

sỏi thận, trong khi điều trị dự phòng thuần túy ở người tăng acid uric không triệu chứng vẫn chưa được thống nhất [4]. Tuy nhiên, các nghiên cứu hiện tại gợi ý rằng nên xem xét định lượng acid uric như một chỉ số bổ sung khi đánh giá nguy cơ tim mạch. Ở những bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch khi có nồng độ acid uric  $\geq 6$  mg/dL, bác sĩ có thể cân nhắc theo dõi chặt chẽ hơn và điều chỉnh lối sống (giảm ăn purin, giảm đồ ngọt, hạn chế rượu) để hạn chế nguy cơ gia tăng [5]. Cuối cùng, cần được cá thể hóa điều trị hạ acid uric máu và quản lý nguy cơ tim mạch ở từng bệnh nhân.

Tóm lại, tổng quan kết quả cho thấy tăng acid uric huyết liên quan chặt chẽ với nguy cơ tim mạch, nhưng vai trò nhân quả vẫn chưa được khẳng định cuối cùng. Các nghiên cứu tương lai cần đi sâu làm rõ cơ chế, xác định nhóm lợi ích khi điều trị kiểm soát acid uric máu, đồng thời đánh giá hiệu quả biện pháp hạ acid uric trên biến cố tim mạch để có thể đề xuất hướng điều trị phù hợp. Các bác sĩ lâm sàng nên cân nhắc acid uric trong đánh giá nguy cơ tim mạch và gợi ý thay đổi lối sống phù hợp cho bệnh nhân tăng acid uric.

## V. KẾT LUẬN

Tổng quan qua 8 nghiên cứu, các kết quả cho thấy acid uric là một yếu tố nguy cơ tim mạch độc lập, có thể điều chỉnh, gây bệnh thông qua việc thúc đẩy stress oxy hóa và viêm hệ thống. Sự thay đổi mô hình lâm sàng hướng tới quản lý chủ động tăng acid uric máu không triệu chứng ở bệnh nhân nguy cơ cao đang nổi lên như một chiến lược phòng ngừa hứa hẹn. Tuy nhiên, các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên quy

mô lớn là cấp thiết để xác nhận lợi ích lâm sàng và giải quyết các tranh cãi về an toàn điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cimmino Giovanni, Natale Francesco, Franzese Rosa** (2024), Uric acid in atherosclerosis and cardiovascular diseases: innocent bystander or ruthless killer?, *Exploration of Musculoskeletal Diseases*, 2 (3), pp. 189-207.
2. **Kim Jae Young, Seo Changhwan, Pak Haeyong** (2023), Uric Acid and Risk of Cardiovascular Disease and Mortality: A Longitudinal Cohort Study, *J Korean Med Sci*, 38 (38), pp.
3. **Rahimi-Sakak Fatemeh, Maroofi Mahsa, Rahmani Jamal** (2019), Serum uric acid and risk of cardiovascular mortality: a systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies of over a million participants, *BMC Cardiovascular Disorders*, 19 (1), pp. 218.
4. **van der Pol Karel H., Wever Kimberley E., Verbakel Mariette** (2021), Allopurinol to reduce cardiovascular morbidity and mortality: A systematic review and meta-analysis, *PLOS ONE*, 16 (12), pp. e0260844.
5. **Vassalle Cristina, Mazzone Annamaria, Sabatino Laura** (2016), Uric Acid for Cardiovascular Risk: Dr. Jekyll or Mr. Hide?, 4 (1), pp. 12.
6. **Zuo Tian, Liu Xuehui, Jiang Lu** (2016), Hyperuricemia and coronary heart disease mortality: a meta-analysis of prospective cohort studies, *BMC Cardiovascular Disorders*, 16 (1), pp. 207.
7. **Niskanen L. K., Laaksonen D. E., Nyysönen K.** (2004), Uric acid level as a risk factor for cardiovascular and all-cause mortality in middle-aged men: a prospective cohort study, *Arch Intern Med*, 164 (14), pp. 1546-1551.
8. **Organization World Health.** Cardiovascular diseases (CVDs): World Health Organization, 2025.
9. **Yu Wei, Cheng Ji-Dong** (2020), Uric Acid and Cardiovascular Disease: An Update From Molecular Mechanism to Clinical Perspective, Volume 11 - 2020 pp.

## GÁNH NẶNG CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SUY TIM TẠI KHOA NỘI TIM MẠCH BỆNH VIỆN VIỆT NAM - THỤY ĐIỂN UÔNG BÍ, NĂM 2025

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát thực trạng gánh nặng của người chăm sóc người bệnh suy tim bằng thang đo ZBI tại khoa Nội Tim Mạch Bệnh viện Việt Nam - Thụy

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đình Tuyên

Email: vutuyen5885@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

Vũ Đình Tuyên<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thuý Hường<sup>1</sup>

Điểm Uông Bí năm 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 82 người chăm sóc người bệnh suy tim từ tháng 3 đến tháng 5 năm 2025, sử dụng bộ công cụ ZBI (Zarit Burden Interview). **Kết quả:** Điểm trung bình theo thang ZBI là  $35,32 \pm 18,86$ , trong đó 40,2% người chăm sóc có mức gánh nặng trung bình, 36,6% người chăm sóc có mức gánh nặng ở mức độ nghiêm trọng và rất nghiêm trọng, 23,2% người chăm sóc có mức độ nhẹ. **Kết luận:** Thực trạng gánh nặng chăm sóc người bệnh suy tim tại khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Việt Nam- Thụy Điển Uông Bí năm 2025 theo thang đo ZBI ở mức trung bình.

**Từ khóa:** Suy tim, Gánh nặng chăm sóc, Bộ công cụ Zarit Burden Interview (ZBI)

## SUMMARY

### CAREGIVER BURDEN AMONG CAREGIVERS OF PATIENTS WITH HEART FAILURE AT THE CARDIOLOGY DEPARTMENT, VIETNAM-THUY DIEN UONG BI HOSPITAL IN 2025

**Objective:** To survey the current burden of caregivers of heart failure patients using the Zarit Burden Interview (ZBI) scale at the Cardiology Department of Vietnam - Sweden Uong Bi Hospital in 2025. **Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 82 caregivers of heart failure patients from March to May 2025, used Zarit Burden Interview (ZBI) tool. **Results:** The average ZBI score was  $35.32 \pm 18.86$ . Among the caregivers, 40.2% had a moderate burden, 36.6% had a severe or very severe burden, and 23.2% had a mild burden. **Conclusion:** The caregiving burden for heart failure patients at the Cardiology Department of Vietnam - Sweden Uong Bi Hospital in 2025 according to the ZBI scale is at a moderate level. **Keywords:** Heart failure, Caregiver burden, Zarit Burden Interview (ZBI)

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim (ST) là một hội chứng lâm sàng xảy ra do rối loạn chức năng tim làm giảm khả năng bơm máu nuôi cơ thể [1]. Hiện nay, toàn cầu có khoảng 64 triệu người mắc ST và con số này không ngừng gia tăng [2]. Tại Việt Nam, ước tính có từ 360.000 đến 1,8 triệu người bị ảnh hưởng bởi bệnh lý này [1]. Tỷ lệ tử vong trong vòng 5 năm sau chẩn đoán vẫn cao, dao động từ 48% đến 57% [3]. Ngoài ra, ST còn tác động nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh do ảnh hưởng về thể chất, tâm lý và khả năng sinh hoạt xã hội [4]

Người chăm sóc cho người bệnh ST, thường là thành viên trong gia đình phải đối mặt với nhiều gánh nặng cả về thể chất, tinh thần và kinh tế. Gánh nặng này có thể gây ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe và cuộc sống cá nhân của người chăm sóc [5]. Có nhiều thang đo để giúp cho các nhà lâm sàng tiên lượng được gánh nặng chăm sóc người bệnh suy tim, trong đó thang đo Zarit Burden Interview (ZBI) đã được chuẩn hóa tại Việt Nam bởi Nguyễn Ngọc Bích và cho thấy độ tin cậy tốt (Cronbach's Alpha = 0,78) [6]. Dù vậy, hiện còn chưa nhiều các nghiên cứu khảo sát cụ thể về việc sử dụng thang đo ZBI tại các cơ sở điều trị tim mạch.

Khoa Nội Tim mạch – Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí là nơi tiếp nhận số lượng lớn người bệnh ST mỗi năm. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá mức độ gánh nặng của người chăm sóc tại đây để có biện pháp hỗ trợ phù hợp. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên

cứ này mục tiêu: Khảo sát thực trạng gánh nặng của người chăm sóc người bệnh suy tim bằng thang đo ZBI tại khoa Nội Tim Mạch, Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí năm 2025 nhằm đề xuất các biện pháp hỗ trợ phù hợp cho người chăm sóc người bệnh suy tim tại đơn vị.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu là người chăm sóc người bệnh suy tim phân độ NYHA III, IV điều trị nội trú tại Khoa Nội Tim mạch – Bệnh viện Việt Nam- Thụy Điển Uông Bí từ tháng 03 đến tháng 05 năm 2025 đáp ứng các tiêu chuẩn của nghiên cứu, cụ thể:

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** + Là thành viên trong gia đình (bao gồm người thân trong gia đình: vợ/ chồng, con cái, bố/ mẹ, anh/ chị em,... của người bệnh) thường xuyên trực tiếp chăm sóc cho người bệnh suy tim trong thời gian ít nhất 1 tuần (7 ngày) trở lên.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Đối tượng vắng mặt tại thời điểm điều tra

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.  
- Chọn mẫu toàn bộ người chăm sóc người bệnh suy tim đáp ứng tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Kết quả thu được 82 người chăm sóc tương ứng của 82 người bệnh suy tim

### 2.3. Công cụ và quy trình thu thập số liệu

Công cụ: Dữ liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi gồm 2 phần:

Phần 1: Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu bao gồm đặc điểm nhân khẩu học của người chăm sóc; tình trạng sức khỏe của người bệnh.

Phần 2: Đánh giá gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc người bệnh ST sử dụng bộ công cụ Zarit Burden Interview (ZBI), gồm 22 câu hỏi sức khỏe thể chất và tinh thần, tài chính, đời sống xã hội và mối quan hệ giữa người chăm sóc với người bệnh. Tổng điểm gánh nặng chăm sóc thay đổi từ 0-88 điểm và phân loại theo 4 mức độ từ không có/ nhẹ (0-20 điểm), trung bình (21-40 điểm), nghiêm trọng (41-60 điểm), rất nghiêm trọng (61-88 điểm) [6]

Quy trình thu thập số liệu: Sau khi được phê duyệt thu thập số liệu, những người chăm sóc đủ tiêu chí và đồng ý tham gia được mời hoàn thành bảng khảo sát đánh giá gánh nặng chăm sóc người bệnh suy tim.

**2.4. Xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng thống kê mô tả để xác định đặc điểm nhân khẩu học, mức độ gánh nặng chăm sóc.

**2.5. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học của Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương. Đối tượng nghiên cứu tham gia dựa trên tinh thần tự nguyện. Thông tin người bệnh được bảo đảm bí mật, số liệu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của người chăm sóc**

Đặc điểm chung		Số lượng (n=82)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	22	26,8
	Nữ	60	73,2
Tuổi	<50	13	15,9
	≥50	69	84,1
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn	76	92,7
	Độc thân	5	6,1
	Ly dị/Ly thân/Goá	1	1,2
Trình độ học vấn	Tiểu học/trung học	29	35,4
	Trung học phổ thông	35	42,7
	Cao đẳng/Đại học trở lên	18	22

Nghề nghiệp	Lao động chân tay	61	74,4
	Lao động trí óc	21	25,6
Tình trạng công việc	Làm toàn phần	28	34,1
	Làm thời vụ	18	22,0
	Làm tại nhà	36	43,9
Thu nhập hàng tháng	<5 triệu đồng	26	31,7
	5-10 triệu đồng	42	51,2
	>10 triệu đồng	14	17,1
Mối quan hệ với người bệnh	Bố/mẹ	1	1,2
	Vợ/chồng	25	30,5
	Con	56	68,3
Thời gian chăm sóc NB	<2 giờ/ngày	3	3,7
	2-6 giờ/ngày	39	47,6
	>6 giờ/ngày	40	48,8

**Nhận xét:** Người chăm sóc chủ yếu là nữ cao hơn (73,2%), đa số có độ tuổi ≥ 50 tuổi (84,1%), có 92,7% người chăm sóc đã lập gia đình, nghề nghiệp là lao động chân tay (74,4%), thường làm việc tại nhà (43,9%), có thu nhập từ 5-10 triệu đồng (51,2%). Đa số người chăm sóc là con (68,3%) với thời gian chăm sóc người bệnh > 6 giờ (48,8%)

**3.2. Thực trạng gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc người bệnh suy tim**

**Bảng 3.2. Mức độ cảm nhận gánh nặng về công việc chăm sóc người bệnh suy tim theo thang đo ZBI**

Các nội dung theo thang đo ZBI	Số lượng (n=82), tỉ lệ (%)				
	Không bao giờ	Hiếm khi	Thỉnh thoảng	Khá thường xuyên	Luôn luôn
Cảm thấy NB đòi hỏi phục vụ hơn nhu cầu	18 (22,0%)	29 (35,4%)	18 (22,0%)	12 (14,6%)	5 (6,1%)
Cảm thấy bị rắc rối vì hành vi của người bệnh	24 (29,3%)	24 (29,3%)	19 (23,2%)	12 (14,6%)	3 (3,7%)
Cảm thấy bức bối khi phải ở bên cạnh người bệnh	45 (54,9)	12 (14,6%)	14 (17,1%)	11 (13,4%)	0 (0%)
Cảm thấy người bệnh làm ảnh hưởng xấu đến mối quan hệ hiện nay của mình với các thành viên khác trong gia đình hoặc bạn bè	51 (62,2%)	10 (12,2%)	9 (11,0%)	9 (11,0%)	3 (3,7%)
Có cảm thấy người bệnh bị phụ thuộc vào mình	17 (20,7%)	23 (28,0%)	20 (24,4%)	20 (24,4%)	2 (2,4%)
Cảm thấy căng thẳng khi phải ở bên cạnh người bệnh	37 (45,1%)	20 (24,4%)	15 (18,3%)	8 (9,8%)	2 (2,4%)
Cảm thấy dường như người bệnh trông đợi mình chăm sóc nếu như người bệnh chỉ có thể nhờ một người chăm sóc duy nhất	19 (23,2%)	22 (26,8%)	18 (22,0%)	16 (19,5%)	7 (8,5%)

**Nhận xét:** Mức độ cảm nhận gánh nặng chăm sóc về công việc chăm sóc người bệnh suy tim cao nhất ở 2 nội dung là cảm thấy người bệnh phụ thuộc vào mình và người bệnh dường như trông đợi mình chăm sóc (24,4% và 19,5%)

**Bảng 3.3. Mức độ cảm nhận gánh nặng liên quan đến thay đổi cuộc sống khi chăm sóc người bệnh suy tim theo thang đo ZBI**

Các nội dung theo thang đo ZBI	Số lượng (n=82), tỉ lệ (%)				
	Không bao giờ	Hiếm khi	Thỉnh thoảng	Khá thường xuyên	Luôn luôn
Cảm thấy mình phải dành hết thời gian cho NB	10	22	25	18	7

mà không còn thời gian dành cho bản thân	(12,2%)	(26,8%)	(30,5%)	(22,0%)	(8,5%)
Cảm thấy căng thẳng giữa việc chăm sóc NB và cố gắng thực hiện nghĩa vụ đối với gia đình hoặc công việc	27 (32,9%)	19 (23,2%)	18 (22,0%)	17 (20,7%)	1 (1,2%)
Cảm thấy sức khỏe của mình bị giảm sút vì phải chăm sóc người bệnh	17 (20,7%)	26 (31,7%)	25 (30,5%)	13 (15,9%)	1 (1,2%)
Cảm thấy bị giảm bớt cuộc sống riêng tư của mình vì phải chăm sóc người bệnh	25 (30,5%)	25 (30,5%)	18 (22,0%)	11 (13,4%)	3 (3,7%)
Cảm thấy cuộc sống xã hội của mình bị giảm bớt vì phải chăm sóc người bệnh	26 (31,7%)	26 (31,7%)	18 (22,0%)	12 (14,6%)	0 (0%)
Cảm thấy bất tiện khi có nhiều bạn bè đến thăm người bệnh	53 (64,6%)	11 (13,4%)	7 (8,5%)	11 (13,4%)	0 (0%)
Cảm thấy mình không có đủ tiền để chăm sóc người bệnh	35 (42,7%)	20 (24,4%)	15 (18,3%)	7 (8,5%)	5 (6,1%)
Cảm thấy mất kiểm soát cuộc sống của mình kể từ khi người bệnh bị ốm	33 (40,2%)	20 (24,4%)	11 (13,4%)	13 (15,9%)	5 (6,1%)

**Nhận xét:** Người chăm sóc thường xuyên cảm thấy phải dành hết thời gian cho người bệnh và cảm thấy căng thẳng giữa việc chăm sóc người bệnh và nghĩa vụ với gia đình, công việc chiếm (22% và 20,7%)

**Bảng 3.4. Mức độ cảm nhận gánh nặng về các nguy cơ có thể xảy ra với người bệnh suy tim theo thang ZBI**

Các nội dung theo thang đo ZBI	Số lượng (n=82), tỉ lệ (%)				
	Không bao giờ	Hiếm khi	Thỉnh thoảng	Khá thường xuyên	Luôn luôn
Cảm thấy lo lắng về những nguy cơ sẽ xảy ra đối với người bệnh	9 (11,0%)	4 (4,9%)	19 (23,2%)	38 (46,3%)	12 (14,6%)
Cảm thấy mình không thể chăm sóc người bệnh lâu dài hơn nữa	35 (42,7%)	24 (29,2%)	14 (17,1%)	8 (9,8%)	1 (1,2%)
Mong muốn để người khác chăm sóc người bệnh thay cho mình	12 (14,6%)	23 (28,0%)	30 (36,6%)	14 (17,1%)	3 (3,7%)
Cảm thấy không chắc chắn về những việc mình đã làm cho người bệnh	26 (31,7%)	12 (14,6%)	18 (22,0%)	15 (18,3%)	11 (13,4%)
Cảm thấy cần phải làm nhiều hơn việc nữa cho người bệnh	5 (6,1%)	15 (18,3%)	17 (20,7%)	30 (36,6%)	15 (18,3%)
Cảm thấy mình có thể chăm sóc người bệnh tốt hơn nữa	8 (9,8%)	21 (25,6%)	23 (28,0%)	16 (19,5%)	14 (17,1%)
Cảm thấy gánh nặng chăm sóc người bệnh	14 (17,1%)	28 (34,1%)	23 (28,0%)	12 (14,6%)	5 (6,1%)

**Nhận xét:** Người chăm sóc thường xuyên và luôn luôn cảm thấy lo lắng về những nguy cơ có thể xảy ra với người bệnh chiếm 46,3% và 14,6%, cảm thấy cần phải làm nhiều việc hơn cho người bệnh chiếm 36,6% và 18,3%. Và vẫn còn nhiều người chăm sóc mong muốn để người khác chăm sóc NB thay mình chiếm (36,6%).

**Bảng 3.5. Phân loại mức độ gánh nặng chăm sóc người bệnh suy tim**

Gánh nặng chăm sóc	Tần số (n=82)	Tỷ lệ (%)
Không hoặc gánh nặng nhẹ (0-20 điểm)	19	23,2
Trung bình (21-40 điểm)	33	40,2
Nghiêm trọng và rất nghiêm trọng (41-88 điểm)	30	36,6
ZBI trung bình (mean=35,32±18,86)		

**Nhận xét:** Phần lớn gánh nặng chăm sóc người bệnh ST của người chăm sóc ở mức trung bình chiếm 40,2%, tiếp đến là gánh nặng nghiêm trọng và rất nghiêm trọng chiếm 36,6%. Gánh nặng chăm sóc ở mức nhẹ chiếm tỷ lệ 23,2%.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm chung của người chăm sóc

Giới tính: Người chăm sóc chủ yếu là nữ giới (73,2%), tương tự nghiên cứu của Wanich Suksatan (2022) với 73,1% [5]. Điều này phản ánh được về vai trò phụ nữ đảm nhận chăm sóc gia đình. Phụ nữ thường có thời gian linh hoạt hơn, khả năng đồng cảm cao.

Tuổi: 84,1% người chăm sóc  $\geq$  50 tuổi, phù hợp với các nghiên cứu về chăm sóc bệnh mạn tính, thường ở độ tuổi 40–60, do họ thường chịu

áp lực kép giữa chăm sóc và trách nhiệm gia đình [7]. Điều này gắn liền với văn hóa Á Đông, con cháu chăm sóc cha mẹ, ông bà.

Nghề nghiệp, trình độ học vấn: 78,1% người chăm sóc làm nông, nội trợ, lao động tự do; trình độ từ THPT trở xuống, tương đồng với nghiên cứu của Fiiiz Dirikkan [8]. Nhóm đối tượng này thường có thời gian linh hoạt, thuận lợi cho việc chăm sóc tại bệnh viện hoặc tại nhà.

Thu nhập, tình trạng công việc: Đa số có thu nhập 5–10 triệu đồng/tháng, làm việc tại nhà, phù hợp với nghiên cứu của Dirikkan khi người chăm sóc thường là nội trợ, không có việc làm ổn định [8].

Mối quan hệ với người bệnh: 68,3% là con của người bệnh, tương tự nghiên cứu của Phạm Thị Bích Ngọc (57,3%) [7], khác với Wanich Suksatan khi vợ/chồng chiếm 34,3% [5]. Điều này phản ánh văn hóa đa thế hệ và lòng hiếu thảo trong gia đình Việt Nam khi con cái thường nhận trách nhiệm chăm sóc bố mẹ khi họ ốm yếu.

## 4.2. Thực trạng gánh nặng của người chăm sóc người bệnh suy tim

**4.2.1. Cảm nhận của người chăm sóc về gánh nặng chăm sóc.** Suy tim là một bệnh mạn tính tiến triển âm thầm nhưng có tiên lượng nghiêm trọng, với tỷ lệ tử vong trong 5 năm đầu lên tới 50%. Trong các đợt cấp, bệnh diễn biến nhanh và phức tạp, khiến người chăm sóc thường xuyên phải đối mặt với căng thẳng, lo âu và nguy cơ trầm cảm, chủ yếu do áp lực chăm sóc liên tục và chi phí điều trị cao. Kết quả nghiên cứu cho thấy 46,3% người chăm sóc thường xuyên lo lắng về các nguy cơ có thể xảy ra với người bệnh, và 36,6% cảm thấy họ cần phải làm nhiều việc hơn nữa để hỗ trợ người bệnh. Bên cạnh đó, nhiều người chăm sóc bày tỏ mong muốn có người khác thay thế mình trong việc chăm sóc. Việc này cho thấy họ không chỉ chịu áp lực tâm lý mà còn phải đánh đổi sức khỏe thể chất, thời gian cho bản thân và sinh hoạt gia đình, những tác động làm thay đổi sâu sắc chất lượng cuộc sống của họ.

Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Dirikkan, cho thấy 94% người chăm sóc gặp thay đổi về thể chất, phổ biến là mất ngủ, đau đầu do quá trình chăm sóc kéo dài [8]. Tương tự, Wanich Suksatan ghi nhận 86,7% người chăm sóc bị ảnh hưởng toàn diện trên cả bốn khía cạnh: thể chất, tâm lý, xã hội và kinh tế [5]. Điều này phản ánh rằng việc chăm sóc người bệnh suy tim đòi hỏi sự theo dõi và hỗ trợ liên tục trong sinh hoạt hằng ngày như ăn uống, di chuyển, sử dụng thuốc. Gánh nặng kéo dài khiến người chăm sóc dễ rơi vào tình trạng mệt

mỏi, lo âu, mất ngủ, thậm chí kiệt sức và trầm cảm. Đồng thời, việc chăm sóc cũng làm giảm thời gian dành cho công việc và các mối quan hệ xã hội, ảnh hưởng đến thu nhập và chất lượng sống. Như vậy, người chăm sóc người bệnh suy tim đang phải đối mặt với một gánh nặng đa chiều, dai dẳng và ngày càng phức tạp.

**4.2.2. Mức độ gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc theo thang ZBI.** Trong nghiên cứu của tôi, phần lớn người chăm sóc trải qua gánh nặng ở mức độ trung bình (40,2%), trong khi 36,6% chịu gánh nặng nghiêm trọng và rất nghiêm trọng, với điểm trung bình thang đo ZBI là  $35,32 \pm 18,86$ . Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Chunli Zhao cũng ghi nhận tỷ lệ tương tự với 39% gánh nặng trung bình, 27,3% nghiêm trọng, và điểm ZBI trung bình là  $35,18 \pm 16,21$  [9].

So sánh với một số nghiên cứu khác, kết quả của tôi cao hơn nghiên cứu của Dogan khi chỉ có 5,8% người chăm sóc chịu gánh nặng nghiêm trọng và 43,6% ở mức trung bình [10]. Tuy nhiên, mức gánh nặng lại thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Bích Ngọc trên đối tượng chăm sóc bệnh nhân COPD, với 58,3% NCS chịu gánh nặng nghiêm trọng và rất nghiêm trọng [13], hay nghiên cứu của Wanich Suksatan với tỷ lệ gánh nặng cao lên tới 86,7% [7].

Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể phản ánh đặc điểm của từng nhóm bệnh mạn tính, mức độ tiến triển và yêu cầu chăm sóc cụ thể. Đối với suy tim, việc chăm sóc thường xuyên, liên tục đòi hỏi người chăm sóc phải có kiến thức, kỹ năng phù hợp, nguồn tài chính ổn định, đồng thời còn phụ thuộc vào sự hỗ trợ từ hệ thống y tế, chính sách và cộng đồng.

## V. KẾT LUẬN

Tất cả người chăm sóc đều ghi nhận có gánh nặng trong quá trình chăm sóc người bệnh suy tim với điểm trung bình theo thang ZBI là  $35,32 \pm 18,86$ . Trong đó: 40,2% người chăm sóc có mức gánh nặng trung bình, 36,6% người chăm sóc có gánh nặng ở mức độ nghiêm trọng và rất nghiêm trọng, 23,2% người chăm sóc có gánh nặng ở mức độ nhẹ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Quyết định số 1857/QĐ-BYT ngày 05 tháng 07 năm 2022 ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn", 2022.
- Muhammad Shahzeb Khan et al.,** Global epidemiology of Heart Failure. *Nature Reviews Cardiology*, 2024, 21, p717- 734
- Lâm Văn Linh, Huỳnh Kim Phương.** Đánh giá kết quả điều trị theo khuyến cáo hội tim mạch

- hoc Việt Nam năm 2022 ở người bệnh suy tim phân suất tống máu giảm sau 6 tháng khởi tri tại bệnh viện Triều AN năm 2023-2024. Tạp Chí Y học Việt Nam, 2024, 543(1).
- Paul A Heidenreich et al.**, 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 2022, 145: e895-e1032.
  - Wanish Suksatan, Tankumpuan, and Davidson**, Heart Failure Caregiver Burden and Outcomes: A Systematic Review. *J Prim Care Community Health*, 2022, 13: p. 21501319221112584. doi:10.1177/21501319221112584
  - Nguyễn Ngọc Bích**, Chất lượng cuộc sống của người bệnh Alzheimer, người chăm sóc và đánh giá hiệu quả của một số biện pháp can thiệp không dùng thuốc. Luận án tiến sĩ. Viện vệ sinh Dịch tễ Trung ương, 2014.
  - Phạm Thị Bích Ngọc**. Gánh nặng chăm sóc người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của người chăm sóc tại bệnh viện phổi tỉnh Nam Định. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2023, 527(2).
  - Filiz Dirikkan, Leyla Bayn Arabaci, Ece Mutlu**, The caregiver burden and the psychosocial adjustment of caregivers of cardiac failure patients. *Turk Kardiyol Dern Ars*, 2018, 46(8): p. 692-701.
  - Chulin Zhao et al** (2024), Predictors of quality of life in primary caregivers of patients with heart failure: A model of health literacy and caregiving burden. *Heart Lung*, 2024, 65,p.78-83.
  - Yasemin Dogan, Humeyra Aslaner**, Evaluation of caregiver burdens of caregivers to individuals with chronic heart failure. *Journal of Contemporary Medicine*, 2023, 13(5): p. 849-854.

## SỰ PHÙ HỢP GIỮA PHÂN LOẠI LUNG-RADS VÀ KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH Ở BỆNH NHÂN CÓ TỔN THƯƠNG NỐT PHỔI ĐƠN ĐỘC TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH

Hà Thị Quỳnh<sup>1</sup>, Lê Duy Dũng<sup>2</sup>, Lê Phong Thu<sup>1</sup>,  
Trần Phan Ninh<sup>1,3</sup>, Tống Thị Thu Hằng<sup>2</sup>, Phạm Minh Chí<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh tổn thương nốt phổi đơn độc trên cắt lớp vi tính và đánh giá sự phù hợp giữa phân loại Lung-RADS với kết quả giải phẫu bệnh ở đối tượng nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 52 bệnh nhân có nốt phổi đơn độc trên cắt lớp vi tính lồng ngực và có kết quả giải phẫu bệnh. **Kết quả:** Nốt phổi thường gặp thùy trên phổi phải, chiếm 42,3%; nốt đặc chiếm 90,4%, nốt bán đặc chiếm 9,6%, không có nốt kính mờ; kích thước nốt trung bình  $20,40 \pm 5,4$ mm; tất cả các nốt đều được phân loại Lung-RADS 4 trong đó Lung-RADS 4X chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 59,6%; mô bệnh học ác tính và lành tính lần lượt 82,7% và 17,3%; ung thư biểu mô tuyến chiếm tỉ lệ cao nhất với 73,1%. Xác suất tổn thương ác tính tăng theo phân độ Lung-RADS. Lung-RADS 4X có khả năng ác tính gấp 29 lần so với Lung-RADS 4A ( $p < 0,05$ ), Lung-RADS 4B có khả năng ác tính gấp 8 lần so với Lung-RADS 4A ( $p > 0,05$ ). **Kết luận:** Phân loại Lung-RADS có khả năng dự báo hợp lý kết quả giải phẫu bệnh ở bệnh nhân có tổn thương nốt phổi đơn độc.

**Từ khóa:** Cắt lớp vi tính lồng ngực, nốt phổi đơn độc, Lung-RADS

### SUMMARY

#### CORRELATION BETWEEN LUNG-RADS CLASSIFICATION AND HISTOPATHOLOGICAL RESULTS IN PATIENTS WITH SOLITARY PULMONARY NODULES DETECTED ON CHEST COMPUTED TOMOGRAPHY

**Objective:** To describe the imaging characteristics of solitary pulmonary nodules and to assess the agreement between Lung-RADS classification and histopathology. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 52 patients with solitary pulmonary nodules detected on Chest CT, all of whom underwent histopathological confirmation. **Results:** Solitary pulmonary nodules were most commonly located in the right upper lobe (42,3%). Solid nodules accounted for 90,4%, while part solid nodules accounted for 9,6%. The mean size of the nodules was  $20.4 \pm 5.4$ mm. All nodules were classified as Lung-RADS 4, with the 4X subcategory being the most common (59,6%). Malignant lesions were more common than benign (82,7% vs 17,3%). Adenocarcinoma accounted for the highest proportion among malignant lesions (73,1%). The probability of malignancy of pulmonary nodules increased progressively with Lung-RADS category. Lung-RADS 4X nodules had a 29-fold higher odds of malignancy compared with Lung-RADS 4A ( $p < 0.05$ ), whereas Lung-RADS 4B nodules had an 8-fold increased odds of malignancy compared with Lung-RADS 4A, a

<sup>1</sup>Trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

<sup>3</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Duy Dũng

Email: drdungcdha108@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025