

- 9Patricia McGettigan, David Henry (2013), “Use of Non-steroidal anti-inflammatory drugs that elevate cardiovascular risk: An examination of sales and essential medicines lists in low-, middle-, and high-income countries”, *PLOS medicine*, 10(2), pp. 1-6.
4. Srikanth A, Nagaveni P, SaravanaKumar K, Prasanna Raju Y (2013), “Fabrication and characterization of diclofenac sodium loaded microcapsules”, *Journal of Global Trends in Pharmaceutical Sciences*, Vol.4(3), pp. 1132-1137.
5. USP43-NF38 (2019), The United States Pharmacopiedial Convention.

(Ngày nhận bài: 19/09/2020 - Ngày duyệt đăng: 14/12/2020)

## CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH SAU ĐIỀU TRỊ NHỒI MÁU CƠ TIM

Nguyễn Văn Trung<sup>1\*</sup>, Nguyễn Thị Hồng Tuyền<sup>1</sup>,  
Đặng Thị Thùy Mỹ<sup>1</sup>, Vũ Trí Thanh<sup>2</sup>

1. Trường Đại học Trà Vinh

2. Bệnh viện Trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

\*Email: trungnguyen@tvu.edu.vn

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Chất lượng cuộc sống (CLCS) được dùng trong đánh giá tình trạng sức khỏe của người có bệnh mạch vành sau điều trị nội khoa và ngoại khoa. **Mục tiêu nghiên cứu:** đánh giá chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan của người bệnh sau điều trị nhồi máu cơ tim tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang trên 146 người bệnh đã được chẩn đoán và điều trị nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh từ 1/4/2017 đến 30/6/2017. **Kết quả nghiên cứu:** điểm số vai trò thể chất và sức khỏe tổng quát là  $34,8 \pm 22,7$  và  $33,2 \pm 18,5$ , phản ánh sự đánh giá của người bệnh về sức khỏe của bản thân rất kém. **Kết luận:** người bệnh sau điều trị NMCT cấp cảm nhận sức khỏe thể chất bị giới hạn nhiều các chức năng. Phục hồi chức năng tim mạch cần được quan tâm để cải thiện CLCS của người bệnh.

**Từ khóa:** chất lượng cuộc sống, nhồi máu cơ tim, SF-36

### ABSTRACT

## QUALITY OF LIFE AMONG POST-MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS

Nguyen Van Trung<sup>1\*</sup>, Nguyen Thi Hong Tuyen<sup>1</sup>,  
Dang Thi Thuy My<sup>1</sup>, Vu Tri Thanh<sup>2</sup>

1. Tra Vinh University

2. University Medical Center, Ho Chi Minh City

**Background:** Quality of life (QoL) has been popularly used in assessment of health state among coronary artery disease patients undergone both medical and surgical therapies. **Objectives:** to evaluate QoL and associated factors among post-MI patients following up at University Medical Center, Ho Chi Minh City. **Materials and methods:** the cross-sectional study was conducted on 146 participants diagnosed and treated with acute MI and continued following up at Examination Ward in University Medical Center, Ho Chi Minh City from April 1<sup>st</sup> 2017 to June 30<sup>th</sup> 2017. **Results:** the low domains of role limitation due to physical functioning and general health (RP:  $34.8 \pm 22.7$  and GH:  $33.2 \pm 18.5$ ) showed patient' self-assessment about

impacted health state. **Conclusion:** The post MI patients got the perception of limited physical functioning regarding daily activities. It is necessary to engage the MI survivors in rehabilitation programs.

**Key words:** QoL, post- MI patients, SF-36.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới ước tính có 7,4 triệu người chết do bệnh mạch vành năm 2015. Khoảng 82% số người chết do bệnh mạch vành ở các nước thu nhập thấp và trung bình trong đó có Việt Nam [1]. Bằng chứng khoa học gần nhất cho thấy NMCT là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và bệnh tật trên toàn cầu với hơn 15% số người tử vong mỗi năm và phần lớn là thể NMCT không ST chênh [5]. Nhồi máu cơ tim là hiện tượng hoại tử một vùng cơ tim do tắc đột ngột một hoặc nhiều nhánh động mạch vành cấp máu cho vùng cơ tim đó. Suy tim vẫn là biến chứng thường gặp của nhồi máu cơ tim cấp ở giai đoạn mới khởi phát và giai đoạn sớm sau khi xuất viện.

Ferrans và Powers (1992) định nghĩa chất lượng cuộc sống (CLCS) là cảm nhận cá nhân về hạnh phúc bắt nguồn từ sự hài lòng và không hài lòng ở các mặt của cuộc sống [3]. CLCS được sử dụng rộng rãi trong đánh giá tình trạng sức khỏe của người có bệnh mạch vành sau điều trị nội khoa hay ngoại khoa.

Gánh nặng từ bệnh tật và chi phí điều trị tác động trực tiếp đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Các nghiên cứu can thiệp lâm sàng liên quan thuốc và phương pháp điều trị ở người bệnh mạch vành đánh giá chỉ số CLCS qua các công cụ chuyên biệt lần tổng quát [8, 9]. Trong số các bộ câu hỏi đánh giá CLCS liên quan đến sức khỏe tổng quát ở nhóm bệnh mạch vành và đặc biệt là người bệnh sau NMCT thì SF-36 (The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey) được sử dụng trong nhiều nghiên cứu nhằm đo lường trực tiếp CLCS và là công cụ tham chiếu với các bộ câu hỏi chuyên biệt. Nhằm cung cấp dữ liệu lâm sàng cho nhà điều trị và chăm sóc bệnh lý NMCT, nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá tình trạng CLCS và một số yếu tố liên quan ở người bệnh sau nhồi máu cơ tim tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh đã được chẩn đoán và điều trị NMCT cấp trước thời điểm tiến hành ít nhất 1 tháng tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM được mời tham gia nghiên cứu

**Tiêu chí chọn vào:** Người bệnh từ 18 tuổi trở lên đã được chẩn đoán NMCT cấp theo tiêu chuẩn của WHO và ESC/ACC/AHA/WHF/WHO và chẩn đoán lâm sàng của người điều trị; có khả năng nhận thức, đủ sức khỏe để trả lời các câu hỏi phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu

**Tiêu chí loại trừ:** Người bệnh với tình trạng suy tim, bệnh lý động mạch ngoại biên, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, suy thận mạn, bệnh ung thư, đột quỵ và thiếu máu mạn.

### Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang

**Cỡ mẫu:** theo công thức ước tính một trung bình với cỡ mẫu tối thiểu là 155 người bệnh. Trong đó, sai lầm loại I: 5%, KTC: 95%, sai số tuyệt đối là 3, độ lệch chuẩn là 19,1 theo kết quả nghiên cứu của Shibayama Kenzo (2012) [6] điểm số CLCS (SF-36) ở lĩnh vực sức khỏe tổng quát là  $55,8 \pm 19,1$ , có giá trị cao nhất trong ước tính cỡ mẫu.

**Phương pháp chọn mẫu:** kỹ thuật chọn mẫu liên tiếp người bệnh đến kiểm tra sức khỏe định kỳ tại Khoa Khám bệnh từ 1/4/2017 đến 30/6/2017 với 146 người bệnh lần lượt đã được phỏng vấn

**Nội dung nghiên cứu và phương pháp thu thập số liệu:** Đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn trực tiếp qua bộ câu hỏi được cấu trúc. Công cụ thu thập số liệu trong nghiên cứu này gồm có câu hỏi về đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng ở người bệnh như tuổi, giới tính, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, phương pháp điều trị. Bảng câu hỏi SF-36<sup>v2</sup> (36-item short form health survey version 2) về CLCS của Ware & Sherbourne (1992) được dùng đánh giá chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe của đối tượng nghiên cứu.

**Phương pháp phân tích số liệu:** Số liệu được nhập vào Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm R 3.4.0. Các thống kê mô tả về tần suất, tỷ lệ (%), trung bình, độ lệch chuẩn được sử dụng để mô tả đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Điểm số chất lượng cuộc sống được mô tả với giá trị trung bình (độ lệch chuẩn). Thống kê Mann Whitney, Kruskal Wallis và phép kiểm hậu định được dùng mô tả sự khác biệt điểm số CLCS ở các nhóm người bệnh.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### Các đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Nam giới chiếm tỷ lệ đa số (63,7%) trong 146 đối tượng nghiên cứu, trong đó, nhóm người bệnh cao tuổi (từ 65 tuổi trở lên) với tỷ lệ 51,4%. Tình trạng nghề nghiệp chủ yếu là nghỉ hưu khoảng 61,6% và có 32,2% là người đang có việc làm, 6,2% là thất nghiệp hoặc làm nội trợ trong gia đình. Có 106 người (72,6%) đã được điều trị bằng can thiệp mạch vành qua da (CTMVQD). Người mắc bệnh NMCT dưới 1 năm chiếm tỷ lệ 43,2%, tương tự, nhóm mắc bệnh từ 1 năm đến 5 năm khoảng 43,8%.

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

Bảng 1. Điểm số trung bình chất lượng cuộc sống ở đối tượng nghiên cứu (n=146)

Lĩnh vực sức khỏe	Trung bình	Độ lệch chuẩn	GTNN	GTLN
PCS	39,3	7,7	12,3	58,0
MCS	54,1	8,2	24,1	68,7
PF	65,5	24,7	0,0	100
RP	34,8	22,7	0,0	100
BP	86,2	21,6	12,0	100
GH	33,2	18,5	0,0	87,0
VT	67,7	16,0	0,0	93,8
SF	61,6	28,4	0,0	100
RE	82,7	21,3	25,0	100
MH	83,5	15,4	5,0	100

GTNN: Giá trị nhỏ nhất; GTLN: Giá trị lớn nhất

Điểm số trung bình ở sức khỏe thể chất chung (PCS) tương đối thấp là  $39,3 \pm 7,7$  so với ở sức khỏe tinh thần chung (MCS) là  $54,1 \pm 8,2$ . Điểm trung bình của các lĩnh vực như chức năng thể chất (PF) là  $65,5 \pm 24,7$ , vai trò của thể chất (RP) là  $34,8 \pm 22,7$ , điểm số đau (BP) trung bình là  $86,2 \pm 21,6$ , và sức khỏe tổng quát (GH) là  $33,2 \pm 18,5$ . Điểm số trung bình về sức sống (VT) là  $67,7 \pm 16,3$ , chức năng xã hội (SF)  $61,6 \pm 28,4$ , vai trò cảm xúc (RE) là  $82,7 \pm 21,3$  và sức khỏe tâm thần (MH) là  $83,5 \pm 15,4$ .

**Phân bố điểm số CLCS theo đặc điểm người bệnh**

Bảng 2. Điểm số CLCS ở người bệnh theo giới tính

Lĩnh vực sức khỏe	Giới tính (TB, ĐLC)		p*
	Nam	Nữ	
Sức khỏe thể chất chung (PCS)	41,11 (7,04)	36,17 (7,82)	< 0,001
Sức khỏe tinh thần chung (MCS)	53,94 (8,09)	54,37 (8,35)	0,77
Chức năng thể chất (PF)	72,53 (21,80)	53,21 (24,79)	< 0,001
Vai trò thể chất (RP)	37,57 (22,24)	29,83 (22,98)	0,02
Đau cơ thể (BP)	85,87 (22,08)	86,60 (20,78)	0,98
Sức khỏe tổng quát (GH)	35,76 (18,00)	28,74 (18,71)	0,02
Sức sống (VT)	69,68 (16,10)	64,27 (16,18)	0,03
Chức năng xã hội (SF)	65,73 (27,14)	54,48 (29,32)	0,02
Vai trò cảm xúc (RE)	82,17 (21,30)	83,65 (21,56)	0,52
Sức khỏe tinh thần (MH)	84,03 (15,22)	82,55 (15,71)	0,44

\* Phép kiểm Mann Whitney

Điểm số khía cạnh sức khỏe thể chất chung (PCS) ở nam giới cao hơn nhóm người bệnh nữ (41,11 so với 36,17). Chức năng thể chất (PF), vai trò thể chất (RP), sức khỏe tổng quát (GH) ở nhóm nam giới cao hơn ở người bệnh nữ có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Ở lĩnh vực sức sống (VT) và chức năng xã hội (SF), nam giới đạt điểm số trung bình cao hơn ở nữ có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 3. Điểm số chất lượng cuộc sống theo nhóm tuổi của người bệnh

Lĩnh vực sức khỏe	Nhóm tuổi		p*
	Dưới 65 tuổi TB (ĐLC)	Từ 65 tuổi trở lên TB (ĐLC)	
Sức khỏe thể chất chung (PCS)	41,33 (7,58)	37,42 (7,33)	< 0,001
Sức khỏe tinh thần chung (MCS)	54,63 (7,83)	53,59 (8,49)	0,34
Chức năng thể chất (PF)	73,03 (22,51)	58,4 (24,66)	< 0,001
Vai trò thể chất (RP)	38,12 (23,86)	31,58 (21,3)	0,08
Đau cơ thể (BP)	85,03 (22,26)	87,19 (20,96)	0,40
Sức khỏe tổng quát (GH)	38,65 (18,00)	28,07 (17,61)	< 0,001
Sức sống (VT)	70,42 (15,9)	65,17 (16,35)	0,02
Chức năng xã hội (SF)	68,84 (26,8)	54,83 (28,32)	0,002
Vai trò cảm xúc (RE)	82,75 (20,72)	82,67 (22,04)	0,77
Sức khỏe tinh thần (MH)	84,44 (14,92)	82,6 (15,82)	0,24

\* Phép kiểm Mann Whitney

Người bệnh trên 65 tuổi có điểm số trung bình thấp hơn nhóm còn lại về tình trạng thể chất chung (37,42 so với 41,33), chức năng thể chất (58,4 so với 73,03) và sức khỏe tổng quát (28,07 so với 38,65), có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 4. Điểm số chất lượng cuộc sống theo nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Lĩnh vực sức khỏe	Nghề nghiệp			p*
	Thất nghiệp /nội trợ	Đang có việc làm	Nghỉ hưu	
Sức khỏe thể chất chung (PCS)	36,23 (5,55)	42,82 (7,11)	37,80 (7,58)	< 0,001
Sức khỏe tinh thần chung (MCS)	54,04 (10,73)	54,08 (8,83)	54,11 (7,61)	0,79
Chức năng thể chất (PF)	56,67 (17,32)	75,64 (20,79)	61,11 (25,69)	< 0,001
Vai trò thể chất (RP)	35,45 (22,32)	44,41 (23,86)	29,65 (20,68)	< 0,001

Lĩnh vực sức khỏe	Nghề nghiệp			P*
	Thất nghiệp /nội trợ	Đang có việc làm	Nghỉ hưu	
<i>Đau cơ thể (BP)</i>	81,44 (21,74)	84,91 (20,88)	87,24 (22,02)	0,42
<i>Sức khỏe tổng quát (GH)</i>	25,00 (11,18)	40,29 (18,32)	30,33 (18,22)	0,004
<i>Sức sống (VT)</i>	61,75 (24,16)	70,61 (17,38)	66,81 (14,65)	0,15
<i>Chức năng xã hội (SF)</i>	55,56 (35,42)	70,74 (25,84)	57,50 (28,09)	0,03
<i>Vai trò cảm xúc (RE)</i>	87,04 (15,09)	84,57 (20,99)	81,29 (22,08)	0,69
<i>Sức khỏe tinh thần (MH)</i>	81,67 (21,79)	82,02 (18,17)	84,44 (12,99)	0,97

\**Phép kiểm Kruskal Wallis & Phép kiểm hậu định Kruskal Wallis*

Người bệnh có việc làm thì điểm số trung bình sức khỏe thể chất chung (PCS), chức năng thể chất (PF) cao hơn người bệnh thất nghiệp (42,82 so với 36,23; 75,64 so với 56,67) và người đã nghỉ hưu (42,82 so với 37,80; 75,64 so với 61,11), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

Bảng 5. Mối liên quan giữa CLCS và thời gian mắc bệnh nhồi máu cơ tim

Lĩnh vực sức khỏe	Thời gian mắc bệnh			P*
	< 1 năm TB (ĐLC)	1 – 5 năm TB (ĐLC)	Trên 5 năm TB (ĐLC)	
Sức khỏe thể chất chung (PCS)	37,76 (7,99)	40,59 (7,62)	40,21 (6,10)	0,17
Sức khỏe tinh thần chung (MCS)	53,18 (9,0)	54,39 (7,46)	56,13 (7,43)	0,20
<i>Chức năng thể chất (PF)</i>	63,89 (23,16)	65,62 (27,03)	70,52 (21,53)	0,39
<i>Vai trò thể chất (RP)</i>	31,74 (21,42)	37,69 (24,72)	34,87 (19,58)	0,22
<i>Đau cơ thể (BP)</i>	80,55 (23,52)	90,44 (19,49)	90,16 (17,71)	0,005
<i>Sức khỏe tổng quát (GH)</i>	30,16 (19,63)	36,58 (17,71)	32,00 (16,17)	0,13
<i>Sức sống (VT)</i>	64,48 (18,09)	69,62 (15,72)	72,04 (8,68)	0,17
<i>Chức năng xã hội (SF)</i>	56,35 (28,38)	63,08 (26,58)	74,34 (31,03)	0,03
<i>Vai trò cảm xúc (RE)</i>	82,01 (19,41)	82,16 (22,99)	86,84 (22,28)	0,39
<i>Sức khỏe tinh thần (MH)</i>	81,90 (18,13)	85,00 (13,09)	83,68 (12,34)	0,54

\**Phép kiểm Kruskal Wallis & Phép kiểm hậu định Kruskal Wallis*

Lĩnh vực đau cơ thể (BP) ở nhóm mắc bệnh dưới 1 năm thấp hơn so với nhóm từ 1 đến 5 năm (80,55 so với 90,44), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,005$ ), và điểm số chức năng xã hội (SF) cũng thấp hơn nhóm người bệnh trên 5 năm (56,35 so với 74,34) có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,03$ )

Bảng 6. Điểm số chất lượng cuộc sống ở người bệnh theo phương pháp điều trị

Lĩnh vực sức khỏe	Phương pháp điều trị			P*
	CTMVQD TB (ĐLC)	PTBCMVB TB (ĐLC)	Tiêu sợi huyết TB (ĐLC)	
Sức khỏe thể chất chung (PCS)	39,54 (7,34)	33,68 (11,56)	39,81 (7,63)	0,38
Sức khỏe tinh thần chung (MCS)	53,89 (8,14)	51,12 (9,82)	55,39 (7,93)	0,32
<i>Chức năng thể chất (PF)</i>	65,75 (24,09)	54,29 (32,20)	67,12 (25,09)	0,65
<i>Vai trò thể chất (RP)</i>	33,9 (21,18)	18,75 (25,26)	40,91 (25,58)	0,054
<i>Đau cơ thể (BP)</i>	86,08 (21,33)	74,29 (32,30)	88,85 (19,45)	0,35
<i>Sức khỏe tổng quát (GH)</i>	34,63 (19,3)	22,14 (13,50)	31,00 (16,06)	0,17

Lĩnh vực sức khỏe	Phương pháp điều trị			P *
	CTMVQD TB (ĐLC)	PTBCMV TB (ĐLC)	Tiêu sợi huyết TB (ĐLC)	
Sức sống (VT)	68,92 (16,32)	52,68 (20,68)	67,05 (13,91)	0,08
Chức năng xã hội (SF)	60,85 (27,44)	53,57 (29,50)	65,91 (31,29)	0,40
Vai trò cảm xúc (RE)	81,37 (21,41)	75,00 (28,87)	88,64 (18,61)	0,11
Sức khỏe tinh thần (MH)	83,77 (15,57)	78,57 (13,76)	83,64 (15,27)	0,42

\* Phép kiểm Kruskal Wallis

Người bệnh nhồi máu cơ tim cấp được PTBCMV có điểm số CLCS về sức khỏe thể chất (PCS), tinh thần chung (MCS) và 8 lĩnh vực sức khỏe trong đó thấp hơn người bệnh được CTMVQD và điều trị tiêu sợi huyết, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ )

#### IV. BÀN LUẬN

CLCS liên quan sức khỏe thể chất ở người bệnh sau NMCT trong nghiên cứu của chúng tôi bị ảnh hưởng nhiều bởi tình trạng suy giảm vai trò thể chất và sức khỏe tổng quát. So với lĩnh vực sức khỏe tinh thần, điểm số sức khỏe thể chất chung thấp hơn, trong đó, vai trò thể chất và sức khỏe tổng quát ở người bệnh trong nghiên cứu kém hơn so với điểm số chức năng thể chất và đau thể chất. Chức năng thể chất có điểm số thấp ở những đối tượng có giới hạn nhiều ở hoạt động thể chất liên quan các sinh hoạt hàng ngày gồm tắm, vệ sinh và thay quần áo. Mặc dù các đối tượng được khảo sát có thời gian mắc bệnh khác nhau so với những nghiên cứu trước, nhưng kết quả hầu như phù hợp với tác giả Kenzo Shibayama [6]. Trái lại, sự suy giảm điểm số các lĩnh vực sức khỏe tinh thần trong nghiên cứu khác với những tác giả trước do sử dụng thang đo thiên về đánh giá sức khỏe tổng quát và chức năng thể chất hơn (SF-36). Trong nghiên cứu của Kenzo Shibayama [6], chức năng xã hội của người bệnh giảm ít hơn so với các lĩnh vực sức khỏe tinh thần còn lại và sức khỏe tinh thần, vai trò cảm xúc suy giảm nhiều hơn gây ảnh hưởng đến điểm số sức khỏe tinh thần chung. Những khác biệt trong nghiên cứu này với các tác giả trước không nhiều có thể liên quan đến những đặc điểm riêng về nơi cư trú và đối tượng nghiên cứu.

CLCS của người bệnh sau NMCT giảm nhiều ở sức khỏe thể chất chung và các lĩnh vực thuộc thể chất, trong đó bệnh nhân nữ giảm nhiều hơn so với nam giới ( $p<0,001$ ). Các nghiên cứu ngoài nước cũng cho thấy giới tính nam có liên quan đến tình trạng cải thiện CLCS thể chất so với nữ giới sau 1 năm mắc bệnh. Giới tính là yếu tố độc lập liên quan đến tình trạng giảm điểm số CLCS với nữ giới là đối tượng có điểm số CLCS thấp hơn nam [7]. CLCS về mặt tinh thần khi sử dụng các bộ câu hỏi CLCS chuyên biệt (MSEP: sức sống, giấc ngủ và sự hài lòng về sức khỏe) thì nữ giới có nhiều cảm xúc tiêu cực hơn so với nam giới cùng độ tuổi và tình trạng lâm sàng ( $p<0,05$ ) [13]. Nam giới được biết như là yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch nói chung và bệnh nhồi máu cơ tim nói riêng. Tuổi sau mãn kinh làm yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành ở nữ tăng lên. Do đó trong số người bệnh NMCT thì nữ giới thường có CLCS kém hơn.

Điểm số CLCS ở người bệnh trên 65 tuổi thấp hơn các đối tượng dưới 65 tuổi ( $p<0,001$ ) ở các lĩnh vực sức khỏe thể chất chung, sức khỏe tổng quát và chức năng thể chất. Số ít nghiên cứu cho thấy CLCS ở người bệnh NMCT dưới 65 tuổi và trên 65 tuổi sau 1 tháng có điểm số như nhau [11]. Trong những nghiên cứu khác thì có mối liên quan chặt chẽ giữa CLCS của người bệnh NMCT với tuổi [12]. Tình trạng sức khỏe thể chất ở

người có tuổi từ 65 trở lên suy giảm nhiều liên quan đến suy giảm mức vận động thể lực cũng như các hoạt động sinh hoạt và công việc, do đó, sự thể hiện vai trò xã hội của người cao tuổi cũng thay đổi theo.

Sức khỏe thể chất chung, sự ảnh hưởng của suy giảm các chức năng cơ thể và cảm nhận tình trạng sức khỏe ở người bệnh đang có việc làm tốt hơn hai nhóm người bệnh còn lại. Một mặt, người bệnh nghỉ hưu có độ tuổi cao hơn so với nhóm người trong độ tuổi lao động lại đa số đang có việc làm, và sự tham gia lao động nghề nghiệp trong xã hội tốt hơn thể hiện ở sự khác biệt về điểm số chức năng xã hội ở hai nhóm có việc làm và nghỉ hưu. Độ tuổi các người bệnh trong nghiên cứu thấp nhất là 41 và cao nhất là 97 tuổi và theo thống kê các đối tượng từ 65 tuổi trở lên chiếm 51,3%. Thế nên, số người bệnh đang trong độ tuổi lao động khá cao. Mặc khác, các đối tượng thất nghiệp/nội trợ có xu hướng giảm chức năng thể chất của cơ thể nhiều hơn làm ảnh hưởng đến CLCS về thể chất là chủ yếu trong nghiên cứu. CLCS thể chất suy giảm hơn ở người cao tuổi ( $p=0,001$ ) và cả người thất nghiệp ( $p=0,03$ ) trong nghiên cứu của Anna L Hawkes [4]. Tình trạng nghề nghiệp có liên quan đến CLCS về thể chất ở người bệnh sau NMCT. Tuy nhiên, tình trạng nghề nghiệp lại phần nào bị quyết định bởi tuổi tác và tình trạng vận động thể lực của cơ thể người bệnh.

Người bệnh được PTBCMV có điểm số CLCS về sức khỏe thể chất, tinh thần chung thấp hơn người bệnh được CTMVQD và điều trị tiêu sợi huyết, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ). Tương tự, Anna L Hawkes [4] chưa ghi nhận ảnh hưởng của phương pháp điều trị CTMVQD và PTBCMV đến sự khác biệt điểm số CLCS (SF-36) ở người bệnh sau NMCT 6 tháng ( $p>0,05$ ). Phương pháp điều trị tái tưới máu với CTMVQD và PTBCMV đem lại hiệu quả hơn trong giảm đau ngực, cải thiện khả năng vận động thể lực, tình trạng sức khỏe tim mạch lâu dài. Lợi ích của can thiệp mạch vành, đặc biệt là stent mạch vành sẽ làm giảm các biểu hiện đau ngực nhưng vẫn có tỷ lệ tái hẹp đáng kể [2]. Mặc khác, các yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến CLCS sau CTMV là nhân khẩu học, đặc điểm lâm sàng và sự tuân thủ chỉ dẫn của thầy thuốc để kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch.

Điểm số đau của người bệnh mắc NMCT cấp dưới 1 năm thấp hơn nhóm mắc bệnh từ 1 đến 5 năm ( $p=0,005$ ) và chức năng xã hội có điểm số thấp hơn nhóm trên 5 năm ( $p=0,03$ ). Theo Peterson và cộng sự [10], người bệnh sau NMCT có điểm số PF và BP tăng sau 6 tháng xuất viện. Mặc khác, với tác giả Bernd Schweikert [12], thời gian được chẩn đoán NMCT trước đây không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ) trong mô hình tiên đoán điểm số CLCS của người bệnh. Tương tự, thời gian mắc bệnh không làm thay đổi nhiều tình trạng sức khỏe về thể chất và tinh thần ở người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, điểm số đau được cải thiện ở bệnh nhân trong giai đoạn hồi phục.

Nghiên cứu của nhóm hạn chế về thời gian tiến hành và cỡ mẫu nên chưa thể phản ánh hết chiều hướng thay đổi về CLCS của người bệnh sau điều trị. Mặc khác, thang đo SF-36 kém nhạy trong đánh giá tình trạng tâm lý và ảnh hưởng triệu chứng bệnh lý đến cảm nhận về sức khỏe hơn so với công cụ CLCS chuyên biệt như MacNew.

## V. KẾT LUẬN

Điểm số CLCS thể chất tổng quát ( $39,3\pm 7,7$ ) ở người bệnh sau NMCT giảm hơn so với sức khỏe tinh thần ( $54,1\pm 8,2$ ). Trong đó, lĩnh vực vai trò thể chất ( $34,8\pm 22,7$ ) và sức khỏe tổng quát ( $33,2\pm 18,5$ ) thấp, phản ánh sự đánh giá của người bệnh về sức khỏe rất

kém. Người bệnh cao tuổi, nữ giới và đối tượng đã nghỉ hưu có liên quan đến điểm số CLCS về thể chất kém hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Heart Association (2015), "Ischemic Heart Disease Worldwide, 1990 to 2013: Estimates From the Global Burden of Disease Study 2013", *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.*, 8, 455-456.
2. Antoniou Konstantina, Dokoutsidou Helen (2009), "Quality of life after coronary intervention", *Health Science Journal*, 3 (2), 66-71.
3. Ferrans CE, Powers MJ. (1992), "Psychometric assessment of the quality of life index", *Research in Nursing and Health*, 15 (1), 29-38.
4. Hawkes, and et al. (2013), "Predictors of physical and mental health-related quality of life outcomes among myocardial infarction patients", *BMC Cardiovascular Disorders 2013*, 13, 69.
5. Joshua Chadwick Jayaraj, Karapet Davatyan, Subramanian SS, and et al. (2018), *Myocardial Infarction*, IntechOpen, Burak Pamukçu,
6. Kenzo Shibayama (2012), "Factors Related to the Improvement of Quality of Life at 6 Months after Discharge for Myocardial Infarction Patients Treated with Percutaneous Coronary Intervention", *J Rural Med 2012*, 7 (1), 33-37.
7. Kjell I Pettersen, Elena Kvan, Arnfinn Rollag, and et al. (2008), "Health-related quality of life after myocardial infarction is associated with level of left ventricular ejection fraction", *BMC Cardiovascular Disorders 8*(28)
8. Krecki R, Drozd J, Szczesniak P, and et al. (2010), "Quality of life in high-risk patients with stable multivessel coronary artery disease treated either medically or with coronary artery bypass graft surgery - 12-month follow-up", *Kardiol Pol*, 68 (1), 22-30.
9. Maron DJ, Boden WE, O'Rourke RA, and et al. (2010), "Intensive multifactorial intervention for stable coronary artery disease: optimal medical therapy in the COURAGE trial", *J Am Coll Cardiol*, 55 (13), 1348-58.
10. Peterson PN, Spertus JA, Madid DJ, et al. (2006), "The impact diabetes on one-year health status outcomes following acute coronary syndrome.", *BMC Cardiovasc Disord*, 6 (41)
11. Rancic N, and et al. (2013), "Health-related quality of life in patients after the acute myocardial infarction", *Cent. Eur. J. Med.*, 8 (2), 266-272.
12. Schweikert B, and et al. (2009), "Quality of life several years after myocardial infarction: comparing the MONICA/KORA registry to the general population†", *European Heart Journal*, 30, 436-443.
13. Stefan Höfer, Lynette Lim, Gordon Guyatt, Neil Oldridge. (2004), "The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument: A summary", *Health and Quality of Life Outcomes*, 2 (3), e8.

(Ngày nhận bài: 08/09/2020 - Ngày duyệt đăng: 26/12/2020)

---