KNOWLEDGE, MEDICATION ADHERENCE, QUALITY OF LIFE, AND THE RELATIONSHIPS AMONG THESE OUTCOMES IN PATIENTS AFTER PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION AT HANOI HEART HOSPITAL

Phan Thi May[1,2], Pham Nhu Hung[1], Ngo Huy Hoang[2], Nguyen Sinh Hien[1], Nguyen Duy Chinh[1]*

[1]Hanoi Heart Hospital - 92 Tran Hung Dao street, Cua Nam Ward, Hanoi, Vietnam
[2]Nam Dinh University of Nursing - 257 Han Thuyen Street, Nam Dinh Ward, Ninh Binh province, Vietnam

Received: 06/10/2026
Revised: 12/10/2026; Accepted: 16/10/2026

ABSTRACT

Objectives: This study aimed to assess knowledge, medication adherence, and quality of life (QoL), as well as to identify associated factors and examine the relationships among these three outcomes in patients after percutaneous coronary intervention (PCI) at Hanoi Heart Hospital.

Methods: A prospective longitudinal study was conducted among 120 patients who underwent successful first-time PCI at Hanoi Heart Hospital from May 2025 to January 2026. Data were collected before discharge and at 1 and 6 months after PCI. Knowledge was assessed using the CADE-Q-SV before discharge and at 6 months; medication adherence was assessed using the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), and QoL was assessed using the EQ-5D-5L at 1 and 6 months. Lifestyle behaviors were assessed at all three time points. Univariate and multivariable logistic regression analyses were performed to identify factors associated with knowledge, medication adherence, and QoL and to examine the relationships among these outcomes.

Results: Among the 120 patients, 60.8% were aged ≥65 years and 69.2% were male. The proportion of patients with adequate knowledge increased from 58.3% before discharge to 63.3% at 6 months. Medication adherence decreased from 67.5% at 1 month to 62.5% at 6 months, whereas the proportion of patients with high QoL increased from 42.5% to 60.0%. Multivariable analyses showed that chest pain, affordability, exercise, and several psychological and care-related factors were associated with knowledge, medication adherence, or QoL at different follow-up time points ($p<0.05$). After adjustment, adequate knowledge was associated with medication adherence (aOR=4.2, 95% CI: 1.1–15.2; p=0.02). Medication adherence was independently associated with high QoL (aOR=8.4, 95% CI: 1.8–39.3; p=0.007), whereas knowledge was not significantly associated with QoL (aOR=0.5, 95% CI: 0.1–2.5; p=0.43).

Conclusion: After 6 months of follow-up, the proportions of patients with adequate knowledge and high QoL increased, whereas medication adherence declined. Knowledge was associated with medication adherence, and medication adherence was independently associated with QoL. These findings highlight the need for continuous post-discharge care, with a focus on reinforcing knowledge, sustaining medication adherence, monitoring symptoms, and supporting health-promoting behaviors to improve long-term outcomes in patients after PCI.

Keywords: *Percutaneous coronary intervention; Quality of life; Coronary artery disease; Knowledge; Medication adherence;*

KIẾN THỨC, TUÂN THỦ DÙNG THUỐC, CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỐI LIÊN HỆ GIỮA CÁC KẾT QUẢ Ở NGƯỜI BỆNH SAU CAN THIỆP MẠCH VÀNH QUA DA TẠI BỆNH VIỆN TIM HÀ NỘI

Phan Thị May[1,2], Phạm Như Hùng[1], Ngô Huy Hoàng[2], Nguyễn Sinh Hiền[1], Nguyễn Duy Chinh[1]*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kiến thức, tuân thủ dùng thuốc và chất lượng cuộc sống (CLCS), đồng thời phân tích các yếu tố liên quan và mối liên hệ giữa ba kết quả này ở người bệnh sau can thiệp mạch vành qua da (PCI) tại Bệnh viện Tim Hà Nội.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả phân tích được thực hiện trên 120 người bệnh sau can thiệp mạch vành qua da lần đầu thành công tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 5/2025 đến tháng 01/2026. Dữ liệu được thu thập trước ra viện, sau 1 tháng và sau 6 tháng. Kiến thức được đánh giá bằng CADE-Q-SV trước ra viện và sau 6 tháng; tuân thủ dùng thuốc bằng MMAS-8 và chất lượng cuộc sống bằng EQ-5D-5L tại tháng thứ 1 và tháng thứ 6; hành vi lối sống được đánh giá tại cả ba thời điểm. Hồi quy logistic đơn biến và đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan và đánh giá mối liên quan giữa ba kết quả.

Kết quả: Trong 120 người bệnh, 60,8% ≥ 65 tuổi và 69,2% là nam giới. Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đạt mức yêu cầu tăng từ 58,3% trước ra viện lên 63,3% sau 6 tháng; tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc giảm từ 67,5% sau 1 tháng xuống 62,5% sau 6 tháng, trong khi tỷ lệ người bệnh có CLCS cao tăng từ 42,5% lên 60,0%. Phân tích đa biến cho thấy tình trạng đau ngực, khả năng chi trả, tập thể dục và một số yếu tố tâm lý – chăm sóc có liên quan với kiến thức đạt mức yêu cầu, tuân thủ dùng thuốc và CLCS tại các thời điểm theo dõi (p<0,05). Sau hiệu chỉnh, kiến thức đạt mức yêu cầu có liên quan với tuân thủ dùng thuốc (aOR=4,2; KTC 95%: 1,1–15,2; p=0,02). Tuân thủ dùng thuốc có liên quan độc lập với CLCS cao (aOR=8,4; KTC 95%: 1,8–39,3; p=0,007), trong khi kiến thức đạt mức yêu cầu không còn liên quan có ý nghĩa thống kê với CLCS (aOR=0,5; KTC 95%: 0,1–2,5; p=0,43).

Kết luận: Sau 6 tháng theo dõi, tỷ lệ người bệnh có kiến thức đạt mức yêu cầu và tỷ lệ người bệnh có CLCS cao đều tăng, trong khi tuân thủ dùng thuốc giảm. Kiến thức đạt mức yêu cầu có liên quan với tuân thủ dùng thuốc, và tuân thủ dùng thuốc có liên quan độc lập với CLCS. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh nhu cầu chăm sóc và quản lý liên tục sau xuất viện, tập trung vào củng cố kiến thức, duy trì tuân thủ dùng thuốc, theo dõi triệu chứng và hỗ trợ hành vi sức khỏe nhằm cải thiện kết quả lâu dài ở người bệnh sau can thiệp mạch vành qua da.

Từ khóa: *Can thiệp mạch vành qua da; Chất lượng cuộc sống; Bệnh mạch vành; Kiến thức; Tuân thủ thuốc;*

[1]Bệnh viện Tim Hà Nội - 92 Trần Hưng Đạo, P. Cửa Nam, Tp. Hà Nội, Việt Nam
[2]Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định - 257 Hàn Thuyên, P. Nam Định, Tỉnh Ninh Bình, Việt Nam
**Tác giả liên hệ: Phạm Như Hùng*
Email: phamnhuhung@timhanoi.vn - Tel: 0913225648
Ngày nhận: *06/10/2026* ***Ngày sửa:*** *12/10/2026*
Ngày chấp nhận:*16/10/2026*
DOI: *10.47972/vjcts.vi.1938*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và gánh nặng bệnh tật trên toàn cầu [1]. Can thiệp mạch vành qua da là phương pháp điều trị quan trọng, giúp cải thiện triệu chứng và tình trạng sức khỏe ở nhiều người bệnh. Tuy nhiên, hiệu quả lâu dài sau can thiệp không chỉ phụ thuộc vào kết quả tái thông mạch vành mà còn liên quan đến khả năng hiểu biết về bệnh, tuân thủ điều trị và duy trì các hành vi có lợi cho sức khỏe. Do đó, kiến thức về bệnh, tuân thủ dùng thuốc và chất lượng cuộc sống (CLCS) ngày càng được quan tâm như những kết quả quan trọng trong chăm sóc người bệnh sau can thiệp mạch vành qua da.

Kiến thức đầy đủ giúp người bệnh hiểu về bệnh, nhận biết các yếu tố nguy cơ, sử dụng thuốc đúng và chủ động thực hiện các biện pháp tự chăm sóc. Trong khi đó, tuân thủ dùng thuốc là yếu tố quan trọng trong dự phòng tái phát và duy trì hiệu quả điều trị sau can thiệp mạch vành qua da. Các nghiên cứu cho thấy kiến thức, hành vi lối sống, hoạt động thể lực, tình trạng tâm lý và điều kiện kinh tế – xã hội có thể ảnh hưởng đến khả năng tuân thủ điều trị và tình trạng sức khỏe của người bệnh [2]. Bên cạnh đó, CLCS sau can thiệp mạch vành qua da chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như đặc điểm nhân khẩu học, tình trạng bệnh lý, triệu chứng, hành vi lối sống và các yếu tố tâm lý – xã hội [3]. Mối quan hệ giữa kiến thức, tuân thủ dùng thuốc và CLCS cũng cần được quan tâm, bởi kiến thức có thể liên quan đến khả năng tuân thủ dùng thuốc, trong khi mức độ tuân thủ dùng thuốc có thể liên quan đến CLCS của người bệnh.

Tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã ghi nhận CLCS của người bệnh được cải thiện sau PCI, đồng thời xác định một số yếu tố liên quan như tuổi, giới, trình độ học vấn, thu nhập, tình trạng đau ngực và tình trạng sức khỏe [4]. Tuy nhiên, các nghiên cứu đánh giá đồng thời sự thay đổi của kiến thức, tuân thủ dùng thuốc và CLCS trong quá trình theo dõi sau PCI, cũng như mối liên hệ giữa các kết quả này còn hạn chế. Đánh giá các kết quả tại nhiều thời điểm giúp xác định sự thay đổi trong quá trình theo dõi và các yếu tố liên quan, qua đó nhận diện những vấn đề cần ưu tiên trong giáo dục sức khỏe, hỗ trợ tuân thủ điều trị và chăm sóc người bệnh sau xuất viện.

Bệnh viện Tim Hà Nội là cơ sở chuyên khoa tim mạch có triển khai can thiệp mạch vành qua da. Những bằng chứng về kiến thức, tuân thủ điều trị thuốc và CLCS trong quá trình theo dõi sau PCI tại Bệnh viện là cơ sở thực tiễn để xác định các nội dung phù hợp khi xây dựng chương trình quản lý chăm sóc người bệnh sau can thiệp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Kiến thức, tuân thủ dùng thuốc, chất lượng cuộc sống và mối liên hệ giữa các kết quả ở người bệnh sau can thiệp mạch vành qua da tại Bệnh viện Tim Hà Nội" nhằm đánh giá kiến thức, tuân thủ dùng thuốc và CLCS, đồng thời phân tích các yếu tố liên quan và mối liên hệ giữa các kết quả này ở người bệnh sau can thiệp mạch vành qua da.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả phân tích được thực hiện trên người bệnh được can thiệp mạch vành qua da lần đầu thành công tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 5/2025 đến tháng 01/2026. Người bệnh được đánh giá tại ba thời điểm: trước ra viện (T0), sau 1 tháng (T1) và sau 6 tháng (T2) nhằm đánh giá sự thay đổi về kiến thức, tuân thủ điều trị thuốc và CLCS trong quá trình theo dõi sau can thiệp mạch vành qua da.

2.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong nghiên cứu mô tả của Tổ chức Y tế Thế giới WHO5.

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1 - p)}{d^2}$$

Với p = 0,915 là tỷ lệ tuân thủ điều trị aspirin sau PCI tham khảo từ nghiên cứu của Czarny Matthew [6] và cộng sự về tỷ lệ tuân thủ điều trị aspirin ở người bệnh sau PCI; α=0,05, $Z_{1-\alpha/2}$=1,96 và sai số cho phép d=0,05, cỡ mẫu tối thiểu được xác định là 120 người bệnh. Toàn bộ 120 người bệnh được tuyển chọn và theo dõi tại ba thời điểm trước ra viện, sau 1 tháng và sau 6 tháng.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh được can thiệp mạch vành qua da lần đầu thành công tại Bệnh viện Tim Hà Nội.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Không có tiền sử biến cố tim mạch, có khả năng giao tiếp và đồng ý tham gia.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Can thiệp không thành công, cần hồi sức tích cực sau thủ thuật, hoặc mắc bệnh mạn tính nặng ảnh hưởng đến khả năng tham gia hoặc độ tin cậy số liệu.

2.4. Quy trình nghiên cứu và thời điểm đánh giá

Người bệnh được tuyển chọn trước ra viện sau khi can thiệp mạch vành qua da lần đầu thành công và được theo dõi trong 6 tháng. Dữ liệu được thu thập tại ba thời điểm: trước ra viện (T0), sau 1 tháng (T1) và sau 6 tháng (T2). Kiến thức về bệnh mạch vành được đánh giá tại T0 và T2; tuân thủ điều trị thuốc và chất lượng cuộc sống được đánh giá tại T1 và T2. Các yếu tố nhân khẩu học và đặc điểm bệnh lý được thu thập tại thời điểm ban đầu; hành vi lối sống được đánh giá tại cả ba thời điểm, trong khi các yếu tố tâm lý và các yếu tố tác động lên người bệnh được đánh giá trong quá trình theo dõi.

2.5. Công cụ nghiên cứu

Bộ công cụ nghiên cứu gồm 7 phần:

(1) Đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới, trình độ học vấn, thu nhập và khả năng chi trả.

(2) Đặc điểm bệnh lý và điều trị: tình trạng bệnh mạch vành (cấp/mạn), số lần khám và điều trị tại bệnh viện, tình trạng đau ngực sau can thiệp.

(3) Hành vi và lối sống: tình trạng hút thuốc, sử dụng rượu, hoạt động thể lực và thực hiện chế độ ăn bệnh lý. Các biến này được đánh giá tại thời điểm trước ra viện, sau 1 tháng và sau 6 tháng nhằm phản ánh sự thay đổi hành vi trong quá trình phục hồi sau can thiệp.

(4) Các yếu tố tác động lên người bệnh: ảnh hưởng của người bệnh khác đến tâm lý, cảm nhận về thái độ phục vụ của nhân viên y tế, mức độ tin tưởng nhân viên y tế, cảm nhận về cơ sở vật chất và sự hài lòng của người bệnh. Đây là nhóm yếu tố phản ánh khía cạnh tâm lý – xã hội và cảm nhận chăm sóc trong quá trình điều trị.

(5) Kiến thức về bệnh động mạch vành được đánh giá bằng thang CADE-Q-SV7 gồm 20 mục, tổng điểm từ 0–20; điểm càng cao phản ánh kiến thức càng tốt. Kiến thức được phân loại thành đạt (≥8 điểm) và không đạt (≤7 điểm). Công cụ được sử dụng tại các thời điểm T0 và T2 để đánh giá sự thay đổi kiến thức theo thời gian.

(6) Tuân thủ dùng thuốc được đánh giá bằng MMAS-8, tổng điểm từ 0–8; điểm càng cao phản ánh mức độ tuân thủ càng tốt. Người bệnh được phân loại tuân thủ (≥6 điểm) và không tuân thủ (<6 điểm).8 Tuân thủ dùng thuốc được đánh giá tại T1 và T2.

(7) Chất lượng cuộc sống được đánh giá bằng thang đo EQ-5D-5L do EuroQol Group phát triển và đã được sử dụng, chuẩn hóa tại Việt Nam.9 CLCS được đánh giá tại T1 và T2. Do chỉ số EQ-5D-5L có phân bố không chuẩn và chưa có điểm cắt chuẩn để phân loại CLCS cao/thấp, nghiên cứu sử dụng trung vị chung của hai thời điểm (N=240) làm điểm phân loại; giá trị ≥ trung vị được xác định là CLCS cao và < trung vị là CLCS thấp. Trong nghiên cứu này, CADE-Q-SV và EQ-5D-5L được đánh giá lại trên mẫu thử nghiệm gồm 50 người bệnh, cho thấy độ tin cậy nội tại tốt (Cronbach's alpha lần lượt 0,792 và 0,806).

2.6. Phân tích số liệu

Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Thống kê mô tả được sử dụng để trình bày đặc điểm mẫu nghiên cứu và tỷ lệ người bệnh đạt kiến thức, tuân thủ dùng thuốc và CLCS tại các thời điểm theo dõi. Sự thay đổi của các kết quả qua các thời điểm trước ra viện, sau 1 tháng và sau 6 tháng được mô tả bằng tỷ lệ. Kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test được sử dụng để phân tích mối liên quan giữa các biến phân loại khi phù hợp. Hồi quy logistic đơn biến và đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan với kiến thức, tuân thủ dùng thuốc và CLCS. Kết quả được trình bày dưới dạng OR, KTC 95% và giá trị p. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định là p<0,05.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Tuân thủ theo tuyên bố Helsinki về nghiên cứu Y sinh học. Thực hiện nghiên cứu được sự đồng ý và chấp thuận của Hội đồng Đạo Đức Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định và Bệnh viện Tim Hà Nội.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=120)

Đặc điểm		n	%
Đặc điểm nhân khẩu học			
Tuổi	≥ 65 tuổi	73	60,8
	< 65 tuổi	47	39,2
Giới	Nam	83	69,2
	Nữ	37	30,8
Trình độ học vấn	≤ Cấp 3	104	86,7
	Đại học và sau đại học	16	13,3
Mức thu nhập	≤ 5 triệu	93	77,5
	> 5 triệu	27	22,5
Khả năng chi trả	Đủ khả năng	61	50,8
	Không đủ khả năng	59	49,2
Đặc điểm về bệnh lý và điều trị			
Bệnh mạch vành	Cấp	70	58,3
	Mạn	50	41,7
Số lần khám và điều trị	Lần đầu	113	94,2
	Lần hai	7	5,8
Đau ngực trước can thiệp mạch vành	Có	110	91,7
	Không	10	8,3

Nhận xét: Trong 120 người bệnh nghiên cứu, nhóm ≥65 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn (60,8%), nam giới chiếm 69,2%. Phần lớn người bệnh có trình độ học vấn từ cấp 3 trở xuống (86,7%) và thu nhập ≤5 triệu đồng/tháng (77,5%); 49,2% người bệnh cho biết không đủ khả năng chi trả. Về đặc điểm bệnh lý và điều trị, 58,3% người bệnh mắc bệnh mạch vành cấp, 94,2% đến khám và điều trị lần đầu. Đáng chú ý, 91,7% người bệnh có đau ngực.

3.2. Một số đặc điểm hành vi lối sống của người bệnh

Bảng 2. Một số đặc điểm hành vi lối sống của người bệnh (n=120)

Đặc điểm			
Thời điểm đánh giá	**Trước ra viện n (%)**	**Sau 1 tháng n (%)**	**Sau 6 tháng n (%)**
Thuốc lá			
Không hút/ Đã bỏ	72 (60,0)	75 (62,5)	80 (66,6)
Thỉnh thoảng	2 (1,7)	25 (20,8)	20 (16,7)
Thường xuyên	46 (38,3)	20 (16,7)	20 (16,7)
Rượu			
Không uống/ Đã bỏ	55 (45,8)	72 (60)	67 (55,8)

Đặc điểm			
Thời điểm đánh giá	**Trước ra viện n (%)**	**Sau 1 tháng n (%)**	**Sau 6 tháng n (%)**
Thỉnh thoảng	34 (28,3)	39 (32,5)	46 (38,3)
Thường xuyên	31 (25,8)	9 (7,5)	7 (5,8)
Tập thể dục			
Thường xuyên	60 (50,0)	76 (63,3)	72 (60,0)
Thỉnh thoảng	5 (4,2)	3 (2,5)	6 (5,0)
Không tập/ Đã bỏ	55 (45,8)	41 (34,2)	42 (35,0)
Thực hiện chế độ ăn bệnh lý			
Thường xuyên	5 (4,1)	69 (57,5)	59 (49,1)
Thỉnh thoảng	2 (1,7)	3 (2,5)	5 (4,2)
Không thực hiện	113 (94,2)	48 (40,0)	56 (46,7)

Nhận xét: Sau 6 tháng, tỷ lệ hút thuốc thường xuyên giảm từ 38,3% xuống 16,7% và uống rượu thường xuyên giảm từ 25,8% xuống 5,8%; tỷ lệ tập thể dục thường xuyên tăng từ 50,0% lên 60,0% và thực hiện chế độ ăn bệnh lý thường xuyên tăng từ 4,1% lên 49,1%.

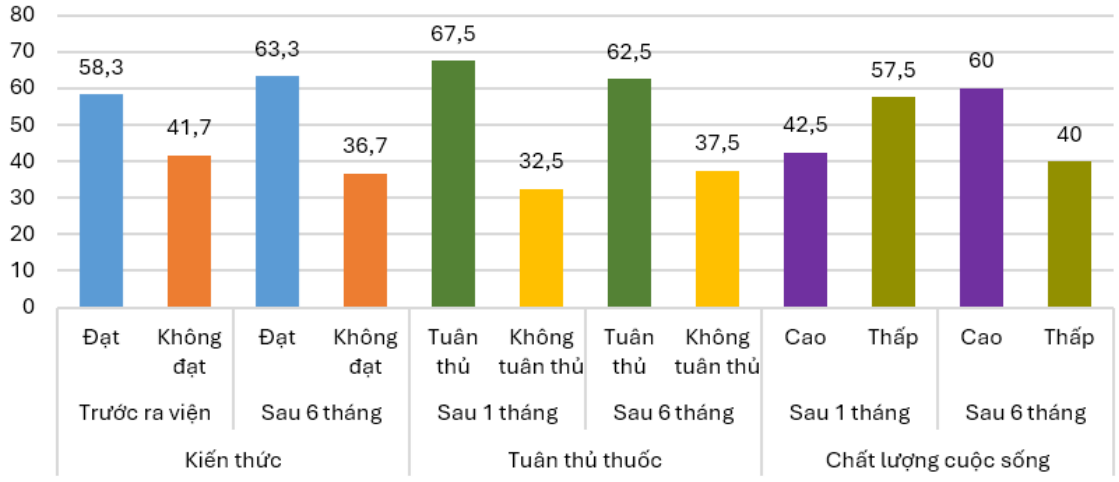
3.3. Tình trạng đau ngực và một số yếu tố tác động lên người bệnh sau can thiệp mạch vành

Bảng 3. Tình trạng đau ngực và một số yếu tố tác động lên người bệnh sau can thiệp mạch vành (n=120)

Đặc điểm đánh giá			
Phân loại	**Thời điểm đánh giá**		
	Trước ra viện n (%)	**Sau 1 tháng n (%)**	**Sau 6 tháng n (%)**
Tình trạng đau ngực			
Có	41 (34,2)	54 (45,0)	47 (39,2)
Không	79 (65,8)	66 (55,0)	73 (60,8)
Ảnh hưởng của người bệnh khác đến tâm lý người bệnh			
Lo lắng nhiều	41 (34,2)	30 (25,0)	38 (31,7)
Bình thường	79 (65,8)	90 (75,0)	82 (68,3)
Cảm nhận thái độ phục vụ của NVYT			
Rất tốt	51 (42,5)	19 (15,8)	22 (18,3)
Bình thường/ Tốt	69 (57,5)	101 (84,2)	98 (81,7)
Sự tin tưởng vào NVYT			
Rất tin tưởng	56 (46,7)	21 (17,5)	18 (15,0)
Tin tưởng	64 (53,3)	99 (82,5)	102 (85,0)
Cảm nhận về cơ sở vật chất			
Rất tốt/Tốt	66 (55,0)	76 (63,3)	90 (75,0)
Bình thường	54 (45,0)	44 (36,7)	30 (25,0)
Sự hài lòng của người bệnh			
Rất hài lòng	53 (44,2)	14 (11,7)	18 (15,0)
Hài lòng	67 (55,8)	106 (88,3)	102 (85,0)

Nhận xét: Sau can thiệp, tỷ lệ người bệnh có đau ngực là 34,2% trước ra viện, 45,0% sau 1 tháng và 39,2% sau 6 tháng. Tỷ lệ lo lắng nhiều giảm từ 34,2% xuống 31,7%, cảm nhận cơ sở vật chất rất tốt/tốt tăng từ 55,0% lên 75,0% và tỷ lệ hài lòng đạt 85,0% sau 6 tháng.

3.4. Kiến thức, tuân thủ thuốc và chất lượng cuộc sống của người bệnh



Hình 1. Kiến thức, tuân thủ dùng thuốc và chất lượng cuộc sống của người bệnh

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh đạt kiến thức tăng từ 58,3% trước ra viện lên 63,3% sau 6 tháng; tỷ lệ tuân thủ thuốc giảm từ 67,5% sau 1 tháng xuống 62,5% sau 6 tháng, trong khi tỷ lệ người bệnh có CLCS cao tăng từ 42,5% lên 60,0%.

3.5. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, tuân thủ dùng thuốc và chất lượng cuộc sống của người bệnh sau can thiệp mạch vành

3.5.1. Mối liên quan giữa các yếu tố nhân khẩu học và điều trị đến kiến thức, tuân thủ dùng thuốc và chất lượng cuộc sống của người bệnh sau can thiệp mạch vành

Bảng 4. Hồi quy logistic đa biến về mối liên quan giữa các yếu tố nhân khẩu học và điều trị đến kiến thức, tuân thủ dùng thuốc và chất lượng cuộc sống của người bệnh sau can thiệp mạch vành

Biến độc lập	Kiến thức (aOR (95%CI),p)		Tuân thủ thuốc (aOR (95%CI),p)		Chất lượng cuộc sống (aOR (95%CI),p)	
	Trước ra viện	6 tháng	1 tháng	6 tháng	1 tháng	6 tháng
Đặc điểm nhân khẩu học						
Tuổi (< 65 Tuổi, tham chiếu)	2,3 (0,8–6,1) p=0,08	0,7 (0,2–1,7) p=0,48	1,1 (0,4–2,9) p=0,80	1,0 (0,3–2,5) p=0,97	1,0 (0,4–2,5) p=0,89	1,0 (0,4–2,5) p=0,96
Giới (Nữ, tham chiếu)	2,1 (0,8–5,6) p=0,11	1,0 (0,4–2,4) p=0,96	1,9 (0,7–5,2) p=0,17	0,9 (0,3–2,3) p=0,88	6,4 (2,2–18,3) p=0,001	1,9 (0,7–4,7) p=0,15
Trình độ học vấn (Cấp 3 trở xuống, tham chiếu)	0,9 (0,1–5,1) p=0,91	0,2 (0,04–1,0) p=0,05	0,1 (0,01–1,2) p=0,07	0,1 (0,01–1,0) p=0,05	0,6 (0,1–2,8), p=0,60	1,3 (0,2–6,8) p=0,68
Thu nhập (≤ 5 triệu, tham chiếu)	8,5 (1,7–41,9) p=0,008	2,1 (0,5–9,2) p=0,29	18,0 (1,6–196,2) p=0,01	15,2 (1,6–139,6) p=0,01	1,5 (0,4–5,0) p=0,49	3,0 (0,7–11,8) p=0,10

Biến độc lập	Kiến thức (aOR (95%CI),p)		Tuân thủ thuốc (aOR (95%CI),p)		Chất lượng cuộc sống (aOR (95%CI),p)	
	Trước ra viện	6 tháng	1 tháng	6 tháng	1 tháng	6 tháng
Khả năng chi trả (Không đủ, tham chiếu)	3,6 (1,5–9,0) p=0,004	2,2 (0,9–5,3) p=0,05	3,6 (1,4–9,1) p=0,005	3,6 (1,5–8,8) p=0,003	1,7 (0,7–4,1) p=0,18	3,2 (1,3–7,7) p=0,007
Đặc điểm bệnh lý và điều trị						
Chẩn đoán (BMV cấp, tham chiếu)	0,4 (0,1–1,0) p=0,05	0,7 (0,3–1,7) p=0,53	0,6 (0,2–2,0) p=0,46	0,4 (0,1–1,1) p=0,09	0,7 (0,3–1,6) p=0,44	0,4 (0,1–2,1) p=0,16
Số lần khám/ điều trị tại viện (Lần thứ nhất, tham chiếu)	7,3 (0,7–76,0) p=0,09	0,5 (0,1–3,3) p=0,59	/	/	3,4 (0,5–21,0) p=0,18	4,1 (0,3–56,7) p=0,28
Đau ngực (Có, tham chiếu)	5,7 (2,3–13,8 p < 0,001	4,4 (1,9–10,1) p < 0,001	70 (15–327,8) p < 0,001	12,8 (5,1–32,1) p < 0,001	2,7 (1,2–6,1) p=0,01	16,3 (6,3–41,9) p < 0,001

aOR: OR hiệu chỉnh; CI: khoảng tin cậy 95%; p: giá trị p. Các biến được trình bày theo nhóm tham chiếu. aOR>1 biểu thị khả năng xảy ra kết cục cao hơn và aOR<1 biểu thị khả năng xảy ra kết cục thấp hơn so với nhóm tham chiếu. Dấu "/" biểu thị không đưa biến vào mô hình phân tích.

Nhận xét: Kết quả hồi quy logistic đa biến cho thấy người bệnh không đau ngực có khả năng đạt kiến thức cao hơn trước ra viện và sau 6 tháng (p<0,001), đồng thời có khả năng tuân thủ thuốc cao hơn sau 1 và 6 tháng (p<0,001). Thu nhập >5 triệu đồng và khả năng chi trả đầy đủ cũng liên quan có ý nghĩa với kiến thức và tuân thủ thuốc (p<0,05). Nam giới có chất lượng cuộc sống cao hơn nữ giới sau 1 tháng (p=0,001).

3.5.2. Mối liên quan giữa các yếu tố hành vi, lối sống đến kiến thức, tuân thủ dùng thuốc và chất lượng cuộc sống của người bệnh sau can thiệp mạch vành

Bảng 5. Hồi quy logistic đa biến về mối liên quan giữa các yếu tố hành vi, lối sống đến kiến thức, tuân thủ dùng thuốc và chất lượng cuộc sống của người bệnh sau can thiệp mạch vành

Biến độc lập	Kiến thức (aOR (95%CI),p)		Tuân thủ dùng thuốc (aOR (95%CI),p)		Chất lượng cuộc sống (aOR (95%CI),p)	
	Trước ra viện	6 tháng	1 tháng	6 tháng	1 tháng	6 tháng
Hút thuốc (Có, tham chiếu)	5,3 (1,2–22,3) p=0,02	2,0 (0,4–8,8) p=0,35	3,5 (0,5–23,1) p=0,19	4,1 (0,6–26,9) p=0,13	/	/
Uống rượu (Có, tham chiếu)	0,1 (0,04–0,7) p=0,01	0,8 (0,2–3,5) p=0,84	0,2 (0,03–2,0) p=0,20	1,6 (0,2–10,2) p=0,58	/	/

Biến độc lập	Kiến thức (aOR (95%CI),p)		Tuân thủ dùng thuốc (aOR (95%CI),p)		Chất lượng cuộc sống (aOR (95%CI),p)	
	Trước ra viện	6 tháng	1 tháng	6 tháng	1 tháng	6 tháng
Tập thể dục (Không, tham chiếu)	8,2 (3,4–19,8) p<0,001	7,5 (2,7–20,8) p<0,001	24,3 (5,4–107,6) p<0,001	38,5 (9,7–152,2) p<0,001	1,2 (0,3–4,4) p=0,72	10,0 (3,2–31,1) p<0,001
Thực hiện chế độ ăn bệnh lý (Không, tham chiếu)	1,1 (0,1–7,4) p=0,91	1,8 (0,6–5,2) p=0,23	6,6 (1,2–36,3) p=0,03	2,3 (0,6–8,5) p=0,18	1,6 (0,5–5,1) p=0,38	2,2 (0,7–6,5) p=0,15

aOR: OR hiệu chỉnh; CI: khoảng tin cậy 95%; p: giá trị p. Các biến được trình bày theo nhóm tham chiếu. aOR>1 biểu thị khả năng xảy ra kết cục cao hơn và aOR<1 biểu thị khả năng xảy ra kết cục thấp hơn so với nhóm tham chiếu. Dấu "/" biểu thị không đưa biến vào mô hình phân tích.

Nhận xét: Kết quả Bảng 5 cho thấy tập thể dục có liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức, tuân thủ dùng thuốc và CLCS, trong đó mối liên quan mạnh nhất với tuân thủ thuốc sau 6 tháng (aOR=38,5; p<0,001). Uống rượu và hút thuốc có liên quan với kiến thức trước ra viện (p=0,01 và p=0,02). Thực hiện chế độ ăn bệnh lý liên quan với tuân thủ thuốc sau 1 tháng (p=0,03).

3.5.3. Mối liên quan giữa các yếu tố tác động lên người bệnh đến kiến thức, tuân thủ dùng thuốc và chất lượng cuộc sống của người bệnh sau can thiệp mạch vành

Bảng 6. Hồi quy logistic đa biến về mối liên quan giữa các yếu tố tác động lên người bệnh đến kiến thức, tuân thủ dùng thuốc và chất lượng cuộc sống của người bệnh sau can thiệp mạch vành

Biến độc lập	Kiến thức (aOR (95%CI),p)		Tuân thủ dùng thuốc (aOR (95%CI),p)		Chất lượng cuộc sống (aOR (95%CI),p)	
	Trước ra viện	6 tháng	1 tháng	6 tháng	1 tháng	6 tháng
Ảnh hưởng của các BN khác đến tâm lý của người bệnh (Lo lắng, tham chiếu)	3,3 (1,4–7,3) p=0,003	4,9 (1,9–12,3) p=0,001	25,9 (7,7–86,7) p<0,001	6,7 (2,6–17,3) p<0,001	2,3 (0,9–6,1) p=0,07	5,6 (2,3–13,8) p<0,001
Cảm nhận thái độ phục vụ của nhân viên y tế (Bình thường, tham chiếu)	0,5 (0,1–1,4) p=0,21	0,1 (0,01–2,2) p=0,18	0,2 (0,02–2,2) p=0,20	0,06 (0,004–1,0) p=0,05	0,1 (0,01–0,8) p=0,03	0,1 (0,01–1,5) p=0,11
Sự tin tưởng vào nhân viên y tế (Tin tưởng, tham chiếu)	1,5 (0,5–4,4) p=0,37	4,4 (0,4–48,9) p=0,22	1,3 (0,2–7,3) p=0,74	11,9 (1,0–142,4) p=0,04	3,5 (0,6–20,7) p=0,15	12,1 (1,1–129,3) p=0,03
Cảm nhận về cơ sở vật chất (Bình thường, tham chiếu)	1,4 (0,6–3,1) p=0,35	3,5 (1,2–9,8) p=0,01	6,1 (2,0–18,1) p=0,001	4,5 (1,4–14,0) p=0,009	2,6 (1,1–6,2) p=0,02	1,7 (0,6–4,9) p=0,27

Biến độc lập	Kiến thức (aOR (95%CI),p)		Tuân thủ dùng thuốc (aOR (95%CI),p)		Chất lượng cuộc sống (aOR (95%CI),p)	
	Trước ra viện	6 tháng	1 tháng	6 tháng	1 tháng	6 tháng
Sự hài lòng của người bệnh (Hài lòng, tham chiếu)	1,1 (0,4–3,0) p=0,76	0,3 (0,06–1,8) p=0,21	2,2 (0,2–24,4) p=0,49	5,0 (0,7–32,6) p=0,09	/	/

aOR: OR hiệu chỉnh; CI: khoảng tin cậy 95%; p: giá trị p. Các biến được trình bày theo nhóm tham chiếu. aOR>1 biểu thị khả năng xảy ra kết cục cao hơn và aOR<1 biểu thị khả năng xảy ra kết cục thấp hơn so với nhóm tham chiếu. Dấu "/" biểu thị không đưa biến vào mô hình phân tích.

Nhận xét: Kết quả hồi quy đa biến từ Bảng 6 cho thấy người bệnh ít lo lắng có khả năng đạt kết quả tốt hơn về kiến thức và tuân thủ thuốc (p≤0,003). Cảm nhận tốt về cơ sở vật chất có liên quan với kiến thức và tuân thủ thuốc (p≤0,02). Sự rất tin tưởng vào nhân viên y tế liên quan với tuân thủ thuốc và chất lượng cuộc sống sau 6 tháng (p<0,05). Các yếu tố còn lại không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

3.5.4. Mối liên quan giữa kiến thức, tuân thủ điều trị thuốc và chất lượng cuộc sống của người bệnh

Bảng 7. Mối liên quan giữa kiến thức, tuân thủ điều trị thuốc và chất lượng cuộc sống của người bệnh

Mối liên quan			
OR thô (95%CI)	**p**	**OR hiệu chỉnh (95%CI)**	**p**
Kiến thức → Tuân thủ điều trị thuốc			
10,5 (4,4–25,1)	< 0,001	4,2 (1,1–15,2)	0,02
Kiến thức → Chất lượng cuộc sống			
4,9 (2,2–10,8)	< 0,001	0,5 (0,1–2,5)	0,43
Tuân thủ điều trị thuốc → Chất lượng cuộc sống			
21,0 (8,0–54,6)	< 0,001	8,4 (1,8–39,3)	0,007

OR: Odds Ratio; CI: khoảng tin cậy 95%. OR thô là kết quả phân tích chưa hiệu chỉnh; OR hiệu chỉnh là kết quả sau khi kiểm soát các yếu tố nhiễu trong mô hình hồi quy

Nhận xét: Người bệnh có kiến thức ở mức đạt có khả năng tuân thủ điều trị thuốc cao gấp 4,2 lần so với nhóm người bệnh ở mức không đạt (p=0,02). Tuân thủ điều trị thuốc có liên quan độc lập với chất lượng cuộc sống, với khả năng có chất lượng cuộc sống cao gấp 8,4 lần ở nhóm tuân thủ so với nhóm không tuân thủ (p=0,007). Kiến thức không có liên quan có ý nghĩa thống kê với chất lượng cuộc sống sau hiệu chỉnh (p=0,43).

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh từ 65 tuổi trở lên chiếm 60,8% và nam giới chiếm 69,2%. Đây là đặc điểm thường gặp ở bệnh nhân mắc bệnh mạch vành do nguy cơ mắc bệnh tăng dần theo tuổi, liên quan đến quá trình xơ vữa động mạch tăng theo thời gian. Đặc điểm này tương đồng với một số nghiên cứu trên người bệnh sau can thiệp mạch vành qua da. Dữ liệu từ Thai PCI Registry trên 19.701 người bệnh ghi nhận tuổi trung bình 64,2 ± 11,7 tuổi và nam giới chiếm 69,1%; tại Việt Nam, nghiên cứu trên 866 người bệnh sau can thiệp mạch vành (MV) cũng ghi nhận nam giới chiếm 67,9% và tuổi trung bình 67,6 ± 9,8 tuổi [10,11]. Sự tương đồng này cho thấy đối tượng nghiên cứu có đặc điểm tuổi và giới tương đối phù hợp với quần thể người bệnh sau can thiệp MV được ghi nhận trong các nghiên cứu trước.

Phần lớn người bệnh có trình độ học vấn

từ cấp 3 trở xuống (86,7%) và thu nhập ≤5 triệu đồng/tháng (77,5%); gần một nửa (49,2%) cho biết không đủ khả năng chi trả. Nghiên cứu của Vu Hoa và cộng sự tại Việt Nam cũng ghi nhận tỷ lệ người bệnh thuộc nhóm thu nhập thấp chiếm 73,5% [11]. Điều kiện kinh tế có ý nghĩa trong theo dõi người bệnh sau can thiệp MV do điều trị dự phòng thứ phát đòi hỏi sử dụng thuốc lâu dài, tái khám định kỳ và duy trì các biện pháp thay đổi lối sống. Trong nghiên cứu này, thu nhập và khả năng chi trả tiếp tục có mối liên quan với một số kết quả về kiến thức, tuân thủ thuốc và CLCS ở các thời điểm theo dõi.

Về đặc điểm bệnh lý, bệnh mạch vành cấp chiếm 58,3%, tương đồng với Thai PCI Registry, trong đó 58,1% người bệnh có hội chứng vành cấp [10]. Tình trạng đau ngực được ghi nhận ở 91,7% người bệnh trước can thiệp, 45% sau 1 tháng và 39,2% sau 6 tháng. Đau ngực ở người bệnh sau PCI có thể liên quan đến thiếu máu cơ tim còn tồn tại, rối loạn vi mạch hoặc co thắt mạch vành, đồng thời ảnh hưởng đến khả năng hoạt động và chất lượng cuộc sống. Trong nghiên cứu này, tình trạng đau ngực có mối liên quan với kiến thức, tuân thủ điều trị thuốc và CLCS tại các thời điểm theo dõi. Kết quả này cho thấy kiểm soát triệu chứng cần được xem xét cùng với giáo dục sức khỏe và hỗ trợ tuân thủ điều trị trong quản lý người bệnh sau can thiệp MV. Bên cạnh đó, 94,2% người bệnh đến khám và điều trị lần đầu, phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh sau can thiệp MV lần đầu. Việc lựa chọn nhóm người bệnh này giúp hạn chế ảnh hưởng của kinh nghiệm điều trị và can thiệp trước đó khi đánh giá sự thay đổi về kiến thức, tuân thủ điều trị thuốc và CLCS trong 6 tháng theo dõi.

4.1. Thay đổi hành vi lối sống sau can thiệp mạch vành qua da

Kết quả Bảng 2 ghi nhận tỷ lệ hút thuốc thường xuyên giảm từ 38,3% trước ra viện xuống 16,7% sau 6 tháng và uống rượu thường xuyên giảm từ 25,8% xuống 5,8%. Trong khi đó, tỷ lệ tập thể dục thường xuyên giảm từ 63,3% sau 1 tháng xuống 60,0% sau 6 tháng và thực hiện chế độ ăn bệnh lý thường xuyên giảm từ 57,5% xuống 49,1%. Kết quả cho thấy các hành vi lối sống có sự thay đổi sau PCI, song mức độ duy trì khác nhau trong thời gian theo dõi.

Thay đổi lối sống là một nội dung quan trọng trong quản lý người bệnh sau PCI, bao gồm ngừng hút thuốc, duy trì hoạt động thể lực và thực hiện chế độ ăn phù hợp bên cạnh điều trị dự phòng thứ phát [12,13]. Phục hồi chức năng tim dựa trên vận động cũng được ghi nhận có lợi đối với khả năng hoạt động và CLCS ở người bệnh sau can thiệp MV [13]. Tuy nhiên, tỷ lệ tập thể dục thường xuyên giảm từ 63,3% sau 1 tháng xuống 60,0% sau 6 tháng và thực hiện chế độ ăn bệnh lý thường xuyên giảm từ 57,5% xuống 49,1%. Kết quả này cho thấy mặc dù người bệnh có những thay đổi hành vi tích cực trong giai đoạn đầu sau xuất viện, việc duy trì các hành vi này trong thời gian dài vẫn còn hạn chế. Khi trở lại sinh hoạt thường ngày, duy trì chế độ tập luyện, dinh dưỡng và các hành vi có lợi cho sức khỏe đòi hỏi sự tham gia chủ động và liên tục của người bệnh. Vì vậy, quản lý sau can thiệp MV cần được duy trì trong thời gian dài, kết hợp tư vấn, theo dõi và hỗ trợ thay đổi hành vi nhằm giúp người bệnh hình thành và duy trì các thói quen có lợi cho sức khỏe sau xuất viện.

Các yếu tố tác động lên người bệnh (Bảng 3) có sự thay đổi trong thời gian theo dõi. Tỷ lệ người bệnh lo lắng nhiều do ảnh hưởng từ những người bệnh khác giảm từ 34,2% trước ra viện xuống 31,7% sau 6 tháng. Tỷ lệ đánh giá cơ sở vật chất ở mức rất tốt/tốt tăng từ 55,0% lên 75,0%, trong khi 85,0% người bệnh hài lòng với chăm sóc tại thời điểm 6 tháng. Kết quả cho thấy tâm lý và các yếu tố tác động bên ngoài là những khía cạnh cần được quan tâm bên cạnh tình trạng bệnh lý và hành vi sức khỏe trong quá trình theo dõi người bệnh sau can thiệp MV.

Các yếu tố tâm lý có liên quan đến quá trình phục hồi và CLCS ở người bệnh tim mạch. Nghiên cứu tổng quan của Wrzeciono và cộng sự chỉ ra rằng việc kết hợp hỗ trợ tâm lý trong phục hồi chức năng tim có thể cải thiện một số kết quả về tâm lý và chức năng [14]. Trong nghiên cứu này, ảnh

hưởng tâm lý từ những người bệnh khác, cảm nhận về cơ sở vật chất và sự tin tưởng vào nhân viên y tế cũng có mối liên quan với kiến thức, tuân thủ thuốc hoặc CLCS tại một số thời điểm theo dõi. Kết quả cho thấy tâm lý và các yếu tố tác động bên ngoài trong quá trình chăm sóc cần được xem xét cùng với các yếu tố lâm sàng và hành vi trong quản lý người bệnh sau can thiệp MV.

4.2. Kiến thức, tuân thủ dùng thuốc và CLCS

Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đạt mức yêu cầu tăng từ 58,3% trước ra viện lên 63,3% sau 6 tháng (Hình 1). Tuy nhiên, tại thời điểm 6 tháng vẫn còn 36,7% người bệnh có điểm kiến thức chưa đạt. Kiến thức có thể được củng cố trong quá trình người bệnh tiếp tục tiếp nhận thông tin về bệnh, điều trị và tự chăm sóc sau xuất viện. Do đó, giáo dục sức khỏe cần được duy trì trong quá trình theo dõi, thay vì chỉ tập trung tại thời điểm ra viện, nhằm củng cố kiến thức về bệnh, yếu tố nguy cơ, điều trị và tự chăm sóc [15]. Trong khi tỷ lệ đạt kiến thức tăng, tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc giảm từ 67,5% sau 1 tháng xuống 62,5% sau 6 tháng. Sự thay đổi không cùng chiều giữa kiến thức và tuân thủ dùng thuốc cho thấy gia tăng kiến thức chưa đồng nghĩa với việc duy trì được hành vi điều trị trong thời gian dài. Sau xuất viện, người bệnh phải tự thực hiện chế độ dùng thuốc trong sinh hoạt hằng ngày và duy trì điều trị dự phòng thứ phát lâu dài. Vì vậy, bên cạnh giáo dục sức khỏe, theo dõi và hỗ trợ tuân thủ cần được duy trì trong suốt quá trình quản lý sau can thiệp MV.

Đối với CLCS, tỷ lệ người bệnh có CLCS cao tăng từ 42,5% sau 1 tháng lên 60,0% sau 6 tháng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Cẩm Linh và cộng sự trên 90 người bệnh sau PCI, trong đó CLCS đánh giá bằng SAQ-7 và SF-36 được cải thiện trong quá trình theo dõi.4 Fu và cộng sự cũng ghi nhận sự gia tăng chỉ số EQ-5D-5L sau can thiệp MV ở người bệnh tại Trung Quốc.16 Sự thay đổi CLCS có thể liên quan đến quá trình giảm triệu chứng và phục hồi khả năng hoạt động sau tái thông mạch vành. Tuy nhiên, sau 6 tháng vẫn còn 40,0% người bệnh có CLCS thấp, cho thấy CLCS cần tiếp tục được quan tâm trong quá trình theo dõi sau can thiệp MV.

Nhìn chung, kiến thức, tuân thủ dùng thuốc và CLCS không thay đổi theo cùng một chiều trong thời gian theo dõi. Kiến thức có thể được củng cố thông qua quá trình tiếp nhận thông tin và trải nghiệm điều trị, CLCS có thể cải thiện cùng với quá trình phục hồi sau can thiệp MV, trong khi tuân thủ điều trị đòi hỏi người bệnh duy trì hành vi dùng thuốc trong thời gian dài. Sự khác biệt này cho thấy quản lý sau can thiệp MV không chỉ dừng ở cung cấp kiến thức mà cần kết hợp theo dõi, hỗ trợ tuân thủ điều trị và đánh giá CLCS trong suốt quá trình điều trị, chăm sóc người bệnh ở giai đoạn sau xuất viện.

4.3. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, tuân thủ điều trị và CLCS

Phân tích các yếu tố nhân khẩu học, kinh tế và đặc điểm bệnh lý (Bảng 4) cho thấy có mối liên quan khác nhau với kiến thức, tuân thủ điều trị thuốc và CLCS tại từng thời điểm đánh giá. Đối với kiến thức, thu nhập >5 triệu đồng/tháng có liên quan với kiến thức đạt tại thời điểm trước ra viện với $p<0,05$, trong khi khả năng chi trả và tình trạng đau ngực có liên quan tại một số thời điểm. Tình trạng không đau ngực có liên quan với kiến thức đạt cả trước ra viện và sau 6 tháng. Kết quả này cho thấy bên cạnh đặc điểm bệnh lý, điều kiện kinh tế cũng cần được xem xét khi đánh giá kiến thức của người bệnh sau PCI.

Đối với tuân thủ dùng thuốc, thu nhập, khả năng chi trả và tình trạng đau ngực là những yếu tố có liên quan tại các thời điểm theo dõi. Người bệnh có thu nhập >5 triệu đồng/tháng và đủ khả năng chi trả có khả năng tuân thủ điều trị cao hơn ở cả tháng thứ nhất và tháng thứ sáu. Điều kiện kinh tế có thể ảnh hưởng đến khả năng duy trì điều trị thông qua chi phí thuốc, tái khám và các nhu cầu chăm sóc kéo dài sau can thiệp MV. Bằng chứng nghiên cứu trên 90.163 người bệnh sau can thiệp MV cho thấy thu nhập thấp liên quan với giảm tuân thủ thuốc kháng tiểu cầu, củng cố vai trò của rào cản kinh

tế trong duy trì điều trị lâu dài [17]. Điều này cho thấy điều kiện kinh tế là một yếu tố cần được xem xét trong duy trì điều trị lâu dài sau can thiệp MV, khi người bệnh phải tiếp tục sử dụng thuốc và tái khám sau xuất viện. Tình trạng không đau ngực có liên quan với tuân thủ điều trị thuốc tại cả hai thời điểm. Đau ngực kéo dài làm gia tăng gánh nặng triệu chứng và có thể ảnh hưởng đến khả năng duy trì chế độ điều trị trong sinh hoạt hằng ngày. Vì vậy, đánh giá tuân thủ sau can thiệp MV cần được thực hiện cùng với theo dõi triệu chứng và nhận diện các rào cản kinh tế trong quá trình điều trị.

Đối với CLCS, nam giới có khả năng đạt CLCS cao hơn nữ giới sau 1 tháng, nhưng mối liên quan này không còn ý nghĩa thống kê sau 6 tháng. Khả năng chi trả có liên quan với CLCS sau 6 tháng, trong khi tình trạng không đau ngực có liên quan với CLCS tại cả hai thời điểm đánh giá. Mối liên quan giữa triệu chứng và CLCS cũng phù hợp với các nghiên cứu trước, trong đó người bệnh còn đau thắt ngực sau PCI thường có hạn chế về hoạt động thể chất và CLCS thấp hơn. Trong nghiên cứu này, đau ngực là yếu tố có mối liên quan nhất quán với cả kiến thức, tuân thủ điều trị thuốc và CLCS. Kết quả này nhấn mạnh việc theo dõi triệu chứng cần được thực hiện song song với đánh giá khả năng duy trì điều trị và các khó khăn về kinh tế trong quá trình chăm sóc người bệnh sau can thiệp MV.

Các hành vi lối sống có mối liên quan với kiến thức, tuân thủ dùng thuốc và CLCS, trong đó tập thể dục là yếu tố có mối liên quan độc lập. Người bệnh tập thể dục có khả năng đạt kiến thức cao hơn trước ra viện và sau 6 tháng, đồng thời có khả năng tuân thủ dùng thuốc cao hơn tại cả hai thời điểm theo dõi. Mối liên quan với tuân thủ điều trị thuốc được ghi nhận rõ tại thời điểm 6 tháng (aOR=38,5; KTC 95%: 9,7–152,2; p<0,001). Tập thể dục có thể phản ánh mức độ tham gia chủ động của người bệnh vào quá trình tự quản lý sau can thiệp MV, trong đó việc duy trì hoạt động thể lực thường đi kèm với sự quan tâm nhiều hơn đến bệnh, điều trị và các hành vi sức khỏe khác. Vì vậy, mối liên quan giữa tập thể dục và tuân thủ dùng thuốc có thể được xem như biểu hiện của một nhóm hành vi tự chăm sóc được duy trì đồng thời, thay vì là tác động riêng lẻ của hoạt động thể lực lên việc dùng thuốc.

Tập thể dục cũng có liên quan với CLCS cao sau 6 tháng (aOR=10,0; KTC 95%: 3,2–31,1; p<0,001). Kết quả này phù hợp với các bằng chứng cho thấy hoạt động thể lực và phục hồi chức năng tim có liên quan với tình trạng chức năng và CLCS sau các biến cố mạch vành [2,13]. Bên cạnh đó, không hút thuốc và không sử dụng rượu có liên quan với kiến thức trước ra viện, trong khi thực hiện chế độ ăn bệnh lý có liên quan với tuân thủ điều trị thuốc sau 1 tháng. Mối liên quan giữa tập thể dục và tuân thủ dùng thuốc cho thấy việc duy trì các hành vi sức khỏe cần được xem xét đồng thời trong quá trình theo dõi người bệnh sau can thiệp MV.

Bên cạnh các yếu tố hành vi, kết quả Bảng 6 cho thấy yếu tố tâm lý và các yếu tố bên ngoài tác động lên người bệnh trong quá trình chăm sóc có mối liên quan với kiến thức, tuân thủ dùng thuốc và CLCS tại một số thời điểm theo dõi. Người bệnh ít bị ảnh hưởng tâm lý khi chứng kiến người bệnh khác có khả năng đạt kiến thức và tuân thủ điều trị thuốc cao hơn; mối liên quan này tiếp tục được ghi nhận sau 6 tháng. Yếu tố tâm lý này cũng có liên quan với CLCS tại thời điểm 6 tháng. Như vậy, yếu tố tâm lý và các yếu tố bên ngoài tác động lên người bệnh có liên quan với tuân thủ điều trị và CLCS ở người bệnh sau can thiệp MV.

Cảm nhận tốt về cơ sở vật chất có liên quan với kiến thức sau 6 tháng, tuân thủ điều trị thuốc tại cả hai thời điểm và CLCS sau 1 tháng. Sự tin tưởng vào nhân viên y tế cũng có liên quan với tuân thủ dùng thuốc và CLCS sau 6 tháng. Các kết quả này cho thấy các yếu tố bên ngoài tác động lên người bệnh trong quá trình chăm sóc có mối liên quan với việc thực hiện điều trị và CLCS của người bệnh. Vì vậy, bên cạnh quản lý các yếu tố lâm sàng và hành vi, hỗ trợ tâm lý, giao tiếp và duy trì sự tin tưởng của người bệnh đối với nhân viên y tế cũng cần được quan tâm trong quá trình theo dõi sau xuất viện.

Trên cơ sở các yếu tố liên quan được xác định ở các phân tích trên, kết quả nghiên cứu Bảng

7 làm rõ mối quan hệ giữa kiến thức, tuân thủ dùng thuốc và CLCS ở người bệnh sau can thiệp MV. Sau hiệu chỉnh, kiến thức đạt mức yêu cầu có liên quan với tuân thủ dùng thuốc (aOR=4,2; KTC 95%: 1,1–15,2; p=0,02), trong khi tuân thủ dùng thuốc có liên quan độc lập với CLCS cao (aOR=8,4; KTC 95%: 1,8–39,3; p=0,007). Mối liên quan giữa kiến thức đạt mức yêu cầu và CLCS không còn ý nghĩa thống kê sau hiệu chỉnh (aOR=0,5; KTC 95%: 0,1–2,5; p=0,43).

Kiến thức đạt mức yêu cầu có mối liên quan với tuân thủ dùng thuốc, nhưng sự thay đổi của hai kết quả không cùng chiều trong thời gian theo dõi. Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đạt mức yêu cầu tăng từ 58,3% lên 63,3%, trong khi tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc giảm từ 67,5% xuống 62,5%. Kết quả này cho thấy mức độ kiến thức và việc duy trì hành vi điều trị có sự khác biệt trong quá trình theo dõi sau can thiệp MV.

Kiến thức là cơ sở để người bệnh nhận thức về bệnh và yêu cầu điều trị, trong khi tuân thủ dùng thuốc phản ánh việc thực hiện và duy trì điều trị ở giai đoạn sau xuất viện. Tuân thủ dùng thuốc có mối liên quan độc lập với CLCS sau hiệu chỉnh, trong khi kiến thức không còn liên quan có ý nghĩa thống kê, cho thấy vai trò của việc duy trì hành vi điều trị đối với kết quả sức khỏe trong quá trình phục hồi sau can thiệp MV.

4.4. Ý nghĩa lâm sàng

Quản lý người bệnh sau can thiệp mạch vành qua da cần được duy trì liên tục sau xuất viện, kết hợp củng cố kiến thức, theo dõi tuân thủ dùng thuốc, kiểm soát triệu chứng, hỗ trợ duy trì hành vi có lợi cho sức khỏe, đồng thời quan tâm đến khả năng chi trả và các yếu tố tâm lý. Giai đoạn từ tháng thứ nhất đến tháng thứ sáu cần được chú trọng do tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc giảm, đồng thời việc duy trì tập thể dục và chế độ ăn phù hợp chưa ổn định trong thời gian theo dõi. Mối liên quan giữa kiến thức với tuân thủ dùng thuốc và giữa tuân thủ dùng thuốc với CLCS cho thấy giáo dục sức khỏe cần gắn với hỗ trợ người bệnh duy trì điều trị và tự chăm sóc sau xuất viện. Những nội dung này có thể làm cơ sở cho việc xây dựng chương trình quản lý chăm sóc người bệnh sau can thiệp MV phù hợp với quá trình theo dõi lâu dài.

5. KẾT LUẬN

Sau 6 tháng theo dõi, tỷ lệ người bệnh có kiến thức đạt mức yêu cầu và tỷ lệ người bệnh có CLCS cao đều tăng, trong khi tuân thủ dùng thuốc giảm. Kiến thức đạt mức yêu cầu có liên quan với tuân thủ dùng thuốc, và tuân thủ dùng thuốc có liên quan độc lập với CLCS. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh nhu cầu quản lý chăm sóc liên tục sau xuất viện, tập trung vào củng cố kiến thức, duy trì tuân thủ điều trị, theo dõi triệu chứng và hỗ trợ hành vi sức khỏe nhằm cải thiện kết quả lâu dài ở người bệnh sau can thiệp mạch vành qua da.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors in 204 Countries and Territories, 1990-2023. Journal of the American College of Cardiology. Dec 2 2025;86(22):2167-2243. doi:10.1016/j.jacc.2025.08.015

2. Peleka P, Konstantakopoulou O, Katsiroumpa A, et al. Determinants of Health-Related Quality of Life After Acute Coronary Syndromes: A Systematic Review. Healthcare (Basel, Switzerland). May 9 2026;14(10)doi:10.3390/healthcare14101292

3. Rao SV, O'Donoghue ML, Ruel M, et al. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. Jun 10 2025;85(22):2135-2237. doi:10.1016/j.jacc.2024.11.009

4. Linh NTC, Vũ VH, Hòa T, et al. 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. Tạp chí Y học Cộng đồng 2025;66(23):155-162. doi: 10.52163/yhc.v66iCD23.3929

5. Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. World Health Organization; 1991.

6. Czarny MJ, Nathan AS, Yeh RW, Mauri L. Adherence to dual antiplatelet therapy after coronary stenting: a systematic review. Clin Cardiol. Aug 2014;37(8):505-13. doi:10.1002/clc.22289

7. Ghisi GLM, Sandison N, Oh P. Development, pilot testing and psychometric validation of a short version of the coronary artery disease education questionnaire: The CADE-Q SV. Patient education and counseling. Mar 2016;99(3):443-447. doi:10.1016/j.pec.2015.11.002

8. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Medical care. Jan 1986;24(1):67-74. doi:10.1097/00005650-198601000-00007

9. Mai VQ, Sun S, Minh HV, et al. An EQ-5D-5L Value Set for Vietnam. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. Jul 2020;29(7):1923-1933. doi:10.1007/s11136-020-02469-7

10. Siriyotha S, Pattanaprateep O, Srimahachota S, Sansanayudh N, Thakkinstian A, Limpijankit T. Factors associated with health-related quality of life in patients undergoing percutaneous coronary intervention: Thai PCI registry. Frontiers in cardiovascular medicine 2023;10:1260993. doi:10.3389/fcvm.2023.1260993

11. Vu H, Norman R, Pham NM, et al. Sex differences in quality of life of patients following percutaneous coronary intervention in Vietnam. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. Jan 2023;32(1):71-79. doi:10.1007/s11136-022-03237-5

12. Wennberg E, Abualsaud AO, Eisenberg MJ. Patient Management Following Percutaneous Coronary Intervention. JACC: Advances. 2025;4(1):101453. doi:10.1016/j.jacadv.2024.101453

13. Li T, Jiang H, Ding J. The role of exercise-based cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention in patients with coronary artery disease: a meta-analysis of randomised controlled trials. Acta cardiologica. Apr 2024;79(2):127-135. doi:10.1080/00015385.2023.2266650

14. Wrzeciono A, Mazurek J, Cieślik B, Kiper P, Gajda R, Szczepańska-Gieracha J. Psychologically-enhanced cardiac rehabilitation for psychological and functional improvement in patients with cardiovascular disease: a systematic review with meta-analysis and future research directions. Physiotherapy. Dec 2024;125:101412. doi:10.1016/j.physio.2024.07.003

15. Wang Y, Zhang Y, Li W, et al. Knowledge, attitudes, and practices of exercise rehabilitation in patients following percutaneous coronary intervention. Frontiers in Cardiovascular Medicine 2025;12:1706354. doi: 10.3389/fcvm.2025.1706354

16. Fu Q, Dou L, Mao Z, Li S. Changes in health-related quality of life and its influencing factors of patients after percutaneous coronary intervention in China: A single-center longitudinal study. Medicine. Dec 5 2025;104(49):e46428. doi:10.1097/md.0000000000046428

17. LaRosa AR, Swabe GM, Magnani JW. Income and antiplatelet adherence following percutaneous coronary intervention. International journal of cardiology Cardiovascular risk and prevention. Sep 2022;14:200140. doi:10.1016/j.ijcrp.2022.200140