

khỏe của người dùng.

Nghiên cứu của chúng tôi bước đầu đánh giá sự hài lòng của người dùng với ứng dụng GERDCare, tạo điều kiện hoàn thiện, phát triển ứng dụng để đáp ứng toàn diện nhu cầu của người bệnh. Dựa trên những phản hồi ghi nhận, các tính năng sẽ tiếp tục được hoàn thiện với kỳ vọng có thể giúp bệnh nhân cải thiện bệnh, nâng cao chất lượng cuộc sống cũng như giảm chi phí điều trị.

V. KẾT LUẬN

Thử nghiệm GERDCare trên nhân viên y tế và sinh viên y kết quả ghi nhận có trên 80% người dùng đánh giá các tính năng và giao diện ứng dụng ở mức tốt. Tuy nhiên cần cải thiện một số tính năng tăng tương tác với bác sĩ, khắc phục thời điểm bị chậm để ứng dụng hoạt động ổn định hơn. Trong tương lai, sau khi tiếp tục nâng cấp và hoàn thiện, GERDCare có thể là một công cụ hữu ích trong việc hỗ trợ bác sĩ và bệnh nhân quản lý bệnh trào ngược dạ dày thực quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zhang, D., et al.**, Global, regional and national burden of gastroesophageal reflux disease, 1990-

2019: update from the GBD 2019 study. *Ann Med*, 2022. 54(1): p. 1372-1384.

2. **Mermelstein, J., A.C. Mermelstein, and M.M. Chait**, Proton pump inhibitors for the treatment of patients with erosive esophagitis and gastroesophageal reflux disease: current evidence and safety of dexlansoprazole. *Clin Exp Gastroenterol*, 2016. 9: p. 163-72.
3. **Đào, V.H.**, Nhu cầu sử dụng ứng dụng thiết bị di động hỗ trợ quản lý bệnh trào ngược dạ dày thực quản. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2021. 498(2).
4. **Đào, V.H.**, Đánh giá thực trạng bệnh lý trào ngược dạ dày thực quản kháng trị và nhu cầu sử dụng ứng dụng di động nhằm hỗ trợ quản lý bệnh. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2021. 499(1-2).
5. **Oakley-Girvan, I., et al.**, What Works Best to Engage Participants in Mobile App Interventions and e-Health: A Scoping Review. *Telemed J E Health*, 2022. 28(6): p. 768-780.
6. **Pifarré, M., et al.**, TControl: A mobile app to follow up tobacco-quitting patients. *Comput Methods Programs Biomed*, 2017. 142: p. 81-89.
7. **Szinay, D., et al.**, Influences on the Uptake of and Engagement With Health and Well-Being Smartphone Apps: Systematic Review. *J Med Internet Res*, 2020. 22(5): p. e17572.
8. **Milne-Ives, M., et al.**, Mobile Apps for Health Behavior Change in Physical Activity, Diet, Drug and Alcohol Use, and Mental Health: Systematic Review. *JMIR Mhealth Uhealth*, 2020. 8(3): p. e17046.

KHẢO SÁT CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 THỪA CÂN – BÉO PHÌ

Đặng Bích Ngọc¹, Nguyễn Khoa Diệu Vân¹

TÓM TẮT

Bệnh đái tháo đường là một vấn đề sức khỏe cộng đồng do tỉ lệ mắc ngày càng cao và tác động lớn đến kinh tế xã hội. Phần lớn đái tháo đường typ 2 đi kèm với yếu tố nguy cơ là hội chứng chuyển hóa trong đó thừa cân và béo phì là một yếu tố nguy cơ chính của bệnh. Nghiên cứu mô tả 96 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có thừa cân – béo phì điều trị nội trú tại khoa Nội tiết – Đái tháo đường bệnh viện Bạch Mai từ tháng 04/2022 đến hết tháng 03/2022. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 59,15 ± 12,76. Nữ chiếm 42,7%, nam chiếm 57,3%. BMI trung bình của nữ là 26,91 ± 4,16 kg/m². BMI trung bình của nam là 26,45 ± 4,272 kg/m². Vòng eo trung bình là 99,16 ± 10,93 cm. Nồng độ glucose đói trung bình là 16,31 ± 7,76 mmol/l. Giá trị HbA1c trung bình là 10,82 ± 2,53 %. Nồng độ Cholesterol toàn phần trung bình là 5,92 ± 3,97 mmol/l. Nồng độ Triglycerid trung bình là 4,96 ± 5,38

mmol/l. Nồng độ HDL – C trung bình là 1,15 ± 0,73 mmol/l. Nồng độ LDL – C trung bình là 2,99 ± 1,85 mmol/l. Nồng độ non – HDL – C trung bình là 4,77 ± 3,65 mmol/l. Protein niệu dương tính chiếm tỉ lệ 66,7%. Đa số bệnh nhân không bị bệnh lý võng mạc do đái tháo đường (84,4%). Thoái hóa khớp gối (87,5%) và gan nhiễm mỡ (78,1%) chiếm đa số trường hợp. **Từ khóa:** Đái tháo đường typ 2, thừa cân – béo phì

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS TYPE 2 DIABETES OVERWEIGHT – OBESITY

Diabetes is a public health problem due to its increasing prevalence and great socio-economic impact. The majority of type 2 diabetes is associated with a risk factor of metabolic syndrome in which overweight and obesity are a major risk factor for the disease. The study describes 96 overweight and obese type 2 diabetes patients treated as inpatients at the Department of Endocrinology and Diabetes at Bach Mai Hospital from April 2022 to the end of March 2022. Mean age in the study 59.15 ± 12.76. Female accounted for 42.7%, male accounted for 57.3%. The

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Bích Ngọc

Email: dangbichngoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.8.2023

Ngày duyệt bài: 24.8.2023

average BMI of women is 26.91 ± 4.16 kg/m². The mean BMI of men is 26.45 ± 4.272 kg/m². The average waist circumference is 99.16 ± 10.93 cm. The average fasting glucose concentration was 16.31 ± 7.76 mmol/l. The mean HbA1c value was 10.82 ± 2.53 %. The mean total cholesterol concentration was 5.92 ± 3.97 mmol/l. The average triglyceride concentration was 4.96 ± 5.38 mmol/l. The average HDL-C concentration was 1.15 ± 0.73 mmol/l. The mean LDL-C concentration was 2.99 ± 1.85 mmol/l. The average non-HDL-C concentration was 4.77 ± 3.65 mmol/l. Proteinuria was positive, accounting for 66.7%. The majority of patients did not have diabetic retinopathy (84.4%). Knee osteoarthritis (87.5%) and fatty liver (78.1%) accounted for the majority of cases.

Keywords: type 2 diabetes, overweight – obesity

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường là một vấn đề sức khỏe cộng đồng. Phần lớn đái tháo đường typ 2 đi kèm với yếu tố nguy cơ là hội chứng chuyển hóa trong đó thừa cân và béo phì là một yếu tố nguy cơ chính của bệnh. Các nghiên cứu đã cho thấy những người béo phì nghiêm trọng (BMI ≥ 40) có nguy cơ cao mắc bệnh đái tháo đường typ 2 khi so với những người béo phì có chỉ số BMI thấp hơn¹

Đái tháo đường typ 2 đi kèm với thừa cân béo phì đã làm gia tăng số lượng thuốc bệnh nhân sử dụng, chi phí chăm sóc y tế và kiểm soát glucose máu cũng kém hơn từ đó dẫn đến làm tăng các biến chứng so với bệnh nhân đái tháo đường typ 2 không có thừa cân béo phì. Kiểm soát tốt cân nặng bằng chế độ ăn uống, tập luyện thậm chí dùng thuốc đã giúp cải thiện glucose máu trên các bệnh nhân đái tháo đường từ đó làm nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và làm giảm các chi phí chăm sóc y tế.

Theo nghiên cứu của các tác giả nước ngoài, tỉ lệ thừa cân béo phì trong số các bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có thể lên đến 85 - 90% đặc biệt tỉ lệ béo phì dao động từ 40,1-57,8 % tùy từng nghiên cứu². Tỉ lệ mắc đái tháo đường ngày càng gia tăng ở Việt Nam ước tính hiện nay có khoảng 5,76 triệu người mắc đái tháo đường³. Nguyên nhân của sự gia tăng tỉ lệ đái tháo đường typ 2 tại Việt Nam có liên quan đến sự gia tăng của tỉ lệ thừa cân béo phì và chế độ ăn uống sinh hoạt⁴. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Hà và cộng sự năm 2020, tỉ lệ thừa cân béo phì trong số các bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại Việt Nam là 35,4% và làm gia tăng các biến chứng của đái tháo đường⁵.

Hiện nay, chưa có nhiều nghiên cứu về sự tác động của thừa cân và béo phì lên vấn đề kiểm soát đường huyết cũng như các biến chứng ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 ở Việt Nam.

Chính vì vậy, tôi tiến hành đề tài "*Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh đái tháo đường typ 2 có thừa cân - béo phì*" với 2 mục tiêu chính:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng của người bệnh đái tháo đường typ 2 có thừa cân - béo phì*
2. *Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của người bệnh đái tháo đường typ 2 có thừa cân - béo phì*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

- + Chẩn đoán đái tháo đường typ 2 theo tiêu chuẩn Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ 2022
- + Tuổi từ 35 đến 80
- + Có chỉ số khối cơ thể BMI ≥ 23 kg/m²
- + Bệnh nhân được khám bệnh, đo huyết áp, vòng eo và có đầy đủ các cận lâm sàng: glucose đói, HbA1c, Triglycerid, HDL-C, LDL-C, creatinin máu, protein niệu 24h, soi đáy mắt, siêu âm Doppler mạch chi dưới, siêu âm Doppler mạch cảnh 2 bên, siêu âm ổ bụng, XQ khớp gối 2 bên.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường typ 1, đái đường thứ phát
- + Bệnh nhân đang mang thai, rối loạn tâm thần, đang có bệnh lý cấp tính.
- + Bệnh nhân không có đủ xét nghiệm ở phần trên

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu

Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Thời gian nghiên cứu: 4/2022 – 3/2023

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội tiết – Đái tháo đường bệnh viện Bạch Mai

Nội dung nghiên cứu: Nghiên cứu viên tiến hành thu thập người bệnh phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn theo một bệnh án nghiên cứu đã được thiết kế sẵn.

Mục tiêu 1: Mô tả đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu:

- + Tuổi: tuổi bệnh nhân tính theo năm dương lịch, chia nhóm tuổi
- + Giới: biến nhị phân nam – nữ
- + Tiền sử: Thời gian mắc đái tháo đường, tăng huyết áp, các bệnh lý ác tính
- + Chỉ số BMI (kg/m²)
- + Vòng eo (cm)
- + Gai đen: biến nhị phân có – không
- + Mức độ tăng huyết áp: không tăng huyết áp, tăng huyết áp độ I, tăng huyết áp độ II

Mục tiêu 2: Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

+ Xét nghiệm sinh hóa máu: glucose máu đói (mmol/l), Creatinin máu ($\mu\text{mol/l}$), bilan lipid máu: cholesterol, Triglycerid, HDL – C, LDL – C.

Tính non-HDL –C theo công thức: Non-HDL – C = Cholesterol toàn phần – HDL – Cholesterol

+ Xét nghiệm nước tiểu: protein niệu (g/l): biến nhị phân có – không

+ Soi đáy mắt xác định bệnh võng mạc đái tháo đường: biến nhị phân có – không

+ Siêu âm Doppler mạch chi dưới: phân chia kết quả thành bình thường- xơ vữa mạch chi dưới – hẹp tắc mạch chi dưới

+ Siêu âm Doppler mạch cảnh: phân chia kết quả thành bình thường- xơ vữa mạch cảnh – hẹp tắc mạch cảnh

+ XQ khớp gối 2 bên đánh giá tình trạng thoái hóa khớp: biến nhị phân có thoái hóa khớp – không thoái hóa khớp

+ Siêu âm ổ bụng đánh giá tình trạng gan nhiễm mỡ: biến nhị phân có gan nhiễm mỡ - không có gan nhiễm mỡ

+ Tổng liều insulin đang sử dụng/ngày (UI/kg)

+ Số nhóm thuốc viên điều trị đái tháo đường/ngày

2.3. Xử lý số liệu

- Phần mềm xử lý số liệu SPSS 20.0

- Các phép toán được áp dụng trong nghiên cứu:
+ Tính tỷ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất, lớn nhất

+ Các biến định lượng được mô tả trung bình và độ lệch chuẩn.

+ So sánh 2 trung bình bằng T- test

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu là nghiên cứu mô tả, không can thiệp nên không gây hại cho đối tượng nghiên cứu. Thông tin của người bệnh được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc trưng	Tất cả BN (N= 96)	$23 \leq \text{BMI} \leq 25 \text{ kg/m}^2$ (N=35)	$\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ (N= 61)	p
Tuổi n (%)	59,15 ± 12,76 (35- 85)	59,06 ± 12,92 (35 – 84)	59,20 ± 12,77 (35 – 85)	0,959
35 – 50	25 (26%)	10 (18,6%)	15 (24,6%)	0,899
50 – 70	56 (58,3%)	20 (57,1%)	36 (59%)	
> 70	15 (15,7%)	5 (14,3)	10 (16,4%)	
Giới n (%): Nữ	41 (42,7%)	20 (48,8%)	21 (51,2%)	0,03
Nam	55 (57,3%)	15 (27,3%)	40 (72,7%)	
BMI trung bình (kg/m²)	26,72 ± 4,19 (23,01 – 46,40)			
Thời gian mắc ĐTD n (%)				0,367
< 5 năm	55 (57,3%)	18 (51,4%)	37 (60,7%)	
5 – 10 năm	20 (20,8%)	10 (28,6%)	10 (16,4%)	
> 10 năm	21 (21,9%)	7 (20%)	14 (23%)	
Vòng eo (cm)	96,29 ± 9,93 (83 – 138)	91,29 ± 4,91 (83 – 103)	99,16 ± 10,93 (85 – 138)	<0,01
Gai đen n (%): Có	4 (4,2%)	0 (0%)	4 (6,6%)	0,293
Không	92 (95,8%)	35 (100%)	57 (93,4%)	
Tiền sử bệnh lý ác tính n (%)				0,621
Có	4 (4,2%)	2 (5,7%)	2 (3,3%)	
Không	92 (95,8%)	33 (94,3%)	59 (96,7%)	
Tình trạng huyết áp n (%)				0,501
Bình thường	38 (39,6%)	16 (45,7%)	22 (36,1%)	
THA độ I	46 (47,9%)	14 (40%)	32 (52,5%)	
THA độ II	12(12,5%)	5 (14,3%)	7 (11,5%)	
Glucose máu đói (mmol/l)	16,31 ± 7,76 (6,0 – 47,77)	15,99 ± 6,99 (6,4 – 36,7)	16,49 ± 8,22 (6,0 – 47,77)	0,768
HbA1c (%)	10,82 ± 2,53 (6,2- 16,7)	10,74 ± 2,51 (6,3 – 15,7)	10,87 ± 2,56 (6,2 – 16,7)	0,807
Cholesterol toàn phần (mmol/l)	5,92 ± 3,97 (2,26 – 33)	5,28 ± 0,62 (2,32 – 11,41)	6,29 ± 4,79 (2,26 – 33)	0,230
Triglycerid (mmol/l)	4,96 ± 5,38 (0,74 – 24,64)	4,33 ± 5,18 (0,74 – 23,32)	5,31 ± 5,49 (1,05 – 24,64)	0,392

HDL – C (mmol/l)	1,15 ± 0,73 (0,32 – 5,95)	1,08 ± 0,32 (0,6 – 1,93)	1,19 ± 0,89 (0,32 – 5,95)	0,492
LDL – C (mmol/l)	2,99 ± 1,85 (0,43 – 14,2)	2,79 ± 1,01 (0,87 – 4,71)	3,11 ± 2,18 (0,43 – 14,2)	0,412
Non-HDL – C (mmol/l)	4,77 ± 3,65 (1,55 – 32,07)	4,19 ± 1,65 (1,55 – 10,49)	5,09 ± 4,39 (1,7 – 32,07)	0,412
Bệnh lý võng mạc ĐTDĐ n (%)				
Có	15 (15,6%)	5 (14,3%)	10 (16,4%)	0,784
Không	81 (84,4%)	30 (85,7%)	51 (83,6%)	
Protein niệu n(%): Có	32 (33,3%)	8 (22,9%)	24 (39,3%)	0,099
Không	64 (66,7%)	27 (77,1%)	37 (60,7%)	
Mức lọc cầu thận (ml/ph/1,73m²)	83,68 ± 25,16 (19 – 125,7)	81,11 ± 24,69 (20,4 – 121,1)	85,16 ± 25,51 (19 – 125,7)	0,450
Siêu âm mạch cảnh n (%)				
Bình thường	54 (56,2%)	20 (57,1%)	34 (55,7%)	0,261
Xơ vữa động mạch	36 (37,5%)	11 (31,4%)	25 (41%)	
Hẹp tắc	6 (6,2%)	4 (11,4%)	2 (3,3%)	
Siêu âm mạch chi dưới n (%)				
Bình thường	45 (46,9%)	18 (51,4%)	27 (44,3%)	0,706
Xơ vữa động mạch	41 (42,7%)	13 (37,1%)	28 (45,9%)	
Hẹp tắc	10 (10,4%)	4 (11,4%)	6 (9,8%)	
XQ khớp gối 2 bên n (%)				
Thoái hóa khớp	84 (87,5%)	29 (82,9%)	55 (90,2%)	0,345
Bình thường	12 (12,5%)	6 (17,1%)	6 (9,8%)	
Gan nhiễm mỡ n (%)				
Bình thường	21 (21,9%)	14 (40%)	7 (11,5%)	0,001
Gan nhiễm mỡ	75 (78,1%)	21 (60%)	54 (88,5%)	
Liều insulin được sử dụng điều trị/ngày (UI/kg)	0,51 ± 0,25 (0,00 – 1,28)	0,514 ± 0,24 (0,00- 1,0)	0,513 ± 0,25 (0,00 – 1,28)	0,990
Số lượng nhóm thuốc viên ĐTDĐ sử dụng/ngày	1,44 ± 0,88 (0 – 4)	1,34 ± 0,87 (0 – 3)	1,49 ± 0,887 (0 – 4)	0,428

Tuổi trung bình là 59,15 ± 12,76. Độ tuổi 51 – 70 tuổi chiếm nhiều nhất. Nữ (42,7%), nam (57,3%). BMI trung bình của nữ là 26,91 ± 4,16 kg/m². BMI trung bình của nam là 26,45 ± 4,272 kg/m². Bệnh nhân mắc đái tháo đường < 5 năm chiếm tỉ lệ nhiều nhất 57,3%

Vòng eo trung bình là 99,16 ± 10,93 cm. Đa phần bệnh nhân không có dấu hiệu gai đen (95,8%). Bệnh nhân tăng huyết áp độ I chiếm tỉ lệ nhiều nhất 47,9%

Nồng độ glucose đói trung bình là 16,31 ± 7,76 mmol/l. Giá trị HbA1c trung bình là 10,82 ± 2,53%. Nồng độ Cholesterol toàn phần trung bình là 5,92 ± 3,97 mmol/l. Nồng độ Triglycerid trung bình là 4,96 ± 5,38 mmol/l. Nồng độ HDL – C trung bình là 1,15 ± 0,73 mmol/l. Nồng độ LDL – C trung bình là 2,99 ± 1,85 mmol/l. Nồng độ non – HDL – C trung bình là 4,77 ± 3,65 mmol/l

Giá trị protein niệu dương tính chiếm tỉ lệ 66,7%. Đa số bệnh nhân không bị bệnh lý võng mạc do đái tháo đường (84,4%). Mức lọc cầu thận trung bình là 83,68 ± 25,16 ml/ph/1,73m²

Xơ vữa động mạch chi dưới chiếm 42,9%, hẹp tắc mạch chi dưới chiếm tỉ lệ 10,4%. Xơ vữa động mạch cảnh chiếm 37,5%, hẹp tắc mạch

cảnh chiếm 6,2%

Thoái hóa khớp chiếm đa số với 87,5%. Gan nhiễm mỡ gặp phần lớn ở bệnh nhân đái tháo đường có thừa cân – béo phì chiếm 78,1%

Liều insulin trung bình/ngày là 0,51 ± 0,25 UI/kg. Số lượng nhóm thuốc viên trung bình /ngày được sử dụng là 1,44 ± 0,88

IV. BÀN LUẬN

Theo tổ chức y tế thế giới (WHO), béo phì được định nghĩa là tình trạng tích tụ chất béo bất thường hoặc quá mức làm suy giảm sức khỏe. Chỉ số khối cơ thể (BMI) thường được sử dụng để phân loại thừa cân và béo phì ở người lớn. Theo Tổ chức y tế thế giới, đối với người trưởng thành Châu Á, thừa cân khi chỉ số BMI từ 23 – 24,9kg/m² và béo phì khi chỉ số BMI ≥ 25 kg/m²

Thừa cân béo phì chiếm tỉ lệ cao ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. Thừa cân và béo phì làm gia tăng những hậu quả như tăng huyết áp, tăng glucose máu, rối loạn lipid máu, bệnh mạch vành, bệnh lý tim mạch, bệnh mạch não, bệnh xương khớp, bệnh lý túi mật, bệnh lý đường hô hấp cũng như rối loạn lo âu và trầm cảm. Thừa cân và béo phì có liên quan đến việc kiểm soát

huyết áp kém, tăng nồng độ cholesterol máu và kiểm soát glucose máu kém ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2.

Trong nghiên cứu, tuổi trung bình là 59,15 ± 12,76. Độ tuổi chiếm tỉ lệ nhiều nhất là 51 – 70 tuổi. Nữ chiếm 42,7%, nam chiếm 57,3%. Theo nghiên cứu của Tazeen H. Jafar và cộng sự (2006) trên đối tượng người Pakistan tiêu chuẩn béo phì theo tiêu chuẩn BMI dành cho người Châu Á, tỉ lệ béo phì hay gặp ở nữ giới và lứa tuổi gặp nhiều nhất ở nam và nữ là 35 – 44 tuổi.³ Chỉ số vòng eo của bệnh nhân đái tháo đường béo phì trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn chỉ số vòng eo của bệnh nhân thừa cân. Các nghiên cứu trên thế giới đã nhận định chu vi vòng eo lớn (nam ≥ 90cm và nữ ≥ 80 cm) là yếu tố nguy cơ cao cho bệnh đái tháo đường typ 2 và gan nhiễm mỡ không do rượu.⁶

Theo nghiên cứu của Salome Tino, 69,6% bệnh nhân có đái tháo đường và thừa cân – béo phì làm gia tăng nguy cơ tăng huyết áp (OR= 1,7 với $p \leq 0,001$)⁷. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương đồng bệnh nhân tăng huyết áp độ I chiếm tỉ lệ nhiều nhất (47,9%).

Theo nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ glucose máu khi đói là 16,31 ± 7,76 mmol/l và nồng độ HbA1 trung bình là 10,82 ± 2,53 %. Kết quả này tương đồng với kết quả của các tác giả trên thế giới, đa phần bệnh nhân đái tháo đường typ 2 thừa cân – béo phì không kiểm soát được glucose máu⁷. Thừa cân – béo phì cũng làm gia tăng nồng độ Cholesterol máu, Triglycerid máu, LDL- C, non-HDL – C và giảm HDL – C³. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy nồng độ Cholesterol máu trung bình là 5,92 ± 3,97 mmol/l, nồng độ Triglycerid trung bình là 4,96 ± 5,38mmol/l, nồng độ LDL-C trung bình là 2,99 ± 1,85 mmol/l, nồng độ HDL-C trung bình là 1,15 ± 0,73mmol/l, nồng độ non-HDL – C là 4,77 ± 3,65 mmol/l.

Giá trị protein niệu dương tính với đa số trường hợp bệnh nhân (66,7%) trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác như nghiên cứu của Jordan L. Rosenstock nhận thấy protein niệu xuất hiện tương đối cao ở bệnh nhân béo phì phải sử dụng phẫu thuật giảm béo⁸.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân đa phần không bị bệnh lý võng mạc do đái tháo đường (84,4%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Salome Tino nhận thấy đa số bệnh nhân không có biến chứng võng mạc (79,92%)⁷

Mức lọc cầu thận trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 83,68±25,16 ml/ph/1,73m².

Theo tác giả Christine Maric – Bilkan béo phì và đái tháo đường là nguyên nhân chính của bệnh thận mạn và khuyến cáo cần kiểm soát trọng lượng cơ thể, glucose máu và tăng huyết áp⁹

Thừa cân và béo phì làm gia tăng nguy cơ biến chứng tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng xơ vữa động mạch chi dưới chiếm 42,9%, tình trạng có hẹp tắc mạch chi dưới 10,4%; tình trạng xơ vữa động mạch cảnh chiếm 37,5%, tình trạng có hẹp tắc mạch chi dưới chiếm tỉ lệ 6,2%. Có sự khác biệt do mẫu nghiên cứu còn nhỏ và thời gian nghiên cứu ngắn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có tỉ lệ thoái hóa khớp gối (87,5%) và gan nhiễm mỡ (78,1%) chiếm đa số. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của các tác giả khác trên thế giới. Theo Ryan Lee và cộng sự, béo phì là yếu tố nguy cơ gây thoái hóa khớp gối¹⁰. Jian – Gao Fan nhận định béo phì trung tâm, kháng insulin là yếu tố nguy cơ chính cho tình trạng gan nhiễm mỡ.

Liều insulin trung bình bệnh nhân sử dụng hàng ngày trong nghiên cứu của chúng tôi là 0,51 ± 0,25 UI/kg. Số lượng nhóm thuốc viên mà bệnh nhân đái tháo đường typ 2 thừa cân – béo phì sử dụng hàng ngày là 1,44 ± 0,88 nhóm thuốc. Các nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh gia tăng chỉ số BMI ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 làm tăng chi phí chăm sóc sức khỏe. Mỗi đơn vị tăng BMI có liên quan đến việc tăng 20% chi phí điều trị.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có thừa cân – béo phì có chu vi vòng eo lớn hơn trong nghiên cứu. Tỉ lệ tăng huyết áp độ I, protein niệu dương tính, thoái hóa khớp gối và gan nhiễm mỡ phổ biến ở đối tượng bệnh nhân này. Nồng độ glucose máu lúc đói và HbA1c ở ngưỡng cao. Nồng độ Cholesterol, Triglycerid, non-HDL -C ở ngưỡng giá trị cao.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin trân trọng cảm ơn Lãnh đạo khoa Nội tiết đái tháo đường bệnh viện Bạch Mai, bộ môn Nội tổng hợp trường Đại học Y Hà Nội đã tạo điều kiện và hỗ trợ nhóm nghiên cứu hoàn thành nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Quý Châu và CS.** Bệnh Học Nội Khoa Tập 2. Nhà xuất bản Y học; 2021.
2. **Fruh SM.** Obesity: Risk factors, complications, and strategies for sustainable long-term weight management. J Am Assoc Nurse Pract. 2017;29

- (Suppl 1):S3-S14. doi:10.1002/2327-6924.12510
3. **Jafar TH, Chaturvedi N, Pappas G.** Prevalence of overweight and obesity and their association with hypertension and diabetes mellitus in an Indo-Asian population. *CMAJ Can Med Assoc J.* 2006;175(9):1071-1077. doi:10.1503/cmaj.060464
 4. **el-Hazmi MA, Warsy AS.** Prevalence of overweight and obesity in diabetic and non-diabetic Saudis. *East Mediterr Health J Rev Sante Mediterr Orient Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit.* 2000;6(2-3):276-282.
 5. **Ha NT, Sinh DT, Ha LTT.** The Association of Family Support and Health Education with the Status of Overweight and Obesity in Patients with Type 2 Diabetes Receiving Outpatient Treatment: Evidence from a Hospital in Vietnam. *Health Serv Insights.* 2021;14:11786329211014792. doi:10.1177/11786329211014793
 6. **Li N, Xang W, Wu S, et al.** Association between the lean nonalcoholic fatty liver disease and risk of incident type 2 diabetes in a healthy population of Northwest China: a retrospective cohort study with a 2-year follow-up period. *Front Endocrinol.* 2023; 14:1173757. doi:10.3389/fendo.2023.1173757
 7. **Tino S, Mayanja BN, Mubiru MC, et al.** Prevalence and factors associated with overweight and obesity among patients with type 2 diabetes mellitus in Uganda—a descriptive retrospective study. *BMJ Open.* 2020;10(11):e039258. doi:10.1136/bmjopen-2020-039258
 8. **Rosenstock JL, Pommier M, Stoffels G, Patel S, Michelis MF.** Prevalence of Proteinuria and Albuminuria in an Obese Population and Associated Risk Factors. *Front Med.* 2018;5:122. doi:10.3389/fmed.2018.00122
 9. **Maric-Bilkan C.** Obesity and diabetic kidney disease. *Med Clin North Am.* 2013;97(1):59-74. doi:10.1016/j.mcna.2012.10.010
 10. **Lee R, Kean WF.** Obesity and knee osteoarthritis. *Inflammopharmacology.* 2012; 20(2):53-58. doi:10.1007/s10787-011-0118-0

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Thị Vân Anh¹, Ngô Thanh Tùng^{2,4}, Lê Chính Đại¹, Nguyễn Văn Đăng^{1,3}, Nguyễn Thị Hằng³

TOM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh ung thư vòm mũi họng cao tuổi tại bệnh viện K. Đánh giá kết quả điều trị ung thư vòm mũi họng người bệnh cao tuổi tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 96 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn I đến IVA từ 60 tuổi trở lên tại Bệnh viện K từ năm 2018 đến 2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 65,8 tuổi, nam gặp nhiều hơn nữ với tỉ lệ 3/1. Đa số bệnh nhân đến viện trong vòng 3 tháng khi có triệu chứng với tỉ lệ 53,1% với triệu chứng hay gặp nhất là nổi hạch cổ chiếm 64,6%. Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn II với tỉ lệ 34,4%. Về tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn tại u và hạch tại thời điểm 4 tuần sau khi kết thúc điều trị là 84,4%. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) là 55,4 ± 2,2 tháng, thời gian sống thêm không bệnh (DFS) là 50,7 ± 2,6 tháng, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) là 55,6 ± 2,2 tháng. OS 3 năm, 5 năm đạt 88,9%, 65,5%. PFS 3 năm, 5 năm đạt 88,4% và 69,4%. DFS 3 năm, 5 năm đạt 78,4% và 65,5%. **Kết**

l luận: Ung thư vòm người cao tuổi có đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tương đồng với dân số chung. Điều trị đạt kết quả tốt tuy nhiên còn thấp hơn so với dân số chung.

Từ khóa: người cao tuổi, ung thư vòm mũi họng.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOME OF ELDERLY NASOPHARYNGEAL CARCINOMA PATIENTS IN VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Purpose: To describe some clinical, subclinical characteristics and the treatment outcome of elderly nasopharyngeal carcinoma patients at Viet Nam national cancer hospital. **Methods:** A retrospective study on 96 patients with brain metastatic breast cancer in the National cancer hospital from 2018 to 2022. **Results:** The mean age of the patients was 65.8 years old, more men than women with a ratio of 3/1. Most patients came to the hospital within 3 months of having symptoms with a rate of 53.1% with the most common symptom being cervical lymphadenopathy accounting for 64.6%. Most patients were diagnosed at stage II with a rate of 34.4%. The rate of complete response in tumors and lymph nodes at 4 weeks after the end of treatment was 84.4%. Overall survival was 55.4 ± 2.2 months, disease-free survival was 50.7 ± 2.6 months, and progression-free survival was 55.6 ± 2.2 months. The 3-year, 5-year OS rates are 88.9%, 65.5%. The 3-year, 5-year PFS rates are 88.4%, 69.4%. The 3-year, 5-year DFS rates are 78.4% và 65.5%. **Conclusion:** The elderly's nasopharyngeal cancer has similar clinical and subclinical characteristics to the general population.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y dược - ĐHQGHN

³Bệnh viện K

⁴Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Vân Anh

Email: vananh97.vp@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023