

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U THẦN KINH ĐỆM THỤY ĐẢO

Phạm Tuấn Dũng¹, Dương Đại Hà^{1,2},
Phạm Hoàng Anh^{1,2}, Nguyễn Việt Đức²

TÓM TẮT

U thần kinh đệm ở thùy đảo ít gặp, là thách thức với phẫu thuật viên thần kinh do khó tiếp cận và liên quan các vùng chức năng quan trọng. **Phương pháp nghiên cứu:** Tổng kết 11 bệnh nhân u thần kinh đệm thùy đảo được phẫu thuật từ 1/2022 đến tháng 08/2023, tại khoa Phẫu thuật Thần kinh I, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** 11 bệnh nhân u thần kinh đệm thùy đảo được phẫu thuật, gồm 8 nam và 3 nữ. Tuổi trung bình 37,4. Triệu chứng hay gặp nhất là đau đầu 6/11 ca, động kinh 5/11 ca. Kích thước trung bình khối u $53,3 \pm 17,3$ mm. Tỷ lệ cắt gần toàn bộ u 4/11 ca, cắt một phần u 7/11 ca. 7/11 ca có kết quả giải phẫu bệnh là u thần kinh đệm bậc cao. 2/11 ca có biến chứng sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt u là phương pháp điều trị hiệu quả, giúp cải thiện triệu chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống và định hướng quá trình điều trị tiếp theo.

Từ khóa: u thần kinh đệm, thùy đảo, phẫu thuật

SUMMARY

CLINICAL AND MRI CHARACTERISTICS, SURGICAL OUTCOME OF INSULAR GLIOMA

Introduction: Insular gliomas are rare and pose significant challenges for neurosurgeon due to their complex location and proximity to critical functional areas. **Methods:** This study summarizes 11 cases of insular gliomas surgically treated at the Neurosurgery Department I, Viet Duc University Hospital, from January 2022 to August 2023. **Results:** 11 patients (8 males, 3 females) underwent surgery for insular gliomas, with a mean age of 37.4 years. The most common symptoms were headache (6/11 cases) and seizures (5/11 cases). The average tumor size was 53.3 ± 17.3 mm. Gross-total resection was achieved in 4/11 cases, while partial resection was performed in 7/11 cases. Histopathological examination revealed high-grade gliomas in 7/11 cases. Postoperative complications occurred in 2/11 cases. **Conclusion:** Tumor resection is an effective treatment method, improving symptoms, enhancing quality of life, and guiding subsequent treatment strategies.

Keywords: glioma, insula, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các u thần kinh đệm ở thùy đảo ít gặp, là một thách thức với phẫu thuật viên thần kinh vì vị trí khó tiếp cận và liên quan nhiều vùng chức năng quan trọng. Trong một thời gian dài, vùng này được coi là vùng không thể phẫu thuật. Ngày nay, sự phát triển của khoa học công nghệ giúp con người hiểu rõ hơn giải phẫu (đại thể, vi thể) và chức năng của thùy đảo; cùng với sự cải thiện các kỹ thuật mổ, quan điểm ấy dần được xóa bỏ và phẫu thuật ngày càng được áp dụng rộng rãi. Hai đường tiếp cận được sử dụng trong phẫu thuật u thần kinh đệm thùy đảo gồm đường tiếp cận qua rãnh Sylvian và đường tiếp cận qua nhu mô não các hồi nắp thùy đảo. Năm 1992, Yasagil là người đầu tiên công bố loạt ca phẫu thuật điều trị khối u thùy đảo (bao gồm cả u thần kinh đệm) ⁸. Sau đó, trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về u thần kinh đệm thùy đảo nhưng ở Việt Nam đây vẫn là vấn đề mới. Vì vậy, chúng tôi hành nghiên cứu với các mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của bệnh nhân u thần kinh đệm thùy đảo

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật u thần kinh đệm thùy đảo

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 11 Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán u thần kinh đệm thùy đảo tại khoa Phẫu thuật Thần kinh I, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN được chẩn đoán là u thần kinh đệm thùy đảo.

- BN được vi phẫu cắt u tại

- Có đầy đủ hồ sơ, kết quả giải phẫu bệnh, phim cộng hưởng từ (trước và sau mổ).

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu

- Những trường hợp được mổ nhưng không theo dõi được sau mổ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: 1/2022-8/2023.

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, lý do vào

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tuấn Dũng

Email: tuandung.102@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 01.4.2025

viện, triệu chứng thực thể (liệt, động kinh,...).

- Hình ảnh cộng hưởng từ: vị trí, kích thước, phù quanh u, đặc điểm ngấm thuốc, hoại tử trong u, chảy máu trong u. Thể tích cắt u được chưa thành các mức độ: cắt 1 phần (<70%); gần toàn bộ (70-90%), toàn bộ (>90%).

- Kết quả giải phẫu bệnh: phân loại theo WHO 2007

- Bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật u thần kinh đệm thùy đảo: Thang điểm đánh giá chất lượng cuộc sống Karnofsky khi ra viện, sau mổ 1 tháng

- Biến chứng sau phẫu thuật: chảy máu, liệt, nhiễm trùng (viêm màng não, nhiễm trùng vết mổ, mổ lại, tử vong,...)

- Xử lý số liệu** bằng phần mềm excel và SPSS 22.0

- Đạo đức nghiên cứu:** Thông tin của BN được giữ bí mật, chỉ được thực hiện để nghiên cứu khoa học, đề tài đã được thông qua Hội đồng Khoa học bệnh viện

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ

- Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 11 BN đủ tiêu chuẩn

- Tuổi trung bình là 37,4, BN nhỏ nhất 15 tuổi và BN già nhất 60 tuổi.

- Giới: nam/nữ: 8/3.

- Lý do nhập viện: Đau đầu là triệu chứng hay gặp nhất 6/11 BN, sau đó là triệu chứng động kinh 5/11BN, 1 BN liệt, 1 BN rối loạn cảm xúc, 1 BN hoang tưởng

- Kích thước trung bình của khối u: 53,3 ± 17,3mm.

- 5 BN u bên trái; 6 BN u bên phải

- Trong nghiên cứu, có 8/11 BN có khối u khổng lồ (chiếm cả 4 vùng của thùy đảo), kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu trước đó^{2,3}.

- 4/11 BN có giải phẫu bệnh là u thần kinh đệm độ thấp, và không có các đặc điểm như: ngấm thuốc, phù quanh u, hoại tử - chảy máu trong u.

- 7/11 BN thuộc nhóm u thần kinh đệm bậc cao. Trong số này, đặc điểm phù quanh u hay gặp nhất (6/7BN), tiếp đó là ngấm thuốc đối quang từ (5/7BN), hoại tử - chảy máu trong u (3/7BN).

3.2. Cách tiếp cận và thể tích cắt u

Bảng 1: Đường tiếp cận và thể tích cắt u

	Cắt gần toàn bộ	Cắt một phần	Tổng
Đường qua Sylvian	2	2	4

Đường qua nhu mô não	2	5	7
Tổng	4	7	11

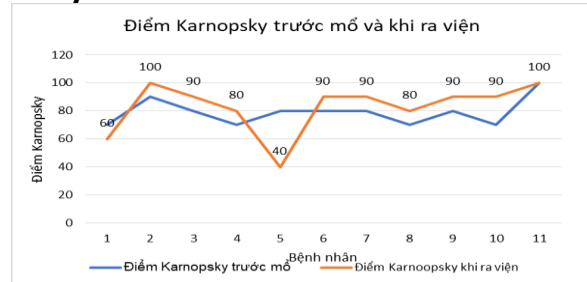
Đường tiếp cận để cắt u:

- 4 BN sử dụng đường tiếp cận qua khe Sylvian

- 7 BN sử dụng đường tiếp cận qua nhu mô

Thể tích u cắt được: 4/11 BN cắt gần toàn bộ u; 7/11 BN cắt bán phần u

3.3. Chất lượng cuộc sống trước và sau mổ **Chất lượng cuộc sống trước mổ và khi ra viện**



Biểu đồ 1: Đánh giá chất lượng cuộc sống trước mổ và khi ra viện theo thang điểm Karnofsky

- Chất lượng cuộc sống trước mổ:

- 4/11 BN đạt 70 điểm

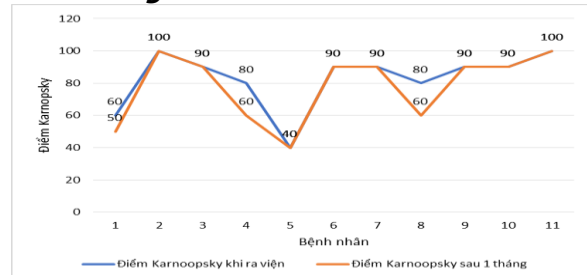
- 5/11 BN đạt 80 điểm

- 2/11 BN đạt lớn hoặc bằng 90 điểm

- Như vậy 11/11 BN có chất lượng cuộc sống từ 70 điểm.

- Chất lượng cuộc sống sau mổ, trước khi ra viện: 2/11 BN giảm điểm, 9/11 BN tăng điểm

Chất lượng cuộc sống khi ra viện và sau mổ 1 tháng



Biểu đồ 2: Đánh giá chất lượng cuộc sống khi ra viện và khám lại sau 1 tháng theo thang điểm Karnofsky

Trong nghiên cứu:

- 7 BN có chất lượng cuộc sống cải thiện so với khi ra viện

- 1 BN chất lượng cuộc sống không đổi

- 3 BN có chất lượng cuộc sống giảm

- 3 BN có chất lượng cuộc sống sau 1 tháng giảm và tử vong sau đó:

- Bệnh nhân thứ 1: nữ 26 tuổi, cắt 1 phần u, chất lượng cuộc sống giảm sau mổ, kết quả giải

phẫu bệnh là u nguyên bào thần kinh đệm (độ IV, IDH 1 và IDH 2 âm tính), chết sau mổ 2 tháng.

- Bệnh nhân thứ 2: Nam 53 tuổi, cắt gần toàn bộ u, ngay sau mổ triệu chứng cải thiện, giải phẫu bệnh là u thần kinh đệm độ III (không có hóa mô miễn dịch), sau 1 tháng triệu chứng nặng dần lên, chết sau mổ 2,5 tháng.

- Bệnh nhân thứ 3: Nữ 15 tuổi, cắt 1 phần u, sau mổ triệu chứng cải thiện, giải phẫu bệnh là u thần kinh đệm độ III (không có hóa mô miễn dịch), sau mổ 2 tháng triệu chứng tăng dần và mất sau 5 tháng.

3.4. Biến chứng và di chứng sau phẫu thuật

- Mổ lại: 1 bệnh nhân do tụ máu ngoài màng cứng - ổ mổ sau mổ, sau mổ tri giác không cải thiện (điểm Karnofsky: 40), không cải thiện sau 1 tháng.

- 01 bệnh nhân liệt nửa người sau mổ.

- Không có bệnh nhân nào bị viêm màng não, nhiễm trùng vết mổ

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng. Tuổi trung bình là 37,4, bệnh nhân nhỏ nhất 15 tuổi và bệnh nhân già nhất 60 tuổi. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu tương tự như trong nghiên cứu của Hameed²

- Giới: nam/nữ: 8/3. Trong các nghiên cứu lớn hơn không thấy sự khác biệt giữa nam và nữ²

- Lý do vào viện tương đối đa dạng vì thùy đảo liên quan tới nhiều vùng chức năng xung quanh, triệu chứng hay gặp nhất hay gặp nhất là đau đầu (54,5%) và động kinh (45,5%). Ngoài ra trong nghiên cứu có 1 BN rối loạn cảm xúc và 1 BN hoang tưởng. Kết quả của chúng tôi tương tự Hameed².

4.2. Đặc điểm u trên cộng hưởng từ

Khối u thần kinh đệm thùy đảo cũng tương tự như các vị trí khác, được chia thành 2 nhóm:

- U thần kinh đệm bậc thấp với các đặc điểm: Không ngấm thuốc đối quang từ, không phù xung quanh u, không chảy máu – hoại tử trong u.

- U thần kinh đệm bậc cao có thể có ít nhất một trong các đặc điểm: Phù xung quanh u lớn, có hình ảnh hoại tử - chảy máu trong u, ngấm thuốc đối quang từ.

Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy số lượng u thần kinh đệm bậc thấp ít gặp hơn (4/11 BN), và đều đúng với kết quả giải phẫu bệnh.

Có 5/11 BN bên trái, 6/11 BN bên phải, không có sự khác biệt giữa vị trí khối u, tương tự Hameed (2018)².

Kích thước trung bình của khối u là 53.3 mm, tương đối lớn, vì 8/11 BN có khối u khổng

lồ - u phát triển trên toàn bộ 4 vùng của thùy đảo. Theo Hameed và cộng sự (2018)² thấy trong nhóm u thần kinh đệm bậc thấp có 66,46% trường hợp phát triển cả 4 vùng thùy đảo; trong nhóm u thần kinh đệm bậc cao, tỷ lệ này là 45,74%; sự khác biệt về vị trí u ở thùy đảo bên phải hay thùy đảo bên trái không có ý nghĩa thống kê.

4.3. Kết quả giải phẫu bệnh

- Với sự phát triển của khoa học¹, nhiều dấu ấn sinh học phân tử được tìm ra và giúp lập kế hoạch điều trị cũng như tiên lượng tốt hơn, ví dụ như: Đột biến IDH1, đột biến IDH2, đồng mất đoạn 1p/19q, MGMT, đột biến TERT promoter,...

- Các dấu ấn đột biến IDH1/2, đồng mất đoạn 1p/19q là các dấu ấn tiên lượng khả quan, tiên lượng đáp ứng tốt với điều trị hỗ trợ. Nếu các u có các đột biến IDH1/2, đồng mất đoạn 1p/19q có thời gian sống thêm cao hơn rõ rệt với các u không có đột biến¹

- Đột biến IDH1 thường gặp ở u khổng lồ (chiếm toàn bộ các vùng thùy đảo), còn loại IDH1 hoang dại (wild-type) thường gặp ở các u khu trú trong một vùng của thùy đảo².

- Trong nghiên cứu, chúng tôi có 7/11 BN có kết quả thuộc độ III hoặc độ IV. Hameed 2018² thấy tỷ lệ nhóm u thần kinh đệm chiếm 63%, có thể do số lượng BN của chúng tôi còn nhỏ nên chưa đủ ý nghĩa thống kê.

4.4. Kết quả phẫu thuật

- Đường tiếp cận: có hai đường tiếp cận hay được sử dụng là đường xuyên nhu mô (nắp thái dương, nắp trán, nắp đỉnh) hoặc đường xuyên Sylvian. Việc sử dụng đường tiếp cận nào phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: vị trí khối u (theo phân loại giải phẫu của Berger – Sanai); bên phải hay bên trái cũng như kinh nghiệm phẫu thuật viên.

- Thể tích u cắt được: 7/11 BN cắt bán phần u; 4/11 BN cắt gần toàn bộ u. Do 8/11 BN có khối u khổng lồ nên tỷ lệ BN cắt được toàn bộ hoặc gần toàn bộ u ít. Người ta nhận thấy rằng thời gian sống thêm trung bình có mối liên hệ với thể tích u được cắt. Thể tích u cắt được càng lớn có thể kéo dài thời gian sống thêm trung bình, điều này đúng với cả nhóm u thần kinh bậc thấp và nhóm u thần kinh đệm bậc cao^{1,2}

Theo Hameed và cộng sự 2018², khi nghiên cứu 255 BN u thần kinh đệm thùy đảo, khả năng cắt u phụ thuộc vào vị trí khối u, các khối u nằm ở phía sau hoặc phát triển sang vùng lân cận khó lấy hơn. Tỷ lệ u cắt được nhiều nhất khi u khu trú ở vùng trước thùy đảo, đây là vùng dễ tiếp cận và ít chức năng. Các u thần kinh đệm thùy đảo khổng lồ (chiếm toàn bộ thùy đảo) và

các u đã phát triển sang các vùng lân cận không thể lấy toàn bộ mà không gây tổn thương thần kinh (có sử dụng mapping trong mổ).

- Chất lượng cuộc sống trước mổ và khi ra viện: Trước mổ, tất cả các BN đều có điểm Karnofsky từ 70 điểm trở lên, 7/11 BN từ 80 điểm, có nghĩa là phần lớn BN đều có thể tự sinh hoạt.

▪ Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Hameed 2018² có 90,8% BN có điểm Karnofsky từ 90.

▪ Đây là một đây là thách thức rất lớn với phẫu thuật viên, làm sao cắt tối đa khối u nhưng phải bảo tồn chức năng thần kinh.

▪ Sau mổ, 2 BN trong nghiên cứu có triệu chứng tăng nặng hơn trước mổ, trong đó một bệnh nhân phải mổ lại do chảy máu.

▪ Sau mổ, phần lớn bệnh nhân có cải thiện chất lượng cuộc sống (9/11 BN)

- Chất lượng cuộc sống sau 1 tháng và khi ra viện:

▪ 7 BN có chất lượng cuộc sống cải thiện so với khi ra viện

▪ 1 BN chất lượng cuộc sống không đổi

▪ 3 BN có chất lượng cuộc sống giảm (các BN này lâm sàng tối đa và tử vong sớm)

- Điều trị u thần kinh đệm nói chung và điều trị u thần kinh đệm thùy đảo nói riêng là điều trị đa mô thức, trong đó phẫu thuật là trung tâm, kết hợp điều trị hỗ trợ (hóa-xạ trị).

- Trong nghiên cứu, có 7/11 BN có kết quả giải phẫu bệnh là u thần kinh đệm bậc cao. Tất cả các bệnh nhân trên đều được tư vấn điều trị hỗ trợ sau mổ. Nhưng có 2/7 BN (giải phẫu bệnh: u nguyên bào thần kinh đệm – độ IV) không điều trị hỗ trợ tiếp theo: 1 bệnh nhân (nữ 26 tuổi) – người dân tộc, vì điều kiện kinh tế khó khăn; 1 bệnh nhân có di chứng nặng sau mổ - phải mổ lần 2 do máu tụ sau mổ (Karnofsky sau mổ 40 và không cải thiện sau 1 tháng).

- U thần kinh đệm thùy đảo là khối u rất khó tiếp cận và liên quan tới nhiều cấu trúc quan trọng, phẫu thuật các u vùng này có thể gây ra các thiếu hụt thần kinh tạm thời và vĩnh viễn (không phục hồi sau 6 tháng). Các bệnh nhân có thiếu hụt thần kinh sau mổ có thời gian sống thêm ngắn hơn nhóm còn lại².

- Nhằm hạn chế tối đa thiếu hụt thần kinh sau mổ, trên thế giới đã áp dụng nhiều kỹ thuật tiên tiến như cộng hưởng từ chức năng, cộng hưởng từ sức căng dựng hình các bó chất trắng (trong đó có bó vỏ tủy – bó tháp), sử dụng 5ALA trong phẫu thuật u thần kinh đệm bậc cao và gắn dây nhốt là mô thức tình^{2,4}

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức hiện đã triển khai một số kỹ thuật (chụp và sử dụng cộng

hưởng từ sức căng – dựng hình bó tháp, siêu âm trong mổ u não, mô thức tình) góp phần tăng hiệu quả phẫu thuật, lấy tối đa u và bảo tồn chức năng thần kinh. Khoa Phẫu thuật Thần kinh I đã thành lập nhóm Ung thư thần kinh, bao gồm: Bác sĩ Phẫu thuật Thần kinh, Bác sĩ Gây mê, Bác sĩ Chẩn đoán hình ảnh, Bác sĩ giải phẫu bệnh, Bác sĩ chuyên ngành ung thư (xạ trị và hóa trị), đưa ra chiến lược điều trị tối ưu cho từng bệnh nhân.

Biến chứng: vị trí sâu và liên quan nhiều vùng chức năng xung quanh nên tỷ lệ biến chứng sau mổ u thần kinh đệm thùy đảo khá cao 22-47%^{5,6,7}. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 2/11 BN có biến chứng sau mổ (mổ lại, liệt nửa người tăng lên), có thể do số lượng bệnh nhân nghiên cứu còn ít và hạn chế trong nghiên cứu hồi cứu nên chưa đánh giá chính xác toàn bộ các biến chứng ít nghiêm trọng sau mổ như rối loạn trí nhớ, rối loạn cảm xúc,...

Để tránh các biến chứng và di chứng cần:^{6,7}

○ Đánh giá tương quan của u với động mạch cấp máu cho nhân bèo

○ Áp dụng cộng hưởng từ chức năng, cộng hưởng từ sức căng (dựng hình bó tháp), sử dụng ICG

○ Sử dụng đường tiếp cận phù hợp với vị trí u

V. KẾT LUẬN

U thần kinh đệm thùy đảo là một thử thách với phẫu thuật viên. Phẫu thuật cắt u tối đa là một phương pháp điều trị hiệu quả, giúp cải thiện triệu chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống và định hướng quá trình điều trị tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bale T.A. và Rosenblum M.K.** (2022). The 2021 WHO Classification of Tumors of the Central Nervous System: An update on pediatric low-grade gliomas and glioneuronal tumors. *Brain Pathology*, 32(4), e13060.
2. **Hameed N.U.F., Qiu T., Zhuang D. et al.** (2018). Transcortical insular glioma resection: clinical outcome and predictors. *Journal of Neurosurgery*, 131(3), 706–716.
3. **Li Z., Li G., Liu Z. et al.** (2020). Transcortical approach for insular gliomas: a series of 253 patients. *J Neurooncol*, 147(1), 59–66.
4. **Li Y.M., Suki D., Hess K. và cộng sự.** (2016). The influence of maximum safe resection of glioblastoma on survival in 1229 patients: Can we do better than gross-total resection?. *J Neurosurg*, 124(4), 977–988.
5. **Panigrahi M., Doshi S., Chandrasekhar Y.B.K. và cộng sự.** (2021). Avoiding Complications in Surgical Resection of Insular Gliomas – Single Surgeon Experience. *Neurology India*, 69(4), 904.
6. **Sun GC, Zhao K, Shu XJ, Liu RY, Dong MX,**

Chen XL, Xu BN. Resection of Insular Glioma Through the Transfrontal Limiting Sulcus Approach. *Oper Neurosurg (Hagerstown)*. 2022 Jun 1;22(6): 400-408. doi: 10.1227/ons.000000000000146. Epub 2022 Apr 14. PMID: 35867080.

7. **Sun G, Shu X, Wu D, Zhao K, Xue Z, Cheng**

G, Chen L, Zhang J. The Transtemporal Isthmus Approach for Insular Glioma Surgery. *Oper Neurosurg (Hagerstown)*. 2024 Aug 20. doi: 10.1227/ons.0000000000001308. Epub ahead of print. PMID: 39162411.

8. **Yasagil M.G. et al** (1992). Tumors of the limbic and paralimbic systems. *Acta Neurochir*, 118, 40–52.

KẾT QUẢ QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH TẠI 03 TRẠM Y TẾ

Nông Tuấn Phong¹, Nguyễn Thị Tố Uyên², Mã Hồng Lam¹,
Bế Thị Bạch³, Nguyễn Quỳnh Anh⁴, Lục Thị Hiền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Quản lý bệnh không lây nhiễm như tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ) là thách thức lớn, đặc biệt tại các vùng miền núi. Nghiên cứu này đánh giá hiệu quả mô hình y học gia đình trong quản lý THA và ĐTĐ tại tỉnh Cao Bằng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tại 03 trạm y tế xã từ tháng 1-5/2024, áp dụng phương pháp can thiệp cộng đồng, đánh giá trước và sau can thiệp. **Kết quả:** Sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân biết chỉ số huyết áp và đường huyết tăng lên 100% và 90,9%. Tỷ lệ tái khám liên tục và đạt huyết áp mục tiêu tăng đáng kể (99,5% và 61,6%). Tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ đạt mục tiêu đường huyết tăng từ 22,7% lên 63,6%, với $p < 0,001$. **Kết luận:** Mô hình y học gia đình nâng cao hiệu quả quản lý bệnh nhân THA và ĐTĐ tại Cao Bằng.

Từ khóa: Quản lý bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, y học gia đình, Cao Bằng.

SUMMARY

RESULTS OF MANAGING PATIENTS WITH HYPERTENSION AND DIABETES ACCORDING TO THE PRINCIPLES OF FAMILY MEDICINE AT 03 COMMUNITY HEALTH STATIONS

Introduction: Managing non-communicable diseases (NCDs) such as hypertension (HTN) and diabetes mellitus (DM) is a major challenge, especially in mountainous areas. This study evaluates the effectiveness of the family medicine model in managing HTN and DM in Cao Bang Province.

Methods: The study was conducted at three commune health stations from January to May 2024, using a community intervention approach with pre-

and post-intervention evaluations. **Results:** After the intervention, the percentage of patients aware of their blood pressure and blood glucose levels increased to 100% and 90.9%, respectively. The rates of continuous follow-up and achieving target blood pressure significantly improved (99.5% and 61.6%, respectively). The percentage of diabetic patients achieving target blood glucose increased from 22.7% to 63.6%, with $p < 0.001$. **Conclusion:** The family medicine model has enhanced the management of HTN and DM patients in Cao Bang.

Keywords: Hypertension management, diabetes mellitus, family medicine, Cao Bang

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quản lý các bệnh không lây nhiễm (BKLN), đặc biệt là bệnh tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ), là một thách thức lớn đối với hệ thống y tế toàn cầu. Trạm y tế (TYT), là đơn vị tuyến đầu tại các xã, phường, thị trấn, đóng vai trò hết sức quan trọng trong việc quản lý, điều trị và phòng ngừa các bệnh này, đặc biệt là việc sàng lọc, phát hiện sớm các bệnh lý không lây nhiễm, bao gồm THA và ĐTĐ, nhằm giảm thiểu các biến chứng nguy hiểm và cải thiện sức khỏe cộng đồng^{1,2}.

Trên thế giới, các quốc gia phát triển như Mỹ, Anh, Canada và Australia đã triển khai mô hình y học gia đình, kết hợp bác sĩ gia đình và hệ thống y tế địa phương để theo dõi sức khỏe bệnh nhân lâu dài, từ đó giảm tỷ lệ nhập viện và tối ưu hóa chi phí điều trị. Tại Anh, hệ thống hồ sơ bệnh án điện tử giúp theo dõi hiệu quả bệnh THA và ĐTĐ, giảm các ca cấp cứu liên quan đến biến chứng^{1,2}.

Tại Việt Nam, bệnh THA và ĐTĐ đang ngày càng gia tăng và trở thành gánh nặng cho hệ thống y tế. Mặc dù mô hình y học gia đình đã được triển khai tại một số vùng, nhưng vẫn còn nhiều khó khăn trong việc mở rộng và đồng bộ hóa mô hình này, đặc biệt là tại các vùng nông thôn và miền núi. Cao Bằng, một tỉnh miền núi với nhiều khó khăn về kinh tế và cơ sở hạ tầng y

¹Sở Y tế Cao Bằng

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

³Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Cao Bằng

⁴Bệnh viện Y học Cổ truyền và Phục hồi Chức năng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tố Uyên

Email: nguyenthitouyen@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 01.4.2025