

chủ yếu dẫn đến nội nhiệt trong cơ thể, làm cơ thể mất khả năng duy trì độ ẩm cần thiết, lâu ngày sẽ sinh ra các vết nứt trên lưỡi. Có thể vì cỡ mẫu trong nghiên cứu chưa đạt được như mục tiêu mong muốn nên kết quả có thể chưa chính xác.

Tĩnh mạch dưới lưỡi giãn thường được coi là dấu hiệu của huyết ứ hoặc huyết hư trong cơ thể. Khi huyết thiếu hụt, không đủ để nuôi dưỡng các mô trong cơ thể, các mạch máu sẽ không được nuôi dưỡng tốt, dẫn đến hiện tượng giãn tĩnh mạch. Tương tự như tĩnh mạch dưới lưỡi, gai lưỡi cũng được coi là dấu hiệu của tình trạng ứ huyết hoặc nhiệt bên trong cơ thể, nên kết quả không có gai lưỡi cũng có thể chưa chính xác vì còn hạn chế về số lượng mẫu.

**4.3. Hạn chế và khuyến nghị.** Nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ, thực hiện tại 2 cơ sở y tế ở Thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian ngắn, hạn chế khả năng khái quát. Cần nghiên cứu tiếp theo với mẫu lớn hơn, nhiều cơ sở và thời gian dài hơn để tăng độ tin cậy. Kết quả của nghiên cứu này chỉ dựa trên dữ liệu cắt ngang, vì vậy nên tiến hành các nghiên cứu theo chiều dọc để xác nhận những mối liên quan đã phát hiện.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện khảo sát trên 95 người bệnh ĐQN giai đoạn di chứng có hội chứng Can Thận âm hư tại bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh và bệnh viện Lê Văn Thịnh ghi nhận các đặc điểm thiết chẩn thường gặp nhất là lưỡi đỏ thẫm/ria lưỡi đỏ, rêu lưỡi trắng vàng, mỏng/ít, và khô. Hình dạng lưỡi to bệu, không đường nứt lưỡi, có dấu ấn răng, tĩnh mạch dưới lưỡi giãn, không gai lưỡi. Nghiên cứu này cung cấp

thêm bằng chứng, giúp chẩn đoán và thống nhất giữa các y văn, giáo trình trong bệnh đột quy não có hội chứng Can Thận âm hư tại Việt Nam.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BỘ Y TẾ.** Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quy não 2020. Hà Nội 2020
- Hoàng Trọng Hanh,** Nguyễn Hân, Trần Duy Hoà, và cộng sự. Nghiên cứu nồng độ S100 và NSE huyết thanh ở bệnh nhân nhồi máu não cấp tại bệnh viện trung ương Huế. Tạp chí y dược học. 2014;22:49-55
- Phan Minh Hoàng,** Nguyễn Hồng Hà. Thực trạng bệnh nhân liệt nửa người do đột quy não tại khoa phục hồi chức năng – vật lý trị liệu, bệnh viện phục hồi chức năng – điều trị bệnh nghề nghiệp năm 2022 - 2023. Tạp chí y học Việt Nam. 2024;537(1).
- Hoàng Khánh,** Nguyễn Đình Toàn. Giáo trình Nội Thần Kinh tại biến mạch máu não. NXB Đại học Huế; 2015. Việt Nam
- Lê Bảo Lưu,** Tăng Khánh Huy. Lý luận cơ bản Y học cổ truyền. TP.HCM: NXB Đại học Quốc gia Hồ Chí Minh; 2023. Việt Nam
- Trần Quốc Phú,** Tôn Phước Thuận, Mai Thị Bích Chỉnh, và cộng sự. Khảo sát các yếu tố nguy cơ Đột quy và nhận thức đúng về bệnh Đột quy của người dân huyện CM. Tạp chí y dược lâm sàng 108. 2023;18(5)
- Feigin VL,** Brainin M, Norrving B, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022 [published correction appears in International journal of stroke. 2022 Apr;17(4):478. doi: 10.1177/174749302211080343. International journal of stroke. 2022;17(1): 18-29. doi:10.1177/17474930211065917
- Garlichs CD,** Kozina S, Fateh-Moghadam S, et al. Upregulation of CD40-CD40 ligand (CD154) in patients with acute cerebral ischemia [published correction appears in Stroke. 2003 Jul;34(7): 1820. Stroke. 2003;34(6): 1412-1418. doi:10.1161/01.STR.0000074032.64049.47

## NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TIM MẠCH SAU 3 THÁNG CHO NGƯỜI BỆNH NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Võ Hoàng Phúc<sup>1</sup>, Trần Ngọc Trâm<sup>1</sup>, Phan Nguyễn Thị Loan<sup>1</sup>, Hà Thúc Tín<sup>1</sup>, Lương Ninh Huy<sup>1</sup>, Dương Thị Quế Lan<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Thành<sup>1</sup>, Nguyễn Thanh Hiền<sup>1</sup>, Cao Ngọc Mai Hân<sup>1</sup>, Bùi Thế Dũng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM  
 Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thế Dũng  
 Email: dung.bt@umc.edu.vn  
 Ngày nhận bài: 7.7.2025  
 Ngày phản biện khoa học: 11.8.2025  
 Ngày duyệt bài: 12.9.2025

**Mở đầu:** Chương trình phục hồi chức năng tim mạch ngoại trú có giám sát tại bệnh viện cho người bệnh tim mạch đã được chứng minh có hiệu quả trong việc cải thiện triệu chứng cũng như phòng ngừa các biến cố tim mạch, giảm số lần tái khám, số lần nhập viện và thời gian nằm viện, nâng cao tinh thần và chất lượng cuộc sống, cải thiện các yếu tố nguy cơ tim mạch, giảm chi phí điều trị y tế và xã hội. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về lợi ích của chương

trình này, tuy nhiên hiện nay ở Việt Nam có rất ít nghiên cứu. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm xác định kết quả của chương trình phục hồi chức năng tim mạch sau 3 tháng cho người bệnh ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca được tiến hành tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 03/2023 đến tháng 03/2025. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 54 người bệnh, nam chiếm 44,4% và nữ chiếm 55,6% với độ tuổi trung bình là 55,37 ± 14,59 tuổi, đa số cư trú ở Thành phố Hồ Chí Minh chiếm 66,7%. Quãng đường đi được khi thực hiện nghiệm pháp đi bộ 6 phút trước và sau chương trình trung bình là 398,19 ± 87,38m và 593,61 ± 94,39m, cải thiện trung bình 195,43 ± 12,1m, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Chất lượng cuộc sống theo thang điểm SF-36 trước và sau chương trình trung bình là 33,78 ± 9,98 điểm và 67,98 ± 17,68 điểm, cải thiện trung bình là 34,2 ± 1,83 điểm, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Trong suốt thời gian tham gia chương trình, chỉ ghi nhận một trường hợp người bệnh bị chóng mặt trong lúc tập và không người bệnh nào có biến cố nguy hiểm tính mạng. **Kết luận:** Trong nghiên cứu này, chương trình phục hồi chức năng tim mạch ngoại trú trong 3 tháng giúp cải thiện được quãng đường đi bộ 6 phút và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh tim mạch. Chương trình này là an toàn với tỉ lệ biến cố rất thấp.

**Từ khóa:** phục hồi chức năng, tim mạch, quãng đường đi bộ 6 phút, chất lượng cuộc sống, thang điểm Sf-36.

## SUMMARY

### PRELIMINARY OUTCOMES OF A 3-MONTH OUTPATIENT CARDIOVASCULAR REHABILITATION PROGRAM AT HO CHI MINH CITY UNIVERSITY MEDICAL CENTER

**Introduction:** Hospital-based supervised cardiovascular rehabilitation program for outpatients with cardiovascular problems have been showed to be effective in improving symptoms, mental health and quality of life, reducing the number of follow-up visits, hospitalizations and length of stay, medical and social treatment costs, and preventing cardiovascular events. There have been many studies worldwide on the benefits of this program, but currently, there are very few studies in Vietnam. **Objectives:** This study aimed to determine the outcomes of a 3-month cardiac rehabilitation program for outpatients at Ho Chi Minh City University medical center. **Methods:** A descriptive study of case series was conducted at Ho Chi Minh City University medical center, from March 2023 to March 2025. **Results:** The study included 54 patients, 44.4% male and 55.6% female, with an average age of 55.37 ± 14.59 years, most of whom lived in Ho Chi Minh City (66.7%). The average distance traveled during the 6-minute walk test before and after the program was 398.19 ± 87.38m and 593.61 ± 94.39m, with an average improvement of 195.43 ± 12.1m, statistically significant difference ( $p < 0.001$ ). The average quality of life score according to the SF-36 scale before and after the program was 33.78 ± 9.98 points and 67.98 ± 17.68 points, with an

average improvement of 34.2 ± 1.83 points, statistically significant difference ( $p < 0.001$ ). There was only one case of dizziness during the program without life-threatening events. **Conclusions:** In this study, a 3-month cardiac rehabilitation program improved 6-minute walk distance and quality of life for outpatients with cardiovascular diseases. The program was safe with a very low rate of adverse events.

**Keywords:** rehabilitation, cardiovascular, 6-minute walk distance, quality of life, SF-36 score

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch là nguyên nhân của 1/3 các trường hợp tử vong trên toàn thế giới. Dù có nhiều tiến bộ trong điều trị nội khoa và can thiệp ngoại khoa, bệnh lí tim mạch vẫn còn là gánh nặng bệnh tật trên toàn cầu.

Chương trình phục hồi chức năng tim mạch (PHCNTM) đã được chứng minh có hiệu quả trong việc cải thiện triệu chứng cũng như phòng ngừa các biến cố tim mạch, giảm số lần tái khám, số lần nhập viện và thời gian nằm viện, nâng cao tinh thần và chất lượng cuộc sống (CLCS), cải thiện các yếu tố nguy cơ tim mạch, giảm chi phí điều trị y tế và xã hội (Cochrane 2024) [4].

Trên thế giới có nhiều nghiên cứu đã cho thấy chương trình PHCNTM mang đến hiệu quả rất tích cực cho người bệnh (NB) tim mạch. Tại Việt Nam, hiện có rất ít nghiên cứu về vấn đề này.

**Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định quãng đường đi được bằng nghiệm pháp đi bộ 6 phút, sự cải thiện chất lượng cuộc sống theo thang điểm Short Form Survey – 36 (SF – 36) trước và sau chương trình phục hồi chức năng tim mạch 3 tháng và xác định tỉ lệ biến cố trong quá trình tập luyện.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca lâm sàng.

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 03/2023 đến tháng 03/2025, tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

**Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả NB ngoại trú có bệnh lí tim mạch thuộc chỉ định tập luyện và không có chống chỉ định PHCNTM đang tham gia tại Bệnh viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh trong thời gian từ tháng 03/2023 đến tháng 03/2025.

### Cách chọn mẫu

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả NB tham gia phục hồi chức năng tim mạch 3 tháng ngoại trú tại Bệnh viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, không có chống chỉ định tuyệt đối khi thực hiện nghiệm pháp đi bộ 6 phút và đồng thuận tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** NB không thể tham gia PHCNTM đủ 3 tháng.

**Tiến hành nghiên cứu.** Tất cả NB tham gia chương trình PHCNTM thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, không thuộc tiêu chuẩn loại trừ và đồng ý tham gia sẽ được đưa vào nghiên cứu.

Các đối tượng thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được tham gia PHCNTM 3 tháng, mỗi tuần 3 buổi, mỗi buổi tối đa 8 NB tập luyện cùng với nhau tại khoa Phục hồi chức năng – Bệnh viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh dưới sự giám sát của đội ngũ y tế bao gồm 1 bác sĩ, 2 Kỹ thuật viên và 1 điều dưỡng. Người bệnh sẽ được bác sĩ thăm khám, giải thích kế hoạch tập luyện; điều dưỡng đo sinh hiệu (mạch, SpO<sub>2</sub>, huyết áp) trước - sau khi tập, theo dõi mạch, SpO<sub>2</sub> trong suốt quá trình tập luyện và tập luyện dưới sự hướng dẫn của 2 kỹ thuật viên.

Thiết bị tập luyện bao gồm tạ, dây kháng lực, máy theo dõi mạch, SpO<sub>2</sub>, xe thuốc cấp cứu, máy sốc điện, bình oxy.



**Hình 1. Buổi phục hồi chức năng tim mạch**

(1. Bác sĩ 2. Kỹ thuật viên hướng dẫn tập 3. Kỹ thuật viên giám sát tập 4. Điều dưỡng 5. Tủ cấp cứu 6. Monitor 7. Máy sốc điện)

Nhóm nghiên cứu thu thập dữ liệu NB theo phiếu thu thập số liệu bằng cách phỏng vấn trực tiếp, ghi chép từ hồ sơ bệnh án, theo dõi và đánh giá NB trong quá trình can thiệp phục hồi chức năng tại Bệnh viện.

**Phương pháp xử lý số liệu.** Các dữ liệu sau khi thu thập được lưu trữ và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.

Đối với biến định tính: tính tần số và tỉ lệ (%).

Đối với biến định lượng: tính trung bình và độ lệch chuẩn (nếu dữ liệu có phân phối chuẩn), tính trung vị và khoảng tứ phân vị (nếu dữ liệu có phân phối không chuẩn).

Sử dụng kiểm định T để so sánh cải thiện quãng đường đi bộ khi thực hiện nghiệm pháp đi bộ 6 phút, điểm CLCS theo thang điểm SF-36 trước và sau can thiệp chương trình. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

Bộ câu hỏi Short Form 36 (SF-36) gồm 36 câu hỏi đánh giá về sức khỏe thể chất và sức

khỏe tinh thần. Mỗi câu trả lời đều có điểm số thay đổi từ 0 đến 100. Điểm càng cao thì xác định tình trạng sức khỏe càng tốt.

Trên cơ sở điểm trung bình chung, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được phân loại thành 3 mức như sau: CLCS thấp (0 đến  $\leq 25$  điểm); CLCS trung bình (25 đến 75 điểm), CLCS cao ( $> 75$  điểm).

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Đặc điểm của mẫu nghiên cứu.** Tuổi trung bình là  $55,37 \pm 14,59$  tuổi. Đa số người bệnh thuộc nhóm tuổi 50 - 69 tuổi (42,6%); sống ở TP. Hồ Chí Minh (66,7%). Tỉ lệ nam/nữ là 1/1,25, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 1. Đặc điểm bệnh lí của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm*	Tần số	Tỉ lệ (%)
Suy tim	33	61,1
Tăng huyết áp	24	44,4
Phẫu thuật van hai lá	23	42,6
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	20	37
Rối loạn lipid máu	16	29,6
Phẫu thuật động mạch chủ	11	20,4
Phẫu thuật bắc cầu mạch vành	10	18,5
Hút thuốc lá	9	16,7
Đái tháo đường	8	14,8
Phẫu thuật van ba lá	6	11,1
Can thiệp mạch vành qua da	5	9,3

\* Một người bệnh có thể có  $\geq 1$  bệnh lí.

Người bệnh có đặc điểm bệnh lí là suy tim chiếm tỉ lệ cao nhất với 61,1%, kể đến là tăng huyết áp (44,4%), phẫu thuật van hai lá (42,6%), bệnh tim thiếu máu cục bộ (37%) và thấp nhất là can thiệp mạch vành qua da 9,3%.

#### **Kết quả chương trình PHCNTM 3 tháng.**

Người bệnh tim mạch trong nghiên cứu chúng tôi được can thiệp chương trình phục hồi chức năng 3 tháng, mỗi tuần 3 buổi, mỗi buổi tối đa 8 người có giám sát tại bệnh viện. Chúng tôi đánh giá kết quả trước và sau can thiệp chương trình như sau:

**Bảng 2. Nghiệm pháp đi bộ 6 phút (m)**

Nghiệm pháp đi bộ 6 phút	Đánh giá	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	GTNN – GTLN
	Trước can thiệp	398,19 $\pm$ 87,38	198-725
Sau can thiệp	593,61 $\pm$ 94,39	420-768	
Cải thiện	195,43 $\pm$ 12,1	43-564	
Kiểm định T	$p < 0,001$		

Quãng đường đi được khi thực hiện nghiệm pháp đi bộ 6 phút của NB trước và sau can thiệp trung bình là  $398,19 \pm 87,38m$  và  $593,61 \pm 94,39m$ . Sự cải thiện trung bình là  $195,43 \pm 12,1m$ ,

cải thiện ít nhất là 43m và nhiều nhất là 564m, sự cải thiện có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

**Bảng 3. Điểm chất lượng cuộc sống theo SF-36**

Điểm SF-36	Đánh giá	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	GTNN – GTLN
	Trước can thiệp	33,78±9,98	18-60
	Sau can thiệp	67,98±17,68	38-92
	Cải thiện	34,2±1,83	5-55
Kiểm định T		$p < 0,001$	

Điểm CLCS theo thang điểm SF-36 của NB trước và sau can thiệp trung bình là 33,78 ± 9,98 điểm và 67,98 ± 17,68 điểm. Sự cải thiện trung bình là 34,2 ± 1,83 điểm, cải thiện ít nhất là 5 điểm và nhiều nhất là 55 điểm, sự cải thiện có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

**Bảng 4. Phân loại chất lượng cuộc sống theo SF-36**

Điểm	Phân loại	Trước can thiệp	Sau can thiệp
≤ 25	Kém	12 (22,2%)	0
26 – 75	Trung bình	42 (77,8%)	31 (57,4%)
> 75	Tốt	0	23 (42,6%)

Trước can thiệp đa số NB chỉ có CLCS kém (22,2%) và trung bình (77,8%). Sau can thiệp chất lượng cuộc sống người bệnh tăng lên từ trung bình (57,4%) đến cao (42,6%) và không có trường hợp nào có CLCS kém.

Không có biến cố nguy hiểm nào đe dọa tính mạng, chỉ ghi nhận 1 trường hợp người bệnh chóng mặt sau khi tập luyện (1/54).

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu chúng tôi đa số người bệnh sống ở TP. Hồ Chí Minh (66,7%), tương tự nghiên cứu của Đinh Quang Thanh (66,7%) [2]. Tỷ lệ nam/ nữ mắc bệnh là 1/1,25, không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh giữa hai giới ( $p < 0,05$ ), điều này có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Hoài Nam (nam/nữ là 1,6/1) [1], Zapata V.A.R. (nam/nữ là 2,7/1) [9]; có thể do cỡ mẫu chúng tôi nhỏ và nam giới có tâm lý, sự chịu đựng về tình trạng bệnh tật tốt hơn nữ giới.

Tuổi trung bình là 55,37 ± 14,59 tuổi, trong đó nhóm tuổi 50 – 69 chiếm đa số, tương đồng với giá trị trong các nghiên cứu của Nguyễn Hoài Nam (54,4 ± 12,8 tuổi) [1], Đinh Quang Thanh (61,3 ± 8 tuổi) [2], do tuổi càng cao NB thường có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch.

NB có tiền căn suy tim và tăng huyết áp, phẫu thuật van hai lá chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 61,1% và 44,4%, 42,6% tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hoài Nam [1].

Khi thực hiện nghiệm pháp đi bộ 6 phút, quãng đường đi được của NB trong nghiên cứu

chúng tôi trước can thiệp trung bình là 398,19 ± 87,38m, tương tự nghiên cứu của Shabani R [7] trên 60 bệnh nhân nữ sau phẫu thuật bắc cầu động mạch vành (375,2 ± 28,1m), cao hơn so với của Nguyễn Hoài Nam [1] thực hiện trên 108 đối tượng phẫu thuật van tim và bắc cầu mạch vành (291,24 ± 62,91m) và Đinh Quang Thanh [2] thực hiện trên 33 đối tượng phẫu thuật bắc cầu mạch vành can thiệp chương trình PHCNTM trong 6 tuần (295,7 ± 11,1m), có thể do đối tượng nghiên cứu khác nhau, nghiên cứu chúng tôi là người bệnh có bệnh lý tim mạch nói chung (bao gồm cả NB có bệnh lý tim mạch không can thiệp phẫu thuật), còn đối tượng trong nghiên cứu của Nguyễn Hoài Nam [1] và Đinh Quang Thanh [2] chỉ bao gồm người bệnh sau phẫu thuật tim.

Quãng đường đi được của NB trong nghiên cứu chúng tôi sau can thiệp trung bình là 593,61 ± 94,39mm, cải thiện trung bình là 195,43 ± 12,1m, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Sự cải thiện của chúng tôi cao hơn so với sự cải thiện của Nguyễn Hoài Nam can thiệp chương trình PHCNTM trong 6 tuần (155,37 ± 55,96m,  $p < 0,001$ ) [1] và Đinh Quang Thanh can thiệp chương trình PHCNTM trong 6 tuần (144,4 ± 9,1m,  $p < 0,001$ ) [2]. Điều này có thể giải thích là NB trong nghiên cứu của chúng tôi được can thiệp chương trình PHCN tim mạch 3 tháng (12 tuần), trong khi của tác giả Nguyễn Hoài Nam [1] và Đinh Quang Thanh [2] là 6 tuần.

Điểm CLCS theo thang điểm SF-36 trước và sau khi can thiệp trung bình là 33,78 ± 9,98 điểm và 67,98 ± 17,68 điểm, sự cải thiện có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Trước can thiệp đa số NB chỉ có CLCS kém (22,2%) và trung bình (77,8%). Sau can thiệp CLCS người bệnh tăng lên từ trung bình (57,4%) đến cao (42,6%) và không có trường hợp nào có CLCS kém. Tương tự nghiên cứu ngoài nước của Mustansar A. [5], thực hiện trên 37 người bệnh nữ giới tham gia chương trình PHCNTM trong 6 tuần, sự cải thiện trung bình là 11 điểm,  $p < 0,001$ . Nghiên cứu của Zapata V.A.R [9] thực hiện nghiên cứu trên 78 người bệnh tham gia PHCNTM tại một bệnh viện ở thành phố Pereira - Colombia, CLCS theo SF-36 cũng cải thiện rõ rệt. Chất lượng cuộc sống cũng tăng lên khi tham gia chương trình PHCNTM trong nghiên cứu của Nguyễn Hoài Nam [1], Đinh Quang Thanh [2] với điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm HRQOL tăng. Điều này cho thấy việc NB tim mạch tham gia PHCNTM là cần thiết để cải thiện CLCS về mặt thể chất, tinh thần và tình trạng hoạt động xã hội. Bên cạnh đó, các nghiên cứu này cũng cho

thấy CLCS ngày càng giảm ở NB không có tham gia chương trình PHCNTM.

Không ghi nhận biến cố nào nguy hiểm đe dọa tính mạng NB trong tập luyện, chỉ có một trường hợp NB có chóng mặt sau khi tập. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc tập PHCNTM là an toàn, biến cố thấp. Điều này cũng tương tự với kết quả của các nghiên cứu trên thế giới như Hosseinpour A. [3], Long L. [4], Pavy B [6], Stamate T.C [8] trong đó các tác giả nhận định rằng việc PHCN cho NB tim mạch là rất an toàn với tỉ lệ biến cố thấp.

Nghiên cứu vẫn còn một số điểm hạn chế như: thời gian nghiên cứu ngắn, cỡ mẫu nhỏ, chỉ thực hiện ở một bệnh viện tại TP. Hồ Chí Minh nên NB ở xa khó tiếp cận chương trình và chưa khái quát hết lợi ích của chương trình.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy lợi ích của chương trình PHCNTM đối với người bệnh tim mạch là rõ rệt, cải thiện được quãng đường đi được khi thực hiện nghiệm pháp đi bộ 6 phút giúp gia tăng khả năng gắng sức của người bệnh, đồng thời cải thiện CLCS tốt hơn. Chương trình này là an toàn, hiệu quả và cần xem xét triển khai ở các cơ sở y tế có nhân lực và cơ sở vật chất phù hợp cũng như việc phát triển các hệ thống y tế từ xa nhằm giúp người bệnh dễ dàng tiếp cận chương trình.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đình Quang Thanh, Nguyễn Hoài Nam, Nguyễn Hồng Hà, Nguyễn Trung Kiên.** Đánh giá hiệu quả chương trình phục hồi chức năng tim mạch sau 6 tuần ở bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành tại bệnh viện phục hồi chức năng - điều trị bệnh nghề nghiệp thành phố Hồ Chí

Minh. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025, tập 547 (3), tr. 350 – 355.

2. **Nguyễn Hoài Nam, Nguyễn Trung Kiên và cộng sự.** Hiệu quả phục hồi chức năng tim mạch ở bệnh nhân sau phẫu thuật van tim và bắc cầu mạch vành. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025, tập 551 (3), tr. 357 – 363.
3. **Hosseinpour A., Azami P., et al.** Efficacy of exercise training-based cardiac rehabilitation programmes after transcatheter aortic valve implantation: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Cardiology Cardiovascular Risk and Prevention. 2024, vol 20, pp. 1 – 9.
4. **Long L., Mordi I.R., et al.** Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with heart failure – Cochrane Library. John Wiley & Sons, Ltd. 2024, pp 1 – 173.
5. **Mustansar A., Noor R., et al.** Outcome of Cardiac Rehabilitation in Improving Quality of Life among Women Having IHD: A Randomized Controlled Trial. PMJHS. 2021, vol 15 (1), pp. 488 – 490.
6. **Pavy B., Iliou M.C., Meurin P, Tabet J.Y., et al.** Functional Evaluation and Cardiac Rehabilitation Working Group of the French Society of Cardiology. Safety of exercise training for cardiac patients: results of the French registry of complications during cardiac rehabilitation. Arch Intern Med. 2006, vol 166, pp. 2329 – 2334.
7. **Shabani R., Gaeini A.A., Nikoo M.R., Nikbakt H., Sadegifar M.** Effect of cardiac rehabilitation program on exercise capacity in women undergoing coronary artery bypass graft in hamadan-iran. International journal of preventive medicine. 2010, vol 1 (4), pp. 247 – 251.
8. **Stamate T.C., Adam C.A., et al.** Cardiac Rehabilitation in TAVI Patients: Safety and Benefits: A Narrative Review. Medicina. 2025, vol 61 (4), pp. 1 – 21.
9. **Zapata V.A.R., Mesa M.M.A., Botero A.L.G.** Quality of life in post-cardiac rehabilitation patients. South Florida Journal of Development. 2025, vol 6 (3), pp. 1 – 12.

## SO SÁNH KẾT QUẢ ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN BẰNG ĐÈN SOI THANH QUẢN CÓ VIDEO HỖ TRỢ (CAMERA) VÀ ĐÈN SOI THANH QUẢN MACINTOSH TRÊN NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG HÀM MẶT

Nguyễn Quang Bình<sup>1</sup>, Tô Thị Thái<sup>1</sup>, Vũ Doãn Tú<sup>1</sup>,  
Nguyễn Ngọc Thạch<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Luân<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

<sup>2</sup>Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Luân

Email: doctorvanluanqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025

Chúng tôi thực hiện một nghiên cứu tiến cứu nhằm đánh giá hiệu quả đặt nội khí quản (NKQ) trên 68 người bệnh được gây mê để phẫu thuật chấn thương hàm mặt. Người bệnh được chia ngẫu nhiên vào hai nhóm: nhóm 1 (n = 34) được đặt NKQ bằng đèn soi thanh quản có camera và nhóm 2 (n = 34) sử dụng đèn soi thanh quản Macintosh. Kết quả cho thấy, thời gian thực hiện đặt NKQ ở nhóm 1 ngắn hơn đáng kể so với nhóm 2 (22,28 ± 6,27 giây so với 31,68 ± 10,39 giây; p < 0,05). Tỷ lệ đặt NKQ thành công ngay