

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH COVID-19 TẠI THÁI BÌNH SAU 12 THÁNG MẮC BỆNH

Nguyễn Văn Thăng^{1*}, Vũ Minh Anh²,
Phạm Như Dũng¹, Nguyễn Thị Hạnh², Phạm Thị Dung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh ở thời điểm 12 tháng sau khi mắc bệnh COVID-19 tại Thái Bình, Việt Nam.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 1534 người dân có tiền sử mắc bệnh COVID-19 từ ít nhất 12 tháng trước đó tại tỉnh Thái Bình dựa trên số liệu thống kê của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật của tỉnh. Công cụ thu thập số liệu là bộ câu hỏi CLCS EQ-5D-5L đã được Việt hoá. Số liệu được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp tại cộng đồng.

Kết quả: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $40,8 \pm 14,5$ tuổi, tuổi lớn nhất là 99, nhỏ nhất là 18 tuổi. Nam giới chiếm tỷ lệ 44,0%. Tỷ lệ Nam/Nữ = 0,78. CLCS liên quan đến sự đi lại và khả năng tự chăm sóc của người dân bị ảnh hưởng nhiều nhất với tỷ lệ lần lượt là 30,6% và 52,9% bị ảnh hưởng ở mức độ 3 và mức độ 2. Có 17,9% và 13,3% đối tượng nghiên cứu bị ảnh hưởng CLCS ở mức độ 2 và mức độ 3 trong lĩnh vực sinh hoạt thường lệ. Sau khi quy đổi điểm CLCS của đối tượng nghiên cứu là $0,7603 \pm 0,2262$, điểm CLCS nhỏ nhất là -0,2727, điểm CLCS lớn nhất là 1 điểm.

Kết luận: Các bác sĩ lâm sàng cần lưu ý khi chăm sóc người bệnh nhằm nâng cao CLCS, góp phần chăm sóc toàn diện người bệnh cả về thể chất, tinh thần và các yếu tố xã hội. Ngoài ra, cần phải thực hiện các nghiên cứu trong tương lai nhằm theo dõi tình trạng CLCS của người sau mắc bệnh COVID-19 có so sánh với nhóm đối chứng trong cộng đồng.

Từ khóa: chất lượng cuộc sống, hậu COVID-19, EQ-5D-5L

QUALITY OF LIFE OF COVID-19 PATIENTS IN THAI BINH AT 12 MONTHS AFTER INFECTION ABSTRACT

1. Bệnh viên Đa khoa tỉnh Thái Bình

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Văn Thăng

Email: thangnguyendr@gmail.com

Ngày nhận bài: 09/10/2023

Ngày phản biện: 16/10/2023

Ngày duyệt bài: 18/10/2023

Objective: To evaluate the quality of life (QoL) of patients 12 months after recovering from COVID-19 in Thai Binh, Vietnam.

Method: This was a cross-sectional study conducted on 1,534 people with a history of COVID-19 from at least 12 months ago in Thai Binh province based on statistics from the province's Center for Disease Control. The data collection tool was Vietnamese version of EQ-5D-5L questionnaire. Data were collected by direct interviews in the community.

Results: The mean age of the participants was $40,8 \pm 14,5$ years, range from 18 to 99 years old. The male gender accounts for 44,0%. The sex ratio = 0,78. People's QoL related to mobility and self-care is most affected with 30,6% and 52,9% affected at level 3 and 2, respectively. 17,9% and 13,3% of the participants were affected by QoL at levels 2 and level 3 in areas of daily living. After converting, the QoL score was $0,7603 \pm 0,2262$, the smallest QoL score was -0,2727, the largest QoL score was 1 point.

Conclusions: Practicians need to pay attention when caring for patients to improve QoL, contributing to global care of patients in terms of physical, mental and social factors. In addition, future studies need to be performed to monitor the QoL status of people after recovering from COVID-19 compared with control groups in the community.

Key words: quality of life, post-COVID-19, EQ-5D-5L

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

COVID-19 là tình trạng bệnh lý nhiễm trùng cấp tính gây ra bởi chủng mới của virus corona gây bệnh ở người (virus SARS-CoV-2). Ngày 11 tháng 03 năm 2020 Tổ chức Y tế thế giới đã thông báo dịch COVID-19 là đại dịch toàn cầu. Hiện nay, trên thế giới đã có hơn 690 triệu người mắc và gần 7 triệu người tử vong [1].

Mặc dù đại dịch COVID-19 đã tạm lui nhưng hậu quả để lại của dịch bệnh vẫn là mối quan tâm đối với sức khỏe cộng đồng. Đối với những người đã từng mắc bệnh COVID-19, họ có thể có thêm các

vấn đề liên quan đến sức khỏe. Một số nghiên cứu hiện đã chỉ ra rằng việc nhiễm vi rút SARS-CoV-2 có thể dẫn đến hội chứng hô hấp cấp tính nặng (SARS) và các triệu chứng kéo dài – Hội chứng Hậu COVID [2]. Nguyên nhân của hội chứng Hậu COVID vẫn chưa rõ ràng, nhưng bằng chứng gần đây cho thấy có thể có mối liên quan với sự kích hoạt liên tục của các tế bào nội mô phổi cũng như toàn bộ hệ thống miễn dịch và các phản ứng miễn dịch bất thường hoặc khả năng tự miễn dịch cũng được công nhận.

Ngoài việc phát triển các phương pháp điều trị và đánh giá nhu cầu của những người bị ảnh hưởng của Hội chứng Hậu COVID-19, việc khôi phục lại sự tham gia xã hội và nghề nghiệp của số lượng lớn bệnh nhân cũng cần phải được tính đến. Trên thực tế, nhiều người bệnh không thể làm việc trong nhiều tháng sau khi bị nhiễm bệnh, gây ra những hậu quả cả về kinh tế xã hội và cá nhân. Điều này có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống (CLCS) liên quan đến sức khỏe.

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về CLCS của người bệnh Hậu COVID-19 [3],[4],[5],[6],[7],[8],[9]. Tuy nhiên, tại Việt nam, các nghiên cứu trong lĩnh vực này còn rất hạn chế. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát CLCS của người bệnh ở thời điểm 12 tháng sau khi mắc bệnh COVID-19 tại Thái Bình, Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người đã mắc bệnh COVID-19 được chẩn đoán bằng phương pháp real-time PCR bởi Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Tỉnh Thái Bình ít nhất 12 tháng trước thời điểm tiến hành nghiên cứu.

Tiêu chí chọn lựa đối tượng nghiên cứu: Người từ đủ 18 tuổi trở lên, biết chữ, tỉnh táo, có thể trả lời câu hỏi nghiên cứu, đã mắc bệnh COVID-19 (được chẩn đoán bằng phương pháp Real-time PCR theo số liệu thống kê của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Tỉnh Thái Bình) ít nhất 12 tháng trước tính đến thời điểm khảo sát.

Tiêu chí loại trừ: là người bệnh có khuyết tật trí tuệ, câm, điếc, hoặc không thể trả lời các câu hỏi khảo sát.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 02 năm 2023 đến tháng 07 năm 2023

Địa điểm nghiên cứu: Tại Thành phố Thái Bình và huyện Vũ Thư, đại diện cho khu vực thành thị và nông thôn của tỉnh Thái Bình

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu:* Mô tả cắt ngang.

- *Cỡ mẫu:* Nghiên cứu sử dụng công thức tính cỡ mẫu để ước tính một trung bình,

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

với giá trị độ lệch chuẩn là độ lệch chuẩn tham khảo từ nghiên cứu của Meys và cộng sự. Xác suất sai lầm loại I, alpha là 0,05. Cỡ mẫu cần thiết tối thiểu là 1280 đối tượng, thực tế phỏng vấn được 1534 người. Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện những người bệnh trong thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu khảo sát người dân tại cộng đồng. Người dân tham gia nghiên cứu được nghiên cứu viên là nhân viên y tế trao đổi về nội dung và mục đích của nghiên cứu để có sự đồng thuận. Nếu người dân chấp thuận tham gia nghiên cứu thì được hướng dẫn để thực hiện bằng khảo sát bằng hình thức phỏng vấn trực tiếp.

- *Cách chọn mẫu:* Chọn mẫu thuận tiện. Dựa vào danh sách người bệnh COVID-19 của Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình, chúng tôi tiến hành lọc danh sách để lấy tất cả người bệnh thuộc địa bàn nghiên cứu phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn. Sau khi có danh sách người bệnh đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, chúng tôi tiến hành điều tra cộng đồng tại Thành phố Thái Bình và huyện Vũ Thư đến khi đủ số lượng cỡ mẫu cần lấy.

- *Công cụ thu thập thông tin:* Nghiên cứu sử dụng bản dịch EQ-5D-5L tiếng Việt và bảng kết quả chuyển đổi Chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe (CLCS) của nhóm nghiên cứu tại Trường Đại học Y tế công cộng, có điểm chất lượng cuộc sống tối thiểu và tối đa, tương ứng, lần lượt là -0,5115 và 1,8 Công cụ đánh giá CLCS trong nghiên cứu là bộ công cụ EQ-5D-5L gồm: di chuyển, tự chăm sóc, các hoạt động thông thường, lo lắng/ trầm cảm và đau/ khó chịu; và 5 cấp độ: không có vấn đề (cấp độ 1), vấn đề nhỏ, vấn đề vừa phải, vấn đề nghiêm trọng và các vấn đề cực đoan (cấp độ 5).

Ngoài bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống, chúng tôi cũng thu thập các thông tin về đặc điểm nhân khẩu xã hội học, tiền sử tiêm phòng và mắc bệnh COVID-19, nơi điều trị khi mắc bệnh COVID-19 và tiền sử mắc các bệnh lý mạn tính.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập bởi hai nghiên cứu viên độc lập vào phần mềm Microsoft Access và được làm sạch trước khi tiến hành phân tích. Phần mềm Stata phiên bản 17.0 được sử dụng để phân tích dữ liệu. Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng số lượng và giá trị phần trăm.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu cam kết tôn trọng con người, tuân thủ các nguyên tắc Nuremberg, tuyên ngôn Tuyên

bổ Helsinki dựa trên sự tự nguyện của người tham gia khảo sát, và không thu thập thông tin để xác nhận được danh tính của người tham gia khảo sát. Người tham gia nghiên cứu được giải thích đầy đủ về mục đích của nghiên cứu, hiểu, biết về quyền của họ khi tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Sở Khoa học và Công nghệ tỉnh Thái Bình thông qua trước khi tiến hành.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi đã điều tra trên 1534 người dân có tiền sử COVID-19 ít nhất 12 tháng trước đó. Kết quả nghiên cứu cụ thể như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghệ cứu

| Đặc điểm | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------|--------------|-----------|
| Tuổi | | |
| Trung bình | 40,8 ± 14,5 | |
| Nhóm tuổi | | |
| <30 tuổi | 335 | 21,8 |
| 30- <40 tuổi | 499 | 32,5 |
| 40- <50 tuổi | 365 | 23,8 |
| 50 - <60 tuổi | 250 | 16,3 |
| ≥60 tuổi | 85 | 5,6 |
| Giới | | |
| Nam | 675 | 44,0 |
| Nữ | 859 | 56,0 |

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 40,8 ± 14,5 tuổi, tuổi lớn nhất là 99, nhỏ nhất là 18 tuổi. Đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm tuổi từ 30 đến dưới 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 32,5%, tiếp theo là đối tượng nghiên cứu có độ tuổi từ 40 đến dưới 50 tuổi chiếm tỷ lệ 23,8% và đối tượng nghiên cứu có độ tuổi dưới 30 tuổi chiếm tỷ lệ 21,8%. 16,3% đối tượng tham gia nghiên cứu tro,g độ tuổi từ 50 đến 60 tuổi. Chỉ có gần 6% đối tượng nghiên cứu thuộc lứa tuổi người cao tuổi (trên 60 tuổi).

Có 675 người tham gia nghiên cứu là nam giới, chiếm tỷ lệ 44,0%. 859 đối tượng nghiên cứu là nữ giới (56,0%). Tỷ lệ Nam/Nữ = 0,78

Bảng 2. Tiền sử mắc các bệnh mạn tính của đối tượng nghiên cứu (n = 1534)

| Bệnh mạn tính | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|--------------------|--------------|-----------|
| Đái tháo đường | 109 | 7,1 |
| Béo phì | 91 | 5,9 |
| Bệnh phổi mạn tính | 209 | 13,6 |

| Bệnh mạn tính | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------|--------------|-----------|
| Bệnh tim mạch mạn tính | 134 | 8,7 |
| Tăng huyết áp | 281 | 18,3 |
| Bệnh gan mạn tính | 9 | 0,6 |
| Bệnh thận mạn tính | 17 | 1,1 |
| Suy giảm miễn dịch | 9 | 0,6 |

Kết quả bảng 2 cho thấy nhóm bệnh lý tim mạch là bệnh mạn tính phổ biến nhất của đối tượng nghiên cứu, trong đó bệnh tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 18,3% và các bệnh tim mạch mạn tính khác chiếm tỷ lệ 8,7%. Nhóm bệnh lý đường hô hấp mạn tính cũng là bệnh mạn tính thường gặp ở đối tượng nghiên cứu, chiếm tỷ lệ 13,6%; 7,1% đối tượng nghiên cứu mắc bệnh tiểu đường.

Bảng 3. Tình trạng tiêm vắc-xin phòng COVID-19 của đối tượng nghiên cứu

| Vắc xin phòng COVID-19 | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------|--------------|-----------|
| Tình trạng tiêm chủng | | |
| Đã tiêm | 1478 | 96,3 |
| Chưa tiêm | 56 | 3,7 |
| Tổng | 1534 | 100 |
| Số lượng mũi tiêm | | |
| 1 mũi | 37 | 2,4 |
| 2 mũi | 360 | 23,5 |
| 3 mũi | 842 | 54,9 |
| 4 mũi | 236 | 15,4 |
| 5 mũi | 3 | 0,2 |
| Tổng | 1478 | 96,3 |

Tại thời điểm phỏng vấn, đa số đối tượng nghiên cứu đã được tiêm chủng vắc-xin phòng COVID-19, chiếm tỷ lệ 96,3%. Chỉ có 56 người, chiếm tỷ lệ 3,7% chưa tiêm vắc-xin phòng COVID-19.

Trong tổng số 1478 người đã tiêm vắc-xin phòng COVID-19, đa số đối tượng nghiên cứu đã được tiêm 3 mũi vắc-xin, chiếm tỷ lệ 54,9%. 23,5% đối tượng nghiên cứu đã tiêm 2 mũi vắc-xin phòng COVID-19. Có 15,4% và 0,2% đối tượng nghiên cứu đã tiêm lần lượt 4 và 5 mũi vắc-xin phòng COVID-19.

Bảng 4. Nơi điều trị COVID-19 giai đoạn cấp của đối tượng nghiên cứu

| Nơi điều trị | n | % |
|----------------|------|------|
| Tại nhà | 716 | 46,7 |
| Cơ sở thu dung | 625 | 40,7 |
| Bệnh viện | 193 | 12,6 |
| Tổng | 1534 | 100 |

Kết quả bảng 4 cho thấy đa số đối tượng nghiên cứu được điều trị COVID-19 giai đoạn cấp tại nhà và cơ sở thu dung, chiếm tỷ lệ lần lượt là 46,7% và 40,7%. Chỉ có 193 đối tượng nghiên cứu, chiếm tỷ lệ 12,6% phải điều trị tại bệnh viện.

Bảng 5. Tần số và tỷ lệ của 5 lĩnh vực CLCS

| Lĩnh vực | Số lượng (Tỷ lệ %) | | | | |
|---------------------|--------------------|------------|------------|-----------|------------|
| | Cấp độ 1 | Cấp độ 2 | Cấp độ 3 | Cấp độ 4 | Cấp độ 5 |
| Sự đi lại | 736 (48,0) | 290 (18,9) | 470 (30,6) | 7 (0,5) | 31 (2,0) |
| Tự chăm sóc | 23 (1,5) | 812 (52,9) | 121 (8,0) | 148 (9,6) | 430 (28,0) |
| Sinh hoạt thường lệ | 1019 (66,5) | 275 (17,9) | 204 (13,3) | 2 (0,1) | 34 (2,2) |
| Đau, khó chịu | 1064 (69,3) | 308 (20,1) | 104 (6,8) | 35 (2,3) | 23 (1,5) |
| Lo lắng, u sầu | 1123 (73,2) | 118 (7,7) | 168 (11,0) | 3 (0,2) | 44 (2,9) |

Kết quả bảng 5 cho thấy CLCS liên quan đến sự đi lại và khả năng tự chăm sóc của người dân bị ảnh hưởng nhiều nhất với tỷ lệ lần lượt là 30,6% và 52,9% bị ảnh hưởng ở mức độ 3 và mức độ 2. Có 17,9% và 13,3% đối tượng nghiên cứu bị ảnh hưởng CLCS ở mức độ 2 và mức độ 3 trong lĩnh vực sinh hoạt thường lệ.

Bảng 6. Điểm số CLCS quy đổi của đối tượng nghiên cứu

| Chất lượng cuộc sống | Trung bình | Độ lệch chuẩn |
|----------------------|------------|---------------|
| Sự đi lại | 0,0457 | 0,0613 |
| Tự chăm sóc | 0,1052 | 0,0844 |
| Sinh hoạt thường lệ | 0,0230 | 0,0484 |
| Đau, khó chịu | 0,0388 | 0,0718 |
| Lo lắng, u sầu | 0,0270 | 0,0519 |
| Tổng | 0,7603 | 0,2262 |

Sau khi quy đổi điểm CLCS của đối tượng nghiên cứu là $0,7603 \pm 0,2262$, điểm CLCS nhỏ nhất là $-0,2727$, điểm CLCS lớn nhất là 1 điểm.

IV. BÀN LUẬN

Các biện pháp đo lường kết quả do bệnh nhân báo cáo đã được sử dụng lâu năm trong các cơ sở nghiên cứu và lâm sàng để đánh giá CLCS của người bệnh trong thời kỳ dưỡng bệnh tại gia đình và cộng đồng. Nhiều nghiên cứu khác nhau đã chỉ ra thành công và tầm quan trọng của việc đánh giá CLCS trong mô hình chăm sóc người bệnh toàn diện [4]. Bằng chứng dựa trên các nghiên cứu hiện tại cho thấy tầm quan trọng của việc đánh giá CLCS đối với người bệnh đang hồi phục sau COVID-19, nhấn mạnh vai trò của quy trình phục hồi chức năng tập trung vào quá trình phục hồi toàn diện của bệnh nhân [6],[7],[8],[10]. Nghiên cứu hiện tại của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên nhằm đánh giá CLCS ở những người sau mắc COVID-19 12 tháng tại Việt Nam. Chúng tôi xác định sự cần thiết của một nghiên cứu này do mức độ phổ biến và tác động của COVID-19 lên sức khỏe cộng đồng.

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá CLCS trên 1534 người trưởng thành tại thời điểm 12 tháng sau mắc COVID-19 cho thấy phần lớn đối tượng

tham gia nghiên cứu có độ tuổi từ 30 đến 50 tuổi. Đây chính là lứa tuổi lao động. Chính vì vậy, CLCS của người dân ở lứa tuổi này giảm không chỉ ảnh hưởng đến đời sống sức khỏe người bệnh, mà còn ảnh hưởng gián tiếp đến đời sống kinh tế xã hội.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng, điểm CLCS trung bình của đối tượng nghiên cứu là $0,7603 \pm 0,2262$ điểm. Khi đánh giá điểm phản hồi trên các khía cạnh khác nhau của EQ5D5L, điểm khá thấp này dường như bị ảnh hưởng chủ yếu bởi các vấn đề về các sinh hoạt thường lệ và lo lắng u sầu. Tổng cộng, 15,6% số người nhiễm sau COVID-19 cho biết bị ảnh hưởng hoặc ảnh hưởng nghiêm trọng tới sinh hoạt thường ngày và 14,1% cho thấy bị ảnh hưởng do lo lắng u sầu ở mức độ 3 trở lên. Đáng lưu ý hơn, khả năng tự chăm sóc bản thân bị ảnh hưởng nghiêm trọng trong 28,0% các trường hợp.

Trong một nghiên cứu của Moens và cộng sự thực hiện trên 547 người tại thời điểm 287 ± 150

ngày sau mắc COVID-19 tại Bỉ [5], điểm trung bình CLCS là $0,57 \pm 0,23$. Khi đánh giá điểm phản hồi trên các khía cạnh khác nhau của EQ5D, điểm khá thấp này dường như bị ảnh hưởng chủ yếu bởi các vấn đề về hoạt động và cảm giác đau/khó chịu. Tổng cộng, 89,58% số người nhiễm sau COVID-19 cho biết bị đau một số hoặc cực kỳ đau đớn và 82,45% cho thấy một số hoặc hạn chế nghiêm trọng khi thực hiện các hoạt động thông thường. Tương ứng, 42,96 và 42,59% cho thấy một số hoặc có vấn đề nghiêm trọng về khả năng vận động và lo lắng/trầm cảm. Khả năng tự chăm sóc bản thân vẫn được duy trì ở hầu hết những người nhiễm bệnh sau COVID-19, trong đó chỉ có 13,16% cho thấy có vấn đề.

Đại dịch không chỉ làm gián đoạn các mối liên hệ xã hội của người dân nói chung mà còn gây ra nỗi sợ hãi, căng thẳng, lo lắng về tài chính và sức khỏe, cuối cùng dẫn đến CLCS thấp hơn. Cũng tại Bỉ, CLCS được đo ở 2099 cá nhân trong 8 tuần đầu tiên áp dụng lệnh phong tỏa do vi-rút corona và trước khi áp dụng các biện pháp phòng ngừa COVID-19 [3]. Điểm chỉ số CLCS trước khi giãn cách xã hội là 0,82 (KTC 95% từ 0,80 đến 0,84) và điểm CLCS sau khi áp dụng giãn cách xã hội là 0,79 (KTC 95% từ 0,77 đến 0,81). Điều này cho thấy, CLCS của người dân trong và sau đại dịch COVID-19 bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, bao gồm cả sức khỏe về thể chất, tinh thần và xã hội.

Gần đây, các nhà hoạch định chính sách và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe phải khẩn trương điều tra các chiến lược mạnh mẽ để cải thiện CLCS ở những người sau nhiễm COVID-19 [9]. Kết quả nghiên cứu hiện tại của chúng tôi cũng ủng hộ mạnh mẽ quan điểm này, vì điểm số CLCS trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu trước đây thực hiện tại Việt Nam [11]. Trong nghiên cứu của Nguyễn thiện Minh và cộng sự [11], các tác giả đã khảo sát CLCS ở 324 người bệnh COVID-19 xuất viện tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, điểm CLCS trung bình và độ lệch chuẩn của toàn thể 324 đối tượng nghiên cứu tương ứng là $0,874 \pm 0,216$. Trong một số trường hợp, các bệnh cấp tính do virus có khả năng gây ra cơn đau mạn tính lan tỏa và đau cục bộ, có khả năng dẫn đến sự gia tăng số lượng bệnh nhân bị đau mạn tính [12]. Các triệu chứng dai dẳng sau khi nhiễm COVID-19 thường được biểu hiện là mệt mỏi và khó thở, trong đó mệt mỏi cũng là một trong những triệu chứng cốt lõi của mẫn cảm trung ương, là cơ chế sinh lý thần kinh tiềm ẩn của cơn đau mạn tính

không đặc hiệu. Do đó, có thể gợi ý rằng những người sau nhiễm COVID-19 có biểu hiện lâm sàng tương tự như bệnh nhân đau mạn tính (tức là xuất hiện cơn đau về đêm), với sự nhạy cảm trung tâm giống như cơ chế sinh lý thần kinh cơ bản chung [13]. Trong các nghiên cứu trước đây, CLCS của những người nhiễm sau COVID-19 được so sánh với bệnh nhân bị đau mạn tính, CLCS của người nhiễm sau COVID-19 cao hơn đáng kể [5],[9]. Do đó, có thể gợi ý rằng những người sau khi nhiễm COVID-19 dường như tự đặt mình vào giữa CLCS tiêu chuẩn của một nhóm dân số khỏe mạnh và CLCS kém của bệnh nhân bị đau mạn tính.

Thực tế là CLCS của người sau mắc COVID-19 không bị ảnh hưởng tiêu cực như ở bệnh nhân đau mạn tính, không có nghĩa là việc điều trị không nên tập trung vào việc cải thiện CLCS. Chúng ta vẫn còn phải theo dõi khả năng những người sau nhiễm COVID-19 sẽ có biểu hiện tương tự như bệnh nhân mắc bệnh đau mạn tính hay không nếu các triệu chứng vẫn tồn tại trong vài năm, điều này chỉ ra rõ ràng tầm quan trọng của việc cải thiện CLCS trong nhóm đối tượng người bệnh sau mắc COVID-19 [4].

Tại Châu Âu, hiện đã có một số sáng kiến được đưa ra để tăng CLCS, trong đó các biện pháp can thiệp trị liệu tâm lý dựa trên các nền tảng trực tuyến,¹⁴ các ứng dụng quản lý cơn đau dựa trên điện thoại thông minh kết hợp quản lý cơn đau về thể chất và các rối loạn tâm lý. Ngoài ra, các biện pháp giáo dục về giảm đau như một phương pháp điều trị riêng lẻ hoặc kết hợp với vật lý trị liệu hoặc liệu pháp hành vi nhận thức và vật lý trị liệu. Ngoài ra, các biện pháp tư vấn và vật lý trị liệu đã được chứng minh là hiệu quả hơn vật lý trị liệu đơn thuần để cải thiện CLCS liên quan đến sức khỏe ở người bệnh sau mắc COVID-19.

Điểm mạnh và hạn chế của nghiên cứu

Điểm mạnh

Đây là nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi đánh giá CLCS phổ biến trong lĩnh vực y khoa, khảo sát trên 1534 đối tượng sau 12 tháng kể từ khi mắc COVID-19. Đây là nghiên cứu có cỡ mẫu lớn, khảo sát tại thời điểm hậu COVID. Nghiên cứu này đã thể hiện sự ảnh hưởng tới CLCS của người dân sau khi mắc bệnh và quay trở lại cuộc sống hàng ngày.

Hạn chế

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả nên chỉ phản ánh được tình trạng CLCS của người tham gia nghiên cứu tại thời điểm nghiên cứu và cũng

không thể hiện được mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố liên quan.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu CLCS trên 1534 người dân tại thời điểm 12 tháng sau mắc COVID-19 cho thấy đa phần đối tượng nghiên cứu thuộc lứa tuổi trưởng thành. CLCS liên quan đến sự đi lại và khả năng tự chăm sóc của người dân bị ảnh hưởng nhiều nhất với tỷ lệ lần lượt là 30,6% và 52,9% bị ảnh hưởng ở mức độ 3 và mức độ 2. Có 17,9% và 13,3% đối tượng nghiên cứu bị ảnh hưởng CLCS ở mức độ 2 và mức độ 3 trong lĩnh vực sinh hoạt thường lệ. Sau khi quy đổi điểm CLCS của đối tượng nghiên cứu là $0,7603 \pm 0,2262$, điểm CLCS nhỏ nhất là $-0,2727$, điểm CLCS lớn nhất là 1 điểm. Các bác sĩ lâm sàng cần lưu ý khi chăm sóc người bệnh nhằm nâng cao CLCS, góp phần chăm sóc toàn diện người bệnh cả về thể chất, tinh thần và các yếu tố xã hội. Ngoài ra, cần phải thực hiện các nghiên cứu trong tương lai nhằm theo dõi tình trạng CLCS của người sau mắc COVID-19 có so sánh với nhóm đối chứng trong cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Accessed October 7, 2023. <https://covid19.who.int>
2. Chippa V, Aleem A, Anjum F. Post-Acute Coronavirus (COVID-19) Syndrome. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2023. Accessed October 7, 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570608/>
3. van Ballegooijen H, Goossens L, Bruin RH, Michels R, Krol M. Concerns, quality of life, access to care and productivity of the general population during the first 8 weeks of the coronavirus lockdown in Belgium and the Netherlands. BMC Health Serv Res. 2021;21(1):227. doi:10.1186/s12913-021-06240-7
4. Hegde S, Sreeram S, Bhat KR, Satish V, Shekar S, Babu M. Evaluation of post-COVID health status using the EuroQol-5D-5L scale. Pathog Glob Health. 116(8):498-508. doi:10.1080/20477724.2022.2035623
5. Moens M, Duarte RV, De Smedt A, et al. Health-related quality of life in persons post-COVID-19 infection in comparison to normative controls and chronic pain patients. Front Public Health. 2022;10:991572. doi:10.3389/fpubh.2022.991572
6. Amdal CD, Pe M, Falk RS, et al. Health-related quality of life issues, including symptoms, in patients with active COVID-19 or post COVID-19; a systematic literature review. Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil. 2021;30(12):3367-3381. doi:10.1007/s11136-021-02908-z
7. Garrigues E, Janvier P, Kherabi Y, et al. Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. J Infect. 2020;81(6):e4-e6. doi:10.1016/j.jinf.2020.08.029
8. Yuan Y, Liu ZH, Zhao YJ, et al. Prevalence of Post-traumatic Stress Symptoms and Its Associations With Quality of Life, Demographic and Clinical Characteristics in COVID-19 Survivors During the Post-COVID-19 Era. Front Psychiatry. 2021;12:665507. doi:10.3389/fpsy.2021.665507
9. Nandasena HMRKG, Pathirathna ML, Atapattu AMMP, Prasanga PTS. Quality of life of COVID 19 patients after discharge: Systematic review. PLoS One. 2022;17(2):e0263941. doi:10.1371/journal.pone.0263941
10. Demeco A, Marotta N, Barletta M, et al. Rehabilitation of patients post-COVID-19 infection: a literature review. J Int Med Res. 2020;48(8):300060520948382. doi:10.1177/0300060520948382
11. Minh NT, Anh ĐTL, Xuân NTT, et al. Chất lượng cuộc sống ở người bệnh Covid - 19 xuất viện tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch. Tạp Chí Nghiên Cứu Học. 2022;152(4):221-229. doi:10.52852/tcncyh.v152i4.760
12. Clauw DJ, Häuser W, Cohen SP, Fitzcharles MA. Considering the potential for an increase in chronic pain after the COVID-19 pandemic. Pain. 2020;161(8):1694-1697. doi:10.1097/j.pain.0000000000001950
13. Fernández-de-Las-Peñas C, Herrero-Montes M, Cancela-Cilleruelo I, et al. Understanding Sensitization, Cognitive and Neuropathic Associated Mechanisms behind Post-COVID Pain: A Network Analysis. Diagn Basel Switz. 2022;12(7):1538. doi:10.3390/diagnostics12071538
14. Bandyopadhyay S, Singh K. Translational Research and Applied Psychology in India. In: Translational Research and Applied Psychology in India. First Edition. SAGE Publications Pvt Ltd; 2019:285-340. doi:10.4135/9789353287795