CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG THEO THANG ĐIỂM EQ 5D 5L CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÝP 2 CÓ TỔN THƯƠNG ĐA DÂY THẦN KINH MỨC ĐỘ NẶNG

Vương Tiến Nam[1], Nguyễn Trọng Hưng[1], Nguyễn Đăng Vững[1,2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổn thương thần kinh ngoại vi do đái tháo đường là một biến chứng thường gặp, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh. Trong đó bệnh đa dây thần kinh là nhóm tổn thương hay gặp nhất. **Mục tiêu:** Phân tích chất lượng cuộc sống bằng thang điểm EQ 5D 5L và một số yếu tố liên quan của người bệnh đái tháo đường týp 2 có tổn thương đa dây thần kinh mức độ nặng. **Đối tượng nghiên cứu:** 82 người bệnh được đái tháo đường týp 2 có biến chứng đa dây thần kinh mức độ nặng, điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 2/2022 đến tháng 8/2023. **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tổn thương đa dây thần kinh ở người bệnh đái tháo đường ảnh hưởng đến mọi khía cạnh của chất lượng cuộc sống, đa phần người bệnh bị ảnh hưởng ở mức độ trung bình và nhiều. Điểm CLCS trung bình thang điểm EQ 5D 5L là 0,42 ± 0,15, theo thang điểm EQ VAS là 38,54 ± 9,72, thấp hơn nhiều so với CLCS của người bệnh ĐTĐ nói chung. Người bệnh tuổi cao, trình độ học vấn thấp, có rối loạn lipid máu đi kèm có CLCS kém hơn. Người bệnh có càng nhiều triệu chứng lâm sàng CLCS càng giảm. Người bệnh có càng nhiều tổn thương trên điện sinh lý CLCS càng giảm. **Kết luận:** CLCS của người bệnh ĐTĐ týp 2 có tổn thương đa dây thần kinh mức độ nặng theo thang điểm EQ 5D 5L thấp hơn nhiều so với CLCS của người bệnh ĐTĐ nói chung. Các yếu tố làm giảm CLCS được ghi nhận trong nghiên cứu này bao gồm: tuổi cao, trình độ học vấn thấp, rối loạn lipid máu, nhiều triệu chứng lâm sàng và nhiều tổn thương trên điện sinh lý. ***Từ khóa:*** EQ 5D 5L, đái tháo đường, bệnh đa dây thần kinh.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE ACCORDING TO EQ 5D 5L SCALE OF PEOPLE WITH TYPE 2 DIABETES WITH SEVERE PERIPHERAL POLYNEUROPATHY

Background: Peripheral nerve damage due to diabetes is a common complication, severely affecting the patient's quality of life. Among them, polyneuropathy is the most common group of lesions. **Objective:** To analyze the quality of life using the EQ 5D 5L scale and some related factors of type 2 diabetes patients with severe polyneuropathy. **Study subjects:** 82 patients with type 2 diabetes with severe polyneuropathy, inpatient treatment at Bach Mai Hospital from February 2022 to August 2023. **Research method:** cross-sectional description. **Results:** Polyneuropathy in people with diabetes affects all aspects of quality of life, most patients are affected to a moderate or severe degree. The average QoL score on the EQ 5D 5L scale is 0.42 ± 0.15, according to the EQ VAS scale it is 38.54 ± 9.72, much lower than the QoL of people with diabetes in general. Patients with older age, low education level, and associated lipid disorders have poorer quality of life. The more clinical symptoms a patient has, the lower their QoL is. The more lesions a patient has on electrophysiology, the lower their QoL. **Conclusion:** The QoL of patients with type 2 diabetes with severe polyneuropathy according to the EQ 5D 5L scale is much lower than the QoL of people with diabetes in general. Factors that reduce QoL recorded in this study include: advanced age, low education level, dyslipidemia, many clinical symptoms and many electromyography lesions. ***Keywords:*** EQ 5D 5L, diabetes, peripheral polyneuropathy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong 4 nhóm bệnh không lây nhiễm chủ yếu, là một vấn đề sức khỏe toàn cầu. Bệnh tiến triển không chỉ làm gia tăng chi phí điều trị và nguy cơ tử vong mà còn làm giảm chất lượng cuộc sống (CLCS). Bệnh nếu không được kiểm soát tốt có thể dẫn đến biến chứng của nhiều cơ quan, trong đó có biến chứng thần kinh ngoại vi là phổ biến nhất.[1]

ADA định nghĩa tổn thương thần kinh ngoại vi do ĐTĐ là sự có mặt của các triệu chứng và hoặc các dấu hiệu của tổn thương thần kinh ngoại vi sau khi đã loại trừ các nguyên nhân khác.[1]

Đồng thuận Toronto định nghĩa tổn thương đa dây thần kinh do ĐTĐ là bệnh đa dây thần kinh vận động - cảm giác đối xứng, phụ thuộc chiều dài nguyên nhân do rối loạn chuyển hóa và thay đổi vi mạch là hậu quả của việc tiếp xúc mạn tính với tăng đường huyết và yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm.[2]

Biến chứng đa dây thần kinh do đái tháo đường ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Những nghiên cứu đánh giá CLCS là cơ sở để từ đó xây dựng các giải pháp nhằm nâng cao CLCS cho người bệnh ĐTĐ, để góp phần nâng cao chất lượng điều trị cho người bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng*
Chịu trách nhiệm chính: Vương Tiến Nam
Email: namvuongdr@gmail.com
Ngày nhận bài: 4.01.2024
Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024
Ngày duyệt bài: 6.3.2024

mục tiêu: Phân tích chất lượng cuộc sống bằng thang điểm EQ 5D 5L và một số yếu tố liên quan của người bệnh đái tháo đường týp 2 có tổn thương đa dây thần kinh mức độ nặng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 82 người bệnh được đái tháo đường týp 2 có biến chứng đa dây thần kinh mức độ nặng, điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 2/2022 đến tháng 8/2023, đáp ứng các tiêu chuẩn:

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: chẩn đoán người bệnh đái tháo đường týp 2 có tổn thương đa dây thần kinh mức độ nặng.

*Chẩn đoán người bệnh đái tháo đường theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (America Diabetes Association – ADA) năm 2019

*Chẩn đoán ĐTĐ týp 2 theo một số tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới và vận dụng phù hợp với điều kiện Việt Nam

*Chẩn đoán người bệnh ĐTĐ có tổn thương đa dây thần kinh mức độ nặng theo bộ công cụ Michigan.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh không phải ĐTĐ týp 2; người bệnh không có các nguyên nhân khác gây bệnh thần kinh ngoại vi; người bệnh từ chối tham gia nghiên cứu

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bv Bạch Mai.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 2/2022 đến tháng 10/2023.

2.3. Phương pháp nghiên cứu.

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: 82 người bệnh; Chọn mẫu: thuận tiện

2.4. Biến số nghiên cứu

* Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, trình độ học vấn, hút thuốc lá, uống rượu, hoạt động thể lực, BMI.

*Đặc điểm bệnh lý: tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, thời gian chẩn đoán ĐTĐ, HbA1C, sử dụng Insulin.

*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: triệu chứng thần kinh, kết quả đo dẫn truyền điện sinh lý.

*Chất lượng cuộc sống: Bộ câu hỏi EQ 5D 5L gồm 5 câu hỏi tương ứng với 5 khía cạnh CLCS và sử dụng thang điểm đo lường CLCS dành cho người Việt Nam để quy đổi các hệ số của từng khía cạnh sang giá trị CLCS. Thang đo trực quan EQ VAS (Visual analogue scale) đánh giá tình trạng sức khỏe của người bệnh với thang điểm từ 0 (xấu nhất) đến 100 (tốt nhất).[3]

2.5. Xử lý và phân tích số liệu nghiên cứu. Số liệu nghiên cứu được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và được phân tích bằng phần mềm thống kê y học.

2.6. Nghiên cứu tuân thủ các vấn đề về đạo đức trong nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung và đặc điểm bệnh lý của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	53	64,6
	Nữ	29	35,4
Tuổi	40-60	23	28,1
	>60	59	71,9
	Trung bình (năm) ± SD	65,43 ± 9.10	
Trình độ học vấn	THPT trở lên	31	37,8
	Dưới THPT	51	62,2
Hút thuốc lá	Có	39	47,6
	Không	43	52,4
Uống rượu	Có	31	37,8
	Không	51	62,2
Hoạt động thể lực	Tốt	47	57,3
	Kém	35	42,7
BMI	Gầy	9	11,0
	Trung bình	36	43,9
	Thừa cân, béo phì	37	45,1
	Trung bình (kg/m^2) ± SD	22,43 ± 3,22	
THA	Có	53	64,6
	Không	29	35,4
Rối loạn lipid máu	Có	62	75,6
	Không	20	24,4
Thời gian chẩn đoán ĐTĐ (năm)	Mới chẩn đoán	8	9,8
	<5	21	25,6
	5-10	41	50,0
	>10	12	14,6
Điều trị	Insulin	25	30,5
	Khác	57	69,5
HbA1C	< 7%	26	31,7
	≥ 7%	56	68,3
	Trung bình (%) ± SD	8,34 ± 2,26	

Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nam giới chiếm tỷ lệ 64,6%. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 65,43 ± 9.10, thấp nhất là 47 tuổi, cao nhất là 88 tuổi, trong đó đa số là người bệnh trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ 71,9%. Phần lớn bệnh nhân có trình độ học vấn dưới THPT, chiếm tỷ lệ 62,2%.

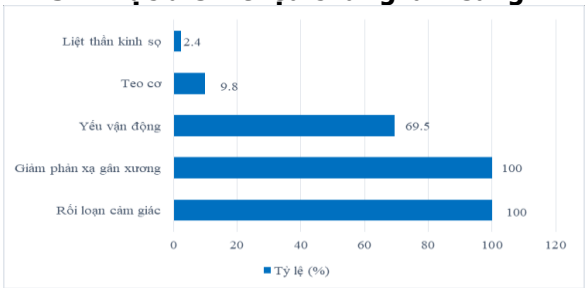
Về thói quen sinh hoạt, người bệnh không

hút thuốc, không uống rượu, hoạt động thể lực tốt chiếm tỷ lệ cao hơn, lần lượt là 52,4%, 62,2% và 57,3%.

Đa số người bệnh có BMI trung bình và béo phì chiếm tỷ lệ lần lượt là 43,9% và 45,1%. Người bệnh có tăng huyết áp kèm theo chiếm tỷ lệ 64,6%. Người bệnh có rối loạn lipid máu kèm theo chiếm tỷ lệ 75,6%.

Đa phần người bệnh có thời gian mắc ĐTĐ từ 5 năm trở lên, chiếm tỷ lệ 64,6%. Trong tổng số 82 người bệnh tham gia nghiên cứu, có 8 người bệnh tiền sử chưa từng được chẩn đoán ĐTĐ, chiếm 9,8%. Có 30,5% người bệnh đang kiểm soát đường máu bằng Insulin. Giá trị trung bình HbA1C là 8,34 ± 2,26% và tỷ lệ người bệnh có chỉ số HbA1C ≥ 7% là 68,3%.

3.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng

Trong nhóm các triệu chứng lâm sàng, rối loạn cảm giác và rối loạn phản xạ gân xương là triệu chứng gặp ở tất cả người bệnh.

Trong các hình thái rối loạn cảm giác chủ quan, tê bì là triệu chứng hay gặp nhất, chiếm 69,5%. Các triệu chứng đều phân bố đều 2 bên, ưu thế ngọn chi theo kiểu "mang găng mang vớ".

Trong nhóm rối loạn cảm giác khách quan, rối loạn cảm giác xúc giác chiếm tỷ lệ cao nhất (93,9%). Sau đó là rối loạn cảm giác rung (84,2%).

Trong nhóm rối loạn phản xạ gân xương, giảm/ mất phản xạ gân gót chiếm tỷ lệ cao nhất 97,6%. Trong đó, tất cả người bệnh đều giảm/ mất phản xạ hai bên.

Tỷ lệ người bệnh có yếu vận động là 69,5%, các trường hợp có cơ lực từ bậc 2-4/5. Thường yếu các cơ ở chi dưới, giai đoạn nặng của bệnh đa dây thần kinh có yếu cơ tứ chi.

Tỷ lệ người bệnh có teo cơ là 9,8%, cũng có tính chất đối xứng 2 bên.

Chỉ có 2 trong 82 trường hợp người bệnh có tổn thương đa dây thần kinh có liệt thần kinh sọ, chiếm 2,4%, cả 2 trường hợp này đều là liệt dây thần kinh VII ngoại biên 1 bên. Không thấy tổn thương các dây thần kinh sọ khác kèm theo.

Bảng 2. Tỷ lệ triệu chứng tổn thương thần kinh trên lâm sàng theo mức độ

Triệu chứng lâm sàng	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Nhóm 1 triệu chứng	0	0
Nhóm 2 triệu chứng	20	24,4
Nhóm 3 triệu chứng	55	67,1
Nhóm 4 triệu chứng	7	8,5
Nhóm 5 triệu chứng	0	0

Tất cả người bệnh có tổn thương đa dây thần kinh mức độ nặng trong nhóm nghiên cứu có từ 2/5 nhóm triệu chứng trở lên (rối loạn cảm giác, yếu vận động, rối loạn phản xạ gân xương, teo cơ, liệt thần kinh sọ). Trong đó đa phần là người bệnh có 3 nhóm triệu chứng, chiếm 67,1%.

3.3. Đặc điểm điện sinh lý

Bảng 3. Tỷ lệ số nhóm dây thần kinh của bệnh nhân bị tổn thương trên điện sinh lý

Tổn thương điện sinh lý	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tổn thương 2 dây thần kinh	8	9,2
Tổn thương 3 dây thần kinh	13	15,8
Tổn thương 4 dây thần kinh	61	74,4

Tất cả người bệnh trong nhóm nghiên cứu đều có tổn thương trên điện sinh lý ở các mức độ khác nhau.

Tỷ lệ nhóm người bệnh bị tổn thương cả 4 nhóm dây thần kinh (giữa, trụ, chày, mác) chiếm tỷ lệ cao nhất (74,4%). Sau đó là nhóm người bệnh bị tổn thương 3 nhóm dây thần kinh (15,8%) và thấp nhất là tổn thương 2 nhóm dây thần kinh (9,2%).

3.4. Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan

Bảng 4. Các lĩnh vực CLCS theo thang điểm EQ 5D

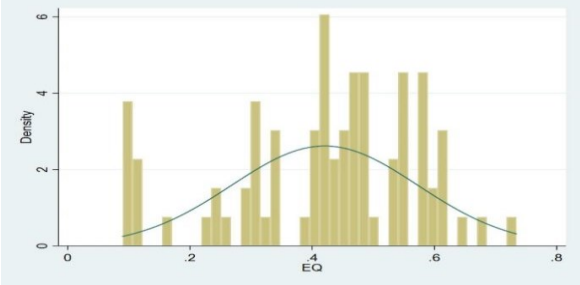
Đặc điểm			Sự đi lại	Tự chăm sóc	Sinh hoạt thường lệ	Đau/khó chịu	Lo lắng/u sầu
Không có vấn đề	Mức độ 1	Số lượng	5	9	0	1	0
		Tỷ lệ (%)	6,1	11,0	0	1,2	0
Có vấn đề	Mức độ 2	Số lượng	26	42	13	15	17
		Tỷ lệ (%)	31,7	51,2	15,9	18,3	20,7
	Mức độ 3	Số lượng	38	29	35	35	42
		Tỷ lệ (%)	46,4	35,4	42,7	42,7	51,2
	Mức	Số lượng	12	2	30	25	21

	độ 4	Tỷ lệ (%)	14,6	2.4	36,6	30,5	25,6
	Mức độ 5	Số lượng	1	0	4	6	2
		Tỷ lệ (%)	1,2	0	4,8	7,3	2,5
	Tổng (%)		93,9	89,0	100	98,8	100

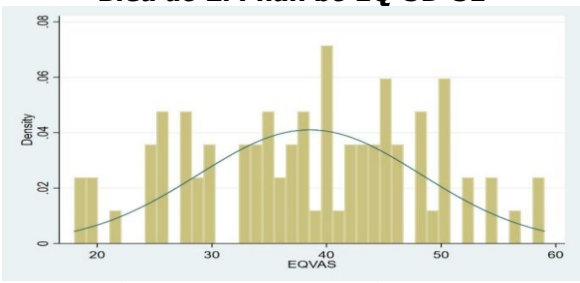
Đái tháo đường có biến chứng đa dây thần kinh mức độ nặng ảnh hưởng đến mọi khía cạnh của chất lượng cuộc sống, đa phần người bệnh bị ảnh hưởng ở mức độ 3 (trung bình) và mức độ 4 (nặng).

Bảng 5. Thông số biểu thị phân bố dữ liệu của điểm CLCS

Thông số	Thang điểm EQ-5D-5L	Thang điểm EQ-VAS
Trung bình ± SD	0,42 ± 0,15	38,54 ± 9,72
Trung vị (IQR)	0,44 (0,22)	39,5 (15)
Skewness	-0,61	0,12



Biểu đồ 2. Phân bố EQ-5D-5L



Biểu đồ 3. Phân bố điểm EQ-VAS

Dựa vào biểu đồ và các thông số ở bảng, cho thấy dữ liệu điểm EQ-5D-5L và EQ-VAS tuân theo quy luật phân phối chuẩn. Điểm CLCS trung bình của nhóm nghiên cứu theo thang điểm EQ 5D 5L là 0,42 ± 0,15, theo thang điểm EQ VAS là 38,54 ± 9,72.

Bảng 6. Liên quan CLCS theo thang điểm EQ 5D 5L với đặc điểm chung

Đặc điểm		Trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị p
Nhóm tuổi	<60	0,44	0,14	0,04
	≥ 60	0,36	0,17	
Giới	Nam	0,41	0,16	0,78
	Nữ	0,43	0,15	
Trình độ học vấn	Dưới THPT	0,39	0,15	0,03
	THPT trở lên	0,47	0,15	
Thời gian	Mới chẩn đoán	0,35	0,19	0.59
phát hiện bệnh (năm)	≤ 5	0,40	0,17	
	5 – ≤10	0,44	0,13	
	> 10	0,43	0,15	
Mức HbA1c	< 7%	0,40	0,16	0,32
	≥ 7%	0,43	0,15	
Điều trị ĐTĐ	Insulin	0,38	0,15	0,07
	Không phải insulin	0,44	0,15	
Uống rượu	Có	0,43	0,13	0,42
	Không	0,41	0,17	
Hút thuốc lá	Có	0,40	0,17	0,56
	Không	0,44	0,13	
Hoạt động thể lực	Có	0,41	0,16	0,26
	Không	0,44	0,15	
BMI	Gầy	0,34	0,16	0,32
	Trung bình	0,42	0,16	
	Thừa cân, béo phì	0,46	0,10	
Tăng huyết áp	Có	0,43	0,14	0,43
	Không	0,39	0,17	
Rối loạn Lipid máu	Có	0,40	0,16	0,02
	Không	0,49	0,11	

Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Giá trị CLCS (thang điểm EQ 5D EL) khác biệt có ý nghĩa thống kê (với p<0,05) giữa các nhóm người bệnh được phân loại theo tuổi và trình độ học vấn, nhóm dưới 60 tuổi có CLCS tốt hơn nhóm từ 60 tuổi trở lên (0,44 so với 0,36), nhóm có trình độ học vấn cao có CLCS tốt hơn nhóm có trình độ học vấn thấp (0,47 so với 0,39). Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0,05) về giá trị CLCS của 2 giới nam và nữ.

Về tiền sử chẩn đoán và điều trị đái tháo đường: Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0,05) về giá trị CLCS của các nhóm người bệnh được phân loại theo thời gian phát hiện bệnh, mức HbA1C và điều trị Insulin.

Về đặc điểm thói quen sinh hoạt: Giá trị CLCS không có sự khác biệt giữa các nhóm người bệnh có hay không uống rượu, có hay không hút thuốc lá, có hay không hoạt động thể lực.

Về BMI và các bệnh lý mắc kèm: CLCS khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm có và không có rối loạn lipid máu, cụ thể, nhóm rối loạn lipid máu có CLCS kém hơn nhóm không có rối loạn lipid máu (0,40 so với 0,49). Ngoài ra CLCS không có sự khác biệt giữa các nhóm được phân loại theo BMI và tăng huyết áp.

Bảng 7. Liên quan CLCS theo thang

điểm EQ 5D 5L với đặc điểm các triệu chứng lâm sàng

Nhóm	EQ 5D 5L trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị p
Nhóm 2 triệu chứng lâm sàng	0,48	0,11	0,04
Nhóm 3 triệu chứng lâm sàng	0,41	0,16	
Nhóm 4 triệu chứng lâm sàng	0,36	0,15	

Giá trị CLCS (thang điểm EQ 5D 5L) khác biệt có ý nghĩa thống kê (với p<0,05) giữa các nhóm người bệnh khác nhau, nhóm có càng nhiều triệu chứng lâm sàng thì CLCS càng thấp.

Bảng 8. Liên quan giữa số nhóm dây thần kinh bị tổn thương và thang điểm EQ 5D 5L

Nhóm	EQ 5D 5L trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị p
Tổn thương 2 dây thần kinh	0,51	0,13	0,008
Tổn thương 3 dây thần kinh	0,50	0,09	
Tổn thương 4 dây thần kinh	0,39	0,16	

Giá trị CLCS (thang điểm EQ 5D 5L) khác biệt có ý nghĩa thống kê (với p<0,05) giữa các nhóm người bệnh khác nhau, nhóm có càng nhiều tổn thương dây thần kinh trên điện sinh lý, CLCS càng thấp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ có tổn thương đa dây thần kinh mức độ nặng. Đánh giá CLCS là một chỉ tiêu quan trọng để đo lường tác động của các bệnh mạn tính lên người bệnh bên cạnh các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị. Ngoài ra, các kết quả đánh giá CLCS sẽ cung cấp dữ liệu góp phần đưa ra giải pháp nâng cao CLCS cho người bệnh.

Đánh giá các khía cạnh CLCS theo bộ công cụ EQ 5D 5L cho thấy biến chứng đa dây thần kinh ở người bệnh ĐTĐ, đặc biệt ở mức độ nặng ảnh hưởng đến mọi khía cạnh của CLCS.

- Tỷ lệ người bệnh không gặp vấn đề (mức độ 1) về 1 trong những lĩnh vực này chiếm tỷ lệ rất thấp, cụ thể: sự đi lại (6,1%), tự chăm sóc (11,0%), sinh hoạt thường lệ (0%), đau/ khó chịu (1,2%), lo lắng/ u sầu (0%). Kết quả có sự khác biệt với nghiên cứu của Võ Đức Trí (2019), nghiên cứu trên người bệnh ĐTĐ nói chung tại bệnh viện Đại học Y Dược Huế, người bệnh không gặp vấn đề (mức độ 1) về 1 trong các lĩnh vực của CLCS chiếm tỷ lệ cao hơn.[4]

- Trên mỗi lĩnh vực CLCS, đa phần người bệnh bị ảnh hưởng ở mức độ 3 và mức độ 4. Trong nghiên cứu của Võ Đức Trí, đa phần người bệnh bị ảnh hưởng ở mức độ 2 và mức độ 3.[4]

- Điểm CLCS theo thang điểm EQ 5D 5L ở nghiên cứu của chúng tôi có trung bình là 0,42 ± 0,15, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Võ Đức Trí là 0,82 ± 0,18. Điểm CLCS theo thang điểm EQ VAS ở nghiên cứu của chúng tôi có trung bình là 38,54 ± 9,72, thấp hơn so với kết quả của Võ Đức Trí là 64,07 ± 16,99.[4] Kết quả này cho thấy so với những người bệnh ĐTĐ không có biến chứng đa dây thần kinh, người bệnh có tổn thương đa dây thần kinh mức độ nặng có CLCS kém hơn rất nhiều.

- Sự chênh lệch giá trị điểm CLCS giữa các nghiên cứu có thể do nhiều yếu tố như đặc điểm mẫu nghiên cứu, điều kiện kinh tế, xã hội,... Ngoài ra việc lựa chọn thang điểm quy đổi giá trị CLCS từ giá trị đo lường mức độ của mỗi khía cạnh theo EQ 5D 5L cũng có thể là nhân tố gây nên sự khác biệt về kết quả nghiên cứu. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng thang điểm quy đổi giá trị CLCS dành riêng cho người Việt Nam, dựa theo nghiên cứu của Trung tâm Nghiên cứu khoa học sức khỏe – Trường Đại học Y tế Công cộng, được phê chuẩn và công bố chính thức vào tháng 3/2020. Chúng tôi tham khảo nghiên cứu của tác giả Võ Đức Trí sử dụng thang điểm quy đổi tương tự, để có thể đưa ra kết luận phù hợp nhất. Nhìn chung, CLCS ở nhóm người bệnh ĐTĐ có biến chứng đa dây thần kinh thấp hơn nhiều so với người bệnh ĐTĐ nói chung, không chỉ ảnh hưởng đến điểm số chung của CLCS mà trên từng lĩnh vực cũng có những ảnh hưởng đặc thù riêng.

4.2. Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến CLCS. Việc phân tích được các yếu tố liên quan đến CLCS đóng vai trò quan trọng trong việc chỉ ra đối tượng người bệnh cần được hỗ trợ để cải thiện CLCS. Dựa vào kết quả nghiên cứu, các yếu tố liên quan đến CLCS của người bệnh ĐTĐ có tổn thương đa dây thần kinh mức độ nặng được xác định có ý nghĩa thống kê bao gồm: tuổi, trình độ học vấn, rối loạn lipid máu, triệu chứng lâm sàng vận động, số nhóm triệu chứng lâm sàng và mức độ tổn thương trên điện sinh lý.

Tuổi: Người bệnh tuổi càng cao thì CLCS càng giảm. Nhóm người bệnh dưới 60 tuổi có giá trị CLCS cao hơn nhóm người bệnh từ 60 tuổi trở lên. Điều này cũng phù hợp với kết luận của một số nghiên cứu khác.[4,5] Có thể lý giải rằng tuổi càng cao thì sức khỏe thể chất lẫn tinh thần của người bệnh cũng đã có sự suy giảm theo sinh lý. Ngoài ra người lớn tuổi có nhiều bệnh lý mắc

kèm, hạn chế khi tự chăm sóc bản thân, hạn chế trong sinh hoạt, dễ mắc lo âu, trầm cảm hơn dẫn tới giảm CLCS.

Trình độ học vấn: Nghiên cứu cho thấy người bệnh có trình độ học vấn càng cao thì CLCS càng cao, kết quả này cũng tương tự các nghiên cứu khác.[4,5] Lý do có thể là trình độ học vấn ảnh hưởng đến nhận thức và thái độ của người bệnh với tình trạng bệnh tật của mình. Người bệnh có trình độ học vấn cao hơn hiểu rõ hơn về bệnh và các biến chứng của bệnh, có thái độ nghiêm túc hơn với điều trị. Một yếu tố nữa là người bệnh có trình độ học vấn cao dễ dàng tiếp cận với các thông tin y tế cũng như các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Rối loạn lipid máu: Người bệnh có rối loạn lipid máu kèm theo có CLCS kém hơn. Lý do có thể là rối loạn lipid máu phần nào làm tăng biến cố mạch máu, tham gia vào cơ chế bệnh sinh của tổn thương đa dây thần kinh do ĐTĐ, khiến cho biến chứng xuất hiện sớm hơn và tiến triển nặng hơn, kết quả cuối cùng dẫn đến làm giảm CLCS.

Triệu chứng lâm sàng: Người bệnh càng có nhiều triệu chứng lâm sàng có CLCS thấp hơn, sự thiếu hụt càng nhiều chức năng thần kinh sẽ càng cản trở người bệnh thực hiện những chức năng sinh hoạt hàng ngày, cũng như tham gia vào các hoạt động kinh tế - văn hóa – xã hội, dẫn tới giảm đáng kể CLCS.

Tổn thương thần kinh trên điện sinh lý: cũng là 1 yếu tố gây giảm CLCS ở người bệnh. Nhóm người bệnh càng có nhiều tổn thương thần kinh trên điện sinh lý, CLCS càng suy giảm.

Giai đoạn nặng của tổn thương thần kinh ngoại vi không chỉ ảnh hưởng đến các sợi nhỏ gây ra triệu chứng dị cảm, đau, khó chịu cho người bệnh mà còn ảnh hưởng đến chức năng của các sợi lớn gây ra nhiều triệu chứng về vận động và cảm giác sâu. Tổn thương thần kinh gây gián đoạn cả sợi hướng tâm và ly lâm, đặc biệt là ở chi dưới, ảnh hưởng đến nhận cảm cảm giác vị trí, tư thế các khớp, điều này khiến người bệnh gặp các vấn đề về duy trì tư thế, thăng bằng. Người bệnh ở giai đoạn nặng thường có thêm triệu chứng yếu cơ, đặc biệt là các cơ gốc chi, teo các cơ nội tại bàn chân, bàn tay khiến người bệnh gặp trở ngại trong vấn đề di chuyển và thực hiện các động tác tinh tế.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị CLCS giữa các nhóm người bệnh được phân loại theo yếu tố như giới tính, thói quen sinh hoạt (hút thuốc lá, uống rượu, hoạt động thể lực), BMI, tăng huyết áp, các chỉ số liên quan đến chẩn đoán và điều trị ĐTĐ như HbA1C, sử dụng Insulin, thời gian mắc bệnh. HbA1C phản ánh tình trạng kiểm soát đường huyết của người bệnh, HbA1C càng cao thì người bệnh kiểm soát đường huyết càng kém và điều này dẫn tới nguy cơ cao xuất hiện các biến chứng như đột quỵ, nhồi máu cơ tim, suy thận, bàn chân ĐTĐ,...[6] Và các nghiên cứu khác đã chỉ ra biến chứng của ĐTĐ làm giảm đáng kể CLCS của người bệnh.[7]

Như vậy, nhìn chung có vẻ các triệu chứng lâm sàng và tổn thương điện sinh lý ảnh hưởng đến CLCS nhiều hơn các yếu tố dịch tễ. Tuy nhiên để khẳng định kết luận này cần thêm các nghiên cứu sâu hơn.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương đa dây thần kinh ở người bệnh đái tháo đường ảnh hưởng đến mọi khía cạnh của chất lượng cuộc sống, đa phần người bệnh bị ảnh hưởng ở mức độ trung bình và nhiều.

Điểm CLCS trung bình thang điểm EQ 5D 5L là 0,42 ± 0,15, theo thang điểm EQ VAS là 38,54 ± 9,72, thấp hơn nhiều so với CLCS của người bệnh ĐTĐ nói chung.

Các yếu tố ảnh hưởng đến CLCS được ghi nhận trong nghiên cứu này bao gồm: tuổi cao, trình độ học vấn thấp, rối loạn lipid máu, triệu chứng lâm sàng và mức độ tổn thương trên điện sinh lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pop-Busui R, Boulton AJM, Feldman EL, et al.** Diabetic Neuropathy: A Position Statement by the American Diabetes Association. Diabetes Care. 2017;40(1):136-154.
2. **Tesfaye S, Boulton AJM, Dyck PJ, et al.** Diabetic Neuropathies: Update on Definitions, Diagnostic Criteria, Estimation of Severity, and Treatments. Diabetes Care. 2010;33(10):2285-2293.
3. **Mai VQ, Sun S, Minh HV, et al.** An EQ-5D-5L Value Set for Vietnam. Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil. 2020;29(7):1923-1933.
4. **Vo Duc T, Nguyen Phuoc Bich N.** Assessment of the health-related quality of life in outpatients with diabetes mellitus at Hue university of medicine and pharmacy hospital. J Med Pharm. Published online December 2019:35-42.
5. **Cao Thị Vân.** Biến chứng thần kinh ngoại vi ở người bệnh cao tuổi đái tháo đường type 2 và mối liên quan đến chất lượng cuộc sống. Luận văn Thạc sỹ Y học. 2016.
6. **Li Y, He Y, Qi L, et al.** Exposure to the Chinese famine in early life and the risk of hyperglycemia and type 2 diabetes in adulthood. Diabetes. 2010;59(10):2400-2406.
7. **Hayes A, Arima H, Woodward M, et al.** Changes in Quality of Life Associated with Complications of Diabetes: Results from the ADVANCE Study. Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res. 2016;19(1):36-41.