

Toàn bộ các bệnh nhân phải gây mê nội khí quản trong phẫu thuật và phẫu thuật chuyển vị ĐM cảnh chung phải – cảnh chung trái – dưới đòn trái chiếm đa số, tỉ lệ là 65,1%.

Kết quả sau phẫu thuật chuyển kết hợp can thiệp nội mạch. Về mặt kĩ thuật, tỉ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi rất tốt với tỉ lệ là 97,6%, đồng thời kết quả chu phẫu cũng đạt thành công là 95,3%, thời gian nằm viện ngắn sau can thiệp, trung bình là 7,91 ngày.

Qua thời gian theo dõi, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được kết quả sớm cho thấy phương pháp phẫu thuật chuyển vị các nhánh quai ĐMC kết hợp can thiệp nội mạch cho tỉ lệ thành công cao, đạt 90,7%, tỉ lệ tử vong thấp, khoảng 7%, các biến chứng ít xảy ra, như tỉ lệ đột quỵ là 4,7%, bóc tách ngược Stanford A là 2,3%. Tỉ lệ tái cấu trúc ĐMC cao với tỉ lệ huyết khối lòng giả đạt 90% số các bệnh nhân, trong đó huyết khối hoàn toàn lòng giả chiếm khoảng 1/3 các trường hợp, đường kính lòng thật được mở rộng, lòng giả bị thu hẹp. Các nhánh động mạch chủ chuyển vị thông nối đạt tỉ lệ 100%, đảm bảo tưới máu não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Quyết Tiến (2015)**, Nghiên cứu xây dựng qui trình kỹ thuật can thiệp nội mạch điều trị bóc tách động mạch chủ ngực, Chương trình khoa học

công nghệ trọng điểm cấp nhà nước, bệnh viện Chợ Rẫy.

2. **Bavaria J. E., Brinkman W. T., Hughes G. C., Khoynzhad A., Szeto W. Y., Azizzadeh A., et al. (2015)**, "Outcomes of Thoracic Endovascular Aortic Repair in Acute Type B Aortic Dissection: Results From the Valiant United States Investigational Device Exemption Study", *Ann Thorac Surg*, 100 (3), 802-808; discussion 808-809.
3. **Bünger C. M., Kische S., Liebold A., Leifner M., Glass A., Schareck W., et al. (2013)**, "Hybrid aortic arch repair for complicated type B aortic dissection", *J Vasc Surg*, 58 (6), 1490-1496.
4. **Cambria R. P., Conrad M. F., Matsumoto A. H., Fillinger M., Pochettino A., Carvalho S., et al. (2015)**, "Multicenter clinical trial of the conformable stent graft for the treatment of acute, complicated type B dissection", *J Vasc Surg*, 62 (2), 271-278.
5. **Investigators The VIRTUE Registry (2011)**, "The VIRTUE Registry of type B thoracic dissections--study design and early results", *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 41 (2), 159-166.
6. **Nienaber C. A., Kische S., Rousseau H., Eggebrecht H., Rehders T. C., Kundt G., et al. (2013)**, "Endovascular repair of type B aortic dissection: long-term results of the randomized investigation of stent grafts in aortic dissection trial", *Circ Cardiovasc Interv*, 6 (4), 407-416.
7. **Cochennec Frédéric, Tresson Philippe, Cross Jane, Desgranges Pascal, Allaire Eric & Becquemin Jean-Pierre (2013)**, "Hybrid repair of aortic arch dissections", *Journal of Vascular Surgery*, 57 (6), 1560-1567.

NGUYÊN NHÂN CHƯA KIỂM SOÁT ĐƯỢC ĐƯỜNG HUYẾT Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2021

Phan Thị Ngọc Anh¹, Nguyễn Thị Tuyền²

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên hai nhóm: 181 người bệnh đái tháo đường type 2 ở nhóm kiểm soát đường huyết đạt mục tiêu và 219 người bệnh ở nhóm chưa đạt mục tiêu điều trị ngoại trú và theo dõi tại khoa khám bệnh, bệnh viện Bạch Mai năm 2021 nhằm **mục tiêu**: Phân tích nguyên nhân chưa kiểm soát được đường huyết ở người bệnh đái tháo đường. **Phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu so sánh ngang, (Comparative cross sectional study). **Kết quả**:

Kiến thức về bệnh ĐTĐ của người bệnh liên quan trực tiếp tới kiểm soát đường huyết tốt với OR = 79 ; p < 0,001. -Tỷ lệ người bệnh có kiến thức và thực hành tốt về chế độ sinh hoạt cho người bệnh và kiến thức tự theo dõi tại nhà ở nhóm kiểm soát đường huyết tốt cao hơn nhóm kiểm soát đường huyết không tốt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. -Có sự khác biệt về kiến thức điều trị giữa nhóm kiểm soát đường huyết tốt so với nhóm kiểm soát đường huyết không tốt (89,5% và 5,0%; p < 0,01). -Có mối liên quan chặt chẽ giữa các yếu tố: tuân thủ tốt chế độ thuốc, chế độ theo dõi và tái khám định kỳ, chế độ ăn uống với kiểm soát đường huyết. -Người bệnh hài lòng với thông tin nhận được từ nhân viên y tế ở nhóm kiểm soát đường huyết tốt cao hơn so với nhóm kiểm soát đường huyết chưa tốt (p < 0,001). **Kết luận**: đã xác định được nguyên nhân dẫn đến tình trạng kiểm soát đường huyết gồm kiến thức về bệnh và về tuân thủ điều trị.

Từ khóa: Đái tháo đường type 2, tuân thủ điều trị

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Ngọc Anh

Email: ngocanhbachmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2022

Ngày phản biên khoa học: 01.3.2022

Ngày duyệt bài: 7.3.2022

SUMMARY**CAUSES OF UNCONTROLLED GLYCEMIC OUTCOMES IN OUTPATIENTS AT BACHMAI HOSPITAL IN 2021**

The study was conducted on two groups: 181 outpatients with type 2 diabetes in the group achieved the goal of glyceamic control and 219 outpatients in the group who did not meet the goal of outpatient treatment and follow-up at the outpatient department. Bach Mai Hospital in 2021 **with the objectives:** Analyze the causes of uncontrolled blood sugar in patients with diabetes. **Research Methods:** Comperative cross sectional study. **Results showed that:** Knowledge about diabetes of patients is directly related to good glyceamic control with OR = 79; $p < 0.001$. The proportion of patients with good knowledge and practice about the patient's living regimen and knowledge of self-monitoring at home was higher in the group with good glyceamic control than in the group with poor glyceamic control, the difference was significant. Statistical significance with $p < 0.05$. There was a difference in treatment knowledge between the group with good glyceamic control compared with the group with poor glyceamic control (89.5% and 5.0%; $p < 0.01$). There is a close relationship between the following factors: good adherence to the drug regimen, regular monitoring and re-examination, diet and blood sugar control. Patients were more satisfied with the information received from medical staff in the group with good glyceamic control than in the group with poor glyceamic control ($p < 0.001$). **Conclusion:** the cause of blood sugar control was identified, including knowledge about the disease and about treatment adherence.

Keywords: Type 2 diabetes, treatment adherence.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường type 2 đang ngày càng gia tăng không chỉ ở khu vực đô thị mà cả ở vùng nông thôn. Tỷ lệ người ĐTĐ được quản lý, chăm sóc chỉ chiếm trên 30%, trong số này hầu hết được quản lý qua chẩn đoán, theo dõi và tư vấn, hướng dẫn tuân thủ điều trị ngoại trú. Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ NB tuân thủ điều trị ĐTĐ còn thấp 14,2% [4].

Vì vậy các biến chứng do ĐTĐ chưa được kiểm soát tốt. Định kỳ kiểm tra theo dõi và bổ sung các kiến thức về bệnh sẽ giúp người bệnh kiểm soát tốt đường huyết, có thể phòng được các biến chứng, giúp người bệnh (NB) vẫn làm việc bình thường, kéo dài tuổi thọ và nâng cao chất lượng cuộc sống, giảm nhẹ gánh nặng bệnh tật với bản thân gia đình và xã hội.

Câu hỏi nghiên cứu đặt ra là: tỷ lệ người bệnh ĐTĐ tuân thủ điều trị ra sao? yếu tố nào liên quan đến TTĐT của người bệnh? Các nguyên nhân nào tác động lên kết quả kiểm soát đường huyết của người bệnh? . Với những câu hỏi trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với **mục**

tiêu: Phân tích nguyên nhân chưa kiểm soát được đường huyết ở người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại khoa khám bệnh, bệnh viện Bạch Mai năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu.**

Nghiên cứu tiến hành từ tháng 12/2020 đến tháng 12/2021. Đối tượng nghiên cứu được lựa chọn theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) 2018, thời gian điều trị ngoại trú tại bệnh viện ≥ 6 tháng; được chia thành 2 nhóm:

-Nhóm 1: gồm 181 người bệnh 2 lần tái khám liên tiếp đường huyết đạt mục tiêu điều trị (3 tháng tái khám 1 lần theo quy định của BHYT)

-Nhóm 2: gồm 219 người bệnh 2 lần tái khám liên tiếp đường huyết không đạt mục tiêu điều trị (3 tháng tái khám 1 lần theo quy định của BHYT)

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu so sánh ngang, (Comperative cross-sectional study)

2.3. Mẫu và phương thức chọn mẫu

2.3.1. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu ước tính so sánh hai 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 người bệnh 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 người bệnh cải thiện đường huyết ở nhóm tuân thủ điều trị tốt, ước tính là 50%.

p_2 là tỷ lệ người bệnh cải thiện đường huyết ở nhóm tuân thủ điều trị không tốt; ước tính là 30%. áp dụng công thức trên tính được $n = 150$ NB/nhóm. Trong nghiên cứu đã thu thập được 181 người bệnh ở nhóm kiểm soát đường huyết đạt mục tiêu và 219 người bệnh ở nhóm kiểm soát đường huyết chưa đạt mục tiêu.

2.3.2. Phương pháp chọn mẫu

Cách chọn mẫu thuận tiện: lựa chọn NB có đủ các tiêu chuẩn chọn mẫu, đến khi đủ số lượng NB cho mỗi nhóm.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu: Số liệu được thu thập từ bệnh án nghiên cứu được thiết kế dựa trên khuyến cáo về tuân thủ điều trị đái tháo đường của WHO năm 2003 [5].

2.4. Xử lý thống kê: Dữ liệu được phân tích bởi một phần mềm thống kê /SPSS 20.0. Mức alpha cho ý nghĩa ở mức < 0.05 .

- Phép kiểm chi bình phương: so sánh hai hoặc nhiều tỷ lệ

- Phân tích hồi qui logistic: xem xét mối liên hệ giữa biến độc lập như tuân thủ dinh dưỡng, tuân thủ uống/tiêm thuốc ĐTĐ, tuân thủ tập luyện thể lực và tuân thủ test đường máu tại nhà và tái khám định kỳ với biến phụ thuộc là biến HbA1c

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng thông qua đề cương về khía cạnh khoa học và đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường ĐH Thăng long (Khoa KHSK).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Kiểm soát ĐH tốt		Kiểm soát ĐH không tốt		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Giới	Nam	75	18,8	96	24,0	171	42,8
	Nữ	106	26,5	123	30,8	229	57,2
Nhóm tuổi	< 40	4	1,0	9	2,2	13	3,2
	40 - ≤ 50	13	3,2	16	4,0	29	7,2
	50 - ≤ 60	24	6,0	41	10,2	65	16,2
	> 60	140	35,0	153	38,2	293	73,2
Tổng		181	45,2	219	54,8	400	100

Nhận xét: Trong 400 NB nghiên cứu có 171 NB là nam chiếm 42,8%; có 229 NB là nữ chiếm 57,2%. Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 65,9. Nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất 73,2%.

Bảng 3.2. Đặc điểm chỉ số khối cơ thể của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Kiểm soát ĐH tốt		Kiểm soát ĐH không tốt		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
BMI	Thiếu cân	3	0,8	4	1,0	7	1,8	< 0,05
	Bình thường	99	24,8	71	17,8	170	42,5	
	Thừa cân/ Béo phì	79	19,8	144	36,0	223	55,8	

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh thừa cân béo phì chiếm 55,8%; người bệnh BMI bình thường chiếm 42,5%. Tỷ lệ người bệnh thừa béo phì ở nhóm kiểm soát đường huyết không tốt chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm có BMI bình thường sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.3. Tình trạng bệnh ĐTĐ của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Kiểm soát ĐH tốt		Kiểm soát ĐH không tốt		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Biến chứng	Có	158	39,5	190	47,5	348	87,0
	Không	23	5,8	29	7,2	52	13,0
Các bệnh mạn tính kèm theo	Có	149	37,2	188	47,0	337	84,2
	Không	32	8,0	31	7,8	63	15,8
Thuốc điều trị ĐTĐ	Thuốc viên	109	27,2	75	18,8	184	46,0
	Insulin	27	6,8	49	12,2	76	19,0
	Thuốc viên + Insulin	45	11,2	95	23,8	140	35,0
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm	59	14,8	85	21,2	144	36,0
	≥ 5 năm	122	30,5	134	33,5	256	64,0

Nhận xét: Có 87% người bệnh có biến chứng, 84,2% người bệnh có các bệnh mạn tính kèm theo. Có 46% người bệnh điều trị bằng thuốc uống, 19% người bệnh phải tiêm insulin, 35% người bệnh dùng cả thuốc viên và tiêm insulin. Có 36% người bệnh có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm, 64% người bệnh có thời gian mắc bệnh trên 5 năm.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến kiểm soát đường huyết qua phân tích hồi qui logistics.

Bảng 3.5. Liên quan giữa một số đặc điểm của người bệnh đến kiểm soát đường huyết

Yếu tố	OR	Khoảng tin cậy 95%	Ý nghĩa thống kê
Tuổi (≤ 60/ > 60)	1,418	0,619 – 4,247	0,409
Trình độ học vấn (≤ PTTH/ > PTTH)	0,320	0,152 – 0,671	0,03
Thời gian mắc bệnh (< 5 năm/ ≥ 5 năm)	0,554	0,262 – 1,173	0,123
Biến chứng (< 2 biến chứng/ ≥ 2 biến chứng)	0,515	0,236 – 1,126	0,096
Kiến thức bệnh (Đạt/ không đạt)	79,791	35,77 – 177,984	< 0,001

Nhận xét: Chỉ có kiến thức về bệnh ĐTD của người bệnh là yếu tố độc lập dẫn tới kiểm soát đường huyết tốt với OR = 79 và khoảng tin cậy 95% là (35,77 – 177,984) với $p < 0,001$

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị đến kiểm soát đường huyết

Yếu tố	OR	Khoảng tin cậy 95%	Ý nghĩa thống kê
Tuân thủ chế độ thuốc	18,074	9,078 – 35,985	< 0,001
Tuân thủ chế độ theo dõi và tái khám định kỳ	11,278	5,313 – 23,939	< 0,001
Tuân thủ chế độ ăn uống	3,767	1,094 – 12,972	0,036
Tuân thủ chế độ sinh hoạt và luyện tập	1,724	0,335 – 8,859	0,514

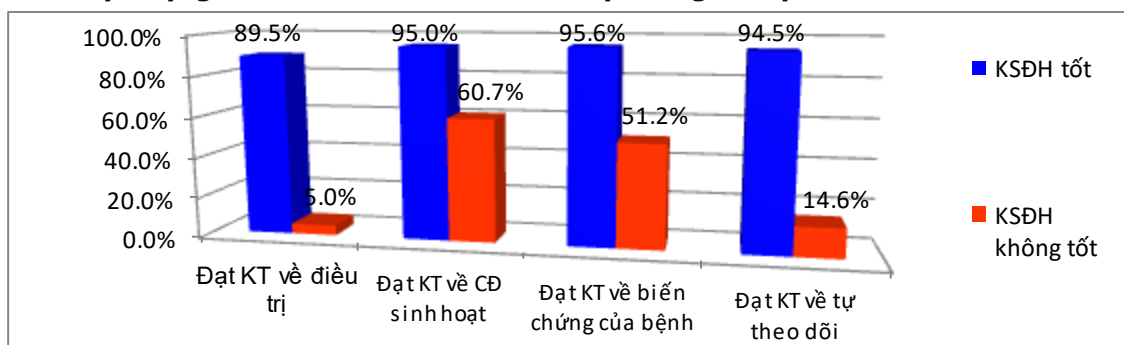
Nhận xét: Các yếu tố tuân thủ tốt chế độ thuốc, chế độ theo dõi và tái khám định kỳ, chế độ ăn uống là có các yếu tố dẫn tới kiểm soát đường huyết tốt với chỉ số OR lần lượt là: 18,074; 11,278; 3,767 với giá trị p lần lượt là < 0,001; < 0,001; 0,036.

Bảng 3.7. Liên quan giữa hoạt động tư vấn điều dưỡng với kiểm soát đường huyết

Yếu tố	OR	Khoảng tin cậy 95%	Ý nghĩa thống kê
Mức độ thường xuyên nhận được thông tin từ NVYT	6,486	2,604 – 16,157	< 0,001
Hài lòng về thông tin nhận được	7,354	2,907 – 18,604	< 0,001

Nhận xét: Các yếu tố mức độ thường xuyên nhận được thông tin từ nhân viên y tế và mức độ hài lòng về thông tin nhận được là các yếu tố dẫn tới kiểm soát đường huyết tốt với chỉ số OR lần lượt là 6,486; 7,354 với $p < 0,001$.

3.2. Thực trạng kiến thức và tuân thủ điều trị của người bệnh



Biểu đồ 3.1. Kiến thức của người bệnh về các chế độ điều trị

NB có kiến thức tốt về điều trị ở nhóm kiểm soát đường huyết tốt chiếm 89,5%, nhóm kiểm soát đường huyết không tốt chỉ chiếm 5,0%. Tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về chế độ sinh hoạt cho người bệnh đái tháo đường ở nhóm kiểm soát đường huyết tốt cao hơn nhóm kiểm soát đường huyết không tốt (95,0% và 60,7%). Tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về biến chứng của ĐTD ở nhóm kiểm soát ĐH tốt chiếm 95,6%, nhóm kiểm soát đường huyết không tốt là 51,2%. Tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về tự chăm sóc theo dõi tại nhà ở nhóm kiểm soát ĐH tốt chiếm 95,6%, nhóm kiểm soát đường huyết không tốt tỷ lệ là 14,6%.

IV. BÀN LUẬN

***Các yếu tố về đặc điểm của người bệnh liên quan tới kiểm soát đường huyết.** Trong các yếu tố Tuổi, trình độ học vấn, thời gian mắc bệnh, biến chứng, kiến thức bệnh, chỉ có kiến thức về bệnh ĐTD của người bệnh là yếu tố độc

lập liên quan với kiểm soát đường huyết với OR = 79 và khoảng tin cậy 95% là (35,77 – 177,984) với $p < 0,001$.

Qua đây cho thấy việc tư vấn, nâng cao hiểu biết của người bệnh về kiến thức bệnh là rất quan trọng để giúp người bệnh người bệnh kiểm soát tốt đường huyết của mình.

***Liên quan giữa tuân thủ điều trị đến kiểm soát đường huyết.** Trong các yếu tố tuân thủ chế độ thuốc, tuân thủ chế độ theo dõi và tái khám định kỳ, tuân thủ chế độ ăn uống, tuân thủ chế độ sinh hoạt và luyện tập, thì có các yếu tố tuân thủ tốt chế độ thuốc, chế độ theo dõi và tái khám định kỳ, chế độ ăn uống là có các yếu tố dẫn tới kiểm soát đường huyết tốt với chỉ số OR lần lượt là: 18,074; 11,278; 3,767 với giá trị p lần lượt là < 0,001; < 0,001; 0,036.

Việc tuân thủ tốt các chế độ điều trị là yếu tố rất quan trọng để giúp người bệnh kiểm soát tốt đường huyết của mình. Do đó, cần tuyên truyền để người bệnh nâng cao ý thức tuân thủ tốt các

chế độ điều trị.

***Liên quan giữa hoạt động tư vấn điều dưỡng với kiểm soát đường huyết.** Tất cả các yếu tố mức độ thường xuyên nhận được thông tin từ nhân viên y tế và mức độ hài lòng về thông tin nhận được là các yếu tố dẫn tới kiểm soát đường huyết tốt với chỉ số OR lần lượt là 6,486; 7,354 với $p < 0,001$.

Việc thường xuyên nhận được thông tin tư vấn từ nhân viên y tế và hài lòng với thông tin nhận được là rất quan trọng để giúp người bệnh nâng cao kiến thức, giúp NB kiểm soát tốt đường huyết của mình. Trong nghiên cứu của chúng tôi

Theo nghiên cứu của tác giả Đỗ Văn Doanh thì các yếu tố liên quan tới tuân thủ điều trị gồm có: Thời gian mắc bệnh, kiến thức về bệnh, số lượng bệnh mạn tính/biến chứng đi kèm, mức độ thường xuyên và mức độ hài lòng về thông tin nhận được từ NVYT [1].

V. KẾT LUẬN

Kiến thức về bệnh ĐTĐ của người bệnh liên quan trực tiếp tới kiểm soát đường huyết tốt với $OR = 79$; $p < 0,001$.

- Tỷ lệ người bệnh có kiến thức và thực hành tốt về chế độ sinh hoạt cho người bệnh và kiến thức tự theo dõi tại nhà ở nhóm kiểm soát đường huyết tốt cao hơn nhóm kiểm soát đường huyết không tốt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Có sự khác biệt về kiến thức điều trị giữa nhóm kiểm soát đường huyết tốt so với nhóm kiểm soát đường huyết không tốt (89,5% và 5,0%; $p < 0,01$).

- Có mối liên quan chặt chẽ giữa các yếu tố:

tuân thủ tốt chế độ thuốc, chế độ theo dõi và tái khám định kỳ, chế độ ăn uống với kiểm soát đường huyết.

- Người bệnh hài lòng với thông tin nhận được từ nhân viên y tế ở nhóm kiểm soát đường huyết tốt cao hơn so với nhóm kiểm soát đường huyết chưa tốt ($p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Văn Doanh, Nguyễn Hồng Hạnh và Đinh Thị Thu (2016)**, "Một số yếu tố ảnh hưởng tới tuân thủ điều trị của người bệnh đái tháo đường type 2 tại bệnh viện tỉnh Quảng Ninh năm 2016", Khoa học điều dưỡng **2(3)**, tr. 46 - 51.
2. **Hà Thị Huyền, Lê Văn Khánh, Tô Minh Tuấn và các cộng sự. (2016)**, Kiến thức, thái độ, hành vi và nhu cầu chăm sóc y tế của bệnh nhân đái tháo đường tít 2 đang điều trị tại phòng khám nội tổng hợp bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum tháng 7 năm 2016, Đề tài cơ sở cấp tỉnh, Kon Tum.
3. **Đặng Thanh Nhân, Trần Thế Hưng và Dương Thị Hồng (2016)**, "Kiến thức về bệnh đái tháo đường và nhu cầu chăm sóc của người bệnh đái tháo đường tít 2", Y học cộng đồng, **31**, tr. 69 -71.
4. **Đỗ Quang Tuyền (2012)**, Mô tả kiến thức, thực hành và các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 điều trị ngoại trú tại phòng khám, Bệnh viện lão khoa Trung ương, Luận văn Thạc sỹ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.
5. **WHO (2003)**, Adherence to long-term therapies: Evidence for action, Geneva, Switzerland, tr. 211.
6. **WHO/IDF (2003)**, "Evaluation in health promotion Principles and perspective", WHO Regional Publications, European Series, tr. No.92.
7. **WHO/IDF (2006)**, Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia, Printed by the WHO Document Production Services, chủ biên, Geneva, Switzerland.

LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG UNG THƯ TUYẾN GIÁP TÁI PHÁT

Nguyễn Xuân Hậu^{1,2}, Nguyễn Xuân Hiền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư tuyến giáp tái phát. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 50 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp tái phát điều trị tại khoa UB&CSGN bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2017 đến tháng 8/2021. **Kết quả:**

Tuổi trung bình là 42,8, tỉ lệ nữ/nam là 8/1. Trung vị thời gian tái phát là 38,2 tháng. Đa phần bệnh nhân không có triệu chứng gì. Tái phát nhiều nhất tại hạch vùng chiếm 61,1%. Siêu âm phát hiện được 90,7% trường hợp tái phát. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ tỉ lệ dương tính đạt 89,2%. Thyroglobulin tăng trong 80,6%, xạ hình toàn thân cho tỉ lệ dương tính 56,1%. PET/CT được thực hiện ở 33,3% bệnh nhân với tỉ lệ phát hiện bệnh 100%. **Kết luận:** Ung thư tuyến giáp tái phát chủ yếu tại chỗ, ít triệu chứng

Từ khóa: ung thư tuyến giáp tái phát, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICOPATHOLOGICAL FEATURES OF RECURRENT THYROID CANCER

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: nguyensexuanhau@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022

Ngày duyệt bài: 4.3.2022