

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GỐC

Chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn tính tại bệnh viện đa Khoa Vùng Tây Nguyên năm 2021

Nguyễn Ngọc Như Khuê^{1*}, Phạm Thái Sơn², Lê Tự Hoàng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả và xác định một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn tính tại bệnh viện đa Khoa Vùng Tây Nguyên.

Phương pháp nghiên cứu: thiết kế nghiên cứu cắt ngang được sử dụng trên 194 người bệnh từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán suy tim mạn, đang điều trị ngoại trú tại phòng khám nội tim mạch, bệnh viện vùng Tây Nguyên. Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ SF-36.

Kết quả: Điểm trung bình chất lượng cuộc sống ở mức trung bình-khá ($50,40 \pm 18,78$), trong đó điểm sức khỏe thể chất ở mức trung bình-kém ($41,14 \pm 22,50$) và sức khỏe tinh thần ở mức trung bình-khá ($59,66 \pm 19,48$). Người bệnh nữ ($p=0,044$), phân độ suy tim từ độ 3 trở lên ($p<0,001$), có bệnh mạn tính mắc kèm ($p=0,010$) có điểm chất lượng cuộc sống về sức khỏe thể chất kém hơn những người bệnh suy tim mạn khác. Người bệnh có phân độ suy tim càng cao ($p<0,001$) có điểm chất lượng cuộc sống về sức khỏe tinh thần kém hơn những người bệnh suy tim mạn khác. Người bệnh có phân độ suy tim càng cao ($p<0,001$), bệnh mạn tính mắc kèm càng nhiều ($p<0,031$) có điểm chất lượng cuộc sống kém hơn những người bệnh suy tim mạn khác.

Kết luận: Chất lượng cuộc sống nên được đánh giá định kỳ trong quá trình điều trị bệnh nhân suy tim mạn ngoại trú. Kiểm soát tối ưu số bệnh mạn tính mắc kèm, cải thiện phân độ suy tim nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn.

Từ khóa: Suy tim mạn tính; chất lượng cuộc sống; SF-36.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là trạng thái bệnh lý trong đó cơ tim mất khả năng cung cấp máu đủ đáp ứng với nhu cầu cơ thể, lúc đầu khi gắng sức rồi sau đó cả khi nghỉ ngơi. Suy tim là giai đoạn cuối của các bệnh lý tim mạch (1, 2). Suy tim mạn tính (STMT) ảnh hưởng nặng nề đến sức khỏe cộng đồng không những do tần suất bệnh ngày càng gia tăng mà còn do các tác động của suy tim lên sinh hoạt của người bệnh cũng như các chi phí xã hội cần

chi trả cho nó (3, 4). Các số liệu cho thấy suy tim ảnh hưởng đến khoảng 2–5% người lớn từ 65–75 tuổi và hơn 10% người lớn từ 80 tuổi trở lên (5, 6). Sau khi được chẩn đoán suy tim, tỷ lệ ước tính sống sót lần lượt là 50% và 10% ở 5 và 10 năm. Những trường hợp suy tim nặng, hơn 50% bệnh nhân tử vong trong vòng một năm sau khi chẩn đoán (6, 7). Thêm vào đó, sự hạn chế các triệu chứng thể lực ở người bệnh STMT làm mất dần khả năng tiếp xúc xã hội, lo lắng, cảm giác sợ đau, sợ chết dẫn tới các rối loạn giấc ngủ, lo âu, trầm cảm



Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Ngọc Như Khuê
Email: mp1931042@studenthuph.edu.vn

¹Bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên

²Viện Tim mạch Việt Nam

³Trường Đại học Y tế công cộng

Ngày nhận bài: 25/10/2022

Ngày phản biện: 28/12/2022

Ngày đăng bài: 28/02/2023

Mã DOI: <https://doi.org/10.38148/JHDS.0701SKPT22-105>

(8). Chính những điều này dẫn tới giảm chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân STMT về cả thể chất và sức khỏe tinh thần.

WHO cũng định nghĩa: “CLCS là sự nhận thức của một cá nhân về vị trí của họ trong cuộc sống trong bối cảnh của nền văn hóa và những hệ thống giá trị mà họ đang sống, và liên quan đến mục tiêu, kỳ vọng, tiêu chuẩn và các mối quan tâm của họ” (9). Cũng có định nghĩa cho rằng CLCS đo lường sự khác biệt giữa kỳ vọng của cá nhân và trải nghiệm thực tế của một cá nhân tại một khoảng thời gian cụ thể (10). Đã có nhiều thang điểm đánh giá tổng quát cũng như chuyên biệt cho bệnh nhân suy tim, tuy nhiên SF-36 là thang điểm tổng quát đã được chuyển ngữ tiếng Việt, được áp dụng rộng rãi trong nhiều nghiên cứu trên thế giới về CLCS ở bệnh nhân suy tim (11).

Bệnh viện đa Khoa vùng Tây Nguyên là bệnh viện tuyến cao nhất tại Đắk Lắk. Số lượng bệnh nhân đến khám và điều trị các bệnh lý tim mạch tại đây, tuy chưa có số liệu thống kê cụ thể nhưng số lượng ngày càng tăng, trong đó suy tim mạn tính chiếm tỷ lệ khoảng 25% bệnh nhân tới khám (12). Hiện nay, STMT được quan tâm nhiều với mục tiêu điều trị không chỉ là kéo dài thời gian sống, cải thiện triệu chứng cơ năng, thực thể mà còn tăng chất lượng cuộc sống của người bệnh Vấn đề đặt ra là CLCS của người bệnh STMT điều trị ngoại trú tại đây như thế nào? Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành đề tài “**Chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn tính tại bệnh viện đa khoa Vùng Tây Nguyên năm 2021**” nhằm: 1) Mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn tính. 2) Xác định một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn tính.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Tại

phòng khám Nội tim mạch, bệnh viện đa khoa Vùng Tây Nguyên từ tháng 3/2021 đến tháng 10/2021.

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán STMT (mã chẩn đoán theo ICD 10 là I50), và có thời gian điều trị ngoại trú tối thiểu 1 tháng tại phòng khám Nội tim mạch, bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên, (2) Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu: Nghiên cứu sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho một trung bình với công thức

$$n = Z^2_{(1 - \alpha/2)} \frac{\sigma^2}{\varepsilon^2 \mu^2}$$

Trong đó: chọn $\alpha = 0,05$ được $Z(1-\alpha/2) = 1,96$. μ : theo nghiên cứu của Lê Minh Đức 2012 (13), điểm CLCS tổng quát trung bình là 64 với độ lệch chuẩn là 17. Chọn $\mu = 64$, $\sigma = 17$. (13) Lựa chọn $\varepsilon = 0,04$. Từ đó cỡ mẫu tính toán được là $n = 169$. Dự kiến 15% mất mẫu trong quá trình nghiên cứu, cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu này là: 194.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện: chọn tất cả những người bệnh phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn đến khi đủ cỡ mẫu đã tính toán là 194

Biến số phân tích gồm: Biến số đầu ra chính là điểm CLCS của BN STMT được tính bằng tổng điểm của 8 lĩnh vực trong bộ câu hỏi SF-36: 1/ Hoạt động thể chất, 2/ Giới hạn hoạt động thể chất, 3/ Cảm nhận đau, 4/ Tự đánh giá sức khỏe tổng quát, 5/ Cảm nhận sức sống, 6/ Sức khỏe liên quan đến hoạt động xã hội, 7/ Giới hạn hoạt động do cảm xúc tâm lý, 8/ Sức khỏe tâm thần tổng quát. Tám lĩnh vực được chia thành hai nhóm là điểm SKTC và SKTT. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi SF-36 phiên bản tiếng Việt (do nhóm tác giả PGS.TS Nguyễn Thy Khuê và ThS.BS Võ Tuấn Khoa chuyển ngữ và chuẩn hóa năm 2007) (14).

Điểm trung bình chỉ ra chất lượng cuộc sống trung bình, số điểm càng cao phản ánh chất lượng cuộc sống càng cao và ngược lại. Theo tác giả Silveira C.B. và cộng sự, kết quả điểm số SF-36 về chất lượng sống được đánh giá như sau: (16)

Bảng 1. Phân loại điểm chất lượng cuộc sống

Phân loại CLCS	Điểm
Kém	0 – 25
Trung bình kém	26 – 50
Trung bình khá	51 – 75
Khá - tốt	76 - 100

Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Việc thu thập số liệu được thực hiện theo các bước: (1): Điều tra viên gặp người bệnh và trình bày về mục đích của nghiên cứu và hỏi về sự đồng thuận tham gia nghiên cứu của người bệnh. Người bệnh đồng ý tham gia sẽ được cấp mã số và lưu lại danh sách theo mã số đó là ĐTNC. (2) Nghiên cứu viên phát vấn ĐTNC theo bộ câu hỏi có sẵn (phụ lục 1). (3) Nghiên cứu viên thu thập thông tin cận lâm sàng từ hồ sơ điều trị ngoại trú của ĐTNC được lưu trên phần mềm quản lý người bệnh (HIS) của bệnh viện. Kết quả lấy của ngày gần ngày phát vấn nhất. (4) Nghiên cứu viên kiểm tra xem bộ câu hỏi đã được điền đầy đủ chưa và kết thúc phát vấn.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập

và xử lý bằng phần mềm SPSS 20. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (gồm tuổi, số bệnh mạn tính mắc kèm, điểm chất lượng cuộc sống, các giá trị cận lâm sàng). Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ phần trăm (%) (gồm phân độ NYHA, nguyên nhân suy tim, thời gian mắc bệnh, rung nhĩ). Kiểm định t-test và kiểm định ANOVA được sử dụng để so sánh điểm trung bình chất lượng cuộc sống giữa các nhóm bệnh nhân có đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng và cận lâm sàng khác nhau. Hồi quy logistic đa biến thực hiện bằng phương pháp Stepwise. Tất cả các biến độc lập của nghiên cứu được đưa vào mô hình. Dựa vào các giá trị -2 Log likelihood, giá trị p của kiểm định Hosmer and Lemeshow Test, PAC lựa chọn ra mô hình phù hợp. Giá trị $\alpha = 0,05$ được sử dụng là mức ý nghĩa trong các kiểm định thống kê sử dụng.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự chấp thuận của HĐĐĐ của trường Đại học Y tế công cộng theo chấp thuận số 131/2021/YTCC-HD3 ngày 01/04/2021. Bản quyền bộ câu hỏi SF-36 chuyển ngữ tiếng việt được sử dụng trong nghiên cứu này đã được sự đồng ý của nhóm dịch giả.

KẾT QUẢ

Đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nữ		Nam		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Giới tính	Nam					92	47,4
	Nữ					102	52,6
Nhóm tuổi	< 50 tuổi	9	8,8	12	13,0	21	10,8
	50 – 59 tuổi	20	19,6	15	16,3	35	18,0
	60 - 69	35	34,3	27	29,3	62	32,0
	≥ 70	38	37,3	38	41,3	76	39,0
Tuổi trung bình $\pm$ ĐLC (min – max)		65,20 $\pm$ 12,27 (từ 22-91 tuổi)					

Đặc điểm		Nữ		Nam		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Dân tộc	Kinh	88	86,3	72	78,3	160	82,5
	Ê đê	3	2,9	9	9,8	12	6,2
	Khác	11	10,8	11	12,0	22	11,3
Trình độ học vấn	Mù chữ	8	7,8	5	5,4	13	6,7
	Cấp 1	44	43,1	20	21,7	64	33,0
	Cấp 2	29	28,4	27	29,3	56	28,9
	Cấp 3	20	19,6	36	39,1	56	28,9
	TC,CD,ĐH trở lên	1	1,0	4	4,3	5	2,6
Nghề nghiệp	Nông dân	56	54,9	53	57,6	109	56,2
	Cán bộ/CNVC	0	0	1	1,1	1	0,5
	BB/NT/LDTD	12	11,8	5	5,4	17	8,8
	Hưu trí	34	33,3	33	35,9	67	34,5
Tình trạng hôn nhân	Sống cùng vợ/chồng	81	79,4	88	95,7	169	87,1
	Ly hôn/Góa	17	16,7	4	4,3	21	10,8
	Độc thân	4	3,9	0	0	4	2,1

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 194 bệnh nhân suy tim mạn tính trong đó nam giới chiếm tỷ lệ 47,4% và nữ giới chiếm 52,6%. Tuổi trung bình là $62,27 \pm 12,25$, trong đó tuổi lớn nhất là 91 và nhỏ nhất là 22. Khi chia nhóm nghiên cứu thành 4 nhóm tuổi, chúng tôi thấy nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm phần lớn xấp xỉ 70%. Ở nhóm tuổi dưới 50 tuổi, số lượng nam mắc suy tim mạn tính nhiều hơn nữ nhưng ngược lại ở nhóm trên 50 tuổi. Ở nhóm tuổi từ 70 trở lên, số bệnh nhân nam và nữ bằng nhau. Về dân tộc, kết quả cho thấy dân tộc Kinh chiếm tỷ lệ hơn 80%, tiếp đến là dân tộc Ê đê. Ngoài ra còn có các dân tộc

khác gồm: Nùng, Thái, Tày, Dao, Cao La, M'Nông. Khi so sánh giữa 2 giới, ta thấy nữ dân tộc Kinh nhiều hơn nam và ngược lại ở nhóm dân tộc Ê đê. Xét về trình độ học vấn, chủ yếu bệnh nhân có trình độ học vấn từ cấp 1 đến cấp 3. Chỉ một số ít mù chữ và có trình độ học vấn trung cấp trở lên. Cơ cấu nghề nghiệp chủ yếu là nông dân, tiếp theo là hưu trí, tỷ lệ thấp làm nghề buôn bán/nội trợ hoặc lao động tự do. Tỷ lệ bệnh nhân nữ giới và nam giới làm nghề nông và hưu trí tương đương nhau. Hơn 80% bệnh nhân sống cùng vợ/chồng. Tỷ lệ ly hôn/góa và độc thân ở nữ cao hơn nhiều so với nam

Bảng 3. Đặc điểm về lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nữ		Nam		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Phân độ suy tim	I	5	4,9	4	4,3	9	4,6
	II	41	40,2	46	50,0	87	44,8
	III	50	49,0	39	42,4	89	45,9
	IV	6	5,9	3	3,3	9	4,6
Nguyên nhân suy tim	THA	19	18,6	17	18,5	36	18,6
	BTTMCB	25	24,5	32	34,8	57	29,4
	Bệnh van tim	51	50,0	34	37,0	85	43,8
	TBS	3	2,9	1	1,1	4	2,1
	Khác	4	3,9	8	8,7	12	6,2
Thời gian mắc bệnh	< 1 năm	7	6,9	10	10,9	17	8,8
	1 - 5 năm	37	36,3	43	46,7	80	41,2
	5 – 10 năm	27	26,5	24	26,1	51	26,3
	> 10 năm	31	30,4	15	16,3	46	23,7
	Trung bình ± ĐLC	1,07 ± 0,922					
Chức năng thất trái (LVEF)(%)	> 40	95	93,1	78	84,8	173	89,2
	≤ 40	7	6,9	14	15,2	21	10,8
	Trung bình±ĐLC	58,55 ± 11,03					
Rung nhĩ	Có	56	54,9	47	51,1	103	53,1
	Không	46	45,1	45	48,9	91	46,9

Trong 194 bệnh nhân, khoảng 90% bệnh nhân có phân độ NYHA II và III. Số còn lại chia đều cho nhóm có phân độ NYHA I và IV. Khi khảo sát về các nguyên nhân suy tim của mẫu nghiên cứu, nguyên nhân gây suy tim hàng đầu là bệnh van tim (chủ yếu là bệnh van tim hậu thấp). Các nguyên nhân thường gặp gây suy tim tiếp theo của mẫu nghiên cứu là bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn và tăng huyết áp. Nguyên nhân suy tim do bệnh van tim và bệnh tim bẩm sinh gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới. Nguyên nhân do THA ở 2 giới tương tự nhau. Các nguyên nhân khác nam giới gặp nhiều hơn nữ giới. Xét về thời gian mắc suy tim, có đến 41,2% bệnh nhân có thời gian mắc suy tim từ 1-5 năm, 50% bệnh nhân có thời gian mắc suy tim từ 5 năm trở lên.

Số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 10 năm ở nữ giới cao hơn nam giới. Về các đặc điểm cận lâm sàng: phân suất tống máu thất trái trung bình của mẫu nghiên cứu là $58,55 \pm 11,03\%$. Trong đó, hầu hết bệnh nhân có phân suất tống máu khoảng giữa và bảo tồn. Số bệnh nhân nam giới có chức năng tâm thất trái (LVEF) < 40% nhiều hơn so với nữ giới. Khi khảo sát về đặc điểm rối loạn nhịp trên điện tâm đồ, chỉ có 2 dạng rối loạn nhịp gặp được trong mẫu nghiên cứu là nhịp xoang và rung nhĩ với tỷ lệ tương đương nhau.

Đặc điểm chất lượng cuộc sống của ĐTNC

Điểm trung bình chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu

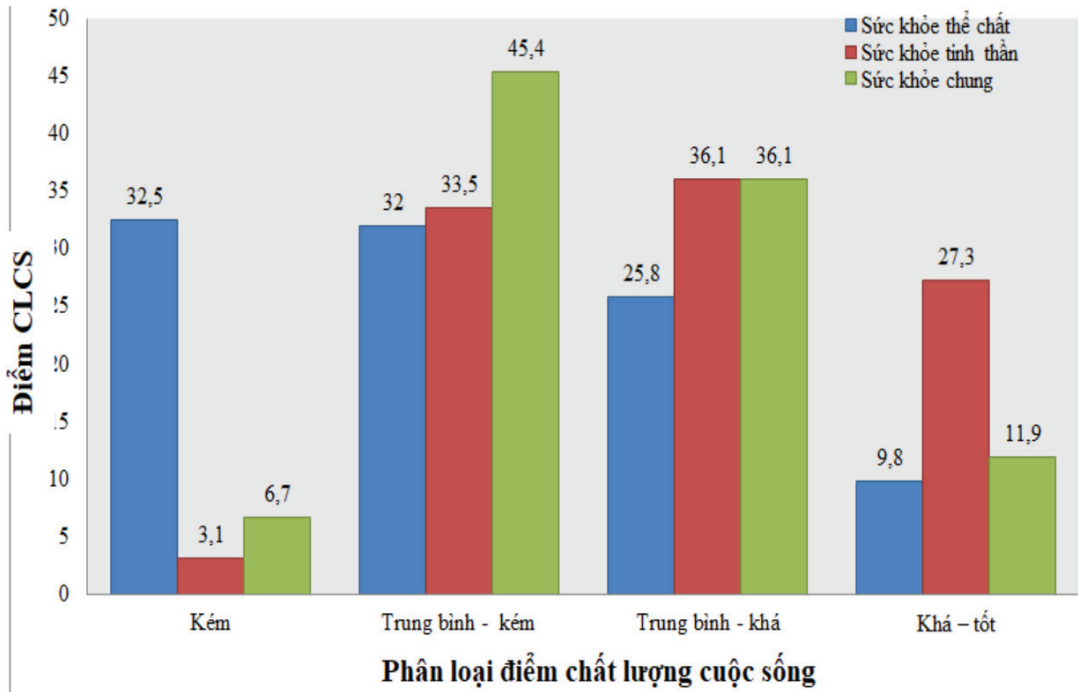
Bảng 4. Điểm trung bình chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu

Lĩnh vực	Điểm trung bình ± ĐLC	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Sức khỏe thể chất	41,14 ± 22,50	5,63	98,75
Sức khỏe tinh thần	59,66 ± 19,48	8,25	93,25
Sức khỏe tổng quát	50,40 ± 18,78	12,56	94,63

Điểm sức khỏe thể chất của bệnh nhân suy tim mạn tính trung bình là 41,14 ± 22,50 điểm, dao động từ 5,63 điểm – 98,75 điểm. Về sức khỏe tinh thần, điểm trung bình là 59,66 ± 19,48 điểm, dao động từ 8,25 điểm đến 93,25 điểm. Điểm trung bình sức khỏe

tổng quát của quần thể nghiên cứu được tính dựa trên sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần, có giá trị 50,40 ± 18,78 điểm.

Đặc điểm chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Phân loại điểm chất lượng cuộc sống của ĐTNC

Về điểm sức khỏe thể chất, các bệnh nhân của nhóm nghiên cứu chủ yếu có điểm thuộc phân loại kém và trung bình – kém. Tỷ lệ bệnh nhân có điểm sức khỏe thể chất thuộc phân loại khá – tốt chỉ đạt 9,8%. Khác với điểm sức khỏe thể chất, điểm sức khỏe tinh thần của nhóm nghiên cứu tốt hơn. Cụ thể: chỉ 3,1%

bệnh nhân có điểm thuộc phân loại kém, tỷ lệ bệnh nhân có điểm thuộc phân loại trung bình – kém, trung bình – khá, khá – tốt lần lượt là 33,5%, 36,1% và 27,3%. Xét điểm sức khỏe chung của mẫu nghiên cứu, gần 50% bệnh nhân có điểm SKC thuộc phân loại trung bình – kém, 36,1% bệnh nhân có điểm SKC trung

binh – khá. Tỷ lệ bệnh nhân có điểm SKC thuộc loại kém chỉ chiếm 6,7%.

Mối liên quan giữa các lĩnh vực chất lượng cuộc sống với các yếu tố cá nhân – xã hội

Bảng 5. Mối liên quan giữa điểm trung bình CLCS và các đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Biến số		SKTC		SKTT		SKC	
		(Tb±ĐLC)	p	(Tb±ĐLC)	p	(Tb±ĐLC)	p
Giới tính	Nam	44,57±23,41	0,044	61,66±19,58	0,177	53,11±19,17	0,056
	Nữ	38,05±21,29		57,87±19,30		47,96±18,15	
Tuổi	< 50	45,30±24,36	0,150	57,36±21,01	0,906	51,33±20,99	0,502
	50 – 59	47,45±24,35		61,31±20,05		54,38±20,48	
	60 - 69	40,37±21,50		59,84±19,24		50,11±18,18	
	≥ 70	37,71±21,55		59,40±19,30		48,55±17,87	
Dân tộc	Kinh	42,29±22,63	0,121	60,20±19,79	0,403	51,24±18,86	0,173
	Khác	35,69±21,38		57,12±17,94		46,41±18,08	
Trình độ học vấn	Mù chữ	38,10±20,76	0,193	58,94±18,84	0,315	48,52±17,54	0,205
	Học hết cấp 1	40,36±20,84		58,65±18,63		49,50±17,66	
	Học hết cấp 2	46,44±25,98		62,75±20,79		54,59±21,15	
	Học hết cấp 3 trở lên	37,25±19,97		47,69±22,31		42,47±17,81	
Nghề nghiệp	Nông	42,33±22,71	0,512	58±20,14	0,462	50,16±18,97	0,935
	CNVC	13,13		65,75		39,44	
	BB/NT/LĐTD	42,21±23,23		58,15±18,16		50,18±19,32	
	Hưu trí	39,35±22,10		62,67±18,72		51,01±18,66	
Tình trạng hôn nhân	Có vợ/chồng	40,91±22,80	0,364	59,82±19,66	0,499	50,37±18,97	0,365
	Ly hôn/góa	39,94±21,05		56,67±18,67		48,31±17,64	
	Độc thân	56,88±13,09		68,85±16,31		62,86±14,68	

Nam giới có điểm CLCS về SKTC cao hơn so với nữ giới có ý nghĩa thống kê. Điểm CLCS của những đặc điểm nhân khẩu học khác của nghiên cứu như tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân không có sự khác biệt giữa các phân nhóm.

- Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống với các đặc điểm LS, CLS

Bảng 6. So sánh điểm trung bình CLCS của các đặc điểm LS và CLS

Biến số		SKTC		SKTT		SKC	
		(Tb±SD)	p	(Tb±SD)	p	(Tb±SD)	p
Phân độ NYHA	I	74,93±13,35	<0,001	80±16,78	<0,001	77,46±13,69	<0,001
	II	51,25±20,48		63,67±18,61		57,46±17,54	
	III	28,75±15,35		54,97±18,13		41,86±13,93	
	IV	32,01±27,12		46,94±21,44		39,47±23,57	
Thời gian mắc bệnh (năm)	< 1	39,04±20,04	0,057	63,13±21,17	0,317	51,09±17,56	0,088
	1 - < 5	46,05±25,60		61,44±20,11		53,74±20,96	
	≥ 5	37,45±19,41		57,59±18,59		47,52±16,66	
Bệnh mạn tính mắc kèm	0	46,81±21,39	0,010	63,65±18,35	0,232	55,23±18,02	0,031
	1	42,73±24,01		58,39±21,19		50,56±20,09	
	2	34,25±19,34		57,57±18,84		45,91±16,84	
	≥ 3	32,10±25,05		54,57±15,99		43,33±18,34	
Thiếu máu	Có	38,58±22,63	0,195	61,27±18,81	0,346	49,92±18,58	0,775
	Không	42,85±22,34		58,58±19,91		50,71±18,97	
Chức năng thất trái LVEF	< 40%	48,68±26,06	0,149	57,49±23,36	0,631	53,08±22,01	0,539
	≥ 40%	40,41±22,08		59,87±19,13		50,14±18,48	
Rung nhĩ	Có	42,03±24,31	0,601	59,32±18,90	0,796	51,04±19,87	0,654
	Không	40,33±20,85		60,05±20,19		49,83±17,82	

Điểm trung bình CLCS ở những bệnh nhân có NYHA càng cao, số bệnh mạn tính mắc kèm càng nhiều thì CLCS SKC càng giảm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm CLCS giữa các nhóm có thời gian mắc bệnh khác nhau, có giảm LVEF và có tình trạng rung nhĩ trên điện tâm đồ.

BÀN LUẬN

Trong bảng điểm SF-36, CLCS của người bệnh STMT được đánh giá bằng điểm SKC. Điểm SKC này được đánh giá thông qua điểm của 2 lĩnh vực là sức khỏe thể chất (SKTC) và điểm sức khỏe tinh thần (SKTT). Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng:

Về sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần:
Người bệnh nhìn chung có điểm SKTC kém

hơn so với điểm SKTT. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Lê Minh Đức (13), Naveiro-Rilo J. C (17), và Mandana Moradi (18). Phân bố điểm SKTC và điểm SKTT theo bốn mức ta thấy có sự trái ngược. Nếu như ở SKTT, tỷ lệ bệnh nhân có mức CLCS từ mức kém tới mức khá – tốt tăng dần thì ở SKTC, tỷ lệ đó lại giảm dần dần. Điều này cũng có thể được giải thích do triệu chứng chính của STMT là triệu chứng khó thở và sự giới hạn hoạt động thể lực từ nhẹ đến nặng (19). Thêm vào đó, nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là bệnh nhân suy tim có phân độ suy tim ở độ II-III, tức là những bệnh nhân có giới hạn khả năng gắng sức ở mức trung bình-nặng nên điểm SKTC có thấp cũng là phù hợp. Đối với SKTT, điểm trung bình SKTT tương đồng với nghiên cứu của Lê Minh Đức (13). So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Minh, kết quả này của chúng tôi cao hơn rất nhiều (20).

Về sức khỏe chung: CLCS của người bệnh STMT của chúng tôi ở mức trung bình khá. Không có bệnh nhân đạt được điểm tuyệt đối 100 chứng tỏ ít nhiều tình trạng STMT có ảnh hưởng đến cuộc sống của bệnh nhân. So sánh với nghiên cứu của Lê Minh Đức thì điểm này thấp hơn nhiều. So sánh với nghiên cứu tổng hợp của Mandana Moradi thì điểm CLCS của chúng tôi cao hơn và nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng dù sử dụng bộ công cụ nào, CLCS của bệnh nhân suy tim đều đạt mức trung bình - kém (18). Có sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chỉ bao gồm người bệnh STMT điều trị ngoại trú ổn định nên CLCS có thể khá hơn còn trong nghiên cứu phân tích trên thì tổng hợp luôn cả những nghiên cứu có đối tượng là bệnh nhân suy tim nhập viện. Những bệnh nhân STMT có những triệu chứng về thể chất là khó thở, mệt mỏi, ngoài ra còn có những vấn đề về tâm lý, các tác dụng phụ của thuốc điều trị và sự giới hạn tham gia các hoạt động xã hội ở những mức độ khác nhau (21). Từ các triệu chứng thể lực làm mất dần khả năng tiếp xúc xã hội, lo lắng, cảm giác sợ đau, sợ chết dẫn tới các rối loạn giấc ngủ, lo âu, trầm cảm (8). Chính những điều này dẫn tới giảm CLCS ở người bệnh STMT về cả SKTC và SKTT như một kết quả tất yếu.

Giới tính: Khi so sánh 2 giới ta thấy số lượng người bệnh nam có CLCS về SKTC cao hơn, điểm trung bình về SKTC của nam cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Minh cũng cho thấy nam giới có điểm số cao hơn nữ giới trong các lĩnh vực của SF-36 (20). Mary S Riedinger đã chỉ ra rằng phụ nữ có sự thỏa mãn về cuộc sống nói chung, chức năng thể chất, sức khỏe xã hội và SKC thấp hơn đáng kể so với nam giới. Dù có kiểm soát tuổi, phân độ phân suất tổng máu thất trái và phân độ suy tim, nữ giới vẫn có CLCS kém hơn so với nam giới trong các hoạt động của cuộc sống hàng ngày và hoạt động xã hội (22). Kết quả nghiên cứu của Z. N. Hatmi và cộng sự cũng cho thấy nam có CLCS tốt hơn

nữ trong các lĩnh vực của sức khỏe thể chất như “hoạt động chức năng, cảm nhận đau đớn, đánh giá sức khỏe” và lĩnh vực “tâm thần tổng quát” của sức khỏe tinh thần và TTTQ (23). Lý giải về sự khác biệt này là do nam và nữ có những sự khác biệt về đặc điểm sinh học, và tâm lý xã hội. Tình huống sống của bệnh nhân nam và nữ có mắc suy tim cũng khác nhau. Những hạn chế về thể chất và xã hội ảnh hưởng đến các hoạt động cuộc sống hàng ngày được coi là nặng nề hơn đối với nam giới. Trong khi những hạn chế ảnh hưởng đến khả năng hỗ trợ gia đình và bạn bè là khó chấp nhận nhất đối với nữ giới (24). Nữ giới cũng có nguy cơ bị ảnh hưởng tâm lý xã hội cao hơn và có nhu cầu được xã hội hỗ trợ cao hơn nam giới (25)...

Phân độ suy tim: Khi so sánh điểm trung bình giữa các nhóm phân độ suy tim theo phân độ của NYHA ta thấy phân độ suy tim càng lớn thì điểm số của hầu hết các lĩnh vực càng giảm. Các nghiên cứu trong và ngoài nước cũng đều có kết quả tương đồng với chúng tôi. (13, 20, 26, 27) Theo Lê Minh Đức, khi phân độ suy tim càng cao hoạt động thể lực càng kém. Khi phân độ NYHA càng lớn, bệnh nhân giới hạn chức năng càng nhiều nhưng về lĩnh vực SKTT, bệnh nhân có phân độ suy tim càng lớn, bệnh nhân lại ít bị giảm SKTT.(13) Phân độ suy tim theo NYHA chia các cấp độ suy tim dựa trên triệu chứng cơ năng và khả năng hoạt động gắng sức của người bệnh. Khi phân độ suy tim càng tăng đồng nghĩa với triệu chứng xảy ra càng dễ, nặng khi mức độ hoạt động chức năng càng giảm. Như vậy, việc giảm điểm CLCS ở bệnh nhân suy tim khi phân độ càng tăng là phù hợp.

Số bệnh mạn tính mắc kèm: Người bệnh STMT thường lớn tuổi nên việc có những bệnh lý mạn tính mắc kèm thường khó tránh khỏi. Những bệnh lý mạn tính đó có thể là nguyên nhân gây suy tim, cũng có thể là biến chứng của suy tim. Các bệnh lý mạn tính mắc kèm này có thể là yếu tố thúc đẩy làm nặng thêm suy tim. Việc sử dụng thuốc điều trị cùng lúc nhiều bệnh cũng làm giảm khả năng tuân thủ,

tăng nguy cơ tương tác thuốc (28). Những điều này cũng gây ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh STMT. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với những nhận định trên, khi số bệnh mạn tính mắc kèm càng nhiều thì điểm CLCS về SKTC và SKC càng giảm. Kết quả tương tự cũng thấy trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Minh: nhóm bệnh nhân có nhiều hơn hai bệnh kèm theo có CLCS giảm ở các lĩnh vực hoạt động thể chất, giới hạn thể chất, cảm nhận sức sống, và giới hạn tâm lý. (20) Lê Minh Đức cũng chỉ ra số bệnh mạn tính kèm theo càng nhiều bệnh nhân suy tim càng dễ đau đớn và giảm hoạt động xã hội (13)

Hạn chế của nghiên cứu: nghiên cứu chỉ đánh giá trên đối tượng người bệnh STMT ngoại trú mà không đánh giá CLCS ở bệnh nhân nội trú nên kết quả chưa thể nói là đánh giá được CLCS của toàn bộ bệnh nhân STMT. Nghiên cứu có sai số nhớ lại do các câu hỏi của bộ câu hỏi khai thác thông tin của một tháng trước đó. Bệnh nhân STMT chủ yếu là bệnh nhân lớn tuổi nên nhiều trường hợp không nhớ được cụ thể chi tiết, cần gọi nhắc khi phát vấn. Bộ câu hỏi SF-36 là bộ câu hỏi đánh giá sức khỏe tổng quát dùng cho nhiều bệnh mạn tính nhưng không hoàn toàn đặc trưng cho bệnh nhân STMT.

KẾT LUẬN

Đặc điểm CLCS của người bệnh STMT: Bệnh nhân STMT ngoại trú có điểm trung bình CLCS SKC đạt mức trung bình – khá. Trong đó điểm trung bình CLCS về SKTC ở mức phân loại trung bình – kém và SKTT ở mức trung bình – khá.

Một số yếu tố liên quan đến CLCS của bệnh nhân STMT: Người bệnh nữ giới ($p=0,044$), phân độ suy tim càng cao ($p<0,001$), có bệnh mạn tính mắc kèm càng nhiều ($p=0,010$) sẽ có điểm SKTC kém hơn so với nhóm các người bệnh STMT khác. Những người bệnh có phân

độ suy tim càng cao ($p<0,001$) thì sẽ có điểm SKTT kém hơn những người bệnh STMT khác. Những người bệnh có phân độ suy tim càng cao ($p<0,001$), số bệnh mạn tính mắc kèm càng nhiều ($p<0,031$) thì sẽ có điểm SKC kém hơn những người bệnh STMT khác.

Khuyến nghị: Dựa trên kết quả nghiên cứu chúng tôi đưa ra những khuyến nghị sau: để cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân bác sỹ điều trị cần lưu ý cải thiện khả năng thể chất từ đó cải thiện phân độ suy tim của bệnh nhân suy tim mạn tính bằng cách điều chỉnh thuốc điều trị phối hợp với gợi ý những hoạt động thể chất phù hợp với giới hạn thể chất của mỗi đối tượng bệnh nhân. Ngoài ra, bác sỹ điều trị cũng cần chú ý quản lý toàn diện đồng thời các bệnh mạn tính mắc kèm suy tim mạn tính của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European heart journal. 2016;37(27):2129-200.
2. Bộ Y Tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim mạn tính. Ban hành kèm Quyết định số 1762/QĐ-BYT ngày 17/04/2020.
3. Đặng Vạn Phước, Châu Ngọc Hoa, Trương Quang Bình. Suy tim trong thực hành lâm sàng: Nhà xuất bản Y học; 2014.
4. Hiệp P. Báo động: Gánh nặng tử vong do suy tim cao hơn cả ung thư 2018. Available from: <http://www.bachmai.gov.vn/tin-tuc-va-su-kien/bai-viet-chuyen-mon-menuleft-33/4464-bao-d-ng-ganh-n-ng-t-vong-do-suy-tim-cao-hon-c-ung-thu.html>.
5. Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. Heart. 2007;93(9):1137-46.
6. Klindtworth K, Oster P, Hager K, Krause O, Bleidorn J, Schneider N. Living with and dying from advanced heart failure: understanding the needs of older patients at the end of life. BMC

- geriatrics. 2015;15(1):125.
7. Roger VL. Epidemiology of heart failure. *Circulation research*. 2013;113(6):646-59.
 8. Murberg TA, Bru E, Svebak S, Tveterås R, Aarsland T. Depressed mood and subjective health symptoms as predictors of mortality in patients with congestive heart failure: a two-years follow-up study. *International journal of psychiatry in medicine*. 1999;29(3):311-26.
 9. WHO. WHOQOL: Measuring Quality of Life 1997. Available from: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>.
 10. Calman KC. Quality of life in cancer patients-an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*. 1984;10(3):124-7.
 11. Ware J, Snoww K, Ma K, Bg G. SF36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Lincoln, RI: Quality Metric, Inc, 1993. 1993;30.
 12. Bệnh viện đa khoa Vùng Tây Nguyên. Khoa Nội tim mạch, Bệnh viện đa khoa Vùng Tây Nguyên 2020 [22/03/2021]. Available from: <https://benhvienvungtaynguyen.vn/khoa-noi-tim-mach/khoa-noi-tim-mach/8552>.
 13. Lê Minh Đức. Đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân suy tim mạn: Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh; 2012.
 14. Võ Tuấn Khoa và Nguyễn Thy Khuê. Quá trình chuyển ngữ, thích ứng văn hóa và thẩm định bước đầu bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống Short-Form (SF) 36 phiên bản Việt. *Tạp chí Nội tiết & Đái tháo đường*. 2017;25:28-33.
 15. Ware JE, Jr. SF-36 health survey update. *Spine*. 2000;25(24):3130-9.
 16. Silveira E, Taft C, Sundh V, Waern M, Palsson S, Steen B. Performance of the SF-36 health survey in screening for depressive and anxiety disorders in an elderly female Swedish population. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2005;14(5):1263-74.
 17. Naveiro-Rilo JC, Diez-Juarez MD, Flores-Zurutuza L, Rodriguez-Garcia MA, Rebollo-Gutierrez F, Romero Blanco A. [Quality of life in patients with heart failure: the perspective of primary health care]. *Gaceta sanitaria*. 2012;26(5):436-43.
 18. Moradi M, Daneshi F, Behzadmehr R, Rafiemanesh H, Bouya S, Raeisi M. Quality of life of chronic heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. *Heart failure reviews*. 2020;25(6):993-1006.
 19. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European journal of heart failure*. 2016;18(8):891-975.
 20. Nguyễn Thị Thúy Minh. Khảo sát chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân suy tim: Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học, Đại học Y Dược Hồ Chí Minh; 2013.
 21. Berry C, McMurray J. A review of quality-of-life evaluations in patients with congestive heart failure. *Pharmacoeconomics*. 1999;16(3):247-71.
 22. Riedinger MS, Dracup KA, Brecht M-L, Padilla G, Sarna L, Ganz PA. Quality of life in patients with heart failure: do gender differences exist? *Heart & Lung*. 2001;30(2):105-16.
 23. Hatmi ZN, Kazemi MSMA. QUALITY OF LIFE IN PATIENTS HOSPITALIZED WITH HEART FAILURE: A NOVEL TWO QUESTIONNAIRE STUDY. *Acta Medica Iranica*. 2007;45(6).
 24. Strömberg A, Mårtensson J. Gender differences in patients with heart failure. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*. 2003;2(1):7-18.
 25. Heo S, Moser DK, Widener J. Gender Differences in the Effects of Physical and Emotional Symptoms on Health-Related Quality of Life in Patients with Heart Failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2007;6(2):146-52.
 26. Lopez Castro J, Cid Conde L, Fernandez Rodriguez V, Failde Garrido JM, Almazan Ortega R. [Analysis of quality of life using the generic SF-36 questionnaire in patients with heart failure]. *Revista de calidad asistencial : organo de la Sociedad Espanola de Calidad Asistencial*. 2013;28(6):355-60.
 27. Juenger J, Schellberg D, Kraemer S, Haunstetter A, Zugck C, Herzog W, et al. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart (British Cardiac Society)*. 2002;87(3):235-41.
 28. McDonagh TA, Metra M. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. 2021;42(36):3599-726.

Health-related quality of life among chronic heart failure patients at the central highlands regional general hospital in 2021

Nguyễn Ngọc Như Khuê¹, Lê Tu Hoàng²

¹Central highlands regional general hospital

²Hanoi University of Public Health

Objective: the study aims to describe the health-related quality of life and identify some associated factors to the quality of life of chronic heart failure out-patients at Central Highlands Regional General hospital. **Methods:** The study used cross-sectional study on 194 chronic heart failure patients who were aged 18 years old or older at cardiology clinic of the Central Highlands Regional General Hospital and they had a stable medical condition for at least one month before. SF-36 questionnaire was used. **Main findings:** Mean score of health-related quality of life among chronic heart failure patients was medium-good (50.40 ± 18.78). The mean score of quality of life about physical health and mental health was medium-poor (41.14 ± 22.50) and medium-good (59.66 ± 19.48), respectively. Female patients ($p=0.044$), NYHA classification that was greater than or equal to 3 ($p<0,001$), having chronic comorbidities ($p=0.010$) had a lower physical health score than the others. Patients who had higher classification of NYHA ($p<0.001$) had poorer mental health score than others. Patients who had higher classification of NYHA ($p<0.001$) and had more comorbidities ($p<0.031$) had worse health-related quality of life score than others. **Conclusion:** Quality of life should be assessed periodically during the outpatient treatment of chronic heart failure patients. It is necessary to optimally control the number of chronic comorbidities, improve the NYHA classification to improve the quality of life of patients with chronic heart failure.

Keywords: *chronic heart failure; health-related quality of life; SF-36.*