# Kết quả chăm sóc điều trị người bệnh sau can thiệp động mạch vành và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2020 - 2021

**Nguyễn Thị Thu Hà[1], Lê Thanh Bình[1], Nguyễn Thị Nhật Linh[1], Hoàng Thị Thu Hà[1]**
**Lê Thị Ngà[1], Phạm Tuấn Việt[1], Phạm Thị Hồng Thi[1,2]**

[1] Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai

[2] Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà

## TÓM TẮT

**Tổng quan:** Bệnh lý động mạch vành là một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu tại Việt Nam và các nước phát triển. Can thiệp động mạch vành qua da là biện pháp điều trị đặc hiệu nhằm tái tưới máu cơ tim. Bên cạnh bác sỹ, điều dưỡng viên là mắt xích quan trọng không thể thiếu trong chăm sóc điều trị người bệnh. Hoạt động chăm sóc, tư vấn giáo dục sức khỏe của điều dưỡng viên góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và mức độ tuân trị của bệnh nhân sau can thiệp động mạch vành.

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phân tích kết quả chăm sóc và một số yếu tố liên quan của người bệnh sau can thiệp động mạch vành tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai.

**Phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả, tiến cứu có theo dõi dọc.

**Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu: 67,5 ± 9,9, min 34 max 91, nam 67,9% nữ 32,1%. Biến chứng thường gặp nhất là phản vệ (41 trường hợp). Tỷ lệ người bệnh có kết quả chăm sóc điều trị tốt chiếm 84,7%. Tỷ lệ kết quả chăm sóc tốt ở nhóm có biến chứng là 68,1%; ở nhóm không có biến chứng là 100%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị tốt ở nhóm được tư vấn giáo dục sức khỏe đầy đủ cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm không được giáo dục sức khỏe đầy đủ (p < 0,001).

**Kết luận:** Kết quả chăm sóc điều trị của người bệnh động mạch vành được can thiệp qua da có liên quan với quá trình điều trị, chăm sóc tư vấn giáo dục sức khỏe của điều dưỡng.

**Từ khóa:** Bệnh động mạch vành, chăm sóc người bệnh sau can thiệp động mạch vành.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tim mạch là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới, theo báo cáo của tổ chức y tế thế giới (WHO) năm 2016, trong tổng số 56,9 triệu người tử vong trên thế giới thì bệnh lý thiếu máu cơ tim, đột quỵ và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là 3 nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới, ước tính có 18,2 triệu người chết trên toàn thế giới. Bệnh lý tim mạch là bệnh rất phổ biến ở Việt Nam chiếm khoảng 31% tổng số bệnh nhân tử vong trong đó hơn 50% là do bệnh lý động mạch vành.

Bệnh động mạch vành do xơ vữa bao gồm 2 hội chứng trên lâm sàng: Hội chứng động mạch vành mạn (Chronic coronary syndrome), gọi tắt là hội chứng mạch vành mạn, là thuật ngữ mới được đưa ra tại Hội nghị Tim mạch Châu Âu (ESC) 2019, thay cho tên gọi trước đây là đau thắt ngực ổn định, bệnh ĐMV ổn định, bệnh cơ tim bệnh cơ

tim thiếu máu cục bộ mạn tính hoặc suy vành. Hội chứng động mạch vành cấp tên gọi tắt là hội chứng vành cấp bao gồm nhồi máu cơ tim không có ST chênh (STEMI), nhồi máu cơ tim không có ST chênh (NSTEMI) và đau thắt ngực không ổn định (ĐNKÔĐ).

Can thiệp động mạch vành qua da (PCI) là biện pháp tái tưới máu cơ tim bị tổn thương do thiếu máu cục bộ. Adreas Gruentzig thực hiện thành công nong động mạch vành bằng bóng đầu tiên năm 1977. Tại Việt Nam, từ năm 1996, phương pháp can thiệp ĐMV qua da bắt đầu được thực hiện và ngày càng phổ biến ở nước ta [6]. Năm 2019, 3601 người bệnh đã được can thiệp động mạch vành tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai. Bên cạnh những trường hợp can thiệp thành công vẫn còn xảy ra các biến chứng ở các mức độ.

Chăm sóc người bệnh bị bệnh động mạch vành có vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ điều trị nhằm mục đích ngăn chặn suy tim tiến triển, phòng ngừa các rối loạn nhịp tim nguy hiểm… và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Vì vậy, việc theo dõi sát sao cũng như thực hiện chăm sóc toàn diện tốt cho người bệnh sau can thiệp động mạch vành là vô cùng cần thiết, giúp họ sớm hồi phục sức khỏe, kịp thời xử trí các biến chứng và giảm thiểu nguy cơ tử vong.

Trong suốt quá trình điều trị người bệnh sau can thiệp động mạch vành, điều dưỡng là người tiếp xúc với người bệnh nhiều nhất và trực tiếp thực hiện các quy trình kỹ thuật chăm sóc trên người bệnh. Đã có nhiều nghiên cứu của bác sĩ về can thiệp động mạch vành và một số nghiên cứu của điều dưỡng về can thiệp động mạch vành tuy nhiên hầu hết chỉ tập trung đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh sau can thiệp. Tại Việt Nam, nghiên cứu điều dưỡng về quá trình chăm sóc người bệnh sau can thiệp động mạch vành còn rất hạn chế.

Chính vì vậy đề tài: **"Kết quả chăm sóc điều trị người bệnh sau can thiệp động mạch vành và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2020 - 2021"** được tiến hành với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phân tích kết quả chăm sóc và một số yếu tố liên quan của người bệnh sau can thiệp động mạch vành tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu**

** Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Người bệnh từ 18 tuổi trở lên.
- Người bệnh được chẩn đoán bệnh động mạch vành có chỉ định can thiệp động mạch vành qua da.
- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

** Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Người bệnh không đủ năng lực để trả lời phỏng vấn (yếu, mệt, nghe, nói kém…).
- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Phương pháp nghiên cứu**

***Thiết kế nghiên cứu***

- Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả, tiến cứu có theo dõi dọc.

***Cỡ mẫu và chọn mẫu***

*** Mẫu:** Lấy mẫu thuận tiện. Lấy tất cả những người bệnh đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

*** Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện → lựa chọn những người bệnh đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu từ khi bắt đầu nghiên cứu.

Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi thu thập được 196 người bệnh đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

***Quá trình thu nhận bệnh nhân và thu thập số liệu***

- Lập mẫu bệnh án nghiên cứu phù hợp với đề tài nghiên cứu dựa trên các tiêu chí đánh giá về lâm sàng, cận lâm sàng, chăm sóc người bệnh như: phân độ NYHA, tiêu chuẩn RIFLE, các tiêu chuẩn của Hội Tim mạch học Việt Nam, thông tư 51/2017/TT – BYT, thông tư 07/2011/TT – BYT, thang đo Likert 5, thang điểm Morisky…

- Tập huấn điều tra viên về phương pháp đánh giá theo bộ công cụ và phỏng vấn người bệnh.

- Chọn đối tượng nghiên cứu thỏa mãn tiêu chuẩn chọn.

- Điều tra viên theo dõi, phỏng vấn người bệnh và ghi chép các thông tin vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

**Công cụ thu thập và xử lý**

**Công cụ:**

- Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án, lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp phỏng vấn và cách ghi chép kết quả phỏng vấn người bệnh vào bệnh án nghiên cứu.

**Phương pháp phân tích và xử lý số liệu:**

- Các số liệu trong nghiên cứu được xử lý và phân tích theo phương pháp xác suất thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0

- Kết quả được tính dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn.

- Ý nghĩa thống kê cho sự khác biệt được xác định với $p < 0,05$.

- Trong quá trình xử lý, các số liệu bị thiếu, vô lý, ngoại lai được kiểm tra và khắc phục.

**Đạo đức trong nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành dưới sự phê duyệt, đồng ý của hội đồng đề cương Trường Đại học Thăng Long đồng thời được sự chấp thuận của Ban Giám đốc Bệnh viện Bạch Mai và Ban lãnh đạo Viện Tim mạch. Nghiên cứu không vi phạm y đức, không ảnh hưởng đến sức khỏe, tâm lý của những người tham gia nghiên cứu khi đang tham gia điều trị bệnh tại bệnh viện và đảm bảo tính bảo mật nên việc thu thập dữ liệu chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Đặc điểm chung**

Trong tổng số 196 người bệnh nghiên cứu có 133 người bệnh nam chiếm 67,9% và 63 người bệnh nữ chiếm 32,1%. Tuổi trung bình 67,5 ± 9,9. Bệnh nhân trẻ nhất trong nghiên cứu: 34 tuổi, được chẩn đoán hội chứng vành cấp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 80% bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng vành cấp (155 ca) và 20% bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng vành mạn (39 ca).

Về các yếu tố nguy cơ của bệnh tim thiếu máu cục bộ: 31,1% bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá; 42,5% bệnh nhân có BMI trên ngưỡng bình thường cao; 14,8% bệnh nhân có tiền sử lạm dụng rượu; 2,0% bệnh nhân có stress tâm lý; 2,6% bệnh nhân ít hoạt động thể lực và 3,1% bệnh nhân có chế độ dinh dưỡng chưa hợp lý.

Về các bệnh lý đồng mắc: 73.5% bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp; 9,1% bệnh nhân bị suy thận mạn; 29,1% bệnh nhân bị đái tháo đường, 5,1% bệnh nhân bị tai biến mạch não và 28,8% bệnh nhân bị các bệnh lý đồng mắc khác.

Phân suất tống máu thất trái (EF) trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là: 56,3 ± 12,3%. Bệnh nhân có phân suất tống máu thất trái bình thường chiếm tỷ lệ 60.7% (119 ca), bệnh nhân có phân suất tống máu thất trái giảm chiếm tỷ lệ 39,3% (77 ca).

*Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu*

| **Đặc điểm** | | **n** | **%** | **Ghi chú** |
|---|---|---|---|---|
| Nhóm tuổi | ≤ 65 tuổi | 75 | 38,8 | Tuổi trung bình = 67,5 ± 9,9 năm |
| | > 65 tuổi | 121 | 61,7 | Min: 34 tuổi; Max: 91 tuổi |
| Giới | Nam | 133 | 67.9 | |
| | Nữ | 63 | 32.1 | |
| Địa dư | Nông thôn | 75 | 38,3 | |
| | Miền núi | 114 | 58,2 | |
| | Thành phố | 7 | 3,6 | |

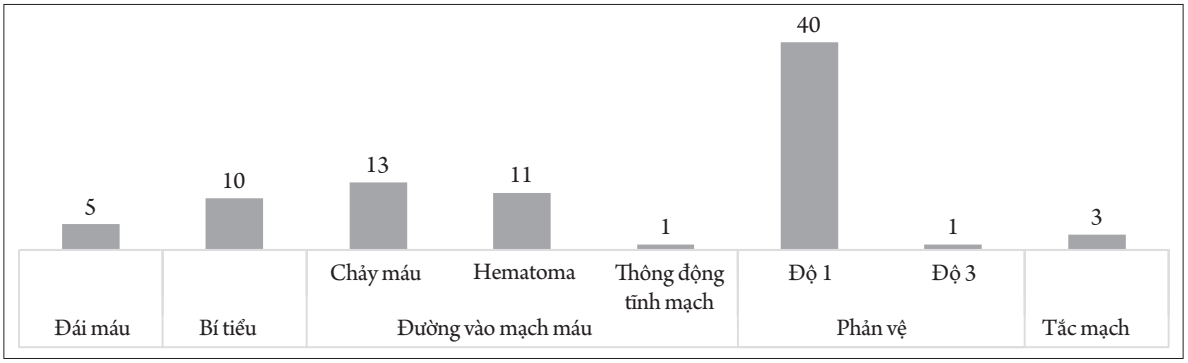
| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Trình độ học vấn | Không biết chữ | 2 | 1,0 | |
| | Tiểu học | 23 | 11,7 | |
| | THCS&THPT | 140 | 71,4 | |
| | Từ đại học trở lên | 31 | 15,8 | |
| Điều kiện kinh tế | Hộ nghèo | 2 | 1,0 | |
| | Hộ cận nghèo | 3 | 1,5 | |
| | Khác | 191 | 97,4 | |
| Chẩn đoán | Hội chứng vành cấp | 157 | 80 | |
| | Hội chứng vành mạn | 39 | 20 | |
| Bệnh đồng mắc | Tăng huyết áp | 144 | 73,5 | |
| | Đái tháo đường | 18 | 9,1 | |
| | Suy thận mạn | 57 | 29,1 | |
| | Tai biến mạch não | 10 | 5,1 | |
| | Bệnh khác | 17 | 28,8 | |
| Yếu tố nguy cơ | Hút thuốc lá | 61 | 31,1 | |
| | Tăng BMI | 84 | 42,8 | |
| | Tuổi cao | 40 | 20,4 | |
| | Nghiện rượu | 29 | 14,8 | |
| | Stress | 4 | 2,0 | |
| | Ít hoạt động thể lực | 5 | 2,6 | |
| | Chế độ dinh dưỡng | 6 | 3,1 | |
| Phân suất tống máu thất trái | Bình thường | 119 | 60,7 | Trung bình: 56,3 ± 12,3% |
| | Giảm | 77 | 39,3 | |

### 4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng sau can thiệp

*Bảng 2. Thay đổi mức độ khó thở theo phân độ NYHA và mức độ đau ngực theo phân độ CCS của bệnh nhân trước và sau can thiệp*

| Thời điểm | NYHA (n= 196) | | | | | CCS (n = 39) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | I n (%) | II n (%) | III n (%) | IV n (%) | Tổng n (%) | I n (%) | II n (%) | III n (%) | IV n (%) | Tổng n (%) |
| Trước can thiệp | 86 (43,9) | 88 (44,9) | 19 (9,7) | 3 (1,5) | 196 (100) | 7 (17,9) | 24 (61,6) | 7 (17,9) | 1 (2,6) | 39 (100) |
| Sau can thiệp 1h | 104 (53,1) | 80 (40,8) | 12 (6,1) | 0 (0) | 196 (100) | 10 (25,6) | 25 (64,1) | 4 (10,3) | 0 (0) | 39 (100) |
| Sau can thiệp 6h | 137 (69,9) | 53 (27,0) | 6 (3,1) | 0 (0) | 196 (100) | 24 (61,5) | 14 (35,9) | 1 (2,6) | 0 (0) | 39 (100) |
| Sau can thiệp 24h | 164 (83,7) | 31 (15,8) | 1 (0,5) | 0 (0) | 196 (100) | 35 (89,7) | 4 (11,3) | 0 (0) | 0 (0) | 39 (100) |
| Ra viện | 178 (90,8) | 18 (9,2) | 0 (0) | 0 (0) | 196 (100) | 38 (97,4) | 1 (2,6) | 0 (0) | 0 (0) | 39 (100) |

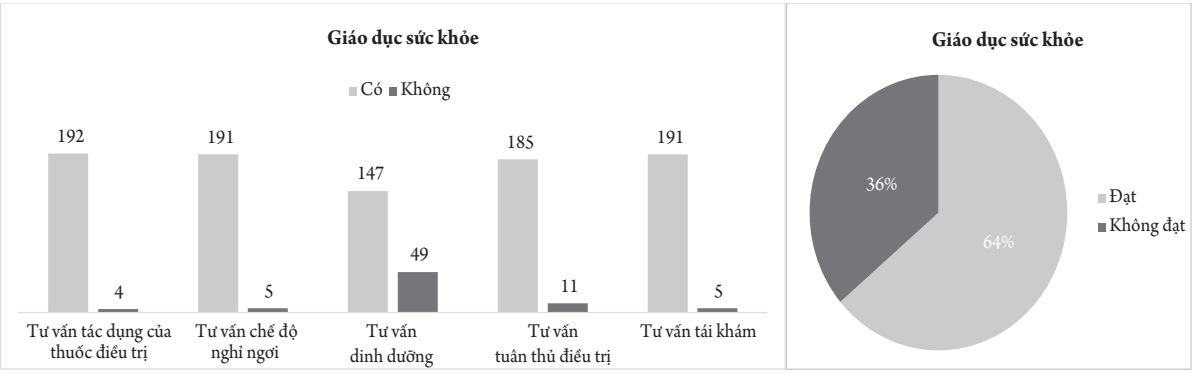
***Nhận xét:*** Số lượng bệnh nhân khó thở mức độ NYHA I trước can thiệp là 86 trường hợp, sau can thiệp 1h, 6h, 24h và trước ra viện số lượng bệnh nhân khó thở NYHA I tăng lên tương ứng là 104, 139, 164 và 178 trường hợp. Tương ứng, số lượng bệnh nhân khó thở mức độ từ NYHA II trở lên giảm dần theo thời gian sau can thiệp. Trong nhóm bệnh nhân đau ngực ổn định, trước can thiệp số lượng bệnh nhân đau ngực mức độ CCS I là 7 trường hợp. Sau can thiệp 1h, 6h, 24h và trước ra viện số trường hợp đau ngực mức độ CCS I tăng lên tương ứng là 10, 24, 35 và 38 trường hợp. Số lượng bệnh nhân đau ngực mức độ từ CCS II trở lên giảm dần theo thời gian sau can thiệp. Điều này cho thấy đa số các bệnh nhân được cải thiện triệu chứng cơ năng sau can thiệp. Đặc biệt, tại thời điểm ra viện, không còn bệnh nhân khó thở mức độ NYHA III, IV và không có bệnh nhân đau ngực từ mức CCS III trở lên.




*Biểu đồ 1. biến chứng sau can thiệp*

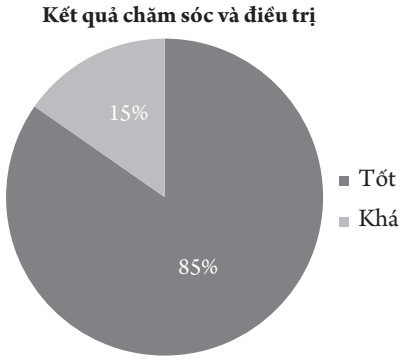
***Nhận xét:*** Biến chứng thường gặp nhất trong nghiên cứu là phản vệ (41 ca), bao gồm: 40 ca phản vệ độ 1 và 1 ca phản vệ độ 3. Liên quan tới vị trí chọc động mạch đường vào, biến chứng thường gặp nhất là chảy máu (13 ca) và khối máu tụ (11 ca). Các biến chứng khác bao gồm: bí tiểu (10 ca), đái máu (5 ca), thuyên tắc mạch (3 ca).

**Kết quả và một số yếu tố liên quan đến chăm sóc sau can thiệp ĐMV**




*Biểu đồ 2. Hoạt động giáo dục sức khỏe cho người bệnh trước ra viện*

***Nhận xét:*** Tỷ lệ người bệnh được điều dưỡng tư vấn giáo dục sức khỏe đạt là 64% và 36% người bệnh được điều dưỡng tư vấn GDSK chưa đạt khi ra viện.




*Biểu đồ 3. Kết quả chăm sóc và điều trị bệnh nhân*

***Nhận xét:*** Tỷ lệ người bệnh có kết quả chăm sóc điều trị tốt chiếm 85%. Tỷ lệ người bệnh có kết quả chăm sóc khá chiếm 15%.

*Bảng 3. Liên quan giữa số ngày điều trị và kết quả chăm sóc điều trị (n=196)*

| Số ngày điều trị | Kết quả chăm sóc điều trị | | | | OR (CI 95%) | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Tốt | | Khá | | | |
| | n | % | n | % | | |
| ≤ 3 ngày | 54 | 84,4% | 10 | 15,6% | 0,785 (0,288 – 2,141) | $p_{1-2}$ = 0,636 |
| 3 - 5 ngày | 55 | 87,3% | 8 | 12,7% | | |
| > 5 ngày | 57 | 82,6% | 12 | 17,4% | 1,137 (0,454 – 2,847) | $p_{1-3}$ = 0,784 |
| | 166 | 84,7% | 30 | 15,3% | | |

***Nhận xét:*** Tỷ lệ người bệnh có kết quả chăm sóc tốt ở nhóm ngày điều trị từ 3 ngày trở xuống là 84,4%; ở nhóm từ 3 - 5 ngày là 87,3% và nhóm trên 5 ngày là 86,2%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

*Bảng 4. Liên quan giữa biến chứng và kết quả chăm sóc điều trị (n=196)*

| Biến số nghiên cứu | Kết quả chăm sóc điều trị | | | | OR (CI 95%) | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Tốt | | Khá | | | |
| | n | % | n | % | | |
| Biến chứng | 64 | 68,1 | 30 | 31,9 | 0,681 (0,593 – 0,782) | < 0,001 |
| Không biến chứng | 102 | 100 | 0 | 0% | | |
| | 166 | 84,7 | 30 | 15,3 | | |

***Nhận xét:*** Tỷ lệ kết quả chăm sóc điều trị tốt ở nhóm có biến chứng là 68,1%; ở nhóm không có biến chứng là 100%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,001; CI 95% = [0,593 – 0,782].

*Bảng 5. Mối liên quan giữa hoạt động giáo dục sức khỏe và mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh (n=196)*

| GDSK | Mức độ tuân thủ điều trị | | | | OR (CI 95%) | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Tuân thủ tốt | | Tuân thủ không tốt | | | |
| | SL = 131 | (%) | SL = 65 | (%) | | |
| Đầy đủ | 120 | 96,0% | 5 | 4,0% | 130,9 (43,48 – 393,67) | p < 0,001 |
| Không đầy đủ | 11 | 15,5% | 60 | 84,5% | | |
| | 131 | 66,8% | 65 | 33,2% | | |

***Nhận xét:*** Tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị tốt ở nhóm được tư vấn giáo dục sức khỏe đầy đủ là 96% cao hơn ở nhóm không được giáo dục sức khỏe đầy đủ là 15,5%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,001; CI 95% = [43,48 – 393,67].

## BÀN LUẬN

**Đặc điểm chung của người bệnh nghiên cứu**

Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 67,5 ± 9,9. Nhóm tuổi trên 65 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (61,7%). Bệnh nhân trẻ nhất trong nghiên cứu là 34 tuổi, được chẩn đoán hội chứng vành cấp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Đỗ Hồng Kiên, trong đó tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 63,9 ± 11,8. Theo nghiên cứu của tác giả Lý Đức Ngọc tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 67,21 ± 9,19 [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân nam là 67,9%; tỷ lệ bệnh nhân nữ là 32,1%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Đỗ Hồng Kiên tỷ lệ nam giới bị nhồi máu cơ tim là 76,6% và nữ giới là 23,4% [2]. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Phi tỷ lệ bệnh nhân nam là 79,2%; tỷ lệ bệnh nhân nam nữ là 27,1% [4]. Theo nghiên cứu của tác giả Lý Đức Ngọc người bệnh là nữ chiếm 24,44%; người bệnh nam chiếm 75,56% [3].

**Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng sau can thiệp**

Nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân có các chỉ số sinh tồn trong giới hạn bình thường. Trước can thiệp có 25,5% người bệnh có nhịp tim nhanh tỷ lệ giảm dần tới ra viện chỉ còn 4,4% bệnh nhân có nhịp tim nhanh. Tăng huyết áp trước can thiệp là 33,2% ra viện còn 6,6%. Sau can thiệp 6h có 1 người bệnh sốt (0,5%) sau 24h có 2 bệnh nhân sốt (1%). Trước can thiệp có 3,1% người bệnh có $SpO_2$ ≤ 93%. Tại thời điểm ra viện không có bệnh nhân nào có $SpO_2$ thấp dưới 93%.

Trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Phi, tỷ lệ bệnh nhân bị tăng huyết áp là 27% [4]. Trong nghiên cứu của Đỗ Hồng Kiên có 5 bệnh nhân (4,5%) có huyết áp tâm thu < 90 mmHg, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Xuân Thận (21,5%), Nguyễn Quang Tuấn (18%) [2]. Có 18% bệnh nhân có tần số tim > 100 ck/ph. Đây là những dấu hiệu nặng của bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim. Nhịp tim nhanh làm tăng tiêu thụ oxy cơ tim, tăng diện tích vùng cơ tim bị nhồi máu và thường gặp ở bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim thành trước, chức năng tâm thu thất trái giảm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ khó thở giảm dần. Trước can thiệp có 44,9% khó thở độ II, 9,7% khó thở độ III và 1,5% khó thở độ IV sau can thiệp còn 9,2% người bệnh khó thở độ II không có người bệnh khó thở độ III và IV. Theo tác giả Đỗ Hồng Kiên, triệu chứng khó thở của những người bệnh được cải thiện qua thời gian theo dõi. Tác giả thấy có khác biệt có ý nghĩa thống kê về thay đổi mức NYHA trung bình khi ra viện và sau 1 tháng (p < 0.01) [2].

Theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ người bệnh đau ngực ổn định CCS I là 17,9%; CCS II chiếm 61,6%; CCS III chiếm 17,9% và CCS IV chiếm 2,6%. Trước khi ra viện mức độ đau ngực giảm xuống còn 97,4% người bệnh đau ngực mức độ CCS I và 2,6% người bệnh đau ngực mức độ CCS II. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Quân mức độ đau ngực của người bệnh động mạch vành theo CCS độ I chiếm 0,76%; độ II chiếm 29,01%; độ III chiếm 56,49%; độ IV 13,74% [5].

Biến chứng tắc mạch trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,5%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hoài Thu ghi nhận biến chứng này trên 4 bệnh nhân (6,6%). Theo tác giả Naveen Garg (2015) tỷ lệ biến chứng thuyên tắc mạch sau 24 giờ thực hiện thủ thuật là (15,2%) [7]. Tác giả Mohamed Sadaka (2019) ghi nhận biến chứng tắc mạch tại thời điểm 24 giờ thủ thuật là (32,9%) [8]. Nghiên cứu Nguyễn An Khương (2010) tiến hành trên 156

bệnh nhân theo 3 giai đoạn, giai đoạn sớm sau thủ thuật có 3 người bệnh bị biến chứng tắc động mạch quay (2%) [1]. Nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Dũng (2014) không ghi nhận biến chứng thuyên tắc mạch.

**Kết quả và một số yếu tố liên quan đến chăm sóc sau can thiệp người bệnh hội chứng ĐMV**

Tỷ lệ người bệnh có kết quả chăm sóc tốt ở nhóm điều trị từ 3 ngày trở xuống là 84,4%; ở nhóm điều trị từ 3 – 5 ngày là 87,3% và nhóm trên 5 ngày là 86,2%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Tỷ lệ kết quả chăm sóc tốt ở nhóm có biến chứng là 68,1%; ở nhóm không có biến chứng là 100%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị tốt ở nhóm được tư vấn giáo dục sức khỏe đầy đủ là 96% cao hơn ở nhóm không được giáo dục sức khỏe đầy đủ là 15,5%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

## KẾT LUẬN

Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân được cải thiện sau can thiệp động mạch vành. Đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu được tư vấn giáo dục sức khỏe liên quan đến thuốc điều trị, chế độ nghỉ ngơi, dinh dưỡng, tuân thủ điều trị và tái khám. 64% bệnh nhân trong nghiên cứu được tư vấn sức khỏe đạt yêu cầu. Tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị tốt ở nhóm được tư vấn giáo dục sức khỏe đầy đủ là 96% cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm không được giáo dục sức khỏe đầy đủ (15,5%).


## ABSTRACT

**Results of care and treatment after percutaneous coronary intervention and some related factors at bach mai hospital in 2020 -2021**

**Background:** Coronary artery disease is a leading cause of mortality in Vietnam and developed country. Percutaneous coronary intervention is an effective strategy to revascularise coronary flow. In addtion to specific treatment, nursing care plays a pivotal role in the improvement of patients' post-procedural status and compliance.

**Objectives:** This study aims to describe the clinical and subclinical developments and assess the relationship between nursing care as well as some related factors and the outcome of patients with coronary artery disease after percutaneous coronary intervention in Vietnam National Heart Institute - Bach Mai Hospital from 2020 to 2021.

**Method:** Descriptive, prospective study with longitudinal follow-up.

**Results:** mean age 67.5 ± 9.9, min 34 max 91, male: 67.9% female: 32.1%. The most common complication was anaphylaxis (41 cases). The percentage of patients with good care and treatment results accounted for 84.7%. The proportion of good care and treatment in the group with complications was 68.1%; in the group without complications was 100%. This difference is significant with p < 0.001. The percentage of patients having good compliance in the group with adequate health education counseling was 96%, which is significantly higher than in the group without adequate health education (p < 0,001). Conclusion: Nursing care and consultation have a significant impact on the outcome and compliance of patients after percutaneous coronary intervention.


**Keywords:** Coronary artery disease, patient care after coronary intervention.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyen An Khuong, Le Thi Thien Huong and Vo Thanh Nhan (2010), "Evaluating the radial artery morphology by 2D and Doppler ultrasound in coronary angiography and intervention through the radial artery", City Medicine. Ho Chi Minh, 14.

2. Do Hong Kien (2012), Evaluation of early results of percutaneous coronary intervention in patients with late acute myocardial infarction, Master's thesis in nursing, Hanoi Medical University.

3. Ly Duc Ngoc (2012), Evaluating the feasibility of applying 5F catheter in coronary intervention and commenting on the results of coronary intervention through 5F catheter, Master's thesis of medicine, Hanoi Medical University.

4. Nguyen Van Phi (2011), Evaluation of the quality of life of patients with unstable angina before and after percutaneous coronary intervention using the Seattle Angina Questionnaire, Medical Doctor's Graduation Thesis, Hanoi Medical University.

5. Nguyen Manh Quan (2021), Evaluation of intervention results with non-polymer drug-eluting stents (biofreedom) in coronary artery patients, Doctoral thesis of Medicine, Hanoi Medical University.

6. Vu Duy Tung (2016), Study of coronary artery anatomy on 64-slice computed tomography images compared with percutaneous coronary images, , Doctoral thesis of medicine, Hanoi Medical University.

7. Garg N., Madan B. K., Khanna R. and et al. (2015), "Incidence and predictors of radial artery occlusion after transradial coronary angioplasty: Doppler-guided follow-up study", *J Invasive Cardiol*, 27(2), p. 106-112.

8. Sadaka M. A., Etman W., Admed W. and et al. (2019), "Incidence and predictors of radial artery occlusion after transradial coronary catheterization", *Egypt Heart J*, 71(1), p. 12.