

sơ bệnh án tại bệnh viện mắt Việt Hàn trong năm 2023, có 63 nam và 96 nữ, trong đó có 109 bệnh nhân được phẫu thuật 1 mắt và 25 bệnh nhân phẫu thuật cả 2 mắt. Tuổi trung bình phẫu thuật trong nghiên cứu này là 61,9 tuổi. Chiều dài trục nhãn cầu trung bình là 23,643mm. Đa số thị lực nhìn xa không chỉnh kính trước phẫu thuật từ 1/10 trở xuống. Mắt sau chỉnh kính có thị lực trung bình trên 3/10. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu trên thế giới.

VI. KIẾN NGHỊ

Việt Nam cần có nghiên cứu đánh giá chức năng thị giác của mắt sau đặt kính nội nhãn đơn tiêu tăng cường TECNIS Eyhance để hiểu rõ hơn về khả năng nhìn xa, trung gian và gần cũng như độ nhạy tương phản, các rối loạn thị giác và mức độ hài lòng của bệnh nhân nhằm có cơ sở để bác sĩ tư vấn và lựa chọn cho phù hợp với nhu cầu của từng đối tượng bệnh nhân.

Cần có một mẫu thống nhất trong việc báo cáo kết quả trước và sau phẫu thuật đặt kính nội nhãn để tiện so sánh kết quả trước và sau điều trị giữa các nghiên cứu trong và ngoài nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Auffarth Gerd U. và các cộng sự.** (2021), "Clinical evaluation of a new monofocal IOL with

- enhanced intermediate function in patients with cataract", Journal of Cataract & Refractive Surgery. 47(2), pp. 184-191.
2. **Cicinelli Maria Vittoria và các cộng sự.** (2023), "Cataracts", The Lancet. 401(10374), pp. 377-389.
3. **Cinar E. và các cộng sự.** (2021), "Vision outcomes with a new monofocal IOL", Int Ophthalmol. 41(2), pp. 491-498.
4. **Fernández J. và các cộng sự.** (2023), "Positioning of enhanced monofocal intraocular lenses between conventional monofocal and extended depth of focus lenses: a scoping review", BMC Ophthalmol. 23(1), pp. 101.
5. **Huh J. và các cộng sự.** (2021), "A comparison of clinical outcomes and optical performance between monofocal and new monofocal with enhanced intermediate function intraocular lenses: a case-control study", BMC Ophthalmol. 21(1), pp. 365.
6. **Karuppiyah P. và các cộng sự.** (2022), "Comparison of clinical outcomes of trifocal intraocular lens (AT LISA, Eyecryl SERT trifocal) versus extended depth of focus intraocular lens (Eyhance, Eyecryl SERT EDOF)", Indian J Ophthalmol. 70(8), pp. 2867-2871.
7. **Ucar Fikret và Cetinkaya Servet** (2021), "The Evaluation of a New IOL with Extended Depth of Focus to Increase Visual Acuity for Intermediate Distance", SN Comprehensive Clinical Medicine. 3.
8. **Unsal U. và Sabur H.** (2021), "Comparison of new monofocal innovative and standard monofocal intraocular lens after phacoemulsification", Int Ophthalmol. 41(1), pp. 273-282

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN HIỆU QUẢ KẾT HỢP KÍCH THÍCH ĐIỆN CÓ KIỂM SOÁT (IVES) Ở NGƯỜI BỆNH GIẢM VẬN ĐỘNG CHI TRÊN DO ĐỘT QUỴ NHỒI MÁU NÃO

Vũ Thị Ngọc Lương¹, Phạm Văn Minh^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng hiệu quả kết hợp kích thích điện có kiểm soát (IVES) ở người bệnh giảm vận động chi trên do đột quỵ nhồi máu não. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp, đánh giá trước và sau điều trị trên 30 bệnh nhân do nhồi máu có giảm chức năng chi trên bên bị liệt được điều trị tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 9 năm 2024. **Kết quả:** Giới tính nữ có mức độ cải thiện cao hơn giới tính nam ở thời điểm sau 4 tuần với thang điểm ARAT. Đối với nhóm tuổi, nhóm trên 65

tuổi, có mức độ cải thiện điểm FMA-UE kém hơn so với nhóm dưới 50 tuổi ($p < 0,05$). Nhóm có rối loạn cảm giác chi có mức điểm FMA thấp hơn nhóm không rối loạn cảm giác chi với số điểm lần lượt là 7,7 và 11,3. Tương tự, nhóm có rối loạn cảm giác chi có mức điểm ARAT thấp hơn nhóm không rối loạn cảm giác chi với số điểm lần lượt là 5,3 và 8,6 ($p < 0,05$). Tuy nhiên chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa về đặc điểm tay bên liệt và thời gian bị đột quỵ đối với mức độ cải thiện điểm FMA-UE và ARAT ($p > 0,05$). **Kết luận:** Giới tính nữ, bệnh nhân trẻ dưới 50 tuổi có mức độ cải thiện cao hơn giới tính nam và nhóm trên 65 tuổi. Nhóm có rối loạn cảm giác ở chi có mức cải thiện thấp hơn nhóm không rối loạn cảm giác ở chi, trong khi chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa của đặc điểm tay bên liệt và thời gian bị đột quỵ đối với mức độ cải thiện.

Từ khóa: Yếu tố ảnh hưởng, đột quỵ nhồi máu não, giảm vận động chi trên, IVES.

SUMMARY

FACTORS AFFECTING THE EFFECTIVENESS OF COMBINED INTEGRATED VOLITIONAL

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Phục hồi Chức năng Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Minh

Email: pvmnhrehab@yahoo.com

Ngày nhận bài: 24.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024

CONTROL ELECTRICAL STIMULATOR (IVES) IN PATIENTS WITH REDUCTION OF UPPER LIMB MOBILITY DUE TO ISCHEMIC STROKE

Objective: To analyze some factors affecting the effectiveness of combined integrated volitional control electrical stimulator (IVES) in patients with reduction of upper limb mobility due to ischemic stroke. **Subjects and methods:** Interventional study, pre- and post-treatment evaluation on 30 patients with reduction of upper limb mobility due to ischemic stroke treated at Hanoi Rehabilitation Hospital from August 2023 to September 2024. **Results:** Females had a higher level of improvement than males after 4 weeks with the ARAT scale. Regarding age groups, the group over 65 years old had a lower level of improvement in FMA-UE scores than the group under 50 years old ($p < 0.05$). The group with limb sensory disturbances had lower FMA scores than the group without limb sensory disturbances with scores of 7.7 and 11.3, respectively. Similarly, the group with limb sensory disturbance had a lower ARAT score than the group without limb sensory disturbance with scores of 5.3 and 8.6, respectively ($p < 0.05$). However, no significant difference was found in the characteristics of the paralyzed hand and the time of stroke on the improvement of FMA-UE and ARAT scores ($p > 0.05$). **Conclusion:** Female gender, patients under 50 years old had a higher improvement level than male gender and the group over 65 years old. The group with limb sensory disturbance had a lower improvement level than the group without limb sensory disturbance, while no significant difference was found in the characteristics of the paralyzed hand and the time of stroke on the improvement level.

Keywords: Influencing factors, ischemic stroke, reduced upper limb mobility, IVES.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là nguyên nhân thứ hai gây tử vong và là nguyên nhân chính gây tàn tật trên toàn thế giới. Với sự phát triển y học, ngày nay số bệnh nhân bị đột quỵ được cứu sống ngày càng nhiều song tỉ lệ người bị di chứng và tàn tật do đột quỵ cũng tăng lên, đặc biệt là di chứng về vận động.

Trong đó di chứng mất và giảm vận động chi trên chiếm tỉ lệ lớn¹. Mức độ vận động của chi trên là tương quan với các hoạt động cơ bản trong sinh hoạt hằng ngày (SHHN) cũng như sự tham gia hòa nhập vào xã hội sau đột quỵ². Những bệnh nhân không phục hồi chức năng (PHCN) chi trên buộc phải sống cuộc đời bằng cánh tay bên còn lại, do đó nếu cánh tay bị liệt là cánh tay thuận thì chức năng SHHN sẽ bị ảnh hưởng đáng kể.

Gần đây, một hệ thống kích thích điện thần kinh cơ có kiểm soát IVES (Integrated Volitional Control Electrical Stimulator), là máy kích thích điện tần số thấp dựa trên tín hiệu điện cơ EMG đã được ứng dụng trên những bệnh nhân nhồi

máu não cho thấy hiệu quả tăng lên khi kết hợp với các kĩ thuật PHCN cơ bản. Tuy nhiên kĩ thuật này còn chưa được thực hiện ở Việt Nam, do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Các yếu tố ảnh hưởng hiệu quả kết hợp kích thích điện có kiểm soát chủ ý (IVES) ở người bệnh sau đột quỵ nhồi máu não.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 30 bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu có giảm chức năng chi trên bên bị liệt được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới, đang điều trị tại Bệnh viện PHCN Hà Nội từ 8/2023 đến 9/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não lần đầu
- Thời gian bị bệnh dưới 6 tháng
- Bệnh nhân không có rối loạn nhận thức theo thang điểm lượng giá tâm thần tối thiểu (MMSE $\geq 24/30$)
- Bệnh nhân có giảm chức năng tay bên liệt dựa vào xác định khả năng vận động chi trên: đánh giá dựa trên thử cơ bằng tay từ bậc 0/5 đến 3/5.
- Bệnh nhân có mức độ co cứng tay bên liệt Asworth bậc 0, 1, 1+
- Bệnh nhân bình thường về cấu trúc giải phẫu chi trên.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não kèm theo bệnh lí khác (chấn thương sọ não, động kinh...)
- Bệnh nhân nhồi máu não có chuyển dạng xuất huyết.
- Bệnh nhân rối loạn tâm lí ảnh hưởng đến quá trình điều trị
- Không tham gia đủ số buổi điều trị
- Bệnh nhân có chống chỉ định sử dụng máy: mang máy tạo nhịp, vùng da mất cảm giác, khối u ác tính, phụ nữ mang thai, bệnh nhân tâm thần
- Không tuân thủ quy trình điều trị

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp, đánh giá trước và sau điều trị

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:

Mẫu thuận tiện gồm 30 bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội có đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu

2.2.3. Thang đánh giá kết quả nghiên cứu

Thắc nghiệm Folstein

Thắc nghiệm gồm 30 mục nhằm đánh giá nhanh và tổng quát về khả năng nhận thức bao gồm các phần: định hướng, nhắc lại, chú ý, tính toán, trí nhớ và ngôn ngữ.

Mẫu thang điểm đánh giá chức năng vận động chi trên. Thang điểm Fugl-Meyer Assessment gồm 33 mục đánh giá các động tác đơn khớp và đa khớp, động tác trong mẫu động vận, vận động các ngón tay, tốc độ vận động, mức độ rối tầm, thất điều và phản xạ gân xương.

Bộ dụng cụ đánh giá chức năng vận động chi trên. Thang điểm Action research arm test (ARAT) gồm 19 mục: cầm đồ vật lớn (6 mục); cầm đồ vật nhỏ (4 mục); cầm đồ vật nhỏ (6 mục) và vận động thô (3 mục) tổng điểm giới hạn từ 0 - 57 điểm.

2.2.4. Quy trình điều trị.

- Bệnh nhân được thực hiện các chương trình PHCN bao gồm 30 phút vận động trị liệu/lần, 30 phút hoạt động trị liệu/lần kết hợp can thiệp kích thích điện có kiểm soát (IVES) 20 phút/lần, 5 lần/tuần trong thời gian 4 tuần.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phục hồi chức năng chi trên theo giới và tuổi

Đặc điểm		Tổng N=30	Sau 2 tuần				Sau 4 tuần			
			FMA-UE		ARAT		FMA-UE		ARAT	
			Mức cải thiện	p	Mức cải thiện	p	Mức cải thiện	p	Mức cải thiện	p
Giới	Nam	20	7,2±1,4	0,302	4,8±1,9	0,08	10,1±2,0	0,06	7,3±2,2	0,04
	Nữ	10	7,9±0,6		6,1±1,5		11,5±1,4		9,1±1,5	
Tuổi	<50	5	7,6±1,1	0,07	4,8±1,6	0,054	11,4±0,9	0,03	7,2±1,9	0,02
	50-65	9	8,2±0,6		6,5±1,2		11,7±1,1		9,5±0,5	
	>65	16	6,9±1,3		4,7±1,9		9,8±2,1		7,2±2,3	

Nhận xét: Kết quả cho thấy nữ giới có mức độ cải thiện cao hơn nam giới ở thời điểm sau 4 tuần với thang điểm ARAT. Đối với nhóm tuổi, nhóm trên 65 tuổi, có mức độ cải thiện điểm FMA-UE kém hơn so với nhóm dưới 50 tuổi ($p<0,05$).

Bảng 3.2. Phục hồi chức năng chi trên theo đặc điểm tay bên liệt

Mức cải thiện điểm	Thời điểm	Tay bên liệt		
		Tay trái (n=15)	Tay phải (n=15)	p
FMA-UE	Sau 2 tuần	7,5±1,1	7,4±1,3	0,962
	Sau 4 tuần	10,9±1,9	10,4±1,9	0,517
ARAT	Sau 2 tuần	4,8±1,6	5,5±1,9	0,326
	Sau 4 tuần	7,7±2,2	8,1±2,2	0,345

Nhận xét: Chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa với đặc điểm tay bên liệt đối với mức độ cải thiện điểm FMA-UE và ARAT ($p>0,05$).

Bảng 3.3. Phục hồi chức năng chi trên theo thời gian đột quỵ

Mức cải thiện điểm	Thời điểm	Thời gian đột quỵ			p
		≤4 tuần	5-12 tuần	>12 tuần	
FMA-	Sau 2	7,3±1,3	7,7±1,1	7,3±1,5	0,794

- Máy được thực hiện là máy IVES GD-611, sử dụng 2 chế độ (mode) là chế độ trợ lực (Power assist mode - PA) và chế độ hỗ trợ bên ngoài (External assist mode - EA).

+ Chế độ hỗ trợ bên ngoài (EA): Đối với nhóm bệnh nhân có cơ lực 0-1/5

+ Chế độ trợ lực (PA): Đối với nhóm bệnh nhân có cơ lực 2-3/5

- Bệnh nhân được đánh giá trước điều trị, sau điều trị 2 tuần và sau 4 tuần

2.2.5. Thu thập và xử lý số liệu. Kết quả lượng giá và điều trị được ghi chép vào phiếu đánh giá ở thời điểm trước và sau điều trị. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Dùng McNemar's test, Ttest ghép cặp so sánh trước và sau can thiệp, với giá trị $p<0,05$ sự khác biệt có ý nghĩa.

UE	tần				
	Sau 4 tuần	10,2±1,9	11,3±1,9	10,3±1,8	0,387
ARAT	Sau 2 tuần	5,7±1,8	5,2±1,9	4,6±1,8	0,355
	Sau 4 tuần	8,1±1,9	8,1±2,3	7,3±2,4	0,746

Nhận xét: Chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa với đặc điểm thời gian bị đột quỵ đối với mức độ cải thiện điểm FMA-UE và ARAT ($p>0,05$).

Bảng 3.4. Phục hồi chức năng chi trên theo rối loạn cảm giác chi trên bên bị liệt

Mức cải thiện điểm	Thời điểm	Rối loạn cảm giác chi trên bên bị liệt		
		Có	Không	p
Mức cải thiện FMA	Sau 2 tuần	5,6±0,5	7,8±0,9	0,002
	Sau 4 tuần	7,7±0,5	11,3±1,3	0,001
Mức cải thiện ARAT	Sau 2 tuần	3,2±0,9	5,8±1,6	0,003
	Sau 4 tuần	5,3±0,8	8,6±1,8	0,001

Nhận xét: Nhóm có rối loạn cảm giác chi đều làm giảm hiệu quả của can thiệp. Ở thời điểm 4 tuần, nhóm có rối loạn cảm giác chi có mức điểm FMA thấp hơn nhóm không rối cảm

giác chi với số điểm lần lượt là 7,7 và 11,3. Tương tự, nhóm có rối loạn cảm giác chi có mức điểm ARAT thấp hơn nhóm không rối loạn cảm giác chi với số điểm lần lượt là 5,3 và 8,6 ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. PHCN chi trên theo giới và tuổi.

Bảng 3.1 cho thấy các yếu tố như tuổi tác và giới tính của bệnh nhân có thể có ảnh hưởng đáng kể đến kết quả PHCN chi trên khi điều trị bằng thiết bị IVES. Mức cải thiện điểm FMA-UE và ARAT ở nhóm bệnh nhân nữ có xu hướng cao hơn so với nhóm bệnh nhân nam ($p < 0,05$). Trước hết, bệnh nhân nam thường có nhiều thói quen sống ít lành mạnh hơn so với bệnh nhân nữ, bao gồm chế độ ăn uống không khoa học, hút thuốc, uống rượu và ít vận động. Các yếu tố này có thể ảnh hưởng đến sức khỏe tổng thể và khả năng PHCN sau đột quỵ. Ngoài ra, sự tuân thủ luyện tập của nam giới cũng thường kém hơn so với nữ giới.

Cũng theo bảng 3.1, nhóm bệnh nhân dưới 65 tuổi cho thấy mức cải thiện điểm FMA-UE và ARAT cao hơn so với nhóm bệnh nhân trên 65 tuổi ($p < 0,05$). Bệnh nhân dưới 65 tuổi thường có sức khỏe tổng thể tốt hơn, khả năng tập trung cao hơn và sự chịu đựng tốt hơn khi thực hiện các tác vụ PHCN lặp đi lặp lại, trong khi bệnh nhân lớn tuổi có xu hướng gặp khó khăn trong việc duy trì sự tập trung khi thực hiện các bài tập, và thường nhanh cảm thấy mệt mỏi hoặc chán nản khi phải thực hiện các động tác giống nhau trong thời gian dài. Thêm vào đó, người cao tuổi có thể gặp phải sự suy giảm về tâm lý, bao gồm cảm giác bị quan, lo lắng về tương lai, hoặc thiếu niềm tin vào khả năng phục hồi của mình, điều này có thể ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị.

4.2. PHCN chi trên theo đặc điểm tay bên liệt. Bảng 3.2. cho thấy mối quan hệ giữa mức độ PHCN vận động chi trên và bên bị liệt (bên trái hay bên phải). Kết quả này chỉ ra rằng mức độ cải thiện điểm FMA-UE ở nhóm bệnh nhân liệt tay bên trái không khác biệt đáng kể so với nhóm bệnh nhân liệt tay bên phải. Có thể do trong quá trình điều trị với máy IVES, bệnh nhân chủ yếu thực hiện các tác vụ duỗi cổ tay, một động tác mà họ có thể thực hiện dễ dàng ở cả hai tay, dù là tay thuận hay tay không thuận nên có thể giải thích cho việc không có sự khác biệt lớn trong mức độ cải thiện giữa các bên liệt, vì máy IVES giúp kích thích và phục hồi khả năng vận động của cả hai tay một cách tương đương, đặc biệt là đối với các tác vụ cơ bản như duỗi và gấp cổ tay.

4.3. PHCN chi trên theo thời gian đột

quy. Bảng 3.3. cho thấy nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 12 tuần có điểm cải thiện FMA-UE và ARAT cao hơn so với nhóm bệnh nhân có thời gian đột quỵ từ 3-6 tháng. Trong đó, mức cải thiện điểm trung bình ARAT ở nhóm bệnh nhân dưới 4 tuần là 8,1 điểm, ở nhóm trên 12 tuần là 7,3 điểm. Mặc dù vậy sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê do cỡ mẫu của các nhóm trên có sự khác biệt đáng kể. Nhóm bệnh nhân nhồi máu não dưới 12 tuần trong nhóm nghiên cứu là 23 trường hợp, chỉ có 7 trường hợp can thiệp sau 12 tuần. Tuy nhiên sự cải thiện tốt hơn ở nhóm can thiệp sớm có thể lý giải do sự phối hợp khả năng phục hồi tự phát sau đột quỵ. Theo nghiên cứu của Langhorne P³ khả năng phục hồi tự phát sau đột quỵ cao nhất tại thời điểm sau 2 tuần điều trị, độ dốc giảm dần sau 1 tháng, và đường cong phục hồi tự phát gần như không thay đổi sau 3-6 tháng.

4.4. PHCN chi trên theo rối loạn cảm giác chi trên bên bị liệt. Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.4. cho thấy trong nhóm can thiệp bệnh nhân không có rối loạn cảm giác chi trên bên liệt đi kèm (cảm giác nông và/ hoặc cảm giác sâu) có mức cải thiện khả năng vận động chi trên theo cả thang điểm FMA-UE và ARAT cao hơn so với nhóm có rối loạn cảm giác. Trong đó, điểm FMA-UE trung bình của nhóm không có rối loạn cảm giác là 11,3 điểm cao hơn so với nhóm có rối loạn cảm giác là 7,7 điểm tại thời điểm sau can thiệp 4 tuần ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trên thế giới, cho rằng giảm hoặc mất cảm giác ảnh hưởng đến độ chính xác và khả năng phối hợp vận động¹.

Cảm giác là yếu tố then chốt trong việc điều phối các hoạt động vận động của cơ thể. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra mối liên quan giữa rối loạn cảm giác và PHCN vận động. Các nghiên cứu cho rằng sự thay đổi về tính dẻo dai của thần kinh và sự PHCN vận động sau đột quỵ có thể bị ảnh hưởng đáng kể bởi đầu vào của cảm giác⁵. Cụ thể với nghiên cứu của Sawaki L và CS cho rằng trong quá trình thực hiện nhiệm vụ vận động, sự kích hoạt lặp đi lặp lại tiếp nhận cảm giác sẽ tăng cường khả năng dẻo dai của vỏ não vận động, thiết lập cơ chế cho sự liên quan giữa cảm giác và việc học tiếp thu kỹ năng vận động⁶.

Những kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây về mối quan hệ giữa cảm giác và vận động. Ví dụ, Serrada I và CS (2019) cho rằng kích thích điện thần kinh qua da (TENS), kích thích thần kinh ngoại biên lặp lại (RPNS), cảm giác nhiệt, cảm giác rung... có tác dụng cải thiện cả khiếm khuyết cảm giác và vận động⁷.

Bên cạnh đó, nghiên cứu của Hara Y cũng

chỉ ra rằng hiệu quả của các bài tập cảm giác chủ động như đào tạo lại cảm giác, học tập tri giác, nhận thức về cảm giác hữu ích trong việc PHCN vận động chủ động và tăng cường chức năng sinh hoạt hằng ngày⁸.

V. KẾT LUẬN

Sau can thiệp PHCN chi trên kết hợp với IVES ở 30 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não tại bệnh viện PHCN Hà Nội sau 4 tuần can thiệp, chúng tôi nhận thấy giới tính nữ, bệnh nhân trẻ dưới 50 tuổi có mức độ cải thiện cao hơn nam giới và nhóm trên 65 tuổi. Nhóm có rối loạn cảm giác ở chi có mức độ cải thiện thấp hơn nhóm không rối loạn cảm giác ở chi, trong khi chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa của đặc điểm tay bên liệt và thời gian bị đột quỵ đối về mức độ cải thiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Langhorne P, Coupar F, Pollock A. Motor recovery after stroke: a systematic review. *Lancet Neurol.* 2009; 8(8):741-54.
2. Veerbeek JM, Kwakkel G, van Wegen EE et al. Early prediction of outcome of activities of

- daily living after stroke: a systematic review. *Stroke.* 2011; 42(5):1482-8.
3. Langhorne P. Evidence behind stroke rehabilitation. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.* 2003; 74:18iv-1821.
4. Chen X, Liu F, Yan Z, et al. Therapeutic effects of sensory input training on motor function rehabilitation after stroke. *Medicine (Baltimore).* 2018; 97(48):e13387.
5. Merzenich MM, Jenkins WM. Reorganization of cortical representations of the hand following alterations of skin inputs induced by nerve injury, skin island transfers, and experience. *J Hand Ther.* 1993; 6(2):89-104.
6. Sawaki L, Wu CW, Kaelin-Lang A, et al. Effects of somatosensory stimulation on use-dependent plasticity in chronic stroke. *Stroke.* 2006; 37(1):246-7.
7. Serrada I, Hordacre B, Hillier SL. Does Sensory Retraining Improve Sensation and Sensorimotor Function Following Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Neurosci.* 2019; 13(402).
8. Hara Y. Neurorehabilitation with new functional electrical stimulation for hemiparetic upper extremity in stroke patients. *J Nippon Med Sch.* 2008; 75(1):4-14.

ĐÁNH GIÁ SỨC KHỎE TINH THẦN CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH - CƠ SỞ 2

Trần Thị Diệu¹, Âu Thị Cẩm Lệ¹, Nguyễn Trần Phương¹,
Lê Việt Tùng¹, Võ Nguyên Trung^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress và các yếu tố liên quan của nhân viên y tế (NVYT) tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, khảo sát trên 260 NVYT đang công tác tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2 từ tháng 5/2024-8/2024. **Kết quả:** Có 8,9% NVYT có tình trạng trầm cảm, 13,5% có tình trạng lo âu và 5,8% nhân viên có tình trạng stress. Nhóm tuổi càng trẻ tình trạng lo âu càng nhiều. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm, lo âu và stress bao gồm: Tình trạng hôn nhân, tình trạng có con, kiêm nhiệm công việc, mức lương, thưởng và thu nhập tăng thêm tương xứng với năng lực và cống hiến. **Kết luận:** NVYT tại bệnh viện có tỉ lệ trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở mức trung bình. Cần xây dựng các hoạt động tư vấn tâm lý và chăm sóc sức khỏe tinh thần cho NVYT. **Từ khóa:** Trầm cảm, lo âu, stress, sức khỏe tinh thần.

SUMMARY

MENTAL HEALTH ASSESSMENT OF HEALTHCARE WORKERS AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY - BRANCH 2

Objective: To determine the prevalence of depression, anxiety, and stress, and associated factors among healthcare workers (HCWs) at the University Medical Center Ho Chi Minh City - Branch 2. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 260 HCWs working at University Medical Center Ho Chi Minh City - Branch 2 from May 2024 to August 2024. **Results:** Among the HCWs surveyed, 8.9% experienced depression, 13.5% had anxiety, and 5.8% reported stress. Younger age groups exhibited higher levels of anxiety. Factors associated with depression, anxiety, and stress included marital status, having children, multiple job roles, salary, bonuses, and additional income in alignment with skills and contributions. **Conclusion:** The prevalence of depression, anxiety, and stress among HCWs at the hospital is at a moderate level. Psychological counselling and mental health support activities should be established for HCWs. **Keywords:** Depression, anxiety, stress, mental health.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhân viên y tế (NVYT), người đóng vai trò

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Nguyên Trung

Email: trung.vn@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024