

V. KẾT LUẬN

Hạch bẹn ở bệnh nhân rò dưỡng chấp được chụp CHT bạch mạch chủ yếu có hình dạng bầu dục, xoang hạch bảo tồn, ranh giới rõ và vỏ hạch dày đều. Số lượng hạch bẹn dao động từ 01 đến 05 hạch. Không có sự khác biệt giữa số lượng hạch bẹn so với tuổi và giới tính. Siêu âm hạch bẹn trước khi chụp CHT bạch mạch giúp tăng tỷ lệ thành công và giảm thiểu biến chứng. Nghiên cứu này cung cấp cơ sở khoa học cho việc chuẩn hóa quy trình lựa chọn hạch tiêm thuốc nội hạch trong chụp CHT bạch mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Park I, Her N, Choe JH, Kim JS, Kim JH. Management of chyle leakage after thyroidectomy, cervical lymph node dissection, in patients with thyroid cancer. *Head Neck*. 2018;40(1):7-15. doi:10.1002/hed.24852
2. Trần, Nguyễn Khánh Chi. Nghiên Cứu Giá Trị Chụp Công Hưởng Từ Bạch Mạch Có Tiêm Thuốc Thuốc Nội Hạch Trong Chẩn Đoán Rò Ống Ngực. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường đại học Y Hà Nội; 2021.
3. Etiology, clinical presentation, and diagnosis of chylothorax. Accessed May 22, 2024. <https://medilab.ir/uptodate/show/6696>
4. Triệu QT. Đánh Giá Kỹ Thuật Chụp Bạch Mạch Số Hóa Xóa Nền Bằng Phương Pháp Tiêm Căn Quang qua Hạch Bẹn. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường đại học Y Hà Nội; 2020.
5. Kaschner GM, Strunk H. [Transnodal ultrasound-guided lymphangiography for thoracic duct embolization in chylothorax]. *Dtsch Med Wochenschr*. 1946. 2014;139(44):2231-2236. doi:10.1055/s-0034-1387288
6. Bontumasi N, Jacobson JA, Caoili E, Brandon C, Kim SM, Jamadar D. Inguinal lymph nodes: size, number, and other characteristics in asymptomatic patients by CT. *Surg Radiol Anat SRA*. 2014;36(10):1051-1055. doi:10.1007/s00276-014-1255-0
7. Garganese G, Fragomeni SM, Pasciuto T, et al. Ultrasound morphometric and cytologic preoperative assessment of inguinal lymph-node status in women with vulvar cancer: MorphoNode study. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. 2020;55(3):401-410. doi:10.1002/uog.20378
8. Fischerova D, Garganese G, Reina H, et al. Terms, definitions and measurements to describe sonographic features of lymph nodes: consensus opinion from the Vulvar International Tumor Analysis (VITA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. 2021;57(6):861-879. doi:10.1002/uog.23617
9. Verri D, Moro F, Fragomeni SM, et al. The Role of Ultrasound in the Evaluation of Inguinal Lymph Nodes in Patients with Vulvar Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancers*. 2022;14(13):3082. doi:10.3390/cancers14133082
10. Fenech M. Sonographic localisation and description of inguinofemoral lymph nodes in patients with vulvar squamous cell carcinoma. *Sonography*. 2023;10(2):66-75. doi:10.1002/sono.12349

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TIM MẠCH SAU 6 TUẦN Ở BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT BẮC CẦU MẠCH VÀNH TẠI BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG - ĐIỀU TRỊ BỆNH NGHỀ NGHIỆP THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Hoài Nam¹, Lê Thị Hạ Quyên²,
Đinh Quang Thanh², Nguyễn Hồng Hà³, Nguyễn Trung Kiên^{3*}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiệu quả của chương trình phục hồi chức năng tim mạch sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành tại Việt Nam chưa được nghiên cứu đầy đủ. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả chương trình phục hồi chức năng tim mạch sau 6 tuần ở bệnh nhân sau phẫu

thuật bắc cầu mạch vành. **Đối tượng và phương pháp:** Can thiệp lâm sàng có nhóm chứng ở bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành tại Viện Tim và chuyển về Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 66 bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành cho thấy đa số bệnh nhân trên 60 tuổi, tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (75,7%). Sau 6 tuần tham gia chương trình PHCN tim mạch, khả năng vận động cải thiện đáng kể với khoảng cách đi bộ 6 phút tăng $144,4 \pm 9,1\text{m}$ (48,8%), MET tăng $1,2 \pm 0,1$ và Peak VO_2 tăng $310,7 \pm 24,5$ ml/phút. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) so với nhóm chứng. **Kết luận:** Chương trình phục hồi chức năng tim mạch 6 tuần giúp cải thiện đáng kể khả năng vận động, chỉ số MET, Peak VO_2 và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành. **Từ khóa:** phục hồi chức năng, bắc cầu mạch vành, chất lượng cuộc sống

¹Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp Thành phố Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Kiên³

Email: ntkien@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2025

Ngày duyệt bài: 26.2.2025

SUMMARY**EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF A 6-WEEK CARDIAC REHABILITATION PROGRAM IN PATIENTS AFTER CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY AT HO CHI MINH CITY HOSPITAL FOR REHABILITATION - PROFESSIONAL DISEASES**

Background: The effectiveness of cardiac rehabilitation (CR) programs after coronary artery bypass grafting (CABG) in Vietnam has not been fully studied. **Objective:** To evaluate the effectiveness of a 6-week cardiac rehabilitation program in patients post-CABG. **Materials and methods:** A controlled clinical intervention study in post-CABG patients from the Heart Institute, transferred to the Ho Chi Minh City Hospital Of Rehabilitation And Occupational Disease. **Results:** Among 66 post-CABG patients, the majority were over 60 years old, with males predominating (75.7%). After 6 weeks of CR, exercise capacity significantly improved, with a 6-minute walk distance (6MWD) increase of $144.4 \pm 9.1\text{m}$ (48.8%), MET increase of 1.2 ± 0.1 , and Peak VO_2 increase of $310.7 \pm 24.5\text{ ml/min}$. These differences were statistically significant ($p < 0.001$) compared to the control group. **Conclusions:** A 6-week cardiac rehabilitation program significantly enhances exercise capacity, MET, Peak VO_2 , and quality of life in post-CABG patients. **Keywords:** cardiac rehabilitation, coronary artery bypass grafting, quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chương trình phục hồi chức năng (PHCN) tim mạch toàn diện gồm bốn phần: đánh giá y tế, hoạt động thể chất, giáo dục lối sống và hỗ trợ [32, 52]. Các bài tập vận động chỉ hiệu quả nếu phù hợp với thể lực từng cá nhân [40]. Một nghiên cứu cho thấy chất lượng cuộc sống cải thiện sau can thiệp, điểm số tăng ở nhóm thực nghiệm ($19,99 \pm 1,11$) và nhóm chứng ($18,49 \pm 1,48$) [30]. Tuy nhiên, cần xem xét nguy cơ biến chứng tim mạch do bài tập. Việc xây dựng phương pháp tập luyện hiệu quả với thời lượng, cường độ phù hợp và ứng dụng thiết bị chuyên dụng như hệ thống CPET là cần thiết [7]. Điều này giúp cá thể hóa chiến lược điều trị.

Tại Việt Nam, PHCN tim mạch toàn diện chưa phổ biến. Viện Tim thực hiện hơn 1.300 ca phẫu thuật/năm, hướng tới 1.600 ca với tỷ lệ thành công 98%, do đó PHCN sau phẫu thuật rất quan trọng [2]. Tuy nhiên, chương trình PHCN tim mạch chưa được triển khai rộng rãi, có thể do thiếu hệ thống CPET. Nghiên cứu về PHCN tim mạch sau phẫu thuật còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Đánh giá hiệu quả chương trình phục hồi chức năng tim mạch sau 6 tuần ở bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành tại Bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị bệnh nghề nghiệp Thành phố Hồ Chí Minh"

nhằm bổ sung y văn và cung cấp bằng chứng khoa học về hiệu quả PHCN, từ đó đề xuất quy trình PHCN tim mạch phù hợp tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành tại Viện Tim và chuyển về bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn: Tất cả bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành ở Bệnh viện Phục hồi chức năng điều trị bệnh nghề nghiệp đồng ý tham gia nghiên cứu.

Không có chống chỉ định tuyệt đối thực hiện bài tập trên hệ thống CPET.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân không giao tiếp được.

Bệnh nhân không ổn định về mặt tinh thần.

Bệnh nhân có các hoàn cảnh cá nhân (điều kiện kinh tế, người chăm sóc...) không thể tham gia vào nghiên cứu.

Bệnh nhân không tham gia đầy đủ 6 tuần của chương trình phục hồi chức năng tim mạch 6 tuần

Thuộc nhóm đối tượng có nguy cơ cao khi thực hiện bài tập trên hệ thống CPET.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng có nhóm chứng.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Tính theo công thức:

$$n_1 \geq \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2 / r)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Với $\alpha = 0,05$, $\beta = 0,2$. Dựa trên nghiên cứu của Shabani R và cộng sự (2010) có chỉ số 6MWT trước chương trình can thiệp là $556 \pm 66,1$ (m), nhóm chứng là $375,2 \pm 28,1$ (m) → cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu là 4 người, trong quá trình thu thập chúng tôi thu thập được nhiều hơn cỡ mẫu tối thiểu là 66 người nhóm can thiệp gồm 33 người và nhóm chứng gồm 33 người.

Nội dung nghiên cứu. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Giới tính, nhóm tuổi, nơi ở.

Hiệu quả sau chương trình can thiệp: Chỉ số khoảng cách đi bộ 6 phút (6MWT), chỉ số MET, chỉ số lượng oxy đỉnh tiêu thụ, chỉ số điểm chất lượng cuộc sống HRQOL.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Số liệu được nhóm nghiên cứu tiến hành thu thập bằng phiếu thu thập thông tin. Kết quả được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng

ngiên cứu

Đặc điểm		Nhóm can thiệp n (%)		Nhóm chứng n (%)		p
Nhóm tuổi	≤ 40 tuổi	0	0	1	3,0	0,317
	41- 60 tuổi	16	48,5	11	33,3	
	≥ 61 tuổi	17	51,5	21	63,7	
	Tuổi (TB±ĐLC)	61,3 ± 8,0		62,67 ± 8,15		0,890
Giới	Nam	27	81,8	23	69,7	0,390
	Nữ	6	18,2	10	30,3	
Nơi ở	TP.HCM	22	66,7	10	30,3	0,006
	Các tỉnh	11	33,3	23	69,7	

Nhận xét: Tuổi trung bình hai nhóm tương đương: nhóm can thiệp $61,3 \pm 8,0$ và nhóm chứng $62,67 \pm 8,15$ ($p = 0,89$). Đa số bệnh nhân ≥ 61 tuổi, chiếm 51,5% ở nhóm can thiệp và 63,7% ở nhóm chứng. Nhóm can thiệp chủ yếu cư ngụ tại TP.HCM (66,7%), trong khi nhóm chứng chủ yếu từ các tỉnh (69,7%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

3.2. Hiệu quả điều trị sau chương trình can thiệp

- **Chỉ số khoảng cách đi bộ 6 phút (6MWT)**

Bảng 2. Kết quả theo chỉ số khoảng cách đi bộ 6 phút sau chương trình can thiệp

Đặc điểm	Nhóm can thiệp (n=33)	Nhóm chứng (n=33)	Hiệu số (Can thiệp – Chứng)	p
Khoảng cách đi bộ 6 phút (6MWT)				
Trước can thiệp	295,7 ± 11,1	316,1 ± 12,8	20,36 ± 16,81	0,23 ^b
Sau can thiệp	440,1 ± 13,5	334,9 ± 12,5	105,24 ± 17,9	<0,001^b
Hiệu số (sau – trước)	144,4 ± 9,1	18,8 ± 7,3		<0,001^b
p value	<0,001^a	0,01^a		

^aKiểm định T bắt cặp, ^bKiểm định T không bắt cặp

Nhận xét: Trước nghiên cứu, khoảng cách đi bộ 6 phút của nhóm chứng (316,1m) cao hơn nhóm can thiệp (295,7m), nhưng không có sự khác biệt thống kê ($p = 0,23$). Sau nghiên cứu, nhóm can thiệp cải thiện đáng kể (440,1m) so với nhóm chứng (334,9m), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Sau 6 tuần, chỉ số 6MWT tăng 144,4m ở nhóm can thiệp và 18,8m ở nhóm chứng.

- Chỉ số MET**Bảng 3. Kết quả theo chỉ số MET sau chương trình can thiệp (n=66)**

Đặc điểm	Nhóm can thiệp (n=33)	Nhóm chứng (n=33)	Hiệu số (Can thiệp – Chứng)	p
Chỉ số MET				
Trước can thiệp	2,9 ± 0,1	3,6 ± 0,2	-0,75 ± 0,23	0,04^b
Sau can thiệp	4,1 ± 0,2	3,2 ± 0,2	0,83 ± 0,16	<0,001^b
Hiệu số (sau – trước)	1,2 ± 0,1	-0,3 ± 0,2		<0,001^b
p value	< 0,001^a	0,05^a		

^aKiểm định T bắt cặp, ^bKiểm định T không bắt cặp

Nhận xét: Trước can thiệp, chỉ số MET của nhóm chứng cao hơn nhóm can thiệp (3,6 so với 2,9 MET, $p < 0,001$). Sau can thiệp, nhóm can thiệp vượt trội hơn (4,1 so với 3,2 MET), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Sau 6 tuần, chỉ số MET ở nhóm can thiệp tăng 1,2 MET ($p < 0,001$), trong khi nhóm chứng giảm 0,3 MET ($p < 0,001$). Sự khác biệt trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

- Chỉ số lượng oxy đỉnh tiêu thụ**Bảng 4. Kết quả theo chỉ số lượng oxy đỉnh tiêu thụ (Peak VO₂) sau chương trình can thiệp**

Đặc điểm	Nhóm can thiệp (n=33)	Nhóm chứng (n=33)	Hiệu số (Can thiệp – Chứng)	p
Lượng oxy đỉnh tiêu thụ Peak VO₂ (ml/ phút)				
Trước can thiệp	604,3 ± 34,2	722,6 ± 37,1	-118,3 ± 51,3	0,02^b
Sau can thiệp	915,1 ± 39,4	654,2 ± 32,2	260,9 ± 46,1	<0,001^b
Hiệu số (sau – trước)	310,7 ± 24,5	-68,4 ± 34,4		<0,001^b
p value	<0,001^a	0,06^a		

^aKiểm định T bắt cặp, ^bKiểm định T không bắt cặp

Nhận xét: Trước nghiên cứu, lượng oxy đỉnh tiêu thụ của nhóm chứng cao hơn nhóm can thiệp (722,6 ml/phút so với 604,3 ml/phút, $p = 0,02$). Sau nghiên cứu, nhóm can thiệp tăng 310,7 ml/phút

(51,4%), trong khi nhóm chứng giảm 68,4 ml/phút (9,4%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

- Chỉ số điểm chất lượng cuộc sống HRQOL

Bảng 5. Kết quả theo điểm chất lượng cuộc sống HRQOL sau chương trình can thiệp (n=66)

Đặc điểm	Nhóm can thiệp (n=33)	Nhóm chứng (n=33)	Hiệu số (Can thiệp – Chứng)	p
Điểm chất lượng cuộc sống HRQOL				
Trước can thiệp	62,7 ± 0,8	67,9 ± 0,9	-5,2 ± 1,2	<0,001^b
Sau can thiệp	72,9 ± 0,3	69,0 ± 0,9	3,9 ± 0,8	<0,001^b
Hiệu số (Sau – Trước)	10,2 ± 0,6	1,1 ± 0,5		<0,001^b
p value	<0,001^a	0,05^a		

^aKiểm định T bắt cặp, ^bKiểm định T không bắt cặp

Nhận xét: Trước nghiên cứu, điểm HRQOL của nhóm chứng cao hơn nhóm can thiệp (67,9 so với 62,7 điểm, $p < 0,001$). Sau nghiên cứu, nhóm can thiệp đạt điểm cao hơn (72,9 so với 69,0 điểm), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Sau 6 tuần, điểm HRQOL tăng 10,2 điểm ở nhóm can thiệp ($p < 0,001$) và tăng nhẹ 1,1 điểm ở nhóm chứng ($p = 0,007$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu trên cỡ mẫu 66 bệnh nhân bao gồm 33 ca nhóm chứng và 33 ca nhóm can thiệp. Tuổi trung bình của dân số trong cả 2 nhóm đều trên 60 tuổi. Về phân bố nhóm tuổi, nhóm ≥ 61 tuổi chiếm ưu thế với 17 bệnh nhân (51,5%) ở nhóm can thiệp và 21 bệnh nhân (63,7%) ở nhóm chứng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Patrick D. Savage năm 2015 trên 576 bệnh nhân trong đó có 394 bệnh nhân phẫu thuật bắc cầu mạch vành và nghiên cứu của tác giả H. F. Jelinek 2010 trên 38 bệnh nhân [46] [24]. Điều này có thể lý giải rằng tuổi tác là một trong những yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh tim mạch tuổi càng cao tỷ lệ mắc các bệnh tim mạch sẽ cao hơn vì vậy đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều có nhóm tuổi từ 60 trở lên. Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm đa số là 27 bệnh nhân nam (81,8%) ở nhóm can thiệp và 23 bệnh nhân nam (69,7%) ở nhóm chứng. Kết quả này cũng tương đồng với tác giả Patrick D. Savage năm 2015 và tác giả H. F. Jelinek năm 2010 [46] [24]. Điều này có thể lý giải rằng đa số các bệnh nhân nam sẽ sử dụng rượu bia hay hút thuốc lá nhiều hơn nữ vì vậy điều này dẫn đến nguy cơ mắc các bệnh tim mạch nhiều hơn cho nên trong nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm đa số.

Về nơi cư ngụ thì nhóm can thiệp có 61,2% ở TPHCM và nhóm chứng có 69,7% ở các tỉnh. Điều này thể hiện sự chênh lệch phân bố về nơi ở của 2 nhóm. Sự khác biệt này là do đa số bệnh nhân nhóm chứng sau khi phẫu thuật xong đa số

bệnh nhân sẽ về tỉnh và phục hồi chức năng theo hướng dẫn của bác sĩ và tái khám còn những bệnh nhân.

4.2. Bàn luận về hiệu quả điều trị sau chương trình can thiệp

4.2.1. Nghiệm pháp đi bộ 6 phút. Kết quả nghiên cứu cho thấy khả năng gắng sức của bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành được cải thiện rõ rệt sau 6 tuần tham gia chương trình phục hồi chức năng (PHCN) tim mạch. Nhóm can thiệp có khoảng cách đi bộ 6 phút tăng $144,4 \pm 9,1\text{m}$ (48,8%), cao hơn đáng kể so với nhóm chứng $18,8 \pm 7,3\text{m}$ (5,9%) ($p < 0,001$).

So sánh với nghiên cứu của Obrebska A (2014) [38] trên 50 bệnh nhân, khoảng cách đi bộ 6 phút tăng từ $522,14 \pm 69,5\text{m}$ lên $584 \pm 70,8\text{m}$ sau 4 tuần PHCN ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Shabani R (2010) [47] trên 60 bệnh nhân nữ sau phẫu thuật bắc cầu động mạch vành (ĐMV) cho thấy nhóm PHCN (12 tuần) có khoảng cách đi bộ 6MWT tăng từ $375,2 \pm 28,1\text{m}$ lên $556 \pm 66,1\text{m}$ ($p < 0,001$), trong khi nhóm chứng không có sự thay đổi đáng kể. Jelinek (2010) [24] trên 38 bệnh nhân cũng ghi nhận chương trình PHCN 6 tuần giúp cải thiện 6MWT ở nhóm CABG (tăng 61m) so với nhóm thông mạch vành qua da (41m) ($p < 0,001$).

Sự cải thiện khoảng cách đi bộ 6 phút dao động từ 62m đến 181m giữa các nghiên cứu, có thể do thời gian can thiệp khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian can thiệp dài hơn (6 tuần so với 4 tuần của Obrebska A) có thể góp phần vào kết quả cao hơn.

Tuy nhiên, cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ (33 bệnh nhân can thiệp và 33 bệnh nhân chứng), do đó cần các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá rõ ràng hơn mối liên hệ này.

4.2.2. Chỉ số MET. Kết quả nghiên cứu cho thấy khả năng đương lượng chuyển hóa (MET) của bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành được cải thiện đáng kể sau 6 tuần tham gia chương trình phục hồi chức năng (PHCN) tim mạch. Nhóm can thiệp có MET tăng $1,2 \pm 0,1$,

trong khi nhóm chứng giảm $-0,3 \pm 0,2$, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

So sánh với nghiên cứu của Shabani R (2010) [47] trên 60 bệnh nhân nữ sau phẫu thuật bắc cầu động mạch vành (ĐMV), nhóm PHCN có MET tăng từ $7,7 \pm 1,6$ lên $10,7 \pm 1,3$ ($p < 0,001$), trong khi nhóm chứng không có sự thay đổi đáng kể. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm can thiệp có MET tăng từ $2,9 \pm 0,1$ lên $4,1 \pm 0,2$ (tăng $1,2 \pm 0,1$), trong khi nhóm chứng giảm từ $3,6 \pm 0,2$ xuống $3,2 \pm 0,2$ (giảm $-0,3 \pm 0,2$). Mức chênh lệch giữa hai nhóm trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Shabani R. Sự khác biệt có thể do sự hướng dẫn, động viên bệnh nhân tập luyện hoặc mức độ tuân thủ chương trình.

Nghiên cứu của Ae Ryoung Kim và cộng sự [25] cũng cho kết quả tương đồng, khi nhóm can thiệp có MET tăng từ $8,1 \pm 1,5$ lên $9,2 \pm 1,7$ sau 8 tuần PHCN, trong khi nhóm chứng tăng từ $7,8 \pm 1,4$ lên $8,3 \pm 1,4$. Điều này cho thấy chương trình PHCN giúp cải thiện đáng kể khả năng vận động, đặc biệt khi có hướng dẫn và thiết kế bài tập phù hợp cho từng bệnh nhân.

MET là chỉ số quan trọng để bác sĩ PHCN tư vấn hoạt động nghề nghiệp cho bệnh nhân khi tái hòa nhập xã hội. Bệnh nhân có MET < 3 chỉ có thể làm việc văn phòng nhẹ nhàng, MET 3 – 5 có thể gắng sức trong thời gian ngắn, MET 4 – 6 có thể lao động sản xuất, trong khi MET 7 – 10 phù hợp với công việc xây dựng hoặc công nghiệp nặng ngoài trời.

4.2.3. Peak VO₂. Kết quả nghiên cứu cho thấy khả năng gắng sức của bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành được cải thiện đáng kể sau 6 tuần tham gia chương trình phục hồi chức năng (PHCN) tim mạch. Nhóm can thiệp có Peak VO₂ tăng $310,7 \pm 24,5$ ml/phút, trong khi nhóm chứng giảm $-68,4 \pm 34,4$ ml/phút, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

So sánh với nghiên cứu của Jelinek và cộng sự (2016) [24], khảo sát 38 bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành và thông mạch vành qua da, kết quả cho thấy nhóm bắc cầu mạch vành có Peak VO₂ tăng từ $11,9 \pm 1,6$ ml/phút/kg lên $12,9 \pm 1,6$ ml/phút/kg ($p < 0,001$). Trong nghiên cứu của chúng tôi, Peak VO₂ cao hơn, từ $604,3 \pm 34,2$ ml/phút lên $915,1 \pm 39,4$ ml/phút (tăng $310,7 \pm 24,5$ ml/phút). Sự khác biệt này có thể do bệnh nhân trong nhóm can thiệp được tư vấn đầy đủ và tích cực tham gia tập luyện.

Nghiên cứu của Savage P.D. và cộng sự (2015) [46] trên 576 bệnh nhân (gồm 125 bệnh nhân thay van tim, 57 bệnh nhân vừa thay van tim vừa bắc cầu mạch vành, và 394 bệnh nhân

bắc cầu mạch vành) ghi nhận 313 bệnh nhân hoàn thành chương trình PHCN tim mạch. Kết quả cho thấy Peak VO₂ tăng 19,5% từ $17,4 \pm 4,4$ ml/phút/kg lên $20,8 \pm 5,5$ ml/phút/kg ($p < 0,001$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn nghiên cứu này, có thể do sự tư vấn kỹ lưỡng và khuyến khích bệnh nhân tập luyện tích cực hơn.

Chương trình PHCN tim mạch giúp tăng Peak VO₂, cải thiện khả năng vận động của bệnh nhân, qua đó giúp họ tham gia nhiều hơn vào các hoạt động gia đình và xã hội, nâng cao chất lượng cuộc sống.

4.2.4. Thang điểm chất lượng cuộc sống. Sau nghiên cứu, điểm HRQOL nhóm can thiệp cao hơn (72,9 điểm) so với nhóm chứng (69,0 điểm), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Điều này có thể do cải thiện khả năng vận động giúp BN sinh hoạt, làm việc và giải trí tốt hơn. Thang điểm chất lượng sống tăng rõ rệt sau PHCN tim mạch 6 tuần: nhóm can thiệp tăng $10,2 \pm 0,6$ điểm so với nhóm chứng $1,1 \pm 0,5$ ($p < 0,001$), cho thấy hiệu quả tích cực của chương trình PHCN. Nghiên cứu của Ae Ryoung Kim trên 390 BN nhồi máu cơ tim cấp tham gia PHCN 8 tuần theo dõi trong 2 năm, kết quả nhóm chứng tăng điểm PF từ $90,9 \pm 7,3$ lên $92,5 \pm 9,2$, nhóm nghiên cứu tăng từ $88,4 \pm 15,5$ lên $92,8 \pm 5,4$ ($p < 0,05$) [25]. Tương tự, J. Müller-Nordhorn (2004) khảo sát 2441 BN sau bệnh lý mạch vành tại trung tâm PHCN tim, HRQOL cải thiện rõ ở BN sau CABG nhưng không ở BN sau nhồi máu cơ tim, đánh giá qua SF-36 ở thời điểm ban đầu, 6 tháng và 12 tháng sau xuất viện [34]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm can thiệp tăng HRQOL từ $62,7 \pm 0,8$ lên $72,9 \pm 0,3$, nhóm chứng từ $67,9 \pm 0,9$ lên $69,0 \pm 0,9$. Các chỉ số cải thiện theo chiều hướng tích cực. So sánh với nghiên cứu của Ali Mohammed Hassan, Ae Ryoung Kim và J. Müller-Nordhorn, tuy phương pháp đánh giá khác nhau, nhưng điểm số HRQOL nhóm can thiệp đều cao hơn nhóm chứng, cho thấy hiệu quả PHCN tim mạch.

Kết quả này cho thấy PHCN tim mạch 6 tuần không chỉ giúp BN sống sót sau mổ mà còn cải thiện chất lượng sống cả về thể chất, tinh thần và xã hội.

V. KẾT LUẬN

Chương trình phục hồi chức năng tim mạch 6 tuần giúp cải thiện đáng kể khả năng vận động, chỉ số MET, Peak VO₂ và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Viện Tim (2021)** Khoa Phẫu Thuật – Viện tim Thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Agostoni Piergiuseppe, Dumitrescu Daniel (2019)** "How to perform and report a cardiopulmonary exercise test in patients with chronic heart failure". International Journal of Cardiology, 288, 107-113
3. **Jelinek H.F., Huang Z.Q., Khandoker A.H., Chang D., Kiat H. (2013)** "Cardiac rehabilitation outcomes following a 6-week program of PCI and CABG Patients". Frontiers in physiology, 4 (302)
4. **Kim A.R., Nam T.W., Oh H.M., Park E., Huh J.W. (2018)** "Effect of Hospital-based Cardiac Rehabilitation on Quality of Life and Physical Capacity in Acute Myocardial Infarction Patients: 2 Years Follow Up". 9 (2)
5. **Mahdavi Moslem, Abbasi Isa, Mohammadi Nooredin (2015)** "Effect of Cardiac Rehabilitation Program on Quality of Life in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery". QHMS, 21 (2), 67-74.
6. **Müller-Nordhorn J., Roll S., Willich S. N. (2004)** "Comparison of the short form (SF)-12 health status instrument with the SF-36 in patients with coronary heart disease". Heart (British Cardiac Society), 90 (5), 523-527.
7. **Obrebska A., Mejer A., Koziróg M. (2014)** "Evaluation of effects of cardiac rehabilitation in patients after coronary artery bypass grafting by six minute walk test". Polski merkuriusz lekarski: organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, 37 (219), 144-14
8. **Origuchi Hideki, Itoh Haruki, Momomura Shin-ichi, Nohara Ryuji, Daida Hiroyuki, Masuda Takashi, et al. (2020)** "Active Participation in Outpatient Cardiac Rehabilitation Is Associated With Better Prognosis After Coronary Artery Bypass Graft Surgery—J-REHAB CABG Study—". Circulation Journal, 84 (3), 427-435
9. **Savage P.D., Rengo J.L., Menzies K.E., Ades P.A. (2015)** "Cardiac Rehabilitation after Heart Valve Surgery: Comparison with Coronary Artery Bypass Grafting Patients". Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention, 35 (4), 231-237
10. **Shabani R., Gaeini A.A., Nikoo M.R., Nikbakt H., Sadegifar M. (2010)** "Effect of cardiac rehabilitation program on exercise capacity in women undergoing coronary artery bypass graft in hamadan-iran". International journal of preventive medicine, 1 (4), 247-251.

KHẢO SÁT KIẾN THỨC PHÒNG BIẾN CHỨNG ĐÁI THÁO ĐƯỜNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ S.I.S CẦN THƠ

Nguyễn Trần Trân¹, Tô Văn Tân², Nguyễn Thị Diệu Hằng², Lê Lâm Tuyết Duy², Trần Thị Thuý Vân², Bùi Trần Minh Nguyệt², Nguyễn Hải Thuý³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị đái tháo đường cần sự phối hợp liên tục và chặt chẽ giữa thầy thuốc, bệnh nhân và người nhà. Sự tuân thủ điều trị khi đã có đủ và đúng kiến thức về bệnh là chìa khoá của thành công. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát kiến thức về phòng biến chứng đái tháo đường trên bệnh nhân đái tháo đường type 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 220 bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường típ 2 tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ từ 4/2023 đến 10/2023. **Kết quả:** Chỉ một tỉ lệ nhỏ (7,3%) bệnh nhân có kiến thức tốt về biến chứng của đái tháo đường, đa số bệnh nhân (51,8%) có kiến thức không đầy đủ về vấn đề này. Đối với kiến thức về hạ đường huyết, chỉ 18,2% bệnh

nhân có kiến thức tốt. bệnh nhân có kiến thức tốt về tuân thủ dùng thuốc chiếm tỉ lệ cao 77,7%. 52,3% bệnh nhân có kiến thức tốt về các nguyên tắc dinh dưỡng và đa số bệnh nhân có kiến thức trung bình (60%) về tập thể dục liên quan đái tháo đường. **Kết luận:** Kiến thức về phòng biến chứng đái tháo đường ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 chưa cao. Kiến thức chung về tuân thủ dùng thuốc có phần tốt hơn.

Từ khóa: đái tháo đường típ 2, kiến thức, biến chứng đái tháo đường.

SUMMARY

A SURVEY ON KNOWLEDGE OF PREVENTING DIABETIC COMPLICATIONS IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS AT CAN THO STROKE INTERNATIONAL SERVICES

Background: The treatment of diabetes requires continuous and coordinated collaboration between healthcare providers, patients and their relatives. Adherence to treatment, supported by sufficient and accurate knowledge about the disease, is the key to success. **Objective:** A Survey on Knowledge of Diabetic Complication Prevention in Type 2 Diabetes Patients. **Materials and Methods:** A cross-sectional study conducted on 220 patients diagnosed with type

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hải Thuý

Email: nhthuy52@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2025

Ngày duyệt bài: 27.2.2025