

V. KẾT LUẬN

Chăm sóc giảm đau và vận động sớm trong 6 - 8 giờ sau phẫu thuật thay khớp háng mang lại nhiều lợi ích rõ rệt. Phương pháp này giúp giảm đau hiệu quả, với điểm đau ở nhóm can thiệp thấp hơn đáng kể so với nhóm đối chứng tại các thời điểm sau phẫu thuật như ngày phẫu thuật, ngày hậu phẫu thứ nhất, thứ hai và ngày xuất viện. Đồng thời, nó cải thiện mức độ độc lập chức năng của người bệnh, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Ngoài ra, thời gian nằm viện của nhóm can thiệp cũng giảm trung bình 1 ngày so với nhóm đối chứng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lâm Đạo Giang, Đỗ Phước Hùng, Lê Văn Tuấn** (2015), "Đau và ảnh hưởng của đau sau phẫu thuật thay khớp tại bệnh viện Chợ Rẫy", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 19 (1), tr.60 .
2. **Andersen L, Kristensen B, Husted H et al** (2009), "Subacute pain and function after fast-track hip and knee arthroplasty.", *Anaesthesia*, 64 (13), pp. 508.
3. **Chen S., Heyl, Klatt** (2012), "Effect of immediate postoperative physical therapy on length of stay for total joint arthroplasty patients", *Journal of Arthroplasty*, 27 (6), pp. 8-1-856.
4. **Desmeules F H. J, Woodhouse LJ** (2013), "Prehabilitation improves physical function of individuals with severe disability from hip or knee osteoarthritis", *Physiother Can*, 65, pp. 116-124.
5. **Jia-Qi Wu L.-B. M., Jian Wu** (2019), "Efficacy of exercise for improving functional outcomes for patients undergoing total hip arthroplasty", *Medicine*, 98, pp.10
6. **Okamoto R., Edmondston,...** (2016), "Day-of-Surgery Mobilization Reduces the Length of Stay After Elective Hip Arthroplast", *Arthroplasty.*, 31 (10), pp.2227.
7. **Tayrose N., Slover,...** (2013), "Rapid mobilization decreases length-ofstay in joint replacement patients", *Bulletin of the Hospital for Joint Diseases*, 71 (3), pp. 222-226. Tayrose N., Slover, ... (2013), "Rapid mobilization decreases length-ofstay in joint replacement patients", *Bulletin of the Hospital for Joint Diseases*, 71 (3), pp. 222-226.
8. **Yager M., Stichler, J** (2015), "The effect of early ambulation on patient outcomes for total joint replacement.", *Orthopedic Nursing*, 34 (4), pp. 197-202.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA TRẺ EM MẮC VIÊM DA CƠ ĐỊA BẰNG THANG ĐO PEDSQL 4.0

Lê Duy Nguyễn¹, Văn Thế Trung¹,
Nguyễn Thị Hồng Chuyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống của trẻ em mắc viêm da cơ địa dựa trên điểm số của thang đo Pediatric Quality of Life 4.0 (PedsQL 4.0). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 160 trẻ em mắc viêm da cơ địa (VDCĐ) từ 8 đến 17 tuổi tại bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 03/2024 đến 08/2024. **Kết quả:** Điểm chất lượng cuộc sống do trẻ mắc VDCĐ tự báo cáo trong các lĩnh vực thể chất, cảm xúc, quan hệ xã hội, học tập và chất lượng sống tổng quát có điểm trung vị (khoảng tứ phân vị) lần lượt là: 87,5 (81,3 – 90,6); 80 (70 – 85); 90 (80 – 90); 85 (80 – 90); 85,6 (78,7 – 89,4). Điểm chất lượng cuộc sống thấp nhất ở lĩnh vực cảm xúc. Trẻ em mắc VDCĐ càng nặng thì càng suy giảm chất lượng cuộc sống. **Kết luận:** VDCĐ ảnh hưởng đáng kể đến nhiều khía cạnh chất lượng cuộc sống của trẻ, đặc biệt là ở khía cạnh cảm xúc. Thang đo PedsQL 4.0 là công cụ đơn giản, tiết kiệm

thời gian và chi phí, áp dụng cho lứa tuổi 8 – 17 tuổi với các đánh giá chi tiết, toàn diện chất lượng cuộc sống của trẻ, từ đó giúp hỗ trợ bác sĩ điều trị trong việc quản lý VDCĐ ở trẻ em hiệu quả hơn.

Từ khóa: PedsQL 4.0, viêm da cơ địa, chất lượng cuộc sống.

SUMMARY

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS USING THE PedsQL 4.0 SCALE

Objective: To assess the quality of life in children with atopic dermatitis based on scores from the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (PedsQL 4.0). **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 160 children aged 8 to 17 years with atopic dermatitis (AD) at Ho Chi Minh City Dermatology Hospital from March 2024 to August 2024. **Results:** The self-reported quality of life scores for children with AD in the physical, emotional, social, school, and overall quality of life domains had median (interquartile range) scores as follows: 87.5 (81.3 – 90.6), 80 (70 – 85), 90 (80 – 90), 85 (80 – 90), and 85.6 (78.7 – 89.4), respectively. The lowest quality of life score was observed in the emotional domain. Children with more severe AD experienced greater declines in quality of life. **Conclusion:** AD

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Chuyên

Email: chuyennghuyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 14.2.2025

significantly affects multiple aspects of children's quality of life, especially in the emotional domain. The PedsQL 4.0 scale is a simple, time- and cost-effective tool, applicable for children aged 8 to 17 years, providing detailed and comprehensive assessments of children's quality of life, thereby supporting physicians in managing AD in children more effectively. **Keywords:** PedsQL 4.0, atopic dermatitis, quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm da chàm (VDCĐ) là một bệnh da viêm mạn tính, hay tái phát. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, thường khởi phát ở trẻ em với tỉ lệ mắc cao nhất khoảng từ 3 đến 6 tháng tuổi.¹ VDCĐ là một trong những bệnh da không lây nhiễm phổ biến nhất, ảnh hưởng đến 20% trẻ em và 2 – 8% người lớn ở hầu hết các quốc gia trên thế giới.¹ VDCĐ với biểu hiện lâm sàng da viêm gây ngứa dữ dội, diễn tiến mạn tính và có những đợt bùng phát khiến trẻ em mắc bệnh thay đổi nhiều về thể lực, tâm lý và làm suy giảm chất lượng cuộc sống (CLCS) so với những trẻ khỏe mạnh.² Mức độ nghiêm trọng của bệnh càng nặng thì ảnh hưởng đến CLCS của trẻ mắc VDCĐ càng nhiều.² Trong các công cụ đánh giá về CLCS ở trẻ em, thang đo Pediatric Quality of Life (PedsQL 4.0) là bộ công cụ được sử dụng rất phổ biến với bộ câu hỏi đánh giá chi tiết về đa lĩnh vực và đã được xác định tính hiệu quả và độ tin cậy để đánh giá CLCS ở trẻ khỏe mạnh và trẻ mắc các bệnh lý mạn tính tại nhiều quốc gia trên thế giới. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào sử dụng thang đo PedsQL 4.0 để đánh giá về CLCS của trẻ mắc VDCĐ. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu nhằm đánh giá CLCS của trẻ em mắc VDCĐ dựa trên điểm số của thang đo PedsQL 4.0 và xác định mối tương quan giữa các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng với CLCS được đánh giá bằng thang đo PedsQL 4.0 của trẻ mắc VDCĐ tham gia nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 03/2024 đến tháng 08/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ từ 8 đến 17 tuổi được chẩn đoán VDCĐ tại phòng khám bệnh viện Da liễu TP.HCM.

2.4. Cỡ mẫu: Ước lượng cỡ mẫu theo công thức ước lượng cho một chỉ số trung bình:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{\sigma^2}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu; $Z_{1-\alpha/2}$ là hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0.05$) thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. σ là độ lệch chuẩn, theo nghiên cứu của Hae Ji Jang và cộng sự³

năm 2016, điểm PedsQL 4.0 trung bình của trẻ em mắc VDCĐ là $89,3 \pm 9,5$ nên chọn $\sigma = 9,5$. d: độ chính xác mong muốn, chọn $d = 1,5$ điểm. Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 154 trẻ mắc VDCĐ.

2.5. Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.6. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tiêu chuẩn chọn vào: Trẻ từ 8 đến 17 tuổi được chẩn đoán VDCĐ theo tiêu chuẩn Hanifin và Rajka 1980 bởi bác sĩ chuyên khoa da liễu tại phòng khám Bệnh viện Da liễu TP.HCM. Trẻ và cha, mẹ hoặc người chăm sóc trực tiếp trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ đồng mắc các bệnh lý da khác hoặc mắc các bệnh lý nội khoa, ngoại khoa có thể ảnh hưởng đến CLCS.

2.7. Phương pháp thu thập số liệu. Công cụ đánh giá CLCS: Sử dụng thang đo PedsQL 4.0 thuộc sở hữu của Bệnh viện Nhi và Trung tâm Sức khỏe San Diego, California, được xây dựng bởi Varni và cộng sự⁴ công bố năm 2001. Đây là bộ công cụ đánh giá đa lĩnh vực đã được xác minh tính hiệu quả và độ tin cậy cao⁵ với bộ câu hỏi ngắn gọn, dễ hiểu, phù hợp với từng lứa tuổi của trẻ em. Tại Việt Nam, thang đo này đã được Lê Thị Thu Hà và cộng sự⁶ chuyển dịch sang ngôn ngữ tiếng Việt và tiến hành thử nghiệm trên 276 học sinh Việt Nam cho kết quả phiên bản tiếng Việt của thang đo PedsQL 4.0 có độ tin cậy cao và được áp dụng trong môi trường cộng đồng và trường học tại Việt Nam. Thang đo gồm 23 câu hỏi tính điểm theo mức độ khó khăn của trẻ trong một tháng qua về 4 lĩnh vực (thể chất, cảm xúc, quan hệ xã hội và học tập), với các mức điểm như sau: 0 điểm (hoàn toàn không xảy ra), 1 điểm (hầu như không xảy ra), 2 điểm (thỉnh thoảng có xảy ra), 3 điểm (thường xuyên xảy ra), 4 điểm (luôn luôn xảy ra). Điểm CLCS được chuyển theo thang điểm 100 từ mức độ khó khăn: 0 = 100; 1 = 75; 2 = 50; 3 = 25; 4 = 0. Điểm càng cao thì CLCS càng cao. Nghiên cứu này sử dụng thang đo PedsQL 4.0 phiên bản do trẻ tự báo cáo.

Đối tượng được chọn vào nghiên cứu: trẻ sẽ được hỏi kỹ về bệnh sử, tiền căn, khám lâm sàng, ghi nhận các yếu tố liên quan của trẻ (tuổi, giới tính, dân tộc, nơi cư trú, tuổi khởi phát bệnh, thời gian mắc bệnh, bệnh đồng mắc), đánh giá độ nặng của bệnh theo SCORAD (nhẹ <25 điểm, trung bình 25 – 50 điểm, nặng >50 điểm). Trẻ sẽ được giải thích về bảng câu hỏi của PedsQL 4.0 và khuyến khích tự trả lời từng câu hỏi. Nghiên cứu viên không phải bác sĩ điều trị. Thu thập số liệu dựa trên đánh giá của bác sĩ điều trị.

2.8. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập, mã

hóa và xử lý bằng phần mềm Stata 14. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm. Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn nếu là phân phối chuẩn và dạng trung vị, khoảng tứ phân vị, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất nếu không phải phân phối chuẩn. Dùng phép kiểm Chi bình phương hoặc phép kiểm định Fisher's (vong trị nhỏ) để kiểm định mối liên quan giữa 2 hay nhiều biến định tính. Dùng phép kiểm T (nếu là phân phối chuẩn) và phép kiểm Mann-Whitney U (nếu không là phân phối chuẩn) để so sánh 2 số trung bình. Dùng phép kiểm ANOVA (nếu là phân phối chuẩn) và phép kiểm Kruskal Wallis (nếu là phân phối không chuẩn) để kiểm định 3 trị số trung bình. Hệ số tương quan Pearson (phân phối bình thường) và hệ số tương quan

Spearman (nếu không là phân phối chuẩn) để kiểm định mối tương quan giữa 2 biến định lượng. Sự khác biệt được xem có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ với độ tin cậy 95%.

2.9. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được xét duyệt bởi Hội đồng khoa học của Đại học Y Dược TP.HCM, mã số: 2200/QĐ-ĐHYD, ngày 24/07/2023 và được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Da liễu TP.HCM, mã số: 408/CN-BVDL, ngày 29/02/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 03/2024 đến tháng 08/2024, có 160 trẻ em mắc VDCĐ có độ tuổi từ 8 đến 17 tuổi thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được chọn vào nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của bệnh nhân (n=160)

Đặc điểm		Chung (n=160)	8–12 tuổi (n=88)	13–17 tuổi (n=72)	Giá trị p
Tuổi (năm), trung vị (khoảng tứ phân vị)		12 (10 – 15)	10 (9 – 11)	16 (14 – 17)	
Giới tính, n (%)	Nam	79 (49,4)	46 (52,3)	33 (45,8)	0,418 ^a
	Nữ	81 (50,6)	42 (47,7)	39 (54,2)	
Dân tộc, n (%)	Kinh	158 (98,8)	87 (98,9)	71 (98,6)	1 ^b
	Khác	2 (1,2)	1 (1,1)	1 (1,4)	
Nơi cư trú, n (%)	TP.HCM	108 (67,5)	62 (70,5)	46 (63,9)	0,378 ^a
	Nơi khác	52 (32,5)	26 (29,5)	26 (36,1)	
Tuổi khởi phát bệnh (tháng tuổi), trung vị (khoảng tứ phân vị)		36 (24 – 48)	24 (12 – 48)	36 (12 – 48)	0,043 ^c
Thời gian mắc bệnh (tháng), trung vị (khoảng tứ phân vị)		108 (84 – 132)	84 (60 – 108)	144 (126 – 156)	<0,001 ^c
Bệnh đồng mắc, n (%)	Hen	9 (5,6)	8 (8,9)	1 (11,1)	0,035 ^b
	Viêm mũi dị ứng	38 (23,8)	25 (65,8)	13 (34,2)	0,126 ^a
	Dị ứng thức ăn	59 (36,9)	27 (45,8)	32 (54,2)	0,073 ^a
	Béo phì	5 (3,1)	2 (4,0)	3 (6,0)	0,658 ^b
Điểm SCORAD, trung vị (khoảng tứ phân vị)		24 (19,5 – 29)	23 (18,3 – 27,5)	25 (20,5 – 30,8)	0,064 ^c
Phân độ nặng theo SCORAD, n (%)	Nhẹ	83 (51,9)	49 (59)	34 (41)	0,219 ^b
	Trung bình	75 (46,9)	37 (49,3)	38 (50,7)	
	Nặng	2 (1,2)	2 (100)	0 (0)	

^a Phép kiểm chi bình phương, ^b Phép kiểm Fisher, ^c Phép kiểm Mann-Whitney U: so sánh giữa hai nhóm tuổi 8 – 12 và 13 – 17

Nhận xét: Bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tuổi trung vị là 12 tuổi, tỉ lệ nữ/nam là 1,03/1, tuổi khởi phát bệnh trung vị là 36 tháng tuổi, thời gian mắc bệnh trung vị là 108 tháng. VDCĐ đồng mắc với dị ứng thức ăn chiếm tỉ lệ cao nhất (36,9%). Điểm SCORAD có trung vị là 24 điểm. Đa phần bệnh nhân tham gia nghiên cứu có phân độ VDCĐ theo SCORAD mức độ nhẹ (chiếm đa số 51,9%).

Bảng 2. Điểm chất lượng cuộc sống theo thang đo PedsQL 4.0

Giá trị (n=160)	Thang đo PedsQL 4.0 (Điểm)				
	Thể chất	Cảm xúc	QHXH	Học tập	Tổng quát
Trung vị (khoảng tứ phân vị)	87,5 (81,3 – 90,6)	80 (70 – 85)	90 (80 – 90)	85 (80 – 90)	85,6 (78,7 – 89,4)
Giá trị lớn nhất	37,5	45	45	60	47,7
Giá trị nhỏ nhất	96,9	95	95	100	94,7

Nhận xét: Điểm CLCS tổng quát theo thang đo PedsQL 4.0 của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu có trung vị là 85,6 điểm, khoảng tứ phân vị 78,7 – 89,4 điểm. Điểm thấp nhất là

47,7 và cao nhất là 94,7. Điểm thành phần bị ảnh hưởng nhiều nhất là cảm xúc với điểm trung vị là 80 điểm, khoảng tứ phân vị 70 – 85 điểm. Điểm thành phần ít bị ảnh hưởng nhất là QHXH với điểm trung vị là 90 điểm, khoảng tứ phân vị 80 – 90 điểm.

Bảng 3. Mối liên quan giữa điểm PedsQL 4.0 và bệnh đồng mắc

Lĩnh vực	Bệnh đồng mắc (hen, viêm mũi dị ứng, dị ứng thức ăn, béo phì), trung vị (khoảng tứ phân vị)		Giá trị p ^c
	Có (n=100)	Không (n=60)	
Thể chất	87,5 (81,3 – 90,6)	90,6 (84,4 – 92,2)	0,036
Cảm xúc	80 (70 – 85)	85 (75 – 90)	0,044
QHXH	90 (80 – 90)	90 (85 – 90)	0,715
Học tập	85 (80 – 90)	90 (80 – 90)	0,176
Tổng quát	84,8 (78,4 – 88,5)	88,3 (79,3 – 89,9)	0,038

^c Phép kiểm Mann-Whitney U

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống

Bảng 5. Mối liên quan giữa điểm PedsQL 4.0 và phân độ nặng theo SCORAD

Lĩnh vực	Phân độ SCORAD, trung vị (khoảng tứ phân vị)			Giá trị p ^e
	Nhẹ (n=83)	Trung bình (n=75)	Nặng (n=2)	
Thể chất	90,6 (87,5 – 93,8)	81,3 (75 – 87,5)	39,1 (37,5 – 40,6)	<0,001
Cảm xúc	85 (80 – 90)	70 (65 – 80)	47,5 (45 – 50)	<0,001
QHXH	90 (90 – 95)	85 (80 – 90)	52,5 (45 – 60)	<0,001
Học tập	90 (85 – 90)	80 (75 – 85)	62,5 (60 – 65)	<0,001
Tổng quát	88,9 (87,2 – 90,2)	78,6 (74,7 – 84,4)	50,4 (47,7 – 53,1)	<0,001

^e Phép kiểm Kruskal-Wallis: so sánh giữa ba nhóm phân độ của SCORAD

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p <0,001) giữa điểm CLCS tổng quát và các điểm thành phần PedsQL 4.0 với các phân độ nặng VDCĐ theo SCORAD.

IV. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của chúng tôi, điểm CLCS tổng quát được đánh giá theo thang đo PedsQL 4.0 có trung vị (khoảng tứ phân vị) là 85,6 (78,7 – 89,4) điểm, thấp nhất là 47,7 điểm và cao nhất là 94,7 điểm. Kết quả trên thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Hae Ji Jang và cộng sự³ được thực hiện tại Hàn Quốc (năm 2016) có điểm CLCS tổng quát được đánh giá theo thang đo PedsQL 4.0 có trung vị điểm là 92,9 (65,2 – 100) (dân số nghiên cứu dưới 18 tuổi). Sự khác biệt về điểm CLCS có thể do sự khác nhau về cỡ mẫu nghiên cứu (nghiên cứu của tác giả Hae Ji Jang có cỡ mẫu là 78). Ngoài ra, sự khác biệt về

kê về điểm thể chất, cảm xúc và điểm CLCS tổng quát giữa những bệnh nhân VDCĐ có và không có bệnh đồng mắc (bao gồm hen, viêm mũi dị ứng, dị ứng thức ăn, béo phì). Ở những lĩnh vực QHXH và học tập sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Mối tương quan giữa điểm PedsQL 4.0 và điểm SCORAD

Lĩnh vực	Điểm SCORAD (r)	Giá trị p ^d
Thể chất	-0,765	<0,001
Cảm xúc	-0,763	<0,001
QHXH	-0,685	<0,001
Học tập	-0,592	<0,001
Tổng quát	-0,849	<0,001

^d Tương quan Spearman

Nhận xét: Mối tương quan giữa các điểm thành phần PedsQL 4.0 và điểm số SCORAD trên bệnh nhân VDCĐ tham gia nghiên cứu cho thấy, điểm thể chất (r = -0,765), điểm cảm xúc (r = -0,763) và điểm CLCS tổng quát (r = -0,849) tương quan nghịch, mức độ mạnh với điểm SCORAD; điểm QHXH (r = -0,685) và điểm học tập (r = -0,592) tương quan nghịch, mức độ trung bình với điểm SCORAD. Các tương quan này đều có ý nghĩa thống kê (p <0,001).

văn hóa cũng như trình độ phát triển kinh tế – xã hội và sự tiến bộ của y học giữa hai quốc gia cũng có thể là nguyên nhân dẫn đến CLCS của trẻ em VDCĐ ở Việt Nam thấp hơn so với nghiên cứu tại Hàn Quốc.

Không phải tất cả các khía cạnh của CLCS đều bị ảnh hưởng như nhau. Theo đó, điểm thành phần có điểm cao nhất là lĩnh vực QHXH với trung vị điểm là 90 (80 – 90); tiếp đến là điểm lĩnh vực thể chất có trung vị điểm là 87,5 (81,3 – 90,6); lĩnh vực học có trung vị điểm là 80 (80 – 90); điểm thành phần thấp nhất là lĩnh vực cảm xúc có trung vị điểm là 80 (70 – 85). Điều này cho thấy, trẻ mắc VDCĐ có sự suy giảm CLCS ở tất cả các khía cạnh và đặc biệt ở lĩnh vực cảm xúc. Nguyên nhân có thể do những tác động tiêu cực của tình trạng VDCĐ gây nên những thay đổi về cảm xúc và tâm lý của trẻ mắc VDCĐ. Kết quả trên phù hợp với nhiều

nghiên cứu về CLCS ở trẻ em mắc VDCĐ khi nhiều tác giả kết luận rằng VDCĐ có tác động đến CLCS liên quan đến sức khỏe. Trong đó, sức khỏe tâm thần, chức năng xã hội và cảm xúc của bệnh nhân bị ảnh hưởng nhiều hơn so với chức năng thể chất.⁷

Trẻ em VDCĐ có kèm theo bệnh đồng mắc (bao gồm các bệnh lí dị ứng như hen, viêm mũi dị ứng hoặc dị ứng thức ăn và béo phì) sẽ làm suy giảm CLCS của trẻ nhiều hơn. Ở nhóm bệnh nhân VDCĐ kèm theo bệnh đồng mắc có điểm CLCS tổng quát trung vị là 84,8 (78,4 – 88,5) và ở nhóm bệnh nhân VDCĐ không kèm theo bệnh đồng mắc là 88,3 (79,3 – 89,9). Sự khác biệt giữa điểm CLCS tổng quát ở trẻ em mắc VDCĐ và bệnh đồng mắc có ý nghĩa thống kê với $p = 0,038$ ($p < 0,05$). Bên cạnh đó, cũng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm ở các lĩnh vực thể chất ($p = 0,036$) và cảm xúc ($p = 0,044$) giữa trẻ VDCĐ có và không có mắc bệnh kèm theo. Điều này có thể được giải thích là sự hiện diện của tổn thương da có thể làm giảm khả năng chơi hoặc hoạt động thể thao của trẻ, gây ra sự bối rối và khó chịu về mặt cảm xúc hoặc làm rối loạn giấc ngủ của trẻ nhiều hơn khiến cho suy giảm CLCS của trẻ rõ rệt.

Trẻ em mắc VDCĐ càng nặng thì suy giảm CLCS càng nhiều. Điểm SCORAD và điểm CLCS tổng quát có tương quan nghịch, mức độ mạnh ($r = -0,849$) và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Ở nhóm bệnh nhân có phân độ nặng theo thang điểm SCORAD có điểm CLCS tổng quát trung vị là 50,4 (47,7 – 53,1) điểm, nhóm phân độ trung bình là 78,6 (74,7 – 84,4) và nhóm phân độ nhẹ là 88,9 (87,2 – 90,2). Sự khác biệt giữa phân độ nặng theo thang điểm SCORAD và điểm CLCS tổng quát theo thang đo PedsQL 4.0 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Các nghiên cứu trên thế giới sử dụng các thang điểm đánh giá độ nặng khác nhau nhưng đều ghi nhận có mối tương quan giữa chất CLCS và mức độ nặng của trẻ em mắc VDCĐ.^{8,9} Tất cả các điểm thành phần của thang đo PedsQL 4.0 đều có tương quan nghịch ở mức trung bình đến mạnh với điểm SCORAD (thể chất $r = -0,765$; cảm xúc $r = -0,763$; QHXH $r = -0,685$; học tập $r = -0,592$), và các mối tương quan này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Sự khác biệt giữa phân độ nặng theo thang điểm SCORAD và các điểm thành phần của thang đo PedsQL 4.0 đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điều đó cho thấy khi VDCĐ càng nặng sẽ ảnh hưởng đến tất cả các khía cạnh CLCS của trẻ.

V. KẾT LUẬN

VDCĐ ảnh hưởng đáng kể đến CLCS của trẻ, đặc biệt là ở khía cạnh cảm xúc. Có mối tương quan mạnh giữa mức độ nặng của VDCĐ và CLCS của trẻ, trẻ em mắc VDCĐ càng nặng thì suy giảm CLCS càng nhiều. Thang đo PedsQL 4.0 là thang đo đơn giản, tiết kiệm thời gian và chi phí, dễ dàng áp dụng cho lứa tuổi 8 – 17 tuổi với đánh giá chi tiết, toàn diện CLCS của trẻ, hỗ trợ bác sĩ điều trị trong việc quản lý VDCĐ trẻ em hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, et al.** Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*. May 2018;32(5):657-682. doi:10.1111/jdv.14891.
2. **Salazar L.E.P, Rajamanickam V.P, Anderson E.L, et al.** Quality of Life Differences between Children with and without Atopic Dermatitis. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*. February 2011;127(2): ab41. doi.org/10.1016/j.jaci.2010.12.175.
3. **Jang HJ, Hwang S, Ahn Y, Lim DH, Sohn M, Kim JH.** Family quality of life among families of children with atopic dermatitis. *Asia Pacific Allergy*. 2016;6(4): 213-219. doi.org/10.5415/apallergy.2016.6.4.213.
4. **Varni JW, Seid M, Kurtin PS et al.** PedsQLTM4.0: Reliability and Validity of the Pediatric Quality of Life InventoryTM Version 4.0 Generic Core Scales in Healthy and Patient Populations. *Medical Care*. 2001;39(8):800- 812.
5. **Varni JW, Burwinkle TM, Seid M, Skarr D.** The PedsQL™* 4.0 as a Pediatric Population Health Measure: Feasibility, Reliability, and Validity. *Ambulatory Pediatrics*. 2003;3(6):329-341. doi.org/10.1367/1539-4409(2003)003<0329:TPAAPP>2.0.CO;2.
6. **Trang, Do Thi Hanh; Ha, Nguyen Thanh; Ha, Le Thi Thu.** Validation of vietnamese version of pediatric quality of life inventory version 4.0 generic score scale among school children. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*. Sep 2019;50:942-951.
7. **Carlos Lifschitz.** The Impact of Atopic Dermatitis on Quality of Life. *Ann Nutr Metab*. 2015;66(1):34-40. doi.org/10.1159/000370226.
8. **Maksimović N, Janković S, Marinković J, Sekulović LK, Zivković Z, Spirić VT.** Health-related quality of life in patients with atopic dermatitis. *The Journal of dermatology*. Jan 2012;39(1): 42-7. doi:10.1111/j.1346-8138.2011.01295.x.
9. **Kim DH, Li K, Seo SJ, et al.** Quality of life and disease severity are correlated in patients with atopic dermatitis. *Journal of Korean medical science*. Nov 2012;27(11):1327-32. doi:10.3346/jkms.2012.27.11.1327.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỜI GIAN CỬA-BÓNG TRONG CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CÓ ST CHÊNH LÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA

Lê Thế Anh¹, Hoàng Huy Hiệu^{1,2}, Dương Quang Hiệp^{1,2}, Nguyễn Ngọc Quang^{3,4}, Lê Thị Xuân¹, Đồng Thị Ngọc Mai²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát thời gian cửa-bóng trong can thiệp động mạch vành và các yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 201 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên, sử dụng bệnh án nghiên cứu. **Kết quả:** Thời gian cửa-bóng (DTB) trung bình là $329,48 \pm 313,90$ phút, chỉ có 30,85% trường hợp có DTB ≤ 120 phút. Kết quả của hồi quy logistic hai biến cho thấy những bệnh nhân có tuổi ≥ 60 tuổi và thời gian xuất hiện triệu chứng >12 giờ có khả năng bị trì hoãn thời gian cửa bóng lần lượt cao gấp 2,402 lần [95%KTC: 1,198 - 4,814, $p=0,014$] và 2,395 lần [95%KTC: 1,189 - 4,823, $p=0,015$] so với nhóm còn lại. Có sự khác biệt về phân đoạn thời gian Nhập viện-CathLab và Nhập viện- Nong bóng, trong đó nhóm đối tượng không trì hoãn DTB có phân đoạn thời gian Nhập viện- CathLab và Nhập viện- Nong bóng ngắn hơn so với nhóm đối tượng trì hoãn DTB. **Kết luận:** thời gian cửa-bóng của bệnh nhân được rút ngắn khi cải thiện được thời gian Nhập viện- nong bóng.

Từ khóa: Nhồi máu cơ tim ST chênh lên, thời gian cửa-bóng, yếu tố liên quan.

SUMMARY

FACTORS RELATED TO DOOR-TO-BALLOON TIME IN PRIMARY CORONARY INTERVENTION FOR ST- ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS AT THANH HOA GENERAL HOSPITAL

Objective: To determine the door-to-balloon (DTB) time in primary coronary intervention and related factors. **Methods:** A prospective study was conducted on 201 patients with ST- elevation myocardial infarction, using medical records. **Results:** The average of DTB time was 329.48 ± 313.90 minutes, with only 30.85% of cases having a DTB ≤ 120 minutes. Binary logistic regression analysis showed that patients aged ≥ 60 years and with symptom onset > 12 hours had more likely to have a delayed DTB time, with odds ratios of 2.402 [95% CI: 1.198 - 4.814, $p=0.014$] and 2.395 [95% CI: 1.189 - 4.823, $p=0.015$], respectively, compared to the other

group. There was a statistically significant difference between the Door-to-CathLab time, the Door-to-Balloon time and the non-delayed DTB time with the non-delayed DTB time group is having shorter Door-to-CathLab time and DTB time compared to the delayed DTB group. **Conclusion:** DTB time was shortened when the Door-to- CathLab time was improved. **Keywords:** ST- elevation myocardial infarction, door-to-balloon time, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (STEMI) là một bệnh lý cấp cứu do giảm hoặc ngừng hoàn toàn lưu lượng máu đến nuôi dưỡng cơ tim¹. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, số ca mắc bệnh tim mạch nói chung, bao gồm nhồi máu cơ tim, đã gia tăng đáng kể trong hai thập kỷ qua, đặc biệt ở các quốc gia có thu nhập trung bình và thấp trong đó có Việt Nam. Đáng chú ý, khoảng một phần ba số bệnh nhân nhồi máu cơ tim sẽ tử vong và gần 50% số bệnh nhân chết trong giờ đầu tiên sau khi có triệu chứng². Việc thực hiện can thiệp động mạch vành qua da thì đầu nhằm phục hồi dòng chảy trong lòng động mạch vành bị tắc nghẽn kịp thời là rất quan trọng để cứu sống bệnh nhân STEMI³. Thời gian cửa-bóng (DTB) là một thông số quan trọng để đánh giá chất lượng can thiệp động mạch vành qua da thì đầu hiệu quả. Theo hiệp hội Tim mạch Châu Âu (ESC) 2023 thời gian cửa-bóng được khuyến cáo nên thấp hơn 120 phút, thời gian cửa-bóng được tính từ khi bệnh nhân đến bệnh viện đến khi bóng hoặc thiết bị đầu tiên được bơm phồng⁴. Tuy nhiên thời gian này còn bị trì hoãn kéo dài làm giảm phân suất tống máu thất trái, tăng tỷ lệ tử vong và những hậu quả sau này³. Giảm thiểu việc trì hoãn thời gian cửa-bóng giúp cải thiện chất lượng điều trị cho bệnh nhân. Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu liên quan đến thời gian cửa - bóng và các yếu tố liên quan. Kết quả chủ yếu cho thấy thời gian này thường xuyên bị trì hoãn gây kéo dài thời gian nằm viện và gia tăng tỷ lệ tử vong của bệnh nhân. Bên cạnh đó, dữ liệu về các yếu tố có liên quan đến thời gian cửa-bóng còn rất hạn chế^{5,6}. Do vậy, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu như sau: *Xác định thời gian cửa-bóng và các yếu tố liên quan đến trì hoãn thời gian cửa-bóng ở bệnh*

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

²Phân hiệu trường Đại học Y Hà Nội tại Thanh Hóa

³Viện tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai

⁴Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Huy Hiệu

Email: huyhieuhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2025

Ngày duyệt bài: 14.2.2025