

Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân võng mạc đái tháo đường tại thành phố Đà Nẵng

Trần Thị Hoài Vi¹, Nguyễn Quốc Đạt^{1,2}, Nguyễn Hoàng Lan¹

¹Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

²Bệnh viện mắt thành phố Đà Nẵng

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh sự giảm sút về chất lượng cuộc sống (CLCS) ở người mắc bệnh võng mạc đái tháo đường (VMĐTĐ). Nghiên cứu này nhằm khảo sát CLCS của bệnh nhân mắc bệnh VMĐTĐ và tìm hiểu các yếu tố liên quan tại thành phố Đà Nẵng. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 309 bệnh nhân mắc bệnh VMĐTĐ đang được quản lý tại thành phố Đà Nẵng thực hiện từ tháng 01/2023 đến tháng 07/2024. Sử dụng bộ công cụ EQ-5D-5L phiên bản tiếng Việt để đo lường CLCS của các đối tượng nghiên cứu. Các yếu tố liên quan đến CLCS được xác định sử dụng mô hình hồi quy tuyến tính đa biến. **Kết quả:** Điểm trung vị về CLCS của bệnh nhân VMĐTĐ tham gia nghiên cứu là 0,81 (IQR:0,69 - 0,92). Phần lớn người tham gia gặp phải vấn đề về đau/khó chịu (77,7%), lo lắng/u sầu (62,8%), tiếp theo là đi lại (53,7%), sinh hoạt thường lệ (52,4%) và tự chăm sóc cá nhân (23,9%). Các giai đoạn tiến triển của bệnh VMĐTĐ (không tăng sinh nặng, tăng sinh và mù), tuổi cao, những bệnh nhân có chỉ định sử dụng insulin đơn độc hoặc và phối hợp thuốc uống ĐTĐ làm giảm CLCS của ĐTNC. **Kết luận:** CLCS ở bệnh nhân mắc bệnh VMĐTĐ thấp hơn so với nhóm dân số chung cũng như so với bệnh nhân ĐTĐ không có biến chứng VMĐTĐ. Giai đoạn bệnh càng nặng thì CLCS sẽ càng thấp. Bệnh nhân VMĐTĐ nên được phát hiện sớm và điều trị kịp thời để hạn chế tiến triển của bệnh, từ đó cải thiện CLCS.

Từ khóa: chất lượng cuộc sống, võng mạc đái tháo đường, Đà Nẵng.

Quality of life of people with diabetic retinopathy and the related factors in Da Nang city

Tran Thi Hoai Vi¹, Nguyen Quoc Dat^{1,2}, Nguyen Hoang Lan¹

¹University of Medicine and Pharmacy, Hue University

²Danang Eye Hospital

Abstract

Background: Many studies worldwide have demonstrated a decline in quality of life (QoL) among patients with diabetic retinopathy (DR). This study aims to assess the QoL of patients with DR and explore factors affecting their QoL in Da Nang City. **Methods:** The cross-sectional descriptive study was conducted between January 2023 and July 2024 among 309 patients with DR who were managed in Da Nang City. The EQ-5D-5L tool in Vietnamese version was used to measure QoL. A multivariate linear regression model was applied to identify factors affecting their QoL. **Results:** The median QoL score of the patients with DR was 0.81 (IQR:0.69 - 0.92). The majority of participants experienced pain/discomfort (77.7%), anxiety/depression (62.8%), followed by mobility (53.7%), usual activities (52.4%), and self-care (23.9%). Advanced stages of DR (severe non-proliferative, proliferative, and blindness), older age, and patients receiving insulin or a combination of oral diabetes medications were negatively associated with the QoL score. **Conclusions:** The QoL in DR patients is lower compared to both the general population and patients with diabetes mellitus who do not have DR. The QoL decreases with the progression of the disease. Early detection and timely treatment of DR are recommended to prevent disease progression and improve patients' QoL.

Keywords: Quality of life, diabetic retinopathy, Da Nang city.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh võng mạc đái tháo đường (VMĐTĐ) là biến chứng về mắt hay gặp nhất của bệnh nhân ĐTĐ, là một trong năm nguyên nhân hàng đầu gây tổn

thương mắt không thể hồi phục và là nguyên nhân chính gây mù ở người trưởng thành độ tuổi lao động [1], ảnh hưởng đến 50% - 85% người bệnh ĐTĐ và có thể dẫn đến suy giảm thị lực hoặc mù lòa [2]. Dự kiến

* Tác giả liên hệ: Trần Thị Hoài Vi. Email: vitth@danang.gov.vn

Ngày nhận bài: 17/10/2024; Ngày đồng ý đăng: 20/06/2025; Ngày xuất bản: 25/09/2025

DOI: 10.34071/jmp.2025.5.13

số người mắc bệnh VMĐTĐ trên thế giới sẽ tăng từ 126,6 triệu năm 2010 lên 191,0 triệu vào năm 2030 và nguy cơ đe dọa thị lực sẽ tăng từ 37,3 triệu người lên 56,3 triệu người [3]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của các tác giả trong nước gần đây đã ghi nhận tỷ lệ mắc bệnh VMĐTĐ dao động từ 17,4% đến hơn 50% tùy theo đối tượng nghiên cứu và địa điểm nghiên cứu [4, 5]. Tại thành phố Đà Nẵng, Ngô Thị Kim Yến và cs (2021) đã báo cáo tỷ lệ này là 17,4% khi tiến hành khám sàng lọc 219 bệnh nhân mắc ĐTĐ [4]. Tình trạng suy giảm thị lực của những người bệnh VMĐTĐ sẽ ảnh hưởng đến nhiều khía cạnh khác nhau trong cuộc sống, từ đó làm giảm đáng kể CLCS ở những bệnh nhân này [6, 7]. Tại Trung Quốc, Pan C. và cs (2018) đã tiến hành khảo sát dựa trên cộng đồng với 913 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 tại Trung Quốc, cho biết mức CLCS theo bộ công cụ EQ-5D-5L ở những người bị VMĐTĐ dao động từ 0,970 (SD = 0,145) đến 0,971 (SD = 0,082) thấp hơn so với những người không có VMĐTĐ là 0,986 (SD = 0,045, $p = 0,02 < 0,05$) [8]. Tại Ecuador, Espinosa-Uquillas C. và cs (2019), tiến hành đánh giá bằng EQ-5D-3L trên 325 bệnh nhân mắc đái tháo đường típ 2 kết quả cho biết mức CLCS ở bệnh nhân mắc VMĐTĐ là 0,77 [9]. Ben A.J và cs (2020) đã đánh giá về CLCS bằng EQ-5D trên 206 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 tại phía Nam Brazil cho biết mức CLCS trung bình ở bệnh nhân VMĐTĐ là 0,765 (SD = 0,19) [10]. Tại Iran, Zare F. và cs (2020), ước tính CLCS bằng bộ công cụ EQ-5D-5L trên 717 bệnh nhân ĐTĐ típ 2, cho biết mức CLCS ở bệnh nhân VMĐTĐ là 0,708 [11].

Ở Việt Nam, nghiên cứu về CLCS trên bệnh nhân VMĐTĐ đang còn rất hạn chế, hiện các nghiên cứu trong nước chủ yếu tập trung vào tỉ lệ mắc bệnh, yếu tố nguy cơ hoặc đánh giá hiệu quả sàng lọc, trong khi các yếu tố ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh VMĐTĐ chưa được quan tâm đúng mức, để có cơ sở triển khai các biện pháp can thiệp cải thiện CLCS cho người bệnh VMĐTĐ, chúng tôi thực hiện nghiên cứu **“Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân võng mạc đái tháo đường tại thành phố Đà Nẵng”**, với hai mục tiêu: 1) Đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân mắc võng mạc đái tháo đường tại thành phố Đà Nẵng. 2) Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân mắc võng mạc đái tháo đường.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: những bệnh nhân VMĐTĐ đang điều trị tại Bệnh viện Mắt thành phố Đà Nẵng và những bệnh nhân được phát hiện, quản lý thông qua chương trình sàng lọc có chọn lọc tại tuyến y tế cơ sở.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn:

- Được chẩn đoán bệnh VMĐTĐ bởi các bác sĩ chuyên khoa mắt (dựa theo quy định tại Quyết định số 2558/QĐ-BYT ngày 20/9/2022 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh VMĐTĐ”: Người bệnh được chẩn đoán ĐTĐ và có 1 trong 2 dấu hiệu: i) Các dấu hiệu lâm sàng trên khám đáy mắt hoặc dấu hiệu trên ảnh chụp đáy mắt không huỳnh quang; ii) Các dấu hiệu trên chụp mạch huỳnh quang).

- Thường trú tại Đà Nẵng;

- Có khả năng trả lời phỏng vấn; và

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không đáp ứng một hoặc nhiều tiêu chí lựa chọn đã nêu ở mục 2.1.1;

- Có bệnh lý tâm thần hoặc suy giảm nhận thức mức độ nặng, không có khả năng hợp tác hoặc không thể trả lời phỏng vấn;

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

2.2.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2023 đến tháng 7/2024.

2.2.3. Địa điểm nghiên cứu: Thành phố Đà Nẵng.

2.2.4. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu toàn bộ, có 309 người mắc bệnh VMĐTĐ đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.2.5. Phương pháp thu thập số liệu: dựa trên danh sách bệnh nhân VMĐTĐ đang quản lý, chúng tôi liên lạc trước qua điện thoại để hẹn thời gian và địa điểm thuận tiện cho phỏng vấn (tại các cơ sở y tế như Bệnh viện Mắt, TTYT quận/huyện khi bệnh nhân có lịch tái khám định kỳ). Phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân dựa trên bộ công cụ thiết kế sẵn.

2.2.6. Biến số nghiên cứu và đo lường:

2.2.6.1. Biến số phụ thuộc: Sử dụng thang đo EQ-5D-5L phiên bản tiếng Việt [13] để đo lường mức độ CLCS ở bệnh nhân VMĐTĐ. Thang đo đạt độ tin cậy cao với hệ số Cronbach's alpha trên dân số chung của Việt Nam là 0,85 [14]. Thang điểm này gồm 5 khía cạnh: khả năng đi lại, khả năng tự chăm sóc, sinh hoạt thường lệ, đau/khó chịu và lo lắng/u sầu. Mỗi khía cạnh được đánh giá theo thang đo Likert 5 điểm (1 = không có vấn đề; 2 = có vấn đề nhẹ; 3 = có vấn đề vừa phải; 4 = có vấn đề nghiêm trọng; 5 = có vấn đề rất nghiêm trọng). Mỗi trạng thái sức khỏe được cấu thành bởi 05 khía cạnh trên, ví dụ: với trạng thái khỏe mạnh nhất là “11111” và trạng thái nghiêm trọng nhất là “55555”. Mỗi trạng thái được chuyển đổi sang hệ số CLCS tương ứng theo quy ước. Ví dụ: “11111” tương ứng với hệ số CLCS là 1 và “55555”

tương ứng hệ số CLCS là -0,5115 [13]. Hệ số càng thấp mức độ CLCS càng kém, hệ số càng cao mức độ CLCS càng tốt.

2.2.6.2. Biến số độc lập:

- Yếu tố nhân khẩu học: tuổi, giới, hút thuốc lá.
- Yếu tố tình trạng sức khoẻ chung: chỉ số khối cơ thể (BMI theo tiêu chuẩn của WHO áp dụng cho người Châu Á: nhẹ cân với BMI < 18,5; bình thường với BMI từ 18,5 - 22,9; thừa cân với BMI từ 23,0 - 24,9; béo phì với BMI ≥ 25) [15], tăng huyết áp, thời gian mắc ĐTD, hình thức điều trị ĐTD.
- Yếu tố tình trạng bệnh VMĐTĐ: mắt bị VMĐTĐ (1 mắt hay cả 2 mắt), phân loại giai đoạn bệnh VMĐTĐ theo Hội đồng Nhãn khoa Quốc tế [12] và dựa vào chẩn đoán của các bác sỹ chuyên khoa mắt [16], gồm

có 5 giai đoạn: không tăng sinh nhẹ, vừa, nặng, tăng sinh và mù.

2.2.7. Phân tích và xử lý số liệu: Áp dụng các thuật toán thống kê mô tả để tính giá trị tần số; giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, khoảng tứ phân vị (IQR). Xác định các yếu tố liên quan đến mức độ CLCS ở bệnh nhân mắc bệnh VMĐTĐ sử dụng phân tích hồi quy tuyến tính đa biến với mức ý nghĩa thống kê $\alpha=0,05$. Toàn bộ phân tích được thực hiện ở phần mềm SPSS 22.0

2.2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức nghiên cứu của Trường Đại học Y - Dược Huế số H2022/521 ngày 30 tháng 12 năm 2022 và được sự chấp thuận của người tham gia.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu (n=309)

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm) TB (SD)	63,12 (9,85)	
Từ 40 - 60 tuổi	128	41,42
Từ trên 60 - 80 tuổi	170	55,02
> 80 tuổi	11	3,56
Giới		
Nam	138	44,66
Nữ	171	55,34
Hút thuốc lá		
Có	63	20,39
Không	226	73,14
Có nhưng hiện đã bỏ	20	6,47

Trong 309 bệnh nhân mắc VMĐTĐ, có 55,34% là nữ, độ tuổi trung bình là 63,12 (SD = 9,85), có 20,39% bệnh nhân có hút thuốc lá.

Bảng 2. Đặc điểm về bệnh đái tháo đường và vồng mạc đái tháo đường (n = 309)

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Thời gian mắc ĐTD (năm) TB (SD)	10,48 (7,69)	
< 5 năm	105	33,98
Từ 5 - 10 năm	81	26,21
Trên 10 năm	123	39,81
Phương thức điều trị ĐTD		
Uống thuốc	204	66,02
Tiêm insulin	32	10,36
Kết hợp thuốc uống và tiêm insulin	73	23,62
Tiền sử bệnh kèm (Tăng huyết áp)		
Có	204	66,02
Không	105	33,98

Đánh giá BMI		
Nhẹ cân	06	1,94
Bình thường	184	59,55
Thừa cân	70	22,65
Béo phì	49	15,86
Mắt bị VMĐTĐ		
Chỉ mắt phải	38	12,30
Chỉ mắt trái	46	14,89
Cả 2 mắt	225	72,81
Giai đoạn bệnh VMĐTĐ		
Không tăng sinh nhẹ (KTS nhẹ)	130	42,07
Không tăng sinh vừa (KTS vừa)	52	16,83
Không tăng sinh nặng (KTS nặng)	49	15,86
Tăng sinh (TS)	64	20,71
Mù	14	4,53

Số năm mắc ĐTĐ trung bình của đối tượng nghiên cứu là 10,48 (SD = 7,69); Có 66,02% bệnh nhân đang điều trị ĐTĐ bằng uống thuốc (không tiêm insulin), 66,02% có kèm tăng huyết áp; có 22,65% là thừa cân và 15,86% là béo phì; có 72,81% bệnh nhân mắc VMĐTĐ ở cả 2 mắt; có 42,07% bệnh nhân ở giai đoạn KTS nhẹ, KTS vừa, nặng lần lượt là 16,83%, 15,86%, giai đoạn tăng sinh là 20,71% và 4,53% trường hợp mù.

Bảng 3. Phân bố các mức độ theo 5 lĩnh vực thuộc thang đo EQ-5D-5L

Đặc điểm		Sự đi lại	Tự chăm sóc	Sinh hoạt thường lệ	Đau/ khó chịu	Lo lắng/ u sầu
Trung vị (IQR)		2 (IQR: 1 - 2)	1(IQR:1 - 1)	2(IQR:1 - 2)	2(IQR:2 - 2)	2(IQR:1 - 2)
Không có vấn đề	n	143	235	147	69	115
	Tỷ lệ %	46,3	76,1	47,6	22,3	37,2
Có vấn đề	n	166	74	162	240	194
	Tỷ lệ %	53,7	23,9	52,4	77,7	62,8
+ Vấn đề nhẹ	n	110	49	109	179	142
	Tỷ lệ %	35,6	15,9	35,3	57,9	46,0
+ Vấn đề vừa phải	n	33	12	33	35	33
	Tỷ lệ %	10,7	3,9	10,7	11,3	10,7
+ Vấn đề nghiêm trọng	n	18	09	16	23	16
	Tỷ lệ %	5,8	2,9	5,2	7,4	5,2
+ Vấn đề rất nghiêm trọng	n	05	04	04	03	03
	Tỷ lệ %	1,6	1,3	1,3	1,0	1,0

Tại thời điểm khảo sát, phần lớn người tham gia gặp phải vấn đề về đau/khó chịu (77,7%), lo lắng/u sầu (62,8%), tiếp theo là đi lại (53,7%), sinh hoạt thường lệ (52,4%) và tự chăm sóc (23,9%, trong đó vấn đề nghiêm trọng là 2,9% và rất nghiêm trọng là 1,3%).

Bảng 4. Mức độ chất lượng cuộc sống theo thang đo EQ-5D-5L

Mức độ chất lượng cuộc sống	Trung bình (Mean)	Độ lệch chuẩn (SD)	Trung vị (Median)	Khoảng tứ phân vị (IQR)
Mức độ CLCS chung	0,76	0,24	0,81	(0,69 - 0,92)
Trong đó:				
Không tăng sinh nhẹ	0,86	0,13	0,86	(0,78 - 1)
Không tăng sinh vừa	0,8	0,22	0,85	(0,74 - 0,92)
Không tăng sinh nặng	0,71	0,22	0,74	(0,64 - 0,85)
Tăng sinh	0,64	0,23	0,74	(0,55 - 0,8)
Mù	0,31	0,43	0,49	(-0,03 - 0,65)

Mức độ CLCS chung của đối tượng nghiên cứu theo thang điểm EQ-5D-5L có trung vị là 0,81 (IQR = 0,69 - 0,92), trong đó bệnh nhân VMĐTĐ KTS nhẹ có mức CLCS có trung vị đạt cao nhất với 0,86 (IQR = 0,78 - 1); KTS vừa đạt 0,85 (IQR = 0,74 - 0,92), KTS nặng đạt 0,74 (IQR = 0,64 - 0,85), TS đạt 0,74 (IQR = 0,55 - 0,8) và cuối cùng là mù có mức độ CLCS rất thấp 0,49 (IQR = -0,03 - 0,65).

3.2. Các yếu tố liên quan đến CLCS của bệnh nhân VMĐTĐ

Bảng 5. Xác định các yếu tố liên quan đến CLCS theo thang đo EQ-5D-5L bằng mô hình hồi quy tuyến tính đa biến

Đặc điểm	Hệ số hồi quy (B)	Sai số chuẩn (SE)	Hệ số hồi quy chuẩn hoá (β)	95%CI		p
				Giá trị dưới	Giá trị trên	
Nữ (Nam*)	-0,02	0,03	-0,05	-0,08	0,03	0,34
Tuổi	-0,004	0,001	-0,16	-0,006	-0,001	0,003
BMI	0,004	0,004	0,04	-0,004	0,01	0,36
Có THA (không THA*)	-0,03	0,02	-0,06	-0,08	0,02	0,19
Có hút thuốc lá (không hút thuốc lá *)	-0,04	0,03	-0,06	-0,1	0,03	0,23
Thời gian ĐTĐ	-0,001	0,002	-0,03	-0,004	0,003	0,62
Có tiêm insulin (*chỉ uống thuốc ĐTĐ)	-0,12	0,03	-0,24	-0,18	-0,07	<0,001
Cả 2 mắt (1 mắt*)	-0,03	0,03	-0,05	-0,08	0,03	0,31
KTS vừa (KTS nhẹ*)	-0,04	0,03	-0,07	-0,11	0,02	0,18
KTS nặng (KTS nhẹ*)	-0,14	0,03	-0,2	-0,2	-0,07	<0,001
Tăng sinh (KTS nhẹ*)	-0,19	0,03	-0,33	-0,26	-0,13	<0,001
Mù (KTS nhẹ*)	-0,5	0,06	-0,43	-0,61	-0,39	<0,001
Hằng số (constant)	1,11	0,13		0,86	1,37	<0,001

* Giá trị tham chiếu

Kết quả phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho biết tuổi, sử dụng thuốc tiêm Insulin và giai đoạn VMĐTĐ tiến triển có liên quan đến CLCS của đối tượng nghiên cứu ($p < 0,05$). Tuổi càng cao CLCS càng giảm, tuổi tăng 1 tuổi mức CLCS giảm 0,004 điểm (SE: 0,001). Bệnh nhân có chỉ định tiêm insulin có mức CLCS giảm trung bình 0,12 điểm so với nhóm chỉ có chỉ định uống thuốc đơn thuần để điều trị ĐTĐ (SE: 0,03). Bệnh nhân VMĐTĐ giai đoạn KTS nặng có mức CLCS giảm trung bình 0,14 điểm so với nhóm KTS nhẹ (SE: 0,03). Bệnh nhân VMĐTĐ giai đoạn TS có mức CLCS giảm trung bình 0,19 điểm so với nhóm KTS nhẹ (SE: 0,03). Bệnh nhân VMĐTĐ bị mù có mức CLCS giảm trung bình 0,5 điểm so với nhóm KTS nhẹ (SE: 0,06). Trong tất cả các yếu tố, tình trạng mù có tác động nhiều nhất đến CLCS ở bệnh nhân mắc bệnh VMĐTĐ (β :0,43), tiếp đến là VMĐTĐ giai đoạn TS (β :0,33).

4. BÀN LUẬN

4.1. Chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân VMĐTĐ

Trong các khía cạnh đánh giá CLCS theo EQ-5D-5L, tại thời điểm khảo sát, vấn đề đau/khó chịu là vấn đề gặp phải của phần lớn đối tượng nghiên cứu chúng tôi (77,7%), sau đó là lo lắng/u sầu (62,8%), tiếp theo là đi lại (53,7%), sinh hoạt thường lệ (52,4%) và vấn đề mà đối tượng nghiên cứu chúng tôi ít gặp nhất là tự chăm sóc cá nhân (23,9%).

Bệnh VMĐTĐ bên cạnh chủ yếu gây ra các vấn đề về thị lực như chảy nước mắt, mắt mờ thì bệnh nhân cũng gặp phải cảm giác đau hoặc khó chịu ở mắt do các tổn thương mạch máu, sự hình thành các mô sẹo hoặc chảy máu trong võng mạc, từ đó có thể dẫn đến cảm giác mệt mỏi, khó chịu. Ngoài ra, người bệnh VMĐTĐ có thể gặp phải các biến chứng toàn thân khác liên quan đến ĐTĐ như đau do thần kinh, bệnh thận hay gặp tình trạng đau xương khớp do tuổi già vì độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu chúng tôi là $63,12 \pm 9,85$, do đó, tỷ lệ 77,7% người bệnh báo cáo có biểu hiện “đau/khó chịu” phản ánh tổng thể cảm giác không thoải mái, bao gồm cả triệu chứng đau, khó chịu trong quá trình sống chung với bệnh.

VMĐTĐ có thể dẫn đến giảm thị lực nghiêm trọng hoặc thậm chí mù lòa, điều này có thể gây ra lo lắng về khả năng tự chủ cho người bệnh. Ngoài ra, kết quả của tác động từ bệnh lý mãn tính như ĐTĐ, VMĐTĐ có thể khiến bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi và thất vọng, dẫn đến tâm trạng u sầu và lo lắng. Đặc biệt, chi phí cho điều trị VMĐTĐ và các biến chứng của ĐTĐ khá cao, điều này có thể tạo ra gánh nặng tài chính và làm gia tăng lo lắng cho người bệnh. Chính vì vậy đây có thể là những lý do làm cho 62,8% người tham gia nghiên cứu đang gặp phải lo lắng hoặc u sầu.

Như phân tích ở trên, VMĐTĐ có thể dẫn đến giảm thị lực nghiêm trọng, bao gồm mờ mắt hoặc thậm chí mù lòa. Sự suy giảm thị lực này có thể làm cho việc đi lại và thực hiện các hoạt động hàng ngày trở nên khó khăn hơn, theo đó, làm cho 53,7% gặp khó khăn trong đi lại và 52,4% gặp khó khăn trong các sinh hoạt thường lệ và 23,9% gặp khó khăn trong việc tự chăm sóc cá nhân (trong đó có 2,9% có vấn đề nghiêm trọng và 1,3% là rất nghiêm trọng ở khía cạnh tự chăm sóc).

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi cho biết mức CLCS của bệnh nhân VMĐTĐ theo thang điểm EQ-5D-5L có trung vị là 0,81 (IQR = 0,69 - 0,92), trung bình là 0,76 (SD = 0,24), thấp hơn so với mức CLCS của nhóm dân số chung của người Việt Nam được đo lường bằng thang đo EQ-5D-5L của tác giả Nguyen Hoang Long và cs (2017): 0,91 (SD = 0,15) [17] và tác giả Vu Quynh Mai, cs (2020): 0,95 (SD = 0,07) [18]. Sự chênh lệch kết quả này có thể là vì sự khác nhau về

đối tượng nghiên cứu, cụ thể nghiên cứu của Nguyen Hoang Long và cộng sự (cs) (2017) tiến hành trên dân số chung trong đó đối tượng nghiên cứu hầu hết là không có bất kỳ vấn đề sức khỏe nào (91,7%), chỉ có 7,7% là có 01 vấn đề sức khỏe và 0,6% là có 2 vấn đề sức khỏe. Hơn nữa, đối tượng nghiên cứu được khảo sát của nhóm tác giả này cho biết có đến 94,6% không gặp vấn đề về đi lại, 97,5% không gặp vấn đề về tự chăm sóc, 75,7% không gặp vấn đề về sinh hoạt thường lệ, 90% không gặp vấn đề đau/khó chịu và 84,8% không có lo lắng/u sầu [17]. Tất cả các khía cạnh thuộc thang đo CLCS được đánh giá trên nhóm dân số chung này đều được ghi nhận kết quả tốt hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Tương tự, nhóm đối tượng nghiên cứu của Vu Quynh Mai và cs (2020) có độ tuổi trung bình là $31,8 \pm 10,7$ tuổi và chỉ có 19,2% đối tượng đang sống chung với bệnh mãn tính [18].

Đồng thời, khi tiến hành so sánh với mức CLCS của bệnh nhân ĐTĐ không có biến chứng VMĐTĐ của một số nghiên cứu tương tự trước đó, cho thấy mức CLCS của đối tượng nghiên cứu chúng tôi thấp hơn so với mức CLCS của bệnh nhân ĐTĐ không có biến chứng VMĐTĐ cùng thang đo EQ-5D-5L theo nghiên cứu của Pan C. và cs (2018): 0,986 (SD = 0,045) [8], nghiên cứu của Zare F. và cs (2020): 0,846 (SD = 0,302) [11]. Bệnh nhân mắc VMĐTĐ có thể gặp phải các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng bao gồm giảm thị lực nặng, đau mắt bên cạnh các biến chứng toàn thân khác liên quan đến ĐTĐ, trong khi nhóm bệnh nhân ĐTĐ không có biến chứng VMĐTĐ sẽ không chịu tác động nặng nề của các vấn đề sức khỏe do bệnh lý VMĐTĐ gây ra, do đó, mức CLCS của họ có thể cao hơn.

Ngoài ra, mức CLCS của bệnh nhân VMĐTĐ ở nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với mức CLCS của bệnh nhân VMĐTĐ từ kết quả nghiên cứu của Zare F. và cs (2020) thực hiện trên 717 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 tại Iran cũng sử dụng cùng thang đo: 0,708 [11]. Sự khác biệt này có thể là vì khác nhau về đối tượng nghiên cứu, cụ thể nghiên cứu của Zare F. và cs (2020) có đến hơn nửa (57,32%) [11] đã được điều trị với insulin trong khi nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 10,36% là tiêm insulin và 23,62% là kết hợp vừa tiêm insulin vừa thuốc uống ĐTĐ. Một khi bệnh nhân ĐTĐ típ 2 cần phải điều trị bằng insulin thường là những người có tình trạng bệnh ĐTĐ nặng hơn hoặc không đáp ứng tốt với thuốc uống đơn thuần, bên cạnh đó, tiêm insulin có thể gây ra một số tác dụng phụ, chẳng hạn như hạ đường huyết, tăng cân, hoặc phản ứng tại chỗ tiêm, theo đó CLCS của người bệnh cũng bị ảnh hưởng đáng kể, đó có thể là nguyên nhân lý giải cho việc mức CLCS của đối tượng nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Zare F. và cs (2020).

Tuy nhiên, với cùng thang đo EQ-5D-5L, kết quả của nghiên cứu chúng tôi lại thấp hơn nghiên cứu của Pan C. và cs (2018) đã tiến hành khảo sát dựa trên cộng đồng với 913 bệnh nhân ĐTĐ tip 2 tại Trung Quốc, cho biết mức CLCS ở những người bị VMĐTĐ dao động từ 0,970 (SD = 0,145) đến 0,971 (SD = 0,082) [8]. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu. Cụ thể đối tượng nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là mắc VMĐTĐ trên cả 2 mắt (72,81%), còn nghiên cứu của Pan C. và cs tỷ lệ này thấp hơn, chỉ có 64,6% đối tượng nghiên cứu mắc VMĐTĐ trên cả 2 mắt [8]. Việc mắc VMĐTĐ ở cả 2 mắt sẽ tác động rất lớn đến thị lực, từ đó sẽ góp phần làm hạn chế các hoạt động như đi lại, sinh hoạt thường lệ, tham gia các hoạt động xã hội, do đó ảnh hưởng đến CLCS nhiều hơn, đó có thể là lý do mức CLCS ở đối tượng nghiên cứu chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Pan C. và cs (2018).

4.2. Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân VMĐTĐ

Bảng phân tích mô hình hồi quy tuyến tính đa biến, ghi nhận có một số yếu tố có liên quan tiêu cực đến CLCS của người bệnh VMĐTĐ ($p < 0,05$), cụ thể:

4.2.1. Tuổi

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tuổi càng cao CLCS càng kém ($p < 0,05$), cụ thể bệnh nhân tăng 1 tuổi thì mức CLCS giảm trung bình 0,004 điểm (SE: 0,001). Tuổi là yếu tố đã được một số nghiên cứu chứng minh là có liên quan tiêu cực đến CLCS của người mắc bệnh VMĐTĐ. Nghiên cứu của Pereira D. M. và cs (2017) báo cáo rằng tuổi của bệnh nhân VMĐTĐ cho thấy có mối tương quan nghịch với điểm tổng hợp CLCS theo thang đo NEI VFQ-25 [20]. Đối tượng nghiên cứu chúng tôi có độ tuổi trung bình chung khá cao ($63,12 \pm 9,85$), tuổi càng cao thì các chức năng nhận thức, vận động đi lại... cũng trở nên giảm sút, từ đó ảnh hưởng rất lớn đến CLCS. Đồng thời, khi tuổi tác tăng lên, các vấn đề sức khỏe khác cũng thường xuất hiện hoặc trở nên nghiêm trọng hơn. Bệnh nhân cao tuổi có thể gặp phải nhiều bệnh lý đi kèm như tăng huyết áp, bệnh tim mạch, các vấn đề về xương khớp. Hơn nữa, với bệnh VMĐTĐ thường đi kèm với các biến chứng như mất thị lực, xuất huyết võng mạc, phù hoàng điểm và các biến chứng này có thể nghiêm trọng hơn ở người cao tuổi.

4.2.2. Hình thức điều trị đái tháo đường

Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy các bệnh nhân điều trị ĐTĐ bằng sử dụng insulin đơn độc hoặc phối hợp thuốc uống ĐTĐ có CLCS thấp hơn các nhóm bệnh nhân VMĐTĐ có hình thức điều trị ĐTĐ là uống thuốc đơn thuần, cụ thể bệnh nhân có chỉ định tiêm insulin hoặc và kết hợp cả tiêm insulin và thuốc uống có mức CLCS giảm trung bình 0,12

điểm so với nhóm chỉ định thuốc uống đơn thuần ($p < 0,001$). Một nghiên cứu trước đó đã có báo cáo kết quả tương tự khi cho biết người bệnh VMĐTĐ được chỉ định điều trị ĐTĐ bằng các nhóm thuốc khác nhau có mối liên quan đến CLCS, cụ thể theo Alcubierre N. và cs (2014) khi đo lường CLCS bằng thang đo ADDQoL cho biết những bệnh nhân VMĐTĐ sử dụng liệu pháp insulin có ảnh hưởng đến CLCS hơn những bệnh nhân khác, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [21]. Điều này có thể lý giải là bởi một khi bệnh nhân cần phải điều trị bằng insulin đơn độc hoặc phối hợp thuốc uống ĐTĐ thuốc uống thường là những người có tình trạng bệnh ĐTĐ nặng hơn hoặc không đáp ứng tốt với thuốc uống đơn thuần, thường yêu cầu bệnh nhân tuân thủ một chế độ điều trị phức tạp hơn so với việc chỉ sử dụng thuốc uống. Sự phức tạp này có thể dẫn đến căng thẳng, lo lắng và cảm giác không kiểm soát được tình trạng sức khỏe, ảnh hưởng tiêu cực đến CLCS của bệnh nhân. Bên cạnh đó, tiêm insulin có thể gây ra một số tác dụng phụ, chẳng hạn như hạ đường huyết, tăng cân, hoặc phản ứng tại chỗ tiêm. Những tác dụng phụ này có thể làm giảm CLCS của bệnh nhân so với việc chỉ dùng thuốc uống.

4.2.3. Mức độ nặng của bệnh võng mạc đái tháo đường

Kết quả cho thấy bệnh nhân VMĐTĐ giai đoạn KTS nặng có mức CLCS giảm trung bình 0,14 điểm so với nhóm KTS nhẹ (SE: 0,03). Bệnh nhân VMĐTĐ giai đoạn TS có mức CLCS giảm trung bình 0,19 điểm so với nhóm KTS nhẹ (SE: 0,03). Bệnh nhân VMĐTĐ bị mù có mức CLCS giảm trung bình 0,5 điểm so với nhóm KTS nhẹ (SE: 0,06). Trong tất cả các yếu tố, tình trạng mù có tác động nhiều nhất đến CLCS ở bệnh nhân mắc bệnh VMĐTĐ ($\beta: 0,43$), tiếp đến là VMĐTĐ giai đoạn TS ($\beta: 0,33$). Kết quả nghiên cứu chúng tôi tương đồng với nhiều nghiên cứu khác trên thế giới. Tại Ấn Độ, Polack S. và cs (2015) báo cáo CLCS theo thang đo EQ-5D giảm khi mức độ nặng của bệnh VMĐTĐ tăng lên, cụ thể: Không bị VMĐTĐ là 0,8 (SD = 0,16); VMĐTĐ KTS nhẹ và vừa là 0,74 (SD = 0,23); VMĐTĐ đe dọa thị lực là 0,66 (SD = 0,67); Mất thị lực hoàn toàn do VMĐTĐ là 0,06 (SD = 0,49) [19]. Ben A.J và cs (2020) nghiên cứu tại Brazil cho biết những bệnh nhân VMĐTĐ không có tình trạng đe dọa thị lực có mức CLCS là 0,752 điểm, mức CLCS là 0,628 điểm ở những người có tình trạng đe dọa thị lực và chỉ còn 0,355 điểm CLCS ở những người bị mất thị lực hoàn toàn ở 2 mắt [10].

Khi bệnh VMĐTĐ tiến triển từ giai đoạn nhẹ đến nặng, các vấn đề liên quan đến thị lực như mờ mắt, xuất huyết võng mạc và cuối cùng là mù lòa trở nên nghiêm trọng hơn. Những thay đổi về thị lực này ảnh

hưởng trực tiếp đến khả năng thực hiện các hoạt động hàng ngày, đi lại, tự chăm sóc, lo lắng/u sầu, từ đó làm ảnh hưởng đến CLCS. Việc gặp vấn đề nghiêm trọng hơn trong đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt hàng ngày, giảm hoạt động thể chất, lo lắng ở giai đoạn nặng như KTS nặng, tăng sinh và mù là khá rõ rệt và từ đó làm giảm đáng kể CLCS của người bệnh ở những giai đoạn này. Phát hiện nhằm nhấn mạnh sự cần thiết phải sàng lọc phát hiện sớm bệnh nhân VMĐTĐ để điều trị kịp thời và ngăn ngừa tiến triển nặng của bệnh, từ đó cải thiện CLCS.

Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa CLCS với các yếu tố như hút thuốc lá, tăng

huyết áp, chỉ số khối cơ thể, thời gian mắc ĐTĐ và mắt bị VMĐTĐ.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Tóm lại, CLCS ở bệnh nhân mắc bệnh VMĐTĐ thấp hơn so với nhóm dân số chung cũng như so với bệnh nhân ĐTĐ không có biến chứng võng mạc. Các yếu tố làm giảm CLCS ở bệnh nhân VMĐTĐ bao gồm tuổi cao, bệnh VMĐTĐ giai đoạn tiến triển và điều trị ĐTĐ bằng insulin và kết hợp. Nên khuyến cáo các bệnh nhân ĐTĐ thường xuyên kiểm tra mắt để phát hiện sớm và điều trị kịp thời VMĐTĐ nhằm hạn chế tiến triển của bệnh và cải thiện CLCS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Blindness and vision impairment 2022 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>].
2. Coyne KS, Margolis MK, Kennedy-Martin T, Baker TM, Klein R, Paul MD, et al. The impact of diabetic retinopathy: perspectives from patient focus groups. *Fam Pract*. 2004;21(4):447-53.
3. Avidor D, Loewenstein A, Waisbourd M, Nutman A. Cost-effectiveness of diabetic retinopathy screening programs using telemedicine: a systematic review. *Cost Eff Resour Alloc*. 2020;18:16.
4. Nguyễn Trọng Khải. Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ, lâm sàng bệnh võng mạc đái tháo đường và hiệu quả biện pháp can thiệp tại tỉnh Hà Nam: Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
5. Ngô Thị Kin Yến, Trần Thị Hoài Vi. Thực trạng bệnh võng mạc đái tháo đường tại một số quận trên địa bàn thành phố Đà Nẵng. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2021;31:59-64.
6. Roberts-Martinez Aguirre I, Rodriguez-Fernandez P, Gonzalez-Santos J, Aguirre-Juaristi N, Alonso-Santander N, Mielgo-Ayuso J, et al. Exploring the Quality of Life Related to Health and Vision in a Group of Patients with Diabetic Retinopathy. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(1).
7. Gary CB. Vision and quality-of-life. *Trans Am Ophthalmol Soc*. 1999;97:473-511.
8. Espinosa-Uquillas C, Barrera-Guarderas F, Altamirano FG. Which Factors may reduce the Health-Related Quality of Life of Ecuadorian Patients with Diabetes? *Puerto Rico health sciences journal*. 2019;38(2).
9. Ben AJ, de Souza CF, Locatelli F, Rosses APO, Szortika A, de Araujo AL, et al. Health-related quality of life associated with diabetic retinopathy in patients at a public primary care service in southern Brazil. *Arch Endocrinol Metab*. 2021;64(5):575-83.
10. Zare F, Ameri H, Madadzadeh F, Reza Aghaei M. Health-related quality of life and its associated factors in patients with type 2 diabetes mellitus. *SAGE Open Med*. 2020;8:2050312120965314.
11. Mai VQ, Sun S, Minh HV, Luo N, Giang KB, Lindholm L, et al. An EQ-5D-5L Value Set for Vietnam. *Qual Life Res*. 2020;29(7):1923-33.
12. Bach XT, Ohinmaa A, Long TN, Thu AN, Thao HN. "Determinants of health-related quality of life in adults living with HIV in Vietnam". *AIDS Care*. 2011;23:1236-45.
13. Bộ Y tế. Quyết định số 2892/QĐ-BYT ngày 22-10-2022 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì". Hà Nội: Bộ Y tế; 2022.
14. International Council of Ophthalmology. Guidelines for Diabetic Eye Care. San Francisco, California, United States of America: ICO. 2017.
15. World Health Organization. WHO/PBL examination record for children with blindness and low vision. Geneva: WHO; 2005.
16. Nguyen HL TX, Le HQN, Tung TT, Carl A Latkin. Quality of life profile of general Vietnamese population using EQ-5D-5L. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15:199.
17. Vu MQ TT, Hoang TA, Khuong LQ, Hoang MV. Health-related quality of life of the Vietnamese during the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE*. 2020;15(12):e0244170.
18. Pan CW, Wang S, Wang P, Xu CL, Song E. Diabetic retinopathy and health-related quality of life among Chinese with known type 2 diabetes mellitus. *Qual Life Res*. 2018;27(8):2087-93.
19. Pereira DM, Shah A, D'Souza M, Simon P, George T, D'Souza N, et al. Quality of Life in People with Diabetic Retinopathy: Indian Study. *J Clin Diagn Res*. 2017;11(4):NC01-NC6.
20. Alcobierre N., Rubinat E., Traveset A., Martinez-Alonso M., Hernandez M., Jurjo C., et al. A prospective cross-sectional study on quality of life and treatment satisfaction in type 2 diabetic patients with retinopathy without other major late diabetic complications. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2014;12:1-12.
21. Polack S, Alavi Y, Rachapalle Reddi S, Kulothungan V, Kuper H. Utility values associated with diabetic retinopathy in Chennai, India. *Ophthalmic Epidemiol*. 2015;22(1):20-7.