

kết hợp xương kinh điển, bao gồm khả năng nắn chỉnh chính xác mặt khớp dưới sự kiểm soát trực quan, phục hồi chức năng tốt, giảm thiểu nguy cơ thoái hóa khớp sau chấn thương, đồng thời cho phép phát hiện và xử lý các tổn thương phần mềm kèm theo. Với những ưu điểm đó, kết hợp xương có nội soi hỗ trợ hứa hẹn sẽ trở thành tiêu chuẩn điều trị cao trong điều trị gãy đầu dưới xương quay trong tương lai, góp phần cải thiện kết quả điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nellans KW, Kowalski E, Chung KC.** The epidemiology of distal radius fractures. *Hand Clin.* 2012;28(2):113-125. doi:10.1016/j.hcl.2012.02.001
2. **Diaz-Garcia RJ, Oda T, Shauver MJ, Chung KC.** A systematic review of the outcomes of treated distal radius fractures in the elderly. *J Hand Surg Am.* 2011;36(12):2047-2056.e2. doi:10.1016/j.jhsa.2011.08.020
3. **Meena S, Sharma P, Sambharia AK, Dawar A.** Fractures of distal radius: an overview. *J Family Med Prim Care.* 2014;3(4):325-332. doi:10.4103/2249-4863.148101
4. **Asaad M, Elsheikh T, Abogazia A, Shawky MS.** Arthroscopic evaluation of soft-tissue injuries in distal radius fractures. *SICOT J.* 2019;5:12. doi:10.1051/sicotj/2019011
5. **Ruch DS, Vallee J, Poehling GG, Smith BP, Kuzma GR.** Arthroscopic reduction and percutaneous fixation of comminuted intra-articular distal radius fractures. *Orthop Clin North Am.* 2015;46(3):437-445. doi:10.1016/j.jocl.2015.03.007
6. **Gingold R, Pezeshkian P, Chokshi N, Deshmukh SC.** Arthroscopically assisted versus fluoroscopically assisted reduction of intra-articular distal radius fractures: a comparative study. *J Hand Surg Eur Vol.* 2014;39(4):378-384. doi:10.1177/1753193413493519
7. **Yamamoto K, Masaoka T, Kawamura K, Tsutsui Y, Takahashi Y, Yajima H.** Arthroscopically assisted reduction compared with fluoroscopically assisted reduction in the treatment of intra-articular distal radial fractures: a systematic review and meta-analysis. *J Orthop Sci.* 2017;22(4):708-715. doi:10.1016/j.jos.2017.03.011
8. **Doi K, Hattori Y, Otsuka K, Abe Y, Yamamoto H.** Arthroscopically assisted reduction versus open reduction for unstable intra-articular distal radial fractures: a prospective randomized controlled trial. *J Orthop Trauma.* 2021;35(5):248-254. doi:10.1097/BOT.0000000000001981
9. **Del Piñal F, García-Bernal FJ, Pisani D, Regalado J, Ayala H, Studer A.** Arthroscopic assessment and reduction of intra-articular distal radius fractures: a prospective study of 100 consecutive cases. *J Hand Surg Am.* 2013;38(12):2334-2341. doi:10.1016/j.jhsa.2013.09.013
10. **Nishiwaki M, Welsh MF, Gammon B, Ferreira LM, Johnson JA, King GJ.** Arthroscopic assessment of triangular fibrocartilage complex tears associated with distal radius fractures. *J Hand Surg Am.* 2012;37(9):1839-1844. doi:10.1016/j.jhsa.2012.06.018

ỨNG DỤNG THANG ĐIỂM ASHWORTH CẢI TIẾN PHIÊN BẢN TIẾNG VIỆT TRONG ĐÁNH GIÁ CƠ CỨNG CƠ SAU ĐỘT QUỴ LẦN ĐẦU

Trần Thanh Hùng^{1,2}, Vũ Thị Yến Vi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Việt hóa và ứng dụng thang điểm Ashworth cải tiến trong đánh giá tỉ lệ cứng cơ kiểu tháp sau đột quỵ lần đầu. **Phương pháp:** Chuyển ngữ và thích ứng văn hóa theo quy trình chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới, sau đó tiến hành nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu trên bệnh nhân đột quỵ lần đầu tại khoa Nội thần kinh tổng quát, bệnh viện Nhân Dân 115, vào thời điểm giai đoạn cấp (≤ 7 ngày) và sau 3 tháng. **Kết quả:** Sau khi Việt hóa thang điểm Ashworth cải tiến, thang điểm này được ứng dụng trên 39 bệnh nhân đột quỵ lần đầu. Chúng

tôi ghi nhận 12,8% bệnh nhân có cơ cứng cơ ở giai đoạn cấp (≤ 7 ngày) và 23,1% bệnh nhân ở giai đoạn sau 3 tháng. **Kết luận:** Thang điểm Ashworth cải tiến phiên bản tiếng Việt là công cụ lâm sàng được chuẩn hóa và hữu ích trong đánh giá biến chứng cứng cơ kiểu tháp sau đột quỵ. **Từ khóa:** cứng cơ kiểu tháp, đột quỵ lần đầu, thang điểm Ashworth cải tiến

SUMMARY

APPLICATION OF THE VIETNAMESE VERSION OF THE MODIFIED ASHWORTH SCALE TO EVALUATE THE SPASTICITY RATE AFTER FIRST-EVER STROKE

Objective: Translating and applying the Vietnamese version of the modified Ashworth scale to evaluate the spasticity rate after first-ever stroke. **Methods:** Translation and cross-cultural adaptation following the World Health Organization's standard procedure, then conduct a prospective cohort study on first-ever stroke patients at the Department of General Neurology, People's Hospital 115 to evaluate post-

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân dân 115

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Hùng

Email: tranthanhhungmd@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 12.3.2025

stroke spasticity rate at the acute phase and 3 months later. **Results:** After translating into Vietnamese the modified Ashworth scale, this Vietnamese version was applied to 39 patients with first-ever stroke. We observed that 12,8% of patients exhibited spasticity at the acute phase (≤ 7 days) and 23.1% of patients had spasticity 3 months later. **Conclusion:** The Vietnamese version of the modified Ashworth scale is a clinical tool standardized and helpful in screening out post-stroke spasticity. **Keywords:** spasticity, first-ever stroke, the modified Ashworth scale (MAS)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến chứng cứng cơ kiểu tháp ảnh hưởng 16% đến 43% bệnh nhân sau đột quỵ.^{1,2} Thang điểm Ashworth cải tiến (được gọi tắt là thang điểm MAS) của tác giả Bohannon và cộng sự được sử dụng phổ biến trong đánh giá biến chứng này.^{3,4} So với các công cụ trước đây, thang điểm này có nhiều ưu điểm hơn, hiệu quả, an toàn và dễ ứng dụng lâm sàng, đã được đánh giá độ tin cậy ở dân số đột quỵ với nhiều nghiên cứu liên quan.⁴ Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với các mục tiêu sau:

1. Việt hóa thang điểm Ashworth cải tiến
2. Ứng dụng thang điểm Ashworth cải tiến phiên bản tiếng Việt để đánh giá tỉ lệ biến chứng co cứng cơ ở bệnh nhân đột quỵ lần đầu vào giai đoạn cấp và 3 tháng sau.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn vào: bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán đột quỵ lần đầu, giai đoạn cấp (≤ 7 ngày), đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: đột quỵ nặng (điểm NIHSS > 20 điểm), rối loạn ý thức, có bệnh lý thần kinh cơ trước đột quỵ, đang điều trị thuốc giãn cơ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: đoàn hệ tiến cứu
 Phương pháp lấy mẫu: lấy mẫu thuận tiện
 Địa điểm lấy mẫu: khoa Nội thần kinh tổng quát, bệnh viện Nhân dân 115
 Thời gian lấy mẫu: từ tháng 03/2024 đến tháng 06/2024
 Cỡ mẫu:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu
 Z: giá trị phân phối chuẩn tương ứng với độ tin cậy (nếu độ tin cậy là 95% thì $Z=1,96$)
 α : sai lầm loại I, chọn $\alpha = 0,05$ (5%)
 p: tỉ lệ co cứng cơ sau 3 tháng. Theo nghiên cứu của Leila Katoozian và cộng sự, p dao động từ 0,17 – 0,25. Chúng tôi chọn $p = 0,25$.⁵
 d: sai số biên cho phép của p trong nghiên

cứu. Chọn $d=0,14$. Áp dụng vào công thức tính cỡ mẫu để ước lượng một tỉ lệ, chúng tôi tính được: $N \geq 37$ bệnh nhân.

2.3. Xử lý số liệu. Nhập liệu và mã hóa bằng Excel và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 14.2.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP. HCM số 957/ HĐĐĐ – ĐHYD ngày 16/10/2023 và bệnh viện Nhân Dân 115 số 419/ BVND115-NCKH.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Việt hóa thang điểm Ashworth cải tiến. Quy trình chuyển ngữ sang tiếng Việt và chuẩn hóa thang điểm Ashworth cải tiến được thực hiện dựa trên “Tiến trình chuẩn hóa và chỉnh sửa công cụ nghiên cứu” do Tổ chức Y tế thế giới khuyến nghị. Quy trình này được tóm tắt gồm 5 bước như sau: (1) Dịch xuôi, (2) Dịch ngược, (3) Trình với hội đồng chuyên môn, (4) Phòng vẫn nhận thức về bản dịch, (5) Hoàn thành bản dịch chính thức.⁶

Bước 1. Dịch xuôi từ tiếng Anh sang tiếng Việt. Thang điểm MAS gốc tiếng Anh được tải về miễn phí. Theo thông báo của đơn vị sở hữu bản quyền, thang điểm có thể được sử dụng để dịch thuật và thực hiện nghiên cứu mà không cần xin phép. Phiên bản gốc tiếng Anh được phiên dịch sang tiếng Việt bởi 2 chuyên gia song ngữ, một người chuyên về ngôn ngữ Anh và một bác sĩ chuyên ngành thần kinh với tiếng Việt là tiếng mẹ đẻ và thông thạo tiếng Anh.

Vì có sự khác nhau giữa 2 bản dịch xuôi nên 2 dịch giả này cùng nghiên cứu viên thảo luận và thống nhất thành “bản dịch xuôi hợp nhất” của thang điểm Ashworth cải tiến, đây cũng bản thử nghiệm để phỏng vấn nhận thức.

Bảng 1. Bản dịch xuôi hợp nhất

Điểm	Đặc điểm
0	Trương lực cơ bình thường
1	Trương lực cơ tăng nhẹ, biểu hiện lực cản nhẹ ở cuối tầm vận động khi gấp/duỗi đoạn chi thể
1+	Trương lực cơ tăng, biểu hiện lực cản nhẹ và sức cản ở nửa cuối tầm vận động chi thể
2	Trương lực cơ tăng rõ ràng hơn trong toàn bộ tầm vận động, tuy nhiên đoạn chi thể vẫn có thể được vận động dễ dàng.
3	Trương lực cơ tăng mạnh, vận động thụ động đoạn chi thể khó khăn
4	Đoạn chi thể bị cố định cứng đờ ở tư thế gấp, duỗi, khép hoặc dạng. Vận động thụ động là không thể được.

Bước 2. Dịch ngược từ tiếng Việt sang tiếng Anh. “Bản dịch xuôi hợp nhất” được chuyển ngữ lại sang tiếng Anh bởi hai người dịch độc lập chưa từng biết về thang điểm này. Hai người này có tiếng mẹ đẻ là tiếng Anh hoặc sinh sống tại nước nói tiếng Anh và thông thạo ngôn ngữ này như người bản xứ. Trong nghiên cứu này, bản dịch ngược được thực hiện bởi một nghiên cứu sinh người Việt chuyên ngành ngôn ngữ học tại Mỹ và một bác sĩ gốc Việt sinh sống tại Úc. Sau đó, hai dịch giả sẽ họp với nhau để so sánh hai bản dịch ngược, thống nhất và tạo ra “bản dịch ngược hợp nhất”.

Bảng 2. Bản dịch ngược hợp nhất

Score	Features
0	No increase in tone.
1	Slight increase in tone, manifested by a catch and release at the end of ROM when the limb was moved in flexion or extension.
1+	Slight increase in tone, manifested by a catch and resistance through rest ROM (less than half).
2	Marked increase in tone through most of ROM, but affected part still moved easily.
3	Considerable increase in tone, passive movement difficult.
4	Affected part in rigid flexion/extension, adduction/abduction. Passive movement is impossible.

Bước 3. Trao đổi với tác giả gốc

Theo quy định, sự khác biệt giữa “bản dịch ngược hợp nhất” và bản gốc sẽ được trao đổi và chỉnh sửa theo ý kiến của tác giả gốc cho tới khi đạt được bản dịch tương đương với bản gốc. “Bản dịch ngược hợp nhất” đã được gửi lại và nhận được sự đồng ý bởi tác giả gốc là Richard W. Bohannon.⁷

Bước 4. Phỏng vấn nhận thức về bản dịch. Sau khi có bản dịch tiếng Việt, một nhóm 16 tình nguyện viên gồm sinh viên y khoa, bác sĩ chuyên ngành thần kinh, bác sĩ phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu đã được phỏng vấn nhận thức. Nhóm này có độ tuổi trung bình là 26 tuổi ($25,9 \pm 4,6$; trung bình \pm độ lệch chuẩn), phân bố tương đương về giới tính, và đến từ miền Bắc, miền Trung, miền Nam. 81,2% người được khảo sát cho thấy thang điểm dễ hiểu và dễ ứng dụng lâm sàng, không có từ ngữ gây hiểu lầm và tự tin áp dụng trên lâm sàng.

Bước 5. Hoàn chỉnh bản dịch tiếng Việt.

Sau khi quá trình phỏng vấn kết thúc, bản dịch tiếng Việt được chỉnh sửa một lần nữa để đảm bảo tính dễ hiểu và thống nhất, cuối cùng cho ra sản phẩm là phiên bản tiếng Việt chính thức của thang điểm Ashworth cải tiến. Đây là thang điểm

được sử dụng trong suốt quá trình thực hiện nghiên cứu.

Bảng 3. Thang điểm Ashworth cải tiến phiên bản tiếng Việt

Điểm	Đặc điểm
0	Trương lực cơ bình thường
1	Trương lực cơ tăng nhẹ, biểu hiện lực cản nhẹ ở cuối tầm vận động khi gấp/duỗi, dạng/khép hoặc sắp/ngửa đoạn chi thể
1+	Trương lực cơ tăng, biểu hiện lực cản nhẹ và sức cản từ nửa cuối tầm vận động chi thể
2	Trương lực cơ tăng rõ ràng hơn trong toàn bộ tầm vận động, tuy nhiên đoạn chi thể vẫn có thể được vận động dễ dàng.
3	Trương lực cơ tăng mạnh, vận động thụ động đoạn chi thể khó khăn
4	Đoạn chi thể bị cứng và cố định ở tư thế gấp, duỗi, khép hoặc dạng. Vận động thụ động là không thể được.

3.2. Ứng dụng thang điểm Ashworth cải tiến trong đánh giá tỉ lệ co cứng cơ sau đột quỵ giai đoạn cấp và sau 3 tháng. Qua quá trình thăm khám và sàng lọc, chúng tôi ghi nhận có 96 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và đồng ý tham gia nghiên cứu. Tuy nhiên, sau 3 tháng, chỉ có 39 bệnh nhân đến tái khám. Cuối cùng, nghiên cứu của chúng tôi có 39 bệnh nhân tham gia và hoàn thành đánh giá tỉ lệ co cứng cơ bằng thang điểm Ashworth cải tiến tại 2 thời điểm (giai đoạn cấp và 3 tháng sau).

• **Đặc điểm dân số nghiên cứu**

- Tuổi: tuổi trung bình là 62 ± 13 tuổi, dao động từ 32 đến 94 tuổi.

- Giới: 13 bệnh nhân (33,3%) là nữ và 26 là nam (66,6%).

• **Đặc điểm lâm sàng đột quỵ**

Bảng 4. Đặc điểm lâm sàng đột quỵ

	Đặc điểm	% (số bệnh nhân)
Phân loại đột quỵ	Nhồi máu não	94,9% (37)
	Xuất huyết não	5,1% (2)
Vị trí tổn thương	Các thùy não	51,2% (20)
	Gian não	41% (16)
	Thân não	7,8% (3)
Bên tổn thương	Phải	51,3% (20)
	Trái	48,7% (19)
NIHSS		6 ± 3

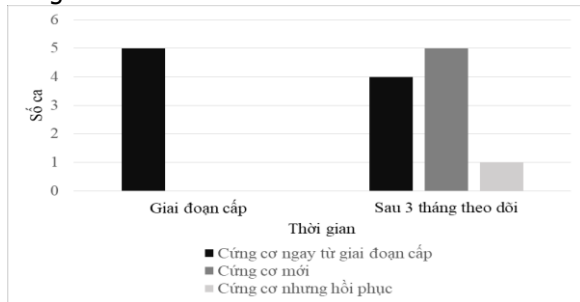
• **Tỉ lệ co cứng cơ trước và sau khi ứng dụng thang điểm Ashworth cải tiến phiên bản tiếng Việt**

Bảng 5. Tỉ lệ phát hiện co cứng cơ trước và sau khi ứng dụng thang điểm Ashworth cải tiến trong giai đoạn cấp và sau 3 tháng theo dõi

	Trước khi ứng dụng thang điểm Asworth cải tiến % (số bệnh nhân)	Sau khi ứng dụng thang điểm Asworth cải tiến % (số bệnh nhân)
Giai đoạn cấp		
Có co cứng cơ được chẩn đoán	0% (0)	12,8% (5)
Không có co cứng cơ	100% (39)*	87,2% (34)
Sau 3 tháng theo dõi		
Có co cứng cơ được chẩn đoán	0% (0)	23,1% (9)
Không có co cứng cơ	100% (39)*	76,9% (30)

* Không được đánh giá hoặc được đánh giá là không có co cứng cơ

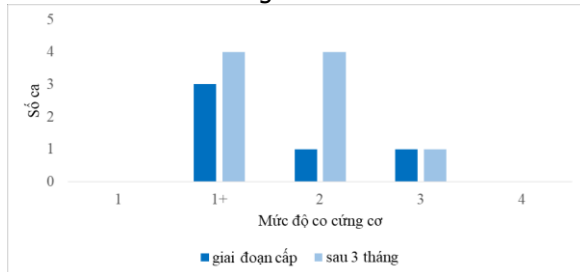
Với điểm cắt là MAS ≥ 1 , chúng tôi phát hiện 12,8% bệnh nhân xuất hiện tình trạng co cứng cơ ở giai đoạn cấp. Sau khi theo dõi 3 tháng, chúng tôi ghi nhận có 23,1% bệnh nhân có co cứng cơ.



Biểu đồ 1. Đặc điểm của co cứng cơ theo diễn tiến thời gian

Giai đoạn cấp: có 5/39 bệnh nhân có xuất hiện co cứng cơ, chiếm tỉ lệ 12,8%

Giai đoạn sau 3 tháng: có 9/39 bệnh nhân với tỉ lệ 23,1% có co cứng cơ. Cụ thể hơn, trong số 9 ca có biến chứng co cứng cơ, có 4 ca (44,5%) xuất hiện ngay từ giai đoạn cấp, 5 ca (55,5%) phát hiện vào giai đoạn 3 tháng sau. Có 1 ca co cứng cơ giai đoạn cấp nhưng phục hồi hoàn toàn vào 3 tháng sau đó.



Biểu đồ 2. Phân độ co cứng cơ trong nghiên cứu

Về độ nặng của co cứng cơ, chúng tôi ghi nhận ở cả giai đoạn cấp và giai đoạn sau 3 tháng đều dao động từ 1+ đến 3, đánh giá theo thang

điểm MAS. Nếu có hơn một khớp bị co cứng cơ thì mức độ co cứng cơ lớn nhất sẽ được chọn.

- Giai đoạn cấp: 3 ca có điểm MAS là 1+, 1 ca có điểm MAS là 2 và 1 ca có MAS là 3 điểm.

- Giai đoạn sau 3 tháng: 4 ca có MAS là 1 điểm, 4 ca có MAS là 2 điểm và 1 ca có điểm MAS là 3. Với MAS ≥ 3 là mức độ co cứng cơ nặng, như vậy, ở nghiên cứu của chúng tôi có 1 ca chiếm tỉ lệ 11,1% thuộc nhóm co cứng cơ gây tàn phế.

Bảng 6. Vị trí và số lượng các khớp bị co cứng ở giai đoạn cấp và sau 3 tháng

Đặc điểm	Giai đoạn cấp (n=5) % (số bệnh nhân)	Giai đoạn sau 3 tháng (n=9) % (số bệnh nhân)	
			Vị trí
	Chi dưới	40% (2)	22,2% (2)
Số khớp	1 khớp	60% (3)	55,6% (5)
	≥ 2 khớp	40% (2)	44,4% (4)

Trong số 9/39 bệnh nhân có co cứng cơ sau 3 tháng, chúng tôi ghi nhận, tỉ lệ co cứng cơ ở chi trên chiếm ưu thế với 88,9% (8 bệnh nhân) và ở chi dưới là 22,2% (2 bệnh nhân). Trong đó, có 1 ca xuất hiện co cứng cơ ở cả chi trên và chi dưới.

Về số lượng khớp, có 4 ca (44,5%) co cứng nhất ở hai khớp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Việt hóa thang điểm Ashworth cải tiến. Sau quá trình chuyển ngữ và thích ứng văn hoá, thang điểm MAS phiên bản tiếng Việt đã được hoàn thiện, tương đương với phiên bản gốc về mức độ ngữ nghĩa, khái niệm và nội dung, phù hợp về mặt văn hoá cũng như bối cảnh ở Việt Nam. Đây là nghiên cứu đầu tiên Việt hóa thang điểm Ashworth cải tiến theo tiến trình chuẩn hóa và chỉnh sửa công cụ nghiên cứu theo Tổ chức Y tế Thế giới.⁶

Các bước thực hiện quy trình dịch thuật theo WHO của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của tác giả Natalya A. Suponeva khi thực hiện chuyển ngữ thang điểm Ashworth cải tiến sang tiếng Nga và áp dụng trên 50 bệnh nhân.⁶

4.2. Ứng dụng thang điểm Ashworth cải tiến phiên bản tiếng Việt trong đánh giá tỉ lệ co cứng cơ sau đột quỵ ở giai đoạn cấp và sau 3 tháng. Đặc điểm dân số nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 62 ± 13 tuổi (dao động từ 32 đến 94 tuổi), đây là nhóm tuổi thường gặp trong dân số bệnh nhân đột quỵ nói chung. Theo nghiên cứu của tác giả Jorg Wissel và cộng sự, độ tuổi trung vị là 69 (dao động từ 35 đến 96 tuổi).² Theo nghiên cứu của tác giả Leila Katoozian và cộng sự, độ tuổi trung

binh là 69 tuổi (dao động từ 26 đến 93 tuổi).⁵ Như vậy, độ tuổi của dân số của nghiên cứu chúng tôi khá tương đồng với các tác giả khác.

Về tỉ lệ giới, chúng tôi ghi nhận có 44% nữ giới, và 56% là nam giới, không có sự khác biệt đáng kể về tỉ lệ giới tính trong dân số tham gia nghiên cứu. Kết quả này cũng tương tự với các tác giả khác.^{2,5}

• **Đặc điểm lâm sàng đột quy.** Trong dân số nghiên cứu, đột quy nhồi máu não chiếm đa số với 94,9% và đột quy xuất huyết não chiếm 5,1%. Tỉ lệ đột quy xuất huyết não trong nghiên cứu của chúng tôi có phần thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Jorg Wissel và cộng sự (14%), tác giả Leila Katoozian và cộng sự (19,5%). Nguyên nhân của sự khác biệt này là do dân số chọn mẫu, chúng tôi chỉ lấy mẫu ở khoa Nội thần kinh tổng quát Bệnh viện Nhân dân 115 (không lấy mẫu ở khoa Bệnh lý mạch máu não) nên mẫu dân số trong nghiên cứu của chúng tôi ít gặp những trường hợp đột quy xuất huyết não hơn các nghiên cứu khác.^{2,5}

Đối với bên tổn thương, não bên phải chiếm 51,3% và não bên trái chiếm 48,7%, gần như không có sự khác biệt giữa hai bên tổn thương. Những điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây.^{2,5}

Về vị trí tổn thương, gồm 20 ca (51,2%) tại các thùy não, 16 ca (41%) đột quy vùng gian não và 7,8% tại thân não. Như vậy, có 92,2% bệnh nhân tổn thương cấu trúc trên lều và 7,8% bệnh nhân tổn thương cấu trúc dưới lều. Tương tự với nghiên cứu của tác giả Jorg Wissel và cộng sự, tổn thương cấu trúc trên lều chiếm ưu thế với 83%, nghiên cứu của tác giả Leila Katoozian và cộng sự chiếm 84,6%.^{2,5}

Điểm NIHSS trung bình ghi nhận là 6 ± 3 , dao động từ 1 đến 16 điểm, với triệu chứng chủ yếu là yếu chi và liệt mặt, nói đờ, bất thường cảm giác. Trong nghiên cứu của tác giả Leila Katoozian và cộng sự, điểm NIHSS trung bình là $7,9 \pm 6,1$, dao động từ 0 đến 26 điểm. Do trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ chọn những trường hợp đột quy nhẹ đến trung bình, có điểm NIHSS ≤ 20 điểm để đảm bảo an toàn cho người bệnh nên nhìn chung điểm NIHSS trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một ít so với các nghiên cứu trước đây.⁵

• **Tỉ lệ co cứng cơ trước và sau khi ứng dụng thang điểm Ashworth cải tiến.** Với điểm cắt MAS ≥ 1 điểm, nghiên cứu của chúng tôi phát hiện 12,8% bệnh nhân có co cứng cơ giai đoạn cấp. Theo dõi sau 3 tháng, tỉ lệ biến chứng này là 23,1%, trong đó 44,4% xuất hiện ngay từ giai đoạn cấp, 55,6% diễn tiến dần dần và có co

cứng cơ rõ ràng sau đó. Một số nghiên cứu được thiết kế đoàn hệ tiến cứu và cùng sử dụng thang điểm MAS cho thấy tỉ lệ co cứng cơ sau đột quy vào giai đoạn cấp dao động từ 4% đến 24%, giai đoạn 3 tháng sau ít dao động hơn với số liệu tương ứng là 17% đến 25%.^{1-3,5} Sự khác biệt đáng kể về tỉ lệ co cứng cơ từ các nghiên cứu phản ánh sự khác biệt của dân số nghiên cứu như đột quy lần đầu hay đột quy nói chung, mức độ nặng của đột quy.

Trong số 9 ca co cứng cơ, mức độ co cứng cơ gây tàn phế (MAS ≥ 3) là 1 ca (chiếm tỉ lệ 11,1%), đây là trường hợp co cứng cơ xuất hiện từ sớm trong giai đoạn cấp với nhiều hơn hai khớp bị ảnh hưởng, sau đột quy do xuất huyết não. Số ca co cứng cơ nặng (MAS ≥ 3) của chúng tôi cũng tương tự so với các nghiên cứu khác được theo dõi kéo dài hơn 3 tháng với tỉ lệ co cứng cơ gây tàn phế dao động từ 9,6% đến 15,6%.^{2,5,8}

Điểm hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là cỡ mẫu tương đối nhỏ, dân số chọn mẫu phần lớn là những trường hợp đột quy nhồi máu não, loại trừ những trường hợp NIHSS > 20 điểm (không có những trường hợp đột quy nặng). Vì vậy, tính khái quát hóa cho dân số đột quy chung là không cao.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Thang điểm Ashworth cải tiến phiên bản tiếng Việt đã được chuyển ngữ và thích ứng văn hoá theo đúng hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới. Với điểm cắt để chẩn đoán ≥ 1 điểm, chúng tôi đã phát hiện được có 12,8% bệnh nhân xuất hiện cứng cơ kiểu tháp ở giai đoạn cấp, và sau khi theo dõi 3 tháng, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ này là 23,1%.

Mặc dù còn một vài điểm hạn chế nhưng nhìn chung, thang điểm Ashworth cải tiến cho thấy tính cần thiết, hiệu quả và dễ áp dụng trên thực tế lâm sàng để chẩn đoán các trường hợp co cứng cơ sau đột quy. Với các ưu điểm này và yếu tố không xâm lấn, không mất thêm chi phí khám bệnh, thang điểm Ashworth cải tiến phiên bản tiếng Việt nên được áp dụng rộng rãi để phát hiện sớm và can thiệp hiệu quả giúp bệnh nhân giảm biến chứng co rút khớp, hạn chế tối đa điều trị xâm lấn như phẫu thuật và giúp cải thiện chất lượng cuộc sống bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lundström E, Smits A, Terént A, Borg J. Time-course and determinants of spasticity during the first six months following first-ever stroke. J Rehabil Med. 2010;42(4):296-301. doi:10.2340/16501977-0509

2. **Wissel J, Schelosky LD, Scott J, Christe W, Faiss JH, Mueller J.** Early development of spasticity following stroke: a prospective, observational trial. *J Neurol.* 2010;257(7):1067-1072. doi:10.1007/s00415-010-5463-1
3. **Bavikatte G, Subramanian G, Ashford S, Allison R, Hicklin D.** Early Identification, Intervention and Management of Post-stroke Spasticity: Expert Consensus Recommendations. *J Cent Nerv Syst Dis.* 2021;13: 11795735211036576. doi: 10.1177/ 11795735211036576
4. **Meseguer-Henarejos AB, Sánchez-Meca J, López-Pina JA, Carles-Hernández R.** Inter- and intra-rater reliability of the Modified Ashworth Scale: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2018;54(4):576-590. doi: 10.23736/S1973-9087.17.04796-7
5. **Katoozian L, Tahan N, Zoghi M, Bakhshayesh B.** The Onset and Frequency of Spasticity After First Ever Stroke. *J Natl Med Assoc.* 2018;110(6):547-552. doi:10.1016/j.jnma.2018.01.008
6. **Suponeva NA, Александровна CH, Yusupova DG, et al.** Validation of the modified Ashworth scale in Russia. *Ann Clin Exp Neurol.* 2020;14(1):89-96. doi:10.25692/ACEN.2020.1.10
7. **Bohannon RW, Smith MB.** Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Phys Ther.* 1987;67(2):206-207. doi:10.1093/ptj/67.2.206
8. **Lundström E, Terént A, Borg J.** Prevalence of disabling spasticity 1 year after first-ever stroke. *Eur J Neurol.* 2008;15(6):533-539. doi:10.1111/j.1468-1331.2008.02114.x

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH SÂU RĂNG VÀ KHẢ NĂNG TIẾP CẬN DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG CỦA NGƯỜI CAO TUỔI DÂN TỘC DAO TỈNH YÊN BÁI NĂM 2024

Dương Thị Cẩm Vân¹, Nguyễn Ngọc Nghĩa¹,
Đào Thị Dung¹, Đặng Hồng Hương²

tuổi, Dân tộc Dao, Bệnh sâu răng, tiếp cận dịch vụ.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh sâu răng và khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc răng miệng của người cao tuổi dân tộc Dao tỉnh Yên Bái năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện thông qua phỏng vấn trực tiếp và khám răng cho 420 người cao tuổi dân tộc Dao trong tháng 8 năm 2024. **Kết quả:** Tỷ lệ người cao tuổi mắc sâu răng chiếm 53,6%. Dấu hiệu răng bị buốt và đau nhức tại chỗ sâu chiếm 92,4 và 82,4. Người cao tuổi bị sâu ngà răng 29,3%, sâu men 17,1%, viêm tủy răng 7,1% và tình trạng mất răng chiếm 38,6%; răng sâu từ 4-6 cái răng là 56,9%; sâu từ 1-3 cái 30,7% và sâu trên 6 cái là 12,4%. Tỷ lệ người cao tuổi ở cách xa trạm y tế 4-5 km là 48,1%, khoảng cách từ 1-3 km chiếm 15,5% và cách trên 5 km chiếm 36,4%. Số phòng khám Răng và số bác sĩ chuyên khoa Răng tại trung tâm huyện là 28,6% và 7%. Người cao tuổi được tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc răng miệng chiếm 19,8%. **Kết luận:** Người cao tuổi dân tộc dao tỉnh Yên Bái mắc bệnh sâu răng ở mức độ trung bình (53,6%), chủ yếu người cao tuổi bị mất răng do sâu chiếm 38,6%. Sâu răng gây ra những tổn thương trên răng và ảnh hưởng đến ăn uống và sức khỏe. Số người cao tuổi không được tiếp cận với dịch vụ y tế chăm sóc răng miệng chiếm tỷ lệ cao (80,2%). **Từ khóa:** Người cao

SUMMARY

CLINICAL CHARECTERISTICS OF TOOTH DECAY DISEASE AND THE ABILITY TO ACCESS DENTAL CARE SERVICES IN THE ELDERLY OF THE DAO ETHNIC PEOPLE IN YEN BAI PROVINCE 2024

Objective: Describe the current situation of tooth decay and access to dental care services of elderly people of Dao ethnic in Yen Bai province in 2024. **Research method:** Cross-sectional descriptive study with analysis was conducted through direct interviews and dental examinations for 420 elderly people in August 2024. **Results:** The rate of elderly people with tooth decay accounted for 53,6%. Signs of tooth is cold and painful at the tooth decay accounts for 92,4% and 82,4%. Elderly people has 29,3% of dentin caries and 17,1% of enamel caries. Pulpitis accounts for 7,1% and tooth loss accounts for 38,6%; The elderly has 4-6 tooth decay accounts for 56,9%; decay from 1-3 is 30,7% and decay over 6 teeth are 12,4%. The proportion of elderly people living 4-5 km away from medical station is 48,1%, 1-3 km away is 15,5% and over 5 km away is 36,4%. The number of dental clinics and dental specialists in the district center is 28,6% and 7%. Elderly people with access to dental care services account for 19,8%. **Conclusion:** Elderly people of the Dao ethnic group in Yen Bai province have an average level of tooth decay (53,6%). Tooth decay causes damage to teeth and affects eating and health. The number of elderly people were'nt accessed to dental care services is high (80,2%). **Keywords:** Elderly people, Dao ethnic group, tooth decay, access to services.

¹Trường Đại học Y Dược – ĐHQGHN

²Trung tâm y tế huyện Văn Yên, tỉnh Yên Bái

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Nghĩa

Email: nghiakhanh2016@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 12.3.2025