

giữa thời gian lọc máu với CLCS và giới với SKTT. Có mối liên quan giữa bệnh đồng mắc, giai đoạn bệnh, thời gian điều trị với SKTC và CLCS.

Việc quản lý tích cực bệnh nhân THA, ĐTĐ, thời gian điều trị lâu năm là cần thiết, đặc biệt trên các bệnh nhân suy thận đang lọc máu định kỳ (bệnh thận giai đoạn cuối), họ nên được khuyến khích tự quản lý các yếu tố nguy cơ, chẳng hạn như chế độ ăn uống, huyết áp và lượng nước uống vào, có liên quan đến việc phát triển bệnh tim mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Ngọc Trang Đài và cộng sự** (2024). Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu định kỳ tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ. Tạp chí Y Dược Cần Thơ, số 70/2024. <https://tapchi.ctump.edu.vn/index.php/ctump/article/view/2264/1752>
2. **Đào Anh Dũng** (2023). Các yếu tố liên quan và kết quả cải thiện chất lượng cuộc sống trên bệnh nhân chạy thận nhân tạo định kỳ tại bệnh viện đa khoa tư nhân Cao Văn Chí năm 2019. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ số 29/2020, 59-65. <https://tapchi.ctump.edu.vn/index.php/ctump/article/view/1584>
3. **Nguyễn Thị Thu Hiền** (2020). Tác động của giáo dục sức khỏe đến chất lượng cuộc sống của người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2020, Luận văn thạc sĩ Điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
4. **Bùi Thị Hơi và cộng sự** (2021). Khảo sát chất lượng cuộc sống của bệnh nhân lọc máu chu kỳ bằng thang điểm SF-36 tại bệnh viện đa khoa tỉnh Lào Cai. <https://doi.org/10.34238/tnu-jst.3>
5. **Trần Tấn Thắng, Hoàng Thị Thành** (2022). Khảo sát chất lượng cuộc sống bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối tại bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An. Tạp chí Y học Việt Nam, 521(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v521i1.3955>
6. **Harvinder G.S., Chee W.S.S. et al.** Comparison of malnutrition prevalence between hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis patients: A cross sectional study. Malaysian Journal of Nutrition. 2013. 19 (3), 271-283
7. **Jieun Cha, Dallong Han.** Health-Related Quality of Life-Based on Comorbidities Among Patients with End-Stage Renal Disease. Osong Public Health and Research Perspectives. 2020. 11(4), 194-200. <https://doi.org/10.24171%2Fj.phrp.2020.11.4.08>
8. **Magda Bayoumi et al.** Predictors of quality of life in hemodialysis patients. Saudi J Kidney Dis Transpl. 2013.24(2), 254-9. <https://doi.org/10.4103/1319-2442.109566>

ĐÁNH GIÁ SỰ PHÁT TRIỂN THẦN KINH Ở TRẺ SƠ SINH VIÊM MÀNG NÃO NHIỄM KHUẨN BẰNG THANG ĐIỂM BINS

Nguyễn Thị Lam Hồng¹, Phùng Thị Bích Thủy¹, Khu Thị Khánh Dung¹

TÓM TẮT

Viêm màng não nhiễm khuẩn là một bệnh lý nhiễm trùng nặng nề để lại nhiều di chứng thần kinh cũng như ảnh hưởng lâu dài đến sự phát triển tâm thần, vận động của trẻ sơ sinh. **Mục tiêu:** Đánh giá sự phát triển thần kinh ở trẻ sơ sinh VMNNK bằng thang điểm BINS. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả có theo dõi dọc trẻ sơ sinh VMNNK tại Trung tâm Sơ sinh – Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian nghiên cứu từ 1/5/2021 – 30/10/2023. **Kết quả:** có 67 trẻ tham gia nghiên cứu trong thời gian 29 tháng, tái khám tại các mốc 3, 6, 12, 18 và 24 tháng. Tỷ lệ di chứng là 40,3%, trong đó có 6 trẻ bại não, 3 trẻ động kinh. Tỷ lệ trẻ có kết quả sàng lọc thuộc nhóm nguy cơ cao nhất tại thời điểm 3 và 6 tháng. Điểm BINS trung bình của nhóm di chứng trong tất cả các mốc khám đều thấp hơn nhóm không di chứng. **Kết luận:** BINS là một

công cụ sàng lọc phát triển thần kinh nhanh chóng và hiệu quả, giúp phát hiện sớm các trẻ có nguy cơ cao chậm phát triển sau mắc VMNNK, để từ đó đưa ra giải pháp can thiệp và phục hồi sớm cho trẻ.

Từ khóa: viêm màng não do vi khuẩn, nhiễm khuẩn sơ sinh, BINS

SUMMARY

USE OF THE BALEY INFANT NEURODEVELOPMENTAL SCREENER WITH NEONATAL BACTERIAL MENINGITIS

Bacterial meningitis is a severe infectious disease that leaves many neurological sequelae as well as long-term effects on the mental and motor development of newborns. **Objective:** Use of the Bayley infant neurodevelopmental screener with neonatal bacterial meningitis. **Subjects and methods:** Prospective, descriptive study with longitudinal follow-up of neonates with meningitis at the Neonatal Carre Center – Vietnam National Children Hospital during the study period from May 1, 2021 to October 30, 2023. **Results:** 67 children participated in the study for 29 months, with follow-up visits at 3, 6, 12, 18 and 24 months. The rate of sequelae was 40.3%, including 6 children with cerebral palsy and 3 children with epilepsy. The rate of children with

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lam Hồng

Email: hongnhp2008@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024

screening results in the highest risk group at 3 and 6 months. The mean BINS score of the group with sequelae in all examination milestones was lower than that of the group without sequelae. **Conclusion:** BINS is a quick and effective neurodevelopmental screening tool, helping to early detect children at high risk of developmental delay after VMNNK, thereby providing early intervention and rehabilitation solutions for children. **Keywords:** bacterial meningitis, neonatal infection, BINS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng não nhiễm khuẩn là một bệnh nhiễm trùng nghiêm trọng ở hệ thần kinh trung ương, là nguyên nhân gây ra di chứng và tử vong đáng kể trên nhóm trẻ sơ sinh. Các di chứng được ghi nhận gồm có giảm thính lực, mù, động kinh, rối loạn khả năng nói, chậm phát triển tâm thần và vận động [1]. Các di chứng này gây nên các vấn đề về học tập, giao tiếp và phát triển xã hội của trẻ, chất lượng sống sẽ bị giảm sút. Phát hiện và chẩn đoán sớm các di chứng sẽ giúp đưa ra sớm các biện pháp can thiệp như vật lý trị liệu để tạo điều kiện cho sự phát triển tối ưu. Tại Mỹ, khoảng 13% trẻ từ 3 - 17 tuổi có ít nhất một khuyết tật phát triển và khoảng 1,6% trẻ có từ ba khuyết tật phát triển trở lên (Boulet, Boyle, & Schieve, 2009). Hiệp hội Nhi khoa Hoa Kỳ khuyến cáo các bác sĩ nhi khoa nên sàng lọc cho tất cả trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ khi đến khám định kỳ tại phòng khám để phát hiện các vấn đề về phát triển với trọng tâm là sàng lọc ở độ tuổi từ sơ sinh đến 2 tuổi. Tại các nước đang phát triển như Việt Nam thì việc khám sàng lọc phát hiện các rối loạn trong quá trình phát triển mới được chú ý đến trong vài năm gần đây, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu công bố về lĩnh vực cũng như chưa có nghiên cứu đánh giá trên nhóm trẻ sơ sinh VMNNK. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: *"Đánh giá sự phát triển thần kinh ở trẻ sơ sinh viêm màng não nhiễm khuẩn"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Cách chấm điểm theo BINS [2]

Mốc thời gian (tháng)	Tổng điểm	Lĩnh vực				Nguy cơ cao	Nguy cơ vừa	Nguy cơ thấp
		N	R	E	C			
3	11	5	2	4	0	0 - 6	7 - 8	9 - 11
6	13	4	1	5	3	0 - 9	10 - 11	12 - 13
12	11	3	2	3	3	0 - 6	7 - 9	10 - 11
18	11	1	1	2	7	0 - 5	6 - 8	9 - 11
24	13	1	2	9	1	0 - 7	8 - 10	11 - 13

Trong đó: N: Neurological functions - Chức năng thần kinh

R: Receptive functions - Khả năng lĩnh hội tiếp thu

E: Expressive functions - Khả năng biểu đạt

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 67 trẻ được chẩn đoán viêm màng não nhiễm khuẩn đã điều trị sống và ra viện tại Trung tâm Sơ sinh – Bệnh viện Nhi Trung Ương từ 1/5/2021 đến 30/10/2023.

Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm màng não nhiễm khuẩn: trẻ có 1 trong những tiêu chuẩn sau

- Nuôi cấy DNT dương tính, định danh vi khuẩn

- hoặc PCR DNT dương tính định danh vi khuẩn

- hoặc tế bào DNT ≥ 21 TB/mm³ và Protein > 1 g/l và cấy máu dương tính (trong vòng 3 ngày chọc DNT).

Tiêu chuẩn lựa chọn: tất cả trẻ VMNNK được sự chấp thuận của bố mẹ hoặc người chăm sóc, tham gia tái khám theo các mốc thời gian qui định trong nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: trẻ tái khám không đúng mốc thời gian., trẻ mắc các bệnh khác ảnh hưởng đến sự phát triển tâm thần, vận động trong thời gian nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu, mô tả có theo dõi dọc.

- **Cỡ mẫu:** mẫu thuận tiện

2.3. Nội dung nghiên cứu

- Tỷ lệ di chứng của trẻ sơ sinh bị VMNNK.

- Đánh giá sự phát triển của trẻ theo thang đo BINS

- Tính tỷ lệ phần trăm, điểm trung bình theo từng mốc thời gian và xếp loại nguy cơ

2.4. Các kỹ thuật sử dụng

- Khám thần kinh theo HINE + khám sàng lọc bằng thang đo BINS. Kết hợp thêm khám chuyên khoa: siêu âm qua thóp lại mốc 3 hoặc 6 tháng, khám thính lực mốc 6 tháng, MRI (nếu cần), khám chuyên khoa thần kinh nếu trẻ có biểu hiện co giật kéo dài, khám chuyên khoa phục hồi chức năng nếu phát hiện trẻ chậm phát triển (nguy cơ cao)

C: Cognitive functions - Quá trình nhận thức
Đánh giá theo từng hoạt động trẻ thực hiện, chấm điểm: 1 - cho những hoạt động trẻ thực hiện được, 0 - cho không thực hiện được. Cộng tổng điểm và xếp loại nguy cơ. Chia làm 3 mức

độ nguy cơ: thấp - vừa - cao. Các mốc thời gian khác nhau, có tổng điểm khác nhau, cũng như cách xếp loại nguy cơ khác nhau

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được mã hóa, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Tần suất và tỷ lệ (%) của các biến số/chỉ số được phân tích, so sánh khác biệt bằng kiểm định thống kê t student khi so sánh các giá trị trung bình hoặc kiểm định χ^2 khi so sánh các tỷ lệ (%). Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y học Bệnh viện Nhi Trung ương (số 1333/BVNTƯ - HĐĐĐ) và Viện Sốt rét - Côn trùng - Ký sinh trùng Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 67 trẻ sơ sinh VMNNK đúng tiêu chuẩn nghiên cứu.

Bảng 2. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n=67)

Đặc điểm		Số lượng	%
Giới	Nam	32	47,8
	Nữ	35	52,2
Tuổi thai	< 37 tuần	27	40,3
	≥ 37 tuần	40	59,7
Phân loại	VMNNK sớm	9	13,4
	VMNNK muộn	58	86,6
Lâm sàng	Sốt kéo dài ≥ 5 ngày	15	22,3
	Bỏ bú/bú kém	24	35,8
	Có giật	13	19,4
	Tăng TLC	11	16,4
	Giảm TLC	4	6,0
	Li bì/Hôn mê	23	34,3
	Kích thích/quấy khóc	12	17,9
Cận lâm sàng	Thóp phồng	7	10,4
	Tế bào DNT > 1000	11	16,4
	Pr DNT cao (>1,9 g/l)	42	35,8
	Cấy DNT (+)	17	25,4
	PCR DNT (+)	28	41,8

TLC: trường lực cơ; DNT: dịch não tủy

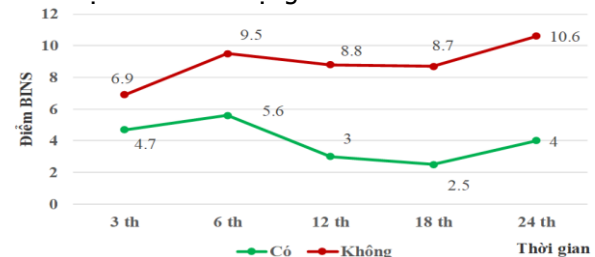
Nhận xét: 52,2% là trẻ nữ, 59,7% là trẻ đủ tháng và nhóm VMNNK muộn chiếm chủ yếu là 86,6%. Li bì, bỏ bú và sốt kéo dài là 3 triệu chứng thường gặp nhất trên lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu lần lượt là 34,3; 35,8 và 22,3%.

Bảng 3. Tỷ lệ di chứng của nhóm bệnh nhi theo dõi (n= 67)

Di chứng		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chậm phát triển	Vận động tinh	6	10,4
	Vận động thô	6	9,0
	Ngôn ngữ	7	10,4
Bại não thể co cứng		3	4,5

Bại não thể phối hợp + Điếc	1	1,5
Bại não thể co cứng + Động kinh	2	3,0
Động kinh	1	1,5
Tổn thương thị lực + chậm vận động tinh	1	1,5
Tổng di chứng	27	40,3
Không di chứng	40	59,7

Nhận xét: Tổng số bệnh nhân có di chứng là 27/67 (40,3%). Trong đó 6/67 (9%) chẩn đoán bại não, có 3 bệnh nhân liệt thể co cứng, 1 bệnh nhân là thể phối hợp (co cứng + múa vờn) và 2 bệnh nhân có động kinh đi kèm.



Hình 1: So sánh điểm BINS trung bình theo di chứng

Nhận xét: Nhóm trẻ di chứng có điểm BINS trung bình thấp hơn nhóm trẻ bình thường ở các mốc đánh giá ($p < 0,05$).

Bảng 4. Phân loại mức độ nguy cơ theo di chứng

Tuổi (tháng)	Nguy cơ	Di chứng		p
		Có	Không	
3 (n ₁ = 67)	Cao	19	8	0,001
	Vừa + thấp	8	32	
6 (n ₂ = 64)	Cao	22	12	0,001
	Vừa + thấp	5	25	
12 (n ₃ = 41)	Cao	10	0	0,001
	Vừa + thấp	8	23	
18 (n ₄ = 29)	Cao	6	0	0,002
	Vừa + thấp	7	16	
24 (n ₅ = 23)	Cao	5	0	0,004
	Vừa + thấp	5	13	

Nhận xét: Các bệnh nhân nhóm nguy cơ cao có tỷ lệ di chứng cao hơn hẳn nhóm không di chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ bại não chiếm cao nhất với 6/67 (9%), 4,5% trẻ có liệt và động kinh (bảng 4). Trong VMNNK ở trẻ sơ sinh, bại não là di chứng nặng nề nhất và là nguyên nhân phổ biến gây nên các khuyết tật vận động nghiêm trọng ở trẻ sau này. Nhiều nghiên cứu công bố tỷ lệ bại não khoảng 2,2/1000 ca sống với nhiều nguyên nhân khác nhau, trong đó viêm màng não là một căn nguyên thường gặp sau sinh. Động kinh xảy ra trên 3 trẻ, trong đó 2 trẻ phối hợp với bại não, 1

trẻ có động kinh đơn độc. Một nghiên cứu ở Anh và xứ Wales, đối với trẻ em 5 tuổi cho biết có 7,3% trẻ bị viêm màng não ở trẻ sơ sinh bị co giật không rõ nguyên nhân [3].

Chậm phát triển tâm vận động là một vấn đề thường gặp trên trẻ VMNNK. Sự phát triển vận động của một đứa trẻ được đánh giá qua vận động tinh và vận động thô và sự phát triển tâm thần được đánh giá qua ngôn ngữ, khả năng giao tiếp, cá nhân xã hội (nhận thức). Việc đánh giá phát triển của trẻ cần diễn ra liên tục trong suốt quá trình lớn lên của trẻ mà trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian đánh giá dài nhất là 24 tháng. Kết quả thu được có 19/67 (29,8%) có chậm phát triển so với trẻ cùng mốc tuổi trong đó có 7 trẻ chậm vận động tinh, 6 trẻ chậm vận động thô và 6 trẻ chậm phát triển về ngôn ngữ. Tuy nhiên, hầu hết những trẻ chậm phát triển về tâm – vận động đều cải thiện dần trong quá trình khám và theo dõi. Tại thời điểm 24 tháng có 2/23 có tình trạng chậm phát triển về ngôn ngữ tuy nhiên đã được tư vấn can thiệp của bác sỹ chuyên khoa và tiếp tục theo dõi sau đó 1 – 2 năm.

Tại 3 tháng, 56,7% trẻ (38/67) thuộc nhóm nguy cơ vừa, nhóm nguy cơ cao là 40,3% (27/67), và 2 trẻ thuộc nhóm nguy cơ thấp. Đến 6 tháng tuổi, tỷ lệ nhóm nguy cơ cao tăng lên rõ rệt với 53,1%, có sự khác biệt rõ rệt giữa 2 nhóm di chứng và không di chứng, đồng thời cũng có sự thay đổi khi một số trẻ thuộc nhóm nguy cơ vừa sau một thời gian phát triển và theo dõi có kết quả tốt hơn, chuyển sang nhóm nguy cơ thấp. Bước vào giai đoạn 12 tháng tuổi, sự khác biệt giữa điểm đánh giá của nhóm di chứng và không di chứng rõ hơn, điểm trung bình nhóm không di chứng là 9 điểm trở lên, còn nhóm di chứng là từ 9 điểm trở xuống. Với 18 tháng tuổi, kết quả thu được 100% trẻ nhóm nguy cơ cao đều có di chứng và 100% trẻ không di chứng đều thuộc nhóm nguy cơ thấp. Giai đoạn này trẻ có phát triển nổi trội hơn về nhận thức nên các điểm đánh giá tập trung vào lĩnh vực này (7/11 điểm). Trong khi đó, ở mốc 24 tháng 9/13 điểm để đánh giá chức năng biểu đạt.

Điểm BINS trung bình của trẻ có di chứng do VMNNK thấp hơn rõ rệt so với trẻ không có di chứng trong tất cả các mốc đánh giá, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong quá trình theo dõi dọc, trẻ có thể chuyển từ mức nguy cơ thấp sang nguy cơ vừa và ngược lại, hoặc từ nguy cơ vừa sang nguy cơ cao và ngược lại. Không có sự thay đổi đột ngột từ cao – thấp hoặc thấp – cao. Tuy nhiên, 100% bệnh nhân có di chứng nặng (bại não) đều được đánh giá ở

mức nguy cơ cao từ lúc 3 tháng tuổi và không thay đổi trong suốt 2 năm theo dõi. Điều này cho thấy giá trị của thang điểm BINS trong phát hiện và tiên lượng trẻ VMNNK có nguy cơ di chứng thần kinh. BINS đã được chuẩn hóa và áp dụng tại Mỹ cũng như nhiều nước. Một nghiên cứu trên 2000 trẻ tại Brazil và 6 quốc gia Nam Mỹ khác đã chỉ ra rằng BINS được đánh giá là khả thi và phù hợp để sàng lọc phát triển thần kinh [4]. Một báo cáo tại Nam Phi áp dụng BINS cho nhóm trẻ nguy cơ cao do phơi nhiễm HIV từ mẹ cũng đã kết luận rằng trong bối cảnh hạn chế về nguồn lực, BINS là một công cụ sàng lọc nguy cơ chậm phát triển ở trẻ em và có thể được sử dụng để xác định những trẻ cần can thiệp [5]. Tác giả Gucuyener và cs sử dụng BINS đánh giá trên đối tượng nguy cơ cao là trẻ đẻ non và cũng đưa ra kết luận rằng BINS là phương pháp nhanh chóng để xác định trẻ sinh non có nguy cơ chậm phát triển ở nhiều khía cạnh [6].

V. KẾT LUẬN

BINS là một công cụ sàng lọc phát triển thần kinh nhanh chóng và hiệu quả, giúp phát hiện sớm các trẻ có nguy cơ cao chậm phát triển sau mắc VMNNK, để từ đó đưa ra giải pháp can thiệp và phục hồi sớm cho trẻ. Tuy nhiên, BINS chỉ là một phương pháp sàng lọc không phải chẩn đoán, là bước đầu tiên trong quá trình đánh giá sự phát triển của trẻ và khi phát hiện trẻ có nguy cơ cao, cần chuyển trẻ đến chuyên gia để tiếp tục khám và theo dõi cũng như can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anderson V., Anderson P., Grimwood K. và cộng sự.** (2004). Cognitive and Executive Function 12 Years after Childhood Bacterial Meningitis: Effect of Acute Neurologic Complications and Age of Onset. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(2), 67–81.
2. **Aylward G.P. và Verhulst S.J.** (2000). Predictive utility of the Bayley Infant Neurodevelopmental Screener (BINS) risk status classifications: clinical interpretation and application. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42(1), 25–31.
3. **de Louvois J., Halket S., và Harvey D.** (2005). Neonatal meningitis in England and Wales: sequelae at 5 years of age. *Eur J Pediatr*, 164(12), 730–734.
4. **McCarthy A.M., Wehby G.L., Barron S. và cộng sự.** (2012). Application of Neurodevelopmental Screening to a Sample of South American Infants: The Bayley Infant Neurodevelopmental Screener (BINS). *Infant Behav Dev*, 35(2), 280–294.
5. **Rodriguez V.J., Zegarac M., La Barrie D.L. và cộng sự.** (2020). Validation of the Bayley Infant Neurodevelopmental Screener Among HIV-Exposed Infants in Rural South Africa. *JAIDS*

Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 85(4), 507.

6. Gücüyener K., Ergenekon E., Soysal A.Ş. và

cộng sự. (2006). Use of the bayley infant neurodevelopmental screener with premature infants. Brain and Development, 28(2), 104–108.

KHẢO SÁT CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH NHÂN RUNG NHĨ VĨNH VIỄN TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Trần Diệp Khoa¹, Ngô Thị Cẩm Hoa¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rung nhĩ là rối loạn nhịp tim thường gặp. Rung nhĩ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của nhiều bệnh nhân. Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân rung nhĩ giúp đưa ra mục tiêu điều trị cũng như quản lý bệnh nhân tốt nhất. **Mục tiêu:** Khảo sát chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan của bệnh nhân rung nhĩ vĩnh viễn. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 167 bệnh nhân rung nhĩ vĩnh viễn nhập viện tại khoa Nhịp tim học, Bệnh viện Nhân dân 115 từ tháng 04 năm 2020 đến tháng 12 năm 2020 bằng bảng điểm SF-36. **Kết quả:** Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân rung nhĩ theo thang điểm SF-36 giảm với điểm số trung bình là 50,52. Lĩnh vực sức khỏe tổng quát bị ảnh hưởng nhiều nhất (36,05 điểm). Điểm số thành phần sức khỏe thể chất thấp hơn so với thành phần sức khỏe tinh thần (46,25 điểm và 52,30 điểm, $p < 0,0001$). Các yếu tố liên quan đến điểm số chất lượng cuộc sống là tuổi ($\beta = -0,92$), thời gian mắc rung nhĩ ($\beta = -0,33$), số lần nhập viện trong năm ($\beta = -1,71$), số bệnh lý đồng mắc ($\beta = -1,82$) và sử dụng thuốc kiểm soát tần số ($\beta = 1,79$). **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân rung nhĩ vĩnh viễn giảm đáng kể ở lĩnh vực sức khỏe tổng quát và thành phần sức khỏe thể chất. Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống gồm tuổi, thời gian mắc rung nhĩ, số lần nhập viện trong năm, số bệnh đồng mắc và sử dụng thuốc kiểm soát tần số.

Từ khóa: chất lượng cuộc sống, rung nhĩ, sức khỏe tinh thần, sức khỏe thể chất, SF-36.

SUMMARY

INVESTIGATION OF QUALITY OF LIFE AND RELATED FACTORS OF PATIENTS WITH PERMANENT ATRIAL FIBRILLATION AT 115 PEOPLE'S HOSPITAL

Background: Atrial fibrillation is a common cardiac arrhythmia. Atrial fibrillation affects quality of life of many patients. Assessment of quality of life of patients with atrial fibrillation contributes to determine treatment goals and best patient management. **Objectives:** To investigate quality of life and related

factors of patients with permanent atrial fibrillation. **Methods:** Cross-sectional study in 167 permanent atrial fibrillation patients admitted to Department of Cardiac Arrhythmias, 115 People's Hospital from April 2020 to December 2020 using SF-36 questionnaire. **Results:** Quality of life was reduced with average score of 50,52. General health was most impaired (36,05 points). Physical health's score was lower than mental health's score (46,25 points and 52,30 points with $p < 0,0001$). Factors related to score of quality of life included age ($\beta = -0,92$), duration of atrial fibrillation ($\beta = -0,33$), numbers of hospitalization per year ($\beta = -1,71$), numbers of comorbidities ($\beta = -1,82$) and use of rate control medications ($\beta = 1,79$). **Conclusion:** Quality of life of patients with permanent atrial fibrillation significantly reduced in general health and physical health. Factors related to quality of life included age, duration of atrial fibrillation, numbers of hospitalization per year, numbers of comorbidities and use of rate control medications. **Keywords:** quality of life, atrial fibrillation, mental health, physical health, SF-36.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ là rối loạn nhịp tim thường gặp, chiếm 2-4% trong dân số. Rung nhĩ gây ra các triệu chứng hồi hộp, đánh trống ngực cũng như các biến chứng nguy hiểm như đột quỵ thiếu máu não, suy tim. Rung nhĩ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của nhiều bệnh nhân. Đánh giá CLCS của bệnh nhân giúp đưa ra mục tiêu điều trị cũng như quản lý bệnh nhân tốt nhất. Bảng điểm SF-36 (Short Form 36) là một công cụ đánh giá CLCS tổng quát được áp dụng phổ biến trong các nghiên cứu liên quan bệnh lý tim mạch. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy CLCS giảm đáng kể ở bệnh nhân rung nhĩ. Các yếu tố ảnh hưởng đến CLCS của bệnh nhân rung nhĩ còn khác nhau tùy theo tác giả. Tại Việt Nam, chưa có nhiều báo cáo về vấn đề này. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm "Khảo sát chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan của bệnh nhân rung nhĩ vĩnh viễn tại Bệnh viện Nhân dân 115".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện trên 167 bệnh nhân rung nhĩ vĩnh viễn nhập viện tại khoa Nhịp tim học, Bệnh viện Nhân

¹Bệnh viện Nhân dân 115

Chịu trách nhiệm chính: Trần Diệp Khoa

Email: trandiepkuhoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024