

# CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÝP 2 TRƯỚC ĐẠI DỊCH COVID-19 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ LIÊN QUAN TẠI KHU VỰC NÔNG THÔN VÀ THÀNH THỊ, THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

Nguyễn Hoá<sup>1\*</sup>, Đỗ Ích Thành<sup>1</sup>, Đinh Vũ Hoàng<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Đà Nẵng;

<sup>2</sup>Trung tâm Y tế huyện Minh Long.

DOI: 10.47122/VJDE.2023.62.15

## ABSTRACT

### *Quality of life of type 2*

*diabetic patients before covid-19 pandemic and some related risk factors in rural and urban areas, Da Nang city*

**Background:** Diabetes mellitus (DM) is increasing rapidly in the world as well as in Vietnam. Dangerous diabetes seriously affects physical health and reduces quality of life (HRQoL) in patients. **Objectives:** (1) Describe the quality of life of patients with type 2 diabetes before the COVID-19 pandemic in rural and urban areas, Da Nang City in 2019. (2) Identify some related factors related to HRQoL of patients with type 2 diabetes in the study area. **Methods:** A cross-sectional study was performed on 216 outpatients in rural areas and 204 patients in urban areas, Da Nang city. Using the EuroQoL-5 dimension-3 level (EQ-5D-3L) and EQ-VAS questionnaires to assess the HRQoL. **Result:** Overall average CLCS score according to EQ-5D-3L at primary health care level ( $0.878 \pm 1.063$ ). In which, the mean score of HRQoL in rural area ( $0.877 \pm 0.105$ ) has no difference with urban area ( $0.878 \pm 0.107$ ). According to the current state of health, the quality of life according to EQ-VAS in Urban area ( $81.87 \pm 8.71$ ) is better than in Rural area ( $77.25 \pm 13.61$ ) with  $p < 0.05$ . Age  $\geq 60$ , male, BMI  $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ , time to detect diabetes  $> 10$  years is associated with reduction in HRQoL

in patients; Using insulin for treatment is a protective factor that increases HRQoL in patients with ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** The HRQoL score according to EQ-5D-3L of patients treated at primary health care level before the COVID-19 pandemic is quite good and there is no difference between urban and rural areas; visual assessment at the time of study the HRQoL level according to EQ-VAS is better in urban areas than in rural areas. Factors such as age  $\geq 60$ , male, BMI  $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ , time of diabetes detection  $> 10$  years and insulin use were recorded as the factors associated with HRQoL in study subjects.

**Keywords:** EQ-5D-3L, quality of life, diabetes.

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đái tháo đường (ĐTĐ) gia tăng nhanh chóng trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Bệnh ĐTĐ nguy hiểm ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe thể chất và làm giảm chất lượng cuộc sống (CLCS) ở người bệnh. **Mục tiêu:** (1) Mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ týp 2 trước đại dịch COVID-19 tại khu vực nông thôn và thành thị, Thành phố Đà Nẵng năm 2019. (2) Xác định một số yếu tố liên quan đến CLCS của người bệnh ĐTĐ týp 2 tại địa bàn nghiên cứu. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 216 bệnh nhân điều trị ngoại trú tại khu vực nông thôn và 204 bệnh nhân tại khu vực thành thị, thành phố Đà Nẵng.

Sử dụng bộ câu hỏi EuroQoL-5 dimension-3 level (EQ-5D-3L) và EQ-VAS để đánh giá CLCS. **Kết quả:** Điểm CLCS trung bình chung theo EQ-5D-3L tại tuyến y tế cơ sở ( $0,878 \pm 1,063$ ). Trong đó trung bình điểm CLCS khu vực nông thôn ( $0,877 \pm 0,105$ ) không có sự khác biệt với khu vực thành thị ( $0,878 \pm 0,107$ ). Theo trạng thái sức khỏe hiện tại thì CLCS theo EQ-VAS khu vực Thành thị ( $81,87 \pm 8,71$ ) tốt hơn khu vực Nông thôn ( $77,25 \pm 13,61$ ) với  $p < 0,05$ . Tuổi  $\geq 60$ , nam giới, BMI  $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ , thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ  $> 10$  năm có liên quan đến việc giảm CLCS ở người bệnh; sử dụng Insulin để điều trị là yếu tố bảo vệ làm tăng CLCS ở người bệnh với ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Điểm CLCS theo EQ-5D-3L của người bệnh điều trị tại tuyến y tế cơ sở trước đại dịch COVID-19 là khá tốt và không có sự khác biệt thành thị và nông thôn; đánh giá trực quan tại thời điểm nghiên cứu mức CLCS theo EQ-VAS khu vực thành thị tốt hơn nông thôn. Các yếu tố như tuổi  $\geq 60$ , nam giới, BMI  $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ , thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ  $> 10$  năm và sử dụng insulin được ghi nhận là những yếu tố liên quan đặc trưng đến CLCS ở đối tượng nghiên cứu.

**Từ khóa:** EQ-5D-3L, chất lượng cuộc sống, đái tháo đường.

Tác giả liên hệ: Đỗ Ích Thành  
Email: doichthanh87@gmail.com  
Ngày nhận bài: 7/5/2023  
Ngày phản biện: 10/5/2023  
Ngày duyệt bài: 15/5/2023

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh mạn tính do sự thiếu hụt insulin so với nhu cầu cần thiết của cơ thể. ĐTĐ có liên quan đến hàng loạt biến chứng nguy hiểm như là sự tổn thương về dây thần kinh mắt, sự tổn thương về thận

và được biết nhiều nhất là các biến chứng thần kinh do bệnh ĐTĐ. Bệnh ĐTĐ, chủ yếu là ĐTĐ týp 2 đã và đang trở thành gánh nặng bệnh tật của thế kỷ 21, với sự gia tăng nhanh và sự xuất hiện bệnh ngày càng nhiều ở người trẻ. Các biến chứng này dù là nhẹ nhất cũng đều ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh ĐTĐ týp 2 [7].

Người bệnh thường có thời gian mắc kéo dài, việc tuân thủ điều trị, chăm sóc, kiêng cử để hạn chế các biến chứng nặng dẫn đến CLCS của người bệnh giảm và gánh nặng kép các biến chứng tăng lên. Nâng cao CLCS cho người bệnh là đặc biệt cần thiết, giúp cho người bệnh sống vui, sống khỏe. Tuy nhiên, việc nâng cao CLCS cho người bệnh ĐTĐ hầu như đang còn bỏ ngỏ, chưa được quan tâm nhiều, đặc biệt với những người bệnh quản lý, điều trị tại tuyến y tế cơ sở.

Cơ sở CLCS liên quan đến sức khỏe (HRQoL) trở thành một thang đo hữu ích để đánh giá việc điều trị của người bệnh với bệnh mãn tính không thể chữa khỏi. Mục đích của nghiên cứu là đánh giá HRQoL và các yếu tố liên quan của nó ở người bệnh ĐTĐ týp 2. Đánh giá CLCS là một thước đo giá trị trong đánh giá tác động của bệnh tới sức khỏe của người bệnh như thể chất, mức độ hoạt động, tâm lý hay tinh thần của người bệnh, giúp cho y, bác sĩ điều trị có thêm thông tin, có cái nhìn toàn diện, y bác sĩ và người bệnh cùng phối hợp đưa ra quyết định tốt nhất về những chỉ định trong điều trị và chăm sóc người bệnh.

Tại Việt Nam, cũng đã có các nghiên cứu CLCS trên người bệnh ĐTĐ với các kết quả khác nhau, tuy nhiên các nghiên cứu chủ yếu tập trung ở người bệnh được quản lý tại bệnh viện, các nghiên cứu chưa tập trung vào việc quan tâm đến CLCS của người bệnh ĐTĐ tại tuyến y tế cơ sở.

Tại Đà Nẵng, tỷ lệ ĐTĐ theo các nghiên cứu trước đó luôn nằm trong топ cao nhất của khu vực miền Trung, số người bệnh cần được quản lý, điều trị ngày càng nhiều. Việc chăm sóc người bệnh ĐTĐ tại tuyến y tế cơ sở còn gặp nhiều hạn chế. Với mong muốn đánh giá CLCS của người bệnh ĐTĐ là cơ sở đề xuất cho ngành y tế địa phương trong công tác nâng cao CLCS cho bệnh nhân điều trị ngoại trú tại tuyến y tế cơ sở, chúng tôi tiến hành đề tài: “**Đánh giá chất lượng sống của người dân mắc bệnh đái tháo đường type 2 trước đại dịch COVID-19 và một số yếu tố liên quan tại khu vực thành thị và nông thôn, thành phố Đà Nẵng**” với 2 mục tiêu: (1) Mô tả tốp 2 được quản lý điều trị tại khu vực nông thôn và thành thị năm 2019. (2) Xác định một số yếu tố liên quan đến chất lượng sống của người bệnh đái tháo đường type 2 tại địa bàn nghiên cứu.

## 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1 Đối tượng nghiên cứu

- Người bệnh ĐTĐ type 2 được quản lý điều trị ngoại trú tại các TTYT quận Cẩm Lệ (thành thị) và TTYT huyện Hòa Vang (nông thôn) đồng ý tham gia.
- Hồ sơ bệnh án của người bệnh ĐTĐ đang được quản lý tại các TTYT tham gia vào nghiên cứu năm 2019.

### 1.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu

1.1.1. Thời gian: từ tháng 03 năm 2019 đến tháng 03 năm 2020

1.1.2. Địa điểm:

- Khu vực thành thị: Trung tâm Y tế Cẩm Lệ
- Khu vực nông thôn: Trung tâm Y tế Hoà Vang

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang.

### 2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu:

**Cỡ mẫu:** sử dụng công thức ước lượng cho giá trị trung bình [4].

$$n = \left( \frac{Z_{\alpha/2} \sigma}{d} \right)^2$$

Trong đó: n là số lượng mẫu nghiên cứu; Z là trị số từ phân phối chuẩn với độ tin cậy 95%.  $Z^2(1-\alpha/2) = 1,96^2$  với độ tin cậy 95%.  $\Sigma$  là độ lệch chuẩn ( $\sigma = 0,2$  theo một nghiên cứu trước đó) [1].

-  $d = 0,02$ : là sai số lựa chọn. Thay vào công thức trên, cỡ mẫu tối thiểu cần có là  $n = 384$ . Để tránh mất mẫu, chúng tôi lấy thêm 10% vào nghiên cứu, trên thực tế chúng tôi nghiên cứu 420 bệnh nhân.

### Phương pháp chọn mẫu [3]:

**Giai đoạn 1:** chọn 2 quận huyện đại diện cho khu vực nông thôn và thành thị.

- Từ quận, chúng tôi chọn 1 quận theo phương pháp ngẫu nhiên đơn, chúng tôi chọn được quận Cẩm Lệ đại diện cho khu vực thành thị.

- Từ 2 huyện Hoàng Sa và Hòa Vang, chúng tôi chọn ngẫu nhiên đơn được 1 huyện Hòa Vang đại diện cho khu vực nông thôn vào nghiên cứu.

Hai 2 huyện được chọn là Hòa Vang và Cẩm Lệ đại diện cho 2 khu vực nông thôn và thành thị.

Giai đoạn 2: chọn bệnh nhân điều trị ngoại trú tại 2 khu vực.

Số bệnh nhân ngoại trú điều trị ĐTĐ tại TTYT Cẩm Lệ đại diện cho khu vực thành thị là: 2.504 bệnh nhân, TTYT Hòa Vang: 2.712 bệnh nhân. Chúng tôi lấy ngẫu nhiên 8% số bệnh nhân tại 2 TTYT trên đại diện cho 2 khu vực vào nghiên cứu, số mẫu chọn được tại khu vực thành thị (TTYT Cẩm Lệ): 206 bệnh nhân và khu vực nông thôn (TTYT Hòa Vang): 214 bệnh nhân.

### **Giai đoạn 3: Phương pháp chọn người bệnh.**

Từ danh sách người bệnh điều trị ngoại trú tại 2 trung tâm y tế đại diện cho 2 khu vực. Chúng tôi thu thập số liệu bằng cách lấy toàn bộ người bệnh đến khám định kỳ ngẫu nhiên vào các ngày trong tuần từ thứ 2 đến thứ 6 các tuần thời gian nghiên cứu cho đến khi đủ mẫu. Các đối tượng được khảo sát bằng phiếu khảo sát và xem bệnh án của người bệnh khi tới khám tại trạm y tế

#### **2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu:**

Chúng tôi tiến hành thu thập số liệu trên mẫu, phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi nghiên cứu đã được soạn sẵn, các thông tin bổ sung được thu thập từ bệnh án của trung tâm.

#### **2.2.4. Tiêu chuẩn đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ typ 2 [5],[8-9].**

Công cụ đánh giá CLCS chuẩn châu Âu EQ-5D-3L: Bộ câu hỏi tổng cộng gồm có 5 khía cạnh phản ánh sức khỏe thể lực và tinh thần. Mỗi câu hỏi có 3 đáp án trả lời. Người bệnh được phỏng vấn trên 5 khía cạnh và khoanh tròn ý trả lời trong phiếu hỏi. Tổng hợp 5 khía cạnh phản ánh tình trạng sức khỏe của người bệnh. 5 khía cạnh đánh giá chất lượng cuộc sống bao gồm: Đi đứng; tự chăm sóc; hoạt động hàng ngày (làm việc, học, làm việc nhà, giải trí); đau nhức; lo lắng, trầm cảm.

Bộ câu hỏi còn bao gồm thang điểm trực giác EQ-VAS dài 20 cm (theo chuẩn của EuroQol Group) với điểm 0 ở dưới cùng được đánh dấu là “trạng thái sức khỏe tồi tệ nhất có thể tưởng tượng được”, điểm 100 ở trên cùng được đánh dấu là “trạng thái sức khỏe tốt nhất có thể tưởng tượng được”, người bệnh được yêu cầu đánh giá tình trạng sức khỏe của họ trong thang điểm từ 0 đến 100. Sử dụng bộ câu hỏi đã được Việt hóa.

#### **Tổng hợp đánh giá kết quả nghiên cứu:**

- Điểm trung bình chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ typ 2;

- Tuy nhiên khi phân tích yếu tố liên quan, để thuận lợi cho việc đánh giá mối liên quan, chúng tôi chia thành 2 mức: CLCS tốt khi điểm:  $\geq 0,75$  điểm và CLCS chưa tốt khi điểm:  $< 0,75$  điểm.

#### **2.2.5. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu:**

-Số liệu được nhập trên Epidata 3.1; xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0 để thống kê mô tả, logistic regression để xác định các yếu tố liên quan.

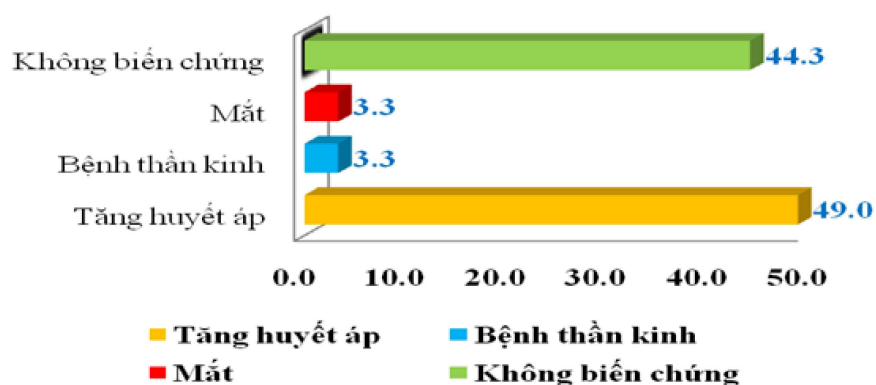
#### **2.6.6. Đạo đức nghiên cứu:**

Nghiên cứu của chúng tôi được sự chấp thuận của Hội đồng khoa học của Trung tâm kiểm soát bệnh tật Đà Nẵng và Hội đồng khoa học Sở Y tế Đà Nẵng.

### **3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

#### **3.1. Đặc điểm của người bệnh ngoại trú tham gia nghiên cứu.**

Tổng số 420 bệnh nhân tham gia, nữ giới chiếm 53,9% cao hơn nam giới 46,4%; tỷ lệ bệnh nhân tham gia độ tuổi 40-65 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 64%, tuổi trên 65 chiếm 34%, thấp nhất là 1,9% độ tuổi dưới 40. Học vấn ở nhóm THCS, THPT và dưới tiểu học chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt 49,3% và 39,5%; nghề nghiệp làm văn phòng chiếm tỷ lệ thấp nhất 5,2%, cao nhất là nông dân, công nhân 44,5%; bệnh nhân sống cùng người thân chiếm 97,9%; Tình trạng kinh tế hộ gia đình nhóm nghèo, cận nghèo chiếm 11,7%; đa số bệnh nhân đều có BHYT chiếm 98,1%. Bệnh nhân phát hiện trong vòng 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 53,3%, từ 5-10 năm chiếm 31,7% và 15% bệnh nhân phát hiện trên 10 năm; trong đó 55,7% số bệnh nhân đã có biến chứng; 61,2% bệnh nhân có bệnh kèm; tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng insulin để điều trị chiếm 14,5%.



**Biểu đồ 2.1:** Một số biến chứng trên bệnh nhân đái tháo đường nghiên cứu

Đa số bệnh nhân có biến chứng THA chiếm tỷ cao 49%, mắt và bệnh thần kinh đều chiếm tỷ lệ 3,3%, còn lại 44,3% bệnh nhân chưa phát hiện biến chứng.

### 3.2. Mô tả điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ type 2

**Bảng 3.1:** Mô tả sự phân bố mức độ chất lượng cuộc sống các khía cạnh

| 5 khía cạnh chất lượng cuộc sống    | Nông thôn |           | Thành thị |           |
|-------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                                     | Tần số    | Tỷ lệ (%) | Tần số    | Tỷ lệ (%) |
| <b>Khả năng vận động</b>            |           |           |           |           |
| Không gặp vấn đề                    | 152       | 71,0      | 161       | 78,2      |
| Gặp một số vấn đề                   | 62        | 29,0      | 45        | 21,8      |
| <b>Khả năng tự chăm sóc</b>         |           |           |           |           |
| Không gặp vấn đề                    | 182       | 85,0      | 165       | 80,1      |
| Gặp một số vấn đề                   | 30        | 14,0      | 41        | 19,9      |
| Mất khả năng tự chăm sóc            | 2         | 0,9       | 0         | 0,0       |
| <b>Khả năng hoạt động hằng ngày</b> |           |           |           |           |
| Không gặp vấn đề                    | 144       | 67,3      | 149       | 72,3      |
| Gặp một số vấn đề                   | 70        | 32,7      | 57        | 27,7      |
| <b>Mức độ đau nhức/khó chịu</b>     |           |           |           |           |
| Không đau nhức/khó chịu             | 102       | 47,7      | 100       | 48,5      |
| Có đau nhức/khó chịu mức vừa phải   | 110       | 51,4      | 106       | 51,5      |
| Rất đau nhức/khó chịu nhiều         | 2         | 0,9       | 0         | 0,0       |
| <b>Mức độ lo lắng/trầm cảm</b>      |           |           |           |           |
| Không lo lắng/trầm cảm              | 120       | 56,1      | 141       | 68,4      |
| Lo lắng/trầm cảm mức vừa phải       | 88        | 41,1      | 65        | 31,6      |
| Rất lo lắng và trầm cảm             | 6         | 2,8       | 0         | 0,0       |



Nhìn vào bảng mô tả trên, ta thấy bệnh nhân đã bắt đầu gặp một số vấn đề về khả năng vận động nhưng còn đang chiếm tỷ lệ thấp từ 21,8 đến 29%; khả năng tự chăm sóc cũng gặp một số vấn đề, tuy nhiên chỉ 1 tỷ lệ nhỏ và có 0,9% bệnh nhân mất khả năng tự chăm sóc. Từ 27,7% đến 32,7% số người bệnh gặp một số vấn đề trong hoạt động hằng ngày; mức độ đau nhức, khó chịu

bắt đầu gia tăng cao ở cả hai khu vực, tỷ lệ có đau nhức vừa phải khu vực nông thôn là 51,4% và thành thị là 51,5%. Có 0,9% rất đau nhức, khó chịu nhiều và mức độ lo lắng trầm cảm cũng ngày một gia tăng ở người bệnh tham gia, trong đó lo lắng trầm cảm vừa phải là 41,1% ở nông thôn và 31,6% ở thành thị, trong đó rất lo lắng và trầm cảm chiếm tỷ lệ 2,8% ở nông thôn.

**Bảng 3.2:** Phân bố điểm trung bình chất lượng cuộc sống theo EQ-5D-3L với một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm                                   | Nông thôn |              | Thành thị |              |
|--------------------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
|                                            | Mean      | 95%-CI       | Mean      | 95%-CI       |
| <b>Giới tính</b>                           |           | <b>0,046</b> |           | <b>0,531</b> |
| Nam                                        | 0,893     | 0,873-0,911  | 0,883     | 0,862-0,904  |
| Nữ                                         | 0,864     | 0,843-0,884  | 0,874     | 0,854-0,895  |
| <b>Nhóm tuổi</b>                           |           | <b>0,006</b> |           | <b>0,214</b> |
| <40 tuổi                                   | 0,934     | 0,825-1,043  | 0,828     | 0,828-0,828  |
| 40 – 65 tuổi                               | 0,889     | 0,872-0,907  | 0,888     | 0,871-0,907  |
| > 65 tuổi                                  | 0,843     | 0,818-0,869  | 0,864     | 0,839-0,889  |
| <b>Nghề nghiệp</b>                         |           | <b>0,745</b> |           | <b>0,163</b> |
| Công nhân, nông dân                        | 0,883     | 0,863-0,903  | 0,879     | 0,855-0,904  |
| Kinh doanh, buôn bán                       | 0,898     | 0,841-0,954  | 0,855     | 0,818-0,893  |
| Viên chức, văn phòng                       | 0,869     | 0,803-0,934  | 0,948     | 0,902-0,993  |
| Hưu trí, nội trợ                           | 0,864     | 0,836-0,893  | 0,877     | 0,850-0,904  |
| Khác                                       | 0,872     | 0,823-0,922  | 0,871     | 0,830-0,913  |
| <b>Thời gian phát hiện</b>                 |           | <b>0,011</b> |           | <b>0,301</b> |
| < 5 năm                                    | 0,897     | 0,876-0,918  | 0,875     | 0,857-0,893  |
| Từ 5 – 10 năm                              | 0,873     | 0,848-0,898  | 0,895     | 0,864-0,925  |
| > 10 năm                                   | 0,838     | 0,807-0,869  | 0,856     | 0,807-0,904  |
| <b>BMI</b>                                 |           | <b>0,459</b> |           | <b>0,05</b>  |
| Bình thường (< 23 kg/m <sup>2</sup> )      | 0,872     | 0,848-0,896  | 0,863     | 0,838-0,887  |
| Thừa cân – béo phì (≥23kg/m <sup>2</sup> ) | 0,883     | 0,866-0,898  | 0,893     | 0,875-0,910  |
| <b>Mục tiêu điều trị</b>                   |           | <b>0,107</b> |           | <b>0,274</b> |
| Đạt (HbA1c< 7%)                            | 0,891     | 0,867-0,916  | 0,887     | 0,864-0,909  |
| Không đạt (HbA1c≥ 7%)                      | 0,867     | 0,850-0,885  | 0,871     | 0,851-0,890  |
| <b>Phương pháp điều trị</b>                |           | <b>0,293</b> |           | <b>0,175</b> |
| Không sử dụng insulin                      | 0,881     | 0,866-0,896  | 0,881     | 0,866-0,897  |
| Có sử dụng insulin                         | 0,862     | 0,831-0,893  | 0,846     | 0,799-0,859  |
| <b>Biến chứng</b>                          |           | <b>0,082</b> |           | <b>0,299</b> |
| Không                                      | 0,891     | 0,868-0,912  | 0,869     | 0,847-0,891  |
| Có                                         | 0,866     | 0,847-0,884  | 0,885     | 0,865-0,906  |

**Bảng 3.3:** Điểm trung bình chất lượng cuộc sống theo EQ-5D-3L và EQ-VAS theo khu vực nông thôn và thành thị

| Điểm chất lượng cuộc sống | Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn      | Trung vị     | Tứ phân vị (trên) | Tứ phân vị (dưới) |
|---------------------------|-------------------------------------|--------------|-------------------|-------------------|
| <b>EQ - 5D - 3L</b>       | <b>0,878 <math>\pm</math> 0,106</b> | <b>0,878</b> | <b>1,000</b>      | <b>0,768</b>      |
| Nông thôn                 | 0,877 $\pm$ 0,105                   |              | 0,942             |                   |
| Thành thị                 | 0,878 $\pm$ 0,107                   |              |                   |                   |
| <b>EQ - VAS</b>           | <b>79,78 <math>\pm</math> 10,61</b> | <b>80,00</b> | <b>90,00</b>      | <b>75,00</b>      |
| Nông thôn                 | 81,87 $\pm$ 08,72                   |              | 0,000             |                   |
| Thành thị                 | 77,76 $\pm$ 11,83                   |              |                   |                   |

Chỉ số mô tả EQ-5D-3L và chỉ số EQ-VAS đều có ý nghĩa trong việc đánh giá CLCS của bệnh nhân ĐTĐ. Trong đó chỉ số EQ-5D-3L mô tả rõ chất lượng cuộc sống theo từng khía cạnh và chỉ số EQ-VAS đánh giá tình trạng sức khỏe tổng thể của bệnh nhân.

Nhìn chung điểm CLCS ở nhóm ĐTNC khá cao. Điểm trung bình CLCS theo mô tả EQ-5D là 0,878 điểm, bằng mức trung vị và lệch về phía tứ phân vị trên (50 – 100 điểm). Điểm trung bình CLCS theo thang đo trực giác EQ-VAS là 79,78 điểm, mức trung vị là 80,00 điểm và lệch về phía tứ phân vị trên trong khoảng (50 – 100 điểm). Không có sự khác biệt về điểm CLCS theo EQ-5D giữa khu vực nông thôn và thành thị. Tuy nhiên, theo sự đánh giá trực quan EQ-VAS, điểm CLCS khu vực nông thôn đạt mức tốt hơn so với thành thị, có ý nghĩa thống kê với  $p=0,000$ .

### 3.3. Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.

**Bảng 3.4:** Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống theo EQ - 5D của người bệnh theo mô hình hồi quy logistic đa biến

| Biến số độc lập             | OR*         | KTC 95% CI   | Giá trị p |
|-----------------------------|-------------|--------------|-----------|
| <b>Giới tính</b>            |             |              |           |
| Nữ*                         | 1           |              |           |
| Nam                         | <b>3,35</b> | 1,58 – 7,08  | 0,002     |
| <b>Nhóm tuổi</b>            |             |              |           |
| Dưới 60 tuổi*               | 1           |              |           |
| $\geq 60$ tuổi              | <b>2,15</b> | 0,98 – 4,72  | 0,05      |
| <b>BMI</b>                  |             |              |           |
| Dưới 23 kg/m <sup>2</sup> * | 1           |              |           |
| $\geq 23$ kg/m <sup>2</sup> | <b>8,27</b> | 3,54 – 19,31 | 0,000     |
| <b>Phương pháp điều trị</b> |             |              |           |
| Không dùng insulin*         | 1           |              |           |
| Dùng insulin                | <b>0,43</b> | 0,18 – 1,01  | 0,05      |
| <b>Thời gian mắc bệnh</b>   |             |              |           |
| <10 năm*                    | <b>1</b>    |              |           |
| $\geq 10$ năm               | <b>3,97</b> | 1,72 – 9,18  | 0,001     |

Giới tính là nam, nhóm tuổi từ 60 trở lên, những người thừa cân béo phì, những người mắc bệnh từ 10 năm trở lên là các yếu tố liên quan chặt chẽ; dùng insulin để điều trị là một yếu tố bảo vệ với mức ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

Những bệnh nhân là nam giới thì CLCS giảm xuống 3,35 lần so với nữ giới với  $p = 0,002$ . Tuổi từ 60 trở lên là yếu tố nguy cơ làm giảm CLCS ở người bệnh xuống 2,15 lần so với nhóm tuổi dưới 60 tuổi. Sự khác biệt có ý nghĩa với  $p = 0,05$ .

Thừa cân béo phì là yếu tố trực tiếp làm giảm 8,27 lần điểm CLCS so với nhóm còn lại. với  $p = 0,000$ . Thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ càng lâu, thì CLCS nói chung ở những người bệnh này càng giảm rõ rệt, ở những người phát hiện bệnh  $\geq 10$  năm có mức giảm CLCS xuống 3,97 lần so với những người phát hiện dưới 10 năm với  $p = 0,001$ .

Trong khi đo thì sử dụng insulin trong điều trị, quản lý bệnh nhân được xem là yếu tố bảo vệ giúp bệnh nhân kiểm soát đường máu tốt hơn gấp 0,43 lần so với nhóm không dùng insulin với  $p = 0,05$ .

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Trong tổng số 420 bệnh nhân tham gia, nữ giới chiếm 53,9% cao hơn nam giới 46,4% tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Sơn tại Thái Bình năm 2017 [10].

Nhóm tuổi có bệnh nhân mắc ĐTĐ chiếm tỷ lệ cao nhất là 40-65 tuổi, tương đồng với nhiều nghiên cứu của tác giả Phan Thị Thúy tại Bắc Ninh năm 2018 [12].

TĐHV ở người bệnh THCS, THPT và dưới tiểu học chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt 49,3% và 39,5%. Tình trạng kinh tế hộ gia đình nhóm nghèo, cận nghèo chiếm 11,7%; Đa số bệnh nhân đều có BHYT chiếm 98,1%.

Bệnh nhân phát hiện trong vòng 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 53,3%, từ 5-10 năm chiếm 31,7% và trên 10 năm chiếm 15%. Thời gian phát hiện bệnh dưới 5 năm cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Sơn: mắc bệnh từ 1-5 năm chiếm tỷ lệ 47,4%, theo Hồ Hữu Hóa tại Thái Nguyên, từ 1-5 năm chiếm tỷ lệ 56,0%, của Bé Thu Hà tại Bắc Kạn: từ 1-5 năm chiếm tỷ lệ 64,8% [10].

Trong đó 55,7% số bệnh nhân đã có biến chứng; 61,2% bệnh nhân có bệnh kèm; tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng insulin để điều trị chiếm 14,5%.

Đa số bệnh nhân có biến chứng tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao 49%, mắt và bệnh thần kinh đều chiếm tỷ lệ 3,3%, còn lại 44,3% chưa phát hiện biến chứng.

### 4.2. Điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ tít 2 điều trị ngoại trú.

Chất lượng cuộc sống của người bệnh được đánh giá qua các khía cạnh cụ thể như khả năng vận động, khả năng tự chăm sóc, khả năng thực hiện các hoạt động hằng ngày, mức độ đau nhức, khó chịu, mức độ lo lắng/trầm cảm giúp cho chúng ta hiểu rõ hơn về mức độ ảnh hưởng riêng lẻ đến CLCS của người bệnh, đóng góp cho việc làm giảm CLCS của người bệnh tập trung chính như: gặp một số vấn đề về khả năng vận động nhưng còn đang chiếm tỷ lệ thấp từ 21,8 đến 29%; khả năng tự chăm sóc cũng gặp một số vấn đề, tuy nhiên chỉ 1 tỷ lệ nhỏ và có 0,9% bệnh nhân mất khả năng tự chăm sóc.

Từ 27,7% đến 32,7% số người bệnh gặp một số vấn đề trong hoạt động hằng ngày; vấn đề đau nhức, khó chịu ở người bệnh ĐTĐ thường xuất hiện ở những người bệnh có biến chứng hoặc đang mắc các bệnh kèm theo, trong đó ở nghiên cứu của chúng tôi người bệnh đã có các đau nhức khó chịu ở mức vừa phải trở lên cũng khá cao khu vực nông thôn là 51,4% và thành thị là 51,5 và 0,9% ở mức



đau khó chịu nhiều, điều này cũng có thể giải thích được trong nghiên cứu của chúng tôi cùng với tuổi cao, số lượng biến chứng và bệnh kèm ở những người bệnh này tương đối nhiều, đặc biệt người bệnh có mức kinh tế nghèo cao dẫn tới việc phải lao động để có thể đáp ứng được ăn, uống và sinh hoạt là nhiều, do vậy áp lực trong việc phải đi lại nhiều cũng tăng lên.

Chính vì vậy trong quá trình chăm sóc, điều trị cho người bệnh cần tập trung tư vấn cho những đối tượng này nhiều hơn, hỗ trợ họ cải thiện một số hạn chế làm ảnh hưởng tới cuộc sống của họ; trầm cảm, lo lắng cũng là một vấn đề gặp khá nhiều ở nghiên cứu, mức độ lo lắng, trầm cảm ở mức vừa phải là 41,1% ở nông thôn và 31,6% ở thành thị, trong đó rất lo lắng và trầm cảm chiếm tỷ lệ 2,8% ở nông thôn.

Có thể giải thích cho kết quả này, một phần do tuổi trung bình cao, áp lực kinh tế lớn (trên 11% hộ nghèo), dẫn đến điều kiện để quan tâm, chăm sóc sức khỏe hạn chế do phải lo lao động kiếm sống, việc theo dõi tình trạng bệnh, chế độ ăn uống không đảm bảo, cũng như lối sống thiếu thư giãn, giải trí và nghỉ ngơi làm tăng mức độ lo lắng, trầm cảm cho người bệnh.

Các nghiên cứu của Trần Ngọc Hoàng tại thành phố Hồ Chí Minh [2], Nguyễn Đình Tuấn tại Vũng Tàu cũng gặp các khó khăn về vận động đi lại tương tự, trong nghiên cứu độ tuổi trung bình của đối tượng tương đối cao cũng là một trở ngại ảnh hưởng đến vấn đề vận động, tự chăm sóc và hoạt động thường ngày do con cháu trong nhà của họ làm [13].

Điểm trung bình CLCS theo EQ-5D-3L là 0,878 điểm, bằng mức trung vị và lệch về phía tứ phân vị trên (50 – 100 điểm). Điểm trung bình CLCS theo thang đo trực giác EQ-VAS là 79,78 điểm, mức trung vị là 80,00 điểm và

lệch về phía tứ phân vị trên trong khoảng (50 – 100 điểm). Không có sự khác biệt về điểm CLCS theo EQ-5D giữa khu vực nông thôn và thành thị. Tuy nhiên, theo sự đánh giá trực quan EQ-VAS, điểm CLCS khu vực nông thôn đạt mức tốt hơn so với thành thị, có ý nghĩa thống kê với  $p=0,000$ .

Điểm trung bình theo thang điểm EQ-5D của nhóm nghiên cứu là 0,878 điểm và EQ-VAS chỉ 79,78 điểm, cho thấy CLCS của người bệnh trong nhóm nghiên cứu khá cao và tương đồng với các đánh giá trước đây được thực hiện ở một số địa phương khác.

Nghiên cứu sử dụng các dụng cụ tương tự ở người bệnh tại Canada, Hàn Quốc và Na Uy là 0,862; 0,9 và 0,85, cao hơn nghiên cứu của Kiều Thị Tuyết Mai tại Bắc Ninh 0,87 và 69,49 [6]; Võ Đức Trí tại Huế 0,85 và 64,07 điểm [14]; Nguyễn Thanh Sơn EQ-5D là 0,729 và 67,37 điểm [10]; điểm CLCS trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của tác giả Nguyễn Hữu Thắng tại Vĩnh Phúc 62,79 điểm [11].

#### **4.3. Sử dụng mô hình hồi quy logistic đa biến để xác định một số yếu tố liên quan đến CLCS của người bệnh đái tháo đường týp 2**

Thông qua việc xác định mối liên quan giữa một số yếu tố và CLCS của người bệnh ĐTĐ týp 2 bằng mô hình hồi quy logistic đa biến, chúng tôi xác định được một số yếu tố như: Giới tính là nam, nhóm tuổi từ 60 trở lên, những người thừa cân béo phì, những người mắc bệnh từ 10 năm trở lên; dùng insulin để điều trị là những yếu tố nguy cơ liên quan rất chặt chẽ với CLCS của người bệnh ĐTĐ týp 2 ở đối tượng nghiên cứu.

Giới tính có liên quan đến CLCS của người bệnh, đối tượng nam giới thì CLCS giảm xuống 3,35 lần so với nữ giới với  $p = 0,002$ .

Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu, trong đó nam giới thường có nhiều yếu tố nguy cơ cũng như việc tuân thủ các nguyên tắc chăm sóc, điều trị thường ít quan tâm hơn nữ giới, do vậy việc giảm CLCS so với nữ là điều dễ hiểu.

Tuổi mắc bệnh ĐTD càng cao, thì CLCS ở những bệnh nhân này càng giảm, tuổi từ 60 trở lên thì CLCS giảm xuống gấp 2,15 lần so với nhóm tuổi dưới 60 tuổi. Sự khác biệt có ý nghĩa với  $p=0,05$ . Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đó như Nguyễn Thị Xuân tại Mê Linh, Trần Ngọc Hoàng [2],[15] và Nguyễn Đình Tuấn tại Vũng Tàu hay nghiên cứu của Tadesse Gebremedhin [13], kết quả: tuổi có liên quan tỷ lệ nghịch với tất cả các lĩnh vực của HRQoL ( $p < 0,001$ ).

Thừa cân béo phì làm giảm CLCS của người bệnh xuống 8,27 lần so với nhóm còn lại với  $p=0,000$ . Nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra rằng thừa cân béo phì ngoài làm tăng đề kháng insulin dẫn đến giảm hiệu quả trong việc kiểm soát đường máu ở bệnh nhân, còn làm tăng nguy cơ mắc các hội chứng chuyển hoá, đặc biệt các bệnh lý tim mạch, sơ vữa mạch máu và tăng nguy cơ đột quỵ, tai biến. Thời gian phát hiện bệnh ĐTD càng lâu, thì CLCS nói chung ở những người bệnh này càng giảm rõ rệt, ở những người phát hiện bệnh  $\geq 10$  năm có mức giảm CLCS xuống 3,97 lần so với những người phát hiện dưới 10 năm với  $p=0,001$ .

Tương đồng với nghiên cứu của Phan Thị Thuý tại Bắc Ninh, Võ Đức Trí tại Huế, Tadesse Gebremedhin [12],[14]. Trong khi đó thì sử dụng insulin trong điều trị, quản lý bệnh nhân được xem là yếu tố bảo vệ giúp bệnh nhân kiểm soát đường máu tốt hơn gấp 0,43 lần so với nhóm không dùng insulin với  $p=0,05$ .

## 5. KẾT LUẬN

### 5.1 Chất lượng sống của bệnh nhân ĐTD týp 2 điều trị ngoại trú:

- Người bệnh có tuổi trung bình là 61,8 tuổi; tỷ lệ nghèo, cận nghèo 11,7%; bệnh nhân có BHYT là 98,1%; thời gian mắc bệnh dưới 5 năm 53,3%, có 55,7% bệnh nhân đã có biến chứng và 61,2% bệnh nhân có bệnh kèm theo.

- Điểm trung bình CLCS của người bệnh ĐTD týp 2 điều trị ngoại trú tại thành phố Đà Nẵng theo EQ-5D-3L mức cao (0,878 điểm), không có sự khác biệt về CLCS giữa nông thôn và thành thị.

- Điểm trung bình CLCS theo thang đo trực quan EQ-VAS mức khá (79,78 điểm), trong đó CLCS khu vực nông thôn tốt hơn thành thị.

### 5.2 Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh:

- Thông qua sử dụng mô hình hồi quy logistic đa biến để khử yếu tố nhiễu, các biến đưa vào và được loại bỏ dần những biến không có mối liên quan, chúng tôi ghi nhận được 5 biến bao gồm: Giới tính là nam, nhóm tuổi từ 60 trở lên, những người thừa cân béo phì, những người mắc bệnh từ 10 năm trở lên, dùng insulin để điều trị là những yếu tố nguy cơ liên quan rất chặt chẽ với CLCS của người bệnh ĐTD týp 2 ở đối tượng nghiên cứu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A. Hayes (2016), “Changes in Quality of Life Associated with Complications of Diabetes: Results from the ADVANCE Study”, Value Health. 19(1), 36-41.
2. Trần Ngọc Hoàng, Nguyễn Thị Bích Đào (2012), “Đánh giá ảnh hưởng của các biến chứng trên chất lượng cuộc sống người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị tại bệnh viện nhân dân 115”, *Kỷ yếu Hội nghị Nội tiết -*

- Đái tháo đường toàn quốc lần thứ VI.
3. Lưu Ngọc Hoạt, Võ Văn Thắng (2011) *Phương pháp nghiên cứu sức khỏe cộng đồng*, Nxb Đại học Huế, tr. 69-70, 78-79.
  4. Đinh Thanh Huê (2004), *Phương pháp dịch tễ học*, Nhà xuất bản Y học.
  5. Klimek L. (2017), “*Visual analogue scales (VAS): Measuring instruments for the documentation of symptoms and therapy monitoring in cases of allergic rhinitis in everyday health care: Position Paper of the German Society of Allergology (AeDA) and the German Society of Allergy and Clinical Immunology (DGAKI), ENT Section, in collaboration with the working group on Clinical Immunology, Allergology and Environmental Medicine of the German Society of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery (DGHNOKHC)*”, *Allergo J Int.* 26(1), 16-24.
  6. Kiều Thị Tuyết Mai và cộng sự (2008), “Đánh giá type 2 trên địa bàn tỉnh Bắc Ninh”, *Tạp chí Nghiên cứu Dược và thông tin thuốc năm 2019*, tr. (31 – 37).
  7. Mphil Adam Lloyd, PhD William Sawyer (2001), *Impact of Long Term Complications on Quality of Life in Patients with Type Diabetes not Using Insulin*, *Value in Health* 4 (5), p.392-399.
  8. Van Leeuwen K. M. (2015), “*Comparing measurement properties of the EQ-5D-3L, ICECAP-O, and ASCOT in frail older adults*”, *Value Health.* 18(1), 35-43.
  9. Vahedi S. (2010), “*World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): Analyses of Their Item Response Theory Properties Based on the Graded Responses Model*”, *Iran J Psychiatry.* 5(4), 140-153.
  10. Nguyễn Thanh Sơn (2013), *Chất lượng cuộc sống và hiệu quả giải pháp quản lý, chăm sóc người bệnh đái tháo đường type 2 tại nhà, Thái Bình*. Luận án tiến sĩ Y học. Đại Học Y Dược Thái Bình.
  11. Nguyễn Hữu Thắng và cộng sự (2018), “type 2 tại Trung tâm Y tế thành phố Vĩnh Yên, Vĩnh Phúc”, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, tr. 152-156.
  12. Phan Thị Thúy và cộng sự (2018), *Đánh giá type 2 trên địa bàn Bắc Ninh*. Khóa luận tốt nghiệp Dược sĩ Đại học.
  13. Nguyễn Đình Tuấn (2013), *type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Lê Lợi Thành phố Vũng Tàu năm 2013*, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, TP Hồ Chí Minh.
  14. Võ Đức Trí và cộng sự (2019), “Đánh giá điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đại học Y - Dược Huế”, *Tạp chí Y Dược học*. Trường Đại học Y Dược Huế, tr. 35-42.
  15. Nguyễn Thị Xuân và cộng sự (2015), “type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Mê Linh và một số yếu tố liên quan”. *Luận văn cao học, Đại học Y tế Công cộng.*