

46,7 lần những BN có Glasgow từ 3-7 điểm. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như nhận xét của Miah MT và cộng sự khi đánh giá BN đột quý có điểm Glasgow từ 3-8 điểm có tỷ lệ tử vong 12,07%, Glasgow từ 13-15 điểm không có BN tử vong.

- Về mức độ liệt: những BN liệt độ (0, 1, 2) có nguy cơ nặng lên/ tử vong lúc ra khỏi đơn vị đột quý cao hơn 16,13 lần những BN liệt độ (3, 4, 5). Còn sau 6 tháng thì những BN liệt độ (3, 4, 5) có nguy cơ tử vong thấp hơn 0,43 lần những BN liệt độ (0, 1, 2).

- Những BN phải thở oxy hỗ trợ, thở máy, đặt ống thông dạ dày, đặt ống thông tiêu có nguy cơ nặng lên/ tử vong cao hơn những BN không thở oxy, không thở máy, không đặt ống thông dạ dày và ống thông tiêu. Những BN sốt, tăng bạch cầu, viêm phổi cũng có nguy cơ nặng lên/ tử vong cao hơn những BN không có biểu hiện trên ($p < 0,05$).

- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa tần suất xuất hiện các yếu tố nguy cơ trong ba ngày đầu nằm viện với tình trạng lúc ra khỏi đơn vị đột quý và sau 6 tháng ra viện nếu BN tăng lên một yếu tố dự báo thì nguy cơ nặng lên/ tử vong lúc ra khỏi đơn vị đột quý cũng tăng lên.

V. KẾT LUẬN

- Các yếu tố dự báo trước đột quý làm tăng nặng bệnh và tử vong gồm: phải hỗ trợ sinh hoạt hàng ngày, có bệnh lý mạch vành, bệnh van tim, rung nhĩ, cơn TIA, lạm dụng rượu; phân tích hồi quy đa biến logistics chỉ có yếu tố phải hỗ trợ sinh hoạt hàng ngày là yếu tố tiên lượng độc lập làm tăng nặng bệnh hoặc tử vong khi ra viện.

- Các yếu tố dự báo trong ba ngày đầu nhập viện làm tăng nặng bệnh và tử vong gồm: điểm NIHSS > 15 điểm, Glasgow < 13 điểm, độ liệt (0

- 2), thở oxy hỗ trợ, thở máy, đặt ống thông dạ dày, thông tiểu, sốt-bạch cầu tăng, biến chứng viêm phổi; phân tích hồi quy đa biến logistics chỉ có yếu tố thở máy và viêm phổi là yếu tố tiên lượng độc lập với tình trạng nặng lên và tử vong khi ra viện.

- Tình trạng sau ra viện 6 tháng: nhóm bệnh nhân trên 75 tuổi có tình trạng ổn định, tình trạng tái phát và tử vong thấp hơn nhóm từ 75 tuổi trở xuống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thế Anh (2017), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhồi máu não ở người cao tuổi có bệnh đái tháo đường, Luận án tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu Y-Dược Lâm sàng 108
2. Lê Thị Hòa Bình (2010), Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thiểu máu não cục bộ ở người cao tuổi tại Bệnh viện Thống Nhất, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y-Dược TP. Hồ Chí Minh
3. Lê Quang Cường (2008), Một số yếu tố nguy cơ của đột quỵ não, Đột quỵ não, cấp cứu, điều trị dự phòng, NXB Y học
4. Nguyễn Huy Ngọc (2012), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân nhồi máu não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
5. Nguyễn Bá Thắng, Vũ Anh Nhị (2006), Tiên đoán hồi phục chức năng trong nhồi máu động mạch não giữa: khảo sát tiền cứu 149 trường hợp, kỹ yếu công trình khoa học Hội Thủ kinh học Việt Nam, NXB TP. Hồ Chí Minh 2007, tr. 71-83
6. Forti P, Maioli F, Procaccianti G, et al (2013), Independent predictors of ischemic stroke in the elderly: prospective data from a stroke unit, Neurology, 80 (1), 29-38
7. Paola Forti, Fabiola Maioli, Giorgia Arnone, Maura Coveri, Gian Luca Pirazzoli, Marco Zoli, Gaetano Procaccianti, Homocysteine and early outcome of acute ischemic stroke in elderly patients, First published: 5 April 2016.

THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT NỒNG ĐỘ GLUCOSE, CHỈ SỐ HbA1c MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Thanh Xuân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thực trạng kiểm soát nồng độ glucose máu, chỉ số HbA1c máu ở bệnh nhân đái tháo đường

*Học viên Quân y

Chủ trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Xuân

Email: bsxuanhatay@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2017

Ngày duyệt bài: 28.12.2017

týp 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 143 bệnh nhân đái tháo đường týp 2, xét nghiệm glucose máu, tý lệ HbA1c máu so sánh với khuyến cáo về kiểm soát nồng độ glucose máu, tý lệ HbA1c máu. Nghiên cứu mô tả, cắt ngang. **Kết quả:** Bệnh nhân đái tháo đường týp 2 chủ yếu là bệnh nhân nhóm tuổi cao (72,0%); bệnh nhân là nữ có tý lệ tuổi cao chiếm tới 84,9%; có thời gian phát hiện bệnh trên 10 năm chiếm 58,7%. Bệnh nhân đái tháo đường týp 2: bệnh nhân kiểm soát glucose máu kém (chiếm 39,9%) và trung bình (chiếm 42,7%) cao hơn tý lệ bệnh nhân kiểm soát tốt (17,4%); tý lệ bệnh nhân kiểm soát tý

HbA1c máu kém (43,4%) và trung bình (49,9%) cao hơn tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát tốt (7,7%). **Kết luận:** Kiểm soát nồng độ glucose máu, tỷ lệ HbA1c máu ở đa số bệnh nhân đái tháo đường тип 2 chưa được tốt.

Từ khóa: Đái tháo đường тип 2, nồng độ glucose máu, tỷ lệ HbA1c máu.

SUMMARY

STATUS CONTROL CONCENTRATION OF BLOOD GLUCOSE, INDEX OF BLOOD HBA1C IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Objective: Status control concentration of blood glucose, index of blood HbA1c in patients with type 2 diabetes mellitus. **Subjects and methods:** 143 patients with type 2 diabetes mellitus, to tested concentration of glucose and index of HbA1c in blood compare with recommendation on contro about concentration of blood glucose, index of blood HbA1c. Descriptive study, cross sectional. **Results:** patients with type 2 diabetes mellitus: the mostly are patients with elderly (72,0%); in female have the mostly rate of elderly (84,9%). Patients have detection disease with time of over ten are 58,7%. Patients control blood of glucose are bad (39,9%) and medium (42,7%) more than good (17,4%); Patients control blood of HbA1c index are bad (43,4%) and medium (49,9%) more than good (7,7%). **Conclusions:** Cotrol blood of glucose concentration and HbA1c index in a lot of patients with type 2 diabetes mellitus are not good.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, blood of glucose concentration, blood of HbA1c index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là một rối loạn chuyển hóa mạn tính có đặc điểm chính là glucose huyết trong máu tăng cao. Glucose tăng cao trong máu lâu ngày sẽ làm tổn thương nhiều tổ chức, cơ quan trong cơ thể. Một trong những tổn thương quan trọng nhất xảy ra ở hệ thống mạch máu, do đó biến chứng chính của bệnh ĐTĐ bao gồm biến chứng mạch máu lớn và biến chứng mạch máu nhỏ. Khi đã biến chứng thì hậu quả đối ảnh hưởng đến bệnh nhân rất nghiêm trọng như chất lượng cuộc sống, tinh thần và cả vật chất cho việc điều trị biến chứng.

Bệnh đái tháo đường đang được xem là vấn đề cấp thiết của thời đại toàn thế giới, cũng như ở Việt Nam. Trong đó, đái tháo đường тип 2 chiếm tỷ lệ trên 90% trong tổng số bệnh đái tháo đường, bệnh diễn biến âm thầm và đa số phát hiện khi bệnh nhân đã có biến chứng. Mục tiêu trong điều trị đái tháo đường nhằm mục đích hạn chế các biến chứng, trong đó kiểm soát bệnh nhân đái tháo đường theo khuyến cáo mới nhất của Tổ chức y tế thế giới là kiểm soát tốt nồng độ glucose máu và chỉ số HbA1c máu. Việc kiểm tra đánh giá và thường xuyên kiểm soát tốt nồng độ glucose máu, HbA1c máu ở bệnh nhân

rối loạn đường máu, đái tháo đường тип 2 góp phần làm giảm biến chứng cho người bệnh và cộng đồng. Chính vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu:

1) Đặc điểm chung của bệnh nhân đái tháo đường тип 2;

2) Thực trạng kiểm soát nồng độ glucose máu, chỉ số HbA1c máu ở bệnh nhân đái tháo đường тип 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 143 bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường тип 2 được điều trị tại khoa Khớp- Nội tiết, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 3 năm 2017 đến tháng 7 năm 2017.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân đã được chẩn đoán đái tháo đường тип 2; bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đái tháo đường тип 1; bệnh nhân có các bệnh lý kết hợp Basedow, hội chứng Cushing, to đầu chí... và các rối loạn nội tiết khác; bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** cắt ngang, mô tả.

- **Nội dung nghiên cứu:** Bệnh nhân đến khám được làm xét nghiệm sinh hóa, huyết học, các xét nghiệm khác và chẩn đoán đái tháo đường тип 2 được đưa vào nhóm nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu khai thác bệnh sử: thời gian phát hiện đái tháo đường, thời gian phát hiện tăng huyết áp, các triệu chứng khác.

+ **Khám lâm sàng:** Đo chiều cao, cân nặng, vòng eo; khám toàn thân: tình trạng phù, da, niêm mạc; khám tim mạch: đo huyết áp, bắt mạch, nghe tim, điện tim, siêu âm tim. Khám mắt: do bác sĩ chuyên khoa mắt thực hiện. Soi đáy mắt: phát hiện tổn thương võng mạc ở BN đái tháo đường. Khám chuyên khoa khác theo chỉ định, dựa vào kết quả lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu.

+ **Cận lâm sàng:** Các xét nghiệm sinh hóa thực hiện tại khoa Sinh hóa Bệnh viện 103. Sử dụng máy sinh hóa BX-4000 của Nhật Bản-2012.

1) Glucose máu: Định lượng glucose máu tĩnh mạch lúc đói (8-12 giờ sau nhịn ăn) bằng phương pháp enzyme so màu (Hexokinase).

2) HbA1c máu: Định lượng HbA1c. Tỷ lệ phần % của glycosylated được định lượng trên máy D10 bằng phương pháp sắc ký lỏng cao áp (HPLC)

- Chi tiêu dùng trong nghiên cứu:

+ **Thời gian phát hiện:** tính theo năm, từ khi BN được chẩn đoán ĐTĐ тип 2 đến thời điểm phát hiện tổn thương tại mắt, căn cứ theo hồ bệnh, hồ sơ khám bệnh, và khám lâm sàng.

+ **Chi số đường máu:** chia thành 3 nhóm (Mục tiêu kiểm soát ở bệnh nhân đái tháo đường châu Á-Thái Bình Dương 2005 và Hội Nội tiết – ĐTD Việt Nam 2009): Kiểm soát tốt: < 7mmol/l; kiểm soát chấp nhận được: 7-10mmol/l; kiểm soát kém: > 10mmol/l.

+ **Chi số HbA1c:** chia thành 3 nhóm (Mục tiêu kiểm soát ở bệnh nhân đái tháo đường châu

Á-Thái Bình Dương 2005 và Hội Nội tiết – ĐTD Việt Nam 2009): Kiểm soát tốt: < 6,5%; kiểm soát chấp nhận được: 6,5%-7,5%; kiểm soát kém: > 7,5%.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi (n=143)

Nhóm tuổi (năm)	Số bệnh nhân (n=143, 100%)	Nam (n = 90, 100%)	Nữ (n = 53, 100%)
Tuổi < 50	20 (14,0)	18 (20,0)	3 (5,7)
Tuổi từ: 50 - 60	20 (14,0)	15 (16,7)	5 (9,4)
Tuổi >60	103 (72,0)	57 (63,3)	45 (84,9)
Tuổi trung bình	64,7 ± 11,8		

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 64,7 ± 11,8 tuổi, cao nhất là 86 tuổi, thấp nhất là 33 tuổi. Nhóm tuổi lớn hơn 60 tuổi (103) chiếm 72,0% nhiều hơn nhóm tuổi nhỏ hơn 50 tuổi (14,0%); nhóm tuổi từ 50 đến 60 tuổi (14,0%) chỉ chiếm 24,56%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Nhóm tuổi dưới 50 tuổi và nhóm tuổi từ 50 đến 60 tuổi có tỷ lệ nam giới cao hơn so với nữ giới; nhóm tuổi cao từ 60 tuổi trở lên có tỷ lệ nữ giới (84,9%) cao hơn so với nam giới (63,3%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Kết quả này tương tự nghiên cứu của các tác giả khác, đều cho thấy các tổn thương tại mắt do ĐTD không phụ thuộc vào giới tính nam hay nữ. Theo Amber, nghiên cứu 4640 bệnh nhân đái tháo đường тип 2, kết quả cho thấy đa số bệnh

nhanh là cao tuổi (> 65 tuổi) chiếm tới hơn 80%; nhóm bệnh nhân đái tháo đường có tuổi trẻ (< 65 tuổi) có tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới (14% vs 12%, $p = 0,52$), nhóm bệnh nhân lớn tuổi (> 65 tuổi) có tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới (25% vs 17% $p < 0,001$) [2]. Điều này được giải thích bệnh nhân nam và nữ khác nhau về cấu trúc, sinh lý và hormon, ở nhóm tuổi trẻ do nam giới có hormon testosterone và chế độ ăn, uống thường phức tạp hơn do vậy tỷ lệ đái tháo đường tăng hơn. Khi tuổi cao, thời kỳ mãn kinh thi nữ giới giảm nồng độ hormone estrogen sẽ làm cho khả năng rối loạn chuyển hóa tăng hơn, chế độ ăn và sinh hoạt tĩnh hơn do đó tỷ lệ đái tháo đường cũng tăng lên và thường tăng hơn hẳn nam giới, do nam giới nồng độ testosterone giảm xuống.

Bảng 3.2. Phân bố chi số sinh hóa máu (n=143)

Chi số	Giá trị, tỷ lệ	Kiểm soát tốt
Glucose máu (mmol/l)	15,22±6,93	< 7
HbA1c (%)	9,67±3,03	< 6,5

Trong nghiên cứu bệnh nhân đái tháo đường тип 2 có giá trị trung bình nồng độ glucose máu, tỷ lệ HbA1c máu cao hơn so với giá trị khuyến cáo kiểm soát tốt ($p<0,05$). Kết quả của chúng tôi tương tự so với nghiên cứu của tác giả Tạ Văn Bình (2006) 11,8 ± 2,5mmol/l [1], Spijkerman và cs là 9,0 ± 1,35mmol/l [6]. Như vậy cho thấy bệnh nhân đái tháo đường mới phát hiện hay điều trị không đều, có thể thuốc điều trị đái tháo đường chưa đạt hiệu quả nên bệnh nhân có nồng độ glucose máu, chi số HbA1c cao hơn chỉ số kiểm soát tốt.

3.1.2. Thời gian phát hiện bệnh

Bảng 3.3. Tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường theo thời gian phát hiện bệnh (n=143)

Thời gian phát hiện bệnh (năm)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dưới 5 năm	23	16,1%
Từ 5 đến 10 năm	36	25,2%
Trên 10 năm	84	58,7%

Kết quả bảng 3.3 cho thấy số bệnh nhân đái tháo đường có thời gian phát hiện < 5 năm (16,1%), bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh từ 5 đến 10 năm là 25,2%, bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh trên 10 năm chiếm đa số

58,7%. Kết quả này có tỷ lệ khác biệt với nghiên cứu của Tạ Văn Bình (2006): bệnh nhân đái tháo đường có thời gian phát hiện bệnh từ 5 – 10 năm gấp nhiều nhất chiếm 38,60%, từ 1-5 chiếm tỷ lệ 31,58%, và trên 10 năm gấp 28,82% [1].

Một số nghiên cứu khác thì cho thấy tỷ lệ phát hiện bệnh đái tháo đường trên 10 năm chiếm đa số Arshad Hussain (2017) [3], Shaun Wen Huey Lee [5]. Điều này được giải thích với các nghiên cứu khoảng 10 đến 15 năm trở về trước thì nhận thức về bệnh tật của người Việt Nam còn hạn chế, đa số người bệnh phát hiện bệnh do các biểu hiện lâm sàng của đái tháo đường. Đến nay, sự hiểu biết của người dân đã được nâng cao, tỷ lệ người dân đi khám kiểm tra sức khỏe tốt hơn, phát hiện đái tháo đường thường ở giai đoạn sớm là tiền đái tháo đường hoặc rối loạn đường huyết và được điều trị và hướng dẫn chế độ ăn ngay từ đầu do đó tỷ lệ các biến chứng

Bảng 3.4. Thực trạng kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường тип 2 (n=143)

Kiểm soát đường máu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt: glucose máu < 7mmol/l	25	17,4%
Trung bình: glucose máu 7-10 mmol/l	61	42,7%
Kém: glucose máu > 10 mmol/l	57	39,9%

Kết quả bảng 3.4, nhóm bệnh nhân đái tháo đường тип 2 kiểm soát glucose máu tốt (<7 mmol/l) chiếm 17,4%, nhóm bệnh nhân kiểm soát glucose máu ở mức trung bình (7-10mmol/l) chiếm 42,7%, nhóm bệnh nhân kiểm soát glucose máu kém (>10mmol/l) chiếm 40%. Tổng số bệnh nhân đái tháo đường тип 2 kiểm soát glucose máu kém và trung bình (82,6%) nhiều hơn kiểm soát glucose máu tốt (17%), $p<0,05$.

Bảng 3.5. Thực trạng kiểm soát tỷ lệ HbA1c máu ở bệnh nhân đái tháo đường тип 2 (n=143)

Kiểm soát tỷ lệ HbA1c máu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt: HbA1c máu < 6,5%	11	7,7%
Trung bình: HbA1c máu 6,5%-7,5%	70	49,9%
Kém: HbA1c máu > 7,5%	62	43,4%

Kết quả nghiên cứu, có bệnh nhân kiểm soát tỷ lệ HbA1c máu tốt (<6,5%) chiếm 7,7%. Bệnh nhân kiểm soát tỷ lệ HbA1c máu ở mức trung bình (6,5-7,5%) chiếm 49,9%, bệnh nhân kiểm soát tỷ lệ HbA1c máu kém (>7,5%) chiếm 43,4%. Số bệnh nhân kiểm soát tỷ lệ HbA1c máu kém và trung bình (93,3%) cao hơn số bệnh nhân kiểm soát HbA1c máu tốt (7,7%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Giá trị HbA1c trung bình là $9,67 \pm 3,03\%$, kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả trong nghiên cứu của T.V.Bình (2006) $8,1 \pm 3,5\%$ [1], bệnh nhân có mức độ kiểm soát tỷ lệ HbA1c máu cũng cho thấy mức độ kiểm soát kém và trung bình chiếm ưu thế hơn so với mức độ kiểm soát tốt. Các nghiên cứu khác đều cho kết quả tương tự: Arshad Hussain (2017), kết quả nghiên cứu bệnh nhân đái tháo đường có tăng chỉ số HbA1c có tỷ lệ rối loạn lipid máu cao và có liên quan đến biến chứng mạch máu do đái tháo đường [3]. Lee

nguy hiểm giảm và thường xuyên điều chỉnh và kiểm tra. Tuy nhiên, vẫn còn một lượng không nhỏ người dân khi có tăng glucose máu thì do điều kiện công việc, thói quen lối sống nên chưa tuân thủ chế độ dùng thuốc, chế độ sinh hoạt và chế độ ăn theo hướng dẫn của nhân viên y tế. Do đó số bệnh nhân đến điều trị bệnh đái tháo đường tại bệnh viện vì dùng thuốc không kiểm soát được, hoặc không tuân thủ chế độ ăn, chỉ định điều trị, kháng thuốc.

3.2. Thực trạng kiểm soát nồng độ glucose máu, tỷ lệ HbA1c máu ở bệnh nhân đái tháo đường тип 2

Kết quả nghiên cứu tương tự nghiên cứu của Tạ Văn Bình (2006) có 29% là có tình hình kiểm soát đường huyết tốt, 45,2% kiểm soát đường huyết ở mức trung bình, 25,8% kiểm soát đường huyết kém [1]. Theo nghiên cứu về đái tháo đường ở Việt Nam năm 2002 – 2003, khoảng 80% bệnh nhân đái tháo đường ở nước ta không có được tình trạng kiểm soát đường huyết tốt.

SWH cho thấy trong điều trị đái tháo đường, theo dõi chỉ số HbA1c có giá trị trong việc làm ổn định đường máu, giảm các yếu tố nguy cơ bệnh đái tháo đường [4]. Chỉ số HbA1c là chỉ số được tổ chức y tế thế giới đánh giá là ổn định và có giá trị để đánh giá mức độ kiểm soát glucose máu, vì HbA1c là kháng nguyên trên bề mặt hồng cầu do đó nó tồn tại cùng với đời sống hồng cầu trong khoảng thời gian là 3 tháng (120 ngày). Trong chẩn đoán cũng như điều trị và dự phòng thì chỉ số HbA1c là chỉ số được đưa vào và là tiêu chuẩn quan trọng.

Điều trị bệnh đái tháo đường тип 2 là sự kết hợp của nhiều phương pháp dùng thuốc, không dùng thuốc trong đó chế độ ăn, sinh hoạt của bệnh nhân là yếu tố quan trọng tác động đến kết quả điều trị. Do đó các bệnh nhân đái tháo đường тип 2 thường không tuân thủ một cách nghiêm ngặt nguyên tắc điều trị và hướng dẫn của bác sĩ, mặt khác việc lương giá chế độ ăn tai

Việt Nam vẫn còn chung chung, chưa đưa ra được con số cụ thể về tiêu hao năng lượng và khẩu phần ăn; các thuốc điều trị còn chưa phong phú và phổ cập cho các bác sĩ, việc theo dõi các biến chứng và hiệu quả điều trị chưa được thường xuyên. Những yếu tố trên gör phần số bệnh nhân脱离 đường vẫn phải nhập viện trong tình trạng đường máu tăng. Khuyến cáo của chúng tôi trong quá trình điều trị, các bác sĩ phải nâng cao hơn nữa việc hướng dẫn bệnh nhân tuân thủ các biện pháp điều trị không dùng thuốc, tuân thủ kê đơn thuốc điều trị và chế độ theo dõi, đánh giá định kỳ để giảm thiểu khả năng kháng thuốc, bồi đắp tri, nâng cao ý thức tự giác bệnh của mỗi bệnh nhân.

IV. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân脱离 đường typ 2 chủ yếu nhóm tuổi cao (trên 60 tuổi) chiếm 72,0%; tỷ lệ bệnh nhân là nữ có tuổi cao chiếm tới 84,9%; có thời gian phát hiện bệnh trên 10 năm chiếm 58,7%.

- Bệnh nhân脱离 đường typ 2: tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát glucose máu kém (chiếm 39,9%) và trung bình (chiếm 42,7%) cao hơn tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát tốt (17,4%); tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát typ 1 HbA1c máu kém (43,4%) và trung bình (49,9%) cao hơn tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát tốt (7,7%).

Kết luận: Kiểm soát nồng độ glucose máu, tỷ lệ HbA1c máu ở bệnh nhân脱离 đường typ 2 chưa được tốt.

ĐÁNH GIÁ YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG SỐNG CÒN CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN ĐIỀU TRỊ ĐỐT SÓNG CAO TẦN

TÓM TẮT

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là bệnh lý ác tính thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Đốt sống cao tần (ĐSCT) là phương pháp điều trị tại chỗ phá hủy khối u bằng nhiệt tuy nhiên hiện chưa có nhiều nghiên cứu ở nước ta phân tích các yếu tố tiên lượng sống còn của bệnh nhân được điều trị đốt sống cao tần. Nghiên cứu được tiến hành nhằm xác định thời gian sống thêm và mô tả một số yếu tố tiên lượng sống còn của bệnh nhân UTBMTBG điều trị bằng ĐSCT. Đây là nghiên cứu can thiệp, theo dõi đọc trên

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình**, (2006), *Nghiên cứu theo dõi biến chứng脱离 đường ở bệnh nhân đến khám lần đầu tại Bệnh viện Nội tiết*, Nxb y học, Hà Nội, tr. 90-120.
2. **Amber M Otten, Jan Paul Ottewanger**, (2013), "Age-dependent differences in diabetes and acute hyperglycemia between men and women with ST-elevation myocardial infarction: a cohort study", *Diabetology & Metabolic Syndrome* 2013, 5:34, <https://doi.org/10.1186/1758-5996-5-34>.
3. **Arshad Hussain, Iftikhar Ali, Muhammad Ijaz**, (2017), "Correlation between hemoglobin A1c and serum lipid profile in Afghani patients with type 2 diabetes: hemoglobin A1c prognosticates dyslipidemia", *Journal list Ther Adv Endocrinol Metab*. 2017 Apr; 8 (4): 51-57.
4. **Lee SWH1,2, Chan CKY3**, (2017), "Comparative effectiveness of telemedicine strategies on type 2 diabetes management: A systematic review and network meta-analysis", *Sci Rep*. 2017 Oct 4;7(1):12680. doi: 10.1038/s41598-017-12987-z.
5. **Shaun Wen Huey Lee, Carina Ka Yee Chan**, (2017), "Comparative effectiveness of telemedicine strategies on type 2 diabetes management: A systematic review and network meta-analysis", *Published online 2017 Oct 4*. doi: 10.1038/s41598-017-12987-z. PMCID: PMC5627243
- b. **Spijkerman A.M.W, Nijpels G, Dekker J.M, Adriaanse M.C, Kostense P.J, Ruwaard D, Stehouwer C.D.A, Bouter L.M, Heine R.J** (2003), "Microvascular Complication at Time of Diagnosis of Type 2 Diabetes Are Similar Among Diabetic Patients Detected by Targeted Screening and Patient Newly Diagnosis in General Practice", *Diabetes Care*, 26(9), pp. 2604-2608.

Đào Việt Hằng^{1,2}, Đào Văn Long^{1,2}

130 bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn Barcelona (BCLC) 0 và A được điều trị đốt sống cao tần từ tháng 10/2011 đến tháng 6/2016 tại khoa Tiêu hóa Bệnh viện Bach Mai với thời gian theo dõi trung bình $30,0 \pm 11,1$ tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 48,5 tháng (CI 95%: 44,7 – 52,4 tháng). Có 31 bệnh nhân tử vong trong quá trình theo dõi (23,8%) với thời gian sống thêm trung bình của nhóm bệnh nhân tử vong là 33,6 tháng (CI 95%: 31,7-35,6 tháng). Tỷ lệ bệnh nhân chết ước tính trung bình là 8,3 người/100 người theo dõi/năm. Không có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong giữa các nhóm khác nhau về số khối, kích thước khối, loại kim, mức độ xơ gan. Phân tích hồi quy Cox ghi nhận tiền sử điều trị phối hợp và đáp ứng điều trị sau 1 tháng có liên quan đến tiên lượng tử vong với $p < 0,05$ và $r = 0,37$. ĐSCT là phương pháp điều trị triệt căn giúp kéo dài thời gian sống thêm của bệnh nhân và các yếu tố đáp ứng điều trị sớm, tiền sử điều trị trước có liên quan đến tiên lượng tử vong.

¹Bộ môn Nội tổng hợp - Đại học Y Hà Nội

²Khoa Tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai

Chủ trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: hangdao.fsh@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài: