

# NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH QUẢN LÝ, THEO DÕI, ĐIỀU TRỊ CÓ KIỂM SOÁT BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN BẠCH MAI

NGUYỄN THỊ HỒNG VÂN, VIÊN VĂN ĐOAN, ĐỒNG VĂN THÀNH  
Bệnh viện Bạch Mai

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả mô hình quản lý, theo dõi bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện Bạch Mai. **2. Đánh giá hiệu quả điều trị có kiểm soát bệnh ĐTĐ.** **Đối tượng:** Gồm 1214 BN ĐTĐ thời gian theo dõi trung bình 36 tháng. **Phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu, mô tả. **Kết quả:** BN ĐTĐ được quản lý, theo dõi tốt chiếm tỷ lệ 71,2%. Hiệu quả điều trị có kiểm soát bệnh ĐTĐ: - Nồng độ glucose máu khi đói trung bình giảm có ý nghĩa từ  $12,1 \pm 9,6$  mmol/l còn  $7,4 \pm 2,3$  mmol/l ( $p < 0,01$ ). Giá trị trung bình HbA1c giảm có ý nghĩa, từ  $8,1 \pm 2,1\%$  xuống còn  $7,2 \pm 1,5\%$ . Tỷ lệ BN kiểm soát được huyết áp ở mức tốt tăng từ 0,8% đến 24,5%. Tỷ lệ BN kiểm soát huyết áp ở mức chấp nhận tăng từ 26,6% lên 40,7%. Tỷ lệ BN kiểm soát được huyết áp ở mức kém giảm 62,2% còn 34,8%. ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ BN kiểm soát được lipid huyết thanh ở mức tốt tăng từ 21,1% lên 38,4% ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ BN kiểm soát các thành phần lipid huyết thanh ở mức chấp nhận tăng từ 22,3% đến 47,3% ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ BN kiểm soát được lipid huyết thanh ở mức kém giảm từ 56,6% giảm còn 14,3% ( $p < 0,05$ ).

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh rối loạn chuyển hoá glucid mạn tính, bệnh có tốc độ gia tăng nhanh chóng ở cả các nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Bệnh tiến triển từ từ, âm thầm gây ra nhiều biến chứng mạn tính nguy hiểm để lại di chứng nặng nề cho người bệnh, giảm chất lượng cuộc sống, thậm chí dẫn đến tử vong. Việc quản lý bệnh nhân đái tháo đường điều trị ngoại trú vẫn còn ở tình trạng khó kiểm soát chung ở thế giới cũng như ở Việt Nam [0,0]. Do vậy tìm ra được biện pháp để nâng cao chất lượng quản lý bệnh đái tháo đường ngoại trú là việc cần thiết và có tính cấp bách, và là trách nhiệm của các nhà quản lý chuyên môn. **Mục tiêu đề tài:** Đánh giá hiệu quả mô hình quản lý, theo dõi bệnh ĐTĐ tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện Bạch Mai; Đánh giá hiệu quả điều trị có kiểm soát bệnh ĐTĐ.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng:** 1214 BN được chẩn đoán ĐTĐ (WHO 1999) tại đơn vị quản lý, theo dõi, điều trị có kiểm soát bệnh đái tháo đường tại khoa Khám bệnh Bệnh viện Bạch Mai, thời gian theo dõi trung bình 36 tháng 2006-2009.

**2. Phương pháp:** tiến cứu, mô tả.

**Phương pháp quản lý: làm hồ sơ quản lý theo mẫu thống nhất.**

- Làm hồ sơ Bệnh án quản lý ngoại trú: Mã số bệnh án, khám lâm sàng, cận lâm sàng, thăm dò chức năng đầy đủ: sinh hoá máu, nước tiểu, huyết học, điện tâm đồ, XQ, siêu âm tim. Khám mắt...Đơn thuốc, ngày hẹn khám và xét nghiệm lại...

- Sổ hẹn khám bệnh nhân: Lưu tại phòng quản lý, mã BN, ngày hẹn khám.  
- Sổ theo dõi tại nhà: BN tự ghi chép diễn biến tại nhà.

**Phương pháp theo dõi:** Phân loại BN, thái độ xử trí, theo dõi sự tuân thủ điều trị.

**Phương pháp điều trị:** kết hợp chế độ ăn, luyện tập thể lực và thuốc.

**Bảng 1:** Mục tiêu kiểm soát các chỉ số ở BN ĐTĐ(WHO 2002)

Chỉ số	Đơn vị	Tối ưu	Chấp nhận	Kém
GM: - Lúc đói	mmol/l	4,4 - 6,1	$\leq 7,0$	$> 7,0$
- Ngẫu nhiên		4,4 - 8,0	$\leq 10,0$	$> 10,0$
HbA1c	%	$< 6,5$	6,5 - 7,5	$> 7,5$
Huyết áp	mmHg	$< 130/80$	130/80 - $< 140/90$	$> 140/90$
Cholesterol TP	mmol/l	$< 4,5$	4,5 - 6,0	$> 6,0$
HDL-c	mmol/l	$> 1,1$	1,1 - 0,9	$< 0,9$
Triglycerid	mmol/l	$< 1,5$	1,5 - $< 2,2$	$> 2,2$
LCL-c	mmol/l	$< 2,5$	2,5 - 4,0	$> 4,0$

## 3. Phương pháp xử lý số liệu: SPSS 12.0

## KẾT QUẢ

1214 BN gồm 488 nam, 726 nữ, Tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $56,7 \pm 9,8$ . (Min 31, max 81). Thời gian phát hiện bệnh trung bình là  $4,8 \pm 2,1$  năm, qua thời gian theo dõi trung bình 36 tháng.

**Bảng 2:** Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Tuổi	< 40	40-50	50-60	60-70	>70	Tổng số
Số BN	34	142	500	410	127	1214
Tỷ lệ %	2,8	11,7	41,2	33,8	10,5	100%

Tỷ lệ BN ở nhóm tuổi 50-60 tuổi chiếm tỷ lệ 41,2%, tuổi 60-70 chiếm tỷ lệ 33,8%.

## 1. Đánh giá kết quả quản lý, theo dõi bệnh ĐTĐ.

Tỷ lệ BN quản lý quản lý được sau 3 năm là 71,1%, chưa quản lý được là 28,9%.

**Bảng 3:** Nguyên nhân chưa quản lý được

Nguyên nhân	Tổng số	Tỷ lệ%
Không chuyển được BHYT	168	47,7
Không liên lạc được	67	19
Điều trị nơi khác	54	15,3
Do đi lại khó khăn	21	6,0
Do chuyển vùng sinh sống	13	3,7
Tử vong	12	3,4
Bỏ không điều trị	11	3,1
Không phải dùng thuốc	6	1,7
Tổng số	352	100

Tỷ lệ BN bỏ khám nhiều nhất là do không chuyển được BHYT, chiếm tỷ lệ 47,8%.

## 2. Đánh giá kết quả điều trị có kiểm soát bệnh ĐTĐ

Bảng 4: So sánh giá trị trung bình glucose máu đói tại các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm	Số lượng	Glucose máu (mmol/l)	p
T0(0 <sup>th</sup> )	1214	12,1 ± 9,6	
T1 (12 <sup>th</sup> )	1099	9,2 ± 4,9	<0,01
T2(24 <sup>th</sup> )	937	8,7 ± 3,4	<0,01
T3 (36 <sup>th</sup> )	862	7,4 ± 2,3	<0,01

Giá trị trung bình glucose máu lúc đói tại thời điểm ban đầu là 12,1 ± 9,6 mmol/l, đến cuối thời điểm nghiên cứu là 7,4 ± 2,3 mmol/l, p < 0,01.

Bảng 5: So sánh giá trị trung bình HbA1C tại các thời điểm đánh giá

Thời điểm	Số lượng	HbA1C %	p
T0(0 <sup>th</sup> )	1214	8,1 ± 2,1	
T1 (12 <sup>th</sup> )	1099	7,8 ± 1,8	< 0,05
T2(24 <sup>th</sup> )	937	7,5 ± 1,7	< 0,05
T3 (36 <sup>th</sup> )	862	7,2 ± 1,5	< 0,05

Nồng độ trung bình HbA1C giảm dần cuối thời kỳ nghiên cứu là 7,2 ± 1,5 so với thời điểm ban đầu khi tham gia nghiên cứu là 8,1 ± 2,1, p < 0,05.

Bảng 6: So sánh mức độ kiểm soát huyết áp ở các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm	T0 (0 <sup>th</sup> )		T3 (36 <sup>th</sup> )		P
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tốt	81	10,8	144	24,5	< 0,05
Chấp nhận	199	26,6	239	40,7	< 0,05
Kém	470	62,6	205	34,8	< 0,05
Tổng cộng	750		588		

Tỷ lệ BN kiểm soát huyết áp tốt ở thời điểm T3 tăng lên 24,5% so với T0 10,8% (p<0,05). Tỷ lệ BN kiểm soát huyết áp kém ở thời điểm T3 giảm đi còn 34,8% BN so với T0 tỷ lệ BN là 62,2%(p<0,05).

Bảng 7: So sánh các thành phần lipid huyết thanh tại các thời điểm

Thời điểm	T0 (0 <sup>th</sup> )		T3 (36 <sup>th</sup> )		P
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tốt	256	21,1	331	38,4	< 0,05
Chấp nhận	271	22,3	408	47,3	< 0,05
Kém	687	56,6	123	14,3	< 0,05
Tổng cộng	1214		862		

Tỷ lệ BN kiểm soát các thành phần lipid huyết thanh ở mức tốt ở thời điểm T3 là 38,4% tăng lên so với T0 là 21,1%(p<0,05). Tỷ lệ BN ở mức kém ở thời điểm T3 là 14,3% giảm so với T0 là 56,6%(p<0,05).

### BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi BN là nữ giới chiếm tỷ lệ là 59,8%, nam giới chiếm tỷ lệ 40,2%. Phân bố tỷ lệ về giới của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác như nghiên cứu Nguyễn Huy Cường, tỷ lệ nữ 3,37%, nam là 1,4%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN ở lứa tuổi 51- 60 chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm tỷ lệ 41,2%, tiếp theo là nhóm tuổi 61- 70 chiếm tỷ lệ 33,8%. Tỷ lệ ít nhất là nhóm < 40 tuổi chiếm tỷ lệ 2,8%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 56,7 ± 9,8.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu cũng tương tự như trong nghiên cứu của Tạ Văn Bình là 54,8 ± 9,4 năm.

### 1. Đánh giá kết quả quản lý, theo dõi bệnh ĐTĐ

Trong tổng số 1214 BN tham gia chương trình quản lý ĐTĐ sau thời gian theo dõi trung bình 36 tháng, số lượng BN quản lý được là 862 chiếm tỷ lệ là 71,1%. Tỷ lệ BN chưa quản lý được là 28,9%. Nguyên nhân BN bỏ khám đúng hẹn nhiều nhất là do BN không chuyển được thủ tục bảo hiểm y tế, chiếm tỷ lệ 47,8%. BN chuyển vùng sinh sống chiếm tỷ lệ 3,7 %, do đi lại khó khăn chiếm tỷ lệ 6,0%, tử vong 3,4%. Số BN không liên lạc được chiếm tỷ lệ 19%, do thông tin BN cung cấp thiếu chính xác, chưa đầy đủ, chủ yếu xảy ra vào giai đoạn đầu. Tuy nhiên, có 3,1% BN tự ý bỏ điều trị không dùng thuốc, số BN này rất cần được tư vấn, hướng dẫn để hiểu biết thêm về bệnh và cách thức điều trị lâu dài. Đáng chú ý có 6 BN chiếm tỷ lệ 1,7% sau 1 thời gian điều trị bằng thuốc ĐTĐ kèm theo chế độ ăn uống và luyện tập BN có chỉ số glucose máu đói và HbA1C ổn định lâu dài, không phải dùng thuốc.

### 2. Đánh giá kết quả điều trị có kiểm soát bệnh ĐTĐ

#### 2.1. Đánh giá kết quả kiểm soát glucose máu khi đói

Giá trị trung bình glucose máu lúc đói tại thời điểm ban đầu khi tham gia nghiên cứu là 12,1 ± 9,6 mmol/l, đến cuối thời điểm nghiên cứu là 7,4 ± 2,3 mmol/l, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với p < 0,01. Giá trị trung bình glucose máu lúc đói tại thời điểm ban đầu khi tham gia nghiên cứu cao như vậy do rất nhiều nguyên nhân: sự hiểu biết của người bệnh về bệnh ĐTĐ hạn chế, các bác sỹ chưa làm tốt công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe, điều trị chưa tích cực, thêm nữa, đây là bệnh viện tuyến cuối cùng, BN thường điều trị tại tuyến cơ sở đã lâu, chỉ được chuyển lên tuyến trên điều trị khi kiểm soát đường máu kém một thời gian, hoặc khi đã có biến chứng nặng.

Nghiên cứu Diabescare Asia tiến hành khảo sát tình hình quản lý BN ĐTĐ ở 12 nước cho thấy chỉ có 27% kiểm soát glucose máu ở mức tốt glucose máu < 6,7%, có đến 55% BN có mức kiểm soát glucose máu ở mức kém glucose > 10mmol/l[5].

#### 2.2. Đánh giá giá trị trung bình HbA1C tại các thời điểm nghiên cứu

Nồng độ trung bình HbA1C thời điểm ban đầu khi tham gia nghiên cứu là 8,1 ± 2,1 cuối thời kỳ nghiên cứu là 7,2 ± 1,5, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Giá trị trung bình HbA1C của các BN khi bắt đầu nghiên cứu còn kém, theo thời gian nghiên cứu, mức độ HbA1C đó giảm đi một cách đáng kể, tuy nhiên vẫn ở mức cao cho thấy việc kiểm soát ĐTĐ ngoại trú còn rất khó khăn.

Nghiên cứu UKPDS 35 trên BN ĐTĐ type2 cho thấy HbA1C giảm được 1% thì sẽ giảm được 37% biến chứng vi mạch, làm giảm 15% nhồi máu cơ tim, giảm 21% tử vong liên quan với ĐTĐ[6].

#### 2.3. Đánh giá kết quả kiểm soát huyết áp

Tỷ lệ BN ĐTĐ trong nghiên cứu của chúng tôi kèm theo THA chiếm tỷ lệ khá cao 61,8%. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ BN kiểm soát huyết áp tốt ở thời điểm T3 tăng lên 24,5% so với T0 10,8% (p<0,05).

Tỷ lệ BN kiểm soát huyết áp ở mức chấp nhận ở thời điểm T3 tăng lên 40,7% so với T0 26,6% ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ BN kiểm soát huyết áp kém ở thời điểm T3 giảm đi còn 34,8% BN so với T0 tỷ lệ BN là 62,2% ( $p < 0,05$ ). Tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu, tỷ lệ BN không kiểm soát được huyết áp chiếm tỷ lệ cao do có rất nhiều nguyên nhân, đặc biệt do hiểu biết về bệnh THA còn hạn chế, BN chưa quan tâm đến điều trị THA như là quan tâm dành cho bệnh ĐĐTĐ, thậm chí nhiều BN chỉ uống thuốc điều trị THA khi đo thấy chỉ số huyết áp cao. Như vậy, việc kiểm soát huyết áp trên BN ĐĐTĐ cần phải được quan tâm tích cực để giảm thiểu biến cố tim mạch nguy hiểm cho người bệnh[5].

#### 2.4. Đánh giá kết quả kiểm soát các thành phần lipid huyết thanh

Tỷ lệ BN kiểm soát các thành phần lipid huyết thanh ở mức tốt ở thời điểm T3 là 38,4% tăng lên so với T0 là 21,1% ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ BN kiểm soát các thành phần lipid huyết thanh ở mức chấp nhận thời điểm T3 là 47,3% tăng lên so với T0 là 22,3% ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ BN kiểm soát các thành phần lipid huyết thanh ở mức kém ở thời điểm T3 là 14,3% giảm so với T0 là 56,6% ( $p < 0,05$ ).

Nhiều nghiên cứu điều trị tích cực đa yếu tố: kiểm soát glucose máu, kiểm soát huyết áp, lipid huyết thanh cho thấy ở nhóm điều trị tích cực tỷ lệ các biến chứng thận, võng mạc, mạch máu lớn và thần kinh giảm rõ rệt so với nhóm điều trị thường quy[2,3,6]. Do vậy muốn kiểm soát được các rối loạn chuyển hóa lipid huyết thanh, THA cũng như bệnh ĐĐTĐ, bác sỹ cần tư vấn, hướng dẫn BN và người thân của BN liên tục thường xuyên, tổ chức sinh hoạt câu lạc bộ định kỳ, phát tờ rơi, tài liệu, hướng dẫn BN cách tự theo dõi glucose máu, huyết áp tại nhà....tăng cường hợp tác, nâng cao nhận thức tiến tới BN tự chủ động chăm sóc sức khỏe bản thân, hạn chế tối đa các biến chứng nguy hiểm, nâng cao thể trạng, tăng cường chất lượng sống, giảm thiểu các chi phí tốn kém cho bản thân người bệnh, gia đình và xã hội.

#### KẾT LUẬN

Nghiên cứu trong 1214 BN ĐĐTĐ được tham gia mô hình quản lý, theo dõi, điều trị có kiểm soát bệnh ĐĐTĐ tại khoa Khám bệnh bệnh viện Bạch Mai trong thời gian 3 năm chúng tôi có kết luận sau:

- BN ĐĐTĐ được quản lý, theo dõi tốt chiếm tỷ lệ 71,2%. Số BN chưa được quản lý, theo dõi chiếm tỷ lệ 28,8%. Nguyên nhân chủ yếu chưa quản lý được là do không chuyển được thủ tục bảo hiểm y tế, chiếm tỷ lệ 47,5%

- Kết quả kiểm soát một số các chỉ số ở bệnh nhân ĐĐTĐ: Nồng độ glucose máu khi đói trung bình giảm có ý nghĩa từ  $12,1 \pm 9,6$  mmol/l còn  $7,4 \pm 2,3$  mmol/l ( $p < 0,01$ ). Giá trị trung bình HbA1c giảm có ý nghĩa, từ  $8,1 \pm 2,1\%$  xuống còn  $7,2 \pm 1,5\%$ . Tỷ lệ BN kiểm soát được huyết áp ở mức tốt tăng từ 10,8% đến 24,5%. Tỷ lệ BN kiểm soát huyết áp ở mức chấp nhận tăng từ 26,6% lên 40,7%. Tỷ lệ BN kiểm soát được huyết áp ở mức kém giảm 62,2% còn 34,8% ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ BN kiểm soát được lipid huyết thanh ở mức tốt tăng từ 21,1% lên 38,4% ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ BN kiểm soát các thành phần lipid huyết thanh ở mức chấp nhận tăng từ là 22,3% đến 47,3% ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ BN kiểm soát được lipid huyết thanh ở mức kém giảm từ 56,6% giảm còn 14,3% ( $p < 0,05$ ).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tạ Văn Bình (2003). Dịch tễ học bệnh đái tháo đường, các yếu tố nguy cơ và các vấn đề liên quan đến bệnh đái tháo đường ở Việt Nam. Nhà xuất bản y học, Hà Nội tr. 5 – 49.
2. Trần Hữu Dàng (1996), *Nghiên cứu bệnh đái tháo đường ở Huế, trên đối tượng 15 tuổi trở lên, phương pháp chẩn đoán hữu hiệu và phòng ngừa*, Luận án phó tiến sỹ khoa học Y Dược, Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Vinh Quang (2007), "Tình hình bệnh đái tháo đường và thực trạng quản lý căn bệnh này ở Nam Định, Thái Bình năm 2003", *Tạp chí Nội tiết và các rối loạn chuyển hóa*, (15-16), tr. 4-8.
4. Nguyễn Khoa Diệu Vân, Nguyễn Thị Thanh Hương (2008), "Nghiên cứu tỷ lệ tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 ngoại trú tại bệnh viện Bạch Mai", *Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học, hội nghị khoa học bệnh viện Bạch Mai 2008* (1), tr. 304-310.
5. Diabcare - Asia (2003), "A Survey-Study on Diabetes Management and Diabetes Complication Status in Asian Countries", *Vietnam*, pp. 43-45.
6. UKPDS Group (2000), "Association of glycemia with macrovascular and microvascular complication of type 2 diabetes (UKPDS 35) prospective observational study", *BMJ* (21), pp. 405-412.