

**THAY ĐỔI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở NGƯỜI BỆNH SUY TIM MẠN
ĐƯỢC ÁP DỤNG PHƯƠNG PHÁP TẬP THỞ CƠ HOÀNH
TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108**

Trần Thị Mai Liên¹, Đỗ Văn Chiến¹

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn và đánh giá sự thay đổi chất lượng cuộc sống sau áp dụng phương pháp tập thở cơ hoành tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp một nhóm, có so sánh trước – sau trên 45 bệnh nhân suy tim mạn đang được quản lý và điều trị tại khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian từ tháng 10/2020 đến hết tháng 03/2021. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có chất lượng cuộc sống ở mức trung bình (40%), thấp (33,3%) và rất thấp (24,4%), mức cao chỉ đạt 2,2% và không có bệnh nhân đạt mức rất cao. Chất lượng cuộc sống của nữ có suy tim thấp hơn nam ở tất cả các khía cạnh. Ở tất cả các khía cạnh trong thang điểm EQ-5D-3L đều cho thấy có sự cải thiện chất lượng cuộc sống ở cả 2 thời điểm sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng. Sau 1 tháng, chỉ có 1/5 khía cạnh (Sự đi lại) có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, còn sau 3 tháng là 3/5 khía cạnh (Sự đi lại, tự chăm sóc và đau/khó chịu). **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống trong tất cả các khía cạnh của bệnh nhân suy tim mạn tính đều giảm. Sau tập thở cơ hoành, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tăng lên đáng kể theo thang điểm đánh giá CLCS EQ- 5D-5L. Bài tập có thể áp dụng vào thực hành lâm sàng ở những đơn vị có điều trị bệnh nhân suy tim mạn.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, suy tim mạn, phương pháp tập thở cơ hoành, Bệnh viện trung ương quân đội 108

**CHANGES IN THE QUALITY OF LIFE AMONG PATIENTS WITH CHRONIC
HEART FAILURE AFTER APPLYING DIAPHRAGMATIC BREATHING
AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL**

ABSTRACT

Objectives: To describe the quality of life in patients with chronic heart failure and to evaluate changes in the quality of life after applying diaphragmatic breathing at 108 Military Central Hospital in 2021. **Subjects and methods:** The one-group pretest-posttest design was conducted on patients with chronic heart failure who were treated at the

Tác giả: Trần Thị Mai Liên
Địa chỉ: Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
Email:ladoret009@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/3/2022
Ngày hoàn thiện: 17/5/2022
Ngày đăng bài: 18/5/2022

*Department of Cardiology, 108 Central Military Hospital during the period from October 2020 to February 2021. **Results:** The proportion of patients with quality of life at moderate, low and very low were 40%, 33.3%, and 24.4%, respectively. Patients reported high level quality of life accounted for only 2.2% and no one achieved very high level. The quality of life of women with heart failure is lower than that of men in all areas. In all areas in the EQ-5D-3L scale, there was an improvement in quality of life at both 1 and 3 months after the intervention. After 1 month, only 1 in 5 domains (Ambulation) had a statistically significant difference, and after 3 months, 3 in 5 of the domains (Ambulation, self-care and pain/discomfort) reached statistically significant difference. **Conclusions:** The quality of life in all areas of chronic heart failure patients decreased. After rehabilitation exercise by diaphragmatic breathing, the patient's quality of life increased significantly according to the CLCS EQ-5D-5L assessment scale. The exercise can be applied to clinical practice in units that treat patients with chronic heart failure.*

Keywords: *Quality of life, chronic heart failure, diaphragmatic breathing, 108 Central Military Hospital*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim (ST) là nguyên nhân tử vong hàng đầu trong các bệnh không lây nhiễm cùng với các bệnh khác như ung thư và tai biến mạch máu não. Suy tim là nguyên nhân gây tử vong cho 300.000 bệnh nhân mỗi năm ở Mỹ [1]. Với điều kiện chăm sóc tốt, tuổi thọ loài người ngày càng tăng cũng kéo theo con số bệnh nhân suy tim cũng không ngừng tăng lên [2]. Tại Việt Nam, ước tính có khoảng 320 nghìn đến 1,6 triệu người nước ta bị suy tim [3].

Quản lý bệnh nhân suy tim là một quá trình phức tạp. Bên cạnh những tiến bộ gần đây trong điều trị suy tim bằng các phương pháp y học (thuốc, ghép tim, cấy máy tạo nhịp tái đồng bộ tim...), việc điều trị suy tim bằng các biện pháp không dùng thuốc giúp cho tiên lượng của bệnh nhân suy tim có nhiều cải thiện (chế độ nghỉ ngơi, chế độ tập luyện, chế độ ăn, sự tuân thủ trong sử dụng thuốc...) [4]. Trong đó, vật lý trị liệu rất quan trọng gồm nhiều biện pháp như: tập thở cơ hoành, các bài tập vận động...

Ở nước ta hiện nay, đã có một số công trình nghiên cứu về tác dụng tập thở đối với

sức khỏe nói chung và bệnh lý mạn tính hô hấp, tim mạch nói riêng, tuy nhiên việc áp dụng phục hồi chức năng hô hấp vào điều trị vẫn còn nhiều hạn chế, phạm vi áp dụng còn hẹp. Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là bệnh viện đa khoa, chuyên khoa sâu, tuyến cuối của ngành Quân y, số lượng bệnh nhân suy tim được quản lý tại khoa Nội Tim mạch hàng năm rất lớn. Vấn đề đặt ra là thực trạng chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn tại Bệnh viện 108 như thế nào? Phương pháp tập thở cơ hoành có thể làm thay đổi cuộc sống của người bệnh suy tim mạn hay không? Chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu với mục tiêu mô tả thực trạng chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn và đánh giá sự thay đổi chất lượng cuộc sống sau áp dụng phương pháp tập thở cơ hoành tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2021.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Thời gian NC: từ 10/2020 đến 5/2021

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Tất cả các bệnh nhân suy tim mạn tính theo tiêu chuẩn của Hội Tim mạch Châu Âu, NYHA II-IV (New York Heart Association - Hội Tim Mạch New York).

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang trong đợt cấp của suy tim (phù phổi cấp hoặc sốc tim).
- Bệnh nhân đang có các bệnh cấp tính khác đi kèm như đột quỵ não, suy hô hấp, nhồi máu cơ tim cấp...
- Bệnh nhân không thể hợp tác để thực hiện bài tập
- Bệnh nhân già yếu > 90 tuổi
- Bệnh nhân nữ đang mang thai
- EF quá thấp < 20% [3].

2.3. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu can thiệp một nhóm, có so sánh trước – sau

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Xác định cỡ mẫu theo phương pháp thuận tiện, tức là lựa chọn một tập các bệnh nhân suy tim mạn, đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn, chấp nhận tham gia nghiên cứu theo 2 bước:

- Bước 1: Xem danh sách người bệnh, lựa chọn người bệnh đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Bước 2: Trước khi tiến hành phỏng vấn, điều tra viên tiếp xúc người bệnh, giải thích về mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu, trình tự các bước trong thời gian tham gia nghiên cứu (để tránh tình trạng sau 1 tháng, người bệnh không tham gia), thời gian can thiệp theo dự kiến và thông báo với người bệnh sẽ bảo mật thông tin cá nhân, câu trả

lời của người bệnh sẽ không ảnh hưởng gì tới quá trình điều trị. Nếu người bệnh đồng ý thì ký vào bản đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Trong khoảng thời gian nghiên cứu chúng tôi chọn được 45 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn đồng ý tham gia nghiên cứu, hoàn thành đầy đủ liệu trình tập luyện và được đánh giá đầy đủ tại 3 thời điểm trước can thiệp, sau can thiệp 1 tháng và sau can thiệp 3 tháng.

2.4. Nội dung can thiệp

Các bước tập thở cơ hoành gồm (tỷ lệ thời gian hít vào/thở ra = 1/2) [5]:

+ Giải thích cho người bệnh mục đích và mục tiêu của tập thở.

+ Để người bệnh nằm ngửa ở tư thế thoải mái và chắc chắn.

+ Làm mẫu cho người bệnh xem và tiếp tục giải thích.

+ Đặt một tay (hoặc hai tay) vào góc sườn hoành theo nhịp thở của người bệnh, yêu cầu người bệnh thở bình thường, tay KTV nhẹ nhàng ấn xuống và đẩy nhẹ khi người bệnh thở ra. Cứ để người bệnh thở vào và để ngực kháng lại tay người điều trị.

+ Sau khi đã làm theo vài nhịp thở như vậy, đến thì thở ra ấn mạnh tay hơn và yêu cầu người bệnh thở mạnh đẩy tay KTV lên (cuối thì thở ra). Lúc này không nên nhắc người bệnh thở bằng mũi, điều quan trọng nhất là hiểu và sử dụng cử động cơ hoành.

+ KTV cứ tiếp tục theo nhịp thở ở góc sườn-hoành và yêu cầu người bệnh thở căng, đẩy lại tay mình.

+ Sau đó hỏi người bệnh xem có thấy gì khác nhau giữa cách thở đang làm với cách mà người bệnh vẫn thở từ trước. Nếu người bệnh thấy không có gì khác, lúc đó KTV phải tiếp tục lặp lại và mạnh hơn, có

thể phải giải thích thêm cho người bệnh cảm thấy được sự thay đổi do động tác thở.

+ Khi thấy người bệnh thở đúng rồi thì yêu cầu người bệnh thở một mình độc lập. Tay người bệnh phải đặt đúng chỗ và tập trung vào việc tập thở. KTV có thể đặt tay mình lên tay người bệnh để giúp người bệnh nhận biết nhịp thở và trình tự thở.

+ Bệnh nhân được hướng dẫn về kỹ thuật và tập có sự kiểm tra kỹ thuật của nghiên cứu viên trong 1 tuần, sau đó tự tập tại nhà. Thời gian mỗi buổi tập từ 30 – 40 phút, mỗi ngày tập 2 lần vào buổi sáng và buổi tối trước khi đi ngủ 1h.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Sử dụng bộ công cụ bao gồm bảng câu hỏi khảo sát và thang điểm đánh giá. Bệnh án nghiên cứu được lập trước và sau khi hướng dẫn bệnh nhân tập thở cơ hoành.

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá

Sử dụng công cụ đo lường hệ số (mức độ) chất lượng cuộc sống là bộ câu hỏi EQ-5D-5L do Hiệp hội khoa học Châu Âu (The EuroQol Research Foundation) xây dựng. Thang điểm EQ-5D-5L cho Việt Nam từ nhóm nghiên cứu của GS. TS. Hoàng Văn Minh và các cộng sự [6] phát triển dựa trên một nghiên cứu được giám sát và phê chuẩn của Euroqol (đơn vị sở hữu bộ công cụ này). Đây là nghiên cứu xây dựng thang điểm đo lường chất lượng cuộc sống đầu tiên tại Việt Nam. Nghiên cứu được thực hiện vào năm 2017-2018 bởi nhóm nghiên cứu của Trường Đại học Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội và Trường Đại học Umea, Thụy Điển. Nghiên cứu được thực hiện theo quy định, tiêu chuẩn và dưới sự giám sát của các chuyên gia của Euroqol. Kết quả nghiên cứu và thang điểm đo lường chất lượng cuộc sống tại Việt Nam đã được Euroqol phê chuẩn. Kết quả của nghiên cứu là cơ

sở quan trọng cho các nghiên cứu, đánh giá chất lượng cuộc sống cũng như các đánh giá công nghệ y tế tại Việt Nam. Bộ câu hỏi gồm 5 khía cạnh (Đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường lệ, đau khó chịu và lo lắng u sầu), mỗi khía cạnh gồm năm mức độ: không ảnh hưởng, ảnh hưởng mức độ nhẹ, ảnh hưởng mức độ trung bình, ảnh hưởng mức độ nhiều và ảnh hưởng đặc biệt nghiêm trọng, tương ứng với điểm số từ 1 đến 5.

Bảng 1. Phân loại chất lượng cuộc sống [6]

Mức độ	Tổng số điểm	Phân loại CLCS
Mức độ 1	5	Rất cao
Mức độ 2	6 – 10	Cao
Mức độ 3	11 – 15	Trung bình
Mức độ 4	16 – 20	Thấp
Mức độ 5	21 - 25	Rất thấp

2.7. Phương pháp phân tích số liệu

- Số liệu được mã hóa, nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0, thống kê theo tần số, tỷ lệ phần trăm và tính các giá trị trung bình được sử dụng cho phần mô tả.

- Các kiểm định so sánh giá các trị trung bình, so sánh 2 tỷ lệ được sử dụng để phân tích sự khác biệt trước và sau can thiệp. p12, p13 là giá trị p của t-student's test để so sánh giá trị trung bình chất lượng cuộc sống giữa trước can thiệp và sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng

2.8. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi đề cương nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Khoa học và Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, được sự chấp thuận của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và cho phép của Khoa Nội Tim mạch.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

- Độ tuổi trung bình của bệnh nhân suy tim đang điều trị của nam giới thấp hơn của nữ giới (tương ứng $58,94 \pm 12,87$ và $70,11 \pm 7,65$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, người bệnh có độ tuổi ≥ 60 chiếm tỉ lệ cao là 55,6%, ở độ tuổi còn trẻ (từ 18 - 39 tuổi) có tỉ lệ 4,4% và người bệnh có độ tuổi trung bình (từ 40 - 59 tuổi) chiếm tỉ lệ 40%. Bệnh nhân ít tuổi nhất là 31 tuổi và cao nhất là 86 tuổi.

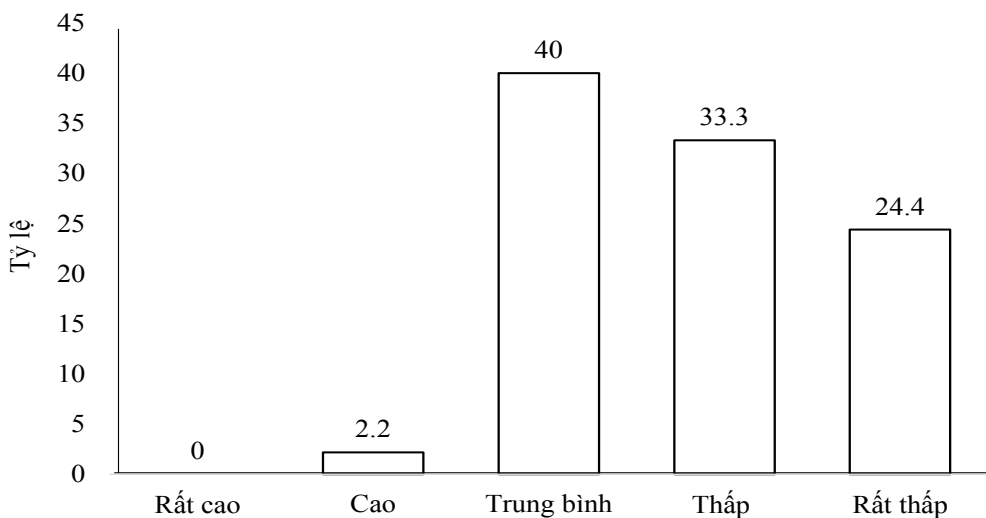
- Bệnh nhân nam giới chiếm đa số với 80%, gấp 4 lần số bệnh nhân nữ.

- Bệnh nhân suy tim NYHA 3 chiếm đa số với 57,8%, NYHA 2 chiếm 33,3% và NYHA 4 chỉ chiếm 8,9%.

- Số bệnh nhân có EF trên 40 chiếm đa số với 27 bệnh nhân chiếm 60%, số bệnh nhân có EF thấp dưới 40 chiếm 40%.

- Tỷ lệ bệnh nhân suy tim mạn có rung nhĩ là 28,9%. Số bệnh nhân không có rung nhĩ chiếm 71,1%.

- Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh phổi hợp là



Biểu đồ 1. Phân loại chất lượng cuộc sống bệnh nhân suy tim mạn

84,4%, trong đó bệnh nhân mắc từ 2 bệnh phổi hợp trở lên chiếm 51,1% và bệnh nhân mắc 1 bệnh phổi hợp chiếm 33,3%.

3.2. Thực trạng chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn

3.2.1. Thực trạng chất lượng cuộc sống

Bảng 2. Điểm số chất lượng cuộc sống theo các tiêu chí (N=45)

Tiêu chí	Điểm số (X ± SD)
Sự đi lại	3,18 ± 1,09
Tự chăm sóc	3,67 ± 1,08
Sinh hoạt thường lệ	3,22 ± 1,15
Đau/ Khó chịu	3,31 ± 1,33
Lo lắng/ U sầu	3,47 ± 1,22
Tổng thể	16,84 ± 3,735

Điểm số trong các khía cạnh của bệnh nhân đều thấp trong đó khía cạnh thuộc thành phần sức khỏe thể chất thấp hơn so với khía cạnh sức khỏe tâm thần, điểm trung bình ở Tiêu chí đi lại, tự chăm sóc và sinh hoạt thường lệ lần lượt là 3,4; 3,67 và 3,53. Trong khi đó điểm trung bình ở Tiêu chí đau và lo lắng là 3,31.

Mức chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy tim trước can thiệp chủ yếu là trung bình, thấp và rất thấp, tỷ lệ mức cao và rất cao chỉ đạt 2,2%.

3.2.2. *Mối liên quan giữa phân độ NYHA và điểm số CLCS*

Bảng 3. Liên quan giữa phân độ NYHA và điểm số CLCS

Tiêu chí	Điểm số CLCS (X ± SD)		p
	NYHA II	NYHA III, IV	
Sự đi lại	2,00 ± 0,535	3,77 ± 0,774	0,000
Tự chăm sóc	3,27 ± 1,100	3,87 ± 1,042	0,081
Sinh hoạt thường lệ	3,07 ± 1,033	3,30 ± 1,208	0,526
Đau/ Khó chịu	3,33 ± 1,234	3,30 ± 1,393	0,938
Lo lắng/ U sầu	2,27 ± 0,594	4,07 ± 0,980	0,000

Những bệnh nhân suy tim NYHA III, IV có điểm trung bình chất lượng cuộc sống cao hơn nhóm bệnh nhân suy tim NYHA II ở 4/5 khía cạnh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê thấy ở khía cạnh sự đi lại và lo lắng/ u sầu.

3.2.3. *Mối liên quan giữa phân suất tống máu thất trái và điểm CLCS*

Bảng 4. Liên quan giữa phân suất tống máu thất trái và điểm CLCS

Tiêu chí	Điểm số CLCS (X ± SD)		p
	EF ≤ 40	EF > 40	
Sự đi lại	3,19 ± 1,111	3,17 ± 1,098	0,956
Tự chăm sóc	3,70 ± 1,068	3,61 ± 1,145	0,783
Sinh hoạt thường lệ	3,15 ± 1,099	3,33 ± 1,237	0,601
Đau/ Khó chịu	3,33 ± 1,271	3,28 ± 1,447	0,893
Lo lắng/ U sầu	3,37 ± 1,149	3,61 ± 1,335	0,522

Những bệnh nhân có chỉ số EF ≤ 40 có điểm trung bình chất lượng cuộc sống cao hơn nhóm bệnh nhân có chỉ số EF > 40 ở các khía cạnh sự đi lại, tự chăm sóc và đau/ khó chịu và thấp hơn ở 2 khía cạnh còn lại nhưng những sự khác biệt này đều không có ý nghĩa thống kê.

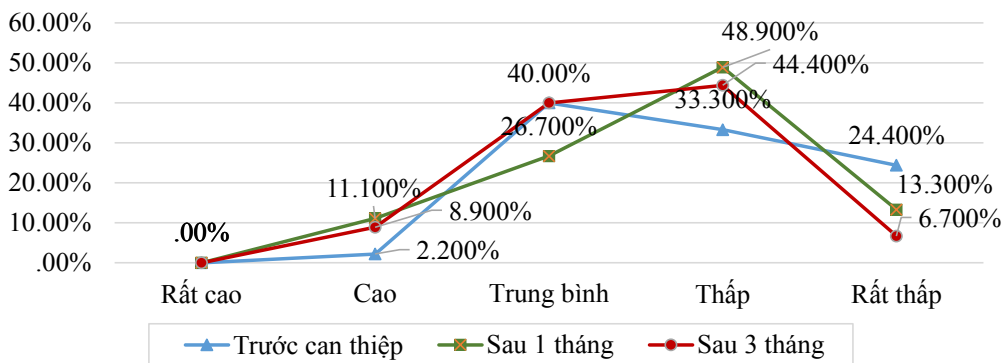
3.3. Sự thay đổi chất lượng cuộc sống ở người bệnh

3.3.1. Thay đổi chất lượng cuộc sống của người bệnh sau tập thở cơ hoành

Bảng 5. Thay đổi chất lượng cuộc sống của người bệnh sau tập thở cơ hoành

Tiêu chí	Trước can thiệp	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng	p12	p13
Sự đi lại	3,18 ± 1,093	2,87 ± 0,919	2,84 ± 1,005	0,042	0,038
Tự chăm sóc	3,67 ± 1,087	3,49 ± 1,121	3,31 ± 0,925	0,073	0,002
Sinh hoạt thường lệ	3,22 ± 1,146	3,11 ± 0,959	3,07 ± 0,963	0,462	0,291
Đau/ Khó chịu	3,31 ± 1,328	3,18 ± 1,319	3,11 ± 1,335	0,110	0,037
Lo lắng/ U sầu	3,47 ± 1,217	3,27 ± 1,074	3,31 ± 1,083	0,107	0,227

Ở tất cả các khía cạnh đều cho thấy có sự cải thiện chất lượng cuộc sống ở cả 2 thời điểm sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng. Sau 1 tháng, chỉ có 1/5 khía cạnh cải thiện có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, còn sau 3 tháng là 3/5 khía cạnh.



Biểu đồ 2. Cải thiện chất lượng cuộc sống sau tập thở cơ hoành

Nhìn chung, sau quá trình can thiệp 3 tháng, đã giảm thiểu được số lượng bệnh nhân có mức chất lượng cuộc sống rất thấp, đưa họ về mức thấp, và nâng lượng bệnh nhân đạt mức chất lượng cuộc sống cao tăng lên.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn

Chất lượng cuộc sống bệnh nhân suy tim mạn phụ thuộc vào nhiều yếu tố: tuổi và mức độ hoạt động của bệnh nhân, nguyên nhân suy tim và phương pháp điều trị, tác dụng phụ của thuốc và mức độ các triệu chứng. Chất lượng cuộc sống bệnh nhân suy tim mạn giảm do trải qua những đợt cấp và

lo lắng về sự tái phát các đợt như vậy. Vì vậy, nhìn chung chất lượng cuộc sống bệnh nhân suy tim mạn giảm hơn so với người bình thường, điều này cũng đã được chứng minh qua rất nhiều các thử nghiệm với các bộ câu hỏi khác nhau [7].

Chất lượng cuộc sống trong nhóm bệnh nhân suy tim của chúng tôi được phân tích trên tất cả 5 khía cạnh là: Sự đi lại, Tự chăm sóc, Sinh hoạt thường lệ, Đau/ khó chịu và Lo lắng/ U sầu. Điểm số của mỗi khía cạnh

từ 0-5 trong đó 0 tương ứng với CLCS tốt nhất và 5 tương ứng với CLCS kém nhất. Kết quả cho thấy rằng điểm số trong các khía cạnh của bệnh nhân chúng tôi đều thấp trong đó khía cạnh sự đi lại và sinh hoạt thường lệ là thấp nhất. Khi phân loại mức chất lượng cuộc sống từ rất thấp đến rất cao, bệnh nhân trong nghiên cứu phần lớn tập trung ở các mức chất lượng cuộc sống từ trung bình cho đến thấp và rất thấp, số trường hợp đạt mức cao rất ít chỉ chiếm 2,2% và không có trường hợp nào đạt mức rất cao.

Theo tác giả Artalejo (2005) khi khảo sát CLCS của 394 bệnh nhân suy tim sử dụng thang điểm SF-36 thấy rằng điểm số CLCS của những bệnh nhân này đều giảm ở các khía cạnh thực thể nhiều hơn về mặt tâm thần. Thang điểm này đánh giá ngược lại thang điểm EQ-5D-5L tức là điểm số của mỗi khía cạnh từ 0-100 trong đó 0 tương ứng với CLCS kém nhất và 100 tương ứng với CLCS tốt nhất. Trong đó các khía cạnh có điểm thấp dưới 50 như hoạt động thể chất, giới hạn thể chất, sức khỏe tổng quát, cảm nhận sức sống. Riêng khía cạnh giới hạn tâm lý có điểm cao nhất [2].

Khi sử dụng thang đo tổng quát SF-36 để dự đoán tỷ lệ tử vong lâu dài của 416 bệnh nhân suy tim từ năm 2000-2001, tác giả Zuluaga cũng thấy rằng CLCS của nhóm bệnh nhân này giảm chủ yếu ở các khía cạnh sức khỏe thể chất. Riêng khía cạnh giới hạn tâm lý không có sự thay đổi nhiều ở nhóm bệnh nhân này [8]. Tác giả Saccomann (2005) khi khảo sát CLCS của 170 bệnh nhân suy tim ở độ tuổi trên 60 cũng nhận thấy rằng có tình trạng giảm điểm trên tất cả các khía cạnh thể chất [9].

Nhóm bệnh nhân của chúng tôi có 3 nhóm phân độ NYHA, chủ yếu là NYHA II, III. Ở tất cả các khía cạnh, khi so sánh điểm

trung bình chất lượng cuộc sống ở 2 nhóm bệnh nhân NYHA II và NYHA III, IV đều nhận thấy có sự khác biệt, song chỉ có khía cạnh sự đi lại và lo lắng/ u sầu là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Phân độ NYHA tập trung chủ yếu vào khả năng hoạt động hàng ngày của người bệnh. Do vậy, bệnh nhân có phân độ càng tăng sẽ ảnh hưởng càng nhiều đến hoạt động hàng ngày của người bệnh cả về thể chất lẫn tinh thần. Theo nghiên cứu của tác giả Hobbs cho kết quả có mối tương quan nghịch giữa tất cả các khía cạnh theo bảng SF-36, ngoại trừ khía cạnh cảm nhận đau [10]. Tác giả Juenger khảo sát CLCS 205 bệnh nhân suy tim từ NYHA I-III và thấy rằng ngoại trừ 3 khía cạnh cảm nhận đau, tâm thần tổng quát, hoạt động xã hội, tất cả các khía cạnh còn lại đều có điểm thấp [11]. Theo tác giả Emma, khi phân độ NYHA càng cao, thì khía cạnh sức khỏe thể chất giảm [12]. Tác giả Javaid Iqba năm 2010 đã chứng minh được rằng CLCS sẽ giảm theo tỷ lệ nghịch với phân độ NYHA [13].

Phân suất tổng máu thất trái trong nghiên cứu của chúng tôi được chia thành 2 nhóm: nhóm có phân suất tổng máu $\leq 40\%$ (suy tim với chức năng tâm thu thất trái giảm) và nhóm có phân suất tổng máu $> 40\%$ (suy tim có phân suất tổng máu bảo tồn). Phần lớn các nghiên cứu tập trung vào suy tim có chức năng tâm thu thất trái giảm. Tuy nhiên, 50% bệnh nhân suy tim có chức năng tâm thu thất trái bảo tồn. Triệu chứng cơ năng của 2 loại suy tim tương tự nhau, trong khi đó triệu chứng suy tim của bệnh nhân có chức năng tâm thu thất trái bảo tồn đôi khi mơ hồ. Đặc biệt nhóm bệnh nhân này thường gặp khó khăn trong chẩn đoán hoặc đôi khi chẩn đoán nhầm với các bệnh khác như thiếu máu, bệnh phổi, thậm chí là trầm cảm và vì vậy dẫn đến điều trị ít đạt

hiệu quả. Do vậy, CLCS ở nhóm bệnh nhân này chưa được quan tâm đúng mức. Đã có một vài nghiên cứu cho thấy không có sự giảm đáng kể CLCS cũng như không có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê về các khía cạnh CLCS giữa hai nhóm suy tim tâm thu có phân suất tổng máu thất trái giảm và bảo tồn [13].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các bệnh nhân có chỉ số $EF \leq 40\%$ có kết quả chất lượng cuộc sống kém hơn ở các lĩnh vực đi lại, tự chăm sóc và đau/khó chịu. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Năm 2008, Austin đã đưa ra kết quả nghiên cứu cho thấy mặc dù khả năng sống còn của những bệnh nhân suy tim có chức năng tâm thu thất trái bảo tồn cao hơn nhóm có chức năng tâm thu thất trái giảm, nhưng điểm số CLCS cũng như hoạt động chức năng của cả hai nhóm đều tương tự nhau [14]. Nghiên cứu COACH (Coordinating study evaluating Advising and Counselling in Heart failure) 2012 cho thấy cả hai nhóm suy tim đều có giảm CLCS ở các khía cạnh ngoại trừ ở khía cạnh cảm nhận đau có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [15].

4.2. Thay đổi chất lượng cuộc sống sau can thiệp

Điểm CLCS về tình trạng sức khỏe chung của BN sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng đều giảm, cho thấy chất lượng cuộc sống cao hơn so với trước khi can thiệp. Theo kết quả thu được, đa số người bệnh sau can thiệp đều cảm thấy tình trạng sức khỏe của mình tốt hơn theo thời gian. Xu hướng đồ thị phân loại mức chất lượng cuộc sống cho thấy tỷ lệ bệnh nhân ở mức rất thấp ngày càng giảm song song với tỷ lệ bệnh nhân ở mức cao ngày càng tăng. Đây là tín hiệu tích cực cho thấy hiệu quả tác động lâu dài của việc điều trị can thiệp.

Cụ thể, sau khi can thiệp 1 tháng, điểm CLCS hầu hết các khía cạnh đánh giá của BN có thay đổi nhưng không rõ ràng và thay đổi thực sự có ý nghĩa sau 3 tháng can thiệp. Khi so sánh điểm trung bình chất lượng cuộc sống sau can thiệp 1 tháng với thời điểm trước can thiệp, chỉ có 1 trên 5 khía cạnh đánh giá có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Sự đi lại); tuy nhiên, sau 3 tháng có tới 3 trên 5 khía cạnh đạt được sự khác biệt này. Kết quả này chứng tỏ tác động có hiệu quả của kỹ thuật tập thở cơ hoành trong việc nâng cao khả năng sức khỏe thể chất, khả năng gắng sức, giảm triệu chứng khó thở và cải thiện CLCS trên bệnh nhân suy tim mạn.

Ở tiêu chí tự chăm sóc, đau/khó chịu, lo lắng/ u sầu, sau 1 tháng điểm CLCS có tăng lên nhưng chưa có ý nghĩa thống kê. Thay đổi chỉ thực sự có ý nghĩa ở thời điểm sau can thiệp 3 tháng. Các BN đều cảm thấy sự giảm đi rõ rệt các cơn đau, sự mệt mỏi và BN cảm thấy sức khỏe dồi dào hơn, tăng khả năng gắng sức. Tâm lý lo lắng rất phổ biến ở các BN mắc bệnh mạn tính. Sau mỗi đợt cấp, khả năng xảy ra các đợt cấp tiếp theo rất cao nếu như bệnh nhân không tuân thủ điều trị. Tình trạng đó sẽ được cải thiện theo thời gian khi sức khỏe của BN đã đi vào ổn định. Sau can thiệp 1 tháng, điểm CLCS của BN về các cảm xúc tích cực và sự tham gia các hoạt động xã hội tăng nhẹ và cải thiện nhiều tại thời điểm sau can thiệp 3 tháng [7].

5. KẾT LUẬN

Việc can thiệp tập thở cơ hoành đã bước đầu cho thấy mang lại chất lượng cuộc sống cao hơn cho bệnh nhân suy tim mạn so với trước khi can thiệp. Đa số người bệnh sau tập thở cơ hoành đều cảm thấy tình trạng sức khỏe của mình tốt hơn theo thời gian.

Bài tập có thể áp dụng vào thực hành lâm sàng ở những đơn vị có điều trị bệnh nhân suy tim mạn. Song cần có những nghiên cứu khác sâu hơn, với cỡ mẫu lớn hơn và có nhóm đối chứng nhằm đánh giá chính xác hơn hiệu quả lâu dài cũng như phân tích kỹ hơn những yếu tố ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy tim mạn, từ đó có những biện pháp can thiệp để nâng cao CLCS của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Huyền (2014), Các yếu tố liên quan đến hành vi tự chăm sóc của người già suy tim tại BV Đa khoa TW Thái Nguyên. *TCTMHVN* (Số 64): p. 26-33.
2. F. Rodríguez-Artalejo et al. (2006), Social network as a predictor of hospital readmission and mortality among older patients with heart failure, *J. Card. Fail.*, vol. 12, no. 8, pp. 621–627, Oct. 2006, doi: 10.1016/j.cardfail.06.471.
3. Nguyễn Thị Mai Loan (2010), Nghiên cứu điều trị suy tim mạn tính tại viện tim mạch Việt Nam, *Luận văn Thạc sĩ*, Đại học Y Hải Phòng.
4. Lawrence P Cahalin, R. A. Arena (2015), Breathing exercises and inspiratory muscle training in heart failure, *Heart Fail. Clin.*, vol. 11, no. 1, pp. 149–172, Jan. 2015, doi: 10.1016/j.hfc.2014.09.002.
5. Đặng Ngọc Dung (1994), Nhận xét về sự thay đổi chức năng thông khí và các thành phần khí trong máu ở bệnh nhân viêm phế quản mãn tính trước và sau 1 tháng điều trị bằng tập thở cơ hoành có phối hợp vỗ rung và dẫn lưu tư thể, *Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II*, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. Vu Quỳnh Mai, Sun Sun, Hoang Van Minh , Nan Luo , Kim Bao Giang , Lars Lindholm , Klas Goran Sahlen. (2020). An EQ-5D-5L Value Set for Vietnam. *Qual Life Res*, 29(7), 1923–1933. doi: 10.1007/s11136-020-02469-7
7. Lê Ngọc Anh (2017), Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân suy tim mạn tại Viện Tim mạch Việt Nam, *Luận văn thạc sĩ y học*, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. M. C. Zuluaga, P. Guallar-Castillón, (2009), Mechanisms of the association between depressive symptoms and long-term mortality in heart failure, *Am. Heart J.*, vol. 159, no. 2, pp. 231–237, Feb. 2010, doi: 10.1016/j.ahj.2009.11.011.
9. R. S. Saccomann, F. A. Cintra, and B. J. Gallani (2007), Psychometric properties of the Minnesota Living with Heart Failure in the elderly, *Qual. Life Res. Int. J. Qual. Life Asp. Treat. Care Rehabil.*, vol. 16, no. 6, pp. 997–1005, Aug. 2007, doi: 10.1007/s11136-007-9170-z.
10. Hobbs F.D.R., Davis R.C., Roalfe A.K. và cộng sự. (2002). Reliability of N-terminal pro-brain natriuretic peptide assay in diagnosis of heart failure: cohort study in representative and high risk community populations. *BMJ*, 324(7352), 1498. doi: 10.1136/bmj.324.7352.1498
11. K. I. Pettersen, A. Reikvam, A. Rollag, (2005), Reliability and validity of the Kansas City cardiomyopathy questionnaire in patients with previous myocardial infarction, *Eur. J. Heart Fail.*, vol. 7, no. 2, pp. 235–242, Mar. 2005, doi: 10.1016/j.ejheart.2004.05.012.
12. Birks Emma.J. (2013). Molecular changes after left ventricular assist device support for heart failure. *Circ Res*, 113(6), 777–791. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.113.301413

13. Iqbal J., Francis L., Reid J. và cộng sự. (2010). Quality of life in patients with chronic heart failure and their carers: a 3-year follow-up study assessing hospitalization and mortality. *Eur J Heart Fail*, 12(9), 1002–1008. doi: 10.1093/eurjhf/hfq114
14. Austin J., Williams W.R., Ross L. và cộng sự. (2008). Five-year follow-up findings from a randomized controlled trial of cardiac rehabilitation for heart failure. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil Off J Eur Soc Cardiol Work Groups Epidemiol Prev Card Rehabil Exerc Physiol*, 15(2), 162–167. doi: 10.1097/HJR.0b013e3282f10e87
15. Postmus D., van Veldhuisen D.J., Jaarsma T. và cộng sự. (2012). The COACH risk engine: a multistate model for predicting survival and hospitalization in patients with heart failure. *Eur J Heart Fail*, 14(2), 168–175. doi: 10.1093/eurjhf/hfr163