

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



PHẠM THỊ NHUNG

**THỰC TRẠNG VÀ NHU CẦU SỬ DỤNG Y
HỌC CỔ TRUYỀN TẠI GIA ĐÌNH CỦA
NGƯỜI BỆNH TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO
SAU GIAI ĐOẠN CẤP TẠI THÀNH PHỐ
VINH TỈNH NGHỆ AN**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Hà Nội, 2022

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



PHẠM THỊ NHUNG

**THỰC TRẠNG VÀ NHU CẦU SỬ DỤNG Y
HỌC CỔ TRUYỀN TẠI GIA ĐÌNH CỦA
NGƯỜI BỆNH TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO
SAU GIAI ĐOẠN CẤP TẠI THÀNH PHỐ
VINH TỈNH NGHỆ AN**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số : 8720115

Người hướng dẫn khoa học: PGS.TS Trần Thị Hồng Phương

Hà nội, 2022

LỜI CẢM ƠN

Lời đầu tiên tôi xin bày tỏ lòng quý trọng và biết ơn sâu sắc đến người cô PGS.TS Trần Thị Hồng Phương, người hướng dẫn trực tiếp luôn theo sát, thường xuyên giúp đỡ cho tôi nhiều ý kiến quý báu, sát thực trong quá trình học tập và nghiên cứu để hoàn thành luận văn này.

Để hoàn thành luận văn này, với tất cả lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin được gửi lời cảm ơn đến Đảng uỷ, Ban giám đốc, Phòng sau đại học, các bộ môn, các thầy cô đã tận tình giảng dạy, trang bị kiến thức và tạo mọi thuận lợi cho tôi trong quá trình tôi học tại trường.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn đến các thầy cô trong hội đồng đã giúp đỡ, góp ý chỉnh sửa cho luận văn của tôi được hoàn thiện nhất.

Tôi xin cảm ơn đến lãnh đạo bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh, bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An và bệnh viện Đa khoa TTH Vinh cùng toàn thể cán bộ nhân viên khoa YHCT đã tạo điều kiện, tận tình giúp đỡ tôi trong quá trình tôi thu thập số liệu.

Cuối cùng cho phép tôi bày tỏ lòng biết ơn tới những người thân trong gia đình, lãnh đạo cơ quan nơi tôi đang làm việc và bạn bè đã luôn quan tâm, chia sẻ, giúp đỡ tạo mọi thuận lợi cho tôi hoàn thành khoá học này.

Luận văn hoàn thành có nhiều tâm huyết của người viết, song vẫn không thể tránh khỏi sai sót. Xin cảm ơn sự đóng góp chân thành của quý thầy cô, anh chị em bạn bè đồng nghiệp.

Xin trân trọng cảm ơn !

Tác giả

Phạm Thị Nhung

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Phạm Thị Nhung, học viên cao học khoá 12 Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới hướng dẫn của PGS.TS Trần Thị Hồng Phương.

2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác được công bố tại Việt Nam.

3. Các số liệu, thông tin trong nghiên cứu hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này

Hà nội, ngày tháng năm 2022

Tác giả

Phạm Thị Nhung

MỤC LỤC

CHƯƠNG 1	
TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. DỊCH TỄ TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO	3
1.1.1. Dịch tễ tai biến mạch máu não trên Thế giới	3
1.1.2. Dịch tễ tai biến mạch máu não tại Việt Nam	3
1.2. TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI	4
1.2.1. Định nghĩa	4
1.2.2. Các yếu tố nguy cơ của tai biến mạch máu não	5
1.2.3. Chẩn đoán tai biến mạch máu não.	5
1.2.4. Đặc điểm chức năng bệnh nhân TBMMN sau giai đoạn cấp.	6
1.2.5. Phục hồi chức năng bệnh nhân sau TBMMN.	7
1.3. TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN	9
1.3.1. Bệnh danh	9
1.3.2. Cơ chế bệnh	9
1.3.3. Phân loại	10
1.3.4. TBMMN sau giai đoạn cấp theo YHCT	11
1.3.5. Y học cổ truyền điều trị bệnh nhân TBMMN sau giai đoạn cấp.	11
1.3.6 Một số nghiên cứu dùng YHCT điều trị TBMMN sau giai đoạn cấp.	14
1.4. Y HỌC GIA ĐÌNH	15
1.4.1. Khái niệm về Y học gia đình	15
1.4.2. Nguyên lý của chuyên ngành y học gia đình	15
1.4.3. Những chuyên môn kỹ thuật YHCT có thể thực hiện tại nhà NB TBMMN sau giai đoạn cấp.	18
1.5. ĐỊA BÀN NGHIÊN CỨU	18
CHƯƠNG 2	21
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	21
2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	21
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu	21
2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn	21

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ	22
2.2. ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU	22
2.3. THỜI GIAN NGHIÊN CỨU	22
2.4. CỒ MẪU	22
2.5. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	22
2.5.1. Thiết kế nghiên cứu.....	22
2.5.2. Phương pháp tiến hành.....	22
2.6. CÁC BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU	26
2.7. PHƯƠNG PHÁP PHÂN TÍCH SỐ LIỆU	28
2.8. CÁC LOẠI SAI SỐ VÀ BIỆN PHÁP KHẮC PHỤC	29
2.9. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU	29
CHƯƠNG 3.....	32
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	32
3.1. THÔNG TIN CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG	31
3.2. THỰC TRẠNG CỦA NGƯỜI BỆNH TBMMN	32
3.3. NHU CẦU SỬ DỤNG YHCT TẠI NHÀ CỦA NGƯỜI BỆNH	39
3.3.1. Nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà của NB TBMMN sau giai đoạn cấp	39
3.3.2. Đồng ý chi trả chi phí dịch vụ YHCT tại nhà	44
3.3.3. Mối liên quan giữa nhu cầu với các đặc điểm của người bệnh.....	44
3.3.4. Mối liên quan giữa đồng ý chi trả với các đặc điểm của người bệnh	46
3.3.5. Phân tích hồi quy đa biến	47
CHƯƠNG 4.....	49
BÀN LUẬN.....	49
4.1.THỰC TRẠNG NGƯỜI BỆNH TBMMN SAU GIAI ĐOẠN CẤP	49
4.1.1. Thông tin chung của người bệnh.....	49
4.1.2. Đặc điểm người bệnh và phương thức điều trị	49
4.2. NHU CẦU SỬ DỤNG YHCT TẠI NHÀ CỦA NGƯỜI BỆNH	53
4.3. MỐI LIÊN QUAN GIỮA NHU CẦU SỬ DỤNG, ĐỒNG Ý CHI TRẢ VỚI	
CÁC ĐẶC ĐIỂM CỦA NGƯỜI BỆNH	59
4.3.1. Mối liên quan giữa nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà của NB với các đặc	
điểm của người bệnh	59

4.3.2. Mối liên quan giữa đồng ý chi trả chi phí dịch vụ YHCT tại nhà của NB với các đặc điểm của người bệnh.....	61
KẾT LUẬN.....	63
KHUYẾN NGHỊ	66

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1: Phân thể bệnh YHCT	24
Bảng 2.2: Các biến số nghiên cứu.....	26
Bảng 3.1: Giới tính của người bệnh.....	31
Bảng 3.2: Tuổi của người bệnh	31
Bảng 3.3: Thể bệnh theo YHHĐ của người bệnh	32
Bảng 3.4: Thể bệnh theo YHCT của người bệnh	33
Bảng 3.5: Số lần mắc TBMMN của người bệnh.....	34
Bảng 3.6: Thời gian bị TBMMN của người bệnh	34
Bảng 3.7: Đặc điểm lâm sàng của người bệnh.....	35
Bảng 3.8: Bệnh mãn tính kèm theo của người bệnh.....	36
Bảng 3.9: Dạng bào chế thuốc YHCT người bệnh sử dụng.....	37
Bảng 3.10: Phương pháp không dùng thuốc YHCT người bệnh đã sử dụng....	38
Bảng 3.11: Tỷ lệ nhu cầu sử dụng theo độ liệt của người bệnh	42
Bảng 3.12: Tỷ lệ nhu cầu sử dụng với đặc điểm người bệnh.....	42
Bảng 3.13: Tỷ lệ nhu cầu với bệnh kèm theo của người bệnh.....	43
Bảng 3.14: Tỷ lệ nhu cầu với thời gian mắc bệnh của người bệnh.....	43
Bảng 3.15: Mối liên quan giữa nhu cầu sử dụng với các đặc điểm của NB.....	44
Bảng 3.16: Mối liên quan giữa đồng ý chi trả với các đặc điểm của NB.....	46
Bảng 3.17: Phân tích đa biến logistic các yếu tố liên quan đến nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà của NB.....	47

Bảng 3.18: Phân tích đa biến logistic các yếu tố liên quan đến đồng ý chi trả của NB 48

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1 Phân bố nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà.....	39
Biểu đồ 3.2 Phân bố lý do có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà.....	39
Biểu đồ 3.3 Phân bố lý do không có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà.....	40
Biểu đồ 3.4 Phân bố nhu cầu sử dụng thuốc YHCT tại nhà.....	41
Biểu đồ 3.5 Phân bố nhu cầu sử dụng PP YHCT không dùng thuốc.....	41
Biểu đồ 3.6 Phân bố sự đồng ý chi trả dịch vụ điều trị YCHT tại nhà	44

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

BV	Bệnh viện
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
NB	Người bệnh
PHCN	Phục hồi chức năng
PP	Phương pháp
TBMMN	Tai biến mạch máu não
TP	Thành phố
XBBH	Xoa bóp bấm huyệt
YHCT	Y học cổ truyền
YHDP	Y học dự phòng
YHHĐ	Y học hiện đại
WHO	World Health Organization (Tổ chức y tế Thế giới)

ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ nhiều thập kỷ nay, tai biến mạch máu não (TBMMN) luôn là một vấn đề thời sự cấp bách của y học, một thảm họa của loài người, của mọi lứa tuổi, mọi giới và mọi sắc tộc. Tỷ lệ mắc bệnh trong cộng đồng cao và tăng theo tuổi. Ở các nước công nghiệp, TBMMN là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ ba sau bệnh ung thư và tim mạch. Trên toàn thế giới, mỗi năm TBMMN cướp đi sinh mạng của 4 triệu người. Số người sống sót di chứng nhẹ và vừa chiếm 50%, trong số này chỉ 26% trở lại nghề cũ, số còn lại phải chuyển nghề nên thu nhập thấp hoặc trở thành gánh nặng kinh tế cho gia đình và xã hội [1]. Tại Việt Nam, Đặng Quang Tâm (2005), nghiên cứu dịch tễ học TBMMN tại Cần Thơ cho thấy tỉ lệ mới mắc là 29,4/100.000 dân, tỉ lệ hiện mắc là 129/100.000 dân và tỉ lệ tử vong là 33,53/100.000 dân [2].

Các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra Y học cổ truyền có giá trị đặc biệt trong hỗ trợ điều trị người bệnh tai biến mạch máu não sau giai đoạn cấp. Theo Phan Thị Nhung (1999) điện châm có tác dụng phục hồi chức năng tốt cho người bệnh di chứng TBMMN, số người bệnh có cải thiện độ liệt là 76,7 % [3]. Theo Đỗ Hoàng Lâm (2020) điện châm các huyết vùng đầu kết hợp thể châm cho hiệu quả điều trị chứng thất ngôn trong nhồi máu não sau giai đoạn cấp tốt hơn so với thể châm đơn thuần, nhóm nghiên cứu 86,7% bệnh nhân có cải thiện độ thất ngôn trong đó 20% loại tốt, 66,7% loại khá [4].

Vinh là thành phố thuộc tỉnh Nghệ An, Việt Nam, trung tâm kinh tế và văn hóa lớn nhất khu vực Bắc Trung Bộ của Việt Nam và là đầu mối quan trọng trong cửa ngõ kinh tế giữa Myanmar, Thái Lan, Lào và Việt Nam. Theo Dương Đình Chính nghiên cứu dịch tễ học TBMMN tại tỉnh Nghệ An giai đoạn 2007-2008 cho thấy tỉ lệ hiện mắc TBMMN tại tỉnh là 355,9 /100.000 dân, tỉ lệ mới mắc là 104,7/100.000 dân, tỉ lệ tử vong là 65,1/100.000 dân và tỉ lệ tử vong trên mắc là 14,2 % [5].

Quá trình chăm sóc sau tai biến mạch máu não là một quá trình dài, liên tục cần nhiều kiên trì và cố gắng của người bệnh và bác sỹ. Có rất nhiều người bệnh tai biến mạch máu não sau giai đoạn cấp không được chăm sóc do nhiều lý do dẫn đến

tình trạng phục hồi của người bệnh kém và chậm. Thời gian chăm sóc phục hồi chức năng sau TBMMN kéo dài. Tại bệnh viện, PHCN có tính chất định hướng, người bệnh chỉ có thể ở lại bệnh viện trong giai đoạn cấp. Do vậy sẽ có những người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp có nhu cầu điều trị tại hộ gia đình.

Để trả lời cho câu hỏi nhu cầu của người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp sử dụng YHCT tại hộ gia đình, chúng tôi thực hiện đề tài **“Thực trạng và nhu cầu sử dụng y học cổ truyền tại gia đình của người bệnh tai biến mạch máu não sau giai đoạn cấp tại một số cơ sở y tế thành phố Vinh tỉnh Nghệ an”** với mục tiêu:

- 1. Mô tả đặc điểm người bệnh tai biến mạch máu não sau giai đoạn cấp ở thành phố Vinh, Nghệ An từ năm 2018-2020.*
- 2. Xác định nhu cầu sử dụng Y học cổ truyền tại hộ gia đình của người bệnh tai biến mạch máu não sau giai đoạn cấp ở thành phố Vinh, Nghệ An từ tháng 5 đến tháng 9 năm 2021.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. DỊCH TỄ TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

1.1.1. Dịch tễ tai biến mạch máu não trên thế giới

Hàng năm có tới 16,3 triệu người mắc mới TBMMN trong số này có 11,2 triệu người ở các nước đang phát triển, khoảng 5,1 triệu người ở các nước phát triển. Tử vong do TBMMN là 5,8 triệu người, trong đó 2/3 là ở các nước đang phát triển [6]. Đặc biệt, tuổi thọ trung bình ở các nước quốc gia ngày càng tăng thì tỷ lệ TBMMN cũng tăng theo tuổi [7]. Các thống kê cho thấy rằng, sau tuổi 55 cứ thêm 10 tuổi thì tỷ lệ TBMMN tăng gấp đôi ở cả 2 giới và 75-89% các trường hợp TBMMN xuất hiện ở lứa tuổi trên 65. Trong đó 50% xảy ra ở những người từ 70 tuổi trở lên và gần 25% các bệnh nhân TBMMN xảy ra ở người trên 85 tuổi. Đến năm 2025, dân số thế giới trên 60 tuổi ước tính tăng lên 1,2 tỷ người, gấp đôi so với năm 1995. Hơn nữa vào năm 2050, số người từ 65 tuổi trở lên sẽ vượt trội hơn số người dưới 65 tuổi. Như vậy ước tính số trường hợp TBMMN trên thế giới sẽ tăng lên 18 triệu người vào năm 2015 và 23 triệu người vào năm 2030. Số trường hợp tử vong do TBMMN sẽ ước tính là 6,5 triệu người mỗi năm vào năm 2015 và con số này lên tới 7,8 triệu người mỗi năm vào năm 2030 [6].

Trong năm 2013, khoảng 6,9 triệu người bị TBMMN do NMN và 3,4 triệu người bị đột quy do XHN [8] Năm 2015 có khoảng 42,4 triệu người trước đây bị TBMMN và vẫn còn sống [9]. Từ năm 1990 đến 2010, số lượng TBMMN xảy ra mỗi năm giảm khoảng 10% ở các nước phát triển và tăng 10% ở các nước đang phát triển [10] Năm 2015, TBMMN là nguyên nhân gây tử vong thường gặp thứ hai sau bệnh động mạch vành, chiếm 6,3 triệu người chết (11% tổng số) [11] Khoảng 3,0 triệu ca tử vong do TBMMN do NMN trong khi 3,3 triệu ca tử vong do đột quy do XHN [11] Khoảng một nửa số người bị TBMMN sống được dưới một năm. Nhìn chung, hai phần ba TBMMN xảy ra ở những người trên 65 tuổi [10].

1.1.2. Dịch tễ tai biến mạch máu não tại Việt Nam

Từ tháng 10/2003-2/2004. Kết quả sau giai đoạn thăm khám có 129 người được xác định bị tai biến mạch máu não. Tỷ lệ mắc mới trung bình hằng năm là 28,98/100.000 dân; tỷ lệ hiện mắc trung bình hàng năm là 107,1/100.000 dân; tỷ lệ tử vong trung bình hằng năm là 17/100.000 dân [12]. Nguyễn Minh Hiện và cộng sự trong 10 năm từ 1991 - 2000 tại Quân Y viện 103 có 1379 người bệnh TBMMN: trong đó nhồi máu não có 981 người bệnh (71,1%) chảy máu não có 398 người bệnh (28,9%). Số lượng người bệnh TBMMN có xu hướng tăng dần và năm 2000 người bệnh TBMMN gấp đôi năm 1991 [13].

Đặng Quang Tâm (2005), nghiên cứu dịch tễ học TBMMN tại Cần Thơ cho thấy tỉ lệ mới mắc là 29,4/100.000 dân, tỉ lệ hiện mắc là 129/100.000 dân và tỉ lệ tử vong là 33,53/100.000 dân [14].

Dương Đình Chính nghiên cứu dịch tễ học tai biến mạch máu não tại tỉnh Nghệ An giai đoạn 2007-2008 cho thấy tỉ lệ hiện mắc TBMMN tại tỉnh là 355,9/100.000 dân, tỉ lệ mới mắc là 104,7/100.000 dân, tỉ lệ tử vong là 65,1/100.000 dân và tỉ lệ tử vong trên mắc là 14,2 % [5].

1.2. TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI

1.2.1. Định nghĩa

Theo WHO "TBMMN là sự xảy ra đột ngột các thiếu sót chức năng thần kinh, thường là khu trú hơn là lan tỏa, tồn tại quá 24 giờ hoặc gây tử vong trong 24 giờ. Các khám xét loại trừ nguyên nhân chấn thương" [1].

TBMMN gồm hai thể chính: xuất huyết não và nhồi máu não.

* Nhồi máu não xảy ra khi một mạch máu não bị tắc. Khu vực được tưới bởi mạch máu không được nuôi dưỡng sẽ bị hủy hoại. Vị trí của ổ nhồi máu thường trùng hợp với khu vực tưới máu của mạch, do đó cho một hội chứng thần kinh khu trú cho phép trên lâm sàng phân biệt được tắc mạch thuộc hệ động mạch cảnh hay hệ động mạch sống nền [1].

*Xuất huyết não là máu từ hệ thống động mạch, tĩnh mạch não chảy vào tổ chức não, ít nhiều đều tạo thành ổ máu tụ trong não gây ra các triệu chứng thần kinh trung ương [15].

Trong XHN, bệnh cảnh bao giờ cũng nặng nề, cấp bách, nhưng nếu qua được tử vong thì các chức năng não lại phục hồi tốt hơn nhờ máu não (bệnh cảnh ít rầm rộ, ít căng thẳng hơn), sờ dĩ như vậy vì khi xuất huyết, máu là chất lỏng sẽ luôn lách, bóc tách, xô đẩy mô não để chiếm chỗ. Khi máu ngừng chảy và tiêu đi thì mô não lại trở lại bình thường khác với nhồi máu não mô não bị thiếu máu một khu vực và tiến tới hoại tử không hồi phục [1].

1.2.2. Các yếu tố nguy cơ của tai biến mạch máu não

Tăng huyết áp và xơ vữa động mạch có thể là riêng lẻ hoặc kết hợp với nhau là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây ra bệnh tai biến mạch máu não.

Theo Bousser M, nguyên nhân gây xơ vữa động mạch não chiếm 60-70 % trong đó có kèm 40-50% có kèm tăng huyết áp; cũng theo Bousser M và Hamin B, tăng huyết áp gây nguy hại tám lần đối với nhồi máu não và 13 lần đối với xuất huyết não [16],[17]. Nguyễn Văn Táo nghiên cứu trên 1500 người tử vong do tai nạn và thương tật thấy 100% người Việt Nam từ 30 trở lên bị xơ vữa động mạch. Nguyễn Văn Phi và cộng sự kiểm tra 217 người bệnh tử vong do xơ vữa động mạch thấy chảy máu não chiếm 88,6% [18].

Nghiên cứu dịch tễ học của TBMMN ở 35 bệnh viện ở 10 nước khu vực Đông Nam Á từ tháng 10 /1996 đến tháng 1/1997 cho thấy các yếu tố nguy cơ cần chú ý là tăng huyết áp (63,5%), nghiện thuốc lá (từ 10,4-58,9%), thiếu máu cơ tim (16,1%), bệnh van tim (3,4%), có tiền sử TBMMN (27,4%) [18].

Các tác giả đều thống nhất tăng huyết áp và xơ vữa động mạch là nguyên nhân chính gây TBMMN. Ngoài ra các yếu tố tuổi, giới tính, nghiện rượu, nghiện thuốc lá, thay đổi thời tiết, sang chấn tâm lý, dùng thuốc chống đông thuốc tránh thai, đái tháo đường, béo phì, tiền sử TBMMN và chế độ ăn, di truyền, nhiễm khuẩn cũng là yếu tố liên quan đến TBMMN.

1.2.3. Chẩn đoán tai biến mạch máu não.

* Lâm sàng

- Lâm sàng biểu hiện bằng những thiếu sót thần kinh cấp, xuất hiện đột ngột trong vài giây, hoặc chậm hơn là vài giờ các triệu chứng lâm sàng tương ứng với vùng tổn thương của não do cơ chế tổn thương mạch máu gây nên [19].

* Cận lâm sàng

- Chụp CT-Scanner sọ não: đây là kỹ thuật hiện đại nhanh chóng chẩn đoán chính xác và phân biệt được thể NMN hay XHN hay những tổn thương khác của não như apxe não, u não ... NMN là những tổn thương giảm tỷ trọng, xuất huyết não là những tổn thương tăng tỷ trọng. Có thể sau vài giờ đến vài ngày hình ảnh chụp CT mới cho kết quả dương tính.

- Chụp cộng hưởng từ (MRI): cho thấy các cấu trúc nội sọ của mặt phẳng không gian, phát hiện tổn thương giai đoạn sớm.

- Chụp động mạch não: có giá trị chẩn đoán các mạch máu ở cổ và não.

- Chọc dò dịch não tủy: đối với nhồi máu não thì dịch não tủy trong suốt không có hồng cầu [20].

Đối với chảy máu não, nếu chảy máu vào khoang não tủy sẽ có tăng áp lực dịch não tủy, sớm nhất là sau 4 giờ, dịch não tủy có nhiều máu, không đông cả 3 ống nghiệm. Nếu người bệnh đến muộn, dịch não tủy màu vàng do thoái hóa hemoglobin [17].

1.2.4. Đặc điểm chức năng của người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp.

- Tính chất liệt: lúc đầu liệt mềm, thời gian có thể ngắn hoặc dài, định khu chưa rõ ràng, sau chuyển thành liệt cứng và định khu ngày càng rõ. Bảng phân loại mức độ liệt

Độ 1: bệnh nhân vẫn tự đi lại được, tự phục vụ được nhưng chi bên bị bệnh yếu hơn chi đối diện

Độ 2: bệnh nhân có thể nâng chân tay lên khỏi mặt giường nhưng không giữ được lâu

Độ 3: bệnh nhân chỉ co duỗi được chân tay trên mặt giường một cách chậm chạp, yếu ớt.

Độ 4: nhìn, sờ thấy cơ co khi bệnh nhân vận động chủ động nhưng không thấy co duỗi khúc chi

Độ 5: hoàn toàn không có cơ co khi bệnh nhân vận động chủ động [21]

- Có thể kèm liệt VII trung ương.
- Đau đầu hoa mắt chóng mặt
- Nói khó xuất hiện sớm, chậm hồi phục.
- Rối loạn tinh thần thể hưng phấn hoặc bi quan ảnh hưởng đến đời sống và hòa nhập xã hội.
- Có thể có rối loạn cơ tròn: xuất hiện sớm nhưng khả năng phục hồi ít.

1.2.5. Phục hồi chức năng bệnh nhân sau tai biến mạch máu não.

Người bệnh sau tai biến mạch máu não thường mang nhiều di chứng, khiếm khuyết nặng các chức năng của cơ thể vì vậy việc phục hồi chức năng phải mang tính toàn diện và hệ thống. TBMMN có 3 giai đoạn thời gian kéo dài của từng giai đoạn là khác nhau ở mỗi bệnh nhân. Hơn nữa điểm khởi đầu và kết thúc của mỗi giai đoạn không rõ ràng, khó nhìn thấy được. Mỗi giai đoạn của bệnh có những triệu chứng, mục tiêu và chương trình phục hồi chức năng phù hợp [22]

1.2.5.1. Giai đoạn cấp

Nên bắt đầu PHCN cho người bệnh càng sớm càng tốt, thậm chí ngay từ những ngày đầu khi TBMMN đã ổn định. Một số thầy thuốc cho rằng 48 giờ sau TBMMN, nếu các triệu chứng thần kinh không tiến triển tiếp, có thể coi là ổn định. Theo WHO (1971) đã có khuyến cáo là ngay từ những ngày đầu tiên sau TBMMN kể cả việc người bệnh chỉ còn hôn mê thì việc phòng chống co cứng, biến dạng, co rút, các thương tật thứ cấp khác sau này phải được coi trọng như: Phòng chống loét và các biến chứng khác trong giai đoạn cấp. Kỹ thuật chính được áp dụng trong giai đoạn này là kỹ thuật vị thế [22].

1.2.5.2. Giai đoạn phục hồi

Giai đoạn này thông thường kéo dài từ hai đến sáu tuần. Các triệu chứng của bệnh được hồi phục, cải thiện và ổn định dần, tuy nhiên đặc trưng ở giai đoạn này là tình trạng liệt mềm dần chuyển sang liệt cứng với mẫu co cứng điển hình và “cử động khô”, các thương tật thứ cấp vẫn có thể xảy ra. Mẫu co cứng làm hạn chế sự vận động và di chuyển của người bệnh vì vậy một trong những nội dung quan trọng của

PHCN là phòng ngừa co cứng xảy ra và sử dụng các kỹ thuật, bài tập chống lại tình trạng co cứng đó. Mục tiêu giai đoạn này là:

- Duy trì tình trạng sức khỏe ổn định, tạo điều kiện cho việc luyện tập
- Tăng cường sức mạnh cơ bên liệt
- Tạo thuận lợi và khuyến khích tối đa các hoạt động chức năng
- Hạn chế và kiểm soát các thương tật thứ cấp
- Giáo dục và hướng dẫn gia đình cùng tham gia PHCN [22]

* Chương trình PHCN

Trong giai đoạn này, PHCN mang tính toàn diện, nhằm tác động lên toàn bộ khiếm khuyết, giảm chức năng của người bệnh, sớm để người bệnh độc lập. Tập luyện vận động làm tăng cường sức mạnh cơ liệt, tùy theo mức độ liệt mà có thể tập thụ động, chủ động có trợ giúp, tập theo tâm vận động hoặc có kháng trở. Để tái rèn luyện thần kinh cơ, người bệnh được tập các hoạt động chức năng, đặc biệt là chức năng di chuyển. Nếu trương lực cơ tăng quá mạnh, có thể sử dụng một số bài tập và kỹ thuật khác để kéo giãn như: kéo giãn khớp cổ chân, kỹ thuật ức chế co cứng đối với các khớp ở góc chi. Luyện dáng đi, đứng bàn nghiêng hoặc sử dụng nẹp chỉnh hình... Người bệnh có rối loạn thăng bằng và điều hợp, được tập ngay từ ngày đầu nhờ các bài tập thăng bằng như ngồi, đứng và đi. Để có thăng bằng khi đi có thể sử dụng nạng, gậy hoặc thanh song song, khung đi với mục đích tăng cường thăng bằng khi đi...

Dụng cụ PHCN được sử dụng rộng rãi và rất có hiệu quả với nhiều mục đích khác nhau: trợ giúp các hoạt động chức năng, chỉnh hình và các dụng cụ vật lý trị liệu (nẹp, đai nâng chân, khung đi, nạng, gậy, ròng rọc, cầu thang...). Trong quá trình tập luyện các dụng cụ vật lý trị liệu đóng vai trò rất quan trọng, biết được nhu cầu, chỉ định và sử dụng dụng cụ PHCN hợp lý sẽ giúp cho người bệnh tăng thời gian tập luyện tại bệnh viện và thúc đẩy nhanh quá trình phục hồi

- Hoạt động trị liệu giúp tăng cường khả năng vận động của tay. Giúp người bệnh độc lập trong sinh hoạt, cải thiện năng lực thể chất và tinh thần.

- Ngôn ngữ trị liệu được chỉ định trong những trường hợp người bệnh bị mất ngôn ngữ. Nguyên tắc huấn luyện ngôn ngữ là thiết lập một hệ thống ngôn ngữ bổ sung và thay thế những hình thái ngôn ngữ bị mất hoặc bị tổn thương [23]

1.2.5.3. Giai đoạn PHCN tại cộng đồng và hướng nghiệp

Giai đoạn này các chức năng của người bệnh dần ổn định và có những chức năng vẫn tiếp tục được phục hồi và cải thiện, tuy nhiên ở giai đoạn này thường để lại những di chứng và các thương tật thứ cấp, vì vậy nhu cầu cấp thiết đặt ra là PHCN dựa vào cộng đồng.

Tóm lại, phục hồi chức năng cho người bệnh TBMMN cần phải tiến hành sớm (tốt nhất là tuần đầu sau TBMMN) cùng với sự tham gia của nhiều ngành nhiều người “Thầy thuốc- Bệnh nhân- Gia đình- Xã hội”. Vì vậy cần thiết phải có nhóm phục hồi được chuyên khoa hóa như: kỹ thuật viên phục hồi, điều dưỡng, chuyên gia tâm lý, chuyên gia thần kinh, chuyên gia phục hồi chức năng... Trong bệnh viện cần có phòng điều trị chuyên biệt trong nhóm phục hồi, cùng với các trang thiết bị hiện đại. Nói chung PHCN liệt thần kinh trung ương do tổn thương não phải lâu dài và thường ít khả năng hồi phục hoàn toàn. PHCN tại bệnh viện có tính chất định hướng, người bệnh chỉ có thể ở lại một đến hai tháng trong bệnh viện. Do vậy người bệnh còn phải tiếp tục ở các cơ sở điều dưỡng, đặc biệt tại nhà, cộng đồng lâu dài [24].

1.3. TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

1.3.1. Bệnh danh

Tai biến mạch máu não là một hội chứng nằm trong chứng trúng phong của Y học cổ truyền. Phong được chia làm hai loại là nội phong và ngoại phong.

Nguyên nhân gây trúng phong thường là hoạt động của các tạng tâm, can, thận bị giảm sút, gây các hiện tượng âm hư, sinh đàm, phong động gây co giật, hôn mê [25].

1.3.2. Cơ chế bệnh sinh.

- Chính khí hư nhược, nội thương tích tổn. Người bệnh cao tuổi, sức yếu hoặc mắc bệnh lâu ngày làm khí huyết hao tổn nên não không được nuôi dưỡng. Khí hư làm

cho huyết vận hành khó khăn, ứ trệ mạch não, âm huyết hư không chế dương nên các nhân tố nội phong, đàm trọc, huyết ứ nhiều loạn thanh khiêu mà đột nhiên gây bệnh.

- Rối loạn tình chí làm can khí uất kết, huyết không được vận hành gây ứ trệ mạch não gây nên chứng trúng phong.

- Ăn uống không điều độ làm tổn thương tỳ vị gây đàm trọc nội sinh. Đàm trọc uất trệ lâu ngày hóa nhiệt, đàm kết hợp với nhiệt gây trở trệ kinh mạch, bung bít thanh khiêu gây bệnh [25].

1.3.3. Phân loại

1.3.3.1. Trúng phong kinh lạc

Tai biến mạch máu não không có hôn mê.

- Triệu chứng: liệt mặt, lưỡi lệch về bên lạnh, liệt nửa người, thoáng mất ý thức, hoa mắt, chóng mặt, mạch huyền, tể sắc thuộc chứng âm hư hỏa vượng hay gặp ở người cao huyết áp, xơ cứng động mạch thể can thận âm hư; nếu chân tay co quắp, miệng sùi bọt mép, cử động lưỡi khó khăn, rêu lưỡi trắng dày, mạch phù hoạt hoặc huyền hoạt thuộc chứng trúng phong đàm, hay gặp ở người cao huyết áp tạng người béo có cholesterol máu cao.

- Pháp chữa: tư âm tiềm dương (nếu do âm hư hỏa vượng)

Trừ đàm thông lạc (nếu do phong đàm) [26].

1.3.3.2. Trúng phong tạng phủ.

Tai biến mạch máu não có hôn mê, được chia làm 2 thể

****Chứng bế**

Thể liệt cứng do dương khí thịnh, bệnh ở tại tạng tâm và can.

- Triệu chứng: hai bàn tay nắm chặt, co quắp, hai hàm răng nghiến chặt, khô khè, mặt đỏ, người nóng chát lưỡi vàng, không ra mồ hôi, táo, rêu vàng dày, mạch hoạt sắc, hữu lực.

- Pháp chữa: tức phong, thanh hỏa, tiêu đàm, khai khiêu [26].

**** Chứng thoát**

Thể liệt mềm, bệnh tại tâm và thận do phần âm hư, phần dương nổi lên làm âm dương không khí tề với nhau, là chứng bệnh nguy hiểm.

- Triệu chứng: hôn mê, mắt nhắm. mồm méo, chân tay mềm, đái ỉa không tự chủ, ra mồ hôi nhiều, sắc mặt trắng bệch, chân tay lạnh, lưỡi nhạt, mạch trầm tế muốn mất.

- Pháp chữa: hồi dương, tồn âm, cứu thoát [26].

1.3.4. TBMMN sau giai đoạn cấp theo YHCT

Sau giai đoạn cấp thường thấy hư thực lẫn lộn, tà thực chưa hết đã thấy hư chứng cho nên ta phải chữa gốc bệnh là can, thận, tâm suy tổn mới là chính

Phân loại theo tổn thương tạng phủ chia ra:

* Can thận âm hư

- Thường gặp ở những bệnh nhân tăng huyết áp, xơ vữa mạch

- Triệu chứng: liệt nửa người, liệt mặt dưới cùng bên, tay chân bên liệt tê dại, hoa mắt chóng mặt, đạo hãn, lòng bàn tay bàn chân ấm, thỉnh thoảng có cơn bốc hỏa, đau lưng mỏi gối tiểu tiện vàng, đái tiện hay táo, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi mỏng, ít rêu. Mạch huyền tế sắc hoặc trầm huyền [27].

* Phong đàm

- Thường ở những bệnh nhân tăng huyết áp, béo bệu, cholesterol máu cao

- Triệu chứng: liệt nửa người, liệt nửa mặt dưới cùng bên, tay chân bên liệt tê dại, nặng nề, lưỡi cử động khó, nói ngọng hoặc không, hay lợm giọng buồn nôn không thích uống nước. Đái tiện nát, tiểu hay đục. Chất lưỡi bệu nhợt, rêu lưỡi trắng dày nhớt, mạch phù hoạt hoặc huyền hoạt [27].

* Khí trệ huyết ứ:

- Thường gặp ở những người bệnh liệt nửa người do nhún não có tiền sử bệnh van tim, xơ vữa mạch.

- Triệu chứng: liệt nửa người, liệt mặt dưới cùng bên, có hoặc không kèm theo nói ngọng, nửa người mất cảm giác, sắc mặt u tối, hơi thở ngắn không có sức, chảy nước miếng, tự ra mồ hôi, hồi hộp, đái tiện lỏng, tay chân phù, lưỡi tối nhạt, rêu lưỡi trắng, mạch trầm tế sắc hoặc tế huyền [27].

1.3.5. Y học cổ truyền điều trị người bệnh tai biến mạch máu não sau giai đoạn cấp.

1.3.5.1. Châm cứu

Châm cứu là một trong những phương pháp điều trị bệnh có nhiều hiệu quả. Theo lý luận y học cổ truyền bệnh tật sinh ra do cơ thể mất cân bằng âm dương, châm cứu có tác dụng cơ bản là điều hòa âm dương. Châm cứu là tác động vào huyết điều chỉnh các rối loạn chức năng kinh mạch.

Đã có nhiều tác giả đưa ra các phương huyết châm cứu điều trị di chứng liệt sau TBMMN. Theo phác đồ của giáo sư Hoàng Bảo Châu gồm: Kiên ngưng, kiên tĩnh, khúc trì, bát tà, hoàn khiêu, phục thổ, túc tam lý, giải Khê, bát phong. Giáo sư Trần Thúy nêu phác đồ: Phong trì, phong phủ, bách hội, thái dương, đầu duy, đại chùy, kiên ngưng, khúc trì, thủ tam lý, hợp cốc, dương trì, hoàn khiêu, dương lăng tuyền, thân mạch, tuyệt cốt, côn lân, âm lăng tuyền, thái xung, giải Khê [28].

- Nếu kèm liệt mặt: Thêm đầu duy, dương bạch, tình minh, ty trúc không, thừa khấp, đại thương, giáp xa bên liệt, hợp cốc bên đối diện

- Nuốt sặc nói ngọng: Ân môn, liêm tuyền, thông lý 2 bên

- Rối loạn khứu giác : Thêm nghinh hương 2 bên

- Nếu bàn tay nắm chặt, các ngón tay co duỗi khó khăn: châm tả hợp cốc xuyên lao cung [21]

1.3.5.2 Cấy chỉ

Cấy chỉ là phương pháp dùng chỉ catgut (protein) chôn vào trong huyết của hệ kinh lạc để duy trì sự kích thích lâu dài, tạo nên tác dụng điều trị. Là một phương pháp châm cứu đặc biệt 1 bước tiến mới của châm cứu kết hợp YHCT với YHHĐ. So với châm cứu truyền thống, cấy chỉ tỏ rõ ưu điểm nổi bật về tiện lợi và hiệu quả. Tác dụng của cấy chỉ làm tăng lưới mao mạch, huyết quản tân sinh, lượng máu lưu thông tăng nhiều, sự tuần hoàn của máu cũng cải thiện cho vùng chi của người bệnh có cấy chỉ catgut có điều kiện dinh dưỡng hơn, đồng thời sợi cơ tăng nhiều tạo thành một bó, cấy chỉ có tác dụng làm khít chặt lại, bên trong lớp cơ còn có thể phát sinh những sợi thần kinh mới [29].

1.3.5.3 Thủy châm

Thủy châm là một phương pháp chữa bệnh kết hợp Y học cổ truyền và Y học hiện đại dựa vào nguyên lý của châm cứu học, lý luận về hoạt động thần kinh và tác

dụng của dược vật. Dựa vào phương pháp chẩn đoán của YHCT để lấy huyết theo đường kinh, phối hợp với tác dụng của thuốc tiêm và phong bế liệu pháp, thủy châm có thể làm tăng thêm diện tích kích thích, cường độ kích thích và thời gian kích thích trong khi chữa bệnh [30].

1.3.5.4. Thuốc

Giai đoạn sau tai biến mạch máu não, người bệnh còn lại di chứng liệt nửa người, liệt mặt... Phần lớn là do khí huyết ứ trệ hoặc đàm thấp nên phương chữa là bổ ích khí huyết, hành khí, hóa ứ, sơ thông kinh lạc nhằm nâng cao sự lưu thông giải quyết được sự tê dại của các chi, lưu thông khí huyết.

Theo nội kinh: “Phong khí không vào can, phong sinh ra từ bên trong cơ thể con người ta đều do can mà ra” và thuốc có tác dụng hành khí vì “huyết hành phong tự diệt” mà “khí hành tất huyết hành”. Nên dùng các vị thuốc quy kinh can, thận có tác dụng hành khí hoạt huyết để tăng cường sự phục hồi chức năng cho người bệnh, khí huyết được lưu thông giúp cho sự phục hồi được nhanh chóng [31].

Một số bài thuốc đã được các danh y sử dụng như sau:

Theo Hải Thượng Lãn Ông, chữa tê liệt nửa người bên trái lấy bổ huyết làm chủ yếu: dùng bài tứ vật thang gia vị. Chữa tê liệt nửa người bên phải lấy bổ khí là chính, dùng bài tứ quân gia vị.

Trương Văn Học ở học viện Thiêm tây, Trung Quốc dùng bài thuốc thông mạch sơ lạc phương gồm các vị: Hoàng kỳ 30g, xích thược 10g, xuyên khung 10g, địa long 15g, xuyên ngư tất 15g, đan sâm 30g, quế chi 6g, sơn tra 30g sắc uống [25]

1.3.5.5. Xoa bóp bấm huyết

Phương pháp xoa bóp bấm huyết là phương pháp sử dụng bàn tay với các thủ pháp linh hoạt tác động lên các huyết hoặc các bộ phận thích đáng để gây kích thích trên cơ thể con người, thông qua tác dụng của kinh lạc, khiến khí huyết trong cơ thể vận hành thông suốt, do đó đạt được mục đích phòng chữa bệnh [32]. Theo y học hiện đại cho rằng tác dụng của xoa bóp bấm huyết, chủ yếu là cơ quan cảm thụ thần kinh hoặc thần kinh của bộ phận có huyết được kích thích, đồng thời truyền dẫn đến thần kinh trung ương điều chỉnh công năng của hệ thống thần kinh cải thiện tuần hoàn máu và

trao đổi chất, thúc đẩy sự khôi phục và năng lực tái sinh của tổ chức tế bào vùng bệnh, khiến cho công năng bị cản trở được trở lại bình thường, bệnh cũng được chữa khỏi [33]. Xoa bóp bấm huyệt cho người bệnh sau tai biến mạch máu não có tác dụng tốt, giúp lưu thông khí huyết vùng bên liệt mà tăng cường nuôi dưỡng giảm teo cơ.

1.3.5.6 Khí công dưỡng sinh.

Khí công dưỡng sinh là phương pháp tự luyện tập để nâng cao thể chất, sức khỏe, phòng bệnh và chữa bệnh tương đối hoàn chỉnh và toàn diện. Phương pháp này có thể góp phần giúp người khỏe mạnh lẫn cả người bệnh từ hoàn toàn phụ thuộc vào thầy thuốc lên mình là thầy thuốc của chính mình, không những biết cách tập luyện cho thân thể khỏe mạnh, tinh thần minh mẫn mà còn biết cách chủ động trong làm việc, trong nghỉ ngơi, trong sinh hoạt để vừa làm việc tốt, vừa giữ được sức khỏe, vừa phòng bệnh, vừa chữa bệnh [34].

1.3.6. Một số nghiên cứu dùng YHCT điều trị TBMMN sau giai đoạn cấp.

Sử dụng phương pháp dùng thuốc: dùng các bài thuốc YHCT bao gồm các bài cổ phương và các chế phẩm. Theo Mai Văn Thông thì tác dụng của bài thuốc “ĐNH” kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trên người bệnh đột quỵ não thể nhồi máu sau giai đoạn cấp cho kết quả là người bệnh có cơ lực bậc 4 tăng lên 21,8% (trước điều trị là 15,6%), số người bệnh có cơ lực bậc 3 tăng từ 31,1% lên 43% [35].

Sử dụng phương pháp không dùng thuốc: châm cứu, điện châm, xoa bóp bấm huyệt, thủy châm, khí công, dưỡng sinh. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thùy đánh giá tác dụng phục hồi chức năng vận động của điện châm kết hợp phương pháp dưỡng sinh điều trị tai biến mạch máu não ở giai đoạn phục hồi là cơ lực của người bệnh trong nhóm nghiên cứu có kết quả cải thiện cao hơn so với nhóm đối chứng và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [36]. Theo Huỳnh Đăng Ninh (2015) nghiên cứu “Đánh giá tác dụng điện trường châm trong phục hồi chức năng vận động bàn tay, bàn chân trên người bệnh liệt nửa người do nhồi máu não” cho kết quả là điểm Orgogozo sau điều trị của thể trúng phong tạng phủ nhóm điện trường châm tăng 36,6% cao hơn so với nhóm điện hào châm là 8,3 %; điểm Orgogozo sau điều trị của thể trúng phong kinh lạc nhóm điện trường châm tăng 23% cao hơn so

với nhóm điện hào châm là 7,1 % [37]. Theo Lê Thị Mơ (2015) nghiên cứu “Đánh giá tác dụng của viên Hồi Xuân Hoàn kết hợp điện châm trong điều trị tai biến mạch máu não sau giai đoạn cấp” cho kết quả là tỉ lệ người bệnh phục hồi độ liệt đạt loại tốt 63,3% và khá là 36,7%. Điểm trung bình Orgogozo tăng cao hơn so với trước điều trị từ $47,50 \pm 8,17$ lên $80,67 \pm 20,65$, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Cải thiện triệu chứng lâm sàng tốt, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [38].

Theo Vũ Thường Vinh (2011) với đề tài “Nghiên cứu tác dụng phục hồi chức năng vận động bàn tay bằng điện mẫn châm ở người bệnh nhồi máu não sau giai đoạn cấp” cho kết quả là kết quả điều trị chung dịch chuyển về độ I và II ở nhóm điện mẫn châm đạt 84,4%, nhóm hào châm đạt 40,7% [39]. Theo nghiên cứu của Phạm Văn Bách (2011) “Nghiên cứu tác dụng bài thuốc Ích Tâm Hoàn thang trong điều trị tai biến mạch máu não giai đoạn cấp cho kết quả 100% bệnh nhân được phục hồi ở các mức độ khác nhau trong đó có 32,35% khỏi hoàn toàn, 50% người bệnh còn di chứng nhẹ nhưng tự sinh hoạt được, 11,76% người bệnh sinh hoạt cần sự giúp đỡ và 5,89% không tự sinh hoạt được. Tổng điểm Orgogozo tăng từ $35,29 \pm 3,24$ lên $85,24 \pm 2,10$ và mức tăng trung bình là 141,54% [40].

Theo Đỗ Hoàng Lâm (2020) với đề tài “Đánh giá tác dụng điều trị thất ngôn người bệnh nhồi máu não sau giai đoạn cấp bằng phương pháp điện châm các huyết vùng đầu” cho kết quả là nhóm đối chứng tỷ lệ người bệnh cải thiện độ thất ngôn thấp hơn nhóm nghiên cứu với 56,6%. Nhóm nghiên cứu 86,7% bệnh nhân có cải thiện độ thất ngôn [41].

1.4. Y HỌC GIA ĐÌNH

1.4.1. Khái niệm về Y học gia đình

Theo hiệp hội bác sĩ gia đình Hoa Kỳ: “YHGD là một chuyên ngành y học kết hợp giữa sinh học, y học lâm sàng và khoa học hành vi, chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu toàn diện, liên tục cho cá nhân và hộ gia đình ở tất cả các lứa tuổi, giới tính với tất cả các loại bệnh tật” [42].

1.4.2. Nguyên lý của chuyên ngành Y học gia đình

☞ Chăm sóc sức khỏe liên tục

- ☞ Chăm sóc sức khỏe toàn diện
- ☞ Chăm sóc sức khỏe phối hợp
- ☞ Dự phòng và nâng cao sức khỏe
- ☞ Hướng gia đình
- ☞ Hướng cộng đồng [42].

1.4.3. Chức năng của bác sĩ gia đình

+ Có trách nhiệm trong việc chăm sóc toàn diện, liên tục cho từng cá thể cũng như cả gia đình trong suốt thời kỳ ốm đau, giai đoạn phục hồi, cũng như khi khỏe mạnh. Phát hiện các vấn đề sức khỏe của người bệnh ở giai đoạn sớm nhất.

+ Quan tâm đến nhiều lĩnh vực, chuyên khoa thuộc y học lâm sàng.

+ Có khả năng giải quyết được nhiều vấn đề sức khỏe/ bệnh tật xảy ra đồng thời trên một người bệnh. Kiến thức chuyên môn rộng, trong đó chú trọng đến việc phát hiện và xử trí các bệnh và cấp cứu thường gặp, ưu tiên quản lý và điều trị bệnh nhân ngoại trú (đáp ứng khoảng 90% nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân trong cộng đồng).

+ Có khả năng hành động như người điều phối các nguồn lực cần thiết đáp ứng cho yêu cầu chăm sóc sức khỏe toàn diện của người bệnh.

+ Nhiệt tình trong công việc, luôn cập nhật kiến thức thông qua việc đào tạo liên tục (CME).

+ Ham học hỏi, tìm tòi các vấn đề mới nảy sinh trong quá trình thực hành lâm sàng và biện pháp giải quyết chúng.

+ Có kỹ năng điều trị và quản lý các bệnh mạn tính, đảm bảo sự hồi phục tốt nhất (dự phòng và hạn chế biến chứng) cho người bệnh.

+ Có khả năng tư vấn cho người bệnh và gia đình về các hành vi có lợi cho sức khỏe, yếu tố nguy cơ, bệnh tật và nguyên tắc dự phòng nhằm mục đích nâng cao sức khỏe [42]

Khung năng lực cơ bản của bác sĩ Đa khoa công tác tại Trạm Y tế theo nguyên lý YHGD

1. Năng lực hành nghề chuyên nghiệp
2. Năng lực ứng dụng nguyên lý của Y học gia đình trong thực hành

3. Năng lực chăm sóc y khoa theo nguyên lý Y học gia đình
4. Năng lực giao tiếp – tư vấn
5. Năng lực lãnh đạo và quản lý
6. Năng lực chăm sóc hướng cộng đồng [43]

1.4.4. Vị trí, chức năng và nhiệm vụ của YHGD

** Các cơ sở YHGD*

Theo Thông tư 21/2019-TT-BYT hướng dẫn thí điểm về YHGD có các cơ sở YHGD sau :

- Trạm Y tế xã, phường, thị trấn; bệnh xá; Trạm Y tế của cơ quan, đơn vị, tổ chức
- Phòng khám Đa khoa, phòng khám chuyên khoa tư nhân.
- Phòng khám Đa khoa, phòng khám Đa khoa khu vực, phòng khám chuyên khoa thuộc Trung Tâm Y tế quận, huyện, phòng khám quân dân .
- Khoa Khám bệnh thuộc bệnh viện quận, huyện hoặc trung tâm y tế quận, huyện hoặc bệnh viện của trường Đại học Y [44].

** Vị trí, chức năng*

Cơ sở y học gia đình là cơ sở đầu tiên tiếp nhận, quản lý, chăm sóc sức khỏe ban đầu, tư vấn, phòng bệnh, nâng cao sức khỏe, cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh đa khoa theo nguyên lý y học gia đình cho cá nhân, hộ gia đình [44].

** Nhiệm vụ*

Theo Quyết định 1568/QĐ-BYT, một trong các nhiệm vụ của Trạm Y tế tuyến xã và Phòng khám bác sĩ gia đình hoạt động theo nguyên lý Y học gia đình là được thực hiện các dịch vụ kỹ thuật tại gia đình người bệnh, bao gồm: Khám bệnh, kê đơn thuốc một số bệnh thông thường; Thực hiện một số thủ thuật: Thay băng, cắt chỉ, lấy mẫu máu, mẫu nước tiểu để xét nghiệm, khí dung, tiêm, truyền dịch [45].

Theo Thông tư 21/2019/TT-BYT, một trong các nhiệm vụ của cơ sở YHGD là chăm sóc, khám bệnh, chữa bệnh tại nhà đối với người bệnh theo danh mục quy định [44].

1.4.5. Những chuyên môn kĩ thuật YHCT có thể thực hiện tại nhà người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp.

- + Xoa bóp chống loét
- + Xoa bóp bấm huyệt điều trị cứng khớp chi dưới
- + Xoa bóp bấm huyệt điều trị mất ngủ
- + Xoa bóp bấm huyệt điều trị đau đầu, đau nửa đầu
- + Xoa bóp bấm huyệt điều trị stress
- + Chườm ngải cứu
- + Xoa bóp tại giường bệnh cho người bệnh [44].

1.5. ĐỊA BÀN NGHIÊN CỨU

** Thành phố Vinh*

Thành phố Vinh là trung tâm hành chính của tỉnh Nghệ An. Thành phố có vị trí ở phía Đông Nam của tỉnh, và nằm trên trục giao thông Bắc Nam của Việt Nam. Thành phố tiếp giáp với huyện Nghi Lộc về phía bắc và phía đông, huyện Hưng Nguyên phía tây, cũng như huyện Nghi Xuân và tỉnh Hà Tĩnh về phía nam và cách Thành phố Hồ Chí Minh 1.400 km về phía bắc. Ngày 5 tháng 9 năm 2008, thành phố trở thành đô thị loại I thứ năm của Việt Nam. Vinh là thành phố đông dân nhất khu vực Bắc Trung Bộ với hơn 490.000 dân. Dân số thành thị chiếm 68% và dân số nông thôn là 32 %. Thành phố Vinh chia thành 25 đơn vị hành chính cấp xã trực thuộc bao gồm 16 phường: Bến Thủy, Cửa Nam, Đội Cung, Đồng Vinh, Hà Huy Tập, Hồng Sơn, Hưng Bình, Hưng Dũng, Hưng Phúc, Lê Lợi, Lê Mao, Quán Bàu, Quang Trung, Trung Đô, Trường Thi, Vinh Tân và 9 xã: Hưng Chính, Hưng Đông, Hưng Hòa, Hưng Lộc, Nghi Ân, Nghi Đức, Nghi Kim, Nghi Liên, Nghi phú. Trên địa bàn thành phố hiện có 27 bệnh viện đa khoa và chuyên khoa, cùng nhiều trung tâm y tế, phòng khám đa khoa khác [46].

Tại miền Trung, nghiên cứu dịch tễ học đột quy não của Hoàng Khánh và cộng sự thời kì 1989-1993 cho thấy tỉ lệ mới mắc có xu hướng tăng dần, từ 16,3/100.000 dân vào năm 1989 lên đến 47,5/100.000 dân năm 1993. Tỉ lệ hiện mắc cũng tăng từ 29,9/100.000 dân vào năm 1989 lên 106/100.000 dân vào năm

1993 [15]. Dương Đình Chính nghiên cứu dịch tễ học đột quỵ não tại tỉnh Nghệ An giai đoạn 2007-2008 cho thấy tỉ lệ hiện mắc đột quỵ não tại tỉnh là 355,9/100.000 dân, tỉ lệ mới mắc là 104,7/100.000 dân, tỉ lệ tử vong là 65,1/100.000 dân và tỉ lệ tử vong trên mắc là 14,2 % [5].

- Khoa YHCT bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An.

Bệnh viện Đa khoa tư nhân đầu tiên tại Nghệ An mà tiền thân là Công ty TNHH khám chữa bệnh và vận chuyển cấp cứu bệnh nhân, được Bộ Y tế thẩm định và cấp phép hoạt động từ ngày 12 tháng 6 năm 2006. Bệnh viện có 10 khoa phòng, trong đó 3 phòng chuyên môn, 4 khoa lâm sàng, 3 khoa cận lâm sàng. Bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An hiện có hơn 200 cán bộ nhân viên, trong đó 42 cán bộ Đại học và trên Đại học. Khoa YHCT của bệnh viện hiện có 48 giường bệnh, khoa thường xuyên tiếp nhận điều trị 50-60 bệnh nhân nội trú/ ngày [47].

- Khoa YHCT bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh

Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh được thành lập ngày 15/10/1965. Trải qua chặng đường 55 năm xây dựng và phát triển, bằng sự nỗ lực, vượt khó của toàn thể cán bộ, y bác sĩ, nhân viên. Bệnh viện đã có nhiều bước đột phá, đổi mới toàn diện về mọi mặt, trở thành một trong những mô hình điếm về tự chủ tài chính và ứng dụng công nghệ thông tin trong quản trị bệnh viện và quản lý khám chữa bệnh, “Bệnh viện thông minh” đầu tiên trong khu vực Bắc Trung bộ. Trở thành điếm sáng về y tế trên quê hương Bác Hồ. Hiện nay, bệnh viện có quy mô 500 giường bệnh, 27 khoa/ phòng và 1 trung tâm. Hàng ngày bệnh viện thực hiện khám bệnh ngoại trú từ 2.000 đến 2.500 người; điều trị nội trú cho 700 người; phẫu thuật cho trên 10.000 ca/mỗi năm [48]

- Khoa YHCT bệnh viện TTH Vinh.

Bệnh viện có tiền thân là bệnh viện đa khoa Nguyễn Minh Hồng. Dự án bệnh viện Đa khoa quốc tế TTH Vinh với quy mô 300 giường. Bệnh viện được cơ cấu thành 3 khối: Khối Lâm sàng, khối Cận lâm sàng và khối Chức năng với 27 khoa, phòng.

Khoa YHCT bệnh viện Đa khoa TTH vinh có 20 giường bệnh nội trú, khoa thường xuyên tiếp nhận điều trị 20-30 bệnh nhân nội trú/ ngày [49].

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu chia làm 2 nhóm

- Nhóm 1: hồ sơ bệnh án của người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp điều trị nội trú của khoa Y học cổ truyền BV Đa khoa 115 Nghệ An và BV Đa khoa thành phố Vinh; khoa YHCT- PHCN BV Đa khoa TTH Vinh năm 2018, 2019, 2020.
- Nhóm 2: người bệnh được chẩn đoán TBMMN sau giai đoạn cấp hoặc người nhà người bệnh (trong trường hợp người bệnh không có khả năng giao tiếp) điều trị nội trú tại khoa YHCT BV Đa khoa 115 Nghệ An và BV Đa khoa thành phố Vinh; khoa YHCT- PHCN BV Đa khoa TTH Vinh từ tháng 5 đến tháng 9 năm 2021.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

* Nhóm 1: hồ sơ bệnh án khám, chữa bệnh nội trú của người bệnh TBMMN. Hồ sơ bệnh án phải có đầy đủ các thông tin sau: Tên, tuổi, giới, chẩn đoán theo YHHD và YHCT, các bệnh mãn tính kèm theo, thời gian mắc bệnh, đặc điểm người bệnh, phương pháp điều trị YHCT.

* Nhóm 2:

- Người bệnh được chẩn đoán là TBMMN theo định nghĩa của WHO "TBMMN là sự xảy ra đột ngột các thiếu sót chức năng thần kinh, thường là khu trú hơn là lan toả, tồn tại quá 24 giờ hoặc gây tử vong trong 24 giờ. Các khám xét loại trừ nguyên nhân chấn thương" [1].
- Đã qua 10 ngày cấp của bệnh
- Người nhà người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp (người bệnh không có khả năng giao tiếp)
- Tiếp cận được tại thời điểm điều tra và đồng ý tham gia nghiên cứu

- Có khả năng cung cấp chính xác thông tin

- Độ tuổi: trên 16 tuổi

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Nhóm 1:

- Bệnh án không đầy đủ thông tin

- Nhóm 2:

- Không tự nguyện tham gia nghiên cứu
- Không có khả năng cung cấp thông tin chính xác hay người nhà không đồng ý cung cấp thông tin

2.2. ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

- Khoa Y học cổ truyền bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An

- Khoa Y học cổ truyền bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh

- Khoa Y học cổ truyền- Phục hồi chức năng bệnh viện Đa khoa TTH Vinh.

2.3. THỜI GIAN NGHIÊN CỨU

Từ tháng 5/2021 đến 9/2021.

2.4. CỖ MẪU

Nhóm 1: chọn tất cả hồ sơ bệnh án nội trú của người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp tại khoa YHCT BV Đa khoa 115 Nghệ An và BV Đa khoa thành phố Vinh, khoa YHCT- PHCN BV Đa khoa TTH Vinh năm 2018, 2019, 2020.

Nhóm 2: tất cả người bệnh tai biến mạch máu não sau giai đoạn cấp nằm điều trị nội trú tại khoa YHCT BV Đa khoa 115 Nghệ an và BV Đa khoa thành phố Vinh, khoa YHCT- PHCN BV Đa khoa TTH Vinh từ tháng 5 đến tháng 9 năm 2021.

2.5. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.5.1. Thiết kế nghiên cứu

- **Mục tiêu 1** : nghiên cứu hồi cứu
- **Mục tiêu 2**: nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.5.2. Phương pháp tiến hành

- **Mục tiêu 1**

- Thu thập số liệu trong bệnh án hồi cứu

- Công cụ thu thập thông tin: bệnh án nghiên cứu thu thập
- Quy trình thu thập số liệu
- + Điều tra viên thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án của người bệnh TBMMN theo mẫu bệnh án nghiên cứu (phụ lục 2), nguồn hồ sơ bệnh án lấy tại kho lưu trữ thuộc phòng Kế hoạch tổng hợp của 3 bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh, bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An, bệnh viện Đa khoa TTH Vinh.

Tiêu chuẩn của một hồ sơ bệnh án được chọn: phải có đầy đủ thông tin điều tra viên cần thu thập bao gồm:

- Tuổi
- Giới
- Chẩn đoán bệnh theo YHHD
- Chẩn đoán bệnh theo YHCT
- Thể bệnh theo YHHD
- Thể bệnh theo YHCT
- Bệnh kèm theo của người bệnh
- Đặc điểm lâm sàng của người bệnh
- Phương thức điều trị YHCT của người bệnh

• **Mục tiêu 2.**

- Thu thập số liệu bằng phỏng vấn người bệnh.
- Công cụ thu thập thông tin: phiếu phỏng vấn (phụ lục 1)
- Quy trình thu thập số liệu :

* Phương pháp thu thập số liệu

- + Hoàn thiện bộ câu hỏi nghiên cứu: bộ câu hỏi được xây dựng và tiến hành nghiên cứu thử trên trên 10 người bệnh sau đó chỉnh sửa nội dung hoàn thiện nội dung
- + Thông báo kế hoạch nghiên cứu và xin hỗ trợ từ khoa: khi người bệnh được chỉ định xuất viện, điều dưỡng trưởng/ điều dưỡng phụ trách hành chính của khoa sẽ có danh sách người bệnh dự kiến ra viện và cung cấp cho điều tra viên.
- + Tiến hành điều tra: điều tra viên trực tiếp khám và phỏng vấn người bệnh theo bảng phỏng vấn (phụ lục 1)

+ Tập hợp phiếu, làm sạch chuẩn bị cho nhập liệu.

* Phương pháp đánh giá

Tiêu chuẩn chia thể

○ YHHD: Dựa vào kết quả chụp cắt lớp vi tính [1].

+ Nhồi máu não: ổ nhồi máu thể hiện trên phim bằng hình ảnh vùng giảm tỉ trọng ở nhu mô não trong khu vực tưới máu bởi mạch tổn thương. Tùy thuộc vào thời gian của nhồi máu não, hình tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính có những biến đổi khác nhau. Hình ảnh giảm tỉ trọng rõ nhất từ 48-72 giờ đến khoảng ngày thứ 8 sau đó hình ảnh giảm dần trong những tuần sau và ổn định, di chứng là một ổ dịch hoặc sẹo. Trong giai đoạn cấp trước 48 giờ chụp cắt lớp vi tính não có thể bình thường, cho phép loại trừ chảy máu.

+ Xuất huyết não: hình ảnh tăng tỉ trọng đồng đều, sau hai tuần có thể thấy ổ này giảm dần tỉ trọng có khi đồng đều với não lành.

○ YHCT dựa vào bảng phân thể bệnh sau [21]

Bảng 2.1: Phân thể bệnh YHCT

Tứ chẩn	Đặc điểm	Can thận âm hư	Phong đàm	Khí trệ huyết ứ
Vọng chẩn	Thần	Tĩnh	Tĩnh	Tĩnh
	Sắc	Hai gò má đỏ	Nhuận	Nhọt
	Hình thể	Gầy	Béo bệu	Gầy, mệt mỏi
	Chất lưỡi	Đỏ khô	Bệu	Điểm ứ huyết
	Rêu lưỡi	Ít rêu	Trắng dày nhớt	Trắng mỏng
Vấn chẩn	Tiếng nói			Ngại nói

	Thở			Đoản hơi
Vấn chẩn	Hàn nhiệt	Thiên nhiệt	Không rõ hàn nhiệt	Thiên hàn
	Hãn	Đạo hãn		Tự hãn
	Đầu mình	Hoa mắt chóng mặt	Đầu vầng	Đầu vầng, hoa mắt chóng mặt
	Tứ chi	Lưng đau, gối mỏi	Mình nặng nề, tay chân tê mỏi	Cơ nhục nhẽo
	Ngực		Đầy tức nặng nề	Hồi hộp trống ngực
	Ăn uống	Thích mát	Lợm giọng buồn nôn	Thích ấm
	Nhị tiện	Đại tiện táo, tiểu vàng	Đại tiện nát, tiểu đục	Đại tiện nát, tiểu trong
	Tai	Nghe kém	Ù tai	Ù tai
	Cơn bốc hoả	Có	Có thể có	Không
Thiết chẩn	Xúc chẩn	Ấm	Ấm	Mát

	Mạch	Trầm huyền tế	Huyền hoạt	Trầm tế sắc
--	------	---------------	------------	-------------

○ Tiêu chuẩn phân độ liệt : Theo Henry

- Độ 1: bệnh nhân vẫn tự đi lại được, tự phục vụ được nhưng chi bên bị bệnh yếu hơn chi đối diện
- Độ 2: bệnh nhân có thể nâng chân tay lên khỏi mặt giường nhưng không giữ được lâu
- Độ 3: bệnh nhân chỉ co duỗi được chân tay trên mặt giường một cách chậm chạp, yếu ớt.
- Độ 4: nhìn, sờ thấy cơ co khi bệnh nhân vận động chủ động nhưng không thấy co duỗi khúc chi
- Độ 5: hoàn toàn không có cơ co khi bệnh nhân vận động chủ động [15]

2.6. CÁC BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU

Bảng 2.2: Các biến số nghiên cứu

Mục tiêu	Biến số		Loại biến	Phương pháp thu thập
1. Mô tả thực trạng người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp	Một số thông tin chung của đối tượng	Tuổi	Định lượng	Hồi cứu hồ sơ bệnh án
		Giới	Định tính	
	Thời gian mắc bệnh của người bệnh		Định lượng	
	Bệnh mãn tính kèm theo		Định tính	
	Thể bệnh theo YHHD		Định tính	
	Thể bệnh theo YHCT		Định tính	
	Đặc điểm lâm sàng của người bệnh		Định tính	

	Phương pháp YHCT đã điều trị tại bệnh viện	Định tính	
	Dạng bào chế thuốc YHCT dùng điều trị sau TBMMN	Định tính	
2. Đánh giá nhu cầu sử dụng Y học cổ truyền tại hộ gia đình của người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp.	Nhu cầu sử dụng thuốc YHCT dạng thang sắc của NB	Định tính	Phỏng vấn bằng phiếu phỏng vấn
	Nhu cầu sử dụng thuốc YHCT thuốc chế phẩm của NB	Định tính	
	Nhu cầu sử dụng điện châm của NB	Định tính	
	Nhu cầu sử dụng thủy châm của NB	Định tính	
	Nhu cầu sử dụng XBBH của NB	Định tính	
	Nhu cầu sử dụng YHCT của NB có bệnh kèm theo là tăng huyết áp	Định tính	
	Nhu cầu sử dụng YHCT của NB có bệnh kèm theo là đái tháo đường	Định tính	
	Nhu cầu sử dụng YHCT của NB có bệnh kèm theo là rối loạn chuyển hoá lipid	Định tính	
	Nhu cầu sử dụng YHCT của NB liệt độ 1	Định tính	
	Nhu cầu sử dụng YHCT của NB liệt độ 2	Định tính	
	Nhu cầu sử dụng YHCT của NB liệt độ 3	Định tính	
	Nhu cầu sử dụng YHCT của NB liệt độ 4	Định tính	
	Nhu cầu sử dụng YHCT của NB liệt độ 5	Định tính	
	Nhu cầu sử dụng YHCT của NB có kèm rối loạn ngôn ngữ	Định tính	
	Nhu cầu sử dụng YHCT của NB có kèm rối loạn cơ tròn	Định tính	
Nhu cầu sử dụng YHCT của NB có kèm loét	Định tính		

Nhu cầu sử dụng YHCT của NB bị TBMMN lần đầu	Định tính
Nhu cầu sử dụng YHCT của NB bị TBMMN từ lần 2 trở lên	Định tính
Nhu cầu sử dụng YHCT của NB bị bệnh từ 10 ngày đến 1 tháng	Định tính
Nhu cầu sử dụng YHCT của NB bị bệnh từ 1 đến 6 tháng	Định tính
Nhu cầu sử dụng YHCT của NB bị bệnh trên 6 tháng	Định tính
Nhu cầu sử dụng YHCT của NB sống ở thành phố	Định tính
Nhu cầu sử dụng YHCT của NB sống ở huyện	Định tính
Lý do không sử dụng YHCT tại nhà của NB	Định tính
Lý do sử dụng YHCT tại nhà của NB	Định tính
Đồng ý chi trả chi phí dịch vụ	Định tính

2.7. PHƯƠNG PHÁP PHÂN TÍCH SỐ LIỆU

- Toàn bộ số phiếu phỏng vấn định lượng thu được trước khi nhập vào máy tính được làm sạch nhằm hạn chế sai số
- Nhập liệu vào máy tính bằng phần mềm excel 2016
- Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20. Các thông số được tính toán và trình bày theo bảng, biểu đồ.

Mục tiêu 1: sử dụng thống kê Frequencies

Mục tiêu 2:

- Phân tích mối tương quan: sử dụng bảng kiểm 2.2, tính tỉ suất chênh OR với 95%CI để xem mối liên quan giữa các đặc điểm đến nhu cầu sử dụng và sự đồng ý chi trả chi phí dịch vụ.

- Xác định yếu tố ảnh hưởng, quyết định đến nhu cầu sử dụng, sự đồng ý chi trả chi phí dịch vụ: sử dụng phân tích đa biến logistic các biến có liên quan

2.8. CÁC LOẠI SAI SỐ VÀ BIỆN PHÁP KHẮC PHỤC

- Sai số từ hồi cứu bệnh án

- Sai số ở người phỏng vấn do chưa hiểu hết nội dung phỏng vấn, phỏng vấn qua loa đặt câu hỏi ám thị. Sai số ở người được phỏng vấn như trả lời cho xong, bị tác động bởi ý kiến của người khác

* Biện pháp khắc phục

- Điều tra viên rèn luyện về kỹ năng phỏng vấn, kỹ năng điền thông tin để tránh sai sót thông tin. Giải thích cho đối tượng phỏng vấn ý nghĩa cũng như nội dung phỏng vấn nhằm phục vụ tốt cho công tác thu thập số liệu

- Thiết kế bộ câu hỏi có phân lặp lại các thông tin quan trọng để kiểm tra độ chính xác.

- Tổ chức giám sát quá trình điều tra.

- Thiết kế công cụ thu nhập số liệu đầy đủ và mang tính logic, thực hiện điều tra thử sau đó điều chỉnh phiếu phỏng vấn cho phù hợp. Kiểm tra hằng ngày sau mỗi ngày thu thập, nếu có sai số, thiếu sót sẽ làm lại.

2.9. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu được thực hiện sau khi có sự cho phép của Hội đồng Khoa học Đào tạo, Hội đồng thông qua đề cương luận văn cao học và lãnh đạo Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam; lãnh đạo bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh; lãnh đạo bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An; lãnh đạo bệnh viện TTH Vinh.

- Tất cả đối tượng nghiên cứu đều được điều tra viên giải thích cụ thể về mục đích, nội dung nghiên cứu để tự nguyện tham gia và hợp tác tốt trong quá trình nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu có quyền từ chối tham gia nghiên cứu bất cứ lúc nào.

- Các thông tin thu được đảm bảo giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

- Hồ sơ bệnh án hồi cứu được sự đồng ý của bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An, bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh và bệnh viện Đa khoa TTH Vinh và khoa YHCT của bệnh viện Đa khoa Hữu nghị Nghệ An, bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh; khoa YHCT_PHCN của bệnh viện Đa khoa TTH Vinh.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. THÔNG TIN CHUNG CỦA NGƯỜI BỆNH

Bảng 3.1: Giới tính của người bệnh

		Năm			Tổng 3 năm
		2018	2019	2020	
Nam	n	283	347	314	944
	%	56,9	57,9	59,9	58,3
Nữ	n	214	252	210	676
	%	43,1	42,1	40,1	41,7

Nhận xét: Trong 1620 người bệnh nghiên cứu.

- Tỷ lệ nam giới chiếm nhiều hơn nữ giới. Nam chiếm 58,3 % nữ chiếm 41,7%
- Năm 2018 tỷ lệ người bệnh là nam giới chiếm 56,9%, nữ giới là 43,1 %.
- Năm 2019 tỷ lệ người bệnh nam giới là 57,9%, nữ giới là 42,1 %.
- Năm 2020 tỷ lệ người bệnh nam giới 59,9% và nữ giới là 40,1%.

Bảng 3.2: Tuổi của người bệnh

		Năm			Tổng 3 năm
		2018	2019	2020	
Từ 18 - 44 tuổi	n	35	49	49	133
	%	7,1	8,1	9,4	8,2
	n	162	189	157	508

Từ 45 - 59 tuổi	%	32,6	31,6	30,0	31,4
Từ 60 – 74 tuổi	n	218	265	254	737
	%	43,8	44,2	42,4	43,6
Từ 75 tuổi trở lên	n	82	96	64	242
	%	16,5	16,1	18,2	16,8

Nhận xét: Trong 1620 người bệnh nghiên cứu.

- Người bệnh thấp tuổi nhất là 16 tuổi. Người bệnh cao tuổi nhất là 97 tuổi.
- Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 63
- Nhóm người bệnh có tuổi từ 60 đến 74 chiếm cao nhất, năm 2018 chiếm 43,8% năm 2019 chiếm 44,2% và năm 2020 là 42,4%.
- Nhóm bệnh thuộc nhóm tuổi từ 45 đến 59 chiếm 32,6% năm 2018, 31,6% năm 2019 và 30,0% năm 2020.
- Nhóm tuổi có tỉ lệ người bệnh thấp nhất là từ 18 đến 44 tuổi, năm 2018 là 7,1%, năm 2019 là 8,1%, năm 2020 chiếm 9,4%.

3.2. THỰC TRẠNG CỦA NGƯỜI BỆNH TBMMN

Bảng 3.3: Thể bệnh theo YHHD của người bệnh

		Năm			Tổng 3 năm
		2018	2019	2020	
Nhồi máu não	n	386	470	413	1269
	%	77,8	78,5	78,9	78,4
Xuất huyết não	n	111	129	111	351
	%	22,2	21,5	21,1	21,6

Nhận xét: Trong 1620 người bệnh nghiên cứu

- Người bệnh bị nhồi máu não chiếm 78,4%, bệnh nhân bị xuất huyết não là 21,6%.

- Tỷ lệ nhồi máu não: năm 2018 là 77,8% năm 2019 là 78,5% và năm 2020 là 78,9%.

- Tỷ lệ xuất huyết não: năm 2018 là 22,2% và năm 2019 là 21,5% đến năm 2020 là 21,1%

Bảng 3.4: Thể bệnh theo YHCT của người bệnh

		Năm			Tổng 3 năm
		2018	2019	2020	
Can thận âm hư	n	389	472	416	1277
	%	78,2	78,8	79,4	78,8
Phong đàm	n	44	55	72	147
	%	8,9	9,2	9,2	9,1
Khí trệ huyết ứ	n	64	72	60	196
	%	12,9	12	11,4	12,1

Nhận xét: Trong 1620 người bệnh nghiên cứu

- Thể can thận âm hư chiếm 78,8%, thể đàm thấp chiếm 9,1%, thể khí trệ huyết ứ chiếm 12,1%.

- Năm 2018 thể can thận âm hư chiếm 78,2%, phong đàm chiếm 8,9%, thể khí trệ huyết ứ chiếm 12,1%.

- Năm 2019 thể can thận âm hư chiếm 78,8%, phong đàm chiếm 9,2%, thể khí trệ huyết ứ chiếm 12%.

- Năm 2020 thể can thận âm hư chiếm 79,4%, phong đàm chiếm 9,2%, thể khí trệ huyết ú chiếm 11,4%.

Bảng 3.5: Số lần mắc TBMMN của người bệnh

			Năm			Tổng
			2018	2019	2020	
Số lần TBMMN	Lần đầu	n	348	421	365	1134
		%	70,0	70,3	69,7	70,0
	Từ lần 2 trở lên	n	149	178	159	486
		%	30	29,7	30,3	30,0

Nhận xét: Trong 1620 người bệnh nghiên cứu.

- Số người bệnh bị TBMMN lần đầu cao hơn số người bệnh bị từ lần thứ 2 trở lên lần lượt chiếm tỉ lệ 70% và 30%.

- Năm 2018 số người bệnh bị TBMMN lần đầu chiếm 70%, số người bệnh bị từ lần thứ 2 trở lên chiếm 30%

- Năm 2019 số người bệnh bị TBMMN lần đầu chiếm 70,3%, số người bệnh bị từ lần thứ 2 trở lên chiếm 29,7%

- Năm 2020 số người bệnh bị TBMMN lần đầu chiếm 69,7%, số người bệnh bị từ lần thứ 2 trở lên chiếm 30,3%

Bảng 3.6: Thời gian bị TBMMN của người bệnh

			Năm			Tổng
			2018	2019	2020	
Thời gian mắc bệnh	10 ngày đến 1 tháng	n	297	347	282	926
		%	59,8	57,9	53,8	57.2
	1 tháng đến 6 tháng	n	152	191	186	529
		%	30,6	31,9	35,5	32.7
	Trên 6 tháng	n	48	61	56	165
		%	9,6	10,2	10,7	10.1

Nhận xét: Trong 1620 người bệnh nghiên cứu

- Số người bệnh bị TBMMN từ 10 ngày đến 1 tháng là 57,2%, 1 đến 6 tháng là 32,7%, trên 6 tháng là 10,1%.

- Nhóm người bệnh có thời gian mắc bệnh từ 10 ngày đến 1 tháng là cao nhất: năm 2018 là 59,8%, năm 2019 là 57,9% và năm 2020 là 53,8%.

- Nhóm bệnh có thời gian mắc từ 1 đến 6 tháng : năm 2018 là 30,6%, năm 2019 là 31,9% và năm 2020 là 35,5%.

- Nhóm bệnh có thời gian mắc trên 6 tháng: năm 2018 là 9,6%, năm 2019 là 10,2% và năm 2020 là 10,7%.

Bảng 3.7: Đặc điểm lâm sàng của người bệnh

		Năm			Tổng 3 năm
		2018	2019	2020	
Liệt độ 1	n	104	140	136	380
	%	20,9	23,4	26	23,5
Liệt độ 2	n	62	95	92	249
	%	12,3	15,9	17,6	15,4
Liệt độ 3	n	114	135	135	384
	%	22,9	27,1	25,8	23,7
Liệt độ 4	n	188	180	146	514
	%	37,8	30,1	27,8	31,8
Liệt độ 5	n	29	49	15	93
	%	6,1	3,5	2,8	5,6
	n	274	337	284	895

Rối loạn ngôn ngữ	%	55,3	56,3	54,2	55,3
Rối loạn cơ tròn	n	74	85	71	230
	%	14,9	14,2	13,5	14,2
Loét	n	13	14	12	39
	%	2,6	2,3	2,3	2,4

Nhận xét: Trong 1620 người bệnh nghiên cứu.

- Trong 3 năm: nhóm người bệnh bị liệt độ 4 chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 31,8 %, tiếp đến là liệt độ 3 là 23,7%, liệt độ 1 là 23,5% và liệt độ 2 là 15,4% thấp nhất là liệt độ 5 là 5,6%.

- Trong 3 năm: người bệnh bị nói khó chiếm 29,4%, người bệnh bị rối loạn cơ tròn chiếm 14,2%, người bệnh bị loét chiếm 2,4%.

- Năm 2018 nhóm bệnh bị liệt độ 1,2,3,4,5 lần lượt chiếm tỉ lệ 20,9%, 12,3%, 22,9%, 37,8%, 6,1%. Nhóm người bệnh bị nói khó, rối loạn cơ tròn, loét lần lượt có tỉ lệ: 28,1%, 14,9%, 2,6%.

- Năm 2019 nhóm bệnh bị liệt độ 1,2,3,4,5 lần lượt chiếm tỉ lệ 23,4%, 15,9%, 27,1%, 30,1%, 3,5%. Nhóm người bệnh bị nói khó, rối loạn cơ tròn, loét lần lượt có tỉ lệ: 28,1%, 14,9%, 2,3%.

- Năm 2020 nhóm bệnh bị liệt độ 1,2,3,4,5 lần lượt chiếm tỉ lệ 26%, 17,6%, 25,8%, 27,8%, 2,8%. Nhóm người bệnh bị nói khó, rối loạn cơ tròn, loét lần lượt có tỉ lệ: 30,1%, 13,5%, 2,3%.

Bảng 3.8: Bệnh mãn tính kèm theo của người bệnh

			Năm			Tổng 3 năm
			2018	2019	2020	
	Tăng huyết áp	n	362	450	375	1187

Bệnh mãn tính kèm theo		%	72,8	75,1	71,6	73,2
	Rối loạn chuyển hoá Lipid	n	72	87	74	233
		%	14,5	14,5	14,1	14,4
	Đái tháo đường	n	35	35	30	100
		%	7,1	5,8	5,7	6,2
	Bệnh khác	n	8	8	7	23
		%	1,6	1,3	1,3	1,4

Nhận xét: Trong 1620 người bệnh nghiên cứu.

- Tổng 3 năm, số người bệnh bị tăng huyết áp kèm theo là 73,2%, rối loạn chuyển hoá Lipid là 14,4%, đái tháo đường là 6,2%, bệnh khác chiếm 1,4%

- Năm 2018 bệnh kèm theo là tăng huyết áp chiếm 72,8%, rối loạn chuyển hoá Lipid chiếm 14,5%, đái tháo đường là 7,1%

- Năm 2019 bệnh kèm theo là tăng huyết áp chiếm 75,1%, rối loạn chuyển hoá Lipid chiếm 14,5%, đái tháo đường là 5,8%

- Năm 2020 bệnh kèm theo là tăng huyết áp chiếm 71,6%, rối loạn chuyển hoá Lipid chiếm 14,1%, đái tháo đường là 5,7%

Bảng 3.9: Dạng thuốc YHCT người bệnh sử dụng

			Năm			Tổng 3 năm
			2018	2019	2020	
Phương pháp dùng thuốc	Thuốc thang	n	298	400	371	1069
		%	60	66,8	70,8	65,9
	Thuốc chế phẩm	n	281	346	306	933
		%	56,5	57,8	58,8	57,6

Nhận xét: Trong 1620 người bệnh nghiên cứu

- Tổng 3 năm: nhóm người bệnh sử dụng thuốc thang là cao là 65,9%, thuốc chế phẩm là 57,6%

- Năm 2018 tỉ lệ người bệnh dùng thuốc thang là 60%, thuốc chế phẩm là 56,5%
- Năm 2019 tỉ lệ người bệnh dùng thuốc thang là 66,8%, thuốc chế phẩm là 57,8%
- Năm 2020 tỉ lệ người bệnh dùng thuốc thang là 70,8%, thuốc chế phẩm là 58,8%.

Bảng 3.10: Phương pháp không dùng thuốc YHCT người bệnh đã sử dụng

			Năm			Tổng 3 năm
			2018	2019	2020	
Phương pháp không dùng thuốc YHCT	Điện châm	n	397	497	446	1340
		%	79,8	83	85,1	83
	Thủy châm	n	387	479	420	1286
		%	77,9	80	80,2	79,4
	XBBH	n	472	543	479	1494
		%	95	90,7	91,4	92,4

Nhận xét: Trong 1620 người bệnh nghiên cứu.

- Nhóm người bệnh sử dụng phương pháp XBBH là cao nhất chiếm 92,4%, tiếp đến là châm cứu chiếm 83%. Nhóm người bệnh sử dụng phương pháp thủy châm là 79,4%.

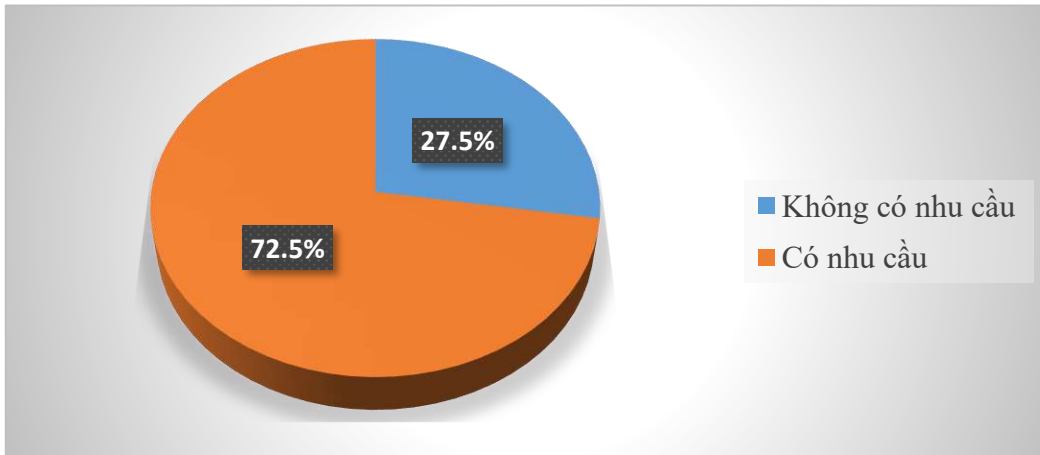
- Năm 2018 nhóm người bệnh sử dụng điện châm, thủy châm, XBBH lần lượt có tỉ lệ: 79,8%, 77,9%, 95%.

- Năm 2019 nhóm người bệnh sử dụng điện châm, thủy châm, XBBH lần lượt có tỉ lệ: 83%, 80%, 90,7%.

- Năm 2020 nhóm người bệnh sử dụng điện châm, thủy châm, XBBH lần lượt có tỉ lệ: 85,1%, 80,2%, 91,4%.

3.3. NHU CẦU SỬ DỤNG YHCT ĐIỀU TRỊ TẠI NHÀ CỦA NGƯỜI BỆNH

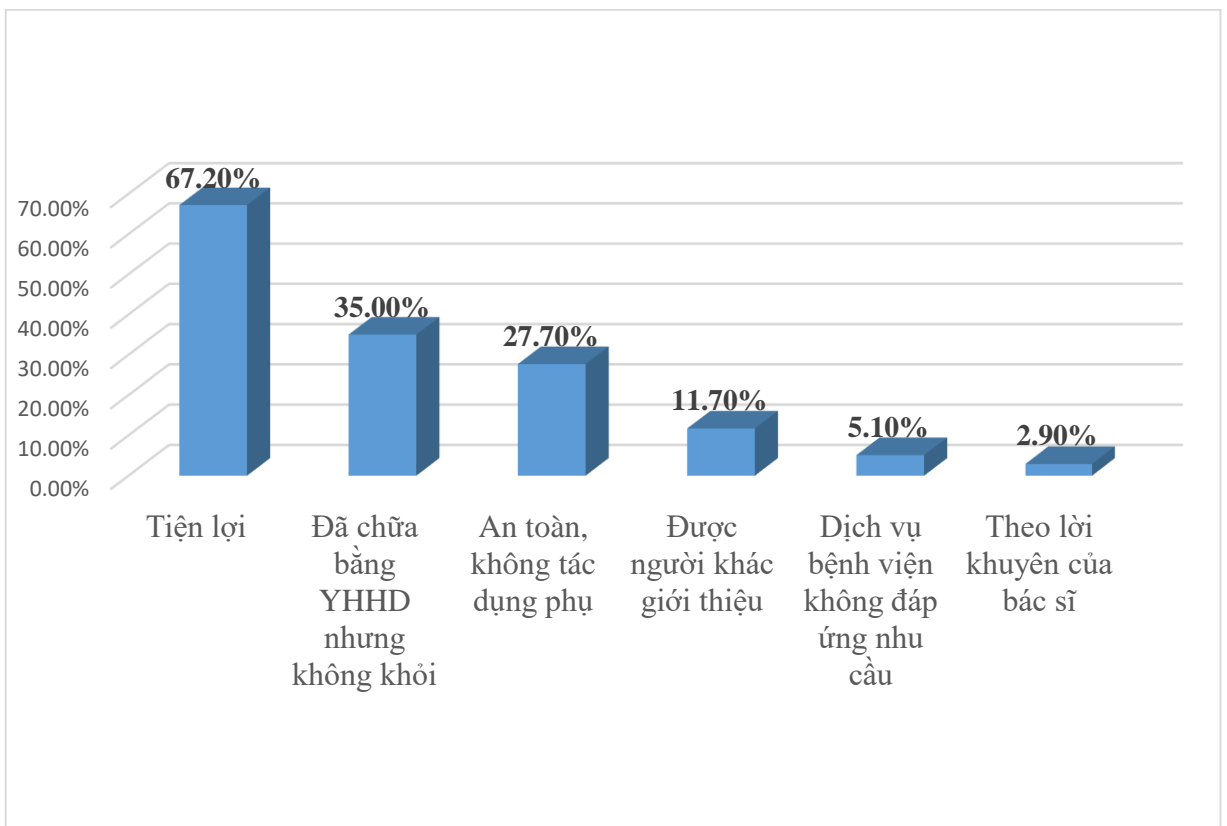
3.3.1. Nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà của NB TBMMN sau giai đoạn cấp .



Biểu đồ 3.1 Phân bố nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà

Nhận xét: Trong 189 người bệnh được phỏng vấn về nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà

- Có 137 người bệnh có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà chiếm 72,5%
- Có 52 người bệnh không có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà chiếm 27,5%



Biểu đồ 3.2 Phân bố lý do có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà

Nhận xét: Trong 137 người bệnh có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà

- Có 38 người bệnh có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà vì chữa YHCT tại nhà an toàn không tác dụng phụ chiếm 27,7%.

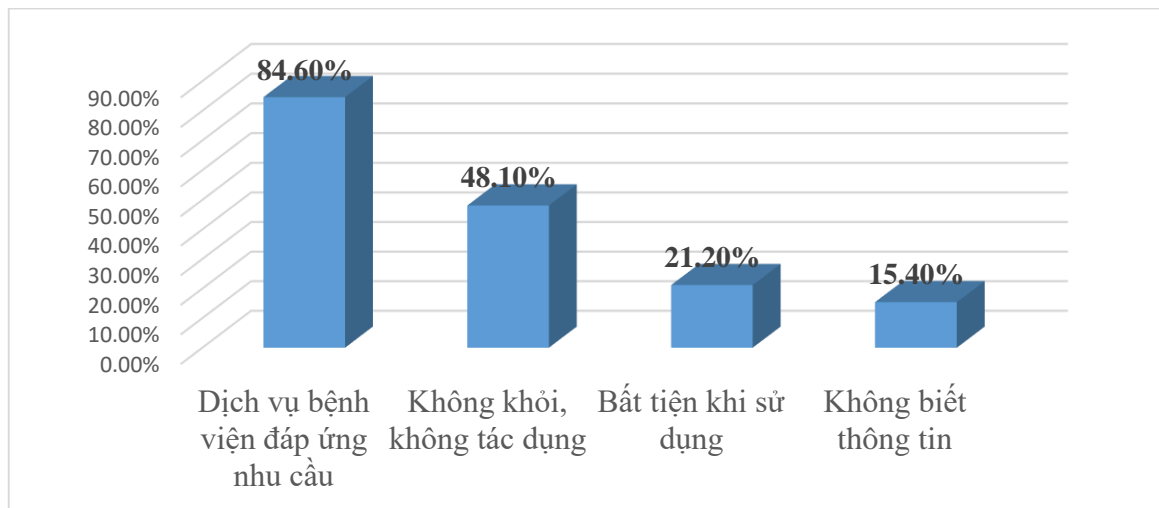
- Có 4 người bệnh có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà vì theo lời khuyên của cán bộ y tế chiếm 2,9%.

- Có 16 người bệnh có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà do có người khác giới thiệu chiếm 11,7%.

- Có 48 người bệnh có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà vì đã chữa YHHĐ nhưng không khỏi, chiếm 35%.

- Có 8 người bệnh có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà do dịch vụ bệnh viện không đáp ứng nhu cầu, chiếm 5,1%.

- Có 92 người bệnh có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà vì tiện lợi chiếm 67,2%.



Biểu đồ 3.3 Phân bố lý do không có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà

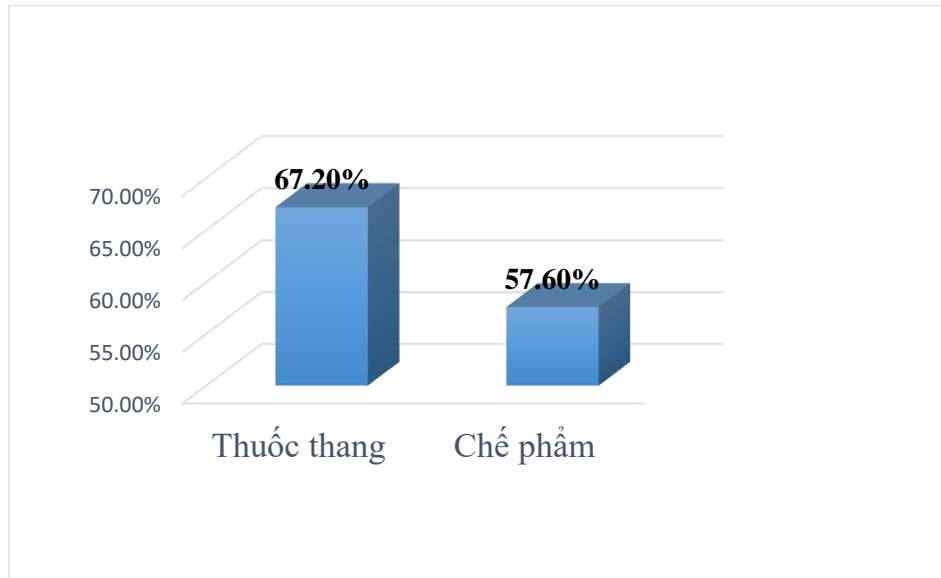
Nhận xét: Trong 52 người bệnh không có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà

- Có 44 người bệnh có lý do là dịch vụ BV đáp ứng nhu cầu chiếm cao nhất là 84,6%.

- Có 25 người bệnh có lý do nghĩ rằng điều trị YHCT tại nhà là không khỏi không tác dụng chiếm 48,1%.

- Có 11 người bệnh có lý do thấy bất tiện khi sử dụng chiếm 21,2%.

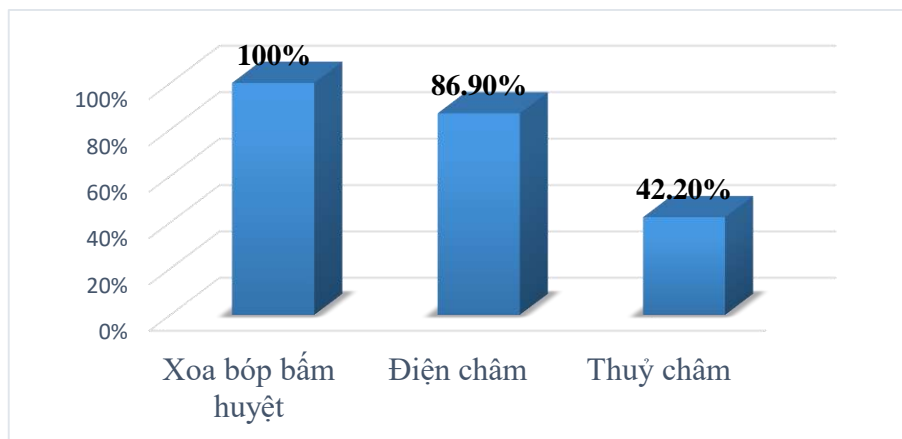
- Chiếm tỉ lệ ít nhất là 15,4% với 8 người là không biết thông tin về điều trị YHCT tại nhà cho người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp.



Biểu đồ 3.4 Phân bố nhu cầu sử dụng thuốc YHCT tại nhà

Nhận xét: Trong 137 người bệnh có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà

- Có 92 người bệnh có nhu cầu sử dụng thuốc thang chiếm 67,2%
- Có 79 người bệnh có nhu cầu sử dụng thuốc chế phẩm chiếm 57,6%



Biểu đồ 3.5 Phân bố nhu cầu sử dụng PP YHCT không dùng thuốc tại nhà

Nhận xét: Trong 137 người bệnh có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà

- Có 100% người bệnh có nhu cầu sử dụng xoa bóp bấm huyệt.
- Có 119 người bệnh có nhu cầu sử dụng điện châm chiếm 86,9%.
- Có 58 người bệnh có nhu cầu sử dụng thủy châm chiếm 42,2%.

Bảng 3.11: Tỷ lệ nhu cầu sử dụng theo độ liệt của người bệnh

	Không có nhu cầu	Có nhu cầu
Độ 1 (n=44)	40%	60%
Độ 2 (n=29)	15,4%	84,5%
Độ 3 (n=44)	24,4%	75,6%
Độ 4 (n=60)	32,8%	67,2%
Độ 5 (n=12)	7%	93%

Nhận xét: Trong 189 người bệnh nghiên cứu

- Nhu cầu sử dụng ở người bệnh có độ liệt 5 là cao nhất chiếm 93%, thấp nhất là người bệnh có độ liệt 4 chiếm 67,2%. Nhu cầu sử dụng của người bệnh có độ liệt 1,2,3 lần lượt là 60%, 84,5%, 75,6%.

Bảng 3.12: Tỷ lệ nhu cầu sử dụng với đặc điểm người bệnh

	Không có nhu cầu	Có nhu cầu
Nói khó (n=104)	36.7%	63.3%
Rối loạn cơ tròn (n=26)	33.3%	66.7%
Loét (n=4)	25%	75%

Nhận xét: Trong 189 người bệnh nghiên cứu

- Nhóm người bệnh nói khó có 36,7% người bệnh không có nhu cầu sử dụng YHCT tại hộ gia đình và 63,3% người bệnh có nhu cầu

- Nhóm người bệnh bị rối loạn cơ tròn có 33,3% người bệnh không có nhu cầu sử dụng YHCT tại hộ gia đình và 66,7% người bệnh có nhu cầu

- Nhóm người bệnh bị loét có 25% người bệnh không có nhu cầu sử dụng YHCT tại hộ gia đình và 75% người bệnh có nhu cầu

Bảng 3.13: Tỷ lệ nhu cầu với bệnh kèm theo của người bệnh

	Không có nhu cầu	Có nhu cầu
Tăng huyết áp (n=137)	30.0%	70.0%
Rối loạn chuyển hoá lipid (n=27)	23.0%	77.0%
Đái tháo đường (n=11)	50.0%	50.0%

Nhận xét: Trong 189 người bệnh nghiên cứu

- Nhóm người bệnh bị tăng huyết áp có 70% người có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà, 30 % không có nhu cầu

- Nhóm người bệnh bị rối loạn chuyển hoá Lipid có 77% người có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà, 23% không có nhu cầu

- Nhóm người bệnh bị đái tháo đường có 50% người có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà, 50% không có nhu cầu

- Nhóm người bệnh có bệnh kèm theo bệnh khác có 72,7% người có nhu cầu sử dụng, 27,3% không có nhu cầu sử dụng

Bảng 3.14: Tỷ lệ nhu cầu với thời gian mắc bệnh của người bệnh

	Không có nhu cầu	Có nhu cầu
10 ngày đến 1 tháng (n=108)	15%	85%
1 đến 6 tháng (n=61)	31,9%	68,1%
Trên 6 tháng (n=20)	82,4%	17,6%

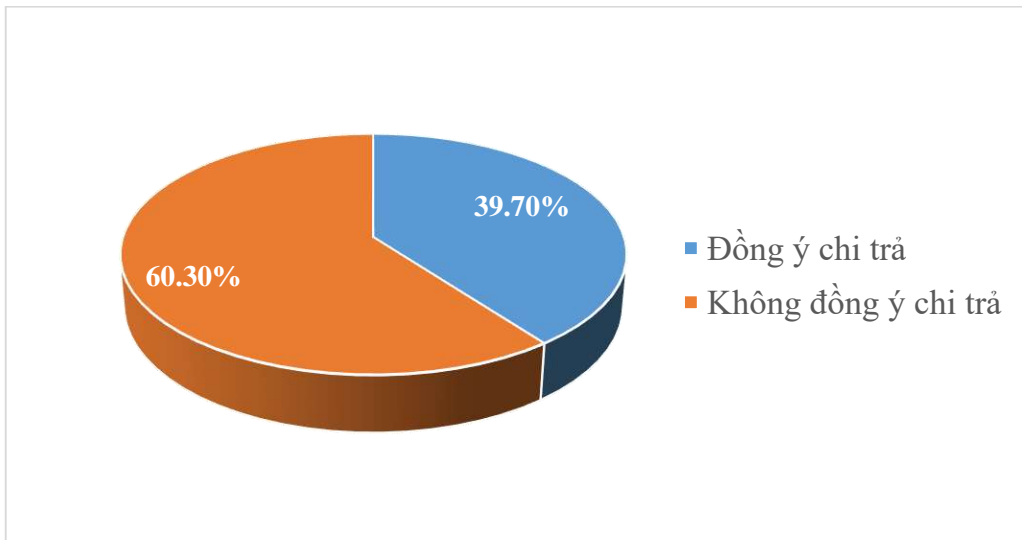
Nhận xét: Trong 189 người bệnh nghiên cứu

- Nhóm người bệnh có thời gian mắc bệnh từ 10 ngày đến 1 tháng có 85% người bệnh có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà để điều trị, 15% NB không có nhu cầu

- Nhóm người bệnh có thời gian mắc bệnh từ 1 đến 6 tháng có 68,1% người bệnh có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà để điều trị, 31,9% người bệnh không có nhu cầu

- Nhóm người bệnh có thời gian mắc bệnh trên 6 tháng có 17,6% người bệnh có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà để điều trị, 82,4% người bệnh không có nhu cầu

3.3.2. Đồng ý chi trả chi phí dịch vụ YHCT tại nhà



Biểu đồ 3.6 Phân bố sự đồng ý chi trả dịch vụ điều trị YHCT tại nhà

Nhận xét: Trong 189 người bệnh nghiên cứu

- Có 75 người bệnh chiếm 39,7% đồng ý chi trả chi phí dịch vụ
- Có 62 người bệnh chiếm 60,3% không đồng ý chi trả chi phí dịch vụ

3.3.3. Mối liên quan giữa nhu cầu với các đặc điểm của người bệnh

Bảng 3.15: Mối liên quan giữa nhu cầu sử dụng với các đặc điểm của NB

Đặc điểm		Nhu cầu				P	95% CI
		Không		Có			
		n	%	n	%		
Tuổi	Dưới 60 tuổi	19	26.8	52	73.2	0,86	0,94 (0,486-1,824)
	Trên 60 tuổi	33	28.0	85	72.0		

Giới	Nữ	25	31,6	54	68,4	0,28	1,42 (0,748- 2,707)
	Nam	27	24,5	83	75,5		
Nơi sống	Thành phố vinh	14	13,1	93	86,9	<0,01	0,17 (0,09-0,36)
	Huyện	38	46,3	44	53,7		
Thu nhập hàng tháng	Dưới 20 triệu	20	45,5	24	55,5	0,002	2,94 (1,445- 5,994)
	Trên 20 triệu	32	22,1	113	77,9		
Thời gian mắc bệnh	6 tháng trở xuống	38	22,1	134	77,9	<0,01	0,06 (0,017-0,223)
	Trên 6 tháng	14	82,4	3	17,6		
Số lần bị TBMMN	Lần đầu	51	34,2	98	65,8	<0,01	20,30 (2,71-152,01)
	Từ 2 lần trở lên	1	2,5	39	97,5		

Nhận xét:

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà theo nơi sống, thu nhập, thời gian bị bệnh, số lần bị TBMMN của NB ($p < 0,05$). Tỷ lệ NB sống ở huyện có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà bằng 0,17 lần tỷ lệ NB sống ở thành phố. Tỷ lệ NB thu nhập cả gia đình hàng tháng trên 20 triệu có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà cao gấp 2,94 lần tỷ lệ NB thu nhập cả gia đình hàng tháng dưới 20 triệu. Tỷ lệ NB bị TBMMN trên 6 tháng có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà bằng 0,06 lần tỷ lệ NB bị TBMMN dưới 6 tháng. Tỷ lệ NB bị TBMMN lần 2 trở lên cao gấp 20,3 lần NB bị TBMMN lần đầu.

Các đặc trưng về tuổi, giới có sự khác biệt về nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà. Tỷ lệ NB có tuổi trên 60 có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà bằng 0,94 NB có tuổi dưới

60. Tỷ lệ NB nam có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà cao gấp 1,42 NB nữ. Tuy nhiên những khác biệt này chưa mang lại ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

3.3.4. Mối liên quan giữa đồng ý chi trả chi phí với các đặc điểm của người bệnh

Bảng 3.16: Mối liên quan giữa đồng ý chi trả chi phí với các đặc điểm của NB

		Đồng ý chi trả chi phí				P	OR 95%CI
		Không		Có			
		n	%	n	%		
Tuổi	Dưới 60 tuổi	23	44,2	29	55,8	0,85	0,94 (0,47-1,88)
	Trên 60 tuổi	39	45,9	46	54,1		
Giới	Nữ	24	44,4	30	55,6	0,88	0,95 (0,48-1.89)
	Nam	38	45,8	45	54,2		
Nơi sống	Thành phố Vinh	19	20,4	74	79,6	<0,01	0,01 (0,001-0,046)
	Huyện	43	97,7	1	2,3		
Thu nhập	Dưới 20 triệu	24	100	0	0	<0,01	2,97 (2,30-3,85)
	Trên 20 triệu	38	33,6	75	66,4		
Thời gian bị bệnh	Từ 6 tháng trở xuống	61	45,5	73	54,5	0,68	1,67 (0,15-18,9)
	Trên 6 tháng	1	33,3	2	66,7		
Số lần TBMMN	Lần đầu	43	43,9	55	56,1	0,61	0,82 (0,39- 1,73)
	Từ lần 2 trở lên	19	48,7	20	51,3		

Nhận xét:

Các đặc trưng về tuổi, giới, thời gian bị bệnh, số lần bị TBMMN có sự khác biệt về đồng ý chi trả chi phí sử dụng YHCT tại nhà. Tỷ lệ này ở NB trên 60 tuổi đồng ý chi trả bằng 0,94 lần tỷ lệ NB dưới 60 tuổi. Tỷ lệ NB nam đồng ý chi trả chi phí bằng 0,95 lần so với NB nữ. Tỷ lệ NB có thời gian bị bệnh dưới 6 tháng gấp 1,67 lần tỷ lệ NB có thời gian bị bệnh trên 6 tháng. Tỷ lệ NB bị TBMMN lần 2 trở đi bằng 0,82 tỷ lệ NB bị TBMMN lần đầu, tuy nhiên những khác biệt này chưa mang lại ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đồng ý chi trả chi phí sử dụng YHCT tại nhà theo thu nhập, nơi sống của NB ($p < 0,05$). Tỷ lệ NB có tổng thu nhập cả gia đình hàng tháng trên 20 triệu đồng ý chi trả chi phí gấp 2,97 lần tỷ lệ NB có tổng thu nhập cả gia đình hàng tháng dưới 20 triệu. Tỷ lệ NB sống ở huyện đồng ý chi trả chi phí bằng 0,01 lần tỷ lệ NB sống ở thành phố.

3.3.5. Phân tích hồi quy đa biến

Bảng 3.17: Phân tích đa biến logistic các yếu tố liên quan đến nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà

Yếu tố	OR	95%CI	P
Nơi sống	0,18	0,072 - 0,457	<0,01
Thu nhập	1,06	0,658 - 1,712	0,81
Thời gian bị bệnh	0,278	0,150 - 0,513	<0,01
Số lần bị TBMMN	21,86	2,684 - 178,1	0,04

-2 Log likelihood= 154.709^a

Nagelkerke R Square= 0,435

Cox & Snell R Square= 0,301

Overall percentage= 81%

Nhận xét:

Cả 4 đặc điểm đưa vào mô hình hồi quy logistic là nơi sống, thu nhập, thời gian mắc bệnh, số lần bị bệnh. Có 3 đặc điểm chính dự đoán và có ảnh hưởng chủ yếu đến nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà là nơi sống (OR= 0,18, 95%CI: 0,072-0,457,

$p < 0,05$, thời gian bị bệnh (OR= 0,278, 95% CI: 0,150-0,513, $p < 0,05$) và số lần bị TBMMN (OR= 21,86, 95%CI: 2,684- 178,1, $p < 0,05$). Tỷ lệ dự đoán đúng của mô hình này là 81%. Hệ số mức độ giải thích của mô hình R^2 Nagelkerke= 0,435.

Bảng 3.18: Phân tích đa biến logistic các yếu tố liên quan đến đồng ý chi trả dịch vụ

Yếu tố	OR	95%CI	p
Nơi sống	0,01	0,001- 0,075	<0,01
Thu nhập	11,84	3,566-39,34	<0,01

-2 Log likelihood= 68.735^a

Nagelkerke R Square= 0,78

Cox & Snell R Square= 0,583

Overall percentage= 64,7%

Nhận xét:

Có 2 đặc điểm đưa vào mô hình hồi quy logistic là nơi sống, thu nhập. Cả 2 đều là đặc điểm chính dự đoán và có ảnh hưởng chủ yếu đến đồng ý chi trả chi phí dịch vụ là thu nhập (OR= 11,84, 95%CI: 3,566-39,335, $p < 0,05$) và nơi sống (OR= 0,01, 95%CI: 0,001- 0,075, $p < 0,05$). Tỷ lệ dự đoán đúng của mô hình này là 64,7%. Hệ số mức độ giải thích của mô hình R^2 Nagelkerke= 0,78.

CHƯƠNG 4 BÀN LUẬN

4.1. THỰC TRẠNG NGƯỜI BỆNH TBMMN SAU GIAI ĐOẠN CẤP

4.1.1. Thông tin chung của người bệnh

** Giới tính*

Nghiên cứu thực hiện trên 1620 người bệnh trong đó tỉ lệ nam chiếm 58,3% nữ là 41,7%. Tỉ lệ nam /nữ là 1,4/1. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Như Mai tại bệnh viện Lão khoa Trung ương và Hoàng Thị Lan Anh tại bệnh viện 103 cho thấy nam giới bị tai biến mạch máu não nhiều hơn nữ giới với các tỉ lệ lần lượt 1,28/1 [50], 1,58/1 [51]. Tỉ lệ nam giới bị TBMMN nhiều hơn nữ giới có thể là do nam giới hay dùng rượu bia và hút thuốc lá nhiều hơn nữ giới.

** Tuổi*

Nghiên cứu thực hiện trên 1620 người bệnh, người bệnh thuộc nhóm 60-74 tuổi là cao nhất chiếm 43,6%, Người bệnh thuộc nhóm 45-59 tuổi cũng khá cao chiếm tỉ lệ 31,4%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Huệ người bệnh thuộc nhóm 60-74 tuổi (38,9%), tiếp đến là nhóm 45-59 (34,5%) [52]. Theo WHO TBMMN có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng hay gặp nhất ở tuổi trên 60. Theo một số tài liệu nước ngoài thấy tuổi là yếu tố quan trọng nhất của TBMMN. Tỉ lệ TBMMN tăng lên theo tuổi, hầu hết xảy ra ở những người trên 65 [53].

4.1.2. Đặc điểm người bệnh và phương thức điều trị

** Nguyên nhân TBMMN.*

Trong các loại TBMMN thì NMN chiếm 76,2%, XHN chiếm 18,8%, chưa rõ nguyên nhân là 5%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Thị Lan Anh với các tỉ lệ tương ứng là 76%, 18,7%, 5,3% [51]. Theo các nghiên cứu ở Hoa Kỳ (1995) thì tỉ lệ NMN chiếm 71%, XHN chiếm 26%, thể chưa rõ nguyên nhân là 3%. Theo nghiên cứu Dijon ở Pháp (1995) thì tỉ lệ NMN là 80%, chảy máu não là 20%. [48]

** Thể lâm sàng YHCT*

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, thể can thận âm hư chiếm 78,8%, khí trệ huyết ú chiếm 12,1%, đàm thấp chiếm tỉ lệ thấp nhất là 9,1%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hoa tại bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương với các kết quả lần lượt là, can thận âm hư (73,7%), khí trệ huyết ú (15,6%), đàm thấp (13,3%) [55] và nghiên cứu của Phan Thu Nhung tại khoa YHCT bệnh viện Bạch Mai thì tỉ lệ can thận âm hư (70,2%), phong đàm (11,9%), khí trệ huyết ú (17,8%) [56]. Tai biến mạch máu não xảy ra chủ yếu ở người cao tuổi, theo YHCT khi nam đến 64 tuổi, nữ 49 tuổi là độ tuổi thiên quý suy, chức năng lục phủ ngũ tạng bị suy yếu. Thận tàng tinh, can tàng huyết, thận thủy sinh can mộc nên thận âm hư hay gây can huyết hư, tinh và huyết thuộc về âm mà ta có chứng can thận âm hư. Ta thấy độ tuổi hay gặp TBMMN nhất là 60 đến 74 (biểu đồ 3.2) ở độ tuổi này thì đa phần can thận đều hư tổn. Kết quả này thu được trong nghiên cứu là hợp lý.

** Số lần bị TBMMN*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số NB bị TBMMN lần đầu chiếm 70%, NB bị TBMMN từ lần 2 trở lên chiếm 30%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Thị Lan Anh TBMMN lần đầu (69,3%), TBMMN từ lần 2 trở lên (30,7%) [51], và nghiên cứu của Trần Hải Bằng TBMMN lần đầu chiếm 83,1% , TBMMN lần 2 trở đi (16,9%) [57]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có những người bệnh bị TBMMN lần thứ 3 hoặc những người bệnh bị TBMMN lần sau ngay sau khi xuất viện. 30% người bệnh mắc bệnh từ lần 2 trở lên cho thấy công tác tư vấn về yếu tố nguy cơ tái phát và quản lý bệnh nhân sau TBMMN tại cộng đồng chưa đầy đủ. Nên tăng cường công tác dự phòng tái phát sau TBMMN.

** Thời gian bị bệnh*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tính từ ngày nhập viện số NB bị bệnh 10 ngày đến 1 tháng chiếm tỉ lệ nhiều nhất chiếm 57,2%, tiếp đến là NB bị bệnh 1 đến 6 tháng chiếm 32,7%, chiếm ít nhất là trên 6 tháng với 10,1%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hoa, nhóm bệnh 10 ngày đến 1 tháng, 1 đến 6 tháng, trên 6 tháng lần lượt là 53,3%, 37,8%, 8,9% [55].

Điều này cho thấy người bệnh vào BV Đa khoa thành phố Vinh, BV Đa khoa 115 Nghệ An, BV Đa khoa TTH Vinh là ngay sau giai đoạn cấp, khi các dấu hiệu sinh tồn và toàn trạng đã tương đối ổn định, bệnh nhân vào viện với mục đích phục hồi chức năng. Người bệnh thuộc nhóm bị bệnh trên 6 tháng là ít nhất do sau 6 tháng khả năng phục hồi kém và người bệnh sau 6 tháng tỉ lệ độ liệt và thương tật nhẹ hơn cho nên người bệnh ít vào viện.

** Tình trạng bệnh kèm theo*

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, người bệnh TBMMN có bệnh đi kèm chủ yếu là tăng huyết áp chiếm 73,2%, tiếp theo là rối loạn chuyển hoá Lipid 14,4%, đái tháo đường là 6,2%, bệnh khác là 1,4%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Triệu số người bệnh TBMMN có tăng huyết áp tâm trương là 71,2%, tăng huyết áp tâm thu là 75,7% [58]. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Thị Lan Anh, có 70,7% người bệnh TBMMN có tăng huyết áp [51]. Theo nghiên cứu của Lê Thị Anh Hoa tìm hiểu về sự hiểu biết của người bệnh tăng huyết áp về các dấu hiệu và yếu tố nguy cơ về mắc tai biến mạch máu não thì có 90% người bệnh biết tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ mắc bệnh TBMMN và chỉ có 45% người bệnh nhận định đúng rằng tăng huyết áp là nguy cơ hàng đầu [59]. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây TBMMN, yếu tố nguy cơ này có thể kiểm soát được. Do vậy chúng ta cần nhận thức rõ tính cấp bách và quan trọng về vấn đề kiểm soát huyết áp trong dự phòng tai biến mạch máu não.

Tỉ lệ người bệnh TBMMN có bệnh kèm theo là đái tháo đường theo nghiên cứu của chúng tôi là 6,2% thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Thị Lan Anh là 12% [51]. Nghiên cứu của Hoàng Thị Lan Anh được thực hiện ở bệnh viện 103 đa số người bệnh ở thành phố Hà Nội trong khi nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện ở một số cơ sở y tế ở thành phố Vinh, nơi người dân có sự tầm soát về bệnh đái tháo đường kém hơn người dân ở thủ đô. Tỉ lệ người bệnh TBMMN có bệnh kèm theo là rối loạn chuyển hoá Lipid theo nghiên cứu của chúng tôi là 14,4%. Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Trần Hải Bằng là 15% [57]. Những người bệnh có tiền sử rối loạn chuyển hoá Lipid có nguy cơ mắc TBMMN cao hơn so với người

không bị rối loạn chuyển hoá Lipid. Theo WHO rối loạn chuyển hoá Lipid máu là yếu tố nguy cơ của xơ vữa động mạch và xơ vữa động mạch là nguyên nhân hàng đầu gây ra TBMMN.

** Đặc điểm lâm sàng của người bệnh*

Theo nghiên cứu của chúng tôi số người bệnh liệt độ 4 chiếm tỉ lệ cao nhất là 31,8%, thứ 2 là liệt độ 3 với 23,7%, thấp nhất là liệt độ 5 với 5,6%. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hoa, liệt độ 4 chiếm 37,8%, thấp nhất là liệt độ 5 với 6,7% [55]. Ở mức độ liệt 3, 4 khả năng vận động của người bệnh đang kém nhưng toàn trạng đã ổn định, người bệnh có xu hướng vào khoa YHCT để phục hồi chức năng vì điều trị PHCN bên YHHD chủ yếu là luyện tập thụ động. Người bệnh liệt độ 5 có tỉ lệ thấp nhất nói lên tình trạng điều trị người bệnh tai biến mạch máu não ngày càng tốt.

Theo nghiên cứu của chúng tôi có 55,3% người bệnh có rối loạn ngôn ngữ. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Hải Bằng có 60,8% người bệnh có rối loạn ngôn ngữ [57] và Nguyễn Văn Triệu có 70,6% người bệnh có rối loạn ngôn ngữ khi vào viện và 57% khi ra viện [58].

Theo nghiên cứu của chúng tôi có 14,2% người bệnh có rối loạn cơ tròn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hoa là 15,6% [55]. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Triệu, NB có rối loạn cơ tròn lúc nhập viện là 51,3% lúc ra viện là 40,4% [58]. Điều này có thể được giải thích do nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện ở NB TBMMN sau giai đoạn cấp ở khoa YHCT còn nghiên cứu của Nguyễn Văn Triệu được thực hiện ở NB TBMMN nói chung và được thực hiện ở BV đa khoa cho nên tình trạng người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi nhẹ hơn nên tỉ lệ NB bị rối loạn cơ tròn trong nghiên cứu của chúng tôi là thấp hơn.

Theo nghiên cứu của chúng tôi có 2,4% người bệnh có loét. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hoa với 2,22% NB có loét [55]. Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Triệu với 9,5% NB có loét [58]. Như đã giải thích ở trên do người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng

bệnh nhẹ hơn so với người bệnh trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Triệu do vậy mà tỉ lệ NB bị loét trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn.

** YHCT phương pháp không dùng thuốc*

Theo nghiên cứu của chúng tôi người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp sử dụng chủ yếu 3 phương pháp không dùng thuốc là: XBBH chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 92,4%, thứ 2 là điện châm với 83%, thứ 3 là thủy châm với 79,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ người dùng XBBH và điện châm cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuỳ Lê thì có 77,46% người bệnh dùng XBBH, 74,64% người bệnh TBMMN sử dụng điện châm [60]. Theo nghiên cứu của Trần Hải Bằng tỉ lệ người bệnh dùng thủy châm là cao nhất 100%, điện châm 92,2%, XBBH là 69,2% [64]. Có sự khác biệt về tỉ lệ dùng các phương pháp YHCT nói trên có thể là do trình độ và kinh nghiệm điều trị của các bác sĩ ở các bệnh viện khác nhau nên cho chỉ định điều trị người bệnh là khác nhau.

** Thuốc YHCT sử dụng*

Theo nghiên cứu của chúng tôi thì nhóm người bệnh sử dụng thuốc thang chiếm 65,9%, thuốc chế phẩm là 57,6%. Kết quả này khác với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuỳ Lê. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuỳ Lê có 100% người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp sử dụng YHCT để điều trị trong đó số người bệnh dùng thuốc thang chiếm 34,51%, chế phẩm 40,84% [60]. Có sự khác biệt như này do nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại khoa YHCT ở BV Đa khoa nên chế phẩm thuốc đông y như thuốc hoàn, cao uống, cao xoa bóp còn hạn chế chưa đa dạng như BV Đa khoa TTH Vinh hiện tại chưa có chế phẩm thuốc YHCT còn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuỳ Lê được thực hiện ở BV YHCT cho nên thuốc chế phẩm nhiều, đa dạng do vậy theo nghiên cứu của chúng tôi có lượng người bệnh dùng thuốc thang nhiều hơn chế phẩm là hợp lý.

4.2. NHU CẦU SỬ DỤNG YHCT CỦA NGƯỜI BỆNH TBMMN SAU GIAI ĐOẠN CẤP

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 72,5% người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà. Người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp còn thiếu

sốt nhiều về chức năng (bảng 3.2) nên người bệnh có nhu cầu PHCN cao. Theo nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng có 95,5% người bệnh có nhu cầu PHCN vận động [61] trong khi đó theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Lê cho thấy chỉ có 29,6% người chăm sóc đáp ứng được nhu cầu chăm sóc PHCN của người bệnh [62]. Bệnh TBMMN cần điều trị dài ngày, người bệnh không thể đến viện lâu ngày do nhiều lý do cho nên nhu cầu PHCN tại nhà của người bệnh cao. Người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp thì YHCT đóng vai trò lớn trong PHCN cho người bệnh. Theo nghiên cứu của Trần Thị Quyên thì hiệu quả phục hồi liệt vận động cho bệnh nhân sau NMN bằng điện châm kết hợp viên nén “bổ dương hoàn ngữ” là rất tốt, có 100% cải thiện độ liệt, có 66,7% bệnh nhân cải thiện độ liệt từ bậc 2 lên bậc 3 [63].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Lan Anh có 76% người bệnh TBMMN có nhu cầu PHCN tại nhà [51]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương có 89% người bệnh TBMMN có nhu cầu PHCN tại nhà [64].

So với nhu cầu khám chữa bệnh tại nhà của một số bệnh khác thì nhu cầu sử dụng YHCT của người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Nhu cầu khám chữa bệnh tại nhà được Bùi Thuỳ Dương nghiên cứu ở người bệnh và người nhà người bệnh đến điều trị và thăm khám tại bệnh viện Đại học Y Hà nội thì có 69,4% người có nhu cầu được khám chữa bệnh tại nhà [65]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thế Tuyên nghiên cứu ở người bệnh sau phẫu thuật tại khoa ngoại BV Đại học Y Hà nội thì có 43,3% người bệnh có nhu cầu sử dụng dịch vụ thăng bằng cắt chỉ tại nhà [66]. Điều này có thể giải thích do người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp có nhiều ảnh hưởng lớn đến thể chất và tâm lý, sử dụng YHCT tại nhà có thể điều trị tốt cho người bệnh mà người bệnh không mất thời gian đến viện dài ngày.

** Nhu cầu sử dụng YHCT phương pháp dùng thuốc*

Theo nghiên cứu của chúng tôi nhu cầu sử dụng thuốc thang của người bệnh chiếm tỉ lệ cao nhất với 67,2%. Theo nghiên cứu của Lưu Minh Trung nghiên cứu nhu cầu sử dụng dịch vụ YHCT của người dân thì có 43,4% người dân có nhu cầu sử

dụng thuốc thang, có 27,8% người dân muốn dùng thuốc chế phẩm [67]. Theo cả 2 nghiên cứu thì tỉ lệ người có nhu cầu sử dụng thuốc thang cao hơn thuốc chế phẩm sẵn. Theo nghiên cứu của chúng tôi thì tỉ lệ dùng thuốc thang và thuốc chế phẩm sẵn đều cao hơn theo nghiên cứu của Lưu Minh Trung do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là NB TMMMN sau giai đoạn cấp có nhu cầu chữa bệnh cao hơn là người dân trong nghiên cứu của Lưu Minh Trung.

- Trong phương pháp dùng thuốc thì nhu cầu sử dụng thuốc thang là nhiều nhất, điều này hợp lý vì theo thực trạng điều trị cho người bệnh thì thuốc thang cũng chiếm tỉ lệ cao nhất (bảng 3.4). Có nhiều bài thuốc thang điều trị hiệu quả như theo nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Hà thực hiện trên 60 người bệnh thì bài thuốc thang “Địa hoàng âm tử” có tác dụng hỗ trợ điều trị phục hồi chức năng cho người bệnh nhồi máu não sau giai đoạn cấp, sau 30 ngày điều trị thì người bệnh có chuyển độ liệt rõ rệt so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$ [68]. Theo nghiên cứu của Phan Thu Nhung có 22,6% người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp được sử dụng bài thuốc “Bổ dương hoàn ngũ thang” [54]. Khi sử dụng thuốc thang tùy theo tình trạng mỗi người bệnh mà bác sĩ có thể gia giảm thuốc phù hợp cho mỗi người bệnh do vậy hiệu quả điều trị cho mỗi người bệnh là cao hơn cho nên nhu cầu sử dụng thuốc thang cao nhất là hợp lý.
- Người bệnh có nhu cầu sử dụng thuốc chế phẩm là 57,6%. Có nhiều nghiên cứu về tác dụng của các bài thuốc hoàn trong điều trị người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp. Theo nghiên cứu của Trần Thị Quyên nghiên cứu trên nhóm nghiên cứu được PHCN bằng điện châm kết hợp với dùng viên nén “Bổ dương hoàn ngũ” với nhóm chứng chỉ dùng điện châm thì nhóm nghiên cứu có số người bệnh phục hồi tốt hơn rất nhiều đặc biệt là ở độ liệt 4, 5. Số người bệnh cải thiện độ liệt là 100%, số người bệnh có chuyển biến độ liệt tốt chiếm tỉ lệ cao 66,7%, điểm trung bình ozgogozo sau điều trị tăng cao hơn so với trước điều trị, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ [63]. Thuốc chế phẩm có tác dụng điều trị cao kèm thêm sự tiện lợi vì người bệnh không cần phải sắc

thuốc uống hàng ngày do vậy mà nhu cầu sử dụng tại nhà của người bệnh cao là hợp lý.

** Nhu cầu sử dụng YHCT phương pháp không dùng thuốc*

- Theo nghiên cứu của chúng tôi nhu cầu sử dụng xoa bóp bấm huyệt là nhiều nhất chiếm 100%. Theo nghiên cứu của Phan Thu Nhung khi nghiên cứu về tình hình điều trị của người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp tại khoa YHCT BV Bạch Mai thì XBBH được sử dụng 92,9% cho thấy được vai trò của XBBH đối với việc điều trị cho NB [56]. Theo nghiên cứu của Ngô Thu Huyền nghiên cứu 60 người bệnh sử dụng XBBH kết hợp với PHCN so sánh với nhóm chứng chỉ sử dụng PHCN đơn thuần thì thấy nhóm nghiên cứu cải thiện thăng bằng và dáng đi tốt hơn nhóm chứng ($p < 0,05$) [69]. XBBH vừa có tác dụng điều trị vừa có tác dụng thư giãn, không có tác dụng phụ vậy nên nhu cầu NB sử dụng XBBH tại nhà nhiều nhất là hợp lý.
- Nhu cầu sử dụng điện châm tại nhà của BN đứng thứ 2 sau nhu cầu sử dụng XBBH, chiếm 86,9%, Điện châm đóng vai trò quan trọng trong điều trị người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp. Theo nghiên cứu của Phan Thu Nhung nghiên cứu về tình hình điều trị thì có 97,6% NB được dùng điện châm để điều trị [50]. Theo nghiên cứu của Tôn Chi Nhân thì sử dụng điện châm mang lại hiệu quả cao trong PHCN vận động cho NB, so sánh giữa nhóm dùng điện châm và nhóm dùng thuốc YHCT thì nhóm dùng điện châm có độ tiến triển 1 và 2 là 70% độ 3 là 30%, trong khi đó nhóm dùng thuốc YHCT chỉ ở độ 2 là 16,66%, độ 3 là 43,33%, còn lại không tiến triển là 40% [70]. Điện châm là một thế mạnh trong điều trị người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp nhưng hiện tại theo thông tư 21/2019/TT-BYT thì kỹ thuật điện châm chưa được sử dụng tại nhà cho người bệnh, đây là một thiệt thòi của người bệnh.
- Nhu cầu sử dụng thủy châm tại nhà của NB là 42,3%. Theo nghiên cứu của Phan Thu Nhung có 60,7% NB được dùng thủy châm để điều trị [56]. Xét theo tình hình sử dụng thủy châm trong điều trị TBMMN sau giai đoạn cấp trong bệnh viện thì nhu cầu sử dụng thủy châm tại nhà thấp hơn có thể do NB còn

lo ngại về vấn đề an toàn khi thủy châm tại nhà. Thủy châm là một thể mạnh trong điều trị người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp nhưng hiện tại theo thông tư 21/2019/TT-BYT thì kỹ thuật điện châm chưa được sử dụng tại nhà cho người bệnh, đây là một thiệt thòi của người bệnh.

** Lý do sử dụng YHCT tại nhà*

Có 67,2% người bệnh có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà vì tiện lợi. Có 35% người bệnh có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà vì đã chữa YHHD nhưng không khỏi. Có 27,7% người bệnh có nhu cầu vì chữa YHCT tại nhà an toàn không tác dụng phụ. Có 11,7% người bệnh có nhu cầu do có người khác giới thiệu. 5,1% có nhu cầu do dịch vụ bệnh viện không đáp ứng nhu cầu. Có 2,9% người bệnh có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà vì theo lời khuyên của cán bộ y tế. Có 3 nguyên nhân lớn nhất để người bệnh có nhu cầu sử dụng YHCT để điều trị tại nhà, nhiều nhất là tiện lợi rồi đến đã chữa YHHD nhưng không khỏi và chữa YHCT tại nhà là an toàn, không có tác dụng phụ. Điều này hoàn toàn dễ lý giải, người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp cần được PHCN dài ngày mới có thể hồi phục trong khi có rất ít người bệnh có người nhà có thể thu xếp thời gian dài ngày để đưa người bệnh đi bệnh viện do vậy tiện lợi là lý do lớn nhất để người bệnh có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà.

TBMMN giai đoạn cấp điều trị tây y để người bệnh thoát cơn nguy kịch và bình ổn toàn trạng, hết giai đoạn cấp người bệnh còn thiếu sót nhiều về thể chất lẫn tâm lý cho nên lý do sử dụng YHHD nhưng không khỏi là lý do lớn để người bệnh có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà. So với YHHD thì điều trị theo YHCT có rất ít tác dụng phụ, theo nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Thủy về thực trạng sử dụng YHCT của người dân thì có 15,9% người dân chọn dùng YHCT vì an toàn, không có tác dụng phụ [71] cho nên kết quả nghiên cứu của chúng tôi là hợp lý.

Cần chú ý đến lý do dịch vụ bệnh viện không đáp ứng, theo nghiên cứu của chúng tôi thì chỉ có 5,1% người bệnh có lý do là bệnh viện không đáp ứng, có thể thấy dịch vụ bệnh viện khá tốt đáp ứng được nhu cầu chữa bệnh của người bệnh.

** Lý do không có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà.*

Theo nghiên cứu của chúng tôi 84,6% người bệnh có lý do là dịch vụ BV đáp ứng nhu cầu. 48,1% người bệnh có lý do nghĩ rằng điều trị YHCT tại nhà là không khỏi không tác dụng. 21,2% người bệnh có lý do thấy bất tiện khi sử dụng. 15,4% người bệnh có lý do là không biết thông tin về điều trị YHCT tại nhà cho người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp. Theo như phân tích ở trên thì chỉ có 5% người bệnh có lý do sử dụng YHCT tại nhà do dịch vụ bệnh viện không đáp ứng nhu cầu do vậy có tới 84,6% (cao nhất) người bệnh không sử dụng YHCT tại nhà do dịch vụ bệnh viện đáp ứng nhu cầu là hợp lý và dễ hiểu.

Có 48,1% người bệnh có lý do nghĩ rằng điều trị YHCT tại nhà là không khỏi, không tác dụng. Điều này có thể giải thích do khi người bệnh được điều trị tại khoa YHCT người bệnh sẽ được kết hợp 2 phương pháp điều trị là YHHD và YHCT, người bệnh có thể được sử dụng thêm điện xung, siêu âm, hồng ngoại nên khả năng phục hồi có thể sẽ cao hơn việc điều trị YHCT đơn thuần. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuỳ Lê thực hiện tại Bệnh viện YHCT thì có 100% người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp được điều trị kết hợp YHHD và YHCT [60]. Vậy nên tỉ lệ người bệnh nghĩ rằng việc sử dụng YHCT đơn thuần không khỏi, không tác dụng cao là hợp lý.

Chỉ có 11 người chiếm 21,2% người bệnh có lý do là bất tiện khi sử dụng. Điều này có thể lý giải như sau có nhiều người bệnh hoặc người nhà người bệnh ngại việc sắc thuốc uống hàng ngày và không thích người lạ vào nhà, họ cảm thấy không thoải mái nếu có nhân viên đến châm cứu, xoa bóp điều trị cho người bệnh.

** Đồng ý chi trả chi phí dịch vụ*

Theo nghiên cứu của chúng tôi có 37,9% NB đồng ý chi trả chi phí dịch vụ. Kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Thảo là 50% [70]. Điều này có thể giải thích do trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Thảo có 15 dịch vụ CSSK tại nhà và giá các dịch vụ đã được đề xuất sẵn còn trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đề xuất giá dịch vụ YHCT tại nhà do vậy người bệnh lo lắng giá cao không thể chi trả.

4.3. MỐI LIÊN QUAN GIỮA NHU CẦU SỬ DỤNG, ĐỒNG Ý CHI TRẢ VỚI CÁC ĐẶC ĐIỂM CỦA NGƯỜI BỆNH

4.3.1. Mối liên quan giữa nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà của NB với các đặc điểm của người bệnh

- Kết quả nghiên cứu cho thấy nơi sống có sự liên quan đến nhu cầu sử dụng dịch vụ YHCT tại nhà của NB. NB sống ở huyện có nhu cầu sử dụng bằng 0,17 lần NB sống thành phố. Điều này có thể giải thích do người sống ở thành phố có thể đã sử dụng nhiều dịch vụ tại nhà như dịch vụ tắm bé tại nhà cho các bé mới sinh hay các dịch vụ CSSK tại nhà còn NB ở huyện chưa hoặc ít được biết đến các dịch vụ tại nhà nên NB sống ở thành phố có nhu cầu sử dụng dịch vụ YHCT tại nhà cao hơn NB ở huyện. Tuy nhiên kết quả của Hoàng Thị Lan Anh chỉ ra rằng không có sự liên quan của nơi sống với nhu cầu sử dụng PHCN tại nhà của NB [51]. Sự khác biệt này có thể do nơi nghiên cứu khác nhau, nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại một số cơ sở y tế ở thành phố Vinh còn nghiên cứu của Hoàng Thị Lan Anh được thực hiện ở BV 103 NB. Có thể trong nghiên cứu của chúng tôi mức độ nhận thức và mức sống của NB sống ở TP cao hơn ở huyện còn trong nghiên cứu của Hoàng Thị Lan Anh thì mức chênh lệch về nhận thức và mức sống ở NB sống ở TP và ở huyện chênh lệch không đáng kể.
- Về thu nhập, kết quả nghiên cứu cho thấy tổng thu nhập hàng tháng của gia đình NB có liên quan đến nhu cầu sử dụng dịch vụ YHCT tại nhà của NB. NB có thu thập hàng tháng của gia đình cao hơn 20 triệu có nhu cầu gấp 2,94 lần NB có thu thập hàng tháng của gia đình ít hơn 20 triệu. Điều này dễ dàng giải thích do người có thu nhập, mức kinh tế gia đình cao thì có nhu cầu chăm sóc sức khỏe cao. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Thảo [72], Nguyễn Thị Thu Dung và cộng sự [73], Nguyễn Đỗ Thanh Toàn và cộng sự [74] đều nhận định rằng có mối liên quan giữa thu nhập đối với nhu cầu sử dụng dịch vụ CSSK tại nhà.

- Về thời gian mắc bệnh, kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian mắc bệnh của NB có liên quan đến nhu cầu sử dụng dịch vụ YHCT tại nhà của NB. NB bị TBMMN trên 6 tháng có nhu cầu bằng 0,06 lần NB bị TBMMN dưới 6 tháng. Do khả năng phục hồi của NB TBMMN dưới 6 tháng tốt hơn trên 6 tháng nên nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà của NB bị TBMMN dưới 6 tháng sẽ cao hơn NB bị TBMMN trên 6 tháng.
- Về số lần bị TBMMN, kết quả nghiên cứu cho thấy số lần bị TBMMN có liên quan đến nhu cầu sử dụng của NB. Người bị TBMMN từ lần 2 trở lên có nhu cầu cao gấp 20,3 lần so với NB mới bị TBMMN lần đầu. Điều này có thể giải thích do NB bị TBMMN từ lần 2 trở lên thì tình trạng bệnh nặng hơn, để lại nhiều di chứng hơn NB mới bị lần đầu cho nên nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà của NB bị TBMMN từ lần 2 trở lên là cao hơn. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Lan Anh [51] và kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương [64].
- Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy sự liên quan giữa tuổi của NB đối với nhu cầu sử dụng dịch vụ YHCT tại nhà của NB. Kết quả này khác biệt so với kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Lan Anh [51] và Nguyễn Thị Thu Hương [64]. Có sự khác biệt trên có thể do nghiên cứu của Hoàng Thị Lan Anh và Nguyễn Thị Thu Hương chia thành 2 nhóm tuổi là dưới 70 tuổi và trên 70 tuổi, trong nghiên cứu của chúng tôi chia thành 2 nhóm tuổi trên 60 tuổi và dưới 60 tuổi. Mục đích chia thành 2 nhóm tuổi trên chúng tôi muốn khảo sát giữa NB còn đi làm và không đi làm.
- Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy sự liên quan giữa giới tính với nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Lan Anh [51] và Nguyễn Thị Thu Hương [64]. Điều này cho thấy nhu cầu sử dụng dịch vụ YHCT tại nhà giữa nam và nữ là giống nhau.

4.3.2. Mối liên quan giữa đồng ý chi trả chi phí dịch vụ YHCT tại nhà của NB với các đặc điểm của người bệnh

Theo nghiên cứu cho thấy nơi sống và thu nhập có liên quan đến sự đồng ý chi trả chi phí dịch vụ. Với NB sống ở huyện đồng ý chi trả chi phí dịch vụ bằng 0,01 lần NB sống ở TP. Với NB có thu nhập cả gia đình hàng tháng trên 20 triệu đồng ý chi trả dịch vụ cao gấp 2,97 lần so với NB có thu nhập dưới 20 triệu. Điều này có thể giải thích người sống ở TP thu nhập thường cao hơn người sống ở huyện. Và khi thu nhập cao, điều kiện kinh tế gia đình tốt thì sức khỏe luôn được quan tâm hàng đầu, nên họ sẵn sàng chi trả để quan tâm đến sức khỏe. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Thảo [72].

Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy sự liên quan giữa giới tính đến sự đồng ý chi trả chi phí dịch vụ. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Thảo có sự liên quan giữa giới tính với đồng ý chi trả chi phí dịch vụ CSSK tại nhà cụ thể là nam giới đồng ý chi trả chi phí dịch vụ cao hơn nữ giới [72]. Có sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về văn hoá quản lý tài chính của đối tượng nghiên cứu.

Các đặc điểm tuổi, thời gian bị bệnh, số lần TBMMN không liên quan đến sự đồng ý chi trả dịch vụ của NB. Nghiên cứu cho thấy có sự chênh lệch không đáng kể giữa nhóm tuổi trên 60 và dưới 60; TBMMN lần đầu và TBMMN từ lần 2 trở lên; TBMMN dưới 6 tháng và trên 6 tháng đến sự đồng ý chi trả dịch vụ của NB.

Sau khi phân tích và so sánh các biến chúng tôi chọn các biến có ý nghĩa sau: nơi sống, thu nhập, thời gian bị bệnh, số lần TBMMN có liên quan đến nhu cầu sử dụng dịch vụ YHCT tại nhà. Chạy hồi quy đa biến logistic các biến có ý nghĩa ta được kết quả. Với kiểm định Wald các biến số nơi sống, thời gian bị bệnh, số lần TBMMN đều có ảnh hưởng tới nhu cầu sử dụng dịch vụ YHCT tại nhà ($p < 0,05$). Thu nhập tuy có ý nghĩa thống kê khi phân tích đơn biến nhưng khi phân tích hồi quy đa biến không còn ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau khi phân tích và so sánh các biến chúng tôi chọn các biến có ý nghĩa sau: nơi sống, thu nhập đến sự đồng ý chi trả dịch vụ YHCT tại nhà. Chạy hồi quy đa biến logistic các biến có ý nghĩa ta được kết quả. Với kiểm định Wald các biến số nơi

sống, thu nhập đều có ảnh hưởng đồng ý chi trả chi phí dịch vụ YHCT tại nhà ($p < 0,05$).

KẾT LUẬN

- Nghiên cứu 1620 hồ sơ bệnh án người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp điều trị nội trú và từ kết quả phân tích nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà của 189 người bệnh TBMMN sau giai đoạn cấp điều trị nội trú tại của khoa Y học cổ truyền BV Đa khoa 115 Nghệ an và BV Đa khoa thành phố Vinh; khoa YHCT- PHCN BV Đa khoa TTH Vinh chúng tôi rút ra được một số kết luận sau

1. THỰC TRẠNG CỦA NGƯỜI BỆNH TBMMN SAU GIAI ĐOẠN CẤP

- Tỷ lệ nam/nữ = 1,4/1. Độ tuổi hay gặp nhất là 60-74 tuổi.
- Tỷ lệ NMN là 76,2% , XHN là 18,8%, chưa rõ nguyên nhân 5%.
- Thể can thận âm hư chiếm 78,8%, phong đàm chiếm 9,1%, khí trệ huyết ứ chiếm 12,1%.
- Số NB bị TBMMN lần đầu là 70%, lần 2 trở lên là 30%.
- Số NB bị TBMMN từ 10 ngày đến 1 tháng là 57,2%, 1 đến 6 tháng là 32,7%, trên 6 tháng là 10,1%.
- NB liệt độ 4 chiếm nhiều nhất 31,8%, rối loạn ngôn ngữ 55,3%, loét 2,4%, rối loạn cơ tròn 14,2%
- Bệnh kèm theo: 73,2% NB bị tăng huyết áp, 14,4% rối loạn lipid, 6,2% đái tháo đường
- Số NB dùng thuốc thang là 65,9%, thuốc chế phẩm là 57,6%, XBBH là 92,4%, điện châm là 83%, thủy châm là 79,4%.

2. NHU CẦU SỬ DỤNG YHCT TẠI NHÀ CỦA NB.

- Có 72,5% NB có nhu cầu sử dụng dịch vụ YHCT tại nhà
- Có 39,7% NB đồng ý chi trả chi phí dịch vụ
- Tiện lợi là lý do sử dụng YHCT tại nhà của NB lớn nhất chiếm 67,2%.
- Dịch vụ BV đáp ứng nhu cầu là lý do không sử dụng YHCT tại nhà lớn nhất chiếm 84,6%.

- Có 67,2% NB có nhu cầu sử dụng thuốc thang tại nhà, 57,6% sử dụng thuốc chế phẩm, 100% sử dụng XBBH, 86,9% sử dụng điện châm, 42,2% sử dụng thủy châm.

3. MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NHU CẦU SỬ DỤNG VÀ ĐỒNG Ý CHI TRẢ CHI PHÍ SỬ DỤNG YHCT TẠI NHÀ CỦA NB.

- Có mối liên quan giữa nơi sống, thời gian bị bệnh, số lần bị TBMMN với nhu cầu sử dụng dịch vụ YHCT tại nhà của NB.

- Có mối liên quan giữa nơi sống và thu nhập với sự đồng ý sử dụng dịch vụ YHCT tại nhà của NB.

KHUYẾN NGHỊ

Tai biến mạch máu não là một bệnh lý nặng nề và đa tàn tật. Người bệnh khi xuất viện cần được chăm sóc phục hồi năng cao sức khỏe, tránh TBMMN lần tiếp theo. Chăm sóc, phục hồi chức năng bằng YHCT tại nhà của người bệnh đang phát triển. Điều trị YHCT tại nhà một khi được triển khai chắc chắn đáp ứng được mong mỏi của nhiều người có nhu cầu sử dụng. Qua kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh có nhu cầu sử dụng YHCT tại nhà, chúng tôi có một số khuyến nghị:

- Triển khai xây dựng kế hoạch thành lập chăm sóc NB TBMMN bằng YHCT tại nhà trong các bệnh viện mà một số cơ sở y tế.
- Điện châm và thủy châm nên được xem xét cho sử dụng điều trị tại nhà của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Đăng** (2006). *Tai biến mạch máu não*, Nhà xuất bản Y học 2006, tr 5-6, tr.11-12, tr.13-17.
2. **Trịnh Văn Thắng** (2011). *Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học đột quỵ não và hiệu quả bài tập phục hồi chức năng tại nhà ở tỉnh Khánh Hòa*. Luận án tiến sĩ Y học. Học viện Quân Y.
3. **Phan Thị Nhung** (1999). *Nghiên cứu sự thay đổi về dấu hiệu lâm sàng và một số chỉ số sinh học sau chăm sóc ở bệnh nhân di chứng nhồi máu não*. Luận văn thạc sĩ Y học. Đại Học Y Hà nội.
4. **Đỗ Hoàng Lâm** (2020). *Đánh giá tác dụng điều trị chứng thất ngôn bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp bằng phương pháp điện châm các huyết vùng đầu*. Luận văn thạc sĩ Y học. Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
5. **Dương Đình Chính** (2011). *Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học và đánh giá thực trạng quản lý bệnh đột quỵ não tại Nghệ an năm 2007-2008*. Luận văn tiến sĩ Y học. Học viện Quân y.
6. **Nguyễn Trọng Hưng** (2012). *Tai biến mạch máu não ở người có tuổi*. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội.tr 10-12
7. **Strong K., Mathers C., Bonita R** (2017). Preventing Stroke: Saving lives around the world. *Lancel Nêuol*. 6; 182-187.
8. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators (2015). “Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013”. 386 ;743–800.
9. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2016). “Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015”. 388 ;1545–1602

10. **Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R** (2014). “Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010”. 383; 245–54
11. GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators (2016). “Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015”. 388; 1459–1544.
12. **Trần Văn Tuấn** (2007). Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học tai biến mạch máu não tại tỉnh Thái Nguyên. *Tạp chí y học thực hành*. Số 1 trang 46-49.
13. **Nguyễn Minh Hiện, Nguyễn Xuân Thảo, Nhữ Đình Sơn** (2001). “Tai biến mạch máu não tại Viện Quân Y 103 trong 10 năm (1991-2000)”, Chẩn đoán và xử trí tai biến mạch máu não, *Hội thảo chuyên đề liên khoa Bệnh Viện Bạch Mai*, tr 138-142.
14. **Trịnh Văn Thắng** (2011). *Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học đột quỵ não và hiệu quả bài tập phục hồi chức năng tại nhà ở tỉnh Khánh Hòa*. Luận án tiến sĩ Y học. Học viện Quân Y.
15. **Nguyễn Minh Hiện** (2013). *Đột quỵ não*, Nhà xuất bản Y học, tr.196-197.
16. **Nguyễn Minh Hiện** (1999). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính, các yếu tố nguy cơ và tiên lượng bệnh nhân chảy máu não*. Luận án tiến sĩ Y học. Học viện Quân Y.
17. **Lê Đức Hình** (2001). Chẩn đoán xử trí tai biến mạch máu não. *Hội thảo chuyên đề y khoa*, khoa Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai, Hà nội, tr 23-35,74-75.
18. **Nguyễn Văn Phi và cộng sự** (1992). Một số nhận xét qua 312 trường hợp tử vong do biến chứng của bệnh xơ vữa động mạch tại bệnh viện Bạch Mai. *Hội thảo tai biến mạch máu não lần 1*, Trường đại học Y khoa Hà Nội, Tr.173-180.
19. **Lê Đức Hình** (2009). *Thần kinh học trong thực hành đa khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 112-134.
20. **Nguyễn Văn Đăng** (2003). *Thực hành thần kinh các bệnh và hội chứng thường gặp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.569-610.

21. **Nguyễn Văn Chương** (2003). *Thực hành lâm sàng Thần kinh học, tập I: khám lâm sàng hệ thần kinh*, nhà xuất bản Y học, Hà nội. tr 91.
22. **Trần Văn Chương** (2003). *Nghiên cứu phương pháp phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não*. Luận án Tiến sĩ Y học .Trường Đại học Y Hà Nội.
23. **Dương Xuân Đạm** (1995). “Vật lý trị liệu- phục hồi chức năng một số bệnh thường gặp” *Tập huấn vật lý trị liệu phục hồi chức năng*, Viện Quân Y 108, Tr. 3-11.
24. **Dương Xuân Đạm** (2001). Nghiên cứu một số biện pháp PHCN vận động đối với bệnh nhân TBMMN, *Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ Quốc Phòng*.
25. **Trần Quốc Bảo** (2013). Kết hợp y học cổ truyền trong điều trị đột quy não, *Đột quy não*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.430-431.
26. **Khoa Y học cổ truyền- Đại học Y Hà Nội** (2006). *Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học. Hà Nội. tr. 240-242.
27. **Học viện trung y Thượng hải** (1994). *Đông y nội khoa và bệnh án*, Nhà xuất bản mũi cà mau. tr 400-412.
28. **Trần Thúy** (1994). Bán thân bất toại, *Giáo trình điều trị học Y học cổ truyền*, Bộ môn Y học cổ truyền Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 144-146.
29. **Lê Thúy Oanh** (2010). *Cấy chỉ*, nhà xuất bản Y học, tr 40-41.
30. **Nguyễn Tài Thu** (1997). *Châm cứu sau đại học*, Nhà xuất bản Y học, tr 30.
31. **Hoàng Bảo Châu** (2012). *Lý luận cơ bản Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Tr 79-86,331-335.
32. **Hà Kim Sinh, Lương Châu Mai** (2000). *Bấm huyệt chữa bệnh*, Nhà xuất bản Y học, tr 20.
33. **Lý Khoa Diễm** (2009). *Thực hành bấm huyệt chữa bệnh*, Nhà xuất bản Thanh Hóa, tr 33.
34. **Hoàng Bảo Châu** (2012). *Khí công*, Nhà xuất bản Y học, Hà nội, 2012, tr 12.
35. **Mai Văn Thông** (2018). *Đánh giá tác dụng của bài thuốc “ĐHN” kết hợp với điện châm và xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân đột quy não thể nhồi máu sau giai đoạn cấp*. Luận văn thạc sĩ Y học. Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

36. **Nguyễn Thị Phương Thùy** (2020). *Đánh giá tác dụng phục hồi chức năng vận động của điện châm kết hợp phương pháp dưỡng sinh điều trị tai biến mạch máu não giai đoạn phục hồi*. Luận văn thạc sĩ Y học. Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
37. **Huỳnh Đăng Ninh** (2015). *Nghiên cứu Đánh giá tác dụng điện trường châm trong phục hồi chức năng vận động bàn tay, bàn chân trên bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não*. Luận văn thạc sĩ Y học. Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam
38. **Lê Thị Mơ** (2015). *Đánh giá tác dụng của viên Hồi Xuân Hoàn kết hợp điện châm trong điều trị tai biến mạch máu não sau giai đoạn cấp*. Luận văn thạc sĩ Y học. Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
39. **Vũ Thường Vinh** (2011). *Nghiên cứu tác dụng phục hồi chức năng vận động bàn tay bằng điện mẫn châm ở bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp*. Luận văn thạc sĩ Y học. Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam .
40. **Phạm Văn Bách** (2011). *Nghiên cứu tác dụng bài thuốc Ích Tâm Hoàn thang trong điều trị tai biến mạch máu não giai đoạn cấp*. Luận văn thạc sĩ Y học. Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
41. **Đỗ Hoàng Lâm** (2020). *Đánh giá tác dụng điều trị thất ngôn bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp bằng phương pháp điện châm các huyết vùng đầu*. Luận văn thạc sĩ Y học. Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
42. **Phạm Lê Tuấn, Nguyễn Phương Hoa** (2018). *Thực hành y học gia đình trong chăm sóc ban đầu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.19-20, tr 41-42.
43. Quyết định 1854/2015/QĐ-BYT.” *Phê duyệt chuẩn năng lực bác sỹ đa khoa*” ngày 18/05/2015 .
44. Thông tư 21/2019/TT-BYT. “ *Hướng dẫn thi điểm về hoạt động Y học gia đình*” ngày 21/08/2019.
45. Quyết định 1568/QĐ-BYT. “ *Phê duyệt kế hoạch nhân rộng và phát triển mô hình phòng khám Bác sỹ gia đình giai đoạn 2016-2020*” ngày 27/04/2016.
46. <https://vi.wikipedia.org/wiki/Vinh>, xem ngày 10/11/2020.

47. <https://baoxaydung.com.vn/benh-vien-da-khoa-115-nghe-an-diem-den-tin-cay-cua-nguoi-benh-223562.html>. Xem ngày 27/04.
48. <https://suckhoedoisong.vn/nghe-an-bvdk-tpvinh-diem-sang-ve-tu-chu-tai-chinh-va-ung-dung-cong-nghe-thong-tin-n181912.html>56. Xem ngày 27/04
49. <http://tthgroup.com.vn/public/benh-vien-da-khoa-tth-vinh>, xem ngày 27/04
50. **Nguyễn Thị Như Mai** (2013). *Nhu cầu chăm sóc phục hồi chức năng và một số yếu tố liên quan tới mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh Tai biến mạch máu não khi xuất viện tại bệnh viện lão khoa Trung ương*. Luận văn thạc sỹ y tế công cộng. Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
51. **Hoàng Thị Lan Anh** (2019). *Nhu cầu chăm sóc điều dưỡng và phục hồi chức năng tại nhà của gia đình người bệnh đột quỵ não khi xuất viện và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện 103*. Luận văn thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội.
52. **Nguyễn Thị Huệ** (2007). *Nghiên cứu nhu cầu và khả năng đáp ứng của công tác điều dưỡng – phục hồi chức năng cho bệnh nhân bị tai biến mạch máu não giai đoạn sớm*. Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ y khoa. Đại học Y Hà nội.
53. **Indredavik. B, Baker. F, Slordahl S. A** (1999), "*Stroke unit treatment 10 years followup*", pp. 1524 - 1527.
54. **Sacco R.L** (1995), "Vascular disease", *Marrin's test book of Newology*, williams and Wilkins, pp 227-242.
55. **Nguyễn Thị Thanh Hoa** (2006). *Khảo sát thể lâm sàng y học cổ truyền ở bệnh nhân tai biến mạch máu não sau giai đoạn cấp điều trị nội trú tại bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương*. Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ y khoa. Đại học Y Hà Nội.
56. **Phan Thu Nhung** (2014). *Khảo sát sơ bộ tình hình bệnh nhân tai biến mạch máu não tại khoa y học cổ truyền bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5/2012 đến tháng 6/2013*. Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ y khoa. Đại học Y Hà Nội.
57. **Trần Hải Bằng** (2015). *Tình hình điều trị bệnh nhân tai biến mạch máu não tại bệnh viện y học cổ truyền Vĩnh Phúc giai đoạn 2012-2015*. luận văn thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà nội.

58. **Nguyễn Văn Triệu** (2005). *Nghiên cứu thực trạng những người sau tai biến mạch máu não và các yếu tố liên quan đến phục hồi chức năng, tái hội nhập cộng đồng*. Luận văn tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội.
59. **Lê Thị Anh Hoa** (2012). *Đánh giá mức độ hiểu biết của bệnh nhân tăng huyết áp về các yếu tố nguy cơ mắc tai biến mạch máu não tại khoa khám bệnh – Bệnh viện Bạch Mai*. Khoá luận tốt nghiệp cử nhân y khoa. Đại học Y Hà nội.
60. **Nguyễn Thị Thuỳ Lê** (2021). *Đặc điểm và thực trạng điều trị bằng Y học cổ truyền kết hợp Y học hiện đại bệnh lý tim mạch tại Bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng năm 2019 – 2020*. Luận văn thạc sĩ Y học. Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
61. **Đỗ Mạnh Hùng** (2005). *Tìm hiểu nhu cầu phục hồi chức năng ở bệnh nhân sau tai biến mạch máu não*. Khoá luận tốt nghiệp bác sĩ y khoa. Đại học Y Hà nội.
62. **Nguyễn Văn Lệ** (2012). *Thực trạng và các yếu tố liên quan đến công tác chăm sóc phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh tai biến mạch máu não đã điều trị tại bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2012*. Luận văn thạc sĩ y tế công cộng. Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
63. **Trần Thị Quyên** (2005). *Đánh giá điều trị phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân tai biến mạch máu não bằng điện châm và viên nén “bổ dương hoàn ngũ*. luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội.
64. **Nguyễn Thị Thu Hương** (2021). *Nhu cầu chăm sóc và phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh tai biến mạch máu não và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2020*. Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội.
65. **Bùi Thuỳ Dương** (2011). *Khảo sát nhu cầu chăm sóc sức khoẻ ngoài giờ và tại nhà của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân đến khám bệnh tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2011*. Khoá luận tốt nghiệp bác sĩ đa khoa. Đại học Y Hà Nội.
66. **Nguyễn Thế Tuyên** (2019). *Nhu cầu sử dụng dịch vụ thay băng và cắt chỉ tại nhà cho người bệnh sau phẫu thuật tại khoa ngoại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2018 và một số yếu tố liên quan*. Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện. Đại học Y Hà Nội.

67. **Lưu Minh Trung** (2015). *Nghiên cứu nhu cầu sử dụng và khả năng đáp ứng dịch vụ YHCT tại huyện Thường Xuân tỉnh Thanh Hoá*. Luận văn thạc sĩ Y học. Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
68. **Phạm Thị Thanh Hà** (2013). *Đánh giá tác dụng của bài thuốc Địa hoàng ẩm tử trong hỗ trợ điều trị phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân sau nhồi máu não*. Luận văn thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà nội.
69. **Ngô Thu Huyền** (2018). *Đánh giá phục hồi dáng đi và thăng bằng của xoa bóp bấm huyệt kết hợp với phục hồi chức năng trên bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não sau giai đoạn cấp*. Luận văn thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà nội.
70. **Tôn Chi Nhân** (2004). *Nghiên cứu điều trị phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân tai biến mạch máu não bằng điện châm và thuốc y học cổ truyền nghiệm phương*. Luận văn tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà nội.
71. **Phạm Thị Thanh Thuỳ** (2014). *Thực trạng nguồn nhân lực và sử dụng thuốc y học cổ truyền của tuyến y tế cơ sở thuộc tỉnh Nam Định*. Luận văn thạc sĩ Y học. Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
72. **Nguyễn Thị Hương Thảo** (2021). *Nhu cầu và khả năng chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà có kết nối y tế từ xa của người dân tại Đà Nẵng năm 2021 và một số yếu tố liên quan*. Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ Y khoa. Đại học Y Hà nội.
73. **Nguyễn Thu Dung, Phạm Văn Diệu, Lưu Ngọc Minh, Lưu Ngọc Hoạt, Phạm Văn Bản**. Sự sẵn sàng và khả năng chi trả cho dịch vụ Y tế từ xa của người dân tỉnh Thái Bình năm 2018 và xác định một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 2019;123 (7)
74. **Đỗ Thị Thanh Toàn, Lưu Ngọc Minh, Lưu Ngọc Hoạt**. Nhu cầu tham gia dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà của người dân tại Hà Nội, *Tạp Chí nghiên cứu Y học*, 2018;113(4)

PHỤ LỤC 1

Mã phiếu:

PHIẾU PHÒNG VẤN NGƯỜI BỆNH TBMMN SAU GIAI ĐOẠN CẤP ĐẾN KHÁM ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA YHCT

Bệnh viện

Khoa:

Mã bệnh án

Ngày phỏng vấn:

Họ và tên người được phỏng vấn:

Họ và tên điều tra viên:

Ký tên

PHẦN 1: THÔNG TIN CHUNG CỦA NGƯỜI TRẢ LỜI PHỎNG VẤN

C1: Ông/ bà/bệnh nhân sinh năm bao nhiêu? ...

C2: Giới tính?

1. Nam

2. Nữ

C3. Điều kiện kinh tế gia đình

1. Thu nhập bình quân hàng tháng theo hộ gia đình <10 triệu
2. Thu nhập bình quân hàng tháng theo hộ gia đình từ 10 đến dưới 20 triệu
3. Thu nhập bình quân hàng tháng theo hộ gia đình từ 20 đến dưới 30 triệu
4. Thu nhập bình quân hàng tháng theo hộ gia đình từ 30 đến dưới 40 triệu
5. Thu nhập bình quân hàng tháng theo hộ gia đình trên 40 triệu

PHẦN 2. THỰC TRẠNG CỦA NGƯỜI BỆNH TBMMN SAU GIAI ĐOẠN CẤP

C4. Tính đến thời điểm hiện tại ông/bà đã bị tai biến mạch máu não bao lâu

1. 10 ngày đến 1 tháng
2. 1 tháng đến 6 tháng

3. Sau 6 tháng

C5. Thể tai biến của bệnh nhân

1. Nhồi máu não
2. Xuất huyết não

C6. Thể lâm sàng YHCT của bệnh nhân

1. Can thận âm hư
2. Đàm thấp
3. Khí trệ huyết ứ

C7. Tính đến thời điểm hiện tại bệnh nhân bị tai biến mạch máu não lần thứ mấy

1. Lần đầu
2. Từ lần 2 trở đi

C8. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân hiện tại

1. Liệt độ 1
2. Liệt độ 2
3. Liệt độ 3
4. Liệt độ 4
5. Liệt độ 5
6. Rối loạn cơ tròn
7. Loét
8. Nói khó

C9. Bệnh lý mạn tính kèm theo

1. Tăng huyết áp
2. Rối loạn chuyển hóa lipid
3. Đái tháo đường
4. Khác

**PHẦN 3. NHU CẦU SỬ DỤNG Y HỌC CỔ TRUYỀN TẠI HỘ GIA ĐÌNH
CỦA NGƯỜI BỆNH TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO SAU GIAI ĐOẠN CẤP**

C10. Ông/bà có nhu cầu sử dụng YHCT tại hộ gia đình không?

1. Có

2. Không

Nếu người bệnh chọn đáp án 2 không có nhu cầu hỏi tiếp câu hỏi C11 và dừng lại cuộc phỏng vấn. Nếu người bệnh chọn đáp án 1 có nhu cầu thì tiếp tục cuộc phỏng vấn từ câu hỏi C12.

C11. Lý do không có nhu cầu sử dụng YHCT tại hộ gia đình để điều trị

1. Dịch vụ của bệnh viện đáp ứng nhu cầu
2. Không khởi/ không tác dụng
3. Bất tiện khi sử dụng
4. Không biết thông tin về YHCT

C12. Ông bà có đồng ý chi trả chi phí dịch vụ điều trị YHCT tại hộ gia đình

1. Có
2. Không

C13. Lý do sử dụng YHCT tại hộ gia đình để điều trị

1. An toàn/ không tác dụng phụ
2. Theo lời khuyên của cán bộ y tế
3. Được người khác giới thiệu
4. Đã chữa YHHD nhưng không đỡ
5. Dịch vụ của bệnh viện không đáp ứng đủ nhu cầu
6. Tiện lợi

C14. Ông/bà có nhu cầu sử dụng phương pháp YHCT nào tại hộ gia đình

I: Phương pháp dùng thuốc

1. Thuốc thang
2. Thuốc chế phẩm

II: Phương pháp không dùng thuốc

1. Điện châm
2. Thủy châm
3. Xoa bóp bấm huyệt

PHỤ LỤC 2

Bệnh viện

Khoa:.....

Mã bệnh án ...

PHIẾU NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG NGƯỜI BỆNH TBMMN SAU GIAI ĐOẠN CẤP

- Phần hành chính

1. Họ tên bệnh nhân.....

2. Tuổi..... Giới:.....

- Phần chuyên môn

C1. Thời gian người bệnh bị tai biến mạch máu

1. 10 ngày đến 1 tháng

2. 1 tháng đến 6 tháng

3. Sau 6 tháng

C2. Thể tai biến của người bệnh

1. Nhồi máu não

2. Xuất huyết não

C3. Thể lâm sàng YHCT của người bệnh

1. Can thận âm hư

2. Đàm thấp

3. Khí trệ huyết ú

C4. Số lần người bệnh bị tai biến mạch máu não

1. Lần đầu

2. Từ lần 2 trở lên

C5. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh

1. Liệt độ 1

2. Liệt độ 2

3. Liệt độ 3

4. Liệt độ 4

5. Liệt độ 5

6. Rối loạn cơ tròn

7. Loét

8. Nói khó

C6. Bệnh lý mạn tính kèm theo

1. Tăng huyết áp

2. Rối loạn chuyển hóa lipid

3. Đái tháo đường

4. Khác

C7. Phương pháp YHCT người bệnh đã sử dụng

Tích × vào hàng được chọn

Phương pháp dùng thuốc	Thuốc thang	
	Thuốc chế phẩm	
Phương pháp không dùng thuốc	Điện châm	
	Thủy châm	
	XBBH	

Vinh, ngày tháng năm

Điều tra viên

(Kí, ghi rõ họ tên)

