

Glycemic Control among Insulin Treated Diabetic Patients in Southwest Ethiopia, Plos One, 8 (4).

7. **CDC Treating diabetes** (Insulin and oral medication use), accessed on 20/08/2015, <http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/meduse/fig>

2.htm.

8. **Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020.** Diabetes Care 2020 Jan; 43(Supplement 1): S14-S31. <https://doi.org/10.2337/dc20-S002>

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA TRẺ EM TRÊN 4 TUỔI MẮC VIÊM DA CƠ ĐỊA

Lữ Thị Thanh Hiền¹, Nguyễn Thị Hồng Chuyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống của trẻ em mắc viêm da cơ địa dựa trên chỉ số Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) cho trẻ >4 tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 102 trẻ >4 tuổi mắc viêm da cơ địa tại bệnh viện Nhi đồng 1, bệnh viện Nhi đồng 2 và bệnh viện Nhi đồng Thành phố. **Kết quả:** Điểm CDLQI trung vị là 6 (khoảng tứ phân vị 4-9), 46,1% trẻ >4 tuổi bị ảnh hưởng chất lượng cuộc sống trong đó 16,7% trẻ bị ảnh hưởng chất lượng cuộc sống mức độ nặng. Các điểm thành phần có điểm cao nhất của CDLQI là cảm giác ngứa, "muốn gãi" 2 (1-2) điểm, ảnh hưởng giấc ngủ 1(0-2) điểm và vấn đề điều trị 1(1-1) điểm, thấp nhất là ảnh hưởng mối quan hệ cá nhân 0 (0-0) điểm. **Kết luận:** Viêm da cơ địa ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của trẻ em >4 mắc viêm da cơ địa đến khám tại các bệnh viện Nhi đồng. Chỉ số CDLQI đánh giá khá chi tiết, toàn diện về chất lượng cuộc sống của bệnh nhi, hỗ trợ bác sĩ điều trị có thể theo dõi hiệu quả điều trị.

Từ khóa: CDLQI, viêm da cơ địa, chất lượng cuộc sống.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE OF CHILDREN >4 YEARS OLD WITH ATOPIC DERMATITIS

Objectives: Evaluate the quality of life of children with atopic dermatitis based on the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) for children >4 years old. **Methods:** Cross-sectional study on 102 children >4 years old with atopic dermatitis at Children's Hospital 1, Children's Hospital 2 and City Children's Hospital. **Results:** Median CDLQI score was 6 (interquartile range 4-9), 46,1% of children >4 years old had their quality of life affected, of which 16.7% of children had their quality of life seriously affected. The components with the highest scores of the CDLQI are itchy feeling, "scratchy" 2 (1-2) points, sleep impact 1(0-2) points and treatment problem 1(1-1) points, the lowest is personal relationship impact 0 (0-0) points. **Conclusion:** Atopic dermatitis

significantly affected the quality of life of children >4 years old with atopic dermatitis at Children's hospitals. The CDLQI index provides a detailed and comprehensive assessment of pediatric patients' quality of life, helping attending doctor to monitor the treatment effectiveness. **Keywords:** CDLQI, atopic dermatitis, quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm da cơ địa (VDCĐ) là một bệnh da viêm, ngứa, mẩn tính hoặc tái phát mẩn tính, xảy ra thường xuyên trong các gia đình có bệnh dị ứng khác. VDCĐ là một trong những bệnh da không lây nhiễm phổ biến nhất, ảnh hưởng đến 20% trẻ em và 2 - 8% người lớn ở hầu hết các quốc gia trên thế giới¹. Do tính chất mẩn tính và sự ảnh hưởng của nó đến hoạt động hàng ngày, VDCĐ có thể ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của trẻ em ở mọi lứa tuổi. Trên thế giới, nhiều thang điểm, chỉ số dùng để đánh giá CLCS của trẻ mắc VDCĐ ra đời nhưng chỉ số chỉ số đánh giá CLCS da liễu ở trẻ em (Children's Dermatology Life Quality Index) cho trẻ >4 tuổi đã được chấp thuận và sử dụng rộng rãi². Tại Việt Nam hiện tại chưa có bảng điểm hay chỉ số nào đánh giá CLCS trên trẻ mắc VDCĐ được thực hiện thường quy trong thực hành lâm sàng. Chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam ứng dụng chỉ số Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) cho trẻ >4 tuổi để đánh giá CLCS của trẻ em mắc VDCĐ. **Mục tiêu:**

- *Đánh giá CLCS của trẻ em mắc VDCĐ dựa trên chỉ số CDLQI cho trẻ >4 tuổi.*

- *Xác định mối tương quan giữa chỉ số đánh giá CLCS và đặc điểm lâm sàng, các yếu tố liên quan trên trẻ em mắc VDCĐ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 02/2023 đến tháng 07/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ lớn hơn 4 đến dưới 16 tuổi được chẩn đoán VDCĐ tại phòng khám chuyên khoa Da liễu bệnh viện Nhi đồng 1, Nhi đồng 2, Nhi đồng Thành phố.

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Chuyên

Email: chuyennghuyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 11.6.2024

2.4. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính cỡ mẫu dựa trên một tỉ lệ:

$$n = \frac{Z^2 \cdot P(1 - P)}{d^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu cần tính. $Z_{1-\alpha/2}=1,96$ với độ tin cậy 95% ($\alpha=0,05$). Vì chưa hồi cứu được kết quả của nghiên cứu tương tự nên ước tính $P=0,5$ để n lớn nhất. $d=0,1$ là độ chính xác mong muốn; cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 97 bệnh nhân.

2.5. Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu liên tục.

2.6. Tiêu chuẩn chọn vào

- Trẻ >4 tuổi được chẩn đoán VDCĐ và cha, mẹ hoặc người chăm sóc trực tiếp (NCSTT) trẻ ở phòng khám chuyên khoa Da liễu tại 3 bệnh viện Nhi đồng 1, Nhi đồng 2 và Nhi đồng Thành phố.

- Trẻ được chẩn đoán VDCĐ theo tiêu chuẩn Hanifin và Rajka 1980 bởi bác sĩ chuyên khoa da liễu hoặc bác sĩ nhi khoa và không có các tình trạng liên quan đến da khác có thể ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

- Trẻ em không có các vấn đề y tế nghiêm trọng.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Trẻ và cha, mẹ hoặc NCSTT trẻ không trả lời đủ tất cả các câu hỏi trong bảng câu hỏi CDLQI.

- Trẻ trong cùng một gia đình với trẻ tham gia nghiên cứu.

2.7. Phương pháp thu thập số liệu. Các đối tượng được chọn vào nghiên cứu: trẻ và cha, mẹ hoặc NCSTT trẻ sẽ được hỏi kỹ về bệnh sử, tiền căn, khám lâm sàng, đánh giá độ nặng của bệnh theo SCORAD. Cha, mẹ hoặc NCSTT trẻ và trẻ được giải thích về bảng câu hỏi CDLQI và khuyến khích trẻ trả lời chi tiết về từng câu hỏi theo bảng thu thập số liệu có sẵn. Nghiên cứu viên không phải bác sĩ điều trị. Thu thập số liệu dựa trên đánh giá của bác sĩ điều trị liên quan đến chẩn đoán, đánh giá nhiễm trùng.

2.8. Định nghĩa biến số. Thang điểm SCORAD được phát triển bởi Hiệp hội thực hành VDCĐ Châu Âu (ETFAD) đồng thuận năm 1993. Nhẹ <25 điểm, trung bình 25-50 điểm, nặng >50 điểm.

CDLQI gồm 10 câu hỏi, mỗi câu hỏi có 4 câu trả lời tương ứng từ 0-3 điểm. Các câu hỏi gồm triệu chứng và cảm giác (câu 1, 2), giải trí (câu 4, 5, 6), bài vở hoặc kỳ nghỉ (câu 7), mối quan hệ cá nhân (câu 3, 8), giấc ngủ (câu 9) và điều trị (câu 10). Trong câu 7 của bảng câu hỏi CDLQI có mục "không đi học được" tương ứng với ảnh hưởng chất lượng cuộc sống "rất nhiều", tương đương 3 điểm. Đối với trẻ từ 4-6 tuổi, cha, mẹ hoặc NCSTT trẻ được người thu thập số liệu

dẫn dò không trả lời dùm bé, không gợi ý câu trả lời cho trẻ, cha, mẹ hoặc NCSTT trẻ chỉ đọc câu hỏi và giải thích câu hỏi để trẻ tự lựa chọn câu trả lời của mình.

CDLQI: là biến định lượng liên tục từ 0-30 điểm.

Mức độ ảnh hưởng đến CLCS: là biến định tính, thứ tự, gồm 3 giá trị: nhẹ 0-6 điểm, trung bình 7-12 điểm, nặng: 13-30 điểm.

Các biến số khác: tuổi, giới tính, dân tộc, nơi cư trú, tuổi khởi phát, thời gian mắc bệnh, bệnh đồng mắc, tiền sử mắc VDCĐ trong gia đình của trẻ, biến chứng nhiễm trùng da.

2.9. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập, mã hóa và xử lý bằng phần mềm Stata 14. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm. Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn nếu là phân phối chuẩn và dạng trung vị, khoảng tứ phân vị nếu không phải phân phối chuẩn. Dùng phép kiểm Chi bình phương hoặc phép kiểm định Fisher's (vong trị nhỏ) để kiểm định mối liên quan giữa 2 hay nhiều biến định tính. Dùng phép kiểm T (nếu là phân phối chuẩn) và phép kiểm Mann - Whitney U (nếu không là phân phối chuẩn) để so sánh 2 số trung bình. Dùng phép kiểm ANOVA (nếu là phân phối chuẩn) và phép kiểm Kruskal Wallis (nếu là phân phối không chuẩn) để kiểm định 3 trị số trung bình. Hệ số tương quan Pearson (phân phối bình thường) và hệ số tương quan Spearman (nếu không là phân phối chuẩn) để kiểm định mối tương quan giữa 2 biến định lượng. Sự khác biệt được xem có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ với độ tin cậy 95%.

2.10. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua hội đồng y đức của Đại học Y Dược TP. HCM, mã số: 22739- ĐHYD ngày 24/11/2022; bệnh viện Nhi đồng 1, mã số: CS/N1/23/06 ngày 05/04/2023; Nhi đồng 2, mã số: 07/23-BVNĐ2 ngày 17/01/2023 và Nhi đồng Thành phố, mã số: CS/NĐTP/23/01 ngày 20/02/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu tiến hành tại Bệnh viện Nhi đồng 1, Bệnh viện Nhi đồng 2, Bệnh viện Nhi đồng Thành phố từ tháng 02/2023 đến tháng 07/2023, chúng tôi thu thập được 102 trẻ em mắc VDCĐ >4 tuổi thỏa tiêu chuẩn được chọn vào mẫu

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ của nhóm VDCĐ

Đặc điểm (N=102)		>4 tuổi
Tuổi (năm) (trung vị (khoảng tứ phân vị))		7,5 (5,58-9)
Giới tính, N (%)	Nam	57 (55,9)

	Nữ	45 (44,1)
Dân tộc, N (%)	Kinh	101 (99)
	Khác	1 (1)
Nơi cư trú, N (%)	Tp.HCM	43 (42,2)
	Khác	59 (57,8)

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của nhóm VDCĐ

Đặc điểm (N=102)		>4 tuổi
Tuổi khởi phát bệnh (tháng) (trung vị (khoảng tứ phân vị))		50 (12-84)
Thời gian mắc bệnh (tháng) (trung vị (khoảng tứ phân vị))		34,5 (12-61)
Bệnh đồng mắc, N (%)	Hen	7 (6,9)
	VMDƯ	16 (15,7)
	DƯTA	27 (26,5)
	Béo phì	19 (18,6)
	Khác	11 (10,8)
Tiền sử mắc VDCĐ trong gia đình, N (%)	Có	27 (28,4)
	Không	73 (71,6)
Nhiễm trùng da, N (%)	Nhiễm vi trùng	17 (16,7)
	Nhiễm HSV	0
	Nhiễm nấm	0
	Không	85 (83,3)
Điểm SCORAD (trung vị (khoảng tứ phân vị))		35,7 (26,6-42,2)
Phân độ nặng theo SCORAD, N (%)	Nặng	13 (12,8)
	Vừa	74 (72,6)
	Nhẹ	15 (14,7)

VMDƯ: Viêm mũi dị ứng, DƯTA: Dị ứng thức ăn, HSV: Herpes simplex virus

Bảng 3: Điểm CDLQI của nhóm VDCĐ

Giá trị (N=102)	CDLQI
Trung vị (khoảng tứ phân vị)	6 (4-9)
Thấp nhất	1
Cao nhất	18

Bảng 4: Mức độ ảnh hưởng đến CLCS của nhóm VDCĐ

	Tần số	Tỉ lệ
Anh hưởng mức độ nặng	17	16,7
Anh hưởng mức độ trung bình	30	29,4
Không ảnh hưởng	55	53,9

Bảng 5: Đặc điểm phân bố các yếu tố tác động CLCS của nhóm VDCĐ

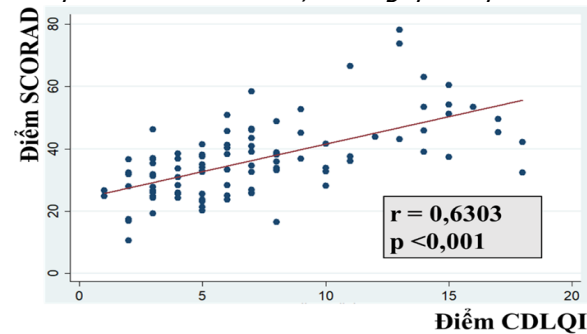
Câu hỏi	Điểm trung vị (khoảng tứ phân vị)
1.Ngứa, "muốn gãi" (triệu chứng)	2 (1-2)
2.Ngượng ngùng hay xấu hổ, chán nản hay buồn bã (cảm giác)	0 (0-1)
3.Tình bạn (mối quan hệ cá nhân)	0 (0-0)
4.Thay đổi hay mặc quần áo/giày dép đặc biệt (giải trí)	0 (0-1)
5.Đi ra ngoài, chơi đùa hay làm việc yêu thích (giải trí)	0 (0-1)
6.Bơi lội hoặc các môn thể thao	0 (0-1)

khác (giải trí)	
7.Bài vở/kỳ nghỉ	0 (0-1)
8.Bị gọi đùa tên, trêu chọc, bắt nạt, hời hợt, né tránh (mối quan hệ cá nhân)	0 (0-0)
9.Giấc ngủ	1 (0-2)
10.Điều trị	1 (1-1)

Bảng 6: Các yếu tố liên quan với điểm CDLQI

Đặc điểm		Điểm CDLQI (điểm (trung vị (khoảng tứ phân vị)))	Giá trị p
Nhiễm trùng da	Nhiễm vi trùng	10 (5-14)	0,006 ^a
	Nhiễm HSV	0	
	Nhiễm nấm	0	
	Không	6 (3-8)	
Thời gian mắc bệnh		r = 0,2018	0,042 ^b
Phân độ nặng theo SCORAD	Nặng	14 (11-15)	<0,001 ^a
	Vừa	6 (4-8)	
	Nhẹ	3 (2-5)	

^aPhép kiểm Kruskal-Wallis, ^bTương quan Spearman



Biểu đồ 1: Môi tương quan giữa điểm CDLQI và điểm SCORAD

Bảng 6: Môi tương quan giữa các điểm số thành phần CDLQI với điểm số SCORAD

CDLQI và SCORAD	r	Giá trị p ^b
Điểm CDLQI thành phần 1 Ngứa, "muốn gãi"	0,6356	<0,001
Điểm CDLQI thành phần 2 Ngượng ngùng hay xấu hổ, chán nản hay buồn bã	0,4261	<0,001
Điểm CDLQI thành phần 3 Tình bạn	0,3696	<0,001
Điểm CDLQI thành phần 4 Thay đổi hay mặc quần áo/giày dép đặc biệt	0,1483	0,137
Điểm CDLQI thành phần 5 Đi ra ngoài, chơi đùa hay làm việc yêu thích	0,3141	0,001
Điểm CDLQI thành phần 6 Bơi lội hoặc các môn thể thao khác	0,2150	0,030

Điểm CDLQI thành phần 7 Bãi vỡ/tận hưởng kỳ nghỉ	0,3311	<0,001
Điểm CDLQI thành phần 8 Gặp rắc rối vì bị gọi đùa tên, trêu chọc, bắt nạt, hời hợt, né tránh	0,3027	0,002
Điểm CDLQI thành phần 9 Giấc ngủ	0,5312	<0,001
Điểm CDLQI thành phần 10 Điều trị	0,2300	0,020

^bTương quan Spearman

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm CDLQI có trung vị là 6 điểm, khoảng tứ phân vị là 4-9, thấp nhất là 1 điểm, cao nhất là 18 điểm. Kết quả trên có thể tương đương hoặc thấp hơn so với một số nghiên cứu được thực hiện tại các nước trên thế giới^{3,4,5,6}. Dù điểm CDLQI có khác nhau giữa các nghiên cứu nhưng đều phản ánh được là phần lớn đối tượng trẻ đi khám tại bệnh viện do VDCĐ đều bị ảnh hưởng CLCS.

Không phải tất cả các khía cạnh của CLCS đều bị ảnh hưởng như nhau, các điểm thành phần có điểm cao nhất của CDLQI là cảm giác ngứa, "muốn gãi" 2 (1-2) điểm, ảnh hưởng giấc ngủ 1(0-2) điểm và vấn đề điều trị 1(1-1) điểm, thấp nhất là ảnh hưởng mối quan hệ cá nhân (tình bạn và bị gọi đùa tên, trêu chọc, bắt nạt, hời hợt, né tránh) 0 (0-0) điểm. Kết quả trên khá phù hợp với nghiên cứu của tác giả Dong Ha Kim và Cs được thực hiện tại Hàn Quốc (2012)⁵. VDCĐ là một bệnh da viêm, ngứa mãn tính¹. Ngứa được đưa vào tiêu chuẩn chẩn đoán chính của VDCĐ, trong thang điểm SCORAD để đánh giá mức độ nặng của bệnh^{7,8}. Điều đó cho thấy ngứa là triệu chứng chính gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến CLCS của trẻ, phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi ngứa bị ảnh hưởng nhiều nhất. Ngứa có liên quan đến xáo trộn giấc ngủ một cách rõ rệt đối với phần lớn trẻ mắc VDCĐ, gây mất ngủ hơn 60% trường hợp. Mất ngủ thường xuyên dẫn đến suy kiệt cả về thể chất và tinh thần, ảnh hưởng đến tâm trạng của trẻ, mất tập trung, giảm sút hiệu quả học tập ở trường. Liên tục gãi có thể dẫn đến nhiễm trùng và sẹo. Sự hiện diện của tổn thương da có thể làm giảm khả năng chơi hoặc hoạt động thể thao của trẻ, gây ra sự bối rối và khó chịu. Lối sống của trẻ thường bị hạn chế, đặc biệt là về quần áo, các kỳ nghỉ, chơi với bạn bè, nuôi thú cưng...⁹. Vấn đề điều trị cũng là một trong những vấn đề mà trẻ em mắc CDCĐ bị ảnh hưởng nhiều nhất, do VDCĐ là bệnh mạn tính, tái phát khiến vấn đề tuân thủ điều trị trở nên khó khăn, trẻ >4 tuổi với thời gian mắc bệnh dài

có xu hướng tìm kiếm các phương pháp điều trị dân gian nhiều hơn như khoán, lễ, uống thuốc nam, thuốc bắc,...

Thời gian mắc bệnh của trẻ em mắc VDCĐ càng dài thì mức độ suy giảm CLCS càng nhiều. Thời gian mắc bệnh có sự tương quan thuận, mức độ yếu ($r=0,2018$) với điểm CDLQI và có ý nghĩa thống kê với $p=0,042$ ($p<0,05$). Điều này có thể được giải thích là do tính chất mạn tính, tái phát của bệnh VDCĐ làm trẻ rối loạn giấc ngủ kéo dài, sang thương mạn tính làm ảnh hưởng đến thẩm mỹ khiến trẻ buồn bã, chán nản, ngoài ra việc giảm tuân thủ điều trị, tìm kiếm các phương pháp điều trị mới không đúng làm bệnh nặng nề hơn làm suy giảm CLCS của trẻ.

Trẻ em mắc VDCĐ có kèm theo biến chứng nhiễm trùng da sẽ làm suy giảm CLCS của trẻ nhiều hơn. Ở nhóm bệnh nhân có nhiễm vi trùng có điểm CDLQI trung vị là 10, khoảng tứ phân vị là 5-14, ở nhóm bệnh nhân không có nhiễm trùng da có điểm CDLQI trung vị là 6, khoảng tứ phân vị là 3-8. Sự khác biệt giữa nhiễm trùng da ở trẻ em mắc VDCĐ và điểm CDLQI trung vị có ý nghĩa thống kê với $p=0,006$ ($p<0,05$). Điều này có thể được giải thích là sự hiện diện của tổn thương da có thể làm giảm khả năng chơi hoặc hoạt động thể thao của trẻ, gây ra sự bối rối và khó chịu, làm rối loạn giấc ngủ của trẻ nhiều hơn khiến cho suy giảm CLCS của trẻ rõ rệt.

Trẻ em mắc VDCĐ càng nặng thì suy giảm CLCS càng nhiều. Điểm SCORAD có tương quan thuận, mức độ trung bình ($r=0,6303$) và có ý nghĩa thống kê $p<0,001$. Ở nhóm bệnh nhân có phân độ nặng theo thang điểm SCORAD có điểm CDLQI trung vị là 14, khoảng tứ phân vị 11-15, ở nhóm bệnh nhân có phân độ vừa theo thang điểm SCORAD có điểm CDLQI trung vị là 6, khoảng tứ phân vị 4-8, ở nhóm bệnh nhân có phân độ nhẹ theo thang điểm SCORAD có điểm CDLQI trung vị là 3, khoảng tứ phân vị 2-5. Sự khác biệt giữa phân độ nặng theo thang điểm SCORAD và điểm CDLQI trung vị có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$. Các nghiên cứu trên thế giới sử dụng các thang điểm đánh giá độ nặng khác nhau nhưng đều ghi nhận có mối tương quan giữa chất lượng cuộc sống và mức độ nặng của trẻ em mắc viêm da cơ địa trên 4-16 tuổi^{5,10}.

Có sự tương quan giữa điểm số thành phần CDLQI và điểm số SCORAD trên bệnh nhân VDCĐ. Điểm thành phần 1 ($r=0,6356$), điểm thành phần 2 ($r=0,4261$), điểm thành phần 3 ($r=0,3696$), điểm thành phần 5 ($r=0,3141$), điểm thành phần 7 ($r=0,3311$), điểm thành phần 8 ($r=0,3027$), điểm thành phần 9 ($r=0,5312$) tương quan thuận, mức độ trung bình với điểm

SCORAD; điểm thành 6 ($r=0,2150$), điểm thành 10 ($r=0,23$), tương quan thuận, mức độ yếu với điểm SCORAD. Các tương quan này đều có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Không có mối tương quan giữa điểm thành phần 4 ($r=0,1483$) với điểm SCORAD ($p=0,137>0,05$). Điều đó cho thấy hầu hết các khía cạnh để đánh giá CLCS đều tương quan với mức độ nặng của bệnh nhân mắc VDCĐ, ngoại trừ vấn đề thay đổi hay mặc quần áo/giày dép đặc biệt, không có điểm thành phần nào tương quan mạnh, chủ yếu là tương quan ở mức độ trung bình.

V. KẾT LUẬN

Có 46,1% trẻ >4 tuổi đi khám tại bệnh viện do VDCĐ bị ảnh hưởng CLCS, trong đó có 16,7% trẻ bị ảnh hưởng CLCS mức độ nặng. Có mối tương quan giữa mức độ nặng của bệnh và CLCS của trẻ em mắc VDCĐ từ >4 tuổi, trẻ em mắc VDCĐ càng nặng thì suy giảm CLCS càng nhiều. Chỉ số CDLQI đánh giá khá chi tiết, toàn diện về chất lượng cuộc sống của bệnh nhi, hỗ trợ bác sĩ điều trị có thể theo dõi hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, et al.** Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV. May 2018;32(5):657-682. doi:10.1111/jdv.14891.
2. **Lewis-Jones MS, Finlay AY.** The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): initial validation and practical use. The British journal of dermatology. Jun 1995;132(6):942-9. doi:10.1111/j.1365-2133.1995.tb16953.x.

3. **Chinn DJ, Poyner T, Sibley G.** Randomized controlled trial of a single dermatology nurse consultation in primary care on the quality of life of children with atopic eczema. The British journal of dermatology. Mar 2002;146(3):432-9. doi:10.1046/j.1365-2133.2002.04603.x.
4. **Hon KL, Kam WY, Lam MC, Leung TF, Ng PC.** CDLQI, SCORAD and NESS: are they correlated? Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. Dec 2006;15(10):1551-8. doi:10.1007/s11136-006-0019-7.
5. **Kim DH, Li K, Seo SJ, et al.** Quality of life and disease severity are correlated in patients with atopic dermatitis. Journal of Korean medical science. Nov 2012;27(11):1327-32. doi:10.3346/jkms.2012.27.11.1327
6. **Maksimovic N, Zaric M, Reljic V, Nikolic M, Gazibara T.** Factors associated with improvement of quality of life among parents of children with atopic dermatitis: 1-year prospective cohort study. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV. Feb 2020;34(2):325-332. doi:10.1111/jdv.15939.
7. **Hanifin JM RG.** Diagnostic features of atopic dermatitis. Acta Derm Venereol (Suppl). 1980;92:44-47.
8. **Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index.** Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. Dermatology (Basel, Switzerland). 1993;186(1): 23-31. doi:10.1159/000247298.
9. **Lewis-Jones S.** Quality of life and childhood atopic dermatitis: the misery of living with childhood eczema. International journal of clinical practice. Aug 2006;60(8):984-92. doi:10.1111/j.1742-1241.2006.01047.x.
10. **Ražnatović Đurović M, Janković J, Tomić Spirić V, et al.** Does age influence the quality of life in children with atopic dermatitis? PloS one. 2019; 14(11): e0224618. doi:10.1371/journal.pone.0224618.

KIẾN THỨC TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI TTYT HUYỆN HOÀ VANG THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG NĂM 2023 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Trần Công Huyền Trang¹, Phạm Đức Phúc¹, Vũ Thị Quỳnh Chi²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 418 người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại TTYT Huyện Hoà Vang từ tháng 12/2022 đến tháng 8/2023 nhằm mô tả thực trạng kiến thức tự chăm sóc. Kết

quả có 22,7% người bệnh đái tháo đường type 2 đạt kiến thức, không đạt là 77,3%. Trung học (OR = 2,67, 95%CI: 1.64-4.32), thời gian mắc bệnh trên 10 năm (OR = 4.2, 95%CI: 1.9-9.5), tái khám định kỳ (OR = 2,98, 95%CI: 1.76-5.04) có mối liên quan đáng kể đến kiến thức ở mức đạt. Cần tăng cường công tác truyền thông nâng cao kiến thức tự chăm sóc.

Từ khoá: Kiến thức tự chăm sóc, đái tháo đường type 2, tự kiểm soát & theo dõi đường huyết, chăm sóc bàn chân, TTYT Huyện Hoà Vang.

SUMMARY

SELF-CARE KNOWLEDGE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG TYPE 2 DIABETES

¹Trường Đại học Y tế Công cộng

²Đại học Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Công Huyền Trang

Email: tranconghuyentrang@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 13.6.2024