

CẢI THIỆN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH MẠN ĐƯỢC CAN THIỆP MẠCH VÀNH QUA DA

Đặng Thế Việt¹, Nguyễn Thượng Nghĩa², Chu Thị Dung³,
Nguyễn Quốc Khoa¹, Đoàn Ngọc Anh¹, Nguyễn Xuân Nguyên¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Can thiệp mạch vành qua da (CTMVQD) không giúp thay đổi tiên lượng sống còn ở bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn (HCMVM). Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy việc can thiệp giúp cải thiện chất lượng cuộc sống (CLCS).

Mục tiêu: So sánh sự thay đổi CLCS theo bộ câu hỏi Seattle Angina Questionnaire (SAQ-7) tại các thời điểm trước và sau can thiệp 1 tháng ở bệnh nhân HCMVM được CTMVQD. Xác định các yếu tố dự đoán sự cải thiện CLCS.

Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu trên bệnh nhân HCMVM có triệu chứng đau ngực được CTMVQD thành công tại khoa Tim mạch can thiệp – Bệnh viện Chợ Rẫy. Các đặc điểm nghiên cứu và bộ câu hỏi SAQ-7 được khảo sát trước và sau can thiệp 1 tháng.

Kết quả: Từ 11/2024 đến 3/2025, chúng tôi thu nhận được 138 bệnh nhân gồm 56 nữ (40,6%), tuổi trung bình $63,66 \pm 11,16$. CLCS có sự cải thiện giữa trước và sau can thiệp 1 tháng trong từng lĩnh vực: khả năng gắng sức (KNGS); tần suất cơn đau thắt ngực (TSCĐ); sự hài lòng với cuộc sống (HLCS) và cả CLCS chung ($p < 0,001$). Có mối liên quan giữa sự cải thiện CLCS và các yếu tố: không bị trầm cảm OR = 7,50 (KTC 95%: 2,21 – 25,41) và bệnh mạch vành 1 nhánh OR = 54,92 (KTC 95%: 5,21 – 579,21) ($p < 0,05$).

Kết luận: CTMVQD giúp cải thiện CLCS ở bệnh nhân HCMVM. Các yếu tố dự đoán sự cải thiện CLCS là: không bị trầm cảm và bệnh mạch vành 1 nhánh.

Từ khóa: can thiệp mạch vành qua da, hội chứng mạch vành mạn, chất lượng cuộc sống, Seattle Angina Questionnaire (SAQ-7)

SUMMARY

IMPROVEMENT IN QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY SYNDROME UNDERGOING PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

Background: Percutaneous coronary intervention (PCI) does not improve survival outcomes in patients with chronic coronary syndrome (CCS). However, several

studies have demonstrated that PCI may significantly improve quality of life (QoL).

Objectives: To compare changes in QoL assessed by the Seattle Angina Questionnaire-7 (SAQ-7) before and one month after PCI in patients with CCS, and to identify predictors of QoL improvement.

Methods: This prospective cohort study included symptomatic CCS patients who underwent successful PCI at the Interventional Cardiology Department of Cho Ray Hospital. Baseline characteristics and SAQ-7 scores were collected before PCI and reassessed one month after the procedure.

Results: From November 2024 to March 2025, a total of 138 patients were enrolled, including 56 women (40,6%), with a mean age of $63,66 \pm 11,16$ years. QoL significantly improved one month after PCI across all domains: physical limitation, angina frequency, treatment satisfaction, and overall QoL (all $p < 0,001$). Multivariate analysis showed that absence of depression (OR = 7,50; 95% CI: 2,21–25,41) and single-vessel coronary artery disease (OR = 54,92; 95% CI: 5,21–579,21) were independent predictors of QoL improvement ($p < 0,05$).

Conclusions: PCI significantly improves quality of life in patients with chronic coronary syndrome. Absence of depression and single-vessel coronary artery disease are significant predictors of QoL improvement.

Keywords: percutaneous coronary intervention, chronic coronary syndrome, quality of life, Seattle Angina Questionnaire-7 (SAQ-7)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong cả 3 thử nghiệm đa trung tâm lớn COURAGE, BARI 2D, ISCHEMIA đều cho thấy không có sự cải thiện về kết cục lâm sàng ở các bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn được điều trị bảo tồn hay được can thiệp mạch vành thường quy^{1,2}. Hiện nay, việc can thiệp mạch vành ở bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn chủ yếu nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Thang điểm đánh giá mức độ đau ngực theo Hiệp hội tim mạch Canada (CCS) tuy được sử dụng phổ biến nhưng chỉ dùng đánh giá tình trạng đau ngực khi gắng sức, khó phản ánh đầy đủ chất lượng cuộc sống của người bệnh. Bộ câu hỏi Seattle Angina (SAQ) ban đầu được phát triển bởi tác giả Spertus (1995) và gần đây là SAQ – 7 được phát triển bởi tác giả Chan (2014) cho thấy có giá trị cao trong việc đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân có bệnh tim thiếu máu cục bộ³. Trong nghiên cứu này, chúng tôi muốn làm rõ câu hỏi: “Ở bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn, việc can thiệp mạch vành qua da có giúp cải thiện chất lượng cuộc sống (đánh giá qua SAQ-7)?”

¹ Khoa Nội Tim mạch - Bệnh viện 30-4 - Bộ Công An

² Khoa Tim mạch can thiệp - Bệnh viện Chợ Rẫy

³ Bộ môn Tâm Thần - Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thế Việt

Email: dangtheviet87@gmail.com

Mã bài: D095

Ngày nhận bài: 10/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 9/3/2026

Ngày duyệt bài: 10/4/2026

Mục tiêu nghiên cứu. Khảo sát mối liên quan giữa việc can thiệp mạch vành qua da ở bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn và cải thiện chất lượng cuộc sống bằng SAQ-7. Mục tiêu cụ thể bao gồm:

- So sánh sự thay đổi chất lượng cuộc sống theo SAQ – 7 tại các thời điểm trước và sau can thiệp 1 tháng.
- Xác định các yếu tố dự đoán sự cải thiện chất lượng cuộc sống.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: đoàn hệ tiến cứu

Dân số nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn được can thiệp mạch vành qua da tại khoa Tim mạch can thiệp - Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 11/2024 đến tháng 3/2025.

Tiêu chuẩn nhận vào

- Bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn có triệu chứng đau ngực.
- Bệnh nhân được can thiệp mạch vành qua da thành công.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân rút tên trong quá trình tham gia.
- Bệnh nhân không có khả năng trả lời phỏng vấn: rối loạn tri giác, tâm thần, suy giảm khả năng nhận thức, không có khả năng giao tiếp chính xác bằng tiếng Việt hay giảm thính lực nặng ...
- Bệnh nhân tử vong, phải nhập viện điều trị vì bệnh lý khác trong thời gian ≤ 1 tháng sau can thiệp mạch vành qua da.

Cỡ mẫu

Mục tiêu cụ thể 1:

$$n = \frac{2c(1-r)}{(ES)^2}$$

với: Sai lầm loại 1: $\alpha = 0,05$ và sai lầm loại 2: $\beta = 0,2 \rightarrow c = 7,85$

Hệ số tương quan giữa hai lần đánh giá CLCS bằng SAQ: $r = 0,625$ (theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kim Sáng (2018))⁴

Hệ số ảnh hưởng: $ES = \frac{\bar{d}}{s}$

trong đó $\bar{d} = 5,478$ (trung bình mức độ thay đổi của biến CLCS; $s = 25,341$ (độ lệch chuẩn của $\bar{d}$) (theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kim Sáng (2018))⁴

$\rightarrow n = 125,98$

Cỡ mẫu tối thiểu của mục tiêu 1 là 126

Mục tiêu cụ thể 2:

$$n = \frac{10 \cdot m}{p}$$

với: m: số biến độc lập đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến, $m = 2$, gồm biến giới nữ và bệnh mạch vành 3 nhánh, theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kim Sáng (2018)⁴

p: tỉ lệ xảy ra biến phụ thuộc, $p = 0,405$, là tỉ lệ cải thiện thấp nhất trong 5 lĩnh vực CLCS, để đạt số n lớn nhất, theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kim Sáng (2018)⁴

$\rightarrow n = 49,38$

Cỡ mẫu tối thiểu của mục tiêu 2 là 50

Kết luận: Cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là 126

Thu thập và xử lý số liệu

- Bệnh nhân HCMVM được CTMVQD thành công, đang điều trị tại khoa Tim mạch can thiệp – Bệnh viện Chợ Rẫy khi đủ tiêu chuẩn nhận vào nghiên cứu sẽ được giải thích và cho ký giấy xác nhận đồng ý tham gia.

- Phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân bằng phiếu thu thập, bảng câu hỏi SAQ-7 lần 1. Sau 1 tháng, bệnh nhân được liên hệ gặp và phỏng vấn trực tiếp lần 2. Hai lần phỏng vấn đều được tiến hành trực tiếp và được thực hiện bởi cùng một nghiên cứu viên.

- Các phiếu thu thập số liệu sau đó sẽ được tập hợp, sắp xếp và xử lý để nhập vào phần mềm Excel 2019, SPSS 26. Sử dụng các phép kiểm Chi bình phương (có hiệu chỉnh Fisher), Paired Samples T-Test hoặc Wilcoxon-Test để so sánh sự thay đổi điểm trung bình trong từng thành phần của biến CLCS theo SAQ-7, hồi quy logistic đơn biến và đa biến để xác định các yếu tố dự đoán sự cải thiện CLCS, $p < 0,05$ là ngưỡng có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 11 năm 2024 đến tháng 3 năm 2025, tại khoa Tim mạch can thiệp, bệnh viện Chợ Rẫy, có tổng cộng 214 bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn được can thiệp mạch vành qua da đủ tiêu chuẩn chọn mẫu. Sau thời gian theo dõi 1 tháng, có 76 bệnh nhân bị mất liên lạc hoặc không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu. Do đó mẫu nghiên cứu còn lại 138 bệnh nhân với các đặc điểm sau:

Đặc điểm dân số nghiên cứu

Dân số nghiên cứu có tuổi trung bình là $63,66 \pm 11,16$; với nam nhiều hơn nữ (59,4% với 40,6%). BMI trung bình là $22,7 \pm 3,12 \text{ kg/m}^2$, tỉ lệ bệnh nhân thừa cân – béo phì chiếm gần một nửa (46,4%) trong đó tỉ lệ béo phì là 20,3%. Tỉ lệ hút thuốc lá là 40,6%. Các bệnh lý nền có tỉ lệ lần lượt là: Tăng huyết áp (93,5%), Đái tháo đường (31,9%), hội chứng mạch vành mạn (71%)...

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Dân số nghiên cứu
Tuổi (năm) *	63,66 ± 11,16
Giới tính (nam)	82 (59,4%)
BMI (kg/m ²) *	22,7 ± 3,12
Thừa cân – béo phì	64 (46,4%)
Hút thuốc lá	56 (40,6%)
Tăng huyết áp	129 (93,5%)
Đái tháo đường	44 (31,9%)
Tiền căn hội chứng mạch vành mạn	98 (71%)
Tiền căn hội chứng vành cấp	5 (3,6%)
Tai biến mạch máu não cũ	7 (5,1%)
Bệnh thận mạn giai đoạn 4-5	4 (3,6%)

Đặc điểm	Dân số nghiên cứu
COPD hay hen phế quản	4 (2,9%)
Tiền căn gia đình có bệnh mạch vành	11 (8%)
Trầm cảm trước can thiệp theo BDI-II	67 (48,6%)
Bệnh mạch vành 1 nhánh	82 (59,4%)
eGFR (ml/ph/1,73 m ²) *	81,03 ± 23,26
Cholesterol toàn phần (mmol/L) *	166,51 ± 46,81
HDL-c (mmol/L) *	42,2 ± 11,28
LDL-c (mmol/L) *	108,68 ± 44,31
Triglycerid (mmol/L) **	162 (128,75 – 238,5)
EF < 50%	21 (15,2%)

* Trung bình ± Độ lệch chuẩn

** Trung vị (khoảng tứ phân vị)

Sự thay đổi CLCS theo SAQ – 7 trước và sau can thiệp 1 tháng

Điểm SAQ-7 có sự cải thiện trong từng lĩnh vực và cả CLCS chung trước và sau can thiệp 1 tháng với $p < 0,001$ (Bảng 2).

Bảng 2: So sánh các lĩnh vực CLCS và CLCS chung theo SAQ-7 trước và sau can thiệp 1 tháng

	Trước can thiệp Median (IQR)	Sau can thiệp 1 tháng Median (IQR)	p
Khả năng gắng sức (KNGS)	33,3 (33,3 – 38,9)	61,1 (44,4 – 72,2)	< 0,001
Tần suất cơn đau thắt ngực (TSCĐ)	41,7 (33,3 – 41,7)	83,3 (58,3 – 91,7)	< 0,001
Sự hài lòng với cuộc sống (HLCS)	40,0 (40,0 – 50,0)	80,0 (60,0 – 90,0)	< 0,001
Chất lượng cuộc sống chung (CLCS)	37,5 (35 – 42,5)	70 (52,5 – 82,5)	< 0,001

Các yếu tố dự đoán sự cải thiện CLCS

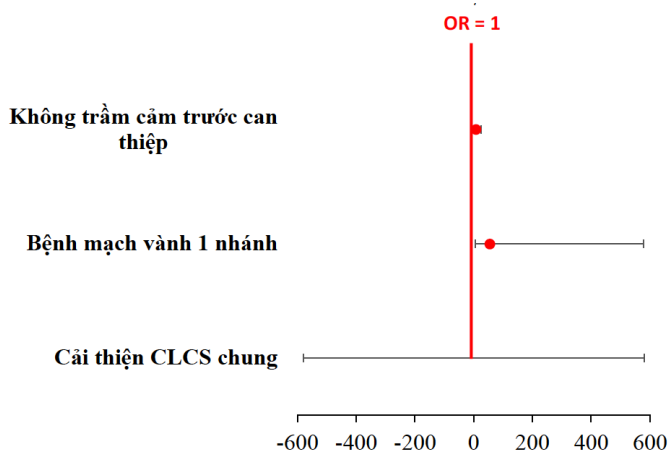
Cải thiện CLCS được định nghĩa là điểm SAQ-7 tăng > 20 điểm so với trước can thiệp. OR của các yếu tố dự đoán được tính bằng hồi quy logistic đơn biến với $p < 0,2$ có ý nghĩa. Có 10 yếu tố được xác định (Bảng 3).

Bảng 3: Yếu tố dự đoán sự cải thiện CLCS theo hồi quy logistic đơn biến

	CLCS OR (KTC 95%)	p
Giới tính	1,68 (0,83 – 3,44)	0,152
Tuổi < 60	2,15 (1,00 – 4,59)	0,049
Đái tháo đường	0,48 (0,23 – 1,02)	0,055
Đã tái thông mạch vành	0,61 (0,29 – 1,29)	0,195

	CLCS OR (KTC 95%)	p
Bệnh thận mạn giai đoạn 4-5	0,12 (0,01 – 1,10)	0,061
EF $\geq$ 50%	8,88 (3,00 – 26,27)	< 0,001
Bệnh mạch vành 1 nhánh	14,02 (5,92 – 33,21)	< 0,001
Tái thông hoàn toàn	6,97 (2,98 – 16,32)	< 0,001
1 stent	0,33 (0,16 – 0,70)	0,003
Không bị trầm cảm	22,18 (7,88 – 62,44)	< 0,001

Tiếp tục thực hiện hồi quy logistic đa biến với 10 biến ở trên để loại trừ các yếu tố gây nhiễu, hai yếu tố dự đoán sự cải thiện CLCS được xác định là: không bị trầm cảm OR = 7,50 (KTC 95%: 2,21 – 25,41) và bệnh mạch vành 1 nhánh OR = 54,92 (KTC 95%: 5,21 – 579,21) ($p < 0,05$) (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1: Biểu đồ Forest plot OR các yếu tố dự đoán sự cải thiện CLCS theo hồi quy logistic đa biến

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dân số nghiên cứu: Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 138 bệnh nhân HCMVM được CTMVQD. Nam giới chiếm đa số với 82 người, chiếm 59,4%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $63,66 \pm 11,16$. Kết quả này tương đồng với các thử nghiệm ORBITA (2018), ISCHEMIA (2020)^{1,2}. BMI trung bình là $22,7 \pm 3,12$ kg/m², gần một nửa bệnh nhân trong nghiên cứu có tình trạng thừa cân – béo phì. BMI trung bình ở nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu của châu Âu và Mỹ (Al-Lamee (2018): 28,7 kg/m²) nhưng lại khá tương đồng với các nghiên cứu ở châu Á (Nguyễn Thị Kim Sáng (2018): 25 kg/m², Kim (2023): $24,5 \pm 3,3$ kg/m²)^{4,5}. Tăng huyết áp trong nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ rất cao, chiếm 93,5%. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi dù vẫn cao hơn kết quả của các nghiên cứu trong nước nhưng sự chênh lệch không nhiều như ở các nghiên cứu quốc tế. Điều này có thể được lý giải là do mẫu nghiên cứu của chúng tôi được lấy ở BV Chợ Rẫy là bệnh viện tuyến cuối, bệnh nhân thường có tình trạng nặng và nhiều bệnh nền phối hợp hơn. Tỉ lệ đái tháo đường trong nghiên cứu của chúng tôi là 31,9% khá tương đồng với các nghiên cứu trong và

ngoài nước, như: Nguyễn Thị Kim Sáng (2018) 30,04%; Spertus (2020): 41%^{2,4}. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận bệnh mạch vành 1 nhánh có tỉ lệ cao nhất 59,4%, tiếp đó là bệnh 2 nhánh chiếm 26,1% và bệnh 3 nhánh chiếm 14,5%. So với thử nghiệm ISCHEMIA (2018), các tỉ lệ này có sự khác biệt đáng kể. Thử nghiệm ISCHEMIA ghi nhận bệnh đa nhánh có tỉ lệ cao nhất, chiếm 45%, sau đó là bệnh 2 nhánh chiếm 40%, bệnh 1 nhánh chỉ có tỉ lệ 15%². Tuy nhiên trong tiêu chuẩn chọn mẫu, thử nghiệm ISCHEMIA tiến hành trên các bệnh nhân có thiếu máu cơ tim trung bình – nặng. Điều này giải thích tại sao ISCHEMIA có bệnh nhân nặng hơn, nhiều nhánh bị hẹp hơn. Trong nghiên cứu của tác giả Wester (2024), phần lớn bệnh nhân có bệnh 1 nhánh, chiếm tỉ lệ 70 – 75%, kết quả này khá tương đồng với chúng tôi⁶.

Sự thay đổi CLCS theo SAQ – 7 trước và sau can thiệp 1 tháng: Bảng điểm SAQ-7 đánh giá CLCS qua 7 câu hỏi và 3 lĩnh vực. Tổng điểm của từng lĩnh vực sau khi được tính tổng sẽ chuyển sang hệ 0 – 100. Điểm càng cao thì CLCS càng tốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả 3 lĩnh vực: KNGS, TSCĐ, HLCS và CLCS chung đều có sự cải thiện sau can thiệp 1 tháng với số điểm thay đổi lần lượt là + 27,8, + 41,6, + 40 và + 32,5.

Kết quả này khá tương đồng với các kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước. Tác giả Spertus (2020) ghi nhận chiến lược CTMVQ cho sự cải thiện CLCS theo SAQ-7 lớn hơn so với điều trị nội bảo tồn. Tuy mức điểm cải thiện trong 3 lĩnh vực không cao như trong nghiên cứu của chúng tôi: + 4,1; + 4,2 và + 2,9 nhưng tác giả cũng nhấn mạnh sự cải thiện tăng mạnh ở nhóm bệnh nhân có đau thắt ngực thường xuyên lúc đầu². Gần đây tác giả Wester (2024) thực hiện nghiên cứu trên thử nghiệm đa trung tâm PLA-pCi-EBO ở Đức đã ghi nhận 1 tháng sau CTMVQD, điểm ở cả 3 lĩnh vực đều tăng khá cao: + 29,3, + 26,0 và + 35,2. Thậm chí sau 6 tháng sự cải thiện điểm SAQ-7 vẫn duy trì ở mức cao: + 31,7, + 24,6 và + 33,9. Tác giả cũng ghi nhận điểm SAQ-7 nền càng thấp thì xác suất cải thiện ≥ 20 điểm càng cao⁶. Đối với các nghiên cứu trong nước, tác giả Nguyễn Thị Kim Sáng (2018) đều ghi nhận sự cải thiện điểm SAQ sau điều trị ở tất cả các lĩnh vực⁴. Tuy nhiên tác giả Nguyễn Thị Kim Sáng sử dụng bảng điểm SAQ phiên bản cũ với 19 câu hỏi, đánh giá 5 lĩnh vực nên không so sánh được mức cải thiện điểm ở từng lĩnh vực với nghiên cứu của chúng tôi. Tương tự, tác giả Lê Thị Thanh Hải thực hiện nghiên cứu tại Trung tâm Tim mạch – BV E năm 2023 cũng sử dụng SAQ phiên bản cũ, điểm SAQ chung có sự cải thiện sau 1 tháng + 17,89 và sau 3 tháng + 19,65. Tác giả cũng ghi nhận cả 5 lĩnh vực đều có sự cải thiện cao⁷. Tác giả Nguyễn Trần Như Ý có thực hiện một nghiên cứu năm 2024 tại Viện Tim Tp. HCM trên đối tượng HCVC được CTMVQD và sử dụng bảng điểm SAQ-7. Nghiên cứu của tác giả ghi nhận có sự cải thiện điểm ở các lĩnh vực: TSCĐ, HLCS và CLCS chung với số điểm lần lượt là: + 13,55, + 8,43 và 6,42. Tuy nhiên lĩnh vực KNGS sự khác biệt lại không có ý nghĩa thống kê⁸. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước. CTMVQD giúp cải thiện CLCS ở bệnh nhân HCMVM và sự cải thiện này càng rõ hơn ở những bệnh nhân có tình trạng đau ngực nền mức độ nặng.

Các yếu tố dự đoán sự cải thiện CLCS: Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng định nghĩa có sự cải thiện trong từng lĩnh vực và trong CLCS chung là khi có sự tăng SAQ-7 > 20 điểm so với trước can thiệp. Chúng tôi dùng hồi quy logistic đơn biến để tìm các yếu tố dự đoán sự cải thiện CLCS và tính OR, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,2$. Trong các yếu tố dự đoán được tìm thấy, chúng tôi thực hiện thêm hồi quy logistic đa biến để loại trừ các biến nhiễu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chúng tôi ghi nhận 2 yếu tố: bệnh mạch vành 1 nhánh OR = 54,92 (KTC 95%: 5,21 – 579,21) và không bị trầm cảm OR = 7,50 (KTC 95%: 2,21 – 25,41) là yếu tố dự đoán sự cải thiện trong tất cả lĩnh vực và CLCS chung ($p < 0,05$). Khi so sánh với các nghiên cứu ngoài nước, chúng tôi ghi nhận không có sự tương đồng về yếu tố dự đoán sự cải thiện CLCS trong các nghiên cứu. Nghiên cứu của tác giả Mavromatis (2023) trên thử nghiệm ISCHEMIA ghi nhận việc tái thông hoàn toàn sang thượng mang lại sự cải thiện ở lĩnh vực TSCĐ và HLCS. Hiệu quả lớn nhất ở các bệnh nhân có đau ngực hàng tuần, trong khi đó không

thấy sự khác biệt ở bệnh nhân ít hoặc không triệu chứng⁹. Tác giả Wester (2024) khi thực hiện phân tích trên thử nghiệm đa trung tâm PLA-pCi-EBO đã ghi nhận dù có sự cải thiện trong tất cả các lĩnh vực CLCS theo SAQ-7 sau CTMVQD ở thời điểm 6 tháng, nhưng các yếu tố về nhân khẩu học như: tuổi, giới tính, BMI và độ nặng bệnh tim mạch như: số nhánh mạch vành, EF không có giá trị dự đoán sự cải thiện CLCS. Chỉ có tình trạng điểm SAQ-7 nền thấp (triệu chứng nặng) cho thấy sự cải thiện nhiều sau can thiệp⁶. Tuy trong thử nghiệm ISCHEMIA không có phân tích riêng cho tình trạng trầm cảm nhưng nhiều nghiên cứu của các tác giả như: Reynolds, Bangalore, Spertus cho thấy tình trạng trầm cảm làm giảm điểm SAQ nền và CLCS trước can thiệp. Song sau can thiệp, mức cải thiện điểm tuyệt đối ở nhóm này lại lớn hơn vì triệu chứng nền nặng hơn⁹⁻¹¹. Tóm lại, tuy các nghiên cứu đều khá tương đồng về kết quả cải thiện CLCS sau CTMVQD nhưng các yếu tố dự đoán có sự khác biệt giữa các nghiên cứu. Tình trạng nền đau ngực nặng liên quan đến sự cải thiện nhiều sau can thiệp và kết quả này được thấy ở khá nhiều nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

CLCS có sự cải thiện giữa trước và sau can thiệp 1 tháng trong từng lĩnh vực: khả năng gắng sức (KNGS); tần suất cơn đau thắt ngực (TSCĐ); sự hài lòng với cuộc sống (HLCS) và cả CLCS chung ($p < 0,001$). Có mối liên quan giữa sự cải thiện CLCS và các yếu tố: không bị trầm cảm OR = 7,50 (KTC 95%: 2,21 – 25,41) và bệnh mạch vành 1 nhánh OR = 54,92 (KTC 95%: 5,21 – 579,21) ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Al-Lamee R, Thompson D, Dehbi HM, et al. Percutaneous coronary intervention in stable angina (ORBITA): a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. 2018; 391(10115):31-40.
2. Spertus John A, Jones Philip G, Maron David J, et al. Health-Status Outcomes with Invasive or Conservative Care in Coronary Disease. *New England Journal of Medicine*. 2020; 382(15):1408-1419.
3. Chan PS, Jones PG, Arnold SA, et al. Development and validation of a short version of the Seattle angina questionnaire. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2014; 7(5):640-7.
4. Nguyễn Thị Kim Sáng. Chất lượng cuộc sống sau can thiệp mạch vành qua da dựa trên bộ câu hỏi Seattle Angina. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II. Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch; 2018.
5. Kim BG, Hong S-J, Kim B-K, et al. Association Between Body Mass Index and Clinical Outcomes According to Diabetes in Patients Who Underwent Percutaneous Coronary Intervention. *Korean Circ J*. 2023; 53(12):843-854.
6. Wester M, Koll F, Luedde M, et al. Predictors of symptom improvement in patients with chronic coronary syndrome after percutaneous coronary intervention. *Clinical Research in Cardiology*. 2024; 113(12):1757-1767.

7. **Lê Thị Thanh Hải, Phạm Quang Minh, Phan Thảo Nguyên.** Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh đau thắt ngực ổn định sau can thiệp động mạch vành qua da tại Trung tâm Tim Mạch - Bệnh viện E. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng. 2023; 6(6):67 - 75.
8. **Nguyễn Trần Như Ý, Bùi Hoàng Lan Anh, Nguyễn Thúy Hằng, và cs.** Phân tích chất lượng cuộc sống trước và sau can thiệp động mạch vành qua da ở người bị hội chứng vành cấp tại viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2024; 27(3):67-74.
9. **Mavromatis K, Jones PG, Ali ZA, et al.** Complete Revascularization and Angina-Related Health Status in

the ISCHEMIA Trial. Journal of the American College of Cardiology. 2023; 82(4):295-313.

10. **Bangalore S, Hochman JS, Stevens SR, et al.** Clinical and Quality-of-Life Outcomes Following Invasive vs Conservative Treatment of Patients With Chronic Coronary Disease Across the Spectrum of Kidney Function. JAMA Cardiology. 2022; 7(8):825-835.
11. **Reynolds HR, Shaw LJ, Min JK, et al.** Outcomes in the ISCHEMIA Trial Based on Coronary Artery Disease and Ischemia Severity. Circulation. 2021; 144(13):1024-1038.

MÔ HÌNH HỒI QUY ĐA BIẾN ĐÁNH GIÁ ẢNH HƯỞNG CỦA CÁC BIẾN THỂ NGÁCH TRÁN LÊN ĐIỂM SỐ LUND-MACKAY XOANG TRÁN QUA CẮT LỚP VI TÍNH

Nguyễn Thị Kiều Thor^{1,2*}, Nguyễn Đình Chương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định vai trò và giá trị tiên lượng độc lập của các biến thể giải phẫu ngách trán (tế bào agger nasi, tế bào bóng trán, vị trí bám mỏm móc) đối với tình trạng viêm xoang trán thông qua mô hình phân tích đa biến.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 211 bên xoang của bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 01/2024 đến 06/2025. Các biến số giải phẫu được xác định trên phim CT đa bình diện. Tình trạng viêm xoang trán được đánh giá theo thang điểm Lund-Mackay ≥ 1 . Số liệu được phân tích bằng mô hình hồi quy logistic nhị phân để xác định tỷ suất chênh hiệu chỉnh.

Kết quả: Tế bào agger nasi là cấu trúc phổ biến nhất (90,5%), tiếp theo là mỏm móc bám xương giấy (52,1%) và tế bào bóng trán (20,9%). Trong mô hình phân tích đa biến, tế bào bóng trán được xác định là yếu tố tiên lượng độc lập mạnh nhất, làm tăng nguy cơ viêm xoang trán gấp 3,3 lần (aOR = 3,31; 95% CI: 1,47–7,42; $p = 0,004$). Mỏm móc bám xương giấy cũng là một yếu tố tiên lượng độc lập có ý nghĩa (aOR = 2,89; 95% CI: 1,26–6,64; $p = 0,012$). Tế bào agger nasi không thể hiện ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến ($p > 0,05$).

Kết luận: Mặc dù agger nasi là cấu trúc nền tảng, nhưng tế bào bóng trán và mỏm móc bám xương giấy mới là các yếu tố quyết định gây cản trở dẫn lưu xoang trán. Kết quả

nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phẫu thuật mở rộng ra phía sau (hạ trần bóng sàng) và phía bên (cắt mỏm móc cao) để giải quyết nguyên nhân gây viêm.

Từ khóa: Ngách trán, Tế bào Bóng trán, Tế bào agger nasi, Phân tích đa biến, Viêm xoang trán.

SUMMARY

MULTIVARIATE REGRESSION MODEL FOR EVALUATING THE IMPACT OF FRONTAL RECESS VARIANTS ON THE FRONTAL SINUS LUND-MACKAY SCORE VIA COMPUTED TOMOGRAPHY

Objectives: to determine the independent prognostic value of frontal recess anatomical variants (agger nasi cell, frontal bulla cell, uncinata process attachment) for chronic frontal sinusitis using a multivariate analysis model.

Subjects and Methods: a cross-sectional analytic study was conducted on 211 sinus sides of patients undergoing multidetector computed tomography (CT) at Nhan Dan Gia Dinh Hospital from January 2024 to June 2025. Anatomical variants were identified on multiplanar CT scans. Frontal sinusitis was defined by a Lund-Mackay score ≥ 1 . Data were analyzed using binary logistic regression to calculate adjusted Odds Ratios (aOR).

Results: the agger nasi cell was the most prevalent structure (90.5%), followed by uncinata process attachment to the lamina papyracea (52.1%) and the frontal bulla cell (20.9%). In the multivariate analysis, the frontal bulla cell emerged as the strongest independent predictor, increasing the risk of frontal sinusitis by 3.3-fold (aOR = 3.31; 95% CI: 1.47–7.42; $p = 0.004$). Uncinate process attachment to the lamina papyracea was also a significant independent predictor (aOR = 2.89; 95% CI: 1.26–6.64; $p = 0.012$). The agger nasi cell did not show statistical significance in the multivariate model ($p > 0.05$).

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kiều Thor

Email: drkieutho@ump.edu.vn

Mã bài: D110

Ngày nhận bài: 10/2/2026

Ngày phản biện khoa học: 8/2/2026

Ngày duyệt bài: 10/4/2026