

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU CƠ TIM SAU CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH TẠI VIỆN TIM MẠCH VIỆT NAM

Nguyễn Thị Hạnh¹, Chu Dũng Sĩ¹

¹Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai

Tác giả chịu trách nhiệm khoa học: **Chu Dũng Sĩ**

Tác giả liên hệ chính: **Chu Dũng Sĩ**

Email: Sichu.bvbachmai@gmail.com

Ngày tiếp nhận: 28/02/2022

Ngày phản biện: 15/04/2022

Ngày chấp nhận đăng: 30/12/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu (NC) đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh (NB) sau Nhồi máu cơ tim (NMCT) đã được can thiệp động mạch vành (ĐMV) tại Viện Tim mạch Việt nam. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** NC 200 người bệnh NMCT đã được đặt stent ĐMV tại Viện Tim Mạch, Bệnh viện Bạch mai từ 09/2015-06/2016. NC mô tả cắt ngang. Sử dụng bộ câu hỏi MacNew. **Kết quả:** Đa số các câu hỏi về CLCS phần lớn NB có từ 5 điểm trở lên: Điểm CLCS chung của nhóm NC là $5,26 \pm 0,64$, trong đó điểm CLCS về thể chất là $5,17 \pm 0,64$, về tinh thần là $5,68 \pm 0,75$ về hoạt động xã hội là $4,92 \pm 0,67$. Trong đó CLCS về thể lực là yếu tố bị ảnh hưởng đầu tiên.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, thể chất, tinh thần, xã hội.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng cuộc sống (CLCS) là một thuật ngữ sử dụng để đánh giá chung nhất về các mức độ tốt đẹp của cuộc sống đối với cá nhân và trên phạm vi toàn xã hội cũng như đánh giá về mức độ sự sáng khoái, hài lòng hoàn toàn về thể chất, trí tuệ tinh thần và hoạt động xã hội [14].

Nhồi máu cơ tim (NMCT) là tình trạng hoại tử một vùng cơ tim, nguyên nhân do tắc nghẽn một hay nhiều nhánh động mạch vành (ĐMV) gây thiếu máu cơ tim đột ngột. Hiện nay với nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị bệnh, đặc biệt là can thiệp ĐMV qua da đã cải thiện rõ rệt tiên lượng và tử vong của bệnh [6]. Tuy vậy đây vẫn là bệnh có nhiều biến chứng và tỷ lệ tử vong cao. Những người bệnh (NB) sống sót sau NMCT thường để lại di chứng suy tim và nguy cơ các biến cố như tái nhồi máu, tái nhập viện do suy tim, rối loạn nhịp và đột tử [7]. NMCT cũng là bệnh có chi phí điều trị cao trong giai đoạn cấp và cần theo dõi điều trị liên tục lâu dài (suốt đời). NMCT là bệnh có ảnh hưởng

đến hoạt động thể lực, cũng như tinh thần và CLCS nói chung của NB sau NMCT [8]. Đánh giá CLCS của người bệnh NMCT sau can thiệp là rất cần thiết, không chỉ phản ánh tác động của bệnh đến cuộc sống của NB mà còn giúp đánh giá hiệu quả của một can thiệp một cách rõ ràng [13].

Trên thế giới đã có một số nghiên cứu (NC) đánh giá về CLCS của BN sau NMCT, phần lớn cho thấy NB sau NMCT có CLCS giảm đáng kể cả về thể chất, tinh thần và các hoạt động trong môi trường xã hội [5]. Tại Việt Nam, đã có một số NC về CLCS của NB như Alzheimer, sau mổ nội soi cắt túi mật do sỏi, sau đột quỵ và lĩnh vực tim mạch (suy tim, THA, ...), nhưng vẫn chưa ghi nhận được có NC nào về CLCS của NB sau NMCT được can thiệp ĐMV [1], [2], [3]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành NC này nhằm mục tiêu: “*Mô tả đặc điểm và thực trạng CLCS của NB sau NMCT đã được can thiệp ĐMV tại Viện Tim mạch Việt nam năm 2016*”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

NC mô tả cắt ngang [14], NC 200 NB đã được chẩn đoán NMCT và được điều trị can thiệp ĐMV tại Viện Tim mạch, Bệnh Viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ tháng 09/2015 đến 03/2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn: NB đã được chụp ĐMV và can thiệp ≥ 6 tuần đến khám và điều trị ngoại trú tại Viện Tim mạch Việt Nam. Chẩn đoán NMCT theo tiêu chuẩn của WHO 1971 [4]. NB có đủ năng lực nhận thức để trả lời các câu hỏi phỏng vấn. Tự nguyện đồng ý tham gia NC.

Công cụ, biến số và chỉ số NC: Sử dụng bộ câu hỏi MacNew đã được dịch sang tiếng việt [9], chỉ tiến hành phỏng vấn từ câu 1 đến câu 26. Riêng câu 27 hỏi về vấn đề tình dục là vấn đề nhạy cảm nên chúng tôi không đưa vào NC, và theo các NC thì cũng không ảnh hưởng đến toàn bộ các câu hỏi khác. Biến số và chỉ số NC: Mô tả đặc điểm chung của đối tượng NC. Mô tả CLCS của NB sau NMCT được can thiệp ĐMV: Phỏng vấn theo bộ câu hỏi sử dụng bộ câu hỏi MacNew đã được dịch sang tiếng việt [9]. Tinh thần (Câu 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 18, 23.), thể chất (Câu: 1, 6, 9, 12, 14, 16, 17, 19, 20, 21, 24, 25, 26), hoạt động xã hội (Câu: 2,

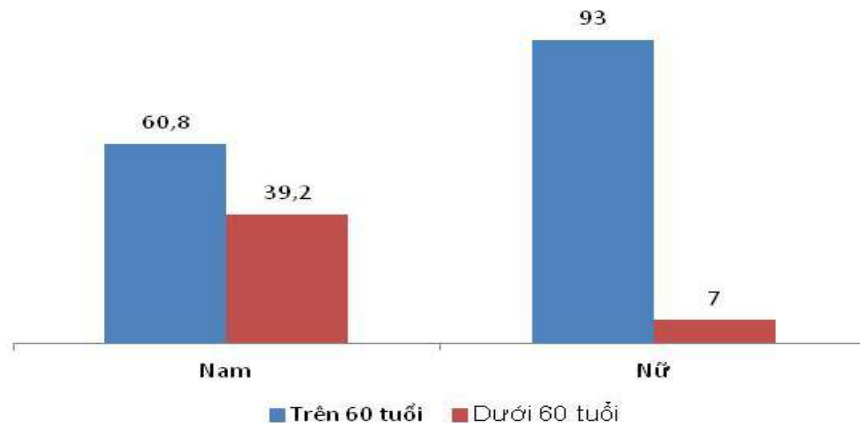
11, 12, 13, 15, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26). Cho điểm theo 7 mức từ 1- 7, tương ứng với các mức điểm đó là CLCS tăng dần. Điểm CLCS theo lĩnh vực là trung bình của các mục ở lĩnh vực đó. Điểm CLCS chung là trung bình của tổng 26 mục.

Số liệu được xử lý bằng Phần mềm SPSS 21.0. Các biến định lượng được thể hiện dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, các biến định tính được thể hiện dưới dạng tỉ lệ %. Sử dụng t-test để so sánh 2 giá trị trung bình.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

NC 200 người bệnh NMCT đủ tiêu chuẩn NC; trong số đó có 143 nam giới là chiếm đa số 72,5%, còn 57 nữ giới chiếm 28,5%. Tuổi trung bình của nhóm NC là $66,4 \pm 9,97$ [40 – 89], nam giới có độ tuổi trung bình $64,6 \pm 10,07$ [40 – 86] còn nữ giới là $66,4 \pm 9,97$ [40 - 89]. So sánh 2 nhóm về giới cho thấy độ tuổi trung bình của NB nam thấp hơn các NB nữ ($64,6 \pm 10,07$ so với $70,9 \pm 8,18$) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kết quả còn cho thấy đa số NB > 60 tuổi. Tỷ lệ > 60 tuổi ở nhóm NB nữ là 93% cao hơn so với ở nhóm NB nam (60,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.1. Phân bố tuổi theo 2 giới của nhóm nghiên cứu

Tuổi trung bình của nhóm người bệnh NMCT này thuộc nhóm cao tuổi ($66,4 \pm 9,97$ tuổi). Yếu tố tuổi là yếu tố ảnh

hưởng đến tần suất mắc bệnh mạch vành, điều đã được chứng minh trong đa số các NC dịch tễ bệnh mạch vành. Thực tế, yếu

tổ tuổi đã được đưa vào các thang điểm đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch như Framingham. Do đó, kết quả về độ tuổi trong NC của chúng tôi tương đồng với các NC đánh giá CLCS của NB mắc bệnh tim mạch của các tác giả khác. NC Thomas M. Maddox năm 2007 về CLCS người bệnh sau NMCT, độ tuổi trung bình là $61,0 \pm 13$ tuổi [11]. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với NC của Ewurabena Simpson và Louise Pilote (2005) tiến hành 01/1997 – 12/1998 tại Bệnh viện Quebec ở Canada về CLCS của 587 NB sau NMCT cấp có so sánh giữa 2 nhóm có mắc ĐTD kèm theo và nhóm không mắc ĐTD với độ tuổi trung bình tương ứng của 2 nhóm này là 66 tuổi và 60 tuổi [11]. Tại Việt Nam, một NC trên 213 NB bị NMCT cấp có ST chênh lên tại Thành phố Hồ Chí Minh của Ngô Hàng Vinh và Phạm Nguyễn Vinh vào năm 2011, khảo sát đã cho thấy độ tuổi trung bình là $61,97 \pm 11,98\%$, cao nhất là 88 tuổi, thấp nhất là 34 tuổi. [11].

Trong NC của chúng tôi, nam giới chiếm 72,5%, nữ giới chiếm 37,5%. Độ tuổi trung bình ở nam giới và nữ giới trong NC lần lượt là $64,6 \pm 10,07$ và $70,9 \pm 8,18$. Trong đó, 63,8% NB nam giới > 60 tuổi, và 93% NB nữ giới > 60 tuổi. Theo hội tim mạch Hoa Kỳ, yếu tố giới tính làm tăng nguy cơ bệnh mạch vành: nam giới, và nữ giới > 55 tuổi. Điều này giúp lý giải tại sao nhóm NB nam trong NC của chúng tôi lại chiếm tỉ lệ cao hơn hẳn so với nhóm nữ giới, và tỉ lệ 93% NB nữ trong NC có độ tuổi > 60. NC của Man Sin Wong và cộng sự (2007) nghiên cứu CLCS ở NB được can thiệp mạch vành cũng cho tỉ lệ nam 75,4% trong khi nữ là 24,6% (tỉ lệ nam/nữ

là 3/1) [13]. Tại Việt Nam, thống kê của Tác giả Phạm Gia Khải (2005) trên 194 NB bị BTMBCB đã được điều trị can thiệp ĐMV qua da tại Viện Tim mạch Bệnh viện Việt Nam năm 2005, cho kết quả có 148 nam (76,3%) và 46 nữ (23,7%), tỷ lệ nam/nữ là 3/1, tương đồng với NC này của chúng tôi [2]. NC của Phạm Gia Khải (2005) trên NB được can thiệp ĐMV qua da có 148 nam (76,3%) và 46 nữ (23,7%), và cũng cho tỷ lệ nam/nữ là 3/1 [2]. NC này còn cho thấy không gặp trường hợp nào < 50 tuổi, tỷ lệ mắc bệnh tương tự nhau giữa 2 giới trong lứa tuổi từ 50 – 70 và tỷ lệ này bị đảo ngược ở nhóm ≥ 70 tuổi (ở độ tuổi này tỷ lệ nữ giới nhiều hơn).

Nhiều NC cho thấy, nam giới có nguy cơ phát triển bệnh ĐMV sớm hơn nữ giới 10-15 năm. Theo thống kê tại Hoa Kỳ, vào thời điểm 60 tuổi chỉ có 1/17 phụ nữ là có biến cố bệnh mạch vành trong khi nam giới là 1/5. Một số NC về dịch tễ học cho thấy nguy cơ tim mạch ở phụ nữ gia tăng 5 năm sau tuổi mãn kinh. Sự suy giảm hoạt động của buồng trứng là nguyên nhân thuận lợi dẫn đến bệnh mạch vành ở phụ nữ mãn kinh. Estrogen có thể có tác dụng bảo vệ chống xơ vữa động mạch một cách trực tiếp trên thành mạch máu (các receptor estrogen hiện diện ở các tế bào mạch máu), điều này được nghĩ đến do có sự cải thiện về chức năng nội mạc khi dùng estrogen. Suy giảm Estrogen làm tăng cholesterol, tăng LDL-C và giảm HDL-C; Do đó làm tăng nguy cơ bệnh ĐMV [2], [6].

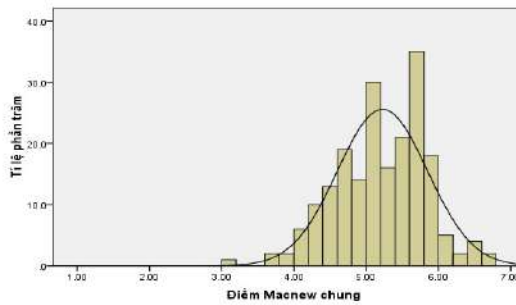
3.2. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nhồi máu cơ tim sau can thiệp động mạch vành

Bảng 3.1. Kết quả nghiên cứu chất lượng cuộc sống chung và theo 3 lĩnh vực của bệnh nhân nhồi máu cơ tim sau can thiệp

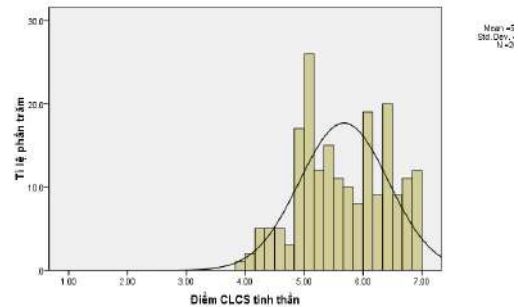
Các chỉ số của thang đo chất lượng cuộc sống	Điểm số chất lượng cuộc sống NB sau NMCT			
	$\bar{X} \pm SD$	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Giá trị trung vị
Tinh thần	$5,68 \pm 0,75$	3,85	6,92	5,7
Thể chất	$5,17 \pm 0,64$	3,08	6,83	5,0

Hoạt động xã hội	4,92 ± 0,67	2,38	6,77	4,9
Điểm Macnew chung	5,26 ± 0,64	3,1	6,82	5,25

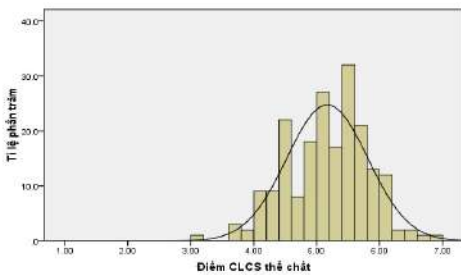
Bảng 3.1 cho thấy: Điểm CLCS chung của nhóm NC là $5,26 \pm 0,64$, giá trị trung vị là 5,25, cao nhất là 6,82 thấp nhất 3,1. Điểm trung bình CLCS tinh thần của NB sau can thiệp là $5,68 \pm 0,75$, thấp nhất là 3,85, cao nhất là 6,92, giá trị trung vị là 5,7. Điểm trung bình CLCS thể chất là $5,17 \pm 0,64$, thấp nhất là 3,08, cao nhất là 6,83, giá trị trung vị là 5,0. Điểm trung bình CLCS về HĐXH là $4,92 \pm 0,67$, thấp nhất là 2,38, cao nhất là 6,77, giá trị trung vị là 4,9. Trong 3 lĩnh vực, điểm CLCS về hoạt động là thấp nhất (4,92), điểm CLCS về tinh thần cao nhất (5,68).



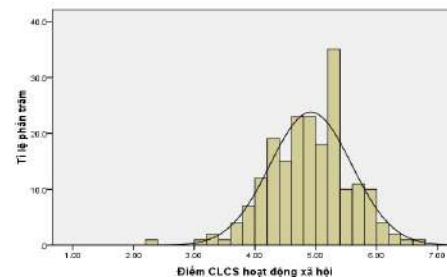
Biểu đồ 3.2a. Phân bố điểm chất lượng cuộc sống chung (n=200)



Biểu đồ 3.2b. Phân bố điểm chất lượng cuộc sống tinh thần (n=200)



Biểu đồ 3.2c. Phân bố điểm chất lượng cuộc sống thể chất (n=200)



Biểu đồ 3.2d. Phân bố điểm chất lượng cuộc sống hoạt động xã hội (n=200)

Biểu đồ 3.2. Phân bố điểm chất lượng cuộc sống

Biểu đồ phân bố điểm về CLCS chung (Biểu đồ 3.2a) cho thấy Điểm CLCS tổng thể nhóm NC là $5,26 \pm 0,64$, giá trị CLCS chung của NB sau NMCT có dạng lệch phải. Có 133 NB (66,5 %), có điểm CLCS chung > 5 điểm, 67 NB (33,5%) có điểm CLCS < 5 điểm

Biểu đồ phân bố điểm CLCS của NB về tinh thần (Biểu đồ 3.2b) có dạng lệch phải. Có 166 NB (83 %), có điểm CLCS

tinh thần > 5 điểm, có 34 NB (17%) có điểm CLCS < 5 điểm. Biểu đồ phân bố các điểm CLCS về thể chất của NB (Biểu đồ 3.2c) có dạng lệch phải, có 104 NB (52 %) có điểm CLCS thể chất > 5 điểm, có 96 NB (48 %) có điểm CLCS thể chất < 5 điểm. Biểu đồ phân bố điểm CLCS về hoạt động xã hội của NB (Biểu đồ 3.2d) có dạng lệch phải. Có 92 NB (46 %) điểm CLCS xã hội > 5. có 108 NB (54%) điểm CLCS < 5.

Bảng 3.2. Điểm chất lượng cuộc sống về tinh thần của bệnh nhân nghiên cứu

Câu hỏi	Các chỉ số	Tỷ lệ BN theo các mức điểm (%)													
		1		2		3		4		5		6		7	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Chán nản	0	0	0	0	0	0	6	3	9	4,5	114	57	71	35,5
2	Vô dụng	0	0	1	0,5	1	0,5	9	4,5	32	16	73	36,5	84	42
3	Tự tin	0	0	1	0,5	47	23,5	36	18	32	16	51	25,5	33	16,5
4	Buồn chán	0	0	0	0	2	1	5	2,5	17	8,5	102	51	74	37
5	Thoải mái	0	0	3	1,5	33	16,5	41	20,5	44	22	54	27	25	12,5
6	Kiệt sức	0	0	0	0	4	2	15	7,5	50	25	90	45	41	20,5
7	Hạnh phúc với cuộc sống cá nhân	0	0	1	0,5	30	15	130	65	28	14	11	5,5	0	0
8	Bồn chồn	0	0	0	0	0	0	0	0	12	6	87	43,5	101	50,5
12	Các hoạt động xã hội	1	0,5	8	4	15	7,5	43	21,5	62	31	52	26	19	9,5
13	Người khác thiếu tin tưởng vào bạn	0	0	0	0	3	1,5	7	3,5	70	35	29	14,5	91	45,5
15	Thiếu tin tưởng bản thân	0	0	0	0	1	0,5	23	11,5	61	30,5	47	23,5	68	34
18	Hoảng sợ	0	0	0	0	0	0	7	3,5	51	25,5	99	49,5	43	21,5
23	Gánh nặng cho người khác	0	0	2	1	0	0	12	6	46	23	91	45,5	49	24,5

Xem xét chi tiết về từng mức điểm trong phần lớn thời gian (2-3 điểm) & Có CLCS cho từng câu hỏi (Bảng 3.2) cho 24 % NB chỉ cảm thấy tự tin trong một thấy: Có 2 NB (1%) cảm thấy vô dụng phần thời gian (2-3 điểm)

Bảng 3.3. Điểm chất lượng cuộc sống về thể chất của bệnh nhân sau can thiệp nhồi máu cơ tim

Câu hỏi	Các chỉ số	Tỷ lệ NB theo các mức điểm (%)													
		1		2		3		4		5		6		7	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Chán nản	0	0	0	0	0	0	6	3	9	4,5	114	57	71	35,5
6	Kiệt sức	0	0	0	0	4	2	15	7,5	50	25	90	45	41	20,5
9	Khó thở (hụt hơi)	0	0	0	0	4	2	6	3	20	10	58	29	112	56
12	Các hoạt động xã hội	1	0,5	8	4	15	7,5	43	21,5	62	31	52	26	19	9,5
14	Đau ngực	0	0	0	0	8	4	24	12	33	16,5	102	51	33	16,5
16	Chân bị đau	1	0,5	0	0	8	4	12	6	50	25	52	26	77	38,5
17	Hạn chế thể thao/gắng sức	12	6	83	41,5	47	23,5	17	8,5	21	10,5	19	9,5	1	0,5
19	Choáng váng	0	0	0	0	0	0	7	3,5	51	25,5	99	49,5	43	21,5
24	Cảm thấy bị loại trừ	0	0	6	3	7	3,5	25	12,5	59	29,5	92	46	11	5,5
25	Không thể tiếp cận xã hội	2	1	13	6,5	10	5	36	18	64	32	70	35	4	2
26	Hạn chế thể lực	11	5,5	84	42	45	22,5	21	10,5	20	10	19	9,5	0	0

Kết quả Bảng 3.3 cho thấy: 6,5% (câu 25). 47,5% NB cảm thấy hạn chế hoạt động thể lực từ mức nhiều trở lên. (câu 17 và 24). 12,5% NB không thể tiếp cận xã hội và 26).

Bảng 3.4. Điểm số trung bình các chỉ số thang đo hoạt động xã hội của bệnh nhân sau can thiệp nhồi máu cơ tim

Câu hỏi	Các chỉ số	Tỷ lệ BN theo các mức điểm (%)													
		1		2		3		4		5		6		7	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2	Vô dụng	0	0	1	0,5	1	0,5	9	4,5	32	16	73	36,5	84	42
11	Phụ thuộc nhiều hơn	0	0	2	1	4	2	12	6	83	41,5	59	29,5	40	20
12	Các hoạt động xã hội	1	0,5	8	4	15	7,5	43	21,5	62	31	52	26	19	9,5
13	Người khác thiếu tin tưởng vào bạn	0	0	0	0	3	1,5	7	3,5	70	35	29	14,5	91	45,5
15	Thiếu tin tưởng bản thân	0	0	0	0	1	0,5	23	11,5	61	30,5	47	23,5	68	34
17	Hạn chế hoạt động thể lực	12	6	83	41,5	47	23,5	17	8,5	21	10,5	19	9,5	1	0,5
20	Hạn chế hoặc giới hạn khả năng do bệnh	8	4	82	41	49	24,5	19	9,5	23	11,5	19	9,5	0	0
21	Không chắc chắn về gắng sức	0	0	9	4,5	8	4	43	21,5	56	28	69	34,5	15	7,5
22	Gia đình bảo vệ quá mức cần thiết	1	0,5	9	4,5	3	1,5	27	13,5	72	36	69	34,5	19	9,5
23	Gánh nặng cho người khác	0	0	2	1	0	0	12	6	46	23	91	45,5	49	24,5
24	Cảm thấy bị loại trừ	0	0	6	3	7	3,5	25	12,5	59	29,5	92	46	11	5,5
25	Không thể tiếp cận xã hội	2	1	13	6,5	10	5	36	18	64	32	70	35	4	2
26	Hạn chế thể lực	11	5,5	84	42	45	22,5	21	10,5	20	10	19	9,5	0	0

Bảng 3.4 cho thấy có 5,5% NB cảm thấy vô dụng một phần thời gian trở lên; Có tới 75,5% NB trả lời là hiếm khi hoặc không bao giờ tham gia vào hoạt động xã hội; 69,5% NB cảm thấy bị hạn chế khả năng hoạt động từ mức độ một phần đến nhiều và rất nhiều (1- 3 điểm); 7,5% NB cảm thấy bị loại trừ khỏi xã hội (câu 24), 12,5 % cảm thấy không thể tiếp cận xã hội ở mức đa phần thời gian (1-3 điểm).

Như vậy, trong NC của chúng tôi, kết quả đánh giá CLCS trên 3 phương diện chính là Thể chất, tinh thần và hoạt

động xã hội và điểm CLCS chung. Điểm CLCS của người bệnh NMCT sau can thiệp về Thể chất là: $5,17 \pm 0,64$; Tinh thần là: $5,68 \pm 0,75$; Hoạt động xã hội là: $4,92 \pm 0,67$. Điểm CLCS chung là $5,26 \pm 0,64$.

Đối với đa số các câu hỏi về CLCS phần lớn NB có điểm từ 5 trở lên (NB cảm thấy ít hoặc không ảnh hưởng đến CLCS). Riêng đối với các câu hỏi số 17 và 26 đánh giá về mức độ hạn chế chơi thể thao, hoạt động thể lực và câu 19 hỏi về triệu chứng choáng váng, chóng mặt của NB thì có tới > 75% NB cảm thấy có hạn chế.

Ở các người bệnh NMCT, CLCS về thể lực là yếu tố bị ảnh hưởng đầu tiên. Đau ngực do thiếu máu cơ tim và suy tim sau nhồi máu sẽ làm hạn chế khả năng gắng sức của NB. Ngoài ra các NC cũng cho thấy ở người bệnh NMCT cũng có tỷ lệ cao (khoảng 30%) có dấu hiệu lo lắng và trầm cảm [56]. Đây là yếu tố làm giảm CLCS tinh thần cũng như hòa nhập xã hội của NB.

NC của tác giả Stefan Hofer trên 276 NB đau thắt ngực không ổn định và 156 NB bệnh tim thiếu máu cục bộ, khi áp dụng bảng điểm Macnew đánh giá CLCS, ghi nhận kết quả tương đương với kết quả NC của chúng tôi. Trong NC này, nhóm NB đau thắt ngực không ổn định có điểm Macnew chung là $5,3 \pm 1,1$ và nhóm bệnh tim thiếu máu cục bộ có điểm Macnew chung là $5,13 \pm 1,2$ [10]. Joanna M. Morys (2014) nghiên cứu CLCS trên 112 NB sau NMCT, sử dụng bộ công cụ MacNew. Kết quả cho thấy điểm CLCS chung là $5,3 \pm 0,9$, thể chất $5,1 \pm 1,1$, tinh thần $5,4 \pm 1,0$, xã hội $5,4 \pm 1,1$. Có liên quan giữa điểm CLCS với mức độ trầm cảm và lo lắng (đánh giá bằng thang HADS) với $r = -0,50$ và $-0,57$ [11]. Kjell I. Pettersen và cộng sự (2008) NC trên 256 bệnh nhân NMCT để tìm hiểu mối liên quan giữa CLCS và chức năng thất trái. Tác giả kết luận: Chức năng thất trái sau NMCT là yếu tố tiên lượng độc lập CLCS ở NB sau NMCT [12].

4. KẾT LUẬN

NC trên 200 người bệnh NMCT đã được đặt stent ĐMV tại Viện Tim Mạch, Bệnh viện Bạch mai từ 09/2015 - 06/2016, chúng tôi rút ra một số kết về thực trạng CLCS ở người bệnh NMCT sau can thiệp ĐMV như sau: Đa số các câu hỏi về CLCS phần lớn NB có từ 5 điểm trở lên: Điểm CLCS chung của nhóm NC là $5,26 \pm 0,64$, trong đó điểm CLCS về tinh thần là $5,68 \pm 0,75$ về thể chất là $5,17 \pm 0,64$ về hoạt động xã hội là $4,92 \pm 0,67$. Trong đó CLCS về thể lực là yếu tố bị ảnh hưởng đầu tiên.

Lời cảm ơn

Nhóm tác giả trân trọng cảm ơn Lãnh đạo Viện Tim mạch Quốc Gia Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai, Trường Đại Học Y Hà Nội đã tạo điều kiện trong suốt quá trình thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ thị diễm thu (2014)**, Nghiên cứu chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau mổ nội soi cắt túi mật do sỏi. luận án tiến sĩ y học, đại học y dược thành phố hồ chí minh.
2. **Nguyễn Thị Bích Ngọc (2014)**, Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Alzheimer, người chăm sóc và đánh giá hiệu quả của một số biện pháp can thiệp không dùng thuốc. luận án tiến sĩ y học, Viện vệ sinh dịch tễ trung ương.
3. **Trần Công Duy (2014)**, nghiên cứu chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân tăng huyết áp. Luận án tiến sĩ y học, đại học y dược thành phố hồ chí minh.
4. **Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, et al (2013)**, Heart Disease and Stroke Statistics - 2013 Update. Circulation, 127 (1): e6-e245 Page e1-e8.
5. **Bernd S, Matthias H, Christa M, et al (2009)**, Quality of life several years after myocardial infarction: Comparing the Monika/Kora registry to the general population. European Heart Journal, 30 (4): 436-443.
6. **Jneid H, Anderson JL, Wright RS, et al (2012)**, 2012 ACCF/AHA Focused Update of the Guideline for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (Updating the 2007 Guideline and Replacing the 2011 Focused Update): A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation, 126 (7): 875 – 910.
7. **Brorsson B, Bernstein SJ, Brook RH, et al (2001)**, Quality of life of

- chronic stable angina patients 4 years after coronary angioplasty or coronary artery bypass surgery. *Journal of Internal Medicine*, 249 (1): 47-57.
8. **Dempster M and Donnelly M (2000)**, Measuring the health related quality of life of people with ischaemic heart disease. *Heart*, 83: 641-644.
 9. **Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al (2012)**, Third Universal Definition of Myocardial Infarction. *Eur Heart J*, 33 (20): 2551-67.
 10. **Pettersen KI, Kvan E, Rollag A, et al (2008)**. Health-related quality of life after myocardial infarction is associated with level of left ventricular ejection fraction. *BMC Cardiovasc Disord*, 8 (28): 1-9.
 11. Maddox TM, Reid KJ, Rumsfeld JS, et al (2007), One year health status outcomes of unstable angina versus myocardial infarction: a prospective, observational cohort study of ACS survivors. *BMC Cardiovasc Disord*, 7 (28): 1-28.
 12. Morie G, Roscani MG, Matsubara LS, et al (2010), Quality of Life in Patients with Severe and Stable Coronary Atherosclerotic Disease. *Arq Bras Cardiol*, 95 (6): 691-7.
 13. **Wong MS, Chair SY (2007)**, Changes in health related quality of life following percutaneous coronary intervention: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (8): 1334 - 1342.
 14. **World Health Organization Quality of Life Assessment Group (1995)**, The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41 (10): 1403-1409.

ABSTRACT

ASSESSING THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AFTER CORONARY INTERVENTION AT THE VIETNAM NATIONAL HEART INSTITUTE

Nguyen Thi Hanh¹, Chu Dung Si¹

¹Vietnam National Heart Institute, Bach Mai Hospital

Objective: To study on assessing the quality of life in patients after myocardial infarction who received coronary intervention at the Vietnam Heart Institute. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive was conducted on 200 patients with heart attacks who got coronary stents at the Vietnam National Heart Institute from September 2015 to June 2016. Make use of the MacNew questionnaire. **Results:** Most of the questions about the quality of life in patients are over five points. The quality of life group's overall and most of the questions about the quality of life score were over five points. The overall quality of life score of patients was 5.26 ± 0.62 ; In which, the life quality score of the physical was 5.17 ± 0.64 , the mental was 5.68 ± 0.75 , the social activities was 4.92 ± 0.67 , respectively; The physical is the first affected factors.

Keywords: Quality of life, physical, mental, social.