Kết quả chăm sóc người bệnh sau can thiệp động mạch chi dưới mạn tính và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Bạch Mai

Lê Thị Mến[1], Đinh Huỳnh Linh[1], Nguyễn Tuấn Hải [1], Bùi Vĩnh Hà[1], Trần Đình Tuyên [1]
Nguyễn Thị Hải Yến[2], Trần Minh Phương[2], Đặng Đình Mạnh[2], Phạm Thị Hồng Thi[3]

[1] Bộ môn Tim mạch, Trường Đại học Y Hà Nội

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

[3] Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Mến

TÓM TẮT

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 184 người bệnh được chẩn đoán BĐMCD mạn tính theo tiêu chuẩn ACC/AHA 2016 [1] điều trị nội trú được can thiệp nội mạch qua da tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11 năm 2020 đến tháng 07 năm 2021.

Kết quả: Tuổi TB của là 72,2 ± 11,9; độ tuổi trên 80 chiếm tỷ lệ cao nhất: 31,0%; tỷ lệ nam/nữ: 2/1; các yếu tố nguy cơ và bệnh lý kèm theo: THA (88,0%); Hút thuốc lá: 57,1%, đái tháo đường (39,7%), Biến chứng sau can thiệp: chảy máu đường vào can thiệp: 0,5%; Tụ máu: 3,3%; Bí tiểu: 3,3%; sốt: 4,3%; Chăm sóc mức tốt: 72,2%, mức khá: 27,8%.

Kết luận: Kết quả chăm sóc tốt: 72,2%, yếu tố liên quan đến chăm sóc: tuổi, BMI, hút thuốc lá.

Từ khóa: Kết quả chăm sóc, hoạt động chăm sóc, hoạt động tư vấn GDSK.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch chi dưới mạn tính tại Việt Nam nói riêng và trên thế giới nói chung trong những năm gần đây diễn biến theo xu hướng tăng dần về số lượng người bệnh cũng như mức độ phức tạp của bệnh. Nguyên nhân là do xơ vữa động mạch chiếm 90% và ngày càng gặp nhiều là tuổi thọ trung bình tăng, số lượng người bệnh mắc các bệnh lý chuyển hóa tăng cũng như thay đổi chế độ dinh dưỡng của người bệnh dẫn tới tỷ lệ bệnh động mạch chi dưới ngày càng nhiều. Theo thống kê dịch tễ năm 2015 trên thế giới có đến 200 triệu người mắc bệnh động mạch chi dưới, trong đó trên 30% người trên 80 tuổi mắc bệnh. Năm 1964, Dotter và Judking, các bác sỹ điện quang lần đầu tiên báo cáo mô tả về can thiệp nội mạch qua da, kết quả can thiệp nội mạch chi dưới mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh như: kỹ thuật ít xâm lấn, gây tê tại chỗ, thời gian can thiệp ngắn nên người bệnh hồi phục nhanh và ít biến chứng. Chăm sóc người bệnh sau can thiệp ĐMCD là một khâu quan trọng trong quy trình chăm sóc điều dưỡng, xuất phát từ những lý do trên, với mong muốn nâng cao chất lượng chăm sóc và theo dõi phát hiện dấu hiệu bất thường từ người bệnh kịp thời xử trí, đưa ra các đề xuất chăm sóc và tư vấn giáo dục sức khỏe cho phù hợp thực trạng của mỗi người bệnh. Nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Phân tích kết quả chăm sóc và một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai năm 2020-2021.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

Thời gian, đối tượng và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu

Tháng 11 năm 2020 đến tháng 7 năm 2021.

Đối tượng nghiên cứu:

184 người bệnh được chẩn đoán là BĐMCD mạn tính được tiến hành can thiệp nội mạch điều trị Nội trú tại Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai năm 2020 – 2021". theo tiêu chuẩn ACC/AHA 2016 [1].

Địa điểm nghiên cứu

Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Nghiên cứu sử dụng cách chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tuần tự các bệnh nhân đáp ứng những tiêu chuẩn lựa chọn ở trên trong thời gian từ tháng 11 năm 2020 đến tháng 7 năm 2021. Tổng mẫu thu được là 184 người bệnh.

Biến số nghiên cứu:

- Tuổi, giới tính, các bệnh lý kèm theo

- Hoạt động chăm sóc: Hoạt động tiếp nhận chăm sóc người bệnh sau can thiệp; thực hiện các kỹ thuật chăm sóc, hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh.

Kết quả chăm sóc: chăm sóc tốt: bao gồm các hoạt động tiếp nhận + hoạt động thực hiện kỹ thuật chăm sóc và hoạt động tư vấn sức khỏe cho người bệnh có làm ≥80%, chăm sóc khá: bao gồm hoạt động tiếp nhận + hoạt động thực hiện kỹ thuật chăm sóc và hoạt động tư vấn sức khỏe cho người bệnh có làm < 80%

Công cụ đánh giá và thu thập số liệu

Bệnh án nghiên cứu chuyên biệt theo mục tiêu nghiên cứu bao gồm: Hoạt động tiếp nhận chăm sóc người bệnh sau can thiệp; thực hiện các kỹ thuật chăm sóc hoạt động thực hiện can thiệp thuốc và theo dõi tác dụng phụ; hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh.

Phân tích số liệu

Sau khi mã hóa thông tin, nghiên cứu viên trực tiếp nhập liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp vào các phương pháp điều trị của bác sĩ. Nghiên cứu được sự đồng ý của người bệnh và gia đình. Nghiên cứu được tiến hành khi có sự đồng ý Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu		n	(%)
Tuổi	<60	26	14,1%
	≥60	158	85,9%
Giới	Nam	123	66,9%
	Nữ	61	33,1%
Yếu tố nguy cơ và bệnh lý kèo theo*	Tăng huyết áp	162	88,0%
	Hút thuốc lá	105	57,1%
	Đái tháo đường	73	39,7%
	Thừa cân (BMI≥ 23)	35	19,0%
	Can thiệp ĐMV cũ	28	15,2%

*Một người bệnh có thể có mắc nhiều hơn 01 bệnh.

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu: 72,2 11,9, trong đó, độ tuổi ≥60 chiếm tỷ lệ cao nhất: 85,9%. người bệnh nam là chủ yếu, chiếm tỷ lệ 66,9%; tỷ lệ nam/nữ: 2/1, yếu tố nguy cơ chính là tăng huyết áp: 88%, hút thuốc lá: 57,1% và Đái tháo đường: 39,7%.

Bảng 2. Biến chứng sau can thiệp động mạch chi dưới

Biến chứng sau can thiệp	n	%
Chảy máu vị trí đường vào can thiệp	1	0,5%
Tụ máu vị trí đường vào can thiệp	6	3,3%
Bí tiểu	8	4,3%
Sốt	8	4,3%
Tử vong	0	0%

Nhận xét: các biến chứng được phát hiện khi theo dõi sát người bệnh: người bệnh có chảy máu và tụ máu tại vị trí chọc mạch là 01 người bệnh (0,5%) và 06 người bệnh (3,3%); người bệnh có biểu hiện bí tiểu, sốt lần đều là: 4,3% (8/184), không có trường hợp nào tử vong.

3.2. Kết quả chăm sóc người bệnh sau can thiệp ĐMCD

Bảng 3. Kết quả chăm sóc người bệnh sau can thiệp ĐMCD (n=184)

1. Hoạt động tiếp nhận chăm sóc người bệnh sau can thiệp (n=184)			
Hoạt động chăm sóc sau can thiệp		**n**	**%**
Ghi thời gian tiếp nhận bệnh nhân can thiệp về	Có	156	85,0%
	Không	28	15,0%
Điền đầy đủ bảng kiểm sau can thiệp	Có	155	84,2%
	Không	29	15,8%
Đo dấu hiệu sinh tồn: 30- 60 phút/lần	Có	177	96,2%
	Không	7	3,8%
Kiểm tra tình trạng băng ép, vết chọc vị trí can thiệp	Có	173	94%
	Không	11	6%
Giải thích cố định chân bên chọc đường vào can thiệp 6-8 h	Có	178	96,7%
	Không	6	2,3%
2. Hoạt động can thiệp chăm sóc của điều dưỡng với người bệnh (n=184)			
Đo các dấu hiệu sinh tồn (n=184)	30 phút/lần	11	6,0%
	1h/lần	173	94,0%
Can thiệp NB bí tiểu (n=8)	Chườm ấm	8	100%
	THYL Đặt Sonde tiểu	3	37,5%
Can thiệp NB sốt (n=8)	Chườm ấm	8	100%
	THYL thuốc hạ sốt	8	100%
Can thiệp khi biến chứng chảy máu/ tụ máu (n=8)	Băng ép lại vị trí can thiệp, Theo dõi sát DHST	8	100%
	THYL giảm đau	5	2,7%
Tình trạng vết can thiệp (n=184)	Bình thường	184	100%
	Sưng, đỏ, nề	0	0%
Chăm sóc thay băng vị trí can thiệp/loét, hoại tử (n=184)	Sau 6-8h	155	84,2%
	Ngày hôm sau	29	15,8%
Chế độ vệ sinh	Sau 6h-8h	117	63,6%
	Ngày hôm sau	67	36,4%
Chăm sóc tâm lý	Không chăm sóc	13	7,1%
	Lắng nghe, giải đáp thắc mắc	171	92,9
Chăm sóc dinh dưỡng	Không ăn	19	10,3%
	Ăn theo suất ăn bệnh viện	165	89,7%

3. Hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe (n=184)			
Tư vấn kiến thức về bệnh	Có	176	95,7%
	Không	8	4,3%
Tư vấn Bất động chân can thiệp	Có	181	98,4%
	Không	3	1,6%
Tư vấn tuân thủ điều trị thuốc	Có	182	98,9%
	Không	2	1,1%
Tư vấn tự chăm sóc, vận động	Có	182	98,9%
	Không	2	1,1%
Tư vấn chế độ nghỉ ngơi, tránh té ngã	Có	181	98,4%
	Không	3	1,6%
Tư vấn về chế độ dinh dưỡng	Có	178	96,7%
	Không	6	3,3%
Tư vấn chế độ vệ sinh	Có	180	97,8%
	Không	4	3,2%
Tư vấn biến chứng có thể sảy ra sau can thiệp	Có	176	95,7%
	Không	8	4,3%
Tư vấn tái khám	Có	176	95,7%
	Không	8	4,3%

Nhận xét: Hoạt động tiếp nhận người bệnh sau can thiệp đều được các điều dưỡng theo sát, 100% NB được điều dưỡng can thiệp chăm sóc; xử trí khi có biến chứng sau can thiệp; rét run (n=7), chườm ấm khi bí tiểu (n=8); khi sốt (n=8), theo dõi và băng ép khi có chảy máu/tụ máu tại vị trí can thiệp (n=8). Trong đó, BN bí tiểu sau chườm ấm có 3NB (37,5%) cần bổ sung sonde tiểu; 100% NB thực hiện y lệnh hạ sốt sau khi có chườm ấm; 05NB (62,5%) cần sử dụng giảm đau khi có biến chứng chảy máu/tụ máu tại vị trí can thiệp, Các hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh được thực hiện khá đầy đủ ở các nhiệm vụ tư vấn trên 95%.

Bảng 4. Kết quả chăm sóc điều trị sau can thiệp ĐMCD (n=184)

Kết quả chăm sóc điều trị	n	%
Mức tốt	133	72,2%
Mức khá	51	27,8%
Thời gian điều trị ≤ 6 ngày	101	54,9%
Thời gian điều trị > 6 ngày	83	45,1%

Nhận xét: Người bệnh sau can thiệp ĐMCD được chăm sóc mức tốt: 72,2%, mức khá là 27, thời gian điều trị trung bình là 7,1 ± 3,8 ngày. Thời gian điều trị ≤ 6 ngày chiếm 54,9%,

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc

Các yếu tố liên quan		Kết quả chăm sóc		OR (95%CI)	P
		Mức tốt SL(%)	Mức khá SL(%)		
Tuổi	60	26 (51%)	25 (49%)	3,42 (1,73-6,76)	**< 0,0001**
	<60	31 (23,3%)	102 (76,7%)		
Giới	Nữ	85 (69,1%)	38 (30,9%)	1,65 (0,8-3,4)	0,174
	Nam	48 (78,7%)	13 (21,3%)		
BMI	23	20 (39,2%)	31 (60,8%)	5,08 (2,33-11,04)	**< 0,0001**
	<23	15 (11,3%)	118 (88,7%)		
Hút thuốc lá	Có	40 (78,4%)	11 (21,6%)	3,8 (1,8-8,04)	**< 0,0001**
	Không	65 (48,9%)	68 (51,1%)		
Uống rượu, bia	Có	81 (71,7%)	32 (28,3%)	1,08 (0,56-2,1)	0,818
	Không	52 (73,2%)	19 (26,8%)		
Tiền sử tăng Huyết áp	Có	46 (28,4%)	116 (71,6%)	1,35 (0,47-3,87)	0.578
	Không	5 (22,7%)	17 (77,3%)		
Đái tháo đường	Có	18 (24,7%)	55 (75,3%)	0,77 (0,4-1,51)	0.453
	Không	33 (29,7%)	78 (70,3%)		

Kết luận: Trong nghiên cứu của chúng tôi thực hiện phân tích mối liên quan: tuổi (OR=3,42), BMI (OR=5,08), hút thuốc lào, thuốc lá (OR=3,8) có mối quan hệ với kết quả chăm sóc có ý nghĩa thống kê với p < 0.0001.

BÀN LUẬN

Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi 184 sau can thiệp ĐMCD, tuổi ≥60 chiếm 85,9% (bảng 1), tuổi trung bình của bệnh nhân là 72,0 ± 11,9 tuổi, trong đó tuổi cao nhất là: 96 thấp nhất là: 31. Về độ tuổi nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của tác giả trong nước Nguyễn Thiện Toàn [5] là 70,5 ± 10,4 và tác giả nước ngoài: Hong Kuan Kok và cs năm 2017 là: 74 [7].

Về giới Tỷ lệ giữa nam và nữ của chúng tôi đạt tỷ lệ 66,9% nam giới và nữ giới 33,2% tỷ lệ giữa nam gấp khoảng 2 lần so với nữ giới, về tỷ lệ nam/nữ nghiên cứu chúng tôi tương tự tác giả Nguyễn Thiện Toàn [5], Bùi Anh Thông [4], thấp hơn nghiên cứu tác giả nước ngoài: Hong Kuan Kok và cs năm 2017 tỷ lệ nam: 74,1%, tỷ lệ nữ: 25,9% [7].

Yếu tố nguy cơ và bệnh lý hay gặp nhất: Tăng huyết áp: 88%, Đái tháo đường: 39,7%%, can thiệp động mạch vành cũ: 15,2; kết quả chúng tôi tương đương tác giả Ngô Văn Tuấn [6] tỷ lệ tăng huyết áp: 88, 7% và ĐTĐ: 48,4%; kết quả chúng tôi cao hơn tác giả Hong Kuan Kok và cs [7] tỷ lệ THA: 72,0% và ĐTĐ: 61,0%.

Hút thuốc lá, thuốc lào của chúng tôi là: 57,1%, trong đó tỷ lệ nam giới hút thuốc lá: 83,7% và có 2 người nữ giới (3,3%) trong nghiên cứu chúng tôi hút thuốc lá, tỷ lệ hút thuốc lá chúng tôi gần tương đương kết quả tác giả Nguyễn Thiện Toàn[5] 57,3% tỷ lệ nam giới: 91,8%, Thấp hơn tác giả: Ngô Văn

Tuấn [6]: 59,7% tỷ lệ nam: 94,6%, Kết quả chúng tôi cao hơn tác giả Bùi Anh Thông [4]: 45,8%; Hong Kuan Kok và cs [7]: 34% tỷ lệ nam: 78%.

Kết quả chăm sóc người bệnh sau can thiệp ĐMCD

Tiếp nhận và theo dõi người bệnh sau can thiệp: là công việc đầu tiên và ưu tiên hàng đầu của điều dưỡng viên với người bệnh nói chung và người bệnh sau can thiệp ĐMCD nói riêng, đòi hỏi tính liên tục, sát sao và độ chính xác cao. Trong nghiên cứu chúng tôi hầu hết các bước trong quy trình tiếp nhận bệnh nhân sau can thiệp của điều dưỡng viên đều thực hiện đầy đủ (bảng 3): ghi thời gian tiếp nhận bệnh nhân can thiệp về chiếm 85%, Điền đầy đủ bảng kiểm sau can thiệp chiếm 84,2% ; Đo dấu hiệu sinh tồn 1h chiếm 96,2%; kiểm tra băng ép, vết chọc vị trí can thiệp chiếm 94,0%; giải thích cố định chân vị trí can thiệp chiếm: 96,7%,

Sau khi kết thúc thủ thuật can thiệp ĐMCD thì người bệnh cần được băng ép đùi cố định chân để phòng biến chứng chảy máu hay tụ máu tại nơi chọc tĩnh mạch đùi. Với người bệnh được đóng mạch bằng dụng cụ: Angioseal hoặc Perclose thì thời gian bất động khoảng 3-4 giờ sau can thiệp do dụng cụ áp lực tối ưu hơn giảm thời gian cố định chân tùy theo chỉ định bác sỹ đa số dùng người tuổi cao và nhiều bệnh nền, hoặc nhiều bệnh phối hợp [3]. Tại Viện Tim mạch thông thường thời gian người bệnh được băng ép đùi và cố định chân trong vòng 6 -8 giờ (và cố định chân buộc vào thành giường và tư vấn ko di chuyển trong vòng 2h đầu để tránh biến chứng chảy máu và tụ máu).

Mặc dù tỷ lệ NB được giải thích cố định chân vị trí can thiệp chiếm: 96,7% nhưng vẫn có biến chứng chảy máu tại vị trí can thiệp (0,5%) và tụ máu tại vị trí đường vào can thiệp: 3,3% có thể do quá trình chọc mạch can thiệp, thói quen hàng ngày hoặc những NB này chưa được giải thích rõ ràng về mức độ quan trọng của việc cố định chân và thời gian cố định chân nên đã có biến chứng chảy máu vị trí đường vào can thiệp.

Hoạt động của điều dưỡng thực hiện các kỹ thuật chăm sóc người bệnh sau can thiệp

Trong nghiên cứu chúng tôi hầu hết người bệnh sau can thiệp đều được theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, việc theo dõi và đo các dấu hiệu sinh tồn tùy tình trạng bệnh nhân tỷ lệ theo dõi sau can thiệp 30 phút/lần chiếm 6,0% và 1h/lần chiếm tỷ lệ cao: 94%.

100% các điều dưỡng hoạt động theo dõi, chăm sóc và can thiệp xử trí khi có biến chứng sau can thiệp.

Can thiệp khi người bệnh bí tiểu: Sau can thiệp người bệnh trở về bệnh phòng có 08 trường hợp người bệnh không tự tiểu được và chủ yếu ở nữ giới do phần lớn, với nguyên nhân như thuốc gây mê, gây tê, ít vận động tư thế cố định chân, người bệnh đóng bỉm sau can thiệp phản xạ kém. Điều dưỡng tiến hành chườm ấm và hướng dẫn người nhà chườm ấm cho người bệnh nhiều lần đều không hiệu quả, báo cáo bác sỹ cho y lệnh đặt sode tiểu hết 8 trường hợp, người bệnh sau đặt sode tiểu đều dễ chịu và thoải mái.

Can thiệp khi người bệnh sốt: Sau can thiệp phát hiện có 8 ca người bệnh biểu hiện sốt do phản ứng thuốc cản quang hoặc do tư thế bất động lâu điều dưỡng tiến hành chườm ấm và hướng dẫn người nhà chườm ấm cho người bệnh sau nhiều lần nhiệt độ không giảm báo cáo bác sỹ lệnh thuốc hạ sốt đầy đủ

Can thiệp khi người có biến chứng chảy máu, tụ máu: Tổng có 1 ca chảy máu và 06 ca tụ máu tại vị trí can thiệp tiến hành báo bác sỹ băng ép lại vị trí can thiệp và theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn 30 phút/lần, thực hiện y lệnh thuốc giảm đau 3 người bệnh chiếm 43%.Khi chăm sóc người bệnh ĐMCD để phòng ngừa biến chứng và xử trí kịp thời thì người điều dưỡng chăm sóc tránh sơ suất gặp trong chăm sóc và theo dõi người bệnh.

Thực hiện thuốc theo y lệnh: Các biến chứng thường gặp và có thể xảy ra sau can thiệp động mạch chi dưới có thể xảy ra: rò động tĩnh mạch, huyết khối cấp, tắc mạch chi cấp [3]. Do đó, chống ngưng tập tiểu cầu là nền tảng của điều trị nội khoa ngay sau khi can thiệp ĐMCD [5]. Trong nghiên cứu chúng tôi người bệnh đều được sử dụng aspirin và kháng sinh sau can thiệp, thuốc hạ sốt, giảm đau: 80,4%, thuốc huyết áp, mỡ máu: 95,7%, thuốc tiểu đường: 60,9%.

Tình trạng vị trí can thiệp và chăm sóc thay băng vị trí can thiệp/loét, hoại tử

Trong nghiên cứu chúng tôi 100% người bệnh tại vị trí can thiệp vết chọc khô không bị viêm, sưng, đỏ, nề được tiến hành can thiệp chăm sóc thay băng hầu hết sau 6-8h chiếm: 84,2%; còn một số do can thiệp vào chiều hoặc tối cuối ngày thì thay băng vào ngày hôm sau chiếm: 15,8%.

Vệ sinh cá nhân cho người bệnh

Sau can thiệp người bệnh cần phải cố định chân và băng ép đùi, sau 6-8h chiếm 63,6% người bệnh của thể tự đi vệ sinh hoặc trợ giúp của người điều dưỡng hoặc người nhà, sau ngày hôm sau chiếm 36,4% do người bệnh được tháo và thay băng ép dễ dàng đi lại.

Chế độ dinh dưỡng sau can thiệp

Sau can thiệp ĐMCD người bệnh hoàn toàn tỉnh táo do đó chế độ ăn có thể ăn cơm bình thường hoặc ăn lỏng tùy theo sở thích của người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi không ăn chiếm 10,3% (do mệt mỏi không muốn ăn). Qua đây cho thấy sau can thiệp người bệnh thường có tâm lý mệt mỏi, chán ăn. Người điều dưỡng chăm sóc người bệnh cần động viên an ủi người bệnh giúp người bệnh vui vẻ, lạc quan và ăn uống đầy đủ đảm bảo dinh dưỡng.

Hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe

Việc giáo dục sức khỏe cho người bệnh rất quan trọng nhất là với người bệnh mắc bệnh tim mạch nói chung và người bệnh sau can thiệp ĐMCD cũng cần phải được hướng dẫn đầy đủ về chế độ vận động, sinh hoạt, chế độ dinh dưỡng và tuân thủ điều trị thuốc sau can thiệp và trước khi ra viện khuyên người bệnh nên:

- Báo lại với nhân viên y tế khi có chảy máu hoặc sưng nề tại vị trí chọc mạch.
- Tiếp tục sử dụng các thuốc đã được kê.
- Tránh các hoạt động mạnh trong vòng 48 giờ. Thông thường người bệnh có thể trở lại hoạt động bình thường sau 3-4 tuần, mức độ luyện tập trung bình phụ thuộc vào thể lực mà người bệnh ưa thích.
- Giáo dục người bệnh cần tái khám tại cơ sở y tế ngay khi có các biểu hiện như đau tức chân nhiều, tỷ lệ loét không cải thiện.
- Tự kiểm soát các yếu tố nguy cơ: giữ trọng lượng không để thừa cân, bỏ thuốc lá, điều trị tăng huyết áp, tránh các sang chấn tâm lý, kiểm soát đường máu và các yếu tố nguy cơ tim mạch khác [6], Người bệnh cần phải được theo dõi bởi một bác sĩ chuyên khoa mạch máu hoặc bs chuyên tim mạch. Cuối cùng, gia đình đóng vai trò quan trọng có thể trợ giúp người bệnh quay lại cuộc sống hằng ngày.

Kết quả chăm sóc, điều trị

Kết quả chăm sóc (bảng 4): chăm sóc tốt: 72,2%, Chăm sóc khá: 27,8%. Hiện tại chúng tôi chưa tìm được tài liệu nào trong nước và trên nước ngoài để so sánh nghiên cứu về kết quả chăm sóc người bệnh sau can thiệp chi dưới, nhưng tham khảo kết quả chăm sóc tác giả Trần Thanh Phong sau can thiệp động mạch vành tại Khoa Tim mạch - BV An Giang năm 2020 chăm sóc tốt đạt 80,9%, kết quả chăm sóc mức khá chiếm19,1% [8] cao hơn tỷ lệ chăm sóc của chúng tôi. Giải thích rằng mỗi bệnh lý khác nhau kết quả khác nhau.

Thời gian nằm viện: trung bình: 7,1 ± 3,8 ngày; phần lớn không quá 6 ngày (54,9%); kết quả chúng tôi thấp hơn kết quả của tác giả: Bùi Anh Thông với số ngày nằm viện trung bình: 10,1 ±5,5 ngày [4] và kết quả của tác giả Ngô Văn Tuấn với số ngày nằm

viện: 10 ngày [6]. Sau khi người bệnh được can thiệp các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, các thông số ổn định, đỡ hoặc giảm tiến hành chuyển tuyến chuyên khoa hoặc tuyến dưới điều trị do thời điểm dịch covid diễn phức tạp bệnh viện luôn tình trạng quá tải nên số ngày điều trị giảm hơn so với các nghiên cứu khác.

Các yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng tuổi, BMI, Hút thuốc lá, thuốc lào có mối liên quan đến người bệnh sau can thiệp mạch chi dưới là các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả chăm sóc người bệnh. (bảng 5) Nhóm tuổi ≥80 tuổi có kết quả chăm sóc mức tốt cao hơn nhóm tuổi <80 tuổi (51% so với 23,3%), OR=3,42 (1,73-6,76), p< 0,0001 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê điều này cũng rất phù hợp vì khi tuổi càng cao, khả năng hồi phục bệnh càng giảm, nhận thức về bệnh và các nhu cầu hiểu biết về bệnh cũng giảm. Tuổi cao kèm theo nhiều bệnh lý đi kèm, yêu cầu sự chăm sóc điều dưỡng kỹ càng và cẩn thận hơn.

Tỷ lệ chỉ số BMI ≥23 có kết quả chăm sóc tốt cao hơn tỷ lệ BMI< 23 (39,2% so với 11,3%); OR= 5,08 (2,33-11,04), p< 0,0001 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Có thể thấy rằng người bệnh thừa cân, béo phì khả năng vận động chậm hơn, tự chăm sóc kém hơn và các biến chứng, yếu tố nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch: THA, ĐTĐ, rối loạn chuyển hóa lipid máu, xơ vữa mạch máu cao hơn so với người bình thường yêu cầu sự chăm sóc lưu ý hơn.

Tỷ lệ hút thuốc lá có kết quả chăm sóc tốt cao hơn với tỷ lệ không hút thuốc lá (78,4% so với 48,9%), OR= 3,8 (1,8-8,04), p< 0,0001 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này giải thích vì những người hút thuốc tỷ lệ mắc bệnh phối hợp về tim mạch, hô hấp rất cao, chăm sóc loét, hoại tử khó liền hơn với người bệnh không hút thuốc lá, kết quả siêu âm mạch máu hẹp lòng mạch thường > 50% hoặc tắc hoàn toàn 100% do vậy công tác chăm sóc điều dưỡng đòi hỏi cao hơn nghiên cứu của H. K. Kok và cs [7].

Liên quan giữa giới tính nam và nữ với kết quả chăm sóc có sự khác biệt: chăm sóc tốt nam cao hơn nữ: (78,7% so với 69,1%) và chăm sóc khá nữ cao hơn nam (30,9% so với 21,3%) sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê do p> 0,005

Liên quan giữa yếu tố nguy cơ uống rượu bia có sự khác biệt chăm sóc tốt (71,7% so với 73,2%) và chăm sóc khá (28,3% và 26,8%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê do p> 0,05.

Tỷ lệ người bệnh Tăng huyết áp, Đái tháo đường có sự khác biệt không có giải thích rằng chăm sóc như nhau và đều không có ý nghĩa thống kê.

KẾT LUẬN

Kết quả chăm sóc: mức tốt: 72,2%; mức khá: 27,8%. Các yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc: tuổi, BMI, hút thuốc lá.

KIẾN NGHỊ

Đối với người bệnh: Người bệnh ≥60 tuổi cần sự chú ý chăm sóc hơn của nhân viên y tế và người nhà, tuổi cao nguy cơ các bệnh mắc kèm nhiều, vận động nhẹ nhàng theo hướng dẫn, Người bệnh BMI ≥ 23 điều chỉnh cân nặng duy trì chế độ ăn giảm mỡ động vật, nội tạng: da gà, da vịt... Tăng cường Protein từ thực vật: lạc, trứng, sữa, Ngừng hút thuốc lá và hạn chế rượu bia, tham gia chương trình cai thuốc lá có hướng dẫn tại trung tâm y tế, giảm nguy cơ xơ vữa mạch máu và các yếu tố nguy cơ tim mạch.

Đối với điều dưỡng: Tăng cường công tác tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh ≥ 60 tuổi, BMI ≥ 23, cai hút thuốc lá hơn nữa, tuân thủ điều trị thuốc khi ra viện về nhà hoặc chuyển tuyến điều trị, tái khám theo lịch hẹn của bác sỹ hoặc tuyến BHYT, xây dựng các quy trình, bảng diểm đầy đủ, trình độ chuyên môn cập nhật kiến thức chuyên khoa sâu về chăm sóc người bệnh sau can thiệp động mạch chi dưới.

ABSTRACT

The outcomes of care for patients undergoing chronic lower extremity arterial disease intervention and some related factors at the national heart institute – Bach Mai hospital

Objectives: The outcome of care for patients receiving lower extremity arterial disease intervention at the National Heart Institute - Bach Mai Hospital.

Subjects and Methods: Using a descriptive cross-sectional study on 184 patients diagnosed with chronic lower extremity arterial disease according to the ACC/AHA 2016 criteria [1] who received inpatient percutaneous endovascular intervention from November 2020 to July 2021.

Result: Mean age of 72,0 ± 11,9, male/female ratio: 2/1, risk factors and comorbidities: hypertension (88,0%) diabetes (40,0%), smoking: 57,1%, very good level of care: 72,2%, good level: 27,8%.

Conclusion: Good care outcome: 72.2%, factors related to care: age, BMI, smoking.

Keywords: outcome of care, care activities, health education counseling.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M. D. Gerhard-Herman, H. L. Gornik, C. Barrett và các cộng sự. *2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology*/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines", Circulation; 2017; 135(12), tr. e686-e725.

2. Ministry of Health, Guidance on nursing on patient care in hospitals, Circular 07/2011/TT-BYT dated January 26, 2011

3. Pham Manh Hung, Nursing in interventional cardiology, reference book for nurses and interventional cardiology technicians, Medical Publishing House, 2019 edition, pp.11-97

4. Bui Anh Thong. Evaluation of endovascular intervention by wifi scale in diabetic patients with lower extremity artery disease, Master of Medicine Thesis. Hanoi Medical University, Hanoi; 2020.

5. Nguyen Thien Toan 2020. Study on adherence to treatment with antiplatelet drugs in patients after lower extremity artery intervention at Cardiovascular Institute - Bach Mai Hospital, Master thesis of medicine. Ha Medical University Noi, Hanoi; 2020.

6. Ngo Van Tuan. Evaluation of early results of drug-coated balloon angioplasty for chronic damage to the superficial femoral artery at the Vietnam Heart Institute, Master's Thesis of Medicine. Hanoi Medical University, Hanoi; 2019.

7. H. K. Kok, H. Asadi, M. Sheehan et al. *Outcomes of infrapopliteal angioplasty for limb salvage based on the updated TASC II classification. Diagn Interv Radiol*, 23(5), 2017; tr. 360-364.

8. Tran Thanh Phong. Results of patient care after coronary intervention and some related factors at An Giang Heart Hospital in 2020, Vietnam Medical Journal, volume 497 December/No. 1, 2020, pp. 191-194.