

bào bất thường khác như: Blast ở máu ngoại vi chiếm 18,6 %. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Vũ Đức Bình (14% bệnh nhân có blast máu ngoại vi) và của tác giả Zefeng Xu năm 2012 (12% bệnh nhân có blast máu ngoại vi) [8,10]. Blast máu ngoại vi là một trong những yếu tố có giá trị tiên lượng bệnh.

V. KẾT LUẬN

Hội chứng u gặp hầu hết trên lâm sàng trong đó có 79,1% bệnh nhân có lách to và 20,9 % bệnh nhân không có lách to; 53,4% bệnh nhân có gan to; 9,3% bệnh nhân có hạch to

Về đặc điểm máu ngoại vi: 95,4 % bệnh nhân có thiếu máu ở các mức độ khác nhau, có kèm theo rối loạn hình thái hồng cầu trong đó hay gặp nhất hồng cầu hình giọt nước chiếm 69,8%. Số lượng tiểu cầu giảm dưới 150 G/L hay gặp và chiếm 53,5%. Số lượng bạch cầu tăng trên 10 G/L chiếm 44,2% kèm theo tăng giai đoạn trung gian dòng bạch cầu hạt chiếm 51,2%. Gặp tỷ lệ lớn hồng cầu non ra máu ngoại vi (93%), blast máu ngoại vi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dameshek W. Some speculations on the myeloproliferative syndromes, blood, 1951; 6, 372.
2. Kralovics R, Passamonti F, Buser AS, et al. A gain-of-function mutation of JAK2 in myeloproliferative disorders. N Engl J Med.

- 2005;352(17):1779-1790.
3. Levine RL, Wadleigh M, Coombs J, et al. Activating mutation in the tyrosine kinase JAK2 in polycythemia vera, essential thrombocythemia, and myeloid metaplasia with myelofibrosis. Cancer Cell. 2005;7(4):387-397.
4. Baxter E.J, Scott L.M, Campbell P.J et al. Acquired mutation of the tyrosine kinase JAK2 in human myeloproliferative disorders. Lancet, 2005; 365(9464), 1054-1061.
5. Phan Thị Xinh, Hoàng Anh Vũ, Nguyễn Tấn Bình. Ứng dụng kỹ thuật AS-PCR xác định đột biến gen JAKV617F trong nhũn rối loạn tăng sinh tủy. Tạp chí Y học Việt Nam, 2010; tr351-356.
6. Arber DA, Orazi A, Hasserjian R, et al. The 2016 revision to the World Health Organization classification of myeloid neoplasms and acute leukemia. Blood, 2016;127(20):2391-2405.
7. Mudireddy, et al. Prefibrotic versus overtly fibrotic primary myelofibrosis: Clinical, cytogenetic, molecular and prognostic comparisons. British Journal of Haematology, 2017;182, 594
8. Vũ Đức Bình. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm bệnh xơ tủy nguyên phát tại Viện Huyết học - Truyền máu TW giai đoạn 2015-2017, Tổng hội Y Học Việt Nam; BV1; Tập 466; Số đặc biệt; Tháng 5/2018 – 932-939
9. Guglielmelli, et al. Pre- sentation and outcome of patients with 2016 WHO diagnosis of prefibrotic and overt primary myelofibrosis. Blood, 2017;129, 3227–3236.
10. Zefeng Xu, Robert Peter Gale, Yue Zhana, Tieun Aain, Huishu Chen, Peihong Zhana. Unique features of primary myelofibrosis in Chinese, Blood; 2012;119(11): 2469-2473.

PHÂN TÍCH GÁNH NẶNG BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI VIỆT NAM: NGHIÊN CỨU ĐA TRUNG TÂM TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN TUYẾN QUẬN THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Hoàng Thy Nhạc Vũ^{1,2}, Nguyễn Đỗ Hồng Nhung¹, Trần Thị Ngọc Vân¹, Nguyễn Phi Hồng Ngân², Nguyễn Thị Thùy Trang³, Trần Văn Khanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích gánh nặng của bệnh Đái tháo đường típ 2 (ĐTĐ2) theo đặc điểm lâm sàng của người bệnh tại một số bệnh viện tuyến quận thuộc Thành phố Hồ Chí Minh. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được thực hiện thông qua hồi cứu toàn bộ dữ liệu của người bệnh ĐTĐ2 điều trị tại bệnh viện Lê Văn Thịnh và bệnh viện Quận 8, TP.HCM trong

năm 2021. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh ĐTĐ2 được phân tích theo các bệnh kèm và biến chứng của người bệnh, thông qua các chỉ số bệnh kèm theo Charlson (Charlson comorbidity index - CCI), chỉ số mức độ nghiêm trọng của biến chứng ĐTĐ (Diabetes Complication Severity Index Score - DCSI) và tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu. Gánh nặng kinh tế được tính dựa trên tổng chi phí trực tiếp y tế của dân số nghiên cứu trong một năm. Các phân tích thống kê được thực hiện bằng Phần mềm R V.4.2.2 và minh họa bằng Power BI. **Kết quả:** Mẫu nghiên cứu gồm 9.792 người bệnh ĐTĐ2 có BHYT, trong đó, 93,4% người bệnh có ít nhất một bệnh kèm; 54,0% người bệnh có ít nhất một biến chứng. Số người nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm 30,4% trường hợp người bệnh ĐTĐ2 có bệnh nhiễm khuẩn. Chi phí trực tiếp y tế trung bình trong mẫu nghiên cứu là 2.338.662 (± 2.434.657) đồng/năm. Có sự tương quan dương hoàn toàn giữa điểm

¹Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Lê Văn Thịnh

³Bệnh viện Quận 8 Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thy Nhạc Vũ

Email: hoangthyhacvu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 24.8.2023

CCI / điểm DCSI và tỷ lệ người bệnh nhiễm khuẩn tiết niệu (Hệ số tương quan Spearman > 0). Điểm CCI và điểm DCSI trung bình của mẫu nghiên cứu lần lượt là 3,6 ($\pm 1,6$) và 0,8 ($\pm 1,0$). **Kết luận:** ĐTĐ2 tạo ra một gánh nặng lớn trên phương diện sức khỏe lẫn kinh tế cho toàn xã hội. Các kết quả trong nghiên cứu góp phần vào việc ra quyết định phân bổ ngân sách hợp lý như hoàn thiện các phác đồ điều trị cho người bệnh ĐTĐ2. **Từ khóa:** gánh nặng bệnh tật, đái tháo đường típ 2, chỉ số CCI, chỉ số DCSI, Thành phố Hồ Chí Minh, bệnh viện Quận, BHYT.

SUMMARY

ANALYSIS OF THE BURDEN OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN VIETNAM: A MULTI-CENTER STUDY IN SELECTED DISTRICT-LEVEL HOSPITALS IN HO CHI MINH CITY

Objective: This study aimed to evaluate the burden of type 2 diabetes mellitus (T2DM) in district-level hospitals in Vietnam, based on the clinical characteristics of the patients. **Methods:** A descriptive retrospective cross-sectional study was performed using the medical records of T2DM patients from Le Van Thinh Hospital and District 8 Hospital in Ho Chi Minh City, Vietnam, in 2021. Clinical outcomes were evaluated using the Charlson Comorbidity Index (CCI), Diabetes Complication Severity Index Score (DCSI), and the prevalence of urinary tract infections (UTIs) among T2DM patients. The economical burden of disease was represented by the annual total direct medical cost. Data analyses were conducted using R Statistical Software V.4.2.2 and Power BI Software. **Results:** The sample comprised 9.792 patients; 93,4% of these had at least one comorbidity. UTIs accounted for 30,4% of all infectious conditions among T2DM patients, and complex conditions were present in 54,0% of the cases. The mean annual direct medical cost per patient was 2.338.662 ($\pm 2.434.657$) VND. There were significant positive Spearman correlation coefficients for the CCI score, DCSI score, and the frequency of UTIs in T2DM patients. The mean (SD) CCI and DCSI scores for the population were 3,6 ($\pm 1,6$) and 0,8 ($\pm 1,0$), respectively. **Conclusion:** T2DM causes a significant burden in terms of health and economy for the whole society. These findings can contribute to reasonable budget allocation and the development of more effective treatment protocols.

Keywords: Burden of Disease, Type 2 Diabetes Mellitus, CCI Score, DCSI Score, Urinary Tract Infections, Ho Chi Minh City, District Level Hospitals, Health Insurance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường típ 2 (ĐTĐ2) cùng với các bệnh kèm và biến chứng đã gây ảnh hưởng đáng kể đến tình trạng sức khỏe và gánh nặng kinh tế cho người bệnh nói riêng và cho xã hội nói chung. Tại Việt Nam, tổng chi phí trực tiếp y tế là 435 triệu USD, và khoảng 70% chi phí được sử dụng trong việc điều trị biến chứng của ĐTĐ2⁽¹⁾.

Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới

(World Health Organization – WHO) và Viện Nghiên cứu Đo lường Sức khỏe Hoa Kỳ (Institute for Health Metrics and Evaluation), vào năm 2019, ĐTĐ2 là nguyên nhân gây ra một triệu ca tử vong trên toàn thế giới, với 48% số ca tử vong do ĐTĐ2 là người dưới 70 tuổi. ĐTĐ2 cũng được xem là yếu tố nguy cơ đối với bệnh tim mạch, các vấn đề về thị lực, bệnh lý thận, và bệnh truyền nhiễm. Trong năm 2019, 460.000 ca tử vong do ĐTĐ2 trên thế giới có bệnh thận kèm theo; 20% tổng số ca tử vong có bệnh kèm liên quan đến tim mạch⁽²⁾.

Tại Việt Nam, các bệnh viện tuyến quận huyện là nơi có thể khám và điều trị các bệnh mãn tính cho người dân trong khu vực, trong đó có bệnh ĐTĐ2, giúp tiết kiệm chi phí di chuyển, và phát huy tối đa nguồn nhân lực y tế và hiệu quả của y tế tuyến cơ sở. Một số nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện tuyến quận đã cung cấp thông tin về nhu cầu cũng như chi phí trực tiếp y tế trong điều trị ĐTĐ2 cho người bệnh có BHYT trong khu vực⁽³⁻⁵⁾. Để có thể hiểu rõ hơn về sự liên quan giữa tình trạng lâm sàng của người bệnh và chi phí điều trị, nghiên cứu này được thực hiện nhằm phân tích gánh nặng của bệnh Đái tháo đường típ 2 tại một số bệnh viện tuyến quận thuộc thành phố Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được tiến hành dựa trên cơ sở dữ liệu của toàn bộ người bệnh có BHYT, điều trị ĐTĐ2 (ICD-10=E11), và được chỉ định thuốc hạ đường huyết ít nhất 2 lượt điều trị trong năm 2021 tại bệnh viện Lê Văn Thịnh hoặc bệnh viện Quận 8, thành phố Hồ Chí Minh.

Gánh nặng kinh tế được tính dựa trên chi phí trực tiếp y tế trong một năm của mẫu nghiên cứu, bao gồm chi phí xét nghiệm, chi phí thuốc, chi phí chẩn đoán hình ảnh, chi phí vật tư y tế, chi phí phẫu thuật – thủ thuật, chi phí giường nằm. Mẫu nghiên cứu được chia thành nhóm chiếm tỷ trọng chi phí cao (20% người bệnh có chi phí điều trị cao nhất) và nhóm chiếm tỷ trọng chi phí thấp (80% còn lại).

Đặc điểm lâm sàng được phân tích theo các bệnh kèm và biến chứng của người bệnh, thông qua các chỉ số bệnh kèm theo Charlson (Charlson comorbidity index – CCI), chỉ số mức độ nghiêm trọng của biến chứng ĐTĐ (Diabetes Complication Severity Index Score – DCSI), và tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN). Tên bệnh kèm và biến chứng từ dữ liệu thu thập được xác định bằng cách sử dụng mã ICD-10. Điểm DCSI được phân loại thành 3 mức độ tùy thuộc vào sự hiện

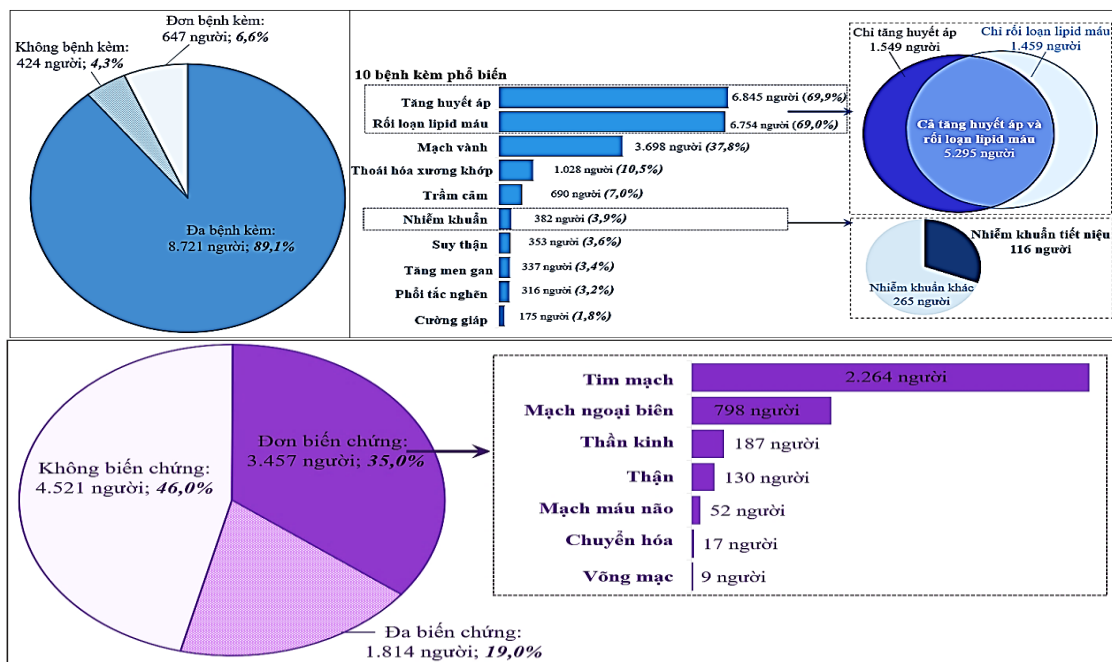
diện và mức độ nghiêm trọng của biến chứng (0: không có bất thường, 1: mức độ nhẹ, 2: mức độ nghiêm trọng). Điểm CCI là giá trị tổng được tính dựa trên sự hiện diện của bệnh kèm theo (có một trong các bệnh mạch máu não, bệnh phổi mãn tính, suy tim sung huyết, sa sút trí tuệ, bệnh ĐTD không biến chứng, bệnh gan nhẹ, nhồi máu cơ tim, bệnh loét dạ dày, bệnh mạch máu ngoại vi và bệnh thấp khớp: 1 điểm; có ĐTD có biến chứng mạn tính, liệt nửa người, ung thư máu, suy thận: 2 điểm; bệnh gan vừa hoặc nặng: 3 điểm; AIDS và khối u di căn: 6 điểm).

Dữ liệu được tổng hợp vào Excel, phân tích thống kê bằng phần mềm R V.4.2.2, và hình ảnh

được minh họa bằng Power BI.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

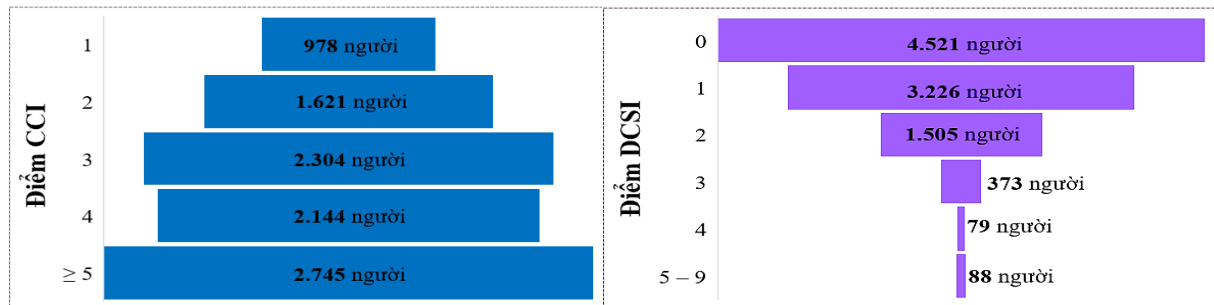
3.1. Tình trạng bệnh kèm và biến chứng của người bệnh trong mẫu nghiên cứu. Mẫu nghiên cứu bao gồm 9.792 người bệnh đạt tiêu chí, với 93,4% số người có ít nhất một bệnh kèm; 55,1% mắc đồng thời cả tăng huyết áp và rối loạn lipid máu; 3,9% người bệnh có nhiễm khuẩn, trong đó, NKTN chiếm 30,4%. Mẫu nghiên cứu có 54,0% người bệnh có ít nhất một biến chứng (với 65,5% là biến chứng tim mạch); 19,0% người bệnh có đa biến chứng. (Hình 1)

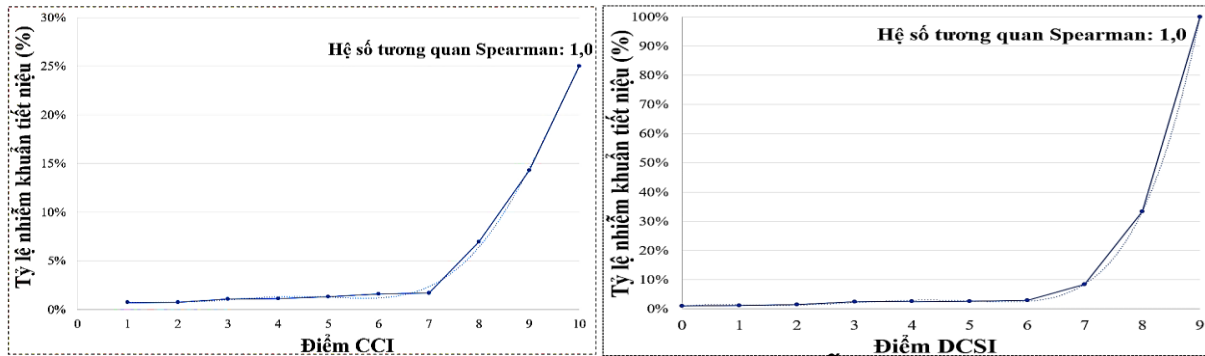


Hình 1. Tình trạng bệnh kèm và biến chứng của ĐTD2 trong mẫu nghiên cứu (N=9.792 người bệnh)

3.2. Mô tả các chỉ số lâm sàng trong mẫu nghiên cứu. Mẫu nghiên cứu có điểm CCI tối thiểu là 1; 28,0% người bệnh có điểm CCI ≥ 5 ; điểm DCSI thấp nhất là 0; và 20,9% có điểm DCSI ≥ 2 . Kết quả phân tích tương quan giữa

điểm CCI/ DCSI và tỷ lệ NKTN ghi nhận có mối tương quan thuận hoàn toàn giữa điểm CCI/ DCSI và tỷ lệ NKTN (Hệ số Spearman = 1; $p < 0,05$). (Hình 2)





Hình 2. Tương quan giữa giá trị CCI, giá trị DCSI với tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu của người bệnh trong mẫu nghiên cứu (N=9.792 người bệnh)

3.3. Gánh nặng kinh tế của bệnh Đái tháo đường típ 2 trong mẫu nghiên cứu

Tổng chi phí điều trị ĐTĐ2 của mẫu nghiên cứu là 22,9 tỷ đồng, chiếm 8,0% tổng ngân sách y tế của bệnh viện trong năm 2021. Chi phí trực tiếp y tế trung bình trong mẫu nghiên cứu là 2.338.662 (± 2.434.657) đồng/ năm. Chi phí trực

tiếp y tế ở nhóm người bệnh có điểm CCI ≥ 5 cao hơn 1,7 lần so với nhóm có điểm CCI < 5; chi phí ở nhóm người bệnh có điểm DCSI ≥ 2 cao hơn 1,9 lần so với nhóm có điểm DCSI < 2. Người bệnh NKTN phải chi trả nhiều hơn người không mắc NKTN một chi phí trung bình là 615.000 đồng. (Bảng 1)

Bảng 1. Chi phí trực tiếp y tế trung bình trong một năm theo đặc điểm lâm sàng của người bệnh trong mẫu nghiên cứu (đồng)

*Phép kiểm Kruskal-Wallis

| Chỉ phí trung bình/người bệnh/năm (trung bình±độ lệch chuẩn) | BHYT chi trả | Người bệnh chi trả | Tổng chi phí trung bình | Giá trị p* |
|--|-------------------------|----------------------|-------------------------|------------|
| Tiêu chí so sánh | | | | |
| Mẫu nghiên cứu | 1.925.070 (± 2.247.706) | 413.592 (±589.336) | 2.338.662 (±2.434.657) | - |
| Nhiễm khuẩn tiết niệu | | | | |
| Có | 2.491.900 (± 3.009.002) | 453.416 (±1.089.744) | 2.945.316 (±3.381.478) | 0,03 |
| Không | 1.918.274 (± 2.236.344) | 413.114 (± 580.815) | 2.331.388 (±2.420.382) | |
| Điểm CCI | | | | |
| ≥ 5 điểm | 2.835.208 (± 2.883.876) | 452.604 (±795.697) | 3.287.812 (±3.172.267) | 0,01 |
| < 5 điểm | 1.570.545 (± 1.825.685) | 398.397 (±485.008) | 1.968.942 (±1.957.063) | |
| Điểm DCSI | | | | |
| ≥ 2 điểm | 3.126.647 (± 2.999.903) | 556.648 (877.503) | 3.683.294 (±3.316.090) | 0,01 |
| < 2 điểm | 1.607.885 (± 1.878.684) | 375.830 (±478.532) | 1.983.715 (±1.996.850) | |

Trong mẫu nghiên cứu, khi xem xét tỷ lệ chi phí cộng dồn, có 20% người bệnh có chi phí điều trị ĐTĐ một năm cao nhất chiếm 52,0% tổng chi phí của mẫu nghiên cứu. Nhóm này được xếp vào nhóm có tỷ trọng chi phí cao, điểm CCI trung bình là 4,3 ± 1,5, điểm DCSI trung bình là 1,5 ± 1,2, và giá trị chi phí của mỗi người trong nhóm đều hơn 5 triệu đồng/ người. (Bảng 2)

Bảng 2. So sánh điểm CCI và DCSI giữa nhóm chiếm tỷ trọng chi phí cao và tỷ trọng chi phí thấp trong mẫu nghiên cứu (N=9.792 người bệnh)

| | Nhóm có tỷ trọng chi phí cao (n=1.958 người bệnh) | Nhóm có tỷ trọng chi phí thấp (n=7.834 người bệnh) | Mẫu nghiên cứu (N=9.792 người bệnh) | Giá trị p |
|--------------------------|---|--|-------------------------------------|-----------|
| Chỉ số CCI | | | | |
| Trung bình±độ lệch chuẩn | 4,3 ± 1,4 | 3,4 ± 1,5 | 3,6 ± 1,6 | 0,02 |

| | | | | |
|--------------------------|----------------|---------------|----------------|------|
| Trung vị [Min-Max] | 5,0 [1,0-10,0] | 3,0 [1,0-9,0] | 3,0 [1,0-10,0] | - |
| Chỉ số DCSI | | | | |
| Trung bình±độ lệch chuẩn | 1,5 ± 1,2 | 0,7 ± 0,9 | 0,8 ± 1,0 | 0,03 |
| Trung vị [Min-Max] | 1,0 [0-9,0] | 0 [0-8,0] | 1,0 [0-9,0] | - |

* Phép kiểm Kruskal-Wallis

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã cung cấp kết quả về sự liên quan giữa tình trạng lâm sàng (số bệnh kèm, mức độ biến chứng, tỷ lệ NKTN) và gánh nặng kinh tế của bệnh ĐTDĐ ở các bệnh viện tuyến quận tại thành phố Hồ Chí Minh, giúp bổ sung thông tin về gánh nặng bệnh tật và chi phí điều trị ĐTDĐ đã được thực hiện tại các bệnh viện này⁽³⁻⁴⁾.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận các bệnh lý tim mạch (gồm tăng huyết áp và bệnh mạch vành) chiếm ưu thế so với các bệnh kèm khác. Số người mắc đa bệnh kèm chiếm tỷ lệ cao hơn số người mắc một bệnh kèm, hơn nữa các bệnh lý tim mạch là biến chứng phổ biến nhất ở người mắc một biến chứng. Ở người mắc một biến chứng, bệnh lý tim mạch cũng chiếm ưu thế hơn 6 loại biến chứng còn lại. Những đặc điểm này cũng được ghi nhận và giải thích trong các nghiên cứu đã công bố trước đó⁽⁶⁾. Thực tế ghi nhận tỷ lệ tăng huyết áp cao, và có liên quan đến tỷ lệ mắc các biến chứng mạch máu nhỏ và mạch máu lớn. Huyết áp tâm thu ở những người bệnh này cao hơn mức bình thường (>120 mm Hg) và cao hơn mục tiêu khuyến cáo là 130/80 mm Hg dành cho người ĐTDĐ. Một nghiên cứu gần đây cho thấy người châu Á bị bệnh ĐTDĐ nên duy trì mức mục tiêu 130/80 mm Hg, nhằm đề phòng yếu tố nguy cơ gây nên các bệnh kèm ở thận, tim mạch và não⁽⁷⁾.

Điểm CCI trung bình của mẫu nghiên cứu là 3,6 (±1,6) tương ứng với nguy cơ tử vong trong thời gian 10 năm dao động từ 23,0 – 47,0%; điểm DCSI trung bình là 0,8 (± 1,0) ứng với mức độ biến chứng nhẹ. Chỉ số mức độ nghiêm trọng của biến chứng ĐTDĐ là công cụ dự đoán nguy cơ tử vong, dựa trên số lượng và mức độ nghiêm trọng của các biến chứng bệnh ĐTDĐ. Kết quả nghiên cứu trước đây ghi nhận giá trị DCSI đóng vai trò lớn trong việc dự đoán tỷ lệ tử vong và nhập viện⁽⁸⁾. Chỉ số bệnh kèm theo Charlson (Charlson comorbidity index, CCI), một công cụ hỗ trợ dự đoán tỷ lệ tử vong thông qua việc phân loại hoặc đánh giá các tình trạng bệnh kèm, đã được các nhà nghiên cứu sử dụng rộng rãi để đo lường gánh nặng bệnh tật. Trong nghiên cứu này, người bệnh là người cao tuổi và có nhiều bệnh kèm, nên CCI được xem là một yếu tố dự đoán hợp lý về tỷ lệ tử vong trong

quần thể.

Trong nghiên cứu này, nhóm 20% người bệnh có tỷ trọng chi phí cao chiếm 52% tổng chi phí trực tiếp y tế của mẫu nghiên cứu. Kết quả này cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu trước đây⁽⁹⁻¹⁰⁾, với nguyên tắc là một nhóm thiểu số người bệnh thường chiếm tỷ lệ lớn trong chi phí chăm sóc sức khỏe⁽⁹⁾. Điểm CCI và DCSI trung bình cao hơn đáng kể ở nhóm người bệnh có tỷ trọng chi phí cao. Chi phí trung bình ở người ĐTDĐ trong mẫu nghiên cứu được ghi nhận tương tự kết quả với một số nghiên cứu trước đây tại Việt Nam^(5,6). Ngoài ra, ở nhóm điểm CCI/ DCSI cao hơn tương ứng với chi phí trung bình cao hơn, người bệnh NKTN phải chi trả nhiều hơn người không mắc NKTN.

Kết quả xem xét tương quan giữa điểm CCI / DCSI và tần suất người bệnh ĐTDĐ mắc NKTN cho thấy giá trị CCI/ DCSI càng lớn thì tỷ lệ người bệnh NKTN trong mẫu nghiên cứu càng cao. NKTN gián tiếp gây khó khăn trong việc kiểm soát đường huyết ở người bệnh ĐTDĐ, làm giảm chất lượng cuộc sống và gây tăng chi phí điều trị cho người bệnh. Các yếu tố như hệ thống miễn dịch và tế bào bạch cầu bất thường, thiếu máu, rối loạn chức năng bàng quang do bệnh lý thận-niệu có thể gây ra NKTN ở người bệnh ĐTDĐ. Sự khó khăn trong tiểu tiện được xem là một biến chứng của ĐTDĐ, do tổn thương cơ quan bài tiết và viêm bể thận. Dựa trên kết quả của nghiên cứu phân tích meta, tỷ lệ trung bình của người bệnh ĐTDĐ có NKTN là 11,5%⁽¹¹⁾. Tỷ lệ NKTN của người bệnh trong nghiên cứu này thấp hơn, có thể do số người bệnh bị NKTN tập trung điều trị tại các bệnh viện tuyến trên hoặc bệnh viện chuyên khoa.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu hiện tại đã cung cấp được các thông tin cụ thể về sự liên quan giữa bệnh kèm và các biến chứng với gánh nặng kinh tế của bệnh ĐTDĐ trên mẫu dân số tại Việt Nam. Thông qua việc xem xét mức độ phổ biến và ảnh hưởng của bệnh đối với con người, xã hội và kinh tế ở Việt Nam, cũng như đánh giá mối tương quan giữa các chỉ số bệnh kèm, biến chứng và tỷ lệ NKTN, các kết quả trong nghiên cứu có thể góp phần vào việc ra quyết định phân bổ ngân sách hợp lý cũng như hoàn thiện các phác đồ điều trị

cho người bệnh ĐTĐ2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Burden of Disease Collaborative Network** (2020). Global Burden of Disease Study 2019 Results. Institute for Health Metrics and Evaluation.
2. **Safiri S, Karamzad N, et al.** (2022). Prevalence, deaths and disability-adjusted-life-years (dalis) due to type 2 diabetes and its attributable risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: results from the global burden of disease study 2019. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 13: 838027.
3. **Nguyễn Thị Thùy Trang, Phạm Ngọc Thủy Tiên, Hoàng Thy Nhac Vũ** (2022). Phân tích chi phí trực tiếp y tế trong điều trị Đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Quận 8 Thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2019-2021. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 514(1).
4. **Hoàng Thy Nhac Vũ, Nguyễn Đỗ Hồng Nhung, Lê Phước Thành Nhân, Trần Văn Khanh** (2022). Phân tích chi phí trực tiếp y tế trong điều trị Đái tháo đường type 2 cho người bệnh có Bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh năm 2021. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 519(1).
5. **Nguyễn Thị Anh Thư, Phùng Đức Nhật, Tô Hoàng Linh** (2021). Chi phí điều trị nội trú của người bệnh đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Quận 6 Tp.HCM. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 142 (6), tr. 119-125.
6. **Tuan Kiet Pham H, Tuyet Mai Kieu T, et al.** (2020). Direct medical costs of diabetes and its complications in Vietnam: A national health insurance database study. *Diabetes Res Clin Pract.* 162: 108051.
7. **Park S, Kario K, et al.** (2016). Target blood pressure in patients with Diabetes: asian Perspective. *Yonsei Med J*. 57: 1307-11.
8. **Young BA, Lin E, et al.** (2008). Diabetes complications severity index and risk of mortality, hospitalization, and healthcare utilization. *Am J Manag Care*. 14: 15-23.
9. **Meysers JL, Parasuraman S, et al.** (2014). The high-cost, type 2 diabetes mellitus patient: an analysis of managed care administrative data. *Arch Public Health*. 72(1):6.
10. **Conwell LJ, Cohen JW** (2002). Characteristics of people with high medical expenses in the U.S. civilian noninstitutionalized population. *Statistical Brief*. 73: 2005.

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ TRẦM CẢM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LÂM SÀNG LIÊN QUAN VỚI TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO

Đỗ Đức Thuận¹, Đào Văn Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: xác định tỷ lệ trầm cảm, liên quan một số yếu tố lâm sàng nhồi máu não với trầm cảm sau đột quỵ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, 141 bệnh nhân nhồi máu não tại Khoa Đột quỵ 103 Bệnh viện Quân y 103. **Kết quả nghiên cứu:** tỷ lệ trầm cảm 34%, 44,6% nữ giới và 27,1% nam giới có trầm cảm sau đột quỵ, với $p < 0,05$. Liệt nửa người, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn nuốt có tỷ lệ trầm cảm lần lượt là: 91,7%, 77,1%, 14,6%, bệnh nhân trầm cảm có điểm NIHSS trung bình $11,20 \pm 4,21$ cao hơn nhóm không trầm cảm, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Phân tích hồi quy logistic thấy giới nữ với OR là 1,26, CI95%: 1,11 - 1,47, $p < 0,05$, điểm NIHSS với OR 2,48, CI95%: 1,11 - 5,54, $p < 0,05$. **Kết luận:** Tỷ lệ trầm cảm là 34%, giới, liệt nửa người, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn nuốt, điểm NIHSS cao làm tăng tỷ lệ trầm cảm trong đó giới, điểm NIHSS là các yếu tố liên quan độc lập.

Từ khóa: trầm cảm, đột quỵ não, nhồi máu não

¹Bệnh viện Quân y 103

²Viện Y học cổ truyền Quân đội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đức Thuận

Email: dothuanvien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023

SUMMARY

STUDY ON THE RATE OF DEPRESSION AND SOME CLINICAL FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN PATIENTS WITH ISCHEMIC INFARCTION

Objective: study the rate of depression, some clinical factors related with depression after cerebral infarction. **Subjects and research methods:** prospective, cross-sectional study, 141 patients cerebral infarction at the Stroke Department 103 Military Hospital 103. **Results:** the rate of depression 34%, 44.6% of women and 27.1% of men had depression after stroke, with $p < 0,05$. Hemiplegia, language disorder, swallowing disorder had depression rates: 91.7%, 77.1% and 14.6%, depressed patients had an average NIHSS score of 11.20 ± 4.21 was higher than the group without depression, the difference was statistically significant with $p < 0.05$. Logistic regression analysis showed that female with OR 1.26, CI95%: 1.11 - 1.47, $p < 0.05$, NIHSS score with OR 2.48, CI95%: 1.11 - 5.54, $p < 0.05$. **Conclusion:** The rate of depression was 34%, gender, hemiplegia, speech disorder, swallowing disorder, high NIHSS score increased the rate of depression in which gender, NIHSS score were independent factors.

Keywords: depression, stroke, cerebral infarction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ