

Chất lượng cuộc sống người bệnh và vai trò điều dưỡng trong chăm sóc sau ghép tim tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2012-2020

Health-related quality of life of recipients after heart transplantation and transplant nurses support the patient and their family at Viet Duc University Hospital 2012-2020

Nguyễn Xuân Vinh, Nguyễn Thị Thu Hà,
Trần Đăng Thanh

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân sau ghép tim từ người cho đa tạng chết não tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu, có phân tích trên 23 bệnh nhân đã ghép tim từ người cho đa tạng chết não tại Trung tâm Tim mạch và Lồng ngực, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, từ tháng 6/2012 đến tháng 6/2020, với nền tảng là bộ câu hỏi SF-36. **Kết quả:** Điểm trung bình của 4 lĩnh vực sức khỏe thể chất bao gồm hoạt động chức năng, giới hạn chức năng, cảm nhận đau đớn và sức khỏe tổng quát lần lượt là 87,4, 86,6, 92,1 và 80,8. Điểm trung bình của 4 lĩnh vực sức khỏe tinh thần bao gồm cảm nhận sức sống, hoạt động xã hội, giới hạn tâm lý và tinh thần tổng quát lần lượt là 86,6, 79,2, 83,5 và 86,6. Điều dưỡng có vai trò tốt trong giáo dục và tư vấn, theo dõi người bệnh sau ghép tim. **Kết luận:** Điểm số chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau ghép tim tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đều cao ở tất cả lĩnh vực sức khỏe, và điều dưỡng đã thực hiện tốt vai trò trong chăm sóc người bệnh trong ghép tim.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, ghép tim, SF-36, điều dưỡng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Summary

Objective: To measure of quality of recipient's life after cardiac transplantation from multi-organs brain dead donor at the Viet Duc University Hospital. **Subject and method:** Retrospective and prospective descriptive study of consecutive patient after cardiac transplantation patients in 23 cases from June 2012 to April 2020, at the Cardiovascular and Thoracic Center, Viet Duc University Hospital, based on SF-36 questionnaire. **Result:** The mean scores of 4 physical health domains including physical functioning, role physical, bodily pain and general health were 87.4, 86.6, 92.1 and 80.8, respectively. The mean scores of 4 mental health domains including vitality, social functioning, and role emotional and mental health were 86.6, 79.2, 83.5 and 86.6, respectively. In multivariate analysis, factors associated with HRQOL after cardiac transplantation were age, occupation, education level, some diseases (diabetes mellitus, gout, kidney failure, pre-op cirrhosis). **Conclusion:** The total points of HRQOL were high in all domains, good nursing care also involves being honest with the patient and family.

Keywords: Health-related quality of life, cardiac transplant, SF-36, nursing care.

Ngày nhận bài: 29/9/2020, ngày chấp nhận đăng: 03/11/2020

Người phản hồi: Nguyễn Xuân Vinh, Email: vinhvd12@gmail.com - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

1. Đặt vấn đề

Ghép tim là một loại phẫu thuật đặc biệt, để thay thế tim suy giai đoạn cuối của người bệnh bằng tim khỏe mạnh đến từ người cho chết não phù hợp, và là phương pháp điều trị triệt để khi mà tất cả các phương pháp điều trị thường qui khác đã thất bại [1]. Ca ghép tim đầu tiên bởi Christiaan Barnard ở Cape Town (Nam Phi) trên người ngày 3/12/1967 [3], [4]. Ngay ca ghép tim đầu tiên và sau đó vai trò điều dưỡng chăm sóc ghép tim đã được khẳng định, đánh giá chặn đường sau 50 năm từ ca ghép tim đầu tiên Hiệp hội các nhà ghép tim đã có đồng thuận về vai trò điều dưỡng trong các hoạt động ghép tim, trong đó có vai trò chăm sóc sau ghép [5].

Tại Việt Nam, phẫu thuật ghép tim đã triển khai thành công từ người cho chết não đơn tạng chết não (chỉ cho tim) tại Bệnh viện Quân y 103 và Học viện Quân y vào ngày 17/6/2010. Ca đầu tiên ghép tim từ người cho đa tạng chết não (cho cả gan, thận, tim...) được thực hiện tại Bệnh viện Việt Đức vào ngày 14/4/2011 và sau đó nhanh chóng trở thành một phương pháp điều trị thường qui tại bệnh viện, với số lượng trung bình mỗi năm là 3 - 5 ca ghép tim kết hợp với 10 - 15 ca ghép các tạng khác.

Về hiệu quả ghép tim, theo báo cáo của Tổ chức Ghép tim Phổi Quốc tế năm 2018, thì tỉ lệ sống thêm 4 năm sau mổ đạt 75% ở người lớn, sau 10 năm đạt trên 50%, và sau 18 năm đạt 25% [5]. Ngoài tỉ lệ sống sau ghép tim được cải thiện, sự quan tâm hầu hết tại các quốc gia có ghép tim hiện nay là hướng đến nâng cao chất lượng cuộc sống (CLCS sau ghép) [7]; CLCS sau ghép tạng trở thành một tiêu chí đánh giá thành công của phẫu thuật đối với người bệnh được ghép tim [6]. Kết quả dựa trên CLCS bệnh nhân ngày càng được nhấn mạnh khi đánh giá hiệu quả điều trị tổng thể. Các kết quả như vậy bao gồm các biện pháp nâng cao CLCS liên quan đến sức khỏe, là nguồn thông tin có giá trị trong việc xác định liệu bệnh nhân có được điều trị tốt hơn bằng các phương pháp điều trị.

Xuất phát từ tình hình thực tiễn nêu trên, được sự đồng ý của Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu

Đánh giá chất lượng cuộc sống người bệnh sau ghép tim và vai trò chăm sóc điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh sau ghép tại Bệnh viện Việt Đức; với các mục tiêu chính sau đây: *Mô tả một số đặc điểm chung của người bệnh nhận tim trước ghép tim từ người cho đa tạng chết não. Đánh giá chất lượng cuộc sống người bệnh sau ghép tim và vai trò điều dưỡng chăm sóc sau ghép tim tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Bao gồm tất cả người bệnh được ghép tim tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 6/2012 đến tháng 12/2019, đạt được các tiêu chuẩn sau:

Còn sống sau ghép tim ≥ 6 tháng (thời gian đủ để phục hồi sau phẫu thuật).

Người bệnh và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu.

Loại trừ khỏi nghiên cứu các đối tượng hoặc đã chết ở thời điểm thu thập số liệu nghiên cứu, hoặc người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu, hay hồ sơ bệnh án không đầy đủ. Thời gian thu thập số liệu từ tháng 1/8/2019 đến 30/6/2020.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu. Cỡ mẫu thuận tiện toàn bộ.

Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu trước và sau ghép tim về các thông tin chung, thông tin bệnh lý, chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi SF36 (phiên bản 1.0) - gồm 8 yếu tố về sức khỏe: Hoạt động thể lực, các hạn chế do sức khỏe thể lực, các hạn chế do dễ xúc động, sinh lực, sức khỏe tinh thần, hoạt động xã hội, cảm giác đau, sức khỏe chung. Một số thông tin về tiền sử cũng như các thông tin về bệnh lý, phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu được trích lấy từ bệnh án.

Phương pháp phân tích số liệu: Số liệu định lượng sau khi thu thập được xử lý, nhập vào máy tính với

phần mềm Epi Data 3.1 và được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

3. Kết quả

Có 23 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu trong tổng số 30 ca ghép tim tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, tính tới thời điểm 30/6/2020.

3.1. Đặc điểm người bệnh trước ghép tim

Đặc điểm dịch tễ học

Bảng 1. Phân bố tuổi bệnh nhân vào thời điểm ghép tim

Nhóm tuổi (năm)	n = 23	Tỉ lệ %
≤ 18	3	13,0
19 - 34	2	8,7
35 - 49	10	43,5
50 - 64	8	34,8

Nhận xét:

Tuổi trung bình $41,7 \pm 15,2$ (10 - 64 năm).

Phân bố giới tính: Nam giới có 18 ca (78,3%), nữ giới có 5 ca (21,7%).

Phân bố bệnh nhân trước ghép theo nơi sinh sống: Ngoại thành 11 ca (47,8%), thành thị 12 ca (52,2%).

3.2. Một số đặc điểm bệnh lý

Bảng 3. Phân bố tình trạng ưu tiên trước ghép theo UNOS, NYHA và chức năng tim (EF)

Chỉ số		n = 23	Tỷ lệ %
Ưu tiên theo UNOS	Loại Ia	9	39,3
	Loại Ib	11	47,8
	Loại II	03	13,0
NYHA	III	6	26,1
	III - IV	4	17,4
	IV	13	56,5
EF (%)	31 - 35	5	21,7
	21 - 30	13	56,6
	≤ 20	5	21,7

Phân bố bệnh nhân trước ghép theo trình độ học vấn: Tiểu học - trung học cơ sở 2 ca (đang học - 8,6%), phổ thông trung học 11 ca (47,8%), cao đẳng, đại học 10 ca (43,6%).

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân trước ghép theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	(n = 23)	Tỉ lệ %
Cán bộ, viên chức	6	26,1
Tự do	5	21,7
Kinh doanh	4	17,4
Hưu trí	1	4,3
Làm ruộng, nông dân	4	17,4
Học sinh	3	13,1

Phân bố bệnh nhân trước ghép theo tình trạng hôn nhân gia đình: 19/23 trường hợp có gia đình riêng (92,6%).

Các đặc điểm cá nhân nhập viện trước ghép về lối sống: 14/23 trường hợp không hút thuốc lá (60,9%), 17/23 trường hợp không uống rượu (73,9%).

Chỉ số BMI bình thường chiếm 78,3% (18 ca), thiếu cân 21,7% (5 ca), không có thừa cân.

Nhóm máu O chiếm 43,5% (10 ca), máu B chiếm 30,4% (7 ca), máu A chiếm 21,7% (5 ca), và máu AB chiếm 4,3% (1 ca).

Phân bố theo các bệnh lý phối hợp: Viêm (loét) dạ dày 2 ca (8,7%), suy thận 2 ca (8,7%), xơ gan tim 4 ca (17,4%), đái tháo đường và gout mỗi loại 1 ca (4,3%).

3.3. Chất lượng cuộc sống người bệnh sau ghép tim

Đánh giá chung

Bảng 4. Thời gian đã được ghép tính đến thời điểm nghiên cứu

Thời gian sống	n = 23	Tỉ lệ %
6 - 12 tháng	5	21,7
13 - 36 tháng	9	39,1
37 - 60 tháng	5	21,7
≥ 60 tháng	4	17,4

Thời gian người bệnh ghép tim trở lại lao động làm việc

Trong nhóm bệnh nhân được ghép tim từ người cho đa tạng chết não người bệnh quay lại làm việc sau ra viện 03 tuần, 02 tháng và 3 tháng sau khi ra viện lần lượt là 30%, 78% và 86,5%. Phần lớn người bệnh (86,5%) người bệnh quay trở lại làm việc mà trước khi mắc bệnh họ đã làm. Cán bộ, viên chức làm công việc văn phòng đều đi làm việc lại bình thường sau 3 tuần xuất viện. Người bệnh tham gia công việc kinh doanh và học sinh, làm nông nghiệp công việc mức độ nhẹ cũng quay lại công việc trong vòng 2 - 3 tháng sau ra viện. Có 03 bệnh nhân không tham gia lao động do bệnh nhân và gia đình của họ không mong muốn tiếp tục đi làm.

3.4. Vai trò chăm sóc điều dưỡng sau ra viện

Bảng 5. Hoạt động chăm sóc điều dưỡng với người bệnh sau ghép

Những nội dung người bệnh trả lời được hỗ trợ	Tốt và rất tốt %
Liên lạc thường xuyên với người bệnh	100%
Hướng dẫn sử dụng thuốc	100%
Hướng dẫn vệ sinh phòng bệnh (rửa tay đúng cách- đeo khẩu trang)	100%
Hướng dẫn tuân thủ sống lành mạnh (không hút thuốc + rượu bia)	100%
Phát hiện sớm thải ghép	100%
Bảo vệ da và vệ sinh răng miệng	100%
Ăn uống thực phẩm an toàn	100%
Tập thể dục theo hướng dẫn	100%

Nhận xét: 100% người bệnh được chăm sóc và theo dõi rất chu đáo và được sự hỗ trợ tích cực từ Điều dưỡng và người nhà trong thời gian sau ghép.

Lối sống của bệnh nhân sau ghép: Những bệnh nhân có hút thuốc và uống rượu bia trước ghép đã bỏ hẳn; và tình trạng khối cơ thể được kiểm soát: Không béo phì và tình trạng cân nặng đều cải thiện sau ghép với BMI bình thường chiếm 86% (20 ca) và BMI hơi thấp 13% (3 ca).

3.5. Điểm CLCS đo lường bằng bộ công cụ SF-36

Bảng 6. Điểm CLCS của người bệnh sau ghép tim theo các lĩnh vực

Lĩnh vực sức khỏe	n	$\bar{X}$	Min	Max	SD
Hoạt động về thể chất	23	86,0	65	100	9,8
Sự giới hạn do vai trò sức khỏe thể chất	23	84,5	35	100	1,2
Sự đau đớn	23	92,1	55,0	100	12,0
Sự giới hạn do vai trò sức khỏe tinh thần	23	85,1	33,3	100	3,4
Năng lượng sống và sự mệt mỏi	23	85,9	65,0	100	2,2
Trạng thái tâm lý	23	84,0	56,0	95	2,2
Chức năng xã hội	23	79,1	50,0	100	2,8
Hoạt động sức khỏe chung	23	82,3	50,0	95	10,0

Nhận xét: Điểm trung bình CLCS theo 08 lĩnh vực đều ở mức khá (đạt trên 80/100 điểm, trong 08 lĩnh vực thì điểm cao tương đối đồng đều, điểm thấp trong nhóm là điểm chức năng xã hội).

Bảng 7. Điểm CLCS của người bệnh sau ghép tim chung

Lĩnh vực sức khỏe	n	$\bar{X}$	Min	Max	SD
Chất lượng sống tinh thần	23	83,5	65,5	98,0	8,7
Chất lượng sống thể chất	23	86,3	57,5	97,5	9,5
Chất lượng sống chung	23	84,9	61,5	97,8	8,8

Nhận xét: Điểm trung bình CLCS tổng hợp ở hai khía cạnh tinh thần và thể chất đều ở mức khá (trên 80/100 điểm), và điểm tổng CLCS chung đạt mức khá: 94,9/100 điểm.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm người bệnh ghép tim từ người cho đa tạng chết não

Suy tim có triệu chứng ảnh hưởng tiêu cực đến CLCS của các đối tượng do hạn chế các lĩnh vực hoạt động và xã hội khác nhau. Những người bị suy tim thường gặp phải tình trạng đau khổ về thể chất, chức năng và cảm xúc ở mức độ cao và chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe của họ không thể được bình thường ngay cả khi được điều trị tối ưu. Trạng thái tâm lý của các đối tượng làm người bệnh nhập viện thường xuyên và kéo dài hơn, mà không hẳn do các triệu chứng của suy tim mạn.

Trong những năm gần đây, sự quan tâm đã tập trung hơn vào CLCS của bệnh nhân suy tim mạn, dần trở thành điểm tiêu điểm quan trọng trong việc

đánh giá hiệu quả của các lựa chọn điều trị khác nhau. Tuy nhiên, khi sử dụng khái niệm CLCS, nên lưu ý rằng nó không tương đương với tình trạng sức khỏe. Tình trạng sức khỏe hiện tại là một trong những yếu tố quyết định của CLCS, nhưng trên thực tế, đó là một khái niệm được sử dụng để chỉ xem xét một sự hiểu biết lâm sàng về sức khỏe. Bác sĩ quan tâm trước tiên về những thay đổi của các thông số sinh hóa và sinh lý trong quá trình điều trị. Tuy nhiên, bệnh nhân quan tâm nhiều hơn đến việc giảm bớt các triệu chứng, cải thiện chức năng hàng ngày và hoàn thành vai trò xã hội của họ. Đối với bệnh nhân, CLCS có thể quan trọng như tuổi thọ (ví dụ, các triệu chứng và tác động của bệnh tật của họ đối với chức năng xã hội, cảm xúc và nghề nghiệp) và chính những vấn đề này hoạt động chăm sóc điều dưỡng có vai trò then chốt và mang tính quyết định [2].

CLCS cũng là một chỉ số tiên lượng có giá trị. Rodriguez-Artalejo và cộng sự [3] nhận thấy rằng CLCS kém ở những bệnh nhân nhập viện vì suy tim được đo bằng các chỉ số sức khỏe: Thể chất, tâm lý

và sức khỏe chung có liên quan đến nguy cơ tái nhập viện và tử vong cao hơn 63% - 75% trong vòng 6 tháng. Vì vậy, điều trị và chăm sóc không chỉ tập trung vào các triệu chứng thực thể của suy tim, mà còn tập trung vào phương pháp chăm sóc đa ngành liên quan đến tối ưu việc dùng thuốc, quản lý triệu chứng, giáo dục và các can thiệp chăm sóc để cải thiện CLCS.

Các triệu chứng chính của suy tim mạn làm hạn chế hoạt động hàng ngày và dẫn đến giảm CLCS bao gồm: Khó thở, mệt mỏi, yếu, hạn chế tập thể dục, buồn ngủ và phù ngoại biên. Bệnh nhân suy tim mạn bị hạn chế tập thể dục, kiểm chế lối sống năng động.

Trong 23 bệnh nhân được ghép tim trong nghiên cứu này có nhiều đặc điểm trước ghép giống với nhiều nghiên cứu khác trên đối tượng chờ ghép tim và đã được ghép tim trên thế giới trong nghiên cứu Colvin-Adams M và cộng sự trong 10 năm từ 2003 đến 2013.

Trình độ học vấn: Trong nghiên cứu có 43,6% là cao đẳng - đại học trở lên, 47,8% là trung phổ thông, và 8,6% là tiểu học và trung học cơ sở; trong nghiên cứu của Heng-Hsin Tung (2011) tại Đài Loan thì tỷ lệ này lần lượt là 25,5%, 35,3% và 39,2%. Trình độ học vấn cao hơn là điều kiện thuận lợi trong hoạt động điều dưỡng giáo dục sức khỏe và tuân thủ người bệnh trong điều trị sau ghép.

Tình trạng tài chính: Trong nghiên cứu, hoàn cảnh kinh tế khá 39,1%, trung bình 52,2% và thấp là 8,7% - tất cả đều có bảo hiểm y tế. Trong nghiên cứu của Heng-Hsin Tung (2011) tại Đài Loan thì tỷ lệ này lần lượt là 14,4%, 77,1% và 17,1%. Điều kiện kinh tế tốt và có bảo hiểm y tế cũng là một vấn đề thuận lợi cho chăm sóc và nâng cao chất lượng cuộc sống sau ghép.

Mức độ nặng- theo mức độ nhóm ưu tiên ghép của UNOS: Trong nghiên cứu, nhóm 1 có 87,1% - trong đó 39,3% nhóm Ia và 47,8% nhóm. Trong báo cáo của Steven A. Farmer (2013) tại Mỹ với 555 bệnh nhân ghép tim thì thuộc UNOS 1 có 61,8%, và UNOS 2 có 38,2%, nghiên cứu của Grady KL (1998) thì UNOS 1 là 46% và UNOS 2 là 54%. Như vậy, bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi có phần nặng hơn,

có thể do vấn đề ghép tim ở Việt Nam chưa được nhận thức rõ, nhiều người bệnh cố điều trị bảo tồn - trong khi đó trên thế giới, chỉ định ghép tim được nhiều người dân đăng ký khi bệnh ở mức độ nhẹ hơn, tại Việt Nam với thời gian ngắn công tác chuẩn bị cho người bệnh trước ghép là một sự nỗ lực rất lớn để đạt được các tiêu chí an toàn và sự hài lòng trước và trong phẫu thuật cả người bệnh và phẫu thuật viên.

Mức độ nặng - suy tim theo NYHA: Có 56,5% người bệnh suy tim NYHA IV và 17% NYHA III -IV 26,1%, suy tim NYHA III, trong khi nghiên cứu của Grady KL (1998) với 219 bệnh nhân được ghép tim, thì suy tim NYHA IV chiếm 44%, và 52% NYHA III. Như vậy mức độ suy tim của chúng tôi cũng nặng hơn tương tự phân nhóm theo UNOS, đây là một thách thức trong chăm sóc người bệnh.

4.2. Chất lượng cuộc sống người bệnh sau ghép

Cả 100% người bệnh trong nghiên cứu này cho rằng họ được người nhà và điều dưỡng hỗ trợ tốt về cả tinh thần và thể chất sau ghép. Chúng tôi chọn bệnh nhân để đánh giá vào thời điểm 6 tháng sau ghép tim về CLCS, vì theo nhiều nghiên cứu CLCS sau ghép tim, thì người bệnh sau ghép 6 tháng đã được ổn định về tình trạng phẫu thuật và có thể tái hòa nhập cộng đồng, trong nghiên cứu có 4 bệnh nhân sống trên 5 năm, 9 bệnh nhân sống trên 3 năm từ ngày ghép tim. Trong nghiên cứu của Grady KL và cộng sự (1998), với 219 bệnh nhân 6 tháng sau ghép tim thì CLCS sau khi được ghép tim 6 tháng thay đổi rõ rệt so với người bệnh trước khi ghép. Những khác biệt về chất lượng cuộc sống là trong các lĩnh vực sau: Chức năng thể chất và nghề nghiệp, trạng thái tâm lý và tương tác xã hội.

Trong nghiên cứu này có hầu hết bệnh nhân (87%) quay lại làm việc công việc mà trước khi tình trạng mắc bệnh trở nên nghiêm trọng, bao gồm: 26,1% làm kinh doanh, 26,1% làm cán bộ công - viên chức văn phòng, 17,5% làm nông nghiệp và 13,0% tiếp tục đi học; với thời gian quay lại công việc lần lượt là sau ra viện 3 tuần (35%), 2 tháng (55%) và 3 tháng (10%), có 13% không tiếp tục làm việc mặc dù tình trạng sức khỏe ổn định do bản thân và gia đình

của họ không muốn đi làm. Trong nghiên cứu của Delgado JF và cộng sự (2015), tại Tây Ban Nha - chỉ có 13,5% quay lại công việc sau 6 tháng và tăng lên 14,5% sau 60 tháng được ghép tim. Một nghiên cứu khác tại Đài Loan của Tseng và cộng sự 2010, thì 50 đối tượng (86% nam và 14% nữ) có độ tuổi 20-70 tuổi (trung bình 47,68), thời gian sau ghép tim từ 1 đến 4 năm, thì trong vòng 6 tháng có 10% nhân viên hành chính hoặc nhà hàng và cảnh sát đã tiếp tục công việc, sau 6 đến 12 tháng có 8% nhân viên hành chính, kiểm soát chất lượng và nhân viên thiết kế và lập kế hoạch đã tiếp tục công việc, sau 12 tháng có 14% các giáo viên, nhân viên bảo hiểm, quản lý, kỹ sư tin học và thợ sắt đã tiếp tục được công việc.

Thay đổi lối sống người bệnh sau ghép: Trước ghép tim có 39,1% bệnh nhân còn hút thuốc và 26,1% có uống rượu; tuy nhiên sau ghép đã thay đổi hoàn toàn - không có bệnh nhân tiếp tục hút thuốc lá và uống rượu; đây là kết quả tác động tích cực của Điều dưỡng và người nhà bệnh nhân. Trong một báo cáo tổng quan hệ thống của Patrick Hofmann và cộng sự (2018), dựa trên 15 nghiên cứu từ 1998 đến 2015 trên bệnh nhân sau ghép tim hoặc phổi, có khoảng 12-33% người bệnh tái hút thuốc lá sau ghép tim và là nguyên nhân gây tử vong lâu dài và các rối loạn sau ghép, tăng biến chứng ung thư.

Về điểm CLCS: Hầu hết người bệnh trong nhóm nghiên cứu chúng tôi có tình trạng sức khỏe chung, sức khỏe tinh thần và thể chất đều ở mức khá và tốt, điểm sức khỏe chung trung bình $84,9 \pm 8,8$, trong đó sức khỏe khỏe tinh thần ở mức $83 \pm 8,7$, sức khỏe thể chất $86,3 \pm 9,5$. CLCS trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Văn Cường (2015), trên 90 bệnh nhân suy tim mạn (30 bệnh lý van tim, 30 tăng huyết áp và 30 bệnh mạch vành) - đã được điều trị tích cực, với sức khỏe chung trung bình $80,2 \pm 16,1$, trong đó sức khỏe khỏe tinh thần ở mức $83 \pm 8,7$, sức khỏe thể chất $74,3 \pm 12,3$. Trong nghiên cứu của Imran Saeed và cộng sự (2008) sau 1 năm sức khỏe chung 57 ca ghép tim: Sức khỏe tinh thần 72 và sức khỏe thể chất 65; còn trong nghiên cứu của Antonella Galeone và cộng sự (2014), tại

pháp trên nhóm 131 bệnh nhân sống sau ghép tim 20 năm: Điểm chất lượng cuộc sống chung là 69 ± 16 (trung vị 75), chất lượng sức khỏe tinh thần 68 ± 20 (trung vị 73), và sức khỏe thể chất 67 ± 22 (trung vị 72).

4.3. Vai trò điều dưỡng chăm sóc

Người bệnh sau ghép tim đối mặt với nhiều nguy cơ như: Nhiễm trùng, thải ghép, rối loạn tâm lý có thể dẫn đến lo âu hoặc trầm cảm đã được nhiều nghiên cứu trên thế giới báo cáo, trong nghiên cứu này chúng tôi có kết quả khá tốt từ cảm nhận người bệnh, họ trả lời thường xuyên được quan tâm, giáo dục sức khỏe duy trì lối sống lành mạnh, trước ghép có 14/23 trường hợp không hút thuốc lá (60,9%), 17/23 trường hợp không uống rượu (73,9%), sau ghép 100% người bệnh không uống rượu bia, không hút thuốc lá, và duy trì cân nặng ở mức trung bình trong một báo cáo đa trung tâm của tổ chức ghép tim phổi thế giới tỷ lệ người bệnh tái hút thuốc lá là 25%, và béo phì là 20 - 30% và là yếu tố tiên lượng sống còn của người bệnh sau ghép, bên cạnh đó trong nghiên cứu chúng tôi qua công cụ đánh giá: Người bệnh được hỏi có kỹ năng tốt 100% biết cách bảo quản thuốc và sử dụng thuốc đúng đủ theo chỉ định, tuân thủ khám định kỳ, thể dục theo hướng dẫn, tự nhận biết được các biến chứng sớm về thải ghép, biết cách bảo vệ cơ thể dự phòng tổn thương da, ung thư, và nhiễm trùng bằng các kỹ năng sống được huấn luyện và giáo dục điều này góp phần tích cực trong kết quả CLCS người bệnh [3], [4], [6].

5. Kết luận

Nghiên cứu trên 23 bệnh nhân sau ghép tim từ 6 tháng đến 9 năm tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức:

Người bệnh trong nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình là $41,7 \pm 15,2$ năm (10 - 64 tuổi), tỷ lệ nam giới chiếm 78,3%, điều kiện kinh tế gia đình ở mức trung bình khá 91,3%, trình độ học vấn cao: cao đẳng và đại học chiếm 43,6%, người bệnh sống thành thị và ngoại thành là tương đương nhau.

Mức độ suy tim theo phân độ NYHA IV và NYHA III-IV chiếm 63,5% và 100% người bệnh có EF trước ghép dưới 35%, có 05/23 người bệnh EF dưới 20%.

Tình trạng bệnh nặng phân theo nhóm ưu tiên ghép của UNOS: Nhóm I có 87,1% trong đó 39,3% nhóm Ia và 47,8% nhóm Ib.

Điểm trung bình CLCS khá cao theo thang đo SF-36: Điểm trung bình tinh thần mức độ khá tốt: 83,5/100 điểm, điểm trung bình thể chất mức độ khá tốt: 86,3/100 điểm và với thang đo SF-36 tổng trung bình là: 84,3/100 điểm.

Có 20/23 người bệnh sau ghép quay lại lao động học tập bình thường sau thời gian 3 đến 6 tháng sau ghép tim ra viện, có 03 người bệnh nghỉ ở nhà không lao động không phải vì nguyên do tình trạng sức khỏe.

100% người bệnh cảm nhận rằng họ được hỗ trợ tốt từ gia đình và nhân viên y tế trước và sau ghép, như công việc hàng ngày, tài chính.

100% người bệnh trả lời họ nhận được sự giáo dục và tư vấn chăm sóc sau ghép rất tích cực từ điều dưỡng, người bệnh được kiểm soát lối sống lành mạnh như vệ sinh ăn uống, duy trì cân nặng (100% người bệnh có chỉ số BMI ở thời điểm nghiên cứu trong giới hạn trung bình), thể dục thường xuyên, kiêng được thuốc lá, rượu bia, trước ghép có 14/23 (60,9%) trường hợp không hút thuốc lá và 17/23 trường hợp không uống rượu (73,9%), sau ghép tất cả 100% người bệnh đều không hút thuốc và không uống rượu bia.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Hữu Ước (2018) *Ghép tim hiện tại và tương lai ở Việt Nam*. Tim mạch học.
2. A.S.S. Lois UN, John VC, William AB (2008) *Cardiac surgery in the adult*. McGraw-Hill, New York.
3. A.J.M. a. W.D.P. Abhinav Humar (2006) *Atlas of organ transplantation*. Verlag London Limited 2006. Copyright Springer.
4. Harwin ASFM (1995) *Manual of cardiac surgery*. Second edition. Copyright 1995 by Springer - Verlag New York, Inc.
5. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B et al (2013) *2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines*. J Am Coll Cardiol 62(16): 147-239.
6. Khush K, Cherikh WS, Chambers DC et al (2018) *The International Thoracic Organ Transplant Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Thirty-fifth Adult Heart Transplantation Report-2018; Focus Theme: Multiorgan transplantation*. J Heart Lung Transplant 37(10): 1155-1168.
7. Beilby S, Moss-Morris R, Painter L (2003) *Quality of life before and after heart, lung and liver transplantation*. The New Zealand Medical Journal (Online) 116(1171): 381.