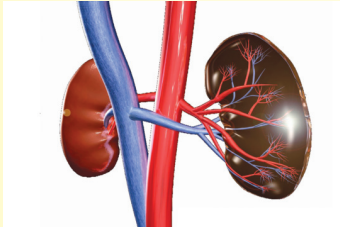


# TRONG SỐ NÀY

## TOÀN CẢNH - SỰ KIỆN



6

## KINH NGHIỆM - THỰC TIỄN



25

## TÌM HIỂU VỀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG



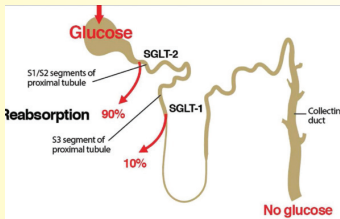
13

## NHÂN VẬT - SỰ KIỆN



29

## TÌM HIỂU VỀ THUỐC ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG



18

## HỎI ĐÁP - TƯ VẤN



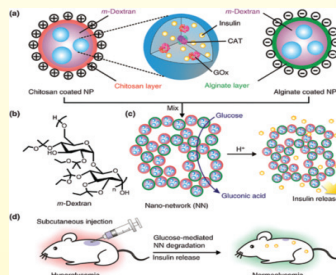
30

## SỐNG CHUNG VỚI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG



22

## NGHIÊN CỨU KHOA HỌC



34

# TỪ BÉO PHÌ ĐẾN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 NHƯ THẾ NÀO?

Đái tháo đường (ĐTĐ) đang là bệnh không lây phát triển nhanh nhất, đe dọa sức khỏe toàn cầu. ĐTĐ hiện là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ tư ở các nước phát triển; bệnh cũng được xem là “đại dịch” ở các nước đang phát triển. Số lượng các công trình nghiên cứu, tạp chí và sách báo chuyên ngành về ĐTĐ hiện chiếm tỷ lệ cao nhất trong các chuyên ngành. Điều đáng lo ngại là ĐTĐ đang tăng nhanh ở các nước đang phát triển. Trong số này đa số là ĐTĐ typ 2, thường thì cứ 10 người mắc bệnh ĐTĐ thì 9 người mắc ĐTĐ typ 2. Một trong những nguyên nhân dẫn đến ĐTĐ typ 2 chính là bệnh béo phì.



## Thế nào là béo phì?

Béo phì là trạng thái thừa mỡ của cơ thể. Cho đến nay tiêu chuẩn, chẩn đoán béo phì được WHO thống nhất. Tuy nhiên, các tiêu chuẩn này là khác nhau cho các vùng địa lý, các châu lục khác nhau. Thậm chí ngay cả vùng châu Á – Thái Bình Dương cũng có sự khác

biệt về tỷ lệ béo phì và sự phân bố mỡ trong cơ thể. Ví dụ người Nam Á (Ấn Độ) thường có béo trung tâm và có tỷ lệ eo/hông trung bình cao hơn so với người châu Âu; nhưng các dân tộc châu Á khác thì chỉ số BMI và số đo vòng eo nhỏ hơn, những dân tộc này có xu hướng béo nội tạng nhiều hơn. Ngược lại, những

người dân ở đảo Thái Bình Dương lại có chỉ số BMI cao do tỉ lệ cơ vân lớn, những người này không phải béo phì.

Béo phì không chỉ ảnh hưởng đến thẩm mỹ mà còn gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng. Qua nghiên cứu người ta thấy rằng béo phì đóng vai trò nhất định trong một số bệnh lý: Đau lưng, viêm thoái khớp, suy giảm khả năng tình dục, bệnh lý tâm thần... và điều đặc biệt béo phì là yếu tố nguy cơ gây ra nhiều bệnh rối loạn chuyển hóa như: tăng huyết áp, bệnh tim mạch, sỏi mật, bệnh ung thư đường tiêu hóa. Trong đó, béo phì thường hay dẫn đến bệnh ĐTĐ typ 2.

## Từ béo phì đến đái tháo đường typ 2

Đã có nhiều nghiên cứu thực nghiệm cho thấy cơ chế bệnh sinh béo phì dẫn đến ĐTĐ, là kết quả của chuyển hóa bất thường của sự dư thừa các acid tự do, các triglyceride trong các tế bào không

phải tế bào mỡ. Các nghiên cứu cũng đã chứng minh rằng các tế bào beta của đảo tụy khi bị tích lũy quá nhiều mỡ sẽ gây nhiễm độc mỡ. Chính nhiễm độc lipid là nguyên nhân gây chết tế bào. Trong bệnh béo phì, quá trình tích lũy mỡ xảy ra trong một thời gian dài, do đó sự suy giảm khả năng tự bảo vệ chống lại quá trình nhiễm mỡ có thể xảy ra ở một số thời điểm và triglyceride dần được tích lũy lại. Người ta thấy ở người béo phì, ĐTĐ thường xuất hiện sau khi 50-70% tế bào tiểu đảo tụy bị tổn thương, trong khi thử nghiệm bằng cách cắt bỏ tụy thì phải trên 90% lượng tế bào tiểu đảo bị cắt bỏ, bệnh ĐTĐ mới xuất hiện.

ĐTĐ týp 2 có rất nhiều yếu tố nguy cơ. Về khía cạnh nào đó, bệnh là sự tổng hợp của nhiều yếu tố tập hợp lại. Trong đó, béo phì là một trong những yếu tố đó. Theo điều tra dịch tễ học ĐTĐ tại Việt Nam cho thấy khi chỉ số BMI là 22,6 đã có liên quan chặt chẽ với bệnh ĐTĐ. Người mắc bệnh béo phì, cơ thể họ sẽ xảy ra hiện tượng đề kháng insulin. Trong ĐTĐ týp 2, kháng insulin được xem là giai đoạn sớm của quá trình tiến triển bệnh. Kháng insulin xảy ra khi tế bào không đáp ứng hoặc bản thân tế bào chống lại sự tăng insulin máu. Cụ thể, sau khi ăn đường được hấp thu vào máu và tuần hoàn đến các cơ quan trong cơ thể. Nhờ insulin, đường được đưa vào tế bào và chuyển hóa thành năng lượng nuôi dưỡng tế bào và duy trì đường huyết ở mức ổn định. Tuy nhiên, ở người béo phì thì cơ chế vận chuyển, chuyển hóa đường có nhiều hạn chế: số lượng insulin ở màng tế bào suy giảm, chức năng từng thụ thể đơn lẻ bị suy yếu, chức năng truyền tín hiệu vào bên trong



tế bào của thụ thể bị tổn thương... Điều này khiến chất đề kháng insulin được sản sinh, đường trong máu khó được chuyển vào tế bào. Do vậy, ĐTĐ xuất hiện.

### Cách phòng ngừa đái tháo đường týp 2 ở người béo phì

Kiểm soát cân nặng, đường huyết và huyết áp được coi là chìa khóa trong việc phòng ngừa bệnh ĐTĐ týp 2 ở những người béo phì. Cho đến nay, để kiểm soát tốt cân nặng chủ yếu vẫn là thực hiện chế độ ăn, chế độ luyện tập. Nhiều công trình khoa học đã chứng minh thay đổi lối sống bao gồm thực hiện hành vi ăn uống hợp lý, tăng hoạt động thể lực sẽ cải thiện được tình trạng thừa cân.

#### Về chế độ ăn:

- Nên chọn những thực phẩm phổ biến tiện lợi vốn rất nhiều ở nước ta
- Phân bố bữa ăn thích hợp
- Chia số lượng thực phẩm cho một bữa ăn phù hợp, cố gắng không

cần đến các bữa phụ

- Tỷ lệ dầu và mỡ chứa dưới 20-30%.
- Tỷ lệ Carbohydrate 55- 65%.
- Protein ≤ 15%
- Hoa quả tươi, rau tươi và các thức ăn tự nhiên khác phải được tăng cường
- Hạn chế uống rượu, bia

#### VỀ HOẠT ĐỘNG THỂ LỰC:

Cần duy trì tập luyện đều đặn mỗi ngày theo khả năng sức khỏe bản thân để tiêu hao năng lượng. Nên vận động thường xuyên 30-60 phút mỗi ngày giúp tăng cường sức khỏe, giữ cho tinh thần thoải mái và không bị Stress. Cũng cần lưu ý tăng hoạt động thể lực phải phối hợp với thực hiện chế độ ăn. Nếu áp dụng riêng rẽ từng biện pháp người ta chỉ hạ được cân nặng từ 4-5kg/≥3 tháng.

Đừng để quá muộn. Hãy hành động ngay hôm nay để có thể nói không với béo phì và đái tháo đường týp 2. ■

**PGS.TS. TẠ VĂN BÌNH**

# PGS.TS. TRẦN ĐÌNH TOÁN HƯỚNG DẪN CHẾ ĐỘ ĂN CHO NGƯỜI SUY THẬN MẠN



PGS.TS Trần Đình Toán - Viện trưởng Viện Dinh dưỡng Lâm sàng

Suy thận hay tổn thương thận là tình trạng suy giảm chức năng của thận. Suy thận mạn tính là quá trình tiến triển không phục hồi chức năng thận, các biện pháp điều trị trong suy thận mạn chỉ nhằm làm chậm diễn tiến của bệnh và ngăn ngừa biến chứng. Nếu để đến khi chức năng thận giảm đến 90%, người bệnh bắt đầu đi qua giai đoạn cuối và cần được điều trị thay thế thận bằng lọc máu định kỳ, thẩm phân phúc mạc hoặc ghép thận

## I. Vai trò và chức năng sinh lý của thận trong cơ thể.

Trong cơ thể người, bình thường ai cũng có hai quả thận, mỗi quả có trọng lượng từ 120 -150g với hơn 1 triệu đơn vị chức năng gọi là Nephron. Thận là cơ quan đảm nhận cả vai trò nội tiết và ngoại tiết quan trọng của cơ thể, bao gồm:

1. Điều hòa cân bằng nước, các chất điện giải, cân bằng toan kiềm duy trì sự hằng định của nội môi.

2. Đào thải các sản phẩm giáng hóa, đặc biệt là nitơ phi protein (ure,

creatinin, acid uric...).

3. Điều chỉnh huyết áp động mạch thông qua điều hòa cân bằng nước, muối (thông qua sản xuất prostaglandin và renin).

4. Điều hòa tạo máu thông qua sản xuất erythropoietin kích thích tủy sản sinh hồng cầu.

5. Điều chỉnh cân bằng phosphor-canxi thông qua sản xuất dihydrocalciferol (1.25(OH)2D3) – để tăng hấp thu canxi ở ruột).

Các nhiệm vụ trên được thực hiện thông qua chức năng lọc máu ở cầu thận, cô đặc và pha loãng nước

tiểu ở ống thận, kê thận, sản xuất một số chất ở nhu mô thận và bài xuất nước tiểu qua hệ thống đường dẫn niệu...

## II. Thế nào là suy thận?

Khi thận bị tổn thương hay bị bệnh, các chức năng và cơ chế trên bị rối loạn, ảnh hưởng đến vai trò sinh lý bình thường của thận và khi không còn đủ sức bù trừ để duy trì sự ổn định các chỉ tiêu sinh học ở mức bình thường thì bị coi là thận đã bị suy.

Suy thận là hội chứng lâm sàng

và sinh hóa tiến triển qua thời gian làm giảm sút mức lọc cầu thận dẫn đến ure và creatinin máu tăng cao.

Có 2 dạng suy thận là suy thận cấp và suy thận mạn:

Suy thận cấp là hội chứng xuất hiện cấp tính do chức năng thận suy sụp nhanh chóng, biểu hiện bởi: Mức lọc cầu thận giảm sút nhanh chóng, bệnh nhân đái ít (nước tiểu dưới 500ml/24h), có thể vô niệu và dẫn tới nguy kịch vì kali máu tăng hoặc vì hội chứng tăng ure huyết...

Suy thận mạn là một hội chứng giảm sút từ từ mức lọc cầu thận do xơ hoá và giảm dần số lượng các nephron chức năng dẫn đến ure và creatinin máu tăng cao, biểu hiện cả trên lâm sàng và xét nghiệm. Suy thận mạn là một quá trình tiến triển từ nhẹ đến nặng, tăng dần theo thời gian.

### III. Chẩn đoán suy thận mạn tính:

Một người bệnh được coi là bị suy thận mạn tính khi có đủ các yếu tố sau:

1) Có tiền sử bệnh thận tiết niệu mạn tính, tái phát nhiều lần hoặc tiền sử bị lupus, đái tháo đường.

2) Có phù (bệnh ở cầu thận) hoặc không phù (bệnh ở ống thận, kẽ thận).

3) Có thiếu máu, có thể có xuất huyết (suy thận càng nhiều - thiếu máu càng nặng).

4) Có tăng huyết áp (trên 80% bệnh nhân suy thận có tăng huyết áp).

5) Có protein niệu, trụ niệu.

6) Mức lọc cầu thận giảm (<60ml/ 1 phút). Nitơ phi protein (ure, creatinin, a.uric) máu tăng cao.

Mức lọc cầu thận được xác định

bằng độ thải sạch creatinin nội sinh vì creatinin máu được lọc qua cầu thận không bị tái hấp thu và rất ít được bài tiết thêm ở ống thận và cũng không chịu ảnh hưởng nhiều bởi chế độ ăn ít hay nhiều chất đạm (protein) do đó creatinin máu phản ánh khá chính xác mức lọc của cầu thận. Mức lọc cầu thận giảm thì độ thải sạch creatinin máu giảm và creatinin máu tăng cao. Thông thường mức lọc cầu thận trung bình khoảng 120ml/1phút và creatinin máu trung bình khoảng 90 micromol/lít (70-106 micromol/lít). Khi mức lọc cầu thận giảm xuống 60ml/1phút và creatinin máu tăng lên >110 đến <130 micromol/lít thì đã bị coi là suy thận độ 1.

### IV. Các mức độ suy thận:

Suy thận độ 1: Mức lọc cầu thận 60-41 ml/phút, Creatinin máu 110-129 micromol/lít

Suy thận độ 2: Mức lọc cầu thận 40-21 ml/phút, Creatinin máu 130-299 micromol/lít

Suy thận độ 3a: Mức lọc cầu thận 20-11 ml/phút, Creatinin máu 300-499 micromol/lít

Suy thận độ 3b: Mức lọc cầu thận 10-05 ml/phút, Creatinin máu

500-900 micromol/lít

Suy thận độ 4: Mức lọc cầu thận <5 ml/phút, Creatinin máu >900 micromol/lít

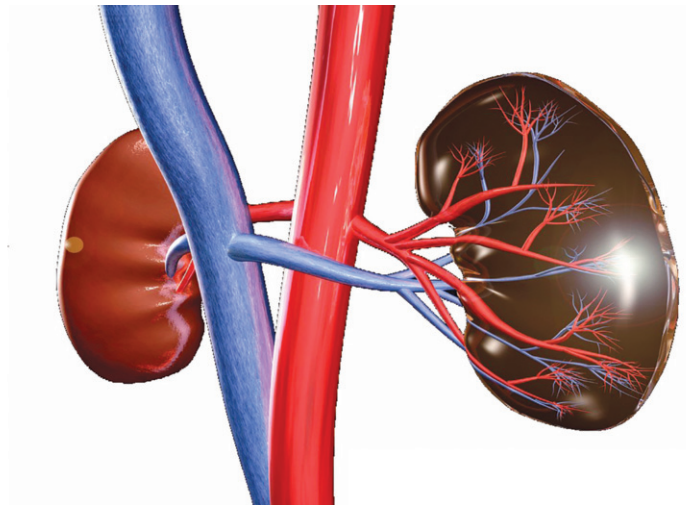
### V. Chế độ dinh dưỡng cho người suy thận mạn tính:

#### 1. Ăn ít chất đạm:

Chỉ ăn đủ lượng đạm cần thiết ở mức tối thiểu (người bình thường 1g đạm/kg thể trọng/ngày, suy thận độ 1 là 0,8g đạm/kg thể trọng/ngày, độ 2 là 0,6g, độ 3a là 0,5g, độ 3b là 0,4g, độ 4 là 0,3-0,2g/kg thể trọng/ngày). Sử dụng các loại đạm có giá trị sinh học cao, có đủ các acid amin cơ bản như đạm của sữa, trứng, cá, thịt nạc...(đạm từ thức ăn nguồn gốc động vật). Nếu ăn nhiều chất đạm, nhất là đạm thực vật sẽ đẩy nhanh quá trình xơ hoá cầu thận và suy thận, gây tăng ure máu và toan hoá máu. Ngược lại, nếu ăn ít chất đạm quá sẽ gây ra hiện tượng tự tiêu đạm và ure máu vẫn cứ tăng. Nếu cần bổ xung thêm đạm chuẩn ngoài thức ăn, có thể cho uống thêm các loại acid amin như moriamin, astimin, pharmaton...

#### 2. Ăn giảm muối:

Chế độ ăn giảm muối chỉ dùng





<2g , <4g hoặc <6g muối mỗi ngày tùy theo mức độ của bệnh, có nghĩa là chỉ nên dùng <1g Na, <1,5g Na, hay <2,5g Na mỗi ngày (trong 100g muối NaCl có 39,3g Na, ion Na đóng vai trò quyết định trong việc giữ nước, cân bằng áp lực thẩm thấu, trao đổi ion, không phải là Cl).

Để ăn giảm muối có hiệu quả cần lựa chọn những thực phẩm có hàm lượng natri thấp, tránh ăn những thực phẩm có hàm lượng natri cao như hải sản tươi, khô hoặc đã qua chế biến, thực phẩm có sử dụng NaCl trong chế biến, bảo quản. Các hải thủy sản khô, đông lạnh, đóng hộp, các loại thực phẩm chế biến sẵn: patê, xúc xích, Lạp xưởng, giò chả, bánh mì, dưa, cà muối, bánh đa nem...là những thứ có hàm lượng Na khá cao.

Để ăn giảm muối có hiệu quả cũng cần chú ý tới một số loại thuốc, dược phẩm có chứa lượng Na cao. Ví dụ NaBiCa (natri bi carbonat, natri hydro carbonat) - một loại thuốc muối chữa khó tiêu, đầy hơi, viêm loét dạ dày hành tá tràng có công thức  $\text{NaHCO}_3$ - trong 100g có 27,38% Na, nghĩa là cứ uống 3g thuốc muối này tương đương với ăn vào 2g muối NaCl.

Hiện nay, xu hướng sử dụng mì chính thay thế muối ăn trong những trường hợp cần hạn chế muối cũng đang được khuyến khích. Mì chính (monosodium glutamate-  $\text{CH}_8\text{NO}_4\text{Na}$ ) có vị ngọt umami vừa dễ ăn vừa có hàm lượng Na thấp hơn muối ăn nhiều. Trong 100g mì chính có 13,6 g Na, nghĩa là nếu ta ăn 3g mì chính thì lượng Na ăn vào cũng mới chỉ bằng ăn 1g muối mà thôi.

### 3. Ăn đủ calo:

Nếu không ăn đủ năng lượng, sự giáng hoá (tự tiêu huỷ) protein trong cơ thể sẽ tăng lên và ure máu cũng sẽ tăng. Chế độ ăn cần đủ calo nhưng lại phải bảo đảm ít đạm thực vật hoặc đạm có giá trị sinh học thấp có nghĩa là phải hạn chế ăn gạo, rau có nhiều đạm như rau muống, rau ngót, thay vào đó nên ăn nhiều miến dong, khoai củ có nhiều tinh bột nhưng ít chất đạm hơn. Nên ăn nhiều dầu thực vật và mỡ động vật (nếu không có cholesterol, triglycerid máu cao) để có đậm độ calo nhiều hơn bằng cách tăng cường các món xào, rán, trộn dầu dấm... Ăn nhiều đường, mật các loại quả ngọt nếu không có đái tháo đường kèm theo. Đảm bảo đạt 35-40 Kcalo/kg thể trọng/ngày.

### 4. Bổ xung viên ketosteril:

Viên ketosteril chính là những alpha keto acid tương tự với acid amin dự kiến sẽ được tổng hợp từ amin của ure và từ các amin không thiết yếu có sẵn trong cơ thể. Mỗi viên ketosteril có đủ 10 acid amin cơ bản với 36 mg nitrogin và 50 mg calcium.

Một chế độ ăn ít đạm, đủ calo có dùng thêm ketosteril sẽ giúp cơ thể tạo thêm được các acid amin cần thiết và giảm được ure máu.

### 5. Chống thiếu máu bằng erythropoietin(EPO):

Trong suy thận mạn có khi hồng cầu chỉ còn 1,5 T/l, huyết sắc tố (Hb) chỉ còn 50-60g/l, hematocrit chỉ còn 0,2 do tuy không biệt hoá được hồng cầu từ tế bào tiền sinh hồng cầu và từ tế bào tiền hồng cầu non. Năm 1953 các nhà khoa học đã chứng minh được thận là nơi sản xuất nội tố EPO là nội tố kích thích sinh hồng cầu, nếu suy thận mạn tính EPO không được sản xuất đầy đủ gây thiếu máu nên cần được bổ sung, cùng với các chất khác nữa như a.folic, sắt, vitamin B12...■

**PGS.TS.BS.TRẦN ĐÌNH TOÁN**

# TOÀN CẢNH VỀ UNG THƯ TUYẾN GIÁP

Ung thư tuyến giáp (Carcinom tuyến giáp) được chẩn đoán trên lâm sàng chiếm khoảng 1% trong tất cả các loại ung thư. Tỷ lệ mới mắc hàng năm của ung thư giáp trên thế giới thay đổi từ 0,5-10/100.000 dân. Carcinom tuyến giáp có tỷ lệ mắc bệnh bằng với bệnh đa u tủy và có tỷ lệ tương tự như ung thư thực quản, thanh quản, miệng và ung thư cổ tử cung.



*Trước phẫu thuật*



*18 tháng sau phẫu thuật*

*Ung thư tuyến giáp trước và sau khi phẫu thuật*

## Ung thư tuyến giáp là gì?

Ung thư tuyến giáp là một loại bệnh có tỉ lệ ngày càng tăng. Tỷ lệ mới mắc hàng năm của ung thư giáp trên thế giới thay đổi từ 0,5-10/100.000 dân. Carcinom tuyến giáp có tỷ lệ mắc bệnh bằng với bệnh đa u tủy, 2 lần thường gặp hơn bệnh Hodgkin, và có tỷ lệ tương tự như ung thư thực quản, thanh quản, miệng và ung thư cổ tử cung.

Trong các loại ung thư thuộc hệ nội tiết, đây là loại ung thư thường gặp nhất (90% các loại ung thư thuộc hệ nội tiết) và gây ra tử vong

nhieu nhất trong các loại ung thư thuộc hệ nội tiết. Hiệp hội ung thư Mỹ ước lượng tại Mỹ năm 2012 có khoảng 56.460 trường hợp ung thư giáp mới được chẩn đoán (43.210 nữ và 13.250 nam) và 1780 trường hợp tử vong do ung thư tuyến giáp (1000 nữ và 780 nam). Ung thư giáp thường được phát hiện từ tuổi trẻ, 80% các trường hợp được chẩn đoán trước tuổi 65. Tuy nhiên, nếu điều trị thích hợp thì tỷ lệ sống sót lại rất cao. Tại Mỹ ước lượng có khoảng 190.000 bệnh nhân ung thư giáp sống sót, có nhiều người sống hơn

40 năm sau khi chẩn đoán.

Hầu hết ung thư tuyến giáp đều xuất phát từ tế bào biểu mô và do đó đều thuộc loại carcinom. Có 2 loại chính: một loại xuất phát từ biểu mô nang giáp trạng và một loại xuất phát từ tế bào cạnh tuyến giáp. Ung thư di căn đến tuyến giáp hiếm gặp, thường từ sarcom sợi hoặc sarcom tế bào lympho.

Nhiều đột biến đã được ghi nhận trong ung thư giáp. Thường cần kết hợp nhiều đột biến mới gây sinh ung thư; sự hiểu biết về các đột biến này cho đến nay chưa có ứng dụng gì

nhiều trong thực tế.

### Các loại ung thư tuyến giáp

Ung thư giáp xuất phát từ biểu mô nang giáp trạng gồm 3 loại là ung thư dạng nhú, ung thư dạng nang, ung thư kém biệt hóa hay ung thư thoái sản.

#### 1. Ung thư dạng nhú:

- Đây là loại ung thư thường gặp nhất, chiếm khoảng 70-80% các ung thư tuyến giáp.

- Dịch tễ: Ung thư xảy ra ở 2 lứa tuổi, 50% dưới 40 tuổi, còn lại ở tuổi 60, 70. U xảy ra ở phụ nữ nhiều hơn nam giới và có liên quan với chiếu xạ ở vùng đầu cổ.

- Triệu chứng: Ung thư thường xuất hiện dưới dạng u không đau vùng trước cổ. Đôi khi u trong tuyến giáp rất nhỏ nhưng đã di căn đến hạch bạch huyết xung quanh.

- Giải phẫu bệnh:

Về đại thể bướu có thể nhỏ như một vết sẹo nhỏ ở tuyến giáp, hoặc lớn có nang hóa hoặc chắc. U lớn đôi

khi có bọc nhưng thường bờ không rõ, đôi khi có nhiều mô xơ và calci hóa.

Vi thể cho thấy tế bào biểu mô nằm thành một lớp, biệt hóa rõ trên nền các nhánh sợi, mạch máu. Nhân tế bào có dạng trong, 40% có các thể hình cầu, có nhiều lớp calci gọi là thể psammoma. Ung thư thường di căn đến hạch bạch huyết, 50% bệnh nhân đã có di căn hạch lúc phát hiện ra bệnh. Có nhiều ung thư dạng nhú có biệt hóa dạng nang, gọi là carcinom nhú nang hỗn hợp, diễn tiến sinh học giống carcinom dạng nhú.

- Tiên lượng: Ung thư dạng nhú diễn tiến rất chậm. Tỷ lệ sống trên 10 năm khoảng 95%.

#### 2. Ung thư nang:

- Chiếm khoảng 5-10% ung thư tuyến giáp.

- Triệu chứng: Ung thư xảy ra trên người đứng tuổi, nữ nhiều hơn nam một chút. Ung thư cũng thường biểu lộ dưới dạng u đơn độc. Ung thư rất hay xâm lấn mạch máu và

gây di căn đến não, xương, phổi, nhiều khi vị trí di căn có triệu chứng trước khi phát hiện được ung thư tuyến giáp.

- Giải phẫu bệnh:

Đại thể: Nếu mức độ xâm lấn không nhiều, rất khó phân biệt carcinom nang với adenom nang (u lành tuyến giáp).

Vi thể: Một số ung thư có dạng đặc, với các nang không hoàn chỉnh. Trong đa số trường hợp nang biệt hóa rất rõ rệt, không khác nang tuyến giáp bình thường.

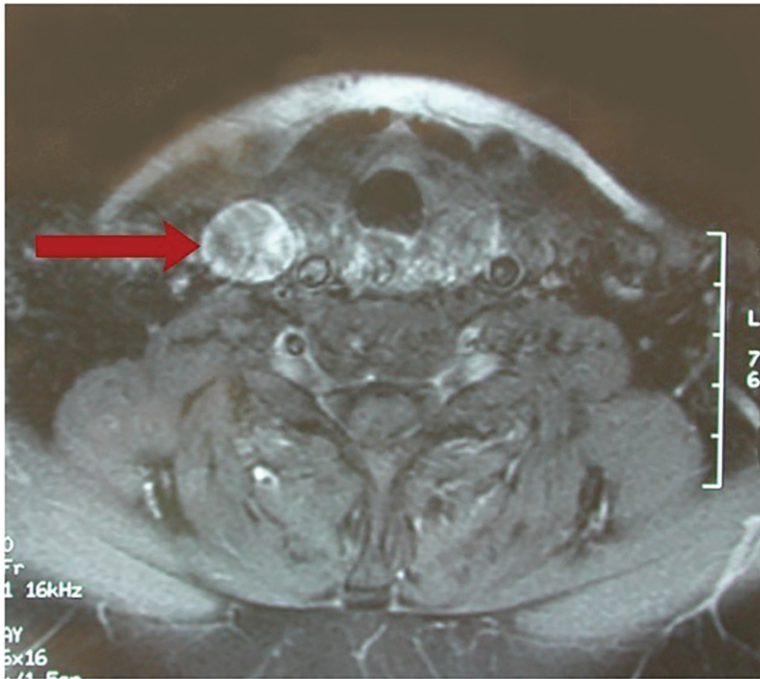
- Tiên lượng: Tùy thuộc phần lớn ở mức độ xâm lấn. Nếu ung thư xâm lấn ít, trông giống adenom, vi thể không xâm lấn vỏ hoặc mạch máu, tỷ lệ sống 5 năm khoảng 85%. Ung thư này có thể hấp thu I131 nhất là sau khi kích thích bằng TSH, đây là một đặc điểm giúp cho chẩn đoán và điều trị.

**3. Ung thư không biệt hóa (ung thư thoái sản):** Chiếm khoảng 3-5% các loại carcinom tuyến giáp và



Ung thư giáp xuất phát từ tế bào cạnh tuyến giáp





**Hình ảnh ung thư tuyến giáp trên phim chụp CT**

đây là loại ác tính nhất trong các loại ung thư tuyến giáp.

- Triệu chứng: Ung thư tuyến giáp hầu như chỉ gặp ở người trên 60 tuổi, trên 50% bệnh nhân sau khoảng thời gian dài có bướu tuyến giáp hoặc adenom hoặc carcinom dạng nhú hay dạng nang tiến triển chậm. Thường ung thư tiến triển nhanh, đau, xâm lấn và chèn ép da, thực quản gây khàn tiếng, nuốt khó, nghe có ran rít. Sờ có chỗ cứng như đá, có chỗ mềm. Da trên u thường nóng và đổi màu. Khối u thường lớn, đau, dính vào mô xung quanh và dính khi nuốt. Khối u thường không bắt I131. Trong một số rất hiếm trường hợp mô giáp bị phá hủy nhiều gây suy giáp.

- Giải phẫu bệnh:

Đại thể bướu xâm lấn sang các phần khác của tuyến giáp và các mô vùng cổ. Có những phần của bướu gợi ý có adenom hoặc carcinom có từ trước.

Vi thể có nhiều tế bào dị dạng, nhân có nhiều phân bào; cũng có

nhiều tế bào hình thoi và tế bào khổng lồ nhiều nhân. Có những vùng hoại tử và thấm nhuần lympho bào.

- Tiên lượng: u rất độc, bệnh nhân thường chết 1-2 năm sau chẩn đoán.

Ung thư tuyến dạng tủy (carcinom đa bào tuyến giáp): Chiếm tỷ lệ 5-10% các loại ung thư tuyến giáp và được coi là xuất phát từ tế bào cạnh nang tuyến giáp. Ung thư thường nằm ở 2/3 vùng ngoài trên của tuyến giáp.

- Triệu chứng: Ung thư thường xảy ra ở người trên 40 tuổi nhưng cũng có thể xảy ra ở người trẻ hơn và cả trẻ em. U này gặp ở phụ nữ nhiều hơn nam giới một chút. Ung thư xâm lấn vùng vỏ sang các phần khác của tuyến giáp, vào mô bạch huyết giống như ung thư dạng nhú, nhưng cũng di căn theo đường máu đến phổi, xương và gan.

- Giải phẫu bệnh:

Đại thể bướu thường cứng, màu xám trắng đến vàng nâu, giới hạn

rõ, không có bao.

Vi thể cho thấy nhiều tế bào có hình dạng và nhiều kiểu sắp xếp; tế bào có thể tròn, nhiều cạnh, hình thoi nhưng không xếp thành dạng nhú hay dạng nang. Tế bào có thể kém biệt hóa, có nhiều phân bào nhưng không có hoại tử và không có thấm nhuần đa nhân trung tính như trong trường hợp ung thư không biệt hóa. Có những vùng mô liên kết có thấm hyalin, nhuộm màu như chất dạng bột. Có thể thấy hình ảnh xâm lấn mạch máu. Mô ung thư di căn cũng giống như mô ung thư tại tuyến giáp.

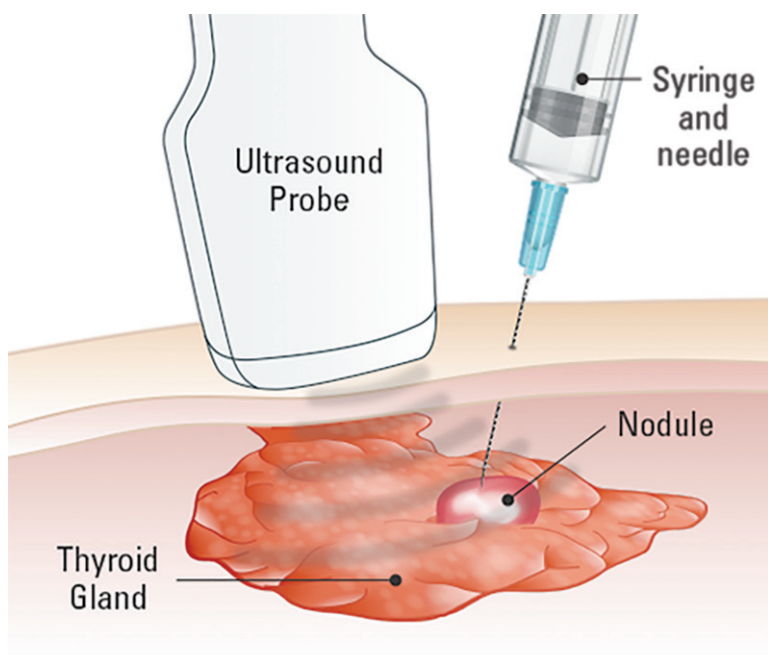
- Lâm sàng: Ung thư thường xuất hiện dưới hình thức một khối u cứng tại tuyến giáp hoặc hạch bạch huyết lớn vùng cổ. Đôi khi triệu chứng xuất hiện đầu tiên ở chỗ di căn. Hiếm khi u là u lành.

Tế bào cạnh nang tiết ra calcitonin và ung thư cũng tiết chất này. Đo lượng calcitonin có thể dùng để chẩn đoán hoặc theo dõi tiên lượng.

U có thể xuất hiện tản phát hoặc có tính gia đình, trong 20% trường hợp. Thể gia đình thường xuất hiện ở tuổi trẻ hơn, hay xảy ra cả 2 bên, ít di căn đến hạch bạch huyết hơn và có dự hậu tốt hơn.

Thể gia đình thường nằm trong bệnh cảnh hội chứng Sippel, đa u tuyến nội tiết tít II (MEN II) kết hợp cường tuyến cận giáp và u tủy thượng thận. Cường tuyến cận giáp thường do tăng sản, bệnh nhân có thể bị tăng calci máu, sạn niệu. U tủy thượng thận thường 2 bên và tiết epinephrin, do đó đo VMA và đo catecholamin toàn phần trong nước tiểu có thể không tăng.

Một dạng hiếm gặp là ung thư tuyến giáp dạng tủy, cường tuyến cận giáp, u tủy thượng thận kết hợp với u hạch thần kinh, u thần kinh ở



**Chọc hút tuyến giáp bằng kim nhỏ có siêu âm dẫn đường để chẩn đoán sớm ung thư tuyến giáp.**

niêm, kiểu dạng marfan gọi là dạng MEN IIa hay MEN III. Do đó bệnh nhân có ung thư tuyến giáp, nếu có thêm cao huyết áp, sạn niệu thì nên nghĩ đến ung thư tuyến giáp dạng tủy và đo calcitonin. Calci truyền tĩnh mạch có thể kích thích sự tiết calcitonin. Chọc hút bằng kim nhỏ cũng là một phương tiện để chẩn đoán.

- Tiên lượng: Tùy thuộc tuổi, tình trạng di căn lúc phát hiện bệnh. Bệnh nhân lớn tuổi tiên lượng kém hơn. Tỷ lệ sống sót chung sau 5 năm vào khoảng 50%.

**Các xét nghiệm cần làm**

- X quang: X quang ngực để phát hiện dấu hiệu di căn phổi, màng phổi, trung thất.

- Siêu âm: Có thể thấy nhân đặc, bờ không rõ nét, có thể có hạch. Siêu âm giúp định vị, hướng dẫn chọc hút tế bào bằng kim nhỏ.

- CT scan: Chụp cắt lớp vi tính vùng cổ để xác định khối u, di căn, hạch, xâm lấn hoặc chụp lồng ngực

xác định có di căn hay không.

- MRI tuyến giáp: Cung cấp thông tin giống chụp CT scan nhưng giá trị tốt hơn đối với mô mềm như tuyến giáp.

- Đo độ tập trung I131: Nhân ung thư thường là nhân lạnh.

- PET CT- Đánh giá tổn thương tại tuyến và các điểm di căn toàn thân.

- Xét nghiệm máu: Không có xét nghiệm máu nào có giá trị chẩn đoán nhân ác tính. Nhưng có giá trị theo dõi.

TSH: có giá trị bình thường  
T3, T4: có giá trị bình thường

Thyroglobulin: không có giá trị chẩn đoán, nhưng sau điều trị có giá trị theo dõi tái phát. Nếu nồng độ thyroglobulin tăng là dấu hiệu tái phát ung thư

Calcitonin: theo dõi các trường hợp ung thư cận giáp

CEA: có thể tăng

**Điều trị ung thư tuyến giáp**

**1. Carcinom dạng nhú:**

- Nếu chưa xâm lấn: cắt thùy giáp bị bệnh, cắt vùng eo giáp và nạo vét hạch.

- Nếu bệnh nhân có tiền căn chiếu xạ: cắt bỏ cả 2 thùy.

- Nếu có di căn hạch và xâm lấn: cắt bỏ cả 2 thùy.

**2. Carcinom nang:**

- Điều trị như carcinom dạng nhú.

- Nếu có di căn hạch, xâm lấn, di căn xa: cắt bỏ cả 2 thùy.

**3. Carcinom dạng tủy, đa bào:**

- Thể tản phát: cắt bỏ thùy bị bệnh.

- Thể gia đình: cắt cả 2 thùy.

**4. Carcinom thoái sản:** Điều trị triệu chứng để ngăn ngừa chèn ép.

Xạ trị:

- Dùng xạ để xử lý mô tuyến giáp tàn dư sau khi mổ hoặc uống I131.

- Uống 50 mog T3 mỗi ngày trong 2 tuần, khi ngưng uống trong vòng 2-3 tuần đa số bệnh nhân sẽ bắt xạ ở mô di căn. Cho bệnh nhân uống I131 liều thấp để định vị mô di căn, sau đó uống I131 đủ liều để trị ung thư di căn, một ngày sau cho uống T4 để ngừa suy giáp và ức chế TSH. Theo dõi kết quả điều trị bằng nồng độ Thyroglobulin. Khi dùng liều xạ cao hơn 300 mCi khoảng 2-3% bệnh nhân bị ung thư máu.

**Phát hiện sớm ung thư tuyến giáp**

- Kiểm tra sức khỏe định kỳ tuyến giáp bằng siêu âm.

- Nếu có u các bác sĩ sẽ làm thêm các xét nghiệm khác để chẩn đoán (CT, MRI,...).

- Chọc hút tuyến giáp bằng kim nhỏ có hoặc không có siêu âm dẫn đường. ■

**THÙY LINH**

# PHÂN LOẠI 5 NHÓM BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG ĐỂ ĐIỀU TRỊ TRÚNG ĐÍCH



Ảnh: Biosphere Nutrition

Thay vì phân thành hai týp, các nhà khoa học châu Âu phát hiện đái tháo đường gồm 5 nhóm khác nhau.

Đái tháo đường vốn được chia ra hai loại chính là týp 1 và týp 2 (Không tính đến ĐTĐ thai kỳ và các thể khác). Tuy nhiên, phân loại nhóm bệnh có thể thay đổi sau khi các nhà khoa học châu Âu công bố nghiên cứu từ 14.775 bệnh nhân.

Cụ thể, trên tờ The Lancet Diabetes and Endocrinology, nhóm tác giả từ Trung tâm Đái tháo đường Đại học Lund (Thụy Điển) và Viện

Y học Phân tử (Phần Lan) cho rằng từ 2 týp chính có thể chia bệnh nhân đái tháo đường thành năm nhóm sau:

Nhóm 1: Đái tháo đường nặng do hệ miễn dịch tương tự týp 1, bệnh nhân mắc bệnh khi còn trẻ và khỏe mạnh, cơ thể mất khả năng sản xuất insulin.

Nhóm 2: Gần giống nhóm một, bệnh nhân bị đái tháo đường nặng khi còn trẻ, cân nặng ổn định và không thể sản xuất insulin nhưng nguyên nhân không đến từ hệ miễn dịch.

Nhóm 3: Bệnh nhân đái tháo đường nặng bị thừa cân, insulin vẫn được sản xuất song cơ thể không/kém phản ứng, đáp ứng với insulin.

Nhóm 4: Bệnh nhân đái tháo đường nhẹ, béo phì nhưng quá trình trao đổi chất gần với mức bình thường hơn nhóm 3.

Nhóm 5: Bệnh nhân đái tháo đường nhẹ do tuổi tác, xuất hiện triệu chứng khi đã già hơn các nhóm khác và có xu hướng ít nghiêm trọng hơn.

Trao đổi với BBC, giáo sư Leif Groop thuộc nhóm tác giả nhận định cách phân loại mới rất quan trọng, cho phép bác sĩ kê thuốc một cách chính xác hơn.

Hiện nay, trên thế giới, cứ mười một người trưởng thành thì có một bị đái tháo đường. Căn bệnh này làm gia tăng nguy cơ đau tim, đột quy, mù, suy thận và hoại tử. ■

**Đ.Đ.T**

# BIẾN CHỨNG HOẠI TỬ BÀN CHÂN Ở NGƯỜI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Mặc dù được chăm sóc có hệ thống nhưng các vết thương bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường thường chậm liền, nguy cơ cắt cụt rất cao nếu không kiểm soát được hoại tử và màng biofilm. Các hành động phòng bệnh cấp hai sau khi loét rất quan trọng vì tỉ lệ tái phát của vết thương này khoảng 30% trường hợp trong năm đầu tiên sau khi khỏi vết thương cũ.

Bàn chân đái tháo đường (ĐTĐ) được định nghĩa là bàn chân của người bệnh ĐTĐ có nguy cơ bị các tổn thương bệnh lý gồm nhiễm trùng, loét, và/hoặc sự phá hủy các mô sâu liên quan tới các bất thường về thần kinh, một số giai đoạn của bệnh mạch máu ngoại vi và/hoặc các biến chứng chuyển hóa của ĐTĐ ở các chi dưới.

ĐTĐ hiện là vấn đề sức khỏe ở mức toàn cầu, nó là yếu tố nguy cơ quan trọng của các bệnh có liên quan tới mạch máu đang là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Số liệu mà Liên đoàn ĐTĐ thế giới đưa ra năm 2017 cho thấy số người hiện đang mắc bệnh ĐTĐ trên toàn thế giới đã tăng lên con số 425 triệu người. Ước tính sẽ tăng lên 693 triệu người vào năm 2045 do tăng tuổi thọ và thay đổi các thói quen về ăn uống.

Loét bàn chân là một biến chứng quan trọng của bệnh ĐTĐ với tỉ lệ mới mắc hàng năm là khoảng 2% tổng số bệnh nhân, tỉ lệ này tăng từ 5% đến 7.5% ở những bệnh nhân có biểu hiện bệnh lý thần kinh ngoại biên. Điều đáng lo ngại là có đến 15% bệnh nhân ĐTĐ sẽ bị loét tại một thời điểm nào đó trong toàn bộ cuộc đời của họ. Biểu hiện nhiễm

trùng là một dấu hiệu quan trọng; báo cáo cho thấy khoảng 60% các ca cắt cụt chi khởi phát do vết loét nhiễm trùng. Tỉ lệ tử vong sau 5 năm của bệnh nhân bị cắt cụt chi dưới là 50-60%.

Một số yếu tố nguy cơ được xác định gồm có tổn thương thần kinh ngoại biên, bệnh lý mạch máu ngoại vi và nhiễm trùng. Một số yếu tố nguy cơ khác bao gồm: vi chấn thương, dị dạng cấu trúc, giới hạn vận động khớp, xuất hiện các vết chai, tăng đường huyết kéo dài, tăng đường huyết không kiểm soát được, tiền sử loét bàn chân hoặc cắt cụt chi.

Tổn thương thần kinh ngoại biên là một biến chứng thường gặp của bệnh ĐTĐ, xuất hiện ở khoảng 50-70% bệnh nhân ĐTĐ. Các bệnh lý thần kinh do ĐTĐ làm ảnh hưởng đến các sợi thần kinh cảm giác, vận động và tự chủ. Tổn thương bệnh lý tại các sợi cảm giác khiến bàn chân không còn nhạy cảm với những kích thích đau thông thường vì vậy các vết loét thường xuất phát từ những chấn thương nhỏ. Tổn thương các sợi vận động gây yếu cơ, teo cơ và liệt nhẹ gây nên sự biến dạng bàn chân, từ đó xuất hiện những điểm tăng áp lực gây chai chân, chai dày kết hợp với đi nhiều dẫn đến tổn



*Một trường hợp hoại tử chi do tắc mạch gây thiếu máu*



**Nhiễm trùng rất sâu bên trong bàn chân có nguyên nhân ban đầu là chai chân**

thương rách, viêm tổ chức lâu dần dẫn đến loét chân. Một vấn đề nữa của tổn thương thần kinh làm giảm tiết mồ hôi và gây thay đổi ở da làm giảm tính chất tự vệ của da đối với sự xâm nhập của vi sinh vật từ ngoài vào, da khô nứt nẻ tạo điều kiện nhiễm khuẩn bàn chân.

Bệnh lý mạch máu ngoại vi được ghi nhận ở hơn 30% các trường hợp có loét bàn chân. Ở bệnh nhân ĐTĐ, sự thay đổi mạch máu biểu hiện nhiều nhất ở vi tuần hoàn, có đặc điểm là những thay đổi điển hình của chứng xơ vữa mạch. Mặt khác, trong khi vi tuần hoàn xuất hiện các thay đổi về cấu trúc, đặc biệt là sự dày lên của lớp màng đáy thì những thay đổi chức năng lại xuất phát từ các bất thường của màng trong và lớp cơ. Sự xuất hiện của màu đỏ tại chỗ trên da, một mặt là yếu tố nguy cơ xuất hiện các vết loét, mặt khác nó cũng là yếu tố làm vết loét dễ biến chứng và khó điều trị.

Các vết loét bàn chân ĐTĐ tạo điều kiện cho nhiễm trùng tại chỗ hoặc toàn thân, gây ra nguy cơ lớn

cho những bệnh nhân này do suy giảm đáp ứng miễn dịch. Nhiễm trùng là nguyên nhân quan trọng khiến bệnh nhân phải nhập viện và là một yếu tố nguy cơ của cắt cụt chi dưới. Việc cắt cụt chi không những gây tổn thất về mặt sức khỏe cho bệnh nhân mà còn gây ra các tổn thất về mặt kinh tế và xã hội đối với bệnh nhân và ngành y tế.

Nhìn chung, cách xử trí bệnh nhân ĐTĐ có loét bàn chân thường là: kiểm soát chuyển hóa, làm rộng vết thương, loại bỏ các áp lực tại chỗ, điều trị nhiễm trùng bằng kháng sinh và kiểm soát nhiễm khuẩn tại chỗ như băng gạc bất hoạt vi khuẩn, plasma lạnh diệt vi sinh vật, đặc biệt kiểm soát màng biofilm, kiểm soát dịch tại vết thương, kiểm soát biểu bì hóa đặc biệt kiểm soát các đường hầm tạo ra do sự mất tổ chức, có thể sử dụng các yếu tố phát triển và các phương pháp tái tạo mạch nếu có chỉ định. Sau khi kiểm soát nghiêm ngặt chuyển hóa, việc làm rộng vết thương là bước quan trọng nhất trong quá trình điều trị vết loét ĐTĐ

và cần được tiến hành trước bất kỳ hoạt động điều trị tại chỗ nào. Bước này bao gồm lấy bỏ toàn bộ tổ chức chết và nhiễm trùng (bao gồm cả xương) tại vùng loét cũng như các mô xung quanh. Nên chẩn đoán và điều trị sớm nhiễm trùng. Việc chẩn đoán cần dựa vào những đặc điểm lâm sàng của nhiễm trùng như các dấu hiệu về huyết học và hóa sinh; nuôi cấy vi khuẩn và dùng chẩn đoán hình ảnh để phát hiện viêm tủy xương. Trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng thì cần nuôi cấy vi khuẩn từ phần sâu nhất của ổ loét sau khi đã loại bỏ hoại tử và cách xử trí bao gồm loại bỏ hoại tử có thể làm rộng vết thương hoặc tiểu phẫu cắt bỏ các mô hoại tử sau đó điều trị kiểm soát vi sinh vật tại chỗ và toàn thân bao gồm cả kháng sinh phù hợp. Liệu kháng sinh điều trị thường phụ thuộc vào kinh nghiệm và được điều chỉnh dựa vào đáp ứng và kết quả nuôi cấy vi khuẩn. Những bệnh nhân này thường là bội nhiễm cả vi khuẩn ơ khí và kỵ khí vì vậy thường kết hợp các loại kháng sinh có phổ rộng. Nếu triệu chứng nhiễm trùng nhẹ thì khuyến cáo dùng kháng sinh đường uống, trường hợp nhiễm trùng trung bình hoặc nặng thì bệnh nhân cần được kiểm soát chặt chẽ kịp thời có thể phải phẫu thuật mở vết thương và điều trị kháng sinh đường tiêm truyền.

Mặc dù được chăm sóc có hệ thống nhưng các vết thương này thường chậm liền, nguy cơ cắt cụt rất cao nếu không kiểm soát được hoại tử và màng biofilm. Các hành động phòng bệnh cấp hai sau khi loét rất quan trọng vì các vết thương này thường bị tái phát ở 30% trường hợp trong năm đầu tiên sau khi khỏi vết thương cũ. ■

**TS.BS. ĐỖ ĐÌNH TÙNG**



# NHIỄM TOAN CETON LÀ GÌ? CÁCH XỬ TRÍ KHI ĐỨNG TRƯỚC MỘT BỆNH NHÂN NHIỄM TOAN CETON

Nhiễm toan ceton là một biến chứng biến của đái tháo đường và gây ra một loạt các rối loạn chuyển hóa thứ phát có thể gây tử vong. Các triệu chứng lâm sàng rầm rộ và tiến triển nhanh. Cần phát hiện sớm và xử trí kịp thời.

Nhiễm toan ceton là một biến chứng nặng nề của đái tháo đường (ĐTĐ) và gây ra một loạt các rối loạn chuyển hóa thứ phát có thể gây tử vong.

Nguyên nhân thuận lợi:

Nhiễm khuẩn.

Bỏ thuốc hoặc dùng thuốc không đúng liều.

Một số bệnh cấp tính: nhồi máu cơ tim, nhồi máu phổi, viêm tụy cấp, tai biến mạch máu não, chấn thương, sau mổ,...

Sử dụng một số thuốc gây tăng đường huyết: corticoid, chẹn beta giao cảm, lợi tiểu,...

Các dấu hiệu lâm sàng:

Triệu chứng lâm sàng của tăng đường huyết: mệt, tiểu nhiều, khát nước, nhìn mờ.

Triệu chứng lâm sàng mất nước: yếu, mệt mỏi, chán ăn, khát nước, khô da và niêm mạc, chuột rút, mạch nhanh, tụt huyết áp.

Rối loạn ý thức do mất nước: lơ mơ, ngủ gà, hôn mê.

Triệu chứng lâm sàng toan chuyển hóa: nôn, buồn nôn, thở nhanh sâu (kiểu Kussmaul), hơi thở mùi táo thối.

Các xét nghiệm cận lâm sàng:

Glucose máu > 14 mmol/l

Khí máu động mạch:

H ≤ 7.3

HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> < 18 mmol/l

Tăng khoảng trống anion > 12 ± 2

Ceton niệu (+) ceton máu (+)

Điều trị :

\*Bù dịch:

Bổ sung thể tích dịch ngoài tế bào và tái tưới máu thận là việc làm rất quan trọng phải thực hiện đầu tiên.

Truyền muối đẳng trương NaCl 0,9% tốc độ 15 – 20ml/kg/h hoặc 1l/h ở bệnh nhân giảm thể tích nhưng không có biểu hiện suy tim.

Phụ thuộc vào tình trạng mất nước, rối loạn điện giải, và lượng nước tiểu để lựa chọn loại dịch thay thế tiếp sau.

+ Truyền muối nhược trương NaCl 0,45% tốc độ 4 – 14ml/kg/h hoặc 250 – 500ml/h nếu Natri hiệu chỉnh bình thường hoặc tăng.

+ Truyền muối đẳng trương NaCl 0,9% tốc độ 4 – 14ml/kg/h hoặc 250 – 500ml/h nếu Natri hiệu chỉnh giảm.

+ Khi đường máu < 11,1 mmol/l cần truyền bổ sung Glucose 5% cho đến khi hết tình trạng mất nước và toan ceton.

\* Insulin

Không truyền insulin khi nồng độ K<sup>+</sup> máu < 3,3 mmol/l.

Tiêm tĩnh mạch insulin Actrapid liều 0,1 UI/kg sau đó truyền tĩnh mạch insulin 0,1 UI/kg/h.

Khi nồng độ đường máu < 11,1 mmol/l giảm liều insulin xuống 0,05 UI/kg/h sau đó truyền. Glucose 5% và bổ sung duy trì đường máu từ 8,3 – 13,8 cho đến khi hết tình trạng nhiễm toan ceton và mất nước.

Ngay sau khi tình trạng nhiễm toan ceton ổn định (glucose < 11,1 mmol/l, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> ≥ 18 mmol/l, H 7,3, khoảng trống anion < 12 ) bệnh nhân có thể ăn được. Chuyển phác đồ tiêm Insulin dưới da để kiểm soát đường huyết.

\* Bù Kali

Nếu nồng độ K<sup>+</sup> máu < 3,3 mmol/l: ngừng truyền insulin, bù Kali 20 – 30 mEq/h cho đến khi K<sup>+</sup> > 3,3 mmol/l.

Nếu nồng độ K<sup>+</sup> từ 3,3 – 5,3 mmol/l, bù K<sup>+</sup> nồng độ 20 – 30 mEq/l duy trì K<sup>+</sup> 4 – 5 mmol/l.

Nếu K<sup>+</sup> > 5,3 mmol/l: không bù Kali, kiểm tra K<sup>+</sup> máu mỗi 2h.

\* Bù Bicarbonate

Bù bicarbonate còn nhiều tranh cãi, Truyền bicarbonate có thể gây ra các nguy cơ như:

+ Hạ Kali máu

+ Toan chuyển hóa hệ thần kinh trung ương.

+ Kéo dài quá trình chuyển hóa các thể Ceton

Theo khuyến cáo có thể truyền Bicarbonate trong các trường hợp sau:

+ H 6,9 – 7,0: Truyền 50 mEq Bicarbonate và 10mEq Kali pha trong 200ml muối đẳng trương trong 1h.

+ H < 6,9: Truyền 100 mEq Bicarbonate và 20 mEq Kali pha trong 400ml muối đẳng trương trong 2h.

Theo dõi :

Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn 30 phút/lần trong giờ đầu, 1h/lần trong 4h tiếp theo, và 2 – 4h/l cho đến khi hết toan ceton.

ĐMMM nên đc kiểm tra 1h/l để điều chỉnh tốc độ đường truyền Insulin

Điện giải đồ, chức năng thận (ure, creatinin), khí máu, ceton máu và niệu, Áp lực thẩm thấu máu nên đc theo dõi 4h/lần cho đến khi bệnh nhân ổn định. ■

**BS. PHẠM TIẾN ĐẠT**  
*BV Đa Khoa tỉnh Thái Bình*



# NHỮNG LƯU Ý KHI SỬ DỤNG NHÓM THUỐC ỨC CHẾ KÊNH ĐỒNG VẬN CHUYỂN Na - GLUCOSE 2 (SGLT2)

Hiện nay, có nhiều nhóm thuốc có thể sử dụng điều trị ĐTD tít 2, trong đó các thuốc ức chế đồng vận chuyển natri-glucose 2 (Sodium-Glucose co-Transporter 2:SGLT2) là nhóm thuốc mới giúp hạ đường huyết và cải thiện việc kiểm soát tốt đường huyết.

Cho đến nay, ba thuốc thuộc nhóm ức chế SGLT2 được FDA phê duyệt là canagliflozin (Invokana, Janssen), dapagliflozin (Forxiga, AstraZeneca), và empagliflozin (Jardiance, Boehringer Ingelheim). Vậy để sử dụng an toàn nhóm thuốc trên cần lưu ý những điều sau:

## 1. Thuốc ức chế SGLT2 chỉ định như thế nào?

Điều trị bệnh ĐTD tít 2 cùng với chế độ ăn và luyện tập hoặc phối hợp với các thuốc khác để làm giảm đường huyết.

Chưa có khuyến cáo dùng cho người ĐTD tít 1.

Không dùng cho người bị nhiễm ceton acid (tăng ceton trong máu hoặc nước tiểu).

Chưa rõ an toàn và hiệu quả ở trẻ dưới 18 tuổi.

## 2. Thuốc ức chế SGLT2 không nên dùng trong trường hợp nào?

- Dị ứng với bất kỳ thành phần nào của thuốc. Triệu chứng của

phản ứng dị ứng nghiêm trọng có thể gồm: ban da, mẩn đỏ xuất hiện trên da (tổ ong), sưng mặt, môi, lưỡi và họng gây khó thở hoặc nuốt.

Nếu bạn gặp bất cứ triệu chứng nào kể trên, ngưng dùng thuốc và liên hệ với bác sĩ hoặc đến ngay phòng cấp cứu của bệnh viện gần nhất.

- Đang có vấn đề về thận nặng hoặc đang thẩm phân (Chạy thận nhân tạo).

## 3. Nên thông báo với bác sĩ những gì trước khi dùng thuốc nhóm này?

- Tiền sử nhiễm ceton acid do ĐTD.

- Đang có vấn đề về thận

- Đang bị hoặc từng bị ung thư bàng quang

- Đang có thai hoặc dự định có thai.

Các thành phần của nhóm thuốc này có thể gây hại cho thai nhi; hãy thông báo cho bác sĩ nếu bạn có thai hoặc dự định có thai.

- Đang cho con bú hoặc dự định cho con bú.

## 4. Cách dùng nhóm thuốc ức chế SGLT2 như thế nào?

- Dùng thuốc theo đúng chỉ dẫn của bác sĩ.

- Không thay đổi liều thuốc mà không thông báo với bác sĩ.

- Uống thuốc một lần mỗi ngày cùng hoặc không cùng với thức ăn.

- Khi cơ thể bị một số vấn đề như sốt, chấn thương, nhiễm trùng, hoặc phẫu thuật, liều thuốc điều trị có thể cần thay đổi.

- Khi dùng thuốc vẫn phải thực hiện chế độ ăn uống và luyện tập cho người ĐTD.

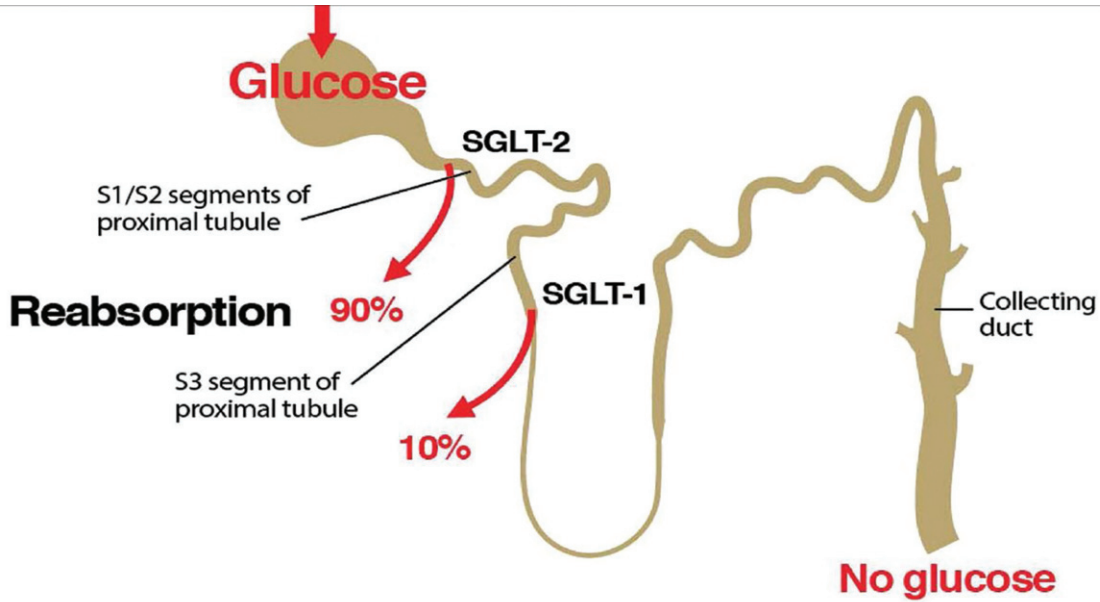
- Trước và sau một liệu trình điều trị bác sĩ có thể làm các xét nghiệm máu bao gồm đường máu và HbA1c để điều chỉnh liều thuốc.

- Thông báo cho bác sĩ nếu bạn bị hạ đường huyết.

- Nếu quên một liều thuốc, hãy uống ngay khi bạn nhớ ra. Nếu đã gần đến lần uống thuốc kế tiếp, bỏ qua liều đã quên và uống liều định kỳ tiếp theo. Không uống 2 liều thuốc cùng một lúc.

- Nếu bạn uống quá liều thuốc ức chế SGLT2, liên hệ với bác sĩ





hoặc đến ngay phòng cấp cứu của gần nhất.

## 5. Tác dụng phụ của nhóm thuốc này?

- **Mất nước:** Thuốc ức chế SGLT2 có thể gây mất nước ở một số bệnh nhân (mất muối và nước). Triệu chứng mất nước có thể thấy như chóng mặt, uể oải, choáng, hoặc yếu đặc biệt khi đứng (hạ huyết áp tư thế đứng). Nguy cơ mất nước cao hơn nếu người bệnh:

- + Bị huyết áp thấp
- + Uống thuốc làm giảm huyết áp, bao gồm các thuốc lợi tiểu
- + Bằng hoặc trên 65 tuổi
- + Đang ăn kiêng muối
- + Có vấn đề về thận

- **Nhiễm nấm âm đạo:** Phụ nữ dùng thuốc ức chế SGLT2 có thể nhiễm nấm âm đạo. Các triệu chứng của nhiễm nấm âm đạo bao gồm:

- + Mùi ở âm đạo
- + Dịch tiết âm đạo trắng hoặc hơi vàng

- + Ngứa âm đạo
- + Tiểu buốt

- **Viêm bao quy đầu:** Nam giới

dùng thuốc này có thể bị nhiễm nấm ở vùng da xung quanh dương vật. Một số người chưa cắt bao quy đầu có thể bị sưng dương vật làm cho việc kéo vùng da xung quanh dương vật trở lại rất khó. Các triệu chứng khác có thể thấy bao gồm:

- + Đỏ, ngứa hoặc sưng dương vật
- + Ban đỏ ở dương vật
- + Dịch tiết có mùi hôi ở dương vật
- + Đau ở vùng da xung quanh dương vật

Các triệu chứng trên có thể hết bằng cách giữ vệ sinh sạch sẽ; hãy thông báo cho bác sĩ nếu có các bất thường như trên; bác sĩ có thể kê đơn thêm một thuốc kháng nấm.

- **Ung thư bàng quang:** Trong một số nghiên cứu ở bệnh nhân ĐTĐ có dùng nhóm thuốc này, người ta thấy tỉ lệ ung thư bàng quang xảy ra nhiều hơn một ít so với những người dùng các thuốc trị ĐTĐ khác. Tuy nhiên, có rất ít trường hợp ung thư bàng quang được biết có liên quan đến nhóm thuốc này. Không nên dùng thuốc ức chế SGLT2 ở bệnh nhân bị ung thư bàng quang. Người bệnh hãy thông báo ngay cho bác sĩ nếu bạn có một

trong những triệu chứng sau:

- + Có máu hoặc màu đỏ trong nước tiểu
- + Đau khi tiểu

- **Hạ đường huyết:** Nếu điều trị thuốc này kết hợp với thuốc khác như sulfonylure hoặc insulin có thể gây nguy cơ hạ đường huyết cao hơn; liều sulfonylure hoặc insulin có thể cần phải giảm.

- Tăng lipid máu (cholesterol xấu hoặc LDL)

- **Các tác dụng phụ khác bao gồm:** Ngẹt mũi hoặc chảy mũi và đau họng; thay đổi khi đi tiểu, bao gồm cần phải đi tiểu nhiều lần hơn bình thường, với lượng lớn hơn, hoặc vào ban đêm.

Đây không phải là tất cả các tác dụng phụ có thể có của thuốc. Khi có bất kỳ dấu hiệu nào phải liên hệ với bác sĩ để có chỉ dẫn y khoa về các tác dụng phụ.

## 6. Bảo quản thuốc như thế nào?

Bảo quản thuốc ở nhiệt độ phòng khoảng 20-25°C.■

TS.BS. ĐỖ ĐÌNH TÙNG

# CÔNG NGHỆ PLASMA - GIẢI PHÁP CHO VẤN ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH TRONG NHIỄM KHUẨN MẠN TÍNH Ở NGƯỜI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Kháng sinh luôn là vấn đề đau đầu của y tế thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng; cần được phổ biến một cách rộng rãi cho cộng đồng để cùng nhau tìm lời giải cho “cuộc chiến” khó khăn này.



Chúng ta vẫn thường hay nói, lạm dụng đồng nghĩa với việc tự làm hại chính mình. Để nói không với kháng kháng sinh đòi hỏi sự đồng lòng của cả cộng đồng. Hiện nay, có nhiều bệnh nếu không được chữa trị kịp thời, đúng cách có thể gây ra các biến chứng cực kỳ nguy hiểm, gây nên những vết thương lở loét, chảy máu. Trong đó, đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh được đánh giá là

bệnh có nhiều biến chứng nguy hiểm. Theo thống kê có khoảng 5 – 7% số bệnh nhân ĐTĐ có biến chứng loét bàn chân và nguy cơ bị cắt cụt chân cao gấp 15 – 46 lần so với người không bị ĐTĐ. Tính trên phạm vi toàn thế giới thì cứ 30 giây lại có một bệnh nhân ĐTĐ bị cắt cụt chân. Con số thực sự rất đáng lo ngại. Tuy nhiên, nếu như người bệnh được phát hiện sớm, có biện

pháp điều trị kịp thời các biến chứng bàn chân thì có thể ngăn ngừa được tới 85% việc cắt cụt chân.

Các bệnh nhân ĐTĐ dễ bị nhiễm trùng hơn người bình thường, lý do là đường máu cao và tuần hoàn máu kém làm cho các phản ứng bảo vệ chống nhiễm trùng ở các bệnh nhân này diễn ra chậm hơn và kém hiệu quả hơn. Đa số ở Việt Nam là những người sản xuất trực tiếp tại

các cánh đồng hoặc nhà máy, họ tiếp xúc trực tiếp với các nguồn vi khuẩn rất lớn, vì vậy nếu có bất kỳ một vết loét nào thì nguy cơ bị nhiễm trùng cũng như nguy cơ ổ nhiễm trùng lan rộng là rất lớn.

Triệu chứng về các vết loét thường hay xảy ra ở mu bàn chân và ngón cái, và thường do đi giày dép quá chật nên người bệnh cần đặc biệt chú ý. Lưu ý là các vết loét thường bắt đầu chỉ là những vết xước hoặc phỏng da rất nhỏ nhưng do không được điều trị hoặc điều trị không đúng cách nên đã bị nhiễm trùng, tiếp sau đó nhiễm trùng ngày càng lan rộng ra toàn bộ bàn chân. Đến lúc này thì mọi biện pháp điều trị nội khoa bằng thuốc hoặc cắt lọc đều thường không có kết quả.

### Tìm phương pháp mới thay thế

Hiện nay, khi kháng sinh được sử dụng tràn lan dẫn đến nguy cơ kháng kháng sinh thì đòi hỏi ngành

y tế phải có một phương pháp điều trị mới thay thế. Ứng dụng công nghệ Plasma lạnh tương đối phù hợp để “xử lý” các vết thương khó liền ở bệnh nhân ĐTD nói riêng. Plasma lạnh còn ứng dụng để điều trị các vết thương đặc biệt các vết thương nhiễm khuẩn, các vết thương mạn tính khó liền, lâu liền; các vết thương nhiễm khuẩn đã bị kháng với các kháng sinh, các vết loét do bệnh ĐTD,... Ngoài ra, máy Plasmamed còn được các bệnh viện ứng dụng rất đa dạng để điều trị các vết thương do chấn thương, các vết thương bỏng, các vết thương, các vết loét do các bệnh da liễu, các vết loét do thiếu dưỡng, các vết loét mủ loét do tì đè nằm lâu ở các bệnh nhân bị đột quỵ, tai biến mạch máu não; điều trị các vết loét nhiễm trùng sau mổ (Bệnh viện Phụ sản TW điều trị nhiễm khuẩn sau mổ đẻ).

Do tác dụng của tia Plasma lạnh là diệt các vi khuẩn, kể cả vi khuẩn kháng thuốc và kích thích liền vết

thương nên hiệu quả thực tế ứng dụng tại các bệnh viện trong vừa qua là: Vết thương sẽ giảm các dấu hiệu nhiễm khuẩn ngay từ lần đầu tiên, vết thương hoàn toàn sạch vi khuẩn sau 2-3 lần chiếu, Đối với các vết loét nhiễm khuẩn mạn tính thì thời gian chiếu khoảng 4-5 lần. Plasma lạnh có thể điều trị được cả các vết loét nhiễm các vi khuẩn kháng thuốc nên giảm đáng kể việc sử dụng các kháng sinh đắt tiền.

### Những bước tiến xa hơn

Bên cạnh việc ứng dụng chữa lành các vết thương hở lâu lành thay thế việc dùng thuốc kháng sinh, công nghệ Plasma còn là giải pháp chăm sóc thẩm mỹ: Chiếu xạ trực tiếp vào vùng viêm nhiễm, làm sạch vi khuẩn, các bã nhờn trên da, tạo sự thông thoáng cho nang lông giúp chống viêm và làm lạnh da. Không những thế còn góp phần kích thích ra tế bào da mới, kích thích miễn dịch, tăng sinh collagen, elastin làm da căng mịn. Ngoài ra, công nghệ này giúp loại bỏ hôi hám, viêm nhiễm ở vùng kín kể, những khu vực cung cấp nơi sinh sản lý tưởng cho việc sinh sôi và phát tán vi khuẩn. Do vậy công nghệ này có thể ứng dụng trong chăm sóc da cho người ĐTD.

Các giải pháp thủy hóa sử dụng bộ lọc dựa trên công nghệ Plasma lạnh, do vậy nước plasma có thể diệt khuẩn là một trong những tiềm năng ứng dụng lớn để có thể sản xuất nước sát khuẩn để rửa vết thương. Với công nghệ mới này, đã phần nào giúp y tế Việt tìm ra hướng mới thay thế thuốc kháng sinh. ■

**TS. ĐỖ HOÀNG TÙNG**



*Sử dụng công nghệ Plasma trong chăm sóc da ở người đái tháo đường*



## 4 BƯỚC CƠ BẢN ĐỂ NGƯỜI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÝP 1 LUYỆN TẬP ĐÚNG CÁCH

Đái tháo đường (ĐTĐ) týp 1, trước đây thường được gọi là đái tháo đường phụ thuộc insulin hoặc đái tháo đường tuổi vị thành niên, là một bệnh tự miễn. Hệ thống miễn dịch của cơ thể đã sinh ra các kháng thể chống lại và phá hủy tế bào bê ta của đảo tụy sản xuất insulin. Sự thiếu hụt insulin dẫn đến tăng glucose máu và thường dẫn đến những biến chứng lâu dài. Đái tháo đường týp 1 là một trong những bệnh nguy hiểm phổ biến nhất ở lứa tuổi trẻ. Tỷ lệ mới mắc Đái tháo đường týp 1 ở lứa tuổi dưới 20 cao hơn tỷ lệ mới mắc các bệnh khác như ung thư, chứng xơ hóa túi mật, xơ cứng bì, viêm khớp dạng thấp hoặc loãn dưỡng cơ.

Cũng như với bệnh Đái tháo đường týp 2, để điều trị Đái tháo đường týp 1 có kết quả luôn là sự kết hợp giữa bộ ba liệu pháp về: Chế độ ăn uống, luyện tập và dùng thuốc. Việc luyện tập đúng cách sẽ có tác dụng rất tốt, cân bằng lipid ở người Đái tháo đường týp 1 như: Làm

giảm VLDL-c, LDL-c, giảm yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành, giảm huyết áp, cải thiện tình trạng tim mạch, làm tăng độ nhạy của insulin, làm giảm đi các stress vốn rất hay gặp trong cuộc sống. Tuy nhiên, cũng như các biện pháp điều trị khác, luyện tập cũng có những mặt

có lợi và những mặt có thể gây ra tác dụng không mong muốn. Để tránh những tác hại này, cần phải có sự chuẩn bị tốt bằng cách thiết lập cho mình một chương trình luyện tập hợp lý theo 4 bước cơ bản như sau:

**Bước 1: Chọn chế độ luyện tập an toàn bằng cách:**

- Luôn mang theo người những chứng cứ để người khác dễ dàng nhận thấy là mình đang bị mắc bệnh đái tháo đường như: thẻ, vòng đeo, vòng cổ tay, sổ y bạ...

- Tránh luyện tập vào thời điểm insulin có đỉnh tác dụng cao nhất

- Cân nhắc liều insulin khi thiết lập chế độ luyện tập

- Tránh tiêm insulin ở chi vận động trong quá trình luyện tập

- Chú ý phát hiện các triệu chứng hạ glucose máu trong và sau khi luyện tập.

- Sẵn sàng các phương tiện để tự cấp cứu khi có dấu hiệu hạ glucose máu như bánh quy mặn, viên kẹo glucose...

- Uống đủ nước trước, trong và sau khi tập để phòng mất nước

- Đo lượng glucose máu lúc đói để có thái độ xử trí trước khi luyện tập. Ví dụ:

+ Dưới 5,6mmol/l (< 100mg/dl): ăn bữa phụ chủ yếu là carbohydrate trước khi tập.

+ Trên 13,96mmol/l (>250mg/dl): Kiểm tra ceton niệu, nếu ceton niệu dương tính, không được tập, phải điều trị cho đến khi ceton niệu âm tính mới tập.

+ Trên 16,7mmol/l (>300g/dl): Không được luyện tập cho đến khi kiểm soát được glucose máu mới tiếp tục luyện tập.

**Bước 2: Lựa chọn phương pháp luyện tập**

Phương pháp luyện tập phải được xem như thực hành một đơn thuốc điều trị, giống như thực hiện chế độ ăn hoặc cách dùng insulin. Chia khóa của sự thành công là “phương pháp luyện tập phải phù hợp với từng người bệnh”. Chương trình luyện tập cần được xây dựng trên cơ sở các yếu tố tuổi tác, lối

sống, mức độ luyện tập, tình trạng người bệnh, nhất là tình trạng bệnh lý tim mạch, mức độ tổn thương của hệ thống thần kinh, có hay không biến chứng bàn chân...

**Bước 3: Chuẩn bị cho luyện tập**

Cần điều chỉnh chế độ ăn và insulin. Nguyên tắc cơ bản là liều lượng insulin và chế độ ăn phải phù hợp với chế độ luyện tập

- *Thứ nhất:* lượng thức ăn phải phù hợp

Với người Đái tháo đường tít 1 để điều chỉnh chế độ ăn uống và luyện tập cần phải định lượng glucose máu trước và sau khi luyện tập. Thông qua chỉ số glucose máu, HbA1c người ta có thể biết cơ thể đáp ứng ra sao với quá trình luyện tập; người ta cũng có thể biết phải bù bao nhiêu carbohydrat hoặc phải giảm bao nhiêu insulin để tránh hạ glucose máu. Với mức độ luyện tập trung bình, dưới 30 phút thường phải bổ sung các bữa ăn phụ, hiếm khi phải điều chỉnh insulin, ngay cả khi glucose máu thấp dưới 5,6mmol/l (< 100mg/dl). Nếu thời gian luyện tập lâu hơn cứ 30 phút phải có một bữa phụ. Cần lựa chọn dạng thức ăn cho phù hợp, ví dụ nếu là 30 phút một bữa phụ thì cần các loại thức ăn hấp thu nhanh với mức năng lượng vào khoảng 10-15gam.

- *Thứ hai:* Liều lượng insulin phù hợp

Trong thực tế, nếu tiến hành liệu pháp điều trị tích cực thì việc điều chỉnh liều insulin lại càng thuận tiện. Thường khi thời gian luyện tập kéo dài trên 60 phút thì nên thay đổi chế độ điều trị insulin. Đa số người bệnh thường được yêu cầu giảm vào khoảng 20% liều cơ bản để tránh hạ glucose máu. Nếu

thời gian luyện tập kéo dài, bác sĩ có thể cho bạn liều giảm đi càng lớn, có khi tới 1/3 đến 1/2 tổng liều.

**Bước 4: Theo dõi trong khi luyện tập**

Việc theo dõi trước, trong khi tập phải được thầy thuốc hướng dẫn tỉ mỉ và người bệnh phải thực hiện một cách nghiêm túc. Các chỉ số cần theo dõi là nhịp tim, huyết áp, các dấu hiệu và triệu chứng hạ glucose máu, các triệu chứng của thiếu máu cơ tim, đặc biệt là triệu chứng nhồi máu cơ tim. Thông thường người bệnh tập trong 10 giây đầu sau đó ngừng lại trong 5 giây tiếp theo để kiểm tra nhịp tim. Người bệnh sẽ phải thay đổi chế độ luyện tập nếu xuất hiện các triệu chứng không dung nạp như đau ngực, thở gấp, nhức đầu, chóng mặt hoặc buồn nôn. Nếu người bệnh bắt đầu luyện tập ở mức nhẹ, người ta kiểm tra nhịp tim sau 5- 10 phút luyện tập, nếu nhịp tim từ 100 -120 lần/ phút mà không có các dấu hiệu dung nạp khác như khó thở thì vẫn tiếp tục tập, nhưng nên kiểm tra lại sau mỗi 5 - 7 phút. Nếu luyện tập ở mức độ trung bình hoặc nặng nên chia ra 2 giai đoạn, sau khi khởi động 5 phút, từ phút thứ 5 đến phút thứ 10 nên luyện tập liên tục nhưng ở mức độ vừa phải; sau đó là giai đoạn luyện tập mạnh, còn lại 10 -20 phút cuối thì luyện tập giảm dần. Với người kiểm soát kém mức glucose máu nên bắt đầu luyện tập với thời gian ngắn 5-10 phút/một lần/một ngày, mỗi tuần từ 5- 7 ngày.

Hi vọng với bài viết này, các bạn sẽ lựa chọn được cho mình một chế độ luyện tập phù hợp. Chúc các bạn thành công và luôn sống vui, sống khỏe với bệnh đái tháo đường. ■

**BS THANH BÌNH**

# RỐI LOẠN KHẢ NĂNG TẬP TRUNG Ở TRẺ SINH RA TỪ BÀ MẸ MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

Mẹ mắc đái tháo đường thì con có nguy cơ rối loạn khả năng tập trung ngay từ 6 tháng tuổi



Các nhà khoa học đã tìm ra mối liên quan giữa bà mẹ mắc đái tháo đường và khả năng chú ý của trẻ trong suốt thời thơ ấu.

Thông thường sự thiếu tập trung có thể được nhận thấy ngay từ khi trẻ 6-18 tháng tuổi.

Kết quả các nghiên cứu của các nhà khoa học Trường Đại học Quốc gia Singapore cho thấy: việc kiểm soát tốt đái tháo đường thai kỳ có tác động lên sự phát triển thần kinh của thai nhi. Điều này khuyến khích các bà mẹ mắc đái tháo đường kiểm soát tốt tình trạng đường huyết của họ để đảm bảo cho sức khỏe não bộ của con sau này.

Các nhà khoa học đã đo hoạt động của não bộ ở trẻ sơ sinh bằng cách cho nghe các âm thanh được

lập lại với tần số tiêu chuẩn và được chặn bởi âm thanh ngắt quãng có tần số thấp hơn. Những âm thanh được lặp lại theo tần số tiêu chuẩn sẽ trở nên quen thuộc với trẻ và gợi nên hoạt động ít hơn trên não bộ.

Tuy nhiên, ở trẻ 18 tháng tuổi có mẹ mắc đái tháo đường thai kỳ, chúng lại có những đáp ứng não bộ nhiều hơn với âm thanh tiêu chuẩn và ít hơn với âm thanh ngắt quãng. Điều này trái ngược với đứa trẻ được sinh ra bởi bà mẹ có mức đường huyết bình thường. Biểu hiện này có thể dẫn đến rối loạn khả năng tập trung (ADHD) trong thời gian sau đó.

Những biểu hiện sớm của sự khác biệt trong sự chú ý của trẻ hoàn toàn có thể được phát hiện sớm ở những trẻ có nguy cơ cao nếu mẹ và

gia đình để ý trẻ. Điều này cho phép chúng ta tìm cách can thiệp và phòng ngừa sự tiến triển đến mức rối loạn khả năng tập trung trong tương lai sau đó của trẻ.

Tuy nhiên, hiện vẫn chưa tìm được bằng chứng của sự ảnh hưởng lên trí nhớ ở trẻ có mẹ mắc đái tháo đường thai kỳ.

Các nhà nghiên cứu sẽ tiếp tục đánh giá liệu vấn đề tập trung của trẻ được sinh ra từ bà mẹ mắc đái tháo đường thai kỳ có kéo dài và phát triển trong suốt quãng đời sau đó không?

Nếu mối quan hệ giữa đái tháo đường thai kỳ và khả năng tập trung là dai dẳng thì các chương trình can thiệp sớm cho phụ nữ có nguy cơ cao cần được chú trọng hơn. ■

**Đ.Đ.T**

# KẾT HỢP ĐÔNG TÂY Y VÀ LIỆU PHÁP TỔNG HỢP ĐỂ ỔN ĐỊNH ĐƯỜNG HUYẾT

Khoảng 26 tuổi tôi bị viêm đa khớp cấp. Sau khi nghỉ hưu được gần 3 năm, năm 2016 tôi đã bị nhồi máu cơ tim phải mổ phan nối 4 cầu. Đồng hành với bệnh tim là bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, các đốt sống cổ, đốt sống lưng, các khớp vai gáy đều bị thoái hóa.



rất nhiều sách, báo, kênh truyền hình nói về bệnh đái tháo đường, tôi đều theo dõi để biết nguyên nhân, cách phòng chống và áp dụng các cách để điều trị có hiệu quả. Nhất là gần đây Tạp chí Đái tháo đường của Hội người Giáo dục bệnh Đái tháo đường Việt Nam ra đời đã giúp người bệnh đái tháo đường có thêm nhiều kiến thức, tôi coi đó là cẩm nang của người bệnh từ nhận thức đến cách phòng chống, từ hiểu biết về những biến chứng của đái tháo đường, tim mạch, đến mắt, đến thận, tăng huyết áp, thần kinh ngoại vi...cùng với chế độ dinh dưỡng, luyện tập đúng cách.

Từ tháng 8 năm 2013 tôi chuyển bảo hiểm y tế về bệnh viện Tuệ Tĩnh. Khi vào điều trị chữa bệnh ở đây chỉ số đường huyết của tôi là 9,6mmol/l, HbA1c là 9,4. Qua thời gian điều trị, hiện tại các chỉ số đều ở ngưỡng cho phép. Sau các đợt xét nghiệm máu, khám bệnh, hầu như không phải nằm viện.

### **Tìm hiểu kỹ về bệnh tật để có cuộc sống lành mạnh**

Là người mắc bệnh đái tháo đường mãn tính cũng như các bệnh khác nên tôi luôn đặt cho mình phải tìm hiểu kỹ về bệnh tật. Hiện nay có

Từ nhận thức tăng cường hiểu biết về bệnh đái tháo đường, tôi đã xác định được hàng ngày phải chung sống với nó cho đến suốt đời, từ đó không bi quan, không lo sợ, chấp nhận nó và thực hiện nghiêm chỉnh những quy định của người bệnh với bệnh đó.

Trước hết về ăn uống: Tôi không ăn quá no, quá nhiều, chú ý thường xuyên bảo đảm bữa ăn sáng được phong phú và ngon miệng. Hai bữa chính bảo đảm đúng giờ, mỗi bữa ăn một miệng bát cơm, ăn nhiều rau củ và hoa quả ít ngọt, lựa chọn chất sô,



chất béo, hầu như không ăn mỡ động vật, các đồ chiên rán, không sử dụng rượu bia và chất ngọt có ga, trong ngày tôi có một, hai bữa phụ để không bị đói, tránh hạ đường huyết.

Tôi tăng cường vận động hợp lý, hàng ngày tôi đều đi bộ, vận động nhẹ từ 30 đến 45 phút. Nếu trời nắng quá, trời mưa tôi vận động ở trong nhà, có thể mở nhạc để nhảy nhót hoặc đi bộ ngoài hành lang kết hợp với tập hít sâu và thở mạnh. Ngoài ra trước khi đi ngủ, tôi cũng thường xoa bóp chân, tay, bấm những huyệt đơn giản như bách hội, dưỡng tuyền... cố gắng tạo cho giấc ngủ sâu. Mặt khác để cho đầu óc đỡ trì trệ, tôi vẫn dành thời gian đọc sách và viết mỗi ngày từ 45 phút đến một tiếng. Lúc rảnh rỗi tôi cũng làm thơ. Từ tháng 5 năm 2012 đến tháng 6 năm 2017 tôi đã in được 14 tập thơ. Chính hoạt động này đã giúp tôi thấy được cuộc sống có ý nghĩa hơn, giảm được stress.

#### **Kiên định điều trị kết hợp Đông - Tây y**

“Nam dược trị nam nhân” là

phương châm chữa bệnh của ông cha ta từ lâu đời trước khi có nền Y học Phương Tây du nhập vào nước ta, nền y học nước nhà cũng sớm có chủ trương Đông - Tây y kết hợp. Nhưng phải đến những năm gần đây mới quán triệt được một cách sâu sắc và thực hiện triệt để.

Đối với bệnh đái tháo đường một thời gian dài trong ý thức nhiều người thì Đông y không chữa được. Một phần lớn là do việc giáo dục chưa đến nơi đến chốn, ngay bản thân tôi cũng nhận thức như vậy. Nhưng thực tế đã chứng minh rằng việc phối hợp điều trị Đông - Tây y kết hợp đã có nhiều kết quả.

Đối với bản thân tôi, người điều trị trực tiếp về đái tháo đường là tiến sĩ Trần Thị Thu Vân khoa nội tiết chuyển hóa cho biết: Tôi là bệnh nhân ở thể thượng tiêu: Phế nhiệt tâm thương chứng. Triệu chứng là khát nước, uống nhiều, miệng khô, họng khô, đi tiểu nhiều lần lượng nhiều, phiền nhiệt, ra nhiều mồ hôi, bên rìa lưỡi và đầu lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, mỏng, mạch hồng sắc. Các

bác sĩ đã phải dùng phương pháp: thanh nhiệt, nhuận phế, sinh tâm chỉ khát. Dùng bài tiêu khát phương gia giảm gồm: hoàng liên, thiên hoa phấn, sinh địa, ngưu tiết, cát căn, mạch môn để sinh tâm thanh nhiệt, giáng hỏa, dưỡng tâm tăng dịch.

Tiến sĩ Trần thị Thu Vân còn cho biết để ngăn chặn những biến chứng nên điều trị bệnh chính đồng thời tích cực điều trị để phòng các biến chứng chủ yếu do gan thận tinh huyết, có thể dùng kỷ cúc địa hoàng hoàn hoặc minh mục địa hoàng hoàn. Đề phòng biến chứng ung nhọt, điều trị thanh nhiệt giải độc, tiêu chảy ung dùng bài “ Ngũ vị tiêu độc ẩm”. Chính vì nghiêm ngặt uống các bài thuốc sắc kết hợp với Tây y, cùng với chế độ ăn uống, vận động thích hợp, vì vậy tuy mắc đái tháo đường nhiều năm tôi vẫn giữ được sức khỏe cơ bản, đường huyết ổn định, chưa xuất hiện biến chứng nào. ■

**Vũ Quang Ngọc: P 1006, nhà CT2 khu đô thị Văn Khê, phường La Khê, quận Hà Đông  
ĐT: 01677628180**



# 10 NĂM “CHINH PHỤC” CÂY DƯỢC LIỆU QUÝ “KHẮC CHẾ” BỆNH TIỂU ĐƯỜNG

Tâm huyết nghiên cứu về dược liệu “khắc chế” bệnh tiểu đường, một căn bệnh có nhiều biến chứng vô cùng nguy hiểm, PGS-TS Trần Văn Ôn (Trưởng bộ môn Thực vật học, ĐH Dược Hà Nội) đã miệt mài 10 năm đi tìm cây dược liệu quý...



*Hành trình gian nan của PGS TS Trần Văn Ôn khi đi tìm cây Dây thìa canh*

## Hàng trăm ngày đêm “băng đèo vượt suối”

PGS-TS Trần Văn Ôn - Trưởng bộ môn Thực vật học (Trường ĐH Dược Hà Nội) kể, hành trình đầy gian nan và kỳ lạ ấy, bắt nguồn từ năm 2007, khi ông thực hiện đề tài khoa học cấp Bộ: “Sàng lọc các Bài thuốc dược liệu có tác dụng hạ đường huyết”.

Quá trình thực hiện đề tài, TS. Trần Văn Ôn cùng các cộng sự rong ruổi nhiều vùng rừng rậm, các bản làng hẻo lánh của người dân tộc tìm cây thuốc. Tuy nhiên, hàng loạt thử nghiệm cây thuốc khiến đoàn chuyên gia thất vọng do hiệu quả thấp hoặc không rõ ràng.

Một lần, tình cờ đọc được một tài liệu y học nhắc đến tác dụng hạ đường huyết của loài cây *Gymnema Ấn Độ* (tiếng Ấn Độ gọi là cây

Gumar). Loài cây thuộc họ Thiên lý này được sử dụng tại Ấn Độ từ 2000 năm trước để trị bệnh “nước tiểu ngọt như mật”. Y văn này còn chỉ ra rằng, loài cây *Gymnema* cũng phân bố ở vùng có khí hậu nhiệt đới ẩm, trong đó có Việt Nam.

Mừng rỡ, TS. Ôn quyết tâm đi tìm loài cây “bí hiểm” trên dải đất Việt Nam quê hương. Mang theo hình vẽ và miêu tả “loài cây quý” trong y văn, TS. Ôn cùng các cộng sự đã lặn lội hàng trăm ngày, đêm băng rừng vượt núi tìm thuốc. “Chúng tôi thực hiện nhiều chuyến đi vào Nam, ra Bắc xối tung nhiều vùng đất nhưng thất vọng, ra về tay không”, ông kể.

Miệt mài và nhẫn nại suốt hàng năm ròng rã hành trình đi tìm cây dược liệu quý “khắc chế” bệnh tiểu đường, cuối cùng, TS. Trần Văn Ôn và đồng nghiệp đã “gặt hái” thành quả tìm được cây dược tính quý.

Loài dây leo “bí ẩn” được ông tìm được chính là Dây thìa canh (tên khoa học: *Gymnema sylvestre*).

## Tác dụng 4 trong 1

Các xét nghiệm cho thấy, hoạt chất gymnemic acid (hoạt chất chính của Dây thìa canh) có cơ chế tác dụng tăng tiết insulin của tuyến tụy, tăng cường hoạt lực của insulin, ức chế hấp thu glucose ở ruột, làm tăng hoạt tính của men hấp thu và sử dụng đường, giảm cholesterol và lipid máu. Các nhà khoa học xác định Dây thìa canh có tác dụng hạ đường huyết nhanh tương tự như insulin. Cụ thể, đỉnh tác dụng hạ đường huyết ở 2h và duy trì đến 4h; mức độ hạ đường huyết tương đương ở thời điểm 2h và 4h. Ngoài ra trên một số nghiên cứu khác cho thấy tác dụng giảm cholesterol máu giảm béo phì cũng rất hiệu quả. Đặc biệt, Dây thìa canh có tới 4



**Niềm vui của PGS TS Trần Văn Ôn khi tìm thấy Dây thìa canh lá to**

tác dụng, không chỉ giúp hạ đường huyết, còn ngăn ngừa biến chứng ở bệnh nhân tiểu đường hiệu quả. Với tính ôn hòa của thảo dược, Dây thìa canh hoàn toàn không có tác dụng phụ với người bệnh tiểu đường khi sử dụng lâu dài.

### **Khám phá một loài Dây thìa canh khác “lá to kỳ diệu”**

Dù tác dụng của Dây thìa canh vô cùng to lớn, nhưng khám phá tiếp theo còn khiến PGS Ôn và đồng nghiệp vui mừng hơn cả.

Trong quá trình xét nghiệm, sàng lọc các cây cùng chi với Dây thìa canh, PGS.TS Trần Văn Ôn lại bất ngờ phát hiện ra loại Dây thìa canh lá to (*Gymnema latifolium*) với hoạt chất mạnh gấp nhiều lần Dây thìa canh thường (hay còn gọi là Dây thìa canh lá nhỏ).

Thí nghiệm cho thấy, thử nghiệm trên chuột được gây tăng đường huyết bởi STZ, mức độ giảm đường huyết của dịch chiết Dây thìa canh lá to ( $36,31 \pm 3,5\%$ ) cao hơn so với Dây thìa canh ( $23,41 \pm 4,09\%$ ). Điều này chứng tỏ Dây thìa canh lá to có tác dụng hạ đường huyết vượt trội hơn so với Dây thìa canh. Nghiên cứu còn cho thấy Dây thìa

canh lá to không có độc tính cấp ngay cả khi dùng liều cao gấp 100 lần liều khuyến cáo.

Tiếp nối thành công, mong muốn phát triển “giống” cây quý, TS Ôn đã tiến hành sàng lọc, gieo hạt tại vườn ươm của ĐH Dược Hà Nội. Qua nghiên cứu thử nghiệm, TS Ôn chọn vùng đất Thái Nguyên (tỉnh Thái Nguyên) và Hải Hậu (tỉnh Nam Định) để gieo trồng cây quý. Hiện, Thái nguyên được mệnh danh là vùng “đất tổ” của Dây thìa canh. Nơi đây, có nhiều cây tuổi đời gần 10 năm vô cùng quý hiếm.

### **Ứng dụng vượt trội trong thực tế**

Sau hơn 10 năm được TS. Trần Văn Ôn tìm tòi và nghiên cứu, Dây thìa canh đã chính thức được đưa vào Dược điển Việt Nam V. Sự kiện này có ý nghĩa to lớn với nền Dược liệu Việt Nam và mở ra một tương lai mới cho bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ). Ngày 13/7/2016, đề tài khoa học cấp Bộ: “Nghiên cứu sản xuất chế phẩm hỗ trợ điều trị tiểu đường từ cây Dây thìa canh lá to” của PGS-TS Trần Văn Ôn được Bộ Y tế nghiệm thu (Quyết định số 3548/QĐ-BYT). Sau đó, công trình

khoa học này được TS. Ôn chuyển giao cho Công ty Cổ phần Dược khoa (DK Pharma) ứng dụng sản xuất sản phẩm viên nang đầu tiên từ Dây thìa canh lá to và kế tiếp là sản phẩm dạng trà túi lọc mang tên DKbetics.

Theo TS. Trần Văn Ôn, DKBetics là sản phẩm đầu tiên và duy nhất nhận chuyển giao công nghệ từ ông. DKBetics có ưu điểm nổi trội hơn so với các sản phẩm Dây thìa canh khác. Sản phẩm là kết quả kết hợp hoạt chất của 2 loài Dây thìa canh (*Gymnema sylvestre*) và Dây thìa canh lá to (*Gymnema latifolium*) với tác dụng giúp hạ đường huyết và ổn định đường huyết vượt trội. “Đồng thời không có tác dụng phụ, dễ sử dụng, dùng quá liều cũng không ngộ độc, giúp tiết kiệm vì không cần phải dùng cùng lúc nhiều sản phẩm”, ông phân tích.

Nói về nguồn nguyên liệu sản xuất sản phẩm DKBetics, TS. Trần Văn Ôn cho biết, nguyên liệu Dây thìa canh và Dây thìa canh lá to được tuyển chọn kỹ lưỡng từ khâu chọn giống, trồng trọt và thu hái đạt tiêu chuẩn GACP-WHO; quy trình sản xuất DKBetics đạt chuẩn GMP-WHO do Bộ Y tế công nhận.

Vị thầy thuốc tâm sự, để có được dược liệu sạch theo tiêu chuẩn quốc tế, ông đã chọn lọc giống cây qua 3 thế hệ, đảm bảo tiêu chuẩn cho hoạt chất ổn định. “Từ đất trồng, nguồn nước được kiểm soát chặt chẽ đảm bảo an toàn. Để tránh “ô nhiễm chéo”, những vùng đất trồng Dây thìa canh cũng đảm bảo cách xa các vùng trồng hoa màu khác hoặc phải được ngăn bằng hàng rào cây xanh, tránh thuốc trừ sâu ở các vùng khác lây sang. Việc thu hái Dây thìa canh cũng phải tuân thủ những kỹ thuật nghiêm ngặt”... ■

**MINH ANH**

# NACHO CHIẾN THẮNG CĂN BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG NHƯ THẾ NÀO?

Không phải cầu thủ nào sinh ra cũng đã may mắn có được một sức khỏe hoàn hảo và số phận của Nacho Fernandez còn bi đát khi anh mắc bệnh đái tháo đường ngay từ khi còn nhỏ.



*Nacho là biểu tượng của lòng dũng cảm chiến thắng bệnh tật*

Ở tuổi 28, Nacho đã giành được mọi danh hiệu vinh quang nhất cấp CLB cùng với Real Madrid. Tuy nhiên, hiếm người biết để đến được ngày hôm nay, cầu thủ đa năng này đã phải trải qua những gì. Anh nhớ lại:

"Năm lên 12 tuổi, tôi đã ở Real Madrid được vài năm. Đây là giấc mơ có thật khi được khoác lên mình tấm áo này. Tôi chuẩn bị một giải đấu cùng Real thì đột nhiên cảm thấy không ổn".

"Tôi luôn buồn đi tiểu và uống rất, rất nhiều nước. Mẹ tôi rất lo lắng bởi giải đấu sắp tới sẽ khiến tôi xa nhà khoảng 5 ngày. Bà ấy quyết định gọi đến bệnh viện. Họ làm vài xét nghiệm và lượng đường trong máu của tôi đã vượt trần. Tôi đã bị

đái tháo đường týp 1".

"Mọi thứ thật khó khăn. Vào thứ Sáu, bác sỹ nói với tôi rằng không có cách nào để tiếp tục theo đuổi bóng đá. Hãy thử tưởng tượng một cậu bé 12 tuổi cảm nhận ra sao khi nghe được điều đó. Quá tồi tệ. Tôi về nhà và có một tuần đen tối".

"Vào thứ Hai, tôi trở lại bệnh viện và gặp một vị bác sỹ khác, ông Ramirez. Tôi rất hạnh phúc vì ông ấy đã nói những điều ngược lại. Ông ấy nói thể thao là thứ quan trọng nhất với tôi và tôi có thể tiếp tục thi đấu".

"Thật không đúng khi nói rằng tôi không thể trở thành cầu thủ chuyên nghiệp bởi sức khỏe của mình. Tôi vẫn ở đây cho tới ngày hôm nay và tiếp tục chiến đấu".

"Đái tháo đường không có nghĩa rằng một cậu bé không thể có cuộc sống bình thường. Tập luyện thể thao là điều quan trọng nhất để chiến thắng nó".

"Tôi phải tự tiêm hàng ngày và cực kỳ cẩn thận với đồ ăn, thức uống để không bị tăng đường máu. Nhưng thể thao luôn cần thiết với những bệnh nhân đái tháo đường".

9 năm sau ngày định mệnh đó, Nacho được HLV Jose Mourinho cho ra mắt đội 1 Real Madrid. Giờ đây, Nacho là một cầu thủ quan trọng của Los Blancos. Anh sẽ tham dự trận chung kết Champions League với Liverpool ở Kiev và cũng là một thành viên của ĐT Tây Ban Nha tại World Cup 2018. ■

*Sưu tầm*

# Hỏi đáp - Tư vấn

Phụ trách chuyên mục:

PGS.TS.BS Tạ Văn Bình, PGS.TS.BS Trần Đình Toán, TS.BS Đỗ Đình Tùng



PGS.TS.BS Tạ Văn Bình

**1. Thưa PGS. Tạ Văn Bình, tôi mới được chẩn đoán mắc đái tháo đường. Vậy xin hỏi PGS có nên kiêng ăn cơm trong khi điều trị đái tháo đường không?**

Người đái tháo đường luôn được khuyến cáo chọn các thực phẩm có chỉ số đường máu thấp; tức là sau khi ăn 2 giờ, thực phẩm đó không làm chỉ số đường máu tăng cao quá mức. Cơm gạo là những thực phẩm gây chỉ số đường máu cao. Tuy nhiên, người đái tháo đường không nhất thiết phải nhịn hoàn toàn tinh bột; vẫn có thể ăn cơm hàng ngày nhưng ở mức độ hạn chế, nên ăn cơm chính vào buổi sáng, ăn hạn chế vào buổi trưa và ăn ít vào buổi tối, nếu đói có thể ăn thay thế bằng thịt, cá và tăng cường ăn rau lá và trái cây (loại có chỉ số đường huyết thấp). Cũng nên lưu ý rằng trước đây có quan niệm ăn miến rong tốt hơn ăn cơm vì miến có ít đường; Thực tế thì lượng đường của miến vào máu có tới khoảng 84-95% trong khi lượng đường do cơm gạo chỉ khoảng 72%.

**2. Thưa bác sĩ, con gái tôi mắc bệnh đái tháo đường được 6 tháng và**



PGS.TS.BS Trần Đình Toán

**đang điều trị theo thuốc của bác sĩ tại bệnh viện nhưng một số người khuyên con gái tôi mỗi bị thì nên dùng thuốc đông y sẽ khỏi, Vậy xin bác sĩ tư vấn giúp thuốc đông y có khỏi được bệnh đái tháo đường không?**

Có thể khẳng định cho tới nay không có loại thuốc nào có thể chữa khỏi bệnh đái tháo đường. Thông thường thuốc tây y dùng để điều trị bệnh đái tháo đường còn thuốc đông y dùng để hỗ trợ điều trị. Tuy nhiên, để đường máu ổn định người bệnh phải đồng thời thực hiện chế độ ăn uống và luyện tập.

**3. Thưa bác sĩ cháu đang điều trị đái tháo đường vậy có nên sinh con hay không?**

Người bệnh đái tháo đường hoàn toàn có thể sinh con khỏe mạnh nếu biết cách duy trì chế độ ăn uống sinh hoạt và dùng thuốc đúng để duy trì lượng đường máu ổn định. Nên sớm sinh con để nhanh chóng có sự ổn định cuộc sống. Tuy nhiên, ngoài việc thống nhất giữa gia đình còn nên tham khảo ý kiến của thầy thuốc để



TS.BS Đỗ Đình Tùng

có lộ trình chuẩn bị chu đáo trước, trong và sau sinh. Người bệnh đái tháo đường cần được chăm sóc chu đáo đồng thời của bác sĩ chuyên khoa Nội tiết – Đái tháo đường và bác sĩ Sản khoa.

**4. Trong khi điều trị đái tháo đường có được uống mật ong không, có được ăn ngọt không?**

Người bệnh điều trị đái tháo đường cũng giống như người khỏe mạnh, cơ thể cần chất đường phục vụ cho việc sinh năng lượng. Lượng đường cần thiết có thể ăn tùy thuộc vào nhu cầu mỗi người. Tuy nhiên, người đái tháo đường nên nhớ đường trong mật ong sẽ hấp thu nhanh gây tăng đường máu sau khi uống vì vậy không nên uống nhiều cùng lúc và chỉ uống vừa đủ để tránh thừa năng lượng gây béo phì.

Cũng giống như mật ong, chất ngọt có trong rất nhiều loại lương thực, thực phẩm khác nhau, người bệnh có thể ăn chất ngọt nhưng ở mức hạn chế, không nên ăn nhiều cùng một lúc.

**5. Thưa bác sĩ, tôi là người thích**

**khám phá những vùng đất mới vì thế tôi rất thích đi du lịch. Nhưng gần đây tôi mắc bệnh đái tháo đường và phải tiêm insulin thường xuyên. Vậy xin bác sĩ tư vấn giúp tôi có nên đi du lịch khi đang phải tiêm insulin không?**

Người bệnh đái tháo đường ngay cả khi đang tiêm insulin cũng vẫn có thể đi du lịch. Tuy nhiên cần phải chuẩn bị chu đáo cho chuyến đi. Khi đi du lịch, phải chuẩn bị kĩ các thuốc, dụng cụ tiêm đủ cho quá trình đi, phải có túi riêng bảo quản insulin, không nên để ánh nắng chiếu trực tiếp hoặc để insulin ngoài trời, không nên đi du lịch trong trạng thái bệnh không ổn định. Nhất thiết không được bỏ bữa, nên ăn uống đúng giờ, cố gắng ăn đủ, không nên quá vui mà ăn nhiều hoặc mãi chơi mà bỏ bữa ăn. Sau thời gian đi du lịch dài ngày phải đến khám lại mặc dù trước lịch hẹn khám.

**6. Thưa bác sĩ, tôi bị bệnh đái tháo đường được gần một năm nhưng vì làm nghề buôn bán nên công việc rất bận rộn vào buổi sáng, nhiều khi vì bận quá nên tôi quên không uống thuốc đái tháo đường vào buổi sáng. Vậy tôi có thể uống bù vào buổi tối được không?**

Quên thuốc là một sai lầm trong điều trị, đôi khi phải trả giá bằng những biến chứng, tai biến. Thông thường chỉ được uống bù lại khoảng thời gian quên ngắn; ví dụ trước ăn quên uống, có thể uống lại sau ăn. Không thể sáng quên thì tối uống bù vì như vậy sẽ rất nguy hiểm; nhiều khi làm tăng nguy cơ hạ đường máu vào ban đêm. Có nhiều cách để phòng tránh quên thuốc là đặt chuông điện thoại nhắc uống thuốc, viết lịch, xếp thuốc vào hộp rồi chia theo bữa ăn từ tối hôm trước.

**7. Chân tay thường xuyên tê nhức, ngâm chân bằng nước ấm thì**

**thấy dễ chịu, vậy có nên tiếp tục ngâm chân hàng ngày?**

Người mắc bệnh đái tháo đường thường bị biến chứng thần kinh ngoại biên do đó sẽ giảm hoặc mất cảm giác ở bàn chân. Những người mắc bệnh đái tháo đường có biến chứng về thần kinh ngoại vi sẽ nhận biết được bằng các triệu chứng điển hình như rối loạn cảm giác chi dưới như tê bì, kiến bò, nóng, lạnh, rát; họ cũng thường mất cảm giác. Muốn có cảm giác dễ chịu người bệnh thường phải ngâm nước nóng hơn bình thường đôi khi nước rất nóng; vì vậy rất nguy hiểm vì có thể bị bỏng; hoặc nhẹ cũng gây nên tổn thương các dây thần kinh và làm bệnh thần kinh ngoại vi nặng lên. Hiện có nhiều quan điểm khác nhau về vấn đề này. Ví dụ, người ta có thể dùng phối hợp ngâm chân với các thuốc đông y nhưng phải có người kiểm tra độ ấm của nước, vì nóng quá sẽ gây bỏng; một số khác thì không nên. Theo chúng tôi thì người bệnh nếu không có người giúp đỡ trong việc kiểm soát độ sôi của nước thì không nên ngâm chân bằng nước nóng. Người bệnh đái tháo đường cũng không được chườm nóng, không được đi chân trần ra ngoài trời nóng hoặc ngồi sau xe do nguy cơ bỏng bô xe máy... Nếu có cảm giác lạnh, khó chịu có thể đi tất chân.

**8. Mắc đái tháo đường lại đau khớp gối có nên đi bộ và chạy bộ không?**

Dù là thực hiện phương pháp tập thể dục nào, người đái tháo đường cũng nên tham khảo cẩn thận trước khi bắt đầu liệu trình tập. Với trường hợp đau khớp gối hoặc có biến chứng bàn chân thì nên chọn phương pháp tập thể dục như bơi lội, đạp xe, tập dưỡng sinh hoặc yoga.

**9. Tiền đái tháo đường có chữa**

**khỏi được không?**

Khác với người mắc bệnh đái tháo đường thực thụ, người mắc tiền đái tháo đường vẫn có cơ hội trở về đường máu như bình thường. Nếu được điều trị dự phòng tốt thì có thể 50 – 65% người tiền đái tháo đường hoặc là trở lại bình thường hoặc giữ nguyên tình trạng tiền đái tháo đường mà không tiến tới đái tháo đường týp 2. Tuy nhiên, nếu không được điều trị dự phòng thì thường sau 5 năm có thể có hơn 50% người tiền đái tháo đường tiến triển thành đái tháo đường lâm sàng tức là có đường máu lúc đói trên 7.0mmol/l.

Tuy nhiên cần lưu ý rằng, dù được chẩn đoán là tiền đái tháo đường thì các biến chứng về mạch máu và thần kinh ở những người này vẫn tiến triển giống như người bệnh đái tháo đường lâm sàng.

**10. Được chẩn đoán tiền đái tháo đường có cần phải theo dõi điều trị không?**

Như đã nói ở trên, thật là sai lầm khi đã được chẩn đoán mắc tiền đái tháo đường mà không điều trị. Hiện nay, kể cả các bác sĩ cũng thường bỏ qua không điều trị cho bệnh nhân ở giai đoạn này. Với tỉ lệ phát triển từ tiền đái tháo đường thành đái tháo đường lên tới 50% sau 5 năm thì việc điều trị ở giai đoạn tiền đái tháo đường là rất quan trọng. Nếu điều trị tốt đường máu trở về bình thường, sẽ không bị mắc đái tháo đường trong tương lai. Hoặc nếu có mắc đái tháo đường thì cũng không phải là 5 năm mà có thể 20 năm sau mới mắc bệnh do đó sẽ giảm được các biến chứng, giảm chi phí điều trị. Việc điều trị, thăm khám định kỳ với người tiền đái tháo đường còn có ý nghĩa sẽ chẩn đoán được ngay khi chuyển thành đái tháo đường để điều trị kịp thời, tránh các biến chứng nặng nề. ■

### Đừng quên gọi lại

Tại một phòng khám tư.

– Alô, bác sĩ phải không ạ? Tôi cảm thấy rất mệt, mong ông đến khám giúp cho.

– Xin lỗi, thưa bà, hiện giờ bác sĩ đi vắng. Tôi chỉ là y tá trực. Bác sĩ bận dự hội nghị ba ngày nữa mới về. Xin bà thông cảm, lúc đó bà hãy gọi điện lại nhé.

– Ba ngày nữa ư? Nhưng đến lúc đó tôi chết rồi thì sao?

– Trong trường hợp đó, bà đừng quên nhấn người nhà gọi điện thoại lại để tôi còn xóa tên bà trong sổ hẹn!



### Bệnh nhân lo lắng vì thuốc có tác dụng

Một bệnh nhân đến gặp bác sĩ tâm lý rầu rĩ nói:

– Thưa bác sĩ, tôi thấy tình hình mấy hôm nay của mình không được tốt lắm.

Vị bác sĩ từ tốn:

– Anh nói cụ thể xem nào?

– Tôi không còn nghe thấy giọng nói lạ trong đầu như trước nữa.

Bác sĩ ngạc nhiên:

– Đó không phải là tin tốt sao? Điều đó chứng tỏ thuốc tôi kê cho anh đã có tác dụng rồi.

Bệnh nhân thở phào nhẹ nhõm:

– Vậy ư? Vậy mà mấy ngày nay tôi cứ lo lắng hay mình bị điếc rồi!

### Giống như thật

Bệnh nhân than phiền với bác sĩ:

– Mấy cái răng ông lắp cho tôi hôm nọ, bây giờ đau quá!

– À, điều đó chứng tỏ rằng chúng giống như răng thật.

### Giờ mới bắt đầu

Một anh chàng thở hồng hộc chạy vào hiệu thuốc:

– Ông có thứ thuốc nào chữa ngay được chứng nấc không?

– Thế này là khỏi ngay. Vừa dứt lời chủ tiệm tát cho khách một cái.

– Nhưng người bị nấc là vợ tôi cơ! Anh kia vừa nói vừa... bắt đầu nấc



## Chứng hoang tưởng

Một người đàn ông đến gặp bác sĩ tâm thần với vẻ mặt lo lắng. Sau một lúc lâu quan sát xung quanh, ông ấy thỏ thẻ nói với bác sĩ:

– Bác sĩ có thể giúp tôi được không? Một tháng gần đây tôi cứ luôn nghĩ mình là một con chó. Tôi biết điều đó thật điên rồ nhưng không biết nên làm thế nào nữa!

Bác sĩ vội trấn an:

–Ồ, không có gì đáng lo đâu, đó là một chứng hoang tưởng khá phổ biến. Chúng ta sẽ cùng giải quyết vấn đề này. Nhưng trước tiên, anh hãy nằm thư giãn trên chiếc ghế sofa này.

Người đàn ông nghe thấy thế lập tức lắc đầu nói:

– Không được đâu thưa bác sĩ. Tôi không được phép leo lên giường hay lên sofa nằm, chỗ của tôi là ở trên sàn nhà cơ!



## Để đồ khi mổ

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

– Lạy Chúa, thế là xong rồi!

– Đừng tưởng bở. 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 ngắt luôn.



## Khi bác sĩ chia tay

Carol than thở với Cindy về việc cô vừa hủy hôn với tay bác sĩ làm cùng.

Sau khi nghe cả câu chuyện, Cindy bực dọc quát:

– Cái gì, tên khốn ấy yêu cầu cậu trả lại nhẫn cưới và toàn bộ số quà hắn ta đã tặng cậu à?

Carol gật đầu:

– Chia tay đòi quà cũng được thôi, đằng này hắn còn quá đáng hơn nữa!

– Hắn ta yêu cầu gì nữa à? – Cindy hậm hực.

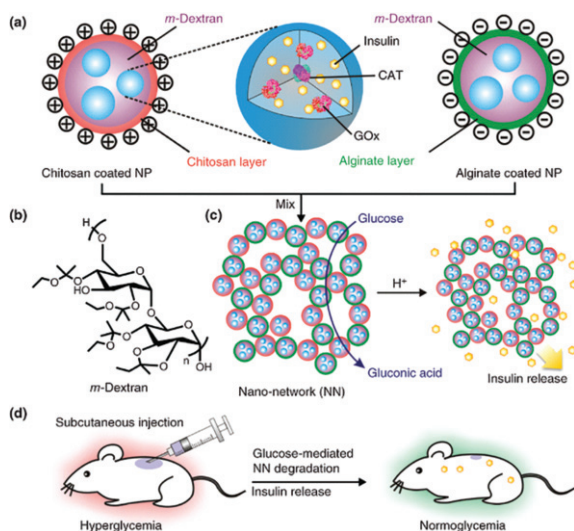
Carol ảm ức:

– Hắn gửi 37 hóa đơn cho những lần hắn tới nhà khám bệnh cho tớ từ hồi mới quen nhau tới giờ.



# ỨNG DỤNG CÔNG NGHỆ NANO TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

**ĐỖ ĐÌNH TÙNG**  
 Trường Đại học Y Hà Nội



## TÓM TẮT

Y khoa nano là những ứng dụng của công nghệ nano trong lĩnh vực y tế để phòng ngừa và điều trị bệnh trong đó có bệnh đái tháo đường. Từ lâu, công nghệ nano được ứng dụng rất rộng và đa dạng trong các chuyên ngành khác nhau; trong ngành y đó là các loại vật liệu mới, các dụng cụ, thiết bị, các nanorobots như là “cánh tay nối dài” cho các nhà chuyên môn.

Những thiết bị siêu nhỏ đã được sản xuất để đo lượng glucose và insulin liên tục theo thời gian trong cơ thể mà không phải lấy máu. Insulin được bọc trong các hạt nano có thể đi qua dạ dày mà không bị phân hủy giúp cho bệnh nhân đái tháo đường không phải sử dụng thuốc ở dạng tiêm gây đau đớn và có nhiều biến chứng. Tại Việt Nam, băng nano bạc là một loại vật tư đã được sử dụng rộng rãi trong điều trị vết loét do bệnh đái tháo đường.

Ứng dụng nano trong y khoa đang là một trong

Ngày nhận bài báo: 15/04/2018

Ngày nhận phản biện: 20/05/2018

Ngày duyệt đăng: 15/06/2018

Chịu trách nhiệm chính: TS.BS. Đỗ Đình Tùng

Email: bsdinh tung@gmail.com

những bước đột phá trong chẩn đoán và điều trị bệnh, mở ra nhiều triển vọng mới góp phần đảm bảo tốt việc chăm sóc sức khỏe cho nhân dân.

**Từ khóa:** Nano y khoa, nanomedicine, ứng dụng nano, băng nano

## 1. CÔNG NGHỆ NANO LÀ GÌ, ỨNG DỤNG TRONG Y HỌC NHƯ THẾ NÀO?

Công nghệ nano (nanotechnology) là ngành công nghệ xử lý, thao tác trên những vật thể nhỏ mức phân tử, siêu phân tử và nguyên tử với kích thước chỉ từ 1 đến 100 nanomet.

Ứng dụng công nghệ nano rất rộng, đa dạng, bao gồm trong các lĩnh vực khoa học như vật lý bề mặt, hóa học hữu cơ, sinh học phân tử, vật lý bán dẫn, lưu trữ năng lượng, vi chế tạo, kỹ thuật phân tử...

Sử dụng công nghệ nano các nhà khoa học đã tạo ra nhiều vật liệu và thiết bị mới, đã được ứng dụng rộng rãi, chẳng hạn như trong lĩnh vực nano y học, nano điện tử, nano điện sinh học, sản phẩm nano tiêu dùng...

Công nghệ nano trong y học, y học nano, nanomedicine, là những ứng dụng của công nghệ nano vào trong lãnh vực y tế để phòng ngừa và chữa trị bệnh.

Bằng việc sử dụng các vật liệu, thiết bị, dụng cụ... kích cỡ nanomet như hạt nano hóa học, nano sinh học, các nanorobots... ngành y đã được “nối dài tay” hơn.

## 2. CÔNG NGHỆ NANO TRONG XÉT NGHIỆM THEO DÕI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Sử dụng công nghệ nano để đo lượng insulin và lượng đường trong máu nhằm đánh giá khả năng sản xuất insulin của cơ thể và tình trạng glucose trong máu.

Công nghệ nano đã giúp các nhà khoa học chế tạo ra các máy xét nghiệm siêu nhỏ nhưng có khả năng đo lượng insulin liên tục trong máu mà trước kia muốn đo nồng độ insulin liên tục người ta phải lấy máu để xét nghiệm. Thay vì lấy máu xét nghiệm, máy xét nghiệm insulin nano sử dụng các điện cực nano cacbon để đo lượng insulin trong máu theo thời gian thực.



Các vi mạch cảm biến bằng công nghệ nano có thể được sử dụng để đo lượng đường trực tiếp trong máu liên tục. Các hạt cảm biến đo lượng đường trong máu được tiêm dưới da, khi có sự biến đổi nồng độ glucose thì các cảm biến kết hợp với phân tử huỳnh quang sẽ tạo ra ánh sáng. Dựa vào màu sắc ánh sáng người ta có thể biết được nồng độ glucose. Công nghệ này trong tương lai cũng cho phép theo dõi nhiệt độ, mạch, huyết áp của chúng ta. Một con chip sẽ kết nối với điện thoại hoặc trung tâm theo dõi sức khỏe để có thể cảnh báo những bất thường cho người bệnh.

### 3. SỬ DỤNG CÔNG NGHỆ NANO TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Bệnh đái tháo đường đang là đại dịch gây ra rất nhiều tổn thất cho các nước đang phát triển và kể cả những nước phát triển Tây Âu.

Người mắc bệnh đái tháo đường phải điều trị bằng insulin đang gặp rất nhiều phiền toái do hàng ngày phải tiêm một đến nhiều lần gây đau, loạn dưỡng cơ, bảo quản phức tạp nhất là đi xa. Do insulin không thể chế được ở dạng uống vì đây là một loại protein nên khi insulin đi đến dạ dày sẽ bị tiêu hóa giống như các loại protein chúng ta ăn vào (thịt, cá,...). Do đó insulin sẽ bị mất tác dụng nếu sử dụng đường uống, insulin dạng tiêm là chủ yếu. Ngoài ra dạng hít rất ít được sử dụng.

Công nghệ nano đã giải quyết được vấn đề này thông qua hệ thống cung cấp insulin bằng đường uống, đưa insulin vào máu để đạt được nồng độ insulin điều trị.

Đây là một dạng insulin mới đang được tập trung nghiên cứu vì những lợi ích của nó mang lại như ít xâm lấn, không đau, cải thiện sự tuân thủ điều trị. Các phân tử insulin được bọc trong các hạt nano sẽ giúp insulin không bị phân hủy bởi acid dạ dày, làm tăng tính thấm của insulin qua màng tế bào ruột để vào máu đến các mô đích.

Tụy nhân tạo: Tụy nhân tạo là một giải pháp toàn diện nhất để điều trị cho các bệnh nhân đái tháo đường cần phải tiêm insulin như đái tháo đường týp 1, giai đoạn muộn của đái tháo đường týp 2 hoặc các thể đái tháo đường khác do tổn thương tụy.

Ý tưởng đầu tiên về tụy nhân tạo được đưa ra năm 1974. Khái niệm ban đầu chỉ là: một điện cực cảm biến liên tục đo mức đường huyết; thông tin này cung cấp cho một máy tính nhỏ cung cấp năng lượng cho bơm tiêm truyền, và lượng insulin cần thiết từ hộp dữ

trữ vào máu. Dựa vào công nghệ nano người ta sản xuất ra các siêu robot được cấy dưới da có các cảm biến với glucose, do nhận biết được nồng độ glucose, robot sẽ tính toán bơm vào máu một lượng insulin cần thiết tương ứng. Việc đo lượng glucose liên tục và giải phóng vào trong máu một lượng insulin đủ để duy trì đường máu bình thường giống như sinh lý của cơ thể sẽ làm giảm các biến chứng của bệnh đái tháo đường; người bệnh sẽ tránh được các cơn hạ đường máu đột ngột vốn đang là nỗi ám ảnh của những người mắc đái tháo đường. Tuy nhiên, công nghệ này vẫn đang ở giai đoạn nghiên cứu.

### 4. ỨNG DỤNG NANO TRONG KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN VẾT THƯƠNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Bạc nano là ứng dụng kỹ thuật nano đầu tiên trong cuộc sống và y học. Bạc nano là chất kháng khuẩn để điều trị vết thương, sát trùng dụng cụ y khoa, sản xuất đồ gia dụng và cá nhân như bình nước, bình sữa, máy giặt, bút tất, khăn lau.v.v....

Hiện nay các bác sĩ đã ứng dụng nhiều loại băng gạc có chứa những nang nano kháng sinh để điều trị loét do nhiễm khuẩn đặc biệt các loét lâu liền ở bệnh nhân đái tháo đường. Tại các vết loét nhiễm khuẩn, các nang nano này mở ra giải phóng kháng sinh tiêu diệt vi khuẩn tại chỗ. Các nghiên cứu cho thấy rút ngắn thời gian điều trị nhiễm trùng, giảm số lần thay băng, vết thương liền nhanh hơn và giảm số ngày điều trị, nằm viện. Ví dụ: Đại học New South Wales (Úc) hạt nano sắt oxide (polymer coated iron oxide nanoparticles) để điều trị các nhiễm trùng mãn tính có thể ứng dụng tốt ở bệnh nhân đái tháo đường có loét hoại tử chi.

### 5. KẾT LUẬN

Trong tương lai gần, công nghệ nano sẽ là những bước tiến đột phá trong y khoa sẽ mang lại lợi ích lớn cho người bệnh trong đó có những người đái tháo đường. Tại Việt nam, các loại băng gạc tiên tiến có sử dụng công nghệ nano đã được áp dụng thành công tại một số bệnh viện Trung ương. Người đái tháo đường bị loét chi giờ đây đã có thể được chữa khỏi nhờ những tiến bộ khoa học kỹ thuật trong đó có việc sử dụng thành quả của công nghệ nano trong y khoa.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ross SA, Gulve EA, Wang M. (2004), Chemistry and Biochemistry of Type 2 Diabetes. *Chemical Reviews*, 104:1255–1282. [PubMed:

15008623]

**2. Mo R, Jiang T, Di J, Tai W, Gu Z. (2014)**, Emerging micro- and nanotechnology based synthetic approaches for insulin delivery. *Chemical Society Reviews*, 43:3595–3629. [PubMed:

24626293]

**3. Pickup JC, Zhi Z-L, Khan F, Saxl T, Birch DJS. (2008)**, Nanomedicine and its potential in diabetes research and practice. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 24:604–610. [PubMed: 18802934]

**4. Gordijo CR, Shuhendler AJ, Wu XY. (2010)**, Glucose-Responsive Bioinorganic Nanohybrid Membrane for Self-Regulated Insulin Release. *Advanced Functional Materials*, 20:1404–1412.

**5. McNicholas TP, Yum K, Ahn JH, Mu B, Plettenburg O, Gooderman A, Natesan S, Strano MS. (2012)**, Structure and Function of Glucose Binding Protein-Single Walled Carbon Nanotube Complexes. *Small*.

**6. Song Y, Qu K, Zhao C, Ren J, Qu X. (2010)**, Graphene Oxide: Intrinsic Peroxidase Catalytic Activity and Its Application to Glucose Detection. *Advanced Materials*. 22:2206–2210. [PubMed: 20564257]

**7. Wilson JT, Cui W, Chaikof EL. (2008)**, Layer-by-Layer Assembly of a Conformal Nanothin PEG Coating for Intraportal Islet Transplantation. *Nano Letters*, 8:1940–1948. [PubMed: 18547122]

**8. Gu Z, Aimetti AA, Wang Q, Dang TT, Zhang Y, Veisheh O, Cheng H, Langer RS, Anderson DG. (2013)**, Injectable Nano-Network for Glucose-

Mediated Insulin Delivery. *ACS Nano*, 7:4194–4201. [PubMed: 23638642]

**9. Tai W, Mo R, Di J, Subramanian V, Gu X, Gu Z. (2014)**, Bio-Inspired Synthetic Nanovesicles for Glucose-Responsive Release of Insulin. *Biomacromolecules*.

**10. Sun L, Zhang X, Wu Z, Zheng C, Li C. (2014)**, Oral glucose-and pH-sensitive nanocarriers for simulating insulin release in vivo. *Polymer Chemistry*. 5:1999–2009.

**11. Yao Y, Zhao L, Yang J, Yang J. (2012)**, Glucose-responsive vehicles containing phenylborate ester for controlled insulin release at neutral pH. *Biomacromolecules*, 13:1837–1844. [PubMed: 22537190]

**12. Kim H, Kang YJ, Kang S, Kim KT. (2012)**, Monosaccharide-responsive release of insulin from polymersomes of polyboroxole block copolymers at neutral pH. *Journal of the American Chemical Society*, 134:4030–4033. [PubMed: 22339262]

**13. Scognamiglio V. (2013)**, Nanotechnology in glucose monitoring: Advances and challenges in the last 10 years. *Biosensors and Bioelectronics*, 47:12–25. [PubMed: 23542065]

**14. Bratlie KM, York RL, Invernale MA, Langer R, Anderson DG. (2012)**, Materials for diabetes therapeutics. *Advanced Healthcare Materials*; 1:267–284. [PubMed: 23184741]

**15. Mo R, Jiang T, Di J, Tai W, Gu Z. (2014)**, Emerging micro- and nanotechnology based synthetic approaches for insulin delivery. *Chemical Society Reviews*, 43:3595–3629. [PubMed: 24626293]

## THE APPLICATION OF NANO TECHNOLOGY IN TREATMENT OF DIABETES

### SUMMARY:

*Nanotechnology is the application of nanotechnology in the medical field to prevent and treat diseases including diabetes. Nanotechnology has long been applied in a wide range of fields, including new materials, tools, devices, nanorobots as the "extended arm" for professionals.*

*Microscopic devices have been developed to measure glucose and insulin levels over time in the body without drawing blood. Insulin is coated in nanoparticles that can travel through the stomach without decomposition to help patients with diabetes being suffered from painful injection and many complications. Silver nanoparticles are widely used in the treatment of diabetic ulcers.*

*Nano-medical applications are one of the breakthroughs in diagnosing and treating diseases that open up new prospects for better health care for the population.*

**Keywords:** nanomedicine, nanomaterials, nano gauze, nano application

# MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÝP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN NĂM 2017

NGUYỄN THỊ THU HÀ<sup>1</sup>, NGUYỄN DUY LUẬT<sup>2</sup>, PHẠM HẢI THANH<sup>3</sup>,  
LÊ THỊ THỦY<sup>4</sup>, NGUYỄN HỮU THẮNG<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Học viên Cao học QL BV khóa 25, Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Viện Đào tạo YHDP và YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Sinh viên YTCC khóa 2015- 2019, Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>4</sup>Sinh viên Y học dự phòng khóa 2012- 2018, Trường Đại học Y Hà Nội

## TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 512 người bệnh ngoại trú đái tháo đường týp 2 tại khoa khám bệnh, bệnh viện Thanh Nhàn, nhằm mô tả mối liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh đái tháo đường týp 2. Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi chất lượng cuộc sống người bệnh đái tháo đường Châu Á (Asian Diabetes Quality of Life – AsianDQOL) đã được dịch sang tiếng Việt, thử nghiệm độ tin cậy với chỉ số Cronbach's Alpha = 0,86. Kết quả cho thấy, các yếu tố liên quan đến điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh gồm: người bệnh ly dị/góa có điểm cao hơn các nhóm còn lại, nhóm lưu trú có điểm thấp hơn các nhóm còn lại, nam giới có điểm cao hơn nữ giới, người bệnh phát hiện bệnh càng lâu thì điểm càng thấp, người bệnh có thể trạng trung bình có điểm thấp hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

**Từ khóa:** chất lượng cuộc sống, đái tháo đường, bệnh viện

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, theo Bộ Y Tế công bố, tính đến năm 2012, tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) trong cộng đồng là 5,4% [1]. Theo xu hướng phát triển chung của

thế giới và Việt Nam, người bệnh vào điều trị ĐTĐ tại phòng khám Nội tiết Bệnh viện Thanh Nhàn ngày càng tăng, đặc biệt là tỉ lệ bệnh ĐTĐ týp 2. Theo báo cáo của bệnh viện Thanh Nhàn-Hà Nội, năm 2012 có 2.990 người bệnh, năm 2016 có 7.230 người bệnh, trong 6 tháng đầu năm 2017 có 5.036 người bệnh. Trong đó, người bệnh ĐTĐ týp 2 chiếm 96% tổng số người bệnh đang điều trị. Sự gia tăng tỷ lệ bệnh ĐTĐ cũng đồng thời với việc gia tăng hơn nữa tỷ lệ những biến chứng, nhất là biến chứng tim mạch. Các biến chứng này cùng với các stress về tâm lý không chỉ làm giảm tuổi thọ mà còn ảnh hưởng trầm trọng tới chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh.

Trên thế giới, các nghiên cứu đã cho thấy có sự khác biệt về điểm CLCS giữa các nhóm yếu tố nhân khẩu-xã hội/ nghề nghiệp: giới tính, nghề nghiệp, trình độ học vấn, các nhóm yếu tố lâm sàng như thời gian phát hiện bệnh, bệnh kèm theo [2], [3]. Ngoài ra, nghiên cứu của Adam Ljoyd (2011) thực hiện tại Anh đánh giá CLCS của 1.233 người bệnh ĐTĐ týp 2 không sử dụng insulin bằng bộ câu hỏi SF-36, kết quả, người bệnh ĐTĐ týp 2 có biến chứng thậm chí là nhẹ cũng tác động đáng kể lên CLCS của họ [4]. Tuy nhiên, ở Việt Nam các nghiên

Ngày nhận bài báo: 20/04/2018

Ngày nhận phản biện: 15/05/2018

Ngày duyệt đăng: 15/06/2018

Tác giả chính: Nguyễn Thị Thu Hà, học viên cao học QL BV khóa 25, trường Đại học Y Hà Nội

Điện thoại: 0979.251.363

Email: thuthaqlbv@gmail.com

## NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

cứ về CLCS chưa được quan tâm nhiều, đặc biệt là nghiên cứu về mối liên quan giữa CLCS với đặc điểm cá nhân và lâm sàng của người bệnh đái tháo đường týp 2, cũng như việc áp dụng bộ công cụ nghiên cứu chuyên biệt về CLCS của người bệnh ĐTĐ [5]. Do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu mô tả mối liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ týp 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2017.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

° Người bệnh đang điều trị ngoại trú ĐTĐ týp 2 tại bệnh viện Thanh Nhàn và hồ sơ bệnh án của những người bệnh ĐTĐ týp 2 tham gia vào nghiên cứu.

° Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: Người bệnh được chẩn đoán xác định mắc ĐTĐ týp 2; đồng ý tham gia phỏng vấn và đủ khả năng nghe nói hiểu tiếng Việt.

° Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu: Người bệnh có bệnh lý tâm thần, rối loạn hành vi tâm thần hoặc xa sút trí tuệ, sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến hoạt động tâm thần như các thuốc an thần và thuốc chống trầm cảm, phụ nữ đang mang thai.

### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

° Thời gian thu thập số liệu từ tháng 11-12 năm 2017

° Địa điểm: Phòng khám ngoại trú nội tiết, Bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.**

### 2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

#### 2.4.1. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu: Được tính theo công thức một giá trị trung bình

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \sigma^2}{d^2}$$

n: Là cỡ mẫu nghiên cứu của đối tượng đái tháo đường týp 2

á: Mức ý nghĩa thống kê với á = 0,05 thì hệ số  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

ó2: Độ lệch chuẩn, với ó = 14,4 (độ lệch chuẩn so với điểm CLCS theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Xuân nghiên cứu CLCS của người bệnh ĐTĐ týp 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa huyện Mê Linh [6])

d: độ lệch chính xác tuyệt đối mong muốn = 1.3

Đã có 512 người bệnh ĐTĐ týp 2 tham gia nghiên cứu này.

2.4.2. Phương pháp chọn mẫu nghiên cứu tiến hành

chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống.

### 2.4.3. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

#### 2.4.3.1. Công cụ thu thập số liệu

Bảng câu hỏi về chất lượng cuộc sống được dịch từ bộ câu hỏi “Chất lượng cuộc sống người bệnh đái tháo đường châu Á” (Asian Diabetes Quality of Life – AsianDQOL), bao gồm 21 câu hỏi [7]. Bộ câu hỏi được dịch sang tiếng Việt, sau đó xin ý kiến chuyên gia, thử nghiệm để đánh giá tính giá trị và sử dụng của bộ câu hỏi với chỉ số Cronbach's Alpha = 0,86.

#### 2.4.3.2. Phân tích số liệu

Toàn bộ số liệu nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng phương pháp hồi quy tuyến tính đơn biến xác định một số yếu tố liên quan đến CLCS.

## 2.5. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các quy trình xét duyệt của Hội đồng thông qua đề cương Thạc sĩ Y học của Trường Đại học Y Hà Nội.

## III. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Trong 512 đối tượng nghiên cứu, tuổi trung bình là 66,3 tuổi, đối tượng 60-69 tuổi (42,8%), trên 70 tuổi (34,8%), nhóm < 59 tuổi với 22,5%. Người bệnh là nữ giới chiếm đa số với 65,8%, tỉ lệ hưu trí (76,6%). Người bệnh có trình độ học vấn chủ yếu trên trung học cơ sở (61,9%). Đa số người bệnh có vợ/ chồng chiếm 94,3%, còn lại 5,7% đã ly hôn/ góa hoặc chưa kết hôn. Phần lớn người bệnh có mức thu nhập thu nhập trung bình trở lên (91,6%) và có người sống cùng (94,3%). 46,1% người bệnh có thời gian phát hiện bệnh dưới 5 năm, khoảng 1/3 người bệnh phát hiện bệnh 5- 10 năm (33,4%), thấp nhất là nhóm trên 10 năm (20,5%). Tỷ lệ người bệnh có biến chứng là 31,8%, số lượng biến chứng kèm theo chủ yếu là một biến chứng. Tỷ lệ đối tượng có chỉ số BMI trung bình là 82,4% và tỷ lệ đối tượng có điều trị insulin là 49,2%. Đa số người bệnh (82,0%) có bệnh kèm theo và tỷ lệ đối tượng kiểm soát glucose máu kém là 64,5%.

### 3.2. Một số yếu tố liên quan với chất lượng cuộc sống của người bệnh đái tháo đường týp 2

Điểm CLCS chung của người bệnh liên quan đến tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, kinh tế gia đình và giới. Cụ thể là, nhóm người chưa kết hôn có điểm CLCS cao hơn hai nhóm còn lại. Nhóm người bệnh làm ruộng có điểm CLCS cao hơn nhóm hưu trí và nhóm có nghề nghiệp khác. Nhóm người bệnh không nghề là nam

**Bảng 3.1: Phân bố điểm CLCS chung theo một số đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu**

Nội dung		n	Mean ± SD	p
Tuổi	< 59	115	59,89 ± 12,96	0,208
	60-69	219	58,27 ± 11,33	
	≥70	178	57,46 ± 10,68	
Giới	Nam	175	60,15 ± 12,01	0,011
	Nữ	337	57,42 ± 11,15	
Nghề nghiệp	Làm ruộng	17	63,81 ± 14,61	0,017
	Hưu trí	392	57,63 ± 10,85	
	khác	103	60,22 ± 13,00	
Trình độ học vấn	Dưới THCS	195	57,48 ± 10,55	0,179
	THCS trở lên	317	58,89 ± 12,05	
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	2	71,12 ± 9,26	0,026
	Có vợ/ chồng	483	58,04 ± 11,6	
	Ly hôn/góa	27	65,21 ± 10,03	
Kinh tế gia đình	Trung bình	469	58,38 ± 11,43	0,862
	Nghèo, cận nghèo	43	58,06 ± 12,51	
Người cùng sống	Sống cùng người thân	483	58,21 ± 11,68	0,228
	Sống một mình	29	60,86 ± 8,02	

giới có điểm CLCS cao hơn nhóm kinh tế nghèo/ cận nghèo và nữ giới. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Có mối liên quan giữa điểm CLCS chung với thời gian mắc bệnh và chỉ số BMI ( $p < 0,05$ ). Nhóm người bệnh phát hiện bệnh dưới 5 năm thì có điểm CLCS cao hơn nhóm phát hiện bệnh lâu hơn. Nhóm người bệnh có BMI trung bình có điểm CLCS thấp hơn hai nhóm còn lại.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Mối liên quan giữa điểm chất lượng cuộc sống chung với các đặc điểm cá nhân và lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

Nghiên cứu được thực hiện trên 512 người bệnh ĐTD tít 2 tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2017. Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi chất lượng cuộc sống người bệnh ĐTD Châu Á (Asian Diabetes Quality of Life – AsianDQOL) đã được dịch sang tiếng Việt, thử nghiệm độ tin cậy với chỉ số Cronbach's Alpha = 0,86, bộ công cụ được xây dựng và thử nghiệm tại Malaysia, đây là lần đầu tiên được thử nghiệm và áp dụng tại Việt Nam, với chỉ số độ tin cậy cao, do vậy các nghiên cứu tiếp theo có thể tham khảo để áp dụng với cỡ mẫu lớn

hơn và địa điểm rộng hơn để có kết quả so sánh.

Trong lĩnh vực điểm CLCS chung, chúng tôi phân tích bảy biến về đặc điểm cá nhân và đặc điểm lâm sàng. Kết quả phân tích đơn biến cho thấy tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, giới là những yếu tố liên quan đến điểm trung bình CLCS chung. Kết quả này khác hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Xuân (2015) ở các yếu tố tuổi, trình độ học vấn và kinh tế gia đình [6]; nghiên cứu của Nguyễn Đình Tuấn và cộng sự (2011) ở các yếu tố: tuổi, trình độ học vấn [8]. Còn nghiên cứu của Azar Tol và cộng sự thì không tìm thấy mối tương quan đáng kể giữa đặc điểm cá nhân với điểm trung bình CLCS [9]. Nguyên nhân của sự khác biệt này có thể là do sự khác nhau về cỡ mẫu nghiên cứu và đặc điểm dân cư khu vực nghiên cứu. Tình trạng hôn nhân là một yếu tố liên quan đến điểm CLCS của người bệnh. Cụ thể là những người chưa kết hôn thì có điểm CLCS cao hơn nhóm đã có vợ/ chồng hoặc ly hôn/góa, cụ thể là nhóm người bệnh chưa kết hôn có điểm CLCS cao hơn hai nhóm còn lại.

Kinh tế gia đình của người bệnh cũng có mối liên quan đến CLCS của họ. Theo nghiên cứu của bệnh viện Nội tiết Trung ương, người bệnh ĐTD tít 2 ngoài việc chi trả cho việc khám, chữa bệnh, phí đi lại... họ phải

**Bảng 3.2: Phân bố điểm trung bình chất lượng cuộc sống chung giữa một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

Nội dung		N	Mean ±SD	p
Thời gian phát bệnh	<5 năm	236	59,84 ±11,68	<b>0,021</b>
	5-10 năm	171	57,45 ± 11,07	
	>10 năm	105	56,49 ± 11,54	
Biến chứng	Có	163	58,23 ± 11,21	0,872
	Không	349	58,41 ± 11,67	
Số lượng biến chứng	1 biến chứng	132	59,08 ± 10,99	0,152
	2 biến chứng	31	54,63 ± 11,64	
	Không biến chứng	349	58,41 ± 11,67	
BMI	Thiếu cân	15	61,56 ± 14,54	<b>0,02</b>
	Bình thường	286	57,12 ± 10,90	
	Thừa cân/Béo phì	211	59,80 ± 11,93	
Điều trị insulin	Có	252	58,88 ± 11,32	0,313
	không	260	57,85 ± 11,69	
Bệnh kèm theo	Có	420	58,06 ± 11,45	0,217
	không	92	59,69 ± 11,8	
Chỉ số đường huyết	Thấp	41	58,42 ± 10,44	0,878
	Bình thường	136	57,93 ± 12,13	
	Cao	335	58,36 ± 11,51	

chịu gánh nặng chi phí gián tiếp. Đó là những sản phẩm giảm sút do nghỉ ốm, do tàn tật, do nghỉ hưu sớm, do bệnh kèm theo, chi phí bao gồm cả những sản phẩm do người phục vụ người bệnh phải nghỉ [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi phân tích đơn biến thì kinh tế gia đình có ảnh hưởng đến điểm CLCS chung không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ), đối tượng nghèo, cận nghèo có CLCS thấp hơn so với đối tượng thu nhập trung bình. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Aikaterini Trikkalinou và cộng sự (2017) cũng cho rằng tình trạng hôn nhân có liên quan đến điểm chất lượng cuộc sống [11] và Prazeres F và cộng sự (2014) [12] cũng cho thấy giới, thu nhập đã gây trở ngại lớn đến điểm CLCS của người bệnh và nghiên cứu của Filipe Prazeres và cộng sự năm 2014 khi đo lường CLCS của người bệnh ĐTĐ tít 2 tại Bồ Đào Nha cũng cho thấy thu nhập hàng tháng có liên quan đáng kể đến các lĩnh vực của CLCS [12].

Giới tính cũng là một yếu tố liên quan đến CLCS mà chúng tôi tìm ra. Cụ thể là nam giới có điểm CLCS chung cao hơn nữ giới. Điều này cũng phù hợp với câu

khẳng định của Rubin R.R. và Peyrot M. khi nghiên cứu cho rằng điểm chất lượng cuộc sống thấp hơn ở nhóm phụ nữ, nhóm có thu nhập thấp [13].

Nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Thanh Nhân nên kết quả nghiên cứu chỉ mang tính đại diện tại bệnh viện không thể suy rộng cho các đơn vị khác cùng thực hiện quản lí bệnh nhân ĐTĐ tít 2. Chưa kết hợp nghiên cứu định tính để giải thích sâu hơn các kết quả nghiên cứu và tìm hiểu nhu cầu thực sự nhằm nâng cao CLCS của bệnh nhân. Đồng thời nghiên cứu này thực hiện cắt ngang tại một thời điểm nên chưa cho kết quả về thay đổi CLCS sau một thời gian điều trị.

**V.KẾT LUẬN**

Mối liên quan giữa điểm CLCS với tình trạng hôn nhân: người bệnh ly dị/góa có điểm cao hơn các nhóm còn lại; mối liên quan giữa điểm CLCS với nghề nghiệp: nhóm hưu trí có điểm thấp hơn các nhóm còn lại; mối liên quan giữa điểm CLCS với giới: nam giới có điểm cao hơn nữ giới; mối liên quan giữa điểm CLCS với thời gian phát bệnh: người bệnh phát hiện bệnh càng lâu thì

điểm càng thấp; và mối liên quan giữa điểm CLCS với BMI: người bệnh có thể trạng trung bình có điểm thấp hơn hai nhóm còn lại.

**LỜI CẢM ƠN:**

Chúng tôi chân thành cảm ơn sự hỗ trợ, giúp đỡ từ nhiều cơ quan, tổ chức và cá nhân; đặc biệt là các cán bộ giảng viên trường Đại học Y Hà Nội và của bệnh viện Đa khoa Thanh Nhân, Hà Nội.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Bộ Y Tế (2016)**, Ngày sức khỏe thế giới năm 2016 - Dự phòng và kiểm soát bệnh đái tháo đường. <<http://vncdc.gov.vn/vi/phong-chong-benh-khong-lay-nhiem/906/ngay-suc-khoe-the-gioi-nam-2016-du-phong-va-kiem-soat-benh-dai-thao-duong>>, accessed: 16/05/2018.

2. **IJzerman T.H., Schaper N.C., Melai T. và cộng sự. (2012)**, Lower extremity muscle strength is reduced in people with type 2 diabetes, with and without polyneuropathy, and is associated with impaired mobility and reduced quality of life. *Diabetes Res Clin Pract*, **95(3)**, 345–351.

3. **Javanbakht M., Abolhasani F., Mashayekhi A. và cộng sự. (2012)**, Health related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus in Iran: a national survey. *PloS One*, **7(8)**, e44526–e44526.

4. **Lloyd A., Sawyer W., và Hopkinson P. (2001)**, Impact of Long-Term Complications on Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes not Using Insulin. *Value Health*, **4(5)**, 392–400.

5. **Võ Tuấn khoa (2008)**, Nghiên cứu về bản đánh giá chất lượng cuộc sống SF-36 và ứng dụng để đánh giá

Chất lượng cuộc sống cho người bệnh đái tháo đường sau đoạn chi tại bệnh viện Chợ Rẫy, Luận văn thạc sĩ Nội khoa, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh.

6. **Nguyễn Thị Xuân (2015)**, Chất lượng cuộc sống của người bệnh đái tháo đường týp 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Mê Linh và một số yếu tố liên quan năm 2015, Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng.

7. **Goh S.G.K., Rusli B.N., và Khalid B. a. K.** Development and validation of the Asian Diabetes Quality of Life (AsianDQOL) Questionnaire. *Diabetes Res Clin Pract*, **108(3)**, 489–498.

8. **Abrans M.A (1973)**, Subjective social indications. *Social Trends*, 35–36.

9. **Tol A., Sharifirad G., Eslami A. và cộng sự. (2015)**, Analysis of some predictive factors of quality of life among type 2 diabetic patients. *J Educ Health Promot*, **4**.

10. **Tạ Văn Bình (2007)**, Những nguyên lý nền tảng bệnh đái tháo đường - tăng glucose máu, NXB Y học.

11. **Trikkalinou A., Papazafiropoulou A.K., và Melidonis A. (2017)**, Type 2 diabetes and quality of life. *World J Diabetes*, **8(4)**, 120–129.

12. **Prazeres F. và Figueiredo D. (2014)**, Measuring quality of life of old type 2 diabetic patients in primary care in Portugal: a cross-sectional study. *J Diabetes Metab Disord*, **13**, 68.

13. **Rubin R.R. và Peyrot M. (1999)**, Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev*, **15(3)**, 205–218.

**THE QUALITY LIFE OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS OUTPATIENT TREATMENT AT THE THANH NHAN HOSPITAL IN 2017**

**SUMMARY:**

A cross-sectional study was conducted on 512 outpatients with type 2 diabetes mellitus at Thanh Nhan Hospital, Ha Noi, Viet Nam to describe the quality of life in type 2 diabetic patients. The study used the Asian Diabetes Quality of Life (AsianDQOL) questionnaire was translated into Vietnamese, tested reliability with Cronbach's Alpha = 0.86. Results showed that the factors related to the quality of life of patients include: divorced/widowed patients scored higher than other groups, the retired group had lower scores than other groups, male reached higher scores than female, patients with longer detection time scored lower than others, subjects with the average body status found lower score than the rest. This difference was statistically significant.

**Key words: quality of life, diabetes, hospital**

# ĐÁNH GIÁ ẢNH HƯỞNG CỦA SỰ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ĐẾN HIỆU QUẢ CAN THIỆP LỐI SỐNG SAU 24 THÁNG Ở NGƯỜI TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2

ĐỖ ĐÌNH TÙNG\*, TẠ VĂN BÌNH\*

\* Viện Đái tháo đường và Rối loạn chuyển hóa - Đại học Y Hà Nội

## TÓM TẮT:

Nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả thay đổi lối sống ở người tiền đái tháo đường typ 2 (ĐTĐ) tại tỉnh Ninh Bình.

Tổng số 618 đối tượng tiền ĐTĐ được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của WHO-IDF 2010, tuổi trung bình  $56,1 \pm 8,1$ , được can thiệp thay đổi lối sống trong 24 tháng.

Kết quả cho thấy: thói quen hút thuốc, uống rượu/bia khó thay đổi; tỉ lệ ít ăn rau, sử dụng dầu/mỡ động vật giảm; tỉ lệ có HĐTL trong công việc, thể thao và khi đi lại tăng. Can thiệp lối sống làm giảm mức glucose máu và giảm tỉ lệ phát triển thành đái tháo đường. Nhóm tuân thủ có chỉ số glucose máu lúc đói và glucose sau 2 giờ giảm, tỉ lệ glucose máu về bình thường cao hơn so với nhóm không tuân thủ. Trung bình chỉ số insulin tăng, HOMA2-IR có sự khác biệt giữa nhóm tuân thủ và không tuân thủ ( $p < 0,01$ ). Chỉ số HOMA2-%S, HOMA2-%B tăng, tuy nhiên chưa thấy sự khác biệt giữa nhóm tuân thủ và không tuân thủ.

Ở người tiền ĐTĐ, can thiệp lối sống sau 24 tháng có hiệu quả làm giảm các yếu tố nguy cơ về lối sống, có hiệu quả phòng ngừa ĐTĐ thông qua giảm chỉ số kháng insulin. Sự tuân thủ can thiệp có ảnh hưởng tới hiệu quả điều trị.

**Từ khóa:** Đái tháo đường; tiền đái tháo đường; can thiệp; kháng insulin

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự phát sinh của bệnh ĐTĐ typ 2 có sự tương tác giữa các yếu tố nguy cơ trong đó các yếu tố di truyền tương tác với các yếu tố môi trường và lối sống [1]. Dựa vào những bằng chứng từ các thử nghiệm lâm sàng, các

nhà nghiên cứu đã khuyến cáo nên phòng ngừa ĐTĐ ở các đối tượng tiền ĐTĐ. Có nhiều phương pháp có thể ngăn ngừa, làm chậm quá trình khởi phát, phát triển cũng như giảm các biến chứng của bệnh đái tháo đường như thay đổi lối sống, điều trị bằng thuốc, phẫu thuật, làm giảm thiểu các yếu tố nguy cơ cộng đồng [4]. Tuy nhiên, liệu các biện pháp can thiệp (CT) dự phòng ĐTĐ ở người ĐTĐ typ 2 tại Việt Nam có mang lại hiệu quả hay không vẫn là câu hỏi cần phải có câu trả lời thỏa đáng bằng những chứng cứ khoa học.

Đề tài “Nghiên cứu hiệu quả can thiệp lối sống sau 24 tháng ở người tiền đái tháo đường tại Ninh Bình” nhằm đóng góp một phần trả lời các câu hỏi trên.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

+ Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, can thiệp.

+ Đối tượng nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành trên 618 người tiền ĐTĐ typ 2 tại Ninh Bình.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: tiền ĐTĐ được chẩn đoán bằng xét nghiệm đường máu lúc đói và nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống.

- Tiêu chuẩn loại trừ: loại trừ các đối tượng đang bị bệnh cấp tính, các đối tượng đang đã được chẩn đoán tiền ĐTĐ trước thời điểm nghiên cứu.

Các đối tượng nghiên cứu được phân thành 02 nhóm tuân thủ và nhóm không tuân thủ dựa vào việc có tham gia điều trị, tham gia lớp giáo dục, tư vấn, giám sát hay không.

+ Phương pháp can thiệp:

- Giáo dục tự kiểm soát tiền ĐTĐ

- Khám, tư vấn dinh dưỡng định kỳ 3 tháng 1 lần

Ngày nhận bài báo: 25/05/2018

Ngày nhận phản biện: 27/06/2018

Ngày duyệt đăng: 22/09/2018

Chịu trách nhiệm chính: TS.BS. Đỗ Đình Tùng

Email: bsdinh tung@gmail.com



**Bảng 1: So sánh đặc điểm chung của các nhóm nghiên cứu**

Đặc điểm		Tuần thủ (n=323)	Không tuần thủ (n=295)	
Tuổi (năm)	Chung	58,1 ± 8,3	56,1 ± 8,7	<0,01
	Nam	59,0 ± 7,5	57,0 ± 8,8	>0,05
	Nữ	57,5 ± 8,6	55,7 ± 8,7	<0,05
	p	>0,05	>0,05	
BMI		23,2 ± 2,5	23,1 ± 2,8	>0,05
Vòng bụng	Chung	79,4 ± 7,5	80,4 ± 8,4	<0,05
	Nam	82,9 ± 7,5	82,8 ± 8,2	>0,05
	Nữ	77,3 ± 6,6	79,1 ± 8,3	<0,01
HATTh		143,1 ± 21,5	146,3 ± 20,8	>0,05
HATTr		80,3 ± 13,1	85,3 ± 12,3	<0,01

- Tư vấn chế độ hoạt động thể lực
- Tư vấn thay đổi về thói quen và lối sống
- + Thu thập số liệu, phân nhóm: Thu thập số liệu thời điểm bắt đầu và thời điểm 24 tháng sau can thiệp.
- Thu thập số liệu nhân khẩu học, nhân trắc học, các chỉ số thể lực và huyết áp, glucose máu lúc đói, glucose 2h.
- + Các tiêu chuẩn đánh giá sử dụng trong nghiên cứu: Chẩn đoán tiền ĐTĐ theo WHO-IDF năm 2010; đánh giá chỉ số khối cơ thể (BMI), vòng eo theo tiêu chuẩn của WHO 2000 áp dụng cho người trưởng thành Châu Á.
- + Địa điểm nghiên cứu: Tại tỉnh Ninh Bình
- + Quản lý và xử lý số liệu bằng phần mềm Epidata và SPSS 16.0.

**Bảng 2: So sánh sự thay đổi về các yếu tố nguy cơ về lối sống giữa các nhóm nghiên cứu**

Mức độ HDTL		Thời điểm	Tuần thủ (n=323)		Không tuần thủ (n=295)		p
			n	%	n	%	
HDTL trong công việc	Nặng	Trước CT	47	14,6	60	20,3	>0,05
		Sau CT	39	12,2	40	14,0	>0,05
		p	>0,05		<0,05		
	Trung bình	Trước CT	157	48,6	152	51,5	>0,05
		Sau CT	207	64,7	156	54,5	<0,05
		p	<0,01		>0,05		
Có HDTL khi đi lại		Trước CT	169	54,6	206	69,8	<0,01
		Sau CT	251	78,4	200	69,9	<0,05
		p	<0,01		>0,05		
Thể dục, thể thao	Nặng	Trước CT	34	10,5	21	7,1	>0,05
		Sau CT	33	10,3	15	5,2	<0,05
		p	<0,05		>0,05		
	Trung bình	Trước CT	165	51,1	77	26,1	<0,01
		Sau CT	191	59,7	123	43,0	<0,01
		p	>0,05		<0,01		

### 3. KẾT QUẢ

#### 3.1. Đặc điểm các yếu tố nguy cơ trước nghiên cứu

Nhận xét: Trước can thiệp, các chỉ số yếu tố nguy cơ về chiều cao, cân nặng, BMI, VB nam, HATTh giữa hai nhóm tương đồng.

#### 3.2. Sự thay đổi các yếu tố nguy cơ về lối sống ở người tiền đái tháo đường

Nhận xét: Tỷ lệ hút thuốc lá, uống rượu bia ít thay đổi so với trước can thiệp, chưa thấy sự khác biệt giữa các nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ ít ăn rau, thói quen sử dụng dầu/mỡ động vật nấu ăn ở nhóm tuần thủ giảm và thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tuần thủ.

Nhận xét: Tỷ lệ hoạt động thể lực nặng trong công việc và thể thao ở cả hai nhóm giảm. Tỷ lệ hoạt động thể lực trung bình (trong công việc, khi di chuyển, thể dục thể thao) ở nhóm tuần thủ tăng và cao hơn nhóm chứng.

#### 3.3. Sự thay đổi chỉ số glucose máu và tình trạng kháng insulin ở các nhóm

Nhận xét: Sau can thiệp, chỉ số glucose máu lúc đói, glucose 2h ở nhóm tuần thủ giảm và thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tuần thủ.

Nhận xét: Sau can thiệp, nhóm tuần thủ điều trị có tỉ lệ các đối tượng trở về đường máu bình thường cao hơn và tỉ lệ tiến triển thành ĐTĐ thấp hơn nhóm không tuần thủ điều trị.

Nhận xét: Sau can thiệp, chỉ số insulin nhóm tuần thủ thấp hơn nhóm không tuần thủ; chỉ số kháng insulin HOMA2-IR ở nhóm không tuần thủ tăng, cao hơn nhóm tuần thủ; chỉ số độ nhạy insulin HOMA2-%S ở nhóm tuần thủ cao hơn nhóm không tuần thủ; chỉ số CNTB beta HOMA2-%B không thấy sự khác biệt giữa hai nhóm.

### 4. BÀN LUẬN

#### 4.1. Đặc điểm các yếu tố nguy cơ trước nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy: tuổi trung bình của người mắc tiền ĐTĐ là 56,1±8,1, tuổi nam giới mắc tiền ĐTĐ cao hơn nữ giới (56,9±8,1 so với 55,7±8,3).

So sánh sự tương đồng giữa nhóm tuần thủ điều trị thay đổi lối sống so với nhóm không tuần thủ điều trị được trình bày ở Bảng 1. Số lượng đối tượng nghiên cứu giữa hai nhóm tương đương nhau (nhóm tuần thủ điều trị là 323, nhóm không tuần thủ là 295). Tuổi trung bình của nhóm tuần thủ cao hơn nhóm không tuần thủ

**Bảng 3: So sánh hiệu quả thay đổi hoạt động thể lực giữa nhóm nghiên cứu**

Thói quen	Thời điểm	Tuần thủ (n=323)		Không tuần thủ (n=295)		p
		n	%	n	%	
Hút thuốc lá	Trước	27	8,4	46	15,6	<0,01
	Sau	26	8,1	30	10,5	>0,05
	p	>0,05		>0,05		
Sử dụng rượu	Trước	102	31,6	95	32,2	>0,05
	Sau	103	32,2	95	33,2	>0,05
	p	>0,05		>0,05		
Ít ăn rau	Trước	56	17,3	24	8,1	<0,01
	Sau	39	12,2	62	21,7	<0,01
	p	>0,05		<0,01		
Thói quen ăn dầu/mỡ động vật	Trước	30	9,3	45	15,3	<0,05
	Sau	18	5,6	33	11,5	<0,05
	p	>0,05		>0,05		

**Bảng 4: So sánh hiệu quả thay đổi glucose máu giữa các nhóm nghiên cứu**

Chỉ số nhân trắc	Thời điểm	Tuần thủ (n=323)	Không tuần thủ (n=295)	p
Glucose (mmol/l)	Trước CT	5,94 ± 0,55	5,96 ± 0,54	>0,05
	Sau CT	5,36 ± 0,78	5,68 ± 1,09	<0,01
	Thay đổi	0,52 ± 1,23	0,28 ± 1,11	<0,01
	p	<0,01	<0,01	
Glucose 2h (mmol/l)	Trước CT	8,14 ± 1,33	8,22 ± 1,42	>0,05
	Sau CT	7,76 ± 2,64	8,22 ± 3,19	<0,05
	Thay đổi	0,37 ± 2,26	0,01 ± 3,22	>0,05
	p	<0,01	>0,05	

(p<0,01). Trung bình chỉ số BMI giữa hai nhóm có sự tương đồng (p>0,05). Chỉ số VB nam giữa hai nhóm không có sự khác biệt. Chỉ số HATTh giữa hai nhóm là tương đồng; chỉ số HATTr ở nhóm tuần thủ điều trị thấp hơn nhóm không tuần thủ. Kết quả so sánh trước can thiệp cho thấy có sự tương đồng giữa nhóm tuần thủ, can thiệp so với nhóm không tuần thủ. Điều này đảm bảo cho việc so sánh kết quả can thiệp được chính xác và khoa học.

**4.2. Sự thay đổi các yếu tố nguy cơ về lối sống ở người tiền đái tháo đường**

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở Bảng 2 cho thấy: Sau can thiệp tỉ lệ hút thuốc lá, uống rượu bia ở cả hai nhóm ít thay đổi so với trước can thiệp, không có sự khác biệt giữa nhóm tuần thủ và nhóm không tuần thủ (p>0,05). Hành vi hút thuốc lá và uống rượu bia là hai hành vi khó thay đổi, tuy nhiên tỉ lệ hút thuốc lá có xu hướng giảm ở cả hai nhóm nhưng không đáng kể. Tỉ lệ hút thuốc lá trong

nghiên cứu này thấp hơn so với một số nghiên cứu khác, nhưng tỉ lệ sử dụng rượu bia khá cao [2].

Ít ăn rau và thói quen sử dụng dầu/mỡ động vật nấu ăn là hai yếu tố nguy cơ của bệnh ĐTĐ. Nghiên cứu của Cao Mỹ Phượng cho thấy can thiệp làm giảm tỉ lệ đối tượng ăn nhiều mỡ, nhiều đường và ăn đêm sau 20 giờ [2]. Kết quả nghiên cứu ghi nhận hiệu quả giáo dục can thiệp đã làm cho tỉ lệ ít ăn rau của nhóm tuần thủ điều trị giảm có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Ở nhóm không tuần thủ tỉ lệ không thường xuyên ăn rau lại tăng lên so với trước can thiệp (p<0,05). So sánh sau can thiệp cho thấy tỉ lệ ít ăn rau ở nhóm tuần thủ thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tuần thủ (p<0,05). Tỉ lệ thường xuyên sử dụng dầu/mỡ động vật để nấu ăn giảm ở nhóm tuần thủ điều trị so với nhóm không tuần thủ (p<0,05).

Các nghiên cứu cho thấy, hoạt động thể lực thường xuyên làm giảm nồng độ glucose, duy trì ổn định lipid máu, HA, cải thiện kháng insulin, và cải thiện tích cực về mặt tâm lý. Phối hợp hoạt động thể lực thường xuyên và điều chỉnh chế độ ăn giúp làm giảm nguy cơ mắc ĐTĐ tít 2. Kết quả

ở Bảng 3 ghi nhận tỉ lệ hoạt động thể lực nặng trong công việc và thể thao nặng cả hai nhóm đều giảm. Một trong những lý do có thể là do đặc điểm tuổi càng cao việc tham gia làm các công việc nặng hoặc thể thao nặng càng giảm. Sau can thiệp, tỉ lệ hoạt động thể lực trung bình ở nhóm tuần thủ tăng lên rõ rệt, với p<0,01; ở nhóm không tuần thủ không có sự khác biệt, với p>0,05. Sau can thiệp tỉ lệ hoạt động trung bình của nhóm được điều trị cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tuần thủ.

**4.3. Sự thay đổi chỉ số glucose máu và tình trạng kháng insulin ở các nhóm**

Kết quả ở Bảng 4 và Bảng 5 cho thấy sau can thiệp chỉ số glucose máu sau 2 giờ ở nhóm tuần thủ điều trị giảm có ý nghĩa thống kê (p<0,05) so với trước can thiệp. So sánh chỉ số glucose máu 2 giờ trước can thiệp giữa 2 nhóm là tương đồng, kết quả sau can thiệp ở nhóm tuần thủ can thiệp điều trị thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm

**Bảng 5: Hiệu quả thay đổi tỉ lệ người tiền đái tháo đường ở các nhóm**

Tình trạng	Thời điểm can thiệp	Tuần thủ (n=323)		Không tuần thủ (n=295)		So sánh (p)
		n	%	n	%	
Bình thường	Trước CT	0		0		
	Sau CT	183	57,2	125	43,7	<0,05
	p	<0,01		<0,01		
Tiền ĐTĐ	Trước CT	323	52,3	295	47,7	>0,05
	Sau CT	107	33,4	115	40,2	>0,05
	p	<0,01		<0,01		
ĐTĐ	Trước CT	0		0		
	Sau CT	30	9,4	46	16,1	<0,05
	p	<0,01		<0,01		

**Bảng 6: So sánh các chỉ số ở 2 nhóm tuần thủ và nhóm không tuần thủ**

Chỉ số	Thời điểm	Tuần thủ (n=323)	Không tuần thủ (n=295)	p
Insulin	Trước	44,89 ± 20,23	45,35 ± 22,99	>0,05
	Sau	46,35 ± 30,80	56,89 ± 48,37	<0,01
	p	>0,05		<0,01
HOMA2-IR	Trước	0,87 ± 0,39	0,88 ± 0,43	>0,05
	Sau	0,89 ± 0,55	1,09 ± 0,92	<0,01
	p	>0,05		<0,01
HOMA2-%S	Trước	135,2 ± 53,4	129,9 ± 46,8	>0,05
	Sau	161,6 ± 120,2	143,9 ± 112,5	>0,05
	p	<0,01		<0,05
HOMA2-%B	Trước	60,63 ± 22,21	60,40 ± 21,14	>0,05
	Sau	76,65 ± 35,31	76,89 ± 36,83	>0,05
	p	<0,01		<0,01

không tuần thủ với p<0,05.

Kết quả phân tích tỉ lệ phát triển thành ĐTĐ cho thấy: tỉ lệ chung các đối tượng phát triển thành ĐTĐ ở cả 2 nhóm sau can thiệp là 12,3%; tỉ lệ các đối tượng phát triển thành ĐTĐ ở nhóm không tuần thủ (16,1%) cao hơn so với nhóm tuần thủ điều trị (9,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Vậy kết quả can thiệp, điều trị đã giảm được 41,6% nguy cơ tiến triển thành ĐTĐ của nhóm tuần thủ điều trị so với nhóm không tuần thủ. Kết quả nghiên cứu của Iqbal Hydrie ở người có IGT tại Pakistan trong 12 tháng cho kết quả tỉ lệ chuyển thành ĐTĐ ở nhóm không tuần thủ là 8,2% thấp hơn nghiên cứu Daqing 18,3% và 11,3%, nhưng cao hơn so với nghiên cứu tại Phần Lan 6%/năm [5],[7].

Kết quả phân tích tổng hợp của Adam G. Tabák cho thấy khoảng 5 đến 10% người tiền ĐTĐ sẽ phát triển thành ĐTĐ thực thụ, và cũng tỉ lệ như vậy sẽ trở về

đường máu bình thường. Những nghiên cứu gần đây ghi nhận tỉ lệ phát triển thành ĐTĐ thực thụ đối với nhóm IGT đơn thuần là 4-6%, IFG đơn thuần là 6-9% thấp hơn nhóm IGT+IFG là 15-19%. William C Knowler và ghi nhận tỉ lệ trở về glucose máu bình thường hàng năm là 23% khi can thiệp lối sống đơn thuần, 19% can thiệp bằng metformin, và 19% ở nhóm giả dược [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ các đối tượng trở về đường máu bình thường ở nhóm tuần thủ điều trị (57,2%) cao hơn nhóm không tuần thủ (43,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Kết quả này tương tự như Leigh Perreault và ghi nhận có thể dự phòng can thiệp lối sống để đảo ngược quá trình tiến triển ĐTĐ; phương pháp can thiệp lối sống có hiệu quả đưa glucose máu trở về bình thường hiệu quả hơn metformin và giả dược [6].

So sánh chỉ số insulin máu lúc đói ở nhóm không tuần thủ và nhóm tuần thủ sau can thiệp cho thấy trung bình chỉ số insulin của nhóm tuần thủ thấp hơn nhóm không tuần thủ, p<0,05. Theo Gordon C. Weir và Susan Bonner-Weir để tiến triển thành ĐTĐ tít 2 thực thụ, thường trải qua giai đoạn rối loạn dung nạp glucose hoặc suy giảm glucose máu lúc đói. Cùng với đó là sự thay đổi của tình trạng tiết insulin, giai đoạn đầu tế bào Beta tụt giảm tiết insulin để bù trừ lại sự thiếu hụt insulin tương đối do tình trạng kháng insulin. Vì vậy, nồng độ insulin giai đoạn tiền ĐTĐ thường tăng cao [6]. Kết quả nghiên cứu chỉ số kháng insulin tính theo HOMA2 chung ở người tiền ĐTĐ tăng lên sau can thiệp, chỉ số này nhóm tuần thủ không thay đổi so với trước can thiệp; tỉ lệ kháng insulin theo HOMA2 tăng có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tuần thủ (p<0,01). Chỉ số HOMA2-IR sau can thiệp ở nhóm tuần thủ thấp hơn

nhóm không tuân thủ ( $p < 0,01$ ). Chỉ số HOMA2-%S chung ở người tiền ĐTĐ tăng có ý nghĩa thống kê sau can thiệp. Chỉ số HOMA2-%S ở nhóm tuân thủ tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp; nhóm tuân thủ điều trị có ĐN insulin sau can thiệp cao hơn so với nhóm không tuân thủ. Kết quả này phù hợp với nhiều kết quả thiệp lối sống ở người tiền ĐTĐ, làm chậm quá trình phát triển thành ĐTĐ tít 2 thực thụ [2]. Chỉ số CNTB Beta tính theo HOMA2 chung ở người tiền ĐTĐ tăng có ý nghĩa thống kê. Chỉ số HOMA2-%B chưa thấy sự khác biệt ở nhóm tuân thủ và không tuân thủ.

## 5. KẾT LUẬN

+ Can thiệp lối sống làm giảm tỉ lệ hút thuốc lá, thói quen ít ăn rau, thói quen sử dụng dầu/mỡ động vật giảm; tăng tỉ lệ có HĐTL ở cả hai nhóm; giảm glucose máu; giảm tỉ lệ tiền đái tháo đường; giảm chỉ số kháng insulin và tăng độ nhạy insulin, tăng chỉ số chức năng tế bào Beta.

+ Hiệu quả can thiệp có sự khác biệt giữa nhóm tuân thủ và nhóm không tuân thủ.

## 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, 815.
2. Cao Mỹ Phượng, Đinh Thanh Huệ, Nguyễn Hải Thủy (2011), "Nghiên cứu kết quả can thiệp phòng chống tiền đái tháo đường trên cộng đồng tại huyện Cầu Ngang tỉnh Trà Vinh". *Tạp chí Nội tiết - Đái tháo đường*. 3: 20-27.
3. Diabetes Prevention Program Research Group (2009), "10-year follow-up of diabetes inci-

dence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study". *Lancet (London, England)*. 374(9702): 1677-86.

4. International Diabetes Federation (2015), "IDF Diabetes Atlas: Seventh edition". *IDF Diabetes Atlas*. Six edition.

5. Iqbal Hydrie M.Z., Basit A., Shera A.S., et al. (2012), "Effect of intervention in subjects with high risk of diabetes mellitus in Pakistan". *Journal of nutrition and metabolism*. 2012.

6. Perreault L., Kahn S.E., Christophi C.A., et al. (2009), "Regression from pre-diabetes to normal glucose regulation in the diabetes prevention program". *Diabetes Care*. 32(9): 1583-88.

7. 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*. 3;344(18): 1343-50.

8. Katula J.A., Vitolins M.Z., Rosenberger E.L., et al. (2011), "One-year results of a community-based translation of the diabetes prevention program Healthy-Living Partnerships to Prevent Diabetes (HELP PD) project". *Diabetes Care*. 34(7): 1451-57.

9. Perreault L., Kahn S.E., Christophi C.A., et al. (2009), "Regression from pre-diabetes to normal glucose regulation in the diabetes prevention program". *Diabetes Care*. 32(9): 1583-88.

10. Younis N., Soran H., Farook S. (2004), "The prevention of type 2 diabetes mellitus: recent advances". *Q J Med*. 97: 451-55.

## INVESTIGATING THE IMPACT OF TREATMENT COMPLIANCE ON EFFECTIVENESS OF LIFESTYLE CHANGES IN PRE-DIABETES POPULATION AFTER 24 MONTHS OF INTERVENTION

### SUMMARY

*Objectives: The study aims to assess the impact of treatment on effectiveness of lifestyle changes in pre-diabetes population in Ninh Binh province.*

*Methods: 618 pre-diabetes defined by WHO-IDF 2010 criteria, average ages  $56,1 \pm 8,1$  years, were intervened by lifestyle modification for 24 months.*

*Results: The habits of smoking and alcohol drinking were difficult to change; interventions encouraged dietary and physical activity behaviour changes in pre-diabetes population. Lifestyle intervention decreased the risk factors and fasting blood glucose level and 2 hours glucose level. The rate of participants turning to normal blood glucose level was higher in compliance group than non-compliance group.*

*Insulin index, insulin resistance (HOMA2-IR), beta cell function (HOMA2-%B) and insulin sensitivity index (HOMA2-%S) increased significantly; there was difference statistically between compliance group compare with non-compliance groups.*

*Conclusion: Among pre-diabetes, after 24 months of lifestyle intervention, Compliance of intervention reduced the risks of developing diabetes. Lifestyle intervention decrease risk factors and the risk of pre-diabetes progressing to diabetes for 24 months in Ninh Binh province.*

**Keywords: diabetes, pre-diabetes, intervention**

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG - SUY GIẢM DUNG NẠP GLUCOSE, CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ Ở MỘT SỐ QUẬN NỘI VÀ NGOẠI THÀNH CỦA THÀNH PHỐ HÀ NỘI

TẠ VĂN BÌNH, ĐỖ ĐÌNH TÙNG

*Trường Đại học Y Hà Nội*

## TÓM TẮT:

Bệnh đái tháo đường 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 đái tháo đường tại một số địa điểm nội và ngoại thành của Thành phố Hà Nội. Kết quả, tỷ lệ bệnh đái tháo đường 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 đái tháo đường.

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

## 1. 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 thương nặng nề về kinh tế, xã hội do chứng nghiêm trọng của bệnh. 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%. Người bệnh thường được phát hiện muộn, khi đó đã có những biến chứng nặng nề như mù lòa, cắt

cụt chi,... 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 đái tháo đường – Suy giảm dung nạp glucose, các yếu tố nguy cơ ở một số quận nội và ngoại thành của thành phố Hà Nội.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng:** Tổng số đối tượng nghiên cứu là 1060 người độ tuổi từ 20-74 tuổi, đang sống ở Hà Nội.

**2.2. Phương pháp:** 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. Thời gian: 7/2004 đến 10/2005.

Phương pháp thu thập số liệu điều tra:

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.

### 2.3. Xử lý và phân tích số liệu

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

## 3. KẾT QUẢ

**3.1. Đặc điểm phân bố tỉ lệ mắc bệnh đái tháo đường**

Tỷ lệ đái tháo đường chung là 5,75% trong đó mới phát hiện là 47,5%.

Tỉ lệ mắc ĐTĐ, rối loạn dung nạp glucose tập trung ở nhóm trên 40 tuổi, tỉ lệ chung mắc ĐTĐ là 5,75%, rối

*Ngày nhận bài báo: 25/04/2018*

*Ngày nhận phản biện: 27/05/2018*

*Ngày duyệt đăng: 15/06/2018*

*Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Bình*

*Email: binhnoitiet@gmail.com*

**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	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	
<b>ĐTĐ</b>	(63) 0%	(162) 1,2	(269) 2,6	(224) 6,9	(342) 13,9	(1060) 5,75	< 0,05
<b>RLDNG</b>	0%	3,3	4,3	9,3	15,7	7,4	< 0,05

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 tỉ lệ các đối tượng tăng huyết áp cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ngoại 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.

**4. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm phân bố tỉ lệ mắc bệnh đái tháo đường**

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). 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.

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 gấp 2 lần so với ngoại

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

Khu vực	BMI %			Eo %			
	<23 (1)	≥ 23	Pab 1-2	Nam >90	Nữ >80	Cả hai giới	P
<b>N1 (a) (n = 517)</b>	57,2	42,8	<0,05	9,5	34,4	22,8	Pa 12 <0,05
<b>N2 (b) (n = 543)</b>	74,9	25,1	<0,05	5,4	18,6	12,3	Pb 12 <0,05
<b>N1 + N2 (n=1060)</b>	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 trung tâm thu ≥ 140 HA TTr ≥ 90	HA trung tâm thu ≥ 140	HA tâm trương ≥ 90
<b>N1 (a) (n = 517)</b>	20,7	28,0	27,5
<b>N2 (b) (n = 543)</b>	16,2	21,7	19,3
<b>N1 + N2 (n=1060)</b>	18,4	24,9	23,3
<b>P</b>	< 0,05	< 0,05	< 0,05

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

Thừa cân/ béo phì	ĐTĐ		IGT	
	Có	Không	Có	Không
<b>Có</b>	15 (4,4%)	324 (95,6%)	35 (10,8%)	289 (89,2%)
<b>Không</b>	14 (2,6%)	674 (98,0%)	39 (5,8%)	635 (94,2%)
<b>OR, p</b>	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
<b>Có tăng HA (n = 300)</b>	20 (6,7%)	280 (93,3%)	38 (13,6%)	242 (86,4%)
<b>Không tăng HA (n = 727)</b>	9 (1,2%)	718 (98,8%)	36 (5,0%)	682 (95,0%)
<b>OR, p</b>	OR = 5,7 (2,43-13,68); p <0,01		OR = 2,97 (1,8-4,93); p <0,01	

thành, có lẽ do sự chênh lệch về mức sống, tốc độ thay đổi hành vi, đặc biệt là các stress. 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- $P < 0,05$ ). 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%).

#### 5. 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.

#### STUDY THE CHARACTERISTICS OF DIABETES, PRE-DIABETES, RISK FACTORS OF THE PEOPLE LIVING IN HANOI CITY

##### SUMMARY:

*The Asian-Pacific region continues to be at the forefront of the type 2 diabetes mellitus (DM) epidemic. Vietnam is burdening face all the consequences of DM on the economic and society. We assessed the situation of DM in Hanoi, a big city in Vietnam, to serve for management and prevention. Conclusion: The prevalence of DM in Hanoi (with ages from 20 to 74) is 5.7%, IGT 7.4%, including: new cases 47.5% (that's mean 52.5% undiagnosis); within the city (8.1%) greater out- of-town (3.5%). This study also demonstrates the relationship between urban living, overweight / obesity, hypertension with diabetes mellitus.*

**Keywords:** diabetes, pre-diabetes, risk factors, intervention



# CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN NĂM 2017

NGUYỄN THỊ THU HÀ<sup>1</sup>, NGUYỄN DUY LUẬT<sup>2</sup>,  
NGUYỄN NGỌC KHÁNH<sup>3</sup>, LÊ THỊ THỦY<sup>4</sup>, NGUYỄN HỮU THẮNG<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Học viên Cao học QL BV khóa 25, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội

<sup>2</sup>Viện Đào tạo YHDP và YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội

<sup>3</sup>Sinh viên YTCC khóa 2016-2020, Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>4</sup>Sinh viên YHDP khóa 2012-2018, trường Đại học Y Hà Nội

## TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh đái tháo đường typ 2, điều trị ngoại trú, tại Bệnh viện Thanh Nhàn, thành phố Hà Nội, năm 2017. Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi Chất lượng cuộc sống người bệnh đái tháo đường Châu Á (Asian Diabetes Quality of Life – AsianDQOL), được dịch sang tiếng Việt và thử nghiệm độ tin cậy với điểm Cronbachs Alpha = 0,86. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tính trên thang điểm 100, điểm CLCS chung của người bệnh là  $58,36 \pm 11,51$ , cao nhất là sức khỏe tâm thần ( $68,43 \pm 18,86$ ), lần lượt là chế độ ăn ( $63,57 \pm 9,94$ ), sức khỏe thể chất ( $60,63 \pm 19,97$ ), lĩnh vực tài chính ( $54,85 \pm 23,72$ ), thấp nhất là mối quan hệ cá nhân ( $34,14 \pm 12,90$ ). 72,7% người bệnh có CLCS ở mức trung bình khá, 21,1% người bệnh có CLCS khá, tốt. Chỉ 6,2% người bệnh có CLCS ở mức trung bình kém và không có người bệnh nào có điểm CLCS kém.

**Từ khóa:** *Chất lượng cuộc sống, Đái tháo đường typ 2, Bệnh viện*

Ngày nhận bài báo: 10/05/2018

Ngày nhận phản biện: 27/06/2018

Ngày duyệt đăng: 15/07/2018

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà

Địa chỉ: Học viên cao học Quản lý bệnh viện khóa 25, trường Đại học Y Hà Nội

Điện thoại: 0979251363

Email: thuhaqlbv@gmail.com

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, theo Bộ Y Tế công bố, tính đến năm 2012, tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) trong cộng đồng là 5,4% [1]. Theo xu hướng phát triển chung của bệnh ĐTĐ trên thế giới và Việt Nam, người bệnh vào điều trị ĐTĐ tại Phòng khám Nội tiết Bệnh viện Thanh Nhàn ngày càng tăng, đặc biệt là tỉ lệ bệnh ĐTĐ typ 2. Theo báo cáo của bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội, năm 2012 có 2.990 người bệnh, năm 2016 có 7.230 người bệnh, trong 6 tháng đầu năm 2017 có 5.036 người bệnh. Trong đó, người bệnh ĐTĐ typ 2 chiếm 96% tổng số người bệnh đang điều trị. Sự gia tăng tỷ lệ bệnh ĐTĐ cũng đồng thời với việc gia tăng biến chứng, nhất là biến chứng tim mạch.

Các biến chứng này cùng với các stress về tâm lý không chỉ làm giảm tuổi thọ mà còn ảnh hưởng trầm trọng tới chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh. Đo lường CLCS không những đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá tác động của bệnh tật tới tình trạng sức khỏe thể chất, khả năng hoạt động, đời sống tâm lý hoặc tinh thần của người bệnh, mà còn cung cấp những thông tin có giá trị giúp cho các cán bộ y tế và người bệnh cùng hợp tác đưa ra quyết định lựa chọn tốt nhất có thể về những chỉ định can thiệp phù hợp trong quá trình chăm sóc và điều trị người bệnh, đồng thời cũng giúp đánh giá sự thay đổi CLCS trong suốt quá trình điều trị, giúp có cái nhìn toàn diện hơn về tác động của điều trị và bệnh tật tới người bệnh [2].

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu mô tả CLCS của người bệnh nói chung và của người bệnh ĐTĐ nói riêng, chủ yếu sử dụng bộ câu hỏi SF-36. Tại Việt Nam,

**Bảng 3.1 Điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh đái tháo đường týp 2 về chế độ ăn**

Chế độ ăn (N = 512)	Mean ± SD
Hài lòng với chế độ ăn hiện tại	64,60 ±14,35
Thoải mái với thói quen ăn uống hàng ngày	67,53 ±16,75
Tuân thủ chế độ ăn hiện tại là một gánh nặng	72,36 ±21,63
Vẫn muốn ăn thêm những thức ăn mình thích	38,96 ±22,78
Buồn khi không thể ăn thoải mái theo ý thích	67,33 ±24,75
Không thể ăn những gì người khác ăn	70,61 ±21,73

**Bảng 3.2 Điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh đái tháo đường týp 2 về sức khỏe thể chất**

Sức khỏe thể chất (N = 512)	Mean ± SD
Cảm thấy yếu đi hoặc mệt mỏi hơn	61,96 ±23,61
Cảm thấy bệnh ảnh hưởng đến chất lượng công việc và hoạt động hàng ngày	60,3 ±24,13
Cảm thấy bệnh đái tháo đường cản trở mình thực hiện các hoạt động yêu thích	59,62 ±25,44

các nghiên cứu về CLCS chưa được quan tâm nhiều, đặc biệt là nghiên cứu về CLCS của người bệnh ĐTD týp 2 [3]. Do vậy nghiên cứu này thực hiện với mục tiêu mô tả chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ĐTD týp 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Thanh Nhàn, năm 2017 bằng bộ câu hỏi chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTD Châu Á (Asian Diabetes Quality of Life – AsianDQOL).

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Người bệnh ĐTD týp 2 đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Thanh Nhàn. Đối tượng nghiên cứu không bao gồm người bệnh có bệnh lý tâm thần, rối loạn hành vi tâm thần hoặc sa sút trí tuệ. Sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến hoạt động tâm thần như các thuốc an thần và thuốc chống trầm cảm. Phụ nữ đang mang thai.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

Thời gian thu thập số liệu từ tháng 11-12 năm 2017  
Địa điểm: Phòng khám ngoại trú, điều trị ĐTD, Bệnh Viện Thanh Nhàn, Hà Nội.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

**2.4.1. Cỡ mẫu**

Cỡ mẫu: Được tính theo công thức một giá trị trung bình

$$n = \frac{Z^2 \cdot \sigma^2 \cdot (1 - \alpha/2)}{d^2}$$

n: Là cỡ mẫu nghiên cứu của đối tượng ĐTD týp 2  
á: Mức ý nghĩa thống kê với á = 0,05 thì hệ số Z<sub>1-á/2</sub> = 1,96

ó2: Độ lệch chuẩn, với ó = 14,4 (Nguyễn Thị Xuân nghiên cứu CLCS trên người bệnh ĐTD týp 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa huyện Mê Linh năm 2015 [4])

d: Độ lệch chính xác tuyệt đối mong muốn = 1.3

Đã có 512 người bệnh ĐTD týp 2 tham gia nghiên cứu này.

**2.4.2. Phương pháp chọn mẫu**

Ngẫu nhiên hệ thống.

**2.4.3. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu**

**2.4.3.1. Công cụ thu thập số liệu**

AsianDQOL bao gồm 21 câu hỏi, bao gồm 5 phần: Chế độ ăn, sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm thần, tài chính và mối quan hệ cá nhân [5]. Bộ câu hỏi được dịch sang tiếng Việt, sau đó xin ý kiến chuyên gia, thử nghiệm để đánh giá tính giá trị và sử dụng của bộ câu hỏi với chỉ số Cronbach's Alpha = 0,86.

**2.4.3.2. Phân tích số liệu**

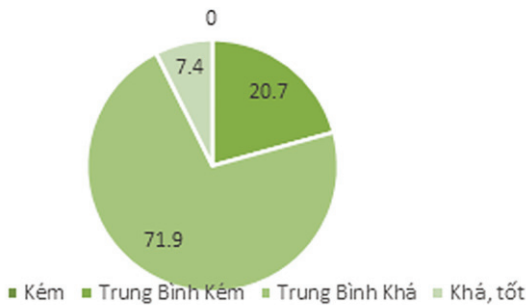
Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm Epidata 3.1 và SPSS 16.0. Giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, số lượng và tỷ lệ (%) được sử dụng cho mô tả CLCS của người bệnh ĐTD. Cụ thể: Điểm trung bình CLCS được mô tả cho 5 lĩnh vực là sức khỏe thể chất, tinh thần, chế độ ăn, tài chính và mối quan hệ cá nhân. Phân loại CLCS với 4 mức: 0-#25 điểm: CLCS kém; 25-#50 điểm: CLCS trung bình kém; 50-#75 điểm: CLCS

**Bảng 3.3** Điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh đái tháo đường típ 2 về sức khỏe tâm thần

Sức khỏe tâm thần	Mean ±SD
Quên những chuyện xảy ra gần đây	67,58 ± 23,43
Gặp khó khăn trong việc nhớ lại những sự kiện gần đây	68,46 ± 23,17
Cảm thấy khó nhớ lại những sự kiện cũ	67,63 ± 23,16
Khó khăn trong việc nhận biết khuôn mặt, địa điểm hay số	70,07 ± 22,86

**Bảng 3.4** Điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh đái tháo đường típ 2 về tài chính

Tài chính (N=512)	Mean ±SD
Lo lắng nhiều về chi phí chữa bệnh	55,18 ± 26,77
Cảm thấy bệnh đái tháo đường đã làm tăng gánh nặng tài chính	54,83 ± 27,89
Gặp khó khăn trong việc chi trả chi phí y tế	58,35 ± 29,76
Lo lắng nhiều về chi phí y tế trong tương lai	51,22 ± 27,58
Lo lắng chi phí tài chính cho gia đình	54,69 ± 28,88



**Biểu đồ 3.1** Xếp loại chất lượng cuộc sống của người bệnh đái tháo đường típ 2

Trung bình khá; 75-100 điểm: CLCS khá, tốt.

**2.5. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu được sự đồng ý của Ban Giám Đốc, lãnh đạo khoa khám bệnh, bác sĩ, điều dưỡng tại khoa Phòng khám nội tiết, Bệnh viện Thanh Nhàn. Người bệnh tự nguyện tham gia nghiên cứu và thông tin chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ**

Nghiên cứu được thực hiện trên 512 người bệnh ĐTĐ típ 2, Tuổi trung bình 66,3 ± 9,9 tuổi. Người bệnh là nữ giới chiếm đa số với 65,8%, chủ yếu là hưu trí (76,6%). Người bệnh có trình độ học vấn trung học cơ sở và tiểu học là tương đương nhau, với 35%, vẫn còn 6,8% người bệnh không biết chữ và không có người bệnh nào có trình độ học vấn từ trung cấp trở lên. Về tình trạng hôn nhân, đa số người bệnh có vợ/ chồng chiếm 94,5%, còn lại 2,5% đã ly hôn/ góa. Phần lớn người bệnh có bảo hiểm y tế (96,5%), kinh tế không nghèo (91,6%) và có người sống cùng (94,3%).

Điểm CLCS về chế độ ăn của người bệnh ĐTĐ típ 2 cao nhất là với tuân thủ chế độ ăn hiện tại là một gánh

nặng 67,53 ± 16,75 điểm, thấp nhất với 38,96 ± 22,78 ở mục vẫn muốn ăn thêm những thức ăn mình thích.

Đánh giá CLCS về sức khỏe thể chất, cao nhất là người bệnh cảm thấy yếu đi hoặc mệt mỏi hơn có 61,96 ± 23,61 điểm, thấp nhất là cảm thấy bệnh ĐTĐ cản trở mình thực hiện các hoạt động yêu thích với 59,62 ± 25,44 điểm.

Điểm CLCS về sức khỏe tâm thần cao nhất ở khó khăn trong việc nhận biết khuôn mặt, địa điểm hay số với 70,07 ± 22,86 điểm, thấp nhất ở quên những chuyện xảy ra gần đây với 67,58 ± 23,43 điểm.

Điểm CLCS về tài chính cao nhất ở gặp khó khăn trong việc chi trả chi phí y tế với 58,35 ± 29,76. Trong khi đó thấp nhất về chi phí y tế trong tương lai với 51,22 ± 27,58 điểm.

Điểm CLCS của người bệnh ĐTĐ típ 2 về mối quan hệ cá nhân thấp nhất ở mối quan hệ với vợ/chồng với 34,14 ± 22,90 điểm, còn cao nhất là ham muốn tình dục so với 6 tháng trước với 48,5 ± 6,28 điểm.

Điểm CLCS chung của người bệnh là 58,36 ± 11,51 điểm, trong đó cao nhất ở mục sức khỏe tâm thần là 68,43 ± 18,86 điểm còn thấp nhất là mối quan hệ cá nhân với 34,14 ± 12,90 điểm. Ở lĩnh vực chế độ ăn đạt trung bình 63,57 ± 9,94 điểm, sức khỏe thể chất là 60,63 ± 19,97 điểm; lĩnh vực tài chính là 54,85 ± 23,72 điểm.

Đa số người bệnh có CLCS ở mức trung bình khá với 72,7%, tiếp đó là CLCS khá, tốt với 21,1%. Chỉ 6,2% người bệnh có CLCS ở mức trung bình kém và không có người bệnh nào có điểm CLCS kém.

**IV. BÀN LUẬN**

AsianDQOL là bộ công cụ chú trọng vào các khía cạnh sức khỏe phù hợp nhất với tình trạng bệnh ĐTĐ. Việc tính toán chỉ số AsianDQOL dựa trên 5 nhóm: Chế

**Bảng 3.4 Điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh đái tháo đường týp 2 về mối quan hệ cá nhân**

Mối quan hệ cá nhân (n = 301)	Mean ± SD
Mối quan hệ với vợ/chồng	34,14 ± 22,90
Quan hệ tình dục so với 6 tháng trước	48,34 ± 6,87
Ham muốn tình dục so với 6 tháng trước	48,5 ± 6,284

**Bảng 3.5 Điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh đái tháo đường chung**

Chế độ ăn (N = 512)	n	Mean ± SD
Chế độ ăn	512	63,57 ± 9,94
Sức khỏe thể chất	512	60,63 ± 19,97
Sức khỏe tinh thần	512	68,43 ± 18,86
Tài chính	512	54,85 ± 23,72
Mối quan hệ cá nhân	301	34,14 ± 12,90
<b>Điểm CLCS chung</b>	512	<b>58,36 ± 11,51</b>

độ ăn, sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm thần, tài chính và mối quan hệ cá nhân [7]. Đánh giá CLCS lĩnh vực chế độ ăn với các câu hỏi đánh giá mức độ hài lòng liên quan đến việc ăn uống hằng ngày.

Điểm trung bình về lĩnh vực này trong nghiên cứu chúng tôi là 63,57 ± 9,94 trong đó trung bình cao nhất khi được hỏi về việc tuân thủ chế độ ăn hiện tại là một gánh nặng với 72,36 ± 21,63. Chế độ ăn uống trong bệnh ĐTĐ là một phần vô cùng quan trọng trong quá trình điều trị bệnh, giúp hỗ trợ kiểm soát đường huyết và ngăn ngừa các biến chứng. Về điểm trung bình CLCS về sức khỏe thể chất của người bệnh tham gia nghiên cứu là 60,63 ± 19,97. Kết quả của chúng tôi tương tự với tác giả Võ Tuấn Khoa (2008) nghiên cứu CLCS của 36 người bệnh ĐTĐ týp 2 biến chứng đoạn chi với 36 người bệnh ĐTĐ týp 2 không có biến chứng này điều trị nội trú tại Khoa Nội tiết Bệnh viện Chợ Rẫy thành phố Hồ Chí Minh (63,3) (chúng tôi chọn nhóm không có biến chứng đoạn chi để so sánh) [8], và của Nguyễn Đình Tuấn nghiên cứu CLCS của 385 người bệnh ĐTĐ týp 2 tại Khoa khám bệnh Bệnh viện Lê Lợi thành phố Vũng Tàu (60,79), cao hơn nghiên cứu của tác giả Trần Như Hoàng (2011) nghiên cứu tác động của các biến chứng lên CLCS của 200 người bệnh ĐTĐ týp 2 tại Phòng khám Bệnh viện Nhân Dân 115 thành phố Hồ Chí Minh (53,1) [9].

Có sự hạn chế về hoạt động thể lực có thể do người bệnh hầu hết đều tuổi cao vì vậy họ ít tham gia công việc hằng ngày hoặc không phải làm những công việc mà con cháu họ chủ yếu làm. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, điểm CLCS trung bình lĩnh vực sức khỏe tâm thần 68,43 ± 18,86 trong đó cao nhất là khó khăn trong việc

nhận biết khuôn mặt, địa điểm hay số với 70,07 ± 22,86 điểm, tiếp đó là quên những chuyện xảy ra gần đây với 67,58 ± 23,43 điểm. Những yếu tố nguy cơ gây suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ trên người bệnh ĐTĐ được xác định là tuổi, giới, trình độ học vấn, bệnh lý trầm cảm, chỉ số đường huyết, điều trị bằng insulin.

Về điểm CLCS liên quan đến tài chính, người bệnh gặp khó khăn trong việc chi trả chi phí y tế có điểm CLCS cao nhất với 58,35 ± 29,76, chi phí cho ĐTĐ đã được BHYT chi trả, tuy nhiên những chi phí liên quan đến quá trình điều trị còn rất cao nên điểm CLCS lĩnh vực này còn khá thấp so với 3 lĩnh vực đã nêu trên. Về các mối quan hệ cá nhân như mối quan hệ với vợ chồng, quan hệ tình dục và ham muốn tình dục so với 6 tháng trước. Kết quả cho thấy còn 301/512 đối tượng nghiên cứu còn quan hệ tình dục với vợ/chồng. Tuy nhiên điểm CLCS về mối quan hệ này rất thấp, trung bình khoảng 34,14 ± 22,90, trong đó khi hỏi về chất lượng của quan hệ tình dục so với 6 tháng trước đây có điểm CLCS cao nhất trong lĩnh vực này với 48,34 ± 6,87, còn thấp nhất là mối quan hệ với vợ/chồng là 34,14 ± 12,90.

Đánh giá điểm trung bình CLCS của người bệnh ĐTĐ týp 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Thanh Nhàn là 58,36 ± 11,51, trong đó đa số người bệnh có CLCS ở mức trung bình khá chiếm 71,9%, mức khá tốt là 7,4%, có 20,7% đối tượng có CLCS ở mức trung bình- kém và không có đối tượng nào ở mức kém. Kết quả này cao hơn nghiên cứu Nguyễn Thị Xuân (2015) có 54,2% người bệnh có CLCS trung bình khá, khá; 40,8% người bệnh có CLCS ở mức trung bình; chỉ có 3,8% người bệnh có CLCS ở mức khá tốt và tốt; và vẫn còn 1,2%

người bệnh có CLCS ở mức kém. Tỷ lệ người bệnh có điểm CLCS ở mức trung bình trở xuống chiếm tỷ lệ tương đối cao. Vì vậy, trong quá trình chăm sóc và điều trị cho những người bệnh ĐTĐ týp 2 cần tập trung nhiều hơn đối với những đối tượng này như tư vấn giúp họ cải thiện một số hạn chế làm ảnh hưởng tới CLCS [4].

**V. KẾT LUẬN**

Sử dụng phiên bản tiếng việt bộ công cụ AsianDQOL ở Việt Nam trên đối tượng bệnh nhân điều trị ĐTĐ týp 2 ngoại trú ở bệnh viện Thanh Nhàn. Về kết quả đa số người bệnh có CLCS ở mức trung bình khá (72,7%), tiếp đó là CLCS khá (21,1%). Chỉ 6,2% người bệnh có CLCS ở mức trung bình kém và không có người bệnh nào có điểm CLCS kém. Điểm chất lượng cuộc sống chung ảnh hưởng nhiều nhất đến sức khỏe tâm thần và ít nhất với các mối quan hệ các nhân.

**LỜI CẢM ƠN**

*Chúng tôi trân trọng cảm ơn sự hỗ trợ, giúp đỡ từ nhiều cơ quan, tổ chức và cá nhân; đặc biệt là cán bộ giáo viên các trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Đa khoa Thanh Nhàn, Hà Nội.*

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **A. Lloyd, P. Sawyer W Fau - Hopkinson và P. Hopkinson (2001)**, "Impact of long-term complications on quality of life in patients with type 2 diabetes not using insulin", (1098-3015 (Print)).

2. **Nguyễn Đình Tuấn (2013)**, Chất lượng cuộc sống của người bệnh đái tháo đường týp 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Lê Lợi, thành phố Vũng Tàu năm 2013, *Luận văn thạc sĩ y học*, Trường đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.

3. **Nguyễn Khoa Diệu Vân (2006)**, Đánh giá hiệu

quả phương pháp điều trị tích cực để hạn chế các yếu tố nguy cơ đối với bệnh ý mạch máu ở người bệnh đái tháo đường týp 2 mới phát hiện, *Luận văn thạc sĩ y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.

4. **Nguyễn Thị Xuân (2015)**, Chất lượng cuộc sống của người bệnh đái tháo đường týp 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa huyện mê linh và một số yếu tố liên quan năm 2015, *Luận văn thạc sĩ y học*, Đại học Y tế Công cộng.

5. **S.G.K. Goh, B. N. Rusli và B.A.K. Khalid (2015)**, "Development and validation of the Asian Diabetes Quality of Life (AsianDQOL) Questionnaire", *Diabetes research and clinic practice*, 108, tr. 489-498

6. **L. G. Evans Rw Fau - Hart, D. L. Hart Lg Fau - Manninen và D. L. Manninen (1984)**, "A comparative assessment of the quality of life of successful kidney transplant patients according to source of graft", (0041-1345 (Print)).

7. **Social Protection- VietNam Development Report 2008 (2007)**, Joint Donor Report to the Viet Nam Consultation Group Meeting, Ha Noi.

8. **Võ Tuấn Khoa (2008)**, Nghiên cứu về bản đánh giá chất lượng cuộc sống SF-36 và ứng dụng để đánh giá Chất lượng cuộc sống cho người bệnh đái tháo đường sau đoạn chi tại bệnh viện Chợ Rẫy, *Luận văn Thạc sĩ Nội khoa*, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

9. **Trần Ngọc Hoàng (2011)**, Đánh giá ảnh hưởng của các biến chứng trên chất lượng cuộc sống của người bệnh đái tháo đường týp 2 điều trị tại bệnh viện nhân dân 115, *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú*, Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.

**THE QUALITY LIFE OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS OUTPATIENT TREATMENT AT THE THANH NHAN HOSPITAL IN 2017**

**SUMMARY**

A cross sectional descriptive study described the quality of life (QOL) of patients with type 2 diabetes mellitus, outpatient treatment at Thanh Nhan Hospital, Hanoi in 2017. This study used Quality Questionnaire AsianDQOL, translated into Vietnamese and tested for reliability with Cronhback's Alpha score of 0.86. On a scale of 100, the QOL score was 58.36 ± 11.51, the highest was mental health (68.43 ± 18.86), respectively. Physical health (60.63 ± 19.97), financial sector (54.85 ± 23.72), the lowest was personal relationships (34, 14 ± 22.90). 72.7% of patients had QOL on average, 21.1% had good and good QOL. Only 6.2% of patients with QOL were on average and none of the patients had poor QOL scores.

**Key words: quality of life, type 2 diabetes, hospital**

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CÓ RỐI LOẠN LIPID MÁU ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN LẦN ĐẦU

**ĐỖ ĐÌNH TÙNG, TẠ VĂN BÌNH**

*Viện Đái tháo đường và Rối loạn chuyển hóa – Đại học Y Hà Nội*

## TÓM TẮT:

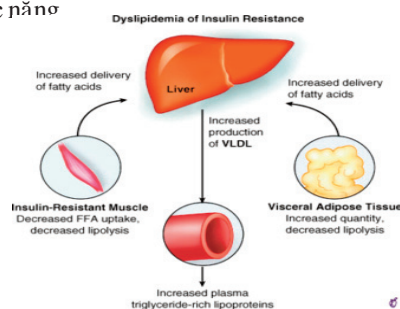
Nghiên cứu nhằm tìm câu trả lời về tình trạng kháng insulin ở các đối tượng đái tháo đường typ 2 có rối loạn lipid máu tại Việt Nam để đề ra cách kiểm soát, điều trị bệnh tốt hơn. Đề tài tiến hành lựa chọn 163 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 được chẩn đoán lần đầu trong đó có 95 (58%) bệnh nhân có rối loạn lipid máu, nhóm chứng gồm 53 người bình thường. Thu thập số liệu thông qua khám lâm sàng, xét nghiệm lipid máu, insulin, C-peptid. Kết quả cho thấy: tuổi trung bình của người đái tháo đường được chẩn đoán lần đầu là  $53,8 \pm 12,2$  (nữ là  $53,0 \pm 13,6$ , nam là  $54,6 \pm 10,7$ ); ngay thời điểm phát hiện đã có 58% rối loạn lipid máu. Nhóm đái tháo đường không RLLM có chỉ số insulin, C-peptid, TC, TG, LDL-C thấp hơn nhóm ĐTĐ có RLLM. Như vậy, ở các đối tượng đái tháo đường có rối loạn lipid máu có hiện tượng kháng insulin do vậy cần phải xem xét đến đặc điểm này trong quá trình điều trị.

**Từ khóa:** đái tháo đường typ 2, rối loạn lipid máu, kháng insulin

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giảm hoạt động thể lực và chế độ ăn giàu năng lượng, ít chất xơ là nguyên nhân chính dẫn đến thừa cân, béo phì. Béo phì, đặc biệt béo bụng được xem là yếu tố “đương nhiên” tiến tới kháng insulin và hội chứng chuyển hoá, cũng đương nhiên tiến tới ĐTĐ typ 2. Người ta thấy độ nhạy insulin trên các cá thể khác nhau cũng khác nhau, bình thường độ nhạy insulin không bị giảm đi theo tuổi tác nếu có tăng cường hoạt động thể lực, đặc biệt là ở các cơ vân. Mức độ nhạy insulin có liên quan trực tiếp đến trọng lượng cơ vân và gián tiếp đến

trọng lượng mô mỡ. Do lượng mỡ trong cơ thể do ăn dư thừa liên tục nên vượt quá khả năng cân bằng nội môi ngăn chặn sự nhiễm mỡ ở các tế bào không phải tế bào mỡ. Các tế bào không phải tế bào mỡ không có phương tiện để loại bỏ sự xâm nhập của các acid béo từ tuần hoàn. Sự nhiễm mỡ có thể can thiệp vào hoạt động chức năng bình thường của các tế bào không phải tế bào mỡ và cuối cùng có thể dẫn đến chết tế bào. Vì vậy, tế bào không nằm ngoài khả năng bị suy giảm cả về số lượng và chức năng.



## Sơ đồ 1: Bệnh sinh học rối loạn lipid máu trong ĐTĐ typ 2

(TL: Beckman JA et al. Insulin Braunwalds Heart Disease, WB Saunders, 7th ed 2005, p.1041)

Một số acid béo tự do chuỗi dài làm giảm mức acid ribonucleic truyền tin của chất vận chuyển glucose đáp ứng với insulin, làm mất ổn định sự truyền tin của GLUT-4. Acid béo cũng làm thay đổi trạng thái lỏng của màng tế bào, làm thay đổi khả năng tiếp cận các thụ thể của insulin, thay đổi khả năng gắn và hoạt động của insulin. Ở người ĐTĐ typ 2 khi nồng độ acid béo tự do tăng khoảng  $100 \mu\text{mol}$  (micromol) thì mức đề kháng insulin tăng khoảng 5-10%.

Người ĐTĐ typ 2 tăng acid béo tự do/ rối loạn lipid máu sẽ ức chế thu nhận các glucose được insulin hoạt hoá hay nói cách khác là đã gây ra đề kháng insulin ngoại vi. Vì vậy, nhiều nghiên cứu cho thấy tình trạng kháng insulin thường thấy ở các đối tượng đái tháo

Ngày nhận bài báo: 22/06/2018

Ngày nhận phản biện: 12/08/2018

Ngày duyệt đăng: 26/09/2018

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Tùng

Email: bsdinhtung@gmail.com

**Bảng 3.1. Tuổi và giới của nhóm chứng so với bệnh nhân đái tháo đường**

Nhóm	Nhóm chứng		Bệnh nhân ĐTĐ chung		Chung
	Nữ	Nam	Nữ	Nam	
Giới					
n	33	20	80	83	216
%	62,3	37,7	49,1	50,9	
$\bar{X} \pm SD$	26,4 ± 4,64	28,1 ± 4,9	53,0 ± 13,6	54,6 ± 10,7	
Chung	n	53	53		216
	%	24,5%	75,5%		100%
	$\bar{X} \pm SD$	27,0 ± 4,76	53,8 ± 12,2		47,3 ± 12,8

**Bảng 3.2. So sánh tuổi và giới của nhóm bệnh nhân đái tháo đường có rối loạn lipid máu và không rối loạn lipid máu**

Nhóm	ĐTĐ không RLLM		ĐTĐ có RLLM		Chung
	Nữ	Nam	Nữ	Nam	
Giới					
n	35	33	45	50	163
%	51,4	48,6	47,4	52,6	
$\bar{X} \pm SD$	51,5 ± 15,2	54,6 ± 12,7	54,2 ± 12,3	54,6 ± 9,4	
Chung	n	68	95		163
	%	42%	58%		100%
	$\bar{X} \pm SD$	53,0 ± 14,0	54,4 ± 10,8 <sup>NS</sup>		43,8 ± 12,2

đường có rối loạn lipid máu và/hoặc gan nhiễm mỡ.

Nhằm nghiên cứu giải đáp cho một phần câu hỏi về đặc điểm các đối tượng đái tháo đường có rối loạn lipid máu tại Việt Nam, chúng tôi tiến hành đề tài “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có rối loạn lipid máu được chẩn đoán lần đầu”

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng:** gồm 163 bệnh nhân đái tháo đường týp 2 được chẩn đoán lần đầu được lựa chọn từ 200 bệnh nhân. Nhóm chứng: người bình thường, khoẻ mạnh không mắc các bệnh cấp hoặc mạn tính. Số người này đã được tuyển chọn từ 100 người bình thường thông qua khám lâm sàng, làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống và xét nghiệm cận lâm sàng.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người mắc bệnh ĐTĐ được chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn của IDF năm 2010. Nhóm chứng không thừa cân/béo phì, không tăng huyết áp, không RLLM, dung nạp glucose bình thường.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân ĐTĐ týp 2 đã được điều trị; ĐTĐ thứ phát; đang mắc bệnh cấp tính; phụ nữ có thai; đang sử dụng thuốc ảnh hưởng đến chức năng tế bào beta, độ nhạy insulin như corticoid, thuốc tránh

thai,... Nhóm chứng loại trừ đối tượng có tiền sử người thân thế hệ cận kề (bố, mẹ, con, anh, chị em ruột) mắc bệnh ĐTĐ.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp phân tích, các thông tin về mỗi bệnh nhân được thu thập tại thời điểm bệnh nhân ĐTĐ týp 2 lần đầu được phát hiện.

**2.3. Quy trình thu thập số liệu**

- Hỏi bệnh và thu thập các chỉ số theo bảng câu hỏi có sẵn, thống nhất.

- Khám lâm sàng: chiều cao, cân nặng, chỉ số BMI, vòng eo, huyết áp.

- Làm nghiệm pháp dung nạp đường huyết đường uống; các đối tượng nghiên cứu được lấy máu tĩnh mạch lần 1 vào buổi sáng sau 8 giờ nhịn ăn; sau đó đối tượng uống 75gram đường glucose và lấy máu sau 2 giờ. Mẫu máu lần 1 được định lượng glucose, insulin, C-peptid, lipid.

- Các kỹ thuật xét nghiệm: Định lượng glucose máu tĩnh mạch bằng kỹ thuật phân tích đo quang dùng hệ enzym GOD-POD. Các chỉ số Cholesterol TP (CT), Triglycerid (TG), HDL-C được định lượng theo phương pháp enzyme so màu hoặc bằng kỹ thuật lipase thủy phân và so màu. LDL-C được tính theo công thức của Friedewald như sau (khi chỉ số TG < 4,5 mmol/l): LDL-C (mmol/l) = CT - (HDL-C) - TG/2,2. Định lượng C-

**Bảng 3.3. Các chỉ số sinh hóa máu của đối tượng nghiên cứu**

Thông số	Nhóm chứng			Bệnh nhân ĐTĐ chung			P
	min	max	$\bar{X} \pm SD$	min	max	$\bar{X} \pm SD$	
GHTLĐ (mmol/l)	3,9	5,5	4,45 ± 0,36	4,7	25	13,06 ± 5,92	<0,001
Insulin (pmol/l)	20,1	67,6	34,1 ± 11,7	20,0	399,4	68,24 ± 72,66	<0,001
C-peptid (nmol/l)	0,71	1,68	1,21 ± 0,24	0,2	3,5	1,2 ± 0,75	>0,05

**Bảng 3.4. So sánh các chỉ số sinh hoá máu của 2 nhóm bệnh nhân ĐTĐ**

Thông số	Nhóm chứng			Bệnh nhân ĐTĐ chung			P
	min	max	$\bar{X} \pm SE$	min	max	$\bar{X} \pm SE$	
GHTLĐ (mmol/l)	4,7	25	13,5 ± 0,73	5	25	12,8 ± 0,58	0,471
Insulin (pmol/l)	20	399	53,5 ± 6,4	20	399	78,8 ± 8,5	0,028
C-peptid (nmol/l)	0,2	3,5	1,01 ± 0,08	0,2	3,5	1,34 ± 0,08	0,005

peptid bằng phương pháp miễn dịch hoá phát quang của máy ELECSYSE-170 do hãng ROCHE cung cấp. Đơn vị đo nồng độ C-peptid là nmol/l, giá trị bình thường là 0,37-1,47 nmol/l. Định lượng insulin bằng phương pháp miễn dịch hoá phát quang của máy ELECSYSE-170 do hãng ROCHE cung cấp. Đơn vị đo nồng độ insulin là µU/ml, giá trị bình thường là 2,6-24,9 µU/ml.

**2.4. Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu**

- Chẩn đoán đái tháo đường theo tiêu chuẩn của WHO-IDF 2010.

- Đánh giá kết quả bilan lipid theo tiêu chuẩn NCEP năm 2002.

- Đánh giá chỉ số khối cơ thể BMI, vòng eo theo tiêu chuẩn của WHO 2000 áp dụng cho người trưởng thành Châu Á.

**2.5. Phân tích và xử lý số liệu**

Quản lý các số liệu thu được bằng phần mềm EPI-INFO 6.04 và phần mềm SPSS 15.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Tổng số đối tượng nghiên cứu là 216 người, trong đó nhóm chứng khoẻ mạnh là 53 người, nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 163 người. Tuổi trung bình của nhóm chứng là 27,0±4,76. Nhóm chủ cứu có tuổi trung bình 53,8±12,2 (nữ 53,0±13,6, nam 54,6±10,7), tỉ lệ tương đồng giữa nam và nữ.

NS: Hai nhóm có độ tuổi khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Nhóm bệnh nhân Đái tháo đường không rối loạn lipid máu là 68 người (42%), nhóm bệnh nhân ĐTĐ có rối loạn lipid máu là 95 người chiếm (58%). Hai nhóm này có tuổi trung bình khác nhau không có ý nghĩa thống kê.

Glucose và insulin máu ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ chung cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng với p<0,001. Nồng độ C-peptid giữa hai nhóm nghiên cứu khác nhau không có ý nghĩa thống kê.

Glucose máu lúc đói giữa hai nhóm ĐTĐ không RLLM và ĐTĐ có RLLM khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Trong khi đó Insulin và C-peptid của nhóm ĐTĐ có RLLM lại cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm ĐTĐ không RLLM, với p lần lượt là 0,028 và 0,005.

Tất cả các đối tượng thuộc nhóm chứng đều có TC huyết tương lúc đói ≤ 5,2, TG huyết tương lúc đói ≤ 2,3 mmol/l, LDL-C ≤ 3,4 và HDL-C huyết tương lúc đói ≥ 0,89 mmol/l. Nhóm chủ cứu có TC, TG, LDL-C, LDL-C cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng.

Các chỉ số đánh giá lipid máu cho thấy trung bình các chỉ số đánh giá lipid máu thấp nhất ở nhóm chứng sau đó đến nhóm ĐTĐ không RLCHL, cao nhất là nhóm ĐTĐ có RLCHL.

**IV. BÀN LUẬN**

Tổng số đối tượng đưa vào nghiên cứu là 216 người, bao gồm 53 người khoẻ mạnh và 163 bệnh nhân đái tháo đường typ 2. Các đối tượng được đưa vào nghiên cứu đều đảm bảo khách quan và theo tiêu chuẩn của nghiên cứu. Nhóm chứng được sàng lọc từ 100 đối tượng tình nguyện bằng khám lâm sàng và làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống. Tất cả 53 đối tượng (33 nữ, 20 nam) thuộc nhóm chứng đều được xét nghiệm lipid máu và loại trừ tất cả các đối tượng có mức TC ≥ 5,2mmol/l, TG ≥ 2,3mmol/l, HDL-C < 0.89mmol/l, LDL-C ≥ 3,4mmol/l (bảng 3.1).

Tuổi trung bình của nhóm chứng là 27,0 ± 4,76 tuổi,



**Bảng 3.5. So sánh các chỉ số đánh giá lipid máu của đối tượng nghiên cứu**

Thông số	Nhóm chứng			Bệnh nhân ĐTĐ chung			p
	min	max	$\bar{X} \pm SD$	min	max	$\bar{X} \pm SD$	
TC(mmol/l)	2,7	5,2	3,93 ± 0,64	1,96	12	5,19 ± 1,48	<0,001
TG (mmol/l)	0,5	2,3	1,2 ± 0,49	0,5	12	2,86 ± 2,39	<0,001
LDL-C (mmol/l)	1,1	3,4	2,26 ± 0,51	0,7	8,64	2,93 ± 1,19	<0,001
HDL-C (mmol/l)	0,89	1,58	1,12 ± 0,18	0,69	2,6	1,26 ± 0,32	0,002

**Bảng 3.6. Các chỉ số đánh giá lipid máu của đối tượng nghiên cứu**

Thông số	Nhóm chứng	ĐTĐ không RLCHL	ĐTĐ có RLCHL	Chung
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
TC(mmol/l)	3,93 ± 0,64	4,2 ± 0,74	5,9 ± 1,47	5,19 ± 1,48
TG (mmol/l)	1,2 ± 0,49	1,5 ± 0,67	3,8 ± 2,69	2,86 ± 2,39
LDL-C (mmol/l)	2,26 ± 0,51	2,35 ± 0,77	3,34 ± 1,28	2,93 ± 1,19
HDL-C (mmol/l)	1,12 ± 0,18	1,17 ± 0,29	1,33 ± 0,33	1,26 ± 0,32

đây là độ tuổi mà chức năng tế bào beta và các chức năng nội tiết trong cơ thể đã trưởng thành nhưng lại chưa có sự suy thoái về cấu trúc và chức năng. Các tác giả thuộc đơn vị thử nghiệm ĐTĐ Anh Quốc khuyến cáo các tác giả khi nghiên cứu chức năng tế bào beta và độ nhạy insulin nên lấy nhóm chứng là thanh niên khoẻ mạnh để so sánh vì sẽ loại bỏ được các nhiễu do tuổi, cân nặng, các bệnh gây nên kháng insulin thường thấy ở người cao tuổi như Tăng HA, béo phì,... mặt khác lấy chức năng tế bào beta, độ nhạy insulin ở thanh niên khoẻ mạnh làm chuẩn coi là 100%.

Nhóm bệnh nhân ĐTĐ: tổng số đối tượng nghiên cứu là 163 người trong đó có 80 nữ chiếm 49,1% và 83 nam chiếm 50,9%. Tuổi trung bình là 53,8±12,2 (tuổi trung bình của nữ là 53,0±13,6, của nam là 54,6±10,7). Trong nghiên cứu của Lưu Cảnh Toàn và Hoàng Trung Vinh thì tuổi trung bình của bệnh nhân ĐTĐ là 58,2±11,1 tuổi, theo điều tra dịch tễ học của Bệnh Viện Nội Tiết Trung Ương năm 2005 thì tuổi trung bình của bệnh nhân ĐTĐ mới chẩn đoán là 53,7±9,4, của bệnh nhân ĐTĐ nói chung là 54,8±9,4. Nguyễn Văn Quỳnh và cộng sự theo thống kê bệnh nhân ĐTĐ tại Viện 108 thấy tuổi trung bình của bệnh nhân ĐTĐ điều trị tại viện là 60,9±5,5 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi của bệnh nhân ĐTĐ thấp hơn so với các nghiên cứu khác vì đây là đối tượng ĐTĐ phát hiện lần đầu, đối tượng nghiên cứu của các tác giả khác có cả nhóm đã được phát hiện và theo dõi điều trị từ trước.

Kết quả sinh hoá máu cho thấy nhóm chứng có

glucose máu lúc đói bình thường (cao nhất là 5,5 và thấp nhất là 3,9); glucose, insulin, C-peptid máu lúc đói trung bình lần lượt là 4,45±0,36 mmol/l, 34,1±11,7 pmol/l, 1,21±0,24 nmol/l (bảng 3.2). Nghiên cứu của Nguyễn Bá Việt, Hoàng Trung Vinh cho thấy nồng độ insulin trung bình của đối tượng khoẻ mạnh là 34,7 pmol/l, điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hải Thủy và cộng sự năm 2004. Các tác giả này còn nhận thấy nồng độ insulin và C-peptid rất phân tán nên đã logarit các số liệu trước khi phân tích..

Nhóm chủ cứu trong nghiên cứu này có mức glucose máu trung bình là 13,06±5,92 mmol/l. Glucose và insulin máu ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng với p<0,001. Trong nghiên cứu của Tạ Văn Bình và cộng sự năm 2006 tại Bệnh Viện Nội Tiết Trung Ương thì nồng độ glucose huyết tương lúc đói của bệnh nhân ĐTĐ là 12,2±4,3. Kết quả glucose nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu trên bởi vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân đã được điều trị. Kết quả điều trị sẽ làm giảm nồng độ glucose trung bình máu lúc đói.

Nồng độ insulin là 68,24±72,66 pmol/l so với nghiên cứu của Tạ Văn Bình năm 2006 là 10,8±14,6 mU/l (tương đương 75 pmol/l), kết quả nghiên cứu của Nguyễn Kim Lương và Thái Hồng Quang năm 2000 là 13,0±2,2 mU/l (tương đương 90 pmol/l). Trong nghiên cứu này có tới 58% bệnh nhân ĐTĐ có mức insulin máu bình thường, 34% bệnh nhân ĐTĐ có mức insulin máu

## NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

thấp, và 5% có mức insulin máu tăng. Tuy nhiên khi so với nhóm chứng thì nồng độ insulin máu của nhóm ĐTĐ cao hơn có ý nghĩa thống kê. Điều này phù hợp với các nghiên cứu. Nồng độ C-peptid trung bình của nhóm ĐTĐ là  $1,2 \pm 0,75$ , hầu như các đối tượng ĐTĐ đều có nồng độ C-peptid nằm trong dải bình thường, so với nhóm chứng thì sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê. So sánh các chỉ số glucose, insulin, C-peptid giữa hai nhóm ĐTĐ không RLLM và ĐTĐ có RLLM cho thấy chỉ số glucose lúc đói khác nhau không có ý nghĩa thống kê; trong khi đó insulin và C-peptid của nhóm ĐTĐ có RLLM lại cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm ĐTĐ không RLLM, với p lần lượt là 0,028 và 0,005. Kết quả này phù hợp với nhận định của nhiều tác giả về kháng insulin ở các đối tượng có rối loạn lipid máu.

Kết quả nghiên cứu lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ của Tạ Văn Bình và cộng sự (2006) cho thấy nồng độ TC, TG, LDL-C, HDL-C lần lượt là  $2,96 \pm 2,67$ ,  $5,37 \pm 1,57$ ,  $3,05 \pm 1,15$ ,  $1,14 \pm 0,33$ . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nồng độ TC là  $5,19 \pm 1,48$ , nồng độ TG là  $2,86 \pm 2,39$ , nồng độ LDL-C là  $2,93 \pm 1,19$ , và nồng độ HDL-C là  $1,26 \pm 0,32$ . Trong các rối loạn Lipid thì chủ yếu là tăng TG điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Tạ Văn Bình và cộng sự cũng như của các nghiên cứu ở Việt Nam khác về RLCH lipid ở bệnh nhân ĐTĐ. Trong nghiên cứu này có tới 95 đối tượng (58%) bệnh nhân có rối loạn chuyển hoá lipid. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với tác giả khác đó là nồng độ lipid máu của bệnh nhân ĐTĐ cao hơn so với người bình thường với  $p < 0,005$ . So sánh các chỉ số đánh giá lipid máu giữa hai nhóm ĐTĐ không RLLM và ĐTĐ có RLLM cho thấy trung bình các chỉ số đánh giá lipid máu thấp nhất ở nhóm chứng sau đó đến nhóm ĐTĐ không RLCHL, cao nhất là nhóm ĐTĐ có RLCHL.

### V. KẾT LUẬN

+ Tuổi trung bình của người đái tháo đường được

chẩn đoán lần đầu là  $53,8 \pm 12,2$  (nữ là  $53,0 \pm 13,6$ , nam là  $54,6 \pm 10,7$ ); ngay thời điểm phát hiện đã có 58% rối loạn lipid máu.

+ Nhóm đái tháo đường không RLLM có chỉ số insulin, C-peptid, TC, TG, LDL-C thấp hơn nhóm ĐTĐ có RLLM.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình (2004)**, Bệnh béo phì. *Nhà xuất bản Y học*.

2. **Tạ Văn Bình (2006)**, Bệnh đái tháo đường- Tăng glucose máu. *Nhà xuất bản Y học*.

3. **Lưu Cảnh Toàn (2006)**, Nghiên cứu tình trạng kháng insulin và chức năng tế bào  $\beta$  ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2 có tăng huyết áp. *Luận văn thạc sỹ y học - Học viện Quân y*.

4. **American Diabetes Association (1997)**, Report of the expert committee on the diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes care*, p.1184-1195.

5. **Foster Daniel W. (1991)**, Harrison's principle of internal medicine. *International edition V2*, 1991, p.1739-1757.

6. **John K. Davidson**, Clinical Diabetes Mellitus. Third Edition. *A problem oriented approach*, p.354-355.

7. **Matthews (2001)**, Insulin resistance and beta-cell function – a clinical perspective, *Diabetes. Obesity and Metabolism*. 3 (Suppl. 1): S28-S33.

8. **Zierath J.R., Handberg A., Tally M., Wallberg- Henriksson H. (1996)**, C-peptid stimulates glucose transport in isolated skeletal muscle independent of insulin receptor and tyrosin kinase activation. *Diabetologia*, 39:306-313.

9. **Zimmet P. (2001)**, Epidemiology, Evidence for prevention typ2 diabetes. *The epidemiology of diabetes mellitus*, p.41.

## CLINICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF PEOPLE WITH NEWLY DIAGNOSED TYPE 2 DIABETES AND WITH DYSLIPIDEMIA

### SUMMARY

*The study aimed to find the answers to insulin resistance in people with type 2 diabetes with dyslipidemia in Vietnam to provide better knowledge of control and treatment. 163 patients with type 2 diabetes diagnosed for the first time, among them 95 (58%) patients with dyslipidemia, and 53 subjects were recruited as the control. Data collection through clinical examination, blood lipid, insulin, C-peptide tests. The results showed that the mean age at diagnosis of diabetes was  $53.8 \pm 12.2$  ( $53.0 \pm 13.6$  for female;  $54.6 \pm 10.7$  for male). The index of insulin, C-peptide, TC, TG, and LDL-C of the group of diabetes without dyslipidemia was significantly lower than those with dyslipidemia. Thus, insulin resistance and dyslipidemia should be considered during treatment.*

**Key words: type 2 diabetes mellitus, dyslipidemia, insulin resistance**



Thực phẩm bảo vệ sức khỏe

## DK-BETICS

Bao gồm 2 thành phần: Dây thìa canh, Dây thìa canh lá to

Từ nguồn nguyên liệu chuẩn hóa GACP-WHO

**Sản phẩm là kết quả của đề tài nghiên cứu cấp Bộ**

**“Nghiên cứu sản xuất chế phẩm hỗ trợ điều trị tiểu đường từ cây dây thìa canh lá to” theo quyết định số 3548/QĐ-BYT**

Kế thừa và phát triển vượt trội tác dụng của Dây thìa canh

GIÚP KIỂM SOÁT - ỔN ĐỊNH ĐƯỜNG HUYẾT HÀNG NGÀY

NGĂN NGỪA BIẾN CHỨNG



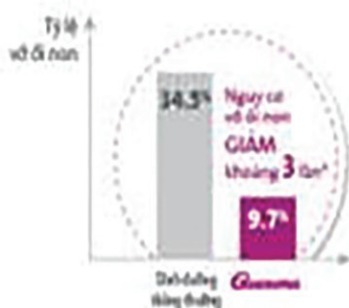
- Hỗ trợ giảm đường huyết
- Hỗ trợ hạn chế nguy cơ biến chứng của người đái tháo đường.



CÔNG TY CỔ PHẦN DƯỢC KHOA  
Số 9, Nguyễn Công Trứ, Phường Phạm Đình Hổ, Quận Hai Bà Trưng, Hà Nội  
ĐT: 024. 3933 2607/ Fax: 024. 3972 8753  
Website: <http://www.dkbetics.com> - HOTLINE: 0888.424.388

# Glucerna

Được chứng minh lâm sàng phù hợp cho phụ nữ đái tháo đường thai kỳ giúp **ỔN ĐỊNH ĐƯỜNG HUYẾT<sup>1</sup>**



**ĐẠT CÁN NẶNG**  
sơ sinh khỏe mạnh,  
trung bình  
**3.346 kg<sup>1</sup>**

Thích hợp cho phụ nữ đái tháo đường thai kỳ



Thực phẩm dinh dưỡng loại Glucerna

- Hệ bột đường tiên tiến và chỉ số đường huyết thấp (GI = 41 ± 5) giúp **ỔN ĐỊNH ĐƯỜNG HUYẾT**
- Cung cấp đầy đủ các dưỡng chất thiết yếu. Mỗi ly pha chuẩn cung cấp:
  - 10g đạm chất lượng cao
  - 28 vitamin và khoáng chất thiết yếu

**2 ly/ngày** thay thế bữa ăn sáng hoặc bữa ăn nhẹ

- Bữa ăn sáng
- Bữa ăn chiều
- Giữa buổi sáng
- Trước khi đi ngủ

YPBO Abbott Laboratories S.A.  
02 Nguyễn Kế, Quận 1, TP. HCM - ĐT: (028) 36276051  
121 Kim Mã, Ba Đình, Hà Nội - ĐT: (024) 3768883

Lưu ý: Không dùng cho người bệnh tiểu đường huyết, không dùng qua đường tĩnh mạch, không dùng cho trẻ em dưới 12 tuổi trừ khi có chỉ định của thầy thuốc.

1. Liu J, et al. 2012. Effects of Glucerna on blood glucose levels and relevant biochemical parameters in patients with gestational diabetes mellitus. *Lancet Journal* [19:34, No. 1].  
2. Zhang Hua et al. (2012). Effects of a nutrition liquid supplement designed for diabetes mellitus on postprandial glucose and pregnancy outcomes in patients with gestational diabetes mellitus. *Natl. Med. J. China*, Vol. 88.

Glucerna 18

**Giúp ỔN ĐỊNH ĐƯỜNG HUYẾT để MẸ TRÒN CON VƯỜN**



# ĐƯỜNG HUYẾT ỔN ĐỊNH CUỘC SỐNG CÂN BẰNG

**Glucerna** - Giải pháp dinh dưỡng chuyên biệt cho người đái tháo đường



Nghiên cứu lâm sàng đã chứng minh nhóm dùng **Glucerna** có đường huyết sau ăn đã hiệu chỉnh chỉ bằng 36% so với nhóm đối chứng<sup>1</sup>

- Hệ bột đường giải phóng chậm: Fibersol  
- Bổ sung Crôm Picolinat  
- Chỉ số đường huyết thấp

Hỗ trợ sức khỏe tim mạch

Giàu MUFA\*, Omega 3

Giúp cơ thể khỏe mạnh

Đầy đủ với 28 vitamin, khoáng chất như canxi và vitamin D...

**Glucerna** - công thức dinh dưỡng chuyên biệt cho người Đái tháo đường đáp ứng các khuyến cáo của Hội Đái Tháo Đường Hoa Kỳ (ADA) và Châu Âu (EASD)

## CÁCH SỬ DỤNG

Uống **Glucerna** để thay thế bữa ăn nhẹ hoặc bữa ăn chính khi bận rộn

Uống **Glucerna** trước hoặc sau khi tập thể dục buổi sáng

Uống **Glucerna** lúc giữa buổi sáng hoặc buổi trưa

Uống **Glucerna** trước khi đi ngủ giúp tránh hạ đường huyết, đói về đêm

Uống **Glucerna** để bổ sung đầy đủ dưỡng chất giúp tăng cường sức khỏe

Cùng với chế độ ăn hợp lý có thể dùng bổ sung **Glucerna** từ 1 đến 3 ly/ chai mỗi ngày

## Lưu ý

- Không dùng cho người bệnh galactose huyết
- Không dùng qua đường tĩnh mạch
- Không dùng cho trẻ em dưới 13 tuổi trừ khi có chỉ định của thầy thuốc.

<sup>1</sup> Amy A. Smith, Tác động đường huyết và tác dụng chuyển hóa của người đái tháo đường carbohydrate thay thế w với carbohydrate toàn phần ở người đái tháo đường<sup>2</sup>. *Diabetes in Bedside and Diabetology*, 2012, 4, 1-10

\* MUFA (Monounsaturated fatty acid): axit béo đơn không no



# HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH THÀNH LẬP CÁC HỘI, CHI HỘI NGƯỜI GIÁO DỤC BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Trong số Tạp chí trước chúng tôi đã cung cấp các nội dung, quy định chung về việc thành lập các Hội, Chi hội Người giáo dục bệnh đái tháo đường các địa phương. Trong số này Tạp chí tiếp tục cung cấp cho độc giả các quy trình để tiến hành thành lập các Hội Người giáo dục bệnh Đái tháo đường/Hội Người bệnh Đái tháo đường tại các địa phương; Chi hội trực thuộc Hội Người giáo dục bệnh Đái tháo đường Việt Nam, chi hội trực thuộc Hội Người giáo dục bệnh Đái tháo đường Việt Nam cấp tỉnh/huyện được thực hiện thông qua các bước như sau:

## **BƯỚC 1: THÀNH LẬP BAN VẬN ĐỘNG THÀNH LẬP HỘI/CHI HỘI**

- Thành lập Ban vận động thành lập Hội/Chi hội: Sở Y tế/Bệnh viện/Trung tâm Nội Tiết/Khoa Nội tiết hoặc các TT YTDP vận động một số cá nhân có uy tín, có khả năng, nhiệt tình trong công tác hội tham gia Ban vận động thành lập hội.

- Ban vận động có số lượng 3- 5 người và bầu một người là Trưởng ban vận động (Ban sáng lập).

- Ban sáng lập dự kiến tên Hội/Chi hội.

- Nộp danh sách Ban vận động thành lập hội lên Văn phòng Trung ương Hội Người giáo dục bệnh Đái tháo đường Việt Nam để ra quyết định công nhận Ban vận động thành lập Hội.

## **BƯỚC 2: VẬN ĐỘNG THÀNH LẬP HỘI/CHI HỘI**

\* *Ban sáng lập hội tổ chức họp và thông qua các nội dung:*

1. Tên Hội/Chi Hội
2. Dự thảo Điều lệ
3. Dự kiến phương hướng hoạt động
4. Phân công nhiệm vụ

\* *Thu thập đơn đăng ký tham gia Hội/Chi hội: tối thiểu 30 người.*

\* *Báo cáo cơ quan chức năng đề nghị đặt Trụ sở Hội.Chi hội.*

## **BƯỚC 3: NỘP HỒ SƠ XIN THÀNH LẬP HỘI/CHI HỘI**

- Nếu thành lập Hội có tư cách pháp nhân, có con dấu, có tài khoản thì đơn và hồ sơ xin thành lập Hội được gửi lên Ủy ban Nhân dân cùng cấp.

- Nếu thành lập Chi hội thì đơn xin thành lập Chi hội gửi lên Trung ương Hội Người giáo dục bệnh Đái tháo đường Việt Nam.

Hồ sơ đăng ký thành lập Hội/Chi hội bao gồm:

1. Đơn đăng ký thành lập Hội/Chi hội.
2. Dự thảo Điều lệ

3. Dự kiến phương hướng hoạt động.
4. Sơ yếu lý lịch người đứng đầu Ban vận động thành lập Hội/Chi hội.
5. Các thông tin về trụ sở và tài sản của Hội/Chi hội.
6. Danh sách hội viên (tối thiểu 30 người).

#### **BƯỚC 4: TỔ CHỨC ĐẠI HỘI THÀNH LẬP**

1. Trong thời hạn 60 ngày, kể từ ngày có Quyết định thành lập Hội/Chi hội có hiệu lực, Ban vận động thành lập Hội/Chi hội phải tổ chức Đại hội.

2. Nếu quá thời hạn trên không tổ chức Đại hội, Ban vận động thành lập Hội/Chi hội có văn bản gửi Ủy ban Nhân dân/Trung ương Hội Người giáo dục bệnh Đái tháo đường Việt Nam đề nghị gia hạn. Thời gian gia hạn không quá 30 ngày, nếu quá thời gian được gia hạn mà không tổ chức Đại hội thì quyết định thành lập Hội/Chi hội hết hiệu lực.

##### *Nội dung chủ yếu trong Đại hội thành lập Hội/Chi hội.*

1. Công bố Quyết định thành lập Hội/Chi hội.
2. Thảo luận và biểu quyết Điều lệ.
3. Bầu Ban chấp hành và Ban kiểm tra theo quy định của Điều lệ.
4. Thông qua chương trình hoạt động.
5. Thông qua nghị quyết Đại hội.

#### **BƯỚC 5: BÁO CÁO KẾT QUẢ ĐẠI HỘI**

Trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày Đại hội, Ban lãnh đạo Hội/Chi hội gửi tài liệu Đại hội đến BCH Trung ương Hội Người giáo dục bệnh Đái tháo đường Việt Nam, gồm:

1. Điều lệ và biên bản thông qua Điều lệ Hội/Chi hội;
2. Biên bản bầu Ban chấp hành, Ban kiểm tra (có danh sách kèm theo) và lý lịch của người đứng đầu hội;
3. Chương trình hoạt động của hội;
4. Nghị quyết Đại hội.

#### **BƯỚC 6: CÔNG NHẬN HỘI VIÊN**

Sau khi nhận được đủ hồ sơ theo yêu cầu, Ban Thường vụ Trung ương Hội Người giáo dục sẽ họp xét, công nhận Hội/Chi hội là các Hội viên thuộc Hội Người Giáo dục bệnh Đái tháo đường Việt Nam.

Tong quá trình thành lập cần sự hỗ trợ và chi tiết về mẫu biểu xin liên hệ: Văn Phòng Trung ương Hội Người Giáo dục bệnh Đái tháo đường Việt Nam, Số nhà 52, lô A1, Khu đô thị Đại Kim, Quận Hoàng Mai, Thành phố Hà Nội. Điện thoại: 0983.609.369; Fax: 0243.6413.692; email: vanphong.vdea@gmail.com.

**BAN CHẤP HÀNH TW HỘI**

# THỂ LỆ ĐĂNG BÀI BÁO KHOA HỌC TRÊN TẠP CHÍ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Tạp chí Đái tháo đường 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 trong lĩnh vực đái tháo đường, nội tiết và rối loạn chuyển hóa.

**Các bài báo khoa học đăng trên Tạp chí Đái tháo đường 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 Đái tháo đường*. 8: 38-43.

**2. Matthews D.R., Hosker J.P., Rudenski A.S., et al. (1985),** Homeostasis model assessment: insulin resistance and  $\beta$ -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 Đái tháo đường 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 Đái tháo đường 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 Đái tháo đường: Số nhà 52, Lô A1, Khu Đô thị mới Đại Kim, Phường Đại Kim, Hoàng Mai, Hà Nội; điện thoại 04 36413 692/0983 609 369/fax: 04 36413 692; email: tapchi.vdea@gmail.com.