

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân suy tim mất bù cấp bằng thang đo chất lượng cuộc sống KCCQ

Nguyễn Hữu Nghĩa¹, Nguyễn Thị Diễm²

¹ Trung Tâm Y Tế thành phố Mỹ Tho, Tiền Giang

² Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy tim mất bù cấp có nguy cơ tử vong trong thời gian ngắn và nguy cơ tái nhập viện cao. Thang điểm KCCQ không chỉ có thể đánh giá đến tình trạng chức năng mà còn có thể đánh giá tâm sinh lý và tâm lý xã hội của bệnh nhân suy tim.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân suy tim mất bù cấp bằng thang đo chất lượng cuộc sống KCCQ tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

Đối tượng và phương pháp: Cắt ngang mô tả trên 64 bệnh nhân suy tim mất bù cấp nhập viện Khoa Tim mạch - Lão học, Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.

Kết quả: Nguyên nhân suy tim do bệnh mạch vành chiếm 37,5%; yếu tố thúc đẩy gồm không tuân thủ điều trị chiếm 35,94%, rối loạn nhịp tim 26,5%. Về triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là khó khở về đêm, khó thở khi gắng sức với tỷ lệ lần lượt là 100% và 90,6%. Suy tim phân suất tống máu thất trái bảo tồn chiếm 48,4%. Sau điều trị 100% ca có chất lượng cuộc sống cải thiện; KCCQ tăng 18,17 điểm.

Kết luận: Thang đo chất lượng cuộc sống KCCQ có giá trị trong đánh giá đáp ứng điều trị của bệnh nhân suy tim mất bù cấp.

Từ khóa: Suy tim mất bù cấp, thang điểm KCCQ, chất lượng cuộc sống.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim (ST) mất bù cấp là nguyên nhân nhập viện hàng đầu tại Hoa Kỳ và chiếm gần 1 triệu ca nhập viện mỗi năm. Hầu hết, (>70%) suy tim nhập viện cấp cứu là kết quả của sự xấu đi của suy tim mạn tính [1]. Tại Việt Nam, hiện nay chưa có số liệu thống kê chính xác nhưng dựa trên dân số 90 triệu người (tháng 11 năm 2013) và dựa vào tần suất mắc bệnh ở châu Âu là 0,4-2% thì dự đoán khoảng 360,000-1,8 triệu người đang mắc suy tim. Bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ tháng 6/1999 đến tháng 3/2000 có khoảng 500 bệnh nhân suy tim nhập viện chiếm, tỷ lệ tử vong trong số này khoảng 5,2%[2],[6]. Theo R. Mills và J. Narula: mặc dù các đặc điểm tế bào và sinh lý của suy tim là cực kỳ quan trọng, tuy nhiên các bác sĩ lâm sàng cũng phải xem xét các vấn đề tâm sinh lý và tâm lý xã hội của bệnh nhân suy tim. Nhiều người trong số những bệnh nhân suy tim có cảm giác cô đơn, bị mất đi chức năng xã hội vốn có và cảm thấy chán nản. Các vấn đề này có thể do suy giảm chức năng thần kinh, kỹ năng phản ứng, đối phó bị hạn chế và sự lo lắng khi không có khả năng chi trả các phương pháp trị liệu đắt tiền[10]. Vì thế, việc điều trị toàn diện cho bệnh nhân là hết sức cần thiết và không thể thiếu trong tiến trình điều trị cho bệnh nhân suy tim nên chúng tôi tiến hành đề tài: “**Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân suy tim mất bù cấp bằng thang đo chất lượng cuộc sống KCCQ**” nhằm mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân suy tim mất bù cấp.

- Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân suy tim mất bù cấp bằng thang đo chất lượng cuộc sống KCCQ.

II. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân nhập viện vì suy tim mất bù cấp và được điều trị tại khoa Tim mạch - Lão học, bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mất bù cấp theo ESC 2016 [11].

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu, trong tình trạng nguy kịch không thể tham gia nghiên cứu, bệnh nhân không thực hiện đủ các biện pháp nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích.

- Cơ mẫu: Chọn mẫu thuận tiên và thu được 64 mẫu.

- Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm lâm sàng:

Nguyên nhân suy tim, yếu tố thúc đẩy hay khởi phát.

Phân loại theo huyết động: dạng I (ấm + khô), dạng II (ấm + ướt), dạng III (lạnh+ khô), dạng IV (lạnh+ ướt), sinh hiệu lúc vào viện, các triệu chứng và dấu hiệu đánh giá theo Framingham, phân độ suy tim theo NYHA.

Đặc điểm cận lâm sàng.

Siêu âm tim: Phân suất tống máu; rối loạn vận động vùng, buồng tim giãn.

Huyết học và sinh hóa: Hemoglobin, creatinin huyết thanh.

Đánh giá kết quả điều trị bằng thang điểm đánh giá chất lượng cuộc sống KCCQ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Nguyên nhân suy tim và yếu tố thúc đẩy

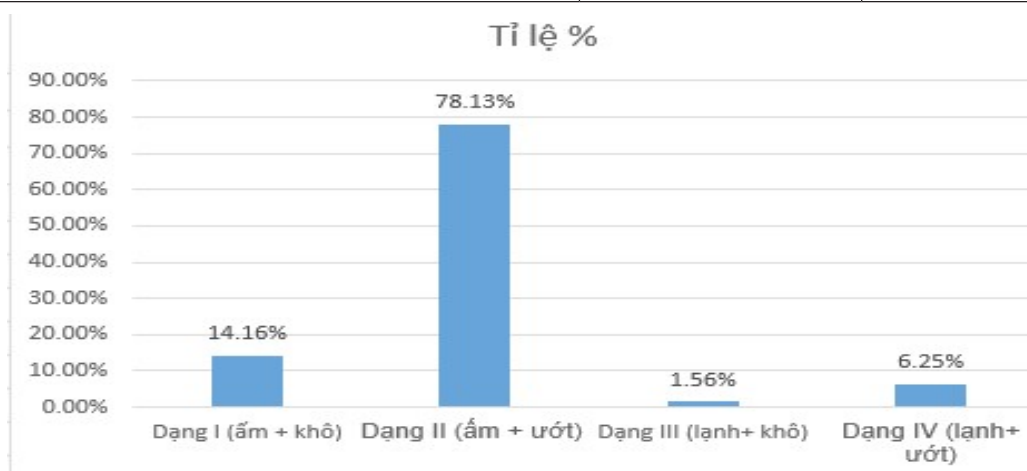
		n	Tỷ lệ %
Nguyên nhân suy tim	Tăng huyết áp	18	28,13
	Bệnh mạch vành	24	37,5
	Bệnh van tim	7	10,93
	Bệnh cơ tim	5	7,18
	Cường giáp	2	3,13
	Khác	8	12,5
Yếu tố thúc đẩy	Hội chứng vành cấp	7	10,94
	Tăng huyết áp không kiểm soát	12	18,75
	Rối loạn nhịp	17	26,56
	Không tuân thủ điều trị	23	35,94
	Thiếu máu	12	18,75
	Nhiễm trùng	10	15,63
	Khó/không xác định	2	3,13

* **Nhận xét:** Yếu tố thúc đẩy suy tim hay gặp nhất là không tuân thủ điều trị.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 2. Triệu chứng chính theo Framingham

Triệu chứng	n	%
Khó thở kịch phát về đêm hoặc khó thở khi nằm	58	90,63
Tĩnh mạch cổ nổi	29	45,3
Ran ẩm ở phổi	15	23,4
Tim to	50	78,12
Phù phổi cấp	14	21,9
Ngựa phi T3	1	1,6
Phản hồi gan tĩnh mạch cổ	5	7,8
Phù chi	23	35,9
Ho về đêm	18	28,1
Khó thở khi gắng sức	100	100
Gan to	10	15,62
Tràn dịch màng phổi	11	17,2
Nhịp tim nhanh	23	35,9



Biểu đồ 1. Phân loại theo thể huyết động

* **Nhận xét:** Thể lâm sàng dạng ẩm và ướt gặp nhất trong suy tim mất bù cấp.

3.2. Cận lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm phân suất tổng máu

EF	Tỷ lệ %
Bảo tồn	48,4
Trung gian	31,3
Giảm	20,3

* **Nhận xét:** Suy tim phân suất tổng máu thất trái bảo tồn thường gặp nhất.

Bảng 4. Đặc điểm một số cận lâm sàng

Cận lâm sàng	n	Tỷ lệ %
Thiếu máu	37	58,81
Tăng creatinin	11	17,19
Hạ natri máu	19	29,69
Tăng Kali máu	2	3,13

* **Nhận xét:** Đa số bệnh suy tim mất bù cấp có tình trạng thiếu máu.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 5. Sự thay đổi của từng tiêu chí đánh CLCS trước và sau điều trị

Tiêu chí đánh giá (điểm)	Trước điều trị	Sau điều trị	TB khác biệt	p
Hạn chế thể lực	27,76±10,94	41,82±11,51	14,06	p<0,001
Tần suất triệu chứng	37,82±14,31	64,58±9,00	26,76	p<0,001
Hiểu biết	28,12±15,5	46,67±16,40	18,55	p<0,001
Cảm nhận ảnh hưởng của suy tim	35,70±16,39	17,21±2,43	-18,49	p<0,001
KCCQ lâm sàng	30,29±9,91	53,20±7,98	22,90	p<0,001
KCCQ chung	30,14±6,93	48,89±6,84	18,17	p<0,001

* **Nhận xét:** Các tiêu chí chất lượng cuộc sống cải thiện sau điều trị.

Bảng 6. Phân loại CLCS trước và sau điều trị

	Kém	TB-kém	TB	Khá-tốt
Trước	26,6%	73,4 %	0	0
Sau	0	59,4%	40,6%	0

* **Nhận xét:** sau điều trị chất lượng cuộc sống cải thiện đáng kể.

Bảng 7. Tiêu chí đánh giá của CLCS KCCQ trước khi điều trị theo NYHA

Tiêu chí đánh giá	II	III	IV	p
Hạn chế thể lực	37,22±18,54	24,20±6,90	13,54±8.81	<0,001
Tần suất triệu chứng	34,37±12,75	41,61±14,42	29,16±10,62	<0,05
Tương tác xã hội	37,5±30,61	30,95±26,37	23,93±21,87	>0,05
Hiểu biết	41,66±18.81	28,86±14,99	21,09±12,68	<0,05
Cảm nhận ảnh hưởng của suy tim	42,29±11,53	34,56±5,25	26,114,54	<0,001
KCCQ lâm sàng	35,80±12,21	32,91±8,45	21,35±7,14	<0,001
KCCQ chung	33,04±6,94	31,18±6,77	26,31±31	<0,05

Bảng 8. Các tiêu chí đánh giá CLCS KCCQ sau điều trị theo NYHA

Tiêu chí đánh giá	II	III	IV	p
Hạn chế thể lực	57,77±18,33	42,30±7,97	34,58±10,06	<0,001
Tần suất triệu chứng	61,08±14,04	65,77±9,00	62,58±6,40	>0,05
Tương tác xã hội	50,00±27,38	53,57±26,80	46,87±14,47	>0,05
Hiểu biết	62,5±22,36	45,53±14,82	43,75±15,81	<0,05
Cảm nhận ảnh hưởng của suy tim	20,50±3,01	16,9±2,19	16,75±2,01	<0,05
KCCQ lâm sàng	59,79±15,65	54,03±6,43	48,54±5,54	<0,05
KCCQ chung	54,17±7,70	48,95±7,39	46,76±3,30	>0,05

* **Nhận xét:** Chất lượng cuộc sống cải thiện ở tất cả mức độ suy tim.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- ST do bệnh mạch vành chiếm tỷ lệ cao nhất 37,5%, tăng huyết áp 28,13%, cường giáp chiếm 3,13%, nguyên nhân khác chiếm 12,5%. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả của Đoàn Thị Thanh Vi (2016) với tỷ lệ bệnh mạch vành là 41,7% và tăng huyết áp là 25% [5].

- *Yếu tố thúc đẩy ST:* trong nghiên cứu của chúng tôi không tuân thủ điều trị 35,94%; rối loạn nhịp 26,56%; tăng huyết áp không kiểm soát 18,75%; hội chứng vành cấp 10,94%. Tương tự với kết quả của Đoàn Thị Thanh Vi (2016) với tỷ lệ không tuân thủ điều trị chiếm 30% và rối loạn nhịp tim 20% [5]. Khác với nghiên cứu OPTIMIZE-HF Registry với n=48612: hội chứng vành cấp 14,7%; rối loạn nhịp chiếm 13,5%; tăng huyết áp không kiểm soát 10,7%; không tuân thủ điều trị 14,1% [7]. Sự khác nhau này các có lẽ là do hiểu biết của người dân còn hạn chế, ý thức trong điều trị, hoàn cảnh kinh tế của từng vùng miền, từng quốc gia.

- *Các triệu chứng lâm sàng của suy tim:* nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận khó thở kịch phát về đêm hoặc khó thở khi nằm chiếm 90,625%; khó thở khi gắng sức chiếm tỷ lệ cao nhất là 100%. Tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Oanh Oanh (2010) với triệu chứng khó thở chiếm tỷ lệ cao nhất 90,78% [4].

- *Siêu âm tim:* phân suất tống máu bảo tồn chiếm tỷ lệ cao nhất 48,4%. Kết quả này khác với Đoàn Thị Thanh Vi (2016) phân suất tống máu bảo tồn chiếm tỷ lệ 38,3%, EF trung gian với tỷ lệ 15% và phân suất tống máu giảm với tỷ lệ 46,5% có EF là 42 ±13,41% [5]. Sự khác biệt về kết quả của nghiên cứu của chúng tôi trên có thể là cỡ mẫu, đặc điểm đối tượng nghiên cứu của các nghiên cứu khác nhau, chúng ta cần có nhiều nghiên cứu hơn để làm rõ.

- *Thiếu máu:* nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có thiếu máu là 58,81% cao hơn kết quả nghiên cứu của Trần Lâm và cs (2015) là 35,6% [3]{A, 1994 #26}. Sự khác biệt này có thể do thời gian mắc bệnh suy tim khác nhau, kích cỡ mẫu khác nhau, thuốc điều trị, nguyên nhân suy tim.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

- Trước điều trị chúng tôi có 26,6% bệnh nhân có chất lượng cuộc sống kém; 73,4% bệnh nhân có chất lượng cuộc sống trung bình-kém và sau điều trị có 59,4% bệnh nhân có chất lượng cuộc sống trung bình-kém; 40,6% bệnh nhân có chất lượng cuộc sống trung bình. Trong nghiên cứu của chúng tôi “cảm nhận về sự ảnh hưởng của suy tim” sau khi điều trị đã giảm 18,49 điểm so với tăng 20,1 điểm trong nghiên cứu Patrick Green [9]. Điều này thể hiện tâm lý tiêu cực hơn của bệnh nhân trước khi xuất viện dễ dẫn đến trầm cảm ở bệnh nhân sau khi xuất viện. Trầm cảm và bệnh tim mạch có mối

quan hệ hai chiều: trầm cảm làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch và bệnh tim mạch làm tăng nguy cơ trầm cảm. Các nghiên cứu cho thấy, những bệnh nhân trầm cảm có nguy cơ tim mạch tăng gấp 1,6-2,7 lần trong 24 tháng. Ngược lại, nghiên cứu đã khảo sát vai trò của bệnh tim mạch làm tăng nguy cơ mắc trầm cảm [8].

IV. KẾT LUẬN

Yếu tố thúc đẩy suy tim mất bù cấp hay gấp nhất là không tuân thủ điều trị. Thang đo chất lượng cuộc sống KCCQ có giá trị trong đánh giá *đáp ứng điều trị của bệnh nhân suy tim mất bù cấp*.

ABSTRACT

STUDY ON CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND EVALUATING TREATMENT RESULTS OF PATIENTS WITH ACUTE DECOMPENSATED HEART FAILURE BY KCCQ QUALITY OF LIFE SCALE IN CAN THO GENERAL HOSPITAL

Background: Acute decompensated heart failure has a short-term risk of death and a high risk of readmission. The KCCQ quality of life scale can assess the functional status and evaluate the psychophysiological and psychosocial aspects of patients with heart failure.

Objectives: Describe the clinical, subclinical characteristics and evaluate treatment outcomes for patients with decompensated heart failure by KCCQ quality of life scale in Can Tho General Hospital.

Materials and methods: Cross-sectional description of 64 patients with acute decompensated heart failure admitted to Cardio-vascular department in Can Tho General Hospital.

Results: The cause of heart failure due to coronary artery disease accounted for 37.5%; Factors that made precipitating acute heart failure were non-adherence (35.94%), arrhythmia (26.5%). The most common clinical symptoms were nocturnal dyspnea, exertional dyspnea at the rates of 100% and 90.6%, respectively. Heart failure with preserved ejection was 48.4%. After treatment, 100% of cases improved quality of life and KCCQ score increased to 18.17 points.

Conclusion: KCCQ quality of life scale is valid in assessing treatment results of patients with acute decompensated heart failure.

Keywords: Acute decompensated heart failure, KCCQ scale, quality of life.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Tử Dương và Phạm Nguyên Sơn (2011), *Suy tim*, NXB Y học, 12-27.
2. Châu Ngọc Hoa (2014), *Dịch tễ học suy tim, Suy tim trong thực hành lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học, tr. 1-13.
3. Trần Lâm và Nguyễn Tuấn Long (2015), “Nghiên cứu nồng độ hs-troponin t ở bệnh nhân suy tim mạn mất bù cấp”, *Tạp chí Tim mạch học*, số 72, tr. 471-483.
4. Nguyễn Oanh Oanh (2010), “Nguyên nhân, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân suy tim mạn tính tại khoa tim mạch bệnh viện 103”, *Tạp chí Y Dược học quân sự*.

5. Đoàn Thị Thanh Vi (2016), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nồng độ NT-proBNP huyết thanh ở bệnh nhân đợt cấp mất bù của suy tim mạn tại bệnh viên đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2015-2016*, Luận Văn Tốt Nghiệp BSDK, Đại học Y Dược Cần Thơ.
6. Nguyễn Lâm Việt (2014), *Thực hành Tim mạch học*, Nhà xuất bản Y Học, tr.45-60.
7. Abraham W.T., Fonarow G.C. & Albert N.M. (2008), “Predictors of in-hospital mortality in patients hospitalized for heart failure: insights from the Organized Program to Initiate Lifesaving Treatment in Hospitalized Patients with Heart Failure (OPTIMIZE-HF)”, *J Am Coll Cardiol*, 52, pp. 347–356.
8. Baune BT, Stuart M, Gilmour A, et al. (2012), “The relationship between subtypes of depression and cardiovascular disease: a systematic review of biological models”, *Translational psychiatry*, 2(3), e92.
9. Green C. Patrick & B.Porter. Charles (2000), “Development and Evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: A New Health Status Measure for Heart Failure”, *Journal of the American College of Cardiology*, 35(5), 1246.
10. MD.G William Dec (2007), “Management of Acute Decompensated Heart Failure”, *Curr Probl Cardio*, pp. 321-324.