

đối chiếu với các thông số tương tự của nhóm bệnh nhân không có rối loạn SUI từ đó phát hiện nguyên nhân và có kế hoạch điều trị, quản lý tốt bệnh nhân có rối loạn SUI.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Masson E.** The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. EM-Consulte. Accessed September 15, 2022.
2. **Nygaard IE, Heit M.** Stress Urinary Incontinence: Obstet Gynecol. 2004;104(3):607-620.
3. **Kobra Falah-Hassani, Joanna Reeves et al.** The pathophysiology of stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. International Urogynecology Journal (2021) 32:501-552
4. **Li N, Cui C, Cheng Y, Wu Y, Yin J, Shen W.** Association between Magnetic Resonance Imaging Findings of the Pelvic Floor and de novo Stress Urinary Incontinence after Vaginal Delivery. Korean J Radiol. 2018;19(4):715.
5. **DuBeau CE.** The Aging Lower Urinary Tract. J Urol. 2006;175(3S).
6. **Tasali N, Cubuk R, sinanoğlu O, Şahin K, Saydam B.** MRI in Stress Urinary Incontinence Endovaginal MRI With an Intracavitary Coil and Dynamic Pelvic MRI. Urol J. 2012;9:397-404.
7. **Zidan S, Amin M, Hemat E, Samaha I.** Female urinary incontinence: spectrum of findings at pelvic mri and urodynamics. Zagazig Univ Med J. 2016;22:1-9.
8. **Tarhan S, Gümüş B, Temeltaş G, Ovali GY, Serter S, Gökten C.** The comparison of MRI findings with severity score of incontinence after pubovaginal sling surgery. Turk J Med Sci. Published online January 1, 2010.
9. **Ansquer Y, Fernandez P et al.** MRI urethrovesical junction mobility is associated with global pelvic floor laxity in female stress incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007;86(10):1243-1250.
10. **Lee KS, Sung HH, Na S, Choo MS.** Prevalence of urinary incontinence in Korean women: results of a National Health Interview Survey. World J Urol. 2008;26(2):179-185.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG THEO THANG ĐIỂM HEART Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI ĐAU NGỰC

Trịnh Ngọc Duy<sup>1</sup>, Bùi Thúc Quang<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân cao tuổi đau ngực theo thang điểm HEART. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang; tiến hành ở 133 bệnh nhân vào viện vì đau ngực tại bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 8/2021 đến tháng 7/2022. **Kết quả:** Về bệnh sử (History) thì đặc điểm đau ngực có nguy cơ cao là nhóm 2 điểm HEART chiếm tỷ lệ cao nhất 40,6%. Về điện tim (ECG) thì nhóm bệnh nhân có 1 điểm HEART điện tâm đồ chiếm tỷ lệ cao nhất 54,9%. Về tuổi (Age) thì độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $77,4 \pm 9,7$  tuổi; tuổi thấp nhất 60; tuổi cao nhất 101; lứa tuổi gặp nhiều nhất là  $\geq 65$  tuổi (tương đương HEART 2 điểm) chiếm tỷ lệ 88,7%. Về yếu tố nguy cơ (Risk factors) thì thường gặp nhất là tăng huyết áp 78,2%; có 69,2% bệnh nhân có từ 1-2 yếu tố nguy cơ (tương đương 1 điểm HEART). Về kết quả xét nghiệm Troponin có đến 67,7% bệnh nhân có Troponin trong giới hạn bình thường (tương đương 0 điểm HEART). **Kết luận:** Có 54,9% bệnh nhân có điểm HEART 4-6 điểm; nhóm có điểm HEART  $\geq 7$  điểm là 30,8%, nhóm có điểm

HEART 0-3 chỉ là 14,3%.

**Từ khóa:** thang điểm HEART, đau ngực cao tuổi

#### SUMMARY

#### CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS ACCORDING TO HEART SCORE IN ELDERLY PATIENT WITH CHEST PAIN

**Objectives:** To describe the clinical and subclinical characteristics of elderly patients with chest pain according to HEART score. **Subjects and research methods:** Prospective, cross-sectional descriptive study; conducted in 133 patients hospitalized for chest pain at the National Geriatric hospital from August 2021 to July 2022. **Results:** Regarding to the history, the high-risk characteristic of chest pain was the group with 2 HEART scores is 40.6%. Regarding to electrocardiogram (ECG), the group of patients with 1 point of HEART score is 54.9%. Regarding to the age, average age in this study was  $77.4 \pm 9.7$  years old; minimum 60; oldest 101; The most common age group is  $\geq 65$  years old (equivalent to HEART 2 points) accounting for 88.7%. Regarding to the risk factors, the most common is hypertension 78.2%; 69.2% of patients had 1-2 risk factors (equivalent to 1 HEART score). Regarding to Troponin test results, up to 67.7% of patients had Troponin within normal limits (equivalent to 0 HEART score). **Conclusion:** There are 54.9% patients with HEART score 4-6 points; group with HEART score  $\geq 7$  points is 30.8%, group with HEART score 0-3 is only 14.3%. **Keywords:** HEART score, elderly chest pain

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Ngọc Duy

Email: dr.trinhngocduy@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau ngực là lý do phổ biến làm cho bệnh nhân phải đến bệnh viện. Trong thực tế lâm sàng ngày nay, 80% bệnh nhân HCMVC không có biểu hiện rõ ràng từ ban đầu, đặc biệt là ở người cao tuổi. Các bác sĩ có xu hướng trì hoãn quá trình đưa ra quyết định và đưa những bệnh nhân này đến khoa nội trú để theo dõi thêm; trong khi nhiều trường hợp cần phải điều trị ngay như một HCMVC. Để cải thiện phân tầng nguy cơ, tiên lượng các biến cố tim mạch ở những bệnh nhân đau ngực, thang điểm HEART đã được xây dựng bao gồm 5 thành phần: bệnh sử (History), điện tâm đồ (ECG), tuổi (Age), các yếu tố nguy cơ (Risk factors) và kết quả xét nghiệm Troponin (Troponin) đã được nghiên cứu để áp dụng trong lâm sàng[1]. Đau ngực do HCMVC ở người cao tuổi thường không đặc hiệu với các triệu chứng của cơn đau thắt ngực điển hình, thường nhầm lẫn với các triệu chứng của các bệnh lý khác ở người cao tuổi. Từ mối liên quan giống nhau về 3/5 thành phần giữa thang điểm HEART và HCMVC, thì có thể sử dụng thang điểm HEART như một công cụ để sàng lọc, chẩn đoán HCMVC được hay không. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng theo thang điểm HEART ở bệnh nhân cao tuổi đau ngực" nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân cao tuổi đau ngực theo thang điểm HEART.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành trên 133 bệnh nhân vào viện vì đau ngực tại bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 8/2021 đến tháng 7/2022.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên, vào viện vì đau ngực. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không có đủ các chỉ số cận lâm sàng theo thang điểm HEART.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu: tiến cứu và mô tả cắt ngang
- Cỡ mẫu: thuận tiện
- Các chỉ số nghiên cứu:
  - + Đặc điểm chung: tuổi, giới, thời gian nằm viện.
  - + Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng theo các tiêu chí trong thang điểm HEART: bệnh sử (History), điện tâm đồ (ECG), tuổi (Age), các yếu tố nguy cơ (Risk factors) và kết quả xét nghiệm Troponin (Troponin)
  - + Số liệu thu thập được thu thập theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- **Xử lý số liệu:** bằng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê thường dùng trong y học.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo các đặc điểm lâm sàng đau ngực (History)**

Đặc điểm	Điểm HEART	Số lượng BN	Tỷ lệ %
- Các đặc điểm nguy cơ cao của đau ngực bao gồm: Đau sau xương ức, nặng ngực, đau lan lên hàm/vai trái/cánh tay, kéo dài 5–15 phút, khởi phát sau gắng sức/lạnh/xúc động, vã mồ hôi, buồn nôn/nôn, đáp ứng tốt với nitrat trong vòng vài phút, bệnh nhân nhận biết được quy luật của các triệu chứng.	0 điểm: Nghi ngờ ít	37	27.8
- Các đặc điểm nguy cơ thấp của đau ngực bao gồm: đau tại vị trí khu trú rõ ràng, đau dữ dội, không liên quan đến gắng sức, không vã mồ hôi, không buồn nôn hoặc nôn, và đau khi sờ nắn vào.	1 điểm: Nghi ngờ vừa	42	31.6
	2 điểm: Nghi ngờ cao	54	40.6
<b>Tổng</b>		<b>133</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đặc điểm đau ngực có nguy cơ cao là nhóm 2 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất 40,6%; nhóm 0 điểm chiếm tỷ lệ thấp nhất là 27,8%.

**Bảng 2: Phân bố bệnh nhân theo các đặc điểm điện tâm đồ (ECG)**

Đặc điểm	Điểm HEART	Số lượng BN	Tỷ lệ %
Không thấy bất thường về ST	0 điểm	41	30,8
Không có ST chênh nhưng có block nhánh trái, phì đại thất trái, thay đổi tái cực (do dùng digoxin)	1 điểm	73	54,9
Nếu ST chênh rõ ràng, không có block nhánh trái, phì đại thất trái, không dùng digoxin	2 điểm	19	14,3
<b>Tổng</b>		<b>133</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Nhóm bệnh nhân có 1 điểm điện tâm đồ chiếm tỷ lệ cao nhất 54,9%; nhóm bệnh nhân có 2 điểm điện tâm đồ chiếm tỷ lệ thấp nhất 14,3%; có 30,8% bệnh nhân không có bất thường về đoạn ST.

**Bảng 3: Phân bố bệnh nhân theo các đặc điểm về tuổi (Age)**

Nhóm tuổi	Điểm HEART	Số lượng BN	Tỷ lệ %
< 45 tuổi	0 điểm	0	0%
45-64 tuổi	1 điểm	15	11,3%
≥ 65 tuổi	2 điểm	118	88,7%
<b>Tổng</b>		<b>133</b>	<b>100%</b>

**Nhận xét:** độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $77,4 \pm 9,7$  tuổi; tuổi thấp nhất 60; tuổi cao nhất 101; lứa tuổi gặp nhiều nhất là ≥ 65 tuổi chiếm tỷ lệ 88,7%

**Bảng 4: Phân bố bệnh nhân theo các yếu tố nguy cơ (Risk factors)**

Đặc điểm	Điểm HEART	Số lượng BN	Tỷ lệ %
Tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid máu, đái tháo đường, béo phì ( $BMI > 30 \text{ kg/m}^2$ ), hút thuốc (hiện tại, hoặc cai thuốc ≤ 3 tháng), tiền sử gia đình (cha mẹ hoặc anh chị em ruột mắc bệnh động mạch vành trước 65 tuổi); bệnh xơ vữa động mạch: tiền sử nhồi máu cơ tim, can thiệp động mạch vành qua da/ mổ bắc cầu nối chủ vành, tai biến mạch não/tai biến mạch não thoáng qua hoặc bệnh động mạch ngoại vi	0 điểm: Không có yếu tố nguy cơ	17	12,8
	1 điểm: Có 1-2 yếu tố nguy cơ	92	69,2
	2 điểm: Có ≥ 3 yếu tố nguy cơ hoặc có bệnh xơ vữa động mạch	24	18,0
<b>Tổng</b>		<b>133</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** - Các yếu tố nguy cơ: Tăng huyết áp có ở 78,2% bệnh nhân; tiếp theo là đái tháo đường 27,8%; có 7,5% bệnh nhân có tiền sử nhồi máu cơ tim; 9,8% bệnh nhân đã từng chụp/can thiệp động mạch vành qua da; 0 có bệnh nhân nào có  $BMI > 30$ .

- Số lượng các yếu tố nguy cơ: Nhóm có 1-2 yếu tố nguy cơ chiếm 69,2%; nhóm có điểm yếu tố nguy cơ 2 điểm chiếm tỷ lệ 18%; có 12,8% bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ nào.

**Bảng 5: Phân bố bệnh nhân theo kết quả xét nghiệm Troponin**

Kết quả xét nghiệm Troponin	Điểm HEART	Số lượng BN	Tỷ lệ %
Bình thường	0 điểm	90	67,7
1 lần < Troponin T ≤ 3 lần giá trị bình thường	1 điểm	24	18,0
Troponin T > 3 lần giá trị bình thường	2 điểm	19	14,3
<b>Tổng</b>		<b>133</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Có đến 67,7% bệnh nhân có kết quả xét nghiệm Troponin trong giới hạn bình thường; tỷ lệ bệnh nhân có kết quả xét nghiệm Troponin tăng > 3 lần giá trị bình thường là 14,3%

**Bảng 6: Phân bố bệnh nhân theo tổng điểm HEART**

Tổng điểm HEART	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
0-3	19	14,3
4-6	73	54,9
≥ 7	41	30,8

**Nhận xét:** Có 54,9% có điểm HEART 4-6 điểm; nhóm có điểm HEART ≥ 7 điểm chiếm 30,8%, đây là nhóm có nguy cơ cao; nhóm có điểm HEART 0-3 chỉ chiếm 14,3%.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Triệu chứng lâm sàng (History).

Trong nghiên cứu này, 52,6% bệnh nhân có triệu chứng đau ngực khởi phát sau gắng sức, xúc động mạnh, lạnh; 40% bệnh nhân nhận biết được quy luật của triệu chứng đau ngực; 33,8% cơn đau kéo dài 5-15 phút. Đây là những triệu chứng điển hình của đau ngực do Hội chứng mạch vành cấp [2]. Có một số triệu chứng gợi ý khác nhưng có tỷ lệ thấp hơn như đau lan lên hàm/vai trái/cánh tay (20,3%), đau vã mồ hôi (18,8%).

Ở người cao tuổi có sa sút trí tuệ, sức nghe kém, các triệu chứng liên quan đến đau ngực thường khó khai thác được chính xác hoàn toàn. Bác sỹ phải dành nhiều thời gian hơn để có thể thu thập được đầy đủ các thông tin liên quan đến triệu chứng lâm sàng ở những bệnh nhân này.

**4.2. Điện tâm đồ (ECG).** Trong nghiên cứu này, nhóm bệnh nhân có 1 điểm điện tâm đồ chiếm tỷ lệ cao nhất 54,9%. Nhóm bệnh nhân có 2 điểm điện tâm đồ chiếm tỷ lệ thấp nhất 14,3%. Có 30,8% bệnh nhân không có bất thường về điện tâm đồ. Trong cơn đau ngực có thể thấy sự biến đổi của đoạn ST: thường gặp nhất là đoạn ST chênh xuống (nhất là kiểu dốc xuống), T âm nhọn, đảo chiều, ST có thể chênh lên; hoặc không có sự thay đổi. Có tới trên 20% bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp không có thay đổi trên điện tâm đồ.

**4.3. Tuổi (Age).** Theo nghiên cứu: các bệnh nhân đau ngực trong nghiên cứu có sự phân bố tuổi như sau: độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $77,4 \pm 9,7$  tuổi; tuổi thấp nhất 60; tuổi cao nhất 101; lứa tuổi gặp nhiều nhất là 71-80 tuổi chiếm tỷ lệ 36,1%; lứa tuổi gặp ít nhất là > 90 tuổi chiếm tỷ lệ 8,3%

So sánh với các nghiên cứu khác về đau ngực: Hồ Thượng Dũng (Bệnh viện Thống Nhất

năm 2006): tuổi trung bình là  $68,21 \pm 12,1$  tuổi [3]. Nguyễn Văn Thực (Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Bạch Mai năm 2013): tuổi trung bình là  $62,0 \pm 12,1$  tuổi [4]. Trần Nam Chung (Khoa Cấp cứu, Bệnh viện 199 năm 2018): tuổi trung bình là  $57,4 \pm 12,9$  tuổi [5]. Sự khác biệt là do đối tượng nghiên cứu của nghiên cứu này là người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên); còn các nghiên cứu khác thì thực hiện ở trên đối tượng đau ngực chung, không phân biệt về tuổi.

#### 4.4. Các yếu tố nguy cơ (Risk factors).

Yếu tố nguy cơ tăng huyết áp có ở 78,2% bệnh nhân; tiếp theo là đái tháo đường 27,8%. Có 7,5% bệnh nhân có tiền sử nhồi máu cơ tim; 9,8% bệnh nhân đã từng chụp/can thiệp động mạch vành qua da. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu khác về yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân đau ngực của Ngô Đức Hùng, Châu Ngọc Hoa [6, 7].

Trong nghiên cứu này, có 69,2% bệnh nhân có từ 1-2 yếu tố nguy cơ; 18% bệnh nhân có từ 3 yếu tố nguy cơ trở lên. Đây là những bệnh nhân có nguy cơ trung bình và nguy cơ cao của bệnh lý động mạch vành. Không có bệnh nhân nào là béo phì có BMI > 30. Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của Ngô Đức Hùng [6]; nhưng khác kết quả trong nghiên cứu INTERHEART [8]. Giải thích cho kết quả này cho thấy, ở các nước đang phát triển như nước ta, điều kiện sống chưa cao nên tỷ lệ béo phì, rối loạn chuyển hóa lipid ở người cao tuổi chưa cao như ở các nước phát triển.

#### 4.5. Xét nghiệm Troponin (Troponin).

Kết quả trong nghiên cứu cho thấy, có đến 67,7% bệnh nhân có kết quả xét nghiệm Troponin trong giới hạn bình thường; tỷ lệ bệnh nhân có kết quả xét nghiệm Troponin tăng > 3 lần giá trị bình thường là 14,3%; nhóm có Troponin T tăng từ 1-3 lần giá trị bình thường chiếm 18,0%.

Xét nghiệm Troponin tim có thể tham để đưa ra chẩn đoán, nhưng có những hạn chế. Mặc dù kết quả dương tính thường sẽ xác nhận rằng đau ngực là do hội chứng mạch vành cấp; ngoài ra, tăng Troponin cũng gặp trong thuyên tắc phổi, suy tim, viêm cơ tim và suy thận ... Tuy nhiên, trong mọi trường hợp, sự tăng Troponin dường như phản ánh có tổn thương cơ tim trong xét nghiệm cận lâm sàng. Tương tự như vậy, kết quả xét troponin bình thường không loại trừ được đau thắt ngực hoặc thiếu máu cơ tim. Bệnh động mạch vành có ở ít nhất một phần ba số bệnh nhân có các đặc điểm lâm sàng nguy cơ thấp và giá trị troponin huyết thanh âm tính trong suốt 12 giờ đầu nhập viện.

**4.6. Tổng điểm HEART.** Có đến hơn một nửa số bệnh nhân (54,9%) có điểm HEART 4-6 điểm. Nhóm có điểm HEART  $\geq 7$  điểm chiếm 30,8%, đây là nhóm có nguy cơ cao. Nhóm có điểm HEART 0-3 chỉ chiếm 14,3%.

Kết quả này có sự khác biệt với các tác giả khác [6,7]; vì đối tượng nghiên cứu trong nhóm này là những người cao tuổi, có nhiều tiền sử bệnh; nên điểm về tuổi, điểm nguy cơ cao hơn; dẫn đến tổng điểm HEART cao hơn so với các đối tượng khác.

#### V. KẾT LUẬN

- Bệnh sử (History): Đặc điểm đau ngực có nguy cơ cao là nhóm 2 điểm HEART chiếm tỷ lệ cao nhất 40,6%; nhóm 0 điểm chiếm tỷ lệ thấp nhất là 27,8%.

- Điện tim (ECG): Nhóm bệnh nhân có 1 điểm HEART điện tâm đồ chiếm tỷ lệ cao nhất 54,9%.

- Tuổi (Age): độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $77,4 \pm 9,7$  tuổi; tuổi thấp nhất 60; tuổi cao nhất 101; lứa tuổi gặp nhiều nhất là  $\geq 65$  tuổi chiếm tỷ lệ 88,7% (tương đương HEART 2 điểm)

- Yếu tố nguy cơ (Risk factors): thường gặp nhất là tăng huyết áp 78,2%; có 69,2% bệnh nhân có từ 1-2 yếu tố nguy cơ (tương đương 1 điểm HEART)

- Kết quả xét nghiệm Troponin (Troponin): có đến 67,7% bệnh nhân có Troponin trong giới hạn bình thường.

- Có 54,9% bệnh nhân có điểm HEART 4-6 điểm; nhóm có điểm HEART  $\geq 7$  điểm là 30,8%, nhóm có điểm HEART 0-3 chỉ là 14,3%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Byrne, C., Toarta, C., Backus, B. et al (2018) The HEART score in predicting major adverse cardiac events in patients presenting to the emergency department with possible acute coronary syndrome: protocol for a systematic review and meta-analysis. Systematic reviews journal 7, 148 (2018). <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0816-4>
2. Six AJ, Backus BE, Kelder JC. (2008) Chest pain in the emergency room: value of the HEART score. Netherlands Heart Journal;16(6):191-196. doi:10.1007/BF03086144
3. Hồ Thượng Dũng, Hồ Đức Công (2012). Đặc điểm lâm sàng của hội chứng mạch vành cấp ở bệnh nhân trên 65 tuổi tại bệnh viện Thống Nhất. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, Tập 16, số 1 năm 2012
4. Nguyễn Văn Thực (2013). Nghiên cứu áp dụng thang điểm Heart trong phân tầng nguy cơ hội chứng vành cấp ở bệnh nhân đau ngực vào cấp cứu. Luận văn bác sỹ nội trú bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Trần Nam Chung (2021). Nghiên cứu áp dụng thang điểm HEART trong phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân đau ngực tại phòng cấp cứu bệnh viện 199. Tạp chí Nội tiết và đái tháo đường, số 47 - năm

2021. <https://vide.vn/journal/article/view/311/303>
6. **Ngô Đức Hùng** (2009). Đánh giá hiệu quả của test nhanh Troponin T huyết thanh ở bệnh nhân đau ngực cấp vào khoa Cấp cứu bệnh viện Bạch Mai. Luận văn bác sỹ nội trú bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Châu Ngọc Hoa, Nguyễn Quang Trung, Chu Bá Ngọc, Đỗ Hoàng Giao** (2009). Khảo sát đặc

điểm bệnh nhân hội chứng vành cấp. Tạp chí y học - Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh; 13; p.34-40.

8. **Yusuf, Salim et al** (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. The Lancet, Volume 364, Issue 9438, 937 – 952.

## KẾT QUẢ CHĂM SÓC, TƯ VẤN CHO NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT PHACO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN NĂM 2022- 2023

**Ngô Thị Đào<sup>1</sup>, Phạm Hồng Vân<sup>2</sup>,  
Vũ Thị Hải Yến<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Hiền<sup>2</sup>**

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả chăm sóc, tư vấn cho người bệnh sau phẫu thuật Phaco tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn năm 2022-2023. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 194 bệnh nhân đục thể thủy tinh tuổi già được phẫu thuật phaco tại Khoa Mắt Bệnh viện Đa khoa Xanh pôn từ 7/2022 đến 12/2022. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu tỷ lệ nam nữ tương đương (51,0% và 49,0%) với độ tuổi trung bình  $72,5 \pm 6,8$  tuổi. Kết quả chăm sóc và điều trị: trước mổ 100% BN thị lực kém, sau mổ 80,6% thị lực tốt và trung bình, 100% BN được hướng dẫn tư vấn theo dõi bằng vết mổ, triệu chứng tại mắt, tiến triển của bệnh, cách dùng thuốc, vệ sinh tay, mắt, mặt, theo dõi bất thường sau mổ và tái khám, 63,4% được tư vấn về chế độ ăn uống, 70,1% được tư vấn về chế độ hoạt động, nghỉ ngơi sau mổ. Nội dung tư vấn được bệnh nhân đánh giá dễ hiểu, dễ làm theo là 84,0%. 92,3 % BN hài lòng và rất hài lòng với hoạt động chăm sóc, tư vấn của điều dưỡng. **Kết luận:** 80,6% người bệnh đục thể thủy tinh tuổi già sau phẫu thuật phaco cải thiện thị lực ở mức tốt và trung bình. Về kết quả chăm sóc điều dưỡng: có 83% người bệnh được thực hành chăm sóc đầy đủ; 17,0% người bệnh được thực hành chăm sóc chưa đầy đủ. Các hướng dẫn được BN đánh giá dễ hiểu, dễ làm theo chiếm 84,0%. Tỷ lệ người bệnh rất hài lòng và hài lòng sau mổ chiếm 92,3%.

**Từ khóa:** đục thể thủy tinh tuổi già, phaco, chăm sóc, tư vấn, hướng dẫn

### SUMMARY

#### RESULTS OF CARE AND ADVICE FOR PATIENTS AFTER PHACO SURGERY AT SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL IN 2022-2023

**Objective:** To evaluate the results of care and

counseling for patients after Phaco surgery at Saint Paul General Hospital in 2022-2023. **Methods:** descriptive observational study, evaluation of nursing care and counseling results on 194 senile cataract patients undergoing phaco surgery at the Ophthalmology Department of Saint Paul General Hospital from July 2022 to 2022. 12/2022. **Results:** The clinical characteristics of the study group of patients were similar (51.0% and 49.0%) with an average age of  $72.5 \pm 6.8$  years old. Results of care and treatment: 100% of patients with poor vision before surgery, 80.6% of patients with excellent and good vision after surgery, 100% of patients were instructed to monitor the wound dressing, eye symptoms, and progress of the disease, medication use, hand, eye and face hygiene, monitoring for post-operative abnormalities and follow-up examination, 63.4% were counseled on diet, 70.1% were counseled on activity regimes, rest after surgery. The content of consultation is rated as easy to understand and follow by patients as 84.0%. 92.3% of patients are satisfied and very satisfied with nursing care and advice. Conclusion: 80.6% of senile cataract patients after phaco surgery improved their vision at excellent and good levels. Regarding the results of nursing care: 83% of patients received satisfactory care; 17.0% of patients received unsatisfactory care. The instructions are assessed by patients as easy to understand and follow, accounting for 84.0%. The rate of patients very satisfied and satisfied after surgery accounted for 92.3%. **Keywords:** senile cataract, phaco, care, advice, guidance

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đục thể thủy tinh là nguyên nhân gây mù lòa hàng đầu ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Đục thể tinh do tuổi già cũng là nguyên nhân hàng đầu gây giảm thị lực ở người cao tuổi làm ảnh hưởng tới sinh hoạt, làm việc và chất lượng cuộc sống. Ở Việt Nam, theo kết quả điều tra quốc gia các bệnh lý mắt gây mù ở người trên 50 tuổi (RAAB) năm 2015, nguyên nhân gây mù do ĐTTT chiếm 74%, số mắt bị ĐTTT với thị lực < ĐNT 3m cần phẫu thuật là 900.000 ca (người bệnh), số mắt ĐTTT có thị lực < 20/200

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Xanh pôn

<sup>2</sup>Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Đào

Email: daoxanhpon@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 27.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023