

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI BẰNG BỘ CÂU HỎI EQ-5D-5L

Đặng Thùy Linh, Trần Thị Thùy Linh, Nguyễn Thủy Tiên
Đinh Thị Tuyền, Lưu Cảnh Linh, Đỗ Thị Huyền Trang
và Phạm Hoài Thu[✉]

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Loãng xương thường được chẩn đoán muộn khi có gãy xương, làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh. Nghiên cứu mô tả chất lượng cuộc sống của 103 người bệnh loãng xương tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội bằng bộ câu hỏi EQ-5D-5L và một số yếu tố liên quan từ tháng 6 đến tháng 8/2024. Điểm chất lượng cuộc sống trung bình theo thang điểm EQ-5D-5L là $0,659 \pm 0,168$. Phần lớn người bệnh loãng xương bị ảnh hưởng từ nhẹ đến nghiêm trọng ở tất cả các lĩnh vực: đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường lệ, đau/khó chịu, lo lắng/u sầu với tỉ lệ lần lượt là 76,7%; 57,28%; 66,02%; 94,17%; 77,67%. Nguy cơ ảnh hưởng đến đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường lệ của nhóm người bệnh từ 70 tuổi trở lên cao gấp 1,41; 1,79; 1,42 lần nhóm dưới 70 tuổi ($p < 0,05$). Nhóm có bệnh đồng mắc có nguy cơ ảnh hưởng đến khả năng tự chăm sóc cao gấp 1,66 lần nhóm còn lại ($p < 0,05$). Vì vậy, cần đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh loãng xương cao tuổi (≥ 70 tuổi) hoặc có bệnh đồng mắc để có can thiệp phù hợp.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, loãng xương, thang điểm EQ-5D-5L.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là một bệnh lý khá phổ biến ở người lớn tuổi, đặc trưng bởi giảm mật độ xương và tăng nguy cơ gãy xương.¹ Trên thế giới, có hơn 200 triệu người bệnh loãng xương, và hàng năm có tới 9 triệu người bệnh gãy xương do loãng xương.² Nghiên cứu trên 2000 người với độ tuổi trên 60 tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2021 cho thấy tỷ lệ loãng xương là 27% ở nữ giới và 13% ở nam giới.³ Loãng xương làm người bệnh dễ gãy xương, thậm chí chấn thương nhẹ cũng có thể dẫn tới gãy xương.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, chất lượng cuộc sống (CLCS) là nhận thức cá nhân về vị trí của họ trong cuộc sống, trong bối cảnh văn hóa và

hệ thống giá trị mà họ đang sống, cũng như liên quan đến mục tiêu, kỳ vọng, tiêu chuẩn và mối quan tâm của họ. Chất lượng cuộc sống liên quan tới sức khỏe là một khái niệm đa chiều, giúp đo lường mức độ ảnh hưởng của bệnh tật tới nhiều khía cạnh khác nhau, ví dụ như sức khỏe thể chất, tinh thần hay xã hội.⁴ Vì vậy, đây cũng là một trong những chỉ số giúp đánh giá hiệu quả của các can thiệp trong điều trị bệnh, bao gồm cả loãng xương. Sự phức tạp và tính chất chủ quan của khái niệm CLCS đã trở thành một thách thức cho ra đời nhiều công cụ lượng giá như SF26, SF12, HAQ, AIMS, EQ5D... Bộ câu hỏi EQ-5D-5L (The EuroQol 5-Dimension 5-level questionnaire) là một trong những công cụ được sử dụng rộng rãi trên toàn thế giới để đánh giá chất lượng cuộc sống ở người bệnh loãng xương.

Gãy xương hông, cột sống hay cổ tay do loãng xương gây đau, tàn phế, tăng nguy cơ

Tác giả liên hệ: Phạm Hoài Thu

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: phamhoaitu@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 24/09/2024

Ngày được chấp nhận: 29/10/2024

phụ thuộc, từ đó dẫn tới hậu quả tổn thương cả thể chất, cảm xúc và tinh thần cho người bệnh. Loãng xương là gánh nặng kinh tế cho người bệnh, gia đình và xã hội vì chi phí điều trị gãy xương, tái gãy xương và các biến chứng khác. Như vậy, loãng xương sẽ dẫn tới giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh. Ở Việt Nam, nghiên cứu về chất lượng cuộc sống ở người bệnh loãng xương đã được thực hiện ở một vài cơ sở y tế với nhiều bộ câu hỏi khác nhau, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào sử dụng bộ câu hỏi EQ-5D-5L. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh loãng xương tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội bằng bộ câu hỏi EQ-5D-5L” với 2 mục tiêu: *Mô tả chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan tới chất lượng cuộc sống ở người bệnh loãng xương điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.*

II. PHƯƠNG PHÁP VÀ ĐỐI TƯỢNG

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Người bệnh khám tại Trung tâm Y khoa số 1 Tôn Thất Tùng được chẩn đoán Loãng xương nguyên phát theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới năm 1994 (T-score \leq -2,5 đo ở cổ xương đùi hoặc cột sống thắt lưng), từ tháng 6 đến tháng 8 năm 2024 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Người bệnh đang mắc các bệnh cấp tính nặng, các bệnh lý thần kinh, tâm thần... không đủ khả năng trả lời bộ câu hỏi.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu:

Phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện.

- Nghiên cứu tuyển chọn được 103 người bệnh loãng xương thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

Quy trình nghiên cứu:

Việc thu thập số liệu dựa trên hồ sơ bệnh án, hỏi bệnh và khám bệnh theo một mẫu bệnh án thống nhất bao gồm đặc điểm nhân trắc học, đặc điểm về bệnh loãng xương, đánh giá CLCS bằng bộ câu hỏi EQ-5D-5L.

Nội dung/các chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm nhân trắc học và về bệnh loãng xương của người bệnh: người bệnh được phỏng vấn, trả lời về tuổi, giới, địa chỉ, nghề nghiệp, học vấn, tình trạng hút thuốc lá, uống rượu, bệnh đồng mắc, số năm mãn kinh (với nữ). Các thông tin thời gian chẩn đoán, thuốc điều trị, tiền sử gãy xương được nghiên cứu viên phỏng vấn, tra cứu hồ sơ bệnh án. Người bệnh được đo mật độ xương bằng máy DEXA Hologic Discover QDR Series hãng GE, nghiên cứu viên sẽ ghi nhận chỉ số T-score, mật độ xương (BMD) tại toàn bộ cột sống thắt lưng và cổ xương đùi.

- Bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống EQ-5D-5L⁵: Bộ câu hỏi đã được chuẩn hóa tại Việt Nam bởi nhóm nghiên cứu của Trường Đại học Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội và Trường Đại học Umea, Thụy Điển năm 2017 - 2018. Bộ câu hỏi này bao gồm 5 mục: Đi lại, Tự chăm sóc, Sinh hoạt thường lệ, Đau/ Khó chịu, Lo lắng/ U sầu. Mỗi hạng mục sẽ có 5 mức độ ảnh hưởng do bệnh: **Mức 1: Không ảnh hưởng, Mức 2: Ảnh hưởng nhẹ, Mức 3: Ảnh hưởng trung bình, Mức 4: Ảnh hưởng nặng, Mức 5: Ảnh hưởng nghiêm trọng/ Không thể thực hiện được.** Nghiên cứu viên phỏng vấn để người bệnh tự tự chấm điểm theo mức độ ảnh hưởng của bệnh với 5 mức độ nêu trên, từ đó tính số điểm chất lượng cuộc sống tương ứng.

Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Dữ liệu mô tả được thể hiện dưới dạng: tần số, trung bình và phần trăm. So sánh sự khác biệt của các tỷ lệ phần trăm theo test Chi-Square với mức khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành dưới sự đồng ý của Lãnh đạo Trung tâm Y khoa số 1 Tôn Thất Tùng. Đối tượng nghiên cứu được giải thích về

mục đích nghiên cứu trước khi tiến hành phỏng vấn bằng phiếu khảo sát. Mọi đối tượng đều có quyền từ chối không tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu nhằm mục đích giúp đảm bảo sức khỏe cho người bệnh và không phục vụ mục đích khác.

III. KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu 103 người bệnh loãng xương nguyên phát đến khám tại Trung tâm Y khoa số 1 Tôn Thất Tùng, chúng tôi thu được các kết quả sau:

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc học và bệnh loãng xương của đối tượng nghiên cứu (n = 103)

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%) / X ± SD
Giới	Nam	7	6,8
	Nữ	96	93,2
Tuổi	< 70	73	70,87
	≥ 70	30	29,13
	X ± SD	64,66 ± 8,51 (46 - 86)	
	Hút thuốc	4	3,88
	Uống rượu	5	4,85
	Thời gian mãn kinh (với nữ) (X ± SD) (năm)	16,19 ± 8,4 (0 - 35)	
Triệu chứng lâm sàng	Không	5	4,85
	Đau cột sống ngực, thắt lưng	92	89,32
	Đau dọc xương dài	59	57,28
	Cột sống biến dạng	15	14,56
	Giảm chiều cao cột sống	26	25,24
	Gãy xương do loãng xương	21	20,39
Thuốc điều trị	Không điều trị	8	7,77
	Ibandronat	57	55,34
	Zoledronic acid	4	3,08
	Aledronate	34	33,01
Bệnh đồng mắc	Tăng huyết áp	29	28,16
	Đái tháo đường	11	10,68
	Viêm dạ dày	27	26,21
	Bệnh khác	35	33,98

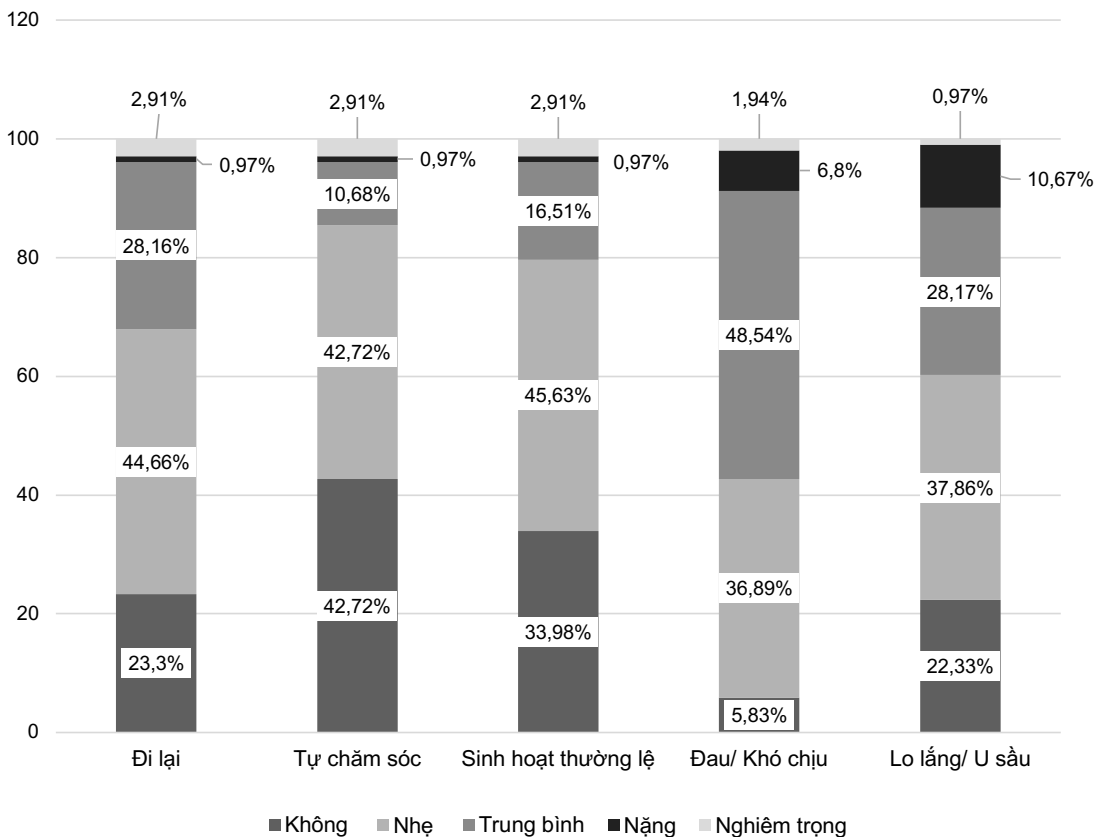
	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)/X ± SD
Mật độ xương trung bình ở cột sống thắt lưng (T-score)	L1	98	-2,8 ± 0,79
	L2	102	-2,88 ± 0,99
	L3	103	-3,07 ± 1,02
	L4	100	-2,79 ± 1,07
	Total	103	-2,9 ± 0,87
Mật độ xương trung bình ở cổ xương đùi		103	-2,41 ± 0,81

Đa số người bệnh nghiên cứu là nữ giới (chiếm 93,2%) và dưới 70 tuổi (chiếm 70,87%). Chỉ có 3,88% người bệnh có hút thuốc lá và 4,85% người bệnh có uống rượu. Thời gian mãn kinh trung bình của nhóm nghiên cứu là 16,19 năm.

Triệu chứng lâm sàng chính người bệnh đến khám là đau cột sống (89,32%) tiếp theo là đau dọc xương dài (57,28%). Bệnh đồng mắc hay gặp

nhất là tăng huyết áp (28,16%), sau đó là viêm dạ dày (26,21%). Ngoài ra còn một số bệnh đồng mắc khác với tỉ lệ thấp như thoái hóa khớp gối, thoái hóa cột sống, rối loạn lipid máu... Mật độ xương trung bình tại các vị trí cột sống thắt lưng đều ở ngưỡng loãng xương với T-score < -2,9.

Đa số người bệnh được điều trị thuốc biphosphonat đường uống/ truyền tĩnh mạch, chiếm 92,23%.



Biểu đồ 1. Chất lượng cuộc sống của người bệnh loãng xương bằng bộ câu hỏi EQ-5D-5L (n = 103)

Phần lớn người bệnh loãng xương bị ảnh hưởng từ nhẹ đến nghiêm trọng ở tất cả các lĩnh vực: đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường lệ, đau/ khó chịu, lo lắng/ u sầu với tỉ lệ lần lượt

là 76,7%, 57,28%, 66,02%, 94,17%, 77,67%, trong đó triệu chứng đau chiếm tỷ lệ cao nhất. Có 11,64% người bệnh bị ảnh hưởng nặng-nghiêm trọng về mặt tinh thần (lo lắng/ u sầu).

Bảng 2. Đặc điểm các thành tố và điểm chất lượng cuộc sống trung bình (n = 103)

Đặc điểm	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung vị/ Min- Max
Tổng điểm EQ-5D-5L	0,659	0,168	0,132 - 1
Đi lại	2,16	0,89	2
Tự chăm sóc	1,79	0,89	2
Sinh hoạt thường lệ	1,93	0,9	2
Đau/ Khó chịu	2,62	0,78	3
Lo lắng/ U sầu	2,3	0,97	2

Điểm chất lượng cuộc sống trung bình theo thang điểm EQ-5D-5L là 0,659, thấp nhất là 0,132 và cao nhất là 1. Trung vị của các lĩnh vực đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường lệ, lo

lắng/ u sầu là 2 điểm, tương đương mức độ ảnh hưởng nhẹ. Chỉ có lĩnh vực đau/ khó chịu có trung vị là 3 tương đương mức độ ảnh hưởng trung bình.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh loãng xương theo thang điểm EQ-5D-5L (n = 103)

Đặc điểm	EQ-5D-5L	p
Giới	Nam	0,696 ± 0,122
	Nữ	0,657 ± 0,171
Nhóm tuổi	< 70 tuổi	0,688 ± 0,161
	≥ 70 tuổi	0,59 ± 0,169
Trình độ học vấn	< THPT	0,636 ± 0,158
	≥ THPT	0,709 ± 0,182
Nơi sống	Thành thị	0,649 ± 0,218
	Nông thôn	0,664 ± 0,145
Thời gian mãn kinh	< 10 năm	0,652 ± 0,212
	≥ 10 năm	0,658 ± 0,163
Triệu chứng lâm sàng	Có	0,647 ± 0,162
	Không	0,894 ± 0,122

Đặc điểm		EQ-5D-5L	p
Gãy xương do loãng xương	Có	0,652 ± 0,15	> 0,05
	Không	0,661 ± 0,173	
Số thuốc sử dụng	< 3	0,849 ± 0,137	> 0,05
	≥ 3	0,642 ± 0,161	
Điều trị biphosphonat	Có	0,666 ± 0,169	> 0,05
	Không	0,578 ± 0,131	
Bệnh đồng mắc	Có	0,646 ± 0,167	> 0,05
	Không	0,717 ± 0,165	

Điểm CLCS trung bình của người bệnh sống ở nông thôn là 0,664 cao hơn nhóm sống ở thành thị (0,649) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm CLCS trung bình của nam giới, dưới 70 tuổi, học từ THPT trở lên, không có triệu

chứng lâm sàng, không gãy xương, sử dụng dưới 3 loại thuốc, có điều trị biphosphonat cao hơn nhóm còn lại, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến các lĩnh vực chất lượng cuộc sống theo thang điểm EQ -5D-5L của người bệnh loãng xương (n = 103)

Đặc điểm		Đi lại		Tự chăm sóc		Sinh hoạt thường lệ		Đau/ Khó chịu		Lo lắng/ U sầu	
		Có (%)	Không (%)	Có (%)	Không (%)	Có (%)	Không (%)	Có (%)	Không (%)	Có (%)	Không (%)
Giới	Nữ	77,1	22,9	58,3	41,7	67,7	32,3	93,8	6,2	76	24
	Nam	71,4	28,6	42,9	57,1	42,9	57,1	100	0	100	0
	p	> 0,05*		> 0,05**		> 0,05**		> 0,05*		> 0,05*	
Nhóm tuổi	≥ 70	96,7	3,3	83,3	16,7	83,3	16,7	100	0	80	20
	< 70	68,5	31,5	46,6	53,4	58,9	41,1	91,8	8,2	76,7	23,3
	p	< 0,05*		< 0,05*		< 0,05*		> 0,05*		> 0,05*	
	OR	1,41 (1,19 – 1,67)		1,79 (1,34 – 2,39)		1,42 (1,1 – 1,82)					
Số năm mãn kinh	≥ 10	81	19	59,5	40,5	69,6	30,4	93,7	6,3	77,2	22,8
	< 10	58,8	41,2	52,9	47,1	58,8	41,2	94,1	5,9	70,6	29,4
	p	> 0,05*		> 0,05**		> 0,05**		> 0,05*		> 0,05*	

Đặc điểm		Đi lại		Tự chăm sóc		Sinh hoạt thường lệ		Đau/ Khó chịu		Lo lắng/ U sầu	
		Có (%)	Không (%)	Có (%)	Không (%)	Có (%)	Không (%)	Có (%)	Không (%)	Có (%)	Không (%)
Triệu chứng lâm sàng	Có	79,6	20,4	60,2	39,8	69,4	30,6	95,9	4,1	40	60
	Không	20	80	0	100	0	100	60	40	79,6	20,4
	p/OR	> 0,05*		> 0,05*		> 0,05*		> 0,05*		> 0,05*	
Gãy xương	Có	71,4	28,6	61,9	38,1	71,4	28,6	100	0	76,2	23,8
	Không	78	22	56,1	43,9	64,6	35,4	92,7	7,3	78	22
	p/OR	> 0,05*		> 0,05**		> 0,05**		> 0,05*		> 0,05*	
Bệnh đồng mắc	Có	79,8	20,2	61,9	38,1	69	31	96,4	3,6	78,6	21,4
	Không	63,2	36,8	36,8	63,2	52,6	47,4	84,2	15,8	73,7	26,3
	p	> 0,05*		< 0,05**		> 0,05**		> 0,05*		> 0,05*	
	OR			1,66 (1,07 – 2,57)							

Lưu ý: Không là không bị ảnh hưởng; Có là bị ảnh hưởng từ mức độ nhẹ đến nghiêm trọng

* Test Fisher's Exact; ** Test Chi bình phương

Nguy cơ ảnh hưởng đến đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường lệ của nhóm từ 70 tuổi trở lên cao gấp lần lượt là 1,41; 1,79; 1,42 lần nhóm dưới 70 tuổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nguy cơ ảnh hưởng đến khả năng tự chăm sóc của nhóm có bệnh đồng mắc cao gấp 1,66 lần nhóm còn lại ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Gãy xương do loãng xương chủ yếu gây đau, ảnh hưởng nghiêm trọng tới hoạt động hàng ngày của người bệnh và làm giảm chất lượng cuộc sống. Theo y văn, những người bệnh loãng xương mà không có gãy xương cũng có chất lượng cuộc sống thấp hơn so với người khỏe mạnh.

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 103 người bệnh loãng xương điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội với độ tuổi trung bình là $64,66 \pm 8,51$ tuổi; đa số là nữ giới (93,2%) cho

thấy rằng phần lớn người bệnh loãng xương bị ảnh hưởng từ nhẹ đến nghiêm trọng ở tất cả các lĩnh vực trong bộ câu hỏi EQ-5D-5L: đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường lệ, đau/ khó chịu, lo lắng/ u sầu với tỉ lệ lần lượt là 76,7%, 57,28%, 66,02%, 94,17%, 77,67%. Điểm chất lượng cuộc sống trung bình theo thang điểm EQ-5D-5L là 0,659, thấp nhất là 0,132 và cao nhất là 1 điểm. Lĩnh vực đau/ khó chịu có trung vị là 3 tương đương mức độ ảnh hưởng trung bình. Tác giả Rajabi năm 2023 thực hiện khảo sát chất lượng cuộc sống trên 478 người bệnh loãng xương (> 50 tuổi) tại Iran bằng bộ câu hỏi EQ-5D-5L cho thấy tỷ lệ người bệnh bị ảnh hưởng theo từng lĩnh vực lần lượt là 80,2%; 56,1%; 50%; 91,5%; 66,3% cũng cho thấy triệu chứng đau/ khó chịu bị ảnh hưởng nhiều nhất ở người bệnh loãng xương...⁶ Với người bệnh có gãy xương, tỷ lệ ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống thậm chí còn cao hơn, theo như kết

quả nghiên cứu tại Tây Ban Nha trên người cao tuổi có gãy xương hông cho thấy rằng sau gãy xương 1 tháng, tỷ lệ bệnh nhân bị ảnh hưởng theo từng thành phần của bộ câu hỏi EQ-5D-5L là 99,5%; 98,2%; 99,1%; 85,4% và 53%.⁷

Loãng xương là bệnh diễn biến thầm lặng, thường rất ít biểu hiện lâm sàng trong một thời gian dài. Bệnh thường chỉ được phát hiện khi có gãy xương trên lâm sàng và vị trí thường gặp nhất là gãy xương cột sống. Hầu hết các trường hợp gãy là vị trí bản lề cột sống ngực- thắt lưng. Đau có thể rất đột ngột và nghiêm trọng khiến cho người bệnh vận động khó khăn. Các vi gãy xương ban đầu có thể không gây triệu chứng đau rõ ràng do ở vùng xương đặc, sợi A-delta và sợi C đều đi cùng với mạch máu chạy qua khoang Haversian và Volkmann; tuy nhiên phần lớn các mạch máu này không được nhận cảm thần kinh bởi các sợi thần kinh cảm giác.⁸ Chất lượng cuộc sống ở lĩnh vực đau/ khó chịu bị ảnh hưởng nhiều nhất với 94,17% người bệnh; từ nhẹ cho tới nghiêm trọng; trong đó chủ yếu là mức độ trung bình với 48,54%. Một số tác giả còn cho rằng các cơ cạnh sống bị tổn thương và đau còn tiếp diễn thậm chí khi gãy xương đã liền.⁹ Đau mạn tính làm giảm số điểm CLCS của người bệnh một cách rõ rệt, ở tất cả các mặt như chức năng vận động, hoạt động chuyên môn, mối quan hệ với gia đình và xã hội, chất lượng giấc ngủ và tâm trạng.⁹

Lo lắng là một trong các triệu chứng thường gặp của rối loạn lo âu. Mức độ nặng của triệu chứng lo lắng dẫn tới tăng gánh nặng bệnh tật, giảm đáp ứng với điều trị và giảm CLCS. Nghiên cứu trên 1719 người Na Uy năm 2017 cho thấy các triệu chứng lo âu mức độ trung bình- cao dẫn tới giảm CLCS ở tất cả các mặt.¹⁰ Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tới 11,64% người bệnh bị lo lắng/ u sầu mức độ nặng- nghiêm trọng. Triệu chứng đau mạn tính

và lo lắng/u sầu là hai yếu tố quan trọng làm giảm CLCS của người bệnh loãng xương. Vì vậy, trong thực hành lâm sàng, cần chú ý hơn tới điều trị đau mạn tính và các triệu chứng lo âu để chăm sóc toàn diện người bệnh.

Điểm CLCS trung bình của người bệnh sống ở nông thôn là 0,664 cao hơn nhóm sống ở thành thị (0,649), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này có thể do sự khác biệt về các hỗ trợ xã hội, các mối quan hệ, vấn đề về kinh tế và hiểu biết về bệnh... của người bệnh ở thành thị cao hơn so với nông thôn, đặc biệt là ở người có bệnh mạn tính như loãng xương. Ở người cao tuổi (≥ 70 tuổi) có nguy cơ mắc các bệnh lý mạn tính khác kèm theo, bên cạnh đó các triệu chứng lâm sàng như đau cột sống, đau dọc xương dài, giảm chiều cao, gây thay đổi tư thế (gù lưng) hạn chế hoạt động, khó thở, mất ngủ, trầm cảm... sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Người bệnh loãng xương có các triệu chứng lâm sàng hoặc có tiền sử gãy xương do loãng xương sẽ ảnh hưởng đến khả năng vận động của họ, bên cạnh đó các hậu quả của gãy xương sẽ ảnh hưởng đến các cơ và khớp làm người bệnh khó khăn trong vận động, sinh hoạt hàng ngày. Chính vì vậy, người bệnh sẽ ngại đi lại, ít giao tiếp xã hội, ít có hoạt động mang tính chất cộng đồng làm chất lượng cuộc sống của người bệnh giảm đi nhiều. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng điểm CLCS trung bình của nam giới, người bệnh dưới 70 tuổi, học từ THPT trở lên, không có triệu chứng lâm sàng, không gãy xương, sử dụng dưới 3 loại thuốc, có điều trị biphosphonat cao hơn nhóm còn lại, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Khi phân tích các thành tố của thang điểm EQ-5D-5L chúng tôi nhận thấy nguy cơ ảnh hưởng đến đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt

thường lệ của nhóm từ 70 tuổi trở lên cao gấp lần lượt là 1,41; 1,79; 1,42 lần nhóm dưới 70 tuổi, $p < 0,05$. Nguy cơ ảnh hưởng đến khả năng tự chăm sóc của nhóm có bệnh đồng mắc cao gấp 1,66 lần nhóm còn lại, $p < 0,05$. Tuổi cao làm giảm chức năng về cả mặt thể chất lẫn tinh thần, giảm khả năng thực hiện các hoạt động hàng ngày và chất lượng cuộc sống. Các bệnh lý đồng mắc như tăng huyết áp, đái tháo đường, giảm khả năng nghe, đục thủy tinh thể, thoái hóa khớp (gối, cột sống thắt lưng...) đều thường gặp ở người cao tuổi, góp phần làm giảm chất lượng cuộc sống ở người bệnh loãng xương. Một nghiên cứu lớn tại Hàn Quốc cho thấy tỷ lệ trầm cảm, suy sụp tinh thần và ý tưởng tự sát đều cao hơn ở người bệnh thoái hóa khớp.¹¹ Với người bệnh đái tháo đường hay tăng huyết áp, việc tự chăm sóc bản thân, tập luyện thể dục thể thao hàng ngày đều có thể bị ảnh hưởng khi người bệnh có gãy xương do loãng xương kèm theo, dẫn tới giảm kết quả điều trị và chất lượng cuộc sống.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có điểm hạn chế đó là mới chỉ lựa chọn người bệnh điều trị ngoại trú, vì vậy chưa thể đánh giá được chính xác CLCS trên người bệnh nội trú, là những người có tình trạng bệnh nặng hơn và cần phải can thiệp điều trị nhiều hơn.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn người bệnh loãng xương bị ảnh hưởng từ mức độ nhẹ đến nghiêm trọng ở tất cả các lĩnh vực trong bộ câu hỏi chất lượng cuộc sống EQ-5D-5L: đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường lệ, đau/ khó chịu, lo lắng/ u sầu.

Người bệnh loãng xương cao tuổi có nguy cơ cao hơn ảnh hưởng đến đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường lệ so với nhóm dưới 70 tuổi. Các bệnh lý đồng mắc làm tăng nguy cơ ảnh hưởng đến khả năng tự chăm sóc của người bệnh. Vì vậy, cần đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh loãng xương đặc biệt là

người cao tuổi (≥ 70 tuổi), có bệnh đồng mắc từ đó có các can thiệp phù hợp để nâng cao chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lee YK, Kim HJ, Park JW, et al. Transcultural adaptation and psychometric properties of the Korean version of the Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis (QUALEFFO-41). *Arch Osteoporos*. 2019; 14(1): 96. doi:10.1007/s11657-019-0647-5.
2. Pisani P, Renna MD, Conversano F, et al. Major osteoporotic fragility fractures: Risk factor updates and societal impact. *WJO*. 2016; 7(3): 171. doi:10.5312/wjo.v7.i3.171.
3. Hoang DK, Doan MC, Mai LD, Ho-Le TP, Ho-Pham LT. Burden of osteoporosis in Vietnam: An analysis of population risk. Blank RD, ed. *PLoS ONE*. 2021; 16(6): e0252592. doi:10.1371/journal.pone.0252592.
4. 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:10.1367/1539-4409(2003)003<0329:TPAAPP>2.0.CO;2.
5. Vu Quynh Mai, Hoang Van Minh, Sun Sun, Kim Bao Giang, Klas Goran Sahlen. Valuing Health - Related Quality of Life: An EQ-5D-5L Value Set for Vietnam. Published online 2018.
6. Rajabi M, Ostovar A, Sari AA, et al. Health-Related Quality of Life in Osteoporosis Patients with and without Fractures in Tehran, Iran. *J Bone Metab*. 2023;30(1):37-46. doi:10.11005/jbm.2023.30.1.37.
7. Amarilla-Donoso FJ, López-Espuela F, Roncero-Martín R, et al. Quality of life in elderly people after a hip fracture: a prospective study. *Health Qual Life Outcomes*. 2020; 18(1): 71. doi:10.1186/s12955-020-01314-2.

8. Mantyh PW. The neurobiology of skeletal pain. *Eur J of Neuroscience*. 2014; 39(3): 508-519. doi:10.1111/ejn.12462.
9. Wu SS, Lachmann E, Nagler W. Current Medical, Rehabilitation, and Surgical Management of Vertebral Compression Fractures. *Journal of Women's Health*. 2003; 12(1): 17-26. doi:10.1089/154099903321154103.

Summary

QUALITY OF LIFE OF OSTEOPOROSIS PATIENTS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL ASSESSED BY THE EQ-5D-5L QUESTIONNAIRE

Osteoporosis is a disease that goes unnoticed until a fracture occurs, which lowers the patient's quality of life (QoL). From June to August 2024, 103 osteoporosis patients were assessed for QoL by the EQ-5D-5L scale and evaluated factors associated with QoL at Hanoi Medical University. Based on the EQ-5D-5L scale, the average QOL score was 0.659 ± 0.168 . Walking, self-care, daily activities, pain/discomfort, and anxiety/sadness were the domains where the majority of osteoporosis patients experienced from mild to severe symptoms, rating at 76.7%, 57.28%, 66.02%, 94.17%, and 77.67%, respectively. In comparison to patients under 70 years old, the probability of impacting walking, self-care, and daily activities was 1.41, 1.79, and 1.42 times greater in patients aged 70 and older, respectively, $p < 0.05$. Patients group with comorbidities had a 1.66-fold higher chance of compromising their capacity to take care of themselves than the control group ($p < 0.05$). In order to provide appropriate interventions, it is imperative to evaluate the quality of life of patients with osteoporosis, particularly the elderly patients (≥ 70 years old) or patients with comorbidities.

Keywords: Quality of life, osteoporosis, EQ-5D-5L questionnaire.