

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aoi S, Htun W W, Freeo S, et al.** "Distal transradial artery access in the anatomical snuffbox for coronary angiography as an alternative access site for faster hemostasis", *Catheter Cardiovasc Interv*, 2009, 94 (5), 651-657.
2. **Kiemeneij F,** "Left distal transradial access in the anatomical snuffbox for coronary angiography (IdTRA) and interventions (IdTRI)", *EuroIntervention*, 2017, 13 (7), 851-857.
3. **Kim Y, Ahn Y, Kim I, et al.** "Feasibility of Coronary Angiography and Percutaneous Coronary Intervention via Left Snuffbox Approach", *Korean Circ J*, 2018, 48 (12), 1120-1130.
4. **Lee J W, Park S W, Son J W, et al.** "Real-world experience of the left distal transradial approach for coronary angiography and percutaneous coronary intervention: a prospective observational study (LeDRA)", *EuroIntervention*, 2018, 14 (9), e995-e1003.
5. **Nairoukh Z, Jahangir S, Adjepong D, et al.** "Distal Radial Artery Access: The Future of Cardiovascular Intervention", *Cureus*, 2020, 12 (3), e7201.
6. **Norimatsu K, Kusumoto T, Yoshimoto K, et al.** "Importance of measurement of the diameter of the distal radial artery in a distal radial approach from the anatomical snuffbox before coronary catheterization", *Heart Vessels*, 2019, 34 (10), 1615-1620.
7. **Shah B, Burdowski J, Guo Y, et al.** "Effect of Left Versus Right Radial Artery Approach for Coronary Angiography on Radiation Parameters in Patients With Predictors of Transradial Access Failure", *Am J Cardiol*, 2016, 118 (4), 477-81.
8. **Soydan E, Akın M.** "Coronary angiography using the left distal radial approach - An alternative site to conventional radial coronary angiography", *Anatol J Cardiol*, 2018, 19 (4), 243-248.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ TUÂN THỦ CỦA BÁC SĨ VỚI HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI THÁI BÌNH 2016-2017

Lê Văn Trụ¹, Nguyễn Trọng Tài², Nguyễn Hữu Quân³,
Phạm Huy Tuấn Kiệt², Nguyễn Văn Huy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng kiến thức và tuân thủ của bác sĩ với hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường Típ 2 tại Thái Bình năm 2016-2017. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp 34 bác sĩ làm việc tại các bệnh viện công lập tỉnh Thái Bình. **Kết quả:** Về kiến thức biến chứng ĐTDĐ, các bác sĩ có số năm hành nghề ≤ 3 năm có số câu trả lời đúng thấp nhất, các bác sĩ có thời gian hành nghề ≥ 5 năm có số câu trả lời đúng cao nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Bác sĩ chuyên khoa Nội tiết trả lời đúng $48,1 \pm 3,5$ câu hỏi, chính xác hơn bác sĩ chuyên ngành Nội chung là $43,3 \pm 6,0$ câu hỏi; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Bác sĩ được tập huấn vẫn có số câu trả lời đúng cao hơn các bác sĩ không được tập huấn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,242$. **Kết luận:** Số năm hành nghề, chuyên ngành học và việc được tập huấn hàng năm có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến thực trạng kiến thức; không có mối liên quan đến tuân thủ của bác sĩ với hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh ĐTDĐ Típ 2.

Từ khóa: đái tháo đường típ 2, kiến thức, tuân thủ của bác sĩ.

SUMMARY

THE STATUS OF DOCTORS' KNOWLEDGE AND COMPLIANCE WITH GUIDELINES FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT TYPE 2 AT THAI BINH 2016-2017

Objective: To assess the status of knowledge and compliance of doctors with the guidelines for diagnosis and treatment of type 2 diabetes in Thai Binh in 2016-2017. **Subjects and methods:** Interventional study of 34 doctors working in public hospitals in Thai Binh province. **Results:** Knowledge about diabetes complications, doctors with the number of years of practice 3 years have the lowest average number of correct answers, doctors with practice time 5 years have the average number of answers highest true, the difference is statistically significant, $p < 0,05$. Endocrinologists answered correctly $48,1 \pm 3,5$ questions more accurately than doctors of General Internal Medicine $43,3 \pm 6,0$ questions; The difference was statistically significant, $p < 0,05$. Trained doctors still have a higher average number of correct answers than untrained doctors, but the difference is not statistically significant, $p = 0,242 > 0,05$). The doctor's compliance with the treatment diagnosis is not related to the treatment line, the specialty attended, the annual training. **Conclusion:** Number of years of practice, major of study and annual training have a statistically significant relationship with the status of knowledge; There was no association with physician

¹Cục khám chữa bệnh – Bộ Y tế

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Sở Y tế Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Trụ

Email: lekhaitru@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023

compliance with guidelines for the diagnosis and treatment of type 2 diabetes.

Keywords: type 2 diabetes, knowledge, compliance of doctors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong các bệnh mạn tính không lây nhiễm có xu hướng gia tăng trên toàn cầu. Các biến chứng liên quan đến bệnh ĐTĐ gây tử vong và tăng gánh nặng chi phí cho người bệnh, gia đình và xã hội [1]. Việt Nam cũng là nước đang đối mặt với sự gia tăng ngày càng nhanh của bệnh ĐTĐ. Tại Việt Nam, việc tổ chức khám, sàng lọc, chẩn đoán và điều trị tại các tuyến cơ sở có ý nghĩa to lớn không chỉ làm giảm tải số người bệnh lên các tuyến Trung Ương mà còn giúp hiệu quả điều trị bệnh cải thiện. Năm 2017 tác giả Phạm Văn Sang tiến hành nghiên cứu thực trạng quản lý và điều trị người bệnh ĐTĐ Típ 2 tại Bệnh viện đa khoa Tứ Kỳ, Hải Dương, cho thấy tỷ lệ người bệnh đạt mục tiêu kiểm soát đường huyết là 69,3%, tỷ lệ người bệnh tập thể dục theo thời gian khuyến cáo đạt 82,7%, tỷ lệ người bệnh đến khám đúng lịch theo tháng đạt 95,2% [2].

Quy trình khám, chữa bệnh là cơ sở, nền tảng để căn cứ vào đó các cơ sở y tế có thể rà soát những điểm chưa hợp lý trong quy trình và có biện pháp cải tiến quy trình phù hợp, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh [3]. Dựa trên nội dung của Quyết định số 3798/QĐ-BYT của Bộ Y tế, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu thực trạng kiến thức và tuân thủ của bác sĩ điều trị với quy trình chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường tại tỉnh Thái Bình, năm 2016-2017.

Việc tuân thủ các hướng dẫn lâm sàng đã được chỉ ra là làm tăng hiệu quả các dịch vụ y tế, hạn chế chi phí, cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe và ngăn ngừa việc sử dụng thuốc và chuyển tuyến không phù hợp [4]. Dữ liệu ban đầu đã chỉ ra rằng sự tuân thủ đã dẫn đến một sự cải thiện trong điều trị người bệnh đái tháo đường, được đo lường bằng mức HbA1c trung bình. Để có căn cứ khoa học triển khai các hoạt động can thiệp và đánh giá tính hiệu quả trong can thiệp đối với bệnh đái tháo đường cần phải thu thập đầy đủ các thông tin liên quan kiến thức và sự tuân thủ của bác sĩ với hướng dẫn lâm sàng chẩn đoán, điều trị bệnh ĐTĐ típ 2 [5].

Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu sau: Đánh giá thực trạng kiến thức và tuân thủ của bác sĩ với hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường Típ 2 tại Thái Bình năm 2016-2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bác sỹ tham gia khám bệnh, chữa bệnh đái tháo đường tại Bệnh viện đa khoa tỉnh, Bệnh viện huyện, Trung tâm y tế huyện của tỉnh Thái Bình. Tiêu chuẩn lựa chọn là:

- Công tác trong lĩnh vực chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh ĐTĐ trên 6 tháng.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ là:

- Không tham gia đầy đủ các đợt can thiệp.
- Không có chứng chỉ hành nghề Nội, Nội tiết.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu. Tại các bệnh viện đa khoa tỉnh, bệnh viện huyện, trung tâm y tế huyện của tỉnh Thái Bình.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 2016 – 2017

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp, so sánh kết quả trước và sau

2.3.2. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu nghiên cứu can thiệp tính theo công thức:

$$n = Z^2(\alpha, \beta) \frac{p_1(1 - p_1) + p_2(1 - p_2)}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó: $p_1 = 0,35$ tương ứng với ước tính 35% là tỷ lệ bác sỹ tuân thủ với hướng dẫn điều trị đái tháo đường (ước tính tại thời điểm trước can thiệp).

$p_2 = 0,75$ tương ứng với ước tính 75% là tỷ lệ mong muốn bác sỹ tuân thủ với hướng dẫn điều trị đái tháo đường tại thời điểm sau can thiệp.

α : Mức ý nghĩa thống kê, là xác suất của sai lầm loại I, ở đây là 0,05

β : xác suất của sai lầm loại II, = 0,1,

$Z^2(\alpha, \beta)$ tra từ bảng ứng với giá trị α, β được 10,5.

Thay vào công thức ta có $n = 27$. Dự phòng cho tỷ lệ bỏ nghiên cứu khoảng 10%, thực tế triển khai trên 34 bác sỹ.

2.3.3. Phương pháp chọn mẫu

- Mẫu được phân tầng theo đô thị và nông thôn, cỡ mẫu mỗi tầng sẽ là 15 bác sỹ. Tại tỉnh Thái Bình có Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình, Bệnh viện thành phố và Trung tâm y tế thành phố Thái Bình. Bệnh viện đa khoa tỉnh có khoảng 07 bác sỹ tham gia khám chữa bệnh ĐTĐ, Trung tâm y tế và Bệnh viện thành phố 07 bác sỹ. Như vậy tại khu đô thị, chọn Bệnh viện đa khoa tỉnh và Bệnh viện thành phố. Chọn ngẫu nhiên 3 huyện còn lại trong danh sách 7 huyện, được huyện Vũ Thư, Quỳnh Côi và Thái Thụy.

- Tại các Bệnh viện (Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình, Trung tâm y tế các quận, huyện, Bệnh viện các quận, huyện: thành phố Thái Bình, Thái Thụy, Vũ Thư, Quỳnh Côi): chọn toàn bộ các bác sỹ tham gia khám, chữa bệnh đái tháo đường (do ước tính tại mỗi quận, huyện: có khoảng 7 bác sỹ tham gia x 4 quận, huyện + 8 bác sỹ của Bệnh viện đa khoa tỉnh, nên chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ).

2.3.4. Các biến số nghiên cứu

- Thông tin chung: Tuổi, giới, trình độ học vấn
 - Tuân thủ chẩn đoán và điều trị: kiến thức của bác sỹ về chẩn đoán, điều trị

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu sau khi được đọc và làm sạch được nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê STATA 14 sử dụng các thuật toán thống kê y học:

+ Kiểm định χ^2 : so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ %.
 + T-student test: so sánh sự khác nhau giữa hai giá trị trung bình.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Trước khi tham gia nghiên cứu, tất cả các đối tượng nghiên cứu sẽ được cung cấp thông tin rõ ràng liên quan đến đến mục tiêu và nội dung nghiên cứu, đối tượng sẽ được thông báo là họ tự nguyện tham gia quyết định tham gia vào nghiên cứu hay không. Đối tượng hoàn toàn đồng ý tham gia nghiên cứu. Các thông tin thu thập từ các đối tượng nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, hoàn toàn được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung	Số lượng (n = 34)	Tỷ lệ (%)
-----------------	-------------------	-----------

Bảng 3: So sánh tổng hợp kiến thức của bác sỹ về bệnh ĐTD theo số năm hành nghề

Kiến thức	≤ 3 năm (n = 7)	< 3 ≤ 5 năm (n = 5)	> 5 năm (n = 22)	p	Min - Max
Khái niệm, nguyên nhân, chẩn đoán ĐTD	19,6 ± 2,6	19,6 ± 2,3	19,2 ± 2,8	0,9	15 - 24
Nguyên tắc, mục tiêu điều trị ĐTD	14,9 ± 0,7	14,6 ± 1,5	13,6 ± 2,7	0,3	8 - 17
Thuốc điều trị ĐTD	5 ± 1,2	6,4 ± 1,1	5,3 ± 2,1	0,4	1 - 8
Biến chứng ĐTD	5,1 ± 0,9	6,2 ± 0,8	6,4 ± 0,9	0,01	4 - 7
Trung bình tổng	44,6 ± 3,9	46,8 ± 3,6	44,3 ± 6,7	0,7	34 - 55

Nhận xét: So sánh trung bình số câu trả lời đúng toàn bộ kiến thức chung về ĐTD của các bác sỹ theo số năm hành nghề cho thấy không có sự khác biệt $p > 0,05$. Riêng kiến thức về biến chứng ĐTD, các bác sỹ có số năm hành nghề ≤ 3 năm có trung bình số câu trả lời đúng thấp nhất, các bác sỹ có thời gian hành nghề ≥ 5 năm có trung bình số câu trả lời đúng cao nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Tuổi	< 34	15	44,1
	35 – 44	6	17,6
	≥ 45	13	38,2
Giới	Nam	20	58,8
	Nữ	14	41,2
Trình độ học vấn	Đại học	21	61,8
	Sau đại học	13	38,2
Chuyên khoa	Nội khoa	24	70,6
	Nội tiết	10	29,4
Đào tạo về đái tháo đường	Có	29	85,3
	Không	5	14,7
Tuyển điều trị	Tuyển tỉnh	7	20,6
	BVĐK thành phố	7	20,6
	Tuyển huyện	20	58,8

Nhận xét: Bác sỹ có đội tuổi trẻ, nhóm 25 – 34 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 44,1%; nam giới 58,8%; trình độ sau đại học chỉ có 38,2% với 29,4% được đào tạo chuyên khoa nội tiết. Tỷ lệ đã được đào tạo về đái tháo đường chiếm 85,3%. Bác sỹ tuyển huyện chiếm 58,8%.

3.2. Kiến thức của bác sỹ với hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh đái tháo đường tip 2

Bảng 2: So sánh tổng hợp kiến thức của bác sỹ về ĐTD (Toàn bộ kiến thức trong tài liệu hướng dẫn) theo tuyển

Tổng câu trả lời đúng	Tuyển tỉnh	BVĐK thành Phố	Tuyển huyện	p
Trả lời đúng từ 34 đến 44 câu hỏi	01 14,3%	03 42,9%	12 60%	p > 0,05
Trả lời đúng từ 45 đến 55 câu hỏi	06 85,7%	04 57,1%	08 40%	
Tổng	7 100%	7 100%	20 100%	

Nhận xét: Tỷ lệ các bác sỹ trả lời đúng ≥ 45 câu tại tuyển tỉnh cao nhất chiếm 85,7%, tỉ lệ này tại tuyển huyện là thấp nhất 40%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$

Bảng 4: So sánh tổng hợp kiến thức của bác sĩ về bệnh ĐTĐ theo mức độ chuyên khoa

Nội dung	Nội tiết (n = 10)	Nội chung (n = 24)	p	Min - Max
Khái niệm, nguyên nhân, chẩn đoán	20,4 ± 2,2	18,9 ± 2,7	0,126	15 - 24
Nguyên tắc, mục tiêu điều trị ĐTĐ	15,2 ± 0,8	13,4 ± 2,6	0,036	8 - 17
Thuốc điều trị ĐTĐ	6,4 ± 0,8	5,0 ± 2,0	0,046	1 - 8
Biến chứng ĐTĐ	6,1 ± 0,9	6,0 ± 1,0	0,965	4 - 7
Trung bình tổng	48,1 ± 3,5	43,3 ± 6,0	0,026	34 - 55

Nhận xét: Các bác sĩ làm chuyên sâu về Nội tiết có số câu trả lời đúng cao hơn các bác sĩ chuyên khoa Nội chung, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5: So sánh tổng hợp kiến thức của bác sĩ về bệnh ĐTĐ theo việc được tập huấn hay không

Nội dung	Được tập huấn (SL = 29)	Không được tập huấn (SL = 5)	p	Min - Max
Khái niệm, nguyên nhân, chẩn đoán ĐTĐ	19,8 ± 2,5	16,4 ± 1,7	0,005	15 - 24
Nguyên tắc, mục tiêu điều trị ĐTĐ	14,3 ± 2,1	11,8 ± 2,8	0,026	8 - 17
Thuốc điều trị ĐTĐ	5,8 ± 1,6	3,4 ± 2,1	0,007	1 - 8
Biến chứng ĐTĐ	6,2 ± 0,97	5,6 ± 1,1	0,241	4 - 7
Trung bình tổng	46,0 ± 5,1	37,2 ± 3,3	0,001	34 - 55

Nhận xét: Các bác sĩ được tập huấn về ĐTĐ có số câu trả lời đúng cao hơn các bác sĩ không được tập huấn về ĐTĐ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

3.3. Tuân thủ của bác sĩ với hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh đái tháo đường típ 2

Bảng 6: Tổng hợp so sánh kiến thức về tuân thủ của bác sĩ trong chẩn đoán và điều trị đái tháo đường theo tuyến, theo số năm kinh nghiệm, theo mức độ chuyên sâu về chuyên môn, theo việc có được tập huấn hay không

TB số câu trả lời đúng	Tuyến tỉnh (n=7)	BVĐK thành phố (n=7)	Tuyến huyện (n=20)	Min - max	p
X ± SD	3,7 ± 2,1	2,7 ± 1,7	2,8 ± 1,7	0 - 7	0,5
TB số câu trả lời đúng	≤3 năm (n=7)	<3 - ≤5 năm (n=5)	>5 năm (n=22)	Min - max	p
X ± SD	2,6 ± 1,5	3,6 ± 2,4	3,0 ± 1,8	0 - 7	0,6
TB số câu trả lời đúng	Chuyên khoa Nội tiết (n=10)	Chuyên khoa Nội chung (n=24)	Min - max	p	
X ± SD	3,3 ± 1,8	2,8 ± 1,8	0 - 7	0,5	
TB số câu trả lời đúng	Được tập huấn (n=29)	Không được tập huấn (n=5)	Min - max	p	
X ± SD	3,2 ± 1,9	1,8 ± 1,1	0 - 7	0,12	

Nhận xét: Tuyến tỉnh có số bác sĩ trả lời đúng về yêu cầu tuân thủ chẩn đoán và điều trị ĐTĐ cao nhất. Các bác sĩ bệnh viện thành phố và bệnh viện huyện có số câu trả lời đúng thấp hơn nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê giữa các bác sĩ chuyên khoa Nội tiết và chuyên khoa Nội chung và giữa các bác sĩ được và không được tập huấn về ĐTĐ với các $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức của bác sĩ với hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh đái tháo đường típ 2

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cơ sở làm việc và tuyển làm việc không tác động đến kiến thức của bác sĩ điều trị về ĐTĐ. Kết quả

này khác biệt so kết quả từ nghiên cứu của Khamseen ở Ả rập Saudi [6] trên 150 bác sĩ về kiến thức, thái độ và thực hành của bác sĩ y tế tuyến cơ sở trong việc quản lý ĐTĐ. Trong nghiên cứu này, các bác sĩ vùng nông thôn có số câu trả lời đúng cao hơn các bác sĩ ở thành thị ($68,65 \pm 10,19 > 65,34 \pm 7,36$, $p = 0,003$) [7].

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian hành nghề càng lâu thì kiến thức sẽ càng cao. Kết quả này tương đồng với kết quả từ nghiên cứu của Khamseen. Trong nghiên cứu này, các bác sĩ có 1 - 5 năm kinh nghiệm có số câu trả lời đúng thấp hơn >5 năm trong mỗi phần của bảng hướng dẫn cũng như với trung bình tổng điểm [6]. Điều này cho thấy, số năm kinh nghiệm tỷ lệ thuận với kiến thức chẩn đoán và điều trị bệnh ĐTĐ của các bác sĩ.

4.2. Tuân thủ của bác sĩ với hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh đái tháo đường típ 2.

Tỷ lệ bác sĩ tuyến tỉnh trả lời đúng về yêu cầu tuân thủ chẩn đoán và điều trị ĐTĐ là cao nhất, nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ này của bác sĩ ở tuyến thành phố và tuyến huyện. Sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê giữa các năm kinh nghiệm, chuyên ngành đào tạo và có/ không được tập huấn. Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của Đoàn Thị Hồng Thúy thực hiện tại bệnh viện Nội tiết tỉnh Sơn La năm 2019, trước can thiệp kiến thức về bệnh và tuân thủ ĐTĐ típ 2 của đối tượng nghiên cứu đạt $20,58 \pm 5,6$ điểm trên tổng 36 điểm của thang đo kiến thức. Sự khác biệt có thể do phương pháp tính điểm với thang đo khác nhau [8].

V. KẾT LUẬN

Kiến thức về biến chứng ĐTĐ, các bác sĩ có số năm hành nghề ≤ 3 năm có trung bình số câu trả lời đúng thấp nhất, các bác sĩ có thời gian hành nghề ≥ 5 năm có trung bình số câu trả lời đúng cao nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Bác sĩ chuyên khoa Nội tiết trả lời đúng $48,1 \pm 3,5$ câu hỏi, chính xác hơn của các bác sĩ chuyên ngành Nội chung với $43,3 \pm 6,0$ câu hỏi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Bác sĩ được tập huấn có số câu trả lời đúng cao hơn các bác sĩ không được tập huấn; tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,242$. Việc tuân thủ với hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ĐTĐ của bác sĩ không có mối liên quan tới tuyến điều trị, chuyên khoa theo

học và việc được tập huấn hàng năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình (2009)**, Mục tiêu điều trị bệnh Đái tháo đường, trong: Khuyến cáo về bệnh Đái tháo đường tại Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr93-94.
2. **Phạm Văn Sang (2017)**, Thực trạng quản lý và điều trị người bệnh ĐTĐ type 2 tại Bệnh viện đa khoa Tứ Kỳ, Hải Dương năm 2017, Luận văn BSCKII, trường Đại học Y Thái Bình
3. **Herman HW (2015)** "Response to comment on American Diabetes Association. Approaches to glycemetic treatment. Sec. 7. In Standards of Medical Care in Diabetes-2015. Diabetes Care, 38 (10): e175.
4. **Luis-Emilio GP, Álvarez M, Dilla T, Gil-Guillén V, OrozcoBeltrán D, et al (2013)**. "Adherence to therapies in patients with type 2 diabetes". Diabetes Therapy, 4(2):175-194.
5. **Nguyễn Thị Hải (2015)**. Thực trạng tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đái tháo đường Type 2 điều trị ngoại trú tại phòng khám nội tiết bệnh viện Bãi Cháy, tỉnh Quảng Ninh năm 2015. Luận Văn Tiến Sĩ, Trường Đại học Y tế Công cộng.
6. **Shera AS, Jawad F, Basit A.** Diabetes related knowledge, attitude and practices of family physicians in Pakistan. JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association. 2002;52(10):465-470.
7. **A. R. Khan ZNAAL, M. B. Khamseen và cộng sự.** Knowledge, attitude and practice of ministry of health primary health care physicians in the management of tipe 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study in the Al Hasa District of Saudi Arabia Niger J Clin Pract. 2011;14 (1):52-59.
8. **Đoàn Thị Hồng Thúy, Ngô Huy Hoàng (2019)**. "Thay đổi kiến thức tuân thủ điều trị của người bệnh đái tháo đường Típ 2 ngoại trú tại Bệnh viện Nội tiết tỉnh Sơn La năm 2019". Khoa Học Điều Dưỡng, 2(3):42-54.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ SIÊU ÂM TIM Ở BỆNH NHÂN SUY TIM CẤP NHẬP VIỆN CÓ BIẾN CỐ TỬ VONG VÀ TÁI NHẬP VIỆN 30 NGÀY SAU XUẤT VIỆN

Hoàng Văn Sỹ^{1,2}, Triệu Khánh Vinh², Trương Phi Hùng^{1,2},
Lý Văn Chiêu², Nguyễn Tri Thức²

TÓM TẮT

Mở đầu: Bệnh nhân nhập viện vì suy tim cấp làm tăng nguy cơ tái nhập viện và tử vong sau xuất viện.

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Trung tâm Tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Triệu Khánh Vinh

Email: triekhanhvinh95@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2023

Ngày duyệt bài: 23.2.2023

Việc xác định các bệnh nhân nhập viện vì suy tim cấp có nguy cơ cao tái nhập viện hoặc tử vong sau xuất viện sẽ có thể tối ưu hóa trong việc điều trị và quản lý. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và siêu âm tim ở bệnh nhân suy tim cấp nhập viện có biến cố tử vong và tái nhập viện 30 ngày sau xuất viện. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu, khảo sát bệnh nhân suy tim cấp nằm tại khoa Nội tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10/2021 đến tháng 5/2022. **Kết quả:** Từ tháng 10/2021 đến tháng 5/2022 có 27 bệnh nhân trong 111 bệnh nhân suy tim cấp nhập viện (chiếm 24,3%) có biến cố tử vong hoặc tái nhập viện do mọi