

6. **Malécot N, Chrusciel J, Sanchez S, et al.** Chest CT Characteristics are Strongly Predictive of Mortality in Patients with COVID-19 Pneumonia: A Multicentric Cohort Study. *Acad Radiol.* 2022; 29(6): 851-860. doi:10.1016/j.acra.2022. 01.010
7. **Hu Y, Zhan C, Chen C, Ai T, Xia L.** Chest CT findings related to mortality of patients with COVID-19: A retrospective case-series study. *PLoS ONE.* 2020;15(8). doi:10.1371/journal.pone.0237302
8. **Aoki R, Iwasawa T, Hagiwara E, Komatsu S, Utsunomiya D, Ogura T.** Pulmonary vascular enlargement and lesion extent on computed tomography are correlated with COVID-19 disease severity. *Jpn J Radiol.* 2021;39(5):451-458. doi:10.1007/s11604-020-01085-2
9. **Peng P, Wang F, Tang ZR, et al.** Bronchiectasis is one of the indicators of severe coronavirus disease 2019 pneumonia. *Chin Med J (Engl).* 2021;134(20):2486. doi:10.1097/CM9.0000000000001368
10. **Wei X, Wang X, Ye L, et al.** Pleural effusion as an indicator for the poor prognosis of COVID-19 patients. *Int J Clin Pract.* 2021;75(6):e14123. doi:10.1111/ijcp.14123

ĐẶC ĐIỂM KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH ĐO CHỈ SỐ HUYẾT ÁP CỔ CHÂN-CÁNH TAY TRÊN ĐIỀU DƯỠNG HỒI SỨC TÍCH CỰC

Nguyễn Văn Sĩ¹, Nguyễn Thị Ngọc Bích²

TÓM TẮT

Mở đầu: Sử dụng thiết bị áp lực ngắt quãng (Sequential Compression Device – SCD) giúp dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu khi có chống chỉ định với thuốc kháng đông, đặc biệt ở người bệnh hồi sức tích cực. Kỹ thuật đo chỉ số huyết áp cổ chân – cánh tay (Ankle Brachial Index – ABI) để tầm soát bệnh động mạch chi dưới và điều chỉnh áp lực cài đặt giúp giảm nguy cơ biến chứng liên quan đến SCD. Đo ABI là kỹ năng cần thiết cho điều dưỡng hồi sức tích cực. **Mục tiêu:** Đánh giá kiến thức và thực hành đo ABI trên điều dưỡng hồi sức tích cực. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 42 điều dưỡng hồi sức tích cực, bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Bộ câu hỏi được thẩm định qua hội đồng chuyên gia được sử dụng để đánh giá kiến thức và thực hành đo ABI. **Kết quả:** Bộ 20 câu hỏi được thiết kế có I – CVI từ 0,88 đến 0,986; S – CVI/ Ave từ 0,85 đến 0,94 và S – CVI/UA từ 0,71 đến 0,95. Tỷ lệ điều dưỡng từng được tập huấn đo ABI và đã thực hành đo ABI lần lượt là 52,4% và 32,7%. Sau đánh giá, tỷ lệ điều dưỡng đạt là 33,3%. Điểm tổng là $12,21 \pm 0,91$, trong đó điểm về lý thuyết là $4,36 \pm 0,93$ và điểm thực hành là $7,86 \pm 0,84$. **Kết luận:** Điều dưỡng hồi sức tích cực có kiến thức và thực hành đo chỉ số ABI chưa tối ưu. Cần có những chương trình tập huấn hiệu quả để nâng cao năng lực đo chỉ số ABI.

Từ khóa: Chỉ số huyết áp cổ chân – cánh tay, điều dưỡng, hồi sức tích cực

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF KNOWLEDGE AND PRACTICE IN MEASURING ANKLE – BRACHIAL INDEX AMONG INTENSIVE CARE UNIT NURSES

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sĩ

Email: si.nguyen.ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

Background: Sequential Compression Devices (SCD) help prevent deep vein thrombosis when anticoagulants are contraindicated, especially in intensive care unit (ICU) patients. The technique of measuring Ankle Brachial Index (ABI) is used to screen for lower limb peripheral artery disease and adjust the pressure settings to reduce the risk of complications related to SCD. ABI measurement is a necessary skill for ICU nurses. **Objective:** To assess the knowledge and practice of ABI measurement among ICU nurses. **Method:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 42 ICU nurses at University Medical Center Ho Chi Minh City. A set of questions validated by an expert panel was used to assess the knowledge and practice of ABI measurement. **Results:** The set of 20 questions had I-CVI ranging from 0.88 to 0.986; S-CVI/Ave from 0.85 to 0.94; and S-CVI/UA from 0.71 to 0.95. The percentage of nurses who had been trained in ABI measurement and had practiced measuring ABI were 52.4% and 32.7%, respectively. After assessment, 33.3% of nurses achieved a passing score. The overall score was 12.21 ± 0.91 , with knowledge scores at 4.36 ± 0.93 and practice scores at 7.86 ± 0.84 . **Conclusions:** ICU nurses' knowledge and practice of ABI measurement are not optimal. Effective training programs are needed to improve ABI measurement competency. **Keywords:** Ankle-brachial index, nurse, intensive care unit.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch sâu (deep vein thrombosis – DVT) và bệnh động mạch chi dưới (peripheral artery disease – PAD) là hai tình trạng bệnh lý mạch máu phổ biến và nguy hiểm, thường xảy ra ở người bệnh nặng đặc biệt là người bệnh ở đơn vị chăm sóc đặc biệt (Intensive Care Unit - ICU). Sự đồng mắc của hai tình trạng này không chỉ làm tăng nguy cơ biến chứng mà còn gây ra những thách thức lớn trong quản lý, dự phòng và điều trị tại ICU.^[1,2]

Một trong những biện pháp hữu hiệu để giảm nguy cơ huyết khối tĩnh mạch là sử dụng

hệ thống thiết bị áp lực ngắt quãng (Sequential Compression Device – SCD) khi có chống chỉ định với thuốc kháng đông.^[1] Tuy nhiên, ở người bệnh có PAD, việc sử dụng áp lực và thời gian bơm của SCD không phù hợp có thể gây ra các biến chứng nặng nề.^[3]

Chỉ số huyết áp tâm thu cổ chân - cánh tay (Ankle Brachial Index - ABI) là một chỉ số dùng để đánh giá mức độ tắc nghẽn động mạch chi dưới, xác định áp lực và điều chỉnh áp lực của SCD phù hợp với tình trạng người bệnh. Việc sử dụng chỉ số ABI để điều chỉnh áp lực SCD đã được chứng minh là một phương pháp hiệu quả trong việc cải thiện lưu thông máu, giảm nguy cơ huyết khối tĩnh mạch ở người bệnh ICU cũng như làm giảm đáng kể nguy cơ tổn thương da và chi dưới trong quy trình phòng ngừa DVT.^[1,4]

ABI có kỹ thuật đo đơn giản nên điều dưỡng đều có thể thực hiện. Để đảm bảo quy trình đo ABI được thực hiện đúng cách và nhất quán trong quy trình sử dụng SCD để phòng ngừa DVT, cần có sự đánh giá định kỳ kiến thức và kỹ năng đo ABI, đặc biệt là trên nhóm điều dưỡng ICU.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu. Cắt ngang mô tả.

2.2 Đối tượng nghiên cứu

- **Dân số mục tiêu:** Điều dưỡng hồi sức tích cực tại các bệnh viện tuyến cuối.

- **Dân số chọn mẫu:** Điều dưỡng hồi sức tích cực tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (BVĐHYD).

2.3 Phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện theo tiêu chí chọn vào và loại ra trong khoảng thời gian 12/2023- 6/2024.

2.4. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- **Tiêu chí chọn vào:** Điều dưỡng đang làm việc tại các khoa/đơn vị thuộc khối hồi sức tích cực.

- **Tiêu chí loại trừ:** Điều dưỡng nghỉ hưu sản, nghỉ ốm, nghỉ không hưởng lương, đang đi học nước ngoài.

2.5. Cỡ mẫu

$$n \geq \frac{Z_{1-\alpha/2}^2(1-p)}{\varepsilon^2 p}$$

- n: Cỡ mẫu tối thiểu.

- $Z_{1-\alpha/2}$: là giá trị từ phân phối chuẩn, được tính dựa trên ý nghĩa thống kê ($Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ nếu mức ý nghĩa thống kê = 5%).

- p: là tỉ lệ ước đoán là 50% (lấy từ nghiên cứu của Damien Lanéelle).^[5]

- ε là mức sai số tương đối chấp nhận.

Như vậy cỡ mẫu để ước lượng bao gồm dự trừ mất 5% mẫu là 42 điều dưỡng.

2.6. Xây dựng bộ câu hỏi và tiến hành đánh giá kiến thức và thực hành đo ABI

Thiết kế bộ câu hỏi: thông tin về ABI, kỹ thuật đo, khuyến cáo áp lực bơm của SCD theo ABI dựa trên quy trình đo ABI số 43/QT - BVĐHYD theo quyết định số 801/QT – BVĐHYD, ngày 27/03/2023. Điểm từ 7 điểm trở lên được xem là đạt yêu cầu.

Bảng 1. Câu hỏi đánh giá kiến thức đo ABI

1. Khi người bệnh có chống chỉ định dùng thuốc kháng đông để dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu thì biện pháp nào được ưu tiên sử dụng?

- A. Biện pháp cơ học bằng tất thun áp lực.
- B. Đặt bộ lọc tĩnh mạch ở chi dưới.
- C. Sử dụng thiết bị áp lực ngắt quãng.
- D. Cho người bệnh vận động sớm và thường xuyên.

2. Định nghĩa chỉ số huyết áp động mạch cổ chân - cánh tay (Ankle Brachial Index - ABI) là gì?

- A. Là tỉ số giữa huyết áp tâm thu đo ở cổ chân - cánh tay từng bên.
- B. Là tỉ số giữa huyết áp tâm trương đo ở cổ chân - cánh tay từng bên.
- C. Là tỉ số giữa huyết áp tâm trương đo ở cổ chân - cánh tay đối bên.
- D. Là tỉ số giữa huyết áp tâm thu đo ở cánh tay từng bên.

3. Vai trò của ABI trong quy trình phòng ngừa huyết khối DVT khi sử dụng thiết bị áp lực ngắt quãng là gì?

- A. Là một công cụ sàng lọc hiệu quả ở người bệnh có nguy cơ hoặc có triệu chứng lâm sàng của PAD.
- B. Chẩn đoán và tiên lượng tỉ lệ mắc bệnh và tỉ lệ tử vong của các bệnh lý tim mạch và các bệnh lý khác.
- C. Chọn lựa áp lực và thời gian bơm của SCD phù hợp với tình trạng của người bệnh.
- D. Tầm soát PAD trong quy trình phòng ngừa DVT khi người bệnh sử dụng SCD.

4. Khuyến cáo nào phù hợp để phòng ngừa biến chứng tổn thương da và chi khi sử dụng máy SCD trên người bệnh?

- A. Đối với người bệnh bị thiếu máu chi dưới từ mức độ nhẹ đến trung bình thì SCD có thể làm tổn thương da và mạch máu của người bệnh.
- B. Đối với người bệnh có phẫu thuật hoặc vết thương ở chi dưới thì SCD có thể gây hoại tử hoặc tổn thương da nghiêm trọng.
- C. Siêu âm mạch máu được khuyến cáo thực hiện để đánh giá sự lưu thông của mạch máu trước khi cho người bệnh sử dụng SCD.
- D. Siêu âm mạch máu kết hợp với đo ABI được khuyến cáo sử dụng để tầm soát PAD trước khi sử dụng SCD.

5. Chống chỉ định sử dụng SCD khi giá trị đo ABI là bao nhiêu?

- A. Chỉ số ABI < 0,9.
 B. Chỉ số ABI < 1.
 C. Chỉ số ABI > 0,9.
 D. Chỉ số ABI > 1.

Bộ câu hỏi được gửi cho 6 chuyên gia (bao gồm 1 Phó giáo sư, tiến sĩ, bác sĩ phó giám đốc BVĐHYD – trưởng bộ môn Phẫu thuật lồng ngực tim mạch Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (ĐHYD), 03 thạc sĩ bác sĩ chuyên ngành Phẫu thuật lồng ngực tim mạch, 1 thạc sĩ điều dưỡng – điều dưỡng trưởng khoa Lồng ngực mạch máu tại BVĐHYD, 1 thạc sĩ điều dưỡng – phụ trách đào tạo thuộc Phòng điều dưỡng BVĐHYD. Mức độ đánh giá cho mỗi câu hỏi cho 3 nội dung của chuyên gia: về mức độ rõ ràng, dễ hiểu và khả năng áp dụng dựa trên thang điểm Likert: Từ 1 (Rất không đồng ý) đến 4 (Rất đồng ý).

Bảng 2. Câu hỏi đánh giá thực hành đo ABI

Bước	Nội dung	Thực hiện đúng và đủ	Thực hiện đúng	Không thực hiện
B1	Kiểm tra chỉ định trong hồ sơ bệnh án			
B2	Chào hỏi, giới thiệu họ tên, nhiệm vụ			
B3	Nhận dạng đúng người bệnh.			
B4	Nhận định người bệnh - Tổng trạng, da niêm, sinh hiệu, mức độ hợp tác - Tình trạng da nơi đặt đầu dò, băng đo và nơi mang SCD			
B5	Cho người bệnh nằm nghỉ ngơi ít nhất 10 phút. Tư thế nằm ngửa: hai tay xuôi theo thân mình và đặt ngang mức tim			
B6	Bộc lộ và quấn bao đo huyết áp lần lượt tại các vị trí, bờ băng quấn đặt trên vị trí bắt mạch khoảng 2,5-3 cm			
B7	Gắn huyết áp vào bao đo, gắn đầu dò vào Doppler. Khởi động máy Doppler			

B8	Thoa gel lên động mạch cánh tay/động mạch quay, động mạch mu chân/động mạch chày sau. Đặt đầu dò Doppler ở góc 45° về phía đầu của người bệnh cho đến khi thu được tín hiệu âm thanh theo nhịp mạch của người bệnh và giữ đầu dò ở vị trí đó			
B9	Bơm huyết áp cho đến khi không nghe tiếng mạch đập. Xả áp suất bao đo bằng cách nhấn thả từ từ nút tròn trên huyết áp kế. Ghi nhận trị số huyết áp tâm thu tại các vị trí đo			
B10	Thực hiện các bước từ bước 6 đến bước 9 cho bên chi còn lại			
B11	Tắt máy đo ABI và ghi nhận các kết quả			
B12	Thông tin cho người bệnh biết đã thực hiện xong. Giúp người bệnh tư thế thích hợp			
B13	Thu dọn dụng cụ. Ghi hồ sơ về: chỉ số ABI, áp lực bơm hoặc thời gian bơm của SCD			

Chỉ số I - CVI (item-level content validity index) được xác định bằng công thức A/N, trong đó A là số lượng chuyên gia đánh giá giá trị 3 hoặc 4, tương ứng với đồng ý/rất đồng ý và N tương ứng với tổng số chuyên gia. Chỉ số S - CVI (scale-level content validity index based on the average method) dựa trên phương pháp tính trung bình là giá trị trung bình cộng của I - CVI. Sự đồng ý của các chuyên gia cho bộ câu hỏi với ba tính chất được xét đến lần lượt là tính rõ ràng, tính dễ hiểu và tính phù hợp để áp dụng khảo sát. Một bộ câu hỏi có tính giá trị về mặt nội dung tốt khi có I - CVIs $\geq 0,78$ và S - CVI/Ave $\geq 0,90$.^[6]

Nghiên cứu viên chuẩn bị kỹ các nội dung và tiến hành khảo sát trực tiếp các điều dưỡng theo bộ câu hỏi đã soạn sẵn để đảm bảo tính nhất quán trong nội dung hướng dẫn. Thời lượng khảo sát là 10 phút cho câu hỏi trắc nghiệm tự điền và 10 phút cho thực hành.

2.7. Thu thập và phân tích dữ liệu. Thiết

kế bộ câu hỏi bằng Microsoft Outlook Form và xuất dữ liệu qua phần mềm Excel. Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, mã hoá, nhập máy và xử lý bằng phương pháp thống kê học phần mềm R. Kết quả được trình bày ở dưới dạng bảng hoặc đồ thị thống kê thích hợp.

Biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ %. Các biến số định lượng có phân phối chuẩn được mô tả giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (nếu thỏa phân phối chuẩn) hoặc giá trị trung vị và khoảng tứ phân vị (nếu không thỏa phân phối chuẩn).

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học. Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh thông qua theo quyết định số 933/HĐĐĐ- ĐHYD ngày 10/10/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3. Đánh giá I - CVI, S - CVI/Ave và S - CVI/ UA về bộ câu hỏi

Yếu tố đánh giá		Câu hỏi	I - CVI	S-CVI/ Ave	S-CVI/ UA
Phần kiến thức	Tính dễ hiểu	Q1-Q7	0,88	0,88	0,71
	Tính rõ ràng	Q1-Q7	0,9	0,86	0,71
	Tính khả dụng	Q1-Q7	0,92	0,90	0,71
Phần thực hành	Tính dễ hiểu	Q8-Q18	0,99	0,94	0,95
	Tính rõ ràng	Q8-Q18	0,91	0,85	0,85
	Tính khả dụng	Q8-Q18	0,92	0,92	0,85

Nhận xét: Bộ câu hỏi được đánh giá I - CVI từ 0,88 đến 0,986. S - CVI/ Ave từ 0,85 đến 0,94. Chỉ số S - CVI/UA từ 0,71 đến 0,95.

Bảng 4. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Tuổi (năm)	32,5 ± 3,5
Giới nữ	39 (92,9)
Trình độ học vấn	
- Trung học hoặc tương đương	3 (7,1)
- Cử nhân hoặc tương đương	36 (85,7)
- Thạc sĩ hoặc tương đương	3 (7,1)
Kinh nghiệm làm việc	
- < 5 năm	13 (31,0)
- 5-10 năm	17 (40,5)
- > 10 năm	12 (28,6)
Đã từng được tập huấn đo ABI	22 (52,4)
Đã thực hành đo ABI	15 (35,7)
Vị trí làm việc	
- Trưởng tua	10 (24,0)
- Hành chánh	3 (7,1)
- Chăm sóc	29 (69,0)

Nhận xét: Điều dưỡng chưa tham gia tập huấn và chưa thực hành đo ABI chiếm tỉ lệ cao.

Bảng 5. Kết quả đánh giá

Tỉ lệ đạt yêu cầu	14 (33,3)
Điểm tổng	12,21 ± 0,91

- Điểm lý thuyết	4,36 ± 0,93
- Điểm thực hành	7,86 ± 0,84

Nhận xét: Tỉ lệ điều dưỡng đạt yêu cầu chiếm 1/3 mẫu nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số điều dưỡng tham gia là nữ 92,9%. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trước đây trong đó sự khác biệt giới tính không được xem là yếu tố quyết định trong hiệu suất làm việc và năng lực thực hành.^[7] Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 32,5 ± 3,5 năm, thấp hơn các nhóm tác giả khác.^[7] Điều này phù hợp với môi trường làm việc tại ICU có nhiều áp lực và cường độ công việc cao. Các nghiên cứu tương tự cho thấy tuổi không phải là yếu tố quyết định năng lực thực hành của điều dưỡng và kỹ năng cũng như kiến thức chuyên môn có thể được duy trì và nâng cao qua đào tạo và làm việc, bất kể tuổi tác.^[7,8]

Điều dưỡng chăm sóc là nhóm chủ chốt trong việc thực hiện các kỹ thuật y khoa trên người bệnh. Việc điều dưỡng chăm sóc chiếm ưu thế đảm bảo rằng những người thực hiện kỹ thuật này được quan tâm đào tạo và hướng dẫn chính xác, từ đó nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh. Điều dưỡng trưởng tua có vai trò giám sát, quản lý và hỗ trợ, đóng vai trò quan trọng trong việc điều phối và đảm bảo chất lượng chăm sóc trong toàn bộ khoa/đơn vị. Điều dưỡng hành chánh ít tham gia vào các quy trình kỹ thuật trực tiếp, chủ yếu là quản lý hành chính, tổ chức và hỗ trợ các hoạt động chung của khoa. Nhìn chung, sự phân bố này phản ánh đúng cấu trúc và vai trò của các nhóm điều dưỡng đảm bảo các quy trình y khoa được thực hiện hiệu quả tại khối hồi sức tích cực.

Bộ câu hỏi đánh giá của chúng tôi có cấu trúc rõ ràng và dễ hiểu, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Thanh Tâm về đánh giá tính giá trị và độ tin cậy của bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành của điều dưỡng về chương trình phục hồi sớm sau phẫu thuật ERAS tại BVĐHYD.^[9] Dựa vào bộ câu hỏi, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ điều dưỡng đạt yêu cầu sau khảo sát về kiến thức và thực hành đo ABI còn thấp, chỉ tương đương 1/3 số điều dưỡng tham gia. Đáng lưu ý, tỉ lệ điều dưỡng từng được tập huấn và thực hành đo ABI vẫn còn thấp, có thể do nhiều nguyên nhân như thiếu thời gian thực hành hoặc thiếu tự tin trong việc áp dụng kiến thức vào thực tế. Một số nghiên cứu cho thấy yếu tố như đào tạo liên tục, hỗ trợ từ đồng nghiệp và môi trường làm việc có

ảnh hưởng đáng kể đến hiệu suất công việc của điều dưỡng.^[7,8] Điều này gợi ý để nâng cao năng lực, cần tập trung vào các yếu tố như chương trình đào tạo liên tục, môi trường làm việc và hỗ trợ từ đồng nghiệp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi phản ánh tình hình thực tế về kiến thức và thực hành lâm sàng đo ABI của điều dưỡng hồi sức tích cực. Để nâng cao năng lực này, chúng tôi đề nghị tổ chức các buổi tập huấn đo ABI, cung cấp tài liệu hướng dẫn dễ hiểu cùng với sự giám sát chặt chẽ về thực hành thực tế sau đó. Ngoài ra, nghiên cứu chỉ thực hiện tại một trung tâm nên việc triển khai các khảo sát tương tự tại những bệnh viện tuyến cuối khác sẽ giúp cung cấp kết quả đại diện đầy đủ cho năng lực đo ABI của điều dưỡng hồi sức tích cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Duranteau J, Taccone FS, Verhamme P, et al;** ESA VTE Guidelines Task Force. European guidelines on perioperative venous thromboembolism prophylaxis: Intensive care. Eur J Anaesthesiol. 2018;35(2):142-146. doi:10.1097/EJA.0000000000000707.
2. **Wang BY, Chou YH, Chung CT, et al.** Association of Peripheral Arterial Occlusive Disease and Deep Venous Thrombosis with Risk of Consequent Sepsis Event: A Retrospective Population-Based Cohort Study. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(11):6710. Published 2022 May 31. doi:10.3390/ijerph19116710.
3. **Weller CD, Team V, Ivory JD, et al.** ABPI reporting and compression recommendations in

global clinical practice guidelines on venous leg ulcer management: A scoping review [published correction appears in Int Wound J. 2019 Aug;16(4):1074. doi: 10.1111/iwj.13165]. Int Wound J. 2019;16(2):406-419. doi:10.1111/iwj. 13048

4. **Aboyans V, Criqui MH, Abraham P, et al;** American Heart Association Council on Peripheral Vascular Disease; Council on Epidemiology and Prevention; Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular Nursing; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, and Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia. Measurement and interpretation of the ankle-brachial index: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2012 Dec 11;126(24):2890-909. doi: 10.1161/CIR.0b013e318276fbc.
5. **Lanéelle D, Hoffmann C, Stivalet O, et al.** Vascular medicine residents lack adequate training for limb pressure measurement: A nationwide survey in France. Vasc Med. 2019; 24(5): 452-454. doi:10.1177/ 1358863X19867759
6. **Lynn MR.** Determination and quantification of content validity. Nurs Res. 1986;35(6):382-385.
7. **Yan T, He W, Hang C, et al.** Nurses' knowledge, attitudes, and behaviors toward venous thromboembolism prophylaxis: How to do better. Vascular. 2021;29(1):78-84. doi:10.1177/ 1708538120933782.
8. **Saab MM, McCarthy B, Andrews T, et al.** The effect of adult Early Warning Systems education on nurses' knowledge, confidence, and clinical performance: A systematic review. J Adv Nurs. 2017;73(11):2506-2521. doi:10.1111/jan.13322.
9. **Trần Thị Thanh Tâm.** Tính giá trị và độ tin cậy bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành của điều dưỡng về chương trình phục hồi sớm sau phẫu thuật (ERAS). Tạp chí Y học Việt Nam. 2023; (1): 527.

GIÁ TRỊ SỨC CĂNG TRỤC DỌC THẤT TRÁI QUA SIÊU ÂM ĐÁNH DẤU MÔ CƠ TIM TRONG DỰ BÁO TỔN THƯƠNG HẸP MẠCH VÀNH CÓ Ý NGHĨA Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH MẠN

Phù Trí Nghĩa¹, Phan Huỳnh Xuân Nữ¹,
Nguyễn Thế Bảo^{1,2}, Nguyễn Thái Hòa¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chỉ số sức căng trục dọc thất trái (GLS) qua siêu âm đánh dấu mô cơ tim được chứng minh có mối liên quan với tổn thương mạch vành qua một số nghiên cứu trên thế giới. Tuy nhiên, dữ liệu tại

Việt Nam vẫn còn hạn chế. **Mục tiêu:** Phân tích khả năng dự báo của GLS qua siêu âm đánh dấu mô cơ tim với tổn thương mạch vành có ý nghĩa ở bệnh nhân hội chứng vành mạn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 40 bệnh nhân nghi ngờ hội chứng vành mạn đến khám tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 03/2023 đến tháng 02/2025. **Kết quả:** Về đặc điểm chung, tỷ lệ nam/nữ = 1 và có độ tuổi trung bình là 66,0 ± 10,3. Giá trị các thông số về sức căng dọc thất trái ở 40 bệnh nhân hội chứng vành mạn có phân phối chuẩn, trong đó sức căng toàn bộ (GLS-avg %) là -15,30 ± 4,47. Về phân bố số nhánh hẹp có ý nghĩa, ba phần năm đối tượng có hẹp ít nhất 1 nhánh, trong

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Huế

Chịu trách nhiệm chính: Phù Trí Nghĩa

Email: ptngia@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025