

quả cung cấp dịch vụ 3,55. NCT hài lòng về tiếp cận dịch vụ 66,8%; Cơ sở vật chất, phương tiện 49,6%; Thái độ, năng lực chuyên môn 67,1% và hài lòng toàn diện 46,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2019), Quyết định số 3869/QĐ-BYT ngày 28 tháng 08 năm 2019, ban hành các mẫu phiếu và hướng dẫn khảo sát hài lòng người bệnh và nhân viên y tế.
2. **Bộ Y tế** (2016), Quyết định số 7618/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2016, về việc phê duyệt chăm sóc sức khỏe người cao tuổi giai đoạn 2017-2025
3. **Bộ Y tế** (2015), Thông tư số 33/2015/TT-BYT ngày 27 tháng 10 năm 2015, Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của Trạm Y tế xã, phường, thị trấn.
4. **Sở kế hoạch và đầu tư, Sở Y tế tỉnh Điện Biên** (2014), Báo cáo khảo sát sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế tuyến xã, tr 55-63.
5. **Đào Thị Khánh Hoà** (2015), Sự hài lòng của người sử dụng dịch vụ tại Trạm y tế. Tạp chí Chính sách y tế, số 16, tr 8-20.
6. **Nguyễn Lê Hồng Vân và cộng sự** (2020), Thực trạng hài lòng đối với dịch vụ khám bệnh của Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Thanh Hoá, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, tập 3, số 03, tr 33-40.
7. **Đỗ Thị Kim Tạo** (2019), Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người nhà bệnh nhân tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2019. Journal of Pediatric Research and Practice, Vol. 4, No. 5 (2020) 64-70.
8. **Ông Thị Mai Thương** (2016), Thực trạng tiếp cận dịch vụ y tế của hộ nghèo ở thành thị. Tạp chí KH-CN Nghệ An, số 9, tr 21-26.
9. **Sumini, et al** (2020), Elderly Care: A Study on Community Care Services in Sleman, DIY, Indonesia. Hindawi Journal of Aging Research Volume 2020, Article ID 3983290, 11 pages. <https://doi.org/10.1155/2020/3983290>

TỶ LỆ BIẾN CHỨNG MẠCH MÁU TẠI CHỖ SAU CHỤP VÀ/HOẶC CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH TẠI ĐƠN VỊ CHĂM SÓC MẠCH VÀNH - C7 VIỆN TIM MẠCH - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Bá Hiếu¹, Trần Ngọc Cẩm²,
Vũ Thị Ngọc Ánh², Huỳnh Thị Nhung²

Từ khóa: can thiệp ĐMV, chụp ĐMV, biến chứng chọc mạch, tụ máu.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ biến chứng mạch máu tại chỗ (BCMTC) sau can thiệp động mạch vành tại phòng C7 Viện Tim mạch năm 2022. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến biến chứng vết thương chọc mạch ở bệnh nhân can thiệp động mạch vành tại phòng C7 Viện Tim mạch từ 9/2022 -11/2022. **Đối tượng:** 106 bệnh nhân được chụp và/hoặc can thiệp động mạch vành từ 9/2022-11/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. Bệnh nhân được đánh giá lâm sàng sau khi chụp hoặc can thiệp ĐMV. Tiêu chí nghiên cứu là các BCMTC: chảy máu, khối máu tụ, giả phình mạch, tắc mạch, thông động tĩnh mạch. **Kết quả:** Tỷ lệ BCMTC là 2.83%, tất cả các trường hợp đều là tụ máu, kích thước dưới 10cm. Tất cả các BỆNH NHÂN có biến chứng chảy máu đều là các BỆNH NHÂN được can thiệp ĐMV. Không ghi nhận các biến chứng chảy máu nặng (như chảy máu sau phúc mạc) hoặc biến chứng chảy máu muộn (giả phình, thông động tĩnh mạch). Các yếu tố nguy cơ của BCMTC là thời gian thủ thuật, bệnh nền, rối loạn lipid máu. **Kết luận:** Biến chứng chọc mạch sau chụp và/hoặc can thiệp ĐMV có tỉ lệ thấp (2.83%)

SUMMARY

LOCAL VASCULAR COMPLICATIONS AFTER CORONARY ANGIOGRAPHY AND/OR PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION AND RELATED FACTORS AT CORONARY CARE UNIT OF VIETNAM NATIONAL HEART INSTITUTE, BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To evaluate the proportion of local vascular complications (LVC) and investigate some factors related to the complications of puncture wounds in patients with coronary intervention at C7 Cardiology Institute from 9/2022 - 11/2022. **Subjects:** 106 patients underwent coronary angiography and/or intervention from September 2022 to November 2022. **Methods:** cross-sectional description. Patients were clinically evaluated after coronary angiography or intervention. The study criteria were LVC: bleeding, hematoma, pseudoaneurysm, embolism, arteriovenous catheterization. **Results:** The rate of PCM was 2.83%, all cases were hematomas, the size was less than 10cm. All patients with bleeding complications were patients with coronary intervention. No major bleeding complications (eg retroperitoneal bleeding) or late bleeding complications (pseudoaneurysm, arteriovenous catheterization) were noted. Risk factors for BCMTC are duration of procedure, underlying disease, dyslipidemia. **Conclusion:** Complications after angiography and/or coronary intervention have a

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Bá Hiếu

Email: tran.hieu.vtm@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023

low rate (2.83%)

Keywords: coronary intervention, coronary angiography, local vascular complications, hematomas.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chụp động mạch vành là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán và thiết lập các phương pháp điều trị trong bệnh động mạch vành do xơ vữa nên đã và đang được các bệnh viện và các bác sĩ ưu tiên chọn lựa. Tuy nhiên, PCI có thể xảy ra nhiều biến chứng trong quá trình thực hiện thủ thuật như tử vong, NMCT, bệnh thận do thuốc cản quang, BCMTC. Trong đó, BCMTC là biến chứng chảy máu hay gặp nhất trên lâm sàng (chiếm 2-6%)¹ và dẫn tới kéo dài thời gian nằm viện, tái nhập viện mắc bệnh sau can thiệp thậm chí tử vong. Theo tác giả Kwok và cộng sự cho thấy chảy máu tại chỗ tăng đáng kể nguy cơ tử vong 30 ngày (OR: 1,71, CI 95%: 1,37-2,13)². Với mục đích để nhân viên y tế nhận thức được tỉ lệ biến chứng và các yếu tố liên quan từ đó ngăn ngừa, phát hiện, xử trí kịp thời, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Tỷ lệ biến chứng mạch máu tại chỗ sau chụp và/hoặc can thiệp động mạch vành tại đơn vị chăm sóc mạch vành - C7 Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai" với mục tiêu: "*Đánh giá tỷ lệ biến chứng mạch máu tại chỗ (BCMTC) sau can thiệp động mạch vành tại phòng C7 Viện Tim mạch năm 2022. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến biến chứng vết thương chọc mạch ở bệnh nhân can thiệp động mạch vành tại phòng C7 Viện Tim mạch từ 9/2022 -11/2022*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu: 106 bệnh nhân được chụp và/hoặc can thiệp ĐMV tại C7 - Viện tim mạch từ 8/2022 - 11/2022.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân được chẩn đoán bất thường ở động mạch tiếp cận đã được siêu âm trước thủ thuật.

Bệnh nhân không rút được sheath như tử vong, hoặc được lưu sheath kéo dài và được chuyển sang khoa khác.

Các bệnh nhân xuất viện sớm trước khi được tháo băng ép (do người nhà hoặc bệnh nhân tự xin về hoặc do tình trạng nặng được chuyển đến khoa, hoặc viện khác).

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang

- **Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu (số đối tượng cần nghiên cứu)

α : Mức ý nghĩa thống kê = 0,05 (ứng với độ tin cậy 95%)

Z: Giá trị tới hạn phụ thuộc vào độ tin cậy (hoặc sai số alpha) Xác định, với độ tin cậy ở ngưỡng 95% -> Z = 1,96

p: Tỷ lệ ước tính mắc biến chứng vết thương chọc mạch sau chụp và can thiệp mạch vành (ở nghiên cứu của Hoàng Việt Anh có tỷ lệ biến chứng tại vị trí chọc mạch là 6%)³

d: Độ chính xác tuyệt đối mong muốn ở đây là 95%

Vậy, cỡ mẫu tính được 87 bệnh nhân.

Cỡ mẫu thực tế lấy được 106 bệnh nhân.

Quy trình nghiên cứu: Tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn được thăm khám lâm sàng, làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản (ECG, siêu âm tim, sinh hóa máu, chức năng thận, chức năng đông máu). Bệnh nhân về khoa sau can thiệp được theo dõi, rút sheath tại bệnh phòng và thăm khám lần 1 trong vòng 24-48h phát hiện biến chứng chảy máu tại chỗ sớm và ghi nhận hình ảnh tổn thương, chẩn đoán biến chứng muộn trong vòng 1 tuần.

2.3. Biến số nghiên cứu:

Đặc điểm chung: tuổi, giới, BMI, mạch, huyết áp

Cận lâm sàng: Số lượng tiểu cầu, PT-INR, Creatinine,

Đặc điểm thủ thuật: thông số về thuốc và liều thuốc chống đông và thuốc chống kết tập tiểu cầu, vị trí chọc mạch, kích thước sheath, thời gian thủ thuật.

Biến chứng chọc mạch⁴: bao gồm:

Tụ máu: tụ máu nhỏ có đường kính 5-10cm, tụ máu lớn khi đường kính >10cm.

Tắc mạch: lâm sàng biểu hiện mất mạch đi kèm dấu hiệu thiếu máu chi. Chẩn đoán xác định bằng siêu âm Doppler mạch.

Chảy máu sau phúc mạc: đo kích thước trên siêu âm hoặc CT, MRI.

Giả phình mạch: Lâm sàng có tiếng rung theo nhịp đập. Khẳng định chẩn đoán bằng siêu âm Doppler mạch.

Thông động tĩnh mạch: Nghe thấy tiếng thổi liên tục, tăng lên thì tầm thu, sờ có rung miu. Siêu âm Doppler có thể chẩn đoán xác định.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập từ bệnh án nghiên cứu trên cơ sở dữ liệu của C7 Viện tim mạch. Nhập liệu trên công cụ Excel 2010. Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS Statistics 20.0. Biến định tính được trình bày bằng tỷ lệ phần trăm. Biến định lượng được

trình bày bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Sử dụng T-test để so sánh các giá trị trung bình, T-test ghép cặp cho các biến ghép cặp, sử dụng phép toán Chi-square.

Kết quả phân tích được coi là có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0.05$

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Bệnh nhân tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện, được cung cấp đầy đủ các thông tin về nghiên cứu, thông tin liên quan đến bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật. Các bệnh nhân từ chối tham gia vẫn được khám, tư vấn, điều trị chu đáo. Nghiên cứu chỉ nhằm đánh giá, nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cho người bệnh, không nhằm một mục đích nào khác. Đây là một nghiên cứu quan sát, tiến cứu, không can thiệp. Đề tài đã được thông qua Hội đồng đạo đức nghiên cứu – Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: *Đặc điểm chung bệnh nhân:* 106 bệnh nhân theo dõi trong thời gian từ 28/08/2020 đến 19/10/2020. Nam giới chiếm tỉ lệ 69.8%, tuổi trung bình (năm) 67.47 ± 9.46 và BMI trung bình (kg/m^2 da) 22.80 ± 2.94 . Bệnh nhân được nghiên cứu có tỉ lệ tăng huyết áp 69.8%, đái tháo đường 26.4%, rối loạn lipid máu 12.3%. 100% số bệnh nhân được sử dụng ít nhất 1 thuốc kháng kết tập tiểu cầu hoặc kháng đông trước thủ thuật (liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép hoặc aspirin đơn thuần). Thủ thuật chỉ sử dụng sheath 6F, tỉ lệ can thiệp chiếm 81.13%, động mạch quay thực hiện thủ thuật là 95.3%, lượng heparin (UI) trong can thiệp là 5675.40 ± 910.28 , thời gian thực hiện thủ thuật can thiệp (phút) $4086.32 (\pm) 7.98$.

Biến chứng vết thương chọc mạch: Tỷ lệ biến chứng vết thương chọc mạch chung thực hiện thủ thuật là 2.83%.

86197 481344 55241

Bảng 1: Đặc điểm chung nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu		Tỷ lệ %
Giới	Nam	69.8%
	Nữ	30.2%
Tuổi (năm)	67.47 ± 9.46	
BMI (kg/m^2)	22.80 ± 2.94	
Chẩn đoán	Hội chứng vành cấp	90.57%
	Hội chứng vành mạn	9.43%
Bệnh nền	Tăng huyết áp	
	Đái tháo đường	
	Rối loạn lipid máu	

Đường vào	ĐM quay	95.3%
	ĐM đùi	4.7%
Sheath	6F	100%
Thủ thuật	Can thiệp ĐMV	81.13%
	Chụp ĐMV	18.87%
Heparin (UI)	5675.40 ± 910.28	
Thời gian thủ thuật	$4086.32 (\pm) 7.98$	

3.2. Tỉ lệ biến chứng chọc mạch

Bảng 2: Tỉ lệ BCMMTC sau chụp và/hoặc can thiệp ĐMV

Biến chứng		n	%
Biến chứng chảy máu sớm	Chảy máu	0	0%
	Tụ máu	3	2.83%
	Chảy máu sau phúc mạc	0	0%
Biến chứng chảy máu muộn	Giả phình mạch	0	0%
	Thông động tĩnh mạch	0	0%

3.3. Khảo sát yếu tố nguy cơ liên quan đến BCMMTC

Bảng 3. Môi liên quan giữa một số yếu tố và tỉ lệ BCMMTC

Yếu tố liên quan		Biến chứng	Phân tích đơn biến		p
			OR	95% CI	
Giới	Nam	2(2.70%)	1		0.904
	Nữ	1(3.13%)	0.861	0.075-9.851	
Tuổi	<60	0(0.00%)	0.959	0.916-1.005	0.552
	≥ 60	3(4.10%)	1		
Có từ 2 bệnh nền	Có	3(9.40%)	-	-	*0.026
	Không	0(0.00%)	-	-	
THA	Có	3(4.10%)	-	-	0.552
	Không	0(0.00%)	-	-	
ĐTĐ	Có	2(7.10%)	5.923	0.515-68.042	0.170
	Không	1(1.30%)	1		
RLLPM	Có	2(15.40%)	16.73	1.4-199.856	*0.039
	Không	1(1.10%)	1		
ĐM thực hiện	Quay	2(1.98%)	0.081	0.006-1.088	0.136
	Đùi	1(20%)	12.375	0.919-166.657	0.136
Thủ thuật	Chụp	3(3.49%)	-	-	1.000
	Can thiệp	0 (0%)	-	-	
Thời gian thực hiện	10-40 phút	0 (0%)	-	-	1.000
	> 40 phút	3(3.48%)	-	-	

Nhận xét: Giới nam tuy chiếm số lượng ưu thế (69.8%) nhưng tỉ lệ tụ máu ở giới nữ cao hơn nam. (lần lượt 3.13% và 2.7%, $p=0.904$). Tuổi trên 60 là lứa tuổi duy nhất xuất hiện

BCMMTC (chiếm 4.1%, $p=0,552$). 100% các bệnh nhân tụ máu đều có từ 2 bệnh nền. Dữ liệu cho thấy nguy cơ tụ máu cao hơn ở người mắc từ hai bệnh nền so với nhóm không có (lần lượt 9.4% và 0%, $p=0.026$). Tỷ lệ tụ máu ở người có bệnh nền ĐTĐ, THA cao hơn tỷ lệ tụ máu ở nhóm không mắc, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Có rối loạn lipid máu và mắc từ hai bệnh nền trở lên có liên quan đến tỷ lệ BCMMTC. Các trường hợp có rối loạn lipid máu làm tăng tỷ lệ biến chứng gấp 16.73 lần so với người không mắc. Can thiệp đường động mạch quay (1.98%) có tỷ lệ tụ máu thấp hơn gần 10 lần so với động mạch đùi (20%) với $p=0.136$. Về mặt thời gian, tất cả các trường hợp tụ máu đều có thời gian thực hiện thủ thuật trên 40 phút. Tỷ lệ BCMMTC không có sự khác biệt thống kê giữa hai nhóm can thiệp dài 10-40 phút và nhóm trên 40 phút.

Bảng 4. Trung bình một vài chỉ số giữa nhóm có tụ máu và không có tụ máu

Chỉ số	Tụ máu	Không tụ máu	p
HA tâm thu (mmHg)	124.33 ± 5.13	122.83 ± 15.84	>0.05
HA tâm trương (mmHg)	75.67 ± 5.132	76.93 ± 8.465	>0.05
BMI (kg/m ²)	24.89 ± 3.42	22.74 ± 2.92	>0.05
Creatinin (umol/l)	75.33 ± 12.42	93.53 ± 27.80	>0.05
Glucose (mmol/L)	8.61 ± 5.84	6.40 ± 1.88	>0.05
Tiểu cầu (G/L)	265.67 ± 63.08	252.816 ± 6.22	>0.05
PT-INR	1.03 ± 0.44	1.05 ± 0.68	>0.05
Liều Heparin KPĐ	6000 ± 1000	5329,8 ± 1456,9	>0.05
Thời gian làm thủ thuật	55.00 ± 8.66	46.21 ± 8.03	*0.024

Nhận xét: HA tâm thu, BMI của nhóm có biến chứng cao hơn so với nhóm không có biến chứng, trung bình HA tâm trương của nhóm biến chứng thấp hơn nhóm không có, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p<0.05$). Trung bình nồng độ Creatinin của nhóm có biến chứng (75.33 ± 12.42) thấp hơn so với nhóm không có biến chứng (93.53 ± 27.80), cả hai đều nằm trong giới hạn bình thường, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trung bình nồng độ Glucose máu của nhóm có biến chứng (8.61 ± 5.84) cao hơn so với nhóm không có biến chứng (6.40 ± 1.88), cả hai đều cao hơn giới hạn bình thường, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trung

bình số lượng tiểu cầu của nhóm có biến chứng (265.67 ± 63.08) cao hơn so với nhóm không có biến chứng (252.816 ± 6.22), cả hai đều nằm trong giới hạn bình thường, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trung bình PT-INR của nhóm có biến chứng (1.03 ± 0.44) thấp hơn so với nhóm không có biến chứng (1.05 ± 0.68), đều nằm trong giới hạn bình thường, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Liều Heparin KPĐ ở bệnh nhân tụ máu cao hơn bệnh nhân không tụ máu (tương ứng 6000 ± 1000 , $5329,8 \pm 1456,9$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Như vậy, trong bảng trên chỉ có trung bình thời gian làm thủ thuật của nhóm tụ máu (55.00 ± 8.66) dài hơn nhóm không tụ máu (46.21 ± 8.03) là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p=0.024$.

IV. BÀN LUẬN

Trong 106 bệnh nhân được chụp/can thiệp ĐMV tại C7 Viện Tim mạch có 3 bệnh nhân có BCMMTC (chiếm 2.83%). Tỷ lệ này tương đương với tỷ lệ của Chaim Lotan (3%), thấp hơn so với nghiên cứu khác ở Viện Tim mạch như nghiên cứu của Trần Quốc Dũng, Hoàng Việt Anh (6%). Tất cả các trường hợp biến chứng đều là tụ máu nhỏ (đường kính <10cm) và không xuất hiện biến chứng muộn như thông động tĩnh mạch và giả phình mạch. Kết quả này cũng được đồng thuận bởi nhiều tác giả như Hoàng Việt Anh, Trần Quốc Dũng, Chaim Lotan.^{3,5,6}

Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa BCMMTC với rối loạn lipid máu, mắc từ 2 bệnh nền trở lên, thời gian làm thủ thuật.

Dữ liệu của chúng tôi chỉ ra mắc từ hai bệnh nền trở lên là nguy cơ của BCMMNV ($p=0.026$) và chỉ một bệnh nền không là nguy cơ. Nếu xét riêng RLLPM, tỷ lệ BCMMTC của người có chứng này (15,40%) cao hơn tỷ lệ của nhóm không rối loạn (1.10%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0.039$, OR=16.76. Tác giả Carrozza đã xác nhận bệnh nền (đái tháo đường, tăng huyết áp, suy tim,...) là yếu tố liên quan, tuy nhiên không nhắc tới số lượng bệnh nền⁷. Nhưng rõ ràng, khi số lượng bệnh nền tăng lên, sự kiểm soát của cơ thể suy giảm, dễ dẫn tới các biến chứng tại chỗ hơn. Mặt khác, Theo khuyến cáo năm 2001 của Hiệp Hội Tim của Hoa Kỳ (AHA guideline) về can thiệp ĐMV qua da, thì các yếu tố đi kèm với BCMMTC bao gồm tuổi già. Tuổi cao có liên quan trực tiếp tới khả năng mắc thêm nhiều các bệnh nền như THA, ĐTĐ, RLLPM,... Điều này càng khẳng định mắc trên hai bệnh nền là yếu tố nguy cơ của BCMMTC.

Kết quả trung bình thời gian làm thủ thuật của nhóm tự máu (55.00 ± 8.66) dài hơn nhóm không tự máu (46.21 ± 8.03) một cách có ý nghĩa thống kê cũng được ghi nhận ở nghiên cứu của Hoàng Việt Anh. Theo báo cáo của Carrozza tỉ lệ biến chứng còn phụ thuộc vào mức độ kỹ thuật thực hiện và thao tác kỹ thuật của thủ thuật viên⁷. Trên thực tế, khi hai tiêu chí trên không được đảm bảo thời gian thực hiện can thiệp sẽ kéo dài. Từ đó, nhấn mạnh vai trò của các kỹ thuật viên, phẫu thuật viên trong việc phòng ngừa các biến chứng chảy máu tại chỗ sau can thiệp.

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa biến chứng vết thương chọc mạch với các yếu tố đã khảo sát khác. Tuy nhiên, các tác giả khác có ghi nhận thêm một số yếu tố liên quan. Chúng tôi có ghi nhận tỉ lệ BCMTC ở can thiệp đường mạch đùi cao hơn so với động mạch quay, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê. Theo Nguyễn Thị Hoài Thu, biến chứng chọc mạch liên quan chặt chẽ với đường vào động mạch liên quan (động mạch đùi có nguy cơ biến chứng cao hơn động mạch quay)⁸. Động mạch quay cũng được khẳng định an toàn ở bệnh nhân người Thái nói riêng và người châu Á nói chung trong nghiên cứu của Trương Quang Bình⁴.

V. KẾT LUẬN

PCI là thủ thuật thường quy trong chụp và can thiệp ĐMV ở C7 Viện Tim mạch có tỉ lệ

BCMTC thấp (2.83%), trong đó 100% các trường hợp là tự máu nhỏ đường kính dưới 10cm. Thời gian can thiệp, bệnh lý nền có liên quan chặt chẽ với biến chứng chọc mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **esc_admin**. Chăm sóc lâu dài bệnh nhân sau can thiệp mạch vành qua da | Tim mạch học. Published May 14, 2010. Accessed March 5, 2023. <https://timmachhoc.vn/chm-soc-lau-dai-bnh-nhan-sau-can-thip-mch-vanh-qua-da/>
2. **Kwok CS et al**. Major Bleeding after Percutaneous Coronary Intervention and Risk of Subsequent Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Open Heart*. 2014;1:E000021.
3. **Hoàng Việt Anh**. "Đánh giá tình trạng chảy máu tại vị trí chọc mạch trên bệnh nhân sau chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại phòng Q3B – Viện Tim mạch", Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội.
4. **B. Trương Quang**, "Khảo sát biến chứng mạch máu tại chỗ của thủ thuật chụp và can thiệp động mạch vành.", *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, pp. 50–54, 2003.
5. **D. Trần Quốc**, "Biến chứng tại chỗ sau rút ống thông động mạch ở BỆNH NHÂN chụp - can thiệp mạch vành qua da tại BV Tim mạch An Giang," 2013.
6. **Lotan Chaim, Hasin Yonathan, Mosseri Morris, Rozenman Yoseph, Admon Dan, Nassar Isham, Gotsman Mervyn**. Transradial Approach for Coronary Angiography and Angioplasty. *Am J Cardiol* 1995; 76: 164-167.
7. **Carrozza. J.P**: Periprocedural Complications of PCI. *Uptodate*. 15.2. 2007.
8. **Nguyễn Thị Hoài Thu**. Tỷ lệ biến chứng vết thương chọc mạch sau chụp và can thiệp động mạch vành và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

CHI PHÍ TRỰC TIẾP CHO BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH (COPD) TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SƠN TÂY NĂM 2021

Hoàng Hải Nam^{1,2}, Nguyễn Thị Minh Hải¹, Phạm Huy Tuấn Kiệt², Nguyễn Trọng Tài², Lê Hương Giang²

TÓM TẮT

Mở đầu: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD – Chronic Obstructive Pulmonary Disease) hiện nay đang trở thành một trong những bệnh lý nghiêm trọng, gây tử vong hàng đầu trên thế giới và Việt Nam. Trên thế giới và Việt Nam đã có những nghiên cứu nhằm phân

tích chi phí trong điều trị COPD và đây cũng là 1 trong những bước quan trọng nhằm cung cấp bằng chứng về gánh nặng kinh tế của bệnh tại Việt Nam. **Mục tiêu:** Phân tích chi phí điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang dựa trên dữ liệu thu thập hồi cứu hồ sơ bệnh án được lưu trữ trên máy tính của bệnh viện đa khoa Sơn Tây từ 1/1/2021 tới 31/12/2021 thỏa mãn tiêu chí lựa chọn và loại trừ. Nghiên cứu được thực hiện phân tích chi phí trực tiếp cho mỗi đợt điều trị mà bệnh nhân phải chi trả và các cấu thành của chi phí điều trị. **Kết quả:** Chi phí trực tiếp cho mỗi đợt điều trị là $6.420.319 \pm 4.594.865$ đồng và cấu phần chi phí cho điều trị cao của nhóm bệnh nhân này là các chi phí cho thuốc, cho xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh. **Kết luận:** Nghiên cứu

¹Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Hải Nam

Email: hhnambvst@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023