

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP Ở TRẺ EM VÀ VỊ THÀNH NIÊN

Vũ Anh Hải¹, Nguyễn Duy Hồ¹, Ngô Vi Hải²

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên 30 trẻ em và vị thành niên ung thư tuyến giáp, nhằm xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch cổ và đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật điều trị tại Bệnh viện trung ương Quân đội 108, thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 06/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $15,6 \pm 3,64$ (10-18), nữ giới chiếm chủ yếu, tỷ lệ nữ/nam 2,75/1. Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú chiếm chủ yếu (93,3%), thể không biệt hóa 6,7%. Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp cho 100% bệnh nhân. Tỷ lệ vết hạch là 90,0%. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $6,8 \pm 2,1$ ngày. Biến chứng sau mổ tỷ lệ 6,6%. Tỷ lệ bệnh nhân di căn hạch là 73,3%, di căn hạch cổ khoang trung tâm chiếm tỷ lệ cao, chiếm 70,0%. Nhóm tuổi dưới 15 có tỷ lệ di căn hạch cổ cao hơn (ở cả khoang trung tâm và cổ bên), tổn thương đa ổ làm tăng tỷ lệ di căn hạch cổ bên ($p < 0,05$). **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp ở trẻ em và vị thành niên an toàn, với tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp (6,6%). Nhóm tuổi dưới 15 có tỷ lệ di căn hạch cổ cao hơn, tổn thương đa ổ làm tăng tỷ lệ di căn hạch cổ bên ($p < 0,05$).

Từ khóa: ung thư tuyến giáp trẻ em; di căn hạch cổ; phẫu thuật điều trị UTTG.

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR THYROID CANCER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

A retrospective, descriptive study on 30 children and adolescents with thyroid cancer, to determine some factors related to cervical lymph node metastasis and evaluate the initial results of surgical treatment at 108 Military Central Hospital, period from January 2018 to June 2022. **Results:** The mean of age was 15.6 ± 3.64 (10-18), women predominate, female/male ratio was 2.75/1. Papillary thyroid carcinoma accounts for the majority (93.3%), undifferentiated type accounts for 6.7%. Total thyroidectomy for 100% of patients. The lymph node dissection rate was 90.0%. The length of postoperative hospital stay was 6.8 ± 2.1 days. Postoperative complications rate was 6.6%. The proportion of patients with lymph node metastasis was 73.3%, with central neck lymph node metastasis accounting for a high proportion, accounting for 70.0%. The age group under 15 has a higher rate of

neck lymph node metastasis (in both the central and lateral neck compartments), multifocal lesions increase the rate of lateral neck lymph node metastasis ($p < 0.05$). **Conclusion:** Surgical treatment of thyroid cancer in children and adolescents was safe, with a low rate of postoperative complications (6.6%). The group of age under 15 had a higher rate of neck lymph node metastasis, multifocal lesions increase the rate of lateral neck lymph node metastasis ($p < 0.05$).

Keywords: children's thyroid cancer; neck lymph node metastasis; Surgical treatment of cervical cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là bệnh thường gặp nhất trong các ung thư nội tiết và chiếm khoảng 1% các loại ung thư. Theo điều 1 luật trẻ em năm 2016 (số 102/2016/QH13) quy định, trẻ em là người dưới 16 tuổi. Như vậy, ung thư tuyến giáp ở trẻ em được định nghĩa là ung thư tuyến giáp ở trẻ từ 16 tuổi trở xuống. Đây là loại ung thư hiếm gặp ở trẻ em, chiếm khoảng 1,5% trong tổng số các loại ung thư ở lứa tuổi này, với tỉ lệ mắc hằng năm từ 4,8 - 5,9 ca/1 triệu người, tuy vậy bệnh ngày càng có xu hướng gia tăng.

Đối với ung thư tuyến giáp ở trẻ em, câu hỏi được đặt ra đó là: Ung thư tuyến giáp ở trẻ em có đặc điểm gì về bệnh học? Hướng dẫn điều trị và tiên lượng khác gì so với người lớn? Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp là phương pháp thường được chỉ định điều trị ung thư tuyến giáp biệt hóa ở trẻ em, ngoài ra điều trị I^{131} và hormon thay thế có vai trò hỗ trợ.¹

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm nhận xét một số yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch cổ và đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp ở trẻ em và vị thành niên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ em và vị thành niên được chẩn đoán ung thư tuyến giáp (UTTG), được phẫu thuật điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 06/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi < 18 tuổi
- Bệnh nhân được chẩn đoán UTTG dựa vào kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh
- Bệnh nhân được phẫu thuật điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ

- UTTG tái phát.
- Không có đầy đủ hồ sơ bệnh án nghiên cứu.

¹Bệnh viện Quân Y 103 - Học viện Quân Y

²Bệnh viện trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Anh Hải

Email: vuanhhai.ncs@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2024

Ngày duyệt bài: 26.6.2024

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: cỡ mẫu thuận tiện.

2.3. Các biến số

- Đặc điểm bệnh nhân: tuổi, giới tính, mô bệnh học

- Kết quả phẫu thuật: phạm vi phẫu thuật (cắt toàn bộ tuyến giáp hoặc cắt 1 thùy tuyến giáp); biến chứng sớm sau mổ

- Kết quả xác định di căn hạch và phân tích một số yếu tố liên quan: số lượng hạch di căn trung bình; di căn hạch theo vị trí; phân tích mối liên quan di căn hạch với các yếu tố: tuổi, giới tính, phân nhóm kích thước khối u, tính chất đa ổ hay đơn ổ ác tính.

2.4. Xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 20.0

Tính các giá trị trung bình, tỷ lệ %; so sánh các tỷ lệ bằng kiểm định Chi - bình phương (χ^2), khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị người bệnh, không phục vụ mục đích nào khác. Mọi thông tin của bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm bệnh nhân**

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới tính

		Số BN	Tỷ lệ (%)
Tuổi	5 - 10	1	3,3
	11 - 14	9	30,0
	15 - 18	20	66,7
	Trung bình $\pm$ SD	15,6 $\pm$ 3,64	(10 - 18)
Giới	Nam	8	73,3
	Nữ	22	26,7

Trẻ nhỏ tuổi nhất là 10 tuổi. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 15 đến 18 tuổi với 66,7%. Nữ giới chiếm chủ yếu, tỷ lệ nữ/nam 2,75/1.

Bảng 2. Đặc điểm mô bệnh học

Mô bệnh	Số BN	Tỷ lệ (%)
Thể nhú	28	93,3
Thể nang	0	0
Thể tuy	0	0

Bảng 5. Mối liên quan giữa vị trí di căn hạch cổ và một số đặc điểm

Đặc điểm		Di căn hạch cổ trung tâm					Di căn hạch cổ bên				
		Có		Không		p	Có		Không		p
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Tuổi	< 15	10	33,3	0	0,0	0,013	7	23,3	3	10,0	0,045
	≥ 15	11	36,7	9	30,0		5	16,7	15	50,0	
Giới	Nam	7	23,3	1	3,3	0,374	3	10,0	5	16,7	0,066
	Nữ	14	46,7	8	26,7		9	30,0	13	43,3	
Kích	< 2cm	13	43,3	9	30,0	0,066	6	20,0	16	53,3	0,034

Thể không biệt hóa	2	6,7
Tổng	30	100

Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú chiếm chủ yếu (93,3%), có 2 trường hợp thể không biệt hóa (6,7%).

3.2. Kết quả phẫu thuật. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình của bệnh nhân là 6,8 $\pm$ 2,1 ngày. Đa số bệnh nhân nằm viện dưới 6 ngày (18 bệnh nhân, tỷ lệ 60%). Số bệnh nhân nằm viện từ 6 - 10 ngày chiếm 36,7%. Trường hợp nằm viện dài nhất là 14 ngày.

Bảng 3. Phạm vi phẫu thuật, vị trí vết được hạch và biến chứng sau mổ

		Số BN	Tỷ lệ (%)
Phạm vi phẫu thuật	Cắt toàn bộ tuyến giáp	30	100,0
	Cắt 1 thùy tuyến giáp	0	0,0
Vị trí vết được hạch	Hạch nhóm VI	12	40,0
	Hạch nhóm VI + hạch cổ bên	14	46,7
	Hạch cổ bên	1	3,3
Biến chứng	Khản tiếng	1	3,3
	Hạ canxi máu	1	3,3

Tất cả BN được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp. Tỷ lệ vết hạch là 90,0%. Biến chứng sau mổ 6,6%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch cổ

Bảng 4. Di căn hạch theo vị trí và số lượng

Đặc điểm		Số BN	Tỷ lệ (%)
Di căn hạch theo vị trí	Hạch cổ trung tâm	10	33,3
	Hạch cổ trung tâm + hạch cổ bên	11	36,7
	Hạch cổ bên đơn thuần	1	3,3
		1	3,3
Số lượng hạch di căn	$\leq$ 4	11	36,7
	5 - 10	3	10,0
	11 - 14	2	6,7
	> 15	6	20,0
	Trung bình (hạch)	8 $\pm$ 7,2	

BN có hạch di căn, chiếm tỷ lệ 73,3% (22/30 trường hợp). Di căn hạch cổ khoang trung tâm chiếm tỷ lệ cao, chiếm 70,0% (21/30 trường hợp). Trường hợp có số hạch di căn nhiều nhất là 26 hạch.

thước u	$\geq 2\text{cm}$	8	26,7	0	0,0		6	20,0	2	6,7	
Đa ổ	Có	6	20,0	6	20,0	0,101	10	33,3	2	6,7	0,001
	Không	15	50,0	3	10,0		2	6,7	16	53,3	

Nhóm tuổi dưới 15 có tỷ lệ di căn hạch cổ cao hơn (ở cả khoang trung tâm và cổ bên), tổn thương đa ổ làm tăng tỷ lệ di căn hạch cổ bên. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

- **Đặc điểm bệnh nhân.** Nghiên cứu của R.Hogan và cs, cho thấy; trong số 1753 trẻ em và vị thành niên ung UTBM tuyến giáp tại Mỹ, có tuổi trung bình là 15,9, trong đó 74% ở nhóm tuổi 15 - 18 tuổi.² Tác giả Nguyễn Văn Lộc ghi nhận, tuổi trung bình của bệnh nhân là $15,02 \pm 3,08$ (3-18).³ Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi là tương tự với các tác giả trên, với tuổi trung bình là $15,6 \pm 3,6$ tuổi, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất từ 15 đến 18 tuổi (66,7%). Tuy vậy, trong nghiên cứu chúng tôi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 10 tuổi, cao hơn nhiều so với các báo cáo khác, có lẽ do đặc thù của bệnh viện Quân đội, đối tượng thu dung và điều trị chính là những người bệnh lớn tuổi để phù hợp với phạm vi chăm sóc và cứu chữa.

Nhìn chung, UTTG có xu hướng gặp nhiều hơn ở nữ giới, tỉ lệ nữ/nam dao động tùy theo các báo cáo, từ 2/1 đến 7,42/1.⁴ Tỷ lệ nữ/nam trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,75/1, thấp hơn khi so với kết quả của Nguyễn Văn Lộc (2021) (tỷ lệ 4,6/1),³ nhưng cao hơn Ngô Quốc Duy (2020) (tỷ lệ là 2/1).⁴

Về phân bố típ mô bệnh học, với nhóm tuổi ≤ 18 , các nghiên cứu cũng cho thấy, UTTG típ mô bệnh thể nhú vẫn chiếm chủ yếu. Theo Nguyễn Văn Lộc (2021), thể nhú chiếm 91,8%, các típ khác chiếm tỷ lệ thấp (3,5% là thể nhú biến thể nang, 4,5% là thể nang), không ghi nhận trường hợp thể tủy và thể không biệt hóa.³ Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận UTTG thể không biệt hóa chiếm 6,7%. Kết quả này là tương tự với báo cáo của Ngô Quốc Duy (tỷ lệ 8%).⁴

- **Kết quả phẫu thuật.** Theo hướng dẫn điều trị của Hiệp hội tuyến giáp Hoa Kỳ (ATA - American Thyroid Association), đối với phần lớn các bệnh nhân UTTG ở trẻ em, phương pháp phẫu thuật được khuyến cáo là cắt toàn bộ tuyến giáp do tỷ lệ ung thư ở hai thùy lên tới 30% và tỷ lệ đa ổ cao. Nghiên cứu của Haugen và cs trên 215 bệnh nhân UTTG thể nhú ở trẻ em với thời gian theo dõi 40 năm, kết quả cho thấy tỷ lệ tái phát ở nhóm bệnh nhân được cắt toàn bộ tuyến giáp thấp hơn nhóm được cắt một thùy tuyến giáp (6% so với 35%).⁵ Tuy vậy một vấn đề được đặt ra ở những trẻ được cắt toàn

bộ tuyến giáp là bổ sung, kiểm soát nồng độ hormone để đảm bảo hạn chế tối đa tác động xấu của tình trạng nhược giáp đến sự phát triển của trẻ. Do đó, trong những trường hợp có nguy cơ thấp, phẫu thuật bảo tồn - cắt một thùy và eo tuyến giáp được chỉ định. Theo Nguyễn Văn Lộc và cs (2021), tỷ lệ cắt toàn bộ tuyến giáp là 85,9%, với những trường hợp có kích thước khối u dưới 1cm, đơn nhân, trong bao tuyến và không có hạch nghi ngờ trên siêu âm được chỉ định cắt 01 thùy tuyến giáp (14,1%).³ Về vấn đề vết hạch, quan điểm chung là chỉ thực hiện vét hạch khi hạch có nghi ngờ di căn trên lâm sàng hoặc tế bào học, nạo hạch dự phòng còn tranh cãi do chưa chứng minh được lợi ích lớn hơn nguy cơ. Theo Lê Văn Long, tỷ lệ vét hạch cổ là 72,7% trong đó vét hạch nhóm 6 kết hợp hạch cổ bên là 76,25%. Nguyễn Văn Lộc và cs, vét hạch cổ tỷ lệ 69,4%, thực hiện vét hạch dự phòng khoang trung tâm khi khối u phá vỡ vỏ bao tuyến giáp và làm sinh thiết tức thì trong mổ để quyết định vét hạch khoang cổ bên. Như vậy, trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân được cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch của chúng tôi cao hơn một số tác giả trong nước.

Về tỷ lệ biến chứng và thời gian nằm viện sau phẫu thuật của chúng tôi cũng tương tự các báo cáo khác.

- **Di căn hạch cổ và các yếu tố liên quan.** Theo Rivkees S.A (2011), trẻ em UTTG có tỷ lệ di căn hạch rất cao, lên tới 90%; tỷ lệ phát hiện di căn hạch cổ ở nhóm trẻ không phát hiện hạch bất thường trên siêu âm, với đường kính khối u dưới 2cm lên tới 41.7%.⁶ Theo Nguyễn Văn Lộc và cs, tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm là 55,3%, di căn hạch cổ bên là 37,6%. Kết quả nghiên cứu chúng tôi tương tự các tác giả này, với tỷ lệ di căn hạch là 73,3%, số lượng hạch di căn là $8 \pm 7,2$.

UTTG thể biệt hóa có tỷ lệ tái phát cao hơn ở những bệnh nhân có di căn hạch (32% so với 14%).⁵ Di căn hạch nhiều vị trí, hạch bị phá vỡ vỏ là các yếu tố làm tăng nguy cơ tái phát tại vùng, đồng thời là một yếu tố dự đoán độc lập thời gian sống thêm không bệnh. Do vậy, việc tìm ra những yếu tố làm tăng nguy cơ di căn hạch cổ trung tâm hay hạch cổ bên giúp phẫu thuật viên tiên lượng bệnh và đưa ra quyết định trong khi phẫu thuật hợp lý. Liang và cs (2021), nghiên cứu trên 102 trẻ em UTTG thể biệt hóa, kết quả cho thấy u đa ổ (OR: 6,04; 95%CI: 1,65322,092; $p=0,007$), kích thước u (OR:

1,752; 95%CI: 1,043-2,945; $p=0,034$) và tình trạng di căn hạch cổ trung tâm (OR:1,23; 95%CI: 1,028-1,472; $p=0,023$) là những yếu tố làm tăng tỷ lệ di căn hạch cổ bên.⁷ Tác giả Fridman và cs (2018), nghiên cứu trên 509 trẻ em UTTG thể nhú, rút ra kết luận: trẻ dưới 15 tuổi, nam giới, kích thước u càng lớn, tình trạng phá vỡ vỏ bao tuyến và di căn hạch cổ trung tâm là những yếu tố tăng nguy cơ di căn hạch cổ bên.⁸ Trong nghiên cứu này, mặc dù số lượng bệnh nhân còn ít, thu thập dữ liệu hồi cứu nên còn nhiều hạn chế. Tuy vậy, kết quả đã cho thấy: nhóm tuổi dưới 15 có tỷ lệ di căn hạch cổ cao hơn (ở cả khoang trung tâm và cổ bên), tổn thương đa ổ làm tăng tỷ lệ di căn hạch cổ bên ($p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp ở trẻ em và vị thành niên an toàn, với tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp (6,6%). Nhóm tuổi dưới 15 có tỷ lệ di căn hạch cổ cao (cả khoang trung tâm và khoang cổ bên), tổn thương đa ổ làm tăng tỷ lệ di căn hạch cổ bên ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Francis G.L., Waguespack S.G., Bauer A.J., et al. Management Guidelines for Children with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid: official journal of the American Thyroid Association. Jul 2015;25(7):716-59. doi:10.1089/thy.2014.0460
2. Anthony R., Hogan 1., Ying Zhuge., al e. Pediatric thyroid carcinoma: incidence and outcomes in 1753 patients. Journal of Surgical Research. 2009;1(1):168-170.
3. Nguyễn Văn Lộc, Trần Văn Lương, Phan Hoàng Hiệp. Đặc điểm bệnh học và kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp biệt hóa ở trẻ em tại bệnh viện nội tiết trung ương. Tạp chí Nhi khoa. 2021;14(4):1-3.
4. Ngô Quốc Duy, Thế Đường, Trần Đức Toàn và cộng sự. Đánh giá kết quả phẫu thuật sớm trong điều trị ung thư tuyến giáp ở trẻ em tại bệnh viện K. Viet Nam Medical Journal. 2020;1:2-6.
5. Haugen B.R. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: What is new and what has changed? Cancer. Feb 1 2017;123(3):372-381. doi:10.1002/cncr.30360
6. Rivkees S.A., Mazzaferri E.L., Verbarg F.A., et al. The Treatment of Differentiated Thyroid Cancer in Children: Emphasis on Surgical Approach and Radioactive Iodine Therapy. Endocrine Reviews. 2011;32(6):798-826. doi:10.1210/er.2011-0011 %J Endocrine Reviews
7. W. Liang L.S, L. Zhou et al. Risk Factors and Prediction Model for Lateral Lymph Node Metastasis of Papillary Thyroid Carcinoma in Children and Adolescents. Cancer Manag Res. 2021;13:1551 - 1558.
8. Fridman M., Krasko O., Lam AK., Optimizing treatment for children and adolescents with papillary thyroid carcinoma in postChernobyl exposed region: The roles of lymph node dissections in the central and lateral neck compartments. Eur J Surg Oncol. 2018;44(6):733 - 743.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC MỘT SỐ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM VÀ HÀNH VI ĐIỀU TRỊ, DỰ PHÒNG CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI MỘT SỐ XÃ THUỘC TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2023

Đỗ Thị Mai¹, Phạm Thị Hương Xuân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các bệnh không lây nhiễm có ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe cộng đồng và sự phát triển kinh tế xã hội của đất nước do tỷ lệ mắc bệnh cao và số người tử vong do bệnh không lây ngày một tăng lên. Người cao tuổi là đối tượng có tỷ lệ mắc các bệnh không lây nhiễm cao đặc biệt là tăng huyết áp và đái tháo đường. Tuy nhiên tỷ lệ người cao tuổi tiếp cận với kiến thức về các bệnh này còn hạn chế. Đối với những trường hợp người cao tuổi biết mình bị bệnh nhưng hành vi khám, điều trị chưa phù hợp.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ người cao tuổi có kiến thức về các bệnh không lây nhiễm và hành vi điều trị, dự phòng tại một số xã, phường tỉnh Nam Định năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được tiến hành ở 384 người cao tuổi tại 4 xã huyện Nam Trực, tỉnh Nam Định. **Kết quả:** Tỷ lệ người cao tuổi biết tăng huyết áp có chỉ số huyết áp tối đa $>140\text{mmHg}$ (77,6%); có 30,2% người cao tuổi biết tăng huyết áp có chỉ số tối thiểu $>90\text{ mmHg}$, NCT biết người bị bệnh đái tháo đường có chỉ số đường huyết lúc đói $> 5,0\text{mmol/L}$ là 39,6%. Có 13,3% đối tượng chưa từng đo huyết áp, 22,1% NCT đã từng thử đường máu trong thời gian qua. Khám định kỳ: trong số những người mắc bệnh (đã được khám và chẩn đoán) tỷ lệ người bị bệnh có khám định kỳ chỉ chiếm tỷ lệ 54,6% (tăng huyết áp), 29,4% (đái tháo đường). Tỷ lệ NCT mắc bệnh có thay đổi thói quen lối sống và chế độ ăn uống với bệnh THA và ĐTĐ lần lượt là 53,7% và 70,6%; không thay đổi thói quen lối sống

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Mai
Email: domaiytcd@gmail.com
Ngày nhận bài: 11.4.2024
Ngày phản biện khoa học: 17.5.2024
Ngày duyệt bài: 27.6.2024