

Results of patient care after peripheral artery intervention at Vietnam National Heart Institute, Bach Mai Hospital

Hoang Nhu Quynh¹✉, Dinh Huynh Linh¹, Pham Duy Tuong², Le Tuan Minh¹
Dinh Anh Tuan¹, Nguyen Thi Thuy Hanh¹, Nguyen Thi Hong Thuan¹
Le Thi Men¹, Nguyen Anh Dung¹, Nguyen Thi Nhung¹, Nguyen Ngoc Quang¹

¹Vietnam National Heart Institute, Bach Mai Hospital

²Thang Long University

► Correspondence to

RN. Hoang Nhu Quynh
Vietnam National Heart Institute,
Bach Mai Hospital
Email: hoanguynhnm84@gmail.
com.vn

► Received 08 January 2024

Accepted 24 March 2024

Published online 31 March 2024

To cite: Hoang NQ, Dinh HL,
Pham DT, et al. *J Vietnam Cardiol*
2024;**108**:82-89

ABSTRACT

Subjects and methods: A prospective descriptive study was conducted on 214 patients with peripheral artery disease (PAD) who underwent endovascular intervention at the Vietnam National Heart Institute - Bach Mai Hospital from March 2023 to August 2023.

Object: Describe the results of patient care care after peripheral artery intervention at Vietnam National Heart Institute - Bach Mai Hospital.

Results: The mean age of the study subjects was 70.88 ± 11.75 years; the age group from 60 to 79 years old accounted for the highest proportion at 65.4%; the male/female ratio was 4/1; cardiovascular risk factors were at high levels: hypertension 86.9%, smoking 72%, diabetes 48.6%. Post-intervention complications: bleeding at the intervention access site 0.9%, hematoma at the intervention access site 23.8%, urinary retention 21%, fever 5.6%. Good care level: 79.4%, fair level: 20.6%.

Conclusion: The main complications encountered in PAD intervention mainly occur within the first 3 hours. Good care results: 79.4%.

Keywords: care results, care activities, peripheral artery disease.

Kết quả chăm sóc người bệnh sau can thiệp động mạch ngoại biên tại Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai

Hoàng Như Quỳnh¹✉, Đinh Huỳnh Linh¹, Phạm Duy Tường², Lê Tuấn Minh¹
Đinh Anh Tuấn¹, Nguyễn Thị Thuý Hạnh¹, Nguyễn Thị Hồng Thuận¹, Lê Thị Mến¹
Nguyễn Anh Dũng¹, Nguyễn Thị Nhung¹, Nguyễn Ngọc Quang¹

¹Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Thăng Long

TÓM TẮT

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 214 người bệnh bệnh động mạch ngoại biên (BĐMNB) được tiến hành can thiệp nội mạch tại Viện Tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 08 năm 2023.

► **Tác giả liên hệ**

CN.ĐD. Hoàng Như Quỳnh
Viện Tim mạch Việt Nam,
Bệnh viện Bạch Mai
Email: hoangquynh84@gmail.com.vn

- Nhận ngày 08 tháng 01 năm 2024
- Chấp nhận đăng ngày 24 tháng 03 năm 2024
- Xuất bản online ngày 31 tháng 03 năm 2024

Mẫu trích dẫn: Hoang NQ, Dinh HL, Pham DT, et al. *J Vietnam Cardiol* 2024;**108**:82-89

Mục tiêu: Mô tả kết quả việc chăm sóc người bệnh BĐMNB được tiến hành can thiệp tại Viện Tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai

Kết quả: Tuổi trung bình (TB) của đối tượng nghiên cứu là $70,88 \pm 11,75$; độ tuổi từ 60 đến 79 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất: 65,4%; tỷ lệ nam/nữ: 4/1; các yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm mức cao: tăng huyết áp: 86,9%; hút thuốc lá: 72%, đái tháo đường: 48,6%. Biến chứng sau can thiệp: chảy máu đường vào can thiệp: 0,9%; tụ máu đường vào can thiệp: 23,8%; bí tiểu: 21%; sốt: 5,6%. Chăm sóc mức tốt: 79,4%, mức khá: 20,6%.

Kết luận: Biến chứng chính gặp trong can thiệp BĐMNB chủ yếu xảy ra trong thời gian 3 giờ đầu tiên. Kết quả chăm sóc tốt: 79,4%.

Từ khóa: Kết quả chăm sóc, hoạt động chăm sóc, bệnh động mạch ngoại biên.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch ngoại biên (BĐMNB) trên thế giới nói chung và tại Việt Nam nói riêng, trong những năm gần đây diễn biến theo xu hướng tăng dần về số lượng người bệnh cũng như mức độ phức tạp của bệnh. Thống kê tại Viện Tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai chỉ ra tỷ lệ người bệnh BĐMCD điều trị nội trú tại Viện tăng từ 1,7% (2003) lên tới 2,5% (2006) và 3,4% (2007)¹.

Tùy thuộc vào giai đoạn bệnh, có nhiều phương pháp điều trị BĐMNB mạn tính khác nhau: điều trị nội khoa, phục hồi chức năng, can thiệp nội mạch, phẫu thuật bắc cầu mạch. Trong đó can thiệp nội mạch điều trị BĐMNB mang lại nhiều lợi ích cho

người bệnh như: kỹ thuật ít xâm lấn, gây tê tại chỗ, thời gian can thiệp ngắn nên người bệnh hồi phục nhanh và ít biến chứng². Do vậy mà thời gian nằm viện ngắn, hồi phục nhanh đặc biệt ở những người bệnh có nguy cơ cao của phẫu thuật³.

Trên thế giới và ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về can thiệp BĐMNB nhưng hầu hết đều được báo cáo bởi các bác sĩ, tuy nhiên còn ít các nghiên cứu đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau thiệp nội mạch từ góc nhìn của điều dưỡng viên. Trong khi đó, điều dưỡng cũng góp phần không nhỏ trong điều trị và chăm sóc sau can thiệp nội mạch. Vì vậy, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này với mong muốn nâng cao chất lượng chăm sóc cho người bệnh.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu, với cỡ mẫu được thu thập là 214 bệnh nhân.

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân được can thiệp động mạch chi dưới, động mạch dưới đòn, động mạch cảnh, động mạch thận.

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 3 năm 2022 đến tháng 8 năm 2023.

Địa điểm nghiên cứu

Viện Tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Nghiên cứu sử dụng cách chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tuần tự các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn ở trên trong thời gian từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 8 năm 2023.

Tổng mẫu thu được là 214 người bệnh.

Biến số nghiên cứu:

- Đặc điểm cá thể, bệnh lý kèm theo
- Hoạt động chăm sóc: Đánh giá quy trình điều dưỡng theo 5 bước.



Hình 1. Quy trình điều dưỡng 5 bước⁴

Kết quả chăm sóc: chăm sóc tốt: bao gồm các hoạt động tiếp nhận + hoạt động thực hiện kỹ thuật chăm sóc và hoạt động tư vấn sức khỏe cho người bệnh có làm $\geq 80\%$, chăm sóc khá: bao gồm hoạt động tiếp nhận và thực hiện kỹ thuật chăm sóc và tư vấn sức khỏe cho người bệnh có làm $< 80\%$ (các hoạt động dựa theo bảng 1).

Bảng 1. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả chăm sóc tốt hoặc chăm sóc chưa tốt ở NB được can thiệp động mạch ngoại biên⁴

Chăm sóc tốt	Chăm sóc chưa tốt
1. NB không có biến cố sau 12h-24h sau can thiệp.	1. NB còn biến cố sau 12h – 24h can thiệp.
2. Điền 100% bảng kiểm sau can thiệp.	2. Điền 50% bảng kiểm sau can thiệp.
3. NB không phải theo dõi đặc biệt sau 24h.	3. NB vẫn phải theo dõi đặc biệt sau 24h can thiệp.
4. NB không phải can thiệp gì sau 24h.	4. NB vẫn phải can thiệp điều dưỡng sau 24h.
5. NB được theo dõi sát quá trình dùng thuốc.	5. NB chưa được theo dõi sát quá trình dùng thuốc.

Chăm sóc tốt	Chăm sóc chưa tốt
6. NB được chăm sóc tâm lý.	6. NB không được chăm sóc tâm lý.
7. NB được chăm sóc dinh dưỡng tốt (ăn hết suất sau 24h).	7. NB còn thức ăn tồn dư sau 24h can thiệp.
8. NB được chăm sóc vệ sinh cá nhân tốt.	8. NB không được hướng dẫn trợ giúp vệ sinh cá nhân tốt.
9. NB được giáo dục sức khỏe đầy đủ.	9. GDSK không đầy đủ.
10. NB hài lòng với kết quả chăm sóc, điều trị.	10. NB chưa hài lòng về kết quả chăm sóc, điều trị.

Công cụ đánh giá và thu thập số liệu

Bệnh án nghiên cứu chuyên biệt theo mục tiêu nghiên cứu.

Xử lý số liệu

Số liệu trong nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS. So sánh các tỉ lệ bằng các test Khi bình phương hoặc Fisher. Mối liên quan của các biến số sẽ được thể hiện bằng tỷ suất chênh OR và phân tích hồi qui đa biến. Ngưỡng có ý nghĩa thống kê của các test thống kê sử dụng là $p < 0,05$.

KẾT QUẢ

Chúng tôi thu thập được 214 bệnh nhân ĐMNB được tiến hành can thiệp nội mạch tại Viện Tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai.

Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu: 70,88 \pm 11,75, trong đó độ tuổi từ 60 đến 79 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất: 65,4%. Bệnh nhân nam giới chiếm chủ yếu đến 79%. Tiền sử các yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm mức cao: tăng huyết áp: 86,9%; Hút thuốc lá: 72%, đái tháo đường: 48,6%; Rối loạn lipid máu chiếm 5,6%; Sử dụng rượu bia chiếm 68,7%; Thừa cân (BMI ≥ 23) 0,9%.

Đặc điểm quá trình thủ thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi 81% là các trường hợp bệnh động mạch chi dưới, 15% là bệnh lý động mạch cảnh, 3% bệnh lý động mạch thận và 1% là động mạch dưới đòn

Bảng 1. Một số triệu chứng và biến cố sau can thiệp

Biến cố sau can thiệp		3h	12h	24h
Bí tiểu		39 (18,2%)	6 (2,8%)	0 (0%)
Tụ máu, sưng, nề, tím vị trí can thiệp		14 (6,5%)	17 (7,9%)	20 (9,3%)
Chảy máu vị trí băng ép		2 (0,9%)	0 (0%)	0 (0%)
Tai biến mạch não		1 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)
Phản ứng phản vệ (độ)	1	15 (7%)	0	0
	2	6 (2,8%)		
	3	2 (0,9%)		
	4	1 (0,5%)		
Phản ứng cường phế vị		3 (1,4%)	0	0
Nhiễm khuẩn, sốt		5 (2,3%)	4 (1,9%)	3 (1,4%)
Suy Thận				5 (2,3%)
Đau tại vị trí chọc mạch	Đau nhẹ (VAS 1-3)	131 (61,2%)	206 (96,3%)	214 (100%)
	Đau trung bình (VAS 4-6)	76 (35,5%)	8 (3,7%)	0
	Đau nặng (VAS 7-10)	7 (3,3%)	0	0

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến cố sau can thiệp thường gặp nhiều nhất là bí tiểu cấp sau can thiệp trong vòng 3 giờ là: 18,2%. Tiếp theo là chảy máu (0,9%) và tụ máu tại vị trí chọc mạch chiếm tỉ lệ sau can thiệp 3 giờ, 12 giờ và 24 giờ lần lượt là: 6,5%; 7,9% và 9,3%. Sau theo dõi 12 giờ triệu chứng đau của người bệnh giảm đi và sau 24 giờ 100% người bệnh có triệu chứng đau nhẹ tại vị trí chọc mạch.

Hoạt động chăm sóc người bệnh sau can thiệp

Bảng 3. Hoạt động tiếp nhận và đánh giá NB sau can thiệp (n=214)

Hoạt động tiếp nhận và đánh giá người bệnh		Sau 3h	Sau 12h	Sau 24h
Điền đầy đủ bảng kiểm sau can thiệp	Điền 50%	42 (19,6%)	41 (19,2%)	41 (19,2%)
	Điền 100%	172 (80,4%)	173 (80,8%)	173 (80,8%)
Treo biển cảnh báo cần theo dõi		206 (96,3%)	120 (56,1%)	10 (4,7%)
Đo dấu hiệu sinh tồn		214 (100%)	214 (100%)	213 (99,5%)
Nhận định toàn trạng người bệnh		214 (100%)	213 (99,5%)	212 (99,1%)
Mắc monitor theo dõi 5 thông số		29 (13,6%)	15 (7%)	10 (4,7%)
Kiểm tra tình trạng băng ép vị trí đường vào can thiệp		213 (99,5%)	203 (94,9%)	169 (79%)
Cố định chân bên mở đường vào can thiệp		213 (99,5%)	67 (31,3%)	3 (1,4%)
Kiểm tra, đánh giá nước tiểu		205 (95,8%)	124 (57,9%)	30 (14%)
Giải thích thời gian cố định chân		212 (99,1%)	67 (31,3%)	5 (2,3%)
Thực hiện phân cấp chăm sóc người bệnh		205 (95,8%)	167 (78%)	162 (75,7%)

Nhận xét: Hoạt động tiếp nhận người bệnh sau can thiệp đều được các điều dưỡng theo sát Hoạt động kiểm tra tình trạng băng ép và vết chọc vị trí chọc mạch sau 3 giờ chiếm 99,%. Giải thích cố định chân vị trí can thiệp và cố định vị trí can thiệp chiếm lần lượt: 99,1% và 99,5%.

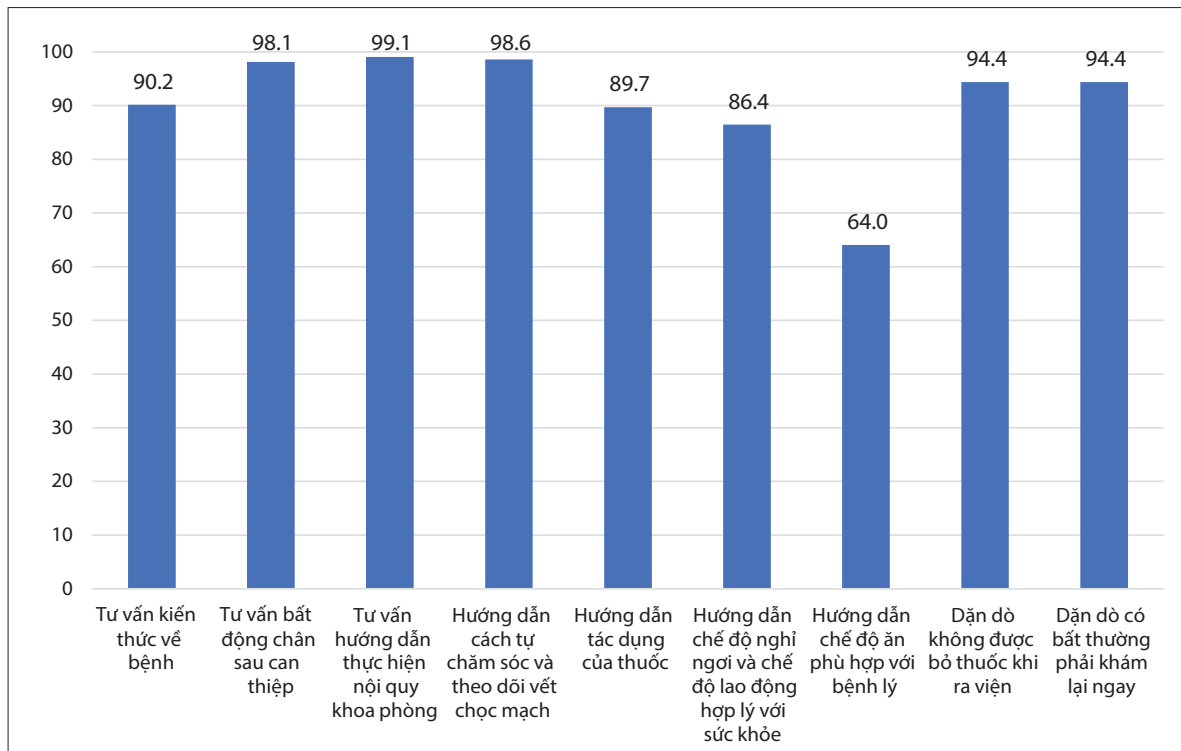
Bảng 4. Hoạt động can thiệp chăm sóc của điều dưỡng với người bệnh

Hoạt động can thiệp chăm sóc của điều dưỡng		Sau 3h	Sau 12h	Sau 24h
Can thiệp giúp người bệnh giảm đau (n=214)	Động viên, hỏi thăm	109 (50,9%)	148 (69,2%)	31 (14,5%)
	Thực hiện y lệnh thuốc giảm đau	104 (48,6%)	25 (11,7%)	5 (2,3%)
Can thiệp khi người bệnh bí tiểu (n=39)	Chườm ấm	26 (58,9%)	1 (0,5%)	0
	Đặt sonde tiểu	9 (25,6%)	5 (5,1%)	0
Can thiệp giúp người bệnh hạ sốt	Lau người, chườm ấm	5 (100%)	4 (100%)	3 (100%)
	Thực hiện y lệnh thuốc hạ sốt đầy đủ	5 (100%)	4 (100%)	3 (100%)
	Đắp chăn và/hoặc sưởi ấm bằng đèn, báo bác sĩ.	24 (100%)	0	0
Bất động chân tại giường (n=214)	Cố định ngay sau can thiệp	212 (99,1%)	56 (26,2%)	2 (0,9%)
	Giải thích thời gian bất động	212 (99,1%)	0	0
Xử trí biến chứng chảy máu, tụ máu	Băng ép lại	12 (5,6%)	8 (3,7%)	0
	Theo dõi dấu hiệu sinh tồn	0	97 (45,3%)	179 (83,6%)
	Thực hiện y lệnh giảm đau	0	5 (2,3%)	3 (1,4%)
Thay băng vị trí đường vào can thiệp		0	176 (82,4%)	0
Thực hiện y lệnh khẩn trương, kịp thời		214 (100%)		0
Theo dõi sát quá trình dùng thuốc người bệnh	Nhận bàn giao thuốc và theo dõi người bệnh	203 (94,9%)	125 (58,4%)	17 (7,9%)
	Thực hiện 5 đúng trước khi thực hiện thuốc	213 (99,5%)	6 (2,8%)	142 (66,4%)
	Giải thích, hướng dẫn cách sử dụng thuốc	198 (92,5%)	212 (99,1%)	210 (98,1%)
	Cho người bệnh uống thuốc tận miệng	159 (74,3%)	165 (77,1%)	196 (91,6%)
	Theo dõi quá trình dùng thuốc của người bệnh	212 (99,1%)	179 (83,6%)	204 (95,3%)

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh được động viên thăm hỏi sau can thiệp trong 3 giờ, 12 giờ, và 24 giờ lần lượt là: 50,9%, 69,2% và 14,5% đồng thời cũng được xử lý giảm đau theo y lệnh của bác sĩ. Người bệnh cũng được chườm ấm và đặt sonde tiểu khi xảy ra triệu chứng bí tiểu sau can thiệp lần lượt là 25,6% và 5,1% sau 3 và 12

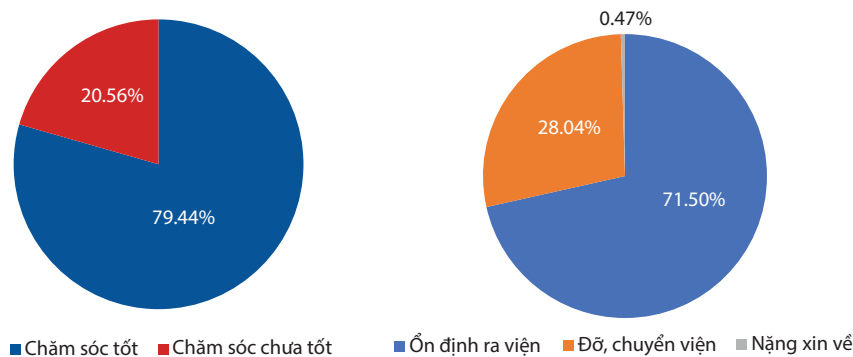
giờ. Người bệnh được hướng dẫn cố định chân tại giường và thời gian cố định chân tại giường với tỉ lệ 99,1%. Đồng thời bệnh nhân được thay băng vị trí đường vào can thiệp sau 12 giờ là 82,4%. 100% số bệnh nhân được thực hiện y lệnh khẩn trương và kịp thời.

Hướng dẫn chăm sóc giáo dục sức khỏe



Biểu đồ 2. Các hoạt động giáo dục sức khỏe của điều dưỡng

Kết quả đánh giá chăm sóc người bệnh và kết quả điều trị



Biểu đồ 3. a. Kết quả chăm sóc người bệnh, b. Kết quả điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả chăm sóc NB mức tốt chiếm tỉ lệ cao 79,44% và mức khá là 20,56%. NB ổn định ra viện chiếm tỉ lệ cao 71,5%; Đỡ, chuyển viện chiếm 28,4%, Nặng xin về có 1 trường hợp (chiếm 0,47%).

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, loại thủ thuật can thiệp nhiều nhất là bệnh động mạch chi dưới chiếm 81%. Đường vào mạch máu được sử dụng nhiều nhất là động mạch đùi chung phải chiếm 68,2%, sau đó đến động mạch đùi chung trái chiếm 39,3%, cuối cùng là động mạch cánh tay trái và cẳng chân trái là 3,3% và 1,4%. Phối hợp nhiều vị trí đường vào chiếm 11,2%, trong đó phối hợp 2 vị trí đường vào chiếm 10,4% và 3 vị trí đường vào là 0,9%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh được rút sheath tại phòng can thiệp chiếm tỉ lệ cao, chiếm 63,6%, trong khi tỉ lệ người bệnh được đóng mạch bằng dụng cụ là 22,4% trong đó phần lớn bằng Perclose là một dụng cụ có cơ chế chỉ khâu. Chúng tôi có 2 (0,9%) trường hợp chảy máu tại vị trí băng ép trong 3 giờ đầu theo dõi do điều dưỡng phát hiện ra trong quá trình theo dõi người bệnh kịp thời báo và đã tiến hành băng ép tại vị trí chảy máu và cầm máu cho người bệnh. Trong đó có một ca phải truyền khối hồng cầu. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của tác giả Lê Thị Mến chiếm 0,5% số ca bị chảy máu tại vị trí đường vào (5) và thấp hơn kết quả tác giả Đinh Huỳnh Linh, chảy máu tại vị trí đường vào phải truyền máu là 6% (5). Khác biệt này có được là do sự thay đổi về tỉ lệ bệnh nhân được đóng mạch bằng dụng cụ cũng như băng ép ngay tại phòng can thiệp với những điều dưỡng đã được đào tạo.

Bên cạnh đó, chúng tôi có 14 trường hợp (chiếm 6,5%) có biến chứng tụ máu tại vị trí đường vào can thiệp trong 3 giờ đầu, 17 người bệnh (chiếm 7,9%) trong 12 giờ và 20 người bệnh (9,3%) trong 24 giờ. Tất cả biến chứng tụ máu đều chỉ tụ máu dưới da do quá trình ép cầm máu, kết quả siêu âm không có rò mạch ra tổ chức dưới da, chỉ cần băng ép tại chỗ tụ máu và theo dõi cố định chân. Sau đó tất cả các NB đều có ổn định và ra được viện. Kết quả này cao hơn của tác giả

Lê Thị Mến là 3,3% (5), có thể là do chúng tôi đã chọn tất cả những trường hợp có tụ máu từ nhẹ đến nặng vào nghiên cứu.

Ngoài ra, chúng tôi có 39 (18,2%) trường hợp bí tiểu trong 3 giờ đầu, 6 trường hợp bí tiểu trong 12 giờ và không có trường hợp nào bí tiểu sau 12 giờ. Người bệnh không tự tiểu được và chủ yếu ở nữ giới, với nguyên nhân như thuốc gây tê, tư thế cố định chân do đường vào động mạch đùi. Điều dưỡng tiến hành chườm ấm và hướng dẫn người nhà chườm ấm cho người bệnh tự đi tiểu. Khi chườm ấm nhiều lần không hiệu quả, báo cáo bác sĩ cho y lệnh đặt sode tiểu (10 trường hợp).

Trong nghiên cứu có 24 ca phản vệ với thuốc cản quang. Đa phần là phản vệ nhẹ: độ I, II (9,8%); phản vệ độ III có 2 trường hợp và phản vệ độ IV có 1 trường hợp. Các trường hợp phản vệ chúng tôi đều ngay lập tức thực hiện cấp cứu cho người bệnh và báo ngay với bác sĩ lâm sàng phối hợp cùng xử trí, đồng thời thực hiện y lệnh thuốc cho người bệnh, đắp chăn và/hoặc sưởi ấm bằng đèn cho người bệnh. Sau xử trí, chúng tôi lắp monitor theo dõi và theo dõi sát huyết áp, nhịp tim ít nhất trong 24 giờ, nhằm phát hiện sớm các trường hợp phản vệ thì hai.

Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của tác giả Đào Danh Vinh (5,2%) (7), thấp hơn tác giả Bùi Anh Thông (20%) (8) và Đinh Huỳnh Linh (23%) (6), Sự khác biệt có thể liên quan đến mẫu không đồng nhất và sự tiến bộ về kỹ thuật chăm sóc của trung tâm.

Về kết quả chăm sóc người bệnh nói chung, bệnh nhân được chăm sóc tốt chiếm 79,44%, thỏa mãn các tiêu chí: người bệnh không có biến cố sau 12h- 24h sau can thiệp; điếm 100% bằng kiểm sau can thiệp; người bệnh không phải theo dõi đặc biệt sau 24h; không phải can thiệp gì sau 24h; được theo dõi sát quá trình dùng thuốc; được chăm sóc tâm lý; được chăm sóc dinh dưỡng tốt; được chăm sóc vệ sinh cá nhân tốt; được giáo dục sức khỏe đầy đủ và người bệnh hài lòng với kết quả chăm sóc điều trị. Kết quả này của chúng tôi cao hơn của các tác giả Lê Thị Mến và cộng sự, được thực hiện tại Viện Tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai: chăm sóc tốt: 72,2% và chăm sóc khá:

27,8% (5). Kết quả này tốt hơn so với các nghiên cứu trước và cho thấy điều dưỡng hiểu được vai trò chăm sóc, phối với các bác sĩ lâm sàng cùng điều trị là rất quan trọng.

KẾT LUẬN

Các biến chứng sau can thiệp nội mạch điều trị BĐMNB thường xảy ra chủ yếu trong 3 giờ đầu và đều được xử trí kịp thời nhờ sự phối hợp giữa bác sĩ và điều dưỡng. Công tác chăm sóc người bệnh sau can thiệp động mạch ngoại biên tại Viện Tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai đã đạt được những kết quả đáng khích lệ, mức độ đạt chăm sóc tốt lên đến 79,44%. Tuy nhiên để giúp nâng cao hiệu quả điều trị, công tác của điều dưỡng vẫn cần có sự cải thiện trong nhiều khâu chăm sóc sau can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyen LV. Study on disease patterns in inpatients at the Vietnam National Heart Institute. *J Vietnam Cardiol*. 2007.
2. DeRubertis BG, Faries PL, McKinsey JF, et al. Shifting paradigms in the treatment of lower extremity vascular disease: a report of 1000 percutaneous interventions. *Ann Surg*. 2007;246(3):415-424. doi:10.1097/SLA.0b013e31814699a2.
3. Pham MH. *Clinical Cardiology*. Medical Publishing House; 2019.
4. Ministry of Health. Guidelines for nursing work on patient care in hospitals. 2011.
5. Le TM. Results of care and treatment for patients undergoing chronic lower limb artery intervention and some related factors at Bach Mai Hospital in 2020 -2021. Master's thesis, Thang Long University; 2022.
6. Dinh HL, Pham MH, Nguyen NQ, et al. *J Vietnam Cardiol* 2016;75+76:123–30.
7. Dao DV, Pham MT. Short-term results of endovascular intervention in the treatment below-the-knee chronic arterial occlusion. *Vjrn*. 2022;(11):442-450. doi:10.55046/vjrn.11.294.2013.
8. Bui AT. Evaluation of endovascular intervention using the WIFI score in patients with diabetes mellitus and lower limb artery disease. Residency thesis, Hanoi Medical University; 2020.