

NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN CHẤT LƯỢNG SỐNG Ở BỆNH NHÂN RUNG NHĨ VÀ GIÁ TRỊ CỦA CHẤT LƯỢNG SỐNG ĐẾN TIỀN LƯỢNG CỦA BỆNH

Đoàn Chí Thắng¹, Trần Khôi Nguyên¹, Nguyễn Tá Đông¹, Phạm Quang Tuấn¹

¹Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Trung ương Huế, Huế, Việt Nam

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng sống ở bệnh nhân rung nhĩ nhập viện và ảnh hưởng của chất lượng sống đến các biến cố tim mạch chính ở bệnh nhân rung nhĩ.

Đối tượng, phương pháp: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, thực hiện trên 99 bệnh nhân rung nhĩ điều trị tại khoa Nội Tim mạch - Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 4/2023 - 4/2024. Các bệnh nhân được theo dõi các biến cố tim mạch trong 6 tháng.

Kết quả: Nhóm bệnh nhân có chất lượng sống không tốt ($AFEQT \leq 80$) chiếm tỷ lệ 57,6%. Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho các yếu tố ảnh hưởng đến thang điểm AFEQT, cho thấy giới tính nữ (ước tính -4.89, khoảng tin cậy 95%: -9.59 đến -0.19), suy tim nặng (ước tính -7.5, khoảng tin cậy 95%: -12.86 đến -2.28), tần số tim càng nhanh (ước tính 1.40, khoảng tin cậy 95%: -2.77 đến -0.02) là những yếu tố nguy cơ độc lập làm giảm chất lượng sống ở bệnh nhân rung nhĩ ($p < 0.05$). Nhóm chất lượng sống thấp hơn ($AFEQT \leq 80$) có nguy cơ liên quan đến việc gia tăng sự xuất hiện các biến cố tim mạch trong quá trình theo dõi, khi so sánh với nhóm có chất lượng sống tốt hơn ($AFEQT > 80$) (OR: 3.63, khoảng tin cậy 95%: 1.03 - 12.78, $p < 0.05$).

Kết luận: Chất lượng sống bị ảnh hưởng bởi một số yếu tố của bệnh nhân, bao gồm nữ giới, tần số tim nhanh và suy tim nặng. Thêm vào đó, chất lượng sống thấp là yếu tố nguy cơ độc lập của việc xuất hiện các biến cố tim mạch ở bệnh nhân rung nhĩ.

Từ khóa: Chất lượng sống, AFEQT, rung nhĩ, biến cố tim mạch.

ABSTRACT

FACTORS AFFECTING QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION AND THE VALUE OF QUALITY OF LIFE ON THE PROGNOSIS OF THE DISEASE

Doan Chi Thang¹, Tran Khoi Nguyen¹, Nguyen Ta Dong¹, Pham Quang Tuan¹

Objective: To evaluate factors affecting the quality of life in hospitalized patients with atrial fibrillation and the impact of quality of life on major cardiovascular events in patients with atrial fibrillation.

Methods: cross - sectional study design, conducted on 99 patients with atrial fibrillation treated at the Department of Cardiology - Hue Central Hospital from April 2023 to April 2024. Patients were follow-up for cardiovascular events for 6 months.

Results: The group of patients with worsen quality of life ($AFEQT \leq 80$) accounted for 57.6%. Multivariate linear regression analysis for factors affecting AFEQT score showed that female gender (estimate -4.89, 95% confidence interval: -9.59 to -0.19), severe heart failure (estimate -7.5, 95% confidence interval: -12.86 to -2.28), and faster heart rate (estimate 1.40, 95% confidence interval: -2.77 to -0.02) were independent risk factors for reduced quality of life in

Ngày nhận bài: 07/10/2024. Ngày chỉnh sửa: 28/11/2024. Chấp thuận đăng: 10/12/2024

Tác giả liên hệ: Trần Khôi Nguyên. Email: khoinguyen276@gmail.com. ĐT: 0377841922

Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng sống...

patients with atrial fibrillation ($p < 0.05$). The lower quality of life group ($AFEQT \leq 80$) was associated with an increased risk of cardiovascular events during follow-up, compared with the better quality of life group ($AFEQT > 80$) (OR: 3.63, 95% confidence interval: 1.03 - 12.78, $p < 0.05$).

Conclusion: Quality of life was affected by several patient factors, including female sex, high heart rate, and severe heart failure. In addition, low quality of life was an independent risk factor for the occurrence of cardiovascular events in patients with atrial fibrillation.

Keywords: Quality of life, AFEQT, atrial fibrillation, cardiovascular events.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ là rối loạn nhịp tim thường gặp nhất, ảnh hưởng đến 33,5 triệu người trên toàn cầu và ngày càng có xu hướng gia tăng [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ rung nhĩ ước tính là 3,9%, tương đương với tỷ lệ rung nhĩ ở các quốc gia khác [2]. Rung nhĩ làm gia tăng nguy cơ tử vong gấp 1,5 - 3,5 lần, là nguyên nhân của 20 - 30% trường hợp đột quỵ và làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bởi các triệu chứng của rung nhĩ như đau ngực, chóng mặt, đánh trống ngực,... các triệu chứng của suy tim, hay các biến chứng của thuốc, tai biến can thiệp, và đặc biệt là tái nhập viện làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống của bệnh nhân rung nhĩ [3].

Khía cạnh chất lượng cuộc sống chỉ mới được quan tâm và ngày càng trở nên quan trọng trong vài năm gần đây, được xem là một trong những tiêu chí đánh giá hiệu quả của các phương pháp điều trị. Các hướng dẫn điều trị rung nhĩ mới nhất của Hiệp hội Tim mạch châu Âu và Hoa Kỳ xem việc quản lý chất lượng cuộc sống là một trong những mục tiêu chính của điều trị [3, 4]. Mặc dù tầm quan trọng của chất lượng sống trong điều trị rung nhĩ, chưa có nhiều dữ liệu để xác định các yếu tố ảnh hưởng, đặc biệt là các yếu tố từ bệnh nhân tác động đến rung nhĩ. Đã có nghiên cứu cho thấy vai trò của tuổi, giới, tần số tim, các bệnh kèm như suy tim, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, bệnh mạch vành có liên quan độc lập đến chất lượng sống của bệnh nhân rung nhĩ.

Tại Việt Nam, chưa có nhiều công trình đánh giá cụ thể các yếu tố ảnh hưởng chất lượng sống ở bệnh nhân rung nhĩ. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng sống ở bệnh nhân rung nhĩ nhập viện và ảnh hưởng của chất lượng sống đến các biến cố tim mạch chính ở bệnh nhân rung nhĩ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 99 bệnh nhân rung nhĩ điều trị tại khoa Nội Tim mạch - Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 4/2023 - 4/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán là rung nhĩ theo tiêu chuẩn của Hội Tim mạch học Việt Nam 2022 dựa vào điện tâm đồ 12 chuyển đạo tiêu chuẩn không có sóng P lặp lại rõ ràng và các khoảng RR không đều [5].

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân rung nhĩ do bệnh van tim như hẹp 2 lá mức độ trung bình đến nặng, hẹp van 2 lá do thấp, van 2 lá cơ học, van sinh học hoặc sửa van 2 lá, bệnh nhân nhỏ hơn 18 tuổi, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang với chọn cỡ mẫu thuận tiện.

Thông tin chung của bệnh nhân: Dựa vào hồ sơ bệnh án, khám lâm sàng, tác giả thu thập các thông tin chung của bệnh nhân (tuổi, giới tính, các bệnh kèm theo). Bệnh nhân được đánh giá suy tim dựa vào triệu chứng, dấu chứng của suy tim gồm khó thở, giảm khả năng gắng sức, phù, tĩnh mạch cổ nổi. Phân độ triệu chứng suy tim dựa vào NYHA [6], trong nghiên cứu của chúng tôi chia làm hai nhóm: suy tim nặng (bao gồm bệnh nhân suy tim NYHA III,IV) và không có suy tim nặng (bao gồm các bệnh nhân không có suy tim, suy tim NYHA I,II).

Chất lượng cuộc sống bệnh nhân: được đánh giá thang điểm AFEQT tại thời điểm nhập viện. Thang điểm AFEQT đánh giá trên 3 lĩnh vực (ảnh hưởng của các triệu chứng rung nhĩ, giới hạn hoạt động thường ngày, sự quan tâm đến điều trị), gồm 20 câu hỏi, với 7 mức độ từ 1 - 7 đánh giá tình trạng sức khỏe đặc hiệu cho rung nhĩ. Tổng điểm

Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng sống...

AFEQT được quy chuẩn về thang điểm 0 - 100 theo công thức sau:

$$100 - = \frac{(\text{tổng điểm AFEQT} - \text{số câu trả lời}) \times 100}{\text{tổng số câu hỏi} \times 6}$$

Tổng điểm chung giao động từ 0 - 100, với 100 là tình trạng chất lượng cuộc sống tốt nhất và 0 là tình trạng chất lượng cuộc sống kém nhất [7]. Dựa vào tổng điểm AFEQT, chúng tôi chia làm hai nhóm: nhóm chất lượng sống không tốt: $\text{AFEQT} \leq 80$ và nhóm chất lượng sống tốt: $\text{AFEQT} > 80$.

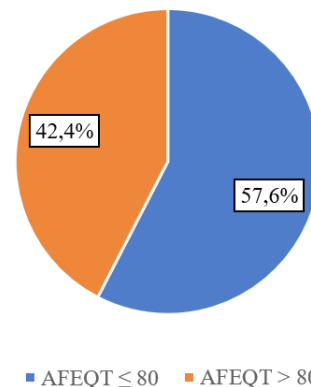
Các bệnh nhân được theo dõi các biến cố tim mạch trong vòng 6 tháng bao gồm: nhồi máu cơ tim không tử vong, đột quỵ không tử vong, tử vong và nhập viện vì suy tim. Quá trình theo dõi sẽ kết thúc khi bệnh nhân xuất hiện bất cứ các biến cố tim mạch nào.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ

Bệnh nhân có chất lượng sống xấu hơn ($\text{AFEQT} \leq 80$) chiếm tỷ lệ (57,6%) cao hơn nhóm bệnh nhân có chất lượng sống tốt hơn ($\text{AFEQT} > 80$) (Biểu đồ 1). Tỷ lệ nữ giới ở nhóm bệnh nhân rung nhĩ có chất lượng sống không tốt ($\text{AFEQT} \leq 80$) là 61,4%, cao

hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân có chất lượng sống tốt hơn ($\text{AFEQT} > 80$) với tỷ lệ là 40,5%, $p < 0,05$. Ở nhóm bệnh nhân có chất lượng sống không tốt, ghi nhận tần số tim trung bình ($86,79 \pm 18,64$ lần/phút) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm có chất lượng sống tốt hơn ($79,38 \pm 15,09$ lần/phút), $p < 0,05$. Các yếu tố khác như tuổi, BMI, tiền sử tăng huyết áp, bệnh mạch vành, đái tháo đường, đột quỵ, hút thuốc, huyết áp, đường kính nhĩ trái, phân suất tống máu EF, điểm CHA2DS2-VASc > 2 không có sự khác biệt giữa hai nhóm (Bảng 1).



Biểu đồ 1: Đặc điểm chất lượng sống theo bảng điểm AFEQT

Bảng 1: So sánh các đặc điểm cơ bản giữa hai nhóm chất lượng sống

	Chất lượng sống tốt (N = 42)	Chất lượng sống không tốt (N = 57)	p
Tuổi (năm)	73,71 ± 11,07	75,44 ± 12,13	0,470
Giới nữ (%)	40,5	61,4	0,039
BMI (kg/m ²)	22,09 ± 2,52	20,89 ± 3,66	0,055
Tiền sử THA (%)	76,2	66,7	0,303
Tiền sử BMV (%)	59,5	40,4	0,059
Tiền sử ĐTD (%)	11,9	7,0	0,403
Tiền sử đột quỵ (%)	7,1	7,0	0,981
Hút thuốc (%)	2,4	5,3	0,635
Tần số tim (lần/phút)	79,38 ± 15,09	86,79 ± 18,64	0,031
HATT (mmHg)	132,02 ± 26,06	129,04 ± 27,31	0,585
HATT _r (mmHg)	76,67 ± 11,61	74,21 ± 12,24	0,316

Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng sống...

	Chất lượng sống tốt (N = 42)	Chất lượng sống không tốt (N = 57)	p
LA (mm)	34,14 ± 7,61	36,28 ± 8,30	0,193
EF (%)	58,88 ± 5,27	57,21 ± 7,66	0,227
CHA2DS2-VASc > 2 (%)	88,1	84,2	0,583

Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho các yếu tố ảnh hưởng đến thang điểm AFEQT, cho thấy giới tính nữ (ước tính -4,89, khoảng tin cậy 95%: -9,59 đến -0,19), suy tim nặng (ước tính -7,5, khoảng tin cậy 95%: -12,86 đến -2,28), tần số tim càng nhanh (ước tính 1,40, khoảng tin cậy 95%: -2,77 đến -0,02) là những yếu tố nguy cơ độc lập làm giảm chất lượng sống ở bệnh nhân rung nhĩ ($p < 0,05$) (Bảng 2).

Bảng 2: Một số yếu tố ảnh hưởng đến thang điểm AFEQT ở bệnh nhân rung nhĩ

	Hệ số hồi quy	Hệ số beta	Khoảng tin cậy 95%	p
Tuổi	-0,18	-0,17	-0,41 đến 0,06	0,137
BMI	0,45	0,12	-0,28 đến 1,19	0,223
Giới nữ	-4,89	-0,20	-9,59 đến -0,19	0,042
Tăng huyết áp	-5,65	-0,21	-11,66 đến 0,36	0,065
Suy tim nặng (so với không có suy tim nặng)	-7,5	-0,28	-12,86 đến -2,28	0,006
Tần số tim (tăng mỗi 10 lần/phút)	-1,40	-0,20	-2,77 đến -0,02	0,046
Tiền sử Đái tháo đường	4,45	0,11	-3,57 đến 12,47	0,273
Tiền sử bệnh mạch vành	2,80	0,12	-2,19 đến 7,79	0,268
CHA2DS2-VASc >2	4,46	0,135	-4,16 đến 13,49	0,297

Có tổng cộng 17 biến cố tim mạch xuất hiện trong quá trình theo dõi, chiếm 17,2%, trong đó biến cố nhập viện do suy tim chiếm tỷ lệ cao nhất (16,2%). Không có sự khác biệt về tỷ lệ xuất hiện các biến cố tim mạch giữa hai nhóm chất lượng sống tốt và không tốt ($p > 0,05$) (Bảng 3).

Bảng 3: Các biến cố tim mạch trong quá trình theo dõi

	Tổng N (%)	Chất lượng sống tốt (N = 42)	Chất lượng sống không tốt (N = 57)	p
Nhồi máu cơ tim	1 (1,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	0,424
Tai biến mạch máu não	3 (3,0)	1 (1,0)	2 (2,0)	1,000
Tử vong	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Nhập viện do suy tim	16 (16,2)	5 (5,1)	11 (11,1)	0,323
Tổng cộng	17 (17,2)	4 (4,0)	13 (13,1)	0,083

Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng sống...

Phân tích hồi quy logistic đa biến cơ bản bao gồm AFEQT < 80 kết hợp các yếu tố tuổi và giới, cho kết quả nhóm bệnh nhân có chất lượng sống không tốt ($AFEQT \leq 80$) có nguy cơ liên quan đến việc gia tăng sự xuất hiện các biến cố tim mạch trong quá trình theo dõi, khi so sánh với nhóm có chất lượng sống tốt hơn ($AFEQT > 80$) (OR: 3,63, khoảng tin cậy 95%: 1,03 - 12,78, $p < 0,05$) (Bảng 4).

Bảng 4: Phân tích hồi quy logistic đa biến cơ bản giữa AFEQT và các biến cố tim mạch

	OR	Khoảng tin cậy 95%	p
Tuổi	1,02	0,97 - 1,07	0,407
Giới	3,43	1,07 - 11,07	0,039
$AFEQT \leq 80$	3,63	1,03 - 12,78	0,045

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 99 bệnh nhân rung nhĩ được chia làm 2 nhóm dựa vào điểm cắt là 80 (biểu đồ 1) và đã cho các kết quả quan trọng. Thứ nhất, một số yếu tố của bệnh nhân rung nhĩ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, ở đây được lượng giá cụ thể bằng thang điểm AFEQT. Thêm vào đó, nghiên cứu cũng đã chỉ ra được những bệnh nhân có chất lượng sống không tốt sẽ ảnh hưởng đến kết cục của người bệnh trong quá trình theo dõi.

Về các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng sống của người bệnh, nghiên cứu đã cho thấy rằng yếu tố gồm giới tính nữ, suy tim nặng và tần số tim nhanh liên quan đến chất lượng sống xấu hơn ở bệnh nhân rung nhĩ (bảng 2). Khi so sánh giữa hai nhóm chất lượng sống, tỷ lệ nữ giới cao hơn và trung bình cao hơn ở nhóm có chất lượng sống xấu hơn (bảng 1). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó. Phụ nữ mắc rung nhĩ luôn báo cáo rằng có chất lượng cuộc sống kém hơn đáng kể và gánh nặng triệu chứng lớn hơn nam giới. Điều này lần đầu tiên được ghi nhận trong nghiên cứu CTAF báo cáo bằng cách sử dụng thang điểm SF-36, danh sách kiểm tra triệu chứng và chỉ số trạng thái hoạt động của Duke [8], và được xác nhận trong thử nghiệm RACE [9]. Các nghiên cứu gần đây cũng cho kết quả tương tự như nghiên cứu của Randolph và cs (2016) nữ giới là một yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến việc giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh rung nhĩ, ngoài ra trong nghiên cứu của Randolph, các yếu tố khác như rung nhĩ mới khởi phát, tuổi trẻ, tần số tim cao, bệnh kèm suy tim và hội chứng ngưng thở khi ngủ cũng là những yếu tố độc lập làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh [10]. Trong khi đó, mối

quan hệ giữa suy tim và rung nhĩ đã được nghiên cứu rộng rãi trong các tài liệu, cho thấy cả hai bệnh đều có liên quan bởi các yếu tố nguy cơ tương tự, có chung bệnh sinh lý và thường biểu hiện các triệu chứng tương tự. Thang điểm NYHA đã được sử dụng rộng rãi để đánh giá các triệu chứng của suy tim, trong nghiên cứu của mình, chúng tôi đã quan sát thấy sự ảnh hưởng NYHA với chất lượng cuộc sống người bệnh, cho thấy suy tim càng nặng thì khả năng dung nạp rung nhĩ càng kém. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác trên thế giới. Trong nghiên cứu của Ferre-Vallverdu và cs (2021), $NYHA \geq II$ là một trong những yếu tố tiên lượng độc lập cho việc giảm triệu chứng của người bệnh rung nhĩ [11]. Mối tương quan này thậm chí còn mạnh hơn ở những bệnh nhân có LVEF giảm, có thể là do tính không đồng nhất đã được ghi chép rõ ràng ở bệnh suy tim có LVEF bảo tồn. Mặt khác, có khả năng có sự chồng chéo trong cách bệnh nhân giải thích về suy tim và các triệu chứng của rung nhĩ, vì khó thở khi gắng sức cũng là một trong những triệu chứng chính của rung nhĩ. Trong nghiên cứu FRACTAL, các yếu tố bao gồm phân độ NYHA, bệnh van tim và bệnh phổi mãn tính có tác động mạnh nhất đến điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh [12]. Kiểm soát tần số tim ở bệnh nhân rung nhĩ có hai lợi ích: giảm triệu chứng và cải thiện hiệu quả tim. Tần số tim không được kiểm soát có nhiều tác dụng có hại như làm nặng thêm các triệu chứng, giảm thể tích nhát bóp và dễ tiến triển bệnh cơ tim do nhịp tim nhanh và suy tim sung huyết. Trong thử nghiệm AFFIRM, kiểm soát tần số thất đầy đủ được định nghĩa là nhịp tim trung bình ≤ 80 nhịp mỗi phút khi nghỉ ngơi và nhịp tim tối đa ≤ 110 lần/phút trong khi test bộ sáu phút hoặc tập thể dục vừa phải

[13], trong khi tiêu chuẩn kiểm soát tần số tim trong thử nghiệm RACE dễ hơn, chỉ yêu cầu nhịp tim khi nghỉ ngơi < 100 lần/phút. Kiểm soát tần số là một trong những mục tiêu điều trị chính của rung nhĩ, đã được đưa vào các khuyến cáo lớn hiện nay trên thế giới như Hiệp hội tim mạch châu Âu, Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ, ngoài ra, việc điều trị kiểm soát tốt tần số cũng thường dẫn đến cải thiện các triệu chứng liên quan đến rung nhĩ [3, 4]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tần số tim càng cao là yếu tố tiên lượng độc lập gây giảm chất lượng sống của người bệnh. Tuổi tác có thể có tác động quan trọng đến điểm chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân rung nhĩ với tác động có thể tùy thuộc vào công cụ đánh giá được sử dụng. Nhìn chung, bệnh nhân lớn tuổi báo cáo điểm chất lượng sống chung thấp hơn, đặc biệt là trên các thang điểm liên quan đến hoạt động thể chất [14]. Tuy nhiên, bằng chứng thực nghiệm cho thấy bệnh nhân lớn tuổi có thể có gánh nặng triệu chứng ít hơn, đặc biệt là do rung nhĩ (ví dụ: điểm Kiểm tra triệu chứng thấp hơn) so với bệnh nhân trẻ tuổi [12]. Do đó, bệnh nhân trẻ tuổi có thể có nhiều khả năng cải thiện chất lượng sống hơn bệnh nhân lớn tuổi với các can thiệp kiểm soát nhịp tim, như đã quan sát thấy trong thử nghiệm RACE, trong đó độ tuổi < 69 dự đoán khả năng cải thiện chất lượng sống theo thời gian cao hơn [15]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi có mối tương quan nghịch với chất lượng cuộc sống, tuy nhiên khi phân tích hồi quy tuyến tính đa biến với các yếu tố khác, yếu tố tuổi chưa cho thấy là một yếu tố nguy cơ độc lập với điểm AFEQT. Nghiên cứu của Randolph và cs (2016) lại cho thấy bệnh nhân trẻ tuổi là một trong những yếu tố nguy cơ độc lập làm giảm chất lượng sống [10], tương tự thử nghiệm RACE. Vấn đề ảnh hưởng bởi tuổi tác đến chất lượng cuộc sống có thể cần nhiều nghiên cứu trong tương lai với mẫu lớn hơn để đánh giá mối liên quan chính xác.

Kết cục do bệnh nhân báo cáo, ví dụ chất lượng sống, ngày càng được sử dụng để đánh giá tác động của tình trạng sức khỏe và cách quản lý tình trạng này đối với gánh nặng bệnh tật và sự hài lòng về điều trị của bệnh nhân và người chăm sóc. Hầu hết các nghiên cứu chủ yếu tập trung vào sự tác động của rung nhĩ đến chất lượng sống của người bệnh. Tuy nhiên, chất lượng sống cũng có thể liên quan về mặt lâm sàng để dự đoán hướng của bệnh tật trong tương

lai trong quá trình chăm sóc thường quy, từ đó phân tầng nguy cơ trong thực hành lâm sàng hằng ngày. Các nghiên cứu đánh giá ảnh hưởng của chất lượng sống đến kết cục tương lai ở bệnh nhân rung nhĩ còn khá hạn chế. Chúng tôi chỉ tìm được một nghiên cứu của tác giả Theunissen và cộng sự tiến hành nghiên cứu thuần tập trên các bệnh nhân rung nhĩ, các bệnh nhân sẽ được theo dõi kết cục tim mạch chính (MACE) trong 12 tháng, kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân có chất lượng sống thấp (AFEQT thấp) có nguy cơ xuất hiện MACE cao hơn và nguy cơ nhập viện cao hơn trong quá trình theo dõi, so với nhóm có AFEQT cao [16]. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi khi chất lượng sống thấp hơn (được lượng giá khi AFEQT $\leq$ 80) sẽ tăng nguy cơ xuất hiện các biến cố tim mạch (bảng 3 và bảng 4).

V. KẾT LUẬN

Chất lượng sống bị ảnh hưởng bởi một số yếu tố của bệnh nhân, bao gồm nữ giới, tần số tim nhanh và suy tim nặng. Thêm vào đó, các bệnh nhân có chất lượng sống thấp là yếu tố nguy cơ độc lập của việc xuất hiện các biến cố tim mạch ở bệnh nhân rung nhĩ.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y học và được chấp thuận bởi Hội đồng Y đức Bệnh viện Trung ương Huế.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chugh SS, Havmoeller R, Narayanan K, and Singh D. Worldwide epidemiology of atrial fibrillation: a Global Burden of Disease 2010 Study. *Circulation*. 2014; 129(8): 837-47.
2. Nguyen TN, Huyen VT, Nguyen TX. Prevalence, risk factors and pharmacological treatment of atrial fibrillation in older hospitalized patients in Vietnam. *International Cardiovascular Forum Journal*. 2016; 8: 79–84
3. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, and Bax JJ. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The

- Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Eur Heart J. 2021; 42(5): 373-498.
4. Joglar JA, Chung MK, Armbruster AL, and Benjamin EJ. 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2023; 148: e1-e156.
 5. Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam, Khuyến cáo của Phân hội nhịp tim Việt Nam, Hội Tim mạch Việt Nam (VNHR/VNHA) về chẩn đoán và xử trí rung nhĩ, ed. Hội. 2022.
 6. Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam, Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị bệnh suy tim cấp và mạn tính, ed. Hội. 2022.
 7. Spertus J, Dorian P, Bubien R, Lewis GD, Reynolds MR, Lakkireddy DR et al. Development and validation of the Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-Life (AFEQT) Questionnaire in patients with atrial fibrillation. Circ Arrhythm Electrophysiol. 2011; 4(1): 15-25.
 8. Paquette M, Roy D, Talajic M, Newman CA, Yang C, Dorian P. Role of gender and personality on quality-of-life impairment in intermittent atrial fibrillation. Am J Cardiol. 2000; 86(7): 764-8.
 9. Rienstra M, Van Veldhuisen DJ, Hagens VE, and Rancho AV VN, Crijns HJ, Van Gelder IC. Gender-related differences in rhythm control treatment in persistent atrial fibrillation: data of the Rate Control Versus Electrical Cardioversion (RACE) study. J Am Coll Cardiol. 2005; 46(7): 1298-306.
 10. Randolph TC, Simon DN, Thomas L, and Allen FG, Gersh BJ, Kowey PR et al. Patient factors associated with quality of life in atrial fibrillation. Am Heart J. 2016; 182: 135-143.
 11. Ferre-Vallverdu M, Ligeró C, Vidal-Perez R, Martínez-Rubio A, and Vinolas X AJ. Improvement in Atrial Fibrillation-Related Symptoms After Cardioversion: Role of NYHA Functional Class and Maintenance of Sinus Rhythm. Clin Interv Aging. 2021; 16: 739-745.
 12. Reynolds MR, Lavelle T, Essebag V, and Cohen ZP. Influence of age, sex, and atrial fibrillation recurrence on quality of life outcomes in a population of patients with new-onset atrial fibrillation: the Fibrillation Registry Assessing Costs, Therapies, Adverse events and Lifestyle (FRACTAL) study. Am Heart J. 2006; 152(6): 1097-103.
 13. Wyse DG, Waldo AL, DiMarco JP, Domanski RY, Schron EB, Kellen JC et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2002; 347(23): 1825-33.
 14. Ware JEJ. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. 1993: Boston: The Health Institute, New England Medical Center.
 15. Hagens VE, Rancho AV, Van Sonderen E, and Bosker HA KO, Tijssen JG, Kingma JH, Crijns HJ, Van Gelder IC. Effect of rate or rhythm control on quality of life in persistent atrial fibrillation. Results from the Rate Control Versus Electrical Cardioversion (RACE) Study. J Am Coll Cardiol. 2004; 43(2): 241-7.
 16. Theunissen HJ, van de Pol AA, van Steenberghe GJ, and Cremers HP, van der Voort PH, Polak PE et al. The prognostic value of quality of life in atrial fibrillation on patient value. Health Qual Life Outcomes. 2023; 21(1): 33.