

đó nâng cao chất lượng sống người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gupta B, Johnson NW, Kumar N.** Global Epidemiology of Head and Neck Cancers: A Continuing Challenge. *Oncology*. 2016;91:13–23.
2. **FN de Carvalho, et al.** Disparities in stage at diagnosis of head and neck tumours: a global registry-based analysis. *Lancet Regional Health – Americas*. 2025
3. **Lau A, Yang WF, Li KY, Su YX.** Systemic Therapy in Recurrent or Metastatic Head and Neck Squamous Cell Carcinoma- A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2020;153:102984.
4. **Kainickal CT, Aparna MP, Kumar RR, et al.** Targeted therapy in recurrent or metastatic head and neck carcinoma. *Hos Pal Med Int Jnl* 2018; 2: 71-76.
5. **Burtress B, Harrington KJ, Greil R, et al.** KEYNOTE-048 Investigators. Pembrolizumab alone or with chemotherapy versus cetuximab with chemotherapy for recurrent or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck (KEYNOTE-048): a randomised, open-label, phase 3 study. *Lancet*. 2019;394:1915–1928.
6. **Cohen EEW, Bell RB, Bifulco CB, et al.** The Society for Immunotherapy of Cancer consensus statement on immunotherapy for the treatment of squamous cell carcinoma of the head and neck (HNSCC) *J Immunother Cancer*. 2019;7:184.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ VÚ CHƯA MÃN KINH GIAI ĐOẠN II-III ĐIỀU TRỊ BẰNG ỨC CHẾ BUỒNG TRỨNG VÀ THUỐC NỘI TIẾT BỔ TRỢ BẬC II

Thân Văn Thịnh¹, Nguyễn Mai Chinh¹, Vũ Văn Thạch¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư vú (UTV) dương tính với thụ thể nội tiết (TTNT) là phân nhóm phổ biến nhất. Nhóm BN giai đoạn II–III thường phải điều trị đa mô thức (phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, OFS và nội tiết kéo dài). Ở giai đoạn này, bệnh nhân (BN) thường chịu nhiều tác dụng phụ tích lũy như rối loạn vận mạch, đau cơ xương khớp, suy giảm chức năng sinh lý và các rối loạn tâm lý, dẫn tới suy giảm đáng kể chất lượng cuộc sống (CLCS) so với giai đoạn I. **Đôi tượng và phương pháp:** 103 bệnh nhân UTV chưa mãn kinh giai đoạn II–III điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội, từ tháng 4/2024 đến tháng 12 /2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình 42,2 ± 4,8 tuổi. Ung thư biểu mô ống xâm nhập chiếm ưu thế (77,7%), chỉ số Ki-67 trung bình 28,6 ± 19,6; ER và PR dương tính lần lượt 99,1% và 86,0%. Thời gian điều trị nội tiết (AI kết hợp ỨC chế buồng trứng) trung bình là 16,2 ± 14,4 tháng, nhóm điều trị >6 tháng chiếm 69,9%. Tác dụng không mong muốn ghi nhận nhiều nhất là đau cơ xương khớp (53,4%) và bốc hỏa (77,7%). Tổng điểm chất lượng cuộc sống theo FACT-ES có trung vị 64,0 (IQR 44,5–83,3). Hai yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với điểm FACT-ES là: Trầm cảm (PHQ-9 ≥10): $\beta = 32$ (KTC 95%: 12–53; $p = 0,002$); Rối loạn giấc ngủ (ISI ≥8): $\beta = 14$ (KTC 95%: 1,7–26; $p = 0,026$). **Kết luận:** Mặc dù có vai trò quan trọng, OFS và/hoặc AIs cũng đi kèm với nhiều tác dụng phụ khác nhau có thể ảnh hưởng tiêu cực đáng kể đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nếu không được quản lý đúng cách và có thể dẫn đến ngừng điều trị

sớm. Cần có chiến lược hỗ trợ thích hợp để giảm nhẹ ảnh hưởng tiêu cực và cải thiện trải nghiệm điều trị cho người bệnh. **Từ khóa:** Chất lượng cuộc sống, Ung thư vú, Ức chế buồng trứng, Điều trị nội tiết

SUMMARY

QUALITY OF LIFE AND RELATED FACTORS IN STAGE II-III PREMENOPAUSAL BREAST CANCER PATIENTS TREATED WITH OVARIAN SUPPRESSION AND SECONDARY ADJUSTMENT

Background: Hormone receptor-positive breast cancer is the most common subgroup. Stage II-III patients often require multimodal treatment (surgery, chemotherapy, radiotherapy, OFS and long-term endocrine therapy). At this stage, patients often suffer from many cumulative side effects such as vasomotor disorders, musculoskeletal pain, decreased physiological function and psychological disorders, leading to a significant decline in QOL compared to stage I. **Subject and method:** 103 premenopausal breast cancer patients stage II-III treated at Hanoi Oncology Hospital, from April 2024 to December 2024. **Results:** The mean age was 42.2 ± 4.8 years. Invasive ductal carcinoma predominated (77.7%), with the mean Ki-67 index being 28.6 ± 19.6; ER and PR were positive in 99.1% and 86.0%, respectively. The mean duration of endocrine therapy (AI combined with ovarian suppression) was 16.2 ± 14.4 months, with 69.9% of the treatment group >6 months. The most commonly reported adverse effects were musculoskeletal pain (53.4%) and hot flashes (77.7%). The median total quality of life score according to FACT-ES was 64.0 (IQR 44.5–83.3). Two factors had a statistically significant association with FACT-ES score: Depression (PHQ-9 ≥10): $\beta = 32$ (95% CI: 12–53; $p = 0.002$); Sleep disturbance (ISI ≥8): $\beta = 14$ (95% CI: 1.7–26; $p = 0.026$). **Conclusions:** Despite their important role, OFS

¹Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thân Văn Thịnh

Email: drthinhungbuou@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 2.12.2025

Ngày duyệt bài: 8.01.2026

and/or AIs are also associated with various adverse effects that can significantly impact the patient's quality of life if not properly managed and may lead to premature treatment discontinuation. Appropriate support strategies are needed to mitigate negative effects and improve the patient's treatment experience. **Keywords:** Quality of life, Breast cancer, Ovarian Suppression, Endocrine therapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh lý ác tính phổ biến, là nguyên nhân gây tử vong do ung thư cao nhất ở phụ nữ trên toàn cầu trong đó có Việt Nam. Theo GLOBOCAN 2022 tại Việt Nam, UTV là bệnh ung thư thường gặp nhất với 24.563 trường hợp mắc mới, chiếm tỉ lệ 13,6%; và 10.008 trường hợp tử vong, chiếm tỉ lệ 8,3%. Trong đó, UTV dương tính với TTNT là phân nhóm phổ biến nhất, với tỉ lệ có thể lên tới 70-80% tổng số ca bệnh¹.

Các hướng dẫn hiện hành chưa quy định rõ ràng về cách tiếp cận phác đồ điều trị nội tiết hỗ trợ. Sự lựa chọn giữa OFS/AI, OFS/tamoxifen, hay tamoxifen đơn độc được cá thể hóa dựa trên các đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, sinh học phân tử và lựa chọn của từng BN². Nhóm BN giai đoạn II-III thường phải điều trị đa mô thức (phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, OFS và nội tiết kéo dài) nên hay gặp tác dụng phụ tích lũy như rối loạn vận mạch, đau cơ xương khớp, suy giảm chức năng sinh lý và các rối loạn tâm lý, dẫn tới suy giảm đáng kể CLCS so với giai đoạn I. Những tác động này nhấn mạnh nhu cầu xem xét thận trọng khi chỉ định OFS và/hoặc AIs, đồng thời cần có chiến lược hỗ trợ thích hợp để giảm nhẹ ảnh hưởng tiêu cực và cải thiện trải nghiệm điều trị cho người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh UTV chưa mãn kinh có:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán xác định ung thư vú bằng mô bệnh học.
- Đặc điểm hóa mô miễn dịch: ER (+) và/hoặc PR (+).
- Bệnh giai đoạn II-III theo AJCC phiên bản 8.
- Đã phẫu thuật cắt tuyến vú biến đổi triệt căn hoặc phẫu thuật bảo tồn tuyến vú.
- Đã điều trị hóa chất (bổ trợ hoặc tân bổ trợ). (Những trường hợp không điều trị hóa chất bổ trợ khi xét nghiệm Oncotype Dx: chỉ số nguy cơ tái phát ≤ 15)
- Điều trị xạ trị trong trường hợp phẫu thuật bảo tồn, u T3,4 hoặc N+ hoặc u ở vị trí ngoại biên, khả năng cắt rộng bị giới hạn.

- NB đã hoàn thành tối thiểu 24 - 36 tháng điều trị nội tiết hỗ trợ với OFS và AI.

- Chỉ số toàn trạng từ 0-2 điểm theo ECOG.
- NB chưa mãn kinh tại thời điểm chẩn đoán.
- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- NB từ chối hóa chất và/hoặc xạ trị.
- Ung thư vú tái phát tại chỗ tại vùng, ung thư vú thứ hai.
- NB đã cắt buồng trứng bằng phẫu thuật/xạ trị.
- Đồng mắc bệnh nội khoa nặng, tiên lượng tử vong gần.
- Người bệnh từ chối tham gia nghiên cứu.
- Người bệnh không đủ khả năng thực hiện hành vi dân sự để tham gia phỏng vấn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang
- Cách chọn mẫu: thuận tiện
- Tiến hành: người bệnh được phỏng vấn trực tiếp tại thời điểm nghiên cứu để đánh giá tình trạng hiện tại, bao gồm đánh giá các tác dụng không mong muốn liên quan đến điều trị ức chế buồng trứng + thuốc ức chế thể nội tiết và đánh giá chất lượng cuộc sống/sức khỏe tâm thần. Đánh giá chất lượng cuộc sống và sức khỏe tâm thần được thực hiện bằng các bộ câu hỏi chuẩn hóa gồm FACT-ES (đánh giá chất lượng cuộc sống) và PHQ-9, GAD-7, ISI (đánh giá sức khỏe tâm thần).

2.3. Xử lý số liệu

- Sử dụng phần mềm SPSS 20.0
- Sử dụng các thuật toán thống kê: trung bình, độ lệch chuẩn, min, max,...
- Mô hình hồi quy tuyến tính được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan với biến kết cục chính (CLCS đo lường qua thang điểm FACT-ES).

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện được sự đồng ý của ban lãnh đạo bệnh viện Ung Bướu Hà Nội, thông qua hội đồng đạo đức của Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội. Nghiên cứu này chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, chất lượng cuộc sống cho NB, không nhằm mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Kết quả (n=103)
Tuổi trung bình	42,2±4,8
Phân loại mô bệnh học, n (%)	
Ung thư biểu mô ống xâm nhập (IDC)	80 (77,7%)
Ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập (ILC)	7 (6,8%)

Ung thư biểu mô nhầy	1 (1,0%)
Ung thư vi nhú	3 (2,9%)
Ung thư biểu mô dạng dị sản	1 (1,0%)
Loại mô học khác	11 (10,7%)
Biểu hiện ER, n (%)	
Âm tính	1 (0,9%)
+	19 (18,7%)
++	26 (25,2%)
+++	57 (55,3%)
Biểu hiện PR, n (%)	
Âm tính	15 (14,0%)
+	24 (23,4%)
++	23 (22,3%)
+++	41 (39,8%)
Ki-67	28,6±19,6
Her2, n (%)	
Âm tính	45 (43,7%)
Dương tính	23 (22,3%)
(++) với FISH/Dual ISH âm tính	15 (14,6%)
(++) với FISH/Dual ISH dương tính	2 (1,9%)
(+++)	18 (17,5%)

Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 42,2 ± 4,8. Ung thư biểu mô ống xâm nhập chiếm tỷ lệ cao nhất (77,7%), tiếp theo là ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập (6,8%) và các thể khác chiếm tỷ lệ nhỏ hơn 1-3%. Biểu hiện ER chủ yếu ở mức ++ và +++ (lần lượt 25,2% và 55,3%), PR dương tính ở 77,7% với tỷ lệ +++ đạt 39,8%; chỉ 0,9% trường hợp âm tính với ER. Chỉ số tăng sinh Ki-67 trung bình 28,6 ± 19,6 phản ánh mức tăng sinh trung bình-cao. Tỷ lệ HER2 dương tính (HER2+++ / HER2++ với FISH/Dual ISH dương tính) là 19,4%.

Bảng 2: Thời gian điều trị AI/OFS

Thời gian điều trị AI/OFS (tháng), X ± SD	16,2 ± 14,4
Phân nhóm thời gian điều trị AI kết hợp ức chế buồng trứng	
≤ 6 tháng	31 (30,1%)
> 6 tháng	72 (69,9%)

Thời gian điều trị AI kết hợp ức chế buồng trứng trung bình 16,2 ± 14,4 tháng; nhóm > 6 tháng chiếm 69,9%.

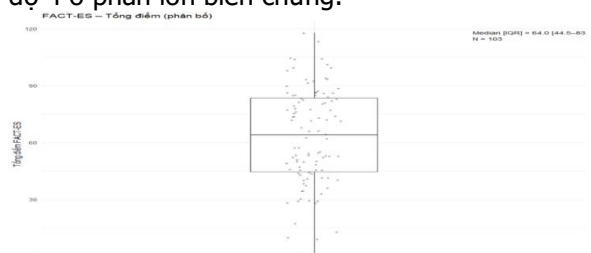
3. Đặc điểm chất lượng cuộc sống ở người bệnh UTV chưa mãn kinh giai đoạn II – III

Bảng 3: Tác dụng không mong muốn liên quan đến thuốc ức chế buồng trứng và nội tiết bổ trợ bậc II theo CTCAE

Biến cố	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Quá mẫn	3 (2,9)	1 (1,0)	0	0
Mệt mỏi	14 (13,6)	9 (8,7)	8 (7,8)	0
Đau đầu	7 (6,8)	5 (4,9)	6 (5,8)	0
Chóng mặt	7 (6,8)	8 (7,8)	5 (4,9)	0

Bốc hỏa	21 (20,4)	20 (19,4)	39 (37,9)	0
Trầm cảm	3 (2,9)	3 (2,9)	1 (1,0)	1 (1,0)
Mất ngủ	0	11 (10,7)	17 (16,5)	0
Buồn nôn	1 (1,0)	1 (1,0)	0	0
Tăng men gan	2 (1,9)	2 (1,9)	1 (1,0)	0
Đau CXK	1 (1,0)	2 (1,9)	52 (50,5)	0

Tác dụng không mong muốn ghi nhận nhiều nhất là đau cơ xương khớp (53,4%) và bốc hỏa (77,7%). Các biểu hiện mệt mỏi, mất ngủ, chóng mặt... chiếm tỷ lệ ít hơn và chủ yếu ở mức độ nhẹ và trung bình. Không ghi nhận trường hợp độ 4 ở phần lớn biến chứng.



Biểu đồ 1. Tổng điểm FACT-ES (n=103)

Tổng điểm FACT-ES ở 103 người bệnh có trung vị 64,0, khoảng tứ phân vị 44,5-83,3. Phân bố điểm trải rộng với mật độ tập trung quanh giá trị trung vị; một số trường hợp có điểm nằm ngoài giới hạn trên của hộp.

Bảng 4: Mô hình hồi quy đa biến đánh giá các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống (n=103)

Đặc điểm	Hệ số hồi quy β	KTC 95%	p-value
Nhóm tuổi, n (%)			
≤ 35	—	—	
> 35	-5,2	-23 - 13	0,6
Thời gian điều trị AI kết hợp ức chế buồng trứng			
≤ 6 tháng	—	—	
> 6 tháng	5,9	-4,1 - 16	0,2
Giai đoạn lâm sàng			
II	—	—	
III	0,65	-9,0 - 10	0,9
Phẫu thuật khối u			
Cắt bỏ toàn bộ tuyến vú	—	—	
Phẫu thuật bảo tồn vú	-0,34	-25 - 24	>0,9
Rối loạn lo âu			
Không	—	—	
Có	-0,90	-13 - 12	0,9
Trầm cảm			
Không	—	—	
Có	32	12 - 53	0,002
Rối loạn giấc ngủ			
Không	—	—	
Có	14	1,7 - 26	0,026

Phân tích hồi quy đa biến cho thấy hai yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê đến tổng điểm FACT-ES là trầm cảm và rối loạn giấc ngủ.

IV. BÀN LUẬN

103 bệnh nhân UTV chưa mãn kinh giai đoạn II-III điều trị bằng ức chế buồng trứng và thuốc nội tiết hỗ trợ bậc II với độ tuổi trung bình là $42,2 \pm 4,8$ tuổi. Xu hướng chẩn đoán ở độ tuổi trẻ hơn tại Việt Nam phù hợp với tổng quan hệ thống về UTV ở châu Á với đỉnh tuổi mắc ở châu Á là 40–50, trong khi tại các quốc gia phương Tây là 60–70. Về cơ chế, yếu tố di truyền đóng vai trò đáng kể: các nghiên cứu trên quần thể châu Á ghi nhận đột biến BRCA1/2 tập trung ở nhóm khởi phát sớm hoặc có tiền sử gia đình; vì vậy, BRCA1/2 được xem là chỉ dấu nguy cơ chủ đạo trong nhóm người bệnh trẻ³. Về mô bệnh học, ung thư biểu mô ống xâm nhập chiếm ưu thế (77,7%), trong khi các thể mô bệnh học khác chỉ dao động từ 1,0–10,7%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội ghi nhận tỷ lệ ung thư biểu mô ống xâm nhập là 79,2%⁴. Theo American Cancer Society (2023), khoảng 70–80% UTV là ung thư biểu mô ống xâm nhập, trong khi ung thư biểu mô tiểu thùy chiếm khoảng 10%, còn lại là các thể ít gặp khác. Phân tích dịch tễ tại châu Á cũng ghi nhận tỷ lệ tương tự, khẳng định tính phổ biến của thể ống xâm nhập trên phạm vi toàn cầu³.

Các tổng quan gần đây ước tính HER2 dương tính 13–22% trong UTV. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ ER và PR dương tính lần lượt là 99,1% và 86%; tỉ lệ Her2 dương tính là 19,4%; Ki-67 trung bình $28,6 \pm 19,6$ tức mức tăng sinh trung bình–cao. Nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Hà Tĩnh (2017–2021) cho thấy ER dương tính 61,2%, PR 56,1% và HER2 dương tính 25,5%⁵. Nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cũng ghi nhận xu hướng tương tự, với ER/PR chiếm ưu thế, HER2 dương tính mạnh khoảng 15–20% và Ki-67 trung bình trên 25%⁴, nhìn chung vẫn khẳng định ưu thế HR-dương tính ở quần thể Việt Nam.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau phẫu thuật, 82,5% người bệnh được chỉ định xạ trị bổ trợ, 83,5% hóa trị bổ trợ, với phác đồ chủ yếu là AC-T (73,8%); một tỷ lệ nhỏ sử dụng TC (8,7%). Hóa trị tân bổ trợ được áp dụng ở 17,5% trường hợp, tất cả đều đạt đáp ứng một phần, không có đáp ứng hoàn toàn. Điều trị đích được triển khai cho 15,6% người bệnh, chủ yếu là trastuzumab đơn trị liệu, trong khi trastuzumab–pertuzumab chỉ chiếm 1%. Phần lớn người bệnh điều trị AI kết hợp ức chế buồng

trứng trên 6 tháng với tỉ lệ gần 70%.

Những tác dụng không mong muốn mà chúng tôi ghi nhận nhiều nhất là bốc hỏa (77,7%) và đau cơ xương khớp (53,4%), trong đó tỷ lệ độ ≥ 3 lần lượt đạt 37,9% và 50,5%. Điều này có thể do cơ chế sinh học chung của liệu pháp nội tiết kết hợp ức chế buồng trứng. Giảm nồng độ estrogen đột ngột gây rối loạn trung tâm điều nhiệt vùng dưới đồi, dẫn đến các triệu chứng vận mạch như bốc hỏa và tăng tiết mồ hôi, vốn được xem là đặc trưng ở phụ nữ tiền mãn kinh điều trị bằng nội tiết. Tình trạng đau cơ xương khớp thường gặp có thể liên quan đến sự thiếu hụt estrogen làm thay đổi chuyển hóa xương, tăng tình trạng viêm quanh khớp và gân, từ đó gây ra đau và cứng khớp. Mệt mỏi và rối loạn giấc ngủ nhiều khả năng là hậu quả gián tiếp của các cơn bốc hỏa về đêm và đau khớp kéo dài, vốn làm giấc ngủ bị gián đoạn, từ đó dẫn đến suy giảm năng lượng và chất lượng sống.

Tổng điểm FACT-ES của nhóm bệnh nhân có trung vị 64,0 (IQR 44,5–83,3), cho thấy mức CLCS trung bình–khá, với độ biến thiên rộng giữa các cá thể. Phân tích hồi quy đa biến xác định hai yếu tố có ảnh hưởng độc lập đến CLCS là trầm cảm ($\beta = 32$; $p = 0,002$) và rối loạn giấc ngủ ($\beta = 14$; $p = 0,026$). Kết quả nghiên cứu của Vũ Minh Tuấn và cộng sự (2024) tại Bệnh viện K (cơ sở Tân Triều, Hà Nội) cho thấy cả lo âu và trầm cảm đều liên quan đáng kể đến CLCS; trong đó, nhóm người bệnh có biểu hiện lo âu/u sầu chiếm tới 72,6% và đây là yếu tố dự báo mạnh mẽ nhất cho CLCS kém⁶. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết luận của Lebel và cộng sự chỉ ra rằng nỗi sợ tái phát ung thư - một dạng lo âu đặc thù. Tình trạng lo âu này không chỉ gắn với căng thẳng tâm lý và sự bất an kéo dài, mà còn liên quan đến chất lượng sống thấp hơn và nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế nhiều hơn⁷. Tác giả Ganz và cộng sự (2016) cũng có báo cáo rằng trầm cảm (đánh giá bằng BDI-II) và rối loạn giấc ngủ (PSQI) là các yếu tố ảnh hưởng mạnh đến CLCS trong 12 tháng đầu⁸.

V. KẾT LUẬN

Nhóm bệnh nhân UTV chưa mãn kinh giai đoạn II-III điều trị bằng ức chế buồng trứng và thuốc nội tiết hỗ trợ bậc II thường chịu nhiều tác dụng phụ tích lũy dẫn tới suy giảm đáng kể CLCS. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết của các chiến lược tầm soát sớm, cá thể hóa điều trị và quản lý tâm lý – xã hội nhằm duy trì CLCS lâu dài cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Giaquinto AN, Sung H, Miller KD, et al.** Breast

- Cancer Statistics, 2022. CA Cancer J Clin. 2022;72(6):524-541. doi:10.3322/caac.21754
- Gradishar WJ, Moran MS, Abraham J, et al.** Breast Cancer, Version 3.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Cancer Netw JNCCN. 2022;20(6):691-722. doi:10.6004/jnccn.2022.0030.
 - Lim YX, Lim ZL, Ho PJ, Li J.** Breast Cancer in Asia: Incidence, Mortality, Early Detection, Mammography Programs, and Risk-Based Screening Initiatives. Cancers. 2022;14(17):4218. doi:10.3390/cancers14174218.
 - Trịnh Lê Huy, Mai Thị Kim Ngân.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư vú giai đoạn I-III tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp Chí Học Việt Nam. 2022;510(2). doi:10.51298/vmj.v510i2.2019.
 - Nguyễn Văn Khoa, Hoàng Quang Trung, Lê Ngọc Thanh, Võ Văn Phương, Nguyễn Ngọc Thịnh, Trịnh Lê Huy.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư vú giai đoạn I-III tại bệnh viện Đa khoa Hà Tĩnh từ 2017-2021. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023;529(2). doi:10.51298/vmj.v529i2.6523.
 - Vũ Minh Tuấn, Vũ Xuân Thịnh, Phạm Tùng Sơn, et al.** Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư vú tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều Hà Nội. Tạp Chí Khoa Học Điều Dưỡng. 2024;7(03):53-63. doi:10.54436/jns.2024.03.804
 - Lebel S, Maheu C, Lefebvre M, et al.** Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer: a feasibility and preliminary outcome study. J Cancer Surviv. 2014;8(3):485-496. doi:10.1007/s11764-014-0357-3.
 - Ganz PA, Petersen L, Bower JE, Crespi CM.** Impact of Adjuvant Endocrine Therapy on Quality of Life and Symptoms: Observational Data Over 12 Months From the Mind-Body Study. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 2016;34(8):816-824. doi:10.1200/JCO.2015.64.3866.

KẾT QUẢ KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI TRUNG TÂM Y TẾ KHU VỰC THANH THỦY, TỈNH PHÚ THỌ

Nguyễn Văn Phong¹, Phạm Kim Liên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả kiểm soát Glucose huyết tương lúc đói, HbA1c và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế Thanh Thủy, tỉnh Phú Thọ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 392 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 điều trị ngoại trú từ tháng 09/2024 đến tháng 09/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu Glucose máu lúc đói (<7,2 mmol/l) là 46,4%; tỷ lệ đạt mục tiêu HbA1c (<7%) là 66,1%. Phác đồ điều trị phổ biến nhất là phối hợp 2 loại thuốc viên trở lên (47,4%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiểm soát đường huyết kém với thời gian mắc bệnh ≥ 10 năm ($p=0,002$), không tuân thủ chế độ ăn ($p=0,003$) và phác đồ có sử dụng Insulin ($p=0,000$). **Kết luận:** Tỷ lệ kiểm soát HbA1c đạt mức khá cao nhưng kiểm soát đường huyết lúc đói và các rối loạn lipid đi kèm còn hạn chế. Cần tăng cường tư vấn chế độ ăn và quản lý chặt chẽ nhóm bệnh nhân mắc bệnh lâu năm.

Từ khóa: Đái tháo đường típ 2, kiểm soát đường huyết, HbA1c, Trung tâm Y tế Thanh Thủy.

SUMMARY

GLYCEMIC CONTROL RESULTS AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH

¹Trung tâm Y tế khu vực Thanh Thủy, tỉnh Phú Thọ

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Phong

Email: phongnguyen190413@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 2.12.2025

Ngày duyệt bài: 6.01.2026

TYPE 2 DIABETES AT THANH THUY REGIONAL HEALTH CENTER, PHU THO PROVINCE

Objectives: To evaluate fasting plasma glucose, HbA1c control results, and associated factors in type 2 diabetes outpatients at Thanh Thuy Health Center, Phu Tho province. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 392 outpatients with type 2 diabetes from September 2024 to September 2025. **Results:** The rate of patients achieving fasting blood glucose target (<7.2 mmol/l) was 46.4%; the rate achieving HbA1c target (<7%) was 66.1%. The most common regimen was a combination of two or more oral drugs (47.4%). There was a statistically significant association between poor glycemic control and disease duration ≥ 10 years ($p=0.002$), non-adherence to diet ($p=0.003$), and insulin-containing regimens ($p=0.000$). **Conclusion:** The rate of HbA1c control was relatively high, but fasting glucose and concomitant lipid disorders control remained limited. It is necessary to strengthen dietary counseling and strictly manage patients with long-standing disease.

Keywords: Type 2 diabetes, glycemic control, HbA1c, Thanh Thuy Health Center.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 là bệnh rối loạn chuyển hóa mạn tính đang gia tăng nhanh chóng tại Việt Nam và trên thế giới. [9] Theo Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF) năm 2021, Việt Nam có tỷ lệ mắc ước tính khoảng 6,1% ở người trưởng thành [7]. Mục tiêu điều trị hiện đại đã chuyển dịch từ "hạ đường huyết đơn thuần" sang quản lý toàn diện nhằm ngăn ngừa