

# Investigation of nurse's care in myocardial infarction patients is treated by PCI at Hue Central Hospital

Vo Van Khanh✉

Hue Central Hospital

► **Correspondence to**

RN. Vo Van Khanh  
Emergency Department of  
Cardiovascular Intervention – Hue  
Central Hospital  
Email: vankhanh5.1979@gmail.com

► Received 21 April 2023  
Accepted 24 May 2023  
Published online 31 May 2023

**To cite:** Vo VK, *J Vietnam Cardiol* 2023;**105**:41-49

## ABSTRACT

**Objects:** We investigated nurse's care of myocardial infarction (MI) patients being treated by percutaneous coronary intervention (PCI). **Methods:** cross – sectional study of patients (pts) with MI is treated by PCI at Hue Central Hospital from Jan 2020 to Jun 2020. **Results:** there were 36 pts, consists of 7 pts have age from 35 to 55, 15 pts have age from 55 to 75, and 14 pts have age over 75. In 36 pts, 47% due to hypertension, 8% due to diabetes melitus, 44% due to smoking. Heart rate, blood pressure, urine, pain and compression condition are pathological indicators that need to be closely monitored for timely correction. In addition, insomnia (75%), poor nutrition (30.6%) and limited mobility (41.7%) were common in the first 24 hours, however significantly decreased at the time of hospital discharge. Our study showed that almost successful cases completely discharge with good condition (blood pressure, heart rate, clinical condition) because of good care and carefully following-up. **Conclusion:** Basic care of nurse is an important thing to participate in the successful of health of myocardial infarction patients who is treated by PCI.

**Keywords:** nurse's care, myocardial infarction, percutaneous coronary intervention.

► **Tác giả liên hệ**

CN.KTV. Võ Văn Khánh  
Khoa Cấp cứu Tim mạch can thiệp -  
Bệnh viện Trung ương Huế  
Email: vankhanh5.1979@gmail.com

► Nhận ngày 21 tháng 04 năm 2023  
Chấp nhận đăng ngày 24 tháng 05 năm 2023  
Xuất bản online ngày 31 tháng 05 năm 2023

**Mẫu trích dẫn:** Vo VK, *J Vietnam Cardiol* 2023;**105**:41-49

# Thực trạng chăm sóc người bệnh nhồi máu cơ tim được can thiệp động mạch vành tại Bệnh viện Trung ương Huế

Võ Văn Khánh✉

Bệnh viện trung ương Huế

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Chúng tôi khảo sát sự chăm sóc điều dưỡng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim (NMCT) được can thiệp động mạch vành. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. Người bệnh Nhồi máu cơ tim sau can thiệp stent động mạch vành tại Khoa Cấp cứu Tim mạch can thiệp - Trung tâm Tim mạch trong thời gian từ 1/2020 – 06/2020. **Kết quả:** trong số 36 bệnh nhân NMCT được can thiệp động mạch vành tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01

năm 2020 đến tháng 06 năm 2020, bao gồm 7 bệnh nhân từ 35-55 tuổi, 15 bệnh nhân từ 55-75 tuổi, 15 bệnh nhân trên 75 tuổi. Trong 36 bệnh nhân có 47% do tăng huyết áp, 8% bệnh nhân ĐTDĐ và 44% bệnh nhân có hút thuốc lá. Nhịp tim, huyết áp, nước tiểu, tình trạng đau và băng ép là những chỉ số bệnh lý cần được theo dõi sát để điều chỉnh kịp thời. Ngoài ra, mất ngủ (75%), dinh dưỡng kém (30,6%) và tình trạng hạn chế vận động (41,7%) thường gặp trong 24 giờ đầu, và tuy nhiên giảm đáng kể khi ra viện. Như vậy, nghiên cứu cho thấy sự thành công trong việc đưa bệnh nhân ra viện khỏe mạnh một phần quan trọng đến từ sự theo dõi chặt chẽ và chăm sóc cẩn thận của nhân viên điều dưỡng. **Kết luận:** Sự chăm sóc của nhân viên điều dưỡng đóng vai trò quan trọng góp phần vào sự thành công trong điều trị bệnh nhân NMCT được can thiệp động mạch vành.

**Từ khóa:** Chăm sóc điều dưỡng, nhồi máu cơ tim, can thiệp động mạch vành.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành còn gọi tắt là bệnh mạch vành (BMV) là bệnh lý tim mạch gây tử vong hàng đầu ở các nước phát triển. Mỗi năm trên thế giới có 2,5 triệu người chết do nhồi máu cơ tim, trong đó 25% chết trong giai đoạn cấp. Tần suất bệnh đang ngày càng tăng ở Việt Nam [7].

Vào khoảng 1.2 triệu ca can thiệp được thực hiện mỗi năm ở Mỹ và khoảng 2.000.000 ca /năm trên toàn thế giới [2]. Số liệu cũng cho thấy số ca can thiệp ĐMV tăng gấp 5 lần sau mỗi thập kỷ. So với điều trị nội khoa, can thiệp ĐMV đã chứng tỏ giảm tỷ lệ biến chứng ở bệnh nhân NMCT cấp hay CĐTĐNKÔĐ nguy cơ cao, cũng như làm giảm mức độ đau ngực và cải thiện chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân cơn đau thắt ngực ổn định

Ở Việt Nam, trong thời gian qua, tỷ lệ NMCT ngày càng có khuynh hướng tăng lên rõ rệt. Theo thống kê của Viện Tim mạch quốc gia Việt nam, trong 10 năm (từ 1980 đến 1990) có 108 trường hợp NMCT nhập viện, nhưng chỉ trong vòng 5 năm (từ tháng 1/1991 đến tháng 10/1995) đã có 82 trường hợp nhập viện vì NMCT cấp.

Tại TP. Hồ Chí Minh năm 2000 và 6 tháng đầu năm 2001 có 1.505 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp và tử vong 261 bệnh nhân.

Tại Khoa Cấp cứu Tim mạch can thiệp Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Trung ương Huế từ năm 1998 - 2017 can thiệp ĐMV qua da hơn 10.000 cas. Vì vậy việc chăm sóc bệnh nhân Nhồi máu cơ tim đặc biệt là các trường hợp Nhồi máu cơ tim trong thời gian can thiệp động mạch vành cần được chăm sóc, theo dõi rất cẩn thận vì rủi ro và các biến chứng nặng dẫn đến tử vong là rất cao. Chính vì lý do đó, nhóm chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài **“Đánh giá chăm sóc bệnh nhân nhồi máu cơ tim được can thiệp động mạch vành tại Khoa Cấp cứu Tim mạch Can thiệp – Bệnh viện Trung ương Huế”**. Với mục tiêu:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng bệnh nhân nhồi máu cơ tim được can thiệp động mạch vành.

2. Đánh giá kết quả công tác điều dưỡng trước và sau can thiệp động mạch vành.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng

Chọn tất cả các bệnh nhân sau can thiệp stent động mạch vành tại Khoa Cấp cứu Tim mạch can thiệp – Trung tâm Tim mạch từ 1/2020 – 06/2020.

### Tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán là Nhồi máu cơ tim có chỉ định và được thực hiện can thiệp động mạch vành.

### Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu  
Bệnh nhân có chỉ định nhưng chỉ điều trị nội khoa hoặc điều trị bằng tiêu sợi huyết hoặc phẫu thuật cầu nối.

### Một số các tiêu chuẩn quy ước trong nghiên cứu

#### Đánh giá lâm sàng các đối tượng nghiên cứu

##### Thăm khám

Đo HA, bắt mạch quay, mạch cảnh và mu chân hai bên, nghe ĐM cảnh, đo HA. Khám toàn trạng, chiều cao, cân nặng.

##### Chẩn đoán Nhồi máu cơ tim

Theo định nghĩa toàn cầu về NMCT cấp cập nhật năm 2018, chẩn đoán NMCT khi: có sự tăng và/hoặc

giảm Troponin tim (cTn), với ít nhất một giá trị lớn hơn bách phân vị thứ 99 của giới hạn trên bình thường, kèm với một trong các tiêu chí sau [16]:

- + Triệu chứng của thiếu máu cục bộ cơ tim cấp.
- + Các thay đổi dạng thiếu máu cục bộ cơ tim cấp trên điện tâm đồ.
- + Sự tiến triển của sóng Q bệnh lý.
- + Bằng chứng hình ảnh học: mất tính sống còn cơ tim hay bất thường vận động vùng mới xuất hiện, phù hợp với nguyên nhân thiếu máu cục bộ cơ tim.
- + Huyết khối trong lòng động mạch vành xác định bằng chụp mạch vành hay tử thi.

**Chỉ định chụp và can thiệp mạch vành qua da**

Dựa theo hướng dẫn của Bộ Y tế ban hành năm 2020 và Khuyến cáo của ESC 2017 [17],[18]:

- Tất cả các bệnh nhân có triệu chứng của thiếu máu cục bộ ≤12 giờ và có ST chênh lên (IA).
- Trong trường hợp không có ST chênh lên: can thiệp mạch vành thì đầu được chỉ định cho bệnh nhân còn đang có triệu chứng thiếu máu cục bộ gợi ý NMCT và có ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau: Huyết động không ổn định hoặc sốc tim; Đau ngực tái phát hoặc dai dẳng không đáp ứng với điều trị nội khoa; Rối loạn nhịp tim đe dọa tính mạng hoặc ngưng tim; Có biến chứng cơ học của NMCT; Suy tim cấp; Thay đổi ST hoặc sóng T có động học, nhất là ST chênh lên từng lúc (IC).
- Với những bệnh nhân có triệu chứng kéo dài >12 giờ, can thiệp mạch vành thì đầu được chỉ định khi có triệu chứng thiếu máu cục bộ đang tiến triển, huyết động không ổn định hoặc rối loạn nhịp nguy hiểm (IC).
- Can thiệp mạch vành thì đầu một cách thường quy cho những bệnh nhân nhập viện muộn (12 – 48 giờ) sau khởi phát triệu chứng (IIB).

**Đánh giá các YTNC tim mạch**

*Tuổi và giới*

Đối tượng đưa vào nghiên cứu từ 35 tuổi trở lên dựa vào tháng dương lịch, tính 12 tháng là 1 tuổi. Tuổi được tính đến năm đang tiến hành nghiên cứu và được chia thành các nhóm tuổi sau:

- Từ 35 đến 55 tuổi.
- Từ 55 đến 75 tuổi.
- Trên 75 tuổi.

*Hút thuốc lá*

Theo tiêu chuẩn nghiên cứu COMMIT (Community Intervention Trial).

Bệnh nhân hiện là người đang có hút thuốc lá và đã hút ít nhất 100 điếu trở lên được xem là người có hút thuốc lá.

Người bệnh chưa bao giờ hút thuốc lá hoặc có hút nhưng đã nghỉ hút ít nhất là 5 năm trở lại đây được xem là người không hút thuốc lá.

*Chỉ số khối cơ thể (BMI)*

- + Đo chiều cao và cân nặng:

Thước đo chiều cao là thước đo mẫu được gắn cùng với cân bàn có thanh định mức ngang vuông góc với trục đứng của thước giúp xác định đúng chiều cao của bệnh nhân. Dùng cân bàn hiệu TZ 20 đã được đối chiếu với các cân khác, đặt ở vị trí cân bằng và ổn định.

Từ đó tính chỉ số khối cơ thể (BMI) dựa theo công thức sau:

$$BMI = \frac{P}{H^2} \left( \frac{kg}{m^2} \right)$$

**Bảng 1.** Đánh giá BMI theo tiêu chuẩn đánh giá béo phì của ASEAN [2]

Phân loại	BMI (Kg/ m <sup>2</sup> )
Gầy	< 18,5
Bình thường	18,5 - 22,5
Tăng cân	≥ 23
Nguy cơ	24,9
Béo phì độ 1	25-29,9
Béo phì độ 2	≥ 30

*Tiêu chuẩn chẩn đoán THA*

THA được chẩn đoán khi HATT ≥ 140 mmHg và/ hoặc HATTr ≥ 90 mmHg qua thăm khám lặp lại. HATT đặc biệt quan trọng và là cơ bản cho chẩn đoán trong hầu hết các bệnh nhân.

Những con số này áp dụng cho tất cả những người trưởng thành ≥ 18 tuổi, mặc dù ở những người ≥ 80 tuổi, HATT đạt tới 150 mmHg hiện vẫn được chấp nhận.

**Bảng 2.** Phân loại THA theo VSH/VNHA 2015

	HA Tâm Thu		HA Tâm Trương
Tối ưu	< 120	và	< 80
Bình thường**	120-129	và/hoặc	80-84
Bình thường cao**	130-139	và/hoặc	85-89
THA độ 1	140-159	và/hoặc	90-99
THA độ 2	160-179	và/hoặc	100-109
THA độ 3	≥ 180	và/hoặc	≥ 110
THA Tâm Thu đơn độc	≥ 140	và	< 90

\* Nếu HA không cùng mức để phân loại thì chọn mức HA tâm thu hay tâm trương cao nhất. THA TT đơn độc xếp loại theo mức HATT

\*\* Tiền Tăng huyết áp: khi HA TT > 120-139 mmHg và HATT > 80-89 mmHg

**Các xét nghiệm được tiến hành**

Mẫu máu được gửi làm các chỉ số sinh hóa tại Khoa Sinh hóa - Bệnh viện Trung Ương Huế.

**Định lượng Glucose máu**

Lấy máu tĩnh mạch, định lượng bằng phương pháp enzym glucose oxydase (GOD) trên máy sinh hóa tự động tại khoa sinh hóa Bệnh viện Trung Ương Huế. Đơn vị tính là mmol/l.

**Ure và creatinin máu**

Ure được định lượng theo với kỹ thuật phản ứng enzym urease, giá trị bình thường 1,7 - 8,3 mmol/l.

Creatinin được định lượng với giá trị bình thường 62 - 115 μmol/l.

**Đo điện tim (ECG)**

+ Sử dụng máy điện tim 6 cần hiệu Philips Trim 3. Giấy ghi và gel dẫn điện của hãng Nihon Kohden. Tốc độ 25 mm/s, biên độ 1mV= 10mm.

+ Cách đo: Bệnh nhân nằm ngửa, bộc lộ phần ngực, hai tay buông thõng dọc theo thân người, hai chân duỗi thẳng, cởi bỏ các đồ trang sức có tính dẫn điện. Mắc các điện cực theo đúng quy định của Hội Tim mạch Hoa Kỳ.

Đo 12 chuyển đạo thông thường (D<sub>r</sub>, D<sub>II</sub>, D<sub>III</sub>, aVR, aVL, aVF, V<sub>1</sub>-V<sub>6</sub>) và một số chuyển đạo khác như: V<sub>3</sub>R, V<sub>4</sub>R hoặc V<sub>7</sub>, V<sub>8</sub>, V<sub>9</sub> (khi cần).

Định khu vị trí tổn thương vùng cơ tim theo điện tâm đồ [17]:

- Trước vách: V<sub>1</sub>, V<sub>2</sub>, V<sub>3</sub>
- Trước vách mỏng: V<sub>1</sub>, V<sub>2</sub>, V<sub>3</sub>, V<sub>4</sub>
- Vùng mỏng: V<sub>3</sub>, V<sub>4</sub>
- Trước bên: V<sub>5</sub>, V<sub>6</sub>
- Bên cao: D<sub>r</sub>, aVL
- Trước rộng: V<sub>1</sub>-V<sub>6</sub>, I và aVL
- Vùng dưới: D<sub>II</sub>, D<sub>III</sub>, aVF
- Thất phải: V<sub>3</sub>R, V<sub>4</sub>R
- Vùng sau: R cao ở V<sub>1</sub>, V<sub>2</sub> (hình ảnh trực tiếp V<sub>7</sub>, V<sub>8</sub>, V<sub>9</sub>).

**Dấu ấn sinh học tim: hs-Troponin T và CK-MB huyết thanh**  
+ Kết quả bình thường: hs-Troponin T < 0,014 ng/ml và CK-MB 0,97-4,94 ng/ml.

**Phương pháp nghiên cứu**

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu thuận tiện (n > 30).

**Phương pháp xử lý số liệu**

Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học dựa theo Excel 2010 và chương trình SPSS 16.0.

Các kết quả được biểu diễn dưới dạng bảng biểu hoặc đồ thị thích hợp.

Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tần suất hoặc tỷ lệ phần trăm.

Các biến định lượng được tính giá trị trung bình.

Mức ý nghĩa thống kê được tính mức 95%, khoảng tin cậy cũng được tính trong khoảng 95%.

- Đánh giá:

p ≥ 0,05: sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

p < 0,05: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

p < 0,01: sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê.

**Đạo đức nghiên cứu**

- Bệnh nhân tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Việc nghiên cứu không làm tổn hại sức khỏe và điều trị của bệnh nhân.

- Các thông tin về bệnh nhân hoàn toàn được giữ kín.

- Kết quả nghiên cứu chỉ nhằm phục vụ học tập, nghiên cứu và công tác dự phòng, điều trị, tiên lượng cho bệnh nhân, không dùng cho mục đích nào khác.

## KẾT QUẢ

**Đặc điểm chung bệnh nhân nhồi máu cơ tim được can thiệp động mạch vành**  
**Phân bố theo tuổi, giới**

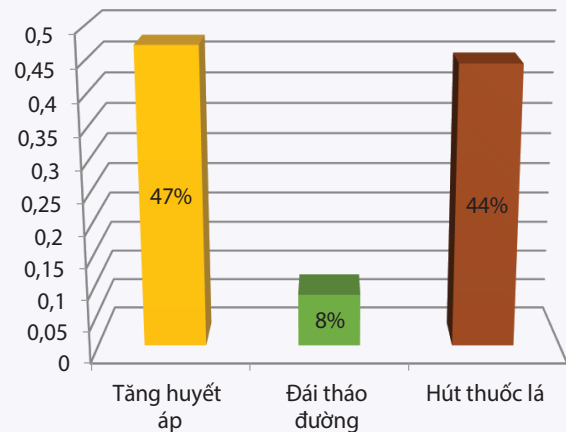
**Bảng 3. Phân bố theo tuổi, giới**

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu		n	%
Giới	Nam	28	77,8
	Nữ	8	22,2
Tổng cộng		36	100
Tuổi	35 < tuổi ≤ 55	7	19,4
	55 < tuổi ≤ 75	15	41,7
	≥ 75 tuổi	14	38,9
Tổng cộng		36	100

**Nhận xét:** Qua nghiên cứu cho thấy nam 77,8%, nữ 22,2%.

Có tới 80,7% trường hợp Nhồi máu cơ tim phải đặt Stent xảy ra ở nhóm > 55 tuổi.

## Các yếu tố nguy cơ



**Biểu đồ 1. Các yếu tố nguy cơ**

**Nhận xét:** 47% bệnh nhân có Tăng huyết áp.  
 8% có bệnh Đái tháo đường.  
 44% có hút thuốc lá (trong đó >60% nam có hút thuốc lá).

## Kết quả công tác điều dưỡng trước và sau can thiệp động mạch vành

### Các chỉ số theo dõi về bệnh lý

**Bảng 4. Các chỉ số theo dõi về bệnh lý**

Các chỉ số theo dõi		Thời điểm		Vào viện		2h		6h		24h		Ra viện	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Huyết áp	Bình thường	17	47,2	28	77,8	32	88,9	33	91,7	34	94,4		
	Tăng huyết áp	17	47,2	6	16,7	2	5,6	2	5,6	2	5,6		
	Tụt huyết áp	2	5,6	2	5,6	2	5,6	1	2,8	0	0		
Nhịp tim	Bình thường	26	72,2	27	75	29	80,5	32	88,9	32	88,9		
	Nhịp chậm	4	11,1	4	11,1	2	5,6	2	5,6	2	5,6		
	Nhịp nhanh	6	16,7	5	13,9	5	13,9	2	5,6	2	5,6		
Nhịp thở	Bình thường	15	41,7	20	55,6	30	83,3	34	94,4	34	94,4		
	Khó thở	21	58,3	16	44,4	6	16,7	2	5,6	2	5,6		
Đau ngực	Giảm	0	0	0	0	30	83,3	34	94,4	34	94,4		
	Không thay đổi	31	86,1	30	83,3	4	11,1	1	2,8	2	5,6		
	Tăng	5	13,9	6	16,7	2	5,6	1	2,8	0	0		

**Nhận xét:**

**Về huyết áp:** 47,2% bệnh nhân có tăng huyết áp lúc vào viện, 16,7% sau 2 giờ đầu, 5,6% sau 6 giờ sau, 5,6% sau 24h và lúc ra viện.

5,6% bệnh nhân có tụt huyết áp sau can thiệp 2 giờ đầu, 5,6% có tụt huyết áp 6 giờ sau, 2,8% đến 24 giờ và 0% huyết áp còn thấp khi ra viện.

47,2% huyết áp bình thường lúc vào viện, 77,8% sau 2 giờ đầu, 88,9% 6 giờ tiếp theo, 91,7% sau 24h, 94,4% huyết áp bình thường khi ra viện.

**Về nhịp tim:**

72,2% bệnh nhân bình thường lúc vào viện, 75% trong 2 giờ đầu, 80,5% 6 giờ tiếp theo, 88,9% trong 24h và khi ra viện.

11,1% có nhịp chậm trong 2h, giảm xuống 5,6% tại thời điểm 6h, 24h, và giữ nguyên 5,6% còn nhịp chậm lúc ra viện.

16,7% có nhịp tim nhanh lúc vào viện, 13,9% trong

2h, 6h, 5,6% tại thời điểm 24h và lúc ra viện.

**Về nhịp thở:**

58,3% bệnh nhân có khó thở lúc vào viện, 44,4% sau can thiệp 2h, 16,7% sau 6h, 5,6% khó thở sau 24h, và cùng 5,6% khó thở khi ra viện nhưng mức độ nhẹ, đã có giảm so với thời điểm vào viện.

**Về đau ngực:**

86,1% bệnh nhân có tình trạng đau ngực lúc vào viện, 83,3% bệnh nhân không thay đổi đau ngực sau 2h, nhưng giảm nhiều còn 11,1% tại thời điểm 6h, 5,6% cảm thấy đau ngực không thay đổi lúc ra viện.

13,9% bệnh nhân có tình trạng đau ngực tăng lên lúc nhập viện, 16,7% sau 2h can thiệp, 5,6% lúc 6h, 2,8% lúc 24h, và 0% lúc ra viện.

Các chỉ số theo dõi		Thời điểm		Vào viện		2h		6h		24h		Ra viện	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Nhiệt độ	Bình thường	32	88,9	32	88,9	35	97,2	35	97,2	36	100		
	Sốt	3	8,3	4	11,1	1	2,8	1	2,8	0	0		
	Hạ nhiệt	1	2,8	0	0	0	0	0	0	0	0		
Nước tiểu	Bình thường	35	97,2	35	97,2	35	97,2	35	97,2	36	100		
	Thiếu-vô niệu	1	2,8	1	2,8	1	2,8	1	2,8	0	0		
Tình trạng băng ép	Hematoma	0	0	2	5,6	2	5,6	3	8,4	1	2,8		
	Chảy máu	0	0	3	8,4	0	0	0	0	0	0		
	Đau	0	0	11	30,6	16	44,4	2	5,6	0	0		
	Tốt	0	0	20	55,6	18	50	31	86,1	35	97,2		

**Nhận xét:**

**Về nhiệt độ:**

88,9% nhiệt độ bình thường lúc vào viện

88,9% nhiệt độ bình thường trong 2h, 97,2% lúc 6h và 24h và 100% tại thời điểm ra viện.

8,4% sốt lúc vào viện, 11,1% 2h sau can thiệp, 12,8% lúc 6h và 2,8% sau 24h, 0% khi ra viện.

**Nước tiểu:**

97,2% bệnh nhân tiểu bình thường từ lúc vào viện đến 2h, 4h, 6h, 24h.

100% bình thường đến khi ra viện.

2,8% có thiếu-vô niệu lúc vào viện trong 2h, 6h và

24h, lúc ra viện không có bệnh nhân nào biểu hiện tình trạng trên.

**Tình trạng băng ép:**

Đa phần bệnh nhân sau can thiệp là tốt tuy nhiên có: 30,6% bệnh nhân đau vùng ép 2h đầu, 44,4% đau trong 6h, 5,6% đau trong 24h, 0% còn đau khi ra viện

8,4% có chảy máu tại vết băng ép sau can thiệp (3 trường hợp).

0% sau 24h và khi ra viện,

5,6% có Hematoma lúc 2h sau can thiệp, 6h, 8,4% lúc 24h, giảm còn 2,8% lúc ra viện.



**Các chỉ số theo dõi về yếu tố tâm lý, dinh dưỡng và vận động**

Các chỉ số theo dõi		Thời điểm sau đặt stent		Ra viện	
		24h			
		n	%	n	%
Tinh thần và giấc ngủ	Yên tâm tin tưởng	9	25	35	97,2
	Lo lắng mất ngủ	27	75	1	2,8
Chế độ dinh dưỡng	Có	25	69,4	30	83,3
	Ăn kém	11	30,6	6	11,1
Chế độ chăm sóc	Chủ động	21	58,3	29	80,6
	Phụ thuộc	15	41,7	7	19,4
Vận động chủ động	Mạch quay	34	94,4	35	97,2
	Mạch đùi	2	5,6	1	2,8

**Nhận xét:**

**Về tinh thần và giấc ngủ:**

75% bệnh nhân lo lắng mất ngủ trong ngày đầu can thiệp.

2,8% còn lo lắng đến khi ra viện.

**Về chế độ dinh dưỡng:**

30,6% bệnh nhân sau can thiệp ăn uống kém trong ngày đầu can thiệp.

11,1% còn ăn kém tại thời điểm xuất viện.

**Chế độ chăm sóc:**

41,7% bệnh nhân phụ thuộc ngày đầu sau can thiệp.

19,4% còn phụ thuộc đến khi ra viện.

**Các yếu tố nguy cơ**

Các yếu tố nguy cơ tim mạch: việc hiểu rõ các nguy cơ tim mạch là quan trọng vì: Goodman và cộng sự (2009) khảo sát 31.982 NMCT từ 25 quốc gia có tuổi trung bình là 65 tuổi [98], nghiên cứu Euro Heart 2 (2006) là 67,4 tuổi [20].

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp nhất trong dân số chung. Trong NMCT, tỷ lệ tăng huyết áp còn cao hơn, dao động từ 55% đến 65%. Còn đái tháo đường đi kèm trong HCMVC qua các nghiên cứu dao động từ 20% đến 30% [14]. Cả tăng huyết áp và đái tháo đường có liên quan với hình thành xơ vữa động mạch, từ đó dễ đưa đến NMCT [14], [15]. Chúng tôi ghi nhận có gần 1 nửa bệnh nhân có tăng huyết áp và khoảng 8% bệnh nhân có đái tháo đường, thấp hơn so với các nghiên cứu trên, có thể giải thích do điều kiện tại Việt Nam còn khó khăn nên bệnh nhân ít khi được phát hiện ra bệnh. Cũng như tỷ lệ bệnh chuyển hóa Việt Nam cũng thấp hơn so với các nước đã phát triển. Hút thuốc lá cũng là yếu tố nguy cơ quan trọng của bệnh mạch vành, trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 44% bệnh nhân có hút thuốc lá.

**Kết quả công tác điều dưỡng trước và sau can thiệp động mạch vành**

**Các yếu tố theo dõi về bệnh lý**

Theo dõi sát lâm sàng là điều hết sức quan trọng trong chăm sóc bệnh nhân NMCT trong và sau thủ thuật PCI.

Có hơn 1 nửa bệnh nhân có tăng hoặc giảm huyết áp khi nhập viện. Huyết áp thấp lúc nhập viện là yếu tố tiên lượng xấu. Tuy nhiên hầu hết bệnh nhân đều được điều

**BÀN LUẬN**

**Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu**

**Phân bố theo tuổi, giới**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong số các bệnh nhân bị NMCT, nam giới chiếm chủ yếu, gấp 4 lần số bệnh nhân nữ giới. Kết quả cũng tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước về NMTC. Điều này có thể do việc liên quan đến nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch hơn của nam như hút thuốc lá, uống rượu bia... cũng như nữ giới có các yếu tố bảo vệ như hormon Estrogen.

Về tuổi, chiếm đa số là nhóm bệnh nhân từ 55 đến 75 tuổi. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy tuổi trung bình giao động 65-68 tuổi. Goodman và cộng sự (2009) khảo sát 31.982 HCMVC từ 25 quốc gia có tuổi trung bình là 65 tuổi [19], nghiên cứu Euro Heart 2 (2006) là 67,4 tuổi [20].

chỉnh và đạt được huyết áp bình thường sau khi ra viện.

Khoảng 1/3 bệnh nhân có nhịp tim nhanh hoặc chậm khi nhập viện. Trong đó nhịp chậm chiếm khoảng 11%, thường gặp ở những bệnh nhân nhồi máu cơ tim thất phải hoặc vùng dưới. Tương tự với chỉ số huyết áp, đa số bệnh nhân có nhịp tim bình thường sau khi ra viện.

Đau ngực là triệu chứng thường gặp nhất chiếm 86% trong số bệnh nhân bị NMCT, là một trong yếu tố để chẩn đoán NMCT. Thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Quang Tuấn cũng cùng tại BV TW Huế với 94,6% [16]. Chăm sóc bệnh nhân giảm triệu chứng đau ngực cũng là một trong những mục tiêu của “Heart Teams”, bên cạnh đó là tuyên truyền giáo dục bệnh nhân cũng như người nhà biết 1 dấu hiệu quan trọng trong nhận biết bệnh mạch vành mà đặc biệt là NMCT để vào viện kịp thời, đây là 1 công việc quan trọng của đội ngũ điều dưỡng. Như vậy, việc cải thiện tốt các triệu chứng lâm sàng của các bệnh nhân trong nghiên cứu chứng tỏ việc chăm sóc hiệu quả.

Việc theo dõi nhiệt độ là quan trọng và kịp thời để phát hiện biểu hiện của nhiễm trùng nguy hiểm, cũng như kiểm soát nhiệt độ sẽ giúp giảm nhu cầu hoạt động của cơ tim, góp phần cải thiện triệu chứng, tổn thương cơ tim và tiên lượng của bệnh nhân. Khoảng 8,4% bệnh nhân có triệu chứng sốt, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh năm 2014 [11]. Và sau 6 giờ, 3/4 số các bệnh nhân bị sốt đó đã được kiểm soát sốt.

Bệnh nhân NMCT thường có thể gây suy thận cấp trong mối quan hệ tương tác 2 chiều tim thận. Việc phát hiện dấu hiệu tiểu ít, thiếu niệu là đơn giản và cũng quan trọng tương tự với theo dõi chức năng thận trên cận lâm sàng (Ure, Creatinin...). Trong số 36 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, chỉ có 1 bệnh nhân có tình trạng thiếu niệu, đây là bệnh nhân cần được theo dõi sát, và đề ra chiến lược chăm sóc kịp thời cho tình trạng thiếu niệu này của bệnh nhân.

Đa số bệnh nhân được băng ép kỹ lưỡng bởi đội ngũ can thiệp giàu kinh nghiệm tại khoa cấp cứu tim can thiệp BVTW Huế. Tuy nhiên đau tại chỗ hoặc các biến chứng có thể xảy ra. Có 44,4% bệnh nhân đau sau can thiệp, khoảng 14% bệnh nhân Hematome hoặc chảy máu tại chỗ. Vai trò của người điều dưỡng trong chăm sóc bệnh nhân cần phải theo dõi, giải thích và

trấn an bệnh nhân là công việc hết sức quan trọng và kịp thời sau PCI. Việc theo dõi sát tình trạng chảy máu và đau của bệnh nhân, để có biện pháp, chiến lược băng ép tăng cường hơn, hoặc nới lỏng hơn, quyết định thời điểm để tháo ép phù hợp. Người điều dưỡng cần hiểu, có chiến lược hiệu quả để đa số bệnh nhân được kiểm soát hiệu quả bằng băng ép đồng thời giảm thiểu đau cho người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các bệnh nhân cải thiện hoàn toàn trước khi ra viện.

### **Các chỉ số theo dõi về yếu tố tâm lý**

Sau can thiệp, vì nhiều yếu tố liên quan đến bệnh chính, bệnh kèm, cũng như là liên quan đến thủ thuật mà bệnh nhân có thể ảnh hưởng đến tâm sinh lý, dinh dưỡng và vận động. Khoảng 75% bệnh nhân cảm thấy lo lắng và mất ngủ trong 24 giờ sau nhập viện, cao hơn ghi nhận của Nguyễn Thị Minh với 43,8% [11]. Điều dưỡng luôn là lực lượng nhân viên y tế gần gũi chăm sóc theo dõi người bệnh sát sao nhất, nên cần được trang bị các kiến thức để nhận biết vấn đề tâm lý trên bệnh nhân, đồng thời biết cách thông cảm, động viên và giải quyết kịp thời những vấn đề trên của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau khi ra viện chỉ còn 1/36 bệnh nhân còn tình trạng trên, chứng tỏ vai trò chăm sóc và tư vấn hiệu quả của đội ngũ điều dưỡng. Tương tự khoảng 1/3 bệnh nhân ăn kém trong 24 giờ đầu, nhưng khi ra viện, đa số bệnh nhân ăn uống bình thường trở lại với gần 90%. Tương tự, có hơn 80% bệnh nhân có thể tự chăm sóc bản thân sau khi ra viện, đây là con số đáng ghi nhận, do các bệnh nhân NMCT thường lớn tuổi, có nhiều bệnh kèm, bản thân họ đã có sẵn sự khó khăn trong việc tự chăm sóc bản thân trước đó. Nghiên cứu của tác giả Minh cũng cho kết quả tương tự.

### **KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu 36 bệnh nhân NMCT được can thiệp động mạch vành được theo dõi tại các thời điểm khác nhau cho đến lúc ra viện nhận thấy:

Có sự thay đổi tích cực về mặt huyết động, cũng như lâm sàng khi bệnh nhân được theo dõi sát và chặt chẽ. Dựa vào kết quả cho thấy mức Huyết áp, nhịp tim, nhiệt độ được điều chỉnh với kết quả rất tốt đánh giá tại thời điểm bệnh nhân ra viện

Tình trạng băng ép tốt hạn chế được các biến



chúng đường vào do được theo dõi và can thiệp kịp thời. Do đó những yếu tố theo dõi và đánh giá chủ động của nhân viên y tế đặc biệt điều dưỡng góp phần không chỉ ảnh hưởng đến kết quả điều trị mà còn ảnh hưởng tốt đến giá trị tinh thần của bệnh nhân NMCT.

Chế độ dinh dưỡng và chế độ chăm sóc được nhân viên điều dưỡng thực hiện chặt chẽ trong nghiên cứu để đảm bảo tính chính xác và khách quan của nghiên cứu. Qua đó kết quả hồi phục của bệnh nhân tốt hơn (41,7% lúc nhập viện giảm còn 19,4% lúc ra viện)

Bệnh nhân NMCT được can thiệp đặt stent, dù không phải là một ca phẫu thuật lớn nhưng bệnh nhân luôn có những lo lắng rần trở sau khi can thiệp, dẫn đến bệnh nhân mất ngủ, ăn kém hay các hoạt động vệ sinh phụ thuộc vào người nhà. Do đó người điều dưỡng khi chăm sóc bệnh nhân sau can thiệp phải luôn thông cảm sâu sắc và động viên bệnh nhân để bệnh nhân an tâm điều trị hướng đến sự hài lòng người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Cửu Lợi (2007), *Kỹ thuật chụp Động mạch vành, bài giảng sau đại học*.
2. Trần Hữu Dàng (2008), *Béo phì*, in *Chuyên ngành nội tiết và chuyển hóa*: NXB Đại Học Huế. tr. 304-310.
3. L. Campeau (2002), *The Canadian Cardiovascular Society grading of angina pectoris revisited 30 years later*. Can J Cardiol, **18**(4): p. 371-9.
4. Nguyễn Cửu Lợi và Phạm Vũ Thanh (2010), *Nghiên cứu đặc điểm tổn thương động mạch vành và tiên lượng ngắn hạn của bệnh nhân nhồi máu cơ tim vùng dưới*. Tạp chí Tim mạch học, (52:27-35).
5. Nguyễn Thị Minh (2014), *Công tác chăm sóc điều dưỡng trên bệnh nhân sau đặt Stent động mạch vành*. Đại hội Tim Mạch toàn quốc 20/10/2014 tại Đà Nẵng.
6. *Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT): I. cohort results from a four-year community intervention*. (1995), Am J Public Health, **85**(2): p. 183-92.
7. L. M. Artigao-Rodenas, et al, (2013), *Framingham risk score for prediction of cardiovascular diseases: a population-based study from southern Europe*. PLoS One, **8**(9): p. e73529.
8. WHO Expert Consultation (2004), *Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies*, Lancet, **363**(9403): p. 157-63.
9. Hồ Thị Thái Châu và Nguyễn Văn Trì (2009), *Khảo sát các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân bệnh ĐMV tại khoa Cấp cứu Tim mạch can thiệp Trung tâm Tim mạch BVTW Huế*. Tạp chí y học thực hành: p. 102-105.
10. A. M. Dart và B. A. Kingwell (2001), *Pulse pressure--a review of mechanisms and clinical relevance*. J Am Coll Cardiol, **37**(4): p. 975-84.
11. S. G. Goodman, et al, (2009), *The expanded Global Registry of Acute Coronary Events: baseline characteristics, management practices, and hospital outcomes of patients with acute coronary syndromes*. Am Heart J, **158**(2): p. 193-201.e1-5.
12. L. Mandelzweig, et al (2006), *The second Euro Heart Survey on acute coronary syndromes: Characteristics, treatment, and outcome of patients with ACS in Europe and the Mediterranean Basin in 2004*. Eur Heart J, **27**(19): p. 2285-93.
13. Ngô Tuấn Hiệp (2016), *So sánh giá trị của các thang điểm nguy cơ trong tiên lượng bệnh nhân nhồi máu cơ tim*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
14. Trương Quang Bình. Phạm Nguyễn Vinh và Nguyễn Lâm Việt và cs (2011), *Nghiên cứu quan sát điều trị bệnh nhân nhập viện do hội chứng động mạch vành cấp (MEDI-ACS study)*. Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam, (58): p. 12-25.
15. Phạm Quang Tuấn (2019), *Nghiên cứu vai trò chẩn đoán của IMA (Ischemia Modified Albumin) huyết thanh phối hợp với hs-Troponin T ở bệnh nhân Hội chứng vành cấp*, Luận án Tiến sĩ Y học.
16. K Thygesen, Alpert JS, và et al, (2018). *Fourth universal definition of myocardial infarction*. Circulation, **138**, e618–e651.
17. Ibanez B, et al (2017) *ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)*. Eur Heart J, **39**(2).
18. Bộ Y tế, (2020), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng vành cấp*, tr28-29.