

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



BÙI QUANG HÒA

**ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ
MỐI LIÊN QUAN VỚI THỂ BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN Ở
NGƯỜI BỆNH SAU GIAI ĐOẠN NHIỄM CẤP SARS-COVI-2**

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

HÀ NỘI – 2023

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



BÙI QUANG HÒA

**ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ
MỐI LIÊN QUAN VỚI THỂ BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN Ở
NGƯỜI BỆNH SAU GIAI ĐOẠN NHIỄM CẤP SARS-COVI-2**

Chuyên ngành Y học cổ truyền

Mã số: 872 0115

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

TS. TRƯƠNG THỊ NGỌC LAN

TS. LƯU MINH CHÂU

HÀ NỘI – 2023

LỜI CẢM ƠN

Hoàn thành luận văn này, với tất cả lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, em xin được gửi lời cảm ơn đến TS. Trương Thị Ngọc Lan, TS. Lưu Minh Châu - người cô hướng dẫn đã cho em những ý kiến, kinh nghiệm quý báu và sát thực trong quá trình học tập và nghiên cứu để hoàn thiện luận văn này.

Em xin bày tỏ lòng biết ơn tới Ban Giám Đốc, Phòng Đào tạo Sau đại học và các Bộ môn Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, nơi em đang theo học, đã tạo mọi điều kiện tốt nhất cho em trong quá trình học tập tại trường.

Em xin được gửi lời cảm ơn tới Ban Giám đốc, Phòng Kế hoạch tổng hợp, các khoa phòng tại Bệnh viện Phục hồi chức năng và điều trị bệnh nghề nghiệp đã giúp đỡ và tạo mọi điều kiện để em có thể được thu thập số liệu, làm việc và học tập tại Bệnh viện một cách thuận lợi nhất.

Em xin được bày tỏ lòng kính trọng và tri ân sâu sắc đến các nhà khoa học trong Hội đồng đề cương đã hướng dẫn, chỉ bảo chuyên môn cũng như góp ý, nhận xét, sửa chữa để luận văn được hoàn thiện như ngày hôm nay.

Xin được bày tỏ sự biết ơn sâu sắc tới các bệnh nhân đã tham gia nghiên cứu và đóng góp một phần không nhỏ vào luận văn báo cáo.

Con xin cảm ơn gia đình đã luôn ở bên cạnh, động viên, chia sẻ những lúc khó khăn nhất.

Xin trân trọng cảm ơn!

Bùi Quang Hòa

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Bùi Quang Hòa, Học viên lớp Cao học khóa 13 chuyên ngành Y học cổ truyền – Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn khoa học của TS. Trương Thị Ngọc Lan, TS. Lưu Minh Châu

2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày tháng năm 2023

Người viết cam đoan

Bùi Quang Hòa

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Từ viết tắt	Nghĩa tiếng Anh	Nghĩa tiếng Việt
BVPHCN & ĐTBNN		Bệnh viện Phục hồi chức năng và điều trị bệnh nghề nghiệp
CLCS		Chất lượng cuộc sống
ĐTNC		Đối tượng nghiên cứu
NB		Người bệnh
NBCĐK		Người bệnh SARS-CoV-2 đã khỏi
SARS-COV-2	Corona virus disease 2019	
SAR-CoV-2	Vi rút Corona gây hội chứng hô hấp cấp tính nặng	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
WHO	World Health Organization	Tổ chức y tế thế giới
YHCT		Y học cổ truyền
YHHĐ		Y học hiện đại

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. ĐẠI CƯƠNG VỀ GIAI ĐOẠN SAU NHIỄM SARS-COV-2 CẤP THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI	3
1.1.1. Định nghĩa giai đoạn sau nhiễm SARS-COV-2 cấp tính	3
1.1.2. Dịch tễ giai đoạn sau nhiễm SARS-COV-2 cấp tính	6
1.1.3. Nguyên nhân và cơ chế.....	9
1.1.4. Triệu chứng.....	15
1.1.5. Nguyên tắc điều trị.....	16
1.2. GIAI ĐOẠN SAU NHIỄM SARS-COV-2 CẤP THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN	19
1.2.1. Bệnh danh	19
1.2.2. Bệnh nguyên	20
1.2.3. Bệnh cơ	20
1.2.4. Các thể bệnh Y học cổ truyền trong giai đoạn hồi phục	21
1.2.5. Điều trị theo Y học cổ truyền giai đoạn hồi phục	22
1.2.6. Phòng bệnh	23
1.3. CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG.....	24
1.3.1. Các thang đo chất lượng cuộc sống.....	24
1.3.2. Lựa chọn thang đo	26
1.3.3. Một số nghiên cứu liên quan	29

1.4. BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH NGHỀ NGHIỆP.....	31
1.4.1. Sơ lược về Bệnh viện.....	31
1.4.2. Tình hình phòng chống dịch COVID-19 tại bệnh viện.....	32
Chương 2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	33
2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.....	33
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.....	33
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.....	33
2.2. ĐỊA ĐIỂM VÀ THỜI GIAN NGHIÊN CỨU	34
2.3. CỖ MẪU NGHIÊN CỨU	34
2.4. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	35
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu	35
2.4.2. Biến số nghiên cứu	35
2.4.3. Thu thập số liệu	42
2.4.4. Phương pháp tiến hành	44
2.4.5. Quy trình nghiên cứu	44
2.5. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ VÀ PHÂN TÍCH SỐ LIỆU	45
2.6. SAI SỐ VÀ BIỆN PHÁP KHỐNG CHẾ SAI SỐ	45
2.7. ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU.....	45
Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	47
3.1. ĐẶC ĐIỂM CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	47
3.1.1. Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi.....	47
3.1.2. Phân bố người bệnh theo giới tính.....	48

3.1.3. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh	48
3.1.4. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp	49
3.1.5. Phân bố người bệnh theo số lượng bệnh nền.....	50
3.1.6. Phân bố người bệnh theo BMI.....	51
3.1.7. Phân bố người bệnh theo số mũi vaccin được tiêm.....	51
3.1.8. Đặc điểm dấu hiệu sinh tồn của người bệnh	52
3.1.9. Phân bố người bệnh theo triệu chứng lâm sàng	52
3.2. CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH SAU GIAI ĐOẠN NHIỄM SARS-COVI-2	58
3.2.1. Triệu chứng khó thở và điểm SF-36.....	58
3.2.2. Triệu chứng ho ban ngày và điểm SF-36	58
3.2.3. Triệu chứng ho ban đêm và điểm SF-36	59
3.2.4. Triệu chứng đờm và điểm SF-36.....	60
3.2.5. Triệu chứng khứu giác và điểm SF-36	60
3.2.6. Triệu chứng cảm giác hồi hộp và điểm SF-36	61
3.2.7. Triệu chứng đau ngực và điểm SF-36	62
3.2.8. Triệu chứng chán ăn và điểm SF-36.....	62
3.2.9. Triệu chứng đầy chướng và điểm SF-36	63
3.2.10. Triệu chứng vị giác và điểm SF-36	63
3.2.11. Triệu chứng đau bụng và điểm SF-36	64
3.2.12. Triệu chứng đại tiện và điểm SF-36	65
3.2.13. Triệu chứng tính chất phân và điểm SF-36	65
3.2.14. Triệu chứng đi ngoài sống phân và điểm SF-36.....	66

3.2.15. Triệu chứng giảm chất lượng giấc ngủ và điểm SF-36	67
3.2.16. Triệu chứng cảm giác buồn ngủ và điểm SF-36.....	67
3.2.17. Triệu chứng cảm giác hay quên và điểm SF-36	68
3.2.18. Triệu chứng hoa mắt chóng mặt và điểm SF-36	69
3.2.19. Triệu chứng triệu chứng đau đầu và điểm SF-36	69
3.2.20. Triệu chứng nóng/bứt rứt và điểm SF-36.....	70
3.2.21. Triệu chứng ớn lạnh và điểm SF-36.....	71
3.2.22. Triệu chứng ra mồ hôi và điểm SF-36.....	71
3.2.23. Triệu chứng mệt mỏi và điểm SF-36.....	72
3.2.24. Triệu chứng đau cơ/khớp và điểm SF-36	73
3.2.25. Triệu chứng rụng tóc và điểm SF-36.....	73
3.2.26. Triệu chứng rối loạn kinh nguyệt và điểm SF-36	74
3.2.27. Triệu chứng rối loạn cương dương và điểm SF-36	75
3.3. MỐI LIÊN QUAN GIỮA CÁC THỂ BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ	
ĐIỂM SF3-6	76
3.3.1. Mối liên quan giữa thể bệnh phế tỳ khí hư và khí huyết hư.....	76
3.3.2. Mối liên quan giữa thể bệnh phế tỳ khí hư và khí âm lưỡng hư ...	77
3.3.3. Mối liên quan giữa thể bệnh phế tỳ khí hư và khí hư huyết ứ	78
3.3.4. Mối liên quan giữa thể bệnh khí huyết hư và khí âm lưỡng hư	79
3.3.5. Mối liên quan giữa thể bệnh khí huyết hư và khí hư huyết ứ	80
3.3.6. Mối liên quan giữa thể bệnh khí âm lưỡng hư và khí hư huyết ứ.	81
3.3.7. Mối liên quan giữa các thể bệnh y học cổ truyền theo thang điểm SF-36.....	81

Chương 4 BÀN LUẬN	83
4.1. BÀN LUẬN ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	83
4.1.1. Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi.....	83
4.1.2. Phân bố người bệnh theo giới tính.....	84
4.1.3. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh	84
4.1.4. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp	85
4.1.5. Phân bố người bệnh theo số lượng bệnh nền.....	85
4.1.6. Phân bố người bệnh theo BMI.....	86
4.1.7. Phân bố người bệnh theo số mũi vaccin được tiêm.....	86
4.1.8. Bàn luận về dấu hiệu sinh tồn của người bệnh.....	87
4.1.9. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của người bệnh khi vào viện	87
4.2. BÀN LUẬN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH SAU GIAI ĐOẠN NHIỄM SARS-COVI-2	88
4.2.1. Triệu chứng khó thở và điểm SF-36.....	88
4.2.2. Triệu chứng ho, đờm với điểm SF-36	89
4.2.3. Triệu chứng đau ngực, hồi hộp và điểm SF-36	90
4.2.4. Triệu chứng khứu giác, vị giác và điểm SF-36	90
4.2.5. Triệu chứng chán ăn, bụng đầy chướng và điểm SF-36.....	91
4.2.6. Triệu chứng đau bụng và điểm SF-36	92
4.2.7. Triệu chứng đại tiện, tính chất phân, đi ngoài sống phân và điểm SF-36	93

4.2.8. Triệu chứng giảm chất lượng giấc ngủ, cảm giác buồn ngủ và điểm SF-36.....	93
4.2.9. Triệu chứng chóng mặt, đau đầu và điểm SF-36.....	94
4.2.10. Triệu chứng nóng/bứt rứt, ớn lạnh, ra mồ hôi và điểm SF-36	94
4.2.11. Triệu chứng mệt mỏi, đau cơ/khớp và điểm SF-36.....	95
4.2.12. Triệu chứng rụng tóc, rối loạn kinh nguyệt, rối loạn cương dương và điểm SF-36.....	96
4.3. BÀN LUẬN VỀ MỐI LIÊN QUAN GIỮA THỂ BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ ĐIỂM SF-36.....	97
KẾT LUẬN.....	100
KIẾN NGHỊ.....	102
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Tỷ lệ mắc sau nhiễm COVID-19 một số nơi trên giới	6
Bảng 1.2. Một số thang đo chất lượng cuộc sống tổng quát.....	25
Bảng 1.3. Tham khảo về độ tin cậy và tính biến thiên của các lĩnh vực trong The Medical Outcomes Study (N=2.471).....	27
Bảng 2.1. Biến số và định nghĩa biến số.....	35
Bảng 2.2. Định nghĩa biến số chất lượng cuộc sống.....	39
Bảng 2.3. Các vấn đề đánh giá trong bảng câu hỏi SF-36.....	43
Bảng 2.4. Cách tính điểm cho mỗi câu hỏi trong bảng SF-36.....	43
Bảng 3.1. Phân bố người bệnh theo số mũi vaccin được tiêm.....	51
Bảng 3.2. Đặc điểm dấu hiệu sinh tồn của người bệnh	52
Bảng 3.3. Phân bố người bệnh theo triệu chứng lâm sàng	52
Bảng 3.4. Triệu chứng khó thở và điểm SF-36.....	58
Bảng 3.5. Triệu chứng ho ban ngày và điểm SF-36	58
Bảng 3.6. Triệu chứng ho ban đêm và điểm SF-36	59
Bảng 3.7. Triệu chứng đờm và điểm SF-36.....	60
Bảng 3.8. Triệu chứng khứu giác và điểm SF-36	60
Bảng 3.9. Triệu chứng cảm giác hồi hộp và điểm SF-36	61
Bảng 3.10. Triệu chứng đau ngực và điểm SF-36	62
Bảng 3.11. Triệu chứng chán ăn và điểm SF-36.....	62
Bảng 3.12. Triệu chứng đầy chướng và điểm SF-36	63
Bảng 3.13. Triệu chứng vị giác và điểm SF-36	63
Bảng 3.14. Triệu chứng đau bụng và điểm SF-36	64
Bảng 3.15. Triệu chứng đại tiện và điểm SF-36	65
Bảng 3.16. Triệu chứng tính chất phân và điểm SF-36	65
Bảng 3.17. Triệu chứng đi ngoài sống phân và điểm SF-36.....	66

Bảng 3.18. Triệu chứng giảm chất lượng giấc ngủ và điểm SF-36	67
Bảng 3.19. Triệu chứng cảm giác buồn ngủ và điểm SF-36.....	67
Bảng 3.20. Triệu chứng cảm giác hay quên và điểm SF-36	68
Bảng 3.21. Triệu chứng hoa mắt chóng mặt và điểm SF-36	69
Bảng 3.22. Triệu chứng đau đầu và điểm SF-36	69
Bảng 3.23. Triệu chứng nóng/bứt rứt và điểm SF-36.....	70
Bảng 3.24. Triệu chứng ớn lạnh và điểm SF-36.....	71
Bảng 3.25. Triệu chứng ra mồ hôi và điểm SF-36.....	71
Bảng 3.26. Triệu chứng mệt mỏi và điểm SF-36.....	72
Bảng 3.27. Triệu chứng đau cơ/khớp và điểm SF-36.....	73
Bảng 3.28. Triệu chứng rụng tóc và điểm SF-36.....	73
Bảng 3.29. Triệu chứng rối loạn kinh nguyệt và điểm SF-36.....	74
Bảng 3.30. Triệu chứng rối loạn cương dương và điểm SF-36	75
Bảng 3.31. Mối quan hệ giữa thể phế tỳ khí hư và khí huyết hư.....	76
Bảng 3.32. Mối quan hệ giữa thể phế tỳ khí hư và khí âm lưỡng hư	77
Bảng 3.33. Mối quan hệ giữa thể phế tỳ khí hư và khí hư huyết ứ	78
Bảng 3.34. Mối quan hệ giữa thể khí huyết hư và khí âm lưỡng hư	79
Bảng 3.35. Mối quan hệ giữa thể khí huyết hư và khí hư huyết ứ	80
Bảng 3.36. Mối quan hệ giữa thể khí âm lưỡng hư và khí hư huyết ứ.....	81
Bảng 3.37. Mối quan hệ giữa các thể bệnh y học cổ truyền theo thang điểm SF-36.....	81

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi.....	47
Biểu đồ 3.2. Phân bố người bệnh theo giới tính	48
Biểu đồ 3.3. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh	48
Biểu đồ 3.4. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp	49
Biểu đồ 3.5. Phân bố người bệnh theo số lượng bệnh nền	50
Biểu đồ 3.6. Phân bố người bệnh theo BMI	51

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Tiến trình của SARS-COV-2 sau giai đoạn cấp tính	5
Hình 1.2. Tỷ lệ mắc các triệu chứng sau COVID-19 cấp tính [23]	8

ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ khi trường hợp đầu tiên của COVID-19 được báo cáo vào tháng 12 năm 2019, các nhà nghiên cứu đã chứng minh được mức độ ảnh hưởng của việc nhiễm SARS-CoV-2 đến cuộc sống hàng ngày cũng như mức độ ảnh hưởng của nó đến sự phát triển kinh tế và xã hội khi nó trở thành một đại dịch gây ra hàng triệu ca tử vong [1]. Quan sát lâm sàng cho thấy, hệ hô hấp bị ảnh hưởng nghiêm trọng nhất trên người bệnh mắc SARS-CoV-2. Vi-rút liên kết với các thụ thể của men chuyển angiotensin 2 (ACE2) có trong các tế bào nội mô mạch máu, phổi, tim, não, thận, ruột, gan, hầu họng và các mô khác... dẫn đến tổn thương các cơ quan [2]. Tổn thương này trở nên rõ ràng sau khi nhiễm trùng cấp tính đã thuyên giảm và có thể xảy ra nhiễm trùng mạn tính [3]. Do đó, những người nhiễm SARS-CoV-2 có các triệu chứng dai dẳng trong nhiều tháng sau đợt bệnh cấp tính; điều này đã được một số tác giả gọi là hội chứng COVID-19 kéo dài hoặc hội chứng hậu COVID-19 [4]. Một tỷ lệ cao bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng dai dẳng như mệt mỏi, khó thở, đau ngực, rối loạn khứu giác và rối loạn giấc ngủ [5]. Tuy nhiên, các số liệu thu thập được này hầu hết từ các báo cáo của những bệnh nhân nhập viện [6]. Có rất ít nghiên cứu về các triệu chứng dai dẳng ở những bệnh nhân không nguy kịch (từ 32,7% đến 53%), những nghiên cứu này báo cáo rằng bệnh nhân ngoại trú cũng có thể có các triệu chứng dai dẳng sau khi nhiễm COVID-19 [7]. Do đó, điều quan trọng là phải đánh giá sự phục hồi của bệnh nhân mắc COVID-19, hậu quả của bệnh và chất lượng cuộc sống (QoL) của họ bị ảnh hưởng như thế nào, để có thể thực hiện các biện pháp can thiệp kịp thời [8].

Theo quan điểm của Y học cổ truyền, cơ thể sau nhiễm SARS-CoV-2 sẽ xuất hiện tổn thương Tinh, Khí, Huyết, Thần, Tân dịch, từ đó dẫn đến rối loạn chức năng của các tạng phủ (Phế, Đại trường, Tỳ, Vị, Tâm, Can) và các bộ phận của cơ thể như bì mao, cốt tiết, cơ nhục. Đây là nguyên nhân phát sinh các biểu

hiện lâm sàng kể trên [9]. Mặc dù, giai đoạn hậu Covid 19 Y học cổ truyền đã có những đóng góp không nhỏ trong việc phòng và điều trị các chứng trạng xuất hiện sau giai đoạn cấp từ đó cải thiện được chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tuy nhiên, thực tế cho thấy trên thế giới cũng chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về ảnh hưởng của Y học cổ truyền đến chất lượng cuộc sống trong giai đoạn hậu Covid. Tại Việt Nam hiện nay, xu hướng tìm hiểu, đẩy mạnh nghiên cứu khoa học, phân tích các biểu hiện lâm sàng, phương pháp điều trị và đánh giá hiệu quả của Y học cổ truyền đang được chú ý nhưng hầu hết cũng chỉ dừng lại ở khía cạnh khảo sát các chứng trạng lâm sàng theo Y học cổ truyền. Xuất phát từ thực tiễn đó, nhóm nghiên cứu tiến hành đề tài “**Đánh giá chất lượng cuộc sống và mối liên quan với thể bệnh Y học cổ truyền ở người bệnh sau giai đoạn nhiễm cấp SARS-COVI-2**” với 2 mục tiêu:

1. Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh sau giai đoạn nhiễm cấp SARS-COVI-2.

2. Xác định mối liên quan chất lượng cuộc sống với thể bệnh y học cổ truyền của người bệnh sau giai đoạn nhiễm cấp SARS-COVI-2.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. ĐẠI CƯƠNG VỀ GIAI ĐOẠN SAU NHIỄM SARS-COV-2 CẤP THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI

1.1.1. Định nghĩa giai đoạn sau nhiễm SARS-COV-2 cấp tính

- SARS-COV-2 sau cấp tính là một hội chứng được đặc trưng bởi sự tồn tại của các triệu chứng lâm sàng sau bốn tuần kể từ khi bắt đầu các triệu chứng cấp tính. Trung tâm Kiểm soát Dịch bệnh (CDC) đã xây dựng "các tình trạng sau Covid" để mô tả các vấn đề sức khỏe kéo dài hơn bốn tuần sau khi bị nhiễm SARS-COV-2. Bao gồm :

- + Covid dài (bao gồm một loạt các triệu chứng có thể kéo dài hàng tuần đến hàng tháng) hoặc hội chứng dai dẳng sau Covid (PPCS)

- + Tác dụng đa cơ quan của SARS-COV-2

- + Ảnh hưởng của việc điều trị / nhập viện SARS-COV-2.

- Các triệu chứng lâm sàng điển hình của "Covid kéo dài" là mệt mỏi, khó thở, mệt mỏi, nhũn não, rối loạn chức năng tự động, nhức đầu, mất khứu giác hoặc vị giác dai dẳng, ho, trầm cảm, sốt nhẹ, đánh trống ngực, chóng mặt, đau cơ và đau khớp. Tác dụng đa cơ quan của SARS-COV-2 bao gồm các biểu hiện lâm sàng liên quan đến hệ thống cơ quan tim mạch, phổi, thận và tâm thần kinh, mặc dù thời gian tác động lên hệ thống đa cơ quan này không rõ ràng. "Ảnh hưởng của việc điều trị hoặc nhập viện SARS-COV-2" lâu dài tương tự như các trường hợp nhiễm trùng nặng khác. Chúng bao gồm hội chứng sau chăm sóc đặc biệt (PICS), dẫn đến suy nhược cực độ và rối loạn căng thẳng sau chấn thương. Nhiều bệnh nhân bị các biến chứng này do SARS-COV-2 đang khỏe hơn theo thời gian. Các phòng khám chăm sóc hậu SARS-COV-2 đang được

mở tại nhiều trung tâm y tế trên khắp Hoa Kỳ để giải quyết những nhu cầu cụ thể này [12].

- Dựa trên tính chất mãn tính của các triệu chứng sau nhiễm SARS-COV-2, Nalbandian và cộng sự đã phân loại SARS-COV-2 sau cấp tính như sau [13]:

- Các triệu chứng SARS-COV-2 bán cấp tính hoặc dai dẳng (lên đến 12 tuần kể từ đợt cấp tính đầu tiên).

- Hội chứng mãn tính hoặc sau Covid, các triệu chứng xuất hiện sau 12 tuần. Tuy nhiên, nó không nên được quy cho một chẩn đoán thay thế.

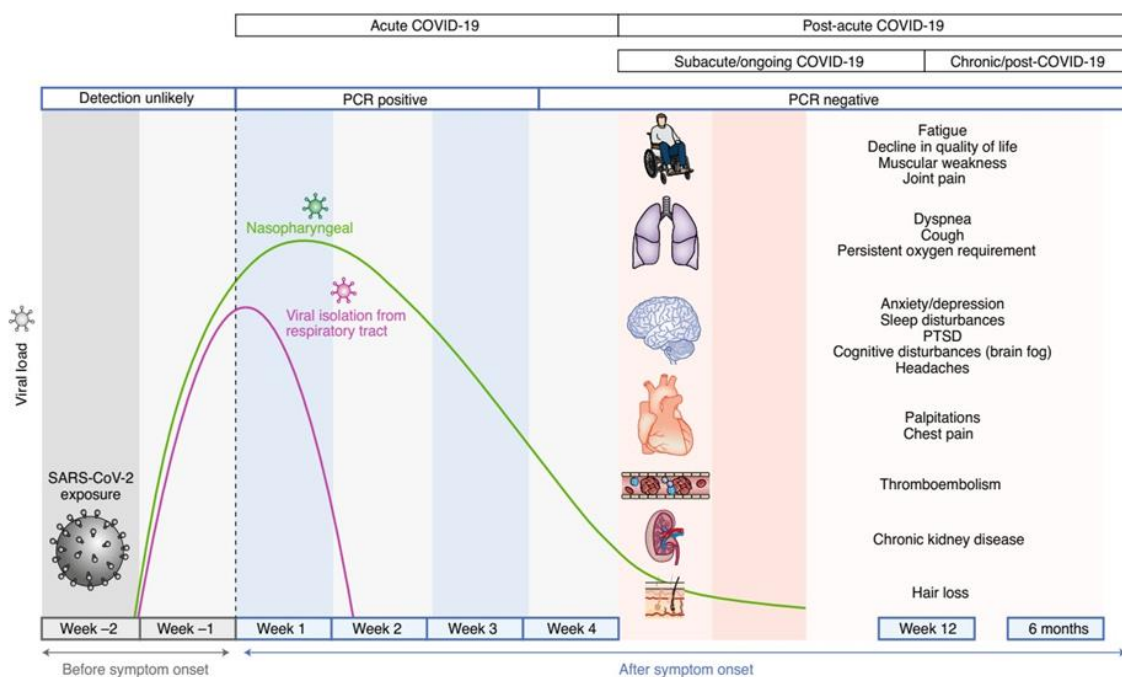
- Theo hướng dẫn NICE về Quản lý triệu chứng SARS-COV-2 kéo dài xuất bản 12/2020, Hội chứng hậu SARS-COV-2 xuất hiện khi các triệu chứng của giai đoạn cấp kéo dài dai dẳng sau 4 tuần kể từ khi triệu chứng đầu tiên khởi phát. Các di chứng này có thể chia thành 4 giai đoạn (pha) [14],[15] :

+ Giai đoạn Chuyển tiếp: SARS-COV-2 có triệu chứng liên tục nếu những người xuất hiện với các triệu chứng từ 4 đến 5 tuần sau khi bắt đầu SARS-COV-2 cấp tính hoặc

+ Pha 1: các triệu chứng sau SARS-COV-2 cấp; kéo dài 5 – 12 tuần sau khi mắc

+ Pha 2: triệu chứng hậu SARS-COV-2 kéo dài nếu các triệu chứng của người đó vẫn chưa hết 12 – 24 tuần sau giai đoạn SARS-COV-2 cấp tính.

+ Pha 3: di chứng hậu SARS-COV-2 dai dẳng trên 24 tuần sau mắc.



Hình 1.1. Tiến trình của SARS-COV-2 sau giai đoạn cấp tính

SARS-COV-2 cấp tính thường kéo dài đến 4 tuần kể từ khi xuất hiện các triệu chứng, sau đó SARS-CoV-2 có khả năng sao chép vẫn chưa được phân lập. COVID-19 hậu cấp tính được định nghĩa là các triệu chứng dai dẳng và/hoặc các biến chứng chậm hoặc lâu dài hơn 4 tuần kể từ khi bắt đầu các triệu chứng.

Bên cạnh đó dựa vào quyết định mới nhất của Bộ Y Tế chia triệu chứng lâm sàng của SARS-COV-2 làm 3 giai đoạn chính: khởi phát, toàn phát và hồi phục [16]. Đồng thời cũng theo quyết định của Bộ Y Tế khi hướng dẫn sử dụng YHCT để phòng chống dịch SARS-COV-2 [9]; có đề cập đến Giai đoạn hồi phục trong phân thể bệnh cũng như đưa ra phác đồ điều trị cụ thể.

Từ định nghĩa trên thế giới cũng như tại các văn bản của Bộ Y Tế Việt Nam, để thống nhất lựa chọn đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu này là người bệnh “Sau giai đoạn nhiễm SARS-CoV-2 cấp tính” để đưa ra cái nhìn tổng quát cho tất cả bệnh nhân đã qua giai đoạn cấp tính.

1.1.2. Dịch tễ giai đoạn sau nhiễm SARS-COV-2 cấp tính

1.1.2.1. Trên thế giới

- Tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong được báo cáo của SARS-COV-2 khác nhau giữa các quốc gia, gây khó khăn cho việc dự đoán chính xác số lượng bệnh nhân sẽ tiến triển thành Covid kéo dài. Tương tự, việc báo cáo chính xác về covid kéo dài rất phức tạp. Sự khác biệt trong dữ liệu dịch tễ học này có thể là kết quả của một số yếu tố, bao gồm sự khác biệt về dân số cơ sở, độ chính xác của chẩn đoán, hệ thống báo cáo và năng lực của hệ thống chăm sóc sức khỏe [14].

Bảng 1.1. Tỷ lệ mắc sau nhiễm COVID-19 một số nơi trên giới

Nơi nghiên cứu	Tỷ lệ mắc	Các triệu chứng
Chopra, et al. Michigan – USA (n = 488)	32,6 sau 60 ngày	Khó thở: 22,9 Ho: 15,4 Mất mùi – vị: 13,1
Carfi, et al. SARS-COV-2 Italian study (n = 148)	87,4 sau 60 ngày (55 có > 3 triệu chứng)	Mệt mỏi: 53.1 Khó thở: 43.4 Đau khớp: 27.3 Đau thắt ngực: 21.7
SARS-COV-2 Chinese study, (n = 1733)	76 có ít nhất 1 triệu chứng sau 6 tháng	Mệt mỏi: 63 Khó ngủ: 26 Trầm cảm: 23

Dựa trên dữ liệu hạn chế từ nhiều nghiên cứu (quan sát và đoàn hệ tương lai) từ Trung Quốc, Pháp, Tây Ban Nha, Vương quốc Anh, Hoa Kỳ, Ý đã đánh giá hậu quả lâu dài của SARS-COV-2 cấp tính, những bệnh nhân bị SARS-COV-2 cấp tính yêu cầu nhập viện ICU và / hoặc hỗ trợ thông khí được chứng minh là có nguy cơ tăng cao phát triển hội chứng SARS-COV-2 sau cấp tính.

Những bệnh nhân có bệnh lý phổi từ trước, lớn tuổi, béo phì được coi là có nhiều nguy cơ mắc hội chứng SARS-COV-2 sau cấp tính [17]

Thông qua sự tiến triển của đại dịch toàn cầu này, ngày càng thấy rõ rằng những bệnh nhân mắc các bệnh từ trước như đái tháo đường, bệnh thận mãn tính (CKD), bệnh tim mạch mãn tính, các khối u ác tính tiềm ẩn, những người ghép tạng và bệnh gan mãn tính có nguy cơ gia tăng để phát triển SARS-COV-2 nghiêm trọng. Tuy nhiên, vẫn chưa rõ tỷ lệ mắc các bệnh đi kèm này có phải là yếu tố nguy cơ trong hội chứng SARS-COV-2 sau cấp tính hay không vẫn chưa được xác định [18].

Bệnh nhân nữ phục hồi sau SARS-COV-2 dễ bị các triệu chứng của hội chứng SARS-COV-2 sau cấp tính, đặc biệt là mệt mỏi, lo lắng và trầm cảm khi theo dõi 6 tháng [19].

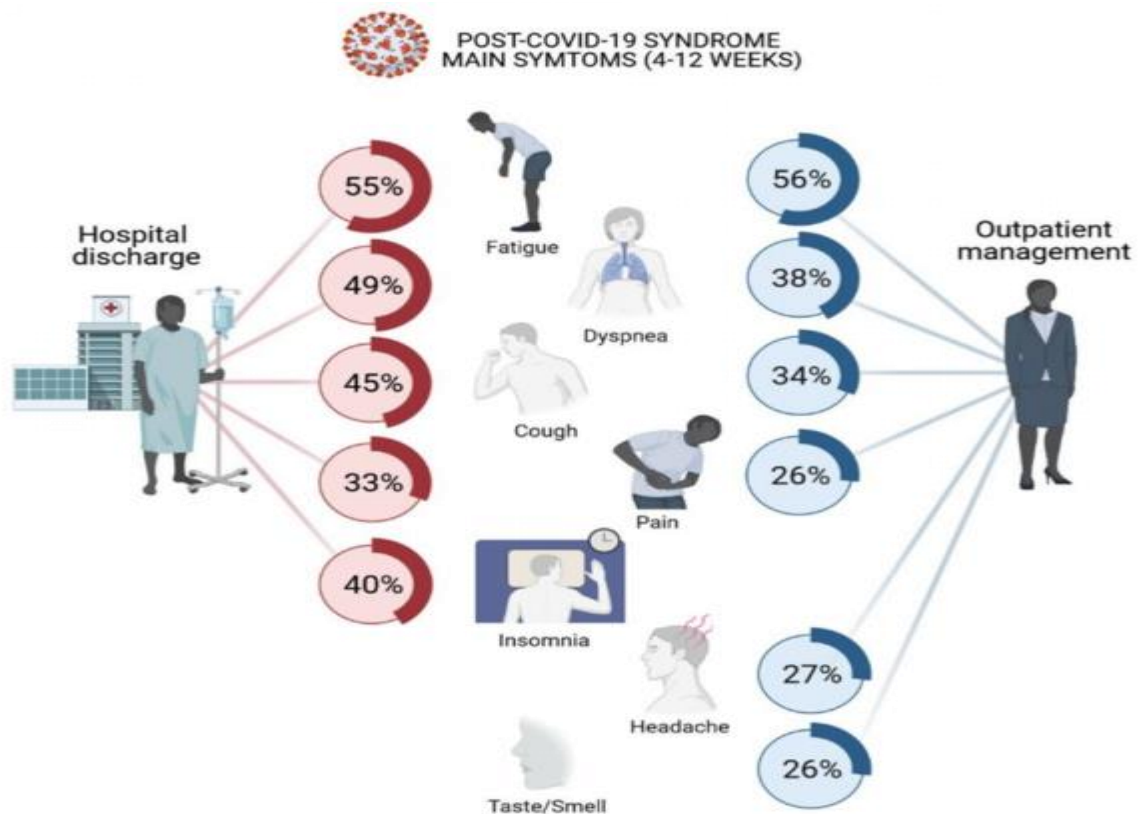
Các nghiên cứu trên thế giới đã báo cáo các tỷ lệ mắc triệu chứng SARS-COV-2 dài khác nhau với thời gian khám theo dõi khác nhau sau đợt nhiễm cấp tính, bao gồm 76% số bệnh nhân sau 6 tháng, 32,6% - 87% sau 60 ngày, 15 và 96% sau 90 ngày. Phát hiện này không hoàn toàn chứng thực, nhưng chúng cho thấy rằng một tỷ lệ đáng kể những người đã từng bị nhiễm SARS - CoV - 2 sẽ xuất hiện các triệu chứng COVID -19 kéo dài. Văn phòng Thống kê Quốc gia Vương quốc Anh (ONS) đã công bố dữ liệu về sự phổ biến của các triệu chứng kéo dài, với ước tính tỷ lệ hiện mắc bất kỳ triệu chứng nào trong 5 tuần trong số những người có kết quả xét nghiệm dương tính với SARS-COV-2 từ ngày 22 tháng 4 đến ngày 14 tháng 12 năm 2020 là 22,1%, trong khi tỷ lệ phổ biến trong 12 tuần là 9,9%. Những con số này gây lo lắng cho bệnh nhân, nhà cung cấp dịch vụ và chính phủ, với nhiều bệnh nhân có khả năng phát triển Covid kéo dài và cần được hỗ trợ và điều trị lâu dài. Cần có các nghiên cứu sâu hơn được yêu cầu để củng cố hiểu biết dịch tễ học về Covid kéo dài [14].

Dữ liệu đánh giá việc xem xét chủng tộc và dân tộc trong hội chứng SARS-COV-2 sau cấp tính còn hạn chế. Halpin và cộng sự, trong nghiên cứu đánh giá các triệu chứng sau SARS-COV-2 từ 4 đến 8 tuần sau khi xuất viện,

ghi nhận rằng 42,1% người da đen và người dân tộc thiểu số (BAME) cho biết khó thở từ mức độ trung bình đến nặng so với 25% bệnh nhân da trắng [20].

Một nghiên cứu khác cho thấy nó đã được báo cáo ở những bệnh nhân bị SARS-COV-2 nhẹ hoặc nặng và không phân biệt mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng trong giai đoạn cấp tính. Từ 10% đến 65% những người sống sót có SARS-COV-2 nhẹ / trung bình có các triệu chứng sau hội chứng SARS-COV-2 trong 12 tuần hoặc hơn. Sau sáu tháng, các đối tượng báo cáo trung bình có 14 triệu chứng dai dẳng [21].

Các triệu chứng dai dẳng được báo cáo thường xuyên nhất là mệt mỏi (55%), khó thở (42%), mất trí nhớ (34%), rối loạn tập trung và rối loạn giấc ngủ (lần lượt là 28% và 30,8%) [22].



Hình 1.2. Tỷ lệ mắc các triệu chứng sau COVID-19 cấp tính [23]

1.1.2.2. Tại Việt Nam

Hiện tại vẫn chưa có thống kê hay báo cáo hoàn chỉnh về các triệu chứng sau giai đoạn nhiễm cấp ở Việt Nam cũng như tại Thành phố Hồ Chí Minh.

1.1.3. Nguyên nhân và cơ chế

Với dữ liệu được công bố hạn chế về thực thể lâm sàng mới này, sinh lý bệnh chính xác của hội chứng SARS-COV-2 sau cấp tính vẫn chưa được biết và có khả năng là đa yếu tố, đặc biệt khi xét đến sự liên quan của nhiều hệ cơ quan. Sau bất kỳ trường hợp nhiễm trùng hoặc chấn thương nghiêm trọng nào, cơ thể con người phản ứng với một phản ứng miễn dịch áp đảo được gọi là hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS), tiếp theo là một dòng thác kháng viêm bù trừ, cân bằng kéo dài được gọi là hội chứng đáp ứng chống viêm bù (CARs) [24].

Sự cân bằng tinh tế giữa SIRS và CARs quyết định kết quả lâm sàng tức thì và cuối cùng là tiên lượng liên quan đến nhiễm trùng. Nhiễm SARS CoV 2 ở những bệnh nhân có bệnh lý đi kèm hoặc cơ sở không đủ năng lực miễn dịch có thể dẫn đến giải phóng cytokine quá mức được gọi là "cơn bão cytokine". Sự phóng thích cytokine liên tục dẫn đến hội chứng suy hô hấp cấp tính (ARDS), tình trạng tăng đông máu, rối loạn chuyển hóa men chuyển 2 (ACE2), giảm tưới máu đến các cơ quan nội tạng, sốc nhiễm trùng, suy đa cơ quan và cuối cùng là tử vong. Sự cân bằng miễn dịch giữa kích hoạt miễn dịch và ức chế miễn dịch sẽ dẫn đến phục hồi lâm sàng hoặc tái kích hoạt virus, nhiễm trùng thứ cấp và tử vong [25].

Cơ chế và nguyên nhân [14],[26]

1.1.3.1. Hệ hô hấp

- Vì SARS-CoV-2 về cơ bản là một bệnh đường hô hấp, bệnh cấp tính có thể gây tổn thương đáng kể cho phổi và đường hô hấp thông qua sự nhân lên của SARS- CoV-2 bên trong các tế bào nội mô, dẫn đến tổn thương nội mô và

phản ứng miễn dịch và viêm rất mạnh. Những người vượt qua được nhiễm trùng cấp tính có thể phát triển các bất thường về phổi lâu dài, dẫn đến khó thở; tuy nhiên, hầu hết những người phát triển khó thở lâu dài sau SARS-CoV-2 không có dấu hiệu tổn thương phổi vĩnh viễn hoặc lâu dài. Có khả năng chỉ những người có nguy cơ cao bị khó thở, bao gồm cả người lớn tuổi, những người bị ARDS, những người phải nằm viện kéo dài và những người có các bất thường về phổi từ trước, dễ phát triển các thay đổi giống như xơ đối với mô phổi. Tình trạng xơ hóa được quan sát thấy ở một số bệnh nhân khó thở liên tục có thể do các cytokine như interleukin-6 gây ra, và có liên quan đến sự hình thành xơ phổi. Huyết khối tắc mạch phổi đã được quan sát thấy ở bệnh nhân SARS-CoV-2 và có thể gây hậu quả bất lợi ở những bệnh nhân bị covid kéo dài.

- Tổn thương mạch máu (vi mô) chưa được giải quyết có thể gây ra các triệu chứng hô hấp dai dẳng, có thể là tiền đề tiềm ẩn của bệnh huyết khối tắc mạch mãn tính và tăng áp động mạch phổi.

- Giả thuyết về rối loạn tự động

- Viêm mãn tính dẫn đến việc sản xuất liên tục các cytokine tiền viêm và các gốc oxy phản ứng (ROS) được giải phóng vào mô xung quanh và máu.

Tổn thương nội mô gây kích hoạt các nguyên bào sợi, các nguyên bào này lắng đọng collagen và fibronectin, dẫn đến những thay đổi tình trạng xơ hóa.

Tổn thương nội mô, kích hoạt bổ thể, hoạt hóa tiểu cầu và tương tác giữa tiểu cầu và bạch cầu, giải phóng các cytokine tiền viêm, phá vỡ các con đường đông máu bình thường và tình trạng thiếu oxy có thể dẫn đến sự phát triển của trạng thái tăng viêm và tăng đông kéo dài, làm tăng nguy cơ huyết khối [14],[26].

1.1.3.2. Tim mạch

- Các cơ chế gây ra các di chứng tim mạch trong SARS-COV-2 sau giai đoạn cấp tính bao gồm sự xâm nhập trực tiếp của virus, giảm điều hòa ACE2, viêm và phản ứng miễn dịch ảnh hưởng đến tính toàn vẹn cấu trúc của cơ tim,

màng ngoài tim và hệ thống dẫn truyền. Phản ứng viêm sau đó có thể dẫn đến sự chết của tế bào cơ tim.

- Những bệnh nhân hồi phục có thể liên tục tăng nhu cầu về chuyển hóa cơ tim. Điều này có thể liên quan đến giảm dự trữ tim, sử dụng corticosteroid và rối loạn điều hòa hệ thống renin – angiotensin– aldosterone (RAAS). Xơ hóa hoặc sẹo cơ tim, và hậu quả là bệnh cơ tim do nhiễm virus, có thể dẫn đến rối loạn nhịp tim tái phát do xuất hiện các vùng có các thời gian trơ khác nhau trong mô cơ tim. SARS-COV-2 cũng có thể gây loạn nhịp tim do trạng thái catecholaminergic tăng cao do các cytokine như IL-6, IL-1 và yếu tố hoại tử khối u- α , có thể kéo dài điện thế hoạt động thất bằng cách điều chỉnh biểu hiện kênh ion của tế bào cơ tim. Rối loạn chức năng thần kinh tự động sau bệnh do vi rút, dẫn đến hội chứng nhịp tim nhanh tư thế đứng và nhịp tim nhanh xoang không phù hợp, trước đây được biết là kết quả của điều chỉnh adrenergic.

- Tình trạng viêm mãn tính của các tế bào cơ tim có thể dẫn đến viêm cơ và gây chết các tế bào cơ tim.

- Rối loạn chức năng của hệ thần kinh tự động hướng tâm có thể gây ra các biến chứng như hội chứng nhịp tim nhanh tư thế đứng.

- Tình trạng viêm kéo dài và tổn thương tế bào thúc đẩy các nguyên bào sợi phóng thích ra các phân tử chất nền ngoại bào và collagen, dẫn đến xơ hóa. Những thay đổi về chất sợi kèm theo sự gia tăng nguyên bào sợi tại tim, trong khi tổn thương các protein desmosomal dẫn đến giảm độ kết dính giữa tế bào với tế bào [14],[26].

1.1.3.3. Thần kinh-cơ

- Đáp ứng miễn dịch dài hạn kích hoạt các tế bào thần kinh đệm làm tổn thương các tế bào thần kinh một cách mãn tính.

- Tình trạng tăng viêm quá mức và tăng đông dẫn đến tăng nguy cơ biến cố huyết khối.

- Tổn thương và rối loạn điều hòa hàng rào máu-não dẫn đến tính thấm bệnh lý, cho phép các chất có nguồn gốc từ máu và bạch cầu xâm nhập vào nhu mô não.

- Viêm mãn tính ở thân não có thể gây rối loạn chức năng tự động.

- Ảnh hưởng của covid kéo dài trong não có thể dẫn đến suy giảm nhận thức [14],[26].

1.1.3.4. Cơ xương

Một loạt các yếu tố trung ương, ngoại biên và tâm thần có thể gây ra mệt mỏi mãn tính ở các bệnh nhân hậu Covid. Tình trạng viêm mãn tính trong não, cũng như tại các điểm tiếp hợp thần kinh cơ, có thể dẫn đến mệt mỏi lâu dài. Giảm chuyển hóa ở thùy trán và tiểu não cũng liên quan đến bệnh nhân SARS-CoV-2 xuất hiện dấu hiệu mệt mỏi và có thể do đáp ứng viêm hệ thống và cơ chế miễn dịch qua trung gian tế bào, chứ không phải do virus xâm nhập trực tiếp vào thần kinh. Trong cơ xương, tổn thương sarcolemma và teo sợi và tổn thương có thể đóng một vai trò nào đó gây ra mệt mỏi, cũng như một số yếu tố tâm lý và xã hội [14],[26].

1.1.3.5. Hệ miễn dịch

- Kích hoạt hệ thống miễn dịch bị rối loạn điều hòa mạn tính với sự giải phóng cytokine tiếp theo và tình trạng viêm cấp thấp mạn tính dẫn đến rối loạn chức năng đa cơ quan. Giả thuyết này cho thấy rằng tình trạng viêm có thể là nguyên nhân gây ra các triệu chứng dai dẳng (không có tính đặc hiệu về loại triệu chứng):

+ Các hiện tượng tự miễn dịch sẽ là kết quả của chứng viêm và các phản ứng miễn dịch được điều chỉnh. Nó cũng có thể là kết quả của sự bất chức phân tử với siêu vi khuẩn và kháng nguyên tự thân.

+ Đa hình di truyền trong các vùng điều hòa của gen cytokine có thể giải thích khuynh hướng biểu hiện các triệu chứng và giải thích cho sự khác biệt giữa các cá thể về mức độ nghiêm trọng và sự xuất hiện của các triệu chứng

- Giả thuyết về hội chứng kích hoạt tế bào Mast được gợi ý như một căn nguyên của các triệu chứng dai dẳng (rối loạn đa hệ với các vấn đề viêm nhiễm và dị ứng). Tế bào mast sẽ được kích hoạt thông qua giải phóng cytokine. Điều này có thể dẫn đến xơ hóa phổi do kích thích hoạt động của nguyên bào sợi.

- Nhiễm trùng âm ỉ dai dẳng: cơ chế điều hòa tự nhiên của phản ứng viêm mạnh ban đầu có thể cho phép vi rút tồn tại và nhân lên trong cơ thể với hậu quả là hiện tượng viêm và tự miễn dịch liên tục [14],[26].

1.1.3.6. Hệ cơ quan khác

a) Huyết học:

- Biến cố huyết khối tắc mạch đã được ghi nhận là <5% trong SARS-COV-2 sau cấp tính trong các nghiên cứu hồi cứu.

- Thời gian của trạng thái viêm quá mức do nhiễm SARS-CoV-2 chưa được biết.

- Thuốc chống đông máu đường uống trực tiếp và heparin trọng lượng phân tử thấp có thể được xem xét để điều trị dự phòng huyết khối kéo dài sau khi đánh giá nguy cơ - lợi ích ở những bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ bất động, nồng độ d-dimer tăng liên tục (lớn hơn gấp đôi giới hạn trên của mức bình thường) và cao khác các bệnh đi kèm nguy cơ như ung thư.

b) Thận:

- AKI hồi phục sau SARS-COV-2 cấp tính xảy ra ở đa số bệnh nhân; tuy nhiên, eGFR giảm đã được báo cáo sau 6 tháng theo dõi.

- COVAN (SARS-COV-2-associated nephropathy: bệnh thận liên quan đến SARS-COV-2) có thể là dạng tổn thương thận chủ yếu ở những người gốc Phi.

- Giảm tốc độ lọc cầu thận ước tính (eGFR; được định nghĩa là <90 ml/phút/1,73 m² da) được báo cáo ở 35% bệnh nhân vào thời điểm 6 tháng trong nghiên cứu hậu SARS-COV-2 ở Trung Quốc, và 13% giảm eGFR mới

xuất hiện sau khi ghi nhận chức năng thận bình thường trong SARS-COV-2 cấp tính.

c) Nội tiết:

- Di chứng nội tiết có thể bao gồm xuất hiện mới hoặc tình trạng kiểm soát bệnh đái tháo đường hiện có trở nên xấu đi, viêm tuyến giáp bán cấp và loãng xương. SARS-COV-2 cũng có thể làm tăng khả năng tự miễn tuyến giáp tiềm ẩn biểu hiện như bệnh viêm tuyến giáp Hashimoto's mới khởi phát hoặc bệnh Grave's.

- Bệnh nhân tiểu đường mới được chẩn đoán khi không có các yếu tố nguy cơ truyền thống của bệnh tiểu đường type 2 phải nghi ngờ ức chế trục hạ đồi- tuyến yên-thượng thận; cường giáp nên trải qua các xét nghiệm thích hợp và nên được chuyển đến tham vấn khoa nội tiết.

d) Tiêu hóa – gan mật:

- Có thể xảy ra hiện tượng tồn tại vi rút kéo dài ở SARS-COV-2 ngay cả sau khi xét nghiệm phết mũi họng âm tính (trung bình sau 28 ngày mắc SARS-COV-2 hoặc 11 ngày sau phết họng âm tính).

- SARS-COV-2 có khả năng làm thay đổi hệ vi sinh vật đường ruột, bao gồm làm giàu các sinh vật cơ hội và làm cạn kiệt các chủng vi sinh thường trú có lợi. Khả năng của hệ vi sinh vật đường ruột trong việc thay đổi tiến trình của bệnh nhiễm trùng đường hô hấp (trực ruột-phổi) đã được ghi nhận trước đây trong bệnh cúm và các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp khác.

Một số cơ chế tiềm ẩn được đề xuất đối với các triệu chứng tiêu hóa dai dẳng:

- Rối loạn chức năng dạ dày-ruột sau nhiễm trùng:

+ Sự xâm nhập của virus - viêm tại chỗ sau đó là sự xâm nhập của bạch cầu trong niêm mạc tiêu hóa tạo ra tình trạng viêm tại chỗ

+ Vai trò của hệ vi sinh vật đường ruột dai dẳng trong việc duy trì tình trạng viêm ruột mãn tính cấp độ thấp (rối loạn nhu động, tăng tiết niêm mạc, kém hấp thu axit mật)

+ Giả thuyết về đường ruột là ổ chứa vi rút không bị phát hiện

+ Những đóng góp của khuynh hướng di truyền và sự tương tác giữa đường ruột với các yếu tố môi trường và tâm lý

- Giả thuyết về rối loạn hệ thống thần kinh tự chủ: sự gián đoạn qua trung gian vi rút hoặc miễn dịch của hệ thống thần kinh tự chủ (thần kinh mơ hồ) dẫn đến rối loạn nhu động ruột.

e) Da:

Rụng tóc là triệu chứng chủ yếu và đã được báo cáo ở khoảng 20% những người sống sót sau SARS-COV-2. Bên cạnh đó, các biểu hiện tổn thương da hậu SARS-COV-2 có tỷ lệ 3% với các biểu hiện: mề đay, mảng sẩn đỏ da, biểu hiện livedo-reticularis, rối loạn động mạch ngoại vi...[14],[26].

1.1.4. Triệu chứng

1.1.4.1. Hô hấp

Triệu chứng xuất hiện trên hệ hô hấp là rõ ràng và nặng nề nhất; các biểu hiện trên lâm sàng và cận lâm sàng; bao gồm:

- Khó thở các mức độ từ nhẹ đến nặng, có thể xuất hiện và kéo dài trên 90 ngày chiếm 43,4% số bệnh nhân.
- Ho kéo dài (gần 15%)
- Đau ngực
- Đau đầu
- Gặp vấn đề về giấc ngủ
- Cảm giác tê râm ran
- Thay đổi về vị giác và khứu giác

- Chức năng hô hấp suy giảm và tiến triển sang tình trạng tổn thương phổi, xơ phổi hoặc tổn thương kéo dài [14].

1.1.4.2. Tim mạch:

- Tổn thương cơ tim dai dẳng và tăng troponin dai dẳng (đau thắt ngực), có thể kéo dài từ 60 ngày – 6 tháng (quan sát trên MRI tim)

- Viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim (thường là dưới lâm sàng).

- Xuất hiện các rối loạn nhịp (hồi hộp, đột tử..)

- Hội chứng nhịp nhanh tư thế đứng (POTS - postural orthostatic tachycardia syndrome)

- Giảm dự trữ chức năng tim mạch: khó thở, mệt mỏi khi gắng sức [14].

1.1.4.3. Thần kinh – cơ

- Tai biến mạch máu não: như đột quy do huyết khối (tình trạng viêm và tăng đông kéo dài)

- Di chứng các bệnh lý thần kinh liên quan đến giai đoạn cấp.

- Hội chứng suy giảm nhận thức sau bệnh nặng.

- Trầm cảm, rối loạn lo âu, tâm thần phân liệt, rối loạn stress sau chấn thương (PTSD)...

- Cơ xương: 92.9% bệnh nhân nhập viện và 93.5% không nhập viện báo cáo các triệu chứng mệt mỏi, yếu cơ, đau cơ sau 79 ngày mắc SARS-COV-2 [14].

1.1.5. Nguyên tắc điều trị

1.1.5.1. Điều trị chung

- Như đã mô tả trước đó, hội chứng SARS-COV-2 sau cấp tính có thể được coi là một rối loạn đa hệ thống, biểu hiện chung với các triệu chứng về hô hấp, tim mạch, huyết học và tâm thần kinh đơn độc hoặc kết hợp. Do đó, liệu pháp nên được cá nhân hóa và nên kết hợp phương pháp tiếp cận liên chuyên gia hướng tới việc giải quyết cả khía cạnh lâm sàng và tâm lý của rối loạn này.

- Do nhận thức lâm sàng về hội chứng này được nâng cao, các phòng khám chăm sóc sau COVID cung cấp đánh giá đa ngành và các nguồn lực cho bệnh nhân đang phục hồi sau SARS-COV-2 đang mở tại các trung tâm y tế lớn trên khắp Hoa Kỳ.

- Nên tối ưu hóa việc điều trị các bệnh lý cùng tồn tại như tiểu đường, bệnh thận mãn tính, tăng huyết áp [27],[28].

- Bệnh nhân nên được hướng dẫn về cách tự theo dõi tại nhà với các thiết bị được FDA chấp thuận bao gồm máy đo oxy xung, huyết áp và máy đo đường huyết.

- Bệnh nhân nên được khuyến khích thực hiện một chế độ ăn uống cân bằng lành mạnh, duy trì vệ sinh giấc ngủ thích hợp, hạn chế sử dụng rượu và bỏ thuốc lá [28].

- Giảm đau đơn giản bằng acetaminophen khi cần thiết nên được xem xét.

- Nếu được chấp nhận, phải khuyến nghị một chương trình tập thể dục có cấu trúc bao gồm các thành phần hiếu khí và đối kháng, miễn là chúng không có chống chỉ định nào khác [29].

- Nhận biết “Dấu hiệu cảnh báo” cần sự trợ giúp y tế khẩn cấp từ nhân viên y tế.

- Kiểm soát khó thở.

- Vận động và tập thể dục.

- Tiết kiệm năng lượng và quản lý mệt mỏi.

- Kiểm soát các vấn đề về giọng nói.

- Kiểm soát các vấn đề liên quan đến nuốt.

- Dinh dưỡng và các vấn đề liên quan đến khứu giác, vị giác.

- Kiểm soát các vấn đề liên quan đến sự chú ý, trí nhớ và suy nghĩ rõ ràng.

- Kiểm soát các vấn đề về căng thẳng, lo âu, trầm cảm và giấc ngủ.

- Kiểm soát đau.
- Quay trở lại làm việc.
- Nhật ký theo dõi triệu chứng [30].

1.1.5.2. Điều trị cụ thể

a) Phổi

Bệnh nhân sau SARS-COV-2 có các triệu chứng phổi tồn tại / dai dẳng sau khi hồi phục nên được bác sĩ chuyên khoa phổi đến khám càng sớm càng tốt để đánh giá và theo dõi chặt chẽ.

Những bệnh nhân có các triệu chứng dai dẳng có thể được hưởng lợi từ việc đăng ký tham gia chương trình phục hồi chức năng phổi, đây là chìa khóa để phục hồi lâm sàng nhanh hơn và tiêm vắc xin chống lại bệnh cúm và *Streptococcus pneumoniae*

Xét nghiệm chức năng phổi (PFTs) và 6MWT nên được xem xét nếu có chỉ định lâm sàng.

Vai trò của steroid trong SARS-COV-2 sau cấp tính vẫn chưa được biết và dữ liệu đánh giá hiệu quả của nó ở bệnh nhân sau SARS-COV-2 còn hạn chế. Một nghiên cứu nhỏ đánh giá bệnh nhân SARS-COV-2 bốn tuần sau khi xuất viện đã cho thấy sự cải thiện nhanh chóng và đáng kể khi bắt đầu sử dụng steroid sớm. Cần có các thử nghiệm lâm sàng sâu hơn để xác định lợi ích của nó ở bệnh nhân SARS-COV-2 [31].

b) Tim mạch

Những bệnh nhân sau SARS-COV-2 có các triệu chứng tim dai dẳng sau khi hồi phục nên được bác sĩ tim mạch theo dõi chặt chẽ.

Phải xem xét các xét nghiệm chức năng tim như điện tâm đồ, siêu âm tim để loại trừ rối loạn nhịp tim, suy tim, thiếu máu cơ tim.

Ngoài ra, do tỷ lệ viêm cơ tim tăng lên ở bệnh nhân SARS-COV-2, MRI tim có thể được xem xét để đánh giá xơ hóa cơ tim hoặc sẹo nếu có chỉ định lâm sàng.

c) Huyết học

Mặc dù SARS-COV-2 có liên quan đến tình trạng tăng huyết khối, nhưng hiện tại vẫn chưa có sự đồng thuận về lợi ích của việc điều trị dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (VTE) ở bệnh nhân ngoại trú. Tuy nhiên, các hướng dẫn CHEST hiện tại khuyến cáo điều trị chống đông máu trong thời gian tối thiểu 3 tháng ở bệnh nhân SARS-COV-2 phát triển DVT hoặc PE gần [32].

d) Tâm thần kinh

Bệnh nhân cần được tầm soát các vấn đề tâm lý thường gặp như lo lắng, trầm cảm, mất ngủ, PTSD và nên chuyển đến các bác sĩ chuyên khoa sức khỏe hành vi nếu có chỉ định.

Với các triệu chứng thần kinh rộng lớn liên quan đến hội chứng này, việc đánh giá thần kinh nên được xem xét sớm.

Ngoài công việc kiểm tra định kỳ trong phòng thí nghiệm như đã mô tả ở trên, các xét nghiệm bổ sung trong phòng thí nghiệm như hemoglobin A1C (HbA1c), TSH, thiamine, folate, Vitamin B12 và Vitamin B12 phải được kiểm tra để đánh giá các tình trạng chuyển hóa góp phần khác.

Điện não đồ và EMG được xem xét nếu có lo ngại về co giật và dị cảm [33]

1.2. GIAI ĐOẠN SAU NHIỄM SARS-COV-2 CẤP THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

1.2.1. Bệnh danh

Căn cứ vào các đặc điểm trên lâm sàng của “Viêm phổi do vi rút Corona chủng mới” SARS-COV-2, bệnh được quy vào phạm vi “Dịch bệnh”, “Ôn bệnh” hoặc “Nhiệt dịch độc” của Y học cổ truyền; căn cứ vào vị trí bệnh có thể gọi là “Phế dịch”. Ở mỗi vùng có thể căn cứ vào đặc điểm bệnh, đặc điểm khí hậu và thể chất khác nhau của người bệnh, nguyên tắc cá thể hóa trong điều trị mà có thể vận dụng những lý luận dưới đây để ứng dụng trong dự phòng và

điều trị SARS-COV-2. Nhưng sau giai đoạn sau nhiễm SARS-CoV-2 cấp tính lại chưa có bệnh danh cụ thể cho tình trạng này [9].

1.2.2. Bệnh nguyên

- Khí ô nhiễm truyền nhiễm: bệnh nguyên là một loại khí dị thường đặc thù từ bên ngoài, gọi là lệ khí, hay còn có tên khác như “dịch khí”, “ngược khí”, “dịch khí”, “độc khí”, “ngang ngược khí”..., không phải là một trong những yếu tố tà khí thuộc lục dâm như phong, hàn, thử, thấp, táo, hỏa đơn thuần. Tác nhân này thường gây ra chứng trạng tương tự nhau, dễ lây lan với tốc độ nhanh và mạnh qua đường tiếp xúc và không khí quanh người bệnh. Vì thế lây nhiễm thường biểu hiện trên diện rộng và khó kiểm soát.

- Chính khí suy yếu: khi chính khí sung mãn, bất cứ ngoại tà hay dịch độc nào cũng không dễ xâm nhập vào cơ thể. Khi chính khí không đủ mạnh, phế vệ suy yếu, tẩu lý sơ hở thì dịch độc thừa cơ xâm nhập vào mà gây bệnh qua đường hô hấp trước tiên [9].

- Bệnh này khởi phát khi thỏa mãn đồng thời ba yếu tố là có nguồn lây nhiễm, có đường truyền nhiễm hay môi trường thuận lợi và nhóm người dễ cảm nhiễm hay chính khí hư suy. Nếu cảm nhiễm độc tà vào sâu thì bệnh phát ngay, nếu cảm bệnh tà ở phần nông thì tà khí không thể tức thời thắng được chính khí nên chưa thể phát bệnh. Chính vì vậy, ủ bệnh là một trong những đặc điểm điển hình của bệnh [9].

1.2.3. Bệnh cơ

- Dựa trên các triệu chứng của bệnh viêm phổi do SARS-COV-2 kết hợp với những lý luận y học cổ truyền về Ôn bệnh, bệnh cơ chủ yếu là dịch độc bên ngoài nhân lúc chính khí hư suy thừa cơ xâm nhập vào cơ thể qua phế kinh tán công tạng phế mà gây nên bệnh, nên các triệu chứng sớm thường xuất hiện ở đường hô hấp, vị trường và cuối cùng là toàn bộ các tạng phủ khác nếu không được kiểm soát kịp thời và đúng cách.

- Tùy vào vị trí khu trú của ôn dịch từ biểu vào lý mà bệnh sẽ phân ra các thể nhẹ, vừa, nặng và nguy hiểm. Cụ thể là, đa số trường hợp thuận chiều, bệnh thường khởi điểm từ phần vệ, tới phần khí, tiếp đến phần dinh và cuối cùng là huyết phận. Tuy nhiên, trên thực tế vẫn xuất hiện khởi bệnh có khi bắt đầu ở khí phận, dinh phận và thậm chí từ huyết phận (phục tà nội phát); hay bệnh đang ở vệ có thể trực tiếp vào dinh phận và huyết phận.

- Đặc điểm của bệnh là có tính lây lan mạnh từ người này qua người khác, chủ yếu thông qua đường không khí và tiếp xúc, thường xuất hiện ở nơi có đông dân cư. So với bệnh do lục dâm, bệnh do “ôn dịch” phát bệnh nhanh, ở một số trường hợp còn “nhẹ thì sáng mắt tối chết, nặng thì chỉ ít phút sau là chết”. Bệnh lại mang tính đặc thù, triệu chứng khởi phát sớm được ghi nhận là sốt và viêm đường hô hấp trên cấp tính không lý giải được bởi nguyên nhân khác.

- Dựa vào đặc điểm của các người bệnh SARS-COV-2 được báo cáo, bệnh thường liên quan đến nhiệt, hàn, thấp, độc, hư và ú, có một số điểm khác biệt so với bệnh ôn dịch, Ôn bệnh truyền thống. Tại Việt Nam chưa có một tổng kết cụ thể và toàn diện về dịch bệnh này dưới góc nhìn y học cổ truyền, chính vì vậy cần có những khảo sát cụ thể để xây dựng Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị kết hợp YHCT với YHHĐ trong thời gian sớm nhất [9].

1.2.4. Các thể bệnh Y học cổ truyền trong giai đoạn hồi phục

Đối với người bệnh đạt tiêu chuẩn xuất viện theo quy định của Bộ Y tế, nhưng các triệu chứng khác nhau có thể tiếp tục điều trị bằng YHCT.

Theo YHCT, sau khi khỏi bệnh, cơ thể chưa hồi phục hoàn toàn, chính khí suy nhược, tân dịch hao tổn, do đó cần tiếp tục điều trị để phục hồi chức năng Tạng Phủ, cân bằng Âm Dương cơ thể. Nói cách khác Giai đoạn hồi phục này có nét tương đồng với các triệu chứng đề cập trong Hội chứng hậu SARS-CoV-2.

Nhóm này được chia làm bốn thể cơ bản [9]:

a) *Thể phé tỳ khí suy*: khí đoản, mệt mệt uể oải, buồn nôn, ăn kém, bã mãn, đại tiện vô lực, phân lỏng không hết bã. Lưỡi nhạt bệu, rêu trắng nhờn.

b) *Thể khí âm lưỡng hư*: Mệt mỏi, khí đoản, miệng khô, khát, tâm quý, nhiều mồ hôi, ăn kém, sốt hâm hấp hoặc không sốt, ho khan ít đờm. Mạch tế hoặc hư vô lực.

d) *Thể khí hư huyết ú*: Mệt mỏi, khó thở, thở gấp, đau tức ngực, đau lâu ngày không đỡ, đau nhói, khô miệng không muốn uống nước, trống ngực, mất ngủ hay mơ, phiền táo, hay tức giận. Lưỡi đỏ xạm, điểm ú huyết. Mạch khẩn hoặc sáp.

e) *Thể khí huyết hư*: tinh thần mệt mỏi, đoản hơi đoản khí, ho khan không đờm, dễ mệt mỏi, ăn uống kém, tay chân vô lực, hoa mắt chóng mặt, hồi hộp, mất ngủ, sắc mặt trắng xanh không tươi, móng tay chân nhợt, trong người nóng lại sợ lạnh, chất lưỡi non bệu, mạch tế vô lực.

1.2.5. Điều trị theo Y học cổ truyền giai đoạn hồi phục

1.2.5.1. Dùng thuốc

a) Thể Phé Tỳ khí suy

- Pháp trị: kiện Tỳ bổ Phé, ích khí hóa thấp.

- Bài thuốc tham khảo: Sâm linh bạch truật tán, Hương sa lục quân tử thang, Bỏ trung ích khí thang.

- Dạng bào chế: thuốc sắc hoặc cao lỏng.

b) Thể khí âm lưỡng hư

- Pháp trị: ích khí dưỡng âm, hoạt huyết thông lạc.

- Bài thuốc tham khảo: Sinh mạch tán, Bảo nguyên thang, Thập toàn đại bổ, Nhân sâm dưỡng vinh thang, Lục vị địa hoàng hoàn, Dưỡng âm thanh Phé thang

- Dạng bào chế: thuốc sắc hoặc cao lỏng.

c) Thể khí hư huyết ú

- Pháp trị: ích khí bổ Phế, hoạt huyết hóa ứ.
- Bài thuốc tham khảo: Bảo nguyên thang (Tỳ vị luận) phối với Huyết phủ trục ứ thang (Y lâm cải thác).
- Dạng bào chế: thuốc sắc hoặc cao lỏng.

d) Thẻ khí huyết hư

- Pháp trị: bổ khí dưỡng huyết.
- Bài thuốc tham khảo: Bát trân thang gia giảm
- Dạng bào chế: thuốc sắc hoặc cao lỏng.

1.2.5.2. Không dùng thuốc

- Châm cứu
- Xoa bóp toàn thân [9].

1.2.6. Phòng bệnh

1.2.6.1. Không dùng thuốc

Tập thở

Tự xoa bóp

1.2.6.2. Dùng thuốc

Thuốc dùng ngoài:

Xông phòng, nơi làm việc bằng các loại thuốc, tinh dầu có tác dụng phương hương hóa thấp như: Hoắc hương, Sả, Chanh, Bạc hà, Húng quế, Gừng, Tỏi, lá Bưởi, Kinh giới, Tía tô, Tràm gió...

Sát khuẩn/vệ sinh tại chỗ vùng mũi họng: sử dụng dung dịch có nguồn gốc từ dược liệu có tác dụng tuyên phế lợi họng, thuốc cổ truyền để súc họng, xịt mũi họng, xông mũi họng nhằm làm sạch đường hô hấp trên.

Thuốc dùng trong:

Lựa chọn sử dụng một số dược liệu, thuốc cổ truyền nhằm bồi bổ chính khí, nâng cao thể trạng: Hoài sơn, Trần bì, Hoàng kỳ, Bạch linh, Bạch biển đậu, Đảng sâm, Thái tử sâm, Ý dĩ nhân, Cam thảo...[9].

1.3. CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG

Cùng với sự phát triển của nhân loại, càng có nhiều căn bệnh được phát hiện ra nhờ tiến bộ của khoa học kỹ thuật và y học. Để nhận định rõ khỏe là như thế nào, WHO đã đưa ra định nghĩa về sức khỏe: “Sức khỏe là trạng thái hoàn toàn khỏe mạnh về thể chất, tinh thần và xã hội, không chỉ đơn thuần là không có bệnh tật hoặc tàn tật”. Có thể thấy rõ bệnh tật không phải là thước đo duy nhất cho sức khỏe, mà nó còn dựa vào đời sống vật chất, tinh thần, các mối quan hệ trong gia đình, ngoài xã hội và thể chất của mỗi người [34].

Ngày nay, chất lượng cuộc sống ngày càng được quan tâm tới. WHO định nghĩa CLCS là sự cảm nhận của cá nhân về vai trò của họ với cuộc sống trong bối cảnh văn hóa và hệ thống giá trị xã hội họ đang sống, có liên quan đến mục tiêu, kỳ vọng, tiêu chuẩn và mối quan tâm của họ. CLCS bị tác động bởi sức khỏe thể chất, trạng thái tâm lý, niềm tin cá nhân, mối quan hệ xã hội và mối liên hệ giữa cá nhân với các đặc trưng của môi trường họ đang sống [34].

1.3.1. Các thang đo chất lượng cuộc sống

- Đánh giá CLCS của BN mắc bệnh SARS-COV-2 rất quan trọng. Việc này không chỉ hữu ích cho bác sĩ lâm sàng, các nhà nghiên cứu mà còn giúp ích cho các nhà quản lý y tế và các tổ chức liên quan đến sức khỏe. Mục tiêu cuối cùng của việc đánh giá này là kéo dài tuổi thọ của BN, đưa sức khỏe BN về với trạng thái gần như người khỏe mạnh. Dựa vào sự thay đổi của CLCS, bác sĩ lâm sàng sẽ lựa chọn phương thức hỗ trợ phù hợp, còn các nhà nghiên cứu đánh giá hiệu quả của một phương pháp can thiệp. Bệnh tật và phương thức điều trị tác động không ít đến các khía cạnh của CLCS ở BN như thể chất, tâm lý, xã hội. Đó là lý do vì sao các thang đo CLCS là những bảng câu hỏi về cảm nhận của BN chứ không phải nhận định chuyên môn của bác sĩ. Tùy theo đối

tượng nghiên cứu, nơi thực hiện, mục tiêu nghiên cứu và phương pháp thu thập dữ liệu, nhà nghiên cứu sẽ lựa chọn thang đo phù hợp.

- Hiện nay có nhiều công cụ được sử dụng để đánh giá CLCS. Các công cụ này được chia làm hai nhóm là công cụ đánh giá chung và công cụ đánh giá chuyên biệt [35]. Các công cụ này đều có ưu điểm và nhược điểm riêng chứ không không đối lập loại trừ nhau. Việc lựa chọn công cụ đánh giá tùy thuộc nhiều vào hoàn cảnh tiến hành nghiên cứu.

- Các công cụ đánh giá chuyên biệt tập trung nhiều vào các lĩnh vực liên quan nhất với tình trạng bệnh tật đang được nghiên cứu cũng như những đặc tính chuyên biệt của nhóm dân số đang được khảo sát hay đánh giá một vùng chức năng, do đó các công cụ này thường dùng trong các thử nghiệm lâm sàng nhằm đánh giá hiệu quả các phương pháp can thiệp [36].

- Thang đo tổng quát đo lường các khía cạnh rất rộng của sức khỏe, dùng cho mọi đối tượng trong dân số. Đây là ưu điểm của bộ công cụ trong việc tạo ra dữ liệu chuẩn từ quần thể khỏe mạnh để so sánh các quần thể bệnh khác. Bộ công cụ này giúp đánh giá tác động của bệnh tật lên CLCS cũng như sự ảnh hưởng của một phương pháp điều trị nào đó. Nó còn thích hợp để so sánh hiệu quả giữa các phương pháp điều trị ở các nhóm bệnh nhân khác nhau có cùng một bệnh lý. Tuy nhiên, vì đây là bộ công cụ chung nên việc đánh giá thay đổi về mặt triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu sẽ kém nhạy hơn [37].

Bảng 1.2. Một số thang đo chất lượng cuộc sống tổng quát

Phân loại	Tên bảng câu hỏi	Tên viết tắt	Số lĩnh vực	Số câu hỏi
Tổng quát	36-item short form health survey	SF-36	8	36

	12-item short form health survey	SF-12	8	12
	EuroQol 5 dimensional questionnaire	EQ-5D	5	16

SF-36 (36-item short form health survey) là một thang đo tổng quát khảo sát CLCS được sử dụng nhiều nhất, gồm 36 câu thuộc 8 lĩnh vực sức khỏe (thể chất, giới hạn hoạt động, cảm nhận đau đớn, sức khỏe tổng quát, sinh lực, xã hội, xúc cảm, tinh thần) được chia 2 nhóm thể chất và tinh thần. Các dạng ngắn hơn được cho ra đời như SF-12, SF-8 với thời gian hoàn tất ngắn hơn. Dù vậy, một số nghiên cứu cho là SF-12 làm mờ nhạt những khác biệt quan trọng giữa các lĩnh vực khảo sát.

Gần đây, bộ công cụ EQ-5D (EuroQol 5-dimensional questionnaire) đang được phát triển và sử dụng rộng rãi trên thế giới. Đây là một thang đo tổng quát được tập đoàn EuroQol công bố vào năm 2009, được sử dụng khá phổ biến ở châu Âu trong các nghiên cứu cộng đồng cũng như lâm sàng. Tập đoàn đã dịch thang đo ra nhiều thứ tiếng khác nhau để thuận tiện cho việc sử dụng. Thang đo khảo sát CLCS qua 5 lĩnh vực đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường lệ, đau/khó chịu, lo lắng/u sầu. Tuy nhiên thang đo này khá ngắn, không thể hiện đầy đủ được hầu hết các lĩnh vực trong cuộc sống.

1.3.2. Lựa chọn thang đo

Hiện nay, một trong số những phương pháp phổ biến nhất để đánh giá CLCS là sử dụng bảng câu hỏi SF-36 [38]. SF-36 là bộ câu hỏi đo lường CLCS nhằm đánh giá sức khỏe tổng quát với nhiều ứng dụng to lớn. SF-36 bao gồm 36 câu hỏi được phân thành 8 lĩnh vực sức khỏe và các lĩnh vực sức khỏe này hợp thành 2 mảng là sức khỏe thể chất (SKTC) và sức khỏe tinh thần (SKTT) [39].

Bảng 1.3. Tham khảo về độ tin cậy và tính biến thiên của các lĩnh vực trong The Medical Outcomes Study (N=2.471).

Lĩnh vực	Mục	Alpha	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Hoạt động chức năng	10	0,93	70,61	27,42
Giới hạn chức năng	4	0,84	52,97	40,78
Cảm nhận đau đớn	2	0,78	70,77	25,48
Sức khỏe tổng quát	5	0,78	56,99	21,11
Giới hạn tâm lý	3	0,83	65,78	40,71
Cảm nhận sức sống	4	0,86	52,15	22,39
Hoạt động xã hội	2	0,85	78,77	25,43
Tinh thần tổng quát	5	0,90	70,38	21,97
Chuyển biến sức khỏe	1	-	59,14	23,12

SF-36 là một thang đo sức khỏe tổng quát không nhắm vào bất cứ lứa tuổi nào, không dành riêng cho một bệnh lý chuyên biệt hay một phương thức điều trị nào. Công cụ này tương tự như những thang đo tổng quát khác, nó phù hợp cho các nghiên cứu thăm dò sức khỏe tổng quát và các nghiên cứu so sánh CLCS của các tình trạng bệnh lý khác nhau. Vì vậy SF-36 là công cụ đánh giá CLCS rất thông dụng trên thế giới. Bộ câu hỏi này đã được chuyển ngữ sang nhiều ngôn ngữ khác nhau như Pháp, Đức, Tây Ban Nha, Nhật Bản, ...[40]. Với chỉ số Cronbach alpha nằm trong khoảng 0,72 – 0,9 đã có khoảng 5000 bài báo sử dụng bộ câu hỏi SF-36 và được sử dụng trên 60 quốc gia trên thế giới [43],[42] kết hợp với việc được áp dụng trên nhiều đối tượng bệnh lý ở Việt Nam, cho thấy có thể sử dụng bộ câu hỏi này để đo lường CLCS bệnh nhân SARS-COV-2 tại Việt Nam.

Cấu trúc thang đo SF-36

SF-36 là bản đánh giá gồm 36 câu hỏi đo lường 8 lĩnh vực sức khỏe, chia thành 2 mảng sức khỏe là sức khỏe thể chất (SKTC – Physical Component) và sức khỏe tinh thần (SKTT – Mental Component) [43],[44].

Lĩnh vực 1: Hoạt động chức năng (HĐCN) – Physical Functioning. Thang điểm này biểu hiện các loại hoạt động thể chất cùng với các mức độ thực hiện có hoặc không có khó khăn bao gồm các hoạt động mạnh hoặc trung bình, xách hàng hóa khi đi chợ, lên xuống cầu thang, cúi gập người hay quỳ gối.

Lĩnh vực 2: Giới hạn chức năng (GHCN) – Role Physical. Các câu hỏi trong thang điểm này thể hiện các giới hạn hoạt động liên quan đến sức khỏe tùy vào loại hình hay lượng công việc hằng ngày.

Lĩnh vực 3: Cảm nhận đau đớn (CNĐĐ) – Bodily Pain. Thang điểm này bao gồm các câu hỏi liên quan đến tần suất xảy ra sự đau đớn hay khó chịu cho bệnh nhân, đồng thời với các mức độ ảnh hưởng lên các hoạt động sinh hoạt hàng ngày gây ra do tình trạng đau đớn.

Lĩnh vực 4: Sức khỏe tổng quát (SKTQ) – General Health. Thang điểm này đánh giá sức khỏe một cách toàn diện.

Lĩnh vực 5: Hoạt động xã hội (HĐXH) – Social Functioning. Thang điểm này bao gồm hai câu hỏi đánh giá các hoạt động liên quan sức khỏe đối với các hoạt động xã hội (với người thân, bạn bè hay hàng xóm).

Lĩnh vực 6: Giới hạn tâm lý (GHTL) – Role Emotional. Thang điểm này mô tả giới hạn các hoạt động liên quan tâm lý của bệnh nhân tùy thuộc vào loại hình và công việc hằng ngày.

Lĩnh vực 7: Cảm nhận sức sống (CNSS) – Vitality. Các câu hỏi đo lường khả năng cảm nhận sức sống của bệnh nhân bao gồm các mức năng lượng và sự mệt mỏi.

Lĩnh vực 8: Tinh thần tổng quát (TTTQ) – Mental Health. Các câu hỏi mô tả một trong bốn chiều hướng thay đổi của sức khỏe tâm thần như sự lo âu, sự trầm cảm, mất kiểm soát hành vi hay cảm xúc và rối loạn tâm lý.

Câu số 2 trong bộ câu hỏi SF-36 có nội dung nói về tự đánh giá sự thay đổi sức khỏe cá nhân, không được đưa vào phương pháp tính điểm của lĩnh vực hay mảng sức khỏe mà chỉ có ý nghĩa lượng giá sự thay đổi trung bình của tình trạng sức khỏe trong vòng một năm qua.

Các lĩnh vực hoạt động chức năng, giới hạn chức năng, cảm nhận đau đớn tương quan chặt chẽ nhất và đóng góp nhiều nhất vào điểm số sức khỏe thể chất. Ngược lại, các lĩnh vực tinh thần tổng quát, giới hạn tâm lý, hoạt động xã hội tương quan mạnh và góp phần vào điểm số sức khỏe tinh thần.

Trong nghiên cứu thực hiện năm 2007, tác giả Võ Tuấn Khoa và Nguyễn Thy Khuê đã thực hiện việc chuyển ngữ bộ câu hỏi SF-36 từ tiếng Anh sang tiếng Việt theo quy trình chuyển ngữ của Ủy ban Quốc tế Đánh giá CLCS (International Quality of Life Assessment) [44]. Mặc dù đã đưa ra những hướng dẫn cụ thể và chi tiết nhưng cơ quan này cho biết việc chuyển dịch khó có thể đảm bảo được kết quả hoàn hảo. Nguyên nhân của việc này chính là do sự khác biệt về văn hóa và ngôn ngữ giữa Hoa Kỳ và các quốc gia khác. Sau nhiều quy trình dịch và hiệu chỉnh, đánh giá tính chấp nhận và thẩm định giá trị của bộ câu hỏi SF-36, tác giả đã đưa ra bộ câu hỏi đánh giá CLCS SF-36 Việt hóa. Do đó, dựa trên hoàn cảnh hiện tại của Việt Nam, việc sử dụng bộ câu hỏi CLCS SF-36 Việt hóa này để đo lường CLCS trong dân số nghiên cứu này là hoàn toàn chấp nhận được.

1.3.3. Một số nghiên cứu liên quan

- Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thành Lộc và cộng sự năm 2018: Nghiên cứu về chất lượng cuộc sống của ĐTD bằng bộ câu hỏi SF36, cho thấy điểm chất lượng cuộc sống của người ĐTD thấp, liên quan đến tuổi, giới tính, nghề nghiệp [45].

- Nghiên cứu của tác giả Phạm Hoài Thu và cộng sự năm 2017: cho thấy chất lượng cuộc sống người viêm khớp dạng thấp qua câu hỏi SF36 là từ thấp đến trung bình, liên quan đến mức độ hoạt động của bệnh [46].

- Nghiên cứu “Chức năng phổi và chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe sau viêm phổi SARS-COV-2” của S van der Sar-van der Brugge và cộng sự vào năm 2021 cho thấy: Trong 101 bệnh nhân có 27,7% được phân loại là trường hợp trung bình của viêm phổi SARS-COV-2 và 72,3% được xếp vào trường hợp nặng. Giới hạn khuếch tán (DLCOc <80% giá trị dự đoán) được tìm thấy ở 66 (71,7%) trong số 92 trường hợp, tắc nghẽn ở 26 (25,7%) trong số 101, và hạn chế ở 21 (21,2%) trong số 99. Khả năng khuếch tán thấp hơn đáng kể trong các trường hợp sau viêm phổi nặng. Trong toàn bộ nhóm, điểm HADS ≥ 8 đối với trầm cảm được tìm thấy ở 16,6% và 12,5% đối với lo âu. Trên tất cả các lĩnh vực SF-36, ngoại trừ đau đớn về cơ thể, người ta đã tìm thấy sự suy giảm đáng kể. FEV1 và DLCOc cho thấy mối tương quan tích cực đáng kể với điểm số mMRC và nhiều miền SF-36, đặc biệt là chức năng vật lý [47].

- Nghiên cứu của Ak Narayan Poudel và cộng sự về “Tổng quan ảnh hưởng của Covid đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân” cho thấy có 12 nghiên cứu đủ điều kiện đã được đưa vào đánh giá này. Phần lớn các nghiên cứu sử dụng một công cụ đánh giá HRQoL chung; năm nghiên cứu sử dụng SF-36, năm nghiên cứu sử dụng EQ-5D-5L và ba nghiên cứu sử dụng công cụ HRQoL dành riêng cho bệnh phổi (mỗi nghiên cứu sử dụng hai công cụ). Tác động của SARS-CoV-2 đối với HRQoL được phát hiện là đáng kể ở cả bệnh nhân Covid cấp tính và Covid kéo dài. Tác động cao hơn đến HRQoL đã được báo cáo ở bệnh nhân cấp tính, phụ nữ, tuổi lớn hơn, bệnh nhân mắc bệnh nặng hơn và bệnh nhân đến từ các quốc gia có thu nhập thấp [46].

- Nghiên cứu của Ellen de Bock và cộng sự về ảnh hưởng của đại dịch SARS-COV-2 đối với chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe (HRQoL) ở bệnh nhân với IBD (bệnh viêm ruột). Tất cả bệnh nhân IBD đã hoàn thành

cả Bảng câu hỏi về bệnh viêm ruột (IBDQ) và bảng câu hỏi Khảo sát sức khỏe dạng ngắn gồm 36 mục (SF-36) trong khoảng thời gian từ ngày 31 tháng 8 đến ngày 13 tháng 9 năm 2020. Bệnh nhân IBD có HRQoL tổng thể thấp trong đại dịch SARS-COV-2. Hơn nữa, bệnh nhân lớn tuổi, phụ nữ và bệnh nhân trải qua các thủ thuật phẫu thuật có HRQoL thể chất thấp nhất [49].

- Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 156 bệnh nhân cho thấy các triệu chứng dai dẳng liên quan đến hội chứng SARS-COV-2 sau cấp tính dường như ảnh hưởng đến chức năng thể chất và nhận thức, chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe và sự tham gia vào xã hội [50].

- Đánh giá hệ thống hiện tại này là để đánh giá và cung cấp phân tích cập nhật về tác động của đại dịch coronavirus 2019 (SARS-COV-2) đối với chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe (HRQoL) của trẻ em và thanh thiếu niên cho thấy chất lượng cuộc sống của trẻ em và thanh thiếu niên bị ảnh hưởng nhiều, nhất là vấn đề tâm lý và giới hạn hoạt động xã hội [51].

1.4. BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH NGHỀ NGHIỆP

1.4.1. Sơ lược về Bệnh viện

Bệnh viện được thành lập theo Quyết định số 417/QĐ-UB ngày 22/07/1977 với tên gọi Viện Điều Dưỡng Thành phố trực thuộc Sở Y Tế Thành phố Hồ Chí Minh. Ngày 10/03/1998 được đổi tên Bệnh viện Điều Dưỡng – Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp theo Quyết định số 1231/QĐ-UB-NC. Ngày 25/12/2014 được đổi tên thành Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp theo Quyết định số 6373/QĐ-UBND.

Bệnh viện là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có chức năng khám bệnh, chữa bệnh, Phục hồi chức năng, Điều trị bệnh nghề nghiệp và tổ chức an dưỡng cho người bệnh và các đối tượng khác có nhu cầu.

Bệnh viện có tổng diện tích là 58.000 m², với 500 giường bệnh, không khí trong lành, yên tĩnh theo tiêu chuẩn "Bệnh viện khách sạn - Bệnh viện trong Công viên". Với các khoa: Khoa Khám bệnh, Khoa Cấp cứu, Khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Khoa Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng... gần đây nhất là Khoa hậu COVID.

1.4.2. Tình hình phòng chống dịch COVID-19 tại bệnh viện.

Theo chỉ đạo của Sở Y Tế TP.HCM, khoa đảm nhiệm thêm chức năng điều trị bệnh nhân nhiễm COVID- 19 với quy mô ban đầu là 50 giường. Do tình hình dịch tại thành phố diễn biến phức tạp, lượng người nhiễm tăng cao. Khoa xin điều chỉnh lên 150 giường kế hoạch. Tuy nhiên trên thực tế, lượng bệnh nhân điều trị nội trú thường xuyên từ 300 - 350 bệnh nhân. Bao gồm đủ các mức độ bệnh từ vừa, nặng và nguy kịch (bệnh viện có trang bị 21 máy HFNC và 5 máy thở)

Tổ chức hội thảo trực tuyến Phục hồi chức năng hậu Covid-19, tham gia báo cáo và chia sẻ kinh nghiệm với các nhân viên y tế, các bệnh viện công lập và ngoài công lập.

Tiếp nhận và quản lý, vận hành Khu cách ly tập trung Ký túc xá Đại học Sài Gòn giai đoạn đầu.

Thành lập 20 đội tiêm vắc xin phòng Covid-19 để tham gia các đội tiêm cộng đồng trên địa bàn quận 8.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Người bệnh giai đoạn sau nhiễm SARS-CoV-2 cấp tính (4 tuần) đạt tiêu chuẩn hoàn thành cách li hoặc xuất viện theo Bộ Y tế; đã và đang điều trị tại Bệnh viện Phục hồi chức năng và điều trị bệnh nghề nghiệp, tự nguyện tham gia nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tiêu chuẩn theo Y học hiện đại: người được chẩn đoán xác định nhiễm SARS-COV-2 và hiện tại đang ở giai đoạn sau nhiễm SARS-CoV-2 cấp tính theo quyết định số 250/QĐ-BYT ngày 28/01/2022 của Bộ Y tế [16].

- Tiêu chuẩn lựa chọn theo Y học cổ truyền: người bệnh thuộc các thể Phế tỳ khí hư, khí huyết hư, khí âm lưỡng hư, khí hư huyết ú [9].

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh mắc các bệnh cấp tính cần được xử lý tích cực bằng YHHĐ.

- Người mắc bệnh lý viêm đường hô hấp cấp do các tác nhân hay gặp khác: vi rút cúm mùa (A/H3N2, A/H1N1, B), vi rút á cúm, vi rút hợp bào hô hấp (RSV), rhinovirus, myxovirus, adenovirus.

- Hội chứng cảm cúm do các chủng coronavirus thông thường.

- Các căn nguyên gây nhiễm khuẩn hay gặp, bao gồm các vi khuẩn không điển hình như Mycoplasma pneumonia...

- Các căn nguyên khác có thể gây viêm đường hô hấp cấp tính nặng như cúm gia cầm A/H5N1, A/H7N9, A/H5N6, SARS-CoV và MERS-CoV.

- Cần chẩn đoán phân biệt các tình trạng nặng của người bệnh (suy hô hấp, suy chức năng các cơ quan...) do các căn nguyên khác hoặc do tình trạng nặng của các bệnh lý mạn tính kèm theo.
- Người bệnh có rối loạn ngôn ngữ, rối loạn tri giác, rối loạn tâm thần hoặc sa sút trí tuệ không thể giao tiếp với thầy thuốc hoặc không thực hiện được y lệnh.
- Người bệnh không đồng ý tiếp tục tham gia trong quá trình phỏng vấn.
- Người bệnh không có khả năng nghe, hiểu, biết chữ tiếng Việt.
- Người bệnh trả lời < 80% số câu hỏi hay không trả lời một câu hỏi trong thang đo SF-36.

2.2. ĐỊA ĐIỂM VÀ THỜI GIAN NGHIÊN CỨU

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2022.
- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phục hồi chức năng và điều trị bệnh nghề nghiệp.

2.3. CỖ MẪU NGHIÊN CỨU

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} P(1-P)/d^2$$

Trong đó:

Ứng với độ tin cậy 95% có $Z = 1,96$

P: Tỷ lệ người bệnh được chẩn đoán sau nhiễm cấp SARS-COV-2, chọn $p=0,5$ (theo nghiên cứu trước đó của César Fernandez-de-las-Peñas và cộng sự, tỷ lệ người bệnh có ít nhất 1 triệu chứng hậu covid sau giai đoạn cấp chiếm 45,9%) [52]

d: sai số tuyệt đối so với p, chọn $d=0,09$. Ta có: $n = 118$ người bệnh.

Thêm 5% sai số trong điều tra cộng đồng, cỡ mẫu nghiên cứu là 130 người dân. Trên thực tế chúng tôi lấy được 151 người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ

2.4. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang

2.4.2. Biến số nghiên cứu

2.4.2.1. Biến số nền

Bảng 2.1. Biến số và định nghĩa biến số

TÊN BIẾN	PHÂN LOẠI	ĐỊNH NGHĨA
Giới	Biến nhị phân	- Có 2 giá trị: Nam và Nữ. - Ghi nhận từ hồ sơ bệnh án hoặc CMND/CCCD.
Tuổi	Biến định lượng	- Chia 3 nhóm [54] + 18 - 39 + 40 - 59 + ≥ 60
Trình độ học vấn	Biến thứ bậc	- Chia 7 nhóm: + Tiểu học + Trung học cơ sở + Trung học phổ thông + Trung cấp, cao đẳng, đại học + Sau đại học + Không
Nghề nghiệp	Biến số định danh	- Là nghề hiện tại hoặc nghề chiếm phần lớn thời gian lao động mà trước khi về hưu từng làm. - Có 4 nhóm:

		<ul style="list-style-type: none"> + Nhóm 1: Lao động chân tay: sử dụng chân tay, cơ bắp là chủ yếu để hoàn thành công việc + Nhóm 2: Lao động trí óc: Những nghề lao động phức tạp, sử dụng trí óc để hoàn thành công việc. + Nhóm 3: Về hưu: không còn lao động. + Nhóm 4: Khác: mất sức lao động, thất nghiệp, thường không có thu nhập.
Số mũi tiêm Vaccin	Biến thứ bậc	<ul style="list-style-type: none"> - Là số lượng mũi tiêm người bệnh đã tiêm. - Chia làm 3 nhóm: <ul style="list-style-type: none"> + 1 mũi + 2 mũi + > 2 mũi
Thời gian khỏi bệnh SARS-CoV-2 tính đến nay	Biến định lượng	<ul style="list-style-type: none"> - là quãng thời gian (tháng) tính từ lúc tiêm mũi cuối cùng cho đến thời điểm phỏng vấn. - Chia làm 4 nhóm: <ul style="list-style-type: none"> + 1 tháng + 1-3 tháng + 3-6 tháng + > 6 tháng
Dấu hiệu sinh tồn	Biến định lượng	SpO ₂ , Mạch, nhiệt độ, huyết áp
Bệnh lý nền kèm theo: 1. Đái tháo đường	Biến số thứ bậc	<ul style="list-style-type: none"> - là tổng số lượng các bệnh lý nền trên người bệnh SARS-COV-2. - Chia 5 nhóm:

<p>2. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và các bệnh phổi khác</p> <p>3. Ung thư (đặc biệt là các khối u ác tính về huyết học, ung thư phổi và bệnh ung thư di căn khác).</p> <p>4. Bệnh thận mạn tính</p> <p>5. Ghép tạng hoặc cấy ghép tế bào gốc tạo máu</p> <p>6. Béo phì, thừa cân</p> <p>7. Bệnh tim mạch (suy tim, bệnh động mạch vành hoặc bệnh cơ tim)</p> <p>8. Bệnh lý mạch máu não</p> <p>9. Hội chứng Down</p> <p>10. HIV/AIDS</p> <p>11. Bệnh lý thần kinh (bao gồm cả chứng sa sút trí tuệ)</p> <p>12. Bệnh hồng cầu hình liềm, bệnh thalassemia, bệnh huyết học mạn tính khác</p> <p>13. Hen phế quản</p> <p>14. Tăng huyết áp</p> <p>15. Thiếu hụt miễn dịch</p> <p>16. Bệnh gan</p>		<p>+ 1 bệnh</p> <p>+ 2 bệnh</p> <p>+ 3 bệnh</p> <p>+ 4 bệnh</p> <p>+ >4 bệnh</p>
---	--	---

<p>17. Rối loạn do sử dụng chất gây nghiện</p> <p>18. Đang điều trị bằng thuốc corticosteroid hoặc các thuốc ức chế miễn dịch khác.</p> <p>19. Các bệnh hệ thống.</p> <p>20. Bệnh lý khác đối với trẻ em: Tăng áp phổi nguyên hoặc thứ phát, bệnh tim bẩm sinh, rối loạn chuyển hóa di truyền bẩm sinh, rối loạn nội tiết bẩm sinh-mắc phải.</p>		
Cân nặng	Biến định lượng	<ul style="list-style-type: none"> - Đơn vị là kilogram (kg) - Ghi nhận qua hồ sơ NB hoặc đo.
Chiều cao	Biến định lượng	<ul style="list-style-type: none"> - Đơn vị là mét (m). - Ghi nhận qua hồ sơ NB hoặc đo.
BMI	Biến định danh	<ul style="list-style-type: none"> - BMI được tính bằng công thức $\frac{\text{cân nặng (kg)}}{\text{chiều cao} \times \text{chiều cao (m)}} \text{ (kg/m}^2\text{)}$
THẺ BỆNH THEO YHCT		
Thẻ bệnh	<ul style="list-style-type: none"> - Biến số danh định - Chia làm 4 nhóm: <ul style="list-style-type: none"> + Phế tỷ khí suy + Khí âm lưỡng hư + Khí hư huyết hư 	

	+ Khí huyết hư
--	----------------

2.4.2.2. Biến số phụ thuộc

Bảng câu hỏi CLCS gồm 2 mảng chính (sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần) được chia làm 8 phần, có tất cả 11 câu hỏi lớn, trong đó chứa 36 câu hỏi nhỏ.

- Sức khỏe thể chất đánh giá dựa trên hoạt động thể chất, giới hạn chức năng, cảm nhận đau đớn và sức khỏe tổng quát.
- Sức khỏe tinh thần đánh giá dựa trên cảm nhận sức sống, hoạt động xã hội, giới hạn tâm lý và tinh thần tổng quát.

Bảng 2.2. Định nghĩa biến số chất lượng cuộc sống

Lĩnh vực	Câu hỏi	Nội dung
Hoạt động chức năng	Các câu hỏi về sự hạn chế sinh hoạt trong 1 ngày bình thường liên quan đến sức khỏe hiện tại	<ul style="list-style-type: none"> - Các hoạt động dùng nhiều sức như chạy, nâng vật nặng, tham gia các môn thể thao mạnh - Các hoạt động đòi hỏi sức lực vừa phải như quét nhà, bơi lội, chạy xe đạp. - Nâng hoặc mang vác đồ thực phẩm linh tinh. - Leo lên vài tầng lầu. - Leo lên 1 tầng lầu - Cúi người, quỳ gối hoặc đi khom lưng và gập gối. - Đi bộ hơn một Kilômet - Đi bộ vài trăm mét - Đi bộ một trăm mét.

		- Tắm rửa hoặc thay quần áo cho bản thân.
Giới hạn chức năng	Các câu hỏi về sự hạn chế công việc hoặc các sinh hoạt thường ngày liên quan đến sức khỏe thể chất trong 4 tuần qua	<ul style="list-style-type: none"> - Giảm thời gian tiến hành công việc hoặc sinh hoạt khác - Hoàn thành công việc ít hơn mong muốn
Cảm nhận đau đớn	Các câu hỏi về mức độ đau và các công việc ảnh hưởng do đau đớn	<ul style="list-style-type: none"> - Trong suốt 4 tuần vừa qua, cơ thể đau nhức ở mức độ nào - Trong suốt 4 tuần vừa qua, cảm giác đau đớn đã gây trở ngại cho công việc bình thường ở mức độ nào (bao gồm cả công việc bên ngoài cũng như việc nội trợ)
Sức khỏe tổng quát	Các câu hỏi đánh giá cảm nhận về tình trạng sức khỏe chung hiện tại và so với cách đây 1 năm	<p>Cảm nhận của bản thân về sức khỏe hiện tại:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đánh giá tình hình sức khỏe hiện tại so với cách đây 1 năm - Dường như dễ bị bệnh hơn những người khác - Khỏe mạnh như bất kì người nào - Sức khỏe sẽ trở nên tệ hơn - Sức khỏe hiện tại tuyệt vời
Giới hạn tâm lý	Các câu hỏi về sự giới hạn công việc	- Làm giảm thời lượng tiến hành công việc hoặc sinh hoạt khác

	hoặc các sinh hoạt thường ngày liên quan đến sức khỏe tâm thần trong 4 tuần qua	<ul style="list-style-type: none"> - Hoàn thành công việc ít hơn mong muốn - Làm việc hoặc tiến hành các sinh hoạt khác kém cẩn thận hơn bình thường
Cảm nhận sức sống	Các câu hỏi tự đánh giá về sức khỏe 4 tuần vừa qua	<ul style="list-style-type: none"> - Cảm thấy tràn đầy sinh lực - Cảm thấy dồi dào năng lượng - Cảm thấy kiệt sức - Cảm thấy mệt mỏi
Tinh thần tổng quát	Các câu hỏi về cảm nhận trong 4 tuần qua	<p>Cảm thấy rất lo lắng</p> <ul style="list-style-type: none"> _ Cảm thấy quá đau buồn và thất vọng đến độ không có gì có thể làm bạn vui lên được _ Cảm thấy bình tĩnh và thanh thản _ Cảm thấy buồn và nản lòng _ Cảm thấy hạnh phúc
Hoạt động xã hội	Các câu hỏi đánh giá chủ quan về sự cản trở các hoạt động xã hội liên quan đến sức khỏe thể chất và sức khỏe tâm thần	<p>Trong suốt 4 tuần qua, sức khỏe thể chất hoặc các yếu tố cảm xúc có gây trở ngại trong các hoạt động xã hội thông thường mà bạn tham gia với gia đình, bạn bè, hàng xóm hoặc các nhóm hội không</p> <ul style="list-style-type: none"> _ Trong suốt 4 tuần vừa qua, bạn có thường vì sức khỏe thể chất hoặc các yếu tố cảm xúc cản trở đến các hoạt động xã hội mà bạn thực hiện (chẳng

		hạn như đi thăm bạn bè, họ hàng, vv...)
--	--	---

2.4.2.3. Biến số kết cuộc

- Biến số kết cuộc 1: Tần số các biến số chất lượng cuộc sống của người bệnh sau nhiễm cấp SARS-COV-2 tại Bệnh viện Phục hồi chức năng và điều trị bệnh nghề nghiệp.

- Biến số kết cuộc 2: Tương quan giữa các biến số chất lượng cuộc sống của người bệnh sau nhiễm cấp SARS-COV-2 và thể bệnh YHCT.

2.4.3. Thu thập số liệu

2.4.3.1. Phương pháp thu thập số liệu

Sử dụng bộ câu hỏi tự điền. Các ĐTNC được phỏng vấn trực tiếp, được giải thích về mục đích nghiên cứu, sau khi hoàn thành bộ câu hỏi kết quả sẽ được gửi về nghiên cứu viên.

Danh sách các người bệnh giai đoạn sau nhiễm SARS-CoV-2 cấp tính được tổng hợp tại Bệnh viện Phục hồi chức năng và điều trị bệnh nghề nghiệp

2.4.3.2. Công cụ thu thập số liệu

Đánh giá chất lượng cuộc sống bằng Bộ câu hỏi bộ câu hỏi SF-36 phiên bản được nhóm nghiên cứu của Võ Tuấn Khoa và Nguyễn Thy Khuê chuyển ngữ để áp dụng ở Việt Nam. Phỏng vấn bệnh nhân, thu thập các mẫu câu trả lời bằng bộ câu hỏi SF-36

Cách tính điểm

Điểm cho từng câu nằm trong khoảng 0 – 100 điểm, trong đó CLCS càng tốt điểm càng cao. Cụ thể điểm cho mỗi câu được liệt kê trong bảng 2.2.

Những câu hỏi trong cùng một lĩnh vực CLCS được cho điểm, câu hỏi nào không trả lời thì không được tính mà chỉ tính trung bình cộng của những câu hỏi được trả lời trong từng lĩnh vực để cho ra điểm số trung bình của từng lĩnh vực, điểm số trung bình thể hiện điểm số của từng lĩnh vực [53].

Bảng 2.3. Các vấn đề đánh giá trong bảng câu hỏi SF-36

STT	Mục đánh giá	Câu hỏi	Phân nhóm
1	Hoạt động chức năng	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	SỨC KHỎE THỂ CHẤT
2	Giới hạn chức năng	13,14,15,16	
3	Cảm nhận đau đớn	21,22	
4	Sức khỏe tổng quát	1,33,34,35,36	
5	Giới hạn tâm lý	17,18,19	SỨC KHỎE TINH THẦN
6	Cảm nhận sức sống	23,27,29,31	
7	Tinh thần tổng quát	24,25,26,28,30	
8	Hoạt động xã hội	20,32	

Bảng 2.4. Cách tính điểm cho mỗi câu hỏi trong bảng SF-36

STT câu hỏi	Trả lời	Điểm	STT câu hỏi	Trả lời	Điểm
1,2,20,22,34,36	1	100	13,14,15,16,17,18,19	1	0
	2	75		2	100
	3	50	24,25,28,29,31	1	0
	4	25		2	20
	5	0		3	40
3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	1	0	32,33,35	4	60
	2	50		5	80
	3	100		6	100
21,23,26,27,30	1	100	32,33,35	1	0
	2	80		2	25
	3	60		3	50
	4	40		4	75
	5	20		5	100
	6	0			

2.4.4. Phương pháp tiến hành

Bước 1: Người dân thỏa tiêu chuẩn chọn lựa và không phạm tiêu chuẩn loại trừ sẽ được đưa vào nghiên cứu.

Bước 2: Tiến hành thu thập số liệu bằng cách ghi nhận thông tin bằng cách phỏng vấn và đưa ký xác nhận tham gia nghiên cứu.

Bước 3: Tiến hành nhập liệu vào phần mềm và phân tích.

Bước 4: Bàn luận kết quả thu được.

2.4.5. Quy trình nghiên cứu

* **Nội dung 1:** Xác định tỉ lệ phần trăm các biểu hiện trong chất lượng cuộc sống của NB tại Bệnh viện Phục hồi chức năng và điều trị bệnh nghề nghiệp.

Bước 1: Nghiên cứu tổng quan.

Bước 2: Chọn đối tượng nghiên cứu thỏa tiêu chuẩn và đưa vào nhóm đối tượng nghiên cứu.

Bước 3: Tiến hành phỏng vấn trực tiếp hoặc qua điện thoại và đưa ký xác nhận trực tiếp tại bệnh viện.

Bước 4: Tiến hành nhập liệu vào phần mềm và phân tích, sau đó đưa ra tỉ lệ tỉ lệ các triệu chứng .

* **Nội dung 2:** Xác định thể bệnh YHCT của người bệnh tại Bệnh viện Phục hồi chức năng và điều trị bệnh nghề nghiệp.

Tiến hành nhập liệu vào phần mềm và phân tích, sau đó đưa ra tỷ lệ thể bệnh theo YHCT của người bệnh tại Bệnh viện Phục hồi chức năng và điều trị bệnh nghề nghiệp.

* **Nội dung 3:** Xác định mối tương quan giữa chất lượng cuộc sống trong hội chứng hậu SARS-CoV-2 và thể bệnh YHCT với các đặc điểm nền của người bệnh: tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế, trình độ học vấn.

Tiến hành nhập liệu vào phần mềm và phân tích, sau đó đưa ra mối tương quan giữa các vấn đề chất lượng cuộc sống trong hội chứng hậu SARS-CoV-2

và thể bệnh YHCT với các đặc điểm nền của người bệnh: tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế, trình độ học vấn.

* **Nội dung 4:** Đề xuất giải pháp, kiến nghị.

Công việc: Đề ra kiến nghị, giải pháp.

* **Nội dung 5:** Tổng kết, đánh giá.

2.5. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ VÀ PHÂN TÍCH SỐ LIỆU

- Nhập liệu, mã hóa, kiểm tra bằng phần mềm Microsoft Excel.
- Xử lý dữ liệu bằng phần mềm Stata 13.0.
- Mô tả kết quả nghiên cứu bằng cách thống kê tần số, tỷ lệ của các biến định tính. Thống kê các giá trị của biến định danh.
- Kết quả được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.

2.6. SAI SỐ VÀ BIỆN PHÁP KHỐNG CHẾ SAI SỐ

- Trường hợp mất mẫu do các khoa phòng bỏ sót giới thiệu người bệnh vào nghiên cứu.
- Đội ngũ điều tra viên và giám sát viên được tập huấn nội dung điều tra kỹ, thống nhất trước khi tiến hành thực hiện.
- Ghi chép đầy đủ thông tin trong phiếu.
- Các số liệu được làm sạch ngay tại bệnh viện.
- Các phiếu điều tra được các giám sát viên kiểm tra và xác nhận.

2.7. ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU

- Được sự chấp thuận của hội đồng y đức Bệnh viện Phục hồi chức năng và điều trị bệnh nghề nghiệp.
- Được sự chấp thuận của hội đồng y đức Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
- Được sự đồng ý của Ban Giám Đốc Bệnh viện Phục hồi chức năng và điều trị bệnh nghề nghiệp.
- Nghiên cứu không thực hiện can thiệp trên người nên không ảnh hưởng đến sức khỏe của đối tượng tham gia.

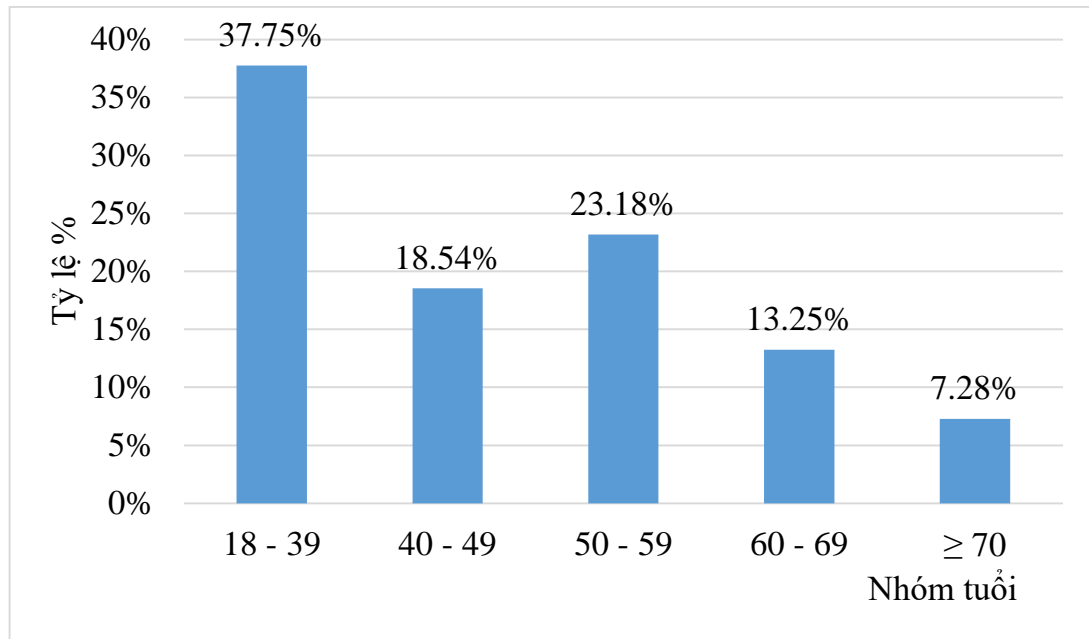
- Mô hình nghiên cứu cắt ngang chỉ cần thu thập thông tin về kiến thức, thái độ và hành vi của đối tượng nghiên cứu tại một thời điểm, không cần tốn nhiều thời gian, đối tượng tham gia dễ dàng thực hiện khảo sát.
- Các đối tượng nghiên cứu sẽ được hỏi ý kiến và đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- Thông tin của người tham gia nghiên cứu như tên, tuổi, tình trạng bệnh hoàn toàn được bảo mật.
- Khách quan trong đánh giá phân loại.
- Trung thực trong xử lý số liệu.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. ĐẶC ĐIỂM CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

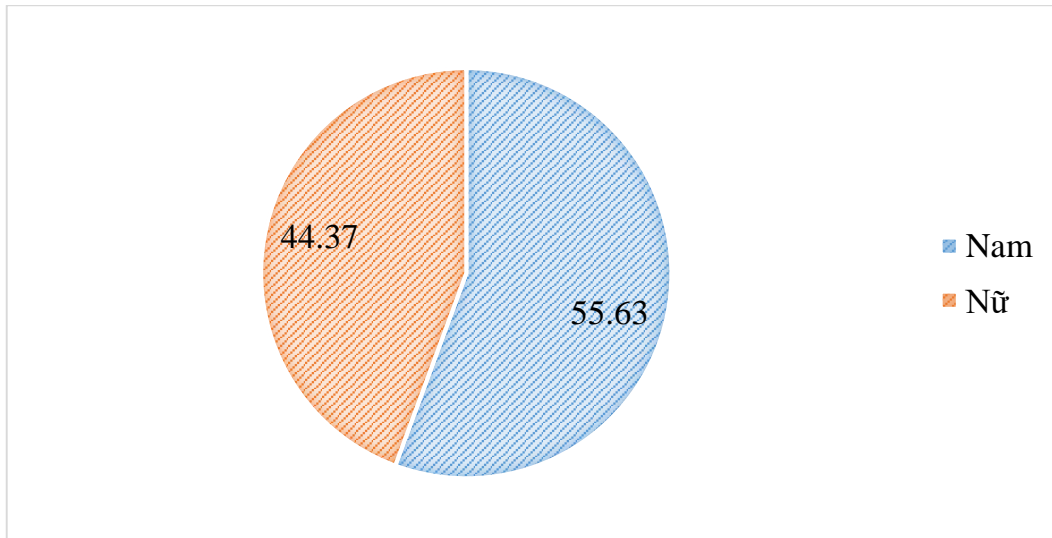
3.1.1. Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi



Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi

Nhận xét: Biểu đồ 3.1 cho thấy bệnh nhân có độ tuổi từ 18 – 39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 37,75%, theo sau là nhóm bệnh nhân có độ tuổi từ 50 – 59 tuổi với tỷ lệ 23,18% và nhóm có tỷ lệ thấp nhất là 7,28%.

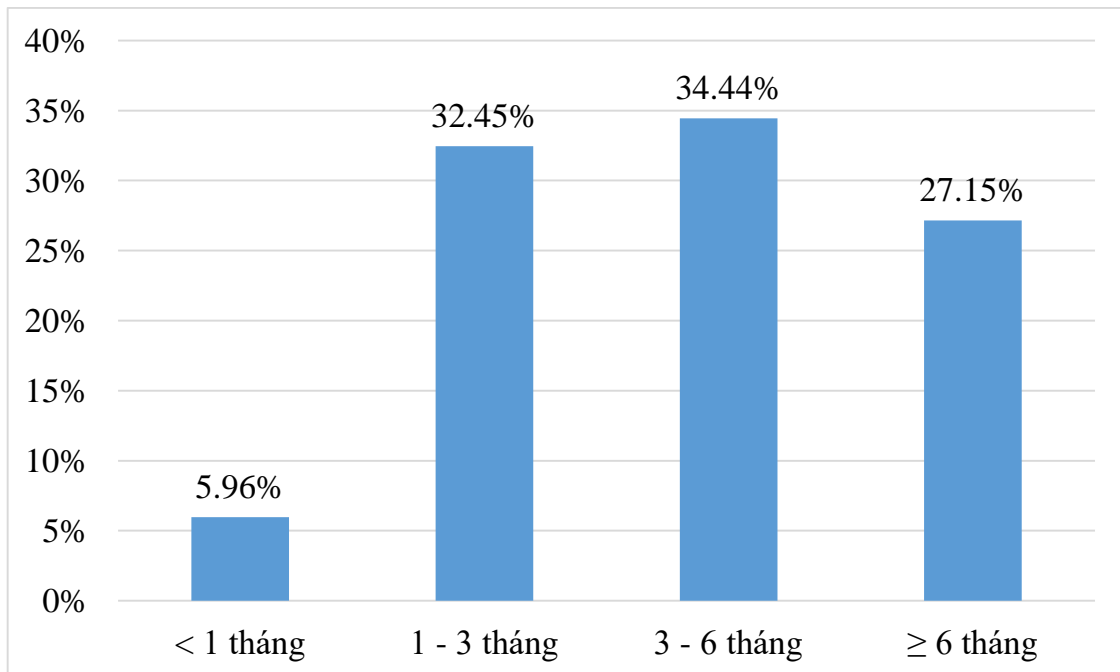
3.1.2. Phân bố người bệnh theo giới tính



Biểu đồ 3.2. Phân bố người bệnh theo giới tính

Nhận xét: biểu đồ 3.2 cho thấy đối tượng nghiên cứu là nữ giới với tỷ lệ là 55,63% cao hơn so với nam giới chiếm tỷ lệ 44,37%.

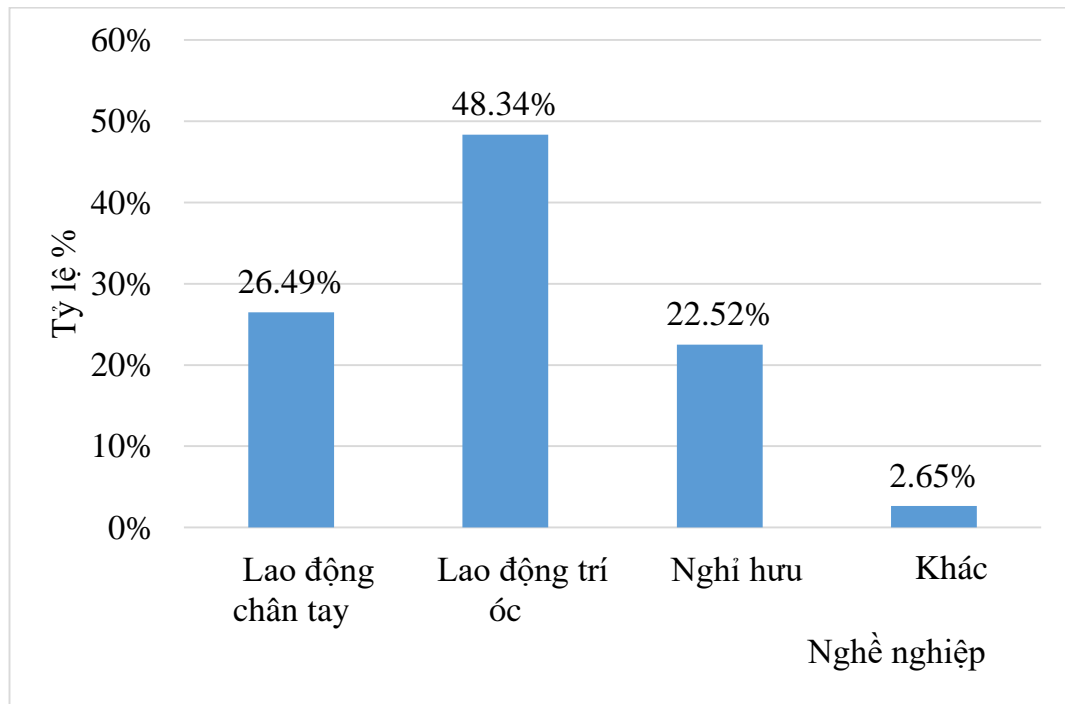
3.1.3. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh



Biểu đồ 3.3. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh

Nhận xét: biểu đồ 3.3 cho thấy nhóm bệnh nhân có thời gian bị bệnh dưới 1 tháng chiếm tỷ lệ thấp nhất là 5,96%, nhóm từ 3 – 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 34,44%.

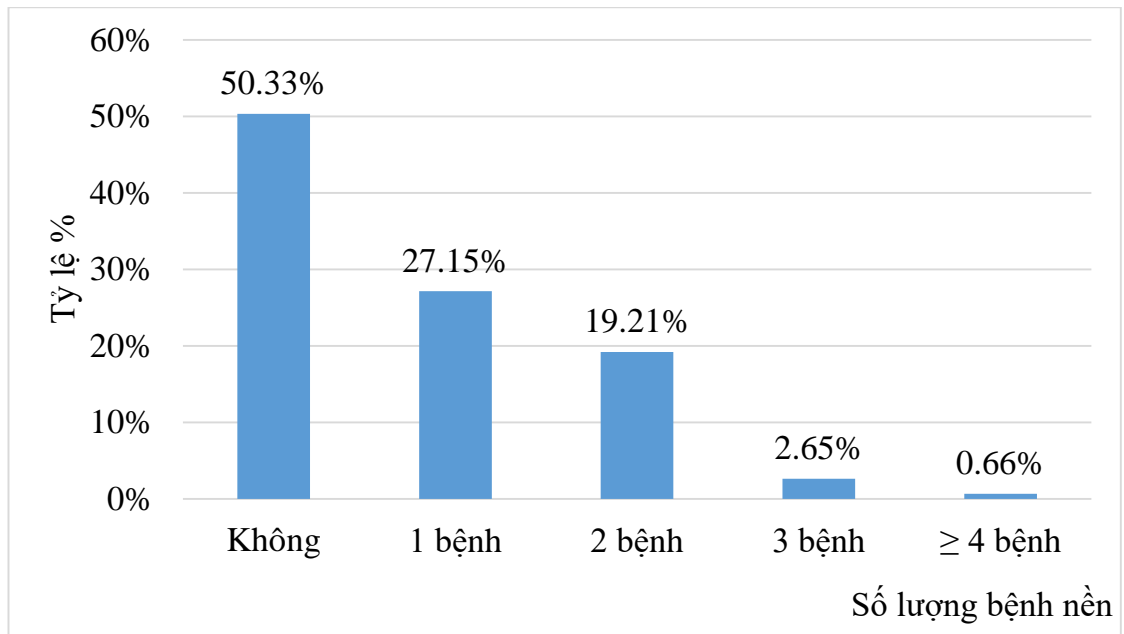
3.1.4. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp



Biểu đồ 3.4. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp

Nhận xét: biểu đồ 3.4 cho thấy nhóm lao động trí óc chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,34%, nhóm lao động khác chiếm tỷ lệ thấp nhất là 2,65%.

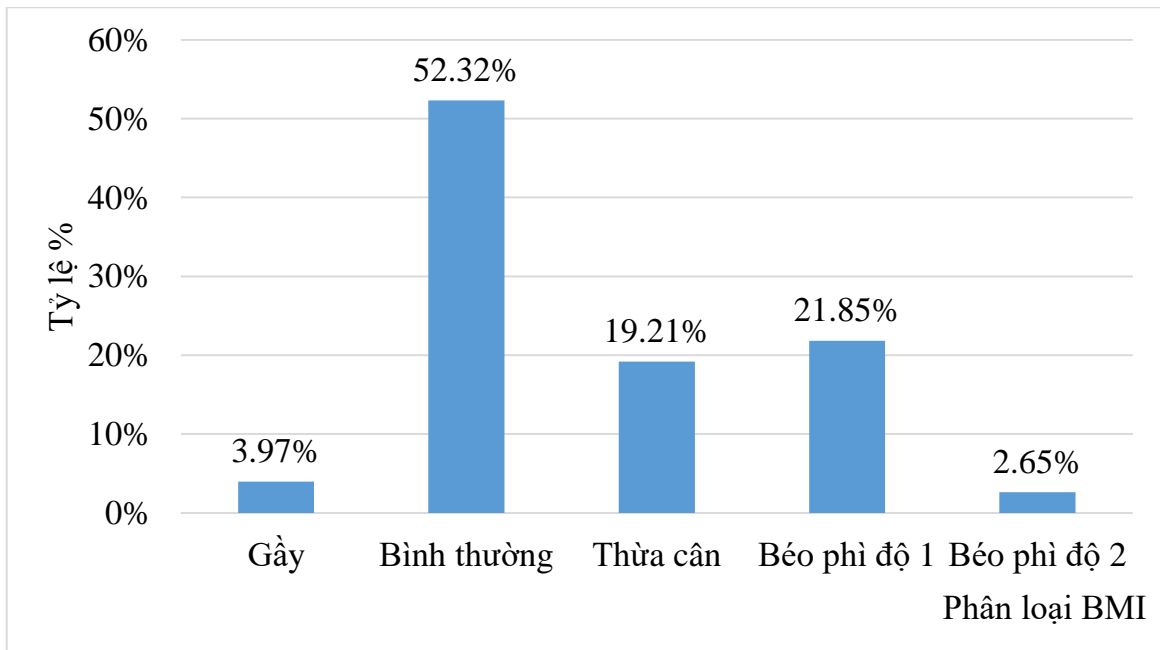
3.1.5. Phân bố người bệnh theo số lượng bệnh nền



Biểu đồ 3.5. Phân bố người bệnh theo số lượng bệnh nền

Nhận xét: biểu đồ 3.5 cho thấy bệnh nhân không có bệnh nền chiếm tỷ lệ cao nhất là 50,33%, đứng thứ hai là nhóm bệnh nhân có 1 bệnh nền với tỷ lệ 27,15% và bệnh nhân từ 4 bệnh nền trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất là 0,66%.

3.1.6. Phân bố người bệnh theo BMI



Biểu đồ 3.6. Phân bố người bệnh theo BMI

Nhận xét: biểu đồ 3.6 cho thấy bệnh nhân có thể trạng bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất là 52,32% tiếp theo là nhóm bệnh nhân béo phì độ 1 chiếm 21,85% và thấp nhất là nhóm béo phì độ 2 chiếm 2,65%.

3.1.7. Phân bố người bệnh theo số mũi vaccin được tiêm

Bảng 3.1. Phân bố người bệnh theo số mũi vaccin được tiêm

Số mũi vaccine	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
2 mũi	124	82,12%
≥ 3 mũi	27	17,88%
Tổng	151	100,00%

Nhận xét: bảng 3.1 cho thấy đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu là bệnh nhân đã tiêm 2 mũi vaccine.

3.1.8. Đặc điểm dấu hiệu sinh tồn của người bệnh

Bảng 3.2. Đặc điểm dấu hiệu sinh tồn của người bệnh

Dấu hiệu sinh tồn	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn
Mạch (lần/phút)	76,67	13,82
Nhiệt độ (°C)	36,80	0,38
SPO ₂ (%)	98,07	0,89
Huyết áp tâm trương (mmHg)	122,95	8,99
Huyết áp tâm thu (mmHg)	76,24	6,22

Nhận xét: bảng 3.2 cho thấy giá trị trung bình của các chỉ số liên quan đến dấu hiệu sinh tồn của các đối tượng tham gia nghiên cứu đều nằm trong giới hạn bình thường.

3.1.9. Phân bố người bệnh theo triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.3. Phân bố người bệnh theo triệu chứng lâm sàng

Mô tả triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
<i>Khó thở theo thang điểm mMRC</i>		
mMRC 0 điểm	101	66,89%
mMRC 1 điểm	25	16,56%
mMRC 2 điểm	7	4,64%
mMRC 3 điểm	14	9,27%
mMRC 4 điểm	4	2,65%
<i>Ho ban ngày</i>		
Không ho	122	80,79%
Ho trong khoảng thời gian ngắn	8	5,30%
Ho trong khoảng 10 phút	13	8,61%
Ho thường xuyên nhưng không cản trở các hoạt động bình thường	3	1,99%

Mô tả triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Ho thường xuyên làm cản trở các hoạt động bình thường	1	0,66%
Ho gây khó chịu trong hầu hết thời gian trong ngày	4	2,65%
<i>Ho ban đêm</i>		
Không ho	127	84,11%
Chỉ ho khi thức giấc hay ho trước khi ngủ	5	3,31%
Thức giấc 1 lần hay thức giấc sớm do ho	1	0,66%
Thức giấc thường xuyên do ho	10	6,62%
Ho thường xuyên trong hầu hết thời gian ban đêm	5	3,31%
Ho gây khó chịu	3	1,99%
<i>Tính chất đờm (đàm)</i>		
Không có đờm	125	82,78%
Đàm trắng trong	15	9,93%
Đàm đục dính khó khạc	2	1,32%
Lượng đàm ít	4	2,65%
Lượng đàm nhiều	5	3,31%
<i>Biến đổi khứu giác</i>		
Không mất khứu giác	119	78,81%
Giảm khứu giác	15	9,93%
Mất một phần khứu giác	8	5,30%
Ngửi mùi này thành mùi khác	4	2,65%
Trước đây mất khứu giác, giờ đã khôi	5	3,31%
<i>Cảm giác hồi hộp</i>		
Không thấy hồi hộp	132	87,42%
Thỉnh thoảng	4	2,65%
Thường xuyên	5	3,31%

Mô tả triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Mức độ nhẹ	3	1,99%
Mức độ trung bình	5	3,31%
Dữ dội, Gây lo lắng	2	1,32%
<i>Đau ngực theo thang VAS</i>		
0 điểm	126	83,44%
1 điểm	1	0,66%
2 điểm	6	3,97%
3 điểm	6	3,97%
4 điểm	2	1,32%
5 điểm	10	6,62%
<i>Chán ăn</i>		
Không	118	78,15%
Có	33	21,85%
<i>Đầy trướng</i>		
Không	127	84,11%
Có	24	15,89%
<i>Biến đổi vị giác</i>		
Không mất vị giác	106	70,20%
Mất 1 phần vị giác	25	16,56%
Không nếm được vị gì	10	6,62%
Mất vị giác nhưng đã phục hồi	10	6,62%
<i>Đau bụng theo thang VAS</i>		
0 điểm	98	64,90%
1 điểm	25	16,56%
2 điểm	10	6,62%
3 điểm	7	4,64%

Mô tả triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
4 điểm	4	2,65%
5 điểm	3	1,99%
6 điểm	4	2,65%
<i>Số lần đại tiện</i>		
Mỗi ngày 1 lần	107	70,86%
Mỗi ngày trên 2 lần	21	13,91%
Trên 2 ngày đi 1 lần	23	15,23%
<i>Tính chất phân</i>		
Phân thành khuôn dễ di	105	69,54%
Phân nhão/lỏng thành nước	30	19,87%
Phân cứng	16	10,60%
<i>Tình trạng phân sống</i>		
Không	129	85,43%
Có	22	14,57%
<i>Thay đổi chất lượng giấc ngủ</i>		
Không thay đổi hoặc tăng	137	90,73%
Giảm	10	6,62%
Giảm nhiều	4	2,65%
<i>Cảm giác buồn ngủ</i>		
Không	125	82,78%
Có	26	17,22%
<i>Cảm giác hay quên</i>		
Không	127	84,11%
Có	24	15,89%
<i>Hoa mắt, chóng mặt</i>		
Không	138	91,39%

Mô tả triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Có	13	8,61%
<i>Đau đầu theo thang VAS</i>		
0 điểm	83	54,97%
1 điểm	27	17,88%
2 điểm	23	15,23%
3 điểm	6	3,97%
4 điểm	5	3,31%
5 điểm	4	2,65%
6 điểm	3	1,99%
<i>Nóng/ bức rứt</i>		
Không	105	69,54%
Có	46	30,46%
<i>Ốn lạnh</i>		
Không	140	92,72%
Có	11	7,28%
<i>Ra mồ hôi</i>		
Không ra mồ hôi	117	77,48%
Đạo hãn	21	13,91%
Tự hãn	6	3,97%
Ra mồ hôi liên tục	7	4,64%
<i>Mệt mỏi</i>		
Không mệt mỏi	90	59,60%
Thỉnh thoảng mệt mỏi	36	23,84%
Thường xuyên mệt mỏi	17	11,26%
Mệt mỏi rất thường xuyên	8	5,30%
<i>Đau cơ/khớp theo thang VAS</i>		

Mô tả triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
0 điểm	122	80,79%
1 điểm	16	10,60%
2 điểm	4	2,65%
3 điểm	2	1,32%
4 điểm	4	2,65%
5 điểm	1	0,66%
6 điểm	2	1,32%
<i>Rụng tóc</i>		
Không	117	77,48%
Có	34	22,52%
<i>Rối loạn kinh nguyệt</i>		
Không	100	66,23%
Có	51	33,77%
<i>Rối loạn cương dương</i>		
Không	84	55,63%
Có	67	44,37%

Nhận xét: bảng 3.5 cho thấy triệu chứng có tỷ lệ xuất hiện thấp nhất là ớn lạnh với tỷ lệ bệnh nhân mắc chứng này là 7,28% và dấu hiệu xuất hiện với tỷ lệ cao nhất là mệt mỏi với tỷ lệ là 45,03%.

3.2. CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH SAU GIAI ĐOẠN NHIỄM SARS-COVI-2

3.2.1. Triệu chứng khó thở và điểm SF-36

Bảng 3.4. Triệu chứng khó thở và điểm SF-36

Mức độ khó thở	Không	Có
	n=101	n=50
	66,89%	33,11%
Hoạt động chức năng	81,34 ± 16,73	74,00 ± 24,70
Giới hạn chức năng	67,08 ± 34,63	65,50 ± 38,43
Cảm nhận đau đớn	69,85 ± 16,18	66,85 ± 18,20
Sức khỏe tổng quát	54,80 ± 14,37	52,10 ± 14,81
Giới hạn tâm lý	60,73 ± 41,20	56,67 ± 40,54
Cảm nhận sức sống	57,28 ± 10,78	54,00 ± 13,92
Tinh thần tổng quát	60,44 ± 8,61	57,44 ± 8,03
Hoạt động xã hội	79,08 ± 15,22	74,25 ± 17,57

Nhận xét: điểm trung bình của các lĩnh vực trong thang điểm SF36 của trên người bệnh có khó thở thấp hơn so với nhóm không có khó thở.

3.2.2. Triệu chứng ho ban ngày và điểm SF-36

Bảng 3.5. Triệu chứng ho ban ngày và điểm SF-36

Ho ban ngày	Không	Có
	n=122	n=29
	80,79%	19,21%
Hoạt động chức năng	79,10 ± 19,86	78,10 ± 20,68
Giới hạn chức năng	66,80 ± 35,13	65,52 ± 39,20
Cảm nhận đau đớn	68,98 ± 15,93	68,36 ± 20,72
Sức khỏe tổng quát	54,06 ± 14,46	53,28 ± 15,02

Giới hạn tâm lý	60,93 ± 40,58	52,87 ± 42,27
Cảm nhận sức sống	56,27 ± 11,69	55,86 ± 13,30
Tinh thần tổng quát	60,07 ± 8,43	56,83 ± 8,51
Hoạt động xã hội	78,18 ± 15,63	74,57 ± 18,14

Nhận xét: chênh lệch điểm trung bình trong thang điểm SF-36 của người bệnh có ho ban ngày và không ho ban ngày hầu như không đáng kể.

3.2.3. Triệu chứng ho ban đêm và điểm SF-36

Bảng 3.6. Triệu chứng ho ban đêm và điểm SF-36

Ho ban đêm	Không	Có
	n=127	n=24
	84,11%	15,89%
Hoạt động chức năng	79,49 ± 20,37	75,83 ± 17,61
Giới hạn chức năng	68,70 ± 34,64	55,21 ± 40,36
Cảm nhận đau đớn	70,02 ± 16,88	62,71 ± 15,81
Sức khỏe tổng quát	54,25 ± 14,31	52,08 ± 15,81
Giới hạn tâm lý	62,21 ± 40,36	44,44 ± 41,31
Cảm nhận sức sống	56,10 ± 11,83	56,67 ± 12,91
Tinh thần tổng quát	59,09 ± 8,05	61,33 ± 10,66
Hoạt động xã hội	76,77 ± 16,19	81,25 ± 15,64

Nhận xét: mức điểm trung bình theo cảm nhận đau đớn giảm nhiều nhất ở người bệnh có ho ban đêm so với người bệnh không có ho ban đêm. điểm trung bình hoạt động xã hội ở người bệnh có ho cao hơn người bệnh không có ho.

3.2.4. Triệu chứng đờm và điểm SF-36

Bảng 3.7. Triệu chứng đờm và điểm SF-36

Triệu chứng đờm	Không	Có
	n=125	n=26
	82,78%	17,22%
Hoạt động chức năng	79,72 ± 20,14	75,00 ± 18,87
Giới hạn chức năng	68,40 ± 36,22	57,69 ± 32,99
Cảm nhận đau đớn	69,72 ± 17,17	64,71 ± 15,01
Sức khỏe tổng quát	55,36 ± 13,34	46,92 ± 17,95
Giới hạn tâm lý	58,14 ± 41,24	65,38 ± 39,42
Cảm nhận sức sống	57,76 ± 11,35	48,65 ± 12,21
Tinh thần tổng quát	60,19 ± 8,60	55,85 ± 7,20
Hoạt động xã hội	80,00 ± 15,47	65,38 ± 13,83

Nhận xét: Điểm trung bình theo sức khỏe tổng quát; cảm nhận sức sống; tinh thần tổng quát và hoạt động xã hội ở người bệnh có đờm thấp rõ rệt so với người bệnh không có đờm.

3.2.5. Triệu chứng khứu giác và điểm SF-36

Bảng 3.8. Triệu chứng khứu giác và điểm SF-36

Triệu chứng khứu giác	Không	Có
	n=119	n=32
	78,81%	21,19%
Hoạt động chức năng	77,77 ± 20,05	83,12 ± 19,29
Giới hạn chức năng	68,28 ± 35,46	60,16 ± 36,95
Cảm nhận đau đớn	68,99 ± 16,45	68,36 ± 18,64
Sức khỏe tổng quát	53,91 ± 14,26	53,91 ± 15,70
Giới hạn tâm lý	61,62 ± 40,39	51,05 ± 42,31

Cảm nhận sức sống	56,30 ± 11,90	55,78 ± 12,39
Tinh thần tổng quát	59,09 ± 8,52	60,75 ± 8,53
Hoạt động xã hội	77,42 ± 15,38	77,73 ± 18,98

Nhận xét: không có sự khác biệt rõ rệt điểm trung bình chất lượng cuộc sống ở cả nhóm bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng khứ giác và nhóm người bệnh không có biểu hiện triệu chứng khứ giác

3.2.6. Triệu chứng cảm giác hồi hộp và điểm SF-36

Bảng 3.9. Triệu chứng cảm giác hồi hộp và điểm SF-36

Cảm giác hồi hộp	Không	Có
	n=132	n=19
	87,42%	12,58%
Hoạt động chức năng	79,39 ± 19,60	75,53 ± 22,54
Giới hạn chức năng	66,29 ± 35,89	68,42 ± 36,17
Cảm nhận đau đớn	69,51 ± 16,35	64,34 ± 20,08
Sức khỏe tổng quát	54,85 ± 14,21	47,37 ± 15,40
Giới hạn tâm lý	59,60 ± 40,78	57,89 ± 42,81
Cảm nhận sức sống	56,78 ± 11,53	52,11 ± 14,37
Tinh thần tổng quát	59,64 ± 8,26	58,11 ± 10,27
Hoạt động xã hội	78,31 ± 15,36	71,71 ± 20,35

Nhận xét: điểm trung bình chất lượng cuộc sống của người bệnh có cảm giác hồi hộp và không có cảm giác hồi hộp chênh lệch không nhiều.

3.2.7. Triệu chứng đau ngực và điểm SF-36

Bảng 3.10. Triệu chứng đau ngực và điểm SF-36

Đau ngực	Không	Có
	n=126	n=25
	83,44%	16,56%
Hoạt động chức năng	79,44 ± 19,86	76,20 ± 20,58
Giới hạn chức năng	67,46 ± 33,95	62,00 ± 44,56
Cảm nhận đau đớn	69,60 ± 17,43	65,10 ± 13,43
Sức khỏe tổng quát	55,00 ± 13,90	48,40 ± 16,57
Giới hạn tâm lý	60,06 ± 41,31	56,00 ± 39,35
Cảm nhận sức sống	56,15 ± 11,94	56,40 ± 12,38
Tinh thần tổng quát	59,17 ± 8,53	60,80 ± 8,49
Hoạt động xã hội	76,79 ± 16,49	81,00 ± 14,03

Nhận xét: Điểm trung bình SF-36 trên người bệnh có triệu chứng đau ngực và người bệnh không có triệu chứng đau ngực chênh lệch ít

3.2.8. Triệu chứng chán ăn và điểm SF-36

Bảng 3.11. Triệu chứng chán ăn và điểm SF-36

Chán ăn	Không	Có
	n=118	n=33
	78,15%	21,85%
Hoạt động chức năng	78,35 ± 20,32	80,91 ± 18,73
Giới hạn chức năng	67,37 ± 35,88	63,64 ± 35,95
Cảm nhận đau đớn	67,92 ± 17,35	72,20 ± 14,81
Sức khỏe tổng quát	54,53 ± 14,43	51,67 ± 14,88
Giới hạn tâm lý	59,60 ± 40,85	58,60 ± 41,68
Cảm nhận sức sống	56,74 ± 12,38	54,24 ± 10,32

Tinh thần tổng quát	59,49 ± 8,71	59,27 ± 7,90
Hoạt động xã hội	77,12 ± 16,93	78,79 ± 13,07

Nhận xét: Điểm trung bình SF-26 trên người bệnh chán ăn và không chán ăn tương đương nhau.

3.2.9. Triệu chứng đầy chướng và điểm SF-36

Bảng 3.12. Triệu chứng đầy chướng và điểm SF-36

Đầy chướng	Không	Có
	n=127	n=24
	84,11%	15,89%
Hoạt động chức năng	80,31 ± 18,32	71,46 ± 26,23
Giới hạn chức năng	68,50 ± 34,82	56,25 ± 39,87
Cảm nhận đau đớn	69,27 ± 16,40	66,67 ± 19,46
Sức khỏe tổng quát	54,49 ± 14,10	50,83 ± 16,59
Giới hạn tâm lý	60,11 ± 41,15	55,56 ± 40,13
Cảm nhận sức sống	56,65 ± 11,74	53,75 ± 13,13
Tinh thần tổng quát	60,22 ± 8,47	55,33 ± 7,70
Hoạt động xã hội	77,85 ± 15,61	75,52 ± 18,97

Nhận xét: Điểm trung bình theo tinh thần tổng quát trên người bệnh có đầy chướng thấp hơn nhiều so với nhóm không đầy chướng.

3.2.10. Triệu chứng vị giác và điểm SF-36

Bảng 3.13. Triệu chứng vị giác và điểm SF-36

Triệu chứng vị giác	Không	Có
	n=106	n=45
	70,20%	29,80%
Hoạt động chức năng	81,56 ± 18,57	72,67 ± 21,84
Giới hạn chức năng	70,99 ± 32,58	56,11 ± 40,99

Cảm nhận đau đớn	69,53 ± 16,14	67,28 ± 18,59
Sức khỏe tổng quát	56,98 ± 13,46	46,67 ± 14,50
Giới hạn tâm lý	62,27 ± 39,86	52,59 ± 42,93
Cảm nhận sức sống	58,25 ± 10,80	51,33 ± 13,25
Tinh thần tổng quát	60,30 ± 8,31	57,42 ± 8,75
Hoạt động xã hội	79,48 ± 15,16	72,78 ± 17,53

Nhận xét: Điểm trung bình theo hoạt động chức năng; giới hạn chức năng; sức khỏe tổng quát; cảm nhận sức sống và hoạt động xã hội của người bệnh có triệu chứng rối loạn vị giác thấp hơn so với người bệnh không có rối loạn vị giác

3.2.11. Triệu chứng đau bụng và điểm SF-36

Bảng 3.14. Triệu chứng đau bụng và điểm SF-36

Đau bụng	Không	Có
	n=98	n=53
	64,9%	35,1%
Hoạt động chức năng	81,79 ± 18,71	73,58 ± 21,22
Giới hạn chức năng	68,62 ± 35,77	62,74 ± 35,90
Cảm nhận đau đớn	69,18 ± 16,42	68,25 ± 17,83
Sức khỏe tổng quát	56,48 ± 13,36	49,15 ± 15,50
Giới hạn tâm lý	62,59 ± 39,83	53,46 ± 42,54
Cảm nhận sức sống	57,60 ± 11,27	53,58 ± 12,87
Tinh thần tổng quát	60,33 ± 9,00	57,81 ± 7,34
Hoạt động xã hội	78,44 ± 16,62	75,71 ± 15,19

Nhận xét: Điểm trung bình theo hoạt động chức năng; sức khỏe tổng quát trên người bệnh triệu chứng đau bụng thấp hơn rõ rệt so với người bệnh không có đau bụng.

3.2.12. Triệu chứng đại tiện và điểm SF-36

Bảng 3.15. Triệu chứng đại tiện và điểm SF-36

Đại tiện bất thường	Không	Có
	n=107	n=44
	70,86%	29,14%
Hoạt động chức năng	78,74 ± 20,19	79,32 ± 19,58
Giới hạn chức năng	69,16 ± 34,61	60,23 ± 38,25
Cảm nhận đau đớn	68,55 ± 17,40	69,60 ± 15,71
Sức khỏe tổng quát	56,40 ± 13,42	47,84 ± 15,45
Giới hạn tâm lý	58,57 ± 41,42	61,36 ± 39,99
Cảm nhận sức sống	57,34 ± 10,65	53,41 ± 14,46
Tinh thần tổng quát	60,37 ± 8,36	57,18 ± 8,57
Hoạt động xã hội	78,39 ± 16,61	75,28 ± 14,89

Nhận xét: Điểm trung bình theo sức khỏe tổng quát; tinh thần tổng quát trên người bệnh có rối loạn đại tiện thấp hơn rõ rệt so với người bệnh không có rối loạn đại tiện.

3.2.13. Triệu chứng tính chất phân và điểm SF-36

Bảng 3.16. Triệu chứng tính chất phân và điểm SF-36

Bất thường tính chất phân	Không	Có
	n=105	n=46
	69,54%	30,46%
Hoạt động chức năng	80,19 ± 19,21	75,98 ± 21,46
Giới hạn chức năng	67,14 ± 34,55	65,22 ± 38,90
Cảm nhận đau đớn	68,81 ± 16,52	68,97 ± 17,85
Sức khỏe tổng quát	55,38 ± 13,26	50,54 ± 16,74
Giới hạn tâm lý	60,96 ± 41,20	55,80 ± 40,40

Cảm nhận sức sống	56,62 ± 11,74	55,22 ± 12,56
Tinh thần tổng quát	60,76 ± 8,41	56,43 ± 8,05
Hoạt động xã hội	77,26 ± 15,19	77,99 ± 18,29

Nhận xét: Điểm trung bình tinh thần tổng quát trên người bệnh có rối loạn tính chất phân thấp hơn rõ rệt so với người bệnh không có rối loạn tính chất phân

3.2.14. Triệu chứng đi ngoài sống phân và điểm SF-36

Bảng 3.17. Triệu chứng đi ngoài sống phân và điểm SF-36

Tình trạng đi ngoài sống phân	Không	Có
	n=129	n=22
	85,43%	14,57%
Hoạt động chức năng	79,69 ± 18,98	74,32 ± 24,94
Giới hạn chức năng	67,25 ± 35,19	62,50 ± 39,90
Cảm nhận đau đớn	68,90 ± 17,02	68,64 ± 16,36
Sức khỏe tổng quát	54,96 ± 14,60	47,73 ± 12,70
Giới hạn tâm lý	60,73 ± 40,70	51,52 ± 42,07
Cảm nhận sức sống	56,63 ± 11,59	53,64 ± 13,99
Tinh thần tổng quát	59,10 ± 8,53	61,45 ± 8,33
Hoạt động xã hội	77,71 ± 16,53	76,14 ± 13,86

Nhận xét: Điểm trung bình theo sức khỏe tổng quát trên người bệnh đi ngoài phân sống thấp hơn rõ rệt so với người bệnh không có đi ngoài phân sống

3.2.15. Triệu chứng giảm chất lượng giấc ngủ và điểm SF-36

Bảng 3.18. Triệu chứng giảm chất lượng giấc ngủ và điểm SF-36

Rối loạn giấc ngủ	Không	Có
	n=137	n=14
	90,73%	9,27%
Hoạt động chức năng	80,04 ± 19,26	67,86 ± 23,84
Giới hạn chức năng	69,34 ± 34,43	39,29 ± 38,87
Cảm nhận đau đớn	69,34 ± 17,41	64,11 ± 9,33
Sức khỏe tổng quát	54,93 ± 14,32	43,93 ± 13,04
Giới hạn tâm lý	61,07 ± 40,94	42,88 ± 37,93
Cảm nhận sức sống	56,97 ± 11,96	48,57 ± 9,29
Tinh thần tổng quát	60,06 ± 8,60	53,43 ± 4,60
Hoạt động xã hội	78,10 ± 15,95	71,43 ± 17,28

Nhận xét: Điểm trung bình giới hạn chức năng; sức khỏe tổng quát; cảm nhận sức sống; tinh thần tổng quát của người bệnh giảm chất lượng giấc ngủ thấp hơn rõ rệt so với người bệnh không có giảm chất lượng giấc ngủ.

3.2.16. Triệu chứng cảm giác buồn ngủ và điểm SF-36

Bảng 3.19. Triệu chứng cảm giác buồn ngủ và điểm SF-36

Cảm giác buồn ngủ	Không	Có
	n=125	n=26
	82,78%	17,22%
Hoạt động chức năng	80,32 ± 19,29	72,12 ± 22,01
Giới hạn chức năng	69,40 ± 34,47	52,88 ± 39,58
Cảm nhận đau đớn	70,20 ± 17,06	62,40 ± 14,60
Sức khỏe tổng quát	54,44 ± 14,19	51,35 ± 16,10
Giới hạn tâm lý	62,14 ± 40,23	46,15 ± 42,24

Cảm nhận sức sống	56,64 ± 11,43	54,04 ± 14,35
Tinh thần tổng quát	59,20 ± 7,98	60,62 ± 10,83
Hoạt động xã hội	78,20 ± 16,87	74,04 ± 11,68

Nhận xét: Điểm trung bình SF-26 trên người bệnh rối loạn cảm giác buồn ngủ và không rối loạn cảm giác buồn ngủ là tương đương nhau.

3.2.17. Triệu chứng cảm giác hay quên và điểm SF-36

Bảng 3.20. Triệu chứng cảm giác hay quên và điểm SF-36

Cảm giác hay quên	Không	Có
	n=127	n=24
	84,11%	15,89%
Hoạt động chức năng	80,00 ± 19,47	73,12 ± 21,86
Giới hạn chức năng	69,09 ± 35,00	53,12 ± 37,82
Cảm nhận đau đớn	68,03 ± 16,62	73,23 ± 17,91
Sức khỏe tổng quát	55,04 ± 14,82	47,92 ± 11,32
Giới hạn tâm lý	59,85 ± 41,00	56,94 ± 41,10
Cảm nhận sức sống	56,77 ± 11,86	53,12 ± 12,32
Tinh thần tổng quát	60,19 ± 8,29	55,50 ± 8,77
Hoạt động xã hội	78,05 ± 15,49	74,48 ± 19,32

Nhận xét: Điểm trung bình theo sức khỏe tổng quát; tinh thần tổng quát trên người bệnh có triệu chứng hay quên thấp hơn rõ rệt so với người bệnh không có triệu chứng hay quên

3.2.18. Triệu chứng hoa mắt chóng mặt và điểm SF-36

Bảng 3.21. Triệu chứng hoa mắt chóng mặt và điểm SF-36

Hoa mắt, chóng mặt	Không	Có
	n=138	n=13
	91,39%	8,61%
Hoạt động chức năng	78,55 ± 20,40	82,69 ± 14,38
Giới hạn chức năng	65,58 ± 35,89	76,92 ± 34,55
Cảm nhận đau đớn	69,06 ± 16,83	66,73 ± 17,89
Sức khỏe tổng quát	53,84 ± 14,83	54,62 ± 11,27
Giới hạn tâm lý	58,21 ± 40,88	71,79 ± 40,47
Cảm nhận sức sống	56,12 ± 12,31	56,92 ± 7,78
Tinh thần tổng quát	60,03 ± 8,46	53,23 ± 6,61
Hoạt động xã hội	77,90 ± 16,15	73,08 ± 16,01

Nhận xét: Điểm trung bình tinh thần tổng quát trên người bệnh có triệu chứng hoa mắt, chóng mặt thấp hơn rõ rệt so với người bệnh không có triệu chứng hoa mắt, chóng mặt

3.2.19. Triệu chứng triệu chứng đau đầu và điểm SF-36

Bảng 3.22. Triệu chứng đau đầu và điểm SF-36

Đau đầu	Không	Có
	n=83	n=68
	54,97%	45,03%
Hoạt động chức năng	79,70 ± 19,67	77,94 ± 20,39
Giới hạn chức năng	66,27 ± 36,51	66,91 ± 35,21
Cảm nhận đau đớn	70,63 ± 18,22	66,69 ± 14,92
Sức khỏe tổng quát	55,48 ± 12,73	51,99 ± 16,35
Giới hạn tâm lý	59,84 ± 40,91	58,83 ± 41,17

Cảm nhận sức sống	57,29 ± 11,30	54,85 ± 12,70
Tinh thần tổng quát	60,72 ± 8,99	57,88 ± 7,68
Hoạt động xã hội	76,81 ± 17,48	78,31 ± 14,43

Nhận xét: Điểm trung bình tinh thần tổng quát trên người bệnh có triệu chứng đau đầu thấp hơn rõ rệt so với người bệnh không có triệu chứng đau đầu.

3.2.20. Triệu chứng nóng/bứt rứt và điểm SF-36

Bảng 3.23. Triệu chứng nóng/bứt rứt và điểm SF-36

Nóng/ bứt rứt	Không	Có
	n=105	n=46
	69,54%	30,46%
Hoạt động chức năng	80,43 ± 18,77	75,43 ± 22,23
Giới hạn chức năng	69,05 ± 34,76	60,87 ± 37,88
Cảm nhận đau đớn	68,17 ± 17,90	70,43 ± 14,33
Sức khỏe tổng quát	55,14 ± 14,57	51,09 ± 14,18
Giới hạn tâm lý	63,81 ± 40,33	49,28 ± 40,81
Cảm nhận sức sống	57,14 ± 12,32	54,02 ± 10,94
Tinh thần tổng quát	60,38 ± 8,37	57,30 ± 8,56
Hoạt động xã hội	77,86 ± 17,01	76,63 ± 14,10

Nhận xét: Điểm trung bình giới hạn tâm lý; tinh thần tổng quát trên người bệnh có triệu chứng nóng/ bứt rứt thấp hơn rõ rệt so với người bệnh không có triệu chứng nóng/ bứt rứt.

3.2.21. Triệu chứng ớn lạnh và điểm SF-36

Bảng 3.24. Triệu chứng ớn lạnh và điểm SF-36

Ớn lạnh	Không	Có
	n=140	n=11
	92,72%	7,28%
Hoạt động chức năng	79,07 ± 19,82	76,82 ± 22,50
Giới hạn chức năng	66,43 ± 35,96	68,18 ± 35,52
Cảm nhận đau đớn	68,21 ± 16,66	77,05 ± 18,26
Sức khỏe tổng quát	54,43 ± 14,32	47,27 ± 16,18
Giới hạn tâm lý	60,00 ± 40,62	51,52 ± 45,62
Cảm nhận sức sống	56,36 ± 12,02	54,09 ± 11,58
Tinh thần tổng quát	59,69 ± 8,46	56,36 ± 9,03
Hoạt động xã hội	77,59 ± 16,18	76,14 ± 16,25

Nhận xét: không có sự chênh lệch rõ rệt điểm trung bình chất lượng cuộc sống ở cả nhóm bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng ớn lạnh và nhóm bệnh nhân không có biểu hiện triệu chứng ớn lạnh

3.2.22. Triệu chứng ra mồ hôi và điểm SF-36

Bảng 3.25. Triệu chứng ra mồ hôi và điểm SF-36

Ra mồ hôi	Không	Có
	n=117	n=34
	77,48%	22,52%
Hoạt động chức năng	80,68 ± 19,14	72,79 ± 21,71
Giới hạn chức năng	71,37 ± 34,16	50,00 ± 36,93
Cảm nhận đau đớn	69,64 ± 17,32	66,18 ± 15,20
Sức khỏe tổng quát	55,56 ± 14,72	48,24 ± 12,42
Giới hạn tâm lý	63,54 ± 40,11	45,10 ± 40,93

Cảm nhận sức sống	57,35 ± 11,75	52,21 ± 12,01
Tinh thần tổng quát	59,76 ± 8,70	58,35 ± 7,89
Hoạt động xã hội	78,42 ± 15,97	74,26 ± 16,55

Nhận xét: không có sự chênh lệch rõ rệt điểm trung bình chất lượng cuộc sống ở cả nhóm bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng ra mồ hôi và nhóm bệnh nhân không có biểu hiện triệu chứng ra mồ hôi.

3.2.23. Triệu chứng mệt mỏi và điểm SF-36

Bảng 3.26. Triệu chứng mệt mỏi và điểm SF-36

Mệt mỏi	Không	Có
	n=90	n=61
	59,6%	40,4%
Hoạt động chức năng	79,50 ± 19,43	78,03 ± 20,82
Giới hạn chức năng	68,61 ± 36,06	63,52 ± 35,52
Cảm nhận đau đớn	70,44 ± 16,29	66,52 ± 17,58
Sức khỏe tổng quát	55,28 ± 15,33	51,89 ± 13,11
Giới hạn tâm lý	61,49 ± 39,94	56,28 ± 42,40
Cảm nhận sức sống	56,72 ± 11,71	55,41 ± 12,39
Tinh thần tổng quát	59,60 ± 9,06	59,21 ± 7,72
Hoạt động xã hội	80,42 ± 15,34	73,16 ± 16,43

Nhận xét: Điểm trung bình hoạt động xã hội thấp hơn ở người bệnh có triệu chứng mệt mỏi so với người bệnh không có triệu chứng mệt mỏi

3.2.24. Triệu chứng đau cơ/khớp và điểm SF-36

Bảng 3.27. Triệu chứng đau cơ/khớp và điểm SF-36

Đau cơ/khớp	Không	Có
	n=122	n=29
	80,79%	19,21%
Hoạt động chức năng	78,32 ± 20,83	81,38 ± 15,81
Giới hạn chức năng	66,39 ± 36,05	67,24 ± 35,42
Cảm nhận đau đớn	67,60 ± 16,78	74,14 ± 16,55
Sức khỏe tổng quát	55,29 ± 14,65	48,10 ± 12,64
Giới hạn tâm lý	57,38 ± 41,82	67,82 ± 36,17
Cảm nhận sức sống	56,27 ± 12,29	55,86 ± 10,70
Tinh thần tổng quát	59,90 ± 8,50	57,52 ± 8,45
Hoạt động xã hội	77,05 ± 16,65	79,31 ± 13,89

Nhận xét: Điểm trung bình sức khỏe tổng quát thấp hơn ở người bệnh đau cơ/khớp so với người bệnh không đau cơ/khớp

3.2.25. Triệu chứng rụng tóc và điểm SF-36

Bảng 3.28. Triệu chứng rụng tóc và điểm SF-36

Rụng tóc	Không	Có
	n=117	n=34
	77,48%	22,52%
Hoạt động chức năng	80,73 ± 17,84	72,65 ± 25,26
Giới hạn chức năng	67,09 ± 35,76	64,71 ± 36,47
Cảm nhận đau đớn	69,42 ± 15,82	66,91 ± 20,25
Sức khỏe tổng quát	56,11 ± 13,46	46,32 ± 15,68
Giới hạn tâm lý	60,69 ± 39,78	54,90 ± 44,86
Cảm nhận sức sống	57,82 ± 10,53	50,59 ± 14,81

Tinh thần tổng quát	60,34 ± 8,28	56,35 ± 8,72
Hoạt động xã hội	78,74 ± 14,89	73,16 ± 19,49

Nhận xét: Điểm trung bình theo sức khỏe và tinh thần tổng quát; cảm nhận sức sống trên người bệnh có triệu chứng rụng tóc thấp hơn rõ rệt so với người bệnh không có rụng tóc.

3.2.26. Triệu chứng rối loạn kinh nguyệt và điểm SF-36

Bảng 3.29. Triệu chứng rối loạn kinh nguyệt và điểm SF-36

Rối loạn kinh nguyệt	Không	Có
	n=42	n=9
	82,35%	17,65%
Hoạt động chức năng	78,93 ± 19,24	82,22 ± 14,60
Giới hạn chức năng	73,21 ± 34,66	66,67 ± 43,30
Cảm nhận đau đớn	69,88 ± 16,16	66,67 ± 19,08
Sức khỏe tổng quát	52,74 ± 15,35	52,22 ± 21,23
Giới hạn tâm lý	65,08 ± 39,61	62,96 ± 48,43
Cảm nhận sức sống	57,26 ± 11,05	56,11 ± 15,77
Tinh thần tổng quát	57,14 ± 9,06	61,33 ± 11,14
Hoạt động xã hội	79,76 ± 16,32	79,17 ± 15,31

Nhận xét: không có sự chênh lệch rõ rệt điểm trung bình chất lượng cuộc sống của người bệnh có triệu chứng rối loạn kinh nguyệt và nhóm bệnh nhân không có triệu chứng rối loạn kinh nguyệt

3.2.27. Triệu chứng rối loạn cương dương và điểm SF-36

Bảng 3.30. Triệu chứng rối loạn cương dương và điểm SF-36

Rối loạn cương dương	Không	Có
	n=60	n=7
	89,55%	10,45%
Hoạt động chức năng	80,69 ± 19,83	83,89 ± 8,21
Giới hạn chức năng	71,12 ± 32,38	61,11 ± 25,34
Cảm nhận đau đớn	70,56 ± 17,77	68,61 ± 9,20
Sức khỏe tổng quát	57,76 ± 13,38	56,67 ± 10,90
Giới hạn tâm lý	67,82 ± 37,96	37,04 ± 42,31
Cảm nhận sức sống	57,59 ± 10,77	61,11 ± 6,51
Tinh thần tổng quát	61,59 ± 8,57	59,11 ± 3,89
Hoạt động xã hội	79,31 ± 14,73	75,00 ± 13,98

Nhận xét: không có sự chênh lệch rõ rệt điểm trung bình chất lượng cuộc sống của người bệnh có triệu chứng rối loạn cương dương và nhóm bệnh nhân không có triệu chứng rối loạn cương dương

3.3. MỐI LIÊN QUAN GIỮA CÁC THỂ BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ ĐIỂM SF3-6

3.3.1. Mối liên quan giữa thể bệnh phế tỳ khí hư và khí huyết hư

Bảng 3.31. Mối quan hệ giữa thể phế tỳ khí hư và khí huyết hư

Thế bệnh \ Thang SF-36	Tổng	Phế tỳ khí hư	Khí huyết hư	p
	n=85 ($\bar{X} \pm SD$)	n=43 ($\bar{X} \pm SD$)	n=42 ($\bar{X} \pm SD$)	
Hoạt động chức năng	83,06 ± 16,90	85,23 ± 15,12	80,83 ± 18,48	0,234
Giới hạn chức năng	81,47 ± 25,34	83,14 ± 20,93	79,76 ± 29,34	0,544
Cảm nhận đau đớn	72,85 ± 16,76	76,57 ± 14,51	69,05 ± 18,19	0,038
Sức khỏe tổng quát	57,82 ± 12,59	60,00 ± 12,34	55,60 ± 12,60	0,107
Giới hạn tâm lý	69,02 ± 38,42	68,99 ± 33,65	69,05 ± 43,18	0,995
Cảm nhận sức sống	58,59 ± 10,02	60,12 ± 10,72	57,02 ± 9,11	0,155
Tinh thần tổng quát	61,27 ± 8,35	62,05 ± 8,25	60,48 ± 8,48	0,39
Hoạt động xã hội	80,88 ± 15,97	81,98 ± 14,25	79,76 ± 17,67	0,527
Trung bình điểm SF36	70,62 ± 10,11	72,26 ± 9,77	68,94 ± 10,30	0,132

Nhận xét: Bảng 3.31 cho thấy hoạt động chức năng, giới hạn chức năng và hoạt động xã hội có mức độ hạn chế thấp nhất ở cả thể phế tỳ khí hư và khí huyết hư, sự khác biệt giữa hai thể không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Trong khi đó, cảm nhận sức sống, sức khỏe tổng quát có mức độ hạn chế cao nhất với mức điểm trung bình dao động quanh 60 điểm ở thể phế tỳ khí hư và 55 – 57 điểm ở thể khí huyết hư, sự khác biệt giữa hai thể theo thang điểm SF-36 không

có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhưng sự khác biệt theo cảm nhận đau đớn của thể phế tý khí hư và khí huyết hư có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3.2. Mối liên quan giữa thể bệnh phế tý khí hư và khí âm lưỡng hư

Bảng 3.32. Mối quan hệ giữa thể phế tý khí hư và khí âm lưỡng hư

Thế bệnh	Tổng	Phế tý khí hư	Khí âm lưỡng hư	p
	n=80 ($\bar{X} \pm SD$)	n=43 ($\bar{X} \pm SD$)	n=37 ($\bar{X} \pm SD$)	
Thang SF-36				
Hoạt động chức năng	79,00 ± 18,77	85,23 ± 15,12	71,76 ± 20,15	0,001
Giới hạn chức năng	64,69 ± 34,84	83,14 ± 20,93	43,24 ± 35,67	<0,001
Cảm nhận đau đớn	70,41 ± 15,39	76,57 ± 14,51	63,24 ± 13,28	<0,001
Sức khỏe tổng quát	54,00 ± 15,41	60,00 ± 12,34	47,03 ± 15,83	<0,001
Giới hạn tâm lý	57,92 ± 38,14	68,99 ± 33,65	45,05 ± 39,44	0,005
Cảm nhận sức sống	56,00 ± 11,62	60,12 ± 10,72	51,22 ± 10,89	<0,001
Tinh thần tổng quát	59,05 ± 8,76	62,05 ± 8,25	55,57 ± 8,10	0,001
Hoạt động xã hội	77,03 ± 14,13	81,98 ± 14,25	71,28 ± 11,74	<0,001
Trung bình điểm SF36	64,76 ± 14,14	72,26 ± 9,77	56,05 ± 13,49	<0,001

Nhận xét: Bảng 3.32 cho thấy hoạt động chức năng, giới hạn chức năng, hoạt động xã hội và cảm nhận đau đớn có mức độ hạn chế thấp nhất ở cả thể phế tý khí hư và khí âm lưỡng hư, sự khác biệt giữa hai thể có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong khí đó, cảm nhận sức sống, sức khỏe tổng quát có mức độ hạn chế cao nhất với mức điểm trung bình dao động quanh 60 điểm ở thể phế

tỳ khí hư và 47 – 51 điểm ở thể khí âm lưỡng hư, sự khác biệt giữa hai thể theo thang điểm SF-36 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3.3. Mối liên quan giữa thể bệnh phế tỳ khí hư và khí hư huyết ứ

Bảng 3.33. Mối quan hệ giữa thể phế tỳ khí hư và khí hư huyết ứ

Thế bệnh \ Thang SF-36	Tổng	Phế tỳ khí hư	Khí hư huyết ứ	p
	n=72 ($\bar{X} \pm SD$)	n=43 ($\bar{X} \pm SD$)	n=29 ($\bar{X} \pm SD$)	
Hoạt động chức năng	81,46 ± 20,06	85,23 ± 15,12	75,86 ± 24,97	0,078
Giới hạn chức năng	70,83 ± 34,09	83,14 ± 20,93	52,59 ± 41,37	0,001
Cảm nhận đau đớn	71,63 ± 17,23	76,57 ± 14,51	64,31 ± 18,56	0,004
Sức khỏe tổng quát	56,46 ± 13,93	60,00 ± 12,34	51,21 ± 14,68	0,01
Giới hạn tâm lý	61,11 ± 38,76	68,99 ± 33,65	49,43 ± 43,30	0,045
Cảm nhận sức sống	58,26 ± 13,30	60,12 ± 10,72	55,52 ± 16,22	0,186
Tinh thần tổng quát	60,83 ± 8,25	62,05 ± 8,25	59,03 ± 8,05	0,128
Hoạt động xã hội	79,34 ± 16,54	81,98 ± 14,25	75,43 ± 19,04	0,121
Trung bình điểm SF36	67,49 ± 14,77	72,26 ± 9,77	60,42 ± 17,99	0,002

Nhận xét: Bảng 3.33 cho thấy giới hạn chức năng, hoạt động xã hội và cảm nhận đau đớn có mức độ hạn chế thấp nhất ở cả thể khí huyết hư và khí hư huyết ứ, sự khác biệt giữa hai thể có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong khí đó, sức khỏe tổng quát có mức độ hạn chế cao nhất với mức điểm trung bình là $60,00 \pm 12,34$ (điểm) ở thể phế tỳ khí hư và $50,86 \pm 14,58$ (điểm) ở thể khí hư huyết ứ, sự khác biệt giữa hai thể theo thang điểm SF-36 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3.4. Mối liên quan giữa thể bệnh khí huyết hư và khí âm lưỡng hư

Bảng 3.34. Mối quan hệ giữa thể khí huyết hư và khí âm lưỡng hư

Thế bệnh	Tổng	Khí huyết hư	Khí âm lưỡng hư	P
	n=79 ($\bar{X} \pm SD$)	n=42 ($\bar{X} \pm SD$)	n=37 ($\bar{X} \pm SD$)	
Thang SF-36				
Hoạt động chức năng	76,58 ± 19,69	80,83 ± 18,48	71,76 ± 20,15	0,041
Giới hạn chức năng	62,66 ± 37,10	79,76 ± 29,34	43,24 ± 35,67	<0,001
Cảm nhận đau đớn	66,33 ± 16,24	69,05 ± 18,19	63,24 ± 13,28	0,107
Sức khỏe tổng quát	51,58 ± 14,75	55,60 ± 12,60	47,03 ± 15,83	0,01
Giới hạn tâm lý	57,81 ± 42,93	69,05 ± 43,18	45,05 ± 39,44	0,012
Cảm nhận sức sống	54,30 ± 10,34	57,02 ± 9,11	51,22 ± 10,89	0,013
Tinh thần tổng quát	58,18 ± 8,61	60,48 ± 8,48	55,57 ± 8,10	0,01
Hoạt động xã hội	75,79 ± 15,68	79,76 ± 17,67	71,28 ± 11,74	0,013
Trung bình điểm SF36	62,90 ± 13,48	68,94 ± 10,30	56,05 ± 13,49	<0,001

Nhận xét: Bảng 3.34 cho thấy hoạt động chức năng, giới hạn chức năng và hoạt động xã hội có mức độ hạn chế thấp nhất ở cả thể khí huyết hư và khí âm lưỡng hư, sự khác biệt giữa hai thể có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong khí đó, cảm nhận sức sống, sức khỏe tổng quát có mức độ hạn chế cao nhất với mức điểm trung bình dao động quanh mức 55 đến 57 điểm ở thể khí huyết hư và 47 – 51 điểm ở thể khí âm lưỡng hư, sự khác biệt giữa hai thể theo thang điểm SF-36 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sự khác biệt theo mức điểm cảm nhận đau đớn giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.3.5. Mối liên quan giữa thể bệnh khí huyết hư và khí hư huyết ú

Bảng 3.35. Mối quan hệ giữa thể khí huyết hư và khí hư huyết ú

Thế bệnh	Tổng	Khí huyết hư	Khí hư huyết ú	p
	n=71 ($\bar{X} \pm SD$)	n=42 ($\bar{X} \pm SD$)	n=29 ($\bar{X} \pm SD$)	
Thang SF-36				
Hoạt động chức năng	78,80 ± 21,34	80,83 ± 18,48	75,86 ± 24,97	0,366
Giới hạn chức năng	68,66 ± 37,01	79,76 ± 29,34	52,59 ± 41,37	0,004
Cảm nhận đau đớn	67,11 ± 18,36	69,05 ± 18,19	64,31 ± 18,56	0,291
Sức khỏe tổng quát	53,80 ± 13,56	55,60 ± 12,60	51,21 ± 14,68	0,195
Giới hạn tâm lý	61,03 ± 44,00	69,05 ± 43,18	49,43 ± 43,30	0,065
Cảm nhận sức sống	56,41 ± 12,43	57,02 ± 9,11	55,52 ± 16,22	0,653
Tinh thần tổng quát	59,89 ± 8,28	60,48 ± 8,48	59,03 ± 8,05	0,471
Hoạt động xã hội	77,99 ± 18,23	79,76 ± 17,67	75,43 ± 19,04	0,336
Trung bình điểm SF36	65,46 ± 14,47	68,94 ± 10,30	60,42 ± 17,99	0,026

Nhận xét: Bảng 3.35 cho thấy hoạt động chức năng, hoạt động xã hội và cảm nhận đau đớn có mức độ hạn chế thấp nhất ở cả thể khí huyết hư và khí hư huyết ú, sự khác biệt giữa hai thể không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Trong khí đó, cảm nhận sức sống, sức khỏe tổng quát có mức độ hạn chế cao nhất với mức điểm trung bình dao động quanh mức 44 – 57 điểm ở thể khí huyết hư và 50 – 55 điểm ở thể khí hư huyết ú, sự khác biệt giữa hai thể theo thang điểm SF-36 không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhưng giới hạn chức năng của hai thể bệnh khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.3.6. Mối liên quan giữa thể bệnh khí âm lưỡng hư và khí hư huyết ứ

Bảng 3.36. Mối quan hệ giữa thể khí âm lưỡng hư và khí hư huyết ứ

Thế bệnh	Tổng	Khí âm lưỡng hư	Khí hư huyết ứ	P
	n=66 ($\bar{X} \pm SD$)	n=37 ($\bar{X} \pm SD$)	n=29 ($\bar{X} \pm SD$)	
Thang SF-36				
Hoạt động chức năng	73,56 ± 22,30	71,76 ± 20,15	75,86 ± 24,97	0,474
Giới hạn chức năng	47,35 ± 38,26	43,24 ± 35,67	52,59 ± 41,37	0,338
Cảm nhận đau đớn	63,71 ± 15,70	63,24 ± 13,28	64,31 ± 18,56	0,795
Sức khỏe tổng quát	48,86 ± 15,36	47,03 ± 15,83	51,21 ± 14,68	0,272
Giới hạn tâm lý	46,97 ± 40,91	45,05 ± 39,44	49,43 ± 43,30	0,674
Cảm nhận sức sống	53,11 ± 13,55	51,22 ± 10,89	55,52 ± 16,22	0,226
Tinh thần tổng quát	57,09 ± 8,20	55,57 ± 8,10	59,03 ± 8,05	0,088
Hoạt động xã hội	73,11 ± 15,39	71,28 ± 11,74	75,43 ± 19,04	0,309
Trung bình điểm SF36	57,97 ± 15,65	56,05 ± 13,49	60,42 ± 17,99	0,281

Nhận xét: Bảng 3.36 cho thấy hoạt động chức năng, giới hạn chức năng, hoạt động xã hội và cảm nhận đau đớn có mức độ hạn chế thấp nhất ở cả thể khí âm lưỡng hư và khí hư huyết ứ, sự khác biệt giữa hai thể không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Trong khí đó, cảm nhận sức sống, sức khỏe tổng quát có mức độ hạn chế cao nhất với mức điểm trung bình dao động quanh mức 47 – 51 điểm ở thể khí âm lưỡng hư 50 – 55 điểm ở thể khí hư huyết ứ, sự khác biệt giữa hai thể theo thang điểm SF-36 không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhưng sự khác biệt theo tinh thần tổng quát của thể khí âm lưỡng hư và khí hư huyết ứ có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.3.7. Mối liên quan giữa các thể bệnh y học cổ truyền theo thang điểm SF-36

Bảng 3.37. Mối quan hệ giữa các thể bệnh y học cổ truyền theo thang điểm SF-36

Thang SF-36 \ Thể bệnh	Tổng	Phế tỳ khí hư	Khí huyết hư	Khí âm lưỡng hư	Khí hư huyết ú	p
	n=151 ($\bar{X} \pm SD$)	n=43 ($\bar{X} \pm SD$)	n=42 ($\bar{X} \pm SD$)	n=37 ($\bar{X} \pm SD$)	n=29 ($\bar{X} \pm SD$)	
Hoạt động chức năng	78,91 ± 19,95	85,23 ± 15,12	80,83 ± 18,48	71,76 ± 20,15	75,86 ± 24,97	0,016
Giới hạn chức năng	66,56 ± 35,81	83,14 ± 20,93	79,76 ± 29,34	43,24 ± 35,67	52,59 ± 41,37	<0,001
Cảm nhận đau đớn	68,86 ± 16,88	76,57 ± 14,51	69,05 ± 18,19	63,24 ± 13,28	64,31 ± 18,56	0,001
Sức khỏe tổng quát	53,91 ± 14,52	60,00 ± 12,34	55,60 ± 12,60	47,03 ± 15,83	51,21 ± 14,68	<0,001
Giới hạn tâm lý	59,38 ± 40,89	68,99 ± 33,65	69,05 ± 43,18	45,05 ± 39,44	49,43 ± 43,30	0,011
Cảm nhận sức sống	56,19 ± 11,97	60,12 ± 10,72	57,02 ± 9,11	51,22 ± 10,89	55,52 ± 16,22	0,009
Tinh thần tổng quát	59,44 ± 8,52	62,05 ± 8,25	60,48 ± 8,48	55,57 ± 8,10	59,03 ± 8,05	0,005
Hoạt động xã hội	77,48 ± 16,14	81,98 ± 14,25	79,76 ± 17,67	71,28 ± 11,74	75,43 ± 19,04	0,016
Trung bình điểm SF36	65,09 ± 14,25	72,26 ± 9,77	68,94 ± 10,30	56,05 ± 13,49	60,42 ± 17,99	<0,001

Nhận xét:

Bảng 3.19 cho thấy hoạt động chức năng của cả 4 thể bệnh đều có mức điểm cao nhất dao động từ 71,76 điểm đến 85,23 điểm với thể bệnh phế tỳ khí hư có mức điểm cao nhất là 85,23 ± 15,12 (điểm). Sự khác biệt giữa các thể bệnh y học cổ truyền theo chức năng hoạt động khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Giới hạn chức năng vận động có sự khác biệt rõ ràng giữa các thể bệnh theo đó thể phế tỳ khí hư và khí huyết hư có mức điểm trung bình là $83,14 \pm 20,93$ (điểm) và $79,76 \pm 29,34$ (điểm). Trong khi đó mức điểm của thể khí âm lưỡng hư thấp hơn đáng kể với mức điểm lần lượt là $43,24 \pm 35,67$ (điểm) và $55,17 \pm 40,30$ (điểm). Sự khác biệt giữa các thể bệnh y học cổ truyền theo giới hạn chức năng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Mức điểm sức khỏe tổng quát thấp nhất ở thể phế tỳ khí hư, khí huyết hư và thể khí hư huyết ứ với mức điểm tương ứng là $60,00 \pm 12,34$ (điểm), $55,60 \pm 12,60$ (điểm) và $50,86 \pm 14,58$ (điểm). Sự khác biệt giữa các thể bệnh y học cổ truyền theo sức khỏe tổng quát khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. BÀN LUẬN ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

4.1.1. Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, người bệnh phải vào viện vì các triệu chứng xuất hiện sau giai đoạn cấp nhiễm SARS-COV-2 gặp ở mọi lứa tuổi, trong đó nhóm tuổi dưới 50 tuổi và trên 50 tuổi là tương đương nhau (56,29% và 44,71%). Nhóm tuổi dưới 40 chiếm tỷ lệ cao nhất là 37,75%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hội thầy thuốc trẻ Việt Nam khi đánh giá tình trạng hậu COVID-19 trên 17.093 người dân tham gia chương trình chăm sóc sức khỏe hậu COVID-19, trong đó tập trung đối tượng lao động trẻ tuổi từ 16-35 (chiếm hơn 77%). Nghiên cứu đặc điểm hậu COVID-19 năm 2021 tại Đắk Lắk của tác giả Nguyễn Ngọc Như Khuê và cộng sự cũng cho thấy, độ tuổi dưới 40 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 57,6% [55]. Nghiên cứu của chúng tôi khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thiện Minh và cộng sự khi đánh giá chất lượng cuộc sống ở người bệnh covid-19 xuất viện tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch cho thấy tỷ lệ người bệnh dưới 40 tuổi chiếm tỷ lệ 25,9% [56].

Sự khác biệt này là do nghiên cứu được tiến hành tại các thời điểm khác nhau và do sự khác nhau về đặc điểm từng vùng. Tuy nhiên phần lớn thấy gặp ở người trẻ tuổi có thể do người trẻ là lao động chính của gia đình, nên khi gặp bất kỳ tình trạng sức khỏe bất thường sau khi nhiễm COVID-19 thì thường đi kiểm tra ngay. Hơn nữa với sự phát triển của công nghệ thông tin, người trẻ là đối tượng tiếp cận nhanh hơn so với những độ tuổi khác, do đó họ đi khám sớm hơn.

4.1.2. Phân bố người bệnh theo giới tính

Kết quả biểu đồ 3.2 cho thấy, nữ giới có tỷ lệ vào viện sau nhiễm COVID-19 cao hơn nam giới (nữ: 55,63%, nam: 44,37%). Nghiên cứu của một số tác giả khác cũng cho rằng nữ giới có xu hướng xuất hiện các triệu chứng hậu mắc Covid 19 cao hơn nam giới như: khảo sát của Hội thầy thuốc trẻ Việt Nam cho thấy tỉ lệ nữ giới có xu hướng cao hơn nam giới về khả năng bị COVID-19 kéo dài (nữ chiếm 64,63% và nam 35,37%); nghiên cứu của Nguyễn Như Ngọc Khuê và cộng sự cho thấy nữ giới chiếm 51,% [55]; Theo Trung Tâm thống kê Y tế Quốc Gia (CDC/National Center for Health Statistics), trong tất cả những người lớn ở Hoa Kỳ, tỷ lệ phụ nữ hiện có nhiều khả năng mắc hậu COVID-19 hơn nam giới (9,4% so với 5,5%) [57]. Nghiên cứu mối liên quan của giới tính nữ với hậu COVID-19 của tác giả Francesca Bai và cộng sự cho thấy trong số 137 người bệnh có triệu chứng sau mắc cấp COVID-19 thì có tới 81,7% là nữ giới, nghiên cứu cũng chỉ ra rằng có thể là do phụ nữ có nồng độ chất miễn dịch Interleukin-6 (IL-6) cao hơn trong thời kỳ hậu COVID-19 [58].

4.1.3. Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh

Tình trạng hậu COVID-19 xảy ra ở những người có tiền sử mắc hoặc đã xác nhận nhiễm SARS-CoV -2, thường là 3 tháng kể từ khi bắt đầu mắc COVID-19 với các triệu chứng và kéo dài ít nhất 2 tháng và không thể giải thích được bằng chẩn đoán khác [59]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, người bệnh có thời gian mắc bệnh từ 1-3 tháng và từ 3-6 tháng chiếm tỷ lệ nhiều nhất (32,45% và 34,44%). Kết quả khảo sát đánh giá tình trạng hậu COVID-19 đối với người lao động trẻ Việt Nam do Hội Thầy thuốc trẻ Việt Nam vừa công bố cho thấy đa phần bệnh nhân còn tồn tại triệu chứng hậu COVID-19 từ 2 - 5 tháng (chiếm 68%), tuy nhiên có đến 17,4% bệnh nhân có triệu chứng hậu COVID-19 nhiều hơn 5 tháng và khoảng gần 5% bệnh nhân

vẫn còn những triệu chứng này sau 10 tháng kể từ ngày có kết quả xét nghiệm âm tính với virus SARS-CoV-2.

4.1.4. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp

Kết quả nghiên cứu biểu đồ 3.4 cho thấy, hầu hết người bệnh có triệu chứng hậu covid 19 là lao động trí óc chiếm tỷ lệ 48,34%. Hiện nay, chưa có đánh giá cụ thể về mối liên quan giữa nghề nghiệp với tỷ lệ mắc hậu covid, tuy nhiên có thể những đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đa phần là người trẻ tuổi, lại được khảo sát trong địa bàn thành phố lớn, nên kết quả có khác biệt so với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Như Ngọc Khuê, nghề nghiệp hay gặp là nông dân chiếm 53,6% [55].

4.1.5. Phân bố người bệnh theo số lượng bệnh nền

Hậu Covid 19 gây ra những tổn thương ít hoặc nhiều đến một số cơ quan trong cơ thể dẫn đến những di chứng khác nhau. Đa số những người mắc Covid 19 sau khi khỏi bệnh sức khỏe đều có sự suy giảm, điều này gây ra bởi sự tác động của virus SARS-COV-2 lên một số cơ quan trong cơ thể và để lại những tổn thương. Đặc biệt là những người có bệnh nền, những tổn thương đó là điều kiện thuận lợi khiến cho các bệnh lý lâu năm của người bệnh dễ tiến triển nặng hơn trước. Do đó, việc quan tâm đến bệnh nền trên người bệnh có biểu hiện hậu Covid 19 giúp tiên lượng tốt hơn cho người bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 50,33% người bệnh vào viện không có yếu tố bệnh nền, tỷ lệ mắc từ 3-4 bệnh nền trở lên chiếm ít. Kết quả này phù hợp với độ tuổi người bệnh nghiên cứu đa phần là dưới 40 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác biệt so với kết quả của tác giả Nguyễn Thiện Minh và cộng sự khi đánh giá chất lượng cuộc sống ở người bệnh Covid 19 xuất viện tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch cho thấy tỷ lệ người bệnh có bệnh nền chiếm 69,1% [56].

4.1.6. Phân bố người bệnh theo BMI

Nghiên cứu của Luigi Vimercati và cộng sự khi đánh giá mối liên quan giữa thừa cân/béo phì với hội chứng hậu Covid 19 cho thấy, thừa cân/béo phì có liên quan đến các triệu chứng xuất hiện sau khi hết Covid cấp tính. Nghiên cứu tiến hành quan sát 5750 nhân viên Y tế trong một năm thì có 199 (3,46%) có nguy cơ của hậu covid, trong nhóm này có 24 người mắc bệnh phổi và 88 người có chỉ số BMI > 25kg/m². Do đó, những cá nhân bị ảnh hưởng bởi thừa cân và béo phì nên được giám sát sức khỏe tích cực có mục tiêu [60]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Như Khuê có cho thấy trong 401 đối tượng tham gia nghiên cứu có 63,8% có BMI bình thường và 28,2% thừa cân, béo phì [55]. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với Nguyễn Ngọc Như Khuê với 53,32% người bệnh có BMI bình thường và tỷ lệ thừa cân, béo phì chiếm 42,71% (biểu đồ 3.6).

4.1.7. Phân bố người bệnh theo số mũi vaccin được tiêm

Bệnh nhân mắc COVID-19 thường xuất hiện các triệu chứng dai dẳng sau khi đã khỏi bệnh cấp tính. Các báo cáo gần đây cho thấy rằng việc tiêm phòng có thể giúp cải thiện các triệu chứng sau cấp tính. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào giải thích rõ ràng để chứng minh cơ chế của vaccin giúp cải thiện tình trạng này. Nghiên cứu của Juan P. Wisnivesky, MD, DrPH cho thấy trong 453 bệnh nhân COVID-19 mắc di chứng sau Covid19 cấp tính, có 324 (72%) đã được tiêm vắc-xin trong khoảng thời gian từ lần khám đầu tiên đến 6 tháng. Các phân tích chưa điều chỉnh không cho thấy sự khác biệt đáng kể về sự thay đổi ban đầu đến 6 tháng đối với chứng mất khứu giác, các triệu chứng hô hấp, trầm cảm, lo lắng, chất lượng cuộc sống ($p > 0,05$ cho tất cả các so sánh) giữa bệnh nhân được tiêm chủng so với bệnh nhân chưa được tiêm chủng

[61]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% người bệnh được tiêm vaccin vẫn xuất hiện các triệu chứng hậu covid 19.

4.1.8. Bàn luận về dấu hiệu sinh tồn của người bệnh

Kết quả nghiên cứu bảng 3.2 cho thấy, đối tượng tham gia nghiên cứu đều có mạch, nhiệt độ, huyết áp trong giới hạn bình thường. SpO2 được coi là một trong các chỉ số quan trọng để xác định dấu hiệu sinh tồn của cơ thể con người, nhất là trong giai đoạn Covid cấp. Sau giai đoạn cấp, biến chứng hay gặp thường là khó thở, các bệnh tim mạch. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, người bệnh đa phần là trẻ tuổi, sức đề kháng tốt nên SpO2 luôn trong giới hạn bình thường.

4.1.9. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của người bệnh khi vào viện

Bệnh do vi-rút corona 2019 gây ra một loạt các biểu hiện lâm sàng và tỷ lệ tử vong đáng kể trên toàn cầu. Những bệnh nhân đã hồi phục và sống sót sau COVID-19 tiếp tục báo cáo nhiều biểu hiện lâm sàng khác nhau của tình trạng đa hệ thống như tắc mạch phổi, huyết khối tĩnh mạch sâu, nhồi máu cơ tim cấp tính, trầm cảm, lo lắng, đau cơ, khó thở và mệt mỏi. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 151 người bệnh cũng cho thấy 33,11% người bệnh khó thở mức độ từ nhẹ tới nặng, 20% bệnh nhân còn ho, ảnh hưởng đến khứu giác chiếm 21,19%, cảm giác hồi hộp chiếm 13,58%, 16,56% có đau ngực mức độ nhẹ đến vừa (tính theo thang điểm VAS), chán ăn chiếm 21,85%, đầy chướng chiếm 15,89%, ảnh hưởng vị giác chiếm 29,80%, đau bụng chiếm 35,10%, rối loạn đại tiện chiếm 29,14%, rối loạn tính chất phân chiếm 14,57%, mất ngủ, hay quên chiếm 15,89%, hoa mắt chóng mặt chiếm 8,61%, đau đầu chiếm 45,03%, nóng bứt rứt chiếm 30,46%, ớn lạnh chiếm 7,28%, ra mồ hôi chiếm 22,52%, mệt mỏi chiếm 40,40%, đau cơ khớp chiếm 19,21%, rụng tóc chiếm 22,52%, rối loạn kinh nguyệt chiếm 33,77%, rối loạn cương dương chiếm 44,37%. Như

vậy, các triệu chứng mà chúng tôi gặp nhiều trên người bệnh là khó thở, đau đầu, mệt mỏi, ảnh hưởng khứu giác, chán ăn, nóng bứt rứt. Nghiên cứu của Muhammad Abdel-Gawad và cộng sự cũng cho thấy: Tỷ lệ chung của các biểu hiện sau COVID-19 dao động từ 35% đến 90,5%. Mệt mỏi, khó thở, rối loạn tâm thần kinh và đau đớn là những triệu chứng thường gặp nhất sau COVID-19 [62]. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Nhu Khuê cho thấy có rất nhiều triệu chứng lâm sàng hậu COVID-19 ở đa cơ quan trong cơ thể. 5 triệu chứng lâm sàng hậu COVID-19 thường gặp nhất là mệt mỏi (36,7%), đau cơ (21,7%), ho (19,2%), đau đầu (18,5%) và mất ngủ (17,5%) [55].

4.2. BÀN LUẬN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH SAU GIAI ĐOẠN NHIỄM SARS-COVI-2

4.2.1. Triệu chứng khó thở và điểm SF-36

COVID-19 là một loại vi-rút SARS (hội chứng hô hấp cấp tính nặng) chủ yếu ảnh hưởng đến mô phổi. Mặc dù nó làm phát sinh nhiều loại triệu chứng khác nhau như mệt mỏi, đau cơ, vấn đề tâm lý và các biến chứng thần kinh và tim mạch hiếm gặp, khó thở là một trong những triệu chứng phổ biến nhất. Bệnh nhân bị viêm phổi do COVID cũng có biểu hiện xơ hóa phổi sau đó, ngay cả sau khi hồi phục từ COVID-19. Nó có thể dẫn đến thay đổi chức năng phổi, khó thở, giảm khả năng tập thể dục và làm việc. Phần lớn các trường hợp nhập viện của COVID-19 là do khó thở [63]. Những triệu chứng đó có thể tồn tại ngay cả sau khi hồi phục do những thay đổi bệnh lý bên trong làm ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng cuộc sống người bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: có 33,11% người bệnh có khó thở từ mức độ nhẹ đến nặng, người bệnh cảm thấy lo lắng về tình hình bệnh tật ảnh hưởng đến hoạt động tinh thần tổng quát. Đa phần người bệnh khó thở trong nghiên cứu của chúng tôi có các hoạt động chức năng, cảm giác đau đớn, sức khỏe tổng quát ít bị ảnh hưởng, người bệnh vẫn tham gia các hoạt động xã hội bình thường.

4.2.2. Triệu chứng ho, đờm với điểm SF-36

Ho là một trong những triệu chứng phổ biến nhất của COVID-19, cùng với sốt, mất vị giác và khứu giác. Ho có thể kéo dài hàng tuần hoặc hàng tháng sau khi nhiễm SARS-CoV-2, thường đi kèm với một loạt các triệu chứng như mệt mỏi mãn tính, suy giảm nhận thức, khó thở hoặc đau được gọi là hội chứng hậu COVID. Nhiều báo cáo hiện đã mô tả các triệu chứng sau COVID 19 và cho thấy ho có thể kéo dài hàng tuần và hàng tháng sau khi nhiễm SARS-CoV-2 [64]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tỷ lệ xuất hiện ho vào ban ngày và ban đêm của người bệnh cho thấy, mặc dù có 19,21% người bệnh ho ban ngày, nhưng không ảnh hưởng đến các lĩnh vực chất lượng cuộc sống, điểm trung bình điểm chất lượng cuộc sống ở nhóm không ho và có ho không có sự chênh lệch rõ rệt. Tuy nhiên, triệu chứng ho ban đêm có ảnh hưởng đến công việc hàng ngày và chất lượng giấc ngủ của người bệnh, điểm TB cảm giác đau đớn ở người bệnh có ho thấp hơn ở người bệnh không ho. Nghiên cứu của tác giả Woo-Jung Song và cộng sự đưa ra giả thuyết rằng các con đường dẫn truyền thần kinh, viêm thần kinh và điều hòa miễn dịch thần kinh thông qua các dây thần kinh cảm giác phế vị, có liên quan đến nhiễm SARS-CoV-2, dẫn đến tình trạng quá mẫn cảm khi ho [64].

Kết quả nghiên cứu bảng 3.7 về sự ảnh hưởng của đờm đến chất lượng cuộc sống của người bệnh cho thấy, đờm ảnh hưởng tới sức khỏe tổng quát, sự cảm nhận sức sống, tinh thần tổng quát và hoạt động xã hội của người bệnh. Điểm trung bình chất lượng cuộc sống ở các lĩnh vực này trên người bệnh có đờm thấp hơn so với người bệnh không đờm. Tuy nhiên đờm không làm ảnh hưởng đến các hoạt động chức năng, cảm nhận đau đớn và không gây rối loạn chức năng của người bệnh.

4.2.3. Triệu chứng đau ngực, hồi hộp và điểm SF-36

Mối quan tâm chính ở những bệnh nhân bị đau kéo dài sau khi nhiễm SARS-CoV-2 là đau ngực, vì có bằng chứng cho thấy các triệu chứng tim dai dẳng như đau ngực, hồi hộp, trống ngực và nhịp tim nhanh trong tối đa 6 tháng cho thấy có bệnh tim tiềm ẩn. Một nghiên cứu hồi cứu riêng biệt trên 274 bệnh nhân ở Nigeria cho thấy 10% bệnh nhân tham gia nghiên cứu tự báo cáo các triệu chứng đau ngực sau khi nhiễm coronavirus [67]. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả có 16,56% người bệnh đau ngực, 12,58% người bệnh có cảm giác hồi hộp sau nhiễm SARS-CoV-2, tuy nhiên các triệu chứng này trên người bệnh của chúng tôi chỉ diễn ra thoáng qua với tần suất ngắn nên hầu hết không ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, điểm trung bình chất lượng cuộc sống của đối tượng không đau ngực và có đau ngực không có sự chênh lệch rõ rệt.

4.2.4. Triệu chứng khứu giác, vị giác và điểm SF-36

Mất khứu giác thường làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh: không chỉ mất đi sự hứng thú khi thưởng thức thức ăn, thức uống mà còn dẫn đến các nguy hại sức khỏe do không phát hiện được mùi của các khí độc, khói của đám cháy hoặc mùi thức ăn thiu hôi. Cơ chế mất khứu giác do COVID-19 hiện nay chưa rõ: do cơ chế dẫn truyền, cơ chế tiếp nhận (ngoại biên hay trung tâm) hoặc phối hợp cả 2 cơ chế này còn là giả thuyết. Hầu hết, các giả thuyết hiện nay có khuynh hướng nghĩ nhiều đến cơ chế tiếp nhận: đầu tiên SARS-Cov-2 xâm nhập và gây tổn thương tế bào nâng đỡ (sustentacular cell), tế bào thần kinh cảm nhận khứu giác (Olfactory sensory neuron # Schultze cell) của biểu mô khứu giác sau đó xâm nhập và gây tổn thương Hành khứu (Olfactory bulb). Trong nghiên cứu của chúng tôi, có khoảng 21,19% người bệnh có tổn thương khứu giác sau nhiễm COVID 19, tuy nhiên,

tất cả đều không ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh do khoảng 90% các trường hợp có thể tự hồi phục sau 2 tuần đến 4 tuần; khoảng 96% các trường hợp sẽ hồi phục sau 6 tháng đến 1 năm. Vì vậy, người bệnh ít lo lắng về vấn đề ảnh hưởng khứu giác sau nhiễm COVID 19.

Mất khứu giác thường đi kèm với mất vị giác ở người mắc COVID-19 hoặc hậu COVID-19. Kết quả bảng 3.8 cho thấy, có 29,8% người bệnh có ảnh hưởng tới vị giác sau khi khỏi mắc COVID-19 cấp. Rối loạn vị giác có ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống nhiều hơn so với người bệnh rối loạn chức năng khứu giác. Người bệnh không cảm nhận được vị đồ ăn nên ảnh hưởng hoạt động chức năng và giới hạn chức năng, từ đó sức khỏe tổng quát giảm, luôn cảm thấy mệt mỏi, cản trở việc tham gia các hoạt động xã hội. Điểm trung bình các lĩnh vực này của nhóm người bệnh có mất vị giác thấp hơn rõ rệt so với nhóm không mất vị giác.

4.2.5. Triệu chứng chán ăn, bụng đầy chướng và điểm SF-36

Rối loạn vị giác có thể là nguyên nhân dẫn đến chứng chán ăn ở người bệnh hậu COVID-19, cũng có nghiên cứu chỉ ra rằng chán ăn là do tác động của COVID-19 đối với hệ thần kinh trung ương, cũng như sự lo lắng, thời gian cách ly và nhập viện có thể khiến một người mắc chứng rối loạn ăn uống và ảnh hưởng tiêu cực đến cảm giác thèm ăn [65]. Khác so với kết quả nghiên cứu của một số tác giả, triệu chứng chán ăn gây nên tình trạng sụt cân, thiếu hụt chất dinh dưỡng đa lượng và vi lượng (suy dinh dưỡng) và suy giảm hệ thống miễn dịch [66], thì trong nghiên cứu của chúng tôi, chán ăn không gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Trung bình điểm chất lượng cuộc sống ở người bệnh có triệu chứng chán ăn và không có triệu chứng chán ăn chênh lệch không đáng kể.

Bên cạnh cảm giác chán ăn, một số người bệnh còn cảm giác khó chịu vùng bụng, đặc trưng là sự đầy chướng bụng. Nguyên nhân là do thụ thể chính

làm trung gian cho sự xâm nhập của SARS-CoV vào tế bào chủ là enzyme chuyển đổi angiotensin 2 (ACE-2). Các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng thụ thể ACE có mặt ở hầu hết các phần của đường tiêu hóa, do đó, một số biến chứng đã được báo cáo ở hệ thống tiêu hóa ở nhiều bệnh nhân mắc COVID-19 gây rối loạn đường ruột sinh đầy chướng. Bên cạnh đó, việc sử dụng ACE2 của vi rút có thể được tăng cường nhờ sự gia tăng sản xuất leptin (hormone tạo cảm giác no) do nhiễm SARS-CoV-2 ở chất béo nội tạng gây nên cảm giác chán ăn đầy chướng. Mặt khác, sự căng thẳng của COVID-19 và sự cách ly làm cho ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần, do đó triệu chứng đầy chướng của người bệnh có ảnh hưởng đến tinh thần tổng quát của người bệnh.

4.2.6. Triệu chứng đau bụng và điểm SF-36

Đau bụng chiếm 35,1% tổng số người bệnh có triệu chứng hậu COVID 19. Người bệnh bị đau bụng hậu COVID-19 trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn do nguyên nhân từ dạ dày. Những nguyên nhân gây tái phát cơn đau dạ dày thường là: chế độ ăn uống không hợp lý, sinh hoạt không điều độ, lạm dụng thuốc giảm đau hoặc kháng sinh, ngủ không đủ giấc, căng thẳng tâm lý,... Ở người mắc COVID-19, do trong thời gian nhiễm bệnh, người bệnh thường có chế độ ăn uống không phù hợp, dùng thuốc nhiều, kết hợp với tình trạng lo lắng, mất ngủ, căng thẳng kéo dài,... Đây cũng là những nguyên nhân gây tái phát cơn đau dạ dày ở những người có tiền sử viêm loét dạ dày. Điểm TB hoạt động chức năng của nhóm có đau bụng thấp hơn nhóm không đau $8,21 \pm 2,51$ điểm, điểm trung bình sức khỏe tổng quát của nhóm có đau bụng thấp hơn nhóm không đau bụng $7,33 \pm 2,14$ điểm. Đau bụng không làm ảnh hưởng đến các hoạt động khác trong thang điểm SF-36.

4.2.7. Triệu chứng đại tiện, tính chất phân, đi ngoài sống phân và điểm SF-36

Triệu chứng đại tiện, tính chất phân hoặc đi ngoài sống phân chúng tôi gọi chung là biểu hiện tại tiêu hóa của người bệnh.

Tại hệ tiêu hóa, angiotensin 2 (ACE2) là một chất điều hòa quan trọng trong cơ thể. Nó mang tính chất độc lập và có chức năng ổn định acid amin ở trong thức ăn, kiểm soát sự hấp thu natri cũng như các acid amin. Acid amin có 2 loại là cần thiết và không cần thiết. Trong cơ thể ACE2 sẽ kích thích và hấp thu acid amin cần thiết và quan trọng, chuyển hóa các chất quan trọng và là khởi đầu cho hệ thống miễn dịch của cơ thể.

Khi virus gắn kết ACE2 nó sẽ làm mất ACE2 khiến cơ thể giảm hấp thu các acid amin có lợi, những chất tạo ra hệ miễn dịch, từ đó làm giảm hàng rào kháng khuẩn của đường tiêu hóa, giảm yếu tố bảo vệ và giảm các vi khuẩn có lợi, dẫn đến loạn khuẩn đường tiêu hóa. Kết quả nghiên cứu bảng 3.15, 3.16.3,17 cho thấy rối loạn tiêu hóa có ảnh hưởng đến một phần chất lượng cuộc sống như tình trạng rối loạn đại tiện ảnh hưởng đến sức khỏe tổng quát và tinh thần tổng quát của người bệnh, tình trạng rối loạn tính chất phân ảnh hưởng đến tinh thần tổng quát người bệnh, tình trạng đi ngoài phân sống ảnh hưởng đến sức khỏe tổng quát người bệnh, Trung bình điểm chất lượng cuộc sống theo các lĩnh vực này tại nhóm người có rối loạn tiêu hóa và không rối loạn tiêu hóa không có sự chênh lệch rõ rệt.

4.2.8. Triệu chứng giảm chất lượng giấc ngủ, cảm giác buồn ngủ và điểm SF-36

Kết quả nghiên cứu bảng 3.18, 3.19 cho thấy, sau khi nhiễm SARS-COVI-2 cấp khởi, người bệnh của chúng tôi không có ảnh hưởng cảm giác buồn ngủ đến chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên trong số 9,27% người bệnh bị giảm

chất lượng giấc ngủ do các triệu chứng như đau đầu, đau ngực, hồi hộp hoặc rối loạn tiêu hóa hoặc ảnh hưởng tâm thần do suy nghĩ thái quá nên điểm chất lượng cuộc sống ở các lĩnh vực giới hạn chức năng, sức khỏe tổng quát, cảm nhận sức sống, tinh thần tổng quát thấp hơn so với những đối tượng không bị giảm chất lượng giấc ngủ hoặc cảm giác buồn ngủ.

4.2.9. Triệu chứng chóng mặt, đau đầu và điểm SF-36

Một đánh giá tài liệu từ Rahman và cộng sự cho thấy đau đầu và chóng mặt là biểu hiện thần kinh phổ biến trong nhiều nghiên cứu [68],[67]. Để đánh giá sự xâm lấn thần kinh của virus corona, Lahiri và Ardil đã phân tích các tài liệu hiện tại và nhận thấy sự đồng thuận chung là có sự lan truyền theo đường máu và vận chuyển ngược chiều sợi trục thần kinh [69]. Ngoài ra, Lahiri và Ardila cũng đề cập đến một số khác các cơ chế tiềm ẩn, chẳng hạn như cơn bão cytokine, xâm lấn thần kinh được đề xuất từ một số nghiên cứu khác. Vì đau đầu làm giảm chất lượng cuộc sống của một số người và tùy theo mức độ nặng nhẹ có thể ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày, cần xác định người bệnh thuộc nhóm nguy cơ đau đầu lâu dài sau khi nhiễm COVID-19 để hỗ trợ trong việc ngăn ngừa hậu quả này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh đau đầu chiếm tỷ lệ khá cao 54,03%, chóng mặt chiếm 8,61%. Cả hai triệu chứng này đều gây ảnh hưởng đến chất lượng tinh thần tổng quát, điều này hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trên.

4.2.10. Triệu chứng nóng/bứt rứt, ớn lạnh, ra mồ hôi và điểm SF-36

Kết quả nghiên cứu bảng 3.23, 3.24, 3.25 cho thấy 30,46% người bệnh có triệu chứng ớn lạnh ảnh hưởng đến giới hạn tâm lý và tinh thần tổng quát của người bệnh, 22,52% người bệnh có đổ mồ hôi làm ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày, lo lắng về sức khỏe hiện tại, cảm thấy mệt mỏi và lo lắng. Ớn lạnh không làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống ở người bệnh hậu Covid. Trung

bình điểm chất lượng cuộc sống ở nhóm bệnh nhân ớn lạnh và không ớn lạnh chênh lệch không nhiều.

4.2.11. Triệu chứng mệt mỏi, đau cơ/khớp và điểm SF-36

Mệt mỏi là triệu chứng hay gặp nhất trong số các triệu chứng xuất hiện hậu mắc COVID-19. Nghiên cứu của chúng tôi có 40,4% người bệnh mệt mỏi có ảnh hưởng chủ yếu đến các hoạt động xã hội, ngại đi lại. Lý giải vấn đề này là do mệt mỏi có thể được gây ra bởi một loạt các tác nhân sinh học hoặc vật lý gây rối loạn chức năng (ví dụ, các yếu tố di truyền). Ngoài ra, các yếu tố khác có thể góp phần vào sự phát triển của sự mệt mỏi ở những bệnh nhân bị hậu COVID-19 chẳng hạn như các cytokine do SARS-CoV-2 giải phóng nhiễm trùng làm suy yếu cơ chế bảo vệ của cơ thể [70].

Kết quả nghiên cứu bảng 3.27 cho thấy, đau cơ khớp ảnh hưởng đến sức khỏe tổng quát của người bệnh, đau là người bệnh ngại đi lại và hạn chế vận động. Nghiên cứu của Karaarslan và cộng sự chỉ ra rằng chỉ số BMI cao có liên quan đến nguy cơ mắc các triệu chứng đau cơ/khớp cao hơn ở bệnh nhân mắc hậu COVID-19. Họ đã đánh giá tình trạng mệt mỏi, đau cơ, đau khớp, đau lưng, đau thắt lưng và đau cổ ở 300 bệnh nhân COVID-19. Một tháng sau khi xuất viện thấy rằng tình trạng mệt mỏi, đau cơ và đau khớp dai dẳng có liên quan đến chỉ số BMI cao [71]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết người bệnh ở độ tuổi trẻ, có BMI trong giới hạn bình thường, do đó, nhóm nghiên cứu cho rằng cần có những nghiên cứu sâu hơn, cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá nguyên dẫn đến tình trạng mệt mỏi, đau cơ đối với người bệnh mắc hậu COVID-19 tại Việt Nam.

4.2.12. Triệu chứng rụng tóc, rối loạn kinh nguyệt, rối loạn cương dương và điểm SF-36

Rụng tóc là một di chứng đau đớn của hậu COVID-19. Khi bị nhiễm vi-rút này, sự gia tăng các cytokine tiền viêm (yếu tố hoại tử khối u, interleukin 1b, interleukin 6 và interferon loại 1 và 2) được cho là có vai trò trong sự phát triển của rụng tóc bằng cách làm hỏng tế bào gốc của nang tóc. Tuy nhiên, các cơ chế xác định rụng tóc sau khi nhiễm COVID-19 vẫn chưa được biết rõ [72]. Mặc dù rụng tóc được coi là một tình trạng lành tính, nhưng nó có thể tàn phá lòng tự trọng, hình ảnh bản thân và chất lượng cuộc sống nói chung của bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy 22,52% người bệnh hậu COVID-19 có rụng tóc đều có ảnh hưởng tới sức khỏe tổng quát, cảm thấy chán nản, ảnh hưởng sức khỏe tinh thần.

Kết quả bảng 2.29 cho thấy, 17,65% người bệnh sau mắc COVID-19 có rối loạn chu kỳ kinh nguyệt, biểu hiện dưới dạng chậm chu kỳ hoặc chu kỳ rút ngắn, tuy nhiên không gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của họ. Có thể có nhiều cơ chế khác nhau làm thay đổi kinh nguyệt sau khi nhiễm COVID-19. Căng thẳng có thể được liệt kê trong số các cơ chế cơ bản này. COVID-19 đã được chứng minh là nguyên nhân gây căng thẳng, lo lắng và trầm cảm nghiêm trọng. Căng thẳng có thể dẫn đến rối loạn kinh nguyệt thông qua rối loạn chức năng trục dưới đồi-tuyến yên-tuyến sinh dục (HPG) và hậu quả là rối loạn chức năng rụng trứng [73]. Ngoài ra, các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng căng thẳng gây ra rối loạn rụng trứng và kinh nguyệt không đều bằng cách làm gián đoạn quá trình tăng LH trước khi rụng trứng.

Rối loạn cương dương cũng là một trong những lo ngại của người bệnh sau mắc COVID-19. Nguyên nhân được giả thiết là do việc loại bỏ vi-rút không hoàn toàn, phản ứng viêm kéo dài do hệ thống miễn dịch kém và tàn dư vi-rút còn sót lại hoặc vi-rút xâm nhập trực tiếp vào hệ thống cơ quan và rối loạn điều

hòa mạng lưới cytokine kết hợp với yếu tố tâm lý bao gồm các vấn đề kinh tế xã hội, sự cô lập xã hội hoặc các vấn đề đau buồn. Tuy nhiên, triệu chứng rối loạn cương dương thường giảm dần khi thể trạng của người bệnh tốt lên, điều này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi khi tất cả người bệnh có triệu chứng này không bị ảnh hưởng chất lượng cuộc sống.

4.3. BÀN LUẬN VỀ MỐI LIÊN QUAN GIỮA THỂ BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ ĐIỂM SF-36

Y học cổ truyền cho rằng tình trạng khỏe mạnh là sự cân bằng và điều hòa trong mối quan hệ không chỉ của các cơ quan tạng phủ và các hệ thống khác nhau trong cơ thể mà còn giữa cơ thể và môi trường bên ngoài. Khi mối quan hệ nhiều mặt này bị phá vỡ, bệnh tật sinh ra. Bệnh là sự mất cân bằng Âm – Dương, Khí – Huyết, chức năng Tạng – Phủ. Khi nguyên nhân gây bệnh tác động vào cơ thể làm trạng thái sinh lý của một bộ phận hay hệ thống nào đó bị rối loạn, trở ngại hoặc tổn thương về hình thái, chức năng hoặc trao đổi chất và sự biến đổi này tạm thời không thể tự phục hồi được. Theo Y học cổ truyền bệnh là quá trình bệnh lý tổng hợp của tại chỗ và toàn thân, không thể tồn tại bệnh lý tại chỗ đơn thuần và cũng không thể tồn tại bệnh toàn thân mà không có biểu hiện ở một vị trí cụ thể nào đó. Điều này thể hiện quan điểm của y học cổ truyền xem xét bệnh lý chú trọng đến tính chỉnh thể và hệ thống. Do đó, khi xem xét ảnh hưởng của bệnh đến cuộc sống, phải xem xét tổng thể.

Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh sau nhiễm SARS-COVI-2 với thể bệnh Y học cổ truyền có tác dụng tiên lượng và dự phòng những chứng hậu sau mắc Covid 19. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy:

Trong tổng số 151 người bệnh chúng tôi thu thập được có 28,48 người bệnh thuộc thể phế tỳ khí hư, 27,81% thuộc thể khí huyết hư, 24,50% thuộc thể khí âm lưỡng hư, 19,21% thuộc thể khí hư huyết ứ. Điểm chất lượng cuộc sống của thể khí huyết hư là 68,94 giảm hơn so với thể phế tỳ khí hư là 72,26%, tuy

nhiên khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (bảng 3.31). Đánh giá chất lượng cuộc sống bằng thang điểm SF36 nhằm đánh giá mức độ ảnh hưởng của hậu covid đến sức khỏe thể chất và sức khỏe tâm thần của người bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: hầu hết điểm trung bình của các tiêu chí đánh giá trên sức khỏe tâm thần đều có xu hướng thấp hơn so với điểm sức khỏe thể chất ở cả hai nhóm. Điều này gợi ý đến ảnh hưởng của hậu Covid 19 đến tinh thần của người bệnh nhiều hơn. Trên thực tế cũng cho thấy, hầu hết người bệnh khi xuất hiện triệu chứng sau mắc cấp tính SARS-COV-2 thường cảm thấy lo lắng ảnh hưởng đến tâm lý và cảm nhận sức sống. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh các lĩnh vực sức khỏe tâm thần của thể phế tỳ khí hư với thể khí huyết hư ($p > 0,05$).

Bảng 3.32 cũng cho thấy điểm trung bình của các tiêu chí đánh giá trên sức khỏe tâm thần đều có xu hướng thấp hơn so với điểm sức khỏe thể chất ở cả hai nhóm. Tổng điểm SF-36 của thể khí âm lưỡng hư thấp hơn thể phế tỳ khí hư, điểm trung bình các lĩnh vực trong thang điểm SF-36 của thể khí âm lưỡng hư cũng thấp hơn thể Phế tỳ khí hư, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tổn thương chính trên người bệnh mắc Covid 19 là hai tạng phế và tỳ. Người bệnh trong quá trình mắc SARS-CoV-2 cấp do sốt lâu ngày làm hao tổn tân dịch, lại thêm ăn uống và chế độ cách ly làm cho người bệnh không được chăm sóc đầy đủ làm cho khí huyết càng hư, phế khí hư nên chức năng trao đổi thông khí với bên ngoài kém, âm hư sinh nội nhiệt, do đó chất lượng cuộc sống của thể khí âm lưỡng hư thấp hơn so với thể phế tỳ khí hư.

Bảng 3.33 cho thấy, điểm trung bình sức khỏe tinh thần vẫn có xu hướng giảm hơn so với sức khỏe thể chất ở cả hai thể bệnh, trong đó ở thể khí huyết hư giảm nhiều hơn so với thể phế tỳ khí hư. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, nguyên nhân dẫn đến các biểu hiện hậu COVID -19 là do khí hư huyết ứ, do đó ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống của người bệnh hơn các thể bệnh

khác. Trong bảng 3.35 cũng cho thấy, tổng điểm SF-36 trung bình của thể khí hư huyết ú cũng thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với thể khí huyết hư ($p < 0,05$). Chỉ có điểm trung bình của giới hạn chức năng của thể khí hư huyết ú giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các lĩnh vực khác không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh điểm trung bình ở hai thể.

Bảng 3.34 cho thấy, điểm trung bình sức khỏe tinh thần và sức khỏe thể chất của thể khí âm lưỡng hư giảm có ý nghĩa thống kê so với thể khí huyết hư, như vậy, hậu Covid 19 thể khí âm lưỡng hư ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Sự khác biệt theo mức điểm cảm nhận đau đớn giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh điểm trung bình SF-36 của thể khí âm lưỡng hư và thể khí hư huyết ú ($p > 0,05$) (bảng 3.36).

Kết quả bảng 3.37 cho thấy, điểm trung bình SF-36 cao nhất ở thể Phế tỳ khí hư $72,26 \pm 9,77$ (điểm) và thấp nhất ở thể khí âm lưỡng hư $56,05 \pm 13,49$ (điểm). Sự khác biệt giữa các thể bệnh y học cổ truyền trong từng lĩnh vực của thang điểm SF-36 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

KẾT LUẬN

1. KẾT LUẬN VỀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH SAU GIAI ĐOẠN NHIỄM SARS-COVI-2

Triệu chứng rối loạn vị giác, đau bụng, ho ban đêm, có đờm, rối loạn đại tiện, đi ngoài sống phân, giảm chất lượng giấc ngủ, hay quên, ra mồ hôi, đau cơ khớp, rụng tóc, nóng bứt rứt, đầy chướng, hay quên, hoa mắt chóng mặt, đau đầu, mệt mỏi làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh.

45,03% người bệnh có đau đầu làm giảm chất lượng cuộc sống hơn so với người bệnh không có đau đầu

40,4% người bệnh có triệu chứng mệt mỏi làm giảm chất lượng cuộc sống hơn so với người bệnh không mệt mỏi

35,1% người bệnh người bệnh có đau bụng làm giảm chất lượng cuộc sống hơn so với người bệnh không đau bụng

33,11% người bệnh có khó thở làm giảm chất lượng cuộc sống hơn so với người bệnh không khó thở

2. KẾT LUẬN VỀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VỚI THỂ BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN CỦA NGƯỜI BỆNH SAU GIAI ĐOẠN NHIỄM CẤP SARS-COVI-2

Tỷ lệ thể bệnh Y học cổ truyền trên 151 người bệnh: 28,48% người bệnh thuộc thể phế tỳ khí hư, 27,81% thuộc thể khí huyết hư, 24,50% thuộc thể khí âm lưỡng hư, 19,21% thuộc thể khí hư huyết ứ.

Hoạt động chức năng: Điểm trung bình thấp nhất ghi nhận ở thể khí âm lưỡng hư $71,76 \pm 20,15$ và cao nhất ở thể phế tỳ khí hư $85,23 \pm 15,12$.

Giới hạn chức năng: Điểm trung bình thấp nhất ghi nhận ở thể khí âm lưỡng hư $43,24 \pm 35,67$ và cao nhất ở thể phế tỳ khí hư $83,14 \pm 20,93$.

Cảm nhận đau đớn: Điểm trung bình thấp nhất ghi nhận ở thể khí âm lưỡng hư là $63,24 \pm 13,28$ và cao nhất ở thể phế tỳ khí hư $76,57 \pm 14,51$.

Sức khỏe tổng quát: Điểm trung bình thấp nhất ghi nhận ở thể khí âm lưỡng hư là $47,03 \pm 15,83$ và cao nhất ở thể phế tỳ khí hư $60,00 \pm 12,34$.

Giới hạn tâm lý: Điểm trung bình thấp nhất ghi nhận ở thể khí âm lưỡng hư là $45,05 \pm 39,44$ và cao nhất ở thể khí huyết hư $69,05 \pm 43,18$.

Cảm nhận sức sống: Điểm trung bình thấp nhất ghi nhận ở thể khí âm lưỡng hư là $51,22 \pm 10,89$ và cao nhất ở thể phế tỳ khí hư $60,12 \pm 10,72$.

Tinh thần tổng quát: Điểm trung bình thấp nhất ghi nhận ở thể khí âm lưỡng hư là $55,57 \pm 8,10$ và cao nhất ở thể phế tỳ khí hư $62,05 \pm 8,25$.

Hoạt động xã hội: Điểm trung bình thấp nhất ghi nhận ở thể khí âm lưỡng hư là $71,28 \pm 11,74$ và cao nhất ở thể phế tỳ khí hư $81,98 \pm 14,25$.

KIẾN NGHỊ

Qua kết quả nghiên cứu thu được, nhóm nghiên cứu kiến nghị như sau:

Cần nghiên cứu sâu hơn mức độ ảnh hưởng của từng chứng trạng Y học cổ truyền lên chất lượng cuộc sống của người bệnh, đồng thời có những nghiên cứu đánh giá hiệu quả của YHCT trong điều trị các chứng trạng hậu mắc SARS-COV-2 cấp và mức độ cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO.** Weekly Epidemiological Update on COVID-19—6 July 2022. 2022.
2. **Merad, M.; Martin, J.C.** Author correction: Pathological inflammation in patients with COVID-19: A key role for monocytes and macrophages. *Nat. Rev. Immunol.* 2020, 20, 448.
3. **Jain, U.** Effect of COVID-19 on the Organs. *Cureus* 2020, 12, e9540.
4. **Carfi, A.; Bernabei, R.; Landi, F.** Persistent symptoms in patients after acute COVID-19
5. **Huang, C.; Huang, L.; Wang, Y.; Li, X.; Ren, L.; Gu, X.; Kang, L.; Guo, L.; Liu, M.; Zhou, X.; et al.** 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: A cohort study. *Lancet* 2021, 397, 220–232
6. **Halpin, S.J.; McIvor, C.; Whyatt, G.; Adams, A.; Harvey, O.; McLean, L.; Walshaw, C.; Kemp, S.; Corrado, J.; Singh, R.; et al.** Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *J. Med. Virol.* 2021, 93, 1013–1022
7. **Desgranges, F.; Tadini, E.; Munting, A.; Regina, J.; Filippidis, P.; Viala, B.; Karachalias, E.; Suttels, V.; Haefliger, D.; Kampouri, E.; et al.** Post-COVID-19 syndrome in outpatients: A cohort study . *J. Gen. Intern. Med.* 2022, 37, 1943–1952
8. **Barker-Davies, R.M.; O’Sullivan, O.; Senaratne, K.P.P.; Baker, P.; Cranley, M.; Dharm-Datta, S.; Ellis, H.; Goodall, D.; Gough, M.; Lewis, S.; et al.** The stanford hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. *Br. J. Sports Med.* 2020, 54, 949–959

9. **BỘ Y TẾ** (2021). *Hướng dẫn tạm thời sử dụng y dược cổ truyền để phòng, chống dịch SARS-COV-2*. Quyết định số 4539/QĐ-BYT ngày 25/09/2021. Hà Nội
10. **Birch, S., Alraek, T., & Gröbe, S** (2021). *Reflections on the potential role of acupuncture and Chinese herbal medicine in the treatment of SARS-CoV-2 and subsequent health problems*. *Integrative medicine research*, 10(Suppl), 100780
11. **WHO**. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) 2012.
12. **Venu Chippa, Abdul Aleem, Fatima Anjum** (2022). Post Acute Coronavirus (SARS-COV-2) Syndrome. *National Library of Medicine*
13. **Nalbandian A, Sehgal K, et al.** Post-acute SARS-COV-2 syndrome. *Nat Med*. 2021 Apr;27(4):601-615
14. **Kim HH**. *Hội chứng hậu SARS-CoV-2*. Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, TP.HCM 2021
15. **Praveen Rai et al.** Detection technologies and recent developments in the diagnosis of SARS-COV-2 infection. *Appl Microbiol Biotechnol*. 2021; 105(2): 441–455
16. **BỘ Y TẾ** (2022). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị SARS-CoV-2* Quyết định số 250/QĐ-BYT ngày 28/01/2022. Hà Nội
17. **Halpin S, O'Connor R, Sivan M**. Long COVID and chronic COVID syndromes. *J Med Virol*. 2021 Mar;93(3):1242-1243
18. Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, Bacon S, Bates C, Morton CE, Curtis HJ, Mehrkar A, Evans D, Inglesby P, Cockburn J, McDonald HI, MacKenna B, Tomlinson L, Douglas IJ, Rentsch CT, Mathur R, Wong AYS, Grieve R, Harrison D, Forbes H, Schultze A, Croker R, Parry J, Hester F, Harper S, Perera R, Evans SJW, Smeeth

- L, Goldacre B. Factors associated with SARS-COV-2-related death using OpenSAFELY. *Nature*. 2020 Aug;584(7821):430-436
19. Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, Kang L, Guo L, Liu M, Zhou X, Luo J, Huang Z, Tu S, Zhao Y, Chen L, Xu D, Li Y, Li C, Peng L, Li Y, Xie W, Cui D, Shang L, Fan G, Xu J, Wang G, Wang Y, Zhong J, Wang C, Wang J, Zhang D, Cao B. 6-month consequences of SARS-COV-2 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet*. 2021 Jan 16;397(10270):220-232.
 20. Halpin SJ, McIvor C, Whyatt G, Adams A, Harvey O, McLean L, Walshaw C, Kemp S, Corrado J, Singh R, Collins T, O'Connor RJ, Sivan M. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of SARS-COV-2 infection: A cross-sectional evaluation. *J Med Virol*. 2021 Feb;93(2):1013-1022
 21. Carod-Artal FJ. Post-SARS-COV-2 syndrome: epidemiology, diagnostic criteria and pathogenic mechanisms involved. *Rev Neurol*. 2021 Jun 1;72(11):384-396. English, Spanish
 22. Garrigues E, Janvier P, Kherabi Y, Le Bot A, Hamon A, Gouze H, Doucet L, Berkani S, Oliosi E, Mallart E, Corre F, Zarrouk V, Moyer JD, Galy A, Honsel V, Fantin B, Nguyen Y. Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for SARS-COV-2. *J Infect*. 2020 Dec;81(6):e4-e6
 23. **Amaya Jimeno-Almazán** (2021). Post-COVID-19 Syndrome and the Potential Benefits of Exercise. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 5329
 24. **Hotchkiss RS, Monneret G, Payen D**. Sepsis-induced immunosuppression: from cellular dysfunctions to immunotherapy. *Nat Rev Immunol*. 2013 Dec;13(12):862-74

25. **Hamers L, Kox M, Pickkers P.** Sepsis-induced immunoparalysis: mechanisms, markers, and treatment options. *Minerva Anesthesiol.* 2015 Apr;81(4):426-39
26. **Castanares-Zapatero D, Kohn L, Dauvrin M, et al** (2021). Long COVID: Pathophysiology – epidemiology and patient needs. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). **KCE Reports.** 344
27. **Mendelson M, Nel J, Blumberg L, Madhi SA, Dryden M, Stevens W, Venter FWD.** Long-COVID: An evolving problem with an extensive impact. *S Afr Med J.* 2020 Nov 23;111(1):10-12
28. **Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, Buxton M, Husain L.** Management of post-acute SARS-CoV-2 in primary care. *BMJ.* 2020 Aug 11;370:m3026
29. **Dani M, Dirksen A, Taraborrelli P, Torocastro M, Panagopoulos D, Sutton R, Lim PB.** Autonomic dysfunction in 'long COVID': rationale, physiology and management strategies. *Clin Med (Lond).* 2021 Jan;21(1):e63-e67
30. **Bộ Y Tế** (2022). Hướng dẫn phục hồi chức năng và tự chăm sóc một số dấu hiệu sau mắc SARS-COV-2 Quyết định số 1242/QĐ-BYT ngày 18/5/2022. Hà Nội
31. Myall KJ, Mukherjee B, Castanheira AM, Lam JL, Benedetti G, Mak SM, Preston R, Thillai M, Dewar A, Molyneaux PL, West AG. Persistent Post-SARS-COV-2 Interstitial Lung Disease. An Observational Study of Corticosteroid Treatment. *Ann Am Thorac Soc.* 2021 May;18(5):799-806
32. Moores LK, Tritschler T, Brosnahan S, Carrier M, Collen JF, Doerschug K, Holley AB, Jimenez D, Le Gal G, Rali P, Wells P.

- Prevention, Diagnosis, and Treatment of VTE in Patients With Coronavirus Disease 2019: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest*. 2020 Sep;158(3):1143-1163
33. Postolache TT, Benros ME, Brenner LA. Targetable Biological Mechanisms Implicated in Emergent Psychiatric Conditions Associated With SARS-CoV-2 Infection. *JAMA Psychiatry*. 2020 Jul 31.
 34. World Health Organization (1997) "WHOQOL: Measuring Quality of Life".
 35. **Gu DF, Jiang H, Wu XG, Reynolds Kristi, Gan WQ, Liu DH, et al.** (2003) "Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Chinese adults". *Zhonghua yu fang yi xue za zhi [Chinese journal of preventive medicine]*, 37 (2), 84-89
 36. **Gordon H. Guyatt, David H. Feeny, Donald L. Paltrick** (1993) "Measuring Health- related Quality of Life". *Annals of Internal Medicine*, 118, pp. 622-629
 37. **University of OXFORD** (2010) Instrument types, Patient reported outcomes Measurement Group.
 38. **Daisson J. Trevisol, Leila B. Moreira, Alessandra Kerkhoff, Sandra C. Fuchs, Fla´vio D. Fuchs** (2011) "Health-related quality of life and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies". *Journal of Hypertension*, 29 (2), pp. 179-188
 39. **John E. Ware, Barbara Gandek** (1998) "Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project". *J Clin Epidemiol*, 51 (11), pp. 903-912

40. **Jenkinson C, Stewart-Brown S, Petersen S, Paice C** (1999) "Assessment of the SF-36 version 2 in the United Kingdom". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53 (1), pp. 46-50
41. **John E Ware Jr, Cathy Donald Sherbourne** (1992) "The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection". *Medical care*, pp. 473-483.
42. **John E Ware Jr** (2000) "SF-36 Health Survey Update". *Spine*, 25 (24), pp. 3130-3139
43. **John E Ware Jr, Cathy Donald Sherbourne** (1992) "The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection". *Medical care*, pp. 473-483
44. **Võ Tấn Khoa, Nguyễn Thy Khuê** (2007). *Nghiên cứu về bảng đánh giá chất lượng cuộc sống Short form (SF)-36 và ứng dụng để đánh giá chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân đái tháo đường sau đoạn chi tại bệnh viện Chợ Rẫy*. Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh.
45. **Nguyễn Thành Lộc, Dương Bửu Lộc, Lê Ánh Nguyệt** (2020). *Khảo sát chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân Đái tháo đường tại bệnh viện tim mạch TP. Cần Thơ năm 2018*. Tạp chí nội tiết và Đái tháo đường số 42, năm 2020
46. **Phạm Hoài Thu, Đỗ Thị Thúy, Nguyễn Văn Hùng** (2017). *Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi SF-36 trong đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân viêm khớp dạng thấp*. Tạp chí nghiên cứu y học
47. **S van der Sar-van der Brugge, S Talman , Ljm Boonman-de Winter et al.** "Pulmonary function and health-related quality of life after SARS-COV-2 pneumonia". *Respir Med*. 2021 Jan;176:106272

48. **Ak Narayan Poudel, Shihua Zhu, Nicola Cooper, et al.** “Impact of SARS-CoV-2 on health-related quality of life of patients: A structured review”. *PLoS One Actions*. 2021 Oct 28;16(10):e0259164
49. **De Bock E, Filipe MD, Meij V, et al.** Quality of life in patients with IBD during the SARS-COV-2 pandemic in the Netherlands. *BMJ Open Gastroenterol*. 2021;8
50. Tabacof L, Tosto-Mancuso J, Wood J, Cortes M, Kontorovich A, McCarthy D, Rizk D, Rozanski G, Breyman E, Nasr L, Kellner C, Herrera JE, Putrino D. Post-acute SARS-COV-2 Syndrome Negatively Impacts Physical Function, Cognitive Function, Health-Related Quality of Life, and Participation. *Am J Phys Med Rehabil*. 2022 Jan 1;101(1):48-52.
51. Nobari H, Fashi M, Eskandari A, Villafaina S, Murillo-Garcia Á, Pérez-Gómez J. Effect of SARS-COV-2 on Health-Related Quality of Life in Adolescents and Children: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Apr 25;18(9):4563
52. **César Fernandez-de-las-Penas et al.** Prevalence of post-COVID-19 symptoms in hospitalized and non-hospitalized COVID-19 survivors: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Internal Medicine* 92 (2021) 55–70
53. **刘凤斌¹, 王维琼², 陈新林³** (2012). 脾胃系疾病 PRO 量表的计量心理学特性考核. 广州中医药大学学报. 2012 年 1 月第 29 卷第 1 期.

Liu Fengbin¹, Wang Weiqiong², Chen Xinlin³ (2012). Đánh giá các đặc tính tâm lý học theo thang điểm PRO về bệnh tỳ vị. Tạp chí Đại học Trung Y Dược Quảng Châu. Tập 29, Số 1, Tháng 1 năm 2012.

54. **Nguyen, Hoang C et al.** “People with Suspected SARS-COV-2 Symptoms Were More Likely Depressed and Had Lower Health-Related Quality of Life: The Potential Benefit of Health Literacy.” *Journal of clinical medicine* vol. 9,4 965. 31 Mar. 2020
55. **Nguyễn Ngọc Như Khuê và cộng sự** (2021). Đặc điểm hậu covid-19 tại Đắk Lắk, năm 2021. *Vietnam medical journal* n01 - APRIL - 2022
56. **Nguyễn Thiện Minh và cộng sự** (2022). Chất lượng cuộc sống ở người bệnh covid-19 xuất viện tại bệnh viện phạm ngọc thạch. *Tạp chí nghiên cứu Y học* 152 (4) – 2022.
57. **CDC/National Center for Health Statistics** (2022). Nearly One in Five American Adults Who Have Had COVID-19 Still Have “Long COVID”.
58. **Francesca Bai and et al.** (2022). Female gender is associated with long COVID syndrome: a prospective cohort study. *Clinical Microbiology and Infection* 28 (2022) 611.e9e611.e16
59. **WHO.** A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus. 2021.
60. **Luigi Vimercati and et al.** (2021). Association between Long COVID and Overweight/Obesity . *J. Clin. Med.* 2021, 10, 4143
61. **Juan P. Wisnivesky, MD, DrPH.** Association of Vaccination with the Persistence of Post-COVID Symptoms. *J Gen Intern Med.* 2022 May;37(7):1748-1753
62. **Muhammad Abdel-Gawad and et al.** Post-COVID-19 Syndrome Clinical Manifestations: A Systematic Review. *Antiinflamm Antiallergy Agents Med Chem.* 2022;21(2):115-120.

63. **Anurug Biswas , Sanjay Pandey.** Factors Associated With Persistence of Dyspnea and Change in Health-Related Quality of Life in Patients With COVID-19 After Discharge. *Cureus.* 2022 Nov; 14(11): e31009.
64. **Woo-Jung Song, Christopher K M Hui and et al.** Confronting COVID-19-associated cough and the post-COVID syndrome: role of viral neurotropism, neuroinflammation, and neuroimmune responses. *Lancet Respir Med.* 2021 May; 9(5): 533–544.
65. **Touyz S., Lacey H., Hay P.** Eating disorders in the time of COVID-19. *J Eat Disord.* 2020;8:19.
66. **Taylor A.K., Cao W., Vora K.P., De La Cruz J., Shieh W.-J., Zaki S.R., et al.** Protein energy malnutrition decreases immunity and increases susceptibility to influenza infection in mice. *J Infect Dis.* 2013;207:501–510.
67. **Kenneth Fiala, Joshua Martens, Alaa Abd-Elsayed.** Post-COVID Pain Syndromes. *Current Pain and Headache Reports (2022)* 26:379–383
68. **Rahman A, Niloofa R, De Zoysa IM, Cooray AD, Kariyawasam J, Seneviratne SL.** Neurological manifestations in COVID-19: a narrative review. *SAGE open medicine.* 2020;8:2050312120957925
69. **Lahiri D. Ardila A.** COVID-19 pandemic: a neurological perspective. *Cureus.* 2020:12(4)
70. **Jian Joli1 , Patrizia Buck1 , Stephan Zipfel1 and Andreas Stengel.** Post-COVID-19 fatigue: A systematic review. *Front. Psychiatry,* 11 August 2022. Volume 13 – 2022.
71. **Karaarslan F., Demircioğlu Güneri F., Kardeş S.** Postdischarge rheumatic and musculoskeletal symptoms following hospitalization

for COVID-19: prospective follow-up by phone interviews. *Rheumatol. Int.* 2021;41(7):1263–1271

72. **Sharquie KE, Jabbar RI.** COVID-19 infection is a major cause of acute telogen effluvium . *Ir J Med Sci.* 2022, 191:1677-81. 10.1007/s11845-021-02754-5
- 73 **P. Vigil, J. Mel´endez, H. Soto, G. Petkovic, Y. A. Bernal, and S. Molina,** “Chronic stress and ovulatory dysfunction: implications in times of COVID-19,” *Front Glob Womens Health*, vol. 3, Article ID 866104, 2022

PHỤ LỤC 1
BẢNG CÂU HỎI KHẢO SÁT

PHẦN 1		
STT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI
1	Họ và tên
2	Năm sinh
3	Giới	Nam Nữ
4	Trình độ học vấn	Tiểu học Trung học cơ sở Trung học phổ thông Trung cấp, cao đẳng, đại học Sau đại học không
5	Nghề nghiệp	Lao động trí óc Lao động chân tay Nghỉ hưu khác (Thất nghiệp, mất sức lao động, không có thu nhập)
6	Số mũi tiêm Vaccin	1 2
7	Thời gian tiêm Vaccin tính từ mũi cuối cho đến nay	1 1-3 tháng tháng > 6 tháng 3-6 tháng
8	Thời gian khỏi bệnh SARS-CoV-2	1 1-3 tháng tháng > 6 tháng

		3-6 tháng
9	Tình trạng kinh tế bản thân trong thời gian bị nhiễm bệnh?	Khá giả Đủ sống Khó khăn
10	Ngày mắc SARS-CoV-2: Ngày ra viện:	
11	Nơi điều trị	Tại nhà Bệnh viện dã chiến, khu cách li
12	Mức độ khi nhiễm SARS-CoV-2	Không triệu chứng Nhẹ Trung Bình Nặng Nguy kịch
13	Bệnh lý nền kèm theo: 1. Đái tháo đường 2. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và các bệnh phổi khác 3. Ung thư (đặc biệt là các khối u ác tính về huyết học, ung thư phổi và bệnh ung thư di căn khác). 4. Bệnh thận mạn tính 5. Ghép tạng hoặc cấy ghép tế bào gốc tạo máu 6. Béo phì, thừa cân 7. Bệnh tim mạch (suy tim, bệnh động mạch vành hoặc bệnh cơ tim) 8. Bệnh lý mạch máu não 9. Hội chứng Down	1 bệnh 2 bệnh 3 bệnh 4 bệnh >4 bệnh

	<p>10. HIV/AIDS</p> <p>11. Bệnh lý thần kinh (bao gồm cả chứng sa sút trí tuệ)</p> <p>12. Bệnh hồng cầu hình liềm, bệnh thalassemia, bệnh huyết học mạn tính khác</p> <p>13. Hen phế quản</p> <p>14. Tăng huyết áp</p> <p>15. Thiếu hụt miễn dịch</p> <p>16. Bệnh gan</p> <p>17. Rối loạn do sử dụng chất gây nghiện</p> <p>18. Đang điều trị bằng thuốc corticosteroid hoặc các thuốc ức chế miễn dịch khác.</p> <p>19. Các bệnh hệ thống.</p> <p>20. Bệnh lý khác đối với trẻ em: Tăng áp phổi nguyên hoặc thứ phát, bệnh tim bẩm sinh, rối loạn chuyển hóa di truyền bẩm sinh, rối loạn nội tiết bẩm sinh-mắc phải.</p>	
14	<p>Mạch</p> <p>Huyết áp</p> <p>Nhịp thở</p> <p>SpO2</p> <p>Chiều cao</p> <p>Cân nặng</p> <p>BMI</p>	

PHẦN 2

THỂ BỆNH THEO YHCT

Thể bệnh người bệnh đang mắc phải là gì?

- Khí hư huyết ú
- Khí huyết hư
- Khí âm lưỡng hư
- Phế Tỳ khí hư

PHỤ LỤC 2
BỘ CÂU HỎI SF-36

Họ và tên:

Tuổi:

Giới:

Ngày đánh giá:

Xin trả lời 36 câu hỏi về tình trạng sức khỏe một cách đầy đủ, trung thực

I. Tình trạng sức khỏe chung

1. Một cách tổng quát, ông/ bà có thể nói về sức khỏe của ông/ bà là

- Tuyệt vời
- Rất tốt
- Tốt
- Kém
- Quá kém

2. So với một năm trước, ông/ bà cảm thấy thế nào

- Tốt hơn nhiều so với một năm trước
- Tốt hơn so với một năm trước
- Tương tự nhau
- Xấu hơn so với một năm trước
- Xấu hơn nhiều so với một năm trước

II. Hoạt động thể lực

Các mục sau đây là về các hoạt động bạn có thể làm trong một ngày thông thường. Sức khỏe của bạn bây giờ có hạn chế bạn trong những hoạt động này không? Nếu có, mức độ như thế nào?

3. Các hoạt động mạnh, chẳng hạn như chạy, nâng vật nặng, tham gia các môn thể thao gắng sức

- Có, giới hạn nhiều

Có, giới hạn ít

Không giới hạn gì

4. Các hoạt động vừa phải, chẳng hạn như di chuyển bàn, đẩy máy hút bụi, chơi bowling hoặc chơi gôn

Có, giới hạn nhiều

Có, giới hạn ít

Không giới hạn gì

5. Nâng hoặc mang hàng tạp hóa

Có, giới hạn nhiều

Có, giới hạn ít

Không giới hạn gì

6. Leo vài bậc cầu thang

Có, giới hạn nhiều

Có, giới hạn ít

Không giới hạn gì

7. Leo 1 bậc cầu thang

Có, giới hạn nhiều

Có, giới hạn ít

Không giới hạn gì

8. Uốn, quỳ hoặc khom lưng

Có, giới hạn nhiều

Có, giới hạn ít

Không giới hạn gì

9 Đi bộ hơn một dặm (1 dặm =1.609m)

Có, giới hạn nhiều

Có, giới hạn ít

Không giới hạn gì

10. Đi bộ nhiều chặng

Có, giới hạn nhiều

- Có, giới hạn ít
- Không giới hạn gì

11. Đi bộ 1 chặng

- Có, giới hạn nhiều
- Có, giới hạn ít
- Không giới hạn gì

12. Tự tắm hay mặc quần áo

- Có, giới hạn nhiều
- Có, giới hạn ít
- Không giới hạn gì

III. Chức năng thể lực

Trong 4 tuần qua, bạn có gặp vấn đề nào sau đây với công việc hoặc các hoạt động thường ngày khác do sức khỏe thể chất của bạn không?

13. Cắt giảm lượng thời gian bạn dành cho công việc hoặc các hoạt động khác

- Có
- Không

14. Hoàn thành ít hơn bạn muốn

- Có
- Không

15. Bị giới hạn trong loại công việc hoặc các hoạt động khác

- Có
- Không

16. Gặp khó khăn khi thực hiện công việc hoặc các hoạt động khác (ví dụ: phải nỗ lực nhiều hơn)

- Có
- Không

IV. Chức năng cảm xúc

Trong 4 tuần qua, bạn có gặp bất kỳ vấn đề nào sau đây với công việc hoặc các hoạt động thường ngày khác do bất kỳ vấn đề cảm xúc nào không (chẳng hạn như cảm thấy chán nản hoặc lo lắng)?

17. Cắt giảm lượng thời gian bạn dành cho công việc hoặc các hoạt động khác

- Có
- Không

18. Hoàn thành ít hơn bạn muốn

- Có
- Không

19. Không thực hiện công việc hoặc các hoạt động khác cẩn thận như bình thường

- Có
- Không

V. Hoạt động xã hội

20. Trong 4 tuần qua, các vấn đề về sức khỏe thể chất hoặc tình cảm của bạn đã cản trở các hoạt động xã hội bình thường của bạn với gia đình, bạn bè, hàng xóm hoặc nhóm ở mức độ nào?

- Hoàn toàn không
- Nhẹ
- Không nhiều lắm
- Nghiêm trọng
- Rất nghiêm trọng

VI. Cảm giác đau

21. Bạn đã phải chịu bao nhiêu đau đớn về thể xác trong 4 tuần qua?

- Không
- Rất nhẹ
- Nhẹ
- Vừa phải
- Nghiêm trọng
- Rất nghiêm trọng

22. Trong 4 tuần qua, cơn đau đã cản trở bao nhiêu đến công việc bình thường của bạn (bao gồm cả công việc bên ngoài và nội trợ)?

- Hoàn toàn không
- Nhẹ
- Không nhiều lắm
- Nghiêm trọng
- Rất nghiêm trọng

VII. Sức khỏe tâm lý

Những câu hỏi này là về cảm giác của bạn và mọi thứ đã diễn ra như thế nào với bạn trong suốt 4 tuần qua. Đối với mỗi câu hỏi, vui lòng đưa ra một câu trả lời gần nhất với cảm giác của bạn.

23. Ông/ bà có cảm thấy tràn đầy hứng hái?

- Suốt thời gian
- Hầu hết thời gian
- Phần lớn thời gian
- Thỉnh thoảng
- Một thời gian

24. Ông/ bà có bị kích thích không?

- Suốt thời gian
- Hầu hết thời gian
- Phần lớn thời gian
- Thỉnh thoảng
- Một thời gian

25. Bạn đã từng cảm thấy chán nản khi không có gì có thể khiến bạn vui lên?

- Suốt thời gian
- Hầu hết thời gian
- Phần lớn thời gian
- Thỉnh thoảng
- Một thời gian

26. Bạn đã cảm thấy bình tĩnh không?

- Suốt thời gian
- Hầu hết thời gian
- Phần lớn thời gian
- Thỉnh thoảng
- Một thời gian

27. Bạn đã có rất nhiều năng lượng?

- Suốt thời gian
- Hầu hết thời gian
- Phần lớn thời gian
- Thỉnh thoảng
- Một thời gian

28. Bạn đã cảm thấy thất vọng?

- Suốt thời gian
- Hầu hết thời gian
- Phần lớn thời gian
- Thỉnh thoảng
- Một thời gian

29. Bạn có cảm giác kiệt sức?

- Suốt thời gian
- Hầu hết thời gian
- Phần lớn thời gian
- Thỉnh thoảng
- Một thời gian

30. Bạn đã từng là một người hạnh phúc?

- Suốt thời gian
- Hầu hết thời gian
- Phần lớn thời gian
- Thỉnh thoảng

Một thời gian

31. Bạn cảm thấy mỗi mệt?

Suốt thời gian

Hầu hết thời gian

Phần lớn thời gian

Thỉnh thoảng

Một thời gian

VIII. Hoạt động xã hội

32. Trong 4 tuần qua, bao nhiêu thời gian các vấn đề sức khỏe thể chất hoặc tình cảm của bạn đã cản trở các hoạt động xã hội của bạn (như đi thăm bạn bè, người thân, v.v.)?

Suốt thời gian

Hầu hết thời gian

Phần lớn thời gian

Thỉnh thoảng

Một thời gian

IX. Sức khỏe chung

Mỗi câu sau đây đối với bạn như thế nào là ĐÚNG hay SAI.

33. Tôi có vẻ dễ ốm hơn những người khác một chút

Hoàn toàn đúng

Thường đúng

Không biết

Thường sai

Hoàn toàn sai

34. Tôi khỏe mạnh như bất kỳ ai tôi biết

Hoàn toàn đúng

Thường đúng

Không biết

Thường sai

Hoàn toàn sai

35. Tôi cảm thấy sức khỏe hơi xấu

Hoàn toàn đúng

Thường đúng

Không biết

Thường sai

Hoàn toàn sai

36. Sức khỏe tôi tuyệt vời

Hoàn toàn đúng

Thường đúng

Không biết

Thường sai

Hoàn toàn sai

PHỤ LỤC

CAM KẾT TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Mã số phiếu:Ngày tháng năm 202...
Phòng vấn viên:Địa điểm phỏng vấn:

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM

BỘ CÂU HỎI KHẢO SÁT

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI THỂ BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN Ở NGƯỜI BỆNH SAU GIAI ĐOẠN NHIỄM CẤP SARS-COVI-2

Phần giới thiệu

Xin chào anh/chị!

Tôi là bác sĩ ngành y học cổ truyền của Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam đang thực hiện cuộc khảo sát “*Đánh giá chất lượng cuộc sống và mối liên quan với thể bệnh y học cổ truyền ở người bệnh sau giai đoạn nhiễm cấp SARS-COVI-2*”.

Cuộc khảo sát này đã được sự cho phép của Bệnh viện Phục hồi chức năng và điều trị bệnh nghề nghiệp nhằm tìm hiểu các triệu chứng trong Hội chứng hậu SARS-CoV-2 trên người bệnh đã khỏi.

Mong anh/chị dành thời gian khoảng 5-10 phút để trả lời các câu hỏi một cách trung thực và rõ ràng nhất.

Chúng tôi cam đoan những câu trả lời mà chị cung cấp hoàn toàn được giữ bí mật và chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu.

Việc tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện, chị có quyền trả lời hoặc không nếu thấy câu hỏi không phù hợp và có quyền dừng cuộc phỏng vấn bất kỳ lúc nào.

Nếu anh/chị có thắc mắc xin liên hệ số điện thoại: 0.....(BS Bùi Quang Hòa).

Chúng tôi chân thành cảm ơn sự hợp tác của ông/bà !

**XÁC NHẬN ĐỒNG Ý THAM GIA KHẢO SÁT
NGƯỜI THAM GIA KHẢO SÁT**

(Ký và ghi rõ họ tên)

DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1]	WHO. Weekly Epidemiological Update on COVID-19—6 July 2022. 2022.
[2]	Merad, M.; Martin, J.C. Author correction: Pathological inflammation in patients with COVID-19: A key role for monocytes and macrophages. <i>Nat. Rev. Immunol.</i> 2020, 20, 448.
[3]	Jain, U. Effect of COVID-19 on the Organs. <i>Cureus</i> 2020, 12, e9540.
[4]	Carfi, A.; Bernabei, R.; Landi, F. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19
[5]	Huang, C.; Huang, L.; Wang, Y.; Li, X.; Ren, L.; Gu, X.; Kang, L.; Guo, L.; Liu, M.; Zhou, X.; et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: A cohort study. <i>Lancet</i> 2021, 397, 220–232
[6]	Halpin, S.J.; McIvor, C.; Whyatt, G.; Adams, A.; Harvey, O.; McLean, L.; Walshaw, C.; Kemp, S.; Corrado, J.; Singh, R.; et al. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. <i>J. Med. Virol.</i> 2021, 93, 1013–1022
[7]	Desgranges, F.; Tadini, E.; Munting, A.; Regina, J.; Filippidis, P.; Viala, B.; Karachalias, E.; Suttels, V.; Haefliger, D.; Kampouri, E.; et al. Post-COVID-19 syndrome in outpatients: A cohort study . <i>J. Gen. Intern. Med.</i> 2022, 37, 1943–1952
[8]	Barker-Davies, R.M.; O’Sullivan, O.; Senaratne, K.P.P.; Baker, P.; Cranley, M.; Dharm-Datta, S.; Ellis, H.; Goodall, D.; Gough, M.; Lewis, S.; et al. The stanford hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. <i>Br. J. Sports Med.</i> 2020, 54, 949–959

[9]	BỘ Y TẾ (2021). <i>Hướng dẫn tạm thời sử dụng y dược cổ truyền để phòng, chống dịch SARS-COV-2</i> . Quyết định số 4539/QĐ-BYT ngày 25/09/2021. Hà Nội
[10]	Birch, S., Alraek, T., & Gröbe, S (2021). <i>Reflections on the potential role of acupuncture and Chinese herbal medicine in the treatment of SARS-CoV-2 and subsequent health problems</i> . Integrative medicine research, 10(Suppl), 100780
[11]	WHO . The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) 2012.
[12]	Venu Chippa, Abdul Aleem, Fatima Anjum (2022). Post Acute Coronavirus (SARS-COV-2) Syndrome. <i>National Library of Medicine</i>
[13]	Nalbandian A, Sehgal K, et al . Post-acute SARS-COV-2 syndrome. <i>Nat Med</i> . 2021 Apr;27(4):601-615
[14]	Kim HH . <i>Hội chứng hậu SARS-CoV-2</i> . Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, TP.HCM 2021
[15]	Praveen Rai et al . Detection technologies and recent developments in the diagnosis of SARS-COV-2 infection. <i>Appl Microbiol Biotechnol</i> . 2021; 105(2): 441–455
[16]	BỘ Y TẾ (2022). <i>Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị SARS-CoV-2</i> Quyết định số 250/QĐ-BYT ngày 28/01/2022. Hà Nội
[17]	Halpin S, O'Connor R, Sivan M . Long COVID and chronic COVID syndromes. <i>J Med Virol</i> . 2021 Mar;93(3):1242-1243
[18]	Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, Bacon S, Bates C, Morton CE, Curtis HJ, Mehrkar A, Evans D, Inglesby P, Cockburn J, McDonald HI, MacKenna B, Tomlinson L, Douglas IJ, Rentsch CT, Mathur R, Wong AYS, Grieve R, Harrison D, Forbes H, Schultze A,

	Crocker R, Parry J, Hester F, Harper S, Perera R, Evans SJW, Smeeth L, Goldacre B. Factors associated with SARS-COV-2-related death using OpenSAFELY. <i>Nature</i> . 2020 Aug;584(7821):430-436
[19]	Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, Kang L, Guo L, Liu M, Zhou X, Luo J, Huang Z, Tu S, Zhao Y, Chen L, Xu D, Li Y, Li C, Peng L, Li Y, Xie W, Cui D, Shang L, Fan G, Xu J, Wang G, Wang Y, Zhong J, Wang C, Wang J, Zhang D, Cao B. 6-month consequences of SARS-COV-2 in patients discharged from hospital: a cohort study. <i>Lancet</i> . 2021 Jan 16;397(10270):220-232.
[20]	Halpin SJ, McIvor C, Whyatt G, Adams A, Harvey O, McLean L, Walshaw C, Kemp S, Corrado J, Singh R, Collins T, O'Connor RJ, Sivan M. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of SARS-COV-2 infection: A cross-sectional evaluation. <i>J Med Virol</i> . 2021 Feb;93(2):1013-1022
[21]	Carod-Artal FJ. Post-SARS-COV-2 syndrome: epidemiology, diagnostic criteria and pathogenic mechanisms involved. <i>Rev Neurol</i> . 2021 Jun 1;72(11):384-396. English, Spanish
[22]	Garrigues E, Janvier P, Kherabi Y, Le Bot A, Hamon A, Gouze H, Doucet L, Berkani S, Oliosi E, Mallart E, Corre F, Zarrouk V, Moyer JD, Galy A, Honsel V, Fantin B, Nguyen Y. Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for SARS-COV-2. <i>J Infect</i> . 2020 Dec;81(6):e4-e6
[23]	Amaya Jimeno-Almazán (2021). Post-COVID-19 Syndrome and the Potential Benefits of Exercise. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> 2021, 18, 5329

[24]	Hotchkiss RS, Monneret G, Payen D. Sepsis-induced immunosuppression: from cellular dysfunctions to immunotherapy. <i>Nat Rev Immunol.</i> 2013 Dec;13(12):862-74
[25]	Hamers L, Kox M, Pickkers P. Sepsis-induced immunoparalysis: mechanisms, markers, and treatment options. <i>Minerva Anesthesiol.</i> 2015 Apr;81(4):426-39
[26]	Castanares-Zapatero D, Kohn L, Dauvrin M, et al (2021). Long COVID: Pathophysiology – epidemiology and patient needs. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports. 344
[27]	Mendelson M, Nel J, Blumberg L, Madhi SA, Dryden M, Stevens W, Venter FWD. Long-COVID: An evolving problem with an extensive impact. <i>S Afr Med J.</i> 2020 Nov 23;111(1):10-12
[28]	Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, Buxton M, Husain L. Management of post-acute SARS-CoV-2 in primary care. <i>BMJ.</i> 2020 Aug 11;370:m3026
[29]	Dani M, Dirksen A, Taraborrelli P, Torocastro M, Panagopoulos D, Sutton R, Lim PB. Autonomic dysfunction in 'long COVID': rationale, physiology and management strategies. <i>Clin Med (Lond).</i> 2021 Jan;21(1):e63-e67
[30]	Bộ Y Tế (2022). Hướng dẫn phục hồi chức năng và tự chăm sóc một số dấu hiệu sau mắc SARS-COV-2 Quyết định số 1242/QĐ-BYT ngày 18/5/2022. Hà Nội
[31]	Myall KJ, Mukherjee B, Castanheira AM, Lam JL, Benedetti G, Mak SM, Preston R, Thillai M, Dewar A, Molyneaux PL, West AG. Persistent Post-SARS-COV-2 Interstitial Lung Disease. An

	Observational Study of Corticosteroid Treatment. <i>Ann Am Thorac Soc.</i> 2021 May;18(5):799-806
[32]	Moore LK, Tritschler T, Brosnahan S, Carrier M, Collen JF, Doerschug K, Holley AB, Jimenez D, Le Gal G, Rali P, Wells P. Prevention, Diagnosis, and Treatment of VTE in Patients With Coronavirus Disease 2019: CHEST Guideline and Expert Panel Report. <i>Chest.</i> 2020 Sep;158(3):1143-1163
[33]	Postolache TT, Benros ME, Brenner LA. Targetable Biological Mechanisms Implicated in Emergent Psychiatric Conditions Associated With SARS-CoV-2 Infection. <i>JAMA Psychiatry.</i> 2020 Jul 31.
[34]	World Health Organization (1997) "WHOQOL: Measuring Quality of Life".
[35]	Gu DF, Jiang H, Wu XG, Reynolds Kristi, Gan WQ, Liu DH, et al. (2003) "Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Chinese adults". <i>Zhonghua yu fang yi xue za zhi [Chinese journal of preventive medicine]</i> , 37 (2), 84-89
[36]	Gordon H. Guyatt, David H. Feeny, Donald L. Patrick (1993) "Measuring Health- related Quality of Life". <i>Annals of Internal Medicine</i> , 118, pp. 622-629
[37]	University of OXFORD (2010) Instrument types, Patient reported outcomes Measurement Group.
[38]	Daisson J. Trevisol, Leila B. Moreira, Alessandra Kerkhoff, Sandra C. Fuchs, Fla'vio D. Fuchs (2011) "Health-related quality of life and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies". <i>Journal of Hypertension</i> , 29 (2), pp. 179-188

[39]	John E. Ware, Barbara Gandek (1998) "Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project". <i>J Clin Epidemiol</i> , 51 (11), pp. 903-912
[40]	Jenkinson C, Stewart-Brown S, Petersen S, Paice C (1999) "Assessment of the SF-36 version 2 in the United Kingdom". <i>Journal of Epidemiology and Community Health</i> , 53 (1), pp. 46-50
[41]	John E Ware Jr, Cathy Donald Sherbourne (1992) "The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection". <i>Medical care</i> , pp. 473-483.
[42]	John E Ware Jr (2000) "SF-36 Health Survey Update". <i>Spine</i> , 25 (24), pp. 3130-3139
[43]	John E Ware Jr, Cathy Donald Sherbourne (1992) "The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection". <i>Medical care</i> , pp. 473-483
[44]	Võ Tấn Khoa, Nguyễn Thy Khuê (2007). <i>Nghiên cứu về bảng đánh giá chất lượng cuộc sống Short form (SF)-36 và ứng dụng để đánh giá chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân đái tháo đường sau đoạn chi tại bệnh viện Chợ Rẫy</i> . Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh.
[45]	Nguyễn Thành Lộc, Dương Bửu Lộc, Lê Ánh Nguyệt (2020). <i>Khảo sát chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân Đái tháo đường tại bệnh viện tim mạch TP. Cần Thơ năm 2018</i> . Tạp chí nội tiết và Đái tháo đường số 42, năm 2020
[46]	Phạm Hoài Thu, Đỗ Thị Thúy, Nguyễn Văn Hùng (2017). <i>Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi SF-36 trong đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân viêm khớp dạng thấp</i> . Tạp chí nghiên cứu y học

[47]	S van der Sar-van der Brugge, S Talman , Ljm Boonman-de Winter et al. “Pulmonary function and health-related quality of life after SARS-COV-2 pneumonia”. <i>Respir Med.</i> 2021 Jan;176:106272
[48]	Ak Narayan Poudel, Shihua Zhu, Nicola Cooper, et al. “Impact of SARS-CoV-2 on health-related quality of life of patients: A structured review”. <i>PLoS One Actions.</i> 2021 Oct 28;16(10):e0259164
[49]	De Bock E, Filipe MD, Meij V, et al. Quality of life in patients with IBD during the SARS-COV-2 pandemic in the Netherlands. <i>BMJ Open Gastroenterol.</i> 2021;8
[50]	Tabacof L, Tosto-Mancuso J, Wood J, Cortes M, Kontorovich A, McCarthy D, Rizk D, Rozanski G, Breyman E, Nasr L, Kellner C, Herrera JE, Putrino D. Post-acute SARS-COV-2 Syndrome Negatively Impacts Physical Function, Cognitive Function, Health-Related Quality of Life, and Participation. <i>Am J Phys Med Rehabil.</i> 2022 Jan 1;101(1):48-52.
[51]	Nobari H, Fashi M, Eskandari A, Villafaina S, Murillo-Garcia Á, Pérez-Gómez J. Effect of SARS-COV-2 on Health-Related Quality of Life in Adolescents and Children: A Systematic Review. <i>Int J Environ Res Public Health.</i> 2021 Apr 25;18(9):4563
[52]	C´esar Fernandez-de-las-Penas et al. Prevalence of post-COVID-19 symptoms in hospitalized and non-hospitalized COVID-19 survivors: A systematic review and meta-analysis. <i>European Journal of Internal Medicine</i> 92 (2021) 55–70
[53]	刘凤斌 ¹ , 王维琼 ² , 陈新林 ³ (2012). 脾胃系疾病 PRO 量表的计量心理学特性考核. 广州中医药大学学报. 2012 年 1 月第 29 卷第 1 期.

	Liu Fengbin ¹ , Wang Weiqiong ² , Chen Xinlin ³ (2012). Đánh giá các đặc tính tâm lý học theo thang điểm PRO về bệnh tỷ vị. Tạp chí Đại học Trung Y Dược Quảng Châu. Tập 29, Số 1, Tháng 1 năm 2012.
[54]	Nguyen, Hoang C et al. “People with Suspected SARS-COV-2 Symptoms Were More Likely Depressed and Had Lower Health-Related Quality of Life: The Potential Benefit of Health Literacy.” <i>Journal of clinical medicine</i> vol. 9,4 965. 31 Mar. 2020
[55]	Nguyễn Ngọc Như Khuê và cộng sự (2021). Đặc điểm hậu covid-19 tại đắk lắk, năm 2021. <i>Vietnam medical journal</i> n01 - APRIL - 2022
[56]	Nguyễn Thiện Minh và cộng sự (2022). Chất lượng cuộc sống ở người bệnh covid-19 xuất viện tại bệnh viện phạm ngọc thạch. <i>Tạp chí nghiên cứu Y học</i> 152 (4) – 2022.
[57]	CDC/National Center for Health Statistics (2022). Nearly One in Five American Adults Who Have Had COVID-19 Still Have “Long COVID”.
[58]	Francesca Bai and et al. (2022). Female gender is associated with long COVID syndrome: a prospective cohort study. <i>Clinical Microbiology and Infection</i> 28 (2022) 611.e9e611.e16
[59]	WHO. A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus. 2021.
[60]	Luigi Vimercati and et al. (2021). Association between Long COVID and Overweight/Obesity . <i>J. Clin. Med.</i> 2021, 10, 4143
[61]	Juan P. Wisnivesky, MD, DrPH. Association of Vaccination with the Persistence of Post-COVID Symptoms. <i>J Gen Intern Med.</i> 2022 May;37(7):1748-1753

[62]	Muhammad Abdel-Gawad and et al. Post-COVID-19 Syndrome Clinical Manifestations: A Systematic Review. <i>Antiinflamm Antiallergy Agents Med Chem.</i> 2022;21(2):115-120.
[63]	Anurug Biswas , Sanjay Pandey. Factors Associated With Persistence of Dyspnea and Change in Health-Related Quality of Life in Patients With COVID-19 After Discharge. <i>Cureus.</i> 2022 Nov; 14(11): e31009.
[64]	Woo-Jung Song, Christopher K M Hui and et al. Confronting COVID-19-associated cough and the post-COVID syndrome: role of viral neurotropism, neuroinflammation, and neuroimmune responses. <i>Lancet Respir Med.</i> 2021 May; 9(5): 533–544.
[65]	Touyz S., Lacey H., Hay P. Eating disorders in the time of COVID-19. <i>J Eat Disord.</i> 2020;8:19.
[66]	Taylor A.K., Cao W., Vora K.P., De La Cruz J., Shieh W.-J., Zaki S.R., et al. Protein energy malnutrition decreases immunity and increases susceptibility to influenza infection in mice. <i>J Infect Dis.</i> 2013;207:501–510.
[67]	Kenneth Fiala, Joshua Martens, Alaa Abd-Elsayed. Post-COVID Pain Syndromes. <i>Current Pain and Headache Reports</i> (2022) 26:379–383
[68]	Rahman A, Niloofa R, De Zoysa IM, Cooray AD, Kariyawasam J, Seneviratne SL. Neurological manifestations in COVID-19: a narrative review. <i>SAGE open medicine.</i> 2020;8:2050312120957925
[69]	Lahiri D. Ardila A. COVID-19 pandemic: a neurological perspective. <i>Cureus.</i> 2020:12(4)

[70]	Jian Joli1 , Patrizia Buck1 , Stephan Zipfel1 and Andreas Stengel. Post-COVID-19 fatigue: A systematic review. <i>Front. Psychiatry</i> , 11 August 2022. Volume 13 – 2022.
[71]	Karaarslan F., Demircioğlu Güneri F., Kardeş S. Postdischarge rheumatic and musculoskeletal symptoms following hospitalization for COVID-19: prospective follow-up by phone interviews. <i>Rheumatol. Int.</i> 2021;41(7):1263–1271
[72]	Sharquie KE, Jabbar RI. COVID-19 infection is a major cause of acute telogen effluvium . <i>Ir J Med Sci.</i> 2022, 191:1677-81. 10.1007/s11845-021-02754-5
[73]	P. Vigil, J. Meléndez, H. Soto, G. Petkovic, Y. A. Bernal, and S. Molina, “Chronic stress and ovulatory dysfunction: implications in times of COVID-19,” <i>Front Glob Womens Health</i> , vol. 3, Article ID 866104, 2022