EFFECTIVENESS OF AN INTERVENTION TO IMPROVE TREATMENT ADHERENCE AND QUALITY OF LIFE AMONG PATIENTS AFTER MECHANICAL MITRAL VALVE REPLACEMENT AT THE CARDIOVASCULAR CENTER, E HOSPITAL

Nguyen The Binh[1,2], Kim Bao Giang[1], Le Ngoc Thanh[3]*

[1]Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam
[2]E Hospital - 87-89 Tran Cung, Nghia Do Ward, Hanoi City, Vietnam
[3]University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi - 144 Xuan Thuy, Cau Giay Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 15/09/2026
Revised: 04/10/2026; Accepted: 07/10/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of an intervention program in improving treatment adherence and quality of life among patients after mechanical mitral valve replacement.

Methods: A pre–post interventional study was conducted at the Cardiovascular Center, E Hospital, from January 2024 to June 2025. One hundred patients with mechanical mitral valve replacement were selected by stratified random sampling from 263 eligible patients and followed for 12 months. The multicomponent intervention included health education and anticoagulation counseling, training in self-monitoring and management skills, INR monitoring and appointment reminders, remote counseling and support, and establishment of patient management records. Treatment adherence was assessed using the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), and quality of life was evaluated using the Short Form-36 Health Survey (SF-36).

Results: After 12 months of intervention, the proportion of patients with good treatment adherence increased from 58.0% to 71.0%, while non-adherence decreased from 14.0% to 6.0%; the change was statistically significant (p=0.005). Quality of life improved significantly in seven of the eight SF-36 domains. The greatest improvements were observed in general health, increasing from 61.35 to 72.80 points, and role limitations due to physical health, increasing from 61.75 to 73.00 points. The physical health summary score increased from 72.58 to 79.83, while the mental health summary score increased from 86.43 to 89.19 (p<0.001). The proportion of patients with INR values within the therapeutic range increased from 39.0% at baseline to 60.2% at 12 months.

Conclusion: A 12-month continuous, multicomponent patient-management intervention was effective in improving treatment adherence, quality of life, and anticoagulation control among patients following mechanical mitral valve replacement. Continuous education, self-management support, INR monitoring, follow-up reminders, and remote counseling should be incorporated into the long-term management of these patients.

Keywords: *Mechanical mitral valve replacement; treatment adherence; quality of life; anticoagulation; international normalized ratio; patient management.*

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CAN THIỆP CẢI THIỆN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ, CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT THAY VAN HAI LÁ CƠ HỌC TẠI TRUNG TÂM TIM MẠCH – BỆNH VIỆN E

Nguyễn Thế Bình[1,2], Kim Bảo Giang[1], Lê Ngọc Thành[3]*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả can thiệp cải thiện tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật thay van hai lá cơ học.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu can thiệp có so sánh trước – sau được thực hiện tại Trung tâm Tim mạch – Bệnh viện E từ tháng 01/2024 đến tháng 06/2025. Trong số 263 người bệnh sau phẫu thuật thay van hai lá cơ học đủ tiêu chuẩn, lựa chọn ngẫu nhiên 100 người bệnh đủ tiêu chuẩn, thực hiện can thiệp trong 12 tháng. Chương trình can thiệp bao gồm giáo dục sức khỏe và tư vấn điều trị chống đông, hướng dẫn kỹ năng tự theo dõi và xử trí, theo dõi INR và nhắc tái khám, tư vấn và hỗ trợ từ xa, đồng thời xây dựng hồ sơ quản lý người bệnh. Tuân thủ điều trị được đánh giá bằng thang Morisky Medication Adherence Scale 8 mục (MMAS-8), chất lượng cuộc sống bằng bộ câu hỏi SF-36.

Kết quả: Sau 12 tháng can thiệp, tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị tốt tăng từ 58,0% lên 71,0%, trong khi tỷ lệ không tuân thủ giảm từ 14,0% xuống 6,0%; sự thay đổi có ý nghĩa thống kê (p=0,005). Chất lượng cuộc sống cải thiện có ý nghĩa thống kê ở 7/8 lĩnh vực của SF-36. Mức cải thiện nổi bật nhất được ghi nhận ở sức khỏe chung, tăng từ 61,35 lên 72,80 điểm, và vai trò thể chất, tăng từ 61,75 lên 73,00 điểm. Điểm sức khỏe thể chất tổng hợp tăng từ 72,58 lên 79,83 và sức khỏe tinh thần tổng hợp tăng từ 86,43 lên 89,19 (p<0,001). Tỷ lệ người bệnh có INR trong khoảng điều trị tăng từ 39,0% trước can thiệp lên 60,2% sau 12 tháng.

Kết luận: Chương trình can thiệp quản lý đa thành phần và duy trì liên tục trong 12 tháng có hiệu quả cải thiện tuân thủ điều trị, chất lượng cuộc sống và kiểm soát chống đông ở người bệnh sau phẫu thuật thay van hai lá cơ học. Kết quả gợi ý cần duy trì hoạt động giáo dục, theo dõi, hỗ trợ tự quản lý và tư vấn từ xa trong quản lý lâu dài nhóm người bệnh này.

Từ khóa: *Thay van hai lá cơ học; tuân thủ điều trị; chất lượng cuộc sống; thuốc chống đông; INR; quản lý người bệnh.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật thay van tim là một kỹ thuật được thực hiện phổ biến. Theo thống kê có khoảng 300.000 người bệnh được thay van nhân tạo mỗi năm trên toàn thế giới [1], trong đó có nhiều người bệnh được thay van hai lá cơ học. Tại Việt Nam, phẫu thuật thay van hai lá nhân tạo được triển khai thường quy tại nhiều trung tâm phẫu thuật tim mạch trên cả nước. Tuy nhiên, người bệnh sau mổ sẽ phải đối mặt với nhiều nguy cơ như nhiễm trùng, viêm nội tâm mạc, đột quỵ, chảy máu, huyết

[1]Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam
[2]Bệnh viện E Trung ương - 87-89 Trần Cung, P. Nghĩa Đô, Tp. Hà Nội, Việt Nam
[3]Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, P. Cầu Giấy, Tp. Hà Nội, Việt Nam
**Tác giả liên hệ: Nguyễn Thế Bình*
Email: thebinh@trungtamtimmach.vn - Tel: 090 4440072
Ngày nhận: *15/09/2026* ***Ngày sửa:*** *04/10/2026*
Ngày chấp nhận: *07/10/2026*
DOI: *10.47972/vjcts.v57i.1899*

khối. Các biến chứng dài hạn thường là đột quỵ 5,1%, chảy máu 13,3%, kẹt van 4,3%. Tỷ lệ sống sót sau 10 năm trong khoảng 62,4 – 77,1% [2,3].

Quản lý, theo dõi sức khỏe cho người bệnh sau phẫu thuật thay van hai lá cơ học là vô cùng cần thiết để giảm tỷ lệ biến chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống, giảm gánh nặng bệnh tật cho người bệnh. Các bằng chứng can thiệp gần đây cho thấy quản lý người bệnh có thể được cải thiện khi chuyển từ hình thức tư vấn đơn lẻ sang các chương trình đa thành phần [4,5]. Ở Việt Nam, hoạt động theo dõi người bệnh sau thay van tim hiện nay chủ yếu vẫn dựa vào tư vấn khi ra viện và các lần tái khám định kỳ. Trong khoảng thời gian giữa các lần tái khám, việc duy trì uống thuốc, điều chỉnh hành vi sức khỏe và nhận biết dấu hiệu bất thường phụ thuộc nhiều vào khả năng tự quản lý của người bệnh và gia đình. Tuy nhiên, chỉ có khoảng 50,6 % người bệnh sau mổ thay van được điều chỉnh thuốc đạt đích điều trị [6]. Cách tiếp cận này còn mang tính thụ động, phụ thuộc nhiều vào ý thức tự theo dõi của người bệnh.

Xuất phát từ thực tế trên, việc xây dựng và đánh giá một chương trình can thiệp quản lý có hệ thống sẽ rất có ý nghĩa thực tiễn đối với cả người bệnh và cơ sở cung cấp dịch vụ, giúp cung cấp bằng chứng cho việc hoàn thiện hoạt động quản lý người bệnh sau phẫu thuật, hướng tới chăm sóc liên tục, chủ động và lấy người bệnh làm trung tâm. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả can thiệp cải thiện tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật thay van hai lá cơ học

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh từ 18 tuổi trở lên, sau mổ thay van hai lá cơ học tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện E

Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu, đủ khả năng nghe, nói và hiểu tiếng Việt

Tiêu chuẩn loại trừ

Mổ thay lại van hai lá

Người bệnh là người nước ngoài

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01/2024 – 06/2025 tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện E.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp có so sánh trước - sau

Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu trước – sau cho một nhóm đối tượng

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu; α: 0,05 (độ tin cậy 95%)

Power = 80%, tương ứng với xác suất sai lầm loại II (β) = 0,20

$C = (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2$, với α = 0,05; β = 0,20. Tra bảng phân phối chuẩn C = 7,85

r: hệ số tương quan giữa hai đo lường, giả định dao động trong khoảng từ 0,6 đến 0,8. Trong nghiên cứu này giả định r = 0,6

ES: hệ số ảnh hưởng. Theo nghiên của Kurfirst [7], sau can thiệp chất lượng cuộc sống tăng 4,9; độ lệch chuẩn 17,2 vậy ES = 4,9/17,2 = 0,285.

Áp dụng công thức tính ra cỡ mẫu n = 77

Do nghiên cứu có thời gian theo dõi kéo dài 12 tháng, để dự phòng đối tượng không hoàn thành

đầy đủ quá trình theo dõi, nghiên cứu tăng cỡ mẫu khoảng 30% so với cỡ mẫu tối thiểu, cụ thể N = 77 x 1,3 = 100 bệnh nhân

2.2. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng. Trong quần thể 263 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được ghi nhận trong khoảng thời gian nghiên cứu, tiến hành mã hóa để chọn ra 100 người bệnh để tiến hành can thiệp. Quá trình chọn mẫu: chia 263 người bệnh thành 03 nhóm tuổi bao gồm: dưới 45 tuổi; 45 – 59 tuổi; từ 60 tuổi trở lên.

Công thức:

$$ni = \frac{N_i \times n}{N}$$

Trong đó: Ni : số người bệnh ở từng nhóm tuổi

N: 263

n = 100 (cỡ mẫu cần chọn cho can thiệp)

ni: số người bệnh ở từng nhóm tuổi cần chọn để can thiệp

Áp dụng công thức được số người bệnh ở từng nhóm như sau: nhóm dưới 45 tuổi: 25 người bệnh; nhóm từ 45 - 59 tuổi: 63 người bệnh; nhóm từ 60 tuổi trở lên: 12 người bệnh; Tổng số người bệnh can thiệp: 100. Tại mỗi nhóm thực hiện chọn ngẫu nhiên đơn cho đủ số lượng

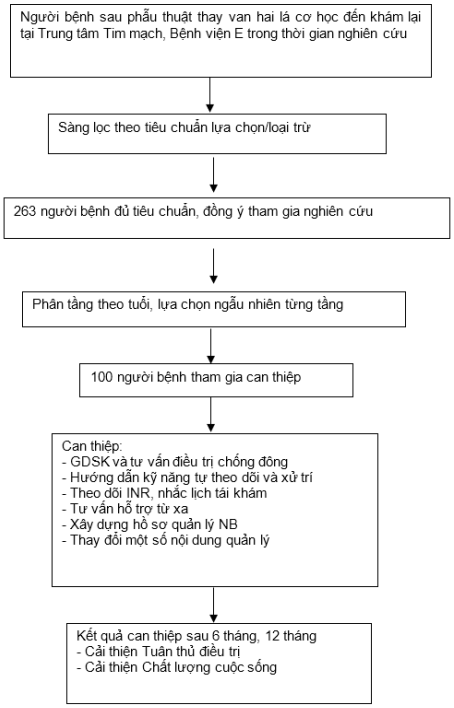
2.4. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

Dữ liệu thu thập bằng cách phỏng vấn trực tiếp người bệnh thông qua bộ câu hỏi soạn sẵn. Dữ liệu cách thức phẫu thuật, xét nghiệm, siêu âm, các bệnh lý liên quan thu thập từ bệnh án và hồ sơ tái khám. Bộ câu hỏi soạn sẵn gồm các nội dung:

Thông tin về nhân khẩu học, đặc điểm bệnh lý: bao gồm tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi ở, trình độ học vấn, tình trạng sống chung, chỉ số xét nghiệm lâm sàng (chỉ số đông máu, mức độ suy tim), loại phẫu thuật, các biến chứng, bệnh lý kèm theo, thời gian sử dụng thuốc chống đông.

Tuân thủ điều trị: sử dụng Bộ câu hỏi Morisky Medication Adherence Scale8 để đánh giá, gồm 8 câu hỏi, trong đó từ 1 đến 7 là câu hỏi có câu trả lời là Có/Không; câu 8 là câu trả lời về mức độ (thang đo Likert). Dựa vào tổng số điểm để xếp mức tuân thủ điều trị như sau: Tuân thủ tốt (8 điểm), Tuân thủ trung bình (6 – 7 điểm); Tuân thủ kém (< 6 điểm). Phiên bản tiếng Việt được Nguyễn Thắng9 và cộng sự dịch thuật, kiểm định với độ tin cậy Cronbach's alpha là 0,6.

Chất lượng cuộc sống: sử dụng bộ công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống Short Form 36 (SF-36): gồm 36 câu hỏi về 8 lĩnh vực sức khỏe. Các câu hỏi có câu trả lời Có/Không hoặc theo thang Likert từ "Không" cho đến "Rất nghiêm trọng". Mỗi câu trả lời có điểm thay đổi từ 0 đến 100. Điểm càng cao thì tình trạng sức khỏe càng tốt. Phiên bản tiếng Việt được Võ Tuấn Kha10 và cộng sự thực hiện với độ tin cậy Cronbach's alpha là 0,7. Ngoài ra, bộ công cụ này cũng được Watkin11 dịch và kiểm định thích nghi với văn hóa người Việt, nghiên cứu được thực hiện trên 1610 người Việt Nam năm 2000.



2.5. Nội dung can thiệp

Nội dung 1: Giáo dục sức khỏe và tư vấn điều trị chống đông

Nội dung 2: Hướng dẫn kỹ năng tự theo dõi và xử trí

Nội dung 3: Theo dõi INR và nhắc tái khám định kỳ

Nội dung 4: Tư vấn và hỗ trợ từ xa

Nội dung 5: Xây dựng hồ sơ thông tin người bệnh

2.6. Sai số và biện pháp khắc phục

Sai số có thể gặp trong nghiên cứu này là sai số thông tin do người bệnh cung cấp mang tính chủ quan, sự khác biệt giữa các điều tra viên.

Biện pháp hạn chế sai số là sử dụng bộ công cụ phù hợp, tập huấn đội ngũ cộng tác viên có kinh nghiệm phù hợp với lĩnh vực nghiên cứu và giám sát quá trình thu thập số liệu.

2.7. Quản lý và xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện dựa trên sự tự nguyện của người bệnh. Thực hiện bằng phương pháp phỏng vấn và trích xuất dữ liệu từ hồ sơ bệnh án, không thực hiện các can thiệp y khoa. Các dữ liệu thu thập từ người bệnh được giữ bí mật, chỉ phục vụ cho hoạt động nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của người bệnh thay van hai lá cơ học

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh thay van hai lá cơ học

Đặc điểm		N = 263	%
Tuổi (năm; TB ± SD)		50,12 ± 8,27	
Giới, nam (n, %)		104 (39,5)	
Nghề nghiệp	Nông dân	64	24,3
	Buôn bán/ Nghề tự do	129	49,1
	Viên chức/NV văn phòng	20	7,6
	Nội trợ	30	11,4
	Nghỉ hưu	20	7,6
Trình độ học vấn	THCS trở xuống	119	45,2
	PTTH trở lên	144	54,8
Tình trạng sống chung	Sống một mình	12	4,6
	Sống cùng gia đình	251	95,4
Nơi ở	Thành thị	73	27,8
	Nông thôn	170	64,6
	Miền núi	20	7,6

Bảng 1 cho thấy người bệnh sau phẫu thuật thay van hai lá cơ học có độ tuổi trung bình là 50,12 tuổi. Về nghề nghiệp, nhóm buôn bán/nghề tự do chiếm tỷ lệ cao nhất (49,1%). Trình độ học vấn từ PTTH trở lên chiếm 54,8%. Phần lớn người bệnh sống cùng gia đình (95,4%) và cư trú tại khu vực nông thôn (64,6%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh thay van hai lá cơ học

Đặc điểm	N=263	%
Loại Phẫu thuật		
Mở đường xương ức	96	36,5
Nội soi	167	63,5
Bệnh lý kèm theo		
Tăng huyết áp	13	4,9
Đái tháo đường	8	3,0
Rung nhĩ	115	43,7
Thời gian sau mổ (năm, TB ± SD)	3,92 ± 3,37	
Suy tim	24	9,1

Bảng 2 cho thấy trong quần thể nghiên cứu, phần lớn người bệnh được phẫu thuật nội soi (63,5%). Rung nhĩ là bệnh lý kèm theo thường gặp nhất với tỷ lệ 43,7%. Thời gian sau phẫu thuật trung bình là 3,92 ± 3,37 năm.

3.2. Kết quả can thiệp cải thiện tuân thủ điều trị, chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật thay van hai lá cơ học

Thay đổi mức độ tuân thủ điều trị trước và sau can thiệp

Bảng 3. Thay đổi mức độ tuân thủ điều trị trước và sau can thiệp

Mức độ tuân thủ điều trị	Trước can thiệp N (%)	Sau 6 tháng N (%)	P	Sau 12 tháng N (%)	P	% thay đổi
Không tuân thủ	14 (14,0)	11 (11,0)	0,15	6 (6,0)	0,005	- 8
Trung bình	28 (28,0)	25 (25,0)		23 (23,0)		- 5
Tốt	58 (58,0)	64 (64,0)		71 (71,0)		+ 13
Tổng	100	100		100		

Bảng 3 cho thấy tỷ lệ người bệnh tuân thủ tốt tăng từ 58,0% trước can thiệp lên 64,0% sau 6 tháng và 71,0% sau 12 tháng, tương ứng tăng 13,0 điểm phần trăm sau 12 tháng. Ngược lại, tỷ lệ không tuân thủ giảm từ 14,0% xuống 11,0% sau 6 tháng và còn 6,0% sau 12 tháng, tương ứng giảm 8,0 điểm phần trăm so với trước can thiệp.

Thay đổi về CLCS trước và sau can thiệp

Bảng 4. Thay đổi về 8 lĩnh vực CLCS theo SF 36 trước và sau 6 tháng can thiệp

Lĩnh vực sức khỏe	Trước can thiệp	Sau 06 tháng	p	Chỉ số thay đổi	% thay đổi	r
	TB ± SD	TB ± SD				
Hoạt động thể chất	76,70 ± 12,63	77,70 ± 10,33	0,048	1,0	1,3	0,20
Vai trò thể chất	61,75 ± 34,71	64,0 ± 30,42	0,06	2,25	3,64	0,19
Cảm giác đau	90,52 ± 12,23	91,70 ± 10,90	0,02	1,18	1,3	0,23
Sức khỏe chung	61,35 ± 10,04	64,25 ± 7,89	< 0,001	2,9	4,73	0,46
Vai trò cảm xúc	94,33 ± 17,76	91,33 ± 18,11	0,187	- 3,0	- 3,18	0,13
Sinh lực	82,85 ± 8,53	83,80 ± 7,00	0,031	0,95	1,15	0,22
Sức khỏe tâm thần	83,81 ± 7,92	85,36 ± 5,71	< 0,004	1,55	1,85	0,28
Hoạt động xã hội	84,75 ± 13,36	84,37 ± 12,48	0,458	- 0,38	- 0,45	0,07

Bảng 4 cho thấy sau 6 tháng can thiệp, điểm CLCS cải thiện ở hầu hết các lĩnh vực của thang đo SF-36. Trong đó, sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ở các lĩnh vực hoạt động thể chất (p = 0,048; r = 0,20), cảm giác đau (p = 0,02; r = 0,23), sức khỏe chung (p = < 0,001; r = 0,46), sinh lực (p = 0,031; r = 0,22) và sức khỏe tâm thần (p < 0,004; r = 0,28).

Bảng 5. Thay đổi về 8 lĩnh vực CLCS theo SF 36 trước và sau 12 tháng can thiệp

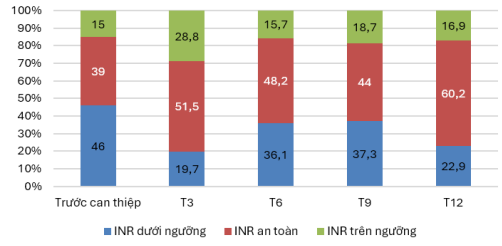
Lĩnh vực sức khỏe	Trước can thiệp	Sau 12 tháng	p	Chỉ số thay đổi	% thay đổi	r
	TB ± SD	TB ± SD				
Hoạt động thể chất	76,70 ± 12,63	78,55 ± 10,08	0,008	1,85	2,4	0,265
Vai trò thể chất	61,75 ± 34,71	73,00 ± 23,21	<0,001	11,25	18,2	0,469
Cảm giác đau	90,52 ± 12,23	94,97 ± 6,28	< 0,001	4,45	4,9	0,497
Sức khỏe chung	61,35 ± 10,04	72,80 ± 6,40	<0,001	11,45	18,7	0,744
Vai trò cảm xúc	94,33 ± 17,76	93,00 ± 16,61	0,901	- 1,33	- 1,4	0,012
Sinh lực	82,85 ± 8,53	87,28± 9,49	< 0,001	4,43	5,3	0,522
Sức khỏe tâm thần	83,81 ± 7,92	88,36 ± 4,37	< 0,001	4,55	5,4	0,503
Hoạt động xã hội	84,75 ± 13,36	88,12 ± 10,10	0,009	3,37	4,0	0,263

Bảng 5 cho thấy sau can thiệp, điểm CLCS theo SF-36 cải thiện ở hầu hết các lĩnh vực. Sự cải thiện rõ rệt nhất ghi nhận ở lĩnh vực sức khỏe chung và vai trò thể chất, với mức tăng lần lượt là 18,7% và 18,2%. Hệ số (r) ở lĩnh vực sức khỏe chung đạt mức lớn (r = 0,744), cho thấy can thiệp có tác động mạnh về mặt lâm sàng đối với nhận thức sức khỏe tổng thể của người bệnh.

Bảng 6. Thay đổi về sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần theo SF36 trước và sau can thiệp

Lĩnh vực sức khỏe tổng hợp	Trước can thiệp	Sau can thiệp	p	Chỉ số tăng	% tăng	r
	TB ± SD	TB ± SD				
Sức khỏe thể chất	72,58 ± 12,72	79,83 ± 8,27	< 0,001	7,25	10,0	0,724
Sức khỏe tinh thần	86,43 ± 8,90	89,19 ± 5,42	< 0,001	2,76	3,2	0,433

Bảng 6 cho thấy sau can thiệp, điểm sức khỏe thể chất tăng từ 72,58 lên 79,83 điểm. Điểm sức khỏe tinh thần cũng tăng từ 86,43 lên 89,19 điểm, tương ứng mức tăng 3,2%. Trong đó, mức tác động của can thiệp đối với sức khỏe thể chất đạt mức lớn (r = 0,724), cho thấy các hoạt động can thiệp có ảnh hưởng mạnh đến khả năng hoạt động thể chất và nhận thức sức khỏe chung của người bệnh.



Biểu đồ 1. Phân bố chỉ số INR qua các giai đoạn can thiệp

Biểu đồ 1 cho thấy sau can thiệp, tỷ lệ INR trong ngưỡng điều trị tăng rõ rệt tại các thời điểm theo dõi, bao gồm thời điểm 3 tháng (51,5%), 6 tháng (48,2%), 9 tháng (44,0%) và đạt cao nhất tại thời điểm 12 tháng (60,2%). Đi kèm với đó là tỉ lệ dưới ngưỡng thu hẹp đáng kể.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của người bệnh thay van hai lá cơ học

Trong quần thể nghiên cứu, tuổi trung bình là 50,12. Cơ cấu tuổi này phản ánh đặc điểm dịch tễ của bệnh van hai lá tại Việt Nam, nơi bệnh van tim hậu thấp vẫn để lại hậu quả ở nhóm tuổi lao động và trung niên. So với nhiều quần thể thay van ở các nước phát triển, tuổi của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, do ở các quốc gia có thu nhập cao, bệnh van tim thoái hóa thường chiếm ưu thế và người bệnh được can thiệp ở độ tuổi cao hơn [12]. Độ tuổi của quần thể nghiên cứu phản ánh đặc điểm lựa chọn van nhân tạo. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới (60,5% so với 39,5%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong nước trên người bệnh thay van tim [13]. Sự tương đồng này phản ánh đặc điểm dịch tễ của bệnh van hai lá tại Việt Nam cũng như nhiều quốc gia đang phát triển, nơi bệnh van tim hậu thấp vẫn còn là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tổn thương van hai lá phải phẫu thuật thay van [14-16]. Tỷ lệ người bệnh được phẫu thuật nội soi là 63,5%, phản ánh sự phát triển và xu hướng tiếp cận trong phẫu thuật tim ở trong nước và trên thế giới [17,18,19]. Cách thức phẫu thuật chủ yếu phản ánh kỹ thuật được áp dụng tại thời điểm phẫu thuật, không trực tiếp quyết định yêu cầu quản lý lâu dài.

Như vậy, người bệnh thay van hai lá cơ học chủ yếu là độ tuổi trung niên, nữ giới chiếm đa số, phần lớn sống tại khu vực nông thôn, nghề nghiệp chủ yếu là buôn bán hoặc nghề tự do, có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên, đa số được phẫu thuật ít xâm lấn, tỷ lệ tăng huyết áp và đái tháo đường thấp, nhưng rung nhĩ vẫn phổ biến do hậu quả kéo dài của bệnh van hai lá.

4.2. Kết quả can thiệp cải thiện tuân thủ điều trị, chất lượng cuộc sống

4.2.1. Cải thiện tuân thủ điều trị

Kết quả can thiệp đa thành phần cho thấy mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh sau phẫu thuật thay van hai lá cơ học chuyển dịch theo hướng tích cực theo thời gian. Tuy nhiên, sự thay đổi phân bố các mức độ tuân thủ tại thời điểm này chưa có ý nghĩa thống kê. Đến thời điểm 12 tháng, tỷ lệ tuân thủ tốt tăng lên 71,0%; tỷ lệ tuân thủ trung bình giảm xuống 23,0% và tỷ lệ không tuân thủ giảm còn 6,0%; sự thay đổi so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê.

Như vậy, sau 12 tháng, tỷ lệ tuân thủ tốt tăng 13 điểm phần trăm, trong khi tỷ lệ không tuân thủ và tuân thủ trung bình giảm tương ứng 8 và 5 điểm phần trăm. Đáng chú ý, tỷ lệ không tuân thủ đã giảm từ 14,0% xuống 6,0%. Tuy vậy, sau 6 tháng, sự thay đổi có cải nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê. Đến 12 tháng, sự thay đổi mới trở nên rõ rệt. Kết quả này gợi ý rằng người bệnh cần thời gian để tiếp nhận kiến thức, điều chỉnh nhận thức, hình thành thói quen uống thuốc, chủ động xét nghiệm INR, duy trì tái khám và đưa các hành vi điều trị vào sinh hoạt hằng ngày. Giáo dục một lần có thể cải thiện kiến thức trong thời gian ngắn, nhưng để chuyển thành hành vi ổn định cần có sự củng cố, nhắc lại, phản hồi và hỗ trợ liên tục.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Yang và cộng sự khi thực hiện can thiệp dựa trên sự hỗ trợ từ gia đình. Tại thời điểm 3 tháng, nghiên cứu này chưa ghi nhận sự khác biệt về tuân thủ dùng thuốc; tuy nhiên, đến tháng thứ 6 và tháng thứ 12, mức độ tuân thủ của nhóm can thiệp cao hơn có ý nghĩa thống kê [20]. Nghiên cứu của Javan cho thấy can thiệp gồm hai buổi giáo dục tự quản lý theo nhóm nhỏ, cung cấp tài liệu và gọi điện hằng tuần trong 8 tuần. Sau can thiệp, điểm tuân thủ thuốc trung bình và chỉ số INR ở nhóm can thiệp được cải thiện [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có thể thấy vai trò của công nghệ khi ứng dụng để can thiệp lên quá trình tuân thủ của người bệnh. Việc sử dụng ứng dụng zalo có thể hỗ trợ, tư vấn được ngay cho người bệnh khi cần, sự hỗ trợ đó bao gồm việc chỉnh thuốc chống đông, tư vấn chế độ ăn, uống thuốc hỗ trợ, thậm chí cả các thủ tục hành chính khi người bệnh cần, ví dụ như các thủ tục chuyển bảo hiểm y tế, lịch khám bệnh. Những yếu tố này góp phần cộng hưởng cùng các can thiệp khác từ đó cải thiện tuân thủ điều trị của người bệnh thay van hai lá cơ học. Nhận định trên của chúng tôi được củng cố thêm qua nghiên cứu của Ding khi thực hiện can thiệp qua ứng dụng điện thoại trong 6 tháng với kết quả khả quan [21].

Như vậy, để tuân thủ điều trị được cải thiện và bền vững thì chúng ta không chỉ cung cấp kiến thức ban đầu và can thiệp một lần mà cần phải liên tục, quá trình này cần thời gian để có thể thay đổi bền vững được hành vi dùng thuốc, thói quen sinh hoạt hàng ngày, bổ sung kiến thức liên quan đến bệnh và thuốc. Hoạt động giáo dục và theo dõi không nên kết thúc sau một vài tuần hoặc một lần tái khám. Cần tiếp tục củng cố kiến thức, đánh giá lại các rào cản tuân thủ, nhắc lịch xét nghiệm INR, tư vấn chế độ ăn, theo dõi các biểu hiện chảy máu hoặc huyết khối và hỗ trợ người bệnh xử trí các tình huống phát sinh. Can thiệp trong nghiên cứu hiện tại có thể đã giúp người bệnh từng bước nâng cao kiến thức và khả năng tự quản lý, từ đó tạo ra sự chuyển dịch từ không tuân thủ hoặc tuân thủ trung bình sang tuân thủ tốt.

Mức độ cải thiện tuân thủ điều trị sau can thiệp của chúng tôi cũng được củng cố với kết quả xét nghiệm chỉ số đông máu INR. Đây là chỉ số quan trọng phản ánh tình trạng kiểm soát đông máu. Kết quả theo dõi INR cho thấy tình trạng kiểm soát chống đông của người bệnh có xu hướng cải thiện sau can thiệp, đặc biệt tại thời điểm 12 tháng. Sau 12 tháng, tỷ lệ INR trong khoảng an toàn tăng 21,2 điểm phần trăm; tỷ lệ INR dưới ngưỡng giảm 23,1 điểm phần trăm. Sự gia tăng tỷ lệ INR trong khoảng điều trị đồng thời với sự giảm rõ rệt tỷ lệ INR dưới ngưỡng là một kết quả có ý nghĩa thực tiễn vì mục tiêu của quản lý chống đông là phải duy trì INR ổn định trong khoảng điều trị phù hợp.

4.2.2. Cải thiện chất lượng cuộc sống

Kết quả nghiên cứu cho thấy CLCS của người bệnh sau thay van hai lá cơ học cải thiện

theo thời gian triển khai can thiệp. Sau 6 tháng, 5/8 lĩnh vực SF-36 tăng có ý nghĩa thống kê, gồm hoạt động thể chất, cảm giác đau, sức khỏe chung, sinh lực và sức khỏe tâm thần. Tuy nhiên, mức thay đổi còn nhỏ, dao động từ 0,95 đến 2,90 điểm, kích thước ảnh hưởng chủ yếu ở mức nhỏ, ngoại trừ sức khỏe chung (r = 0,46), thể hiện mức ảnh hưởng trung bình. Diễn biến trên cho thấy các biện pháp can thiệp chưa tạo ra sự thay đổi đồng đều trong giai đoạn đầu mà cần thời gian để phát huy tác dụng. Đến tháng thứ 12, khi kiến thức, hành vi dùng thuốc, theo dõi INR, chế độ ăn, tái khám và tự chăm sóc được củng cố lặp lại, hiệu quả chuyển sang rõ hơn ở các lĩnh vực chức năng thể hiện: 7/8 lĩnh vực tăng điểm, trong đó 6 lĩnh vực có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Thành phần sức khỏe thể chất tăng 7,25 điểm, tương ứng 10,0%, với kích thước ảnh hưởng lớn, thành phần sức khỏe tinh thần tăng 2,76 điểm, tương ứng 3,2%, với kích thước ảnh hưởng trung bình. Nghiên cứu của Yang cũng cho thấy chương trình chăm sóc với sự hỗ trợ của gia đình và nhân viên y tế chưa tạo ra khác biệt về chất lượng cuộc sống ở giai đoạn đầu, nhưng kết quả tốt tháng thứ 6 và tháng thứ 12. Điều đó cho thấy các biện pháp can thiệp có thể tạo ra hiệu quả tích lũy, thay vì chỉ đem lại thay đổi tức thời [20].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sức khỏe chung là lĩnh vực cải thiện sớm và mạnh nhất. Điểm sức khỏe chung tăng 2,90 điểm sau 6 tháng, với r = 0,46, sau đó tăng tới 11,45 điểm ở tháng thứ 12, với r = 0,744. Sức khỏe chung phản ánh cách người bệnh đánh giá tổng thể tình trạng sức khỏe hiện tại, triển vọng sức khỏe và khả năng kiểm soát bệnh. Do đó, mức cải thiện lớn ở lĩnh vực này có thể liên quan đến việc người bệnh hiểu rõ hơn về van cơ học, thuốc chống đông, INR, chế độ ăn và cách nhận biết biến chứng, qua đó tăng niềm tin vào khả năng tự quản lý. Nghiên cứu của Li22 và cộng sự cũng cho thấy, chương trình giáo dục được xây dựng theo từng giai đoạn hồi phục, kết hợp hướng dẫn chế độ ăn, trao đổi qua WeChat và giải đáp định kỳ đã cải thiện đồng thời kiến thức về thuốc chống đông, tuân thủ dùng thuốc, hành vi sức khỏe và chất lượng cuộc sống. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gợi ý rằng nhu cầu của người bệnh thay van hai lá cơ học thay đổi theo thời gian. Giai đoạn đầu, người bệnh cần biết cách dùng thuốc chống đông, xét nghiệm INR, nhận biết chảy máu và xử trí quên thuốc. Ở giai đoạn sau, các vấn đề nổi bật hơn có thể là duy trì chế độ ăn ổn định, quay lại lao động, hoạt động thể lực, quan hệ xã hội và giảm lo lắng về biến chứng lâu dài. Giáo dục được lặp lại và cá thể hóa sẽ có khả năng chuyển kiến thức thành hành vi ổn định tốt hơn so với tư vấn chung trước khi ra viện.

Bên cạnh đó, kết quả của nghiên cứu ghi nhận sự cải thiện rõ hơn ở tháng thứ 12 so với tháng thứ 6, cho thấy vai trò quan trọng của chăm sóc liên tục. Việc duy trì liên hệ giữa người bệnh với nhân viên y tế giúp phát hiện và xử lý sớm những khó khăn như quên thuốc, INR dao động, dùng thêm thuốc có tương tác, thay đổi chế độ ăn, lo ngại chảy máu hoặc tự ý điều chỉnh liều. Trong thực tế nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng, những phản hồi thường xuyên của người bệnh trên nhóm zalo chủ yếu là các vấn đề về kết quả xét nghiệm đông máu lên, xuống bất thường cần nhu cầu tư vấn và điều chỉnh ngay. Phản hồi kịp thời có thể làm giảm cảm giác bất an và nâng cao khả năng chủ động trong điều trị. Nghiên cứu của Ding củng cố thêm nhận định này khi cho thấy chăm sóc liên tục qua ứng dụng điện thoại giúp cải thiện đồng thời CLCS, tuân thủ dùng thuốc chống đông, khả năng tự chăm sóc và tỷ lệ INR đạt mục tiêu [21].

Sự cải thiện CLCS trong nghiên cứu của chúng tôi diễn ra đồng thời với sự cải thiện tuân thủ điều trị và INR. Những thay đổi đồng thời này củng cố giả thuyết rằng một phần hiệu quả đối với CLCS có thể được hình thành thông qua cải thiện hành vi điều trị và khả năng kiểm soát chống đông. Tác động này có thể thể hiện ở sức khỏe chung, sinh lực, sức khỏe tâm thần và khả năng đảm nhiệm vai trò thể chất.

5. KẾT LUẬN

Các biện pháp can thiệp có thể tác động đến

chất lượng cuộc sống thông qua giáo dục và tư vấn lặp lại giúp tăng kiến thức về van cơ học, thuốc chống đông, INR và biến chứng ,hỗ trợ tự quản lý giúp người bệnh chuyển kiến thức thành hành vi. Theo dõi liên tục giúp phát hiện và xử trí khó khăn, sự tham gia của gia đình hỗ trợ uống thuốc, xét nghiệm và tái khám, kiểm soát chống đông tốt hơn giúp tăng cảm giác an toàn, từ đó người bệnh cải thiện khả năng hoạt động, đảm nhiệm vai trò, sinh lực, sức khỏe tinh thần và tham gia xã hội.

Sự cải thiện rõ nét hơn ở tháng thứ 12, đặc biệt ở sức khỏe chung, vai trò thể chất, cảm giác đau, sinh lực và sức khỏe tâm thần, cho thấy chương trình quản lý có thể cần phải được duy trì ít nhất 12 tháng và không nên chỉ tập trung trong giai đoạn xuất viện. Kết quả nghiên cứu cũng ủng hộ việc phân tầng người bệnh để tăng cường hỗ trợ cho những trường hợp còn tuân thủ trung bình, không tuân thủ, INR dao động hoặc có khó khăn tâm lý

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sun JCJ DM, Lamy A, Eikelboom JW. Antithrombotic management of patients with prosthetic heart valves: current evidence and future trends. The Lancet. 2009;374(9689):565-576.

2. Płońska-Gościniak E. Management of patients after heart valve interventions. Expert opinion of the Working Group on Valvular Heart Diseases, Working Group on Cardiac Surgery, and Association of Cardiovascular Interventions of the Polish Cardiac Society. . Polish Heart Journal. 2022;8(3)

3. Ayse Cetinkaya JP, Karin Bramlage, Stefan Hein1. Long-term outcome after mitral valve replacement using biological versus mechanical valves. Journal of Cardiothoracic Surgery. 2019:14:120.

4. Litao Zhang SL ZL DY, Haiyan Wu, Bing Hua, Li Xie Xia Yuan, Yun Li, Zhenlu Zhang, Yanli Long. Social App to Improve Warfarin Therapy in Post-MHVR Chinese Patients: A Randomized Controlled Trial. Cardiovascular Therapeutics. 2023;doi:10.1155/2023/2342111

5. Leila Javan AK, Mahin Nomali, Masoumeh Zakerimoghadam. Effect of Self-Management Program on Self-efficacy and Medication Adherence in Patients with Mechanical Heart Valve: a Randomized Clinical Trial. J Caring Sci. 2019;8(4):207-211. doi:doi: 10.15171/jcs.2019.029

6. Đôn Thị Thanh Thủy HTYT, Lý Huy Khanh, Ngô Thị Mỹ Phượng, Nguyễn Thị Hồng Nhung. Khảo sát hiệu quả điều trị của thuốc kháng Vitamin K trên bệnh nhân rung nhĩ hoặc có van tim nhân tạo tại Bệnh viện Trưng Vương. Tạp chí Y học TPHCM. 2016;20(5)

7. Vojtech Kurfirst1 AM, Martina Krupauerová, Júlia Čanádyová, Alan Bulava. Health-related quality of life after cardiac surgery – the effects of age, preoperative conditions and postoperative complications. Journal of Cardiothoracic Surgery. 2014;9:46.

8. Morisky DE, Ang, A., Krousel-Wood, M., and Ward, H. J. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens. 2008;10 (5):348–354. doi: doi:10.1111/j.1751-7176.2008.07572

9. Thang Nguyen HTC, Dung N Quach, Donald Morisky. The Vietnamese version of the brief illness perception questionnaire, the beliefs about medicines questionnaire and the eight-item Morisky medication adherence scale: translation and cross-cultural adaptation. University of Groningen; 2018.

10. Võ Tuấn Khoa NTK. Qúa trình chuyển ngữ, thích ứng văn hóa và thẩm định bước đầu bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống short form-36 phiên bản việt.

11. R E Watkins AJP, D Sang. Development of a Vietnamese version of the Short form-36 Health Survey. Asia Pac J Public Health. 2000;12(2):118-23.

12. IJ SP. Factors Affecting Medication Adherence in Patients with Mechanical Heart Valves Taking Warfarin: The Role of Knowledge on Warfarin, Medication Belief, Depression, and Self-Efficacy. Environmental Research and Public Health. 2021;18:5214.

13. Nguyễn Văn Thịnh VNT, Nguyễn Anh Huy. Kết quả thay van hai lá tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;521

14. Zühlke L EM, Karthikeyan G. Characteristics, complications, and gaps in evidence-based interventions in rheumatic heart disease: the Global Rheumatic Heart Disease Registry. European Heart Journal. 2015;36(18):1115-1122. doi:10.1093/eurheartj/ehu449

15. Marijon E MM, Celermajer DS, Jouven X. Rheumatic heart disease. Lancet. 2012;379:953-964. doi:10.1016/S0140-6736(11)61171-9

16. Watkins DA JC, Colquhoun SM. Global, Regional, and National Burden of Rheumatic Heart Disease. The New England Journal of Medicine. 2017;377:713-722. doi:10.1056/NEJMoa1603693

17. Phạm Thành Đạt ĐQH, Nguyễn Công Hựu, Lê Ngọc Thành. Phương pháp bộc lộ van hai lá trong phẫu thuật sửa van hai lá tại Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện E. Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam. 2019;26

18. Aamir Amin RK, Shiva Seyed Mokhtassi, Abdullah K Alassiri Minimally invasive vs conventional mitral valve surgery: a meta-analysis of randomised controlled trials. Front Cardiovasc Med. 2024;12(11)doi:10.3389/fcvm.2024.1437524

19. Adam J Eqbal SG, Ameen Basha, Yuan Qiu, Nicole Wu. Minimally invasive mitral valve surgery versus conventional sternotomy mitral valve surgery: A systematic review and meta-analysis of 119 studies. Meta-Analysis J Card Surg. 2022;37(5):1319-1327. doi:10.1111/jocs.16314

20. Yang Xiao-lu WS-j. Effect of Family-centered Care on Quality of Life in Patients Underwent Heart Valve Replacement. Journal of Kunming Medical University. 2021;42(8):174-176. doi:10.12259/j.issn.2095-610X.S20210831

21. Nana Ding XL, Jiamei Zhou, Xue Jiang, Xiaohua Wang. Intervention Effect of the Mobile Phone APP Based Continuous Care on Patients after Mechanical Heart Valve Replacement: A Randomised Controlled Trials. Review in Cardiovasc Medicine. 2024;25(9):314. doi:doi.org/10.31083/j.rcm2509314

22. Dan Li PL, Huijun Zhang, Li Wang. The effect of phased written health education combined with healthy diet on the quality of life of patients after heart valve replacement. Journal Cardiothorac Surg. 2021;16:183. doi:10.1186/s13019-021-01437-7