

năm cao gấp 2,40 lần vắc xin trong nước, sinh phẩm nước ngoài gấp khoảng 6,00 lần sinh phẩm trong nước. Điều này cho thấy đối với nhóm vắc xin, sinh phẩm sự phát triển ở lĩnh vực sản xuất trong nước còn hạn chế. Số hoạt chất được đăng ký khá đa dạng, số lượng SDK thuốc sản xuất trong nước và thuốc nước ngoài được cấp trung bình mỗi năm khoảng 2.140 SDK trong nước và 701 SDK nước ngoài, tương ứng với 376 hoạt chất và 264 hoạt chất. Tỷ lệ số lượng SDK trên hoạt chất của các SDK được cấp phép tại Việt Nam trung bình là 4,5. Số liệu này cho thấy rằng SDK thuốc tại Việt Nam có sự trùng lặp hoạt chất tương đối cao. Như vậy trên một hoạt chất có nhiều chế phẩm giúp phần đa dạng hóa thị trường. Khi tính đa dạng đang sẵn có trên thị trường thì những tác động tiêu cực như sự độc quyền trong cung ứng thuốc và khiến giá thuốc được đẩy lên cao và gây khó khăn cho việc chi trả của người bệnh sẽ không tồn tại. Cơ quan quản lý cần thắt chặt hơn nữa để sự gia tăng tỷ lệ SDK trên hoạt chất đi kèm với sự gia tăng lợi ích cho việc điều trị trong thời kỳ hậu Covid-19. Về dạng bào chế thuốc viên nén là dạng bào chế được đăng ký nhiều nhất ở cả thuốc được sản xuất trong nước và thuốc nước ngoài, thuốc nang là dạng bào chế thông dụng thứ hai ở nước ta được, nhưng phần lớn đến từ thuốc sản xuất trong nước. Đối với dạng thuốc tiêm, tiêm truyền chủ yếu là các thuốc sản xuất bởi nước ngoài.

V. KẾT LUẬN

Số lượng SDK thuốc trên cả nước có xu hướng ổn định trong 5 năm 2015-2019 và có sự sụt giảm đáng kể ở giai đoạn 2019 -2021 do đại dịch COVID 19. SDK thuốc trong nước gấp 3 lần thuốc nước ngoài, trong đó Ấn Độ và Hàn Quốc đứng đầu về số lượng SDK trong các SDK nước ngoài. Số lượng hoạt chất được cấp SDK khá cao, nhóm thuốc hoá dược với đa số được sản xuất ở dưới dạng nhóm thuốc viên nén là nhóm phân loại chiếm phần lớn tỷ trọng SDK. Nghiên cứu cung cấp những thông tin khái quát về tình hình đăng ký thuốc tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2014)**, Thông tư 44/2014/TT_BYT ngày 25/11/2014. Ban hành quy định việc đăng ký thuốc.
- Bộ Y tế (2018)**, Thông tư 32/2018/TT_BYT ngày 12/11/2018. Ban hành quy định việc đăng ký lưu hành thuốc, nguyên liệu làm thuốc.
- Bộ Y tế (2019)**, thông tư 19/2018/TT-BYT ngày 30/08/2018. Ban hành danh mục thuốc thiết yếu tân dược lần VII.
- Nguyễn Thanh Bình (2014)**, Thực trạng ngành Dược Việt Nam, Bài giảng Dược xã hội học, Trường Đại học Dược Hà Nội.
- Nguyễn Thị Hương (2015)**, Phân tích cơ cấu thuốc nước ngoài đã được cấp SDK lưu hành tại Việt Nam trong giai đoạn 2012-2014, Khóa luận tốt nghiệp dược sĩ, Trường Đại học Dược Hà Nội.
- Quốc hội (2016)**, Luật Dược số 105/2016/QH13 của Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam ngày 14 tháng 6 năm 2016.
- Thủ tướng Chính Phủ (2014)**, "Phê duyệt Chiến lược quốc gia phát triển ngành Dược Việt Nam đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VI RÚT HERPES TẠI BỆNH VIỆN MẮT NGHỆ AN

Trần Tất Thăng¹, Văn Thị Lan Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân viêm loét giác mạc do vi rút Herpes. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, tiến cứu trên 96 mắt của 96 bệnh nhân được chẩn đoán Viêm loét giác mạc do herpes tại Bệnh viện Mắt Nghệ An từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 9 năm 2021. **Kết quả:** Hầu hết bệnh nhân đều có các biểu hiện cơ năng, thị lực trên 3/10 đến 7/10 chiếm

26,04%. Vị trí ổ loét trên giác mạc ở cạnh trung tâm là 56,25%, Về hình thái ổ loét hình cành cây chiếm 60,42%, hình bản đồ chiếm 21,87%, Độ sâu ổ loét từ 1/3 đến 2/3 chiều dày giác mạc chiếm 82,29%, đường kính ổ loét, từ 3-6mm chiếm 71,88%, trên 6mm chiếm 18,75%. Dấu hiệu cương tụ rìa có ở tất cả các bệnh nhân. Ranh giới ổ loét không rõ chiếm 81,25% và phủ giác mạc chiếm 64,58%. Rất ít bệnh nhân có tyndall tiền phòng 2,08%. **Từ khóa:** Loét giác mạc, vi rút Herpes, hình cành cây

¹Bệnh viện Mắt Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tất Thăng

Email: thangmatna@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2022

Ngày duyệt bài: 22.11.2022

SUMMARY

SOME CLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH CORNEAL ULCERS BY HERPES VIRUS AT NGHE AN EYE HOSPITAL

Objectives: To describe some common clinical characteristics in patients with corneal ulcers caused

by herpes. **Subjects and methods:** Prospective corelation study. 96 eyes of 96 patients were diagnosed with corneal ulcers caused by herpes at Nghe An Eye Hospital from March 2021 to September 2021. **Results:** Most of the patients had functional symptoms, uncorrected visual acuity over 3/10 to 7/10 accounted for 26.04%. The location of the corneal ulcers at the central edge is 56.25%, the morphologically, the dendritic ulcer accounts for 60.42%, the geographic ulcer accounts for 21.87%, The depth of corneal ulcers from 1/3 to 2/3 of the corneal thickness accounts for 82.29%, the diameter of corneal ulcers, from 3-6mm accounts for 71.88%, over 6mm accounts for 18.75%. pericorneal injection was present in all patients. The border in ulcers is not clear, accounting for 81.25%. Corneal edema accounts for 64.58%. Very few patients have tydall at anterior chamber (2,08%). **Keywords:** corneal ulcers, herpes virus, dendritic ulcer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam bệnh viêm loét giác mạc là nguyên nhân gây mù đứng hàng thứ ba sau mù do đục thể thủy tinh và glôcôm. Có nhiều nguyên nhân gây bệnh viêm loét giác mạc như vi khuẩn, vi rút, nấm, ký sinh trùng. Trong đó, vi rút nhóm Herpes đặc biệt Herpes Simplex là nguyên nhân khá phổ biến ở những bệnh nhân nhập viện. Khoảng 15% bệnh nhân có thời gian nhiễm vi rút tái phát từ 3-15 năm bị giảm thị lực đáng kể. Tỷ lệ tái phát được ước tính là 10-20% trong vòng 1 năm, 20-30% trong vòng 2 năm, 40% trong vòng 5 năm, và 60% ở 20 năm, thời gian giữa

các đợt tái phát có thể rất khác nhau (từ vài tuần đến nhiều năm). Chẩn đoán viêm loét giác mạc do vi rút Herpes cơ bản dựa vào hình thái viêm đặc trưng trên lâm sàng, nhuộm Fluorescein hay hồng Bengal cho nên chúng tôi tiến hành đề tài: *"Một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân viêm loét giác mạc do vi rút Herpes tại bệnh viện Mắt Nghệ An"* với mục tiêu mô tả một số đặc điểm lâm sàng thường gặp ở bệnh viêm loét giác mạc do vi rút Herpes.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 96 bệnh nhân với 96 mắt được chẩn đoán viêm loét giác mạc do vi rút Herpes nhập viện điều trị nội trú tại bệnh viện Mắt Nghệ An từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 9 năm 2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu mô tả, tiến cứu tất cả các trường hợp được chẩn đoán viêm loét giác mạc do vi rút Herpes nhập viện điều trị nội trú

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Đo thị lực bằng bảng Landolt
- Khám bằng kính sinh hiển vi: đo độ sâu, đường kính vết loét theo Schaefer, các tổn thương giác mạc theo tiêu chuẩn của Jones
- Nhuộm giác mạc bằng giấy tẩm Fluorescein.
- Hồ sơ bệnh án theo dõi bệnh nhân, mẫu bệnh án nghiên cứu, sổ sách ghi chép theo dõi bệnh nhân.

Bảng 1: Phân loại mức độ tổn thương giác mạc theo Schaefer

Mức độ	Đường kính ổ loét	Mức độ thâm lậu	Độ sâu ổ loét
Nhẹ	<3mm	Độ 1: còn nhìn rõ các chi tiết mống mắt, diện đồng tử	<1/3 bề dày giác mạc
Vừa	3-6mm	Độ 2: nhìn không rõ các chi tiết mống mắt, diện đồng tử	1/3-2/3 bề dày giác mạc. không có nguy cơ dọa thủng
Nặng	>6mm	Độ 3: không nhìn được các chi tiết mống mắt, diện đồng tử	>2/3 bề dày giác mạc. có nguy cơ dọa thủng

2.4. Xử lí số liệu: Bảng phần mềm thống kê SPSS18.0.

Vừa	60	62,50
Nặng	11	11,46
Tổng số	96	100

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mức độ lâm sàng khi vào viện

Bảng 2: phân loại theo mức độ lâm sàng

Mức độ	n	Tỷ lệ %
Nhẹ	25	26,04

Qua bảng cho thấy bệnh nhân mức độ nhẹ chiếm 26,04%, mức độ vừa chiếm 62,50%, mức độ nặng chiếm 11,46%.

3.2. Mức độ lâm sàng liên quan đến nhóm tuổi.

Bảng 3: Mức độ lâm sàng liên quan đến nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Nhẹ		Vừa		Nặng		Tỷ lệ %	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<7	4	4,17	0	0	0	0	4	4,17
7-20	7	7,29	3	3,12	1	1,04	11	11,45
21-40	5	5,21	16	16,67	4	4,17	25	26,05
41-60	6	6,25	34	35,42	2	2,08	42	43,75

>60	3	3,12	7	7,29	4	4,17	14	14,58
Tổng số	25	26,04	60	62,50	11	11,46	96	100

Ta thấy ở nhóm tuổi dưới 7, bệnh nhân mắc bệnh ở mức độ nhẹ là 4,17%, mức độ vừa và mức độ nặng không có bệnh nhân nào. Nhóm tuổi từ 7 đến 20 tuổi, mức độ nhẹ chiếm 7,29%, mức độ vừa chiếm tỷ lệ 3,12%, mức độ nặng chiếm 1,04%. Nhóm tuổi từ 21-40 tuổi, mức độ nhẹ chiếm 5,21%, mức độ vừa chiếm 16,67%, mức độ nặng chiếm 4,17%. Nhóm tuổi từ 41 đến 60 tuổi mức độ nhẹ chiếm 6,25%, mức độ vừa chiếm 35,42%, mức độ nặng chiếm 4,17%. Nhóm tuổi trên 60 mức độ nhẹ chiếm 3,12%, mức độ vừa chiếm 7,29%, mức độ nặng chiếm 4,17%.

3.3. Mức độ lâm sàng liên quan đến tiền sử mắc bệnh

Bảng 4: Tiền sử mắc bệnh

Tiền sử	Nhẹ		Vừa		Nặng		Tỷ lệ %		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Lần đầu	16	16,67	2	2,08	0	0	18	18,75	
Tái phát	Lần 1	9	9,37	50	52,09	4	4,17	63	65,63
	Lần 2	0	0	7	7,29	6	6,25	13	13,54
	Lần 3	0	0	1	1,04	1	1,04	2	2,08
Tổng số	25	26,04	60	62,50	11	11,46	96	100	

Với tiền sử mắc bệnh, những bệnh nhân mắc bệnh lần đầu có biểu hiện lâm sàng mức độ nhẹ chiếm 16,67%, mức độ vừa chiếm 2,08%, không có mức độ nặng. Những bệnh nhân tái phát từ lần 1 có biểu hiện lâm sàng mức độ nhẹ chiếm 9,37%, mức độ vừa chiếm 52,09%, mức độ nặng chiếm 4,17%. Những bệnh nhân tái phát lần 2 không có biểu hiện lâm sàng mức độ nhẹ, mức độ vừa chiếm 7,29%, mức độ nặng chiếm 6,25%. Những bệnh nhân tái phát lần 3 không có biểu hiện lâm sàng nhẹ, vừa chiếm 1,04%, mức độ nặng chiếm 1,04%.

3.4. Triệu chứng cơ năng

Bảng 5: Phân loại theo triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	n	Tỷ lệ %
Đau nhức	90	93,75
Chói sáng	96	100
Chảy nước mắt	89	92,71
Cộm xốn	96	100
Thị lực giảm	96	100

Bảng trên cho thấy hầu hết bệnh nhân đều có các biểu hiện cơ năng như đau nhức (93,75%), chói sáng (100%), chảy nước mắt (92,71%), cộm xốn (100%), thị lực giảm là triệu chứng mà 100% bệnh nhân đều có.

3.5. Tình trạng thị lực lúc vào viện

Bảng 6: Phân loại theo thị lực

Thị lực	n	Tỷ lệ %
>7/10	16	16,67
7/10->3/10	25	26,04
3/10->1/10	31	32,29
1/10-≥ĐNT 3m	16	16,67
<ĐNT 3m-ST(+)	8	8,33
Tổng số	96	100

Chúng tôi nhận thấy thị lực trên 7/10 chiếm 16,67%, thị lực từ trên 3/10 đến 7/10 chiếm 26,04%, thị lực từ 3/10 đến trên 1/10 chiếm

32,29%, thị lực từ 1/10 đến ĐNT 3m chiếm 16,67%, thị lực dưới ĐNT 3m đến ST(+) chiếm 8,33%.

3.6. Triệu chứng thực thể

3.6.1 Vị trí ổ loét trên giác mạc

Bảng 7: Phân loại theo vị trí ổ loét

Vị trí ổ loét	n	Tỷ lệ %
Rìa	17	17,71
Cạnh trung tâm	54	56,25
Trung tâm	19	19,79
Toàn bộ giác mạc	6	6,25
Tổng số	96	100

Qua bảng cho thấy vị trí ổ loét trên giác mạc ở rìa là 17,71%, cạnh trung tâm là 56,25%, trung tâm là 19,79%, chiếm toàn bộ giác mạc 6,25%.

3.6.2. Hình thái ổ loét

Bảng 8: Phân loại theo hình thái ổ loét

Hình thái ổ loét	n	Tỷ lệ %
Chấm	7	7,29
Cành cây	58	60,42
Bản đồ	21	21,87
Hình đĩa nhu mô	10	10,42
Tổng số	96	100

Về hình thái ổ loét, dạng chấm có 7 bệnh nhân chiếm 7,29%, hình cành cây chiếm 60,42%, hình bản đồ chiếm 21,87%, hình đĩa nhu mô chiếm 10,42%.

3.6.3. Độ sâu ổ loét

Bảng 9: Độ sâu ổ loét

Độ sâu ổ loét	n	Tỷ lệ %
<1/3	7	7,29
1/3-2/3	79	82,29
>2/3	10	10,42
Tổng số	96	100

Qua bảng cho thấy độ sâu ổ loét dưới 1/3 chiều dày giác mạc chiếm 7,29%, từ 1/3 đến 2/3

chiều dày giác mạc chiếm 82,29%, trên 2/3 chiều dày giác mạc chiếm 10,42%.

3.6.4. Đường kính ổ loét

Bảng 10: Đường kính ổ loét

Đường kính ổ loét	n	Tỷ lệ %
<3mm	9	9,37
3-6mm	69	71,88
>6mm	18	18,75
Tổng số	96	100

Về đường kính ổ loét, dưới 3mm chiếm 9,37%, từ 3-6mm chiếm 71,88%, trên 6mm chiếm 18,75%.

3.6.5. Các đặc điểm lâm sàng khác của viêm loét giác mạc do vi rút

Bảng 11: Các đặc điểm lâm sàng của viêm loét giác mạc

Dấu hiệu	n	Tỷ lệ %
Cương tụ rìa	96	100
Bong biểu mô	47	48,96
Phù giác mạc	62	64,58
Ranh giới rõ	78	81,25
Ranh giới không rõ	18	18,75
Nhấn màng descemet	11	11,46
Tủa sau giác mạc	8	8,33
Tyndall tiền phòng	2	2,08

Dấu hiệu cương tụ rìa có ở tất cả các bệnh nhân. Ranh giới ở loét không rõ chiếm 81,25% và phù giác mạc chiếm 64,58%. Rất ít bệnh nhân có tyndall tiền phòng 2,08%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mức độ lâm sàng của bệnh. Mức độ lâm sàng vừa chiếm tỉ lệ cao nhất (62,5 %) khi vào viện và chủ yếu là tái phát lần 1 và độ tuổi bị là từ 21- 60 chiếm tỷ lệ cao nhất, điều này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Văn Thị Lan Phương [3], Đặng Huy Toàn, Nguyễn Duy Thịnh [5] ở các nghiên cứu này cũng cho các số liệu tương tự, điều này cho thấy các bệnh nhân chủ yếu trong độ tuổi lao động hay bị chấn thương nông nghiệp và khi có dấu hiệu ở mức độ vừa mới đi khám.

4.2. Triệu chứng cơ năng. Tất cả bệnh nhân vào viện đều có các triệu chứng lâm sàng như đau nhức (93,75%), chói sáng (100%), chảy nước mắt (92,71%), cộm xốn (100%), thị lực giảm. Điều này phù hợp với các y văn trong và ngoài nước và nghiên cứu của các tác giả Đinh Thị Khánh, Hoàng Minh Châu [2] về đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân loét giác mạc do herpes.

4.3. Tình trạng thị lực lúc vào viện. Chúng tôi nhận thấy phần lớn bệnh nhân đến khám có thị lực dưới 3/10 đến 1/10, điều này là do bệnh nhân khi có các dấu hiệu vừa, mới được

chuyển đến bệnh viện tuyến tỉnh, thị lực bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu của các tác giả Đặng Huy Toàn, Nguyễn Duy Thịnh, Phạm Ngọc Đông [1] [5], nghiên cứu của các tác giả trên tiến hành ở các Bệnh viện tuyến Trung ương nên khi bệnh nhân đến đều đã ở mức trầm trọng thị lực đều dưới ĐNT.

4.4. Triệu chứng thực thể. Vị trí ổ loét trên giác mạc ở cạnh trung tâm chiếm tỉ lệ cao nhất là 56,25% điều này giống với nghiên cứu của tác giả Kirk R. Wilhelmus, Bradley M. Mitchell [8], tuy nhiên khác với nghiên cứu của tác giả Phạm Ngọc Đông [1] vì nghiên cứu của tác giả chủ yếu là loét toàn bộ.

Về hình thái ổ loét hình cành cây chiếm 60,42%, hình bản đồ chiếm 21,87% tương đồng với kết quả nghiên cứu của Văn Thị Lan Phương [3] và Lê Anh Tâm [4].

Độ sâu ổ loét chủ yếu từ 1/3 đến 2/3 chiều dày giác mạc chiếm 82,29% giống nghiên cứu của tác giả Gallar J, Tervo TM, Neira W, Holopainen JM (2010) [8], tuy nhiên kết quả này khác với nghiên cứu của các tác giả Lê Anh Tâm, Phạm Ngọc Đông [1], [4] thì phần lớn bệnh nhân có độ sâu ổ loét trên 2/3 chiều dày và dọa thủng

Về đường kính ổ loét từ 3-6mm chiếm 71,88%, ranh giới ở loét không rõ chiếm 81,25% và phù giác mạc chiếm 64,58%, điều này tương đồng với các nghiên cứu của Đinh Thị Khánh, Đặng Huy Toàn, Pepose JS, Keadle TL [2], [5].

V. KẾT LUẬN

Hầu hết bệnh nhân đều có các biểu hiện cơ năng như đau nhức (93,75%), chói sáng (100%), chảy nước mắt (92,71%), cộm xốn (100%), thị lực giảm là triệu chứng mà 100% bệnh nhân đều có, thị lực từ trên 3/10 đến 7/10 chiếm 26,04%.

Vị trí ổ loét trên giác mạc ở rìa là 17,71%, cạnh trung tâm là 56,25%, trung tâm là 19,79%, chiếm toàn bộ giác mạc 6,25%. Về hình thái ổ loét hình cành cây chiếm 60,42%, hình bản đồ chiếm 21,87%, hình đĩa nhu mô chiếm 10,42%.

Độ sâu ổ loét từ 1/3 đến 2/3 chiều dày giác mạc chiếm 82,29%, đường kính ổ loét, từ 3-6mm chiếm 71,88%, trên 6mm chiếm 18,75%. Dấu hiệu cương tụ rìa có ở tất cả các bệnh nhân. Ranh giới ở loét không rõ chiếm 81,25% và phù giác mạc chiếm 64,58%. Rất ít bệnh nhân có tyndall tiền phòng 2,08%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Ngọc Đông (2007), "Viêm loét giác mạc nhiễm trùng và các phương pháp điều trị", Chuyên đề tiến sĩ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội

2. **Đinh Thị Khánh, Hoàng Minh Châu** (2002), "Viêm loét giác mạc do vi rút tại Khoa mắt hột - giác mạc trong hai năm 2005 - 2006", Kỷ yếu hội thảo khoa học kỹ thuật ngành Mắt, tr.4.
3. **Vân Thị Lan Phương** (2011), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị viêm loét giác mạc do vi rút Herpes tại khoa Mắt Bệnh Viện Trung Ương Huế, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại Học Y Dược Huế.
4. **Lê Anh Tâm** (2008), Nghiên cứu tình hình viêm loét giác mạc tại Bệnh Viện Mắt Trung Ương trong 10 năm (1998-2007), Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
5. **Đặng Huy Toàn, Nguyễn Duy Thịnh** (2001), Góp phần nghiên cứu viêm loét giác mạc do Herpes Simplex tại Bệnh Viện Trung Ương Huế, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ y khoa, Trường Đại Học Y Khoa Huế.
6. **Ashok G, Emanuel R.** (2009), Corneal disorders, Anterior Segment Diseases, Boris Malyugin, 5, pp.110-114.
7. **Gallar J, Tervo TM, Neira W, Holopainen JM** (2010), "Selective changes in human corneal sensation associated with herpes simplex virus keratitis", Invest Ophthalmol Vis Sci., 51, (9), pp.4516-22.
8. **Kirk R.Wilhelmus, Bradley M.Mitchell** (2009), "Slitlamp biomicroscopy and photographic image analysis of Herpes Simplex Virus stromal keratitis", Arch Ophthalmol, 127, (2), p.161-166
9. **Lieseana TJ** (1992). "The biology of herpes simplex and varicella zoster virus infections", Ophthalmology, 99, pp.781-99.

ĐẶC ĐIỂM VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA CÁC BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT KÉM TẠI KHOA NỘI TIẾT - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thị Lan Hương¹, Nguyễn Quang Bầy¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Đái tháo đường là bệnh lý mạn tính có nhiều biến chứng nguy hiểm. Kiểm soát đường huyết kém làm xuất hiện sớm cũng như làm nặng thêm các biến chứng, đặc biệt là các biến chứng vi mạch. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan của các bệnh nhân đái tháo đường typ 2 kiểm soát đường huyết kém (HbA1C \geq 8%) tại Khoa Nội tiết – Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 122 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị Đái tháo đường type 2 ít nhất 3 tháng và lần này vào điều trị tại khoa Nội tiết Bệnh viện Bạch Mai, có xét nghiệm HbA1C \geq 8,0% từ tháng 11/2021 đến tháng 7/2022. **Kết quả:** Trên tổng số 122 bệnh nhân có HbA1C \geq 8%, tỷ lệ tuổi > 65 tuổi chiếm 54.1%. Trong đó, có thừa cân, béo phì chiếm 50.4%. Tỷ lệ đồng mắc cả 2 bệnh tăng huyết áp và rối loạn lipid máu chiếm 79.6% trong nhóm HbA1C 8-10, cao hơn so với 60.3% ở nhóm HbA1C >10, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, ($p= 0.038$). Tỷ lệ hạ đường huyết cao (60%), trong đó có 15% trường hợp hạ đường huyết nặng phải điều trị cấp cứu. Các yếu tố: chỉ số khối cơ thể cao (OR: 0.080, KTC 95%: 0.013- 0.484, $p= 0.006$) và tuân thủ điều trị kém (OR: 0.193, KTC 95%: 0.041- 0.901, $p= 0.036$), có liên quan với biến chứng vi mạch có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Đa số bệnh nhân đái tháo đường typ 2 kiểm soát kém là những người có nhiều bệnh lý đi kèm, tỷ lệ biến chứng cao

và nguyên nhân sơ bộ có thể là do thừa cân béo phì và tuân thủ điều trị kém.

Từ khóa: Đái tháo đường typ 2, kiểm soát đường huyết kém, biến chứng

SUMMARY

THE FEATURES AND RELATED FACTORS OF TYPE 2 DIABETES PATIENTS WITH POOR GLYCEMIC CONTROL AT ENDOCRINOLOGY DEPARTMENT – BACH MAI HOSPITAL

Background: Diabetes is a chronic disease with many dangerous complications. Poor glycemic control leads to early onset as well as worsening of complications, especially microvascular complications. **Objective:** To describe the features of clinical, paraclinical, and related factors of type 2 diabetes patients with poor glycemic control (HbA1C \geq 8%) at the Endocrinology Department - Bach Mai Hospital. **Patient and method:** A cross-sectional descriptive study on 122 patients diagnosed and treated for Type 2 Diabetes at the Department of Endocrinology - Diabetes, Bach Mai Hospital from November 2021 to July 2022. **Result:** The rate of age > 65 years accounted for 54.1%. In which, overweight and obese accounted for 50.4%. The co-morbidity of both hypertension and dyslipidemia accounted for 79.6% in the HbA1C group 8-10, higher than 60.3% in the HbA1C group >10, the difference was statistically significant, ($p= 0.038$). The rate of hypoglycemia is high (60%), of which 15% of severe hypoglycemia require emergency treatment. Factors: high body mass index (OR: 0.080, 95% CI: 0.013- 0.484, $p= 0.006$) and poor adherence (OR: 0.193, 95% CI: 0.041- 0.901, $p= 0.036$), is associated with microvascular complications with statistical significance. **Conclusion:** Most patients with poorly controlled type 2 diabetes are those with multiple

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Bầy

Email: quangbay70@yahoo.com

Ngày nhận bài: 23.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2022

Ngày duyệt bài: 24.11.2022