

điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư đại tràng", Tạp chí Y học thực hành. 715(5), tr. 20 - 25.

3. **Huỳnh Thanh Long**, (2017). "Kết quả ung thư học phẫu thuật nội soi điều trị tiết căn ung thư đại tràng", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 21(3), tr. 179 - 182.

4. **Huỳnh Quốc Thắng** (2009), "Điều trị ung thư đại tràng giai đoạn II - III tại Bệnh viện Ung Bướu Cần Thơ", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 13(1), tr. 1 - 12.

5. **Đặng Trần Tiến** (2007), "Nghiên cứu hình thái học của ung thư đại - trực tràng", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. Phụ bản số 3 (11), tr. 86 - 88.

6. **Freddie Bray và các cộng sự**, (2018). "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN

estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries". CA: A cancer journal for clinicians. 68(6), tr. 394 - 424.

7. **R. Labianca và các cộng sự**, (2010). "Colon cancer", Crit Rev Oncol Hematol. 74(2), tr. 106 - 33.

8. **Haridimos Markogiannakis và các cộng sự**, (2007). "Acute mechanical bowel obstruction: clinical presentation, etiology, management and outcome", World journal of gastroenterology. 13(3), tr. 432 - 437.

9. **Mohd Azri Mohd Suan và các cộng sự**, (2015). "Intestinal obstruction: predictor of poor prognosis in colorectal carcinoma?", Epidemiology and health. 37, tr. e2015017 - e2015017.

THỰC TRẠNG QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ THANH HÓA NĂM 2019 - 2020

TRỊNH VĂN LÂM¹, LÊ MINH GIANG²

¹Bệnh viện Đa khoa thành phố Thanh Hóa

²Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Nghiên cứu thuần tập tiến cứu theo dõi 12 tháng bệnh nhân đái tháo đường typ 2 (ĐTĐ2) được chẩn đoán lần đầu trong năm 2019 nhằm mục tiêu mô tả kết quả 12 tháng theo dõi quản lý điều trị ngoại trú bệnh nhân ĐTĐ2 vào điều trị lần đầu năm 2019 tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Thanh Hóa. Nghiên cứu cho thấy, nhóm 60 - 69 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (36,1%). 73,1% bệnh nhân đạt đường huyết theo khuyến cáo theo ADA 2017 sau 6 tháng điều trị và đạt 88,3% sau 12 tháng điều trị. 52,2% bệnh nhân tham gia nghiên cứu có triệu chứng tăng huyết áp và 27,8% ở thời điểm 12 tháng sau điều trị ĐTĐ. 97,5% bệnh nhân có đường huyết đạt mục tiêu điều trị ở nhóm có tập thể dục theo thời gian khuyến cáo cao hơn nhóm không tập thể dục và tập thể dục dưới mức khuyến cáo (35,3% và 78,6%). Tỉ lệ bệnh nhân có đường huyết đạt mục tiêu điều trị ở nhóm bệnh nhân có chế độ ăn tuân thủ theo tư vấn cao (95,8%).

Chịu trách nhiệm: Trịnh Văn Lâm

Email: drlameye@gmail.com

Ngày nhận: 23/3/2021

Ngày phản biện: 16/4/2021

Ngày duyệt bài: 27/4/2021

Từ khóa: Quản lý điều trị, đái tháo đường typ 2, Bệnh viện Đa khoa Thanh Hóa.

SUMMARY

THE STATUS OF TREATMENT MANAGEMENT PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT THANH HOA CITY GENERAL HOSPITAL IN 2019 - 2020

A prospective cohort study results in 12 months investigated patients with the first diagnosed of type 2 diabetes (DTD2) in 2019. The purpose was to describe the results of 12 months research of magaging outpatients with the first diagnosed of type 2 diabetes (DTD2) in 2019 at Thanh Hoa city General Hospital. The study showed that the 60-69-year-old group accounted for the highest percentage (36.1%). 73.1% of patients achieved glucose blood as recommended by ADA 2017 after 6-months of treatment, but this number was 88.3% after 12 months of treatment. 52.2% of patients participating in the study had symptoms of hypertension, but it was only 27.8% at 12 months after diabetes treatment. 97.5% of patients with blood sugar reached the treatment target in the group doing exercise recommended, higher than in the group without exercise and exercise below the recommended level (35.3% and 78.6%,

respectively). The percentage of patients with blood sugar reaching the treatment goal was high in a group of patients having a diet that adhered to the advice (95.8%).

Keywords: Treatment management, type 2 diabetes, Thanh Hoa general hospital.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh rối loạn chuyển hóa không đồng nhất, có đặc điểm tăng glucose huyết do khiếm khuyết về tiết insulin, về tác động của insulin, hoặc cả hai. Tăng glucose mạn tính trong thời gian dài gây nên những rối loạn chuyển hóa carbohydrate, protide, lipide, gây tổn thương ở nhiều cơ quan khác nhau, đặc biệt ở tim và mạch máu, thận, mắt, thần kinh. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Thế giới (IDF), năm 2015 toàn thế giới có 415 triệu người (trong độ tuổi 20 - 79) bị bệnh đái tháo đường, tương đương cứ 11 người có 1 người bị ĐTĐ, đến năm 2040 con số này sẽ là 642 triệu người, tương đương cứ 10 người có 1 người bị ĐTĐ. Bên cạnh đó, cùng với việc tăng sử dụng thực phẩm không thích hợp, ít hoặc không hoạt động thể lực ở trẻ em, bệnh ĐTĐ đang có xu hướng tăng ở cả trẻ em, trở thành vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng. Bệnh ĐTĐ gây nên nhiều biến chứng nguy hiểm, là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tim mạch, mù lòa, suy thận, và cắt cụt chi. Tuy nhiên, trên thực tế, có tới 70% trường hợp ĐTĐ có thể dự phòng hoặc làm chậm xuất hiện bệnh bằng tuân thủ lối sống lành mạnh, dinh dưỡng hợp lý và tăng cường luyện tập thể lực [1].

Tại Việt Nam, theo báo cáo của Hiệp hội Đái tháo đường Thế giới IDF Diabetes Atlas vào năm 2015 đã có 3,5 triệu người mắc bệnh và con số này được dự báo sẽ tăng lên 6,1 triệu vào năm 2040. Theo kết quả điều tra năm 2015 của Bộ Y tế, 68,9% người tăng đường huyết chưa được phát hiện. Chỉ có 28,9% người bệnh ĐTĐ được quản lý tại cơ sở y tế. Đây thực sự là khoảng trống lớn về sự chênh lệch giữa nhu cầu và cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe [2].

Bệnh viện Đa khoa thành phố Thanh Hóa là bệnh viện hạng II tuyến huyện có nhiệm vụ khám chữa bệnh cho 614.500 dân trong thành phố và các địa bàn lân cận. Hằng năm, bệnh viện quản lý và điều trị cho khoảng 3.000 bệnh nhân bị bệnh ĐTĐ. Số lượng người bệnh được phát hiện ĐTĐ và đăng ký điều trị tại bệnh viện có xu hướng gia tăng. Việc quản lý điều trị ĐTĐ tại bệnh viện là nhu cầu cần thiết và đáp ứng chăm sóc sức khỏe ban đầu tại tuyến y tế cơ sở, giảm chi phí đi lại cho người bệnh. Từ năm 2010, Bệnh viện Đa khoa

thành phố Thanh Hóa tổ chức khám phát hiện và quản lý theo dõi, cấp thuốc điều trị bệnh ĐTĐ cho bệnh nhân trong thành phố. Tuy nhiên, từ trước tới nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá thực trạng về công tác quản lý điều trị cho người bệnh ĐTĐ tại bệnh viện. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Thực trạng quản lý điều trị ngoại trú bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Thanh Hóa từ năm 2019 - 2020” nhằm mục tiêu mô tả kết quả 12 tháng theo dõi quản lý điều trị ngoại trú bệnh nhân ĐTĐ vào điều trị lần đầu năm 2019 tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Thanh Hóa.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ lần đầu trong năm 2019 và được quản lý, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Thanh Hóa năm 2019 - 2020.

2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa thành phố Thanh Hóa, tỉnh Thanh Hóa từ 01/2019 - 12/2020.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu thuần tập tiến cứu, theo dõi bệnh nhân 12 tháng.

3.2. Cơ mẫu và chọn mẫu

Cơ mẫu được tính theo công thức so sánh hai tỷ lệ (trước và sau khi điều trị). Sau khi tính toán, cỡ mẫu tối thiểu cần thu thập là 254 bệnh nhân. Trên thực tế, nghiên cứu đã tuyển chọn được 316 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

4. Nội dung nghiên cứu

Thu thập thông tin chung và các chỉ số liên quan đến điều trị chỉ số đường huyết, chỉ số huyết áp, về hoạt động thể lực và về chế độ ăn của bệnh nhân.

5. Một số tiêu chuẩn đánh giá

Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường (theo Hiệp hội Đái tháo đường Mỹ - ADA năm 2017) [1]:

a) Glucose huyết tương lúc đói (fasting plasma glucose: FPG) \geq 126 mg/dL (hay 7 mmol/L). Bệnh nhân phải nhịn ăn (không uống nước ngọt, có thể uống nước lọc, nước đun sôi để nguội) ít nhất 8 giờ (thường phải nhịn đói qua đêm từ 8 - 14 giờ).

b) Hoặc glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g (oral glucose tolerance test: OGTT) \geq 200 mg/dL (hay 11,1 mmol/L).

Nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống

phải được thực hiện theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới: Bệnh nhân nhịn đói từ nửa đêm trước khi làm nghiệm pháp, dùng một lượng glucose tương đương với 75g glucose, hòa tan trong 250 - 300 ml nước, uống trong 5 phút; trong 3 ngày trước đó bệnh nhân ăn khẩu phần có khoảng 150 - 200 gam carbohydrate mỗi ngày.

Tập thể dục: Cần kiểm tra biến chứng tim mạch, mắt, thần kinh, biến dạng chân trước khi luyện tập và đo huyết áp, tần số tim [1]. Không luyện tập gắng sức khi glucose huyết > 250 - 270 mg/dL và ceton dương tính. Loại hình luyện tập thông dụng và dễ áp dụng nhất là đi bộ tổng cộng 150 phút mỗi tuần (hoặc 30 phút mỗi ngày), không nên ngừng luyện tập 2 ngày liên tiếp. Mỗi tuần nên tập kháng lực 2 - 3 lần (kéo dây, nâng tạ). Người già, đau khớp có thể chia tập nhiều lần trong ngày. Ví dụ đi bộ sau 3 bữa ăn, mỗi lần 10 - 15 phút. Người còn trẻ nên tập khoảng khoảng 60 phút mỗi ngày, tập kháng lực ít nhất 3 lần mỗi tuần.

Thay đổi chế độ ăn theo khuyến cáo của thầy thuốc so với trước đây: Tăng cường chất xơ như rau, quả, ngũ cốc nguyên hạt, giảm tinh bột... Hạn chế tối thiểu các chất tạo vị ngọt, giảm các loại bánh nước ngọt, trái cây ngọt như mít, xoài, dứa... Giảm số lượng cơm, thay bằng khoai, đậu....

6. Phương pháp thu thập số liệu

Các điều tra viên được tuyển chọn, sau đó được tập huấn về nghiên cứu cũng như các biến số, chỉ số cần thiết có trong bệnh án nghiên cứu. Lên danh sách các bệnh nhân được chẩn

đoán ĐTĐ lần đầu, đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Danh sách được cập nhật liên tục trên công cụ Google drive. Điều tra viên tiến hành rà soát và dựa trên danh sách bệnh nhân để thu thập số liệu. Số liệu từ hồ sơ bệnh án và từ phần mềm quản lý bệnh viện được điều tra viên điền vào bệnh án nghiên cứu.

7. Xử lý số liệu

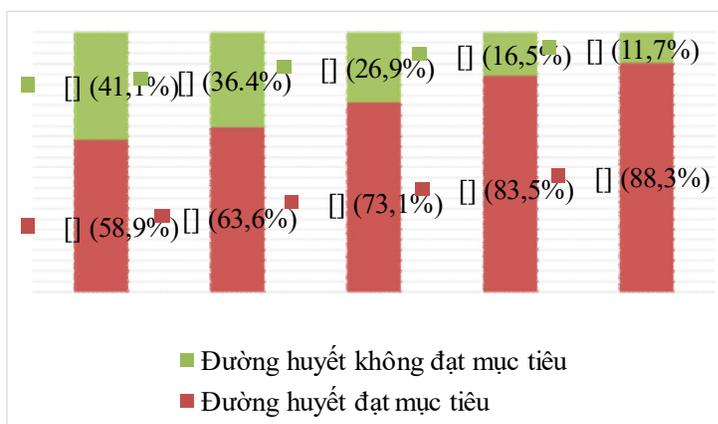
Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm Stata 15.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung và đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân (n = 316)

Thông tin chung		Tần số	Tỷ lệ
Tuổi	< 40 tuổi	5	1,6
	40 - 49 tuổi	45	14,2
	50 - 59 tuổi	75	23,7
	60 - 69 tuổi	114	36,1
	≥ 70 tuổi	77	24,4
Giới	Nam	151	47,8
	Nữ	165	52,2
Nghề nghiệp	Hưu trí	159	50,3
	Nông dân, công nhân	15	4,8
	Cán bộ viên chức	73	23,1
	Khác	69	21,8

Nhận xét: Hầu hết đối tượng nghiên cứu ở độ tuổi trên 50 tuổi. Nhóm 60 - 69 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 36,1%. Trong số 316 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân nam thấp hơn nữ (47,8% so với 52,2%). 50,3% số đối tượng tham gia nghiên cứu hiện tại là hưu trí, 23,1% có nghề nghiệp là nhóm cán bộ viên chức, 21,8% đang làm việc trong các ngành dịch vụ khác, còn lại 4,8% là nông dân/công nhân.



Biểu đồ 1. Chỉ số đường huyết theo thời gian điều trị (n = 316)

Nhận xét: Trong 316 bệnh nhân tham gia nghiên cứu được chẩn đoán lần đầu ĐTĐ2, có 186 (58,9%) đối tượng tham gia có đường huyết đạt mục tiêu tại thời điểm bắt đầu điều trị. Tỷ lệ nhóm đạt đích điều trị đường huyết tăng dần trong quá trình, đến thời điểm sau 12 tháng điều trị, tỷ lệ này là 88,3%.

Bảng 2. Chỉ số huyết áp của đối tượng nghiên cứu theo thời gian điều trị

Phân loại tăng huyết áp	Thời điểm nghiên cứu									
	Bắt đầu điều trị		3 tháng		6 tháng		9 tháng		12 tháng	
	Số lượng (n)	%	Số lượng (n)	%	Số lượng (n)	%	Số lượng (n)	%	Số lượng (n)	%
Bình thường	115	36,4	140	44,3	157	49,7	184	58,2	210	66,5
Tiền THA	36	11,4	34	10,8	28	8,9	25	7,9	18	5,7
THA	165	52,2	142	44,9	131	41,5	107	33,9	88	27,8
THA độ I	84	26,6	70	22,2	65	20,6	48	15,2	33	10,4
n = 165 THA độ II	56	17,7	50	15,8	45	14,2	41	13,0	38	12,0
THA độ III	25	7,9	22	7,0	21	6,6	18	5,7	17	5,4

Nhận xét: Tại thời điểm bắt đầu điều trị, 52,2% bệnh nhân tham gia nghiên cứu có triệu chứng tăng huyết áp, tỷ lệ này giảm dần qua các mốc theo dõi và ở mức 27,8% ở thời điểm 12 tháng sau điều trị ĐTD. Xét riêng trong nhóm bệnh nhân có tăng huyết áp, số lượng bệnh nhân có chẩn đoán tăng huyết áp độ III cũng giảm dần theo 12 tháng điều trị và quản lý ĐTD.

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát đường huyết sau 12 tháng điều trị và tập thể dục (n = 316)

Đường huyết theo dõi sau điều trị	Thời gian tập thể dục						Tổng	
	Không		< 150 phút		≥ 150 phút			
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Đường huyết đạt mục tiêu	12	35,3	33	78,6	234	97,5	279	88,3
Đường huyết cao	22	64,7	9	21,4	6	2,5	37	11,7
Tổng cộng	34	10,8	42	13,3	240	75,9	316	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có đường huyết đạt mục tiêu điều trị ở nhóm có tập thể dục theo thời gian khuyến cáo (97,5%) cao hơn nhóm không tập thể dục và tập thể dục dưới mức khuyến cáo (35,3% và 78,6%).

Bảng 4. Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát đường huyết sau quá trình điều trị và thực hiện chế độ ăn kiêng theo khuyến cáo

Chế độ ăn	Không thực hiện		Tuân thủ		Không tuân thủ		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Mức độ đường huyết								
Đường huyết đạt mục tiêu	12	33,3	230	95,8	37	92,5	279	88,3
Đường huyết cao	24	66,7	10	4,2	3	7,5	37	11,7
Tổng	36	11,4	240	75,9	40	12,7	316	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có ĐH đạt mục tiêu điều trị ở nhóm bệnh nhân có chế độ ăn hoàn toàn như tư vấn cao (95,8%). Bệnh nhân có mức ĐH cao chủ yếu ở nhóm bệnh nhân không thay đổi chế độ ăn theo tư vấn của thầy thuốc (66,7%).

BÀN LUẬN

Kết quả biểu đồ 1 thể hiện chỉ số đường huyết của bệnh nhân theo thời gian điều trị. Ở tất cả các thời điểm đánh giá, không có bệnh nhân nào ở nhóm hạ đường huyết. Nhóm bệnh nhân có đường huyết đạt mục tiêu chiếm tỷ lệ cao và tăng dần theo thời gian điều trị (từ 58,9% đến 88,3%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Sang tại Bệnh viện Đa khoa Tứ Kỳ năm 2013, tỷ lệ bệnh nhân đạt đường huyết mục tiêu cũng tăng dần sau 12 tháng theo dõi [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Hân và cộng sự năm 2010 tại Trung tâm Y tế Dự phòng Thái Bình

nghiên cứu trên 165 bệnh nhân ĐTD2 sau 9 tháng chỉ có 30,3% số bệnh nhân đạt đường huyết mục tiêu [4]. Theo tác giả Vũ Thị Tuyết Mai trong nghiên cứu “Thực trạng công tác quản lý điều trị bệnh ĐTD2 tại Trung tâm Y tế thị xã Chí Linh năm 2011” thì có tới 58,5% người bệnh kiểm soát glucose máu chưa tốt [5]. Từ kết quả này cho thấy, công tác quản lý bệnh nhân ĐTD2 của Bệnh viện Đa khoa thành phố Thanh Hóa đã được cải thiện. Bệnh nhân đã được tư vấn về bệnh, tư vấn các biện pháp kiểm soát để giữ được đường huyết mục tiêu. Điều này cũng thể hiện sự thành công trong công tác chăm sóc và tư vấn bệnh nhân ĐTD2 của nhân viên y tế Bệnh viện Đa khoa thành phố Thanh Hóa.

Theo JNC 8, người lớn bị đái tháo đường và tăng huyết áp đồng thời có thể giảm tỷ lệ tử vong cũng như cải thiện hiệu quả trên tim mạch và mạch máu não khi điều trị với mục tiêu huyết áp tâm thu <150 mmHg, nhưng không có nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng (RCT)

nào ủng hộ mục tiêu <140/90 mmHg. Mặc dù vậy, ủy ban đã chọn một khuyến cáo thận trọng cho bệnh nhân đái tháo đường và tăng huyết áp, lựa chọn mục tiêu <140/90 mmHg cho người lớn có đái tháo đường. Sau 12 tháng, tỉ lệ bệnh nhân có trị số huyết áp ở mức bình thường tăng từ 36,4% lên 66,5%. Tỉ lệ bệnh nhân tăng huyết áp giảm dần qua các mốc 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng và 12 tháng sau khi bắt đầu điều trị (bảng 2). Đặc biệt, tỉ lệ bệnh nhân ở các độ tăng huyết áp cũng có xu hướng giảm qua các thời điểm đánh giá. Đây là tín hiệu đáng mừng đối với bệnh ĐTĐ nói chung cũng như đối với Bệnh viện Đa khoa thành phố Thanh Hóa và bệnh nhân ĐTĐ nói riêng. Nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra rằng nếu THA được can thiệp thì có thể ngăn ngừa hoặc làm chậm sự tiến triển và biến chứng cho cả bệnh mạch máu nhỏ và lớn. Có tác giả còn cho rằng việc kiểm soát huyết áp ở người đái tháo đường thậm chí còn quan trọng hơn cả kiểm soát glucose máu [6], [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ bệnh nhân có đường huyết đạt mục tiêu điều trị ở nhóm có tập thể dục đạt 95,7% cao hơn nhóm không tập thể dục và tập thể dục dưới mức khuyến cáo (35,3% và 78,6%). Tỉ lệ này của chúng tôi khác với tác giả Johnson-Spruill và cộng sự (2009) nghiên cứu 1.276 người bệnh ĐTĐ2 thấy rằng 55,6% người bệnh có tập luyện, nhưng chỉ 27,7% tự kiểm soát glucose máu [8]. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về địa lý, tuổi tác. Tỉ lệ này của chúng tôi cao hơn tác giả Vũ Thị Tuyết Mai khi nghiên cứu thực trạng đái tháo đường typ 2 tại TTYT thị xã Chí Linh năm 2011: 71,6% tập luyện thể lực thường xuyên [5]. Giải thích sự khác biệt này có thể vì bệnh nhân của chúng tôi được khám và theo dõi từng tháng nên chúng tôi có thời gian tư vấn nhiều hơn.

Đái tháo đường typ 2 là tình trạng xảy ra khi tuyến tụy không sản xuất đủ insulin hoặc insulin không phát huy được tác dụng (đề kháng insulin), dẫn đến tình trạng lượng đường trong máu tăng cao, kèm theo các rối loạn chuyển hóa đường, chất đạm, chất béo. Đặc biệt, đối với người thừa cân, béo phì, các mô mỡ sẽ xuất hiện nhiều hơn khiến cho các tế bào trở nên đề kháng insulin hơn. Để kiểm soát đường huyết và giảm trọng lượng cơ thể bạn cần cân bằng tốt chất đạm, giảm thiểu chế độ ăn nhiều chất béo, đường và tinh bột. Một khẩu phần ăn cân bằng luôn bao gồm 3 thành phần: tinh bột (glucide), đạm (protein) và chất béo (lipid). Tinh bột sau khi ăn sẽ được chuyển hoá thành đường (glucose), là nguồn cung cấp năng lượng

chủ yếu của tế bào. Chất đạm cung cấp các acid amin cần thiết để hình thành tế bào, trong khi chất béo lại rất cần thiết cho các quá trình chuyển hoá trong cơ thể. Như vậy, mỗi thành phần có một vai trò nhất định, kết hợp với nhau để duy trì cơ thể hoạt động và phát triển bình thường. Ở người ĐTĐ2, không chỉ tỉ lệ các thành phần dinh dưỡng giữ cân bằng, mà số lượng thực phẩm cũng cần hạn chế để giữ cho đường huyết ổn định. Bữa ăn quá nhiều tinh bột làm cho đường huyết tăng lên nhanh chóng sau ăn. Mặt khác, ăn nhiều chất béo có thể làm tăng cholesterol máu, dẫn đến tăng nguy cơ biến chứng đái tháo đường trên tim mạch, gan, thận... Bởi vậy, hạn chế thực phẩm nhiều tinh bột và chất béo đóng vai trò quan trọng trong việc ngăn ngừa, điều trị ĐTĐ2. Bảng 4 thể hiện tỉ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát đường huyết sau 12 tháng với việc thực hiện chế độ ăn theo tư vấn. Kết quả cho thấy, dù bệnh nhân ở nhóm tuân thủ/không tuân thủ hay không thực hiện chế độ ăn theo tư vấn đều không có trường hợp nào bị hạ đường huyết. Sau 12 tháng điều trị nhóm bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn theo tư vấn có tỉ lệ đường huyết đạt mục tiêu cao nhất (95,8%), nhóm bệnh nhân không thực hiện chế độ ăn theo tư vấn có tỉ lệ đường huyết cao ở mức cao nhất là 66,7%. Một lần nữa cho thấy, chế độ ăn hợp lý và đúng cách có ảnh hưởng lớn tới việc kiểm soát lượng đường trong máu.

KẾT LUẬN

- Nhóm 60 - 69 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (36,1%).
- 73,1% bệnh nhân đạt đường huyết theo khuyến cáo theo ADA 2017 sau 6 tháng điều trị và đạt 88,3% sau 12 tháng điều trị.
- 52,2% bệnh nhân tham gia nghiên cứu có triệu chứng tăng huyết áp và ở mức 27,8% ở thời điểm 12 tháng sau điều trị ĐTĐ.
- 97,5% bệnh nhân có đường huyết đạt mục tiêu điều trị ở nhóm có tập thể dục theo thời gian khuyến cáo cao hơn nhóm không tập thể dục và tập thể dục dưới mức khuyến cáo (35,3% và 78,6%).
- Tỉ lệ bệnh nhân có đường huyết đạt mục tiêu điều trị ở nhóm bệnh nhân có chế độ ăn tuân thủ theo tư vấn cao (95,8%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế - QĐ 3319. "Tài liệu hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường typ 2".
2. Bộ Y tế, <http://daithaoduong.kcb.vn/tinh-hinh-dai-thao-duong/>.
3. **Phạm Văn Sang** (2003). "Thực trạng quản lý và điều trị bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại

Bệnh viện Đa khoa Tứ Kỳ, Hải Dương năm 2003", Luận văn Chuyên khoa 2, Trường Đại học Y Hải Phòng.

4. **Nguyễn Thị Ngọc Hân và các cộng sự** (2012). "Đánh giá hiệu quả kiểm soát đa yếu tố ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị tại Trung tâm Y tế Dự phòng Thái Bình", Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm. 6(1), 65 - 70.

5. **Vũ Thị Tuyết Mai** (2011). "Thực trạng công tác quản lý điều trị bệnh đái tháo đường typ 2 tại Trung tâm Y tế thị xã Chí Linh năm 2011", Luận văn Thạc sĩ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội.

6. **Nguyễn Khoa Diệu Vân** (2012). "Tài liệu tập huấn nội tiết đái tháo đường tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương", 1, 17, 18.

7. **Chew BH and et al** (2012). "Determinants of uncontrolled hypertension in adult type 2 diabetes mellitus: An analysis of the Malaysian diabetes registry 2009", *Cardiovasc Diabetol.* 18, 11 - 54.

8. **Johnson - Spruill I. and et al** (2009). "Health of Gullah families in South Carolina with type 2 diabetes: Diabetes self - management analysis from project project SuGar", *Diabetes Education.* 35(1), 117 - 123.

UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ - LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

NGUYỄN VIỆT HÀ¹, NGUYỄN TUYẾT MAI²

¹Bệnh viện 74 Trung ương (Vĩnh Phúc)

²Bệnh viện K Trung ương

TÓM TẮT

Mở đầu: Ung thư phổi có tiên lượng xấu. Hơn một nửa số người mắc ung thư phổi giai đoạn cuối tử vong trong vòng một năm sau khi được chẩn đoán. Tỷ lệ sống sót sau 5 năm là 17,8%. Ung thư phổi không tế bào nhỏ chiếm 85%, gấp 5,7 lần so với ung thư phổi tế bào nhỏ, mặc dù cả hai đều có mức phân bố ngẫu nhiên trên các đối tượng được phát hiện và đều được xem là hai loại chính của ung thư phổi. Nhóm triệu chứng lâm sàng điển hình bao gồm các triệu chứng phát triển tại chỗ của khối u, các hội chứng cận ung thư, triệu chứng di căn và một số biểu hiện toàn thân.

Đối tượng và phương pháp: 94 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn IASLC 2009 (IIIB, IV) và giải phẫu bệnh chấp thuận tham gia nghiên cứu được khám lâm sàng, cận lâm sàng theo một mẫu bệnh án thống nhất. Bệnh nhân được thu thập các thông tin về nhân khẩu học, triệu chứng bệnh và đặc điểm khối u theo phương pháp mô tả cắt ngang. Nghiên cứu diễn ra trong thời gian từ tháng 1/2014 đến tháng 5/2018. Số liệu sau thu thập xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

Kết quả: Tuổi trung bình là 55 tuổi, nam giới chiếm 80,9%; triệu chứng thường gặp là ho (kéo

dài/ra máu/đau ngực/khó thở/sốt/khan) 40/94 (chiếm 42,6%); đau ngực (26/94, chiếm 27,7%); hạch cổ (5/94, chiếm 5,3%) với thời gian xuất hiện triệu chứng sớm nhất đến khi chẩn đoán là 1 tuần và lâu nhất là 3 tháng. Phân loại TNM như sau: T4 (33%); T2 (28,7%); T3 (21,3%) và T1 (17%); N3 (44,6%); N2 (30,9%); N0 (16%); N1 (8,5%). Khối u thường xuất hiện ở thùy trên phổi (29,8% bên trái và 25,5% bên phải) với kích thước trung bình là 41,45 ± 23,18 (mm) kèm hạch trung thất đối bên và thượng đòn chiếm tỷ lệ lớn với 40,5%; sau đó là hạch rốn phổi (34%).

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ.

SUMMARY

NON-SMALL CELL LUNG CANCER – CLINICAL AND DIAGNOSTIC IMAGING

Background: Lung cancer has a poor prognosis. More than half of people diagnosed with lung cancer die within one year after had been diagnosed. The 5-year survival rate is 17.8%. Non-small cell lung cancer accounts for 85%, 5.7 times more than small cell lung cancer, although both have a random distribution across subjects and are considered two main types of lung cancer. The typical group of clinical symptoms includes symptoms of local development of the tumor, paraneoplastic syndromes, metastatic symptoms, and some systemic manifestations.

Objects and methods: Ninety-four non-small cell lung cancer patients who were diagnosed based on the criteria IASLC 2009 (IIIB, IV) and anapath. The patients participating in the study

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Việt Hà

Email: vietha74@gmail.com

Ngày nhận: 16/3/2021

Ngày phản biện: 15/4/2021

Ngày duyệt bài: 26/4/2021