

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG NGƯỜI BỆNH SAU GHÉP TIM TỪ NGƯỜI CHO ĐA TẠNG CHẾT NÃO TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Xuân Vinh¹, Phùng Duy Hồng Sơn¹, Nguyễn Hữu Ước¹

DOI: 10.38103/jcmhch.2020.63.5

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: Nghiên cứu 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 HN Việt Đức từ 6/2012 đến 04/2020, sử dụng 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. Các yếu tố có liên quan với CLCS của bệnh nhân sau ghép tim trong phân tích đa biến là tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, bệnh lý: đái tháo đường, gút, suy thận và sơ gan trước ghép.

Kết luận: Điểm số CLCS của bệnh nhân sau ghép tim đều cao ở tất cả lĩnh vực sức khỏe. Do đó, ghép tim là một chỉ định cải thiện rõ ở người bệnh sau ghép.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, ghép tim, SF-36

ABSTRACT

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER TRANPLANTATION FROM BRAIN DEAD DONOR AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Nguyen Xuan Vinh¹, Phung Duy Hong Son¹, Nguyen Huu Uoc¹

Background: Health-related quality of life (HRQOL) is an important measure of outcome that is known to improve after cardiac transplantation and this study presents descriptive analyses of HRQOL in patients after cardiac transplantation at the Viet Duc University Hospital.

Patients and Methods: Descriptive retrospective and prospective study was conducted with consecutive patients after cardiac transplantation patients (n = 23; response rate 100% [n = 23]) from June 2012 to April 2020 at the Cardiovascular and Thoracic Centre, Viet Duc University Hospital by using SF-36 questionnaire.

Results: The mean scores of 4 physical health domains including physical functioning, role physical,

1. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

- Ngày nhận bài (Received): 10/5/2020; Ngày phản biện (Revised): 30/5/2020;
- Ngày đăng bài (Accepted): 01/7/2020
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Xuân Vinh
- Email: vinhvd12@gmail.com; SĐT: 0942449990

Bệnh viện Trung ương Huế

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, 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, diabetes mellitus, gout, kidney failure, cirrhosis disease.

Conclusions: *The total points of HRQOL were high in all domains after the heart transplantation significantly improve HRQOL recipients.*

Key words: *Health-related quality of life, cardiac transplant, SF-36*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép tim là một quy trình phẫu thuật ghép được thực hiện thay thế tim suy hoạt động không hiệu quả của người bệnh bằng quả tim khác từ người hiến phù hợp (người chết não), là phương pháp điều trị triệt để cho bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối khi mà các phương pháp điều trị khác thất bại[1]. Lịch sử phát triển của phẫu thuật ghép tim trên người có một khoảng thời gian dài tới 62 năm kể từ khi Alexis Carrel và Charles Guthrie tại Đại học tổng hợp Chicago (Hoa Kỳ) tiến hành ca ghép tim thực nghiệm đầu tiên năm 1902 [2] , tới khi Christiaan Barnard ở Cape Town (Nam Phi) thực hiện ca ghép tim đầu tiên trên người ngày 3/12/1967 [3][4]. Theo báo cáo tổ chức ghép tim phổi quốc tế đến tháng 06/2017. Hiện nay ghép tim đã được thực hiện tại 477 trung tâm phẫu thuật tim trên thế giới. Số lượng người bệnh được ghép tim là 141,268 ca. Từ 01/6/2016 đến 30/7/2017 đã có 5,149 người bệnh được ghép tim [5].

Việt Nam đã triển khai thành công ghép tim từ người cho chết não đơn tạng ngày 17/6/2010 tại Bệnh viện 103 và ghép tim từ người cho đa tạng chết não tại Bệnh viện Việt Đức 14/4/2011 và tại Bệnh viện Việt Đức hoạt động ghép tim đã thành thường quy trung bình mỗi năm ghép 3-5 ca [6].

- Theo báo cáo của tổ chức Ghép tim phổi quốc tế :Năm 2018, tỉ lệ sống thêm 4 năm sau mổ đạt 75% ở người lớn và sau 10 năm đạt 50%, sau 18 năm đạt 25% [5]. Như vậy tỉ lệ sống sau ghép tim đã được cải thiện, vì thế sự quan tâm hiện nay hầu hết tại các quốc gia có ghép tim hướng đến thành công của ghép không chỉ là phẫu thuật mà còn là CLCS sau ghép [7] và CLCS sau ghép tạng trở thành một tiêu chí đánh giá thành công của phẫu thuật đối với người bệnh được ghép tạng còn sống dài sau ghép [8].

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 cách điều trị y tế hay không [9] [10] [11]:CLCS được xem là công cụ sử dụng phổ biến nhất trong y học nhằm: 1) lập kế hoạch chăm sóc lâm sàng cho bệnh nhân; 2) như một thước đo kết quả trong các thử nghiệm lâm sàng và nghiên cứu dịch vụ y tế; 3) đảm bảo đánh giá nhu cầu sức khỏe của cộng đồng; và 4) hỗ trợ phân bổ nguồn lực hiệu quả. Phần lớn đánh giá CLCS được áp dụng giải quyết các vấn đề y tế mãn tính và nghiêm trọng.

Xuất phát từ tình hình thực tiễn trên, được sự đồng ý của Hội đồng đạo đức Bệnh viện Việt Đức chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu “**Đánh giá chất lượng cuộc sống người bệnh sau ghép tim từ người cho đa tạng chết não tại Bệnh viện Việt Đức bằng công cụ SF-36**”.

Đề tài thực hiện với các mục tiêu chính sau đây:

1. *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng người bệnh nhận tim trước ghép tim từ người cho đa tạng chết não.*

2. *Đánh giá chất lượng cuộc sống người bệnh sau ghép tim tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức bằng công cụ SF-36*

II. PHƯƠNG PHÁP VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

- Tất cả những người bệnh ghép tim tại Bệnh viện Việt Đức ra viện được 6 tháng trở lên (vì thời gian đủ đã trôi qua để bệnh nhân được phục hồi sau phẫu thuật)

- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ

Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu

- Người bệnh đã chết ở thời điểm nghiên cứu, thất lạc hồ sơ, hồ sơ không đầy đủ.

- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian thu thập số liệu từ 01/8/2019 đến 30/4/2020.

Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu

- Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu
- Cỡ mẫu thuận tiện

Phương pháp thu thập số liệu và phân tích số liệu

Số liệu được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu trước và sau ghép về các thông tin chung, thông tin về bệnh, chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi SF36. Bộ câu hỏi SF-36 (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 khác của đối tượng nghiên cứu được lấy từ bệnh án.

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 for Window cho các thông tin mô tả và phân tích thống kê.

Điểm CLCS được đánh giá :Từ 0 - 25: Chất lượng cuộc sống kém. Từ 26 - 50: Chất lượng cuộc sống trung bình kém. Từ 51 - 75: Chất lượng cuộc sống trung bình khá. Từ 76 - 100: Chất lượng cuộc sống khá, tốt.

Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

Đề tài được triển khai sau khi được Hội đồng khoa học bệnh viện thông qua

Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu trước khi tiến hành và chỉ thực hành khi có sự chấp nhận hợp tác của đối tượng tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 23 người bệnh sau ghép tim đủ điều kiện và đồng ý tham gia nghiên cứu

3.1. Đặc điểm người bệnh trước ghép tim

3.1.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1.1: Phân bố bệnh nhân trước ghép theo tuổi

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

Như vậy tuổi của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu thấp nhất 10, cao nhất 64 và trung bình 41.7±15.2.

Bảng 1.2: Phân bố bệnh nhân trước ghép theo giới tính

Giới tính	(N=23)	%
Nam	18	78.3
Nữ	5	21.7

Trong nghiên cứu nam giới nhiều hơn chiếm 78,3% và nữ giới chiếm 21,7%.

Bảng 1.3: Phân bố bệnh nhân trước ghép theo nơi sinh sống

Nơi sinh sống	(N=23)	%
Nông thôn	11	47,8
Thành thị	12	52,2

Trong nghiên cứu bệnh nhân ở nông thôn và thành thị tương đương nhau lần lượt là 47,8% và 52,2%.

Bảng 1.4: Các đặc điểm cá nhân nhập viện trước ghép về lối sống

Tình trạng	Trạng thái	(N=23)	%
Hút thuốc lá	Có	9	39,1
	Không	14	60,9
Uống rượu	Có	6	26,1
	Không	17	73,9
Chỉ số BMI	Thừa cân	0	0,0
	Bình thường	18	78,3
	Thiếu cân	5	21,7

Có 39,1% bệnh nhân có hút thuốc lá trước ghép, 26,1% bệnh nhân có uống rượu trước ghép và 21,7% bệnh nhân thiếu cân trước ghép.

Bệnh viện Trung ương Huế

Bảng 1.5: Phân bố bệnh nhân trước ghép theo Nhóm máu

Nhóm máu	(N=23)	%
O	10	43,5
A	5	21,7
B	7	30,4
AB	1	4,3

Trong báo cáo tổ chức điều phối ghép tạng Mỹ 10 năm (2000-2100) với 28.283 bệnh nhân chờ ghép tim thì nhóm máu O 44%, nhóm A 39%, nhóm B 13% và nhóm AB 4%, và Theo Hiệp hội ghép tim phổi thế giới 2017: tỷ lệ BN được ghép có Nhóm máu O 39,7%, nhóm máu A 40,6% nhóm máu B 13,7% và nhóm AB 6,0%.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng trước ghép tim

Bảng 1.6: Phân bố tình trạng ưu tiên trước ghép tim phân mức ưu tiên UNOS

Mức ưu tiên trước ghép UNOS	(N=23)	%
Loại Ia	9	39,3
Loại Ib	11	47,8
Loại II	03	13,0

Có 39,3% nhóm 1 a bệnh nhân ở tình trạng nặng nguy kịch trước ghép, phải nằm viện điều trị thuốc trợ tim liều cao liên tục hoặc phải hỗ trợ thở, thở máy và 47,8% nhóm 1b bệnh nhân mức độ nặng vừa phải dùng thuốc trợ tim liều thấp phải nhập viện hoặc điều trị tại nhà.

Bảng 1.7: Phân bố trước ghép tim theo NYHA

Độ suy tim theo NYHA	(N=23)	%
NYHA III	6	26,1
NYHA III-IV	4	17,4
NYHA IV	13	56,5

Đa số bệnh nhân NYHA IV (56,5%) và chỉ 26,1% theo NYHA III

Tình trạng kinh tế, chi phí điều trị

Bảng 1.8: Phân bố về BHYT

Bảo hiểm y tế	(N=23)	%
Có	23	100
Không	0	0

100% bệnh nhân ghép tim có BHYT

Bảng 1.9: Phân bố người chi trả kinh phí cho ghép tim

Người chi trả	(N=23)	%
Bản thân và gia đình	18	78,3
Người thân/họ hàng	01	2,3
Tài trợ XH + gia đình	04	17,4

Hầu hết bệnh nhân được hỗ trợ kinh phí, trong đó gia đình 78,3%, và có 17,4% bệnh nhân được hỗ trợ kinh phí ghép từ xã hội.

Bảng 1.10: Phân bố mức kinh tế gia đình

Mức kinh tế gia đình	(N=23)	%
Khá	9	39,1
Trung bình	12	52,2
Thấp	02	8,7

3.2. Đặc điểm chất lượng cuộc sống người bệnh sau ghép

* 100% người bệnh trả lời họ được sự hỗ trợ tốt từ nhân viên y tế gia đình và xã hội sau ghép

Bảng 2.1: Thời gian sống sau ghép cứu tính đến thời điểm nghiên cứu

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

Bảng 2.2: Nghề nghiệp bệnh nhân quay lại làm việc sau xuất viện

Nghề nghiệp	(N=23)	%
Cán bộ, viên chức	6	26,1
Không tham gia LĐ	3	13,0
Kinh doanh	6	26,1
Hưu trí	1	4,3
Làm ruộng, nông dân.	4	17,5
Học sinh	3	13,0

Bảng 2.3: Thời gian người bệnh ghép tim trở lại lao động làm việc

Phần lớn người bệnh 87% người bệnh quay trở lại công việc làm việc mà trước khi mắc bệnh họ đã làm, 100% 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 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.

Bảng 2.4: Tình trạng lối sống sau ghép

Chỉ số đánh giá	Tình trạng	(N=23)	%
Hút thuốc lá	Có	0	0
	Không	23	100
Uống rượu	Có	0	0
	Không	23	100
Chỉ số khối cơ thể BMI	Thừa cân	0	0
	Bình thường	20	87,0
	Thiếu cân	3	13,0

Lối sống của người bệnh có sự thay đổi nhiều, những bệnh nhân có hút thuốc và uống rượu bia trước ghép đã bỏ và tình trạng khối cơ thể được kiểm soát: không béo phì và tình trạng cân nặng đều cải thiện sau ghép

Điểm CLCS đo lường bằng bộ công cụ SF-36

3.2.1 Tình trạng CLCS sau ghép tim

Bảng 3.1: Điểm CLCS của người bệnh sau Ghép tim theo các khía cạnh

Khía cạnh sức khỏe	n	TB	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	19,2
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

Bệnh viện Trung ương Huế

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

Hầu hết điểm trung bình của các khía cạnh chất lượng cuộc sống đều ở mức khá, tốt

3.2.2. Tình trạng CLCS chung sau ghép tim

Bảng 3.2: Điểm CLCS của người bệnh sau Ghép tim chung

Khía cạnh sức khỏe	n	TB	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

Hầu hết điểm trung bình của các khía cạnh chất lượng cuộc sống về tinh thần lẫn thể chất đều ở mức khá, tốt

IV. BÀN LUẬN

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

Mặc dù có những tiến bộ trong điều trị dẫn đến kéo dài thời gian sống, suy tim mạn tính vẫn là nguyên nhân chính gây tử vong ở những người mắc bệnh tim mạch [12]. Suy tim có liên quan đến gánh nặng các triệu chứng tồi tệ, nhập viện thường xuyên và tỷ lệ tử vong cao. Tỷ lệ mắc suy tim mạn tăng theo tuổi, và tiên lượng tương tự như tỷ lệ tử vong trong các bệnh lý ung thư ác tính nhất định [13].

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 [15-16]. CLCS của bệnh nhân bị suy tim và bạn tình của họ rất kém so với: (i) những người đồng lứa tuổi của họ trong dân số nói chung; (ii) bệnh nhân mắc các bệnh mãn tính khác. Hơn nữa, trầm cảm là yếu tố quyết định mạnh mẽ đến CLCS của bệnh nhân suy tim mạn [17]. Nó đã được chứng minh rằng các bệnh nhân nam phàn nàn về sự mệt mỏi đáng kể, thiếu năng lượng và thái độ cam chịu [18]. Ngược lại, phụ nữ được đặc trưng bởi sự nhận thức tăng lên về tất cả các triệu chứng tiêu cực của suy tim mạn: họ mất niềm tin vào bản thân, lo lắng và cảm

thấy lo lắng tăng cao [19]. Những thái độ này làm tăng thêm sự phụ thuộc vào môi trường xung quanh và ảnh hưởng tiêu cực đến cuộc sống gia đình [20]. Trạng thái tâm lý của các đối tượng, không phụ thuộc vào các triệu chứng của suy tim mạn, mà gây nhập viện thường xuyên hơn và kéo dài.

Các triệu chứng chính của suy tim mạn 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. CLCS của bệnh nhân suy tim kém hơn đáng kể so với người khỏe mạnh hoặc thậm chí những người mắc các bệnh mãn tính khác (ví dụ như tăng huyết áp, đái tháo đường, rung tâm nhĩ, đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim mãn tính hoặc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính) [15-24]. Bệnh nhân suy tim mạn bị hạn chế tập thể dục, kiểm chế lối sống năng động. Tuy nhiên, từ lâu đã nhận thấy rằng việc đánh giá các kết quả lâm sàng truyền thống (ví dụ, mức độ hoạt động được bác sĩ đánh giá, phân suất tống máu thất trái, nồng độ NT-proBNP trong máu) tương quan kém (nếu có) với mức độ hoạt động hàng ngày và sức khỏe chung của bệnh nhân suy tim [17], trong các giai đoạn tiến triển lâm sàng tương tự, chức năng và phản ứng khác nhau trong các tình huống cuộc sống hàng ngày khác nhau. CLCS có thể (và thường là) bị giảm ở bệnh nhân suy tim với phân suất tống máu thất trái được bảo tồn và giảm [25].

Trong 23 bệnh nhân được ghép tim trong nghiên cứu này có nhiều đặc điểm giống với nhiều nghiên cứu khác trên đối tượng chờ ghép tim và đã được ghép tim trên thế giới trong nghiên cứu M. Colvin-Adams và cs trong 10 năm từ 2003 đến 2013 bệnh nhân chờ ghép [26].

Tuổi: tuổi trung bình của bệnh nhân ghép trong nghiên cứu này là $41,7 \pm 15,2$, thấp nhất là 10 tuổi cao nhất là 64 tuổi (trong đó có 03 bệnh nhân dưới 18 tuổi) có tuổi trẻ hơn trong nghiên cứu của Heng-Hsin Tung (2009) tại Đài Loan $56 \pm 12,96$, trên 60 tuổi là 39,2% [27], của P.H. Tseng (2010) là 47,68 [28] của Connie White-Williams và cs (2013) tại Anh là 53,8 [29] của Laura (2011) tại Ý là $62 \pm 9,1$ [30] và báo cáo Taylor và CS (2006) chung của Hội ghép tim phổi thế giới $51,7 \pm 9,2$, về nhóm tuổi trong nghiên cứu chúng tôi ≤ 18 (3,0%), 18-34 (8,7%), 35-49 (43,5%). 50-64 (34,8%) tỷ lệ gần giống với báo cáo của Hội ghép tim phổi thế giới tính đến ngày 30 tháng 6 năm 2017 lần lượt là ≤ 18 (11,9%), 18-34 (10,1%), 35-49 (26%). 50-64 (46,7%) [31].

Giới tính: trong nghiên cứu chúng tôi nam chiếm 78,3% tương đương hầu hết các báo cáo trên thế giới: Nghiên cứu của L. Sirri và cs (2011) tại Ý 79% [30], của Heng-Hsin Tung (2011) tại Đài Loan là 75,2%, của Connie White-Williams và cs (2013) tại Anh với 555 bệnh nhân được ghép tim là 78%, và của Hội ghép tim phổi thế giới năm 2017 là 72% [31].

Nơi sinh sống: có 47,8% bệnh nhân sống ở Nông thôn và 52,2% bệnh nhân sống ở thành thị.

Trình độ học vấn: trong nghiên cứu chúng tôi có 43,6% là cao đẳng, đại học trở lên và 47,8% là trung học 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%, với trình độ học vấn nghiên cứu chúng tôi cao hơn đây là điều kiện thuận lợi cho giáo dục sức khỏe và tuân thủ điều trị.

Tình trạng tài chính: trong nghiên cứu chúng tôi hoàn cảnh kinh tế khá 39,1%, trung bình 52,2% và thấp 8,7%, và đều có BHYT, 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%, với điều

kiện kinh tế và có BHYT cũng là một vấn đề thuận lợi cho chăm sóc chất lượng cuộc sống sau ghép.

Tình trạng hôn nhân: Trong nghiên cứu chúng tôi có 82,6% bệnh nhân đã có gia đình và 100% là sống cùng gia đình, so với các nghiên cứu Fulvio Bergamo Trevizan và cs (2017) tại Brazil là 70% [32], của Heng-Hsin Tung và cs tại Đài Loan là 84,3%, tuy nhiên thì bệnh nhân trên các nghiên cứu khác trên thế giới sự hỗ trợ về tài chính từ gia đình, người thân khác trong nghiên cứu chúng tôi như báo cáo của Heng-Hsin Tung và cs tại Đài Loan có 60,1% bệnh nhân phải tự lo vấn đề tài chính cho bản thân có 7,8% bệnh nhân sống độc thân sau ghép tim, trong khi đó trong nghiên cứu chúng tôi có 4 bệnh nhân (17,4%) được phẫu thuật ghép tim được hỗ trợ tích cực từ tiền tài trợ của cộng đồng và 100% bệnh nhân được sự hỗ trợ tài chính từ gia đình trước và sau ghép tim.

Bệnh tim trước ghép: trong nghiên cứu chúng tôi có 98,3% bệnh nhân mắc bệnh cơ tim giãn và 8,7% bệnh nhân suy tim thiếu máu, gần tương đồng với nghiên cứu Heng-Hsin Tung và cs tại Đài Loan có lần lượt là 84,3% bệnh cơ tim giãn và 14,4% bệnh nhân suy tim thiếu máu, tuy nhiên khác số với Kovacevic-Preradovic (2009) tại Canada với 253 bệnh nhân ghép tim có 42% bệnh cơ tim giãn và 39% bệnh suy tim thiếu máu [33], Antonella Galeone và cs (2014) tại Pháp trên nhóm 131 bệnh nhân sống trên 20 năm sau ghép tim có 57% bệnh nhân chẩn đoán giãn cơ tim trước ghép và 24% bệnh suy tim thiếu máu. Theo báo cáo của Hiệp hội ghép tim phổi thế giới năm 2009 thì tỷ lệ bệnh cơ tim không thiếu máu 53% và suy tim thiếu máu là 38% [34].

Mức độ nặng - theo mức độ nhóm ưu tiên ghép của UNOS: Trong nghiên cứu chúng tôi nhóm 1 có 87,1% trong đó 39,3% nhóm 1a bệnh nhân ở tình trạng nặng nguy kịch trước ghép, phải nằm viện điều trị thuốc trợ tim liều cao liên tục hoặc phải hỗ trợ thở, thở máy và 47,8% nhóm 1b bệnh nhân mức độ nặng vừa phải dùng thuốc trợ tim liều thấp phải nhập viện hoặc điều trị tại nhà, trong báo cáo của Steven A. Farmer (2013) tại Mỹ với 555 bệnh nhân ghép tim thì có 52,7% thuộc UNOS 1 61,2%, nhóm 2 38,2%, nghiên cứu của K.L.Grady (1998) UNOS 1 46% và

Bệnh viện Trung ương Huế

UNOS 2 54% , bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi nặng hơn lý giải cho điều khác biệt này là vấn đề ghép tim ở Việt Nam chưa được nhận thức rõ, nhiều người bệnh điều trị bảo tồn trong khi đó tại Mỹ chỉ định ghép tim được nhiều người dân đăng ký và mức độ nhẹ hơn.

Mức độ nặng - suy tim theo suy tim theo NYHA có 56,5% người bệnh suy tim NYHA IV và 17% NYHA III-IV, triệu chứng cơ năng xảy ra ngay lúc nghỉ ngơi, chỉ một vận động thể lực nhẹ cũng gây triệu chứng cơ năng tăng, 26,1% suy tim NYHA III: hạn chế nhiều vận động thể lực, mặc dù bệnh nhân khỏe khi nghỉ ngơi nhưng chỉ cần vận động nhẹ đã có triệu chứng cơ năng, trong khi nghiên cứu của K.L.Grady (1998) với 219 bệnh nhân được ghép tim trong đó suy tim NYHA 4 chiếm 44%, và 52% NYHA III.

4.2. Chất lượng cuộc sống người bệnh sau ghép

100% người bệnh trong nhóm nghiên cứu chúng tôi cho rằng họ được người nhà và nhân viên y tế hỗ trợ tốt về cả tinh thần và thể chất sau ghép

Chúng tôi chọn những bệnh nhân sau 6 tháng ghép tim vào nghiên cứu chất lượng cuộc sống, vì Theo nhiều nghiên cứu chất lượng cuộc sống sau ghép tim, thì người bệnh sau ghép 6 tháng có thể đã được ổn định về tình trạng phẫu thuật và có thể tái hòa nhập cộng đồng, trong nghiên cứu 4 bệnh nhân sống trên 5 năm, 9 bệnh nhân sống trên 3 năm từ ngày ghép tim, trong nghiên cứu của K.L.Grady và cs (1998)[35] với 219 bệnh nhân sau 6 tháng ghép tim thì Chất lượng cuộc sống 6 tháng sau khi được ghép tim thay đổi theo mức độ rõ rệt của 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 chúng tôi có hầu hết (87%) bệnh nhân quay lại làm việc công việc mà trước khi tình trạng mắc bệnh trở nên nghiêm trọng họ đã phải nghỉ việc bao gồm: 26,1% làm kinh doanh, 26,1 làm cán bộ công nhân viên chức văn phòng, 17,5% làm nông nghiệp và 13,0% tiếp tục đi học, và thời gian quay lại công việc lần lượt là sau 3 tuần 35%, sau 2 tháng 55% và sau 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 J.F. Delgado và CS (2015) [36] 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 Tseng và cs 2010 [28] thì Năm mươi đối tượng (86% nam và 14% nữ) có độ tuổi 20-70 năm tuổi (trung bình, 47,68 tuổi). Thời gian sau ghép tim từ 1 đến 4 năm, trong vòng 6 tháng, 10% nhân viên hành chính hoặc nhà hàng và cảnh sát đã tiếp tục công việc. Sau 6 đến 12 tháng, 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, 14% các giáo viên, nhân viên bảo hiểm, quản lý, kỹ sư tin học và thợ sắt đã tiếp tục công việc .

Thay đổi lối sống người bệnh sau ghép: trước ghép tim có tỷ lệ 39,1% bệnh nhân có hút thuốc và 26,1% có uống rượu tuy nhiên sau ghép đã thay đổi không có bệnh nhân tiếp tục hút thuốc lá và uống rượu, đây là kết quả tác động tích cực của nhân viên y tế và người nhà người bệnh, trong một báo cáo tổng quan hệ thống của Patrick Hofmann và cs (2018) [37] dựa trên 15 nghiên cứu từ 1998 đến 2015 trên đối với bệnh nhân sau ghép tim hoặc phổi có khoảng 12-33% người bên 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 chỉ số khối cơ thể sau ghép tim (BMI): trong số 23 bệnh nhân được ghép tim hầu hết bệnh nhân đều tăng cân sau ghép tuy nhiên không có bệnh nhân mắc béo phì, tỷ lệ BMI ở mức bình thường là 87%, trong nghiên cứu báo cáo của I.Milanniak và cs (2014)[38] 32,54% là bình thường, 46,74% là thừa cân và 18,34% là béo phì, không quan sát thấy sự khác biệt thống kê giữa BMI trước và sau khi ghép và thừa cân và béo phì sau ghép tim là phổ biến và phản ánh yếu tố nguy cơ mắc bệnh mạch máu cơ tim và các bệnh tim mạch khác cũng như hội chứng chuyển hóa ở những người nhận tim ghép.

Về điểm chất lượng cuộc sống: Hầu hết người bệnh trong nhóm nghiên cứu chúng tôi tình trạng sức khỏe chung, sức khỏe tinh thần và thể chất đều ở mức khá và tốt sức khỏe chung trung bình

84,9 ±8,8, trong đó sức khỏe tinh thần ở mức 83±8,7, sức khỏe thể chất 86,3 ± 9,5, CLCS trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Văn Cường (2015) [39] trên 90 bệnh nhân suy tim mạn (30 BN van tim, 30 BN cao HA và 30 BN bệnh mạch vành) đã được điều trị tích cực với sức khỏe chung trung bình 80,2 ±16,1, trong đó sức khỏe khỏe tinh thần ở mức 83± 8,7, sức khỏe thể chất 74,3 ±12,3, trong nghiên cứu của Imran Saeed và cs (2008) sau 1 năm sức khỏe chung 57 sức khỏe tinh thần 72 và sức khỏe thể chất 65 và trong nghiên cứu của Antonella Galeone và cs (2014) [40] tại Pháp trên nhóm 131 bệnh nhân sống sau ghép tim 20 năm: điểm chất lượng cuộc

sống chung là 69 ±16 (median 75), chất lượng sức khỏe tinh thần 68±20 (median 73), và sức khỏe thể chất 67±22 (median 72).

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu trên 23 bệnh nhân sau ghép tim của chúng tôi (6 tháng đến 9 năm) có các đặt điểm dịch tễ học tương tự như các nghiên cứu khác, tình trạng người bệnh trước ghép nặng, được hỗ trợ tốt từ gia đình và nhân viên y tế trước và sau ghép và điểm chất lượng cuộc sống là khá tốt

Ghép tim là một chỉ định tốt cho người bệnh suy tim giai đoạn cuối cải thiện được tốt chất lượng cuộc sống người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. C. W. Yancy, M. Jessup, B. Bozkurt và cộng sự (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), e147-239.
2. A. S. S. Lois U. Nwakanma, John V. Conte, William A. Baumgartner (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. A. S. F. M. Harwin (1995). *Manual of Cardiac surgery. Second edition.*, Copyright 1995 by Spinger - Verlag New York, Inc.
5. K. K. Khush, W. S. Cherikh, D. C. Chambers và cộng sự (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.
6. N. H. Ước (2018). Ghép tim Hiện tại và tương lai ở Việt Nam. *Tim mạch học*,
7. S. Beilby, R. Moss-Morris và L. Painter (2003). Quality of life before and after heart, lung and liver transplantation. *The New Zealand Medical Journal (Online)*, 116 (1171), U381.
8. E. L. Christie JD, Aurora P, et al. (2009). The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Twenty-sixth Official adult lung and heart–lung report 2009. *J Heart Lung Transplant*, 28: 1031.heart transplantation. *J Cardiovasc Nurs*, 28 (5), 407-416.