

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH SUY TIM MẠN TÍNH VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG

Hoàng Phương Hảo¹, Bùi Long¹, Lê Văn Anh¹, Nguyễn Đức Mạnh²,
Nguyễn Thị Hoa¹, Trần Thị Lan Anh², Nguyễn Thị Thu Cúc²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy tim mạn tính không những gây ra những tác động kinh tế lớn mà còn tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. **Mục tiêu:** Phân tích chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh suy tim mạn tính điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu Nghị theo thang đo KCCQ và xác định các yếu tố ảnh hưởng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 206 người bệnh suy tim mạn đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 10-12/2024. CLCS được đánh giá bằng thang đo KCCQ. Hồi quy tuyến tính đa biến được sử dụng để phân tích các yếu tố ảnh hưởng. **Kết quả:** Người bệnh có độ tuổi trung bình là $79,42 \pm 7,49$, chủ yếu là nam giới. Điểm chất lượng cuộc sống KCCQ tổng thể trung bình là $71,98 \pm 20,81$ và có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi, chỉ số Charlson điều chỉnh theo tuổi, số lượng bệnh mắc kèm theo Charlson, nguyên nhân suy tim và phân độ NYHA. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố này có ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến CLCS tổng thể. **Kết luận:** CLCS của đối tượng nghiên cứu có điểm số trung bình. Tuổi, số lượng bệnh mắc kèm theo Charlson, phân độ NYHA và phân suất tống máu là các yếu tố ảnh hưởng đến điểm CLCS tổng thể. **Từ khóa:** Chất lượng cuộc sống, suy tim, KCCQ, yếu tố ảnh hưởng.

SUMMARY

ASSESSING QUALITY OF LIFE AMONG CHRONIC HEART FAILURE PATIENTS AND INFLUENTIAL FACTORS

Background: Chronic heart failure causes significant economic impacts and negatively affects the quality of life of patients. **Objective:** To analyze the quality of life of chronic (QoL) heart failure patients receiving outpatient treatment at Friendship Hospital using the KCCQ questionnaire and identify influential factors. **Research subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 206 chronic heart failure outpatient patients treated at Friendship Hospital from 10-12/2024. QoL was assessed using the KCCQ questionnaire. Multivariate linear regression was used to analyze influencing

factors. **Results:** Patients had an average age of 79.42 ± 7.49 , mostly male. The mean overall KCCQ QoL score was 71.98 ± 20.81 with statistically significant difference between age groups, Charlson index adjusted for age, number of comorbidities according to Charlson, causes of heart failure and NYHA classification. Multivariate regression analysis showed that these factors had a statistically significant influence on overall QoL. **Conclusion:** The QoL among chronic heart failure had an average score. Age, number of comorbidities, NYHA classification and ejection fraction were factors affecting overall QoL score. **Keywords:** Quality of life, heart failure, KCCQ, influential factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim đang trở thành một trong những bệnh lý mạn tính phổ biến nhất trên thế giới với hơn 64 triệu người mắc phải [3]. Với tốc độ già hóa dân số như hiện nay, tỷ lệ mắc bệnh suy tim ước tính sẽ tăng cao hơn, dự kiến tăng thêm 40% đến năm 2035 [8]. Với những người bệnh từ 65 tuổi trở lên, có 80% trường hợp nhập viện và 90% trường hợp tử vong liên quan đến suy tim [6]. Bên cạnh đó, suy tim gây ra gánh nặng kinh tế lớn, ước tính chi phí liên quan đến bệnh lý suy tim trên toàn cầu khoảng 108 tỷ USD (65 tỷ USD cho chi phí trực tiếp và 43 tỷ USD cho chi phí gián tiếp) [5]. Ngoài ra, các biến chứng về thể chất và tinh thần như mệt mỏi, trầm cảm, lo lắng, phù nề, khó thở do tiến triển của bệnh cũng như quá trình điều trị gây tác động nghiêm trọng và tiêu cực đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh suy tim mạn. CLCS ở những người bệnh này thấp hơn so với những người mắc bệnh mạn tính khác [7]. Do đó, việc đánh giá thường xuyên CLCS và tình trạng sức khỏe của người bệnh suy tim là một trong những biện pháp chính để đánh giá điều trị và đưa ra các giải pháp cải thiện CLCS người bệnh.

Hiện nay, CLCS thường được đánh giá bằng cách sử dụng các bộ công cụ phỏng vấn khác nhau. Bộ công cụ KCCQ gồm 15 câu hỏi, đánh giá trên 7 khía cạnh về thể lực, ổn định triệu chứng, tần suất triệu chứng, gánh nặng triệu chứng, sự hiểu biết về suy tim, CLCS và giới hạn xã hội của người bệnh suy tim mạn được sử dụng rộng rãi trong các nghiên cứu. Bệnh viện Hữu Nghị với đối tượng người bệnh cao tuổi, có số lượng người bệnh đến khám và điều trị các bệnh lý tim mạch ngày càng tăng. Do đó, phân

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Cúc

Email: cucnguyen.pharm@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 22.5.2025

tích CLCS người bệnh suy tim để hỗ trợ công tác quản lý và chăm sóc người bệnh suy tim tại Bệnh viện Hữu Nghị là cần thiết. Vì vậy, nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá CLCS của người bệnh suy tim mạn tính điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu Nghị năm 2024 được thực hiện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh suy tim mạn đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu Nghị đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn gồm: từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán suy tim mạn (mã chẩn đoán theo ICD 10 là I50) và đồng ý tham gia phỏng vấn. Tiêu chuẩn loại trừ gồm: người bệnh không tỉnh táo, nhận thức kém, hạn chế giao tiếp hoặc không hoàn thành phiếu khảo sát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng phiếu khảo sát và hồi cứu dữ liệu từ hồ sơ bệnh án.

Cỡ mẫu: lấy mẫu ngẫu nhiên, thuận tiện toàn bộ người bệnh tái khám ngoại trú từ tháng 10-12/2024.

Nội dung nghiên cứu: CLCS người bệnh suy tim mạn đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu Nghị và các yếu tố ảnh hưởng liên quan đặc điểm nhân khẩu học và đặc điểm lâm sàng. CLCS được đánh giá dựa trên thang đo KCCQ (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire) gồm 15 câu hỏi (23 mục) trên 7 khía cạnh (thể lực, ổn định triệu chứng, tần suất triệu chứng, gánh nặng triệu chứng, sự hiểu biết về suy tim,

CLCS và giới hạn xã hội). Tất cả các điểm số được biểu thị trên thang điểm từ 0-100, trong đó điểm số 100 biểu thị không có triệu chứng, không có hạn chế và CLCS tuyệt vời và điểm số thấp hơn biểu thị các triệu chứng và/ hoặc hạn chế nghiêm trọng hơn. Thang đo KCCQ phiên bản Tiếng Việt được cấp phép theo hợp đồng bản quyền giữa nhóm nghiên cứu với tổ chức Outcomes Instrument, LLC ngày 21/8/2024. Mức độ nặng bệnh đồng mắc suy tim được đánh giá dựa trên điểm Charlson với mỗi bệnh được cho điểm khác nhau và có điều chỉnh theo tuổi (≥ 50 tuổi, mỗi 10 tuổi cộng 1 điểm).

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Hữu Nghị số 08/BVHN-HĐĐĐ ngày 05/09/2024.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Dữ liệu được thu thập bằng phần mềm Microsoft Excel và xử lý bằng phần mềm R version 4.4.2. Thống kê mô tả áp dụng cho biến đặc điểm nhân khẩu học và đặc điểm lâm sàng. Khác biệt CLCS các nhóm được kiểm định bằng Kruskal-Wallis, hồi quy đa biến áp dụng đánh giá các yếu tố ảnh hưởng. P-value < 0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của quần thể người bệnh. Tổng số 206 người bệnh thỏa mãn tiêu chí lựa chọn và loại trừ được đưa vào phân tích. Đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh nghiên cứu và điểm KCCQ theo nhóm được tổng kết trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và điểm KCCQ tổng thể theo nhóm

STT	Đặc điểm người bệnh	Phân loại	N (%)	Điểm KCCQ tổng thể (TB $\pm$ SD)	p-value
1	Tuổi	Dưới 49	0	-	0,048
		50-59	1 (0,49)	83,33	
		60-69	19 (9,22)	82,80 $\pm$ 17,80	
		Trên 70	186 (90,29)	70,81 $\pm$ 20,85	
		Trung bình $\pm$ SD	79,42 $\pm$ 7,49	-	
2	Giới	Nam	166 (80,58)	71,45 $\pm$ 20,94	0,451
		Nữ	40 (19,42)	74,18 $\pm$ 20,35	
3	Nghề nghiệp	Đã nghỉ hưu	205 (99,51)	71,87 $\pm$ 20,80	-
		Nông dân/làm ruộng	0	-	
		Công/viên chức	1 (0,49)	94,79	
		Khác	0	-	
4	Nơi ở	Thành thị	199 (96,60)	72,31 $\pm$ 20,40	0,221
		Nông thôn	7 (3,40)	62,50 $\pm$ 30,86	
5	Tình trạng hôn nhân	Sống cùng vợ/ chồng	170 (82,52)	72,26 $\pm$ 20,76	0,913
		Ly hôn/ Góa	33 (16,02)	70,73 $\pm$ 21,98	
		Độc thân	3 (1,46)	69,79 $\pm$ 13,78	
6	Trình độ học vấn	Cấp I/II	0	-	0,883
		Cấp III	16 (7,77)	71,60 $\pm$ 25,13	
		Đại học	142 (68,93)	72,65 $\pm$ 20,29	

		Sau đại học	42 (20,39)	70,54 ± 21,06	
		Không rõ	6 (2,91)	67,23 ± 23,38	
7	Thu nhập	Không thu nhập	0	-	0,073
		Dưới 5 triệu	22 (10,68)	69,57 ± 15,20	
		Từ 5-10 triệu	125 (60,68)	69,93 ± 21,88	
		Từ 10-15 triệu	59 (28,24)	77,21 ± 19,60	
		Trên 15 triệu	0	-	

(Ghi chú: TB: Trung bình; SD: Độ lệch chuẩn; Điểm KCCQ tổng thể: Điểm CLCS trên tất cả 7 khía cạnh)

Theo Bảng 1 ghi nhận người bệnh có độ tuổi trung bình là 79,42 ± 7,49 tuổi, phần lớn trên 70 tuổi (90,29%), chủ yếu là nam giới (80,58%), đã nghỉ hưu (99,51%), sống ở khu vực thành thị (96,60%), sống cùng vợ/ chồng (82,52%), có trình độ đại học (68,93%) và có thu nhập từ 5-10 triệu đồng (60,68%). Điểm KCCQ tổng thể giảm dần khi độ tuổi người bệnh tăng, sự khác

biệt điểm CLCS tổng thể giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ($p=0,048$). Người bệnh người bệnh sống ở thành thị, nữ giới, sống cùng vợ/ chồng, có trình độ đại học và thu nhập càng cao có điểm KCCQ tổng thể cao hơn người bệnh ở nhóm còn lại, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh nghiên cứu và điểm KCCQ theo nhóm được tổng kết trong Bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		N (%)	Điểm KCCQ tổng thể (TB ± SD)	p-value
BMI (kg/m ²)	<18,5	16 (7,88%)	78,53 ± 19,36	0,378
	18,5-24,9	152 (74,88%)	71,26 ± 20,79	
	≥25	35 (17,24%)	72,51 ± 20,97	
Nhịp tim, lần/phút		72,25 ± 7,83	71,98 ± 20,81	
LVEF, %		54,22 ± 15,37	71,98 ± 20,81	
Chỉ số bệnh đồng mắc Charlson		8,30 ± 2,59	71,98 ± 20,81	
Chỉ số bệnh đồng mắc Charlson (điều chỉnh theo tuổi)	1	19 (9,27%)	82,80 ± 17,80	0,029
	2	78 (38,05%)	73,34 ± 26,04	
	3	95 (46,34%)	69,10 ± 31,22	
	4	13 (6,34%)	68,13 ± 46,88	
Nguyên nhân suy tim	Bệnh mạch vành	55 (26,70%)	76,51 ± 18,79	0,033
	Khác	43 (20,87%)	65,89 ± 21,14	
	Không rõ/Không có thông tin	108 (52,43%)	72,09 ± 21,22	
Số lượng bệnh mắc kèm theo Charlson	≤1	0	0	0,025
	2-3	113 (54,85%)	75,53 ± 19,45	
	4-5	87 (42,23%)	67,26 ± 21,54	
	≥6	6 (2,91%)	73,55 ± 24,66	
NYHA	I	4 (1,94)	78,45 ± 20,60	0,085
	II	20 (9,71)	68,12 ± 19,69	
	III	3 (1,46)	46,00 ± 16,94	
	IV	2 (0,97)	49,09 ± 10,51	
	Không có thông tin	177 (85,92)	72,89 ± 20,76	

(Ghi chú: TB: Trung bình; SD: Độ lệch chuẩn; NYHA: Phân độ chức năng suy tim theo Hội Tim mạch New York; LVEF: Phân suất tổng máu thất trái)

Dựa trên Bảng 2 ghi nhận, phần lớn người bệnh có chỉ số BMI trong giới hạn bình thường, có chỉ số bệnh đồng mắc Charlson điều chỉnh theo tuổi là 3, không ghi nhận được thông tin về nguyên nhân suy tim, với số lượng bệnh mắc kèm theo Charlson từ 2-3 bệnh và nhiều người bệnh không ghi nhận được phân độ NYHA. Ngoài

ra, người bệnh có nhịp tim trung bình là 72,25 ± 7,83 lần/phút, điểm Charlson trung bình là 8,30 ± 2,59 và có LVEF là 54,22 ± 15,37.

Về điểm số KCCQ tổng thể, ghi nhận người bệnh có điểm Charlson điều chỉnh theo tuổi càng cao, số bệnh mắc kèm theo Charlson nhiều và nguyên nhân suy tim không do bệnh mạch vành sẽ có điểm CLCS càng thấp, sự khác biệt giữa các nhóm là có ý nghĩa thống kê. Tương tự, nếu người bệnh có chỉ số BMI càng cao, và có phân độ NYHA càng cao thì có CLCS càng thấp, nhưng

sự khác biệt ghi nhận không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, đối với phân độ NYHA, nếu loại trừ nhóm không ghi nhận thông tin, sự khác biệt giữa các nhóm là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với người có phân độ NYHA là 4 có điểm CLCS thấp hơn 0,6 lần so với nhóm phân độ 1.

3.3. Phân tích yếu tố ảnh hưởng. Nghiên cứu thực hiện phân tích hồi quy đa biến với biến phụ thuộc là điểm KCCQ tổng thể, và biến độc lập gồm các biến đặc điểm nhân khẩu học và đặc điểm lâm sàng người bệnh được trình bày ở Bảng 3.

Bảng 3. Phân tích hồi quy đa biến

		Hệ số	SE	p-value
Hệ số chặn		122,99	17,89	<0,001
Tuổi		-0,54	0,19	0,005
NYHA	2	-7,55	10,89	0,488
	3	-35,82	15,10	0,018
	4	-23,14	17,00	0,175
	Không có thông tin	-5,2	10,05	0,604
Số lượng bệnh mắc kèm theo Charlson		-2,97	1,28	0,021
Nguyên nhân suy tim	Khác	-8,65	4,05	0,034
	Không rõ/Không có thông tin	-3,18	3,39	0,349
LVEF, %		0,21	0,09	0,027
R ² hiệu chỉnh		0,123		
p-value		<0,001		

Kết quả ghi nhận biến tuổi, số lượng bệnh mắc kèm theo Charlson, phân độ NYHA, nguyên nhân suy tim, và phân suất tổng máu là các yếu tố ảnh hưởng đến điểm CLCS tổng thể. Mô hình có hệ số R² hiệu chỉnh là 12,3%, có ý nghĩa thống kê. Trong các biến, người bệnh tăng tuổi, phân độ NYHA càng cao và tăng số lượng bệnh mắc kèm làm giảm điểm KCCQ tổng thể, trong khi tăng phân suất tổng máu làm tăng điểm KCCQ người bệnh.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm nhân khẩu học và môi liên hệ với chất lượng cuộc sống: Độ tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu chúng tôi là 79,42 tuổi, cao hơn nghiên cứu của Võ Văn Trắng tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định năm 2022 (65,3 tuổi) [2] và Comin-Colet tại Tây Ban Nha năm 2016 (70,5 tuổi) [4]. Điều này phù hợp với đối tượng người bệnh tại Bệnh viện Hữu Nghị là người bệnh cao tuổi. Tỷ lệ nam giới chiếm đa số (80,58%), tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Võ Văn Trắng (57,3%) và Comin-Colet (69,9%) [2], [4]. Tỷ lệ nam: nữ trong các nghiên cứu hiện nay rất khác nhau, nhìn chung nữ có tỷ lệ hiện mắc suy tim thấp hơn so với nam và có xu hướng tăng. Sự khác biệt này có thể do yếu

tố nguy cơ gây suy tim không giống nhau giữa hai giới. Điểm KCCQ tổng thể trong nghiên cứu giảm dần khi độ tuổi tăng và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi ($p = 0,048$), tương tự nghiên cứu của Võ Văn Trắng và Comin-Colet cũng chỉ ra rằng tuổi tác là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến CLCS ở người bệnh suy tim [2], [4]. Các yếu tố khác không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm KCCQ tổng thể có thể do đặc thù mẫu nghiên cứu khá đồng nhất về đặc điểm dân số học.

Về khía cạnh lâm sàng: Tỷ lệ thừa cân/ béo phì trong nghiên cứu của chúng tôi là 17,24%, thấp hơn so với nghiên cứu của Võ Văn Trắng và cộng sự là 46,9% [2]. Béo phì thúc đẩy quá trình xơ vữa mạch máu xảy ra sớm hơn, liên quan đến tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, tăng đường huyết ở người trẻ. Phân suất tổng máu (PSTM) thất trái trong nghiên cứu của chúng tôi là 54,22%, cao hơn trong nghiên cứu của Võ Văn Trắng là 48,1% [2], Comin-Colet là 33,7% [4]. Việc so sánh PSTM giữa các nghiên cứu chỉ mang tính chất tương đối do tiêu chí chọn mẫu khác nhau, tỷ lệ PSTM cải thiện sau tối ưu hóa điều trị nội khoa cũng như những khó khăn trong chẩn đoán suy tim PSTM giảm nhẹ hay bảo tồn ở những năm trước đây. Kết quả nghiên cứu cho thấy số lượng bệnh mắc kèm theo Charlson tăng làm giảm CLCS, vì các bệnh đồng mắc này làm tăng gánh nặng triệu chứng và dẫn đến kết cục lâm sàng xấu ở người bệnh. Kết quả điểm Charlson trong nghiên cứu cao hơn của tác giả Comin-Colet và nghiên cứu của Võ Văn Trắng cho thấy gánh nặng bệnh đồng mắc trong nghiên cứu của chúng tôi khá lớn [2], [4]. Điều này có thể giải thích do người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi cao hơn nên nguy cơ mắc nhiều bệnh càng cao.

Bệnh mạch vành là một trong những nguyên nhân chính gây suy tim. Tuy nhiên, tỷ lệ người bệnh suy tim do nguyên nhân bệnh mạch vành chỉ chiếm 26,70% thấp hơn trong nghiên cứu của Võ Văn Trắng là 52,1% và Comin-Colet là 50,8% [2], [4]. Điều này có thể giải thích do có tới 52,43% người bệnh không nhớ chính xác nguyên nhân suy tim do đối tượng người bệnh là người cao tuổi. Mặt khác, suy tim là hậu quả cuối cùng của nhiều tình trạng bệnh lý, do đó để xác định rõ một nguyên nhân đơn thuần gây suy tim thường rất khó và không chính xác. Phần lớn người bệnh không có thông tin phân độ NYHA do hiện tại, phân độ NYHA đã bộc lộ nhiều nhược điểm như đánh giá chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng, phụ thuộc vào cảm nhận chủ quan của người bệnh và bác sĩ nên dù nhiều người bệnh

không có triệu chứng nhưng khả năng tái nhập viện vẫn rất cao. Điểm CLCS càng thấp khi phân độ NYHA càng cao, qua đó gợi ý lưu ý chỉ số này trong thực hành.

Về điểm chất lượng cuộc sống theo thang đo KCCQ: Điểm KCCQ tổng thể trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Võ Văn Trắng và cộng sự là 78,7 điểm [2]. Điều này có thể do tuổi của người bệnh trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của Võ Văn Trắng (65,3 tuổi). Điểm KCCQ tổng thể là 71,98 điểm, cao hơn trong nghiên cứu của Comin-Colet và cộng sự là 60,9 điểm, khác biệt này là do nghiên cứu của Comin - Colet và cộng sự được tiến hành từ năm 2011 đến 2012 là thời điểm mà tối ưu hóa điều trị nội khoa suy tim không được khuyến cáo mạnh mẽ và có nhiều bằng chứng y văn như hiện nay [4]. Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy tuổi, số lượng bệnh mắc kèm theo Charlson, phân độ NYHA và phân suất tổng máu là các yếu tố ảnh hưởng đến điểm CLCS tổng thể. Qua đó cho thấy cần có chiến lược quản lý bệnh hiệu quả trên nhóm đối tượng này.

V. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim ở Bệnh viện Hữu Nghị có điểm số trung bình. Tuổi, số lượng bệnh mắc kèm theo Charlson, phân độ NYHA, nguyên nhân suy tim và phân suất tổng máu là các yếu tố ảnh hưởng đến điểm CLCS tổng thể. Việc sử dụng thang đo

KCCQ giúp đánh giá tổng quát, toàn diện hơn về CLCS của người bệnh suy tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thành** (2023), "Đánh giá chất lượng cuộc sống và nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ ở bệnh nhân suy tim mạn tính", Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Võ Văn Trắng** (2022), "Đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân suy tim mạn điều trị ngoại trú qua thang đo Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire", Luận văn bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
3. **Collaborators G.** (2018), "Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017".
4. **Comin-Colet J., Anguita M., Formiga F., et al.** (2016), "Health-related quality of life of patients with chronic systolic heart failure in Spain: results of the VIDA-IC study", Revista Española de Cardiología (English Edition), 69(3), pp. 256-271.
5. **Cook, C., et al.** (2014), "The annual global economic burden of heart failure", Int J Cardiol. 171(3), tr. 368-76.
6. **Liao, Lawrence, Allen, Larry A và Whellan, David J** (2008), "Economic burden of heart failure in the elderly", Pharmacoeconomics. 26(6), tr. 447-462.
7. **Moradi M., Daneshi F., Behzadmehr R., et al.** (2020), "Quality of life of chronic heart failure patients: a systematic review and meta-analysis", Heart failure reviews, 25, pp. 993-1006.
8. **Nelson S., Whitsel L., Khavjou O., et al.** (2016), "Projections of cardiovascular disease prevalence and costs", RTI International.

KẾT QUẢ GIẢM ĐAU VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CỘT SỐNG Ở NGƯỜI BỆNH TRƯỢT ĐÓT SỐNG HAI TẦNG ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT ÍT XÂM LẤN CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG QUA VÀ GHÉP XƯƠNG LIÊN THÂN ĐÓT QUA LỖ LIÊN HỢP

Nguyễn Vũ^{1,2}, Đinh Mạnh Hải^{1,2}

TÓM TẮT

Trong thập kỷ qua, phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn cố định cột sống bằng vít qua da và ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp qua ống ngang (MIS TLIF) ngày càng được sử dụng thường quy thay

thế cho các phương pháp phẫu thuật mổ mở thông thường¹. Trượt đốt sống thắt lưng là nguyên nhân chính gây mất vững cột sống và hẹp ống sống với hai biểu hiện chính là đau lưng và chèn ép rễ thần kinh². Trong số đó, số bệnh nhân bị trượt đốt sống hai tầng ít gặp, nhưng thường gây biến dạng cột sống và ảnh hưởng rất lớn đến chức năng cột sống. Để đánh giá về hiệu quả giảm đau và chỉ số hạn chế chức năng cột sống sau phẫu thuật, nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 22 người bệnh có trượt đốt sống hai tầng có phẫu thuật ít xâm lấn trong thời gian 5 năm (2019-2023) được đánh giá và theo dõi theo bệnh án nghiên cứu tại thời điểm trước phẫu thuật và sau phẫu thuật ở thời điểm trước khi ra viện. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 63.6% người bệnh từ 50 tuổi trở lên, số

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vũ

Email: nguyenvu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 22.5.2025