

ngoại vi là một công cụ giúp gợi ý chẩn đoán sớm tổn thương thần kinh ngoại vi ở người bệnh ĐTĐ týp 2.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pop-Busui R, Boulton AJM, Feldman EL, et al.** Diabetic Neuropathy: A Position Statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2017;40(1):136-154.
2. **Camacho PM, Petak SM, Binkley N, et al.** American Association of Clinical Endocrinologists/ American College of Endocrinology Clinical Practice Guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis -2020 Update. *Endocr Pract Off J Am Coll Endocrinol Am Assoc Clin Endocrinol*. 2020.
3. **Tôn Thất Kha.** Nghiên cứu bệnh nhiều dây thần kinh ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2 bằng điện sinh lý thần kinh ngoại vi. Luận văn thạc sĩ y học. Trường đại học Y Hà Nội 2011.
4. **Trần Thị Nhật.** Nghiên cứu tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại vi ở bệnh nhân ĐTĐ tại khoa khám bệnh Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội 2010.
5. **Gill HK, Yadav SB, Ramesh V, Bhatia E.** A prospective study of prevalence and association of peripheral neuropathy in Indian patients with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus. *J Postgrad Med*. 2014;60(3):270-275.
6. **Dương Thị Thu Phương.** Bước đầu ứng dụng bộ dụng cụ Milgamma trong chẩn đoán và phân loại biến chứng viêm đa dây thần kinh ngoại biên trên bệnh nhân Đái Tháo Đường. Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội 2012.
7. **De Souza RJ, de Souza A, Nagvekar MD.** Nerve conduction studies in diabetics presymptomatic and symptomatic for diabetic polyneuropathy. *J Diabetes Complications*. 2015;29(6):811-817.

## BỆNH LÝ TIM Ở PHỤ NỮ MANG THAI NGHIÊN CỨU TỔNG KẾT 3 NĂM

Hoàng Thị Huyền<sup>1</sup>, Nguyễn Mạnh Thắng<sup>2,3</sup>

#### TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu là mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của những sản phụ mang thai có bệnh tim (bệnh tim bẩm sinh, bệnh tim mắc phải, rối loạn nhịp tim...) trong 3 năm (2018-2020) tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương (BVPSTW). Phương pháp nghiên cứu là mô tả hồi cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong 3 năm có 331 sản phụ có bệnh tim có tuổi thai từ 22 tuần trở lên kết thúc thai kì tại BVPSTW, tỉ lệ sản phụ bị bệnh tim trong tổng số ca sinh là 0,62%. Bệnh tim bẩm sinh (TBS) chiếm ưu thế với gần 50%, bệnh tim mắc phải và rối loạn nhịp tim chiếm tỉ lệ gần tương đương nhau là 25%. Đa số bệnh tim được chẩn đoán và điều trị từ trước khi có thai. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là tiếng tim bất thường (44%), khó thở (31%), đau ngực/ hồi hộp trống ngực (29%). Có 23,8% sản phụ trong nghiên cứu bị suy tim, suy tim độ I gặp nhiều nhất với 51,9%, suy tim độ IV gặp 2,53% số sản phụ suy tim.

**Từ khóa:** bệnh tim, phụ nữ có thai

#### SUMMARY

#### HEART DISEASE IN PREGNANT WOMEN: A REVIEW OF THREE YEARS (2018-2020)

The objective of the study was to describe some clinical and subclinical characteristics of pregnant

women with heart disease (congenital heart disease, acquired heart disease, arrhythmia...) for 3 years (2018- 2020) at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology (NHOG). The research method is descriptive retrospective. The study results showed that in 3 years, 331 women with heart disease with gestational age of 22 weeks or more ended their pregnancy at NHOG, the rate of women with heart disease in the total number of births was 0.62%. Congenital heart disease predominates with nearly 50%, acquired heart disease and arrhythmia account for approximately 25%. Most heart disease is diagnosed and treated before pregnancy. Common clinical symptoms are abnormal heart sound (44%), dyspnea (31%), chest pain/palpitations (29%). There were 23.8% of women in the study with heart failure, class I heart failure was the most common with 51.9%, class IV heart failure was found in 2.53% of women with heart failure.

**Keywords:** heart disease, pregnant women

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tim ở phụ nữ mang thai là một trong những bệnh lý nguy hiểm, thường dẫn đến những nguy cơ cho cả mẹ và con. Tần suất mắc bệnh chiếm khoảng 1-2% các phụ nữ mang thai<sup>1</sup>. Gánh nặng về bệnh tim ở bà mẹ dự kiến sẽ tăng lên do khả năng sống sót của phụ nữ mắc bệnh tim được cải thiện và xu hướng trì hoãn việc sinh con, cùng với sự gia tăng các bệnh như hội chứng chuyển hóa, béo phì<sup>2</sup>. Những thay đổi về tim mạch khi mang thai như cung lượng tim tăng khoảng 50%, nhịp tim tăng khoảng 10 nhịp/phút, hiện tượng chèn ép của tử cung lên tĩnh mạch chủ dưới thường làm nặng thêm tình

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc Oai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Huyền

Email: hoanghuyen802@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2022

Ngày duyệt bài: 28.11.2022

trạng bệnh lý tim của người mẹ<sup>3</sup>. Nó có thể gây nên những biến chứng nguy hiểm như: suy tim cấp, phù phổi cấp, rối loạn nhịp tim<sup>4 5</sup>... Bên cạnh đó, bệnh lý tim mạch cũng ảnh hưởng đến thai nhi: thai chậm phát triển trong tử cung, thai suy mãn, dọa đẻ non, đẻ non, thai lưu, một số trường hợp thai nhi vẫn có thể phát triển bình thường nếu như tình trạng bệnh lý tim của người mẹ vẫn còn bù và được điều trị tốt<sup>6 7</sup>.

Việt Nam là một nước đang phát triển, gần đây điều kiện kinh tế, xã hội có nhiều chuyển biến, mô hình bệnh tật có nhiều sự thay đổi so với trước, nền y học ngày càng phát triển giúp cho việc chẩn đoán, theo dõi và điều trị tích cực làm thay đổi mô hình bệnh tật và cải thiện đáng kể cục thái kì. Để góp phần tìm hiểu về vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ bị bệnh tim từ 22 tuần trở lên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2018 đến năm 2020.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Phụ nữ có thai từ 22 tuần trở lên có bệnh tim kèm theo và kết thúc thai kì tại BVPSTW từ 01/ 01/2018 đến hết 31/12/2020 (tuổi thai tính theo siêu âm 3 tháng đầu).

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, bệnh lý tim kèm theo có chẩn đoán rõ ràng.

#### Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin. Bệnh nhân mắc bệnh nội khoa khác như bệnh lý tuyến giáp, đái tháo đường, bệnh thận, bệnh gan, bệnh hô hấp...và mắc bệnh sản khoa khác như tiền sản giật, rau tiền đạo.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu

#### 2.2.1. Chọn mẫu và cỡ mẫu:

Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot \frac{p \cdot q}{(p \cdot \varepsilon)^2}$$

Trong đó: N là số bệnh nhân nghiên cứu  
Z<sub>1-α/2</sub> là hệ số giới hạn tin cậy, bằng 1,962 ứng với độ tin cậy 95% (α = 0,05).

p: Tỷ lệ sản phụ bị bệnh tim được xử trí sản khoa (bao gồm đẻ thường, forceps, mổ lấy thai) trong số sản phụ bị bệnh tim theo nghiên cứu trước của Nguyễn Bảo Giang là 0,93%<sup>8</sup>, q = 1 - p, ε là sai số ước lượng, ε = 0,03.

Thay vào công thức ta được n = 321. Trong 3 năm từ 2018- 2020 chúng tôi thu thập được 331 hồ sơ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân như trên.

Trong nghiên cứu này chúng tôi lấy n = 331

**2.3. Phân tích xử lý số liệu:** Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

**2.5. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án, không có bất kì sự can thiệp nào trên bệnh nhân, các thông tin của bệnh nhân được bảo mật. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y Đức Bv Phụ sản Trung Ương.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 3 năm từ năm 2018 đến 2020, có 331 sản phụ có thai 22 tuần trở lên có bệnh tim phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu. Tỷ lệ sản phụ có bệnh tim có thai từ 22 tuần trở lên là 0,62% trong tổng số sản phụ sinh tại viện.

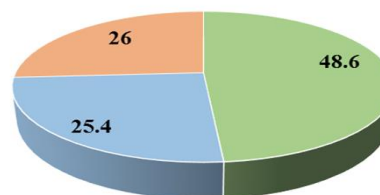
**3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1: Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Số SP	Tỉ lệ%
Tuổi	< 18	2	0,6
	18-34	272	82,2
	≥ 35	57	17,2
Nghề nghiệp	Nông dân	39	11,8
	Công nhân	50	15,1
	Trí thức / Nhân viên văn phòng	143	43,2
	Khác (Tự do, dịch vụ...)	99	29,9
Nơi ở	Thành thị	98	29,6
	Nông thôn	211	63,7
	Miền núi	22	6,6

Nhóm nghề trí thức và nhân viên văn phòng chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 43,2%, nhóm nghề nghiệp khác (tự do, dịch vụ...) đứng thứ chiếm tỉ lệ 29,9%, số sản phụ làm nông nghiệp chiếm tỉ lệ thấp nhất chiếm 11,8%. Số sản phụ ở khu vực nông thôn chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 63,7%. Số sản phụ sinh con lần 2 chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 45%, nhóm sản phụ sinh con so đứng thứ hai chiếm tỉ lệ 38%, nhóm sinh con lần thứ 3 trở lên chiếm tỉ lệ thấp nhất 16%, tuy nhiên trong đó vẫn có 3 sản phụ sinh con lần 5 chiếm 0,9%.

**3.2. Phân loại bệnh tim theo tổn thương tim**



■ Bệnh TBS ■ Bệnh tim mắc phải ■ Rối loạn nhịp tim

**Biểu đồ 1: Phân loại bệnh tim theo tổn**

**thương tim cụ thể**

Trong nghiên cứu, bệnh tim bẩm sinh chiếm gần 1/2 trong cơ cấu bệnh tim gặp ở phụ nữ có thai, nhóm bệnh tim mắc phải (các bệnh van tim) và rối loạn nhịp tim chiếm tỉ lệ tương đương nhau là 25%, trong nghiên cứu này chúng tôi không gặp sản phụ mắc bệnh cơ tim hoặc 1 số bệnh tim hiếm gặp khác

**3.3. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng về tim mạch:** Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng về bệnh tim của các sản phụ được trình bày từ bảng 2 đến 4. Theo đó, các triệu chứng của bệnh tim thường gặp trong thai kì là tiếng tim bất thường (chiếm 44,4%), khó thở (chiếm 31,7%), đau ngực và hồi hộp trống ngực chiếm 29,6%. (bảng 2). Có 96,8% các sản phụ có EF > 50%, có 6 SP có EF giảm vừa và không có sản phụ nào EF giảm nặng dưới 30%. Trong nghiên cứu SP có LVEF thấp nhất là sản phụ 44 tuổi, PARA 0242 (đẻ non 8 tháng 2 lần, hút thai 4 lần), tổn thương là block nhĩ thất cấp III đã đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn lúc thai 2 tháng, thời điểm chuyển dạ suy tim EF 45% (bảng 3). Trong nhóm 131 các sản phụ có kết quả siêu âm tim, có 4 SP tăng áp lực động mạch phổi nặng > 50mmHg, đặc biệt trong nhóm này có 1 SP 30 tuổi, con lần 1, tổn thương tim là tứ chứng Fallot đã phẫu thuật sửa chữa toàn bộ, tăng áp lực động mạch rất nặng 114mmHg, LVEF 51%, chính SP này gặp biến chứng dọa phù phổi cấp sau MLT (bảng 4)

**Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng về tim mạch của sản phụ**

Triệu chứng	Số SP	Tỉ lệ%
Không có triệu chứng	92	27,8
Tiếng tim bất thường	147	44,4
Khó thở	105	31,7
Đau ngực/ hồi hộp trống ngực	98	29,6
Tím	18	5,4
Phù	6	1,8

**Bảng 3. Chức năng tâm thu thất trái trên siêu âm tim**

Chỉ số CLS	Chỉ số	Số SP	Tỉ lệ%
------------	--------	-------	--------

**Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy tim**

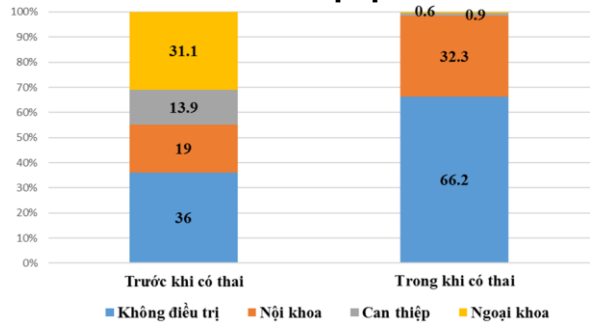
Đặc điểm	Có suy tim		Không suy tim		p	
	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %		
Tuổi	<18	0	0	2	100	p= 0,652 > 0,05
	18-34	68	25	204	75	
	≥ 35	11	19,3	46	80,7	
Số lần sinh	1	27	21,3	100	78,7	P =0,621 > 0,05
	2	42	27,8	109	72,2	
	≥ 3	10	18,9	43	81,1	

Chức năng tâm thu thất trái (LVEF)	> 50%	182	96,8
	30- 50%	6	3,2
	< 30%	0	0
<b>Tổng</b>		<b>188</b>	<b>100</b>

**Bảng 4. Đánh giá áp lực động mạch phổi tâm thu qua siêu âm tim**

Chỉ số CLS	Chỉ số	Số SP	Tỉ lệ%
Áp lực động mạch phổi tâm thu (mmHg)	< 50	127	96,9
	≥ 50	4	3,1
<b>Tổng</b>		<b>131</b>	<b>100</b>

**3.4. Tình hình điều trị bệnh tim**



**Biểu đồ 2: Tình hình điều trị bệnh tim**

Trước khi có thai, tỉ lệ SP được điều trị chiếm tỉ lệ cao, đặc biệt nhóm được điều trị phẫu thuật (một số phẫu thuật như mổ mở vá lỗ TLT, TLN, phẫu thuật sửa chữa Fallot 4, phẫu thuật sửa van hai lá, van ba lá, thay van hai lá, van động mạch chủ nhân tạo, mổ đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn..) chiếm tới 31% và can thiệp tim mạch (một số can thiệp như bít dù điều trị TLT, TLN, nong van hai lá bằng bóng qua da, bít CODM, điều trị cơn NNKPTT, NTT/T bằng sóng radio cao tần..) chiếm 13,9%.

Trong khi có thai, có 2/3 số sản phụ trong nghiên cứu không điều trị gì về tim mạch, 1/3 sản phụ có điều trị nội khoa (như thuốc chống loạn nhịp, thuốc chống đông, thuốc tăng cơ bóp cơ tim..), có 5 sản phụ có can thiệp và phẫu thuật tim mạch khi đang mang thai chiếm 1,5% (thay van DMC cơ học, nong van hai lá qua da, điều trị NTT/T bằng RF)

**3.5. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy tim**

<b>Tuổi thai khi kết thúc thai kì</b>	22-27 tuần	4	66,7	2	33,3	<b>p = 0,000 &lt; 0,05</b>
	28-36 tuần	12	57,1	9	42,9	
	≥ 37 tuần	63	20,7	241	79,3	
<b>Tổn thương tim</b>	Bệnh tim bẩm sinh	41	25,5	120	74,5	<b>P = 0,01 &lt; 0,05</b>
	Bệnh tim mắc phải	29	34,5	55	65,5	
	Rối loạn nhịp nhanh	9	10,5	77	89,5	

Kết quả tại bảng 5 cho thấy bản chất của tổn thương tim, tuổi thai khi kết thúc thai kì có liên quan đến tình trạng suy tim, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Bảng 5).

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

**4.1.1. Tuổi của sản phụ:** Sản phụ bị bệnh tim trong nhóm tuổi 18-34 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (82,2%), sản phụ nhỏ tuổi nhất là 17 tuổi và lớn tuổi nhất là 44 tuổi, tỉ lệ sản phụ  $\geq 35$  tuổi (17,2%) cao hơn nghiên cứu của Lê Thị Huyền<sup>9</sup> (14,1%), nguyên nhân có thể do xu hướng sinh con muộn, kèm theo dân trí được nâng cao nên người dân có ý thức trong việc khám chữa bệnh, thăm khám tim mạch tốt hơn, giúp chẩn đoán được nhiều bệnh tim hơn trước đây.

**4.1.2. Nghề nghiệp của sản phụ.** Nhóm nghề trí thức/ nhân viên văn phòng chiếm tỉ lệ cao nhất (43,2%), số sản phụ làm nông nghiệp chiếm tỉ lệ thấp nhất (11,8%). Điều này có thể do BVPSTW là bệnh viện chuyên khoa nằm ở thủ đô nên tỉ lệ bệnh nhân thuộc nhóm nghề trí thức chiếm tỉ lệ cao, đồng thời do xu hướng công nghiệp hóa, tỉ lệ người làm nông nghiệp giảm nên nhóm nghề tự do, công nhân chiếm tỉ lệ cao hơn so với làm nông nghiệp.

**4.1.3. Nơi ở của sản phụ:** Số sản phụ ở khu vực nông thôn chiếm tỉ lệ cao nhất (63,7%), khu vực thành thị đứng thứ hai (29%). Một số bệnh nhân ở khu vực miền núi như Sơn La, Lào Cai (6,6%), dù chiếm tỉ lệ không lớn nhưng hầu hết đều phát hiện bệnh tim muộn, không được điều trị từ trước và đã có biến chứng suy tim nên nguy cơ tai biến tim sản là rất cao.

**4.1.4. Số lần sinh của sản phụ:** Số sản phụ sinh con lần 2 chiếm tỉ lệ cao nhất (45%), nhóm sinh con lần thứ 3 trở lên chiếm tỉ lệ thấp nhất (16%), trong đó có 3 sản phụ sinh con lần 5 (0,9%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, vẫn có nhiều sản phụ có bệnh tim sinh con lần 3, 4, 5 điều này có thể do:

- Trình độ dân trí chưa đồng đều

- Tiền sử trước đây không có bệnh tim, thai kì này mới xuất hiện hoặc bệnh tim có từ trước nhưng triệu chứng không điển hình, được phát hiện muộn.

- Một số trường hợp mắc bệnh tim nhưng được điều trị ổn định bệnh nhân có cuộc sống gần như người khỏe mạnh.

**4.1.5. Số lượng thai, cách thức có thai và tuổi thai khi kết thúc thai kì:** Trong nghiên cứu, chủ yếu là các sản phụ có thai tự nhiên (95,2%), nhờ sự phát triển của các kĩ thuật hỗ trợ sinh sản, đã có 4,8% sản phụ mang thai nhờ các biện pháp hỗ trợ sinh sản, trong đó chủ yếu IVF(15/16)

Đa phần là sản phụ mang đơn thai (98,2%), chỉ có 6 sản phụ mang song thai (1,8%) và đều là thai IVF. Trong 6 trường hợp song thai thì có 5/6 trường hợp sinh non, trong đó 2/5 trường hợp sinh cực non (23, 24 tuần). Sự phát triển mạnh mẽ của hỗ trợ sinh sản những năm gần đây đã mở ra niềm hi vọng cho các cặp vợ chồng vô sinh hiếm muộn, tuy nhiên đa thai ở nhóm nguy cơ cao như bệnh nhân tim mạch là điều cần xem xét, nguy cơ biến chứng tim sản là rất lớn.

Trong nghiên cứu chủ yếu là các thai kì đủ tháng (91,8%), nhóm tuổi thai 28-36 tuần chiếm 6,3%, nhóm tuổi thai dưới 28 tuần chiếm 1,8%. Tuổi thai trung bình khi kết thúc thai kì là  $38,1 \pm 2,4$  tuần, tuổi thai nhỏ nhất là 22 tuần và lớn nhất là 41 tuần, tỉ lệ sinh non giảm hơn hẳn so với các nghiên cứu trước ( Ngô Thị Bằng  $34,2 \pm 2,9$  tuần<sup>10</sup>, Lê thị Huyền  $36,2 \pm 4,2$  tuần<sup>9</sup>).

##### 4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

###### 4.2.1. Thời điểm chẩn đoán bệnh tim:

Đa số sản phụ phát hiện bệnh tim từ trước khi có thai (85,2%), điều này có ý nghĩa rất quan trọng trong theo dõi thai kì, điều trị thích hợp, hạn chế tối đa biến chứng tim sản. Tỉ lệ phát hiện bệnh trước khi có thai của chúng tôi cao hơn những nghiên cứu trước có thể do sự phát triển của chuyên ngành nội khoa kèm theo sự nâng cao dân trí, ý thức khám chữa bệnh cao hơn. Trong nghiên cứu có 14,8% phát hiện bệnh tim trong thai kì, trong nhóm này tỉ lệ phát hiện bệnh tim vào 3 tháng cuối thai kì chiếm tỉ lệ cao nhất (7,3%). Trong nghiên cứu vẫn có trường hợp suy tim nhưng phát hiện bệnh rất muộn gây khó khăn cho việc quản lý, điều trị và kiểm soát các biến chứng tim sản.

###### 4.2.2. Cơ cấu bệnh tim ở phụ nữ có thai

Trong cơ cấu bệnh tim ở PNCT, bệnh TBS chiếm gần 50%, nhóm bệnh tim mắc phải và rối

loạn nhịp chiếm tỉ lệ tương đương nhau là khoảng 25%, chúng tôi không gặp sản phụ mắc bệnh cơ tim. So với các nghiên cứu trước tỉ lệ bệnh tim mắc phải giảm hơn hẳn, Tỉ lệ TBS và rối loạn nhịp tim tăng lên, nguyên nhân có thể do công tác chẩn đoán, dự phòng và quản lý thấp tim tốt, góp phần giảm đáng kể bệnh lý van tim hậu thấp.

Trong nhóm bệnh TBS, thông liên thất hay gặp nhất (19,6%), tiếp đến là thông liên nhĩ và Fallot 4 (13,9% và 6,6%). Trong nhóm bệnh tim mắc phải, tổn thương van hai lá thường gặp nhất (15,5%), có 21 bệnh nhân (4,2%) có tổn thương van tim được phẫu thuật thay van tim nhân tạo, trong đó có 11 ca thay van tim cơ học dùng thuốc chống đông liên tục. Ở PNCT, biến chứng liên quan đến thuyên tắc huyết khối vẫn là thách thức lớn<sup>3</sup>, trong nghiên cứu, chúng tôi gặp 2 trường hợp có biến chứng liên quan đến đông máu: 1 trường hợp hợp bản kết van hai lá cơ học trong thai kì phải can thiệp thuốc tiêu huyết khối và 1 trường hợp tụ máu lớn vết mổ sau mổ lấy thai/ van hai lá cơ học, được xử trí chỉnh liều thuốc chống đông, không phải can thiệp thêm về sản khoa. Trong nhóm rối loạn nhịp, ngoại tâm thu thất hay gặp nhất (11,8%), rối loạn nhịp nhanh xoang đứng thứ hai (6%), có 5 sản phụ được đặt máy tạo nhịp do suy nút xoang hoặc do block nhĩ thất cấp III (1,5%).

#### 4.2.3. Tình hình điều trị bệnh tim

- Trước khi mang thai, tỉ lệ sản phụ được điều trị chiếm tỉ lệ cao, nhóm được điều trị phẫu thuật (31,1%) và can thiệp tim mạch (13,9%).

- Trong khi có thai, có 2/3 sản phụ không điều trị gì về tim mạch, 1/3 sản phụ điều trị nội khoa, 1,5% có can thiệp và phẫu thuật tim khi đang có thai. Từ nghiên cứu ta thấy tỉ lệ can thiệp/ phẫu thuật tim mạch trong khi mang thai đều giảm hẳn so với trước khi có thai (31,1% và 1,5%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu trước của Lê Thị Huyền (38,5% và 3,5%)<sup>9</sup>. Các trường hợp có điều trị can thiệp hoặc phẫu thuật tim mạch trong khi có thai đều là các trường hợp cấp cứu tim mạch, không thể trì hoãn, các can thiệp được tiến hành kịp thời đã cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân, hạn chế biến cố tim - sản.

**4.2.4. Triệu chứng lâm sàng của bệnh tim.** Các triệu chứng của bệnh tim thường gặp trong thai kì là tiếng tim bất thường (44,4%), khó thở (31,7%), đau ngực và hồi hộp trống ngực (29,6%), triệu chứng tím và phù ít gặp hơn lần lượt là 5,4% và 1,8%. Điều này cho thấy việc thăm khám toàn diện có ý nghĩa quan trọng việc chẩn đoán và theo dõi bệnh tim ở phụ nữ có thai.

**4.2.5. Triệu chứng cận lâm sàng.** Trong 188 sản phụ được siêu âm tim có 96,8% sản phụ có EF > 50%, chỉ có 3,2% sản phụ có EF nằm trong khoảng 30-50% và không số sản phụ nào EF giảm nặng < 30%. Trong 131 các sản phụ có kết quả siêu âm tim có đánh giá ALĐMPTT, có 97% sản phụ có ALĐMPTT dưới 50 mmHg, 3% có ALĐMPTT trên 50mmHg.

**4.2.6. Tỉ lệ sản phụ bị suy tim và phân tầng nguy cơ của sản phụ:** Trong nghiên cứu có 23,9% sản phụ bị suy tim, 76,1% sản phụ không bị suy tim. Trong nhóm sản phụ bị suy tim theo NYHA, suy tim độ I chiếm tỉ lệ cao nhất (51,9%), suy tim độ IV chỉ chiếm tỉ lệ 2,53%. Có 3/4 sản phụ mắc các bệnh tim nằm trong nhóm nguy cơ thấp, nhóm nguy cơ cao chiếm 3,9%. Nhóm tổn thương có tỉ lệ suy tim cao nhất là van tim nhân tạo, đứng thứ 2 là tổn thương Fallot 4. Từ nghiên cứu ta thấy bản chất của tổn thương tim, tuổi thai khi kết thúc thai kì có liên quan đến tình trạng suy tim, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ phụ nữ mang thai từ 22 tuần trở lên có bệnh tim chiếm 0,62% tổng số ca sinh. Cơ cấu bệnh tim có xu hướng thay đổi so với trước đây, tăng tỉ lệ bệnh tim bẩm sinh và rối loạn nhịp tim, giảm tỉ lệ bệnh tim mắc phải. Bệnh tim ở phụ nữ có thai là nhóm bệnh đặc thù, nguy cơ biến chứng tim sản cao đòi hỏi người thầy thuốc cần thăm khám hết sức toàn diện và có sự phối hợp giữa các chuyên khoa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Trường Duyệt. Bệnh tim và thai nghén. Lâm Sản Phụ Khoa. NXB Y học; 1999:199-205.
2. Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy: The Task Force for the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2018;39(34):3165-3241. doi:10.1093/eurheartj/ehy340
3. Nguyễn Thị Mỹ Đức. Sinh lý học – Bộ y tế. Sinh Lý Tuần Hoàn. Nhà xuất bản Y học; 2011:152-169.
4. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC) | Oxford Academic. Accessed May 24, 2021. <https://academic.oup.com/view-large/89290692>
5. 2018 ACC/AHA/HRS Guideline on Bradycardia and Cardiac Conduction Delay - American College of Cardiology. Accessed May 27, 2021. <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/ten-points-to-remember/2018/11/05/15/12/2018-acc-aha-hrs->

- guideline-on-bradycardia
6. **Endorsed by the European Society of Gynecology (ESG) the A for EPC (AEPC) and the German Society for Gender Medicine (DGesGM), Authors/Task Force Members, Regitz-Zagrosek V, et al.** ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2011;32(24):3147-3197. doi:10.1093/eurheartj/ehr218
  7. **Cardiovascular Disease and Pregnancy: Overview, Physiological Changes During** Pregnancy and Puerperium, Cardiovascular Evaluation During Pregnancy. Published online April 27, 2021. Accessed May 25, 2021. <https://emedicine.medscape.com/article/162004-overview#a4>
  8. **Nguyễn Bảo Giang.** Nhận xét tình hình và kết quả điều trị bệnh tim và thai nghén tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương (Từ tháng 01/ 2000 đến tháng 9/2004). Luận văn Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2004.
  9. **Lê Thị Huyền.** Nghiên cứu xử trí sản khoa với sản phụ bị bệnh tim từ 22 tuần trở lên tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. Luận văn Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.

## XÂY DỰNG VÀ THẨM ĐỊNH BỘ CÂU HỎI KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH SỬ DỤNG OPIOID NGOẠI TRÚ

Nguyễn Thị Ngọc Yến<sup>1</sup>, Trần Thị Thu Hiền<sup>2</sup>,  
Nguyễn Ngọc Khôi<sup>2</sup>, Nguyễn Như Hồ<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ở bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối, đau là một trong những triệu chứng thường gặp và cần chỉ định opioid dài hạn. Bệnh nhân cần có kiến thức về opioid và tuân thủ điều trị để đạt hiệu quả mong muốn. **Mục tiêu:** Xây dựng và thẩm định bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành sử dụng opioid trên bệnh nhân ung thư điều trị ngoại trú. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành qua 5 giai đoạn: (1) Tổng quan y văn, dựa trên các nghiên cứu trong và ngoài nước có liên quan để xây dựng bộ câu hỏi sơ bộ; (2) Hoàn chỉnh bộ câu hỏi thử nghiệm thông qua góp ý và đánh giá 2 lần của hội đồng chuyên gia; (3) Đánh giá mức độ rõ ràng và dễ hiểu của bộ câu hỏi trên 10 bệnh nhân; (4) Thẩm định tính nhất quán của bộ câu hỏi thông qua khảo sát trên 20 bệnh nhân. Thang đo đạt tính nhất quán khi hệ số Cronbach's alpha  $\geq 0,7$ . Tính giá trị nội dung (content validity) dựa trên ý kiến đánh giá lần thứ 2 của hội đồng chuyên gia; (5) Hoàn chỉnh bộ câu hỏi. **Kết quả:** Về mặt nội dung, tất cả câu hỏi đều đạt điểm đánh giá tuyệt đối ở lần 2 bởi Hội đồng chuyên gia. Điểm trung bình đánh giá cho tiêu chí về từ ngữ và ngữ nghĩa là  $0,96 \pm 0,05$ . Điểm Cronbach's alpha của các nội dung trong bộ câu hỏi đều trên 0,7. **Kết luận:** Bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành sử dụng opioid được đánh giá đạt độ tin cậy để tiến hành trên bệnh nhân ung thư đang điều trị opioid ngoại trú.

**Từ khóa:** Opioid, kiến thức, thái độ, thực hành, ngoại trú.

### SUMMARY

#### DEVELOPMENT AND VALIDATION OF A KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE QUESTIONNAIRE ON OUTPATIENT OPIOID USE

**Background:** In advanced cancer patients, pain is one of the most common symptoms and requires long-term opioid therapy. Patients should have adequate knowledge and adhere to opioid treatment to achieve the desired effect. **Objective:** To develop and validate a knowledge, attitude and practice (KAP) questionnaire on opioid use in cancer outpatients. **Methods:** The study was conducted through 5 phases: (1) Conduct a preliminary questionnaire based on literature review, of relevant national and international studies; (2) Review and revise the questionnaire based on feedbacks from expert panel; (3) Determine the level of clarity and intelligibility of the questionnaire in 10 patients; (4) Assess the internal consistency of the questionnaire based on a pilot of 20 patients. Cronbach's alpha of at least 0.7 indicated adequate internal consistency. Content validity was based on the expert judgment at the second time; (5) Complete the questionnaire. **Results:** In terms of content, all items received full score at the second judgment by the expert panel. The mean score for semantic and idiomatic compatibility was  $0.96 \pm 0.05$ . Cronbach's alpha values of all items in the questionnaire were over 0.7. **Conclusions:** The KAP questionnaire on opioid use was developed and achieved its internal consistency and content validity to use for survey on opioid use in outpatient settings.

**Keywords:** Opioid, knowledge, attitude, practice, outpatient.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở bệnh nhân (BN) ung thư giai đoạn cuối, đau là một trong những triệu chứng thường gặp và gây ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc

<sup>1</sup>Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Hồ

Email: nhnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2022

Ngày duyệt bài: 30.11.2022