

So sánh cơ cấu bệnh, kết quả điều trị và một số mối liên quan tại Khoa Hồi sức Tim mạch, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 6 năm 2020 đến tháng 5 năm 2022

Comparison of demographic, outcomes and some relationships at the Cardiovascular Intensive Care Unit, 108 Military Central Hospital from June 2020 to May 2022

Lê Thị Quế, Đặng Việt Đức, Lưu Quang Minh,
Đào Thị Thúy Ngọc, Nguyễn Thanh Tùng,
Nguyễn Bích Phượng, Nguyễn Xuân Tuyên,
Dương Văn Mỹ

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả cơ cấu bệnh và một số yếu tố liên quan của người bệnh tại Khoa Hồi sức Tim mạch (A2-D). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 1.191 hồ sơ điều trị của người bệnh điều trị nội trú tại Khoa A2-D từ tháng 6 năm 2020 đến tháng 5 năm 2022 chia thành 2 giai đoạn, mỗi giai đoạn đủ 12 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình: $70,53 \pm 14,73$, nam giới 67%, có sử dụng thẻ bảo hiểm y tế với tỷ lệ 95,5%, số ngày điều trị dưới 09 ngày 70,9%, kết quả điều trị khỏi, đỡ, giảm chiếm 88,4%. Nhồi máu cơ tim cấp chiếm 33,7%, suy tim 16,5%. Có sự liên quan đến giới tính: Nhồi máu cơ tim nam cao hơn nữ và suy tim nữ cao hơn nam ($p < 0,05$) và không có sự liên quan giữa cơ cấu bệnh và hình thức thanh toán viện phí ($p > 0,05$). **Kết luận:** Đối tượng người bệnh của Khoa Hồi sức Tim mạch là người già, nam giới 67%, có thẻ bảo hiểm y tế là 95,5%, mặt bệnh cao nhất là nhồi máu cơ tim cấp (33,7%) và suy tim (16,5%), có sự khác biệt giữa 02 giai đoạn về cơ cấu 10 nhóm bệnh cao nhất ($p < 0,05$). Có sự liên quan về cơ cấu bệnh tật đến giới tính ($p < 0,05$).

Từ khóa: Cơ cấu bệnh, hồi sức tim mạch, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Summary

Objective: To describe the disease structure and some related factors of the patients in the Cardiovascular Intensive Care Unit (A2-D). **Subject and method:** A cross-sectional descriptive study of 1,191 treatment records of inpatients treated at Department A2-D from June 2020 to May 2022 divided into 2 phases, each full 12 months. **Result:** Mean age: 70.53 ± 14.73 years, male 67%, using health insurance card with the rate of 95.5%, number of treatment days under 9 days 70.9%, results

Ngày nhận bài: 6/10/2022, ngày chấp nhận đăng: 31/10/2022

Người phản hồi: Đào Thị Thúy Ngọc, Email: daothuyngoc90@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

cured, helped, and reduced accounted for 88.4%. Acute myocardial infarction accounted for 33.7%, heart failure 16.5%. There was a higher sex relationship between male myocardial infarction than female, and female heart failure was higher than that of male ($p < 0.05$) and there was no relationship between disease structure and form of hospital fee payment ($p > 0.05$). *Conclusion:* The patients of Cardiovascular Resuscitation Department were the elderly, 67% male, had 95.5% health insurance card, the highest morbidity was acute myocardial infarction (33.7%) and heart failure (16.5%), there is a difference between the two periods in terms of structure of the 10 highest disease groups ($p < 0.05$). There is a relationship between disease structure and sex ($p < 0.05$).

Keywords: Disease structure, cardiovascular intensive care unit, 108 Military Central Hospital.

1. Đặt vấn đề

Trong những năm qua cơ cấu bệnh tật và tử vong đã thay đổi nhiều: Tỷ lệ các bệnh truyền nhiễm và tử vong đã giảm nhiều. Tuy nhiên các bệnh như tim mạch lại tăng lên. Nhóm bệnh lý tim mạch là một trong những nhóm bệnh gây ra gánh nặng bệnh tật lớn cho xã hội và ngành y tế [1]. Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, tháng 4/2019, Khoa Hồi sức tim mạch (A2-D) đã được thành lập. Đến ngày 03/6/2020 Khoa đã chính thức được đón NB đầu tiên đến điều trị nội trú [3]. Thống kê bệnh tật và tử vong theo chuyên khoa tại bệnh viện là khoa học về việc thu thập, phân tích và lí giải số liệu. Là một công cụ then chốt để đánh giá được cơ cấu bệnh tật trong cộng đồng dân cư cũng như thu dung tại bệnh viện. Việc so sánh thực trạng cơ cấu bệnh và kết quả điều trị trong 02 giai đoạn (tháng 6/2020 đến tháng 5/2021 và tháng 6/2021 đến tháng 5/2022) tại Khoa Hồi sức Tim mạch thuộc Viện Tim mạch, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 sẽ là cơ sở khoa học xác định quy luật diễn biến bệnh, quy trình, tiêu chuẩn lựa chọn mặt bệnh chuyên khoa... giúp xây dựng kế hoạch đầu tư nguồn lực, định hướng phát triển chuyên môn.

Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *So sánh cơ cấu bệnh, kết quả điều trị trong 02 giai đoạn (tháng 6/2020 đến tháng 5/2021 và tháng 6/2021 đến tháng 5/2022) và một số yếu tố liên quan tại Khoa Hồi sức Tim mạch.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Hồ sơ lưu trữ của người bệnh NB điều trị tại Khoa A2-D. Loại trừ: Các hồ sơ của NB bệnh không thuộc chuyên ngành tim mạch, không có chẩn đoán mã bệnh trong ICD-10 [4].

Thời gian: Từ tháng 6/2020 đến tháng 5/2021 (giai đoạn 1) và từ tháng 6/2021 đến tháng 5/2022 (giai đoạn 2).

Địa điểm: Khoa Hồi sức tim mạch, Viện Tim mạch, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

2.1. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu hồ sơ bệnh án lưu trữ trên hệ thống phần mềm quản lý Bệnh viện.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ NB vào viện điều trị nội trú của Khoa A2-D trong thời gian nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu

Một số đặc điểm: Tuổi, giới tính, nơi cư trú, hình thức chi trả viện phí.

Một số kết quả điều trị: Phân loại thủ thuật [5], ngày nằm điều trị, kết quả điều trị.

Cơ cấu bệnh xếp theo ICD-10: 10 nhóm bệnh có tỷ lệ cao nhất.

Một số yếu tố liên quan đến cơ cấu bệnh: giới, hình thức chi trả viện phí.

2.3. Xử lý số liệu

Xuất dữ liệu vào phần mềm excel và kiểm định, phân tích xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0. Tính tỷ lệ phần trăm theo các

yếu tố. So sánh các tỷ lệ qua các bảng kết hợp bằng kiểm định Chi-Square với mức ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ [6].

3. Kết quả

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. So sánh một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu trong 2 giai đoạn

Đặc điểm	Phân loại	Giai đoạn 1 (n = 642)		Giai đoạn 2 (n = 549)		Chung (n = 1191)		P
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tuổi	< 25 tuổi	7	1,1	7	1,3	14	1,2	>0,05
	26-44 tuổi	24	3,7	25	4,6	49	4,1	
	45-60 tuổi	105	16,4	93	16,9	198	16,6	
	61-75 tuổi	229	35,7	212	38,6	441	37	
	76-90 tuổi	246	38,3	174	31,7	420	35,3	
	> 90 tuổi	31	4,8	38	6,9	69	5,8	
Tuổi trung bình (tuổi)		70,67 ± 14,73		70,14 ± 15,19		70,53 ± 14,73		>0,05
Giới tính	Nam	436	67,9	362	65,9	798	67	>0,05
	Nữ	206	32,1	187	34,1	393	33	
Nơi cư trú	Tỉnh khác	333	51,9	273	49,7	606	50,9	>0,05
	Hà Nội	309	48,1	276	50,3	585	49,1	
Hình thức chi trả	Dịch vụ y tế (DVYT)	32	5	22	4	54	4,5	>0,05
	BHYT	610	95	527	96	1,137	95,5	

Nhận xét: Trong phạm vi mặt bệnh của chuyên khoa Hồi sức tim mạch, tuổi trung bình của NB điều trị tại khoa là $70,53 \pm 14,73$, nhóm từ 61-75 tuổi và 76-90 tuổi là hai nhóm điều trị có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất lần lượt là 37% và 35,3%. Tỷ lệ mắc bệnh theo giới tính nam giới mắc bệnh (67%) cao hơn nữ giới (33%). Tỷ lệ mắc bệnh theo nơi cư trú trong giữa Hà Nội và các tỉnh khác gần tương đương nhau. Nhóm NB điều trị chủ yếu là nhóm có sử dụng thẻ BHYT với tỷ lệ 95,5%. So sánh sự khác biệt theo các phân loại đặc điểm đối tượng nghiên cứu trên giữa 2 giai đoạn đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 2. So sánh một số kết quả điều trị của người bệnh trong 2 giai đoạn

Phân loại		Giai đoạn 1 (n = 642)		Giai đoạn 2 (n = 549)		Chung (n = 1191)		P
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Ngày điều trị	< 5 ngày	146	22,7	180	32,8	326	27,4	<0,05
	5-9 ngày	284	44,2	234	42,6	518	43,5	
	10-14 ngày	110	17,1	61	11,1	171	14,4	
	15-19 ngày	44	6,9	35	6,4	79	6,6	
	Trên 19 ngày	58	9,0	39	7,1	97	8,1	
Thủ thuật	Không thủ thuật	49	7,6	15	2,7	64	5,4	<0,05
	Loại 3	103	16	91	16,6	194	16,3	
	Loại 2	49	7,6	37	6,7	86	7,2	
	Loại 1	225	35	198	36,1	423	35,5	
	Loại đặc biệt	216	33,6	208	37,9	424	35,6	
Kết quả điều trị	Khỏi	3	0,5	1	0,2	4	0,3	<0,05
	Đỡ/Giảm	587	91,4	462	84,2	1049	88,1	
	Không thay đổi	8	1,2	15	2,7	23	1,9	
	Nặng hơn	2	0,3	22	4	24	2,0	
	Tử vong	12	1,9	17	3,1	29	2,4	
	Xin về	30	4,7	32	5,8	62	5,2	

Nhận xét: Nhóm NB có số ngày điều trị 5-9 ngày chiếm cao nhất (43,5%). Thủ thuật loại đặc biệt và loại 1 chiếm đến 71,1%. Kết quả điều trị chủ yếu ở nhóm khỏi, đỡ giảm là 88,4%. Tỷ lệ tử vong ở NB được điều trị ở khoa chỉ có 2,4% nhưng khi làm nghiên cứu nhóm tác giả nhận thấy trong nhóm tử vong này lại tập trung ở nhóm có NB có mã I21 (Nhồi máu cơ tim cấp). Trong số NB xin về (5,2%) cũng có nhiều NB đã tử vong nhưng không thống kê được. Số ngày điều trị trong nhóm từ 9 ngày trở xuống ở giai đoạn 2 (75,4%) cao hơn giai đoạn 1 (66,9%). Thủ thuật loại đặc biệt và loại 1 ở giai đoạn 2 (74%) cao hơn giai đoạn 1 (68,6%). Tuy nhiên, tỷ lệ khỏi, đỡ giảm của giai đoạn 1 (91,9%) cao hơn giai đoạn 2 (84,4%). Sự khác biệt này giữa 2 giai đoạn có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

3.3. Phân loại bệnh theo ICD-10

Bảng 3. Mười một bệnh thường gặp nhất theo ICD-10 của người bệnh trong 2 giai đoạn

Phân loại	Giai đoạn 01 (n = 642)		Giai đoạn 02 (n = 549)		Chung (n = 1191)		P
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
I10 (Tăng huyết áp vô căn (nguyên phát))	23	3,6	4	0,7	27	2,3	<0,05
I20 (Cơn đau thắt ngực)	13	2	10	1,8	23	1,9	
I20.0 (Cơn đau thắt ngực không ổn định)	10	1,6	12	2,2	22	1,8	

Phân loại	Giai đoạn 01 (n = 642)		Giai đoạn 02 (n = 549)		Chung (n = 1191)		P
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
I20.9 (Cơn đau thắt ngực, không đặc hiệu)	7	1,1	10	1,8	17	1,4	
I21 (Nhồi máu cơ tim cấp)	195	30,4	206	37,5	401	33,7	
I25.0 (Bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch vành)	11	1,7	6	1,1	17	1,4	
I44.2 (Bức nhĩ thất, hoàn toàn)	9	1,4	12	2,2	21	1,8	
I50 (Suy tim)	112	17,4	85	15,5	197	16,5	
J81 (Phù phổi)	15	2,3	3	0,5	18	1,5	
R06.0 (Khó thở)	7	1,1	16	2,9	23	1,9	
Khác	240	37,4	185	33,7	425	35,7	

Nhận xét: Có 10 mặt bệnh theo ICD-10 được điều trị nhiều nhất bao gồm các mã bệnh chi tiết theo bảng nêu trên. Trong đó, tổng số NB mắc cao nhất là mã I21 (Nhồi máu cơ tim cấp) chiếm 33,7%. Về nhồi máu cơ tim, giai đoạn 2 (37,5%) cao hơn giai đoạn 1 (30,4%). Về suy tim giai đoạn 1 (17,4%) lại cao hơn giai đoạn 2 (15,5%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.4. Một số yếu tố liên quan

Bảng 4. Mối liên quan giữa mặt bệnh theo ICD-10 và giới tính

Giới	Nam (n = 798)		Nữ (n = 393)		P
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Mặt bệnh					
I10 (Tăng huyết áp vô căn (nguyên phát))	15	1,9	12	3,1	<0,05
I20 (Cơn đau thắt ngực)	14	1,8	9	2,3	
I20.0 (Cơn đau thắt ngực không ổn định)	15	1,9	7	1,8	
I20.9 (Cơn đau thắt ngực, không đặc hiệu)	10	1,3	7	1,8	
I21 (Nhồi máu cơ tim cấp)	297	37,2	104	26,5	
I25.0 (Bệnh tim mạch do XVDM vành)	13	1,6	4	1	
I44.2 (Bức nhĩ thất, hoàn toàn)	7	0,9	14	3,6	
I50 (Suy tim)	125	15,7	72	18,3	
J81 (Phù phổi)	13	1,6	5	1,3	
R06.0 (Khó thở)	15	1,9	8	2	
Khác	274	34,3	151	38,4	

Nhận xét: Trong mối liên quan giữa cơ cấu bệnh của 10 nhóm mắc cao nhất theo ICD-10 và giới tính thì nhóm mặt bệnh I21, J81, I20.0, I25.0 có tỷ lệ mắc bệnh lần lượt ở nam cao hơn nữ. Còn lại I10, I20, I20.9, I44.2, I50, R06.0 thì tỷ lệ mắc bệnh ở nữ cao hơn nam. Sự khác biệt có mức ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Mối liên quan giữa mặt bệnh theo ICD-10 và hình thức chi trả viện phí

Mặt bệnh	BHYT (n = 1137)		DVT (n = 54)		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
I10 (Tăng huyết áp vô căn (nguyên phát))	27	2,4	0	0	>0,05
I20 (Cơn đau thắt ngực)	23	2	0	0	
I20.0 (Cơn đau thắt ngực không ổn định)	21	1,8	1	1,9	
I20.9 (Cơn đau thắt ngực, không đặc hiệu)	17	1,5	0	0	
I21 (Nhồi máu cơ tim cấp)	374	32,9	27	50	
I25.0 (Bệnh tim mạch do XVDM vành)	17	1,5	0	0	
I44.2 (Bức nhĩ thất, hoàn toàn)	19	1,7	2	3,7	
I50 (Suy tim)	192	16,9	5	9,3	
J81 (Phù phổi)	16	1,4	2	3,7	
R06.0 (Khó thở)	22	1,9	1	1,9	
Khác	409	36	16	29,6	

Nhận xét: Trong mối liên quan giữa cơ cấu bệnh của 10 nhóm mắc cao nhất theo ICD-10 và hình thức chi trả viện phí thì nhóm mặt bệnh I10, I20, I20.9, I25.0, I50, khác có tỷ lệ mắc bệnh lần lượt ở NB có BHYT cao hơn nhóm DVT. Còn lại I20.0, I21, I44.2, J81 thì tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm DVT cao hơn nhóm BHYT. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

4. Bàn luận

Nghiên cứu 1.191 NB (798 NB là nam và 393 NB là nữ) đã điều trị tại Khoa Hồi sức tim mạch, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 6 năm 2020 đến tháng 5 năm 2022, cho thấy:

4.1. Đặc điểm chung

Người bệnh vào điều trị có tuổi trung bình là $70,53 \pm 14,73$ (thấp nhất 13 tuổi và cao nhất là 100 tuổi) được phân ở 06 nhóm tuổi trong đó 02 nhóm có tỷ lệ cao là nhóm từ 61-75 tuổi và 76-90 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất lần lượt là 37% và 35,3%. Nguy cơ bệnh tim mạch tăng lên cùng tuổi tác. Tỷ lệ mắc bệnh tim mạch tăng sau 35 tuổi ở cả nam và nữ. Nam giới trên 55 tuổi hoặc nữ giới trên 65 tuổi có nguy cơ mắc bệnh tăng huyết áp [6]. Tỷ lệ mắc bệnh theo giới tính nam giới mắc bệnh (67%) cao hơn nữ giới (33%). Tỷ

lệ mắc bệnh theo nơi cư trú trong giữa Hà Nội và các tỉnh khác gần tương đương nhau. Tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi, Bohula EA và cộng sự khảo sát tình hình thu dung bệnh nhân tại các khoa Hồi sức tim mạch tại 16 bệnh viện của Mỹ và Canada nhận thấy nam giới chiếm 62,9%, cao hơn nữ giới (37,1%) có ý nghĩa thống kê [7]. Nhóm NB điều trị chủ yếu là nhóm có sử dụng thẻ BHYT với tỷ lệ 95,5%. Giai đoạn 2 tăng hơn giai đoạn 1, đây là một xu hướng trong quá trình thực hiện BHYT, người bệnh và gia đình sẽ đỡ được gánh nặng về chi phí, nhất là với các bệnh tim mạch đòi hỏi chi phí lớn, kéo dài. So sánh sự khác biệt theo các phân loại đặc điểm đối tượng nghiên cứu trên giữa 2 giai đoạn đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

4.2. Về kết quả điều trị

Về thời gian điều trị, nhóm NB có số ngày điều trị 5-9 ngày chiếm cao nhất (43,5%). Số ngày điều trị trong nhóm từ 9 ngày trở xuống ở giai đoạn 2 (75,4%) cao hơn giai đoạn 1 (66,9%).

Các thủ thuật trong Hồi sức tim mạch rất nhiều và quan trọng như: ECMO, IABP, lọc máu liên tục, thăm dò huyết động xâm lấn bằng PiCCO..., các thủ thuật loại đặc biệt và loại 1

chiếm đến 71,1%. Thủ thuật loại đặc biệt và loại 1 ở giai đoạn 2 (74%) cao hơn giai đoạn 02 (68,6%). Đáng chú ý, còn gần 20% NB phải trải qua các thủ thuật loại đặc biệt bao gồm ECMO, IABP, lọc máu liên tục, thăm dò huyết động xâm lấn bằng PiCCO...

Về kết quả điều trị chủ yếu ở nhóm khỏi, đỡ giảm là 88,4%. Giai đoạn 2 các chỉ số đều tăng hơn giai đoạn 1, điều này có thể do mặt bệnh đã được sàng lọc kỹ và phù hợp với chức năng của khoa HSTN hơn giai đoạn 1. Tuy tỷ lệ tử vong ở NB được điều trị ở khoa chỉ có 2,4% nhưng khi làm nghiên cứu nhóm tác giả nhận thấy trong nhóm tử vong này lại tập trung ở nhóm có NB có mã I21 (Nhồi máu cơ tim cấp). Trong số NB xin về (5,2%) cũng có nhiều NB đã tử vong nhưng không thống kê được.

Trong đó, tỷ lệ NB mắc cao nhất là mã I21 (Nhồi máu cơ tim cấp) và I50 (suy tim) với tỷ lệ là 33,7% và 16,5%. Bohula EA và cộng sự khảo sát trên 3049 bệnh nhân Bắc Mỹ thấy bằng hai mặt bệnh phổ biến nhất tại chuyên khoa Hồi sức tim mạch là suy tim và nhồi máu cơ tim cấp với tỷ lệ lần lượt là 32,9% và 23,6%. Lý giải cho sự khác biệt này, chúng tôi cho rằng các nước phát triển có điều kiện tầm soát và theo dõi, chăm sóc bệnh nhân suy tim tốt hơn (trong khi suy tim vốn là giai đoạn cuối của các bệnh tim mạch với thời gian sống thêm không nhiều), nên lượng bệnh nhân suy tim nhập viện nhiều hơn so với các nước đang phát triển.

4.3. Về cơ cấu bệnh tật theo ICD-10

Tại Việt Nam, các bệnh tim mạch là nguyên nhân gây ra 31% tổng số trường hợp tử vong trong năm 2016. Tỷ lệ tăng huyết áp ở người trưởng thành từ 18-69 tuổi là 18,9%, theo điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm STEPS năm 2015. Tuy nhiên chỉ có 13,6% bệnh nhân tăng huyết áp được báo cáo là được quản lý tại một cơ sở y tế [7]. Có 10 mặt bệnh theo ICD-10 được điều trị tại Khoa Hồi sức tim mạch trong 2 giai đoạn kể trên, nhiều nhất bao gồm các mã bệnh: I21 (Nhồi máu cơ tim cấp) chiếm 33,7%. Trong đó, tổng số NB mắc cao nhất là mã I21 (Nhồi máu cơ tim cấp) chiếm

33,7%, I50 (Suy tim) 16,5%, I10 (Tăng huyết áp vô căn (nguyên phát)) là 2,3%... Về nhồi máu cơ tim, giai đoạn 2 (37,5%) cao hơn giai đoạn 1 (30,4%).

Báo cáo của Soo Jun Na và cộng sự tại Hàn Quốc cho thấy sự ra đời của khoa Hồi sức tim mạch tại Hàn Quốc từ năm 2013 giúp giảm tỷ lệ tử vong tim mạch từ 8,9% xuống còn 4,1% (với $p<0,001$). Sau khi hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu, tác giả thấy rằng bệnh nhân tim mạch được chăm sóc tại Khoa Hồi sức tim mạch giảm nguy cơ tử vong lên đến 47% (với $p=0,01$). Từ nghiên cứu này, các tác giả Hàn Quốc cho rằng sự hiện diện của chuyên khoa Hồi sức tim mạch liên quan đến giảm tỷ lệ tử vong tim mạch ở những bệnh nhân có bệnh lý tim mạch nguy kịch cần các biện pháp chăm sóc tích cực [2].

Theo thống kê mới nhất của Tổ chức Y tế Thế giới-WHO, trong 10 nhóm bệnh gây tử vong hàng đầu tại Việt Nam, nhóm bệnh mạch vành chiếm tỷ lệ cao nhất (13%). Trong đó nhồi máu cơ tim là thể bệnh nặng, dễ gây tử vong nhất trong các bệnh mạch vành [8]. Chính vì thế, việc tổ chức riêng một Khoa Hồi sức tim mạch trong Viện tim mạch là hữu ích cho NB. Tại đây NB được cấp cứu kịp thời với đội ngũ chuyên môn và trang bị chuyên sâu. Về suy tim giai đoạn 1 (17,4%) lại cao hơn giai đoạn 2 (15,5%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Kết quả điều trị chủ yếu ở nhóm khỏi, đỡ giảm là 88,4%. Tuy tỷ lệ tử vong ở NB được điều trị ở khoa chỉ có 2,4% nhưng khi làm nghiên cứu nhóm tác giả nhận thấy trong nhóm tử vong này lại tập trung ở nhóm có NB có mã I21 (nhồi máu cơ tim cấp). Sự khác biệt có mức ý nghĩa thống kê $p<0,05$. Điều này giúp tác giả định hướng sẽ đi sâu vào nghiên cứu mã I21 (nhồi máu cơ tim cấp) để có nhiều góc nhìn và phân tích chi tiết hơn tại nghiên cứu tiếp theo. Một khảo sát đa trung tâm tại Bắc Mỹ ở bệnh nhân hồi sức tim mạch thấy rằng tỷ lệ sống sót trung bình là 91,2%, cao hơn một chút so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Ngoài ra các tác giả còn thấy rằng, tỷ lệ tử vong hay gặp nhất ở nhóm bệnh nhân ngừng tuần hoàn, sốc tim và lọc máu [7].

4.4. Một số yếu tố liên quan

Trong mối liên quan giữa cơ cấu bệnh của 10 nhóm mắc cao nhất theo ICD-10 và giới tính thì nhóm mắc bệnh I21 (nhồi máu cơ tim cấp), J81 (phù phổi), I20.0 (cơn đau thắt ngực không ổn định), I25.0 (bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch vành) có tỷ lệ mắc bệnh lần lượt ở nam cao hơn nữ. Còn lại I10 (tăng huyết áp vô căn), I20 (cơn đau thắt ngực), I20.9 (cơn đau thắt ngực, không đặc hiệu), I44.2 (Bệnh nhĩ thất, hoàn toàn), I50 (suy tim), R06.0 (khó thở) thì tỷ lệ mắc bệnh ở nữ cao hơn nam. Sự khác biệt có mức ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nam giới có nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao hơn nữ giới. Nhưng nữ giới sau mãn kinh cũng có nguy cơ bệnh tim mạch tương đương nam giới. Tuy nhiên nữ giới có tỷ lệ tử vong cao hơn nam giới, một phần do sự chủ quan [6].

Trong mối liên quan giữa cơ cấu bệnh của 10 nhóm mắc cao nhất theo ICD-10 và hình thức chi trả viện phí thì nhóm mắc bệnh I10 (Tăng huyết áp vô căn), I20 (Cơn đau thắt ngực), I20.9 (Cơn đau thắt ngực, không đặc hiệu), I25.0 (Bệnh tim mạch do XVDM vành), I50 (Suy tim) có tỷ lệ mắc bệnh lần lượt ở NB có BHYT cao hơn nhóm DVYT. Còn lại I20.0 (cơn đau thắt ngực không ổn định), I21 (nhồi máu cơ tim cấp), I44.2 (bệnh nhĩ thất, hoàn toàn), J81 (phù phổi) thì tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm DVYT cao hơn nhóm BHYT. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 1.191 NB đã điều trị tại Khoa Hồi sức tim mạch, chia thành 2 giai đoạn, mỗi giai đoạn đủ 12 tháng, cho thấy:

Người bệnh vào điều trị có tuổi trung bình là $70,53 \pm 14,73$ (13-100), > 60 tuổi = 72,3%, nam giới = 67%, nữ giới = 33%, có thể BHYT = 95,5%. Ngày điều trị < 9 ngày chiếm cao nhất (70,9%). Thủ thuật loại đặc biệt và loại 1 đạt 71,1%. Tỷ lệ điều trị khỏi, đỡ, giảm = 88,4%. Tỷ lệ tử vong ở NB được điều trị ở khoa chỉ có 2,4%, tập trung ở nhóm nhồi máu cơ tim cấp. Trong 2 giai đoạn trên có 2 mã bệnh theo ICD-10

được điều trị nhiều bao gồm I21 (nhồi máu cơ tim cấp) và I50 (suy tim).

So sánh giữa 2 giai đoạn: Có sự khác biệt về một số kết quả điều trị, cơ cấu 10 nhóm bệnh cao nhất. Có mối liên quan giữa cơ cấu bệnh tật của 10 nhóm mắc bệnh cao nhất tại Khoa Hồi sức tim mạch, với giới tính: nhồi máu cơ tim nam cao hơn nữ và suy tim nữ cao hơn nam ($p < 0,05$).

Khuyến nghị

Tăng cường giáo dục hỗ trợ tuyến trước dự phòng và điều trị bệnh nhồi máu cơ tim cho nam và suy tim cho nữ.

Tiếp tục nghiên cứu trong khoảng thời gian dài hơn và tìm các mối liên quan khác với các đặc điểm đối tượng nghiên cứu để có hướng tổ chức chuyên khoa và chỉ đạo tuyến về công tác dự phòng bệnh.

Tài liệu tham khảo

1. <https://suckhoedoisong.vn/tim-mach-benh-ly-gay-tu-vong-so-mot-tren-the-gioi>.
2. Na SJ, Chung CR et al (2016) *Association between presence of a cardiac intensivist and mortality in an Adult Cardiac Care Unit*. Journal of the American College of Cardiology 68(24): 2637–2648
3. <https://benhvien108.vn/khoa-hoi-suc-tim-mach-benh-vien-twqd-108-%E2%80%93phat-trien-chuyen-sau-vi-nguoi-benh.htm>.
4. Bộ Y tế (2020) *Quyết định 4400/QĐ-BYT, ngày 23 tháng 10 năm 2020 về việc ban hành “bảng phân loại quốc tế mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong ICD-10” và “hướng dẫn mã hóa bệnh tật theo ICD-10” tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*”.
5. Bộ Y tế (2014) *Thông tư số 50/2014/TT-BYT ngày 26/12/2014 Quy định việc phân loại phẫu thuật, thủ thuật và định mức nhân lực trong từng ca phẫu thuật, thủ thuật*.
6. <https://www.umcclinic.com.vn/cac-yeu-to-nguy-co-cua-benh-tim-mach-co-the-kiem-soat-duoc>

7. Bohula EA, Katz JN, Diepen S et al (2019) *Demographics, care patterns, and outcomes of patients admitted to cardiac intensive care units: The critical care cardiology trials network prospective North American Multicenter Registry of cardiac critical illness*. JAMA Cardiol 4(9): 928-935.
8. <https://www.who.int/vietnam/vi/health-topics/cardiovascular-disease>.
9. <https://ivie.vn/bao-dong-ty-le-benh-tim-mach-o-viet-nam-0>.