

BƯỚC ĐẦU NGHIÊN CỨU PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BÀN TAY TRÊN BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

*Nguyễn Thị Kim Liên**

*Nguyễn Xuân Nghiên**

*Lê Văn Thính**

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả, can thiệp trên 74 bệnh nhân (BN) liệt nửa người do tai biến mạch máu não (TBMMN) được khám, chẩn đoán xác định và điều trị tại Trung tâm Phục hồi Chức năng, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 - 2008 đến 4 - 2009. Sau 1 tháng can thiệp, mức độ vận động bàn tay bên liệt và mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày cải thiện ($p < 0,05$). Tuy nhiên mức độ khéo léo bàn tay bên liệt chưa được cải thiện sau một tháng phục hồi.

* Từ khóa: Tai biến mạch máu não; Bàn tay; Liệt nửa người; Phục hồi chức năng.

STUDY OF HAND FUNCTION'S REHABILITATION IN HEMIPLEGIA PATIENTS AFTER STROKE

SUMMARY

Descriptive and interventional study was carried out on 74 stroke patients treated at Rehabilitation Centre in Bachmai Hospital (from 10 - 2008 to 04 - 2009). After a month of intervention, the hand movement level and the level of independence in daily activities improved, $p < 0.05$. But the skillful hand of the affected side is not improved.

* *Key words: Stroke; Hand; Hemiplegia; Rehabilitation.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não là bệnh phổ biến và ảnh hưởng rất lớn không chỉ đến việc đứng, thăng bằng và đi lại mà còn ảnh hưởng đến việc sử dụng chi trên và bàn tay trong sinh hoạt hàng ngày. BN không thể sử dụng bàn tay bên liệt để cầm nắm đồ vật

hoặc thực hiện các động tác tinh vi do bàn tay đó bị mất hoặc giảm chức năng. Do đó, sau khi ra viện, họ không thể làm được nghề cũ của mình, thậm chí không thể thực hiện được chức năng sinh hoạt hàng ngày, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội. So

* *Bệnh viện Bạch Mai*

Phản biện khoa học: PGS. TS. Nguyễn Văn Chương

với phục hồi chức năng chân bên liệt, để phục hồi chức năng bàn tay, BN thường mất nhiều thời gian và cần phải sử dụng các bài tập can thiệp đặc biệt. Chính vì vậy, việc phục hồi chức năng bàn tay bên liệt rất quan trọng để BN nhanh chóng lấy lại được vai trò của mình trong gia đình và ngoài xã hội.

Hiện nay ở Việt Nam chưa có nhiều tác giả nghiên cứu về phục hồi chức năng bàn tay ở BN liệt nửa người do TBMMN, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm: *Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng bàn tay bên liệt trên BN liệt nửa người do TBMMN bằng phương pháp thường quy phối hợp với hoạt động trị liệu.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

74 BN liệt nửa người do TBMMN có giảm chức năng bàn tay bên liệt, điều trị tại Trung tâm Phục hồi Chức năng, Khoa Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 - 2008 đến 4 - 2009.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN liệt nửa người do TBMMN lần đầu, có thể giao tiếp, ≥ 16 tuổi, không có bệnh khớp vai, khớp cổ tay, khớp bàn tay hoặc chấn thương khớp vai, bàn tay trước khi bị TBMMN. BN có giảm chức năng bàn tay bên liệt dựa vào chức năng vận động bàn tay. Đánh giá chức năng vận động bàn tay (chi trên) dựa trên bản đánh giá vận động BN TBMMN (Carr J. H và Shepherd R. B) [3].

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, can thiệp, ngẫu nhiên có đối chứng chia BN thành 2 nhóm:

+ Nhóm 1: phục hồi chức năng bằng biện pháp đặt theo tư thế đúng, tập theo tầm vận động và bài tập can thiệp đặc biệt (hoạt động trị liệu) tại Trung tâm Phục hồi Chức năng.

+ Nhóm 2: hướng dẫn phục hồi bàn tay liệt bằng biện pháp đặt tư thế đúng và tập theo tầm vận động tại Khoa Thần kinh.

- Nghiên cứu can thiệp:

+ Bước 1: phân BN TBMMN vào nhóm 1 (nhóm can thiệp) và nhóm 2 (nhóm chứng) bằng cách bốc thăm ngẫu nhiên.

+ Bước 2: đánh giá tình trạng BN ban đầu cho cả 2 nhóm theo xác định chức năng vận động, khéo léo của bàn tay và mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày.

+ Bước 3: theo dõi và can thiệp 2 nhóm trong thời gian 1 tháng.

+ Bước 4: đánh giá lại các chỉ số theo tiêu chuẩn lúc đầu sau 1 tháng can thiệp.

+ Bước 5: phân tích so sánh trước và sau can thiệp dựa trên các chỉ tiêu sau:

. Chênh lệch mức độ vận động bàn tay bên liệt trước và sau can thiệp.

. Chênh lệch mức độ khéo léo bàn tay bên liệt trước và sau can thiệp.

. Chênh lệch mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày trước và sau can thiệp.

* Xử lý số liệu trên máy vi tính theo phương pháp thống kê y học bằng chương trình SPSS 16.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm nhóm BN nghiên cứu theo chức năng bàn tay.

Bảng 1:

NHÓM	TUỔI		BẠI LIỆT		TAY THUẬN		GIỚI		LOẠI TỔN THƯƠNG	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	\bar{X}	SD	SD	Nam	Nữ	Nhồi máu	Chảy máu
Can Thiệp	58,16	11,47	1,51	1,14	0,35	0,51	25	12	18	19
Chứng	60,05	14,65	1,41	1,14	0,35	0,50	23	14	16	21

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về tuổi, bên liệt, tay thuận với độ tin cậy 95% ($p > 0,05$). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về giới và loại tổn thương với độ tin cậy 95% ($p < 0,05$).

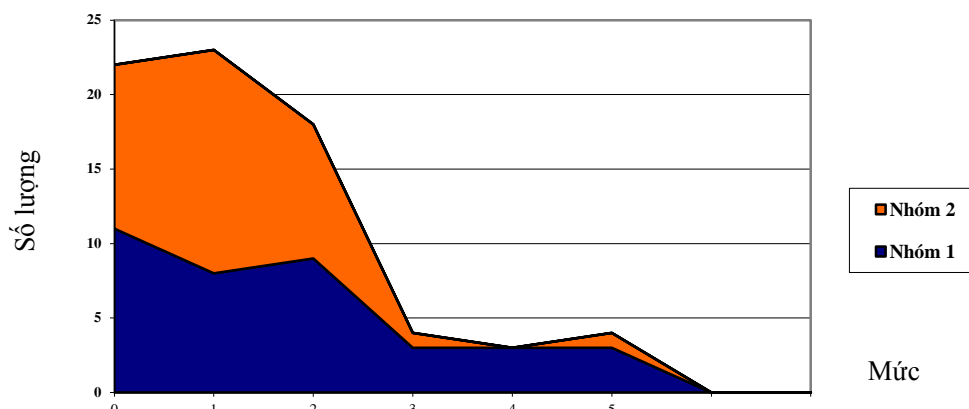
2. Đặc điểm nhóm BN nghiên cứu theo chức năng bàn tay.

Bảng 2:

CHỈ SỐ	n	TỶ LỆ (%)
Mức độ vận động bàn tay liệt	0	67,56
	1	8,11
	2	2,71
	3	2,71
	4	1,35
	5	17,56
Mức độ khéo léo bàn tay liệt	0	75,67
	1	1,35
	2	10,81
	3	2,71
	4	2,71
	5	6,75

Phần lớn BN có mức độ vận động bàn tay bên liệt là 0 (67,56%); tiếp đến là mức độ 5 (17,56%), các mức độ khác chiếm tỷ lệ rất thấp. Đối với mức độ khéo léo bàn tay bên liệt: mức 0 chiếm tỷ lệ cao nhất (75,56%), tỷ lệ BN có mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày là 0 và 1 chiếm 74,33%.

3. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng dựa trên chênh lệch mức độ vận động bàn tay liệt trước so với sau can thiệp.



Biểu đồ 1: Chênh lệch mức độ vận động bàn tay liệt.

Mức độ cải thiện vận động của bàn tay bên liệt ở nhóm 1 (nhóm phục hồi chức năng bàn tay và sử dụng các bài tập hoạt động trị liệu) cao gấp 1,51 lần so với nhóm 2 (nhóm được hướng dẫn phục hồi bàn tay liệt), $p < 0,05$.

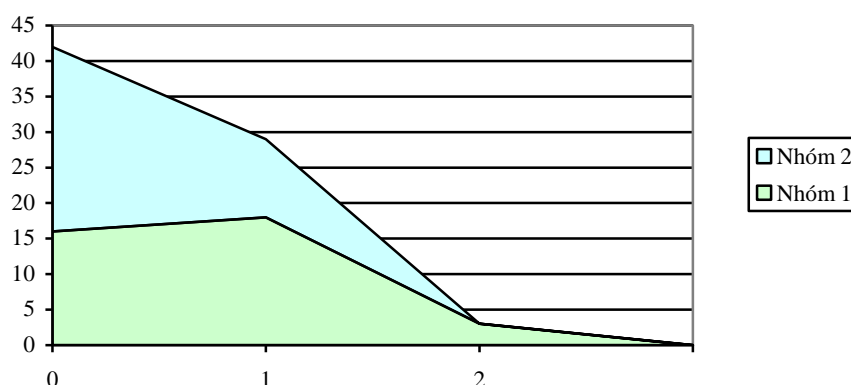
4. Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng dựa trên chênh lệch mức độ khéo léo bàn tay liệt trước và sau can thiệp.

Bảng 3: Chênh lệch mức độ khéo léo trước và sau can thiệp.

MỨC ĐỘ CHÊNH LỆCH KHÉO LÉO BÀN TAY LIỆT	NHÓM 1		NHÓM 2		TỔNG	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
0	21	28,38	23	31,08	44	59,46
1	5	6,76	9	12,16	14	18,92
2	7	9,46	5	6,76	12	16,22
3	4	5,40	0	0	4	5,40
Tổng	37	50	37	50	74	100
Trung bình	0,87		0,43			
p					P > 0,05	

Cả 2 nhóm (44 BN) không cải thiện mức độ khéo léo của bàn tay liệt. Khi so sánh trung bình chênh lệch mức độ khéo léo giữa 2 nhóm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

5. Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng dựa trên chênh lệch mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày trước và sau can thiệp.



Biểu đồ 2: Chênh lệch mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày.

Nhóm 1 cải thiện mức độ độc lập gấp 2,18 lần so với nhóm 2, nhóm 1 có 3 BN tăng chênh lệch mức độ độc lập lên 2 mức, không có BN nào ở nhóm 2 ($p < 0,01$).

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm nhóm BN nghiên cứu.

* *Mức độ vận động bàn tay liệt:*

Đa số BN có mức độ vận động bàn tay liệt là 0 (67,56%); tiếp đến là mức độ 5 (17,56%), các mức độ khác chiếm tỷ lệ rất thấp. Theo Nakayama [7], 63% BN TBMMN bị liệt hoàn toàn chi trên và bàn tay khi ra viện đã tiếp tục đến trung tâm để phục hồi chức năng, như vậy tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của chúng tôi.

* *Mức độ khéo léo bàn tay bên liệt:*

56/74 BN nghiên cứu mức độ khéo léo 0.75,67% không làm được bất kỳ động tác nào. Kết quả này cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Joyce (2005) là 38%. Sự khác biệt có thể là do mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn, mặt khác cần lưu ý đến thời điểm đánh giá [6].

* *Mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày:*

74,33% BN có mức độ độc lập 0 và 1, tương đương với số ít BN phải phụ thuộc hoàn toàn trong sinh hoạt hàng ngày hoặc phải trợ giúp. Số BN độc lập trong sinh hoạt hàng ngày chiếm tỷ lệ rất thấp (2,70%).

2. Hiệu quả phục hồi chức năng.

* *Mức độ vận động bàn tay liệt:*

Biểu đồ 1 cho thấy mức độ cải thiện vận động của bàn tay bên liệt ở nhóm 1 gấp 1,51 lần so với nhóm 2.

Sau 1 tháng, mức độ vận động bàn tay trung bình là 2,27. Theo Dean [5], mức độ vận động trung bình sau 70 ngày phục hồi chức năng là 3,9% và tỷ lệ BN mức 0 giảm 19,1%. Như vậy, việc phục hồi chức năng nói chung và phục hồi chức năng vận động nói riêng cho người bệnh cần được bắt đầu càng sớm càng tốt [9].

Chúng tôi đã áp dụng các bài tập can thiệp đặc biệt (hoạt động trị liệu) sớm nhất có thể nên bước đầu đã đạt được kết quả mong đợi.

Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy luyện tập đặc hiệu, cường độ cao và có chủ đích, kết hợp với việc rèn luyện lặp đi lặp lại những chuyển động có liên quan, đem lại kết quả tích cực đối với chức năng thần kinh vận động chi trên hơn một số phương pháp điều trị hiện hành. Hầu hết phục hồi chức năng chi trên diễn ra trong ba tháng đầu sau TBMMN, nhưng vẫn có những bằng chứng cho rằng sự tiếp tục phục hồi diễn ra với tốc độ chậm hơn và kéo dài hơn, hàng tháng hay hàng năm [6].

** Mức độ khéo léo bàn tay liệt:*

Mức độ khéo léo trung bình của nhóm 1 là 0,87 và nhóm 2 là 0,43, 3 BN tăng hạn chế mức độ khéo léo bàn tay liệt và không có BN nào chênh lệch đến mức 3. 44 BN không cải thiện, vẫn ở mức 0.

Theo nghiên cứu này, số BN ở mức 0 chiếm tỷ lệ cao nhất và sau khi được phục hồi chức năng vẫn trên 50%. Tỷ lệ này cao hơn so với Dean [4].

Quan điểm của chúng tôi về hồi phục chức năng khéo léo bàn tay bên liệt kém có lẽ là do thời gian can thiệp ít, chưa đủ để cải thiện được chức năng này. Tuy nhiên, cũng có bằng chứng cho rằng, một số BN luyện tập mạnh sớm, chỉ hồi phục hoạt động của cơ độc lập và không thể hồi phục khả năng sử dụng bàn tay một cách hiệu quả. Chính vì vậy, ngoài việc kéo dài thời gian tập luyện, cần có những bài tập đặc biệt hữu hiệu để chức năng khéo léo bàn tay bên liệt được hồi phục tối đa.

** Mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày:*

Mức độ cải thiện độc lập ở nhóm 1 cao gấp 2,18 lần so với nhóm 2. Ở nhóm 1, 3 BN tăng chênh lệch mức độ độc lập lên 2 mức, còn nhóm 2 không có BN nào. Kết quả này cho thấy lợi ích của việc triển khai chương trình phục hồi chức năng sớm đối với BN liệt nửa người do TBMMN, với độ tin cậy trên 95% ($p < 0,05$) khi đánh giá hiệu quả chăm sóc thông qua kiểm định giá trị trung bình.

Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ BN độc lập trong sinh hoạt hàng ngày thấp hơn nhiều so với các tác giả nước ngoài, do BN được phục hồi chức năng trong những bệnh viện và trung tâm có kỹ thuật cao, đội ngũ kỹ thuật viên có kinh nghiệm và được hướng dẫn sớm, còn BN của chúng tôi thường chỉ nằm viện trong thời gian ngắn và sau khi ra viện, một số ít BN được hướng dẫn tiếp tục tập khi về nhà [9].

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 74 BN tại Trung tâm Phục hồi Chức năng và Khoa Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Mức độ vận động bàn tay bên liệt cải thiện trung bình nhóm 1 cao gấp 1,51 lần so với nhóm 2 ($p < 0,05$).

Mức độ khéo léo bàn tay bên liệt không được cải thiện ($p > 0,05$).

Mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày cải thiện với mức trung bình nhóm 1 gấp 2,18 lần nhóm 2 ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hồ Hữu Lăng. Tai biến mạch máu não. Thực hành lâm sàng thần kinh. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội. 1998.
2. *Cailliet R.* The shoulder in hemiplegia. F.A Davis Philadelphia. 1991, pp.107-119.
3. *Carr J. H, Shepherd R.B, et al.* Investigation of a new motor assessment scale for stroke pation. Phys ther. 1985, (65), pp.175-180.
4. *Dean CM., Mackey FH.* Motor assessment scale scores as a measure of rehabilitation outcome following stroke. Australian Journal of Physiotherapy. 1992, 38, pp.31-35.
5. *Jocelyn E.H.* Study of upper limb function in individuals with sub-acute stroke: A multi-site single blind randomized controlled trial. Neurorehabilitation and Neural repair. 2009, 20 (3), pp.380-389.
6. *Joyce S.Sabari, Ai Lian Lim.* Assessing arm and hand function after stroke: A validity test of the hierarchical scoring system used in the motor assessment scale for stroke. Arch Phys Med Rehabil. 2005, (86), pp.1609-1615.
7. *Nakayama H., Jorgensen H.S.* Compensation in recovery of upper extremity function after stroke: the Copenhagen stroke study. Arch Phys Med Rehabilitation. 1994, (75), pp.852-857.
8. *Smith M. T, Baer G.D.* Achievement of simple mobility milestones after stroke. Arch phys Med Rehabilitation. 1999, (80), pp.442-447.
9. *Wolf M., Coletta R., et al.* Improving hand function in chronic stroke. Arch Neurol. 2002, (59), pp.1278-1282.

