

Hội Tim Mạch Học Việt Nam
Vietnam National Heart Association



Tạp chí

Tim Mạch Học Việt Nam

Journal of
Vietnamese Cardiology

Trong số này:

Thư tòa soạn

Tin tức hoạt động của Hội tim mạch

Các nghiên cứu lâm sàng

Chuyên đề đào tạo liên tục

Chuyên đề dành cho người bệnh

Trao đổi của các chuyên gia

Hướng dẫn viết bài.

Số 60, Tháng 12 năm 2011



HỘI TIM MẠCH HỌC QUỐC GIA VIỆT NAM
Vietnam National Heart Association

Tạp chí

Tim Mạch Học Việt Nam

Journal of Vietnamese Cardiology

(Xuất bản định kỳ 3 tháng 1 lần)


PGS.TS.BSCC. Nguyễn Ngọc Tuấn

Tạp chí

TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM

CƠ QUAN TRUNG ƯƠNG
CỦA HỘI TIM MẠCH HỌC QUỐC GIA VIỆT NAM
(TRONG TỔNG HỘI Y DƯỢC HỌC VIỆT NAM)

Tòa soạn

Văn phòng Trung ương Hội Tim mạch học Việt Nam
Bệnh viện Bạch Mai - 76 Đường Giải Phóng - Hà Nội

ĐT: (04) 38688488

Fax: (04) 38688488

Email: info@vnha.org.vn

Website: <http://www.vnha.org.vn>

Tổng biên tập:

GS. TS. NGUYỄN LÂN VIỆT

Phó Tổng biên tập:

TS. PHẠM MẠNH HÙNG

Thư ký tòa soạn:

TS. TRẦN VĂN ĐÔNG

PGS.TS. NGUYỄN QUANG TUẤN

TS. NGUYỄN LÂN HIẾU

THS. NGUYỄN NGỌC QUANG

THS. PHẠM THÁI SƠN

THS. PHẠM TRẦN LINH

THS. PHAN ĐÌNH PHONG

Ban biên tập:

GS.TS. PHẠM GIA KHAI

GS.TS. ĐẶNG VĂN PHƯỚC

GS.TS. HUỖNH VĂN MINH

PGS. TS. PHẠM NGUYỄN VINH

PGS. TS. ĐỖ ĐOÀN LỢI

PGS.TS. VÕ THÀNH NHẬN

PGS.TS. TRẦN VĂN HUY

TS. PHẠM QUỐC KHÁNH

Giấy phép xuất bản số: 528/GP-BVHTT

Cấp ngày: 03-12-2002

In tại Công ty TNHH In và TM Thuận Phát

MỤC LỤC

THƯ TÒA SOẠN TIN TỨC HOẠT ĐỘNG

Thông báo chính thức về việc tổ chức Hội nghị Khoa học lần thứ nhất Phản hội điện sinh lý học Tim và Tạo nhịp tim Việt Nam	2
Thông Báo Số 2	
Hội Nghị Tim Mạch Miền Trung Tây Nguyên 2011	4
Thông Báo Về Các Công Việc Của Hội Viên Hội Tim Mạch Học Việt Nam	6

NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG

Thời Gian Tái Tưới Máu Trong Điều Trị Nhồi Máu Cơ Tim Cấp Tại Một Số Trung Tâm Tim Mạch Can Thiệp Ở Miền Nam Việt Nam	12
Khảo Sát Một Số Yếu Tố Ảnh Hưởng Tâm Lý Người Bệnh Trước Và Sau Phẫu Thuật Tim Có Chuẩn Bị	26
Nghiên Cứu Tình Hình Rối Loạn Tâm Lý Ở Bệnh Nhân Suy Tim Điều Trị Nội Trú Tại Viện Tim Mạch Việt Nam	33
So Sánh Đặc Điểm Điện Sinh Lý Tim, Hiệu Quả Điều Trị Bằng Năng Lượng Sóng Tần Số Radio Của Rối Loạn Nhịp Thất Phái Và Thất Trái	40
U Tiểu Thể Cảnh: Chẩn Đoán Và Điều Trị Tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức	46

CHUYÊN ĐỀ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

Khuyến Cáo 2010 Của Hội Tim Mạch Học Quốc Gia Việt Nam Về Chẩn Đoán Và Điều Trị Bệnh Động Mạch Chi Dưới (Phần II)	54
--	----

CHUYÊN ĐỀ CHO NGƯỜI BỆNH

Trầm Cảm Ở Bệnh Nhân Suy Tim: Một Thách Thức Lâm Sàng	68
---	----

TRAO ĐỔI CỦA CÁC CHUYÊN GIA

Bệnh tim mạch ở phụ nữ. Một bảo động đó!	72
--	----

HƯỚNG DẪN VIẾT BÀI

Hướng dẫn cho các tác giả Đăng bài trên Tạp chí <i>Tim mạch học Việt Nam</i>	75
--	----

Lời tòa soạn

Kính gửi các bạn Hội Viên Hội Tim Mạch Học Việt Nam

Gửi các độc giả rất yêu quý,

Như thường lệ, *Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam* xin gửi tới các bạn một số thông báo về các hội nghị sẽ sắp diễn ra trong nước. Trước hết là Hội nghị khoa học lần thứ nhất tại Hạ Long, Quảng Ninh vào 15 và 16 tháng Bảy. Xin kính mời các hội viên và các bạn có quan tâm tích cực tham dự. Bên cạnh đó, năm nay, chúng ta sẽ có một hoạt động quan trọng khác đó là Hội Nghị Tim Mạch Miền Trung – Tây Nguyên lần thứ VI từ 5-6 tháng Tám năm 2011 tại Buôn Ma Thuột – Đắk Lắk. Trong số này, chúng tôi xin trân trọng giới thiệu lại tới các bạn thông báo số 2 về Hội nghị này. Rất mong các bạn tham gia hưởng ứng.

Trong số này, *Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam* xin trân trọng giới thiệu một loạt các các nghiên cứu lâm sàng mới nhất, đặc biệt trong số này, các bạn được tìm hiểu một nghiên cứu về thời điểm can thiệp động mạch vành đối với bệnh nhân bị Nhồi Máu Cơ Tim Cấp ở Việt Nam. Bên cạnh đó, một số nghiên cứu đề cập đến vấn đề rối loạn tâm lý ở những bệnh nhân tim mạch khi bị suy tim hoặc khi được phẫu thuật. Đây cũng là một vấn đề quan trọng mà chúng ta đôi khi còn ít quan tâm đến trong thực hành thường ngày. Chuyên đề giáo dục liên tục sẽ là phần II tiếp theo của khuyến cáo mới về chẩn đoán và xử trí bệnh động mạch ngoại vi, một vấn đề rất đáng quan tâm hiện nay. Trong số này, một chuyên đề lâm sàng về vấn đề rối loạn tâm lý và trầm cảm đối với bệnh tim mạch được đưa ra phân tích mổ xẻ, chúng tôi hy vọng bạn sẽ tìm thấy nhiều điều bổ ích giúp cho thực hành lâm sàng. Chuyên đề cho bệnh nhân vẫn liên tục được duy trì với những thông tin giáo dục sức khỏe tim mạch cho người bệnh, chủ đề “Bệnh Tim Mạch Ở Nữ Giới” lại được tiếp tục cảnh báo sâu sắc.

Chúng tôi hy vọng các bạn tìm được nhiều thông tin hữu ích trong số báo này và luôn mong muốn các bạn có nhiều bài đóng góp cho tạp chí.

Một lần nữa, xin cảm ơn toàn thể các hội viên, các độc giả của TCTMVN, Chúc Sức Khỏe và Hạnh phúc tới toàn thể các bạn.

Thay mặt Ban Biên Tập

Tổng biên tập

GS.TS. Nguyễn Lâm Việt

TIN TỨC HOẠT ĐỘNG

Thông báo chính thức về việc tổ chức Hội nghị Khoa học lần thứ nhất Phân hội Điện sinh lý học Tim và Tạo nhịp tim Việt Nam

Hà Nội, ngày 14 tháng 03 năm 2011

- Kính gửi: Các Thành viên Ban chấp hành Hội Tim mạch Học Việt Nam,
- Các Thành viên Ban Chấp hành Phân hội Điện sinh lý học và Tạo nhịp tim,
 - Các Hội Viên Hội Tim mạch Học Việt Nam,
 - Các Hội viên Phân hội Điện sinh lý học và Tạo nhịp tim,

Phân hội Điện sinh lý học tim và Tạo nhịp tim Việt Nam (tên tiếng Anh: Vietnam Society of cardiac Electrophysiology and Pacing – VNSEP) đã được thành lập theo quyết định số 036/HTM của Hội Tim mạch học Việt Nam do Chủ tịch Hội Tim mạch học Việt Nam, Giáo sư Phạm Gia Khải, đã ký ngày 19 tháng 10 năm 2010 trong khuôn khổ Đại hội Tim mạch học Toàn Quốc lần thứ 12 tổ chức tại Thành phố Nha Trang.

Chúng tôi xin vui mừng thông báo tới toàn thể các thành viên Ban chấp hành Hội Tim mạch, phân hội Điện sinh lý học và tạo nhịp tim Việt Nam cũng như toàn thể các Hội viên của Hội Tim mạch học Việt Nam:

Phân hội Điện sinh lý học và tạo nhịp tim sẽ tổ chức Hội nghị khoa học lần thứ nhất của Phân hội tại thành phố Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh trong hai ngày 22-23 tháng 7 năm 2011. Chương trình Hội nghị lần này sẽ rất phong phú và cập nhật về khoa học với nhiều báo cáo của các chuyên gia đầu ngành trong và ngoài nước cũng như sẽ đánh một dấu mốc mới trong sự phát triển của chuyên ngành rối loạn nhịp tim nước nhà.

Thay mặt Ban tổ chức, chúng tôi xin trân trọng kính mời Quý đại biểu tham gia hội nghị.

Để hội nghị được thành công tốt đẹp, thay mặt Ban tổ chức, chúng tôi kêu gọi sự tham gia tích cực, đóng góp mọi mặt của tất cả các thành viên trong Ban chấp hành cũng như tất cả các hội viên của Hội và Phân hội. Chúng tôi rất mong muốn các quý đại biểu gửi các bài báo cáo khoa học liên quan đến chuyên ngành tham dự và trình bày tại hội nghị.

Để có thể đảm bảo đúng tiến độ tổ chức, chúng tôi cũng kính đề nghị và hoan nghênh các thành viên trong Ban chấp hành và toàn thể hội viên của Hội Tim mạch và Phân hội Điện sinh lý học và tạo nhịp tim Việt Nam đóng góp ý kiến và tham gia công tác tổ chức. Mọi ý kiến xin gửi bằng văn bản theo địa chỉ:

Ban Thư ký Hội nghị lần thứ nhất Phân hội Điện sinh lý học và Tạo nhịp tim Việt Nam (VNSEP)

Địa chỉ: Viện Tim Mạch - Bệnh Viện Bạch Mai

78 đường Giải Phóng - Đống Đa - Hà Nội.

Người đại diện: TS. BS. Phạm Quốc Khánh, Chủ tịch phân hội;

ĐT và Fax: 04 38688488; DD: 0913.232.552

Người liên lạc: ThS. Phạm Trần Linh, Tổng thư ký phân hội;

DD: 0913.363.101

Email: vnsep.info@gmail.com

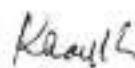
Xin trân trọng cảm ơn và rất mong sự đóng góp tích cực của các thành viên và hội viên.

Chủ tịch Hội Tim mạch Việt Nam



GS. TS. Phạm Gia Khải

Chủ tịch Phân hội



TS. BS. Phạm Quốc Khánh

Thông Báo Số 2

Hội Nghị Tim Mạch Miền Trung Tây Nguyên 2011

Buôn Ma Thuột, ngày 20 tháng 3 năm 2011

- Kính gửi:
- Giám đốc Sở Y Tế các tỉnh, thành phố.
 - Giám đốc các Bệnh viện, Trung tâm Tim mạch.
 - Ban Giám hiệu các Trường Đại học Y Dược.
 - Giáo sư, Tiến sĩ chuyên ngành Tim mạch.
 - Các Ủy viên BCH và hội viên Hội viên Tim mạch.
 - Các Hội chuyên ngành Ngoại khoa.
 - Các Hội chuyên ngành Tim mạch, Chẩn đoán hình ảnh, Gây mê Hồi sức.

Hội Nghị Tim mạch miền Trung và Tây Nguyên lần thứ VI sẽ được tổ chức tại thành phố Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk từ ngày 5-6 tháng 8 năm 2011. Hội nghị có các giáo sư đầu ngành trong nước và nước ngoài tham dự, cùng với các hội viên Hội tim mạch, các bác sĩ chuyên khoa tim mạch Nội - Ngoại - Nhi và các chuyên khoa liên quan thuộc các bệnh viện tuyến trung ương, tỉnh, huyện, thành phố trong cả nước.

Sau thông báo số 1 đến nay, Ban tổ chức Hội nghị đã nhận được sự hưởng ứng nhiệt tình của quý đồng nghiệp trong và ngoài nước đăng ký tham dự. Xin trân trọng cảm ơn quý đồng nghiệp và mong rằng sự hợp tác này luôn phát triển để Hội nghị thành công tốt đẹp.

Chúng tôi đã nhận được rất nhiều bài tóm tắt các đề tài báo cáo khoa học về các chuyên đề về tim mạch và các chuyên ngành liên quan rất bổ ích.

Ban tổ chức Hội nghị tiếp tục gửi thông báo số 02 đến quý đồng nghiệp. Trân trọng kính mời quý đồng nghiệp tiếp tục đăng ký đề tài nghiên cứu khoa học về các chuyên đề có liên quan đến tim mạch như: lâm sàng tim mạch (nội khoa, rối loạn nhịp tim, can thiệp, phẫu thuật...), Cận lâm sàng tim mạch (Siêu âm tim, Điện sinh lý...) và bệnh lý nội khoa liên quan nói chung.

Thể thức gửi bài Báo cáo khoa học gửi về Hội nghị bao gồm:

1) Bài báo cáo nghiên cứu khoa học:

* Bản tóm tắt (Abstract): bản tóm tắt bằng tiếng Việt (kèm bản dịch sang tiếng Anh) một trang riêng, nội dung khoảng 300-500 từ, khổ giấy A4, chừa lề phải 2cm, lề trái 3cm, lề trên và dưới 2,5cm, cỡ chữ 12-13, cách dòng 1,5 line, font chữ Unicode, kiểu Times New Roman (các font chữ khác không chấp nhận). Họ và tên tác giả, nơi làm việc, không ghi, chức danh, học vị.

Nội dung bản tóm tắt gồm 4 phần: Mục tiêu (objectives), phương pháp nghiên cứu (methods), kết quả (results) và kết luận (conclusions).

* Bài toàn văn (Full text): dài 4-8 trang A4, đánh máy theo quy định trên, tài liệu tham khảo: không quá 10 tài liệu theo thứ tự tài liệu tiếng Việt trên, tiếng nước ngoài xuống dưới theo tên tác

già. Cần nêu đủ: tên tác giả, năm xuất bản, tên bài báo, tập san, báo, quyển (tập), số, trang, xếp theo thứ tự vần A, B, C (tên tác giả). Bài gửi kèm theo đĩa mềm hoặc gửi email theo địa chỉ dưới đây.

2) Bài báo cáo chuyên đề:

Hình thức giống bài báo cáo khoa học gồm tóm tắt, bài toàn văn, nội dung không quá 10 trang kể cả tài liệu tham khảo.

Lưu ý:

- Tên tác giả, địa chỉ, số điện thoại (liên hệ chính) ngay phía dưới bản tóm tắt.
- Các bài báo cáo công trình nghiên cứu khoa học và báo cáo chuyên đề, bản tóm tắt và bài toàn văn đều gửi kèm đĩa mềm ghi lại hoặc email địa chỉ dưới đây.

Thời hạn đăng ký nộp bài: bài tóm tắt (trước 15/05/2011) và bài toàn văn (trước 01/6/2011)

Địa chỉ liên lạc để gửi bài:

GS.TS. Huỳnh Văn Minh

Mobile: 0914 062 226 - Email: hvminhdr@yahoo.com, dr.hvminh@gmail.com

Địa chỉ: Trường Đại học Y Dược Huế - Số 06 Ngô Quyền - TP. Huế

BSCKII. Ngô Văn Hùng

Mobile: 0913 496 761 - Email: ngovanhungdl@gmail.com, ngovanhungdl@yahoo.com

Địa chỉ: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đắk Lắk - Số 02 Mai Hắc Đế - TP. Buôn Ma Thuột

Quý đồng nghiệp có thể tham khảo thêm tại Website: <http://hntmmttn.com/>

Thế thức tham dự hội nghị: điền thông tin vào Phiếu đăng ký tham dự và gửi cho chúng tôi.

**PHÓ CHỦ TỊCH HỘI TIM MẠCH VIỆT NAM
CHỦ TỊCH HỘI TIM MẠCH MIỀN TRUNG**

**TRƯỞNG BAN TỔ CHỨC
GIÁM ĐỐC**

GS.TS Huỳnh Văn Minh

BSCKII. Bùi Trường Phong

Thông Báo Về Các Công Việc Của Hội Viên Hội Tim Mạch Học Việt Nam

*Kính gửi: Toàn thể các Hội Viên Hội Tim Mạch Học Việt Nam,
Các bạn có quan tâm!*

Nhằm tăng cường công tác quản lý, rà soát, cập nhật các thông tin về Hội Viên của Hội Tim Mạch Học Việt Nam, cũng như đảm bảo quyền lợi của Hội Viên,

Hội Tim Mạch Học Việt Nam đề nghị các quý Hội viên khẩn trương gửi các thông tin đầy đủ của cá nhân về cho Ban thư ký của Hội.

Hội cũng yêu cầu các Hội viên hãy đóng hội phí đầy đủ theo quy định. Hàng năm cần đóng trước ngày 31 tháng 12 cho năm sau. Các bạn nên đóng cho 2 năm một lần. Nếu các hội viên không đóng đầy đủ, chúng tôi sẽ không thể gửi tới các bạn tài liệu của Hội và theo điều lệ hoạt động của Hội, nếu 2 năm liên các bạn không đóng đầy đủ hội phí thì tên của các bạn sẽ bị loại ra khỏi danh sách hội viên.

Để thuận lợi cho công tác quản lý, chúng tôi khuyến cáo các bạn nên đóng hội phí bằng cách chuyển khoản hoặc đóng trực tiếp tại văn phòng của Hội. Khi chuyển khoản, đề nghị ghi rõ tên, địa chỉ công tác và lý do chuyển khoản là đóng tiền hội phí cho năm nào. Do điều kiện kỹ thuật, chúng tôi không thể tiếp nhận bất kể hình thức đóng hội phí nào khác, mong quý hội viên thông cảm.

Đối với các bạn chưa phải là hội viên mà muốn gia nhập hội, chúng tôi rất khuyến khích. Để trở thành Hội viên Hội Tim Mạch Học Việt Nam, chúng tôi sẽ tổ chức xét duyệt hàng năm 2 lần, vào tuần đầu tháng Năm và tuần đầu tháng Mười Hai, do vậy các bạn phải gửi cho chúng tôi đầy đủ hồ sơ trước ngày 30 tháng Tư và trước ngày 31 tháng 11 hàng năm. Hồ sơ bao gồm:

- Bản đăng ký Hội Viên Hội Tim Mạch Học Việt Nam
- Đơn Xin Gia Nhập Hội Tim Mạch Học Việt Nam
- Thư giới thiệu của 02 hội viên Hội Tim Mạch hoặc của 01 Hội viên và 01 lãnh đạo đơn vị nơi bạn công tác
- Giấy chứng nhận đã đóng hội phí (đóng tại chỗ hoặc biên lai chuyển khoản).

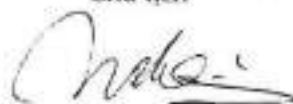
Chúng tôi xin gửi theo đây các mẫu giấy tờ để các bạn tiện tham khảo hoặc các bạn có thể tải từ trang web của hội: www.vnha.org.vn.

Hội Tim Mạch Học Việt Nam cũng đang tiến hành tổ chức làm Giấy Chứng Nhận Hội Viên cho toàn thể các Hội viên của Hội. Đối với các hội viên chưa làm Giấy chứng nhận này tại Đại Hội Tim Mạch Toàn Quốc lần thứ 12, tháng 10 vừa qua tại Nha Trang thì nên gửi sớm cho chúng tôi thông tin cần thiết theo mẫu gửi kèm và phí làm giấy chứng nhận để chúng tôi có thể tiến hành làm giấy chứng nhận và gửi về cho quý hội viên.

Vì sự phát triển của Hội, rất mong các bạn tích cực tham gia công tác của Hội.
Xin trân trọng cảm ơn.

Thay mặt Hội Tim Mạch Học Quốc Gia Việt Nam

Chủ tịch



GS.TS. Phạm Gia Khải

NHỮNG THÔNG TIN KHÁC:

Đồng ý nhận các ấn phẩm và thông tin từ Hội TMHQGVN bao gồm:

- | | |
|--|---|
| ☐ Tạp chí và ấn phẩm | ☐ Hội nghị, hội thảo khoa học |
| ☐ Thông tin hoạt động Hội | ☐ Tham gia các thăm dò, nghiên cứu |
| ☐ Khác | |

Đóng góp hội phí cho hoạt động của Hội TMHQGVN:

- | | |
|---|----------------------|
| ☐ Hội phí trong năm từ năm | Tổng số: VND |
| ☐ Các khoản hỗ trợ khác | Tổng số: VND |
| | Tổng cộng: VND |

Phiếu đăng ký (kèm theo 2 ảnh 4x6, 1 đơn và 1 bản lý lịch khoa học nếu có) xin gửi thư hoặc fax về địa chỉ:

Phiếu đăng ký có thể được tải tại địa chỉ website [http:// www.vnha.org.vn](http://www.vnha.org.vn)

Hội phí hàng năm từ năm 2006 là 200000 VND (hai trăm nghìn đồng Việt Nam/năm).

Hội phí và các khoản đóng góp khác xin gửi bằng cách: hoặc đóng trực tiếp tại chỗ văn phòng Hội, hoặc chuyển tiền vào tài khoản của hội theo địa chỉ:

Tên tài khoản: **HỘI TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM**

Số tài khoản (USD): 0010370002358

Số tài khoản (VND): 0010000000409

Tại ngân hàng: Ngân hàng Thương mại Cổ phần Ngoại thương Việt Nam (Vietcombank), Sở Giao Dịch, 31-33 Ngô Quyền, Phường Hàng Bài, Quận Hoàn Kiếm, Thành phố Hà Nội.

ĐỊA CHỈ LIÊN HỆ

Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam,

Viện Tim mạch học Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai,

76 Đường Giải Phóng, Quận Đống Đa, Hà Nội

Điện thoại: (84-4)386 88 488 Fax: (84-4)386 88 488

Email: info@vnha.org.vn

Người liên hệ: TS.BS. Phạm Mạnh Hùng

Tổng thư ký Hội Tim Mạch Học Việt Nam

ĐTDD: 0913.519.417

Hoặc liên hệ thông qua: Chị Nguyễn Thu Trang

ĐTDD: 0988.834.318



ĐƠN XIN GIA NHẬP

HỘI TIM MẠCH HỌC
QUỐC GIA VIỆT NAM

Kính gửi: Hội Tim mạch Học Quốc gia Việt Nam,

Tên tôi là:

Chức vụ:

Nơi công tác :

Sau khi tìm hiểu, nghiên cứu kỹ về Điều lệ hoạt động của Hội Tim mạch Học Quốc gia Việt Nam,

Được sự giới thiệu của Hội viên Hội Tim mạch Học Quốc gia Việt Nam,

Xuất phát từ nhu cầu và nguyện vọng của bản thân,

Tôi làm đơn này tự nguyện xin gia nhập Hội Tim mạch Học Quốc gia Việt Nam.

Tôi xin hứa sẽ chấp hành đầy đủ mọi quy chế, nội quy hoạt động của Hội và sẵn sàng đóng góp những nỗ lực của bản thân trong việc xây dựng Hội ngày một lớn mạnh hơn.

Tôi rất mong được sự chấp nhận của Hội và xin chân thành cảm ơn.

, ngày, tháng, năm

Người viết đơn

Gửi kèm theo phiếu đăng ký, lý lịch khoa học (nếu có), thư giới thiệu, giấy tờ xác nhận đã đóng tiền, xin gửi về địa chỉ:

Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam,

Viện Tim mạch học Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai,

76 Đường Giải Phóng, Quận Đống Đa, Hà Nội

Điện thoại: (84-4)386 88 488 Fax: (84-4)386 88 488

Email: info@vnha.org.vn

Người liên hệ: TS.BS. Phạm Mạnh Hùng

Tổng thư ký Hội Tim Mạch Học Việt Nam

ĐTDD: 0913.519.417

Huộc liên hệ thông qua: Chị Nguyễn Thu Trang

ĐTDD: 0988.834.318



THƯ GIỚI THIỆU

HỘI VIÊN GIA NHẬP
HỘI TIM MẠCH HỌC
QUỐC GIA VIỆT NAM

Kính gửi: Hội Tim mạch Học Quốc gia Việt Nam,

Tên tôi là:

Chức vụ:

Nơi công tác:

Là Hội Viên Hội Tim Mạch Học Việt Nam từ:

Dựa trên những tiêu chí trở thành hội viên của hội và nhân danh hội viên (cá nhân nếu là lãnh đạo cơ quan), tôi viết thư này để giới thiệu:

Ông/Bà:

Hiện đang công tác tại:

được trở thành Hội viên mới của Hội Tim Mạch Học Việt Nam.

Tôi xin đảm bảo về việc giới thiệu và sẵn sàng chịu mọi trách nhiệm trước Hội liên quan đến việc giới thiệu Hội viên mới này.

Tôi rất mong được sự chấp nhận của Hội và xin chân thành cảm ơn.

, ngày, tháng, năm

Người viết đơn

Gửi kèm theo phiếu đăng ký lý lịch khoa học (nếu có), đơn xin gia nhập, giấy tờ xác nhận đã đóng tiền, xin gửi về địa chỉ:

Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam,
Viện Tim mạch học Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai,
76 Đường Giải Phóng, Quận Đống Đa, Hà Nội
Điện thoại: (84-4)386 88 488 Fax: (84-4)386 88 488
Email: info@vnha.org.vn
Người liên hệ: TS.BS. Phạm Mạnh Hùng
Tổng thư ký Hội Tim Mạch Học Việt Nam
ĐTDD: 0913.519.417
Hoặc liên hệ thông qua: Chị Nguyễn Thu Trang
ĐTDD: 0988.834.318

NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG

Thời Gian Tái Tươi Máu Trong Điều Trị Nhồi Máu Cơ Tim Cấp Tại Một Số Trung Tâm Tim Mạch Can Thiệp Ở Miền Nam Việt Nam

Võ Thành Nhân (1), Trương Quang Bình (2), Hồ Thượng Dũng (3), Đỗ Quang Huân (4), Nguyễn Cửu Lợi (5), Thân Hà Ngọc Thế (6)

TÓM TẮT

Cơ sở khoa học: Các hướng dẫn lâm sàng đều khuyến cáo các bệnh viện có điều trị bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên bằng can thiệp mạch vành qua da cấp cứu cần phải thực hiện thủ thuật này trong vòng 90 phút kể từ khi bệnh nhân đến khám hay nhập viện. Ở Việt Nam, chưa có các dữ liệu về thời gian thực của-bóng trong thực hành lâm sàng. Hiểu biết về thời gian này có thể giúp các bệnh viện đề ra các chiến lược thích hợp để làm giảm thiểu tử vong do làm giảm thời gian quan trọng này trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên. **Mục tiêu và phương pháp:** Mục tiêu chính của nghiên cứu là đánh giá trung vị thời gian cửa bóng và của kim trên bệnh nhân nhập viện vì nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên tại các bệnh viện lớn và xác định tỉ lệ bệnh nhân đạt thời gian cửa-bóng <90 phút như khuyến cáo. Đây là một nghiên cứu quan sát, tiền cứu, đa trung tâm thực hiện tại các khoa tim mạch can thiệp thuộc 6 bệnh viện ở Miền Nam Việt Nam. Các thông tin thu thập từ mỗi bệnh nhân bao gồm đặc tính nhân trắc học, điện tâm đồ và dấu ấn sinh học của tim, liệu pháp tái tưới máu bao gồm tiêu sợi huyết hay can thiệp mạch vành cấp cứu, các thời gian cửa-bóng và cửa-kim cùng các liệu pháp kháng tiểu cầu và điều trị thường quy khác. **Kết quả:** Có 305 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nhận vào nghiên cứu. Trong đó 77% bệnh nhân là nam. Tuổi trung bình là 61,5 ± 13,5 và 60% bệnh nhân trên 65 tuổi. Có 91,8% bệnh nhân được điều trị bằng can thiệp mạch vành cấp cứu. Thời gian trung vị cửa-bóng là 154 phút (bách phân vị: 85, 180). Trong số bệnh nhân được can thiệp mạch vành, chỉ có 30% có thời gian cửa-bóng đạt < 90 phút. Chỉ có 5 bệnh nhân được điều trị bằng tiêu sợi huyết nguyên phát và trung vị thời gian cửa-kim là 335 phút (bách phân vị: 5, 670). **Kết luận:** Đây là một nghiên cứu số bộ đầu tiên về thời gian tái tưới máu tại Việt Nam, và nghiên cứu này mô tả chi tiết quá trình can thiệp tại 6 đơn vị can thiệp tim mạch lớn tại Việt Nam với thời gian tái tưới máu dài hơn rất nhiều so với đích khuyến cáo. Nghiên cứu này cho thấy cần phải có sự thay đổi trong quy trình xử trí để không chỉ cải thiện thời gian tái tưới máu mà còn cải thiện phương thức điều trị bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên.

1 Hội Tim Mạch Học Can Thiệp, Tp Hồ Chí Minh – Khoa Tim mạch Can Thiệp, Bệnh Viện Chợ Rẫy, Tp HCM- Chủ nhiệm đề tài

2 Bệnh Viện Đại Học Y Dược, Tp HCM

3 Bệnh viện Thống Nhất, Tp HCM

4 Viện Tim, Tp HCM

5 Trung Tâm Tim Mạch, Bệnh Viện Đa Khoa Trung Ương Huế

6 Bệnh Viện Nhân Dân 115, Tp HCM

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp có nguyên nhân chủ yếu là huyết khối, tạo nên trên nền của mảng xơ vữa bị vỡ, làm tắc hoàn toàn động mạch vành thủ phạm^[1]. Đây là bệnh lý gây tử vong hàng đầu tại Mỹ^[2]. Mặc dù chưa có số liệu thống kê đầy đủ, nhồi máu cơ tim cấp cũng là bệnh lý tim mạch đang gia tăng tại Việt Nam. Các liệu pháp như tiêu sợi huyết hay can thiệp động mạch vành qua da (PCI) có tác dụng tái tưới máu dòng máu đi qua chỗ tắc. Dù liệu pháp nào được sử dụng, thời gian để tái tưới máu càng kéo dài thì nguy cơ suy thất trái và tử vong càng gia tăng^[3-4]. Nhanh chóng khởi động liệu pháp tái tưới máu hoặc là với thuốc tiêu sợi huyết hoặc bằng can thiệp động mạch vành qua da giúp giới hạn kích thước ổ nhồi máu và gia tăng tỉ lệ sống còn^[13]. Thời gian tái tưới máu trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên trên diện tâm đồ, được điều trị bằng tiêu sợi huyết, có giá trị tiên lượng hằng định về tỉ lệ tử vong của bệnh nhân¹⁴⁻¹⁵. Các nghiên cứu tổng hợp từ nhiều nghiên cứu ngẫu nhiên, tiến cứu cho thấy tỉ lệ tử vong giảm đến gần 25% nếu dùng tiêu sợi huyết sớm^[16-17]. Thời gian cửa-bóng (door-to-balloon time=D2B) là thời gian từ lúc nhập viện cho đến lúc được can thiệp động mạch vành qua da (PCI) cấp cứu trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên, và thời gian này liên quan chặt chẽ với tỉ lệ sống còn của bệnh nhân cũng như chất lượng chăm sóc và điều trị. Ở bệnh nhân điều trị bằng PCI cấp cứu, mỗi 30 phút chậm trễ làm tăng nguy cơ tương đối tỉ lệ tử vong sau một năm là 7,5%^[18-19]. Hướng dẫn của ACC/AHA cũng như của ESC 2007 về điều trị nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (STEMI) đều khuyến cáo thực hiện điều trị tiêu sợi huyết với thời gian cửa kim < 30 phút hoặc

thời gian cửa-bóng < 90 phút nếu PCI nhằm giảm tỉ lệ tử vong ở những bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp^[18-19]. Hướng dẫn của ACC/AHA về STEMI cũng gợi ý rằng nếu thời gian thực hiện PCI chậm trễ quá 60 phút, liệu pháp tiêu sợi huyết nên được xem xét^[18-21]. Nghiên cứu GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) nhận thấy trên bệnh nhân điều trị bằng tiêu sợi huyết, mỗi 10 phút chậm trễ so với thời khoảng thời gian quy định là 30-60 phút làm tăng 0,30% tỉ lệ tử vong trong 6 tháng và tăng 0,18% nếu thời gian cửa bóng vượt quá khung thời gian 90-150 phút^[21].

Tuy vậy trên thực tế lâm sàng, ngay tại Mỹ, nơi mà hệ thống y tế được tổ chức khá hoàn hảo, vẫn có một tỉ lệ lớn bệnh nhân không được thực hiện các liệu pháp trên trong khoảng thời gian như khuyến cáo^[22-23]. Một điều tra mang tên National Registry of Myocardial Infarction (NORMI) tại Mỹ thực hiện trong khoảng thời gian từ 1994 đến 1998, trên hơn 27.000 bệnh nhân từ 661 bệnh viện tuyến sau và bệnh viện khu vực có khả năng can thiệp cấp cứu cho thấy thời gian cửa-bóng trung vị kéo dài đến 1 giờ 56 phút (116 phút), thời gian này càng dài thì tỉ lệ tử vong trong bệnh viện càng tăng^[22]. NORMI-3-4 là các quan sát tiếp sau trong khoảng thời gian 4 năm từ 1999-2002 nhận thấy, năm 1999 chỉ có 46% bệnh nhân điều trị bằng tiêu sợi huyết trong thời gian khuyến cáo < 30 phút và chỉ có 35% bệnh nhân có thời gian cửa-bóng < 90 phút^[23]. Thời gian cửa-đâm kim và cửa-bóng là các thông số phụ thuộc nhiều vào quy trình tiếp nhận và điều trị bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại từng bệnh viện. Việc đánh giá và tìm hiểu khâu nào của quy trình đó kéo dài dẫn đến kéo dài quy trình chung hoặc có thể cải thiện để rút ngắn từng khâu của quy trình sẽ giúp rút ngắn các thông số quan trọng này là việc làm rất quan trọng. Tại Mỹ,

kết quả của nhiều cuộc điều tra tại các bang khác nhau cho thấy có thể rút ngắn các thông số trên nếu từng đơn vị tham gia vào quy trình điều trị bệnh nhân nhận thức được vấn đề và được đào tạo huấn luyện kỹ nhằm rút ngắn thời gian của từng khâu. Các chiến lược được khuyến nghị bao gồm: (1) phòng cấp cứu kích hoạt đơn vị thông tim (2) thiết lập hệ thống gọi 1 lần để kích hoạt đơn vị thông tim (3) đơn vị thông tim có mặt trong vòng 20-30 phút sau khi được gọi (4) hỗ trợ của ban lãnh đạo bệnh viện trong việc rút ngắn thời gian tái tưới máu tại bệnh viện (5) đơn vị thông tim và cấp cứu luôn theo dõi các thông số để trao đổi và thông tin cho nhau (6) làm việc theo nhóm để đạt thời gian đích mong muốn.

Tại Việt Nam, trong những năm gần đây, chuyên ngành tim mạch học can thiệp ngày càng phát triển tại các thành phố lớn. Ngày càng có nhiều đơn vị thông tim thực hiện được can thiệp mạch vành qua da cấp cứu. Tuy vậy, cho đến nay, chưa có một nghiên cứu quy mô lớn đa trung tâm nào tại các bệnh viện có đơn vị thông tim về thời gian tái tưới máu nhằm tìm hiểu xem thời gian cửa-đâm kim (gọi tắt là cửa-kim) và cửa-bơm bóng (gọi tắt là cửa-bóng) là bao nhiêu cũng như tỉ lệ bệnh nhân đạt các khoảng thời gian này theo khuyến cáo là bao nhiêu. Việc thực hiện một nghiên cứu như vậy sẽ giúp cho các đơn vị có điều kiện cải thiện các quy trình điều trị tại các bệnh viện nhằm điều trị bệnh nhân tốt hơn, từ đó giảm tỉ lệ tử vong và các biến chứng do chậm trễ tái tưới máu. Do vậy, nghiên cứu này có mục tiêu chính là tìm hiểu thời gian cửa-kim và cửa-bóng tại các bệnh viện có đơn vị can thiệp tim mạch tại Việt Nam.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu REPERFUSION-TIME là một nghiên cứu cắt ngang, đa trung tâm nhằm mục

đích mô tả tình hình thực tế trong điều kiện thực hành hàng ngày việc điều trị nhồi máu cơ tim cấp tại các bệnh viện lớn có đơn vị thông tim và tìm hiểu khoảng cách giữa các hướng dẫn thực hành lâm sàng trong và ngoài nước với thực tế điều trị trong bệnh viện hàng ngày trên đối tượng bệnh nhân này thông qua 2 thông số là thời gian cửa-kim và thời gian cửa-bóng. Mục tiêu phụ của nghiên cứu là xác định tỉ lệ bệnh nhân đạt thời gian cửa-kim dưới 30 phút và thời gian cửa-bóng dưới 90 phút cũng như quy trình điều trị bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại các bệnh viện này. Nghiên cứu cũng sẽ khảo sát việc sử dụng các liệu pháp kháng tiêu cầu trên các bệnh nhân này.

Đây là một nghiên cứu số bộ với thời gian tuyển bệnh kéo dài trong 12 tháng kể từ tháng 12 năm 2008. Mỗi trung tâm có một nghiên cứu viên chính là bác sĩ thuộc đơn vị tim mạch học can thiệp là đại diện cho trung tâm của mình.

Nghiên cứu viên bao gồm các bác sĩ chuyên khoa tim mạch, bác sĩ tại khoa cấp cứu và bác sĩ tại các phòng khám của các bệnh viện có nhận bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp. Trước khi tiến hành nghiên cứu tại các trung tâm, một bản câu hỏi thăm dò về tình hình chung của các trung tâm được thực hiện để có đánh giá chung.

Bệnh nhân hội đủ tiêu chuẩn nhận bệnh phải do bác sĩ tham gia nghiên cứu đánh giá. Một khi bệnh nhân đã hội đủ tiêu chuẩn nhận bệnh và loại trừ của nghiên cứu, bệnh nhân hay người nhà bệnh nhân sẽ được thông tin về mục tiêu của nghiên cứu và nếu đồng ý bệnh nhân sẽ ký thoả thuận đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

*Tiêu chuẩn nhận vào nghiên cứu:

Tiêu chuẩn nhận bệnh bao gồm:

1. Bệnh nhân ≥ 18 tuổi
2. Bị đau thắt ngực và nhập viện trong vòng 24 giờ sau khi khởi phát triệu chứng

3. Bệnh nhân có bản ghi điện tim đầu tiên cho thấy có ST chênh lên hay có block nhánh trái mới xuất hiện

4. Bệnh nhân (hay người nhà là đại diện hợp pháp của bệnh nhân) đồng ý ký thoả thuận tham gia nghiên cứu.

* Không nhận vào nghiên cứu:

1. Bệnh nhân không bị đau thắt ngực, bệnh nhân với thời gian khởi phát không được biết rõ, bệnh nhân có bản ghi điện tâm đồ không xác định rõ chẩn đoán hay không có giá trị.

2. Bệnh nhân nhập viện trên 24 giờ.

3. Bệnh nhân không được chẩn đoán là nhồi máu cơ tim ST chênh lên sau khi nhập viện

4. Bệnh nhân không đồng ý ký thoả thuận tham gia nghiên cứu

* Tiêu chuẩn đánh giá:

Các thông tin thu thập tại thời điểm nhận bệnh bao gồm:

o Các thông tin nhân trắc học: tuổi, giới, cân nặng, chiều cao, chỉ số khối lượng cơ thể (Body Mass Index=BMI)

o Tiền sử y khoa

o Sinh hiệu: mạch, huyết áp, nhịp thở

o Các yếu tố nguy cơ tim mạch và các bệnh tim mạch kết hợp

o Phân tầng nhồi máu cơ tim: thang điểm TIMI

o Các thủ thuật thực hiện trong bệnh viện: tiêu sợi huyết hay can thiệp mạch vành qua da

o Các kết cục trong bệnh viện

o Điều trị kháng tiểu cầu và kháng đông, bao gồm thời điểm bắt đầu dùng và thời gian dự tính sử dụng.

- Thời gian trung vị của-bóng và của-kim được xác định theo từng trung tâm và cho toàn nghiên cứu. Các nghiên cứu viên tham gia vào

việc diễn chỉ tiết này phải đảm bảo ghi ở các thời điểm chính xác và cùng tương đồng nhau về thời gian ghi nhận. Thời gian của-kim là thời gian từ lúc bệnh nhân nhập viện cụ thể là lúc vào đến phòng cấp cứu hay phòng khám đến lúc đâm kim để thực hiện truyền thuốc tiêu sợi huyết. Còn thời gian của-bóng được xác định qua các thời đoạn sau:

o Thời gian từ lúc nhập viện đến lúc có bản ghi điện tâm đồ 12 chuyển đạo đầu tiên. Thời gian này do bác sĩ cấp cứu hay bác sĩ phòng khám ghi nhận

o Thời gian từ lúc có bản ghi điện tâm đồ 12 chuyển đạo đầu tiên đến khi có hội chẩn với khoa tim mạch và có chẩn đoán nhồi máu cơ tim ST chênh lên. Thời gian này do bác sĩ cấp cứu hay bác sĩ phòng khám ghi nhận.

o Thời gian từ lúc có chẩn đoán nhồi máu cơ tim đến khi bệnh nhân được đưa lên phòng thông tim và bơm bóng ngay chỗ tổn thương trong quá trình can thiệp. Thời gian này do bác sĩ phòng thông tim ghi nhận.

- Tỷ lệ bệnh nhân đã được chẩn đoán nhồi máu cơ tim có ST chênh lên có thời gian của-kim để thực hiện tiêu sợi huyết là dưới 30 phút và thời gian của-bóng tức thời gian từ lúc nhập viện đến lúc đến phòng thông tim và bơm bóng dưới 90 phút

- Thời gian từ lúc có chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp đến khi khởi đầu liệu pháp kháng đông hay kháng tiểu cầu

- Quy trình hiện tại điều trị bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại phòng cấp cứu, khoa tim mạch cũng như khoa can thiệp tim mạch

*Xử lý thống kê:

Các biến định tính như giới tính, tiền sử y khoa và các yếu tố nguy cơ, các đặc tính lâm sàng, các thủ thuật, kết cục tại bệnh viện sẽ được mô tả bằng tần xuất, tỉ lệ với khoảng tin cậy 95%. Các biến định lượng sẽ được mô tả bằng

trung bình, trung vị với độ lệch chuẩn. Trung vị và khoảng bách phân vị sẽ được ghi nhận cho thời gian của-bóng và thời gian của-dâm kim. Mô tả thống kê sẽ được thực hiện bằng phần mềm STATA phiên bản 9.0. Giá trị $p < 0,05$ biểu thị có ý nghĩa thống kê. Vì chỉ là một nghiên cứu số bộ, quan sát, việc tính cỡ mẫu cho nghiên cứu không được đặt ra. Tuy nhiên, cỡ mẫu ban đầu dự định là 300 bệnh nhân và phân bố số bệnh nhân tiếp nhận tại các trung tâm đều dựa trên số lượng bệnh nhân thực tế đã có trong năm 2007 tại các trung tâm tham gia nghiên cứu.

KẾT QUẢ

* Các đặc tính nhân trắc học của dân số nghiên cứu

Tổng số bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn bệnh là 305 người được thu nhận liên tiếp

nhau tại 6 trung tâm có đơn vị can thiệp tim mạch là bệnh viện Chợ Rẫy, bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, bệnh viện Nhân Dân 115, bệnh viện Thống Nhất, Viện Tim - Tp HCM và Trung tâm tim mạch thuộc bệnh viện đa khoa trung ương Huế từ tháng 12/2008 đến tháng 12/2009. Bệnh nhân đầu tiên được nhận và ngày 8/12/2008 và bệnh nhân cuối cùng được nhận vào nghiên cứu là ngày 30/12/2009. Tất cả bệnh nhân đều hội đủ tiêu chuẩn chẩn đoán nhồi máu cơ tim có đoạn ST chênh lên và đều ký thỏa thuận đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Bảng 1 mô tả đặc điểm nhân trắc học của 305 bệnh nhân này.

Bảng 1: Đặc điểm nhân trắc học của bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nhận bệnh

Đặc điểm	n=305
Tuổi trung bình (năm, SD)	61,5 (13,5)
Giới nam (%)	76,7
Cân nặng trung bình (Kg, SD)	60,0 (10,0)
Chiều cao trung bình (cm, SD)	161,3 (10,9)
BMI trung bình (kg/m ² , SD)	23,0 (3,0)
Chu vi vòng eo trung bình (cm, SD)	84,1 (8,8)
Chú thích: SD: standard deviation = độ lệch chuẩn	

Có khoảng 78% bệnh nhân trên 50 tuổi trong đó 7,5% trên 80 tuổi, có 5% bệnh nhân có độ tuổi < 40. Có 25% bệnh nhân có BMI từ 23 kg/m² trở lên, thừa cân theo tiêu chuẩn của WHO cho người Châu Á. Nếu dựa trên tiêu chuẩn của IDF (Liên đoàn đại tháo đường thế giới) về số đo vòng eo, có 34% ở cả nam và nữ có béo phì bụng.

* Thông tin lúc nhập viện

Phần lớn (67%) bệnh nhân là do một bệnh viện khác, thường là bệnh viện tuyến dưới chuyển đến bệnh viện tham gia nghiên cứu. Có 30% bệnh nhân tự đến và 3% bệnh nhân là do khoa khác của cùng bệnh viện nơi nghiên cứu chuyển đến đơn vị tim mạch can thiệp. Một phần ba trường hợp chuyển viện là xuất phát từ các bệnh viện đa khoa khu vực. Gần như toàn bộ bệnh nhân (98%) đến khoa cấp cứu là khoa đầu tiên tiếp nhận họ.

*** Đặc điểm hội chứng mạch vành cấp:**

Bảng 2 mô tả tỷ lệ các yếu tố nguy cơ tim mạch hiện có của bệnh nhân.

Bảng 2: Đặc điểm nguy cơ tim mạch

	%
Nam > 55 tuổi, nữ > 65 tuổi	63,6
Chu vi vòng eo tăng (theo IDF)	34,1
BMI tăng (thừa cân hoặc béo phì)	25
Rối loạn lipid máu, trong đó	12,8
Đã điều trị	87,2
Đã được kiểm soát	20,5
Tăng huyết áp	48,2
Đã điều trị	83
Đã được kiểm soát	40,2
Bệnh phổi mạn	29
Đái tháo đường týp 1 hoặc 2	15,7
Đã điều trị	91,7
Đã được kiểm soát	45,5
Tiền sử cá nhân có bệnh mạch vành, trong đó	8,2
Đau thắt ngực ổn định	44
Hẹp > 50% trên chụp mạch vành	4,0
Tiền sử nhồi máu cơ tim	36
Có PCI	12
Phẫu thuật bắc cầu	4,0
Tiền sử tai biến mạch máu não/con thoáng thiếu máu não	3,0
Tiền sử gia đình có bệnh tim mạch sớm	
Bệnh mạch vành	3,3
Bệnh mạch máu não	3,9
Bệnh mạch máu ngoại biên	0,3
Đang hút thuốc	55,7
Nghiện rượu	3,0
* bệnh nhân có thể có hơn một bệnh lý kết hợp	

*** Mô tả các dấu hiệu lâm sàng lúc nhập viện**

Các đặc điểm này được mô tả trong bảng 3 bên dưới.

Bảng 3: Mô tả đặc điểm các dấu hiệu lâm sàng

Dấu hiệu lâm sàng	
Huyết áp tâm thu trung bình (mmHg), (SD)	120 (24)
Huyết áp tâm trương trung bình (mmHg), (SD)	72 (13)
Trung bình nhịp thở (SD)	21 (4)
Trung bình nhịp tim (SD)	78 (17)
Trung bình điểm TIMI	4,4
Tình mạch cổ nổi (%)	4,3
Killip độ 1 và 2 (%)	93,1
Killip 3 và 4 (%)	6,9

*** Đặc điểm các xét nghiệm cận lâm sàng**

Các dấu ấn sinh học của tim: bảng 4 mô tả đặc điểm các dấu ấn của tim bao gồm Troponin T, I và CK-MB tại các thời điểm lúc nhận bệnh, 6 giờ và 24 giờ. Chỉ có được 291 bệnh nhân trong số 305 bệnh nhân có ghi nhận được các dấu ấn sinh học của tim

		Lúc nhập viện	Sau 6 giờ	Sau 24 giờ
Troponin T (mg/dL)	Trung bình	25,8	8,5	6,5
	Trung vị	0,5	8,1	7,2
	Inter-quartile	(0, 18)	(3,6, 16,2)	(1,8, 10,8)
Troponin I (mg/dL)	Trung bình	4,3	14,7	24,3
	Trung vị	0,5	2,4	12,1
	Inter-quartile	(0,2, 1)	(1, 18,7)	(1, 33)
CK-MB (mmol/dL)	Trung bình	84,8	206,4	140,0
	Trung vị	34	184	106
	Inter-quartile	(18, 90)	(91, 289)	(53, 177)

Điện tâm đồ

Có 47,2% bệnh nhân có đoạn ST chênh lên > 1mm ở các chuyển đạo chi và > 2mm ở các chuyển đạo trước ngực. Trong đó gặp nhiều nhất là đoạn ST chênh ở các chuyển đạo DII, DIII và AVF (47,5%). Tỷ lệ bệnh nhân có block nhánh trái mới xuất hiện là 1,3%

Đặc điểm tổn thương mạch vành khi chụp mạch vành có cản quang

Vị trí	Tỉ lệ %
Tắc nhánh trái	61,4
Nhánh mũ	18,6
Nhánh trước trái	78,5
Không ghi nhận được	2,9
Tắc nhánh phải	38,2

*Đặc điểm các liệu pháp tái tưới máu

Tỷ lệ bệnh nhân có can thiệp bằng ít nhất một liệu pháp tái tưới máu là 91,8% trong đó tiêu sợi huyết nguyên phát là 1,6%, can thiệp mạch vành cấp cứu là 89,5%, phẫu thuật bắc cầu là 2,1%, can thiệp mạch vành cứu vãn là 2,5%.

*Tiêu chí đánh giá chính: thời gian cửa kim và cửa bóng

Bảng 5: Mô tả các thời đoạn liên tiếp nhau từ lúc bệnh nhân có triệu chứng đến khi được bệnh viện thông tim hay dùng thuốc tiêu sợi huyết.

Trung bình, Trung vị & inter-quatile	Chung	Trung tâm 1	Trung tâm 2	Trung tâm 3	Trung tâm 4	Trung tâm 5	Trung tâm 6
1. Thời gian từ lúc có triệu chứng đến khi quyết định đi bệnh viện (phút)*	116 60 (30, 120)	89 30 (20, 90)	105 45 (30, 135)	142 60 (30, 120)	158 105 (60, 210)	108 40 (30, 150)	117 60 (15, 120)
2. Thời gian từ lúc có triệu chứng đến lúc tới bệnh viện đầu tiên (phút)*	147 105 (60, 190)	122 90 (45, 165)	130 52,5 (45, 210)	204 160 (90, 270)	187 120 (60, 195)	131 108 (60, 180)	93 95 (38, 143)
3. Thời gian từ lúc có triệu chứng đến lúc tới bệnh viện có can thiệp (phút)*	298 245 (135, 413)	334 270 (180, 495)	185 120 (90, 263)	344 275 (180, 420)	306 225 (135, 410)	284 210 (143, 415)	190 145 (95, 260)
4. Thời gian đi chuyển ban đầu (phút)**	55 30 (20, 75)	50 30 (20, 80)	40 30 (15, 30)	76 60 (30, 105)	60 28 (12,5, 30)	46 30 (20, 50)	41 25 (15, 90)
5. Thời gian đi chuyển hiệu quả (phút)*	190 138 (60, 265)	274 205 (112,5, 353)	64 50 (30, 75)	207 165 (105, 250)	152 85 (40, 170)	172 140 (60, 300)	60 48 (25, 90)

Bảng 6: Thời gian từ lúc vào viện đến khi tiến hành các thủ thuật như can thiệp mạch vành qua da hoặc dùng thuốc tiêu sợi huyết.

Trung bình Trung vị & inter-quatile	Chung	Trung tâm 1	Trung tâm 2	Trung tâm 3	Trung tâm 4	Trung tâm 5	Trung tâm 6
A1 (phút)*	11 5 2, 7	19 5 5, 10	17 5 5, 10	3 2 1,2	6 5 5, 5	3 4 0, 5	6 5 0, 5

* Giá trị p của test Kruskal-Wallis < 0,001. Kết quả cho thấy trung vị thời gian thực sự khác nhau giữa các trung tâm

** Giá trị p của test Kruskal-Wallis < 0,01. Kết quả cho thấy trung vị thời gian thực sự khác nhau giữa các trung tâm
Thời gian đi chuyển ban đầu = (2) - (1); thời gian đi chuyển hiệu quả = (3) - (1)

A2 (phút)*	43 10 5, 70	60 10 5, 90	56 20 20, 90	13 5 4, 9	52 15 5, 70	25 8 2, 15	33 15 5, 65
A3 (phút)*	70 35 15, 90	76 25 10, 100	64 60 30, 75	26 10 7, 20	108 70 45, 95	51 20 10, 88	44 30 15, 70
A4 (phút)*	154 125 85, 180	166 120 97, 156	177 165 138, 213	73 70 45, 84	249 208 155, 275	124 108 65, 140	129 135 95, 150
A5 (phút)**	250 165 150, 252	223 140 120, 220	282 210 190, 272	144 97 70, 153	449 280 245, 405	267 150 123, 270	225 165 125, 195
A6 (phút)**	37 5 1, 40	47 5 0, 50	48 20 10, 85	12 4 2, 5	55 5 0, 65	22 5 1, 10	34 10 5, 65
A7 (phút)**	42 15 5, 55	55 15 0, 55	32 30 15, 45	17 5 2, 10	56 50 10, 75	36 10 5, 60	28 15 5, 50

Chỉ có 5 bệnh nhân trong số 305 bệnh nhân được sử dụng liệu pháp tiêu sợi huyết nguyên phát với thời gian trung vị từ lúc vào cấp cứu đến khi đâm kim (thời gian cửa-kim) là 335 phút. Do số lượng bệnh nhân này quá ít nên chúng tôi không tiến hành phân tích sâu hơn.

Sử dụng phép kiểm Kruskal-Wallis không nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa về thời gian cửa-bóng theo điểm số nguy cơ TIMI và theo mức nguy cơ tim mạch (thấp, trung bình, cao theo phân loại nguy cơ TIMI). Sử dụng phép

kiểm Mann-Whitney về thời gian trung vị cửa-bóng giữa ngày thường và các ngày nghỉ cuối tuần, ngày lễ cũng không có sự khác biệt có nghĩa thống kê.

Có đến 70% bệnh nhân trong nghiên cứu không đạt được thời gian cửa-bóng < 90 phút.

* Thuốc kháng kết tập tiểu cầu và heparin

Đặc điểm sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu bao gồm aspirin, clopidogrel và thuốc đôi kháng GP IIb/IIIa được nêu ở bảng 7.

Ghi chú: A1: Thời gian từ cấp cứu - đo ECG; A2: Thời gian từ cấp cứu - có chẩn đoán; A3: Thời gian từ cấp cứu - có chỉ định can thiệp mạch vành; A4: Thời gian từ cấp cứu - bơm bóng (thời gian cửa-bóng); A5: Thời gian từ cấp cứu - xong thủ thuật; A6: Thời gian từ bác sĩ cấp cứu đến bác sĩ tim mạch; A7: Thời gian từ bác sĩ tim mạch đến bác sĩ can thiệp; A8: Thời gian từ cấp cứu - đơn vị can thiệp; A9: Thời gian thao tác hiệu quả; A10: thời gian thủ thuật. * Giá trị p của test Kruskal-Wallis < 0,001. Kết quả cho thấy trung vị thời gian thực sự khác nhau giữa các trung tâm. ** Giá trị p của test Kruskal-Wallis < 0,01. Kết quả cho thấy trung vị thời gian thực sự khác nhau giữa các trung tâm.

Bảng 7: đặc điểm sử dụng thuốc kháng tiểu cầu

	Tỉ lệ %
Bác sĩ cấp cứu ≤ 6 giờ*	59 100
Bác sĩ khoa tim mạch ≤ 6 giờ*	15,7 54,2
> 6-≤ 12 giờ	45,8
Bác sĩ khoa tim mạch can thiệp ≤ 6 giờ*	14,8 22,2
> 6-≤ 12 giờ	77,8
Khác	10,1
Tỉ lệ dùng liều nạp clopidogrel	96,4
300 mg	14,6
600 mg	85,4

Có 98% bệnh nhân được sử dụng heparin trong điều trị hội chứng mạch vành cấp trong đó tỉ lệ bệnh nhân có dùng liều nạp tĩnh mạch chỉ là 12,7%. Trong số bệnh nhân có dùng heparin, 98% bệnh nhân dùng heparin trọng lượng phân tử thấp với thời gian trung bình dùng thuốc là 5,2 ngày (trung vị: 5 ngày). Khoảng 58% bệnh nhân dùng heparin trọng lượng phân tử thấp trong vòng 6 giờ sau nhập viện và không có trường hợp dùng thuốc sau 24 giờ.

* Kết cục hội chứng mạch vành cấp trong bệnh viện

Có 4 trường hợp tử vong trong bệnh viện (1,3%, khoảng tin cậy=KTC 95%, 0-26), trong đó có 2 trường hợp được xác định là do tim. Một trường hợp tái nhồi máu cơ tim (0,3%, KTC 95%, 0-1). Hai trường hợp xuất huyết (0,7%, KTC 95%, 0-1,6). Hai trường hợp phải tái tưới máu mạch vành (0,7%, KTC 95%, 0-1,6) và không có trường hợp nào bị đột quỵ trong lúc nằm viện.

BÀN LUẬN:

Thời gian tái tưới máu:

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong số 6 trung tâm tham gia, chỉ có 1 trung tâm có thời gian cửa-bóng đạt yêu cầu (<90 phút). Các trung tâm khác đều có thời gian dài hơn yêu cầu khá nhiều từ gần gấp đôi đến gấp 3 lần. Tỉ lệ bệnh nhân có thời gian cửa-bóng < 90 phút chỉ là 30% và không có bệnh nhân nào đạt thời gian cửa-kim theo yêu cầu. So sánh với nghiên cứu số bộ National Registry of Myocardial Infarction III/IV4 công bố năm 2005 cho thấy thời gian cửa-bóng từ thế giới thực của 4.278 bệnh nhân ở Mỹ trong thời gian từ 2002-2004 là 180 phút, trong

đó chỉ có 4% có thời gian này <90 phút, 15% < 120 phút. Tuy nhiên, theo Harlan và cộng sự [38] theo dõi 42.150 bệnh nhân có can thiệp mạch vành ở Hoa Kỳ trong khoảng thời gian từ tháng 1/2005 đến tháng 10/2010 đã nhận thấy đã có cải thiện đáng kể về thời gian cửa bóng từ 94 phút năm 2005 chỉ còn 64 phút năm 2010, và tỷ lệ bệnh nhân đạt thời gian cửa bóng đã tăng từ 44,2% lên đến 91,4%. Do là nghiên cứu quan sát nên chúng tôi không thể biết rõ thời đoạn nào thật sự ảnh hưởng thống kê lên thời gian cửa-bóng, tuy nhiên có một điểm chung là thời đoạn kéo dài nhất trong thời gian cửa-bóng trong nghiên cứu chúng tôi là kể từ lúc vào đến cấp cứu đến khi chuyển được bệnh nhân lên đơn vị can thiệp,

chúng tỏ quy trình tiếp nhận và thực hiện các thủ tục hành chính kể cả các thủ tục tài chính là dài, gây trở ngại cho việc chuyển bệnh kịp thời đến đơn vị can thiệp. Khi đến được đơn vị can thiệp, thời gian thực hiện thủ thuật không kéo dài quá mức nhưng nhìn chung vẫn vượt tổng thời gian cửa-bóng cho phép theo khuyến cáo là <90 phút. Ngoài ra, thời gian từ lúc có được bản ghi điện tâm đồ đầu tiên đến khi có chẩn đoán cũng kéo dài, góp phần làm chậm trễ sự kích hoạt đơn vị thông tim. Qua tìm hiểu, đơn vị nào có các quy trình sao cho thời gian bệnh nhân lưu tại phòng cấp cứu càng ngắn thì thời gian để tái tưới máu chung càng ngắn vì thực tế hiện nay các trung tâm có đơn vị can thiệp tim mạch chưa hình thành một quy trình chuẩn tại các khoa cấp cứu từ việc đo điện tim, chẩn đoán đến khi kích hoạt đơn vị thông tim. Nghiên cứu của Khot và cs năm 2007 thực hiện chiến lược khởi động đơn vị thông tim từ phòng cấp cứu ngay khi nhận được bệnh nhân cho thấy cách này làm giảm thời gian cửa-bóng từ 113,5 phút, so với trước đây khi không thực hiện quy trình này, xuống còn 75,5 phút sau nghiên cứu ($p < 0,001$) bất kể là giờ hành chính, ngày lễ, hay cuối tuần, bất kể giới tính, có chuyển bệnh hay không có chuyển bệnh trước khi thực hiện can thiệp. Phương thức này cũng giúp làm giảm đáng kể thời gian bệnh nhân lưu ở khoa cấp cứu và làm tăng có ý nghĩa thống kê tỉ lệ bệnh nhân đạt yêu cầu thời gian cửa bóng (61% vs 17%, $p < 0,0001$). Do phần lớn bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp tự đến bệnh viện bằng phương tiện riêng của mình mà không nhờ đến xe cấp cứu nên việc có được kết quả ghi điện tim sớm nhất là rất hạn chế. Việc này chỉ có thể thực hiện khi bệnh nhân đến tại các phòng cấp cứu, nhưng các phòng cấp cứu hiện nay lại chưa thực sự chú trọng việc phải đo ngay điện tâm đồ cho bệnh nhân có triệu chứng đau thắt ngực ngay lúc nhập viện dẫn đến trì hoãn việc này khá lâu. Điều này cũng góp phần làm chậm trễ chẩn đoán.

Nếu xét cả các thời đoạn trước khi đến bệnh viện có can thiệp, có thể thấy rõ bệnh nhân bị

hội chứng mạch vành cấp đến bệnh viện không quá chậm trễ: gần 300 phút kể từ khi có triệu chứng tức khoảng 5 giờ, trong lúc đó thời gian cửa-bóng trung vị của cả 6 trung tâm là khoảng 150 phút. Điều này là hết sức đáng lưu ý vì nếu bệnh nhân đã sẵn sàng và đến sớm cho các liệu pháp thích hợp (ví dụ <6 giờ cho liệu pháp tiêu sợi huyết hay can thiệp kể từ khi có triệu chứng) thì việc bệnh viện làm chậm trễ "thời gian vàng" này của bệnh nhân phải được xem xét hết sức kỹ để có giải pháp khắc phục.

Các liệu pháp tái tưới máu, điều trị kháng tiểu cầu và kháng đông

Ngược với kết quả chưa đúng với mong đợi của thời gian tái tưới máu, các điều trị nội khoa kết hợp hiện tại ở 6 trung tâm tham gia nghiên cứu là gần như lý tưởng: gần 90% bệnh nhân được can thiệp mạch vành trong khi chỉ có 1,6% bệnh nhân dùng tiêu sợi huyết, có thể giải thích là các đơn vị nhận bệnh đều có tim mạch học can thiệp nên xu hướng can thiệp là nổi bật; 96% bệnh nhân dùng clopidogrel và đa số có dùng liều nạp, 98% bệnh nhân dùng heparin theo hướng dẫn của các khuyến cáo chuyên ngành và chủ yếu là heparin trọng lượng phân tử thấp. Kết cục trong bệnh viện có xu hướng không cao, chỉ 2,3% đủ thời gian tái tưới máu chưa đạt yêu cầu của khuyến cáo. Cần lưu ý là tỉ lệ tử vong ghi nhận trong nghiên cứu chỉ tính trên các bệnh nhân tử vong tại bệnh viện mà chưa tính đến bệnh nhân tử vong sau xuất viện do người nhà xin cho bệnh nhân nặng xuất viện.

Hạn chế của nghiên cứu:

- REPERFUSION-TIME là nghiên cứu cắt ngang không có theo dõi dọc nên không thể chỉ ra mối tương quan giữa thời gian tái tưới máu với các kết cục trong bệnh viện.

- Không có theo dõi dọc theo thời gian nên không thể đánh giá ảnh hưởng của tái tưới máu lên các kết cục sau xuất viện, đặc biệt là thời điểm 30 ngày.

- Không chỉ ra được ảnh hưởng của từng

thời đoạn lên thời gian cửa-bóng nhằm giúp tập trung cải thiện thời đoạn đó

- Không mô tả đầy đủ quy trình nhận bệnh nhân để có thể tìm hiểu sâu lý do vì sao thời gian tái tưới máu kéo dài

Mặc dù có những hạn chế trên, đây vẫn là một nghiên cứu đầu tiên chỉ ra rằng thời gian tái tưới máu tại các trung tâm lớn của Việt Nam chưa đạt yêu cầu, cần có những giải pháp để cải thiện trong tương lai. Cần có các nghiên cứu khác với các thiết kế phù hợp giúp đánh giá và tìm nguyên nhân của sự chậm trễ này.

KẾT LUẬN

Thời gian cửa-bóng và thời gian cửa-kim tại các trung tâm có đơn vị can thiệp mạch vành lớn tại Miền nam Việt nam dài hơn rất nhiều so với mục tiêu của các khuyến cáo. Tỷ lệ bệnh nhân đạt được mục tiêu thời gian theo khuyến cáo do đó cũng rất thấp. Nghiên cứu chỉ ra rằng, các quy trình và tổ chức can thiệp tái tưới máu tại các trung tâm cần phải có sự cải thiện để đưa thời gian tái tưới máu đạt đích mong muốn. Các đơn vị can thiệp cần tranh thủ sự hỗ trợ của Ban giám đốc các bệnh viện, các khoa liên quan như khoa cấp cứu các đơn vị hỗ trợ hành chính để có thể rút ngắn được các quy trình hiện tại. Tổ chức huấn luyện và thường xuyên trao đổi giữa các thành viên trong nhóm can thiệp cũng giúp để ra được các chiến lược thích hợp cho việc cải thiện quy trình làm việc. Một nghiên cứu tương tự nên được lập lại trong tương lai nhằm đánh giá sự cải thiện mà các bệnh viện đạt được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arbustini E, Dall'Ben G, Morbini P, et al. Plaque erosion is a major substrate for coronary thrombosis in acute myocardial infarction. *Heart* 1999; 82: 269-72
2. ACC/AHA. Heart Disease and Stroke 2008 Update At-a-Glance statistics
3. Bradley EH, Curry LA, Webster TR, et al. Achieving rapid door-to-balloon times: how top hospitals improve complex clinical systems. *Circulation* 2006;113:1079-85.
4. Bradley EH, Herrin J, Wang Y, et al. Door-to-drug and door-to-balloon times: where can we improve? Time to reperfusion therapy in patients with ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI). *Am Heart J* 2006;151:1281-7.
5. Bradley EH, Roumanis SA, Radford MJ, et al. Achieving door-to-balloon times that meet quality guidelines: how do successful hospitals do it? *J Am Coll Cardiol* 2005;46:1236-41.
6. Antoniucci D, Valenti R, Migliorini A, et al. Relation of time to treatment and mortality in patients with acute myocardial infarction undergoing primary coronary angioplasty. *Am J Cardiol* 2002;89: 1248-52.
7. Berger PB, Ellis SG, Holmes DR Jr, et al. Relationship between delay in performing direct coronary angioplasty and early clinical outcome in patients with acute myocardial infarction: results from the Global Use of Strategies to Open Occluded Arteries in Acute Coronary Syndromes (GUSTO-III) trial. *Circulation* 1999;100:14-21.
8. Cannon CP, Gibson CM, Lambrew CT, et al. Relationship of symptom-onset-to-balloon time and door-to-balloon time with mortality in patients undergoing angioplasty for acute myocardial infarction. *JAMA* 2000;283:2941-7.
9. McNamara RL, Wang Y, Herrin J, et al. Effect of door-to-balloon time on mortality in patients with ST-segment elevation myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2006;47:2180-6.
10. Brodie BR, Stone GW, Morice MC, et al. Importance of time to reperfusion on outcomes with primary coronary angioplasty for acute myocardial infarction (results from the Stent Primary Angioplasty in Myocardial Infarction Trial). *Am J Cardiol* 2001;88:1085-90.
11. Keeley EC, Boura JA, Grines CL. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet* 2003;361:13-20.
12. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients with Acute Myocardial Infarction). *J Am Coll Cardiol* 2004;44:e1-211.

13. Bradley EH, Nallamothu BK, Curtis JP, et al. Summary of evidence regarding hospital strategies to reduce door-to-balloon times for patients with ST-segment elevation myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention. *Crit Pathw Cardiol* 2007;6:91-7.
14. Fibrinolytic Therapy Trialists (FTT) Collaborative Group. Indications for fibrinolytic therapy in suspected acute myocardial infarction: collaborative overview of early mortality and major morbidity results from all randomised trial of more than 1000 patients. *Lancet* 1994;343:311-22.
15. Weaver D, Simes J, Betriu A et al. Comparison of primary coronary angioplasty and intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. *JAMA* 1997;278:2083-8. 5.
16. Aversano T, Aversano L, Passamani E et al. Thrombolytic therapy vs. primary percutaneous coronary intervention for myocardial infarction in patients presenting to hospitals without on-site cardiac surgery. *JAMA* 2002;287:1943-51. 6.
17. Widimsky P, Groch L, Zelizko M et al. Multicentre randomised trial comparing transport to primary angioplasty vs immediate thrombolysis vs combined strategy for patients with acute myocardial infarction presenting to a community hospital without a catheterization laboratory. *Eur Heart J* 2000;21:823-31.
18. Elliott M, Antman, Mary Hand, Paul W. Armstrong. 2007 Focused update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2008;117:000_000.
19. Van de Werf F, Ardissino D, Betriu A, Cokkinos DV, Falk E, Fox KAA, Julian D, Lengyel M, Neumann F-J, Ruzyllo W, Thygesen C, Underwood SR, Vahanian A, Verheugt FWA, Wijns W. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2003;24:28-66.
20. De Luca G, Suryapranata H, Ottervanger JP, Antman EM. Time delay to treatment and mortality in primary angioplasty for acute myocardial infarction: every minute of delay counts. *Circulation* 2004; 109:1223-5.
21. B Nallamothu, K A A Fox, B M Kennelly, Relationship of treatment delays and mortality in patients undergoing fibrinolysis and primary percutaneous coronary intervention. *The Global Registry of Acute Coronary Events. Heart* 2007;93:1552-1555.
22. Robert L. McNamara. Hospital Improvement in Time to Reperfusion in Patients With Acute Myocardial Infarction, 1999 to 2002. *J Am Coll Cardiol* 2006;47:45-51.
23. Anjan Chakrabarti, Harlan M. Krumholz, Yong-fei Wang, Time-to-Reperfusion in Patients Undergoing Intehospital Transfer for Primary Percutaneous Coronary Intervention in the U.S: An Analysis of 2005 and 2006 Data From the National Cardiovascular Data Registry. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2008;51:2442-2443.
24. ISIS 2 Collaborative Group. Randomised trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17187 cases of suspected myocardial infarction. *Lancet* 1988;2:349-360.
25. Falk E, Shah PK, Fuster V. Coronary plaque disruption. *Circulation* 1995; 92: 657-71.
26. Drouet L. Atherothrombosis as a systemic disease. *Cerebrovasc Dis* 2002; 13 (1): 1-6.
27. Kuwahara M, Sugimoto M, Tsuji S. Platelet shape changes and adhesion under high shear flow. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2002; 22: 329-34.
28. Antithrombotic Trialists' Group. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002; 324:71-86. Libby P. Simon DI. Inflammation and Thrombosis - The Clot Thickens. *Circulation* 2001; 103: 1718-20.
29. CAPRIE Trial Investigators. A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). CAPRIE Steering Committee. *Lancet* 1996; 348: 1239-39.
30. Sabatine MS, Cannon CP, Gibson CM, Lopez-Sendon J, Montalescot G, Theroux P, Claeys MJ, Cools F, Hill K, Skene AM, McCabe CH, Braunwald E. Addition of clopidogrel to aspirin and fibrinolytic therapy for myocardial infarction with ST-segment elevation. *N Engl J Med* 2005;352: 1179-1189.
31. COMMIT collaborative group. Addition of clopidogrel to aspirin in 45 852 patients with acute myocardial infarction: randomised placebocontrolled trial. *Lancet* 2005;366:1607-1621.
32. Sabatine MS, Cannon CP, Gibson CM, Lopez-Sendon

- JL, Montalescot G, Theroux P, Lewis B, Murphy S, McCabe CH, Braunwald E. Effect of clopidogrel pretreatment before percutaneous coronary intervention in patients with ST-elevation myocardial infarction. The PCI-CLARITY Study. JAMA 2005;294:1224-1232.
33. Beinart SC, Kolm P, Veledar E, Zhang Z, Mahoney E, Bouin O, Gabriel S, Jackson J, Chen R, Caro J, Steinhubl S, Topol E, Weintraub W. Long-term cost effectiveness of early and sustained dual oral antiplatelet therapy with clopidogrel given for up to one year after percutaneous coronary intervention: results from the clopidogrel for the reduction of events during observation (CREDO) trial. J Am Coll Cardiol. 2005;46:761-769.
34. Elliott M, Antman, Mary Hand, Paul W. Armstrong, Eric R. Bates, Lee A. Green. 2007 Focused update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2008;117:1-34.
35. Yusuf S, Zhao F, Mehta SR et al. Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation (CURE). N Engl J Med 2001; 345: 494-502.
36. Sieg PG, Goldberg RJ, Gore JM, et al. for the GRACE Investigators. Baseline Characteristics, Management, Practices, and In-Hospital Outcomes of Patients Hospitalized with Acute Coronary Syndromes in the Global Registry of Acute Coronary Events. Am J Cardiol 2002; 90(4): 358-63.
37. Ringel PA, Bhatt DL, Hirsch AT, et al. Benefit of Clopidogrel Over Aspirin Is Amplified in Patients With History of Ischemic Events. Stroke 2004;35:528-532.
38. Harlan M, Krumholz. Improvements in Door-to-Balloon Time in the United States, 2005 to 2010. Circulation. 2011;124:1038-1045.
- Đơn vị phân tích dữ liệu: TS Bs Tăng Kim Hồng, trưởng Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch- Tp Hồ Chí Minh
Đơn vị tài trợ nghiên cứu: Bs Hoàng Đình Đức, phòng Y Vụ, Công ty Sanofi-Aventis
Đơn vị theo dõi nghiên cứu: Bs Nguyễn Hoàng Hạnh Đoàn Trang và Dương Mỹ Dung, Công ty Sanofi-Aventis

ABSTRACT

Background: Clinical guidelines recommend that hospitals providing primary percutaneous coronary intervention to patients with ST segment elevation myocardial infarction (STEMI) should treat patients within 90 minutes of contact with the medical system or admission to hospital. In Viet nam, the data on door-to-balloon time was not available and it is necessary to know this important interval in current daily practice. The knowledge of the median (or average, depending on the type of distribution) of this time can help hospitals to elaborate strategies to achieve target of door-to-balloon time then to decrease the mortality in STEMI management. **Objectives and method:** The primary objective of this study was to know the median of door-to-needle and door-to-balloon time of STEMI patients admitted in major hospital and to determine the percentage of patient who achieved the door-to-balloon less than 90 minutes. This is an observational, prospective, multi-centre study which was conducted in interventional departments from 6 hospitals in the South of Vietnam. All STEMI patients who satisfied the inclusion and exclusion criteria were enrolled in the study. The information collected about each patient include baseline demographics, ECG and cardiac marker data, reperfusion therapy, fibrinolytic treatment or primary PCI, the time from hospital admission to needle and balloon inflation and antiplatelet therapies. **Results:** There were 305 eligible patients entered the study. Seventy seven percent of patients were male. The mean age of eligible patients was 61.5 ±13.5 years old, 60% were 65 years of age or older. There were 91,8% of patients were treated by primary PCI. The median door-to-balloon time of these patients was 154 minutes (interquartile: 85, 180). Among primary PCI patients, there were only 30% of patients had the door-to-balloon time less than 90 minutes. There were only 5 patients treated by primary thrombolytic therapy and the median door-to-needle time was 335 minutes (interquartile: 5, 670). **Conclusion:** As the first registry on reperfusion time conducted in Viet nam, this study provides details of the time delay at 6 major cardiological intervention centers in Viet nam with reperfusion time much longer than recommended target. This study results may lead to changes of current process in hospitals for improving not only the median reperfusion time but also in medical treatment for STEMI patients.

Khảo Sát Một Số Yếu Tố Ảnh Hưởng Tâm Lý Người Bệnh Trước Và Sau Phẫu Thuật Tim Có Chuẩn Bị

Đoàn Quốc Hưng, Trần Thị Văn Khánh*

Đoàn Đoàn Thị Bích Vân*, Nguyễn Thị Thu Hà*

TÓM TẮT

Hiện nay, tỷ lệ người mắc bệnh tim mạch cần phải phẫu thuật ngày càng tăng. Hầu hết người bệnh không chỉ muốn chữa khỏi bệnh mà còn mong được chăm sóc về tinh thần. Có rất nhiều yếu tố tác động đến tâm lý người bệnh trong quá trình điều trị như bản thân bệnh nhân (BN), môi trường điều trị, nhân viên y tế (NVYT)... Qua việc nghiên cứu đề tài: "Khảo sát một số yếu tố ảnh hưởng tâm lý người bệnh trước và sau phẫu thuật tim có chuẩn bị", chúng tôi thấy các yếu tố trên ít nhiều có ảnh hưởng đến tâm lý người bệnh. Về yếu tố bản thân BN: nữ giới có tỷ lệ lo lắng cao hơn nam giới, đặc biệt lo lắng về đau đớn gấp 2,77 lần; đối tượng làm ruộng và không có bảo hiểm y tế lo lắng nhiều về tài chính. Về yếu tố môi trường điều trị: BN càng hài lòng về bệnh viện thì mức độ lo lắng càng giảm. Các hoạt động chăm sóc và thái độ của NVYT chu đáo, kỹ lưỡng (23,2% BN được giải thích, chuẩn bị tinh thần trước phẫu thuật (PT); 31,7% BN được chăm sóc toàn diện cả về thể chất và tinh thần; 47,6% BN nhận xét thái độ của NVYT nhẹ nhàng, tận tình) cũng giúp giảm mức độ lo lắng của BN. Từ những kết luận trên, chúng ta có thể đưa ra được những phương án thích hợp nhằm giảm thiểu tối đa tác động tiêu cực của các yếu tố ảnh hưởng đến tâm lý người bệnh.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch là nguyên nhân hàng đầu của bệnh tật và tử vong. Ở Việt Nam mỗi năm không dưới 100.000 người mắc bệnh về tim mạch và khoảng 60.000 người cần phải phẫu thuật mới điều trị bệnh triệt để [5]. Hiệu quả điều trị phụ thuộc 3 yếu tố là trình độ chuyên môn của nhân viên y tế (NVYT), máy móc trang thiết bị và đặc biệt là tâm lý của người bệnh. Trong ngoại khoa nói chung và trong phẫu thuật tim mạch nói riêng, công tác chuẩn bị tâm lý cho người bệnh trước mổ rất quan trọng nhưng trên thực tế, công tác chăm sóc tinh thần cho người bệnh ở nước ta chưa được quan tâm đúng mức. Tâm lý bệnh nhân (BN) thay đổi phức tạp, phụ thuộc nhiều yếu tố, ảnh hưởng rất nhiều đến quá trình điều trị và hồi phục sức khỏe của người bệnh. Khi thiếu hiểu được tâm lý, nhu cầu, nguyện vọng

của người bệnh; biết được các tác nhân gây ảnh hưởng đến tâm lý của họ, NVYT sẽ đưa ra được những lời khuyên, cách chăm sóc phù hợp và hạn chế được tác động xấu của các yếu tố đó đến từng người bệnh. Từ đó sẽ nâng cao được chất lượng điều trị và chăm sóc sức khỏe cho người bệnh. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục đích: tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng tâm lý người bệnh trước và sau mổ tim có chuẩn bị.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

• **Đối tượng:** Tiêu chuẩn lựa chọn: BN mổ tim có chuẩn bị, BN tỉnh, giao tiếp tốt, BN trên 15 tuổi. Tiêu chuẩn loại trừ: BN mổ cấp cứu, BN có tiền sử bệnh tâm thần, BN không có khả năng tự trả lời, BN dưới 15 tuổi.

• **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiền cứu từ ngày 01/12/2010 đến ngày 31/03/2011

tại khoa phẫu thuật tim mạch – lồng ngực Bệnh viện Việt Đức – Hà Nội

• **Các biến số**

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, học vấn, nghề, bảo hiểm, chẩn đoán bệnh, tình trạng sức khỏe, tiền sử nội - ngoại khoa.

- Đánh giá của người bệnh về sự tiếp đón của NVYT, thủ tục hành chính, môi trường bệnh viện, cơ sở hạ tầng, máy móc trang thiết bị. Từ đó phân loại mức độ hài lòng của BN về bệnh viện.

- Đánh giá về các hoạt động thăm khám của bác sĩ, chăm sóc điều dưỡng, thông báo nội quy, công khai thuốc và các xét nghiệm, giáo dục sức khỏe, chuẩn bị trước mổ và thái độ của NVYT. Từ đó phân loại mức độ hài lòng của người bệnh về NVYT.

- Các vấn đề người bệnh quan tâm: thời gian điều trị, chi phí điều trị, người điều trị, tình trạng bệnh.

- Tâm lý trước mổ: Đánh giá sự lo lắng của người bệnh về sự rủi ro, đau đớn, tài chính, gia đình công việc, thẩm mỹ. Từ đó phân loại mức độ lo lắng trước mổ của BN.

- Tâm lý sau mổ: BN lo lắng sau mổ khi có lo lắng ở bất kỳ một trong số các vấn đề tiến triển xấu, có biến chứng, thời gian điều trị kéo dài, khả năng phục hồi sức khỏe kém, mất thẩm mỹ.

- Các biến số được đánh giá thông qua các bộ câu hỏi mẫu thống nhất được các tác giả tự xây dựng

- Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS 12.0.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Với 82 BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, chúng tôi thu được kết quả và có những bàn luận như sau:

1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Phần lớn người bệnh đến bệnh viện khi sức khỏe đã giảm sút (65,9%) gây ảnh hưởng đến cuộc sống và công việc. Điều này cho thấy, người Việt Nam vẫn chưa có sự quan tâm đúng mức đến sức khỏe, coi thường bệnh tật. Điều này phù hợp với cơ cấu nghề nghiệp làm ruộng chiếm số đông (35,4%), trình độ học vấn từ trung cấp trở lên còn thấp (30,5%) - những đối tượng tiếp cận y tế chưa tốt.

Người điều trị là vấn đề được BN quan tâm nhiều nhất (54,9%). Người bệnh nào cũng ít nhiều có mong muốn được bác sĩ và điều dưỡng giỏi, có trách nhiệm điều trị, chăm sóc.

Đa số BN đều đánh giá tốt về bệnh viện Việt Đức. Trên 80% đối tượng đánh giá tốt và rất tốt về môi trường, cơ sở hạ tầng, máy móc trang thiết bị của bệnh viện và không có ai đánh giá không tốt. Gần 70% đối tượng đánh giá tốt và rất tốt về sự tiếp đón và thủ tục hành chính. Nhưng vẫn có 6,1% đánh giá không tốt về sự tiếp đón và 9,8% đánh giá không tốt về thủ tục hành chính. Phần lớn người bệnh đều hài lòng về môi trường điều trị (65,9%) nhưng cũng vẫn còn 3,7% chưa hài lòng.

Tỷ lệ người bệnh được chăm sóc toàn diện về thể chất và tinh thần là 31,7%, trong khi đó tới 37,8% BN chỉ được chăm sóc về chuyên môn thuần túy. Tỷ lệ người bệnh chỉ được thông báo ngày giờ PT trước mổ là 45,1%; BN được giải thích, chuẩn bị tinh thần trước mổ là 23,2%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh, 35,1% BN không được giải thích về PT [7]. Tác giả Trần Đăng Luân đã đánh giá việc chuẩn bị tâm lý trước mổ là có lợi cho gây mê hồi sức [10]. Vì vậy, công tác chuẩn bị trước mổ nên được chú trọng hơn nữa, không chỉ cần dặn những điều cần thiết mà còn phải chuẩn bị cả về tâm lý.

Người bệnh đánh giá thái độ của NVYT đa phần là nhẹ nhàng, tận tình (47,6%). Điều này được đánh giá rất cao đặc biệt trong thời buổi kinh tế thị trường. Người bệnh sẽ hài lòng về việc chăm sóc sức khỏe nếu họ thấy những gì mình bỏ ra để có được sự chăm sóc như vậy là xứng đáng và nếu người phục vụ hành động một cách lịch sự, thể hiện sự quan tâm. Mức độ

hài lòng của BN về NVYT chưa đạt yêu cầu: chỉ có 42% hài lòng và 13% không hài lòng. Chúng ta cần khắc phục những thiếu sót trong công tác điều trị và chăm sóc BN của mình để người bệnh ngày càng hài lòng khi đến với chúng ta. Vì khi người bệnh không hài lòng, họ sẽ nghi ngờ các chế độ điều trị, phương pháp chăm sóc của bác sĩ và điều dưỡng.

2. Ảnh hưởng của yếu tố bản thân người bệnh

Bảng 1: Ảnh hưởng của giới tính đến sự lo lắng trước và sau mổ của người bệnh

Giới		Nam	Nữ	p
Các vấn đề				
Mức độ lo lắng trước mổ	Không lo lắng	13(34,2%)	8 (18,2%)	>0,05
	Lo lắng ít	24(63,2%)	30(68,2%)	
	Lo lắng nhiều	1 (2,6%)	6 (13,6%)	
Lo lắng về sự đau đớn	Không lo lắng	33(86,9%)	28(63,7%)	<0,05
	Lo lắng ít, ăn ngủ bình thường	5 (13,1%)	10(22,7%)	
	Lo lắng nhiều, ăn ngủ kém	0	6 (13,6%)	
Lo lắng về thẩm mỹ	Không lo lắng	38(100%)	39(88,6%)	<0,05
	Lo lắng ít, ăn ngủ bình thường	0	5(11,4%)	
Sự lo lắng sau mổ	Có	21(55,3%)	31(70,5%)	>0,05
	Không	17(44,7%)	13(29,5%)	
Mất tỉnh thẩm mỹ	Có	0	4(9,1%)	<0,05
	Không	38(100%)	40(90,9%)	

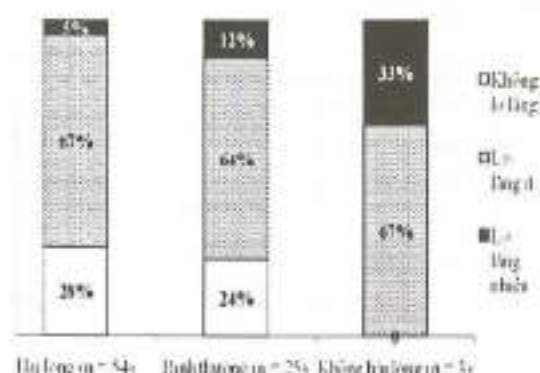
Nữ giới lo lắng trước mổ nhiều hơn nam giới (81,8% nữ và 65,8% nam). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Ramsey: 76% BN nữ và 70% BN nam; và tác giả Trần Đăng Luân: 27% BN nữ, 23% BN nam [9], [10]. Đặc biệt tỷ lệ nữ giới lo lắng về sự đau đớn trước mổ gấp 2,77 lần nam giới, tương tự với kết quả của Nguyễn Thị Quỳnh, đối tượng là nữ giới sợ đau gấp 5,3 lần đối tượng nam giới [7]. Nữ giới lo lắng về thẩm mỹ nhiều hơn nam giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có đối tượng nam giới nào lo lắng về thẩm mỹ. Nữ giới luôn được gọi là phái đẹp, vì thế mà việc quan tâm đến thẩm mỹ cũng là đương nhiên. Sự khác biệt này có ý nghĩa (bảng 1).

Bảng 2: Ảnh hưởng của bảo hiểm y tế

BHYT		Có	Không	p
Các vấn đề				
Lo lắng về chi phí điều trị	Có	12	7	<0.05
	Không	63	0	
Lo lắng về tài chính	Có	20	5	<0.05
	Không	55	2	
Thời gian điều trị kéo dài	Có	13	4	<0.05
	Không	62	3	

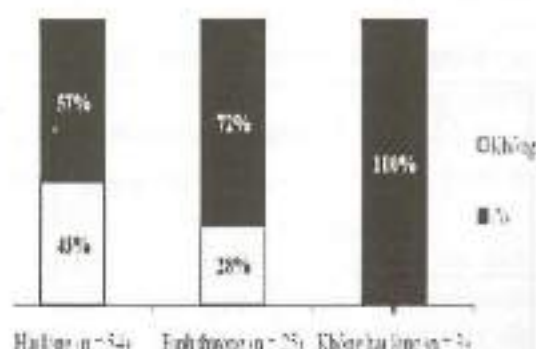
Sự khác biệt giữa 2 nhóm có và không có bảo hiểm y tế về việc quan tâm đến chi phí điều trị, lo lắng về tài chính, thời gian điều trị sau mổ có ý nghĩa thống kê (bảng 2). Những đối tượng không có bảo hiểm y tế có tỷ lệ quan tâm đến chi phí điều trị, lo lắng về tài chính và thời gian điều trị sau mổ cao. Điều đó là một tất yếu, chi phí PT là rất lớn, đặc biệt đối với mổ tim. Với những gia đình không khá giả thì đó quả là một gia tài và càng kéo dài thời gian điều trị thì càng tốn kém.

3. Ảnh hưởng của yếu tố môi trường điều trị



Biểu đồ 1: Đánh giá sự lo lắng của bệnh nhân trước mổ phụ thuộc mức độ hài lòng về bệnh viện

Qua biểu đồ 1 và biểu đồ 2, ta thấy người bệnh càng hài lòng về BV thì mức độ lo lắng càng giảm. Số liệu có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Như vậy ta có thể khẳng định môi trường điều trị tại BV có ảnh hưởng đến tâm lý người bệnh. Môi trường điều trị được BN đánh giá ngay từ những phút đầu tiên khi đến BV qua cách tiếp đón của nhân viên, khi làm các thủ tục hành chính, môi trường vệ sinh, cơ sở hạ tầng, vật



Biểu đồ 2: Đánh giá sự lo lắng sau mổ của bệnh nhân phụ thuộc mức độ hài lòng về bệnh viện

chất của BV. BN có hài lòng về bệnh viện thì mới yên tâm điều trị. Chính vì vậy việc chuẩn bị chu đáo để tiếp đón người bệnh, giảm bớt các thủ tục hành chính, nâng cao môi trường BV, đầu tư về cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, máy móc... là cần thiết. Muốn thực hiện tốt việc này cần có sự cải cách trong quy mô BV, sự phối hợp các phòng ban, coi người bệnh thực sự là "khách hàng", không được có tư tưởng ban ơn.

4. Ảnh hưởng của yếu tố NVYT

Bảng 3: Ảnh hưởng của mức độ hài lòng về NVYT đến tâm lý người bệnh

Mức độ hài lòng về NVYT		Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	P
Các vấn đề					
Mức độ lo lắng trước mổ	Không lo lắng	1 (9,1%)	10(27,0%)	10(29,4%)	>0,05
	Lo lắng ít	8 (72,7%)	25(67,6%)	21(61,8%)	
	Lo lắng nhiều	2 (18,2%)	2(5,4%)	3(8,8%)	
Sự lo lắng sau mổ	Có	8(72,7%)	26(70,3%)	18(52,9%)	
	Không	3(27,3%)	11(29,7%)	16(47,1%)	

Qua thống kê bảng 3, ta thấy tỷ lệ BN không hài lòng về NVYT lo lắng trước mổ (91%) cao hơn so với tỷ lệ BN hài lòng về NVYT lo lắng trước mổ (70,6%). Như vậy các hoạt động chăm sóc của NVYT phần nào ảnh hưởng đến tâm lý người bệnh. Vì thế, NVYT cần ngày càng hoàn thiện bản thân, nâng cao tay nghề, trách nhiệm nghề nghiệp để đem lại sự hài lòng cho BN. Từ đó người bệnh sẽ giảm bớt lo lắng và yên tâm điều trị hơn.

Bảng 4: Ảnh hưởng của hoạt động chuẩn bị trước mổ đến tâm lý người bệnh

Hoạt động chuẩn bị trước mổ		Chỉ thông báo ngày giờ PT	Thông báo ngày giờ, cần dẫn trước mổ	Thông báo ngày giờ, cần dẫn trước mổ, chuẩn bị tinh thần	P
Các vấn đề					
Mức độ lo lắng trước mổ	Không lo lắng	9 (24,3%)	7 (26,9%)	5 (26,3%)	>0,05
	Lo lắng ít	2 (62,2%)	17(65,4%)	14(73,7%)	
	Lo lắng nhiều	5 (13,5%)	2 (7,7%)	0	
Sự lo lắng sau mổ	Có	23(62,2%)	17(65,4%)	12(63,2%)	
	Không	14(37,8%)	9(34,6%)	7(36,8%)	

Xét ở mức độ lo lắng nhiều trước mổ, BN chỉ được thông báo ngày giờ phẫu thuật lo lắng nhiều chiếm tỷ lệ cao nhất (13,5%); giảm ở BN được thông báo ngày giờ, cần dẫn trước mổ (7,7%) và không có BN nào lo lắng nhiều khi được chuẩn bị trước mổ kỹ lưỡng (bảng 4). Như vậy công tác chuẩn bị trước mổ cũng làm giảm mức độ lo lắng của BN.

Bảng 5: Ảnh hưởng của thái độ của NVYT đến tâm lý người bệnh

Thái độ của NVYT Các vấn đề		Cáu gắt, quát mắng	Bình thường	Nhẹ nhàng, tận tình	P
Mức độ lo lắng trước mổ	Không lo lắng	0	8 (21,6%)	13(33,3%)	<0,05
	Lo lắng ít	4 (66,7%)	27 (73,0%)	23 (59,0%)	
	Lo lắng nhiều	2 (33,3%)	2 (7,4%)	3 (7,7%)	
Sự lo lắng sau mổ	Có	6 (100%)	26(70,3%)	20(51,3%)	<0,05
	Không	0	11(29,7%)	19(48,7%)	

Đối với lo lắng trước mổ, nhóm đối tượng đánh giá thái độ NVYT nhẹ nhàng, tận tình có tỷ lệ không lo lắng cao nhất (33,3%). Nhóm đối tượng đánh giá thái độ NVYT cáu gắt, quát mắng có tỷ lệ lo lắng nhiều cao nhất (33,3%). Như vậy thái độ của NVYT cũng là một yếu tố gây ảnh hưởng đến tâm lý người bệnh. Với thái độ nhẹ nhàng, tận tình, NVYT sẽ lấy lòng được người bệnh giúp dễ dàng hơn trong công tác chăm sóc và cũng giúp người bệnh có cảm giác thoải mái, được quan tâm. Từ đó, người bệnh sẽ giảm được các lo lắng, thấy hài lòng về NVYT và hợp tác trong điều trị.

Đối với lo lắng sau mổ cũng tương tự, tỷ lệ lo lắng sau mổ ở những BN đánh giá thái độ NVYT cáu gắt, hay quát mắng cao nhất (100%) và thấp nhất ở những BN đánh giá thái độ của NVYT nhẹ nhàng, tận tình (51,3%). Người bệnh sẽ không hợp tác nếu không được NVYT quan tâm, tôn trọng và điều đó sẽ làm ảnh hưởng đến quá trình hồi phục của BN.

Vì vậy trong bất kỳ hoàn cảnh nào, NVYT cũng phải có thái độ nhẹ nhàng đúng mực với BN, phải thể hiện được sự tôn trọng, quan tâm đến BN. Điều đó không chỉ giúp trấn an tinh thần BN trong quá trình điều trị mà còn giúp gây dựng hình ảnh đẹp về NVYT trong mắt người bệnh và những người xung quanh.

KẾT LUẬN

Một số yếu tố ảnh hưởng đến tâm lý

người bệnh

- Nữ giới lo lắng nhiều hơn nam giới. Trước mổ: 81,8% nữ, 65,8% nam. Sau mổ: 70,5% nữ, 55,3% nam.

- Nghề nghiệp và BHYT có ảnh hưởng đến lo lắng về tài chính. Đối tượng làm ruộng và không có BHYT lo lắng về tài chính nhiều hơn các đối tượng khác.

- BN càng hài lòng về BV, mức độ lo lắng càng giảm. Tỷ lệ lo lắng nhiều trước mổ cao nhất ở BN không hài lòng về BV (33%); tỷ lệ không lo lắng cao nhất ở BN hài lòng về BV (28%). 100% BN không hài lòng đều có lo lắng sau mổ; trong khi chỉ có 57% BN hài lòng về BV lo lắng sau mổ.

- NVYT và các hoạt động chăm sóc ảnh hưởng đến sự lo lắng của BN trước mổ: mức độ lo lắng trước mổ giảm dần theo mức độ hài lòng của BN về NVYT.

- Hoạt động chuẩn bị trước mổ tác động đến mức độ lo lắng của người bệnh, đặc biệt 13,5% BN chỉ được thông báo ngày giờ phẫu thuật; 7,7% BN được thông báo ngày giờ, cần dặn trước mổ; không có BN nào được chuẩn bị trước mổ kỹ lưỡng cả về tinh thần lo lắng nhiều trước mổ.

- Thái độ phục vụ của NVYT ảnh hưởng đến tâm lý người bệnh cả trước và sau phẫu thuật. Trước phẫu thuật: tỷ lệ không lo lắng cao nhất ở nhóm BN đánh giá thái độ của NVYT là nhẹ nhàng, tận tình (33,3%); tỷ lệ lo lắng nhiều cao nhất ở nhóm BN nhận xét thái

độ của NVYT cầu gắt, hay quát mắng (33,3%). Lo lắng sau mổ: 100% BN nhận xét thái độ NVYT cầu gắt, hay quát mắng lo lắng; tỷ lệ này thấp hơn ở những đối tượng khác.

ĐỀ XUẤT

Bệnh viện:

- Đào tạo nhân viên không những về chuyên môn mà phải hết sức chú trọng tới kỹ năng giao tiếp
- Giảm thiểu thủ tục hành chính
- Nâng cao, giữ gìn vệ sinh môi trường bệnh viện
- Đầu tư cơ sở hạ tầng, máy móc trang thiết bị phù hợp với nhu cầu ngày càng tăng của người bệnh

Nhân viên y tế (thầy thuốc, điều dưỡng, trợ giúp chăm sóc...)

- Lâm chuyển môn tự tin, nhanh nhẹn, chính xác
- Thái độ nhẹ nhàng, tôn trọng bệnh nhân, có trách nhiệm với công việc
- Công tác chuẩn bị tâm lý cho người bệnh và gia đình phải coi là công việc quan trọng, thường quy, bắt buộc
- Hạn chế tác động tiêu cực của các yếu tố ảnh hưởng tâm lý bệnh nhân

SUMMARY

Nowadays, the rate of people with cardiovascular disease in need of being operated has been growing. Most patients not only want to get well but also want to be cared about psychology. There are many factors which affect patient's mentality during their treatments such as: patient's personal factors, treating environment, medical staff... Researching the topic "Evaluation of some factors affecting patient's mentality before and after operating route", we found that these factors more or less affect patient's mentality. About patient's personal factors: the anxiety rate of women is higher than that of men, especially the anxiety of hurt which is 2,77 times among women as high as that among men, people who are farmers and without medical insurance are more anxious about finance than others. About treating environment: the more satisfied about hospitals patients are, the lower the rate of anxiety is. Gentle and careful nursing activities and attitudes conducted by medical staff also help lower the anxiety (23,2% of patients were consulted and well-prepared before surgeries; 31,7% were both physically and mentally cared; 47,6 % found medical staff gentle and considerate). From these results, we can give out some appropriate solutions to minimize the negative effects of the above factors on patient's mentality.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dee Braun, DrR, CA, CCT (2010): "Open Heart Surgery and Depression", 'Natural holistic health', vol17.
2. Đặng Hạnh Đề (2007): 'Mổ tim những điều cần biết', NXB y học.
3. Đặng Phương Kiệt (2000): 'Tâm lý và sức khỏe', NXB Văn hóa thông tin: tr.19-758.
4. Heidi A. Haman, Jill B. Nealey & Timothy W. Smith (2001): "Health psychology", 'Handbook of psychological change - Psychotherapy processes and practices for the 21st century', C.R. Snyder & Rick E. Ingram: pp.562-580.
5. Nguyễn Hoài Nam (2007): "Phẫu thuật tim mạch Việt Nam: thời cơ và thách thức", 'Báo Sức khỏe và đời sống online', đăng ngày 13/2/2007.
6. Nguyễn Văn Nhân (2001): 'Tâm lý học y học', NXB Y học: tr.22-106.
7. Nguyễn Thị Quỳnh (2006): "Đánh giá tâm lý bệnh nhân trước và sau phẫu thuật", 'Khóa luận tốt nghiệp Bác sĩ y khoa trường Đại học Y Hà Nội'.
8. Nguyễn Vĩnh Sơn (2009): "Tâm lý người bệnh", 'Giáo trình Tâm lý học', Cổng thông tin tư liệu giáo trình, bài giảng và đào tạo điện tử, đăng ngày 7/12/2009.
9. Ramsay M.E.A.A (1972): "Survey of preoperative fear", 'Anaesthesia', vol27, No4, pp.396.
10. Trần Đăng Luân (1987): "Chuẩn bị tâm lý bệnh nhân trước mổ", 'Luận văn tốt nghiệp nội trú khóa XI Chuyên ngành gây mê hồi sức Đại học Y Hà Nội'.

Nghiên Cứu Tình Hình Rối Loạn Tâm Lý Ở Bệnh Nhân Suy Tim Điều Trị Nội Trú Tại Viện Tim Mạch Việt Nam

Phạm Mạnh Hùng, Văn Đức Hạnh, Chu Thị Thu Hương

TÓM TẮT:

Mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ biểu hiện trầm cảm và lo âu ở các bệnh nhân suy tim điều trị nội trú tại Viện Tim mạch Việt Nam. (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn trầm cảm và lo âu ở các bệnh nhân suy tim nói trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 800 BN được chẩn đoán suy tim nằm điều trị nội trú tại Viện Tim mạch Việt Nam từ tháng 10/2004 – tháng 4/2005. BN được khám lâm sàng, lâm bệnh án nghiên cứu và được hỏi bộ câu hỏi Hamilton về rối loạn trầm cảm và lo âu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm EPI INFO 2000 với các thuật toán thống kê phù hợp. **Kết quả:** (1) Có 52,7% BN bị trầm cảm và / hoặc lo âu, rối loạn trầm cảm chiếm 51,9%, rối loạn lo âu chiếm 46,5%. (2) BN giới tính nữ, trình độ văn hóa thấp, lao động chân tay, điều kiện kinh tế khó khăn, hút thuốc lá, suy tim mức độ nặng, lần đầu tiên bị suy tim có tỷ lệ rối loạn trầm cảm / lo âu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm còn lại. **Kết luận:** Rối loạn trầm cảm và lo âu rất thường gặp trong BN suy tim nằm điều trị nội trú. Một số yếu tố lâm ảnh hưởng đến tỷ lệ trầm cảm và lo âu ở BN suy tim là: giới tính nữ, trình độ văn hóa thấp, lao động chân tay, điều kiện kinh tế khó khăn, hút thuốc lá, suy tim mức độ nặng, lần đầu tiên bị suy tim.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là trạng thái bệnh lý trong đó cung lượng tim không đủ đáp ứng với nhu cầu của cơ thể về mặt oxy trong mọi tình huống sinh hoạt của bệnh nhân. Tình trạng bệnh lý này gặp trong nhiều bệnh về tim mạch khác nhau như bệnh van tim, bệnh cơ tim, bệnh động mạch vành, bệnh tim bẩm sinh... [3]. Theo thống kê của Viện Tim mạch Việt Nam từ năm 2003 – 2007 có 19,8% bệnh nhân nhập viện điều trị suy tim [1]. Hầu hết bệnh nhân suy tim này phải điều trị lâu dài bằng thuốc và phải khám lại định kỳ liên tục, việc mang gánh nặng tâm lý bệnh tật này có thể ảnh hưởng đến thể chất và tinh thần của người bệnh. Có nhiều thang điểm đánh giá mức độ rối loạn trầm cảm và rối loạn lo âu ở bệnh nhân trong đó có bệnh nhân suy tim, tuy nhiên chúng tôi thấy thang điểm Hamilton tỏ ra là một thang điểm đơn giản, dễ áp

dụng lâm sàng và có ý nghĩa thực hành. Một khác tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đầy đủ và chi tiết về vấn đề rối loạn tâm thần ở bệnh nhân suy tim, chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ biểu hiện trầm cảm và lo âu ở các bệnh nhân suy tim điều trị nội trú tại Viện Tim mạch Việt Nam.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn trầm cảm và lo âu ở các bệnh nhân suy tim nói trên.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 800 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là suy tim do nhiều nguyên nhân khác nhau nằm điều trị nội trú tại Viện Tim mạch Việt Nam.

2. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

3. Các bước tiến hành nghiên cứu: lấy số

liệu theo bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn, bệnh nhân được phỏng vấn theo thang điểm Hamilton, theo dõi:

- Câu hỏi loại D để đánh giá mức độ trầm cảm, câu hỏi loại A để đánh giá mức độ lo âu.

- Điểm: 0 - 7: bình thường; 8 - 10: dấu hiệu trầm cảm hoặc lo âu; ≥ 11 : trầm cảm và lo âu thực sự.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (n = 800)	Kết quả
Tuổi trung bình	54,7 $\pm$ 13,1
Tỷ lệ nam / nữ	1 / 1
Suy tim NYHA III / IV	496 (62%)
Hút thuốc lá	360 (45%)
Văn hóa (Cấp II trở lên)	246 (30,8%)
Kinh tế đầy đủ	116 (14,5%)
Suy tim do bệnh van tim	435 (54,4%)
Suy tim do tăng huyết áp	137 (17,1%)
Suy tim do bệnh động mạch vành	82 (10,3%)

Nhận xét:

Nghiên cứu trên 800 BN suy tim, chúng tôi thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 54,7 $\pm$ 13,1 tuổi. Tỷ lệ nam / nữ = 1/1. Có 62% BN bị suy tim mức độ nặng NYHA III, IV. Có 45% BN hút thuốc lá. Tỷ lệ BN có văn hóa từ cấp II trở lên và kinh tế đầy đủ lần lượt là 30,8% và 14,5%. Trong các nguyên nhân gây ra suy tim, bệnh lý van tim chiếm tỷ lệ cao nhất 54,4%, sau đó là các nguyên nhân như tăng huyết áp, bệnh lý động mạch vành chiếm tỷ lệ 17,1% và 10,3%.

Bảng 2: Tỷ lệ rối loạn trầm cảm và lo âu ở bệnh nhân suy tim

Rối loạn trầm cảm, lo âu	Kết quả
Trầm cảm:	415 (51,9%)
Có biểu hiện trầm cảm	98 (12,3%)
Trầm cảm nặng	317 (39,6%)
Lo âu:	372 (46,5%)
Có biểu hiện lo âu	100 (12,5%)
Lo âu thực sự	272 (34%)
Trầm cảm và / hoặc lo âu	422 (52,7%)

Nhận xét:

Trong 800 BN suy tim nằm điều trị tại Viện Tim mạch Việt Nam, có 51,9% và 46,5% BN có biểu hiện rối loạn trầm cảm, lo. Tỷ lệ BN suy tim vừa bị trầm cảm vừa bị lo âu là 52,7%.

Bảng 3: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến trầm cảm và lo âu ở BN suy tim

Các yếu tố liên quan		Trầm cảm (n=415)	Lo âu (n=372)
Giới tính	Nam (n = 399)	137 (34,3%)	106 (26,5%)
	Nữ (n = 401)	278 (69,3%)	266 (66,3%)
	P	< 0,01	< 0,01
Trình độ văn hóa	Cấp II trở xuống	285 (68,7%)	254 (68,3%)
	Cấp II trở lên	130 (31,3%)	118 (31,7)
	P	< 0,001	< 0,001
Trình độ lao động	Trí óc	103 (24,8%)	91 (24,5%)
	Chân tay	283 (68,2%)	256 (68,8%)
	Tự do	29 (7,0%)	25 (6,7%)
	P	< 0,001	< 0,001
Điều kiện kinh tế	Đầy đủ	49 (11,8%)	45 (12,1%)
	Không đầy đủ	366 (88,2%)	327 (87,9%)
	P	< 0,001	< 0,001
Hút thuốc lá	Chưa từng hút	1 (0,8%)	1 (0,9%)
	Đang hút thuốc lá	98 (71,5%)	82 (77,4%)
	Đã hút thuốc lá	38 (27,7%)	23 (21,7%)
	P	< 0,001	< 0,001
Mức độ suy tim	NYHA I, II	148 (35,7%)	135 (36,3%)
	NYHA III, IV	267 (64,3%)	237 (63,7%)
	P	< 0,001	< 0,001
Thời gian suy tim	Lần đầu tiên	268 (64,6%)	248 (66,7%)
	Trong vòng 5 năm	94 (22,6%)	82 (20,0%)
	Trên 5 năm	53 (12,8%)	42 (11,3%)
	P	< 0,001	< 0,001

Nhận xét:

- Chúng tôi thấy tỷ lệ nữ giới bị trầm cảm hoặc lo âu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nam giới.

- BN suy tim có trình độ văn hóa cấp II trở lên, có điều kiện kinh tế đầy đủ, lao động trí óc có tỷ lệ bị trầm cảm, lo âu ít hơn có ý nghĩa thống kê so với BN suy tim có trình độ văn hóa từ cấp II trở xuống, điều kiện kinh tế không đầy đủ, lao động chân tay.

- BN bị suy tim nặng NYHA III, IV và BN mới được chẩn đoán suy tim có tỷ lệ bị trầm cảm cao hơn có ý nghĩa thống kê so với BN suy tim NYHA I, II và được chẩn đoán suy tim trong vòng hoặc sau 5 năm.

BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ biểu hiện trầm cảm và lo âu ở bệnh nhân suy tim

Qua nghiên cứu 800 BN suy tim nằm điều trị tại Viện Tim mạch Việt Nam từ 10/2004 đến 4/2005 chúng tôi thấy có 422 BN (chiếm 52,7%) bị rối loạn tâm lý. Số BN có biểu hiện trầm cảm là 51,9%; số BN có biểu hiện lo âu là 46,5% (Bảng 2). Trầm cảm là rối loạn tâm thần biểu hiện giảm khí sắc, giảm năng lượng và giảm hoạt động; một giai đoạn trầm cảm điển hình gồm các triệu chứng chính như sắc trầm, mất mọi quan tâm thích thú, giảm năng lượng dẫn đến tăng mệt mỏi và giảm hoạt động, các triệu chứng khác như giảm sự tập trung, giảm sút tính tự trọng, nhìn vào tương lai âm ảm và bi quan, ý tưởng hoặc hành vi tự hủy hoại, rối loạn giấc ngủ, ăn ít ngon miệng [1] [5]. Lo âu là một trạng thái căng thẳng cảm xúc lan tỏa hết sức khó chịu nhưng thường mơ hồ, băng quơ, kèm theo nhiều triệu chứng cơ thể như cảm giác trống rỗng ở thượng vị, siết chặt ở ngực, hồi hộp, vã mồ hôi, đau đầu, run, khô miệng, đau cơ, kèm theo sự bất

rất bất an đứng ngồi không yên [4]. So sánh với tỷ lệ biểu hiện trầm cảm của nghiên cứu IDACC, chúng tôi thấy tỷ lệ trầm cảm trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn (51,9% so với 46,3%) [6]. Kết quả này có thể do tính cách của người Việt Nam nói riêng và người Á Đông nói chung ít khi biểu lộ cảm xúc của mình, khi mắc bệnh sẽ nảy sinh những lo lắng về sức khỏe bản thân.

2. Một số yếu tố liên quan tới tình trạng trầm cảm, lo âu ở bệnh nhân suy tim

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN nữ giới bị trầm cảm và lo âu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nam giới (Bảng 3). Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu IDACC [6]. Kết quả này có lẽ do phụ nữ có tính cách yếu hơn nam giới, mặt khác những lo lắng về bệnh tật và suy nghĩ cho gia đình, người thân là những yếu tố thuận lợi xuất hiện những biểu hiện bệnh lý về mặt tâm lý trong đó có trầm cảm và lo âu.

Nghiên cứu về văn hóa văn hóa, chúng tôi thấy tỷ lệ BN suy tim bị trầm cảm hoặc lo âu có trình độ văn hóa từ cấp II trở xuống chiếm 68,7% và 68,3%, tỷ lệ này cao hơn có ý nghĩa thống kê so với những BN bị suy tim có trình độ văn hóa cấp II trở lên ($p < 0,001$). Tỷ lệ BN suy tim bị trầm cảm hoặc lo âu của chúng tôi tương tự kết quả của nghiên cứu IDACC [6]. Mặt khác, khi xem xét về yếu tố kinh tế, chúng tôi thấy tỷ lệ bệnh nhân bị trầm cảm và lo âu có điều kiện kinh tế chưa đầy đủ chiếm tỷ lệ 88,2% và 87,9%, các tỷ lệ này cao hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân suy tim có điều kiện kinh tế đầy đủ. Về yếu tố nghề nghiệp, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN suy tim làm nghề lao động chân tay bị trầm cảm, lo âu chiếm 68,2% và 68,8% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với lao động trí óc ($p < 0,001$). Như vậy, sự thiếu hiểu biết về văn hóa cũng như bệnh tật, sự thiếu hụt về

tải chính và lao động chân tay là những yếu tố làm tăng khả năng mắc các rối loạn về trầm cảm và lo âu ở BN suy tim trong nghiên cứu của chúng tôi.

Mặt khác, chúng tôi cũng thấy tỷ lệ BN bị suy tim mức độ nặng (NYHA III, IV) có biểu hiện trầm cảm (64,3%) và lo âu (63,7%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với BN suy tim NYHA I, II ($p < 0,001$). Điều này có thể do những BN suy tim nặng thì tình trạng khó thở nhiều cùng với thể trạng kém làm tăng mức độ lo lắng về bệnh tật tạo điều kiện cho trầm cảm và lo âu xuất hiện.

Về thời gian phát hiện bệnh, chúng tôi thấy đa số BN có biểu hiện trầm cảm và lo âu sau lần đầu tiên phát hiện ra bệnh, tỷ lệ trầm cảm và lo âu trong nghiên cứu là 64,6% và 66,7% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ trầm cảm và lo âu ở những BN bị suy tim trên hoặc dưới 5 năm ($p < 0,001$). Điều này có thể do đa số BN bị tác động tâm lý sau khi chẩn đoán ra bệnh, chẩn đoán bị bệnh như là một biến cố trong cuộc sống và gây ra thay đổi tâm lý của người bệnh, thêm vào đó, sự thiếu hiểu biết về bệnh, điều kiện kinh tế khó khăn sẽ càng làm trầm cảm và lo âu dễ xuất hiện.

KẾT LUẬN

1. Rối loạn trầm cảm và lo âu khá thường gặp ở BN suy tim: có 52,7% BN bị trầm cảm và/hoặc lo âu, rối loạn trầm cảm chiếm 51,9%, rối loạn lo âu chiếm 46,5%.

2. Một số yếu tố làm ảnh hưởng đến tỷ lệ trầm cảm và lo âu ở BN suy tim là: giới tính nữ, trình độ văn hóa thấp, lao động chân tay, điều kiện kinh tế khó khăn, hút thuốc lá, suy tim mức độ nặng, lần đầu tiên bị suy tim.

KIẾN NGHỊ

Cần lưu ý đến rối loạn trầm cảm và lo âu khi điều trị nội trú BN suy tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Đức Thịnh (2003), "Rối loạn trầm cảm", Rối loạn trầm cảm trong các cơ sở lâm sàng đa khoa. Tài liệu của nghiên cứu được phẩm SERVIER.
2. Nguyễn Việt Tuấn, Phạm Mạnh Hùng, Nguyễn Ngọc Quang, Văn Đức Hạnh, Nguyễn Lân Việt (2011), "Nghiên cứu mô hình bệnh tật ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện Tim mạch Việt Nam trong thời gian 2003 - 2007", Y học lâm sàng, Số chuyên đề Tim mạch 2011, trang 4 - 7.
3. Nguyễn Lân Việt (2007), "Suy tim", Thực hành bệnh Tim mạch, Nhà xuất bản Y học, trang 393 - 428.
4. Trần Đình Xiem (1995), "Các rối loạn khí sắc và rối loạn lo âu", Tâm thần học, Nhà xuất bản Y được Thành phố Hồ Chí Minh, trang 312 - 364.
5. WHO (1992), "Phân loại bệnh tật quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi".
6. Cheek Frida, Schrader G et al (2003), "Identification, course and treatment of depression after admission for a cardiac condition: rationale and patient characteristics for the identifying Depression as a Comorbid Condition (IDACC) Project", Adelaide, South Australia, p 978 - 979.

PHỤ LỤC: Thang Điểm Hamilton Trong Nghiên Cứu

Câu hỏi A: liên quan tới lo lắng, Câu hỏi D: liên quan tới trầm cảm

STT	Loại câu hỏi	Câu hỏi	Điểm
1	A	Tôi cảm thấy căng thẳng hoặc bị tổn thương?	3
		Hầu hết thời gian	2
		Rất nhiều lần	1
		Thỉnh thoảng	0
		Không bao giờ	0
2	D	Tôi vẫn thấy hứng thú mọi thứ như trước khi bị bệnh:	0
		Đúng là như vậy	1
		Chỉ còn thích ít thôi	2
		Hầu như không thích gì cả	3
3	A	Tôi có cảm giác sợ hãi như là 1 điều gì khó chịu sắp xảy ra	3
		Rất chính xác và thực sự tồi tệ	2
		Có nhưng không tồi tệ lắm	1
		Một chút, nhưng không phải điều tôi lo lắng	0
4	D	Tôi có thể thấy vui và thấy mọi thứ đều thú vị?	0
		Nhiều lần như khi tôi chưa bị bệnh	1
		Bây giờ không nhiều như thế nữa	2
		Bây giờ quả thực là không nhiều	3
5	A	Những ý nghĩ lo lắng thoáng qua trong đầu tôi?	3
		Chiếm phần lớn thời gian	2
		Nhiều lần như thế	1
		Một vài lần nhưng không quá thường xuyên	0
6	D	Tôi cảm thấy vui vẻ?	0
		Hầu hết thời gian	1
		Thỉnh thoảng	2
		Không thường xuyên	3
7	A	Tôi có thể ngồi ở tư thế thoải mái và cảm thấy thư giãn?	0
		Đúng như vậy	1
		Thường xuyên	2
		Không thường xuyên	3

8	D	Tôi cảm thấy dường như tôi bị suy sụp từ từ?	3
		Cần như lúc nào cũng thế	2
		Thường xuyên	1
		Thỉnh thoảng	0
		Không có cảm giác đó	0
9	A	Tôi có cảm giác bồn chồn ruột gan?	0
		Không bao giờ	1
		Thỉnh thoảng	2
		Thường xuyên	3
		Rất nhiều lần	3
10	D	Tôi không còn quan tâm đến ngoại hình của mình nữa?	3
		Đúng là như thế	2
		Sự chăm sóc cần thiết cho bản thân tôi cũng không quan tâm	1
		Tôi ít quan tâm hơn trước	0
		Tôi vẫn quan tâm như trước đây	0
11	A	Tôi cảm thấy hầu như không được nghỉ ngơi, như mình phải ở trạng thái chuyển động?	3
		Quá thực rất nhiều lần như vậy	2
		Nhiều lần	1
		Không nhiều lần	0
		Không bao giờ	0
12	D	Tôi mong đợi mọi thứ một cách hào hứng?	0
		Vẫn nhiều như trước đây	1
		Ít hơn trước đây	2
		Ít hơn nhiều	3
		Hầu như không	3
13	A	Tôi có cảm giác sợ hãi bất chợt?	0
		Thực sự thường xuyên xảy ra	1
		Đôi khi như vậy	2
		Không thường xuyên lắm	3
		Không bao giờ	3
14	D	Tôi có hứng thú với một cuốn sách hoặc nghe đài hay xem một chương trình tivi thú vị?	0
		Thường xuyên	1
		Thỉnh thoảng	2
		Đôi khi	3
		Hiếm khi	3