thể tự tắm rửa hoặc tự mặc quần áo).

+ Các hoạt động hàng ngày: Từ 1 điểm (không gặp khó khăn trong các hoạt động thường ngày) đến 5 điểm (không đủ khả năng thực hiện các hoạt động thường ngày).

+ Tình trạng đau/khó chịu: Từ 1 điểm (không đau hoặc khó chịu) đến 5 điểm (rất đau hoặc khó chịu).

+ Tình trạng lo lắng/trầm cảm: Từ 1 điểm (không lo lắng hoặc trầm cảm) đến 5 điểm (rất lo lắng).

Bảng 1: Phân loại CLCS thông qua bộ câu hỏi EQ-5D-5L.

Mức độ	Tổng số điểm	Phân loại CLCS
Mức độ 1	5	Rất cao
Mức độ 2	6 - 10	Cao
Mức độ 3	11 - 15	Trung bình
Mức độ 4	16 - 20	Thấp
Mức độ 5	21 - 25	Rất thấp

Ngoài ra, nghiên cứu sử dụng thêm thang điểm trực quan EQ-VAS để BN tự đánh giá CLCS hiện tại của bản thân. EQ-VAS yêu cầu đánh dấu tình trạng sức khỏe vào ngày phỏng vấn trên thang đo dọc 20 cm với điểm kết thúc là 0 và 100. Ghi chú ở cả hai đầu của thang điểm với tỷ lệ dưới cùng (0) tương ứng với "sức khỏe tồi tệ nhất mà bạn có thể tưởng tượng" và tỷ lệ cao nhất (100) tương ứng với "sức khỏe tốt nhất mà bạn có thể tưởng tượng".

- Đánh giá ảnh hưởng của dịch COVID-19 đối với CLCS của BN đột quy dựa theo hai giai đoạn là khi dịch bùng phát (tiêu chuẩn đánh giá dịch bùng phát: Có ca lây nhiễm mới trong cộng đồng và có chỉ đạo của Chính phủ về các biện pháp giãn cách và cách ly xã hội) và khi dịch được kiểm soát (không có ca lây nhiễm mới trong cộng đồng sau ít nhất 14 ngày và có chỉ đạo của Chính phủ về các biện pháp phòng, chống dịch; đồng thời

khởi động lại và tiếp tục phát triển kinh tế, bảo đảm an sinh và ổn định xã hội).

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Quân y 103. Nghiên cứu dựa trên 3 nguyên tắc cơ bản của đạo đức là tôn trọng, không gây hại và tạo công bằng cho tất cả BN. BN đều được giải thích rõ mục đích, nắm được trách nhiệm và quyền lợi, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Xử lý số liệu: Số liệu sau khi điều tra được nhập và xử lý bằng phần mềm STATA 15. Kết quả thể hiện dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn (Mean \pm SD). Đánh giá sự khác biệt về giá trị trung bình giữa hai nhóm trong nghiên cứu bằng kiểm định Wilcoxon - Mann - Whitney. Các tỷ lệ được trình bày dưới dạng phần trăm (%) và kiểm định sự khác nhau giữa hai hoặc nhiều nhóm bằng test chi - bình phương (χ^2). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu

Bảng 2: Đặc điểm chung và điểm EQ-5D-5L, EQ-VAS của đối tượng nghiên cứu.

Biến số	Số lượng n = 407 (%)	EQ-5D-5L		EQ-VAS	
		Mean ± SD	p	Mean ± SD	p
Tuổi			0,01		0,001
21 - 59	125 (30,71)	13,66 ± 6,16		54,53 ± 20,26	
60 - 69	115 (28,26)	13,53 ± 6,15		53,28 ± 19,79	
70 - 79	92 (22,6)	15,45 ± 5,93		49,78 ± 17,09	
80 - 100	75 (18,43)	16,61 ± 5,50		44,82 ± 15,48	
Giới tính			0,294		0,393
Nam giới	258 (63,39)	14,34 ± 6,24		51,81 ± 18,91	
Nữ giới	149 (36,61)	14,95 ± 5,83		50,46 ± 18,87	
Tình trạng hôn nhân			0,152		0,02
Đã kết hôn	363 (89,19)	14,41 ± 6,04		51,93 ± 18,99	
Độc thân hoặc góa/ly hôn	44 (10,81)	15,82 ± 6,43		46,16 ± 17,34	
Trình độ học vấn			0,03		0,08
Không đi học hoặc học cấp một	77 (18,92)	15,97 ± 4,95		46,77 ± 15,38	
Cấp hai	144 (35,38)	14,65 ± 6,29		51,72 ± 19,47	
Cấp ba	105 (25,80)	13,57 ± 6,03		52,63 ± 21,19	
Cao đẳng/đại học hoặc cao hơn	81 (19,90)	14,88 ± 6,22		52,78 ± 16,22	
Tình trạng nghề nghiệp			< 0,001		0,002
Nghề nông	126 (30,96)	14,00 ± 6,00		51,76 ± 20,63	
Nghỉ hưu hoặc nghỉ mất sức lao động	164 (40,29)	16,05 ± 5,95		48,03 ± 16,64	
Nghề khác	117 (28,75)	13,10 ± 5,97		55,43 ± 19,16	
Thu nhập			< 0,001		0,004
< 5 triệu/tháng	257 (63,14)	15,53 ± 5,83		49,32 ± 17,76	
5 - 10 triệu/tháng	140 (34,40)	12,95 ± 6,15		54,18 ± 20,09	
> 10 triệu/tháng	10 (2,46)	12,4 ± 7,08		62,50 ± 22,67	
Khả năng chi trả các dịch vụ y tế			0,003		
Dễ/tương đối dễ	124 (30,47)	21,94 ± 11,43			
Khó/tương đối khó	283 (69,53)	26,06 ± 12,08			

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC QUÂN SỰ SỐ ĐẶC BIỆT CHUYÊN ĐỀ VỀ COVID-19

Biến số	Số lượng n = 407 (%)	EQ-5D-5L		EQ-VAS	
		Mean ± SD	p	Mean ± SD	p
Địa vị xã hội			< 0,001		
Thấp	38 (9,34)	31,50 ± 12,46			
Trung bình/cao	369 (90,66)	24,12 ± 11,78			
Uống rượu			0,01		0,01
Có	135 (33,17)	13,15 ± 5,84		54,49 ± 18,64	
Không	272 (66,83)	15,27 ± 6,10		49,73 ± 18,83	
Hút thuốc lá, thuốc lào			0,79		0,66
Chưa bao giờ	287 (70,52)	14,49 ± 5,83		50,43 ± 20,01	
Đã hoặc đang hút	120 (29,48)	14,75 ± 6,70		51,68 ± 18,41	
BMI (kg/m ²)					
Thiếu cân (BMI < 18,5)	51 (12,53)				
Bình thường (18,5 ≤ BMI < 24)	327 (80,34)				
Thừa cân/béo phì (BMI ≥ 24)	29 (7,13)				
Thở đột quy			0,123		0,008
Nhồi máu não	259 (63,64)	14,23 ± 6,07		52,66 ± 17,98	
Chảy máu não	116 (28,5)	15,51 ± 6,28		47,16 ± 20,65	
Khác (cơ thiếu máu não thoáng qua, co thắt mạch não có hồi phục...)	32 (7,68)	13,87 ± 5,28		55,46 ± 17,29	
Lần đột quy					
Lần đầu	348 (85,5)				
Tái phát	59 (14,5)				
Điểm EQ-VAS, mean (SD)		14,57 (6,09)		51,31 (18,88)	

Kết quả nghiên cứu cho thấy 63,39% BN là nam giới, 36,61% là nữ giới, tỷ lệ nam/nữ là 1,7/1; độ tuổi từ 21 - 100, trong đó nhóm tuổi từ 21 - 59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 30,71%, các nhóm tuổi 60 - 69, 70 - 79, 80 - 100 lần lượt là 28,26%, 22,6%, 18,43%; có 80,1% BN có bằng tốt nghiệp trung học phổ thông trở xuống và chỉ 19,9% có trình độ cao đẳng, đại học

hoặc cao hơn. Hầu hết BN có thu nhập dưới 5 triệu/tháng chiếm tới 63,14% số đối tượng nghiên cứu, 5 - 10 triệu/tháng chiếm 34,4% và trên 10 triệu/tháng chỉ chiếm 2,46%.

Về lối sống, 33,17% BN không uống rượu, 66,83% BN có uống rượu trong vòng 12 tháng trước khi nhập viện; 70,52% BN chưa bao giờ hút thuốc,

29,48% BN đã từng hoặc vẫn đang hút thuốc. Chỉ số BMI của BN đột quy hầu hết là bình thường chiếm 80,34%, thiếu cân chiếm 12,53% và thừa cân chỉ chiếm 7,13%.

Nhồi máu não chiếm 63,64%, chảy máu não chiếm 28,5% và các nguyên nhân khác chiếm 7,68%. Đa số BN tham gia nghiên cứu đều bị đột quy lần đầu tiên với 348 BN (85,50%), đột quy não tái phát có 59 BN (14,5%).

Điểm trung bình CLCS theo EQ-VAS và EQ-5D-5L có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi. Nhóm tuổi < 60 có CLCS cao nhất, điểm EQ-VAS là $54,53 \pm 20,26$ và điểm EQ-5D-5L là $13,66 \pm 6,16$; nhóm tuổi ≥ 60 có CLCS giảm dần đến 80 - 100 tuổi có CLCS thấp nhất: EQ-VAS là $44,82 \pm 15,48$, EQ-5D-5L là $16,61 \pm 5,50$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điểm EQ-VAS trung bình ở nam giới là $51,81 \pm 18,91$ và ở nữ giới là $50,46 \pm 18,87$. Sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,393$). BN có học vấn càng

cao, điểm EQ-VAS càng tăng, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

CLCS theo thang điểm EQ-VAS ở nhóm BN nhồi máu não là $52,66 \pm 17,98$, nhóm chảy máu não là $47,16 \pm 20,65$ và nhóm do nguyên nhân khác là $55,46 \pm 17,29$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,008$). Tuy nhiên, theo thang điểm EQ-5D-5L, sự khác nhau về CLCS theo thể đột quy không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 2 cũng cho thấy, BN có thu nhập càng cao thì điểm trung bình EQ-VAS càng cao, đồng thời điểm EQ-5D-5L càng thấp. Sự chênh lệch này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Với kết quả nghiên cứu thu được, chúng tôi cũng nhận thấy có mối liên quan giữa điểm EQ-VAS và EQ-5D-5L với nghề nghiệp và việc nghiện rượu, lạm dụng rượu bia. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

2. Ảnh hưởng của đột quy đến chất lượng cuộc sống

Bảng 3: Đánh giá CLCS của BN đột quy dựa trên bộ câu hỏi EQ-5D-5L.

Thông tin	Nhồi máu não (n = 259) (%)	Chảy máu não (n = 116) (%)	Khác (n = 32) (%)	Tổng (%)
Sự đi lại				
Không khó khăn	38 (14,67)	19 (16,38)	6 (18,75)	15,48
Có gặp khó khăn	221 (85,33)	97 (83,62)	26 (81,25)	84,52
Không thể đi lại	58 (22,39)	29 (25,00)	3 (9,38)	22,11
Tự chăm sóc				
Không khó khăn	39 (15,06)	19 (16,38)	3 (9,38)	14,99
Có gặp khó khăn	220 (84,94)	97 (83,62)	29 (90,62)	85,01
Không thể tự chăm sóc	59 (22,78)	31 (26,72)	3 (9,38)	22,85

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC QUÂN SỰ SỐ ĐẶC BIỆT CHUYÊN ĐỀ VỀ COVID-19

Thông tin	Nhồi máu não (n = 259) (%)	Chảy máu não (n = 116) (%)	Khác (n = 32) (%)	Tổng (%)
Sinh hoạt thường lệ				
Không khó khăn	48(18,53)	20 (17,24)	4 (12,50)	17,69
Có gặp khó khăn	211 (81,47)	96 (82,76)	28 (87,50)	82,31
Không thể thực hiện các sinh hoạt	53 (20,46)	29 (25,00)	3 (9,38)	20,88
Đau/Khó chịu				
Không đau hay khó chịu	55 (21,24)	17 (14,66)	3 (9,38)	18,43
Hơi/khá đau hay khó chịu	204 (78,76)	99 (85,34)	29 (90,62)	81,57
Cực kỳ đau hay khó chịu	34 (13,13)	21 (18,10)	2 (6,25)	14,00
Lo lắng/u sầu				
Không lo lắng hay u sầu	78 (30,12)	24 (20,69)	7 (21,88)	26,78
Hơi/ khá lo lắng hay u sầu	181 (69,88)	99 (79,31)	25 (78,12)	73,22
Cực kỳ lo lắng hay u sầu	21 (8,11)	11 (9,48)	2 (6,25)	8,36

Trong cả 5 khía cạnh của bộ câu hỏi EQ-5D-5L, tỷ lệ BN tham gia trả lời “có gặp vấn đề” hay “có gặp khó khăn” chiếm tỷ lệ rất cao (lần lượt là 84,52%; 85,01%; 82,31%; 81,57% và 73,22%), trong đó có 22,11% BN không thể đi lại, 22,85% BN không thể tự chăm sóc, 20,88% BN không thể thực hiện các sinh hoạt thường lệ, 14% BN tham gia cảm thấy cực kỳ đau đớn hoặc cực kỳ khó chịu và 8,36% BN cảm thấy cực kỳ lo lắng hay u sầu.

Bảng 4: Phân loại CLCS dựa trên bộ câu hỏi EQ-5D-5L.

Phân loại CLCS	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Điểm trung bình
Rất cao	36	8,85	5 ± 0
Cao	94	23,10	8,51 ± 1,59
Trung bình	104	25,55	13,39 ± 1,43
Thấp	97	23,83	18,28 ± 1,44
Rất thấp	76	18,67	23,46 ± 1,56
Điểm CLCS trung bình của 407 BN			14,57 ± 6,09

Chất lượng cuộc sống của BN ở mức trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất với 104 BN (25,55%), tiếp theo là mức thấp với 97 BN (23,83%), mức cao với 94 BN (23,10%), mức rất thấp với 76 BN (18,67%) và mức cuộc sống rất cao chiếm tỷ lệ ít nhất với 36 đối tượng (8,85%).

3. Ảnh hưởng của đại dịch COVID-19 đến CLCS của BN đột quy

Bảng 5: So sánh CLCS trong giai đoạn dịch COVID-19.

Biến số	Khi dịch COVID-19 được kiểm soát (n = 323)	Khi dịch COVID-19 bùng phát (n = 84)	p
Số BN nhập viện/ngày	1,5	0,9	
Sự đi lại (Mean ± SD)	2,60 ± 1,23	3,29 ± 1,39	<0,05
Tự chăm sóc (Mean ± SD)	2,28 ± 1,19	3,24 ± 1,42	<0,05
Sinh hoạt thường ngày (Mean ± SD)	2,67 ± 1,23	3,20 ± 1,43	<0,05
Đau/khó chịu (Mean ± SD)	2,51 ± 1,15	2,85 ± 1,34	>0,05
Lo lắng/u sầu (Mean ± SD)	2,35 ± 1,15	2,46 ± 1,27	>0,05

Khi đại dịch COVID-19 bùng phát, tần suất BN nhập viện điều trị giảm đi rõ rệt, từ 1,5 BN/ngày (khi dịch COVID-19 được kiểm soát) xuống 0,9 BN/ngày (khi dịch COVID-19 bùng phát). Tất cả khía cạnh trong bộ câu hỏi EQ-5D-5L được BN trả lời có sự thay đổi, cụ thể: Điểm số cho từng tiêu chí trong khi dịch bùng phát có sự tăng lên so với trước khi dịch bùng phát. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở các tiêu chí như sự đi lại, khả năng tự chăm sóc và sinh hoạt thường ngày của BN ($p < 0,05$).

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy BN mắc đột quy não chủ yếu trên 60 tuổi chiếm 69,29%. Kết quả này cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, cho thấy đột quy tăng dần theo tuổi. Theo nghiên cứu của Hyun-Ju Jun và CS chỉ ra rằng tỷ lệ mắc đột quy trên 65 tuổi là 64,5% [8]. Nghiên cứu 60 BN đột quy não của Nguyễn Đức Thuận thấy tỷ lệ mắc đột quy trên 60 tuổi là 66,6% [5]. Các nghiên cứu đều khẳng định rằng, giữa đột quy não và lứa tuổi có mối liên hệ chặt chẽ với nhau và tuổi cao là yếu tố nguy cơ của đột quy não.

Nghiên cứu cho thấy đột quy não xảy ra ở nam giới nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ nam/nữ là 1,7/1. Theo nghiên cứu của

Hyun-Ju Jun, tỷ lệ nam/nữ là 1/1 [8]. Kết quả này có khác so với nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ này theo Nguyễn Văn Chương là 2,2/1 [1] và trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Thuận là 2,5/1 [5]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu khác nhau. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu dịch tễ do WHO tiến hành ở các nước trên thế giới cho thấy nam giới có tỷ lệ mắc bệnh đột quy cao hơn so với nữ giới với lý giải cho rằng nam giới thường có các yếu tố nguy cơ khác như uống rượu bia, sử dụng chất kích thích (thuốc lá, chất gây nghiện...) và tham gia các công việc nặng nhọc hơn so với nữ giới [5].

Về thể đột quy não, nghiên cứu chỉ ra hầu hết BN bị đột quy do nhồi máu não chiếm 63,64%, chảy máu não chiếm 28,5% và các nguyên nhân khác (cơn thiếu máu não thoáng qua, cơ thắt mạch não

có hồi phục...) chiếm 7,68%. Tỷ lệ nhồi máu não thấp hơn, còn chảy máu não cao hơn so với các nghiên cứu trước đó. Theo Nguyễn Văn Chương và CS, tỷ lệ nhồi máu não là 75,95%, chảy máu não là 24% [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Thuận trên 60 BN mắc đột quy não cho thấy nhồi máu não chiếm 91,7%, chảy máu não chiếm 8,3%. Y văn và nhiều nghiên cứu cho thấy đột quy do nhồi máu não dao động từ 65 - 80%, ở các nước châu Á thì tỷ lệ đột quy do chảy máu não thường cao hơn so với các nước châu Âu và Bắc Mỹ do việc kiểm soát huyết áp ở nhóm BN này chưa được như khuyến cáo [8].

2. Ảnh hưởng của đột quy đến chất lượng cuộc sống

Theo kết quả nghiên cứu ở bảng 3, tỷ lệ BN gặp khó khăn trong cuộc sống chiếm tỷ lệ rất cao (lần lượt là 84,52%; 85,01%; 82,31%; 81,57% và 73,22%). Kết quả này phù hợp với đặc điểm của BN đột quy não, do có thể tử vong nhanh chóng hoặc để lại nhiều di chứng nặng nề dẫn đến giảm chức năng và tàn tật nhiều nhất, ảnh hưởng đến CLCS của BN. CLCS của BN ở mức trung bình là cao nhất với 104 BN (25,55%), tiếp theo là mức thấp với 97 BN (23,83%), mức cao với 94 BN (23,10%), mức rất thấp với 76 BN (18,67%) và mức cuộc sống rất cao với 36 BN (8,85%) (bảng 1 và bảng 4).

Kết quả điểm EQ-VAS ở nhóm BN nhồi máu não là $52,66 \pm 17,98$, cao hơn nhóm chảy máu não là $47,16 \pm 20,65$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Như vậy, ở BN chảy máu não thì CLCS sẽ giảm hơn so với BN nhồi máu não. Nghiên cứu chỉ ra rằng CLCS theo thang điểm EQ-VAS có liên quan đến nhóm

tuổi, độ tuổi càng cao thì điểm số EQ-VAS càng thấp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu có sự tương đồng với các nghiên cứu trước đó. Theo Đặng Thị Hân và CS, CLCS liên quan tới tuổi, tuổi càng cao thì điểm số CLCS càng giảm. Kết quả này phù hợp với đặc điểm tâm sinh lý của con người, khi tuổi càng cao thì quá trình lão hóa trong cơ thể càng diễn ra nhanh, sức khỏe thể chất, sức khỏe chức năng và sức khỏe tinh thần càng giảm. Do đó, BN cao tuổi luôn cần nhiều sự hỗ trợ, chăm sóc từ mọi phía, đặc biệt người điều dưỡng cùng với gia đình cần hỗ trợ về mặt tinh thần cho BN, góp phần nâng cao hơn nữa CLCS [2].

Chất lượng cuộc sống có liên quan tới mức thu nhập hàng tháng của BN, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. BN có thu nhập cao (> 10 triệu/tháng) có điểm EQ-VAS cao hơn BN thuộc nhóm có thu nhập trung bình hoặc thấp (bảng 2). Điều này cho thấy thu nhập cao, ổn định giúp BN cảm thấy thoải mái, tự tin, yên tâm hơn trong việc điều trị. Trái lại, BN có thu nhập trung bình hoặc thấp, ngoài sự đau đớn, mệt mỏi do bệnh tật, họ còn phải chịu gánh nặng chi phí điều trị, gánh nặng cho gia đình khiến cho BN lo lắng, buồn phiền hơn, dẫn đến CLCS giảm. Điều này có thể lý giải một phần do tác động của đại dịch COVID-19 đến nền kinh tế nói chung, cũng như thu nhập của người dân nói riêng, cụ thể trong 6 tháng đầu năm 2020, dịch COVID-19 tác động lên nền kinh tế và làm cho mức tăng trưởng kinh tế nước ta xuống mức thấp nhất trong 10 năm qua, đe dọa đến nền tăng trưởng kinh tế, phát triển doanh nghiệp và thu nhập của người lao động [4].

3. Ảnh hưởng của đại dịch COVID-19 đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân đột quỵ

Nghiên cứu cho thấy, tần suất BN đột quỵ phải nhập viện điều trị nội trú giảm rõ rệt trong thời điểm dịch bùng phát mạnh mẽ (từ 1,5 BN/ngày xuống 0,9 BN/ngày). Điều này có thể lý giải do việc thực hiện giãn cách xã hội, người dân không ra khỏi nhà khi không thực sự cần thiết. Vì vậy, khi biểu hiện của bệnh rõ ràng hoặc tiến triển nặng, xấu đi mới nhập viện điều trị. Đó cũng là lý do mà CLCS đánh giá thông qua bộ câu hỏi EQ-5D-5L có cả 5 khía cạnh đều có điểm số tăng lên trong giai đoạn dịch bùng phát so với giai đoạn dịch được kiểm soát (nghĩa là mức độ gặp vấn đề, khó khăn cao hơn). Điều đó càng khẳng định rằng, đại dịch COVID-19 có tác động mạnh mẽ đến CLCS của BN đột quỵ cả về mặt sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần.

KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của BN đột quỵ não tương đối thấp, điểm trung bình CLCS theo EQ-VAS là $51,31 \pm 18,88$ và EQ-5D-5L là $14,57 \pm 6,09$. Điều này là phù hợp vì tình trạng BN đột quỵ đa phần nặng, gặp khó khăn trong sinh hoạt hằng ngày, kết hợp tâm lý lo ngại do dịch COVID-19 làm CLCS BN chưa cao. Đồng thời, dịch COVID-19 có ảnh hưởng tới tất cả khía cạnh đời sống của BN đột quỵ

(theo bộ câu hỏi EQ-5D-5L), cụ thể có sự gia tăng mức độ khó khăn trong việc đi lại, khả năng tự chăm sóc và sinh hoạt thường ngày của BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chương. Thàn kinh học. Chương 3. Nhà xuất bản Y học 2016:7-47.
2. Đặng Thị Hân. Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh đột quỵ não điều trị tại bệnh viện y học cổ truyền tỉnh Nam Định. Tạp chí Khoa học điều dưỡng 2018; 1(2).
3. Lê Văn Thịnh và CS. Tình hình và thực trạng chăm sóc đột quỵ trong các bệnh viện đa khoa từ tuyến tỉnh trở lên ở Việt Nam. Hội Đột quỵ Việt Nam 2008:2-4.
4. Nguyễn Quang Thuấn. Tác động của đại dịch COVID-19 và một số giải pháp chính sách cho Việt Nam trong giai đoạn tới 2020.
5. Nguyễn Đức Thuận. Đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân đột quỵ não sau 3 tháng tại Bệnh viện Quân y 103. 2018.
6. Mao L., et al. Neurologic manifestations of hospitalized patients with Coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. JAMA Neurol 2020; 77(6):683-690.
7. Hasan, Atmh, et al. Impact of COVID-19 on hospital admission of acute stroke patients in Bangladesh. PLoS One 2021; 16(1):e0240385.
8. Hyun-Ju Jun. The relationship between stroke patients's socio-economic conditions and their quality of life: The 2010 Korean Community Health Survey 2010.