

TẠP CHÍ

SỨC

KHỎE

TRUNG ƯƠNG HỘI NGƯỜI GIÁO DỤC BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VIỆT NAM

SỐ 14 - 2023

ISSN: 2525-2542



NỘI TIẾT

KHỎE MẠNH HẠNH PHÚC



ĐÁI THÁO ĐƯỜNG:

NGUYÊN NHÂN, DẤU HIỆU, ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG NGỪA

TẠP CHÍ SỨC KHOẺ NỘI TIẾT

Địa chỉ: Số 52-Lô A1, khu đô thị mới Đại Kim, Quận Hoàng Mai, Hà Nội

Tel: 0243.6413.692 - 098.360.9369

Email: tcsknt@gmail.com; <https://suckhoenoitiet.vn/>

CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG BIÊN TẬP:
PGS.TS.BS Tạ Văn Bình

PHÓ CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG BIÊN TẬP:
PGS.TS.BS Trần Đình Toán
TS.BS Đỗ Đình Tùng

CÁC ỦY VIÊN

PGS.TS Nguyễn Thị Bích Đào
PGS.TS.BS Nguyễn Minh Núi
PGS.TS.BS Vũ Chí Dũng
PGS.TS.BS Cấn Văn Mão
PGS.TS.BS Trần Quốc Toàn
TS.BS. Nguyễn Thanh Xuân
TS.BS Bùi Phương Thảo
TS.BS Nguyễn Đức Long
TS.BS Nguyễn Văn Công
TS.BS Phạm Thúy Hương
TS.BS Phạm Tuấn Phương
TS.BS Nguyễn Thị Hương Lan
TS.BS Nguyễn Hoàng Hòa
TS.BS Lương Đức Dũng
Ths.Bs Diệp Thị Thanh Bình
Ths. Nguyễn Phương Linh
Ths.Bs Nguyễn Thị Hồng Loan
BSCCKII Đoàn Thị Kim Oanh

TỔNG BIÊN TẬP:
PGS.TS.BS. Tạ Văn Bình

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP:
TS.BS Đỗ Đình Tùng

BAN THƯ KÝ:
Trần Mạnh Hùng
Trần Quang Nam
Nguyễn Thị Ngọc Tú
Nguyễn Thu Trang
Nguyễn Thị Linh
Hồ Thiên Lý
Lê Thị Mỹ
Trần Nguyễn Nhật

MỸ THUẬT:
Việt Dũng

TÒA SOẠN VÀ TRỊ SỰ:
Số 52-Lô A1, Khu Đô thị mới Đại Kim,
Quận Hoàng Mai, Hà Nội
Tel: 0243 6413 692 / 098 360 9369
Email: tcsknt@gmail.com

Tạp chí ra 3 tháng 1 kỳ

Giấy phép hoạt động báo chí số 375/GP-BTTTT
cấp ngày 11/7/2016; Giấy phép sửa đổi, bổ
sung số 315/GP-BTTTT, ngày 31/08/2023 do Bộ
trưởng Bộ Thông tin và Truyền thông ban hành
In xong và nộp lưu chiểu tháng 8/2023

GIÁ BÁN: 58.000 ĐỒNG

JOURNAL OF ENDOCRINOLOGY AND HEALTH SCIENCE
EDITOR IN CHIEF
Assoc. Prof. Dr. Ta Van Binh

EDITORIAL BOARD:

Chairman: Assoc. Prof. Dr. Ta Van Binh
Vice Chairman:
Assoc. Prof. Dr. Tran Dinh Toan
Dr. Do Dinh Tung

MEMBERS:

Assoc. Prof. Nguyen Thi Bich Dao, MD., PhD.
Assoc. Prof. Dr. Nguyen Minh Nui, MD., PhD.
Assoc. Prof. Dr. Vu Chi Dung, MD., PhD.
Assoc. Prof. Dr. Can Van Mao, MD., PhD.
Assoc. Prof. Dr. Tran Quoc Toan, MD., PhD.
Dr. Nguyen Thanh Xuan, MD., PhD.
Dr. Bui Phuong Thao, MD., PhD.
Dr. Nguyen Duc Long, MD., PhD.
Dr. Nguyen Van Cong, MD., PhD.
Dr. Pham Thuy Huong, MD., PhD.
Dr. Pham Tuan Phuong, MD., PhD.
Dr. Nguyen Thi Huong Lan, MD., PhD.
Dr. Nguyen Hoang Hoa, MD., PhD.
Dr. Luong Duc Dung, MD., PhD.
Dr. Diep Thi Thanh Binh, MD., MSc.
MSc. Phuong Linh, Nguyen
Dr. Nguyen Thi Hong Loan, MD., MSc.
Dr. Doan Thi Kim Oanh, MD., MSc.

EXECUTIVE EDITOR-IN-CHIEF:
Assoc. Prof. Dr. Ta Van Binh

SECRETARIAT:
Tran Manh Hung
Tran Quang Nam
Nguyen Thi Ngoc Tu
Nguyen Thu Trang
Nguyen Thi Linh
Ho Thien Ly
Le Thi My
Tran Nguyen Nhat

EDITORIAL OFFICE
N52-Lot A1, Dai Kim Urban area,
Hoang Mai Dist., Hanoi, Vietnam
Tel: (84) 243 6413 692 / (84) 98 360 9369
Email: tcsknt@gmail.com

TRONG SỐ NÀY

**ĐÁI THÁO ĐƯỜNG: NGUYÊN NHÂN,
DẤU HIỆU, ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG NGỪA**



4

BÀN CHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG



13

**GIÁO DỤC SỨC KHỎE CHĂM SÓC BÀN
CHÂN Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG**



15

**PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ
U TUYẾN GIÁP**



19

**U VÚ LÀNH TÍNH NHỮNG ĐIỀU
CẦN BIẾT: NGUYÊN NHÂN, DẤU
HIỆU VÀ CHẨN ĐOÁN**

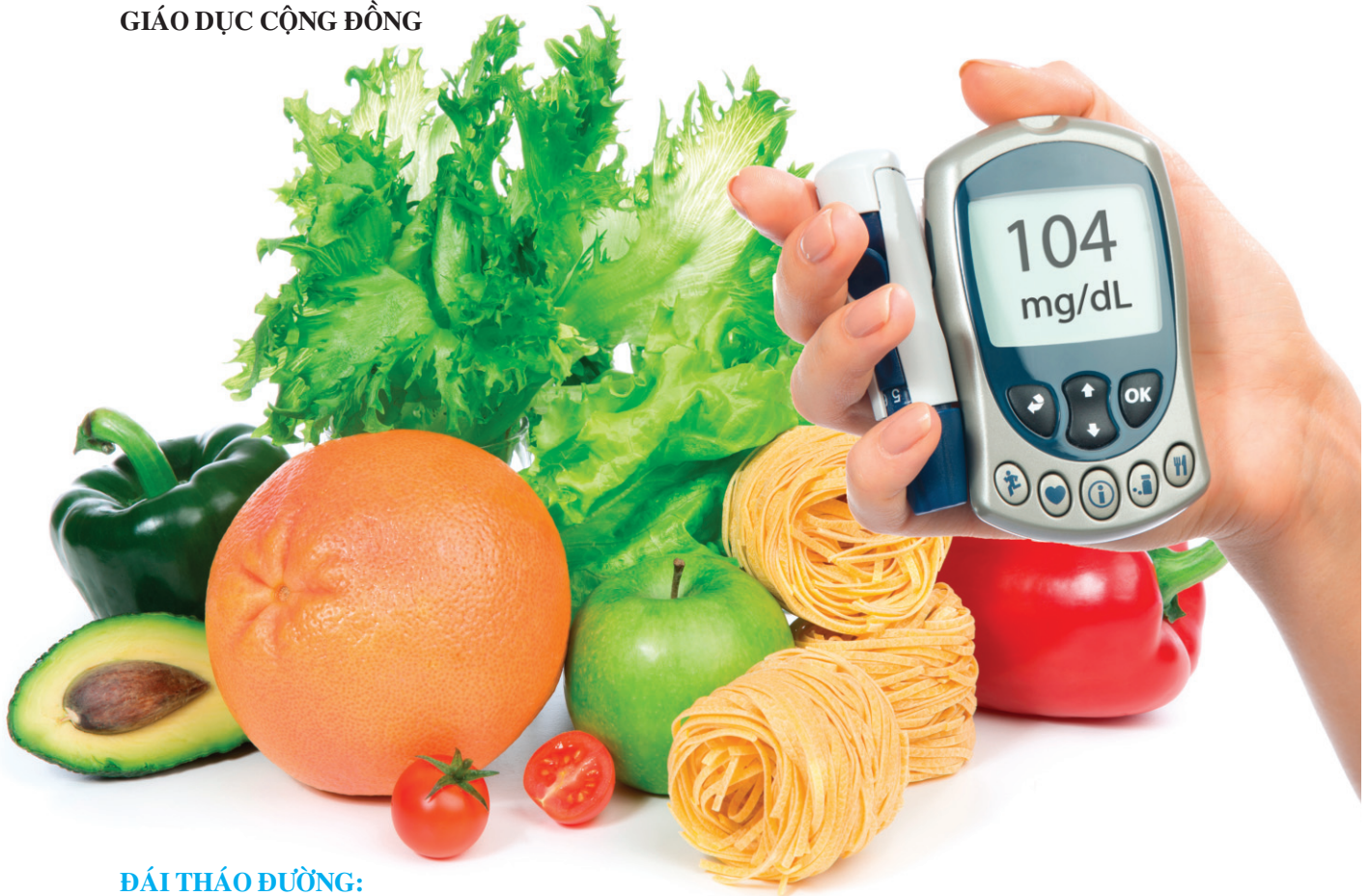


22

**UNG THƯ TUYẾN GIÁP PHƯƠNG
PHÁP ĐIỀU TRỊ PHỔ BIẾN, HIỆU QUẢ
HIỆN NAY**



25



ĐÁI THÁO ĐƯỜNG:

NGUYÊN NHÂN, DẤU HIỆU, ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG NGỪA

Hiệp hội Đái tháo đường Thế giới (IDF) đưa ra những con số thống kê đáng chú ý về thực trạng bệnh tiểu đường trên toàn thế giới như sau:

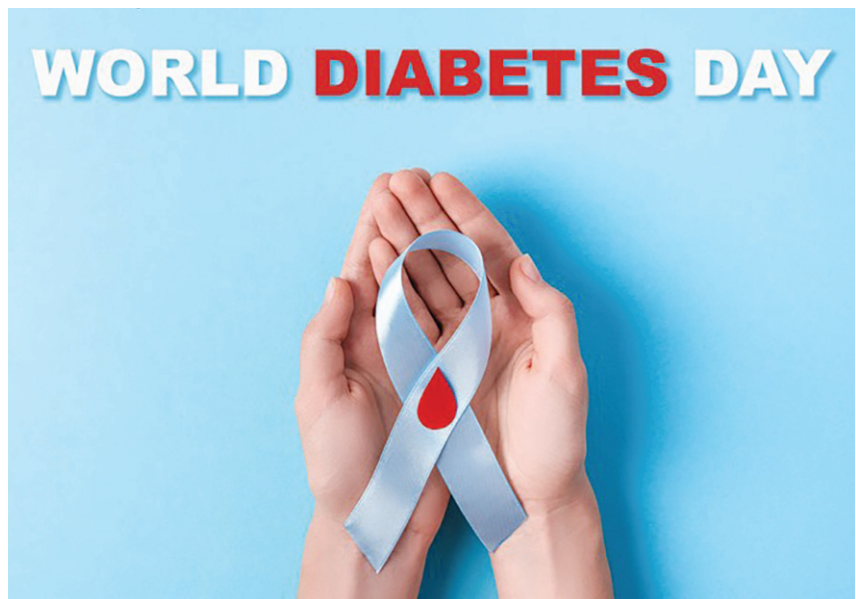
Mỗi năm thế giới có khoảng 132.600 trẻ em được chẩn đoán mắc bệnh tiểu đường tít 1, chỉ tính riêng số trẻ em bị bệnh tiểu đường tít 1 trong độ tuổi 0 – 19 tuổi là hơn 1 triệu.

Hơn 21 triệu phụ nữ đang mang thai bị tăng đường huyết và dung nạp đường kém, chiếm tỷ lệ 1/6 tổng số phụ nữ mang thai.

Khoảng 2/3 số bệnh nhân tiểu đường là người cao tuổi, tuy nhiên, số bệnh nhân tiểu đường trẻ tuổi cũng không ngừng gia tăng.

Cứ 6 giây trôi qua sẽ có 1 người tử vong vì các biến chứng nguy hiểm của tiểu đường.

Năm 2017, số bệnh nhân tử vong



do tiểu đường là 4 triệu người. Chi phí điều trị bệnh tiểu đường toàn thế giới là 727 tỷ đô la, trở thành gánh nặng của toàn thế giới.

Theo thống kê của Hiệp hội Đái tháo đường Thế giới (IDF), năm 2019 toàn thế giới có 463 triệu người (trong độ tuổi 20-79) mắc bệnh tiểu đường,

dự kiến sẽ ở mức 578 triệu người vào năm 2030 và 700 triệu người vào năm 2045, hay nói cách khác 1 người trong 10 người lớn sẽ có bệnh tiểu đường. Tuy nhiên, gần một nửa số người đang sống với bệnh tiểu đường (độ tuổi 20-79) không được chẩn đoán (46,5%), nghĩa là cứ 2 người mắc bệnh sẽ có 1 người không biết mình bị bệnh. Ước tính hơn 4 triệu người trong độ tuổi từ 20-79 đã tử vong vì các nguyên nhân liên quan đến bệnh tiểu đường trong năm 2019. Việc điều trị bệnh ở giai đoạn muộn sẽ có nguy cơ gặp nhiều biến chứng nguy hiểm, ảnh hưởng nặng nề đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Riêng tại Việt Nam, tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh tiểu đường đang gia tăng một cách nhanh chóng, số bệnh nhân tăng gấp đôi trong vòng 10 năm. Năm 2017, số bệnh nhân đái tháo đường là 3,54 triệu người (khoảng 5.5% dân số), số bệnh nhân tiền tiểu đường (có rối loạn dung nạp glucose) là 4,79 triệu người (khoảng 7,4% dân số), nghĩa là cứ 7,5 người sẽ có 1 người mắc bệnh tiểu đường hoặc tiền tiểu đường. Dự đoán đến năm 2045, con số này sẽ tăng lên chiếm 7,7% tổng dân số.

1. Bệnh đái tháo đường (tiểu đường) là gì?

Đái tháo đường là suy giảm bài tiết insulin và nồng độ kháng insulin ngoại vi thay đổi dẫn đến tăng đường huyết. Triệu chứng sớm liên quan tới tăng glucose máu và bao gồm uống nhiều, khát nhiều, tiểu nhiều và nhìn mờ. Biến chứng muộn gồm bệnh mạch máu, bệnh thần kinh ngoại vi, bệnh thận và dễ nhiễm khuẩn. Chẩn đoán bằng định lượng glucose huyết tương. Điều trị gồm chế độ ăn, tập luyện, và thuốc để giảm glucose máu, bao gồm insulin, thuốc uống hạ đường huyết và thuốc tiêm không phải insulin. Biến chứng có thể trì hoãn hoặc phòng tránh với kiểm soát đường huyết đầy đủ; bệnh lý tim mạch là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở bệnh nhân đái tháo đường.

Các loại chính của bệnh đái tháo đường (đái tháo đường)

- Đái tháo đường Típ 1
- Đái tháo đường Típ 2
- Đái tháo đường thai kỳ



Tiểu đường là hiện tượng lượng đường trong máu luôn ở mức cao hơn so với bình thường



Bệnh tiểu đường típ 1 có thể gặp ở trẻ em và người trẻ tuổi

Trong đó có 2 thể típ 1 và típ 2 của đái tháo đường chính có thể phân biệt bởi phối hợp nhiều đặc điểm đặc trưng. Đặc điểm được mô tả gồm tuổi khởi phát bệnh (trẻ hoặc người lớn) hoặc phương pháp điều trị (insulin hoặc không phụ thuộc insulin) không còn được sử dụng vì sự chồng lấp các nhóm tuổi và điều trị giữa các thể bệnh.

Suy giảm điều hòa glucose (Rối loạn dung nạp glucose, hoặc rối loạn glucose lúc đói) là trung gian, giai đoạn chuyển tiếp, tình trạng giữa chuyển hóa glucose bình thường và đái

tháo đường, và trở nên phổ biến hơn với sự già hóa. Đây là yếu tố nguy cơ đáng kể cho đái tháo đường và có thể xuất hiện trong nhiều năm trước khi khởi phát đái tháo đường. Liên quan tới tăng nguy cơ của bệnh tim mạch, nhưng biến chứng vi mạch đái tháo đường điển hình không thường xuyên (albumin niệu và hoặc bệnh võng mạc từ 6-10%).

Tiểu đường típ 1

Tiểu đường típ 1 là thể bệnh do tế bào beta của tuyến tụy bị phá hủy gây giảm tiết insulin hoặc không tiết ra insulin, khiến lượng insulin lưu hành

GIÁO DỤC CỘNG ĐỒNG

trong máu rất ít, không thể điều hòa lượng đường trong máu, gây nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.

Phần lớn tiểu đường týp 1 xảy ra ở trẻ em và những người trẻ tuổi (thường gặp nhất là dưới 20 tuổi), chiếm khoảng 5 – 10% tổng số trường hợp mắc bệnh tiểu đường. Ở thể này, các triệu chứng bệnh xảy ra đột ngột, tiến triển nhanh nên có thể dễ dàng phát hiện bệnh.

Tiểu đường týp 2

Khác với thể tiểu đường týp 1, tiểu đường týp 2 trước kia được gọi là bệnh tiểu đường của người lớn tuổi hay tiểu đường không phụ thuộc vào insulin. Ở thể bệnh này, insulin do tuyến tụy tiết ra mặc dù đạt số lượng như người bình thường nhưng lại giảm, hoặc không có vai trò điều hòa lượng đường trong máu do giảm chức năng của tế bào beta tuyến tụy tiến triển trên nền tảng đề kháng insulin.

Đây là thể bệnh phổ biến nhất, gặp nhiều nhất ở người trên 40 tuổi và có xu hướng dần trẻ hóa. Số bệnh nhân ở thể này chiếm đến 90 – 95% tổng số các trường hợp mắc bệnh. Bệnh không có những triệu chứng rõ ràng nên bệnh nhân khó phát hiện.

Đái tháo đường thai kỳ

Ngoài hai thể chính trên, bệnh tiểu đường còn một thể bệnh chỉ xảy ra ở phụ nữ mang thai, gọi là tiểu đường thai kỳ. Ở phụ nữ mang thai, nhau thai sẽ tạo ra các hormon nữ như estrogen, progesterone sẽ tác động vào các thụ thể insulin ở trên tế bào đích, làm tăng đề kháng insulin. Tuy nhiên, khi tuyến tụy không thể sản xuất đủ lượng insulin cần thiết để vượt qua sức đề kháng này sẽ dẫn đến tích tụ đường trong máu, dẫn đến tiểu đường trong suốt thai kỳ.

Mặc dù thể tiểu đường thai kỳ sẽ hết ngay khi sản phụ sinh con, nhưng sản phụ cần được can thiệp điều trị hiệu quả trong suốt quãng thời gian mang thai để tránh các tác động xấu ảnh hưởng đến cả mẹ và bé.

Tiền tiểu đường là một dạng rối loạn chuyển hóa đường khi đói hoặc rối loạn dung nạp đường khiến chỉ số đường huyết tăng cao nhưng chưa vượt ngưỡng để chẩn đoán là bệnh tiểu đường.

Tiền tiểu đường là giai đoạn trung



Tiểu đường thai kỳ cần được can thiệp điều trị hiệu quả để tránh ảnh hưởng mẹ và thai nhi

gian giữa người bình thường và tiểu đường týp 2. Khoảng 5-10% người tiền tiểu đường sẽ trở thành tiểu đường hàng năm và tổng cộng 70% người tiền tiểu đường sẽ thành tiểu đường thực sự và có nguy cơ dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm nếu người bệnh không được điều trị đúng cách, cũng như không điều chỉnh lối sống và chế độ dinh dưỡng ở mức hợp lý.

Nguyên nhân: gồm nhiều yếu tố tác động như các gen nguy cơ, kháng insulin, tăng nhu cầu tiết insulin, ngộ độc glucose, ngộ độc lipid, rối loạn tiết/giảm hoạt động incretin, tích lũy amylin, giảm khối lượng tế bào beta tuyến tụy..., kết cục là làm giảm chức năng tế bào beta tiến triển. Mức độ giảm tiết insulin và đề kháng insulin xuất hiện từ rất sớm, trước khi được chẩn đoán tiểu đường khoảng 13 năm, và tăng dần theo thời gian. Do đó, việc phát hiện sớm và can thiệp điều trị tích cực người mắc tiền tiểu đường sẽ giúp giảm tỷ lệ mắc tiểu đường týp 2 và dự phòng các biến chứng tim mạch và biến chứng khác do tăng glucose máu (cả tăng lúc đói và sau ăn).

2. Dấu hiệu của bệnh tiểu đường

Các dấu hiệu nhận biết của bệnh tiểu đường thay đổi ít nhiều theo týp bệnh tiểu đường, đôi khi rất nhẹ, thậm chí không có triệu chứng rõ ràng khiến người bệnh khó phát hiện bản thân mắc bệnh, mãi đến khi bệnh có những biến chứng mới bắt đầu thăm khám và

được điều trị.

Triệu chứng của tiểu đường týp 1

Các triệu chứng của thể tiểu đường týp 1 thường diễn tiến nhanh, có thể xuất hiện vài ngày hoặc vài tuần với các biểu hiện điển hình gồm:

Cảm thấy đói và mệt: Thông thường, cơ thể sẽ chuyển đổi thực phẩm ăn vào thành glucose để các tế bào lấy năng lượng. Các tế bào sẽ cần đến insulin để có thể hấp thụ glucose, tuy nhiên, khi cơ thể không tạo ra đủ lượng insulin cần thiết, hoặc các tế bào của cơ thể kháng lại insulin được tạo ra sẽ khiến glucose không thể hấp thụ và lấy năng lượng. Chính điều này khiến bệnh nhân sẽ cảm thấy đói và mệt mỗi hơn so với bình thường.

Thường xuyên khát nước, đi tiểu nhiều: Người bình thường sẽ mất khoảng 4 – 7 lần đi tiểu trong vòng 24 giờ, nhưng ở bệnh nhân tiểu đường týp 1 sẽ đi tiểu nhiều lần hơn. Lý do xuất phát từ việc ở cơ chế bình thường, cơ thể sẽ tái hấp thu glucose khi đi qua thận, còn ở bệnh nhân tiểu đường, lượng glucose trong máu bị đẩy lên cao khiến thận không thể hấp thu tất cả trở lại. Kết quả là glucose sẽ được thải qua đường tiểu kéo theo thải nước, khiến cơ thể tạo nhiều nước tiểu, bệnh nhân đi tiểu thường xuyên hơn. Khi đi tiểu nhiều gây ra tình trạng mất nước, bệnh nhân sẽ rất khát do đó sẽ cần uống nước, nhưng chính vì vậy lại càng đi tiểu nhiều hơn.

Khô miệng, ngứa da: Bệnh nhân sẽ đi tiểu nhiều hơn khiến cơ thể bị mất nước, làm cho vùng miệng cảm thấy bị khô. Đồng thời, da khô có thể khiến bệnh nhân tiểu đường bị ngứa da.

Sụt cân: Một số trường hợp bệnh nhân ăn nhiều nhưng vẫn sụt cân sau vài tuần lễ do mất nước, do ly giải mô mỡ, mô cơ.

Triệu chứng của tiểu đường týp 2

Ở thể tiểu đường týp 2, các triệu chứng tiến triển âm thầm và phát triển trong nhiều năm, hầu hết bệnh nhân không gặp những triệu chứng rõ ràng như thể tiểu đường týp 1 nên khó phát hiện. Bệnh có thể vô tình được phát hiện qua xét nghiệm glucose máu hoặc có những biến chứng như vết thương nhiễm trùng lâu lành. Một số dấu hiệu nghi ngờ cần thăm khám và làm các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán chính xác bệnh tiểu đường gồm:

Nhiễm trùng nấm men: Cả hai giới đều có thể gặp phải tình trạng này nếu mắc bệnh tiểu đường. Nấm men sẽ ăn glucose, do đó sự tập trung nhiều glucose sẽ khiến nấm phát triển mạnh. Bệnh nhân có thể thấy nhiễm trùng ở bất kỳ nếp gấp ẩm của da, ở giữa ngón tay, ngón chân, vùng dưới ngực, thậm chí xung quanh hoặc trong cơ quan sinh dục.

Vết thương chậm lành: Lượng đường trong máu quá cao có thể sẽ ảnh hưởng đến lưu lượng máu của toàn bộ cơ thể, gây tổn thương hệ thần kinh, khiến khó chữa lành các vết thương. Bên cạnh đó, bệnh nhân có thể thấy đau hoặc tê ở chân. Đó cũng chính là biểu hiện của tổn thương thần kinh.

Triệu chứng của tiểu đường thai kỳ

Phụ nữ mang thai bị tiểu đường thai kỳ thường không có triệu chứng rõ ràng. Sản phụ có thể sẽ khát nước hơn bình thường, thường xuyên đi tiểu hơn. Bệnh thường được chẩn đoán ở 3 tháng giữa hoặc 3 tháng cuối thai kỳ nhờ thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose 3 mẫu lúc thai 24 – 28 tuần tuổi, trước đó chưa ghi nhận bệnh tiểu đường týp 1 hoặc týp 2.

3. Nguyên nhân gây nên bệnh tiểu đường

Glucose là một chất cần thiết cho cơ thể có trong các thực phẩm ăn hàng



Thừa cân là một trong những yếu tố nguy cơ của bệnh tiểu đường

ngày, đóng vai trò là nguồn năng lượng cho các tế bào và được dự trữ trong gan tạo thành glycogen. Khi biếng ăn, lượng glucose trong máu sẽ hạ thấp, khiến gan sẽ ly giải những phân tử glycogen thành glucose để cân bằng lại lượng đường trong máu. Nhờ đó máu sẽ vận chuyển glucose đến các mô giúp hấp thụ glucose để cung cấp năng lượng cho các tế bào. Tuy nhiên, trong trường hợp các tế bào không hấp thụ glucose một cách trực tiếp mà cần đến sự hỗ trợ của insulin (hormone sản xuất bởi tuyến tụy) sẽ khiến glucose được hấp thụ vào tế bào, giảm nồng độ glucose trong máu. Lâu dần sẽ khiến đường huyết giảm, đồng thời khi đó tuyến tụy cũng giảm sản xuất insulin.

Có thể thấy, quá trình trao đổi chất bất thường sẽ khiến glucose không thể đi vào tế bào và cung cấp năng lượng cho cơ thể, kết quả là lượng đường vẫn còn tồn đọng trong máu. Sự mất cân bằng này tích lũy kéo dài qua thời gian sẽ khiến lượng đường trong máu tăng cao.

Đái tháo đường týp 1

Tiểu đường týp 1 do tế bào beta của tuyến tụy bị phá hủy nên người bệnh không còn hoặc còn rất ít insulin, 95% do cơ chế tự miễn (týp 1A), do hệ miễn dịch tấn công nhầm và phá hủy các tế bào sản xuất insulin có trong tuyến tụy, khiến bệnh nhân không có hoặc có ít insulin, dẫn đến lượng đường tích lũy trong máu thay vì di chuyển đến các tế bào, 5% không rõ nguyên

nhân (týp 1B).

Các yếu tố nguy cơ dẫn đến tiểu đường týp 1 vẫn đang trong quá trình nghiên cứu. Tuy nhiên, ghi nhận đa số trường hợp bệnh nhân mắc bệnh thấy rằng, khi thành viên trong gia đình mắc bệnh thì bạn cũng có nguy cơ nhẹ mắc bệnh. Hoặc các yếu tố môi trường, phơi nhiễm với một số loại virus cũng là yếu tố nguy cơ của bệnh.

Không có sản xuất Insulin vì phá hủy tế bào beta tự miễn.

Trong bệnh đái tháo đường týp 1 (trước đây được gọi là khởi phát ở tuổi vị thành niên hoặc insulin phụ thuộc), sản xuất insulin không có do sự phá hủy tế bào beta tuyến tụy tự miễn có thể được kích hoạt do tiếp xúc với môi trường ở những người nhạy cảm về mặt di truyền. Phá hủy tiến triển dưới lâm sàng trong nhiều tháng, nhiều năm tới khi khối lượng tế bào beta giảm tới điểm mà nồng độ insulin không đủ để kiểm soát nồng độ glucose huyết tương. Đái tháo đường týp 1 thường phát triển ở trẻ em hoặc thiếu niên và gần đây dạng phổ biến được chẩn đoán trước 30 tuổi; tuy nhiên cũng có thể phát triển ở người lớn (đái tháo đường tự miễn khởi phát muộn ở người lớn, bệnh thường xuất hiện như đái tháo đường týp 2). Một số trường hợp bệnh tiểu đường týp 1 không xuất hiện yếu tố tự miễn trong tự nhiên và thường được cho là vô căn. Loại 1 tài khoản cho < 10% tổng số các trường hợp đái tháo đường.

GIÁO DỤC CỘNG ĐỒNG

Bệnh học của sự phá hủy tế bào beta tự miễn được hiểu biết không hoàn toàn, liên quan giữa gen nhạy cảm, tự kháng nguyên, và yếu tố môi trường.

Gen nhạy cảm gồm gen trong phức hợp hòa hợp mô chính (MHC) – đặc biệt HLA-DR3, DQB1*0201 và HLA-DR4, DQB1*0302, chúng xuất hiện trong > 90% bệnh nhân đái tháo đường týp 1 và những gen ngoài MHC, điều hòa sản xuất và chế biến và vận chuyển insulin, nguy cơ đái tháo đường với gen MHC. Gen nhạy cảm thường phổ biến hơn ở 1 vài quần thể hơn quần thể khác và giải thích cho tỉ lệ đái tháo đường týp 1 cao hơn ở một số nhóm chủng tộc (Scandinavi, Sardinia).

Tự kháng thể gồm glutamic acid decarboxylase, insulin, proinsulin, protein liên quan u tiết insulin, Vận chuyển kẽm ZnT8, và protein khác trong tế bào beta. Người ta cho rằng các protein này đã bộc lộ hoặc phóng thích trong quá trình tái tạo tế bào beta hoặc tổn thương tế bào beta (vd, nhiễm trùng), kích hoạt đáp ứng miễn dịch trung gian qua tế bào T dẫn tới phá hủy tế bào beta. Tế bào alpha tiết glucagon duy trì không bị tổn thương. Kháng thể của tự kháng nguyên có thể phát hiện trong huyết thanh, dường như là phản ứng (không phải nguyên nhân) cho sự phá hủy tế bào beta.

Nhiều virus (gồm coxsackievirus, rubella virus, cytomegalovirus, Epstein-Barr virus và retroviruses) có mối liên kết với khởi phát đái tháo đường týp 1. Các virus có thể trực tiếp nhiễm trùng và phá hủy tế bào beta hoặc có thể gây phá hủy tế bào beta gián tiếp qua tiếp xúc tự kháng nguyên, kích thích phản ứng tự động của lympho bào, giống hệt phân tử tự kháng nguyên, dẫn đến kích thích đáp ứng miễn dịch, (phân tử giống hệt) hoặc cơ chế khác.

Chế độ ăn có thể là một yếu tố. Phơi nhiễm của trẻ sơ sinh với sản phẩm hàng ngày (cụ thể sữa bò và sữa protein beta casein), nitrate cao trong nước uống, và hấp thụ vitamin D thấp có liên quan tới tăng nguy cơ mắc đái tháo đường týp 1. Tiếp xúc sớm (< 4 tháng) hoặc muộn (> 7 tháng) với gluten và ngũ cốc tăng sản xuất tự

kháng thể đảo tự. Cơ chế cho những liên quan này chưa rõ ràng.

Đái tháo đường týp 2

Nguyên nhân của bệnh tiểu đường týp 2 vẫn chưa được làm rõ, một số trường hợp ghi nhận bệnh có di truyền. Bên cạnh đó, tình trạng thừa cân béo phì cũng có liên hệ chặt chẽ với bệnh, tuy nhiên cần phân biệt không phải ai thừa cân cũng đều mắc bệnh tiểu đường týp 2.

Một số yếu tố nguy cơ có thể dẫn đến tiểu đường týp 2 gồm:

Tiền sử gia đình có bố mẹ, anh chị em ruột, con mắc bệnh tiểu đường.

Tiền sử bản thân từng bị tiểu đường thai kỳ.

Tiền sử bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch.

Tăng huyết áp.

Ít hoạt động thể lực.

Thừa cân, béo phì.

Bị rối loạn dung nạp đường hay rối loạn đường huyết đói.

Phụ nữ bị hội chứng buồng trứng đa nang.

Kháng insulin.

Trong đái tháo đường týp 2 (trước gọi là khởi phát người lớn hoặc không phụ thuộc insulin), insulin tiết không đủ vì bệnh nhân có tình trạng kháng với insulin. Gan kháng insulin dẫn tới không có khả năng ức chế gan sản xuất glucose, và kháng insulin ngoại vi làm giảm nhập glucose ở ngoại vi. Phối hợp này làm tăng đường huyết lúc đói và sau ăn. Thường nồng độ insulin rất cao, đặc biệt giai đoạn sớm của bệnh. Giai đoạn muộn của đái tháo đường, sản xuất insulin có thể giảm, thêm nữa tăng đường huyết trầm trọng hơn.

Bệnh thường khởi phát ở người lớn và trở nên phổ biến hơn cùng với sự già hóa; gần 1/3 người lớn > 65 tuổi có rối loạn dung nạp glucose. Ở người già, nồng độ glucose huyết tương cao sau khi ăn hơn ở người trẻ, đặc biệt sau bữa ăn có nhiều lượng carbohydrate. Nồng độ glucose cũng có thể trở lại bình thường kéo dài hơn, một phần vì tăng tích lũy mỡ tạng và bụng và giảm khối lượng cơ.

Bệnh tiểu đường týp 2 ngày càng trở nên phổ biến ở trẻ em vì bệnh béo phì ở trẻ em đã trở thành dịch bệnh. Hơn 90% số người lớn có đái tháo

đường là đái tháo đường týp 2. Có những yếu tố quyết định di truyền rõ ràng, bằng chứng là tỷ lệ mắc bệnh cao ở những người có tổ tiên gốc Phi, Mỹ da đỏ, gốc Tây Ban Nha, thổ dân Alaska và người Mỹ gốc Á và ở họ hàng của những người mắc bệnh. Dù nhiều gen đa hình đã được phát hiện qua nhiều năm trước, không có đơn gen nào chịu trách nhiệm cho hầu hết các dạng phổ biến của đái tháo đường týp 2 đã xác định.

Bệnh học phức tạp và chưa được hiểu biết hoàn toàn. Tăng đường huyết phát triển khi tiết insulin không đáp ứng đủ so với kháng insulin. Mặc dù kháng insulin là đặc trưng ở những người mắc bệnh tiểu đường týp 2 và những người có nguy cơ mắc bệnh này, nhưng cũng có bằng chứng về rối loạn chức năng tế bào beta và suy giảm bài tiết insulin tiến triển theo thời gian, bao gồm

Suy giảm bài tiết insulin ở giai đoạn đầu.

Mất khả năng tiết insulin thường dễ thay đổi.

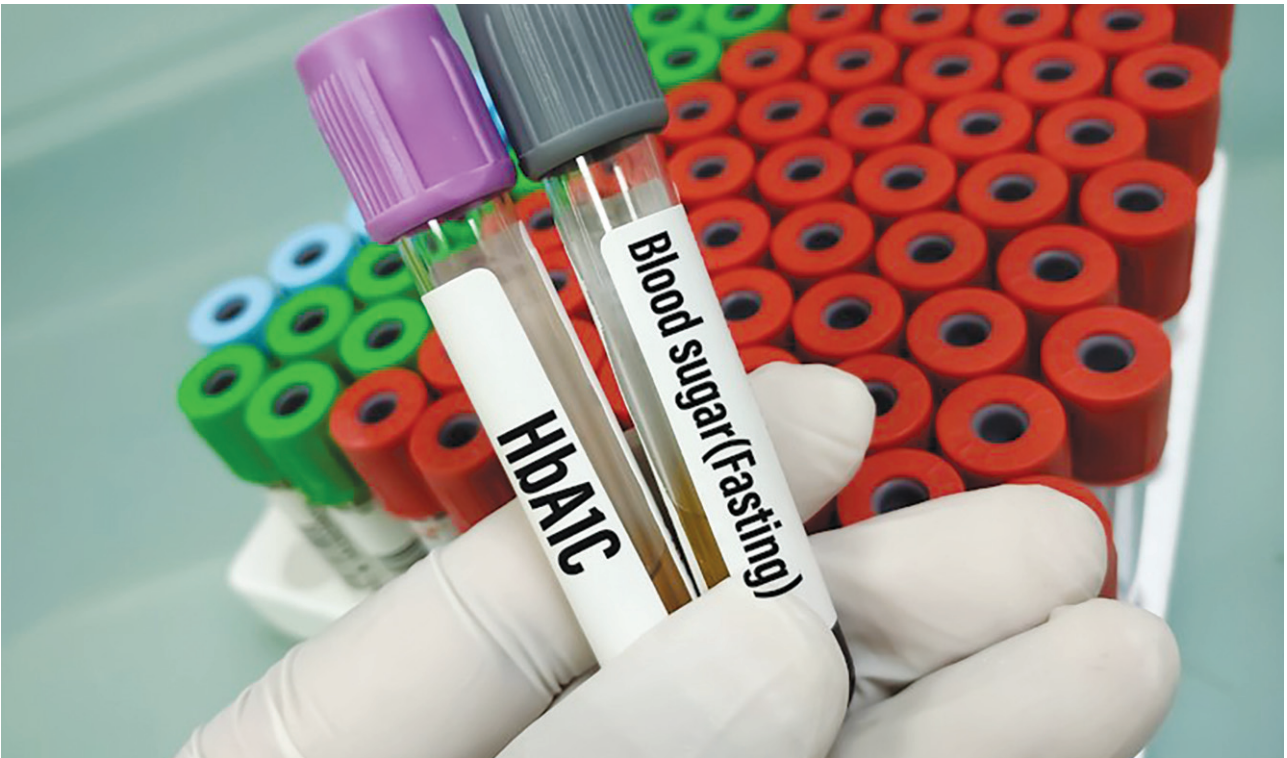
Sự gia tăng tín hiệu bài tiết proinsulin, cho thấy quá trình xử lý insulin bị suy giảm.

Sự tích tụ polypeptit amyloid của đảo tự (một loại protein thường được tiết ra khi có insulin).

Bản thân tăng đường huyết có thể suy giảm tiết insulin, vì nồng độ glucose máu cao làm giảm nhạy của tế bào beta, gây rối loạn chức năng tế bào beta (ngộ độc glucose), hoặc cả hai.

Béo phì và tăng cân có vai trò quan trọng của kháng insulin ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2. Chúng có yếu tố di truyền xác định nhưng cũng phản ánh chế độ ăn, luyện tập và lối sống. Không có khả năng ức chế ly giải tổ chức mỡ làm tăng axit béo tự do huyết thanh, làm giảm kích thích vận chuyển glucose của insulin và hoạt động tổng hợp glucogen ở cơ. Mô mỡ cũng có chức năng như một cơ quan nội tiết, giải phóng nhiều yếu tố (adipocytokine) có lợi (adiponectin) và bất lợi (yếu tố hoại tử khối u-alpha, interleukin-6, leptin, resistin) ảnh hưởng đến quá trình chuyển hóa glucose.

Hạn chế phát triển trong tử cung và cân nặng sơ sinh thấp cũng liên quan tới kháng insulin sau này và có thể



Các tiêu chuẩn dùng trong chẩn đoán bệnh tiểu đường

phản ánh những bất lợi trước khi sinh đến môi trường trong chuyển hóa glucose.

Nguyên nhân gây nên tiểu đường thai kỳ

Khi mang thai, nhau thai sẽ tạo ra những kích thích để duy trì thai kỳ. Những kích thích này sẽ làm cho tế bào tăng khả năng kháng insulin. Bình thường, tuyến tụy sẽ sản xuất đủ insulin để vượt qua sức đề kháng này, tuy nhiên một số trường hợp tuyến tụy không sản xuất đủ lượng insulin cần thiết khiến lượng đường vận chuyển vào tế bào giảm, lượng đường tích tụ lại trong máu tăng cao, dẫn đến tiểu đường thai kỳ.

Phụ nữ mang thai bị thừa cân, có tiền sử gia đình mắc bệnh tiểu đường hoặc đã được chẩn đoán bị rối loạn dung nạp glucose đều có nguy cơ cao bị tiểu đường thai kỳ.

Thể đái tháo đường khác

Các loại bệnh đái tháo đường khác chiếm một tỷ lệ nhỏ trong các trường hợp. Nguyên nhân bao gồm:

Bệnh tiểu đường đơn nguyên do khiếm khuyết di truyền ảnh hưởng đến chức năng tế bào beta, hoạt động của insulin hoặc DNA ty thể (ví dụ: bệnh tiểu đường khởi phát ở tuổi trưởng thành ở thanh niên, bệnh tiểu đường ở trẻ sơ sinh).

Các tình trạng ảnh hưởng đến tuyến tụy (ví dụ: bệnh xơ nang, viêm tụy, bệnh huyết sắc tố, cắt bỏ toàn thân).

Bệnh nội tiết (ví dụ: Hội chứng chứng Cushing, to đầu chi).

Thuốc, đáng chú ý nhất là glucocorticoid, thuốc chẹn beta, thuốc ức chế protease, thuốc chống loạn thần không điển hình, thuốc ức chế điểm kiểm soát miễn dịch và thuốc ức chế calcineurin.

Mang thai gây kháng insulin ở tất cả phụ nữ nhưng chỉ một số phát triển đái tháo đường thai kỳ.

4. Biến chứng nguy hiểm của tiểu đường

Các biến chứng nguy hiểm thường gặp ở bệnh nhân tiểu đường gồm:

Mạch máu: Việc tăng glucose máu kéo dài có thể làm tổn thương mạch máu. Nếu tổn thương ở mạch máu lớn có thể gây ra bệnh tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim, tổn thương thành mạch và hẹp các động mạch tứ chi, thậm chí tắc mạch gây hoại tử chi. Tổn thương ở mạch máu nhỏ sẽ gây rối loạn hoạt động chức năng của các cơ quan như thận, võng mạc mắt, thần kinh ngoại biên nếu không được điều trị hiệu quả có thể gây suy thận mãn

dẫn đến nguy cơ phải chạy thận nhân tạo hay phải ghép thận, giảm thị lực dẫn đến mù lòa, dị cảm ở 2 chi dưới...

Hô hấp: Bệnh nhân tiểu đường dễ bị viêm phổi và viêm phế quản do bị bội nhiễm vi khuẩn.

Tiêu hóa: Người bệnh có thể bị viêm quanh ruột răng, rối loạn chức năng gan, viêm loét dạ dày, tiêu chảy.

Da: Bệnh nhân có thể thấy ngứa ngoài da, hay bị mụn nhọt, lòng bàn tay và bàn chân ánh vàng, xuất hiện u màu vàng gây ngứa ở gan bàn chân, bàn tay, móng, viêm mủ da...

Bệnh Alzheimer: Bệnh nhân tiểu đường týp 2 có nguy cơ cao mắc bệnh Alzheimer.

Một số biến chứng sản phụ có thể gặp nếu bị tiểu đường thai kỳ gồm:

Sản phụ có thể bị tiền sản giật với biểu hiện tăng huyết áp, dư protein trong nước tiểu, sưng ở chân. Thêm vào đó, sản phụ có nguy cơ tái phát bệnh ở lần mang thai kế tiếp, và tiến triển thành bệnh tiểu đường (phổ biến là tiểu đường týp 2) khi về già.

Thai nhi có nguy cơ phát triển nhanh hơn so với độ tuổi, đồng thời có nguy cơ bị tiểu đường týp 2 về sau. Nếu sản phụ không được điều trị đúng cách và hiệu quả trong suốt thời gian mang thai, thai nhi có nguy cơ tử vong

GIÁO DỤC CỘNG ĐỒNG

trước hoặc sau sinh.

5. Cách chẩn đoán bệnh tiểu đường

Theo Hiệp hội Đái tháo đường Mỹ (ADA), tiêu chuẩn dùng trong chẩn đoán bệnh tiểu đường được dựa vào 1 trong 4 tiêu chuẩn sau:

Glucose huyết tương lúc đói (fasting plasma glucose – FPG) ≥ 126 mg/dL hoặc 7 mmol/L. Bệnh nhân cần nhịn ăn ít nhất 8 giờ, không được uống nước ngọt, có thể uống nước lọc.

Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g (oral glucose tolerance test – OGTT) ≥ 200 mg/dl hoặc 11.1 mmol/L. Bệnh nhân cần nhịn đói từ nửa đêm trước làm nghiệm pháp, sử dụng lượng glucose tương đương 75g glucose hòa tan trong khoảng 250 – 300ml nước, uống trong 5 phút; 3 ngày trước đó cần ăn khẩu phần ăn có khoảng 150 – 200g carbohydrate/ngày.

HbA1c $\geq 6.5\%$ hoặc 48 mmol/mol. Khuyến cáo xét nghiệm này cần được tiến hành ở phòng thí nghiệm đã được chuẩn hóa theo tiêu chuẩn quốc tế.

Trường hợp có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết (tiểu nhiều, ăn uống nhiều mà sụt cân không rõ nguyên nhân...) hoặc mức

glucose huyết tương ở bất cứ thời điểm nào ≥ 200 mg/dL hoặc 11.1 mmol/L.

Trường hợp không có các triệu chứng của tăng glucose huyết kể trên, các xét nghiệm 1, 2 và 4 cần được thực hiện lặp lại lần thứ 2, cách lần đầu khoảng 1 – 7 ngày để có kết quả chẩn đoán chính xác.

6. Chẩn đoán tiền tiểu đường

Chẩn đoán tiền tiểu đường được thực hiện khi xuất hiện một trong các rối loạn sau:

Rối loạn glucose huyết đói (impaired fasting glucose – IFG) trong khoảng 100 – 125 mg/dL hoặc 5.6 – 6.9 mmol/L.

Rối loạn dung nạp glucose (impaired glucose tolerance – IGT) ở thời điểm 2 giờ sau làm nghiệm pháp dung nạp glucose bằng đường uống 75g trong khoảng 140 – 199 mg/dL hoặc 7.8 – 11 mmol/L.

HbA1c trong khoảng 5.7 – 6.4% hoặc 39 – 47 mmol/mol.

Các tiêu chuẩn này chưa đủ để chẩn đoán bệnh tiểu đường nhưng cảnh báo nguy cơ xuất hiện các biến chứng có ở mạch máu lớn của bệnh, gọi là tiền tiểu đường.

7. Phương pháp điều trị bệnh tiểu đường

Hiện nay có rất nhiều phương pháp điều trị tiểu đường. Trong đó, việc điều

chỉnh chế độ ăn uống hàng ngày cùng với thiết lập chế độ thể dục thể thao hợp lý kết hợp theo dõi tình trạng bệnh lý thường xuyên là những việc làm quan trọng nhất mặc dù ở thể bệnh nào.

Ở thể tiểu đường týp 1, bệnh nhân được chỉ định dùng insulin trong suốt quãng đời còn lại vì cơ thể đã không còn khả năng tự sản xuất insulin.

Ở thể tiểu đường týp 2, nếu bệnh nhân không cải thiện được tình trạng tăng lượng đường trong máu bằng chế độ dinh dưỡng và tập luyện thể dục hàng ngày, bệnh nhân có thể sử dụng thuốc điều trị tiểu đường dạng uống hoặc tiêm để ổn định lượng đường trong máu.

Để bệnh không tiến triển nặng, bệnh nhân tiểu đường cần có kế hoạch theo dõi lượng carbohydrate, cũng như hạn chế sử dụng các loại thực phẩm chế biến sẵn, ít chất xơ; nên ăn nhiều rau xanh, các loại thực phẩm có chỉ số đường huyết thấp.

Cần lưu ý rằng, bệnh tiểu đường có thể thay đổi và tiến triển khác nhau ở từng thời gian, do đó bệnh cần được thăm khám, đánh giá chính xác tình trạng hiện tại để có kế hoạch điều trị thích hợp và hiệu quả. Do đó, bệnh nhân cần thăm khám định kỳ và tuân thủ đúng chỉ định điều trị của bác sĩ.



Bệnh nhân tiểu đường cần tuân thủ đúng phác đồ điều trị của bác sĩ để phòng ngừa bệnh tiến triển nguy hiểm

8. Phòng ngừa bệnh tiểu đường

Không thể phòng ngừa được bệnh tiểu đường tít 1, nhưng bệnh nhân hoàn toàn có thể giảm bớt nguy cơ bệnh tiến triển thành tiểu đường tít 2 bằng cách điều chỉnh chế độ ăn uống hàng ngày, có kế hoạch tập luyện thể chất đều đặn, hợp lý.

9. Chăm sóc bệnh nhân tiểu đường

Giáo dục bệnh nhân

Giáo dục là rất quan trọng để tối ưu hóa việc chăm sóc. Giáo dục nên bao gồm thông tin về những điều sau:

Nguyên nhân của bệnh tiểu đường

Chế độ ăn

Tập thể dục

Thuốc

Tự theo dõi bằng kiểm tra bằng ngón tay hoặc theo dõi lượng đường liên tục

Theo dõi HbA1C

Các triệu chứng và dấu hiệu của hạ đường huyết, tăng đường huyết và các biến chứng tiểu đường

Hầu hết bệnh nhân tiểu đường tít 1 có thể được dạy cách điều chỉnh liều insulin của họ dựa trên mức đường huyết và lượng carbohydrate. Giáo dục nên được củng cố mỗi lần đến khám bệnh hoặc nhập viện. Các chương trình giáo dục chính thức về bệnh tiểu đường, thường được thực hiện bởi các y tá tiểu đường và chuyên gia dinh dưỡng, thường rất hiệu quả và đã được chứng minh là cải thiện kết quả của bệnh tiểu đường.

Chế độ ăn

Điều chỉnh chế độ ăn uống cho từng trường hợp có thể giúp bệnh nhân kiểm soát sự dao động của glucose và, đối với bệnh nhân đái tháo đường tít 2, giảm cân. Các khuyến nghị về chế độ ăn uống nên được cá nhân hóa dựa trên thị hiếu, sở thích, văn hóa và mục tiêu của bệnh nhân và nên được xây dựng để đáp ứng các yêu cầu do các tình trạng bệnh đi kèm đặt ra. Không có khuyến nghị nào về tỷ lệ phần trăm calo nên đến từ carbohydrate, protein hoặc chất béo. Bệnh nhân nên được hướng dẫn về việc sử dụng chế độ ăn uống giàu thực phẩm hơn là thực phẩm chế biến sẵn. Carbohydrate phải có chất lượng cao và phải có đủ lượng chất xơ, vitamin, khoáng chất và ít đường, chất béo và natri bổ sung. Một

số người lớn có thể giảm mức đường huyết và giảm thuốc hạ đường huyết bằng cách tuân theo kế hoạch ăn uống ít hoặc rất ít carbohydrate, mặc dù lợi ích có thể không duy trì lâu dài.

Chế độ ăn uống đóng vai trò cực kỳ quan trọng, giúp bệnh nhân tiểu đường kiểm soát bệnh.

Bệnh nhân đái tháo đường tít 1 nên sử dụng tính lượng carbohydrate hoặc hệ thống chuyển đổi carbohydrate để phù hợp giữa liều insulin với lượng carbohydrate ăn vào và bổ sung insulin thuận tiện. “Đếm” lượng carbohydrate trong bữa ăn được thực hiện để tính toán liều insulin trước bữa ăn. Ví dụ, nếu tỷ lệ carbohydrate: insulin (CIR) là 15 gram:1 đơn vị được sử dụng, bệnh nhân sẽ cần 1 đơn vị insulin tác dụng nhanh cho mỗi 15 gram carbohydrate trong bữa ăn. Tỷ lệ này thay đổi giữa các bệnh nhân, phụ thuộc và mức độ nhạy insulin và phải phù hợp với bệnh nhân và được điều chỉnh theo thời gian. Bệnh nhân cũng nên được giáo dục rằng các bữa ăn có hàm lượng protein hoặc chất béo cao hơn có thể làm tăng nhu cầu insulin và có thể cần điều chỉnh liều lượng. Cách tiếp cận này đòi hỏi phải giáo dục bệnh nhân chi tiết và thành công nhất khi được hướng dẫn bởi một chuyên gia dinh dưỡng có kinh nghiệm làm việc với bệnh nhân đái tháo đường. Một số chuyên gia khuyến sử dụng chỉ số đường huyết (chỉ số phản ánh tác động của thức ăn chứa carbohydrate đến glucose máu) để phân định giữa carbohydrate chuyển hóa nhanh và chậm, mặc dù có rất ít bằng chứng để hỗ trợ phương pháp này.

Đối với cả đái tháo đường tít 1 và tít 2, tư vấn dinh dưỡng với chuyên gia dinh dưỡng nên bổ sung cho tư vấn của bác sĩ; bệnh nhân và bất kỳ người nào chuẩn bị bữa ăn cho bệnh nhân phải có mặt.

Tập thể dục

Hoạt động thể lực nên tăng dần lên bất cứ cấp độ nào mà bệnh nhân có thể dung nạp. Cả hai bài tập aerobic và bài tập đề kháng đã được chứng minh để cải thiện kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2, và một số nghiên cứu đã cho thấy một sự kết hợp của bài tập sức đề kháng và tập thể dục aerobic hơn là tập đơn lẻ. Ngoài ra, ở

bệnh tiểu đường tít 1, tập thể dục đã được chứng minh là làm giảm tỷ lệ tử vong và cải thiện HbA1C. Người lớn bị tiểu đường và không có các hạn chế về thể chất nên tập thể dục tối thiểu 150 phút/tuần (chia ra ít nhất 3 ngày). Tập thể dục có ảnh hưởng khác nhau đến lượng đường trong máu, tùy thuộc vào thời gian tập thể dục liên quan đến bữa ăn, thời lượng, cường độ và loại hình tập luyện. Đặc biệt, ở bệnh nhân tiểu đường loại 1, tập thể dục có thể dẫn đến hạ đường huyết. Do đó cần theo dõi ngay đường huyết trước và sau khi tập luyện. Phạm vi mục tiêu của đường huyết trước khi tập thể dục nên từ 90 mg/dL đến 250mg/dL (5 mmol/L đến 14 mmol/L).

Bệnh nhân đã có tiền sử triệu chứng hạ đường huyết khi tập luyện nên được khuyến kiểm tra glucose máu và ăn carbohydrate hoặc liều insulin thấp hơn là cần thiết để có được glucose máu cao hơn bình thường trước khi tập luyện. Hạ đường huyết trong khi tập thể dục mạnh có thể yêu cầu ăn carbohydrate trong thời gian tập luyện, thường từ 5 đến 15 g sucrose hoặc đường đơn giản khác.

Bệnh nhân đã biết hoặc nghi ngờ bệnh tim mạch có thể có lợi ích từ bài tập trước khi bắt đầu chương trình luyện tập. Mục tiêu hoạt động có thể cần phải được sửa đổi cho bệnh nhân có biến chứng của đái tháo đường như bệnh thần kinh và bệnh võng mạc

Sut cân

Ở những người mắc bệnh tiểu đường và béo phì, bác sĩ nên kê đơn thuốc hạ đường huyết để thúc đẩy giảm cân (ví dụ: thuốc chủ vận thụ thể GLP1, thuốc ức chế SGLT-2, hoặc thuốc chủ vận gia tăng kép), hoặc có trọng lượng trung tính (thuốc ức chế dipeptidyl peptidase-4, metformin), nếu có thể (để biết thêm chi tiết, xem thuốc điều trị tiểu đường). Hai thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 được sử dụng để giảm cân ở liều cao hơn (semaglutide 2,4 mg, liraglutide 3 mg) có liên quan đến việc giảm cân đáng kể ngay cả ở liều được sử dụng để điều trị bệnh tiểu đường.

Thuốc giảm cân khác, bao gồm orlistat, lorcaserin, phentermine/topiramate, và naltrexone/bupropion có thể hữu ích ở những bệnh nhân chọn lọc



Chế độ ăn uống đóng vai trò cực kỳ quan trọng, giúp bệnh nhân tiểu đường kiểm soát bệnh

như một phần của chương trình giảm cân toàn diện, mặc dù lorcaserin chỉ có thể được sử dụng trong thời gian ngắn. Orlistat, thuốc ức chế lipase tại ruột, giảm hấp thu thức ăn chứa mỡ; thuốc giảm nồng độ lipid huyết thanh và thúc đẩy giảm cân. Phentermine/topiramate là một loại thuốc kết hợp làm giảm sự thèm ăn thông qua nhiều cơ chế trong não. Nhiều trong các thuốc này cũng cho thấy giảm HbA1C.

Một loại hydrogel dạng uống có chứa cellulose và axit citric khiến bệnh nhân cảm thấy no và ăn ít hơn cũng có sẵn để quản lý cân nặng và đã được chứng minh là làm giảm cân nhẹ ở bệnh nhân tiền tiểu đường và tiểu đường.

Các thiết bị y tế, bao gồm bóng nong dạ dày cấy ghép, máy kích thích thần kinh phế vị và liệu pháp hút dịch dạ dày cũng có sẵn, nhưng việc sử dụng các thiết bị này vẫn còn hạn chế do chi phí cao và dữ liệu hạn chế ở bệnh nhân tiểu đường.

Điều trị béo phì bằng phẫu thuật chẳng hạn như cắt vạt dạ dày hoặc bắc cầu dạ dày, cũng dẫn đến giảm cân và cải thiện việc kiểm soát glucose (không phụ thuộc vào giảm cân) và giảm nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân

đái tháo đường và nên được khuyến nghị cho những bệnh nhân được lựa chọn thích hợp.

Chăm sóc bàn chân

Chăm sóc bàn chân chuyên nghiệp thường xuyên, bao gồm cắt móng chân và chai chân, rất quan trọng đối với bệnh nhân bị mất cảm giác hoặc suy giảm tưới máu bàn chân. Những bệnh nhân như vậy nên được khuyến nghị kiểm tra bàn chân hàng ngày cho các vết nứt, chai và loét. Nên rửa chân hàng ngày bằng nước ấm, sử dụng xà bông nhẹ và lau khô nhẹ nhàng và kỹ lưỡng. Một chất bôi trơn (ví dụ, lanolin) nên được áp dụng cho da khô, có vảy. Phấn thoa chân nên được áp dụng cho bàn chân ẩm. Móng chân nên được cắt, tốt nhất là bởi một bác sĩ chuyên khoa, cắt thẳng qua và không quá gần với da. Không nên sử dụng bột trét và băng dính, hóa chất mạnh, bột ngô, chai nước và miếng đệm điện trên da. Bệnh nhân nên thay tất ngắn hoặc tất dài hàng ngày và không mặc quần áo bó sát (ví dụ, quần tất, tất ngắn, tất dài có áo thun bó sát).

Giày phải vừa vặn, rộng, không hở gót hoặc ngón chân, và thường xuyên thay đổi. Giày đặc biệt nên được chỉ định để giảm chấn thương nếu bàn

chân bị biến dạng (ví dụ, cắt cụt ngón chân, ngón chân búa, viêm khớp biến dạng khớp bàn ngón chân cái). Tránh đi bộ chân trần.

Bệnh nhân với loét chân do bệnh lý thần kinh nên tránh chịu sức nặng cho đến khi vết loét lành. Nếu không thể, họ cần đeo thiết bị bảo vệ chỉnh hình thích hợp. Vì hầu hết bệnh nhân với loét này có ít hoặc không có tắc động mạch lớn, cắt lọc và kháng sinh thường xuyên thường dẫn tới liền thương tốt và có thể phòng tránh phẫu thuật lớn. Sau khi loét đã liền, lót hoặc giày thích hợp nên được chỉ định. Trường hợp dai dẳng, đặc biệt nếu viêm tủy xương xuất hiện, phẫu thuật cắt bỏ đầu ngón đốt bàn hoặc cắt cụt gồm: ngón chân hoặc nửa bàn chân có thể cần thiết. Một khớp thần kinh thường có thể được quản lý một cách thích hợp với các thiết bị chỉnh hình (ví dụ: nẹp chân ngắn, giày đúc, miếng lót bằng cao su xốp, nạng, bộ phận giả).

Tiêm chủng

Tất cả bệnh nhân đái tháo đường nên được tiêm vắc xin chống lại phế cầu khuẩn và vi rút cúm và viêm gan B và SARS-CoV-2 theo các khuyến nghị tiêu chuẩn. ■

BÀN CHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Chuyên gia chỉ ra nguyên nhân căn bệnh cứ 20 giây có 1 người phải cắt cụt chi do bệnh đái tháo đường

Mỗi khi mùa đông đến, bệnh viện tiếp nhận và điều trị cho nhiều bệnh nhân biến chứng tiểu đường ở bàn chân với những vết thương bỏng da, chấy da rất nhiều. Nguyên nhân là do chườm nóng...

Từng mắc đái tháo đường (ĐTĐ) 17 năm, bệnh nhân Lê Thị Thanh Luân (59 tuổi) 6 hôm trước đi nằm giường mát-xa Hàn Quốc (loại máy chuyên sâu 7.700) với mục đích tiêu giảm mỡ bụng.

Nhiệt độ của giường được đặt ở mức 54 độ C với thời gian một ca 30 phút. Được 15 phút do quá nóng nữ bệnh nhân liền gồng người lên dẫn cách khoảng cách. Bà liền chống hai ngón chân cái để đỡ thân hình cách xa giường chỉ để phần bụng tiếp xúc.

Chiều cùng ngày sau khi đi khiêu vũ về thấy hai ngón chân phồng rộp, bà Luân không nghĩ mình bị bỏng từ sáng mà lại tiếp tục ngồi máy mát xa của hàng xóm 15 phút. Sau 15 phút, chỗ phồng rộp ở chân bệnh nhân đập nước, lột da, đổ loét. Ngày hôm sau, bệnh nhân lại tiếp tục đi nằm ghế mát xa. Nhân viên Hàn Quốc hướng dẫn chiếu đèn tia hồng ngoại vào chỗ tổn thương ở ngón chân để vô trùng cho bà. “Thay vì thời gian ngắn, họ cho tôi nằm nửa tiếng đúng liệu trình. Làm xong, nhìn xuống hai bàn chân mình chấy đen xì thay vì đổ loét”, bà Luân cho hay.

Về nhà, bệnh nhân tự rửa và băng bó vết thương nhẹ. Do không có cảm giác nên bà cũng không cảm thấy quá sốt ruột. Vì thế hai ngày sau, bà mới nhập viện ở Hải Phòng. Tại đây các bác sĩ cho rằng bà đã bị hoại tử ngón



chân do biến chứng tiểu đường phải cắt cụt.

Không tin với kết quả này, bệnh nhân đã phải lên Hà Nội chữa. Tại Bệnh viện Xanh Pôn, nữ bệnh nhân được điều trị vết loét ở bàn chân mà không cần phải cắt cụt. Chia sẻ với phóng viên, TS. BS Đỗ Đình Tùng, PGD BV Đa khoa Xanh Pôn cho biết, người mắc ĐTĐ thông thường có những tổn thương ngoại vi dù sớm hay muộn.

Chính vì những tổn thương này khiến bệnh nhân giảm và mất cảm giác do vậy tuyệt đối không bao giờ được chườm, sưởi nước ấm nước nóng.

“Do mất cảm giác, giảm cảm giác nên người mắc ĐTĐ có tổn thương

ngoại vi nguy cơ bị bỏng rất cao mà không biết. Thậm chí, nếu không bị bỏng thì nhiệt độ cao làm bệnh nhân dù mang lại cảm giác dễ chịu nhưng sẽ làm tổn thương dây thần kinh ngoại vi và càng ngày bệnh càng trầm trọng hơn”, TS. BS Đỗ Đình Tùng nói.

Do đó, vị chuyên gia về đái tháo đường này cảnh báo, nhiều bệnh nhân mắc đái tháo đường, đặc biệt là các cụ già vẫn có thói quen chườm, ngâm chân nước nóng chữa tê bì chân. “Việc làm này sẽ tạm thời át đi cảm giác tê bì nhưng về lâu dài thì gây tổn thương rất nhiều đối với người mắc ĐTĐ. Qua thực tế thăm khám, điều trị, mỗi khi mùa đông đến, chúng tôi tiếp nhận và điều trị cho nhiều bệnh nhân biến

GIÁO DỤC SỨC KHỎE

chúng tiểu đường ở bàn chân với những vết thương bỏng da, cháy da rất nhiều. Nguyên nhân là do chườm nóng...

Vì vậy về lâu về dài tuyệt đối không ngâm, không chườm đặc biệt người nào đã có tổn thương ngoại vi thì phải tuyệt đối kiêng ẩm, kiêng nóng, không được sưởi nhất là mùa đông sắp đến”, TS. BS Đỗ Đình Tùng cảnh báo.

Ngoài ra để chống loét chân bệnh nhân phải tái khám định kỳ, nếu không có tổn thương ngoại vi tái khám 1 năm một lần, còn đã tổn thương ngoại vi thì phải 6 tháng khám bàn chân 1 lần. Ngoài ra bệnh nhân có biến chứng của bàn chân như chai chân, loét chân thì 3 tháng phải đi khám bàn chân một lần.

Những khuyến cáo khám bàn chân đã có, Bộ Y tế cũng đã đưa ra nhưng quy trình khám bàn chân thì chưa được ban hành, các tỉnh chưa có, Bộ Y tế chưa có. Vấn đề này là bức thiết vì khi chưa có quy trình thì việc khám bàn chân chưa thành thói quen mà sẽ khám không đúng, không đạt chất lượng...

Trong khi đó, theo thống kê của Liên Đoàn Đái Tháo Đường Thế Giới (IDF) cứ 20 giây sẽ có 1 bệnh nhân đái

tháo đường phải phẫu thuật để cắt bỏ một phần hoặc toàn bộ chân. Đây là điều tệ nhất xảy ra với biến chứng bàn chân ở người bệnh đái tháo đường.

Nguyên nhân là do khi các vi khuẩn xâm nhập vào những vết thương hở ở chân, các tế bào máu như bạch cầu bị ức chế sẽ không đủ hiệu quả trong việc tiêu diệt vi khuẩn. Vết thương bị nhiễm trùng lan rộng buộc phải cắt cụt chân để bảo đảm an toàn cho người bệnh. “Nếu không có những quy trình hướng dẫn rõ ràng thì nguy cơ BN ĐTD bị loét bàn chân rất cao... điều này đồng nghĩa với việc bệnh nhân cũng bị cắt cụt chi rất lớn.

Trong khi nếu có quy trình chuẩn, bác sĩ sẽ nhận ra được các yếu tố nguy cơ loét, phát hiện được các mức độ thấp, vừa, cao sẽ có hướng xử lý kịp thời. Nếu BN có dấu hiệu tiền loét thì sẽ xử lý ngay thì không còn loét và loại bỏ khả năng cắt cụt.

Tiếc là hiện chưa có quy trình chuẩn. Sẽ không phát hiện được nguy cơ loét trong khi tỷ lệ bệnh nhân ĐTD ngày càng nặng. Điều này đồng nghĩa nhiều bệnh nhân bị cắt cụt mất chi”, BS Đỗ Đình Tùng lo ngại.

Do đó, ngoài việc cần phải đi khám định kỳ, dùng thuốc đúng chỉ

định TS.BS Đỗ Đình Tùng cũng đưa ra khuyến cáo đối với người mắc ĐTD cần thực hiện: kiểm soát đường huyết, ăn uống theo sự chỉ dẫn của bác sĩ – không kiêng nhiều quá nhưng cũng không lạm dụng quá. Trong đó, người bệnh cần lưu ý luyện tập đúng cách. Đặc biệt đối với BN có tổn thương thần kinh ngoại vi thì phải có cách luyện tập khác với BN bình thường.

Theo đó, người ĐTD chưa có dấu hiệu tổn thương ngoại vi thì có thể đi bộ 30phút- 1h tùy theo bệnh nhân trong mỗi ngày nhưng với BN ĐTD có nguy cơ loét bàn chân thì không được đi bộ nữa và phải chọn phương pháp khác như đạp xe, bơi lội, tập yoga...

“Tất cả bệnh nhân mắc ĐTD có bất thường như: chai chân lớn, phỏng rộp, nốt đen, nốt tím, những biến đổi màu sắc, biến đổi móng, biến đổi về da... là phải đến viện khám ngay, thường xuyên theo dõi. Nếu bệnh nhân ĐTD đã bị loét bàn chân thì nguy cơ tái lại rất lớn chính vì thế bệnh nhân có loét là phải tái khám định kỳ đặc biệt là bàn chân tránh những hậu quả đáng tiếc về sau”, TS. BS Đỗ Đình Tùng nhấn mạnh. ■



Bàn chân với những ngón chân bị cháy đen xỉ của bệnh nhân Luân được các y bác sĩ TT Kỹ thuật cao và tiêu hoá, BV Xanh Pôn chăm sóc

GIÁO DỤC SỨC KHỎE

CHĂM SÓC BÀN CHÂN

Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Loét bàn chân là một biến chứng mạn tính thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ), được khởi đầu từ những vết thương đơn giản nhưng do lơ là, thiếu chăm sóc mới tạo nên vết loét. Khi xuất hiện loét bàn chân, việc chăm sóc trở nên khó khăn, tốn kém và dễ dẫn đến hoại tử bàn chân, cắt cụt chân. Người ta ước tính những người mắc ĐTĐ có nguy cơ cắt cụt chi cao gấp 20 lần so với những người không mắc ĐTĐ (1).



Trên thế giới cứ 20 giây có một trường hợp cắt cụt chân liên quan đến ĐTĐ, 5-7% số bệnh nhân ĐTĐ có loét bàn chân, 70 - 85% ca phẫu thuật cắt bỏ chân bắt nguồn từ một vết loét chân, 50% trường hợp phải phẫu thuật bên chân còn lại trong vòng 2 - 5 năm [2]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Bệnh viện Nội tiết Trung ương cho thấy tỷ lệ cắt cụt chi xấp xỉ 40% trên tổng số người có biến chứng bàn

chân ĐTĐ [3]. Đây là một gánh nặng cho người bệnh, gia đình người bệnh, cho hệ thống chăm sóc sức khỏe và nguồn lực của hệ thống y tế. Trong khi đó những biến chứng bàn chân của người bệnh đái tháo đường có thể hạn chế, phòng ngừa được nếu người bệnh có kiến thức và tự chăm sóc đôi bàn chân của mình. Với những bệnh nhân đã có tổn thương bàn chân nếu được chăm sóc và điều trị đúng có thể giúp bệnh nhân tránh được nguy cơ phải cắt

cụt. Cắt cụt chi là một biến cố quan trọng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và thời gian sống của người bệnh. Cắt cụt chi kèm theo tăng nguy cơ tái cắt cụt chi cùng bên, cắt cụt chi đối bên và tăng tỷ lệ tử vong trong 3 - 5 năm đầu sau cắt cụt chi. Tuy nhiên nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp thời có thể ngăn ngừa 40% - 85% các trường hợp cắt cụt chi ở người bệnh ĐTĐ [4]. Vì vậy ngoài kiểm soát tốt đường huyết, tuân thủ điều trị, chế độ dinh dưỡng, lối sống hợp lý, người bệnh ĐTĐ cần biết chăm sóc bàn chân đúng cách và toàn diện.

Hướng dẫn chăm sóc bàn chân đúng cách

- Kiểm tra bàn chân hàng ngày.
 - Hướng dẫn bệnh nhân tìm một thời điểm thích hợp nhất trong ngày (buổi tối là tốt nhất) để kiểm tra chân hàng ngày và làm điều đó như một thói quen.
 - Chọn nơi có đầy đủ ánh sáng để quan sát kỹ bàn chân và các kẽ ngón chân xem có vết xước, vết phồng, rộp, vết thâm, cục chai hay vết đau... nào không
 - Nếu bệnh nhân không cúi xuống để nhìn bàn chân của mình được thì hướng dẫn họ dùng cái gương để quan sát lòng bàn chân hoặc nhờ người thân chăm sóc.



Hình 1.1. Hình ảnh người bệnh đái tháo đường kiểm tra bàn chân

- Rửa chân hàng ngày:
 - Rửa kỹ bàn chân và kẽ ngón chân. Rửa bằng nước ấm và xà bông trung tính. Không ngâm chân quá 5 phút
 - Sau khi rửa lau thật khô da và các kẽ ngón chân. Nếu da chân bị khô sử dụng kem làm ẩm da (lưu ý bệnh nhân không được bôi kem vào kẽ ngón chân).



Hình 1.2. Hình ảnh người bệnh đái tháo đường rửa chân hàng ngày

- Phòng tránh các vết bỏng:
 - Kiểm tra nhiệt độ nước trước khi tắm bằng cách dùng nhiệt kế hoặc mu tay, khuỷu tay. Nhiệt độ nước không nóng quá, không lạnh quá, khoảng 37 độ C là tốt nhất.
 - Không sưởi ấm chân bằng các phương pháp như sưởi bằng lò than, viên gạch nung nóng, không dùng nước nóng để xông hơi chân hoặc ngâm chân, không đốt lá ngải hơ chân, không dùng chăn điện.... vì dễ gây bỏng.
 - Thoa kem chống nắng lên chỗ da trần khi đi ra nắng.
 - Nếu chân có vết chai chân hoặc sẹo không được tự ý cắt vết chai sẹo mà phải đến gặp bác sĩ.
- Chăm sóc móng chân:
 - Không để móng chân mọc quá dài
 - Cách cắt móng chân:
 - Nếu thị lực kém nên nhờ người thân trong gia đình cắt móng chân.

- Cắt móng chân ngay sau khi tắm, khi đó mềm, dễ cắt.
- Cắt móng chân theo đường ngang, tránh cắt sâu vào phía trong. Dùng giũa để giũa những góc sắc nhọn và những cạnh thô ráp.
- Không được dùng những vật sắc nhọn đào sâu dưới móng chân hoặc quanh móng.

- Phải giũa những móng chân dày.
- Mang giày và tất phù hợp
- Tất: hướng dẫn bệnh nhân nên



Hình 1.3. Hình ảnh chăm sóc móng chân ở người bệnh đái tháo đường

- chọn tất bằng len hoặc cotton, tất đệm bông, mũi tất không chật, đường may nổi không thô, ráp. Tất cao đến đầu gối không được khuyên dùng.
- Cách chọn giày: Chọn giày rộng và sâu ở phần mũi, có đế cao su dày, gót không cao, đệm gót chắc chắn, buộc dây hoặc băng dán, lót trong nhẵn. Nên mua giày vào buổi chiều, khi thử giày bệnh nhân phải đo cả 2 chân, đứng để thử giày. Không bao giờ đi giày mới cả ngày.
 - Bệnh nhân không được đi chân trần.
 - Nếu chân bị nhiễm trùng: sát



Hình 1.4. Hình ảnh giày dành cho người bệnh đái tháo đường

- trùng vết thương và đến viện khám ngay.
- Tăng tuần hoàn máu cho chân:
 - Không bắt chéo chân trong thời gian dài.
 - Không đi những đôi tất chật hoặc thắt nút quanh cổ chân.
 - Cử động các ngón chân trong 5 phút từ 2 -3 lần trong ngày.
 - Tập vận động bàn chân hàng ngày để lưu thông mạch máu.

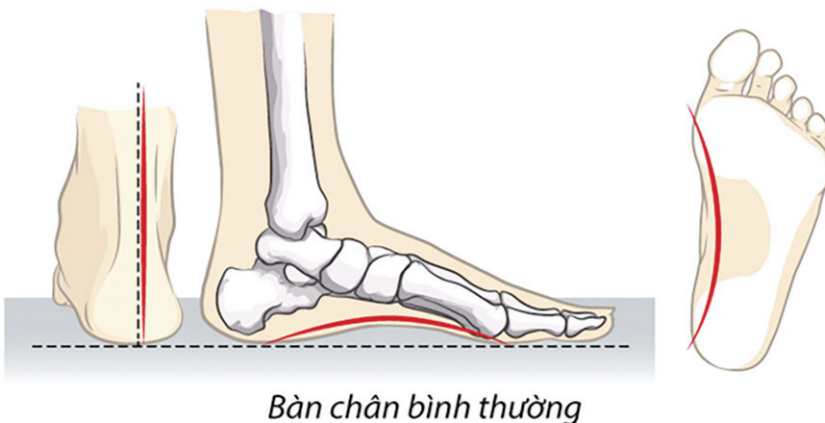
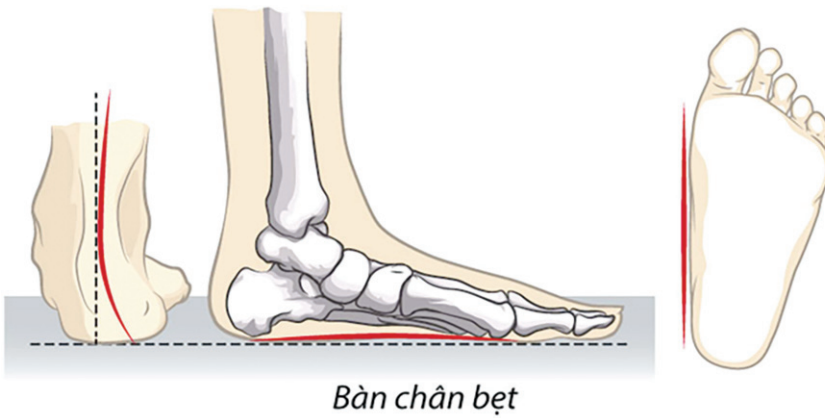
- Có lối sống lành mạnh:
 - Bỏ thuốc lá
 - Tập thể dục đều đặn
 - Kiểm soát cân nặng (nếu có thừa cân phải giảm cân)
 - Tuân thủ chế độ ăn uống, dùng thuốc, điều trị của bác sĩ.
- Bệnh nhân nên đến gặp bác sĩ khi có:
 - Vết loét mà không có dấu hiệu lành trong vòng 2 tuần
 - Có móng chân quặp rất dày hoặc có xu hướng tách đôi khi cắt.
 - Có các cục chai chân, các vết xước hoặc các vấn đề khác mà không giải quyết được

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Van Houtum WH, Lavery LA, Harkless LB. The impact of diabetes-related lower-extremity amputations in The Netherlands. J Diabetes Complications. 1996;10 (6):325-330.
2. Western Australia Department of Health (2010). Model of care for the high risk foot.
3. Đặng Thị Hằng Thi (2012). Kiến thức, thực hành phòng biến chứng bàn chân của người bệnh Đái tháo đường type 2 tại bệnh viện 19-8 Bộ Công an năm 2012, luận văn thạc sỹ quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công Cộng.
4. David R Campbell (2011). Các vấn đề bàn chân và phòng ngừa cắt cụt chi, Chẩn đoán và điều trị bệnh lý mạch máu và bàn chân ở bệnh nhân ĐTĐ, khoa nội tiết và ĐTĐ – bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội, tr 1-6.

HỘI CHỨNG BÀN CHÂN BỆT

Bàn chân bẹt là một lòng bàn chân bằng phẳng, không lõm chút nào. Trên thực tế, tất cả trẻ sơ sinh đều có bàn chân không có vòm, không lõm hay còn gọi là bàn chân bẹt. Khi trẻ đến độ tuổi từ 2 đến 3, vòm bàn chân sẽ được hình thành cùng với hệ thống dây chằng. Ở đa số trẻ, bàn chân sẽ có vòm và lõm lúc 6 tuổi nếu bàn chân vận động tốt và mềm mại.



1. Dị tật bàn chân bẹt

Bàn chân bình thường có phần lòng bàn chân lõm vào để tạo thành vòm giúp chịu lực, cân bằng, đi đứng nhẹ nhàng, giúp giảm phần lực từ mặt đất dội lên khi chân di chuyển. Tuy nhiên, với những người mắc dị tật bàn chân

bẹt thì bàn chân không có cấu tạo hình vòm như bình thường, do cung dọc của bàn chân có hiện tượng sụp xuống và trải phẳng, làm cho gần như toàn bộ gan bàn chân tiếp xúc trực tiếp với mặt đất.

Những người có bàn chân bẹt khi

đi lại, phần cạnh trong của bàn chân (vòm) có khuynh hướng áp sát xuống đất, khiến bàn chân có thể bị biến dạng về lâu dài. Khi chạy nhảy, người có bàn chân bẹt dễ bị ngã vì bàn chân không đủ linh động, khi chạm chân xuống đất, cùng lúc gót sẽ vẹo ra ngoài, chân đổ vào trong khiến khớp cổ chân bị ảnh hưởng, tác động không tốt đến khả năng chạy nhảy. Ngoài ra, chứng bàn chân bẹt khiến các xương ở cẳng chân xoay khi đi lại, chạy nhảy, khiến các khớp gối cũng xoay và lệch, từ đó dẫn đến đau, viêm hoặc thậm chí thoái hóa khớp gối sớm.

2. Nguyên nhân

Hội chứng bàn chân bẹt thường do thói quen đi chân đất, đi dép hoặc xăng-đan có đế lót bằng phẳng từ khi còn nhỏ tuổi.

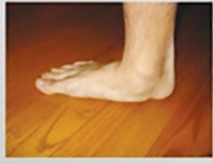
Một số trẻ có gen xương khớp mềm ở bàn chân và cũng có thể phát triển thành bàn chân bẹt. Đây là một tật có yếu tố di truyền vì ở nhiều gia đình, cả bố mẹ và con đều mắc chứng bàn chân bẹt.

Gãy xương, mắc một số bệnh lý khớp mạn tính hoặc các bệnh lý liên quan đến thần kinh, béo phì, đái tháo đường, người cao tuổi và mang thai là những yếu tố làm tăng nguy cơ bàn chân bẹt.

Thống kê cho thấy có khoảng 30% dân số mắc chứng bàn chân bẹt tùy theo cấp độ, có hoặc không kèm theo giãn hoặc rách gân cơ chày sau. Ban đầu, bàn chân bẹt không gây đau, đến

DẤU HIỆU NHẬN BIẾT VÀ HẬU QUẢ CỦA BÀN CHÂN BỆT

Bàn chân bẹt



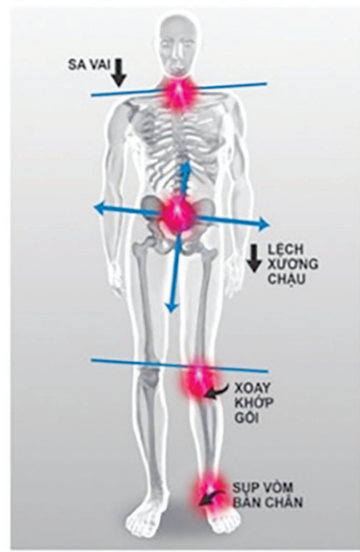
Gân gót cong



Đầu gối xoay vào trong



CƠ THỂ MẤT CÂN BẰNG



Đây là những dấu hiệu cảnh báo nguyên nhân dẫn đến Đau chân, đau gối, thắt lưng và cột sống



Đau cổ



Đau lưng



Đau đầu gối



Đau mắt cá



Đau chân

Dấu hiệu nhận biết và hậu quả của bàn chân bẹt

một thời điểm nào đó khi khung xương không đủ lực chịu đựng sự mất cân bằng thì người bệnh sẽ đau mắt cá chân, đau đầu gối, đau khớp háng hay thắt lưng.

3. Nhận biết trẻ mắc hội chứng bàn chân bẹt

Đối với trẻ em, bàn chân trẻ sinh ra đều không có vòm và khi trẻ đến độ tuổi từ 2 đến 3, vòm bàn chân mới bắt đầu được hình thành. Từ 3 tuổi trở lên, vòm bàn chân sẽ ngày càng được định hình rõ hơn. Nếu sau 5 tuổi mà ba mẹ vẫn thấy bàn chân trẻ phẳng lì, trẻ khó khăn trong việc di chuyển, chạy nhảy, ba mẹ nên đưa con đi khám nếu phát hiện triệu chứng đặc thù như:

Lòng bàn chân trẻ không có hình vòm như bình thường

Trẻ dễ bị té ngã, tỏ ra vựng về trong việc chạy nhảy, chơi thể thao hơn các bạn đồng lứa khác.

Khi di chuyển, ba mẹ dễ dàng nhận thấy chân trẻ có dấu hiệu biến dạng, nghiêng vào trong.

Bé thường xuyên nói với ba mẹ về cảm giác đau ở bàn chân, mắt cá chân hay đầu gối.

Người có bàn chân bẹt khi đi lại thì phần cạnh trong của bàn chân (phần vòm) có khuynh hướng áp xuống đất,

dần dần sẽ khiến bàn chân bị biến dạng. Khi vận động chạy nhảy hoặc chơi thể thao, họ dễ bị té hoặc gặp chấn thương vì bàn chân không đủ linh động khi chạm đất, cùng lúc gót vẹo ra ngoài, chân đổ vào trong khiến khớp cổ chân, khớp gối cũng bị ảnh hưởng.

4. Trẻ mắc hội chứng bàn chân bẹt còn gây ra những ảnh hưởng gián tiếp như:

Gây nên tình trạng biến dạng cho hệ xương khớp: Bàn chân có cấu tạo quay sấp quá mức, hoặc gót chân có biểu hiện vẹo ngoài sẽ làm thay đổi toàn bộ ở trục chi dưới, điều này sẽ dẫn đến tình trạng cẳng chân xoay vào trong và đầu gối di chuyển vào bên trong.

Làm lệch trục cột sống khiến người bệnh đau nhức liên tục kéo dài như tình trạng đau nhức khớp cổ chân, khớp bàn chân, khớp gối, khớp háng, từ đó sẽ dẫn đến tình trạng làm biến dạng, vẹo cột sống, đau lưng và cổ.

Xuất hiện cấu trúc bất thường ở ngón chân cái như là ngón cái bị đẩy về phía ngón sát bên, điều này sẽ làm tăng nguy cơ bị bệnh đau gót chân, viêm cân gan chân.

Ngoài ra khiến dáng đi cũng xấu đi, bước chân vận động chậm lại nặng nề, thiếu tự tin có thể trở thành bị dị tật

sau này.

Trẻ luôn trong tình trạng bị stress: trẻ thường hay cáu gắt, mệt mỏi, hay biếng ăn làm chậm quá trình trao đổi chất ... do cơ thể trẻ đang trong trạng thái không được cân bằng.

5. Khám bàn chân bẹt ở trẻ từ sớm giúp việc điều trị đơn giản hơn

Cha mẹ nên đưa con đi khám nếu phát hiện triệu chứng đặc thù như trẻ có khuynh hướng áp cạnh trong của bàn chân xuống đất. Việc chữa bàn chân bẹt tốt nhất là khi trẻ ở độ tuổi từ 2 – 7 tuổi.

Nếu được phát hiện sớm, phương pháp trị liệu không phẫu thuật với đế giày chỉnh hình y khoa sẽ là giải pháp đơn giản và hiệu quả để điều chỉnh tật bàn chân bẹt ở trẻ em. Đây là một miếng lót giày được thiết kế đặc biệt đo trên bàn chân của từng trẻ, miếng lót này giúp tạo vòm và nâng đỡ bàn chân, hỗ trợ xương khớp trở về đúng trục.

Để chỉnh hình này có thể được lót dưới hầu hết các loại giày dép thông dụng của trẻ và được khuyến cáo nên sử dụng thường xuyên trong các hoạt động đi đứng hàng ngày, mỗi khi bàn chân của trẻ phải chịu lực. Đi đế giày chỉnh hình thường xuyên, cấu trúc bàn chân của trẻ 2 – 7 tuổi có thể trở về vị trí cân bằng mong muốn.

Từ sau giai đoạn này cho đến khi trẻ đủ 12 tuổi, việc tạo vòm chân mang lại hiệu quả cải thiện thấp hơn và thời gian mang đế chỉnh hình cũng kéo dài hơn. Ở người trưởng thành, việc sử dụng đế chỉnh hình chỉ có tác dụng ngăn ngừa đau khớp, thoái hóa khớp... nhưng không thể tạo vòm chân được nữa và bệnh nhân cần mang đế chỉnh hình suốt đời.

Việc chữa bàn chân bẹt tốt nhất là khi trẻ ở độ tuổi từ 2 – 7 tuổi.

6. Bàn chân bẹt khi nào cần phẫu thuật

Phẫu thuật là không cần thiết đối với trẻ dưới 8 tuổi và dị tật ít nghiêm trọng. Tuy nhiên trong một số trường hợp hiếm vẫn cần phải can thiệp phẫu thuật với trẻ trên 8 tuổi, khi trẻ bước vào giai đoạn phát triển chiều cao nhanh và hình thành gân gót Achilles ngắn hơn bình thường. ■

PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ U TUYẾN GIÁP

Tại Việt Nam hiện nay, có đến 10 – 15% số các ca bệnh liên quan đến tuyến giáp là u tuyến giáp. Vậy điều trị u tuyến giáp như thế nào, đâu là các phương pháp điều trị u tuyến giáp được sử dụng phổ biến hiện nay?



1. Bệnh u tuyến giáp là gì?

Bệnh u tuyến giáp là gì? U tuyến giáp hay còn gọi là nhân tuyến giáp. Đây là những nốt/khối đặc hoặc lỏng được hình thành bên trong nhu mô tuyến giáp. Tuyến giáp là một tuyến nhỏ nằm ở vùng cổ trước, ngay trên xương ức.

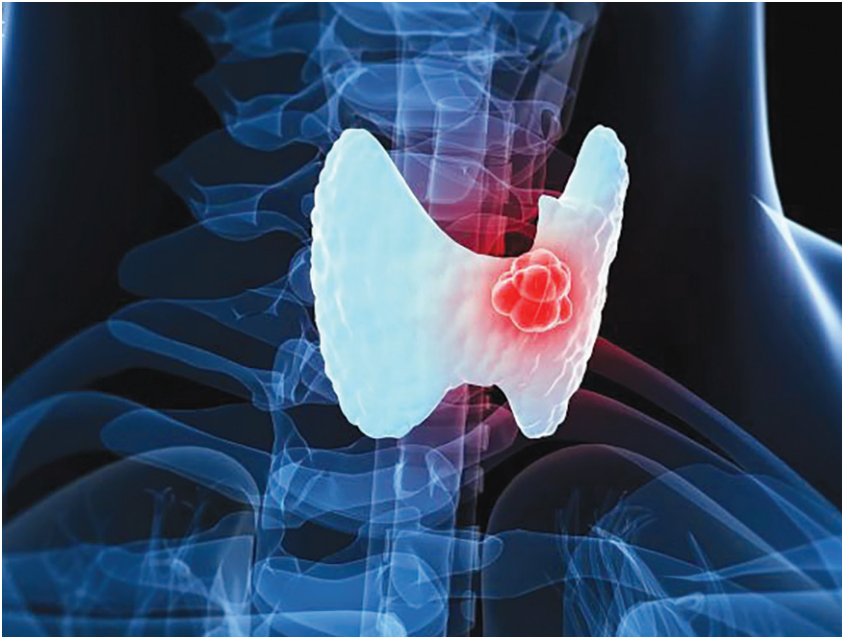
Hầu hết các u tuyến giáp không nghiêm trọng và không gây ra các triệu chứng nên không dễ phát hiện. Thay vào đó, nó thường được tình cờ phát hiện khi thăm khám sức khỏe

định kỳ qua siêu âm vùng cổ. Những khối u tuyến giáp thường lành tính nhưng cũng có một số ít là ung thư. U tuyến giáp biểu hiện triệu chứng khi nó đã phát triển lớn chèn ép và gây khó khăn cho các hoạt động thở và nuốt.

Có nhiều tác nhân gây nên bệnh u tuyến giáp, bao gồm: tuổi tác, giới tính, gia đình có tiền sử bệnh về tuyến giáp và tiếp xúc với các chất gây ung thư. Người cao tuổi, phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, những người sinh gia trong gia đình có người thân có tiền sử mắc

bệnh tuyến giáp hoặc người thường xuyên tiếp xúc với môi trường hóa chất độc hại có nguy cơ bị u tuyến giáp cao hơn các đối tượng khác.

U tuyến giáp lành tính thường không có triệu chứng, với khối u to, nhân độc thì các triệu chứng thường gặp nhất là khó nuốt, cảm giác đau và nặng ở cổ, khó thở, mệt mỏi, đổ mồ hôi nhiều, giảm cân hoặc tăng cân bất thường và thay đổi tâm trạng. Trong khi đó, đối với các trường hợp u tuyến giáp ác tính, bệnh nhân thường không gặp các triệu chứng rõ ràng cho đến



Hình ảnh nốt nhân bên trong tuyến giáp

khi bệnh đã phát triển nghiêm trọng.

2. Phân loại u tuyến giáp

Có thể phân loại các u tuyến giáp thành 2 loại dễ phân biệt nhất là u lành tính và u ác tính.

U tuyến giáp lành tính (Không ung thư).

Có đến 90% bệnh nhân u tuyến giáp mang khối u lành tính. Các triệu chứng của u tuyến giáp lành tính thường gặp nhất là khó nuốt, cảm giác đau và nặng ở cổ, khó thở, mệt mỏi, đổ mồ hôi nhiều, giảm cân hoặc tăng cân bất thường và thay đổi tâm trạng.

U tuyến giáp ác tính (Ung thư).

- Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa (DTC): Đây là loại ung thư phát sinh từ các tế bào biểu mô và chiếm khoảng 95% tất cả các khối u ác tính tuyến giáp, bao gồm ung thư tuyến giáp thể nhú, ung thư tuyến giáp thể nang, ung thư tuyến giáp thể hỗn hợp nhú và nang.

- Ung thư tuyến giáp thể tủy (MTC): Ung thư tuyến giáp thể tủy phát sinh từ các tế bào hình nang có nhiệm vụ sản xuất calcitonin của tuyến giáp. Có đến 20% các ca MTC liên quan đến di truyền và có thể xảy ra như một phần của hội chứng đa u các tuyến nội tiết (MEN).

3. Triệu chứng u tuyến giáp

Bác sĩ cho biết, hầu hết các nhân/u tuyến giáp không gây ra dấu hiệu hoặc triệu chứng, vì vậy dấu hiệu nhận biết u tuyến giáp là không rõ ràng. Nhưng

đôi khi một số khối u có kích thước lớn có thể gây ra các dấu hiệu u tuyến giáp.

Các dấu hiệu của u tuyến giáp bao gồm:

- Khối u ở vùng cổ trước có thể nhìn thấy được.
- Khối u chèn ép vào dây thanh quản quặt ngược gây khàn tiếng.
- Khối u chèn ép vào khí quản hoặc thực quản, gây khó thở hoặc khó nuốt.
- Cường giáp với các triệu chứng: giảm cân không rõ nguyên nhân, tăng tiết mồ hôi, run, lo lắng, nhịp tim nhanh hoặc không đều, rối loạn kinh nguyệt hoặc mất kinh, tiêu chảy và đi tiểu thường xuyên hơn, tăng khẩu vị.
- Suy giáp với các triệu chứng: Mệt mỏi, tê và ngứa ran ở tay, tăng cân, da và tóc khô, thô ráp, táo bón, trầm cảm, kinh nguyệt ra nhiều và thường xuyên.

4. Nguyên nhân bệnh u tuyến giáp

Yếu tố di truyền

Những người sinh ra trong gia đình có bố hoặc mẹ hay người thân đã từng mắc u tuyến giáp thì họ cũng chính là đối tượng có nguy cơ mắc phải căn bệnh này với tỷ lệ cao hơn so với bình thường.

Do nhiễm phải các chất phóng xạ, chất độc hại.

Các chất phóng xạ, chất độc hại gây nguy cơ biến đổi, thay đổi tính chất và sự hoạt động của tuyến giáp. Do đó, những ai thường xuyên tiếp xúc

với môi trường độc hại hay đang phải xạ trị chữa các bệnh lý khác có khả năng cao hơn mắc u tuyến giáp.

Do thói quen ăn uống

Thiếu i-ốt khiến các hoạt động của tuyến giáp không thể diễn ra một cách bình thường. Điều này làm tăng khả năng gây ra các bệnh lý tuyến giáp liên quan, đặc biệt là ung thư tuyến giáp.

Do thể trạng suy yếu

Hệ miễn dịch bị suy giảm, rối loạn tạo điều kiện thuận lợi cho các nhân gây hại tấn công, làm suy yếu cơ thể, gây ảnh hưởng trực tiếp đến tuyến giáp. Bên cạnh đó, người mắc các bệnh béo phì, thừa cân, sinh hoạt không lành mạnh cũng có thể mắc bệnh lý này. Đặc biệt, đối với người gặp phải các vấn đề bất thường liên quan đến các bệnh lý tuyến giáp như suy giảm hormon tuyến giáp, viêm tuyến giáp,... khả năng mắc u tuyến giáp là cao hơn.

5. Biến chứng nguy hiểm của u tuyến giáp

Khi u tuyến giáp bị bất thường và sản xuất quá nhiều hormone, người bệnh có thể gặp phải các biến chứng sau:

- Rối loạn nhịp tim: Tuyến giáp hoạt động bất thường có thể dẫn đến rối loạn nhịp tim, gây ra cảm giác đánh trống ngực, chóng mặt và đau tim.
- Tăng huyết áp: Một số bệnh nhân u tuyến giáp có thể gặp tăng huyết áp do tăng lượng hormone trong cơ thể.
- Tăng cân: Bệnh nhân tăng cân do hormone tuyến giáp làm tăng tốc độ trao đổi chất của cơ thể.
- Bệnh cơ xương: Nếu không được điều trị kịp thời, u tuyến giáp có thể gây ra thiếu canxi, dẫn đến bệnh cơ xương.

6. Tiên lượng ở bệnh nhân u tuyến giáp

Các ca bệnh u tuyến giáp ở dạng không ung thư chiếm đến 95% nên người bệnh có thể yên tâm điều trị theo chỉ định của bác sĩ để khối u được kiểm soát, xử lý kịp thời. Tuy nhiên cần nhấn mạnh rằng, trường hợp u tuyến giáp lành tính vẫn có thể gây nguy hiểm cho bệnh nhân nếu không được phát hiện sớm và điều trị theo phác đồ điều trị cá thể hóa.

Bệnh nhân mang khối u ác tính

tuyến giáp sẽ có tiên lượng khác nhau tùy thuộc vào loại mô bệnh học của ung thư. Cụ thể, các nốt đơn độc có nguy cơ mắc bệnh ác tính cao hơn các nốt trong tuyến giáp đa nhân. Bên cạnh đó, các yếu tố liên quan đến kích thước của khối u nguyên phát, sự xâm lấn mô mềm hoặc di căn xa cũng ảnh hưởng một phần đến tiên lượng cho bệnh nhân.

7. Phương pháp điều trị u tuyến giáp hiện nay

Bệnh u tuyến giáp nói chung hay ung thư tuyến giáp nói riêng đang ngày càng phổ biến do yếu tố môi trường ô nhiễm và thói quen sinh hoạt không lành mạnh.

Hiện nay, có 3 phương pháp điều trị u tuyến giáp phổ biến được áp dụng.

Điều trị u tuyến giáp bằng thuốc

Trường hợp khối u có kích thước trung bình khoảng từ 2-3 cm, bệnh nhân sẽ được bác sĩ chỉ định điều trị bằng hormone giáp – thuốc levothyroxine. Đây là một dạng tổng hợp thyroxine dạng viên giúp cung cấp thêm hormone tuyến giáp. Từ đó, tuyến giáp sẽ phát tín hiệu đến tuyến yên làm sản sinh ít TSH (hormone kích thích sự phát triển của mô tuyến giáp) hơn. Tuy nhiên, hiện tại vẫn chưa có kết luận rõ ràng về việc sử dụng thuốc nội khoa sẽ làm thu nhỏ kích thước khối u, do vậy hiện nay ít được chỉ định điều trị nhân tuyến giáp. Người bệnh cần theo

đổi sát sao quá trình điều trị nếu có sử dụng hormone giáp, hỏi ý kiến bác sĩ ngay lập tức nếu thấy khối u có sự phát triển bất thường.

Đốt sóng cao tần u tuyến giáp

Điều trị u tuyến giáp lành tính bằng đốt sóng cao tần RFA là một phương pháp điều trị mới, được sử dụng khá phổ biến trong thực hành lâm sàng hiện nay. Phương pháp này sử dụng một kim siêu mỏng được đưa vào u tuyến giáp dưới hình thức siêu âm để xác định vị trí và kích thước của u tuyến giáp. Sau đó, sóng cao tần được áp dụng vào kim để tạo ra nhiệt độ cao, làm tuyến giáp bị đốt cháy và tiêu diệt các tế bào u.

Phương pháp RFA đem lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân bao gồm:

- Can thiệp không xâm lấn, không cần phẫu thuật, không có vết thương, không gây đau đớn và thời gian phục hồi sau điều trị nhanh hơn.

- Độ chính xác cao do có sự hỗ trợ của máy siêu âm, giảm thiểu nguy cơ tổn thương đến các cơ quan lân cận.

- Hiệu quả điều trị tốt với tỷ lệ thành công cao, đặc biệt là ở những trường hợp u tuyến giáp nhỏ và đơn lẻ.

- Phương pháp RFA không ảnh hưởng đến chức năng tuyến giáp, giúp duy trì sự cân bằng hormone tuyến giáp trong cơ thể.

- Can thiệp RFA đem lại kết quả nhanh chóng và giảm thiểu nguy cơ tái phát u tuyến giáp sau khi điều trị.

Tuy nhiên, sử dụng RFA trong trường hợp u tuyến giáp lớn hoặc u tuyến giáp phức tạp có thể không hiệu quả hoặc cần phải kết hợp với phương pháp điều trị khác.

Phẫu thuật u tuyến giáp

Trong trường hợp u tuyến giáp lớn hoặc có dấu hiệu bất thường, phương pháp chữa trị bằng phẫu thuật u tuyến giáp sẽ được áp dụng.

Phương pháp mổ hở

Phương pháp này sẽ được thực hiện dưới tình trạng tê toàn thân và phẫu thuật viên sẽ thực hiện một cắt nhỏ ở vị trí u tuyến giáp để tiếp cận và loại bỏ khối u. Sau khi khối u được loại bỏ, phẫu thuật viên sẽ kiểm tra kỹ các tuyến giáp còn lại để đảm bảo rằng chúng không bị ảnh hưởng và tiến hành đóng vết mổ.

Sau phẫu thuật, bệnh nhân cần phải thực hiện kiểm tra sức khỏe thường xuyên và sử dụng thuốc thay thế hormone tuyến giáp nếu cần thiết để đảm bảo sự cân bằng hormone trong cơ thể.

Tuy nhiên, phương pháp này có những rủi ro và hạn chế nhất định, bao gồm:

- Nguy cơ nhiễm trùng hoặc xuất huyết trong quá trình phẫu thuật

- Nguy cơ tổn thương các tuyến giáp khác trong quá trình phẫu thuật

- Thời gian hồi phục sau phẫu thuật có thể kéo dài và đòi hỏi sự quan tâm đặc biệt của bệnh nhân

Phương pháp nội soi tuyến giáp qua đường miệng

Đây là phương pháp phẫu thuật có thể khắc phục được nhược điểm của phương pháp mổ hở.

Mổ nội soi tuyến giáp qua đường miệng có thể tiếp cận cả 2 thùy tuyến giáp qua một đường mổ giúp lấy bỏ triệt để khối u, vét hạch cổ triệt để, ít đau hơn, hạn chế tình trạng nuốt vướng và khó chịu vùng cổ sau mổ, hạn chế nói khàn và tê bì tay chân sau mổ, hoàn toàn không để lại sẹo.

Do đó, bệnh nhân sẽ vẫn có lượng hormone tự nhiên đủ để duy trì các hoạt động của cơ thể như bình thường mà không cần phải bổ sung hormone tuyến giáp nhân tạo. ■

THS.BS. MAI VĂN SÂM



Điều trị u tuyến giáp bằng phương pháp phẫu thuật

U VÚ LÀNH TÍNH NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT:

NGUYÊN NHÂN, DẤU HIỆU VÀ CHẨN ĐOÁN



KHỐI U VÚ

1. Khối u ở vú là gì?

Khối u ở vú là cục u cứng, dày, sưng trong hoặc xung quanh mô vú và vùng dưới cánh tay. Các khối u có thể khác nhau về kích thước, hình dạng và cảm giác như tròn, nhẵn và di chuyển được (nghĩ lành tính) hoặc cứng, lờ mờ chồm và cố định, dính vào cấu trúc xung quanh, dính da, núm vú (nghĩ ác tính). Khối u xuất hiện ở một hoặc cả hai vú và có thể gây đau. Khối u ở vú có thể lành tính hoặc ác tính. U vú lành tính có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh ung thư vú trong tương lai. Vì vậy, gây cho người bệnh rất hoang mang, lo lắng, bất an....

2. Tổn thương vú lành tính là gì?

Tổn thương vú lành tính không phải là ung thư. Những tổn thương này thường sẽ tự biến mất hoặc dễ dàng điều trị.

Tuy nhiên, một số tổn thương vú lành tính có thể làm tăng nguy cơ mắc

bệnh ung thư vú trong tương lai. Do vậy, bạn cần phải thực hiện xét nghiệm theo dõi hoặc thăm khám với bác sĩ sản phụ khoa để đề phòng rủi ro xảy ra.

3. Tổn thương u vú lành tính có những loại nào?

Thay đổi xơ nang: tình trạng này lành tính ở khoảng 50% – 60% phụ nữ. Mô vú xơ, tuyến vú và ống dẫn sữa phản ứng với các hormone được tạo ra trong quá trình rụng trứng, gây hình thành cục xơ và nhiều u nang nhỏ. Thay đổi xơ nang là một phản ứng quá mức của mô vú với những thay đổi hormone buồng trứng. Tình trạng thay đổi xơ nang thường phổ biến, đặc biệt ở phụ nữ từ 20 – 50 tuổi. Kích thước và độ mềm của khối u xơ thường tăng trước kỳ kinh nguyệt, giảm sau khi kỳ kinh kết thúc. Tình trạng này thường biến mất sau thời kỳ mãn kinh.

U sợi tuyến: khối rắn của mô xơ và

mô tuyến thường xuất hiện ở phụ nữ từ 18 – 35 tuổi và đặc biệt phụ nữ dưới 25 tuổi. U xơ thường không mềm, đau trước kỳ kinh nguyệt và di chuyển khi sờ nắn.

U nhú: khối u nhỏ có chồi trong ống tuyến phát triển trong niêm mạc của ống dẫn sữa và gần núm vú. Dịch nâu gây tiết dịch màu vàng trong suốt hoặc có máu chảy ra từ núm vú.

4. Nguyên nhân đau ở u vú lành tính?

4.1. Đau theo chu kỳ

Các cơn đau loại này xảy ra do đáp ứng với sự thay đổi nồng độ hormone trong cơ thể. Ngực của bạn có thể bị sưng, nhạy cảm và đau hơn trước khi có kinh nguyệt. Những triệu chứng này tương tự như khi sử dụng biện pháp tránh thai nội tiết phối hợp, chẳng hạn như thuốc tránh thai hoặc liệu pháp hormone thay thế trong thời kỳ mãn kinh.

4.2. Đau không theo chu kỳ

Cơn đau loại này không liên quan đến chu kỳ kinh nguyệt. Chúng thường xảy ra ở một bên ngực và tại vùng cụ thể. Có nhiều nguyên nhân gây ra loại đau này, bao gồm chấn thương, nhiễm trùng, thuốc men hay thậm chí là kích thích vú quá lớn cũng gây ra đau. Trong một số ít trường hợp, đau vú không theo chu kỳ có thể là dấu hiệu của ung thư vú.

5. Nguyên nhân khối u ở vú?

Nguyên nhân khối u ở vú xuất hiện có thể bắt nguồn do:

Nang vú: cấu trúc hình nang, mềm, chứa đầy chất lỏng, thường lành tính, rất hiếm liên quan đến nguyên nhân ung thư.

Áp xe: cục u chứa đầy mủ phát triển dưới da do nhiễm trùng. Áp xe gây đau, sưng, mẩn đỏ ở vùng da lân cận, tiết dịch từ núm vú,... Áp xe thường hình thành trong thời gian cho con bú. Ngoài ra, bất kỳ ai không phân biệt giới tính đều có thể xuất hiện áp xe.

Bướu sợi tuyến vú hay u xơ tuyến vú: cục u lành tính, có thể di chuyển trong mô vú. Một người có thể có một hoặc nhiều u xơ. U xơ tuyến vú có thể duy trì kích thước, phát triển hoặc co lại theo thời gian.

U nhú: khối u nhỏ lành tính trong ống dẫn sữa. Tình trạng này chủ yếu ảnh hưởng đến phụ nữ và hiếm khi xảy ra ở nam giới. Nếu u nhú phát triển khi đang cho con bú, có một lượng máu nhỏ trong sữa mẹ.

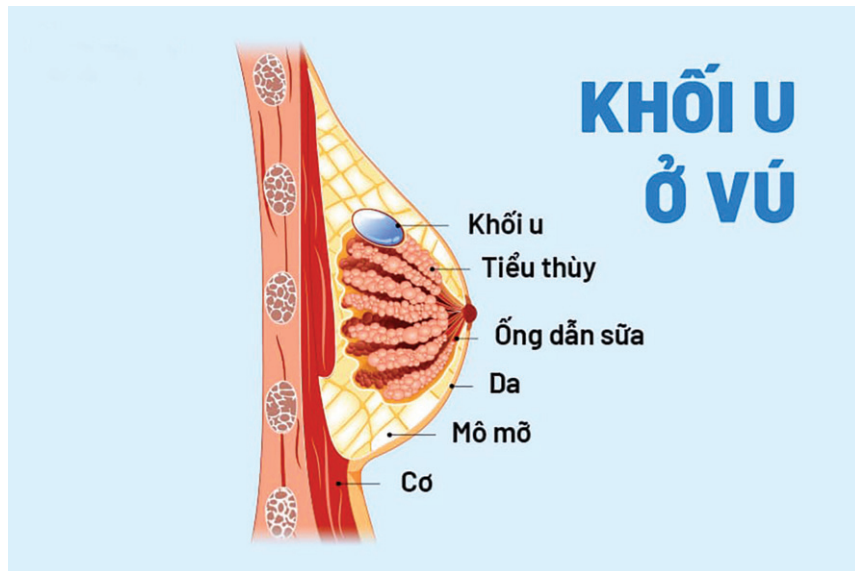
Hoại tử mỡ: hoại tử xảy ra khi các tế bào mỡ bị viêm và chết do thiếu oxy. Điều này xảy ra chất nhờn của các tế bào mỡ không còn hoạt động sẽ thay thế các mô mỡ.

U mỡ: khối u dưới da xuất hiện do sự phát triển quá mức của các tế bào mỡ. Khối u này lành tính, mềm và có thể di chuyển nhẹ dưới da khi ấn xuống. Khối u phát triển chậm, khoảng 2 – 3cm và có thể lên đến 10cm.

6. Triệu chứng khối u vú lành tính

Khối u ở ngực có thể chắc hoặc mềm trong mô vú hoặc gần vùng nách. Dấu hiệu vú có khối u sẽ cảm giác:

- Mập mòi.
- Bờ không đều.
- Đồng nhất hoặc lớn nhỏ.
- Mềm mại.



- Chắc.
- Di chuyển được.
- Hình tròn hoặc hình dạng không đều.

Ngoài ra, người bệnh còn thấy khối u vú gây đau và mềm khi chạm vào. Cơn đau xuất hiện vào chu kỳ kinh nguyệt. Một khối u ở vú đi kèm với những thay đổi ở núm vú, chẳng hạn như núm vú thụt trong, tiết dịch trong suốt hoặc có máu. Khối u ở vú khi cho con bú là một triệu chứng của căng sữa hoặc tắc ống dẫn sữa. Người bệnh cần gặp bác sĩ để thăm khám và điều trị kịp thời nếu tình trạng này không biến mất trong vòng vài ngày, đặc biệt là sau sạch kinh.

7. Các dấu hiệu khối u ở vú cần gặp bác sĩ?

Những lý do khiến bạn tham khảo ý kiến bác sĩ chuyên khoa bệnh tuyến vú bao gồm một số dấu hiệu dưới đây hoặc bạn nên thăm khám định kỳ tuyến vú 6 tháng đến 1 năm một lần:

Đau vú không hết sau kỳ kinh tiếp theo.

Khối u ở vú tồn tại lâu hoặc phát triển to, nhiều hơn: nhận thấy sự thay đổi về kích thước, hình dạng hoặc bề ngoài của vú.

Khối u dưới nách, cánh tay: phát hiện một khối u mới ở vú hoặc chỗ dày lên có cảm giác khác với các mô xung quanh hoặc vú còn lại.

Núm vú thay đổi hoặc tiết dịch
Có một núm vú mới thụt vào trong.
Nhận thấy tiết dịch vú.

Da vú nhăn nheo hoặc có lúm đồng tiền: nhận thấy những thay đổi

về da trên vú, chẳng hạn như ngứa, mẩn đỏ, đóng vảy, lõm xuống hoặc nhăn nheo.

8. U vú lành tính có nguy hiểm không?

Nên phẫu thuật cắt bỏ nếu khối u vú trở nên nghiêm trọng, nguy hiểm.

Nói chung, u vú lành tính có nguy hiểm không tùy thuộc phần lớn vào loại u. Khối u vú lành tính thường được chia thành 3 loại phổ biến nhất như sau:

- Không sinh sản: Loại này gồm các tế bào tuyến vú bình thường. Ví dụ thường gặp là u nang. U nang vú khá nhỏ, thường tự hết hoặc có thể can thiệp rút ra bằng kim. Một ví dụ khác là u xơ đơn giản. U xơ đơn giản thường tự nhỏ lại và biến mất. Tuy nhiên, nếu chúng tiếp tục phát triển lớn hơn thì nên phẫu thuật cắt bỏ.

- Tăng sản điển hình: Không có sự hiện diện của các tế bào không điển hình (là các tế bào bất thường có nhân dị dạng...). Đối với khối u vú loại này, các tế bào có tăng về số lượng nhưng hoàn toàn bình thường. Sự xuất hiện loại khối u điển hình làm tăng nhẹ nguy cơ ung thư vú trong tương lai lâu dài. Chúng thường được phẫu thuật cắt bỏ, nhưng đôi khi bác sĩ chỉ đề nghị theo dõi và đảm bảo chúng không phát triển.

- Tăng sản không điển hình: Có sự hiện diện của các tế bào không điển hình. Phần lớn các trường hợp tăng sản không điển hình thường dẫn đến nguy cơ cao sự hình thành ung thư vú trong tương lai. Khi phát hiện khối u vú loại này, bác sĩ sẽ đề nghị phẫu thuật để



Người có khối u ở vú cần chụp nhũ ảnh để đánh giá thêm.

loại bỏ mầm mống của ung thư, đồng thời theo dõi chặt chẽ trong thời gian dài.

Như vậy, u vú lành tính có nguy hiểm không và xử lý như thế nào là tùy vào việc thăm khám, bản chất tế bào của khối u và quyết định của bác sĩ điều trị.

9. Chẩn đoán khối u trong vú thế nào?

Nếu bác sĩ của bạn tìm thấy một khối u ở vú hoặc khu vực đáng lo ngại khác, có thể bạn sẽ cần xét nghiệm hình ảnh đánh giá thêm.

9.1. Các kiểm tra hình ảnh học tuyến vú

Để đánh giá thêm khối u ở vú, bác sĩ của bạn có thể đề nghị:

Tự khám vú: bạn nên học cách tự làm quen với cảm nhận bộ ngực bình thường và bất thường của bạn.

Khám lâm sàng cùng Bác sĩ chuyên khoa.

Chụp X-quang vú cho thấy những thay đổi ở vú. Nó chụp ảnh X-quang từ nhiều góc độ.

Siêu âm vú: rất hữu ích trong việc xác định khối u ở vú là dạng đặc hay chứa đầy chất lỏng gọi là nang vú, đánh giá thêm bản chất tổn thương.

Chụp cộng hưởng từ (MRI) đặc biệt có lợi ích cho khảo sát trên bệnh nhân có túi ngực 2 bên.

9.2. Các xét nghiệm và cận lâm sàng khác.

- Sinh thiết khối u vú trong vú.
- Xét nghiệm chỉ điểm u vú

10. Những vấn đề về da có liên quan đến ung thư vú?

Bộ ngực của phụ nữ có thể bị ảnh

hưởng bởi các vấn đề về da phổ biến, chẳng hạn như bệnh vẩy nến và chàm. Ngoài ra, tại các nếp gấp của vú cũng thường bị nhiễm nấm. Đặc biệt, phụ nữ có bộ ngực càng lớn thì nhiều khả năng xảy ra các vấn đề này.

Lưu ý, một số thay đổi của da ở ngực có thể là dấu hiệu của bệnh ung thư vú, bao gồm da đỏ, ẩm, bị lún bất thường, lở loét da, nổi mụn nước, sưng, đau. Một số thay đổi ở núm vú, như nổi và tróc vảy hoặc núm vú bị biến dạng cũng là những hiện tượng đáng lo ngại. Hãy trình bày với bác sĩ về bất kỳ sự thay đổi nào ở ngực mà bạn nhận thấy.

11. Những tổn thương lành tính ở vú được xác định bằng cách nào?

Nếu phát hiện thấy các dấu hiệu bất thường ở vú, bạn nên đến bệnh viện để được bác sĩ thăm khám, kiểm tra. Trong một số trường hợp, bạn cần thực hiện kiểm tra bằng các kỹ thuật như chụp nhũ ảnh, siêu âm hoặc chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI). Để xác định chính xác, bác sĩ sẽ cần làm sinh thiết.

Nếu phát hiện thấy các dấu hiệu bất thường ở vú, bạn nên đến bệnh viện để được thăm khám

12. Khi bị tổn thương vú lành tính, tôi cần theo dõi thế nào?

Hầu hết các tổn thương vú lành tính không làm tăng nguy cơ ung thư vú. Tuy nhiên, một số trường hợp có thể dẫn đến những rủi ro nhất định. Đối với những trường hợp này, bác sĩ sẽ cân nhắc thực hiện thăm khám vú lâm sàng và xét nghiệm hình ảnh thường xuyên hơn trong vòng 1 hoặc 2

năm tiếp theo tùy theo tuổi tác, rủi ro sức khỏe và kết quả xét nghiệm.

Theo dõi sau khi đánh giá khối u vú:

- Nếu khối u ở vú không phải là ung thư, bác sĩ sẽ quyết định xem có cần theo dõi ngắn hạn bằng khám vú lâm sàng hoặc chụp lại hình ảnh vú hay không. Bạn có thể được yêu cầu quay lại sau 2 – 3 tháng để xem có thay đổi nào ở vú không. Bạn cần tham khảo và trao đổi với bác sĩ điều trị nếu thấy những thay đổi trong khối u hoặc vùng xung quanh.

• Nếu chẩn đoán còn chưa chắc chắn có thể dẫn đến tư vấn thêm với bác sĩ phẫu thuật hoặc chuyên gia bệnh tuyến vú khác. Ví dụ như khi khám vú lâm sàng và chụp X-quang tuyến vú cho thấy những vùng nghi ngờ nhưng sinh thiết lại lành tính.

• Một khối u vú xác định là ung thư cần điều trị. Phải chẩn đoán loại giải phẫu bệnh khối u và các yếu tố khác như sinh học bướu, mức độ rộng của bướu, mức độ ăn lan sang các cơ quan (di căn), các yếu tố thuộc bệnh nhân, nhu cầu thẩm mỹ, ... sẽ ảnh hưởng đến các lựa chọn điều trị. Lúc này bạn nên tham khảo ý kiến chuyên gia điều trị bệnh tuyến vú.

13. Nên lưu ý về những bất thường ở ngực

Phụ nữ nên để ý trạng thái bình thường của 2 bên ngực, để khi có bất thường xảy ra thì dễ dàng nhận biết. Nếu nhận thấy bất kỳ dấu hiệu nào sau đây, bạn nên đi viện thăm khám và trao đổi trực tiếp với bác sĩ:

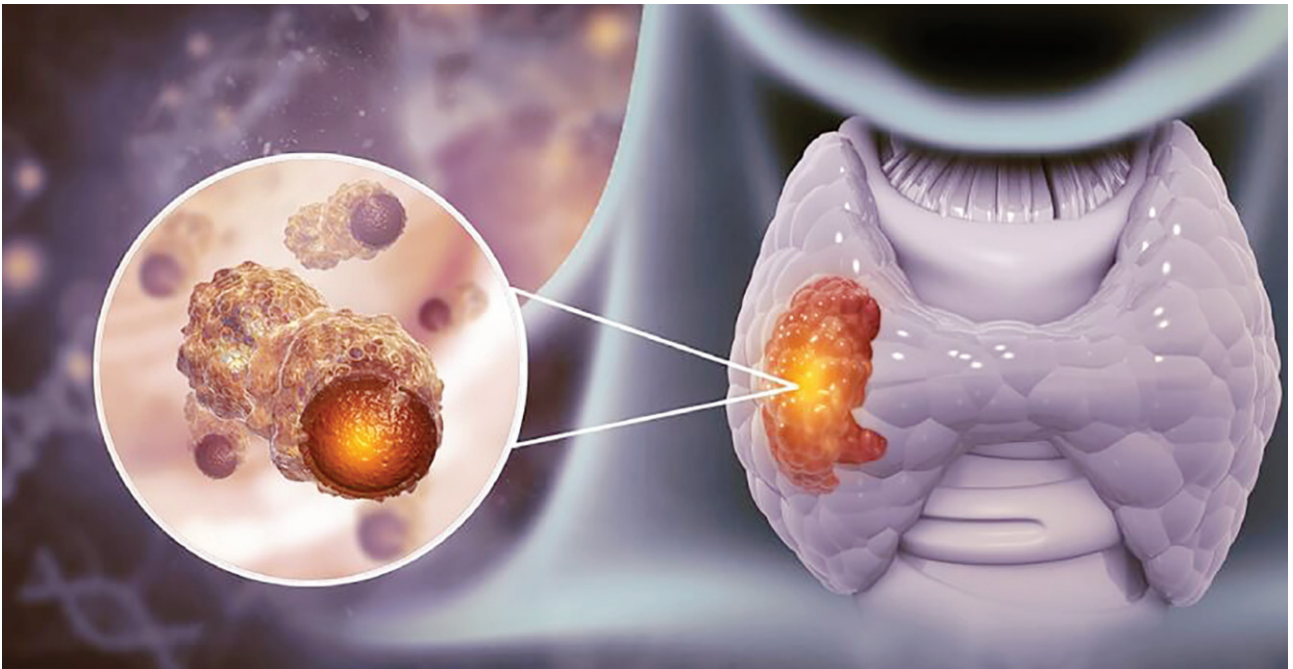
- Xuất hiện khối u vú, có chỗ u lồi lên.
- Đau bất thường ở ngực, đặc biệt là khi đau khu trú ở một vùng nhỏ trên ngực hoặc đau càng lúc càng nặng.
- Thay đổi ở da: bao gồm da dày hơn, trũng xuống, lồi lõm, da đỏ bất thường, loét da, núm vú...

Như vậy, u vú lành tính có nguy hiểm không còn tùy thuộc tính chất tế bào của khối u, cách phát hiện và xử lý nó. Nói chung, bất kỳ khối u nào trên vú cũng khiến cho người bệnh cảm thấy lo lắng, hoang mang. Cho dù đó là u vú lành tính hay ác tính thì bạn vẫn nên đi kiểm tra và xác định nguyên nhân để xử lý kịp thời, hạn chế xảy ra những rủi ro đáng tiếc. ■

UNG THƯ TUYẾN GIÁP PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ PHỔ BIẾN, HIỆU QUẢ HIỆN NAY

Ung thư tuyến giáp là một trong những bệnh thường gặp ở vùng đầu, mặt, cổ ở cả nam và nữ giới, bệnh thường không có dấu hiệu rõ ràng nên âm thầm di căn đến nhiều bộ phận khác, khi phát hiện bệnh đã ở giai đoạn muộn.

Ung thư tuyến giáp là một bệnh lý ác tính phát sinh từ các tế bào tuyến giáp. Tỷ lệ mắc bệnh đang tăng đều đặn trên toàn thế giới.



Ung thư tuyến giáp có nhiều loại khác nhau

1. Ung thư tuyến giáp là gì?

Ung thư tuyến giáp xảy ra khi những tế bào bình thường ở tuyến giáp biến đổi thành những tế bào bất thường và phát triển không tuân theo sự kiểm soát của cơ thể. Tuyến giáp là một tuyến nội tiết nằm ở giữa cổ, gồm 2 thùy nối với nhau qua eo giáp trạng, có chức năng tiết ra hormone giúp cơ thể tăng trưởng và phát triển (Hình 1).

Ung thư tuyến giáp có nhiều loại khác nhau: hay gặp là ung thư tuyến giáp nhú, thể tủy, thể không biệt hóa, trong đó thể tủy và thể không biệt hóa có tiên lượng xấu hơn. Tuy nhiên, ung thư tuyến giáp đặc biệt là thể biệt hoá

là bệnh ung thư tiên lượng rất tốt.

Các yếu tố nguy cơ gây ung thư tuyến giáp: Có thể do đột biến một số loại gen di truyền, tiền sử gia đình bị ung thư tuyến giáp, tiền sử tiếp xúc với bức xạ và hay gặp ở giới nữ.

2. Những triệu chứng của ung thư tuyến giáp

Ở giai đoạn sớm, bệnh thường không gây ra triệu chứng; người bệnh có thể phát hiện ra bệnh khi đi khám định kỳ.

Khi ung thư tuyến giáp có triệu chứng, thường người bệnh sẽ sờ thấy một khối ở tuyến giáp (vùng cổ như hình 1). Ngoài ra, các dấu hiệu và triệu

chứng khác ở giai đoạn muộn của ung thư tuyến giáp bao gồm:

- Khàn tiếng.
- Nuốt vướng khi u chèn ép vào thực quản.
- Khó thở khi u xâm lấn vào khí quản.
- Ở giai đoạn muộn hơn, có thể sờ thấy hạch cổ hoặc các triệu chứng của di căn xa như đau xương trong di căn xương...

Những triệu chứng trên có thể là biểu hiện của nhiều bệnh khác mà không phải là ung thư tuyến giáp. Tuy nhiên khi có những triệu chứng này, bạn nên đi khám tại các cơ sở chuyên khoa.

3. Các nguyên nhân gây bệnh ung thư tuyến giáp

Hệ miễn dịch bị rối loạn

Đây được xem là nguyên nhân đầu tiên gây nên căn bệnh nguy hiểm này. Đối với những người khỏe mạnh, hệ miễn dịch có tác dụng sản xuất ra các kháng thể có tác dụng giúp cơ thể chống lại sự xâm nhập của các virus, vi khuẩn gây hại từ môi trường sống xung quanh. Khi hệ miễn dịch bị rối loạn, chức năng đó sẽ bị suy giảm, tạo cơ hội cho các loại vi khuẩn, virus có hại tấn công vào cơ thể, bao gồm cả tuyến giáp. Do đó, hệ miễn dịch bị rối loạn không chỉ là nguyên nhân gây ung thư tuyến giáp mà còn là điều kiện thuận lợi cho sự hình thành và phát triển của các bệnh lý nguy hiểm khác.

Nhiễm phóng xạ

Cơ thể có thể bị nhiễm phóng xạ từ bên ngoài khi dùng tia phóng xạ để điều trị bệnh hoặc bị nhiễm vào bên trong cơ thể qua đường tiêu hóa và đường hô hấp do i-ốt phóng xạ.

Trẻ em rất nhạy cảm với các tia phóng xạ, do đó các bậc phụ huynh nên hạn chế việc cho trẻ tiếp xúc với các nguồn tia phóng xạ để bảo đảm sức khỏe cho trẻ và hạn chế nguy cơ mắc bệnh.

Yếu tố di truyền

Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng: có khoảng 70% bệnh nhân ung thư tuyến giáp có người thân trong gia đình (bố, mẹ, anh chị em,...) đã từng mắc bệnh. Tuy nhiên, hiện nay các nhà khoa học vẫn chưa thể tìm ra được gen nào dẫn tới sự di truyền này.

Yếu tố tuổi tác, thay đổi hormone

Bệnh nhân mắc căn bệnh này chủ yếu nằm trong độ tuổi từ 30-50 tuổi. Phụ nữ có nguy cơ mắc bệnh cao gấp 2 - 4 lần so với nam giới. Sự chênh lệch này là do yếu tố hormone đặc thù ở phụ nữ và quá trình mang thai đã kích thích quá trình hình thành bướu giáp và hạch tuyến giáp. Hoặc trong giai đoạn sau sinh, nhiều phụ nữ bị viêm tuyến giáp sau sinh, điều này cũng là do sự thay đổi nội tiết trong cơ thể gây suy giáp tạm thời ở phụ nữ sau thời kỳ thai nghén.

4. Mắc bệnh tuyến giáp

Những bệnh nhân bị bướu giáp, bệnh basedow hoặc hormone tuyến

giáp mãn tính có nguy cơ mắc ung thư tuyến giáp cao hơn những người khác. Hoặc những người đã từng mắc bệnh viêm tuyến giáp, dù đã điều trị khỏi nhưng nguy cơ tái phát bệnh rất cao.

5. Ung thư tuyến giáp và cách điều trị phổ biến

Tùy vào loại ung thư tuyến giáp, giai đoạn và thể trạng của mỗi cá nhân mà bác sĩ sẽ chỉ định hoặc tư vấn các phương pháp điều trị ung thư tuyến giáp khác nhau để người bệnh có thể lựa chọn. Nhưng về cơ bản, điều trị ung thư tuyến giáp như sau:

5.1. Phẫu thuật

Phẫu thuật là phương pháp điều trị ung thư tuyến giáp chính. Phẫu thuật nhằm loại bỏ một phần hoặc toàn bộ tuyến giáp, có thể kèm theo mổ vét hạch cổ. Cuộc phẫu thuật được thực hiện dưới gây mê toàn thân và hầu hết người bệnh có thể xuất viện sau đó vài ngày. Sau phẫu thuật, người bệnh cần nghỉ ngơi ở nhà trong vài tuần và tránh các hoạt động có thể gây căng thẳng cho cổ, chẳng hạn như nâng vật nặng.

Phẫu thuật ung thư tuyến giáp biệt hóa

Các phương pháp phẫu thuật ung thư tuyến giáp biệt hóa có thể bao gồm:

- Phẫu thuật cắt một bên tuyến giáp: Cho các trường hợp u nhỏ, giai đoạn sớm, chưa có di căn hạch cổ.

- Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp: Được chỉ định cho các trường hợp bao gồm đã từng điều trị bằng tia xạ vùng cổ, khối u T3, T4; u đa ổ; di căn hạch cổ hoặc/và di căn xa; ung thư tuyến giáp bị tái phát.

- Vét hạch cổ chọn lọc: Chỉ định cho các hạch cổ có thể sờ được khi thăm khám lâm sàng, qua chẩn đoán hình ảnh hoặc qua kiểm tra đánh giá tổn thương trong phẫu thuật.

Phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể tủy

Ở ung thư tuyến giáp thể tủy, với mức độ tổn thương đa ổ cao, tình trạng ác tính cộng với nguy cơ tái phát tại chỗ cao nên các chỉ định phẫu thuật có thể bao gồm cắt tuyến giáp toàn bộ kết hợp với vét hạch cổ, sau đó, điều trị ung thư tuyến giáp bằng xạ trị bổ trợ.

Phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa

Các phẫu thuật có thể bao gồm:

- Cắt giáp toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ triệt căn: Được chỉ định trong trường hợp bệnh nhân còn khả năng phẫu thuật.

- Mở khí quản hoặc mở thông dạ dày sau đó hóa trị hoặc xạ trị: Được chỉ định cho các trường hợp không còn khả năng phẫu thuật tuyến giáp.

Một số biến chứng sau phẫu thuật

Phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp có một số biến chứng có thể xảy ra như chảy máu và nhiễm trùng. Tổn thương tuyến cận giáp cũng có thể xảy ra trong quá trình phẫu thuật và gây ra tình trạng hạ canxi máu tạm thời.

Ngoài ra, một số biến chứng sau phẫu thuật có thể gặp phải như nguy cơ khàn giọng, thay đổi giọng nói do các dây thần kinh điều khiển dây thanh bị ảnh hưởng. Trong trường hợp này, người bệnh cần được điều trị chuyên khoa Tai Mũi Họng để hồi phục giọng nói.

Sau khi phẫu thuật, người bệnh cũng có thể tiếp tục bị đau vết mổ. Thời gian phục hồi phụ thuộc vào thể trạng mỗi người và loại phẫu thuật. Tuy nhiên, thông thường thời gian phục hồi cần khoảng 10-14 ngày sau phẫu thuật và trong thời gian này, người bệnh nên tránh các hoạt động gắng sức.

5.2. Cách chữa ung thư tuyến giáp bằng hóa trị

Hóa trị không phải là phương pháp điều trị phổ biến trong ung thư tuyến giáp. Hóa trị chỉ được chỉ định đối với ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa đã di căn sang các bộ phận khác của cơ thể.

Người bệnh sẽ uống các loại thuốc có tác dụng mạnh để tiêu diệt các tế bào ung thư. Mặc dù thuốc này không chữa khỏi ung thư tuyến giáp nhưng có thể giúp kiểm soát các triệu chứng.

5.3. Cách điều trị ung thư tuyến giáp bằng hormone

Liệu pháp hormone tuyến giáp là một phương pháp điều trị để thay thế hoặc bổ sung các hormone được sản sinh bởi tuyến giáp.

Thuốc điều trị hormone tuyến giáp thường được dùng ở dạng viên nén nhằm mục đích:

Thay thế hormone tuyến giáp sau phẫu thuật: Nếu tuyến giáp bị cắt bỏ hoàn toàn, người bệnh sẽ cần dùng



Thăm khám sức khỏe định kỳ sau điều trị ung thư tuyến giáp để quản lý bệnh, ngăn ngừa tái phát

hormone tuyến giáp trong suốt phần đời còn lại để thay thế các hormone mà tuyến giáp tạo ra trước khi phẫu thuật. Phương pháp điều trị này thay thế các hormone tự nhiên, vì vậy nó sẽ không có bất kỳ tác dụng phụ nào.

Úc chế sự phát triển của tế bào ung thư tuyến giáp: Để ngăn chặn sự phát triển của tế bào ung thư tuyến giáp, liệu pháp hormone tuyến giáp liều cao có thể được khuyến nghị đối với các trường hợp ung thư tuyến giáp nặng.

5.4. Điều trị bằng liệu pháp i-ốt phóng xạ

Điều trị bằng i-ốt phóng xạ được chỉ định cho người bệnh sau khi phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và có nguy cơ tái phát cao.

Sau điều trị, tùy vào liều i-ốt phóng xạ, có thể người bệnh sẽ cần nằm viện vài ngày và cách ly trong phòng riêng do cơ thể phát tia bức xạ. Sau khi liều bức xạ giảm xuống, người bệnh có thể tiếp xúc bình thường với người xung quanh và được xuất viện.

Điều trị i-ốt phóng xạ có thể gây ra một số phản ứng phụ nhưng không phổ biến như đau cổ hoặc sưng tấy, mệt mỏi, khô miệng, miệng có vị khó chịu.

Sau khi điều trị i-ốt phóng xạ 6-12 tháng người bệnh có thể sinh con bình thường.

5.5. Xạ trị

Là phương pháp chiếu tia từ bên ngoài vào khối u. Xạ trị được chỉ định điều trị bổ trợ cho ung thư tuyến giáp

không biệt hóa và ung thư tuyến giáp thể tủy. Xạ trị có thể làm giảm tốc độ phát triển và sự lan tràn của tế bào ác tính.

Liệu trình xạ trị bên ngoài thường bao gồm điều trị mỗi ngày một lần từ thứ Hai đến thứ Sáu, với thời gian nghỉ vào cuối tuần. Thời gian điều trị kéo dài liên tục trong 4-7 tuần.

Các tác dụng phụ của xạ trị người bệnh có thể gặp phải bao gồm mệt mỏi, suy nhược, đau khi nuốt, miệng khô. Tuy nhiên, vài tuần sau khi điều trị các triệu chứng này có thể sẽ biến mất.

5.6. Liệu pháp nhắm trúng đích

Một số loại ung thư tuyến giáp có thể được điều trị bằng liệu pháp nhắm trúng đích. Đó là việc sử dụng các loại thuốc mới như lenvatinib và sorafenib để “tấn công” trực diện đến các tế bào ung thư, hạn chế gây hại cho các tế bào khỏe mạnh.

Liệu pháp nhắm trúng đích có thể được khuyến nghị cho các trường hợp ung thư tuyến giáp đã di căn đến các bộ phận khác của cơ thể (ung thư tuyến giáp di căn) và không đáp ứng với điều trị bằng i-ốt phóng xạ.

5.7. Các phương pháp chữa ung thư tuyến giáp khác

Ngoài ra, có một số phương pháp điều trị hỗ trợ giúp giảm các triệu chứng, nâng cao thể trạng bên cạnh việc điều trị theo chỉ định của bác sĩ. Ví dụ như bổ sung vitamin, thảo mộc.

Tuy nhiên, người bệnh nên hỏi ý

kiến bác sĩ trước khi muốn áp dụng bất kỳ một phương pháp hỗ trợ nào.

6. Theo dõi định kỳ

Sau phẫu thuật, người bệnh cần duy trì thăm khám định kỳ nhằm kiểm soát bệnh và xử trí kịp thời các vấn đề có thể xảy ra. Ví dụ như khám lâm sàng để phát hiện u, hạch tái phát hoặc dấu hiệu ung thư di căn xa.

Khi khám lại, người bệnh sẽ được làm các xét nghiệm cận lâm sàng như làm xét nghiệm FT3, FT4, TSH, Tg, anti Tg; xét nghiệm calcitonin và CEA đối với ung thư tuyến giáp thể tủy; chụp X-quang phổi để tìm dấu ấn di căn; Siêu âm cổ và một số trường hợp làm xạ hình tuyến giáp /toàn thân với I-ốt phóng xạ. Hoặc chụp PET-CT với 18F-FDG để tìm tổn thương tuyến giáp tái phát, di căn mà các phương pháp xạ hình tuyến giáp, siêu âm, chụp CT không phát hiện được.

7. Chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhân ung thư tuyến giáp

Bệnh nhân ung thư tuyến giáp cần một chế độ dinh dưỡng lành mạnh, tương tự như các loại ung thư khác.

Điều này bao gồm:

- Ăn đa dạng các nhóm thực phẩm để cơ thể có thể nhận được đầy đủ các chất dinh dưỡng khác nhau như chất đạm, chất béo, chất bột đường đặc biệt là các vitamin và khoáng chất. Điều này sẽ giúp tăng cường sức đề kháng cho người bệnh chống chọi với sự bào mòn của bệnh ung thư, cũng như các phương pháp điều trị.

- Không ăn quá nhiều một loại thực phẩm.

- Hạn chế ăn các thực phẩm chế biến sẵn, uống rượu bia, nước ngọt, sử dụng chất kích thích.

- Người bệnh ung thư thường ăn kém, vì vậy nên chia thành các bữa nhỏ để ăn trong ngày thay vì chỉ ăn 3 bữa chính. Nhưng lưu ý không nên ăn lai rai, lật vớt.

- Sau phẫu thuật, bệnh nhân nên ăn thức ăn mềm, lỏng để dễ nuốt.

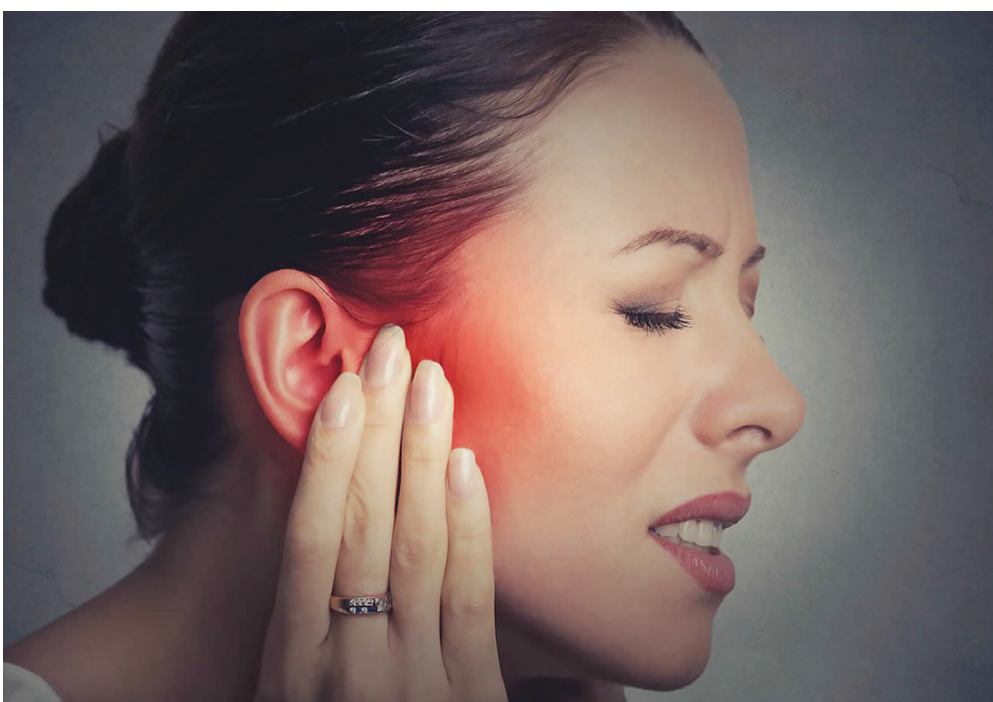
Khuyến cáo, bệnh nhân ung thư tuyến giáp nên hạn chế nạp I-ốt. Bởi vì hấp thu nhiều I-ốt sẽ làm tăng nguy cơ cường giáp. Bệnh cường giáp sẽ khiến cho ung thư tuyến giáp tiến triển nhanh hơn.■

THS.BS. TẠ BÁ THẮNG

ĐAU DÂY THẦN KINH SỐ 5, ĐIỀU TRỊ THẾ NÀO?

Đau dây thần kinh số 5 là một bệnh lý thường gặp ở độ tuổi từ 50-60 tuổi trở lên, với tỷ lệ nữ nhiều hơn nam. Bệnh này dễ bị chẩn đoán nhầm nên không được điều trị kịp thời dẫn đến suy giảm chất lượng sống của người bệnh.

BS. NGUYỄN CẢNH



uống,... do cơn đau ngày càng nặng làm hạn chế cử động ở mắt và miệng.

Ông Hạnh (54 tuổi ở Cầu Giấy, Hà Nội) cho biết, đã bị bệnh này 5 năm nay, lúc đầu cứ tưởng bị đau răng nên khám chữa đủ loại vẫn không dứt. Gần đây, khi cơn đau có tần suất nhiều hơn đi khám mới phát hiện ra mình bị đau dây thần kinh số 5. Do phát hiện muộn nên việc chữa trị cũng vất vả hơn.

Nhiều bệnh nhân khác cho biết, họ phải chịu đựng cơn đau dây thần kinh số 5 nhiều ngày, nhiều tháng, thậm chí nhiều năm liền. Cơn đau có thể xen kẽ với các thời kỳ không đau nên nhiều người vẫn cố chịu đựng.

Đau điển hình nhất là một bên mắt, ít khi bị cả hai bên. Đau tập trung ở các vùng mà dây thần kinh số 5 chi phối như: má, hàm, răng, lợi, môi, có thể đau lên cả mắt và trán.

Đau dây thần kinh số 5 thường không đe dọa tính mạng người bệnh nhưng lại gây đau đớn, khó chịu, ảnh hưởng nghiêm trọng đến cuộc sống người bệnh. Nhiều trường hợp nếu không được phát hiện, điều trị sớm có thể tiềm ẩn nhiều nguy cơ nguy hiểm.

Nếu mắc bệnh trong thời gian dài, dây thần kinh số 5 bị tổn hại nghiêm trọng có thể gây liệt nửa mặt và lan sang dây thần kinh số 7.

Bệnh nhân thường chủ quan,

Dây thần kinh số 5 hay còn gọi là dây thần kinh tam thoa, chia nhánh tại hàm trên, hàm dưới và vùng mắt, thực hiện vai trò dẫn truyền cảm giác của vùng mặt này đến não. Ngoài ra, dây thần kinh 5 còn điều khiển hoạt động tiết nước bọt, hoạt động của cơ nhai hay việc tạo nước bọt. Khi dây thần kinh này bị tổn thương, cơn đau thường xuất hiện đột ngột nhưng nghiêm trọng, kéo dài khoảng dưới 1 phút.

Cách nhận biết

Vùng mặt là nơi thể hiện rõ nhất các triệu chứng của bệnh viêm dây thần kinh số 5. Cơn đau đột ngột và dữ dội xảy ra ở vùng mặt. Đau có thể

khởi phát một cách tự nhiên. Nhưng trong một số trường hợp, cơn đau có thể xuất hiện sau khi người bệnh có những kích thích về cảm giác như sờ chạm vào mặt, nhai thức ăn, đánh răng, gió thổi vào mặt,...

Cơn đau được mô tả giống dạng điện giật hoặc như nghiền xé. Đau thường kèm theo sự co giật ở cơ mặt, vã mồ hôi, sổ mũi, chảy nước mắt, hạn chế cử động cơ ở mặt khiến mặt có cảm giác bị đơ cứng.

Thời kỳ đầu, bệnh đau dây thần kinh số 5 có thể chỉ kéo dài một vài giây và rất nhẹ. Nhưng càng về sau, cơn đau càng kéo dài hơn, đau thường xuyên hơn và dữ dội hơn. Thậm chí, người bệnh còn rất khó nói chuyện, ăn

nhằm lẫn với đau răng miệng nên khi đi khám thì bệnh đã trở nặng. Vì vậy, khi nhận thấy có dấu hiệu bất thường dưới đây, nên sớm đi khám tại các bệnh viện, phòng khám có thể mạnh về mặt bệnh thần kinh để được thăm khám và tư vấn điều trị.

Theo Ths.BS.CKII Mai Hoàng Vũ (khoa Phẫu thuật Thần kinh, Trung tâm Thần kinh – Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh), đây là bệnh nhạy cảm, không ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh nhưng gây đau, giảm chất lượng sống. Bệnh nhân đau dây thần kinh số 5 thường bị đau nửa mặt, có người đau nhức răng, đi nhỏ gần hết hàm răng mới biết mình nhỏ oan.

Theo BS. Vũ, hiện tượng đau nửa mặt của bệnh nhân do xung khắc, va chạm giữa dây thần kinh số 5 và động mạch tiểu não trên. Tình trạng này cũng có thể xảy ra tương tự ở những bệnh nhân co giật nửa mặt do sự chèn ép của động mạch tiểu não trước dưới và dây thần kinh số 7.

Điều trị thế nào?

Theo các chuyên gia về thần kinh, đây là cơn đau không gây nguy hiểm đến tính mạng nhưng làm suy giảm chất lượng cuộc sống của người

bệnh rất đáng kể. Nhiều người rơi vào tình trạng trầm cảm, ngại giao tiếp, suy nhược cơ thể bởi cơn đau dai dẳng kéo dài đã gây cản trở hoạt động sinh hoạt và công việc hàng ngày.

Đây là một bệnh lý thường gặp. Hiện có nhiều cách xử trí hiệu quả và nếu người bệnh được phát hiện sớm thì bệnh sẽ có tỷ lệ khỏi rất cao. Nhưng nếu để lâu, bệnh có thể biến chứng khiến hiệu quả điều trị kém hơn, dễ tái phát lại. Nhưng việc điều trị vẫn cải thiện đáng kể tình trạng viêm và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Để việc điều trị đau dây thần kinh số 5 đạt hiệu quả tốt nhất, các bác sĩ cần phải thăm khám và chẩn đoán nguyên nhân gây bệnh, từ đó áp dụng phương pháp phù hợp nhất.

Quá trình chẩn đoán bệnh đau dây thần kinh số 5 không chỉ phụ thuộc vào triệu chứng của bệnh. Nguyên nhân vì những cơn đau nhức thường dễ bị nhầm lẫn với một số bệnh khác, nhất là những bệnh về răng miệng. Do đó, các bác sĩ cần xem xét các triệu chứng và kết hợp với kết quả chụp CT, chụp cộng hưởng từ,... mới có thể đưa ra kết luận chính xác về tình trạng của bệnh nhân.

Hiện nay, điều trị nội khoa và ngoại khoa được cho là 2 phương pháp điều trị chính đối với những trường hợp bị đau dây thần kinh số 5. Tùy vào từng trường hợp cụ thể, các bác sĩ sẽ lựa chọn phương pháp phù hợp và hiệu quả nhất:

- Điều trị nội khoa: Các bác sĩ có thể chỉ định bệnh nhân dùng thuốc hướng thần kinh và tâm thần vì phần lớn các trường hợp này không đáp ứng với các loại thuốc giảm đau. Nhưng sau một thời gian, rất có thể bệnh nhân sẽ bị nhờn thuốc. Nếu thuốc không còn tác dụng thì bác sĩ có thể chuyển sang phương pháp điều trị ngoại khoa.

- Điều trị ngoại khoa: Một phương pháp phẫu thuật thường được áp dụng điều trị đau dây thần kinh số 5 là phẫu thuật giải ép vi mạch máu. Đây là phương pháp mang lại hiệu quả cao và ít gây biến chứng.

Như vậy, việc lựa chọn phương pháp điều trị nào còn tùy thuộc vào chỉ định của bác sĩ, dựa trên tình trạng bệnh lý và tình hình sức khỏe của người bệnh. Tuy nhiên, điều trị nội khoa vẫn ưu tiên được sử dụng. Người bệnh cần phát hiện sớm, đi thăm khám kịp thời để hiệu quả điều trị đạt mức độ cao.



VUI CƯỜI

ĐAU ĐẦU VÌ VẮNG HÀO QUANG

Bệnh nhân phàn nàn với bác sĩ là ông ta thường xuyên bị đau đầu. Bác sĩ hỏi:

- Ông có uống rượu không?
- Thưa bác sĩ, chưa bao giờ tôi uống lấy một giọt!
- Ông hút thuốc lá chứ?
- Thưa ngài, tuyệt đối không.
- Còn chuyện phụ nữ?
- Ô! Tôi không hề nghĩ tới chuyện đó.
- Thế thì ông đúng là Thánh rồi! Có thể vầng hào quang trên đầu ông hơi bị chặt..



ĐỂ QUÊN KHI MỒ

Pat vừa tỉnh khỏi thuốc mê. Anh ta rên rĩ:

- Lạy Chúa, thế là xong rồi!
- Đừng tưởng bỏ. Người bệnh nằm cạnh nói. Họ đã để quên cả gạc trong bụng tôi và tôi đã bị mổ toang ra một lần nữa đấy!
- Một người bệnh ở giường phía trước uất hận: Còn với bụng tôi thì một lần quên kéo, một lần quên chai cồn!
- Đúng lúc đó, bác sĩ phẫu thuật, người vừa mổ cho Pat gọi vọng xuống phòng: Có ai nhìn thấy chiếc mũ của tôi đâu không?
- Pat nghe xong ngất luôn.

UỐNG SỮA RẤT NGUY HIỂM

Ông George đã 60 tuổi và rất yếu. Tháng trước, vợ ông bảo đi khám bác sĩ nhưng ông kiên quyết từ chối. Nhưng tuần này ông thấy mệt mỏi quá nên đành phải đi đến phòng khám.

Bác sĩ Brown bảo:

- Ông uống rượu quá nhiều đấy. Ừm uống whisky. Hãy uống sữa.
- Ái chà, thưa bác sĩ, không được đâu, uống sữa rất nguy hiểm.

Bác sĩ cười:

- Nguy hiểm ư? Sao uống sữa lại nguy hiểm?
- Còn không à? Năm ngoái sữa đã giết chết ông bạn thân của tôi đấy.
- Sao lại thế được.
- Con bò ngã đè lên ông ấy, không cứu kịp.





THÔI MIÊN LIỆU PHÁP

Một bà nọ mắc chứng rối loạn tuần hoàn chữa trị bằng nhiều loại thuốc men mãi không khỏi. Nghe nói bệnh này có thể điều trị bằng thôi miên, bà cũng thử xem sao.

Ông thầy thôi miên nhìn xoáy sâu vào mắt bệnh nhân và bảo:

- Bà hãy nhắc lại từng lời tôi nói: "Tôi đã khỏi bệnh! Đã khỏi bệnh!"

Người bệnh mừng rỡ reo lên:

- Tôi đã khỏi bệnh!

- Bà phải trả tôi 500 đôla! - Ông thầy thôi miên nói.

Bà bệnh nhân liền nhìn sâu vào mắt người vừa điều trị cho mình, niệm thần chú:

- Tôi đã trả tiền rồi. Thầy hãy nói theo: "Vâng! Bà đã trả tiền rồi!"

DẤU HIỆU CỦA BỆNH ĐIẾC

- Thưa bác sĩ, xin ông cứu chồng tôi ngay. Anh ấy bị điếc.

- Lâu chưa?

- Mới hôm nay thôi ạ.

- Sao bà biết đích xác thế?

- Hôm nay, anh ấy đi cùng tôi vào cửa hàng bán quần áo. Khi cô bán hàng nói giá tiền, đáng lẽ mặt chồng tôi phải tái đi khiếp hãi, thế mà anh ấy vẫn tùm tùm cười ngớ ngẩn trông tội tội là.



TẶNG PHÍ VÌ LÀM MẤT KHÁCH

Nha sĩ nói với bà mẹ bệnh nhân:

- Tôi rất lấy làm tiếc, nhưng tôi buộc phải yêu cầu bà trả 50 franc cho việc nhổ răng của cậu nhà.

- Những 50 franc? Lúc đầu ông nói giá của việc đó là 10 franc cơ mà!

- Đúng vậy, nhưng cậu ấy la hét quá to, làm cho 4 bệnh nhân chờ ở ngoài kia bỏ chạy cả rồi!



TỔNG QUAN

VỀ DINH DƯỠNG VÀ LUYỆN TẬP TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

TS.BS. ĐỖ ĐÌNH TÙNG

I. CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG

1.1. Khái niệm

Điều trị tiền ĐTD, ĐTD không chỉ đơn thuần bằng thuốc như một số bệnh khác. Chế độ ăn uống và luyện tập là một phần quan trọng của công tác điều trị. Người ta đã ví chế độ ăn uống; chế độ luyện tập và cách sử dụng thuốc là ba chân kiềng của điều trị bệnh đái tháo đường. Không được xem nhẹ bất kỳ một “chân kiềng” nào.

Nguyên tắc như sau:

- Ăn không chỉ là nhu cầu để duy trì sự sống mà còn là một sự hưởng thụ hạnh phúc của con người.

- Bệnh ĐTD không ngăn cản bệnh nhân được thưởng thức những cơ hội đặc biệt trong gia đình, xã hội và tôn giáo.

- Cũng không nên quan niệm rằng chế độ ăn của người ĐTD là tốn kém, phức tạp. Trong thực tế, ngày nay chế độ ăn của người ĐTD Việt Nam là phù hợp với điều kiện thực tế, thu nhập của đa số người mắc bệnh.

- Để có chế độ ăn uống thích hợp cần có sự hợp tác chặt chẽ giữa thầy thuốc và bệnh nhân, gia đình người bệnh. Sự ân cần, thông cảm, tỉ mỉ và kiên trì là điều kiện để đảm bảo có một chế độ ăn phù hợp cho mỗi cá thể.

- Người bệnh ĐTD không phải kiêng đường tuyệt đối mà cần phải cung cấp đủ đường theo nhu cầu của cơ thể, thiếu đường sẽ dẫn tới nhiều hệ lụy như suy giảm trí nhớ, có thể dẫn tới thoái hóa não sớm.

* Một chế độ ăn uống thích hợp phải đáp ứng được các yêu cầu:

+ Đủ calo cho hoạt động sống bình thường.

+ Tỷ lệ thành phần các chất đạm, mỡ, đường cân đối.

+ Đủ vi chất, đủ chất xơ.

+ Chia bữa ăn cho phù hợp với thay đổi sinh lý, nghề nghiệp của người bệnh.

+ Phối hợp với thuốc điều trị và luyện tập.

1.2. Xây dựng chế độ ăn uống

1.2.1. Xây dựng và tuân thủ chế độ ăn uống

- Không để tạo ra sự dư thừa năng lượng là nguyên nhân gây bệnh béo phì, rối loạn lipid máu.

- Ăn đúng mới duy trì được lượng đường máu phù hợp, không gây thừa đường, gây nhiễm độc đường hoặc không gây hạ đường máu.

* Tỷ lệ các chất dinh dưỡng:

- Protein: lý tưởng nhất là lượng protein 0,8g/kg/ngày.

- Lipid: Thường chiếm tỷ lệ 15-20%, tùy theo tập quán ăn uống và điều kiện địa lý. Nhưng lượng acid béo bão hòa luôn <10%.

- Glucid: tỷ lệ chung có thể từ 60-65% (Không dưới 50%). Sử dụng tối đa đường đa, hạn chế đường đơn.

* Nhu cầu năng lượng:

- Theo nhiều nghiên cứu nhu cầu năng lượng đảm bảo cho hoạt động của một người bình thường ở nữ là từ 30-35calo/kg/ngày; ở nam là từ 35-40 calo/kg/ngày. Điều này có nghĩa là một bệnh nhân nữ nặng 50kg, cần tổng lượng calo là 1500 - 1750 calo/24 giờ.

Tổng lượng calo này lại được chia ra các tỷ lệ khác nhau về đường, mỡ, đạm

cho phù hợp.

- Trong một số trường hợp cần điều chỉnh mức năng lượng cho phù hợp với đặc điểm nghề nghiệp:

* Khi lập chế độ ăn cần lưu ý: Tùy theo tuổi, tùy theo công việc, tùy theo thể trạng.

* Phân bố bữa ăn: trong thực tế người ta vẫn duy trì 3 bữa ăn chính: sáng, trưa và tối. Các bữa ăn phụ vào giữa buổi sáng, hoặc giữa buổi chiều và trước khi đi ngủ. Không nên ăn quá 6 bữa/ngày kể cả bữa chính và bữa phụ.

Như vậy không thể có một chế độ ăn chung cho tất cả mọi người bệnh đái tháo đường. Một chế độ ăn riêng phù hợp cho mỗi người phải dựa vào phác đồ thuốc điều trị, đặc điểm nghề nghiệp, sở thích cá nhân, luyện tập thể thao, đặc điểm hấp thu thức ăn của cá nhân đó, thậm chí phải dựa trên cơ sở phong tục tập quán của mỗi dân tộc, mỗi địa phương. Để có một chế độ ăn uống như vậy cần có sự kết hợp chặt chẽ giữa thầy thuốc và người bệnh, người thân trong gia đình người bệnh và cần phải có thời gian để đánh giá cho đúng.

* Một số điểm cần lưu ý:

- Giáo dục người bệnh không được tự ý đặt chế độ ăn kiêng chống béo cho mình mà phải do bác sĩ chỉ định hoặc đồng ý.

- Chế độ ăn uống, số lượng bữa ăn phụ thuộc vào thuốc uống điều trị, liều lượng và số lần tiêm insulin.

* Những lời khuyên về chế độ ăn cho người đái tháo đường:

1. Giữ lịch các bữa ăn đúng giờ.

Mức lao động	Nam (Kcalo/kg)	Nữ (Kcalo/kg)
Tính tại	30	25
Vừa	35	30
Nặng	45	40

Bảng nhu cầu năng lượng trong một ngày

Thể trạng	Lao động nhẹ	Lao động vừa	Lao động nặng
Gầy	35 Kcal/kg	40 Kcal/kg	45 Kcal/kg
Trung bình	30 Kcal/kg	35 Kcal/kg	40 Kcal/kg
Béo	25 Kcal/kg	30 Kcal/kg	35 Kcal/kg

2. Loại bỏ thức ăn chứa nhiều mỡ.
3. Rất lợi nếu trong bữa ăn có nhiều thức ăn ít năng lượng. Thí dụ: Rau, nấm khô, dưa chuột...

4. Không được bỏ bữa, ngay cả khi không muốn ăn.

5. Làm mọi việc để gây cảm giác ngon miệng khi ăn.

6. Ăn chậm, nhai kỹ.

7. Không ăn nhiều, phải luôn nhắc nhở rằng mình đang thưởng thức đồ ăn.

8. Chế biến thức ăn dạng luộc, nấu là chính, không rán, rang với mỡ, nướng ở nhiệt độ cao (vd: ăn khoai nướng đường máu tăng rất nhanh).

9. Khi cần phải ăn kiêng và hạn chế số lượng, phải giảm dần thức ăn theo thời gian. Khi đã đạt mức yêu cầu nên duy trì một cách kiên nhẫn, không bao giờ được tăng lên.

10. Phải tôn trọng nguyên tắc chế độ ăn là: Thức ăn đa dạng, nhiều thành phần; Ăn đủ để có trọng lượng cơ thể vừa phải; Hạn chế ăn chất béo, đặc biệt là mỡ động vật; Có một lượng chất xơ vừa phải; Hạn chế ăn mặn; Tránh các đồ uống có cồn.

11. Nên ăn chính bữa sáng, trung bình bữa trưa và ăn nhẹ nhất vào bữa tối, có bữa ăn phụ trước khi đi ngủ nếu có nguy cơ hạ đường máu.

12. Hoa quả ngọt nên ăn sau ăn khoảng 2 tiếng hoặc trước bữa chính 1 tiếng, chỉ nên ăn 1 khẩu phần, không

ăn quá nhiều, hạn chế tối đa hoa quả sấy khô.

1.3. Một số ví dụ về chế độ ăn

* Chế độ ăn riêng cho từng cá nhân phụ thuộc vào các yếu tố sau:

1. Mức cân nặng, giới tính
2. Nghề nghiệp (mức độ lao động nhẹ, trung bình, nặng).
3. Thói quen và sở thích.
4. Tình trạng bệnh và bệnh kèm theo

* Tỷ lệ các loại thức ăn
+ Nhóm cung cấp chất bột, đường là nguồn cung cấp năng lượng chính (60 - 70%):

- Gồm: gạo, khoai, sắn, ngô, bánh mì, miến, đậu hạt...
• Gạo: ngày ăn 250g tương đương 4-5 bát cơm.

• Ăn rất ít: đường, mía, mật ong, bánh kẹo, kem, mứt, nước ngọt.

• Hạn chế: khoai tây, miến, bánh mì.

• Nên ăn các loại ngũ cốc toàn phần có đủ vitamin, chất xơ và muối khoáng.

• Chế biến chủ yếu là luộc, nướng hoặc hầm chứ không nên chiên xào.

+ Nhóm cung cấp chất béo:

- Chiếm 15 - 20% tổng số calo, giảm khi có nguy cơ tim mạch.
- Mỡ tốt, nên sử dụng: dầu đậu nành, dầu hướng dương, omega 3, omega 6.

• Mỡ tốt có nhiều trong các loại cá, đậu...

• Mỡ xấu, nên hạn chế: bơ, mỡ, phủ tạng động vật, thịt đỏ (thịt bò, dê).
+ Nhóm cung cấp chất đạm:

- Tỷ lệ 10 - 20% tổng số calo, tương ứng 0,8 - 1,2g/kg cân nặng.
- Khi suy thận cần giảm ăn chất đạm.

• Nên ăn đạm thực vật: đậu phụ, sữa đậu nành không đường.

• Nhóm cung cấp vitamin và khoáng chất.

• Rau: ăn được tất cả các loại rau, ăn sống, luộc hoặc hấp.

• Quả: nên ăn quả tươi, nguyên trái, quả ít ngọt (cam, bưởi, đào, thanh long, mận...).

• Hạn chế: ăn quả sấy khô, dùng nước ép, quả ngọt nhiều (mít, xoài, chuối, na, nho, sầu riêng...).

• Sữa và các sản phẩm từ sữa:

- Nên dùng sữa ít hoặc không béo.
- Có thể dùng sữa dành riêng cho bệnh nhân ĐTĐ.
- Không nên uống sữa vào buổi tối trừ những người gây nhiều.

* Rượu, bia: có thể uống

- Rượu, đặc biệt rượu vang với lượng vừa phải.
- Uống nhiều gây khó kiểm soát đường máu.
- Có thể uống Rượu vang < 150 ml, Rượu mạnh < 50 ml, Bia < 400 ml.

NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

* Phân bố bữa ăn:

• Không ăn quá no một bữa, nên ăn chính vào bữa sáng.

• Sau bữa ăn chính không nên ăn tráng miệng ngay mà nên ăn vào giữa buổi như 3 - 4h chiều hoặc 10h sáng.

• Nên cố định giờ ăn và ổn định lượng thực phẩm ăn vào.

• Nếu không phải hạn chế vận động do phù, tăng huyết áp, bệnh mạch vành thì nên vận động khoảng 10 - 15ph sau bữa ăn chính được 1h.

* Tiêu chí lựa chọn thực phẩm

• Hàm lượng đường phù hợp (không quá ít, không quá nhiều).

• Chỉ số đường huyết thấp.

• Hàm lượng chất xơ cao.

(Cố gắng lựa chọn thực phẩm có càng nhiều tiêu chí trên thì càng tốt).

1.4. Theo dõi ăn uống như thế nào

Đánh giá, theo dõi chế độ ăn uống sau 3 và 6 tháng, các chỉ số cần đánh giá bao gồm: Đánh giá sự tuân thủ chế độ ăn; Đo chỉ số vòng bụng; Tỷ số vòng bụng/vòng hông; Độ dày nếp gấp da; Đo cân nặng, tính chỉ số BMI; Cách tính chỉ số khối cơ thể ($BMI = \text{Cân nặng (kg)} / [\text{Chiều cao (m)}]^2$); Theo dõi huyết áp; Theo dõi đường máu; Theo dõi chỉ số HbA1c; Theo dõi các chỉ số mỡ máu.

II. CHẾ ĐỘ LUYỆN TẬP

2.1. Nguyên tắc

• Kết hợp tốt giữa dùng thuốc, ăn uống và luyện tập.

+ Lợi ích của luyện tập thể dục: Làm giảm đường máu trong và sau tập. Làm tăng nhạy cảm insulin ở mô đích. Làm giảm huyết áp. Cải thiện chức năng tim, giảm biến chứng tim mạch. Đạt cân nặng lý tưởng. Tạo cảm giác thoải mái.

• Lợi ích khác: Giảm cholesterol toàn phần, tăng nồng độ HDL-cholesterol. Giảm đau và cứng khớp trong viêm xương - khớp. Giảm nguy cơ các bất thường về đông máu. Cải thiện tình trạng đau cách hồi. Giảm stress.

2.2. Các phương pháp tập luyện

2.2.1. Nguyên tắc:

+ Không nên tập luyện các môn đòi hỏi quá nhiều thể lực: các môn đối kháng, marathon...

+ Tập luyện phù hợp sức khỏe.

+ Hoạt động tĩnh tại: dạo bộ 3-4 km/h, xuống cầu thang, nội trợ, làm vườn...

+ Hoạt động thể lực nhẹ: đi bộ 5-6 km/h, lên xuống cầu thang, khiêu vũ.

+ Hoạt động thể lực nặng: chạy bộ 6-8 km/h, chèo thuyền, khiêu vũ, tennis...

+ Yoga: giảm stress, cải thiện sự nhạy cảm với insulin, không gây hạ đường huyết.

2.2.2. Các loại hình luyện tập chính

+ Luyện tập ưa khí: Là luyện tập vận động các cơ lớn của cơ thể; làm tăng nhịp tim và nhịp thở do tăng nhu cầu về dưỡng khí ô-xy. Ví dụ: Đi bộ nhanh; Chạy; Thể dục nhịp điệu; Đạp xe; Bơi lội; Các môn thể thao: bóng bàn, cầu lông, tennis,...

+ Luyện tập sức mạnh: Vận động các cơ chống lại sức cản. Không làm tăng nhịp tim và nhịp thở. Làm cơ bắp phát triển và tăng sức mạnh, làm giảm lượng mỡ trong cơ. Làm tăng sức mạnh của gân, dây chằng và khớp. Ví dụ: Đẩy tạ, nâng tạ; Kéo dây lò xo; Chống đẩy,...

+ Luyện tập mềm dẻo - kéo căng: Kéo căng cơ và dây chằng. Làm tăng sự linh hoạt, mềm dẻo của các khớp Phòng tránh chấn thương khi luyện tập. Ví dụ: Với tay, quay tay; Nghiêng sườn; Ngồi với ngón chân; Giãn lưng; Căng cơ trước đùi; Căng cơ bắp chân,...

+ Hướng dẫn cụ thể một số trường hợp đặc biệt: Bệnh nhân có biến chứng thận đái tháo đường nên tập luyện cường độ thấp đến vừa phải, không nên tập cường độ cao. Bệnh nhân mắc bệnh võng mạc đái tháo đường nên tập luyện nhẹ như đi bộ, đạp xe, khiêu vũ; không nên tập gắng sức như chạy rậm rạp hay va chạm mạnh.

2.3. Xây dựng chế độ luyện tập

+ Lưu ý khi tập luyện:

• Lựa chọn hoạt động ưa thích.
• Chọn giày dép thích hợp.
• Uống đủ nước trước khi tập.
• Khởi động từ từ có lẽ từ 5-10 phút mỗi lần.

• Tăng từ từ thời gian và cường độ.
• Tập cùng nhóm nhiều người.
• Thay đổi các hoạt động để tránh nhàm chán.

• Thử đường máu trước khi tập.
• Đường máu trước tập > 14mmol/l: không tập.

• Đường máu trước tập < 6 mmol/l: ăn lượng tương đương 15 g đường.

• Với người đái tháo đường týp 1:

nếu có ceton niệu thì không nên tập.

+ Phòng hạ đường huyết khi luyện tập

• Biết cách xử trí hạ đường huyết.

• Đeo thẻ đái tháo đường.

• Không tiêm insulin vào các vùng cơ vận động nhiều.

• Mang sẵn đường hấp thu nhanh (bánh, kẹo).

• Tránh tập quá sức.

+ Cách luyện tập và cường độ

• Bài tập trung bình: 150 phút/tuần, chia 3 lần cách ngày.

• Bài tập mạnh: 75 phút/tuần, chia 3 lần cách ngày.

• Trên 65 tuổi: không nên tập nặng.

• Tập ít nhất 2 nhóm cơ/ngày.

• Tập thể nào là vừa? => Nhịp tim tăng 50-70% so với bình thường. VD: bình thường nhịp tim 80 l/phút => Khi tập nhịp tim tăng $(80 + 80 \times 50\%) = 120$ l/phút là vừa.

2.4. Theo dõi, đánh giá quá trình luyện tập

2.4.1. Theo dõi trong quá trình luyện tập

* Đánh giá khả năng tim mạch của người bệnh. Mức độ của luyện tập được đánh giá bằng nhịp tim hoặc mạch.

+ Luyện tập được coi là mức độ vừa đối với hệ tim mạch khi:

$0,5 \times (220 - \text{tuổi}) < \text{Mạch} < 0,7 \times (220 - \text{tuổi})$

+ Ví dụ: 1 người 60 tuổi

$0,5 \times (220 - 60) = 80$

$0,7 \times (220 - 60) = 112$

+ Luyện tập mức độ trung bình khi mạch khi luyện tập nằm trong khoảng 80 - 112 nhịp/phút.

+ Khả năng tim mạch có thể thay đổi: Thấp khi ít hoặc không luyện tập; Tăng lên khi luyện tập lâu dài. Do đó: khi luyện tập lâu dài người ta có thể tăng mức độ nặng của hoạt động thể lực

* Cách tăng dần về mức độ nặng và thời gian luyện tập:

+ Tuần 1: Đi bộ mỗi ngày 10-15 phút với tốc độ chậm - 2 ngày = 30 phút/tuần

+ Tuần 2: 20 phút mỗi ngày, tốc độ vừa phải - 3 ngày trong tuần thứ 2 = 60 phút/tuần.

+ Tuần 3: 30 phút mỗi ngày, tốc độ nhanh 5 - 6 km trong 1 giờ hay 1 km trong 10-12 phút - 3 ngày trong tuần =

90 phút/tuần

+ Tuần 4: 30 phút mỗi ngày, tốc độ nhanh - 4 ngày trong tuần = 120 phút/tuần.

+ Tuần 5: 30 phút mỗi ngày, tốc độ nhanh - 5 ngày trong tuần = 150 phút/tuần.

2.4.2. Đánh giá sau mỗi đợt tập luyện

Cần đánh giá trước, sau mỗi đợt tập luyện, thông thường đánh giá chế độ luyện tập sau 3 và 6 tháng. Các chỉ số cần đánh giá bao gồm: Đo chỉ số vòng bụng; Tính tỷ số vòng bụng/vòng hông; Độ dày nếp gấp da; Đo cân nặng, tính chỉ số BMI; Theo dõi huyết áp; Theo dõi đường máu; Theo dõi chỉ số HbA1c; Theo dõi các chỉ số mỡ máu.

2.5. Duy trì luyện tập

Luyện tập cần phải kiên trì, bền bỉ nếu không dễ bỏ cuộc vì vậy phải chia các loại hình luyện tập một cách khoa học.

+ Luyện tập ưa khí mức độ trung bình tổng cộng ít nhất thời gian 150 phút mỗi tuần; chia ra 4 - 7 ngày trong tuần; mỗi ngày có thể luyện tập nhiều

lần để tích lũy đủ thời gian, nhưng mỗi lần ít nhất là 10 phút

+ Ngoài ra mỗi tuần nên tập thêm: Các bài luyện tập tăng sức mạnh: nâng tạ tay, chống đẩy: 2 - 3 lần, mỗi lần 20 - 30 phút

+ Các bài tập mềm dẻo: nghiêng sườn, căng lưng, căng cơ đùi trước: hàng ngày, 15 - 20 phút.

+ Tận dụng mọi cơ hội để tăng cường hoạt động thể lực: Đi bộ thay vì đi xe máy; Hạn chế xem vô tuyến, trò chơi vi tính; Trong công sở đi đến tận nơi đồng nghiệp thay vì gọi điện thoại; Đi thang bộ thay vì đi thang máy

2.6. Tránh tai biến khi luyện tập

2.6.1. Nguy cơ khi luyện tập với người đái tháo đường

+ Hạ đường huyết: đặc biệt người đang được điều trị sulfonylurease (diamicron, glibemipiride, glibenclamid...), insulin.

+ Tăng nguy cơ biến chứng tim mạch: đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim.

+ Làm nặng thêm biến chứng mạn tính: xuất huyết võng mạc, mất protein qua nước tiểu, thoái khớp, tổn thương

bàn chân.

2.6.2. Thăm khám, tiên lượng nguy cơ trước khi luyện tập

Người bệnh ĐTĐ cần được thăm khám phát hiện các bệnh: bệnh lý tim mạch, phát hiện bệnh mạch vành, đau cách hồi,...; bệnh thần kinh ngoại vi hoặc tự động; bệnh thận; tăng huyết áp; bệnh võng mạc; biến chứng bàn chân.

Cần chú ý phát hiện các dấu hiệu bất thường trong khi đang luyện tập: Buồn nôn, khó thở, vã mồ hôi, chóng mặt. Đây có thể là triệu chứng của bệnh nặng như bệnh tim. Chú ý tránh chấn thương trong khi luyện tập, bảo vệ bàn chân khi đi bộ vì nguy cơ chai chân, loét chân cao ở người đái tháo đường.

Chọn loại hình vận động tùy theo tuổi và sức khỏe chung. Uống đủ nước, đặc biệt khi luyện tập nặng, thời tiết nóng, tránh luyện tập quá sức. Ngừng luyện tập tạm thời khi mắc các bệnh cấp tính, huyết áp quá cao,... Giáo dục người bệnh ý thức thăm khám trước khi đề ra kế hoạch luyện tập. ■

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình (2007)**. Những Nguyên lý Nền tảng Bệnh đái tháo đường - Tăng glucose máu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.815.
2. **Đỗ Đình Tùng, Tạ Văn Bình, Nguyễn Thanh Xuân (2017)**. Nghiên cứu hiệu quả thay đổi lối sống sau 24 tháng ở người tiền đái tháo đường tại Ninh Bình, Tạp chí Y học Việt Nam, (460), tr.134-138.
3. **Toumlehto. J et al (2001)**. Finnish Diabetes Prevention Study: Effect of lifestyle intervention. N.EngJ.Med. 2001; 344: 1343-50
4. **Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group (2002)**. The Diabetes Prevention Program (DPP): description of lifestyle intervention. Diabetes Care 2002; 25(12): 2165#2171.
5. **Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al (2002)**. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. The New England Journal of Medicine. 2002; 346(6): 393-403.
6. **Bo Zhang, Jingling Zhang, Theodore J Thompson, et al (2008)**. The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study. Lancet 2008; 371: 1783-89
7. **American Diabetes Association (2019)**. Prevention or Delay of Type 2 Diabetes: Standards of Medical. Diabetes Care; 42(Suppl.1): S13-S33
8. **ADA (2023)**. Diabetes care ADA Standard of Medical care in diabetes -2023
9. **Boulé N.G., Haddad E., Kenny G.P., et al. (2001)**. Effects of Exercise on Glycemic Control and Body Mass in Type 2 Diabetes Mellitus, JAMA: The Journal of the American Medical Association, 286(10), pp.1218-27.
10. **Pan X.R., Li G.W., Hu Y.H., et al. (1997)**. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study, Diabetes Care, 20(4), pp.537-44.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM BỆNH VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ Ở NGƯỜI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG, SUY GIẢM DUNG NẠP GLUCOSE TẠI HÀ NỘI

NGUYỄN THÀNH LÂM¹, TẠ VĂN BÌNH^{2,3}, ĐỖ ĐÌNH TÙNG², PHẠM THÚY HƯỜNG⁴

¹ Trường Đại học Y Hà Nội, Số 1, Phố Tôn Thất Tùng, Quận Đống Đa, Hà Nội

² Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn; Số 12, Phố Chu Văn An, Phường Biện Biện, Quận Ba Đình, Hà Nội

³ Hội Người giáo dục Bệnh đái tháo đường Việt Nam, Số 52/ Lô A1, Khu Đô Thị Đại Kim, Hoàng Mai, Hà Nội

⁴ Bệnh viện Nội tiết Trung ương, Số 80 Ng. 82 P. Yên Lãng, Láng Hạ, Đống Đa, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: **Đỗ Đình Tùng**

Email: bsdinh tung@gmail.com; Điện thoại: +84 983 609 369

Ngày nhận bài báo: 14/03/2023

Ngày nhận phản biện: 07/05/2023

Ngày duyệt đăng: 12/6/2023

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) đang trở thành "Đại dịch" của thế kỷ 21 với tỉ lệ mắc ngày càng gia tăng nhanh chóng trên thế giới trong đó có Việt Nam. Nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá thực trạng ĐTĐ tại một số địa điểm nội và ngoại thành của Thành phố Hà Nội.

Phương pháp: Tổng số đối tượng nghiên cứu là 1060 người độ tuổi từ 20-74 tuổi, đang sống ở Hà Nội. Thiết kế nghiên cứu mô tả, cắt ngang theo công thức cỡ mẫu nghiên cứu mô tả. Chọn ngẫu nhiên 2 khu vực điều tra một ở nội thành, một ở ngoại thành. Các đối tượng tham gia nghiên cứu được hỏi bệnh, khám, làm nghiệm pháp tăng glucose máu.

Kết quả: tỷ lệ bệnh ĐTĐ là 5,7% rối loạn dung nạp glucose 7,4%, tỷ lệ người chưa được chẩn đoán xấp xỉ 60%. Nghiên cứu này cũng chứng minh mối liên quan giữa sống trong khu vực nội đô, tình trạng thừa cân/béo phì, tăng huyết áp với bệnh ĐTĐ.

Kết luận: Có mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ thừa cân/béo phì, tăng huyết áp với tỉ lệ nguy cơ mắc đái tháo đường. Sống trong nội thành có nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ cao hơn sống ở ngoại thành.

Từ khóa: đái tháo đường, yếu tố nguy cơ, lối sống, can thiệp

RESEARCH ON CHARACTERISTICS OF DIABETES PEOPLE WITH IMPAIRED GLUCOSE TOLERANCE IN HANOI AND THE RELATIONS TO RISK FACTORS

Summary:

Objective: Diabetes is becoming a "pandemic" of the 21st century with a rapidly increasing incidence in the world, including Vietnam. The study aims to assess the status of diabetes in some areas in Ha Noi.

Methods: The total study subjects were 1060 people aged 20-74 living in Hanoi. Descriptive, cross-sectional study design according to the descriptive study sample size formula. Randomly select two investigation areas. The subjects participating in the study were asked about their disease, examined, and OGTT.

Results: the rate of diabetes was 5.7%, with impaired glucose tolerance at 7.4%, and the rate of undiagnosed people was approximately 60%. This study also demonstrated the association between living in urban areas, overweight/obesity, high blood pressure, and diabetes.

Conclusion: There is a relationship between the risk factors of overweight/obesity, hypertension, and the risk of diabetes. Living in urban areas has a higher risk of diabetes than living in the suburbs.

Keywords: diabetes, risk factors, lifestyle, intervention

Bảng 1. Phân bố tỉ lệ mắc đái tháo đường theo khu vực địa lý

Khu vực	Đái tháo đường			p
	Mới (%)	Cũ (%)	Chung (%)	
N1(a) (n =517)	42,9	57,1	8,1	p<0,05
N2(b) (n = 543)	57,9	42,1	3,5	
N1 + N2 (n=1060)	47,5	52,4	5,75	

Bảng 2. Phân bố đái tháo đường và rối loạn dung nạp glucose theo nhóm tuổi

Tỷ lệ	Lứa tuổi						p
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-74	Chung	
ĐTĐ	(63) 0%	(162) 1,2	(269) 2,6	(224) 6,9	(342) 13,9	(1060) 5,75	<0,05
RLDNG	0%	3,3	4,3	9,3	15,7	7,4	<0,05

Bảng 3. Đặc điểm chỉ số nhân trắc theo khu vực địa lý

Khu vực	BMI %			Eo %			p
	<23(1)	≥ 23	Pab1-2	Nam>90	Nữ>80	Chung	
(a)(n = 517)	57,2	42,8	<0,05	9,5	34,4	22,8	Pa 12<0,05
2 (b)(n=543)	74,9	25,1	<0,05	5,4	18,6	12,3	Pb 12<0,05
+N2 (n=1060)	64,3	33,7	<0,05	7,4	26,4	17,5	
	P12 < 0,05			P1 ab<0,05	P2 ab<0,05	< 0,05	P1 ab<0,05

Bảng 4. Phân bố tình trạng tăng huyết áp theo khu vực địa lý

Khu vực	HA tâm thu ≥ 140; HA TTr ≥ 90	HA tâm thu ≥140	HA tâm trương ≥90
N1 (n=517)	20,7	28,0	27,5
N2 (n=543)	16,2	21,7	19,3
N1 + N2 (n=1060)	18,4	24,9	23,3
P	<0,05	<0,05	<0,05

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy bệnh đái tháo đường đang gia tăng nhanh chóng trên thế giới, đặc biệt là các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. Bệnh đái tháo đường gây ra những tổn tổn thất nặng nề về kinh tế, xã hội do chứng nghiêm trọng của bệnh [2]. Năm 2001 ở 4 thành phố Hà Nội, Hải Phòng, Đà Nẵng và thành phố Hồ Chí Minh, tỷ lệ mắc bệnh là 4,1% tỷ lệ các rối loạn dung nạp glucose (IGT) là 5,1%, tỷ lệ yếu tố nguy cơ (YTNC) là 38,5% (ở lứa tuổi 30-64). Điều tra toàn quốc năm 2002 (cùng đối tượng) tỷ lệ bệnh trong toàn quốc là 2,7%, tỷ lệ IGT là 7,3%; riêng ở khu vực thành phố tỷ lệ ĐTĐ là 4,4% [1]. Người bệnh thường được phát hiện muộn, khi đó đã có những biến chứng nặng nề như mù lòa, cắt cụt chi,...[5]. Nhằm đề ra các biện pháp can thiệp, quản lý tốt bệnh đái tháo đường trong cộng đồng cần phải có các nghiên cứu về đặc điểm của bệnh đái tháo đường của từng khu vực cần quản lý. Chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu “Nghiên cứu đặc điểm bệnh và mối liên quan với các yếu tố nguy cơ ở người đái tháo đường, suy giảm dung nạp glucose tại Hà Nội”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tổng số đối tượng nghiên cứu là 1060 người độ tuổi từ 20-74 tuổi, đang sống ở Hà Nội. Thiết kế nghiên cứu mô tả, cắt ngang theo công thức cỡ mẫu nghiên cứu mô tả.

Chọn mẫu: Chọn ngẫu nhiên 2 khu vực điều tra một ở nội thành, một ở ngoại thành. Rút thăm chọn ngẫu nhiên 05 phường/xã. Lập danh sách đối tượng trong độ tuổi điều tra. Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được làm nghiệm pháp tăng glucose máu. Máy đo đường huyết là loại SURSTEP của Jhonson and Jhonson. Phỏng vấn: theo bộ câu hỏi điều tra của WHO. Khám lâm sàng xác định số đo nhân trắc. Tiến hành nghiệm pháp tăng glucose máu.

Sử dụng phần mềm EPI - INFO, SPSS, Excel.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm bệnh đái tháo đường, rối loạn dung nạp glucose

Tỷ lệ đái tháo đường chung là 5,75% trong đó mới phát hiện là 47,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ mắc ĐTĐ, rối loạn dung nạp glucose tập trung ở nhóm trên 40 tuổi, tỷ lệ chung mắc ĐTĐ là 5,75%, rối loạn dung nạp glucose là 7,4%.

Sự khác biệt về BMI, số đo vòng eo giữa nội và ngoại thành có ý nghĩa thống kê. Nữ giới cao hơn nam giới.

Ở khu vực nội thành có tỷ lệ các đối tượng tăng huyết áp cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ngoài thành.

3.2. Đánh giá mối liên quan giữa yếu tố nguy cơ và bệnh đái tháo đường

Ở nhóm thừa cân/béo phì (n=339) có tỷ lệ mắc ĐTĐ 4,4% cao hơn so với

nhóm không mắc ĐTĐ 2,6% (p<0,05); tỷ lệ IGT là 10,8% cao hơn nhóm không mắc IGT (5,8%), với p <0,01.

Nhóm có tăng huyết áp có tỷ lệ ĐTĐ là 6,7% cao hơn nhóm không tăng huyết áp (1,2) với p<0,01; nhóm có tăng huyết áp tỷ lệ IGT là 13,6% cao hơn nhóm không có IGT (5,0%) với p<0,01.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh đái tháo đường, rối loạn dung nạp glucose

Năm 2001 tỷ lệ bệnh ở 4 thành phố lớn: Hà Nội, Hải Phòng, Đà Nẵng, Hồ Chí Minh là 4,1%, IGT là 5,1%. Năm 2002, tỷ lệ ĐTĐ toàn quốc ở cùng đối tượng nghiên cứu là 2,7%, vùng đô thị và khu công nghiệp cao nhất (4,4%). Trong nghiên cứu này tỷ lệ ĐTĐ chung là 5,7%; nội thành 8,1%; ngoại thành 3,5% (bảng 4) [4]. Tỷ lệ IGT ở

nội thành là 7,6% ngoại ô là 7,3%. Với kết quả này, tỷ lệ bệnh ở Hà Nội cũng không "thua kém" gì các quốc gia lân cận. Nếu chỉ trong phạm vi quốc gia thì rõ ràng sự thay đổi lối sống đã làm cho hình thái và tỷ lệ các bệnh nội tiết - rối loạn chuyển hoá ở các khu vực địa lý gần nhau hơn [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ có IGT chung là 7,4%, cao hơn so với kết quả điều tra năm 2001. Tỷ lệ các đối tượng có IGT cũng tăng dần theo lứa tuổi; ở lứa tuổi 30-39 là 4,3%; 50-59 là 9,3%, trên 60 tuổi là 13,9%. Tỷ lệ có IGT không có sự khác biệt giữa khu vực nội và ngoại thành Hà Nội. Có thể dự đoán, tỷ lệ đái tháo đường týp 2 ở Hà Nội sẽ tăng nhanh trong nếu không có những biện pháp phòng ngừa tích cực. Sự khác biệt về tỷ lệ bệnh ở khu vực nội thành cao

Bảng 5. Mối liên quan giữa thừa cân/béo phì với đái tháo đường:

Thừa cân/ béo phì	ĐTĐ		IGT	
	Có	Không	Có	Không
Có	15(4,4%)	324(95,6%)	35 (10,8%)	289 (89,2%)
Không	14(2,6%)	674 (98,0%)	39 (5,8%)	635 (94,2%)
OR, p	OR =2,23 (1,01-4,95); p<0.05		OR =1,97 (1,19-3,26) ; p<0,01	

Bảng 6. Mối liên quan giữa tăng huyết áp và đái tháo đường

Tăng huyết áp	Tình trạng ĐTĐ		Tình trạng TĐTĐ	
	Có	Không	Có	không
Có tăng HA (n =300)	20(6,7%)	280 (93,3%)	38(13,6%)	242(86,4%)
Không tăng HA (n =727)	9(1,2%)	718(98,8%)	36 (5,0%)	682(95,0%)
OR, p	OR=5,7(2,43-13,68) ; p<0,01		OR=2,97(1,8-4,93) ; p<0,01	

gấp 2 lần so với ngoại thành, có lẽ do sự chênh lệch về mức sống, tốc độ thay đổi hành vi, đặc biệt là các stress [3],[7].

Vấn đề sàng lọc, phát hiện sớm đối tượng ĐTĐ và tiền ĐTĐ ở Hà Nội còn rất kém; kết quả điều tra cho thấy có 47,5% bệnh được phát hiện lần đầu. Nghiên cứu năm 2001 tỷ lệ này là 69,70%; điều tra quốc gia năm 2002 tỷ lệ này cũng có tới 63,5%.

4.2. Đánh giá mối liên quan giữa yếu tố nguy cơ và bệnh đái tháo đường

Nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ cho thấy: tỷ lệ chung người có BMI \geq 23 ở Hà Nội chiếm tới 33,7%; nội thành 42,1% cao hơn ngoại thành (25,1%). Chỉ số vòng eo -vốn được coi là chỉ số có giá trị để chẩn đoán béo Android và béo tạng. Tỷ lệ người có vòng eo tăng ở nội thành cao hơn ngoại thành có ý nghĩa thống kê (22,8 so với 12,8-P<0,05) [8],[9]. Tăng huyết áp: Ở nhóm tăng huyết áp nguy cơ đái tháo đường cao gấp 5,7 lần; nguy cơ IGT 13,6% gấp 2,7 lần so với nhóm chứng (5,0%). Kết quả này của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới. Tăng HA ở khu vực nội thành cao hơn hẳn ngoại thành (28% so với 21,7%).

V. KẾT LUẬN

+ Tỷ lệ mắc đái tháo đường của Hà Nội trong nghiên cứu này là 5,75%, IGT là 7,5%; tỉ lệ mắc ĐTĐ, tiền ĐTĐ ở nội thành cao hơn ngoại thành.

+ Có mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ thừa cân/béo phì, tăng huyết áp với tỉ lệ nguy cơ mắc đái tháo đường. Sống trong nội thành có nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ cao hơn sống ở ngoại thành. ■

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình (2004)**, Người bệnh đái tháo đường cần biết, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

2. **Tạ Văn Bình (2007)**, Những Nguyên lý Nền tảng Bệnh đái tháo đường - Tăng glucose máu, Nhà xuất bản Y học, 815.

3. **Phạm Khuê, Phạm Gia Khải và CS (1997)**, Tăng huyết áp – Bệnh học nội khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

4. **Trần Thị Đoàn, Nguyễn Vinh Quang (2012)**, Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tiền đái tháo đường được chẩn đoán tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương, Tạp chí Nội tiết - Đái tháo đường, (6), tr.754-60.

5. **Alberti K.G., Zimmet P., Shaw J. (2007)**, International Diabetes Federation: a consensus on Type 2 diabetes prevention, Diabetic Medicine, 24(5), pp.451-63.

6. **Diabetes Prevention Program Research Group (2009)**, 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study, Lancet (London, England), 374(9702), pp.1677-86.

7. **International Diabetes Federation (2010)**, A Guide to The National Diabetes Programs, International Diabetes Federation, pp.101.

8. **Tuomilehto J., Lindstrom J., Eriksson J.G., et al. (2001)**, Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance, N Engl J Med, 344(18), pp.1343-50.

9. **Zimmet p (1999)**, The rising prevalence of type 2 diabetes: a global perspective of an epidemic in progress. Medicographia, Vol 21. No4. P.294-298.

NGHIÊN CỨU TỈ LỆ RỐI LOẠN TRẦM CẢM, LO ÂU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

PHẠM VĂN DƯƠNG¹, NGUYỄN THỊ THÚY HẰNG¹

¹ Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn; Số 12, Phố Chu Văn An, Phường Biện Biên, Quận Ba Đình, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: **Phạm Văn Dương**

Email: duongpham.rss@gmail.com

Ngày nhận bài báo: 23/3/2023

Ngày nhận phản biện: 18/5/2023

Ngày duyệt đăng: 10/7/2023

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ rối loạn trầm cảm, rối loạn lo âu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 khuyến cáo phát hiện sớm, sàng lọc, chẩn đoán và quản lý điều trị.

Phương pháp: Nghiên cứu sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích 143 người đái tháo đường và sử dụng thang điểm Beck để đánh giá trầm cảm, thang điểm Haminton để đánh giá rối loạn lo âu.

Kết quả: Trên thang điểm trầm cảm BECK, số BN trầm cảm chiếm 42% (60 bệnh nhân). Trên thang điểm lo âu Hamilton, số BN lo âu chiếm 56,6% (81 bệnh nhân). Theo điểm số thang Beck: Nhóm trầm cảm nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó lần lượt là các nhóm trầm cảm vừa, ít nhất là trầm cảm nặng. Theo điểm số thang Hamilton: Nhóm lo âu nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó lần lượt đến các nhóm lo âu nhẹ/lo âu vừa và thấp nhất là nhóm lo âu nặng. Có tới 76,5% BN có biểu hiện trầm cảm, lo âu sau khi phát hiện mắc ĐTD hoặc sau khi có diễn biến nặng lên của bệnh lý ĐTD; 23,5% có biểu hiện trầm cảm tự nhiên.

Kết luận: Tỷ lệ rối loạn trầm cảm, rối loạn lo âu ở bệnh nhân ĐTD type 2 rất cao, nhưng đa số là mức độ nhẹ và vừa; tuy nhiên tỉ lệ mức độ nặng cần phải điều trị lần lượt là 8,3% và 21%.

Từ khóa: Đái tháo đường, trầm cảm, Rối loạn lo âu, type 2

RESEARCH ON DEPRESSION AND ANXIETY PROBLEM AMONG TYPE 2 DIABETES PATIENTS AT SAINTPAUL GENERAL HOSPITAL

Summary

Objectives: To determine the prevalence of depression and anxiety disorders in patients with type 2 diabetes, recommending early detection, screening, diagnosis, and treatment management.

Methods: The study used a cross-sectional descriptive study, analyzed 143 people with diabetes, and used the Beck score to assess depression and the Hamilton score to assess anxiety disorders.

Results: On the BECK depression score, the number of depressed patients accounted for 42% (60 patients). On the Hamilton anxiety score, the number of anxious patients accounted for 56.6% (81 patients). According to the Beck score: The mild depression group accounted for the highest rate, followed by the moderate depression group, with at least severe depression. According to the Hamilton scale score: The mild anxiety group accounted for the highest percentage, followed by the mild anxiety/moderate anxiety group and the lowest severe anxiety group. Up to 76.5% of patients have symptoms of depression and anxiety after being diagnosed with diabetes or after the progression of diabetes; 23.5% had natural depression.

Conclusion: The rate of depression and anxiety disorders in patients with type 2 diabetes is very high, but most are mild and moderate; however, the severity requiring treatment was 8.3% and 21%, respectively.

Keywords: Diabetes, depression, Anxiety disorder, type 2

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỉ lệ bệnh đái tháo đường (ĐTĐ), chủ yếu là bệnh ĐTĐ type 2 đang ngày càng gia tăng trên thế giới, nhất là các nước phát triển trong đó có Việt Nam. Bệnh xảy ra do cơ thể thiếu hụt việc tiết ra insulin, do đề kháng với insulin hoặc cả hai nguyên nhân này. Người bệnh khi mắc phải bệnh ĐTĐ thường lo lắng về các biến chứng võng mạc, bệnh thần kinh, suy thận... các thói quen sinh hoạt trước đây bị đảo lộn. Chế độ ăn uống kiêng khem nghiêm ngặt để kiểm soát lượng đường trong máu cũng khiến tinh thần người bệnh bị ức chế. Người bị tiểu đường khi đã bị trầm cảm thì dễ khiến các biến chứng tiểu đường nặng hơn.

Rối loạn tâm thần đồng diễn với đái tháo đường type 2, phổ biến là rối loạn trầm cảm, lo âu. Mối quan hệ giữa đái tháo đường type 2 và trầm cảm đã được chỉ ra bởi nhiều nhà nghiên cứu. Các nghiên cứu có ý nghĩa lâm sàng cho thấy 4 người bị đái tháo đường type 2 có 1 người có rối loạn trầm cảm. Một nghiên cứu phân tích tổng hợp báo cáo tăng 24% nguy cơ trầm cảm ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 so với người không mắc bệnh. Nghiên cứu khác cho thấy rằng khoảng 20- 30% bệnh nhân cao tuổi mắc đái tháo đường type 2 bị trầm cảm và khoảng 10% trong số họ bị trầm cảm nặng. Đối với bệnh nhân điều trị nội trú nhận thấy tỉ lệ trầm cảm cao hơn khoảng 44,5% theo nghiên cứu của Trần Thị Hà An (2018) [5]. Rối loạn lo âu là rối loạn phổ biến trong thực hành lâm sàng, biểu hiện kéo dài các triệu chứng tâm thần như lo âu quá mức và các triệu chứng cơ thể khác (hồi hộp trống ngực, bồn chồn bứt rứt, đau đầu, đau bụng, mất ngủ...). Rối loạn lo âu ở bệnh nhân đái tháo đường khá phổ biến, tỉ lệ lên tới 40%. Rối loạn lo âu lan tỏa gặp 14% ở bệnh nhân đái tháo đường [6].

Trầm cảm, lo âu xuất hiện ở bệnh nhân đái tháo đường có thể do những thay đổi sinh học hoặc xuất phát từ gánh nặng tâm lý của bệnh đái tháo đường nhưng đều gây ra hậu quả nghiêm trọng lên cả thể chất và tâm

thần của người bệnh. Trầm cảm, lo âu làm người bệnh giảm hoạt động thể chất, tăng lạm dụng rượu và thuốc lá, tăng thói quen ăn uống không tốt và giảm tuân thủ điều trị đái tháo đường. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng trầm cảm, lo âu làm tăng nguy cơ tăng glucose máu dai dẳng, tăng các biến chứng mạch máu và tăng tỷ lệ tử vong. Chất lượng cuộc sống của người bệnh và gánh nặng kinh tế liên quan với đái tháo đường trở nên nặng nề hơn.

Tuy nhiên, trầm cảm và lo âu thường không được nhận biết và điều trị sớm trong chăm sóc sức khỏe ban đầu do đó gây ảnh hưởng nhiều tới điều trị, biến chứng đái tháo đường và suy giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh [7] [8]. Nhằm cung cấp thêm những bằng chứng khoa học giúp phát hiện và điều trị sớm các rối loạn tâm thần ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Xác định tỉ lệ mắc và đặc điểm rối loạn lo âu, trầm cảm ở bệnh nhân đái tháo đường type 2, điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu 143 bệnh nhân, tuổi trưởng thành, được chẩn đoán xác định ĐTĐ type 2 theo tiêu chuẩn ADA 2019; đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ vào khám tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 6 năm 2020 đến tháng 12 năm 2020. Loại trừ những BN đang có các biến chứng cấp tính như hôn mê nhiễm toan ceton, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu, các nhiễm trùng cấp tính; các BN có các bệnh lý ảnh hưởng tới khả năng giao tiếp, có các rối loạn ý thức hoặc suy giảm nhận thức nặng, tiền sử trầm cảm nào trước khi khởi phát ĐTĐ type 2; không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu dựa trên sự kết hợp giữa nghiên cứu mô tả và nghiên cứu phân tích. Chọn mẫu đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ cho đến khi đủ mẫu, hoặc cho đến hết thời gian

nghiên cứu.

Các biến số, chỉ số nghiên cứu: Tuổi, Giới, Đặc điểm nghề nghiệp, Trình độ học vấn, Tình trạng hôn nhân, Tình trạng kinh tế. Các biến số liên quan đến tiền sử bệnh. Các biến số, chỉ số liên quan đến bệnh đái tháo đường: Thời gian bị bệnh ĐTĐ, tuổi được chẩn đoán ĐTĐ, BMI, HbA1c, Glucose máu, biến chứng đái tháo đường. Các biến số, chỉ số liên quan đến rối loạn trầm cảm, lo âu trên thang điểm BECK ; thang điểm lo âu Hamitol; thời gian bị bệnh.

Hoàn cảnh xuất hiện các triệu chứng: Các triệu chứng phổ biến khác của trầm cảm; các triệu chứng cơ thể khác của trầm cảm.

2.3. Xử lý số liệu

Các số liệu sau khi được thu thập sẽ được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0. Tiến hành phân tích thống kê mô tả, tính tần suất của các biểu hiện, so sánh các giá trị trung bình tại các thời điểm, tính giá trị p. Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học của Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

(Nội dung là bảng 1, 2, 3, 4, 5)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các đối tượng chủ yếu là BN trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ 86,0; tuổi hiện tại trung bình của nhóm nghiên cứu là 68,51 ± 7,84. Nghiên cứu của chúng tôi còn nhận thấy nhóm tuổi mắc ĐTĐ nhiều nhất là 51-60 chiếm tỷ lệ 42%, tuổi mắc bệnh ĐTĐ trung bình của nhóm nghiên cứu là 59,39 ± 9,55. Kết quả này cũng phù hợp với dữ liệu thu được từ nghiên cứu của Zghebi, ĐTĐ type 2 thường khởi phát ở lứa tuổi trung niên hoặc người già, khởi phát trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ trên 70% các trường hợp ĐTĐ, lứa tuổi thấp nhất là 16-34 tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm tuổi 65-74.

Chúng tôi nhận thấy trong các BN nghiên cứu, nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn tỷ lệ nam giới. Kết quả nghiên cứu

của chúng tôi cũng gần tương đồng với nghiên cứu của Ferreira và CS, trong nghiên cứu của ông nữ giới bị bệnh ĐTĐ type 2 chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới với tỷ lệ lần lượt là 64,8% và 35,2%. Nghiên cứu khác của Raval, với hơn 300 BN ĐTĐ type 2 tỷ lệ BN nữ cũng chiếm tỷ lệ cao hơn 51% so với nam giới là 49%.

Khi thu thập thông tin về trình độ học vấn của nhóm đối tượng nghiên cứu, chúng tôi thấy, tỷ lệ các BN đã tốt nghiệp trung cấp, cao đẳng, đại học, sau chiếm tỷ lệ cao nhất, do nhiều bệnh nhân là công dân nội thành Hà Nội; không biết chữ hoặc chỉ học hết tiểu học chỉ có 3,5%. Điều này phù hợp với thực tế nền giáo dục Việt Nam, khi chúng ta đã thực hiện phổ cập giáo dục tiểu học nên rất hiếm gặp người không biết chữ.

Chúng tôi nhận thấy trong nhóm đối tượng nghiên cứu của mình, phần lớn các đối tượng đã kết hôn chiếm tỷ lệ 77,6%. Nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nhóm tuổi trên 60 tuổi. Đây là nhóm tuổi đã trưởng thành, phần lớn đã có gia đình ổn định. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Lý (2014) thực hiện trên đối tượng BN ĐTĐ type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Bạch Mai cũng cho thấy tỷ lệ BN có gia đình chiếm tỷ lệ rất cao với 94,4%.

Phần lớn BN trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian bị bệnh trên 5 năm chiếm tỷ lệ 58,0%; thời gian mắc ĐTĐ type 2 trung bình của nhóm nghiên cứu là $105,35 \pm 90,80$ tháng, tương đương với $8,8 \pm 7,6$ năm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với một số nghiên cứu trên đối tượng ĐTĐ type 2 điều trị nội trú như nghiên cứu của Zhang và CS nhận thấy thời gian mắc ĐTĐ type 2 là $8,93 \pm 6,51$ năm; nghiên cứu của Palizgir và CS kết luận có 60,9% các BN ĐTĐ type 2 trong nhóm nghiên cứu của họ mắc ĐTĐ type 2 trên 5 năm.

Có nhiều BN trong nhóm nghiên cứu của đã từng mắc các bệnh cơ thể trong tiền sử, có bệnh đã khỏi nhưng cũng có những bệnh vẫn còn kéo dài tới thời điểm nghiên cứu. Trong số các

Bảng 1. Tuổi hiện tại và tuổi mắc đái tháo đường

Nhóm tuổi		Tuổi hiện tại		Tuổi mắc ĐTĐ	
		n	%	n	%
Tuổi hiện tại và tuổi mắc đái tháo đường	≤40	0	0	3	2,1
	41 – 50	1	0,7	20	14,0
	51 – 60	19	13,3	60	42,0
	61 – 70	68	47,6	43	30,1
	71 – 80	43	30,1	14	9,8
	>80	12	8,4	3	2,1
Tuổi trung bình		68,51 ± 7,84		59,39 ± 9,55	
Tổng số đối tượng nghiên cứu		143	100	143	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu, chủ yếu bệnh nhân ở độ tuổi 61-80 (77,7%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $68,51 \pm 7,84$, thấp nhất là 44 tuổi và cao nhất là 99 tuổi. Nhóm tuổi mắc ĐTĐ nhiều nhất là 51-60 (42%). Tuổi mắc ĐTĐ trung bình là $59,39 \pm 9,55$, cao nhất là 89 tuổi và thấp nhất là 30 tuổi.

Bảng 2. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Tình trạng		n	%
Giới tính	Nam	62	43,4
	Nữ	81	56,6
Trình độ học vấn	Không biết chữ và tiểu học	5	3,5
	Trung học cơ sở	41	28,7
	Trung học phổ thông	34	23,8
	Trung cấp, cao đẳng, đại học, sau đại học	63	44,1
Hôn nhân	Kết hôn	111	77,6
	Ly thân, ly dị	5	3,5
	Goá	25	17,5
	Chưa kết hôn	2	1,4
Thời gian mắc đái tháo đường	≤ 12 tháng	18	12,6
	12 đến ≤ 36 tháng	22	15,4
	37 -60 tháng	20	14,0
	61-120 tháng	45	31,5
	>120 tháng	38	26,5
	Tổng	143	100
Trung bình (X±SD)		105,35 ± 90,80	

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam. Trình độ học vấn từ trung học trở lên chiếm nhiều nhất 44,1%. Phần lớn các đối tượng đã kết hôn gồm (77,6%). Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian mắc ĐTĐ giảm dần từ nhóm mắc 5 năm- 10 năm, 10 năm, 3-5 năm, ít nhất là nhóm có thời gian bệnh ≤12 tháng.

Bảng 3. Đặc điểm tiền sử, các thuốc đang dùng, chỉ số BMI, HbA1c

Đặc điểm nghiên cứu		n	%
Tiền sử mắc bệnh kèm	Có	120	83,9
	Không	23	16,1
Chỉ số BMI (kg/m ²)	Trung bình	23,34 ± 2,77	
	≥23	73	51,3
	<23	71	49,7
HbA1C (%)	Trung bình	7,51±1,41	
	HbA1C ≥7%	84	58,7
	HbA1C <7%	59	41,3
Các thuốc đang điều trị	Thuốc uống hạ glucose máu	114	79,7
	Thuốc uống + Insulin	27	18,9
	Insulin	2	1,4
	Không dùng thuốc	0	0

Nhận xét: Có nhiều BN trong nghiên cứu có tiền sử mắc các bệnh khác (83,9%); đa số các bệnh nhân sử dụng thuốc hạ đường máu đường uống (79,7%); có 20,3% có tiêm insulin. Tỷ lệ thừa cân béo phì chiếm 51,3%; tỷ lệ kiểm soát đường máu không đạt (HbA1c ≥7%) trên 50%; HbA1C trung bình là 7,51±1,41%.

Bảng 4. Tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân đái tháo đường type 2

Tiêu chuẩn			n	%
Trầm cảm	Thang Beck	Không trầm cảm (<14)	83	58,0
		Trầm cảm (≥14)	60	42,0
Lo âu	Thang Hamilton	Không lo âu (<7)	62	43,4
		Lo âu (≥7)	81	56,6

Nhận xét: Trên thang điểm trầm cảm BECK, số BN trầm cảm chiếm 42%(60 bệnh nhân). Trên thang điểm lo âu Hamilton, số BN lo âu chiếm 56,6% (81 bệnh nhân)

Bảng 5. Các mức độ của trầm cảm, lo âu ở đối tượng nghiên cứu

Mức độ trầm cảm và lo âu		n	%
Thang Beck	Trầm cảm nhẹ	36	60
	Trầm cảm vừa	19	31,7
	Trầm cảm nặng	5	8,3
Thang Hamilton	Lo âu nhẹ	32	39,5
	Lo âu vừa	32	39,5
	Lo âu nặng	17	21
Hoàn cảnh xuất hiện của trầm cảm, lo âu	Sau khi phát hiện mắc ĐTD hoặc sau khi có diễn biến nặng lên của bệnh ĐTD	62	76,5
	Sau sang chấn tâm lý khác	0	0
	Tự nhiên	19	23,5

Nhận xét: Theo điểm số thang Beck: Nhóm trầm cảm nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó lần lượt là các nhóm trầm cảm vừa, ít nhất là trầm cảm nặng. Theo điểm số thang Hamilton: Nhóm lo âu nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó lần lượt đến các nhóm lo âu nhẹ/lo âu vừa và thấp nhất là nhóm lo âu nặng. Có tới 76,5% BN có biểu hiện trầm cảm, lo âu sau khi phát hiện mắc ĐTD hoặc sau khi có diễn biến nặng lên của bệnh lý ĐTD; 23,5% có biểu hiện trầm cảm tự nhiên.

bệnh cơ thể này, phần lớn là các bệnh như tăng huyết áp hay bệnh rối loạn lipid máu. Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm chủ yếu là các đối tượng trên 60 tuổi, đây là nhóm tuổi bắt đầu có sự thoái triển chung của cơ thể, cùng với đó là giai đoạn tiền mãn kinh, mãn kinh ở phụ nữ. Do vậy, người bệnh thường có thể có nhiều bệnh cơ thể và tuổi càng cao càng có nhiều bệnh lý cơ thể phối hợp. Nghiên cứu của Raval và CS nhận thấy 68% các đối tượng bị huyết áp cao; Zghebi và CS còn nghiên cứu thấy ít nhất 85% BN ĐTD type 2 có một hoặc nhiều hơn bệnh lý đồng diễn; nghiên cứu của Mocan và CS cũng nhận thấy có 66% BN có bệnh lý đồng diễn khác, phổ biến nhất là bệnh lý tim mạch chiếm 52,8%.

Tại thời điểm nghiên cứu, đa số BN được sử dụng thuốc hạ glucose máu đường uống chiếm tỷ lệ 79,7%. Đối với BN ĐTD type 2, các thuốc uống hạ glucose máu đường uống vẫn là loại thuốc được lựa chọn đầu tiên để chỉ định cho BN. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tỷ lệ dùng thuốc uống cao hơn so với nghiên cứu của Mocan và CS., sự khác biệt này do chúng tôi nghiên cứu trên các bệnh nhân mạn tính được điều trị thường xuyên hàng tháng, nên việc kiểm soát đường huyết tốt hơn.

Có 53,8% tổng số đối tượng nghiên cứu có thừa cân, béo phì. Điều này cũng phù hợp với y văn cho rằng ĐTD type 2 hay gặp ở người thừa cân hoặc béo phì. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số kiểm soát chỉ số HbA1C ≥ 7%. HbA1C là chỉ số để đánh giá nồng độ glucose trong máu trung bình trong khoảng thời gian 3 tháng gần đây. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Hà An năm 2018 (74,1%). Nhiều nghiên cứu trên thế giới về ĐTD type 2 cũng cho kết quả tương tự, trong đó có nghiên cứu của Kayar và CS nhận thấy có 103/154 BN (66,9%) có chỉ số HbA1c ≥ 7%.

4.2. Tỷ lệ và các mức độ trầm cảm theo thang Beck

Theo điểm số thang Beck, trong 143 bệnh nhân có 60 người có trầm

NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

cảm chiếm 42,0% nhóm đối tượng nghiên cứu có điểm số được coi là trầm cảm, trong đó 91,7% trầm cảm mức độ nhẹ và vừa; và số các đối tượng trầm cảm nặng chỉ chiếm 8,3%. Tỷ lệ trầm cảm chúng tôi thu được khá cao so với các nghiên cứu về trầm cảm ở cộng đồng hay trong các phân tích tổng hợp. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác có đối tượng nghiên cứu là các BN ĐTĐ type 2 nội trú, chúng tôi cũng nhận thấy các tác giả công bố kết quả tương tự. Như vậy, tỷ lệ trầm cảm trong nghiên cứu của chúng tôi tuy không thể đại diện cho cả quần thể ĐTĐ type 2 chung nhưng có thể là một lời cảnh báo cho các bác sỹ nội khoa về một tình trạng rối loạn cảm xúc rất phổ biến ở BN ĐTĐ type 2.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho các kết quả tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Hà An trên các bệnh nhân điều trị nội trú (44,5% có trầm cảm và 70% mức độ nhẹ và mức độ vừa). Wang và CS thấy có 35,1% BN

ĐTĐ type 2 có trầm cảm trong đó 34,9% ở mức độ nhẹ và vừa, còn lại 0,2% ở mức độ nặng. Các mức độ trầm cảm nặng, vừa, nhẹ hay thậm chí cả các trường hợp chỉ có một số triệu chứng mà chưa tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm cũng có thể gây ảnh hưởng tiêu cực lên sức khỏe của BN ĐTĐ type 2.

4.3. Tỷ lệ và đặc điểm lo âu theo thang điểm Haminton

Kết quả từ thang đánh giá lo âu Hamilton cho thấy có tới 56,6% các BN có tổng điểm tự đánh giá từ 7 điểm trở lên, được cho là có biểu hiện của lo âu. Trong đó lo âu chủ yếu ở mức độ nhẹ hoặc vừa (79%). Kết quả cũng gần tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Hà An, có 62,7% có lo âu trên thang lo âu Zung. Masmoudi và CS khi nghiên cứu về lo âu và trầm cảm ở BN ĐTĐ type 2 đã thu được kết quả tỷ lệ có lo âu là 40,3%. Mossie và CS còn cho rằng lo âu là một yếu tố nguy cơ gây trầm cảm ở BN ĐTĐ type 2 trong nghiên cứu của họ. Trong trường

hợp BN ĐTĐ, những ám ảnh sợ đặc hiệu như sợ tăng glucose máu và sợ bị tiêm cũng chỉ trở nên rõ ràng hơn sau khi được chẩn đoán ĐTĐ. Sự có mặt của lo âu có thể làm tăng gánh nặng những triệu chứng của ĐTĐ, tăng biến chứng, mức độ glucose máu không ổn định và giảm chất lượng cuộc sống, thậm chí có thể làm tăng tỷ lệ tử vong của BN ĐTĐ type 2 độc lập với các triệu chứng trầm cảm.

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trầm cảm ở BN ĐTĐ type 2 trên thang BECK là 42%; đa số gặp nhiều ở mức độ vừa và nhẹ (91,7%). Tỷ lệ lo âu trên thang Haminton là 56,6%. Mức độ lo âu nhẹ hoặc vừa chiếm chủ yếu (79%).■

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ogurtsova K, Fernandes J.D, and Huang Y. (2017). IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes Res Clin Pract*, 128, 40–50. .
2. Shaw J.E, Sicree R.A, Zimmet P.Z (2010). Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract*, 87(1), 4–14. .
3. Amiri S. and Behnezhad S. (2019). Diabetes and anxiety symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Int J Psychiatry Med*, 009121741983740.
4. Wang Y.P, Gorenstein C. (2013). Assessment of depression in medical patients: A systematic review of the utility of the Beck Depression Inventory-II. *Clinics*, 68(9), 1274–1287. .
5. Lustman P.J, Clouse R.E, Griffith L.S et al (1997). Screening for depression in diabetes using..
6. Egede L.E, Zheng D. (2003). Independent factors associated with major depressive disorder in a national sample of individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 26(1), 104–111. .
7. Larijani B., Khoram Shahi Bayat M., Khalili Gorgani M. et al (2004). Association Between Depression and Diabetes. *Ger J Psychiatry*, 7, 62–65. .
8. Nguyễn Thị Lý (2014). Nhận xét tình hình trầm cảm ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 bằng bộ câu hỏi PHQ - 9. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Wang L., Song R., Chen Z. et al (2015). Prevalence of depressive symptoms and factors associated with it in type 2 diabetic patients: a cross-sectional study in China. *BMC Public Health*, 15, 188.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ CHỐNG VIÊM, DIỆT KHUẨN CỦA PLASMA LẠNH TRÊN BỆNH NHÂN CÓ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM NHIỄM KHUẨN

ĐỖ HOÀNG TÙNG², NGUYỄN THẾ ANH¹, ĐỖ ĐÌNH TÙNG²

¹ Viện Vật Lý, Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam; Số 18 Hoàng Quốc Việt, Cầu Giấy, Hà Nội

² Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn; Số 12, Phố Chu Văn An, Phường Biện Biên, Quận Ba Đình, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hoàng Tùng

Email: dhtung@gmail.com

Ngày nhận bài báo: 10/4/2023

Ngày nhận phản biện: 12/06/2023

Ngày duyệt đăng: 09/07/2023

ABSTRACT

Mục tiêu: Trên thế giới và tại Việt Nam, công nghệ Plasma lạnh là một hướng đi quan trọng trong nỗ lực tiến tới điều trị vết thương không dùng/giảm phụ thuộc vào kháng sinh do khả năng diệt khuẩn, kích thích tăng sinh mô hạt tại vết thương. Nghiên cứu nhằm đánh giá tính an toàn, hiệu quả chống viêm, diệt khuẩn tại vết thương của máy PlasmaMed do Việt Nam sản xuất.

Phương pháp: nghiên cứu sử dụng máy PlasmaMed do Việt Nam sản xuất để can thiệp điều trị vết thương phần mềm nhiễm khuẩn của 31 bệnh nhân; sử dụng liệu chiếu plasma lạnh tại chỗ; so sánh với vết thương 2 nhóm gồm 11 bệnh nhân có chỉ số CRP thấp không có vùng chứng và nhóm 20 bệnh nhân có vùng đối chứng.

Kết quả: nghiên cứu cho thấy các chỉ số CRP, PCT giảm rõ rệt ngay sau khi chiếu plasma lạnh ở ngày thứ 1 và ngày thứ 5; nồng độ vi khuẩn giảm rõ rệt ở vùng chiếu plasma lạnh ngay sau mỗi lần chiếu và sau 5 ngày điều trị.

Kết luận: Plasma lạnh có hiệu quả chống viêm và diệt khuẩn, phòng nhiễm khuẩn ở vết thương phần mềm ngay từ lần chiếu đầu tiên, cũng như sau 5 ngày.

Từ khóa: PlasmaMed, plasma lạnh, công nghệ, điều trị vết thương

STUDY ON THE SAFETY AND EFFECTIVENESS OF ANTI-INFLAMMATORY, ANTI-MICROBIAL OF COLD PLASMA IN PATIENTS WITH INFECTIOUS WOUND

ABSTRACT

Objective: In the world and in Vietnam, cold plasma technology is being an important advance in wound care, especially control infected wounds that is antibiotic-resistant. Research to evaluate the safety, effective anti-inflammation, disinfection in the wound of PlasmaMed machine of Vietnam Plasma Technology Joint Stock Company.

Method: 31 patients with infected wound were treated in cold plasma; The wound area was divided in to two different areas (one treated with cold plasma and the other control area).

Results: Compared with the control area, concentration of CRP, PCT, and the bacteria the plasma treated areas were significantly reduced immediately after 1st day and 5th. No adverse effects were noted in all of 31 patients treated with cold plasma.

Conclusion: Plasma cold is effective anti-inflammatory and bactericidal, prevent wound infection at the first exposure, as well as the 5th days; PlasmaMed is safety and no side effects during wound treatment.

Key words: PlasmaMed, cold plasma, technology, wound care.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đa số vết thương nhiễm nhiều loài vi khuẩn bao gồm cả vi khuẩn ái khí và kỵ khí, các mầm bệnh như tụ cầu vàng, trực khuẩn mủ xanh, liên cầu tan máu beta hầu hết được coi là nguyên nhân làm trì hoãn liền vết thương và nhiễm trùng. Vi khuẩn phát triển làm vết thương chậm liền, tiêu mảnh da ghép, khi xâm lấn vào sâu phần mô lành gây trạng thái nhiễm khuẩn tại chỗ, nếu không được kiểm soát có thể gây nhiễm trùng lan ra toàn thân, gây nhiễm độc do các độc tố của vi khuẩn tạo một vòng xoắn bệnh lý nếu nặng có thể dẫn tới tử vong.

Trước tình trạng kháng kháng sinh của vi sinh vật ngày càng gia tăng gây khó khăn trong điều trị, bên cạnh việc đào tạo, tuyên truyền sử dụng kháng sinh đúng cách, phát triển thuốc mới, việc nghiên cứu những ứng dụng có khả năng diệt vi sinh vật để hỗ trợ hay thay thế một phần cho điều trị kháng sinh là rất quan trọng. Trong đó, nghiên cứu ứng dụng plasma trong diệt khuẩn rất đáng được quan tâm, ứng dụng này đã phát triển rất mạnh trong những năm gần đây ở các nước phát triển trên thế giới.

Trong vật lý, plasma được coi là trạng thái thứ tư của vật chất bên cạnh các trạng thái rắn, lỏng và khí được mô

tả đầu tiên vào năm 1879 bởi nhà hóa học và vật lý người Anh William Crookes. Thuật ngữ "plasma" xuất phát từ tiếng Hy Lạp và được giới thiệu vào năm 1928 bởi Irving Langmuir, là một hỗn hợp nhiều thành phần của khí bị ion hóa gồm các điện tích dương và âm cân bằng và không kết hợp với nhau.

Plasma nhiệt độ thấp cũng có thể phân hủy, loại bỏ các màng sinh học (biofilm) tại vết thương nhiễm khuẩn. Trong nhiều nghiên cứu, plasma lạnh không làm tổn hại tế bào lành, thời gian điều trị ngắn làm giảm đáng kể lượng vi khuẩn cấy trên da nhưng không gây ra bất kỳ tổn hại nào đối với cấu trúc da. Theo Shekhter (1998), nồng độ cao của nitric oxide (NO) được tạo ra trong quá trình chiếu plasma có tác dụng diệt khuẩn trực tiếp, cải thiện tốc độ truyền dẫn thần kinh, kích thích các nguyên bào sợi và tăng sinh mạch máu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Gồm 31 bệnh nhân có vết thương nhiễm khuẩn, được chia làm 2 nhóm gồm 11 bệnh nhân có chỉ số CRP thấp không có vùng chứng và nhóm 20 bệnh nhân có vùng đối chứng.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Có tổn thương một phần trung bì, đã

lấy bỏ phần thượng bì bong hoại tử; có vi khuẩn trên vết thương dựa vào kết quả định lượng vi sinh; đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có nhiễm trùng toàn thân; mắc đái tháo đường; đang sử dụng máy điều hòa nhịp tim và máy khử rung; phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

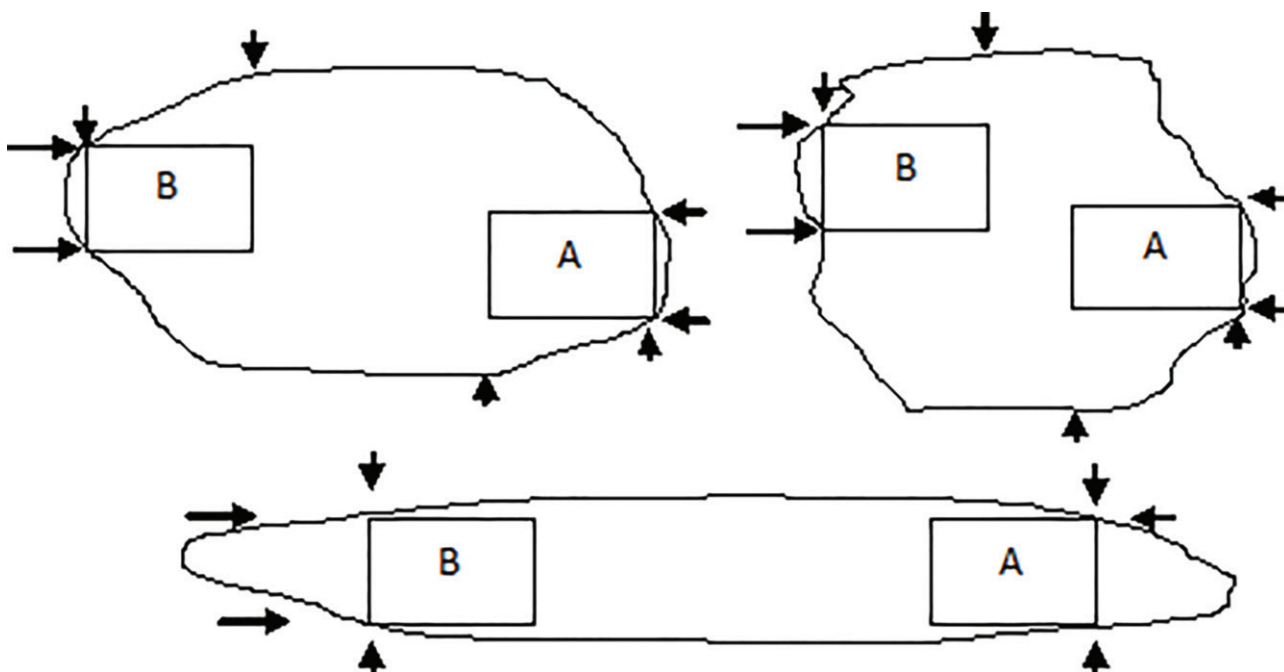
Bệnh nhân được điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Đức Giang từ 05/2017 đến tháng 05/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

+ Đây là một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, có đối chứng so sánh giữa điều trị thường quy với phương pháp kết hợp điều trị bằng plasma lạnh trên cùng một loại tổn thương mất da không lộ xương.

+ Khám, đánh giá vết thương: vết thương được đánh giá bằng cách chụp ảnh có đặt thước, sau đó tính toán dựa trên hình chụp. Để đảm bảo tính thống nhất, vết thương được điều trị plasma nằm phía dưới, bên phải của vết thương (bác sĩ quan sát khi đứng phía chân bệnh nhân đang nằm), vùng đối chứng ở phía trên bên trái của vết thương. Mỗi bệnh nhân được khởi đầu nghiên cứu và ghi nhận số liệu ngay sau khi đã được lấy bỏ phần thượng bì bong hay hoại tử.

+ Quy trình điều trị:



Hình 1. Minh họa vị trí vùng nghiên cứu (A) và vùng đối chứng (B) trên vết thương

1. Cắt lọc vết thương, tháo băng.
2. Chọn vùng nghiên cứu là một hình vuông nằm sát mép vết thương phía bên phải của vết thương (bác sĩ quan sát khi đứng phía chân bệnh nhân đang nằm).
3. Chọn vùng đối chứng là một hình vuông có nằm sát mép vết thương phía bên trái của vết thương (bác sĩ quan sát khi đứng phía chân bệnh nhân đang nằm).
4. Đánh dấu các cạnh của vùng nghiên cứu và vùng đối chứng bằng bút không xóa trên vùng da lành (như hình vẽ minh họa), chụp ảnh vùng tổn thương.
5. Lấy mẫu ở mỗi vùng nghiên cứu và vùng chứng để xét nghiệm vi khuẩn, thời điểm lấy mẫu: khởi đầu nghiên cứu, giữa quá trình nghiên cứu và lúc kết thúc nghiên cứu.

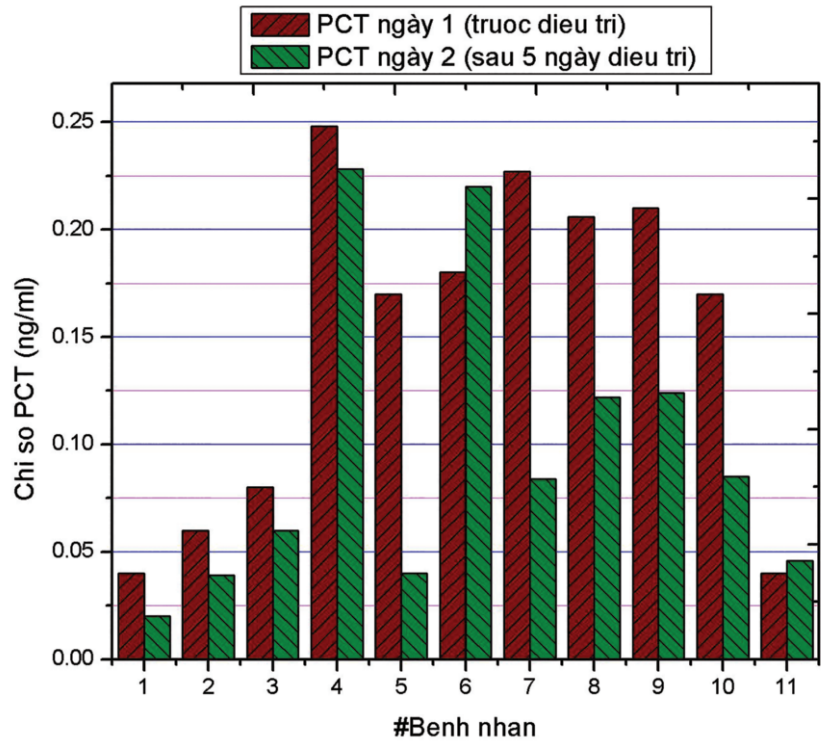
6. Làm sạch vết thương theo quy trình thường quy bao gồm: Thay băng, tưới rửa làm sạch vết thương, giả mạc hay mô hoại tử, làm sạch và tưới lại bằng nước muối sinh lý.

7. Vùng nghiên cứu được điều trị bổ sung bằng plasma lạnh với liều 10 giây/ cm² lên diện vết thương được nghiên cứu. Quy trình này được thực hiện cách nhật.

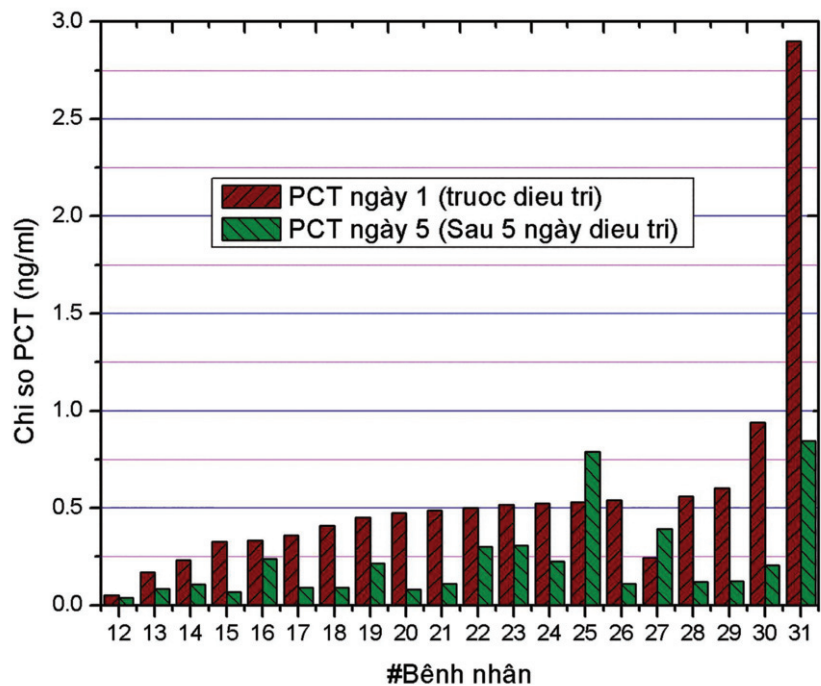
8. Đặt một lớp gạc chống dính (gạc vaseline, Urgotul, Urgotul SSD ...) lên bề mặt diện vết thương đã làm sạch, đắp chồng ra ngoài 4 – 6 lớp gạc rồi băng kín. Quy trình này được thực hiện 1 ngày 1 lần.

+ Điều trị bằng plasma lạnh: Sử dụng hệ thống máy PlasmaMed do Công ty cổ phần Công nghệ Plasma sản xuất và cung cấp. Sau khi chăm sóc vết thương tại chỗ theo quy trình thường quy, đầu phát tia plasma lạnh được giữ cách vết thương khoảng 2 – 5 mm, trong lúc phát tia plasma lạnh, di chuyển qua lại quét đều trên bề mặt vết thương với tổng thời gian quét là 10 giây nhân với diện tích vết thương điều trị (tính bằng cm²). Lập lại quy trình này mỗi 48 giờ cho đến khi vùng nghiên cứu hay vùng chứng đã được thượng bì hoá (lành).

+ Theo dõi, đánh giá: Bệnh nhân được làm các xét nghiệm thường quy trong theo dõi, đánh giá và điều trị và các xét nghiệm huyết học sinh hóa để đánh giá tính an toàn của plasma. Xét



Biểu đồ 1. Chỉ số PCT ngày 1 (trước điều trị) và ngày thứ 5 ở nhóm có PCT thấp



Biểu đồ 2. Chỉ số PCT bệnh nhân ngày 1 (trước điều trị) và sau 5 ngày điều trị

th nghiệm sinh hóa PCT, CRP đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn, loại trừ bệnh nhân nhiễm khuẩn toàn thân; kháng sinh đồ. Xét nghiệm định lượng vi khuẩn tại vùng nghiên cứu và vùng chứng lúc khởi đầu nghiên cứu và lúc kết thúc nghiên cứu.

+ Các chỉ tiêu đánh giá: Đánh giá hiệu quả diệt khuẩn căn cứ trên sự so

sánh nồng độ vi khuẩn trước và sau khi điều trị plasma trong cả 2 lần lấy mẫu nghiên cứu: ngày 1 và ngày 5.

+ Quản lý và xử lý số liệu bằng phần mềm Epidata và SPSS 15.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đánh giá hiệu quả diệt khuẩn nền vết thương qua chỉ số PCT và CRP

#bệnh nhân	Chủng vi sinh	A1T	A1S	A2T	A2S
1	Trực khuẩn gram âm	10 ⁵	10 ⁶	10 ⁵	-
2	Cấu khuẩn gram (+)	-	-	10 ⁵	10 ³
	Trực khuẩn gram (+)	-	-	10 ⁵	10 ⁴
3	Trực khuẩn gram (-) không lên men	-	-	10 ⁷	10 ⁵
4	Cấu khuẩn gram dương	10 ⁶	10 ³	10 ⁶	10 ³
5	Tụ cầu	-	-	10 ⁴	-
6	Trực khuẩn gram (-)	-	-	10 ⁶	10 ³
	Trực khuẩn gram (-) không lên men	-	-	10 ⁵	10 ⁵
7	Cấu khuẩn gram dương	-	-	10 ³	-
8	Trực khuẩn gram (-)	10 ⁶	10 ⁵	10 ⁶	10 ³
9	Trực khuẩn gram (-)	10 ⁴	-	-	-
10	Cấu khuẩn gram (+)	10 ⁵	-	-	-
11	Trực khuẩn gram (-)	10 ³	10 ²	-	-

Bảng 1. Nồng độ vi khuẩn xâm nhiễm nền vết thương tại ngày thứ 1 và ngày thứ 5

+ Nhóm có chỉ số PCT thấp (PCT<0,25 ng/ml) gồm 11 trường hợp được chiếu plasma lạnh toàn bộ vết thương, kết quả nghiên cứu được biểu diễn ở Biểu đồ 3.3. Trong số 11 bệnh nhân, chỉ có 01 bệnh nhân có chỉ số PCT tăng nhẹ sau 5 ngày điều trị (9.09%), tuy nhiên vẫn trong ngưỡng an toàn (<0.25 ng/ml). Còn lại 10/11 bệnh nhân (90.91%) có chỉ số PCT đã giảm đáng kể cho thấy đáp ứng phản ứng viêm do nhiễm khuẩn đã giảm sau 5 ngày điều trị. Đối với trường hợp có PCT tăng, có thể do nhiễm khuẩn chéo trong môi trường bệnh viện, hoặc xuất hiện viêm hệ thống.

+ Ở nhóm vết thương có vùng chứng, gồm 20 bệnh nhân, là nhóm có phản ứng viêm khá rõ để quan sát, vì vậy vùng chứng là bắt buộc trong nghiên cứu. Đánh giá dựa trên mức độ giảm của chỉ số PCT sau điều trị. Biểu đồ thể hiện 18/20 bệnh nhân (90%) có chỉ số PCT đã sụt giảm rõ rệt giữa ngày 1 trước đợt điều trị và tại ngày thứ 5 sau khi điều trị, phản ánh đáp

ứng viêm do nhiễm khuẩn trên cơ thể bệnh nhân đã suy giảm đáng kể (trung bình >72,43%) và đa số về mức <0,1 ng/ml, chỉ có 2 bệnh nhân có chỉ số PCT tăng nhẹ nhưng cũng chứng tỏ phản ứng viêm trên nhóm bệnh nhân đã được kiểm soát một cách tích cực.

3.2. Đánh giá hiệu quả diệt khuẩn nền vết thương qua cấy khuẩn

+ Nhóm bệnh nhân có chỉ số PCT thấp

Ghi chú: A1T: Vùng nghiên cứu tại ngày 1 trước khi chiếu; A2S: Vùng nghiên cứu tại ngày 1 sau khi chiếu; A2T: Vùng nghiên cứu tại ngày 5 trước khi chiếu lần thứ 5; A2S: Vùng nghiên cứu tại ngày 5 sau khi chiếu lần thứ 5.

Qua lần chiếu thứ nhất (ngày 1), nồng độ vi khuẩn tồn tại trên bề mặt nền vết thương đã giảm từ 10-103 lần so với trước khi chiếu. Tại thời điểm ngày thứ 5, 6/11 bệnh nhân (1, 5, 7, 9, 10 và 11) vết thương đã sạch khuẩn hoàn toàn. Trên các bệnh nhân còn lại, các chỉ số nồng độ vi khuẩn trên nền

vết thương giữa 2 thời điểm Trước khi chiếu (A2T), Sau khi chiếu (A2S) cũng đã có những chuyển biến rõ rệt, thể hiện qua độ giảm từ 1-3 bậc lũy thừa. Đánh giá bằng hình ảnh cho thấy, vết thương đã chuyển biến tích cực: nhanh se, giảm tiết dịch, bờ mép vết thương đã liền, các mô phát triển khiến tổng thể bề mặt vết thương đồng màu.

Như vậy, kết quả giảm chỉ số đáp ứng phản ứng viêm đặc hiệu do nhiễm khuẩn - PCT, kết hợp kết quả định lượng vi sinh giữa các vùng trước chiếu, sau chiếu tại ngày thứ 1 và ngày thứ 5, cho thấy tất cả các bệnh nhân trong nhóm đáp ứng tốt với điều trị plasma lạnh.

+ Nhóm bệnh nhân có vùng chứng
Trong đó: A1T: Vùng nghiên cứu tại ngày 1 trước khi chiếu; A2S: Vùng nghiên cứu tại ngày 1 sau khi chiếu; B1: Vùng đối chứng ngày 1; A2T: Vùng nghiên cứu tại ngày 5 trước khi chiếu lần thứ 5; A2S: Vùng nghiên cứu tại ngày 5 sau khi chiếu lần thứ 5; B2: Vùng đối chứng ngày 5.

#bệnh nhân	Chủng vi sinh	A1T	A1S	B1	A2T	A2S	B2
12	Tụ cầu	10 ³	-	10 ³	-	-	-
13	Tụ cầu	-	-	-	10 ³	-	10 ³
14	Tụ cầu	-	-	-	10 ⁴	10 ³	10 ⁶
15	Trực khuẩn gram (-)	10 ⁵	10 ³	10 ⁷	10 ⁵	10 ⁵	10 ³
	Song cầu gram (+)	-	-	-	10 ³	10 ⁴	10 ⁶
16	Trực khuẩn gram (-)	10 ⁴	10 ³	10 ⁴	10 ⁶	10 ³	10 ⁴
	Trực khuẩn gram (+)	10 ³	-	10 ³	-	-	-
	Cầu khuẩn gram (+)	-	-	-	10 ⁴	-	10 ⁴
17	Trực khuẩn gram (-)	10 ³	-	-	-	-	-
	Trực khuẩn gram (+)	10 ³	-	-	-	-	-
	Cầu khuẩn gram (+)	-	-	-	10 ⁵	10 ³	10 ⁵
	Nấm	-	-	-	10 ⁵	10 ⁴	10 ⁵
18	Tụ cầu	-	-	-	10 ⁵	10 ⁴	10 ⁷
19	Trực khuẩn gram (-)	-	-	-	10 ³	-	10 ³
	Trực khuẩn gram (+)	10 ⁶	-	10 ³	-	-	-
	Song cầu gram (-)	-	-	-	-	-	-
20	Trực khuẩn gram (-)	-	-	-	10 ⁴	10 ⁴	10 ³
	Cầu khuẩn gram (+)	-	-	10 ³	-	-	-
21	Trực khuẩn gram (-)	10 ⁶	-	10 ⁴	-	-	-
	Song cầu gram (+)	10 ⁴	10 ³	10 ⁴	-	-	-
	Tụ cầu	-	-	-	10 ⁷	10 ⁵	10 ⁶
22	Trực khuẩn gram (-)	10 ⁷	10 ⁷	10 ⁵	-	-	-
	Cầu khuẩn gram (+)	-	-	-	10 ⁶	10 ⁴	10 ⁶
23	Song cầu gram (+)	10 ³	10 ³	10 ⁵	-	-	-

Bảng 2. Nồng độ vi khuẩn xâm nhiễm nền vết thương tại ngày thứ 1 và ngày thứ 5

NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Xét trên vùng chứng (không kết hợp chiếu plasma), tại 11/20 (55%) BN(#13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 22; 25; 26 và 29) các có dấu hiệu gia tăng về nồng độ và/hoặc chủng loại vi khuẩn/vi nấm xâm nhiễm trên nền vết thương, từ 10-103 lần giữa ngày thứ nhất so với nồng độ và chủng loại của ngày 5 trong nghiên cứu (hoặc phát triển thêm các chủng khác). Trong khi tại vùng nghiên cứu (có sử dụng plasma) chỉ là 5/20 (25%) bệnh nhân (BN#13; 14; 15; 29 và 30). Sự xâm nhiễm và phát triển của vi khuẩn trên nền vết thương xảy ra bởi sự kết hợp của nhiều yếu tố, tuy nhiên qua đó đã thể hiện plasma góp phần tích cực trong quá trình làm sạch, ngăn chặn và ức chế sự xâm nhiễm và phát triển của vi khuẩn nền vết thương.

Về khả năng tiêu diệt vi khuẩn tại chỗ:

Tại ngày thứ 1: 6/20 bệnh nhân chưa có vi khuẩn xâm nhiễm nền vết

thương nên không đưa vào đánh giá hiệu quả điều trị. Trên 14 bệnh nhân còn lại, plasma thể hiện hiệu quả diệt khuẩn rõ rệt ngay sau lần chiếu đầu tiên ở 12 bệnh nhân (85,71%). Theo đó, một số chủng vi khuẩn đã trở về (-) âm tính, hoặc giảm từ 1-4 bậc lũy thừa. Đặc biệt thể hiện rõ nét nhất trên các chủng trực khuẩn, là loại vi khuẩn rất phổ biến thường xâm nhiễm nền vết thương.

Tại ngày thứ 5: Hiệu quả của plasma cũng thể hiện rõ qua độ giảm đáng kể nồng độ vi khuẩn ở 17/20 bệnh nhân (chiếm 85%), trong đó trực quan nhất trên các trường hợp #13; 16; 19; 26; 27; 28 và 29 với việc một/một số chủng đã về âm tính trong khi có nồng độ và số chủng trước khi chiếu tương đương với vùng chứng. Với các trường hợp khác, nồng độ vi khuẩn cũng đã giảm từ 10-103 lần so với thời điểm trước khi chiếu. Trong khi tại vùng chứng (B2), chỉ có 8/17 bệnh

nhân (47,1%) cho độ giảm nồng độ vi khuẩn có thể quan sát được.

Kết quả này cũng phù hợp với công bố của Isbary và cộng sự (2010), theo đó nghiên cứu trên 36 bệnh nhân, hiệu quả diệt khuẩn tại vùng sử dụng plasma đạt 67%, trong khi tại vùng chứng chỉ sử dụng kháng sinh đạt 35% (chênh lệch 32%). Tại một nghiên cứu khác khi so sánh hai phiên bản thiết bị phát plasma lạnh (alpha và beta) đối với hiệu quả diệt khuẩn vết thương, tại vùng chiếu plasma cũng cho hiệu quả hơn vùng chứng với độ chênh lệch lần lượt 40% và 23.5% (Isbary và cs., 2012).

IV. KẾT LUẬN

Plasma lạnh có hiệu quả chống viêm và diệt khuẩn, phòng nhiễm khuẩn ở vết thương phần mềm ngay từ lần chiếu đầu tiên, cũng như sau 5 ngày.■

TÀI LIỆU THAM KHẢO

(1) Nguyễn Đình Bảng (1991), "Phòng chống nhiễm khuẩn tại các cơ sở ngoại khoa". Tạp chí Y học Việt Nam, (5), tr. 27 - 31.

(2) Tian, Y., et al. (2010), "Inactivation of Staphylococcus aureus and Enterococcus faecalis by a direct-current, cold atmospheric-pressure air plasma microjet", J Biomed Res. 24(4), 264-9.

(3) Kong, M. G., et al. (2009), "Plasma medicine: an introductory review", New Journal of Physics. 11(11), 115012.

(4) Boekema BKHL, Vlig M, Guijt D, et al (2016). A new flexible DBD device for treating infected wounds: in vitro and ex vivo evaluation and comparison with a RF argon plasma jet. J Phys D Appl Phys. 2016;49:044001.

(5) Boekema BKHL, Hofmann SS, van Ham BJT, Bruggeman PJ, Middelkoop E. (2013). Antibacterial plasma at safe levels for skin cells. J Phys D Appl Phys. 46:422001.

(6) Morfill G, Shimizu T, Steffes B, Schmidt H-U (2009). Nosocomial infections-a new approach towards preventive medicine using plasmas. New J Phys. 2009;11:115019.

(7) Li YF, Taylor D, Zimmermann JL, et al (2013). In vivo skin treatment using two portable plasma devices: comparison of a direct and an indirect cold atmospheric plasma treatment. Clin Plasma Med. 2013;1:35-9.

(8) Isbary G, Morfill G, Schmidt HU, et al (2010). A first prospective randomized controlled trial to decrease bacterial load using cold atmospheric argon plasma on chronic wounds in patients. Br J Dermatol. 2010;163:78-82.

(9) Do Hoang Tung et al. (2014), Cold atmospheric pressure gliding arc plasma jet for decontamination, Communications in Physics, Vol. 24, No. 3S2, pp. 129-134.

(10) Isbary G, Morfill G, Schmidt HU et al. (2010), A first prospective randomized controlled trial to decrease bacterial load using cold atmospheric argon plasma on chronic wounds in patients, Br J Dermatol 163(1), 78-82

ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MÃN TÍNH ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

NGUYỄN BÍCH NGỌC¹, NGUYỄN THỊ HOA HUYỀN², LÊ THỊ MỸ¹

¹ Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn; Số 12, Phố Chu Văn An, Phường Biện Biên, Quận Ba Đình, Hà Nội

² Trường Đại học VinUni; Khu vực 3, Dương Xá và Đa Tốn, Xã Kiêu Kỳ, Huyện Gia Lâm, Hà Nội

Tác giả liên hệ: Lê Thị Mỹ

Email: lemystpaul@gmail.com

Ngày nhận bài báo: 03/03/2023

Ngày nhận phản biện: 17/05/2023

Ngày duyệt đăng: 13/06/2023

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục tiêu: Đánh giá sự hài lòng và các mối liên quan ở người bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

Phương pháp: 121 người bệnh được chẩn đoán xác định COPD đợt cấp (theo tiêu chuẩn GOLD 2021); từ 18 tuổi trở lên; đồng ý tham gia nghiên cứu.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh đánh giá mức độ chăm sóc là rất hài lòng và hài lòng tương ứng là 50,4% và 26,4%. Nhóm tuổi ≥ 70 tuổi có kết quả chăm sóc điều dưỡng tốt hơn 3,0 lần so với nhóm < 70 tuổi. Nhóm người bệnh ở thành thị có kết quả chăm sóc điều dưỡng tốt hơn 4,8 lần so với nhóm nông thôn. Thời gian mắc bệnh dưới 5 năm có tỷ lệ chăm sóc điều dưỡng cao hơn 1,9 lần so với nhóm đã mắc bệnh hơn 5 năm. Nhóm người bệnh nhập viện sớm, có thời gian xuất hiện triệu chứng trước nhập viện từ 1 – 3 ngày có kết quả chăm sóc tốt hơn gấp 3,4 lần so với nhóm nhập viện muộn sau 3 ngày.

Kết luận: Tỷ lệ người bệnh mắc COPD hài lòng trở lên 76%; kết quả chăm sóc liên quan đến tuổi <70, người sống ở thành thị, thời gian mắc bệnh dưới 5 năm, nhập viện sớm.

Từ khóa: Sự hài lòng, COPD, lâm sàng, bệnh đồng mắc

EVALUATION OF SATISFACTION AND RELATED FACTORS IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD) PATIENTS UNDERGOING TREATMENT AT SAINT PAUL MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL

Summary:

Objective: The study aims to assess satisfaction and related factors in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients undergoing treatment at Saint Paul Multidisciplinary Hospital.

Method: 121 patients diagnosed with acute exacerbation of COPD (according to GOLD 2021 criteria); aged 18 and above; agreed to participate in the study.

Results: The proportion of patients who rated the level of care as very satisfied and satisfied were 50.4% and 26.4%, respectively. The age group ≥ 70 years had nursing care results 3.0 times better than the <70 years group. Urban patients had nursing care results 4.8 times better than rural patients. Patients with a disease duration of less than 5 years had a nursing care rate 1.9 times higher than those with a disease duration of more than 5 years. Patients admitted early, with symptoms appearing before admission within 1-3 days, had care results 3.4 times better than those admitted late after 3 days.

Conclusion: The satisfaction rate of COPD patients is above 76%; care results are related to age <70, urban residence, disease duration less than 5 years, and early hospital admission.

Keywords: Satisfaction, COPD, clinical, comorbidity

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, BPTNMT (Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính) là một trong số những bệnh lý gây ảnh hưởng nhiều nhất đến chất lượng cuộc sống cũng như nguy cơ tử vong trên toàn thế giới dẫn đến gánh nặng kinh tế xã hội ngày càng gia tăng. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thường kéo dài và có sự xen kẽ giữa những giai đoạn ổn định và đợt cấp, trong đó những đợt cấp có thể gây đe dọa tính mạng người bệnh. Điều này dẫn tới cần có sự thay đổi trong điều trị và chăm sóc người bệnh so với cách liệu pháp thông thường [5].

Chăm sóc người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là một quá trình phức tạp, đòi hỏi phải có sự liên tục cả khi người bệnh điều trị nội trú cũng như khi người bệnh về điều trị tại nhà. Công tác chăm sóc điều dưỡng đối với người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính cần được lưu tâm ngay từ khi mới được chẩn đoán và xác định hướng điều trị nhằm đảm bảo người bệnh điều trị đủ phác đồ, phòng ngừa các biến chứng và giảm nhẹ các tác dụng phụ của quá trình điều trị, giảm chi phí và thời gian nằm viện và nâng cao chất lượng điều trị.

Vai trò của điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đã được nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam, với bằng chứng về sự cải thiện khả năng tự chăm sóc của người bệnh, chất lượng cuộc sống, chất lượng chăm sóc, kiến thức và sự hài lòng của người bệnh [6], [7].

Chăm sóc điều dưỡng là những chăm sóc chuyên môn của người điều dưỡng đối với người bệnh từ khi vào viện đến lúc ra viện. Nội dung chính bao gồm: chăm sóc về thể chất, tinh thần, dinh dưỡng, lập kế hoạch theo dõi, phục hồi chức năng, giáo dục sức khỏe cho người bệnh [8]. Chăm sóc điều dưỡng bắt đầu từ lúc người bệnh đến khám, vào viện và cho đến khi người bệnh ra viện hoặc tử vong. Công tác chăm sóc dưỡng trong bệnh viện đảm bảo lấy người bệnh làm trung tâm, các hoạt động chăm sóc, dịch vụ chăm sóc, điều trị dựa trên các đánh giá nhu cầu của người bệnh và hướng tới người bệnh để phục vụ [9].

Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn là

Bảng 1. Đánh giá sự hài lòng về thực hiện chăm sóc của các điều dưỡng

Đánh giá sự hài lòng về thực hiện chăm sóc điều dưỡng	Rất không hài lòng		Không hài lòng		Bình thường		Hài lòng		Rất hài lòng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hợp tác tốt, xử lý công việc thành thạo, kịp thời	0	0	0	0	6	5,0	111	91,7	4	3,3
Thái độ ứng xử tốt, sẵn sàng cung cấp thông tin cho người bệnh	0	0	0	0	7	5,8	107	88,4	7	5,8
Cung cấp đầy đủ, cập nhật thông tin cho người bệnh	0	0	0	0	26	21,5	80	66,1	15	12,4
Đảm bảo chế độ oxy không xâm nhập, hướng dẫn sử dụng thuốc hoặc khí dung	0	0	0	0	14	11,6	101	83,5	6	4,9
Đảm bảo vệ sinh, kiểm soát nhiễm khuẩn	0	0	0	0	30	24,8	84	69,4	7	5,8
Phục hồi chức năng	0	0	0	0	27	22,3	86	71,1	8	6,6
Đảm bảo dinh dưỡng	0	0	0	0	51	42,98	55	45,5	14	11,6
Hỏi thăm tình trạng bệnh, cải thiện tinh thần	0	0	0	0	13	10,7	90	74,4	18	14,9
Giáo dục sức khỏe	0	0	0	0	19	15,7	85	70,3	17	14,1
Đánh giá theo dõi tình trạng bệnh và điều trị	0	0	0	0	5	4,1	99	81,8	17	14,1

Đa số người bệnh nhận xét các chăm sóc điều dưỡng ở mức hài lòng/ rất hài lòng. Các chăm sóc được nhiều người bệnh đánh giá cao hơn là Đánh giá theo dõi tình trạng bệnh và điều trị; Giáo dục sức khỏe; Người bệnh được cung cấp đầy đủ, cập nhật thông tin trong quá trình điều trị của người bệnh; Hỏi thăm tình trạng bệnh, cải thiện tinh thần (sàng lọc, tư vấn, xử trí, ...).

Bảng 2. Đánh giá chung mức độ hài lòng điều trị của người bệnh

Mức độ hài lòng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Rất hài lòng	61	50,4
Hài lòng	32	26,4
Bình thường/ Chấp nhận được	18	14,9
Không hài lòng	10	8,3
Rất không hài lòng	0	0,0
Tổng số	121	100

Tỷ lệ người bệnh đánh giá mức độ chăm sóc là rất hài lòng và hài lòng tương ứng là 50,4% và 26,4%; có 14,9% bình thường/ chấp nhận được, 8,3% người bệnh đánh giá không hài lòng.

bệnh viện hạng 1 của thành phố Hà Nội. Với hơn 600 giường bệnh, 45 khoa phòng hơn 1000 cán bộ nhân viên. Bệnh viện hiện đang quản lý khoảng 700 người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Tại Bệnh viện, công tác chăm sóc toàn diện đối với người bệnh COPD đã được triển khai nhiều năm. Nhằm đánh giá sự hài lòng của người bệnh và các yếu tố liên quan, chúng

tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá sự hài lòng và các mối liên quan ở người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: 121 người

bệnh được chẩn đoán xác định COPD đợt cấp (theo tiêu chuẩn GOLD 2021); từ 18 tuổi trở lên; đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ các đối tượng mắc: ung thư phổi, lao phổi, nấm phổi, bụi phổi; có dị tật về lồng ngực: gù, vẹo cột sống; mắc bệnh nhồi máu cơ tim, tắc mạch phổi; không thể hoàn thành được bộ câu hỏi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu. Tất cả các thông tin được thu thập theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, thông tin trích từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn người bệnh. Cách chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Nội tổng hợp 1 Bệnh viện Xanh Pôn từ tháng 08/2022 đến tháng 01/2023.

2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

Hoạt động chăm sóc của điều dưỡng do người bệnh đánh giá: Các nội dung được phỏng vấn nhằm đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh về các hoạt động chăm sóc của điều dưỡng trong quá trình điều trị nội trú; kết quả chăm sóc, tư vấn của điều dưỡng viên; hoạt động hướng dẫn của điều dưỡng viên với người bệnh COPD; hoạt động giải thích kịp thời, tư vấn. Khảo sát người bệnh COPD hài lòng về chăm sóc, tư vấn, hướng dẫn của điều dưỡng theo thang đo Likert 5 [10]. Phân tích một số yếu tố liên quan: Liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học người bệnh với kết quả chăm sóc; liên quan giữa tình trạng bệnh với kết quả chăm sóc.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Mô tả biến rời rạc theo tỉ lệ %, độ tin cậy > 95%. Biến liên tục theo trị số trung bình và độ lệch chuẩn.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng chấm đề cương Trường Đại học Thăng Long thông qua và được sự đồng ý của Bệnh viện Xanh Pôn. Người bệnh được cung cấp thông tin, tự nguyện tham gia và có quyền từ chối tham gia. Các thông tin về người bệnh được giữ bí mật tuyệt đối.

Bảng 3. Liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với kết quả chăm sóc

Yếu tố liên quan		n	Kết quả chăm sóc				OR 95% CI	P
			Đạt		Chưa đạt			
			n	%	n	%		
Nhóm tuổi	≥70 tuổi	68	58	62,4	10	35,7	3,0 1,1 – 8,0	0,01
	< 70 tuổi	53	35	37,6	18	64,3		
Giới tính	Nam	79	62	66,7	19	67,9	0,9 0,3 – 2,5	0,9
	Nữ	42	31	33,3	9	32,1		
Địa dư	Thành thị	108	87	93,5	21	75,0	4,8 1,2 – 19,1	0,01
	Nông thôn	13	6	6,5	7	25,0		
Trình độ học vấn	Tốt nghiệp THPT	76	58	62,4	18	64,3	0,9 0,3 – 2,4	0,8
	< THPT	45	35	37,6	10	35,7		
Nghề nghiệp	Viên chức/ Hưu trí	57	41	44,1	16	57,1	0,6 0,2 – 1,5	0,22
	Tự do, nội trợ, công nhân, nông dân	64	52	55,9	12	42,9		

Nhóm tuổi ≥ 70 tuổi có kết quả chăm sóc điều dưỡng tốt hơn 3,0 lần so với nhóm < 70 tuổi (OR = 3,0; 95% CI: 1,1 – 8,0; p = 0,01). Nhóm người bệnh ở thành thị có kết quả chăm sóc điều dưỡng tốt hơn 4,8 lần so với nhóm nông thôn (OR = 4,8; 95% CI: 1,2 – 19,1; p = 0,01). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, trình độ học vấn và nghề nghiệp với kết quả chăm sóc điều dưỡng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nội dung là bảng 1, 2, 3, 4, 5, 6

IV. BÀN LUẬN

Đánh giá sự hài lòng về công tác chăm sóc người bệnh: Đa số người bệnh nhận xét các chăm sóc điều dưỡng ở mức hài lòng/ rất hài lòng. Các chăm sóc được nhiều người bệnh đánh giá cao hơn là Đánh giá theo dõi tình trạng bệnh và điều trị; Giáo dục sức khỏe; Người bệnh được cung cấp đầy đủ, cập nhật thông tin trong quá trình điều trị của người bệnh; Hỏi thăm tình trạng bệnh, cải thiện tinh thần (sàng lọc, tư vấn, xử trí,...). Việc đánh giá kết quả chăm sóc điều dưỡng từ người bệnh cũng giúp người điều dưỡng và khoa phòng nói chung đánh giá lại ưu điểm và nhược điểm còn thiếu sót trong quá trình chăm sóc để cải thiện cho chất lượng chăm sóc người bệnh nói chung. Tỷ lệ người bệnh đánh giá mức độ chăm sóc là rất hài lòng và hài lòng tương ứng là 50,4% và 26,4%; có 14,9% bình thường/ chấp nhận được, 8,3% người bệnh đánh giá không hài lòng. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với đánh giá về chăm sóc điều dưỡng cho người bệnh COPD của Phan Đức Tài, 58,5%

hài lòng về công tác chăm sóc điều dưỡng và 41,5% không hài lòng [2]. NC của Nguyễn Thị Thanh Nhân, đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh về quá trình chăm sóc điều dưỡng: 78,9% hài lòng.

Khi vào viện người bệnh COPD được chăm sóc đầy đủ về dấu hiệu sinh tồn và tình trạng sức khỏe, hỗ trợ chăm sóc dinh dưỡng; phục hồi chức năng. Khi ra viện, người bệnh được chú trọng về quan sát dấu hiệu sinh tồn, tình trạng sức khỏe; hướng dẫn phục hồi chức năng và giáo dục sức khỏe. Đa số người bệnh đều được chăm sóc điều dưỡng tốt. Tỷ lệ người bệnh được chăm sóc tốt khi vào viện: 73,6%; sau 5 ngày điều trị là 77,7% và khi ra viện là 85,1%.

Tỷ lệ này là do quá trình nỗ lực chăm sóc toàn diện cho người bệnh, cũng như các điều dưỡng trong khoa đã có nhiều kinh nghiệm chăm sóc cho người bệnh cao tuổi, có nhiều bệnh lý mãn tính trong đó có COPD. NC của Cao Thị Hồng Quyên cũng cho thấy tỷ lệ người bệnh COPD được chăm sóc tốt cao chiếm 81% [1]. Nghiên cứu của Phan Đức Tài, chỉ ra kết quả chăm sóc tốt thấp chiếm 42%; do người bệnh COPD trong nghiên cứu có tỷ lệ nhiễm

Bảng 4. Mối liên quan giữa tiền sử bệnh và kết quả chăm sóc điều dưỡng

Đặc điểm		n	Kết quả chăm sóc				OR 95% CI	P
			Đạt (93)		Chưa đạt (28)			
			n	%	n	%		
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm	75	61	65,6	14	50,0	1,9	0,03
	≥ 5 năm	46	32	34,4	14	50,0	1,7 – 4,9	
Thời gian xuất hiện triệu chứng	1 – 3 ngày	95	78	83,9	17	60,7	3,4	0,01
	> 3 ngày	26	15	16,1	11	39,3	1,2 – 9,4	
Thời gian nằm viện	≤ 14 ngày	71	58	62,4	13	46,4	1,3	0,1
	> 14 ngày	50	35	37,6	15	53,6	0,7 – 4,1	
Số đợt cấp	≤ 2 đợt	43	31	33,3	12	42,9	0,7	0,4
	> 2 đợt	78	62	66,7	16	57,1	0,3 – 1,8	
Điểm mMRC	Độ 0, 1	41	31	33,3	10	35,7	0,6	0,3
	Độ 2,3,4	70	62	66,7	12	42,9	0,2 – 1,7	

Thời gian mắc bệnh dưới 5 năm có tỷ lệ chăm sóc điều dưỡng cao hơn 1,9 lần so với nhóm đã mắc bệnh hơn 5 năm (OR = 1,9; 95% CI: 1,7 – 4,9; p 0,03). Nhóm người bệnh nhập viện sớm, có thời gian xuất hiện triệu chứng trước nhập viện từ 1 – 3 ngày có kết quả chăm sóc tốt hơn gấp 3,4 lần so với nhóm nhập viện muộn sau 3 ngày (OR = 3,4; 95% CI: 1,2 – 9,4; p = 0,01). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian nằm viện, số đợt cấp, điểm mMRC khi vào viện với kết quả chăm sóc điều dưỡng.

Bảng 5. Mối liên quan giữa tình trạng bệnh với kết quả chăm sóc

Đặc điểm		n	Kết quả chăm sóc				OR 95% CI	P
			Đạt		Chưa đạt			
			n	%	n	%		
Nhiệt độ	Sốt	17	13	14,0	4	14,3	0,9	0,9
	Không sốt	104	80	86,0	24	95,7	0,3 – 4,5	
Mạch	Bình thường	108	86	92,5	22	78,6	3,4	0,3
	Nhanh	13	7	7,5	6	21,4	0,8 – 12,7	
Huyết áp	Bình thường	87	60	64,5	17	60,7	1,7	0,3
	THA	34	23	24,7	11	39,3	0,6 – 4,5	
SpO2	95%	104	92	89,3	22	78,6	2,3	0,1
	< 95%	17	11	10,7	6	21,4	0,6 – 7,6	
Tần số thở	Bình thường	80	65	69,9	15	53,6	2,0	0,1
	Thở nhanh	41	28	30,1	13	46,4	0,8 – 5,2	

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhiệt độ, mạch, huyết áp, SpO2, tần số thở khi vào viện với kết quả chăm sóc điều dưỡng.

Bảng 6. Mối liên quan giữa kết quả chăm sóc với sự hài lòng của người bệnh

Đánh giá sự hài lòng	n	Kết quả chăm sóc				OR 95% CI	p
		Đạt		Chưa đạt			
		n	%	n	%		
Hài lòng/ Rất hài lòng	93	73	78,5	20	21,4	1,5 0,5 – 4,1	0,4
Chấp nhận được/ Không hài lòng	28	20	21,5	8	28,6		

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa sự hài lòng của người bệnh và kết quả chăm sóc.

khuẩn cao, tình trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống kém hơn địa bàn nghiên cứu khác [3], [5].

Về mối liên quan với các đặc điểm nhân khẩu học, tuổi, tiền sử bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nhóm tuổi ≥ 70 tuổi có kết quả chăm sóc điều dưỡng tốt hơn 3,0 lần so với nhóm < 70 tuổi (OR = 3,0; 95% CI: 1,1 – 8,0; p = 0,01). Nhóm người bệnh ở thành thị có kết quả chăm sóc điều dưỡng tốt hơn 4,8 lần so với nhóm nông thôn (OR = 4,8; 95% CI: 1,2 – 19,1; p = 0,01). Nghiên cứu của Cao Thị Hồng Quyên, cũng cho thấy có một số đặc điểm chung của người bệnh COPD liên quan tới quá trình chăm sóc điều dưỡng như nhóm tuổi, giới tính, khu vực sinh sống, trình độ

học vấn [1].

Về tình trạng bệnh lý: Thời gian mắc bệnh dưới 5 năm có tỷ lệ chăm sóc điều dưỡng cao hơn 1,9 lần so với nhóm đã mắc bệnh hơn 5 năm (OR = 1,9; 95% CI: 1,7 – 4,9; p 0,03). Nhóm người bệnh nhập viện sớm, có thời gian xuất hiện triệu chứng trước nhập viện từ 1 – 3 ngày có kết quả chăm sóc tốt hơn gấp 3,4 lần so với nhóm nhập viện muộn sau 3 ngày (OR = 3,4; 95% CI: 1,2 – 9,4; p = 0,01). Nghiên cứu của Cao Thị Hồng Quyên cũng cho thấy có sự khác biệt giữa thời gian mắc bệnh, thời gian nằm viện với kết quả chăm sóc điều dưỡng. Người bệnh mắc bệnh ≥ 2 năm có kết quả chăm sóc tốt cao hơn so với nhóm dưới 2 năm; nằm viện ≥ 6 ngày có kết quả

chăm sóc tốt cao hơn so với nhóm nằm viện < 6 ngày [1]. Nghiên cứu của Phạm Đức Tài cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn và bệnh lý hô hấp kèm theo với kết quả chăm sóc điều dưỡng [3], [4].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh đánh giá mức độ chăm sóc là rất hài lòng và hài lòng tương ứng là 50,4% và 26,4%. Nhóm tuổi ≥ 70 tuổi có kết quả chăm sóc điều dưỡng tốt hơn 3,0 lần so với nhóm < 70 tuổi (OR = 3,0; 95% CI: 1,1 – 8,0; p = 0,01). Nhóm người bệnh ở thành thị có kết quả chăm sóc điều dưỡng tốt hơn 4,8 lần so với nhóm nông thôn (OR = 4,8; 95% CI: 1,2 – 19,1; p = 0,01). Thời gian mắc bệnh dưới 5 năm có tỷ lệ chăm sóc điều dưỡng cao hơn 1,9 lần so với nhóm đã mắc bệnh hơn 5 năm (OR = 1,9; 95% CI: 1,7 – 4,9; p 0,03). Nhóm người bệnh nhập viện sớm, có thời gian xuất hiện triệu chứng trước nhập viện từ 1 – 3 ngày có kết quả chăm sóc tốt hơn gấp 3,4 lần so với nhóm nhập viện muộn sau 3 ngày (OR = 3,4; 95% CI: 1,2 – 9,4; p = 0,01).■

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Cao Thị Hồng Quyên (2018).** Thực trạng chăm sóc người bệnh COPD và một số yếu tố liên quan đến chăm sóc tại khoa hồi sức cấp cứu trung tâm y tế Gò Quao - Kiên Giang. Trường Đại Học Thăng Long, 36–53.
- 2. Maggie Nicol Brooker (2003).** Nursing adults. The practise of caring. Mordy.
- 3. Nguyễn Thu (2011).** Đánh giá sự hài lòng về chất lượng chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Điều dưỡng – Phục hồi chức năng tỉnh Bình Định, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
- 4. Nguyễn Trần Tố Trân và Lê Thị Tuyết Lan (2014).** "Chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân cao tuổi mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 18(Phụ bản 1), tr. 10-13.
- 5. Phạm Anh Tuấn (2011).** Đánh giá hoạt động chăm sóc người bệnh của Điều dưỡng viên tại Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí năm 2011, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
- 6. Lung and Blood Institute (NHLBI) and World Health Organization (WHO) National Heart (2003).** Global Initiative for chronic obstructive pulmonary disease, National Institute of Health.
- 7. Raj Parikh, Trushil Gshah, Rajive Tandon (2016).** COPD exacerbation care bundle improves standard of care, length of stay, and readmission rates. International Journal of COPD 2016:11 577–583.
- 8. T. Welte, C. Vogelmeier, A. Papi (2015).** COPD: early diagnosis and treatment to slow disease progression. Int J Clin Pract, March 2015, 69, 3, 336–349
- 9. Townend J, Minelli C, Mortimer K, et al (2017).** The association between chronic airflow obstruction and poverty in 12 sites of the multinational BOLD study. Eur Respir J 2017; 49(6).
- 10. Y. J. Korpershoek và các cộng sự. (2017).** "Self-management behaviors to reduce exacerbation impact in COPD patients: a Delphi study", Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 12, tr. 2735-2746.

SO SÁNH TÍNH AN TOÀN VÀ HIỆU QUẢ Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT KHÚC XẠ SMILE VỚI NẤP 100 μ m VÀ 160 μ m

ĐINH THỊ PHƯƠNG THỦY¹, PHẠM TRỌNG VĂN², NGUYỄN KIỂM HIỆP³

¹Bệnh viện Đông Đô, 5 P. Xã Đàn, Phương Liên, Đống Đa, Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội, Số 1, Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội

³Bệnh viện Mắt Trung Ương, 85 P. Bà Triệu, Bưởi, Hà Nội

Tác giả liên hệ: Đinh Thị Phương Thủy

Email: drthuy.dongdo@gmail.com, Điện thoại: 0965.35.6565

Ngày nhận bài báo: 15/04/2023; Ngày nhận phản biện: 07/06/2023; Ngày duyệt đăng: 13/07/2023

TÓM TẮT

Mục đích nghiên cứu: Đánh giá tính an toàn, hiệu quả và kết quả lâm sàng trên bệnh nhân điều trị bằng phẫu thuật rút mảnh mô qua đường mổ nhỏ (ReLEx SMILE) với chiều dày nắp 100 μ m so với 160 μ m.

Phương pháp nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng không ngẫu nhiên có đối chứng tiến cứu gồm 100 mắt trên 50 bệnh nhân điều trị cận thị từ -1D đến -6D độ cầu tương đương bằng ReLEx SMILE. Trong đó, 25 bệnh nhân được điều trị với chiều dày nắp chuẩn 100 μ m, trong khi 25 bệnh nhân còn lại được điều trị với chiều dày 160 μ m ở cả 2 mắt. Khúc xạ cầu tương đương, thị lực không kính, thị lực có kính, thị lực tương phản, quang sai và khô mắt được đánh giá cùng với bộ câu hỏi chủ quan vào tuần thứ 2 và 3 tháng sau phẫu thuật. Thời gian theo dõi trung bình là 90 \pm 15 ngày.

Kết quả: Tại thời điểm 2 tuần và 3 tháng sau phẫu thuật, so với thời điểm trước phẫu thuật, giá trị trung bình của thị lực nhìn xa không chỉnh kính và có chỉnh kính theo logMAR, cầu tương đương, độ cảm thụ tương phản, quang sai bậc cao không có khác biệt mang ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) giữa 2 nhóm nghiên cứu. Tuy nhiên, Schirmer's II và TBUT ở thời điểm 3 tháng giảm đáng kể so với trước phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân điều trị bằng 100 μ m nhưng không gặp ở nhóm 160 μ m. Bệnh nhân không phàn nàn nhiều ở cả 2 nhóm khi được hỏi theo bộ câu hỏi chủ quan.

Kết luận: ReLEx SMILE với chiều dày nắp 160 μ m có độ an toàn và hiệu quả tương đương với chiều dày nắp 100 μ m mà không có biến chứng khác thường nào được quan sát thấy khi sử dụng nắp dày hơn. Tình trạng khô mắt sau mổ ít hơn đáng kể ở nhóm 160 μ m, điều này mang đến lợi thế khi điều trị ở bệnh nhân có khô mắt từ trước hoặc ở những người đeo kính tiếp xúc.

COMPARISON OF SAFETY AND EFFECTIVENESS IN PATIENTS UNDERGOING SMILE REFRACTIVE SURGERY WITH FLAP THICKNESS OF 100 μ m AND 160 μ m

Summary:

Objective: Evaluate the safety, effectiveness, and clinical outcomes of patients treated with small-incision surgical removal of corneal tissue (ReLEx SMILE) using a flap thickness of 100 μ m compared to 160 μ m.

Method: A non-randomized clinical trial with a prospective control group was conducted on 100 eyes of 50 patients undergoing myopia treatment ranging from -1D to -6D spherical equivalent using ReLEx SMILE. Among them, 25 patients were treated with a standard flap thickness of 100 μ m, while the remaining 25 patients were treated with a flap thickness of 160 μ m in both eyes. Parameters including corneal refractive power, uncorrected visual acuity, corrected visual acuity (log-MAR), corneal astigmatism, higher-order aberrations, and dry eye were assessed, along with subjective questionnaires at 2 weeks and 3 months post-surgery. The average follow-up time was 90 \pm 15 days.

Results: At 2 weeks and 3 months post-surgery, compared to preoperative measurements, the mean values of uncorrected and corrected distance visual acuity, corneal astigmatism, contrast sensitivity, and higher-order aberrations showed no statistically significant differences ($p > 0.05$) between the two study groups. However, Schirmer's II and tear breakup time (TBUT) at 3 months were significantly reduced in the group treated with the 100 μ m flap thickness, but not in the 160 μ m group. Patients in both groups reported minimal subjective complaints in response to questionnaires.

Conclusion: ReLEx SMILE with a flap thickness of 160 μ m demonstrates comparable safety and effectiveness to the 100 μ m flap thickness, without any statistically significant complications observed when using a thicker flap. Additionally, postoperative dry eye symptoms were significantly reduced in the 160 μ m group, offering an advantage in treating patients with pre-existing dry eye or contact lens wearers.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật rút mảnh mô qua đường mổ nhỏ (SMILE) nổi bật lên như một dạng phẫu thuật khúc xạ mới ‘không tạo vạt, một bước đơn giản chỉ với femtosecond’ nhằm điều trị cận thị và cận loạn [1].

SMILE được cho thấy là mang đến nhiều lợi ích tiềm năng, chẳng hạn như độ ổn định cơ sinh học tốt hơn, liền vết thương nhanh hơn, giảm tình trạng khô mắt sau phẫu thuật, ít tái phát sau phẫu thuật hơn và ít quang sai hơn so với LASIK. Đường rạch bằng $\frac{1}{8}$ độ dài vạt LASIK giúp hạn chế tối thiểu tác dụng phụ gây ra bởi việc tạo vạt [2].

SMILE là một phương pháp tương đối mới và vẫn chưa có kỹ thuật tiêu chuẩn nào cho lựa chọn chiều dày nắp. Chúng tôi hướng tới nghiên cứu tính khả thi, tính an toàn, hiệu quả, quang sai, độ cảm thụ tương phản và tình trạng khô mắt sau phẫu thuật ở phương pháp SMILE với độ dày nắp 160 μ so với nắp chuẩn 100 μ trong nghiên cứu thăm dò tiến cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu trên các bệnh nhân từ 18 đến 35 tuổi mắc cận thị hoặc cận loạn từ -1D đến -6D độ cầu tương đương, khúc xạ ổn định (thay đổi <0.5D trong 1 năm), độ dày giác mạc trung tâm từ 480 μ trở lên và độ dày tối thiểu còn lại từ 250 μ . Chỉ những bệnh nhân có khả năng theo dõi được mới được đưa vào nghiên cứu. Những bệnh nhân sử dụng kính tiếp xúc mềm và cứng được khuyến khích ngưng sử dụng kính tiếp xúc tối thiểu lần lượt là 1 tuần và 3 tuần trước khi đánh giá.

Chúng tôi loại trừ những bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật mắt trước đó, các bệnh bán phần trước và bán phần sau, các bất thường do ức chế miễn dịch và bệnh nhân sử dụng thuốc toàn thân như steroid, kháng histamin, thuốc chống trầm cảm, các chế phẩm hormon. Phụ nữ có thai và đang cho con bú cũng được loại bỏ ra khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Đây là nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không ngẫu nhiên có đối chứng tiến cứu.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Những bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu được chia thành 2 nhóm. Nhóm A gồm các bệnh nhân được áp dụng phương pháp SMILE 2 mắt với chiều dày nắp 100 μ , trong khi bệnh nhân ở nhóm B được sử dụng chiều dày nắp 160 μ . Kế hoạch điều trị cho nhóm 100 μ được thực hiện như thông thường mà không có lưu ý gì đặc biệt. Tuy nhiên, các bệnh nhân tham gia nhóm 160 μ cần phải được đảm bảo độ dày giác mạc từ 500 μ trở lên và độ dày giác mạc còn lại từ 280 μ trở lên.

Tất cả các bệnh nhân được đánh giá cẩn thận trước phẫu thuật với thị lực không kính (UCVA), thị lực nhìn xa có chỉnh kính (CDVA), khúc xạ cầu tương đương, soi bóng đồng tử sau liệt điều tiết, khám mắt bằng sinh hiển vi đèn khe, soi đáy mắt gián tiếp, đo nhãn áp không tiếp xúc (Tonoref III, Nidek, Japan), chụp bản đồ giác mạc với máy Schwind sirius, quang sai bậc cao (Itrace, Hoya, Japan), độ cảm thụ tương phản (F.A.C.T) và đánh giá khô mắt bằng khám nghiệm Schirmer 1, Schirmer 2 và thời gian vỡ phim nước mắt (TBUT).

2.4. Phương pháp can thiệp phẫu thuật

Tất cả phẫu thuật được thực hiện bởi cùng một phẫu thuật viên có kinh nghiệm, sử dụng laser femtosecond LDV Z8 (Ziemer, Thụy Sĩ) và được gây tê tại chỗ. Xung laser femtosecond được sử dụng với tần số 500kHz, năng lượng 135 nJ và khoảng cách giữa các điểm là 4,5 μ . Trước tiên, chế độ quét hướng tâm tạo nên lớp sau, sau đó là chế độ quét ly tâm dành cho diện cắt lớp trước. Phẫu thuật sử dụng một vùng quang học từ 6,0 đến 6,8 mm, đường kính nắp 7 đến 7,5 mm và độ dày nắp 100 μ hoặc 160 μ (tùy thuộc nhóm nghiên cứu). Một đường rạch 2mm được tạo bởi laser femtosecond ở vị trí 10 giờ.

Theo sau sự tạo mảnh mô, đường rạch được mở ra, cả mặt trên và dưới của mảnh mô được xác định bằng bờ sắc của dụng cụ Chansue. Bờ cong tù của dụng cụ này được dùng để phẫu tích cả hai mặt của mảnh mô và phá bỏ các cầu nối còn lại để tách mảnh

mô khỏi nhu mô xung quanh. Mảnh mô khi được tách hoàn toàn sẽ được rút ra bằng kẹp vi phẫu qua vết rạch 2mm phía trên. Sau đó, bề mặt phân cách sẽ được rửa bằng nước muối sinh lý và đường rạch được làm khô bằng WECK-CEL nhằm lấy đi phần dịch dư thừa.

Cả hai nhóm nghiên cứu đều không ghi nhận bất kỳ biến chứng nào trong phẫu thuật như rách nắp hay đường mổ, rách mảnh mô hoặc lấy không hết mô cần loại bỏ. Theo yêu cầu, phẫu thuật viên không báo cáo về mức độ khó tăng lên khi phẫu thuật SMILE với nắp 160 μ so với quy trình chuẩn sử dụng nắp 100 μ . Sau phẫu thuật, bệnh nhân được tra steroid tại chỗ (Predforte, Allergen) 4 lần/ngày và giảm dần trong 4 tuần cùng với nước mắt nhân tạo 4 lần/ngày hoặc nhiều hơn tùy thuộc vào triệu chứng khô mắt. Kháng sinh tại chỗ (Cravit 0,5%, Santen) được khuyên dùng 4 lần/ngày trong vòng 3 ngày.

Hậu phẫu được theo dõi vào ngày thứ nhất, 2 tuần và 3 tháng sau phẫu thuật. Vào ngày thứ nhất, bệnh nhân được đánh giá thông qua UCVA, khám giác mạc bằng đèn khe và bộ câu hỏi chủ quan về các triệu chứng như: đau, mức độ nhìn rõ, chói mắt, quang sáng. Tại thời điểm 2 tuần và 3 tháng sau phẫu thuật, bên cạnh bộ câu hỏi trên và UCVA, bệnh nhân còn được ghi nhận thêm về CDVA, khúc xạ chủ quan, đo quang sai, độ cảm thụ tương phản, đánh giá tình trạng khô mắt thông qua thử nghiệm Schirmers 1,2, TBUT và so sánh giữa hai nhóm nghiên cứu.

2.5. Phân tích thống kê

Phần mềm thống kê SPSS 15.0 và R phiên bản 2.11.1 được dùng để phân tích dữ liệu. Microsoft và Excel được sử dụng để tạo bảng và biểu đồ. Kết quả của các biến liên tục được biểu diễn dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn (giá trị nhỏ nhất- lớn nhất). Kết quả của các biến danh mục được biểu diễn dưới dạng tỉ lệ và tần số (%). Giá trị tin cậy được khảo sát ở mức 5% với khoảng tin cậy tương đương 95%. Kiểm định student t (2 chiều, độc lập) được sử dụng để khảo sát khác biệt các biến liên tục giữa 2 nhóm

Bảng 1. Đặc điểm trước phẫu thuật của bệnh nhân nhóm A (100µ) và nhóm B (160µ)

Đặc điểm	SMILE 100 µ	SMILE 160 µ	p
Tuổi (năm)	25.96 ± 3.51	26.8 ± 3.89	0.259
CDVA (LogMAR)	-0.009 ± -0.06	- 0.014 ± - 0.05	0.683
Độ lệch (D)	-4.15 ± 1.53	26.8 ± 3.89	0.259
K trung bình (D)	44.01 ± 1.57	43.79 ± 1.40	0.449
CCT (µ)	536.78 ± 29.79	544.66 ± 36.07	0.236
HOA (RMS, µ)	0.23 ± 0.08	0.22 ± 0.06	0.946
Schirmer I (mm)	33.82 ± 1.71	32.15 ± 1.88	0.07
Schirmer II (mm)	25.76 ± 4.25	27.20 ± 3.49	0.0671
TBUT (s)	12.02 ± 1/0.15	12.42 ± 1.44	0.128
FACT (cpd)			
A (1.5)	1.52 ± 0.09	1.54 ± 0.06	0.358
B (3)	1.78 ± 0.10	1.80 ± 0.07	0.344
C (6)	1.84 ± 0.09	1.85 ± 0.08	0.471
D (12)	1.50 ± 0.13	1.49 ± 0.03	0.522
E (18)	1.19 ± 0.19	1.19 ± 0.07	0.944

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy đặc điểm của hai nhóm nghiên cứu trước phẫu thuật. Trước phẫu thuật, hai nhóm nghiên cứu tương tự nhau về tuổi, tật khúc xạ, độ dày giác mạc trung tâm, khúc xạ giác mạc trung bình, thị lực nhìn xa có chỉnh kính, quang sai bậc cao hơn, độ cảm thụ tương phản, tình trạng khô mắt và thời gian theo dõi trung bình ($p>0.05$). Thị lực: Tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, tất cả mắt ở hai nhóm đều có UCVA đạt từ 20/32 trở lên, tuy nhiên 24% số mắt có UCVA tốt hơn 20/20 ở nhóm A so với 22% ở nhóm B. Các chỉ số đánh giá hiệu quả tương tự nhau giữa hai nhóm (1.120 ± 0.18 ở nhóm 100µ và 1.070 ± 0.12 ở nhóm 160µ với $p=0.212$).

(biến tham số). Chi bình phương hoặc kiểm định Fisher đc dùng để khảo sát khác biệt của các biến danh mục giữa 2 hoặc nhiều nhóm. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện sau khi được sự chấp thuận về mặt đạo đức của Hội đồng Đạo đức Y khoa. Tất cả các cá nhân tham gia nghiên cứu đều có sự đồng thuận, ký vào bản đồng thuận tham gia nghiên cứu. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật.

- Kết quả nghiên cứu phản ảnh đúng, trung thực thực trạng của cộng

đồng. Nghiên cứu phải tuân thủ nghiêm túc quy định, quy trình. Kết quả của nghiên cứu nhằm bảo vệ sức khỏe cộng đồng mà không nhằm một mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 100 mắt ở 50 bệnh nhân phẫu thuật theo phương pháp SMILE, chia thành 2 nhóm với 25 bệnh nhân ở mỗi nhóm. Nhóm A gồm các bệnh nhân phẫu thuật với chiều dày nắp chuẩn 100µ, trong khi nhóm B sử dụng nắp 160µ.

IV. BÀN LUẬN

Gần đây, khả năng để thực hiện

SMILE ở các độ sâu khác nhau của nắp đã được xác nhận bởi Guell và các cộng sự. Trong nghiên cứu của họ, không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trên thị lực và kết quả khúc xạ khi thực hiện SMILE ở 4 mức chiều dày nắp 130, 140, 150 và 160 microns [8]. Tuy nhiên, họ không so sánh giữa các nhóm ở các thông số khác như độ cảm thụ tương phản, quang sai bậc cao và tình trạng khô mắt sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu hiện tại cùng với kết quả thị lực và khúc xạ chúng tôi cũng đánh giá thêm độ cảm thụ tương phản, quang sai và tình trạng khô mắt khi một nhóm được điều trị với SMILE

Bảng 2. Thị lực và các chỉ số khúc xạ ở hai nhóm nghiên cứu 3 tháng sau phẫu thuật

Đặc điểm	SMILE 100 μ	SMILE 160 μ	p
UCVA trung bình (logMAR)	- 0.028 \pm - 0.053	- 0.03 \pm - 0.054	0.78
Cầu tương đương tồn dư (D)	- 0.04 \pm 0.09	- 0.05 \pm 0.10	0.52
Chỉ số an toàn	1.124 \pm 0.18	1.000 \pm 0.12	0.25
Chỉ số hiệu quả	1.120 \pm 0.18	1.070 \pm 0.12	0.21
HOA (RMS, μ)	0.26 \pm 0.13	0.28 \pm 0.14	0.47
Schirmer's I (mm)	32.38 \pm 2.16	32.2 \pm 2.9	0.22
Schirmer's II (mm)	24.78 \pm 4.60	26.1 \pm 2.58	0.28
TBUT (s)	11.5 \pm 0.9	11.8 \pm 0.99	0.45
FACT (cpd)			
A (1.5)	1.47 \pm 0.09	1.47 \pm 0.06	0.87
B (3)	1.73 \pm 0.10	1.71 \pm 0.07	0.56
C (6)	1.77 \pm 0.09	1.75 \pm 0.08	0.46
D (12)	1.44 \pm 0.13	1.41 \pm 0.03	0.34
E (18)	1.1 \pm 0.19	1.07 \pm 0.07	0.23

Nhận xét: - *Tính an toàn:* Tất cả mắt ở hai nhóm có CDVA từ 20/20 trở lên tại thời điểm 3 tháng. Tuy nhiên, nhóm B có 22% mắt tăng ít nhất 1 dòng so với 18% mắt ở nhóm A. Không có trường hợp nào giảm số dòng khi kiểm tra CDVA ở cả hai nhóm (hình 2). Chỉ số an toàn của hai nhóm lần lượt là 1.124 \pm -0.18 và 1.000 \pm -0.12, khác biệt không mang ý nghĩa thống kê với p=0.250.

- *Khả năng dự đoán khúc xạ:* Cả hai nhóm cho thấy khả năng dự đoán tốt về điều chỉnh cầu tương đương tồn dư tại thời điểm 3 tháng với tất cả mắt đều đạt SE còn lại sau phẫu thuật trong vòng \pm -0.5D. Cầu tương đương sau phẫu thuật ở hai nhóm lần lượt là -0.04 \pm -0.09 và -0.05 \pm -0.10 D, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

- *Quang sai bậc cao (HOA):* Tại thời điểm 3 tháng, giá trị trung bình của quang sai bậc cao đều tăng so với giá trị ban đầu ở cả hai nhóm nhưng sự khác biệt không mang ý nghĩa thống kê với p=0.1684 ở nhóm A và p=0.08 ở nhóm B. Điều này gợi ý rằng quang sai xảy ra tương tự nhau ở cả hai nhóm. Ngoài ra, không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về quang sai bậc cao giữa hai nhóm vào thời điểm 3 tháng với p=0.47.

dùng chiều dày nắp chuẩn 100 μ so sánh với nhóm dùng chiều dày nắp 160 μ ở nghiên cứu tiến cứu theo dõi trong 3 tháng.

Nghiên cứu hiện tại cho thấy các kết quả tương tự nhau về thị lực sau phẫu thuật với độ an toàn cao và không có mắt nào giảm số dòng khi kiểm tra CDVA. Về tính hiệu quả, cả hai nhóm đều cho các chỉ số hiệu quả tương đương ở thời điểm kết thúc theo dõi. Độ cảm thụ tương phản và quang

sai bậc cao cũng cho kết quả tương tự nhau giữa 2 nhóm ở thời điểm theo dõi cuối cùng.

Sự khác biệt có ý nghĩa duy nhất giữa 2 nhóm được quan sát thấy là về tình trạng khô mắt sau 3 tháng. Schirmer's II và TBUT cho thấy tình trạng khô mắt sau phẫu thuật ở nhóm 160 μ tốt hơn nhóm 100 μ ở thời điểm 3 tháng khi so sánh với trước khi phẫu thuật. Các kết quả trên có thể có ý nghĩa lâm sàng vì TBUT được coi là

test đánh giá tốt về mức độ ổn định phim nước mắt và khô mắt do bay hơi [3].

Các kết quả trên có thể được giải thích bằng giải phẫu phân bố thần kinh của giác mạc. Sợi trục thần kinh (70-80) đi vào giác mạc giác mạc ở phần ba giữa nhu mô giác mạc và chạy ra trước theo dạng nan hoa về phía trung tâm, song song với bề mặt giác mạc và phân chia nhánh, tạo thành đám rối thần kinh dưới biểu mô (SEP) nằm

Bảng 3. Đánh giá khô mắt tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật

Thời điểm	Nhóm A (SMILE 100) Schirmer's I (mm)	Nhóm B (SMILE 160)	Nhóm A (SMILE 100) Schirmer's II (mm)	Nhóm B (SMILE 160)	Nhóm A (SMILE 100) TG phá vỡ phim nước mắt (s)	Nhóm B (SMILE 160)
Trước PT	33.82±1.71	32.15±1.88	25.76±4.25	27.20±3.49	12.02±1.15	12.42±1.44
3 tháng sau PT	32.38±2.16	31.2±2.9	24.78±4.60	26.1±2.58	11.5±0.9	11.8±0.99
p	0.16	0.06	0.026	0.076	0.011	0.077

Nhận xét:

- *Độ cảm thụ tương phản: 3 tháng sau phẫu thuật giảm đáng kể so với trước phẫu thuật trên tất cả các tần số ở cả hai nhóm. Tuy nhiên, điểm cảm thụ tương phản tương tự nhau giữa hai nhóm ở tất cả khoảng tần số.*

- *Khô mắt: Tại thời điểm 3 tháng, điểm Schirmers I ở cả hai nhóm đều tương tự giá trị ban đầu trước phẫu thuật. Tuy nhiên, điểm Schirmers II giảm đáng kể so với trước phẫu thuật ở nhóm 100µ với p=0.025, điều này không xảy ra ở nhóm 160µ. TBUT cũng giảm đáng kể ở nhóm 100µ (p=0.011) so với nhóm 160µ.*

- *Bảng câu hỏi chủ quan: Các bệnh nhân tiếp nhận cả 2 phương pháp phẫu thuật tương đối tốt. Cả 2 nhóm đều tương đương nhau ở các mục phản hồi từ các bệnh nhân về mức độ đau, phục hồi thị lực, khô mắt và chói mắt (p=0.05). Mặc dù không có sự khác biệt về sự phàn nàn do khô mắt sau phẫu thuật giữa 2 nhóm, bệnh nhân ở nhóm A được báo cáo sử dụng nước mắt nhân tạo thường xuyên hơn so với nhóm B.*

- *Các biến chứng sau phẫu thuật: Không có các biến chứng nghiêm trọng quan sát được trên bất kì mắt nào ở cả hai nhóm nghiên cứu như mờ giác mạc, viêm giác mạc, biểu mô xâm nhập. Không có các biến chứng khác thường được báo cáo trong nhóm 160µ, cùng với đó là mức độ phục hồi tương tự nhau ở cả 2 nhóm.*

dưới màng Bowman và nhu mô phía trước (70µ). Các nhánh nhỏ của đám rối thần kinh dưới biểu mô (SEP) đi lên và xâm nhập vào lớp Bowman theo hướng vuông góc để tạo thành đám rối thần kinh dưới lớp màng đáy (SBP) ở lớp tế bào màng đáy biểu mô (55µ) [4].

Như đã biết thì LASIK gây ra sự đứt vỡ cả 2 đám rối SEP và SBP do sự tạo vạt, tuy nhiên trong SMILE các đám rối thần kinh này được bảo tồn. Do đó tình trạng khô mắt sau phẫu thuật ít hơn đáng kể so với LASIK ở nhiều nghiên cứu. Tuy nhiên, nếu SMILE được tiến hành ở chiều dày nắp nông (100µ), có khả năng sẽ làm tổn thương đám rối dưới biểu mô (SEP), do đường cắt mảnh mô phía trước hoặc nắp và tạo thành vết cắt bên, vì thần kinh giác mạc đi lên từ

mọi hướng theo hình xoắn ốc để tạo thành đám rối dưới biểu mô ở phần nông nhất của nhu mô giác mạc và nằm dưới màng Bowman [5].

Mặt khác, SMILE thực hiện ở mức độ sâu hơn (140µ hoặc hơn) có thể dẫn tới sự bảo tồn hoàn toàn các đám rối thần kinh do đó làm giảm khô mắt sau phẫu thuật.

Điều này được ưu tiên lựa chọn hơn ở các bệnh nhân có tình trạng khô mắt trước phẫu thuật do lạm dụng kính tiếp xúc hoặc sử dụng máy tính quá mức.

Như đã biết 40% phía trước của nhu mô trung tâm giác mạc là vùng vững chắc nhất của giác mạc, trái lại 60% phía sau của nhu mô thì yếu hơn ít nhất 50%. Độ dày lớp nhu mô giác mạc còn lại trong SMILE dày hơn so với trong LASIK ở cùng mức độ tạt

khúc xạ. Bởi vì không có sự tạo vạt trong SMILE, mảnh nhu mô phía trước sẽ được bảo tồn nguyên vẹn ở mọi nơi trừ vị trí đường rạch 2-3mm. Tương tự, theo Cartwright và cộng sự trên các thí nghiệm trên mắt của xác người chỉ ra rằng không có sự khác biệt về độ căng trên giác mạc với đường cắt phân lớp ở độ sâu 90 vào 160µ, trái lại độ căng trên giác mạc tăng lên đáng kể với đường cắt dọc (trong khi tạo vạt), khi độ sâu đường cắt tăng lên từ 90 đến 160µ [6]. Sự quan sát trên chỉ ra rằng độ sâu 160µ để lại giác mạc vững bền hơn về mặt cơ sinh học so với độ sâu 100µ.

Đáng tiếc rằng chúng ta không thể nghiên cứu về mặt cơ sinh học do thiếu các vật liệu cần thiết. Điều này sẽ là sự hạn chế của nghiên cứu. Tuy nhiên sẽ rất thú vị khi so sánh độ vững chắc

và sự thay đổi cơ sinh học của giác mạc sau phẫu thuật ReLex SMILE với các chiều dày nắp khác nhau.

Trong phần lớn các trường hợp, PRK được cho là một lựa chọn chấp nhận được để điều chỉnh tật khúc xạ tái phát hoặc còn sót lại sau SMILE [7]. Tuy nhiên, việc cắt đi bề mặt ở trên giác mạc đã được điều trị có thể không an toàn và làm tăng nguy cơ mờ giác mạc, đau và làm chậm quá trình phục hồi thị lực. Một khả năng khác có thể là phương pháp tăng cường với sự tạo vạt sử dụng phần mềm CIRCLE hoặc vạt mỏng LASIK trong các trường hợp khi chiều dày nắp từ 135 μ trở lên. Tuy nhiên, độ tin cậy của ReLex SMILE có thể bị suy giảm nếu phải sử dụng tạo vạt như là phương án cuối cùng để đạt được thị lực tối ưu.

Ý tưởng về việc thực hiện lại SMILE để điều trị tái phát tương lai có thể là một cách lý tưởng và ưu tiên hơn để điều trị tật khúc xạ tái phát hoặc sửa chữa về sau sau phẫu thuật SMILE lần

đầu. Gần đây, Donate và cộng sự mô tả về kỹ thuật tăng cường SMILE với SMILE dưới nắp. Tuy nhiên, phẫu thuật này đòi hỏi kỹ thuật cao hơn so với việc thực hiện thêm một phẫu thuật SMILE ở chiều dày nắp lớn hơn. Mặc dù chúng tôi không nghiên cứu trường hợp mắt nào trải qua quá trình tăng cường bằng cách tái thực hiện SMILE, tính khả thi của việc thực hiện nó đã chứng minh bởi Guell et al ở chiều dày nắp 160 μ (dữ liệu không được công bố) [8]. Theo lý thuyết, có thể chỉnh sửa độ cận thị tồn dư tới -2 D một cách an toàn nếu sử dụng chiều dày nắp 100 μ . Một câu hỏi đặt ra trong tương lai là, liệu nắp 160 μ có cho phép khả năng thực hiện lại SMILE.

Mặc dù việc lựa chọn chiều dày nắp là tùy thuộc phẫu thuật viên, theo kinh nghiệm của chúng tôi việc tạo chiều dày nắp khoảng 160 μ là khả thi và sẽ không gây khó khăn trong phẫu thuật hoặc các tác dụng phụ không mong muốn hay biến chứng.

V. KẾT LUẬN

SMILE ở các độ sâu lớn hơn (140 μ hoặc hơn) được ưu tiên hơn ở các bệnh nhân có tình trạng khô mắt trước phẫu thuật vì bất cứ nguyên nhân gì, và mang đến sự ổn định về mặt cơ sinh học tốt hơn. Tuy nhiên, khi lên kế hoạch điều trị ở các trường hợp này, cần đảm bảo rằng chỉ ở các mắt với mức độ cận thị từ nhẹ đến vừa với độ dày giác mạc còn lại đủ mới có thể điều trị để đảm bảo sự an toàn và sự hiệu quả về lâu dài. Tuy nhiên, yêu cầu cần có thời gian theo dõi dài hơn để chắc chắn về an toàn và hiệu quả lâu dài trên các mắt được điều trị với SMILE sâu so với điều trị SMILE tiêu chuẩn. ■

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ang M, Tan D, Mehta JS (2012)** Small incision lenticule extraction (SMILE) versus laser in-situ keratomileusis (LASIK): study protocol for a randomized, non-inferiority trial. *Trials* 13:75
2. **Ganesh S, Gupta R (2014)** Comparison of visual and refractive outcomes following femtosecond laser assisted LASIK with SMILE in patients with myopia or myopic astigmatism. *J Refract Surg* 30:590–596
3. **Smith J, Nichols KK, Baldwin EK (2008)** Current patterns in the use of diagnostic tests in dry eye evaluation. *Cornea* 27(6):656–662
4. **Marfurt CF, Cox J, Deek S, Dvorscak L (2010)** Anatomy of the human corneal innervation. *Exp Eye Res* 90(4):478–492 8.
5. **Li M, Zhao J (2013)** Comparison of dry eye and corneal sensitivity between small incision lenticule extraction and femtosecond LASIK for myopia. *PLoS ONE* 8(10):e77797
6. **Knox Cartwright NE, Tyrer JR, Jaycock P, Marshall J (2012)** The effects of variation in depth and side cut angulation in sub-Bowman’s keratomileusis and LASIK using a femtosecond laser: a biomechanical study. *J Refract Surg* 28(6):419–425
7. **Lee BS, Gupta PK, David EA, Hardten DR (2014)** Outcomes of photorefractive keratectomy enhancement after LASIK. *J Refract Surg* 30:549–556
8. **Guell JL, et al. (2015)** SMILE procedures with four different cap thickness for the correction of myopia and myopic astigmatism. *J Refract Surg*. 31(9):580–585

TÁC DỤNG CỦA CẤY CHỈ KẾT HỢP NHĨ ÁP TRÊN NGƯỜI BỆNH HỘI CHỨNG THẮT LƯNG HÔNG DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG

NGUYỄN HOÀI THU¹, BÙI TIẾN HƯNG^{1,2}

¹Khoa Y học dân tộc - Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn; Số 12 Chu Văn An, Q. Ba Đình, Hà Nội

²Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội; Số 1 Tôn Thất Tùng, Q. Đống Đa, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: **Bùi Tiến Hưng**

SĐT: 0988765689

Email: buitienhung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài báo: 19/4/2023

Ngày nhận phản biện: 10/06/2023

Ngày duyệt đăng: 13/07/2023

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ kết hợp nhĩ áp trên người bệnh hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống.

Đối tượng: 72 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống chia làm hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng, điều trị tại Khoa Y học dân tộc, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ 08/2022 đến 06/2023. Phương pháp nghiên cứu: can thiệp lâm sàng có đối chứng, so sánh kết quả trước sau điều trị.

Kết quả: sau 30 ngày điều trị, điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu giảm từ $5,64 \pm 0,49$ xuống $0,89 \pm 0,57$ với $p < 0,01$; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (VAS giảm từ $5,47 \pm 0,61$ xuống $1,83 \pm 0,65$) với $p < 0,01$. Cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng: Tăng độ giãn cột sống thắt lưng, tăng tầm vận động cột sống thắt lưng, có sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng với $p < 0,01$.

Kết luận: Phương pháp cấy chỉ kết hợp với nhĩ áp có tác dụng giảm đau và cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng trên người bệnh hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống.

Từ khóa: Cấy chỉ, Nhĩ áp, Hội chứng thắt lưng hông, Thoái hóa cột sống.

EFFECTS OF CATGUT EMBEDDING COMBINED WITH AURICULAR POINT ACUPRESSURE IN PATIENTS WITH HIP LUMBAR SYNDROME DUE TO DEGENERATIVE SPINE

SUMMARY:

Objective: To evaluate the effects of catgut embedding combined with auricular point acupressure in patients with hip lumbar syndrome due to degenerative spine.

Subjects: 72 patients diagnosed with hip lumbar syndrome due to degenerative spine divided into study group and control group, treated at Traditional Medicine Department, Saint Paul General Hospital from August 2022 to June 2023.

Research method: Controlled clinical intervention, comparison before and after treatment. Results: after 30 days of treatment, the mean VAS score of the study group decreased from 5.64 ± 0.49 to 0.89 ± 0.57 with $p < 0.01$; this result was statistically significant compared to the control group (VAS decreased from 5.47 ± 0.61 to 1.83 ± 0.65) with $p < 0.01$. The lumbar spine flexion measurement index and lumbar spine range of movement increased significantly higher in the study group than in the control group ($p < 0.01$).

Conclusion: Catgut embedding combined with auricular point acupressure has pain relieving effect and increased the lumbar spine movement in patients with hip lumbar syndrome due to degenerative spine.

Keywords: Catgut embedding, Auricular point acupressure, Hip lumbar syndrome, Degenerative spine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng thắt lưng hông (HCTLH) là hội chứng bệnh phổ biến, trên lâm sàng biểu hiện triệu chứng bệnh lý đồng thời của cột sống thắt lưng và bệnh lý của rễ thần kinh tạo thành dây thần kinh hông to. Một trong những nguyên nhân chính dẫn tới HCTLH là do thoái hoá cột sống (THCS) thắt lưng. Tại Việt Nam thống kê của Trần Ngọc Ân HCTLH chiếm 2% dân số, 17% số người trên 60 tuổi, chiếm tỷ lệ 41,45% trong nhóm bệnh cột sống, và là một trong 15 bệnh cơ xương khớp thường gặp. Mặc dù ít ảnh hưởng tới tính mạng nhưng bệnh ảnh hưởng nhiều tới khả năng làm việc và sinh hoạt của người bệnh, trở thành gánh nặng của xã hội.

Y học hiện đại (YHHĐ) điều trị HCTLH gồm điều trị bảo tồn, can thiệp tối thiểu, và phẫu thuật. Tuy nhiên các phương pháp này tiềm ẩn nhiều tác dụng phụ của thuốc, hoặc biến chứng hậu phẫu không mong muốn.

Theo Y học cổ truyền (YHCT), HCTLH có những đặc điểm phù hợp với chứng “Yêu cước thống”. YHCT có nhiều phương pháp điều trị như dùng bài thuốc, châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, nhĩ châm, cấy chỉ... đem lại hiệu quả trên lâm sàng và ít tác dụng không mong muốn. Ngày nay các thầy thuốc đã kết hợp một số phương pháp YHCT để nâng cao tính an toàn và hiệu quả của điều trị chứng bệnh này. Cấy chỉ là phương pháp kết hợp YHCT và YHHĐ, đưa đoạn chỉ tự tiêu vào huyết tạo ra kích thích lâu dài. Nhĩ áp là phương pháp dùng hạt áp vào điểm trên loa tai. Ở Việt Nam và trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về tác dụng của từng phương pháp này trong điều trị HCTLH cho kết quả khả quan. Tuy nhiên chưa có đề tài nghiên cứu nào về đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ kết hợp nhĩ áp trên người bệnh HCTLH do thoái hoá cột sống. Câu hỏi đặt ra là liệu việc kết hợp hai phương pháp này có thực sự đem lại hiệu quả điều trị cao cho người bệnh. Để đi tìm câu trả lời chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: Đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ kết hợp nhĩ áp

trên người bệnh hội chứng thắt lưng hông do thoái hoá cột sống.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 72 bệnh nhân được chẩn đoán xác định HCTLH do thoái hóa cột sống (THCS) thắt lưng, điều trị ngoại trú tại Khoa Y học dân tộc - Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, từ tháng 08/2022 đến tháng 06/2023.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHHĐ: Tuổi ≥ 38, được chẩn đoán xác định là HCTLH do THCS thắt lưng (lâm sàng có triệu chứng của hội chứng cột sống và triệu chứng của hội chứng chèn ép rễ thần kinh, cận lâm sàng: có hình ảnh thoái hóa cột sống thắt lưng trên phim chụp X-quang); 3 ≤ VAS < 7; bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ nguyên tắc điều trị; không áp dụng phương pháp điều trị khác khi tham gia nghiên cứu.

1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHCT: Bệnh nhân được chẩn đoán Yêu cước thống thể phong hàn thấp kèm can thận hư hoặc thể huyết ứ kèm can thận hư.

1.3. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có HCTLH “triệu chứng”; bệnh nhân HCTLH có chỉ định phẫu thuật; bệnh nhân không tuân thủ liệu trình và phác đồ điều trị. Phụ nữ có thai. Bệnh nhân mắc bệnh mạn tính nặng: suy tim, rối loạn đông máu. Bệnh nhân tiền sử dị ứng chỉ Catgut.

2. Chất liệu và phương pháp nghiên cứu

2.1. Chất liệu nghiên cứu:

- Công thức điểm nhĩ áp: Căn cứ vào nguyên tắc chọn huyết và phối hợp huyết loa tai; căn cứ vào công thức điểm nhĩ áp đang được áp dụng tại Khoa Y học dân tộc - Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, chúng tôi lựa chọn công thức gồm các nhĩ huyết: Điểm Thần kinh toạ, Thần môn, Giao cảm, Thận.5

- Công thức huyết cấy chỉ: Căn cứ theo phác đồ điều trị theo quy trình cấy chỉ điều trị HCTLH số 226 (Cấy chỉ bên đau các huyết: Giáp tích L2-L4, A thị huyết, Đại trường du, Thận du, Trật biên, Hoàn khiêu, Dương lăng tuyền, Thừa phù, Phong thị, Huyền

chung, Thừa sơn, Túc tam lý).6

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp can thiệp lâm sàng, có đối chứng.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Để tính cỡ mẫu nghiên cứu, áp dụng công thức tính sau:

$$n_1 = n_2 = n = Z^2_{(\alpha, \beta)} \frac{\sigma_1^2 + \sigma_2^2}{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2}$$

σ_1, σ_2 : là độ chênh chuẩn của 2 nhóm : nhóm 1 là nhóm nghiên cứu và nhóm 2 là nhóm chứng, giả sử là như nhau. $\Delta = (\bar{X}_1 - \bar{X}_2)$: là sự khác biệt về tỷ lệ trung bình đáp ứng điều trị giữa nhóm 1 và nhóm 2 theo mong muốn của người nghiên cứu, chúng tôi mong muốn là: $\Delta = 0,8$ (80% có kết quả);

$\alpha = 0,05$ tương ứng với độ tin cậy 95%; $\beta = 0,1$; $Z_{(\alpha, \beta)}$: tra theo bảng là 10,5. Kết quả tính ra cỡ mẫu $n_1 = n_2 = 10,5 \times 2 / 0,64 = 32,8$. Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu là 33 bệnh nhân cho mỗi nhóm. Lấy thêm 10% sai số lấy mẫu, cỡ mẫu nghiên cứu là $n_1 = n_2 = 36$ bệnh nhân.

Phương pháp tiến hành:

- 72 bệnh nhân được chia thành hai nhóm theo phương pháp chọn mẫu có chủ đích, đảm bảo tương đồng về tuổi, giới, mức độ đau theo thang điểm VAS. Nhóm nghiên cứu 36 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp nhĩ áp. Nhóm chứng 36 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp cấy chỉ.

- Liệu trình: Cả hai nhóm đều được cấy chỉ 2 lần: lần 1: vào ngày thứ nhất (D0); lần 2: vào ngày thứ 15 (D15). Nhóm nghiên cứu tiến hành nhĩ áp (miếng dán nhĩ áp hạt Vương bất lưu hành) với liệu trình 25 ngày (5 ngày dán nhĩ áp một lần tại các thời điểm D0, D5, D10, D15, D20, D25).

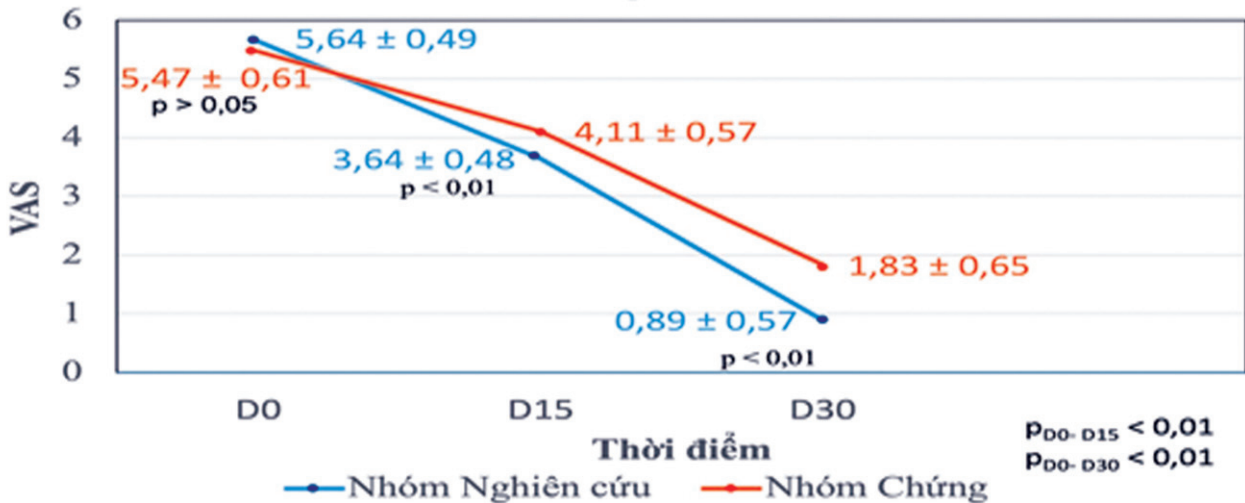
- Bệnh nhân được theo dõi đánh giá đầy đủ các tiêu chí nghiên cứu tại các thời điểm D0, D15, D30 và đánh giá kết quả điều trị.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị:

- Đánh giá hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS.

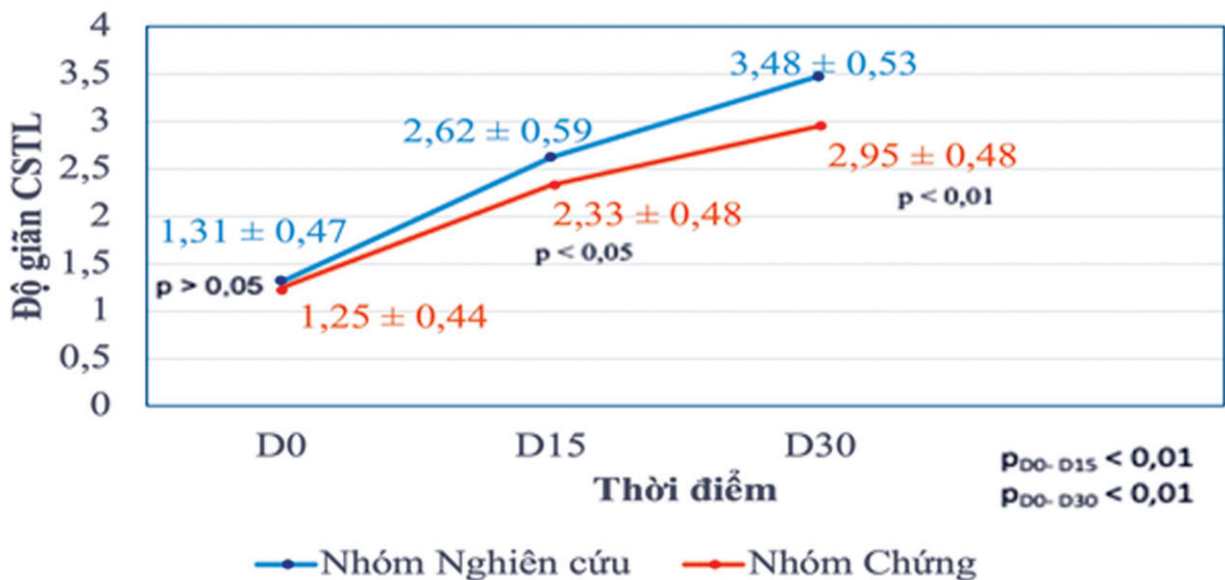
- Đánh giá độ giãn cột sống thắt lưng (CSTL) thông qua chỉ số Sch#ber (cm), tầm vận động CSTL (độ): 3 động

Biểu đồ 1. Sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS



Nhận xét: Mức độ đau theo thang điểm VAS sau 15 ngày, 30 ngày giảm rõ rệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$, trong đó nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn nhóm chứng với $p < 0,01$.

Biểu đồ 2. Sự cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng sau điều trị



Nhận xét: Sau điều trị độ giãn cột sống thắt lưng của hai nhóm đều tăng so với trước điều trị ($p < 0,01$). Độ giãn cột sống thắt lưng của nhóm nghiên cứu tăng cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

tác gấp, duỗi, nghiêng bên đau.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 08/2022 đến tháng 06/2023.

2.4. Xử lý số liệu:

Số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp xác suất thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 26.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu:

- Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đề cương, Trường Đại học Y Hà Nội, Hội đồng đạo đức và Hội đồng khoa học của Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

- Trước khi nghiên cứu bệnh nhân

được hỏi ý kiến và đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân, không nhằm mục đích nào khác. Các thông tin của bệnh nhân đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS:

2. Hiệu quả cải thiện tâm vận động cột sống thắt lưng

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mức độ đau theo thang điểm VAS

Điểm VAS trung bình trước điều trị của nhóm nghiên cứu là $5,64 \pm 0,49$ (điểm), của nhóm chứng là $5,47 \pm 0,61$ (điểm), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau 15 ngày điều trị, mức độ đau của hai nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Điểm VAS nhóm nghiên cứu giảm còn $3,64 \pm 0,48$ (điểm) và nhóm chứng giảm còn $4,11 \pm 0,57$ (điểm). Tại thời điểm D30, điểm VAS trung bình tiếp tục giảm đáng kể ở cả hai nhóm với

Bảng 1. Sự cải thiện tâm vận động cột sống thắt lưng sau điều trị

Nhóm		Nhóm NC (1) (n=36) $\bar{x} \pm SD$	Nhóm C (2) (n=36) $\bar{x} \pm SD$	P(1-2)
Tâm vận động				
Gấp	D0	43,06 ± 5,38	45,42 ± 5,78	> 0,05
	D15	60,08 ± 3,29	56,11 ± 5,99	< 0,05
	D30	67,44 ± 1,84	63,25 ± 3,76	< 0,01
Duỗi	D0	14,44 ± 2,76	14,31 ± 2,55	> 0,05
	D15	20,00 ± 2,76	18,69 ± 2,11	< 0,05
	D30	23,94 ± 2,97	21,61 ± 2,14	< 0,01
Nghiêng bên đau	D0	19,75 ± 1,63	18,97 ± 1,98	> 0,05
	D15	24,81 ± 1,70	23,17 ± 2,03	< 0,01
	D30	27,81 ± 1,92	25,89 ± 2,31	< 0,01
PD0- D30		< 0,01	< 0,01	

Nhận xét: Sau điều trị tâm vận động cột sống thắt lưng của hai nhóm đều tăng so với thời điểm trước điều trị ở cả 3 động tác gấp, duỗi, nghiêng bên đau ($p < 0,01$). Tâm vận động cột sống thắt lưng của nhóm nghiên cứu tăng cao hơn so với nhóm chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

điểm VAS của nhóm nghiên cứu còn $0,89 \pm 0,57$ (điểm) và nhóm chứng còn $1,83 \pm 0,65$ (điểm), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Hầu hết các bệnh nhân đều chỉ còn ở mức đau nhẹ hoặc không đau. Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ đau VAS của hai nhóm có cải thiện so với trước điều trị, hiệu quả tốt hơn được ghi nhận ở nhóm nghiên cứu, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Sự chênh lệch về hiệu quả giảm đau VAS của hai nhóm là do nhóm nghiên cứu được kết hợp phương pháp nới áp. Một nghiên cứu của Lý Cảnh Diễm và cs (2020) về tác dụng của nới áp và xoa bóp bấm huyệt trên người bệnh thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng (CSTL) cho kết quả điểm VAS và chức năng sinh hoạt hàng ngày cải thiện rõ rệt so với trước điều trị và cải thiện tốt hơn so với nhóm chứng với $p < 0,05$. Nghiên cứu chỉ ra rằng tai có quan hệ mật thiết với chức năng sinh lý của ngũ tạng và các kinh lạc toàn thân, đặc biệt là Thận. Điều trị kết hợp

nhĩ áp và xoa bóp bấm huyệt Trung Quốc cho bệnh nhân thoát vị đĩa đệm CSTL có tác dụng rõ rệt, giảm đau hiệu quả, thúc đẩy phục hồi chức năng CSTL và trì hoãn quá trình thoái hoá CSTL.2 Theo nghiên cứu đánh giá tổng hợp của Yeh và cộng sự (2014), trị liệu bằng tai bao gồm nới châm, điện nới châm và nới áp. Trong đó nới áp có bằng chứng mạnh mẽ nhất về giảm đau, tiếp theo là nới châm và điện nới châm.3 Nới áp cho thấy tác dụng khả quan trong việc đẩy lùi cơn đau mãn tính thông qua cơ chế gây viêm, nghĩa là nó thể hiện hiệu quả chống viêm bằng cách ngăn chặn các cytokine gây viêm (TNF- α , IL-2) hoặc giải phóng các cytokine chống viêm (IL-4) hoặc β -endorphin.4

Lựa chọn huyệt tai là yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới hiệu quả điều trị. Sự tương ứng có thể được tìm thấy giữa các huyệt tai và các vùng cơ thể. Khi một người bị bệnh ở một bộ phận cụ thể, các huyệt tai có thể không chỉ làm giảm điện trở của da ở tai mà còn làm

giảm ngưỡng chịu đau. Huyệt tương ứng là các huyệt quan trọng trong phương pháp nới áp. Ngoài huyệt tương ứng, Thần môn được coi là điểm giảm đau chung, được sử dụng phổ biến nhất trong giảm đau.3 Trong nghiên cứu của chúng tôi có sử dụng công thức nới huyệt gồm: điểm Thần môn, Giao cảm, Thận và điểm Thần kinh toạ. Trong đó điểm Thần kinh toạ được chọn theo nguyên tắc dựa trên chức năng của huyệt và lý luận “kinh mạch sở quá, chủ trị sở cập”, nghĩa là kinh lạc đi qua vùng nào thì có tác dụng chữa bệnh vùng đó, huyệt có tác dụng sơ cân thông lạc, hoạt huyết chỉ thống, có thể làm giảm đau lưng, chân điều trị đau thần kinh toạ. Chọn nới huyệt Thận vì một là thắt lưng là phủ của Thận, Thận chủ về xương và khai thông ra tai, hai là thận hư là gốc của bệnh nên chọn huyệt Thận là điều trị gốc bệnh. Như đã phân tích ở trên, huyệt Thần môn có tần suất sử dụng rất cao vì có tác dụng an thần, giảm đau mạnh. Một số nghiên cứu chỉ ra

rằng, nhĩ huyết Thần môn khi được kích thích có thể nâng cao chức năng của vỏ não trước trán và tăng cường tác dụng làm suy yếu nhận thức đau thông qua cơ chế kiểm soát nhận thức đau ở khu vực này. Là một huyết nhĩ chung có thể điều chỉnh chức năng tạng phủ, nhĩ huyết Giao cảm không chỉ sử dụng phối hợp với nhĩ huyết Thần môn để phát huy tác dụng an thần mà còn giảm co thắt, giảm đau, dưỡng âm bình dương, cải thiện các triệu chứng của rối loạn can, thận gây ra.⁷

Như vậy, nhĩ áp các điểm Thần môn, Giao cảm, Thần kinh toạ và Thận có tác dụng sơ cân thông lạc, hoạt huyết, an thần, giảm đau. Phối hợp với tác dụng của cấy chỉ các huyết tại chỗ và toàn thân, thông qua cơ chế thần kinh và thể dịch tạo ra tác dụng hiệp

đồng giúp giảm đau trên người bệnh hội chứng thắt lưng hông do thoái hoá cột sống, đem lại hiệu quả giảm đau tốt hơn so với việc chỉ sử dụng phương pháp cấy chỉ đơn thuần.

4.2. Hiệu quả cải thiện tâm vận động cột sống thắt lưng

Sau điều trị độ giãn và tâm vận động cột sống thắt lưng của hai nhóm đều tăng so với trước điều trị. Đặc biệt là nhóm nghiên cứu sử dụng phương pháp cấy chỉ kết hợp nhĩ áp cho hiệu quả điều trị cao hơn so với nhóm chứng. Điều này có thể giải thích bởi tác dụng hiệp đồng của hai phương pháp YHCT. Trong đó cấy chỉ catgut làm thay đổi sinh hoá bên trong, sự đồng hoá tăng cao, giảm dị hoá, tăng protein và hydratcarbon cơ, giảm acid lactic làm giảm đau mỏi, giảm phân giải acid từ cơ, từ đó tăng chuyển hoá

và dinh dưỡng cơ. Thông qua quan sát đối chiếu, sau cấy chỉ lưới mao mạch tăng, huyết quản tăng sinh, lượng máu lưu thông tăng nhiều, tuần hoàn máu được cải thiện ở vùng cấy chỉ khiến vùng này có dinh dưỡng tốt hơn, sợi cơ tăng nhiều tạo thành bó giúp vận động dễ dàng hơn.⁸ Nhĩ áp các điểm Thần môn, Giao cảm, Thận, Thần kinh toạ có tác dụng an thần, giảm đau, xoa dịu thần kinh, chống viêm. Hai phương pháp khi phối hợp làm tăng hiệu quả giảm đau, từ đó giúp cải thiện tâm vận động CSTL.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp cấy chỉ kết hợp với nhĩ áp có tác dụng giảm đau, cải thiện tâm vận động cột sống thắt lưng trên người bệnh hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống. ■

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Vĩnh Ngọc, Nguyễn Thu Hiền (2001)**. Đánh giá tình hình bệnh khớp tại khoa cơ xương khớp Bệnh viện Bạch mai trong 10 năm (1991-2000). Công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch mai 2001-2002; Tập 1:353.
2. **李景琰, 陈秋帆, 吴淼**. 耳穴压豆配合中医推拿治疗腰椎间盘突出症的临床疗效分. 中外医疗. 2020;39(11):162-164. doi:10.16662/j.cnki.1674-0742.2020.11.162
3. **Lí Cảnh Diễm, Trần Thu Phàm, Ngô Diễm (2020)**. Phân tích hiệu quả lâm sàng của phương pháp nhĩ áp kết hợp xoa bóp bấm huyết y học cổ truyền trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. Tạp chí Trung ngoại y liệu. 2020;39(11):162-164. doi:10.16662/j.cnki.1674-0742.2020.11.162
4. **Yeh CH, Chiang YC, Hoffman SL, et al (2014)**. Efficacy of Auricular Therapy for Pain Management: A Systematic Review and Meta-Analysis. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2014;2014:1-14. doi: 10.1155/2014/934670
5. **Yeh CH, Lukkahatai N, Huang X, et al (2023)**. Biological Correlates of the Effects of Auricular Point Acupressure on Pain. Pain Management Nursing. 2023;24(1):19-26. doi:10.1016/j.pmn.2022.11.004
6. **Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt (2013)**. Châm Cứu và Các Phương Pháp Chữa Bệnh Không Dùng Thuốc. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội: 2013: 228-252, 324-326.
7. **Bộ Y tế (2013)**. Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền. Ban hành theo quyết định 792/QĐ-BYT ngày 12/03/2013, số 226: 397-398.
8. **冯敬燊, 周红海, 陈龙豪, 陆延, 黄伟恩**. 运用耳穴治疗腰椎间盘突出症的取穴规律聚类分析. 广西中医药. 2021;44(01):77-80.
9. **Phùng Kính Sân, Chu Hồng Hải, Trần Long Hào, Lục Diễm, Hoàng Vĩ Ân (2021)**. Phân tích cụm quy tắc chọn huyết vận dụng nhĩ huyết điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. Trung y dược Quảng Tây. 2021;44(01):77-80.
10. **Lê Thuý Oanh (2010)**. Cấy Chỉ (Chôn Chỉ Catgut Vào Huyết Châm Cứu). Nhà xuất bản Y học, Hà Nội: 2010: 44

MỤC LỤC CÁC BÀI BÁO NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Tạp chí Sức khỏe Nội tiết số 14, năm 2023
Journal of Endocrinology and Health Science No 14, 2023

1. VỀ DINH DƯỠNG VÀ LUYỆN TẬP TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG 32

Ts.Bs. Đỗ Đình Tùng

2. NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM BỆNH VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ Ở NGƯỜI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG, SUY GIẢM DUNG NẠP GLUCOSE TẠI HÀ NỘI 36

Research on characteristics of diabetes, people with impaired glucose tolerance in Hanoi and the relations to risk factors

Nguyễn Thành Lâm, Tạ Văn Bình, Đỗ Đình Tùng, Phạm Thúy Hương

3. NGHIÊN CỨU TỈ LỆ RỐI LOẠN TRÂM CẢM, LO ÂU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN 40

Research on depression and anxiety problem among type 2 diabetes patients at saint paul general hospital

Phạm Văn Dương, Nguyễn Thị Thúy Hằng

4. NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ CHỐNG VIÊM, DIỆT KHUẨN CỦA PLASMA LẠNH TRÊN BỆNH NHÂN CÓ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM NHIỄM KHUẨN 45

Study on the safety and effectiveness of anti-inflammatory, anti-microbial of cold plasma in patients with infectious wound

Đỗ Hoàng Tùng, Nguyễn Thế Anh, Đỗ Đình Tùng

5. ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MÃN TÍNH ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN 51

Evaluation of satisfaction and related factors in chronic obstructive pulmonary disease (copd) patients undergoing treatment at saint paul multidisciplinary hospital

Nguyễn Bích Ngọc, Nguyễn Thị Hoa Huyền, Lê Thị Mỹ

6. SO SÁNH TÍNH AN TOÀN VÀ HIỆU QUẢ Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT KHÚC XẠ SMILE VỚI NẤP 100 μm VÀ 160 μm 56

Comparison of safety and effectiveness in patients undergoing smile refractive surgery with flap thickness of 100 μm and 160 μm

Định Thị Phương Thủy, Phạm Trọng Văn, Nguyễn Kiếm Hiệp

7. TÁC DỤNG CỦA CẤY CHỈ KẾT HỢP NHỈ ÁP TRÊN NGƯỜI BỆNH HỘI CHỨNG THẮT LƯNG HÔNG DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG 62

Effects of catgut embedding combined with auricular point acupressure in patients with hip lumbar syndrome due to degenerative spine

Nguyễn Hoài Thu, Bùi Tiến Hưng

THỂ LỆ ĐĂNG BÀI BÁO KHOA HỌC TRÊN TẠP CHÍ SỨC KHỎE NỘI TIẾT

Tạp chí Sức khỏe Nội tiết xuất bản 3 tháng/kỳ. Ngoài ra, Tạp chí sẽ xuất bản các số phụ chuyên đề nghiên cứu khoa học nhằm đăng tải các công trình nghiên cứu, các bài tổng quan liên quan đến lĩnh vực sức khỏe, các bệnh mạn tính, bệnh không lây, nội tiết, đái tháo đường và rối loạn chuyển hóa.

Các bài báo khoa học đăng trên Tạp chí Sức khỏe Nội tiết cần đạt những yêu cầu sau:

1. Bài báo chưa gửi đăng ở bất kỳ báo, tạp chí nào.

2. Bài viết bằng tiếng Việt, dài không quá 7 trang (khổ giấy A4, kiểu chữ Times New Roman, cỡ chữ 14) kể cả bảng, hình minh họa và tài liệu tham khảo. Bản thảo phải đánh số trang rõ ràng. Các thuật ngữ thống nhất theo từ điển Bách khoa Việt Nam và Bách khoa thư bệnh học; từ tiếng nước ngoài giữ nguyên bản, từ viết tắt phải được chú thích trước khi dùng. Bài viết in trên một mặt giấy kèm theo file ghi trên đĩa mềm hoặc đĩa CD, gửi trực tiếp về tòa soạn hoặc qua E.mail.

3. Bố cục bài viết gồm các phần sau:

- **Tên bài:** ngắn gọn, rõ ràng, chính xác và trung thực với phạm vi, nội dung bài. Viết chữ in hoa, đậm, tránh bắt đầu bằng các cụm từ: nghiên cứu, khảo sát, đánh giá.

- **Thông tin về tác giả:** họ tên, học hàm, học vị, đơn vị, số điện thoại hoặc địa chỉ liên hệ.

- **Tóm tắt:** viết ngắn gọn (không quá 250 từ) nhưng phải làm nổi bật trọng tâm bài báo, viết bằng tiếng Việt và có bản dịch tiếng Anh.

- **Từ khóa:** thể hiện được vấn đề chính mà nghiên cứu đề cập đến, tối đa 6 từ hoặc cụm từ.

- **Đặt vấn đề:** nêu một số thông tin liên quan, tầm quan trọng, tình cần thiết và mục tiêu nghiên cứu.

- **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến hành trên đối tượng nào, tiêu chuẩn lựa chọn và các đặc điểm của đối tượng liên quan đến nội dung nghiên cứu; phương pháp nghiên cứu trên mỗi đối tượng, mỗi nội dung và cách tính toán, đánh giá kết quả.

- **Kết quả nghiên cứu:** trình bày một cách chặt chẽ, logic, hệ thống những số liệu, kết quả dưới dạng bảng, biểu đồ, hình ảnh...

- **Bàn luận:** từ những kết quả thu được và các giả thiết, các luận cứ khoa học đã có cùng các nghiên cứu liên quan, giải thích, so sánh, đánh giá, đề nghị và rút ra phương hướng cho những nghiên cứu tiếp theo.

- **Kết luận:** nêu tổng hợp kết quả chính của nghiên cứu theo mục tiêu đặt ra ban đầu.

- **Lời cảm ơn:** Tác giả nêu rõ cơ quan tài trợ nghiên cứu (nếu có) và cam kết không xung đột lợi ích từ kết quả nghiên cứu.

- **Tài liệu tham khảo:** sắp xếp tài liệu tiếng Việt trước, tiếng nước ngoài sau theo thứ tự vần A, B, C tên tác giả. Hạn chế dùng luận văn, luận án, sách giáo khoa và website làm tài liệu tham khảo. Mỗi bài báo không nên quá 15 tài liệu tham khảo, trừ bài tổng quan. Mỗi tài liệu viết theo thứ tự: tên tác giả, năm xuất bản, tên bài báo/sách, tên tạp chí/nhà xuất bản (in nghiêng), tập (số), trang. Nếu bài báo có nhiều tác giả, chỉ ghi tên 03 tác giả đầu và cộng sự, ví dụ:

1. Khâm Phong Phu Vông, Đỗ Đình Tùng, Tạ Văn Bình (2010), Nghiên cứu chức năng tế bào beta, độ nhạy insulin ở người tiền đái tháo đường bằng phần mềm HOMA2. Tạp chí Sức khỏe Nội tiết. 8: 38-43.

2. Matthews D.R., Hosker J.P., Rudenski A.S., et al. (1985), Homeostasis model assessment: insulin resistance and β -cell function from fasting plasma glucose and insulin concentrations in man. Diabetologia. 28(5): 412-19.

Quy trình xét duyệt: Sau khi nhận bài báo khoa học của các cộng tác viên, Tạp chí Sức khỏe Nội tiết sẽ mời 02 chuyên gia trong ngành hoặc chuyên ngành am hiểu nội dung chuyên môn của bản thảo cho ý kiến phản biện khoa học và liên hệ lại với tác giả khi cần thiết. Các bài báo không được sử dụng đăng, Tạp chí Sức khỏe Nội tiết sẽ không trả lại bản thảo. Các tác giả phải chịu trách nhiệm trước Ban biên tập, trước công luận về bài viết của mình theo Luật Báo chí hiện hành. Quyết định của Ban biên tập về bài báo sẽ được đưa ra sau 01 tháng, kể từ khi nhận bài. Hiện tại Tạp chí chưa thu lệ phí đăng bài, các bài tổng quan có chất lượng được trả nhuận bút theo quy định của Tạp chí. Tác giả tên đầu sẽ được nhận 01 số tạp chí có đăng bài.

Địa chỉ nhận bài: Ban Biên tập Tạp chí Sức khỏe Nội tiết: Số nhà 52, Lô A1, Khu Đô thị mới Đại Kim, Phường Đại Kim, Hoàng Mai, Hà Nội; điện thoại: 0983 609 369; email: tcsknt@gmail.com.