

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN CÓ BỆNH LÝ CƠ XƯƠNG KHỚP TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN THÀNH PHỐ HUẾ

Thái Ngọc Minh Thuỳ¹, Nguyễn Thị Thanh Ngân¹, Nguyễn Trà My¹,
Trần Đình Hoàng¹, H Rụn Kbuôn¹, Nguyễn Thị Hương Lam^{2*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm chất lượng cuộc sống (CLCS) ở bệnh nhân có bệnh lý cơ xương khớp (BLCXK) theo EuroQoL-5D-5L (EQ-5D-5L), EuroQoL-Visual analogue scale (EQ-VAS) và tìm hiểu một số yếu tố liên quan.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 162 bệnh nhân có BLCXK đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Huế trong thời gian từ 01/2025 đến 09/2025. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, đánh giá CLCS bằng thang điểm EQ-5D-5L (5 khía cạnh: sự đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường lệ, mức độ đau/khó chịu và lo lắng/u sầu) và thang đo EQ-VAS.

Kết quả: Về các khía cạnh của CLCS, nhóm "có vấn đề" đều có tỷ lệ cao hơn, trong đó đau/khó chịu (100%), sinh hoạt thường lệ (84,0%), sự đi lại (78,4%), tự chăm sóc (65,4%) và lo lắng/u sầu (61,1%). Điểm EQ-VAS và EQ-5D-5L ở bệnh nhân nữ (mean rank lần lượt là 77,1 và 73,4) thấp hơn so với nam (mean rank lần lượt là 93,1 và 104,0) ($p < 0,05$). Điểm EQ-5D-5L ở nhóm ≥ 60 tuổi (mean rank=76,5) thấp hơn so với nhóm < 60 tuổi (mean rank=93,8) ($p < 0,05$). Tuổi và thời gian mắc bệnh có mối tương quan nghịch mức độ yếu với điểm EQ-VAS (hệ số tương quan lần lượt là -0,157 và -0,168; $p < 0,05$).

Kết luận: Có sự khác biệt về điểm CLCS giữa hai nhóm nam và nữ, giữa các nhóm tuổi. Thời gian mắc bệnh và tuổi là những yếu tố có mối liên quan với EQ-VAS.

Từ khóa: chất lượng cuộc sống, bệnh lý cơ xương khớp, EQ-5D-5L.

THE QUALITY OF LIFE AND RELATED FACTORS AMONG PATIENTS WITH MUSCULOSKELETAL DISORDERS AT HUE CITY TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL

1. Sinh viên Y học cổ truyền, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

2. Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Hương Lam

Email: nthlam@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 8/5/2026

Ngày phản biện: 24/6/2026

Ngày duyệt bài: 26/6/2026

ABSTRACT

Objectives: To describe the characteristics of quality of life (QoL) in patients with musculoskeletal disorders according to EuroQoL-5D-5L (EQ-5D-5L), EQ-Visual Analogue Scale (EQ-VAS) and find out some associated factors.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 162 patients with musculoskeletal disorders at Hue City Traditional Medicine Hospital from 01/2025 to 09/2025. Convenient sampling, QoL was assessed using the EQ-5D-5L score (5 domains including mobility, self-care, usual activities, pain/discomfort and anxiety/depression) and the EQ-VAS.

Results: Regarding the dimensions of QoL, the "Problems" group reported high proportions, in which pain/discomfort accounted for 100%, usual activities (84.0%), mobility (78.4%), self-care (65.4%), and anxiety/depression (61.1%). The EQ-VAS and EQ-5D-5L scores in female patients (mean rank of 77.1 and 73.4, respectively) were significantly lower than those in males (mean rank of 93.1 and 104.0, respectively) ($p < 0.05$). The EQ-5D-5L score in the group aged 60 and older (mean rank=76.5) was lower than those in the under-60 age group (mean rank=93.8) ($p < 0.05$). Both age and duration of illness showed weak negative correlations with EQ-VAS scores (correlation coefficients of -0.157 and -0.168, respectively; $p < 0.05$).

Conclusions: Significant differences in QoL scores were observed between genders and among age groups. Both age and duration of illness were factors significantly associated with EQ-VAS.

Keywords: quality of life, musculoskeletal disorders, EQ-5D-5L.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bối cảnh bệnh lý cơ xương khớp (BLCXK) ảnh hưởng đến nhiều mặt của sức khỏe, việc đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) đòi hỏi một công cụ đo lường có khả năng phản ánh đa chiều và phù hợp với đặc trưng bệnh lý này [1]. Một số bộ công cụ đánh giá CLCS đã được áp dụng rộng rãi và

được kiểm chứng đa văn hoá như công cụ World Health Organization Quality of Life-Brief version (WHOQOL-BREF) của Tổ chức Y tế Thế giới hay công cụ khảo sát dạng ngắn 36 mục (Short-Form 36 Health Survey, SF-36) đánh giá tám lĩnh vực gồm hoạt động thể chất, vai trò thể chất, tình trạng đau, hoạt động xã hội, vai trò cảm xúc, sức khỏe tinh thần, tâm lý và tình trạng sức khỏe chung [2]. Tuy nhiên, đặc điểm nổi bật của hầu hết các BLCXK là tình trạng đau mãn tính và suy giảm chức năng, gây ảnh hưởng đến CLCS của bệnh nhân, làm hạn chế khả năng đi lại, giảm chức năng tự chăm sóc bản thân và thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày, từ đó tác động đến sức khỏe tâm trí người bệnh [1]. Chính vì vậy, EuroQoL-5D (EQ-5D-5L và EQ-VAS) được coi là một công cụ đánh giá CLCS liên quan đến sức khỏe, được sử dụng ở nhiều nhóm BLCXK, giúp đánh giá và ghi chép tiên lượng bệnh. Công cụ này vừa có khả năng bao quát các khía cạnh về CLCS vừa cho phép đánh giá tình trạng sức khỏe cả thể chất lẫn tinh thần, có giá trị trong việc đánh giá chức năng của bệnh nhân và tác động của các can thiệp chăm sóc sức khỏe. Năm 2017-2018, nhóm nghiên cứu của Trường Đại học Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội và Trường Đại học Umea Thụy Điển đã tiến hành chuẩn hóa để phù hợp với văn hóa, ngôn ngữ và đảm bảo độ tin cậy trong đo lường CLCS; đồng thời xây dựng bảng quy đổi sang giá trị CLCS dành cho người Việt Nam theo từng khía cạnh [3], [4]. Tại Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Huế, việc đánh giá CLCS ở bệnh nhân có BLCXK chưa được thực hiện nhiều, trong khi đó nhiều đánh giá toàn cầu cho thấy BLCXK làm tăng đáng kể số năm sống chung với tàn tật, gây ra mối đe dọa lớn đối với sức khỏe và những tác động tiêu cực đến CLCS [5]. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu như sau:

1. Mô tả chất lượng cuộc sống theo EQ-5D-5L và EQ-VAS ở bệnh nhân có bệnh lý cơ xương khớp tại Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Huế.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan với chất lượng cuộc sống ở nhóm đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân mắc các BLCXK tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Huế.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Huế, được chẩn đoán mắc các

BLCXK (dựa theo mã bệnh ghi trong hồ sơ bệnh án gồm nhóm bệnh thoái hoá khớp với mã bệnh M15-M19, nhóm bệnh lý cột sống với mã bệnh M45-M54 và nhóm bệnh lý mô mềm với mã bệnh M60-M79), có mặt tại thời điểm lấy số liệu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có một trong các tiêu chuẩn sau sẽ loại ra khỏi nghiên cứu:

- Bệnh nhân có rối loạn về hành vi/nhận thức.
- Bệnh nhân không thể đọc, hiểu, nghe hoặc trả lời các câu hỏi.
- Bệnh nhân hiện đang mắc các bệnh lý nhiễm trùng cấp tính hoặc mãn tính nặng như suy gan, suy thận, suy tim,...

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Huế.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2025 đến tháng 12/2025.

Thời gian thu thập số liệu: Từ tháng 01/2025 đến tháng 09/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính một giá trị trung bình:

$$n = \frac{Z^2 \delta^2}{c^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu; =1,96 (tương ứng với mức tin cậy 95%); $\delta=0,18$ (là độ lệch chuẩn của điểm trung bình EQ-5D-5L theo nghiên cứu của Trần Thị Minh Phượng) [6]; $c=0,03$ (là khoảng sai lệch cho phép). Chúng tôi lấy thêm 10% dự phòng đối tượng không hoàn thành bộ câu hỏi, từ đó tính ra cỡ mẫu tối thiểu cần có là 153 bệnh nhân. Thực tế nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 162 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện bao gồm tất cả bệnh nhân có những tiêu chí phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu.

Công cụ và biến số nghiên cứu:

- Nhóm biến số về thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới tính (nam, nữ), hoàn cảnh sống (một mình, cùng gia đình).

- Nhóm biến số về các đặc điểm BLCXK: Tên bệnh, thời gian mắc bệnh (năm), số lần nhập viện trong 1 năm qua, số vị trí đau/khó chịu (cổ, vai, khuỷu, cổ tay, bàn tay, lưng, thắt lưng-cùng, háng, đùi, gối, cổ chân, bàn chân), bệnh kèm (có, không), số bệnh kèm.

- Biến số về CLCS theo thang đo EQ-5D phiên bản tiếng Việt với 2 phần như sau:

+ Thang đo EQ-5D-5L với 5 mức độ, đánh giá 5 khía cạnh về CLCS bao gồm sự đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường lệ, đau/khó chịu và lo lắng/u sầu. Mỗi khía cạnh được cho điểm theo thang điểm Likert từ 1-5. Các mức độ tương ứng như sau: đối với các khía cạnh sự đi lại, tự chăm sóc và sinh hoạt thường lệ thì 1-5 lần lượt là không khó khăn, hơi khó khăn, khá khó khăn, rất khó khăn và không thể; đối với khía cạnh đau/khó chịu thì 1-5 lần lượt là không đau/khó chịu, hơi đau/khó chịu, khá đau/khó chịu, rất đau/khó chịu và cực kỳ đau/khó chịu; đối với khía cạnh lo lắng/u sầu thì 1-5 lần lượt là không lo lắng/u sầu, hơi lo lắng/u sầu, khá lo lắng/u sầu, rất lo lắng/u sầu và cực kỳ lo lắng/u sầu. Điểm của các khía cạnh càng cao thì mức độ hạn chế/khó khăn/có vấn đề càng nghiêm trọng. Các câu trả lời sẽ được quy đổi sang giá trị CLCS dành cho người Việt Nam theo thang điểm đánh giá CLCS của từng khía cạnh, gồm 3.125 tình trạng sức khỏe với giá trị từ 1 đến -0.5115. Điểm quy đổi càng cao cho thấy CLCS càng tốt [4].

+ Thang đo trực quan EQ-VAS đo lường tình trạng sức khỏe của bệnh nhân với thang điểm từ 0 (trạng thái sức khỏe xấu nhất) đến 100 (trạng thái sức khỏe tốt nhất) [7].

Phương pháp thu thập số liệu: Bệnh nhân nếu có đầy đủ các tiêu chuẩn phù hợp với tiêu chuẩn chọn bệnh và không có các tiêu chuẩn loại trừ sẽ được chọn vào nhóm nghiên cứu. Sau khi được chọn vào nhóm nghiên cứu, bệnh nhân sẽ được khám và ghi nhận các thông tin theo hồ sơ bệnh

án, phiếu khảo sát soạn sẵn vào ngày đầu tiên. Điều tra viên là thành viên của nhóm nghiên cứu, được tập huấn để hiểu rõ về mục tiêu nghiên cứu, phương pháp và quy trình thu thập số liệu cũng như nội dung của các câu hỏi trong phiếu khảo sát. Điều tra viên sẽ tiến hành phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu và kiểm tra lại toàn bộ phiếu khảo sát, đảm bảo thu thập đầy đủ thông tin sau khi thu lại phiếu.

Phân tích và xử lý số liệu:

Số liệu được nhập, làm sạch và xử lý bằng phần mềm Thống kê SPSS 20.0. Các biến định tính được thể hiện theo tỷ lệ phần trăm (%), các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn (SD) đối với dữ liệu có phân phối chuẩn và trung vị (khoảng tứ phân vị) đối với dữ liệu không có phân phối chuẩn. Kiểm định mối tương quan giữa các biến định lượng bằng hệ số tương quan Spearman, mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$. Kiểm định Mann-Whitney U được dùng để xác định sự khác biệt về điểm CLCS giữa các nhóm giới tính và nhóm tuổi, sử dụng mean rank để so sánh và mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được cho phép bởi Hiệu trưởng Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế theo Quyết định số 5501/QĐ-ĐHYD ngày 25/11/2024. Thông tin của đối tượng nghiên cứu được mã hoá, đảm bảo tính riêng tư, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu và chỉ tiến hành khi đối tượng nghiên cứu đồng ý tham gia.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n=162)

	Biến số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<40 tuổi	7	4,3
	40-59 tuổi	40	24,7
	≥ 60 tuổi	115	71,0
	Tuổi trung bình \pm SD	66,2 \pm 12,8	
Giới tính	Nam	43	26,5
	Nữ	119	73,5
Hoàn cảnh sống	Sống một mình	9	5,6
	Sống cùng gia đình	153	94,4

Nhận xét: Tuổi trung bình là 66,2 \pm 12,8, trong đó nhóm ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 71,0%. Nữ giới có tỷ lệ cao hơn nam giới (lần lượt là 73,5% và 26,5%) và đa số sống chung với gia đình (94,4%).

Bảng 2. Đặc điểm bệnh lý cơ xương khớp của đối tượng nghiên cứu (n=162)

Biến số		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm bệnh lý cơ xương khớp đang mắc (theo ICD-10)	Nhóm bệnh thoái hoá khớp	13	8,0
	Nhóm bệnh lý cột sống	144	88,9
	Nhóm bệnh lý mô mềm	5	3,1
Thời gian mắc bệnh	<1 năm	40	24,7
	1-5 năm	72	44,4
	>5 năm	50	30,9
Số lần nhập viện trong 1 năm qua	1 lần	38	23,5
	2-3 lần	112	69,1
	≥4 lần	12	7,4
Bệnh kèm	Có	113	69,8
	Không	49	30,2
Số bệnh kèm (n=113)	1 bệnh	80	49,4
	2 bệnh	22	13,6
	≥3 bệnh	11	6,8
Số vị trí đau/khó chịu	1-4 vị trí	131	80,9
	≥5 vị trí	31	19,1

Nhận xét: Nhóm bệnh lý cột sống có tỷ lệ cao nhất (66,0%); thời gian mắc bệnh từ 1- 5 năm chiếm tỷ lệ cao hơn các nhóm khác (44,4%); phần lớn bệnh nhân nhập viện trong 1 năm qua là 2-3 lần với tỷ lệ 69,1%. Có 69,8% bệnh nhân có mắc các bệnh kèm, trong đó mắc 1 bệnh kèm chiếm tỷ lệ cao nhất (49,4%) và ≥3 bệnh có tỷ lệ thấp nhất (6,8%). Bệnh nhân xuất hiện đau/khó chịu ở 1-4 vị trí chiếm tỷ lệ cao (80,9%).

Bảng 3. Các khía cạnh của chất lượng cuộc sống theo EQ-5D-5L (n=162)

Biến số*		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sự đi lại	Mức độ 1	35	21,6
	Mức độ 2	65	40,1
	Mức độ 3	43	26,5
	Mức độ 4	19	11,7
	Mức độ 5	0	0,0
Tự chăm sóc	Mức độ 1	56	34,6
	Mức độ 2	81	50,0
	Mức độ 3	18	11,1
	Mức độ 4	6	3,7
	Mức độ 5	1	0,6
Sinh hoạt thường lệ	Mức độ 1	26	16,0
	Mức độ 2	99	61,1
	Mức độ 3	31	19,1
	Mức độ 4	6	3,7
	Mức độ 5	0	0,0
Đau/khó chịu	Mức độ 1	0	0,0
	Mức độ 2	74	46,7
	Mức độ 3	66	40,7
	Mức độ 4	21	13,0
	Mức độ 5	1	0,6

Biến số*		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Lo lắng/u sầu	Mức độ 1	63	38,9
	Mức độ 2	58	35,8
	Mức độ 3	34	21,0
	Mức độ 4	7	4,3
	Mức độ 5	0	0,0

Ghi chú: *Mức độ 1 tương ứng với nhóm không có vấn đề, mức độ 2-5 tương ứng với nhóm có vấn đề.

Bảng 4. Điểm EQ-5D-5L và EQ-VAS (n=162)

Biến số	Trung vị	Khoảng tứ phân vị	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
EQ-VAS	50,0	23,8	6,0	95,0
EQ-5D-5L	0,680	0,210	-0,149	0,916

Nhận xét: Ở cả 5 khía cạnh của EQ-5D-5L, nhóm có vấn đề đều có tỷ lệ cao hơn, trong đó đau/khó chịu (100%), tiếp theo là sinh hoạt thường lệ (84,0%), sự đi lại (78,4%), tự chăm sóc (65,4%) và lo lắng/u sầu (61,1%). Điểm EQ-VAS và EQ-5D-5L có trung vị lần lượt là 50,0 và 0,680.

Bảng 5. So sánh điểm chất lượng cuộc sống theo giới tính (n=162)

Biến số	Nam (n=43)	Nữ (n=119)	p
	Mean rank	Mean rank	
Sự đi lại	63,3	88,1	0,002
Tự chăm sóc	71,7	85,0	0,080
Sinh hoạt thường lệ	63,6	88,0	0,001
Đau/khó chịu	73,7	84,3	0,166
Lo lắng/u sầu	59,3	89,5	<0,001
EQ-VAS	93,1	77,1	0,045
EQ-5D-5L	104,0	73,4	<0,001

Nhận xét: Điểm của các khía cạnh “sự đi lại”, “sinh hoạt thường lệ” và “lo lắng/u sầu” ở nhóm bệnh nhân nữ (mean rank lần lượt là 88,1; 88,0 và 89,5) cao hơn so với nhóm bệnh nhân nam (mean rank lần lượt là 63,3; 63,6 và 59,3) ($p < 0,05$). Điểm EQ-VAS và EQ-5D-5L ở nhóm bệnh nhân nữ (mean rank lần lượt là 77,1 và 73,4) thấp hơn so với nhóm nam (mean rank lần lượt là 93,1 và 104,0) ($p < 0,05$).

Bảng 6. So sánh điểm chất lượng cuộc sống theo nhóm tuổi (n=162)

Biến số	<60 tuổi (n=47)	≥60 tuổi (n=115)	p
	Mean rank	Mean rank	
Sự đi lại	66,2	87,8	0,005
Tự chăm sóc	75,5	84,0	0,253
Sinh hoạt thường lệ	68,3	86,9	0,009
Đau/khó chịu	74,0	84,6	0,153
Lo âu/u sầu	79,0	82,5	0,646
EQ-VAS	91,6	77,4	0,076
EQ-5D-5L	93,8	76,5	0,033

Nhận xét: Điểm của các khía cạnh “sự đi lại” và “sinh hoạt thường lệ” ở nhóm bệnh nhân ≥60 tuổi (mean rank lần lượt là 87,8 và 86,9) cao hơn so với nhóm bệnh nhân <60 tuổi (mean rank lần lượt là 66,2 và 68,3) ($p < 0,05$). Điểm EQ-5D-5L ở nhóm ≥60 tuổi (mean rank=76,5) thấp hơn so với nhóm <60 tuổi (mean rank=93,8) ($p < 0,05$).

Bảng 7. Một số yếu tố liên quan đến điểm EQ-5D-5L và EQ-VAS (n=162)

Biến độc lập		EQ-5D-5L	EQ-VAS
Tuổi	Hệ số tương quan ()	-0,112	-0,157
	p	0,115	0,046
Thời gian mắc bệnh	Hệ số tương quan ()	-0,121	-0,168
	p	0,125	0,032
Số vị trí đau/khó chịu	Hệ số tương quan ()	0,010	0,134
	p	0,900	0,089
Số bệnh kèm	Hệ số tương quan ()	-0,14	-0,077
	p	0,076	0,332
Số lần nhập viện	Hệ số tương quan ()	-0,008	0,014
	p	0,912	0,862
Thời gian hoạt động thể thao	Hệ số tương quan ()	-0,041	0,031
	p	0,606	0,696

Nhận xét: Tuổi và thời gian mắc bệnh có mối tương quan nghịch mức độ yếu với điểm EQ-VAS (lần lượt là -0,157 và -0,168; $p < 0,05$). Chưa tìm thấy mối tương quan giữa số vị trí đau/khó chịu, số bệnh kèm, số lần nhập viện, thời gian hoạt động thể dục thể thao với điểm EQ-5D-5L và EQ-VAS.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả nhóm bệnh cột sống là bệnh lý gặp nhiều nhất trong các BLCXK với tỷ lệ là 88,9% (cao nhất là đau thần kinh tọa với 66,0%). Đau thần kinh tọa là bệnh lý thường gặp ở những người trong độ tuổi từ 30-50 với tỷ lệ mắc bệnh suốt đời được báo cáo từ 10% đến 40%, tỷ lệ mắc bệnh hàng năm từ 1% đến 5%. Hoạt động thể chất làm tăng tỷ lệ mắc bệnh ở những người có triệu chứng thần kinh tọa trước đó và đặc biệt các yếu tố nghề nghiệp như lao động nặng (cúi ngửa, khiêng vác nặng hoặc phải đứng lâu, ngồi lâu,...) là những yếu tố làm dễ đối với bệnh lý này [8], [9]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tiến cho thấy BLCXK có tỷ lệ cao nhất là đau cột sống thắt lưng với 39,0%; các bệnh về thoái hóa gồm thoái hóa cột sống, thoái hóa khớp gối và thoái hóa đa khớp có tỷ lệ lần lượt là 22,8%, 21,3% và 4,1%; đau thần kinh tọa và thoát vị đĩa đệm lần lượt chiếm 9,3% và 7,6% [10]. Hay theo nghiên cứu của Đặng Thị Hương, bệnh nhân mắc các bệnh thoái hóa chiếm tỷ lệ cao nhất (72,2% năm 2018; 71,2% năm 2019 và 68,1% năm 2020 [11]. Sự khác biệt này có thể do phạm vi nghiên cứu khác nhau giữa các nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại một Bệnh viện Y học cổ truyền, trong khi nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Tiến hay tác giả Đặng Thị Hương lại được thực hiện tại nhiều cơ sở y tế nên mô hình các BLCXK có thể đa dạng hơn. Nhóm bệnh nhân mắc bệnh từ 1 đến 5 năm có tỷ lệ cao nhất với 44,4% và phần lớn bệnh nhân có tần suất nhập viện liên quan đến BLCXK trong 1 năm qua là từ 2-3 lần với tỷ lệ 69,1%.

Về bệnh mắc kèm, nghiên cứu của chúng tôi có tới 113 bệnh nhân có bệnh kèm (chiếm 69,8%). Trong đó mắc 1 bệnh kèm có tỷ lệ cao nhất với 49,4%, mắc 2 bệnh kèm chiếm 13,6%, mắc ≥ 3 bệnh kèm là 6,8%. Đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao là người cao tuổi (71,0%) và tình trạng có nhiều bệnh lý đồng mắc là một vấn đề phổ biến trong chăm sóc sức khỏe người cao tuổi. Đa bệnh lý có ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe của người cao tuổi không chỉ về mặt thể chất mà còn ảnh hưởng đến tinh thần, xã hội và làm gia tăng chi phí y tế [12]. Đối với số vị trí đau hoặc khó chịu, kết quả của chúng tôi cho thấy đa số bệnh nhân xuất hiện đau/khó chịu ở 1-4 vị trí (chiếm 80,9%). Nghiên cứu của Finney A. và cộng sự cũng chỉ ra rằng có sự khác biệt về tuổi trung bình của bệnh nhân giữa các nhóm vị trí đau, cụ thể tuổi trung bình lần lượt là 63,0; 63,8; 64,8 và 66,3 tương ứng với các nhóm đau 1 vị trí, 2 vị trí, 3 vị trí và 4 vị trí ($p < 0,001$) [13].

Kết quả theo các khía cạnh của thang đo EQ-5D-5L cho thấy nhóm bệnh nhân có vấn đề (mức độ 2-5) đều có tỷ lệ cao với tần suất của từng khía cạnh sự đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường lệ, đau/khó chịu, lo lắng/u sầu lần lượt là 78,4%, 65,4%, 84,0%, 100%, 61,1%. Tương tự với kết quả của chúng tôi, nghiên cứu của Đặng Thùy Linh và cộng sự khi đánh giá CLCS của người bệnh loãng xương tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội bằng thang điểm EQ-5D-5L cũng cho kết quả ở các lĩnh vực lần lượt có tỷ lệ 76,7%, 57,28%, 66,02%, 94,17%

và 77,67% [14]. Khi so sánh điểm các khía cạnh của CLCS, điểm EQ-5D-5L và điểm EQ-VAS giữa nam và nữ, kết quả cho thấy điểm của “sự đi lại”, “sinh hoạt thường lệ” và “lo lắng/u sầu” ở nữ cao hơn nam ($p < 0,05$); điểm EQ-VAS và EQ-5D-5L ở nữ thấp hơn so với nam ($p < 0,05$). Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Madhumitha Haridoss và cộng sự trên bệnh nhân viêm khớp dạng thấp cho thấy điểm EQ-5D thấp hơn có liên quan đến mức độ hoạt động của bệnh nặng, tuổi tác và giới tính nữ [15]; nghiên cứu của Branko Ristic và cộng sự cũng cho thấy nữ sẽ có cảm nhận đau và mức độ lo lắng nghiêm trọng hơn nam dẫn tới CLCS của nữ thấp hơn [16].

Khi so sánh giữa các nhóm tuổi, có sự khác biệt về điểm CLCS giữa nhóm <60 tuổi và nhóm ≥60 tuổi ở các khía cạnh “sự đi lại” và “sinh hoạt thường lệ” ($p < 0,05$). Điểm EQ-5D-5L ở nhóm ≥60 tuổi thấp hơn nhóm <60 tuổi. Trong thang điểm EQ-5D-5L, điểm số của từng khía cạnh càng cao thì càng cho thấy mức độ hạn chế/khó khăn/có vấn đề càng nghiêm trọng; ngược lại giá trị CLCS chung toàn thang đo càng cao cho thấy CLCS càng tốt hay thang đo trực quan EQ-VAS càng tiến đến 100 thì tình trạng sức khỏe chung càng tốt [4]. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là bệnh nhân cao tuổi và quá trình lão hoá cùng với tình trạng đa bệnh lý là một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tình trạng chức năng của người cao tuổi. Bệnh nhân cao tuổi có nhiều bệnh đồng mắc dẫn đến giảm hoạt động thể chất, có nguy cơ giảm chức năng cao hơn và có CLCS kém hơn [17]. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hải và cộng sự cũng cho thấy CLCS ở độ tuổi 50-60 kém hơn so với độ tuổi 19-29. Độ tuổi 50-60 là độ tuổi cuối cùng trước khi nghỉ hưu ở Việt Nam và một số khía cạnh của sức khỏe thể chất bắt đầu suy giảm khi cơ thể già đi [18]. Tương tự nghiên cứu của tác giả Trần Thị Minh Phượng (2025) cũng chỉ ra rằng nhóm bệnh nhân trên 70 tuổi có CLCS kém hơn so với nhóm bệnh nhân dưới 70 tuổi (điểm trung bình lần lượt là 0,63 và 0,73 với $p < 0,001$) [6].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi và thời gian mắc bệnh có mối tương quan nghịch mức độ yếu với điểm EQ-VAS (lần lượt là -0,157 và -0,168; $p < 0,05$). Chúng tôi chưa tìm thấy mối tương quan giữa số vị trí đau/khó chịu, số bệnh kèm, số lần nhập viện, thời gian hoạt động thể dục thể thao với điểm EQ-VAS. Khi tuổi tác tăng lên, người bệnh có xu hướng tự đánh giá tình trạng sức khỏe tổng quát của mình thấp hơn, trong khi mức độ ảnh hưởng

đến các khía cạnh chức năng cụ thể trong EQ-5D-5L chưa rõ rệt. Kết quả này phù hợp với nhận định rằng thang EQ-VAS là thang đo phản ánh cảm nhận chủ quan về sức khỏe toàn diện [19].

Nghiên cứu của chúng tôi còn tồn tại một số hạn chế như thiết kế nghiên cứu cắt ngang, chưa xác định mối quan hệ nhân quả, chưa hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu; cỡ mẫu nhỏ và phương pháp chọn mẫu không xác suất nên chưa đảm bảo được tính đại diện cho quần thể. Tuy nhiên, kết quả của nghiên cứu này đã góp phần vào việc xác định CLCS và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân có BLCXK, từ đó có thể đề xuất các giải pháp để hỗ trợ bệnh nhân nhằm nâng cao CLCS.

V. KẾT LUẬN

Điểm CLCS theo EQ-VAS và EQ-5D-5L lần lượt là 50,0 và 0,680. Bệnh nhân nữ có mức độ ảnh hưởng ở các khía cạnh “sự đi lại”, “sinh hoạt thường lệ” và “lo lắng/u sầu” cao hơn so với nam. Đồng thời, điểm CLCS theo EQ-5D-5L và EQ-VAS ở nữ thấp hơn so với nam ($p < 0,05$). Bệnh nhân ≥60 tuổi có điểm ở các khía cạnh “sự đi lại” và “sinh hoạt thường lệ” cao hơn so với nhóm <60 tuổi; điểm CLCS theo EQ-5D-5L ở bệnh nhân ≥60 tuổi thấp hơn có so với nhóm <60 tuổi ($p < 0,05$).

Tuổi và thời gian mắc bệnh có mối tương quan nghịch mức độ yếu với điểm EQ-VAS. Chưa tìm thấy mối tương quan giữa số vị trí đau/khó chịu, số bệnh kèm, số lần nhập viện và thời gian hoạt động thể dục thể thao với điểm EQ-5D-5L và EQ-VAS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- National Academics of Sciences, Engineering, and Medicine (2020).** Selected health conditions and likelihood of improvement with treatment. The National Academics Press.
- Lê Thanh Hà, Nguyễn Trường Sơn, Nguyễn Văn Tuấn (2024).** Chất lượng cuộc sống: Mô hình phân tích khái niệm. Tạp chí Sức khỏe Nội tiết. 23(4), tr. 23-29.
- Gupta S., Patnaik S. (2025).** EQ-5D-5L in Musculoskeletal Health: A Narrative Review on its Utility and Application. J Clin of Diagn Res. 19(9), pp. 154. DOI: 10.7860/JCDR/2025/80478.21740.
- Mai V.Q., Sun S., Minh H.V., et al (2020).** An EQ-5D-5L Value Set for Vietnam. Qual Life Res. 29(7), pp. 1923-1933. doi: 10.1007/s11136-020-02469-7.
- GmiA Collaborators (2024).** Global pattern, trend, and cross-country inequality of early mus-

- culoskeletal disorders from 1990 to 2019, with projection from 2020 to 2050. *Med.* 5(8): 943-962.e6.
6. **Trần Thị Minh Phượng (2025).** Chất lượng cuộc sống theo thang điểm EQ-5D-5L của bệnh nhân loãng xương nguyên phát tại Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 553(1). tr. 101-105. doi: <https://doi.org/10.51298/vmj.v553i1.15215>.
 7. **EuroQoL Research Foundation (2019).** EQ-5D-5L User Guide. Version 3.0. EuroQoL Research Foundation.
 8. **Qin Z.S., Liu X.X., Yao Q., et al (2015).** Acupuncture for treating sciatica: A systematic review protocol. *BMJ Open.* 5:e007498. doi:10.1136/bmjopen-2014-007498.
 9. **Trịnh Thị Diệu Thường, Nguyễn Văn Đán (2021).** Bệnh học và điều trị thần kinh kết hợp Đông – Tây y (Giáo trình giảng dạy đại học). Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 148.
 10. **Nguyễn Ngọc Tiến, Trần Thị Minh Tâm, Lưu Minh Châu (2020).** Đánh giá nhu cầu sử dụng y học cổ truyền điều trị bệnh lý cơ xương khớp tại huyện Thuận Thành tỉnh Bắc Ninh năm 2019. *Tạp chí Y Dược học cổ truyền Việt Nam.* 1(34), tr. 30-34.
 11. **Đặng Thị Hương (2022).** Thực trạng và nhu cầu sử dụng Y học cổ truyền điều trị bệnh cơ xương khớp tại nhà của người bệnh ở một số cơ sở y tế, thành phố Vinh tỉnh Nghệ An. *Luận văn Thạc sĩ Y học. Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.*
 12. **Skou S.T., Mair F.S., Fortin M., et al (2022).** Multimorbidity. *Nat Rev Dis Primers.* 8(1), pp. 48.
 13. **Finney A., Dziedzic K.S., Lewis M., et al (2017).** Multisite Peripheral Joint Pain: A Cross-Sectional Study of Prevalence and Impact on General Health, Quality of Life, Pain Intensity and Consultation Behaviour. *BMC Musculoskelet Disord.* 18, pp. 535. DOI: 10.1186/s12891-017-1896-3.
 14. **Đặng Thuỳ Linh, Trần Thị Thuỳ Linh, Nguyễn Thuỳ Tiên và cộng sự (2024).** 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. *Tạp chí Nghiên cứu y học.* 185(12), tr. 311-320.
 15. **Haridoss M., Bagepally B.S., Natarajan M., et al (2021).** Health-related quality of life in rheumatoid arthritis: Systematic review and meta-analysis of EuroQoL (EQ-5D) utility scores from Asia. *Int J Rheum Dis.* 24(3), pp. 314-326. doi: <https://doi.org/10.1111/1756-185X.14066>.
 16. **Ristic, B., Carletto, A., Fracassi, E., et al (2025).** Gender differences in psychological features and determinates of quality of life in axial spondyloarthritis and psoriatic arthritis: a cross-sectional study. *BMC Psychol.* 13(1), pp. 619. doi: 10.1186/s40359-025-02889-5.
 17. **Nguyễn Văn Trí, Nguyễn Trần Tố Trân (2022).** Những vấn đề cần biết khi chăm sóc sức khoẻ người cao tuổi. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 1-5.
 18. **Thanh Hai Nguyen, Duc Luan Hoang, Thi Giang Hoang và cộng sự (2020).** Quality of life among district hospital nurses with multisite musculoskeletal symptoms in Vietnam. *J Occup Health.* 62(1): e12161. doi: 10.1002/1348-9585.12161.
 19. **Xu R.H., Sun R., Tian L., et al (2024).** Health-related quality of life in primary care patients: a comparison between EQ-5D-5L utility score and EQ-visual analogue scale. *Health Qual Life Outcomes.* 22:2. doi: 10.1186/s12955-023-02215-w.