chốt để đánh giá mức độ và chất lượng biệt hoá nguyên bào xương của tế bào gốc trung mô.[7] Đối với sự biểu hiện của gen RUNX2 trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận nhóm P sự biểu hiện gen RUNX2 trong khi không ghi nhận được biểu hiện này ở nhóm N. COL1A1 là sản phẩm của quá trình hình thành chất nền ở giai đoạn giữa của quá trình biệt hoá TBGTMTX thành nguyên bào xương.[7] Do đó, chúng tôi thực hiện khảo sát biểu hiện COL để đánh giá giai đoạn giữa quá trình biệt hoá nguyên bào xương của TBGTMTX. Đối với biểu hiện này trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận nhóm P biểu hiện gen, trong khi nhóm N không biểu hiện gen này. OC là protein chế tiết đặc hiệu chỉ biểu hiện ở các nguyên bào xương đã biệt hoá đến giai đoạn cuối, tức là sản phẩm cuối của quá trình biệt hoá TBGTMTX thành nguyên bào xương.[7] Do đó, chúng tôi thực hiện khảo sát biểu hiện OC để đánh giá giai đoạn cuối của quá trình biệt hoá nguyên bào xương của TBGTMTX. Đối với sự biểu hiện của OC trong nghiên cứu này, chúng tôi không ghi nhận được sự biểu hiện gen này ở cả 2 nhóm.

V. KẾT LUẬN

Sau khi bảo quản đông lạnh bằng nitơ lỏng, TBGTMTX người vẫn thể hiện được khả năng tăng sinh và di cư. Đối với khả năng biệt hoá xương, cần có thêm các thí nghiệm với thời gian đặc hiệu cho từng marker biểu hiện để khảo sát chính xác hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Margiana R, Markov A, Zekiy AO, et al.** Clinical application of mesenchymal stem cell in regenerative medicine: a narrative review. Stem Cell Res Ther. Jul 28 2022;13(1):366. doi:10.1186/s13287-022-03054-0
2. **Lee RH, Kim B, Choi I, et al.** Characterization and expression analysis of mesenchymal stem cells from human bone marrow and adipose tissue. Cell Physiol Biochem. 2004;14(4-6):311-24. doi:10.1159/000080341
3. **Bahsoun S, Coopman K, Akam EC.** The impact of cryopreservation on bone marrow-derived mesenchymal stem cells: a systematic review. J Transl Med. Nov 29 2019;17(1):397. doi:10.1186/s12967-019-02136-7
4. **Suarez-Arnedo A, Torres Figueroa F, Clavijo C, Arbeláez P, Cruz JC, Muñoz-Camargo C.** An image J plugin for the high throughput image analysis of in vitro scratch wound healing assays. PLoS One. 2020;15(7):e0232565. doi:10.1371/journal.pone.0232565
5. **Rodriguez LG, Wu X, Guan JL.** Wound-healing assay. Methods Mol Biol. 2005;294:23-9. doi:10.1385/1-59259-860-9:023
6. **Achille V, Mantelli M, Arrigo G, et al.** Cell-cycle phases and genetic profile of bone marrow-derived mesenchymal stromal cells expanded in vitro from healthy donors. J Cell Biochem. Jul 2011;112(7):1817-21. doi:10.1002/jcb.23100
7. **Kulterer B, Friedl G, Jandrositz A, et al.** Gene expression profiling of human mesenchymal stem cells derived from bone marrow during expansion and osteoblast differentiation. BMC Genomics. Mar 12 2007;8:70. doi:10.1186/1471-2164-8-70

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG THEO THANG ĐIỂM SF-12 Ở BỆNH NHÂN VIÊM LOÉT ĐẠI TRỰC TRÀNG CHẢY MÁU

Nguyễn Hoài Nam[1,2], Nguyễn Thị Soan[2], Nguyễn Thị Thu Hiền[1], Nguyễn Văn Hiếu[1], Nguyễn Công Long[1,2]

TÓM TẮT

Bệnh viêm loét đại trực tràng chảy máu (VLDTTCM) là bệnh mạn tính, có thể ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân (BN). **Mục tiêu nghiên cứu** là "Đánh giá chất lượng sống của bệnh nhân viêm loét đại trực tràng chảy máu theo thang điểm SF-12 và một số yếu tố liên quan". **Đối tượng và phương pháp**: nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 BN được theo dõi điều trị tại Trung tâm Tiêu hoá – Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 01/2024 đến 04/2024. **Kết quả**: theo thang điểm SF-12, điểm trung bình sức khoẻ thể chất (PCS) của BN là 35,5 ± 8,4, điểm trung bình sức khoẻ tâm thần (MCS) của BN là 43,6 ± 11,9 và điểm chất lượng cuộc sống chung là 48,9 ± 22,2. Không có sự khác biệt giữa điểm PCS và MCS với tuổi, giới, nơi sống, nghề nghiệp, BMI, thời gian bị bệnh và mức độ lan rộng tổn thương theo phân loại Montreal. Có sự giảm điểm PCS với mức độ nặng của hoạt động bệnh có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. **Kết luận:** VLDTTCM có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của BN bao gồm cả sức khoẻ thể chất và sức khoẻ tinh thần.

Từ khóa: chất lượng cuộc sống, thang điểm SF-12, viêm loét đại trực tràng chảy máu

[1]Bệnh viện Bạch Mai
[2]Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoài Nam
Email: namthbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2025
Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025
Ngày duyệt bài: 11.4.2025

SUMMARY

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE USING THE SF-12 SCALE IN PATIENTS WITH

ULCERATIVE COLITIS

Ulcerative colitis (UC) is a chronic disease that can significantly impact patients' quality of life (QoL). The **objective of this study** was to "Evaluate the quality of life in patients with ulcerative colitis using the SF-12 scale and identify related factors." **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 60 patients undergoing treatment at the Gastroenterology and Hepatology Center, Bach Mai Hospital, from January 2024 to April 2024. **Results:** According to the SF-12 scale, the average physical health score (PCS) was 35.5 ± 8.4, the average mental health score (MCS) was 43.6 ± 11.9, and the overall quality of life score was 48.9 ± 22.2. There were no significant differences in PCS and MCS scores based on age, gender, residence, occupation, BMI, disease duration, or the extent of lesions according to the Montreal classification. However, there is a statistically significant decrease in PCS scores with increasing disease activity severity ($p < 0.05$). **Conclusion:** Ulcerative colitis negatively affects patients' quality of life, including both physical and mental health.

Keywords: quality of life, SF-12 scale, ulcerative colitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét đại trực tràng chảy máu (VLDTTCM) là bệnh lý mạn tính, hiện chưa thể điều trị triệt căn mà cần điều trị lâu dài. Bệnh có xu hướng ảnh hưởng không chỉ đến thể chất của BN (BN) mà còn ảnh hưởng đến trạng thái tinh thần. Chính vì vậy, một trong những mục tiêu dài hạn được các hiệp hội quốc tế đưa ra trong việc kiểm soát bệnh VLDTTCM là mang lại cho BN một cuộc sống có chất lượng gần như bình thường. Tại Việt Nam, bệnh lý này mới gia tăng tỷ lệ mới mắc trong thời gian gần đây, do đó các nhân viên y tế mới tập trung vào việc chẩn đoán và điều trị bệnh, kiểm soát triệu chứng lâm sàng cũng như liền tổn thương trên nội soi mà chưa đánh giá tác động của bệnh lên chất lượng sống. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu *"Đánh giá chất lượng sống của BN viêm loét đại trực tràng chảy máu theo thang điểm SF-12 và một số yếu tố liên quan".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các BN viêm loét đại tràng mạn tính được theo dõi điều trị tại Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 01/2024 đến 04/2024

2.1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm loét đại tràng mạn tính: dựa trên 3 đặc điểm sau:

- Triệu chứng lâm sàng: tiêu chảy phân máu có tính chất mạn tính, tiến triển từ từ tăng dần, có thể kèm theo triệu chứng mót rặn, đau bụng.

- Hình ảnh nội soi: tổn thương viêm loét ở niêm mạc đại trực tràng có tính chất liên tục, toàn bộ chu vi, dễ chảy máu. Tổn thương lan rộng từ trực tràng lên trên và có thể tổn thương toàn bộ đại tràng.

- Mô bệnh học: tổn thương viêm mạn tính, giảm số lượng tuyến đại tràng, tuyến biến đổi teo, xoắn vặn, chia nhánh, lắng đọng tương bào dưới màng đáy, thâm nhập tế bào viêm các mức độ.

Chẩn đoán xác định bệnh là sự kết hợp giữa 3 nhóm triệu chứng trên, không có tiêu chuẩn vàng duy nhất để chẩn đoán bệnh.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn BN

– BN được chẩn đoán viêm loét đại tràng mạn tính dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán trên.

– BN đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

– BN có đặc điểm trên lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng không đủ khẳng định chẩn đoán, không thể phân biệt với các bệnh lý khác như bệnh Crohn, lao, viêm đại tràng nhiễm khuẩn, viêm đại tràng thiếu máu …

– BN không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kết nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả các BN khám và điều trị tại Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian nghiên cứu thỏa mãn tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu thu thập được 60 BN.

2.3. Phương tiện nghiên cứu: Bộ câu hỏi SF-12, gồm 8 khía cạnh. 4 khía cạnh với mỗi khía cạnh có 2 câu hỏi) về hoạt động thể chất, các hạn chế về vai trò hoạt động thể chất, sức khỏe tinh thần, các hạn chế do vấn đề cảm xúc. 4 khía cạnh với mỗi khía cạnh có 1 câu hỏi về tình trạng sức khỏe chung, cảm nhận đau, sức sống và chức năng xã hội. Tính điểm của bộ câu hỏi SF-12 có thể tính bằng tay hoặc tính theo phần mềm. Điểm tính bao gồm điểm sức khỏe thể chất và điểm sức khỏe tinh thần và điểm chất lượng cuộc sống chung, với tổng điểm càng cao thì chất lượng cuộc sống càng tốt. Giá trị 50 được sử dụng như ngưỡng cut-off theo nghiên cứu của Christiansen và cộng sự, với điểm ≥ 50 được coi là có chấtlượng cuộc sống tốt[1].

2.4. Quy trình nghiên cứu: BN được hỏi bệnh và khám lâm sàng theo bệnh án mẫu. BN được phỏng vấn theo bộ câu hỏi SF-12.

2.5 Xử lý số liệu: số liệu được nhập trên phần mềm Epidata 3.1 và được xử lý bằng phần mềm STATA 17.0 với các test thông kê mô tả và phân tích. Số liệu được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu thập được 60 BN tỷ lệ nam/ nữ là, tuổi trung bình là 48 ± 15.2 (thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 80 tuổi.

Bảng 1: Điểm trung bình thành phần trong bộ câu hỏi SF-12

Câu hỏi SF-12	Điểm trung bình
1.Nói chung tình trạng sức khỏe của bạn là?	11,7 ± 15,6
2.Sức khỏe của bạn có bị hạn chế khi thực hiện các hoạt động vừa phải không?	40 ± 32,9
3.Sức khỏe của bạn có bị hạn chế khi leo một số bậc cầu thang không?	40 ± 32,9
4.Vì vấn đề thể lực khiến ông bà hoàn thành được ít công việc hơn mong muốn?	33,3 ± 47,5
5.Vì vấn đề thể lực khiến bạn bị hạn chế trong một số loại hình công việc?	30 ± 46,2
6.Vì vấn đề cảm xúc khiến ông bà hoàn thành được ít công việc hơn so với mong muốn?	48,3 ± 50,4
7.Vì vấn đề cảm xúc khiến ông bà làm việc hay hành động không cẩn thận như bình thường?	51,7 ± 50,4
8.Ông bà có bị cơn đau làm ảnh hưởng đến công việc thường ngày không?	66,3 ± 31,2
9. Ông bà có thường cảm thấy bình thản và an nhiên?	62,7 ± 22,8
10. Ông bà có thường cảm thấy khỏe khoắn?	59,7 ± 21,3
11. Ông bà có thường thấy buồn bã?	55,7 ± 21,3
12. Ông bà có thường bị vấn đề thể lực và cảm xúc ảnh hưởng đến hoạt động xã hội không?	50,4 ± 27,3

Nhận xét: Câu hỏi ảnh hưởng về cơn đau có điểm số trung bình là cao nhất (66,3 ± 31,2) còn câu hỏi về tình trạng sức khoẻ chung có điểm thấp nhất (11,7 ± 15,6).

Bảng 2: Điểm trung bình từng khía cạnh theo bộ câu hỏi SF-12 của đối tượng nghiên cứu

Các khía cạnh trong bộ câu hỏi SF – 12		Điểm thành phần (X̄±SD)	Điểm tổng (X±SD)
Sức khỏe thể chất (PCS)	Sức khỏe chung (GH)	11,7 ± 15,6	35,5 ± 8,4
	Hoạt động thể chất (RF)	40,0 ± 32,6	
	Hạn chế hoạt động thể chất (RP)	31,7 ± 46,0	
	Cảm giác đau (BP)	66,3 ± 31,2	
Sức khỏe tâm thần (MCS)	Hạn chế do vấn đề cảm xúc (RE)	60,0 ± 36,3	43,6 ± 11,9
	Sức sống (VF)	59,7 ± 21,3	
	Sức khỏe tinh thần (MH)	53,7 ± 18,3	
	Sức khỏe xã hội (SF)	50,4 ± 27,4	
Điểm chất lượng cuộc sống chung			48,9 ± 22,2

Nhận xét: Nhìn chung điểm sức khoẻ tâm thần có giá trị cao hơn điểm sức khoẻ thể chất.

Bảng 3: Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống theo thang điểm SF-12 và đặc điểm BN

Đặc điểm		n	%	PCS-12 (X̄±SD)	p	MCS-12 (X̄±SD)	p
Giới	Nam	39	65.0	36,1± 7,5	0,407	43,9 ± 14,0	0,876
	Nữ	21	35.0	34,3 ± 10,0		43,0 ± 6,6	
Tuổi	< 30	8	13.3	36,7±9,6	0,717	44,1±10,3	0,256
	30 – 65	44	73.4	35,7±8,7		44,7±12,8	
	> 65	8	13.3	33,3±5,8		37,1±4,5	
Nơi sống	Thành thị	21	35,0	37,1 ± 8,6	0,297	43,0 ± 12,7	0,860
	Nông thôn	39	65,0	34,6 ± 8,3		43,9 ± 11,6	
Nghề nghiệp	LĐ chân tay (CN + ND)	7	11,7	34,2±8,0	0,673	43,7±14,0	0,978
	Khác	53	88,3	35,7±8,5		43,6±11,8	
BMI	≥ 18.5	44	73,3	34,7 ± 6,9	0,692	41,5 ± 9,2	0,466
	< 18.5	16	26,7	35,8 ± 9,0		44,4 ± 12,7	
Thời gian bị bệnh	< 1 năm	17	28,3	35,5±9,9	0.996	43.9±8.6	0.086
	1 – 3 năm	17	28,3	35.3±7.3		38.5±12.5	
	> 3 năm	26	43,4	35.6±8.4		46.7±12.6	
Phân loại Montreal	E1	4	6.7	36.0±2.3	0.708	49.0±14.3	0.579
	E2	17	28.3	36.9±7.2		44.4±11.0	
	E3	39	65.0	34.8±9.3		42.7±12.2	

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa điểm sức khoẻ thể chất và điểm sức khoẻ tinh thần với đặc điểm giới, nhóm tuổi, nơi sống, nghề nghiệp, BMI, thời gian bị bệnh và mức độ lan rộng tổn thương theo phân loại Montreal.

Bảng 4: Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và phân loại mức độ hoạt động của bệnh theo Hội tiêu hóa Hoa Kì (ACG)

Mức độ hoạt động của bệnh	n	Điểm PCS – 12 (X̄±SD)	Điểm MCS – 12 (X̄±SD)
Lui bệnh	7	40,1 ± 10,0	49,0 ± 12,6
Bệnh nhẹ	27	33,9 ± 7,6	44,0 ± 13,3
Bệnh nặng	23	33,6 ± 7,8	41,7 ± 10,5
Tối cấp	3	26,0 ± 10,2	42,2 ± 3,3
P		0,046	0,145

Nhận xét: Có sự giảm điểm sức khoẻ thể chất theo tình trạng nặng của hoạt động bệnh có ý nghĩa thống kê với p = 0,046. Có xu hướng giảm điểm sức khoẻ tinh thần theo tình trạng nặng của hoạt động bệnh, tuy nhiên chưa đạt mức có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Khái niệm chất lượng cuộc sống gần đây mới được quan tâm và sử dụng để đánh giá việc chăm sóc sức khỏe. Theo tổ chức y tế thế giới, "Chất lượng cuộc sống là sự nhận thức của một cá nhân về tình trạng hiện tại của người đó, theo những chuẩn mực về văn hoá và sự thẩm định giá trị của xã hội mà người đó đang sống. Những nhận thức này gắn liền với mục tiêu, kỳ vọng và những mối quan tâm lo lắng của người đó" [2]. Diễn giải trong lĩnh vực sức khỏe, người ta thường đánh giá giới hạn ở các khía cạnh thể chất, tinh thần và xã hội để đo lường mức độ ảnh hưởng của bệnh tật lên cuộc sống của BN. Các bác sỹ lâm sàng thường đánh giá mức độ ảnh hưởng của bệnh tật dựa trên các dấu hiệu khách quan được nhận định từ phía y tế, còn BN lại có những đánh giá riêng về bệnh tật theo thế giới quan của mình. Các thang điểm khảo sát chất lượng cuộc sống dựa trên những nhận định của BN sẽ giúp bác sỹ tìm hiểu được mức độ ảnh hưởng xấu của bệnh tật lên hoạt động hàng ngày của người bệnh. Tuy nhiên, cuộc sống có nhiều khía cạnh nên các thang điểm này cần được xây dựng để đánh giá nhiều vấn đề ở các mức độ khác nhau, sau đó tổng hợp kết quả để phản ảnh tổng thể chất lượng cuộc sống.

Viêm loét đại tràng chảy máu là bệnh mạn tính, hiện không có điều trị khỏi bệnh mà chỉ kiểm soát được tình trạng bệnh, do đó nếu triệu chứng bệnh kéo dài và không kiểm soát tốt sẽ dẫn đến các khiếm khuyết về chức năng, ngày càng tăng về gánh nặng bệnh tật dẫn đến BN không còn có cuộc sống bình thường cả về thể chất lẫn tinh thần. Mục tiêu kiểm soát bệnh VLDTTCM trong chiến lược tổng thể chung theo đồng thuận STRIDE II (Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease) đã khuyến cáo mục tiêu điều trị cao nhất là đưa BN trở về cuộc sống bình thường và vì thế, chất lượng sống là một mục tiêu quan trọng[3].

Tại Việt Nam, việc quản lý nhóm BN mắc VLDTTCM cũng còn khó khăn, trong đó chúng ta phần nhiều quan tâm đến việc kiểm soát triệu chứng lâm sàng cũng như nội soi cho BN mà vẫn chưa đánh giá được ảnh hưởng của các triệu chứng lên cuộc sống hàng ngày của BN. Chính vị vậy, mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá chất lượng cuộc sống ở BN VLDTTCM và tìm hiểu một số yếu tố có thể liên quan đến chất lượng cuộc sống của BN.

Trên thế giới, hiện có 2 nhóm thang điểm để đánh giá chất lượng cuộc sống ở BN VLDTTCM, đó là các thang điểm đặc hiệu thiết kế riêng cho bệnh IBD hoặc các thang điểm đánh giá chung áp dụng cho nhiều bệnh lý khác nhau. Các thang điểm đặc hiệu cho IBD như IBDQ-32, SIBDQ, IBDQ-36, IBDQ-9, CUCQ-8… giúp đánh giá ảnh hưởng của các triệu chứng lên bệnh và so sánh hiệu quả điều trị, trong khi các thang điểm chung như SF-12, SF-36, EQ-5D… cho phép so sánh giữa các nhóm bệnh lý khác nhau cũng như các nhóm dân cư khác nhau[4].

Thang điểm SF-12 là thang điểm rút gọn của bộ câu hỏi SF-36. Thang điểm SF-36 được thiết kế đầu tiên ở Mỹ và sử dụng trong nghiên cứu kết quả y tế (Medical Outcomes Study – MOS), gồm 36 câu hỏi khảo sát, kết quả được thể hiện bởi 2 cấu thành là điểm thể chất và điểm tinh thần[4]. Tuy nhiên, thực tế tại Việt Nam, sử dụng bộ 36 câu hỏi để phỏng vấn sẽ gặp nhiều khó khăn về thời gian, nhân lực để hoàn thành. Chính vì vậy, chúng tôi sử dụng thang điểm rút gọn SF-12 để khảo sát BN. Thang điểm SF-12 này đánh giá chất lượng cuộc sống BN theo 8 khía cạnh được xếp vào 2 nhóm: sức khỏe thể chất gồm khía cạnh sức khỏe chung, hoạt động thể chất, hạn chế hoạt động thể chất và cảm giác đau. Sức khỏe tinh thần gồm khía cạnh hạn chế do vấn đề cảm súc, sức sống, sức khỏe tinh thần và sức khỏe xã hội. Sức khỏe thể chất cho biết ảnh hưởng của bệnh tật lên chức năng của cơ thể và các mức độ tàn tật. Sứ khỏe tinh thần cho biết các suy nghĩ hoặc hành vi của BN tích cực hay tiêu cực, vị trí xã hội. Với khái niệm tổng quát trừu tượng như vậy, việc đánh giá chất

lượng cuộc sống sức khỏe bằng thang điểm này giúp cung cấp cái nhìn tổng quan về cuộc sống của BN.

Nghiên cứu của chung tôi thấy điểm chất lượng cuộng sống chung của BN VLDTTCM là 48,9 ± 22,2, thấp hơn ngưỡng cut-off 50 điểm theo khuyến cáo của Christiansen và CS cho thấy mức độ hài lòng của BN về cuộc sống thấp hơn mức trung bình. Nguyễn Thị Thu Hiền và CS có sử dụng thang điểm IBDQ-32 để khảo sát chất lượng cuộc sống của BN VLDTTCM ở Việt Nam cho thấy điểm trung bình của BN là 120,63 ± 24,52 điểm, nằm ở mức trung bình của phổ điểm từ tồi nhất là 32 điểm cho đến tốt nhất là 224 điểm[5]. Một nghiên cứu công bố năm 2021 cho thấy các BN VLDTTCM Hàn Quốc có điểm trung bình sức khoẻ thể chất là 45,6 ± 8,1 điểm và điểm trung bình sức khoẻ tinh thần là 41,4 ± 11,6 điểm[6]. Đối chiếu với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, 2 giá trị điểm này tương ứng là 35,5 ± 8,4 điểm và 43,6 ± 11,9 điểm, cho thấy mức độ ảnh hưởng bệnh lên sức khoẻ thể chất của BN Việt Nam nhiều hơn.

Nghiên cứu chúng tôi thấy thay đổi chất lượng cuộc sống không có liên quan với các yếu tố như giới, tuổi, nơi sống, nghề nghiệp, chỉ số khối cơ thể, thời gian bị bệnh cũng như mức độ rộng của tổn thương theo phân loại Montreal (bảng 3). Về mức độ hoạt động của bệnh, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy có sự giảm chất lượng cuộc sống thể chất theo mức độ nặng của đợt cấp bệnh, nghĩa là mức độ bệnh càng nặng thì điểm thể chất của thang điểm SF-12 càng giảm, có ý nghĩa thống kê với p = 0,046 (bảng 4). Xu hướng giảm có thể thấy ở cả điểm tinh thần, tuy nhiên sự thay đổi chưa đạt mức có ý nghĩa thống kê (bảng 4). Một nghiên cứu khác trên thế giới, ở 1326 BN VLDTTCM mứ độ trung bình đến nặng cho thấy suy giảm chất lượng sống nhất ở nhóm bệnh đang tiến triển, so với nhóm lui bệnh và lui bệnh sâu một cách có ý nghĩa thống kê (p<0.05)[7]. Nghiên cứu của Almadani và CS cho thấy các sinh viên mắc IBD có điểm thể chất SF-12 thấp hơn so với nhóm sinh viên khoẻ mạnh (48,48 & 57,12, p=0,0009), kết quả tương tự đối với điểm tinh thần (40,7 & 48,3; p<0.0001)[8]. Tác giả lưu ý ảnh hưởng của bệnh khiến các sinh viên phải thay đổi và điều chỉnh thái độ với công việc học tập của mình, điều này trực tiếp ảnh hưởng đến cuộc sống của họ.

Nghiêu cứu chúng tôi cũng có một số nhược điểm, đó là mới chỉ đánh giá chất lượng sống của BN tại 1 thời điểm trước điều trị và cỡ mẫu chưa đủ lớn. Chúng tôi nghĩ cần có thêm nghiên cứu với số lượng lớn, đặc biệt là theo dõi chất lượng sống của BN tại nhiều thời điểm để đánh giá được ảnh hưởng của tiến triển bệnh cũng như điều trị lên chất lượng sống của BN.

V. KẾT LUẬN

VLDTTCM là bệnh lý mạn tính ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống BN, bao gồm cả sức khoẻ thể chất và sức khoẻ tinh thần. Trong đó, mức độ ảnh hưởng của sức khoẻ thể chất tỷ lệ với mức độ hoạt động bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Christiansen LK, Lo B, Bendtsen F, Vind I, Vester-Andersen MK, Burisch J.** Health-related quality of life in inflammatory bowel disease in a Danish population-based inception cohort. United European Gastroenterol J. Aug 2019;7(7):942-954. doi:10.1177/2050640619852532
2. **Mitropoulou MA, Fradelos EC, Lee KY, et al.** Quality of Life in Patients With Inflammatory Bowel Disease: Importance of Psychological Symptoms. Cureus. Aug 2022;14(8):e28502. doi:10.7759/cureus.28502
3. **Turner D, Ricciuto A, Lewis A, et al.** STRIDE-II: An Update on the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) Initiative of the International Organization for the Study of IBD (IOIBD): Determining Therapeutic Goals for Treat-to-Target strategies in IBD. Gastroenterology. Apr 2021;160(5):1570-1583. doi:10.1053/j.gastro.2020.12.031
4. **Calvino-Suarez C, Ferreiro-Iglesias R, Baston-Rey I, Barreiro-de Acosta M.** Role of Quality of Life as Endpoint for Inflammatory Bowel Disease Treatment. Int J Environ Res Public Health. Jul 4 2021;18(13)doi:10.3390/ijerph18137159
5. **Nguyễn Thị Thu Hiền.** Đánh giá chất lượng cuộc sống của BN Viêm loét đại trực tràng chảy máu trước và sau điều trị nội trú Luận văn Bác sỹ chuyên khoa cấp II 2020;Đại học Y Hà Nội
6. **Jo IH, Lee KM, Kim DB, et al.** Quality of Life in Newly Diagnosed Moderate-to-Severe Ulcerative Colitis: Changes in the MOSAIK Cohort Over 1 Year. Gut Liver. May 15 2022;16(3):384-395. doi:10.5009/gnl210141
7. **Armuzzi A, Tarallo M, Lucas J, et al.** The association between disease activity and patient-reported outcomes in patients with moderate-to-severe ulcerative colitis in the United States and Europe. BMC Gastroenterol. Jan 21 2020;20(1):18. doi:10.1186/s12876-020-1164-0
8. **Almadani SB, Adler J, Browning J, et al.** Effects of inflammatory bowel disease on students' adjustment to college. Clin Gastroenterol Hepatol. Dec 2014;12(12): 2055-62 e1. doi:10.1016/ j.cgh.2014.03.032