

lồng ghép vào các bước thực hiện qui trình khác nên tổng thời gian lãng phí giảm 63,3% so với chưa cải tiến. Giảm giá thành, tăng thời hạn sử dụng của bộ dụng cụ tiết khuẩn, giảm lãng phí do việc tiết khuẩn lại dụng cụ hết hạn do sử dụng miếng gói bằng vải.

Việc xem xét mô hình di chuyển xác định các cơ hội cải thiện về sắp xếp không gian, cải thiện vấn đề về thời gian, giảm xung đột các luồng công việc, đảm bảo nguyên tắc một chiều của kiểm soát nhiễm khuẩn. Theo đó, việc di chuyển của nhân viên giảm từ 4.208 bước chân/ngày (1.052 bước chân/1 qui trình) còn lại 1.315 bước chân/ngày (350 bước chân/1 qui trình), giảm 69,2% quãng đường di chuyển.

Ngoài Qui trình xử lý - tiết khuẩn dụng cụ, cần áp dụng tinh gọn trong các qui trình Kiểm soát nhiễm khuẩn khác để đạt hiệu quả cao nhất.

V. KẾT LUẬN

Áp dụng phương pháp quản trị tinh gọn

trong lĩnh vực Kiểm soát nhiễm khuẩn tại Bệnh viện giúp cải tiến các quy trình và giảm thiểu những lãng phí không đáng có.

Tinh gọn trong Kiểm soát nhiễm khuẩn làm giảm giá thành sản phẩm, giảm thời gian sản xuất, tăng giá trị sản phẩm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Hồng Dân** (2022), "Quản trị tinh gọn Bệnh viện-Hành trình thay đổi từ nhận thức tới hành động", Hội thảo: Nâng cao chất lượng bệnh viện đem đến sự hài lòng người bệnh và người nhà người bệnh. Hà Nội.
2. **Cindy Jimmerson** (2017), "Value Stream Mapping for Healthcare Made Easy".
3. **James P. Womack, Daniel T. Jones** (2015), "Lean Solutions: How Companies and Customers Can Create Value and Wealth Together".
4. **Lean Enterprise Institute** (2023), How can lean thinking help you?, <https://www.lean.org/explore-lean/what-is-lean>, ngày truy cập-2023.
5. **Mark Graban** (2016), "Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Engagement".

NHẬN XÉT MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIỂM SOÁT GLUCOSE MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP2 CÓ MỨC LỌC CẦU THẬN < 60 ML/PHÚT/1,73M²

Trần Thị Bích Liên¹, Nguyễn Khoa Diệu Vân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số yếu tố liên quan đến tình trạng kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ2 có mức lọc cầu thận < 60ml/phút/1,73m². **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 106 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 khám ngoại trú tại Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 1/2022 đến tháng 8/2022 có mức lọc cầu thận < 60ml/phút/1,73m² sau khi loại các bệnh nhân thiếu máu, có nhiễm trùng cấp tính, biến chứng cấp tính, đợt cấp của suy thận mạn, bệnh nhân chạy thận nhân tạo. Tiêu chuẩn đánh giá Glucose máu đói, HbA1C theo hướng dẫn của ADA-2021; sự tuân thủ dùng thuốc theo thang điểm Morisky-8; đánh giá hoạt động thể lực theo bảng IPAQ-SF. **Kết quả:** Tỷ lệ kiểm soát HbA1C đạt mục tiêu của nhóm BN có thời gian phát hiện ĐTĐ ≤ 10 năm (71,8%) và > 10 năm (32,8%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Tỷ lệ

bệnh nhân tuân thủ dùng thuốc tốt và trung bình trong nhóm kiểm soát HbA1C đạt mục tiêu là 90% và 10%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0.05. Tỷ lệ kiểm soát HbA1C đạt mục tiêu ở nhóm hoạt động thể lực mức vừa là 50,6% và mức độ thấp là 36%; sự khác biệt với p < 0,001. Tỷ lệ bệnh nhân có số bệnh mắc kèm ≤ 3 và > 3 trong nhóm kiểm soát HbA1C đạt mục tiêu lần lượt là 78% và 22%, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,01). Tỷ lệ kiểm soát HbA1C kém nhóm BMI < 23 thấp hơn nhóm BMI ≥ 23. **Kết luận:** Có mối liên quan giữa kiểm soát glucose máu với thời gian mắc bệnh đái tháo đường, chỉ số khối cơ thể, mức độ tuân thủ dùng thuốc, mức độ tuân thủ hoạt động thể lực và số bệnh mắc kèm.

Từ khóa: Đái tháo đường typ2, mức lọc cầu thận < 60ml/phút/1,73m².

SUMMARY

COMMENTS ON SOME FACTORS RELATED TO BLOOD GLUCOSE CONTROL IN TYP2 DIABETES PATIENTS WITH GLOBAL FILTRATION < 60 ML/MIN/1.73M²

Objectives: Review some factors related to blood glucose control status in patients with type 2 diabetes with glomerular filtration rate <60ml/min/1.73m². **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 106 patients with type 2 diabetes who were examined

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Bích Liên

Email: drlien0498@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2023

Ngày duyệt bài: 4.10.2023

as outpatients at Huu Nghi Hospital from January 2022 to August 2022 with glomerular filtration rate < 60ml/min/1.73m² after exclusion of patients with anemia, acute infection, acute complications, acute exacerbation of chronic renal failure, hemodialysis patients. Criteria for assessing fasting blood glucose, HbA1C according to the guidelines of ADA-2021; medication adherence according to the Morisky-8 scale; assessment of physical activity according to the IPAQ-SF table. **Results:** The rate of HbA1C control reaching the target group of patients with diabetes detection time \leq 10 years (71.8%) and > 10 years (32.8%), statistically significant difference with $p < 0.001$. The percentage of patients with good and average adherence to medication in the HbA1C control group reached the goals of 90% and 10%, the difference was statistically significant with $p < 0.05$. The rate of target HbA1C control in the moderate physical activity group was 50.6% and the low level was 36%; difference with $p < 0.001$. The proportion of patients with comorbidities ≤ 3 and > 3 in the HbA1C control group reaching the target was 78% and 22%, respectively, the difference was statistically significant ($p < 0.01$). The rate of poor HbA1C control in the BMI < 23 group was lower than in the BMI ≥ 23 group. **Conclusion:** There is a relationship between blood glucose control and diabetes duration, body mass index, level of adherence to medication, level of adherence to physical activity and number of comorbidities. **Keywords:** Type 2 diabetes, glomerular filtration rate <60ml/min/1.73m².

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một trong những vấn đề lớn về sức khỏe toàn cầu, bệnh ngày càng gia tăng trên toàn thế giới. Đái tháo đường nếu không được kiểm soát có thể gây nhiều biến chứng như tim mạch, thần kinh, thận... Theo các thống kê có tới 30% bệnh nhân¹ ĐTĐ có mức lọc cầu thận < 60ml/phút/1,73m². Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh việc kiểm soát đường máu tích cực giúp làm giảm đáng kể biến chứng mạch máu nhỏ đặc biệt là biến chứng thận giảm từ 30-70% tùy nghiên cứu. Tuy nhiên, việc kiểm soát glucose máu phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố²: bệnh mắc kèm, tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân, luyện tập, thời gian mắc bệnh, chỉ số khối cơ thể. Bệnh viện Hữu Nghị với đặc thù khám và điều trị cho cán bộ, chủ yếu là người lớn tuổi với số lượng quản lý hàng năm khoảng 10000 BN, một con số không phải là nhỏ. Tuổi vốn sẵn là yếu tố nguy cơ cho giảm mức lọc cầu thận. Tuy vậy, cho đến thời điểm này tại Việt Nam nói chung và Bệnh viện Hữu Nghị nói riêng chưa có nhiều nghiên cứu yếu tố liên quan đến kiểm soát glucose máu ở BN có mức lọc cầu thận giảm đặc biệt này. Do vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: "*Nhận xét một số yếu tố liên quan*

đến kiểm soát Glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có MLCT < 60 ml/phút/1,73m²".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ĐTĐ typ2 có MLCT < 60ml/phút/1,73m² đến khám tại phòng khám Bệnh viện Hữu Nghị.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ĐTĐ typ2 theo tiêu chuẩn ADA 2021³. Bệnh nhân có MLCT < 60ml/phút/1,73m² tính theo công thức CKD-EPI 2009⁴ và tiền sử tính đến thời điểm nghiên cứu có MLCT giảm kéo dài ít nhất 3 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang có bệnh nhiễm trùng cấp tính. Bệnh nhân thiếu máu. Bệnh nhân chạy thận nhân tạo. Bệnh nhân có các biến chứng cấp tính. Bệnh nhân có suy thận mạn xuất hiện trước khi chẩn đoán ĐTĐ typ2.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Tháng 1/2022 đến tháng 8/2022

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện

- **Các bước tiến hành:** Tất cả các bệnh nhân được hỏi bệnh, làm các xét nghiệm theo một mẫu bệnh án thống nhất.

- **Tiêu chí đánh giá:** Glucose máu đói, HbA1C theo hướng dẫn của ADA-2021³; sự tuân thủ dùng thuốc theo thang điểm Morisky-8; đánh giá hoạt động thể lực theo bảng IPAQ-SF⁵.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

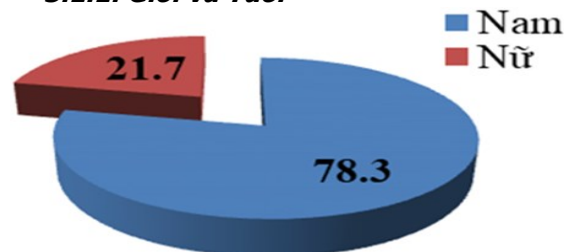
- Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình. So sánh các tỷ lệ (χ^2 hoặc Fisher Exact test).

- $p \geq 0,05$: khác biệt không có ý nghĩa thống kê; $p < 0,05$: khác biệt có ý nghĩa thống kê

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

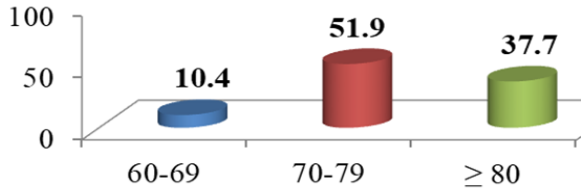
3.1. Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

3.1.1. Giới và Tuổi



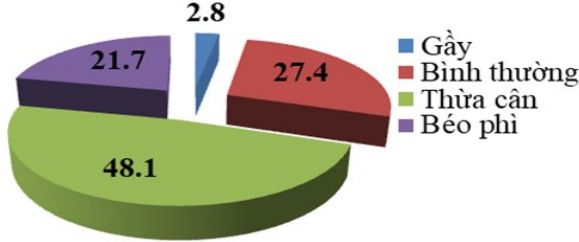
Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh theo giới

- Tuổi trung bình: 77,1 \pm 5.5 (min 62; max 93)



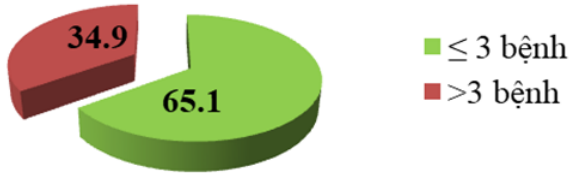
Biểu đồ 3.2: Phân bố bệnh theo nhóm tuổi
Nhận xét: BN nam chiếm 78,3%. Nhóm độ tuổi 70-79 chiếm tỷ lệ cao nhất 51.9%.

3.1.2. Phân bố bệnh theo BMI



Biểu đồ 3.3: Phân bố bệnh theo BMI
Nhận xét: Tỷ lệ BN thừa cân và béo phì chiếm tổng 69.8% bệnh nhân.

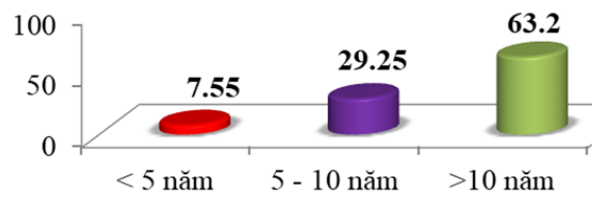
3.1.3. Số bệnh mắc kèm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu



Biểu đồ 3.4: Tỷ lệ số bệnh mắc kèm ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu
Nhận xét: Tỷ lệ nhóm BN có số bệnh mắc kèm ≤ 3 chiếm chủ yếu 65.1%.

3.1.4. Thời gian mắc bệnh ĐTĐ

- Thời gian mắc bệnh trung bình: 16,28 ± 8,68 (min 2; max 35)



Biểu đồ 3.5: Phân bố bệnh theo thời gian mắc bệnh ĐTĐ

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh > 10 năm chiếm tỷ lệ 63.2%.

3.1.5. Một số đặc điểm xét nghiệm của nhóm BN nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm một số xét nghiệm của nhóm BN nghiên cứu

Chỉ số	X ± SD	Min	Max
eGFR (ml/phút/1,73m ²)	50.18±7.55	29	59
Glucose đói (mmol/l)	8.40 ± 1.87	5.8	13.4
HbA1C (%)	7.53 ± 1.22	5.6	13.2

Nhận xét: MLCT thấp nhất là 29, cao nhất là 59 ml/phút/1,73m²; HbA1C trung bình là 7.53 ± 1.22.

Bảng 3.2: Tỷ lệ Glucose máu đói và HbA1C của nhóm BN nghiên cứu

Kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
		Đạt	Kém
Glucose máu đói (mmol/l)	Đạt	37	34.9
	Chấp nhận	20	18.9
	Kém	49	46.2
HbA1C (%)	Đạt	50	47.2
	Chấp nhận	30	28.3
	Kém	26	24.5

Nhận xét: Tỷ lệ Glucose máu đói, HbA1C đạt mục tiêu là 34.9% và 47.2%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng KSGM ở nhóm BN nghiên cứu

3.2.1. Liên quan kiểm soát Glucose máu đói, HbA1C và chỉ số khối cơ thể

Bảng 3.3: Liên quan kiểm soát Glucose máu đói, HbA1C và BMI

BMI	Glucose máu đói						HbA1C					
	Đạt		Chấp nhận		Kém		Đạt		Chấp nhận		Kém	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 23	14	37.8	7	35	11	22.4	22	44	4	13.3	6	23.1
≥ 23	23	62.2	13	65	38	77.6	28	56	26	86.7	20	76.9
	p > 0.05						p < 0.05					

Nhận xét: Tỷ lệ BN có BMI <23 trong nhóm kiểm soát kém HbA1C (23.1%) thấp hơn tỷ lệ BN có BMI ≥ 23 (76.9%). Sự khác biệt giữa các tỷ lệ có ý nghĩa thống kê với (p < 0.05).

3.2.2. Liên quan kiểm soát Glucose máu đói và HbA1C theo thời gian phát hiện ĐTĐ

Bảng 3.4: Liên quan kiểm soát Glucose máu đói, HbA1C và thời gian phát hiện ĐTĐ

Thời gian phát hiện ĐTĐ	Glucose máu đói						HbA1C					
	Đạt		Chấp nhận		Kém		Đạt		Chấp nhận		Kém	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 10 năm	15	38.5	11	28.2	13	33.3	28	71.8	5	12.8	6	15.4
>10 năm	22	32.8	9	13.4	36	53.7	22	32.8	25	37.3	20	29.9
	p > 0.05						p < 0.001					

Nhận xét: Tỷ lệ kiểm soát HbA1c đạt mục tiêu của nhóm BN có thời gian phát hiện ĐTD ≤ 10 năm (71,8%) cao hơn so với nhóm BN > 10 năm (32,8%) có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

3.2.3. Liên quan kiểm soát Glucose máu đói, HbA1C và MLCT

Bảng 3.5: Liên quan kiểm soát Glucose máu đói, HbA1C và MLCT

MLCT (ml/phút/1,73m ²)	Glucose máu đói						HbA1C					
	Đạt		Chấp nhận		Kém		Đạt		Chấp nhận		Kém	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≥45	28	75.7	16	80	36	73.5	40	80	25	83.3	15	57.7
< 45	9	24.3	4	20	13	26.5	10	20	5	16.7	11	42.3
p > 0.05						p = 0.05						

Nhận xét: Tỷ lệ BN có MLCT ≥45ml/phút/1,73m² trong nhóm HbA1C đạt mục tiêu cao hơn BN có MLCT < 45ml/phút/1,73m² không có ý nghĩa thống kê p= 0.05.

3.2.4. Liên quan kiểm soát Glucose máu đói, HbA1C và mức độ tuân thủ dùng thuốc

Bảng 3.6: Liên quan kiểm soát Glucose máu đói, HbA1C và mức độ tuân thủ dùng thuốc

Tuân thủ dùng thuốc (MMAS-8)	Glucose máu đói						HbA1C					
	Đạt		Chấp nhận		Kém		Đạt		Chấp nhận		Kém	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tốt	32	86.5	15	75	41	83.7	45	90	25	86.7	17	65.4
Trung bình	5	13.5	5	25	8	16.3	5	10	4	13.3	9	34.6
p > 0.05						p < 0.05						

Nhận xét: Tỷ lệ BN tuân thủ dùng thuốc tốt trong nhóm kiểm soát HbA1C đạt mục tiêu (90%) cao hơn tuân thủ mức trung bình (10%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0.05.

3.2.5. Liên quan kiểm soát Glucose máu đói, HbA1C và mức độ hoạt động thể lực

Bảng 3.7: Liên quan kiểm soát Glucose máu đói, HbA1C và mức độ tuân thủ HĐTL

Hoạt động thể lực (IPAQ-SF)	Glucose máu đói						HbA1C					
	Đạt		Chấp nhận		Kém		Đạt		Chấp nhận		Kém	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HĐTL mức vừa	31	38.2	16	19.8	34	42	41	50.6	28	34.6	12	14.8
HĐTL mức thấp	6	24	4	16	15	60	9	36	2	8	14	56
p > 0.05						p < 0.001						

Nhận xét: Tỷ lệ kiểm soát HbA1C đạt mục tiêu ở nhóm tuân thủ HĐTL vừa (50.6%) cao hơn nhóm HĐTL thấp (36%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0.001.

3.2.6 Liên quan kiểm soát Glucose máu đói, HbA1C và số bệnh mắc kèm

Bảng 3.8: Tỷ lệ kiểm soát Glucose máu đói, HbA1C và số bệnh mắc kèm

Số bệnh mắc kèm	Glucose máu đói						HbA1C					
	Đạt		Chấp nhận		Kém		Đạt		Chấp nhận		Kém	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 3 bệnh	29	78.4	16	80	24	49	39	78	20	66.7	10	38.5
> 3 bệnh	8	21.6	4	20	25	51	11	22	10	33.3	16	61.5
p < 0.01						p < 0.01						

Nhận xét: Tỷ lệ BN có số bệnh mắc kèm ≤ 3 trong nhóm glucose máu đói, HbA1C đạt mục tiêu cao hơn nhóm số bệnh mắc kèm > 3. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0.01.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và Giới. Tuổi trung bình trong nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi là 77,1 ± 5,4. Từ Biểu đồ 3.2 ta thấy nhóm tuổi mắc bệnh chủ yếu là 70 – 79 chiếm tỷ lệ 51.9%, BN ≥ 80 tuổi chiếm 37.7%. Kết quả này cũng gần tương tự nghiên cứu của tác giả Lê Xuân Cảnh². Riêng nhóm tuổi < 60, khác với tác giả Lê Thị Phương Huệ⁶ chúng tôi không gặp bệnh nhân nào, có thể

do đặc thù BN của bệnh viện Hữu Nghị đa số là cán bộ hưu trí, người cao tuổi, đối tượng lựa chọn BN không giống nhau. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của Alfred Penforis⁷ là 72 ± 9.7, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi, có thể do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ hơn hoặc do vị trí địa lý vùng miền các nước khác nhau.

4.2. Kiểm soát HbA1C và MLCT. Theo nghiên cứu của Haris và cộng sự tại Western Australia cho thấy bệnh nhân bị ĐTD tít 2 tiến triển âm thầm từ 9-12 năm mới có biểu hiện lâm sàng, do đó đa số BN được chẩn đoán ở giai đoạn này đã có biến chứng vi mạch, bệnh lý cầu thận ĐTD chiếm 2.5-10% ở thời điểm chẩn

đoán. Vấn đề kiểm soát glucose máu ở BN có bệnh thận mạn gặp nhiều khó khăn. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ kiểm soát HbA1C đạt mục tiêu ở nhóm có MLCT ≥ 45 ml/phút/1,73m² là 50% cao hơn nhóm có MLCT < 45 (38.5%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0.05$. Chưa thấy được mối liên quan giữa HbA1C và MLCT giống như tác giả Kommineni Sai SuBramanyam⁸ có thể do nghiên cứu lựa chọn đầu vào của chúng tôi không có nhóm bệnh có MLCT giai đoạn 5, BN vùng địa lý khác nhau?

4.3. Kiểm soát Glucose máu đói, HbA1C và thời gian phát hiện đái tháo đường. Quá trình bệnh ĐTĐ thường tiến triển từ 10-15 năm trước khi được chẩn đoán... Tại thời điểm chẩn đoán ĐTĐ, nhiều nghiên cứu cho thấy tế bào beta bị suy giảm tới 50% chức năng. Thời gian mắc bệnh càng lâu thì khả năng tiết insulin càng giảm. Điều đó dẫn tới việc kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân mắc ĐTĐ lâu năm sẽ khó khăn hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 63.2% bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh > 10 năm. Còn theo tác giả Lê Xuân Cảnh² > 10 năm chỉ chiếm 6.3%. Điều này có thể do đối tượng lựa chọn nghiên cứu khác nhau. Trong Bảng 3.4, tỷ lệ kiểm soát HbA1c đạt mục tiêu của nhóm BN có thời gian phát hiện ĐTĐ ≤ 10 năm cao hơn so với nhóm BN > 10 năm, sự khác biệt với $p < 0,001$. Thời gian mắc bệnh có liên quan đến việc kiểm soát HbA1C, trong nghiên cứu của chúng tôi mốc 10 năm; của tác giả Lê Xuân Cảnh 5 năm, điều này có thể do đối tượng chọn, cỡ mẫu nghiên cứu không giống nhau. Do vậy, việc phát hiện và chẩn đoán ĐTĐ typ2 càng sớm càng tốt.

4.4. Kiểm soát Glucose máu đói, HbA1C và BMI. Béo phì đặc biệt là béo trung tâm gây đề kháng insulin, các mô lipid dư thừa là nguồn phóng thích vào hệ tuần hoàn các acid béo không este hóa, các cytokine và adiponectine. Các yếu tố này làm tăng sự đề kháng insulin. Ở những BN béo phì thường kèm theo rối loạn chuyển hóa mỡ máu tại gan. Tình trạng gan nhiễm mỡ, tình trạng kháng insulin làm cho việc kiểm soát Glucose máu sẽ gặp khó khăn. Trong Bảng 3.3 cho thấy nhóm BN có BMI ≥ 23 thì tỷ lệ kiểm soát HbA1c kém cao hơn nhóm BN có BMI < 23 khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$, tương tự với tác giả Vũ Thanh Bình⁹. Chính vì vậy trong thực hành lâm sàng mục tiêu giảm cân nặng, lựa chọn các thuốc làm giảm đề kháng insulin cần được quan tâm.

4.5. Kiểm soát Glucose máu đói, HbA1C và số bệnh mắc kèm. Trong nghiên cứu của

chúng tôi: tỷ lệ BN có bệnh mắc kèm ≤ 3 trong nhóm kiểm soát HbA1C đạt mục tiêu (78%) cao hơn tỷ lệ BN có bệnh mắc kèm > 3 (22%) với $p < 0.01$. Kết quả nghiên cứu chúng tôi cũng tương tự tác giả Lê Xuân Cảnh². Điều này cho thấy sự cần thiết khi điều trị bệnh cho BN cao tuổi chúng ta cần đánh giá thêm các bệnh lý kèm theo để có bức tranh tổng thể trước khi quyết định điều trị, quản lý tốt Glucose máu có liên quan đến việc quản lý tốt các bệnh kèm theo này.

4.6. Kiểm soát Glucose máu đói, HbA1C theo mức độ tuân thủ dùng thuốc. Kết quả các nghiên cứu cho thấy sự liên quan chặt chẽ giữa việc kiểm soát GM và HbA1C với tuân thủ chế độ điều trị. Ở nhóm BN ĐTĐ không tuân thủ chế độ điều trị thì nồng độ GM và HbA1C cao hơn nhóm BN ĐTĐ tuân thủ chế độ điều trị. Nghiên cứu về tuân thủ thuốc ở bệnh nhân đái tháo đường typ2 tại Hàn Quốc năm 2010 dựa theo thang điểm MMAS-8 cho thấy mối liên quan giữa tuân thủ thuốc và HbA1C có độ nhạy 74.1% và độ đặc hiệu 38.3%. Trong nghiên cứu của chúng tôi: tỷ lệ HbA1C đạt mục tiêu ở nhóm tuân thủ dùng thuốc tốt là 51.2% cao hơn nhóm tuân thủ trung bình (27.8%) có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$, tương tự Vũ Thanh Bình⁹. Trong nhóm của chúng tôi không có bệnh nhân tuân thủ ở mức kém, có thể do trình độ học vấn BN quản lý tại BV Hữu Nghị.

4.7. Kiểm soát Glucose máu đói, HbA1C theo mức độ hoạt động thể lực. Vận động thể lực rất quan trọng trong điều trị ĐTĐ giúp làm giảm nồng độ GM do tăng tiêu thụ GM, giảm cân ở những BN thừa cân hoặc béo phì. Điều này cải thiện tình trạng kháng insulin, dẫn tới việc kiểm soát glucose máu có hiệu quả hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ kiểm soát HbA1C đạt mục tiêu ở nhóm tuân thủ HĐTL mức độ vừa chiếm 50.6% cao hơn nhóm HĐTL thấp (36%) với $p < 0.001$. Tỷ lệ kiểm soát GM đói đạt mục tiêu ở nhóm HĐTL mức vừa (38.2%) cao hơn nhóm HĐTL mức thấp (24%). Sự khác biệt giữa các tỷ lệ này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Việc tỷ lệ kiểm soát Glucose máu đói đạt trong nghiên cứu của chúng tôi khác biệt Lê Xuân Cảnh có thể do BN có MLCT giảm nguy cơ hạ đường máu cao nên bệnh nhân có xu hướng ăn thêm buổi tối hôm trước ngày xét nghiệm. Do đó, bác sỹ cũng nên lưu ý khi khám bệnh nhân, hỏi bệnh nhân chế độ ăn để có phân tích trước khi ra quyết định có thay đổi điều trị hay không.

V. KẾT LUẬN

Có mối liên quan giữa kiểm soát glucose máu

với thời gian mắc bệnh đái tháo đường, chỉ số khối cơ thể, mức độ tuân thủ dùng thuốc, mức độ tuân thủ hoạt động thể lực và số bệnh mắc kèm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alsahli M. and Gerich J.E.** (2014). Hypoglycemia, Chronic Kidney Disease, and Diabetes Mellitus. *Mayo Clin Proc*, 89(11), 1564–1571
2. **Lê Xuân Cảnh** (2017): "Thực trạng kiểm soát glucose máu và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân cao tuổi đái tháo đường typ2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Hữu Nghị".
3. **Association AD.** Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. *Diabetes Care*. 2021;44(Supplement 1):S73-S84.
4. **KDOQI Clinical Practice Guideline for Diabetes and CKD: 2012 Update.** *American Journal of Kidney Diseases*. 2012;60(5):850-886.
5. **International Physical Activity Questionnaire.** Accessed October 19, 2021.
6. **Lê Thị Phương Huệ, Nguyễn Khoa Diệu Vân** (2019): "Khảo sát tình trạng hạ đường huyết và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có giảm mức lọc cầu thận < 60ml/phút".
7. **Penforinis A, Blicklé JF, Fiquet B, Quéré S, Dejager S.** How are patients with type 2 diabetes and renal disease monitored and managed? Insights from the observational OREDIA study. *VHRM*. 2014;10:341-352.
8. **Subramanyam K, Gosavi S, Tenneti D, Murgod R.** Evaluation of the Role of HBA1c in Chronic Kidney Disease. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2018;12:BC01-BC04.
9. **Vũ Thanh Bình:** "Thực Trạng Kiểm Soát Glucose Máu và Một Số Yếu Tố Liên Quan ở Bệnh Nhân Đái Tháo Đường Typ 2 Điều Trị Ngoại Trú Tại Bệnh Viện Đại Học Y Thái Bình Năm 2019", Tạp Chí Y Học Việt Nam Tập 514- Tháng 5-Số 1-2022.

YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BẤT THƯỜNG NHIỄM SẮC THỂ ĐỒ Ở NHỮNG THAI PHỤ ĐƯỢC CHỌC HÚT NƯỚC ỒI TẠI BỆNH VIỆN A THÁI NGUYÊN

Nguyễn Trí Tọa¹, Nguyễn Thị Hồng², Nguyễn Thị Ngọc Hà²,
Nguyễn Minh Tuấn³, Hoàng Thị Thúy Hằng³
Nguyễn Văn Quang⁴, Trịnh Thị Hương⁴

TÓM TẮT

Trước thực tế về tình trạng thai dị tật trong cộng đồng, khả năng tiếp cận với các phương pháp chẩn đoán trước sinh một cách hiệu quả và sự chấp nhận cao của xã hội. Bệnh viện A Thái Nguyên đã triển khai kỹ thuật chọc ối để xét nghiệm nhiễm sắc thể thai nhi nhằm hướng cho người thầy thuốc đánh giá và đưa ra chỉ định làm giảm bớt nỗi đau cho chính bản thân của trẻ về sau, mà nó còn giảm gánh nặng về cả vật chất và tinh thần cho gia đình và toàn xã hội. **Mục tiêu:** Phân tích một số yếu tố liên quan đến bất thường nhiễm sắc thể đồ của các trường hợp thực hiện chọc ối xét nghiệm NST tại bệnh viện A Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** gồm 250 thai phụ thực hiện chọc ối trong 05 năm từ 2018 - 2022. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang (nghiên cứu hồi cứu). **Kết quả:** nghiên cứu cho thấy có 16,8% thai phụ có bất thường NST đồ. Quá trình chọc ối 100% thực hiện tốt và không xảy ra tai biến và xử trí sau chọc ối xét nghiệm NST đồ phải đình chỉ thai là 12,0%. Kết quả NST đồ của thai phụ có liên quan tới

tuổi nghề nghiệp; tiền sử thai phụ mắc bệnh nội khoa trong thời kỳ mang thai; kết quả siêu âm có hình ảnh dị tật hệ thần kinh (có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$). **Kết luận:** Bất thường NST đồ của thai phụ thực hiện chọc ối tại bệnh viện A Thái Nguyên có liên quan đến tuổi; nghề nghiệp; tiền sử mắc bệnh nội khoa; tiền sử gia đình; kết quả siêu âm và xét nghiệm huyết thanh sàng lọc mẹ. **Từ khóa:** Chọc ối, Dị tật bẩm sinh, Bất thường nhiễm sắc thể đồ.

SUMMARY

FACTORS RELATED TO CHROMOSOMAL ABNORMALITIES IN PREGNANT WOMEN WHO RECEIVED AMNIOTIC FLUID ASPIRATION AT A THAI NGUYEN HOSPITAL

Faced with the reality of malformations in the community, the accessibility to effective prenatal diagnosis methods and high social acceptance. A Thai Nguyen Hospital has deployed amniocentesis technique to test fetal chromosomes to guide doctors to evaluate and give indications to reduce the child's own pain, but it also reduces the burden on the fetus, heavy on both material and spiritual for the family and the whole society. **Objective:** To analyze some factors related to chromosomal abnormalities in cases of amniocentesis performed at Thai Nguyen A hospital. **Research subjects and methods:** including 250 pregnant women who performed amniocentesis in 5 years from 2018 to 2022. The research method was cross-sectional descriptive (retrospective study). **Results:** the study showed that 16.8% of pregnant women had chromosomal abnormalities. Amniocentesis process 100% performed well and did

¹Bệnh viện A Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

³Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

⁴Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trí Tọa

Email: trittoa1988@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2023

Ngày duyệt bài: 4.10.2023