TỶ LỆ TÁI NHẬP VIỆN KHÔNG THEO KẾ HOẠCH SAU CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2024

Ngô Hà My[1], Nguyễn Thị Sơn[1] và Trịnh Thị Thanh Tuyền[2,✉]

[1]Trường Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Can thiệp động mạch vành qua da (PCI) là phương pháp điều trị hiệu quả bệnh động mạch vành, giúp cải thiện triệu chứng và giảm biến chứng tim mạch. Tuy nhiên, tái nhập viện không theo kế hoạch sau PCI vẫn là thách thức trong lâm sàng và phản ánh chất lượng chăm sóc. Nghiên cứu hồi cứu trên 341 hồ sơ người bệnh PCI tại Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội 6 tháng cuối năm 2024, xử lý dữ liệu bằng SPSS 20.0 với thống kê mô tả và kiểm định so sánh. Kết quả: tỷ lệ tái nhập viện 14,4%, trong đó 61,2% không theo kế hoạch (8,7% tổng số người bệnh). Phần lớn xảy ra trong 8 - 90 ngày sau xuất viện, chủ yếu do triệu chứng tim mạch (55,1%), đặc biệt đau thắt ngực tái phát và các bệnh nội khoa toàn thân. Các yếu tố liên quan gồm rối loạn lipid máu, chẩn đoán hội chứng vành cấp. Nghiên cứu nhấn mạnh cần theo dõi sát sau xuất viện, kiểm soát yếu tố nguy cơ và tăng cường giáo dục sức khỏe nhằm giảm tái nhập viện không theo kế hoạch sau PCI.

Từ khóa: Tái nhập viện, can thiệp động mạch vành qua da, không theo kế hoạch.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành là tình trạng hẹp hoặc tắc nghẽn các mạch máu cung cấp máu cho cơ tim. Tỷ lệ tử vong ở nam cao hơn nữ khoảng 5 lần nhưng giảm dần theo tuổi, đặc biệt ở châu Âu có tỷ lệ cao nhất trong tất cả khu vực của Tổ chức Y tế Thế giới.[1,2] Can thiệp động mạch vành qua da (Percutaneous Coronary Intervention - PCI) là phương pháp điều trị hiệu quả đối với bệnh mạch vành, giúp tái thông dòng máu đến cơ tim và cải thiện tiên lượng bệnh.[3] Tuy nhiên, tình trạng tái nhập viện không theo kế hoạch sau PCI vẫn còn phổ biến, gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống người bệnh và tạo gánh nặng tài chính cho hệ thống y tế. Một nghiên cứu của Tiến sĩ Kwok và cộng sự có đến 25% người bệnh tái nhập viện trong vòng 6 tháng.[4] Bên cạnh đó tái nhập viện không liên quan đến nguyên nhân tim mạch cũng đáng bàn luận.[5] Tại Việt Nam, các nghiên cứu về tỷ lệ và yếu tố liên quan đến tái nhập viện không theo kế hoạch sau PCI còn hạn chế, đặc biệt tại các bệnh viện tuyến Trung ương như Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Tỷ lệ tái nhập viện không theo kế hoạch của người bệnh đã can thiệp động mạch vành qua da sau ra viện tại trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2024" với mục tiêu:

- Mô tả tỷ lệ tái nhập viện không theo kế hoạch sau PCI tại Trung tâm Tim mạch 6 tháng cuối năm 2024.

- Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ người bệnh sau PCI tái nhập viện.

Tác giả liên hệ: Trịnh Thị Thanh Tuyền
Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
Email: trinhthanhtuyen1985@gmail.com
Ngày nhận: 13/10/2025
Ngày được chấp nhận: 11/01/2026

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên 341 hồ sơ bệnh án của người bệnh đã được PCI tại Trung

tâm Tim mạch - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 7 đến tháng 12/2024. Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân có hồ sơ đầy đủ thông tin về tình trạng tái nhập viện trong vòng 6 tháng sau xuất viện.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu phân tích hồi cứu hồ sơ bệnh án.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ, có 341 hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn. Phương pháp xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để thống kê mô tả và kiểm định mối liên quan giữa các yếu tố bằng Chi-square hoặc Fisher's Exact test ($p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê).

Các biến số, chỉ số nghiên cứu

Gồm 2 nhóm chính:

- Đặc điểm chung của người bệnh.

- Đặc điểm liên quan đến tình trạng tái nhập viện sau PCI.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện với sự cho phép của Lãnh đạo Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của người bệnh

Bảng 1. Đặc điểm hành chính của người bệnh (n = 341)

		n	%
Giới tính	Nam	230	67,4
	Nữ	111	32,6
Tuổi	**Mean ± SD**	**Min**	**Max**
	67,09 ± 11,86	24	94

Tổng số 341 người bệnh được nghiên cứu, tuổi trung bình 67,09 ± 11,86. Nam giới chiếm ưu thế (67,4%).

2. Đặc điểm lâm sàng và điều trị ban đầu của người bệnh tham gia nghiên cứu

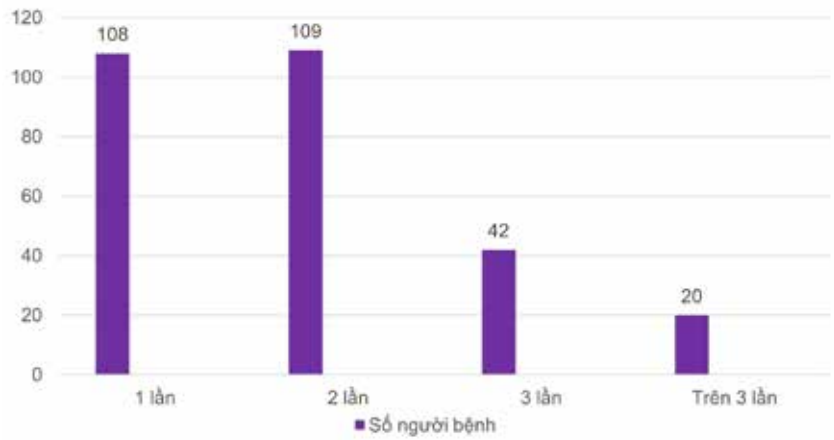
Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và điều trị ban đầu của người bệnh (n = 341)

		n	%
Chẩn đoán chính khi nhập viện	Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên	99	28,6
	Nhồi máu cơ tim không ST chênh lên	73	21,1
	Đau thắt ngực không ổn định	139	40,2
	Đau thắt ngực ổn định	34	9,8
Số lần can thiệp trong đợt nằm viện	1 lần	292	85,6
	2 lần	49	14,4
	Nhiều hơn 2 lần	0	0

Trong số 341 người bệnh, chẩn đoán chính khi nhập viện chủ yếu là đau thắt ngực không ổn định (40,2%), tiếp theo là nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (28,6%), nhồi máu cơ tim không ST chênh lên (21,1%) và đau thắt ngực ổn định (9,8%).

Trong quá trình nằm viện có 85,6% người bệnh chỉ thực hiện 1 lần can thiệp và 14,4% phải can thiệp 2 lần. Không ghi nhận trường hợp nào phải can thiệp trên 2 lần trong cùng một đợt điều trị.

2. Tái khám ngoại trú sau lần ra viện gần nhất của người bệnh tham gia nghiên cứu



Biểu đồ 1. Số lần tái khám ngoại trú

Trong số 341 người bệnh, có 279 người tái khám ngoại trú sau xuất viện. Phần lớn tái khám 1-2 lần, trong đó tần suất 2 lần chiếm tỷ lệ cao nhất (39,1%)

3. Tỷ lệ và đặc điểm tái nhập viện sau PCI

Bảng 3. Bảng tỷ lệ tái nhập viện của người bệnh (n = 49)

		n	%
Tái nhập viện theo hẹn	Có	19	38,8
	Không	30	61,2
Số lần tái nhập viện trong vòng 6 tháng	1 lần	45	91,8
	2 lần	4	8,2
	3 lần	0	0
	Khác	0	0
Số ngày sau khi ra viện tính đến ngày tái nhập viện	0-7 ngày	3	6,1
	8-30 ngày	20	40,8
	31-90 ngày	21	42,9
	91-180 ngày	5	10,2

Trong 6 tháng cuối năm 2024, có 49 người bệnh tái nhập viện sau PCI, trong đó phần lớn là các trường hợp không theo kế hoạch 61,2% - tương đương 8,7% trên tổng số hồ sơ người bệnh. Hầu hết chỉ tái nhập viện một lần (91,8%).

Về thời điểm tái nhập viện sau xuất viện:

Chỉ 5 trường hợp tái nhập viện trong thời gian 91 - 180 ngày.

Có 21 người bệnh tái nhập viện trong khoảng 31 - 90 ngày.

Có 20 người bệnh tái nhập viện trong khoảng 8 - 30 ngày.

Chỉ có 3 người bệnh tái nhập viện chỉ sau trong vòng 7 ngày đầu

Bảng 4. Lí do người bệnh tái nhập viện

Nhóm lí do	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)	Ghi chú
Tái nhập viện theo hẹn	19	38,8%	Tái can thiệp động mạch vành (17), đau tức thắt lưng phải (1), đau hai chi dưới (1).
Triệu chứng tim mạch không theo hẹn	14	28,6%	Đau ngực trái (12), đau ngực + khó thở (2).
Cơ xương khớp	4	8,2%	Đau cách hồi hai chân, đau khớp cổ chân, sưng đau tay, đau cẳng chân hai bên.
Bệnh nội khoa khác	9	18,3%	Khó thở đơn thuần (3), thiếu máu nặng, xuất huyết tiêu hóa, rối loạn tiêu hóa, tiểu buốt, hạ kali máu, đau hạ sườn phải…
Bệnh lý ác tính	2	4,1%	Ung thư đại tràng, ung thư phổi.
Cấp cứu đặc biệt	1	2,0%	Ngừng tuần hoàn ngoại viện.
Tổng cộng	49	100%	Một số người bệnh có nhiều lý do nhập viện hoặc tái nhập viện nhiều lần.

Trong tổng số 49 trường hợp tái nhập viện, tái nhập viện theo hẹn chiếm 38,8%, chủ yếu để tái can thiệp động mạch vành. Tái nhập viện không theo kế hoạch do triệu chứng tim mạch chiếm 28,6%, phần lớn với biểu hiện đau ngực hoặc khó thở. Các nguyên nhân ngoài tim mạch cũng được ghi nhận, gồm bệnh cơ xương khớp (8,2%), bệnh nội khoa khác như rối loạn tiêu hóa, thiếu máu, suy hô hấp (16,3%), bệnh lý ác tính (6,1%) và cấp cứu đặc biệt (2,0%). Một số người bệnh có nhiều lý do nhập viện hoặc tái nhập viện nhiều lần trong thời gian theo dõi.

Bảng 5. Kết quả điều trị trong lần tái nhập viện

		n	%
Điều trị trong lần tái nhập viện	Nội khoa	18	36,7
	PCI lặp lại	22	44,9
	Phẫu thuật	6	12,2
	Khác	3	6,1

		n	%
Kết quả điều trị sau tái nhập viện	Ổn định và xuất viện	48	98,0
	Tình trạng nặng hơn	1	2,0
	Chuyển viện khác	0	0
Số ngày điều trị trong lần tái nhập viện	**Mean ± SD**	**Min**	**Max**
	7,59 ± 7,08	2	30
Tổng chi phí lần tái nhập viện	17.656.918,3 ± 14.553.651,5	1.383.603	60.210.902

Trong số các trường hợp tái nhập viện, gần một nửa được PCI lặp lại (44,9%). Đa số người bệnh ổn định ra viện (98,0%). Thời gian nằm viện trung bình 7,6 ngày; chi phí trung bình mỗi lần nhập viện gần 17,7 triệu đồng, có trường hợp vượt 60 triệu đồng.

4. Các yếu tố liên quan đến tái nhập viện không theo kế hoạch

Phân tích mối liên quan cho thấy: rối loạn lipid máu (p = 0,016), hội chứng vành cấp (p = 0,016) là các yếu tố có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Các yếu tố liên quan đến tái nhập viện không theo kế hoạch

		Tái nhập viện theo kế hoạch				OR (95% CI)	p
		Không		Có			
		n	%	n	%		
Chẩn đoán chính khi nhập viện	Hội chứng vành cấp	28	93,3	12	63,2	8,2 (1,47 - 45,18)	0,016
	Đau thắt ngực ổn định	2	6,7	7	36,8	1	
Lipid máu	Bình thường	28	93,3	12	63,2	8,2 (1,47 - 45,18)	0,016
	Rối loạn	2	6,7	7	36,8	1	
Giới tính	Nam	23	76,7	14	73,7	1,7 (0,31 - 4,41)	0,813
	Nữ	7	23,3	5	26,3	1	
Tuổi	< 65	12	63,2	7	36,8	1,26 (0,37 - 4,23)	0,712
	≥ 65	15	57,7	11	42,3	1	

Nghiên cứu cho thấy, những người bệnh được chẩn đoán hội chứng vành cấp có tỷ lệ tái nhập viện cao hơn gấp 8,2 lần. Bên cạnh đó rối loạn lipid máu cũng được đánh giá có liên quan đến tái nhập viện không theo kế hoạch khi người bệnh không có rối loạn lipid máu lại có tỷ lệ tái nhập viện cao hơn trường hợp có rối loạn. Tuy nhiên, tuổi và giới tính không có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ nam giới mắc bệnh cao gấp đôi nữ giới, tương đồng với báo cáo của nhóm nghiên cứu Đại học Beihang (Trung Quốc), cho thấy nam giới có nguy cơ mắc bệnh động mạch vành và tử vong tim mạch cao hơn, đặc biệt ở tuổi trung niên.[6] So sánh với nghiên cứu của Trịnh Thị Thanh Tuyền cũng có cùng kết quả nghiên cứu với tỷ lệ nam/nữ là 2,2/1 và độ tuổi trung bình của người bệnh 67,4 ± 9,9.[7]

Chẩn đoán phổ biến nhất khi nhập viện là đau thắt ngực không ổn định (40,2%), tiếp theo là nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (28,6%) và nhồi máu cơ tim không ST chênh lên (21,1%). Sự phân bố này phản ánh tính đa dạng trong biểu hiện lâm sàng của hội chứng vành cấp, cũng như mức độ cấp cứu của từng tình trạng. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước đó, trong đó chỉ ra rằng chẩn đoán ban đầu có ảnh hưởng đáng kể đến nguy cơ tái nhập viện sau can thiệp động mạch vành. Nghiên cứu của Ioanna Kosmidou và cộng sự (2024) từ dữ liệu excel cho thấy người bệnh có tổn thương cấp động mạch vành chính trái được PCI có tỉ lệ tái nhập viện cao hơn và liên quan đến tăng nguy cơ tử vong so với nhóm phẫu thuật bắc cầu động mạch chủ - vành.[8] Điều này cho thấy mức độ nặng của bệnh lý mạch vành tại thời điểm nhập viện - đặc biệt là các hội chứng mạch vành cấp - là yếu tố dự báo quan trọng cho việc tái nhập viện trong thời gian ngắn sau can thiệp.

Phần lớn người bệnh tái khám 1 - 2 lần sau PCI chiếm 77,8% phản ánh mức độ tuân thủ điều trị khá tốt. Số ít tái khám nhiều lần thường gặp ở nhóm bệnh lý phức tạp, tuy nhiên điều này cũng cho thấy sự chủ động theo dõi y tế, góp phần giảm nguy cơ tái nhập viện sớm. Tỷ lệ tái nhập viện không theo hẹn là 8,7% trong số người bệnh PCI, thấp hơn so với các báo cáo quốc tế (10 - 14%) của Jha (2024) và Biswas (2020).[9,10] Hơn 80% các trường hợp tái nhập viện xảy ra trong 90 ngày đầu, tương đồng với xu hướng được Kwok et al. (2019) ghi nhận.[5] Sự khác biệt có thể do đặc điểm dân số, hệ thống theo dõi sau xuất viện và mức độ bệnh. Tái nhập viện theo hẹn chiếm 38,8% chủ yếu PCI theo kế hoạch; nhóm không theo hẹn thường do triệu chứng tim mạch 28,6% đặc biệt là cơn đau thắt ngực 55,1% hoặc bệnh nội khoa khác 16,3%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mậu và cộng sự, cho thấy các triệu chứng tim mạch vẫn là nguyên nhân hàng đầu khiến người bệnh phải nhập viện lại sau can thiệp, phản ánh gánh nặng bệnh lý nền và kiểm soát yếu tố nguy cơ chưa tối ưu.[11] Duy nhất có 1 trường hợp ngừng tuần hoàn ngoại viện và đã được cấp cứu thành công. Với chiến lược can thiệp, điều trị và chăm sóc tại trung tâm chúng tôi kết quả điều trị rất khả quan khi có đến 98% người bệnh ổn định và xuất viện. Trong đó PCI lặp lại chiếm 44,9%, điều trị nội khoa 36,7% và phẫu thuật 12,2% được chỉ định trong một số ít trường hợp đặc biệt, đều không phải nguyên nhân tại tim. Tuy nhiên, vẫn có một tỷ lệ nhỏ người bệnh phải tái can thiệp không theo hẹn do triệu chứng tái phát cấp tính như đau thắt ngực không ổn định, điều này đặt ra nhu cầu theo dõi sát và đánh giá lại chiến lược điều trị sau can thiệp lần đầu. Thời gian nằm viện trung bình 7,6 ngày với chi phí trung bình 17,6 triệu đồng/lần, cho thấy gánh nặng tài chính đáng kể, mặc dù 100% người bệnh đều xuất trình thẻ bảo hiểm y tế trong lần tái nhập viện. Theo Kwok (2020) chi phí y tế có thể tăng gấp ba lần ở nhóm có tái nhập viện, nhấn mạnh tầm quan trọng của theo dõi và quản lý sau xuất viện.[12]

Phân tích cho thấy chẩn đoán ban đầu là yếu tố chính liên quan đến tái nhập viện không theo kế hoạch. Nhóm hội chứng vành cấp có tỷ

lệ tái nhập viện cao hơn đáng kể so với đau thắt ngực ổn định (p = 0,016). Điều này phản ánh tính chất bệnh ít cấp tính hơn ở nhóm đau thắt ngực ổn định, từ đó giảm nguy cơ xảy ra biến cố sau xuất viện cần tái nhập viện khẩn cấp. Đáng chú ý, người bệnh có rối loạn lipid máu lại ít tái nhập viện hơn (p = 0,016). Trái ngược nghiên cứu của Sykes và cộng sự (2021), có thể do được điều trị và theo dõi tích cực hơn.[13] Nhìn chung, mức độ ổn định lâm sàng và quản lý sau xuất viện đóng vai trò quyết định hơn so với các yếu tố nhân khẩu học trong nguy cơ tái nhập viện sau PCI. Tuổi và giới tính không có ý nghĩa thống kê, có thể không phải là yếu tố chính quyết định đối với tình trạng tái nhập viện không theo kế hoạch trong nghiên cứu này.

Thiết kế nghiên cứu hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án điện tử có thể làm thiếu hụt một số thông tin quan trọng hoặc phụ thuộc vào tính chính xác của hồ sơ. Một số biến số nhân khẩu học không được thu thập trong nghiên cứu do bệnh án điện tử tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội không khai thác các mục này. Đây là một hạn chế ảnh hưởng đến khả năng phân tích tác động của yếu tố xã hội - kinh tế đến tình trạng tái nhập viện. Cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế, thời gian theo dõi trong 6 tháng có thể chưa phản ánh đầy đủ các biến cố dài hạn sau PCI.

V. KẾT LUẬN

Tái nhập viện sau PCI là 14,4% trong đó 61,2% không theo kế hoạch (tương đương 8,7% trên tổng số hồ sơ) và chủ yếu liên quan đến bệnh lý nền, bệnh cảnh chính được chẩn đoán. Nâng cao vai trò điều dưỡng trong công tác giáo dục sức khỏe cho người bệnh trước khi ra viện, nhắc nhở người bệnh tuân thủ điều trị, phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường và tái khám đúng hẹn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tổng quan bệnh động mạch vành - Rối loạn tim mạch. Cẩm nang MSD - Phiên bản dành cho chuyên gia. Accessed November 19, 2024. https://www.msdmanuals.com/vi/professional/rối-loạn-tim-mạch/bệnh-động-mạch- vành/tổng-quan-bệnh-động-mạch-vành.

2. Cardiovascular diseases. Accessed December 9, 2024. https://www.who.int/europe/news- room/fact-sheets/item/cardiovascular-diseases.

3. Hà NTT, Bình LT, Linh NTN, et al. Kết quả chăm sóc điều trị người bệnh sau can thiệp động mạch vành và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2020 - 2021. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. 2022; (101): 53-61.

4. Kwok CS, Narain A, Pacha HM, et al. Readmissions to Hospital After Percutaneous Coronary Intervention: A Systematic Review and Meta-Analysis of Factors Associated with Readmissions. *Cardiovascular Revascularization Medicine*. 2020; 21(3): 375-391. doi:10.1016/j.carrev.2019.05.016.

5. Kwok CS, Shah B, Al -Suwaidi Jassim, et al. Timing and Causes of Unplanned Readmissions After Percutaneous Coronary Intervention. *JACC: Cardiovascular Interventions*. 2019; 12(8): 734-748. doi:10.1016/j.jcin.2019.02.007.

6. Gao Z, Chen Z, Sun A, Deng X. Gender differences in cardiovascular disease. *Medicine in Novel Technology and Devices*. 2019; 4: 100025. doi:10.1016/j.medntd.2019.100025.

7. Trịnh Thị Thanh Tuyền, Nguyễn Thị Minh Lý, Bùi Văn Nhơn, Nguyễn Thị Đoài. Thực trạng lo âu ở người bệnh sau can thiệp động mạch vành 24 giờ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*. 2023; 6(05): 97-103. doi:10.54436/jns.2023.05.719.

8. Kosmidou I, Shahim B, Dressler O, et al. Incidence, Predictors, and Impact of Hospital Readmission After Revascularization for Left Main Coronary Disease. *J Am Coll Cardiol*. 2024; 83(11): 1073-1081. doi:10.1016/j.

jacc.2024.01.012.

9. Jha A, Patel P, Krishnan AM, et al. Burden and predictors of thirty-day readmission in patients with NSTEMI: a retrospective analysis of the 2020 NRD database. *Coron Artery Dis*. 2025; 36(1): 45-50. doi:10.1097/MCA.0000000000001419.

10. Biswas S, Dinh D, Lucas M, et al. Incidence, causes and predictors of unplanned hospital readmission after percutaneous coronary intervention. *European Heart Journal*. 2020; 41(Supplement_2): ehaa946.3527. doi:10.1093/ehjci/ehaa946.3527.

11. Mau Thi Nguyen, Ali A, Linh Ngo, Ellis C, Psaltis PJ, Ranasinghe I. Thirty-Day Unplanned Readmissions Following Elective and Acute Percutaneous Coronary Intervention. *Heart Lung Circ*. 2023;32(5):619-628. doi:10.1016/j.hlc.2023.02.013

12. Kwok CS, Chatterjee S, Bagur R, et al. Multiple unplanned readmissions after discharge for an admission with percutaneous coronary intervention. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2021; 97(3): 395-408. doi:10.1002/ccd.28797.

13. Sykes R, Mohamed MO, Kwok CS, Mamas MA, Berry C. Percutaneous coronary intervention and 30-day unplanned readmission with chest pain in the United States (Nationwide Readmissions Database). *Clin Cardiol*. 2021; 44(3): 291-306. doi:10.1002/clc.23543.

Summary

UNPLANNED READMISSION RATE AFTER PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Percutaneous Coronary Intervention (PCI) is an effective treatment for coronary artery disease, allowing improvement of symptoms and reduction of cardiovascular complications. However, unplanned readmission after PCI remains a clinical challenge and reflects the quality of patient care. This retrospective study analyzed 341 medical records of patients who underwent PCI at the Cardiovascular Center, Hanoi Medical University Hospital, during the last six months of 2024. Data were processed using SPSS 20.0 with descriptive statistics and comparative tests. Results showed that the overall readmission rate was 14.4%, of which 61.2% were unplanned (8.7% of all patients). Most readmissions occurred between 8 and 90 days after discharge, mainly due to cardiovascular symptoms (55.1%), particularly recurrent angina and systemic internal diseases. Factors associated with unplanned readmission included dyslipidemia and the diagnosis of acute coronary syndrome. The study highlights the importance of close post- discharge follow-up, strict control of risk factors, and enhanced patient education to reduce unplanned readmissions after PCI.

Keywords: Readmission, percutaneous coronary intervention, unplanned hospitalization.