

- reduction by percutaneous bone hook traction", J Oral Maxillofac Surg. 2021. 79(7):1514-1527.
- Degala S., Radhakrishna S., Dharmarajan S.,** "Zygomaticomaxillary fracture fixation: a prospective comparative evaluation of two-point versus three-point fixation", Oral Maxillofac Surg. 2021. 25(1):41-48.
 - Gawande M. J., Lambade P. N., Bande C., et al.,** "Two-Point versus Three-Point Fixation in the Management of Zygomaticomaxillary Complex Fractures: A Comparative Study", Ann Maxillofac Surg. 2021. 11(2):229-235.
 - Lee K. S., Do G. C., Shin J. B., et al.,** "One-point versus two-point fixation in the management of zygoma complex fractures", Arch Craniofac Surg. 2022. 23(4):171-177.
 - Rohit, Vishal, VK Prajapati, et al.,** "Incidence, etiology and management zygomaticomaxillary complex fracture", J Clin Exp Dent. 2021. 13(3):215-235.
 - Shokri T., Sokoya M., Cohn J. E., et al.,** "Single-Point Fixation for Noncomminuted Zygomaticomaxillary Complex Fractures-A 20-Year Experience", J Oral Maxillofac Surg. 2020. 78(5):778-781.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT BẮC CẦU MẠCH VÀNH TẠI BỆNH VIỆN TIM TÂM ĐỨC

Nguyễn Quang Tuấn¹, Nguyễn Lê Quang Phú²,
Chu Trọng Hiệp¹, Phan Kim Phương¹, Huỳnh Giao²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh động mạch vành là một vấn đề sức khỏe công đồng và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây giảm chất lượng cuộc sống, tàn tật và tử vong trên toàn thế giới. Phẫu thuật bắc cầu mạch vành (CABG) giúp cải thiện chất lượng cuộc sống, triệu chứng thiếu máu cục bộ cơ tim và chức năng tim, từ đó giúp tăng tỷ lệ sống còn cho người bệnh. **Mục tiêu:** Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành tại Bệnh viện Tim Tâm Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 52 bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành tại Bệnh viện Tim Tâm Đức từ 1/1/2023 đến 31/12/2023, sử dụng bộ câu hỏi SF-36. **Kết quả:** Đa số người bệnh là nam giới (69,2%) và tuổi trên 60 (38,5%). Điểm trung bình của 4 lĩnh vực sức khỏe thể chất bao gồm hoạt động chức năng, giới hạn chức năng, cảm nhận đau đớn và sức khỏe tổng quát lần lượt là: 83,08; 70,04; 70,82 và 75,48. Điểm trung bình của 4 lĩnh vực sức khỏe tinh thần bao gồm cảm nhận sức sống, hoạt động xã hội, giới hạn tâm lý và tinh thần tổng quát lần lượt là: 79,42; 80,50; 70,51 và 68,29. **Kết luận:** Điểm số chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành ở các lĩnh vực đều ở mức khá và khá tốt. Do đó phẫu thuật bắc cầu mạch vành là một chỉ định cải thiện rõ ở bệnh nhân sau phẫu thuật. **Từ khóa:** Chất lượng cuộc sống, SF-36, phẫu thuật bắc cầu mạch vành.

SUMMARY

EVALUATE HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE OF PATIENTS FOLLOWING CORONARY

¹Bệnh viện Tim Tâm Đức

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Tuấn

Email: nguyenguangtuan2521973@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 16.9.2024

ARTERY BYPASS GRAFT AT THE CARDIOVASCULAR TAM DUC HOSPITAL

Background: Coronary heart disease is a public health problem and is one of the leading causes of loss of quality of life, disability, and death worldwide. Coronary artery bypass grafting (CABG) helps improve quality of life, symptoms of myocardial ischaemia, and ventricular function, thus helping increase the survival rate of sufferers. **Aim:** To evaluate the Health-related quality of life (HRQOL) of patients following coronary artery bypass graft at the Cardiovascular TAM DUC Hospital. **Method:** A cross-sectional descriptive study on 52 cases following coronary artery bypass graft at the Cardiovascular TAM DUC Hospital from 1/1/2023 to 31/12/2023, using the SF-36 questionnaire. **Result:** Most patients are male (69,2%) and over 60 years of age (38,5%). The mean score of 4 physical health domains including Physical Functioning (PF), Role Physical (RP), Bodily Pain (BP) and General Health (GH) were: 83,08; 70,04; 70,08, and 75,48. The average scores of the four mental health domains including including vitality (VT), social functioning (SF), role emotional (RE) and general mental health (MH) are: 79,42; 80,50; 70,51 and 68,29, respectively. **Conclusion:** The total points of HRQOL in all areas were quite and quite good. Therefore, coronary artery bypass graft is an indication for clear improvement in postoperative patients. **Keywords:** Quality of life, SF-36, coronary artery bypass graft.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành (CAD) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và bệnh tật trên toàn cầu. Các chiến lược tái thông mạch máu để giải quyết tình trạng hẹp mạch vành bao gồm: Can thiệp mạch vành qua da (PCI) và phẫu thuật bắc cầu mạch vành (CABG), trong đó PCI thường được ưa chuộng trên nhóm bệnh không phức tạp và trong khi phẫu thuật bắc cầu mạch vành vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị các bệnh lý mạch vành, đặc biệt ở những trường hợp

bệnh thân chung, bệnh ba nhánh mạch vành hoặc có đái tháo đường. Phẫu thuật bắc cầu mạch vành vẫn là phẫu thuật tim thực hiện phổ biến nhất trong nhiều thập kỷ qua. Mục tiêu chính của phẫu thuật là cải thiện khả năng sống sót và cải thiện sức khỏe liên quan đến chất lượng cuộc sống.

Nếu tử vong và tái nhập viện sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành là một kết cục nhị giá để định nghĩa thì tình trạng sức khỏe hay chất lượng cuộc sống là một biến số khó đánh giá chính xác và toàn diện. Vai trò của chất lượng cuộc sống được thể hiện rõ trong quan điểm của cục quản lý thực phẩm và thuốc Hoa Kỳ (FDA). Kể từ năm 2019, FDA có thể cấp giấy phép chứng nhận lưu hành một thuốc hay dụng cụ chỉ cần dựa trên bằng chứng cải thiện chất lượng cuộc sống đơn thuần [1].

Mặc dù tính an toàn và hiệu quả của phẫu thuật bắc cầu mạch vành trong điều trị bệnh nhân đã được xác định rõ ràng. Nhưng các biến chứng phẫu thuật này vẫn là một gánh nặng gây tử vong, bệnh tật và tàn phế. Kết quả của phẫu thuật bắc cầu mạch vành chủ yếu được nghiên cứu về khía cạnh sống sót và giảm các triệu chứng liên quan đến tim. Tuy nhiên, thiếu dữ liệu về ảnh hưởng của các biến chứng sau phẫu thuật lên chất lượng cuộc sống.

Nhóm thang đo tổng quát nổi bật với SF 36 là thang điểm sử dụng rộng rãi và phù hợp trên nhóm bệnh nhân bệnh động mạch vành [2]. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu về lĩnh vực này. Do đó, tôi tiến hành đề tài nghiên cứu chất lượng cuộc sống người bệnh sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành tại bệnh viện Tim Tâm Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Thời gian: Từ tháng 01/2024 đến tháng 04/2024

Địa điểm: Bệnh viện Tim Tâm Đức

2.3. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chí chọn vào:

- + Người bệnh sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành tại khoa ngoại Bệnh viện Tim Tâm Đức .
- + Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.
- + Tình trạng tinh thần tỉnh táo trong khoảng thời gian khảo sát.

Tiêu chí loại trừ:

- + Người bệnh không có đầy đủ thông tin, hồ sơ bệnh án để tiến hành nghiên cứu.
- + Không hợp tác, không thể nghe, nhìn hay trả lời phỏng vấn.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Tất cả người bệnh sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành từ 01/01/2023 đến 31/12/2023 tại khoa ngoại Bệnh viện Tim Tâm Đức tái khám từ 01/2024 đến tháng 04/2024.

2.5. Các biến số nghiên cứu. Bộ câu hỏi Short Form 36 (SF36) là một công cụ được phát triển bởi nhóm nghiên cứu y tế (Medical Outcomes Study – MOS) thuộc tập đoàn RAND. Bộ câu hỏi SF-36 (phiên bản 1.0) [2]. Mỗi câu trả lời đều có điểm số thay đổi từ 0 đến 100. Điểm càng cao thì xác định sức khỏe càng tốt. Trên cơ sở điểm trung bình chung, điểm CLCS được đánh giá từ 0 - 25: Chất lượng cuộc sống kém. Từ 26 - 50: Chất lượng cuộc sống trung bình kém. Từ 51 - 75: Chất lượng cuộc sống trung bình khá. Từ 76 - 100: Chất lượng cuộc sống khá, tốt.

2.6. Kỹ thuật, công cụ thu thập số liệu.

Số liệu được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu sau phẫu thuật về các thông tin chung, thông tin về bệnh, chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi Short Form 36 (SF36). Bộ câu hỏi SF-36 (phiên bản 1.0) gồm 8 yếu tố về sức khỏe: hoạt động thể lực; các hạn chế do sức khỏe thể lực; các hạn chế do dễ xúc động; sinh lực; sức khỏe tinh thần; hoạt động xã hội; cảm giác đau; sức khỏe chung. Một số thông tin về tiền sử cũng như các thông tin về bệnh khác của đối tượng nghiên cứu được thu thập từ bệnh án.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu. Thống kê mô tả với các biến định tính được biểu thị bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Với các biến định lượng, nếu có phân phối bình thường thì mô tả bằng trung bình ± độ lệch chuẩn, nếu không có phân phối bình thường thì thống kê bằng trung vị và khoảng tứ phân vị.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã nhận được chấp thuận về mặt y đức từ Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Tim Tâm Đức số 51/HĐĐĐ-BVTTD, ngày phê duyệt 09/01/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm người bệnh trước mổ

Bảng 1: Đặc điểm người bệnh trước mổ (n=52)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
Trung bình ± Độ lệch chuẩn	61,40±7,35	
Giá trị nhỏ nhất – Giá trị lớn nhất	41-78	
Nhóm tuổi: 41- 45 tuổi	18	34,6
46 -59 tuổi	14	26,9

≥ 60 tuổi	20	38,5
Giới tính: Nam	36	69,2
Nữ	16	30,8
Đặc điểm cá nhân trước mổ về lối sống		
Hút thuốc lá	13	25,0
Uống rượu	1	1,9
Tình trạng dinh dưỡng (BMI)		
Thừa cân	24	46,2
Bình thường	26	50,0
Thiếu cân	2	3,8
Nơi ở hiện tại: Nông thôn	37	28,8
Thành thị	15	71,2

Tuổi của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu thấp nhất là 41 và cao nhất là 78, tuổi trung bình là 61,40 ± 7,35

Trong nghiên cứu nam giới nhiều hơn chiếm 69,2% và nam giới chiếm 30,8%

Có 25% bệnh nhân có hút thuốc lá và 1,9% bệnh nhân có uống rượu trước mổ. Ghi nhận đến 46,2% bệnh nhân thể trạng thừa cân trước phẫu thuật, đây là một yếu tố nguy cơ tim mạch.

Phần lớn bệnh nhân ở nông thôn chiếm 71,2% và thành thị là 28,8%

Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật

Bảng 2: Phân bố đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật (n=52)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Phân độ suy tim theo NYHA		
I	4	7,6
II	38	73,1
III	8	15,3
IV	2	4
Triệu chứng lâm sàng		
Mệt	46	88,4
Khó thở	40	76,9
Đau ngực	47	90,3
Hồi hộp	15	28,8
Tim đập nhanh	19	36,5
Phù	10	19,2
Bệnh đồng mắc		
Tăng huyết áp	49	94,2
Đái tháo đường	32	61,2
Rối loạn lipid máu	41	78,8
Tiền sử nhồi máu cơ tim	11	21,2
Hoàn cảnh phẫu thuật		
Mổ khẩn và bán khẩn	8	15,4

Đa số bệnh nhân NYHA II (73,1%). NYHA III chiếm 15,2% và chỉ 4% có NYHA IV.

Trong triệu chứng cơ năng đau ngực thường gặp nhất chiếm 90,4% số bệnh nhân. Ngoài ra mệt, khó thở chiếm lần lượt 88,4% và 80%.

Đái tháo đường, Rối loạn mỡ máu, Tăng huyết áp chiếm tỉ lệ lần lượt là 61,2%; 78,8%; 94,2%. Trong khi mổ khẩn và bán khẩn chiếm

15,4%; Tiền sử nhồi máu cơ tim là 21,2%

Bảng 3: Số lượng mạch vành bị tổn thương và EF% trước và sau phẫu thuật (n=52)

Số lượng hẹp động mạch vành	BN	Tỉ lệ %
Hẹp thân chung	22	42,3
Hẹp 3 nhánh động mạch vành	46	88,5
Hẹp 2 nhánh động mạch vành	02	3,8
Hẹp 1 nhánh động mạch vành	06	11,5
Chức năng tim trước và sau phẫu thuật		
Chức năng tim trước mổ (EF%) (30% - 74%) (M±SD)	56,1 ± 11,4	
Chức năng tim sau mổ (EF%) (45% - 85%) (M±SD)	66,6 ± 8,9	
EF = < 50%	11	21,2

Hẹp 3 nhánh mạch vành chiếm đa số 88,5%. Hẹp thân chung chiếm đến 42,3%.

Chức năng tim trước mổ dao động từ 30% đến 74%.

Chức năng tim sau mổ dao động từ 45% đến 85%.

Chức năng tim trung bình cải thiện từ 56,1% lên 66,6%.

Số bệnh nhân có EF = < 50% chiếm 21,2%

Bảng 4: Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng cầu nối trong phẫu thuật và Statin và kháng kết tập tiểu cầu kép (n=52)

Số lượng cầu nối động mạch vành	BN	Tỉ lệ %
Sử dụng 01 cầu nối	5	9,6
Sử dụng 02 cầu nối	3	5,8
Sử dụng 03 cầu nối	23	44,2
Sử dụng 04 cầu nối	18	34,6
Sử dụng 05 cầu nối	3	5,8
Sử dụng Statin và kháng kết tập tiểu cầu kép		
Statin cường độ cao	52	100
Kháng kết tập tiểu cầu kép	52	100

Sử dụng 3-4 cầu nối chiếm gần 80%, có 3 trường hợp sử dụng 05 cầu nối chiếm 5,8%

Tất cả bệnh nhân đều được điều trị Statin cường độ cao và kháng kết tập tiểu cầu kép

Bảng 5: Tỷ lệ sử dụng loại mảnh ghép trong phẫu thuật (n=52)

Loại mảnh ghép làm cầu nối động mạch vành	BN	Tỉ lệ %
Động mạch ngực trong	51	98,1
Động mạch quay	37	71,2
Tĩnh mạch hiển	41	78,8

Tỉ lệ sử dụng động mạch ngực trong chiếm đến 98,1%

Điểm CLCS đo lường bằng bộ công cụ SF-36

Bảng 6: Điểm CLCS của người bệnh sau phẫu thuật theo các lĩnh vực (n=52)

Lĩnh vực sức khỏe	M	Min	Max	SD
Hoạt động chức năng (PF)	83,08	50,00	100,00	10,44
Giới hạn chức năng (RP)	70,04	25,00	100	16,67
Cảm nhận đau đớn (BP)	70,82	22,00	100	15,55
Đánh giá sức khỏe (GH)	75,48	10	100,00	16,76
Chất lượng sống thể chất (PCS)	74,86	28,00	100	12,42
Cảm nhận sức sống (VT)	79,42	20	100,00	17,54
Hoạt động xã hội (SF)	80,50	25	100,00	17,75
Giới hạn tâm lý (RE)	70,51	00,00	100,00	20,50
Tâm thần tổng quát (MH)	68,29	12,00	96,00	15,45
Chất lượng sống tinh thần (MCS)	74,76	14,25	99,00	15,03
Chất lượng sống chung	74,78			13,72

Điểm trung bình CLCS ở các khía cạnh hầu hết đều ở mức khá tốt

Hầu hết điểm trung bình của các khía cạnh chất lượng cuộc sống về thể chất và tinh thần đều ở mức khá và khá tốt.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu thấp nhất là 41 và cao nhất là 78, tuổi trung bình là $61,40 \pm 7,3$. Bệnh nhân chủ yếu ở độ tuổi trung niên và người cao tuổi do đây là độ tuổi dễ mắc các bệnh lý về mạch vành. Trong nghiên cứu tỉ lệ nam giới nhiều hơn chiếm 69,2% và nữ giới chiếm 30,8%. Hwasoon và CS (2022) báo cáo độ tuổi trung bình $64,2 \pm 9,6$, về giới tính nam giới chiếm 81,8%, có mối tương quan giữa giới tính và tỷ lệ mắc bệnh mạch vành [3]. Trong nghiên cứu bệnh nhân phần lớn ở nông thôn chiếm 71,2% và thành thị là 28,8%, bệnh nhân ở nông thôn ý thức chăm sóc bản thân tốt, với lại phẫu thuật bắc cầu mạch vành là kỹ thuật chuyên khoa cao nên ít bệnh viện thực hiện tốt phẫu thuật này.

Về đặc điểm lâm sàng trước mổ, ESC 2021 đã thực hiện 1 phân tích gộp gồm nhiều nghiên cứu ngẫu nhiên trên thế giới [4], với 217 bệnh nhân nghiên cứu tại pháp, tác giả Ferrotti (2016) [5] báo cáo tỉ lệ đái tháo đường là 30,9%, Tăng huyết áp là 60,4%, trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ đái tháo đường chiếm 61,2%, Tăng huyết áp là 94%. Nghiên cứu của Houlin (2012) tại Đan mạch cho thấy bệnh nhân có NYHA II-IV chiếm 54%, EF=< 50% chiếm 5%[6], trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ này lần lượt là 92,4% và 21,2%. Tác giả Hwasoon (2022) [3] đã báo cáo tỉ lệ tổn thương mạch vành trước mổ, hẹp 1 nhánh, hẹp 2 nhánh và hẹp 3 nhánh

lần lượt là 3,6%, 19,1% và 77,3%, trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ này lần lượt là 11,2; 3,8; 88,5%, tỉ lệ hẹp thân chung chiếm gần 50%. Nhìn chung, bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi có yếu tố nguy cơ nặng và tỉ lệ bệnh đồng mắc hơn so với các nghiên cứu trên.

Chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật. Có đến 49 bệnh nhân được ghi nhận cảm nhận khỏe hơn trước mổ chiếm đến 94,2%. Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi có tới 100% bệnh nhân cho rằng họ được người nhà và nhân viên y tế hỗ trợ tốt về cả tinh thần và thể chất sau phẫu thuật. Trước mổ có tỉ lệ bệnh nhân có sử dụng rượu bia và 25% bệnh nhân có hút thuốc lá. Tuy nhiên, sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành, qua sự tác động của nhân viên y tế, không có người bệnh nào còn tiếp tục sử dụng rượu bia và hút thuốc lá, đây là kết quả tác động tích cực của nhân viên y tế và người nhà người bệnh.

Về điểm CLCS: hầu hết người bệnh trong nghiên cứu của tôi có tình trạng sức khỏe chung, sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần đều ở mức khá và khá tốt, điểm sức khỏe chung trung bình là $74,78 \pm 13,72$, điểm sức khỏe tinh thần ở mức $74,71 \pm 15,03$ và điểm sức khỏe thể chất ở mức $74,86 \pm 12,42$. Trong đó về chất lượng sống thể chất: Hoạt động chức năng là $83,03 \pm 10,44$, điểm về sự giới hạn chức năng do vai trò sức khỏe thể chất là $70,04 \pm 16,67$, điểm về sự cảm nhận đau đớn là $70,82 \pm 15,55$, điểm về sự đánh giá sức khỏe thể chất là $75,48 \pm 16,76$. Điểm về chất lượng sống tinh thần: điểm về cảm nhận sức sống là $79,42 \pm 17,54$, điểm về hoạt động xã hội là $80,50 \pm 17,75$, điểm về giới hạn tâm lý là $70,51 \pm 20,05$, điểm về tâm thần tổng quát $68,29 \pm 15,45$. Nghiên cứu tại Mỹ của Kiebzak GM và cs[7], điểm về chất lượng sống thể chất chức năng là $75,5 \pm 2,6$ điểm về sự giới hạn chức năng sức khỏe thể chất là $53,7 \pm 5$, điểm về sự cảm nhận đau đớn là $72,8 \pm 2,3$, điểm về sự đánh giá sức khỏe thể chất là $63,3 \pm 2,5$, điểm về chất lượng sống tinh thần cảm nhận sức sống là $60,4 \pm 2,4$, điểm về hoạt động xã hội là $84 \pm 2,4$, điểm về giới hạn tâm lý là $71,6 \pm 4,4$, điểm về hoạt động tâm thần tổng quát là $79,3 \pm 1,7$. Điểm trung bình CLCS trong nghiên cứu của tôi cao hơn so với nghiên cứu của Szygula-jurkiewicz B và cs[8] tại Hàn lan với 104 bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành với điểm về hoạt động thể chất chức năng là $63,5 \pm 2,7$, điểm về sự giới hạn chức năng thể chất là $60,1 \pm 4$, điểm về sự cảm nhận đau đớn là $75 \pm 2,2$, điểm về sự đánh giá sức khỏe là $43,6 \pm 1,7$, điểm về hoạt động

ting thần cảm nhận cuộc sống là $57,3 \pm 2,4$, điểm về hoạt động xã hội là $76,2 \pm 2,4$, điểm về giới hạn tâm lý là $64,7 \pm 3,8$, điểm về tâm thần tổng quát là $63,3 \pm 2,1$. Với 217 bệnh nhân nghiên cứu tại pháp, tác giả Ferrotti (2016)[5] báo cáo kết quả chất lượng sống thể chất $61,10 \pm 19,9$; chất lượng sống về tinh thần $66,50 \pm 17,9$. Nhìn chung điểm trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu trên. Sự khác biệt về điểm số này có thể lý giải bởi nhiều yếu tố tác động: từ hiệu quả điều trị của bệnh viện chúng tôi, từ nhu cầu cuộc sống cá nhân đến các vấn đề về gia đình và xã hội, đặc biệt bệnh nhân được hỗ trợ rất tích cực và tốt từ nhân viên y tế, gia đình và xã hội.

Những yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Mục tiêu chính của phẫu thuật là cải thiện khả năng sống sót và cải thiện sức khỏe liên quan đến chất lượng cuộc sống. Sự thông thoáng của mảnh ghép có liên quan đến chất lượng cuộc sống cao hơn ở bệnh nhân phẫu thuật bắc cầu mạch vành. Chất lượng cầu nối không tốt sẽ làm bệnh nhân đau ngực tái phát, nhồi máu cơ tim, không cải thiện chức năng cơ tim và cả suy tim nặng hơn. Tất cả sẽ ảnh hưởng lên chất lượng cuộc sống vì tái nhập viện, tử vong, lo lắng, mất ngủ. Độ bền và thông thoáng cầu nối là cơ chế được công nhận cho lợi ích của cầu nối mạch vành. Bởi vậy, sự thông thoáng mạch vành hết sức quan trọng, các yếu tố tác động trực tiếp đến kết quả: Chọn loại cầu nối, số lượng cầu nối, điều trị sớm kháng kết tập tiểu cầu kép và statin[9]. Trong nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ trước mổ hẹp thân chung là 42,3% và hẹp nặng 3 nhánh mạch vành chiếm 88,5%, một tỉ lệ rất cao và đa số không còn chỉ định thông tim can thiệp. Chiến lược điều trị là tối ưu hóa cầu nối ngực trong, có đến 51/52 bệnh nhân sử dụng ít nhất 01 động mạch ngực trong (hoặc dùng cả 2), theo ESC tỉ lệ thông thoáng sau 5 năm chiếm khoảng 95%[4]. Số lượng cầu nối thực hiện trong nghiên cứu đa số là 3 đến 4 cầu chiếm tỉ lệ gần 80%. Theo tác giả HR Taghipour [10] tỉ lệ này là 68,4% (01 cầu: 6%, 02 cầu: 20,5%, 03 cầu: 22,2%, 04 cầu: 46,2% và 05 cầu 5,1%). Tất cả 100% bệnh nhân sử dụng sớm kháng kết tập tiểu cầu kép và statin khi không có chống chỉ định. Một yếu tố quan trọng khác là cải thiện chức năng cơ bóp cơ tim sau mổ, nghiên cứu thực hiện với EF trung bình trước mổ là 56,1% và đã cải thiện rõ sau mổ EF trung bình 66,6%, sự cải thiện này góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu trên 52 bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành của chúng tôi có các đặc điểm dịch tễ học tương tự như các nghiên cứu khác, tình trạng người bệnh trước phẫu thuật nặng, đã được điều trị tích cực - hiệu quả bằng phẫu thuật bắc cầu mạch vành, được hỗ trợ tốt từ gia đình và nhân viên y tế trước và sau phẫu thuật. Điểm chất lượng cuộc sống ở 8 lĩnh vực đều đạt kết quả là khá và khá tốt. Phẫu thuật bắc cầu mạch vành là một chỉ định tốt cho người bị động mạch vành, giúp cải thiện được chất lượng cuộc sống người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vaduganathan, M., et al.,** Applicability of US Food and Drug Administration Labeling for Dapagliflozin to Patients With Heart Failure With Reduced Ejection Fraction in US Clinical Practice: The Get With the Guidelines–Heart Failure (GWTG-HF) Registry. 2021. 6(3): p. 267-275.
2. **Iglesias, C., D.J.J.o.h.s.r. Torgerson,** and policy, Does length of questionnaire matter? A randomised trial of response rates to a mailed questionnaire. 2000. 5(4): p. 219-221.
3. **Kim, H., et al.,** Predictors of health-related quality of life after coronary artery bypass graft surgery. 2022. 12(1): p. 16119.
4. **Creber, R.M., et al.,** Effect of coronary artery bypass grafting on quality of life: a meta-analysis of randomized trials. 2022. 8(3): p. 259-268.
5. **Perrotti, A., et al.,** Relationship between depression and health-related quality of life in patients undergoing coronary artery bypass grafting: a MOTIV-CABG substudy. 2016. 25: p. 1433-1440.
6. **Houliand, K., et al.,** On-pump versus off-pump coronary artery bypass surgery in elderly patients: results from the Danish on-pump versus off-pump randomization study. 2012. 125(20): p. 2431-2439.
7. **Kiebzak, G.M., et al.,** Use of the SF36 general health status survey to document health-related quality of life in patients with coronary artery disease: effect of disease and response to coronary artery bypass graft surgery. 2002. 31(3): p. 207-213.
8. **Szygula-Jurkiewicz, B., et al.,** Health related quality of life after percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass graft surgery in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation. 12-month follow up. 2005. 27(5): p. 882-886.
9. **Gaudino, M., et al.,** Graft failure after coronary artery bypass grafting and its association with patient characteristics and clinical events: a pooled individual patient data analysis of clinical trials with imaging follow-up. 2023. 148(17): p. 1305-1315.
10. **Taghipour, H., et al.,** Quality of life one year after coronary artery bypass graft surgery. 2011. 13(3): p. 171.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CỔ VAI CÁNH TAY DO THOÁI HOÁ CỘT SỐNG CỔ BẰNG THUỶ CHÂM NUCLEO C.M.P, ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP KÉO GIÃN CỘT SỐNG

Nguyễn Giang Thanh¹, Lê Thành Xuân¹, Đinh Thị Lam²

TÓM TẮT

Mục tiêu: "Nghiên cứu (NC) được thực hiện nhằm đánh giá tác dụng điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hoá cột sống cổ bằng thủy châm Nucleo C.M.P, điện châm kết hợp kéo giãn cột sống; **Phương pháp nghiên cứu:** Can thiệp lâm sàng, so sánh đối chứng. Nghiên cứu tiến hành trên 60 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng vai tay do thoái hoá cột sống cổ, chia thành 2 nhóm. Cả hai nhóm đều dùng điện châm, kéo giãn cột sống cổ và thủy châm Nucleo C.M.P (ở nhóm NC) điều trị tại Bệnh viện đa khoa Đống Đa từ tháng 7/2023 đến tháng 4/2024. **Kết quả nghiên cứu:** Sau 15 ngày điều trị ở nhóm NC: Sau 15 ngày điều trị, các chỉ tiêu quan sát như: Chỉ số VAS, chỉ số NDI, chỉ số tầm vận động cột sống cổ đều có cải thiện rõ rệt và sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$; Mức cải thiện các chỉ số trên sau điều trị tốt hơn trước điều trị và cao hơn rõ rệt so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$); Không ghi nhận tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng. **Kết luận:** Thủy châm Nucleo C.M.P, điện châm và kéo giãn cột sống cổ có tác dụng tốt trong điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hoá cột sống cổ". **Từ khóa:** Hội chứng cổ vai cánh tay, Nucleo C.M.P thủy châm

SUMMARY

EVALUATING THE TREATMENT EFFECT OF NECK-SHOULDER-ARM SYNDROME DUE TO CERVICAL SPONDYLOSIS USING NUCLEO C.M.P INJECTION, ELECTRO-ACCUPUNCTURE COMBINED WITH SPINAL STRETCHING

Objective: "The study aims to evaluate treatment effect of neck-shoulder-arm syndrome due to cervical spondylosis using Nucleo C.M.P injection, electro-accupuncture combined with spinal stretching; **Methods:** Used clinical intervention, control, carried on 60 patients suffering neck-shoulder-arm syndrome who are divided in to two groups. Both groups used electro-accupuncture, spinal stretching and combining with Nucleo C.M.P injection (for study group); **Results:** After 15 days of treatment, the observed indicators as: VAS indicators, NDI index and range of spine neck movement has improved markedly and this change was statistically significant with $p < 0.05$; All indicators are improved significantly better post - treatment in comparing to pre-treatment as well as to

controll group ($p < 0,05$); No clinically undesirable effects were noted. **Conclusion:** Nucle C.M.P, electro-accupuncture, spinal stretching injection has effects of pain reducing and anti-inflammation, then it has good effect in treatment patients neck-shoulder-arm syndrome due to cervical spondylosis.

Keywords: Neck-Shoulder-Arm Syndrome, Nucleo C.M.P injection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng cổ vai cánh tay là một nhóm các triệu chứng lâm sàng liên quan đến các bệnh lý cột sống cổ có kèm theo các rối loạn chức năng rễ, dây thần kinh cột sống cổ và/hoặc tuỷ cổ, không liên quan tới bệnh lý viêm¹. Nguyên nhân thường gặp là do thoái hoá cột sống cổ. Thoái hoá cột sống cổ gây chèn ép vào các rễ, dây thần kinh làm tổn thương các tế bào Schwann sản xuất myelin. Tái tạo và bảo vệ bao myelin sau tổn thương thần kinh là một yếu tố cơ bản trong điều trị phục hồi bệnh lý thần kinh ngoại biên. Nucleo C.M.P. Forte là sự kết hợp các Nucleotide cytidine monophosphat (CMP) và Uridin triphosphat (UTP), có tác dụng tái tạo bao myelin, phục hồi lại bao myelin đã bị mất đi².

Theo Y học cổ truyền (YHCT), hội chứng cổ vai cánh tay được xếp vào phạm vi chứng Lạc chấp. Nguyên nhân do phong, hàn, thấp tà xâm nhập vào cơ thể nhân khi chính khí hư suy, làm khí huyết vận hành trong kinh lạc bị trở trệ không thông mà sinh bệnh. Phép chữa phải khu phong, tán hàn, trừ thấp, thông kinh hoạt lạc nhằm khôi phục lại sự cân bằng âm dương, nâng cao chính khí, đuổi tà khí, làm cho khí huyết lưu thông³. Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị hội chứng cổ vai tay do thoái hoá cột sống cổ kết hợp giữa vật lý trị liệu (siêu âm trị liệu, kéo giãn cột sống, điện xung trị liệu,...) và điều trị theo Y học cổ truyền (thuốc thang sắc, điện châm, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt...) nhằm đem lại hiệu quả cao trong điều trị và hạn chế được nhiều tác dụng không mong muốn của thuốc Y học hiện đại³.

Điện châm và thủy châm là hai phương pháp điều trị của Y học cổ truyền đã góp phần không nhỏ trong điều trị các chứng đau nói chung và khôi phục lại tầm vận động của cổ, vai, cánh tay trong hội chứng cổ vai cánh tay nói riêng. Kéo giãn cột sống là một phương pháp vật lý trị liệu đã được ứng dụng rất nhiều trong điều trị các bệnh lý xương khớp - cột sống, trong đó có

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Đống Đa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Giang Thanh

Email: nguyengiangthanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 17.9.2024