

KẾT QUẢ QUẢN LÝ, ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN TUYẾN HUYỆN, TỈNH THÁI BÌNH

PHẠM VĂN THÚY, NGUYỄN ĐỖ HUY
Viện Dinh dưỡng Quốc gia
NINH THỊ NHUNG - Đại học Y Thái Bình

TÓM TẮT

Đái tháo đường (ĐTĐ) là gánh nặng cho nền kinh tế, xã hội toàn thế giới. Tỷ lệ bệnh ở nước ta đang tăng nhanh, nhưng quản lý và điều trị chưa tuân thủ tốt. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có so sánh trước và sau can thiệp trên 190 bệnh nhân bị ĐTĐ typ 2, được thu dung, quản lý và điều trị từ 9/2011-3/2012, tại Bệnh viện đa khoa Phụ Dục, Quỳnh Phụ, Thái Bình. Kết quả: 67 bệnh nhân thuộc nhóm tuân thủ điều trị (Nhóm-TT) và nhóm không tuân thủ có 123 người (Nhóm-C). Ở nhóm-TT có 89,6% bệnh nhân thực hiện chế độ ăn kiêng, cao hơn có ý nghĩa so với Nhóm-C là 3,3%, các triệu chứng lâm sàng giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ so với Nhóm-C. Giá trị trung bình đường huyết, cholesterol, triglycerid, HbA1C ở cả 2 nhóm đều giảm so với trước điều trị nhưng ở Nhóm-TT giảm nhiều hơn Nhóm-C với $p < 0,05$. Cần tăng cường truyền thông nhằm nâng cao nhận thức của người bệnh ĐTĐ typ 2, để họ tuân thủ các qui định điều trị nhằm kiểm soát đường huyết, hạn chế biến chứng, nâng cao tuổi thọ và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

Từ khóa: đái tháo đường, điều trị ngoại trú

SUMMARY

Diabetes is a burden to the economy and society worldwide. Prevalence of diabetes is increasing rapidly in our country, but the management and treatment compliance is not good. Cross-sectional descriptive study was compared before and after intervention in 190 patients with type 2 diabetes, management and treatment from 9/2011-3/2012, in the Phu Duc Hospital, Quỳnh Phụ, Thái Bình. Results: 67 patients were in good treatment group (Group-TT) and non-compliant group of 123 people (Group-C). In group-TT, 89.6% of the patients followed the diet, significantly higher than the group-C with 3.3%, the clinical symptoms have decreased significantly with $p < 0.05$. Average blood glucose, cholesterol, triglyceride and HbA1C level in the 2 groups were lower than before treatment, but in much more reduced in Group-TT as compared to Group-C with $p < 0.05$. Therefore, there need to strengthen social education to raise awareness of type 2 diabetes in patients, so that they adhere to the treatment prescribed to control glucose level, limit complications, improve life expectancy and improve quality of life for them.

Keywords: diabetes, outpatient

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ), một trong 4 bệnh đang là gánh nặng cho nền kinh tế, xã hội toàn thế giới. Ở các nước phát triển tỷ lệ này là 42%, ở các nước đang phát triển tỷ lệ bệnh sẽ tăng tới 170% trong vòng 10 năm tới. Tại một số nước Châu Âu, chi phí chăm sóc bệnh nhân ĐTĐ chiếm 2-7% tổng ngân sách Y tế quốc gia.

Việt Nam là nước đang phát triển, có những thay đổi lớn không chỉ về kinh tế, môi trường mà còn thay đổi cả hình thái bệnh tật, cùng với các bệnh không lây nhiễm khác, bệnh ĐTĐ phát triển với tốc độ nhanh [1]. Tỷ lệ mắc ĐTĐ ngày càng tăng không chỉ ở khu vực thành phố mà còn phát triển nhanh ở khu vực nông thôn. Người mắc bệnh ĐTĐ được phát hiện muộn, những trường hợp vào nằm viện thường kèm theo các biến chứng nặng nề. Đây là nguyên nhân, làm cho chi phí chữa bệnh tăng cao và trở thành gánh nặng không chỉ cho cá nhân, gia đình người bệnh, mà còn cho nền kinh tế xã hội trước mắt cũng như lâu dài [2].

Tại Thái Bình, kinh tế ngày càng phát triển, đời sống nhân dân đang ngày một nâng lên. Cùng với sự tăng trưởng về kinh tế-xã hội, bệnh ĐTĐ cũng đang tăng lên nhanh chóng. Tuy nhiên, số lượng bệnh nhân đến khám và điều trị tại các cơ sở y tế chưa nhiều, sự tuân thủ quy chế quản lý của bệnh nhân và kết quả điều trị là vấn đề cần được quan tâm. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả quản lý, điều trị ngoại trú bệnh nhân ĐTĐ type 2 tại Bệnh viện đa khoa Phụ Dục, huyện Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu gồm toàn bộ bệnh nhân đến khám và đã chẩn đoán mắc ĐTĐ typ 2 tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện đa khoa Phụ Dục, từ tháng 9/2011 đến tháng 3/2012, được thu dung, quản lý và điều trị theo mẫu bệnh án của nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có so sánh tại các thời điểm trước quản lý ngoại trú và sau 3 tháng, 6 tháng quản lý, tư vấn, điều trị.

Chọn mẫu: sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho việc so sánh 2 tỷ lệ:
$$n = Z^2_{(\alpha, \beta)} \frac{p_1 / (1 - p_1) + p_2 / (1 - p_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó: n là số lượng bệnh nhân cần thu dung của 1 nhóm, α là xác suất của việc phạm phải sai lầm loại I, $\alpha = 5\%$, β là xác suất của việc phạm phải sai lầm loại II, $\beta = 0,05$ thì $Z^2_{(\alpha, \beta)} = 13$. p_1 là tỷ lệ bệnh nhân cải thiện đường huyết ở Nhóm tuân thủ điều trị (Nhóm-TT), ước tính là 50%. p_2 là tỷ lệ bệnh nhân cải thiện đường huyết ở Nhóm không tuân thủ điều trị (Nhóm-C), ước tính là 20%. áp dụng công thức trên tính được $n = 59$ bệnh nhân/nhóm. Thực tế chúng tôi đã thu dung được 190 bệnh nhân cho 2 nhóm, trong đó, Nhóm-TT có 67 bệnh nhân, Nhóm-C có 123 bệnh nhân.

Mỗi bệnh nhân sau khi được tiếp nhận điều trị ngoại trú, đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được phỏng vấn điều tra và khám thu thập số liệu từ lần khám đầu tiên và theo dõi trong suốt quá trình quản lý điều trị. Ngoài ra, còn tiến hành quản lý bệnh án, sổ theo dõi, phiếu

tư vấn và hẹn, điện thoại liên lạc với bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân và ngược lại. Riêng các bệnh nhân bỏ điều trị, được phỏng vấn về lý do bỏ và mời bệnh nhân đến khám lại hoặc tiến hành khám tại nhà. Đánh giá kết quả bước đầu cải thiện tình trạng đường máu, lipid máu trong thời gian tối thiểu sau 6 tháng điều trị.

Cân đo nhân trắc: dùng cân SMIC của Trung Quốc để cân, sai số không quá 0,2 kg, ghi số đo chính xác đến 0,1 kg. Đo chiều cao đứng bằng thước gỗ ba mảnh của Mỹ, ghi số đo chính xác đến 0,1cm. **Đo vòng eo và vòng mông:** bằng thước dây không co giãn, kết quả được ghi theo cm với một số lẻ. Tỷ số vòng eo/vòng mông được coi là cao khi giá trị này > 0,8 đối với nữ và > 0,9 đối với nam.

Khám lâm sàng được các bác sỹ chuyên khoa thực hiện và phân loại bệnh tật theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh ĐTĐ týp 2 (Ban hành kèm theo Quyết định số 3280/QĐ-BYT ngày 09 tháng 9 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Xét nghiệm sinh hóa máu: 5 ml máu tĩnh mạch khi đói (đôi tượng nhịn đói ít nhất 10 tiếng, tốt nhất là qua 1 đêm, nhưng không quá 16 tiếng) và được nghỉ ít nhất 10 phút trước khi lấy máu. Máu đựng vào ống nghiệm để tự đông, sau 30 phút đến 1 giờ. Các mẫu máu được li tâm 3000 vòng/phút trong 10 phút để tách lấy huyết thanh. Bệnh phẩm được bảo quản ở nhiệt độ -20°C cho đến khi phân tích.

Định lượng cholesterol toàn phần, triglycerid, HDL-C, LDL-C và HbA1C: định lượng bằng máy tự động Hitachi 991, đo ở bước sóng 500nm. Sử dụng bộ test kit của hãng Boeringer.

Đánh giá tuân thủ điều trị:

Thực hiện tốt chế độ ăn kiêng (theo hướng dẫn).

Thực hiện chế độ tập luyện như thể dục dưỡng sinh, đi bộ, các hình thức phù hợp.

Tái khám đều, đúng hẹn, bệnh nhân thực hiện tái khám 1 tháng/1 lần và đúng ngày theo lịch hẹn tái khám của bác sỹ đã ghi. Kiểm tra số hẹn tái khám, những bệnh nhân có biến chứng nặng phải vào điều trị nội trú, sau khi ổn định phải trở lại tái khám 1 tháng/1 lần.

Bệnh nhân dùng thuốc đúng theo phác đồ và hướng dẫn điều trị, khi đến tái khám bác sỹ, điều dưỡng kiểm tra vỏ thuốc.

Hàng ngày, bệnh nhân tự đo huyết áp tại nhà theo hướng dẫn và ghi vào sổ theo dõi, khi đến tái khám bác sỹ kiểm tra sổ. Tuân thủ tốt là những người theo dõi thường xuyên huyết áp tại nhà 1 lần/1 ngày và ghi đầy đủ vào sổ theo dõi.

Thay đổi thói quen sinh hoạt để loại trừ nguy cơ của bệnh, như ngừng hút thuốc, giảm số lượng tới mức cho phép hoặc bỏ hẳn rượu bia, bệnh nhân thừa cân béo phì phải bằng mọi cách giảm cân.

Những bệnh nhân thực hiện được từ 4 yêu cầu trở lên trong số 6 yêu cầu trên, trở lên trong đó phải thực hiện chế độ ăn kiêng, luyện tập, đúng phác đồ điều trị và đảm bảo đủ lần tái khám (có thể không đúng ngày hẹn), được xếp vào nhóm tuân thủ điều trị.

Đạo đức nghiên cứu: đề cương khoa học và y đức được Hội đồng của ĐH Y Thái Bình thông qua. Các bệnh nhân tham gia được giải thích rõ về nội dung, mục đích, tự nguyện tham gia và ký Cam kết. Chọn

mẫu gồm toàn bộ bệnh nhân ĐTĐ điều trị ngoại trú, tiêu chuẩn chọn và loại trừ rõ ràng đảm bảo sự công bằng. Mọi thông tin và số liệu nghiên cứu được bảo mật theo quy định.

Sử ký số liệu: sau khi thu thập thông tin, làm sạch số liệu, nhập số liệu bằng Epi data 3.1 và phân tích bằng SPSS 13.0 thông qua các test thống kê y học. Sự khác nhau giữa 2 giá trị trung bình được kiểm định bằng test Mann-Whitney. So sánh giữa các tỷ lệ sử dụng test χ^2 với khoảng tin cậy CI= 95%.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

190 bệnh nhân ĐTĐ được thu dung quản lý, điều trị và tư vấn đều được khám xác định và lập hồ sơ quản lý, trong đó, có 67 bệnh nhân được quản lý, tuân thủ điều trị (Nhóm-TT) và 123 bệnh nhân không tuân thủ điều trị (Nhóm-C).

Kết quả công tác quản lý, điều trị ngoại trú bệnh nhân ĐTĐ: ở Nhóm-TT tất cả các bệnh nhân ăn kiêng, ăn theo chế độ ăn hợp lý, sau 3 tháng điều trị có 74,6% bệnh nhân thực hiện chế độ ăn kiêng, sau 6 tháng tỷ lệ này là 89,6%, trong khi ở Nhóm-C, sau 3 tháng điều trị có 10,6% và sau 6 tháng chỉ có 3,3% thực hiện chế độ ăn hợp lý. Hình thức luyện tập chủ yếu là đi bộ và thể dục dưỡng sinh, tỷ lệ luyện tập sau 6 tháng điều trị ở Nhóm-TT là 83,6% cao hơn có ý nghĩa so với Nhóm-C là 39,8% ($p < 0,05$). Về tuân thủ điều trị kết quả của chúng tôi cho thấy, ở Nhóm-TT, sau 6 tháng, 100% bệnh nhân uống thuốc đều, trong khi đó ở Nhóm-C chỉ có 24,5% uống thuốc đều. Việc kết hợp giữa uống thuốc với chế độ ăn uống và luyện tập, sau 6 tháng ở Nhóm-TT có tới 92,5% bệnh nhân thực hiện, còn ở Nhóm-C chỉ có 15,5%.

Tim mạch sự thay đổi 7 triệu chứng lâm sàng (ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, gày nhiều, đau ngực, mờ mắt, tê tay chân), sau 6 tháng điều trị: ở Nhóm-TT, các triệu chứng lâm sàng đều giảm, đặc biệt triệu chứng đau ngực đã giảm từ 20,9% xuống còn 11,9% ($p < 0,05$), triệu chứng tê tay chân giảm từ 94% xuống còn 82,1% ($p < 0,05$). Trong khi, ở Nhóm-C, triệu chứng đau ngực giảm từ 43,9% xuống 39% và tê tay chân từ 77,2% xuống 74,8%, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 1: Tỷ lệ bệnh nhân có đường huyết cao trước và sau quản lý điều trị

Thời gian	Nhóm-TT		Nhóm-C		P1
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Trước điều trị (T0)	67	100,0	123	100,0	< 0,05
Sau 3 tháng (T3)	37	55,2	102	82,9	< 0,01
Sau 6 tháng (T6)	16	23,9	111	90,2	< 0,01
P2	p(T3,T6) < 0,001		p(T3,T6) > 0,05		

P1, χ^2 test (so sánh giữa 2 nhóm, cùng thời gian)

P2, χ^2 test (so sánh trong cùng nhóm, tại các thời điểm khác nhau)

Kết quả cận lâm sàng: trước điều trị, 100% bệnh nhân có đường huyết cao (> 7.0 mmol/l) ở cả 2 nhóm,

sau 3 tháng quản lý điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có đường huyết cao ở Nhóm-TT giảm còn 55,2%, ở Nhóm-C còn 82,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$, Sau 6 tháng điều trị ở Nhóm-TT chỉ còn 23,9% số người có đường huyết cao, trong khi đó, ở Nhóm-C vẫn còn 90,2% bệnh nhân có đường huyết cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ (Bảng 1).

Sau 3 tháng quản lý điều trị giá trị trung bình cholesterol và triglycerid của bệnh nhân ĐĐT không giảm so với trước điều trị và không có sự khác biệt giữa Nhóm-TT và Nhóm-C. Ở Nhóm-TT, sau 6 tháng điều trị giá trị trung bình cholesterol ($4,3 \pm 0,7$ mmol/l) và triglycerid ($1,8 \pm 0,7$) thấp hơn có ý nghĩa so với Nhóm-C với $p < 0,05$ (Bảng 2).

Bảng 2: So sánh giá trị trung bình cholesterol, triglycerid trước và sau điều trị

Chỉ số	Thời gian	Nhóm-TT (n=67)		Nhóm-C (n=123)		P
		(TB \pm SD)	Min-Max	(TB \pm SD)	Min-Max	
Cholesterol	Trước điều trị	4,4 \pm 0,8	3,4 - 6,0	4,7 \pm 1,2	3,4 - 9,9	>0,05
	Sau 3 tháng	4,4 \pm 0,8	3,5 - 6,5	4,6 \pm 0,9	3,6 - 9,2	>0,05
	Sau 6 tháng	4,3 \pm 0,7	3,5 - 6,5	4,8 \pm 0,9	3,8 - 9,8	<0,05
Triglycerid	Trước điều trị	2,0 \pm 1,7	0,6 - 9,2	2,4 \pm 1,9	0,9 - 6,3	>0,05
	Sau 3 tháng	1,8 \pm 0,5	0,7 - 3,4	2,1 \pm 0,9	0,9 - 5,3	<0,05
	Sau 6 tháng	1,8 \pm 0,7	0,9 - 3,4	2,2 \pm 0,6	1,1 - 4,6	<0,05

TB: mmol/l; p: t-test

Giá trị trung bình HDL-C của bệnh nhân ĐĐT sau 6 tháng điều trị ở 2 nhóm, thay đổi rất ít. Giá trị trung bình LDL-C sau 6 tháng điều trị ở Nhóm-TT là 2,1 mmol/l, giảm so với trước điều trị là 2,3 mmol/l. Ở Nhóm-C, giá trị trung bình LDL-C còn bị tăng (2,3 mmol/l) so với trước điều trị (2 mmol/l), tuy nhiên, chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (Bảng 3).

Bảng 3: So sánh giá trị trung bình HDL-C và LDL-C trước và sau quản lý điều trị

Chỉ số	Thời gian	Nhóm-TT (n=67)		Nhóm-C (n=123)		P
		TB \pm SD	Min-Max	TB \pm SD	Min-Max	
HDL-C	Trước điều trị	1,3 \pm 0,3	0,7 - 2,6	1,3 \pm 0,5	0,7 - 2,8	>0,05
	Sau 3 tháng	1,2 \pm 0,3	0,6 - 2,4	1,2 \pm 0,4	0,7 - 2,4	>0,05
	Sau 6 tháng	1,2 \pm 0,3	0,8 - 2,1	1,2 \pm 0,5	0,7 - 2,3	>0,05
LDL-C	Trước điều trị	2,3 \pm 1,0	0,8 - 4,8	2,0 \pm 0,8	0,7 - 5,4	>0,05
	Sau 3	2,2 \pm	0,8 -	2,2 \pm	0,9 -	>0,05

	tháng	0,8	4,4	1,0	6,2	
Sau 6 tháng		2,1 \pm 0,7	0,8 - 3,5	2,3 \pm 0,8	1,0 - 6,4	>0,05

TB: mmol/l; p: t-test

Giá trị trung bình HbA1C sau 6 tháng điều trị ở Nhóm-TT là $5,8 \pm 0,4\%$ thấp hơn so với sau 3 tháng điều trị, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở Nhóm-C giá trị trung bình HbA1C sau 6 tháng điều trị rất cao (8,9 mmol/l). Sau 6 tháng điều trị trung bình HbA1C ở Nhóm-TT thấp hơn Nhóm-C, có ý nghĩa với $p < 0,01$ (Bảng 4).

Bảng 4: So sánh giá trị trung bình HbA1C của bệnh nhân sau quản lý điều trị

Thời gian	Nhóm-TT (n=67)		Nhóm-C (n=123)		P1
	TB \pm SD	Min-Max	TB \pm SD	Min-Max	
Sau 3 tháng	6,7 \pm 0,5	6,0 - 7,4	8,8 \pm 1,7	6,8 - 14,2	<0,01
Sau 6 tháng	5,8 \pm 0,4	4,9 - 6,5	8,9 \pm 0,7	6,2 - 9,8	<0,01
P2	p < 0,05		p > 0,05		

P1, t test (so sánh giữa 2 nhóm, cùng thời gian)

P2, t test (so sánh trong cùng nhóm, tại các thời điểm khác nhau)

BÀN LUẬN

Đái tháo đường là bệnh không thể chữa khỏi, do vậy, ổn định đường huyết là mục tiêu chính trong điều trị. Kiểm soát đường huyết tốt là khống chế đường huyết gần tới mức bình thường nhất có thể được mà không gây ra hạ đường huyết. ở bệnh nhân ĐĐT type 2 nếu được kiểm soát đường máu tốt sẽ giảm được nồng độ HbA1C, giảm tỷ lệ tử vong, giảm được các cơn đột quỵ và giảm tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính không lây nhiễm khác [3][4]. Ngoài việc dùng thuốc, chế độ ăn uống, tập luyện, ý thức của bệnh nhân, hợp tác giữa bệnh nhân với gia đình và thầy thuốc; phương tiện theo dõi đường máu là những yếu tố hết sức quan trọng trong kiểm soát đường huyết [5][6]. Nếu quản lý và điều trị đúng, bệnh nhân ĐĐT sẽ có một cuộc sống gần như bình thường, nếu không được quản lý và điều trị tốt thì tỷ lệ biến chứng của bệnh ngày một tăng, gây hậu quả nặng nề cho bệnh nhân [7].

Quản lý điều trị, tư vấn và theo dõi trong nghiên cứu này đã mang lại kết quả rõ rệt, đặc biệt là ở Nhóm-TT, cả nhận thức, thái độ cũng như các chỉ tiêu xét nghiệm đánh giá mức đường máu, cholesterol, triglycerid, HDL-C, LDL-C và HbA1C đều thay đổi theo chiều hướng tốt lên có ý nghĩa thống kê sau 3 tháng và 6 tháng điều trị, trong khi đó ở Nhóm-C mức độ thay đổi các chỉ tiêu trên ít và hầu hết không có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của [8], chúng tôi, công tác quản lý điều trị bệnh nhân đái tháo đường được thực hiện nghiêm ngặt sẽ góp phần tăng hiệu quả điều trị và giảm nguy cơ biến chứng, đồng thời nâng cao sức khỏe cho người bệnh.

Thực hành của bệnh nhân được thay đổi theo chiều hướng tốt lên: Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân Nhóm-TT chủ yếu luyện tập các hình thức là đi bộ và thể dục dưỡng sinh. Việc kết hợp giữa uống

thuốc với chế độ ăn uống và luyện tập ở Nhóm-TT là 92,5%, còn ở Nhóm-C chỉ có 15,5% thực hiện. Chế độ dinh dưỡng có thể giúp duy trì tốt việc kiểm soát đường huyết, thông qua việc điều chỉnh lượng thức ăn đưa vào sự thay đổi cách lựa chọn thực phẩm. Chế độ dinh dưỡng giảm chất béo, tăng chất xơ cùng với tăng luyện tập thể lực dẫn đến làm giảm tỷ lệ mắc ĐTĐ typ 2 ở những người đã được chẩn đoán có rối loạn dung nạp đường. Luyện tập đối với bệnh nhân ĐTĐ mang lại nhiều lợi ích như kiểm soát đường huyết, giảm đường huyết do tăng thụ thể insulin ở hồng cầu và bạch cầu đơn nhân, tăng tiêu thụ năng lượng, làm giảm nguy cơ béo phì. Luyện tập đúng và khoa học làm cho tinh thần hoạt bát, nhanh nhẹn, cải thiện tâm trạng và tăng tính tự tin, tăng cảm giác khoẻ mạnh và nâng cao chất lượng cuộc sống. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của Trinh Xuân Tráng và cs [9].

Thay đổi đặc điểm lâm sàng: ở Nhóm-TT, sau điều trị, các triệu chứng lâm sàng đều giảm, đặc biệt triệu chứng đau ngực, tê tay chân giảm có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$, ở Nhóm-C các triệu chứng này cũng giảm sau điều trị nhưng rất ít, không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự kết quả của [9]

Thay đổi đặc điểm cận lâm sàng: Theo Khuyến cáo của WHO, 2002 với mức glucose máu lúc đói $< 6,4 \text{ mmol/l}$ có thể giúp giảm nguy cơ các biến chứng tim mạch. Nếu để mức này $> 6,4 \text{ mmol/l}$ có thể tăng nguy cơ bị biến chứng tim mạch gấp 2 lần. Trong nghiên cứu này, trước điều trị tỷ lệ bệnh nhân có đường huyết cao ở 2 nhóm không có sự khác biệt, sau 6 tháng quản lý điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có đường huyết cao ở Nhóm-TT giảm còn 23,9%, trong khi ở Nhóm-C có tới 90,2% bệnh nhân có đường huyết cao. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết luận về quản lý bệnh ĐTĐ trong hợp tác giữa Bệnh viện Nội tiết, Hà Nội và Bệnh viện Quốc gia Kyoto, Nhật Bản, đó là bệnh nhân ở nhóm không tuân thủ điều trị chiếm tỷ lệ cao.

Các thành phần trong lipid máu ở Nhóm-TT đều giảm hơn so với Nhóm-C và đạt được mục tiêu điều trị. Giảm các thành phần lipid máu góp phần làm giảm các yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân ĐTĐ. Huaner và cs. [10] cũng đưa ra kết quả tương tự.

Giảm HbA1c sẽ giảm được tỷ lệ biến chứng mạch máu nhỏ và mạch máu lớn. Nguy cơ thấp nhất ở những bệnh nhân có giá trị HbA1C ở giới hạn 6%. Tuy nhiên, hiệp hội các nhà Nội tiết Mỹ năm 2002 khuyến cáo với mức $< 6,5\%$ là tốt nhất giúp ngăn ngừa tiến triển các biến chứng mạn tính ở bệnh nhân ĐTĐ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Vinh và cs. và một số nghiên cứu khác [7, 8, 11].

KẾT LUẬN

ở Nhóm-TT có 89,6% bệnh nhân thực hiện chế độ ăn hợp lý, trong khi đó chỉ có 3,3% bệnh nhân ở Nhóm-C. ở Nhóm-TT các triệu chứng lâm sàng đều giảm, đặc biệt triệu chứng đau ngực giảm còn 11,9%

so với 20,9%, triệu chứng tê tay chân còn 82,1% so với 94%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Giá trị trung bình đường huyết, cholesterol, triglycerid, HbA1C ở cả 2 nhóm giảm so với trước điều trị nhưng ở Nhóm-TT giảm nhiều hơn so với Nhóm-C với $p < 0,05$.

KHUYẾN NGHỊ

Cần tăng cường truyền thông nhằm nâng cao nhận thức của người bệnh ĐTĐ typ 2, để họ tuân thủ các qui định điều trị nhằm kiểm soát đường huyết, hạn chế biến chứng, nâng cao tuổi thọ và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tạ Văn Bình (2004), "Thực trạng đái tháo đường - suy giảm dung nạp glucose, các yếu tố liên quan và tình hình quản lý bệnh ở Hà Nội", *Tạp chí Y học thực hành* 1(147), 51-54
2. Phan Hương Dương (2011), "Điều tra dịch tễ học bệnh đái tháo đường và yếu tố nguy cơ tỉnh Kiên Giang năm 2004", *Tạp chí Y học thực hành*. 6(771), 28-31
3. Lê Thị Hợp, Lê Danh Tuyên (2012), "Mấy vấn đề dinh dưỡng hiện nay và chiến lược dinh dưỡng dự phòng", *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm*. 8(1), 1-8.
4. Nguyễn Thị Lâm, Nguyễn Thanh Hà (2004), *Dinh dưỡng điều trị bệnh tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu và đái tháo đường*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. Trương Tuyết Mai, Lê Thị Hợp, Yamaguchi Keiko và cs (2010), "Kiểm soát glucose máu sau ăn trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 uống trà nụ vối", *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm*. 6(2), tr. 9-15.
6. Nguyễn Vinh Quang, Phạm Ngọc Khái, Tạ Văn Bình (2004), "Tình hình bệnh đái tháo đường và thực trạng quản lý căn bệnh này ở Nam Định, Thái Bình năm 2003", *Tạp chí Y học thực hành*. 12(561).
7. Phạm Thị Thu Trang, Trần Hoài Nam, Đào Văn Tùng (2011), "Tỷ lệ HbA1C, nồng độ glucose và chỉ số lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 được điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu Nghị Hải Phòng", *TC Y học Việt Nam, Chuyên đề Hội nghị khoa học của Hội Hóa sinh Y Dược Hà Nội và các tỉnh phía Bắc lần thứ 17*. 2(384), tr. 33-38.
8. Hungund S and Panseriya B.J (2012), "Reduction in HbA1c levels following non-surgical periodontal therapy in type-2 diabetic patients with chronic generalized periodontitis: A periodontist's role", *J Indian Soc Periodontol*. 16(1), pp. 16-21.
9. Trinh Xuân Tráng (2007), "Mối liên quan giữa lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại bệnh viện đa khoa Bắc Giang", *TC Y học thực hành*, 11(589+590), tr. 91-94.
10. Hauner H, Bechthold A, Boeing H, et.al (2012), "Evidence-based guideline of the German Nutrition Society: carbohydrate intake and prevention of nutrition-related diseases", *Ann Nutr Metab*. 60 Suppl 1, pp. 1-58.
11. Hoàng Trung Vinh (2005), "Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh nhân đái tháo đường type 2 dựa vào nồng độ glucose và HbA1C", *TC Y học Việt Nam*, 12(1), 12-17