

thấp (16,1%) cho thấy mô học tăng nặng chẩn đoán gồm: 22 ung thư tại chỗ (7,7%) và 24 ung thư biểu mô tuyến biệt hóa (8,4%). Vì vậy ESD là một phương pháp được khuyến cáo để chẩn đoán chính xác các tổn thương loạn sản.

4.3. Theo dõi sau điều trị. Đợt tái khám lần 1, trong tổng số 27 bệnh nhân được nội soi kiểm tra, hầu hết bệnh nhân tổn thương sau cắt ESD đã liền sẹo (19 bệnh nhân; 70,4%), có 8 tổn thương đang liền sẹo (29,6%), không có bệnh nhân nào còn loét. Hiện nay ở Việt Nam chưa có nghiên cứu đánh giá khả năng liền sẹo sau cắt ESD, tuy nhiên khi so sánh với các tác giả trên thế giới, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự. Naomi Kakushima (2004) [9] theo dõi 70 bệnh nhân có khối u niêm mạc dạ dày được cắt ESD, dùng thuốc ức chế bơm proton và sucralfate trong 8 tuần. Nội soi theo dõi được thực hiện vào 8 tuần sau ESD. Kết quả cho thấy sau 8 tuần, tất cả các trường hợp đều đang liền sẹo hoặc liền sẹo.

Đợt tái khám lần 2, có 18 trường hợp được nội soi kiểm tra, tỉ lệ lành sẹo hoàn toàn là 94,4%, có 1 bệnh nhân loạn sản độ thấp tái phát tại chỗ (5,6%) đã được chẩn đoán qua sinh thiết. Đây là trường hợp có xơ sẹo giữa lớp niêm mạc và hạ niêm mạc dẫn tới không cắt bỏ hoàn toàn tổn thương. Bệnh nhân đã được nhập viện cắt ESD lần 2 và không thấy tái phát ở những lần khám sau đó.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 35 bệnh nhân loạn sản và ung thư dạ dày sớm được điều trị bằng kỹ thuật ESD tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108, cho thấy

đây là phương pháp an toàn và hiệu quả với tỉ lệ cắt bỏ hoàn toàn cao và tỉ lệ biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H., Ferlay J., Siegel R., et al.** (2021). Global Cancer Statistics 2020: Globocan Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 71(3): 209–249.
2. **Yao K., Uedo N., Kamada T., et al.** (2020). Guidelines for endoscopic diagnosis of early gastric cancer. Digestive Endoscopy, 32(5): 663–698.
3. **Paris Workshop Participants** (2003). The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon: November 30 to December 1, 2002. Gastrointestinal endoscopy, 58(6): 1–43.
4. **Yao K.** (2013). The endoscopic diagnosis of early gastric cancer. Annals of Gastroenterology: Quarterly Publication of the Hellenic Society of Gastroenterology, 26(1): 11–22.
5. **Trần Đức Cảnh** (2019). Nhận xét kết quả điều trị ban đầu bằng kỹ thuật ESD cho bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn sớm tại bệnh viện K-Hà Nội. Hội nghị Nội soi Tiêu hóa Toàn quốc lần 4.
6. **Nguyễn Thế Phương** (2022). Nhận xét hiệu quả kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi điều trị tổn thương loạn sản dạ dày độ cao và ung thư dạ dày sớm. Tạp chí y học Việt Nam, 515(1), tr. 169-175.
7. **Chung I., Lee J., Lee S., et al.** (2009). Therapeutic outcomes in 1000 cases of endoscopic submucosal dissection for early gastric neoplasms: Korean ESD Study Group multicenter study. Gastrointestinal endoscopy, 69(7): 1228–1235.
8. **Kim J.-W. and Jang J.Y.** (2015). Optimal management of biopsy-proven low-grade gastric dysplasia. World Journal of Gastrointestinal Endoscopy, 7(4): 396–402.
9. **Kakushima N., Yahagi N., Fujishiro M., et al.** (2004). The healing process of gastric artificial ulcers after endoscopic submucosal dissection. Digestive Endoscopy, 16(4): 327–331.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA RÀO CẢN TỰ KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT VỚI KẾT QUẢ KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

Đinh Thị Huê¹, Lê Quang Toàn¹, Nguyễn Hoàng Thanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa một số rào cản tự kiểm soát đường huyết với kết quả kiểm

soát đường huyết của bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ tháng 7/2021 đến tháng 6/2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 391 bệnh nhân Đái tháo đường type 2. Các rào cản tự kiểm soát đường huyết được đánh giá bằng bộ câu hỏi khảo sát; kết quả kiểm soát đường huyết được đánh giá bằng HbA1c và đường huyết lúc đói. **Kết quả:** Tỉ lệ kiểm soát được đường huyết là 39,1%. Bệnh nhân có điểm hoạt động tự kiểm soát cao hơn ở nhóm đạt được mục tiêu đường huyết so với nhóm không đạt mục tiêu, $p < 0,05$. Tỉ lệ kiểm soát đường huyết thấp hơn ở các

¹Bệnh viện Nội tiết Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Huê

Email: huesmile9185@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2022

Ngày duyệt bài: 24.10.2022

bệnh nhân có rào cản do suy giảm hoặc mất khẩu vị/vị giác, mắc bệnh khác; các rào cản về biết tên các loại thuốc, thời gian uống thuốc, tác dụng phụ của thuốc, thời gian tập thể dục cần thiết, cách theo dõi đường huyết tại nhà, biết thức ăn tốt, biết cách xử trí hạ đường huyết; rào cản về tham gia lớp tập huấn, hiểu nội dung tư vấn, khó khăn khi đọc tài liệu/tờ rơi; rào cản về ủng hộ uống thuốc, nhắc nhở uống thuốc, ủng hộ tập thể dục, đủ tiền để mua máy đo đường huyết; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Các rào cản tự kiểm soát bệnh có liên quan đến tỉ lệ thấp kiểm soát được đường huyết.

Từ khóa: Đái tháo đường type 2, rào cản tự kiểm soát

SUMMARY

BARRIERS TO GLYCEMIC SELF-CONTROL AND THEIR RELATIONSHIPS WITH RESULTS OF GLYCEMIC CONTROL IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OF ENDOCRINOLOGY

Objectives: To evaluate the relationships between barriers to glycaemic self-control and their relationships with results of glycaemic control in patients with type 2 diabetes at the National Hospital of Endocrinology from July 2021 to June 2022.

Methods: A cross-sectional study was implemented in 391 patient with type 2 diabetes. Barriers to glycaemic self-control were assessed with a Survey Questionnaire and glycaemic control was assessed by HbA1c and fasting plasma glucose. **Results:** The rate of good glycaemic control was 39.1%. Patients had higher self-control activity scores in the group that achieved the glycaemic goal compared with the group that did not, $p < 0.05$. Rates of achieved glycaemic control are lower in the patients with barriers due to impaired or loss of appetite/taste, other medical conditions, barriers to knowing names of drugs, time to take them, their side effects, exercise duration needed, how to monitor blood glucose at home, good foods, how to manage low blood sugar; barriers to participation in education, understanding content of the consultation, reading documents/brochures; barriers to getting supports in taking medication, reminding to take medication, exercise; barriers to glucose meter; The difference was statistically significant with $p < 0.05$. **Conclusion:** Barriers to glycaemic self-control were associated to low rate of achieved blood glucose control.

Keywords: type 2 diabetes, self-control barriers

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh lý mạn tính có nhiều biến chứng nguy hiểm với tỉ lệ tử vong cao, đang ngày càng gia tăng trên thế giới và Việt Nam. Hiện nay, trên thế giới, ước tính có khoảng 463 triệu người mắc bệnh, trong đó hơn 4 triệu người đã tử vong vì các nguyên nhân liên quan đến bệnh [1]. Bệnh ĐTĐ type 2 gây nên nhiều biến chứng nguy hiểm, là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tim mạch, mù lòa, suy thận,

và cắt cụt chi. Khoảng 70% trường hợp ĐTĐ type 2 có thể dự phòng hoặc làm chậm xuất hiện bệnh bằng tuân thủ lối sống lành mạnh (dinh dưỡng hợp lý, luyện tập thể dục...) [2]. Tự kiểm soát đóng vai trò quan trọng trong phòng ngừa các biến chứng ĐTĐ type 2. Hiệu quả của việc tự kiểm soát ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 đã được chứng minh trong việc kiểm soát tốt nồng độ đường huyết, giảm các biến chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống. Việc tự kiểm soát đường huyết rất phức tạp vì mỗi đối tượng sẽ có đặc điểm lâm sàng, thể chất và vướng phải các rào cản không đồng nhất. Các rào cản này có thể xuất phát từ bản thân người bệnh, từ gia đình/người thân/bạn bè, từ nhân viên y tế trong quá trình điều trị cho bệnh nhân. Các nghiên cứu chỉ ra vai trò của sự khuyến khích tham gia và hợp tác của bệnh nhân, gia đình và cộng đồng trong chăm sóc bệnh nhân, có đến 95% các hành vi tự chăm sóc được thực hiện bởi người bệnh và gia đình [3]. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu tìm hiểu mối liên quan giữa một số rào cản tự kiểm soát với kết quả kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ tháng 7/2021 đến tháng 06/2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 391 bệnh nhân đái tháo đường type 2 đến khám và điều trị tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ tháng 07/2021 đến tháng 06/2022.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân ĐTĐ type 2 theo tiêu chuẩn của Bộ y tế (2020), điều trị tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương ít nhất 12 tháng, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** BN mắc các bệnh nặng, các biến chứng cấp tính, không thể tự trả lời câu hỏi; BN mắc các bệnh lý ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm HbA1c (Chạy thận nhân tạo, bệnh lý huyết sắc tố ...); Bệnh nhân đang mang thai hoặc cho con bú.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: - Cỡ mẫu tính theo công thức mô tả một tỉ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(p \cdot \varepsilon)^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu; $\alpha = 0,05$; $Z_{1-\alpha/2} = Z_{\alpha/2} = 1,96$; $p = 0,66$ (tỷ lệ bệnh nhân có HbA1c $\geq 7,0$ theo nghiên cứu của Hứa Thành Nhân và cộng sự (2014) [4]); $\varepsilon = 0,08$.

Kết quả tính cỡ mẫu là $n = 301$ bệnh nhân.

2.3. Công cụ nghiên cứu: Sử dụng bộ câu hỏi về Rào cản tự kiểm soát đường huyết trên

bệnh nhân đái tháo đường type 2, bao gồm ba phần:

Phần A: liên quan đến các biến nhân khẩu học như tuổi, giới, trình độ học vấn, dân tộc, tình trạng sống, sử dụng thẻ bảo hiểm y tế, uống rượu, tiền sử bệnh tật (ĐTĐ type 2), loại điều trị, biến chứng ĐTĐ type 2, chiều cao, cân nặng và vòng eo và tính chỉ số khối cơ thể (BMI), chỉ số HA(HA tâm thu, HA tâm trương), HbA1c, hỏi về chức năng vận động của BN.

Phần B: Thông tin về hoạt động tự kiểm soát ĐTĐ type 2 của bệnh nhân. Để đánh giá hoạt động tự kiểm soát của bệnh nhân dựa vào bộ câu hỏi SCI-R (hoạt động tự kiểm soát) [3],[5],[6].

Phần C: Thông tin về các rào cản tự kiểm soát ĐTĐ type 2 ở bệnh nhân. Các câu hỏi sẽ được phân thành nhóm rào cản sức khỏe, rào cản xã hội, rào cản kinh tế tài chính, rào cản kiến thức, rào cản về giáo dục ĐTĐ type 2 [3],[5],[6].

Đánh giá kết quả kiểm soát đường huyết dựa trên HbA1c%. Bệnh nhân được coi là kiểm soát được đường huyết khi chỉ số HbA1c <7%.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được nhập Epidata 3.1, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 23.0. Sử dụng các test thống kê y học. Giá trị p < 0,05 được coi là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, có 391 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 63,9 ± 9,7, thấp nhất 34 tuổi, cao nhất 88 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1/1 (51,4% nam, 48,6% nữ). Phương pháp điều trị chủ yếu của nhóm bệnh nhân: sử dụng thuốc viên và insulin 48,8%; thuốc viên 34,3%; insulin 16,9%. Kết quả như sau: Có 153 bệnh nhân đạt được mục tiêu kiểm soát đường huyết, chiếm tỉ lệ 39,1%.

Bảng 3.6. Liên quan giữa kết quả kiểm soát đường huyết và các hoạt động tự kiểm soát đường huyết (n=391)

Đặc điểm	Kết quả kiểm soát		p
	Đạt X±SD	Không đạt X±SD	
Kiểm tra đường huyết bằng máy đo đường huyết	2,3±0,9	2,2±0,6	0,202
Ghi lại kết quả đo đường huyết	1,2±0,6	1,3±0,7	0,12
Dùng thuốc đúng liều	4,7±0,5	4,2±0,6	<0,001
Dùng thuốc đúng thời gian	4,6±0,5	4,2±0,6	<0,001
Ăn đúng khẩu phần ăn được tư vấn	3,9±0,6	3,5±0,7	<0,001
Dùng bữa ăn phụ đúng thời điểm	2,8±0,7	2,4±0,7	<0,001
Ghi lại các loại thực phẩm đã ăn	1,1±0,4	1,2±0,4	0,65
Đọc nhãn các loại thực phẩm	2,8±0,7	2,6±0,7	0,002
Xử trí hạ đường huyết bằng thức ăn chứa carbohydrat	3,4±0,8	3,6±0,5	<0,001
Mang theo đường hấp thụ nhanh để xử trí hạ đường huyết	3,6±0,7	3,7±0,8	0,044
Đến đúng hẹn tái khám tại bệnh viện	4,5±0,5	4,3±0,6	0,001
Vận động thể lực	3,6±1,2	3,4±1,1	0,09
Điều chỉnh liều tiêm insulin (n=258)	2,3±0,9	2,4±0,8	0,412
Mức độ tự kiểm soát ĐH	3,04±0,27	2,98±0,30	0,037

Bảng 3.7. Liên quan giữa kết quả kiểm soát đường huyết và các rào cản về sức khỏe (n=391)

Đặc điểm		Kết quả kiểm soát		OR (95%CI)	P
		Đạt n (%)	Không đạt n (%)		
Quên uống thuốc trị ĐTĐ type 2	Có rào cản	18 (30,0)	42 (70,0)	1,6 (0,9-2,9)	0,12
	Không rào cản	135 (40,8)	196 (59,2)		
Gặp khó khăn trong vận động khi tập thể dục	Có rào cản	3 (33,3)	6 (66,7)	1,3 (0,3-5,2)	0,72
	Không rào cản	150 (39,3)	232 (60,7)		
Suy giảm hoặc mất đi khẩu vị/vị giác	Có rào cản	87 (34,5)	165 (65,5)	1,7 (1,1-2,6)	0,01
	Không rào cản	66 (47,5)	73 (52,5)		
Mắc bệnh làm cho ông/bà không thể ăn uống, tập thể dục, uống thuốc	Có rào cản	89 (34,6)	168 (65,4)	1,7 (1,1-2,6)	0,01
	Không rào cản	64 (47,8)	70 (52,2)		

Bảng 3.8. Liên quan giữa kết quả kiểm soát đường huyết và các rào cản về kiến thức (n=391)

Đặc điểm		Kết quả kiểm soát		OR (95%CI)	p
		Đạt n (%)	Không đạt n (%)		
Không biết tên các loại thuốc	Có rào cản	62 (30,7)	140 (69,3)	2,1 (1,4-3,2)	<0,001
	Không rào cản	91 (48,1)	98 (51,9)		
Không biết liều lượng, thời gian uống thuốc	Có rào cản	18 (26,9)	49 (73,1)	1,9 (1,1-3,5)	0,02
	Không rào cản	135 (41,7)	189 (58,3)		
Không biết tác dụng phụ của thuốc	Có rào cản	86 (33,7)	169 (66,3)	1,9 (1,2-2,9)	0,003
	Không rào cản	67 (49,3)	69 (50,7)		
Không biết thời gian tập thể dục/vận động cần thiết	Có rào cản	21 (21,0)	79 (79,0)	3,1 (1,8-5,3)	<0,001
	Không rào cản	132 (45,4)	159 (54,6)		
Không biết cách theo dõi đường huyết tại nhà	Có rào cản	81 (33,2)	72 (49,0)	1,9 (1,3-2,9)	0,002
	Không rào cản	163 (66,8)	75 (51,0)		
Không biết thức ăn tốt, xấu	Có rào cản	64 (50,8)	62 (49,2)	1,9 (1,2-2,9)	0,005
	Không rào cản	174 (65,7)	91 (34,3)		
Không biết chế độ ăn uống phù hợp	Có rào cản	76 (55,5)	61 (44,5)	1,4 (0,9-2,2)	0,11
	Không rào cản	162 (63,8)	92 (36,2)		
Không biết cách xử trí khi bị hạ đường huyết	Có rào cản	30 (48,4)	32 (51,6)	1,8 (1,1-3,2)	0,028
	Không rào cản	208 (63,2)	121 (36,8)		

Bảng 3.9. Liên quan giữa kết quả kiểm soát đường huyết và các rào cản về giáo dục (n=391)

Đặc điểm		Kết quả kiểm soát		OR (95%CI)	p
		Đạt n (%)	Không đạt n (%)		
Không tham gia lớp tập huấn/hội thảo/buổi tư vấn	Có rào cản	35 (26,9)	95 (73,1)	2,2 (1,4-3,5)	<0,001
	Không rào cản	118 (45,2)	143 (54,8)		
Không hiểu nội dung mà nhân viên y tế giáo dục/tư vấn	Có rào cản	9 (18,8)	39 (81,3)	3,1 (1,5-6,7)	0,002
	Không rào cản	144 (42,0)	199 (58,0)		
Có khó khăn (không biết đọc, nhìn kém) khi đọc các tài liệu/tờ rơi hướng dẫn	Có rào cản	89 (33,3)	178 (66,7)	2,1 (1,4-3,3)	0,001
	Không rào cản	64 (51,6)	60 (48,4)		

Bảng 3.10. Liên quan giữa kết quả kiểm soát đường huyết và các rào cản về sự hỗ trợ xã hội (n=391)

Đặc điểm		Kết quả kiểm soát		OR (95%CI)	p
		Đạt n (%)	Không đạt n (%)		
Không ủng hộ ông/bà sử dụng thuốc	Có rào cản	10 (17,2)	48 (82,8)	3,6 (1,8-7,4)	<0,001
	Không rào cản	143 (42,9)	190 (57,1)		
Không nhắc nhở ông/bà uống thuốc đúng giờ	Có rào cản	89 (34,2)	171 (65,8)	1,8 (1,2-2,8)	0,005
	Không rào cản	64 (48,9)	67 (51,1)		
Không ủng hộ ông/bà ăn kiêng	Có rào cản	40 (38,1)	65 (61,9)	1,1 (0,7-1,7)	0,80
	Không rào cản	113 (39,5)	173 (60,5)		
Không nấu các món ăn phù hợp với chế độ ăn kiêng	Có rào cản	24 (27,3)	64 (72,7)	2,0 (1,2-3,3)	0,10
	Không rào cản	129 (42,6)	174 (57,4)		
Không nhắc nhở ông/bà phải theo dõi đường huyết	Có rào cản	42 (35,9)	75 (64,1)	1,2 (0,8-1,9)	0,39
	Không rào cản	111 (40,5)	163 (59,5)		
Không ủng hộ ông/bà tập thể dục	Có rào cản	26 (26,0)	74 (74,0)	2,2 (1,3-3,6)	0,002
	Không rào cản	127 (43,6)	164 (56,4)		
Không đủ tiền để mua thuốc	Có rào cản	6 (35,3)	11 (64,7)	1,2 (0,4-3,3)	0,74
	Không rào cản	147 (39,3)	227 (60,7)		
Không đủ tiền để mua	Có rào cản	13 (31,7)	28 (68,3)	1,4	0,30

các thực phẩm	Không rào cản	140 (40,0)	210 (60,0)	(0,7-2,9)	
Không đủ tiền để mua máy đo đường huyết	Có rào cản	41 (31,5)	89 (68,5)	1,6	0,03
	Không rào cản	112 (42,9)	149 (57,1)	(1,0-2,5)	
Không có thời gian tập thể dục	Có rào cản	31 (35,6)	56 (64,4)	1,2	0,45
	Không rào cản	122 (40,1)	182 (59,9)	(0,7-2,0)	

Bảng 3.11. Liên quan giữa kết quả kiểm soát đường huyết và các rào cản tự kiểm soát đường huyết (n=391)

Đặc điểm	Kết quả kiểm soát		p
	Đạt $X \pm SD$	Không đạt $X \pm SD$	
Rào cản về sức khỏe	1,29±1,03	1,60±0,97	0,003
Rào cản về kiến thức	2,81±1,46	3,21±1,50	0,01
Rào cản về giáo dục	0,87±0,73	1,31±0,84	<0,001
Rào cản về sự hỗ trợ xã hội	2,10±1,25	2,86±1,45	<0,001

IV. BÀN LUẬN

Đái tháo đường là một bệnh lý không lây nhiễm rất phổ biến, chiếm 9,3% dân số toàn thế giới, con số này dự kiến sẽ tăng 25% vào năm 2030 và 51% vào năm 2045 [1]. Mục tiêu của điều trị bệnh là ngăn ngừa hoặc trì hoãn các biến chứng, đồng thời duy trì chất lượng cuộc sống [7]. Điều này đòi hỏi phải kiểm soát đường huyết, quản lý các yếu tố nguy cơ tim mạch, theo dõi thường xuyên và quan trọng là phương pháp tiếp cận lấy bệnh nhân làm trung tâm để tăng cường sự tham gia của bệnh nhân vào các hoạt động chăm sóc [7]. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ kiểm soát đường huyết 39,1%, không kiểm soát được đường huyết là 60,9%. Tỉ lệ này cao hơn Hứa Thành Nhân và cộng sự (2014), tỉ lệ đạt được mục tiêu kiểm soát đường huyết theo HbA1c là 33,7% [4]. Trong một nghiên cứu khác của Ahmad và cộng sự (2014), tỉ lệ kiểm soát đường huyết tốt là 23,0%, thấp hơn nghiên cứu này [3]. Tuy nhiên, tác giả lựa chọn mốc đạt được mục tiêu HbA1c là dưới 6,5%, còn chúng tôi chọn mốc 7,0% tương tự tác giả Hứa Thành Nhân, do đó, có thể có sự khác biệt. Như vậy, tỉ lệ đạt được mục tiêu kiểm soát đường huyết thường thấp, chưa được một nửa số bệnh nhân, vì vậy, cần quan tâm đến các hành vi cũng như rào cản trong hoạt động tự kiểm soát đường huyết.

Trong việc kiểm soát và điều trị ĐTĐ type 2, vai trò của bệnh nhân hết sức quan trọng vì hầu hết các chăm sóc thường ngày đều do bệnh nhân và người nhà thực hiện. Kết quả bảng 3.1 cho thấy, bệnh nhân có điểm hoạt động tự kiểm soát cao hơn ở nhóm đạt được mục tiêu đường huyết so với nhóm không đạt mục tiêu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo một số tác giả, có 7 hành vi cơ bản ở bệnh nhân có thể giúp kiểm soát bệnh, bao gồm chế độ ăn lành mạnh, hoạt động thể lực phù hợp, theo dõi ĐH, tuân thủ việc uống thuốc, các kỹ năng ứng

phó với tình huống do bệnh ĐTĐ type 2 gây ra, các kỹ năng vượt qua bệnh ĐTĐ type 2 để sống khỏe mạnh và các hành vi giảm thiểu nguy cơ bệnh, sống chung với ĐTĐ một cách lành mạnh [8]. Tất cả 7 hành vi này được chứng minh là có mối liên quan chặt chẽ đến việc kiểm soát tốt đường huyết, giảm biến chứng, cải thiện chất lượng cuộc sống, phù hợp với kết quả nghiên cứu này.

Tất cả các rào cản về sức khỏe, kiến thức, giáo dục và sự hỗ trợ xã hội đều có ảnh hưởng đến tỉ lệ kiểm soát được đường huyết. Cụ thể, với rào cản sức khỏe, chủ yếu liên quan đến khẩu vị ăn và các khó khăn trong việc mắc thêm nhiều bệnh khác. Với rào cản kiến thức, các yếu tố có liên quan bao gồm việc nhớ và tìm hiểu tên các loại thuốc, thời gian uống thuốc, tác dụng phụ của thuốc, thời gian tập thể dục, cách theo dõi đường huyết tại nhà, tìm hiểu và nhớ thức ăn tốt, và tìm hiểu khi xử trí hạ đường huyết. Tất cả các yếu tố về giáo dục đều có ảnh hưởng đến kết quả kiểm soát như tham gia lớp tập huấn, hiểu nội dung tư vấn, khó khăn khi đọc tài liệu/tờ rơi. Với rào cản hỗ trợ xã hội, tỉ lệ bệnh nhân không có rào cản về ủng hộ uống thuốc, nhắc nhở uống thuốc, ủng hộ tập thể dục, đủ tiền để mua máy đo đường huyết cho kết quả kiểm soát được đường huyết cao hơn so với nhóm có rào cản với tỉ lệ lần lượt là 3,6 lần; 1,8 lần; 2,2 lần; 1,6 lần và $p < 0,05$. Như vậy, kết quả nghiên cứu tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới. Theo Pokhrel (2019), việc kiểm soát đường huyết kém có liên quan đáng kể với việc ít tuân thủ chế độ ăn, uống thuốc thường xuyên và tập thể dục thường xuyên. Trong số tất cả các rào cản, một lịch trình quá bận rộn để tuân thủ theo kế hoạch bữa ăn, uống thuốc và tập thể dục thường xuyên có tương quan đáng kể với mức HbA1c [6]. Nghiên cứu của Nelson (2018) đánh giá rào cản đối việc tuân thủ thuốc điều trị bằng

cách sử dụng mô hình kiến thức-động lực-kỹ năng trên 237 bệnh nhân ĐTĐ type 2 cho thấy, các rào cản thường xuyên nhất là việc quên thuốc, thiếu kiến thức về thuốc, tuổi trẻ hơn, hiểu biết về sức khỏe thấp hơn, thiếu các thông tin và động lực xã hội [5].

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ kiểm soát được đường huyết còn thấp, chỉ 39,1%. Các rào cản về sức khỏe, về kiến thức, về giáo dục và sự hỗ trợ xã hội có liên quan đến tỉ lệ thấp kiểm soát đường huyết. Vì vậy, cần có các kế hoạch, chiến lược tiếp cận cũng như điều trị theo hướng cá thể hóa cho từng bệnh nhân, từng bước giúp bệnh nhân vượt qua các rào cản này để có thể kiểm soát ĐTĐ type 2 hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Saeedi P., Petersohn I., Salpea P. et al** (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9(th) edition. *Diabetes Res Clin Pract*, 157, 107843.
2. **BỘ Y TẾ** (2020), Hướng dẫn chẩn đoán và điều

trị Đái tháo đường tip 2, Số 5481/QĐ-BYT.

3. **Ahmad N.S., Islahudin F., Paraidathathu T.** (2014). Factors associated with good glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of diabetes investigation*, 5(5), 563-569.
4. **Hứa Thành Nhân, Nguyễn Thy Khuê** (2014). Tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường tít 2 đạt mục tiêu HbA1c tại một phòng khám chuyên khoa đái tháo đường ở TP Hồ Chí Minh. *Tạp chí "Nội tiết và Đái tháo đường"*, 13, 35-40.
5. **Nelson L.A., Wallston K.A., Kripalani S. et al** (2018). Assessing barriers to diabetes medication adherence using the Information-Motivation-Behavioral skills model. *Diabetes Res Clin Pract*, 142, 374-384.
6. **Pokhrel S., Shrestha S., Timilsina A. et al** (2019). Self-Care Adherence And Barriers To Good Glycaemic Control In Nepalese Type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Hospital-Based Cross-Sectional Study. *J Multidiscip Healthc*, 12, 817-826.
7. **Davies M.J., D'Alessio D.A., Fradkin J. et al** (2018). Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2018. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*, 41(12), 2669-2701.
8. **Tomky D., Tomky D., Cypress M. et al** (2008). Aade Position Statement. *The Diabetes Educator*, 34(3), 445-449.

HỆP KHÍ QUẢN BẨM SINH DO VÒNG SỤN KHÉP KÍN: KẾT QUẢ BAN ĐẦU PHẪU THUẬT TRƯỢT TẠO HÌNH KHÍ QUẢN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Lý Thịnh Trường¹, Trần Quang Vịnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Hẹp khí quản bẩm sinh đơn thuần do vòng sụn khép kín là tổn thương đường thở nặng nề ở trẻ em. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật sử dụng kỹ thuật trượt tạo hình khí quản điều trị bệnh hẹp khí quản bẩm sinh không kèm theo các tổn thương trong tim tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng-phương pháp nghiên cứu:** Từ tháng 9 năm 2016 đến tháng 3 năm 2021, toàn bộ các bệnh nhân chẩn đoán hẹp khí quản đơn thuần do vòng sụn khép kín không kèm theo tổn thương trong tim được phẫu thuật điều trị bằng kỹ thuật trượt tạo hình khí quản được thu thập dữ liệu và đưa vào nghiên cứu. **Kết quả:** Có 23 trường hợp, tỷ lệ nam/nữ là 13/10, phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn được tạo hình khí quản trượt trong thời gian nghiên cứu được phẫu thuật tạo

hình khí quản trượt. Tuổi phẫu thuật trung bình của nhóm nghiên cứu là 314.3 ± 176.4 ngày (66 – 814 ngày). Chiều dài trung bình của đoạn hẹp khí quản là 3.6 cm (ngắn nhất: 2cm; dài nhất 6cm). Có duy nhất 1 bệnh nhân (4.4%) tử vong sớm sau phẫu thuật (trong thời gian nằm viện hoặc sau điều trị phẫu thuật 30 ngày). 3 bệnh nhân thở máy trước mổ cần mổ cấp cứu. Hình thái cây khí quản trong mổ cho thấy: 19 bệnh nhân (82.6%) có hình thái cây khí quản bình thường, 3 bệnh nhân (13%) có hình thái phế quản thùy trên phổi phải xuất phát sớm, 1 bệnh nhân (4.4%) có thiếu sản phổi phải với phế quản chính là phế quản trái. **Kết luận:** Kết quả bước đầu phẫu thuật trượt tạo hình khí quản trong điều trị bệnh hẹp khí quản bẩm sinh tại Trung tâm Tim mạch trẻ em-Bệnh viện Nhi Trung ương là xuất sắc, tương đương với kết quả điều trị cho bệnh lý đường thở phức tạp này tại các trung tâm lớn trên thế giới. Một nghiên cứu với thời gian theo dõi dài hơn là hoàn toàn cần thiết.

Từ khóa: Hẹp khí quản bẩm sinh, vòng sụn khí quản khép kín, phẫu thuật tạo hình khí quản trượt

SUMMARY

SIMPLE CONGENITAL TRACHEA STENOSIS: PRIMARY OUTCOMES OF SLIDING

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Lý Thịnh Trường

Email: nlttruong@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2022

Ngày duyệt bài: 24.10.2022