

Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật tim hở ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ thay van hai lá tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E

Nguyễn Minh Thành¹⁺, Nguyễn Trần Thủy^{2,3*}, Phạm Văn Long¹⁺, Nguyễn Thế Bình²⁺

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật tim hở ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ thay van hai lá tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 46 bệnh nhân sau mổ tim hở ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ thay van hai lá tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E từ 1/1/2021 đến 31/12/2021, 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: 77,12; 70,38; 68,21 và 52,57. 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: 79,24; 68,21; 88,7 và 75. Các yếu tố có liên quan đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật tim hở ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ thay van hai lá là tuổi và nghề nghiệp và tình trạng kinh tế của người bệnh.

Kết luận: Điểm số chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật tim hở ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ thay van hai lá ở các lĩnh vực đều ở mức khá và khá tốt. Do đó phẫu thuật tim hở ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ thay van hai lá là một chỉ định cải thiện rõ ở bệnh nhân sau phẫu thuật.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, SF-36, phẫu thuật tim hở ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ thay van hai lá.

EVALUATE HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE OF PATIENTS FOLLOWING MINIMALLY INVASIVE OPEN-HEART SURGERY WITH ENDOSCOPIC SUPPORT FOR MITRAL VALVE REPLACEMENT AT THE CARDIOVASCULAR CENTER OF E HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: To evaluate the Health-related quality of life (HRQOL) of patients following minimally invasive open-heart surgery with endoscopic support for mitral valve replacement at the Cardiovascular Center of E Hospital.⁶

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study on 46 cases following minimally invasive open-heart surgery with endoscopic support for mitral valve replacement at Cardiovascular Center of Hospital E from 1/1/2021 to 31 /12/2021, using the SF-36 questionnaire.

Results: The mean score of 4 physical health domains including physical functioning, functional limitations, bodily pain and general health were: 77,12; 70,38; 68,21, and 52.57. The average scores of the four mental health domains including including vitality, social functioning,

¹ ĐH Điều dưỡng Nam Định

² Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E,

³ĐH Y Dược - ĐH Quốc gia Hà Nội

⁺Đều là tác giả chính

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Trần Thủy,

Email: drtranthuyvd@gmail.com; Tel. 0944216866

Ngày gửi bài: 05/09/2022 Ngày chấp nhận: 25/10/2022

role emotional and general mental health are: 79.24; 68.21; 88.7 and 75, respectively. Factors related to HRQOL of patients following minimally invasive open-heart surgery with endoscopically assisted mitral valve replacement are age, occupation, and economic status of the patient.

Conclusion: The total points of HRQOL in all areas were quite and quite good. Therefore,

minimally invasive open-heart surgery with endoscopic support for mitral valve replacement is an indication for clear improvement in postoperative patients.

Keywords: Quality of life, SF-36, minimally invasive open-heart surgery with endoscopic support for mitral valve replacement.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Bệnh lý tim mạch là bệnh thường gặp và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các nước phát triển. Từ năm 1953, phương pháp phẫu thuật tim với tuần hoàn ngoài cơ thể đã ra đời giúp cải thiện đáng kể tỷ lệ tử vong [1]. Từ những năm 1990, phẫu thuật nội soi trong ngoại khoa đã có những bước đột phá [2]. Tháng 2/1996, Carpentier và cộng sự đã đánh dấu sự phát triển của phẫu thuật ít xâm lấn với ca sửa van hai lá đầu tiên qua đường mở nhỏ ngực phải, có nội soi hỗ trợ, rung thất để bảo vệ tim [3]. Lợi ích sau mổ thấy rõ đặc biệt giảm khả năng nhiễm trùng vết mổ, loại bỏ nguy cơ viêm xương ức, giảm đau sau mổ, lợi ích về mặt thẩm mỹ thấy rõ [4], [5]. Tại Việt Nam, phẫu thuật tim hở ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ đã được thực hiện tại một số trung tâm phẫu thuật tim mạch, kết quả ban đầu cho thấy phương pháp an toàn, khả thi, có thể triển khai thường quy với điều kiện trang thiết bị hiện có [6].

Kết quả dựa trên chất lượng cuộc sống (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 [7]: đã xác định đánh giá CLCS được xem là công cụ sử dụng phổ biến

nhất của các biện pháp đó 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 được áp dụng giải quyết các vấn đề y tế mãn tính và nghiêm trọng.

Xuất phát từ tình hình thực tiễn trên, tôi tiến hành đề tài nghiên cứu "**Nhận xét chất lượng cuộc sống người bệnh sau phẫu thuật tim hở ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ thay van hai lá tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E**" với 2 mục tiêu sau:

1. *Nhận xét chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật tim hở ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ thay van hai lá tại khoa ngoại trung tâm tim mạch Bệnh viện E.*

2. *Xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật tim hở ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ thay van hai lá điều trị tại khoa ngoại trung tâm tim mạch Bệnh viện E.*

II. PHƯƠNG PHÁP VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:

Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả người bệnh sau phẫu thuật tim hở ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ thay van hai lá tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E trong 1 tháng sau khi

ra viện.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Người bệnh người bệnh sau phẫu thuật tim hở ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ thay van hai lá tại khoa ngoại trung tâm Tim mạch bệnh viện E.

+ Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Bệnh nhân còn sống, tình trạng tinh thần tỉnh táo trong khoảng thời gian khảo sát.

Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu

+ Người bệnh không có đầy đủ thông tin, hồ sơ bệnh án để tiến hành nghiên cứu.

+ Không hợp tác, không thể nghe, nhìn hay trả lời phỏng vấn.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

+ Thời gian: Từ tháng 1/2021 đến tháng 8/2022.

+ Địa điểm: Trung tâm Tim mạch bệnh viện E.

Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu:

+ Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

+ 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 sau phẫu thuật 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 bằng phần mềm SPSS 20.0 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.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

Có 46 người bệnh đủ điều kiện 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: Phân bố bệnh nhân trước ghép theo tuổi

Nhóm tuổi	n	%
30-45	18	39,1
46-59	14	30,4
>60	14	30,4

Tuổi của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu thấp nhất là 35 và cao nhất là 76, tuổi trung bình là 53,98±11,15

Bảng 2: Phân bố bệnh nhân trước ghép theo giới tính

Giới tính	n	%
Nam	19	41,3
Nữ	27	58,7

Trong nghiên cứu nữ giới nhiều hơn chiếm 58,7% và nam giới chiếm 41,3%

Bảng 3: Phân bố bệnh nhân trước ghép theo nơi sinh sống

Nơi sinh sống	n	%
Nông thôn	39	84,8
Thành thị	7	15,2

Trong nghiên cứu bệnh nhân phần lớn ở nông thôn chiếm 84,8% và thành thị là 15,2%

Bảng 4: Các đặc điểm cá nhân nhập viện trước ghép về lối sống

Tình trạng	Trạng thái	n	%
Hút thuốc lá	Có	7	15,2
	Không	39	84,8
Uống rượu	Có	8	17,4
	Không	38	82,6
BMI	Thừa cân	0	0
	Bình thường	46	100
	Thiếu cân	0	0

Có 15,2% bệnh nhân có hút thuốc lá trước phẫu thuật, 17,4% bệnh nhân có uống rượu trước phẫu thuật và 100% bệnh nhân thể trạng bình thường trước phẫu thuật.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng trước ghép tim

Bảng 5: Phân bố trước ghép tim theo NYHA

Độ suy tim theo NYHA	n	%
NYHA I	0	0
NYHA II	38	82,6
NYHA III	8	17,4
NYHA IV	0	0

Đa số bệnh nhân NYHA II (82,6%) và chỉ 17,4% có NYHA III.

Bảng 6: Các triệu chứng lâm sàng trước phẫu thuật

Triệu chứng lâm sàng	BN	Tỉ lệ %
Mệt	46	100
Khó thở	46	100
Đau ngực	15	32,6
Hồi hộp	8	17,4
Tim đập nhanh	8	17,4
Phù	4	8,7

Trong các triệu chứng cơ năng mệt, khó thở thường gặp nhất với 100% số bệnh nhân đều mắc phải, ngoài ra đau ngực có 15 bệnh nhân chiếm 32,6%.

3.1.3 Tình trạng kinh tế, chi phí điều trị

Bảng 7: Phân bố về BHYT

Bảo hiểm y tế	n	%
Có	44	95,7
Không	2	4,3

Có 95,7% bệnh nhân có bảo hiểm y tế và chỉ có 4,3% bệnh nhân không có bao hiểm y tế.

Bảng 8: Phân bố người chi trả kinh phí cho ghép tim

Người chi trả	n	%
Bản thân và gia đình	43	93,5
Họ hàng/người thân	3	6,5
Các tổ chức xã hội/ từ thiện	0	0

Hầu hết bệnh nhân được hỗ trợ kinh phí, trong đó gia đình 93,5%, và có 6,5% bệnh nhân được hỗ trợ kinh phí phẫu thuật từ họ hàng, người thân.

3.2. Đặc điểm CLCS người bệnh sau phẫu thuật

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

Bảng 9: Tình trạng lối sống sau phẫu thuật

Tình trạng	Trạng thái	n	%
Hút thuốc lá	Có	0	0
	Không	46	100
Uống rượu	Có	0	0
	Không	46	100
BMI	Thừa cân	0	0
	Bình thường	46	100
	Thiếu cân	0	0

Lối sống của người bệnh có sự thay đổi nhiều, những bệnh nhân có hút thuốc và uống rượu bia trước phẫu thuật đã bỏ và tình trạng khối cơ thể được kiểm soát

Điểm CLCS đo lường bằng bộ công cụ SF-36

3.2.1 Tình trạng CLCS sau phẫu thuật

Bảng 10: Điểm CLCS của người bệnh sau phẫu thuật theo các khía cạnh

Khía cạnh sức khỏe	TB	Min	Max	SD
Hoạt động về thể chất	77,12	31,8	93,18	14,69
Sự giới hạn do vai trò sức khỏe thể chất	70,38	0	100	24,24
Sự đau đớn	68,21	12,5	100	25,36
Sự giới hạn do vai trò sức khỏe tinh thần	75	0	100	22,7
Năng lượng sống và sự mệt mỏi	79,24	35	95	12,02
Trạng thái tâm lý	88,7	60	96	8,07
Chức năng xã hội	68,21	12,5	100	18
Hoạt động sức khỏe chung	52,57	35	65	7,35

Điểm trung bình CLCS ở các khía cạnh hầu hết đều ở mức khá tốt, tuy nhiên điểm hoạt động sức khỏe chung ở mức khá.

Bảng 11: Điểm CLCS của người bệnh sau phẫu thuật chung

Khía cạnh sức khỏe	TB	Min	Max	SD
Chất lượng sống tinh thần	77,81	40,75	94,63	12,46
Chất lượng sống thể chất	67,19	30,68	82,73	11,85
Chất lượng sống chung	72,5	51,13	87,6	10,38

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

IV. BÀN LUẬN:

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Tuổi của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu thấp nhất là 35 và cao nhất là 76, tuổi trung bình là $53,98 \pm 11,15$. Bệnh nhân chủ yếu ở độ tuổi trung niên và người cao tuổi do đây là độ tuổi dễ mắc các bệnh về tim mạch. Trong nghiên cứu nữ giới nhiều hơn chiếm 58,7% và nam giới chiếm 41,3%, tuy nhiên không có mối tương quan giữa giới tính và tỷ lệ mắc bệnh van hai lá. Trong nghiên cứu bệnh nhân phần lớn ở nông thôn

chiếm 84,8% và thành thị là 15,2% do ở nông thôn điều kiện cơ sở vật chất cũng như hiểu biết của bệnh nhân về bệnh còn hạn chế nên tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh van hai lá ở nông thôn cao hơn thành thị.

4.2. Chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật:

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 phẫu thuật.

Tôi chọn người bệnh để đánh giá vào thời

điểm 4 tuần sau phẫu thuật tim về CLCS, vì theo một số nghiên cứu về CLCS sau mổ tim hở ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ thì người bệnh đã được ổn định về tình trạng phẫu thuật và có thể ra viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 bệnh nhân (8,7%) có thể quay lại làm việc sau 2 tuần, 7 bệnh nhân (15,2%) có thể quay lại làm việc sau 3 tuần, 7 bệnh nhân (15,2%) có thể quay lại làm việc sau tuần và 28 bệnh nhân (60,9%) chưa thể quay lại làm việc sau 4 tuần, mặc dù tình trạng của một số bệnh nhân đã ổn định nhưng bản thân và gia đình của họ không muốn họ đi lao động như trước đây. Trong nghiên cứu của Rakesh M Suri và cộng sự (2012) [8] tỉ lệ bệnh nhân quay lại công việc sau 1 tháng là 50%.

Trước phẫu thuật có 17,4% bệnh nhân có sử dụng rượu bia và 15,2% bệnh nhân có hút thuốc lá. Tuy nhiên sau phẫu thuật tim, qua sự tác động của nhân viên y tế, không có người bệnh nào còn tiếp tục sử dụng rượu bia và hút thuốc lá, đây là kết quả tác động tích cực của nhân viên y tế và người nhà người bệnh.

Về chỉ số khối cơ thể BMI: Hầu hết bệnh nhân đều tăng cân sau phẫu thuật, tuy nhiên không có bệnh nhân béo phì hoặc thiếu cân, tỷ lệ BMI ở mức bình thường là 100%. Trong nghiên cứu của Daniel J P Burns và cộng sự (2019) [9] có 17,18% bệnh nhân thừa cân và 82,82% bệnh nhân có thể trạng bình thường, không quan sát thấy sự khác biệt thống kê giữa BMI trước và sau khi phẫu thuật, thừa cân béo phì sau phẫu thuật là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính như tiểu đường, cao huyết áp,...

Về điểm CLCS: hầu hết người bệnh trong nghiên cứu của tôi có tình trạng sức khỏe chung, sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần đều ở mức khá, điểm sức khỏe chung trung bình là

72,5±10,4, điểm sức khỏe tinh thần ở mức 77,8±12,5 và điểm sức khỏe thể chất ở mức 67,2±11,8. Trong đó về các khía cạnh cấu trúc khỏe thì điểm về hoạt động về thể chất là 77,1±14,7, điểm về sự giới hạn do vai trò sức khỏe thể chất là 70,4±20,2, điểm về sự đau đớn là 68,2±25,4, điểm về sự giới hạn do vai trò sức khỏe tinh thần là 75±22,7, điểm về năng lượng sống và sự mệt mỏi là 79,2±12, điểm về trạng thái tâm lý là 88,7±8, điểm về chức năng xã hội là 68,2±18, điểm về hoạt động sức khỏe chung là 52,6±7,3. Trong nghiên cứu của Ling-chen Huang và cộng sự (2020) [10], điểm về hoạt động thể chất là 77,75±8, điểm về sự giới hạn do vai trò sức khỏe thể chất là 77,15±15,12, điểm về sự đau đớn là 77,05±14,78, điểm về sự giới hạn do vai trò sức khỏe tinh thần là 74,62±13,63, điểm về năng lượng sống và sự mệt mỏi là 64,17±11,99, điểm về trạng thái tâm lý là 65,14±17,86, điểm về chức năng xã hội là 71,71±12,2, điểm về hoạt động sức khỏe chung là 65,13±13,31. Điểm trung bình CLCS trong nghiên cứu của tôi cao hơn so với nghiên cứu của I R Goldsmith và cộng sự (2001) [11] với 21 bệnh nhân sau phẫu thuật thay van hai lá với điểm về hoạt động thể chất là 51±32, điểm về sự giới hạn do vai trò sức khỏe thể chất là 50±40, điểm về sự đau đớn là 59±31, điểm về sự giới hạn do sức khỏe tinh thần là 53±44, điểm về năng lượng sống và sự mệt mỏi là 48±27, điểm về trạng thái tâm lý là 66±20, điểm về chức năng xã hội là 67±37, điểm về hoạt động sức khỏe chung là 60±22. Sự khác biệt về điểm số này có thể lý giải bởi nhiều yếu tố tác động: từ nhu cầu cuộc sống cá nhân đến các vấn đề về gia đình và xã hội đặc biệt bệnh nhân được hỗ trợ rất tích cực và tốt từ nhân viên y tế, gia đình và xã hội.

4.3. Những yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống

CLCS của người bệnh ảnh hưởng tới nhiều yếu tố khác trong đời sống xã hội. Trong lĩnh vực y tế, khía cạnh quan trọng nhất của CLCS hay còn gọi là CLCS liên quan đến sức khỏe là tình trạng sức khỏe bao gồm cả sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần. CLCS liên quan đến sức khỏe mô tả những gì người bệnh đã trải qua như là kết quả của việc chăm sóc y tế, giúp đánh giá sự khác biệt giữa những gì dự kiến và thực tế điều trị [12].

Yếu tố môi trường được xem là có ảnh hưởng trực tiếp đến CLCS liên quan đến sức khỏe của người bệnh. Tình trạng kinh tế tác động không nhỏ đến CLCS liên quan đến sức khỏe của người bệnh, mức thu nhập cao hay mức sống cao hơn có thể có tác động tích cực đến CLCS của người bệnh. Trong bối cảnh hệ thống y tế và phương thức chi trả, yếu tố kinh tế cũng có thể là việc sở hữu bảo hiểm y tế. Với những người bệnh được bảo hiểm thanh toán, CLCS thường được báo cáo cao hơn so với nhóm người bệnh không có bảo hiểm y tế [13]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm CLCS trung bình của bệnh nhân ở nông thôn cao hơn thành thị do bệnh nhân ở nông thôn có kiến thức về bệnh còn hạn chế nên chưa nhận thức được mức độ nguy hiểm của bệnh, vì vậy nên tâm lý của nhóm bệnh nhân ở nông thôn thoải mái hơn so với nhóm người bệnh ở thành thị.

Các đặc điểm cá nhân của người bệnh cũng là yếu tố tác động đến CLCS. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nam giới có điểm CLCS cao hơn so với nữ giới, điều này tương đồng với nghiên cứu của J G F Cleland và cộng sự (2002) [13]. Ngoài ra, nhóm tuổi cũng có thể ảnh hưởng đến CLCS, trong nghiên cứu của tôi cho thấy nhóm bệnh nhân trẻ tuổi có điểm CLCS cao hơn so với nhóm bệnh nhân lớn tuổi có thể do sức khỏe thể chất của nhóm người bệnh trẻ tuổi tốt hơn so với

nhóm bệnh nhân lớn tuổi, tuy nhiên điều này không có ý nghĩa thống kê. Nghề nghiệp cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến CLCS, trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân sinh sống ở nông thôn nên nghề nghiệp của bệnh nhân hầu hết là công nhân và nông dân, qua kết quả nghiên cứu cho thấy điểm trung bình CLCS của bệnh nhân là công nhân hoặc nông dân cao hơn so với bệnh nhân hưu trí do bệnh nhân hưu trí đều là người cao tuổi nên sức khỏe sẽ kém hơn so với người trẻ.

Chỉ số khối cơ thể (BMI) cũng có liên quan đến CLCS của người bệnh, có nghiên cứu chỉ ra rằng nhóm người bệnh có BMI < 26 thường có tỷ lệ CLCS cao hơn so với nhóm còn lại [13]. Bên cạnh đó, CLCS phụ thuộc trực tiếp vào tình trạng sức khỏe của đối tượng do được đo lường. Trong nghiên cứu của tôi tất cả bệnh nhân sau phẫu thuật đều có chỉ số BMI ở trong mức bình thường do vậy không so sánh được điểm CLCS ở khía cạnh này.

V. KẾT LUẬN:

Trong nghiên cứu trên 46 bệnh nhân sau phẫu thuật tim hở ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ thay van hai lá của chúng tôi có các đặt điểm dịch tễ học tương tự như các nghiên cứu khác, tình trạng người bệnh trước phẫu thuật nặng, được hỗ trợ tốt từ gia đình và nhân viên y tế trước và sau phẫu thuật và điểm chất lượng cuộc sống là khá và khá tốt. Phẫu thuật tim hở ít xâm lấn có nội soi hỗ trợ thay van hai lá là một chỉ định tốt cho người bệnh mắc bệnh van hai lá cải thiện được tốt chất lượng cuộc sống người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cohn L.H. (2003). Fifty years of open-heart surgery. *Circulation*, **107**(17), 2168–2170.
2. Litynski G.S. (1999). Endoscopic surgery: the history, the pioneers. *World J Surg*, **23**(8), 745–753.

3. Bush B., Nifong L.W., and Chitwood W.R. (2013). Robotics in cardiac surgery: past, present, and future. *Rambam Maimonides Med J*, **4(3)**, e0017.
4. Sepehrpour A.H., Garas G., Athanasiou T., et al. (2018). Robotics in cardiac surgery. *Ann R Coll Surg Engl*, **100(Suppl 7)**, 22–33.
5. Doulamis I.P., Spartalis E., Machairas N., et al. (2019). The role of robotics in cardiac surgery: a systematic review. *J Robot Surg*, **13(1)**, 41–52.
6. Thành L.N., Hựu N.C., Nguyễn P.T., et al. (2014). Phẫu thuật tim hở ít xâm lấn với nội soi hỗ trợ tại Trung tâm tim mạch Bệnh viện E: Những kinh nghiệm ban đầu qua 63 bệnh nhân phẫu thuật. *VJCTS*, **7**, 24–28.
7. Brennen F.D., Wright J.G., Kennedy E.D., et al. (1999). Outcomes research in surgery. *World J Surg*, **23(12)**, 1220–1223.
8. Suri R.M., Antiel R.M., Burkhart H.M., et al. (2012). Quality of life after early mitral valve repair using conventional and robotic approaches. *Ann Thorac Surg*, **93(3)**, 761–769.
9. Burns D.J.P., Rapetto F., Angelini G.D., et al. (2021). Body mass index and early outcomes following mitral valve surgery for degenerative disease. *J Thorac Cardiovasc Surg*, **161(5)**, 1765-1773.e2.
10. Huang L.-C., Chen D.-Z., Chen L.-W., et al. (2020). Health-related quality of life following minimally invasive totally endoscopic mitral valve surgery. *J Cardiothorac Surg*, **15(1)**, 194.
11. Goldsmith I.R., Lip G.Y., and Patel R.L. (2001). A prospective study of changes in the quality of life of patients following mitral valve repair and replacement. *Eur J Cardiothorac Surg*, **20(5)**, 949–955.
12. B.A (1997). *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales*. (Open University Press).
13. Cleland J.G.F., Cohen-Solal A., Aguilar J.C., et al. (2002). Management of heart failure in primary care (the IMPROVEMENT of Heart Failure Programme): an international survey. *Lancet*, **360 (9346)**, 1631–1639.