

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION USING SAQ-7 AND SF-36 SCALES

Nguyen Thi Cam Linh, Vu Hoang Vu, Tran Hoa*, Vo Thi Diem Thuy, Nguyen Thi Hong Suong, Bui Thi Lien Chi, Le Thi Kim Ngan, Huynh Thi Kim Phung, Vo Nguyen Kim Thao

University Medical Center Ho Chi Minh City - 215 Hong Bang, Cho Lon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 12/08/2025

Revised: 27/08/2025; Accepted: 25/11/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of life in patients before and after percutaneous coronary intervention and identify associated factors.

Method: A prospective cohort study was conducted on 90 patients undergoing percutaneous coronary intervention at the Department of Interventional Cardiology and followed up at the Cardiology Outpatient Clinic, University Medical Center Ho Chi Minh City, from September 2024 to April 2025. Quality of life was assessed using two validated instruments: the SAQ-7 and SF-36 scales, at three time points: before percutaneous coronary intervention, and at 1 month and 3 months post-percutaneous coronary intervention.

Results: Mean scores in all health domains significantly improved after percutaneous coronary intervention according to both the SAQ-7 and SF-36 scales ($p < 0.05$). Older age and smoking were negatively associated with quality of life, while higher educational attainment and regular physical exercise showed positive associations. Multivariate regression identified age, education level, physical exercise, and smoking as independent predictors of quality of life.

Conclusion: The quality of life significantly improved in post-percutaneous coronary intervention patients who participated in a post-percutaneous coronary intervention management program. It is necessary to maintain and further develop the patient management programs. Implementing remote follow-up and counseling via telephone - with nurses playing a central role in monitoring, remote consultation, and health education - is considered a strategic approach to enhancing treatment quality, recovery effectiveness, and improving patients' quality of life.

Keywords: Coronary artery disease, percutaneous coronary intervention, quality of life, SAQ-7, SF-36.

*Corresponding author

Email: hoa.tran@umc.edu.vn Phone: (+84) 767835960 Doi: 10.52163/yhc.v66iCD23.3929

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH SAU CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA BẰNG THANG ĐO SAQ-7 VÀ SF-36

Nguyễn Thị Cẩm Linh, Vũ Hoàng Vũ, Trần Hòa*, Võ Thị Diễm Thúy, Nguyễn Thị Hồng Sương, Bùi Thị Liên Chi, Lê Thị Kim Ngân, Huỳnh Thị Kim Phụng, Võ Nguyễn Kim Thảo

Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh - 215 Hồng Bàng, P. Chợ Lớn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận: 12/08/2025

Ngày sửa: 27/08/2025; Ngày đăng: 25/11/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh trước và sau can thiệp động mạch vành qua da và xác định các yếu tố liên quan.

Phương pháp: Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu thực hiện trên 90 người bệnh có can thiệp động mạch vành qua da tại Khoa Tim mạch can thiệp và tái khám tại Phòng khám Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh trong khoảng thời gian từ tháng 9/2024 đến tháng 4/2025. Chất lượng cuộc sống được đánh giá bằng 2 công cụ: thang đo SAQ-7 và SF-36, tại 3 thời điểm: trước can thiệp động mạch vành qua da, sau can thiệp động mạch vành qua da 1 tháng và 3 tháng.

Kết quả: Điểm trung bình các lĩnh vực sức khỏe sau can thiệp động mạch vành qua da cả 2 thang đo SAQ-7 và SF-36 đều cải thiện so với trước can thiệp động mạch vành qua da ($p < 0,05$). Các yếu tố như tuổi cao và hút thuốc lá có liên quan tiêu cực đến chất lượng cuộc sống, trong khi trình độ học vấn cao và thói quen tập thể dục có tác động tích cực. Phân tích hồi quy đa biến xác định tuổi, học vấn, tập thể dục và hút thuốc lá là các yếu tố ảnh hưởng độc lập đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Kết luận: Chất lượng cuộc sống của người bệnh cải thiện đáng kể sau can thiệp động mạch vành qua da và tham gia chương trình quản lý người bệnh sau can thiệp động mạch vành qua da cải thiện rõ rệt. Cần duy trì và tiếp tục phát triển chương trình quản lý người bệnh sau can thiệp động mạch vành qua da. Việc triển khai hình thức theo dõi và tư vấn từ xa qua điện thoại, trong đó điều dưỡng đóng vai trò trọng tâm trong theo dõi, tư vấn từ xa và giáo dục sức khỏe được xem là chiến lược góp phần nâng cao chất lượng điều trị, hiệu quả phục hồi và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Từ khóa: Bệnh động mạch vành, can thiệp động mạch vành qua da, chất lượng cuộc sống, SAQ-7, SF-36.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn cầu. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, năm 2022 có khoảng 19,8 triệu người tử vong do bệnh tim mạch, trong đó 85% là do bệnh động mạch vành và đột quỵ [1]. Tại Việt Nam, năm 2020 ghi nhận 91.939 người tử vong do bệnh động mạch vành, chiếm 13,41% tổng số ca tử vong [2].

Can thiệp động mạch vành qua da (percutaneous coronary intervention - PCI) là phương pháp điều trị hiệu quả giúp cải thiện tiên lượng sống và giảm thiểu biến cố tim mạch. Tuy nhiên, sau PCI, người bệnh

có thể có các vấn đề còn tồn tại như: đau ngực, mệt mỏi, lo âu, giảm khả năng vận động và suy giảm chất lượng cuộc sống (CLCS) [3-4].

CLCS liên quan đến sức khỏe là một chỉ số quan trọng trong đánh giá hiệu quả của các can thiệp y tế, đặc biệt trong bệnh lý mạn tính [5]. Đánh giá CLCS bằng các công cụ chuẩn hóa giúp lượng giá hiệu quả điều trị, theo dõi tiến triển bệnh và xây dựng chiến lược chăm sóc phù hợp. Trong các công cụ đó, Seattle Angina Questionnaire-7 (SAQ-7) là thang đo chuyên biệt đánh giá các triệu chứng và ảnh hưởng của đau ngực trong bệnh động mạch vành [6], còn

*Tác giả liên hệ

Email: hoa.tran@umc.edu.vn Điện thoại: (+84) 767835960 Doi: 10.52163/yhc.v66iCD23.3929

Short Form-36 Health Survey (SF-36) phản ánh tình trạng sức khỏe tổng quát [7]. Việc kết hợp HAI thang đo SAQ-7 và SF-36 giúp đánh giá toàn diện hơn, bao gồm triệu chứng lâm sàng, sức khỏe thể chất và tinh thần [6-7].

Tại Việt Nam, một số nghiên cứu sử dụng đơn lẻ các thang đo như SF-36, SAQ hoặc HeartQoL trong đánh giá CLCS sau PCI [8-10], hiện chưa ghi nhận nghiên cứu nào kết hợp đồng thời các thang đo. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá CLCS của người bệnh sau PCI bằng sự kết hợp giữa hai thang đo SAQ-7 và SF-36 tại Khoa Tim mạch can thiệp, Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, nơi đã triển khai chương trình quản lý người bệnh sau PCI, đồng thời xác định các yếu tố liên quan.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại Khoa Tim mạch can thiệp và Phòng khám Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 9/2024 đến 4/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh có can thiệp động mạch vành và có tham gia chương trình quản lý người bệnh sau PCI.

2.4. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu liên tục.

- Tiêu chí chọn mẫu: người bệnh từ đủ 18 tuổi trở lên, mắc bệnh động mạch vành và có PCI, tái khám tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, có khả năng giao tiếp bằng tiếng Việt và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chí loại trừ: người bệnh có bệnh kèm theo (ung thư, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, suy thận mạn giai đoạn cuối), suy giảm tri giác, không có khả năng nhận thức, tử vong hoặc nhập viện điều trị bệnh lý khác.

2.5. Phương pháp thực hiện nghiên cứu

Cỡ mẫu được tính dựa trên công thức tính cỡ mẫu so sánh hai trung bình dạng bắt cặp:

$$n_{\text{pair}} \geq \frac{2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_{\text{diff}}/\sigma_{\text{diff}})^2} + \frac{Z_{1-\alpha/2}^2}{2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu người tham gia nghiên cứu; Z là hệ số tin cậy (với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ và $Z_{1-\beta} = 0,84$); α là sai lầm loại 1 ($\alpha = 0,05$), β là sai lầm loại 2 ($\beta = 0,2$); μ_{diff} là trung bình khác biệt (μ_{diff}

$= 11,5$); σ_{diff} là độ lệch chuẩn khác biệt ($\sigma_{\text{diff}} = 24,4$) dựa trên nghiên cứu của Collet C và cộng sự [3].

Tính được cỡ mẫu tối thiểu là 73 người bệnh, dự trừ mất mẫu 20% nên cỡ mẫu cần chọn vào $n = 90$.

Dữ liệu được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp người bệnh, sử dụng bộ câu hỏi cấu trúc sẵn. Bộ câu hỏi gồm: đặc điểm cá nhân, đặc điểm lâm sàng, thang đo đánh giá triệu chứng đau ngực (SAQ-7) với độ tin cậy Cronbach's alpha 0,866, thang đo sức khỏe tổng quát (SF-36) với độ tin cậy Cronbach's alpha $> 0,7$. Điểm đánh giá hai thang đo là thang điểm từ 0-100, trong đó 0 đại diện cho tình trạng sức khỏe báo cáo thấp nhất và 100 đại diện cho tình trạng sức khỏe báo cáo cao nhất.

2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích trên phần mềm Stata 16. Mức ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$, khoảng tin cậy (KTC) 95%.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức của Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (Quyết định số 1819/ĐHYD-HĐĐĐ, ngày 06/8/2024).

Đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giải thích rõ mục tiêu, nội dung nghiên cứu và ký văn bản đồng thuận tham gia.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Dân số nghiên cứu 90 người bệnh có PCI với độ tuổi trung bình $62,4 \pm 10,2$, trong đó nhóm trên 60 tuổi (57,8%), đã nghỉ hưu (34,4%), nam giới (67,8%), nữ giới (32,2%), đã kết hôn (96,8%), sống cùng gia đình (97,8%), có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở xuống (82,3%), trên trung học phổ thông (17,7%) và có bảo hiểm y tế (97,8%). Phần lớn người bệnh cư trú ngoài thành phố (63,3%).

Các bệnh lý đi kèm: tăng huyết áp (81,1%), đái tháo đường (38,9%) và rối loạn chuyển hóa lipid máu (80,0%).

Về hành vi sức khỏe, trước PCI, người bệnh có thói quen tập thể dục (64,4%), hút thuốc lá (35,6%) và uống rượu, bia (37,8%). Sau PCI, tỷ lệ người bệnh duy trì tập thể dục tăng từ 81,1% (sau 1 tháng) lên 95,6% (sau 3 tháng). Tỷ lệ hút thuốc lá giảm rõ rệt, chỉ còn 3,3% (sau 1 tháng) và 2,2% (sau 3 tháng). Tất cả người bệnh đều tham gia chương trình quản lý người bệnh sau PCI, tái khám tại bệnh viện và không ghi nhận trường hợp tử vong hay tái nhập viện do biến cố tim mạch trong thời gian nghiên cứu.

3.2. CLCS của người bệnh sau PCI qua thang đo chuyên biệt SAQ-7

Bảng 1. Điểm trung bình SAQ-7 trước và sau PCI 1 tháng, 3 tháng (n = 90)

Khía cạnh đánh giá		Trước can thiệp (1)	Sau can thiệp 1 tháng (2)	Sau can thiệp 3 tháng (3)	p_{2-1*}	p_{3-1*}	p_{3-2*}
Giới hạn vận động	$\bar{X} \pm SD$	68,3 $\pm$ 25,0	92,0 $\pm$ 12,5	96,6 $\pm$ 7,4	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Min-max	12,5-100	50-100	62,5-100			
Tần suất đau thắt ngực	$\bar{X} \pm SD$	75,1 $\pm$ 20,1	95,3 $\pm$ 10,4	99,1 $\pm$ 3,2	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Min-max	10-100	40-100	80-100			
CLCS	$\bar{X} \pm SD$	34,0 $\pm$ 17,4	61,3 $\pm$ 13,9	67,8 $\pm$ 12,8	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Min-max	12,5-87,5	37,5-100	50-100			
Điểm tổng hợp SAQ-7	$\bar{X} \pm SD$	59,2 $\pm$ 16,3	82,8 $\pm$ 8,9	87,8 $\pm$ 5,7	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Min-max	21,9-91,7	52,5-100	71,7-100			

*: Kiểm định t-test bất cặp, trong đó: p_{2-1} là giá trị p khi so sánh điểm SAQ sau PCI 1 tháng và trước PCI (t-test); p_{3-1} là giá trị p khi so sánh điểm SAQ sau PCI 3 tháng và trước PCI (t-test); p_{3-2} là giá trị p khi so sánh điểm SAQ sau PCI 3 tháng và sau PCI 1 tháng (t-test)

Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm trung bình các lĩnh vực trong thang đo SAQ-7 đều cải thiện rõ rệt sau PCI, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Cụ thể, điểm giới hạn vận động tăng từ 68,3 $\pm$ 25,0 trước PCI lên 92,0 $\pm$ 12,5 sau PCI 1 tháng và đạt 96,6 $\pm$ 7,4 sau 3 tháng. Điểm tần suất đau thắt ngực cải thiện đáng kể, từ 75,1 $\pm$ 20,1 lên 95,3 $\pm$ 10,4 sau

1 tháng và duy trì ở mức cao 99,1 $\pm$ 3,2 sau 3 tháng. Lĩnh vực CLCS cũng ghi nhận mức cải thiện đáng kể, từ 34,0 $\pm$ 17,4 trước PCI lên 61,3 $\pm$ 13,9 sau 1 tháng và 67,8 $\pm$ 12,8 sau 3 tháng. Điểm tổng hợp SAQ-7 tăng từ 59,2 $\pm$ 16,3 trước PCI lên 82,8 $\pm$ 8,9 sau 1 tháng và đạt 87,8 $\pm$ 5,7 sau 3 tháng.

3.3. CLCS của người bệnh sau PCI qua thang đo sức khỏe tổng quát SF-36

Bảng 2. Đặc điểm CLCS theo thang đo SF-36 trước và sau PCI 1 tháng, 3 tháng (n = 90)

Khía cạnh đánh giá		Trước can thiệp (1)	Sau can thiệp 1 tháng (2)	Sau can thiệp 3 tháng (3)	p_{2-1*}	p_{3-1*}	p_{3-2*}
Sức khỏe thể chất	$\bar{X} \pm SD$	46,1 $\pm$ 14,8	78,4 $\pm$ 14,8	87,1 $\pm$ 8,5	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Hoạt động thể chất	$\bar{X} \pm SD$	48,4 $\pm$ 21,3	72,9 $\pm$ 15,4	81,6 $\pm$ 12,9	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Min-max	5-100	35-100	55-100			
Các hạn chế do sức khỏe thể chất	$\bar{X} \pm SD$	40,8 $\pm$ 45,4	90,0 $\pm$ 29,2	98,6 $\pm$ 10,8	< 0,001	< 0,001	0,004
	Min-max	0-100	0-100	0-100			
Cảm giác đau	$\bar{X} \pm SD$	60,2 $\pm$ 26,2	85,0 $\pm$ 16,7	92,7 $\pm$ 12,9	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Min-max	0-100	32,5-100	45-100			
Sức khỏe chung	$\bar{X} \pm SD$	35,1 $\pm$ 18,5	65,5 $\pm$ 13,3	75,6 $\pm$ 11,7	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Min-max	0-79,2	29,2-91,7	41,7-95,8			
Sức khỏe tinh thần	$\bar{X} \pm SD$	57,4 $\pm$ 23,1	87,2 $\pm$ 10,4	93,5 $\pm$ 6,0	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Cảm nhận sức sống	$\bar{X} \pm SD$	55,7 $\pm$ 19,1	80,8 $\pm$ 11,9	88,1 $\pm$ 9,4	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Min-max	20-95	45-100	55-100			

Khía cạnh đánh giá		Trước can thiệp (1)	Sau can thiệp 1 tháng (2)	Sau can thiệp 3 tháng (3)	p_{2-1*}	p_{3-1*}	p_{3-2*}
Hoạt động xã hội	$\bar{X} \pm SD$	66,7 $\pm$ 25,6	88,5 $\pm$ 14,3	96,3 $\pm$ 8,7	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Min-max	12,5-100	37,5-100	62,5-100			
Giới hạn tâm lý	$\bar{X} \pm SD$	47,4 $\pm$ 46,1	95,6 $\pm$ 18,2	99,3 $\pm$ 7,0	< 0,001	< 0,001	0,041
	Min-max	0-100	0-100	33,3-100			
Tình trạng tinh thần	$\bar{X} \pm SD$	59,7 $\pm$ 19,1	83,9 $\pm$ 10,5	90,5 $\pm$ 8,6	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Min-max	16-100	52-100	44-100			
CLCS chung	$\bar{X} \pm SD$	51,8 $\pm$ 22,2	82,8 $\pm$ 11,8	90,3 $\pm$ 8,6	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Min-max	15,9-93,1	42,4-98,9	56,3-99,5			

*: Kiểm định t-test bất cặp, trong đó: p_{2-1} là giá trị p khi so sánh điểm SF-36 sau PCI 1 tháng và trước PCI (t-test); p_{3-1} là giá trị p khi so sánh điểm SF-36 sau PCI 3 tháng và trước PCI (t-test); p_{3-2} là giá trị p khi so sánh điểm SF-36 sau PCI 3 tháng và sau PCI 1 tháng (t-test)

Kết quả nghiên cứu ghi nhận điểm trung bình các lĩnh vực sức khỏe đều tăng đáng kể tại cả hai thời điểm sau PCI so với trước PCI, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Ở khía cạnh sức khỏe thể chất, điểm trung bình của lĩnh vực này trước PCI là 46,1 $\pm$ 14,8 điểm, sau 1 tháng tăng lên 78,4 $\pm$ 14,8 điểm và sau 3 tháng tiếp tục tăng đạt 87,1 $\pm$ 8,5 điểm ($p < 0,001$). Các lĩnh vực sức khỏe ở khía cạnh này như hoạt động thể chất, giới hạn do sức khỏe thể chất, cảm giác đau và đánh giá sức khỏe chung đều ghi nhận sự cải thiện có ý nghĩa ($p < 0,001$).

Ở khía cạnh sức khỏe tinh thần, điểm trung bình cũng tăng đáng kể từ 57,4 $\pm$ 23,1 điểm trước PCI lên 87,2 $\pm$ 10,4 điểm sau 1 tháng và 93,5 $\pm$ 6,0 điểm sau 3 tháng ($p < 0,001$), trong đó điểm cảm nhận sức sống và hoạt động xã hội, giới hạn tâm lý và tình trạng tinh thần đều tăng mạnh sau PCI, đặc biệt tại thời điểm sau PCI 1 tháng.

Điểm CLCS chung cải thiện rõ rệt từ 51,8 $\pm$ 22,2 điểm trước PCI lên 82,8 $\pm$ 11,8 điểm sau 1 tháng và đạt 90,1 $\pm$ 8,6 điểm sau 3 tháng ($p < 0,001$), phản ánh hiệu quả cải thiện rõ rệt và bền vững của PCI đối với CLCS người bệnh.

3.4. Một số yếu tố liên quan ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh sau PCI 1 tháng và 3 tháng

Bảng 3. Các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh sau PCI 1 tháng, 3 tháng qua phân tích hồi quy đa biến

Yếu tố		Điểm sức khỏe thể chất (SF-36)				Điểm sức khỏe tinh thần (SF-36)			
		Sau 1 tháng		Sau 3 tháng		Sau 1 tháng		Sau 3 tháng	
		β hiệu chỉnh (KTC 95%)	p	β hiệu chỉnh (KTC 95%)	p	β hiệu chỉnh (KTC 95%)	p	β hiệu chỉnh (KTC 95%)	p
Nhóm tuổi	51-60 tuổi	-8,56 (-16,64 ÷ -0,48)	0,04	-3,06 (-7,85 ÷ 1,73)	0,21	-4,01 (-11,08 ÷ 3,07)	0,26	-2,31 (-6,20 ÷ 1,58)	0,24
	61-70 tuổi	-13,26 (-21,12 ÷ -5,41)	0,001	-10,35 (-15,00 ÷ -5,69)	< 0,001	-5,39 (-12,35 ÷ 1,56)	0,13	-6,27 (-10,10 ÷ -2,44)	0,002
	> 70 tuổi	-11,10 (-20,66 ÷ -1,55)	0,02	-11,34 (-17,08 ÷ -5,59)	< 0,001	-4,47 (-12,67 ÷ 3,73)	0,28	-4,86 (-9,46 ÷ -0,26)	0,04
Thói quen tập thể dục (có)		16,25 (9,88 ÷ 22,63)	< 0,001	7,61 (0,14 ÷ 15,08)	0,05	9,23 (3,76 ÷ 14,69)	0,001	2,69 (-3,32 ÷ 8,70)	0,38
Hút thuốc lá (có)		-20,21 (-33,84 ÷ -6,58)	0,004	-8,73 (-18,62 ÷ 1,15)	0,08	-	-	-	-

Yếu tố		Điểm CLCS chung (SF-36)				Điểm tổng hợp SAQ-7			
		Sau 1 tháng		Sau 3 tháng		Sau 1 tháng		Sau 3 tháng	
		β hiệu chỉnh (KTC 95%)	p	β hiệu chỉnh (KTC 95%)	p	β hiệu chỉnh (KTC 95%)	p	β hiệu chỉnh (KTC 95%)	p
Nhóm tuổi	61-70 tuổi	-9,24 (-15,81 ÷ -2,61)	0,007	-8,30 (-12,25 ÷ -4,35)	< 0,001	-4,51 (-10,08 ÷ 1,07)	0,11	-2,33 (-6,08 ÷ 1,43)	0,22
	> 70 tuổi	-7,80 (-15,83 ÷ 0,24)	0,06	-8,09 (-12,95 ÷ -3,24)	0,001	-5,13 (-11,79 ÷ 1,53)	0,13	-3,54 (-8,09 ÷ 1,01)	0,13
Học vấn (> trung học phổ thông)		1,28 (-4,15 ÷ 6,72)	0,64	2,71 (-0,54 ÷ 5,955)	0,101	2,46 (-1,90 ÷ 6,83)	0,26	3,03 (-0,15 ÷ 5,90)	0,04
Thói quen tập thể dục (có)		12,38 (7,05 ÷ 17,71)	< 0,001	5,39 (-0,92 ÷ 11,7)	0,09	8,30 (3,92 ÷ 12,68)	< 0,001	7,99 (2,25 ÷ 13,74)	0,007

Kết quả phân tích hồi quy đa biến, ghi nhận một số yếu tố như: tuổi, trình độ học vấn, thói quen tập thể dục và hút thuốc lá là những yếu tố liên quan độc lập ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh sau PCI.

4. BÀN LUẬN

4.1. CLCS của người bệnh trước và sau PCI

Nghiên cứu ghi nhận CLCS của người bệnh cải thiện đáng kể sau PCI, thể hiện qua sự gia tăng có ý nghĩa thống kê ở cả hai thang đo: SAQ-7 (bảng 1) và SF-36 (bảng 2) tại các thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau PCI ($p < 0,001$).

Ở thang đo SAQ-7, điểm tổng hợp tăng từ 59,2 điểm trước can thiệp lên 87,8 điểm sau 3 tháng ($p < 0,001$). Kết quả cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Trần Như Ý và cộng sự (tăng từ 69,96 điểm lên 76,38 điểm) [8]. Sự cải thiện đáng kể này có thể xuất phát từ việc người bệnh được tham gia chương trình quản lý sau PCI, kết hợp giữa chăm sóc điều dưỡng liên tục, giáo dục sức khỏe và theo dõi từ xa qua điện thoại, là yếu tố giúp duy trì tuân thủ điều trị và nâng cao chất lượng phục hồi sau PCI.

Ở thang đo sức khỏe tổng quát (SF-36), điểm số các lĩnh vực sức khỏe cũng tăng đáng kể sau can thiệp (với $p < 0,001$) (bảng 2). Điểm trung bình sức khỏe thể chất tại thời điểm trước PCI là 46,1 điểm, sau PCI 1 tháng tăng lên 78,4 điểm và 87,1 điểm sau 3 tháng, cao hơn nghiên cứu của Qadir C.S và cộng sự: tăng từ 39,57 điểm trước PCI lên 45,49 điểm sau 3 tháng [11]. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi đặc điểm dân số, thời gian PCI, mức độ tổn thương mạch vành, cũng như vai trò hỗ trợ từ hệ thống chăm sóc điều dưỡng sau xuất viện.

Tương tự, điểm trung bình sức khỏe tinh thần tăng từ 57,4 điểm lên 93,5 điểm sau 3 tháng, cao hơn kết quả của Qadir C.S và cộng sự (tăng từ 38,69 lên 40,99 điểm) [11]. Điểm CLCS chung tăng rõ rệt, từ

51,8 điểm trước PCI lên 82,8 điểm sau PCI 1 tháng và 90,1 điểm sau PCI 3 tháng. Sự cải thiện này phản ánh hiệu quả tích cực của PCI kết hợp với chăm sóc và theo dõi sau xuất viện. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Huy và cộng sự là 74 điểm [10], của Qadir C.S và cộng sự với 42,4 điểm [11]. Sự khác biệt này có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh không chỉ được chăm sóc và theo dõi PCI trong thời gian điều trị nội trú mà còn được tiếp tục chăm sóc ngoại trú thông qua hình thức theo dõi chủ động sau xuất viện qua các cuộc gọi của điều dưỡng, tư vấn, hỗ trợ tinh thần, điều này góp phần duy trì tuân thủ điều trị, hỗ trợ tâm lý và phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường.

Những cải thiện này phù hợp với các thành phần trong mô hình CLCS của Ferrans C.E và cộng sự, bao gồm: sức khỏe thể chất, chức năng, cảm nhận bản thân và hỗ trợ xã hội [5], khẳng định vai trò thiết yếu của điều dưỡng trong việc nâng cao CLCS sau PCI.

4.2. Mối liên quan ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh sau PCI

Kết quả phân tích đa biến cho thấy một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với CLCS với $p < 0,05$, bao gồm: tuổi, trình độ học vấn, thói quen tập thể dục và hút thuốc lá.

Tuổi là yếu tố ảnh hưởng tiêu cực đến CLCS, đặc biệt ở nhóm ≥ 61 tuổi. Ở cả thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau PCI, nhóm tuổi cao có điểm số sức khỏe thể chất, tinh thần và CLCS chung đều thấp hơn đáng kể so với nhóm ≤ 60 tuổi. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Tsoulou V, Nguyễn Văn Huy và Phan Thị May [4], [9-10], cho thấy người bệnh lớn tuổi phục hồi chậm hơn, có thể do tình trạng đa bệnh lý, suy giảm chức năng và khả năng thích nghi thấp. Điều này cho thấy cần có chiến lược theo dõi sát và can thiệp chăm sóc cá thể hóa cho nhóm người bệnh cao tuổi sau PCI.

Trình độ học vấn cao (trên trung học phổ thông) có

liên quan tích cực đến cải thiện CLCS tại thời điểm 3 tháng sau PCI ($\beta = 3,03$; $p = 0,040$). Kết quả cho thấy nhóm này có khả năng tiếp nhận thông tin, tuân thủ điều trị và tự quản lý bệnh tốt hơn, kết quả tương đồng với các nghiên cứu của Tsoulou V và Phan Thị May [4], [9]. Như vậy, có thể thấy trình độ học vấn là một yếu tố cần được xem xét trong thiết kế các chương trình tư vấn, giáo dục sức khỏe sau PCI. Việc cá thể hóa nội dung truyền thông y tế theo trình độ học vấn không chỉ giúp người bệnh tiếp nhận thông tin tốt hơn mà còn nâng cao hiệu quả chăm sóc điều dưỡng, cải thiện khả năng tự quản lý bệnh và CLCS.

Thói quen tập thể dục có mối liên quan chặt chẽ với cải thiện điểm SAQ-7 và SF-36. Cụ thể, điểm SAQ cải thiện rõ tại cả 2 thời điểm 1 tháng sau PCI ($\beta = 8,30$; $p < 0,001$) và 3 tháng sau PCI ($\beta = 7,99$; $p = 0,007$). Đồng thời, điểm sức khỏe thể chất cũng tăng rõ rệt tại hai thời điểm này ($\beta = 16,25$; $p < 0,001$ và $\beta = 7,61$; $p = 0,046$). Ngoài ra, tập thể dục còn cải thiện sức khỏe tinh thần và chất lượng sống chung tại thời điểm 1 tháng sau PCI ($\beta = 9,23$; $p = 0,001$ và $\beta = 12,38$; $p < 0,0001$), mặc dù xu hướng tích cực này không còn ý nghĩa thống kê sau 3 tháng, nhưng vẫn được duy trì ở mức cao. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Shah Z.A và cộng sự cho thấy người bệnh tham gia phục hồi chức năng tim mạch giảm đáng kể tỷ lệ loạn nhịp và giảm đau thắt ngực sau nhồi máu cơ tim, đặc biệt trong 3 tháng đầu sau PCI [12]; và phù hợp với nghiên cứu của Tsoulou V và cộng sự khẳng định hiệu quả toàn diện của phục hồi chức năng tim mạch tại nhà lên cả thể chất và tinh thần [4]. Những kết quả trên cho thấy tập luyện thể dục đóng vai trò thiết yếu trong quá trình phục hồi sau PCI, không chỉ về mặt thể chất, tinh thần mà còn cải thiện triệu chứng đau ngực và CLCS sau PCI.

Hút thuốc lá là yếu tố liên quan làm giảm điểm sức khỏe thể chất tại thời điểm 1 tháng sau PCI ($\beta = -20,21$; $p = 0,004$), tuy nhiên không còn ý nghĩa thống kê ở thời điểm 3 tháng sau PCI ($\beta = 8,73$, $p = 0,08$). Điều này cho thấy ảnh hưởng tiêu cực của hút thuốc đến sức khỏe thể chất rõ ràng hơn trong giai đoạn sớm sau PCI. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của Pocock S và Chao Xue [13-14], cho thấy hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tiến trình hồi phục sau PCI. Do đó, điều dưỡng cần tích cực sàng lọc, tư vấn và hỗ trợ người bệnh cai thuốc sớm trong quá trình chăm sóc sau PCI.

4.3. Hạn chế của nghiên cứu và đề xuất

Nghiên cứu thực hiện tại một trung tâm với cỡ mẫu hạn chế và thời gian khảo sát ngắn (3 tháng), nên chưa đánh giá được tính bền vững của cải thiện CLCS. Vì vậy, trong nghiên cứu tiếp theo, chúng tôi dự kiến sẽ tiến hành với quy mô lớn hơn, kết hợp yếu tố can thiệp điều dưỡng và mở rộng thời gian theo dõi từ 6 tháng đến 1 năm để có cơ sở đánh giá toàn diện.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy CLCS của người bệnh sau PCI có sự cải thiện rõ rệt theo thời gian, với điểm trung bình SAQ-7 và SF-36 tăng có ý nghĩa thống kê tại các thời điểm sau PCI 1 tháng và 3 tháng. Sự cải thiện này thể hiện trên nhiều lĩnh vực sức khỏe: giảm mức độ đau ngực, tăng khả năng hoạt động thể chất, cải thiện cảm nhận về sức khỏe và sự hài lòng trong sinh hoạt hằng ngày.

Một số yếu tố liên quan tích cực đến CLCS như thói quen tập thể dục, trình độ học vấn cao, trong khi tuổi cao và hút thuốc lá có xu hướng liên quan đến điểm số thấp hơn. Những kết quả này cho thấy vai trò quan trọng của các yếu tố cá nhân và hành vi lối sống trong quá trình phục hồi và nâng cao CLCS sau PCI.

Việc sử dụng kết hợp hai công cụ SAQ-7 và SF-36 giúp đánh giá toàn diện CLCS của người bệnh, đồng thời cung cấp cơ sở thực tiễn để xây dựng các chương trình chăm sóc sau PCI phù hợp hơn, đặc biệt là các can thiệp điều dưỡng theo cá thể hóa, tập trung vào hỗ trợ tâm lý - xã hội và thúc đẩy hành vi sống lành mạnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). Geneva: World Health Organization, 11 June 2021 [cited 2025 Aug 1]. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- [2] World Life Expectancy. Coronary heart disease - Viet Nam. World Life Expectancy. [cited 2025 Aug 1]. <https://www.worldlifeexpectancy.com/viet-nam-coronary-heart-disease>
- [3] Collet C, Collison D et al. Differential improvement in angina and health-related quality of life after PCI in focal and diffuse coronary artery disease. JACC cardiovascular interventions, 2022, 15 (24): 2506-18.
- [4] Tsoulou V, Vasilopoulos G et al. Quality of life in patients undergoing percutaneous coronary intervention. Clinics and Practice, 2023, 13 (3): 621-37.
- [5] Ferrans C.E, Zerwic J.J, Wilbur J.E, Larson J.L. Conceptual model of health-related quality of life. Journal of nursing scholarship, 2005, 37 (4): 336-42.
- [6] Chan P.S, Jones P.G et al. Development and validation of a short version of the Seattle angina questionnaire. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, 2014, 7 (5): 640-7.
- [7] Võ Tuấn Khoa, Nguyễn Thy Khuê. Quá trình chuyển ngữ, thích ứng văn hóa và thẩm định bước đầu bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống Short Form-36 bản Việt. Hội Nội tiết - Đái tháo đường và Rối loạn chuyển hóa

- miền Trung Việt Nam, 2018.
- [8] Nguyễn Trần Như Ý, Bùi Hoàng Lan Anh và cộng sự. 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): 66-73.
- [9] Phan Thị May, Phạm Như Hùng và cộng sự. Đánh giá chất lượng cuộc sống bằng thang điểm HEARTQOL cho bệnh nhân can thiệp động mạch vành qua da. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2021, 506 (2): 294-298.
- [10] Nguyen V.H, Khuong L.Q et al. Changes in, and predictors of, quality of life among patients with unstable angina after percutaneous coronary intervention. *J Eval Clin Pract*, 2021, 27 (2): 325-32.
- [11] Qadir C.S, Younis Y.M. Effect of percutaneous coronary intervention on quality of life among coronary artery disease patients in Erbil city. *Erbil Journal of Nursing and Midwifery*, 2025, 8 (1): 1-10.
- [12] Shah Z.A, Jamal Q.M, Ullah N, Ahmad T, Ahmed M. Effectiveness of cardiac rehabilitation in myocardial infarction patients after percutaneous coronary intervention. *Cureus*, 2022, 14 (7): e26684.
- [13] Pocock S, Brieger D.B, Owen R et al. Health-related quality of life 1-3 years post-myocardial infarction: its impact on prognosis. *Open Heart*, 2021, 8 (1): e001499.
- [14] Xue C, Bian L, Xie Y.S et al. Impact of smoking on health-related quality of life after percutaneous coronary intervention treated with drug-eluting stents: a longitudinal observational study. *Health Qual Life Outcomes*, 2017, 15 (1): 1.