

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG NGƯỜI BỆNH HẬU COVID 19 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG

Đinh Thế Tiến*, Trần Văn Tuấn*,
Nguyễn Thị Vân*, Nguyễn Thị Thúy Lan*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bước đầu đánh giá các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng thường gặp và ảnh hưởng của chúng đối với chất lượng cuộc sống của người bệnh hậu covid 19 tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang. **Đối tượng nghiên cứu:** Người bệnh khám hậu COVID 19 tại bệnh viện đa khoa Đức Giang. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu thập số liệu người bệnh tới khám từ 24/1/2022 đến 15/3/2022. **Kết quả:** 698 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình 41,3 tuổi, nữ giới: 62,4%. Tỷ lệ từng mắc COVID mức độ nhẹ hoặc trung bình: 74,2%, mức độ từ nặng đến nguy kịch: 25,8%. Thời gian bị bệnh trung bình $10,4 \pm 6,02$ ngày. Thời gian trung bình tới khám sau khi kết thúc cách ly 22,4 ngày. Triệu chứng khó chịu nhất: mệt mỏi (89,4%), ho (43,6%); tức ngực, nặng ngực (21,1%); hụt hơi (20,9%), mất ngủ (8,9%). Ferritin và d-dimer của nhóm nhập viện cao hơn đáng kể so với nhóm điều trị tại nhà, nhóm nhập viện có 62% có tổn thương phổi mô kẽ, nhóm tại nhà: 19,1% ($p < 0,05$). Người bệnh chủ yếu gặp các vấn đề như lo lắng, u sầu (47,5%) và cảm giác đau, khó chịu (54%). **Kết luận:** Các triệu chứng thường gặp sau COVID 19 là mệt mỏi, ho, tức ngực, hụt hơi, mất ngủ. Người bệnh nhóm đã từng nhập viện có chỉ số d-

dimer, ferritin và tổn thương phổi nhiều hơn đáng kể. Chỉ số chất lượng cuộc sống là 0,856.

Từ khóa: Hậu COVID 19, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chất lượng cuộc sống, bệnh viện đa khoa Đức Giang

SUMMARY

MANIFESTATION CHARACTERISTICS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER COVID 19 AT DUCGIANG GENERAL HOSPITAL

Objective: evaluating the common clinical and subclinical and impact on the quality of life of patients. **Subject study:** Patients are examined after COVID-19 at Duc Giang General Hospital. Design study: cross sectional. Collecting the patients who came to the clinic from January 24, 2022 to March 15, 2022. **Results:** 698 suitable patients were included, the mean age was 41.3 years old, female: 62.4%. Rate of COVID 19 mild or moderate: 74.2%, severe to critical: 25.8%. The average duration of illness: 10.4 ± 6.02 days. The average time to visit after the end of isolation is 22.4 days. The most uncomfortable symptom is fatigue (89.4%), cough (43.6%), chest tightness (21.1%); shortness of breath (20.9%), insomnia (8.9%). The hospital admission ferritin and d-dimer were also significantly higher than the home group values. The hospitalized group had interstitial lung features: 62% versus the home group: 19.1% ($p < 0.05$). Patients mainly experience problems such as anxiety (47.5%) and pain, discomfort (54%). **Conclusions:** Common symptoms after

*Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thế Tiến

Email: Tiendinh.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2022

Ngày duyệt bài: 15.5.2022

COVID 19 are fatigue, cough, chest tightness, shortness of breath, and insomnia. Patients in the hospitalized group had significantly more d-dimer, ferritin and lung damage. The quality of life index is 0.856.

Key words: post COVID 19, manifestation characteristics, quality of life, DucGiang general hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch COVID – 19 từ khi xuất hiện đã ảnh hưởng lớn đến cuộc sống và sức khỏe của mọi người trên toàn thế giới. Các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng một loạt các triệu chứng dai dẳng có thể tồn tại lâu dài sau khi nhiễm SARS-CoV-2 cấp tính và tình trạng này hiện vẫn đang được tiếp tục tìm hiểu và đánh giá. COVID kéo dài được viện Quốc gia về Sức khỏe và Chăm sóc (NICE) định nghĩa là các triệu chứng tiếp tục hoặc phát triển sau nhiễm COVID – 19 cấp tính và không thể giải thích bằng một chẩn đoán thay thế. Thuật ngữ này bao gồm COVID – 19 có triệu chứng đang diễn ra từ 4 đến 12 tuần sau nhiễm và hội chứng hậu COVID – 19 với thời gian trên 12 tuần sau nhiễm virus [1].

Tại Việt Nam, các vấn đề sức khỏe liên quan đến COVID kéo dài (hay còn đang được gọi chung là hậu COVID) đang là những vấn đề nổi bật và được nhiều người quan tâm. Hiện nay các triệu chứng xuất hiện sau COVID 19 đang được ngầm hiểu là “hậu COVID 19”. Một số hiểu biết về các triệu chứng cũng như ảnh hưởng đến cuộc sống của người bệnh sau COVID 19 chưa được hiểu đầy đủ. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu: “*đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chất lượng cuộc sống người bệnh*

hậu COVID 19 tại bệnh viện đa khoa Đức Giang” nhằm mục tiêu bước đầu đánh giá các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng thường gặp và ảnh hưởng của chúng đối với chất lượng cuộc sống của người bệnh sau COVID 19.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh khám hậu COVID 19 tại bệnh viện đa khoa Đức Giang. Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh trên 12 tuổi, đã có kết quả âm tính với SARS – CoV – 2 bằng phương pháp PCR hoặc bằng phương pháp test nhanh, hoàn thành thời gian cách ly theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang; cỡ mẫu thuận tiện. Nhóm nghiên cứu thu thập số liệu người bệnh tới khám từ 24/1/2022 đến 15/3/2022

Phương pháp thu thập và phân tích số liệu: Thu thập thông tin cá nhân, triệu chứng cơ năng, đánh giá chất lượng cuộc sống bằng thang điểm EQ-5D chuẩn hóa cho người Việt Nam. Bảng câu hỏi được thiết kế trên Google form và gửi đến người bệnh theo đường link: <https://forms.gle/xT3YcyzBXCT1YCnQ9>. Người bệnh được hướng dẫn khai báo và gửi kết quả bằng smartphone. Sau đó thu thập số liệu về các kết quả cận lâm sàng thông qua bệnh án nghiên cứu. Số liệu sau khi được thu thập sẽ làm sạch, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0 và Microsoft Excel.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

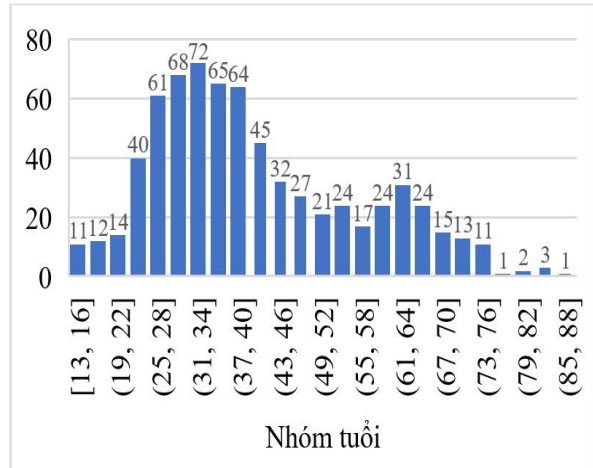
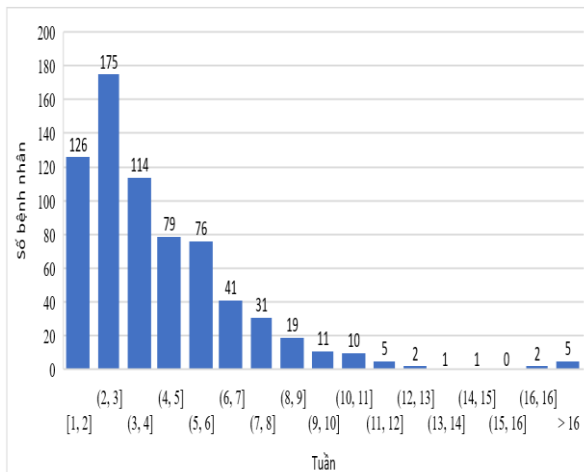
Có 698 bệnh nhân phù hợp được đưa vào nghiên cứu, đặc điểm chung và các kết quả nghiên cứu được trình bày dưới các bảng và biểu đồ sau:

3.1 Đặc điểm chung nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu

	Trung bình/ số lượng	Min	Max
Tổng số (n)	698		
Tuổi trung bình	41,3 ± 14,9	13	86
Giới tính			
Nam	261 (37,4%)		
Nữ	437 (62,4%)		
Điều trị trong đợt cấp COVID 19?			
Điều trị tại bệnh viện	82 (11,8%)		
Điều trị tại nhà	616 (88,3%)		
Thời gian trung bình bị bệnh (ngày)	10,4 ± 6,02	0	58
Thời gian từ khi kết thúc cách ly cho đến khi tái khám (ngày)	22,37 ± 22,4	0	299
Tái khám trong 4 tuần đầu	494 (70,8%)		
Tái khám sau trên 4 tuần	204 (29,2%)		

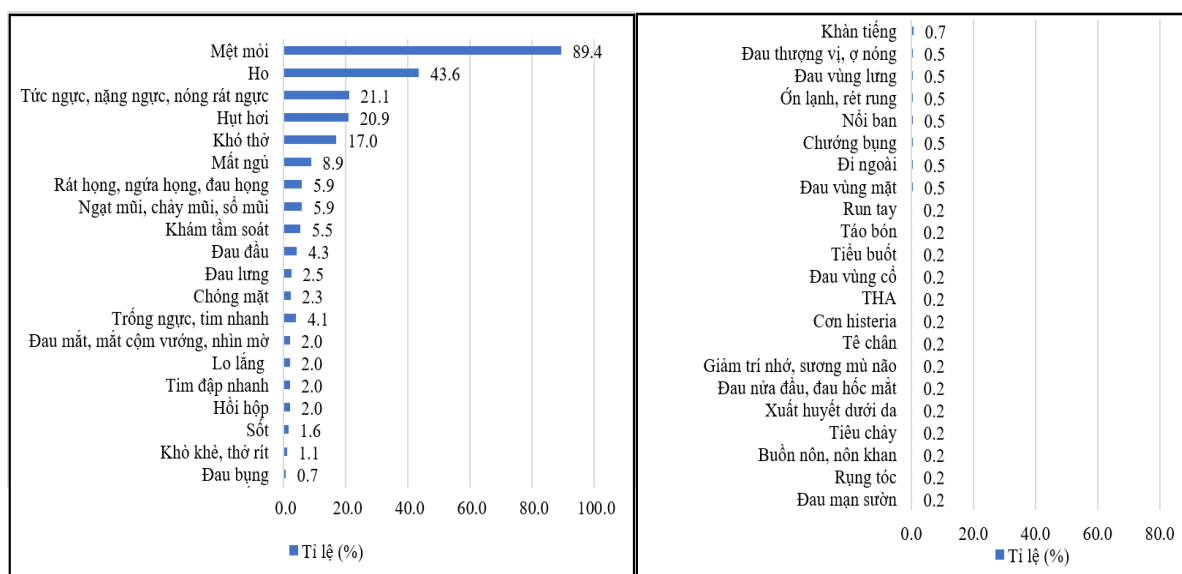
Nhận xét: Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 41,3; trong đó nữ giới chiếm 62,4%. Có 25,8% bệnh nhân đến tái khám đã từng phải điều trị nội trú vì COVID 19.



Hình 3.1 và 3.2. Đặc điểm phân bố tuổi thời gian tái khám và tuổi của nhóm bệnh nhân hậu COVID 19

Nhận xét: Người bệnh đến tái khám nhiều nhất ở thời điểm tuần thứ 2 – 3. Nhóm tuổi hay tới tái khám từ 31 đến 34 và 61 đến 64 tuổi.

3.2 Đặc điểm các triệu chứng cơ năng của người bệnh hậu COVID 19



Hình 3.3. Đặc điểm các triệu chứng khiến người bệnh phải đến khám

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng khiến người bệnh phải đi khám chủ yếu là mệt mỏi, ho, tức nặng ngực, hụt hơi, khó thở và mất ngủ.

3.3 Đặc điểm các chỉ số cận lâm sàng

Bảng 3.2. Đặc điểm các chỉ số cận lâm sàng của người bệnh hậu COVID 19

	Nhóm nhập viện	Nhóm điều trị tại nhà	p
Số lượng bạch cầu	8,2 ± 3,62	7,2 ± 2,77	0,026
Bạch cầu trung tính	5,1 ± 3,25	4,1 ± 1,64	0,021
Bạch cầu lympho	2,2 ± 0,85	2,2 ± 1,23	0,8
Huyết sắc tố	135,4 ± 16,29	137,1 ± 21,61	0,514
MCV	89,0 ± 7,89	87,6 ± 8,24	0,189
Số lượng tiểu cầu	281,7 ± 78,42	253,9 ± 66,21	0,006
Creatinin	75 ± 18,0	72,4 ± 13,62	0,257
Glucose	6,9 ± 3,10	6,2 ± 4,88	0,249
AST	33,8 ± 29,22	29,2 ± 48,04	0,438
ALT	49,9 ± 61,10	31,2 ± 25,74	0,013
CRP	9,7 ± 21,78	4,7 ± 12,49	0,071
Ferritin	582,0 ± 421,01	327,2 ± 418,49	0,000
D-dimer	664,8 ± 915,30	379,6 ± 456,70	0,013
INR	1,00 ± 0,14	1,00 ± 0,75	0,389
APTT (s)	39,7 ± 8,56	41,8 ± 7,57	0,063
APTT Bệnh/chứng	1,27 ± 0,39	1,24 ± 0,36	0,691

Nhận xét: Số lượng bạch cầu, chỉ số d-dimer, ferritin của nhóm bệnh nhân đã từng phải nhập viện cao hơn đáng kể so với nhóm điều trị tại nhà, khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.3. Đặc điểm tổn thương phổi trên phim XQ

Tổn thương	Nhóm nhập viện	Nhóm điều trị tại nhà	p
Tổn thương dày kẽ	49 (62,0%)	112 (19,1%)	0,000
Hình ảnh dày thành phế quản	6(7,6%)	58 (9,9%)	0,512
Tổn thương đông đặc	4 (5,1%)	3 (0,5%)	0,000
Nhu mô phổi bình thường	18 (22,8%)	406 (69,4%)	0,000
Tổng số chụp XQ	79	585	664

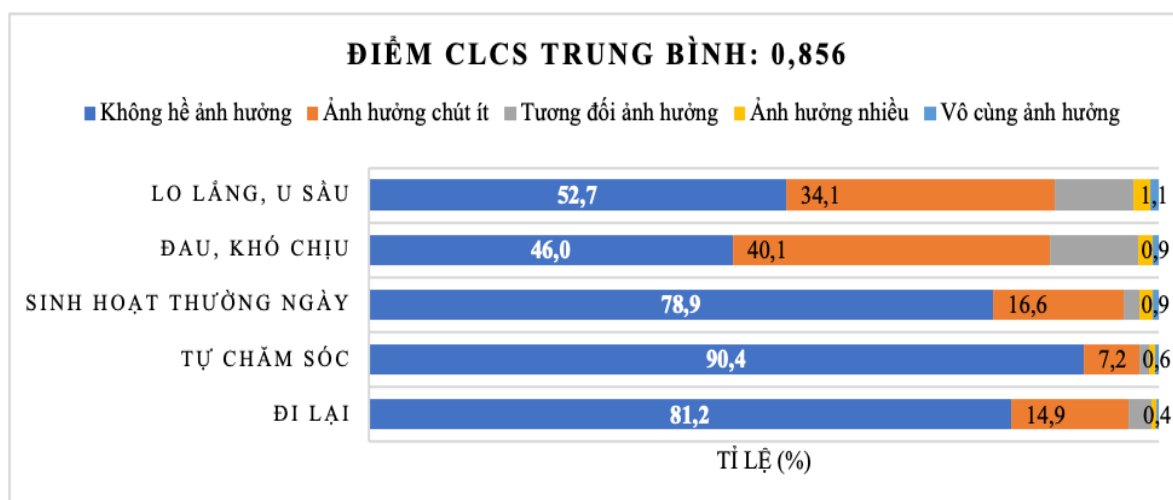
Nhận xét: Nhóm nhập viện có tỉ lệ tổn thương phổi kẽ, tổn thương dạng đông đặc cao hơn đáng kể so với nhóm điều trị tại nhà

Bảng 3.4. Đặc điểm tổn thương trên phim chụp CLVT

Tổn thương	Số lượng	Tỉ lệ
Kính mờ	27	45.0
Dày tổ chức kẽ	26	43.3
Dải xơ	15	25.0
Đám mờ, đông đặc, tổn thương nghi ngờ viêm	14	23.3
Nốt mờ	13	21.7
Giãn phế quản	5	8.3
Giãn thân ĐMP	4	6.7
Dày vách liên tiểu thùy	4	6.7
Hạch trung thất	3	5.0
Giãn phế nang	1	1.7
Kén khí	1	1.7
Tổn thương dạng khảm	1	1.7
Xẹp phổi dạng dải	1	1.7
CT không phát hiện tổn thương	10	16.7
Tổng chụp CLVT	60	

Nhận xét: Tổn thương hay gặp nhất trên phim chụp CLVT đó là tổn thương dạng kính mờ, dày tổ chức kẽ và dải xơ nhu mô phổi.

3.4 Đặc điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh hậu COVID 19



Hình 3.4. Đặc điểm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân hậu COVID 19

Nhận xét: Người bệnh chủ yếu gặp các vấn đề như lo lắng, u sầu và cảm giác đau, khó chịu sau COVID 19. Tỷ lệ ảnh hưởng mức độ nhiều hoặc rất nhiều có hạn chế về mặt đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường ngày không đáng kể.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đã có 698 người bệnh hậu COVID được thu thập vào nghiên cứu, trong đó tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 41,3 tuổi, người bệnh nhỏ tuổi nhất tham gia trong khảo sát là 13 tuổi, và bệnh nhân lớn tuổi nhất là 86 tuổi. Nhóm nghiên cứu đã quyết định loại những bệnh nhi có tuổi dưới 12. Lý giải cho lựa chọn này, nhóm nghiên cứu muốn lựa chọn những bệnh nhân đã có chỉ định tiêm vắc xin phòng COVID 19 và có những đặc điểm về đáp ứng miễn dịch tương đối hoàn chỉnh. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ người bệnh đã từng mắc COVID ở mức độ nhẹ (chỉ phải điều trị tại nhà) là 88,3%, tỷ lệ nhóm người bệnh mức độ từ nặng đến nguy kịch phải nhập viện để điều trị là 11,7%. Tỷ lệ nữ giới đến tái khám tại phòng khám hậu COVID là 62,4% cao hơn đáng kể so với nam giới. Trong nghiên cứu của Hannah và cộng sự [2], tỷ lệ nữ giới tham gia nghiên cứu cũng cao hơn đáng kể (78,9%) so với nam,

nghiên cứu của Kamal và cộng sự [3] được tiến hành tại Ai Cập trên nền tảng dữ liệu sức khỏe và tiến hành khảo sát nhóm bệnh nhân mức độ từ nhẹ đến nặng cũng thu được tỷ lệ nữ giới là 65%, độ tuổi trung bình là 32,3 tuổi. Tuy nhiên đối với các nghiên cứu đánh giá các triệu chứng hậu COVID 19 với nhóm đối tượng mục tiêu là các bệnh nhân đã từng mắc bệnh mức độ nặng phải nhập viện, tỷ lệ nữ giới có xu hướng thấp hơn như nghiên cứu của Carfi [4] với nhóm bệnh nhân nhập viện, tỷ lệ nữ giới là 37%. Chúng tôi cho rằng dường như phụ nữ có xu hướng bị ảnh hưởng nhiều hơn bởi các triệu chứng của COVID kéo dài, đặc biệt là đối với các bệnh nhân bị bệnh mức độ nhẹ.

Dải phân bố tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 2 đỉnh tuổi mà người bệnh hay đến tái khám sau COVID, đó là tuổi từ 31 – 34 và đỉnh thứ hai là nhóm tuổi từ 61 – 64. Có thể thấy các bệnh nhân trẻ tuổi đến khám hậu COVID tương đối nhiều. Đặc biệt, thời gian mà người bệnh COVID 19 thường tái khám là từ tuần 2 đến tuần thứ

3 sau khi kết thúc thời gian cách ly (hình 3.2). Có 70,8% bệnh nhân đã đến tái khám trong vòng 4 tuần đầu ngay sau kết thúc cách ly, chỉ 29,2% còn lại đi khám từ tuần thứ 4 trở đi.

4.2 Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân

Các triệu chứng khó chịu nhất khiến người bệnh phải đến khám là mệt mỏi (89,4%), ho (43,6%); tức ngực, nặng ngực (21,1%); hụt hơi (20,9%), khó thở (17%), mất ngủ (8,9%). Người bệnh ít khi tới khám vì các triệu chứng như cảm giác ớn lạnh, rét run, nổi ban, chướng bụng, đi ngoài, ... Trong phân tích tổng hợp của Sandra Lopez và cộng sự [5], đã có hơn 80% người bệnh COVID bị các triệu chứng của COVID kéo dài trong đó các triệu chứng thường gặp nhất đó là mệt mỏi (58%), đau đầu (44%), giảm chú ý (27%), rụng tóc (25%), mất khứu giác (23%), ho (19%). Sốt chỉ xuất hiện trong 11%. Có thể thấy trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ người bệnh có triệu chứng mệt mỏi đến khám nhiều hơn (89%) so với nghiên cứu của các đồng nghiệp nước ngoài (58%). Triệu chứng ho cũng xuất hiện với tần suất cao hơn (43,6% so với 19%). Tuy nhiên các triệu chứng như rụng tóc, mất ngủ xuất hiện với tần suất thấp hơn (0,2% và 8,9% so với 25% và 21%).

Ho là một trong những triệu chứng khởi đầu của COVID 19 giai đoạn cấp và là một trong những triệu chứng thường gặp nhất ở giai đoạn hậu COVID 19. Theo nhiều tác giả, lý do gây ho không thật sự rõ ràng. Một số giả thiết cho rằng có thể do sự xâm nhập của virus vào các tế bào thần kinh phế vị, hoặc do phản ứng viêm tại các dây thần kinh này, hoặc cả hai [6].

Trong nghiên cứu của Carfi và cộng sự, các triệu chứng phổi phổ biến nhất ở bệnh

nhân sau COVID là khó thở và ho [4]. Một số tác giả khác cũng đã báo cáo khó thở và giảm khả năng gắng sức xuất hiện ở 10% - 40% bệnh nhân COVID-19 2-4 tháng sau khi xuất viện, và khó thở xuất hiện ở 65% bệnh nhân đã từng nằm ICU [7]. Các bệnh cảnh lâm sàng thường gặp là bệnh phổi kẽ sau COVID (viêm phổi tổ chức hóa, xơ phổi), tắc mạch phổi và ho mãn tính, trong khi các tổn thương dạng hang, bệnh lý tại đường thở nhỏ và tăng áp động mạch phổi là những tổn thương hiếm gặp.

Chúng tôi cho rằng có thể trong nghiên cứu của Sandra Lopez, là một nghiên cứu tổng hợp với quần thể nghiên cứu không có sự đồng nhất, từ các chủng tộc khác nhau nên tỉ lệ xuất hiện một số triệu chứng có xu hướng bị “trung bình hóa”. Trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi có số lượng cỡ mẫu nhỏ hơn, các bệnh nhân đến khám có xu hướng thuần nhất hơn và có thể đối tượng người Việt Nam có xu hướng có nhiều triệu chứng toàn thân và hệ hô hấp như mệt mỏi, hụt hơi, ho, đau tức nặng ngực hơn so với những quần thể khác. Trái lại, tỉ lệ xuất hiện triệu chứng như rụng tóc, mất ngủ có xu hướng ít hơn hẳn. Cần có nhiều nghiên cứu hơn để đánh giá tỉ lệ xuất hiện các triệu chứng này.

4.3 Đặc điểm cận lâm sàng và hình ảnh tổn thương phổi

Nhóm nghiên cứu đã tiến hành so sánh 2 nhóm bệnh nhân: nhóm người bệnh có tiền sử phải nhập viện vì COVID 19 (gọi tắt là nhóm nhập viện) và nhóm người bệnh chỉ phải điều trị tại nhà (gọi tắt là nhóm tại nhà). Trung bình số lượng bạch cầu và số lượng bạch cầu đa nhân trung tính của nhóm bệnh nhân nhập viện cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân tại nhà (8,2 và 5,1 so với 7,2 và 4.1). Ferritin và d-dimer của nhóm

nhập viện cũng cao hơn đáng kể so với nhóm điều trị tại nhà, chỉ số ALT của nhóm bệnh nhân nhập viện cũng có xu hướng cao hơn có ý nghĩa hơn so với nhóm tại nhà. Chỉ số APTT trung bình ở hai nhóm đều cao hơn ngưỡng bình thường tuy nhiên không có sự khác biệt ở hai nhóm bệnh nhân. Ngoài ra không có sự khác biệt về các chỉ số huyết học và sinh hóa cơ bản khác như số lượng lympho bào, nồng độ huyết sắc tố, creatinin, glucose máu, chỉ số INR.

Một số nghiên cứu quan sát thấy rằng tình trạng tăng đông máu này có thể tiếp tục trong giai đoạn sau cấp tính, và nồng độ D-dimer, là một dấu hiệu cho thấy sự hình thành và thoái hóa fibrin đang diễn ra, có thể là bằng chứng liên quan đến quá trình này. Ngoài ra d-dimer kéo dài có thể liên quan đến biến cố huyết khối, tắc mạch giai đoạn hậu COVID 19. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng chỉ số APTT kéo dài, đặc biệt là chỉ số d-dimer tăng cao ở nhóm bệnh nhân có tiền sử nhập viện có thể là một chỉ số cận lâm sàng đáng quan tâm, gợi ý đến tăng nguy cơ huyết khối tắc mạch đặc biệt nếu người bệnh có các yếu tố nguy cơ liên quan đến huyết khối như bất động kéo dài, hoặc có rối loạn huyết động. Chúng tôi cho rằng nhóm những bệnh nhân có tiền sử nhập viện do COVID 19 nên được làm xét nghiệm d-dimer và khảo sát các yếu tố liên quan đến đông máu, chảy máu để có thể dự phòng các biến chứng lâu dài về sau.

Có sự khác biệt rõ ràng trên phim chụp XQ ngực thẳng ở hai nhóm nghiên cứu. Đặc biệt nhóm bệnh nhân nhập viện có 62% vẫn còn tổn thương phổi mô kẽ hậu COVID, nhóm tại nhà tỉ lệ có tổn thương phổi kẽ là 19,1%, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tổn thương viêm (hình ảnh đông đặc thùy phổi) của nhóm nhập viện là 5,1%, cao hơn có ý

nghĩa so với nhóm điều trị tại nhà (0,5%). Chỉ 22,8% bệnh nhân của nhóm nhập viện không còn tổn thương phổi sau giai đoạn COVID cấp, thấp hơn hẳn so với 69,4% bệnh nhân có phim hồi hoàn toàn bình thường ở nhóm điều trị tại nhà. Khi đánh giá bằng phim chụp cắt lớp vi tính. Các bệnh nhân được chỉ định chụp cắt lớp vi tính ngực khi có các dấu hiệu nghi ngờ (chụp thường quy phim 32 dãy, bệnh nhân sẽ được cân nhắc tiêm thuốc cản quang khi có chỉ định). Có 60 bệnh nhân được chụp phim cắt lớp vi tính, trong đó 83,7% bệnh nhân phát hiện có tổn thương có ý nghĩa, hình ảnh tổn thương thường gặp nhất là hình ảnh kính mờ (45%), tiếp đến là các tổn thương dày tổ chức kẽ 43,3%. Xuất hiện dải xơ chiếm 25%, nghi ngờ tổn thương viêm chiếm 23,3%. Ít gặp hơn đó là tổn thương giãn phế nang, kén khí hay tổn thương dạng khảm đều chiếm 1,7%. Có 16,7% bệnh nhân chưa phát hiện tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính.

Những tổn thương được phát hiện trên phim XQ phù hợp với các tổng kết về tổn thương phổi hậu COVID 19, tổn thương thường gặp nhất là hình ảnh kính mờ phân bố tại ngoại vi, tổn thương dạng dày thành phế quản, đậm các nhánh phế quản cũng xuất hiện nhiều trên phim chụp XQ thường quy. Tuy nhiên phần lớn người bệnh chỉ có triệu chứng ho, khó thở gắng sức mức độ nhẹ. Có thể do tổn thương biểu mô niêm mạc các phế quản chính và vì vậy tăng tiết dịch cũng như có thể nhìn thấy hình ảnh đậm các nhánh phế huyết quản trên phim chụp XQ.

Hệ hô hấp là hệ thống bị ảnh hưởng nghiêm trọng nhất trong COVID-19. Bệnh phần lớn chỉ có triệu chứng ở mức độ nhẹ, tuy nhiên có thể trầm trọng và trong một số trường hợp và có thể cần chăm sóc đặc biệt. Ngay sau khi biểu mô phế nang bị

nhiễm SARS-CoV-2, có thể có tổn thương vi huyết khối và tổn thương thành phế nang, phù nề niêm mạc, tạo thành màng hyalin, thâm nhiễm bạch cầu. Cùng lúc đó các cytokine tiền viêm được giải phóng và kích hoạt bởi tổn thương tế bào và các thụ thể đặc hiệu được bộc lộ. Một quá trình viêm không kiểm soát có thể bùng phát sau đó. Ngoài các đáp ứng quá mức của hệ thống miễn dịch (còn gọi là bão cytokin), hệ thống kinin-kallikrein, renin-angiotensin và hệ thống đông máu đóng một vai trò quan trọng trong việc làm xấu đi kết cục về mặt lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các tổn thương trên phim chụp CLVT chủ yếu là các tổn thương tại nhu mô với hình ảnh kính mờ, dày tổ chức kẽ, một số có tổn thương phế nang như hình ảnh đông đặc, đám mờ. Chúng tôi chưa phát hiện tổn thương nghi ngờ huyết khối động mạch phổi trên 60 bệnh nhân được chụp phim CLVT.

4.4 Đặc điểm chất lượng cuộc sống

Nhóm nghiên cứu đưa ra các câu hỏi dựa theo thang điểm đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang điểm EQ 5D. Bộ câu hỏi gồm 5 mục đánh giá về các lĩnh vực: khả năng đi lại, khả năng tự chăm sóc, các hoạt động hằng ngày, các triệu chứng như khó chịu, đau đớn hay mức độ ảnh hưởng của lo lắng, buồn phiền đến cuộc sống. Mỗi mục gồm 5 mức độ ảnh hưởng được do tình trạng sau COVID gây ra: không ảnh hưởng, ảnh hưởng ít, ảnh hưởng tương đối, ảnh hưởng nhiều, ảnh hưởng rất nhiều/ không thể thực hiện được.

Có 49,3% người bệnh có biểu hiện lo lắng về tình trạng sức khỏe hậu COVID, trong đó 34,1% người bệnh có ảnh hưởng mức độ ít đến chất lượng cuộc sống; 1,1% bệnh nhân cảm thấy cực kỳ lo lắng hay u sầu. Cảm giác đau đớn và khó chịu cũng là yếu tố gây giảm

chất lượng cuộc sống khi có 40,1% bệnh nhân bị ảnh hưởng ít bởi triệu chứng này; 0,9% bệnh nhân rất đau hoặc cực kỳ khó chịu. Khả năng đi lại, tự chăm sóc hay các sinh hoạt thường ngày của người bệnh hậu COVID 19 cũng bị ảnh hưởng khi có lần lượt 21,1%; 9,6%; 28,2% người bệnh cảm thấy khó khăn ở các mức độ khác nhau đối với các hoạt động trên. Điểm chất lượng cuộc sống trung bình của người bệnh sau COVID 19 là 0,856. Có thể nhận thấy COVID 19 và các triệu chứng kéo dài của nó gây ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, chủ yếu vấn đề mà bệnh nhân gặp phải đó là cảm giác đau, khó chịu cùng với các vấn đề về sức khỏe tâm thần như lo lắng, u sầu. Bệnh nhân cũng có ảnh hưởng mức độ ít đến các sinh hoạt hằng ngày và các hoạt động đi lại, chủ yếu chỉ là ảnh hưởng ở mức độ nhẹ.

Thang điểm EQ-5D-5L là công cụ đo lường mức độ chất lượng cuộc sống phổ biến nhất hiện nay trên thế giới, do nhóm các nhà khoa học Châu Âu xây dựng (<https://euroqol.org/euroqol/>). Tại Việt Nam, công cụ này đã được việt hóa và điều chỉnh điểm số đánh giá để phù hợp với các đặc điểm riêng biệt. Đánh giá chất lượng cuộc sống bằng thang điểm EQ-5D-5L có ưu điểm đó là dễ sử dụng với bộ câu hỏi đơn giản, dễ hiểu và người bệnh có thể nhanh chóng hoàn thành bộ câu hỏi mà không cần sự hướng dẫn chi tiết từ nhân viên y tế. Cần nhiều nghiên cứu với số lượng cỡ mẫu lớn hơn nữa để đánh giá chính xác hơn về vấn đề này trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

698 bệnh nhân phù hợp được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình là 41,3 tuổi, nữ giới: 62,4%. Tuổi người bệnh hay đến tái

khám sau COVID từ 31 – 34 và từ 61 – 64 tuổi. Tỷ lệ từng mắc COVID mức độ nhẹ hoặc trung bình: 74,2%, mức độ từ nặng đến nguy kịch: 25,8%. Thời gian bị bệnh trung bình 10 ngày. Thời gian trung bình tới khám sau khi kết thúc cách ly 22,4 ngày. Các triệu chứng khó chịu nhất khiến người bệnh phải đến khám là mệt mỏi (89,4%), ho (43,6%); tức ngực, nặng ngực (21,1%); hụt hơi (20,9%), khó thở (17%), mất ngủ (8,9%). Có sự khác biệt có ý nghĩa giữa số lượng bạch cầu và số lượng bạch cầu đa nhân trung tính của nhóm bệnh nhân nhập viện và nhóm tại nhà (8,2 và 5,1 so với 7,2 và 4.1). Ferritin và d-dimer của nhóm nhập viện cũng cao hơn đáng kể so với nhóm điều trị tại nhà. Nhóm nhập viện có 62% có tổn thương phổi mô kẽ cao hơn đáng kể so với 19,1% của nhóm tại nhà. Về chất lượng cuộc sống, người bệnh chủ yếu gặp các vấn đề như lo lắng, u sầu (47,5%) và cảm giác đau, khó chịu (54%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. "National Institute for Health and Care Excellence. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19 NICE guideline; c2020".
2. **H. E. Davis**, "Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact," *EClinicalMedicine*, vol. 38, 2021.
3. **Kamal, M., Abo Omirah, M., Hussein, A. & Saeed, H.**, "Assessment and characterisation of post-COVID-19 manifestations," *Int. J.*, 2020.
4. **Carfi A, Bernabei R, Landi F.**, "Post-Acute Care Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19," *JAMA*, no. 324, p. 603–605, 2020.
5. **S. Lopez-Leon**, "More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis," 2021.
6. **Song WJ, Hui CKM, Hull JH, Birring SS, McGarvey L.**, "Associated cough and the post-COVID syndrome: role of viral neurotropism, neuroinflammation, and neuroimmune responses.," *Confronting.* , vol. 9, p. 533–544, 2021.
7. **Davis HE, Assaf GS, McCorkell L, Wei H, Low RJ**, "Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact," *E Clinical Medicine*, 2021.
8. **Goshua G, Pine AB, Meizlish ML, Chang CH, Zhang H.**, "Endotheliopathy in COVID-19-associated coagulopathy: evidence from a single-centre, cross-sectional study," *Lancet Haematology*, vol. 7, pp. 575-82, 2020.