

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KIỂM SOÁT CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH NHÂN MẠCH VÀNH MẠN TÍNH SAU CAN THIỆP GIÁO DỤC TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Lê Thị Thu Hiền<sup>1</sup>, Phan Tiến Công<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Nương<sup>1</sup>,  
Trần Thị Thu Phương<sup>1</sup>, Lưu Văn Hậu<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả kiểm soát các YTNC của người bệnh ĐMV mạn tính sau can thiệp GDSK tại Bệnh viện TỰ QĐ 108. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng là 50 BN có bệnh ĐMV mạn tính điều trị ngoại trú tại Phòng khám Nội tim mạch - Bệnh viện TỰ QĐ 108 từ 03-11/2023. Phương pháp NC tiến cứu, mô tả cắt ngang, có can thiệp. Đánh giá YTNC trước can thiệp; thực hiện can thiệp GDSK; đánh giá lại YTNC. BN được can thiệp GDSK về khái niệm bệnh ĐMV, kiến thức về các YTNC tim mạch, các khuyến cáo và hướng dẫn kiểm soát các YTNC thông qua tư vấn đối thoại trực tiếp trong 30 phút. Nội dung GDSK được in và phát cho BN dưới hình thức lời dẫn kèm đơn thuốc ghim vào sổ khám bệnh. Thu thập, xử lý số liệu bằng thuật toán thống kê y học bởi phần mềm SPSS 20.0. Tính các giá trị %, giá trị TB, kiểm định Wilcoxon test, Mcneman test để so sánh các giá trị TB và tỷ lệ % trước và sau can thiệp. **Kết quả:** Can thiệp GDSK góp phần giảm các chỉ số LDL-C máu ( $3,11 \pm 1,1\text{mmol/L}$  so với  $3,57 \pm 1,8\text{mmol/L}$  với  $p=0,004$ ), glucose máu ( $6,07 \pm 1,8\text{mmol/L}$  so với  $6,75 \pm 2,3\text{mmol/L}$  với  $p=0,007$ ), BMI ( $25,12 \pm 2,6\text{kg/m}^2$  so với  $25,78 \pm 3,1\text{kg/m}^2$  với  $p=0,012$ ), giảm tỷ lệ BN sống tĩnh tại, ít vận động (38% so với 52% với  $p=0,019$ ). Tăng tỷ lệ BN có chế độ ăn theo khuyến cáo: Hạn chế chất béo xấu (84% so với 26% với  $p=0,001$ ); thay bằng chất béo tốt (76% so với 48% với  $p=0,018$ ); hạn chế tinh bột và kiểm soát cân nặng (58% so với 32% với  $p=0,022$ ); ăn tăng chất xơ và thức ăn có GI thấp (96% so với 74% với  $p=0,050$ ); ăn giảm muối (64% so với 30% với  $p=0,005$ ). **Kết luận:** GDSK cho BN bệnh ĐMV mạn tính làm giảm các chỉ số YTNC liên quan đến chuyển hoá (LDL-C, glucose, BMI), thay đổi các chỉ số YTNC liên quan đến hành vi của BN (giảm tỷ lệ BN sống tĩnh tại ít vận động, tăng tỷ lệ BN có chế độ ăn theo khuyến cáo).

**Từ khóa:** Bệnh mạch vành mạn tính, yếu tố nguy cơ tim mạch, giáo dục sức khỏe.

## SUMMARY

### EVALUATING THE RESULTS OF CONTROLLING RISK FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY ARTERY DISEASE AFTER HEALTH EDUCATIONAL INTERVENTION AT 108

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108  
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Hiền  
Email: hienthule240981@gmail.com  
Ngày nhận bài: 23.9.2024  
Ngày phản biện khoa học: 5.11.2024  
Ngày duyệt bài: 5.12.2024

## CENTRAL MILITARY HOSPITAL

**Objective:** Evaluate the results of controlling risk factors of patients with chronic Coronary Artery Disease (CAD) after Health Education Intervention (HEI) at Central Military Hospital 108. **Subjects and methods:** Subjects are 50 patients with chronic CAD treated Outpatient treatment at the Cardiovascular Clinic of Central Military Hospital 108 from March to November, 2023. Method: Prospective, cross-sectional, interventional research. Assess risk factors before intervention; Perform HEI; Re-evaluate risk factors. Patients received HEI on the concept of CAD, knowledge about cardiovascular risk factors, recommendations and instructions for controlling risk factors through direct dialogue consultation for 30 minutes. Health education content is printed and distributed to patients in the form of instructions with prescriptions pinned to the medical examination book. Data is collected and processed using medical statistical algorithms by SPSS 20.0 software. Calculate the percentage values, mean values, Wilcoxon test, Mcneman test to compare mean values and percentages before and after intervention. **Results:** HEI contributed to reducing blood LDL-C indices ( $3.11 \pm 1.1\text{mmol/L}$  compared to  $3.57 \pm 1.8\text{mmol/L}$  with  $p=0.004$ ), blood glucose ( $6.07 \pm 1.8\text{mmol/L}$  vs.  $6.75 \pm 2.3\text{mmol/L}$  with  $p=0.007$ ), BMI ( $25.12 \pm 2.6\text{kg/m}^2$  vs.  $25.78 \pm 3.1\text{kg/m}^2$  with  $p=0.012$ ), reducing the proportion of patients living sedentary lives (38% compared to 52% with  $p=0.019$ ). Increased proportion of patients with recommended diet: Limiting bad fats (84% vs. 26% with  $p=0.001$ ); replace with good fats (76% vs. 48% with  $p=0.018$ ); carbohydrate restriction and weight control (58% vs. 32% with  $p=0.022$ ); eat more fiber and low GI foods (96% vs. 74% with  $p=0.050$ ); eat less salt (64% vs 30% with  $p=0.005$ ). Increased knowledge score ( $13.75 \pm 4.10$  points compared to  $8.28 \pm 5.80$  points with  $p=0.004$ ). **Conclusion:** HEI for patients with chronic CAD contributes to reducing risk indicators related to metabolism (LDL-C, glucose, BMI), changing risk indicators related to patient behavior (reduce the proportion of patients living sedentary lives, increase the proportion of patients with recommended diets).

**Keywords:** Chronic coronary artery disease, cardiovascular risk factors, health education.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, bệnh động mạch vành (ĐMV) ngày càng phổ biến trên thế giới và Việt Nam. Xơ vữa ĐMV có thể không triệu chứng trong nhiều năm, triệu chứng bệnh xuất hiện khi xơ vữa và huyết khối gây thiếu máu cơ tim cục bộ, nếu không được kiểm soát tốt sẽ dẫn đến nhiều biến chứng,

đặc biệt là nhồi máu cơ tim nguy hiểm đến tính mạng người bệnh [1].

Yếu tố nguy cơ (YTNC) tim mạch gồm hai nhóm không thể thay đổi và có thể thay đổi được. Trên 80% các YTNC tim mạch có thể thay đổi được. Giáo dục sức khỏe (GDSK) nhằm tác động đến các YTNC tim mạch có thể thay đổi, góp phần cải thiện các chỉ số sức khỏe thông qua việc thúc đẩy các hành vi tốt liên quan đến sức khỏe, tăng tỷ lệ tuân thủ và cải thiện chất lượng cuộc sống của BN [3]. GDSK đem lại hiểu biết về bệnh, về YTNC và việc cần thiết phải tuân thủ thuốc, chế độ ăn, chế độ hoạt động thể chất, qua đó BN tự điều chỉnh hành vi của mình [4].

Thực tế, nhiều BN chưa quan tâm đúng mức đến tác động của YTNC tim mạch đến bệnh của mình, GDSK chưa hệ thống, không đầy đủ. Vì vậy, vai trò của điều dưỡng trong việc cung cấp thông tin, giúp BN hiểu các liệu pháp liên quan đến điều trị, tầm quan trọng của thay đổi lối sống và điều chỉnh các YTNC để giảm thiểu rủi ro liên quan đến bệnh tật là rất quan trọng. Tìm hiểu sự thay đổi hành vi thúc đẩy sức khỏe tim mạch, cải thiện về các YTNC ở các BN bệnh mạch vành mạn tính, chúng tôi tiến hành nghiên cứu (NC) này nhằm "Đánh giá kết quả kiểm soát các YTNC của BN bệnh mạch vành mạn tính sau can thiệp GDSK tại Bệnh viện TƯQĐ108".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 50 BN bệnh ĐMV mạn tính, giao tiếp tốt, tâm thần bình thường, không thay đổi phương pháp điều trị trong thời gian NC, đang điều trị ngoại trú tại Phòng khám Nội tim mạch- Bệnh viện TƯQĐ108 từ 03/2023 đến 11/2023. Loại trừ các BN: Không đồng ý tham gia, không hợp tác, không tham gia đầy đủ các bước theo quy trình, thất lạc dữ liệu, có hội chứng vành cấp hoặc mắc bệnh tim nặng khác.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Tiến cứu, mô tả cắt ngang, có can thiệp. Thiết kế NC: Theo dõi và đánh giá YTNC trước can thiệp; thực hiện can thiệp GDSK; theo dõi đánh giá lại YTNC sau can thiệp; đánh giá kết quả. Nội dung GDSK: Khái niệm về bệnh ĐMV, kiến thức về các YTNC tim mạch, các khuyến cáo và hướng dẫn kiểm soát các YTNC. Hình thức GDSK: Theo nguyên tắc một – một, đối mặt, đối thoại trong 30 phút. Tài liệu được in và phát cho BN qua lời dặn kèm đơn thuốc và ghim vào sổ khám bệnh; tổ chức GDSK: Xin ý kiến của cơ quan chức năng, có bàn tư vấn, thực hiện theo một trình tự thống nhất được quy định từ trước. Các biến số trong NC: Đặc điểm chung của BN (tuổi, giới, học vấn,

nghề nghiệp); biến YTNC: YTNC liên quan đến chuyển hóa (tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái đường, BMI), yếu tố hành vi (hút thuốc, hoạt động thể chất, ăn uống).

**2.3. Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu.** BMI được phân loại theo IDF-2005 áp dụng cho người trưởng thành khu vực Châu Á. Tăng huyết áp theo WHO. Rối loạn lipid máu theo ESC 2019. Chỉ số glucose máu theo Hội Đái tháo đường Mỹ. Hoạt động thể chất theo bảng câu hỏi RAPA. Chế độ ăn theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Châu Âu và Hội Tim mạch Việt Nam. Kiến thức về YTNC tim mạch theo bộ câu hỏi HDFQ của Wagner-2005.

**2.4. Thu thập và xử lý số liệu.** Thu thập, xử lý số liệu bằng thuật toán thống kê y học bởi phần mềm SPSS 20.0. Tính các giá trị phần trăm, giá trị trung bình, kiểm định Wilcoxon test, Mcnerman test để so sánh các giá trị trung bình và tỷ lệ trước và sau can thiệp.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Đối tượng nghiên cứu (n=50)	
	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	≤ 60	4, 8,0
	61- 70	27, 54,0
	71 - 80	17, 34,0
	> 80	2, 4,0
Tuổi (năm) X±SD (max, min)	66,2±10,5 (87-52)	
Giới	Nam	23, 46,0
	Nữ	27, 54,0
Trình độ học vấn	< THPT	3, 6,0
	THPT	7, 14,0
	TC, CĐ	12, 24,0
	ĐH, SĐH	28, 56,0
Nghề nghiệp	Tự do	4, 8,0
	Nông dân	2, 4,0
	Công chức	5, 10,0
	Hưu trí	39, 78,0

**Nhận xét:** Tuổi trung bình là 66,2 ± 10,5 năm. Nhóm tuổi hay gặp là 61- 80 tuổi (88%), tuổi từ 61 đến 70 chiếm tỷ lệ cao nhất (54%). Tỷ lệ nữ giới cao hơn nam. Trình độ học vấn đã tốt nghiệp PTTH trở lên là chủ yếu (94%). Đối tượng đã nghỉ hưu là chủ yếu (78%).

### 3.2. Kết quả kiểm soát các yếu tố nguy cơ sau can thiệp giáo dục sức khỏe

**Bảng 2. Thay đổi chỉ số YTNC liên quan đến chuyển hoá sau can thiệp GDSK trên đối tượng NC**

Chỉ số YTNC liên quan chuyển hóa			N (khác biệt)	Chỉ số TB $\bar{X} \pm SD$	Thứ hạng TB chênh lệch	p*
<b>HATT</b>	Trước can thiệp	Chênh lệch âm	12 <sup>a</sup>	144,5 ± 12,6	13,27	0,101 z=-1,520
	Sau can thiệp	Chênh lệch dương	9 <sup>b</sup>	141,3 ± 11,2	9,98	
		Không đổi	29 <sup>c</sup>			
<b>HATT<sub>r</sub></b>	Trước can thiệp	Chênh lệch âm	24 <sup>a</sup>	76,8 ± 8,2	15,31	0,119 z=-1,611
	Sau can thiệp	Chênh lệch dương	8 <sup>b</sup>	74,5 ± 6,7	11,52	
		Không đổi	18 <sup>c</sup>			
<b>LDL-C</b>	Trước can thiệp	Chênh lệch âm	14 <sup>a</sup>	3,57 ± 1,8	18,22	0,004 z=-3,116
	Sau can thiệp	Chênh lệch dương	11 <sup>b</sup>	3,11 ± 1,1	13,31	
		Không đổi	25 <sup>c</sup>			
<b>Glucose</b>	Trước can thiệp	Chênh lệch âm	13 <sup>a</sup>	6,75 ± 2,3	17,46	0,007 z=-2,991
	Sau can thiệp	Chênh lệch dương	10 <sup>b</sup>	6,07 ± 1,8	10,82	
		Không đổi	27 <sup>c</sup>			
<b>BMI</b>	Trước can thiệp	Chênh lệch âm	12 <sup>a</sup>	25,78 ± 3,1	7,11	0,012 z=-2,526
	Sau can thiệp	Chênh lệch dương	1 <sup>b</sup>	25,12 ± 2,6	0,85	
		Không đổi	37 <sup>c</sup>			

\* Wilcoxon test; a: chỉ số sau can thiệp < chỉ số trước can thiệp; b: chỉ số sau can thiệp > chỉ số trước can thiệp; c: chỉ số sau can thiệp = chỉ số trước can thiệp.

**Nhận xét:** Sau can thiệp, huyết áp (cả tâm

trương và tâm thu) đều giảm hơn, tuy nhiên sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê (p=0,101-0,119); các chỉ số LDL-C, glucose máu, BMI (thừa cân, béo phì) giảm hơn so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê (p= 0,004 – 0,012)

**Bảng 3. Thay đổi chỉ số YTNC liên quan đến hành vi sau can thiệp GDSK trên đối tượng NC**

Chỉ tiêu về hành vi	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p**
	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)	
<b>1. Các mức độ hoạt động về vận động</b>					
Vận động ít	26	52,0	19	38,0	0,019
Hoạt động kém	6	12,0	4	8,0	0,089
Hoạt động nhẹ nhàng dưới mức hướng dẫn tiêu chuẩn	15	30,0	17	34,0	0,822
Hoạt động thường xuyên dưới mức hướng dẫn tiêu chuẩn	3	6,0	10	20,0	0,118
Hoạt động tối ưu	0	0,0	0	0,0	Không
<b>2. Các thay đổi về chế độ ăn (từ thỉnh thoảng đến thường xuyên)</b>					
Hạn chế chất béo xấu	13	26,0	42	84,0	0,001
Thay thế bằng chất béo tốt	24	48,0	38	76,0	0,018
Hạn chế tinh bột, kiểm soát cân nặng	16	32,0	29	58,0	0,022
Tăng chất xơ và các chất có GI thấp	37	74,0	48	96,0	0,050
Ăn giảm muối	15	30,0	32	64,0	0,005
<b>3. Số lượng các yếu tố nguy cơ/đối tượng</b>					
Không có yếu tố nguy cơ	0	0,0	2	4,0	0,045
1 yếu tố nguy cơ	11	22,0	17	34,0	0,091
2 yếu tố nguy cơ	25	50,0	21	42,0	0,068
3 yếu tố nguy cơ	13	26,0	10	20,0	0,124
4 yếu tố nguy cơ	1	2,0	0	0,0	0,048
Số YTNC trung bình (nguy cơ) $\bar{X} \pm SD$ (max, min)	2,21 ± 0,27 (1 – 4)		2,02 ± 0,19 (0 – 3)		0,108

\*\* McNerman test

**Nhận xét:** Sau can thiệp, số người vận động ít giảm rõ rệt có ý nghĩa (p= 0.019), những người có mức độ hoạt động khác đều tăng nhưng không có ý nghĩa thống kê (p= 0,089-0,822); số người thực hiện chế độ ăn theo

khuyến nghị tăng có ý nghĩa thống kê (p= 0,001- 0,050); Số YTNC trung bình giảm nhưng không có ý nghĩa (p=0.108), số người có 4 YTNC giảm, xuất hiện người không có YTNC.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Tuổi trung bình của đối tượng NC là  $66,2 \pm 10,5$  năm. Độ tuổi từ 61- 80 chiếm 88%. Nhóm tuổi từ 61- 70 chiếm tỷ lệ cao nhất (54%). Tuổi càng cao nguy cơ mắc bệnh và nguy cơ xảy ra các biến cố tim mạch càng tăng. Sau 70 tuổi, có đến 15% nam và 9% nữ có bệnh ĐMV có triệu chứng tăng và tăng lên 20% ở tuổi 80[2]. Trong NC của chúng tôi, tỷ lệ nữ cao hơn nam nhưng không có khác biệt. Trình độ học vấn đã tốt nghiệp PTTH trở lên là chủ yếu (94%), đây là thuận lợi trong việc tiếp nhận kiến thức GDSK và thực hành trong đời sống hàng ngày. Đa số BN đã được nghỉ hưu nên có điều kiện, thời gian quan tâm đến sức khỏe.

### 4.2. Kết quả kiểm soát các yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu sau giáo dục sức khỏe

**4.2.1. Kiểm soát yếu tố nguy cơ liên quan chuyển hóa:** Tăng huyết áp là YTNC cơ tim mạch thường gặp nhất, được coi là kẻ giết người thầm lặng. Kết quả NC của chúng tôi cho thấy chỉ số HATT và HATTr đều giảm sau can thiệp nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,101- 0,119$ ). HATT trung bình trước can thiệp là  $144,5 \pm 12,6$  mmHg, sau can thiệp là  $141,3 \pm 11,2$  mmHg. Tương tự, HATTr trước và sau can thiệp lần lượt là  $76,8 \pm 8,2$  mmHg và  $74,4 \pm 6,7$  mmHg. Nhiều NC chỉ ra mối liên quan chặt chẽ giữa HA và bệnh ĐMV. Với người từ 60-69 tuổi, HATT thấp hơn mỗi 10mmHg có liên quan đến nguy cơ mắc bệnh ĐMV thấp hơn khoảng 20% nguy cơ [6].

Trong NC này, chỉ số LDL-C trung bình sau can thiệp là  $3,11 \pm 1,1$  mmol/L giảm hơn trước can thiệp là  $3,57 \pm 1,8$  mmol/L. Trung bình chênh lệch âm bằng 18,22 cao hơn so với trung bình chênh lệch dương 13,31, khác biệt này có ý nghĩa với  $p=0,004$  và  $z=3,116$ . Tình trạng tăng LDL-C máu đã được chứng minh đóng vai trò chủ chốt tạo nên các mảng xơ vữa ĐMV. Một số NC đã chỉ ra rằng mức LDL-C cao có liên quan đến nguy cơ tim mạch[6]. NC năm 2012 của Hossein và cộng sự trên 90.056 BN cho biết nếu giảm 38,6 mg/dl LDL-C có liên quan đến việc giảm 20% các biến cố tim mạch chính [7].

ĐTĐ có liên quan đến tăng nguy cơ tử vong do tim mạch và tỷ lệ mắc các bệnh tim mạch trong đó có bệnh ĐMV. Kết quả cho thấy nồng độ glucose trung bình sau can thiệp ( $6,07 \pm 1,8$  mmol/l) thấp hơn trước can thiệp ( $6,75 \pm 2,3$  mmol/l) có ý nghĩa với  $p=0,007$ . Trung bình chênh lệch âm so với trước can thiệp bằng 17,46

lớn hơn chênh lệch dương sau can thiệp bằng 10,82. ĐTĐ là một trong các YTNC tim mạch chính của bệnh lý tim mạch do xơ vữa. Ngay cả khi lượng đường trong máu chỉ mới tăng nhẹ, nguy cơ mắc bệnh tim mạch cũng cao hơn [2].

Thừa cân/béo phì làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch. BMI là chỉ số được tính để đánh giá tình trạng cân nặng lý tưởng[5]. Kết quả NC cho thấy chỉ số BMI trung bình sau can thiệp là  $25,12 \pm 2,6$  kg/m<sup>2</sup> giảm so với trước can thiệp  $25,78 \pm 3,1$  kg/m<sup>2</sup>, khác biệt trên ý nghĩa thống kê ( $z=2,526$  và  $p=0,003$ ). Trung bình chênh lệch âm so với trước can thiệp bằng 7,11 lớn hơn chênh lệch dương sau can thiệp bằng 0,85. Trong điều trị và chăm sóc người bệnh ĐMV, kiểm soát cân nặng là bắt buộc. Thừa cân béo phì là một YTNC độc lập với bệnh tim mạch và có liên quan đến tỷ lệ tử vong và giảm tuổi thọ[8].

**4.2.2. Kiểm soát yếu tố nguy cơ liên quan hành vi:** Bảng 3 cho thấy sau can thiệp, số BN có lối sống ít vận động đã giảm rõ rệt có ý nghĩa thống kê với  $p= 0,019$  (từ 52% giảm còn 38%). Tỷ lệ BN hoạt động kém giảm sau can thiệp, nhưng không có ý nghĩa ( $p=0,089$ ). Tỷ lệ BN hoạt động nhẹ nhàng, hoạt động thường xuyên dưới mức hướng dẫn tiêu chuẩn đều tăng sau can thiệp, nhưng không có ý nghĩa ( $p=0,118- 0,822$ ). Luyện tập thể lực thường xuyên làm giảm nguy cơ xuất huyết hiện nhồi máu cơ tim đồng thời nâng cao khả năng sống sót khi xảy ra nhồi máu cơ tim [5].

Sau can thiệp tỷ lệ BN có hành vi ăn hạn chế các chất béo xấu thường xuyên tăng so với trước can thiệp (từ 26% lên 84%). Tương tự, tỷ lệ BN có hành vi ăn thay thế các chất béo xấu bằng các chất béo tốt, hạn chế tinh bột và kiểm soát cân nặng, ăn tăng chất xơ và thức ăn có GI thấp, ăn giảm muối đều tăng rõ rệt và sự thay đổi về hành vi ăn uống này có ý nghĩa thống kê với các giá trị  $p= 0,001- 0,050$ .

Trong NC, số YTNC trung bình sau can thiệp ( $2,02 \pm 0,19$  nguy cơ) giảm hơn trước can thiệp ( $2,21 \pm 0,27$  nguy cơ), khác biệt không có ý nghĩa ( $p=0,108$ ). Trước can thiệp, tất cả các BN đều có YTNC, sau can thiệp có 2 BN không có YTNC. Tỷ lệ BN có 1 nguy cơ tăng lên sau can thiệp nhưng tỷ lệ BN có từ 2 YTNC trở lên giảm rõ, không còn BN nào có 4 nguy cơ. NC của Noalin AB Manap và cộng sự (2017) về ảnh hưởng của GDSK lên các chỉ số sức khỏe tim mạch cho thấy không có sự khác biệt về chỉ số sức khỏe HA, thành phần lipid máu (với  $p>0,05$ ) nhưng lại thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về điểm trung bình lo lắng, căng thẳng, trầm cảm và BMI [9].

## V. KẾT LUẬN

Can thiệp GDSK góp phần kiểm soát các chỉ số của các YTNC tim mạch:

- Giảm các chỉ số YTNC liên quan đến chuyển hóa:

+ Giảm LDL-C máu ( $3,11 \pm 1,1$ mmol/L so với  $3,57 \pm 1,8$ mmol/L với  $p = 0,004$ ).

+ Giảm glucose máu ( $6,07 \pm 1,8$ mmol/L so với  $6,75 \pm 2,3$ mmol/L với  $p = 0,007$ ).

+ Giảm BMI ( $25,12 \pm 2,6$ kg/m<sup>2</sup> so với  $25,78 \pm 3,1$ kg/m<sup>2</sup> với  $p = 0,012$ ).

- Thay đổi các chỉ số YTNC liên quan đến hành vi (tỷ lệ BN sau can thiệp so với trước):

+ Giảm tỷ lệ BN sống tĩnh tại, ít vận động (38% so với 52% với  $p = 0,019$ ).

+ Tăng tỷ lệ BN có chế độ ăn theo khuyến cáo: Hạn chế chất béo xấu (84% so với 26% với  $p = 0,001$ ); thay bằng chất béo tốt (76% so với 48% với  $p = 0,018$ ); hạn chế tinh bột và kiểm soát cân nặng (58% so với 32% với  $p = 0,022$ ); ăn tăng chất xơ và thức ăn có GI thấp (96% so với 74% với  $p = 0,050$ ); ăn giảm muối (64% so với 30% với  $p = 0,005$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Vạn Phước** (2006), Dịch tễ học - Bệnh mạch vành trong thực hành lâm sàng. Nhà xuất bản Y học, TPHCM, tr. 8-11.

2. **Bộ Y Tế**, 2020. Quyết định số 5332/QĐ- BYT về ban hành tài liệu chuyên môn "Thực hành chẩn đoán và điều trị bệnh mạch vành"
3. **Abu Shuaib K, Ismail M, Fouad NAM**, 2014. Effect of educational program on compliance of myocardial infarction patients in Gaza. JEP. 2014;5:5-14.
4. **Ghahramanian A, Golchin M, Rostami H**, 2011. Educational needs of myocardial infarction patients. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2011;9:157-163.
5. **WHO**, 2007. Prevention of Cardiovascular Disease-Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. ISBN 978 92 4 154717 8. Pp.27
6. **Carlene M M Lawes** (2002). Blood pressure and coronary heart disease: a review of the evidence. 2002 Nov;2(4):355-68.doi: 10.1055/s-2002-36765. PMID: 16222626 DOI:10.1055/s-2002-36765
7. **WHO**. Global Health Observatory (GHO) data. [https://.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/cholesterol\\_text/en](https://.who.int/gho/ncd/risk_factors/cholesterol_text/en).
8. **Alkhwam H, Nguyen J, Sayanlar J, Sogomonian R, Desai R, Jolly J, et al** (2016). Coronary artery disease in patients with body mass index  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> : a retrospective chart analysis. J Community Hosp Intern Med 2016; 6(3):31483.
9. **Norazlin AB Manap, et al** (2018). Effect of an education programme on cardiovascular health index among patients with myocardial infarction: a preliminary study. 2018;25(2):105-115..<https://doi.org/10.21315/mjms2018.25.2.11>

## ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ VỔNG MẠC Ở TRẺ SINH NON ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

**Phạm Thanh Liêm<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Toàn<sup>2,3</sup>, Nguyễn Thị Ngọc Anh<sup>3</sup>, Nguyễn Kiến Mậu<sup>3</sup>**

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh lý vồng mạc ở trẻ sinh non là một rối loạn phát triển vồng mạc ở trẻ sinh non do sự phát triển của vồng mạc bắt nguồn từ thần kinh thị giác trong quá trình mang thai không hoàn chỉnh cùng với sự non nớt của vồng mạc. Điều trị ROP hiện nay tại Việt Nam cũng đang áp dụng các phương pháp hiện đại trên thế giới. Biết được đặc điểm bệnh lý vồng mạc ở trẻ sinh non giúp ích rất nhiều trong thực hành lâm sàng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán và

điều trị bệnh lý vồng mạc ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca từ 11/2023 đến 5/2024 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Kết quả:** Nghiên cứu khảo sát trên 176 trẻ được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 1. Bệnh thường được phát hiện ở thời điểm 44 ngày tuổi (34,0-64,5) với tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1/1. Tuổi thai nhỏ nhất của mẫu nghiên cứu là 24 tuần, lớn nhất là 34 tuần với trung vị là 29 tuần (27-30). Cân nặng lúc sinh nhỏ nhất trong nghiên cứu là 600 gam, lớn nhất là 2300 gam với trung vị là 1100 gam (950-1375). Trẻ có các tình trạng như suy hô hấp (100%), sử dụng surfactant (90,9%), thở FiO<sub>2</sub>  $\geq 40\%$  (89,8%), truyền chế phẩm máu (76,1%), viêm phổi (88,6%), vàng da (69,3%), nhiễm trùng huyết (60,8%), thiếu máu (63,1%), và tim bẩm sinh (51,7%), ngoài ra còn có một số tình trạng như tiền căn viêm ruột (23,9%), bệnh phổi mạn (11,4%) và viêm màng não (1,7%). Với tỷ lệ mắc ROP nặng trước điều trị ở mức cao, thể AP-ROP (19,9%) và plus disease (65,3%). Phương pháp điều trị chủ yếu là tiêm nội nhãn anti-VEGF

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

<sup>2</sup>Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>3</sup>Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Liêm

Email: pthanhlidemd@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.11.2024

Ngày duyệt bài: 3.12.2024